

Kommunikation und Hierarchie im Krankenhaus. Problemdiagnose aus der Sicht der Pflege- und Patientenombudschaft (PPO)

Renate Skledar, Wolfgang Kröll (Interview)

Kröll: *Das Krankenhaus ist von alters her ein hierarchisch aufgebautes System. Was vor Jahrzehnten noch normaler Alltag war, nämlich dass das nicht-ärztliche Personal Weisungen der Ärzte entgegengenommen und befolgt hat, ist heute wesentlich anders. Die Pflege ist ein eigenständiges Berufsbild und nimmt nicht mehr bedingungslos Weisungen entgegen. Welche Erfahrungen, welche Erkenntnisse, welche Ergebnisse lassen sich dabei aus der Sicht der PPO zu diesem Aspekt erkennen?*

Skledar: Es ist grundsätzlich richtig; Es hat sich hinsichtlich der Entwicklung hierarchischer Strukturen im Krankenhaus in den letzten Jahrzehnten sehr viel und vor allem sehr Entscheidendes getan. Ich habe diese Entwicklung auch, ausgehend von meinem primär erlernten Beruf als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, selbst miterlebt. In einer Zeit, als die Krankenpflege in überwiegendem Maße von Ordensschwestern übernommen und durchgeführt wurde, war es im Wesentlichen ein dienender Beruf. Der Arzt als „Gott in Weiß“ war die dominierende Persönlichkeit im Krankenhaus, und zwar sowohl für das untergeordnete Personal als auch für die Patienten. Im Rahmen einer paternalistischen Patientenversorgung wurden seine Entscheidungen und Anordnungen ungefragt übernommen. Das hat sich dann mit der Zeit geändert; einerseits dadurch, dass sich die Pflege zu einem eigenständigen Berufsbild herausgebildet hatte – das ging im Wesentlichen Hand in Hand mit dem Übergang von der Pflege durch Ordenskrankenschwestern hin zu einer Pflege durch säkulares Personal. Andererseits hat es sich aber auch geändert durch den Übergang von einem paternalistischen zu einem selbstbestimmten System.

Damit wurde eine Inzisur gezogen von einer dienenden Pflege hin zu einer Pflege, die – auch im Sinne des Patientenwohls – die Anordnungen und Anweisungen der Ärzte immer mehr zu hinterfragen hatte. Der Arzt war dann nicht mehr der „Gott in Weiß“, der Arzt und die Pflege wurden gleichberechtigte Partner, die nur ein Ziel verfolgen wollten, nämlich die Sorge um den Patienten, die Sorge um das Wohlergehen des Patienten. Natürlich hat sich das nicht an einem Tag ereignet, es war und ist noch immer ein voranschreitender Prozess.

Damit wurde aber auch die Behandlung des Patienten eine gemeinsame Aufgabe, trotz unterschiedlicher Verantwortungsbereiche der einzelnen Berufsgruppen im Rahmen dieses Geschehens. Diese Entwicklung hat selbstverständlich zu einer Abflachung hierarchischer Strukturen geführt bzw. dazu beigetragen. Arzt und Pflege begegnen sich auf Augenhöhe. Das bedeutet jedoch nicht, dass Arzt und Pflege im Kontext des Behandlungsprozesses nicht unterschiedliche Verantwortlichkeiten wahrzunehmen hätten. Jedes Fachgebiet, ob nun Arzt oder Pflege, verantwortet den ihm eigenen Kompetenzbereich.

Selbstbestimmung hat aber nicht nur positive Folgen; sie führt auch dazu, dass der eigenverantwortliche Patient in zunehmendem Maße Behandlungsmaßnahmen hinterfragt und – auch in steigendem Ausmaß – Beschwerden und Klagen gegen das behandelnde Personal – außergerichtlich, aber auch gerichtlich – einbringt.

Waren es ursprünglich im Wesentlichen Klagen und Beschwerden, die gegen Ärzte geführt wurden, so treten nun auch Beschwerden gegen das behandelnde Pflegepersonal auf den Plan. Beschwerden und Klagen wegen unzureichend erfolgter bzw. nicht dem Stand der Pflegewissenschaften entsprechender Pflegemaßnahmen sowie unzureichender Überwachung der zu pflegenden Patienten in Krankenanstalten beschäftigen nicht nur die PPO, sondern auch bereits die Gerichte. Der Patient klagt über Lagerungsschäden mit daraus folgendem Dekubitus; Angehörige

klagen, weil der Patient aufgrund unzureichender Überwachung auf einer Abteilung verstorben ist.

