

Jahresbericht 2015 & 2016

Patienten anwalt

1516

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes

Aus Gründen der leichten Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie z.B. Teilnehmer/Innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Vorwort

Der gesetzliche Auftrag der Patientenanwaltschaft besteht darin, 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 und Entschädigungen für Patientenschäden zuzuerkennen.

Die Patientenanwaltschaft hat bei der Behandlung von Beschwerden auf eine außergerichtliche Bereinigung hinzuwirken.

Diese Aufgaben können auf durchaus unterschiedlichem Weg und vor allem mit unterschiedlichem Stil erfüllt werden. Die Patientenanwaltschaft Vorarlberg versucht einen kooperativen und konstruktiven Weg zu gehen, um die gesetzlich angestrebten außergerichtlichen Lösungen zu erreichen.

Eine außergerichtliche Lösung setzt natürlich immer eine Einigung voraus. Dazu muss geklärt und von beiden Seiten zugestanden sein, dass etwas nicht so gelaufen ist, wie es hätte laufen sollen. Fehler sind – wie in fast allen Berufen – trotz bestem Bemühen nicht zu vermeiden. Dass Fehler passieren, ist unvermeidbar.

Jede gute Organisation pflegt eine Fehlerkultur. Fehler werden zugestanden, analysiert und diskutiert, um daraus zu lernen und Fehler nicht nochmals geschehen zu lassen. Das ist ein Teil eines guten Qualitätsmanagements. Einer solchen Kultur begegnet die Patientenanwaltschaft in Vorarlbergs Krankenanstalten und Heimen.

Dank der offenen Einstellung der in Krankenanstalten, Heimen und ähnlichen Einrichtungen tätigen Menschen gelingt es der Patientenanwaltschaft Jahr für Jahr zahlreiche außergerichtliche Erledigungen von Beschwerden zu erreichen und Fälle konsensual zu erledigen. Dafür möchte ich an dieser Stelle ausdrücklich danken und der Hoffnung Ausdruck geben, dass diese Kultur zum Wohle aller auch weiterhin gepflegt wird.



Rechtsanwalt Dr. Blum Wolfgang
Obmann Patientenschutzverein

2015 – Einleitung

Die Patientenanwaltschaft hat nach ihrem gesetzlichen Auftrag, Patienten, Klienten und Vertrauenspersonen zu beraten und Auskünfte zu erteilen, Beschwerden zu bearbeiten, Patienten vor der Schiedskommission zu unterstützen und gegebenenfalls auch Entschädigungen zuzuerkennen.

Weiters wird gesetzlich normiert, dass neben der Mitwirkung an einer außergerichtlichen Bereinigung auch noch Empfehlungen darüber abgegeben werden können, wie ein festgestellter Mangel beseitigt und künftig vermieden werden kann.

Ein wichtiger Aspekt wird aber in den letzten Jahren komplett aus den Augen verloren, weshalb die Patientenanwaltschaft diesen in Erinnerung rufen darf. Das Vorarlberger Spitalgesetz sieht vor, dass die Rechtsträger der Krankenanstalten vor Entscheidungen, die grundlegende allgemeine Interessen der Patienten und Patientinnen berühren, der Patientenanwaltschaft Gelegenheit zur Stellungnahme geben müssen. Dies gilt insbesondere vor Entscheidungen über die Errichtung neuer, die Einschränkung oder Auflassung bestehender stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen.

In den letzten Jahren hat sich in der Vorarlberger Krankenhauslandschaft doch vieles bewegt. Auch in Zukunft wird man im Zusammenhang mit der Versorgungsstruktur Überlegungen anstellen (müssen), sei es die Zentrumsbildung, seien es Strukturänderungen im Bereich der Ambulanzen. Die Patientenanwaltschaft wurde in der Vergangenheit, entgegen dem Gesetz, nie eingebunden. Das Gesetz normiert, dass man die Patientenanwaltschaft, VOR entsprechenden

Entscheidungen, einbinden muss. Dies bedeutet, dass die Patientenanwaltschaft schon in der Planungsphase informiert werden muss. Da Umstrukturierungen insbesondere die Patienten berühren und diese ansonsten kein „Sprachrohr“ haben, wird es umso wichtiger sein, sich diese Planungen im Interesse der Patienten näher anzuschauen.

Die Patientenanwaltschaft hofft nun für die Zukunft, dass diese Informationen zeitnah übermittelt werden und man eingebunden wird.

Das Team der Patientenanwaltschaft



Alexander Wolf
Patientenanwalt Vorarlberg



Christoph Grager
Juristischer Mitarbeiter



Silvia Schmidle
Geschäftsstellenleiterin



Karin Holler
Administration

Die Institution

Allgemeines

Der Vorarlberger Patientenanwalt wurde von der ARGE PatientenanwälInnen zum Stellvertreter des Sprechers, Herrn wH Dr. Gerald Bachinger, wiedergewählt (seit 2013). In dieser Funktion nahm der Patientenanwalt auch an Sitzungen des Patientensicherheitsbeirates im Bundesministerium für Gesundheit, Wien, teil. Wichtig für die Arbeit der Patientenanwälte sind nicht nur die erhaltenen Informationen, sondern auch die Möglichkeit, sich aktiv einzubringen.

Second opinion

Im Jahr 2015 wurden über 700 persönliche Gespräche mit Patienten oder Vertrauenspersonen geführt, um dem gesetzlichen Auftrag gerecht werden zu können. Es wurde versucht, in diesen Gesprächen die belastenden Situationen, mit denen die Patienten konfrontiert worden sind, zu erfassen und Lösungen anzubieten. Wie sich immer häufiger zeigt, umfasst dies nicht nur die rechtliche Klärung der Sachverhalte, sondern auch die Information über weitere Behandlungsoptionen. Die Patientenanwaltschaft empfiehlt dann meistens das nochmalige Gespräch mit dem behandelnden Arzt, da dieser die medizinische Seite am besten einzuschätzen vermag. Dieser erste Ansatzpunkt wird aber nur von wenigen Patienten als optimale Lösung empfunden, da bereits schon mehrfache Konsultationen in Anspruch genommen wurden und Lösungen zeitnah nicht zu erwarten waren. So wird vielen Patienten auch der Rat gegeben, sich eine Zweitmeinung einzuholen, wobei die Erfahrung ist, dass dann doch weitere Behandlungsschritte gesetzt werden. So ist der Verweis, sich an eine qualifizierte Fachabteilung zu wenden, oft hilfreich und die Patienten sind

meistens mit dieser Vorgehensweise sehr zufrieden, auch wenn damit mehr Aufwand (längere Anfahrtswege, Fahrtkosten etc.) verbunden ist.

Zusammenarbeit

Die Patientenanwaltschaft ist bemüht, sollte ein Fehler festgestellt werden, eine für beide Seiten akzeptable Lösung zu verhandeln. Es muss festgehalten werden, dass der geschädigte Patient durch das außergerichtliche Verfahren nicht schlechter gestellt sein darf, als wenn er in einem Gerichtsverfahren obsiegen würde. Dies bedeutet, dass verhandelte Ergebnisse durchaus mit den in Gerichtsurteilen veröffentlichten Resultaten vergleichbar sein müssen. Es macht zwar Sinn, das Risiko eines allfälligen Prozessverlustes noch zu berücksichtigen, nicht aber sich mit einer "Quote" abspeisen zu lassen.

Umsichtig wird das verhandelte Ergebnis bewertet und auch besprochen. Sollte man zum Ergebnis kommen, dass ein durchaus höherer Schadenersatzbetrag gerechtfertigt wäre, wird auch dieses Thema besprochen, wobei jeder Patient ausführlich darüber aufgeklärt wird, dass das Ergebnis des Gerichtes nicht vorhersehbar ist (vielleicht auch Prozessverlust). Sollte sich dann der Patient dazu entschließen, doch den langen Weg des Gerichtsverfahrens zu gehen, wird mit jener Rechtsanwaltskanzlei, die der Patient wählt, zusammengearbeitet. Dies beschleunigt zumindest in der Anfangsphase den Prozess.

Wichtig ist von Seiten der Patientenanwaltschaft darzulegen, dass die Zusammenarbeit mit den Rechtsanwälten sehr gut ist und auch, wie uns bestätigt wird, unsere Expertise durchaus geschätzt wird.

Als Resümee kann gesagt werden, dass der außergerichtliche Weg durchaus Sinn macht, wenn die

Patienten-anwaltschaft mit Bedacht die verhandel-ten Ergebnisse bewertet und beurteilt (dies auch aufgrund der juristischen Sorgfalt und der eigenen Haftung).

ARGE Patienten-anwältInnen

Zweimal jährlich finden Treffen aller Patienten-anwältInnen statt. Es wird nicht nur ein einheitliches Vorgehen in sogenannten „Bundesangelegenheiten“ beschlossen, sondern diese dienen insbesondere auch der Vernetzung über die Grenzen der Bundes-länder hinaus. Da es neun unterschiedliche Kran-kenan-staltenrechte und in einzelnen Belangen doch unterschiedliche Vorgehensweisen gibt, wird man vermehrt die Diskussion über eine Standardisierung führen müssen. So wird sich in Zukunft auch die ARGE wieder mit Themen der Umsetzung der Gesund-heitsreform, Entschädigungsfonds, Erfahrungen mit Gutachtern etc. auseinandersetzen haben. Die Vorarlberger Patienten-anwaltschaft profitiert sehr von der Vernetzung und diese ist Garant dafür, immer auf neustem Stand der Diskussion zu sein.

Krankenan-stalten

Übermittlung von Krankenunterlagen

Gerade im Zusammenhang mit der Übermittlung von Krankengeschichten sind Auffälligkeiten zu erwähnen. Grundsätzlich muss man davon ausgehen, dass ohne Vollständigkeit der übermittelten Krankengeschichten keine seriöse Prüfung möglich ist. So fällt auf, dass insbesondere bei gewissen Abteilungen fast routine-mäßig nach erster Prüfung Unterlagen nachgefordert werden müssen. Auch fällt auf, wenn man auf Basis der Krankengeschichte die Diskussion mit einem Krankenhaus führt, dass oft kein Aktengleichstand vorliegend ist.

Dies hat unter Umständen doch weitreichende Bedeu-

tung. Sollten einem Gutachter nur lückenhafte Dokumentationen zur Verfügung gestellt werden können, könnte auch das Ergebnis verfälscht sein.

Somit wird in diesem Zusammenhang angeregt, sollte die gesamte Krankengeschichte angefordert werden, dass diese auch vollständig zur Verfügung gestellt wird (nach der zuvor durchgeführten Kontrolle auf Vollständigkeit).

Auch fällt auf, dass es gewisse Abteilungen gibt, bei denen die Wartezeit bis Erhalt der Krankengeschichte übermäßig lange ist. Dies hat sich in den letzten Jahren nicht in dieser Brisanz gezeigt. Im Jahre 2015 ist aber aufgefallen, dass, nur einzelne Abteilungen betreffend, doch mehrmals urgieren werden musste (in einem konkreten Einzelfall bis zu 7 Urgenzen über 5 Monate).

Dies führt zu einer Verschleppung des Verfahrens und zu einer verständlichen Unzufriedenheit. Diese Situation wurde auch im Jour fixe besprochen und die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft hat diesbezüglich auch Unterstützung zugesagt. Man wird beobachten müssen, ob es zu einer Besserung der Situation kommt, ansonsten man diese Problematik tatsächlich mit den Abteilungsleitern persönlich diskutieren muss.

Verjährungsverzicht

Im Dezember 2015 wurde in den öffentlichen Medien berichtet, dass es eine geringe Zunahme an Klagen gibt. Nach Meinung der Patientenanwaltschaft gibt es mehrere Erklärungen dafür, wobei insbesondere ein Punkt besonders hervorgehoben werden muss.

Ein geschädigter Patient hat nach Kenntnis des Schadens und Schädigers (Gesetz) sowie der maßgeblichen Umstände des Verschuldens (Oberster Gerichtshof) drei Jahre Zeit, seine Forderungen durchzusetzen. Er

muss somit tatsächlich innert kurzer Frist reagieren oder jedoch - in Einzelfällen - erst nach Jahren oder Jahrzehnten.

Aufgrund der juristischen Vorsicht wird man aber angehalten sein, bei „knappen Fällen“ einen Verjährungsverzicht einzufordern. Nunmehr wird beobachtet, dass derartige Verzichtserklärungen in bestimmten Fällen erst sehr spät oder nicht mehr ausgestellt werden. Dies bedeutet, dass die Patientenanwaltschaft vorab nicht damit rechnen kann, eine derartige Erklärung zu erhalten. Um einer eigenen Haftung zu entgehen, wird es in solchen Fällen unumgänglich sein, mit den Patienten und Vertrauenspersonen über die Möglichkeit der Klage zu sprechen.

Dies ist teilweise für die Patientenanwaltschaft unverständlich, weil mit der Abgabe des Verjährungsverzichts die Haftungsfrage überhaupt nicht berührt wird. Nur dadurch bekäme man ausreichend Zeit, die Angelegenheit seriös und auf fachlicher Ebene zu klären.

Wäre in diesem Zusammenhang eine größere Bereitschaft gegeben, Verjährungsverzichtserklärungen abzugeben, und dies zeitgerecht, könnte man sicher in einem gewissen Ausmaß Klagen verhindern. Dies müsste eigentlich im beiderseitigen Interesse sein. Wenn knapp vor Ablauf der Frist (ca. 3 Monate) die Haftpflichtversicherung darlegt, noch überlegen zu müssen, muss bedacht werden, dass diese Klienten ausnahmslos über die Möglichkeit der Klage aufzuklären sind, da auch ein Rechtsanwalt ausreichend Zeit benötigt, um Klage einbringen zu können, eventuell auch um Kostendeckung anzusuchen.

Gutachterliche Abklärung – Pflicht?

Bei der Patientenanwaltschaft Vorarlberg sprechen jedes Jahr ca. 400 neue Klienten vor. Nur ein geringer Teil der Vorsprachen bezieht sich auf sogenannte

nicht-medizinische Sachverhalte. Der überwiegend vorsprechende Rest der Klienten meint, vor, während oder nach der Behandlung nicht richtig betreut, behandelt oder aufgeklärt worden zu sein. Die Frage der richtigen und adäquaten Behandlung muss somit im Verfahren beurteilt werden, wobei es sich um teilweise spezielle und komplexe medizinische Sachverhalte handelt. Trotz jahrelanger Berufserfahrung stellt sich in jedem einzelnen Verfahren immer die Frage, ob Anhaltspunkte für eine Haftung (Behandlungsfehler) vorliegen.

Es muss die Frage diskutiert werden, ob es neben der juristischen Erfahrung auch noch eine medizinische Expertise braucht.

Diese medizinische Beurteilung bleibt grundsätzlich den Ärzten vorbehalten. Wenn man nicht auf Vertrauensärzten zurückgreifen kann, wird man sich medizinischer Gutachter bedienen. Die Frage wird aber sein, ob grundsätzlich eine Verpflichtung besteht, ein derartiges, mitunter teures Gutachten zwingend einholen zu müssen.

Bei gänzlich außerhalb der Lebenserfahrung vorge-tragenen Sachverhalten wird man die Einholung eines Gutachtens nicht fordern können, sollte die erste cursorische Prüfung keinen Anhaltspunkt einer Haftung geben oder keine Fragen zurückbleiben. Sollten aber nur einzelne Punkte offen bleiben, dann wird die Patienten-anwaltschaft angehalten sein, ein Gutachten in Auftrag zu geben.

