

Schadensfälle KAGes

GZ: LRH 10 K 3/2006-41

INHALTSVERZEICHNIS

1. PRÜFUNGSGEGENSTAND	4
2. GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER PATIENTENRECHTE	7
2.1 BEHANDLUNGSVERTRAG.....	11
3. ORGANISATION DER KAGES	15
4. ABWICKLUNG VON SCHADENSFÄLLEN	19
4.1 GRUNDSÄTZLICHES	19
4.1.1 Schnittstellen der Schadensabwicklung	22
4.2 SCHADENSABWICKLUNG IM ENGEREN SINN	26
4.2.1 Anzahl der Schadensfälle	27
4.2.2 Wertgrenzen	31
4.2.3 Nichtversicherungsprinzip.....	32
4.2.4 Ablauforganisation	34
4.2.5 Personenschaden (vermuteter Behandlungsfehler)	37
4.2.6 Abwicklung eines Personenschadens	40
4.2.7 Sachschaden	50
4.2.8 Abwicklung eines Sachschadens	50
4.2.9 Aktenbearbeitung der Schadensfälle.....	55
4.3 SCHADENSABWICKLUNG IM WEITEREN SINN.....	57
4.3.1 Auswahl und Bestellung der Gutachter	57
4.3.2 Dienstvorschriften hinsichtlich Archivierung und Dokumentation von Schadens- und Schlichtungsfällen.....	63
4.3.3 Kontrolle und Interne Revision.....	66
4.4 ÄRZTLICHE ANZEIGE- UND MELDEPFLICHT	70
4.4.1 Disziplinäre Verantwortung.....	73
4.5 ABWICKLUNG DER SCHLICHTUNGSFÄLLE BEI DER KAGES	84
4.5.1 Verfahrensdauer	95
4.5.2 Bearbeitung der Schlichtungsfälle	99
5. RISIKOMANAGEMENT	104
5.1 FEHLERMELDESYSTEME IN DER KAGES	105
5.2 PATIENTENAUFKLÄRUNG UND -FEEDBACK	106
5.3 SCHNITTSTELLE RISIKO- UND QUALITÄTSMANAGEMENT	107
6. PATIENTENINFORMATION	109
7. HAFTUNG DER KAGES NACH DER VERBANDSVERANTWORTLICHKEIT ...	115
8. BUNDESLÄNDERVERGLEICH	118
8.1 VERGLEICH ANZAHL DER PATIENTEN U. SCHADENSFÄLLE	121
9. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	123

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
ÄrzteG	Ärztegesetz
BDG	Beamten-Dienstrechtsgesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
E-Mail	Elektronisches Mail
Ges.m.b.H .	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KALG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 1999
L-DBR	Landesdienst- und -besoldungsrecht
LGBl.	Landesgesetzblatt
LKH	Landeskrankenhaus
LRH-VG	Landesrechnungshof-Verfassungsgesetz
ON	Österreichisches Normungsinstitut
PEK	Patienten-Entschädigungskommission
PPO	Patienten- und Pflegeombudschaft
RA	Rechtsabteilung
Stmk.	Steiermärkisch
StPO	Strafprozessordnung
USt	Umsatzsteuer
VbVG	Verbandsverantwortlichkeitsgesetz

1. PRÜFUNGSGEGENSTAND

Der Steiermärkische Landtag beauftragte mit Beschluss vom 4. April 2006 den Landesrechnungshof, die **Abwicklung von Schadensfällen durch die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes)** zu prüfen.

Prüfungsgegenstand ist laut Beschluss des Steiermärkischen Landtages die Prüfung der Abwicklung von Schadensfällen durch die KAGes (insbesondere auch die Zweckmäßigkeit der Dienstvorschriften und die Zeitabläufe) und ein Vergleich mit Modellen in anderen Bundesländern.

Als **Prüfzeitraum** wählte der Landesrechnungshof die Jahre 2001 bis 2006.

Zuständige politische Referenten im Berichtszeitraum waren Herr Landesrat Günter Dörflinger bis 7. April 2003 und vom 8. April 2003 bis 24. Oktober 2005 Herr Landesrat Mag. Wolfgang Erlitz. Seit 25. Oktober 2005 ist Herr Landesrat Mag. Helmut Hirt für diesen Bereich verantwortlich.

Die **Prüfungszuständigkeit** des Landesrechnungshofes ist gemäß § 3 Abs. 1 LRH-VG gegeben.

Demnach obliegt dem Landesrechnungshof die Kontrolle der Gebarung von Unternehmungen, an denen das Land mit mindestens 25 Prozent des Stamm-, Grund- oder Eigenkapitals beteiligt ist, und von Unternehmungen, die das Land betreibt.

Das Land Steiermark ist mit einer Beteiligung von 100 Prozent Alleingesellschafter der KAGes.

Der Begriff der Gebarung umfasst nicht nur den Umgang mit finanziellen Mitteln, sondern jedes Verhalten (Handeln oder Unterlassen), das finanzielle Auswirkungen hat. Darunter fällt auch die Abwicklung von Schadensfällen, die

einen Personalaufwand darstellt und aufgrund der Schadenersatzforderungen auch finanzielle Aufwendungen mit sich bringt.

Die Gebarung hat rechnerisch richtig, sparsam, wirtschaftlich und zweckmäßig zu erfolgen und mit den bestehenden Vorschriften übereinzustimmen.

Dem Landesrechnungshof obliegt es u.a. auch, aus Anlass seiner Prüfungen Vorschläge für eine Beseitigung von Mängeln zu erstatten.

Grundlage der Prüfung waren die Auskünfte und vorgelegten Unterlagen der Rechtsabteilung (RA) der KAGes, deren Vollständigkeit der Vorstand der KAGes am 7. Februar 2007 bestätigte, jene der Patienten- und Pflegeombudschafft (PPO), der Schlichtungsstelle, des Gesundheitsfonds, der Steiermärkischen Ordensspitäler, des Patientenentschädigungsfonds sowie eigene Recherchen und Wahrnehmungen des Landesrechnungshofes vor Ort. Die Auskünfte der Patientenvertretungen in den einzelnen Bundesländern und des Wiener Krankenanstaltenverbundes bildeten die Grundlage für den Bundesländervergleich.

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und einfachen Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform gewählt und gelten gleichermaßen für Frauen und Männer.

Innerhalb der im § 28 Abs. 1 LRH-VG festgelegten Dreimonatsfrist sind nachstehende Stellungnahmen eingelangt:

Stellungnahme des Herrn Landesfinanzreferenten Landesrat Dr. Christian Buchmann:

Der gegenständliche Prüfbericht obigen Betreffs wird zur Kenntnis genommen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Im Folgenden darf ich Ihnen die Stellungnahme der Steiermärkischen Krankenanstalten GesmbH sowie der Fachabteilung 8A Sanitätsrecht und Krankenanstalten zum obgenannten Betreff zur Kenntnis bringen.

Diese Stellungnahmen sind vollinhaltlich in den jeweiligen Berichtsabschnitten eingearbeitet.

2. GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER PATIENTENRECHTE

Gesetzlich normierte Rechte begrenzen zum Schutz des Patienten die Privatautonomie des „Behandlungsvertrages“, der zwischen dem Patienten und dem Rechtsträger der jeweiligen Krankenanstalt abgeschlossen wird. Auch so genannte „Qualitätskriterien“ beinhalten Vorgaben zum Wohle des Patienten mit dem Ziel der Schadens- und Risikominimierung.

Die Einrichtungen Patientenvertretung, Patientenentschädigungsfonds und Schlichtungsstelle sollen einen Ausgleich bei Benachteiligungen schaffen.

Folgende Rechtsgrundlagen stellen dies sicher:

- Die Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (**Patientencharta**), BGBl. I 153/2002, geschlossen zwischen dem Bund und dem Land Steiermark gemäß Art. 15a Bundesverfassungsgesetz. Sie ist mit 1. Oktober 2002 in Kraft getreten und beinhaltet im Wesentlichen das Recht auf Behandlung und Pflege, das Recht auf Achtung der Würde und Integrität, das Recht auf Selbstbestimmung und Information, das Recht auf Dokumentation, besondere Bestimmungen für Kinder, das Recht auf die Vertretung von Patienteninteressen sowie das Recht auf Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen.
- Bundesgesetz zur **Qualität von Gesundheitsleistungen**, BGBl. I Nr. 179/2004, zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitssystem. Darin sind allgemeine Leitlinien vorgegeben, die auch Maßnahmen für Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit vorsehen. An der Ausgestaltung dieser Leitlinien in Form von Verordnungen wird derzeit im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen gearbeitet¹.

¹ www.bmgf.gv.at

- Das **Steiermärkische Krankenanstaltengesetz 1999** - KALG, LGBl. Nr. 66/1999, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 145/2006, ist das Ausführungsgesetz zum KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957. Es regelt in § 6a die Patientenrechte. Dazu gehört das Recht auf Aufklärung und Information über Behandlungsmöglichkeiten, das Recht auf Namhaftmachung einer Person oder einer Stelle, die für Informationen, Anregungen und Beschwerden zur Verfügung steht, das Recht auf rücksichtsvolle Behandlung, das Recht auf medizinische Information etc.

In § 11d KALG werden die Träger von Krankenanstalten verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem vorzusehen. Die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen soll durch eine Qualitätsmanagementkommission erfolgen.

Ebenso trifft das KALG auch Regelungen hinsichtlich der Verschwiegenheitspflicht, der Führung von Krankengeschichten sowie einer namhaft gemachten Person oder Stelle zwecks Einbringung von Informationen, Anregungen oder Beschwerden.

- Aufgrund einer Novelle zum KAKuG im Jahr 2001 beschloss der Steiermärkische Landtag das **Gesetz über die Patientenentschädigung**, LGBl. Nr. 113/2002, welches am 5. Dezember 2002 kundgemacht und rückwirkend mit 1. Jänner 2001 in Kraft getreten ist. Damit wurde ein Patientenentschädigungsfonds eingerichtet, der jene Schadensfälle abdecken soll, die durch die Behandlung in steirischen Fondskrankenanstalten ab dem 1. Jänner 2001 entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers **nicht eindeutig** gegeben ist. Ein Schadensfall kann z.B. durch eine Fehlbehandlung oder eine unzureichende Aufklärung der behandelnden Ärzte bzw. des Pflegepersonals eingetreten sein. Ein Kostenbeitrag für die Patientenentschädigung ist in § 76a Abs. 1 KALG bei einem Aufenthalt in den Fondskrankenanstalten geregelt.

Die jüngst dazu ergangene Novelle (LBGI. Nr. 146/2006, seit 1. Jänner 2007 in Kraft getreten) berechtigt nunmehr auch Patienten der öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenanstalten durch Einhebung eines Kostenbeitrages bei Vorliegen der oben angeführten Voraussetzungen eine Entschädigungsleistung zu erhalten. Zusätzlich wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten von jenen Patienten der Allgemeinen Gebührenklasse auf jene der Sonderklasse erweitert.²

- Mit 1. Jänner 2006 trat das **Steiermärkische Gesundheitsfonds-Gesetz 2006** in Kraft. Grundlage für dieses Gesetz ist die Vereinbarung nach Art. 15a des Bundesverfassungsgesetzes über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.
- Das Gesetz vom 13. Mai 2003 über die **Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung**, LBGI. Nr. 66/2003, sieht zur Wahrung und Sicherung der Rechte und Interessen der Patienten von Krankenanstalten und Pflegeheimen eine Patienten- und Pflegevertretung vor. Bereits mit Gesetz vom 10. November **1992**, LBGI. Nr. 12/1993, wurde eine Patientenombudschaft für Krankenanstalten eingerichtet.
- Die **Vereinbarung** zwischen der **Ärztammer** für Steiermark und der **KAGes** aus dem Jahre **1987**, zuletzt neu verfasst im Jahre 2003, regelt die Einrichtung einer Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Bereinigung von Schadenersatzansprüchen von Patienten der Krankenanstalten in der Steiermark, deren Rechtsträger die KAGes ist, sowie von sonstigen Anspruchsberechtigten und das Verfahren vor der Schlichtungsstelle.
- Vereinzelt finden sich auch Patientenrechte im Bundesgesetz über **Patientenverfügungen**, welches mit 1. Juni **2006** in Kraft getreten ist,

² aus den Erläuterungen zur Regierungsvorlage Einlaufzahl 613/1

weitere im Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker (Unterbringungsgesetz), BGBl. Nr. 150/1990, worin es vorwiegend um den Persönlichkeitsschutz psychisch kranker Menschen geht. Darüber hinaus sind andere gesetzliche Nebenmaterien im Anlassfall heranzuziehen.

- Im **Ärztegesetz 1998** (§ 58a) sind zwecks Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen Vorschriften hinsichtlich der Verjährungsfrist normiert.
- Kapitalgesellschaften, wie die KAGes, unterliegen seit 1. Jänner **2006** der strafrechtlichen Verantwortung aus dem **Verbandsverantwortlichkeitsgesetz (VbVG)**.

Die Absicht des Gesetzgebers besteht jedenfalls darin, dem Patienten zu mehr Recht und Sicherheit und gegebenenfalls auch zu einer angemessenen Abgeltung von erlittenen Schäden zu verhelfen.

Die daraus resultierenden **Patientenrechte** umfassen im Wesentlichen:

- Recht auf Aufklärung über die Behandlung
- Recht auf eine entsprechend dem „Stand der Wissenschaft“ durchgeführte Behandlung und Pflege
- bestmögliche Schmerzbehandlung
- Recht auf umfassende und sorgfältige Dokumentation der Krankengeschichte
- ärztliche Schweigepflicht
- Recht auf Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen

Speziell im Krankenhaus:

- Recht auf Zustimmung zur Behandlung oder Verweigerung der Behandlung
- Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte

- Recht auf Anfertigung von Abschriften aus der Untersuchungs- und Behandlungsdokumentation
- Schutz von personenbezogenen Daten
- Recht auf Patientenverfügung

Die oben angeführte Aufzählung ist demonstrativ. Einzelne Rechte können auch eingeschränkt werden, wie z.B. das Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte, wenn es im Wohl des Patienten liegt. Diese Rechte waren lange Zeit zersplittert in einer Vielzahl von Gesetzen geregelt. Die am 1. Oktober 2002 in Kraft getretene Patientencharta soll losgelöst von der Kompetenzlage eine vollständige und übersichtliche Zusammenfassung aller bisher vorhandenen und neu hinzugekommenen Patientenrechte geben.

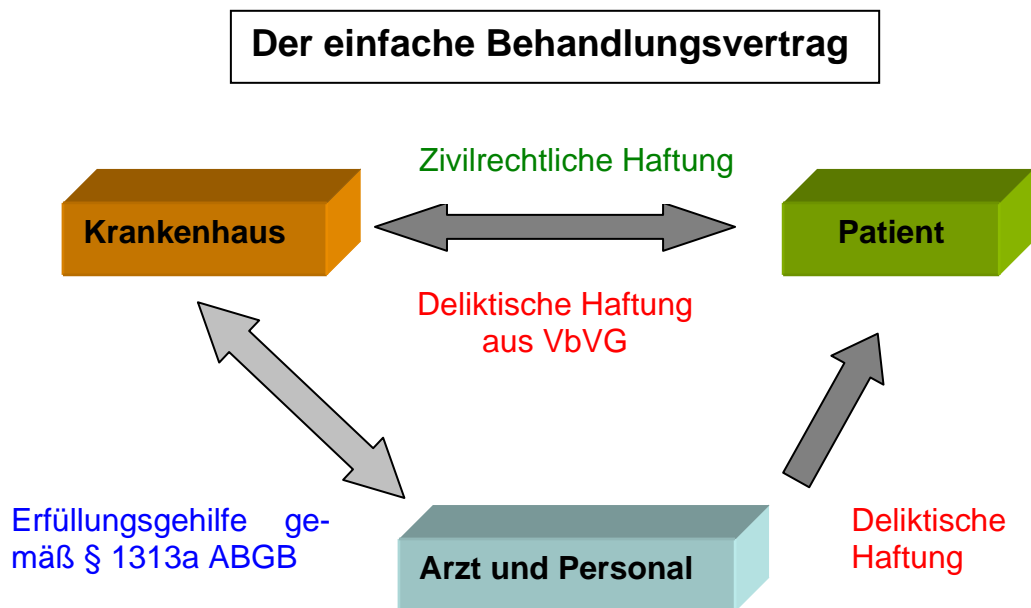
2.1 Behandlungsvertrag

Der Patient schließt einen Behandlungsvertrag mit der jeweiligen Krankenanstalt ab. Im Falle des Eintretens eines Behandlungsfehlers hat er ein Recht auf Schadenersatz.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Der Patient schließt den Behandlungsvertrag formal nicht mit der jeweiligen Krankenanstalt, sondern mit dem Rechtsträger, nämlich der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft mbH, ab. Die einzelnen Krankenanstalten haben keine eigene Rechtspersönlichkeit. Es heißt zutreffend sodann auf Seite 11, 3. Zeile (Seite 12, 3. Zeile [Anm.: aktualisierte Seitenzahl]) „Eine vertragliche Beziehung besteht nur zwischen dem Patienten und dem Rechtsträger.“

Gegenüber dem Patienten handelt die KAGes daher hinsichtlich der Schadensabwicklung nach außen privatrechtlich nach dem Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch (ABGB) aufgrund des zustande gekommenen Behandlungsvertrages.



Der Abschluss des Behandlungsvertrages kann mündlich oder schriftlich, ausdrücklich oder konkludent (Patient wird eingeliefert und aufgenommen) entstehen. Eine vertragliche Beziehung besteht nur zwischen dem Patienten und dem Rechtsträger. Die Ärzte und das gesamte Personal werden als Erfüllungsgehilfen des Anstaltsträgers tätig. Zwischen den Ärzten und dem gesamten Personal besteht keine Vertragsbeziehung zum Patienten.

