



# **Patienten anwalt**

**Jahresbericht 2008**



# Vorwort



RA Dr. Wolfgang Blum

Die österreichischen Krankenhäuser sind der Hort von wahren Pfuschern und Dilettanten. Man ist sich des Lebens nicht sicher, begibt man sich in die Hände der Mediziner – hunderte, ja tausende Tote gehen auf das Konto von Fehlern der Spitalsärzte – ein Skandal !

So ähnlich wird die Situation von einem bekannten Buchautor dargestellt und von den Medien verkürzt und unreflektiert weitergegeben. Wo ist eigentlich die Patientenanwaltschaft? Der müssten die Misstände doch auffallen.

Die Patientenanwaltschaft ist dort, wo sie hingehört, nämlich bei den Patienten, also ganz tief in der Praxis. Und die Praxis zeigt ein anderes Bild. Natürlich gibt es dort, wo Menschen arbeiten, Fehler. Natürlich haben Fehler von Medizinerinnen oft dramatische Konsequenzen, weil sie ja an der Gesundheit der Patienten selbst arbeiten. Die Patientenanwaltschaft wird tätig, wenn Fehler passieren. Zum einen werden berechnete Geldansprüche verfolgt. Zum anderen – und das ist mindestens genau so wichtig – werden die Fehler analysiert, aufgearbeitet und dokumentiert. Dies ermöglicht Verbesserungen für die Zukunft. Die Patientenanwaltschaft ist ein Teil des Qualitätssicherungssystems des Gesundheits- und Pflegewesens. Ihre Beiträge sind begründet, sachkundig und konstruktiv – wohl im Gegensatz zu den dargestellten Anwürfen.

Dieser Grundidee bleibt die Patientenanwaltschaft auch treu. Skandalisieren bringt keine Verbesserungen, sondern führt zu Verunsicherung auf allen Seiten und zu Angst, die letztlich schadet.

Jedes System ist verbesserungsfähig und die Erhaltung hoher Standards ist ein ständiger Prozess. Ein offener Umgang mit den Problemen ist notwendig, um den Weg erfolgreich zu gehen. In dieser Hinsicht hat sich die Situation seit der Einführung der Patientenanwaltschaft wesentlich verbessert. Dafür kann an dieser Stelle im Namen aller (künftiger) Patienten und Klienten nur gedankt werden.

## Die Institution

Im Jahre 2005 hat die Patientenanwaltschaft eine Befragung der Vorarlberger Bevölkerung über den Bekanntheitsgrad und über die Kundenzufriedenheit durchführen lassen. Damals ist festgestellt worden, dass 44,8% der befragten Personen schon einmal etwas über die Patientenanwaltschaft gehört haben, 55,2% jedoch keine Kenntnis über den Patientenanwalt und auch nicht über das Betätigungsfeld haben. In den vergangenen Jahren musste eine Zunahme an Prüfungsfällen festgestellt werden, weshalb auch angenommen werden kann, dass die Patientenanwaltschaft als Institution der Vorarlberger Bevölkerung bekannt ist bzw. sich etabliert hat. Der Anteil jener Personen, die noch nichts von der Patientenanwaltschaft gehört haben, wird geringer, wobei es in unserem Interesse liegt, dieses oder nächstes Jahr nochmals genaue Zahlen zu erheben, um eine Aussage darüber treffen zu können, inwieweit sich der Bekanntheitsgrad gesteigert hat. Dies ist deshalb von Interesse, weil in bestimmten Regionen kaum Kenntnis von der Institution besteht (z.B. Bregenzerwald, Bezirk Bludenz, andere Talschaften), weshalb wir die dortige Bevölkerung gezielt informieren müssen. Trotzdem hört man im Rahmen von Kundengesprächen immer wieder, dass man erst durch gezieltes Suchen (Internet, Medien, Zeitung, etc.) auf die Patientenanwaltschaft Vorarlberg aufmerksam geworden ist. Dies bedeutet, dass bei einer Unzufriedenheit kein Automatismus gegeben ist. Jeder Patient soll sich frei entscheiden können, ob er seine Unzufriedenheit deponiert. Um sich frei für ein Prüfungsverfahren entscheiden zu können, muss man ob der Möglichkeit, sich an die Patientenanwaltschaft wenden zu können, Bescheid wissen. Dies erfordert aber die

notwendige Kenntnis in der Bevölkerung.

Im letzten Jahresbericht hat die Patientenanwaltschaft Bereiche aufgezeigt, in welchen sie nicht zuständig ist, dies aber gewünscht wäre. Es wäre allen Beteiligten in diesen Bereichen (Physiotherapie, Apotheken, Psychotherapie und Hauskrankenpflege) gedient, wenn eine externe Schlichtungsstelle angerufen werden könnte.

Diesbezüglich darf ich meiner Hoffnung Ausdruck verleihen, dass das Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode auch im Bereich der Patientenrechte umgesetzt wird. Dort wird festgehalten, dass eine sektorenübergreifende Zuständigkeit der Patientenanwaltschaften geschaffen und die Patientencharta überarbeitet werden sollen. Unter einer sektorenübergreifenden Zuständigkeit kann nicht nur verstanden werden, dass die Zuständigkeit der Patientenanwaltschaft auf den niedergelassenen ärztlichen Bereich auf Basis einer gesetzlich normierten Kompetenz ausgedehnt wird (nicht nur vertragliche Zuständigkeit, die durch eine gewisse Freiwilligkeit eingeschränkt wird), sondern auch Berufsgruppen wie Apotheker, Physiotherapeuten und Psychotherapeuten integriert werden. Dann hätten alle jene Patienten, die in diesen Sektoren eine Beschwerdeführung anstreben, die Möglichkeit, einen Vermittler in Anspruch zu nehmen. Man wird allerdings abwarten müssen, ob sich der Bundesgesetzgeber diesbezüglich bewegt.

Das Jahr 2008 war für den Patientenschutzverein ein sehr ruhiges Jahr. Es sind keine Besonderheiten aufgefallen, wobei dies für eine Institution, die insbesondere der Vermittlung dient, als durchaus positiv bewertet werden muss. Vermittlung bedeutet in diesem konkreten Zusammenhang, dass Lösungen erarbeitet werden, die nicht nur beiden Parteien eines Konfliktfalles dienen, sondern auch nachhaltige Änderungen bringen. Aus diesem Grund muss auch festgehalten werden, dass der eingeschlagene Weg der sachbezogenen Vermittlung richtig war, sodass in Zukunft dieser Weg weiter gegangen werden muss.

An dieser Stelle kann erwähnt werden, dass die Patientenanwaltschaft in 3 Gremien mit Sitz und Stimme vertreten ist.

Gesetzlich vorgesehen ist, dass der Patientenanwalt sowohl in der Ethikkommission als auch in der Gesundheitsplattform einen stimmberechtigten Sitz hat. Diese Kompetenzen werden seitens der Patientenanwaltschaft auch wahrgenommen, wobei insbesondere im Rahmen der Ethikkommission zentral die Patientenrechte eingefordert werden. Weiters ist die Patientenanwaltschaft Mitglied der Arbeitsgemeinschaft österreichischer Patientenanwaltschaften. Diese Arbeitsgemeinschaft dient nicht nur dem Informationsaustausch zwischen den Bundesländern, sondern auch der Interessenvertretung der Patienten auf Bundesebene. Nur durch einen derartigen Zusammenschluss ist es über die regional wichtige Arbeit hinaus möglich, Stimme für die Patienten auf Bundesebene zu sein. Auch dieser Weg wird weiter zu beschreiten sein, weil nur unter dem Blickwinkel der Patienteninteressen und Patientenrechte nachhaltig eine Gesundheitsreform Sinn macht.

Auf einen wesentlichen Umstand, der im Rahmen der Statistik im Jahre 2008 aufgefallen ist, muss noch hingewiesen werden. Es wurde eine interne Statistik erarbeitet, die Auskunft darüber geben soll, woher der Patient über die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit der Patientenanwaltschaft Kenntnis erlangt hat. Aus dieser Statistik ist zu entnehmen, dass 75% der bei der Patientenanwaltschaft vorsprechenden Patienten über Bekannte, Familie oder Medien von der Existenz der Patientenanwaltschaft erfahren haben. Lediglich 7% aller vorsprechenden Patienten sind von der Krankenanstalt darüber informiert worden, dass auch die Möglichkeit einer Inanspruchnahme der Patientenanwaltschaft bestehen würde und dies ausschließlich erst dann, wenn der Patient schon eine Beschwerde im Krankenhaus deponiert hat. Man sieht aus dieser Statistik, dass der Bekanntheitsgrad der Patientenanwaltschaft wichtig ist, da nur über den Bekanntheitsgrad die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Patientenanwaltschaft gewährleistet ist.

## Allgemeines

Dem Patientenanwalt kommt in verschiedensten Konfliktfällen eine zentrale Vermittlerrolle zu. Schwierig sind diese Einzelfälle auch deshalb, weil wir mit Patientenschäden zu tun haben, die nicht nur körperliches Leid beim Patienten hervorrufen, sondern auch die Betroffenen emotional belasten. Auf der anderen Seite wird ein Arzt mit einer Beschwerde konfrontiert, obwohl er, wie er selbst glaubt, alles getan hat, was medizinisch möglich und notwendig war. Mehrmals schon wurde das Unverständnis über eine Beschwerde deponiert, da man unter Umständen dem Patienten durch die Behandlung das Leben gerettet bzw. ihn vor einem schweren gesundheitlichen Schaden bewahrt hat, im Zuge dieser Behandlung jedoch ein „geringfügiger“ Schaden aufgetreten ist. Im Verhältnis des abgewendeten Schaden zum eingetretenen Schaden des Patienten sei dieser gering; umso mehr verwundert dann auch die Beschwerdeführung.

Die zentrale Vermittlerrolle wird von uns auf sachlicher und fachlicher Ebene angeboten, wobei versucht wird, die Emotionen, die auf beiden Seiten vorhanden sind, hintanzuhalten. Sollten Emotionen ins Spiel kommen, und dies ist bei beiden Parteien anzunehmen, ist es sehr schwierig, eine Lösung zu erarbeiten, die beiden Seiten gerecht werden kann. Umso unverständlicher ist es dann, dass man sich gegen dieses – außergerichtliche – Verfahren sträubt. Die Konsequenz daraus wäre nur, dass der Konflikt auf einer anderen Ebene (Gericht, Öffentlichkeit) ausgetragen wird, was für beide Parteien wesentlich belastender wäre. Umso mehr ist zu hoffen, dass diese zentrale Vermittlerrolle auch bei jenen Ärzten und Patienten mehr Akzeptanz finden kann, die bisher der Patientenanwaltschaft gegenüber kritisch eingestellt waren.

