

Patienten a n w a l t

Jahresbericht 2010

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes

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

Vorwort



RA Dr. Wolfgang Blum

Die medizinische Versorgung hat in Vorarlberg ein hohes Niveau erreicht, welches verteidigt werden muss. Dies wird aber immer schwieriger. Die Bevölkerung erreicht ein höheres Lebensalter und bedarf vermehrt der medizinischen Betreuung. Die medizinischen Möglichkeiten verbessern sich laufend. Andererseits steht die Gesundheitsversorgung aber auch verstärkt unter Kostendruck. Das System muss leistbar bleiben.

Die Anforderungen an Politik, Organisation und Kostenträger sind hoch und steigen.

Eine immer größere Herausforderung stellt es auch dar, die notwendigen personellen Ressourcen auf allen Ebenen sicherzustellen. Neben den Schulen und Hochschulen sind hier auch die Krankenanstalten selbst in ihrer Ausbildungstätigkeit gefordert.

Die Patienten-anwaltschaft wünscht sich naturgemäß eine optimale Ausstattung der Krankenanstalten, aber auch Regionen mit bestens ausgebildeten medizinischen Mitarbeitern. Wir anerkennen die laufenden Bemühungen und hoffen gemeinsam mit den Verantwortlichen, dass die Ziele erreicht werden können.

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

Die Institution

10 Jahre Patientenanwaltschaft – ein Rückblick. Im Jahre 1999 hat der Vorarlberger Landtag das Patienten- und Klientenschutzgesetz beschlossen und dabei neue Wege beschritten. Es sollte ein dreigliedriger Weg eingerichtet werden, der es den Patienten ermöglicht, bei Beschwerden zu ihrem Recht zu kommen.

So wurde in jeder Betten führenden Anstalt, seien es Krankenanstalten, seien es Pflegeheime eine Beschwerdestelle installiert. Es muss nun die Frage – retrospektiv betrachtet – erörtert werden, ob die Beschwerdestellen die Aufgaben erfüllen konnten, die ihnen zugedacht worden sind. So haben diese unter anderem die Aufgabe gehabt, möglichst schnell einer Beschwerde nachzugehen und Lösungen anzubieten. Anfänglich hat es seitens der Patienten-anwaltschaft Kritikpunkte gegeben, da die Beschwerdestellen im hierarchischen System integriert waren, und heute noch sind, und in diesem Zusammenhang keine weisungsfreie und unabhängige „Institutionen“ sind und somit eine neutrale Beschwerdeprüfung kaum möglich erscheint.

Das System hat sich nun dahingehend etabliert, als sich in den letzten Jahren eine Zentralisierung (die Beschwerdestellen der Krankenanstalten betreffend) ergeben hat, die Sinn macht. Beschwerden „geringeren Inhalts“ oder die erste Vorsprache sollen vor Ort bei jeder Beschwerdestelle deponiert werden, um dort abklären zu lassen, ob schnell und unbürokratisch eine Lösung gefunden werden kann. Sollte ein Patient über das Verhalten eines Arztes oder einer Pflegeperson Beschwerde führen, dann macht es Sinn, dass dies vor Ort bearbeitet wird. Der Leiter einer Beschwerdestelle kann auf schnellem Wege mit allen Beteiligten Kontakt aufnehmen und eine Lösung erarbeiten, sodass in relativ kurzer Zeit die Zufriedenheit aller Beteiligten wieder hergestellt werden kann. Ebenso macht es Sinn, dass Patienten eine von der Behandlung ausgelagerte Anlaufstelle haben, um dort Informationen zu erhalten.

Sollte ein komplexerer Beschwerdefall oder ein größerer Schadensfall vorgebracht werden, hat sich die Kontaktaufnahme mit der zentralen Beschwerdestelle des Landeskrankenhauses Feldkirch als nützlich erwiesen. Derartige Fälle können dann auf professioneller Ebene mit jenen Personen diskutiert werden (Versicherung, Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft, Patienten-anwaltschaft,

Rechtsanwälten), die gemeinsam an einer Lösung arbeiten. Es ist nach 10 Jahren – aus Sicht der Patientenanwaltschaft – aber auch die Frage zu diskutieren, ob dieses System der Beschwerdestellen Verbesserungen und Änderungen benötigt. Grundsätzlich macht eine Beschwerdestelle nur dann Sinn, wenn diese auch mit den relevanten Fragen, auch mit Beschwerden, konfrontiert wird. Dazu muss ein direkter Kontakt zwischen Patient, Abteilung und Beschwerdestelle gepflegt werden. In diesem Zusammenhang entsteht bei der Patientenanwaltschaft der Eindruck, dass gerade die zentrale Beschwerdestelle des Landeskrankenhauses Feldkirch oft von Abteilungen zur Unterstützung im direkten Patientenkontakt herangezogen wird, sei es um dort Informationen einzubringen, sei es um Unterstützung anzubieten oder sei es, um auch das Pflegepersonal bzw. die behandelnden Ärzte zu unterstützen. Es kann somit attestiert werden, dass dieses System im Sinne des Gesetzes gelebt wird und die Patienten direkt profitieren.

Wünschenswert wäre es allerdings, wenn die Beschwerdestelle nicht nur bei Beschwerden von Seiten der Patienten aktiv wird, sondern dass Abteilungen sich von sich aus an die Beschwerdestelle wenden, wenn ein „Schaden“ eintritt. Ein „Schaden“ ist ein Ereignis, der für alle Patienten belastend ist. Gemeint ist in diesem Zusammenhang nicht nur ein Schaden resultierend aus einer möglichen fehlerhaften Behandlung, sondern auch ein Schaden, der im Rahmen einer Komplikation eintritt. Man kann sehr wohl darüber diskutieren, dass nicht jede Komplikation gemeldet wird. Fälle, in denen sich aber schwerwiegende Komplikationen verwirklicht haben, sind intern aufzuarbeiten und der Patient benötigt Unterstützung. Hier wäre es sicher sinnvoll, wenn die Beschwerdestellen involviert werden, Statistiken führen und darüber hinaus Kontakt mit den Patienten aufnehmen, um Unterstützungen anzubieten. In diesem Zusammenhang darf auf den in diesem Jahresbericht extra gewidmeten Kommentar „Komplikation“ hingewiesen werden.

Auch die Beschwerdestellen in den Heimen, soweit dies seitens der Patientenanwaltschaft beurteilbar ist, funktionieren, sind aber doch verbesserungswürdig. Gerade im Jahre 2010 hat eine umfangreiche Diskussion stattgefunden, ob das System noch zu verbessern ist. Dies vor dem Hintergrund, dass kaum Beschwerden deponiert wer-

den. In einer umfangreichen Diskussion mit Workshop, Vorträgen und Konzepterarbeitung hat man Wege gefunden, die man gehen sollte, um den Beschwerdestellen Leben „einzuhauchen“ (dazu unter: Pflegeheime).

Nach 10 Jahren darf ich aber den Beschwerdestellen Lob aussprechen. Diese Stellen haben sich im Gesundheitsbereich etabliert und sind nicht mehr wegzudenken. An dieser Stelle darf die Patienten-anwaltschaft allen Leitern Dank für die gute Zusammenarbeit aussprechen.

Im dreigliedrigen System muss auch die Schiedskommission erwähnt werden. Es wird der Frage nachzugehen sein, ob die Schiedskommission nicht „Stiefkind“ ist. Dazu muss man die Aufgaben der Schiedskommission kennen und je nach Aufgabe die Diskussion differenziert führen. Die Schiedskommission hat einerseits die Aufgabe in jenen Fällen, in denen die Patienten-anwaltschaft keine Lösung erarbeiten kann, einen Schlichtungsversuch zu starten (nach Antragsstellung eines der Parteien), andererseits aber den Aufgabenbereich, ein Gutachten zu erstellen, sollte eine Entschädigung nach dem Patienten- und Klientenschutzgesetz (§ 5a) begehrt werden.

Die Aufgabe als „Gutachterin“ erfüllt die Schiedskommission regelmäßig und wird auch mehrmals im Jahr tätig. Kritisch und fachlich fundiert werden diese Gutachten erstellt, die dann als Basis für derartige Entschädigungen herangezogen werden. So werden von der Kommission nicht nur die Krankenakten studiert, sondern jeder Patient wird von der Kommission eingeladen, damit sich die Kommission selbst vom Patienten und dessen Umständen ein Bild machen kann. Dies erfolgt in einem zeitlich vertretbaren Rahmen, wobei gerade das persönliche Gespräch im Rahmen der Verhandlung den Patienten nochmals wichtige Informationen gibt, was nun tatsächlich zum eingetretenen Schaden geführt hat. Diese Sitzung dient somit auf Seiten der Patienten nicht nur dazu, einen Zuspruch zu erhalten, sondern die Patienten nehmen auch wichtige Informationen mit (die auch hilfreich für die persönliche Verarbeitung sein können). Somit kann auch durch diese Vorgehensweise ein wichtiger Schritt gesetzt werden, dass Zufriedenheit auf Seiten der Patienten wieder hergestellt werden kann.

Anders gestaltet sich die Aufgabe der Kommission als Schlichtungsstelle. Grundsätzlich muss dazu ausgeführt werden, dass die Kommission nur dann tätig sein kann, wenn ein entsprechender Antrag seitens des Patienten oder des Rechtsträgers einer Krankenanstalt vorliegt. Bisher haben in den letzten 10 Jahren nur Patienten Anträge eingebracht. Die Rechtsträger an sich, die ebenfalls die Möglichkeit einer derartigen Schlichtung hätten, haben diese Möglichkeit bisher nicht wahrgenommen. Man müsste nun hinterfragen, aus welchen Gründen diese Möglichkeit seitens der Rechtsträger nicht in Anspruch genommen wird.

Aber auch wenn der Patient einen Antrag einbringt, ist eher von Zurückhaltung seitens der Krankenanstalten auszugehen. Anfänglich wurden noch mehrere Schadensfälle, die von der Patientenanwaltschaft nicht gelöst werden konnten, im Rahmen von derartigen Kommissionsverhandlungen direkt – in einem kontradiktorischen Verfahren – verhandelt. In den letzten Jahren hat die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Streitbeilegung über die Kommission abgenommen, in den vergangenen Jahren ist die Bereitschaft „versiegt“. Heute kann man davon ausgehen, dass dieses Verfahren seitens der Krankenhäuser nicht in Anspruch genommen werden möchte. Es wäre jedoch eine sinnvolle Möglichkeit, Schadensfälle zu regulieren bzw. Gerichtsverfahren zu vermeiden.

