



Patienten a n w a l t

Jahresbericht 2009

Vorwort



RA Dr. Wolfgang Blum

Heuer wird die Patientenanwaltschaft Vorarlberg 10 Jahre alt. Der Landesgesetzgeber ist vor zehn Jahren einen neuen Weg gegangen. Das Konzept des Vorarlberger Modells sieht keine Zuordnung zum Landtag oder die Patientenanwaltschaft als Abteilung der Landesregierung vor, sondern es wird eine unabhängigen Einrichtung mit der Ausübung der Funktion der Patientenanwaltschaft betraut.

In der Gründungsphase war es den Proponenten wichtig, die Patientenanwaltschaft nicht nur als gesetzliche Notwendigkeit zu sehen, sondern die Einrichtung als Teil des Qualitätssicherungssystems des Vorarlberger Gesundheitswesens zu definieren. Ein sinnvolles Konflikt/ Fehler Management wurde angestrebt. Ich denke, dass diese Ziele weitgehend erreicht werden konnten. Die Patienten wenden sich zahlreich an die Patientenanwaltschaft und es wurden erhebliche Entschädigungen erreicht. Im ständigen Dialog mit den Krankenanstalten, Ärzten und Einrichtungen wird versucht eine laufende Verbesserung der Qualität im Sinne eines Lernens aus Fehlern zu erreichen. Die breite Akzeptanz der Patientenanwaltschaft ist Beweis für ein gutes Arbeiten.

Dieser Geschichte soll eine ebensolche Zukunft folgen, woran täglich gearbeitet wird.

Die Institution

Das Jahr 2009 war für die Patientenanwaltschaft ruhig, weil über keine Aufsehen erregenden Vorkommnisse berichtet werden kann, andererseits aber auch arbeitsintensiv, weil die Patientenanwaltschaft die höchste Fallanzahl seit Bestehen zu bearbeiten hatte.

Im ersten Arbeitsjahr 2000 hatten 120 Patienten den Patientenanwalt aufgesucht und diesen um Hilfe und/oder um Unterstützung bei Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen und in sonstigen Konfliktfällen ersucht.

Im Jahre 2009 war die Patientenanwaltschaft mit 316 Prüfungsfällen Krankenanstalten betreffend konfrontiert. Immer wieder wird darüber spekuliert, ob diese Fallanzahl in Hinblick auf das tolerierbare Maß gerade noch vertretbar erscheint, ob dies nur „die Spitze des Eisbergs“ oder das Jahr 2009 ein „Ausreißer“ ist.

Wenn man die Behandlungstage (stationär oder ambulant) in Vorarlberg in Korrelation zu den formulierten Beschwerden setzt, dann erscheint die oben genannte Zahl tatsächlich verschwindend klein zu sein. Und doch lässt die Zahl deshalb aufhorchen, weil noch nie so viele Patienten wie im Jahr 2009 Beschwerde geführt haben. Steigt die Unzufriedenheit, ist der Patient mündiger oder ist es doch die Wirtschaftskrise gewesen, die Patienten veranlasst haben, Beschwerde zu führen (mit dem positiven Begleiteffekt, Schadenersatz zu lukrieren)?

Meiner Ansicht nach ist es ein bisschen von allem. Wir hören immer wieder von diversen Unzufriedenheiten, die Patienten deponieren (nicht nur bei der Patientenanwaltschaft). Aber hören wir alle? Ich bin davon überzeugt, dass vornehmlich jene Patienten gehört werden, die „laut schreien“. Die, die sich nur beklagen, sich äußern, dass es „eh nicht so schlimm war“ und jene, die gar nichts sagen, werden nicht gehört und haben demnach auch kein Sprachrohr. Diese trauen sich auch nicht, sich an den Patientenanwalt zu wenden, obwohl es Sinn machen würde, dass auch jene zu Wort kommen.

Wie können diese Menschen erreicht werden? Durch Werbung – kaum. Durch ständiges Auffordern – eher nicht. Durch Sprechstage – sicher nicht.

Ein Patient kann nicht gezwungen werden, seine Unzufriedenheit zu deponieren. Es sollte aber allen Patienten bewusst sein, dass nur dann am Gesamtsystem „Gesundheit“ etwas verändert werden kann, wenn auch diese Unzufriedenheiten bei der Patientenanwaltschaft deponiert werden. Aber dann ist da noch die Angst, nochmals ins Krankenhaus gehen zu müssen und als kritischer Patient abgestempelt oder gar nicht behandelt zu werden. Diese große Sorge kommt immer wieder bei Gesprächen mit Patienten zum Ausdruck. Auch wenn ein körperlicher Schaden eingetreten ist, wird von uns erst dann die „Freigabe“ zur Beschwerdeführung erteilt, wenn die Behandlung sicher abgeschlossen ist. Die Furcht vor Repressalien ist zu groß.

Wenn man diese Zeilen liest, dann ist verständlich, dass sich nur die Mutigen trauen, bei der Patientenanwaltschaft vorzusprechen. Auch kann vermutet werden, dass es eine nicht zu vernachlässigende Dunkelziffer an Patienten gibt, die ihre Unzufriedenheit nicht offiziell äußern, sondern die Diskussion eher am Stammtisch führen.

Es gibt aber einen Weg, der allen Beteiligten hilft: Dem Krankenhaus, die Qualität zu verbessern und allen Patienten, zu ihrem Recht zu kommen. Die Plattform Patientensicherheit hat ein Konsensus-Dokument der Harvard Spitäler veröffentlicht, welches die Patientenanwaltschaft Vorarlberg allen Verwaltungsdirektoren zur Verfügung gestellt hat. Dort wird unter dem Titel „Wenn etwas schief geht – Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall“ dargestellt, wie man sich zu verhalten hat, wenn ein unerwünschtes Ereignis eingetreten ist. Dieses Konsensus-Dokument hat Ähnlichkeiten mit dem von der Patientenanwaltschaft im Jahre 2006 ausgearbeiteten Beschwerdemanagementkonzept. Zusammenfassend dargestellt, sollte man bei Schadensfällen von Seiten der Ärzte aktiv agieren und nicht erst im Zuge einer Beschwerde reagieren.

Seit Vorliegen des Beschwerdemanagementkonzeptes 2006 wurde nun von der Patientenanwaltschaft beobachtet, ob sich am Verhalten unserer Verhandlungspartner etwas geändert hat. Sollte ein Patient zu Schaden kommen und ist von vornherein nicht klar, ob es sich um eine Schädigung handelt, die aufgrund eines Fehlverhaltens oder einer typischen Komplikation, für die

der Arzt nicht haftet, eingetreten ist, dann muss ein bestimmtes konsensuales Prozedere ablaufen. Erkennbar für den Patienten und auch für den Arzt ist meist nur, dass zwar das primäre Behandlungskonzept erfüllt wurde, nun aber sekundär ein weiterer Schaden eingetreten ist. Der Patient hofft nun auf Information, eine optimale medizinische Betreuung und eine Aufklärung über das weitere Prozedere. Der Arzt, dies vermute ich nun, hofft darauf, dass die Folge beseitigt werden kann. Oftmals wird meiner Erfahrung nach jedoch geschwiegen oder nach einer gewissen Zeit dargelegt, dass man nichts mehr machen kann.