Aufgrund des Behandlungsvertrages schuldet die Krankenanstalt eine sachgemäße Heilbehandlung, Unterkunft und volle Anstaltspflege; jedoch keinen Heilerfolg. Der Anstaltsträger haftet seinen Patienten gegenüber aus dem Behandlungsvertrag für Schäden, die vom ärztlichen und nichtärztlichen Krankenhauspersonal verursacht werden. Man spricht auch von der „vertraglichen Haftung“. Daneben liegen dem Behandlungsvertrag auch Schutz- und Sorgfaltspflichten zugrunde, wie z.B. die entsprechende Aufklärung über Behandlungsmethoden und deren Risiken, die Achtung der Patientenrechte.

Die Ärzte und das Personal haften dem Patienten gegenüber (allenfalls neben dem Rechtsträger nach dem VbVG) deliktisch. In diesem Fall muss der Patient das zumindest leicht schuldhafteste Verhalten des Arztes beweisen. Ganz allgemein ist die Haftung aus dem Vertrag für den Patienten günstiger, da es in einigen Fällen auch zu einer Beweislastumkehr gemäß § 1298 ABGB kommen kann, z.B. bei mangelnder oder fehlender Aufklärung. Hier muss der Rechtsträger dem Patienten gegenüber beweisen, dass dieser bei ordnungsgemäß erfolgter Aufklärung in die Behandlung eingewilligt hätte.

Der Begriff „Behandlungsfehler“ im engeren Sinn umfasst ärztliches Verhalten im Rahmen der medizinischen Behandlung, das ungewollt zur Schädigung der Gesundheit des Patienten führt, und zwar körperlich und/oder psychisch.

Im weiteren Sinn umfasst dieser Begriff auch Fehler bei der Aufklärung von Patienten, Konsultationsfehler, das Verletzen von Organisationspflichten samt fehlerhafter Apparateüberwachung etc³.

Die KAGes hat einen eigenen schriftlich abgefassten „Allgemeinen Medizinischen Behandlungsvertrag“ entworfen, der ab Jänner 2005 verpflichtend eingeführt wurde. Da es jedoch an der Akzeptanz seitens der Patienten und auch der einzelnen Krankenhäuser vielerorts mangelte, wurde der verpflichtende Abschluss dieses Vertrages wieder zurückgenommen.

Dazu merkt der Landesrechnungshof an, dass die vom Patienten im Behandlungsvertrag abgegebenen Zustimmungserklärungen eine Einwilligung in höchstpersönliche Rechte darstellen. Gemäß § 869 ABGB muss die Einwilligung in einen Vertrag frei, ernstlich, bestimmt und verständlich erklärt werden. Vor allem hinsichtlich der Weitergabe von sensiblen Daten bedarf es einer genauen Prüfung. Keinesfalls darf eine solche vertragliche Zustimmung erzwungen werden. Die Unterfertigung eines solchen „Behandlungsvertrages“ darf nur auf freiwilliger Basis erfolgen.

³ Online Lehrbuch Zivilrecht, Dr. Heinz Barta, u.a., Universität Innsbruck

Unabhängig von einem etwaigen schriftlich abgefassten Behandlungsvertrag ist die KAGes gemäß § 30 Abs. 1 KALG 1999 verpflichtet, jeder Person die unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe zu gewähren (= Kontrahierungszwang in öffentlichen Krankenanstalten).

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die KAGes hat den allgemeinen Behandlungsvertrag auf freiwilliger Basis nur für den stationären Bereich eingeführt. Gerade hier wurde versucht den Behandlungsvertrag aus Gründen der Transparenz einzuführen, wo auch die wechselseitigen Rechte und Pflichten dargestellt und dokumentiert werden, dies selbstverständlich auf freiwilliger Basis.

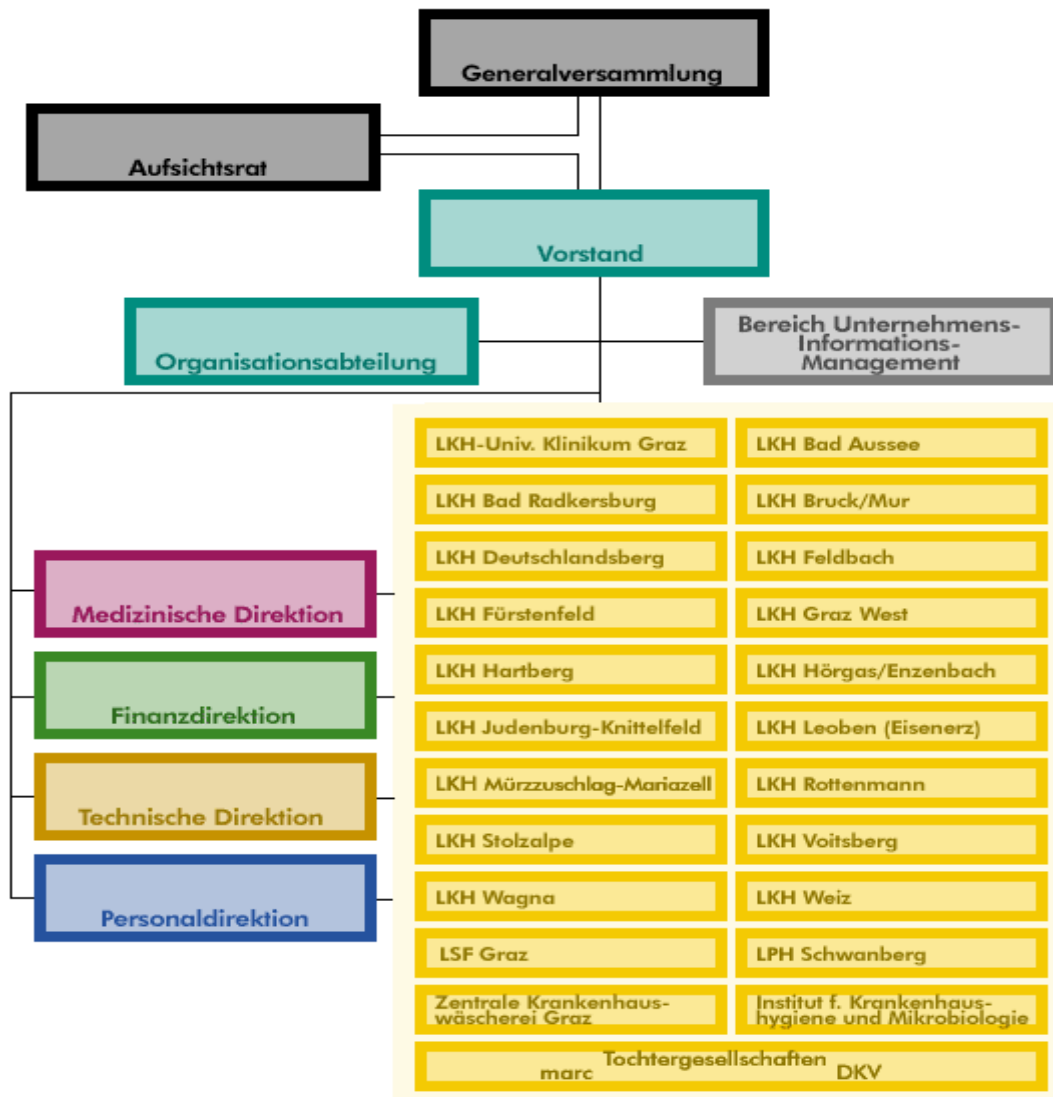
Replik des Landesrechnungshofes:

Aus einer dem LRH vorliegenden Arbeitsunterlage geht hervor, dass der Vorstand in seiner Sitzung vom 29. März 2004 beschlossen hat, den „Allgemeinen medizinischen Behandlungsvertrag“ ab 01. Jänner 2005 verpflichtend für alle stationären Patienten einzusetzen.

3. ORGANISATION DER KAGES

Die KAGes wurde im Jahr 1985 gegründet und umfasst die aus der Landesverwaltung ausgegliederten Landeskrankenhäuser.

Organisationsschema



Quelle: www.kages.at/cms/ziel/136/DE

Die Schadensabwicklung erfolgt in der KAGes größtenteils zentral durch die Rechtsabteilung (RA), welche organisatorisch als eigene Abteilung der Personaldirektion zugeordnet ist:

P Personaldirektion	
	PfIZ Projekt "Pflegezentrum"
	EDI Projekt "EDV-gestützte Dienstplanung"
SZ	Seminarzentrum
P/abV	Abteilungsübergreifende besondere Verwendung
PE&OE	Personal- und Organisationsentwicklung
CCP	EDV-Kompetenzzentrum der Personaldirektion
P1 Personalabteilung, Personalamt	
	P1-a Controlling - Schwerpunkt Personaladministration
	P1-b Bereichsübergreifende besondere Verwendung - Personaladministration
	P1-1 Personaladministration (Schwerpunkt Ärzte), Arbeits- und Dienstrecht, Reisekosten
	P1-2 Personaladministration (Schwerpunkt SII, SIII, SIV), Nebengebühren, Sozialangeleg.
	P1-KzI Kanzlei
P2 Personal-Planung /-Budget /-Controlling	
	P/LKH 2000 Personalfolgekostenrechnung
P3 Abteilung Pflege	
P4 Rechtsabteilung	
	P4/1 Einbringung u. Versicherungsangelegenheiten (P4/1)
P5 Allgem. Verwaltung und Hausverwaltung	
	P5/1
	P5/2

Quelle: www.kages.at/cms/ziel/

Das **Aufgabengebiet** der RA umfasst folgende Bereiche:

- Risiko- und Krisenmanagement
- zentrales Schadensmanagement
- Regelung der Abläufe des Schadensmanagements
- Erstellung von Richtlinien
- Verantwortung für die Steuerung der Behördenverfahren
- Steuerung aller Gerichtsverfahren
- Vertretung der KAGes in Verwaltungsverfahren (Verwaltungsstrafverfahren)
- Bearbeitung von Strafverfahren sowie von Haftungs- und Schadensfällen außerhalb des medizinischen Bereiches
- gerichtliche und außergerichtliche Erledigung von Einbringungsmaßnahmen
- Rechtsberatung für Führungskräfte und Mitarbeiter
- Lösung von allgemeinen Rechtsfragen
- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen

Nach einer Aufstockung sind seit August 2005 in der RA neben dem Leiter drei sachbearbeitende Juristen beschäftigt. Zuvor waren es nur zwei. Zu Beginn des Jahres 2005 hat außerdem ein Mitarbeiterwechsel stattgefunden.

Für die Bearbeitung der Schadensfälle und der Schlichtungsakten werden laut Angabe der RA zum Prüfzeitpunkt 52 Stunden pro Woche seitens aller drei sachbearbeitenden Juristen in der RA aufgewendet; der Verwaltungsaufwand für die Schlichtungsakten habe sich massiv erhöht. Die RA führt das auf die vermehrten Verfahren, aber auch auf die Erhöhung der Anzahl der einzuholenden Gutachten je Schlichtungsfall und die Notwendigkeit externe Gutachter zu beauftragen zurück.

Monatlich werden von der RA durchschnittlich 180 Posteingänge bearbeitet, wobei jene für die Schlichtungsstelle, für allgemeine Rechtsangelegenheiten, im Speziellen für Technik und Finanzen sowie Vergabe- und Verdingungswesen und des Einbringungsreferates nicht mit eingerechnet sind. Zusätzlich hat jeder Jurist im Schnitt monatlich 40 elektronische Mails, die Anfragen um Rechtsauskünfte beinhalten, ergänzend zu den telefonischen Rechtsauskünften zu bearbeiten. Die Tendenz der Anfragen und Eingänge sei steigend.

4. ABWICKLUNG VON SCHADENSFÄLLEN

4.1 Grundsätzliches

Für die Erlangung von Schadenersatz müssen vier Voraussetzungen vorliegen:

- Vorliegen eines Schadens
- Kausalität (Verursachung des Schadens durch den Schädiger)
- Verschulden
- Rechtswidrigkeit des Handelns oder Unterlassens des Schädigers

Dem Patienten einer Krankenanstalt der KAGes stehen für die **Erlangung von Schadenersatz** folgende Wege offen:

Gerichtlich:

- Klage bei Gericht (Zivilrechtsweg)

Außergerichtlich:

- **Abwicklung des Schadensfalles durch die KAGes-RA**

Der Patient kann sich mit seinem Schadenersatzbegehren an die RA der KAGes wenden. Diese holt ein Gutachten ein und prüft, ob eine Haftungsgrundlage gegeben ist.

- **Schlichtungsverfahren**

Der Patient kann einen Antrag auf Eröffnung eines Schlichtungsverfahrens bei der Gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark und der KAGes einbringen.

- **Patientenentschädigungsfonds**

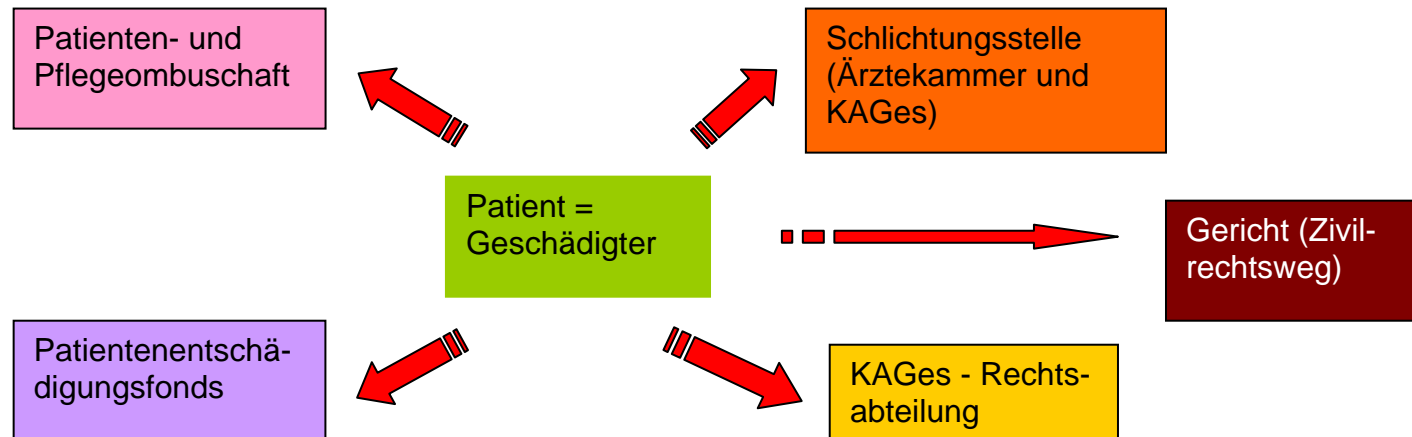
Der Patient wendet sich an den Patientenentschädigungsfonds. Dieser Fonds zahlt dann eine Entschädigung aus, wenn eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist; sprich: ein Verschulden nicht nachweisbar ist.

Wahrung und Sicherung der Patientenrechte:

- ***Patientenombudschaft (PPO)***

Sie berät den Patienten, prüft sein Beschwerdevorbringen, klärt Mängel und Missstände auf und gibt Empfehlungen ab. Um einer effizienten, unabhängigen Aufgabenerfüllung nachkommen zu können, ist sie bei Ausübung ihrer Tätigkeit an keine Weisungen gebunden.

Möglichkeiten des Patienten zur Erlangung einer Entschädigung



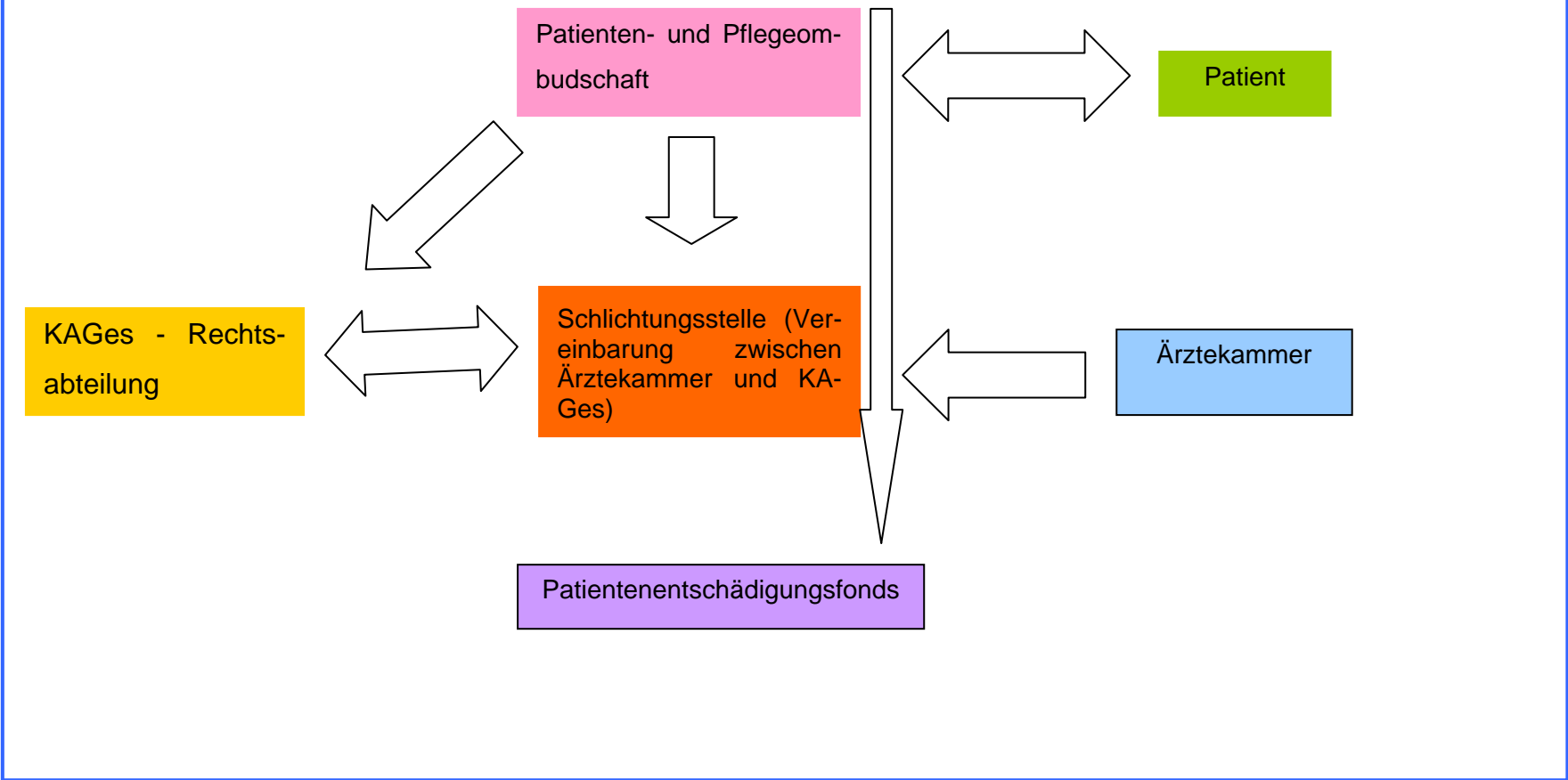
Die Abwicklung von Schadensfällen durch die KAGes umfasst die Bearbeitung all jener Schadensfälle, bei denen Patienten in einer Krankenanstalt der KAGes behandelt worden sind und dadurch einen Schaden erlitten haben. Da die KAGes einen wesentlichen Teil des administrativen Aufwandes für die Schlichtungsstelle bestreitet, wurde die Abhandlung dieser Fälle in die Prüfung mit einbezogen.