Das ist auch aus der Sicht der PPO eine unerfreuliche Entwicklung, der aber auch nur gemeinsam entgegengetreten werden kann. Aufklärung, Dokumentation, aber auch der Hinweis auf die Selbstverantwortung des einzelnen Patienten können und müssen gangbare Wege sein, um aus diesen für alle beteiligten Berufsgruppen wenig erfreulichen Verhältnissen wieder herauszukommen. Die PPO hat und wird auch in weiterer Zukunft alles dazu beitragen, dass das Verhältnis zwischen Patienten und Pflege, zwischen Patienten und Arzt und auch zwischen Pflege und Arzt wieder eine Dimension erlangt, in der ein vertrauensvoller Umgang miteinander gewährleistet ist und werden kann.

Kröll: *Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen: Wie sieht es deiner Erfahrung bzw. der Erfahrung der PPO nach damit aus? Wo gibt es Spannungs- und Konfliktfelder? Was kann verbessert werden?*

Skledar: Grundsätzlich ist an der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen nichts auszusetzen. Es funktioniert in den meisten Bereichen sehr gut. Dennoch muss aber festgehalten werden, dass es manchmal bzw. an einigen Stationen schon sehr schwerwiegende Probleme gibt. Diese Problemfelder treffen im Wesentlichen die Dokumentation von medizinischen Leistungen.

Die Pflege ist es gewohnt, den Zustand des Patienten, die durchgeführten Maßnahmen und die Reaktion des einzelnen Patienten darauf sehr penibel zu dokumentieren. Das resultiert wohl auch daraus, dass die Pflege dies sehr eindeutig in ihrem Berufsrecht festgeschrieben hat und andererseits auch in der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege immer wieder darauf hingewiesen wird; so auch im Rahmen der Zusatzausbildungen, bei denen beinahe noch mehr Wert darauf gelegt wird, da es sich um sehr risikobehaftete Tätigkeiten handelt.

Ärzte hingegen sehen, obwohl auch bei ihnen im Berufsrecht eine entsprechende Verpflichtung besteht, die Dokumentation eher als lästige Nebenbeschäftigung, die sie am liebsten an andere Berufsgruppen übertragen würden.

Vergleicht man die Dokumentation pflegender Leistungen mit jenen von Ärzten über ihre Behandlungstätigkeiten an Patienten, dann zeigt sich, dass die Dokumentation der Ärzte mehr Fragen offenlässt, in der Folge unzureichend ist und Gutachter bestätigen, dass aus der ärztlichen Dokumentation oft kein sicheres Bild von Patienten abgeleitet werden kann.

Immer wieder muss man beobachten, dass gerade in Fällen, in denen ein Behandlungsfehlervorwurf vom Patienten vorgebracht wird, eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Pflegedokumentation und dem Inhalt der ärztlichen Dokumentation besteht. Dass sich dies im Falle eines streitigen Verfahrens negativ für den Rechtsträger einer Krankenanstalt auswirken kann, wird von Ärzten vielfach negiert.

Das geht auch noch weiter: Es ist nicht selten zu beobachten, dass die Pflege Gegebenheiten bei einem Patienten dokumentiert, Situationen beschreibt, die ärztliches Eingreifen dringend notwendig erscheinen lassen würden, und der Arzt reagiert nicht einmal unmittelbar darauf. Ein Patient spürt nach einer Periduralanästhesie seine beiden unteren Extremitäten nicht mehr und trotz Information der Ärzte durch das Pflegepersonal mit entsprechender Dokumentation reagieren die behandelnden Ärzte erst 12 Stunden danach. Eine bleibende Lähmung ist damit unumgänglich. Was bleibt, ist ein unzufriedener Patient; was bleibt, sind unzufriedene Angehörige; was bleibt, sind hohe Schadenersatzzahlungen durch die Rechtsträger. Das Fazit also: überall Unzufriedenheit. Was wünschenswert wäre, ist eine gemeinsame Dokumentation, um gerade beim Auftreten von Schadenersatzforderungen ein einheitliches Vorgehen, eine einheitliche Dokumentation und damit auch ein einheitliches Risikomanagement für das Unternehmen zu gewährleisten.

