

## INHALTSVERZEICHNIS

1	Rechtsgrundlage.....	2
2	Allgemeines .....	2
3	Umfang und Ziel der Prüfung .....	3
4	Statistik, Kennzahlen .....	4
5	Regelmäßige ärztliche Betreuung der Heimbewohner .....	8
6	Ärztliche Hilfe im Anlassfall.....	12
7	Delegation von ärztlichen Anordnungen .....	13
8	Fachärzte .....	15
9	Ärztliche Versorgung, Auswertung.....	15
10	Ärztlich–medizinische Aufsicht.....	19
11	Qualitätssicherung.....	20
12	Totenbeschau .....	22

## 1 Rechtsgrundlage

Pensionistenheime und Pflegeheime sind Sozialhilfeeinrichtungen gemäß § 45 in Verbindung mit § 33 des NÖ Sozialhilfegesetzes - NÖ SHG, LGBl. 9200.

Gemäß § 46 leg. cit. hat das Land als Träger der Sozialhilfe darauf hinzuwirken, dass Sozialhilfeeinrichtungen ausreichend zur Verfügung stehen. Sofern solche nicht ausreichend zur Verfügung stehen, hat das Land als Träger von Privatrechten Pensionisten- und Pflegeheime zu errichten und zu betreiben.

Entsprechend dieser Bestimmung betreibt das Land NÖ 51 Landes-Pensionisten- und Pflegeheime (in der Folge kurz Heime oder Heim genannt). In diesen standen im Jahr 1999 insgesamt rund 6.400 Plätze zur dauernden oder zeitlich begrenzten Unterbringung, Versorgung, aktivierenden Betreuung und Pflege überwiegend betagter Menschen zur Verfügung.

Die landeseigenen Sozialhilfeeinrichtungen sind nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen zu führen.

Gemäß der Verordnung über die Geschäftsordnung der NÖ Landesregierung, LGBl. 0001/1-35, sind die Angelegenheiten der NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheime Frau Landeshauptmann-Stellvertreter Liese Prokop zur Erledigung zugewiesen.

Die Angelegenheiten der NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheime sind gemäß Geschäftseinteilung des Amtes der NÖ Landesregierung, Systemzahl 01-01/00-0110, der Abteilung Heime (GS7) zugewiesen.

Zur Führung und Verwaltung der landeseigenen Sozialhilfeeinrichtungen hat die Landesregierung gemäß § 46 NÖ SHG die Vorschrift „NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheime, Leitung und Betrieb“, Systemzahl 13-01/00-0100, beschlossen.

## 2 Allgemeines

Bereits im Jahr 1989 hat der Landtag von NÖ einstimmig einen Antrag über die Notwendigkeit der Verbesserung der ärztlichen Betreuung in den Heimen beschlossen. In der Folge wurde in zahlreichen Gesprächen mit der NÖ Ärztekammer 1990 ein Grundsatzübereinkommen erarbeitet, dass für jedes Heim – unter Wahrung des Grundsatzes der freien Arztwahl – einen „Heimarzt“ vorgesehen hat. Erst ab dem Jahr 1993 konnten nach langwierigen Verhandlungen mit der Ärztekammer durch das Land NÖ Vereinbarungen mit praktischen Ärzten abgeschlossen werden.

Mittlerweile wurden

- in 35 Heimen Verträge mit Ärzten abgeschlossen,
- in 10 Heimen Ärzte mit Sonderverträgen gem. Landes-Vertragsbedienstetengesetz – LVBG, LGBl. 2300, angestellt und
- in 6 Heimen erfolgt die ärztliche Versorgung ohne schriftliche Vereinbarung.

Die vorhergesagte Entwicklung, dass der Anteil der pflegebedürftigen Heimbewohner weiter ansteigen wird, hat sich bestätigt. Gleichzeitig haben die Schwere der körperlichen Pflegebedürftigkeit sowie die Multimorbidität ebenso wie der Anteil der psychisch veränderten, desorientierten Heimbewohner weiter zugenommen.

Der Anteil der Pflegebetten betrug in den 50 untersuchten Heimen im Jahr 1998 rund 77 Prozent der Gesamtbetten. In den neu errichteten Heimen wurden nur mehr Pflegebetten vorgesehen, die Nachfrage bestätigt die Richtigkeit dieser Entscheidung.

In einer Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen, LGBl. 9211, wurde unter „Ärztliche Versorgung“ festgelegt, dass der Rechtsträger eine subsidiäre Sicherstellungspflicht für medizinische Belange hat. Die freie Arztwahl ist zu gewährleisten.

In der Vorschrift „Leitung und Betrieb“ wurde bezüglich der ärztliche Versorgung festgelegt:

#### Ärztlicher Dienst (Pkt. 2.7)

Die Vorsorge für die regelmäßige ärztliche Betreuung der Heimbewohner durch Bestellung eines Heimarztes und der Abschluss vertraglicher Leistungen über die ärztliche Betreuung der Heimbewohner erfolgen durch die NÖ Landesregierung.

Die Möglichkeit der freien Arztwahl durch einen Heimbewohner wird durch die Bestellung eines Heimarztes nicht berührt.

Wenn seitens der NÖ Landesregierung kein Heilmann bestellt ist, oder keine Regelung für die ärztliche Betreuung der Heimbewohner getroffen wurde, dann hat der/die Heimleiter/in eigenverantwortlich für eine ordnungsgemäße ärztlich-medizinische Betreuung der Heimbewohner zu sorgen.

Der ärztliche Dienst ist im ärztlich-medizinischen Behandlungsbereich gegenüber den Mitarbeitern des Pflegedienstes und des medizinisch-technischen Dienstes des Heimes direkt weisungsberechtigt.

#### Ärztliche Hilfe (Pkt. 8.8)

Bei Erkrankungen, Verletzungen, Unfällen, gesundheitlichen Auffälligkeiten und bei Verdacht einer ansteckenden Krankheit muss ohne Verzug durch die Dienst habende Pflegeperson für ärztliche Hilfe gesorgt werden. Ist weder der Heilmann noch eine anderweitige ärztliche Hilfe erreichbar, dann hat die Dienst habende Pflegeperson die sofortige Überstellung in eine Krankenanstalt zu veranlassen.

Infektionskrankheiten bei Heimbewohnern und Mitarbeitern müssen ohne Verzug dem örtlichen Amtsarzt gemeldet werden.

Es wird demnach unterschieden zwischen

- regelmäßiger ärztlicher Betreuung der Heimbewohner und
- ärztlicher Hilfe im Anlassfall.

### **3 Umfang und Ziel der Prüfung**

Die Prüfung war als Systemprüfung in Form einer Querschnittsprüfung ausgelegt und umfasst die ärztliche Versorgung der Bewohner in den NÖ Landes Pensionisten- und Pflegeheimen. Die Prüfung erstreckte sich auf 50 der 51 Heime. Das Heim in Mauer bei Amstetten hat seinen Betrieb erst 1999 aufgenommen und war daher nicht Gegenstand dieser Prüfung.

Ziel der Prüfung war es festzustellen, wie die ärztliche Versorgung in den Heimen organisiert ist und ob sie im erforderlichen Ausmaß entsprechend den Bedürfnissen der Heimbewohner gegeben ist.

Als Maßstab dienen dabei die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen und Vorschriften z.B. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, NÖ Sozialhilfegesetz - NÖ SHG, LGBl. 9200, Vorschrift „NÖ Landes- Pensionisten- und Pflegeheime, Leitung und Betrieb“, Systemzahl 13-01/00-0100.

In dieser Vorschrift, insbesondere im Leitbild, sind die Grundsätze und Ziele des Rechtsträgers Land NÖ festgehalten:

- Eines der Ziele ist es, die Selbständigkeit der Heimbewohner zu erhalten und zu fördern.
- Bei Bedarf wird individuelle Hilfestellung, Betreuung und Pflege geboten.
- Die ganzheitliche Betreuung und Pflege beinhaltet zusätzlich zur Grund- und Körperpflege die
  - Behandlungspflege:  
In Zusammenarbeit mit Ärzten, entsprechenden Institutionen und Berufsgruppen werden die notwendigen ärztlich-medizinischen Maßnahmen und Therapien angeboten oder vermittelt (medizinische Versorgung, Physiotherapie, etc.).  
Grundsätzlich haben alle Bewohner das Recht auf freie Arztwahl.
  - Selbständigkeits- und Aktivitätspflege:  
Dazu zählen das Fördern der Selbständigkeit und Leistungsfähigkeit, der Sozialkontakte, Kommunikation und sinnvolle Tätigkeiten sowie die Integration von verwirrten Heimbewohnern nach individuellen Pflege- und Betreuungskonzepten.
  - Sterbebegleitung:  
Wir wollen unseren Bewohnern einen würdevollen Abschied aus diesem Leben ermöglichen und sie besonders auch durch Einbeziehung der nächsten Angehörigen und Freunde begleiten und unterstützen.