Dies ist zwar ein teurer Weg, jedoch einerseits für die Klärung der Haftungsfrage, andererseits für die eigene Haftung (wegen unzureichender Abklärung trotz Übernahme des Mandats) unabdingbar.

Mit dieser Frage hat sich der Oberste Gerichtshof bei

Beurteilung eines Sachverhaltes am Rande beschäftigt. Er spricht aus, dass „der Geschädigte, wenn er sich an eine Patientenvertretung wendet, damit rechnen kann, dass im folgenden Schlichtungsverfahren ein Gutachten eingeholt werden würde“ (5 Ob 22/15v).

Dies bedeutet, dass entsprechend der juristischen Sorgfalt im Zweifel ein Gutachten eingeholt werden muss. Die Haftpflichtversicherungen, die sich meistens nach Absprache an den Kosten der Gutachten beteiligen, sehen dies anders. Nur dann, wenn eindeutige Hinweise vorliegen, wird einer Begutachtung zugestimmt. Für eine Ablehnung reicht es aus, wenn der behandelnde Arzt in einer Stellungnahme darlegt, alles richtig gemacht zu haben. Dabei vergessen die Versicherungen aber, dass der behandelnde Arzt, gegen den sich der Vorwurf richtet, die Sachlage subjektiv und nicht nach objektiven Kriterien beurteilt (man neigt selber eher dazu, den Fehler nicht einzugestehen).

Für das System bedeutet dies eine Verteuerung (Belastung des Budgets der Patientenanwaltschaft). Wenn man aber die Judikatur als Richtschnur heranzieht, bleibt keine andere Möglichkeit, als doch vermehrt Gutachten einzuholen.

MRSA-Infektionen

In den letzten Jahren ist aufgefallen, dass sich vermehrt Patienten und auch Angehörige an die Patientenanwaltschaft gewandt haben, weil es zu einer sogenannten Krankenhausinfektion gekommen ist (Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, MRSA-Infektion). Oft geben die Patienten an, dass sie mit einem Patienten im Zimmer gelegen seien und das Pflegepersonal nur unzureichend für einen entsprechenden Schutz gesorgt hat (Hände desinfizieren, Schutzkleidung, Isolation etc.).

Schwierig ist die Beurteilbarkeit dieser Sachverhalte deshalb, weil die einzelnen tatsächlich durchgeführten pflegerischen Maßnahmen aus der Krankengeschichte nicht nachvollzogen werden können. Diesbezüglich meinte ein Gutachter aber, dass eine durchgehende spezielle Dokumentation der Einhaltung der Hygienemaßnahmen nicht üblich ist. In einem konkreten Fall wurden die vorliegenden Anweisungen an das Personal und das Informationsblatt an die Patienten kritisch geprüft. Ein eigens bestellter Gutachter hat in diesem Zusammenhang dem geprüften Krankenhaus „gute Noten“ ausgestellt. Er führt aus, dass die vorliegende Hygienerichtlinie auf alle erforderlichen Aspekte der Prävention der Übertragung eingeht.

Einige Aspekte sind aber sicher zu diskutieren:

So ist eine tägliche Flächendesinfektion nicht erforderlich. Der Gutachter hält aber dazu fest, er bezieht sich auch auf eine Empfehlung des Robert Koch-Instituts, dass eine tägliche Flächendesinfektion der Patientenumgebung üblich ist (Bundesgesundheitsblatt 2014, 57: 696-732). Es existiert kein wissenschaftlicher Nachweis für den Nutzen der Flächendesinfektion. Wenn aber von einer üblichen Vorgehensweise auszugehen ist, wird man nur dann davon absehen können, wenn entsprechende Argumente dem Verzicht zugrunde liegen.

Weiters sind in der Richtlinie einfache Hygienemaßnahmen von Besuchern von MRSA-Patienten nicht abgebildet (ebenso Empfehlung des Robert Koch-Instituts).

Grundsätzlich muss von einem regelrechten Verhalten ausgegangen werden, wenngleich eine tatsächliche Überprüfung der Einhaltung der verordneten Hygie-

nemaßnahmen mangels Dokumentation nicht möglich ist.

Es wurde gegenüber der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft angeregt, dass die oben genannten Punkte umgesetzt werden.

Die Betriebsgesellschaft hat dazu mitgeteilt, dass die genannten Anregungen im Gutachten auch schriftlich in den Richtlinien aufgenommen werden. Tatsächlich werden diese aber schon umgesetzt.

Entschädigung

In den letzten Jahren haben jährlich ca. 40 bis 60 Patienten einen Antrag auf Entschädigung bei der Patienten-anwaltschaft eingebracht. Je nach Schwere der eingetretenen Schädigung und Folgen wurden Beträge bis zu 28.000,- Euro (gesetzlicher Höchstbetrag: 45.000,- Euro) zugesprochen.

Diese in Europa einzigartige Möglichkeit, Leid und Ungemach von Patienten, die durch eine Komplikation geschädigt worden sind (Anmerkung: für die keine Haftung besteht), abzufedern, wird in den nächsten Jahren an die eigenen Grenzen stoßen. Es wurde schon mehrmals auf die prekäre finanzielle Situation hingewiesen, wobei sich keine Lösung abzeichnet. Nach anderen Bundesländern (z.B. Niederösterreich) hat nun auch Vorarlberg die Spruchpraxis der finanziellen Gebarung angepasst. War es noch vor einigen Jahren möglich, ein Drittel des geschätzten Schadenersatzes als Entschädigung zuzuerkennen, musste im Jahre 2015 auf die knapper werdenden Ressourcen reagiert werden.

Wurde im Jahre 2015 ein Antrag bei der Patienten-anwaltschaft eingebracht und erfolgt grundsätzlich ein Zuspruch dem Grunde nach, musste bei der Höhe des Betrages auf ein Viertel reduziert werden. Dies

bedeutet, dass der einzelne Patient bei gleicher oder ähnlicher Konstellation, verglichen mit Fällen aus den vergangenen Jahren, weniger bekommt.

Dem kann nur entgegengesteuert werden, wenn sich die Solidargemeinschaft an der finanziellen Ausstattung des „Fonds“ beteiligt. Bisher zahlt nur der Patient selbst ein (0,73 Euro pro Belegtag), obwohl auch die Krankenanstalten profitieren. Dies deshalb, weil in einem gewissen Maße der Fonds auch „befriedende“ Wirkung hat. Es kann angenommen werden, dass ohne die Abfederung durch den Fonds vermehrt Klagen eingebracht würden.

Im Zusammenhang mit Fondsleistungen muss noch ein Thema diskutiert werden, das den einzelnen Patienten bewusst gemacht werden muss. Sollte sich ein Patient z.B. einer Koloskopie unterziehen müssen, hat er die Möglichkeit, dies im niedergelassenen Bereich oder aber mit Überweisung nach einer mehrwöchigen Wartezeit im Krankenhaus machen zu lassen.

Es ist bekannt, dass es in sehr seltenen Fällen zu Darmperforationen mit zum Teil schwerwiegenden Komplikationen kommen kann. Sollte der niedergelassene Arzt regelrecht und entsprechend den medizinischen Standards diese Untersuchung durchgeführt haben, steht keine Entschädigung zu. Der Patient, der die Untersuchung im Krankenhaus machen hat lassen, kann aber einen Antrag auf Entschädigung einbringen und kann doch mit ziemlicher Gewissheit davon ausgehen, dass zumindest ein Teil des erlittenen Ungemachs ausgeglichen wird. Der Patient im niedergelassenen Bereich geht leer aus.

Um es deutlich zu formulieren: Es muss bei dieser Konstellation jedem Patienten geraten werden, sich ins Krankenhaus überweisen zu lassen. Man muss sich deshalb die berechtigte Frage stellen, ob dies Sinn macht und auch gewünscht wird. Brauche ich eine teure Versorgungseinheit im Sinne eines Krankenhau-

ses, wenn der niedergelassene Bereich diese Untersuchung in gleicher Qualität auch durchführen kann? Der Gesetzgeber muss für Chancengleichheit im Falle des Eintritts einer Komplikation sorgen. Wenn der Fonds auf alle Gesundheitsberufe ausgedehnt wird, müssten neben den Patienten auch diese Berufsgruppen, Institutionen und im Gesundheitswesen tätigen Firmen einbezahlen. Dann wäre die finanzielle Ausstattung des Fonds gesichert. Die Vorteile, wie oben beschrieben, kämen auch diesen Berufsgruppen und deren Patienten zugute.

Niedergelassener Ärztebereich

Die Ärztekammer für Vorarlberg und die Patienten-anwaltschaft haben einen Kooperationsvertrag abgeschlossen. Über diesen haben alle niedergelassenen Ärzte die Möglichkeit, die außergerichtliche Streitschlichtung über die Patienten-anwaltschaft in Anspruch zu nehmen. Laut „Arzt im Ländle“, Ausgabe Dezember 2015, sind 583 Ärzte Mitglied der Kurie der niedergelassenen Ärzte. Dem Kooperationsvertrag sind bisher 278 Ärzte beigetreten. Somit nehmen nicht ganz 48% die angebotene Möglichkeit, dies im Falle einer Beschwerde oder eines Schadenersatzbegehrens über die Patienten-anwaltschaft zu regeln, an. Die Zahl der beigetretenen Ärzte ist seit Jahren leicht ansteigend, wobei das Ziel sein sollte, allen Ärzten diese Möglichkeit anzubieten. Unter Umständen kann dies nur durch eine gesetzliche Regelung im Sinne einer Änderung im Ärztegesetz erreicht werden.

Dokumentation

Im Jahre 2015 ist ein Umstand aufgefallen, der einer näheren Betrachtung bedarf.

Es wurden Krankenunterlagen von niedergelassenen Ärzten angefordert, wobei sich die einzelnen

Beschwerden größtenteils nicht gegen diese Ärzte gerichtet haben, diese Unterlagen jedoch für die Erarbeitung eines objektiven Gesamtsachverhaltes benötigt wurden.

Folgende Antworten wurden übermittelt, die im Zitat wiedergegeben werden:

a)

„danke für ihre Erinnerung vom 4.12.15 in der Sache XXX. Ich habe ihnen am 3.11. dazu eine Antwort gegeben und um Informationen zu den abgeschlossenen Fällen gebeten.

.....Ich werde diese Anfrage gerne beantworten, sobald ich Rückmeldung zu den zwischenzeitlich vermutlich abgeschlossenen Fällen, XXX, YYY u. ZZZ erhalten habe. (Umstände der aktuellen Verfahrensstände, Gutachten und Abschlussberichte).....

Die Antwort ihres Kollegen Wolf war aber äußerst knapp gehalten. Es kann doch nicht sein, dass meine Unterlagen verwendet werden, ohne dass ich die Hintergründe und Beschuldigungen kenne. Im Sinne der Qualitätssicherung möchte ich diesen Informationen einsehen, da ich sonst keine Ahnung habe, wie die Vorwürfe abgehandelt wurden und in welchem Ausmaß ich persönlich betroffen bin.

In den Fällen XXX, YYY, ZZZ hätte ich deshalb gerne Einsicht in ihre Unterlagen gekriegt.

Mit freundlichen Grüßen"

und:

b)

„Betreffend Durchführung eines außergerichtlichen Prüfungsverfahrens gegen ein Krankenhaus des Landes Vorarlberg baten Sie mich um die Aushändigung

einer Ablichtung meiner Karteikarten betreffend die Behandlung von XXX.

Leider kann ich Ihrem Ansinnen in dieser Form nicht nachkommen weil ich als praktischer Arzt nicht nur einen, sondern alle gesundheitlichen Problemkreise meines Patienten behandle. Ihre Anforderung würde demnach einen Umfang von weit über 50 Seiten umfassen, was meiner Meinung nach sowohl nach Sinn als auch nach Umfang den üblichen Rahmen eines solchen Ansinnens sprengt.

Darüber hinaus ist meine private Patientenakte eine völlig subjektive und in keiner Weise als objektiver Befund anzusehende oder verwertbare, allein für meine Person bestimmte Arbeitsunterlage, Mitschrift und Erinnerungshilfe und somit für sie ohnehin wertlos.

Ich bitte Sie darum um klare Angaben bezüglich des genauen Sachverhaltes, der betroffenen Krankenanstalt, des genauen Zeitraum und der betroffene Körperregionen beziehungsweise diesbezüglichen Leiden und Beschwerden ihres Mandanten.

Mit diesen Angaben kann ich für Sie einen entsprechenden Bericht meinerseits erstellen sowie mir zugängliche in diesem Zusammenhang bedeutsame Befund Ihnen weitergeben.

M. f. G."

Diese zwei Mitteilungen an die Patientenrechtsanwaltschaft müssen kommentiert werden, da anscheinend elementare Grundkenntnisse des anzuwendenden Rechts nicht vorliegen.

Im ersten Fall wurde dem niedergelassenen Arzt auf seine Anfrage mitgeteilt, welchen Status die an-

gesprochenen Fälle gehabt haben (dies aber nur eingeschränkt, weil nur in einem Fall der Arzt direkt betroffen war). Nach dem Rechtsverständnis der Patientenanwaltschaft hat der angeschriebene Arzt entsprechend den Bestimmungen des Ärztegesetzes die Unterlagen (gegen Kostenersatz) auszuhändigen. Weiters muss darauf hingewiesen werden, dass aus Gründen des Datenschutzes eine Mitteilung über den Ausgang des Verfahrens der Patientenanwaltschaft verwehrt werden muss, sollte der Arzt nicht direkt involviert gewesen sein.

Sollten die Unterlagen und Dokumente zwingend für das Verfahren benötigt, jedoch nicht ausgehändigt werden, kann man nur Klage auf Herausgabe der Unterlagen einbringen. Dies wird in solchen Fällen zukünftig empfohlen, in denen sich der Arzt beharrlich weigert.

Im zweiten Fall meint der Arzt, dass diese von ihm erstellten Dokumente nur seinem eigenen persönlichen Interesse dienen und verkennt einerseits den Sinn und Zweck der Dokumentation, andererseits wird die gesetzliche Bestimmung des § 51 Ärztegesetzes negiert. Dort wird *expressis verbis* die Aufzeichnungsverpflichtung normiert.

Es ist in diesem Fall davon auszugehen, dass der Arzt sicher behilflich sein mag und sich sogar mit zusätzlicher Arbeit belastet (Erstellung eines Berichtes). Dies ist aber nicht notwendig, wenn der Arzt eine für einen Dritten lesbare Dokumentation führt. Immer wieder werden der Patientenanwaltschaft Dokumentationen niedergelassener Ärzte zur Verfügung gestellt, die teilweise nicht die Vorgaben erfüllen. Es wäre notwendig, einheitliche Standards einzuhalten (dies auch wieder aus eigenen Haftungsüberlegungen).

Pflegeheimbereich

Im Berichtszeitraum 2015 wurde die Patienten-anwaltschaft mehrmals mit dem Problem des Alkoholkonsums eines Pflegeheimbewohners (im Heim und außerhalb) konfrontiert und über die daraus resultierenden Folgen für das Heim, das Personal und auch die anderen Bewohner befragt.

Kann der Heimvertrag gekündigt werden, sollte es zu einem nachteiligen Verhalten gegenüber anderen Bewohnern kommen? Wie muss sich das Personal verhalten, wenn der Bewohner in einem alkoholisierten Zustand das Heim verlässt? Muss die Polizei verständigt werden, wenn er zu einem vereinbarten Zeitpunkt nicht im Heim ist?