Die zuständige RA ist die Schnittstelle zwischen Geschädigtem, Schlichtungsstelle und PPO für sämtliche Anfragen sowie die Einholung von Krankengeschichten, Gutachten und ärztlichen Stellungnahmen.

4.1.1 Schnittstellen der Schadensabwicklung

In nachstehendem Diagramm sind die Schnittstellen der einzelnen Einrichtungen zueinander dargestellt:

Schnittstellen zwischen den Einrichtungen für die Schadensabwicklung



Die RA der KAGes leitet Schadensmeldungen an die Schlichtungsstelle als gemeinsame Einrichtung zwischen der KAGes und der Ärztekammer für Steiermark zur Durchführung eines Schlichtungsverfahrens weiter. Ausgenommen davon sind jene Schadensfälle, welche seitens der KAGes selbst abgewickelt werden.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Rechtsabteilung der KAGes leitet an die Schlichtungsstelle nicht die Schadensmeldungen weiter, sondern kann nur Anträge der KAGes an die Schlichtungsstelle zur Durchführung eines Schlichtungsverfahrens weiterleiten. Auch die PatientInnen- und Pflegeombudschaft stellt Anträge an die Schlichtungsstelle.

Replik des Landesrechnungshofes:

Auf Wunsch des Patienten werden seitens der Rechtsabteilung der KAGes der gesamte Vorakt mitsamt dem Beschwerdeschreiben des Patienten, zumeist unter Anschluss ärztlicher Stellungnahmen und der Krankengeschichte bzw. einer allfälligen internen Schadensmeldung mit der „Bitte um Einleitung eines Schlichtungsverfahrens“ an die Gemeinsame Schlichtungsstelle übermittelt. Dies ist eine Art „Service-Leistung“ seitens der KAGes, da der Patient sich ansonsten selbst an die Schlichtungsstelle wenden müsste. Die KAGes selbst stellt keine Anträge zur Durchführung eines Schlichtungsverfahrens bei der Schlichtungsstelle – dies bleibt dem Patienten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter überlassen.

Die Schlichtungsstelle wiederum beauftragt die RA der KAGes mit der Einholung von Krankengeschichten, ärztlichen Stellungnahmen und ärztlichen Gutachten zum jeweiligen Schlichtungsfall.

Die PPO des Landes Steiermark vertritt die Patienten in den Verfahren vor der Schlichtungsstelle. Weiters hält die PPO direkt mit der RA Kontakt, informiert die Patienten über wichtige Verfahrensabschnitte und bietet Hilfestellung bei Vergleichsangeboten seitens der KAGes. Die PPO hat vorderhand beratende

und begleitende Funktion. Sofern im Einzelfall zutreffend, verweist die PPO die Patienten an den Patientenentschädigungsfonds.

Der Patientenentschädigungsfonds führt mit der Schlichtungsstelle und der KAGes, soweit es für die Bearbeitung der dort anhängigen Fälle erforderlich ist, einen Informationsaustausch.

Im Vordergrund dieser Prüfung stand die Zweckmäßigkeit der Dienstvorschriften und die Betrachtung der jeweiligen Zeitabläufe.

Der Landesrechnungshof hat aus dem Prüfzeitraum 2001 bis 2006 stichprobenweise mehr als 150 Schadensfälle gesichtet. Darunter waren sowohl reine Schadensmeldungen mit und ohne Geltendmachung eines Schadenersatzanspruches seitens der Patienten sowie Schlichtungsakten. In den einzelnen Kapiteln des Berichtes soll der praktische Umgang aufgrund der Dienstvorschriften zur Schadensabwicklung in der KAGes erläutert werden:

Die verbindliche Arbeitsunterlage „Vorstand Arbeitsunterlage 0010.0901 Schadensmanagement“ regelt Folgendes:

- Ablauforganisation
- Zuständigkeiten (Wertgrenzen)
- Abwicklung eines Personenschadens
- Abwicklung eines Sachschadens
- Archivierung und Dokumentation von Schadensfällen
- Evaluierung der Schadensfälle

Daneben gibt es noch weitere verbindliche Arbeitsunterlagen, wie z.B. zum Qualitätsmanagement oder zu den Dienstpflichten bei außergewöhnlichen Ereignissen am Arbeitsplatz sowie das Handbuch „Krisen bewältigen“, in welchem vor allem die Vorgangsweise hinsichtlich der ärztlichen Melde- und Anzeigepflicht beschrieben ist.

Die für die Organisation der Schadensabwicklung relevanten Dienstvorschriften wurden in die einzelnen Kapitel eingearbeitet.

4.2 Schadensabwicklung im engeren Sinn

Die KAGes leitet den Begriff „Schaden“ aus dem Zivilrecht ab und versteht darunter jeden vermögenswerten Nachteil, der dem Unternehmen oder anderen Personen entsteht.

Im Hinblick auf die **Schadensart** wird unterschieden nach:

- Personenschäden
- Sachschäden
- Vermögensschäden

Weiters wird die **Schadensursache** unterteilt, und zwar nach:

- Behandlungsfehler (alle Schäden an Patienten; auch hinsichtlich der Pflege)
- ärztliche Kunstfehler
- Organisationsverschulden
- Diebstahl, Schwund

Daneben gibt es auch eine Reihe von anderen Schadensursachen, wie z.B. Forderungsausfälle, Baumängel oder Elementarschäden. Diese sind jedoch für die gegenständliche Prüfung nicht relevant.

Die KAGes geht davon aus, dass ein Schadenersatz nur dann zusteht, wenn eine Haftungsgrundlage gegeben ist (vertragliche oder deliktische) und der Haftungsanspruch geltend gemacht wird. Voraussetzung dafür ist der ursächliche Zusammenhang zwischen Schaden und schädigendem Ereignis und das Vorliegen eines Verschuldens (zumindest Fahrlässigkeit).

Die KAGes unterscheidet bei Schadensfällen an Patienten zwischen Personen- und Sachschäden. Bei Personenschäden erfolgt die Schadensabwicklung immer zentral durch die RA der KAGes.

Für die Prüfung der Organisation der Schadensabwicklung ist die Bearbeitung der Schadensfälle und jener der Schlichtungsfälle maßgebend, da bei diesen direkt der Patient als Betroffener im Mittelpunkt steht.

4.2.1 Anzahl der Schadensfälle

Schadensfälle in den Jahren 2001 bis 2005:

Jahr	2001	2002	2003	2004	2005
Anzahl	273*	244*	162	149	163

* inkl. Sturzmeldungen

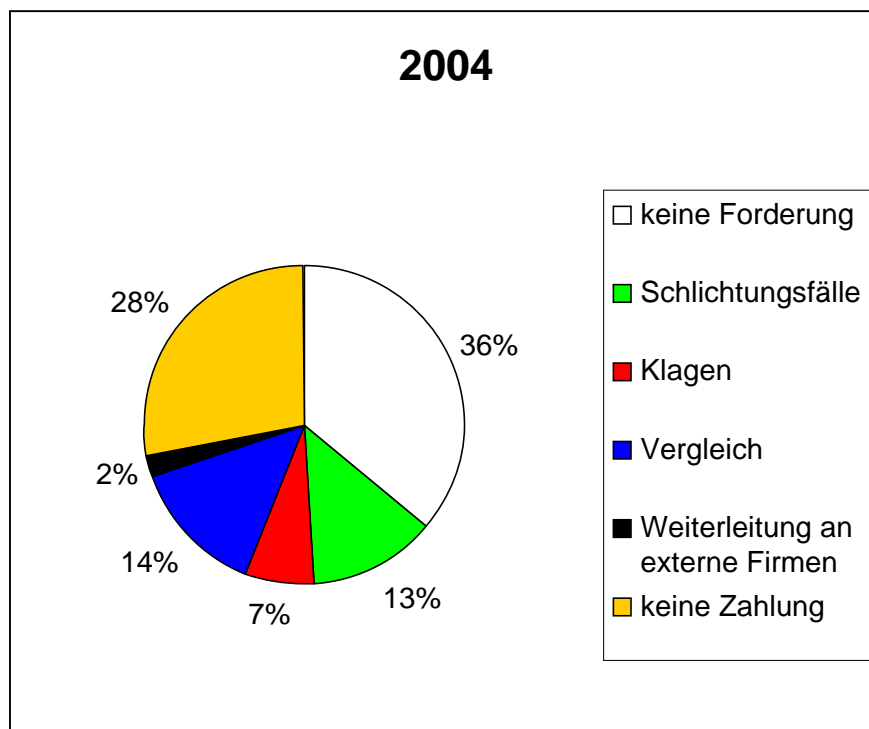
	2004	2005
Schadensmeldungen ohne finanzielle Forderung	55	65
Kein Verschulden erkennbar	41	52
Schlichtungsfälle	19	21
Vergleich	21	12
Klagen	10	13
Weiterleitung an externe Firmen	3	0
Insgesamt	149	163

Im Jahr 2004 langten insgesamt 149 Schadensmeldungen ein, davon waren 55 Meldungen reine interne Schadensmeldungen ohne finanzielle Forderung von Seiten der Patienten. Unter „interne Schadensmeldungen“ sind solche Schadensmeldungen zu verstehen, die seitens eines LKH oder einer klinischen Abteilung gemeldet werden, wovon der Patient aber noch keine Kenntnis hat. 19 Fälle wurden Schlichtungsfälle, 10 Fälle Klagen, 21 Fälle wurden mit den betroffenen Patienten verglichen und 3 Fälle wurden an externe Firmen weitergeleitet. Dabei handelt es sich um Schadensfälle, die durch mangelhafte Medizinprodukte verursacht worden sind. Gemäß § 1 Produkthaftungsgesetz haftet

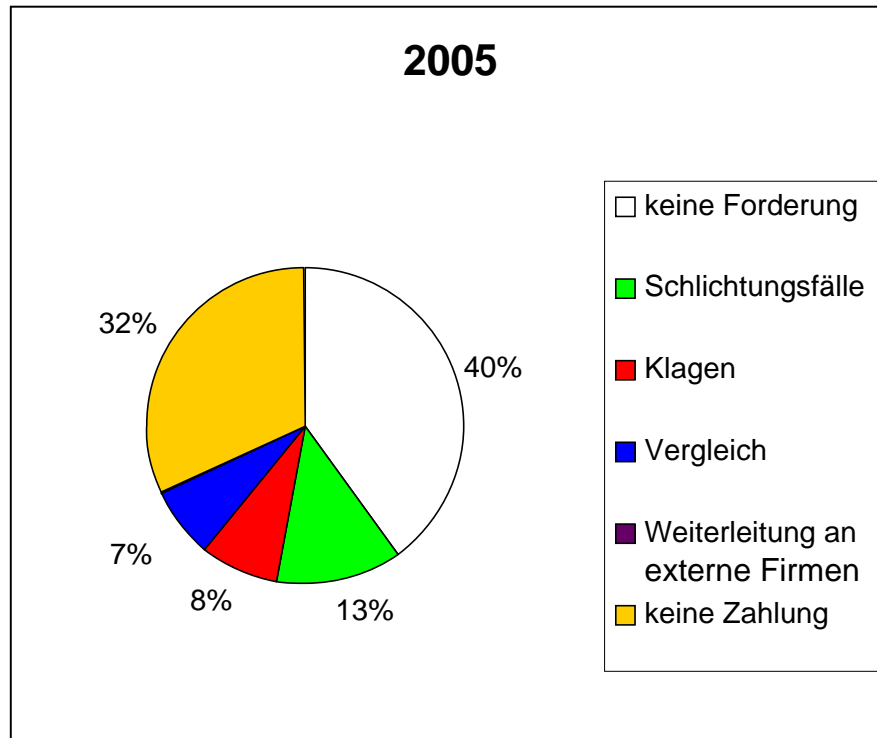
entweder der Hersteller bzw. der Produzent oder der Importeur des Produktes für Folgeschäden. Nur dann, wenn beide nicht feststellbar sind, haftet auch der Händler, Lieferant oder Verkäufer des Produktes. Letztgenannte haben daher lediglich eine „Benennungspflicht“. Die Weiterleitung der drei Fälle an die „externe Firmen“ erfolgte daher ordnungsgemäß.

In 41 Fällen konnte entweder kein Verschulden seitens der KAGes festgestellt werden oder diese Fälle wurden von den Patienten nicht mehr weiterverfolgt.

Im Jahr 2005 langten insgesamt 163 Schadensmeldungen ein, davon 65 Meldungen von internen Stellen (LKH, klinischen Abteilungen), wobei seitens des Patienten keine Schadenersatzforderung geltend gemacht worden ist. Aus den Gesamtmeldungen wurden 21 Fälle Schlichtungsfälle, 13 Fälle Klagen und 12 Fälle wurden mit den Betroffenen verglichen. In 52 Fällen erfolgte kein Vergleich mit den Patienten. Dies deswegen, da hier laut KAGes kein Verschulden erkennbar war oder die Schadensmeldung seitens des Patienten nicht weiterverfolgt wurde oder derzeit noch in Bearbeitung ist.



Im Jahr 2004 erfolgte in 28 % aller Schadensmeldungen keine Zahlung, in 36 % wurde keine Forderung geltend gemacht.



Im Jahr 2005 erfolgte in 32 % aller Schadensmeldungen keine Zahlung, in 40 % wurde keine Forderung geltend gemacht.

Vergleiche werden direkt mit der KAGes ohne Einbeziehung der Schlichtungsstelle abgeschlossen. Im Jahr 2004 wurden insgesamt € 37.998,-- seitens der KAGes aufgrund von Vergleichen ausbezahlt. Der höchste Einzelauszahlungsbetrag betrug € 14.500,--.

Im Jahr 2005 wurden € 25.242,69,-- ausbezahlt, wobei der höchste Einzelauszahlungsbetrag € 8.460,-- betrug.

Am 29. Jänner 2007 wurde seitens der RA der KAGes mitgeteilt, dass im Jahr 2006 insgesamt 65 Schadensfälle bearbeitet und Schadenersatzzahlungen in Höhe von insgesamt € 89.118,29 geleistet wurden.

Dazu stellt der Landesrechnungshof fest, dass im Jahr 2006 - im Vergleich zu den Jahren 2005 und 2004 - eine wesentlich höhere Auszahlung an Schadenersatzleistungen erfolgte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zahlungen nicht ausnahmslos für die im selben Jahr eingegangenen Schadensmeldungen erfolgen, sondern auch für Schadensfälle aus dem vorangegangenen Jahr.

Die von der RA bekannt gegebenen Schadenersatzleistungen waren nicht sofort abrufbar, sondern mussten im Nachhinein von der RA errechnet werden. Während der Prüfung waren die Daten nur bis zum Jahr 2004 sofort abrufbar.

Der Landesrechnungshof regt an, über die Höhe der Entschädigungsleistungen genaue, aktuelle Aufzeichnungen zu führen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Der Empfehlung des LRH, über die Höhe der Entschädigungsleistungen genaue, aktuelle Aufzeichnungen zu führen, wird nachgekommen.

Seit April 2007 werden alle Schadensfälle, Klagen und Schlichtungsfälle ab dem Jahr 2007 nunmehr in einem eigenen EDV-Programm verzeichnet, mit welchem auch statistische Auswertungen vorgenommen werden können.

4.2.2 Wertgrenzen

Bei der Entscheidung über Auszahlungen aufgrund außergerichtlicher Vereinbarungen gibt es laut Dienstvorschrift Wertgrenzen, die verbindlich einzuhalten sind und die Entscheidungsbefugnisse über die Höhe des Auszahlungsbetrages festlegen:

Wertgrenze	Entscheidungsbefugt
bis € 36.336,--	RA im Einvernehmen mit dem zuständigen Direktor *)
€ 36.336,01 bis € 72.673,--	RA, Personaldirektion *) **)
über € 72.673,--	Vorstand auf Antrag des Personaldirektors **)

*) bei Fällen vor der Schlichtungsstelle ist vorher eine **Erlaubnis** einzuholen

**) bei divergierenden Ansichten der jeweilige Direktor gemeinsam mit dem Personaldirektor

Für Sachschäden, bei denen das Schadensausmaß den Wert von € 727,-- nicht übersteigt, erfolgt die Schadensabwicklung dezentral im jeweiligen LKH bzw. in der jeweiligen Anstaltsleitung.