Diese im Leitbild vorgegebenen Primärziele wurden nicht näher operationalisiert. Der Grad der Zielerreichung ist daher nur schwer messbar. Um dennoch eine Beurteilung vornehmen zu können, wurden im Zuge der Prüfung Kriterien entwickelt und zueinander in Beziehung gebracht. Das Ergebnis ist im Abschnitt „Ärztliche Versorgung, Auswertung“ dargestellt.

## **4 Statistik, Kennzahlen**

Im folgenden Abschnitt werden einige statistische Daten und Kennzahlen dargestellt. Die Kennzahlen wurden im Wesentlichen aus dem Rechnungsabschluss 1998, dem Dienstpostenplan 1998 bzw. 1999 und aus direkt in den Heimen erhobenen Daten abgeleitet.

### **4.1 Heimplätze, Pflegeplätze inkl. Betreuungsstation, Gesamtauslastung**

In der folgenden Aufstellung werden die Heimplätze, die Pflegeplätze inkl. Betreuungsstation sowie die Gesamtauslastung der Heime in % dargestellt:

Heim	Heimplätze	davon Pflege u. Betreuung	Auslastung in %
Amstetten	116	102	99,04
Bad Vöslau	120	86	99,13
Baden	197	112	98,05
Berndorf <sup>1)</sup>	106	106	70,05
Eggenburg	76	76	89,73
Gänserndorf	112	80	99,36
Gloggnitz	163	153	101,49
Gutenstein	131	81	85,86
Hainburg	108	80	99,48
Hainfeld <sup>2)</sup>	87	63	92,69
Herzogenburg	116	63	97,91
Himberg	141	111	100,78
Hohegg <sup>1) 3)</sup>	34	34	100,85
Hollabrunn	116	74	98,68
Klosterneuburg	124	98	94,23
Korneuburg	142	78	96,84
Laa/Th.	99	99	99,13
Mank	115	97	98,78
Mautern <sup>2)</sup>	148	43	86,36
Melk	136	136	95,44
Mistelbach	230	200	98,65
Mödling	233	179	100,34
Neunkirchen <sup>1) 3)</sup>	106	106	65,14
Orth/Donau	100	100	97,38
Perchtoldsdorf <sup>2)</sup>	147	51	72,75
Pottendorf	104	104	97,93
Pressbaum	180	108	87,72
Raabs/Th.	96	49	98,75
Retz	112	34	94,64
Scheibbs <sup>2)</sup>	131	112	84,97
Scheiblingkirchen	107	72	99,67
Schrems	98	67	94,83
St. Peter/Au	106	106	100,36
St. Pölten <sup>4)</sup>	225	134	82,77
Stockerau	106	40	92,12
Tulln Frauenhofnerstr.	201	201	99,83
Tulln Leopold	86	54	102,35
Tulln Theresia	100	31	82,53
Türnitz	45	31	95,87
Vösendorf <sup>1)</sup>	106	106	50,34
Waidhofen/Th.	138	138	98,35
Waidhofen/Ybbs	100	100	97,40
Wallsee	78	63	98,72
Weitra	112	79	100,62
Wilhelmsburg <sup>1)</sup>	106	106	41,47

Heim	Heimplätze	davon Pflege u. Betreuung	Auslastung in %
Wolkersdorf	104	66	97,86
Wr. Neustadt	243	243	98,33
Ybbs	111	71	94,10
Zistersdorf	184	117	94,79
Zwettl	99	99	99,83

Abb.1

- 1) Kein volles Betriebsjahr, Auslastung in % auf Betriebsdauer bezogen
- 2) Umstrukturierung von Wohn- auf Pflegebetten während des Jahres
- 3) Änderung der Bettenanzahl während des Jahres
- 4) Reduzierung der Bettenanzahl wegen Errichtung des Neubaus

Im Durchschnitt verfügen die Heime über 126 Heimplätze, davon 97 in Pflege- und Betreuungsstationen, dies entspricht einem Anteil von rund 77 %.

Die Auslastung der Heime im Jahre 1998 war gut und betrug durchschnittlich ca. 95 % der verfügbaren Plätze. Jene Heime, die erst 1998 den Betrieb aufgenommen haben bzw. umstrukturiert wurden, wurden dabei herausgerechnet.

#### **4.2 Grad der Pflegebedürftigkeit, Ausmaß der ärztlichen Versorgung, Heimbewohner je Pflegebedienstetem**

In der folgenden Aufstellung, die nach der Schwere der Pflegefälle (Kriterium 1.) geordnet ist, wird dargestellt:

1. wie hoch der Anteil der Bewohner der Pflegestufen 5, 6 und 7 an den gesamten Heimplätzen ist (Anteil Stufe 5, 6, 7 in %),
2. wie viele Heimbewohner das sind (Bewohner 5, 6, 7),
3. wie viele Wochenstunden laut Vertrag ein Heimarzt<sup>1</sup> anwesend ist (Heimarztstunden),
4. wie viele Ärzte zusätzlich zum Heimarzt in das betreffende Heim kommen bzw. in jenen Heimen, in denen keine Heimarzt bestellt wurde, wie viele Ärzte in das Heim kommen (zusätzl. Ärzte). Für Ärzte, die nur zu einzelnen Heimbewohnern bzw. unregelmäßig kommen, wurde der Wert 0,5 angenommen.
5. wie viele Bewohner auf einen Angehörigen des Pflegedienstes kommen (Bewohner je „Pfleger“).

<sup>1</sup> Die Anwesenheitszeit ist grundsätzlich von der Art der vertraglichen Gestaltung abhängig (siehe Abschnitt 5.). Die Ärzte kommen bei Bedarf auch zusätzlich in die Heime.

<b>Heim</b>	<b>Anteil Stufe 5, 6, 7 in %</b>	<b>Bewohner 5, 6, 7</b>	<b>Heimarzt- stunden</b>	<b>zusätzl. Ärzte</b>	<b>Bewohner je „Pfleger“</b>
Tulln Frauenhofnerstr.	53,48	107	40,00		2,16
Wr. Neustadt	52,78	128	40,00		2,25
Melk	51,68	70	25,00		2,29
Zwettl	48,25	48	4,33	2,5	2,41
Ybbs	45,24	50	4,33	4,0	2,40
Orth/Donau	44,66	45	6,42	0,5	2,78
Hochegg <sup>1)2)</sup>	44,28	15	8,00		1,58
Amstetten	41,80	48	4,33		2,52
Türnitz	40,80	18	2,25		2,50
Berndorf <sup>1)</sup>	38,02	40	20,00		2,92
Himberg	36,80	52		3,5	2,74
Pottendorf	35,31	37	24,00		2,42
Pressbaum	34,96	63		4,5	3,40
Mödling	34,20	80	30,00	5,0	3,07
Waidhofen/Ybbs	32,49	32	4,33	5,0	2,63
Klosterneuburg	32,16	40	4,33	2,5	3,14
Herzogenburg	31,93	37	4,33	3,0	3,46
Vösendorf <sup>1)</sup>	31,60	33	20,00	0,5	2,92
Laa/Th.	31,35	31	8,00	3,0	2,91
Tulln Leopold	31,19	27	10,00	3,0	3,51
St. Peter/Au	30,36	32	4,33	1,5	2,79
Gloggnitz	30,20	49	8,50	4,0	2,86
Gänserndorf	30,04	34	2,25	1,0	3,03
Waidhofen/Th.	29,54	41	10,60	2,0	2,76
Neunkirchen <sup>1)2)</sup>	29,50	31		8,5	2,86
Wilhelmsburg <sup>1)</sup>	29,44	31		5,0	2,86
Schrems	28,30	28	2,25	2,0	4,00
Wallsee	28,01	22	2,25		2,84
Hainfeld	27,53	24	4,33	3,0	2,81
Weitra	27,10	30	2,25	0,5	3,55
Retz	25,81	29	12,00	3,0	3,34
Raabs/Th.	24,76	24	4,33	1,6	3,62
Mistelbach	24,42	56	10,58	4,0	2,84
Hollabrunn	24,14	28	8,00	6,0	3,41
Eggenburg	23,53	18	10,00	5,0	3,04
Stockerau	23,43	25	4,33	7,0	3,53
Mank	23,38	27	4,33	0,5	3,38
Bad Vöslau	21,78	26		6,0	2,96
Hainburg	21,36	23	4,33	2,0	3,25
Tulln Theresia	21,31	21	10,00	3,0	4,65
St. Pölten	21,23	48	20,00	0,5	3,10
Korneuburg	20,58	29	8,00	10,0	3,46
Wolkersdorf	20,11	21		7,0	3,53

