

NÖ Patienten- und
Pflegeanwaltschaft

PPA

Patienten- Entschädigungsfonds



TÄTIGKEITSBERICHT 2004



Inhaltsverzeichnis

I. Rechtsgrundlagen – Entstehung und Entwicklung

1. Rechtsgrundlagen
2. Grundsätze der Entschädigung
3. Änderungen der Geschäftsordnung 2004

II. Daten und Fakten

1. Die Kommission
2. Entscheidungen im Jahr 2004
3. Dauer der Bearbeitung der Fälle
4. Die Fallprüfung vor Befassung des Fonds
5. Grund der Befassung des Fonds
6. Aufteilung nach Fächern

III. Möglichkeiten und Grenzen des Fonds

1. Möglichkeiten
2. Grenzen

IV. Die finanziellen Mittel des Fonds

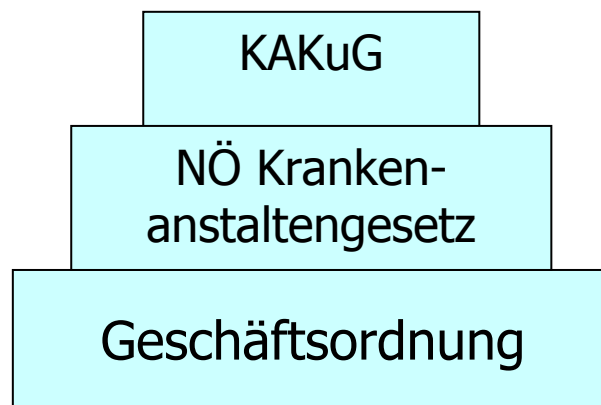
1. Der Geldfluss
2. Die Höhe der Auszahlungen des Fonds
3. Die Höhe der Einnahmen des Fonds
4. Anzahl der Geschäftsfälle pro Jahr

V. Ausblicke

I. Rechtsgrundlagen – Entstehung & Entwicklung

1. Rechtsgrundlagen

Der Patienten-Entschädigungsfonds wurde 2001 durch § 27a Abs 5 und 6 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten¹ eingerichtet und durch die §§ 98 bis 108 des NÖ Krankenanstaltengesetzes² landesspezifisch ausgeführt. In der Praxis stellt die Geschäftsordnung die detaillierte Arbeitsgrundlage dar. Diese wurde, in der ersten Fassung, am 11.09.2001, anlässlich der ersten konstituierenden Sitzung der Patienten-Entschädigungskommission, beschlossen.



2. Grundsätze der Entschädigung

Der Patienten-Entschädigungsfonds ist kein Ersatz der zivilrechtlichen Haftung, sondern vielmehr als Ergänzung und Optimierung des geltenden Schadenersatzrechtes konzipiert. Keinesfalls ist der Fonds geschaffen worden, um die Haftpflichtversicherungen der

¹ BGBl 5/2001

² LGBl 9440-17

Krankenanstalten finanziell zu entlasten. Die bisherige Entwicklung zeigt, dass dies de facto auch nicht der Fall ist.

Abgedeckt werden jene Fälle, in denen eine gerichtliche Klage keine Aussicht auf Erfolg hätte, da

- die zivilrechtliche Haftung nicht eindeutig gegeben ist,
- eine seltene, schwerwiegende Komplikation aufgetreten ist, oder
- sich eine aufgeklärte Komplikation verwirklicht hat, die außerordentlich schwer verlaufen ist und deretwegen ein großer Schaden entstanden ist („Katastrophenverlauf“).

Grundsätzlich können eingetretene Schäden aufgrund von Untersuchungen, Behandlungen oder Unterlassung in Krankenanstalten entschädigt werden. Der Bereich der niedergelassenen Ärzte ist allerdings nicht umfasst.

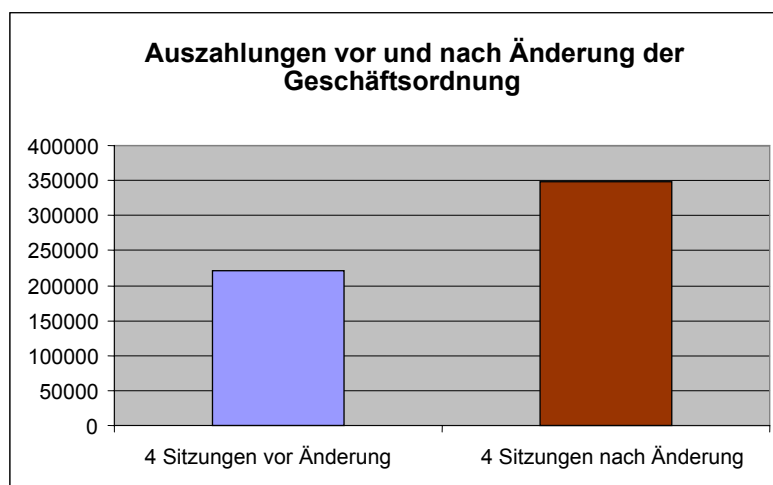
Die finanziellen Mittel des Fonds stammen alleine von den PatientInnen selbst, die pro Krankenhausaufenthaltstag 0,73 € (für maximal 28 Tage pro Jahr) entrichten. Diese Beträge von 0,73 € pro Aufenthaltstag eines Patienten werden mit dem Kostenbeitrag eingehoben und sind an diesen gekoppelt.