Kröll: *Unzureichende und/oder fehlende Kommunikation birgt das Risiko von Fehlern in sich. Welche Erfahrungen hat die PPO damit gemacht? Was kann und soll verbessert werden? Welche Optimierungsansätze liegen bereits vor?*

Skledar: Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen ist grundsätzlich ein wichtiges Thema, das aber nicht selten vernachlässigt wird. Dabei gewinnt es angesichts der zunehmenden arbeitsteiligen Berufswelt einerseits, in Anbetracht der steigenden Zahl an Mitarbeitern innerhalb eines Krankenhauses und wesentlich veränderter Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen andererseits an Bedeutung.

Ich möchte noch einmal auf die Verhältnisse zurückkommen, wie sie früher in Krankenanstalten herrschten: Für die in der Krankenpflege tätigen Ordensschwwestern gab es keine Arbeitszeit, und Wochenarbeitszeiten von 100 und mehr Stunden für Ärzte waren keine Seltenheit. Ich möchte nicht alte Verhältnisse schönreden, aber zu den damaligen Zeiten war der Arzt, war die Pflege permanent mit den ihnen anvertrauten Patienten beschäftigt. Da entging ihnen meist nichts betreffend den Krankheitsverlauf des Patienten.

Vieles spricht für das System, wie es heute gehandhabt wird. Die Pflege muss nach 12 Stunden ihre Tätigkeit beenden und auch der Arzt darf längstens 25 Stunden kontinuierlich tätig sein. Aber dadurch vervielfachen sich die Nahtstellen, an denen es zu einem Informationsmangel kommen kann, der sich dann für den Patienten negativ auswirken kann, weil wesentliche Informationen verlorengehen. Umso wichtiger ist es, miteinander zu reden, d. h. zwischen den einzelnen Berufsgruppen zu kommunizieren.

Und daran mangelt es des Öfteren. Die Begründung lautet: weil wir dafür zu wenig Zeit haben, aber auch zu wenig Zeit aufbringen wollen. Ich aber bezweifle dies aus eigener Erfahrung. Wir haben nicht zu wenig Zeit, vielmehr haben wir es verlernt, miteinander zu reden.

Und da, wie bereits angedeutet, auch die Dokumentation vielfach unzureichend ist, treten Fehler auf, die, und ich wiederhole

mich, bei adäquater Kommunikation vermieden hätten werden können.

Was kann verbessert werden? Wir müssen wieder lernen, miteinander zu reden, uns als gleichberechtigte Partner zu sehen, die für das Wohl des Patienten gemeinsam tätig sind. Wir müssen lernen, Informationen kompakt und gezielt weiterzugeben, dann wird auch nicht der Vorwurf erhoben, Kommunikation sei zeitraubend und intensiv. Und wir müssen dies den Auszubildenden auch entsprechend vermitteln, seien es die Studierenden, seien es ganz junge Menschen, die sich für den Beruf der Krankenpflege entschieden haben.

Und wir, die Etablierten in diesen Berufen, müssen für die Auszubildenden ein Vorbild sein. Fehlende Kommunikation bei uns führt zwangsläufig zu fehlender Kommunikation in unserer nachfolgenden Generation.

Kröll: *Auf Kommunikation kann im Gesundheitswesen nicht verzichtet werden. Kann man hingegen auf hierarchische Strukturen verzichten? Und wie würde dies aussehen?*

Skledar: Grundsätzlich wird ein Unternehmen, wie die KAGes insgesamt oder auch einzelne Krankenanstalten, nicht ohne hierarchische Strukturen auskommen. Es muss – und ich bin davon überzeugt, dass dies auch jedem Mitarbeiter einsichtig ist – eine Führungsebene geben, die entsprechende Vorgaben auch im Sinne von Weisungen an das nachgeordnete Personal erteilt. Solche Führungsstrukturen gibt es bis in die kleinsten Untereinheiten – im System Krankenhaus heißt das: bis hin zur Stationsleitung. Führung aber bedeutet nicht Hierarchie. Führung bedeutet vielmehr, eine Umgebung zu schaffen, in der sich der einzelne Mitarbeiter wohlfühlt und dadurch auch seinen Aufgaben motiviert nachgeht. Leider wird in vielen Fällen Führung verwechselt mit Sklavenhaltung der Mitarbeiter. Eine Führungskraft, die glaubt, auf jede einzelne Handlung, auf jede einzelne Tätigkeit ihres Mitarbeiters Einfluss nehmen zu müssen, verwechselt ihre Aufgabe mit einem Gutsherrn. Führung nach Gutsherrenart jedoch ist

längst überholt. Eine solche Führungskraft – und ich sage bewusst nicht Führungspersönlichkeit, denn dazu fehlen einige Eigenschaften – darf sich dann nicht wundern, wenn Mitarbeiter unmotiviert sind und ihren Beruf mit der Einstellung einer inneren Kündigung ausüben.