Die Handlungsweise der Behandler korreliert nicht mit den Erwartungen der Patienten; es wird eine Unzufriedenheit erzeugt, die aufgrund des Schadens - erst recht, wenn es sich um einen Dauerschaden handelt - noch wächst.

Der Arzt muss aufgrund seiner Ausbildung erkennen, dass ein Schaden eingetreten ist. Unabhängig welche Ursache nun diesem Schaden zugrunde liegt, hat er in dieser Phase der Behandlung den Patienten für sich zu gewinnen, indem er aktiv dieses Problem bespricht und nicht davor zurückscheut, nur weil er Angst vor möglichen Konsequenzen hat (Reputationsverlust, Klage, etc.). Wenn man Patienten aktiv begleitet, bleibt man „Herr des Verfahrens“. Dazu gehört aber auch, dass Patienten über mögliche rechtliche Gegebenheiten aufgeklärt werden. In jeder Betten führenden Anstalt wurde eine Beschwerdestelle eingerichtet. Nicht einmal 10%, konkret 6,4%, aller bei der Patientenanwaltschaft vorsprechenden Patienten wurden über die Einrichtung Patientenanwaltschaft von der Beschwerdestelle informiert. Der Grund liegt augenscheinlich darin, dass die Beschwerdestellen über die Unzufriedenheiten der Patienten nicht informiert werden. Würde der Patient im Falle eines Schadeneintritts auch über die Beschwerdestelle informiert werden, dann könnte man die „Beschwerdeführung“ kanalisieren, die Beschwerde in geregelten Bahnen bearbeiten.

Anfänglich habe ich die Frage gestellt, ob sich am Verhalten in den letzten Jahren etwas geändert hat. Diese Frage ist eindeutig mit NEIN zu beantworten. Zwar sind auf Ebene der Verwaltungen Bestrebungen in Gang gesetzt und Konzepte umgesetzt worden, auf Ärzteseite, die in einem Beschwerdemanagement-

konzept der wichtigste Systempartner ist, sehe ich aber keine Veränderungen. Immer noch wird die Patientenanwaltschaft oftmals als Gegner gesehen, selten werden Patienten über mögliche Ursachen von eingetretenen Schädigungen aufgeklärt und immer noch werden Patienten, die Prüfungsverfahren initiieren, mit Konsequenzen konfrontiert, ohne daran zu denken, dass jede Beschwerde auch der Qualitätssicherung im eigenen Haus dient. Gemeinsam sollten wir einen Weg finden, dass man auch auf Ärzteseite ein Prüfungsverfahren zulassen kann.

Ein weiteres Thema muss noch erwähnt werden. In periodischen Abständen wird in Printmedien dargelegt, dass sich geschädigte Patienten an Rechtsanwälte wenden sollen. Es entsteht zumindest der Eindruck der Exklusivität dieser Berufssparte im Zusammenhang mit der Prüfung von Behandlungsfehlern.

Dem kann von meiner Seite aus nicht gefolgt werden. Fakt ist, und dies wurde seitens der Patientenanwaltschaft auch nie bestritten, dass ausschließlich Rechtsanwälte befugt sind, Rechtsvertretungen vor Gericht anzubieten und durchzuführen.

Die Frage ist aber nicht, wer vor Gericht vertreten darf, sondern wer befugt ist, Patienten zu unterstützen. Im außergerichtlichen Wege ist auch die Patientenanwaltschaft legitimiert, derartige Unterstützungen anzubieten.

Es ist vorteilhaft, bei der Fallprüfung auch über ein gewisses medizinisches Grundverständnis zu verfügen. Die Patientenanwaltschaft hat sich dieses in jahrelanger Erfahrung angeeignet. Mangelndes Verständnis für die medizinischen Zusammenhänge spiegelt sich darin nieder, dass unter Umständen nicht exakt jene Fragen einem Gutachter gestellt werden, die die Haftung näher beleuchten würden.

Betonen darf ich, dass es manchmal unumgänglich ist, Klage einzubringen. Die Entwicklung auf diversen Gebieten zeigt aber, dass die außergerichtliche Streitbeilegung forciert werden sollte. Dazu fühlt sich im Bereich der Medizinhaftung die Patientenanwaltschaft berufen.

Krankenanstalten

Die Zusammenarbeit mit den Beschwerdestellen kann als sehr gut bezeichnet werden. Die Verhandlungen mit diversen Haftpflichtversicherungen (Generali Versicherung, Donau Versicherung, um nur zwei zu nennen) erweisen sich als hart aber fair. In diesem Sinne können für Patienten doch gute Lösungen in vertretbarer Zeit angeboten werden.

Es gibt aber auch Umstände, die man kritisch zu hinterfragen hat. Patienten einer bestimmten Krankenanstalt sind doppelt belastet, insbesondere wenn sie mit einem Schadensfall konfrontiert sind. Erschwerend kommt hinzu, dass die Abwicklung des Schadensfalles eher zögerlich vorangeht. Dies betrifft sowohl die Abklärung, ob grundsätzlich ein Gutachten eingeholt wird als auch die Auswahl des Gutachters, wenn man diesen Weg der Abklärung geht.

Dies ist meiner Ansicht nach eine Frage der Qualität bzw. wird der Ruf nach einem funktionierenden Beschwerdemanagement laut.

Diese Fragen werden auch mit dem zuständigen Rechtsträger in den nächsten Monaten zu diskutieren sein.

Schmerzambulanz

Patientinnen und Patienten haben Rechte und Pflichten. Ein besonders wichtiges Patientenrecht ist das Recht auf adäquate schmerzarme Betreuung und Behandlung oder anders gesagt: das Recht auf eine ausreichende Schmerztherapie. In der Patientencharta ist davon die Rede, dass dem Gebot der bestmöglichen Schmerztherapie – insbesondere im Sterbeprozess – Rechnung zu tragen ist. Im Vorarlberger Spitalgesetz wird in § 30 festgehalten, dass der Rechtsträger der Krankenanstalt sicherzustellen hat, dass Patientinnen und Patienten möglichst schmerzarm behandelt und, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist, auch nur zur Linderung ihrer Beschwerden betreut werden. Grundsätzlich dürfen auch Bedenken auf Lebensverkürzung oder Abhängigkeit keine Barrieren für eine Schmerztherapie sein. Schmerzfreiheit wird grundsätzlich höher bewertet als ein

leidvoller, längerer Sterbeprozess und daher wird eine gewisse Lebensverkürzung oder Abhängigkeit hier ethisch und rechtlich in Kauf genommen.

Es stellt sich nunmehr die Frage, ob derartige Regelungen in der Patientencharta und im Spitalgesetz auch für den einzelnen Patienten durchsetzbar bzw. einklagbar sind. Fakt ist, dass das Spitalgesetz dem Patienten keine subjektiven Patientenrechte einräumt und die Patientencharta keine direkte Rechtswirkung entfaltet. Der Oberste Gerichtshof hat in seinen Entscheidungen jedoch ausgesprochen, dass das Unterlassen einer medizinisch indizierten Schmerztherapie einen Behandlungsfehler darstellt, der Schmerzensgeldansprüche auslösen kann. Somit kann festgehalten werden, dass Patienten ein subjektives, durchsetzbares Recht auf eine adäquate schmerztherapeutische Behandlung haben.