Ursprünglich (im Jahre 2001 bis zum Jahr 2004) wurde ein Drittel des Schadens abgegolten, wobei höchstens ein Betrag von € 21.000,- ausbezahlt werden konnte. Bei Vorliegen von sozialen Härten konnte dieser Betrag auf € 36.000,- erhöht werden. Die Kommission hat im Laufe der Jahre mehrere Änderungen der Geschäftsordnung beschlossen.

3. Änderungen der Geschäftsordnung 2004

Der **maximale Auszahlungsbetrag** wurde für Dauerschäden mit besonders großen Schadenshöhen auf € 70 000,- erhöht. Die bisherigen Höchstbeträge von € 21 000,- bzw. € 36 000,- bleiben aber in der Form bestehen, dass sie nur in Ausnahmefällen, bei Schäden von besonders großem Ausmaß, überschritten werden können. Die bisherige Erfahrung hat gezeigt, dass ein flexibler Rahmen für die Abgeltung einzelner Großschäden wünschenswert und sinnvoll ist.

Bei der Bemessung des auszahlenden Betrages wird künftig **die Hälfte des ermittelten Schadens** berücksichtigt, anstatt nur ein Drittel, wie dies bisher der Fall war. In den vier auf die Änderung folgenden Sitzungen der Entschädigungskommission ist das Auszahlungsvolumen gegenüber den vier davor stattfindenden Sitzungen um 58% angewachsen.



Die Entschädigung wird grundsätzlich in Form eines Pauschalbetrages ausbezahlt.

Ansprüchen im **Todesfall** sind nunmehr ebenfalls ersatzfähig. (§ 1327 ABGB).

Die Hinterbliebenen können die aus dem Todesfall entstandenen Kosten sowie entgangenen Unterhalt geltend machen. Das wird ausgeführt durch die Aufnahme der „nach § 1327 ABGB begünstigten Personen“ in die Aufzählung der potentiell begünstigten Personen in der Geschäftsordnung (Art 3 Abs 5 der GO).

Genau definiert wird der Kreis der potentiell begünstigten Personen:

- PatientIn
- RechtsnachfolgerIn
- die nach § 1327 ABGB begünstigten Personen
- Personen, die nachweislich kausale Aufwendungen (nach Art 3 As 3 Z 3 der GO) getragen haben

Die genannten Änderungen wurden gem. § 102 Abs 6 NÖ KAG am 25.05.2004 von der Landesregierung genehmigt.

III. Daten und Fakten

1. Die Kommission

Die Entschädigungskommission setzt sich aus dem Vorsitzenden, Patientenanwalt HR Dr. Gerald Bachinger, und folgenden Mitgliedern zusammen:

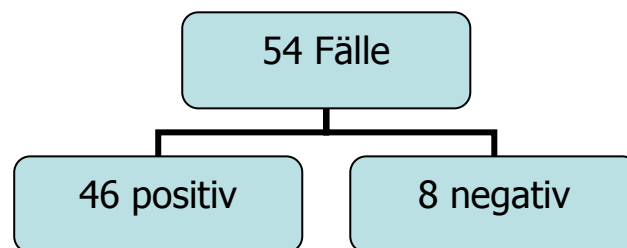


- Landesgerichtspräsident Dr. Kurt Leitzenberger (Richter)
- Prof. Prim. Dr. Paul Bratusch-Marrain (Vertreter der ARGE der Ärztlichen Direktoren)
- Mag. Elisabeth Kapral (Vertreterin der Abteilung Sanitätsrecht)
- Kurt Hiess (Dachverband der Selbsthilfegruppen NÖ)

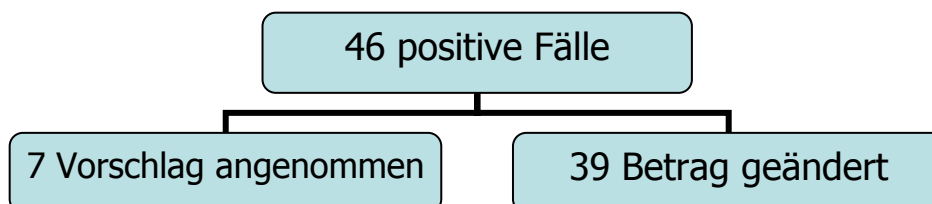
Für jedes Mitglied ist auch ein Ersatzmitglied bestellt, diese sind:

- Dr. Gabriela Jungblut (Richterin)
- Univ. Prof. Prim. Dr. Georg Salem,
- Univ. Prof. Prim. Dr. Dieter Depisch
- Univ. Doz. Prim. Dr. Ernst Kutscha-Lissberg
- OA Dr. Peter Muckenhuber
- Mag. Robert Bruckner

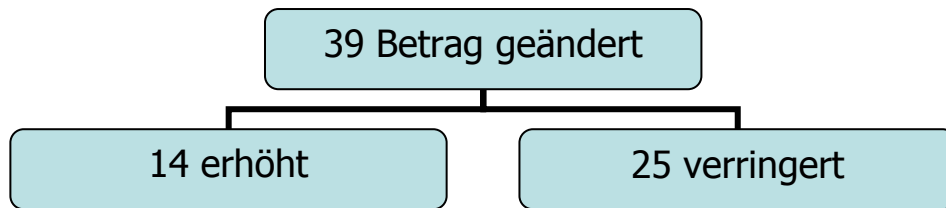
2. Entscheidungen im Jahr 2004



Insgesamt wurden 54 Fälle an den Fonds herangetragen, nachdem sie vorher von der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft auf eine zivilrechtliche Haftung hin geprüft worden waren und diese ausgeschlossen werden konnte. In 46 Fällen sprach die Kommission eine Entschädigung zu. Acht Fälle wurden abgelehnt, weil die Voraussetzungen für eine Entschädigungszahlung nicht gegeben waren.



