Tätigkeitsbericht 2024

WPPA

Wiener
Pflege- und Patient*innen-
anwaltschaft

VORWORT



© Foto Wilke

Das österreichische – speziell auch das Wiener – Gesundheitswesen war 2024 immer wieder im Fokus des öffentlichen und medialen Interesses. Das mag einerseits der Nationalratswahl 2024 und der Wien-Wahl 2025 sowie den damit verbundenen politischen Versprechungen geschuldet sein, andererseits den wiederkehrenden Beschwerden der Betroffenen, die zu Strukturdiskussionen über gegenwärtige und zukünftige Probleme führten.

Insbesondere die Schwierigkeiten, ausreichend (Fach)Ärzt*innen mit Kassenvertrag zu finden, und die überlangen **Wartezeiten** sowohl intramural als auch extramural sorgten immer wieder für Proteste und Unverständnis. In unserer auf ständige Beschleunigung ausgerichteten Zeit, aber auch angesichts früherer Standards ist es einfach schwer zu akzeptieren, dass in manchen Fachrichtungen OP-Wartezeiten nicht selten ein Jahr erreichen oder sogar übersteigen – selbst wenn es sich „nur" um sogenannte elektive Eingriffe handelt. Es darf schließlich nicht übersehen werden, dass auch diese planbaren Operationen in der Regel das Ergebnis einer langen Überlegungszeit oder gescheiterter Alternativbehandlungen sind und dann der Leidensdruck so groß ist, dass eine Operation der letzte Ausweg ist. Genau dann mit den oben angesprochenen Wartezeiten konfrontiert zu werden, ist verständlicherweise frustrierend.

Dazu kommt die berechtigte Frage der zukünftigen **Finanzierung** des Gesundheitswesens und die – demographisch bedingte – Sorge über ausreichende **Personalressourcen** sowohl im ärztlichen Bereich, aber auch in der stationären wie in der Langzeitpflege. Wir werden erfreulicherweise immer älter, aber leider nicht gesünder, und in den nächsten Jahren gehen zahlreiche Ärzt*innen und Pflegekräfte in Pension. Wenn man dann noch liest, dass die ÖGK einen Rekordschuldenstand bekannt gibt, die Ärztekammer besser dotierte Kassenverträge fordert und gleichzeitig immer neue, teure, aber wirksame Medikamente und Behandlungsformen auf den Markt kommen, versteht man, dass sich Ängste und Unsicherheit breitmachen. Schon jetzt funktioniert unser Gesundheitssystem nur, weil viele Menschen bereit sind, über die Sozialversicherungsbeiträge hinaus durch private Zahlungen oder Zusatzversicherungen die beschriebenen Engpässe zu überwinden (Stichwort: **Mehrklassenmedizin**). All dies ist sehr bedauerlich, weil die beschriebenen Ärgernisse die gleichzeitig feststellbare hohe Qualität der Gesundheitsversorgung und sensationelle Forschungserfolge konterkarieren.

Auch die WPPA ist neben der Beantwortung von Anfragen und der Überprüfung von Behandlungsbeschwerden immer wieder mit den oben beschriebenen Strukturfragen befasst. Die Menschen erwarten, dass eine Patient*innenvertretung nicht nur im Einzelfall Probleme zu lösen hilft, sondern eine Systemverbesserung fordern und erreichen soll. Diesem Zweck dient,

neben der üblichen Leistungsschau, dieser Bericht. Er soll helfen, die Stimme der Bevölkerung hörbar zu machen, aber auch Änderungen vorzuschlagen, die auf den ersten Blick unrealistisch erscheinen mögen. Aber neue Herausforderungen verlangen neue Zugangsweisen. Und auch wenn die Digitalisierung, die KI, einiges an Rationalisierungspotential haben wird, darf nicht übersehen werden, dass die Medizin und die Pflege immer eine ausreichende menschliche Ressource brauchen werden, um die notwendige Zuwendung bieten zu können.

Dienststellenintern hatte die WPPA im Berichtsjahr einerseits den gesundheitsbedingten Ausfall eines wertvollen Mitarbeiters fast über das ganze Jahr hinweg, andererseits die Nachfolgesuche für die in den Ruhestand getretene langjährige Leiterin der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission zu bewältigen. Durch enormen Arbeitseinsatz der gesamten Belegschaft ist es hervorragend gelungen, diese Schwierigkeiten zu meistern. Ich möchte mich daher an dieser Stelle ausdrücklich für den besonderen Eifer und das Engagement meines Teams bedanken.

Die Zusammenarbeit mit den anderen Pflege- und Patient*innenanwaltschaften im Rahmen der ARGE PA erfolgte weiterhin in einer sachlichen und engagierten Weise, wofür ich mich bei meinen Amtskolleg*innen herzlich bedanken möchte. Die Zusammenarbeit mit dem neuen Patientenombudsmann der Wiener Ärztekammer funktioniert unkompliziert und offen und hilft, den optimalen Weg zur Wahrung der Patient*inneninteressen zu finden.

Mein besonderer Dank gilt weiters den Vertrauensärzt*innen, die nach wie vor in hervorragender Weise die WPPA mit ihrer bescheiden entlohnten, unverzichtbaren Expertise unterstützen, ebenso wie den ehrenamtlichen Mitgliedern des Beirats des Patientenentschädigungsfonds. Schließlich möchte ich mich auch bei den Vertreter*innen der Stadt Wien, den Mitgliedern und Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission, den Heimleiter*innen, maßgeblichen Stakeholdern des Gesundheitswesens wie den Vertreter*innen des Wiener Gesundheitsverbundes, der Sozialversicherung, des FSW, der Fahrtendienste, den Standesvertretungen von Ärzt*innenschaft und des Apothekenwesens, aber auch Vertreter*innen der pharmazeutischen Industrie und des Pharmagroßhandels für interessante und sachliche Gespräche und – wo dies mit der Rolle der WPPA vereinbar war – die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit bedanken.

Ich hoffe, dass es uns gelungen ist, die Tätigkeit der WPPA übersichtlich und informativ darzustellen und wünsche Ihnen eine anregende Lektüre!



Dr. Gerhard Jelinek
Wiener Pflege- und Patient*innenanwalt

INHALT

I DIE WPPA UND IHRE AUFGABEN 8

1. Wer wir sind 8
2. Was wir tun 8
2.1 Information und Beratung 9
2.2 Hilfe zur außergerichtlichen Schadensregulierung 9
2.3 Hilfe bei Beschwerden 9
2.4 Vermittlung bei Konflikten 10
2.5 Rechtsberatung und Errichtung von Patientenverfügungen 10
2.6 Vermittlung von Gesundheitswissen 10
2.7 ELGA-Ombudsstelle Standort Wien 10
2.8 Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit 10

II STATISTIK 11

1. Anfall und Aufteilung 11
1.1 Der Arbeitsanfall im Berichtsjahr 2024 11
1.2 Gesamtanfall der aktenmäßig dokumentierten Geschäftsfälle der WPPA im Jahr 2024 12
1.3 Die Entwicklung des Arbeitsanfalles in den letzten Jahren 12
1.4 Themen der aktenmäßig dokumentierten Anliegen insgesamt 13
1.5 Die Aufteilung der Geschäftsfälle im Berichtsjahr 2024 13
1.6 Die Aufteilung der Geschäftsfälle auf die einzelnen Krankenanstalten 14
1.7 Die Aufteilung der Anliegen in den Wiener Krankenanstalten auf die jeweiligen Fachbereiche 16
1.8 Die Aufteilung der Anliegen im extramuralen ärztlichen Bereich 17
2. Ergebnisse der Geschäftsfälle aus den Bereichen Gesundheitswesen sowie Pflege und Betreuung 2024 18
2.1 Behandlungsfehler 18
2.2 Entschädigungen im Jahr 2024 20

II QUALITÄTSSICHERUNG 24

1. Vorbemerkung 24
2. Intramurale Mängel 25
2.1 Personalmängel allgemein/Mehrklassenmedizin 25
2.2. Gastpatient*innen 26
2.3. Versorgung psychisch kranker Personen 26
2.4. Würdevolles Sterben 26
2.5. Schließung des Traumazentrums Lorenz-Böhler 27
2.6. Negative Geburtserfahrungen 28
2.7. Fehldiagnose 30
2.8. Kosten 30
3. Extramurale Mängel 31
3.1 Mehrklassenmedizin – Mangel an Kassenärzt*innen 31
3.2. Kinder- und Jugendgesundheit 31
3.3. Radiologie 33
3.4. Psychotherapie auf Krankenkasse 35
3.5. (Operative) Zahnbehandlungen 35
3.6. Impfungen 36
3.7. Kosten 37
4. Sonstiges 38

4.1 Postakute Infektionen (Long-Covid, Post-Covid, ME/CFS) 38
4.2 Reha 42
4.3 Arzneimittelmangel 43
4.4 Rettungstransporte 44
4.5 Länderübergreifende Probleme 46
4.6 Hitze 47
4.7. Harmonisierung der Krankengeldauszahlung 48
4.8. Heimbeatmungsgeräte 48
4.9. Sterbeverfügung 48

IV FINANZIELLE HILFE IN MEDIZINISCHEN SCHADENSFÄLLEN 49
1. Der Wiener Patientenentschädigungsfonds (PF) 49
1.1 Allgemeines 49
1.2 Einzelfälle 2024 50
1.3 Höhe der im Wiener Patientenentschädigungsfonds in den letzten 5 Jahren ausbezahlten Beträge im Vergleich 51
1.4 Wiener Patientenentschädigungsfonds – Finanzstatistik 52
1.5 Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge 52
2. Der Freiwillige Wiener Härtefonds (HF) 55
2.1 Allgemeines 55
2.2 Höhe der im Freiwilligen Wiener Härtefonds ausbezahlten Beträge im Vergleich 56

V ELGA-OMBUDSSTELLE STANDORT WIEN 57

VI PATIENTENVERFÜGUNG 61
1. Allgemeines 61
2. Statistik 61

VII UNABHÄNGIGE PATIENT*INNEN-INFORMATIONSSTELLE (UPI) IN DER WPPA ... 63

VIII SONSTIGES 65
1. Medien- und Öffentlichkeitsarbeit 65
2. Mitgliedschaften, Vorträge und Veranstaltungen 67
2.1 Mitgliedschaften 67
2.2 Ethikkommissionen 67
2.3 Vorträge über die Aufgaben und Tätigkeit der WPPA, der Wiener Heimkommission, der UPI sowie zu speziellen Themen 67
2.4 Veranstaltungen 67
2.5 Messestand der WPPA im Rahmen des Informationstags „Selbstbestimmt im Alter“ 68
2.6 Tagungen der ARGE Patient*innenanwaltschaften 69

IX ANHANG 70
1. Rechtliche Grundlagen 70
1.1 Gesamte Rechtsvorschrift für Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta), Fassung vom 12.01.2023 70
1.2 Gesamte Rechtsvorschrift für Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft, Fassung vom 12.01.2023 75
2. Abkürzungsverzeichnis 77

I DIE WPPA UND IHRE AUFGABEN

1. Wer wir sind

Gemeinsam mit dem Wiener Pflege- und Patient*innenanwalt steht ein kompetentes und erfahrenes Team aus Expert*innen in Gesundheitsfragen zur Verfügung:

8 Juristische Mitarbeiter*innen
helfen nicht nur bei der Durchsetzung von Patient*innen- bzw. Bewohner*innenrechten, sondern unterstützen auch in Medizinrechtsfragen und bei der Abwicklung von Schadenersatzansprüchen im außergerichtlichen Bereich sowie bei der Errichtung von Patientenverfügungen.

3 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
stehen für Beratung und Unterstützung in Pflege- und Betreuungsfragen sowie bei der Durchsetzung von Bewohner*innenrechten zur Verfügung.

2 Diplomierte Sozialarbeiter*innen
leisten Information, Beratung und Unterstützung im Zusammenhang mit Krankheit, Behinderung, Pflege und Betreuung.

2 Fachreferent*innen
beantworten Fragen zu Gebühren, Krankentransporten und sozialversicherungsrechtlichen Anliegen.

8 Mitarbeiter*innen
sind im Supportbereich tätig und managen alle eingehenden telefonischen Anfragen. Sie beantworten einfache Auskünfte und leiten Anliegen effizient und unbürokratisch an die entsprechenden Fachbereiche weiter.

1 Fachreferent*in
ist zuständig für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, gesundheitspolitische und juristische Fragen und Projekte.

2. Was wir tun

Die WPPA bietet Patient*innen sowie Bewohner*innen und/oder deren Vertrauenspersonen kostenlose Beratung und Unterstützung in allen Angelegenheiten des Gesundheitswesens in Wien.

Die gesetzliche Grundlage für Organisation und Aufgaben findet sich im Gesetz für die Wiener Pflege- und Patientinnen und Patientenanwaltschaft vom 1. Dezember 2006, LGBl. für Wien Nr. 59/2006 idF LGBl.Nr. 18/2011.

https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000307

Seit 1. Juli 2022 ist **Dr. Gerhard Jelinek** amtierender Wiener Pflege- und Patient*innenanwalt. Seine Stellvertreterin ist **Dr.in Helga Willinger.**

Die Zuständigkeit der WPPA umfasst das gesamte Wiener Gesundheitswesen, u.a.:

- Krankenanstalten
- Wohn- und Pflegeheime
- Ambulatorien
- Niedergelassene Ärzt*innen
- Rettung und Krankenbeförderung
- Sozialversicherungen und Krankenkassen
- Apotheken
- Hebammen

Die Aufgaben der WPPA sind umfangreich und vielfältig:

2.1 Information und Beratung

Patient*innen- sowie Bewohner*innenrechte sind gesetzlich sowie in der Patient*innencharta (Art. 15a-BVG Bund-Land) geregelt. Die WPPA hilft betroffenen Personen, sich einen Überblick zu verschaffen und unterstützt diese in deren Anliegen betreffend:

- Wiener Gesundheitswesen und Pflegebereich
- Patient*innen- sowie Bewohner*innenrechte, deren Geltendmachung und Durchsetzung
- Hauskrankenpflege und soziale Dienste
- Pflege- und Betreuungsfragen
- Sozialversicherungsangelegenheiten
- Kostenfragen
- Kommunikationsprobleme

2.2 Hilfe zur außergerichtlichen Schadensregulierung

Die WPPA unterstützt Patient*innen bzw. Bewohner*innen sowie deren Angehörige bei der Klärung vermuteter medizinischer oder pflegerischer Behandlungsfehler sowie bei der außergerichtlichen Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen.

Die WPPA übt keine rechtsanwaltliche Funktion aus und kann daher niemanden vor Gericht oder vor Behörden vertreten.

2.3 Hilfe bei Beschwerden

Die WPPA nimmt Beschwerden aus dem Wiener Gesundheitswesen und Pflegebereich entgegen. Sie prüft Mängel oder Missstände und bietet Lösungsvorschläge an.

2.4 Vermittlung bei Konflikten

Die WPPA steht auch bei Konflikten vermittelnd zur Seite:

- im Gesundheits- und Pflegebereich
- in Sozialversicherungsangelegenheiten
- in Pflegegebühren- und Honorarfragen
- bei Kommunikationsproblemen und Organisationsdefiziten

2.5 Rechtsberatung und Errichtung von Patientenverfügungen

Mit einer Patientenverfügung können bestimmte medizinische Behandlungen für den Fall des Verlustes der Entscheidungsfähigkeit im Voraus abgelehnt werden. Seit Juli 2006 besteht die Möglichkeit, nach vorangegangener ärztlicher Beratung eine kostenfreie rechtliche Beratung bei der WPPA in Anspruch zu nehmen und verbindliche und „andere" Patientenverfügungen vor der WPPA zu errichten.

2.6 Vermittlung von Gesundheitswissen

Ende August 2013 hat die Unabhängige Patient*inneninformationsstelle (UPI) innerhalb der WPPA ihre Arbeit aufgenommen. Ihr Ziel ist es, einen Beitrag zur Hebung der Gesundheitskompetenz von Bürger*innen zu leisten. Die UPI vermittelt verständliches, neutrales und qualitätsgesichertes Wissen. Außerdem versteht sich die UPI als Lotse durch das komplexe Gesundheits- und Pflegewesen.

2.7 ELGA-Ombudsstelle Standort Wien

Am 9.12.2015 hat die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien ihre Tätigkeit aufgenommen. Sie wurde mit dem Start von ELGA im Wiener Gesundheitsverbund bei der WPPA eingerichtet. Aufgabe der Ombudsstelle ist Information, Beratung und Unterstützung Betroffener in Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitsakte, insbesondere bei der Durchsetzung und Wahrung der Rechte der Teilnehmer*innen der elektronischen Gesundheitsakte und in Angelegenheiten des Datenschutzes.

2.8 Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit

Eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Tätigkeit der WPPA ist die Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit dieser Einrichtung. Diese ist durch eine landesverfassungsgesetzliche Bestimmung ausdrücklich garantiert und ermöglicht es, die Interessen von Patient*innen sowie von Bewohner*innen ohne Einflussmöglichkeit von außen zu vertreten.

II STATISTIK

1. Anfall und Aufteilung

1.1 Der Arbeitsanfall im Berichtsjahr 2024

In den meisten Fällen wird die WPPA von den betroffenen Patient*innen bzw. Bewohner*innen und/oder deren Angehörigen telefonisch kontaktiert. Aktenmäßig dokumentierte Prüffälle gehen i.d.R. auf eine persönliche oder schriftliche Kontaktaufnahme zurück.

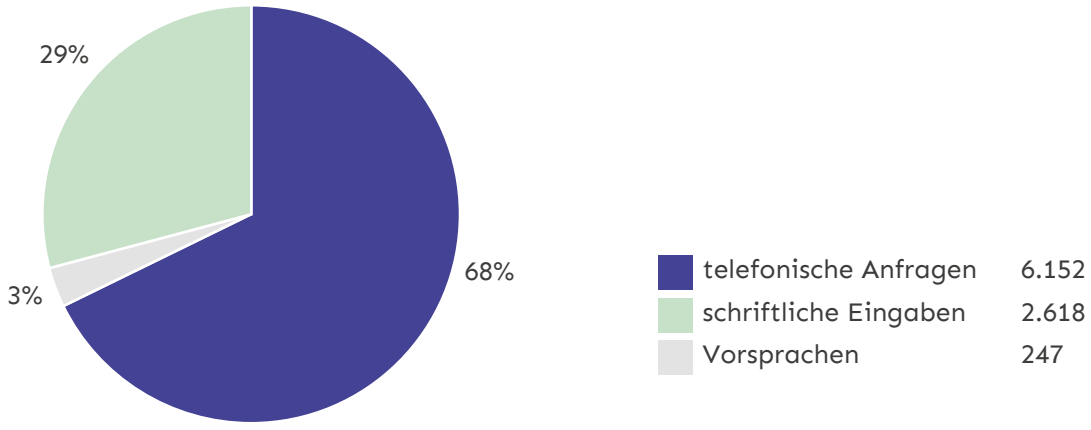
Vermutete Mängel oder Missstände werden von der WPPA auch von Amtswegen überprüft. Im Berichtsjahr 2024 wurden 33 diesbezügliche Fälle registriert.

Anonymen Beschwerden geht die WPPA soweit als möglich nach.

Bei besonderen Vorfällen in der Behandlung von Patient*innen bzw. Bewohner*innen wird die WPPA weiterhin von den Krankenhäusern oder sonstig betroffenen Institutionen unmittelbar informiert. Im Jahr 2024 erfolgten in 14 Fällen derartige Meldungen.

Die nachfolgenden Diagramme geben Aufschluss über das zahlenmäßige Verhältnis der unterschiedlichen Arten der Inanspruchnahme (persönlich, schriftlich, telefonisch.

9.017 Inanspruchnahmen ingesamt



Telefonische Beratung

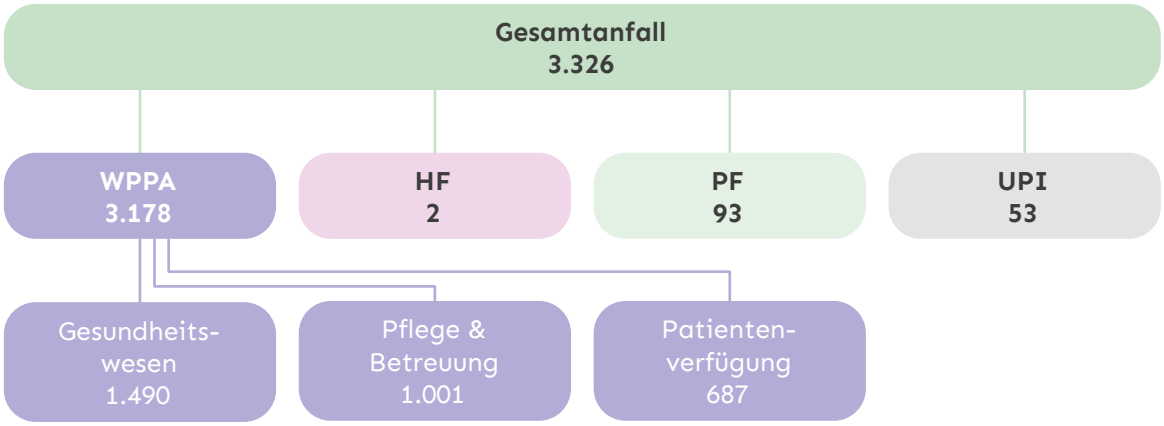
Im Berichtsjahr 2024 wurde die WPPA insgesamt **6.152**-mal telefonisch kontaktiert. Der größte Anteil der eingehenden Anfragen waren Fragen zu Behandlungsfehlern (1.746 Telefonate) und zur Errichtung von Patientenverfügungen (1.369 Telefonate).

Aktenmäßiger Anfall

Aus den insgesamt 9.017 Kontakten entstanden **3.178 Akten** (sog. WPPA-Akten – siehe Punkt 1.2). Darüber hinaus können sich aus WPPA-Akten (überjährig oder im Berichtsjahr angefallen) nach Erfolglosigkeit von Haftungsprüfungen gesondert registrierte HF- oder PF-Akten entwickeln. Ebenfalls gesondert werden UPI-Anfragen registriert, sodass sich 2024 ein Gesamtaktenanfall von 3.326 ergibt.

1.2 Gesamtanfall der aktenmäßig dokumentierten Geschäftsfälle der WPPA im Jahr 2024

Im nachfolgenden Statistikteil werden die Bereiche Gesundheitswesen sowie Pflege und Betreuung, in anderen Kapiteln der Wiener Patientenentschädigungsfonds und der Freiwillige Wiener Härtefonds (Kap. IV) sowie die Patientenverfügung (Kap. VI) und die Unabhängige Patient*inneninformationsstelle (Kap. VII) statistisch dargestellt.



1.3 Die Entwicklung des Arbeitsanfalles in den letzten Jahren

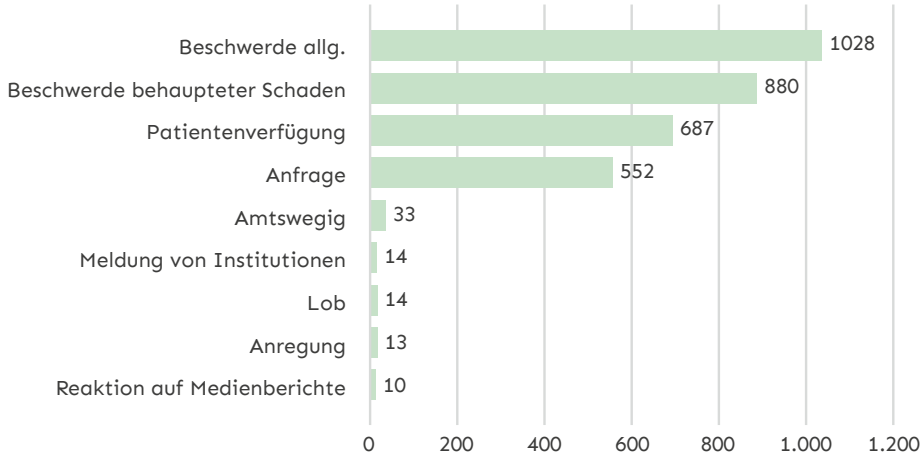
Die nachfolgende Tabelle zeigt die zahlenmäßige Entwicklung des Arbeitsanfalles in den letzten 3 Jahren gegliedert nach der Art der Inanspruchnahme (persönlich, schriftlich – auch per E-Mail, telefonisch) und die Zahl der aktenmäßig dokumentierten Fälle.

Jahr	Vorsprachen*	schriftliche Eingaben	telefonische Anfragen	Insgesamt	davon Akten
2022	565	2.617	6.509	**9.691**	2.973
2023	264	2.493	5.795	**8.552**	2.917
2024	247	2.618	6.152	**9.017**	3.178

** In dieser Zahl sind zum Großteil Erstkontakte enthalten, ein Teil (ca. ein Drittel) der Vorsprachen betrifft Folgegespräche zu laufenden Akten, die insbesondere aufgrund der Komplexität einzelner Anliegen zur weiteren Bearbeitung erforderlich sind.*

1.4 Themen der aktenmäßig dokumentierten Anliegen insgesamt

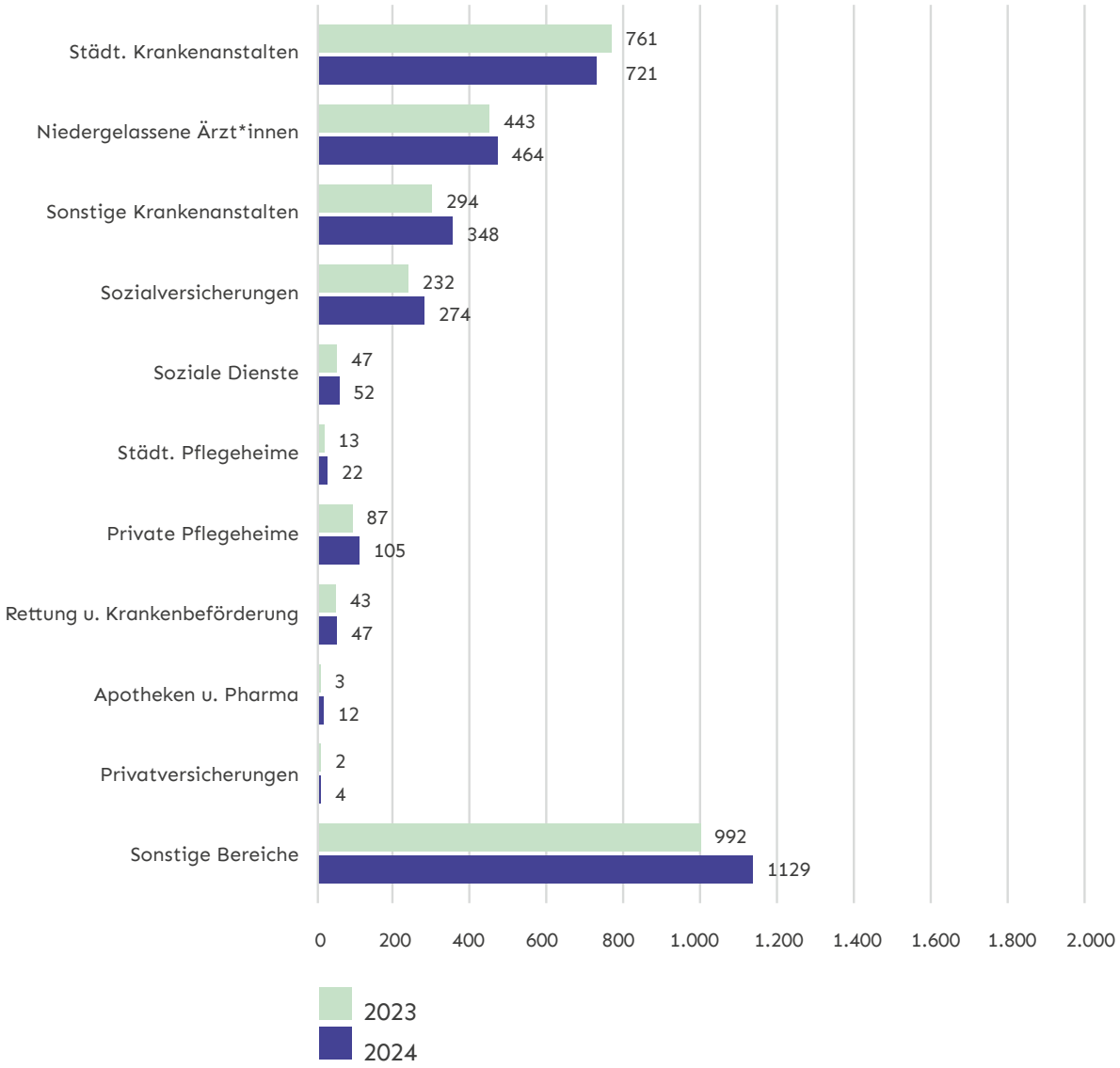
3.231 aktenmäßig dokumentierte Anliegen insgesamt



1.5 Die Aufteilung der Geschäftsfälle im Berichtsjahr 2024

Der größte Anteil der dokumentierten Anliegen, die an die WPPA herangetragen wurden, entfiel auch im Jahr 2024 auf städtische und sonstige Krankenanstalten (Privatspitäler, Spitäler der AUVA etc.) sowie den extramuralen Bereich. Unter „Sonstige Bereiche“ finden sich u.a. Patientenverfügungen, allgemeine Rechts- und/oder Kostenfragen, Hilfestellungen etc., die keine bestimmte Institution betreffen. Aus der nachfolgenden Zusammenstellung ist die Aufteilung der Geschäftsfälle auf die einzelnen Gesundheitsversorgungsbereiche ersichtlich.