Immer wieder werden wir mit Anfragen konfrontiert, in welcher Krankenanstalt eine Schmerzambulanz eingerichtet ist. Wenn man die Internetseiten der einzelnen Krankenhäuser studiert, findet man lediglich im Landeskrankenhaus Hohenems eine sogenannte Schmerzsprechstunde. Eine eigene Schmerzambulanz steht meines Wissens nach nicht zur Verfügung bzw. wird auch nicht als solche von Seiten des Rechtsträgers beworben.

Die Patienten müssen teilweise in benachbarte Bundesländer ausweichen. Gerade bei der Schmerzbehandlung wäre es aber wichtig, vor Ort einen kompetenten Ansprechpartner zu haben. In Zukunft wird der Aufbau einer Schmerzambulanz Thema sein müssen. Ärzte, die anderen Aufgaben zugeteilt werden, sollen diese Funktion nicht übernehmen, sondern eine eigens dafür eingerichtete Ambulanz, die niederschwellig für die Patienten erreichbar ist, sollte ins Leben gerufen werden.

Kommunikationsregelungen für den Informationsaustausch zwischen der Patientenanwaltschaft und den Vorarlberger Landeskrankenhäusern

Die Patientenanwaltschaft hat den Eindruck gewonnen, dass es für Ärzte schwierig ist, allein auf Basis einer fachlichen Stellungnahme ein Schreiben der Patientenanwaltschaft zu beantworten.

Schreiben der Patientenadvokatur wurden zudem kritisiert, insbesondere weil der Inhalt nicht stimmen würde (obwohl diese Schreiben im Konjunktiv verfasst wurden und extra darauf hingewiesen wurde, dass dies der Inhalt des Patientenvorbringens darstellt).

Durch einzelne Vorkommnisse wurden Regeln aufgestellt, die einer verbesserten Kommunikation dienen sollten. So wurde darüber informiert, welche Rolle der Patientenadvokatur zukommt, da doch in der Ärzteschaft Informationsdefizite augenscheinlich vorhanden waren und immer noch sind. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass die Patientenadvokatur den Beschwerdeführer zu beraten, den beklagten Sachverhalt zu objektivieren, auf eine außergerichtliche Lösung hinzuwirken hat und Zahlungen aus dem Entschädigungsfonds gewähren kann. Weiters wurde ein Ablauf einer Beschwerde skizziert, wobei nicht nur dargelegt worden ist, in welcher Form man auf die Fragen des Patientenadvokaten zu antworten hat, sondern auch wie die Auswahl von Gutachtern geschieht und in welcher Form man zu den vorliegenden Gutachten Stellung beziehen muss.

Durch diese Verfahrensanleitung wurde wieder der Boden der Sachlichkeit erreicht und man kann konstruktiv kommunizieren.

Entschädigung

Im Jahre 2009 wurden 46 Anträge auf Entschädigung eingebracht. In drei Fällen wurden entweder keine Entscheidungen getroffen oder die Begehren abgelehnt. Gesamthaft wurden 341.550,- Euro an Entschädigungen ausbezahlt.

Da die Bevölkerung bis heute keine Kenntnis davon hat, für welche Fälle Entschädigungen begehrt werden können, darf ich exemplarisch drei positiv bearbeitete Anträge darstellen:

Bei einer Patientin wurde aufgrund jahrelang bestehender Schmerzen eine Stabilisierungsoperation im Bereich der Wirbelsäule notwendig. Die Patientin wurde vor der Operation aufgeklärt, dass es im Zuge dieser Operation zu Nervbeeinträchtigungen bis hin zu Lähmungen kommen kann. Im Zuge der

Operation ist es zu einer Verletzung der Dura (harte Rückenmarkhaut) gekommen. Die Patientin hat tatsächlich eine aufgeklärte Komplikation im Sinne einer Lähmung erleiden müssen. Da festgestellt werden konnte, dass kein Verschulden eines Arztes vorliegt, musste vom Eintritt einer Komplikation ausgegangen werden. Nach den Richtlinien zur Patientenentschädigung kann auch dann eine Entschädigung zugesprochen werden, wenn sich eine aufgeklärte typische Komplikation verwirklicht hat, die außerordentlich schwer verlaufen und ein erheblicher Schaden entstanden ist. Der Patientin wurde über die Schiedskommission eine Entschädigung in Höhe von 10.000,- Euro zugesprochen.

Eine Patientin hat sich im Zuge der Sportausübung das Sprunggelenk verletzt. Eine operative Versorgung war nicht notwendig, jedoch eine konservative Behandlung im Sinne einer Ruhigstellung mit einem Unterschenkelgipsverband. Dieser wurde angelegt, wobei nicht dokumentiert worden ist, dass dieser zu eng gewesen wäre oder überhaupt eine Kontrolle durchgeführt wurde; ebenso erfolgte keine Aufklärung darüber, dass die Patientin bei Schmerzen bzw. Gefühlsstörungen sofort das Krankenhaus aufsuchen muss. Auch wurde die Patientin nicht über Verhaltensregeln aufgeklärt. Aufgrund der mangelnden Information war der Patientin nicht bewusst, welche Folgen eintreten könnten, wenn sich tatsächlich gewisse Umstände verwirklichen (zu enger Gips, Schwellung, etc.).

Zwei Tage später wurde ein neuer Gips angelegt. Bis zu diesem Zeitpunkt hat es keine Auffälligkeiten gegeben. Wiederum zwei Tage später hat die Patientin am Abend eine Beeinträchtigung in der Zehenbewegung festgestellt, am nächsten Morgen Gefühlsstörungen. Sie hat dann das Krankenhaus aufgesucht. Es musste eine Schädigung des Nervus peroneus festgestellt werden. Man konnte von einer vorübergehenden Beeinträchtigung ausgehen. Die Haftung war in diesem Fall unklar. Dies deshalb, weil die Vollständigkeit und Richtigkeit der Aufklärung bis zum Schluss ungeklärt war. Man konnte davon ausgehen, dass die „Haftung nicht eindeutig gegeben war“. Aus diesem Grund konnte auch dieser Patientin eine Entschädigung in Höhe von 3.500,- Euro zugesprochen werden.

Immer wieder sind Infektionen Thema bei der Antragstellung von Entschädigungen. Gemeint sind nicht Primärinfektionen, die im Zuge eines Krankenhausaufenthaltes behandelt werden müssen, sondern Infektionen nach ärztlichen Behandlungen, die als Komplikation auftreten können. Wird eine Infektion Gegenstand einer Entschädigungsprüfung, muss genau geprüft werden, ob die in den Richtlinien dargelegten Voraussetzungen erfüllt werden.

Eine Entschädigung kann dann zugesprochen werden, wenn eine sehr seltene und gleichzeitig schwerwiegende Komplikation eingetreten ist oder sich eine aufgeklärte Komplikation verwirklicht hat, die aber außerordentlich schwer verlaufen und ein erheblicher Schaden entstanden ist.

Sollte eine Infektion über Wochen und Monate bis zur Abheilung behandlungsbedürftig sein, sollte gar die Notwendigkeit einer Operation gesehen werden, kann angenommen werden, dass diese Voraussetzungen vorliegen.

In einem konkreten Fall wurde bei einem Patienten eine Plattenosteotomie durchgeführt. Nachfolgend hat sich eine Infektion eingestellt, die weitere Operationen nach sich gezogen hat, ebenso einen deutlich verzögerten Heilungsverlauf.

