

Patienten a n w a l t

Jahresbericht 2006

1. Vorwort
2. Institution
3. Allgemeines
4. Krankenanstalten
5. Akzeptanz von Gutachten
6. Beschwerdeverfahren an sich
 - 6.1 Rolle des Patientenanwaltes im Beschwerdeverfahren
 - 6.2 Die Rolle des Arztes im Beschwerdeverfahren
 - 6.3 Rolle der Krankenhausverwaltung im Beschwerdeverfahren
 - 6.4 Allgemeines
7. Schiedskommission
8. Entschädigung
9. Bericht gemäß § 13 Abs. 4 des Antidiskriminierungsgesetzes
10. Veranstaltungen
11. Statistik
12. Gesetzliche Grundlagen
13. Rechtlicher Kommentar

1. Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

im abgelaufenen Jahr haben die langwierigen Bemühungen, das Angebot der Patientenanwaltschaft zu vervollständigen, gefruchtet. Es ist für den Patienten nicht nachvollziehbar, wenn eine Patientenanwaltschaft wohl für Krankenanstalten und Heime sowie Betreuungseinrichtungen, nicht aber für niedergelassene Ärzte zuständig ist. Nun endlich ist es gelungen, eine finanzielle Regelung zu finden, die die Zusammenarbeit ermöglicht. Meinen herzlicher Dank an alle, die dazu beigetragen haben, allen voran auch Präsident Dr. Peter WöB.

Die Diskussionen mit den Ärzten haben zwei Befürchtungen zutage gebracht. Zum einen wird durch die Patientenanwaltschaft ein weiterer bürokratischer Aufwand erwartet. Die Ärzte sollen für die Patienten und nicht für den Papierkram da sein. Diese Befürchtung wird von der Patientenanwaltschaft aufgenommen. Wie schon bisher, aber noch verstärkt, wird versucht werden, mit so wenig Bürokratie als irgend möglich das Auslangen zu finden. Das weitere Bedenken geht dahin, dass durch das unentgeltliche Angebot der Patientenanwaltschaft Begehrlichkeiten geweckt werden könnten; dies nach der Devise „man probiert einmal“. Gegen diese Befürchtung spricht zunächst die bisherige Erfahrung. Die diesbezüglichen Fälle waren durchwegs überschaubar. Zum Zweiten spricht dagegen aber auch und vor allem die Positionierung der Patientenanwaltschaft. Es geht darum, in begründeten Fällen außergerichtlich einen Ausgleich zu schaffen, wenn ein Fehler passiert ist. Möglichst unkompliziert, ohne aufwändiges Gerichtsverfahren und mit dem Ziel einer einvernehmlichen Lösung. Wenn keine Begründung gesehen wird, wird die Patientenanwaltschaft auch nicht tätig.

Die Patientenanwaltschaft wird sich weiter bemühen, die gestellten und wachsenden Aufgaben bestmöglich zu erfüllen und bedankt sich für das in sie gesetzte Vertrauen.

Wolfgang Blum

2. Die Institution

Das letzte Jahr war durch eine umfangreiche Medienberichterstattung aufgrund gewisser Vorkommnisse im Krankenanstaltenbereich und durch eine große Zunahme an Fällen, die seitens der Patientenanwaltschaft bearbeitet werden mussten, geprägt. Dies hat dazu geführt, dass der Arbeitsanfall mit den vorhandenen personellen Ressourcen in vertretbarer Zeit nicht mehr zu bewältigen war, weshalb die Vorarlberger Patientenanwaltschaft im Herbst 2006 personelle Verstärkung bekommen hat. Durch den zusätzlichen Posten eines halbtägigen Juristen konnte zumindest die damals anfallende „Beschwerdeflut“ bearbeitet werden. Es musste aber erkannt werden, dass diese halbtägige Position kurzfristig ausgedehnt werden musste, um die offenen und teilweise unbearbeiteten Fälle in vertretbarer Zeit zum Abschluss bringen zu können, weshalb auch das Land Vorarlberg diese Ausdehnung befürwortet hat. Dies hat sich nunmehr im Jahre 2007 dahingehend ausgewirkt, dass die Vorarlberger Patientenanwaltschaft Termine für neu anfallende Beschwerden sofort vergeben konnte und auch die noch nicht bearbeiteten Fälle/Anträge aufgearbeitet werden konnten.

Für die Institution hat sich im Jahre 2006 im Bereich der Gesetzgebung Wesentliches getan. Ab Mitte des Jahres 2006 ist das Patientenverfügungsgesetz in Kraft getreten, welches vorsieht, dass Rechtsberatungen auch auf diesem Rechtsgebiet durch die Patientenanwaltschaften durchgeführt werden können. Diese Aufgabe wurde somit auch übernommen, wobei diesbezüglich im Jahresbericht noch Erwähnenswertes dargelegt wird.

Weiters ist am 01.09.2006 das Chancengesetz in Kraft getreten. Dort ist der Patientenanwaltschaft auch eine Rolle zugedacht worden, wobei in Zukunft beobachtet werden muss, ob Mediationen in diesem Bereich tatsächlich eine Rolle spielen bzw. auch in Anspruch genommen werden.

Erwähnenswert ist noch, dass es eine personelle Änderung im Bereich des Patientenschutzvereines gegeben hat.

Herr Altbürgermeister Hubert Waibel aus Wolfurt ist als Mitglied des Patientenschutzvereines ausgeschieden, wobei diese Position von Herrn Dr. Burkhard Walla, Vizepräsident der Vorarlberger Ärztekammer und Kurienobmann des Angestelltenbereiches eingenommen worden ist. Herrn Waibel darf auf diesem Wege nochmals Dank für seine Arbeit ausgesprochen werden, insbesondere hinsichtlich seines Engagements für den Verein und für die Vorarlberger Patienten.



Mag. Alexander Wolf
Patientenanwalt



Mag. Christoph Grager
Juristischer Mitarbeiter



Tanja Bakanitsch
Assistentin

3. Allgemeines

Im Jahre 2006 wurden intensive Gespräche geführt, ob der Vorarlberger Patientenanwalt auch für den niedergelassenen Bereich zuständig werden soll. Im Frühjahr des Jahres 2006 wurde vom damaligen Herrn Landesstatthalter Dr. Bischof die Zusage gemacht, dass ein Pilotprojekt, welches die Zuständigkeit des Patientenanwaltes für den niedergelassenen Bereich befristet auf 1 Jahr mit einer zusätzlichen halbjährigen Evaluierungsphase zum Inhalt hat, ins Leben gerufen wird. Die Kosten würden für diese Zeit vom Land getragen, so dass die schon lange Jahre geführte Diskussion nunmehr neu in Gang gesetzt wurde, insbesondere ob es Sinn macht, die Zuständigkeit auszuweiten. Ohne auf den Jahresbericht 2007 vorgreifen zu wollen, kann dargelegt werden, dass auch eine Einigung mit der Vorarlberger Ärztekammer erzielt werden konnte und somit der Zuständigkeitsbereich auch auf den niedergelassenen Bereich ausgedehnt werden soll.