Aufteilung der Geschäftsfälle: Vergleichsstatistik 2023 – 2024
Fälle insgesamt 2023: 2.917, Fälle insgesamt 2024: 3.178



1.6 Die Aufteilung der Geschäftsfälle auf die einzelnen Krankenanstalten

In der folgenden Liste ist die Verteilung der dokumentierten Anliegen auf die einzelnen Spitäler ersichtlich, wobei unter „Sonstige Krankenanstalten" auch alle Privatspitäler zu finden sind. Weiters wird die Anzahl der stationären und ambulanten Behandlungsfälle in den Krankenanstalten des WiGev in Relation zu der Anzahl der Geschäftsfälle in der WPPA gestellt.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass unter den dokumentierten Inanspruchnahmen nicht nur vermutete Behandlungsfehler aufscheinen, sondern auch sonstige Anliegen zu Kommunikationsproblemen, organisatorischen Mängeln, Kostenfragen etc.

Von den im Jahre **2024** insgesamt **3.178** dokumentierten Inanspruchnahmen betrafen:

Städtische Krankenanstalten insgesamt: davon	**721**	**Anzahl an Behandlungsfällen***
Universitätsklinikum AKH Wien	207	1.273.015
Klinik Donaustadt (KDO)	113	535.462
Klinik Floridsdorf (KFL)	105	349.318
Klinik Ottakring (KOR)	91	384.168
Klinik Landstraße (KLA)	74	355.168
Klinik Favoriten (KFN)	58	291.166
Klinik Hietzing (KHI)	52	336.091
Klinik Penzing (KPE)	13	56.463
PTZ-Ybbs (KYD) **	0	1.441

* lt. Meldung WiGev
** in NÖ liegend – da vom WiGev betrieben, in dieser Statistik angeführt

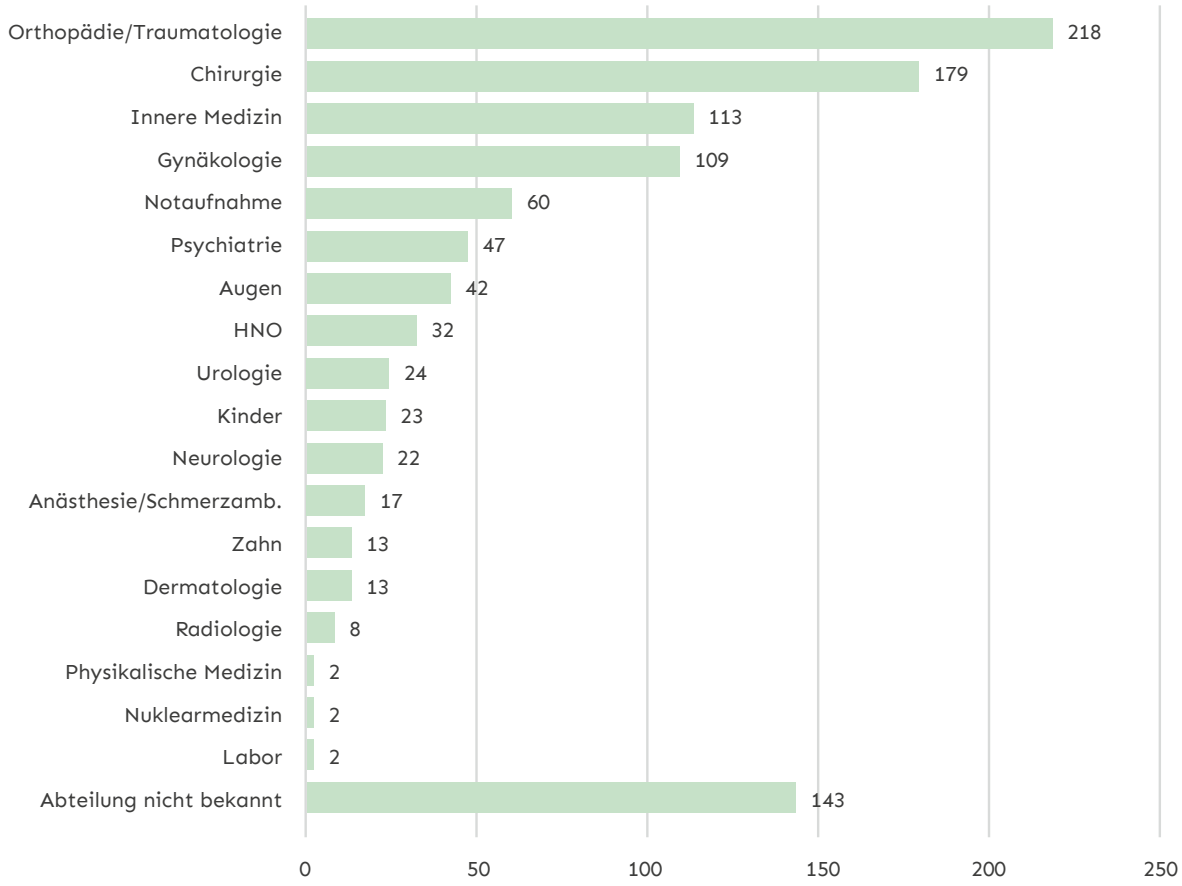
8 registrierte Fälle konnten keiner bestimmten städtischen Krankenanstalt zugeordnet werden.

Sonstige Krankenanstalten insgesamt: davon	**348**
Hanusch-Krankenhaus	44
Traumazentrum Wien, Standort Meidling	40
St. Josef Krankenhaus Wien	35
Orthopädisches Spital Speising	34
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien	31
Traumazentrum Wien, Standort Lorenz Böhler	23
Göttlicher Heiland Krankenhaus	18
Herz Jesu Krankenhaus	18
Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien	15
Evangelisches Krankenhaus	15
Privatklinik Döbling	14
Universitätszahnklinik Wien	10
Sanatorium Hera	9
Franziskus Spital	8
Anton Proksch Institut	7
Rudolfinerhaus	7
Privatklinik Confraternität	5
St. Anna Kinderspital	5
Wiener Privatklinik	5
Privatklinik Goldenes Kreuz	2

3 registrierte Fälle konnten keiner bestimmten Sonstigen Krankenanstalt zugeordnet werden.

1.7 Die Aufteilung der Anliegen in den Wiener Krankenanstalten auf die jeweiligen Fachbereiche

1.069 Anliegen insgesamt

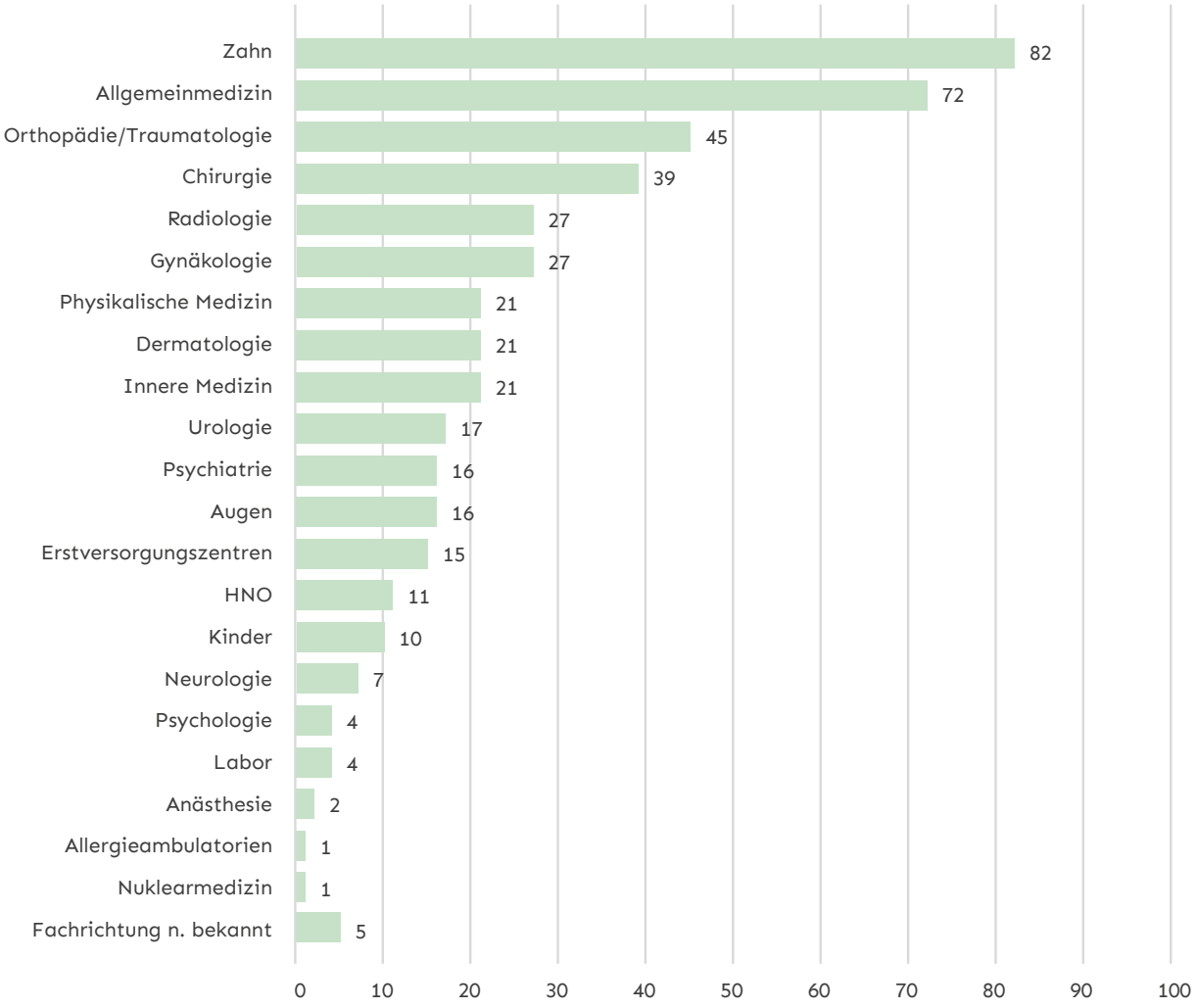


Das vorherige Diagramm zeigt die Aufteilung der Anliegen in den städtischen Spitälern und auch in den sonstigen Krankenanstalten Wiens auf die jeweiligen Fachrichtungen im Jahr 2024. Insgesamt gab es 1.069 Anliegen (2023: 1.055), davon entfielen 721 Anliegen auf die städtischen und 348 Anliegen auf sonstige Spitäler.

Die meisten Anliegen fielen 2024 in den Fachgebieten Orthopädie/Traumatologie (2024: 20%, 2023: 23%), Chirurgie (2024: 17%, 2023: 14%) und Innere Medizin (2024: 11%, 2023: 11%) an.

1.8 Die Aufteilung der Anliegen im extramuralen ärztlichen Bereich

464 Anliegen insgesamt



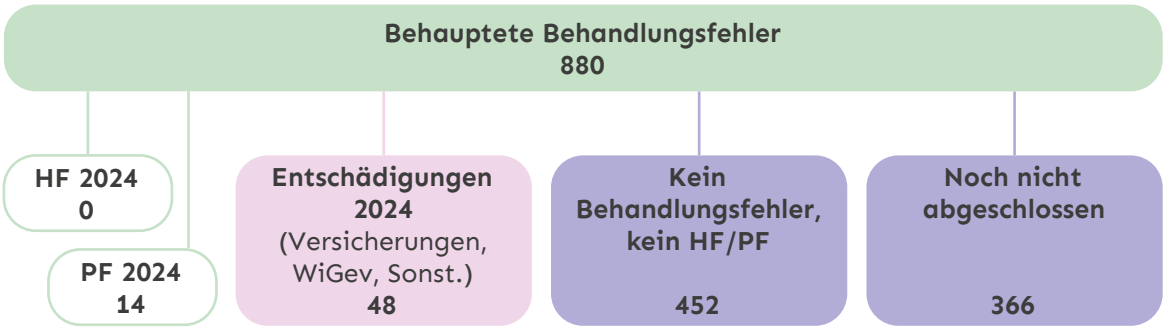
Das obige Diagramm ermöglicht einen Vergleich der Anliegen im niedergelassenen medizinischen Bereich. Insgesamt wurden im Jahr 2024 464 Anliegen betreffend niedergelassene Ärzt*innen vorgebracht (2023: 443 Anliegen).

Die beschwerdeintensivste Fachrichtung war 2024 die Zahnmedizin (2024: 18%, 2023: 21%). An zweiter Stelle steht die Allgemeinmedizin (2024: 16%, 2023: 15%), gefolgt von der Orthopädie/Traumatologie (2024: 10%, 2023: 10%).

2. Ergebnisse der Geschäftsfälle aus den Bereichen Gesundheitswesen sowie Pflege und Betreuung 2024

2.1 Behandlungsfehler

2.1.1 Behauptete Behandlungsfehler im Jahr 2024



Von den **3.178** aktenmäßig dokumentierten Anliegen, welche im Jahr 2024 an die WPPA herangetragen wurden, wurden in **880** Fällen, das entspricht in etwa **28% aller Prüffälle** (2023: ca. 31%), Schäden durch Behandlungsfehler behauptet.

Von diesen behaupteten Schäden konnten noch im Jahr 2024 im Wege von Haftpflichtversicherungen oder durch sonstige Einrichtungen (dazu gehören auch Entschädigungen z.B. im Wege der Schiedsstelle der Ärztekammer oder seitens der Pharmaindustrie etc.) sowie über den Wiener Gesundheitsverbund in **48 Fällen finanzielle Entschädigungen** ausgehandelt werden.

14 Fälle der behaupteten Schäden wurden noch im Anfallsjahr 2024 in den **Patientenentschädigungsfonds (PF)** eingebracht. In den Wiener Härtefonds (HF) wurden keine Fälle eingebracht.

In den **452 Fällen**, in denen Behandlungsfehler behauptet und die im Jahr 2024 nicht entschädigt wurden, haben sich im Rahmen der Überprüfung durch die WPPA **keine Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler** ergeben und es war auch keine Behandlung des Anliegens im HF oder PF möglich. Zudem gibt es **366 Fälle**, deren Überprüfung durch die WPPA noch nicht abgeschlossen ist.

Außer den 880 behaupteten Behandlungsschäden wurden insbesondere **2.298 Anliegen** bzw. Beschwerden zu folgenden sonstigen Themenbereichen eingebracht:

Verrechnungsproblematik: Kostenbeiträge, Rezeptgebühren, Pflegegeld, Ärzt*innenhonorare, Kostenablehnung seitens Sozialversicherungen, Kuraufenthalte etc.

Wartezeiten: Hauptsächlich Beschwerden wegen zu langer Wartezeiten auf OP-Termine, MRT-/CT-Untersuchungen, Strahlentherapie sowie Wartezeiten in Spitalsambulanzen, aber auch Befundurgenzen

Kommunikationsprobleme: Unfreundliches Verhalten von medizinischem Personal, mangelnde oder zu späte Auskunft an Patient*innen/Bewohner*innen und/oder deren Angehörige

Diverse Hilfestellungen bei Betreuungs- und Versorgungsfragen, Zugang zu Kassenleistungen, Heilbehelfen/Hilfsmitteln, Medikamenten, Abklärung von Kosten für spezielle therapeutische Einrichtungen, Suche nach einem geeigneten Wohn- und Pflegeplatz, Hilfestellung für besondere Personengruppen, wie mehrfach behinderte Menschen, psychiatrische und gerontopsychiatrische Patient*innen sowie Menschen ohne Versicherungsschutz etc.

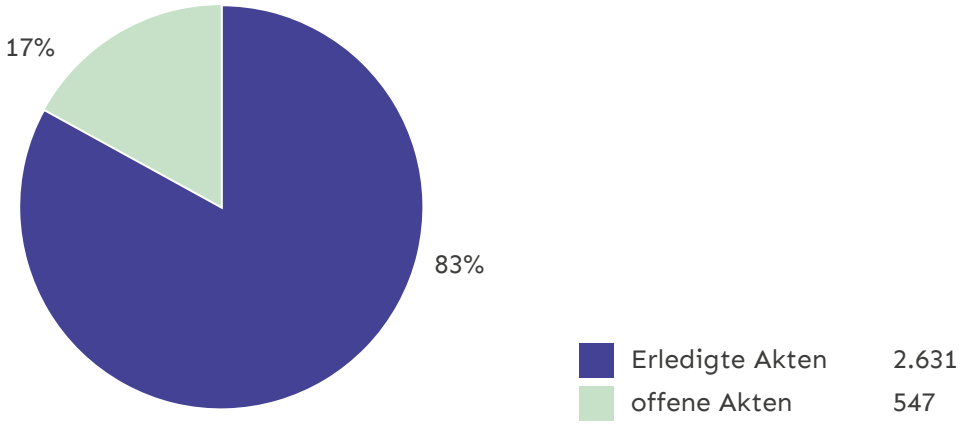
Rechtsauskünfte: Informationen über Patient*innenrechte wie z.B. Einsicht in die Krankengeschichte, Bewohner*innenrechte, Erwachsenenvertretung, Vorsorgevollmacht, Sterbeverfügung etc.

Rechtliche Beratung und Errichtung von **Patientenverfügungen**.

2.1.2 Erledigungsstatistik 2024

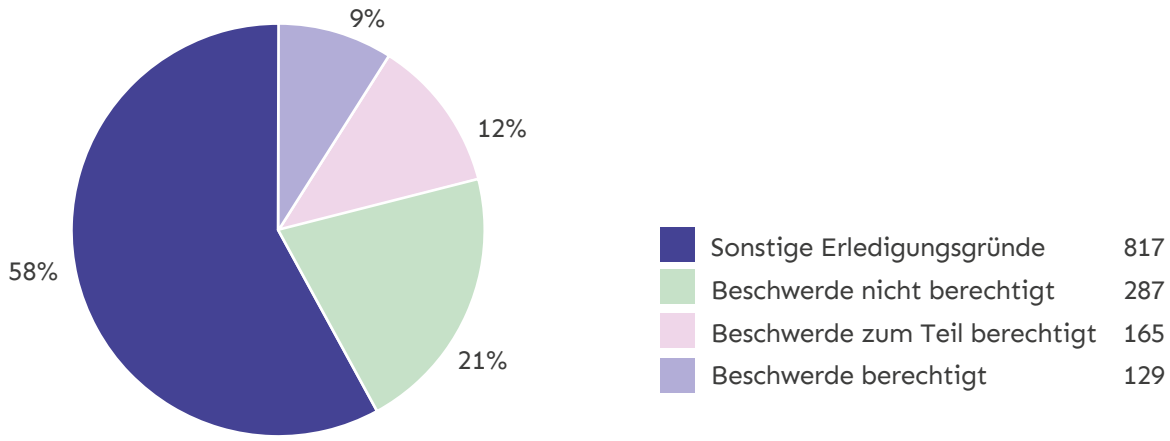
Aus der nachfolgenden Grafik ist ersichtlich, wie viele der im Jahr 2024 an die WPPA herangetragenen und aktenmäßig dokumentierten Anliegen noch im selben Jahr erledigt werden konnten.

3.178 Akten insgesamt



Die nächste Grafik zeigt, wie viele der 2.631 erledigten Akten Beschwerden betrafen (1.398 Beschwerden) und wie viele davon mit welcher Erledigungsart abgeschlossen wurden. In ca. **21%** der Fälle waren die Beschwerden **berechtigt bzw. zum Teil berechtigt**, in ca. **21%** waren die Beschwerden **nicht berechtigt**. Unter Sonstige Erledigungsgründe fallen z.B. Auskünfte oder Zurückziehen der Beschwerde (da z.B. die Beschwerdeführer*innen vor Beendigung des Prüfverfahrens zu Gericht gegangen sind oder Strafanzeige erstattet, keine Vollmacht übermittelt oder sonst den Kontakt zur WPPA abgebrochen haben), aber auch allfällige Unzuständigkeiten der WPPA.

1.398 Beschwerden insgesamt



2.2 Entschädigungen im Jahr 2024

Auch im Berichtsjahr 2024 wurden, wie in den Vorjahren, an die WPPA vermehrt Anliegen wegen behaupteter Behandlungsschäden oder Diagnosefehler herangetragen. Hier gibt die WPPA Hilfestellung zur Erlangung einer finanziellen Entschädigung.

Die WPPA klärt die Ursache von Medizinschäden und die rechtlichen Voraussetzungen für Schmerzengeld und sonstigen Schadenersatz. Zu den eingeholten Stellungnahmen der Ärzt*innen werden Expertisen von Vertrauensärzt*innen oder Gutachten von gerichtlich beeideten Sachverständigen eingeholt. Diese Vorgehensweise ist für Ärzt*innen sowie Patient*innen kostenlos. Die Honorare der Vertrauensärzt*innen werden von der WPPA, gerichtlich beeidete Sachverständige vom WiGev oder von Haftpflichtversicherungen bezahlt. In allen Fällen wird die*der Sachverständige im Einvernehmen mit der WPPA bestellt.

Die Klärung von Patient*innenschäden erfolgt in Zusammenarbeit mit den Spitalsträgern und Haftpflichtversicherungen. Auch in den Verhandlungen vor der Schiedsstelle der Ärztekammer für Wien wirken Vertreter*innen der WPPA mit.

Die **höchsten Entschädigungssummen** konnten im Berichtsjahr 2024 für gravierende Geburtsschäden und deren Folgen (insbes. hohe Pflege- und Betreuungskosten) sowie für schwerwiegende Folgen einer Behandlungsverzögerung bei einem Kind erreicht werden. Weitere hohe Entschädigungssummen wurden für eine posttraumatische Belastungsstörung infolge Fortführung eines Eingriffes ohne Zustimmung der Patientin sowie für das Ableben eines Patienten aufgrund einer unzureichenden urologischen Abklärung ausverhandelt.

Als weitere Maßnahme besteht für die Wiener Wohnbevölkerung bei Medizinschäden, die sich in einem Spital des WiGev ereignet haben, die Möglichkeit, eine finanzielle Hilfestellung im Rahmen des Freiwilligen Wiener Härtefonds zu erreichen.

Zudem gibt es für Patient*innen, welche ab 1.1.2001 in einer öffentlichen oder privaten gemeinnützigen Krankenanstalt in Wien einen Schaden erlitten haben, die Möglichkeit einer Entschädigung durch den Wiener Patientenentschädigungsfonds, wenn eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist und/oder eine bislang unbekannte oder seltene, zugleich aber schwerwiegende Komplikation aufgetreten ist, welche zu einer erheblichen Schädigung geführt hat.

2.2.1 Entschädigungsstatistik

Im Jahr 2024 wurden in insgesamt **227** Schadensfällen finanzielle Entschädigungen in Höhe von **EUR 3.246.286,66** ausverhandelt. Darin sind auch Fälle enthalten, die in den Vorjahren an die WPPA herangetragen und im Jahr 2024 entschädigt wurden.

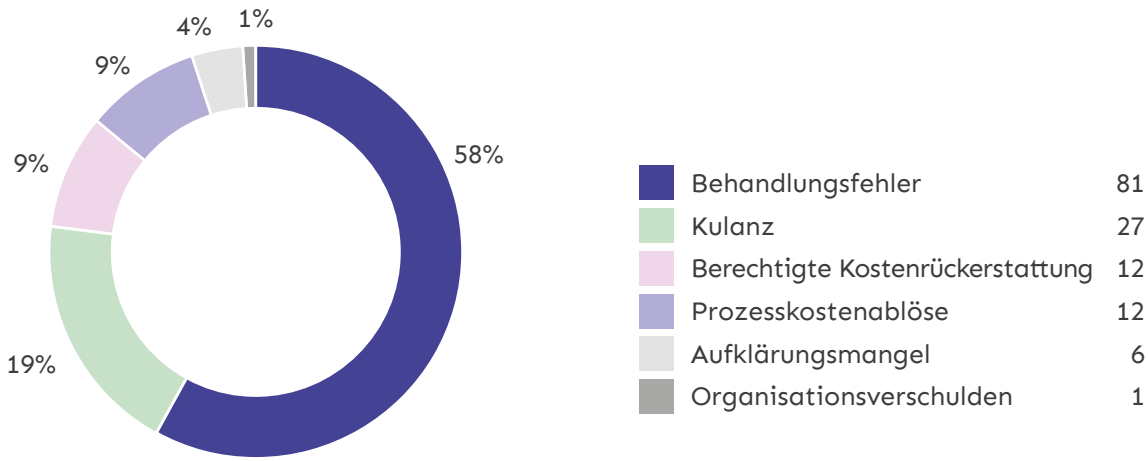
Diese Beträge wurden bezahlt aus:

Haftpflichtversicherungen, WiGev und Sonstiges	€ 2.354.748,61
Härtefonds (HF)	€ 25.000,-
Patientenentschädigungsfonds	€ 866.538,05

2.2.2 Entschädigungsgründe

Die nachfolgende Grafik zeigt die Gründe für die im Haftungsweg (Haftpflichtversicherungen, WiGev, Schiedsstelle der Ärztekammer etc.) erreichten finanziellen Entschädigungen im Jahr 2024.