Sollte sich ein Patient an die Patientenanwaltschaft gewandt haben, muss darüber diskutiert werden, wer auf Seite der Krankenanstalten der richtige Ansprechpartner sein kann. Als Ansprechpartner fungieren die Versicherung, der Primararzt, die Beschwerdestellen, ein Maklerbüro oder aber auch die Verwaltungsdirektion. Um einen optimalen Ablauf gewährleisten zu können, ist es Ziel führend, dass eine zentrale Anlaufstelle

eingrichtet wird, mit der die Diskussion geführt werden kann. In Vorarlberg hat sich das System etabliert, dass als Anlaufstelle die Informations- und Beschwerdestellen vor Ort gesehen werden können. Diesen Beschwerdestellen kommt somit die Rolle des direkten Kommunikationspartners mit der Patienten-anwaltschaft zu. Die Stellungnahmen, die von den betroffenen Abteilungen eingeholt werden oder direkt vom Abteilungsleiter abgegeben werden, werden zentral über diese Beschwerdestellen der Patienten-anwaltschaft zur Verfügung gestellt. Dadurch ist garantiert, dass auch im Krankenanstaltenbereich eine Stelle, die nachfolgend für die rechtliche Diskussion verantwortlich ist, über alle Informationen verfügt.

In einer Krankenanstalt in Vorarlberg hat sich dieses System nicht etabliert, weil die Haftpflichtversicherung dargelegt hat, dass diese zentrale Stelle die Versicherung sein muss. Im Endeffekt kommen wir aber zum gleichen Ergebnis. Bei einer zentralen Stelle ist ein Gesprächspartner vorhanden, der Entscheidungen über das weitere Verfahren treffen kann. Dadurch wird der zeitliche Ablauf der Beschwerde wesentlich beschleunigt und eine zeitrechte Lösung ist möglich.

Es muss jedoch gewährleistet sein, dass alle Strukturen reibungslos funktionieren. Im Großen und Ganzen hat gerade das letzte Jahr gezeigt, dass sich dieses System bewährt hat. Es konnte somit eine deutliche Qualitätsverbesserung im Rahmen der Bearbeitung von Beschwerden erreicht werden, da teilweise die Arbeitsprozesse beschleunigt werden konnten.

## Krankenanstalten

Wenn man die Statistik über die Erledigungsdauer genauer betrachtet, muss man erkennen, dass von 391 abgeschlossenen Akten (im Jahr 2008) 143 (rund 36%) innerhalb eines halben Jahres erledigt werden konnten. Lediglich die Bearbeitung jener Fälle, die im Rahmen einer umfangreicheren Prüfung geklärt werden mussten, somit unter Umständen tatsächlich einem Behandlungsfehlervorwurf nachgegangen werden musste,



dauerten länger. Es kann somit aufgrund dieser Statistik davon ausgegangen werden, dass sich in 36% der Fälle (nach erster cursorischer Prüfung) der Vorwurf nicht erhärtet hatte und der Fall zügig abgeschlossen werden konnte.

In diesem Zusammenhang muss die Frage gestellt werden, ob die lange Erledigungsdauer der übrigen, offen gebliebenen Fälle von teilweise über einem Jahr nicht beschleunigt werden kann. Es wurde seitens der Patientenanwaltschaft eine kritische Evaluierung durchgeführt, welche Gründe für die lange Erledigungsdauer verantwortlich sind.

Im eigenen Bereich wird der Akt erst dann einer Prüfung zugeführt, wenn die kompletten Unterlagen vorhanden sind. Es kann möglich sein, dass es zu kurzen Verzögerungen kommen kann, weil andere Krankengeschichten vorgezogen werden müssen, da im Rahmen von Fallprüfungen gewisse Fristen beachtet werden müssen.

Dies betrifft aber ausschließlich die Prüfung der Krankengeschichte. Es muss gewährleistet sein, dass ein Erstkontakt innerhalb einer Woche möglich ist, so dass mit dem Patienten über die Möglichkeit der Beschwerde und die rechtlichen Gegebenheiten gesprochen werden kann.

Ein weiterer Grund für die lange Erledigungsdauer liegt sicher auch darin, dass Gutachter, die mit der Klärung von Sachverhalten beauftragt werden, über mehrere Monate bis zur Fertigstellung des Gutachtens benötigen. Für mich ist verständlich und nachvollziehbar, dass Gutachter, die selbst überlastet sind, bis zu 3 Monate benötigen, um eine gutachterliche Abklärung übermitteln zu können. Im Jahre 2008 haben vereinzelte Gutachter über 8 Monate bis zur Fertigstellung eines Gutachtens benötigt. Trotz mehrmaliger schriftlicher Urgenzen und telefonischer Kontaktaufnahmen konnte man die Gutachter nicht dazu bewegen, die fachärztliche Begutachtung schneller durchzuführen. In einem konkreten Fall haben wir erst nach Entzug des Gutachtersauftrags ohne Kostenerstattung unter Androhung einer Klage auf Herausgabe der Unterlagen das entsprechende Gutachten

erhalten. Man kann sich in einem solchen Fall vorstellen, welche fachliche Qualität das Gutachten aufweist, insbesondere wenn ein Gutachter derart unter Druck gesetzt werden muss.

Ein weiterer Grund für die lange Erledigungsdauer liegt aber auch bei der Übermittlung der Krankenunterlagen. Es gibt Abteilungen, die prompt und zuverlässig sind, so dass die Beschwerdestellen bzw. Verwaltungsdirektionen diese Unterlagen innerhalb einer vertretbaren Zeit von 3-5 Wochen übermitteln können. Es musste aber letztes Jahr auch festgestellt werden, dass gewisse Abteilungen trotz mehrmaliger Urgenzen nicht in der Lage waren, Unterlagen zeitgerecht zu übermitteln. Wenn man dann nach mehrmaligen Nachfragen die Unterlagen übermittelt bekam, musste man diese kritisch studieren und auf Vollständigkeit überprüfen, da meistens noch gewisse Befunde oder sonstige Inhalte der ärztlichen Dokumentation fehlten. Dies bedeutet, dass die zeitliche Verzögerung nicht nur darin liegt, dass die Unterlagen verspätet übermitteln wurden, sondern bei der Übermittlung auch unvollständig waren. Dies wurde dann auch gegenüber einer Beschwerdestelle deponiert, wobei man sich dahingehend gerechtfertigt hat, dass nur jene Unterlagen weitergeleitet werden können, die sie selbst zur Verfügung gestellt bekommen hat.

Die erwähnten Aspekte zeigen deutlich, wie es zu einer längeren Erledigungsdauer kommt, wobei sich diese Gründe gegenseitig beeinflussen. Ein Gutachtensauftrag kann erst dann an den Sachverständigen übermittelt werden, wenn die Krankengeschichte vollständig zur Verfügung gestellt worden ist. Wenn es schon im Vorfeld zu Verzögerung bei Übermittlung der Krankengeschichte kommt, verzögert sich auch die Prüfung derselben, ebenso auch die Gutachtensbeauftragung. Sollte der Gutachter dann noch Monate benötigen, wird man nicht innerhalb eines Jahres zu einem Ergebnis kommen.

Dieser Prozess muss gestrafft werden, wobei nicht nur die Patientenanwaltschaft selbst an einer schnelleren Prüfung interessiert sein muss, sondern auch die Krankenanstalten. Sollte eine Abteilung die angeforderten Dokumente nicht innerhalb

vertretbarer Zeit jener Stelle übermitteln, die die Unterlagen an die Patientenanwaltschaft weiterreicht, muss intern ein entsprechendes Urgenzsystem geschaffen werden, um die Unterlagen möglichst schnell zu erhalten. Dies würde einer Qualitätsverbesserung dienen, da dadurch das Verfahren beschleunigt werden könnte. Durch eine schnellere Bearbeitung könnte auch bei den Patienten eine größere Zufriedenheit erreicht werden. Man kann annehmen, dass bei einer sehr langen Erledigungsdauer trotz Aufklärung der Patienten zusätzlich Unzufriedenheit provoziert wird.

Im Jahr 2008 waren Todesfälle in Krankenanstalten Thema in Medien und Gegenstand öffentlicher Diskussion. Daran anknüpfend werden Forderungen nach Fehlermeldesystemen gestellt, wobei dies zu kurz greift. Man müsste einen Schritt weiter gehen und die gesamte Diskussion nicht an den Behandlungsfehlern anknüpfen, sondern am unerwünschten Ereignis. Mir ist bewusst, dass ein unerwünschtes Ereignis viele Ursachen haben kann, sei es ein Anlageschaden, die Folge eines Unfalls, eine Komplikation oder aber auch ein Behandlungsfehler. Die Unzufriedenheit des Patienten resultiert aber aus der Schädigung nach der Behandlung. Aus diesem Grund sollte die Diskussion nicht am „Fehlerbegriff“ anknüpfen, sondern an den Folgen eines unerwünschten Ereignisses.

Zudem greift die Diskussion auch deshalb zu kurz, weil immer nur über ein mögliches ärztliches Fehlverhalten gesprochen wird, nicht aber wie in Summe die Zufriedenheit des Patienten erreicht werden kann. Der Ansatz müsste sein, nicht eine Berufsgruppe zu verurteilen und in öffentliche Diskussion zu bringen, sondern einen positiven Ansatz zu wählen und zu fragen, wie kann die Zufriedenheit hergestellt werden. Diesbezüglich gibt es sicherlich genügend Ideen, die auf Ebene der Krankenanstalten umzusetzen wären. Es mag sein, dass sich im ärztlichen Bereich gewisse Personen gegen neue Ideen sträuben, wobei meiner Erfahrung nach es im Interesse aller ist, dass der Patient zufrieden ist.