Die Frage muss diskutiert werden, wieso dieses System nicht funktioniert. Ein Grund liegt sicher darin, dass es der Freiwilligkeit der Parteien obliegt, sich auf ein derartiges Verfahren einzulassen. Der Patientenanwaltschaft ist bewusst, dass ein Schiedsspruch beim derzeit bestehenden Verfahren nicht verbindlich sein kann (dazu fehlt eine regelrechte Beweisaufnahme, insbesondere auch die Aufnahme eines Zeugenbeweises). Die Frage ist aber nicht, ob das Ergebnis, welches am Ende eines derartigen Verfahrens präsentiert wird, von den Parteien angenommen werden kann. Die Frage wird sein, ob man sich nicht verpflichtend auf dieses Verfahren einlassen muss. Dies würde zur objektiven Klärung eines Sachverhaltes beitragen, da beide Parteien den jeweils anderen Standpunkt hören, diesen kommentieren können und die Kommission im Zweifelsfall auch berechtigt ist, den erhobenen Sachverhalt einer gutachterlichen Klärung zuzuführen.

Hier ist nach Meinung der Patientenanwaltschaft nun der Gesetzgeber gefordert. Dieser muss klar Position dazu beziehen, inwieweit

der Kommission in Zukunft jene Aufgabe zukommen soll, die ihr nach dem Gesetz zugedacht worden ist.

Die Patientenanwaltschaft war vor 10 Jahren eine Institution, die in einem engen gesetzlichen Rahmen tätig sein konnte. Es bestand die gesetzliche Möglichkeit, die Zuständigkeit per Vertrag auf andere Institutionen auszudehnen, um den dortigen Patienten ebenso die Möglichkeit zu geben, sich im Falle einer Beschwerde, an die Patientenanwaltschaft zu wenden. Es ist in den letzten Jahren gelungen, diese Zuständigkeit, auch mit Unterstützung des Landes Vorarlberg, auszudehnen, sodass heute Patienten in fast allen Bereich des Gesundheitswesens den Patientenanwalt in Anspruch nehmen können.

Ein erster Meilenstein war die Ausdehnung auch auf den Langzeitbereich der Pflege. Durch die Aufnahme der Patientenanwaltschaft im Pflegeheimgesetz konnte nun auch ein Bewohner eines Pflegeheimes die Institution anrufen.

Ein weiterer Meilenstein war die vertragliche Ausdehnung der Zuständigkeit auf den niedergelassenen Ärztebereich. Es waren, aus Sicht der Ärzteschaft, verständliche Vorbehalte vorhanden. Einerseits glaubte man, dass dadurch die Beschwerdehäufigkeit erst recht ansteigen wird, andererseits meinte man, dass dann auch ein „Ärztanwalt“ notwendig wird.

Sinn macht aber ein derartiges System der außergerichtlichen Streitschlichtung nur dann, wenn die Prüfung nach objektiven Kriterien erfolgt und versucht wird, allen Parteien Gehör zu schenken, keine Begehrlichkeiten zu wecken und schnell und unbürokratisch zu einer Lösung zu kommen.

Die Frage nach einem Ärztanwalt wird kontroversiell diskutiert. So wurde in einem anderen Bundesland ein „Ärztanwalt“ installiert. Dieser hat grundsätzlich beratende Funktion. Diese Funktion übernimmt aber im Fall einer Haftungsdiskussion über einen konkreten Schadensfall sowieso die Haftpflichtversicherung des einzelnen Arztes.

Zudem muss auch das Thema der Kosten angeschnitten werden. In den letzten Jahren fällt auf, dass bei neuen Themen immer wieder auch von Ärzteseite die Kostendiskussion geführt wird. Ein „Ärztanwalt“ kostet ebenso und befreit den Arzt nicht davor, seinen fachlichen Input in die Diskussion einzubringen (im Sinne einer

Stellungnahme, die nun an die Haftpflichtversicherung übermittle wird). Somit kann für die Installation eines „Ärztanwaltes“ derzeit kein positives Argument gefunden werden. Auf alle Fälle werden aber bei Bestehen eines Ärztanwaltes mehr Fälle über den Gerichtsweg ausgetragen werden.

Nach Meinung der Patientenanwaltschaft hat sich auch im niedergelassenen Ärztebereich die außergerichtliche Streitbeilegung über die Patientenanwaltschaft bewährt und etabliert. Es wurde in den letzten Jahren doch von einzelnen Ärzten des extramuralen Bereiches die Meinung vertreten, dass den oben genannten Grundsätzen nicht Genüge getan worden ist. So hat ein mit einer Beschwerde konfrontierter Arzt dargelegt, dass er die Beschwerde für nicht gerechtfertigt hält und jeder Zeitaufwand auf seiner Seite nur Kosten verursacht. Ein anderer Arzt meinte, dass er sich auf diese Beschwerde nicht einlässt, da der Patient sich völlig irrt und die Patientenanwaltschaft zu Unrecht diesen Fall weiter verfolgt. Diese Kritikpunkte werden von der Patientenanwaltschaft ernst genommen und durchleuchtet. Grundsätzlich muss man wissen, dass nicht die Patientenanwaltschaft diese Beschwerden formuliert, sondern diese von betroffenen Patienten vorgetragen werden. Dies bedeutet, dass der Patient mit der Behandlung unzufrieden ist und einen Weg sucht, wie er zu seinem Recht kommt. Dazu stehen genau zwei Wege zur Verfügung, wobei meiner Ansicht nach der Weg über die außergerichtliche Streitbeilegung – auch für den Arzt – Vorteile bietet. Wenn man bedenkt, dass ein Großteil aller Patienten eine Rechtsschutzversicherung hat, wäre der Gerichtsweg für diese Patienten ohne größere Probleme gangbar. Aber auch die Patienten schätzen den außergerichtlichen Weg, um schnell zu einer Lösung zu kommen und insbesondere weniger Zeit investieren zu müssen.

So gestaltet sich dies auch für die betroffenen Mediziner. Nicht die Kostenfrage ist für die betroffenen Ärzte von Interesse, da Haftpflichtversicherungen bestehen, sondern der zeitliche Aspekt und ein möglicher Reputationsverlust stehen im Vordergrund. Seitens der Patientenanwaltschaft wird versucht, die Diskussion möglichst rasch auf Ebene der Haftpflichtversicherung zu führen, um so die zeitliche Belastung für die Ärzteschaft möglichst gering zu halten.

Auch sollte man sich vergegenwärtigen, dass die Patientenanwaltschaft jedem vorgetragenen Schadensfall nachgehen muss.

Grundsätzlich muss man davon ausgehen, dass die Patientenanwaltschaft den Sachverhalt allein aufgrund des Vorbringens des Patienten nicht beurteilen kann, somit auf alle Fälle die Krankenunterlagen benötigt werden. Schon im Vorfeld zu differenzieren, welche Beschwerde gerechtfertigt ist oder aber auch nicht, ist nicht möglich. Auch aus diesem Grund muss jeder Beschwerde nachgegangen werden.

Aus Patientensicht muss sogar von einem „Rechtsanspruch“ gesprochen werden. Eine Institution, wie sie die Patientenanwaltschaft ist, muss jeder Beschwerde nachgehen. Erst nach Prüfung der objektiven Daten ist es dann möglich, zu einem Ergebnis zu kommen. Nach erfolgter Prüfung kann dann auch für beide Parteien nachvollziehbar dargelegt werden, wieso ein Fall weiter bearbeitet wird, wieso ein anderer Fall eingestellt wird.

Bis heute sind ca. 220 niedergelassene Ärzte mittels Beitrittserklärung dem Kooperationsvertrag, den die Patientenanwaltschaft mit der Ärztekammer abgeschlossen hat, beigetreten. Dies bedeutet, dass nur ein gewisser Teil für diese Art der Streitschlichtung gewonnen werden konnte. Sollte eine Beschwerde bei der Patientenanwaltschaft vorgetragen werden, die einen Arzt betrifft, der den Vertrag nicht unterschrieben hat, besteht aber nachträglich immer noch die Möglichkeit, diesen Fall durch Abgabe einer Beitrittserklärung außergerichtlich über die Patientenanwaltschaft zu regeln.

Für die Patientenanwaltschaft ist es in diesem Bereich wichtig, ein Feed-back zu erhalten. Wird der Wunsch formuliert, dass am Verfahren etwas geändert werden soll, ist man auf Seiten der Patientenanwaltschaft gerne bereit, die erforderliche Diskussion mit der Ärztekammer für Vorarlberg zu führen.

Grundsätzlich muss in diesem Zusammenhang der Ärztekammer, insbesondere Herrn Dr. Wöß, Herrn Dr. Jonas und Herrn Dr. Walla gedankt werden. Ohne deren Zutun wäre eine Lösung in diesem Rahmen nicht möglich gewesen.

Auch dem Land Vorarlberg muss für die Unterstützung in diesem Bereich Dank ausgesprochen werden.

10-Jahres-Feier



Im Frühjahr 2010 wurde in den Räumlichkeiten des Schlosses Amberg das 10-jährige Bestehen der Patientenanwaltschaft gefeiert. Neben dem Festvortrag von Herrn Dr. Schwärzler, ehemaliger Landesvolksanwalt von Vorarlberg, haben auch noch Landesstatthalter Mag. Wallner Markus und Herr Dr. Blum Wolfgang, Rechtsanwalt und Obmann des Patientenschutzvereins, lobende Worte gefunden. Besondere Freude war es für die Vorarlberger Patientenanwaltschaft, dass alle Kollegen aus den anderen Bundesländern anwesend waren. Neben intensiven Gesprächen auf fachlichem Niveau war auch ausreichend Platz und Zeit sich im privaten Rahmen auszutauschen.

Die folgenden Bilder geben einen kleinen Überblick über das gelungene Fest, wobei auch auf diesem Wege sanofi aventis für die Unterstützung gedankt werden darf.

ARGE-Patientenanwaltstagung

Zweimal im Jahr werden von der ARGE-Patientenanwälte Tagungen abgehalten. Zweck von derartigen Veranstaltungen ist es, Erfahrungen auszutauschen, gemeinsames Vorgehen abzustimmen und wichtige Themen, auch zukünftige Vorgehensweisen zu erörtern. Im Jahre 2010 hat diese Tagung zum dritten Mal die Vorarlberger Patientenanwaltschaft ausgerichtet.

Es wurden nicht nur allgemeine Punkte besprochen, sondern insbesondere auch die Diskussion über das Gesundheitstelematikgesetz geführt. Dazu konnte ein Vortragender gewonnen werden, der maßgeblich in der Gesetzwerdung involviert war.

Da uns die Übertragung von gesundheitsbezogenen Daten auch in Zukunft beschäftigen wird (ELGA), war dies ein wertvoller Beitrag.