Diese und weitere Fragen zum Thema Haftung/Aufsichtspflicht wurden diskutiert, wobei man grundsätzlich zum Ergebnis kommen muss, dass es keine generellen Lösungen gibt, sondern man individuelle Lösungen suchen muss, je nachdem, ob der Heimbewohner Lösungsvorschlägen zugänglich ist und ob er gewisse Aufklärungen (Gefahr durch Straßenverkehr, Sturz etc.) bzw. die Tragweite einer auf ihn zukommenden Maßnahme (z.B. Kündigung) verstehen kann. Anhand eines konkreten Beispiels soll illustriert werden, welche Problemstellungen möglich sind.

Ein Heimbewohner konsumiert einmal mehr, einmal weniger, aber regelmäßig Alkohol. Nach einer gewissen Zeit verlässt er das Heim, um in anderer Atmosphäre weiter zu konsumieren. Es wurde schon öfters mit dem Heimbewohner gesprochen, welche Gefahren damit verbunden sind, insbesondere im Winter, wenn er stürzt. Die Aufklärung hat keine Verhaltensänderung mit sich gebracht. Wie hat sich das Personal zu verhalten, wenn der Heimbewohner zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht wieder im Heim ist? Muss die Polizei verständigt werden?

Die Patientenanwaltschaft vertritt die Meinung, dass ein Heimbewohner nicht angehalten werden kann, zu einem bestimmten Zeitpunkt im Heim sein zu müssen. Sollte der Heimbewohner einsichts- und urteilsfähig sein, dann bleibt es seiner freien Gestaltung überlassen, welche und wie lange er Unternehmungen außerhalb des Heimes macht. Eine Einschränkung des Heimes durch Verbote ist nicht möglich, es sei denn, dass der Betrieb des Heimes nachvollziehbar und nachhaltig gestört wird.

Sollte man von einer konkreten Gefährdung Kenntnis erlangen, wird man jedenfalls handeln müssen. Dass der vom Heim gewünschte Rückkehrtermin nicht eingehalten wird, rechtfertigt noch keine Verständigung der Polizei. Wo aber die zeitliche Grenze liegt (Ausbleiben die ganze Nacht hindurch, ohne sich abzumelden; verspätete Heimkehr nach 5 Stunden) und ab wann man reagieren muss, wird offen bleiben müssen. Man wird aber individuell von Fall zu Fall entscheiden müssen. Man könnte z.B. mit dem Heimbewohner vereinbaren, dass er sich zu melden hat. Sollte er sich nicht melden und zu einem vereinbarten Termin nicht im Heim sein, wird die Polizei verständigt.

Wenn aber ein Heimbewohner im Heim selbst ein nicht akzeptierbares Verhalten an den Tag legt, dann wird man auf Basis des Heimvertrages reagieren können und müssen (auch zum Schutz der anderen Heimbewohner). Sollte tatsächlich von einem untragbaren Verhalten gegenüber anderen Heimbewohnern oder dem Personal ausgegangen werden, dann wird man, nach Mahnungen und Aufklärungsgesprächen, sogar die Auflösung des Betreuungsverhältnisses überlegen müssen.

Patientenverfügung

Im Jahr 2015 wurden bei der Patienten-anwaltschaft Vorarlberg 44 verbindliche Patientenverfügungen errichtet bzw. beglaubigt. In 15 weiteren Fällen wurde eine beachtliche Verfügung errichtet. Zudem erfolgten auch im Jahr 2015 zahlreiche telefonische und auch persönliche Beratungsgespräche. Im Vergleich zum Jahr 2014 ist bei den verbindlichen Verfügungen ein Rückgang von ca. 30 Prozent zu verzeichnen, bei den beachtlichen Verfügungen eine Zunahme von ca. 50 Prozent.

Nach aktuellen Zahlen haben in Österreich nur ca. 4 bis 5 % der Bevölkerung eine Patientenverfügung. In Deutschland liegen Vergleichszahlen vor. Dort wird von einer 20 %igen Quote im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung gesprochen.

Die Patienten-anwaltschaft hat sich, wie auch andere Stakeholder, Gedanken darüber gemacht, wieso nur ein derart geringer Anteil der Bevölkerung die Möglichkeit der Patientenverfügung in Anspruch nimmt. Nach unserer Auffassung sind die in Österreich normierten Regelungen zu kompliziert und unter Umständen ist auch die Errichtung zu teuer.

Im Rahmen von Beratungsgesprächen wurde in den letzten Jahren die Erfahrung gemacht, dass gerade die Unterscheidung von beachtlicher und verbindlicher Verfügung für den Bürger kaum erfassbar ist. Wenn dann noch darüber diskutiert werden muss, was unter „konkreter Beschreibung“ oder „Hervorgehen aus dem Gesamtzusammenhang“ zu verstehen ist, dann wird das Unverständnis noch größer.

Der Österreichische Nationalrat hat eine parlamentarische Enquete-Kommission zum Thema „Würde am Ende des Lebens“ eingerichtet. Unter Bürgerbeteiligung wurde, neben anderen Themen (Tötung auf

Verlangen und ähnliche Themen, Status der Hospiz- und der Palliativversorgung – Möglichkeiten zum Ausbau, Diskussion über Vorsorgevollmacht), auch die Patientenverfügung erörtert.

Im Abschlussbericht werden diverse Vorschläge aufgenommen (491 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXV. GP; www.parlament.gv.at):

- Vereinfachungs- und Attraktivierungsmaßnahmen zur Patientenverfügung und zur Vorsorgevollmacht sollen von allen Institutionen gemeinsam mit den Bundesministerien für Gesundheit und für Justiz ausgearbeitet und umgesetzt werden.
- Texte und Formulare sollen bürgertauglicher bzw. bestmöglich anwendungsorientiert gestaltet werden ohne dadurch die erforderlichen Sicherheitskriterien zu vermindern.
- Die Verlängerung bestehender Fristenregelungen bzw. Vereinfachungen bei Verlängerungen sollen geprüft und ehebaldigst Neugestaltungen (2016) vorgenommen werden. Weiters sollten Fragen zu Möglichkeiten einer generellen und spezialisierten Patientenverfügung und hinsichtlich einer Zusammenführung von beachtlicher und verbindlicher Patientenverfügung besprochen werden
- Die bisherigen unterschiedlichen Register zur Patientenverfügung bei Anwälten und Notaren sollen bis 2016 zu einem einheitlichen Register zusammengeführt werden.
- Patienten/innen sollten bei der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung finanziell entlastet werden. Dies kann beispielsweise über die Patientenanwaltschaften geschehen, wie

es heute schon in Wien, Niederösterreich und Salzburg der Fall ist. Hier wird die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung bereits kostenlos angeboten.

- *Unter Berücksichtigung bestehender Möglichkeiten sollten seitens der beteiligten Ministerien Gespräche mit den Krankenkassen aufgenommen werden, mit dem Prüfziel, dass die Krankenkassen einen vertretbaren Kostenbeitrag im Zusammenhang mit der Errichtung einer Patientenverfügung übernehmen.*
- *Es soll seitens des Bundesministeriums für Gesundheit sichergestellt werden, dass in der elektronischen Gesundheitsakte ELGA bzw. auf der E-Card erkennbar ist, ob ein Patient eine Patientenverfügung errichtet hat, um z.B. in Spitälern eine routinemäßige Überprüfung rasch und einfach durchführen zu können.*

Es bleibt nun abzuwarten, welche konkreten Schritte man seitens des Gesetzgebers umsetzt.

Bericht gemäß § 13 Abs 4 des Antidiskriminierungsgesetzes

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

Nach § 12 Abs 4 hat die Patientenanwaltschaft als Antidiskriminierungsstelle Bericht zu erstatten. Dazu muss ausgeführt werden, dass im Jahr 2015 kein Fall von Diskriminierung an die Patientenanwaltschaft herangetragen worden ist.

2016 – Die Institution

Allgemeines

Die Elektronische Gesundheitsakte (kurz: ELGA) wird in Österreich eingeführt. Um allen Patienten bei Fragen und Beschwerden eine Anlaufstelle anbieten zu können, hat man sich seitens des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen dazu entschlossen, eine unabhängige Ombudsstelle einzurichten. Allen Bürgern soll eine niederschwellige Kontaktaufnahme ermöglicht werden, weshalb es Überlegungen gegeben hat, diese Ombudsstelle bei den weisungsfreien und unabhängigen Patientenanwaltschaften einzurichten. Im November hat eine außerordentliche Vereinssitzung des Patientenschutzvereins stattgefunden. Bei der dort geführten Diskussion hat man das Thema ELGA kritisch erörtert und ist zum Schluss gekommen, dass die Patientenanwaltschaft die Ombudsstelle, auch als Service für den Bürger, übernehmen soll.

Haftung und Gerichtsverfahren

Der Bundesgesetzgeber hat schon Ende der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts eine gesetzliche Grundlage zur Errichtung der Patientenanwaltschaften erlassen. Ziel war es, eine „Waffengleichheit“ zwischen Patienten und Ärzten/Krankenanstalten herzustellen. Ein anderes Ziel war, schnell und unbürokratisch Lösungen zwischen Krankenanstalten/Arzt und Patient zu erzielen. Durch Verhinderung von Gerichtsprozessen, so auch die Überlegung, sollte beiden Parteien gedient sein.

Im Jahre 2016 kann man getrost die Behauptung aufstellen, dass im Großen und Ganzen eine Diskussion auf gleicher Ebene (zwischen Arzt und Patientenvertretung) geführt wird, wenngleich eine „Waffengleichheit“ immer noch nicht gänzlich umgesetzt ist.

Sollte ein Patient alleine, ohne rechtlichen Vertreter, versuchen, in Beschwerdefällen eine Lösung zu erreichen, so wird er oftmals scheitern.

Die Patientenanwaltschaft versucht, alle Wege auszuschöpfen (außergerichtliche Verhandlungen, Antragstellung an die Schiedskommission [dazu später]), um diesen Erwartungen gerecht zu werden. Es kommt aber nicht nur auf die Patientenanwaltschaft an, sondern, wie so oft, auch auf die Gesprächspartner.

Wenn nun von den involvierten Ärzten oder Abteilungsleitern behauptet wird, alles richtig gemacht zu haben, man sich einer gutachterlichen Klärung verschließt, bereits vorhandene Gutachten nicht akzeptiert, wird die Patientenanwaltschaft keine andere Möglichkeit haben, als den Patienten darüber aufzuklären, dass es auch noch andere Möglichkeiten der Anspruchsdurchsetzung gibt.

Die Ergebnisse im Jahr 2016 zeigen, dass gute Resultate erzielt worden sind. Es gibt aber einzelne Abteilungen, die sich einer lösungsorientierten Diskussion entziehen, vorliegende Gutachten nicht akzeptieren können oder auch gutachterlichen Klärungen nicht zustimmen.

Gerade in solchen Situationen wird man im Rahmen eines weiteren Beratungsgesprächs, auch dazu ist der Patientenanwalt verpflichtet (Beraterhaftung), abzuklären haben, ob für einen Patienten ohne entsprechendes Risiko andere Möglichkeiten ebenso infrage kommen. Heuer konnte beobachtet werden, dass vermehrt Patienten, die mit einer Ablehnung ihrer Ansprüche konfrontiert worden sind, diesen Weg gehen möchten. Die Frage wird sein, ob diese Entwicklung gewünscht wird. Wenn nicht, dann muss vermehrt die gutachterliche Klärung forciert werden und die Akzeptanz von vorliegenden Gutachten steigen.

Wenn die oben genannte Entwicklung weiter voranschreitet, werden vermehrt Klagen eingebracht. Schon heute wäre es vorteilhaft zu evaluieren, wie sich die Anspruchsdurchsetzung quantitativ (Anzahl der Klagen pro Jahr) entwickelt hat und zu beobachten, wie sich die Klagehäufigkeit weiter entwickeln wird.

Krankenanstalten

Versorgung von Schmerzpatienten

Im Jahre 2016 haben mehrere Patienten vorgesprochen und dargelegt, dass sie in ihrer Schmerzsituation allein gelassen werden. Die Situation ist bei allen Patienten ähnlich. Schon jahrelang bestimmt der Schmerz ihr Leben. Am Anfang ihrer Patientenkarriere werden sie vom Hausarzt betreut, wobei dieser bald an seine Grenzen stößt. Dann versucht der Facharzt sein Glück, kann jedoch keinen dauerhaften Erfolg verbuchen, weshalb dann nur mehr die Überweisung ins Krankenhaus als rettender Anker von bisher allen Beteiligten gesehen wird.

An den Fachabteilungen, meistens handelt es sich um eine Wirbelsäulenproblematik, werden die Patienten abgeklärt und ein Behandlungskonzept erarbeitet. Man versucht, den Patienten im Rahmen von einwöchigen Aufenthalten durch Blockaden, Infiltrationen zu helfen. Oft sind diese Patienten aber nur für wenige Stunden schmerzfrei. Dann werden sie wieder nach Hause entlassen, die weitere Versorgung sollte der extramurale Bereich übernehmen. Eine adäquate Schmerzbehandlung wird ihnen nicht angeboten (dafür soll der Hausarzt verantwortlich sein). Dort wird dann den Patienten oft mitgeteilt, dass sie konservativ austerapiert sind und nur eine Operation helfen kann.

Wieder zurück auf der Fachabteilung bekommen sie dann zur Antwort, dass sie auf die Warteliste kommen, eine Dringlichkeit nicht gegeben ist, weil keine Lähmungen vorhanden sind, und sie einbestellt werden.

Wenn sie Glück haben, wird dann tatsächlich nach mehreren Monaten diese Operation durchgeführt. Es kann aber auch sein, dass man zwar einen Operationstermin bekommt, aufgrund von Notfällen diese Termine aber immer wieder verschoben werden.

Zurück bleibt der Patient mit Schmerzen. Die verordneten Schmerzmittel reichen aber nicht mehr aus, den Schmerz zu ertragen. So werden immer höhere Dosen verschrieben, ohne dass eine adäquate Schmerztherapie, individuell auf den Patienten abgestimmt, verordnet wird.

Aus diesem Grund stellt sich die Frage, wie ein Vorarlberger Patient zu seiner adäquaten Schmerztherapie kommt. Muss er tatsächlich in ein anderes Bundesland fahren, um dort optimal seinem Schmerz entsprechend eingestellt zu werden?

Es ist für Patienten nicht zumutbar, diesen Weg auf sich zu nehmen, da weder die lange Fahrt erträglich ist (geschweige denn, dass die Kosten nicht bezahlt werden), noch die Distanz zum behandelnden Arzt aufgebürdet werden kann (oftmals muss gerade am Anfang ein engmaschiger Kontakt gepflegt werden, was bedeutet, dass der Patient diesen Weg öfters auf sich nehmen muss).

Auf der Homepage der Österreichischen Schmerzgesellschaft wird dargelegt, dass es in Vorarlberg als einziges Bundesland in Österreich keine Schmerzambulanz gibt (sogar das kleinere Bundesland Burgenland hat zwei Anlaufstellen). So bleibt den Vorarlber-

ger Patienten tatsächlich nur die Reise in ein anderes – benachbartes oder weiter entferntes – Bundesland übrig.