Heim	Anteil Stufe 5, 6, 7 in %	Bewohner 5, 6, 7	Heimarzt- stunden	zusätzl. Ärzte	Bewohner je „Pfleger“
Mautern	19,85	29	4,33	1,0	4,63
Scheiblingkirchen	18,95	20		3,0	3,10
Zistersdorf	17,99	33	8,50		3,96
Gutenstein	16,52	22	6,42		4,37
Baden	15,49	31		4,5	4,28
Scheibbs	13,87	18	6,42	1,0	3,74
Perchtoldsdorf	12,81	19	4,33	4,0	3,43

Abb.2

<sup>1)</sup> Kein volles Betriebsjahr

<sup>2)</sup> Änderung der Bettenanzahl während des Jahres

Auf den ersten Blick zeigt diese Aufstellung, dass in den beiden Heime mit den höchsten Anteilen der Pflegestufen 5, 6 und 7 auch die höchste Anwesenheitszeit der Ärzte vertraglich festgelegt und auch das Verhältnis Heimbewohner zu Pflegebedienstetem sehr gut ist (bei der Berechnung der Anzahl der Pflegepersonen wird seitens der Abteilung Heime die Pflegebedürftigkeit als Basis herangezogen). Es ist aber auch zu erkennen, dass keine durchgehende Systematik zwischen Schwere der Pflegefälle und dem Stundenausmaß der ärztlichen Anwesenheitszeit besteht (siehe Abschnitt „Ärztliche Versorgung, Auswertung“).

## 5 Regelmäßige ärztliche Betreuung der Heimbewohner

Die regelmäßige ärztliche Betreuung der Heimbewohner ist unterschiedlich geregelt und erfolgt entweder durch einen oder mehrere niedergelassene Ärzte bzw. Wahlärzte für Allgemeinmedizin, mit denen schriftliche oder mündliche Vereinbarungen getroffen wurden, oder durch angestellte Ärzte.

In 40 Heimen wird die ärztliche Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung als Leistung der Krankenversicherung gewährt, wobei die Abrechnung jeweils direkt durch den Arzt mit der jeweiligen Krankenkasse erfolgt.

In 10 Heimen wurde mit den Krankenkassen eine pauschale Abgeltung des Aufwandes für ärztliche Hilfe und Heilmittel vereinbart.

In 34 jener Heime, in denen eine Einzelverrechnung mittels Krankenschein erfolgt, wird darüber hinaus an insgesamt 38 Ärzte eine Pauschalentschädigung in unterschiedlicher Höhe gewährt. Diese ist abhängig vom Umfang der Tätigkeit bzw. Stundenausmaß und beträgt durchschnittlich S 317,00 je vereinbarter Stunde. Die Entschädigungen der angestellten Ärzte beträgt durchschnittlich S 274,00 je Stunde. In 6 Heimen bestehen keine Verträge und es erfolgt keine Entschädigung zusätzlich zur Verrechnung mittels Krankenschein.

Grundsätzlich ist gegen eine unterschiedliche Gestaltung der ärztlichen Versorgung, die den Bedürfnissen der Bewohner der einzelnen Heime unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten angepasst ist, nichts einzuwenden, wenn die Erfüllung von Qualitätsstandards sichergestellt ist. In den Verträgen mit den Ärzten sind jedoch vorwiegend formale Regelungen enthalten wie z.B. Anwesenheitszeit, Zeit der Sprechstunden etc. Die im Leitbild der Vorschrift „Leitung und Betrieb“ festgelegten Ziele sind jedenfalls zu allgemein gehalten und eher als Absichtserklärung im Innenverhältnis zu interpretieren. Eine verbindliche Vorgabe für



die auf Grund freier Dienstverträge bzw. überhaupt ohne vertragliche Bindung zum Land tätigen Ärzte wird daraus jedenfalls schwer abzuleiten sein, zumal in der Vorschrift „Leitung und Betrieb“ zwar die Weisungsberechtigung des ärztlichen Dienstes gegenüber den Mitarbeitern des Pflegedienstes und des medizinisch-technischen Dienstes ausdrücklich festgelegt wurde, aber über eine Unterstellung des ärztlichen Dienstes keine Aussagen getroffen wurden. Die Vorgabe von Qualitätsstandards und Sicherstellung der Einhaltung durch klare Organisations- und Entscheidungsstrukturen liegen in der Verantwortung des Rechtsträgers.

In diesem Zusammenhang muss auch angemerkt werden, dass eine fachliche Aufsicht über die ärztliche Tätigkeit praktisch nicht ausgeübt wird (siehe Abschnitt „Ärztlich–medizinische Aufsicht“).

### **Ergebnis 1**

**Ziel der regelmäßigen ärztlichen Betreuung der Heimbewohner muss die Sicherstellung von gleichmäßigen Qualitätsstandards in allen Heimen sein. Es sind daher durch den Rechtsträger Land NÖ Qualitätsstandards zu erstellen und eine zweckmäßige Einordnung des ärztlichen Dienstes in die Organisations- und Entscheidungsstrukturen der Heime vorzunehmen.**

**Die vertragliche Gestaltung hat sich an diesen Qualitätsstandards zu orientieren. Jedenfalls wären sowohl bei der Art der rechtlichen Bindung (Ärzte als Landesbedienstete bzw. Ärzte mit oder ohne Verträge) als auch bei der Anwesenheitszeit und den übertragenen Aufgaben die Größe und Struktur der Heime, der Grad der Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner sowie eventuelle Sonderaufgaben, wie Intensivpflege, Hospizeinrichtungen etc. zu berücksichtigen. Die Möglichkeit der Vorgabe und Kontrolle von Qualitätsstandards ist vertraglich sicherzustellen.**

*LR: Die Abteilung Heime war gemeinsam mit der Abteilung Personalangelegenheiten B bemüht, in den derzeitigen Verträgen die Anwesenheitszeit und die Aufgaben der Heimärzte abhängig von der Größe und Struktur der Heime festzulegen.*

*Die Abteilung Heime wird das Ergebnis der vorliegenden Querschnittsprüfung zum Anlass nehmen, gemeinsam mit der Abteilung Gesundheitswesen, den Heimen, den Pflegeverantwortlichen und der NÖ Ärztekammer Qualitätsstandards zu entwickeln. Dabei wird versucht werden, die in letzter Zeit neu entstandenen Betreuungsformen (Intensivst- und Hospizbetreuung) in diese Qualitätsstandards zu integrieren und in weiterer Folge mit der Abteilung Personalangelegenheiten B die sich daraus ergebenden vertraglichen Änderungen zu veranlassen.*

LRH: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

## **5.1 Ärztliche Betreuung auf Grund schriftlicher Vereinbarung gegen Entgelt**

Beginnend mit dem Jahr 1993 wurden durch das Land NÖ mit praktischen Ärzten Vereinbarungen abgeschlossen, in denen sich die Ärzte verpflichten, diverse Leistungen zu erbringen. Als Entgelt wurde in der Regel eine Pauschalentschädigung festgelegt. In 27 Heimen wurden derartige Vereinbarungen mit einem oder mehreren niedergelassenen Ärzten, in 10 Heimen mit Wahlärzten abgeschlossen (davon zwei mit geringfügigem Stundenausmaß zusätzlich zu einem niedergelassenen Arzt). Diese Vereinbarungen begründen ein Dienstverhältnis mit dem Land NÖ und unterliegen der Sozialversicherungspflicht. In zwei alten Verträgen ist eine Honorierung - zusätzlich zur Verrechnung mittels Krankenschein - nicht vorgesehen.

Art und Umfang der Tätigkeit ist in allen Heimen grundsätzlich gleich geregelt:

Die niedergelassenen Ärzte bzw. Wahlärzte sind verpflichtet

- die Heime zu bestimmten Zeiten mehrmals wöchentlich zur Abhaltung von Visiten zu besuchen,
- in den Heimen regelmäßig Sprechstunden abzuhalten und
- erforderlichenfalls ihre Dienste auch außerhalb dieser Zeiten zur Verfügung zu stellen.