Für das Universitätsklinikum gilt eine gesonderte Regelung: Sachschäden bis zu einer Höhe von € 5.000,-- werden hier dezentral abgewickelt.

Über dieser Grenze erfolgt die Schadensabwicklung für Sachschäden zentral über die RA.

Die RA teilte zur Frage, welche Vorgangsweise bei Einholung einer Erlaubnis vor Auszahlung einer bestimmten Schadenssumme einzuhalten ist, Folgendes mit:

„Entschädigungsauszahlungen seitens der KAGes in höherem Ausmaß bedürfen immer auch der Einholung der Erlaubnis des nächsten Vorgesetzten. Dabei wird es in der Praxis so gehandhabt, dass es dabei nicht ausschließlich auf die Betragssumme ankomme, sondern auch darauf, ob ein Fall von „medialem Interesse“ ist. Im Wesentlichen geht es dabei um das „4-Augen-Prinzip“. Bei Entschädigungsauszahlungen, welche vor der Schlichtungsstelle getätigt werden, unterschreibt auch immer der Vertreter des Landes Steiermark.“

Der Landesrechnungshof befürwortet die interne Kontrolle durch ein übergeordnetes Organ vor der Anweisung von Auszahlungsbeträgen.

4.2.3 Nichtversicherungsprinzip

Sowohl für Ansprüche aus der vertraglichen als auch aus der deliktischen Haftung ist die KAGes gegenüber den Patienten nicht versichert. Laut Angabe der KAGes resultiert dies aus dem Übertragungsvertrag aus dem Jahre 1985, mit dem die Gesellschaft vom Land Steiermark ausgegliedert worden ist. Darin ist der Grundsatz des Nichtversicherungsprinzipes geregelt. Das Land Steiermark erklärt darin gegenüber der Gesellschaft, für solche Schadensfälle zusätzlich zum Gesellschafterzuschuss einen Betrag zu gewähren.

Weiters fasste die Steiermärkische Landesregierung am 26. Jänner 1987 folgenden Beschluss:

„Schadenersatzbeträge, welche auf Grund von Entscheidungen der Schlichtungsstelle zu- und von den Betroffenen anerkannt werden, stellt das Land Steiermark, soweit sie in der Jahressumme über den Betrag von ÖS 633.770,- (= € 46.057,90) im Basisjahr 1984 hinausgehen, der Steiermärkischen Krankenanstalten Ges.m.b.H. als zusätzlichen Gesellschafterzuschuss zur Verfügung.“

Die RA führt dazu an, dass die Zuschussleistung derzeit nicht gesondert ausgewiesen wird. Die Schadensleistungen sind aus dem Pauschalbudget abzudecken. Hinsichtlich der Kosten der Schlichtungsstelle werden die Sitzungsgelder und die Gutachterkosten dem Land Steiermark gegenüber aufgrund des Regierungsbeschlusses aus dem Jahre 1987 verrechnet. Diese Positionen werden vom Land Steiermark nicht als gesonderter Aufwand anerkannt.

Der Landesrechnungshof merkt an, dass eine gesondert ausgewiesene Zuschussleistung seitens des Landes Steiermark als außerplanmäßige Ausgabe für gerichtliche Klagen geleistet wird. Zuschüsse aufgrund von Schlichtungsfällen werden nicht gesondert ausgewiesen.

Aufgrund der geänderten Verhältnisse seit dem Übergabevertrag hätte eine Evaluierung im Hinblick auf den Abschluss einer Versicherung für Schadensfälle erfolgen und über deren Ergebnis eine Information an den Eigentümer ergehen sollen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Der LRH bemerkt zutreffend, dass eine Evaluierung auf den Abschluss einer Haftpflichtversicherung für Schadensfälle erfolgen soll. Dies ist bereits durch Aufbau eines eigenen Rückstellungssystems für die Schadensfälle und deren Bewertung erfolgt. Vergleiche in anderen Bundesländern und die allgemeinen Prinzipien der BWL gehen davon aus, dass Haftpflichtversicherungen bestrebt sind, marktkonforme Prämien zu lukrieren. Dies bedeutet, dass die Versicherungsprämien zuzüglich Versicherungssteuer jedenfalls von der Haftpflichtversicherung so kalkuliert werden, dass die Schadensleistungen abgedeckt und ein entsprechender Überschuss zur Auszahlung der Dividenden und Provisionen erwirtschaftet wird. Die KAGes wird jedoch der Empfehlung des LRH nachkommen und einen betriebswirtschaftlichen Vergleich, indem wir die Haftpflichtversicherungen zur Anbotslegung auffordern, anstellen.

Die Fachabteilung 8A weist auf Erfahrungen der PatientInnenvertretungen in einzelnen Bundesländern hin, wonach sich vor allem Haftpflichtversicherungen bei der Abhandlung von Schlichtungsfällen zumeist wenig kooperativ zeigen (siehe dazu Seite 94 [nunmehr Seite 118, Anm.: aktualisierte Seitenzahl]), so dass die Frage der Versicherungspflicht auch besonders unter dem Aspekt der Patientenfreundlichkeit bewertet werden müsste.

Replik des Landesrechnungshofes:

Um zu ermitteln, ob der Abschluss einer Haftpflichtversicherung für Schadensfälle für die KAGes günstiger ist, müssen die Risiken evaluiert werden. Versicherungen stehen im freien Wettbewerb. Das Vergleichen der Leistungen und das Aushandeln günstiger Prämien, verbunden mit einer kurzen Laufzeit senkt jedoch die Kosten.

Überwiegend wird in den versicherten Bundesländern vor Einleitung eines Schlichtungsverfahrens bereits mit den Haftpflichtversicherungen hinsichtlich einer Schadenersatzleistung verhandelt. Fruchten diese Verhandlungen nicht, so weicht die jeweilige Versicherung auch in einem darauffolgenden Schlichtungsverfahren zumeist nicht von ihrem Standpunkt ab.

Daher ist bei Abschluss einer Haftpflichtversicherung für Schadensfälle die Akzeptanz einer Entscheidung der Schlichtungsstelle seitens des ausgewählten Versicherers vertraglich festzulegen.

4.2.4 Ablauforganisation

Zur Abwicklung der verschiedenen Schadensfälle hat der Vorstand der KAGes als verbindliche Arbeitsanweisung eine Unterlage, die sich „Schadensmanagement“ nennt, herausgegeben. Darin ist die Ablauforganisation für Schadensfälle in folgendem Diagramm geregelt:

Abkürzungserklärung:

zMdAL = Mitglied der Anstaltsleitung

Dir = Direktor

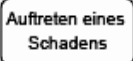
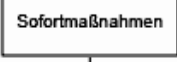
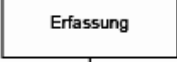
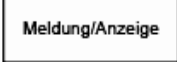
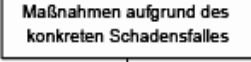
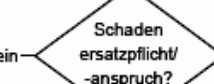
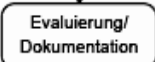
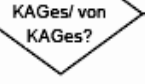

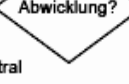
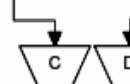
Fk = Führungskraft

P4 = Rechtsabteilung

AL = Anstaltsleitung

ZDion = Zentraldirektion

4.2 Schadensfälle vom Auftreten bis zur Klärung der Zuständigkeit

Ablauf	Durchführungs- verantwortung	Entscheidungs- verantwortung	Mitarbeit/ Mithilfe	Informations- anspruch	Erläuterung
					← Eigene Feststellung ← Geltendmachung durch Dritte
	Ma			Fk	4.3.1, 4.4.1*
	Ma		(P4)	Fk MTK* GK*	4.3.2, 4.4.2* ↗ Vst FORM 101.008 ↗ Vst FORM 101.008
	LKHs: ZDion:	Fk	ÄDir*	zMdAL Dir P4**	4.3.3, 4.4.3*
	LKHs: ZDion:	Fk	(zMdAL Dir P4)		
	LKHs: ZDion:		zMdAL Dir	(P4)	4.3.4
	LKHs: ZDion:	zMdAL Dir		AL	↗ Dokumentation für Risikomanagement 4.3.6
	LKHs: ZDion:		zMdAL Dir		
	LKHs: ZDion:		zMdAL Dir	(P4)	4.3.5
			dezentral	P4	A, B
			dezentral	P4	C, D

Quelle: aus Vst ArbU 0010.0901 Schadensmanagement, S. 4

* sofern es sich um Medizinprodukte handelt; ** sofern gem 4.3.3 eine Meldepflicht an P4 besteht

Die dazu erlassene Dienstvorschrift lautet wie folgt:

„Sofort nach dem Auftreten eines Schadens sind Sofortmaßnahmen zu setzen (z.B. Erste Hilfe, Erfordernisse im Brandfall etc.). In weiterer Folge ist der aufgetretene Schaden so genau wie möglich zu erfassen und der Sachverhalt für die Beweissicherung zu dokumentieren.“

Dazu wurde ein eigenes Formblatt entwickelt, auf welchem folgende Schwerpunkte festzuhalten sind:

- Ort
- Zeitpunkt
- Schädiger und Geschädigter
- Sachverhalt
- Zeugen oder sonstige Beweismittel
- Schadensausmaß (soweit bekannt)
- Ursache
- Eingeleitete Maßnahmen
- Daten des Meldungslegers (Dienststelle, Datum, Unterschrift)

Dazu wird Folgendes ausgeführt:

„In weiterer Folge hat die Führungskraft eine Meldung an das zuständige Mitglied der Anstaltsleitung bzw. an den Bereichsdirektor zu machen. Ferner ist zu prüfen, ob eine besondere gesetzliche Melde- oder Anzeigepflicht besteht und gegebenenfalls die Meldung bzw. Anzeige zu erstatten. Dabei wird auf das für die Dienststellen der KAGes verbindliche Handbuch „Krisen bewältigen“ hingewiesen.“

Bei Personenschäden und Schadensfällen über € 727,-- ist die RA unmittelbar zu informieren. Sie hat zu prüfen, ob aufgrund des Schadensfalles Maßnahmen zu treffen sind und diese gegebenenfalls zu veranlassen. Der/die für den jeweiligen Sachverhalt verantwortliche Bereichsdirektor/in ist, falls nicht klar ist ob er/sie die Informationen bereits hat, jedenfalls unmittelbar zu informieren.“

4.2.5 Personenschaden (vermuteter Behandlungsfehler)

Je nach Art der Geltendmachung eines Schadens wird unterschieden in:

- Schadensfälle (außergerichtliche Geltendmachung von Personen- und Sachschäden)
- Schlichtungsfälle (Einbringung eines Schlichtungsaktes)
- Klagsfälle

Daneben gibt es auch Fälle, die über die Versicherungen der jeweils betroffenen Ärzte abgehandelt werden sowie Strafverfahren gegen Ärzte oder Mitarbeiter, denen eine gerichtliche Anzeige zugrunde liegt.

Alle aufgezählten Fälle können Forderungen wegen eines Behandlungsfehlers oder sonstige Schadenersatzforderungen seitens der Patienten beinhalten.

Die Geltendmachung einer Schadenersatzforderung bedarf laut RA eines schriftlichen Antrages. Dieser Antrag kann entweder gesondert bei der RA eingebracht werden oder er kann auch zusammen mit der Schadensmeldung übermittelt werden.

Für den Landesrechnungshof ist dabei von grundlegender Bedeutung, ob bei Eintritt eines Schadensfalles **eine Schadenersatzforderung geltend gemacht** wird. Erfolgt dies im Zuge der Schadensmeldung mittels ausdrücklichen Hinweis auf eine Forderung seitens des Patienten, so ist dies der schnellste Weg der Geltendmachung.

Es gibt keine schriftliche Dienstanweisung darüber, dass die RA bei Vorliegen einer Schadensmeldung von sich aus mit dem Betroffenen Kontakt aufzunehmen hat. Der Schadensmeldung wird seitens der RA nicht weiter nachgegangen, wenn sich der betroffene Patient nicht selbst meldet. In solch einem Fall erfährt der Patient nicht, ob seine Behandlung entsprechend der ärztlichen Kunst vorgenommen worden ist oder nicht.

Die obige Feststellung wird dadurch unterstrichen, dass der Patient das Recht auf eine Heilbehandlung hat, die dem Stand der ärztlichen Wissenschaft entspricht. Denn damit verbunden treffen den Arzt auch Aufklärungspflichten in Zusammenhang mit der Behandlung. Es lässt sich daher weder mit den Aufklärungspflichten noch mit den Schutz- und Sorgfaltspflichten aus dem Behandlungsvertrag gegenüber dem Patienten vereinbaren, einen Schadensfall zu verschweigen. Die KAGes unterlässt dabei die nötige Sorgfalt, eine für den Patienten womöglich sehr wichtige Information auch an diesen weiterzugeben.

Diese Informationspflicht ist nicht gesetzlich geregelt, sie wurde aber in Fachkreisen diskutiert und ergibt sich nach Auffassung der Lehre aus den Nebenpflichten des Behandlungsvertrages⁴.

Der Landesrechnungshof empfiehlt einer Schadensmeldung, welche seitens einer klinischen Abteilung oder eines Krankenhauses an die RA gemeldet wird, immer nachzugehen und zu prüfen, ob ein Verdacht hinsichtlich eines Behandlungsfehlers besteht. Erhärtet sich der Verdacht, so ist der jeweils betroffene Patient zu informieren und über seine Rechte in Kenntnis zu setzen.

Die KAGes gibt zu den Schadensmeldungen, bei denen keine Schadenersatzforderung gestellt wird, folgende Stellungnahme ab:

„Diese Schadensmeldungen sind insbesondere auf Melde- oder Anzeigepflichten hin zu prüfen. Die weitere Vorgangsweise ist in der Arbeitsunterlage „Schadensmanagement“ und im „Krisenhandbuch“ beschrieben.

Aufgrund der Personalressourcen, die äußerst knapp bemessen sind, haben die Prozessschritte so abzu-
laufen, dass möglichst effizient und effektiv gearbeitet wird. In den einzelnen Prozessschritten ist daher nur vorgesehen, im Sinne des Schadensmanagements tätig zu werden, wenn auch tatsächlich ein formloses Begehren (schriftlich) gestellt wurde.“

Weiters führt die RA aus:

„Prinzipiell ist zwischen Geltendmachung eines Schadenersatzes und einer (internen) Schadensmeldung zu unterscheiden. Letztere führt nicht automatisch zu einer Bearbeitung durch die Rechtsabteilung, da hier zuerst von der Anstaltsleitung des betreffenden Krankenhauses ein entsprechendes Ansuchen gestellt werden muss; dies wird meist dann der Fall sein, wenn der Patient Schadenersatzansprüche (schriftlich) geltend gemacht hat.“

⁴ Einflüsse auf die Rechtsposition des Patienten, Harald Speiser, Österreichische Juristenzeitung 1988, 744

Der Landesrechnungshof hält fest, dass eine Aufarbeitung der gemeldeten Schadensfälle hinsichtlich Schadensursache, Vermeidbarkeit, Handlungsalternativen, möglicher Empfehlungen und Änderungsvorschläge lediglich bei den jüngsten Schadensmeldungen festgestellt wurde. Im Zeitraum 2001 bis 2005 erfolgte bei Schadensmeldungen ohne Erhebung eines Ersatzanspruches keine weitere Bearbeitung.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Gemäß ABGB ist es erforderlich, dass ein Schadenersatzanspruch geltend gemacht werden muss. Dem Vorschlag des LRH, entsprechende Prüfungen bei Einlangen einer Schadensmeldung hinsichtlich des Vorliegens eines Behandlungsfehlers vorzunehmen, wird bereits Rechnung getragen. Zudem wird der betroffene Patient darüber informiert. Die „internen Schadensmeldungen“ erfolgen zur Abklärung, ob eine Anzeige- oder Meldepflicht an Behörden oder Gerichte besteht (daher auch der Begriff „Schadensmeldung“). Dies ist jedoch kein Instrument für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen oder der Bearbeitung von Schadensfällen. Natürlich wird ein vorliegender Schaden dem Patienten nicht verschwiegen. Dies ist rein begrifflich nicht möglich, da der Patient selbst bemerkt, wenn eine Verschlechterung im Gesundheitszustand eintritt oder eingetreten ist. In Fällen, bei denen kein Verschulden nachweisbar ist, wird der Patient darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit der Geltendmachung von Ansprüchen bei der Patientenentschädigungskommission besteht. Somit ist es sinnvoll den Patienten (ca. 80 % der Schadenersatzforderungen sind im Sinne des Gesetzes nicht zu entschädigen) zu informieren und darüber aufzuklären, dass zwar kein Schadenersatz zusteht, aber eine Entschädigung aus dem Patientenentschädigungsfonds des Landes Steiermark möglich wäre.

Replik des Landesrechnungshofes:

Viele Beschwerden langen erst Monate oder sogar Jahre nach dem Tag des Vorfalles ein. In der Praxis kommt der Kausalzusammenhang zwischen Behandlung und Schaden fallweise erst nach Jahren zum Vorschein.

Es wurden zahlreiche „interne Schadensmeldungen“ unbearbeitet, unabgeklärt und ohne den Patienten hierüber zu informieren, archiviert.

Das Recht des Patienten auf Information über einen Behandlungsfehler leitet sich aufgrund der Fürsorgepflicht aus dem Behandlungsvertrag ab. Dies ist auch insbesondere unter dem Gesichtspunkt der „Einwilligung zu weiteren erforderlichen Eingriffen zu sehen. Die oftmals zu beobachtende Furcht vor Zurechnung der fehlerhaften Behandlung führt nicht selten zur Unterlassung reparativer Maßnahmen oder zur Zurücküberweisung an den Schädiger⁵“.