Jeder Patient hat ein Anrecht auf eine adäquate Schmerzbehandlung. Sollte diese nicht angeboten werden, müsste man tatsächlich darüber diskutieren, inwieweit diesen Patienten aufgrund der vermeidbaren Schmerzbelastung ein Ersatzanspruch zusteht. Betont werden muss, dass es sich nicht um ein Versagen der ärztlichen Behandlung handelt. Vielmehr muss die Verantwortung auf anderer Ebene gesucht werden. Wenn man der Patientenanwaltschaft zu diesem Thema aber mitteilt, dass „Spitzenmedizin“ auch in diesem Bereich angeboten wird, so ist der Wunsch der Vater des Gedanken.

Bereits im Jahresbericht 2009 hat sich die Patienten-anwaltschaft diesem Thema gewidmet. Leider konnte in den vergangenen Jahren keine Verbesserung festgestellt werden. Es ist nun aber beabsichtigt, im Jahr 2017 vermehrte Anstrengungen in Richtung Schmerzbehandlung zu unternehmen.

Übermittlung von vollständiger Dokumentation

Seit Jahren wird gebetsmühlenartig immer wieder das Thema Dokumentation/Übermittlung von Krankengeschichten strapaziert.

Im Jahre 2016 ist aufgefallen, dass es in zwei Krankenanstalten zu verzögerten Übermittlungen gekommen ist. Aktiv wurde die Patientenanwaltschaft darüber informiert, dass es aufgrund von internen Problemen zu Übermittlungsverzögerungen gekommen ist, man sich aber bemüht, einerseits die Krankengeschichten in vertretbarer Zeit zur Verfügung zu stellen, andererseits man versucht, das Problem langfristig durch entsprechende Personalumschichtungen zu lösen.

Durch diese Information und die aktive Zusammenarbeit konnte dieses Problem der zeitlichen Verzögerung bei der Übermittlung von Dokumenten als erledigt angesehen werden, weil man auch gegenüber dem Patienten argumentieren konnte, dass diese Verzögerungen nachvollziehbar und vertretbar sind.

Aufgefallen ist aber, dass in übermittelten Krankengeschichten einzelne Dokumente fehlen (dies betrifft nur wenige Abteilungen). So ist erst kürzlich aufgefallen, dass zwar alle sonstigen Dokumente übermittelt wurden, nicht jedoch die Operationsberichte. Wenn diese Dokumente fehlen, ist es offensichtlich, dass die Krankengeschichte nicht komplett übermittelt wurde.

Diesbezüglich muss man jedoch festhalten, dass bei der Prüfung und nachfolgend bei einer Begutachtung durch einen Sachverständigen nur das beurteilt werden kann, was auch übermittelt wurde. Fehlende Unterlagen können nie zu Lasten des Patienten ausgelegt werden.

Im Zusammenhang mit der Dokumentation gibt es noch einen Aspekt, der im Jahr 2016 öfters vorgebracht wurde. Immer wieder wird von Patienten im Rahmen der Behandlung (stationär und ambulant) auf gewisse Umstände (Schmerzen, Gefühlsstörungen etc.) hingewiesen. Es kommt vor, dass aber genau diese Auffälligkeiten nicht dokumentiert werden. Exemplarisch darf erwähnt werden, dass z.B. anlässlich eines Ambulanzbefundes der Arzt keine Sensibilitätsstörung festgestellt hat, der nachfolgend behandelnde Physiotherapeut jedoch Parästhesien (Missempfindungen, die sich in Form von Brennen, Kribbeln, Ameisenlaufen, Nadelstichgefühl sowie pelzigem Gefühl äußern können) dokumentiert hat. Diese lückenhaften Dokumentationen schaden den

Patienten. Sie sind darauf angewiesen, da sie nicht immer vom gleichen Arzt behandelt werden, dass der Nachbehandler alle relevanten Daten und Fakten aus der Krankengeschichte entnehmen kann. Wenn dies aber nicht dokumentiert wurde, kann dies nur zu Lasten des Patienten sein.

Aber auch in einem Streitfall wird sich eine lückenhafte Dokumentation für den Patienten nicht günstig auswirken (Beweisproblem). Aus diesem Grund sollte sich jeder Patient vergewissern, was dokumentiert wurde (Recht auf Einsicht) und im Anlassfall darauf bestehen, dass die vorgebrachten Auffälligkeiten auch Eingang in die Krankengeschichte finden.

Diskussion mit dem Patientenanwalt einmal anders

Das Credo der Patientenanwaltschaft ist, gemeinsam Fälle zu lösen. In einem mediativen Prozess wird es wichtig sein, dass alle am Verfahren beteiligten Parteien bestrebt sind, zeitnah und inhaltlich nachvollziehbar gangbare Wege zu finden.

So kann als positive Entwicklung hervorgehoben werden, dass einige Primärärzte bestrebt sind, das Gespräch zu suchen, um eventuell auch Verständnisprobleme im Vorfeld zu bereinigen. Dies erleichtert die Arbeit, da durch diesen gewählten Weg oftmals zeitraubende Korrespondenzen obsolet werden. Aber auch bei essentiellen Fragen (Detailfragen an den Gutachter, Person des Gutachters) im Rahmen eines Falles kann man durch das direkte Gespräch zeitnah zu Ergebnissen kommen.

Dies zeigt uns, dass das persönliche Gespräch durchaus Vorteile bietet, sei es nur, dass das Verfahren beschleunigt werden kann, sei es weiters, dass es zu einer Arbeitserleichterung durch Wegfall einer überbordenden Korrespondenz führt.

Mehrfaches Verschieben von Operationen

Oft ist es schwierig, den Operationsplan einzuhalten, weil Notfälle oder dringende Operationen vorgehen. An dieser Stelle soll betont werden, dass alle Patienten dafür Verständnis haben und sie auch erwarten, dass diese Patienten vorgezogen werden.

Kein Verständnis hat man allerdings dafür, dass das Krankenhaus trotzdem Kosten (Krankenhausselbstbehalt) verlangt.

Exemplarisch sollen konkrete Fallbeispiele beschrieben werden:

Eine Patientin wurde auf einen konkreten Termin zur Operation einbestellt. Die Patientin hat sich am Vortag im Krankenhaus eingefunden und es wurden noch notwendige Voruntersuchungen durchgeführt. Am nächsten Tag, somit am Operationstag, wurde sie allerdings nicht zur Operation vorbereitet und abgeholt. Auch hat sie bis 16:00 Uhr keine Information erhalten. Erst auf Nachfrage erhielt sie dann die Information, dass man sie an diesem Tag nicht mehr operieren kann, sie entlassen wird und einen neuen Termin bekommt. Zwei Tage später hat sie die Rechnung (Selbstbehalt) für die zwei im Krankenhaus verbrachten Tage erhalten.

Bei einer anderen Patientin hat man die Operation gleich drei Mal verschoben. Auch sie ist danach mit den Krankenhauskosten konfrontiert worden.

Auf Intervention der Patientenrechtsanwaltschaft hat die Krankenhaus-Betriebsgesellschaft dargelegt, dass dies ein gesetzlich normierter Beitrag ist. Aufgrund der gesetzlichen Bestimmung ist dieser zu bezahlen.

Die Patientenrechtsanwaltschaft hat diesbezüglich repliziert, dass Kostenbeiträge nach dem Vorarlberger Spitalgesetz zu bezahlen sind (soweit kann der Argumentation auch zugestimmt werden).

Außer Betracht in der Argumentation des Rechtsträ-

gers ist aber geblieben, dass nicht nur die gesetzlichen Bestimmungen zu berücksichtigen sind, sondern auch der zwischen Krankenhausträger und Patient abgeschlossene Behandlungsvertrag. Unzweifelhaft ist, dass in beiden genannten Fällen ein Vertrag abgeschlossen worden ist. Hauptpflicht aus dem Vertrag ist die Durchführung der angebotenen und vereinbarten Operation. Der Rechtsträger hat dafür zu sorgen, dass die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung stehen. Das Vertragsverhältnis endet mit Erbringung der gegenseitig vereinbarten Leistungen.

Die Frage ist, welche Rechtsfolgen ausgelöst werden, wenn ein Vertragspartner seinen Teil der Vertragsverpflichtung nicht zur gehörigen Zeit erfüllt. Das Gesetz sieht vor, dass der Gläubiger unter anderem Schadenersatz fordern kann, wenn ein entgeltlicher Vertrag von einem Teil nicht zur gehörigen Zeit erfüllt wird (gemeint: vereinbarte Zeit). Der Patient kann somit vom Schuldner (dem Krankenhausträger) den Verspätungsschaden begehren. Dies bedeutet, jene Nachteile ersetzt zu verlangen, die ihm durch die Verspätung der Leistung entstanden sind (siehe Koziol-Welser, Bürgerliches Recht, Band II, 12. Auflage, Seite 51f). Als Verspätungsschaden ist nicht nur der Spitalsbeitrag zu sehen, sondern auch das durch die Verschiebung der Operation entstandene Ungemach.

Der Rechtsträger argumentiert nun, dass man im Sinne des Versorgungsauftrages die Notfallversorgung sicherstellen muss. Die Notfallversorgung und die Dringlichkeitseinstufung führen dazu, dass es zu Verschiebungen von medizinisch nicht dringlichen Operationen kommen kann.

Der zivilrechtlichen Betrachtung der Patientenanzwertschaft will der Rechtsträger inhaltlich nicht entgegenstehen. Einer außergerichtlichen Regulierung aus dem Titel „Verspätungsschaden“ kann der Rechtsträger aus grundsätzlichen Überlegungen (ohne diese näher zu bezeichnen) nicht zustimmen.

Dies kann nur bedeuten, dass man wieder die Gerichte bemühen muss.

Schiedskommission

Das Patienten- und Klientenschutzgesetz sieht bei der Beschwerdebearbeitung die Krankenanstalten betreffend einen dreistufigen Weg vor.

Sollte auf Ebene der Beschwerdestellen oder Patienten-anwaltschaft eine für beide Parteien gangbare Lösung nicht erarbeitet werden können, kann jede Partei die Schiedskommission des Landes Vorarlberg anrufen. Dies stellt ein weiteres, freiwilliges Verfahren dar, um vielleicht doch noch auf außergerichtlichem Weg eine Streitbeilegung zu erreichen.

Im Jahre 2016 wurden 7 Fälle seitens der Patienten an die Schiedskommission herangetragen. Ein Fall wurde noch nicht erledigt, in einem Fall hat die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft dem Verfahren zugestimmt.

In 5 Fällen wurde mitgeteilt, dass man sich auf dieses Verfahren nicht einlässt, weshalb der letzte außergerichtliche Weg als gescheitert angesehen werden musste.

Es muss festgestellt werden, dass wesentlich mehr Patienten als noch die Jahre zuvor Klage bei Gericht eingebracht haben. Wurde die Patienten-anwaltschaft im Jahre 2014 11 Mal von einem Rechtsanwalt aufgefordert, unsere Akten zur Verfügung zu stellen, im Jahre 2015 10 Mal, so haben im Jahre 2016 27 Patienten nach Prüfung bei der Patienten-anwaltschaft einen Rechtsanwalt konsultiert.

Es gibt mehrere Gründe, wieso der Klagsweg beschritten worden ist. Oft hat die Haftpflichtversicherung

allein aufgrund einer negativen Stellungnahme des Abteilungsleiters die Haftung abgelehnt. Man muss aber bedenken, dass jeder Abteilungsleiter den Sachverhalt nicht objektiv, sondern subjektiv beurteilt.

Da mittlerweile viele Patienten über eine Rechtsschutzversicherung verfügen, ist es ein Leichtes, die Gerichte zu bemühen.

Verhindern könnte man dies nur dann, wenn alle zur Verfügung stehenden Wege ausgenutzt werden. Dies bedeutet, dass man seitens der Haftpflichtversicherung auch bei negativen Stellungnahmen des Abteilungsleiters durchaus bereit ist, dies objektiv durch ein unabhängiges Gutachten prüfen zu lassen, dass man Gutachten akzeptiert und dass man auch das Verfahren vor der Schiedskommission wieder zum Leben erweckt. Gerade die Schiedskommission hat durch die richterliche Besetzung sehr hohe Überzeugungskraft bei Patienten.

Wenn man diesem Trend nicht entgegenwirkt, werden es jedes Jahr mehr Klagen werden. Das heißt jedoch nicht, dass die Patientenanwaltschaft keine guten Ergebnisse erzielt (siehe Statistik).

Niedergelassener Ärztebereich

Im Jahre 2015 wurde aufgezeigt, dass es teilweise große Schwierigkeiten bei der Übermittlung der Krankenunterlagen gibt. Manche Ärzte haben in Begleitschreiben ihre Unzufriedenheit kundgetan, manche sich – faktisch – geweigert, diese Dokumente herauszugeben, indem sie erst nach unzähligen Urgenzen reagiert haben.

Heute, ein Jahr später, muss von einer positiven Entwicklung gesprochen werden. Mit kaum einem Arzt

gibt es noch einen Diskussionsbedarf, die Unterlagen werden prompt, teilweise allerdings gegen Kostener-satz übermittelt.

Auch jene Ärzte, die direkt ins Prüfungsverfahren ein-gebunden werden, zeigen sich meistens sehr koopera-tiv. Es dürfte zwischenzeitlich bekannt sein, dass der außergerichtliche Weg Vorteile bietet, die man gerne in Anspruch nehmen möchte.

Pflegeheimbereich

Die Zahlen der Beschwerden verändern sich im Pflegeheimbereich kaum und haben sich auf sehr niedrigem Niveau eingependelt.

Wurden früher eher Beschwerden im Zusammenhang mit der Heimeinstufung vorgebracht, steht heute die pflegerische Tätigkeit im Vordergrund.

So wurden die Medikamentengabe, eine Verbrühung durch eine Wärmeflasche und die PEG-Sonde zum Thema gemacht.

Im Jahr 2016 wurden verschiedene Anfragen an die Patienten-anwaltschaft Vorarlberg herangetragen, die sich mit der Frage nach der Haftung von Pflegefachkräften in Bezug auf Tätigkeiten der 24-Stunden-Betreuung beschäftigt haben. Es wurden uns Haftungs-ausschlüsse, Aufklärungs- und Informationsschreiben in Bezug auf die 24-Stunden-Betreuung übermittelt, die auf rechtliche Zulässigkeit geprüft werden sollten.

Grundsätzlich ist hierzu zu sagen, dass Informa-tions- und Aufklärungsblätter sicherlich hilfreich sind und Punkte klarstellen können, die so mancher 24-Stunden-BetreuerIn nicht bewusst sind. Insofern dienen sie der Klärung bestimmter Sachverhalte und oftmals auch der Befugnisse, sodass man sich nach-

träglich nicht auf Unwissenheit berufen kann. Auch ist die Beschränkung z.B. der Hauskrankenpflege auf bestimmte Tätigkeiten zulässig, wenn es hierfür eine tragfähige und vertretbare andere Lösung gibt. Maßgeblich ist hier wie anderswo auch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, mangels eines solchen, die Entscheidung des gesetzlichen Vertreters. Die Maxime für diesen Vertreter ist der (mutmaßliche) Wille und das Wohl des Patienten.

Was den Ausschluss der Haftung insbesondere für Personenschäden anbelangt, wird die Situation etwas kritischer gesehen. Unabhängig von konsumentenschutzrechtlichen Überlegungen, die hier mitunter anzustellen wären, ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz exakt geregelt, wozu eine Pflegefachkraft in Bezug auf die Personenbetreuung, aber auch persönliche Assistenz verpflichtet ist. In § 3 b Abs 4 und 5 GuKG wird Folgendes normiert:

(4) Der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat sich im erforderlichen Ausmaß zu vergewissern, dass die Person gemäß Abs 1 über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt.