Die Frage ist aber, ob es nicht Sinn machen würde, die Patientenanwaltschaft generell für Angelegenheiten des Gesundheits- und Sozialwesens zuständig zu machen. Über gesetzliche Regelungen kann der Patientenanwalt im Krankenanstaltenbereich, Pflegeheimbereich, im Rahmen der Patientenverfügung und in bestimmten sonstigen Angelegenheiten, z. B. Behindertenbereich, als Mediator, Berater und Vertreter tätig werden. Darüber hinaus gibt es vertragliche Regelungen für den niedergelassenen Bereich und für gewisse Sozialorganisationen, wobei sich die Frage stellt, ob diese Zuständigkeit nicht auch für andere Bereiche diskutiert werden sollte. Man sollte bedenken, dass Patienten sich nicht nur in ärztliche Behandlung begeben, in Pflegeheimen untergebracht werden, sondern auch darüber hinaus zu Hause eine Pflege erfahren. Weiters kommen auf Patienten nach Krankenhausaufenthalten Therapien bzw. vielfältige Belastungen zu, die unter Umständen auch psychotherapeutische Hilfe erfordern. Man sieht, dass gerade die Bereiche der Physiotherapie, der Psychotherapie und der Hauskrankenpflege, aber auch der Sektor der Apotheken von der Zuständigkeit nicht umfasst sind. Hier möchte ich grundsätzlich betonen, dass aus

diesen Bereichen wenige Beschwerden an den Patientenanwalt herangetragen werden. Unabhängig aber von der Beschwerdeshäufigkeit muss man sich fragen, ob es nicht Sinn machen würde, bei diesen Institutionen ein modernes externes Beschwerdemanagement bzw. Fehlermanagement zu installieren, um im Fall eines Schadens die Möglichkeit anzubieten, einen externen Vermittler in Anspruch nehmen zu können.

Es wird in diesem Zusammenhang immer wieder, vor allem auf Seiten der Institutionen (z.B.: Krankenanstalten, Pflegeheimen, Sozialzentren, etc.), diskutiert, welchen Vorteil die Institution an sich hat. Dazu muss ausgeführt werden, dass die außergerichtliche Streitbeilegung für beide Seiten von Interesse sein muss. Man spart sich auf beiden Seiten nicht nur finanzielle Mittel, sondern insbesondere Zeit und Nerven. Dies sollte die Antriebsfeder für die Institutionen sein, die diese moderne Streitbeilegung in Anspruch nehmen, um eben auch Patienten die Möglichkeiten zu geben, außergerichtliche Lösungen zu erarbeiten, die beiden Seiten gerecht werden. Keine der Parteien muss einen Reputationsverlust bzw. Gesichtsverlust fürchten, sondern es wird im Einvernehmen nach Lösungen gesucht, die dann auch von beiden Seiten getragen werden können.

Es muss auch immer wieder festgestellt werden, dass gerade jene Ärzte, die mit einer Beschwerde bzw. Anfrage konfrontiert werden, dies mit einer Klage verwechseln. Die Diktion „Klage“ deutet auf eine Konfrontation hin, die im außergerichtlichen Weg nicht gesucht wird. Es ist von Beschwerde, Beschwerdebearbeitung und einvernehmlicher Lösung die Rede, wobei diese Diktionen den Weg und auch das Ziel beschreiben.

Es muss auch erwähnt werden, dass die Institutionen selbst die Möglichkeit hätten, diesen Weg zu beschreiten. Somit könnte im Sinne der Offenheit gegenüber möglichen Fehlern mit einem externen Vermittler kritisch diskutiert werden, welche weiteren Schritte zur Lösung beschritten werden müssen. Diese Transparenz steigert die Patientenzufriedenheit und dient somit langfristig dem Vertrauensverhältnis zwischen Patienten (Kunden) und Behandler (Dienstleister).

Somit muss in den nächsten Jahren die Diskussion darüber geführt werden, ob dieses System der Patientenanwaltschaft nicht auf den gesamten Gesundheits- und Sozialbereich ausgedehnt werden soll, sei es über gesetzliche Verankerungen, sei es über vertragliche Lösungen.

Ein weiteres wichtiges Thema muss in diesem Zusammenhang noch erörtert werden. Immer wieder wird an die Patienten-anwaltschaft von Seiten der Fachleute herangetragen, dass Bewohner, die in einem Pflegeheim betreut werden, kurzzeitig (auch über wenige Wochen) im Krankenhaus behandelt werden müssen und diese Bewohner mit gewissen Schädigungen aus dem Krankenhaus entlassen werden. Gemeint ist, dass Dekubiti (Wundliegen) auftreten, die dann durch entsprechende Pflege im Heim wieder behandelt werden müssen. Die Bewohner werden in aller Regel nicht darüber informiert, dass man derartige Angelegenheiten prüfen lassen kann, insbesondere ob es zu verhindern war, dass es zu derartigen Hautschäden gekommen ist.

Auch aus dem Krankenhausbereich erfährt man, dass vereinzelt Patienten aus Pflegeheimen mit geröteten bzw. offenen Stellen im Krankenhaus aufgenommen werden müssen und diese Patienten über mögliche Verfahren juristischer Art nicht aufgeklärt werden.

Belastend ist eine derartige Situation für den Patienten bzw. Bewohner aus finanzieller Sicht dann, wenn es beim Patienten als Selbstzahler durch eine Hautläsion zu einer Höherstufung im Heimbereich kommt, weil die Kosten für eine intensivere Pflege (bis zur Wiederherstellung) selbst getragen werden müssen.

Die Frage ist nun, wie sich das Personal verhalten soll, um den Interessen des Bewohners bzw. Patienten gerecht zu werden. Meiner Ansicht nach handelt es sich hier um eine Frage der Qualitätssicherung, die man aufgreifen sollte. Nicht immer, wie mir Fachleute mitgeteilt haben, ist ein Dekubitus zu verhindern. Man muss aber genau prüfen, ob die Schädigung durch fehlerhafte Pflege entstanden ist, wobei dann der Patient bzw.

Bewohner unter Umständen Ersatzansprüche geltend machen könnte. Der Patient hat jedoch von diesen Möglichkeiten keine Kenntnis bzw. bekommt auch nicht die richtigen Informationen, weshalb er die Schädigung und die höheren Kosten in Kauf nimmt. Im Sinne einer konsequenten Fehlerbearbeitung und Qualitätssicherung wäre es jedoch angebracht, bei Kenntnis von Schädigungen, die zu verhindern gewesen wären, mit der Institution bzw. Abteilung, der die Schädigung zuzurechnen ist, Kontakt aufzunehmen. Zudem sind auch die Patienten bzw. Geschädigten über die Möglichkeiten einer Bereinigung dieses Sachverhaltes aufzuklären, sei es, dass gewisse Informationen übermittelt werden (Beratungsgespräch über die Patienten-anwaltschaft möglich ist), sei es über sonstige zu berücksichtigende Umstände. Ob dann der Patient etwas unternimmt, muss seinem Selbstbestimmungsrecht in dem Sinne überlassen bleiben, dass unter Umständen keine weiteren Schritte in die Wege geleitet werden oder er dann doch das Gespräch mit dem Patientenanwalt sucht.