Eine Führung, in der die Hierarchie flach gehalten wird, akzeptiert ihre Mitarbeiter so, wie sie sind. Sie fördert ihre Mitarbeiter und setzt sie dort ein, wo sie ihre Fähigkeiten entfalten können und wo sie bereit sind, sich noch zusätzlich einzubringen. Einer Führungspersönlichkeit, die wenig Wert auf hierarchische Strukturen legt, ist die Zufriedenheit ihrer Mitarbeiter wichtig. Und zufriedene Mitarbeiter sind gute Mitarbeiter. Darüber hinaus bedeutet Mitarbeiterzufriedenheit auch Patientenzufriedenheit. Denn dem zufriedenen, motivierten Mitarbeiter wird es ein Anliegen sein, seine Tätigkeiten zum Wohl des Patienten sorgfältig auszuüben.

Eine Minimierung hierarchischer Strukturen könnte, wie in den USA vorgelebt, auch bedeuten, auf Titel und Nachnamen innerhalb des Krankenhauses zu verzichten. Auch dies bedeutet noch lange nicht, auf eine Hierarchie zu verzichten, sondern es bedeutet eine gewisse Abflachung, ein Arbeiten auf Augenhöhe, ein gegenseitiges Akzeptieren des Einzelnen, sowohl der Führungspersönlichkeit als auch des einzelnen Mitarbeiters.

Kröll: *Die kollegiale Führung eines Krankenhauses scheint nach außen hin ein System zu sein, in dem auf Hierarchie zugunsten einer optimierten Zusammenarbeit verzichtet wird. Ist dies aus der Sicht der PPO tatsächlich so oder ist es ein Trugbild einer anderen hierarchischen Struktur?*

Skledar: „Kollegial“ klingt beim ersten Hinhören sehr hierarchieminimiert, so ist es aber faktisch nicht. Kollegial im Zusammenhang mit Führungsstruktur im Krankenhaus meint vielmehr „gleichberechtigt“, was das Verhältnis von ärztlicher Leitung, Betriebsdirektion und Pflegedirektion betrifft. Aber auch dies ist weit von der Realität entfernt.

Es mag vielleicht in einem peripheren Krankenhaus so sein, dass zwischen den drei leitenden Persönlichkeiten eine gleichberechtigte Kollegialität in der Zusammenarbeit besteht. Dies ist jedoch in einem Zentralkrankenhaus keineswegs der Fall. In einem derart großen Gefüge ist die kollegiale Führung gelebte Hierarchie. Das bildet sich am besten dann ab, wenn zu einem bestehenden Führungskonzept eine neue Führungspersönlichkeit hinzukommt. Und wenn eine solche Führungskraft dann in den Medien als „Kompromisskandidat“ bezeichnet wird, dann dürfte selbst jedem Außenstehenden und Unbeteiligten bewusst sein, was das bedeutet, welchen Stellenwert eine derartige Führungspersönlichkeit in diesem Gefüge einer kollegialen Führung einnehmen wird. So geschieht es dann auch, und das lässt sich dann ja auch in den Medien realitätsnahe nachvollziehen.

Es müsste aber nicht so sein, es könnte auch faktisch eine kollegiale Zusammenarbeit sein, die auf Augenhöhe erfolgt und in der Hierarchie keine bzw. keine wesentliche Rolle spielt. Aber ein solches Verhalten ist im Wesentlichen abhängig von den handelnden Persönlichkeiten. Und woher nimmt man dann drei beruflich erfahrene und qualifizierte Menschen mit entsprechender sozialer Kompetenz, die dann auch noch in ein politisches System als geeignet einzustufen sind?