Ein Verweis des Patienten an den Patientenentschädigungsfonds wurde bei den geprüften Fällen, ausgenommen eines Falles, wo es um einen Sachschaden ging, nicht vorgefunden.

4.2.6 Abwicklung eines Personenschadens

Alle Personenschäden werden zentral über die RA der KAGes abgewickelt. Dafür ist folgendes Ablaufschema vorgesehen:

Abkürzungserklärung:

AL = Anstaltsleitung

Dir = Direktor

Fk = Führungskraft

PDir = Personaldirektor

P4 = Rechtsabteilung

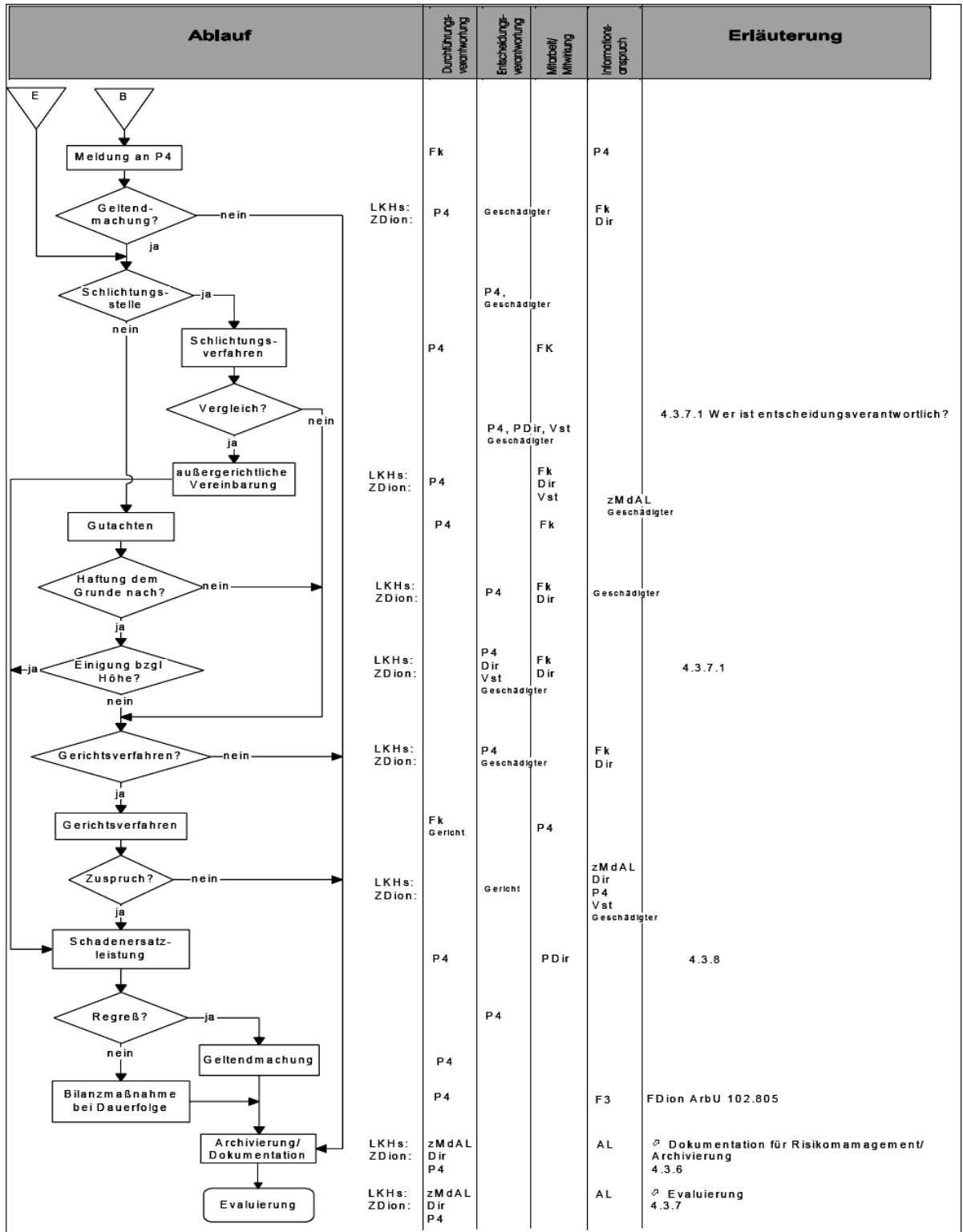
Vst = Vorstand

ZDion = Zentralklinik

zMdAL = Mitglied der Anstaltsleitung

⁵ Einflüsse auf die Rechtsposition des Patienten, Harald Speiser, Österreichische Juristenzeitung 1988, 744

4.2.2. Forderung gegen KAGes = Schadenersatzpflicht (Abwicklung durch Rechtsabteilung P4)



Quelle: aus Vorstand Arbeitsunterlage 0010.0901 Schadensmanagement, S. 6

Bei Personenschäden handelt es sich zumeist um vermutete Behandlungsfehler.

Gemäß Ablaufschema langt die Schadensmeldung seitens eines LKH oder einer klinischen Abteilung bei der RA ein. Entweder erfolgt dies gleichzeitig mit der Geltendmachung des Schadens seitens des Patienten oder bereits vor der Geltendmachung. Ohne Geltendmachung erfolgt die Archivierung bzw. die Ablage.

Erfolgt eine Geltendmachung, so wird entweder direkt mit dem jeweiligen Klinikvorstand oder dem leitenden Oberarzt Kontakt aufgenommen und um Übermittlung der Krankengeschichte sowie einer ärztlichen Stellungnahme ersucht.

Eine Information des ärztlichen Direktors über den Eintritt eines Schadens ist gemäß der Arbeitsunterlage „Schadensmanagement“ insofern vorgesehen, als danach der vom Schadensfall direkt betroffene unmittelbare Vorgesetzte eine Meldung an das zuständige Mitglied der Anstaltsleitung zu machen hat. Der ärztliche Direktor ist Teil der kollegialen Führung, somit Teil der Anstaltsleitung.

Geht aus der ärztlichen Stellungnahme des Primarius bzw. des behandelnden Arztes hervor, dass kein Behandlungsfehler, d.h. kein Verschulden seitens des behandelnden Arztes vorliegt, so wird die Information dem Patienten zur Kenntnis gebracht und es wird ihm freigestellt, dennoch ein Schlichtungsverfahren zu beantragen.

Alternativ wird ein außergerichtlicher Vergleich angeboten. Dabei holt die RA ein fachärztliches Gutachten ein. Steht gutachterlich ein Behandlungsfehler fest oder gesteht der behandelnde Arzt einen Fehler ein, so wird, **abweichend** von der Dienstvorschrift, **vor** der Einigung über einen Entschädigungsbetrag der behandelnde Arzt ersucht, seine Haftpflichtversicherung zu verständigen und eine Kopie der Meldung an die RA samt Angabe der Schadensnummer zu senden. Die RA stellt sodann einen Kontakt zur Haftpflichtversicherung her und fordert diese auf, in den Schadensfall als Haftpflichtversicherer einzutreten. Die KAGes bietet dem Patienten sodann eine Vergleichssumme an. Erfolgt eine Einigung, fordert die KAGes von der Haftpflichtversicherung des Arztes meist

eine Quote zwischen 30 % bis 70 %. Die tatsächlich zuerkannte Quote liegt zwischen 10 % und 50 %.

Wird ein Antrag auf Eröffnung eines Schlichtungsverfahrens gestellt, so wird der „Schadensfallakt“ umbenannt in „Schlichtungsakt“.

Im Schlichtungsverfahren wird der RA bzw. dem Berichtersteller der KAGes die Aufgabe übertragen, die Einholung von Krankengeschichten, ärztlichen Stellungnahmen und die Anforderung von Gutachten durchzuführen und deren Einlangen zu überwachen sowie die erhaltenen Unterlagen an die Ärztekammer zu übermitteln.

Ein positives Gutachten ist die Grundlage für einen Haftungsanspruch. Sofern dieses klar und deutlich genug ist, wird ein Schmerzgutachten eingeholt. Dieses soll Aufschluss über die erlittenen Schmerzperioden geben und bildet die Grundlage für die Höhe des Schmerzensgeldanspruchs.

In dieser Phase werden ebenso, **abweichend** vom Ablaufschema, seitens der RA fallweise direkte Vergleichsverhandlungen mit dem betroffenen Patienten aufgenommen (Vorgang siehe oben). Dies deswegen, da oftmals Ergänzungsgutachten seitens der Schlichtungsstelle in Auftrag gegeben werden und es erfahrungsgemäß sehr lange dauert, bis ein Gutachten vorliegt.

Ein Schadenersatzanspruch für erlittene Schmerzen, Verunstaltungen, Verdienstentgang, psychische Beeinträchtigung, Heilbehelfe, Hauskrankenpflege und nicht vermeidbare Folgeoperationen oder dauerhaft bleibende Schäden etc. kann nur bei Vorliegen eines Verschuldens (zumindest leichter Fahrlässigkeit) geltend gemacht werden.

Kommt es zu keiner Einigung hinsichtlich der Höhe eines Schadenersatzes, so bleibt nur mehr der gerichtliche Weg offen.

Der Landesrechnungshof hat festgestellt, dass die Praxis vom Ablaufschema insofern abweicht, als auch während eines laufenden Schlichtungsverfahrens oft direkte Vergleichsverhandlungen zwischen der KAGes und dem Patienten stattfinden; insbesondere in jenen Fällen, in denen sich der Verdacht auf einen vermuteten Behandlungsfehler aufgrund ärztlicher Stellungnahmen oder vorliegender Gutachten bereits erhärtet hat.

Grundsätzlich spricht nichts gegen die Möglichkeit eines außergerichtlichen Vergleichs in Form einer Prozesskostenablöse vor Einleitung eines Schlichtungsverfahrens – ein solcher Vergleich beinhaltet auch für die KAGes eine Kostenersparnis. Sobald allerdings ein Schlichtungsverfahren eingeleitet worden ist, empfiehlt der Landesrechnungshof aus Objektivitätsgründen, nicht mehr in dieses laufende Verfahren einzugreifen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Feststellung des LRH, dass die KAGes abweichend vom Ablaufschema, während eines laufenden Schlichtungsverfahrens direkte Vergleichsverhandlungen mit den betroffenen Patienten aufgenommen worden sind, ist in Einzelfällen auf Wunsch des Patienten und/oder Anregung der Schlichtungsstelle vorgekommen. Dies wird zwischenzeitig nur noch über Beschlussfassung in der Schlichtungsstelle oder ausdrücklich protokollierten Wunsch des Antragstellers in der Schlichtungsstelle vorgenommen.

Die Aufforderung an die behandelnden Ärzte ihre Versicherung zu verständigen, erfolgt im Interesse und Schutz der Ärzte, da ihnen ansonsten eine Obliegenheitsverletzung von der Versicherung vorgeworfen wird und dies die Versicherung leistungsfrei stellen könnte. Ob ein Widerspruch zu einer Dienstvorschrift vorliegt, wird geprüft werden.

Vor Erhalt einer Entschädigungssumme aufgrund eines außergerichtlichen Vergleichs (= Prozesskostenablöse) muss der Patient eine sog. „Abfertigungserklärung“ unterzeichnen. Diese muss vor Durchführung der Überweisung vom Patienten unterschrieben und im Original an die RA zurückgesandt werden.

Dieselbe Erklärung wird auch für die Abgeltung von Sachschäden verwendet. Dazu wurde seitens der RA ein eigens vorgefertigtes Formular entworfen, welches in Einzelfällen auch abgeändert wird. Dieses Formular sieht wie folgt aus:

ABFERTIGUNGSERKLÄRUNG

Ich,.....wohnhaft in.....erkläre im eigenen Namen und namens meiner Rechtsnachfolger (bzw. als gesetzlicher Vertreter des minderjährigen.....im eigenen Namen und namens meiner Rechtsnachfolger), nach Bezahlung des Betrages von

(in Worten:.....)

bezüglich aller Ansprüche aus
.....gegenüber jedermann –
insbesondere gegenüber der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., deren Bediensteten und dem Land Steiermark – vollkommen und endgültig abgefunden zu sein und so auch dann, wenn dieser Vorfall in der Zukunft derzeit nicht bekannte, erkennbare oder voraussehbare Folgen nach sich ziehen sollte festgestellt wird ausdrücklich, dass die Zahlung ausschließlich aus dem Titel der Prozesskostenablöse und ohne Anerkenntnis jedweder Haftungsgrundlage erfolgt
Mit diesem Betrag werden alle Nebenspesen und sonstigen Aufwendungen abgegolten.

Eine Abtretung auch nur eines Teiles der Forderung ist nicht erfolgt.

Ich bestätige, daß ich außer der hiermit abgegoltenen Forderung keine Leistungen von dritter Seite wie Haftpflichtversicherern, anderen Versicherern, erhalten habe bzw. beanspruchen könnte, die der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. nicht bekannt sind.

Ich ersuche den gegenständlichen Betrag auf nachstehendes Girokonto anzuweisen:

Bank
Kto.Nr.
BLZ

, am _____

Der Landesrechnungshof stellt fest, dass bei diesem außergerichtlichen Vergleich in Form einer Prozesskostenablöse in der KAGes sich zumeist zwei sehr unterschiedliche Parteien gegenüberstehen: Der in der Regel rechtsunkundige Patient und die im Ärzte- und Zivilrecht bestens ausgebildeten Juristen der RA. Eine konkrete Prüfung der Höhe des Anspruchs, wie es etwa in einem Verfahren vor der Schlichtungsstelle durchgeführt wird, unterbleibt. Der schnelle Vergleich spart dem Patienten allerdings Zeit und das Prozessrisiko.

Das Standard-Formular für die Abfertigungserklärung beinhaltet einen Verzicht auf die Abgeltung von Folgeschäden. Damit wird dem Patienten die Möglichkeit genommen, später auftretende Komplikationen und die damit verbundenen Schmerzen sowie einen etwaigen Verdienstentgang jemals abgegolten zu bekommen. Diese Klausel stellt eine grobe Benachteiligung für den Patienten dar.

Im Sinne einer Chancengleichheit und um eine Benachteiligung für den Patienten hintanzuhalten, **empfiehlt der Landesrechnungshof** daher bei einer Prozesskostenablöse in Form einer sogenannten „Abfertigungserklärung“ die verpflichtende Einbindung der PPO vorzusehen und die **Verzichtsklausel** auf die Abgeltung von Folgeschäden ersatzlos aus dieser Erklärung **zu streichen**.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Anregung des LRH zukünftig bei Prozesskostenablösen mittels schriftlicher Abfertigung verpflichtend die Einbindung der Patienten- und Pflegeombudschaft vorzusehen, wird positiv aufgenommen, stößt jedoch auf rechtliche Schranken. Die Patienten- und Pflegeombudschaft darf nur mit Zustimmung des Patienten beigezogen werden. In der Praxis ist allerdings in vielen Fällen bei Prozesskostenablösen die PPO bereits eingebunden oder der Antragsteller rechtsfreundlich vertreten.

Die Verzichtsklausel ersatzlos zu streichen, ist dann möglich, wenn die Folgeschäden nicht schon kalkulatorisch in die Abfertigungssumme eingerechnet werden. Viele Patienten wünschen aber eine endgültige und abschließende Bereinigung, allerdings mit einem erhöhten Zuschlag für die möglichen Risiken. Wenn somit nun die Verzichtserklärung hinsichtlich der Abgeltung der Folge-

schäden gestrichen wird und die Entschädigung trotzdem in Form einer Abgeltung inklusive der möglichen Folgeschäden abgegolten wird, würde eine Doppelentschädigung erfolgen.

Von Seiten der KAGes wäre somit, wie bisher, die Verzichtsklausel in sachlich gerechtfertigten Fällen nach wie vor anzuwenden, wenn eine Einmal- und Pauschalentschädigung vereinbart wird.

Replik des Landesrechnungshofes:

Die Einbindung der Patienten- und Pflegeombudschaft schränkt den Patienten nicht ein, sondern gibt ihm größere Rechtssicherheit. Diese Unterstützung wird auch seitens der Patienten gerne in Anspruch genommen, wie die große Zahl an jährlichen Anträgen bei der Patienten- und Pflegeombudschaft beweist.

Ein Zuschlag für ein mögliches Risiko ersetzt nicht den Folgeschaden. Wenn ein solcher Zuschlag für den Patienten nachvollziehbar errechnet und ausbezahlt wird, ist dieser bei der späteren Abgeltung eines Folgeschadens zu berücksichtigen.

4.2.6.1 Inhaltliche Unregelmäßigkeiten bei der Abwicklung von Personenschäden

Der Landesrechnungshof hat aus den vorliegenden Akten folgende unterschiedliche Behandlungen erhoben:

Meldungen von Stürzen der Patienten (ob aus dem Bett oder aufgrund des Öffnens einer Tür etc.) wurden zum Prüfzeitpunkt ohne weitere Bearbeitung archiviert vorgefunden.

Sturzmeldungen, bei denen versucht wird, Schadenersatzforderungen geltend zu machen, werden in der Regel ablehnend bearbeitet, weil aus Sicht des Pflegepersonals meist kein Fehlverhalten vorgelegen hat bzw. keine präventive Maßnahme notwendig gewesen sei.

Nach Angaben der RA erfolgt zusätzlich zu Schmerzensgeldansprüchen eine Abgeltung der psychischen Alteration zutreffendenfalls in Orientierung an die Vorschläge des Gutachters zwischen 10 % und 30 % der körperlichen Schmerzen. Daneben werden schadenskausale Nebenkosten, wie etwa Prothesenservice, orthopädische Hilfsmittel, Heil- und Pflegemittel sowie Reisekosten zur Therapie, Selbstbehalte der Therapie bis hin zu Haushaltshilfen bezahlt.