Von den 46 positiv entschieden Fällen übernahm die Kommission in 7 Fällen den von der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft vorgeschlagenen Betrag.



In 39 Fällen wurde der Betrag abgeändert. Davon wurde 14 mal der zugesprochene Betrag erhöht und in den übrigen 25 Fällen verringert. Die Begründung für die Verringerung lag meist darin, dass Teile der Schäden, die die PatientInnen erlitten hatten, in der Grunderkrankung selbst und nicht im Auftreten der Komplikation bzw. eines eventuell haftungsrechtlich relevanten Verhaltens wurzelten.

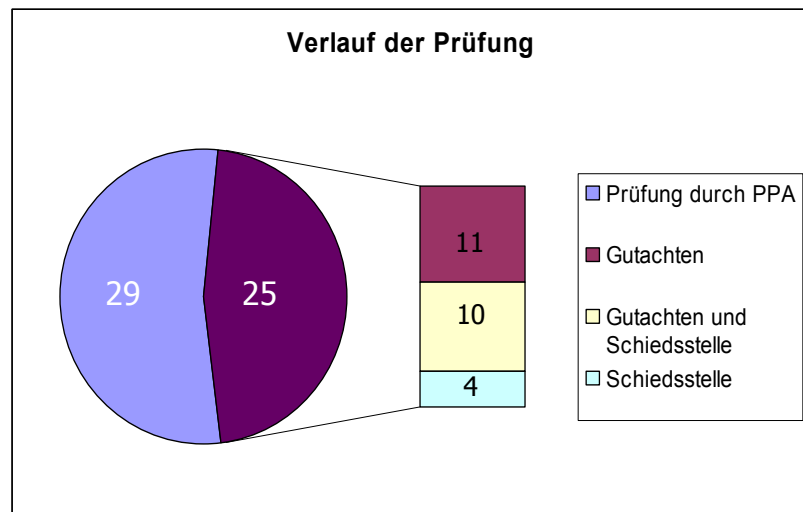
Die Erhöhung der Beträge wurde meist mit dem Vorliegen eines voraussichtlich bleibenden Schadens bzw. mit der großen Schadenshöhe begründet.

3. Dauer der Bearbeitung der Fälle

Die Bearbeitungsdauer pro Geschäftsfall betrug im Durchschnitt ca. sechs Wochen. In dieser Zeit wurde der jeweilige Fall für den Fonds vorgeschlagen, mit den PatientInnen ein Gespräch über die Befassung allgemein, sowie diverse Details geführt. Anschließend wurde der Fall zusammengefasst, schriftlich der Kommission präsentiert und in der jeweiligen Sitzung diskutiert. Danach erfolgte die Empfehlung an den Vorsitzenden der Kommission zur Zahlung bzw. Nicht-Zahlung.

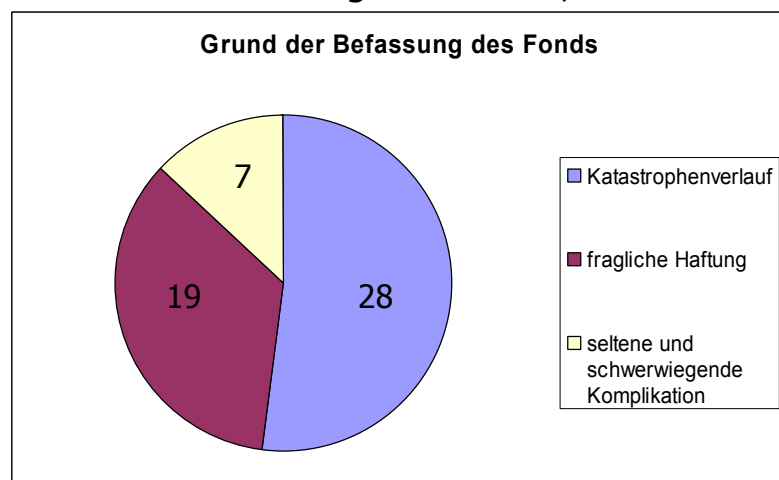
4. Die Fallprüfung vor Befassung des Fonds

In 29 Fällen erfolgte die Vorprüfung ausschließlich durch die NÖ PPA, in 25 Fällen waren weitere Schritte gesetzt worden. 10mal waren der Fonds-Befassung sowohl ein Gutachten als auch eine Aussprache vor der Schiedsstelle der Ärztekammer für NÖ vorausgegangen. In 11 Fällen war ein Gutachten (ohne Schiedsstelle) Grundlage der weiteren Bearbeitung. In 4 Fällen hatte eine Aussprache vor der Schiedsstelle (ohne Gutachten) stattgefunden.