EUR 2.426.748,61 finanzielle Entschädigungen
139 Fälle insgesamt



2.2.3 Schiedsstelle der Ärztekammer für Wien sowie Schlichtungsstelle der Zahnärztekammer für Wien 2024

Im Berichtsjahr 2024 wurde die WPPA zu **86** Verhandlungen der Schiedsstelle der Ärztekammer für Wien beigezogen.

Nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung mit Erörterung des Sachverhalts mit den Patient*innen sowie den betroffenen Ärzt*innen konnte die Kommission in insgesamt **14 Fällen** eine Empfehlung zur Leistung von Entschädigungsbeträgen aussprechen bzw. Einigung der Parteien vor der Schiedsstelle erzielen. Somit konnten nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung Entschädigungen mit einem Gesamtbetrag von **EUR 83.026,01** erreicht werden.

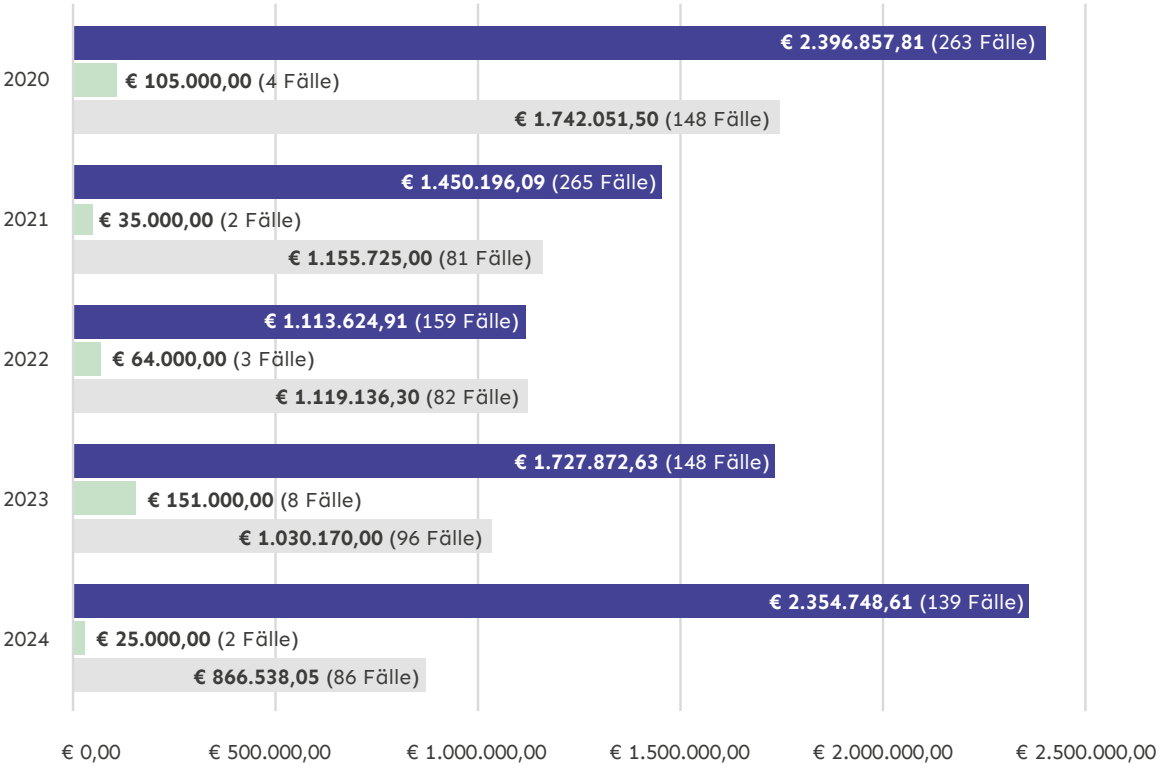
In **72 Fällen** konnte die Kommission mangels Anspruchsvoraussetzungen keine Empfehlung zur Leistung einer Entschädigung abgeben. In **6 dieser Fälle** zeigte sich jedoch im Rahmen der Sitzung, dass die Voraussetzungen für den Zuspruch einer Entschädigung aus dem **Patientenentschädigungsfonds** gegeben sein könnten, sodass den Patient*innen geraten wurde, sich an den Beirat des Patientenentschädigungsfonds zu wenden.

Im Berichtsjahr 2024 wurde die WPPA zu keiner Verhandlung der Schlichtungsstelle der Zahnärztekammer für Wien eingeladen.

2.2.4 Entschädigungen in den letzten 5 Jahren im Vergleich

Jahr	Gesamtzahl der Fälle	Gesamthöhe Entschädigungen
2020	415	€ 4.243.909,31
2021	348	€ 2.640.921,09
2022	244	€ 2.296.761,21
2023	252	€ 2.909.042,63
2024	**227**	**€ 3.246.286,66**

Entschädigungen Vergleich 2020 – 2024 (Aufteilung nach Quelle)



2.2.5 Gesamthöhe aller Entschädigungen seit Bestehen der WPPA

Seit Bestehen der WPPA hat diese bis zum 31.12.2024 in insgesamt **5.370 Schadensfällen** Entschädigungen in der Höhe von ca. **EUR 38,5 Mio.** erreicht. Dazu kommen noch die im Rahmen der Wiener Härtefallregelung ausbezahlten finanziellen Hilfen in der Gesamthöhe von ca. **EUR 6 Mio.**, sowie die im Rahmen des Wiener Patientenentschädigungsfonds geleisteten Entschädigungen in Höhe von rund **EUR 31,6 Mio.**

Die WPPA hat somit seit ihrer Gründung im Jahr 1992 finanzielle Entschädigungen von insgesamt ca. EUR 76 Mio. für die Patient*innen erreicht.

III QUALITÄTSSICHERUNG

1. 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 betreffen, 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. Von der in früheren Berichten üblichen Schilderung einzelner Fälle aus dem Bereich „Behandlungsfehler" (im Vorjahresbericht unter IV. „Verhandlungserfolge") wurde Abstand genommen. Es hatte sich gezeigt, dass, trotz Hinweisen, wonach der maßgebliche Sachverhalt schon Jahre zurückliege oder keine klare Feststellung menschlicher Fehlleistung oder von Strukturproblemen möglich war, sich sowohl das Interesse der Abgeordneten als auch der Medien zu Unrecht auf diesen Bereich fokussiert hat. Soweit es der WPPA gelungen ist, in solchen Einzelfällen erfolgreich Entschädigungen in hohem Ausmaß zu erreichen, finden sich anonymisierte Darstellungen im entsprechenden Statistikteil.

Zu betonen ist, dass nicht bei allen Beschwerden, die an die WPPA herangetragen werden, abgeklärt 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 zu einem Tätigwerden bevollmächtigen 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 und daher eine eindeutige Zuordnung erschweren (z.B. Personalknappheit, die zu Kommunikationsmängeln führt; mangelhaftes Entlassungsmanagement, das sehr lange Transportwartezeiten verursacht).

Aus Sicht der WPPA sehr bedauerlich ist, dass einige Kund*innen nach einem ersten kurzen Schriftverkehr per Mail den Kontakt abbrechen und auf das zugesandte Vollmachtsformular nicht mehr reagieren. Die Interpretation dieses Verhaltens ist schwierig. Wurde durch die*den Beschwerdeführer*in eine anderweitige Lösung gefunden? War die Beschwerde unberechtigt? War der Erstkontakt aus Patient*innensicht schon ausreichend? Es liegt allerdings der Verdacht nahe, dass die zur Einhaltung der DSGVO notwendige ausdrückliche Bevollmächtigung zur Datenverarbeitung bzw. Datenweiterleitung viele Beschwerdeführer*innen wegen der Komplexheit der Rechtsbelehrungen abschreckt und sie deshalb auf eine weitere Fallbearbeitung durch die WPPA verzichten. Angesichts der Zielsetzung, die WPPA als niederschwellig erreichbare Patient*innenvertretung zu installieren, wäre es daher dringend notwendig, in das WPPA-Gesetz eine entsprechende Datenverarbeitungs-Ermächtigung aufzunehmen, wie sie auch in anderen Materiengesetzen üblich ist.

2. Intramurale Mängel

2.1 Personalmängel allgemein/Mehrklassenmedizin

Die offenbar weiterhin bestehende Personalknappheit führt in vielen Bereichen der stationären Patient*innenversorgung zu enormen Wartezeiten und Terminverschiebungen, die nicht nur zu häufigen Beschwerden geführt haben, sondern auch immer stärker medial angeprangert wurden. Wie auch in den vergangenen Berichten aufgezeigt, erstreckt sich der Personalmangel sowohl auf den ärztlichen Bereich wie auch auf alle Assistenzberufe. Als Extremfälle für die beanstandeten Wartezeiten mögen folgende Beispiele dienen:

- Patient wartete seit März 2023 auf einen OP-Termin zur Versteifung der Wirbelsäule; drei Termine wurden abgesagt, letztlich wurde die Operation erst im November 2024 durchgeführt;
- Dreimalige Verschiebung einer Hernienoperation eines jugendlichen, bereits stationär aufgenommenen Patienten, der in einem Fall 26 Stunden am Stück nüchtern gehalten wurde, ehe der Termin erneut abgesagt wurde;
- Einem Patienten, der wegen Schlafapnoe eine OP zur Entfernung der Rachenmandeln benötigte, wurden bei seinem Rundruf Termine für das Erstgespräch im Ausmaß von fünf bis zwölf Monaten genannt, wobei die Operation selbst frühestens nach weiteren neun Monaten stattfinden könnte;
- Acht Monate Wartezeit auf Ersttermin in einer HNO-Ambulanz (diese Beschwerde kam mehrfach);
- Auch nach abgeschlossenen Voruntersuchungen beim niedergelassenen HNO-Arzt wurde ein ambulanter Termin für das Erstgespräch zur OP erst mit einer Wartezeit von 5 Monaten angeboten;
- Nasenkorrektur-OP war nicht erfolgreich; die für Frühjahr 2024 angebotene Korrektur-OP wurde abgesagt, da der betreffende Arzt nicht mehr in der Klinik tätig ist; daraufhin ersatzlose Streichung aller Termine in dieser Klinik;
- Ein Jahr Wartezeit auf OP-Termin bei eitriger Nasennebenhöhlen-Entzündung;
- Ein Jahr Wartezeit für Erstberatungstermin für Cochlear-Implantat;
- Ein 59-jähriger Patient stand auf der Warteliste für eine neurochrirugische Dekompressions-OP; während der mehrwöchigen Wartezeit (mit enormen Schmerzen) kam es zu zunehmender Verwirrtheit und letztlich hydalbedingtem Delir;
- OP-Terminabsage in einem gemeinnützigen Krankenhaus ohne Aussicht auf konkreten Ersatztermin;
- Generelle Absage von Nasenrekonstruktions-OP (nach Krebs-OP) aus Kapazitätsgründen; Verweisung auf andere Krankenanstalten;
- Extrem lange Wartezeiten in den Ambulanzen – sechs Stunden und mehr - ohne präzise Beauskunftung oder Betreuung pflegebedürftiger Patient*innen mit Wasser, Nahrung oder Begleitung zur Toilette (sehr häufiges Beschwerdethema);

Diese Beschwerden verteilen sich sehr gleichmäßig auf alle WiGeV-Häuser und Ordensspitäler. Viele Beschwerden gab es über die Wartezeiten und OP-Verschiebungen im AKH, wobei insbesondere im Fachbereich HNO extrem lange Wartezeiten beanstandet wurden.

2.2. Gastpatient*innen

Gegen Jahresende begann dann eine stetig zunehmende Welle von Beschwerden über OP-Absagen aus dem Bereich der Orthopädie in den darauf spezialisierten Vinzenz-Kliniken Speising und Herz-Jesu-KH. Als Begründung wurde regelmäßig auf die Anweisung der Stadt Wien verwiesen, keine Gastpatient*innen mehr zu behandeln, sofern es sich „nur um elektive" Eingriffe handelt. Dabei traten auch extreme Härtefälle auf, weil z.B. Personen betroffen waren, die langjährige Patient*innen der betreffenden Spitäler waren oder ohnehin schon sehr lange auf einen OP-Termin warteten. Auch schon fixierte OP-Termine wurden mit dieser Begründung abgesagt. In Einzelfällen gelang es der WPPA, Kulanzlösungen (also doch noch Termine) für die Betroffenen zu erreichen.

2.3. Versorgung psychisch kranker Personen

Wie schon in den Berichten der vergangenen Jahre aufgezeigt, ist die stationäre Versorgung psychisch kranker Personen von beträchtlichen Kapazitätsengpässen gekennzeichnet. Patient*innen und/oder ihre Angehörigen erhoben wiederholt den Vorwurf ungerechtfertigter vorzeitiger Entlassung oder der Nicht-Aufnahme – selbst bei Suizidgefährdung.

2.4. Würdevolles Sterben

Auch dieses Thema war schon Gegenstand der vorjährigen Berichterstattung. Klarerweise stellen sich auch dabei Ressourcenfragen – räumlich und personell. Konkrete Missstände konnten im abgelaufenen Jahr etwa in der verfrühten Annahme der terminalen Phase und der somit übereilten Gabe von Vendal, als sehr starkes Schmerzmittel mit erheblichen Nebenwirkungen, festgestellt werden.

Empfehlungen:

Schon in den Jahresberichten 2022 und 2023 wurden zur Lösung der dort aufgezeigten, ähnlich gelagerten Personalprobleme Vorschläge gemacht, deren Umsetzung nur ansatzweise erkennbar ist, weil weiterhin die propagierte Patient*innenlenkung in den extramuralen Bereich nicht zu gelingen scheint. Gegen die ebenfalls vorgeschlagene Erhöhung der Zahl von Studienplätzen (zugegebenermaßen eine sehr langfristige Lösung) gibt es offenbar erheblichen Widerstand der Ärztekammer und der MedUni Wien. Auch seitens der Bundespolitik ist hier keine positive Meinungsänderung erkennbar. Schließlich sind Ressourceneinsparungen durch die angekündigte Digitalisierungsoffensive – zumindest kurzfristig – bisher nicht eingetreten. Es muss daher neuerlich eine dringende Umsetzung der schon in den Vorberichten gemachten Vorschläge gefordert werden.

Unverständlich ist, warum es zwar im Bereich der augenheilkundlichen, orthopädischen und internistischen (planbaren) Eingriffe ein Wartezeiten-Monitoring im Internet gibt, nicht jedoch im Bereich der HNO-Eingriffe. Diesfalls könnten sich Patient*innen wenigstens einen groben Überblick verschaffen, wo die Wartezeit noch relativ am kürzesten ist und so ihre Dispositionen treffen. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass die übermäßig langen Wartezeiten für dringende HNO-Eingriffe insbesondere bei Kindern zu erheblichen Entwicklungsverzögerungen bis hin zu Dauerschäden führen können. Hier sind also raschest Abhilfemaßnahmen zu treffen.

Die auf größtes Unverständnis stoßende Ablehnung der Behandlung von Gastpatient*innen wäre wohl vermeidbar, wenn endlich die drei betroffenen Bundesländer der Ostregion eine Vereinbarung über eine gemeinsame Planung und Finanzierung der diesbezüglichen Versorgung schließen würden. Eine hartnäckige Verteidigung des Föderalismus ohne tauglichen Lastenausgleich geht hier ausschließlich auf Kosten der Patient*innen

2.5. Schließung des Traumazentrums Lorenz-Böhler

Das erste Halbjahr 2024 war geprägt von den Turbulenzen, welche die überfallsartige Schließung des Traumazentrums Brigittenau der AUVA (Lorenz-Böhler-Spital) auslöste. Trotz der großen Bedeutung dieses Spitals für die Versorgung Wiener Unfall-Patient*innen verliefen weder die Kommunikation noch die Organisation der angeblich unvermeidbaren Schließung wegen schwerer Brandschutzmängel auch nur annähernd so, wie das von einem professionellen Spitalsbetreiber zu erwarten gewesen wäre. Dies löste ein breites mediales Echo aus und verunsicherte die Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen des Standorts, vor allem aber die betroffenen Patient*innen enorm. In der Folge wandten sich mehrere Personen an die WPPA und ersuchten um Klärung der weiteren Behandlungssituation sowie Unterstützung.

Es bedurfte erheblicher Urgenzen und Drohungen mit der Einschaltung von Medien, bis es der WPPA gelang, eine Stellungnahme zu den brennenden Fragen bzw. einen Gesprächstermin bei der Generaldirektion und GF Mag. Bernart zu erhalten. Die angekündigten Auswegszenarien – insbesondere die Transferierung von Patient*innen und Behandlungsteams in das AKH – waren nur teilweise erfolgreich. Die geplante Verlagerung von Kapazitäten vom Traumazentrum Brigittenau ins Traumazentrum Meidling führte außerdem zu Überlastungen an diesem Standort, was Absagen diverser schon vereinbarter Operationen (z.B. Plattenentfernungen) zur Folge hatte. Trotzdem hielt sich letztlich die Zahl der Beschwerden in Grenzen. Dies dürfte u.a. auf die Flexibilität der Patient*innen und der Rettungsdienste zurückzuführen gewesen sein, indem nämlich Unfallopfer vermehrt andere Krankenanstalten aufsuchten bzw. dorthin gebracht wurden. Jedenfalls war im Bereich der WiGeV-Spitäler ein beträchtlicher Zuwachs an Unfallpatient*innen zu registrieren.

Zum weiteren Schicksal des Standortes Brigittenau gibt es wenig Informationen, weil sich die AUVA zum Fortschritt der geplanten Sanierung am Standort sehr bedeckt hält. Ob die im Herbst 2024 angekündigte Fertigstellung des Modulbaus bis Sommer 2025 tatsächlich realistisch ist, erscheint aus heutiger Sicht daher zweifelhaft.

Empfehlungen:
Wenn es aus – wie behauptet: unvorhersehbaren bzw. unvermeidbaren – gewichtigen Gründen tatsächlich notwendig ist, ein äußerst renommiertes und stark frequentiertes Spital zu sanieren, so ist das Mindeste, was man sich als betroffene Bevölkerung erwarten kann, eine rechtzeitige, empathische, transparente und ehrliche Kommunikation. All diese Erfordernisse wurden im vorliegenden Fall mäßig bis gar nicht verwirklicht, was zu einer erheblichen Verunsicherung der Öffentlichkeit geführt hat. Auch regelmäßige proaktive Updates zum aktuellen Stand der Sanierung könnte man von einem professionellen Management erwarten.

2.6. Negative Geburtserfahrungen

Negative bis traumatische Geburtserfahrungen beschäftigten im Berichtsjahr nicht nur gehäuft die Medien, sondern schlugen sich auch in Beschwerden nieder. Manche Frauen belastete auch noch nach Jahren ihr Geburtserlebnis und sie wandten sich erst 2024 an die WPPA – oft weniger um Schadenersatz zu erlangen als mit der Absicht, damit Verbesserungen anzuregen. Denn, auch wenn es in der außergerichtlichen Vertretung durch die WPPA nicht immer zu Schadenersatzzahlungen kommt, kann die Rückmeldung der Erfahrungen und Wahrnehmungen der Frauen an die Krankenhäuser wertvoll für Verbesserungen in der Geburtshilfe sein.

Hauptbeschwerdepunkte waren die negative bis fehlende Kommunikation mit den gebärenden Frauen, mangelnde Aufklärung und damit auch fehlende Einholung der Zustimmung der Frauen über Maßnahmen während des Geburtsverlaufs sowie ein mangelhaftes Schmerzmanagement.

2.6.1 Kommunikation und Aufklärung

- Eine Schwangere lag über zwei Tage in den Wehen. Sie fühlte sich durch das Spitalspersonal allein gelassen und erlebte die Kommunikation als „gewaltsam“. Die Frau erkrankte an einer postpartalen Depression und hatte Stillprobleme. Die WPPA konnte vom Spital die Übernahme der Therapiekosten für die Frau erwirken.
- Eine Gebärende mit sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit erlebte die Untersuchung des Muttermundes als unangekündigt, grob und gegen ihren Willen. Die Periduralanästhesie (PDA) zur Schmerzstillung gelang nicht. Als der Frau am zweiten Tag der Wehen die Kraft ausging, wünschte sie sich einen Kaiserschnitt, doch der OP war für mehrere Stunden belegt. Mittels Kristeller-Handgriff und Saugglocke wurde das Kind vaginal geboren.

Die Stellungnahme des Spitals gegenüber der WPPA war sehr ausführlich. Aus den sehr gegensätzlichen Schilderungen der Beschwerdeführerin und der Klinik kann geschlossen werden, dass die Kommunikation mit der Gebärenden und damit die Nachvollziehbarkeit der medizinischen Entscheidungen für die Patientin, auch aufgrund sprachlicher Hürden, mangelhaft war.

2.6.2 Schmerzmanagement

- Trotz offensichtlich unzureichender Wirkung der PDA und extrem starker Schmerzen der Gebärenden wurde die Sectio (Kaiserschnitt) ohne Unterbrechung weitergeführt. Die Patientin litt seitdem an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die WPPA konnte Schmerzengeld und die Übernahme der Therapiekosten für die Patientin erwirken.
- Eine Schwangere hatte stundenlang einen Wehensturm, erhielt aber keine Wehenhemmer. Auch wurde sie im Glauben gelassen, ein Schmerzmittel erhalten zu haben. Wie die vertrauensärztliche Stellungnahme ergab, war es aber nur ein homöopathisches Mittel mit der Wirkung „eines Placebos", obwohl die Patientin „in Anbetracht der Schmerzintensität und -dauer von einer Opioid-Gabe deutlich profitiert hätte". Die PDA gelang nicht, wurde aber auch nicht korrigiert.

Empfehlungen:
In den Beschwerden der Frauen oder ihrer Angehörigen geht es in der Regel um Kommunikation. Das heißt, dass von Seiten der Hebammen und Ärzt*innen klar kommuniziert wird, welches Medikament gegeben wird und welche Handlungen gesetzt werden sollen und warum. Nur so können Gebärende entscheiden, ob sie z.B. mit der Gabe bestimmter Schmerzmittel oder Wehenmittel oder auch dem Einsatz einer Saugglocke oder dem Kristeller-Handgriff einverstanden sind. Natürlich gibt es Situationen im Geburtsverlauf, wo das Leben der Frau oder des Ungeborenen gefährdet sein kann – da muss unverzüglich gehandelt werden. Aber auch hier muss mit der Gebärenden respektvoll kommuniziert und diese eingebunden werden.

Aus den der WPPA vorliegenden Fällen entsteht der Eindruck, dass Zeit- und Personalmangel sich für die Gebärenden sehr negativ auf den Ablauf einer Geburt auswirken. Wo wenig Zeit ist, werden Entscheidungen eher „unkompliziert" gefällt, also ohne die Patientin so weit aufzuklären, dass sie die Tragweite des Eingriffs erkennen kann. Es werden Maßnahmen möglicherweise früher gesetzt als notwendig, um die Geburt voranzutreiben und es wird weniger auf die Gebärende eingegangen. Auch „Routine" kann zu einer gewissen Abgestumpftheit führen, sodass z.B. wiederholte, vaginale Untersuchungen ohne vorherige Ankündigung erfolgen oder ohne die Gebärende aufzuklären, wozu sie dienen und dass damit Schmerzen verbunden sein können. Das kann für Frauen den Unterschied machen, ob sie sich ausgeliefert fühlen und die Untersuchung als grenzüberschreitend empfinden oder aktiv mitwirken können.

Bei Beschwerden an die WPPA wird immer wieder der sogenannte Kristeller-Handgriff als besonders traumatisch beschrieben. Frauen schildern, dass sie bei diesem Manöver, ob vorangekündigt oder nicht, um ihr Leben und das Leben ihres Kindes fürchteten. Der Kristeller-Handgriff ist in der modernen Geburtshilfe äußerst umstritten, weil er nicht unerhebliche Risiken für Mutter und Kind mit sich bringt. Von der WHO wird er nicht empfohlen.

2.7. Fehldiagnose

Zwei sehr ähnlich gelagerte Fälle beschäftigten die WPPA im Berichtsjahr im Themenkreis „Schmerzangaben/Beschwerdesymptomatik nicht ernst genommen".

- In einem Fall wurde eine fragliche Herzmuskelentzündung nicht abgeklärt. Erst in einer anderen Krankenanstalt, bei der die Patientin beruflich tätig war, wurden durch eine entsprechende Bildgebung eine Entzündung des Psoasmuskels und eine Knochenentzündung festgestellt. (Die durch die Verzögerung verursachte Krankheitsprogression wurde 2024 entschädigt.)
- Im zweiten Fall wurde bei einem 80-jährigen Patienten, einem pensionierten Arzt, trotz mehrfacher Hinweise auf die typische Symptomatik ein Pneumothorax (Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand) übersehen. Erst die nach der Spitalsentlassung aufgesuchte Notfallambulanz bestätigte den Verdacht des Patienten.

2.8. Kosten

Teure Missverständnisse ergeben sich für Patient*innen oft im Zusammenhang mit Sonderklassekosten, die von einer allenfalls vorhandenen Zusatzversicherung nicht übernommen werden. Nicht immer wissen die Patient*innen genau über den Umfang ihrer Zusatzversicherung bzw. alle Aspekte einer Sonderklassenbehandlung Bescheid. Es kam aber auch vor, dass ein Patient trotz seines ausdrücklichen Hinweises auf die fehlende Zusatzversicherung mit einer fehlerhaften Beschwichtigung zu einer Sonderklassevereinbarung verleitet wurde und auch die ausdrückliche und rechtzeitige Information der Privatversicherung über diesen Mangel keine Berücksichtigung fand.

Empfehlungen:
Es wäre wünschenswert, dass die Krankenanstalten bei der stationären Aufnahme in vorhandene Unterlagen Einsicht nehmen und nicht nur eine ärztliche Aufklärung, sondern auch eine umfassende Kostenaufklärung stattfindet.

3. Extramurale Mängel

3.1 Mehrklassenmedizin – Mangel an Kassenärzt*innen

Weiterhin besteht ein beträchtlicher Mangel an Kassenärzt*innen, was in weiterer Konsequenz entweder das Akzeptieren von enormen Wartezeiten oder den Ausweg Wahlärzt*innen zur Folge hat und somit wieder nur einer finanzstarken Bevölkerungsgruppe eine adäquate medizinische Versorgung gewährleistet. Auffallend in diesem Zusammenhang ist auch, dass der Versuch herauszufinden, wie viele Kassenstellen eigentlich unbesetzt sind, zu höchst unterschiedlichen Ergebnissen führt, je nachdem ob man die ÖGK oder die Ärztekammer um Daten bittet. Hier eine einheitliche Definition des Begriffs „unbesetzt" zu finden, kann keine wirklich große Herausforderung sein.