Ein weiteres Problem im Bereich der Krankenanstalten liegt darin, dass in wenigen Fällen nicht die ärztliche Handlung die Schädigung des Patienten verursacht hat, sondern das bei der Behandlung verwendete Medizinprodukt. Es kann sich um eine Hüftprothese handeln, um einen Defibrillator, um verwendete Metallprodukte zur Stabilisierung oder um Katheter oder sonstige Drainagen. Es kann sein, dass ein Produkt fehlerhaft ist und ein Patient durch Verwendung dieses Produktes zu Schaden kommt. Ansprechpartner im Rahmen einer Schadensbearbeitung ist dann primär nicht das Krankenhaus, sondern der Produkthersteller bzw. jene Firma, die dieses Produkt in Verkehr gebracht hat. Dabei sind nun folgende Grundsätze von Seiten des Krankenhauses und auch des Patienten zu beachten. Sollte es sich um ein Produkt handeln, welches im Rahmen einer Behandlung in den „Körper eingebracht“ wurde, so muss man davon ausgehen, dass der Patient Eigentümer dieses Produktes geworden ist. Ein Versenden dieses Produktes an den Hersteller, um abklären zu lassen, ob dieses fehlerhaft ist, wird ohne Zustimmung des Patienten unzulässig sein. Der Patient wird gut beraten sein, dieses Produkt aus Beweissicherungsgründen nicht aus der Hand zu geben, da über Gutachter geklärt werden muss, ob nun eine Fehlerhaftigkeit des Produktes vorliegt oder aber ob der Schaden anderweitig entstanden ist. Aber auch wenn der Patient nicht Eigentümer geworden ist (Verdacht auf einen fehlerhaften Katheter) wäre das Krankenhaus gut beraten, dieses Produkt nicht dem Hersteller zur Verfügung zu stellen, sondern dieses im Rahmen der Beweissicherung von einem unabhängigen Institut überprüfen zu lassen. Zudem kommt dem Krankenhaus noch die Verpflichtung zu, eine Meldung bei der Firma AGES GmbH, Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH, zu erstatten. Unter Umständen findet dann im Rahmen dieser Prüfung eine Testung des Produktes statt. Schadenersatzrechtlich wird man aber mit dem Unternehmen bzw. dessen Haftpflichtversicherung verhandeln müssen. In der Vergangenheit hat es, bis auf wenige Ausnahmen, immer wieder Schwierigkeiten mit diesen Herstellern gegeben, da diese sich auf den Standpunkt gestellt haben, dass nicht die eigene, im Inland befindliche Firma für das Produkt die Haftung zu übernehmen hat, sondern der Hersteller, der auch außerhalb von Europa sei-

nen Sitz haben kann. Dem Patienten ist es aber meiner Ansicht nach nicht zumutbar, ein aufwendiges Schadenersatzverfahren in den USA oder in einem sonstigen Land in die Wege zu leiten. Auch wenn sich die Patientenanwaltschaft auf den Standpunkt gestellt hat, dass passivlegitimiert, somit klagbar, derjenige ist, der dieses Produkt im Inland in Verkehr gebracht hat, wird man im außergerichtlichen Verfahren, sollte eine ablehnende Haltung der Firma vorliegen, zu keinem Ergebnis kommen. Dann benötigt der geschädigte Patient eine entsprechende Rechtsschutzversicherung, die Kostendeckung für einen allfälligen Prozess gewährt. Diese Vorgehensweise ist aber nicht im Sinne des Patienten, wobei die Patientenanwaltschaft zum heutigen Zeitpunkt keine entsprechende Lösung anbieten kann. Es kann nur versucht werden, vermehrt auf diese Problematik hinzuweisen, um so die betroffenen Unternehmen zur Zusammenarbeit zu bewegen.

## Schiedskommission

Auch zu diesem Thema muss ich wieder die Statistik bemühen. In den letzten Jahren wurden zwar mehrfach Anträge bei der Schiedskommission eingebracht, mangels Einverständnis der gegnerischen Haftpflichtversicherung oder der Krankenanstaltenträger ist es jedoch zu keiner Verhandlung vor der Schiedskommission gekommen. Im Jahre 2008 wurde daraufhin eine Sitzung der Verantwortungsträger einberufen, um zu eruieren, ob man von „Totem Recht“ ausgehen muss oder ob die allseitige Bereitschaft, auch der Krankenhäuser, besteht, Angelegenheiten, die nicht über den Patientenanwalt bereinigt werden können, im Rahmen der Schiedskommission nochmals zu diskutieren. Im Jahre 2008 wurden zwei Fälle über die Schiedskommission verhandelt, wobei ein Fall bereits abgeschlossen werden konnte. Meiner Ansicht nach ist ein faires Ergebnis erzielt worden, wobei es nicht nur um die verhandelte Summe geht, sondern auch darum, dass der Patient psychisch nicht weiterhin belastet wird und doch Schadenersatz für einen erlittenen Schaden erhält. Die Zukunft wird weisen, ob über diese zwei im Jahre 2008 verhandelten Fälle hinaus noch weitere Bearbeitungen über die

Schiedskommission zugelassen werden. Meiner Meinung nach ist im dreiteiligen Beschwerdesystem nach dem Patienten- und Klientenschutzgesetz ein Weg aufgezeigt, den man gehen sollte, bevor es zur Eskalation und weiteren Verfahren (Gericht) kommt. Im Zusammenhang mit einer Deeskalation haben die Verfahren vor der Schiedskommission Sinn gemacht, da im Rahmen einer kontradiktorischen Verhandlung nochmals alle Standpunkte diskutiert werden können. Unter Umständen kann man auch den Patienten nochmals erklären, wieso tatsächlich keine Haftung vorliegt. Sollte man zu einer Einigung gelangen, findet diese aufgrund der geführten Diskussion allseitige Akzeptanz.

Durch vermehrte Inanspruchnahme dieses Verfahrens könnten Lösungen erzielt werden, die für beide Seiten Vorteile bieten.

## Entschädigung

Im Jahre 2007 wurden 63 Entschädigungsanträge eingebracht. Ein Jahr später, somit im Berichtszeitraum 2008, wurden 49 Entschädigungen beantragt und 46 Entschädigungen ausbezahlt. Insgesamt wurde eine Summe von Euro 358.300.- an die Patienten ausgeschüttet, wobei der Großteil der Entschädigungen auf Basis eines Lösungsvorschlages der Schiedskommission des Landes Vorarlberg ausbezahlt wurde.

Auch im Jahre 2008 wurde die Praxis der Auszahlung von Entschädigung von Ärzteseite wieder in Kritik gezogen, da in gewissen Fällen Entschädigungen ausbezahlt worden seien, ohne dass von ärztlicher Seite ein Anhaltspunkt für eine Entschädigung gesehen wurde. Dazu muss nun eingehend Stellung bezogen werden, da nicht nur auf ärztlicher Seite, sondern auch in der Verwaltung teilweise Wissensdefizite im Zusammenhang mit dem Zuspruch einer Entschädigung bestehen dürften.

Betont werden muss, dass Entschädigung nicht Schadenersatz ist. Es muss zwar im Krankenhausbereich ein Schaden verursacht worden sein, gänzlich außer Betracht kann jedoch bleiben, ob dieser im Rahmen eines Behandlungsfehlers entstanden ist, ob

ein Verschulden eines Arztes vorliegt. Eine Entschädigung kann auch dann ausbezahlt werden, wenn sich eine typische Komplikation verwirklicht hat, die nach den Richtlinien in Vorarlberg erheblich ist. Es liegt nun an der Patientenanwaltschaft diese Information an den Patienten weiterzuleiten und zu transportieren, dass durch Ausbezahlung einer Entschädigung nicht automatisch von einem Verschulden des Arztes ausgegangen werden kann. Die Ärzte ihrerseits glauben aber immer, dass durch die Ausbezahlung einer Entschädigung dem Patient suggeriert wird, der Arzt wäre schuld. Sollte die Haftung nicht eindeutig gegeben sein, wird dies gegenüber den Patienten deponiert. Wenn eine Entschädigung wegen einer Komplikation zur Auszahlung kommt, so wird darauf im Gespräch besonders hingewiesen und unmissverständlich deponiert, dass einerseits für eine Komplikation nicht gehaftet wird und andererseits die Auszahlung der Entschädigung nicht von der Schuld oder Nicht-Schuld des Arztes abhängt.

Auf zwei Umstände muss in diesem Zusammenhang noch hingewiesen werden. Es ist kritisch zu hinterfragen, ob man dem Krankenhaus über das Entschädigungsverfahren überhaupt eine entsprechende Information zukommen lassen darf. Dies wäre für die Patientenanwaltschaft der wesentlich leichtere Weg, weil dann keine Kritik seitens der Ärzte deponiert werden kann. Im Sinne der Transparenz erachte ich diese Rückmeldung an die Krankenanstalten für wichtig, da einerseits durch die Auszahlung der Entschädigung auch eine gewisse Zufriedenheit wieder hergestellt wird, andererseits wir die Information seitens des Krankenhauses benötigen, sollte ein Patient dennoch Klage einbringen (wegen Rückforderungsanspruch gegenüber dem Patienten).

Grundsätzlich wird dem Krankenhaus jedoch nicht mehr mitgeteilt, welche Höhe zur Auszahlung gekommen ist, weil die Krankenanstalten keine Parteistellung in diesem Verfahren haben und somit eine Information über die Höhe auch nicht gerechtfertigt ist.

Die Gelder, die als Entschädigungen ausbezahlt werden, sind Patientengelder. Jeder Patient ist Bestandteil dieser Solidarge-

meinschaft, die diesen „Entschädigungsfonds“ speist. Sollte ein Patient aus dieser Solidargemeinschaft zu Schaden gekommen sein, so bezahlt diese Gemeinschaft eine gewisse Entschädigung, um das erlittene Ungemach auszugleichen. Es wäre sinnvoll, wenn nicht nur die Patienten ihre eigenen Schäden selbst ausgleichen, sondern auch der Verursacher oder sonstige potentielle Schädiger in diese Solidargemeinschaft aufgenommen werden. Dann könnte dieser Fonds durch weitere Mittel von den Krankenanstaltenträgern, der Pharmaindustrie, Apotheken, niedergelassene Ärzte, etc. gestärkt werden.

Unter diesen Bedingungen wäre auch der Zugang der im niedergelassenen Bereich behandelten Patienten zu einer Entschädigung möglich. Die heute vorliegende Regelung ist sachlich nicht gerechtfertigt und für die Patienten schwer nachvollziehbar.

Die angedachte Lösung wäre eine Vorstufe einer tatsächlich verschuldensunabhängigen Haftung.

## **Pflegeheimbereich**

Im Jahre 2008 wurde die Vorarlberger Pflegelandschaft durch zwei Ereignisse belastet, die man versucht hat, auch entsprechend aufzuarbeiten.

Einerseits ist es zu einer Brandkatastrophe gekommen, wobei ich hinsichtlich eines allfälligen Nikotinkonsums im Pflegebereich bereits im Jahre 2007 eine Stellungnahme abgegeben habe.

Andererseits wurde eine weit reichende Diskussion auch über gewisse Pflegemissstände in Heimen eines bestimmten Rechtsträgers geführt. Die Patientenanwaltschaft hat in diesem Zusammenhang entsprechend reagiert und dem Land Vorarlberg vorgeschlagen, dass man an neutraler Stelle Sprechstunden anbietet, um nicht nur den Angehörigen oder Vertrauenspersonen, sondern auch dem Pflegepersonal die Möglichkeit zu geben, vorzusprechen, wobei garantiert wurde, dass, wenn gewünscht, diese Beschwerden auch anonym behandelt werden. Es wurden an 5 Standorten Sprechtage angeboten, wobei ursprünglich geplant gewesen ist, zumindest 3 Zyklen durchzuführen. Bei den ersten 3 Sprechtagen konnten zumindest einige Vorsprechende



gezählt werden, bei den nachfolgenden Möglichkeiten der Kontaktaufnahme konnten leider keine weiteren Vorschläge verzeichnet werden, so dass die dritte Runde an Sprechtagen abgesagt werden musste (mangels Bedarf).