Kröll: *Gewalt stellt ein weiteres Thema im Kontext Krankenhaus dar. Gewalt ausgehend von den Patienten, meist Patienten eines anderen Kulturkreises. Gewalt im Wesentlichen dem Pflegepersonal, aber auch den Ärzten gegenüber. Gibt es in diesem Kontext bereits Erfahrungen der PPO? Wie soll damit umgegangen werden? Wie soll gewaltbereiten Patienten/Angehörigen begegnet werden? Welche Empfehlungen können Mitarbeitern gegeben werden?*

Skledar: Es ist richtig, dass die Gewaltbereitschaft in der Bevölkerung grundsätzlich zunimmt. Die Printmedien berichten täglich über irgendwelche Übergriffe, die nicht nur zu schweren körperlichen Verletzungen, sondern auch zum Tod der Angegriffenen führen.

Aber es trifft auch für den Krankenhausbereich zu, dass Patienten, vor allem aber aufgebrachte Angehörige verbal, aber auch tätlich gegen das Personal vorgehen. Die Hemmschwelle, das muss man feststellen, sinkt. Und in diesem Zusammenhang ist der Rechtsträger der Krankenanstalt gefragt. Es ist seine Aufgabe, den Mitarbeiter vor tätlichen Angriffen zu schützen. Es muss aber auch denjenigen, die mit Angriffen gegen einzelne Mitarbeiter vorgehen, bewusst gemacht werden, dass ein derartiges Verhalten strafbar ist.

Die Behandlung kranker Menschen, insbesondere in den Ambulanzen unserer Krankenanstalten, darf nicht davon geprägt sein, dass das Personal, und zwar gleichgültig, ob Ärzte oder Pflegepersonal, Angst haben muss, angegriffen und eventuell auch verletzt zu werden. Medizinische Behandlungen müssen in einem ruhigen Umfeld durchgeführt werden können.

Auf die Gefahr gewalttätiger Angriffe auf Mitarbeiter wurde aber auch seitens des Rechtsträgers adäquat reagiert. Es gibt in den Krankenanstalten Sicherheitsleute, die nicht nur in der Nacht den Bereich überwachen und kontrollieren, sondern die auch tagsüber verfügbar sind, um die Mitarbeiter rund um die Uhr zu schützen.

Aber neben tätlicher Gewalt gibt es auch – ich nenne es so – versteckte Gewalt und strukturelle Gewalt. Das trifft dann zu, wenn vor allem ältere Menschen stundenlang in den Warteräumen der Ambulanzen ausharren müssen, bis sie endlich behandelt werden. Es mag schon sein, dass das Personal dies im Alltag gar nicht so sieht. Die Mitarbeiter sind mit entsprechender Durchführung von Behandlungen beschäftigt. Dennoch ist es für ältere Menschen eine Qual, so lange warten zu müssen, bis man endlich einer Behandlung unterzogen wird. Mir ist durchaus bewusst, dass nicht jeder Patient sofort nach Eintreffen im Krankenhaus behandelt werden kann, das wäre auch nicht erforderlich, insbesondere dann, wenn Ambulanzen überfüllt sind und Notfälle behandelt werden müssen. Aber man könnte dem insofern Abhilfe verschaffen, indem man die Patienten einfach über diese Situati-

on informiert. Information bringt Verständnis und Verständnis vermindert Beschwerden.

Die PPO ist mit zahlreichen Beschwerden, die alle in diese Richtung laufen, konfrontiert. Unsere Aufgabe ist es dann ja nicht, Abläufe in Ambulanzen und/oder Krankenanstalten zu hinterfragen oder strukturell besser aufzustellen. Unsere Aufgabe sehen wir darin, dass wir den betroffenen Menschen einfach die Situation erklären, ihnen schildern, warum es manchmal in einem Krankenhaus, in einer Ambulanz nicht schneller gehen kann. Das wäre eigentlich eine Aufgabe des Krankenhauses, eines Kommunikationsverantwortlichen, und Beschwerden und Unzufriedenheiten würden sich dann in Wohlgefallen auflösen.

Kröll: *Gibt es deiner Erfahrung nach Gewalt zwischen den einzelnen Berufsgruppen? Falls ja, welche Erfahrungen liegen diesbezüglich vor, welche Empfehlungen können gegeben werden, wie soll damit umgegangen werden?*

Skledar: Der PPO, aber auch mir persönlich sind keine Vorkommnisse bekannt, wo es zwischen einzelnen Personen verschiedener Berufsgruppen in Krankenanstalten zu gewalttätigen Übergriffen gekommen wäre. Man kann in vielen Berufsgruppen und Konfliktsituationen von Dunkelziffern ausgehen, aber soweit ich das System Krankenhaus kenne – und ich kann von mir selbst sagen, dass ich es sehr gut

kenne –, bin ich überzeugt, dass zumindest in den steirischen Krankenanstalten Derartiges noch nicht passiert ist.