Ob das im September 2024 präsentierte Konzept der „Pop-up-Arztpraxen" ein taugliches Abhilfeinstrument ist (die Ärztefunkdienst-gemeinnützige Betriebsgesellschaft m.b.H. stellt die Ordination zur Verfügung, Ärzt*innen des Ärztefunkdienstes sollen durch risikolose Teilzeit-Patientenbetreuung „auf den Geschmack" kommen), scheint zweifelhaft. Es stellen sich Fragen wie: Woher kommen die Ärzt*innen, wenn sie stundenweise im ÄFD arbeiten? Weshalb hat der ÄFD seine bisherige, von der Bevölkerung gut angenommene Ordination geschlossen? Warum dauert es laut Vizepräsidentin der ÄK Wien sonst zwei Jahre (!), bis eine Ordination betrieben werden kann? Seit der Präsentation im Herbst 2024 ist es jedenfalls um dieses Konzept ziemlich ruhig geworden.

Gleichzeitig wurde die WPPA im Berichtsjahr regelrecht mit Interventionsschreiben „bombardiert", in denen hochzufriedene Patient*innen gegen die – altersbedingte – Schließung eines physikalischen Instituts protestierten. Auf Grund des fortgeschrittenen Alters der Leiterin war die ÖGK allerdings nicht bereit, einen neuen Kassenvertrag zu vergeben.

Empfehlungen:
Die Nachfrage nach Kassenarztstellen wird offenbar maßgeblich von den Vertragskonditionen beeinflusst. Es müsste daher das doch sehr starre Regelwerk der ÖGK, was die – teilzeitfeindlichen – Öffnungszeiten betrifft, modernisiert werden. Gleichzeitig sollten die Verhandlungen zum Abschluss eines Gesamtvertrages mit modernisiertem Leistungskatalog mit höchster Priorität geführt werden. Auch hier dringen wenige Meldungen über Fortschritte an die Öffentlichkeit. Im Übrigen bleiben die schon im Bericht 2023 formulierten Empfehlungen unverändert aufrecht.

3.2. Kinder- und Jugendgesundheit

Der Mangel an medizinischer und therapeutischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf Krankenkassenkosten zeigte sich im Berichtsjahr sehr deutlich. Eltern waren dadurch gezwungen, auf Wahlärzt*innen und Wahltherapeut*innen auszuweichen und erhebliche

Mehrkosten zu tragen. Oder den Kindern und Jugendlichen blieb die nötige medizinische und therapeutische Behandlung und Förderung vorenthalten, mit den entsprechenden negativen Folgen für ihre körperliche Gesundheit, geistige Entwicklung und ihr Sozialleben.

3.2.1 Zu wenige Kinderärzt*innen mit Kassenvertrag

- Eine Familie mit einem acht Monate alten Säugling versuchte über Monate, in Wien einen Kassenkinderarzt für ihr Baby zu finden. Die Kosten für einen Wahlarzt waren für die Familie einfach nicht zu stemmen. Die Familie wandte sich an die WPPA und schließlich auch an die Medien.
- Die Mutter eines fünf Monate alten, akut erkrankten Säuglings suchte am Wochenende eine*n Kinderarzt bzw. Kinderärztin, um nicht in eine Spitalsambulanz gehen zu müssen. Die Liste der kinderärztlichen Notdienste im Internet war veraltet. Der ordinierende Kinderarzt war schwer überlastet und abweisend. Gegenüber der WPPA gab die Ärztekammer an, dass ihre Bemühungen um den Ausbau des kinderärztlichen Notdienstes ergebnislos geblieben seien. Conclusio: Eltern müssen mit Kindern auf das Spital ausweichen.

3.2.2 Entwicklungsförderung bei Frühchen

Eltern wurden mit ihrem Frühchen ohne Informationen über spezielle Unterstützungsangebote aus dem Spital entlassen, wodurch das Kind auch nicht von diesen Angeboten profitieren konnte. Die Mutter bemerkte bald Auffälligkeiten, die Kinderärzt*innen waren aber nicht weiter beunruhigt. Als eine deutliche Sprachproblematik, Sauberkeitszwänge und starre Essensvorlieben auffielen, wandte sich die Kindesmutter ans Autismus-Therapiezentrum des Vereins „Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche“ (VKKJ). Dort konnte man das Kind aber nicht in die Therapie übernehmen, da keine Kapazitäten vorhanden waren. Mithilfe der WPPA erhielt die Mutter weiterführende Informationen, suchte um Kinder-Reha an und fand wahlärztliche Therapeut*innen.

3.2.2 Entwicklungsdiagnostik

- Ein Vater benötigte dringend die diagnostische Abklärung bezüglich einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) für seinen zweijährigen Sohn. Der Verein VKKJ hatte keine Kapazitäten mehr. Der Verein bestätigte gegenüber der WPPA das Problem der Mangelversorgung bei ASS. Es wurde dem Vater eine Liste von Psycholog*innen übermittelt, die, überwiegend privat, ASS-Diagnostik anbieten. Zum ärztlichen Teil wurde die neuropädiatrische Ambulanz der ÖGK am Wienerberg empfohlen.
- Ein 3-jähriges Kind wurde von der Kinderärztin in ein Zentrum für Entwicklungsförderung zur Entwicklungsdiagnostik überwiesen. Es gab an keinem einzigen Entwicklungszentrum verfügbare Termine.

3.2.3 Entwicklungsförderung und Therapien

- Eltern versuchten vergeblich, für ihr Kind mit Autismus einen Platz zur umfassenden Entwicklungsförderung in einem spezialisierten Zentrum zu bekommen. Auch für Logopädie bekam ihr Kind keinen Kassenplatz. Die WPPA vermittelte die Familie an die Familienberatung der Autistenhilfe.
- Zwei Geschwister mit Autismus bekamen keinen Hortplatz, wodurch die Eltern nur eingeschränkt arbeiten konnten. Mithilfe der WPPA und der MA 11 wurde das Familien-Intensivbetreuungsangebot erweitert, sodass die Kindesmutter die Betreuung zuhause zukünftig alleine schaffen konnte. Eine spezifische Autismus-Therapie musste aber privat bezahlt werden.

Empfehlungen:
Die Bemühungen um mehr Kinderärzt*innen mit Kassenvertrag müssen weiter intensiviert und die medizinische Akutversorgung im niedergelassenen Bereich auch am Wochenende dringend ausgebaut werden. Nur so können Kinder gesund heranwachsen und die Spitalsambulanzen entlastet werden. Gerade bei Kleinkindern braucht es einen zeitnahen, niederschwelligen Zugang, da hier eine Einschätzung des Gesundheitszustands durch die Eltern besonders schwierig ist. Bei Auffälligkeiten in der Entwicklung von Kindern bedarf es einer raschen diagnostischen Abklärung und wohnortnahen Zugang zu Therapien wie Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie mit voller Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Die Versorgungssituation für Kinder mit Autismus ist beunruhigend und die Aussichten auf den Werdegang dieser Kinder auch. Experten schätzen, dass nur etwa ein Fünftel der Kinder mit ASS in Wien entsprechend gefördert wird. Die WPPA fordert für Kinder mit Entwicklungsstörungen und ASS mehr und frühzeitige Therapieangebote. Kinder haben eine hohes Entwicklungspotential, wenn sie rechtzeitig und adäquat gefördert werden, unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten der Eltern.

3.3. Radiologie

3.3.1. Wartezeiten

Insbesondere betreffend die Wartezeiten auf kassenfinanzierte MRT-Untersuchungen wurden im Berichtsjahr wieder enorme Fristen beanstandet, wie z.B.

- Zwei Monate für eine dringende Pankreas-Untersuchung
- Dreieinhalb Monate Wartezeit für eine zum sicheren Tumorausschluss empfohlene MRT-Untersuchung nach vorangegangener CT-Untersuchung im selben Institut
- Zwei bis drei Monate bei einer Sportverletzung
- Vier Monate bei mehreren kontaktierten Instituten

Leider mussten einige Beschwerdeführer*innen feststellen, dass die im Portal der Sozialversicherung abrufbaren Wartezeiten diverser Institute nicht mit den dann tatsächlich angebotenen übereinstimmten. Für Patient*innen schwer verständlich ist auch, dass sie nach Erstversorgung im Spital angewiesen werden, zur genauen Abklärung der Symptome ein externes Institut aufzusuchen, weil die spitalseigenen Geräte ausgelastet sind.

Weiterhin unzureichend ist das Angebot an kassenfinanzierten Open-MRT-Geräten. Niedergelassene MRT-Institute führen generell kein MRT für Patient*innen mit Herzschrittmachern durch.

3.3.2. Kosten

Beschwerden gab es schließlich auch zum Thema „kostenlose Krankengeschichte" (also z.B. Bilder und Befunde) i.S. der aktuellen Rechtsprechung des EuGH und des OGH. Zum Teil stellten sich Institute auf den Standpunkt, dass sie die Untersuchungsergebnisse nur durch einen Link zu einer Cloud zur Verfügung zu stellen bräuchten (und daher für einen Ausdruck oder eine CD-Version Kosten verrechnen könnten). Zum Teil wurde die Aushändigung analoger Befunde überhaupt verweigert. Die WPPA vertritt dazu den Standpunkt, dass der Umgang mit elektronisch zur Verfügung gestellten Bildern und Befunden nicht allen Patient*innen zugemutet werden kann, sodass eine Wahlfreiheit bestehen muss, in welcher Form dem Patienten die erste kostenlose Version der erhobenen Daten, also Bilder und Befunde, zur Verfügung zu stellen ist. Hier wäre auch eine klarstellende gesetzliche Regelung von Vorteil. Auch von Seiten der zuweisenden Ärzt*innen bestand nicht immer die Bereitschaft, elektronisch auf die Bilder zuzugreifen. Hier wurde das Problem auf die Patient*innen abgewälzt, sich um eine analoge Bereitstellung zu bemühen.

3.3.3. Diagnosefehler

In zwei sehr ähnlich gelagerten Beschwerdefällen wurden bei den von niedergelassenen Lungenfachärzten vorgenommenen Durchleuchtungen keine besorgniserregenden Auffälligkeiten entdeckt. Erst bei den auf Grund anhaltender Beschwerden in Krankenanstalten durchgeführten CT-Untersuchungen wurde letztlich fortgeschrittener Lungenkrebs diagnostiziert. Dies zeigt deutlich, dass die bei Fachärzt*innen zum Einsatz kommenden Durchleuchtungsgeräte unter manchen Umständen nicht die Qualität einer CT-Untersuchung haben.

Empfehlungen:
Die WPPA hat wiederholt darauf hingewiesen, dass dem Bevölkerungswachstum und der gestiegenen Qualität (und damit Beliebtheit) radiologischer Untersuchungen durch eine ausreichende Zahl von Kassengeräten im Großgeräteplan Rechnung getragen werden muss. Es ist nicht akzeptabel, dass nur Patient*innen, die bereit sind, solche Untersuchungen privat zu zahlen, rasche Termine für oft wirklich dringende Untersuchungen bekommen. Umso weniger, als es ja, im Gegensatz zur teilweisen Kostenvergütung von Wahlarzt-Honoraren, selbst bei dringend notwendiger Abklärung

für private radiologische Untersuchungen bislang keinen Kostenersatz durch die Sozialversicherung gab. (Dass die jüngste OGH-Entscheidung 10 Obs 101/24m hier nachhaltig Abhilfe schaffen kann, scheint zweifelhaft, weil die dort zugesprochene teilweise Kostenerstattung voraussetzt, dass der*die Patient*in nachweist, welche (überlangen) Wartezeiten ihm*ihr bei sämtlichen Radiologieinstituten auf Anfrage mitgeteilt wurden). Darüber hinaus ist die Sozialversicherung angehalten, die Einhaltung der für die Kassengeräte vereinbarten maximalen Wartefristen (fünf Tage in dringenden, 20 in sonstigen Fällen) streng zu kontrollieren und bei Vertragsverstößen auch Kündigungen ins Auge zu fassen.

3.4. Psychotherapie auf Krankenkasse

Notwendige Psychotherapien zu bezahlen kann für viele Patient*innen eine enorme finanzielle Belastung darstellen. Oftmals sind Psychotherapeut*innen mit Kassenvertrag stark ausgelastet, sodass auch hier lange Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen, andere wiederum verrechnen Stundensätze, die weit über den Kassentarifen liegen. Schließlich wurde die WPPA auch mit Beschwerden konfrontiert, welche die Begrenzung der Gesamtstundenzahl der von der Sozialversicherung finanzierten/unterstützten Psychotherapie betrafen. Nur mit großer Anstrengung gelang es, das ursprünglich kommunizierte Limit von 20 Stunden auf 30, ein anderes Mal auf 40 Stunden auszuweiten. Für von chronischen Leiden betroffene Menschen ist das früher oder später ein enormes Problem. Wenn auch der Kostendruck der Sozialversicherung verständlich ist, so müsste in einer gesamtwirtschaftlichen Betrachtung immer auch berücksichtigt werden, dass die durch Arbeitsunfähigkeit von der Gesellschaft zu tragenden Kosten jene einer länger gewährten Psychotherapie bei weitem übersteigen.

3.5. (Operative) Zahnbehandlungen

Mehrere Fälle überlanger Wartezeiten (z.B. ein dreiviertel Jahr für eine operative Wurzelbehandlung eines dreijährigen Kindes) für notwenige operative Eingriffe in Zahnkliniken haben deutlich gemacht, dass sowohl die Kapazitäten in den Kliniken, insbesondere aber extramural (eine einzige Kinderzahnordination, die operative Eingriffe vornimmt!) völlig unzureichend sind.

Ein weiterer Beschwerdefall betraf den Umgang mit einem autistischen Jugendlichen, dessen erfolgreiche Behandlung sowohl in der Zahnklinik wie auch in einem Zahngesundheitszentrum vorerst scheiterte, weil die Besonderheit der schwierigeren Einhaltung des Therapieplans bei diesem Patienten nicht berücksichtigt wurde. Über Intervention der WPPA gelang es schließlich doch, eine adäquate Versorgung in der Zahnklinik herbeizuführen.

3.6. Impfungen

Die Beschwerden in diesem Bereich fokussierten sich vor allem auf Covid-19- und Grippe-Impfungen.

3.6.1. Covid-19-Impfungen:

Einige Covid-19-Impfwillige mussten im Sommer 2024 zur Kenntnis nehmen, dass trotz der Berichte über einen neuen, der aktuellen Virusvariante angepassten Impfstoff erneut Impftermine nur mit langen Wartefristen vereinbart werden konnten bzw. viele Hausärzte diese (Gratis)Impfung nicht anboten. Als Erklärung wurden die Urlaubszeit und die damit verbundene Reduzierung der Zahl geöffneter Ordinationen genannt, andererseits der für viele Ärzt*innen offenbar abschreckende Umstand, dass der Impfstoff nur in 6-er Gebinden verfügbar war, welche nach einmaliger Öffnung rasch komplett verimpft werden mussten. Den damit verbundenen Organisationsaufwand wollten sich offenbar etliche Ärzt*innen nicht antun. Eine Kooperation mit der Ärztekammer konnte hier relativ rasch eine Verbesserung der Lage herbeiführen.

Ein zweiter mehrmals beanstandeter Mangel bezog sich auf irreführende Erklärungen impfbereiter Ärzt*innen, wonach der „aktuelle" Covid-Impfstoff angeboten würde, wohingegen in Wahrheit noch Chargen des schon länger auf dem Markt befindlichen, auf die Vorvariante abgestimmten Impfstoffes verwendet wurden. Die Erklärung, „es sei schade um den alten Impfstoff", zeigt eine grobe Verkennung der ärztlichen Aufklärungspflicht. Letztlich gelang durch Vermittlung der WPPA eine gütliche Bereinigung.

3.6.2. Influenza-Impfungen:

Bei der ebenfalls intensiv beworbenen Influenza-Impfung kam es wie im Vorjahr zu Impfstoff-Engpässen und Schwierigkeiten herauszufinden, welche*r Hausärzt*in noch Vorräte und Termine hat. Patient*innen, die dem Problem damit begegneten, dass sie sich den Impfstoff selbst in der Apotheke besorgten, blieben auf den vollen Kosten sitzen, was der Erwartung einer Gratisimpfung zuwiderlief. Sehr bedenklich waren mehrfache Beschwerden über eine Hausärztin, die einen seit zwei Jahren abgelaufenen Grippe-Impfstoff verwendete (diese Missstände konnten auch durch eine Ordinationsbegehung verifiziert werden).

3.6.3. Sonstige Impfprobleme:

Schließlich kam es – zumindest die bei der WPPA eingelangten Beschwerden betreffend – zu vereinzelten Impfstoff-Verwechslungen, die aber glücklicherweise keine Schäden verursachten. Deutlich rückläufig waren hingegen die Beschwerden wegen behaupteter Impfschäden.

Empfehlungen:
Wie die Erfahrung zeigt, ist die Impfbereitschaft der Österreicher, aber auch der Wiener, ohnehin sehr bescheiden ausgeprägt. Umso wichtiger ist es, dass alle beteiligten Stakeholder, sowohl was die Empfehlungen als auch das Angebot betrifft, möglichst transparent und - im Bereich von Aufklärung und Verabreichung - sorgfältig agieren. Die Nichterfüllung von berechtigten Erwartungen erzeugt nur Frustration und konterkariert daher alle Bemühungen, eine höhere Vorbeugungswilligkeit zu erzeugen. Dies wäre aber zur Vermeidung von viel teureren gesamtwirtschaftlichen Schäden enorm wichtig. Die WPPA empfiehlt darüber hinaus, ein möglichst niederschwelliges Impfangebot herbeizuführen, was eine Diskussion über die Einbindung von Apotheken unumgänglich macht. Schließlich ergeht auch der Appell an die Bundesregierung, ihre Ankündigung im Regierungsprogramm umzusetzen und in Bezug auf das Impfangebot den Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums zu folgen, d.h. weitere Impfungen kostenfrei anzubieten. Auch hier sollte der Blick auf die letztlich erzielbaren volkswirtschaftlichen Vorteile übermäßige Einsparungspläne überwinden helfen.

3.7. Kosten:

Kostenprobleme bei der Ausfolgung von radiologischen Befunden wurden schon unter Pkt 3.3.2. behandelt. Bezüglich der häufigen Thematik der Kostenersatzpflicht für frustrierte Rettungsfahrten kann auf den Abschnitt „Rettungstransporte“ (Kapitel III.4. „Sonstiges“) verwiesen werden.

Immer wieder beschäftigen die WPPA auch Beschwerden wegen **Stornokosten** für nicht wahrgenommene Arzttermine. Diese Fälle waren sehr unterschiedlich gestaltet, sodass die Frage der Rechtmäßigkeit der Verrechnung regelmäßig von Beweisfragen abhing, die von der WPPA nicht gelöst werden konnten. Durch Korrespondenz mit den Forderungsstellern gelang es allerdings doch öfters, Kulanzlösungen für die Patient*innen zu erzielen.

Weitere **Einzelfälle**, in denen die WPPA erfolgreich für die belasteten Patient*innen einschritt, betrafen

- einen Patienten, der beim Weg zum Allgemeinmediziner verknöchelte und mit dem Rollator nicht mehr nach Hause gehen konnte; die Kosten für den Krankentransport wurden von der ÖGK übernommen;
- die Bezahlung eines zweiten orthopädischen Mieders, nachdem das erste, nicht passende, von der ÖGK bereits bezahlte Mieder vom Patienten ohne Verständigung der Sozialversicherung zurückgeschickt worden war;
- die Kosten des von der Polizei veranlassten Rücktransports eines aus einem Pflegeheim abgängigen demenzkranken Bewohners durch die Rettung;
- die dem Vater als Begleitperson einer erwachsenen Patientin verrechneten Aufenthaltskosten im Spital; da die Tochter zu 100% behindert und damit auf die Mitbetreuung durch den Vater angewiesen war, verzichtete das Spital letztlich auf die Kosten.

Weiterhin ungelöst ist die – in zwei Fällen aufgetretene - Kostenproblematik, die entsteht, wenn **psychiatrische Patient*innen auf Grund eines Kontrollmeldeversäumnisses beim AMS die Notstandshilfe und damit verbunden** sechs Wochen später den **Versicherungsschutz verlieren**. Fallen danach Spitalsbehandlungskosten an, so kann der Versicherungsschutz selbst dann nicht wiederhergestellt werden, wenn nachweisbar ist, dass die Patient*innen wegen ihrer Erkrankung den Kontrollmeldetermin versäumt hatten. Eine Besprechung der Fälle mit dem AMS hat letztlich nur zur Feststellung einer sozialpolitischen Lücke geführt, die der Gesetzgeber lösen müsste. In den konkreten Fällen verzichteten die Krankenanstaltsträger kulanter Weise auf die Kosten.

Empfehlungen:
Sowohl die Fragen der Rechtfertigung von Stornokosten bei versäumten Arztterminen, des Umfanges der Kostenfreiheit der ersten Krankengeschichte-Kopie, der Kostenersatzpflicht für frustrierte Rettungseinsätze wie auch die zuletzt aufgezeigte Problematik des fehlenden Versicherungsschutzes könnten durch genauere gesetzliche Regelungen entschärft werden. Dies würde auch die Beratung betroffener Patient*innen wesentlich erleichtern und den Hinweis „es kommt darauf an" bzw. das kreative Bitten um Kulanzlösungen vermeiden helfen.

4. Sonstiges

4.1 Postakute Infektionen (Long-Covid, Post-Covid, ME/CFS) :

Im Berichtsjahr 2024 erreichte die WPPA eine erhebliche Anzahl an Beschwerden von Patient*innen mit Long-Covid, Post-Covid und ME/CFS. Die Patient*innen, soweit es ihnen selbst möglich war bzw. sonst ihre pflegenden Angehörigen, schilderten die fehlende Anerkennung der Erkrankung und die sich daraus ergebende mangelnde medizinische Versorgung (intramural wie extramural), die Nicht-Anerkennung des Pflegebedarfs und die fehlende finanzielle Absicherung der Betroffenen. Allen Beschwerden war gemein, dass nicht nur die Not der Patient*innen groß war, sondern auch alle unterstützenden Angehörigen körperlich und seelisch belastet waren. Manche Betroffenen entschieden sich, nicht mehr um Sozialleistungen anzusuchen, weil die Kraft dafür fehle oder man befürchtete, dass sich durch neuerliche Begutachtungen der Gesundheitszustand des*r Patient*in noch weiter verschlechtern würde. **Für die WPPA ergaben sich aus jeder einzelnen Beschwerde zahlreiche Ansatzpunkte, um den Betroffenen zu helfen:** umfangreiche Beratung und Hilfestellung bei der Organisation von Pflege, beim Zugang zu Sozialversicherungsleistungen zur finanziellen Absicherung der Patient*innen, wie Krankengeld, Berufsunfähigkeit und Rehageld. Weiters, sofern zum damaligen Zeitpunkt noch vorhanden, vermittelte die WPPA Informationen zu spezialisierten Zentren oder Ambulanzen, gab Hilfestellung bei Begutachtungen, suchte um Hausbesuche an und unterstützte bei der Kostenübernahme von Hilfsmitteln.

Es ist kaum möglich, die einzelnen Fälle in der in diesem Bericht sonst üblichen sachlichen und knappen Form zu schildern, da Begriffe wie „Mängel in der medizinischen Versorgung" oder „Nicht-Anerkennung des Pflegebedarfs durch Gutachter*innen" nicht geeignet sind, die Tragik der davon betroffenen Patient*innen und ihres pflegenden Umfelds zu beschreiben.

Ein Beispiel, das für viele steht.
Die Eltern einer Patientin (Mitte 40) schilderten in der Beschwerde an die WPPA, dass ihre Tochter seit über zehn Jahren an Symptomen von ME/CFS litt. 2023 hätte sich ihr Zustand so massiv verschlechtert, dass sie zu ihren Eltern ziehen musste, keine 40 Kilogramm mehr wog und bettlägerig wurde. Die Tochter sei rund um die Uhr auf fremde Hilfe angewiesen.

Die PVA beschied Pflegestufe 1, wogegen die Eltern Klage einreichten. Diese zogen sie wegen Aussichtslosigkeit wieder zurück (es wurden der Patientin gutachterlich „Motivationsgespräche" empfohlen). Entgegen den gesetzlichen Vorgaben wurde das Pflegegeld nach Einstellung des Verfahrens über ein Jahr lang nicht ausbezahlt. Die WPPA bemühte sich dazu um Klärung bei der PVA und beim Arbeits- und Sozialgericht, außerdem suchte sie um Übernahme der Kosten wegen der besonderen diätologisch erforderlichen Nahrungsergänzungsmittel an, unterstützte bei der Suche nach einer*m Fachärzt*in mit ME/CFS-Expertise mit Kassenvertrag sowie nach einem Pflegedienst. Das Rehageld wurde wieder auf ein Jahr bewilligt. Die Kostenübernahme für ein Pflegebett wurde von der ÖGK trotz vorheriger Zusage an die WPPA nochmals abgelehnt.

4.1.1 Mangelnde medizinische Versorgung

Intramural: Umgang mit ME/CFS Patient*innen
Eine ME/CFS-Patientin bat bei Anmeldung auf der pulmologischen Long-Covid-Ambulanz des AKH erfolglos um einen Liegesessel. Im Stehen und Sitzen litt sie unter dem Posturalen orthostatischen Tachykardiesyndrom (POTS), in weiterer Folge an einer Verschlechterung ihrer Symptome für mehrere Tage bis Wochen (PEM). Schließlich ging es der Patientin so schlecht, dass sie sich auf den Spitalsboden legen musste. Dort ließ man sie etwa eine halbe Stunde lang liegen, bis sie zur Behandlung aufgerufen wurde. Bei einem früheren Besuch der Long-Covid-Ambulanz sei es ihr ähnlich ergangen. Mit der Beschwerde durch die WPPA konfrontiert erklärte das AKH, an diesem Tag sei leider kein Bett zur Verfügung gestanden und man versprach schließlich eine Nachschulung des Personals. Mit Jahresende wurde die pulmologische Long-Covid-Ambulanz für ME/CFS-Patient*innen ersatzlos geschlossen.

Anmerkung: In Wien gab es mit Jahresanfang 2025 nur mehr eine Long-Covid-Ambulanz: jene für Patient*innen mit kardiologischen Problemen am AKH. Mehrere Monate Wartezeit auf den Ersttermin müssen hingenommen werden. Sonst gibt es keine spezialisierten Ambulanzen für Patient*innen mit Long- oder Post-Covid-Erkrankungen oder ME/CFS.

Extramural: Kaum Spezialisten mit Kassenvertrag
Ein Student litt nach einer Covid-19-Erkrankung an Long-Covid und konnte sein Studium nicht fortsetzen. Ärzt*innen im niedergelassenen Bereich konnten nicht helfen. Die finanziellen Mittel, um wahlärztliche Spezialist*innen in Anspruch nehmen, fehlten der Familie. Die WPPA unterstützte mit einer Liste von Expert*innen, die der Verein Long-Covid-Austria erstellt hatte und die vereinzelt auch Vertragsärzt*innen enthielt. Doch die Wartezeiten bei den Vertragspartner*innen der Sozialversicherungen sind lang.