Krankenanstalten

Immer wieder wird die Patientenanwaltschaft mit Themen konfrontiert, die nicht direkt einem konkreten Fall zugeordnet werden können. Aufgrund der der Patientenanwaltschaft obliegenden Qualitätskontrolle ist es aber notwendig, auch diese Themen zu diskutieren.

Im Jahre 2010 wurde seitens der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft die Möglichkeit geschaffen, diese Themen auf Ebene der Geschäftsführung zu diskutieren.

Einmal monatlich wurde ein Jour-Fix vereinbart, welches zum Ziel hat, einerseits konkrete Fälle zu besprechen, andererseits aber auch übergeordneten Themen Platz zu geben.

Wie die Erfahrung nun gezeigt hat, dienen diese Gespräche nicht dazu, Dinge „schön“ zu reden, sondern es kann gezielt ein Problem angegangen werden. Durch die ständige und wiederkehrende Diskussion werden Punkte, die nicht gleich erledigt werden können, im Rahmen von späteren Sitzungen aufgearbeitet.

Diese Diskussionsrunden sind fruchtbar und werden auch in Zu-

kunft beibehalten, da auf unbürokratische Art und Weise Angelegenheiten thematisiert werden, für die man früher einen aufwendigen Schriftverkehr benötigt hat (zudem erreicht man durch die direkte Kommunikation eine höhere Effizienz).

Kommunikation mit dem Patientenanwalt (in geraffter Form) Aufgrund von immer wieder auftretenden Schwierigkeiten im Umgang mit der Patientenanwaltschaft hat die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft Grundsätze der Zusammenarbeit erarbeitet.

In diesem Positionspapier wird ausdrücklich festgehalten, dass die Patientenanwaltschaft eindeutig Parteistellung und vorbehaltlos die Interessen der Patienten zu vertreten hat. Ziel soll es sein, Schadenersatzprozesse zu verhindern und einer „Amerikanisierung“ im Sinne von immer höheren Schadenersatzforderungen vorzubeugen. Die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft sieht die Patientenanwaltschaft als Partner. Um den Umgang mit der Patientenanwaltschaft zu erleichtern, wurden Verfahrensregelungen erarbeitet. So wird dargelegt, dass die Verfahrensanweisung „Kommunikationsregelung Patientenanwaltschaft“ eingehalten werden soll, fristgerechte Bearbeitungen von Anfragen erfolgen und der direkte Dialog der schriftlichen Stellungnahme vorzuziehen ist.

Da im Jahre 2010 diese Verfahrensanordnung neu vorgestellt worden ist, musste nun abgewartet werden, ob es aufgrund dieser Kommunikationsregelung zu einem besseren Umgang miteinander kommt (nähere Informationen dazu im nächsten Jahresbericht).

Sonderklassegebühren

Immer wieder wird der Patientenanwalt auch mit der Frage konfrontiert, ob Sonderklassegebühren zu bezahlen sind. Die Frage ist, so glaubt man, leicht zu beantworten, Sollte ein Patient einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen haben, dann wird er diese Gebühren zu bezahlen haben.

Schwierig wird die Situation aber dann, wenn nicht mit ausreichender Klarheit vertraglich geregelt worden ist, was nun tatsächlich Gegenstand des Vertrages geworden ist.

In diesen Sonderklasseverträgen wird meistens klar geregelt, dass man für ein 2-Bett-Zimmer eine gewisse Leistung bekommt und dafür einen gewissen Betrag zu bezahlen hat.

Viel undeutlicher ist aber die Regelung über die vereinbarten Ärztehonorare. So führt die Patientencharta aus, dass der Patient über die Kosten aufzuklären ist. Paragraph 30 Abs 2 lit b VlbG Spitalgesetz normiert, dass „sie (Anmerkung: die Patienten) über die sie voraussichtlich treffenden Kosten informiert werden (müssen), soweit es sich nicht um die gesetzlich festgelegten Kostenbeiträge und Beiträge gemäß § 85 handelt“.

Zudem hat der Verwaltungsgerichtshof dargelegt, dass es dem Transparentgebot widerspricht, wenn diese Kosten nicht detailliert dargelegt worden sind (vor der Behandlung).

Es widerspricht nach Meinung der Patientenanwaltschaft dem Transparenzgebot, wenn sich der eine Vertragspartner (Patient) bindet, ohne seine Verpflichtung im Detail zu kennen. Nur dann, wenn sich der Patient ob seiner Vertragsverpflichtung bewusst ist, wird er rechtsgültig einen Vertrag abschließen können.

Zudem hat der Gesetzgeber klar dargelegt, dass jeder Patient über die Kosten informiert werden muss. Dadurch, dass dies heute in der tagtäglichen Praxis nicht gehandhabt wird, ist eine Situation gegeben, die einer Klärung bedarf (entweder aufgrund einer Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs oder seitens der Rechtsträger). Sollte sich der Rechtsträger nicht positionieren, wird ein Patient ein Musterverfahren anstreben müssen, um auch in Vorarlberg Klarheit zu erhalten.

Komplikationen

Bei der Prüfung von Patientenbeschwerden fällt naturgemäß auf, dass oft keine Haftung gegeben ist, weil sich eine Komplikation verwirklicht hat. Die Patienten verstehen dies oftmals nicht, da ein Schaden im Rahmen einer Behandlung entstanden ist, dieser jedoch nicht ausgeglichen wird.

Um doch einen gewissen Ausgleich erhalten zu können, müsste ein Antrag auf Entschädigung gestellt werden, auf die nun nicht weiter eingegangen werden soll.

Zum Thema Komplikation sollen nun aber zwei Überlegungen angestellt werden, die man in Zukunft näher beleuchten und thematisieren muss. Einerseits wird zu überlegen sein, welches Potenzial in der systematischen Aufarbeitung steckt, andererseits muss darüber diskutiert werden, wie die Behandler an sich mit dem Umstand um-

gehen, dass sich nun tatsächlich eine Komplikation verwirklicht hat. Die Komplikation kann auch als „Lernhilfe“ gesehen werden, wenn man entsprechende Lehren daraus zieht und die Behandler dies auch anzunehmen bereit sind. Die Frage stellt sich aber, inwieweit Komplikationen in der Praxis systematisch aufgearbeitet werden. Meiner Ansicht nach hat jede Abteilung für sich ein entsprechendes Register zu führen, welches die Komplikation an sich erfasst. Dann kann man erkennen, wo die einzelne Abteilung sich im nationalen und internationalen Vergleich einordnet, bei welchem Behandler erhöhte Komplikationsraten und unter welchen Umständen erhöhte Komplikationsraten auftreten.

Dies ist unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung zu sehen und kann unter Umständen auch für alle Patienten hilfreich sein, wenn zwischen einzelnen Behandlern gewählt werden möchte.

Aber auch die Ärzte selbst sollten sich mit dieser Thematik auseinandersetzen, insbesondere welche Verhaltensmaßnahmen man dem geschädigten Patienten anzubieten hat, sollte sich tatsächlich eine Komplikation verwirklicht haben. Heute erscheint der Umgang noch etwas zaghaft zu sein. Patienten werden nach Eintritt einer Komplikation zwar über die weiteren Schritte der Behandlung informiert (im besten Fall), nicht aber wie es dazu gekommen ist. Es wäre für die Patienten enorm hilfreich, wenn sie genauere Informationen bekommen würden. Es entsteht öfters der Eindruck, dass Patienten im Dunkeln gelassen werden, in der Hoffnung, dass diese nicht „weiterbohren“. So würde es aber auch zur Aufarbeitung gehören, dass die Ärzte über die Möglichkeit einer Entschädigung aufklären, insbesondere wenn sich schwerwiegende Komplikationen verwirklicht haben. Dies wird aber definitiv nur in den seltensten Fällen und nur von wenigen Abteilungen gemacht.

Dies wird ein Thema sein, welches wir in den nächsten Jahren diskutieren müssen. Mir ist klar, dass um die Bereitschaft der Ärzte geworben werden muss. Im Sinne des Patientenwohles muss es aber auch den Ärzten ein Anliegen sein, umfassend auch über die Möglichkeit der Entschädigung aufzuklären.

Pflegeheimbereich

Im Jahre 2010 wurde im Pflegeheimbereich ein Projekt gestartet, welches sich mit Kundenzufriedenheit, Kenntnis der Beschwerdewege und Ausarbeitung eines Leitfadens für das Beschwerdewesen auseinandergesetzt hat.

So wurde über das Unternehmen PH-7 ein Ist-Zustand über die Informations- und Beschwerdestellen vor Ort erhoben.

Im Ergebnis zeigte sich, wie Frau Mag. Folie Verena von PH-7 ausführte, dass diese Stellen zwar formal vorhanden waren, jedoch die Inhalte, die Struktur, die Prozesse und der Nutzen sehr unklar sind. So konnten teilweise die Repräsentanten der Rechtsträger von Pflegeheimen nicht eindeutig beantworten, ob in ihrem Heim eine Informations- und Beschwerdestelle vorhanden ist.

Zusammenfassend wird dargelegt, dass die Kommunikationskanäle unklar sind, alle Bezugspersonen Verbesserungspotential im Ausbau dieser Stellen sehen, es wenig Zusammenarbeit bei Beschwerdefällen mit Hausärzten oder sonstigen externen Stellen gibt und es auch keine einheitliche Standards gibt.

Aufgrund dieser ersten Erhebung wurde dann ein Leitfaden für einen guten Umgang mit Wünschen, Anregungen und Beschwerden ausgearbeitet.

Als erstes muss genau definiert werden, was man unter Beschwerde versteht. Sie soll verstanden werden als Hinweis auf einen Mangel oder Fehler bzw. ist ein Hinweis auf ein entstehendes oder bestehendes Problem.

Als Grundsatz wird, gekürzt dargestellt, dargelegt, dass jede Beschwerde dazu dient, die eigene Arbeit zu verbessern und uns (gemeint: Mitarbeiter eines Pflegeheimes) ständig Impulse zur Verbesserung liefert.

Das Ziel muss sein, die Kundenzufriedenheit wieder herzustellen.

Dadurch erreicht man eine höhere Bindung zum Heim, eine bessere Loyalität, sodass eine dauerhafte Beziehung gesichert werden kann.

Als vorbereitende Maßnahme soll erreicht werden, dass Klienten und Bewohner jederzeit Zugang zu einer Beschwerdestelle haben.

Nach der Beschwerdeannahme (Erstkontakt) muss nachfolgend die Beschwerdebearbeitung erfolgen, wobei möglichst rasch eine Reak-

tion auf die Beschwerde erfolgen sollte.