In letzter Zeit wird gefordert, dass man einen Expertenbeirat benötigt, der sich den Pflegeproblemen annimmt. Ich erachte diesen Vorschlag als nicht Ziel führend, da es über die Patienten-anwaltschaft bereits die Möglichkeit gibt, konkrete Beschwerden zu deponieren und ein Prüfungsverfahren in Gang zu setzen. Da auch seitens der Patienten-anwaltschaft angeboten wird, dass bei jedem konkreten Vorbringen sofort Kontakt mit der betroffenen Person im Heim aufgenommen wird, ist ein Zugang zur Patienten-anwaltschaft für jeden möglich. Die Einführung eines neuen Expertengremiums bedeutet nicht, dass mehr Beschwerden bzw. mögliche Unzufriedenheiten eher deponiert werden. Die Gründe, wieso keine Kontaktaufnahme erfolgt, liegen meiner Meinung nach in einem anderen Bereich. Immer wieder höre ich, dass seitens der Angehörigen und Bewohner Ängste vorhanden sind, die sie hindern, konkrete Beschwerden zu deponieren. Es muss somit nicht an der Zugänglichkeit an eine Beschwerdeinstitution gearbeitet werden, sondern daran, dass mit einer Beschwerdeführung keine Repressalie verbunden ist. Erst dann wird eine „Beschwerdeinstitution“ angenommen.

Umso wichtiger ist es, dass man auf Ebene der gesetzlich eingerichteten Beschwerdestellen evaluiert, wie viele konkrete Beschwerden vorgebracht werden, wie diese bearbeitet werden und ob es nicht sinnvoll wäre, bei konkreten Beschwerden einen externen Mediator beizuziehen.

Ein Bereich liegt mir aber besonders am Herzen, weil dieser bisher von keiner Seite aus „offen“ diskutiert wird. Schon öfters wurde bei der Patienten-anwaltschaft vorgebracht, dass bei Bewohnern, die kurzfristig in einer stationären Einrichtung (Akutspital) behandelt werden mussten, Hautschädigungen (Dekubiti) festgestellt worden sind. Auf Nachfrage, ob dem Bewohner ein Prüfungsverfahren über die Patienten-anwaltschaft angeboten wurde, herrscht betretenes Schweigen. Es wird dann seitens des Heimes mühsam versucht, die Haut durch pflegerische Maßnah-

men wieder zu sanieren, wobei diese mit einem erhöhten Pflegeaufwand und somit Kosten verbunden sind. Meines Erachtens nach gehört jede Situation, bei der ein Patient zu Schaden gekommen ist, einer Überprüfung zugeführt, insbesondere ob dies möglicherweise zu verhindern gewesen wäre. Für mich ist nicht verständlich und nachvollziehbar, dass man den Patienten nicht über die Möglichkeiten der externen Prüfung aufklärt.

## Niedergelassener Ärztebereich

Die Zuständigkeit war zuerst nur auf Basis eines Pilotprojektes gegeben. Der Vertrag zwischen der Vorarlberger Ärztekammer und der Patientenanwaltschaft konnte jedoch verlängert werden, weil das Land Vorarlberg eine Zusicherung hinsichtlich der finanziellen Abdeckung gegeben hat. Somit war und ist der Patientenanwalt für Beschwerden im niedergelassenen Bereich aufgrund vertraglicher Regelung zuständig, wobei betont werden muss, dass ausschließlich Schadensfälle bearbeitet werden. Zwischenzeitlich sind diesem Kooperationsvertrag 206 Ärzte beigetreten, so dass jene Patienten, die bei diesen Ärzten in Behandlung waren, im Falle eines unerwarteten Ereignisses eine außergerichtliche Prüfung durchführen lassen konnten. Jene Patienten, die bei Ärzten in Behandlung waren, die diesen Kooperationsvertrag nicht unterschrieben haben, haben grundsätzlich ebenso die Möglichkeit, da jeder Arzt nochmals gefragt wird, ob er nachträglich diesem Kooperationsvertrag noch beitreten möchte.

Aus der Statistik kann man entnehmen, dass 18 Patienten gegen niedergelassene Ärzte Beschwerden vorgebracht haben. Wie sich nach Abschluss der Verfahren gezeigt hat, war nur in einem geringen Bereich von einem vorwerfbaren Verhalten auszugehen. Es kann in Anbetracht der Beschwerdehäufigkeit und der erzielten Ergebnisse davon ausgegangen werden, dass die Qualität im niedergelassenen Bereich sehr gut ist und meistens ein Schadensfall nur dadurch entsteht, dass mehrere unglückliche Umstände miteinander verkettet sind.

Zudem darf erwähnt werden, dass die Kooperation mit den betroffenen Ärzten sehr gut ist und alle Parteien, auch die involvierten Ärzte, an einer objektiven Lösung interessiert sind. Diese Kooperationsbereitschaft hat meiner Ansicht nach Vorbildwirkung.

## Patientenverfügungen

Im Jahr 2008 wurden bei der Patientenanwaltschaft Vorarlberg 28 verbindliche und eine beachtliche Patientenverfügung errichtet. Zudem wurden wiederum zahlreiche telefonische und persönliche Informations- und Beratungsgespräche geführt, Unterlagen an interessierte Patienten versandt und mehrere Vorträge zum Thema Selbstbestimmungsrecht und Patientenverfügung gehalten. Österreichweit wurden im Jahr 2008 bei den Patientenanwaltschaften bzw. Patientenvertretungen insgesamt 493 verbindliche Patientenverfügungen errichtet, im Jahr 2007 waren es noch 744. Seit Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes am 1.6.2006 wurden bis zum 31.12.2008 bei den Patientenanwaltschaften bzw. Patientenvertretungen Österreichs insgesamt 1480 verbindliche Patientenverfügungen errichtet. Bei den österreichischen Notaren wurden seit Inkrafttreten des Gesetzes 2080 verbindliche und beachtliche, bei den österreichischen Rechtsanwälten 1140 verbindliche Patientenverfügungen registriert. Die Zahl der verbindlichen Verfügungen dürfte österreichweit somit ungefähr zwischen 4000-5000 liegen, wobei anzumerken bleibt, dass bei den Notaren verbindliche und beachtliche Patientenverfügungen seit 1.7.2007, bei den Rechtsanwälten seit August 2006 registriert werden können. Die Registrierung ist jedoch nicht konstitutiv für das Zustandekommen einer beachtlichen oder verbindlichen Patientenverfügung.

Die Vorarlberger Hospizbewegung hat uns mitgeteilt, dass sie im Jahr 2008 ca. 1500 Patientenverfügungsformulare an interessierte Personen und Organisationen versendet hat. Ob dann tatsächlich eine, wenn auch nur beachtliche Patientenverfügung errichtet wurde, kann natürlich nicht überprüft werden.

Dennoch steht eine schwindende Anzahl von verbindlichen Patientenverfügungen bei den Patientenanwaltschaften bzw. Patientenvertretungen einer relativ hohen Anzahl an ausgefolgten Patientenverfügungs-Errichtungsformularen gegenüber.

Man könnte sich daher die Frage stellen, ob eine beachtliche Patientenverfügung „attraktiver“ ist als eine verbindliche. Für die Errichtung einer beachtlichen Patientenverfügung müssen keine Formvorschriften eingehalten werden. Der Patient findet das Auslangen mit der Formulierung der Behandlungsablehnung. Kosten fallen keine an. Seitens der Patientenanwaltschaft wird auch in diesem Fall ein Arztgespräch empfohlen, wobei dieses Gespräch bzw. Aufklärung im Gegensatz zur verbindlichen Patientenverfügung nicht Wirksamkeitsvoraussetzung für das Zustandekommen ist. Man könnte nunmehr aufgrund der Datenlage darlegen, dass eine Patientenverfügung sowieso „nichts bringt“, was die kolportierte Meinung so mancher Hausärzte ist. Im Gegensatz dazu haben die Kollegen aus dem Fach der Intensivmedizin oder Krankenhausträger tendenziell eine andere Meinung. Tatsächlich ist eine Patientenverfügung nicht nur ein Ausdruck des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten, sondern laut Studien auch ein nicht zu unterschätzender Kosten(dämpfungsfaktor vor allem in der Intensivmedizin. Sicherlich wollen Patienten mit ihrer beachtlichen Verfügung dem Arzt eine Entscheidungsrichtung vorgeben, diesen aber nicht völlig binden. Dies ist sinnvoll für Menschen, die (noch) nicht an einer (schweren) Erkrankung leiden und noch keine sehr konkreten Erfahrungen mit einer Erkrankung oder einem „Leidensweg“ haben. Hier bietet sich die Errichtung einer beachtlichen Verfügung an.

Hauptverantwortlich für die geringe Zahl und den derzeit zu beobachtenden Rückgang verbindlicher Verfügungen ist jedoch meiner Meinung nach nicht die „Attraktivität“ der beachtlichen, sondern die relativ strengen Formerfordernisse bei der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung sowie die damit verbundenen Kosten. Für eine verbindliche Patientenverfügung ist nebst der ärztlichen Aufklärung auch noch die Beglaubigung durch einen Notar, Rechtsanwalt oder einen rechtskundigen Mitarbeiter eine Patientenanwaltschaft- oder Vertretung not-

wendig. Honorare sind hierfür grundsätzlich sowohl beim Arzt als auch Notar oder Rechtsanwalt zu entrichten. Die Beglaubigung bei der Patientenanwaltschaft Vorarlberg ist kostenlos. Auch viele Ärzte verzichten auf die Einhebung eines Honorars. Dennoch ist die Kostenfrage zentral, zumal diese Kosten – wenn sie anfallen – beträchtlich sein können.

Die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung ist also mit einem erhöhten organisatorischen Aufwand verbunden. Für viele Menschen mag die Regelung als zu kompliziert und abschreckend wirken. In anderen europäischen Ländern (Deutschland, Schweiz) bestehen keine Formvorschriften für das gültige Erstellen einer Patientenverfügung. Diese kann sowohl mündlich als auch schriftlich errichtet werden. Für das Errichten einer verbindlichen Patientenverfügung wird allerdings in den meisten europäischen Staaten, wie auch in Österreich, die Schriftform verlangt. Verpflichtende Rechtsberatung und eine Aufklärung über die Folgen der Patientenverfügung sind lediglich in Österreich und Ungarn erforderlich. Handelt es sich bei den Bestimmungen zur Errichtung einer verbindlichen Verfügung also um einen starren Formalismus?