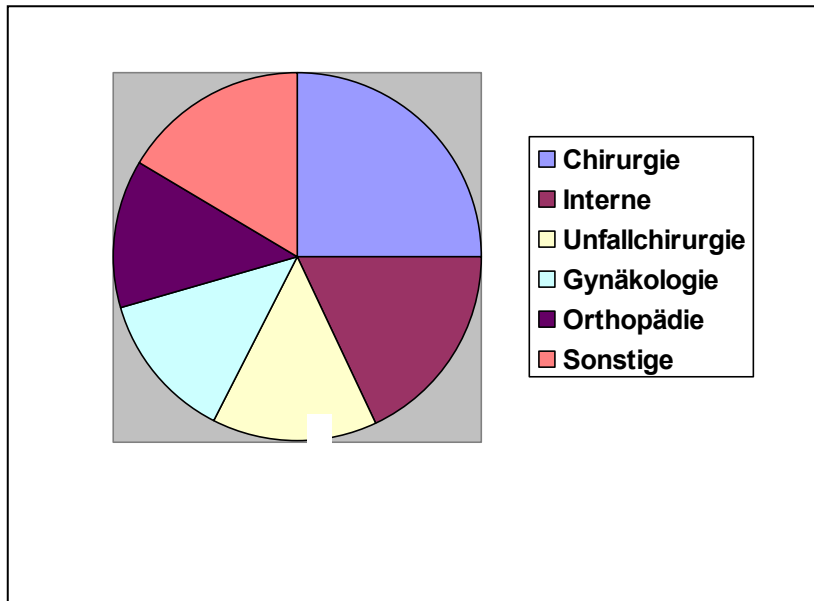
5. Grund der Befassung des Fonds

In 28 Fällen wurde an den Entschädigungsfonds wegen des katastrophalen Verlaufs einer aufgeklärten Komplikation herangetreten. In 19 Fällen waren Hinweise auf eine Haftung vorhanden, ohne dass über die schadenersatzrechtlichen Tatbestandselemente ausreichende Klarheit bestand. 7mal war die Verwirklichung einer sehr seltenen und zugleich schwerwiegenden (aufgeklärten) Komplikation Grund der Befassung des Fonds.



6. Aufteilung nach Fächern

Ein Viertel der eingebrachten Fälle stammt aus dem Fachbereich der Chirurgie, 18% der geschädigten PatientInnen waren auf einer Internen Abteilung behandelt worden. 14,5% kamen aus dem



unfallchirurgischen Bereich, jeweils 13% von der Gynäkologie bzw. der Orthopädie. Die übrigen Fälle stammen aus verschiedensten Bereichen, ohne dass hier eine besondere Häufung feststellbar war.

IV. Möglichkeiten und Grenzen des Fonds

1. Möglichkeiten

- **Fall Herr P.**, geb. 1924

Aufgrund massiver Arthrose im linken Hüftgelenk wurde bei Herrn P. die Indikation zur Implantation einer Totalendoprothese gestellt. Postoperativ wurde eine Infektion mit MRSA-Keimen diagnostiziert.

Bei der ersten Revision wurde eine Reinigung und Drainagierung vorgenommen. Der Patient befand sich danach laufend in ambulanter Kontrolle, sein Zustand verschlechterte sich aber wieder derartig, dass eine weitere Revision erfolgen musste, bei der zwei speziell angefertigte PMMA-Ketten mit Antibiotika eingelegt wurden. Da die Infektion fortbestand, wurde ein Spezialist beigezogen. Kurz darauf erfolgte dann die nächste Revision.

Alle diese Eingriffe brachten nicht den gewünschten Erfolg. Daher entschloss man sich dazu, die Prothese auszutauschen. Postoperativ war der Verlauf zunächst komplikationslos, sodass man schon von einer Beherrschbarkeit der Infektion ausging. Wenig später wurde jedoch wiederum ein MRSA-Keim nachgewiesen. Schließlich musste die Prothese vollständig entfernt werden. Seither besteht bei Herrn P. eine sogenannte Girdlestone-Situation, bei der durch das Fehlen des Gelenks das Bein um ca. 5 cm verkürzt ist.

Gegenwärtiger Zustand des Patienten: Der Patient kann sich nur mithilfe eines Rollators einige Schritte fortbewegen. Ursprünglich war man davon ausgegangen, dass nach Abheilung eine neuerliche Implantation möglich sein könnte, nunmehr wurde Herrn P. aber mitgeteilt, dass er dauerhaft ohne Hüftgelenk bzw. Prothese leben müssen. Er kann den Alltag nur durch die aufopfernde Hilfe seiner Gattin bewältigen. Auch diese ist aber bereits 75 Jahre alt und besitzt keinen

Führerschein, was viele Tätigkeiten des täglichen Lebens zunehmend mühevoller werden lässt.

Bezüglich der Hüftoperation des Herrn P. gibt es keinen Hinweis auf einen Behandlungsfehler. Es hat sich aber eine sehr seltene Komplikation verwirklicht, die schwerstwiegend sowie lang andauernd ist und womöglich wieder auftreten wird. Die Folge sind Schmerzen, starke Behinderung im Alltag und eventuell weitere Komplikationen und Operationen. Durch die besonders große Dimension des Schadens erscheint eine Überschreitung des Höchstbetrages von € 36 000,- als angemessen.

Beschluss: Angesichts der unbestrittenen Höhe des Schadens beschloss die Kommission, einen Betrag von € 44 000,- auszuzahlen.