Darüber hinaus sind in den Verträgen beispielhaft weitere Aufgaben aufgezählt, wie Untersuchung der Aufnahmewerber, Unterstützung und Beratung des Pflegepersonals, Beratung in Diätfragen, Überwachung der Hygiene, Zusammenarbeit mit anderen im Heim tätigen Ärzten, Erstellung von Gutachten im Zusammenhang mit Anträgen auf Pflegegeld, Teilnahme an Dienstbesprechungen etc.

Die Überprüfung, ob die vereinbarten Vertragspunkte eingehalten werden, erfolgte in allen Heime durch Befragung der Heimleiter/innen und Pflegedienstleiter/innen bzw. deren Stellvertreter/innen. In den meisten Fällen wurde die grundsätzliche Einhaltung bestätigt. Es wurde aber in Einzelfällen auch angegeben, dass die vereinbarten Zeiten nicht eingehalten bzw. vereinbarte Sprechstunden nicht abgehalten würden. Teilweise wurden Verträge auch faktisch abgeändert und den „tatsächlichen“ Erfordernissen angepasst.

## Ergebnis 2

**Auf die Einhaltung der abgeschlossenen Verträge ist zu achten. Vertragsänderungen sind nur verbindlich, wenn diese schriftlich und von den zuständigen Organen durchgeführt werden. Alle „faktischen Vertragsänderungen“ wären auf ihre Zweckmäßigkeit zu überprüfen und die Verträge gegebenenfalls anzupassen.**

*LR: Nach der Feststellung, in welchen Heimen eine Abweichung gegenüber den geschlossenen Heimarztvereinbarungen gegeben ist, wird eine schriftliche Anpassung geprüft werden.*

LRH: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

In einigen jener Heime, in denen ein Wahlarzt zum Heimarzt bestellt wurde, gibt es Probleme mit der Abgrenzung zu den niedergelassenen Ärzten. Die Wahlärzte veranlassen die Verordnung der Heilmittel („Therapievoranschlag“), die tatsächliche Verordnung erfolgt durch niedergelassene Ärzte. Es behandeln somit zwei Ärzte „gleichzeitig“ einen Patienten. In den anderen Heimen werden die Heilmittel auf Grund der Verordnungen durch den Wahlarzt ohne Zwischenschaltung eines niedergelassenen Arztes direkt bezogen.

## Ergebnis 3

**Es ist durch organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass Verordnungen von Heilmitteln durch Wahlärzte ohne zusätzliche Kosten für die Patienten bzw. die Heime direkt bezogen werden können.**

*LR: Es wird in den vom NÖ Landesrechnungshof festgestellten Einzelfällen sichergestellt werden, dass Heilmittel aufgrund der Verordnungen durch den Wahlarzt grundsätzlich ohne Zwischenschaltung eines niedergelassenen Arztes direkt bezogen werden.*

LRH: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Die durchschnittliche Anwesenheitsverpflichtung beträgt bei den niedergelassenen Ärzten vier Stunden und bei den Wahlärzten acht Stunden pro Woche. Neben diesen Heimarzten kommen

noch zusätzlich durchschnittlich ca. vier Ärzte zur regelmäßigen ärztlichen Betreuung in die Heime. Dies reicht von der Betreuung einzelner Heimbewohner durch den ehemaligen Hausarzt bis zu einer Konzentration von zehn zusätzlichen Ärzten. Vereinzelt kommt es dadurch zu Schwierigkeiten wegen unregelmäßiger Besuchstermine und wegen Nichtdokumentation von ärztlichen Anordnungen (siehe dazu Abschnitt „Delegation von ärztlichen Anordnungen“).

## 5.2 Ärztliche Betreuung durch angestellte Ärzte

In insgesamt neun der untersuchten Heime wurden Ärzte mit Sondervertrag gemäß Landes-Vertragsbedienstetengesetz – LVBG, LGBl. 2300 angestellt. Und zwar in den ehemaligen „Pflegeheimen“ Melk, Hohegg, Tulln und Wr. Neustadt, in den „großen Pensionistenheimen“ Mödling und St. Pölten sowie in den neu eröffneten Heimen Berndorf, Pottendorf und Vösendorf.

Art und Umfang der Tätigkeit ist in den Sonderverträgen grundsätzlich gleich geregelt wie in den Vereinbarungen mit den niedergelassenen Ärzten bzw. Wahlärzten.

Die angestellten Ärzte haben entsprechende Dienstzeiten, diese betragen von acht Wochenstunden in Hohegg bis zu 40 Wochenstunden in Tulln und Wr. Neustadt.

Alle befragten Heimleiter/innen und Pflegedienstleiter/innen bestätigen eine sehr gute Zusammenarbeit mit den angestellten Ärzten und deren hohen persönlichen Einsatz. Dies mag einerseits durch die höheren Anwesenheitszeiten (durchschnittlich 25 Wochenstunden) und andererseits durch die „unmittelbare“ dienstrechtliche Beziehung zum Land NÖ begründet sein.

In allen diesen Heimen wurde die erwähnte pauschale Abgeltung des Aufwandes für ärztliche Hilfe und Heilmittel mit den Krankenkassen vereinbart. In jenen Fällen, in denen ein niedergelassener Arzt ins Heim kommt (z.B. freie Arztwahl, Kurzzeitpflege, Notfälle) erfolgt die Abrechnung entweder direkt mit dem behandelten Arzt zum jeweiligen Krankentarif oder es wird auf die pauschale Abgeltung für den Patienten für diese Quartal verzichtet.

### Ergebnis 4

**In Heimen, in denen die Abgeltung für ärztliche Hilfe und Heilmittel von den Krankenkassen pauschal abgegolten wird, sollte im Falle der Inanspruchnahme eines niedergelassenen Arztes die für das Heim und die Heimbewohner jeweils günstigste Abrechnungsform angestrebt werden.**

*LR: Der Anregung des NÖ Landesrechnungshofes wird entsprochen werden. Die Heime, die auf Basis einer vertraglichen Regelung mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger die Abgeltung für ärztliche Hilfe und Heilmittel pauschal erhalten, werden angewiesen werden, zukünftig die günstigste Abwicklungsform anzustreben. Schon in der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass im Regelfall aus wirtschaftlichen Gründen der direkten Abrechnung mit dem behandelnden Arzt zum jeweiligen Krankentarif gegenüber dem Verzicht auf die pauschale Abgeltung der Vorzug einzuräumen ist.*

LRH: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

### **5.3 Ärztliche Betreuung ohne schriftliche Vereinbarung**

In sechs Heimen wurden keine schriftlichen Vereinbarungen abgeschlossen, da die kontaktierten Ärzte der mit der Ärztekammer akkordierten Vereinbarung nicht beigetreten sind. In diesen Heimen kommen niedergelassene bzw. Wahlärzte aus der Region ins Haus. Regelmäßig kommen durchschnittlich vier Ärzte und zusätzlich noch weitere Ärzte bei Bedarf bzw. zu einzelnen Heimbewohner. Laut Aussage der Heim- und Pflegedienstleiter/innen ergeben sich aus diesem Umstand grundsätzlich keine Probleme.

#### **Auf Ergebnis 1. wird hingewiesen.**

In einem Heim kommen zwar sieben Ärzte regelmäßig ins Haus, jedoch ohne fixe Zeiten einzuhalten. Der Heimleiter würde eine Vereinbarung mit einem Heimarzt vorziehen, dies sei aber derzeit wegen eines Ärztemangels in der Gemeinde auf Grund zu weniger Kassenplanstellen nicht möglich. Der im Zuge der gegenständlichen Prüfung mit dieser Situation befasste Amtsarzt sagte zu, bei der Lösung des Problems mitzuhelfen.

### **5.4 Freie Arztwahl**

Wie vorstehend bereits ausgeführt, kommen neben den Heimarzten noch zusätzlich durchschnittlich ca. vier Ärzte regelmäßig - in jenen zehn Heimen in denen mit der Krankenkassen eine pauschale Abgeltung des Aufwandes für ärztliche Hilfe und Heilmittel vereinbart wurde bei Bedarf - in die Heime. Der Grundsatz der freien Arztwahl ist in allen Heime gewahrt.

## **6 Ärztliche Hilfe im Anlassfall**

In allen Heimen ist, wie im vorstehenden Abschnitt beschrieben, eine regelmäßige ärztliche Betreuung vorgesehen. Jene Fälle, in denen trotz regelmäßiger ärztlicher Versorgung und ständiger Betreuung durch professionelle Pflegekräfte eine dringende ärztliche Intervention für einzelne Heimbewohner notwendig wird, bilden daher die Ausnahmen. Dennoch kommt gerade diesen „Notsituationen“ auf Grund der besonderen Situation der Bewohner eines Pensionisten- und Pflegeheimes (hohes Alter, Schwere der Pflegebedürftigkeit, Multimorbidität) besondere Bedeutung zu.