Der Gutachter hat festgestellt, dass nach einer Verplattung in bis zu 2% der Fälle Infektionen auftreten können. Im konkreten Fall ist dies eine bekannte und aufgeklärte Komplikation, weshalb auch eine Haftung gänzlich ausgeschlossen werden konnte. Da jedoch, wie oben dargelegt, die Voraussetzungen betreffend den Zuspruch einer Entschädigung vorgelegen sind, konnte dem Patienten ein Betrag in Höhe von 8.000,- Euro zuerkannt werden.

Zum Thema Entschädigung sollten noch grundsätzliche Überlegungen angestellt werden. Derzeit zahlt jeder Patient, der sich in eine stationäre Behandlung begibt, einen Betrag von €0,73 pro Tag (maximal 28 Tage im Jahr). Diese Gelder kommen im Falle eines Patientenschadens als Entschädigung zur Auszahlung (sollten die Voraussetzungen vorliegen).

Auffallend ist, dass die Patienten ihre Schäden selbst bezahlen und dieses System nur für den stationären Bereich gilt. Diese zwei Themenkreise sind miteinander verflochten und müssen

gemeinsam diskutiert werden. Eine Ausdehnung auch auf den niedergelassenen Bereich ist derzeit mangels einer gesetzlichen Grundlage nicht möglich, würde jedoch auch an den mangelnden finanziellen Ressourcen scheitern. Die Frage wird zu diskutieren sein, ob es nicht Sinn machen würde, dass auch andere an der Behandlung involvierte Institutionen und Personen in diesen Fonds einzahlen. Dies hätte den Effekt, dass man dann dieses System auch auf den niedergelassenen Bereich ausdehnen könnte.

Folgende Konstellation sollte man sich vor Augen führen. Muss sich ein Patient einer Coloskopie (Darmspiegelung) unterziehen, hat er die Möglichkeit, dies im niedergelassenen Bereich, aber auch unter stationären Bedingungen machen zu lassen. Als typische Komplikation ist die Darmperforation bekannt. Sollte diese Komplikation im Krankenhaus eintreten, hätten die Patientin die Möglichkeit, einen Entschädigungsantrag zu stellen. Sollte er diese Untersuchung im niedergelassenen Bereich gemacht haben, kann er sich keine Entschädigung erwarten, da meistens keine Haftung besteht und für die Komplikation im niedergelassenen Bereich keine Entschädigung begehrt werden kann. Sollte eine Gleichbehandlung auch auf diesem Sektor gewünscht sein, dann müsste man dieses System ausdehnen. Dazu sollte aber nicht nur der Patient selbst die erforderlichen Mittel aufbringen, sondern dieser Fonds müsste über eine Solidargemeinschaft gespeist werden, um die nötigen Mittel aufbringen zu können.

Schiedskommission

Im Patienten- und Klientenschutzgesetz wird normiert (§ 7 Abs 7), dass die Schiedskommission ihre Tätigkeit durch Verträge mit Rechtsträgern anderer als im Abs 1 genannter Krankenanstalten, mit niedergelassenen Angehörigen der im § 2 Abs. 1 genannten Berufe und mit Rechtsträgern von Pflege- und Betreuungseinrichtungen auf deren Patienten bzw. Klienten ausdehnen soll. Im Jahre 2006 wurde mittels Kooperationsvertrag die Zuständigkeit des Patientenanwaltes auf den niedergelassenen Bereich ausgedehnt. Über die Patientenanwaltschaft werden ausschließ-

lich Schadensfälle, ausgenommen Bagatellschäden, bearbeitet. Im Zusammenhang mit sonstigen Vorbringen wendet sich der Patient entweder direkt an den Arzt oder aber an die Ärztekammer, die die Beschwerde dem Arzt zur Kenntnis bringt. Die Ärztekammer hat zwar nicht die Funktion einer Beschwerdestelle, dient jedoch sehr wohl als Kommunikationsbrücke zwischen den Parteien.

Sinn machen würde es, wenn auch die dritte Stufe des mehrgliedrigen Beschwerdesystems für die Patienten oder auch die Ärzte zur Verfügung stehen könnte. Dadurch könnte man die streitigen Auseinandersetzungen noch mehr in den Hintergrund drängen.

Ein Lösungsansatz wäre, wenn ein Vertrag, ähnlich dem erwähnten Kooperationsvertrag, zwischen Vorarlberger Landesregierung und Ärztekammer abgeschlossen würde, der den Zuständigkeitsbereich der Schiedskommission auf den niedergelassenen Bereich erweitert.

Diese Anregung wird mit der Schiedskommission des Landes Vorarlberg zu diskutieren sein. Die Schiedskommission sollte sich auch darum bemühen, die Zuständigkeit, wie im Gesetz vorgesehen, auf all jene Bereiche auszudehnen, für die der Patientenanwalt ex lege oder ex contractu zuständig ist.

Pflegeheimbereich

Wiederum ist ein Rückgang an Beschwerdefällen festzustellen. Im Jahre 2009 wurden nur 9 Anfragen an den Patientenanwalt herangetragen. Immer wieder hört man in den letzten Jahren von Personalmangel, von unzufriedenen Mitarbeitern, nicht aber von unzufriedenen Kunden.

Die Patientenanwaltschaft wundert sich darüber, dass die Beschwerdezahlen tatsächlich rückläufig sind. Dies deshalb, weil eine mangelnde Personalausstattung meistens ein Grund dafür sein kann, dass die Beschwerden zunehmen. Durch zu wenig Personal kann die Betreuung leiden, da der Einzelne nicht mehr jene Zeit vorfindet, die notwendig wäre, um eine gewohnte, adäquate und umfangreiche Pflege gewährleisten zu können.

Im Jahre 2009 wurde erhoben, ob die Beschwerdestellen vor Ort

funktionieren. Eine Auswertung wurde im Jahre 2010 vorgestellt (darüber wird im nächsten Jahresbericht berichtet).

Niedergelassener Ärztebereich

Im Jahre 2009 wurde die Patientenanwaltschaft mit 33 Anfragen aus dem niedergelassenen Bereich konfrontiert. Auffallend ist, dass es doch nur in einem geringen Prozentbereich tatsächlich zu einer Haftung gekommen ist.

Dies spricht doch für die hervorragende Qualität der Leistung der niedergelassenen Allgemeinmediziner und Fachärzte. Ein Problembereich wird thematisiert. In gewissen Fächern muss mit einer doch beträchtlichen Wartezeit gerechnet werden. Dies erzeugt einen Unmut bei den Patienten, da doch nicht gerade geringe Leistungen von Seiten der Patienten erbracht werden (Sozialversicherungsbeiträge), dem aber keine zumutbare Wartezeit gegenübersteht.

Der Spargedanke ist sicher weiter zu verfolgen. Sparen heißt aber nicht, dass man auf einen Augenarzttermin bei einem Vertragsarzt ca. 9 Monate warten muss. Sparen könnte man auch in anderen Belangen (Verwaltung?).