Wenn man aber „Gewalt“ etwas weiter fasst und nicht nur auf Handgreiflichkeiten reduziert, dann kommen Übergriffe, das heißt verbale Übergriffe, schon vor. Das ergibt sich aus der sehr steilen Hierarchie, die noch immer in unseren Krankenanstalten vorherrscht. Da kommt es dann schon einmal vor, und Gott sei Dank ist es nicht an der Tagesordnung, dass sich ein Vorgesetzter berufen fühlt, verbal nach unten zu treten, und dies völlig unabhängig davon, auf welcher Hierarchiestufe.

Nun, wie soll man dagegen vorgehen, welche Empfehlungen kann man einem betroffenen Mitarbeiter geben? Die wichtigste Empfehlung kann wohl nur sein: Der Mitarbeiter darf sich das nicht gefallen lassen, sondern er muss sich im Rahmen seiner Möglichkeiten zur Wehr setzen. Und diese Möglichkeiten sind gar nicht gering. Der erste Schritt muss sein, dass man seinen Vorgesetzten davon in Kenntnis setzt und dieser dann alle weiteren Schritte einleiten muss. Und falls der Vorgesetzte der „Täter“ ist, dann bleibt im Rahmen des Dienstweges noch immer die Möglichkeit, die nächsthöhere Vorgesetztenstufe, sprich Oberschwester/Oberpfleger bzw. die Pflegedirektion und im Falle, dass ein Arzt der Geschädigte ist, den ärztlichen Direktor oder aber auch an einer Universitätsklinik den Rektor der Universität zu informieren. Die Möglichkeiten der Bestrafung derartiger Mitarbeiter reichen dann von Abmahnungen über Disziplinarmaßnahmen bis hin zur fristlosen Kündigung.

Wichtig für den betroffenen Mitarbeiter, wenn eine solche Handlung gesetzt wurde, ist, nicht abzuwarten, ob das noch einmal passiert, sondern gleich zu handeln. Und Handeln meint nicht, selbst den Weg der Auflösung des Arbeitsverhältnisses zu wählen, sondern, wie bereits ausgeführt, den Vorgesetzten zu informieren. Das Arbeitsverhältnis zu lösen mag zwar für sich selbst erstrebenswert sein, der im Sinne von „Gewalttätigkeit“ agierende Vorgesetzte jedoch kann seine Maßnahmen weiter fortsetzen, da ihm kein Einhalt geboten wurde.

Kröll: *Es gibt wohl keine Diskussion in irgendeiner Berufsgruppe im Gesundheitswesen, bei der sexuelle Gewalt bzw. sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz nicht thematisiert wird. Welche Erfahrung und Erkenntnisse hat die PPO damit gemacht? Wie kann solchen Übergriffen Einhalt geboten werden? Welche Empfehlungen kann man Mitarbeitern mit auf den Weg geben?*

Skledar: Mir sind aus meiner Tätigkeit als steirische Patientenanwältin keine sexuellen Belästigungen beim Personal der steiermärkischen Krankenanstalten bekannt. Das heißt nicht, dass es das

nicht gibt, sondern nur, dass keine sexuellen Belästigungen bzw. Übergriffe das Personal betreffend gemeldet worden sind. Ich schließe aber nicht aus, dass es nicht da und dort verbale „Ausrutscher“ gegeben hat, die sehr wohl den Tatbestand einer sexuellen Belästigung erfüllen würden, hätte man sie gemeldet bzw. angezeigt. Das ist das eine, die andere Seite ist, dass es im Gesundheitsbereich schon Vorwürfe von sexueller Belästigung gibt, und zwar vorgebracht von den Patientinnen. Es wird gelegentlich berichtet, dass im Rahmen von Untersuchungen Patientinnen belästigt werden – und natürlich wird solchen Behauptungen auch nachgegangen, und zwar von der Anstaltsleitung des jeweiligen Krankenhauses bzw. von der Rechtsabteilung der Zentralklinik der KAGes, aber auch von der PPO, wenn wir damit konfrontiert sind. Solche Vorwürfe können wahr sein, sie müssen aber nicht wahr sein. Ich erinnere mich an den Fall eines Vorwurfs einer sexuellen Belästigung; die Ursache für den Vorwurf war eine Zurückweisung der Patientin durch den Arzt und der Vorwurf hatte Rache als auslösenden Grund. Es gibt aber andererseits genauso tatsächliche sexuelle Belästigungen von Patientinnen, denen konsequent nachgegangen werden muss und die auch entsprechend geahndet werden müssen.