4.1.2 Begutachtungen

Rehageld: Unangekündigter Hausbesuch
Die Patientin war schwer an Long-Covid erkrankt, bettlägerig und nicht transportfähig. Die Eltern hatten sie zur Pflege wieder zu sich genommen. Ein Gutachter der Sozialversicherung erstattete einen unangekündigten Hausbesuch. Um das Rehageld nicht zu verlieren, stimmten die Eltern der Untersuchung zu, ersuchten aber um Berücksichtigung bestimmter Gegebenheiten, damit es bei der Patientin nicht zu einer Zustandsverschlechterung komme. Die Patientin lag in einem abgedunkelten Zimmer und hatte Augen und Ohren abgedeckt. Daraufhin erklärte der Arzt, dass die Untersuchung nicht möglich sei und ging, ohne die Patientin gesehen zu haben. Dies wurde von der PVA so so interpretiert, dass die Patientin nicht mitwirken wolle und das Rehageld wurde ihr entzogen. Eine Klage ist anhängig.

Rehageld: Hausbesuch abgelehnt, Begutachtung nicht nach medizinischen Standards
Eine Patientin, bettlägerig, mit einer schweren Form von ME/CFS, wird seit Jahren von ihren betagten Eltern gepflegt. Die PVA lehnte einen Hausbesuch zur Begutachtung im Rahmen des Rehageldes ab. Die Patientin schilderte in ihrer Beschwerde, dass der begutachtende Neurologe bei ihrem Eintreten (in Begleitung) zu seinem Kollegen witzelte, „dass das Theater jetzt losgehen könne." Sich hinzulegen wurde ihr mehrmals verweigert, bis sie schließlich das Gleichgewicht verlor. Dann seien noch ihr Gewicht und ihr Puls gemessen worden. Die Befunde ihres behandelnden Facharztes für ME/CFS wurden nicht berücksichtigt. Ihr Antrag auf Rehageld wurde auch nach Einschalten der Ombudsstelle erneut abgelehnt. Die WPPA beriet die Patientin zu ihrer Klagsmöglichkeit gegen den Bescheid. Die Patientin sah sich aber außer Standes, weitere Untersuchungen zu machen.

Zusammenfassung der Situation und Empfehlung:
Im intramuralen Bereich gibt es in ganz Wien keine Spezialambulanz für Patient*innen mit Long-Covid (außer Kardiologie), Post-Covid und ME/CFS. Die **Interdisziplinäre Long-Covid-Ambulanz** des AKH wurde – entgegen anderslautender Versicherungen gegenüber der WPPA – geschlossen und ist wieder eine rein pulmologische Ambulanz. Extramural gibt es nur wenige Fachärzt*innen, die sich auf Long-Covid, Post-Covid und ME/CFS spezialisiert haben, und die meisten haben keinen Kassenvertrag. Hier braucht es mehr Aufbau von Expertise durch verpflichtende Fortbildung der niedergelassenen (Fach)Ärzt*innen. Für die Einrichtung (mindestens) einer Spezialambulanz für Long-Covid, Post-Covid und ME/CFS wurde bisher noch kein Zeitpunkt kommuniziert.

Patient*innen sind darauf angewiesen, dass Gutachter*innen Wissen über die Erkrankung und die Diagnosemöglichkeiten mitbringen. Wie die WPPA auch in ihrem Schreiben an die PVA formulierte, bräuchte es dazu, besonders bei ME/CFS-Patient*innen, folgende Maßnahmen:

- **Kontinuierliche Fortbildung der Gutachter*innen zu Long-Covid und ME/CFS**, denn die Diagnose und die Abgrenzung von anderen Erkrankungen sind komplex. Es sollten daher Expert*innen für Long-Covid und ME/CFS als Begutachtende aufgenommen bzw. durch diese Expert*innen die interne Fortbildung ihrer Gutachter*innen forciert werden.
- **Begutachtung zuhause**: Wenn aus einem ärztlichen Befund hervorgeht, dass kein Transport zur Begutachtung möglich ist, muss ein Hausbesuch angeboten werden.
- **Rechtzeitige Ankündigung des Termins**: Die Begutachtung zuhause muss angemeldet werden, damit sich Patient*innen auf die stressende Situation mental und psychisch vorbereiten können (Gefahr einer Post-Exertionellen Malaise, kurz PEM).
- **Vorbereitung des Begutachtungstermins**: Es ist unbedingt auf die Gefahr von weiteren Infektionen zu achten und auf Verlangen bei der Untersuchung ein Mundschutz zu tragen. Keinesfalls dürfen Gutachter*innen, die akut erkrankt sind, einen Termin wahrnehmen. In die Vorbereitung auf den Hausbesuch gehören die behandelnden Ärzt*innen und die pflegenden Angehörigen eingebunden.
- **Einbeziehung von beigebrachten Befunden der Patient*innen in die Beurteilung**: Auch wenn von den Patient*innen Befunde von Expert*innen für ME/CFS vorgelegt werden, zeigt sich, dass diese wenig bis keine Berücksichtigung in den Gutachten finden. Bei Patient*innen mit ME/CFS und PEM mit schwerem Krankheitsverlauf ist abzuwägen, ob auf eine Begutachtung durch die PVA verzichtet werden kann. Die Bewertung für Rehageld und Pflegegeld sollte anhand vorgelegter Befunde der behandelnden Fachärzt*innen möglich sein.

4.2 Reha:

„Generelles Rehabilitationsziel ist es, Patient*innen wieder in die Lage zu versetzen, möglichst ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben zu führen, einen Beruf auszuüben oder eine Ausbildung absolvieren zu können. Es gilt, behinderungsbedingte Pensionierungen und Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest aufzuschieben", so beschrieben im Österreichischen RehaKompass der Gesundheit Österreich GmbH (Allgemeine Infos | Österreichischer Rehabilitationskompass). Die Patient*innen stellen dazu einen Antrag bei einem Träger mit Begründung durch den zuständigen Facharzt bzw. Fachärztin und mit einem Vorschlag der bevorzugten Reha-Einrichtung. Die Praxis zeigt, dass der Weg zur Reha für die Patient*innen aber nicht immer so unkompliziert verläuft wie geschildert.

So wurde einer schwer lungenkranken Patientin, der eine Anreise mit dem Zug nicht zumutbar war, eine Reha nur in einer Einrichtung, die mit 5-stündiger Zugfahrt erreichbar gewesen wäre, bewilligt. Nach Intervention durch die WPPA wurde die ursprüngliche Bewilligung zurückgezogen und stattdessen eine neuerliche medizinische Begutachtung angeordnet. In einem anderen Fall wurde der Ehefrau (und Erwachsenenvertreterin) eines schwer demenzkranken Patienten der Aufenthalt als Begleitperson mit der Begründung verweigert, dies sei nur bei Kindern und Säuglingen möglich. Es ist aber bekannt, dass sich Demenzkranke in fremder Umgebung verloren fühlen und die Ehefrau durch ihre gemeinsame Anwesenheit in die Lage versetzt worden wäre, ihren Mann vor Ort besser zu unterstützen und Pflege-Know-How zu erwerben, das sie nach der Reha zu Hause sehr gut nützen hätte können. Auch die Außerachtlassung der ausdrücklichen Reha-Empfehlung der vorbehandelnden Klinik, den Antritt erst 4-6 Monate nach der Operation vorzusehen, indem der Reha-Antritt – unter Androhung des Verfalls der Bewilligung bei Nichtantritt – schon zwei Monate nach der Operation bewilligt wurde, verwundert. Schließlich kommt es immer wieder vor, dass Reha-Anträge begründungslos abgelehnt werden, anstatt die Patient*innen auf die Unzuständigkeit des angerufenen Sozialversicherungsträgers (z.B. der PVA für psychiatrische Erkrankungen) hinzuweisen und den Antrag an den richtigen Träger weiterzuleiten.

Empfehlungen:

Die angeführten Fälle zeigen beispielhaft, dass der eigentliche medizinische Zweck oder der Gesundheitszustand der Antragsteller bei Reha-Entscheidungen zuweilen nicht im Vordergrund stehen, sondern vermutlich organisatorische Gegebenheiten, denen sich die Patient*innen beugen sollen. Das geht am eingangs geschilderten Rehabilitationsziel vorbei. Auch wird die für Laien kaum durchschaubare Kompetenzverteilung zu deren Nachteil, wenn es der jeweilige adressierte Träger verabsäumt, entgegen anderslautender Vereinbarung, den Antrag an die zuständige Stelle weiterzuleiten und es stattdessen bei einer unbegründeten Ablehnung belässt. Hätte sich eine Patientin angesichts ihrer starken psychischen Belastung nicht an die WPPA gewandt, hätte sie keinen Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen bekommen.

Die WPPA ersucht die Unfall-, Pensions- und Krankenversicherungsträger, die Rehabilitationsziele bei ihren Entscheidungen in den Vordergrund zu stellen und die im RehaKompass geschilderten, kundenfreundlichen Maßnahmen umzusetzen. Denn da heißt es: „Die Maßnahmen sind bei einem Pensionsversicherungs- oder Unfallversicherungsträger zu beantragen, die den Antrag unverzüglich an den zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten haben, soweit sie diese Maßnahmen nicht selbst gewähren."

4.3 Arzneimittelmangel

4.3.1 Mangel bei Diabetesmedikamenten

Die meisten Beschwerden wegen mangelnder Arzneimittel gab es im Berichtsjahr wegen Ozempic. Das Diabetesmedikament (sowie wirkstoffgleiche Präparate) erlebte einen medialen Hype als „Abnehmspritze" und eröffnete der Pharmaindustrie damit einen weiteren internationalen Absatzmarkt. Die daraus resultierenden Lieferengpässe hatten unangenehme Folgen für Patient*innen mit Diabetes Typ II, die sich Monat für Monat in Apotheken auf die Suche nach dem Präparat machen mussten. Diese Unsicherheit über die weitere Entwicklung belastet Patient*innen sehr. Einige mussten sehr kurzfristig auf ein anderes Medikament umgestellt werden, obwohl Ozempic sehr gut vertragen wurde. Selbst Diabetesambulanzen der Kliniken waren von den Lieferschwierigkeiten betroffen. Die WPPA unterstützte bei der Suche und wandte sich auch an die Apothekerkammer. Viele Apotheken bemühten sich, für ihre Kund*innen eine Apotheke mit Vorrat ausfindig zu machen. Doch nicht allen konnte damit geholfen werden. In einzelnen Fällen konnte die Handy-App ApoScout bei der Suche helfen. Doch auch hier zeigte sich, dass sie nicht immer tagaktuell geführt wurde und auch nicht jede Apotheke ihre Lagerbestände einspeiste. Die langen Wartezeiten auf Nachlieferung von Ozempic können für Patient*innen auch zeitlichen und finanziellen Mehraufwand auslösen, weil die Rezepte nach einem Monat die Gültigkeit verlieren, sodass eine Neuverschreibung nötig ist.

Schwer verständlich ist in diesem Zusammenhang auch der Erstattungskodex, der die Genehmigung von Ozempic nur für Diabetes Typ II vorsieht, sodass die Sozialversicherung einer Patientin, die an Diabetes Typ I litt, nach zweimaliger Genehmigung unter dem Titel „Adipositas" mit guten Behandlungserfolgen die weitere Genehmigung versagte.

4.3.2. Mangel bei Medikamenten für Kinder

4.3.2.1. Keine geeigneten Antibiotika für Kinder

Trotz wiederkehrenden Anstiegs der Streptokokken-Infektionen im Frühjahr seit Beginn der Covid-19-Pandemie bestand auch 2024 ein chronischer Mangel an geeigneten Antibiotika, insbesondere auch des in Österreich produzierten Safts Ospen. Selbst die auf Grund von Nebenwirkungen weniger geeigneten Alternativen Augmentin und Clavomox waren zeitweise vergriffen. Auch die Nachfrage beim Hersteller von Ospen, der Sandoz GmbH, brachte nur die folgende unbefriedigende Antwort:

„In einem Markt wie Österreich, in dem es nur noch wenige Hersteller/Anbieter gibt, ist es schwierig, Produktionsmengen zu kompensieren, sollte es bei einem Marktteilnehmer zu Ausfällen oder Verzögerungen kommen. Für Penicillin ist Kundl der letzte voll-integrierte Produktionsstandort in Europa, der vom Wirkstoff bis Fertigform alle Prozesse an einem Ort bündelt. Beim Phenoxymethyl-penicillin als Benzathin-Salz, dem Wirkstoff in den Kindersäften, sind wir überhaupt weltweit der einzige zertifizierte Hersteller. Trotzdem versuchen wir die Nachfrage aus allen europäischen Ländern so gut es geht abzudecken“. Man produziere ohnehin 24h am Tag/7 Tage die Woche in 3 Schichten.

4.3.2.2. Pulmicort gegen Kehlkopfentzündung

Auch hier war ein unverständlicher Mangel in den Apotheken feststellbar, während im Ausland keine Bezugsprobleme bestünden (z.B: Shop-Apotheke.de). Einem verzweifelt suchenden Vater konnte von den Apotheken nicht einmal irgendeine Alternative genannt werden.

Empfehlungen:
Mit Jahresanfang 2025 waren noch immer über 500 Arzneimittel laut BASG nicht oder nur eingeschränkt verfügbar, darunter Antibiotika, Schmerzmittel und besagte Diabetesmedikamente. Die Lösungsvorschläge dazu sind bekannt (Wirkstofflager, verstärkte Kontrolle der Parallelexporte, Prüfung der Preisgestaltung, Produktion innerhalb der EU, ...). Die positive Wirkung für die Patient*innen ist aber noch nicht wahrnehmbar.

4.4 Rettungstransporte

Immer wieder wurden Patient*innen davon überrascht, dass die Kosten für einen Rettungseinsatz oder Krankentransport nicht vom Krankenversicherungsträger übernommen wurden. Aber auch das Verhalten des Personals oder mangelnde Aufklärung waren Inhalt der Beschwerden.

4.4.1 Verhalten des Personals

In diese Kategorie fällt sowohl

- das mehrfach unsensible Verhalten einer Notärztin, welche zum Transport eines an Atemnot und Fieber leidenden 70-jährigen Patienten gerufen wurde. Sie fragte dessen Ehefrau mehrfach, ob sie den Patienten nicht sterben lassen solle bzw. kündigte an, ihn im Falle eines Herzstillstandes nicht zu reanimieren. (Anmerkung: Der Patient wurde nach dreiwöchiger Spitalsbehandlung in stabilem Zustand entlassen.)
- aber auch der im Zuge der Transferierung in eine psychiatrische Abteilung sorglose Umgang der Rettungssanitäter mit der mitgeführten Dauermedikation. Dieser ermöglichte es einer suizidgefährdeten Patientin, während des Transports auf die Medikamente zuzugreifen und einen weiteren Selbstmordversuch zu verüben.

4.4.2 (Keine) Kostenübernahme

Insbesondere wenn Patient*innen nach Eintreffen der Rettungskräfte (Notärzt*innen, Sanitäter*innen) und stabilisierender Behandlung den Transport ins Krankenhaus für überflüssig halten oder ablehnen, kommt es zu bösen Überraschungen. Übernimmt die Sozialversicherung mangels Spitalstransports die Kosten nicht, werden den Patient*innen von den Rettungsdiensten Transportkosten in beträchtlicher Höhe vorgeschrieben. Eine andere Fallvariante sind Rettungseinsätze zu Gunsten von Personen (oft von besorgten Freunden angefordert), die sich dann als nicht erforderlich herausstellen (gelegentlich leider auch, ohne die behauptete Verabreichung von K.O.-Tropfen mittels zeitnaher Blutabnahme zu überprüfen). In den von der WPPA angeforderten Stellungnahmen wird immer auf den vom Patienten/von der Patientin unterzeichneten Revers verwiesen. Auch die Fälle, wo nicht klar ist, ob jetzt ein Krankentransport im eigentlichen Sinn (z.B. weil dem Transport ein am Weg zum Arzt erlittener Unfall o.ä. zugrunde liegt) vorliegt und daher Kostendeckung durch die Sozialversicherung gewährt wird, beschäftigten die WPPA wiederholt. Hier zeigten sich die einzelnen Sozialversicherungsträger unterschiedlich kulant.

Kritik der WPPA. Für die WPPA wie auch die Beschwerdeführer*innen ist nicht nachvollziehbar, warum die vorgeschriebenen Kosten je nach Rettungsorganisation so unterschiedlich hoch sind. Während die ÖGK in einzelnen Fällen auf Betreiben der WPPA die Kosten übernimmt oder kulanter Weise reduziert, beruft sich die KFA in der Regel auf den unterzeichneten Revers.

Damit zu einem weiteren Kritikpunkt, nämlich besagtem **Revers**: Gegenstand des von Krankenversicherungsträgern viel zitierten Formulars ist, dass Patient*innen darin bestätigen, von Notärzt*innen oder Sanitäter*innen ausreichend über ihre Erkrankung bzw. Verletzung und mögliche sich daraus ergebende Komplikationen und Gefahren aufgeklärt worden zu sein und dennoch eine weitere medizinische Behandlung in einem Spital ablehnen. Es geht darin um eine routinemäßige rechtliche Absicherung des Rettungspersonals.

Es ist aber keine Aufklärung darüber vorgesehen, dass die Patient*innen damit auch automatisch die Kosten für den Einsatz (in erheblicher Höhe) selbst tragen müssen. Können Patient*innen in stabilem Zustand zuhause belassen werden, so ist die Entscheidung, nicht mitten in der Nacht die Ambulanz eines Krankenhauses unnötig zu belasten und dort vielleicht stundenlang auf eine Untersuchung zu warten, nicht nur nachvollziehbar, sondern auch im Interesse der Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitssystems; insbesondere, wenn diese Untersuchung oder Behandlung nach Ausschluss eines Notfalls ohne weiteres auch zeitnah im niedergelassenen Bereich stattfinden kann. Den Patient*innen ist vielleicht die medizinische, mangels Aufklärung aber sicher nicht die finanzielle Tragweite ihrer Entscheidung in diesem Moment bewusst.

Empfehlungen:
War die Entscheidung, die Rettung zu rufen, medizinisch notwendig, können Patient*innen aber infolge guter Behandlung zuhause belassen werden, könnte eine solche „finanzielle Bestrafung" dazu führen, dass in Notfällen keine Rettung oder diese erst verspätet gerufen wird. Mögliche Kosten in Höhe von über 700.- Euro sind dazu geeignet, eine solch abschreckende Wirkung zu entfalten. Die WPPA empfiehlt daher dringend, auch die Aufklärung über die mangelnde Kostenübernahme in den Revers aufzunehmen. Außerdem sollte eine genaue Angabe der anfallenden Kosten sowie eine Vereinheitlichung derselben erfolgen. War der Notruf medizinisch notwendig, ist überhaupt zu prüfen, ob eine Abwälzung der Kosten auf die Patient*innen zulässig und in ihrer Außenwirkung gewollt ist.

4.5 Länderübergreifende Probleme

Nicht nur die schon unter III.2.2. dargestellte Gastpatient*innenproblematik ist ein trauriges Zeugnis für die nachteiligen Auswirkungen übermäßig föderalistischer Gesundheitsplanung. Auch im Bereich der Pflege hatte die WPPA ein länderübergreifendes Anliegen zu erledigen, das leider zu keiner befriedigenden Lösung führte. Der Bruder eines in der Steiermark verunfallten Wachkomapatienten, der davor in Wien wohnhaft war, dann aber beruflich in die Steiermark übersiedelte (und dort auch stationär behandelt wurde), hatte versucht, die **Verlegung** des Patienten **in ein Wiener Pflegeheim** zu erreichen. Dies hätte die Betreuung und die Besuchsmöglichkeiten der Verwandten erheblich erleichtert. Allerdings erkannte sowohl die BH Leoben bescheidmäßig, dass eine Kostenübernahme nur möglich wäre, wenn eine Einrichtung in der Steiermark in Anspruch genommen wird, als auch der FSW in seiner Stellungnahme, dass die Förderrichtlinien des § 38 WSHG einen Hauptwohnsitz in Wien verlangen würden. Ein Absehen von der Erfüllung der örtlichen Zuständigkeit sei nur möglich, wenn eine verbindliche Kostenübernahmeerklärung für die Leistung Wohnen und Pflege durch den örtlich zuständigen Sozialhilfeträger (also die Steiermark) vorliege. Nur wenn der Patient in häusliche Pflege entlassen würde (bei einem Wachkomapatienten unmöglich) oder er zunächst als Privatzahler ein Wiener Pflegeheim aufsuche und solcherart einen Hauptwohnsitz in Wien begründe, sei eine Kostentragung durch den FSW möglich.

Da sich auf lange Sicht die Fälle solcher bundesländerübergreifender Ortswechsel von Pflegeheimbewohner*innen die Waage halten sollten oder die den Ländern durch einen allfälligen Überhang entstehenden Kosten berechenbar (und damit finanziell ausgleichbar) sein müssten, ist dieses Kosten-Ping-Pong mehr als unverständlich. Wie ein in der Sendung „Bürgeranwalt" am 28.12.2024 geschilderter Fall, der einen Wechsel von der Steiermark nach Tirol betraf, zeigte, ist überdies keineswegs gesichert, dass die Hauptwohnsitz-Begründung durch Wechsel in ein privates Pflegeheim dann tatsächlich die Kostentragung durch das Empfängerland auslöst.

Empfehlungen:
Offenbar vertreten die Bundesländer je nach Sichtweise die Meinung, dass die in den Finanzausgleichsvereinbarungen vorgesehenen Ausgleichszahlungen den dann tatsächlich entstehenden Mehraufwand für die Betreuung von Gastpatient*innen oder Heimbewohner*innen nicht oder ohnehin abdecken. Es müsste daher die Vereinbarung durch ein allseits akzeptiertes Kostenabrechnungssystem ergänzt werden, das eine nachträgliche Korrektur der vereinbarten Ausgleichszahlungen ermöglicht. Ein solches System zu entwickeln kann kein ernsthaftes Problem sein und würde die aktuelle, für die Patient*innen völlig unverständliche Diskussion, die an das Kartenspiel „Schwarzer Peter" erinnert, versachlichen.

4.6 Hitze

Über die unerträgliche Hitze (Temperaturen über 30° Celsius) in der Dialysestation einer städtischen Krankenanstalt beklagten sich gleich zweimal betroffene Patienten. In der Stellungnahme der Klinik wird auf bereits gesetzte und geplante Maßnahmen zur Verbesserung des Raumklimas (Folien auf den Glasscheiben; 2025 Montage von Rollläden zur Beschattung) verwiesen. Eine Raumkühlungsanlage sei bereits beantragt worden, würde aber enorme Kosten verursachen und müsste beträchtliche Hürden des Denkmalschutzes überwinden.

Empfehlungen:
Angesichts der von Jahr zu Jahr steigenden Temperaturen in den Sommermonaten müssen alle technischen Möglichkeiten zur Schaffung eines vernünftigen Raumklimas geprüft werden, selbst wenn die Vollklimatisierung aus Kostengründen nicht möglich ist. Ein kostenintensiver stationärer Aufenthalt oder eine ambulante Spitalsbehandlung dürfen in ihren Erfolgsaussichten nicht durch die durch Hitze ausgelösten Belastungen beeinträchtigt werden.

4.7. Harmonisierung der Krankengeldauszahlung

Die länderweise uneinheitliche Vorgangsweise bei der Beantragung von Krankengeld sorgte in der Vergangenheit immer wieder für Verwunderung und Verärgerung. Während in anderen Bundesländern insbesondere bei längerfristigen Krankenständen das Krankengeld automatisch überwiesen wurde, mussten in Wien versicherte Personen im Abstand von 28 Tagen zum Amtsarzt und neben der Untersuchung einen neuerlichen Antrag auf Krankengeldauszahlung stellen. Diese unverständliche und mühevolle Praxis konnte nach Intervention der WPPA beendet werden, sodass mit Ende des Jahres 2024 im gesamten Zuständigkeitsbereich der ÖGK ein monatlicher Abruf nicht mehr nötig ist.

4.8. Heimbeatmungsgeräte

Ein Langzeitthema sind weiterhin die mangelhaften Heimbeatmungsgeräte von Philips Respironics. Dazu kann auf die ausführlichere Darstellung im Vorjahresbericht unter Punkt III.3.3.7 verwiesen werden. Die Beschwerdefälle sind im Berichtsjahr 2024 zwar zurückgegangen, zu Jahresbeginn 2025 wandte sich allerdings neuerlich ein Patient an die WPPA, weil er bei seinem Austauschgerät im Zuge der Reinigung einen Schaumstoffbrösel entdeckt habe. Mittlerweile ist eine Sammelklage gerichtsanhängig, sodass der Beschwerdeführer auf diese Beteiligungsmöglichkeit hingewiesen werden musste, weil ja die bisherigen zahlreichen Interventionen der WPPA keinen Erfolg gezeitigt hatten.

4.9. Sterbeverfügung

Die für das Jahr 2024 erhoffte und angekündigte dauerhafte vertragliche Vereinbarung über die Abgeltung des Mehraufwandes für Beratung und Errichtung von Sterbeverfügungen durch die Patient*innenanwaltschaften konnte leider nicht verwirklicht werden. Das Gesundheitsministerium bot nur den Abschluss einer Einjahres-Vereinbarung an. Dies wurde von der WPPA abgelehnt, da eine Personalaufstockung ohne längerfristig gesicherte Finanzierung nicht möglich ist. Da die Ministeriumsvertreter diese Vorgangsweise mit der Unsicherheit der weiteren politischen Entwicklung wegen der NR-Wahl im September 2024 begründeten, bleibt nur zu hoffen, dass die an sich konstruktiven Vorgespräche 2025 endlich zu einer dauerhaften Vertragslösung führen.

Von dieser organisatorischen Frage abgesehen hat ein praktischer Beschwerdefall im Berichtsjahr gezeigt, dass der Umgang mit Sterbeverfügungen noch viele Fragen aufwirft. So wurde von einer Freundin der Sterbewilligen, von der sich diese verabschiedet hatte, die Polizei verständigt, die zunächst Reanimationsmaßnahmen setzte. Als in weiterer Folge die Rettung bzw. der Notarzt eintrafen und die Existenz einer Sterbeverfügung feststellten, wurde die Reanimation beendet. Diese Konstellation, welche etwa auch noch durch die Möglichkeit einer gefälschten Sterbeverfügung verkompliziert werden könnte, zeigt, welch vielfältige moralische, ethische und rechtliche Zweifelsfragen für die Beteiligten auftauchen können.

IV FINANZIELLE HILFE IN MEDIZINISCHEN SCHADENSFÄLLEN

1. Der Wiener Patientenentschädigungsfonds (PF)

1.1 Allgemeines

Nach dem Vorbild des seit 1998 bestehenden „Wiener Härtefonds" hat der Bundesgesetzgeber im § 27a Abs. 5 und 6 des Kranken- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) eine grundsatzgesetzliche Regelung zur österreichweiten Einrichtung und Finanzierung von Patientenentschädigungsfonds geschaffen. Diese Bestimmungen hat der Wiener Landtag im § 46a Abs. 6 und 7 des Wiener Krankenanstaltengesetzes (Wr. KAG) ausgeführt. Mit dieser Bestimmung kann Patient*innen, welche **ab 1. Jänner 2001** in einer öffentlichen oder privaten gemeinnützigen Krankenanstalt in Wien einen Schaden erlitten haben, eine Entschädigung zuerkannt werden, **wenn eine Haftung des Rechtsträgers** der Krankenanstalt **nicht eindeutig gegeben ist**, wenn also vor allem der Nachweis der Kausalität oder des Verschuldens erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Ist ein Schaden auf ein zweifelsfreies Verschulden zurückzuführen, scheidet eine Ersatzleistung aus dem Fonds aus.