Nach der Bearbeitung muss auch eine Beschwerdeanalyse und -auswertung erfolgen, da nur dann auch zukünftig gleichartige Beschwerden verhindert werden können.

Nähere Informationen sind aus dem oben genannten Leitfaden (erhältlich: connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege) zu entnehmen.

Niedergelassener Ärztebereich

Die Beschwerdezahlen sind konstant geblieben. Auffallend ist eine leichte Abnahme bei den Allgemeinmedizinerinnen und erkennbar eine leichte Zunahme bei den Fachärztinnen.

Dies lässt sich meiner Ansicht nach auch begründen. Bei den Allgemeinmedizinerinnen ist meistens eine dauerhafte Beziehung zwischen Arzt und Patientinnen gegeben. Eine Beschwerdeführung bedeutet meistens ein gestörtes Vertrauensverhältnis, wobei dies eben bei einer lang bestehenden Arzt-Patientinnen-Beziehung nicht so häufig vorkommt. Die Beschwerdezahlen bewegen sich aber in einem sehr moderaten Bereich.

Zwei Themenbereiche sollten jedoch betreffend den niedergelassenen Bereich diskutiert werden:

In allen anderen acht Bundesländern existiert eine Schiedskommission für den extramuralen Bereich. In Vorarlberg übernehmen die Patientinnenanwaltschaft oder auch außergerichtlich tätige Rechtsanwältinnen diesen Part.

Es muss meiner Ansicht nach die Diskussion darüber geführt werden, ob es Sinn machen würde, wenn auch für diesen Bereich die Schiedskommission des Landes Vorarlberg für zuständig erklärt werden würde.

All jene Fälle, die nicht im ersten Anlauf von der Patientinnenanwaltschaft oder den Rechtsanwältinnen geklärt werden können, könnten einem weiteren außergerichtlichen Lösungsansatz zugeführt werden.

Erst kürzlich hat sogar ein Gutachter vorgeschlagen, eine extramu-

rale Angelegenheit der Schiedskommission zuzuführen, da vielleicht dort noch in einem geringen Maß wichtige Erhebungen ergänzend durchgeführt werden könnten.

Wenn schon Patienten und Rechtsträgern im intramuralen Bereich eine Schiedskommission zur Verfügung steht, ebenso allen Patienten in anderen Bundesländern, stellt sich die Frage, ob dies nicht auch in Vorarlberg zu diskutieren sein wird.

Entschädigung für den niedergelassenen Bereich

Patienten, die einen Schaden im stationären Bereich im Rahmen einer Fonds-Krankenanstalt erfahren haben, steht die Möglichkeit einer Entschädigung zu. Dies nicht nur dann, wenn die Haftung nicht eindeutig gegeben ist, sondern auch im Falle des Eintritts einer Komplikation. Diesbezüglich sind Patienten im extramuralen Bereich schlechter gestellt.

Dazu darf erläuternd ein Beispiel dargelegt werden:

Bei einem Patienten steht eine Coloskopie an. Er hat nun die Möglichkeit, diesen diagnostischen Eingriff in einer Krankenanstalt durchführen zu lassen oder aber bei einem im niedergelassenen Bereich tätigen Internisten (Gastroenterologe).

Es ist nun bekannt, dass es im Rahmen von derartigen Untersuchungen zu Darmperforationen kommen kann, ohne dass dem Arzt ein Verschulden zur Last gelegt werden kann.

Wenn nun ein Patient im Rahmen einer solchen Untersuchung im Krankenhaus geschädigt wird, dann kann er einen Antrag auf Zuspruch einer Entschädigung stellen. Ein im niedergelassenen Bereich geschädigter Patient kann keinen solchen Antrag stellen, sodass er schlechter gestellt ist (aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen).

Es muss meiner Ansicht nach mit der Interessensvertretung die Diskussion darüber geführt werden, unter welchen Bedingungen und Kautelen man dieses System der Entschädigung auch im niedergelassenen Bereich implementieren kann.

Patientenverfügung

Im Jahre 2010 wurden bei der Patienten-anwaltschaft insgesamt zwölf verbindliche Patientenverfügungen beglaubigt. Zudem wurden fünf beachtliche Patientenverfügungen in Zusammenarbeit mit der Patienten-anwaltschaft errichtet. Eine Beglaubigung erfolgte hier nicht, da seitens der Patienten-anwaltschaft nicht der Eindruck erweckt werden möchte, dass es sich um eine verbindliche Patientenverfügung handeln könnte. Weiters wurden wiederum zahlreiche telefonische Beratungsgespräche, aber auch Beratungsgespräche im Büro der Patienten-anwaltschaft durchgeführt. Vermehrt wurden auch Unterlagen an interessierte PatientInnen versandt.

Im Vergleich zum Jahr 2009 ist festzustellen, dass die Zahl der verbindlichen Patientenverfügungen bei der Patienten-anwaltschaft zurückgegangen ist. Im Jahre 2009 waren es noch 31 verbindliche Patientenverfügungen. Dieser Trend lässt sich in den anderen Bundesländern nicht erkennen. Die Zahlen der anderen Patienten-anwaltschaften sind diesbezüglich unterschiedlich. Es gibt jedoch auch Patienten-anwaltschaften, die eine beträchtliche Steigerung bei der Anzahl an verbindlichen Patientenverfügungen im Jahr 2010 aufweisen, wie beispielsweise im Burgenland, Salzburg oder Tirol. Im Jahre 2009 wurden bei sämtlichen Patienten-anwaltschaften bzw. Patientenvertretungen der Bundesländer insgesamt 544 verbindliche Patientenverfügungen errichtet, im Jahre 2008 waren es 493. Im Jahr 2010 waren es insgesamt 611 verbindliche Patientenverfügungen. Insgesamt ist also bei den Patienten-anwaltschaften wiederum eine Steigerung der absoluten Zahlen zu attestieren.

Gesamthaft gesehen dürfte die Anzahl der Patientenverfügungen österreichweit nach wie vor relativ gering sein, dies insbesondere, was die verbindlichen Patientenverfügungen anbelangt. Die Zahl der beachtlichen Verfügungen dürfte doch weitaus höher sein, wobei schwer abzuschätzen ist, wie hoch diese tatsächlich ist. Empirische Untersuchungen bzw. Umfragen führen nicht immer die tatsächlichen Zahlen vor Augen, da bereits aus der im letztjährigen Jahresbericht erwähnten OGM-Umfrage deutlich andere Zahlen hervorgehen, als jene, die den Patienten-anwaltschaften

vorlagen. Wenn man nunmehr eine Bewertung der Patientenverfügung abgeben müsste, so käme man zum Befund, dass das rechtliche Konstrukt der Errichtung einer Patientenverfügung relativ kompliziert ist und vermutlich viele von der Errichtung einer derartigen Verfügung abgehalten werden. Dies nicht nur aus Kostengründen, sondern eben auch wegen der Komplexität des Errichtungsvorganges. Viele Patienten beklagen sich immer wieder über die komplizierte Materie und die komplizierte Errichtungsweise. Klar ist, dass es sich um einen relativ aufwändigen Vorgang handelt, andererseits stellt sich auch die Materie an sich in Praxis und Theorie komplex dar. Eine einfache Lösung für ein komplexes Thema wird es einerseits nicht geben können, andererseits bestünde durchaus die Möglichkeit, die eine oder andere Passage im Gesetzestext so zu gestalten und zu formulieren, dass eine gewisse Rechtssicherheit und Klarheit daraus resultieren kann. Aufgrund des breiten Spektrums zwischen beachtlicher, „qualifiziert beachtlicher“ und verbindlicher Patientenverfügung verbleibt vieles im Unklaren, sodass manche Ärzte argumentieren, dass es überhaupt keine verbindlichen Patientenverfügung geben könne, da man keine Situation so präzise voraussehen bzw. beschreiben könne. Allein bei den Wiederbelebungsmaßnahmen gebe es sehr viele verschiedene Arten, sodass man eine Wiederbelebung auch nicht ablehnen könne, wenn man nicht konkret die Maßnahme, die abgelehnt wird, beschreiben würde. Das Gesundheitsministerium ist unseres Wissensstandes nach hier anderer Meinung, hier genügt die Formulierung, dass Wiederbelebung abgelehnt wird. Es ist auch nicht notwendig, dass hier die Umstände beschrieben werden, um die Verfügung nach ärztlicher Aufklärung und juristischer Beglaubigung verbindlich werden zu lassen.

Tatsache ist, dass die Systematik zur Errichtung der Patientenverfügung und die gesetzlichen Grundlagen auch für Juristen nicht immer einfach zu beurteilen sind, sodass man festhalten muss, dass dies für einen Laien oder auch einen Mediziner durchaus Schwierigkeiten bereiten kann. Was die Qualität der ärztlichen Aufklärung anbelangt, so muss man sagen, dass sich diese gebessert hat, wobei auch hier sicherlich noch Aufholbedarf besteht und sich manche Mediziner noch mit der Materie beschäftigen müssen. Wünschenswert wäre neben einem einheitlichen Register, welches im Zuge der

Einführung von ELGA geplant ist, jedenfalls, dass es aus den Erfahrungen der bisherigen Gesetzesanwendung zu Erleichterungen und Vereinfachungen im Verfahren bezüglich der Errichtung verbindlicher Patientenverfügungen kommt. Diese Änderungen müssten aber so aussehen, dass es zu einer Vereinfachung des Verfahrens an sich kommt und somit auch zu einer Vereinfachung für die PatientInnen, was die verschiedenen Arten von Patientenverfügungen anbelangt. Hier könnte man auch eine Novellierung des Gesetzes selbst andenken. Inwiefern eine ärztliche Aufklärung und juristische Beglaubigung auf Basis der geringen Zahlen verbindlicher Patientenverfügungen zwingend vorgeschrieben werden muss, sollte einer breiten Diskussion zugeführt werden.

Bericht gemäß § 13 Absatz 4 des Antidiskriminierungsgesetzes
Im Sinne des Antidiskriminierungsgesetzes hat man eine Antidiskriminierungsstelle eingerichtet, die die betroffenen Personen zu beraten haben. Weiters sollen Untersuchungen, insbesondere Überprüfungen zu behaupteten Verletzungen des Diskriminierungsverbotes durchgeführt werden.

Nach § 12 Absatz 4 leg. cit. hat der Patientenanwalt über die Tätigkeit als Antidiskriminierungsstelle Bericht zu erstatten. Dazu muss angeführt werden, dass im Jahre 2010 kein Fall von Diskriminierung an den Patientenanwalt herangetragen worden ist. Mangels eines konkreten Falles kann auch kein entsprechender Bericht darüber verfasst werden.