Grundsätzlich muss dabei unterschieden werden:

- Tageszeit (Bereitschaftszeiten gemäß § 2 Kassenvertrag)
- übrige Zeit während der Woche, insbesondere Nacht
- Wochenende

### **6.1 Tageszeit und Wochenende**

In allen Heimen wurde angegeben, dass während der Woche zu den festgelegten Bereitschaftszeiten die ärztliche Hilfe jederzeit im erforderlichen Ausmaß zur Verfügung steht. Auch an den Wochenenden ist die ärztliche Hilfe durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst ausreichend gegeben.

### **6.2 Übrige Zeit während der Woche, insbesondere Nacht**

In Zeiten außerhalb der Bereitschaftszeiten (wochentags von 18.00 bis 7.00 Uhr) ist die ärztliche Versorgung auf Grund der Probleme bei der Ärzte-Nachtbereitschaft in den wenigsten Fällen zufrieden stellend geregelt. In wenigen Gemeinden und Regionen ist ein ärztlicher Bereitschaftsdienst organisiert bzw. sind die Heimarzte auch in dieser Zeit für das Heim erreichbar.

In mehr als 50 % der Heime ist während der Nachtstunden ärztliche Hilfe nur durch den Notarztwagen bzw. die Rettungsdienste (Einlieferung ins Krankenhaus) möglich. Dadurch kommt es mitunter zu Problemsituationen für die alten Menschen, aber auch für das verantwortliche Pflegepersonal. Die Vorschrift „Leitung und Betrieb“ schreibt dezidiert vor, dass bei Erkrankungen, Verletzungen, Unfällen, gesundheitlichen Auffälligkeiten und bei Verdacht einer ansteckenden Krankheit ohne Verzug durch die Dienst habende Pflegeperson für ärztliche Hilfe gesorgt werden muss. Wenn weder der Heimarzt noch eine anderweitige ärztliche Hilfe erreichbar ist, dann hat die Dienst habende Pflegeperson die sofortige Überstellung in eine Krankenanstalt zu veranlassen (Pkt. 8.8, „Ärztliche Hilfe“).

Bei konsequenter Beachtung dieses Punktes würde die Zahl der Einweisungen in die Krankenhäuser drastisch zunehmen. Bei den meisten Heimbewohnern werden wohl „gesundheitlichen Auffälligkeiten“ zu beobachten sein. Eine weniger weitläufige Formulierung (wie z.B. im § 4 Abs. 3, GuKG, „... im Falle drohender Gefahr des Todes oder einer beträchtlichen Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung ...“) würde den hinter dieser Vorschrift stehenden Gedanken besser gerecht werden.

### Ergebnis 5

**Im Interesse des Wohles und der Gesundheit der Heimbewohner und zum Schutz des Pflegepersonals sollte der Abschnitt „Ärztliche Hilfe“ (Pkt. 8.8) der Vorschrift „Leitung und Betrieb“ neu geregelt werden. Sowohl organisatorische Maßnahmen, als auch eine entsprechende Fortbildung des Pflegepersonal sollten in die Überlegungen einbezogen werden.**

*LR: Dass die ärztliche Versorgung zur Nachtzeit des Öfteren nur durch den Notarztendienst bzw. die Rettungsdienste sichergestellt werden kann, ist auf das derzeit noch vorhandene Problem einer fehlenden Regelung für die Nachtbereitschaft der niedergelassenen Ärzte zurückzuführen. Unabhängig davon wird die Vorschrift „Leitung und Betrieb“ – Abschnitt Ärztliche Hilfe im Sinne der Anregung des NÖ Landesrechnungshofs adaptiert werden. Dabei erscheint es jedoch zweckmäßig, die zu Ergebnis 1 in Aussicht gestellte Entwicklung der Qualitätsstandards abzuwarten.*

LRH: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

## 7 Delegation von ärztlichen Anordnungen

Der Arzt hat seinen Beruf persönlich und unmittelbar auszuüben (§ 49 Abs. 2 ÄrzteG 1998).

Er kann sich jedoch Hilfspersonen zur Mithilfe bedienen, wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln.

Der Arzt kann im Einzelfall ärztliche Tätigkeiten an Angehörige anderer Gesundheitsberufe übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind. Er trägt die Verantwortung für die Anordnung. Die Aufsicht entfällt, sofern die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung ärztlicher Anordnungen keine Aufsicht vorsehen (§ 49 Abs. 3 leg cit.).

Korrespondierend dazu bestimmt das GuKG im § 15, dass der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung umfasst. Der Arzt trägt die Anordnungsverantwortung, der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Durchführungsverantwortung.

Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich hat **jede ärztliche Anordnung vor Durchführung** der betreffenden Maßnahme **schriftlich** zu erfolgen.

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Verabreichung von Arzneimitteln,
2. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,
3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen,
4. Blutentnahme aus der Vene und aus Kapillarien,
5. Setzen von transurethralen Blasenkatetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung
6. Durchführung von Darmeinläufen und
7. Legen von Magensonden.

Das Pflegepersonal nimmt eine Schlüsselstelle in der Sicherstellung der Pflegequalität ein. Wegen der vielfältigen ärztlichen Tätigkeiten, die von den Ärzten an Angehörige anderer Gesundheitsberufe übertragen werden können und in der Praxis gerade in den Pflegeheimen auch übertragen werden, trägt es auch wesentlich zur Behandlungsqualität bei.

Im Zuge der Prüfung konnte weitgehend ein gesetzeskonformes Handeln festgestellt werden. Durch Schulungen des Pflegepersonals besteht Klarheit über die Bestimmungen des GuKG und deren richtige Interpretation. Insgesamt konnte ein guter Ausbildungsstand, hohe Bereitschaft zur Fortbildung und großes Engagement beobachtet werden. Dennoch kommt es in der Praxis mitunter zu Problemen durch Unsicherheiten bei der Auslegung der Bestimmungen. Dazu zwei Beispiele:

- In einigen wenigen Fällen wurde das Schriftlichkeitsgebot von ärztlichen Anordnungen - abgesehen von jenen Fällen in denen eine mündliche Anordnung in medizinisch begründeten Ausnahmefällen möglich ist (§ 15 Abs. 4 GuKG) - nicht lückenlos beachtet.
- Häufiger mussten im Bereich der Verabreichung von Arzneimitteln - insbesondere bei der vor Inkrafttreten des GuKG praktizierten so genannten Bedarfsmedikation – Unsicherheiten bei der Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen festgestellt werden.

### **Ergebnis 6**

**Wie im Zuge der Prüfung positiv festgestellt werden konnte, verfügen das Pflegepersonal und die Heimleiter/innen über gute Kenntnisse der Bestimmungen des GuKG, hohe Bereitschaft zur Fortbildung und großes Engagement. Dadurch ist weitgehend ein gesetzeskonformes Handeln in diesem Bereich sichergestellt. Aus Gründen der Rechtssicherheit und um allfällige Haftungsprobleme zu vermeiden, wäre in jenen Fällen, wo noch immer Probleme durch Unsicherheiten bestehen, eine eindeutige und gesetzeskonforme Vorgangsweise durch die Abteilung Heime sicherzustellen.**

*LR: Die Abteilung Heime wird weiterhin bemüht sein, das hohe Engagement an Fortbildung der Mitarbeiter/innen in den Heimen zu nutzen. Dabei wird versucht werden den Schwerpunkt des Weiterbildungsangebots auf jene Fälle zu legen, wo Informationsdefizite bestehen.*

LRH: Die Stellungnahme wird teilweise zur Kenntnis genommen.

Es wird nicht ausreichen, die aufgezeigten Probleme im Bereich der Delegation von ärztlichen Anordnungen durch Maßnahmen der Weiterbildung zu lösen. Um eine eindeutige und gesetzeskonforme Vorgangsweise sicherzustellen, sind vielmehr die Amtsärzte im Rahmen ihrer Aufsichtsfunktion einzubinden.

## 8 Fachärzte

Die Situation der fachärztlichen Betreuung wurde im Zuge der Erhebung abgefragt, eine detaillierte Untersuchung erfolgte nicht.