Der Landesrechnungshof hat eine Abgeltung für schadenskausale Nebenkosten, auf welche der Patient nach den einschlägigen zivilrechtlichen Normen Anspruch hat, bei 67 geprüften Schadensfällen nur **vereinzelt** vorgefunden.

Der Landesrechnungshof empfiehlt auf die Möglichkeit einer Abgeltung für schadenskausale Nebenkosten sollte der Patient, sofern nicht anwaltlich oder seitens der PPO vertreten, gesondert hingewiesen werden.

In Fällen, bei denen die Ursache nicht eindeutig geklärt werden kann und eine Schadenersatzleistung eher verneint wird, ist der Patient neben der Möglichkeit der Einbringung eines Schlichtungsantrages auch an den **Patientenentschädigungsfonds** zu verweisen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Es werden natürlich in den Einzelfällen, wo Patienten weder anwaltlich noch von der Patienten- und Pflegeombudschaft beraten werden, die allfälligen schadenskausalen Nebenkosten von der KAGes berücksichtigt, sofern diese aus dem Vorbringen der Antragsteller nachvollziehbar oder ableitbar sind.

Replik des Landesrechnungshofes:

Einem weder anwaltlich noch von der Patienten- und Pflegeombudschaft vertretenen Patienten fehlt in der Regel das Wissen darüber, schadenskausale Nebenkosten geltend machen zu können.

4.2.6.2 Fehlende Aufklärung über Komplikationen

Über „unerwünschte Ereignisse“, wie Komplikationen, wird mit dem Patienten nicht gesprochen. Diese werden auch nicht im Risikomanagement erfasst. Der abschließende Aktenvermerk lautet z.B.:

„Telefonat mit dem Primarius: Frau S. ist entlassen worden. Keine Vorwürfe geäußert. Ablage/Evidenz.“

Der Landesrechnungshof weist darauf hin, dass die Unterscheidung, ob es sich um eine Komplikation oder um einen Behandlungsfehler handelt, für den Patienten nachrangig ist. Entscheidend ist, dass er davon unterrichtet und über die weitere bestmögliche medizinische Behandlung aufgrund des Geschehens mit ihm gesprochen wird.

Unterstrichen wird diese Feststellung auch durch den am 1. März 2006 eingebrachten Regierungsantrag hinsichtlich des „Rechts auf Information für geschädigte Patienten“. Die KAGes äußerte sich dazu in ihrer Stellungnahme kooperativ.

Im Bereich der niedergelassenen Ärzte wurde von der Österreichischen Ärztekammer eine Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung gemäß § 118c Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG) erlassen. Darin sind unter § 8 Kriterien für die Prozessqualität normiert. Unter anderem wurde unter der Zahl 6 die Information von Patienten hinsichtlich „unerwünschter Ereignisse“ geregelt. Im Sinne des § 58a Abs. 2 ÄrzteG soll der „betroffene Patient nach Rücksprache mit der Haftpflichtversicherung des Arztes von diesem nachweislich über den Sachverhalt informiert werden.“

Inzwischen hat die KAGes reagiert und am 21. September 2006 ein Seminar zu diesem Thema abgehalten, in dem ausführlich auf die Thematik des Überbringens schlechter Nachrichten an den Patienten eingegangen wurde. Auch der Umgang mit Medien im Krisenfall wurde erörtert.

Der Landesrechnungshof hebt diesen Schritt **positiv hervor**. Um diesen neuen Weg auch in der Praxis umzusetzen, wird eine ständig fortgesetzte Diskussion und Bewusstseinsbildung bei den Ärzten und Mitarbeitern **empfohlen**.

4.2.7 Sachschaden

Ein Schadenersatzanspruch für Sachschäden ist ebenso wie jener von Personenschäden davon abhängig, dass eine Sorgfaltswidrigkeit bzw. ein Verschulden (Fahrlässigkeit) seitens der Ärzte oder Mitarbeiter vorliegt.

Sachschäden werden in der Regel sofort und direkt seitens des Patienten geltend gemacht. Dazu wird ein Formular bei der jeweiligen klinischen Abteilung bzw. im jeweiligen Fondskrankenhaus ausgefüllt (Schadensmeldung) und dieses mitsamt des Begehrens auf Schadenersatz seitens des Patienten von dort an die RA übermittelt (zentrale Abwicklung).

4.2.8 Abwicklung eines Sachschadens

Sachschäden bis zu einer Schadenshöhe von € 727,-- in LKH und Sachschäden bis zu einer Schadenshöhe von € 5.000,--, im Univ.-Klinikum Graz, werden dezentral nach folgendem Ablaufschema abgewickelt:

Abkürzungserklärung:

AL = Anstaltsleitung

Dir = Direktor

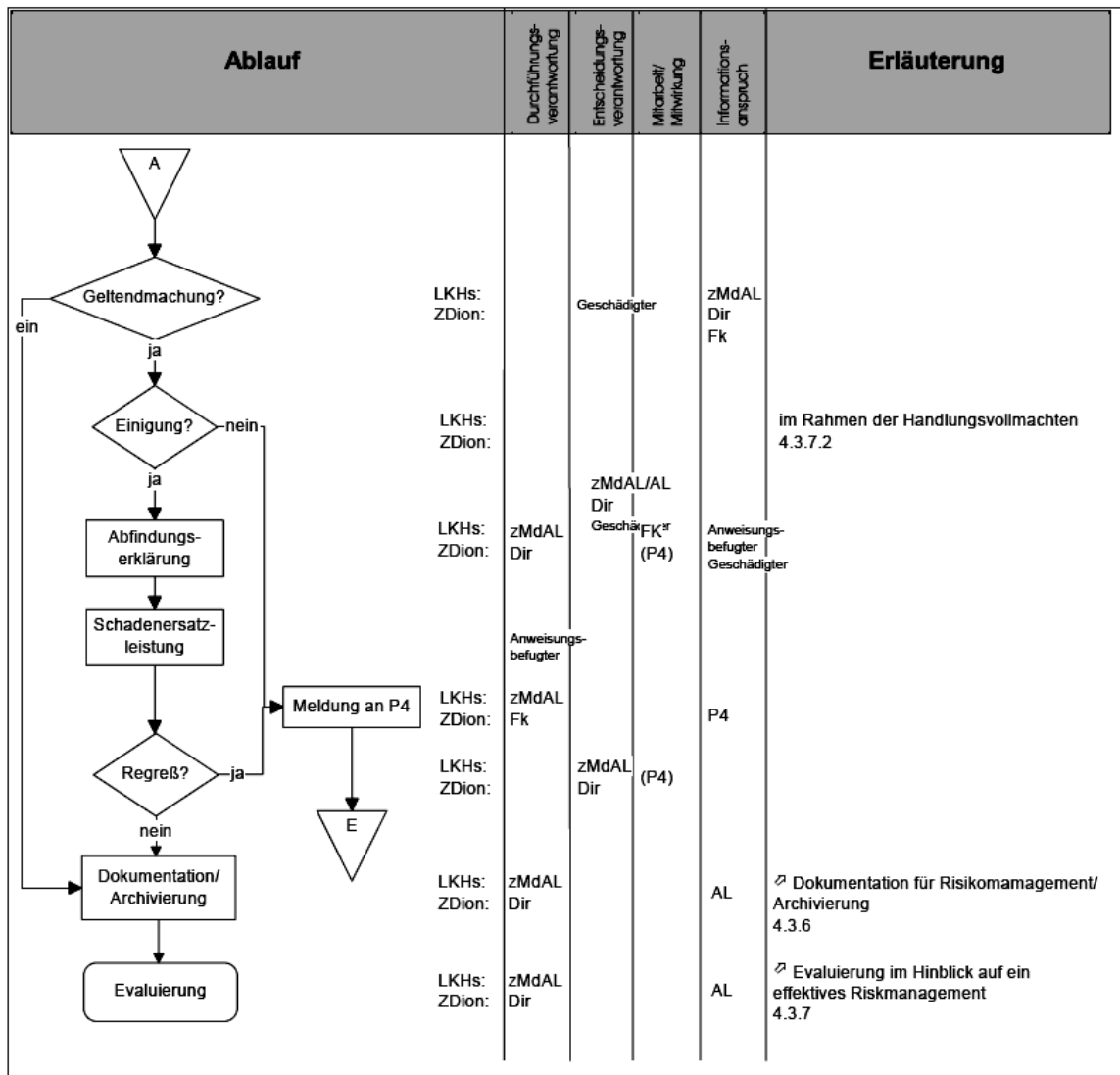
Fk = Führungskraft

P4 = Rechtsabteilung

ZDion = Zentraldirektion

zMdAL = Mitglied der Anstaltsleitung

4.2.1 Forderung gegen KAGes = Schadenersatzpflicht (dezentrale Abwicklung)



Quelle: aus Vorstand Arbeitsunterlage 0010.0901 Schadensmanagement, S. 5

Aufgrund einer seitens des Patienten geltend gemachten Schadensmeldung prüft die dezentrale Stelle (zuständiges Mitglied der Anstaltsleitung oder Bereichsdirektor), ob eine Schadenersatzpflicht besteht. Kommt es zu einer Einigung, muss seitens des Patienten eine Abfertigungserklärung (bei Minderjährigen von deren gesetzlichen Vertreter) unterfertigt werden. Erst wenn diese im Original unterschrieben retourniert wird, erhält er eine Schadenersatzleistung. Ein allenfalls möglicher Regressanspruch wird geprüft und an die RA gemeldet. Bei der gesamten dezentralen Abwicklung kann laut „Schadensmanagement“ gegebenenfalls die Unterstützung der RA in Anspruch genommen werden.

Jene Sachschadensfälle, deren Schadensausmaß € 727,-- vermutlich oder tatsächlich übersteigt, werden seitens der dezentralen Stellen an die RA gemeldet. Dabei sind alle bis zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Dokumentationsunterlagen an die RA zu übermitteln. Grundsätzlich orientiert sich die RA an der Verschuldenshaftung und prüft, ob eine Schadenersatzpflicht bzw. die Möglichkeit einer Regressforderung besteht: Ist kein eindeutiges Verschulden seitens der Mitarbeiter bzw. der Ärzte feststellbar, bietet die RA entweder auf „kulantem Wege“ eine Teil-Leistung an oder verwehrt in eindeutigen Fällen eine Leistung gänzlich. Mitunter wird der Patient bei Sachschäden auch auf den Patientenentschädigungsfonds hingewiesen – dieser ist jedoch nur für Schadensfälle in Zusammenhang mit einer Behandlung eingerichtet worden.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Feststellung des LRH, dass die KAGes Patienten bei Sachschäden an den Patientenentschädigungsfonds verwiesen hat, kann die KAGes nicht nachvollziehen.

Replik des Landesrechnungshofes:

In einem Schreiben vom 29. Jänner 2003 verweist die KAGes einen Betroffenen, der den Verlust seines Hörapparates beteuert, auf die Möglichkeit, Leistungen aus dem Patientenentschädigungsfonds zu beanspruchen.

Die Schadensfälle lassen sich in Gruppen einteilen. Man unterscheidet Personen- und Sachschäden. Darunter lassen sich weitere Gruppierungen treffen, wie z.B. Schadensfälle aufgrund des Verlustes eingebrachter Gegenstände, Schadensfälle aufgrund von Stürzen.

Für die einzelnen Gruppen an Schadensfällen, vor allem in Hinblick auf Personen- und Sachschäden, **empfiehlt der Landesrechnungshof** die Höhe der jährlichen Schadenersatzleistungen zu errechnen. Anhand dieser Zahlen wäre seitens der KAGes zu prüfen, ob der Abschluss einer Haftpflichtversicherung für einzelne oder alle Gruppen an Schadensfällen für das Unternehmen günstiger ist.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Der Empfehlung des LRH, dass die Höhe der jährlichen Schadenersatzleistungen in Hinblick auf Personen- und Sachschäden errechnet werden soll, wird mit dem neuen EDV-System Rechnung getragen.

Hinsichtlich der Empfehlung des LRH zur Prüfung des Abschlusses einer Haftpflichtversicherung wird auf die Ausführungen unter Punkt 4.2.3 verwiesen.

An dieser Stelle wird bemerkt, dass die **vier** Ordensspitäler in der Steiermark, **das Krankenhaus der Elisabethinen GmbH in Graz, das A.ö. Diakonissen-Krankenhaus in Schladming und die beiden Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder in Graz** eine Haftpflichtversicherung für Schadensfälle aufgrund von Behandlungsfehlern abgeschlossen haben.

4.2.8.1 Schadensfälle aufgrund von medizinischen Geräten und Anlagen

Besondere Dienstvorschriften gelten hinsichtlich jener Schadensfälle, die aufgrund defekter medizintechnischer Geräte und Anlagen zurückzuführen sind:

Als Sofortmaßnahme sind diese Produkte umgehend sicherzustellen. Mittels Formblatt ist der Schaden zu erfassen, die Medizinische Koordinierungsstelle beizuziehen und der zuständige Gerätekoordinator sowie der Technische Sicherheitsbeauftragte zu informieren. Gegebenenfalls wird ein sicherheitstechnisches Gutachten angefordert. Bei einem Personenschaden, der auf das Medizinprodukt zurückzuführen ist, ist laut Dienstvorschrift für die Weiterleitung der Meldung an das zuständige Ministerium der ärztliche Direktor verantwortlich⁶.

Dabei hat der Landesrechnungshof festgestellt, dass die Weiterleitung der Meldung nicht an das zuständige Ministerium, sondern an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, welches eine dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen nachgeordnete Behörde ist, zu erfolgen hat. Das Bundesamt hat ein Formular für die Meldung von Vorkommnissen mit Medizinprodukten entworfen. Dieses Formular ist auf der Homepage der Österreichischen Agentur für Ernährungssicherheit abrufbar⁷.

Daher wird **empfohlen,** die Dienstvorschrift dahingehend zu aktualisieren, dass die Weiterleitung der Meldung an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen zu erfolgen hat.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Empfehlung des LRH, dass die Dienstvorschrift hinsichtlich der Meldung bei defekten medizintechnischen Geräten und Anlagen nicht an das Bundesministerium, sondern an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen zu erfolgen hat, nehmen wir gerne auf und werden die Dienstvorschrift diesbezüglich abändern. Die Dienstvorschrift wird der Praxis angepasst, da die Meldungen auch bisher an die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) erfolgt sind.

⁶ Vorstand Arbeitsunterlage 0010.0901 Schadensmanagement, S. 12

⁷ www.ages.at

4.2.9 Aktenbearbeitung der Schadensfälle

Die Geltendmachung eines Schadenersatzes sieht die KAGes als antragsbedürftiges Verfahren.

Die zeitliche und auch die inhaltliche Bearbeitung differiert leicht bei den einzelnen Bearbeitern.

Nach Wahrnehmung des Landesrechnungshofes war eine zeitliche Auswertung über die Dauer der Abhandlung der gemeldeten Schadensfälle vom Einlangen des Schadenersatzbegehrens bis zur Schadenszahlung nicht möglich, da diesbezüglich keine Daten von der RA vorgelegt werden konnten.

Dazu führt die RA an, dass

„derzeit gerade an der Umstellung auf ein EDV-Programm gearbeitet wird, das es zulässt, entsprechende Auswertungen vornehmen zu können. Zukünftig wird zur schnelleren Bearbeitung ein Schadensbearbeitungsprogramm mit der Möglichkeit Schadensfälle, Schlichtungsfälle und Klagen sowie deren Ursachen analysieren zu können, zum Einsatz kommen.“

Bei der Umstellung auf das neue EDV-Programm sollte daher nach Ansicht des Landesrechnungshofes darauf geachtet werden, dass vor allem eine **zeitliche Auswertung** der erfassten Schadensfälle möglich wird.

Um auch inhaltlich eine möglichst objektive Bearbeitung der Schadensfälle zu gewährleisten, sollte die **interne Zuständigkeit** für die Schadensmeldungen, die derzeit nach Krankenhäusern aufgeteilt ist, etwa alle zwei Jahre neu zugeordnet werden.

Seitens des Landesrechnungshofes wird festgehalten, dass die Aktenbearbeitung der reinen Schadensfälle eine positive Entwicklung durchlaufen hat: In den Jahren 2001 bis 2005 konnten teilweise Verzögerungen festgestellt werden, wie etwa auch in einem stichprobenweise geprüften Versicherungsfall, wobei es um eine Regressforderung aus der Dienstnehmerhaftpflichtversicherung des behandelnden Arztes an die KAGes geht. Hier dauerte es ein Jahr und fünf Monate bis die Versicherung auf ihre Anfrage eine Antwort seitens der RA erhielt.

Auffällig ist die teilweise nachlässig erfolgte Aktenführung im Prüfzeitraum 2001 bis 2005: Die Eingangsstempel fehlen auf manchen Schriftstücken, die Akten sind teilweise ungeordnet und vereinzelt findet man auch nur Aktenteile.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Juristen in der RA größtenteils selbst für die Führung ihrer Akten zuständig sind. Daher erfolgt auch die Bearbeitung der Akten unterschiedlich.

Generell zeichnet sich seit Ende 2005 ab, dass sämtliche Mängel, wie fehlende Eingangsstempel und unsortierte Akten, beseitigt wurden. Diese Entwicklung ist lobenswert zu erwähnen.

Daher wird empfohlen, eine gut durchdachte interne Dienstvorschrift auszuarbeiten, welche die einheitliche und übersichtliche Führung der Akten sowie die effiziente Bearbeitung der Schadensfälle unterstützt.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Durch die Umstellung auf EDV und die damit definierten Prozessabläufe und –schritte wurde ein Rahmenablauf für die Aktenführung und Bearbeitung der Schadensfälle bereits definiert und der Empfehlung des LRH Rechnung getragen. Diese Abläufe werden nach der Implementierung und vollständigen Umstellung auf das neue EDV-Programm evaluiert und Verbesserungsvorschläge eingearbeitet.