Veranstaltungen

Patientenverfügung - Selbsthilfegruppe Stoma
Dornbirn, 10.2.2010 (Referent)

Medizinische Verwaltungskraft - Wifi
Bludenz, 10.3., 23.3. und 24.3.2010 (Referent),
Dornbirn, 2.7., 3.7. und 9.7.2011 (Referent)

Schadenersatzrechtliche Judikatur
Wien, 16.3.2010 (Weiterbildung)

Heilmasseur - Wifi
Bludenz, 27.3.2010 (Referent)

Medizinischer Masseur - Wifi
Bludenz, 1.6. und 2.6.2010 (Referent)

Behandlungsabbruch
Wien, 27.9.2010 (Weiterbildung)

Stationsleiterlehrgang - Connexia
Bildungshaus Batschuns, 14.6., 15.6. und 16.6.2010 (Referent)

ARGE Tagung der Patientenanwälte
Feldkirch, 15.04. bis 16.04.2010

Privatautonomie und Patientenverfügung
Bildungshaus Batschuns, 07.05.2010 (Referent)

Rechtsfragen in der Medizin
Wien, 05.11.2010 (Weiterbildung)

Podiumsdiskussion im Rahmen des Palliativlehrganges
Bildungshaus Batschuns, 19.11.2010 (Referent)

ARGE Tagung der Patientenanwälte
Salzburg, 15.12. bis 17.12.2010

Statistik

Aufteilung der Anfragen auf die Institutionen in absoluten Zahlen

Krankenanstalten	353
------------------	-----



Pflegeheime	3
-------------	---



Entschädigung	51
---------------	----



Ambulatorien	8
--------------	---



Ärzte	35
-------	----



Sonstige	8
----------	---



Geschlechtsspezifische Aufteilung der Geschäftsfälle

weiblich	256
----------	-----



männlich	202
----------	-----



Übersicht der Vorsprachen (Erstkontakt) und Interventionen 2009

Persönlich	381
------------	-----



Brieflich	25
-----------	----



Telefonisch	24
-------------	----



Mail	28
------	----



Fax	0
-----	---

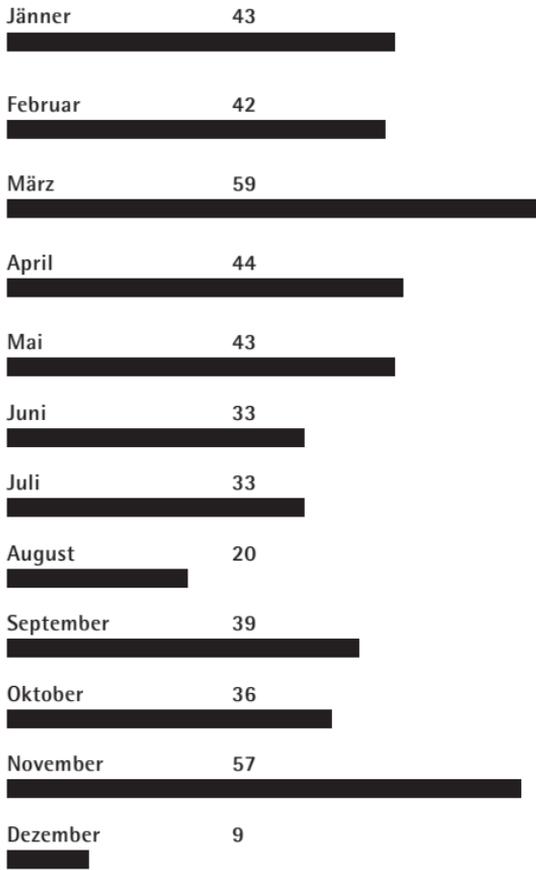
Erledigungsdauer

Erledigung innerhalb einer Woche	22
Erledigung innerhalb eines Monats	28
Erledigung innerhalb eines Vierteljahres	65
Erledigung innerhalb eines Halbjahres	92
Erledigung innerhalb eines Jahres	75
Erledigung über ein Jahr	105

Altersmäßige Verteilung der Beschwerdeführer in %

00 - 09	1 %
10 - 19	7 %
20 - 29	14 %
30 - 39	16 %
40 - 49	19 %
50 - 59	13 %
60 - 69	15 %
70 - 79	10 %
über 80	5 %

Fallanzahl pro Monat



Erfolgsstatistik

Fälle bearbeitet 734

Fälle erledigt 387

Fälle ohne KH-Akten 15

Fälle ohne Anhaltspunkt nach erster Prüfung 132

Von den verbliebenen 240 Prüfungsfällen, bei welchen tiefere Prüfungen durchgeführt wurden, konnten für 106 Patienten ein/e Schadenersatz/Entschädigung erreicht werden. Die Erfolgsquote liegt somit bei 44,16%.

Schadenersatz über Versicherung 54

Schadenersatz über Schiedskommission 1

Entschädigung über Patientenanwalt 42

Entschädigung über Schiedskommission 9

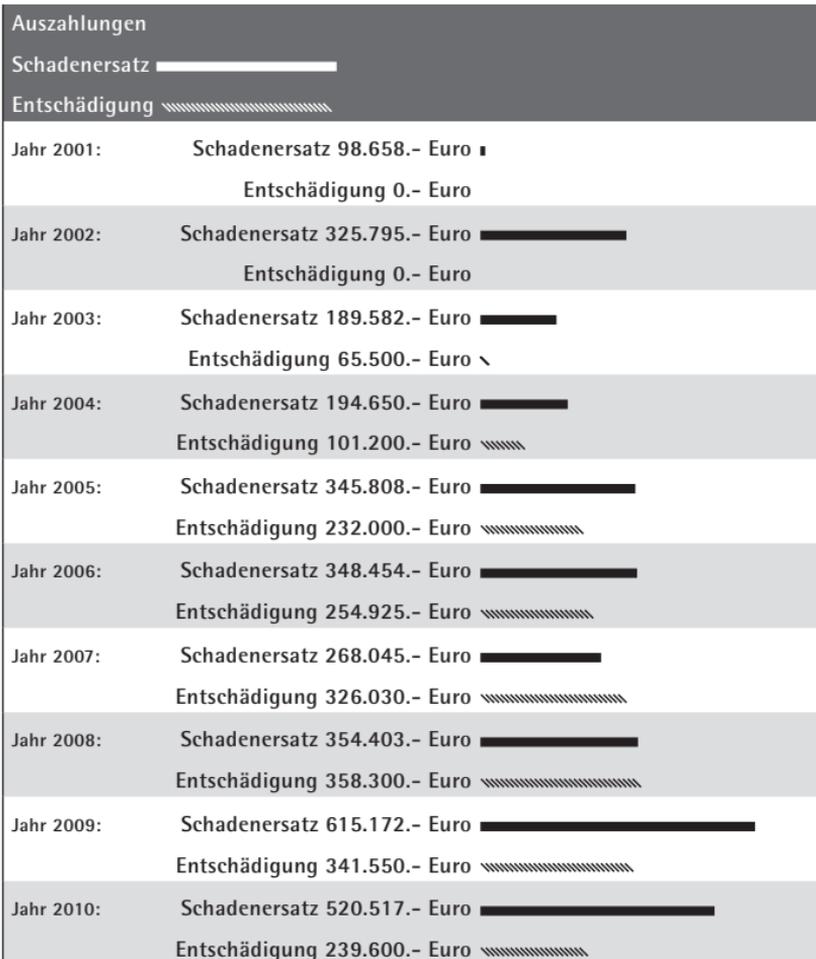
Im Jahre 2009 wurde ein Gesamtbetrag in Höhe von 760.117,67 Euro an die Patienten ausbezahlt.

Verteilung der beschwerdeführenden Parteien auf Bezirke

Bezirk Bregenz	124
Bezirk Dornbirn	104
Bezirk Feldkirch	150
Bezirk Bludenz	63
Sonstige	17

Zahlenmäßige Entwicklung der Geschäftsfälle

Anzahl Neuanträge im Kalenderjahr	offene Geschäftsfälle aus dem Vorjahr	Summe
185 im Jahr 2000	0	185
211 im Jahr 2001	95	306
184 im Jahr 2002	136	319
249 im Jahr 2003	139	388
272 im Jahr 2004	132	404
285 im Jahr 2005	174	459
370 im Jahr 2006	211	581
375 im Jahr 2007	276	651
385 im Jahr 2008	267	652
415 im Jahr 2009	261	676
458 im Jahr 2010	276	734
Im Jahr 2011	347	



Besuch auf der Homepage (unterschiedliche Besucher / Unique Visits)

Unterschiedliche Besucher

416 367 535 382 400 511 563 542 652 598 560 564

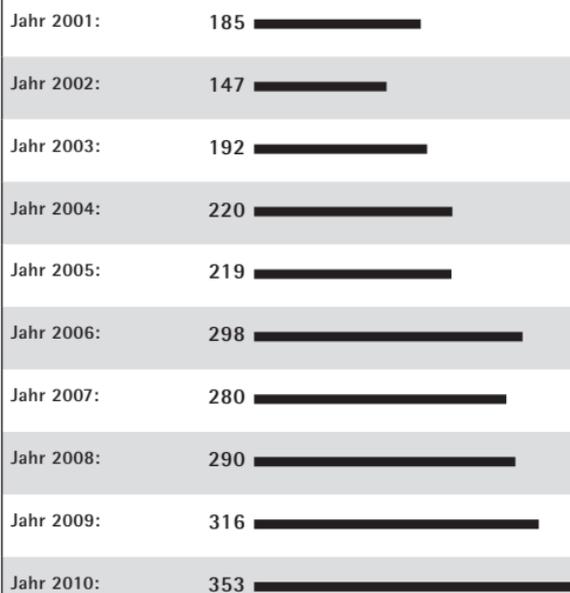
Anzahl der Besuche

584 498 825 540 559 706 794 773 987 896 897 874
 Jän. Feb. März April Mai Juni Juli Aug. Sept. Okt. Nov. Dez.

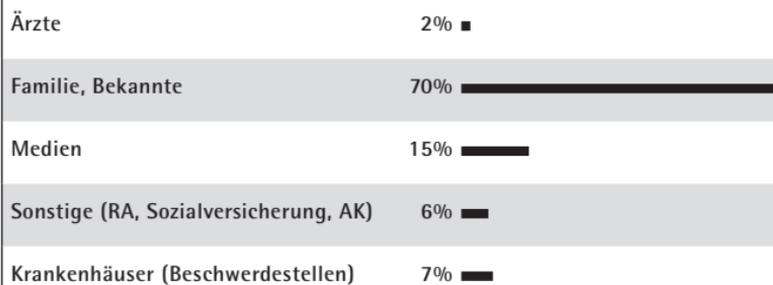
Im Jahr 2009 wurde die Homepage der Patientenanwaltschaft (www.patientenanwalt-vbg.at) von 6091 (3826 im Jahre 2009) unterschiedlichen Besuchern in Anspruch genommen. Die Besucher haben 8933 Mal auf die Homepage zugegriffen.