Die fachärztliche Betreuung der Heimbewohner erfolgt durch niedergelassene Fachärzte, die Leistungen werden in der Regel mittels Krankenschein abgerechnet. Die psychiatrische Betreuung erfolgt grundsätzlich im Rahmen des psychosozialen Dienstes.

Die Versorgung ist regional verschieden und hängt naturgemäß von der regionalen Versorgungsstruktur ab. Sie wurde überwiegend als zufrieden stellend bzw. als ausreichend bezeichnet, vereinzelt wurde über längere Wartezeiten geklagt (z.B. bei Zahnärzten, Augenärzten und Gynäkologen). Zum Teil werden die Einrichtungen der Krankenhäuser genutzt.

Vielfach kommen einzelne Fachärzte in die Heime, in den anderen Fällen werden die Heimbewohner in der Regel mit einem Rettungsdienst bzw. Taxi zu den Fachärzten gebracht. Die Abrechnung der Transportkosten erfolgt über die jeweilige Krankenversicherung.

Positiv ist aufgefallen, dass von einigen Heimärzten eine intensive Zusammenarbeit mit den Fachärzten praktiziert wird. Dadurch soll eine möglichst gezielte medizinische Versorgung der Heimbewohner gewährleistet werden.

## 9 Ärztliche Versorgung, Auswertung

Die Qualität der ärztlichen Leistungen ist objektiv nur schwer messbar. Subjektive Kriterien, wie z.B. Vertrauen der Patienten in den Arzt, beeinflussen wesentlich die Compliance<sup>1</sup> und damit die Erfolgchancen. Die auszugsweise wiedergegebene Einführung in den Bereich der „Qualitätssicherung im ärztlichen, pflegerischen und medizinisch-technischen Bereich“ aus dem Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus<sup>2</sup> soll diese Problematik darlegen:

„Die Qualität der Maßnahmen im ärztlichen Bereich kommt primär im Behandlungsergebnis zum Ausdruck. Dieses wird daher der Beurteilungsmaßstab dafür sein müssen, ob eine

<sup>1</sup> **Compliance** (engl. Einwilligung, Bereitschaft):

Bereitschaft eines Patienten zur Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, z.B. Zuverlässigkeit, mit der therapeutische Anweisungen befolgt werden (sog. Verordnungstreue). Die C. ist u.a. abhängig von Persönlichkeit, Krankheitsverständnis u. Leidensdruck des Patienten, Arzt-Patient-Verhältnis, Anzahl u. Schwierigkeit der Anweisungen, Art der Therapie u. ev. erforderlichen Verhaltensänderungen.

vgl. Psychembel, Klinisches Wörterbuch, Walter de Gruyter, Berlin – New York, 1990

<sup>2</sup> Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus, Hinweise für die praktische Anwendung, Autorengemeinschaft, für den Inhalt verantwortlich Sektionschef Dr. Gunter Liebeswar, BM f Gesundheit, Sport u. Konsumentenschutz

medizinische Leistung qualitativ gut oder schlecht ist. Gleichzeitig zeigen sich hier aber auch Problematik und Schwierigkeiten der Qualitätsbeurteilung im Gesundheitswesen: Weder das Ziel „Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten“ noch die Ist-Ausprägung dieser Merkmale als Ausdruck für den Zielerreichungsgrad lassen sich exakt definieren und in eindeutig messbaren Ergebnissen ausdrücken.

Unter Berücksichtigung dieser Schwierigkeiten orientieren sich Qualitätsüberlegungen im Bereich der Medizin aber auch der Pflege deshalb nicht nur am Behandlungsergebnis, sondern parallel sowohl am Ablauf des Behandlungsprozesses als auch an den Strukturen.

Bei den prozessorientierten Qualitätsüberlegungen ist davon auszugehen, dass mit einem den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft sowie Erfahrungen der Berufspraxis entsprechenden Behandlungsprozess ein hochwertiges medizinisches Behandlungs- und Pflegeergebnis erzielt werden kann. Mithin die Qualität der Medizin und der Krankenpflege gut ist.

Strukturbezogene Qualitätsüberlegungen orientieren sich an den behandelnden Ärzten, Pflegekräften und Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste, deren Qualifikation sowie sonstigen personellen und sachlichen Ressourcen, ferner an den organisatorischen und finanziellen Merkmalen, unter denen sich der Versorgungsprozess vollzieht. Ausgehend von der Erfahrung, dass diese Gegebenheiten den Behandlungsprozess sowie das Behandlungsergebnis stark beeinflussen, wird nun die Hypothese aufgestellt, dass quantitativ und qualitativ ausreichendes Personal sowie eine hochwertige und leistungsfähige technische Einrichtung und Ausstattung in Verbindung mit einer guten Organisation auch ein qualitativ hochwertiges Leistungsgeschehen und damit auch ein qualifiziertes Behandlungsergebnis ergeben.“

In der gegenständlichen Untersuchung wurde versucht, anhand von Kriterien, die den Behandlungsprozess und die Struktur der Heime berücksichtigen, eine Aussage über die Qualität der ärztlichen Versorgung zu treffen. In der Auswertung wurde die Beziehung der Kriterien zueinander beachtet (z.B. große Anzahl von Bewohnern mit hohen Pflegestufen und Anzahl der Sterbefälle). Es wurden Kriterien ausgewählt, die einerseits eine entsprechende Aussagekraft über die Prozess- und Strukturqualität besitzen, andererseits aus den bereits derzeit routinemäßig erfassten Datenbeständen abgeleitet werden können.

Die Behandlungsqualität war nicht Gegenstand dieser Erhebung. Auf diese Thematik wird in den folgenden Abschnitten „Ärztlich-medizinische Aufsicht“ und „Qualitätssicherung“ eingegangen.

## **9.1 Bewertungskriterien**

Folgende acht Kriterien wurden zur Bewertung herangezogen:

1. Anteil der Bewohner der Pflegestufen 5, 6 und 7 an den gesamten Heimplätzen
2. Anwesenheit des Heimarztes in Stunden laut Vertrag
3. Anzahl der zusätzlich zum Heimarzt ins Heim kommenden Ärzte
4. Anzahl der Heimbewohner je Pflegebedienstetem
5. Anteil der von Einweisungen in Krankenhäuser betroffenen Heimbewohner an den gesamten Heimbewohnern



6. Anteil der Krankenhaustage an den gesamten Verpflegstagen
7. Anteil der Sterbefälle an den gesamten Heimbewohnern
8. Anteil der Heimbewohner, die im Heim verstorben sind, an den Verstorbenen dieser Periode

### **9.1.1 Anteil der Bewohner der Pflegestufen 5, 6 und 7 an den gesamten Heimplätzen**

Dieses Kriterium (siehe Abb.2) gibt Auskunft über die Schwere der Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner und bildet Grundlage für die Ausstattung der Heime hinsichtlich Personal (Ärzte und Pflegepersonal), medizinische Einrichtungen, Ausstattung der Zimmer etc.

### **9.1.2 Anwesenheit des Heimarztes in Stunden laut Vertrag**

Dieses Kriterium (siehe Abb.2) zeigt, wie viele Stunden ein Heimarzt vertragsmäßig<sup>1</sup> an das Heim gebunden ist. Die Grundlage dafür sind die jeweiligen Vereinbarungen zwischen Land und Heimarzten.

### **9.1.3 Anzahl der zusätzlich zum Heimarzt ins Heim kommenden Ärzte**

Dieses Kriterium (siehe Abb.2) zeigt, wie viele praktische Ärzte zusätzlich zum Heimarzt in das betreffende Heim kommen bzw. in jenen Heimen, in denen kein Heimarzt bestellt wurde, wie viele Ärzte in das Heim kommen.

### **9.1.4 Anzahl der Heimbewohner je Pflegebedienstetem**

Dieses Kriterium (siehe Abb.2) zeigt, wie viele Heimbewohner ein Bediensteter des Pflegedienstes zu betreuen hat.

### **9.1.5 Anteil der von Einweisungen in Krankenhäuser betroffenen Heimbewohnern an den gesamten Heimbewohnern**

Dieses Kriterium zeigt, wie viele Heimbewohner in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. (Mehrfacheinweisungen wurden herausgerechnet und finden im folgenden Kriterium „Krankenhaustage“ ihren Niederschlag).

### **9.1.6 Anteil der Krankenhaustage an den gesamten Verpflegstagen**

Dieses Kriterium zeigt, wie viele Tage die Heimbewohner im Verhältnis zu den gesamten Verpflegstagen in einem Krankenhaus verbracht haben.