Ob dann eine Dienstvorschrift oder nicht doch eher eine Guideline bzw. SOP (generelle Arbeitsanweisung) erforderlich ist, wird zu prüfen sein.

Auch die Anregung der Rotation der internen Zuständigkeit für Schadensmeldungen, die nach Krankenhäusern aufgeteilt ist, wird positiv aufgenommen.

4.3 Schadensabwicklung im weiteren Sinn

4.3.1 Auswahl und Bestellung der Gutachter

Zur Abklärung darüber, ob der Arzt mit der erforderlichen Sorgfalt gearbeitet hat bzw. ob ihm ein Behandlungsfehler unterlaufen ist, wird seitens der RA ein Gutachten eingeholt. Diese Vorgangsweise wird sowohl vor Beginn von Vergleichsverhandlungen zwischen der KAGes und dem Patienten als auch im Zuge eines Schlichtungsverfahrens gewählt.

Zur Auswahl der Gutachter wird seitens der RA eine Liste geführt, welche in interne und externe Gutachter eingeteilt ist.

„Interne Gutachter“ sind jene aus dem Bereich der KAGes. Unter „externe Gutachter“ sind jene zu verstehen, die nicht bei der KAGes beschäftigt sind. Sollte ein Gutachter in der Steiermark aufgrund persönlicher oder fachlicher Befangenheitsgründe ein Gutachten nicht erstellen können, so wird ein Gutachter eines anderen Bundeslandes oder aus dem Ausland beigezogen.

Ein ausländischer Gutachter wird auch dann herangezogen, wenn besondere Fachkenntnisse für die Erstellung eines Gutachtens gefordert sind und kein österreichischer Gutachter diese vorweisen kann.

Insgesamt finden sich 147 Gutachter auf der von der KAGes vorgelegten Liste. Darunter befinden sich 72 interne und 63 externe Gutachter. 12 der auf der Liste angeführten Gutachter können nicht zugeordnet werden, da lediglich der Name und der jeweilige Fachbereich des Gutachters angeführt sind.

Von den 72 internen Gutachtern sind 22 im Österreichischen Verzeichnis der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Sachverständigen eingetragen.

Laut Angabe der KAGes müssen die Gutachter entweder allgemein beeidete oder gerichtlich zertifizierte Sachverständige sein oder über die fachlichen Voraussetzungen inklusive der praktischen Kenntnisse und Erfahrungen für die Erstellung eines Gutachtens verfügen. Bevorzugt werden Experten und ärztli-

che Leiter mit langer Erfahrung in einem Fachgebiet herangezogen. Die KAGes ist der Ansicht, dass niedergelassene Ärzte oft nicht über praktische Erfahrungen in allen Behandlungsbereichen eines Spitals verfügen.

Die KAGes hat unter den Gutachtern Prioritäten gesetzt. 22 interne und 20 externe Gutachter werden häufiger herangezogen.

Bei der außergerichtlichen Abwicklung von Schadensfällen gibt die KAGes an, dass die Bestellung von Gutachtern in Abstimmung mit dem Anspruchsteller erfolgt. Entweder wird ein Gutachternvorschlag von Seiten der KAGes formuliert, oder der Anspruchsteller gibt einen Gutachterwunsch bekannt.

Die außergerichtliche Abwicklung ist für den Patienten genauso wie die Erstellung eines Gutachtens kostenfrei.

Im Zuge der Prüfung hat sich **herausgestellt**, dass beim direkten Versuch der Einigung zwischen der KAGes und dem Patienten zumeist interne Gutachter vorgeschlagen werden. Der Patient kann diesen Vorschlag annehmen oder nicht.

Im Schlichtungsverfahren legt die Schlichtungskommission mit Zustimmung des Patienten bzw. seines Vertreters die Gutachter aus dem jeweiligen Fachbereich namentlich fest. In Ausnahmefällen wird nur der Fachbereich, aus dem der Gutachter kommen soll, definiert. Rechtsanwälte bestehen oft auf externe Gutachter. Nichtanwaltlich vertretene Patienten stimmen eher einem Sachverständigengutachten eines internen Gutachters zu.

Interne Gutachter sind aus der Treuepflicht zu ihrem Dienstgeber heraus befangen. Aufgrund der Treuepflicht hat der Dienstnehmer alles zu unterlassen, was dem Dienstgeber schaden könnte. Er hat die Interessen des Arbeitgebers zu wahren – dies erstreckt sich auch auf das außerdienstliche Verhalten. Insbesondere trifft den Arbeitnehmer über die ihm bekannt gewordenen Geschäfts- oder Betriebsverhältnisse des Arbeitgebers die Verschwiegenheitspflicht⁸.

⁸ Gärtner, 2005, www.wko.at/tirol/arbeitsrecht

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Interne Gutachter handeln bei der Gutachtenserstellung als Sachverständige iSd §§ 1299 f ABGB und nicht als Dienstnehmer der KAGes. Sie erstellen die Gutachten außerhalb der Dienstzeit und werden auch diesbezüglich gesondert entlohnt und sind daher nicht befangen.

Wobei die Treuepflicht auch so zu interpretieren ist, dass der Gutachter auch der KAGes gegenüber verpflichtet ist, ein fachlich korrektes Gutachten zu erstellen, um Schäden von der KAGes abzuwenden, nämlich dass höhere Kosten in einem Gerichtsverfahren für den Fall der Nichteinigung im außergerichtlichen Bereich erfolgen.

Replik des Landesrechnungshofes:

Diesbezüglich wird auf die Standesregeln des Hauptverbandes der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Sachverständigen Österreichs hingewiesen, worin die Befangenheit unter Punkt 2.3 wie folgt geregelt ist: „Der Sachverständige hat dem Auftraggeber unverzüglich und in jedem Stadium der Gutachterarbeit alle Gründe mitzuteilen, die seine Unabhängigkeit, Objektivität und Unparteilichkeit fraglich erscheinen lassen könnten. Die Frage einer allfälligen Befangenheit hat der Sachverständige erstmals nach seiner Beauftragung, und zwar auch ohne entsprechenden Hinweis des Auftraggebers oder einer Partei oder eines Beteiligten, zu prüfen. Darüber hinaus hat der Sachverständige bei seiner Arbeit jeden Anschein einer Befangenheit zu vermeiden.

Gründe, die volle Unbefangenheit des Sachverständigen in Zweifel zu ziehen, liegen etwa dann vor, wenn der Sachverständige mit einer Partei oder einem Beteiligten verwandtschaftliche, engere freundschaftliche oder enge geschäftliche Beziehungen hat, wenn mit einer Partei oder einem Beteiligten ein Streit besteht oder bestanden hat oder wenn der Sachverständige bereits früher mit der Angelegenheit in irgendeiner Weise befasst war (z.B. als Privatgutachter für eine Partei oder einen Beteiligten).“

Daher **empfiehlt der Landesrechnungshof**, bei Vergleichen außerhalb des Schlichtungsverfahrens sowie auch im Schlichtungsverfahren externe Gutachter, vor allem auch aus den übrigen Bundesländern, heranzuziehen. Dies wäre für eine bundesländerübergreifende Qualitätssicherung von Vorteil.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Hinsichtlich der Empfehlung des LRH bei Vergleichen außerhalb des Schlichtungsverfahrens und im Schlichtungsverfahren nur externe Gutachter zu bestellen, wird darauf hingewiesen, dass diese Vorgehensweise eine Erhöhung der Kosten nach sich ziehen wird.

Replik des Landesrechnungshofes:

Der LRH empfiehlt externe Gutachter, vor allem aus den übrigen Bundesländern, heranzuziehen. Gemeint sind die Gutachter aus den Krankenanstalten der Bundesländer. Die Höhe des Honorars dieser Gutachter erreicht insgesamt die Höhe der Pauschalen für die internen Gutachter.

Die internen Gutachter werden erst seit dem ersten Halbjahr 2005 nach Pauschalen honoriert und schreiben ihr Gutachten außerhalb der Dienstzeit. Zuvor mussten sie die Gutachten ohne gesonderte Entlohnung während der Dienstzeit erbringen.

Die Kosten für interne Gutachter werden nach Pauschalen verrechnet. Ein kleines Gutachten kostet € 212,50, ein großes € 425,--, jeweils exklusive 20 % USt. Ein Gutachten ist dann „groß“, wenn der Arbeitsaufwand dafür mehr als drei Stunden beträgt und ein umfangreiches Literaturstudium erfordert. Im Vergleich dazu kostet ein „Schmerzgutachten“, welches die Anzahl der Schmerzperioden ermittelt, € 500,-- exklusive 20 % USt.

Die externen Gutachter werden nach dem Gebührenanspruchsgesetz bzw. nach dem tatsächlichen Aufwand entlohnt. Zumeist erfolgt die Bekanntgabe der Kosten für die Gutachtenserstellung gemeinsam mit der Übermittlung des Gutachtens in Form einer Honorarnote.

Dazu ist **festzuhalten**, dass die Kosten für externe Gutachten meist sehr unterschiedlich sind. **Empfehlenswert** ist es, mit dem externen Gutachter zuvor einen Höchstbetrag für die Gutachtenserstellung zu vereinbaren.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Der Empfehlung, dass mit externen Gutachtern zuvor ein Höchstbetrag für die Gutachtenserstellung vereinbart werden soll, stehen wir positiv gegenüber, sofern dies möglich ist und von Gutachtern akzeptiert wird, zumal der Zeitaufwand vom Gutachter sehr oft nicht abgeschätzt werden kann. Die üblichen Abrechnungsmodalitäten bei externen Gutachtern nach dem Gebührenanspruchsgesetz 1975 (wie bei Gericht üblich) oder nach den bei der Ärztekammer verlautbarten Tarife wären vorzunehmen.

Replik des Landesrechnungshofes:

Ausländische Gutachter verrechnen ihre Tarife nicht nach dem Gebührenanspruchsgesetz 1975 oder den bei der Ärztekammer für Steiermark verlautbarten Tarifen. Hier empfiehlt sich die Vereinbarung eines Höchstbetrages bzw. die gesonderte Vereinbarung der Verrechnung nach den o.a. Tarifen.

Bei internen Vergleichsverhandlungen sowie im Schlichtungsverfahren wurde **seitens des Landesrechnungshofes festgestellt**, dass ein Gutachten sowohl dem Grunde als auch eines der Höhe nach eingeholt wird. Damit ist gemeint, dass ein Gutachter zuerst feststellt, ob der Arzt mit der erforderlichen Sorgfalt gearbeitet hat oder nicht. Stellt sich heraus, dass ein Behandlungsfehler nicht ganz auszuschließen ist, wird meist noch ein weiteres Gutachten zur besseren Abklärung eingeholt. Steht endgültig fest, dass die Behandlung nicht „de lege artis“, d.h. entgegen der ärztlichen Kunst erfolgt ist, wird ein Schmerzgutachten von einem dazu eigens bestellten Gutachter eingeholt. Dieses Gutachten legt die Schmerzperioden fest. Daran knüpft dann die Höhe des Schmerzensgeldes an, welches nach festen Tarifen berechnet wird. Gemäß § 1325 ABGB hat der

Patient Anspruch auf Schmerzensgeld, Ersatz der Heilungskosten und Verdienstentgang. Die Höhe des Schmerzensgeldes wird im Zivilprozess vom Richter zuerkannt.

Für die Ermittlung des Schmerzensgeldanspruches hat der Gutachter die Dauerschmerzzustände und deren Intensität festzulegen. Bei der Intensität geht es darum, an wie vielen Tagen leichte, mittlere und starke Schmerzen bestanden haben.

Zu den ausländischen Gutachtern führt die KAGes weiters an, dass diese nur ein fachliches Gutachten erstellen, jedoch keine Beurteilung hinsichtlich der Schmerzperioden abgeben können, da hier die österreichische Rechtslage heranzuziehen ist und diese Begutachtung durch einen österreichischen Gutachter zu erfolgen hat.

Der Landesrechnungshof empfiehlt als vereinfachend und kostengünstiger die inländischen Gutachter damit zu beauftragen, sowohl eine fachliche Beurteilung als auch eine Beurteilung über das Ausmaß der Schmerzperioden in einem Gutachten zu erstellen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Empfehlung des LRH wird positiv gesehen, jedoch ersuchen wir zu berücksichtigen, dass nicht in allen Fällen von vornherein klar ist, dass dem Grunde nach eine Haftung gegeben ist. In den Fällen, in denen keine Haftung dem Grunde nach gegeben ist (das sind ca. 70 – 80 % der Anspruchstellungen), könnte eine gutachterliche Beauftragung zur Höhe des Schadensumfanges Verwirrung schaffen und zu einer Verteuerung der Gutachten führen. Ergänzend sei noch erwähnt, dass je Schlichtungsfall bis zu 3 verschiedene Fachbereiche durch Gutachten abgedeckt werden müssen, um eine Klärung der Haftung dem Grunde nach herbeiführen zu können. Dabei jedes Mal eine Schadensbegutachtung durchzuführen, wäre weder ökonomisch sinnvoll, noch notwendig.

Replik des Landesrechnungshofes:

Jener Gutachter, der ein Vorgehen entgegen der ärztlichen Kunst in seinem Fachbereich nicht gänzlich ausschließen kann, soll auch eine Beurteilung über das Ausmaß der Schmerzperioden abgeben.

Die Erstellung der Gutachten erfolgt laut Angabe der KAGes auf freiwilliger Basis. Jeder Gutachter hat die Möglichkeit, die Erstellung eines Gutachtens abzulehnen. Eine Ablehnung der Gutachtenserstellung hat für einen internen Gutachter nur insofern Konsequenzen, als er von der Gutachterliste gestrichen werden kann. Eine Streichung kann auch erfolgen, wenn die Gutachtenserstellung überlange dauert.

4.3.2 Dienstvorschriften hinsichtlich Archivierung und Dokumentation von Schadens- und Schlichtungsfällen

Laut Auszug aus dem „Schadensmanagement“, welches seitens der RA als verbindliche Arbeitsunterlage bezeichnet wird, ist folgende Vorgangsweise einzuhalten:

4.3.6 Dokumentation und Archivierung

Sämtliche Schadensfälle sind im LKH¹/Bereichsdirektion² an einer Stelle unter Anschluss aller Unterlagen zu dokumentieren.

Sowohl zentral in der Rechtsabteilung als auch dezentral in den LKHs sind jeweils **Schadensfallregister** zu führen, die Abfragen über den aktuellsten Stand zu folgenden Punkten ermöglichen sollen.

- ◆ Anzahl der anhängigen Fälle
- ◆ Gesamtstreitwert
- ◆ Ort (LKH/Dion, Abt)
- ◆ Ursache etc.

Die Archivierung der abgeschlossenen Fälle ist in den LKHs dezentral gemäß der Vst ArbU 100.810 durchzuführen.

Die Fußnote (1) steht für einen Schadensfall in einem LKH, die Fußnote (2) steht für einen Schadensfall in der Zentraldirektion.

Die Archivierung der über die Rechtsabteilung abgewickelten Schadensfälle erfolgt wie folgt:

Was	Kennzeichnung	Wo	Wie lange ¹	Verantwortlich
Schlichtungsfälle	S-Zahl/Jahreszahl	Sekretariat P4 - Zr. 104	-	SekretärIn P4
Klagsfälle	Geschäftszahlen; Name des Klägers	P4, Zr. 106	-	Schadensreferenten, Bereich Nord und Süd
Außergerichtliche Schadensfälle	Jahreszahl; Verteilung nach LKHs Bereich Nord und Süd	P4, Zr. 106	-	Schadensreferenten, Bereich Nord und Süd

Zu dieser Dienstvorschrift ist angeführt, dass die Durchführbarkeit der Archivierung abgeschlossener Schadensakte für 30 Jahre sinnvoll und zielführend wäre. Daher bedarf es einer zentralen Lösung (Schaffung von Archivierungsräumlichkeiten, Entscheidung, ob Archivierung in eingescannter Form erfolgen soll etc). Solange eine solche Lösung ausständig ist, kann die Dauer der Archivierung vom Prozessverantwortlichen nicht festgelegt werden.

Sämtliche abgeschlossene Schlichtungsfälle werden mittels Scanner optisch erfasst und elektronisch archiviert. Die Original-Unterlagen werden mit Ausnahme der vertraglichen Dokumente (z.B. Vergleichsabschluss) und jenen Akten, aus denen sich wiederkehrende Verbindlichkeiten (z.B. Rentenzahlungen) seitens der KAGes ergeben haben, vernichtet. Dazu **stellt der Landesrechnungshof fest**, dass den vorgelegten Dienstvorschriften keine verbindliche Arbeitsanweisung für diese Vorgangsweise zu entnehmen ist.

Die elektronische Archivierung von sensiblen Daten kann zu Problemen führen: Durch zukünftige EDV-Umstellungen können wichtige Schriftstücke unleserlich werden oder verloren gehen. Auch ist bei der Abfrage des EDV-Programms nicht gänzlich auszuschließen, dass einzelne Schriftstücke nicht angezeigt werden, da das Programm zusätzlich zur Aktenzahl auch einen Abfragezeit-

raum benötigt. Wird dieser in zu kurzer zeitlicher Spanne eingegeben, kann es vorkommen, dass einzelne Schriftstücke nicht angezeigt werden.

Da die räumliche Situation beengt ist, **empfiehlt der Landesrechnungshof** zu überlegen, ob die abgeschlossenen Schadensfallakten nicht besser gesondert in einem anderen Geschoss oder in einem allenfalls ungenutzten Nebenraum untergebracht werden können. Die abgeschlossenen Schlichtungsfälle sollten bei der Schlichtungsstelle für eine angemessene zeitliche Dauer aufbewahrt werden. Dabei ist eine Aufbewahrungsfrist von sieben Jahren zweckmäßig.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Zur Empfehlung, dass die Schlichtungsstelle die abgeschlossenen Schlichtungsfälle 7 Jahre aufbewahren sollte, wird darauf hingewiesen, dass die Geschäftsstelle bei der Ärztekammer für Steiermark alle Akten seit Bestehen der gemeinsamen Schlichtungsstelle aufbewahrt.