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

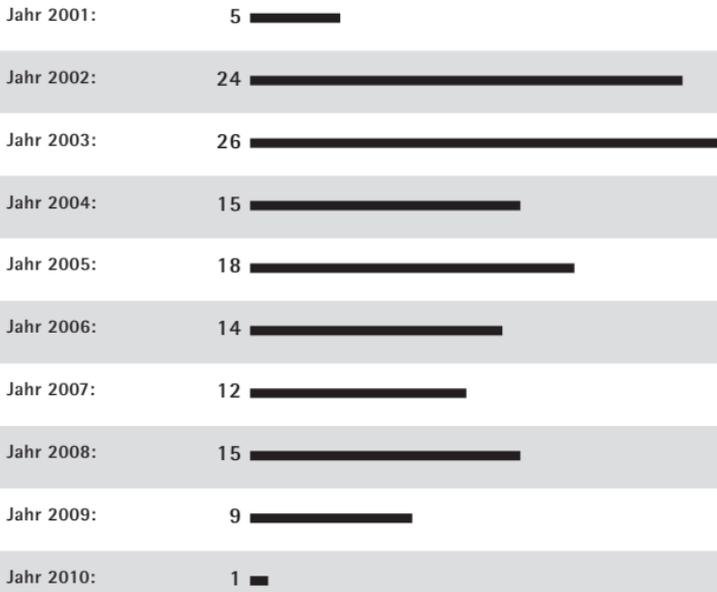
Verlauf Beschwerdefälle Krankenhaus



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



Verlauf Beschwerdefälle Pflegeheime



Rechtlicher Kommentar

Im März 2010 war die Patientenrechtskommission erneut mit der Frage konfrontiert, wie es mit der rechtlichen Situation von Körpergewebe aussieht bzw. wie verfahren wird, wenn entnommenes Körpergewebe aufbewahrt wird und mit dem Gewebe oder am Gewebe Untersuchungen vorgenommen werden, die nicht dem Entnahmestoffzweck entsprechen. Bereits in einer früheren Stellungnahme hat die Patientenrechtskommission festgehalten, dass man vor der Beurteilung der Eigentumsfrage klären muss, was für eine Art von Gewebe vorliegt. Wenn es sich beispielsweise um einen Blinddarm handelt, um ein amputiertes Körperteil, um Mandeln etc., so könne angenommen werden, dass die Einwilligung des Patienten in die Behandlung bzw. Operation auch die Aufgabe der Rechte am Gewebe umfasst. Handelt es sich um entnommenes Gewebe zur Diagnostik, welches zu einem anderen als dem ursprünglichen diagnostischen Zweck verwendet werden soll (beispielsweise auch Genuntersuchung), sei jedenfalls die Zustimmung des Patienten einzuholen. In diesem Fall sei nicht von einer Aufgabe der Rechte am Gewebe auszugehen, da die Verwendung des Gewebes über die notorische Zweckbestimmung hinausgehe und diese nicht von der Einwilligung des Patienten erfasst werde. Dies unabhängig davon, ob es sich um Feuchtgewebe, fixiertes Gewebe oder in Formalin gelegtes Gewebe handle.

Grundsätzlich stünde entnommenes Gewebe im Eigentum des Patienten. Von einer Aufgabe des Eigentums könne nicht ausgegangen werden, zumal sich eine sogenannte Dereliktion an einen unbestimmten Aneignungskreis richten müsse, was bei einer Gewebeentnahme nicht der Fall sei. Auch habe das Persönlichkeitsrecht des Patienten am Gewebe noch gewisse Nachwirkungen. Man befände sich hier an einer Schnittstelle zwischen Eigentumsrecht und Persönlichkeitsrecht. Beide erfordern die Zustimmung des Patienten, wenn mit dessen Gewebe andere Zwecke als jene der ursprünglichen Diagnosefindung verfolgt würden. Auch die Überlassung an Dritte erfordere daher die Zustimmung des Patienten.

Grundsätzlich bleibe also der Patient Eigentümer des von ihm

entnommenen Gewebes. Er könne jedoch dieses Gewebe nicht zurückfordern, da ein mögliches Gefährdungspotenzial des Gewebes nach dem Abfallwirtschaftsgesetz nicht ausgeschlossen werden könne und somit höherwertige Interessen gegen eine Herausgabe sprechen würden.

In einer weiteren Stellungnahme zu diesem Thema wird von Seiten der Patientenanwaltschaft festgehalten, dass die Untersuchung von Gewebe und entnommenen Zellen zum Zwecke der Diagnostik und Therapie nicht explizit erwähnt werden müsse, weil die fachgerechte Diagnostik und die daraus abgeleitete Therapie aus dem Behandlungsvertrag geschuldet werde. Sollte eine feingewebliche Untersuchung dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, dann müsse man den Umstand, dass man das Gewebe untersuchen werde, nicht erwähnen und der Patient müsse dafür nicht gesondert seine Zustimmung geben.

Gesondert müsse der Fall betrachtet werden, wenn über die Diagnostik hinaus Gewebe für Wissenschaft und Lehre verwendet werde. Nur dafür benötige der Arzt, der diese weitergehenden Untersuchungen durchführen möchte, eine gesonderte Zustimmung.

Im Zusammenhang mit der Aufbewahrung müsse auf die allgemeinen Rechtsvorschriften abgestellt werden, da im Vorarlberger Spitalgesetz keine eindeutige Regelung enthalten sei. Die Frage sei, ob man Gewebe, das entnommen wurde, unter einem „Teil der Krankengeschichte“ subsumieren könne. Da im Gesetz taxativ aufgezählt werde, welche Positionen die Krankengeschichte zu enthalten hat, das Gewebe jedoch selbst nicht erwähnt worden ist, könne grundsätzlich nicht von einer Aufbewahrung aufgrund dieser Bestimmung ausgegangen werden. Wenn man aber Gewebe unter „andere Bestandteile der Krankengeschichte“ im Wege der Interpretation einordne, dann bestünde eine gesetzliche Aufbewahrungsfrist. Sollte dies nicht angenommen werden, dann sei allein aufgrund der Beweissicherung eine Aufbewahrung angezeigt. Dies müsste jedoch nicht in einer gesonderten vertraglichen Regelung vereinbart werden.

Im Zuge der Abklärung dieses Themengebietes wurde auch eine Anfrage an das Bundesministerium für Gesundheit herangetragen. Dabei ging es auch um die Frage, ob Gewebematerialien von bereits Verstorbenen verwendet werden können bzw. wer dazu die Zustimmung erteilen müsse.

Auf diese Anfrage antwortete sowohl der Verfassungsdienst des Bundeskanzleramtes als auch das Bundesministerium für Justiz. Der Verfassungsdienst des Bundeskanzleramtes nahm zur datenschutzrechtlichen Frage Stellung und teilte mit, dass zur Frage der Verwendung von Gewebeproben von Verstorbenen anzumerken sei, dass dies aus datenschutzrechtlicher Sicht an sich kein Problem darstelle, da der Schutz des Grundrechtes auf Datenschutz als höchstpersönliches Recht mit dem Tod des Betroffenen erlösche und nicht auf dessen Rechtsnachfolger übergehe. Denkmöglicherweise könnten allerdings aus dem Genmaterial von Verstorbenen Informationen über nahe Angehörige gewonnen werden und insoweit könnten deren Datenschutzrechte verletzt werden.

Im Fall der Verwendung von Gewebeproben von lebenden Personen sei vom Bestehen erheblicher schutzwürdiger Interessen auszugehen, da Untersuchungen an menschlichen Gewebezellen als besonders schutzwürdig und somit sensibel einzustufen seien. Kein Eingriff in das Grundrecht auf Datenschutz liege nur dann vor, wenn die Proben gänzlich anonymisiert würden, das heiÙe, ein Personenbezug der Probe überhaupt nicht mehr gegeben sei. Ansonsten müsste der Zweck der Archivierung von Gewebeproben dahingehend genauer analysiert werden, inwieweit sie der Behandlung eines konkreten Patienten dienen, in welchem Fall der direkte Personenbezug zulässig ist oder inwieweit gesundheitswissenschaftlich statistische Erkenntnisse erarbeitet werden sollen.

Soweit direkt personenbezogene Daten zur Feststellung einer bestehenden Erkrankung bzw. verschiedener Prädispositionen und deren Behandlung vom Patienten verwendet werden, müsste – abgesehen von der Dokumentationspflicht des Arztes bei bestehendem Behandlungsvertrag – die ausdrückliche Zustimmung des Patienten für die Weiterverwendung seiner Gewebeprobe eingeholt werden. Die Möglichkeit, einen Eingriff in das Recht auf Geheim-

haltung auf die Zustimmung des Betroffenen zu stützen, sei insofern beschränkt, als hier insbesondere auf das Datenschutzgesetz und die Datenschutzrichtlinie vorgesehene Zwangsverbot bei Zustimmungsklärungen Rücksicht zu nehmen sei. Auch bei der Verwendung sensibler Daten könne nach Datenschutzgesetz 2000 zugestimmt werden, allerdings müsse eine derartige Zustimmung ausdrücklich erfolgen. Die Zustimmung des Betroffenen könne daher die Verarbeitung sensibler Daten rechtfertigen, allerdings müsse sie ohne Zwang erfolgen und einen konkreten Fall betreffen. In Kenntnis der Sachlage bedeutet dies, dass die Zustimmung der betroffenen Person nach der bewussten Erfassung und Würdigung der Fakten und Auswirkungen einer Handlung erfolge. Sie muss in klarer und verständlicher Form genau und umfassend über alle relevanten Aspekte, wie Art und Zweckbestimmung der verarbeiteten Daten, Personen, an die die Daten möglicherweise weitergegeben werden, und ihre Rechte aufgeklärt werden. Hierzu gehöre auch die Aufklärung über die möglichen Folgen bei Verweigerung der Zustimmung zur jeweiligen Verarbeitung. Diese Zustimmungen seien jederzeit widerrufbar. Ein Widerruf führe zur Unzulässigkeit der weiteren Datenverwendung. Eine „Pauschalermächtigung“ wäre daher aus datenschutzrechtlicher Sicht unzulässig.