Meiner Meinung nach nicht. Zweifelsohne sind die Errichtungserfordernisse für verbindliche Verfügungen in Österreich relativ streng. Aufgrund der Erfahrung in der Praxis ist dies auch gut so. Immerhin handelt es sich bei einer Patientenverfügung um eine im wahrsten Sinne des Wortes zentrale Frage des Lebens und Sterbens, weshalb man besondere Vorsicht walten lassen muss. Eine Absicherung, die sowohl für den Patienten als auch für den Arzt Vorteile hat. Wie aussagekräftig soll beispielsweise die Verfügung „Ich möchte nicht an Schläuchen hängen“ sein? Worauf bezieht sich diese Ablehnung? Auf eine terminale Erkrankung, einen Unfall mit oder ohne Aussicht auf Wiedererlangung der Gesundheit? Was versteht der Verfügende unter dem Begriff „Gesundheit“? Ist auch eine geringe Pflegebedürftigkeit noch davon erfasst? Situationen auf Intensivstationen sind in der Regel komplex und nicht wirklich vorhersehbar. Eine präzise formulierte Patientenverfügung hilft Entscheidungen im Sinne des Patienten zu treffen. Exakte Formulierung und

volle Informiertheit sind oftmals nur nach einem ausführlichen ärztlichen Gespräch und oftmals auch erst nach einer ausführlichen Rechtsberatung gewährleistet. Woher soll ein Patient beispielsweise wissen, dass er seine schriftliche Patientenverfügung formlos und jederzeit - auch bei fehlender Einsichts- und Urteilsfähigkeit - widerrufen kann? Was für die Aufklärung und Einwilligung in eine medizinische Behandlung gilt, muss auch für die (verbindliche) Patientenverfügung gelten: Es kann nur eine medizinische Maßnahme abgelehnt werden, wenn der einsichts- und urteilsfähige Patient sich über die Folgen dieser Ablehnung im Klaren ist. Diese „Klarheit“ erlangt er in der Regel durch das Aufklärungsgespräch.

Wie im letzten Jahresbericht muss festgehalten werden, dass von der Patientenanwaltschaft Vorarlberg nach wie vor ein zentrales bundesweites Register zur Erfassung und Abrufung von Patientenverfügungen gefordert wird.

### **Bericht gemäß § 13 Absatz 4 des Antidiskriminierungsgesetzes**

Im Sinne des Antidiskriminierungsgesetzes hat man eine Antidiskriminierungsstelle eingerichtet, die die betroffenen Personen zu beraten haben. Weiters sollen Untersuchungen, insbesondere Überprüfungen zu behaupteten Verletzungen des Diskriminierungsverbotes durchgeführt werden.

Nach § 13 Absatz 4 hat der Patientenanwalt über die Tätigkeit als Antidiskriminierungsstelle Bericht zu erstatten. Dazu muss ausgeführt werden, dass im Jahre 2008 kein Fall von Diskriminierung an den Patientenanwalt herangetragen worden ist.

Mangels eines konkreten Falles kann auch kein entsprechender Bericht darüber verfasst werden.

## Veranstaltungen

**Patientenverfügung** - 27.3.08, Sozialzentrum Bregenz

**Seminar Schadenersatzrecht** - 4.4.08, ARS Wien

**ARGE Tagung** - 09.04. - 11.04.08, Wien

**Seminar Verfahren - Ethikkommission** - 28.4.08, LKH Feldkirch

**Medizinischer Masseur** - 13.5., 21.5.08, Wifi Bludenz

**Patientenverfügung** - 3.6.08, Volkshilfe Vorarlberg, Bregenz

**Europäischer Medizinrechtstag** - 26.9.08, Gesellschaft für  
Medizinrecht, Salzburg

**Vorsorgevollmacht, Angehörigenvertretung** - 30.10.08, Sozial-  
zentrum Bregenz

**ARGE Tagung** - 06.11. - 07.11.08, Innsbruck

**Seminar Datenschutz** - 10.11.08, Schloss Hofen, Bregenz

**Patientenverfügung** - 13.11.08, Gewerkschaft Metall, Bregenz

**Patientenverfügung** - 20.11.08, Bregenz

**Dokumentation und Aufklärung in der Pflege** - 27.11.08,  
Bregenz

**Österreichische Medizinrechtstage** - 11.12., 12.12.08,  
Gesellschaft für Medizinrecht, Linz

# Statistik

## Aufteilung der Anfragen auf die Institutionen in absoluten Zahlen

Krankenanstalten 290



Pflegeheime 15



Entschädigung 49



Ambulatorien 13



Ärzte 18



Sonstige 0

## geschlechtsspezifische Aufteilung der Geschäftsfälle

weiblich 218



männlich 167



## Übersicht der Vorsprachen (Erstkontakt) und Interventionen 2008

Persönlich 385



Brieflich 37



Telefonisch 9



Mail 12



Fax 2





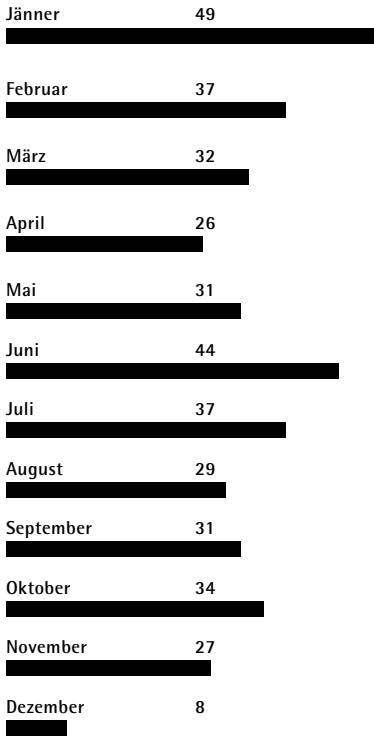
### Erledigungsdauer

Erledigung innerhalb einer Woche	32
Erledigung innerhalb eines Monats	28
Erledigung innerhalb eines Vierteljahres	64
Erledigung innerhalb eines Halbjahres	103
Erledigung innerhalb eines Jahres	32
Erledigung über ein Jahr	136

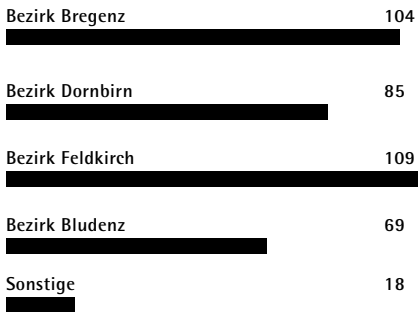
### Altersmäßige Verteilung der Beschwerdeführer in %

00 - 09	3 %
10 - 19	6 %
20 - 29	9 %
30 - 39	11 %
40 - 49	21 %
50 - 59	19 %
60 - 69	18 %
70 - 79	10 %
über 80	3 %

### Fallanzahl pro Monat



### Verteilung der beschwerdeführenden Parteien auf Bezirke



### Erfolgsstatistik

Fälle bearbeitet	652
Fälle erledigt	391
Fälle ohne KH-Akten	23
Fälle ohne Anhaltspunkt nach erster Prüfung	120

Von den verbleibenden 248 Schadensfällen, bei welchen eine tiefere Prüfung durchgeführt wurden, konnten an 83 Patienten ein/e Schadenersatz/Entschädigung ausbezahlt werden. Die Erfolgsquote liegt somit bei 33,47 %.

Schadenersatz über Versicherung	37
Schadenersatz über Schiedskommission	0
Entschädigung über Patientenanwalt	28
Entschädigung über Schiedskommission	18

Im Jahre 20087 wurde ein Gesamtbetrag in der Höhe von Euro 712.703,91 an die Patienten ausbezahlt.

### Zahlenmäßige Entwicklung der Geschäftsfälle

Anzahl Neuansprüche im Kalenderjahr	offene Geschäftsfälle aus dem Vorjahr	Summe
--	--	-------

185 im Jahr 2000	0	185
211 im Jahr 2001	95	306
184 im Jahr 2002	136	319
249 im Jahr 2003	139	388
272 im Jahr 2004	132	404
285 im Jahr 2005	174	459
370 im Jahr 2006	211	581
375 im Jahr 2007	276	651
385 im Jahr 2008	267	652
Jahr 2009	261	

### Besuch auf der Homepage (unterschiedliche Besucher /Unique Visits)

#### Unterschiedliche Besucher

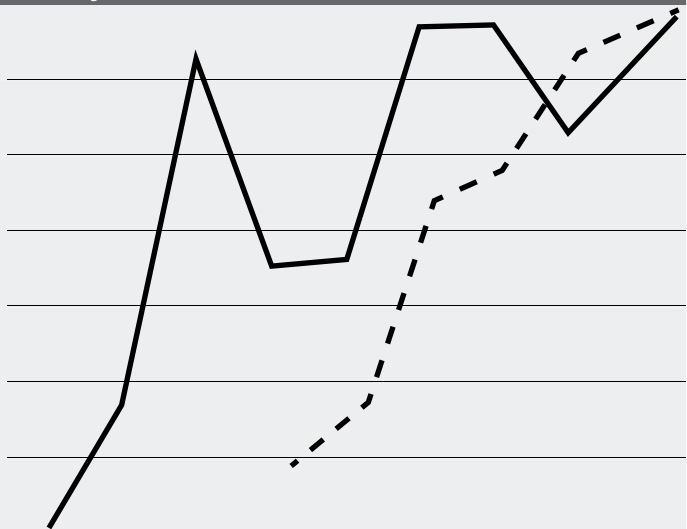
295 255 360 268 294 367 385 314 320 382 374 301

#### Anzahl der Besuche

408 352 496 392 423 488 550 441 522 635 583 463  
 Jän. Feb. März April Mai Juni Juli Aug. Sept. Okt. Nov. Dez.

Im Jahr 2008 wurde die Homepage der Patientenanwaltschaft ([www.patientenanwalt-vbg.at](http://www.patientenanwalt-vbg.at)) von 3915 unterschiedlichen Besuchern in Anspruch genommen. Die Besucher haben 5753 Mal auf die Homepage zugegriffen. Es zeigt doch deutlich, dass dieses Medium immer mehr genutzt wird. Die Patientenanwaltschaft hat sich aus diesem Grund auch entschlossen, die Homepage benutzerfreundlicher und übersichtlicher zu gestalten, wobei mit einer Fertigstellung Ende 2009 zu rechnen sein wird.