Dies ist ebenso wie die Anleitung und Unterweisung und die Anordnung gemäß § 5 zu dokumentieren.

(5) Die Anordnung ist nach Maßgabe pflegerischer und qualitätssichernder Notwendigkeiten befristet, höchstens aber für die Dauer des Betreuungsverhältnisses, zu erteilen. Sie ist schriftlich zu widerrufen, wenn dies aus Gründen der Qualitätssicherung oder auf Grund der Änderung des Zustandsbildes der betreuten Person erforderlich ist; in begründeten Fällen und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, kann der Widerruf mündlich erfolgen. In diesen Fällen ist dieser unverzüglich, längstens innerhalb von 24 Stunden, schriftlich zu dokumentieren.

Somit ist gesetzlich eindeutig geregelt, dass die Pflegefachkraft eine Pflicht hat, sich über die Fähigkeiten der Personenbetreuerin vorab zu vergewissern, mehr noch, sie hat die Pflicht, die Anordnung zu widerrufen, wenn dies aus Gründen der Qualitätssicherung oder aus Gründen der Änderung des Zustandsbildes der betreuten Person erforderlich ist. Dies ist wohl im Sinne einer begleitenden Kontrolle zu verstehen. Aufgrund dieser gesetzlichen Regelung dürfte einigermaßen klar sein, dass ein Haftungsausschluss in dieser Hinsicht nicht vereinbart werden kann, da dieser gesetzeswidrig wäre. Es bleibt also bei den gesetzlich normierten Pflichten der Pflegefachkraft. Ein vertraglicher Ausschluss oder eine Modifikation sind nicht möglich.

Patientenverfügung

Im Jahr 2016 wurden bei der Patientenanwaltschaft Vorarlberg 53 verbindliche Patientenverfügungen errichtet bzw. beglaubigt. In 12 weiteren Fällen wurde eine beachtliche Verfügung errichtet. Zudem erfolgten auch im Jahr 2016 zahlreiche telefonische und insbesondere auch persönliche Beratungsgespräche. Im Vergleich zum Jahr 2015 ist die Anzahl an verbindlichen Patientenverfügungen leicht gestiegen, die der beachtlichen Verfügungen leicht zurückgegangen. Seit 2015 ist die Patientenanwaltschaft dazu übergegangen, Patientenverfügungen genauer zu erfassen, sodass künftig mehr Aussagekraft in Bezug auf die Statistik gegeben sein wird.

Es wird sich zudem vermutlich dieses Jahr noch zeigen, ob die Anregungen der Parlamentarischen Enquete zum Thema „Würde am Ende des Lebens“, im Rahmen derer auch die Patientenverfügung erörtert wurde und die ARGE PatientInnenanwälte vertreten war, vom Gesetzgeber berücksichtigt werden und

tatsächlich eine Novelle des Patientenverfügungsgesetzes erfolgen wird.



Bericht gemäß § 13 Abs 4 des Antidiskriminierungsgesetzes

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




Nach § 12 Abs 4 hat die Patientenanwaltschaft als Antidiskriminierungsstelle Bericht zu erstatten. Dazu muss ausgeführt werden, dass im Jahr 2016 kein Fall von Diskriminierung an die Patientenanwaltschaft herangetragen worden ist.

Veranstaltungen 2015



-  14.1.2015  Feldkirch  Referent
.....
Weiterbildung Case- und Caremanagement
-  23.1.2015  Wien  Enquete
.....
Enquete „Würde am Ende des Lebens“
-  6.3.2015  Dornbirn  Tagung
.....
Ethikforum „Vom guten Tun und Lassen“
-  11.3.2015  Wien  Weiterbildung
.....
Einführung in das Schadenersatzrecht
-  14.3.2015  Dornbirn  Referent
.....
Haftung in der Medizin, Kongress für Allgemeinmediziner
-  17.3.2015  St. Pölten  Workshop
.....
Workshop OBST/ELGA
-  18.3.2015  Batschuns  Referent
.....
Rechtliche Grundlagen, Patientenverfügung,
Eigen- und Mitverantwortung / Schmerzlehrgang (Teil 1)
-  26.3.2015  Wien  Tagung
.....
Organisationsrechtliche Rahmenbedingungen von Ombudsstellen
-  9.4.2015  Hohenweiler  Referent
.....
Selbstbestimmung und Patientenverfügung
-  27.–29.5.2015  Eisenstadt  Tagung
.....
ARGE-Tagung der PatientenanwältInnen
-  29.–30.5.2015  Gmunden  Weiterbildung
.....
Gmundner Medizinrechts-Kongress
-  15.6.2015  Batschuns  Referent
.....
Rechtliche Grundlagen, Patientenverfügung,
Eigen- und Mitverantwortung / Schmerzlehrgang (Teil 2)
-  16.–17.6.2015  Salzburg  Workshop
.....
Workshop OBST/ELGA

 18.9.2015  Batschuns  Referent




Privatautonomie und Patientenverfügung

 14.10.2015  Wien  Sitzung




Patientensicherheit, Beirat

 14.-16.10.2015  Klagenfurt  Tagung



ARGE-Tagung der PatientenanwältInnen

 21.-23.10.2015  Wien  Weiterbildung


Rechtliche Fragen in der Medizin

 5.11.2015  Dornbirn  Referent


Patientenverfügung Ärztekammer für Vorarlberg

 5.-7.11.2015  Dornbirn  Weiterbildung

Mediationslehrgang

 12.11.2015  Frastanz  Referent




Selbstbestimmung und Patientenverfügung

 13.11.2015  Hörbranz  Referent

Patientenverfügung Seniorenbörse Leiblachtal

 27.11.2015  Bregenz  Referent

Haftungsfragen in der Pflege

 10.-12.12.2015  Dornbirn  Weiterbildung

Mediationslehrgang

 18.12.2015  Bregenz  Sitzung

Landesgesundheitsplattform

Veranstaltungen 2016

-  18.1.2016  Wien  Sitzung
.....
Kooperationsgespräch Volksanwaltschaft
-  28.-30.1.2016  Dornbirn  Weiterbildung
.....
Mediationslehrgang
-  14.3.2016  Dornbirn  Referent
.....
Universitätslehrgang Führungsaufgaben (Pflegemanagement)
-  17.3.2016  Fußach  Referent
.....
Selbstbestimmung und Patientenverfügung
-  7.-9.4.2016  Dornbirn  Weiterbildung
.....
Mediationslehrgang
-  19.4.2016  Dornbirn  Sitzung
.....
Jour fixe Krankenhaus Dornbirn
-  4.5.2016  Bregenz  Referent
.....
Krankenpflegeschule Bregenz
-  24.5.2016  Lochau  Tagung
.....
Expertenkonferenz Antidiskriminierungsrecht
-  24.5.2016  Feldkirch  Referent
.....
Selbstbestimmung, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht
-  1.6.2016  Dornbirn  Referent
.....
Forum Hauskrankenpflege
-  1.-3.6.2016  Innsbruck  Tagung
.....
ARGE Tagung der Patientenanwälte
-  8.6.2016  Feldkirch  Referent
.....
Weiterbildung Case- und Caremanagement
-  16.-18.6.2016  Dornbirn  Weiterbildung
.....
Mediationslehrgang
-  8.-10.9.2016  Dornbirn  Weiterbildung
.....
Mediationslehrgang

-  16.9.2016  Batschuns  Referent

 Palliativlehrgang
-  19.–21.9.2016  Dornbirn  Referent

 Universitätslehrgang Führungsaufgaben (Pflegemanagement)
-  22.9.2016  Feldkirch  Kongress

 Kongress Pädiatrie
-  27.9.2016  St. Arbogast  Referent

 Krankenpflegeschule Bregenz
-  4.10.2016  Feldkirch  Referent

 Selbstbestimmung, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht
-  14.10.2016  Dornbirn  Referent

 Lehrgang Anleitung und Begleitung von Auszubildenden
-  14.10.2016  Wien  Sitzung

 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Patientenverfügung
-  20.–22.10.2016  Dornbirn  Weiterbildung

 Mediationslehrgang
-  9.11.2016  Wien  Weiterbildung

 Seminar Verdienstentgang und Unterhaltsanspruch
-  14.11.2016  Bregenz  Referent

 Verantwortung in der Betreuung und Pflege
-  23.–25.11.2016  Wien  Tagung

 ARGE Tagung der Patientenanwälte
-  24.–26.11.2016  Dornbirn  Weiterbildung

 Mediationslehrgang

Statistik 2015

Aufteilung der Anfragen auf die Institutionen in absoluten Zahlen

Krankenanstalten	364	
Pflegeheime	12	
Entschädigung	45	
Ambulatorien	13	
Ärzte	24	
Sonstige	1	

Geschlechterspezifische Aufteilung der Geschäftsfälle

männlich	212	
weiblich	247	

Vorsprachen (Erstkontakt) und Interventionen 2015

Persönlich	389	
Brieflich	13	
Telefonisch	13	
E-Mail	44	
Fax	0	

Gesamthaft haben 705 Besprechungen mit Kunden und 39 sonstige Sitzungen stattgefunden.

Erledigungsdauer

über ein Jahr	139	
innerhalb eines Jahres	64	
innerhalb eines Halbjahres	93	
innerhalb eines Vierteljahres	79	
innerhalb eines Monats	39	
innerhalb einer Woche	28	

Zahlenmässige Entwicklung der Geschäftsfälle

Jahr	Anzahl Neuanträge im Kalenderjahr	offene Geschäftsfälle aus dem Vorjahr	Summe
2000	185	0	185
2001	211	95	306
2002	184	136	320
2003	249	139	388
2004	272	132	404
2005	285	174	459
2006	370	211	581
2007	375	276	651
2008	385	267	652
2009	415	261	676
2010	458	276	734
2011	510	347	857
2012	467	442	909
2013	498	428	926
2014	482	418	900
2015	459	354	813

Fallzahl pro Monat

Monat	Fälle	Patientenverfügungen (PV)
Jän.	54	11
Feb.	30	0
Mär.	48	7
Apr.	50	5
Mai	32	10
Jun.	44	5
Jul.	41	5
Aug.	30	2
Sep.	39	2
Okt.	44	12
Nov.	32	1
Dez.	15	1
















Verteilung der beschwerdeführenden Parteien auf Bezirke		
Bregenz	133	
Dornbirn	103	
Feldkirch	175	
Bludenz	89	
Sonstige	20	

Altersmäßige Verteilung der Beschwerdeführer		
0-9 Jahre	4.8%	
10-19 Jahre	3.2%	
20-29 Jahre	9.4%	
30-39 Jahre	13%	
40-49 Jahre	15.6%	
50-59 Jahre	19.4%	
60-69 Jahre	16.5%	
70-79 Jahre	12.8%	
über 80 Jahre	5.3%	
















Erfolgsstatistik		
Fälle bearbeitet	813	
Fälle erledigt	442	
Fälle ohne KH-Bezug oder Ärztebezug	41	
Fälle ohne Anhaltspunkt eines Missstandes nach erster cursorischer Prüfung	192	
<p>Von den verbliebenen 209 Prüfungsfällen, bei welchen intensivere Prüfungen durchgeführt wurden, konnten für 88 Patienten ein/e Schadenersatz/Entschädigung erreicht werden. Die Erfolgsquote liegt somit bei 42,1 % (bezogen auf die absolute Zahl: 19,9 %).</p>		
Schadenersatz über Versicherung	45	
Schadenersatz über Schiedskommission	0	
Entschädigung über Patientenanwalt	34	
Entschädigung über Schiedskommission	9	

Im Jahre 2015 wurde ein Gesamtbetrag in Höhe von 953.376,12 Euro (davon 740.476,12 Euro Schadenersatz, 212.900,- Euro Entschädigung) an die Patienten ausbezahlt.

Verlauf Beschwerdefälle Krankenhaus

Jahr 2001	185	
Jahr 2002	147	
Jahr 2003	192	
Jahr 2004	220	
Jahr 2005	219	
Jahr 2006	298	
Jahr 2007	280	
Jahr 2008	290	
Jahr 2009	316	
Jahr 2010	353	
Jahr 2011	409	
Jahr 2012	359	
Jahr 2013	371	
Jahr 2014	365	
Jahr 2015	364	

Verlauf Beschwerdefälle Pflegeheime

Jahr 2001	5	
Jahr 2002	24	
Jahr 2003	26	
Jahr 2004	15	
Jahr 2005	18	
Jahr 2006	14	
Jahr 2007	12	
Jahr 2008	15	
Jahr 2009	9	
Jahr 2010	1	
Jahr 2011	4	
Jahr 2012	11	
Jahr 2013	10	
Jahr 2014	9	
Jahr 2015	12	

Auszahlungen in Euro			
Jahr	Schadenersatz	98.658.-	█
2001	Entschädigung	0.-	
Jahr	Schadenersatz	325.795.-	█
2002	Entschädigung	0.-	
Jahr	Schadenersatz	189.582.-	█
2003	Entschädigung	65.500.-	█
Jahr	Schadenersatz	194.650.-	█
2004	Entschädigung	101.200.-	█
Jahr	Schadenersatz	345.808.-	█
2005	Entschädigung	232.000.-	█
Jahr	Schadenersatz	348.454.-	█
2006	Entschädigung	254.925.-	█
Jahr	Schadenersatz	268.045.-	█
2007	Entschädigung	326.030.-	█
Jahr	Schadenersatz	354.403.-	█
2008	Entschädigung	358.300.-	█
Jahr	Schadenersatz	615.172.-	█
2009	Entschädigung	341.550.-	█
Jahr	Schadenersatz	520.517.-	█
2010	Entschädigung	239.600.-	█
Jahr	Schadenersatz	362.940.-	█
2011	Entschädigung	290.300.-	█
Jahr	Schadenersatz	1.326.179.-	█
2012	Entschädigung	326.353.-	█
Jahr	Schadenersatz	1.256.976.-	█
2013	Entschädigung	284.400.-	█
Jahr	Schadenersatz	1.950.611.-	█
2014	Entschädigung	314.000.-	█
Jahr	Schadenersatz	740.476.-	█
2015	Entschädigung	212.900.-	█

Statistik 2016

Aufteilung der Anfragen auf die Institutionen in absoluten Zahlen

Krankenanstalten	330	
Pflegeheime	12	
Entschädigung	60	
Ambulatorien	20	
Ärzte	32	
Sonstige	2	
Patientenverfügung	70	

Geschlechterspezifische Aufteilung der Geschäftsfälle

weiblich	292	
männlich	234	

Vorsprachen (Erstkontakt) und Interventionen 2016

Persönlich	444	
Brieflich	14	
Telefonisch	9	
E-Mail	59	
Fax	0	

Gesamthaft haben 655 persönliche Kundentermine und 35 allgemeine Besprechungen stattgefunden.