Patientenverfügung

Im Jahr 2009 wurden bei der Patientenanwaltschaft Vorarlberg einunddreißig verbindliche und sieben beachtliche Patientenverfügungen errichtet. 3 PatientInnen wurden angeleitet ihre Patientenverfügungen wegen mangelhafter Formulierungen zu verbessern. Zudem wurden wiederum telefonische und persönliche Informations- und Beratungsgespräche geführt, Unterlagen an interessierte PatientInnen versandt und Vorträge zum Thema Selbstbestimmungsrecht und Patientenverfügung gehalten. Österreichweit wurden im Jahr 2009 bei den Patientenanwaltschaften bzw. Patientenvertretungen insgesamt 544 verbindliche Patientenverfügungen errichtet, im Jahr 2008 waren es 493. Seit Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes

am 1.6.2006 wurden bis zum 31.12.2009 bei den Patienten-anwaltschaften bzw. Patientenvertretungen Österreichs insgesamt 2024 verbindliche Patientenverfügungen errichtet.

Im Jahre 2007 bis 2009 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit eine Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes (kurz PatVG) in Auftrag gegeben¹. Diese empirische Studie wurde in drei Phasen unterteilt: Das erste Jahr (Kalenderjahr 2007) diente dabei vor allem der Erhebung der Patientenseite, die zweite Phase der Studie im Kalenderjahr 2008 sollte vor allem die Perspektive der Ärzte in Blick nehmen. In der dritten Studienphase wurde eine österreichweite Telefonumfrage in Auftrag gegeben.

In dieser von der Österreichischen Gesellschaft für Marketing (OGM) durchgeführten Telefonumfrage in der dritten Phase der Studie wurde für die Gesamtbevölkerung von Österreich erhoben, wie weit Patientenverfügungen verbreitet sind. Hierbei wurde auch der Anteil der verbindlichen bzw. beachtlichen PV (Anzahl der Befragten war 1002) erhoben. Die Ergebnisse haben laut Studienautoren gezeigt, dass PV für die österreichische Bevölkerung eher die Ausnahme darstellen. Die Anzahl der errichteten PV im Sample betrug insgesamt 35. Es haben somit 3,5 Prozent der Bevölkerung eine PV. In der Gruppe der Personen, die eine PV haben, zeigten sich vor allem beim Alter Unterschiede. Die größte Altersgruppe unter den Personen mit PV ist zwischen 60 und 69 Jahre alt. Es befinden sich unter den Personen mit PV keine Personen in Ausbildung, was laut Studienautoren zusammen mit der Altersverteilung den Rückschluss erlaubt, dass die Personen mit PV keine Minderjährigen sind. Der Anteil der verbindlichen PV im Sample an PV beträgt 32 Prozent. Auch viele Personen, die eine beachtliche PV haben, haben für die Errichtung Beratungen in Anspruch genommen. Etwas mehr als ein Drittel der Personen mit PV (39%) hat sich bei der Errichtung nur von einem Arzt beraten lassen. 9 Prozent der Errichtenden wurden nur von einem Juristen beraten, eine Gruppe

¹ Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach Inkrafttreten des PatVG von Körtner, Kopetzki, Maria Kletecka-Pulker, Inthorn

von 18 Prozent hat die PV eigenständig und ohne Beratung errichtet. Neben den Personen mit PV wurden auch Personen ohne PV zu ihrer Haltung zur PV befragt. Die Mehrheit der Befragten (58%) gab an, sich noch nicht mit dem Thema beschäftigt zu haben. Diese Antwort wird in der Gruppe der unter 30-Jährigen zu 71 Prozent gegeben. 12 Prozent der Befragten ohne PV geben an, eine PV errichten zu wollen. Die Übrigen geben an, dass ihre Angehörigen für sie entscheiden sollen (13%), die behandelnden Ärzte für sie entscheiden sollen (6%) oder auch, dass alles medizinisch Mögliche für sie getan werden soll (7%), sie also keine medizinischen Maßnahmen ablehnen wollen. Eine kleine Gruppe von 2 Prozent hält PV für sinnlos.

Laut dieser Umfrage von OGM im Rahmen der oben zitierten Studie müsste es in Österreich ca. 293.400 beachtliche und ca. 93.900 verbindliche PV geben. Diese Zahl kann seitens der Patientenanzwaltschaft Vorarlberg allerdings nicht bestätigt werden. Tatsächlich kann unsererseits nicht gesagt werden, wie viele beachtliche PV gemacht wurden, da kein zentrales Register besteht und auch eine Registrierungspflicht weder bei beachtlichen noch bei verbindlichen PV vorgesehen ist. Im Übrigen ist eine Registrierung auch nicht notwendig für das Zustandekommen der PV. Dennoch kann zumindest eine Aussage über die Zahl der verbindlichen PV getätigt werden: Ende 2008 dürfte die Zahl laut unseren Recherchen bei ca. fünftausend gelegen sein. Das sind bezogen auf die österreichische Gesamtbevölkerung ca. 0,06 Prozent. Dieser Prozentsatz liegt doch bedeutend unter jenem, der sich aus der Umfrage von OGM im Rahmen der zitierten Studie ergibt (1,12 Prozent). Es ist daher unserer Meinung nach auch davon auszugehen, dass weniger beachtliche PV bestehen als die Umfrage ergeben hat. Die Ursache dieser Diskrepanz zwischen der OGM-Umfrage und den tatsächlichen Gegebenheiten kann unsererseits nicht benannt werden, zumal eine Zahl von tausend Befragten statistisch durchaus repräsentativ ist. Der Befund, dass PV für die österreichische Bevölkerung eine Ausnahme darstellen, kann aufgrund des uns vorliegenden Zahlenmaterials jedoch bestätigt und unterstrichen werden. Ebenso

können wir aufgrund unserer Erfahrungen festhalten, dass verbindliche PV überwiegend von älteren Menschen errichtet werden und Minderjährige als Errichtende – obwohl dies rechtlich möglich ist – bisher kaum in Frage kommen.

Als Ergebnis der Studie wird dann im Endbericht der Studienautoren festgehalten, dass es aufgrund der eher geringen Zahl an PV nur begrenzt Erfahrungen mit den durch das Gesetz geschaffenen neuen Formen und Rahmenbedingungen gibt. Sowohl auf Seiten der Ärzte als auch auf Seiten der Errichtenden wird die PV vor dem Hintergrund bisheriger Erfahrungen im Arzt-Patienten-Verhältnis gedeutet. Während Errichtende dieses Verhältnis vor allem auf Basis von Kommunikation verstehen und gestalten wollen, bringen Ärzte aufgrund ihrer eigenen Zielvorstellungen in ihrer eigenen Tätigkeit auch Aspekte der Lebensrettung in ihre Überlegungen ein. Die Erfahrungen, die von Seiten der Errichtenden in die Deutung der PV eingehen, finden sich gespiegelt auf Seiten der Ärzte wieder. In einem vertrauensvollen Klima zwischen Arzt und Patient, in dem Kommunikation gut funktioniert, braucht es besondere äußere Gründe, damit eine PV überhaupt als notwendig angesehen wird. Die PV bzw. deren Errichtung kann zum Kommunikationsanlass werden, weitere Schritte im Verlauf einer Krankheit zu klären, sich Gedanken über Reanimation oder künstliche Ernährung zu machen. Dieses Gespräch würde aber vermutlich auch ohne PV stattfinden, damit der Arzt die Wünsche des Patienten hinsichtlich seiner Behandlung berücksichtigen kann. Ist die Erfahrung hinsichtlich des Arzt-Patienten-Verhältnisses negativ, wird die PV in der Kommunikation als lautverstärkendes Element auf Seiten des Patienten genutzt. Dadurch soll der Arzt dazu gebracht werden, den Wünschen des Patienten mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Von Seiten der Ärzte wird dies entsprechend wahrgenommen. PV werden zum Teil als Eingriff in den Entscheidungsbereich des Arztes gewertet. Hiergegen verwehren sich Ärzte. Dadurch wird das Kommunikationsinstrument PV zu einem einseitigen Kommunikationsversuch, bei dem der Wille des Patienten auch ungehört bleiben kann. Ob Ärzte den Vorstellungen der Patienten Gehör schenken, lässt sich durch die PV nicht erzwingen. Die zum Teil vorangegangenen negativen Erfahrungen im Arzt-Patienten-Verhältnis werden in dieser Perspektive durch

die PV weiter in Richtung konfrontativer Haltung verstärkt.