Eine Entschädigung ist auch dann möglich, wenn es sich um eine bislang unbekannte oder zwar **seltene**, zugleich aber auch **schwerwiegende Komplikation** handelt, die zu einer erheblichen Schädigung geführt hat. Davon erfasst sind auch (schwere) Komplikationen, über welche die Patient*innen aufgeklärt wurden. Derartige Komplikationen bilden die weitaus größere Zahl der Entschädigungsfälle. Solcher Art können auch Akten, bei denen Haftungsvereinbarungen nicht zustande kommen (WPPA-Akt) in einem „zweiten Anlauf" (als PF- oder HF-Akt) zu einer Entschädigung führen.

Keine Anwendung findet das Modell auf nicht gemeinnützige Privatkrankenanstalten und auf den Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft.

Ein Rechtsanspruch auf Entschädigung besteht nicht. Eine Überprüfung der Entscheidung im Rechts- oder Verwaltungsweg ist ausgeschlossen. Neben dem Patientenentschädigungsfonds kann - insbesondere bei Vorliegen sozialer Härten – auch der Härtefonds angerufen werden. Auch ist nachträglich das Einbringen einer Klage bei Gericht möglich, wobei im Fall einer Entschädigung im Wege eines gerichtlichen Urteils oder auch eines gerichtlichen oder außergerichtlichen Vergleiches der aus dem Fonds ausbezahlte Betrag grundsätzlich zurückzuzahlen ist. Im Einzelfall kann jedoch von der Verpflichtung zur Rückzahlung ganz oder teilweise abgesehen werden.

Gespeist wird der Patientenentschädigungsfonds von den Patient*innen, die in einer öffentlichen oder privaten gemeinnützigen Krankenanstalt in Wien stationär aufgenommen werden. Zusätzlich zum Kostenbeitrag wird von diesen Personen ein Betrag von EUR 0,73/ Tag (für maximal 28 Belegtage pro Kalenderjahr) eingehoben, welcher der WPPA für den

Patientenentschädigungsfonds zur Verfügung zu stellen ist. Für diese Beträge wurde ein eigenes gesondertes Bankkonto eingerichtet und entsprechende Vereinbarungen über die Form der Abführung der Beträge auf dieses Konto mit allen Rechtsträgern der betroffenen Wiener Krankenanstalten abgeschlossen.

Die Auszahlung erfolgt über Anweisung des Wiener Pflege- und Patient*innenanwalts durch den Magistrat der Stadt Wien.

Die Gewährung von Entschädigungen erfolgt nach Prüfung der Voraussetzungen durch den bei der WPPA eingerichteten Beirat, dessen Mitglieder ehrenamtlich tätig sind. Das Verfahren beim Beirat selbst soll drei Monate nicht übersteigen; dies wird auch durchgehend eingehalten.

Die **Richtlinien des Patientenentschädigungsfonds** sind auf der Homepage der WPPA unter www.patientenanwaltschaft.wien.at dargestellt.

Die WPPA verständigt regelmäßig auch das **Qualitätsmanagement** der betroffenen Spitäler. Dabei ist zu erwarten, dass diese Mitteilungen einer Prüfung und Beurteilung durch das Qualitätsmanagement mit allfälligen Konsequenzen unterzogen werden.

Im **Berichtsjahr 2024** wurden in **86 Fällen** finanzielle Entschädigungen aus dem **Patientenentschädigungsfonds** im Gesamtbetrag von **EUR 866.538,05** zugesprochen. Dieser Betrag deckt sich nicht mit den Ausgaben der Finanzstatistik (siehe Pkt. 1.4), da dort auch Auszahlungen enthalten sind, welche auf Entscheidungen des Beirates aus dem Jahr 2023 basieren.

1.2 Einzelfälle 2024

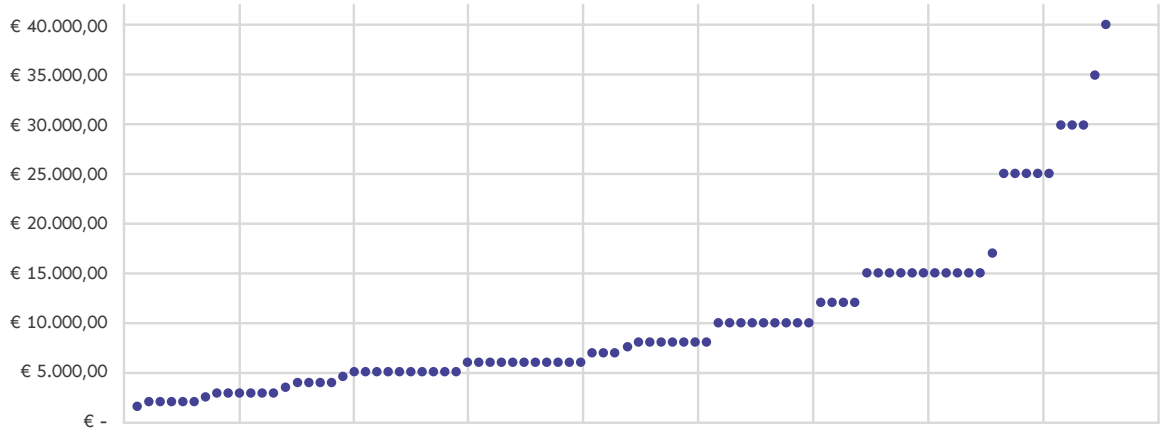
Die Entschädigungen aus dem PF bestehen in der Beistellung finanzieller Mittel zur ganzen oder teilweisen Abdeckung von Schäden vor allem als Folge einer medizinischen Behandlung in einem Fondskrankenhaus, insbesondere von Ansprüchen auf Schmerzengeld, sowie Auslagen für Diagnose und Therapie. Die Höhe der zugesprochenen Entschädigung richtet sich nach dem Ausmaß des Schadens, dessen Höhe sich grundsätzlich an der Judikatur der Gerichte orientiert.

Eine Berücksichtigung der im Einzelfall vorliegenden besonderen sozialen (oder sonstigen) Härte ist im Gegensatz zum Freiwilligen Wiener Härtefonds hier nicht möglich. Bei Vorliegen eines Härtefalls kann aber neben dem PF auch der HF befasst werden, sofern die dort für die Gewährung einer finanziellen Hilfe erforderlichen Voraussetzungen (Patient*innen mit Wiener Wohnsitz, Schaden in einem städtischen Spital) vorliegen.

Die Obergrenze einer Entschädigung beträgt **EUR 100.000,–**.

Folgende Beträge wurden im Jahr 2024 zugesprochen (insg. 86 Fälle mit EUR 866.538,05)

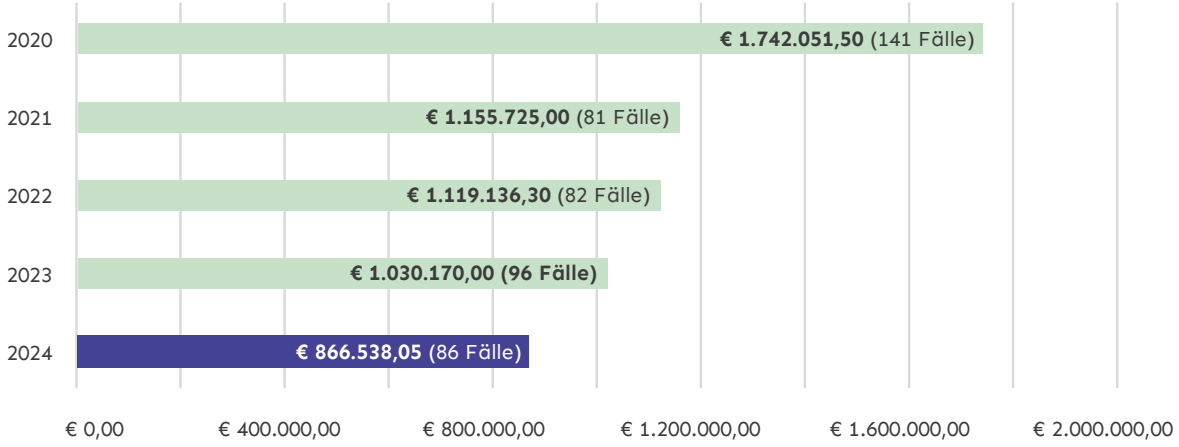
€ 20.000 - € 45.000	10 Fälle
€ 10.000 - € 20.000	25 Fälle
< € 10.000	51 Fälle



In **6 Fällen** wurde eine Entschädigung **abgelehnt**, weiters mussten im Jahr 2024 **drei Fälle zurückgestellt** werden.

Ablehnungsgründe für den Beirat waren insbesondere das Fehlen einer (seltenen und schwerwiegenden) Behandlungskomplikation oder das Fehlen eines (erheblichen) Schadens.

1.3 Höhe der im Wiener Patientenentschädigungsfonds in den letzten 5 Jahren ausbezahlten Beträge im Vergleich



1.4 Wiener Patientenentschädigungsfonds – Finanzstatistik

Kontostand per 1.1.2024	**€**	**110.981,90**
Abzüglich Zahlungen, die noch das Vorjahr betrafen	€	43.000,–
Summe	**€**	**67.981,90**
Einnahmen 2024	€	1.191.174,31
(inkl. Einnahmen aus Rückzahlungen) *) (inkl. Spesen von € 3.199,71)	€	8.000,–
Summe der Einnahmen	**€**	**1.191.174,31**
Gesamtsumme	**€**	**1.259.156,21**
Ausgaben 2024	**€**	**939.914,31**
(inkl. Spesen von € 876,26)		
Giro-Kontostand per 31.12.2024	**€**	**405.241,90**

*) Sofern Patient*innen aus demselben Anspruchsgrund eine Entschädigung durch ein rechtskräftiges Gerichtsurteil zuerkannt bekommen, oder eine Entschädigung durch den Schädiger oder von einem Dritten (z.B. Spitalsbetreiber, Haftpflichtversicherung etc.) erhalten, sind sie zur Rückzahlung der zuerkannten Entschädigung an den Patientenentschädigungsfonds verpflichtet.

Die Ein- und Ausgänge der Vorjahre (ab 2003) befinden sich – um Wiederholungen zu vermeiden – in den Vorjahresberichten der WPPA

Die rechnerische Richtigkeit wurde seitens der MA 6 – Rechnungs- und Abgabenwesen – bestätigt.

Die sachliche Richtigkeit ergibt sich aus der Plausibilitätsprüfung der vom Wiener Gesundheitsfonds mitgeteilten Kostenbeitragstage.

1.5 Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge

1.5.1 Ausweitung des Patientenentschädigungsfonds auf den niedergelassenen Bereich und private, nicht gemeinnützige Krankenanstalten

Auch in diesem Berichtsjahr haben sich wiederholt Komplikationen oder kaum beweisbare Schadensfälle ereignet, bei denen sich der Umstand, dass sie sich im **niedergelassenen Bereich bzw. im Privatspital** ereignet haben, zusätzlich nachteilig für die Betroffenen ausgewirkt haben. Da der PF nur nach Behandlungen in Fondsspitälern zur Verfügung steht, konnten u.a. folgende Fälle nicht dem Beirat vorgelegt werden:

WPPA 296765/24 Perforation bei Koloskopie

Bei einer Patientin kam es im Rahmen einer Koloskopie im niedergelassenen Bereich (Facharzt für Innere Medizin) zu einer Perforation des Dickdarms. Die Patientin musste sich einer Not- sowie einer Revisions-OP unterziehen und erhielt vorübergehend einen künstlichen Darmausgang. Hinweise auf Sorgfaltsmängel fanden sich nicht und die Haftpflichtversicherung des Arztes lehnte eine Entschädigungszahlung ab. Da die Koloskopie in der Ordination eines niedergelassenen Arztes stattfand, war eine Entschädigung aus dem PF nicht möglich.

WPPA 213577/24 Nachblutung und Revisions-OP nach einer Brustoperation
Eine Patientin unterzog sich an einem Privatspital einer Brustoperation. Postoperativ kam es zu einer Nachblutung, sodass eine Revisionsoperation vorgenommen werden musste. Nach der Entlassung zeigte sich eine Entzündung der Brust und wieder ein Hämatom, sodass die Patientin noch einmal stationär aufgenommen werden musste. Eine Entschädigung aus dem PF war nicht möglich, da die Patientin in einem Privatspital behandelt wurde.

Wie bereits in den vorangegangenen Tätigkeitsberichten erwähnt, steht der PF beispielsweise für folgende Spitäler nicht zur Verfügung:

- Confraternität - Privatklinik Josefstadt
- Goldenes Kreuz
- Heeresspital
- Privatklinik Döbling
- Rudolfinerhaus
- Wiener Privatklinik

Die Krankenanstalt Sanatorium Hera ist ebenfalls kein Fondsspital. Die Rechtsträgerin der Krankenanstalt Sanatorium Hera ermöglicht ihren Patient*innen seit 1.1.2015 jedoch eine freiwillige Teilnahme am Wiener Patientenentschädigungsfonds. Die Patient*innen müssen einverstanden sein, die Zahlung erfolgt freiwillig, die sonstige Vorgehensweise entspricht der bei allen anderen Fondskrankenhäusern (und dem Therapiezentrum Ybbs).

Die Forderung aller Pflege- und Patient*innenanwaltschaften bzw. Patient*innenvertretungen Österreichs, das seit 2001 bestehende Modell des Patientenentschädigungsfonds endlich **auch auf den niedergelassenen Bereich, auf nicht gemeinnützige Privatkrankenanstalten, auf Pflegeheime und auf Kuranstalten auszuweiten**, bleibt daher weiterhin aufrecht.
Die oben geschilderten, exemplarischen Fälle belegen neuerlich, dass politischer Handlungsbedarf besteht.

1.5.2 Die Finanzierung des Patientenentschädigungsfonds

Im Jahr 2001 wurde der PF gegründet und mit den Beiträgen der stationär aufgenommen Patient*innen gespeist. Zwischen den Jahren 2001 und 2003 konnten in der WPPA Budgetmittel angespart werden, da nach Gründung des PF im Jahr 2001 die entsprechenden Abwicklungsstrukturen in der WPPA erst im Jahr 2003 aufgebaut waren. In den vergangenen Jahren wurden diese Mittel zur Entschädigung von Patient*innen sukzessive aufgebraucht und sind nahezu erschöpft.

Grundsätzlich speist sich der PF aus Beiträgen der Patient*innen selbst, die im Rahmen ihres Spitalskostenbeitrages eingehoben werden. EUR 0,73 pro Aufenthaltstag im Fondsspital für höchstens 28 Kalendertage werden verrechnet.

Es wurde in den vergangenen Jahrzehnten darauf verzichtet, den Betrag, der ursprünglich mit 10 Schilling festgelegt worden war, zu valorisieren. Seit Jahren gehen die Spitalsaufenthaltstage in den Wiener Krankenhäusern zurück. Die Umsetzung der Gesundheitsreform, die unter anderem die Spitalslastigkeit des Wiener Gesundheitswesens bekämpfen möchte, zeigt in dieser Abnahme der Liegetage bereits positive Wirkung. Tagesklinische Eingriffe werden verstärkt im niedergelassenen Bereich oder im Privatspital durchgeführt. Diese Entwicklung führt jedoch zu sinkenden Einnahmen für den PF.

Neben dieser finanziellen Problematik hat die alleinige Dotierung des PF über die stationären und tagesklinischen Aufenthalte in den Fondsspitälern gravierend negative Auswirkungen auf Patient*innen, die einen Schaden im Privatspital oder im niedergelassenen Bereich erleiden. Da diese Bereiche keinen Beitrag zum PF leisten, können Schäden die dort entstehen, auch nicht über den PF abgegolten werden, d.h. die Patient*innen gehen leer aus, obwohl der Schaden, wäre er in einem Fondsspital verursacht worden, über den PF zu entschädigen gewesen wäre.

Es ist erklärtes Ziel der Gesundheitsreform, die Versorgungs- und Leistungsdichte im akutstationären und ambulanten (intra- und extramuralen) Bereich neu zu regeln. Der Anteil der tagesklinischen bzw. der ambulanten Leistungserbringung für ausgewählte Leistungen soll erhöht werden. Damit einhergehen soll eine Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. in den ambulanten Bereich: Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich. Im Klartext bedeutet dies, dass auch komplexe Leistungen, die bislang stationär erbracht wurden, zukünftig vermehrt im niedergelassenen Bereich erbracht werden sollen. Es ist daher davon auszugehen, dass es zukünftig zu einem Anstieg (behaupteter) Schäden im niedergelassenen Bereich kommen wird, die keine Abdeckung im PF finden.

Die **ARGE PA** erörtert das Thema „Dotierung der Patientenentschädigungsfonds“ regelmäßig bei ihren Tagungen. Bereits zu Jahresende 2014 wurde die damalige Bundesministerin in einem persönlichen Gespräch der Patientenanwält*innen aus Niederösterreich, Vorarlberg und Wien von den Vorschlägen der ARGE in Kenntnis gesetzt: **Diese betreffen die notwendige Valorisierung und Ausweitung des PF insbesondere auf den niedergelassenen Bereich und auf die privaten, nicht gemeinnützigen Krankenanstalten.** Die notwendige Mittelaufstockung sollte mit finanzieller Beteiligung der Systempartner erfolgen und nicht zu einer weiteren Belastung der Patient*innen führen. Eine politische Entscheidung über die Vorschläge steht allerdings weiterhin aus.

2. Der Freiwillige Wiener Härtefonds (HF)

2.1 Allgemeines

Am 20. November 1997 wurde von der Stadt Wien für Wiener*innen ein Fonds für eine „rasche finanzielle Hilfe bei Medizinschäden in Härtefällen" eingerichtet. Voraussetzung für eine finanzielle Hilfe im Härtefall ist, dass eine erfolgreiche Durchsetzung der Ersatzansprüche nur mit einem aufwändigen und lange dauernden Beweisverfahren oder nicht mit Sicherheit zu erwarten ist und eine finanzielle Hilfe aus sozialen oder sonstigen Gründen geboten erscheint. Ein Rechtsanspruch auf diese Hilfe besteht nicht.

Die Wiener Regelung der finanziellen Hilfe in Härtefällen war Vorbild des 2001 bundeseinheitlich vorgegebenen Patientenentschädigungsfonds, wobei der „Wiener Härtefonds" neben dem Patientenentschädigungsfonds weiterhin seine Aufgabe und Berechtigung hat.

Der vollständige Text der **Richtlinien des Freiwilligen Wiener Härtefonds** ist auf der Homepage der WPPA unter www.patientenanwaltschaft.wien.at dargestellt.

Die an den Beirat herangetragenen Fälle werden nach Prüfung der Voraussetzungen von der WPPA eingebracht. Gelegentlich werden Medizinschadensfälle, welche vom WiGev oder in der Schiedsstelle der Ärztekammer für Wien – in welcher die WPPA mitwirkt – mangels ausreichender Voraussetzungen nicht entschädigt werden konnten, von diesen Einrichtungen an die WPPA mit der Bitte herangetragen, zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Behandlung im Härtebeirat vorliegen.

Die Feststellung, ob zwischen den entstandenen Schäden und den jeweils vorausgegangenen medizinischen oder pflegerischen Interventionen ein kausaler Zusammenhang besteht, erfolgt für den Beirat durch für die WPPA tätige Sachverständige oder Vertrauensärzt*innen, welche auch eine medizinische Gesamtbeurteilung abgeben.

Den betroffenen Patient*innen steht es frei, das Angebot des Beirates anzunehmen. Seit 2009 sehen die Richtlinien vor, dass Patient*innen, die aus demselben Anspruchsgrund eine Entschädigung durch ein rechtskräftiges Urteil, durch einen Vergleich oder sonst vom Schädiger oder Dritten bekommen, die erhaltene finanzielle Hilfe an den Fonds zurückzuzahlen haben.

Bei einem Angebot höherer Entschädigungszahlungen (EUR 15.000 wesentlich übersteigend) an Minderjährige ist das Pflegschaftsgericht zu verständigen.

Die Empfehlungen des Beirates über die Höhe der finanziellen Hilfe orientieren sich in jedem Einzelfall am Ausmaß des Schadens und der vorliegenden Härte.

Eine wichtige Funktion des Freiwilligen Wiener Härtefonds besteht auch in der Möglichkeit, in schweren Schadensfällen neben einer Entschädigung aus den Mitteln der Stadt Wien bzw. aus

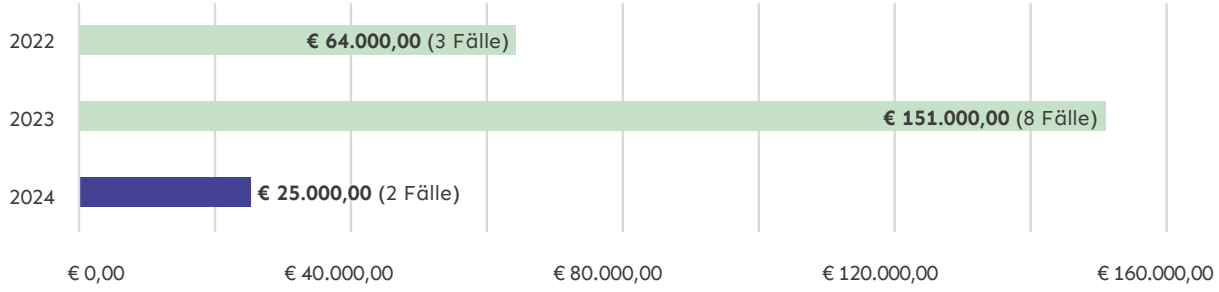
dem Patientenentschädigungsfonds durch eine finanzielle Hilfe aus dem Freiwilligen Wiener Härtefonds auch die **soziale** (z.B. dauerhafte Behinderung bzw. dauerhafte Pflegebedürftigkeit) **oder sonstige Härte** auszugleichen.

Die Obergrenze einer vom Beirat im Rahmen seiner Tätigkeit möglichen einzelnen Empfehlung beträgt seit Jahresbeginn 2009 EUR 50.000,-.

Im **Berichtsjahr 2024** wurde in **2 Fällen** die Auszahlung von finanziellen Hilfen im Gesamtbetrag von **EUR 25.000,-** erwirkt.

In **keinem Fall** wurde eine finanzielle Hilfe **abgelehnt**.

2.2 Höhe der im Freiwilligen Wiener Härtefonds ausbezahlten Beträge im Vergleich



V ELGA-OMBUDSSTELLE STANDORT WIEN

ELGA-Ombudsstelle Standort Wien

ELGA (Elektronische Gesundheitsakte) ist ein Informationssystem, das Patient*innen sowie berechtigten Gesundheitsdiensteanbietern, also Spitälern, Ärztinnen und Ärzten, Pflegeeinrichtungen etc. den zeit- und ortsunabhängigen Zugang zu bestimmten Gesundheitsdaten ermöglicht. Mit ELGA werden Daten, die verteilt im Gesundheitssystem entstehen, durch eine Verlinkung vernetzt. Ziel von ELGA ist die Unterstützung der medizinischen Behandlung und Betreuung durch einen besseren Informationsfluss, vor allem wenn mehrere Gesundheitseinrichtungen zusammenarbeiten. Patient*innen können über einen sicheren Internetzugang auch selbständig ihre medizinischen Befunde und die eigene Medikationsliste abrufen und verwalten. Für die behandelnden Gesundheitseinrichtungen sind diese Informationen ebenfalls als unterstützende Entscheidungsgrundlage für die weitere Diagnostik und Therapie verfügbar. Zu den ELGA-Gesundheitsdaten zählen ärztliche und pflegerische Entlassungsbriefe, Labor- und Radiologiebefunde aus Krankenhäusern sowie die e-Medikationsliste, in der die von niedergelassenen Ärzt*innen verordneten und in der Apotheke abgegebenen Medikamente in ELGA verfügbar gemacht werden.

Detaillierte Ausführungen dazu und zur ELGA allgemein stehen unter www.gesundheit.gv.at und www.elga.gv.at zur Verfügung.

Gemäß § 17 Gesundheitstelematikgesetz 2012 wurde im Jahr 2015 von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen (BMGF) durch Verordnung eine ELGA-Ombudsstelle eingerichtet, deren Aufgabe die Information, Beratung, Unterstützung und Wahrung der Rechte der Teilnehmer*innen der elektronischen Gesundheitsakte und des Datenschutzes ist.

Entsprechend der ELGA-Verordnung 2015 wurden vom BMGF zur Wahrnehmung dieser Aufgabe die Patient*innenanwaltschaften in den einzelnen Bundesländern herangezogen. Es wurde dazu eine Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bund und dem Land Wien getroffen.

Die WPPA hat diese Aufgabe übernommen. Mit dem Start von ELGA im Dezember 2015 hat die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien ihren Betrieb aufgenommen und führt seither für Bürger*innen Einsichtnahmen in die ELGA sowie Beratung und Hilfestellung zum Thema ELGA durch.

Seit der Einrichtung der ELGA-Ombudsstelle Standort Wien wurden zahlreiche Beratungs- und Informationsgespräche geführt. Zu Beginn der Aufnahme der Tätigkeit der ELGA-Ombudsstelle erfolgten die Kontaktaufnahmen der Bürger*innen in erster Linie im Zusammenhang mit allgemeinen Anfragen zu ELGA, wie etwa Inhalt der elektronischen Gesundheitsakte, Zugriffsberechtigungen, Vor- und Nachteile von ELGA oder Widerspruch bzw. „Opt-Out" zu ELGA. In weiterer Folge waren verstärkt Einsichtnahmen in die jeweilige elektronische Gesundheitsakte im Wege der ELGA-Ombudsstelle festzustellen. Die ELGA-Ombudsstelle bietet ELGA Teilnehmer*innen, die nicht mit ihrer ID Austria (vormals Handy-Signatur/

Bürgerkarte) über das Gesundheitsportal in ihre eigene ELGA einsteigen können, auch die Möglichkeit an, im Wege dieser Serviceeinrichtung Einsicht zu nehmen.

Die Einsichtnahme erfolgt nach einer genauen Identitätsfeststellung und Bevollmächtigung. Alle erforderlichen Vorgänge in diesem Zusammenhang werden dokumentiert. Jeder Zugriff der ELGA-Ombudsstelle ist auch im Zugriffsprotokoll vermerkt. Die persönlichen ELGA-Befunde und auch das Zugriffsprotokoll können von den Patient*innen eingesehen oder Zugriffsberechtigungen individuell geändert werden.

Für die jederzeit mögliche Abmeldung von ELGA („Opt–Out") wurde eine eigene Widerspruchstelle eingerichtet. Auch dazu wird seitens der ELGA-Ombudsstelle Information gegeben.