Die große Frage ist, ob die Aufarbeitung derartiger Schadensfälle Sinn macht. Ziel muss es sein, nicht nur Qualität zu erreichen, sondern die Kundenzufriedenheit zu steigern. Diese wird aber nur dann gesteigert, wenn auf Unzufriedenheiten eingegangen und Lösungsansätze angeboten werden. Dies bedeutet, dass die Kundenzufriedenheit stark davon abhängig ist, wie mit einer Schädigung umgegangen wird bzw. welche Maßnahmen man dem Geschädigten anbietet. Sollte ein Schaden tatsächlich eingetreten sein, kümmert man sich dann aber um den Patienten, wird die Zufriedenheit trotz Schädigung gegeben sein bzw. wieder hergestellt werden können. Aus diesem Grund ist es angebracht, sich in den Institutionen darüber Gedanken zu machen, ob man mit dem Geschädigten über mögliche Schadensregulierungen diskutiert. Klar möchte ich mich davor distanzieren, dass das Pflegepersonal, das diesen Weg konsequent geht, als „Nestbeschmutzer“ gesehen wird. Es sollten höhere Interessen, wie die Qualitätssicherung und auch die Patientenzufriedenheit im Vordergrund stehen.

4. Krankenanstalten

Das Jahr 2006 war durch intensive mediale Berichterstattung über geschädigte Patienten geprägt, wobei die Vorarlberger Patienten-anwaltschaft seitens der Vorarlberger Landesregierung den Auftrag erhalten hat, ein internes Beschwerdemanagement für die Vorarlberger Krankenanstalten auszuarbeiten. Dieses Konzept wurde im Mai 2006 der Vorarlberger Landesregierung zur Verfügung gestellt, wobei auch die Krankenhaus-Betriebsgesellschaft darüber in Kenntnis gesetzt worden ist.

Der Ansatz dieses Beschwerdekonzepthes geht von einer umfassenden und umfangreichen Kommunikation zwischen den Beteiligten aus. Einer der häufigsten Gründe dafür, warum eine Kommunikation scheitert, liegt insbesondere darin, dass kein Anlass gesehen wird, über bestimmte Angelegenheiten zu sprechen. Auch wenn im Krankenhausbereich Schädigungen eingetreten sind, wird dies oft als Komplikation abgetan und der Patient wird nicht hinreichend darüber informiert, was nun tatsächlich geschehen ist bzw. was der Grund für die mögliche Komplikation ist.

Zudem kommuniziert man sehr einseitig. Wir müssen davon ausgehen, dass eine asymmetrische Verteilung von Autorität und Wissen zwischen Patient und Arzt vorherrscht. Diesem Defizit auf Seiten des Patienten wird man durch eine effiziente Kommunikation begegnen können, wobei das Gespräch nur dann Sinn macht, wenn ein entsprechender Austausch der Information stattfinden kann. Dies ist nur dann möglich, wenn die richtige Wortwahl und der richtige Zeitpunkt gewählt werden, um auf die Ängste und Beschwerden des Patienten eingehen zu können. Effiziente Kommunikation beinhaltet jedoch auch, dass mehrerer Behandler (wir befinden uns hier großteils in einem arbeitsteiligen Prozess) ihre Mitteilungen nicht widersprüchlich formulieren. Dies, was ich heute mitteile, muss mit dem, was ich gestern behauptet habe und dem, was ich morgen sagen werde, übereinstimmen. Sollte dem nicht so sein, so erzeugt dies beim Patienten Unzufriedenheit und es liegt primär an ihm, sich die für ihn notwendigen und erforderlichen Informationen zu besorgen.

Ein wesentlicher Punkt des Beschwerdemanagements ist aber die Prävention und das Anbieten prophylaktischer Maßnahmen. Unter präventiver Tätigkeit muss man Maßnahmen der Primärprävention (Verhütung des Entstehens des Konfliktes) und der Sekundärprävention (Verhütung der Verschlimmerung eines bereits bestehenden Konfliktes) unterscheiden. Ziel muss es sein, dass ein Konflikt in der Anfangsphase verhindert wird, in dem eben die vorher erwähnte Kommunikation gepflegt wird. Sollten die Anfangsstadien der Konflikteskalation (Glasl Friedrich, Konfliktmanagement) verlassen werden, wird man kaum mehr ohne professionelle Hilfe das Auslangen finden.

Im bisherigen System der Krankenanstalten muss man immer wieder den Eindruck gewinnen, dass bei Auftreten von Komplikationen und möglichen Fehlern nichts gesagt wird, um keinen weiteren Diskussionsbedarf zu erzeugen bzw. sich rechtfertigen zu müssen. Dies ist meiner Ansicht nach der falsche Weg, weil der Glaube an unser gutes Gesundheitssystem verloren geht, die Unzufriedenheit geschürt wird und der Patient in eine Richtung gedrängt wird, die in der Streiteskalation endet.

Aus diesem Grund muss meiner Ansicht nach das Personaldahingehend geschult werden, dass Komplikationen und Fehler gemeldet werden, ohne einen Reputationsverlust zu erleiden. Dazu eignet sich das Vorarlberger Modell, welches im Patienten- und Klientenschutzgesetz normiert ist. Die Beschwerdestellen vor Ort sollten eine Filterfunktion haben. Insbesondere sollten diese dann involviert werden müssen, wenn mögliche Schädigungen, gleich welcher Ursache (mögliche Behandlungsfehler, Komplikation) eingetreten sind. Dann müsste man aber, um allen Patienten einen möglichen Spielraum zu eröffnen, Informationen an die Patienten weiterleiten, die nicht nur die umfassende weitere medizinische Betreuung und Behandlung beinhaltet, sondern auch eine Aufklärung, welche rechtlichen Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

Ziel muss es sein, den Patienten zufriedenzustellen bzw. eine Unzufriedenheit zu kanalisieren. Nur durch eine unabhängige Prüfung wird erreicht, dass der Glaube an das Vorarlberger

Gesundheitssystem auch weiterhin aufrecht bleibt. Es wird an der Zeit sein, dieses Beschwerdemanagement auch in die Praxis umzusetzen, wobei insbesondere das Land Vorarlberg und die Rechtsträger der Krankenanstalten gefordert sind.