Laut Resümee der Studienautoren weisen die Ergebnisse insgesamt auf einen großen Vertrauensverlust zwischen Patienten und Ärzten hin. Nicht die neuen medizinischen Möglichkeiten, die Leben verlängern, sind das wesentliche Problem, sondern Missverständnisse und fehlende Kommunikation. Die PV wird dabei als Instrument eingesetzt, um dem Wunsch, mit Würde behandelt zu werden und mit den eigenen Vorstellungen Gehör zu finden, Ausdruck zu verleihen.

Der Endbericht der Studienautoren beinhaltet noch einen rechtlichen und ethischen Teil und sei all jenen empfohlen, die sich für das Thema besonders interessieren.

Er befindet sich auf der Internetseite des Gesundheitsministeriums zum Download.

Bericht gemäß § 13 Absatz 4 des Antidiskriminierungsgesetzes

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

Nach § 12 Absatz 4 hat der Patientenanwalt über die Tätigkeit als Antidiskriminierungsstelle Bericht zu erstatten. Dazu muss ausgeführt werden, dass im Jahre 2009 kein Fall von Diskriminierung an den Patientenanwalt herangetragen worden ist.

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

Veranstaltungen

Vortrag Patientenverfügung

13.2.09, Pensionistenverband Bregenz (Referent)

Vorträge Berufsrecht, Haftungsfragen

22.4.09 und 22.10.09, Krankenpflegeverein Dornbirn (Referent)

ARGE Tagung der Patientenanwälte

22.04. bis 24.04.09 Linz

Gewaltfreie Kommunikation, Schloss Hofen (Weiterbildung)

28.04. bis 30.04.09

Medizinrechtskongress, Gmunden (Weiterbildung)

08.05. bis 09.05.09

Seminar Haftungs- und Rechtsfragen sowie Beschwerdemanagement

13.5. und 2.11.09, Connexia (Referent)

Seminar Medizinischer Masseur

2.6. und 3.6.09, Wifi (Referent)

Seminar Ethikkommission

23.6.09, LKH Feldkirch (Weiterbildung)

Vernetzungstreffen Pflegeanwaltschaften

17. und 18.9.09, Graz

Europäischer Medizinrechtstag

25.9.09, Salzburg (Weiterbildung)

ARGE Tagung der Patientenanwälte (St. Pölten)

22.10. bis 23.10.09

Seminar Medizinische Verwaltungskraft

13.11., 14.11. und 17.11.09, Wifi (Referent)

Vortrag Patientenverfügung

19.11.09, Seniorenbund Fußach (Referent)

Seminar Rechtliche Fragen in der Medizin

20.11.09, Wien (Weiterbildung)

Statistik

Aufteilung der Anfragen auf die Institutionen in absoluten Zahlen

Krankenanstalten 316



Pflegeheime 9



Entschädigung 46



Ambulatorien 11



Ärzte 33



Sonstige 0

Geschlechtsspezifische Aufteilung der Geschäftsfälle

weiblich 227



männlich 188



Übersicht der Vorsprachen (Erstkontakt) und Interventionen 2009

Persönlich 363



Brieflich 24



Telefonisch 8



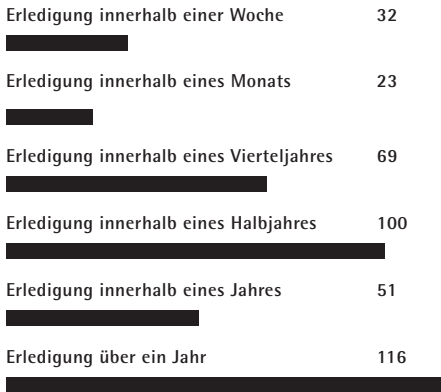
Mail 19



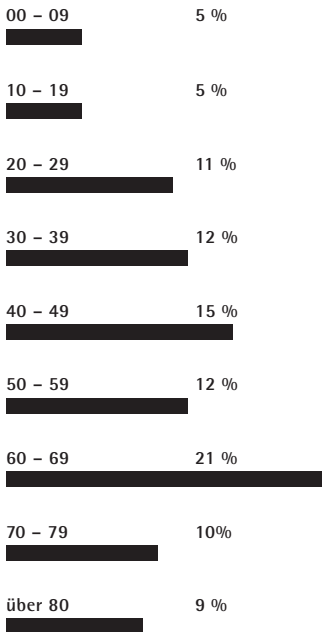
Fax 1



Erledigungsdauer



Altersmäßige Verteilung der Beschwerdeführer in %



Fallanzahl pro Monat

Jänner 45



Februar 41



März 41



April 37



Mai 32



Juni 33



Juli 34



August 29



September 34



Oktober 35



November 33



Dezember 21



Erfolgsstatistik

Fälle bearbeitet	676
Fälle erledigt	400
Fälle ohne KH-Akten	33
Fälle ohne Anhaltspunkt nach erster Prüfung	178

Von den verbliebenen 189 Prüfungsfällen, bei welchen tiefere Prüfungen durchgeführt wurden, konnten für 92 Patienten ein/e Schadenersatz/Entschädigung erreicht werden. Die Erfolgsquote liegt somit bei 48,68%.

Schadenersatz über Versicherung	54
Schadenersatz über Schiedskommission	0
Entschädigung über Patientenanwalt	20
Entschädigung über Schiedskommission	18

Im Jahre 2009 wurde ein Gesamtbetrag in Höhe von 956 722,94.- Euro an die Patienten ausbezahlt.

Verteilung der beschwerdeführenden Parteien auf Bezirke

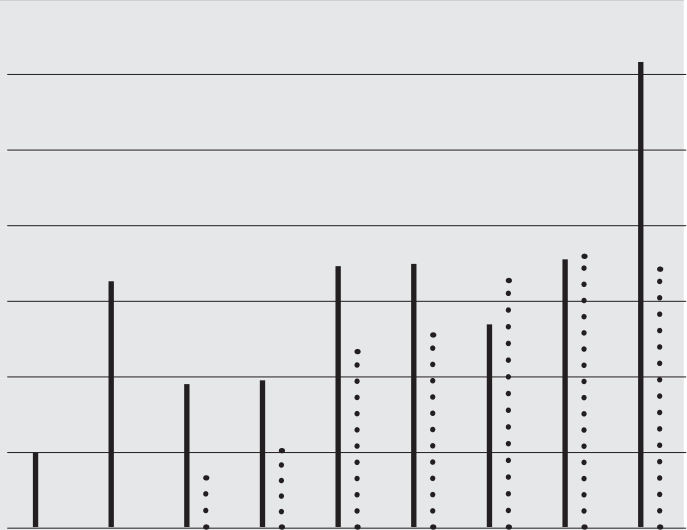
Bezirk Bregenz	119
Bezirk Dornbirn	89
Bezirk Feldkirch	133
Bezirk Bludenz	65
Sonstige	9