Es besteht eine Zusammenarbeit und Koordination mit der im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) eingerichteten Koordinierungsstelle und den einzelnen dezentralen Standorten in den Bundesländern sowie eine Zusammenarbeit mit den ELGA-Systempartnern zur Weiterentwicklung der ELGA. Die Fall- und Anfragezahlen der ELGA-Ombudsstelle Standort Wien werden statistisch erfasst und in regelmäßigen Berichten der Koordinierungsstelle mitgeteilt.

Durch die Koordinierungsstelle im Bundesministerium wird in Zusammenarbeit mit den einzelnen Standorten der ELGA-Ombudsstellen ein jährlicher Tätigkeitsbericht erstellt. Zu den Zahlen und Details der Tätigkeiten insbesondere der ELGA-Ombudsstelle Standort Wien darf auf diesen Bericht verwiesen werden:

https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/ELGA.html

e-Impfpass

Als e-Health Anwendung steht der e-Impfpass auf der Basis der ELGA-Infrastruktur zur Verfügung. Die Impfdaten werden in einem zentralen österreichischen Impfregister gespeichert. Bürger*innen haben das Recht, elektronisch im Wege des Zugangsportals oder schriftlich gegenüber der ELGA-Ombudsstelle Auskunft über die sie betreffenden Impfdaten und Protokolldaten oder einen Ausdruck zu erhalten. Einige der Kontaktaufnahmen erfolgten zum Zweck des Ausdrucks der im e-Impfpass dokumentierten Impfungen und zu Fragestellungen bei fehlerhaften oder fehlenden Impfeintragungen. Hier konnte die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien Organisationshilfestellung leisten.

e-Rezept

Im Berichtszeitraum wurde die Umsetzung des sog. e-Rezepts fortgeführt. Alle Kassenrezepte für Medikamente werden in elektronischer Form ausgestellt und ersetzen damit das Rezept in Papierform. Es ist nunmehr also möglich, dass ein ärztlicherseits verordnetes Medikament elektronisch im e-Card System gespeichert wird. Auf Wunsch erhalten Patient*innen weiterhin einen Papierausdruck in der jeweiligen Ordination. Mit Stecken der e-Card, mit

dem e-Rezept Code oder der e-Rezept ID kann das Medikament in der Apotheke bezogen werden. Das e-Rezept besteht unabhängig von ELGA und ist nicht gleichzusetzen mit der e-Medikation. Diese ist eine Anwendung der ELGA, mit der ein Überblick über alle verordneten Medikamente gegeben wird und unerwünschte Wechselwirkungen oder Mehrfachverordnungen verhindert werden sollen. Das e-Rezept ist die Grundlage für die Verrechnung mit der Sozialversicherung und Teil des e-Card Systems. Für einige Bürger*innen war der Unterschied nicht ganz verständlich, sodass sie sich mit entsprechenden Fragen an die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien wandten. Durch Informationsgespräche zum Thema konnten die Anliegen geklärt werden.

ELGA und Patientenverfügung

Durch die PatVG Novelle 2019 wurde die Zurverfügungstellung von Patientenverfügungen in ELGA vorgesehen. Die entsprechenden Rahmenbedingungen sollen durch eine Verordnung des Bundesministers geregelt werden. Diese Verordnung ist bis zur Berichtserstellung noch nicht erlassen worden, die technische Möglichkeit ist ebenfalls noch nicht gegeben.

Seitens des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und der ELGA GmbH wurde die Erarbeitung eines Umsetzungskonzepts in die Wege geleitet. Diesbezüglich fanden Gespräche mit dem Bundesministerium statt. Es ist davon auszugehen, dass die ELGA-Ombudsstelle bei der Speicherung von Patientenverfügungen in ELGA eine neue wesentliche Aufgabe haben wird. Bedauerlicherweise ist eine weitere Konkretisierung der erforderlichen Umsetzungsschritte bisher nicht erfolgt. Es wäre im Interesse vieler Errichter*innen von Patientenverfügungen, dass dieses Projekt seitens des Ministeriums auch zeitnahe realisiert wird.

Die WPPA begrüßt ausdrücklich die Möglichkeit der Eintragung der Patientenverfügungen in ELGA. Es wird damit einer langjährigen Forderung aller österreichischen Patientenvertretungen Rechnung getragen. Befürwortet wird auch, dass die Speicherung bei der ELGA-Ombudsstelle vorgenommen werden soll, da es eine wesentliche Erleichterung für die Bürger*innen darstellt, nach der Errichtung der Patientenverfügung bei der Patient*innenanwaltschaft diese bei der am selben Ort angesiedelten ELGA-Ombudsstelle in ELGA speichern zu lassen. Die hohe Expertise im Zusammenhang mit Patientenverfügung und Beratung würden hier im Interesse der Bürger*innen eingesetzt werden.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass mit einem erheblichen Mehraufwand zu rechnen ist, der mit den derzeit bestehenden Personalressourcen der ELGA-Ombudsstelle nicht bewerkstelligt werden kann.

Die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien beruht auf einer vertraglichen Vereinbarung zwischen dem Bund und dem Land Wien aus dem Jahr 2015. In diesen Vereinbarungen wurden die Aufgaben der ELGA-Ombudsstellen klar definiert. Entsprechend erfolgt die Refundierung der Personal- und Sachkosten vom Bund an die WPPA. Es wurde bereits im Tätigkeitsbericht

2021 ausführlich dargestellt, dass es im Zusammenhang mit dem e-Impfpass, den Corona-Gratis-Antigentests und den Genesungszertifikaten zu einer stetigen Erweiterung der Aufgaben gekommen ist. Die Speicherung der Patientenverfügungen in ELGA ist eine weitere, ursprünglich nicht mit dem Bund vereinbarte Tätigkeit, die einer Aufstockung der Personal- und Sachressourcen und Finanzierung durch den Bund bedarf. Sollte es zu einer weiteren Ausdehnung der Aufgabenbereiche der ELGA-Ombudsstelle kommen, wird der Vertrag mit dem Bund neu zu verhandeln sein.

Verlängerung der Zugriffsberechtigung auf ELGA

Damit verschriebene Medikamente in der ELGA gespeichert werden, ist das Stecken der e-Card vor der Verschreibung von Rezepten erforderlich. Der während der Covid-19-Pandemie bestehende erleichterte Zugriff auf ELGA (ohne Stecken der e-Card) ist seit 1.1.2023 nicht mehr möglich. Ab Stecken der e-Card hat der ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter 90 Tage Zugriff auf die ELGA der Patient*innen und kann in dieser Zeit auch ohne Stecken der e-Card Medikamente in der e-Medikation speichern. Für viele Patient*innen, die regelmäßig Medikamente benötigen, ist das persönliche Aufsuchen der Ordination jedoch nicht möglich oder unzumutbar. Dies betrifft insbesondere Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen.

Die behandelnden Ärzt*innen haben daraufhin oftmals Patient*innen empfohlen, die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit, die Zugriffsdauer in ELGA auf 365 Tage zu verlängern, zu nutzen, damit alle Gesundheitsdaten in ELGA gespeichert werden können. Da viele Patient*innen keine ID Austria (vormals Handy-Signatur) haben, wenden sie sich mit diesem Anliegen an die Wiener Pflege- und Patient*innenanwaltschaft bzw. an die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien, die diese Verlängerung der Zugriffsberechtigung auch durchführt. Die Patient*innen sind besorgt, dass ihre Daten nicht gespeichert werden bzw. Probleme beim Bezug von Medikamenten entstehen könnten. Darüber hinaus besteht bei vielen Patient*innen Unklarheit über den Unterschied zwischen e-Rezept, das immer kontaktlos ausgestellt werden kann, und der e-Medikation.

Insgesamt betrifft diese Problematik alle ELGA-Teilnehmer*innen und bedarf einer Lösung. Die WPPA ist an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz herangetreten und hat ersucht, die notwendigen gesetzlichen Änderungen ehestmöglich zu veranlassen. Eine Umsetzung ist bisher nicht erfolgt.

Audit

Die Tätigkeit der ELGA-Ombudsstelle Standort Wien wird regelmäßigen risikobasierten Kontrollen („Audits“) durch das BMASGPK unterzogen. Wie bereits in den Jahren 2019 und 2022 fand auch im Berichtsjahr ein weiteres Audit statt. Es wurden dabei die organisatorischen und prozessualen Arbeitsabläufe, die IT-Technik und Sicherheit sowie der Datenschutz überprüft. Sämtliche Zugriffe auf ELGA-Gesundheitsdaten werden protokolliert und es werden Aufzeichnungen über die dafür erforderlichen Identitätsfeststellungen geführt. Auch diese Dokumentation war Gegenstand des Audits. Es hat sich neuerlich gezeigt, dass die der ELGA-Ombudsstelle Standort Wien übertragenen Aufgaben qualitätsgesichert und bürgerorientiert erfüllt werden.

VI PATIENTENVERFÜGUNG

1. Allgemeines

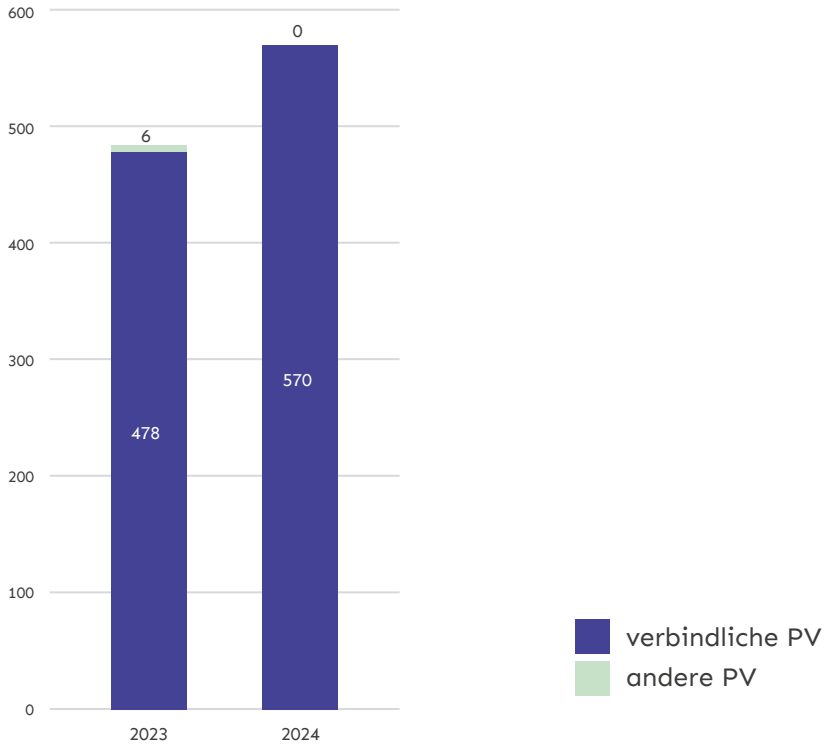
Verbindliche Patientenverfügungen können – nachdem eine ärztliche Beratung stattgefunden hat – von rechtskundigen Mitarbeiter*innen der WPPA errichtet werden. Diese Tätigkeit ist für Patient*innen kostenlos. Im Rahmen der Errichtung werden die Patient*innen über die Folgen der verbindlichen Patientenverfügung sowie über die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt.

Diesen persönlichen Terminen gehen ausführliche (meist telefonische) Beratungen über die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Patientenverfügungen voraus.

2. Statistik

Im Jahr **2024** wurden **570 verbindliche Patientenverfügungen**, davon **21 erneuerte**, errichtet. Im vorangegangenen Jahr gab es im Vergleich dazu 478 verbindliche, davon 11 erneuerte Patientenverfügungen. Im Jahr **2024** wurden keine **anderen Patientenverfügungen** (welche nicht alle Voraussetzungen für eine verbindliche Patientenverfügung erfüllen) errichtet (2023: 6 andere Patientenverfügungen).

2024 wurden **1.369 Telefonate** (gegenüber 1.194 im Vorjahr) zum Thema Patientenverfügung geführt und es fanden **147 persönliche Vorsprachen** (gegenüber 153 im Vorjahr) bei den juristischen Referent*innen zu diesem Thema statt.



Insgesamt hat der Aktenanfall von **687 Akten** im Berichtsjahr 2024 (gegenüber 606 im Jahr 2023) schließlich in die Errichtung von **551 verbindlichen** Verfügungen und **103 Beratungen** gemündet.

Wie man sieht, mündet einerseits nicht jeder Akt in die tatsächliche Errichtung einer Verfügung und andererseits bei weitem nicht jedes telefonische Beratungsgespräch in einen Akt, sodass der tatsächliche Arbeitsaufwand sich nicht im Aktenanfall widerspiegelt, sondern weit darüber hinausgeht.

VII UNABHÄNGIGE PATIENT*INNEN-INFORMATIONSSTELLE (UPI) IN DER WPPA

Seit 2013 berät das Team der UPI in der WPPA telefonisch Menschen, die Unterstützung bei Fragen und Problemen im Zusammenhang mit ihrer gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Situation benötigen.

Mit der UPI wurde ein Angebot geschaffen, welches die Bürger*innen in ihrer Selbstbestimmung und Selbstverantwortung stärkt und dadurch zur Erhöhung ihrer Gesundheitskompetenz beiträgt.

Ziel der Arbeit der UPI ist es, den Ratsuchenden kostenlos durch unabhängige, verständliche und wissensbasierte Informationen eine individuell auf ihre Lebenssituation abgestimmte Beratung und konkrete Hilfen auf dem Weg zur Selbsthilfe anzubieten. Die notwendigen Informationen werden aus Adressenbanken, wissenschaftlich gesicherten und unabhängigen Gesundheitsportalen sowie von Kooperationspartner*innen gewonnen. Dadurch kann UPI die Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeit der Ratsuchenden stärken. Die Anrufer*innen werden so kompetent durch das Gesundheits- und Pflegewesen „gelotst" und die nächsten Schritte können gesetzt werden. Alle Gespräche werden zum Zweck der internen Evaluation und Leistungsdokumentation elektronisch erfasst. Die Dokumentation enthält Inhalt und Umfang der Beratungsleistung sowie anonymisierte Daten der Anrufer*innen.

Die UPI beantwortet Fragen zu folgenden Themen:

Gesundheit und Krankheit, Diagnostik und Therapie, Lebensführung und Ernährung, Prävention und Gesundheitsförderung, Pflege- und Betreuung, psychosoziale und gesundheitsrechtliche Themen.

Die Tätigkeiten der UPI gliedern sich in

- Verständliche Information/Beratung zu gesundheitlichen Belangen
- Vermittlung von Systemwissen
- Zielgerichtete Weiterleitung an entsprechende Stellen
- Strukturierungs- und Orientierungshilfe bei auftretenden Fragen

Die UPI bietet keinesfalls eine ärztliche Zweitmeinung und ersetzt auch keinen Ärzt*innenbesuch.

Im Folgenden werden Schwerpunktthemen in den Bereichen aufgezeigt, welche sich auf den überwiegenden Teil der Fragen bezieht, die im Jahr 2024 gehäuft an die UPI herangetragen wurden.

Im Bereich „gesundheitsrechtliche Fragen“:
Patientenverfügung, Datenschutz, Recht auf Auskunft und Information, Ausgabe einer Kopie der Krankengeschichte, vermutete Behandlungsfehler.
Im Bereich „Gesundheit und Krankheit“: Anfragen zu OP-Terminen, Suche nach speziellen Ambulanzen, Prävention und Krankheitsbildern.
Im Bereich „Pflege und Betreuung“:
Entlassung aus dem Krankenhaus, Wundversorgung.

Das Team der UPI ist telefonisch unter +43 (01) 544 22 66 zu folgenden Zeiten erreichbar:

- Montag und Mittwoch 12:00 Uhr – 16:00 Uhr
- Dienstag und Donnerstag 10:00 Uhr – 14:00 Uhr

VIII SONSTIGES

1. Medien- und Öffentlichkeitsarbeit

In unzähligen Beschwerdefällen gelingt es der Wiener Pflege- und Patient*innenanwaltschaft Jahr für Jahr, für Patient*innen und für Bewohner*innen von Wohn- und Pflegeheimen zufriedenstellende Lösungen herbeizuführen. Das kann nur durch eine gute Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Akteuren des (Wiener) Gesundheitssystems, wie z.B. den Fondskrankenanstalten, dem FSW, dem Fonds Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser, verschiedenen Magistratsabteilungen und den Versicherungsträgern gelingen. Manchen der Beschwerden liegen aber auch strukturelle Defizite zu Grunde, wo durch die WPPA grundlegende Verbesserungen zum Nutzen und Wohle einer größeren Patient*innen- oder Bewohner*innengruppe angeregt werden.

Ozempic: Medikament und nicht Diätmittel
Aufgrund des anhaltenden Engpasses beim Diabetesmedikament Ozempic appellierte der Wiener Pflege- und Patient*innenanwalt, Dr. Gerhard Jelinek, in den Medien an Ärzt*innen und Apotheker*innen, dieses nur an Patient*innen abzugeben, die es für ihre Erkrankung brauchen und nicht als Abnehmmittel. Denn selbst medizinisches Personal ließ sich in Medien dazu hinreißen, die „Abnehmspritze" auch bei geringfügigem Übergewicht, also nicht Adipositas, zu bewerben. Die Ombudsstelle der Ärztekammer wurde deshalb ebenfalls eingebunden. Leider konnte die Versorgung auch Anfang 2025 noch nicht gesichert werden.

Schließung des AUVA-Traumazentrums Brigittenau
Die Ankündigung der Schließung des AUVA-Traumazentrums Brigttenau (Lorenz-Böhler Spital) führte anfangs zu großer Verunsicherung unter dessen Patient*innen. Dr. Jelinek forderte gemeinsam mit dem Patientenombudsmann der Ärztekammer Wien, dass Patient*innen proaktiv informiert würden, ob ihre OP-Termine nun aufrecht bleiben bzw. wann, wo und durch wen die Behandlung fortgesetzt werde. Jelinek dazu in Fernsehen und im Radio kritisch: „Jegliche Regeln, wie man solche Maßnahmen Patient*innen gegenüber kommuniziert, wurden ignoriert."

Mehrklassenmedizin
Ein ganzjährig zentrales Thema in den Medien war, wie schon im Kapitel „Qualitätssicherung" erörtert, die „Mehrklassenmedizin". So bekamen bspw. Patient*innen ohne Hausarzt keine Termine für die Grippe- oder Covid-Impfung, weil Allgemeinmediziner*innen keine neuen Patient*innen aufnehmen konnten. Überlegungen von ÖGK-Obmann-Stellvertreter Andreas Huss, zusätzliche Hürden beim Facharztzugang einzubauen, konnte der Wiener Pflege- und Patient*innenanwalt daher nichts abgewinnen: „Der Vorschlag kommt in einer Zeit, wo Hausärzt*innen überlastet sind und viele Patient*innen überhaupt keine Allgemeinmediziner*innen mehr finden. Hausbesuche für immobile Patient*innen werden dadurch zusätzlich seltener. In dieser Situation darüber zu diskutieren, für die Patient*innen eine zusätzliche Hürde beim Zugang zu medizinischer Versorgung einzubauen, ist nicht nachvollziehbar."

Wartezeiten und Gastpatienten

Eine vertragliche Regelung zwischen den Ordensspitälern und der Stadt Wien zu Jahresende, um die Wartezeiten für Wiener*innen zu reduzieren, führte zu zahlreichen OP-Absagen für Nichtwiener*innen bzw. zu deren Verschiebung um gut ein (weiteres) Jahr. Dr. Jelinek äußerte dazu mehrfach medial die Ansicht, dass die spezielle Lage von Wien und die Situation von Patient*innen, die im „Speckgürtel" wohnhaft sind, unbedingt eine überregionale Versorgungs- und Finanzierungsplanung erfordern. Sowohl die Beschwerden als auch die Berichterstattung darüber fallen aber überwiegend in das Berichtsjahr 2025.

Schönheitsoperationen

Aufgrund von Komplikationen bei Schönheitsoperationen mit mitunter tödlichem Ausgang wurde die WPPA von Journalist*innen vermehrt nach Beschwerden dazu und zur Rechtslage gefragt. Die eingebrachten Beschwerden zeigten, dass Menschen die Entscheidung zu einem gesundheitlich nicht notwendigen Eingriff häufig zu wenig aufgeklärt oder zu leichtfertig vornehmen lassen. In diversen Informations- und Konsumentenschutz-Formaten klärte die WPPA deshalb über mögliche Komplikationen und damit (nicht) einhergehende Schadenersatzansprüche auf.

Dauerbrenner MRT-Wartezeit

In TV- und Printmedien wies die WPPA wiederholt auf eine Häufung an Beschwerden wegen monatelanger Wartezeiten auf MRT-Termine hin. Dr. Jelinek am Beispiel eines Patienten, der bei sämtlichen Radiologischen Instituten mit einer viermonatigen Wartezeit rechnen musste: „Die meisten verzweifeln dann und gehen halt zu privaten Instituten, wo sie sehr schnell Termine bekommen, aber auch auf den Kosten sitzen blieben." Er sehe die Kasse in der Pflicht, das Angebot an Kassengeräten auszubauen. Patient*innen empfahl er, nicht aufzugeben und sich ansonsten an die Patientenanwaltschaft zu wenden.

2. Mitgliedschaften, Vorträge und Veranstaltungen

Auch im Berichtsjahr **2024** waren Dr. Gerhard Jelinek sowie die Mitarbeiter*innen der WPPA in zahlreichen Foren als Mitglieder vertreten, hielten Vorträge, nahmen an Diskussionsrunden teil und besuchten zahlreiche fachspezifische Veranstaltungen. Hier ein Auszug:

2.1 Mitgliedschaften

- Plenum Gesundheitsziele Österreich
- Gesundheitsziele Wien
- Wiener Gesundheitsplattform
- AG BPE: Bürger*innen- und Patient*innen-Empowerment
- GÖG-Beirat Bevölkerungsbeteiligung
- Expertinnen-Beirat des Wiener Programms für Frauengesundheit
- Evaluierungsbeirat ÖQMED
- Allianz für Gesundheitsförderung (WIG)
- Pharma-Plattform GÖG
- Alter(n)sbeirat: Multiprofessioneller Beirat für Gesundheit und Krankheit im Alter im BMSGPK
- Schiedsstelle bei der Ärztekammer für Wien
- Zahnärztliche Schlichtungsstelle
- Beirat der Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger (Wiener Rotes Kreuz)
- AG Pflege
- Borderline Netzwerk Wien
- Europäisches Forum Alpbach

2.2 Ethikkommissionen

Die bedeutendsten Ethikkommissionen sind die Leit-Ethikkommissionen, einerseits der Stadt Wien/WiGev, andererseits der Medizinischen Universität Wien/AKH, welche monatlich einmal zusammentreten. In diesen Gremien werden Voten für ganz Österreich beschlossen. Außerdem fanden Sitzungen der Ethikkommissionen der Vinzenz Gruppe, des FH Campus Wien, der AUVA und des Österreichischen Roten Kreuzes statt.

2.3 Vorträge über die Aufgaben und Tätigkeit der WPPA, der Wiener Heimkommission, der UPI sowie zu speziellen Themen

Im Rahmen von Informations- und Fortbildungsveranstaltungen bei: Wiener Medizinische Akademie, Abteilung Notfallmedizin im AKH, HCC Academy, imh GmbH, Manz Medizinrechtstagung, Pharmakon, Fachgruppe Gesundheit und Recht der österreichischen Richter*innenvereinigung, Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, Österreichischer Behindertenrat, Selbsthilfegruppen, Pensionist*innenverbänden und in Pflegezentren etc.

2.4 Veranstaltungen

Die WPPA nahm an einer Reihe von Veranstaltungen im Pflegebereich, im Gesundheitswesen, in Wissenschaft und Forschung, in der Weiterbildung, der Selbsthilfe sowie der Gesundheitspolitik teil.

Dr. Gerhard Jelinek war am Tag der Seltenen Erkrankungen 2024 Gast einer Podiumsdiskussion des Austrian Health Forums im österreichischen Parlament. Zentrales Thema war der Zugang zu innovativen Therapien. Im Juli nahm er an Diskussionen anlässlich der Praevenire Gesundheitsgespräche in Alpbach teil.



© AHF

2.5 Messestand der WPPA im Rahmen des Informationstags „Selbstbestimmt im Alter“

Die WPPA war im Oktober 2024 erneut bei der Vorsorgemesse in der Bezirksvorstehung Währing vertreten. Das Angebot und die Beratung der WPPA, der Wiener Heimkommission und UPI wurde von zahlreichen Besucher*innen in Anspruch genommen.



© WPPA

2.6 Tagungen der ARGE Patient*innenanwaltschaften

Die Tagung im April 2024 wurde von der Wiener Pflege- und Patient*innenanwaltschaft organisiert und fand im Wiener Rathaus statt. Nach einer Begrüßung durch Stadtrat Peter Hacker befasste sich die ARGE PA u.a. mit den Themen Patientenentschädigungsfonds, Sterbeverfügung und Aufgaben der ELGA-Ombudsstellen.

Zudem gab Frau Prof.in Dr.in Kathryn Hoffmann im Rahmen eines spannenden Vortrages Einblicke in die österreichweit unzureichende Versorgung von Patient*innen mit postakuten Infektionssyndromen (u.a. ME/CFS etc.).



© WPPA

Expertin für PAIS, Prof.in Dr.in Kathryn Hoffmann, teilt aktuelle Erkenntnisse und Forschungsergebnisse



© WPPA

Letzter Tagesordnungspunkt: Mitglieder der ARGE Patient*innenanwaltschaften bei einer Steffl-Führung.

Bei der ARGE Tagung im Oktober 2024, die in Salzburg stattfand, wurden Fragen zu den Themen Long-Covid-Versorgung, Oberster Sanitätsrat, Patientenentschädigungsfonds, Patientenverfügung in die ELGA, Besetzung der HEK uvm. diskutiert. Priv. Doz.in Dr.in Claudia Wild (AIHTA) und Dr.in Ingrid Zechmeister-Koss hielten einen Gastvortrag zum Thema Bewertungsboard.

IX ANHANG

1. Rechtliche Grundlagen

1.1 Gesamte Rechtsvorschrift für Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta), Fassung vom 12.01.2023

Langtitel

Kundmachung des Landeshauptmannes von Wien, betreffend die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta)

Präambel/Promulgationsklausel

Der Wiener Landtag hat am 29. Juni 2005 den Abschluss nachstehender Vereinbarung gemäß § 139 Abs. 2 der Wiener Stadtverfassung genehmigt:

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zur Sicherstellung der Patientenrechte

(Patientencharta)

Der Bund, vertreten durch die Bundesregierung, und das Land Wien, vertreten durch den Landeshauptmann, – im Folgenden Vertragsparteien genannt – kommen überein, gemäß Art. 15a B-VG die nachstehende Vereinbarung zu schließen:

Text

Zielsetzung und Definition

Artikel 1

(1) Die Vertragsparteien verpflichten sich, im Rahmen ihrer Zuständigkeit in Gesetzgebung und Vollziehung dafür zu sorgen, dass die folgenden Patientenrechte sichergestellt sind.