Die Empfehlung, die die PPO den Mitarbeitern in Krankenhäusern, aber auch Ordinationen oder sonstigen Einrichtungen geben kann, ist, bei einer Untersuchung nicht mit dem Patienten bzw. der Patientin allein zu sein, sondern immer darauf zu achten, dass noch eine zweite Person anwesend ist.

Kröll: *Die PPO vertritt grundsätzlich die Rechte der Patienten gegenüber ärztlichem und nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal in ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens, in Privatkrankenanstalten und im niedergelassenen Bereich. Welche Erfahrungen bezüglich der oben genannten Problemfelder – Kommunikation, Hierarchie, körperliche Gewalt und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz – gab es da in den einzelnen Einrichtungen? Woher kommen die soeben erörterten Unterschiede in den einzelnen Bereichen?*

Skledar: Meiner Erfahrung nach hängen verbale Angriffe innerhalb des Personals, insbesondere bei hierarchischen Strukturen, sehr von der Größe einer Abteilung, aber auch von der Größe einer Krankenanstalt ab. Je größer eine Abteilung ist, je mehr Mitarbeiter sie hat, desto unpersönlicher findet meist die tägliche Routine statt; die Mitarbeiter kennen sich untereinander zu wenig, der persönliche Kontakt ist zu gering, und dann ist es nicht schwer, auch einmal gegen einen anderen Mitarbeiter verbal attackierend vorzugehen. Je kleiner hingegen die jeweilige Organisationseinheit ist, desto familiärer läuft auch der Routinebetrieb ab, man kennt und schätzt sich und würde wohl kaum in den Gedanken verfallen, einen anderen Mitarbeiter verbal anzugreifen, auch nicht Hierarchieebenen übergreifend und schon gar nicht in Privatkrankenanstalten (PKA). Ich würde jetzt nicht sagen, dass den PKA ein anderes Ethos als den allgemeinen, öffentlichen Krankenanstalten zugrunde liegt. Auch die KAGes hat ein Leitbild, aber in den PKA wird meiner Erfahrung nach mehr Wert darauf gelegt, dass dieses Leitbild innerhalb, aber auch außerhalb der Krankenanstalt gelebt und umgesetzt wird. Hinsichtlich der Empfehlungen, die man bzw. die die PPO betroffenen Mitarbeitern geben kann, kann ich nur auf das bereits vorhin Gesagte verweisen und möchte mich diesbezüglich nicht wiederholen.

Kröll: *Wie sieht im Zusammenhang mit der Vertretung von Patienten gegenüber dem Rechtsträger der steirischen Krankenanstalten die Kooperation mit der KAGes aus? Wie sieht die Kommunikation mit den PKA aus? Wie sieht die Erfolgsrate der PPO bei Beschwerden aus?*

Skledar: Grundsätzlich muss man einmal festhalten: Es besteht zwischen der PPO und der KAGes keine Interessenskollision. Die PPO ist eine Einrichtung des Landes Steiermark; die KAGes hingegen ist keine Einrichtung des Landes, sondern eine ausgelagerte Gesellschaft, die sämtliche steirische Krankenanstalten verwaltet, sich zumindest größtenteils selbst finanziert, die Abgangsdeckung übernimmt dennoch das Land Steiermark. Das heißt, die PPO kann vollkommen selbstständig für die Patienten tätig sein und sie tut das auch.

Grundsätzlich besteht auch zwischen der PPO und den einzelnen Krankenanstalten in der Steiermark ein sehr gutes Verhältnis. Das ist meiner Meinung nach auch extrem wichtig, um von den Patienten zur Sprache gebrachte Behandlungsfehlervorwürfe adäquat abzuarbeiten. Nicht jeder Vorfall kommt tatsächlich vor eine Schlichtungsstelle bzw. vor ein Gericht. Die PPO leistet hier eine extreme Vorselektion, sodass eigentlich nur Fälle weiter behandelt werden, in denen man zumindest den Eindruck gewinnen müsste, dass hier möglicherweise etwas schiefgelaufen ist.