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
375 im Jahr 2007	276	651
385 im Jahr 2008	267	652
415 im Jahr 2009	261	676
Jahr 2010	276	

Statistik

Auszahlungen



Schadenersatz

98.658 325.795 189.582 194.650 345.808 348.454 268.045 354.403 615.172

Entschädigung

0 0 65.500 101.200 232.000 254.925 326.030 358.300 341.550

Jahr 01 Jahr 02 Jahr 03 Jahr 04 Jahr 05 Jahr 06 Jahr 07 Jahr 08 Jahr 09

Statistik

Besuch auf der Homepage (unterschiedliche Besucher /Unique Visits)

Unterschiedliche Besucher

205 288 271 319 332 302 298 287 387 380 419 338

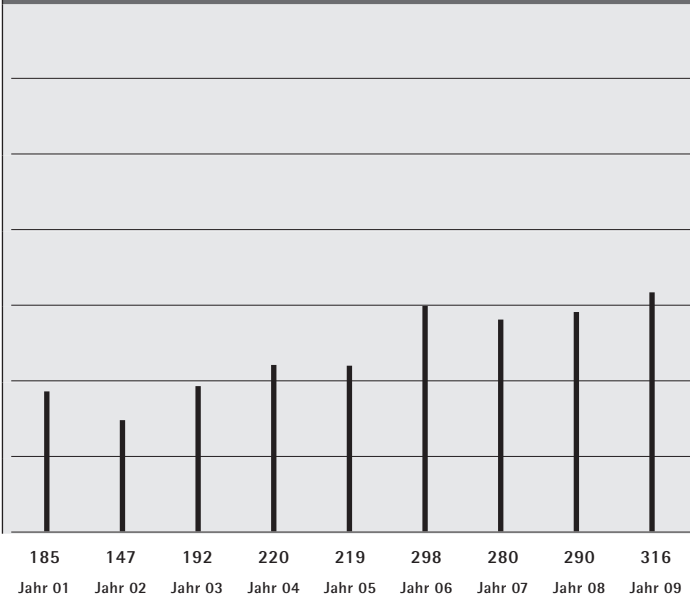
Anzahl der Besuche

310 481 462 589 588 729 680 543 678 608 608 537
 Jän. Feb. März April Mai Juni Juli Aug. Sept. Okt. Nov. Dez.

Im Jahr 2009 wurde die Homepage der Patientenanwaltschaft (www.patientenanwalt-vbg.at) von 3826 unterschiedlichen Besuchern in Anspruch genommen. Die Besucher haben 6813 Mal auf die Homepage zugegriffen.

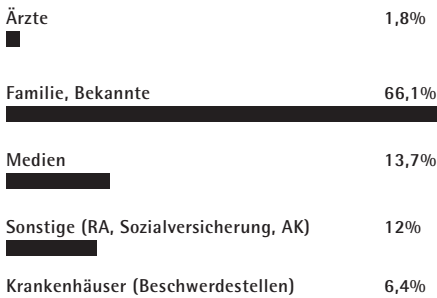
Es zeigt doch deutlich, dass dieses Medium immer mehr genutzt wird. Die Patientenanwaltschaft hat sich aus diesem Grund auch entschlossen, die Homepage benutzerfreundlicher und übersichtlicher zu gestalten.

Verlauf Beschwerdefälle Krankenhaus

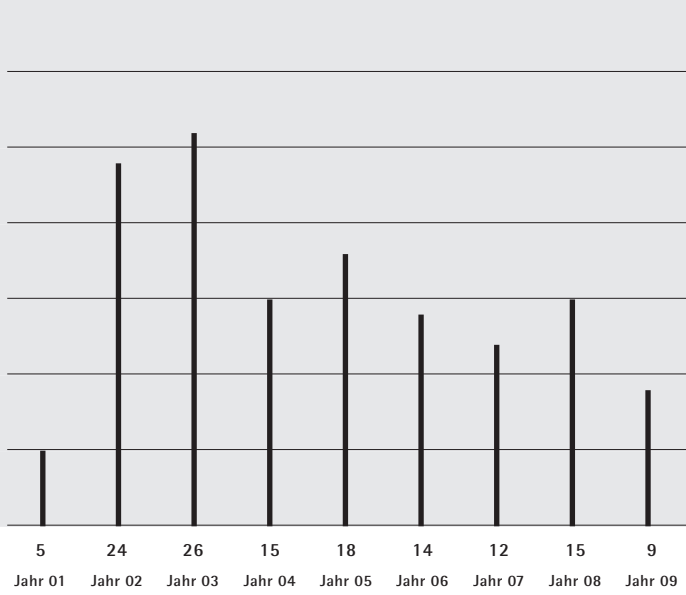


Statistik

Kenntnis der Patienten über den Patientenanwalt (von wem haben die Patienten die Information erhalten, sich an den Patientenanwalt wenden zu können)



Verlauf Beschwerdefälle Pflegeheime



Rechtlicher Kommentar

Ende 2008 hat der OGH mit zwei Entscheidungen die beweisrechtliche Situation von PatientInnen verbessert. Grundsätzlich gibt es neben einem Behandlungsfehler, der vom Patienten zu beweisen ist und als Außerachtlassung der gebotenen Sorgfalt oder als Verstoß gegen die allgemein anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft definiert wird, in der Arzthaftung noch eine weitere Möglichkeit, die zu einer schadenersatzrechtlichen Haftung des Arztes bzw. des Rechtsträgers der Krankenanstalt führen kann: Die Verletzung der Aufklärungspflicht. Von Ärzten nicht selten als Auffangbecken für nicht vorliegende oder nicht beweisbare Behandlungsfehler gewertet, ist die Aufklärung doch weit mehr als das. Sie ist der Ausdruck der Autonomie des Patienten über seinen Körper und seine Gesundheit und somit das Rückgrat der Selbstbestimmung schlechthin. Ob eine Aufklärung regelrecht durchgeführt wurde, muss vom Beklagten (Arzt, Rechtsträger) bewiesen werden. Es handelt sich bei der Beurteilung dieser Frage um eine Rechtsfrage, ist also vom Juristen bzw. Richter zu beurteilen. Dennoch ist nicht selten eine zusätzliche medizinische Expertise von Nöten, da beispielsweise eine Aussage über die Häufigkeit oder Typizität einer Komplikation oftmals nur von einem Mediziner getätigt werden kann.