### Auszahlungen



#### Schadenersatz

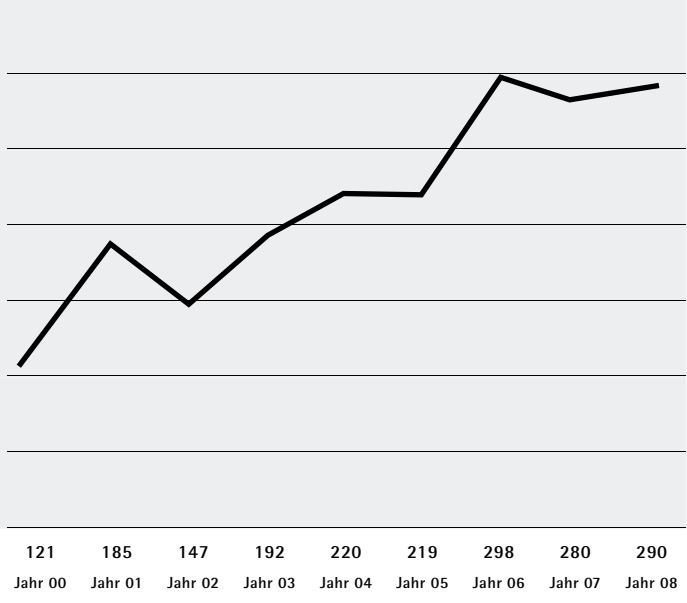
16.714 98.658 325.795 189.582 194.650 345.808 348.454 268.045 354.403

#### Entschädigung

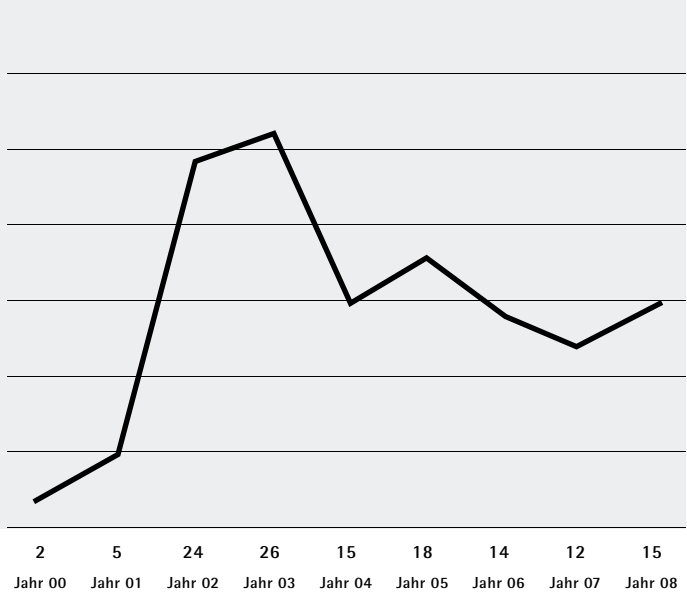
0 0 0 65.500 101.200 232.000 254.925 326.030 358.300  
 Jahr 00 Jahr 01 Jahr 02 Jahr 03 Jahr 04 Jahr 05 Jahr 06 Jahr 07 Jahr 08

Statistik

Verlauf Beschwerdefälle Krankenhaus



Verlauf Beschwerdefälle Pflegeheime



Statistik

## Rechtlicher Kommentar

Im Jahr 2008 wurde die Patientenanwaltschaft von der Beschwerdestelle des LKH Feldkirch um Stellungnahme bezüglich der Anfrage ersucht, ob von Chirurgen ohne medizinische Indikation auf Ersuchen der Polizei diagnostische und/oder invasive (endoskopische Bergung von Suchtgift) Maßnahmen durchzuführen seien, unter Umständen auch gegen den Willen des Patienten, ob Beamte bei diesen Maßnahmen dabei sein dürfen, wem die Suchtmittel zu übergeben seien, wie es sich mit der Schweigepflicht verhalte und ob der Betroffene Schadenersatzansprüche erheben könnte.

Diesbezüglich wurde seitens der Sicherheitsdirektion für das Bundesland Vorarlberg eine Stellungnahme übermittelt, auch von der Ärztekammer wurde eine solche abgegeben, wobei beide darauf verwiesen haben, dass es keine Verpflichtung der Ärzte zur Durchführung von Untersuchungen bzw. Eingriffen an Beschuldigten gebe, jedoch die Ärztekammer auf mögliche dienstrechtliche Regelungen verweist. Auf Nachfrage wurde uns mitgeteilt, dass einschlägige dienstrechtliche Regelungen fehlten.

**Die Patientenanwaltschaft hielt diesbezüglich Folgendes fest:**

Vorab wird unsererseits angemerkt, dass wir die Meinung vertreten, dass es keine Verpflichtung für Ärzte gibt, eine auch straffällig gewordene Person ohne Indikation bzw. gegen den Willen untersuchen oder „operieren“ zu müssen, um Beweise zu erlangen oder Beweisstücke sicherzustellen. Im Gegenteil, wir sind der Meinung, dass es nach der Strafprozessordnung gar nicht zulässig ist, einen endoskopischen Eingriff aus Beweisgründen vorzunehmen, da es sich hier um einen Eingriff handelt, der eine Gesundheitsschädigung von über 3 Tagen bewirken könnte (§ 123 Abs 4 Strafprozessordnung). Somit ist ein derartiger Eingriff grundsätzlich unzulässig und kann auch nicht von der Staatsanwaltschaft bzw. dem Strafgericht „angeordnet“ werden. Andere Eingriffe dürfen (müssen aber nicht) durch den Arzt vorgenommen werden, wenn die zu untersuchende Person nach

vorheriger Aufklärung über die möglichen Folgen ausdrücklich zustimmt. Geringfügige Eingriffe bzw. Blutabnahmen dürfen unter bestimmten Umständen vorgenommen werden.

Sofern eine Person aufgrund der Annahme der Verbergung von Suchtgiften im Körper festgenommen wird, kann die betroffene Person im Rahmen des Suchtmittelgesetzes zur Abwendung einer weiteren Anhaltung eine körperliche Untersuchung mit geeigneten bildgebenden Verfahren „verlangen“. In diesem Falle sind bildgebende Verfahren im geringstmöglichen für die Untersuchung notwendigen Maße durch den Arzt anzuwenden. Auch hier besteht keine Untersuchungspflicht für den Arzt.

Schlussendlich ist in § 40 des Sicherheitspolizeigesetzes die „Durchsuchung von Menschen“ geregelt. Diese kann nach Abs 4 leg cit auch die Durchsuchung von Körperöffnungen erfassen, allerdings lediglich zur Abwehr und Vorbeugung gefährlicher Angriffe und nicht zur Beweissicherung für ein Strafverfahren. Auch in diesem Fall ist ein Arzt zu betrauen, der jedoch auch in dieser Konstellation nicht gezwungen werden kann, einen derartigen „Eingriff“ vorzunehmen.

Sollte ein Arzt die beschriebenen Untersuchungen/Eingriffe vornehmen, stellen sich einige haftungsrechtliche Fragen, die unserer Meinung nach abzuklären sind. Sieht man davon ab, dass eine Untersuchung oder ein Eingriff gegen den Willen des Patienten nur mit Narkotisierung möglich ist (welche ebenfalls einen „Eingriff“ darstellt, der erhebliche Gefahren in sich birgt) und dies auch „technisch“ schwierig ist, so ergeben sich für den Arzt doch haftungsrechtliche Konsequenzen. Bei Nichtvorliegen einer Einwilligung des Betroffenen liegt strafrechtlich eine eigenmächtige Heilbehandlung vor, weil das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen verletzt wurde. Der Arzt macht sich also strafbar. Zivilrechtlich liegt aufgrund der fehlenden Einwilligung kein Behandlungsvertrag vor. Es fehlt somit die Rechtsgrundlage für einen medizinischen Eingriff, der Arzt haftet womöglich persönlich für einen eingetretenen Schaden (deliktische Haftung). Bei Vorliegen der Einwilligung ist jedenfalls genauestens aufzuklären.

Betreffend das Beiwohnen bei Untersuchungen/Eingriffen ist es unserer Meinung nach unter Beachtung der einschlägigen verfassungsrechtlichen und persönlichkeitsrechtlichen Vorgaben nicht zulässig, dass Beamte bei derartigen Untersuchungen/Eingriffen anwesend sind. Ein derartiges Vorgehen erscheint weder verhältnismäßig noch lässt sich eine gesetzliche Grundlage, auf die sich Beamte stützen könnten, erblicken. Es muss unserer Meinung nach mit der Bekanntgabe der Befunde bzw. der Übergabe der Beweisstücke nach der Untersuchung das Auslangen gefunden werden, wenn die Untersuchung oder der Eingriff zulässig ist, von der zuständigen Stelle „verlangt“ wurde und der Arzt sich bereit erklärt die Untersuchung vorzunehmen.

Wir ersuchen nunmehr in Ergänzung und Konkretisierung der Stellungnahme der Sicherheitsdirektion Vorarlberg noch um die Einholung einer Stellungnahme von der Staatsanwaltschaft.

**Unserer Meinung nach wären folgende Fragen zu klären:**

- Sind endoskopische Eingriffe aufgrund des nicht unbeträchtlichen Risikopotentials (Darmperforation, Peritonitis, Tod) nach der StPO überhaupt zulässig? Wenn ja, sind diese gegen den Willen des Verdächtigen zulässig? Wenn ja, unter welchen Kautelen?
- Müssen Ärzte von der Kriminalpolizei oder der Staatsanwaltschaft angeordnete Untersuchungen vornehmen?
- Ist es Polizeibeamten gestattet, Untersuchungen und Eingriffen beizuwohnen? Wenn ja, aufgrund welcher gesetzlichen Bestimmung?
- Ist es ausreichend, wenn den Beamten das Untersuchungsergebnis mitgeteilt wird bzw. die Beweisstücke übergeben werden?
- Wer haftet für einen eingetretenen Schaden aufgrund einer Behandlung mit Einverständnis des Betroffenen bzw. gegen den Willen des Betroffenen im Auftrag der Kriminalpolizei,



des Staatsanwaltes? Haftet die Republik Österreich oder der Arzt persönlich bzw. die Krankenanstalt? Macht sich die Ärztin wegen eigenmächtiger Heilbehandlung strafbar, wenn sie im Auftrag aber gegen den Willen des Betroffenen (be) handelt?

**Die Stellungnahme der Staatsanwaltschaft an die Beschwerdestelle des LKH Feldkirch lautete folgendermaßen:**

Mit dem Strafprozessreformgesetz BGBl 19/2004, das mit 1.1.2008 in Kraft getreten ist, wurden bislang unregelte rechtliche „Grauzonen“, worunter auch der gesamte Bereich der körperlichen Untersuchungen zu Beweis Zwecken in einem gerichtlichen Strafverfahren fiel, nunmehr gesetzlich erfasst und explizit geregelt.

Nach der maßgeblichen Bestimmung des § 123 StPO ist unter bestimmten Voraussetzungen zu Ermittlungszwecken auch eine körperliche Untersuchung zulässig. Diese ist grundsätzlich von der Staatsanwaltschaft auf Grund einer gerichtlichen Bewilligung anzuordnen. Bei Gefahr im Verzug kann die Untersuchung auch bloß auf Grund einer Anordnung der Staatsanwaltschaft durchgeführt werden. Der Kriminalpolizei steht in diesem Zusammenhang keine eigene Befugnis zu.

§ 123 StPO legt aber auch die Grenzen dieser Beweisführung fest: Unzulässig sind alle operativen Eingriffe und alle Eingriffe, die eine Gesundheitsschädigung von mehr als dreitägiger Dauer bewirken können. Alle übrigen Eingriffe dürfen jedenfalls mit Zustimmung des Betroffenen vorgenommen werden. Neu ist, dass nunmehr unter bestimmten Voraussetzungen die körperliche Integrität auch gegen den Willen des Beschuldigten verletzt werden darf, allerdings nur zur Blutabnahme und zu anderen vergleichbar geringfügigen Eingriffen, bei denen der Eintritt von anderen als bloß unbedeutenden Folgen ausgeschlossen ist.