Die Erfolgsquote der PPO liegt im jährlichen Schnitt bei 25 bis 30 Prozent; das ist sehr viel, bedenkt man, dass bei allen Schlichtungsstellen der Schnitt bei 12 bis 14 Prozent liegt.

Man muss aber schon auch anmerken, dass die Schadensabwicklung bei der KAGes eher schleppend verläuft. Es wird hier seitens der KAGes eher eine abwehrende Haltung eingenommen denn eine kooperative zugunsten des Patienten. Verfahren werden sehr lange hinausgezögert, es werden zahlreiche Gutachten eingeholt und es dauert oft Jahre, bis Patienten dann zu einem angemessenen Schadensersatz kommen, falls überhaupt. Das ist aus der Sicht der PPO nicht im Sinne des Patienten. Es ist, davon bin ich überzeugt, allen bewusst, dass Fehler passieren können, auch dann, wenn alle Sicherheitsvorkehrungen eingehalten worden

sind. Aber man soll sich dann, wenn bereits ersichtlich ist, dass ein Fehlverhalten eines Mitarbeiters vorliegt, mit einem Schmerzensgeldzuspruch nicht so lange zieren, bis vielleicht die Rechtsschutzversicherung des betroffenen Patienten keine weiteren Zahlungen mehr leistet, weil das Portfolio erschöpft ist, oder der Patient irgendwann das Ganze aufgibt, weil er keinen Sinn mehr im Verfahren erkennen kann.

Das war meine Kritik an der KAGes bzw. den Verantwortlichen in der Rechtsabteilung; das hatte nie mit persönlichen Animositäten zu tun, sondern war ausschließlich faktisch begründet.

Kröll: *Abschließend: Wo liegt Potential für die Zukunft? Was kann in den einzelnen Bereichen verbessert werden und wodurch kann es verbessert werden? Wer sind die wichtigsten Ansprechpartner? Welche Maßnahmen sollten gesetzt werden? Woran sollte man das Ergebnis erkennen können?*

Skledar: Aus der Sicht der PPO wäre es wichtig, dass potenzielle Schadensfälle zuerst einmal völlig wertfrei betrachtet werden. Man muss an solche Fälle unvoreingenommen herangehen, man kann und darf nicht a priori eine Abwehrhaltung einnehmen. Grundsätzlich lässt sich eine Abwehrhaltung zwar nachvollziehen, insbesondere dann, wenn wiederholt Schadensfälle auftreten und diese dann auch noch mit erheblichen Schmerzensgeldforderungen verknüpft sind. Nur muss man sich bei einem solchen Vorgehen fragen: Wem nützt diese Haltung? Der betroffenen Partei, dem betroffenen Patienten nützt sie sicher nicht und dem Rechtsträger einer Krankenanstalt eigentlich auch nicht, denn aus der Sicht der Patienten wirft es ein schlechtes Bild auf ihn und bei Vorliegen eines Verschuldens muss dennoch bezahlt werden. Und falls kein Verschulden eines Mitarbeiters vorliegt, bleibt die schlechte Nachrede.

Was aber durch diese Abwehrhaltung der KAGes die potenziellen Ansprüche der Patienten eines Schadensfalles betrifft, ist eine Verhärtung der Fronten zwischen der PPO und der KAGes. Obwohl sich beide dem Patienten verpflichtet fühlen, geht der Weg

doch nicht immer in die gleiche Richtung. Zwischen dem Bekenntnis zu einer offenen Schadensabwicklung und der Realität klafft eine riesige Kluft. Hier muss man meiner Meinung nach in Zukunft ansetzen. In der KAGes ist zwar, soweit mir bekannt, in allen Krankenanstalten Risikomanagement implementiert. Das bedeutet aber auch, dass zwischen den Berufsgruppen, aber auch zwischen den einzelnen Mitarbeitern und der Unternehmenszentrale eine stress- und angstfreie Kommunikation möglich sein müsste. Dies scheint derzeit nicht so zu sein. Vielmehr herrscht sogar Angst in der Kommunikation vor, weil jeder glaubt, dass er dann mit Nachteilen zu rechnen habe. Dieses Verhalten bedarf möglichst bald einer Änderung, damit wieder ein Klima im Unternehmen hergestellt wird, in dem sich der Patient, aber auch der Mitarbeiter wohlfühlen kann und in dem wieder eine konstruktive Kommunikation auch zwischen der PPO und der Unternehmenszentrale möglich ist.

Kröll: *Vielen Dank für das Interview!*