Die Voraussetzungen für die Zulässigkeit der wissenschaftlichen Auswertung personenbezogener Daten seien – soweit es keine spezialgesetzlichen Bestimmungen gebe – im Datenschutzgesetz näher geregelt. Eine Weiterverwendung von Daten durch denselben Auftraggeber für wissenschaftliche und statistische Zwecke sei grundsätzlich zulässig. Freilich sei der Personenbezug dennoch unverzüglich zu verschlüsseln, wenn in einzelnen Phasen der wissenschaftlichen oder statistischen Arbeit nur mit indirekt personenbezogenen Daten das Auslangen gefunden werden könne. Der Personenbezug sei also gänzlich zu beseitigen, sobald er für die Arbeit nicht mehr notwendig sei.

Was den Bereich der Verwendung von genetischen Analysen betreffe, seien die Spezialbestimmungen im Gentechnikgesetz zu beachten, wobei hier normiert werde, dass genetische Analysen zu wissenschaftlichen Zwecken nur mit ausdrücklicher und schriftlicher Zustimmung des Probespenders oder an anonymisierten

Proben zulässig seien. Der Begriff der Anonymisierung wäre im gegenständlichen Gesetz allerdings anders als im Datenschutzgesetz definiert. Des Weiteren gebe es spezielle datenschutzrechtliche Bestimmungen im Gentechnikgesetz sowie eigene Dokumentationsbestimmungen für Untersuchungsergebnisse aus genetischen Analysen. Wenn klargestellt sei, für welche Art von Tätigkeiten die Verwendung der archivierten Gewebeproben erfolgen solle, sei die datenschutzrechtliche Konsequenz aus dem Vorstehenden ablesbar.

Zum selbigen Themenbereich hat dann nachfolgend auch noch das Justizministerium eine Stellungnahme abgegeben. Darin wird ausgeführt, dass zur Bedeutung und Kennzeichnung der Einwilligung für die Verwendung von Gewebematerial, soweit ersichtlich, keine veröffentlichte Rechtsprechung der ordentlichen Gerichtsbarkeit bestünde.

Man könne darüber informieren, dass die Einwilligung zur Gewinnung von lebenden SpenderInnen und auch von Verstorbenen im neuen Gewebesicherheitsgesetz einer Regelung zugeführt wurde. Im einschlägigen § 4 GSG fände man Antworten auf einige der gestellten Fragen, so etwa zur Erforderlichkeit einer Zustimmung zur Gewebeentnahme bei Lebendspendern (auch im Zuge einer medizinischen Behandlung), zu ihrer Bestimmtheit und zu den maßgeblichen Grundsätzen bei der Verwendung von Geweben Verstorbener. Im Einzelnen laute § 4 Abs. 3 des Gesetzes, dass die Entnahme nur dann durchgeführt werden könne, wenn der Lebendspender vor der Entnahme durch einen Arzt umfassend über die geplante Entnahme, deren Zweck, die damit verbundenen Risiken und Folgen, insbesondere eventuell notwendige weitere Untersuchungen nach der Entnahme, die durchzuführenden analytischen Tests und Folgen anormaler Befunde, deren therapeutischen Zweck der entnommenen Zellen oder Gewebe und den potenziellen Nutzen für den Empfänger sowie bei Schutzmaßnahmen zum Schutze des Spenders und seiner Daten sowie bestehende Verschwiegenheitspflichten aufgeklärt wurde und der Spender seine Einwilligung zur Entnahme und Testung sowie zur weiteren Verwendung der Zellen oder Gewebe erteilt habe. Die Einwilligung könne jederzeit widerrufen werden. Die Einwilligung müsse in schriftlicher Form festgehalten werden und ist gemäß § 5 zu dokumentieren.

Die Einwilligung muss datiert sein und vom Spender unterschrieben werden.

Unter Abs. 4 werde festgehalten, dass ihre weitere Verwendung zulässig sei, wenn Zellen oder Gewebe bei einer lebenden Person im Rahmen einer medizinischen Behandlung entnommen würden, wenn diese Person über den therapeutischen Zweck der entnommenen Zellen und Gewebe und dem potenziellen Nutzen für den Empfänger, eventuell notwendige weitere Untersuchungen nach der Entnahme, die durchzuführenden analytischen Tests und die Folgen anormaler Befunde sowie über Schutzmaßnahmen zum Zweck des Spenders und seiner Daten sowie bestehende Verschwiegenheitspflicht aufgeklärt wurde und in die weitere Verwendung der Zellen und Gewebe zur Verwendung beim Menschen eingewilligt habe.

Um das Leben von Menschen zu retten oder deren Gesundheit wiederherzustellen, sei es zulässig, Verstorbenen Zellen oder Gewebe zu entnehmen, sofern diese Zellen oder Gewebe innerhalb des Anwendungsbereiches des Gentechnikgesetzes oder als Arzneimittel für neuartige Therapien zu verwenden beim Menschen bestimmt und die sonstigen Voraussetzungen gemäß des Bundesgesetzes über Kranken- und Kuranstalten erfüllt sind.

Verboten ist es, Spendern von Zellen oder Geweben oder dritten Personen für eine Spende einen finanziellen Gewinn oder vergleichbaren Vorteil zukommen zu lassen oder zu versprechen. Rechtsgeschäfte, die gegen dieses Verbot verstoßen, sind nichtig.

Schlussendlich sei im Zusammenhang mit diesen Stellungnahmen auch noch auf die Ergänzungen zum Bericht der Bioethikkommission vom 9. Mai 2007 hingewiesen. Darin wird ausgeführt, dass die Bioethikkommission empfehle, für die Einrichtung und den Betrieb von Biobanken für die Forscher spezifische gesetzliche Regelungen zu schaffen. Die Erlassung diesbezüglicher rechtlicher Regelungen liege ihm umso näher, als seit der Erlassung des Gewebesicherheitsgesetzes im Jahre 2008 für Gewebebanken mit therapeutischer Zielsetzung bereits spezielle Rahmenbedingungen bestünden. Diese Regelungen würden aber nicht für Forschungsbiobanken gelten,

obwohl sie einen vergleichbaren Regelungsbedarf hätten. Ob eine solche Regelung der Forschungsbiobanken in bereits existierende Gesetze integriert werden sollte oder ob dafür ein eigenes Sondergesetz geeigneter wäre, sei eine legistische Frage.

In jedem Fall sollten bei einer solchen Regelung folgende Eckpunkte für die Aufnahme von Proben und Daten in Biobanken beachtet werden. Allenfalls entgegenstehende datenschutzrechtliche Regelungen wären im Rahmen des unionsrechtlichen Spielraums entsprechend zu adaptieren.

Die Einbringung von Körpersubstanzen in eine Biobank bedarf der freiwilligen und schriftlichen Zustimmung der einsichts- und urteilsfähigen Probenspender. Das gelte sowohl für Patienten als auch für gesunde Personen, die sich zum Zwecke einer medizinischen Intervention in eine Einrichtung des Gesundheitswesens begeben. Die Einwilligung setze die vorherige Information voraus, die einschließen müsse, dass sich die Einwilligung auch auf zukünftige Forschungsprojekte beziehe und über den Tod hinaus gültig sei. Dabei soll jedoch eine generelle Zustimmung ausreichen. Eine spezifische Zustimmung zu den einzelnen Forschungsmaßnahmen sei nicht erforderlich, da diese Forschungen zum einen nicht vorhersehbar seien und zum anderen nicht mehr am Patienten erfolgen und für ihn kein Risiko mit sich bringen.

Bei Minderjährigen ist bis zur Einsichts- und Urteilsfähigkeit die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters einzuholen. Spender habe das Recht, eine erteilte Einwilligung zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass die Proben vernichtet werden. Bis zu diesem Zeitpunkt gewonnene Daten dürften jedoch weiterhin ausgewertet werden.

Daten sowie Proben, die von temporär nicht einwilligungsfähigen Patienten aus therapeutischen oder diagnostischen Gründen anfallen, dürfen ebenfalls in die Biobank einbezogen werden. Forschung sei gerade für Patienten, die an schweren Krankheiten leiden oder einen Unfall erlitten haben, notwendig. Diese Personengruppen dürfen daher nicht vom Fortschritt der Medizin abgeschnitten werden, dies auch, um einen sogenannten „Selection Bias“ zu vermeiden. In Anlehnung an die Bestimmungen des

Arzneimittelrechts und des Medizinproduktrechts für Notfallsituationen sollte daher die Verwendung von Proben und Daten auch ohne vorherige Einwilligung des Patienten zulässig sein. Sobald der Patient seine Einwilligungsfähigkeit wiedererlangt, sei er zu informieren und sei eine Einwilligung einzuholen. Für Patienten, die die Einwilligungsfähigkeit nicht mehr erlangen, sei eine gesetzliche Regelung vorzusehen.

Die Einwilligungen müssen so dokumentiert werden, dass jederzeit kontrolliert werden könne, ob eine wirksame Einwilligung vorliege. Für den Betrieb der Biobank und die Dokumentation der Einwilligung sollten angemessene und spezifische Regelungen der Datensicherheit und des Datenschutzes geschaffen werden. Einzelne konkrete Forschungsprojekte mit den in der Biobank eingebrachten Proben und Daten sollten der zuständigen Ethikkommission zur Begutachtung vorgelegt werden. Proben dürfen an Forschende innerhalb und außerhalb der Biobank nur in anonymisierter Weise weitergegeben werden. Ein Rückschluss auf die Identität des Probenspenders darf nicht möglich sein. Eine Kooperation mit anderen Biobanken setze voraus, dass diese denselben Sicherheitsstandard erfülle.