Das Gesetz schreibt vor, dass jede körperliche Untersuchung von einem Arzt vorzunehmen ist (§ 123 Abs 5 StPO).

Vorgelagert sämtlichen Ermittlungsmaßnahmen ist die Bestimmung des § 5 StPO, welche die Verpflichtung zur Verhältnismäßigkeit normiert. Danach muss jede bewirkte Rechtsgutbeeinträchtigung in einem angemessenen Verhältnis zum Gewicht der Straftat, zum Grad des Verdachtes und zum angestrebten Erfolg stehen. Vor diesem Hintergrund lassen sich die aufgeworfenen Fragen wie folgt beantworten, wobei hinzugefügt werden muss, dass zu diesem Thema noch keine gerichtlichen Entscheidungen vorliegen und auch sonst praktische Erfahrungen weitgehend noch fehlen:

Im Einzelnen:

Sind endoskopische Eingriffe aufgrund des nicht unbeträchtlichen Risikopotentials nach der StPO überhaupt zulässig?

Diese Frage kann pauschal nicht beantwortet werden. Wenn die entsprechende Anordnung dem Verhältnismäßigkeitsprinzip entspricht und das Risiko einer mehr als 3-tägigen Gesundheitsschädigung allenfalls nach einem vorweg durchgeführten Gespräch mit dem Arzt (durch Polizei oder Staatsanwaltschaft) negiert werden kann, steht einer entsprechenden Verfügung sicher nichts im Wege. Bei der Entscheidungsfindung wird in der Praxis sicher die Bereitschaft des Betroffenen, diesen Eingriff zu dulden, eine nicht unwesentliche Rolle spielen. Das Verletzungsrisiko wird unter Umständen zu groß sein, wenn sich der Betroffene gegen einen endoskopischen Eingriff wehrt.

Sollte der Arzt Bedenken haben, eine Gesundheitsschädigung von mehr als 3 Tagen zu bewirken, ist Rücksprache mit dem zuständigen Staatsanwalt zu halten. Wenn der Arzt plausibel erklärt, warum eine Gesundheitsschädigung von mehr als 3 Tagen befürchtet bzw. andere als bloß unbedeutende Folgen bei körperlichen Untersuchungen gegen den Willen des Beschuldigten nicht ausschließen kann, wird die Anordnung widerrufen werden. Der Arzt kann (auch) von der Staatsanwaltschaft nicht gezwungen werden, einen seiner Überzeugung nach unzulässigen Eingriff vorzunehmen.

Müssen Ärzte die von der Staatsanwaltschaft angeordneten

Untersuchungen überhaupt vornehmen?

In der Strafprozessordnung findet sich zu dieser Frage keine Antwort. Allgemein ist aber zu sagen, dass den einschlägigen medizinrechtlichen Bestimmungen weder ein Behandlungszwang (etwa bei Aufnahme und Behandlung gegen des Willen des Patienten nach dem Unterbringungsgesetz) noch eine Behandlung ohne Behandlungsvertrag (z.B. bei Bewusstlosen) grundsätzlich fremd ist. Trotzdem kann eine konkrete Mitwirkungspflicht durch den Behandler im Rahmen eines justiziellen Ermittlungsverfahrens – soweit überblickbar – nirgends explizit abgeleitet werden.

Eine dem § 5 Abs 4a, 5 und 6 der StVO entsprechende Regelung, nach der u.a. auch ein bei einer öffentlichen Krankenanstalt diensthabender Arzt zu dort beschriebenen Untersuchungshandlungen (Blutabnahme) verpflichtet ist, fehlt. Allerdings gibt diese Bestimmung eine Richtung vor, die eine analoge Anwendung nahelegt. Wenn der Gesetzgeber verlangt, dass nunmehr Ärzte, die entweder im öffentlichen Sanitätsdienst stehen, bei der Bundespolizeibehörde oder bei einer öffentlichen Krankenanstalt diensthabend sind, verpflichtet sind, an den gewünschten Untersuchungen zur Klärung der Fahrtauglichkeit von Personen, die durch Organe der Straßenaufsicht vorgeführt werden, mitzuwirken, kann im engen Segment der Beweissicherung in einem justiziellen Strafverfahren nichts anderes gelten, zumal Art und Umfang der in Frage kommenden Eingriffe weitgehend ähnlich gelagert sind. Losgelöst davon können Ärzte, die sich der Justiz gegenüber als Sachverständige zur Verfügung gestellt haben, jedenfalls zu solchen körperlichen Untersuchungshandlungen herangezogen werden, weil diese Tätigkeit einen Akt der Befundaufnahme darstellt.

Ist es Polizeibeamten gestattet, Untersuchungen und Eingriffen beizuwohnen?

Wenn es für ihr Ermittlungsarbeit notwendig ist – die Entscheidung darüber obliegt der Kriminalpolizei selber – hat der Beamte gestützt auf seine Ermittlungsbefugnis nach der Strafprozess-

ordnung (§§ 91ff StPO) an Untersuchungshandlungen beim Betroffenen durch den Arzt beizuwohnen. Ob dies im Einzelnen tatsächlich notwendig ist, muss fallbezogen unter Bedachtnahme auf das Verhältnismäßigkeitsprinzip geklärt werden. Wenn der Betroffene mit der Anwesenheit des Polizisten nicht einverstanden ist, kann gegen seinen Willen ohnehin nur in den eingeschränkten Fällen des § 123 Abs 4 StPO eine körperliche Untersuchung durchgeführt werden. Darüber hinaus steht dem Betroffenen ein Einspruchsrecht zu, wenn er vermeint, in seinen Rechten beeinträchtigt worden zu sein. Diesem Rechtsbehelf kommt allerdings keine aufschiebende Wirkung zu.

Ist es ausreichend, wenn den Beamten das Untersuchungsergebnis mitgeteilt wird bzw. die Beweisstücke übergeben werden?

Die Kriminalpolizei hat umfassende Beweissicherungskompetenzen und ist daher in allen Fällen berechtigt, Untersuchungsergebnisse und Beweisstücke in Empfang zu nehmen. Ob es im Einzelfall ausreichend ist, der Polizei lediglich Untersuchungsergebnisse und Beweisstücke in die Hand zu geben, soll damit aber nicht zum Ausdruck gebracht werden.

Wer haftet für einen eingetretenen Schaden aufgrund einer angeordneten körperlichen Untersuchung?

Der Arzt der einen körperlichen Eingriff nach § 123 StPO vornimmt, ist – sofern der Eingriff lege artis durchgeführt worden ist – in jedem Fall durch die staatsanwaltschaftliche Anordnung rechtlich gedeckt. Der Betroffene muss im Beschwerdefall den justiziellen Rechtsweg beschreiten. Ist die Anordnung rechtens verfügt worden, hat der Betroffene einen allfällig erlittenen Schaden durch einen lege artis vorgenommenen körperlichen Eingriff selber zu tragen. Wird die staatsanwaltschaftliche Anordnung durch das Gericht für rechtswidrig erklärt, stehen dem Betroffenen gegebenenfalls Amtshaftungsansprüche zu. Der Arzt bzw. das Krankenhaus ist davon nicht weiter tangiert. Der Arzt wird – vergleichbar mit einem Schlosser, der zur staatsanwaltschaftlich angeordneten Hausdurchsuchung beigezogen wird und die Türverriegelung aufbricht – lediglich

als Hilfskraft für die Organe der Justiz bei der Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben tätig. Genausowenig wie der sachkundig tätig gewesene Schlosser für den Türschaden aufkommen muss, läuft der lege artis agierende Arzt bzw. das Krankenhaus Gefahr, haftungsmäßig durch den Betroffenen in Anspruch genommen werden zu können.

Von Seiten der **Patientenanwaltschaft** darf hierzu angemerkt werden, dass es abzuwarten bleibt, welche Judikaturlinie sich zu § 123 Strafprozessordnung entwickeln wird. Dabei wird insbesondere von Interesse sein, wo die Grenze der 3-tägigen Gesundheitsschädigung (ein endoskopischer Eingriff birgt ein Risikopotential von über 3 Tagen Gesundheitsschädigung) von den Gerichten gezogen wird und ob die Regelung tatsächlich praxistauglich ist.

Die Antwort auf die Frage, ob Ärzte zu einer „Behandlung“ gegen den Willen des Beschuldigten angehalten werden können, ist ebenfalls von großem Interesse. Die Berufung auf die Straßenverkehrsordnung und eine analoge Anwendung der dort vorgeschriebenen Mitwirkungspflicht von Ärzten vermag hier nicht vollends zu überzeugen, da eine analoge Anwendung einer Bestimmung des besonderen Verwaltungsrechts auf einer strafprozessuale nicht ohne weiters vorgenommen werden kann. Ob hier von einer Gesetzeslücke auszugehen ist und wenn ja, ob die Straßenverkehrsordnung einen gleich gelagerten Fall erfasst und somit ein Analogieschluss zulässig ist, bleibt fraglich. Jedenfalls hätte der Gesetzgeber hier eine klare Regelung treffen können, was er nicht getan hat.

Auch die Frage nach der Beiwohnung bei Untersuchungen und insbesondere Eingriffen wurde von der Patientenanwaltschaft kritisch bewertet. § 5 Abs 2 Strafprozessordnung normiert, dass gesetzlich eingeräumte Befugnisse in jeder Lage des Verfahrens in einer Art und Weise auszuüben sind, die unnötiges Aufsehen vermeidet, die Würde der betroffenen Personen achtet und deren Rechte und schutzwürdige Interessen wahrt. Die Zulässigkeit der Beiwohnung von Beamten bei einer endoskopischen Bergung von Suchtmittel aus dem Körper ist unter Berücksichti-

gung der zitierten Bestimmung, grundrechtlichen Überlegungen und dem Verhältnismäßigkeitsprinzip grundsätzlich eher nicht gegeben. Die Staatsanwaltschaft führt hierzu aus, dass wenn es für ihr Ermittlungsarbeit notwendig sei – die Entscheidung darüber obliege der Kriminalpolizei selber – habe der Beamte gestützt auf seine Ermittlungsbefugnis nach der Strafprozessordnung (§§ 91ff StPO) an Untersuchungshandlungen beim Betroffenen durch den Arzt beizuwohnen. Ob dies im Einzelnen tatsächlich notwendig sei, muss fallbezogen unter Bedachtnahme auf das Verhältnismäßigkeitsprinzip geklärt werden.