- **Fall U.**, geb. 1961

Seit der Kindheit litt Frau U. an Herzrhythmusstörungen mit Synkopen. Seit ihrem 28. Lebensjahr ist sie schrittmacherabhängig. Das Schrittmachersystem war bereits mehrfach gewechselt worden.

Wegen Erschöpfung des Generators und eines notwendigen Systemwechsels wurde Frau U. im Jahr 2000 im Krankenhaus aufgenommen. Es bestand der Verdacht auf Sondendysfunktion des Schrittmachersystems. Dazu der Gutachter: „Die linke Vena subclavia war zu diesem Zeitpunkt thrombosiert, die alten Sonden konnten nicht extrahiert werden und es erfolgte eine Neuimplantation des Schrittmachersystems im Bereich der rechten Vena subclavia. Auch dort waren bereits alte Schrittmacherdrähte vorhanden.“

Wegen der Schmerzen im Bereich des Schrittmacherbettes und des Oberarmes suchte die Patientin wenig später wieder die Ambulanz des Krankenhauses auf. Eine Thrombose und eine Entzündung wurden ausgeschlossen. Die Beschwerden dauerten aber weiter an.

In den darauf folgenden zwei Jahren suchte Frau U. immer wieder das Krankenhaus auf. Dabei wurde unter anderem eine Phlebographie durchgeführt, sowie eine Physio-, Massage- und Schmerztherapie angeordnet. Wegen fortbestehender Beschwerden wurde die Patientin 2002 schlussendlich wieder stationär aufgenommen. Die durchgeführte Phlebographie zeigte eine nicht mehr frische Thrombose. Es wurde eine orale Antikoagulation gegeben und die Patientin wurde zur Nachsorge in die Gefäßambulanz bestellt. Danach erfolgte eine erfolgreiche Dilatation der rechten Vena axillaris und Vena subclavia. Dadurch kam es zu einer langsamen Besserung der Beschwerden.

Im Dezember 2002 erfolgte eine neuerliche Dilatation im Bereich der Vena subclavia rechts wegen Restenose. Im März 2003 erfolgte eine erneute Phlebographie wegen rezidivierender Thrombose mit Dilatation. Bezüglich der verbliebenen Schrittmacherdrähte wurde eine chirurgische Entfernung diskutiert und geraten. Bei einem Krankenhaus-Aufenthalt 2003 wurden die Sonden entfernt. Nach dem Eingriff kam es zu einer massiven Tricuspidalinsuffizienz, die eine Klappenrekonstruktion nötig machte. Laut Gutachten war der Grund vermutlich eine Sehnenfadenruptur nach Entfernung eines eingewachsenen Schrittmacherdrahtes.

Frau U. hat fünf Kinder und war zum Zeitpunkt der geschilderten Ereignisse allein erziehend. Während ihrer zahlreichen Spitalsaufenthalte mussten die größeren Kinder teilweise alleine bleiben und sich selbst versorgen, die kleineren waren bei einer befreundeten Familie untergebracht. Auch vor und nach Frau U.s Rückkehr war Hilfe im Haushalt, zur Kinderbetreuung und persönlichen Assistenz nötig. Frau U. sitzt im Rollstuhl, dementsprechend schlimmer wirkte sich der Ausfall einer Hand aus.

Der **Gutachter** behandelte zunächst die Frage, ob diese Drähte bereits 2000 entfernt hätten werden sollen und damit eine Thrombosierung verhindert hätte werden können. Dies verneinte er, da das Risiko, die Drähte an Ort und Stelle zu belassen, geringer war, als jenes der chirurgischen Entfernung. Die Frage, ob eine Antikoagulierung im Jahr 2000 den klinischen Verlauf beeinflusst hätte, beantwortete er ebenfalls negativ. Die dritte Fragestellung behandelte die Diagnostik der Thrombose und ob diese, wenn sie bereits früher erfolgt wäre, den Gesamtverlauf der Erkrankung beeinflusst hätte. Die Antwort blieb im Ergebnis offen, da die Entstehung nicht eindeutig zeitlich abgegrenzt werden konnte.

Von der **Schiedsstelle** der Ärztekammer für NÖ wurde die Angelegenheit als Grenzfall gewertet, da ein Verschulden des Krankenhauses nicht (eindeutig) festgestellt werden konnte.

Gegenwärtiger Zustand der Patientin: Mittlerweile geht es Frau U. wieder einigermaßen gut – allerdings nimmt sie dauernd Marcumar ein und der Arm ist immer noch nicht voll einsetzbar. Teilweise ist der Arm geschwollen oder taub.

Grund der Befassung: unklare Haftung und Katastrophenverlauf

Beschluss: Es wird diskutiert, dass sich der entstandene Schaden bei einer Rollstuhlfahrerin vermehrt auswirkt. Hinzu kommt eine soziale Komponente. Die Summe wurde einstimmig mit € 25.000,- festgelegt.



2. Grenzen

- **Fall Herr K.**, geb. 1937

Herr K. wurde aufgrund seines schlechten Allgemeinzustandes und seines massiven Krankheitsgefühls im Krankenhaus aufgenommen. Sein Herz musste überwacht werden, da sich eine respiratorische Insuffizienz (bei Tachypnoe) sowie kardiale Probleme zeigten.