Schlussfolgerungen

In der Zusammenschau ist nunmehr ein differenzierter Befund zu erheben: Aus sachenrechtlicher Sicht muss angemerkt werden, dass der Patient Eigentümer seines Gewebes ist und bleibt. Seine absoluten Persönlichkeitsrechte haften auch am entnommenen Gewebe. Bei notorischen Behandlungen darf von einer Aufgabe der Rechte am Gewebe ausgegangen werden. Andernfalls wird die Zustimmung des Patienten zur weiteren Verwendung des Gewebes benötigt. Diese Zustimmungserklärung muss sämtliche für den Patienten relevanten Informationen über die Verwendung des Gewebes enthalten. Eine Herausgabe des Gewebes kann seitens des Patienten aufgrund des potenziellen Gefährdungspotenzials für die Allgemeinheit nicht verlangt werden. Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist festzuhalten, dass bei der Frage der Verwendung von Gewebeproben von Verstorbenen kein datenschutzrechtliches Problem existiert, da dieses Recht mit dem Tod des Betroffenen

erlischt und nicht auf den Rechtsnachfolger übergeht. Im Falle der Verwendung von Gewebeproben von lebenden Personen ist vom Bestehen einer erheblichen schutzwürdigen Interessenslage auszugehen, da Untersuchungen an menschlichen Gewebezellen als besonders schutzwürdig und somit sensibel einzustufen sind. Kein Eingriff in das Grundrecht auf Datenschutz liegt nur dann vor, wenn die Proben gänzlich anonymisiert werden, das heißt also, kein Personenbezug der Probe überhaupt gegeben ist. Wäre dies nicht der Fall, dann müsste der Zweck der Archivierung von Gewebeproben dahingehend genauer analysiert werden, inwieweit sie der Behandlung eines konkreten Patienten dienen, in welchem Fall der direkte Personenbezug zulässig ist oder inwieweit gesundheits- oder wissenschaftlich-statistische Erkenntnisse erarbeitet werden sollen. Soweit die personenbezogenen Daten zur Feststellung einer bestehenden Erkrankung verwendet werden, müsste die ausdrückliche Zustimmung des Patienten eingeholt werden. Auch bei der Verwendung sensibler Daten kann zugestimmt werden, allerdings muss eine derartige Zustimmung ausdrücklich erfolgen.

Die Voraussetzungen für die Zulässigkeit der wissenschaftlichen Auswertung personenbezogener Daten sind ebenfalls im Datenschutzgesetz geregelt. Hier ist eine Verschlüsselungspflicht vorgesehen, wenn in einzelnen Phasen der wissenschaftlichen oder statistischen Arbeit mit nur indirekt personenbezogenen Daten das Auslangen gefunden werden kann.

Auch im Gewebesicherheitsgesetz sind einschlägige Bestimmungen bezüglich der Entnahme von Gewebe zu therapeutischen Zwecken vorgesehen. Auch hier ist die umfassende Aufklärung und Einwilligung des Spenders zentrale Voraussetzung für die Zulässigkeit der einzelnen Maßnahme.

Es bleibt kritisch zu hinterfragen, ob die Empfehlungen der Bioethikkommission für Forschungsbiobanken, die dieselbe in ihrem Ergänzungsbericht zum Bericht vom 9. Mai 2007 abgegeben haben, auch in einem Gesetz Niederschlag finden sollen. Da in Österreich kein zentrales Forschungsgesetz besteht, ist je nach Fragestellung und betroffener Materie auf die verschiedenen gesetzlichen Bestimmungen zurückzugreifen. Für Forschungsbiobanken existiert

bisher keine gesetzliche Regelung. Aus dem Vorangesagten lässt sich gewinnen, dass Aufklärung, Einwilligung bzw. Zustimmung des Patienten eine zentrale Voraussetzung für sämtliche Interventionen am menschlichen Körper darstellen. Aus wissenschaftlicher Sicht ist die Empfehlung der Bioethikkommission verständlich und nachvollziehbar. Eine derartige Regelung käme der Wissenschaft und somit schlussendlich in weiterer Folge auch Patienten zu Gute. Dies allerdings auf Kosten des Selbstbestimmungsrechtes von Patienten. Dass dieses Selbstbestimmungsrecht nicht ausufern darf, hat der OGH bereits in seinen Entscheidungen zur Aufklärungsthematik judiziert. Ob der OGH oder der Gesetzgeber der Empfehlung der Bioethikkommission nach einer generellen einmaligen Zustimmung über den Tod hinausgehend, die bezogen auf das Selbstbestimmungsrecht sicherlich relativ weitgehend ist, folgen kann, wird sich zeigen. Tatsache ist, dass der Fortschritt der medizinischen Forschung und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gleichermaßen wichtig sind.

Gesetzliche Grundlagen

Patientenanzwaltschaft

- (1) Die Landesregierung hat mit Vertrag eine gemeinnützige Einrichtung mit der Ausübung der Funktion einer Patientenanzwaltschaft für die Patienten der Krankenanstalten und Klienten der Pflegeheime zu betrauen. Eine gemeinnützige Einrichtung darf nur betraut werden, wenn
- sie nach ihrem Statut oder Gründungsvertrag, ihrer Organisation und ihrer personellen und sachlichen Ausstattung zur Besorgung der Aufgaben der Patientenanzwaltschaft geeignet ist,
 - erwartet werden kann, dass sie diese Aufgaben unabhängig wahrnimmt, und
 - sie ihren Sitz in Vorarlberg hat.
- (2) Im Vertrag gemäß Abs. 1 ist die gemeinnützige Einrichtung zu verpflichten,
- für die Besorgung der Aufgaben der Patientenanzwaltschaft nur Personen einzusetzen, die nach ihrer Ausbildung und Berufserfahrung fachlich und persönlich geeignet sind und die Rechte und Interessen von Patienten und Klienten in unabhängiger Weise wahren können,
 - zur Leitung der Patientenanzwaltschaft einen Patientenanzwalt zu bestellen und vor seiner Bestellung die Zustimmung der Landesregierung einzuholen.
- (3) Die Landesregierung hat vor der Entscheidung über die Zustimmung zur Bestellung des Patientenanzwaltes den Vorarlberger Gemeindeverband anzuhören.
- (4) Die Patientenanzwaltschaft ist bei der Besorgung ihrer Aufgaben unabhängig und an keine Weisungen gebunden.
- (5) Die Landesregierung hat die Betrauung einer gemeinnützigen Einrichtung rückgängig zu machen, wenn
- die Voraussetzungen gemäß Abs. 1 nicht mehr vorliegen oder
 - die gemeinnützige Einrichtung ihren Verpflichtungen gemäß Abs. 2 nicht nachkommt.
- (6) Die Patientenanzwaltschaft soll ihre Tätigkeit durch Verträge mit niedergelassenen Angehörigen der im § 2 Abs. 1 genannten Berufe und mit Rechtsträgern von Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die keine Pflegeheime sind, auf deren Patienten bzw. Klienten ausdehnen.
- *) Fassung LGBl.Nr. 21/2003

§ 5*) Aufgaben und Verfahren der Patientenanzwaltschaft

- (1) Die Patientenanzwaltschaft hat die Aufgabe,
- Patienten und Klienten sowie deren Vertrauenspersonen zu beraten und ihnen Auskünfte zu erteilen,
 - Beschwerden über die Unterbringung, die Versorgung, die Betreuung und die Heilbehandlung zu bearbeiten,
 - Patienten und Klienten vor der Schiedskommission zu unterstützen,
 - Entschädigungen für Patientenschäden zuzuerkennen.
- (2) Patienten und Klienten sowie deren Vertrauenspersonen haben vor einer Beschwerdeführung eine zur Verfügung stehende Informations- und Beschwerdestelle zu befragen, es sei denn, dass ihnen dies nach der Lage des Falles nicht zumutbar ist oder Gegenstand der Beschwerde ein Patienten- oder Klientenschaden ist.
- (3) Die Patientenanzwaltschaft hat bei der Behandlung von Beschwerden auf eine außergerichtliche Bereinigung hinzuwirken. Sie kann Empfehlungen darüber abgeben, wie ein festgestellter Mangel beseitigt und künftig vermieden werden kann. Bei der Geltendmachung eines Patienten- oder Klientenschadens soll der Patient bzw. Klient über die Möglichkeiten einer Anrufung der Schiedskommission aufgeklärt und, wenn er diese anrufen will, unterstützt werden.
- (4) Wenn der Patientenanzwaltschaft in einem Beschwerdefall bekannt wird, dass in derselben Sache der Landesvolksanzwalt befasst ist, hat sie ihre Tätigkeit bis zum Abschluss des Verfahrens vor dem Landesvolksanzwalt zu unterbrechen.

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

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

*) Fassung LGBl.Nr. 21/2003

§ 5a*) Patientenentschädigung

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

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

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

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

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

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

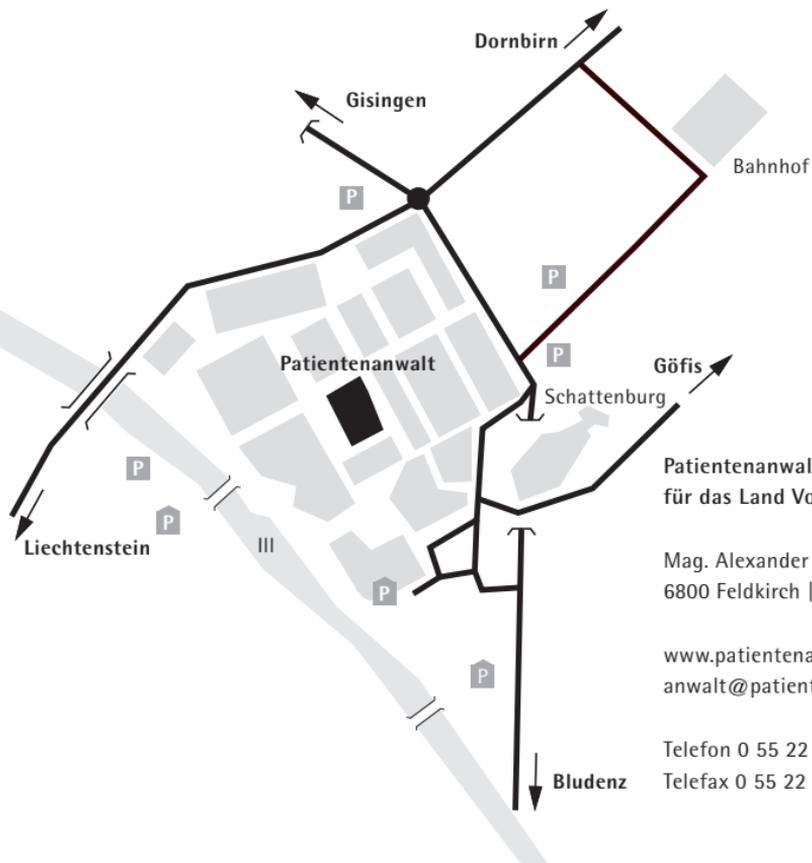
*) Fassung LGBl.Nr. 21/2003

§ 6*) Kosten der Patientenanwaltschaft

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

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

*) Fassung LGBl.Nr. 21/2003



**Patientenanwalt
für das Land Vorarlberg**

Mag. Alexander Wolf
6800 Feldkirch | Marktplatz 8

www.patientenanwalt-vbg.at
anwalt@patientenanwalt-vbg.at

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

Mag. Alexander Wolf
Patientenanwalt Vorarlberg

Jasmina Christof
Geschäftsstellenleiterin

Mag. Christoph Grager
Juristischer Mitarbeiter