Erledigungsdauer

über ein Jahr	122	
innerhalb eines Jahres	67	
innerhalb eines Halbjahres	85	
innerhalb eines Vierteljahres	75	
innerhalb eines Monats	54	
innerhalb einer Woche	102	

Zahlenmässige Entwicklung der Geschäftsfälle

Jahr	Anzahl Neuanträge im Kalenderjahr	offene Geschäftsfälle aus dem Vorjahr	Summe
2000	185	0	185
2001	211	95	306
2002	184	136	320
2003	249	139	388
2004	272	132	404
2005	285	174	459
2006	370	211	581
2007	375	276	651
2008	385	267	652
2009	415	261	676
2010	458	276	734
2011	510	347	857
2012	467	442	909
2013	498	428	926
2014	482	418	900
2015	459	354	813
2016	456	371	827

Fallzahl pro Monat

Monat	Fälle	Patientenverfügungen (PV)
Jän.	52	3
Feb.	43	5
Mär.	51	6
Apr.	52	2
Mai	34	7
Jun.	27	9
Jul.	34	7
Aug.	12	1
Sep.	39	5
Okt.	49	12
Nov.	36	4
Dez.	27	9

Verteilung der beschwerdeführenden Parteien auf Bezirke		
Bregenz	143	
Dornbirn	89	
Feldkirch	167	
Bludenz	88	
Sonstige	39	

Altersmäßige Verteilung der Beschwerdeführer		
0-9 Jahre	4.2%	
10-19 Jahre	5.4%	
20-29 Jahre	8.4%	
30-39 Jahre	10.8%	
40-49 Jahre	15.9%	
50-59 Jahre	16.7%	
60-69 Jahre	16.5%	
70-79 Jahre	16.7%	
über 80 Jahre	5.4%	

Erfolgsstatistik		
Fälle bearbeitet	827	
Fälle erledigt	476	
Fälle ohne KH-Bezug oder Ärztebezug	30	
Fälle ohne Anhaltspunkt eines Missstandes nach erster kursorischer Prüfung	161	

Von den verbliebenen 285 Fällen, bei welchen intensivere Prüfungen durchgeführt wurden, konnten für 112 Patienten ein/e Schadenersatz/Entschädigung erreicht werden.

Die Erfolgsquote liegt bei 39,30 % (bezogen auf die absolute Zahl: 23,53 %).

Schadenersatz über Versicherung	71	
Schadenersatz über Schiedskommission	0	
Entschädigung über Patientenanwalt	28	
Entschädigung über Schiedskommission	13	

Im Jahre 2016 wurde ein Gesamtbetrag in Höhe von 1.909.221 Euro (1.647.771 Euro Schadenersatz, 261.450 Euro Entschädigung) verhandelt.

Besuch auf der Homepage www.patientenanwalt-vbg.at

Monat	Anzahl der Besuche	
Jänner	775	
Februar	1005	
März	945	
April	925	
Mai	866	
Juni	1001	
Juli	991	
August	951	
September	993	
Oktober	976	
November	1028	
Dezember	1086	

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

Niedergelassene Ärzte	5	
Familie, Freunde, Bekannte	46	
Medien (Radio, TV, Internet, Zeitung)	26	
Sonstige (RA, SV, AK, Institutionen...)	17	
Krankenhäuser (Beschwerdestellen)	6	

Verlauf Beschwerdefälle Krankenhaus

Jahr 2001	185	
Jahr 2002	147	
Jahr 2003	192	
Jahr 2004	220	
Jahr 2005	219	
Jahr 2006	298	
Jahr 2007	280	
Jahr 2008	290	
Jahr 2009	316	
Jahr 2010	353	
Jahr 2011	409	
Jahr 2012	359	
Jahr 2013	371	
Jahr 2014	365	
Jahr 2015	364	
Jahr 2016	350	

Verlauf Beschwerdefälle Pflegeheime

Jahr 2001	5	
Jahr 2002	24	
Jahr 2003	26	
Jahr 2004	15	
Jahr 2005	18	
Jahr 2006	14	
Jahr 2007	12	
Jahr 2008	15	
Jahr 2009	9	
Jahr 2010	1	
Jahr 2011	4	
Jahr 2012	11	
Jahr 2013	10	
Jahr 2014	9	
Jahr 2015	12	
Jahr 2016	12	

Auszahlungen in Euro			
Jahr	Schadenersatz	98.658.-	█
2001	Entschädigung	0.-	
Jahr	Schadenersatz	325.795.-	█
2002	Entschädigung	0.-	
Jahr	Schadenersatz	189.582.-	█
2003	Entschädigung	65.500.-	█
Jahr	Schadenersatz	194.650.-	█
2004	Entschädigung	101.200.-	█
Jahr	Schadenersatz	345.808.-	█
2005	Entschädigung	232.000.-	█
Jahr	Schadenersatz	348.454.-	█
2006	Entschädigung	254.925.-	█
Jahr	Schadenersatz	268.045.-	█
2007	Entschädigung	326.030.-	█
Jahr	Schadenersatz	354.403.-	█
2008	Entschädigung	358.300.-	█
Jahr	Schadenersatz	615.172.-	█
2009	Entschädigung	341.550.-	█
Jahr	Schadenersatz	520.517.-	█
2010	Entschädigung	239.600.-	█
Jahr	Schadenersatz	362.940.-	█
2011	Entschädigung	290.300.-	█
Jahr	Schadenersatz	1.326.179.-	█
2012	Entschädigung	326.353.-	█
Jahr	Schadenersatz	1.256.976.-	█
2013	Entschädigung	284.400.-	█
Jahr	Schadenersatz	1.950.611.-	█
2014	Entschädigung	314.000.-	█
Jahr	Schadenersatz	740.476.-	█
2015	Entschädigung	212.900.-	█
Jahr	Schadenersatz	1.647.771.-	█
2016	Entschädigung	261.450.-	█

Rechtlicher Kommentar

Ein Behandlungsvertrag kommt in der Regel dann zustande, wenn ein Patient einen Arzt aufsucht. In diesem Fall kommt ein schlüssiger Behandlungsvertrag zustande. Es muss von keinem Vertragspartner ausdrücklich erklärt werden, dass man einen Vertrag schließen wolle. Nach ABGB ist es ausreichend, dass der Wille stillschweigend durch solche Handlungen ausreichend erklärt wird, welche mit Überlegung aller Umstände keinen vernünftigen Grund, daran zu zweifeln, übrig lassen. Allerdings muss den Vertragspartnern klar sein, dass durch ihr Verhalten Rechte und Pflichten aus dem konkludenten Vertragsabschluss entstehen. Ein Vertragsverhältnis zwischen einem Patienten und einem Krankenanstaltenträger kommt bereits dann zustande, wenn der Patient im Krankenhaus aufgenommen wird. In öffentlichen Krankenanstalten besteht sogenannter Kontrahierungszwang, was bedeutet, dass behandlungsbedürftige Patienten nicht abgewiesen werden dürfen, was in privaten Einrichtungen und bei niedergelassenen Ärzten möglich ist. Einschränkungen ergeben sich bei vitaler Gefährdung und aus den Kassenverträgen.

Grundsätzlich wird der Behandlungsvertrag in Lehre und Judikatur als freier Dienstvertrag verstanden. Sinngemäß bzw. analog sind auf einen solchen Vertrag sowohl die Vorschriften des Gesetzes über Dienst- als auch über den Werkvertrag anzuwenden.

Der OGH hat ausgesprochen, dass es sich beim Behandlungsvertrag um ein im Gesetz nicht näher typisiertes Vertragsverhältnis handelt, welches wesentliche Elemente des Beratungsvertrags umfasst (9Ob64/08i). Tatsache ist jedenfalls, dass es sich um einen Vertrag sui generis handelt. Zweifelsohne besteht ein synallagmatisches Vertragsverhältnis. Der Arzt bzw. der Rechtsträger schuldet eine Behandlung nach der lex artis und ist Gläubiger des Honorars. Der Patient schuldet das Honorar und kann die fachgerechte Behandlung einfordern. Neben diesen Hauptpflichten existieren eine ganze Reihe von Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag: die Dokumentationspflicht, die Verschwiegenheitspflicht, Schutz- und Sorgfaltspflichten, Aufklärungspflicht und die Treue- und Interessenswahrungspflicht, wobei sich letztere insbesondere aus den Elementen des Beratungsvertrages ergibt. Auch für diese Nebenpflichten gilt grundsätzlich der Sorgfaltsmaßstab des § 1299 ABGB.

Im Haftungsfall stellt sich oftmals die Frage, mit wem ein Behandlungsvertrag zustande gekommen ist. Die Unterscheidung in Vertrags- und Deliktshaftung ist insbesondere wichtig für die Beweislastverteilung und die unterschiedliche Gehilfenhaftung. Wiewohl im Behandlungsvertragsverhältnis laut Judikatur des OGH sich keine Beweislastumkehr im Bereich des Verschuldens ergibt, also hier der Patient das Verschulden beweisen muss, so ist es zumindest so, dass bei Vorliegen eines Verschuldens und Rechtswidrigkeit (Behandlungsfehler) es zu Beweiserleichterungen im Bereich der Kausalität kommt. Ein Behandlungsfehler führt dazu, dass im Bereich der Kausalität der Anscheinsbeweis zum Tragen kommt. Hat der festgestellte Behandlungsfehler das Risiko des Schadenseintrittes nicht unwesentlich erhöht, so tritt im Bereich der Kausalität eine Beweislastumkehr ein. Für die Rechtmäßigkeit der Aufklärung ist generell der Arzt bzw. der Krankenanstaltenträger beweispflichtig, was bedeutet, dass bei einem non liquet dies dem Schädiger zum Nachteil gereicht. Auch eine Klagsführung ist bei einer Haftung aus Vertrag dadurch wesentlich vereinfacht, als dass lediglich der Krankenanstaltenträger geklagt werden kann, ohne genau wissen zu müssen, wer konkret den Schaden verursacht hat bzw. den Behandlungs- oder Aufklärungsfehler begangen hat. Im Bereich der deliktischen Haftung muss hier eine genaue Differenzierung und Zuordnung des deliktischen Verhaltens zu einer Person erfolgen.

Beim Abschluss eines Behandlungsvertrages gibt es verschiedene Konstellationen, die zu berücksichtigen und nicht immer einfach zu bewerten sind. Im Krankenhausbereich kommt das Vertragsverhältnis in der Regel mit dem Träger der Krankenanstalt zustande. Anders ist die Situation zu bewerten, wenn sich ein Belegarzt, der in der Regel ein freiberuflicher Arzt ist, der in keinem Angestelltenverhältnis zum Spital steht, in eine Krankenanstalt quasi einmietet. Hier kommt der Vertrag direkt mit dem Belegarzt zustande, das Krankenhaus schuldet lediglich die sogenannte „Hotelkomponente“ im Rahmen des Krankenhausaufnahmevertrages (gespaltener Krankenhausaufnahmevertrag). Personen, die der Belegarzt auswählt und deren Hilfe er in Anspruch nimmt, werden als Erfüllungsgehilfen nach § 1313a ABGB beurteilt (70b136/06k).

Bereits in der Entscheidung 10b267/99t hat der OGH festgehalten, dass es „nicht zweifelhaft ist, dass der Belegarzt für die Handlungen und Unterlassungen einer „Assistenz seiner Wahl“ im Rahmen einer Operation haftet, weil diese Hilfspersonen als Erfüllungsgehilfen des Belegarztes gemäß § 1313a ABGB anzusehen sind. Fraglich ist nur, ob der Belegarzt, der im Allgemeinen für seine Leute einsteht, auch für Fehlleistungen des Belegspitals einzustehen hat, also auch für Sorgfaltsverletzungen eines vom Belegspital beigestellten Operationsteams (Krejci, Vertrags- und Haftungsfragen zum Belegsysteem, in VersRdSch 1995, 32; Harrer in Schwimann ABGB2 Rz 8 zu § 1313a; vgl Franzki/Hansen, Der Belegarzt – Stellung und Haftung im Verhältnis zum Krankenhaussträger, in NJW 1990, 737). Nun ist davon auszugehen, dass ein Belegarzt gegenüber den ihm zur Verfügung gestellten nachgeordneten Ärzten und gegenüber den Schwestern und Pflegern sowie dem medizinisch-technischen Personal im Umfang seines Arbeitsbereichs fachlich weisungsberechtigt ist (vgl NJW 1990, 737 [738]). Die Pflichtenkreise des Belegarztes und des Belegspitals gegenüber dem Patienten sind keinesfalls inhaltlich vollständig identisch bzw kongruent. Es ist aber möglich, dass diese Pflichtenkreise einander schneiden. Dass zwischen dem Patienten und dem Belegspital ein Krankenhausvertrag besteht, schließt keineswegs aus, dass Spitalsangestellte als Erfüllungsgehilfen des Belegarztes (im Rahmen einer von diesem durchzuführenden Operation) agieren (Krejci aaO 36). Mit einem vom Belegarzt geschlossenen Behandlungsvertrag sagt dieser die von ihm vorzunehmende ordnungsgemäße Behandlung unter Einschluss der Haftung für das Verschulden all jener Personen zu, die an dieser Behandlung unter der Ingerenz des Belegarztes mitwirken; dies unter Einschluss des Personals des Belegspitals. Letzteres ist im Zuge einer Operationsassistenten auch als Erfüllungsgehilfe des Operateurs gegenüber dem Patienten anzusehen (Krejci aaO 37 f; Markl/Pittl, Ausgewählte Fragen der Erfüllungsgehilfenhaftung beim ärztlichen Behandlungsvertrag, in ÖJZ 1997, 774 [778]; vgl Juen, Arzthaftungsrecht 47). Auch ein Belegarzt hat es grundsätzlich in der Hand, die ihm bei der Operation assistierenden Personen individuell auszuwählen und vor allem durch Erteilung von Weisungen in deren Verrichtungen konkret einzugreifen (vgl Laufs, Arztrecht5 321). Begnügt er sich mit einem ihm vom Spitalserhalter zur Verfügung gestellten Assistententeam und vertraut er demnach auf deren Sachkunde, dann wäre nicht einzusehen, warum ihn nicht auch für ein allfälliges Fehlverhalten dieser von ihm beigezogenen Personen die entsprechende Haftung für deren Gehilfenverhalten träfe (vgl Franzki/Hansen aaO 739), insbesondere wenn er das Personal nicht genügend beaufsichtigt hat und der Schaden durch gehörige Aufsicht hätte vermieden werden können (vgl Franzki/Hansen aaO 742).

Nun bildet bei einer Operation die vorbereitende Tätigkeit eines Operationsteams mit der Operation im eigentlichen Sinn, also mit der tatsächlichen „handwerklichen“ ärztlichen Tätigkeit, eine Einheit, derzufolge der operierende Arzt jedenfalls eine Anweisungs- und Kontrollzuständigkeit haben muss (vgl Steffen/Dressler, Arzthaftungsrecht, Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung8 Rz 25). Die Operationsvorbereitung - hier insbesondere das Anlegen einer Blutleeremanschette - ist untrennbar mit dem Operationsvor-

gang selbst verbunden, weshalb die dem Operateur assistierenden Personen in Erfüllung dessen Behandlungsvertrags agieren und somit Erfüllungsgehilfen des Operateurs sind. Dann haftet aber auch der Belegarzt für die nicht der gebotenen Sorgfalt entsprechende Tätigkeit seiner Assistenten (Markl/Pittl aaO 778; P. Steiner, Zur inhaltlichen Unterscheidung zwischen Belegarzt und Konsiliararzt, in RdM 1998, 70 [72]; Engljählinger, Ärztlicher Behandlungsvertrag, in ÖJZ 1993, 488 [497]; Holzer/Posch/Schick, Arzt- und Arzneimittelhaftung in Österreich, 57; vgl EFSIlg 69.106; vgl VersR 1999, 486, vgl BGHZ 95, 63).“ Ähnliches spricht der OGH auch in 1 Ob 269/99m im sogenannten „Anästhesiefall“ aus.