Die Ursache für seinen schlechten Allgemeinzustand war eine beidseitige Lungenentzündung, die mit Antibiotika behandelt wurde. Weiters wurde eine transösophageale Echocardiographie durchgeführt, im Zuge derer ein Zahn des Patienten irreparabel geschädigt wurde.

Daraufhin wurde dem Patienten eine Versicherungsleistung durch das KH in Aussicht gestellt. Die zuständige Haftpflichtversicherung lehnte eine Zahlung allerdings ab, da es sich um eine aufgeklärte Komplikation handelte. Im Aufklärungsbogen war diese unter der Kategorie „sehr selten“ angeführt.

Grund der Befassung der PEK: Verwirklichung einer seltenen Komplikation mit – angesichts des sonstigen Zustandes des Patienten – schwerwiegenden Folgen.

Beschluss: Es wurde der einstimmige Beschluss gefasst, dass keine Entschädigungsleistung geleistet wird, da die Haftung eindeutig nicht gegeben war und kein besonders großer Schaden bzw. kein Katastrophenverlauf vorgelegen hatte.

- **Fall Frau V.**, geb. 1948

Frau V. war in ihrem Garten gestürzt und daraufhin ins KH gebracht worden. Es stellte sich heraus, dass sich die Patientin einen Trümmerbruch des rechten Oberarmkopfes, eine 4-Fragment-Fraktur, zugezogen hatte.

Der Bruch musste operativ behandelt werden, wobei sowohl der Versuch einer gedeckten Reposition und Fixation, als auch der einer offenen Reposition erfolglos verliefen. Also entschied man sich zur Implantation einer höhenverstellbaren Oberarmkopfprothese. Diese verlief regelrecht, die Reposition und Fixation der Rotatorenmanschette ebenfalls. Nach der Operation wurde ein Schulterarmverband für vier Wochen angelegt, dann sollte mit der physikalischen Therapie begonnen werden.

Bei einer Röntgenkontrolle wurde deutlich, dass ein Hochstand der Prothese bestand. Damit einhergehend bestand klinisch sowohl Bewegungs- als auch Ruheschmerz in der Schulter mit unverändert schlechter Beweglichkeit. Weiters waren die knöchernen Ansätze der Rotatorenmanschette nicht eingeeilt, sondern hatten sich im Wesentlichen aufgelöst, was eine Erklärung für Frau V.s Zustand war.



Die Patientin wurde in einem Gespräch mit dem behandelnden Arzt ausführlich informiert und gebeten, eine weitere Meinung einzuholen, weshalb sie einen Schulter spezialisten konsultierte. Frau V. wurde in einem anderen KH stationär zu einer Revision aufgenommen. Leider verlief dieser Eingriff nicht erfolgreich.

Der behandelnde Arzt führt in seiner Stellungnahme aus, dass Oberarmkopfprothesen nach Oberarmkopftrümmerfrakturen generell nur mittelmäßige Ergebnisse zeigen. Laut Literatur lägen diese zwischen 40 und 60 %. Abschließend nimmt er wie folgt Stellung: „Die Implantation einer Oberarmkopfprothese war korrekt, leider ist es jedoch so wie in vielen anderen Fällen nicht zum Einwachsen der knöchernen Ansätze der Rotatorenmanschette gekommen, sondern zur Auflösung und zum Defekt der Rotatorenmanschette, was das Höherentreten des

Oberarmkopfes zur Folge hatte. Als Lösung dieser Situation wurde der Patientin auch eine inverse Oberarmprothese eine so genannte Delta-Prothese vorgeschlagen, die eine schmerzfreie Bewegung auch ohne die Funktion der Rotatorenmanschette ermöglicht.“

Gegenwärtiger Zustand der Patientin: Frau V. leidet bei jeder Bewegung unter starken Schmerzen, die sich gegenüber dem Zustand vor der Operation nicht im geringsten gebessert haben. Deshalb nimmt sie 1 bis 2 Schmerztabletten pro Tag. Selbst bei kleinsten Bewegungen, wie bügeln, kochen, etc. hat sie starke Schmerzen und muss häufig pausieren. Hinzu kommt, dass Frau V. ihre betagten Eltern alleine pflegt und ihr Mann vor kurzem eine Prostata-Operation hinter sich bringen musste. Frau V. wird in Zukunft regelmäßig Hilfe brauchen, da sie die Hausarbeit und die Pflege alleine nicht mehr bewerkstelligen kann.