(2) Träger von Patientenrechten im Sinne dieser Vereinbarung ist jede Person, die Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens in Anspruch nimmt oder ihrer auf Grund ihres Gesundheitszustandes bedarf.

(3) Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens werden durch freiberuflich tätige Angehörige der Gesundheitsberufe und Einrichtungen erbracht, die der Erhaltung und dem Schutz der Gesundheit, der Feststellung des Gesundheitszustandes, der Behandlung von Krankheiten, der Vornahme operativer Eingriffe, der Geburtshilfe sowie der Pflege und Betreuung von Kranken und Genesenden dienen.

Abschnitt 1

Grundsätzliches

Artikel 2

Die Persönlichkeitsrechte der Patienten und Patientinnen sind besonders zu schützen. Ihre Menschenwürde ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren.

Artikel 3

Patienten und Patientinnen dürfen auf Grund des Verdachtes oder des Vorliegens einer Krankheit nicht diskriminiert werden.

Abschnitt 2

Recht auf Behandlung und Pflege

Artikel 4

(1) Die Vertragsparteien verpflichten sich, die zweckmäßigen und angemessenen Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens für alle Patienten und Patientinnen ohne Unterschied des Alters, des Geschlechts, der Herkunft, des Vermögens, des Religionsbekenntnisses, der Art und Ursache der Erkrankung oder Ähnliches rechtzeitig sicherzustellen.

(2) Durch die zuständige Gesetzgebung kann unter Beachtung der Verpflichtungen der Republik Österreich angeordnet werden, dass die Behandlung nichtösterreichischer Staatsangehöriger nur dann zu erfolgen hat, wenn die Kosten der Behandlung von den Patienten und Patientinnen oder einem Dritten getragen werden; dies gilt nicht in den Fällen drohender Lebensgefahr, unmittelbar

bevorstehender Entbindung oder schwerer gesundheitlicher Schädigung, die eine sofortige Behandlung gebieten.

Artikel 5

(1) Die Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens (Art. 4 Abs. 1) sind durch Krankenanstalten, ambulante Einrichtungen, Dienste der extramuralen medizinischen Betreuung einschließlich der Hauskrankenpflege sowie durch freiberuflich tätige Angehörige der Gesundheitsberufe und Apotheken sicherzustellen. Dies gilt insbesondere auch für die Betreuung psychisch Kranker.

(2) Die Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens sind auch auf den Gebieten der Gesundheitsförderung, der Vorsorge- und Arbeitsmedizin sowie der Rehabilitation und des Kurwesens sicherzustellen.

(3) Die Kontinuität der Behandlung und Pflege ist durch organisatorische Maßnahmen zu wahren.

Artikel 6

(1) Die medizinisch gebotene, nach den Umständen des Einzelfalles jeweils mögliche notärztliche Versorgung, Rettung und Transport sind sicherzustellen.

(2) Weiters ist die notwendige Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten sicherzustellen.

Artikel 7

(1) Diagnostik, Behandlung und Pflege haben entsprechend dem jeweiligen Stand der Wissenschaften bzw. nach anerkannten Methoden zu erfolgen. Dabei ist auch der Gesichtspunkt der bestmöglichen Schmerztherapie besonders zu beachten.

(2) Kann nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot einer Krankenanstalt eine dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Versorgung eines Patienten oder einer Patientin nicht gewährleistet werden, ist sicherzustellen, dass der Patient oder die Patientin mit seiner bzw. ihrer Zustimmung in eine geeignete andere Krankenanstalt überstellt wird.

(3) In Krankenanstalten hat die ärztliche Betreuung grundsätzlich auf fachärztlichem Niveau zu erfolgen.

Artikel 8

Die Vertragsparteien kommen überein, dass Leistungen im Bereich des Gesundheitswesens einer Qualitätskontrolle unterzogen und dem Stand der Wissenschaft entsprechend Qualitätssicherungsmaßnahmen gesetzt werden.

Abschnitt 3

Recht auf Achtung der Würde und Integrität

Artikel 9

(1) Die Privatsphäre der Patienten und Patientinnen ist zu wahren.

(2) Bei der Aufnahme oder Behandlung mehrerer Patienten oder Patientinnen in einem Raum ist durch angemessene bauliche oder organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass die Intim- und die Privatsphäre gewahrt werden.

(3) Insbesondere bei stationärer Aufnahme von Langzeitpatienten und -patientinnen ist dafür zu sorgen, dass eine vertraute Umgebung geschaffen werden kann.

Artikel 10

Die Organisations-, Behandlungs- und Pflegeabläufe in Kranken- und Kuranstalten sind soweit wie möglich dem allgemein üblichen Lebensrhythmus anzupassen.

Artikel 11

Die Vertragsparteien verpflichten sich, dass klinische Prüfungen von Arzneimitteln, von Medizinprodukten sowie die Anwendung neuer medizinischer Methoden erst nach eingehender ethischer Beurteilung vorgenommen werden dürfen.

Artikel 12

Die religiöse Betreuung stationär aufgenommener Patienten und Patientinnen ist auf deren Wunsch zu ermöglichen.

Artikel 13

(1) Gesundheitsbezogene Daten sowie sonstige Umstände, die aus Anlass der Erbringung von

Leistungen im Bereich des Gesundheitswesens bekannt werden und an denen Patienten und Patientinnen ein Geheimhaltungsinteresse haben, unterliegen dem Datenschutzgesetz.

(2) Ausnahmen sind nur in den im Datenschutzgesetz vorgesehenen Fällen zulässig.

(3) Auskunfts- und Richtigstellungsrechte sind auch für Daten vorzusehen, die nicht automationsunterstützt verarbeitet werden.

Artikel 14

(1) Es ist sicherzustellen, dass im Rahmen stationärer Versorgung Besuche empfangen werden können und sonstige Kontakte gepflogen werden können. Weiters ist der Wunsch eines Patienten oder einer Patientin zu respektieren, keinen Besuch oder bestimmte Personen nicht empfangen zu wollen.

(2) Es ist dafür zu sorgen, dass die Patienten und Patientinnen Vertrauenspersonen nennen können, die insbesondere im Fall einer nachhaltigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verständigen sind und denen in solchen Fällen auch außerhalb der Besuchszeit ein Kontakt mit den Patienten und Patientinnen zu ermöglichen ist.

Artikel 15

(1) In stationären Einrichtungen ist ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Auch dabei ist dem Gebot der bestmöglichen Schmerztherapie Rechnung zu tragen.

(2) Vertrauenspersonen der Patienten und Patientinnen ist Gelegenheit zum Kontakt mit Sterbenden zu geben. Andererseits sind Personen vom Kontakt auszuschließen, wenn der Sterbende dies wünscht.

Abschnitt 4

Recht auf Selbstbestimmung und Information

Artikel 16

(1) Patienten und Patientinnen haben das Recht, im Vorhinein über mögliche Diagnose- und Behandlungsarten sowie deren Risken und Folgen aufgeklärt zu werden. Sie haben das Recht auf Aufklärung über ihren Gesundheitszustand, weiters sind sie über ihre erforderliche Mitwirkung bei der Behandlung sowie eine therapieunterstützende Lebensführung aufzuklären.

(2) Die Art der Aufklärung hat der Persönlichkeitsstruktur und dem Bildungsstand der Patienten und Patientinnen angepasst und den Umständen des Falles entsprechend zu erfolgen.

(3) Ist eine Behandlung dringend geboten und würde nach den besonderen Umständen des Einzelfalles durch eine umfassende Aufklärung das Wohl des Patienten oder der Patientin gefährdet werden, so hat sich der Umfang der Aufklärung am Wohl des Patienten oder der Patientin zu orientieren.

(4) Auf die Aufklärung kann von den Patienten und Patientinnen verzichtet werden; sie dürfen zu einem Verzicht nicht beeinflusst werden.

(5) Patienten und Patientinnen sind im Vorhinein über die sie voraussichtlich treffenden Kosten zu informieren.

Artikel 17

(1) Patienten und Patientinnen dürfen nur mit ihrer Zustimmung behandelt werden.

(2) Ohne Zustimmung darf eine Behandlung nur vorgenommen werden, wenn eine Willensbildungsfähigkeit der Patienten oder Patientinnen nicht gegeben ist und durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit der Patienten oder der Patientinnen ernstlich gefährdet würde.

(3) Für Patienten und Patientinnen, die den Grund und die Bedeutung einer Behandlung nicht einsehen oder ihren Willen nach dieser Einsicht bestimmen können, ist sicherzustellen, dass eine Behandlung nur mit Zustimmung eines nach Maßgabe der Gesetze zu bestimmenden Vertreters und erforderlichenfalls mit Genehmigung des Gerichtes durchgeführt wird.

(4) Ohne Zustimmung des Vertreters und allenfalls erforderlicher Genehmigung des Gerichtes darf eine Behandlung nur bei Gefahr in Verzug vorgenommen werden, wenn der mit der Einholung der Zustimmung oder der Genehmigung verbundene Zeitaufwand für den Patienten oder die Patientin eine Lebensgefahr oder die Gefahr einer schweren gesundheitlichen Schädigung bedeuten würde.

(5) Maßnahmen, die mit einer Beschränkung der persönlichen Freiheit oder sonstigen Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte der Patienten und Patientinnen verbunden sind und ohne deren gültige Zustimmung vorgenommen werden, sind – sofern nicht der mit der Einholung der Zustimmung verbundene Aufschub mit Lebensgefahr oder mit der Gefahr einer schweren gesundheitlichen

Schädigung für den Patienten oder die Patientin verbunden wäre – nur nach entsprechender Befassung des gesetzlichen Vertreters, erforderlichenfalls des Gerichtes, zulässig.

Artikel 18

Patienten und Patientinnen haben das Recht, im Vorhinein Willensäußerungen abzugeben, durch die sie für den Fall des Verlustes ihrer Handlungsfähigkeit das Unterbleiben einer Behandlung oder bestimmter Behandlungsmethoden wünschen, damit bei künftigen medizinischen Entscheidungen soweit wie möglich darauf Bedacht genommen werden kann.

Artikel 19

(1) Das Recht der Patienten und Patientinnen auf Einsichtnahme in die über sie geführte Dokumentation der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen einschließlich allfälliger Beilagen, wie Röntgenbilder, ist sicherzustellen.

(2) Einschränkungen sind nur insoweit zulässig, als sie auf Grund der besonderen Umstände des Einzelfalles zum Wohl des Patienten oder der Patientin unvermeidlich sind. Einem Vertreter des Patienten oder der Patientin kommt auch in einem solchen Fall ein uneingeschränktes Einsichtsrecht zu, sofern der Patient oder die Patientin dies nicht ausgeschlossen hat.

Artikel 20

(1) Niemand darf ohne seine ausdrückliche Zustimmung zu klinischen Prüfungen und zu Forschungs- und Unterrichtszwecken herangezogen werden. Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

(2) Die Verwendung personenbezogener Daten für medizinische Forschungszwecke bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen. Dabei ist besonders zu achten, dass die aus dem Grundrecht auf Datenschutz erfließenden Rechte des Betroffenen gewahrt werden.

Abschnitt 5

Recht auf Dokumentation

Artikel 21

(1) Die notwendige Dokumentation der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen ist sicherzustellen. Weiters ist die Aufklärung der Patienten und Patientinnen und ihre Zustimmung zur Behandlung oder die Ablehnung einer Behandlung zu dokumentieren.

(2) Es ist sicherzustellen, dass in der Dokumentation auch Willensäußerungen der Patienten und Patientinnen festgehalten werden.

(3) Willensäußerungen nach Abs. 2 können insbesondere Widersprüche gegen die Entnahme von Organen gemäß § 62a Krankenanstaltengesetz oder Willensäußerungen gemäß Artikel 18 sein.

Artikel 22

Patienten und Patientinnen haben das Recht, auf ihren Wunsch gegen angemessenen Kostenersatz Abschriften aus der Dokumentation zur Verfügung gestellt zu bekommen. Artikel 19 Abs. 2 gilt sinngemäß.

Abschnitt 6

Besondere Bestimmungen für Kinder

Artikel 23

Die Aufklärung von Minderjährigen hat ihrem jeweiligen Entwicklungsstand entsprechend zu erfolgen.

Artikel 24

Eine Behandlung, die wegen Lebensgefahr oder Gefahr einer schweren gesundheitlichen Schädigung geboten ist, ist bei Gefahr im Verzug auch gegen den erklärten Willen des Erziehungsberechtigten durchzuführen, ansonsten ist die Genehmigung des Gerichtes einzuholen.

Artikel 25

(1) Unter Berücksichtigung der jeweiligen Gegebenheiten ist unmündigen Minderjährigen eine Begleitung durch eine Bezugsperson zu ermöglichen.

(2) Bei der stationären Aufnahme von unmündigen Minderjährigen bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres ist auf Wunsch die Mitaufnahme einer Begleitperson zu ermöglichen. Sofern dies aus räumlichen Gründen nicht möglich ist, ist Bezugspersonen ein umfassendes Besuchsrecht einzuräumen, das lediglich aus zwingenden medizinischen oder organisatorischen Gründen

eingeschränkt werden darf.

(3) Bezugspersonen sollen auf ihren Wunsch soweit wie möglich an der Betreuung beteiligt werden.

Artikel 26

Einrichtungen, Abteilungen und Bereiche, die überwiegend der Behandlung von Minderjährigen dienen, sind altersgerecht auszustatten.

Artikel 27

(1) Soweit dies organisatorisch möglich ist, hat eine stationäre Aufnahme von unmündigen Minderjährigen getrennt von erwachsenen Patienten zu erfolgen.

(2) Angehörige der Gesundheitsberufe, denen die Behandlung und Pflege von Minderjährigen obliegt, sollen durch ihre Ausbildung befähigt werden, auf die alters- und entwicklungsbedingten Bedürfnisse von Minderjährigen eingehen zu können.

Artikel 28

Die Träger von Krankenanstalten haben organisatorisch dafür vorzusorgen, dass schulpflichtigen Kindern bei einem längeren stationären Aufenthalt nach Maßgabe schulrechtlicher Bestimmungen Unterricht erteilt werden kann.

Abschnitt 7

Vertretung von Patienteninteressen

Artikel 29

(1) Zur Vertretung von Patienteninteressen sind unabhängige Patientenvertretungen einzurichten und mit den notwendigen Personal- und Sacherfordernissen auszustatten. Die unabhängigen Patientenvertretungen sind bei ihrer Tätigkeit weisungsfrei zu stellen und zur Verschwiegenheit zu verpflichten. Es ist ihnen die Behandlung von Beschwerden von Patienten und Patientinnen und Angehörigen, die Aufklärung von Mängeln und Missständen und die Erteilung von Auskünften zu übertragen. Patientenvertretungen können Empfehlungen abgeben.

(2) Die unabhängigen Patientenvertretungen haben mit Patientenselbsthilfegruppen, die Patienteninteressen wahrnehmen, die Zusammenarbeit zu suchen.

(3) Patienten und Patientinnen haben das Recht auf Prüfung ihrer Beschwerden und auf Vertretung ihrer Interessen durch die unabhängigen Patientenvertretungen. Sie sind vom Ergebnis der Überprüfung zu informieren. Die Inanspruchnahme der Patientenvertretungen ist für die Patienten und Patientinnen mit keinen Kosten verbunden.

Artikel 30

(1) Es ist sicherzustellen, dass unabhängigen Patientenvertretungen Gelegenheit geboten wird, vor Entscheidungen in grundlegenden allgemeinen patientenrelevanten Fragen ihre Stellungnahme abzugeben. Dies gilt insbesondere vor der Errichtung neuer stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen, für die öffentliche Mittel eingesetzt werden, für die Durchführung von Begutachtungsverfahren zu Gesetzes- und Verordnungsentwürfen sowie für grundlegende Planungsvorhaben.

(2) Dachorganisationen von Patientenselbsthilfegruppen ist Gelegenheit zu geben, in Begutachtungsverfahren zu patientenrelevanten Gesetzes- und Verordnungsentwürfen gehört zu werden.

Artikel 31

(1) Die Vertragsparteien haben sicherzustellen, dass Informationen über Leistungen im Bereich des Gesundheitswesens für jedermann zur Verfügung stehen.

(2) Es ist sicherzustellen, dass freiberuflich tätige Angehörige der Gesundheitsberufe und Träger von Einrichtungen im Bereich des Gesundheitswesens über ihre Leistungen in sachlicher Weise informieren.

Abschnitt 8

Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen

Artikel 32

Im Zusammenhang mit der Haftung für Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens dürfen Abweichungen vom Schadenersatzrecht und von allgemeinen Beweislast- und Gewährleistungsregeln im Sinne der Bestimmungen des ABGB nur zugunsten der Patienten und Patientinnen getroffen werden.

Artikel 33

Vergleichsgespräche vor ärztlichen Schlichtungsstellen und vergleichbaren Einrichtungen hemmen den Ablauf der Verjährung bis zum Verstreichen einer angemessenen Klagsfrist nach Abbruch des Verfahrens oder nach einer sonstigen, zuungunsten des Patienten oder der Patientin erfolgenden Beendigung des Schlichtungsverfahrens.

Abschnitt 9

Schlussbestimmungen

Artikel 34

In-Kraft-Treten

(1) Diese Vereinbarung tritt mit dem Monatsersten nach Einlangen der Mitteilungen der Vertragsparteien beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, dass die nach der Bundesverfassung bzw. nach der Verfassung des Landes Wien erforderlichen Voraussetzungen für das In-Kraft-Treten erfüllt sind, in Kraft.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat die Vertragsparteien in Kenntnis zu setzen, wenn die Mitteilungen nach Abs. 1 eingelangt sind.

Artikel 35

Durchführung

Die Vertragsparteien verpflichten sich, die in ihre jeweiligen Kompetenzbereiche fallenden gesetzlichen Regelungen, die zur Durchführung dieser Vereinbarung erforderlich sind, zu erlassen.

Artikel 36

Abänderung

Eine Abänderung dieser Vereinbarung ist nur schriftlich im Einvernehmen der Vertragsparteien möglich.

Artikel 37

Hinterlegung

Diese Vereinbarung wird in einer Urschrift ausgefertigt. Die Urschrift wird beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hinterlegt. Dieses hat dem Land Wien eine beglaubigte Abschrift der Vereinbarung zu übermitteln.

1.2 Gesamte Rechtsvorschrift für Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft, Fassung vom 12.01.2023

Langtitel

Gesetz über die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft

Änderung

LGBl. Nr. 18/2011

Präambel/Promulgationsklausel

Der Wiener Landtag hat beschlossen:

Text

Artikel I

Gesetz über die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft

Ziel

§ 1. Zur Wahrung und Sicherung der Rechte und Interessen von Personen in allen Angelegenheiten des Gesundheitswesens und Pflegebereichs in Wien ist beim Amt der Landesregierung eine Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft einzurichten.

Aufgaben

§ 2. Die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft hat folgende Aufgaben:

1. Behandlung von Beschwerden von Personen oder deren Angehörigen in allen Angelegenheiten des Gesundheitswesens und Pflegebereiches in Wien,

2. Aufklärung von Mängeln oder Missständen insbesondere im Rahmen der Unterbringung, der Versorgung, der Betreuung sowie der Heilbehandlung von Patientinnen und Patienten,
3. Erteilung von Auskünften,
4. Prüfung von Anregungen,
5. Abgabe von Empfehlungen,
6. sonstige durch Gesetz übertragene Aufgaben.

Prüfbefugnisse

§ 3. (1) Wird die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft mit Angelegenheiten des Gesundheitswesens und Pflegebereichs in Wien im Rahmen der Landes- oder Gemeindeverwaltung befasst (insbesondere Krankenanstalten, Wohn- und Pflegeheime, Rettung und Krankenbeförderung, Angebote und Dienste der Stadt Wien im Gesundheitswesen und Pflegebereich), haben die zuständigen Landes- und Gemeindeorgane in Vollziehung des selbstständigen Wirkungsbereiches des Landes sowie im eigenen und im vom Land übertragenen Wirkungsbereich der Gemeinde, sowie der Fonds Soziales Wien im Rahmen der ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben diese bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen. Die Rechtsträger der Einrichtungen und der Fonds Soziales Wien sind verpflichtet, der Anwaltschaft auf Verlangen Berichte oder Stellungnahmen zu übermitteln, Akteneinsicht zu gewähren oder Auskünfte zu erteilen. In diesen Angelegenheiten sind gesetzliche Verschwiegenheitspflichten gegenüber der Anwaltschaft nicht wirksam.

(2) Wird die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft mit einer Angelegenheit des Gesundheitswesens und Pflegebereichs in Wien im Rahmen der Bundesverwaltung befasst (insbesondere frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Apotheken, Dentistinnen und Dentisten, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), sind die betroffenen Personen beziehungsweise Einrichtungen einzuladen, zum konkreten Vorbringen Stellung zu nehmen. Die Anwaltschaft hat erforderlichenfalls mit internen Informations- und Beschwerdestellen, bei den freien Berufen auch mit den gesetzlichen beruflichen Vertretungen zusammenzuarbeiten.

Die Besetzung der Leitung

§ 4. (1) Die Bestellung der Leitung der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft erfolgt nach öffentlicher Ausschreibung durch die Landesregierung für jeweils fünf Jahre.

(2) Die Funktion nach Abs. 1 erlischt durch Tod, Zeitablauf oder Verzicht. Der Verzicht ist der Landesregierung schriftlich mitzuteilen und wird mit dem Ablauf des Tages des Einlangens der Verzichtserklärung wirksam.

(3) Die Landesregierung hat die Bestellung einer Person nach Abs. 1 zu widerrufen, wenn die geistige oder körperliche Eignung zur Erfüllung der ihr nach diesem Gesetz obliegenden Aufgaben nicht mehr gegeben ist und voraussichtlich während der bestehenden Amtsperiode nicht wieder erlangt wird.

Weisungsfreiheit und Verschwiegenheitspflicht

§ 5. (1) **(Verfassungsbestimmung)** Die gemäß § 4 bestellte Person ist in Ausübung ihrer Tätigkeit unabhängig und weisungsfrei. Die Bediensteten der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft sind nur an deren oder dessen Weisungen gebunden.

(2) Die gemäß § 4 bestellte Person unterliegt der Amtsverschwiegenheit.

(3) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über sämtliche Angelegenheiten in Zusammenhang mit den Aufgaben und Prüfbefugnissen der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft zu unterrichten. Die gemäß § 4 bestellte Person ist verpflichtet, die von der Landesregierung im Einzelfall verlangten Auskünfte zu erteilen. Personenbezogene Daten sind nicht Gegenstand der Auskunftsverpflichtung.

Tätigkeitsbericht

§ 6. Die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft hat der Landesregierung über ihre Tätigkeit im vorausgegangenen Jahr spätestens bis 30. September jeden Jahres einen Bericht in anonymisierter Form zu erstatten. Die Landesregierung hat diesen Bericht dem Landtag vorzulegen.

Personal- und Sacherfordernisse

§ 7. Für die Bereitstellung der personellen und sachlichen Erfordernisse hat das Amt der Landesregierung zu sorgen.

Abgabenfreiheit

§ 8. Im Tätigkeitsbereich der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft sind keine Landesverwaltungsabgaben zu entrichten.

Schlussbestimmungen

§ 9. (1) Dieses Gesetz tritt an dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(2) **(Verfassungsbestimmung)** § 5 Abs. 1 tritt an dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(3) Das Gesetz über die Wiener Patientenanwaltschaft, LGBl. Nr. 19/1992 in der Fassung LGBl. Nr. 24/2006, tritt an dem der Kundmachung folgenden Tag außer Kraft.

(4) Die bisherige Wiener Patientenanwaltschaft gilt solange als Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft und hat deren Aufgaben auf der Basis dieses Gesetzes zu besorgen, bis eine Bestellung gemäß § 4 erfolgt ist.

2. Abkürzungsverzeichnis

ÄFD ..... Ärztefunkdienst

AG..... Arbeitsgruppe

AHF ..... Austrian Health Forum

AIHTA ..... Austrian Institute for Health Technology Assessment

AKH ..... Allgemeines Krankenhaus

allg. ..... allgemein

Amb...... Ambulanz

ARGE ..... Arbeitsgemeinschaft

Art. ..... Artikel

AUVA ..... Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

BMGF..... Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

BMSGPK..... Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

BVG ..... Bundesverfassungsgesetz

bzw...... beziehungsweise

ca...... zirka

CT ..... Computertomografie

Dr. / Dr.^{in}..... Doktor*in (Titel)

DSGVO..... Datenschutz-Grundverordnung

ELGA ..... Elektronische Gesundheitsakte

etc. ..... et cetera

EUR..... Euro (Währung)

FH..... Fachhochschule

FSW ..... Fonds Soziales Wien

GÖG ..... Gesundheit Österreich GmbH

HCC..... Health Competence Center

HEK ..... Heilmittel-Evaluierungs-Kommission

HF..... Freiwilliger Wiener Härtefonds

HNO..... Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde

i.d.R. ..... in der Regel

ID ..... Identitätsdokument (ID Austria)

idF ..... in der Fassung
KAKuG ..... Kranken- und Kuranstaltengesetz
Kap. ..... Kapitel
KDO ..... Klinik Donaustadt
KFA ..... Krankenfürsorgeanstalt
KFL ..... Klinik Floridsdorf
KFN ..... Klinik Favoriten
KHI ..... Klinik Hietzing
KI ..... Künstliche Intelligenz
KLA ..... Klinik Landstraße
KOR ..... Klinik Ottakring
KPE ..... Klinik Penzing
KYD ..... PTZ-Ybbs
LGBl. ..... Landesgesetzblatt
MA ..... Magistratsabteilung
ME/CFS ..... Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom
Mio. ..... Millionen
MRT ..... Magnetresonanztomographie
n. ..... nicht
Nr. ..... Nummer
OBST ..... Ombudsstelle
ÖGK ..... Österreichische Gesundheitskasse
ÖQMED ..... „Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH“
OP ..... Operation
PA ..... Patient*innenanwaltschaft
PatVG ..... Patientenverfügungs-Gesetz
PDA ..... Periduralanästhesie
PF ..... Patientenentschädigungsfonds
PV ..... Patientenverfügung
PVA ..... Pensionsversicherungsanstalt
Sonst. ..... Sonstiges
städt. ..... städtisch
u. ..... und
u.a. ..... unter anderem
UPI ..... Unabhängige Patient*inneninformationsstelle
Vers. ..... Versicherungen
WIG ..... Wiener Gesundheitsförderung
WiGev ..... Wiener Gesundheitsverbund
WPPA ..... Wiener Pflege- und Patient*innenanwaltschaft
Wr. KAG ..... Wiener Krankenanstaltengesetz
z.B. ..... zum Beispiel



Herausgeber
Wiener Pflege- und Patient*innenanwaltschaft
1050 Wien, Ramperstorffergasse 67
Telefon: (+43 1) 587 12 04
E-Mail: post@wpa.wien.gv.at
www.patientenanwaltschaft.wien.at
Grafische Gestaltung
saintstephens, 1010 Wien
Druck
Gutenberg-Werbering Gesellschaft m.b.H.
Anastasius-Grün-Straße 6, 4020 Linz

Für Sie da.