5. Akzeptanz von Gutachten

Immer wieder muss ich mich mit der Thematik auseinandersetzen, das eingeholte Gutachten, die für den Patienten sprechen, von den Krankenanstalten, insbesondere den beteiligten Ärzten nicht akzeptiert werden können. Mittlerweile hat sich eingeschrieben, dass der Gutachter im Einvernehmen ausgewählt wird, es sei denn, dass die Haftung von vornherein grundsätzlich abgelehnt wird. Sollte es zu einer einvernehmlichen Gutachterbestellung kommen, ist nicht einzusehen, dass Entscheidungen der Gutachter in Frage gestellt werden. Verständlich wäre es dann, wenn das Gutachten in sich widersprüchlich ist, nicht nachvollziehbar ist oder aber derartige Mängel aufweist, dass eine Schlussfolgerung nicht gezogen werden kann. In den meisten Fällen beantwortet der Gutachter die gestellten Fragen klar und deutlich und kommt auch zu einem klaren Ergebnis. Wieso dann Gutachten abgelehnt werden, ist nicht nachvollziehbar und erschwert die außergerichtliche Bereinigung von Streitfällen. In den meisten Fällen muss dann ein Zweitgutachten eingeholt werden, was sowohl von der zeitlichen Dimension als auch von der Kostenseite belastend ist.

Es gibt jedoch immer noch Abteilungen, die auch im Falle des Vorliegens eines zweiten positiven Gutachtens von der Richtigkeit der eigenen Handlung überzeugt sind. Diese Vorgangsweise widerspricht eindeutig einem modernen Fehlermanagement. Man muss auch das Vorliegen eines Fehlers akzeptieren können, weshalb auch in diesem Zusammenhang geraten werden muss, dass die Entscheidung bzw. Beurteilung von Gutachtern akzeptiert wird.

In den letzten Jahren hat sich an diesem System leider nichts geändert, was bedeutet, dass mit Fehlern immer noch nicht

umgegangen werden kann und man versucht die Chance zu nutzen, mittels eines zweiten Gutachtens doch vom Vorwurf der Fehlbehandlung befreit zu werden.

Es kann jedoch nicht sein, dass man Gutachten solange einholt, bis schlussendlich eine für eine Partei angenehme Begutachtung vorliegt. Anders ist der Fall gelagert, wenn nun tatsächlich das Gutachten für den Patienten negativ ausfällt. Dies wird kommentarlos hingegenommen und man zeigt meistens Unverständnis, wenn nunmehr der Patient die Einholung eines zweiten Gutachtens begehrt. Sollte dieses für den Patienten positiv sein, verweist man auf das bereits vorhandene Gutachten oder ist auch meistens nicht bereit, dieses Zweitgutachten zu akzeptieren.

Gewisse Abteilungen lehnen grundsätzlich gutachterliche Abklärungen, die zur Feststellung des tatsächlichen Sachverhaltes eingeholt werden, ab und signalisieren, dass nur der gerichtliche Weg akzeptiert wird. Man muss sich die Frage stellen, ob dies Sinn macht und welche Taktik sich tatsächlich hinter dieser Haltung verbirgt.

Diesbezüglich muss im Sinne des Konzepts des Beschwerdemanagements die Vorgehensweise bei Einholung von Gutachten bedacht werden. Nur in Ausnahmefällen sollte man ein zweites Gutachten einholen müssen, dies aber auch nur dann, wenn das erste Gutachten derart mangelhaft ist, dass Schlussfolgerungen nicht richtig gezogen werden können. Ich empfehle, dass Gutachten grundsätzlich akzeptiert werden, da dadurch die Verfahren beschleunigt werden können und somit eine für beide Parteien belastende Situation bereinigt werden kann.

6. Das Beschwerdeverfahren

Im heurigen Jahresbericht möchte ich drei unterschiedliche Rollenverteilungen näher beleuchten, weil dies unter Umständen für das Verständnis des außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahrens von Bedeutung sein kann.

6.1 Die Rolle des Patientenanwaltes im Beschwerdeverfahren

Der Patientenanwalt hat nach der gesetzlichen Diktion die Vermittlerrolle einzunehmen, was auch im Großen und Ganzen versucht wird. Diese Vermittlerposition heißt aber auch, dass man Standpunkten, die die Haftpflichtversicherung als Vertreter der Krankenanstalt im außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren einnimmt, entgegen treten muss, wenn diese aus Sicht des Patienten nicht gerechtfertigt sind.

Dies lässt den Anschein entstehen, dass der Patientenanwalt einseitig die Vertreterrolle des Patienten übernimmt, was aber in diesem Sinne nicht richtig ist. Sollten die Argumente der Versicherung des Arztes nachvollziehbar und schlüssig sein, ist es als Vermittler die Aufgabe, dies dem Patienten zu erklären bzw. ihm mitzuteilen, dass eine außergerichtliche Streitbeilegung nicht möglich ist, weil die Argumentationslinie des Patienten nicht weiter aufrechterhalten werden kann. Sollte jedoch die Haftpflichtversicherung entsprechend ihrer Verpflichtung der Abwehrfunktion die Beschwerden ungerechtfertigt ablehnen, so ist es die Aufgabe des Patientenanwaltes aufgrund rechtlicher Überlegungen dieser Argumentation entgegen zu treten, um das Wohl des Patienten zu schützen. Dies bedeutet nicht, dass der Patientenanwalt seine Vermittlerrolle verlässt, sondern er versucht, eine Lösung, die beiden Parteien gerecht wird, zu finden. Ein Vermittler kann sich nicht damit zufrieden geben, dass der potenziell Stärkere den schwächeren Patienten „überfährt“. Gerade dann, wenn Widersprüche in den Vorbringen gegeben sind, ist die Ausgleichsfunktion des Patientenanwaltes notwendig. Der Patientenanwalt übernimmt im Beschwerdeverfahren immer noch die Vermittlerrolle, obwohl dies seitens der Ärzteschaft oft nicht so gesehen wird.

6.2 Die Rolle des Arztes im Beschwerdeverfahren

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass der Arzt als Behandler kein direkter Vertragspartner des Patienten im stationären Bereich ist. Der Behandlungsvertrag wird mit der Krankenanstalt abgeschlossen, weshalb dem Arzt bzw. dem Primararzt als Abteilungsleiter lediglich Informations- und Zeugeneigenschaft zukommt. Der Arzt hat die notwendigen Informationen zur Beurteilung des Sachverhaltes bereit zu stellen und ist ansonsten dazu berufen, fachliche Inhalte mit der Gegenpartei, den Patienten bzw. der Patientenanwaltschaft zu diskutieren.

Oft wird festgestellt, dass ein Beschwerdeverfahren zu Unverständnis in den Abteilungen bzw. beim Arzt führt, was auch zu einer belastenden Atmosphäre beitragen kann. Es muss aus diesem Grund versucht werden, das „Anprangern“ auch durch Berufskollegen hintanzuhalten bzw. danach zu trachten, dass kein Reputationsverlust eintritt. Dies ist insbesondere über den außergerichtlichen Weg anzustreben, da hier eher garantiert werden kann, dass keine breite Diskussion über den Fall ausgelöst wird.