### **9.1.7 Anteil der Sterbefälle an den gesamten Heimbewohnern**

Dieses Kriterium zeigt, wie viele Heimbewohner im Verhältnis zu den gesamten Heimbewohnern in der Vergleichsperiode verstorben sind.

### **9.1.8 Anteil der Heimbewohner, die im Heim verstorben sind, an den gesamten Heimbewohnern**

Dieses Kriterium zeigt, wie viele Heimbewohner von den Verstorbenen der Vergleichsperiode im Heim verstorben sind. Das Kriterium wurde aufgenommen, da in den letzten Jahren verstärkt der würdevolle Umgang mit Sterbenden in den Heimen als Ziel des Rechtsträgers kommuniziert wurde.

---

<sup>1</sup> Die Ärzte kommen bei Bedarf auch außerhalb dieser Zeiten in die Heime.

## 9.2 Auswertung

**Die Auswertung der Erhebung hat ergeben, dass die ärztliche Versorgung im Wesentlichen im Rahmen der Struktur der Heime hinsichtlich Größe, Verhältnis Wohn- zu Pflegebetten und Schwere der Pflegefälle liegt. Trotz der in diesem Bericht aufgezeigten Problemfelder (z.B. fehlende Qualitätsstandards, Probleme bei der Delegation von ärztlichen Anordnungen, mangelhafte ärztlich-medizinische Aufsicht) kann für den Zeitraum der Untersuchung eine entsprechende Prozess- und Strukturqualität in den Heimen angenommen werden.**

Anhand von zehn Heimen, die stichprobenweise näher untersucht wurden, soll eine Interpretation der Kriterien demonstriert werden. Bei der Auswahl der Stichproben wurde auf eine unterschiedliche Bewohnerstruktur und personelle Ausstattung (Ärzte und Pflegepersonal) geachtet.

Verglichen wurden z.B.

- ehemalige Pflegeheime (kein Wohnteil) und
- ehemalige Pensionistenheime (mit z.T. großem Wohnteil);
- Heime mit hohem Anteil der Bewohner der Pflegestufen 5, 6 und 7, bzw.
- Heime mit niedrigem Anteil der Bewohner der Pflegestufen 5, 6 und 7;
- Heime mit unterschiedlicher Anwesenheit des Heimarztes in Stunden laut Vertrag bzw.
- Heime ohne Heimarzt

### **Amstetten**

Der Anteil der Bewohner der Pflegestufen 5, 6 und 7 ist relativ hoch, trotzdem weist das Heim eine geringe Anzahl an Krankenhaustagen auf und mehr als 93 % aller verstorbenen Heimbewohner konnten ihre letzten Stunden im Heim verbringen. Das Heim weist zwar eine relativ geringe vertragliche Stundenverpflichtung des Heimarztes, aber eine gute Ausstattung mit Pflegepersonal auf.

### **Herzogenburg**

Trotz der relativ geringen vertraglichen Stundenverpflichtung des Heimarztes weist das Heim eine geringe Anzahl von Krankenseinweisungen und Krankenhaustagen auf. Dies und der Umstand, dass viele der verstorbenen Heimbewohner ihre letzten Stunden im Heim verbringen konnten, lassen - ebenso wie in den Heimen Amstetten, Raabs und Scheiblingkirchen - auf ein engagiertes Pflegepersonal und gute Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Heimarzt bzw. Arzt schließen.

### **Hollabrunn**

In Hollabrunn besteht im Vergleich zu anderen ähnlich strukturierten Heimen eine relativ hohe vertragliche Stundenverpflichtung der Heimarztin (Wahlärztin), außerdem kommen, bedingt durch den angeschlossenen Wohntrakt, relativ viele niedergelassene Ärzte ins Heim. Die übrigen Werte sind eine schlüssige Folge dieser Umstände.

### **Melk, Mistelbach, Tulln (Frauenhofnerstr.), Wr. Neustadt**

Bei diesen vier Heimen handelt es sich um ehemalige Pflegeheime. Diese weisen historisch und strukturbedingt eine intensivere ärztliche Versorgung auf als die ehemaligen Pensionistenheime.

Neben diesen strukturbedingten Werten zeigen die Heime auch bei den übrigen Kriterien günstige Ergebnisse. Dies zeigt eine hohe Zielerreichung im Sinne des Leitbildes. Eine in allen vier Heime überdurchschnittlich hohe Anzahl von Sterbefällen korreliert mit dem Kriterium „Anteil der Bewohner der Pflegestufen 5, 6 und 7“.

In Tulln ist die vergleichsweise hohe Anzahl der KH Einweisungen auffallend.

In Mistelbach ist der in dieser Gruppe vergleichsweise niedrige Anteil der Bewohner der Pflegestufen 5, 6 und 7 dadurch begründet, dass ein ehemaliges „Pensionistenheim“ eingegliedert wurde.

### **Mödling**

Trotz einer mit 30 Wochenstunden angestellten Heimärztin kommen noch zusätzlich fünf niedergelassene Ärzte regelmäßig in das Heim. Dieser Umstand, verbunden mit einer relativ geringen Anzahl von Krankenhauseinweisungen, wenigen Krankenhaustagen - dies, obwohl das Heim in unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus liegt und auch personell eng mit diesem verbunden ist - und die Tatsache, dass viele der verstorbenen Heimbewohner ihre letzten Stunden im Heim verbringen konnten, lassen auf eine hohe Prozess- und Strukturqualität schließen.

### **Raabs/Thaya**

Trotz des relativ ungünstigen Personalschlüssels beim Pflegepersonals weist Raabs die geringste Anzahl von Krankenhauseinweisungen und eine geringe Anzahl bei den Krankenhaustagen auf. Auch konnten überdurchschnittlich viele der verstorbenen Heimbewohner ihre letzten Stunden im Heim verbringen.

### **Scheiblingkirchen**

Scheiblingkirchen unterstreicht die These, dass eine unterschiedliche Gestaltung der ärztlichen Versorgung, unter Berücksichtigung der Heimstruktur und der örtlichen Gegebenheiten, zweckmäßig sein kann:

Das Heim hat strukturbedingt (43 % Wohnbetten) weniger schwere Pflegefälle und keinen Heimarzt mit Vertrag. Im Vergleich mit den untersuchten Heimen weist es bei den übrigen Kriterien dennoch günstige Ergebnisse auf (geringste Anzahl von Krankenaustagen, geringe Anzahl von Krankenhauseinweisungen etc.).

## **10 Ärztlich-medizinische Aufsicht**

Für die Fachaufsicht über die ärztlich-medizinische Versorgung der Heimbewohner können gemäß Vorschrift „Leitung und Betrieb“ Sachverständige herangezogen werden.

Im Jahre 1994 wurde durch die Abteilung S/1 - nunmehr Abteilung Gesundheitswesen (GS1)- die Vorschrift „NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheime, Aufsicht“, S/1-S-762-94 vom 15. Juli 1994, erlassen. Diese bestimmt:

Mit der ärztlich-medizinischen Aufsicht werden hiermit die Amtsärzte der jeweiligen Bezirkshauptmannschaften betraut, die vor allem die ärztlich-medizinische Versorgung und den medizinisch technischen Dienst in regelmäßigen Abständen zu überwachen und zu überprüfen haben. Sie haben vor allem auch die von den Heimen geführten Medikamentenvorräte jährlich einmal und bei Bedarf zu überprüfen und darüber Aufzeichnungen zu führen.

Ferner hat der Amtsarzt das für die Suchtgiftgebarung in den Landes-Pensionisten- und Pflegeheimen verantwortliche Personal über die richtige Handhabung von Suchtgiften und die gesetzlichen Bestimmungen über die Verwendung von Suchtgiften zu unterrichten.

Die Erhebungen, ob und wie weit diese Vorschrift eingehalten wird, waren ernüchternd:

Insgesamt wurden Amtsärzte von 14 der 21 Bezirkshauptmannschaften kontaktiert. Eine Aufsicht im Sinne der Vorschrift erfolgt praktisch nicht. Bei einem einzigen Amtsarzt konnte die Einhaltung dieser Vorschrift festgestellt werden. Einige wussten von der Existenz dieser Vorschrift, einige ließen sie im Zuge der Erhebungen ausheben, in einem Fall war die Vorschrift weder bekannt noch auffindbar.

Auch wenn die Amtsärzte, die im Zuge der Pflegegelduntersuchungen regelmäßig zumindest monatlich in die Heime kommen, die Situation in den Heimen gut kennen und auch realistisch beurteilen, kann von einer Aufsicht im engeren Sinn nicht gesprochen werden. Die Nichteinhaltung der Vorschrift muss auch deshalb kritisiert werden, da ohne den entsprechenden Einsatz von Sachverständigen die Beurteilung der Behandlungsqualität kaum möglich ist.