Anders wiederum ist die Situation zu beurteilen, wenn der sogenannte Belegarzt beim Krankenhausträger z.B. in Teilzeit angestellt ist und der Patient von diesem aus seiner eigenen Ordination ins Spital zugewiesen wird. Auch hier ergeben sich beträchtliche Abgrenzungsprobleme. Grundsätzlich ist es laut Rechtsprechung des OGH Sache des Rechtsträgers der Krankenanstalt, durch eindeutige Vertragsgestaltung die Rechtsnatur des Krankenhausaufnahmevertrages zu bestimmen. Ist diese nicht eindeutig festgelegt, ist unter Berücksichtigung der nach der Verkehrsübung selbstverständlichen Erwartung der Patienten als nach dem ASVG Krankenversicherte von einem totalen Krankenhausaufnahmevertrag auszugehen. Das heißt, dass der Träger der Krankenanstalt für den angestellten und zuweisenden Arzt nach 1313a haftet. Man könnte also sagen, dass im Zweifel davon auszugehen ist, dass ein totaler Krankenhausaufnahmevertrag zustande kommt. Siehe dazu auch 3Ob268/06t. Weiters besteht auch die Möglichkeit, dass neben dem Krankenhausaufnahmevertrag ein eigener Behandlungsvertrag iS eines Sonderklasse-Aufnahmevertrages mit dem Abteilungsleiter zustande kommt (JBI 1960, 188ff). Hierzu führt der OGH in 7Ob51/15y betreffend eine Honorarforderung eines Primararztes bezüglich die Sonderklasse aus, dass „sich allein aus der Aufnahme in die Sonderklasse noch kein Honoraranspruch ergebe. Dieser setzt gemäß § 41 Abs 5 TirKAG den Abschluss der genannten privatrechtlichen Vereinbarung zwischen dem honorarberechtigten Arzt und dem Pflegling voraus. Zu prüfen ist daher, ob bzw welche (Gegen-)Leistungen der das Honorar mit dem Sonderklassepatienten vereinbarende Arzt aufgrund dieser privatrechtlichen Vereinbarung schon im Hinblick auf § 917 ABGB zu erbringen hat. Bei entgeltlichen Rechtsgeschäften kommt es nämlich auf den Austausch von Leistungen im Sinne einer synallagmatischen, konditionellen oder auch bloß kausalen Verknüpfung von Leistung und Gegenleistung an (Binder/Kolmer in Schwimann ABGB4 IV § 917 Rz 1).“

Laut OGH werden in der Lehre im Wesentlichen drei Thesen zur Vereinbarung von Arzthonoraren in der Sonderklasse vertreten:

„Bei Aufnahme in die Sonderklasse in einem öffentlichen Krankenhaus wird ein einheitlicher, im Zweifel entgeltlicher Krankenanstaltenaufnahmevertrag betreffend Unterbringung, Verpflegung, pflegerischer Leistung und ärztliche Untersuchung und Behandlung geschlossen (Steiner, Arzthonorar in der Sonderklasse [2004] 37; Fördermayr, aaO; Emberger in Emberger/Wallner [Hrsg] ÄrzteG mit Kommentar2 [2008] 177; VfGH 10066/1984, 11579/1987; 8 ObA 2317/96k, 9 ObA 96/97f). Der Vertragspartner des Patienten ist der Krankenanstaltsträger, der Arzt ist Erfüllungsgehilfe des Trägers iSd § 1313a ABGB (Emberger aaO; F. Bydlinki, Verträge über ärztliche Leistungen in Rechberger/Welser [Hrsg], Verfahrensrecht-Privatrecht, Festschrift für Winfried Kralik zum 65. Geburtstag [1986] 355f). Der Krankenanstaltenträger schuldet damit auch in der Sonderklasse die volle Anstaltspflege einschließlich medizinischer Behandlung (Fördermayr aaO). Nicht anders als in der allgemeinen Gebührenklasse hat allerdings auch ein Patient der Sonderklasse aufgrund des mit der öffentlichen Krankenanstalt geschlossenen Krankenhausaufnahmevertrages keinen Rechtsanspruch auf Behandlung bzw Betreuung durch einen bestimmten Arzt (VfGH G 19/06). Auch Mazal (aaO 89 f) geht davon aus, dass Anstaltspflege-

ge bei Unterbringung in der Sonderklasse im Regelfall als eine ungeteilte und einheitliche Gesamtleistung zu sehen sei. Dennoch sei ein Modell denkbar, das neben jener Leistungs- und Entgeltbeziehung, die zwischen der Krankenanstalt und dem Patienten bei Unterbringung in der Sonderklasse bestehe, eine weitere Austauschbeziehung vorsehe. Zum Patienten sei ein gesondertes vertragliches Verhältnis im Regelfall nur in den Bundesländern anzunehmen, in denen die landesgesetzlichen Regelungen über die Arzthonorare in der Sonderklasse eine solche Vereinbarung voraussetzten. Aus diesem Vertrag sei eine eigenständige Verpflichtung des Arztes zur persönlichen Betreuung anzunehmen, die darin bestehe, sich umfassend persönlich um die Behandlung des Patienten zu kümmern. Sie münde in die Pflicht, die einzelnen Behandlungsschritte entweder selbst vorzunehmen oder im Rahmen seiner Möglichkeiten zu veranlassen, dass sie durch Ärzte des Vertrauens des „behandelnden Arztes“ vorgenommen würden, wenn dieser selbst – entweder aus zeitlichen oder fachlichen Gründen – nicht in der Lage sei, die Behandlung durchzuführen. Zudem sei eine Pflicht des Arztes anzunehmen, auf Wunsch des Patienten nach Maßgabe der Zumutbarkeit auch außerhalb der Visitezzeit für Information und zu betreuenden Gesprächen zur Verfügung zu stehen.

Auch Steiner (aaO 48 f) ist der Auffassung, dass die Arzthonorare wohl nur eine zusätzliche Betreuung betreffen könnten. Die Landesgesetzgeber dürften weiter Entgelte in der Sonderklasse nur vorschreiben, wenn dort – im Verhältnis zur allgemeinen Gebührenklasse – auch wirklich eine Mehrleistung erbracht werde. Eberhard (Wofür wird die Sonderklasse bezahlt? RdM 2012, 134 [212]) geht davon aus, dass Gegenstand eines solchen Vertrags die persönliche Betreuung und Behandlung durch den jeweiligen Arzt und somit – denkllogisch vorausgesetzt – die Ausübung einer freien Arztwahl sei, wodurch man einen persönlichen Ansprechpartner erhalte.

Dem hält Radner (aaO 267) entgegen, dass nach § 27 Abs 5 KAKuG andere als die gesetzlich vorgesehenen Entgelte von Pflegeingen oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden dürften. Aufgrund dieses ausdrücklichen Verbots sei es keineswegs der Privatautonomie überlassen, ob Ärzte für ihre Dienste – gleich welcher Art – Entgelte verlangen dürften. § 27 Abs 5 KAKuG nehme ebenso wie § 16 Abs 1 lit f KAKuG die „weiteren Entgelte“ gemäß § 27 Abs 4 KAKuG vom Anwendungsbereich aus. Das Arzthonorar sei daher jedenfalls als „weiteres Entgelt für die Unterbringung in der Sonderklasse“ zu qualifizieren. Der Begriff der „persönlichen Betreuung“ lasse sich darüber hinaus inhaltlich sehr schwer erfassen. Nach der Umschreibung von Mazal könne diese von einer Behandlungspflicht kaum bis nicht unterschieden werden.

Pircher (Honorarberechtigung in der Sonderklasse öffentlicher Heilanstalten [2002] 215) argumentiert, gegen die Abgeltung der persönlichen Zuwendung spreche zudem, dass in manchen LandesKAG (zB § 59 BgldKAG, § 45a WrKAG) technische Untersuchungen abgegolten würden, obwohl der honorarberechtigte Arzt etwa im Zentrallabor den Patienten zwecks Untersuchung gar nicht sehe. Die Definition der vertraglichen Leistungspflicht als bloße persönliche Zuwendung widerspreche dem wahren Willen, denn der Patient erwarte sich vom Arzt seiner Wahl eine tatsächlich durchgeführte ärztliche Heilbehandlung. Ein anderer vertretener Deutungsansatz ist jener des „totalen Krankenaufnahmevertrags mit Arztzusatzvertrag“. Hier wird zusätzlich zu dem mit dem Anstaltsträger abgeschlossenen totalen Krankenaufnahmevertrag vom Pflegegling ein hauptbehandelnder Arzt gewählt, mit welchem ein Behandlungsvertrag geschlossen wird (Radner aaO 260 f, Pircher aaO 237). Insbesondere Pircher (aaO 258 f) führt aus, nach § 49 Abs 2 ÄrzteG sei die Behandlung durch einen freiberuflich tätigen Arzt persönlich und unmittelbar durchzuführen. Aufgrund dieser Regelung dürfe der honorarberechtigte Arzt nachgeordnete Ärzte im Rahmen der Erfüllung seines Behandlungsvertrags nur zu untergeordneten Tätigkeiten heranziehen. Werde hingegen die wesentliche

Behandlung durch einen Erfüllungsgehilfen des Anstaltsträgers erbracht, könne der honorarberechtigte Arzt den Behandlungsvertrag nicht mehr erfüllen. Der Patient müsse wegen der Unmöglichkeit der Vertragserfüllung das ärztliche Honorar nicht bezahlen. Ohne entsprechende Arztwahl gebe es ausschließlich einen einheitlichen Vertrag, der mit der Krankenanstalt abgeschlossen werde und alle anstaltlichen Leistungen einschließlich der medizinischen Behandlungen umfasse, die dann in diesem Fall von dem jeweils dienstlich zugeteilten Arzt vorgenommen werden (Pircher aaO 179 ff).

Bei der These des gespaltenen Krankenanstalteneinzelvertrags entstehen zwei Vertragsbeziehungen nebeneinander: Der Anstaltsträger schuldet dem Patienten die volle Anstaltspflege (einschließlich gewisser ärztlicher Leistung) abzüglich aller ärztlichen Dienstleistungen, die vom an sich im Krankenhaus tätigen Arzt persönlich mit dem Patienten vereinbart werden. Die genaue Bestimmung der ärztlichen Leistungen für die ein Honorar zu entrichten ist, erfolgt daher – mangels klarer Vereinbarung – unter Berücksichtigung der nach der Verkehrsübung selbstverständlichen Erwartungen des Patienten (§§ 914, 863 Abs 2 ABGB; so insbesondere F. Bydlnski aaO 367 f).

Markl/Pittl (Ausgewählte Fragen der Erfüllungsgehilfenhaftung beim ärztlichen Behandlungsvertrag, ÖJZ 1997, 774 ff) ergänzten diesen Ansatz: Der Patient erwarte sich vom Arzt seiner Wahl eine tatsächlich durchgeführte ärztliche Heilbehandlung und nicht bloß eine persönliche Betreuung. Dabei treffe den Arzt die Verpflichtung schon bei Abschluss des Behandlungsvertrags seine dienstlichen Anforderungen entsprechend zu berücksichtigen. Sei zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses für den Arzt schon absehbar, dass er die persönliche Behandlung nicht oder nur eingeschränkt wahrnehmen werde können, müsse er entweder den Patienten darüber aufklären oder den Vertragsabschluss nicht vornehmen. Wie bereits ausgeführt, kommt es bei entgeltlichen Rechtsgeschäften – wie dem hier vorliegenden – auf den Austausch von Leistungen im Sinne einer synallagmatischen, konditionellen oder auch bloß kausalen Verknüpfung von Leistung und Gegenleistung an. Die Regelung des § 41 Abs 5 TirKAG geht von einer vertraglichen Beziehung zwischen Arzt und Patienten aus, die einen Anspruch auf ein Honorar vermittelt, das nicht als „weiteres Entgelt“ iSd § 27 Abs 4 Z 1 KAKuG für die Unterbringung in der Sonderklasse zusteht, sondern für eine Leistung, die nicht bereits der Anstaltsträger schuldet. Dahingestellt bleiben kann hier, welchen (zusätzlichen) Leistungsumfang (persönliche Betreuung und/oder persönliche Behandlung) der Arzt aufgrund einer solchen Vereinbarung schuldet, weil der Kläger aufgrund seiner bereits zum Zeitpunkt des Abschlusses der Vereinbarung gegebenen urlaubsbedingten Abwesenheit keine solche Leistung erbrachte oder gar zu erbringen beabsichtigte, die nicht bereits der Anstaltsträger schuldet. Weder hat er einzelne Behandlungsschritte selbst vorgenommen, noch hat er sich sonst um die konkrete Behandlung des Beklagten gekümmert. Die Behandlung wurde vom diensthabenden Oberarzt aufgrund des Gesundheitszustands des Pflégelings ohne die geringste – selbst organisatorische – Beteiligung des Klägers durchgeführt. Auch wenn der Beklagte nicht ausdrücklich vom Vertrag zurückgetreten ist, scheidet der Entgeltanspruch des Klägers, der seine Verbindlichkeit nicht erfüllt hat und auch nicht mehr erfüllen wird, bereits an § 1052 Satz 1 ABGB.“

Diese Entscheidung geht auf Basis des Erkenntnisses des VfGH vom 17.03.2007 davon aus, dass die Sonderklassevereinbarung eine zivilrechtliche, auf der Grundlage der Privatautonomie abgeschlossene Vereinbarung ist. Die ältere Judikatur sah das Arzthonorar als eine öffentlich-rechtliche Gebühr an. Umstritten ist in der Lehre vor allem die Ausgestaltung bzw. der Inhalt dieses privatautonomen Vertrages. Wallner hält in seiner Kommentierung zu 70b51/15y (RdM 2015, 300) fest, dass auch der OGH die zivilrechtliche Natur des Sonderklasse-Aufnahmevertrages anerkennt und dass es daher vor allem darum gehe, den Willen der Vertragspartner zu erforschen. Dabei müsse wohl zwischen der Behandlung durch Belegärzte und andererseits der Betreuung in der Sonderklasse einer öffentlichen Krankenanstalt unterschieden werden. Vereinbare der Zusatzversicherte belegärztliche Leistungen, dann natürlich mit

der Absicht, tatsächlich von dem gewählten Arzt behandelt zu werden. Lässt sich hingegen der Zusatzversicherte auf der Sonderklasse einer öffentlichen Krankenanstalt aufnehmen, dann sei ihm gewöhnlich völlig bewusst, dass die Möglichkeit der Arztwahl eingeschränkt ist und insbesondere nicht sicher sei, ob er vom Abteilungsleiter behandelt werde. Ein derartiger Wunsch nach persönlicher Betreuung komme in der Praxis selten vor. Da eine derartige Bedingung auch nicht unmittelbar aus dem TirKAG sich ergebe, erweise sich die Entscheidung des OGH als verfehlt.