6.3 Die Rolle der Krankenhausverwaltung im Beschwerdeverfahren

Der Krankenhausträger ist direkter Ansprechpartner des Patienten, da mit ihm der Behandlungsvertrag abgeschlossen wird.

Dies bedeutet aber auch, dass die abschließende Entscheidung, ob eine Sache geregelt wird oder aber der streitige Weg beschritten werden muss, beim Rechtsträger liegt. Sollte nun seitens der Ärzteschaft gegen Gutachten und auch gegen eine grundsätzliche Bereitschaft zur Einigung argumentiert werden, so obliegt die Letztverantwortung immer noch dem Rechtsträger, ob einer Streitbeilegung näher getreten werden kann oder diese abgelehnt wird. Schlussendlich wird auch die Krankenhausleitung bzw. auch der Rechtsträger die Letztverantwortung tragen müssen, ob die Entscheidung unter Abwägung aller Aspekte vertretbar ist oder ob man das Risiko einer medialen

Diskussion oder eines Gerichtsverfahrens eingeht. Hier muss an die Vernunft der Krankenhausträger appelliert werden, dass möglichst viele Fälle außergerichtlich bereinigt werden, um das Vertrauen in der Öffentlichkeit aufrecht zu erhalten. Gerade das Jahr 2006 hat gezeigt, wie sensibel man in diesem Bereich mit Beschwerden umgehen muss, um nicht in der Bevölkerung den Eindruck entstehen zu lassen, man verwehre sich vor Lösungen, die gerecht wären; dies erzeugt Verunsicherung.

6.4. Allgemeines

Abschließend möchte ich über die letzten 7 Jahre berichten. Am Anfang war sicherlich Skepsis vorhanden, die aufgrund der Einrichtung einer neuen Institution, der Patientenanwaltschaft, entstanden ist.

Heute muss ich davon ausgehen, dass die Bedenken weitgehend verschwunden sind, gerade von den Krankenhausleitungen, weshalb auch in Diskussionen mit den Rechtsträgern vernünftige Lösungen erzielt werden können. Diese Entwicklung sollte forciert werden, weshalb ich auch empfehle, dass das unter Einbindung von Ärzten ausgearbeitete Beschwerdemanagement, welches als Konzept vorliegt, umgesetzt wird.

Im letzten Jahr hat es immer wieder Probleme bei der Übermittlung von Krankenunterlagen gegeben. Einerseits musste man mehrere Monate zuwarten bis Unterlagen übermittelt worden sind, andererseits wurden Unterlagen teilweise unvollständig zur Verfügung gestellt.

Dazu muss aus heutiger Sicht Folgendes festgehalten werden: Es ist ärztliche Verpflichtung bzw. liegt im Verantwortungsbe-
reich der Krankenhausverwaltungen, dass die Unterlagen ohne unnötigen Zeitaufschub übermittelt werden. Sollte es aus infrastrukturellen Gegebenheiten zur Verzögerung kommen (z.B. weil der Akt gerade mikroverfilmt wird), so ist auch von der Patientenanwaltschaft eine gewisse Toleranz zu erwarten. Sollte jedoch ein Akt ohne Begründung nicht übermittelt werden oder muss mehrmals urgiert werden, so kann dafür kein Verständnis

aufgebracht werden. Dies dient meiner Ansicht nach nicht einer modernen Streitkultur und ist auch zukünftig von der Patientenadvokatur nicht zu tolerieren bzw. zu akzeptieren.

Viel eher kommt es aber vor, dass nach einem Anforderungsschreiben lediglich Arztbriefe übermittelt werden, wobei die gesamten Krankenunterlagen angefordert worden sind. Grundsätzlich sind alle Befunde, jede dokumentierte Maßnahme, Operationsberichte, Fieberkurven, Pflegeberichte und sonstige Unterlagen zu übermitteln. Sollten nicht die gesamten Unterlagen benötigt werden, so wird dies im Anforderungsschreiben erwähnt, so dass nur unter dieser Voraussetzung oder nach Rücksprache die Übermittlung auf wenige Teile der Krankengeschichte eingeschränkt werden kann.

Sollte nämlich eine Krankengeschichte unvollständig übermittelt werden, kann dies nicht nur zur Verzögerung bei der Bearbeitung führen, sondern es muss auch unter Umständen davon ausgegangen werden, dass der Arzt die ihm obliegende Dokumentationspflicht nicht erfüllt hat bzw. nicht erfüllen kann. Es kommt zu weiteren Urgenzen, zu Verzögerungen in der Bearbeitung und zu einer gesteigerten Unzufriedenheit, die Unverständnis beim Patienten auslöst, weil nicht einmal die fundamentalen Patientenrechte im Zusammenhang mit Dokumentation und Übermittlung gewährleistet sind.

In Zukunft wird das Augenmerk vermehrt auf eine pünktliche Zusendung der Krankengeschichte gelegt.

7. Schiedskommission

Wie schon im Jahre 2005 dargelegt, kommen der Schiedskommission nach dem Patienten- und Klientenschutzgesetz die Aufgaben zu, einerseits im schiedsgerichtlichen Verfahren auf eine außergerichtliche Einigung hinzuwirken, andererseits Lösungsvorschläge zu erstatten.

Dabei wird unterschieden, ob die Schiedskommission als Streit-schlichtungsstelle auftritt oder aber im Rahmen der Entschä-digung nach § 5a des Patienten- und Klientenschutzgesetzes tätig wird. Heute darf ich mich der ursprünglichen Aufgabe der Schiedskommission als Schlichtungsstelle widmen. Im Jahre 2006 wurden 3 Anträge an die Schiedskommission des Landes Vorarlbergs gestellt, wobei alle 3 Fälle von der Krankenanstalt nach Rücksprache mit der Haftpflichtversicherung abgelehnt worden sind. Es muss akzeptiert werden, dass es sich um ein freiwilliges Verfahren im Sinne einer außergerichtlichen Bereini-gung des Schadensfalles handelt. Man muss jedoch auch bedenken, dass der Patient nachfolgend nur mehr die Möglich-keit hat, den Rechtsweg zu beschreiten bzw., sollte die Behand-lung über die Schiedskommission abgelehnt werden, nochmals über die Patientenanwaltschaft zu versuchen, im Wege der Einholung eines außergerichtlichen Gutachtens eine Lösung zu erarbeiten. So ist es im letzten Jahr zweimalig zu Situationen gekommen, die tatsächlich zu hinterfragen sind. Nach Ableh-nung durch das Krankenhaus bzw. die Haftpflichtversicherungen wurden seitens der Patientenanwaltschaft Gutachten eingeholt, die in beiden Fällen Behandlungsfehler festgestellt haben. Hier stellt sich die Frage, ob die Ablehnung des Krankenhauses nach Rücksprache mit der Haftpflichtversicherung und der Ärzteschaft tatsächlich gerechtfertigt war. Man hätte durch das schiedsgerichtliche Verfahren die Erarbeitung diverser Lösungs-vorschläge beschleunigen, eventuell auch außergerichtliche Lösungen erzielen können.