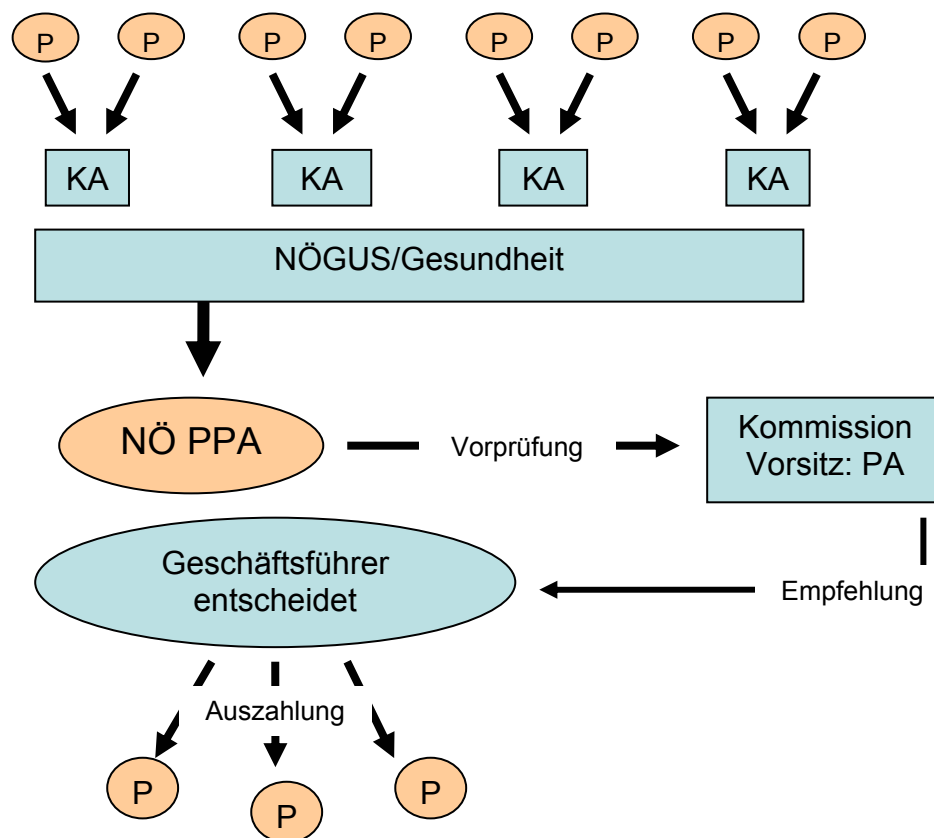
Grund der Befassung der PEK: Katastrophenverlauf

Beschluss: Der Vorschlag wurde einstimmig abgelehnt, da keine Komplikation vorliegt, sondern leider keine bessere Behandlungsmöglichkeit existiert.

V. Die finanziellen Mittel des Fonds

1. Der Geldfluss

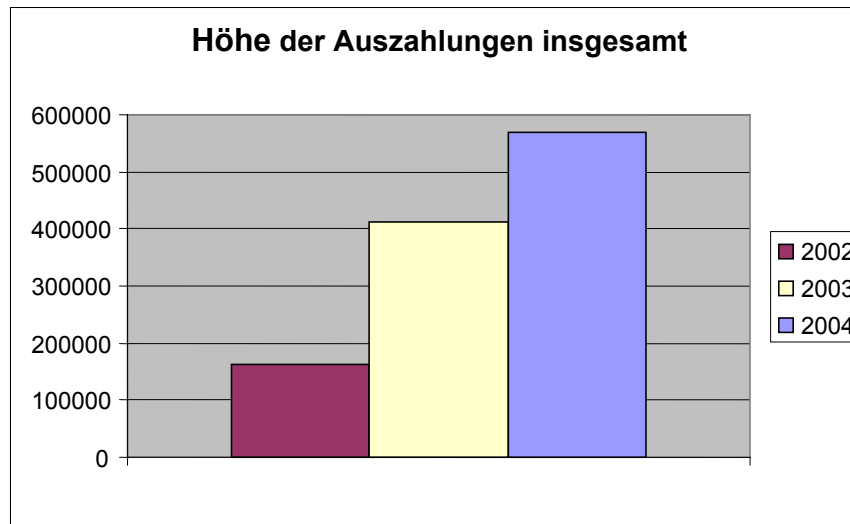
Die nachstehende Grafik schildert den Weg der € 0,73, die von jedem Patienten und jeder Patientin pro Krankenhausaufenthaltstag bezahlt werden, bis sie in einem allfälligen Schadensfall zur Auszahlung kommen.



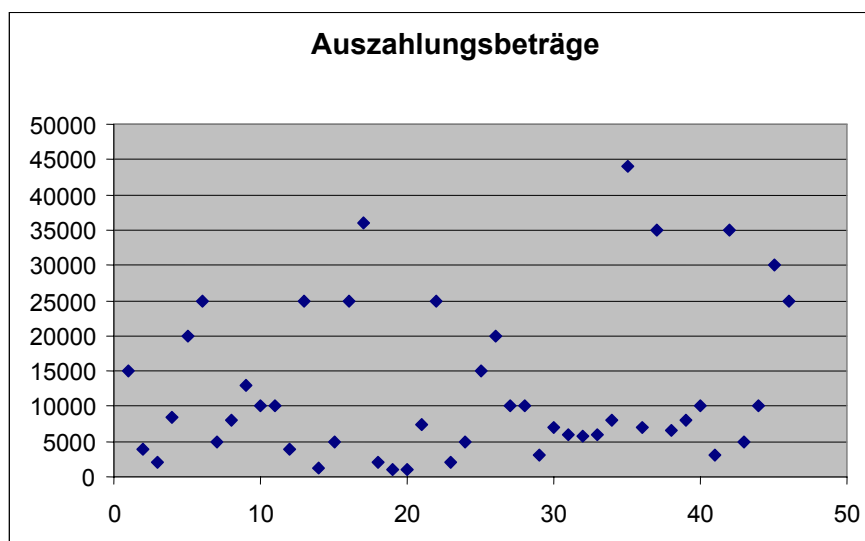
Gleichzeitig mit anderen Selbstbehalten, die im NÖ KAG geregelt sind (z.B. Kostenbeitrag), werden € 0.73 pro Tag von den PatientInnen eingehoben; dies aber für nicht mehr als 28 Tage im Jahr und nicht von sozial bedürftigen Menschen (z.B. Rezeptgebührenbefreiung).