Auch die Haftungsfrage ist nicht eindeutig geklärt. Laut Stellungnahme der Staatsanwaltschaft stehen, wenn die Anordnung durch das Gericht für rechtswidrig erklärt wird, dem Betroffenen gegebenenfalls Amtshaftungsansprüche zu. Der Arzt bzw. das Krankenhaus seien davon nicht weiter tangiert. Wer haftet jedoch für einen nicht lege artis durchgeführten – gegebenenfalls nicht medizinisch indizierten – Eingriff des Arztes, der als „Hilfskraft“ für die Organe der Justiz tätig wurde? Wer haftet bei einem Eingriff, bei dem der Betroffene mangelhaft aufgeklärt wurde, er dem Eingriff zugestimmt hat und dieser lege artis durchgeführt wurde? Hier steht sehr wohl eine Haftung der „Hilfskraft Arzt“ bzw. der Krankenanstalt im Raum.



# Gesetzliche Grundlagen

## Patientenanzwaltschaft

(1) Die Landesregierung hat mit Vertrag eine gemeinnützige Einrichtung mit der Ausübung der Funktion einer Patientenanzwaltschaft für die Patienten der Krankenanstalten und Klienten der Pflegeheime zu betrauen. Eine gemeinnützige Einrichtung darf nur betraut werden, wenn

- a) sie nach ihrem Statut oder Gründungsvertrag, ihrer Organisation und ihrer personellen und sachlichen Ausstattung zur Besorgung der Aufgaben der Patientenanzwaltschaft geeignet ist,
- b) erwartet werden kann, dass sie diese Aufgaben unabhängig wahrnimmt, und
- c) sie ihren Sitz in Vorarlberg hat.

(2) Im Vertrag gemäß Abs. 1 ist die gemeinnützige Einrichtung zu verpflichten,

- a) für die Besorgung der Aufgaben der Patientenanzwaltschaft nur Personen einzusetzen, die nach ihrer Ausbildung und Berufserfahrung fachlich und persönlich geeignet sind und die Rechte und Interessen von Patienten und Klienten in unabhängiger Weise wahren können,
- b) zur Leitung der Patientenanzwaltschaft einen Patientenanzwalt zu bestellen und vor seiner Bestellung die Zustimmung der Landesregierung einzuholen.

(3) Die Landesregierung hat vor der Entscheidung über die Zustimmung zur Bestellung des Patientenanzwaltes den Vorarlberger Gemeindeverband anzuhören.

(4) Die Patientenanzwaltschaft ist bei der Besorgung ihrer Aufgaben unabhängig und an keine Weisungen gebunden.

(5) Die Landesregierung hat die Betrauung einer gemeinnützigen Einrichtung rückgängig zu machen, wenn

- a) die Voraussetzungen gemäß Abs. 1 nicht mehr vorliegen oder
- b) die gemeinnützige Einrichtung ihren Verpflichtungen gemäß Abs. 2 nicht nachkommt.

(6) Die Patientenanzwaltschaft soll ihre Tätigkeit durch Verträge mit niedergelassenen Angehörigen der im § 2 Abs. 1 genannten Berufe und mit Rechtsträgern von Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die keine Pflegeheime sind, auf deren Patienten bzw. Klienten ausdehnen.

\*) Fassung LGBI.Nr. 21/2003

## § 5\*) Aufgaben und Verfahren der Patientenanzwaltschaft

(1) Die Patientenanzwaltschaft hat die Aufgabe,

- a) Patienten und Klienten sowie deren Vertrauenspersonen zu beraten und ihnen Auskünfte zu erteilen,
- b) Beschwerden über die Unterbringung, die Versorgung, die Betreuung und die Heilbehandlung zu bearbeiten,
- c) Patienten und Klienten vor der Schiedskommission zu unterstützen,
- d) Entschädigungen für Patientenschäden zuzuerkennen.

(2) Patienten und Klienten sowie deren Vertrauenspersonen haben vor einer Beschwerdeführung eine zur Verfügung stehende Informations- und Beschwerdestelle zu befragen, es sei denn, dass ihnen dies nach der Lage des Falles nicht zumutbar ist oder Gegenstand der Beschwerde ein Patienten- oder Klientenschaden ist.

(3) Die Patientenanzwaltschaft hat bei der Behandlung von Beschwerden auf eine außergerichtliche Bereinigung hinzuwirken. Sie kann Empfehlungen darüber abgeben, wie ein festgestellter Mangel beseitigt und künftig vermieden werden kann. Bei der Geltendmachung eines Patienten- oder Klientenschadens soll der Patient bzw. Klient über die Möglichkeiten einer Anrufung der Schiedskommission aufgeklärt und, wenn er diese anrufen will, unterstützt werden.

(4) Wenn der Patientenanzwaltschaft in einem Beschwerdefall bekannt wird, dass in derselben Sache der Landesvolksanzwalt befasst ist, hat sie ihre Tätigkeit bis zum Abschluss des Verfahrens vor dem Landesvolksanzwalt zu unterbrechen.



(5) Die Patientenanwaltschaft hat, soweit zweckmäßig, mit jenen Einrichtungen, Vereinigungen und Personen zusammenzuarbeiten, die ebenfalls Patienten- und Klienteninteressen wahrnehmen.

(6) Die Patientenanwaltschaft hat der Landesregierung jährlich einen Bericht über ihre Tätigkeit und die hiebei gesammelten Erfahrungen zu übermitteln. Bei der Darstellung der Patientenschäden, für die Entschädigungen gewährt wurden, sind insbesondere jeweils das Schadensereignis, die geschätzte Schadenshöhe, die Wahrscheinlichkeit der Haftung des Rechtsträgers, die besonderen Gründe für die Entschädigungszahlung sowie die Höhe der Entschädigung anzugeben. Die Patientenanwaltschaft hat der Landesregierung außerdem alle Auskünfte zu erteilen, die für die Beurteilung notwendig sind, ob die im Abs. 1 angeführten Aufgaben ordnungsgemäß besorgt und die Mittel des Landes widmungsgemäß und zweckmäßig verwendet werden.

\*) Fassung LGBl.Nr. 21/2003

### § 5a\*) Patientenentschädigung

(1) Bei Patientenschäden, die in einer öffentlichen oder privaten gemeinnützigen Krankenanstalt zugefügt wurden, kann die Patientenanwaltschaft dem Patienten eine Entschädigung zuerkennen, wenn die Haftung des Rechtsträgers der Krankenanstalt nicht eindeutig gegeben ist.

(2) Eine Entschädigung ist im Rahmen der gemäß Abs. 6 zur Verfügung stehenden Mittel nach Billigkeit zu gewähren. Eine Entschädigung darf 5.000 Euro nur dann übersteigen, wenn die Schiedskommission einen Lösungsvorschlag erstattet hat. Eine Entschädigung darf in keinem Fall 20.000 Euro übersteigen.

(3) Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung einer Entschädigung gemäß Abs. 1 besteht nicht.

(4) Eine Entschädigung gemäß Abs. 1 darf während der Anhängigkeit eines gerichtlichen Verfahrens wegen desselben Schadensfalles nicht gewährt werden.

(5) Wird einem Patienten wegen desselben Schadensfalles ein Schadenersatzbetrag vom Gericht zuerkannt oder von der Haftpflichtversicherung des Rechtsträgers der Krankenanstalt geleistet, so ist eine Entschädigung gemäß Abs. 1, höchstens im Ausmaß des erhaltenen Schadenersatzbetrages, an die Patientenanwaltschaft zurückzuzahlen.

(6) Die Beiträge, die nach dem Spitalgesetz von den Patienten für die Patientenentschädigung eingehoben werden, die Erträge aus diesen Beiträgen sowie Beträge aus Rückzahlungen von Entschädigungen sind in einem eigenen Verrechnungskreis von der Patientenanwaltschaft zu verwalten und für Patientenschäden gemäß Abs. 1 zu verwenden.

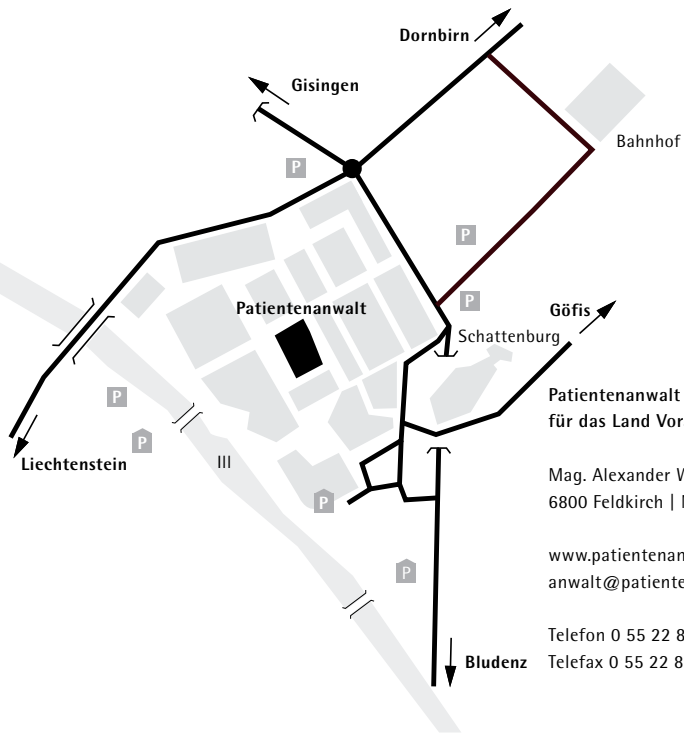
\*) Fassung LGBl.Nr. 21/2003

### § 6\*) Kosten der Patientenanwaltschaft

(1) Das Land hat den notwendigen Sach- und Personalaufwand der Patientenanwaltschaft zu tragen, soweit er sich aus deren Tätigkeit für die Patienten der Krankenanstalten und Klienten der Pflegeheime ergibt.

(2) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben dem Land die Kosten der Tätigkeit der Patientenanwaltschaft für die Patienten der Krankenanstalten anteilmäßig zu ersetzen. Der Anteil eines Rechtsträgers richtet sich nach dem Zeitaufwand der Patientenanwaltschaft für die Patienten, die diesem Rechtsträger zuzurechnen sind. Der Kostenersatz ist einmal jährlich für das vorangegangene Jahr binnen einem Monat nach Einlangen der Kostenvorschreibung zu entrichten. Er gilt als Betriebsaufwand der Krankenanstalt.

\*) Fassung LGBl.Nr. 21/2003



**Patientenanwalt  
für das Land Vorarlberg**

Mag. Alexander Wolf  
6800 Feldkirch | Marktplatz 8

[www.patientenanwalt-vbg.at](http://www.patientenanwalt-vbg.at)  
[anwalt@patientenanwalt-vbg.at](mailto:anwalt@patientenanwalt-vbg.at)

Telefon 0 55 22 81 55 3  
Telefax 0 55 22 81 55 3 15

**Mag. Alexander Wolf**  
Patientenanwalt Vorarlberg

**Tanja Bakanitsch**  
Geschäftsstellenleiterin

**Mag. Christoph Grager**  
Juristischer Mitarbeiter