Die Entwicklung tendiert dahin, dass die Schiedskommission des Landes Vorarlbergs nur mehr als Entschädigungskommission nach dem Patienten- und Klientenschutzgesetz tätig wird, da Schlichtungsfälle nicht mehr zugelassen werden. Es kann im

Einzelfall möglich sein, dass es keinen Sinn macht, alle Schlichtungsfälle zu bearbeiten. Fraglich ist jedoch, ob die Ablehnung sämtlicher Schlichtungsfälle gerechtfertigt ist, insbesondere weil man in einem kontradiktorischen Verfahren vor der Schiedskommission Umstände, wie die Aufklärungsrüge nochmals differenzierter betrachten könnte.

Die Zukunft wird weisen, ob die Bestimmung im Patienten- und Klientenschutzgesetz hinsichtlich des schiedsgerichtlichen Verfahrens „Totes Recht“ ist oder ob eine „Wiedergeburt“ für alle Beteiligten wünschenswert ist.

8. Entschädigung

Im Jahre 2006 wurden über die Entschädigung Gelder in der Höhe von Euro 268.000,-- ausbezahlt. Diese Gelder können dann an die Patienten ausbezahlt werden, wenn ein Schaden im Kausalzusammenhang mit einer Behandlung in einer Krankenanstalt aufgetreten ist. Das Gesetz gibt als Voraussetzung vor, dass die Haftung nicht eindeutig gegeben sein darf und der Schaden nach dem 31.12.2000 eingetreten ist. Diese Bestimmung „Haftung nicht eindeutig gegeben“ ist ein unbestimmter Begriff, weshalb es einer grundsätzlichen Interpretation bedarf, welche Schäden nun tatsächlich ausgeglichen werden sollen. Nach einer Rücksprache mit dem Ministerium sollen auch Komplikationen ausgeglichen werden, auch wenn es sich um typische Komplikationen, die aufgeklärt worden sind, handelt. Dies würde nach einhelliger Meinung all jener Personen, die mit dem Entschädigungsmodell in Vorarlberg befasst sind, zu weit gehen, weshalb gerade bei der Verwirklichung von Komplikationen eine Erheblichkeitsstufe „eingezogen“ worden ist. Somit können Entschädigungen ausbezahlt werden, wenn die Haftung nicht eindeutig gegeben ist oder sich eine typische Komplikation verwirklicht hat, die für den Patienten erheblich ist.

Die Spruchpraxis hat sich im letzten Jahr vereinheitlicht und es wird versucht, für gleichartige Schadensfälle gleich hohe Entschädigungen auszubezahlen.

Es muss erwähnt werden, dass die Frage des „Verschuldens“ primär nicht beantwortet, sondern im Rahmen der kursorischen Prüfung vor Auszahlung der Entschädigung nur am Rande mitbeurteilt wird. Dies deshalb, weil grundsätzlich vorab geprüft werden muss, ob ein Behandlungsfehler anzunehmen ist. Sollten sich Anhaltspunkte für eine Haftung ergeben, wird eine Entschädigung primär nicht in Frage kommen, da der „Fonds“ nicht dazu dient, die Haftpflichtversicherungen zu entlasten.

In einem ärztlichen Schreiben wurde die Patientenanwaltschaft um klare Information über Zahlungen auf Grundlage einer Entschädigung ersucht, da es sich hierbei um öffentliche finanzielle Mittel handelt. Ich habe den Briefgestaltern daraufhin die Information zukommen lassen, dass es sich meiner Ansicht nach nicht um öffentliche Mittel handelt. Die Patienten zahlen pro Aufenthaltstag in einer Krankenanstalt Euro 0,73.-- ein. Diese Gelder sollen wieder zweckgebunden an die Patienten ausgeschüttet werden, so dass es sich hierbei nicht um öffentliche Mittel handelt, sondern um zweckgebundene Mittel, die von jenen einbezahlt werden, die die Gelder wieder erhalten sollen. Aus diesem Grund wird mit der Information an die Krankenanstalten bzw. die Abteilungen vorsichtig umgegangen, weil in der Vergangenheit oft Missstimmungen entstanden sind, dass Patienten Zahlungen erhalten haben. Seitens der Ärzte wird teilweise mit Unverständnis reagiert, dass Auszahlungen erfolgt sind, da es sich bei der Schädigung nicht um einen Fehler gehandelt hat.

Dabei verkennen jedoch die Kritiker, dass wir hier nicht darüber diskutieren, ob ein Behandlungsfehler gegeben ist, sondern lediglich die Frage abklären, ob die Haftung „nicht eindeutig gegeben ist“ oder sich eine typische Komplikation mit Erheblichkeit verwirklicht hat.

Klar möchte ich auch deponieren, dass die Patientenanwaltschaft auch bei diesen Geldern das Prinzip der Transparenz pflegt. Die Krankenanstalten, die öffentliche Verwaltung, die Patienten, aber auch die Ärzte bekommen von mir jene Informationen, die gewünscht werden. Sollte jedoch ungerechtfertigte

Kritik an der Auszahlungspraxis entstehen, sehe ich mich gezwungen, eine grundsätzliche Mitteilung hinsichtlich der Höhe der Auszahlung zu unterlassen. Sollte weiterhin Kritik bestehen, so wird überhaupt davon Abstand genommen, die Ärzteschaft zu informieren.

Meiner Ansicht nach, und dies habe ich schon im Jahre 2005 erwähnt, wird das Institut der „Entschädigung“ von ärztlicher Seite zu wenig genutzt. Dazu bedarf es gewisser Richtlinien, die wiederum im Konzept des Beschwerdemanagements, welches seitens der Patientenanwaltschaft ausgearbeitet worden ist, enthalten sind. Ohne Begehrlichkeiten zu wecken, könnte es möglich sein, geschädigte Patienten auf kurzem Wege eine Entschädigung zukommen zu lassen, um das persönliche Ungemach, das die Patienten durch die Behandlung erlitten haben, zu lindern.

Dazu braucht es aber verantwortungsbewusste Ärzte, die die Kommunikation mit den Patienten pflegen, um diesen auch einen gewissen finanziellen Ausgleich zu ermöglichen.

In Vorarlberg gibt es wenige Abteilungen, die in Kontakt mit der Patientenanwaltschaft Patienten darüber beraten, dass die Möglichkeit einer Entschädigung gegeben ist, ohne dass die Patienten weitere Schadenersatzforderungen in die Wege leiten. Das System der Patientenentschädigung wäre vernünftig, wenn man zusammen mit der Ärzteschaft gemeinsame Vorgehensweisen erarbeitet, wobei diesbezüglich nochmals auf das Konzept des Beschwerdemanagements verwiesen wird.