### **Ergebnis 7**

**Durch die Abteilung Heime sind in Zusammenarbeit mit der Abteilung Gesundheitswesen kurzfristig Maßnahmen zu einer effektiven Aufsicht über die ärztlich-medizinische Versorgung der Heimbewohner zu treffen.**

*LR: Die Abteilung Gesundheitswesen wird die NÖ Amtsärzteschaft anweisen, die zitierte Vorschrift künftig genau zu befolgen, insbesondere was die Medikamenten- und Sucht-giftgebarung und die damit zusammenhängende Schulung des Personals anbelangt.*

LRH: Die Stellungnahme wird teilweise zur Kenntnis genommen.

Von der NÖ Landesregierung wird lediglich erklärt, dass die seit 1994 geltende Vorschrift künftig genau befolgt werden wird. Auf die vom LRH im Bericht aufgezeigten Mängel im materiellen Sinn wird nicht eingegangen. Die von der Abteilung Gesundheitswesen erarbeitete Vorschrift über die ärztlich-medizinische Aufsicht stellt kein wirksames Instrument einer Qualitätssicherung dar. Unabhängig von der Stellungnahme zu Ergebnis 8 wird es daher kurzfristig notwendig sein, bei den Amtsärzten das Problembewusstsein für die Notwendigkeit einer fachlichen Aufsicht im Sinne von Qualitätssicherung zu stärken.

## **11 Qualitätssicherung**

Die Anforderungen an die Landes-Pensionisten- und Pflegeheime haben sich in den letzten Jahren gewaltig erhöht. Die ehemaligen Pensionistenheime haben bis in die Achtzigerjahre im Wesentlichen der Wohnversorgung rüstiger alter Menschen gedient. In den letzten Jahren erfolgte ein grundsätzlicher Wandel von einer Einrichtung der Wohnversorgung zu einer komplexen Einrichtung des Sozial- und Gesundheitswesens. Schlagworte wie Hospiz und Palliativpflege<sup>1</sup> seien an dieser Stelle nur beispielhaft erwähnt. Wie aus zahlreichen Berichten des ehemaligen Finanzkontrollausschusses bzw. des Landesrechnungshofes bekannt ist, wurde im Bereich der Pflege die Strukturanpassung mit großem Engagement und Erfolg betrieben. Der Bereich der medizinischen Versorgung im engeren Sinn hinkt in der Entwicklung nach. Qualitätsstandards gehören in der Pflege schon zum Alltag der Heime. Die Vorgabe von Qualitätsstandards in der medizinischen Behandlung fehlt weitgehend. Dadurch wird auch die Beurteilung der Behandlungsqualität durch die Sachverständigen - zusätzlich zu den vorstehend ausgeführten Schwierigkeiten - erschwert.

---

<sup>1</sup> palliativ «Adj.» [zu spätlat. palliare = mit einem Mantel bedecken] (Med.): [schmerz]lindernd, aber nicht die Ursachen einer Krankheit bekämpfend: palliative Mittel, Behandlungsmethoden. (c) Dudenverlag

Dieser Umstand ist in erster Linie im Interesse des Wohles und der Gesundheit der Heimbewohner aber auch in Bezug auf die Haftungsfrage von Bedeutung.

Der Arzt handelt bei der Ausführung der ihm vorbehaltenen Tätigkeit selbständig. Ärztliche Tätigkeit ist durch ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit gekennzeichnet. Diese persönliche Verantwortung ergibt sich aus dem Berufsrecht und gilt daher ungeachtet dessen, ob der Arzt freiberuflich oder im Rahmen eines Dienstverhältnisses Patienten behandelt.

Im Rahmen der freien Arztwahl kommt der Behandlungsvertrag zwischen dem Arzt und dem Patienten, der in einem Heim wohnt, zu Stande. Hier könnte das Land allenfalls eine Haftung wegen Organisationsverschulden bzw. für Handlungen von seinen Pflegebediensteten treffen, welche die Verantwortung für die fachgerechte Durchführung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich tragen (siehe Abschnitt „Delegation von ärztlichen Anordnungen“).

In jenen Heimen, in denen die ärztliche Hilfe nicht im Rahmen der Krankenbehandlung als Leistung der Krankenversicherung gewährt wird, sondern mit den Krankenkassen eine pauschale Abgeltung des Aufwandes für ärztliche Hilfe und Heilmittel vereinbart wurde, und daher die regelmäßige ärztliche Betreuung der Heimbewohner durch angestellte Ärzte erfolgt, wird man von einer zivilrechtlichen Haftung auch des Landes ausgehen müssen.

Qualitätssicherung ist daher eine Verpflichtung des Rechtsträgers.

Qualitätssicherung als ständiger Prozess, weiterentwickelt zum Qualitätsmanagement, wird die Herausforderung für die nächsten Jahre. „Qualitätssicherung soll nicht auf bürokratische Reglementierung, Bestrafung von Fehlverhalten oder externe Kontrolle setzen, sondern auf freiwillige Selbstprüfung, Entwicklung von Problembewusstsein und selbständige Veränderung des eigenen Handelns.“<sup>1</sup>

Wenn die ärztlich-medizinische Aufsicht so organisiert ist, dass eine Vorschrift erlassen wird, die fünf Jahre nach in Kraft treten kaum jemand kennt und dieser Umstand offensichtlich auch niemandem auffällt, wird man wohl eher von einer „bürokratischen Reglementierung“ als von einer Maßnahme zur Qualitätssicherung sprechen müssen. Zu verlangen ist aber keine „Bestrafung von Fehlverhalten“ im Nachhinein, sondern die „Entwicklung von Problembewusstsein und selbständige Veränderung des eigenen Handelns.“

## **Ergebnis 8**

**Durch die Abteilung Heime sind Voraussetzungen für die Einführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung im Bereich der medizinischen Versorgung der Heimbewohner zu schaffen.**

---

<sup>1</sup> Eugen Hauke, Leiter des Ludwig Boltzmann Instituts für Krankenhausorganisation in Profil Nr. 34/1999, Seite 50

*LR: Für die Überprüfung von ärztlichen Leistungen im Sinne einer Qualitätskontrolle werden wie bereits im Ergebnis 1 dargestellt im ersten Schritt Qualitätsstandards erarbeitet und danach eine zweckmäßige und dem Ärztegesetz konforme Vorgangsweise entwickelt werden.*

LRH: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

## **12 Totenbeschau**

Beim Ableben eines Heimbewohners sind gemäß Vorschrift „Leitung und Betrieb“ die im NÖ Leichen- und Bestattungsgesetz, LGBl. 9480, vorgesehenen Maßnahmen ohne Verzug einzuleiten.

Auf Grund von Problemen bei der Handhabung bzw. Interpretation dieser gesetzlichen Bestimmungen wurde bereits im Jahr 1992 in einer eigenen Vorschrift „Ableben eines Heimbewohners, Vorgangsweise“, Systemzahl 13-01/00-160, die näheren Umstände erläutert und ein Maßnahmenkatalog erstellt.

Durch diese Vorgangsweise wurde ein – soweit dies im Bereich der Heime liegt – gesetzeskonformes Handeln erreicht. Probleme gibt es allerdings in einigen Häusern bei der Totenbeschau.

Einerseits werden die gesetzlichen Fristen, innerhalb der die Beschau durchzuführen ist, nicht immer eingehalten, andererseits kommt es mitunter auf Anordnung des Gemeindefarztes vor Vornahme der Totenbeschau zu einer Transferierung der Leiche in das örtliche Krankenhaus bzw. zum Bestatter.

### **Ergebnis 9**

**Die Gemeindefärzte jener Heime, in denen Probleme bei der Totenbeschau bestehen, wären nachdrücklich auf die Einhaltung der Bestimmungen des NÖ Leichen- und Bestattungsgesetzes, LGBl. 9480, hinzuweisen.**

*LR: Die Abteilung Heime wird neuerlich auf die Einhaltung der Bestimmungen des NÖ Leichen- und Bestattungsgesetzes hinweisen. Da es auch in anderen Bereichen vereinzelt zu Problemen beim Vollzug dieses Gesetzes kommt, wird zurzeit durch die Abteilung Sanitätsrecht und Krankenanstalten eine Novelle erarbeitet.*

LRH: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

St.Pölten, im März 2000

Der Landesrechnungshofdirektor

Dr. Walter Schoiber