Dazu darf angemerkt werden, dass es in der Praxis sehr wohl vorkommt, dass Patienten eine Behandlung durch den Abteilungsleiter oder zumindest dessen Stellvertreter wünschen. Diese privatrechtliche Vereinbarung ist auch nach den öffentlich-rechtlichen Bestimmungen zulässig, auch wenn keine gesetzliche Spezifizierung des Grundes des Arzthonorares besteht. Es entspricht sicherlich nicht dem Willen eines Patienten, zusätzlich Arzthonorare zu bezahlen, wenn keine dementsprechende ärztliche Gegenleistung erfolgt. Ohne diese Annahme würde ein zusätzliches Arzthonorar wohl nur schwer zu begründen sein. Es verbliebe schlussendlich lediglich die Hotelkomponente, die ein zusätzliches Arzthonorar nicht rechtfertigen würde. Auch die Judikatur des OGH über die Verpflichtung zur Aufklärung eines Patienten darüber, dass ein vereinbarter Arzt die Behandlung oder Operation nicht vornehmen kann, geht in diese Richtung. Dazu ist zu bedenken, dass diese Entscheidung des OGH für den Bereich der allgemeinen Gebührenklasse, in der keine freie Arztwahl besteht, ausgesprochen wurde. Die Entscheidung des OGH erscheint daher nicht als verfehlt. Tatsache ist jedenfalls, dass es iSd § 16 Abs 1 lit d KAKuG verboten wäre, dem Sonderklassepatienten eine bessere qualitative Behandlung zuzusagen, als Patienten in der allgemeinen Klasse.

Besondere Probleme ergeben sich dann, wenn es um die Frage geht, ob mit einem (konsiliariter) hinzugezogenen Arzt ein eigenes Vertragsverhältnis zustande kommt. Der OGH hatte hier bereits mehrere Fälle zu entscheiden. In 30b237/00z wurde die Klägerin von dem sie als Patientin behandelnden Internisten an die erstbeklagte Partei, einem in Rechtsform einer GmbH betriebenen Institut für digitale Bilddiagnostik, zu einer kernspintomographischen Untersuchung überwiesen. Laut OGH haben *„bei der Beurteilung, ob es zu einem Vertrag zwischen Klägerin und Erstbeklagten gekommen ist, dieselben Grundsätze wie bei der Überweisung eines Patienten an einen anderen Arzt zu gelten. Die Kriterien für die Begründung eines eigenen Behandlungsvertrages zwischen dem Patienten und dem Arzt, an den er überwiesen wurde, werden von Stella-mor/Steiner, Handbuch Arztrecht I 54 folgendermaßen formuliert: Übernehme ein Arzt, an den der Patient überwiesen wurde, die selbstständige Behandlung oder Teilbehandlung des Patienten, so komme ein eigener Behandlungsvertrag zustande. Sei es hingegen so, dass erst Arzt konsiliariter einen anderen Arzt zu Rate zieht oder ihm gewisses Material zur Durchführung von Spezialuntersuchungen überlasse, dann bleibe der erste Arzt Vertragspartner des Patienten. Zwischen dem Patienten und dem zweiten Arzt käme kein Vertrag zustande. Engjähriger, Ärztlicher Behandlungsvertrag, ÖJZ 1993, 488 (494) hebt hervor, dass für die endgültige Beurteilung zu fragen sei, wie weit die konkrete Behandlungsverpflichtung des erstbetreuenden Arztes reicht oder ob der hinzugezogene Mediziner mit seinem Einschreiten nicht bereits eine selbstständige Behandlungsverpflichtung gegenüber dem Patienten übernommen hat. Schlund in Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts 2 § 115 Rz 13 führt zur Abgrenzung aus, hole sich der behandelnde Arzt lediglich bei einem Fachkollegen oder Spezialisten für sich selbst einen ärztlichen Rat, so stehe dieser mit dem Patienten nicht in vertraglichen Beziehungen. Ziehe hingegen der Arzt mit Zustimmung des Patienten einen oder mehrere Ärzte für die zu stellende Diagnose und/oder die beim Patienten einzuschlagende Therapie hinzu, so komme zwischen diesem Konsiliarist und dem Patienten ein eigenes Vertragsverhältnis zustande. Auch Laufs, Arztrecht 5 Rz 557 verneint nur bei einem internen Konsultations-*

verfahren aufgrund einer Vereinbarung zwischen dem behandelnden Arzt und dem Konsularius das Zustandekommen eines weiteren Arztvertrages mit dem Patienten; ziehe der behandelnde Arzt im ausdrücklichen oder stillschweigenden Einverständnis seines Patienten einen Konsularius hinzu, so komme zwischen diesem und dem Patienten regelmäßig ein weiterer selbständiger Arztvertrag zustande. Nach Ansicht des erkennenden Senates ist dieser Rechtsansicht zu folgen. Im vorliegenden Fall wurde im Ambulatorium der erstbeklagten Partei bei der Klägerin eine kernspintomographische Untersuchung durchgeführt. Dies gehe über einen konsiliariter zugezogenen Rat weit hinaus. Das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages ist daher zu bejahen.“

In 70b136/06k sprach der OGH aus, dass nach § 31 Abs 3 ÄrzteG Fachärzte ihre fachärztliche Berufstätigkeit auf ihr Sonderfach zu beschränken haben. Wenn nicht besondere Umstände vorliegen, sei davon auszugehen, dass sich der meist konkludent zustande gekommene Behandlungsvertrag nur auf das Fachgebiet des Arztes bezieht. Der Arzt muss auf Grund des Behandlungsvertrages aber auch dafür sorgen, dass die richtige Diagnose gestellt und dem Patienten die geeignete Behandlung zu Teil wird. Wenn es notwendig ist, hat er den Patienten an einen Arzt eines anderen Fachgebietes zu überweisen. Wird aber an einen anderen selbständig tätigen Facharzt überwiesen, so kommt ein eigener Behandlungsvertrag im Rahmen dessen Fachgebiet zwischen Arzt und Patient zustande. Aus diesem Grund haftet der an einen Facharzt überweisende Arzt nicht für dessen Fehlleistungen. Es besteht keine Erfüllungsgehilfenhaftung. In 70b141/10a hat der OGH ausgesprochen, dass „das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages von den Umständen des Einzelfalles abhängt. Im Wesentlichen sei entscheidend, ob es sich nur um ein internes Konsultationsverfahren aufgrund einer Vereinbarung zwischen behandelndem Arzt und Konsularius handelt oder ob dieser im Hinblick auf eine besondere fachärztliche Kompetenz, die dem behandelnden Arzt fehle, von letzterem im ausdrücklichen oder stillschweigenden Einverständnis mit dem Patienten für die zu stellende Diagnose und/oder die beim Patienten einzuschlagenden Therapie hinzugezogen wird. Der Zweitebeklagte Gynäkologe hat einen Pathologen zur fachärztlichen Beurteilung hinzugezogen.“ Dieser Pathologe wurde daher vom OGH nicht als Erfüllungsgehilfe, sondern als Vertragspartner des Patienten beurteilt.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass es verschiedenste Vertragskonstellationen zwischen Arzt und Patient sowie dem Träger der Krankenanstalt gibt. Es gibt die Variante des totalen Krankenanstaltenaufnahmevertrags, bei dem die Vertragsbeziehung zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Patienten zustande kommt. Es gilt § 1313a ABGB. Dann gibt es den gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag, bei dem der Belegarzt für sein Team, welches durchaus auch beim Krankenhaus angestellt sein kann, für die fachgerechte Behandlung und Nachbehandlung haftet. Das Krankenhaus hat in erster Linie die Aufgabe der Erfüllung der Hotelkomponente. Weiters existiert die Möglichkeit, dass ein Vertrag mit dem Primararzt einer Abteilung zusätzlich zum Vertrag mit dem Träger der Krankenanstalt zustande kommt. Hieraus ist der Abteilungsleiter dann direkt verpflichtet, Leistungen zu erbringen. Inwieweit ein eigener Behandlungsvertrag zustande kommt, wenn ein weiterer Arzt hinzugezogen wird, hängt einerseits davon ab, ob es sich um einen internen ärztlichen Rat oder um eine Zuziehung mit (stillschweigendem) Einverständnis des Patienten zur medizinischen Diagnostik und Therapie handelt. In letzterem Fall kommt ein eigener Behandlungsvertrag mit dem zugezogenen Arzt zustande.

Die oben wiedergegebenen Judikate verdeutlichen die Komplexität der möglichen Vertragsbeziehungen. Die Frage nach dem Zustandekommen des Behandlungsvertrages bzw. der Beurteilung der Vertragskonstellation ist nicht immer leicht zu beantworten, aber für die juristische Beurteilung und Abhandlung

eines Falles sowohl außergerichtlich als auch gerichtlich von zentraler Bedeutung. Auf die Vorteile der vertraglichen Haftung im Vergleich zur deliktischen wurde bereits an anderer Stelle hingewiesen.

Wichtig erscheint uns - auf Basis der Judikatur des OGH - herauszustreichen, dass es in der Verantwortung des Krankenanstaltenträgers liegt, für klare Verhältnisse in der Vertragsgestaltung mit Belegärzten zu sorgen. Selbiges gilt wohl auch für Verträge der Abteilungsleiter im Bereich der Sonderklasse. Diese Vertragsgestaltung sollte in standardisierter Weise erfolgen, da ansonsten im Haftungsfall für den Patienten Nachteile entstehen können. Die Gründe dafür wurden oben schon ausführlich benannt.

Zudem stellt sich im Haftungsfall oftmals auch noch die interne Frage, wie die versicherungsrechtliche Vertragssituation gestaltet ist. Dies ist zwar eine Frage, die primär die internen Rechtsbeziehungen zwischen (Beleg-)Arzt bzw. Primararzt und Krankenanstalt anbelangt, führt aber in der Praxis der außergerichtlichen Regulierung nicht selten zu Unklarheiten und Regulierungsproblemen, da ohne Deckung einer Versicherung eine Regulierung fast unmöglich ist. Von mitversicherten, teilweise angestellten „Belegärzten“, bis zur subsidiären Deckung im Falle des Nichtvorliegens einer eigenen Haftpflichtversicherung des Belegarztes und keiner Deckungsmöglichkeit durch die Versicherung des Hauses bei einem Belegarzt, ist im Rahmen unserer Tätigkeit alles schon vorgekommen. Auch hier wäre es hilfreich, wenn möglichst einheitliche Standards und Vorgehensweisen angestrebt würden, die schlussendlich der Qualität und somit auch den Patienten dienen.

Anmerkung: Die Entscheidungen des OGH wurden kursiv und unverändert wiedergegeben.

Gesetzliche Grundlagen

§ 4*) Patientenanwaltschaft

- (1) Die Landesregierung hat mit Vertrag eine gemeinnützige Einrichtung mit der Ausübung der Funktion einer Patientenanwaltschaft für die Patienten der Krankenanstalten und Klienten der Pflegeheime zu betrauen. Die Landesregierung hat mit Vertrag eine gemeinnützige Einrichtung mit der Ausübung der Funktion einer Patientenanwaltschaft für die Patienten der Krankenanstalten 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 Patientenanwaltschaft 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 Patientenanwaltschaft 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 Patientenanwaltschaft einen Patienten- und Klientenanwalt (Patientenanwalt) zu bestellen und vor seiner Bestellung die Zustimmung der Landesregierung einzuholen.
- (3) Die Landesregierung hat vor der Entscheidung über die Zustimmung zur Bestellung des Patientenanwaltes den Vorarlberger Gemeindeverband anzuhören.
- (4) Die Patientenanwaltschaft 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 Patientenanwaltschaft soll ihre Tätigkeit durch Verträge mit niedergelassenen Angehörigen der im § 2 Abs 1 genannten Berufe und mit Rechtssträgern von Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die keine Pflegeheime sind, auf deren Patienten bzw. Klienten ausdehnen.

*) Fassung LGBl. Nr. 21/2003

§ 5*) Aufgaben und Verfahren der Patientenanwaltschaft

- (1) Die Patientenanwaltschaft hat die Aufgabe,
- a) Patienten und Klienten sowie deren Vertrauenspersonen zu beraten und ihnen Auskünfte zu erteilen,
 - b) Beschwerden über die Unterbringung, die Versorgung, die Betreuung und die Heilbehandlung zu bearbeiten,
 - c) Patienten und Klienten vor der Schiedskommission zu unterstützen,
 - d) Entschädigungen für Patientenschäden zuzuerkennen.
- (2) Patienten und Klienten sowie deren Vertrauenspersonen haben vor einer Beschwerdeführung eine zur Verfügung stehende Informations- und Beschwerdestelle zu befragen, es sei denn, dass ihnen dies nach der Lage des Falles nicht zumutbar ist oder Gegenstand der Beschwerde ein Patienten- oder Klientenschaden ist.
- (3) Die Patientenanwaltschaft 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 Patientenanwaltschaft in einem Beschwerdefall bekannt wird, dass in derselben Sache der Landesvolksanwalt 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 hierbei 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

a) die Haftung des Rechtsträgers der Krankenanstalt nicht eindeutig gegeben ist; oder

b) die Haftung des Rechtsträgers der Krankenanstalt nicht gegeben ist und es sich um eine seltene, schwerwiegende Komplikation handelt, die zu einer erheblichen Schädigung geführt hat.

(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 45.000 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.

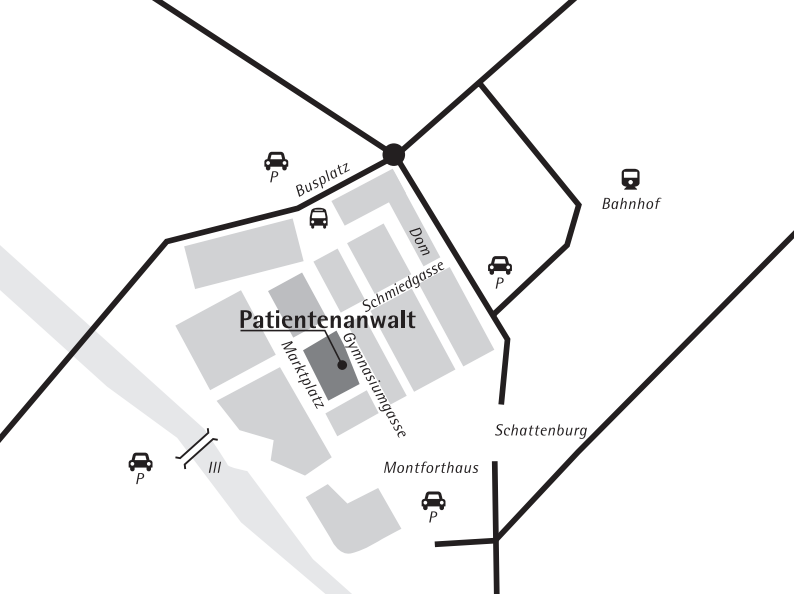
*) Fassung LGBl. Nr. 21/2003, 4/2006, 8/2011

§ 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



Wegbeschreibung

Das Büro befindet sich am Marktplatz 8 in der Altstadt/Fußgängerzone. Es ist jedoch nur von der Gymnasiumgasse aus zugänglich. Beim Schuhgeschäft Reutterer bzw. der Parfümerie Le Duigou in der Schmiedgasse biegen Sie in die Gymnasiumgasse ein. Nach ca. 25 m befindet sich auf der rechten Seite ein schmiedeeisernes Tor mit einem Hinweisschild „Patientenanwalt Vorarlberg“. Durch den Innenhof gelangen Sie zu einem Lift. Das Büro befindet sich im 4. Stock.

Bürozeiten

Mo – Do 9 – 12 und 14 – 17 Uhr, Fr 9 – 12 Uhr
Termine nach Vereinbarung. Es ist auch möglich, nach telefonischer Absprache einen Termin außerhalb der Bürozeiten zu vereinbaren. Bei eingeschränkter Mobilität sind auch Hausbesuche möglich.

Patienten-anwaltschaft für das Land Vorarlberg

Marktplatz 8, 6800 Feldkirch

T 05522 81 553 – F 05522 81553 15

anwalt@patientenanwalt-vbg.at

www.patientenanwalt.vbg.at