In der Entscheidung 1 Ob 80/08h hat der Oberste Gerichtshof nunmehr festgehalten, dass bei Verletzung der Aufklärungspflicht der Arzt bzw. Krankenhausträger die Behauptungs- und Beweislast dafür trägt, dass der Patient auch bei ausreichender Aufklärung die Zustimmung zum Eingriff erteilt hätte. Es geht darum, dass der Arzt oder Krankenhausträger das Vorliegen eines die Rechtswidrigkeit des Eingriffs ausschließenden Rechtfertigungsgrundes zu behaupten und zu beweisen hat. Im vorliegenden Fall ist der Beklagten dieser Beweis nicht gelungen. Daran würde sich laut OGH auch bei Annahme einer Pflicht des Patienten, die Gründe für die (mögliche) Ablehnung des Eingriffs zu substantiieren, nichts ändern. In Bezug auf diese – von der deutschen Rechtsprechung angenommene – Substantiierungspflicht dürften nämlich nach den Entscheidungen des

BGH keine allzu hohen Anforderungen an die Plausibilität der vom Patienten geäußerten Gründe gestellt werden, um nicht dessen individuelle Entscheidungsspielräume zu unterlaufen. Die dem Patienten auferlegte Substantiierungspflicht beschränkt sich nicht nur darauf, dass er bei vollständiger Aufklärung den Eingriff überhaupt abgelehnt hätte, sondern es reicht auch hin, dass er diesen beispielsweise zu einem späteren Zeitpunkt hätte vornehmen lassen. Der OGH geht in einer früheren Entscheidung auch davon aus, dass die Substantiierungspflicht schon dann erfüllt sei – falls sie überhaupt besteht – wenn das Vorbringen des Patienten „nicht von vornherein unplausibel“ sei.

Im vorliegenden Fall hat die Klägerin lediglich die mangelhafte Aufklärung und ihre Ablehnung des Eingriffs ohne Angabe von Gründen behauptet. Der OGH entschied, dass nunmehr neben der Beweislast auch die Behauptungslast für die hypothetische Einwilligung den Beklagten treffe. Damit konnte die von der Beklagten aufgestellte Behauptung, dass die Klägerin als vernünftige Patientin in jedem Fall mit dem diagnostischen Eingriff einverstanden gewesen wäre, aufgrund der gegenteiligen Parteiaussage der Klägerin nicht bewiesen werden. Es steht daher fest, dass den Beklagten die Behauptungs- und Beweislast hinsichtlich des Einwands des rechtmäßigen Alternativverhaltens auch in Bezug auf die hypothetische Einwilligung trifft. Dabei reicht es nicht aus, dass sich die Beklagte darauf stützt, dass ein vernünftiger Patient eingewilligt hätte. Vielmehr kommt es auf die Würdigung der persönlichen Entscheidungssituation des konkreten Patienten an.

In die gleiche Richtung geht auch die Entscheidung 4 Ob 155/08k. Darin hält der OGH fest, dass das pflichtwidrige Verhalten den geltend gemachten Schaden verursacht haben muss. Die Beweislast dafür trifft auch im Arzthaftungsrecht grundsätzlich den Kläger. Nicht beweispflichtig ist der Kläger für den Umstand, dass er dem Eingriff bei ordentlicher Aufklärung nicht zugestimmt hätte. Insofern trifft die Behauptungs- und Beweislast einer Einwilligung des Klägers selbst im Falle einer vollständigen Aufklärung den Beklagten. Das ist systemkonform, handelt es sich dabei doch um den Einwand des rechtmäßigen

Alternativverhaltens. Die Beweislast eines non liquet liegt laut OGH beim Arzt oder dem Krankenhausträger, auf deren Aufklärungspflichtverstoß die Ungewissheit über den wahrscheinlichen Verlauf, das heißt die real nicht mehr reproduzierbare Willensbildung des Patienten ja schließlich zurückzuführen ist. Das Vorliegen einer Substantiierungspflicht lehnt der OGH unter Hinweis auf seine ständige Rechtsprechung ausdrücklich ab.

Mag der Kläger im vorliegenden Fall auch bereit gewesen sein, die Risiken ihm gegenüber angesprochener Operationsfolgen auf sich zu nehmen, folgt daraus noch nicht notwendig und gleichsam automatisch auch sein Einverständnis zur Risikoübernahme hinsichtlich der im Aufklärungsgespräch unerwähnt gebliebenen Operationsfolgen. Mangels ihm treffender Beweislast war der Kläger nicht verpflichtet, Vorbringen dazu zu erstatten, dass er dem Eingriff bei vollständiger Aufklärung nicht zugestimmt hätte.

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
- sie nach ihrem Statut oder Gründungsvertrag, ihrer Organisation und ihrer personellen und sachlichen Ausstattung zur Besorgung der Aufgaben der Patientenanzwaltschaft geeignet ist,
 - erwartet werden kann, dass sie diese Aufgaben unabhängig wahrnimmt, und
 - sie ihren Sitz in Vorarlberg hat.
- (2) Im Vertrag gemäß Abs. 1 ist die gemeinnützige Einrichtung zu verpflichten,
- 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,
 - 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
- die Voraussetzungen gemäß Abs. 1 nicht mehr vorliegen oder
 - 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 LGBl.Nr. 21/2003

§ 5*) Aufgaben und Verfahren der Patientenanzwaltschaft

- (1) Die Patientenanzwaltschaft hat die Aufgabe,
- Patienten und Klienten sowie deren Vertrauenspersonen zu beraten und ihnen Auskünfte zu erteilen,
 - Beschwerden über die Unterbringung, die Versorgung, die Betreuung und die Heilbehandlung zu bearbeiten,
 - Patienten und Klienten vor der Schiedskommission zu unterstützen,
 - 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.

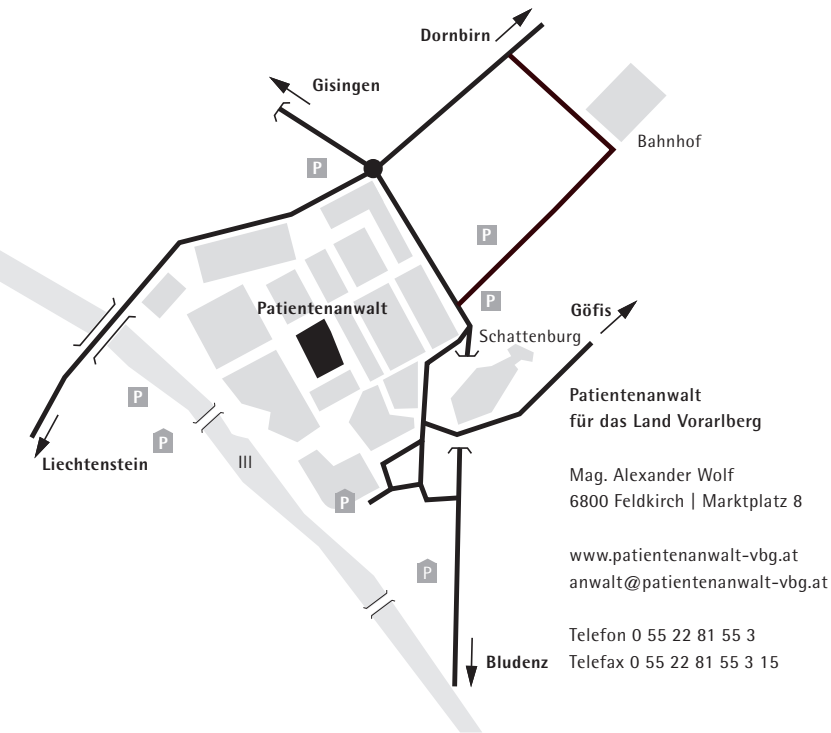
*) Fassung LGBl.Nr. 21/2003

§ 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



Mag. Alexander Wolf
Patientenanwalt Vorarlberg

Jasmina Christof
Geschäftsstellenleiterin

Mag. Christoph Grager
Juristischer Mitarbeiter