9. Bericht gemäß § 13 Abs. 4 des Antidiskriminierungsgesetzes

Im Sinne des Antidiskriminierungsgesetzes wurden Antidiskriminierungsstellen eingerichtet, die die betroffenen Personen zu beraten haben. Weiters sollen Untersuchungen, insbesondere Überprüfungen zu behaupteten Verletzungen des Diskriminierungsverbotes durchgeführt werden.

Nach § 13 Abs. 4 leg. cit. hat der Patientenanwalt an die Landesregierung über die Tätigkeit als Antidiskriminierungsstelle Bericht zu erstatten.

Dazu muss ausgeführt werden, dass im Jahre 2006 kein Fall von Diskriminierung an den Patientenanwalt herangetragen worden ist.

10 . Veranstaltungen

Patientenverfügung

12.01.2006, Pensionistenverband Lochau (Referent)

Haftungsfragen für den Pflegedienst im Krankenhaus

26.01.2006, Gewerkschaft öffentlicher Dienst, Rankweil (Referent)

Interventionelle Therapie des akuten Myokardinfarktes

23.02.2006, Feldkirch (Weiterbildung)

Medizinischer Masseur

06.03.2006, Bludenz (Referent)

Grundlagen des Zivil- und Strafrechtes, außergerichtliche Vermittlung

23.03.2006, Feldkirch (Referent)

Haftung in der Pflege

27.03.2006, Dornbirn (Referent)

Tagung der ARGE Patientenanwälte

27. – 28.04.2006, Bregenz (Weiterbildung)

Stationsleiterlehrgang

10.05.2006, Feldkirch (Referent)

Medizinische Verwaltungskraft

12.05.2006, Bludenz (Referent)

Haftung in der Pflege

18.05.2006, Bregenz (Referent)

Haftung in der Pflege

21.09.2006, Hohenems (Referent)

Patientenrechte der Kinder und Jugendlichen, 9. Jahrestagung BKKÄ

30.09.2006, Bregenz (Referent)

Verbandsverantwortlichkeitsgesetz und Patientenverfügungsgesetz**Tagung der ARGE Heim- und Pflegeleitungen**

10.10.2006, Ludesch (Referent)

Patientenautonomie und Patientenverfügung

12.10.2006, Palliativlehrgang Batschuns (Referent)

Haftungsfragen in der Pflege, 6. Vorarlberger Geriatriekongress

18.10.2006, Nenzing (Referent)

Rechtliche Fragen in der Medizin

20. – 21.10.2006, Wien (Weiterbildung)

Dokumentation und Aufklärung

02.11.2006, IGK Bregenz (Referent)

Patientenverfügungsgesetz

06.11.2006, Stadt Bregenz (Referent)

Patientenverfügungsgesetz

07.11.2006, Sozialcaritas Hörbranz (Referent)

Haftung in der Pflege

14.11.2006, IGK Bregenz (Referent)

Tagung der ARGE Patientenanwälte

16. – 17.11.2006, Eisenstadt (Weiterbildung)

Fachtagung Patientenverfügungsgesetz und**Sachwalterrechts-Änderungsgesetz**

30.11.2006, Batschuns (Referent)

Eskalationsdynamik und Interventionsansätze

15.12.2006, Wien (Weiterbildung)

11. Statistik

Aufteilung der Anfragen auf die Institutionen in absoluten Zahlen

Krankenanstalten	298
------------------	-----



Pflegeheime	14
-------------	----



Entschädigung	46
---------------	----



Ambulatorien	7
--------------	---



Sonstige	5
----------	---



geschlechtsspezifische Aufteilung der Geschäftsfälle

weiblich	213
----------	-----



männlich	153
----------	-----



Übersicht der Vorsprachen und Interventionen 2005

Persönlich	293
------------	-----



Brieflich	44
-----------	----



Telefonisch	19
-------------	----



Mail	13
------	----



Fax	1
-----	---



Erledigungsdauer

Erledigung innerhalb einer Woche 37



Erledigung innerhalb eines Monats 31



Erledigung innerhalb eines Vierteljahres 44



Erledigung innerhalb eines Halbjahres 81



Erledigung innerhalb eines Jahres 28



Erledigung über ein Jahr 84



Altersmäßige Verteilung der Beschwerdeführer in %

00 – 09 4 %



10 – 19 3 %



20 – 29 14 %



30 – 39 18 %



40 – 49 14 %



50 – 59 17 %



60 – 69 14 %



70 – 79 9 %



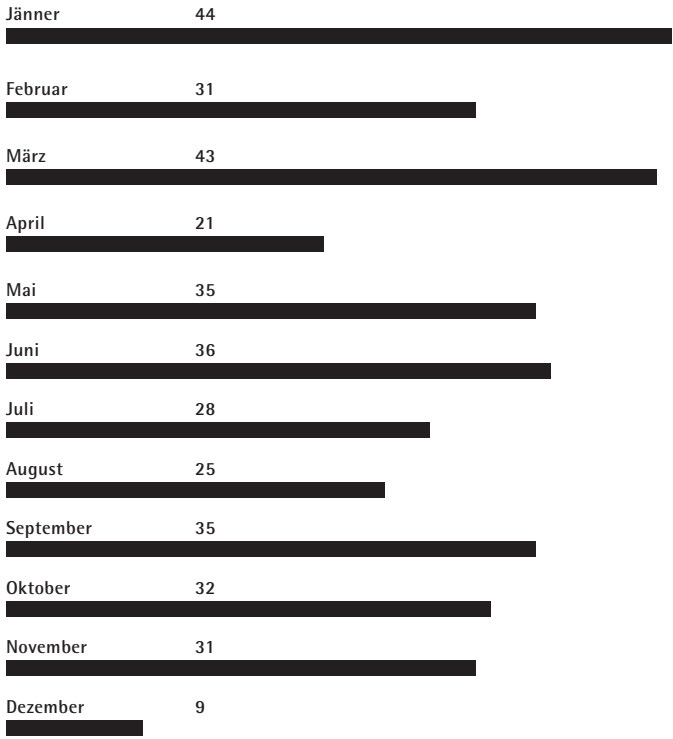
80 – 89 5 %



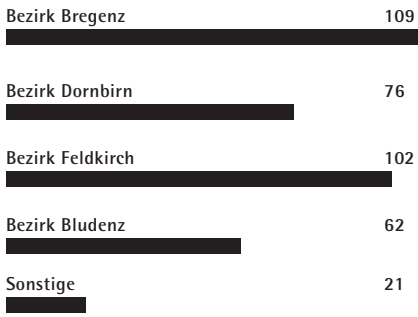
90 – 99 2 %



Fallanzahl pro Monat



Verteilung der beschwerdeführenden Parteien auf Bezirke



Erfolgsstatistik

Fälle bearbeitet	581
Fälle erledigt	305
Fälle ohne KH-Akten	22
Fälle ohne Anhaltspunkt nach erster Prüfung	93

Von den verbleibenden 190 Schadensfällen, bei welchen eine tiefere Prüfung durchgeführt wurden, konnten für 78 Patienten ein/e Schadenersatz/Entschädigung erreicht werden. Die Erfolgsquote liegt somit bei 41 %.