Diese Beträge werden von den Krankenanstalten dem NÖGUS/ Gesundheit überwiesen, dort gesammelt und weiter an die Patienten- und Pflegeanwaltschaft überwiesen. Der NÖGUS überprüft die überwiesenen Beträge jährlich auf ihre Vollständigkeit.

2. Die Höhe der Auszahlungen aus dem Fonds

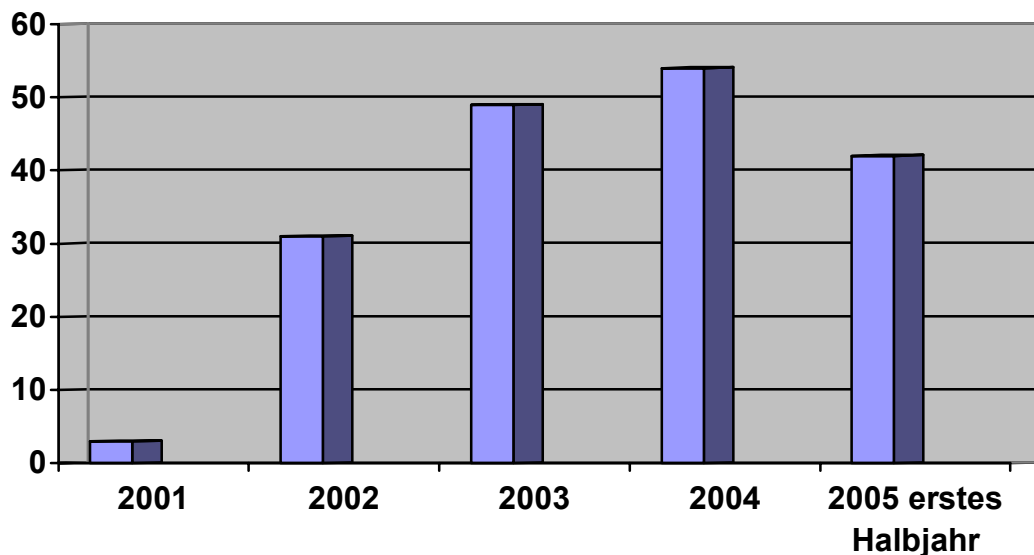


Die Entschädigungsleistung des Fonds betrug im Jahr 2004 insgesamt € 569 500,- (2003: € 412 136,41; 2002: € 161.500,-).



Der höchste Auszahlungsbetrag im Jahr 2004 betrug € 44 000,-, in acht von den 54 Fällen erfolgte keine Auszahlung. Der durchschnittliche Auszahlungsbetrag lag bei € 10 546,-.

5. Anzahl der Geschäftsfälle pro Jahr; Vergleich 2001 –2005



Im Jahr 2004 wurden 54 Fälle an den Fonds herangetragen. Vergleicht man dies mit 2003, in dem 49 Fälle behandelt worden waren, liegt somit eine Steigerung von etwa 10 Prozent vor.

Auffallend ist, dass im ersten Halbjahr 2005 bereits 42 Fälle bearbeitet worden sind. Das bedeutet gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres eine Steigerung von 55% und lässt einen weiteren massiven Aufwärtstrend erwarten.

VI. Ausblicke

Wie schon in den Jahren davor war es auch 2004 zentrales Anliegen, die Bekanntheit des NÖ Patienten-Entschädigungsfonds zu steigern, um möglichst vielen Betroffenen den Zugang zu einer Schadensabgeltung zu ermöglichen.

Üblicherweise wenden sich PatientInnen an den Fonds, nachdem zuerst eine Eingabe bei der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft gemacht worden ist. Wir arbeiten aber darauf hin, dass sich PatientInnen nunmehr vermehrt auch über Anraten der behandelnden ÄrztInnen an den Fonds wenden. Zu diesem Zweck wurden Ende des Jahres bestimmte Abteilungen der NÖ Krankenanstalten aktiv von der Entschädigungsmöglichkeit durch den Fonds informiert.

Wie oben unter Punkt III. 6. dargestellt, kommt ein wesentlicher Anteil der durch die Entschädigungskommission behandelten Fälle aus den Fachbereichen Chirurgie, Interne, Unfallchirurgie, Gynäkologie und Orthopädie. Diese Abteilungen haben die genannte Information und das Ersuchen um Mithilfe erhalten. Das Wissen um die Kriterien der Zuerkennung und die rechtlichen Grundlagen soll es den handelnden Personen ermöglichen, zur Entschädigung geeignete Fälle zu erkennen und die PatientInnen in diese Richtung aktiv zu beraten.

Im Jahr 2004 wurden sieben Fälle über Anraten bzw. auf Initiative des Krankenhauses eingebracht, im ersten Halbjahr 2005 waren es lediglich zwei. Es wird also wesentliche Aufgabe auch für die kommenden Jahre bleiben, die Existenz des Entschädigungsfonds im Bewusstsein nicht nur der PatientInnen sondern auch der verantwortlichen Personen des Gesundheitspersonals zu verankern.

Dr. Gerald Bachinger
NÖ Patienten- und Pflegeanwalt
Geschäftsführer des
NÖ Patienten-Entschädigungsfonds