Schadenersatz über Versicherung	35
Schadenersatz über Schiedskommission	0
Entschädigung über Patientenanwalt	28
Entschädigung über Schiedskommission	15

Im Jahre 2006 wurde ein Gesamtbetrag in der Höhe von Euro 603.379,90 an die Patienten ausbezahlt.

Zahlenmäßige Entwicklung der Geschäftsfälle

Anzahl Neuanträge 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
	276	

12. 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) Bescherden 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 Bescherdeführung eine zur Verfügung stehende Informations- und Bescherdestelle zu befragen, es sei denn, dass ihnen dies nach der Lage des Falles nicht zumutbar ist oder Gegenstand der Bescherde ein Patienten- oder Klientenschaden ist.

(3) Die Patientenanzwaltschaft hat bei der Behandlung von Bescherden 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 Bescherdefall bekannt wird, dass in derselben Sache der Landesvolksanzwalt befasst ist, hat sie ihre Tätigkeit bis zum Abschluss des Verfahrens vor dem

Landesvolksanwalt 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 anteilsmäßig 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

13. Rechtlicher Kommentar

Ein Patient wurde in einer Krankenanstalt operiert. Die Operation ist an sich sehr gut verlaufen. In der Nachbetreuung ist es dann aufgrund noch nicht geklärter Umstände zu einer Schädigung gekommen, wobei die schädigende Handlung in erster Linie der Abteilung, nicht aber der Ärzteschaft zugerechnet werden muss.

Geplant war, dass der Patient in drei bis fünf Monaten zu einer neuerlichen Operation einbestellt werden sollte. Aufgrund dieser Schädigung hat der Patient einen Termin beim Patientenanwalt wahrgenommen. Es wurde die Krankengeschichte eingeholt und ein Prüfungsverfahren in Gang gesetzt. Aufgrund dieser Beschwerde wurde dann die nachfolgende Operation abgesagt. Begründet wurde dies damit, dass das Vertrauensverhältnis verloren gegangen ist und solche Patienten nicht mehr behandelt werden. Es stellt sich die Frage, ob dies rechtlich zulässig ist.

Im extramuralen Bereich kommt dem Arzt nur im Falle drohender Lebensgefahr eine Verpflichtung zur Behandlung (Erste Hilfe) zu. Ansonsten ist der Arzt nur dann zur Behandlung verpflichtet, wenn er die Behandlung übernommen hat. Dies bedeutet, dass erst ab Zustandekommen eines Behandlungsvertrages diese Verpflichtung entsteht. Er kann aber klar zum Ausdruck bringen, dass er nicht gewillt ist, einen derartigen Vertrag abzuschließen, weshalb dann auch keine Verpflichtung zur Behandlung entsteht.

Im Fall der Übernahme der Behandlung ist ein Rücktritt von der Behandlung nur dann möglich, wenn der Rücktritt rechtzeitig angezeigt worden ist. Meiner Ansicht nach muss auch eine entsprechende Belehrung erfolgen, sich rechtzeitig einen anderen medizinischen Beistand zu besorgen (gegebenenfalls auch über die Folgen, wenn der Patient nicht gewillt ist, dies zu tun).

Im Krankenhausbereich muss diese Frage differenziert betrachtet werden. Der Kontrahierungszwang des Krankenanstaltenrechtes (§ 23 KAG) legt dar, dass unbedingt notwendige Erste

ärztliche Hilfe in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden darf. Diese Fälle sind nicht nur auf Aufnahmen beschränkt, in denen drohende Lebensgefahr oder die Gefahr einer Gesundheitsschädigung besteht.

Abgesehen von den gesetzlich normierten Fällen des Vertragszwanges nehmen Lehre und Judikatur Kontrahierungszwang immer dort an, wo jemand eine monopolartige Stellung hat (Koziol/Welser I 115,116; Rummel in Rummel I Rz 10 zu § 861 ABGB; OGH SZ 59/130 = EvBl 1987/6; zuletzt zB 7.11.1990, 6 Ob 686/90N Rsp 1991/59) und es um Güter oder Leistungen geht, deren der andere üblicherweise bedarf, wobei keineswegs nur an lebenswichtige Aspekte gedacht ist. In diesem Sinne wird Ärzten und Krankenanstalten auch über die in den oben dargestellten gesetzlichen Bestimmungen geregelten Fällen hinaus ein Kontrahierungszwang auferlegt, wenn sie bezogen auf ein bestimmtes Gebiet eine monopolartige Stellung haben (Stellamor – Steiner in Handbuch des österreichischen Arztrechts, 30 ff).

Das öffentliche Krankenhaus hat somit seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen, wobei die Ärzte Erfüllungsgehilfen sind. Weigert sich nun ein Arzt einer Abteilung, eine Behandlung durchzuführen, weil das Vertrauensverhältnis gestört ist, wird im Rahmen des mit dem Rechtsträger abgeschlossenen Behandlungsvertrages ein anderer auf dieser Abteilung tätiger Arzt die Behandlung durchführen müssen. Wenn sich die gesamte Abteilung weigert, einen Patienten zu behandeln, wird der Rechtsträger dafür zu sorgen haben, dass er seiner vertraglichen bzw. auch gesetzlichen Verpflichtung nachkommen kann. Sollte er dazu nicht in der Lage sein oder sich dieser Angelegenheit nicht annehmen wollen, wird der dadurch entstandene Schaden dem Rechtsträger zugeordnet werden müssen. Es stellt sich aber darüber hinaus die Frage, ob nicht im Wege der Anwendung des Verbandsverantwortlichkeitsgesetzes auch eine strafrechtliche Sanktion zu befürchten sein wird. Dies wird die Zukunft weisen.

Auf den konkreten Fall angewandt bedeutet dies, dass sich eine gesamte Abteilung einer Behandlung nicht verschließen kann

(zumal der vorgeworfene Vertrauensbruch nicht ganz nachvollziehbar ist, weil die schädigende Handlung nicht durch einen Arzt gesetzt wurde). Wenn dies aber doch so gehandhabt wird, muss sich der Rechtsträger seiner Verpflichtung bewusst werden und andere Möglichkeiten einer Behandlung anbieten.

Diese Handlungsweise kann nicht akzeptiert werden. Man spricht immer wieder von modernem Beschwerdemanagement und davon, dass berechtigte Beschwerden im Sinne aller Parteien gelöst werden. Durch solche Praktiken werden Patienten unter Druck gesetzt, was aber den Patientenrechten widerspricht. Dem wird in Zukunft Einhalt zu gebieten sein.

Herausgeber & Fotografie:
Patientenanwaltschaft für das Land Vorarlberg

Auflage:
100 Stück

Text & Inhalt:
Mag. Alexander Wolf

Druck:
Druckerei Jochum

Gestaltung:
www.kombinat.at | Peter Kert | Mag. FH Alexander Songeregger MBA