4.3.2.1 Evaluierung der Schadensfälle

Hinsichtlich der Evaluierung von Schadensfällen wurde mit Gültigkeitsdatum 26. Februar 1998 folgende verbindliche Arbeitsanweisung⁹ aufgestellt:

4.3.7 Evaluierung im Hinblick auf ein effektives Riskmanagement

Jeweils nach Abschluß eines Schadensfalles ist eine Evaluierung im Hinblick auf eine künftige Vermeidung anzustellen und sind risikopräventive Maßnahmen einzuleiten.

Im Rahmen der Evaluierung sind insbesondere folgende Punkte zu beachten:

- ◆ Schadensursache
- ◆ Vermeidbarkeit
- ◆ Handlungsalternativen
- ◆ Empfehlungen/Änderungsvorschläge
- ◆ Umsetzung der Änderungsvorschläge
- ◆ Risikocontrolling

Der Landesrechnungshof stellt fest, dass die Dienstvorschrift hinsichtlich der Evaluierung im Hinblick auf das immer bedeutendere Risikomanagement knapp

⁹ aus Vorstand Arbeitsunterlage 0010.0901 Schadensmanagement, S. 11

und unpräzise ausgefallen ist. Aus den Akten ist erkennbar, dass eine Evaluierung einzelner Schadensfälle, vor allem in Hinblick auf das Risikomanagement, erst seit dem Jahr 2006 in der beschriebenen Form erfolgt. In den Zeiträumen davor wurden fallweise Ermittlungen hinsichtlich Ursache und Vermeidbarkeit in konkreten Fällen eingeleitet. Laut Angabe der RA ist die schriftliche Geltendmachung des Schadens seitens des Geschädigten maßgebend dafür, dass die RA den vorgegebenen Evaluierungsprozess abhandelt. Für diese Einschränkung gibt es keine verbindliche Arbeitsvorschrift.

Es empfiehlt sich daher, eine Evaluierung laut Dienstvorschrift für alle Schadensfälle, unabhängig von deren Geltendmachung, nachvollziehbar durchzuführen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Empfehlung, dass eine Evaluierung laut Dienstvorschrift für alle Schadensfälle, unabhängig von deren Geltendmachung, nachvollziehbar durchzuführen ist, wird nach Verfügbarkeit der Ressourcen mittels einer route-cause-analysis bzw. einer Risikobeurteilung Rechnung getragen.

4.3.3 Kontrolle und Interne Revision

Die Bearbeitung der Aktenerledigungen findet in der RA ohne nachprüfende Kontrolle statt. Die einzelnen juristischen Referenten arbeiten sehr selbständig. Laut Angabe der Mitarbeiter finden zwar Absprachen statt und werden juristische Fachmeinungen ausgetauscht – eine Ablaufkontrolle hinsichtlich der Einhaltung der verbindlichen Arbeitsunterlagen in der RA findet allerdings nicht statt. In rechtlich schwierigen Belangen entscheidet zumeist der Leiter der RA selbst. Vor der Anweisung von höheren Entschädigungsleistungen oder in Fällen, die von medialem Interesse sind, ist die Erlaubnis von übergeordneten und entscheidungsbefugten Personen einzuholen.

Die Interne Revision hat eine Kontrolle der Tätigkeit der RA bislang nicht in ihrem Prüfprogramm vorgesehen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Zu den Ausführungen des LRH, dass die Interne Revision eine Kontrolle der Tätigkeit der Rechtsabteilung bislang nicht in ihrem Prüfprogramm vorgesehen hat, ist anzuführen, dass der Prozess Schadensmanagement im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems der Zentralklinik der KAGes als Prozess definiert ist und damit einer Qualitätsüberwachung im Rahmen interner und externer Audits unterliegt.

Replik des Landesrechnungshofes:

Über Aufforderung des LRH wurde der „Management-Review 2005“-Bericht hinsichtlich der Bewertung des Management-Systems der Zentralklinik in der Version vom 05. Oktober 2006 vorgelegt. In diesem Bericht wird das Schadensmanagement aufgrund vorliegender Kennzahlen zu 70% positiv bewertet. Die Kennzahlen umfassen die Höhe der Schadenersatzleistungen pro Jahr für Schlichtungsfälle, Klagsfälle und (interne) Schadensfälle, die Anzahl der Schlichtungsfälle, der Klagsfälle und der (internen) Schadensfälle pro Jahr sowie die Höhe des gesamten Rückstellungsbetrages. Es wird nicht näher beschrieben, wie das Ergebnis dieses Audits zustande gekommen ist.

Dazu muss erwähnt werden, dass sich das Prüfprogramm der Internen Revision in Schwerpunkt- und Routineprüfungen sowie Nachprüfungen gliedert. „Schwerpunktprüfungen“ sind Einzelprüfthemen aus den verschiedensten Unternehmensbereichen der KAGes. Bei „Routineprüfungen“ werden im Rahmen eines Prüfzyklus ausgewählte Themenbereiche und Prozesse (z.B. Patientenaufklärung, Personaladministration) in den LKH und zentralen Einrichtungen anhand von Checklisten standardisiert abgefragt.

In den LKH wurde seitens der Internen Revision eine Überprüfung hinsichtlich des sogenannten „Schadensmanagements“ vorgenommen. Dabei wurden folgende Bereiche einer Kontrolle unterzogen:

- Verwendung der vorgesehenen Formblätter
- Führung eines Schadensfallregisters
- Dokumentation und Archivierung
- Einholung von Abfertigungserklärungen
- notwendige Weiterleitung an die Rechtsabteilung

Laut Angabe der Organisationsabteilung hat das Ergebnis der Prüfung der Internen Revision gezeigt, dass die Abwicklung der Schadensfälle entsprechend den vorgegebenen Richtlinien in den LKH grundsätzlich eingehalten wird. In jenen LKH, wo bei der Erstprüfung nicht den internen Richtlinien entsprochen wurde, erfolgte eine Nachprüfung, bei der die angekündigte Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen kontrolliert wurde.

Der Landesrechnungshof empfiehlt die Organisation der Arbeitsabläufe zum Schadensmanagement in der RA in regelmäßigen Abständen einer Internen Revision zu unterziehen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Empfehlung des LRH, die Organisation der Arbeitsabläufe zum Schadensmanagement in der Rechtsabteilung in regelmäßigen Abständen einer Internen Revision zu unterziehen, wird auch bei der Prüfungsplanung berücksichtigt werden.

Hinsichtlich „Patientenaufklärung“ erfolgte durch die Interne Revision eine Überprüfung. Dabei ging es darum, ob die Therapieaufklärung der Patienten in den Krankenhäusern und Abteilungen ordnungsgemäß erfolgt. Geprüft wurde die schriftliche Dokumentation und die Verwendung der Aufklärungsformulare. Für die Aufklärung wurde ein eigenes EDV-System entwickelt. Für sämtliche

Krankheiten gibt es eigene, von einer deutschen Firma gekaufte, Formulare. Diese sind sehr umfangreich und ausführlich gestaltet. Nach Angabe der KAGes bekommt der Patient immer eine Ausfertigung der schriftlich dokumentierten Aufklärungsformulare überreicht. Die Ärzte können die Aufklärungsformulare sowohl in deutscher als auch in englischer, französischer und türkischer Sprache abrufen. Dieses EDV-System ist bereits in zahlreichen Häusern installiert.

Dazu wird seitens des Landesrechnungshofes festgehalten, dass so genannte „Aufklärungsprozesse“ zunehmen und seitens der KAGes daher ein großes Interesse an einer ordnungsgemäßen Aufklärung besteht. Bei nicht ordnungsgemäß erfolgter Aufklärung geht die Beweislast an den Rechtsträger bzw. an den behandelnden Arzt über.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

"Hinsichtlich "Patientenaufklärung" erfolgte durch die Interne Revision eine Überprüfung. Dabei ging es darum, ob die Therapieaufklärung der Patienten in den Krankenhäusern und Abteilungen ordnungsgemäß erfolgt. ...". Hier wäre zu ergänzen, dass seitens der Internen Revision bei ihrer Prüftätigkeit nicht nur die Therapieaufklärung, sondern u. a. auch die ordnungsgemäße Vornahme der Risiko- und Diagnoseaufklärung überprüft wird.

Weiters wird in diesem Absatz ausgeführt, dass „für die Aufklärung ein eigenes EDV-System entwickelt wurde“. Hier wäre richtigzustellen, dass es sich dabei um einen Online-Zugang zum Webportal einer deutschen Firma handelt, wo seitens der KAGes und somit aller LKHs die Aufklärungsbögen in aktueller Fassung bezogen werden können. Die Aussage, dass „dieses EDV-System bereits in zahlreichen Häusern installiert ist“, ist damit hinfällig.

4.4 Ärztliche Anzeige- und Meldepflicht

Seitens der Vorstandsdirektoren wurde Ende 1999 die Erstellung eines Handbuchs „Krisen bewältigen – Verhaltensregeln für kritische Ereignisse im medizinisch-pflegerischen Bereich“ in Auftrag gegeben.

Die Erstellung dieses Handbuchs erfolgte durch ein Projektteam unter der Leitung des Personaldirektors. Es stellt eine verbindliche Dienstanweisung bezüglich des Verhaltens im Krisenfall dar und richtet sich an alle Dienststellen der KAGes. In Abschnitt 5 dieses Handbuchs wurden Anzeige- und Meldepflichten in Krankenanstalten bei Verdacht auf Vorliegen bestimmter strafbarer Handlungen festgelegt. Diese lauten wie folgt:

Anzeige- und Meldepflichten in Krankenanstalten bei Verdacht auf Vorliegen bestimmter strafbarer Handlungen:

	Tod	Verdacht auf schwere Körperverletzung durch		
		Ärzte	KAGes-Mitarbeiter	Nicht-Ärzte
Anzeige durch ärztlichen Direktor/leitenden Arzt	Ja	Nein	Nein	Ja
Anzeige durch Rechtsabteilung	Nein , aber die Meldung erfolgt „im Einvernehmen mit der RA“	Ja , wenn „unabdingbar“	Ja , „gegebenenfalls“	Nein

Quelle: Zusammenfassung aus dem Handbuch „Krisen bewältigen“, Abschnitt 5, Seite 5-7

Die Begehung einer „**schweren Körperverletzung**“ zieht auch eine strafrechtliche Folge nach sich: Diese ist laut § 84 (1) Strafgesetzbuch wie folgt geregelt:

„Hat die Tat eine länger als 24 Tage dauernde Gesundheitsschädigung oder Berufsunfähigkeit zur Folge oder ist die Verletzung oder Gesundheitsschädigung an sich schwer, so ist der/die Täter/in mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu bestrafen.“

Die KAGes-Maßnahmen der Melde- und Anzeigepflichten stehen stellvertretend für die berufsrechtliche Anzeige- und Meldepflicht gem. § 54 Ärztegesetz i.d.g.F. die wie folgt lautet:

„§ 54 Abs. 4 ÄrzteG.: „Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde, so hat der Arzt, sofern Abs. 5 nicht anderes bestimmt, der Sicherheitsbehörde **unverzüglich** Anzeige zu erstatten. Gleiches gilt im Fall des Verdachts, dass eine volljährige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist.“

Ausnahmen sind in § 54 Abs. 5 ÄrzteG i.d.g.F. geregelt. Diese betreffen das Wohl und den Schutz von Minderjährigen in Fällen, wo eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger erfolgt.

Zu den Anzeige- und Meldepflichten hält der Landesrechnungshof fest

- **dass die berufsrechtliche Verpflichtung zur Anzeige nach dem Ärztegesetz die Ärzte und nicht die KAGes trifft.**
- dass, im Falle des Vorliegens eines Behandlungsfehlers mit Todesfolge zutreffenderweise der Fall vorliegen wird, dass ein anderer, der KAGes zugehöriger Arzt wegen einer strafbaren Tat unter Verdacht steht: Dazu ist laut Abschnitt 5 des Krisenhandbuches die RA zu informieren. Eine Meldung an die Staatsanwaltschaft ergeht nach Prüfung des Sachverhaltes durch den ärztlichen Direktor im Einvernehmen mit der RA.

Eine unverzügliche Anzeige bei der Sicherheitsbehörde ist gemäß dem Handbuch „Krisen bewältigen“ **nicht vorgesehen**. Da diese Vorgangsweise **den gesetzlichen Melde- und Anzeigepflichten widerspricht**, sollte diese Dienstvorschrift entsprechend überarbeitet werden.

Bei Verdacht einer schweren Körperverletzung im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit eines anderen Arztes ist eine Anzeige an die zuständigen Sicherheitsbehörden ebenso erst nach Prüfung des Sachverhaltes durch die RA vorgesehen. Hier wird seitens der RA eine Prüfung dahingehend vorgenommen, ob eine Anzeige aufgrund kurzfristiger schadensbereinigender Maßnahmen analog zu § 84 Abs. 2 Z. 2 StPO entfallen kann bzw. ob eine solche „unabdingbar“ ist. Die RA wurde dazu befragt, wie sie den Begriff „unabdingbar“ in Zusammenhang mit der ärztlichen Meldepflicht auslegt. Die RA meint dazu, dass eine Anzeige gemacht wird, wenn aufgrund einer Prüfung feststeht, dass eine solche wegen der gesetzlichen Bestimmungen erforderlich ist.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Unter dem Begriff „unabdingbar“ (wie bereits in der Stellungnahme der KAGes vom 12.03.2007 erläutert) versteht man eine Regelung in einem Gesetz, die besagt, dass von den Bestimmungen eines Gesetzes nicht durch Vereinbarungen der Vertragspartner abgewichen werden kann.

Der Landesrechnungshof hält fest, dass nach dem Ärztegesetz 1998 i.d.g.F. eine **unbedingte und unverzügliche Anzeigepflicht** besteht, die zu keiner Interessensabwägung zwischen Mitteilungs- und Geheimhaltungsinteresse berechtigt.

Die von der KAGes dazu erlassene Dienstvorschrift **widerspricht den gesetzlichen Anzeige- und Meldepflichten** und sollte daher für unwirksam erklärt werden. Eine mit den gesetzlichen Bestimmungen in Einklang stehende neue Dienstvorschrift wäre zu erlassen. Denn

„...die Anzeigepflicht besteht selbst dann, wenn sich ein Arzt, der in Verdacht steht, durch einen Behandlungsfehler eine schwere Körperverletzung herbeigeführt zu haben, zu schadensbereinigenden Maßnahmen (z.B. Zahlung einer Entschädigung) bereit erklärt und die verletzte Person damit einverstanden ist¹⁰.“

¹⁰ Überlegungen zur ärztlichen Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht, Harald Stolzechner, Recht der Medizin 2000, 67

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Feststellung des LRH, dass die erlassene Dienstvorschrift den gesetzlichen Anzeige- und Meldepflichten widerspricht, wird geprüft und das Handbuch „Krisen bewältigen“ (Stand Juli 2000), welches derzeit von der Rechtsabteilung der KAGes überarbeitet wird, wird gegebenenfalls abgeändert.

4.4.1 Diszipliniäre Verantwortung

Nachdem es sich hier um Ärzte einer öffentlichen Krankenanstalt handelt, unterliegen jene Ärzte, die einen aufrechten Dienstvertrag zum Land Steiermark als Beamte oder Vertragsbedienstete haben, dem L-DBR. Laut Angabe der KAGes gibt es keine Landes-Beamten mehr, sondern ausschließlich Bundesbeamte. Ärzte, die Bundesbeamte sind, unterliegen dem BDG 1979. Diese beamteten Spitalsärzte unterliegen den für Beamte geltenden disziplinären Bestimmungen. Alle anderen KAGes-Ärzte, die einen privatrechtlichen Dienstvertrag mit der KAGes abgeschlossen haben, unterliegen der berufsrechtlichen Verpflichtung nach dem Ärztegesetz.

Sowohl im L-DBR (§ 33 Abs. 3), als auch im BDG 1979 (§ 45 Abs. 3) regeln die Dienstpflichten den Fall des Verdachts einer von Amts wegen zu verfolgenden gerichtlich strafbaren Handlung und sind diese Dienstvorschriften analog dem § 84 StPO ausgeführt worden:

L-DBR § 33 Abs. 3: „Wird dem Leiter/der Leiterin einer Dienststelle in Ausübung seines/ihrer Dienstes der begründete Verdacht einer von Amts wegen zu verfolgenden gerichtlich strafbaren Handlung bekannt, die den Wirkungsbereich der von ihm/ihr geleiteten Dienststelle betrifft, so hat er/sie dies, sofern er/sie nicht ohnehin gemäß § 105 Abs. 1 vorzugehen hat, unverzüglich der zur Anzeige berufenen Stelle zu melden oder, wenn er/sie selbst hiezu berufen ist, die Anzeige zu erstatten. Die Anzeigepflicht richtet sich nach § 84 der Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631.“

BDG 1979 § 45 Abs. 3: „Wird dem Leiter einer Dienststelle in Ausübung seines Dienstes der begründete Verdacht einer von Amts wegen zu verfolgenden gerichtlich strafbaren Handlung bekannt, die den Wirkungsbereich der von ihm geleiteten Dienststelle betrifft, so hat er dies, sofern er nicht ohnehin gemäß § 109 Abs. 1 vorzugehen hat, unverzüglich der zur Anzeige berufenen Stelle zu melden oder, wenn er selbst hiezu berufen ist, die Anzeige zu erstatten. Die Anzeigepflicht richtet sich nach § 84 der Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631.“

Demnach richtet sich die Anzeigepflicht bei Ärzten des Bundes- und Landesdienstes dahingehend, dass der Verdacht an den Leiter der Dienststelle weiterzuleiten ist und dieser sodann der **zur Anzeige berufenen Stelle** die Meldung weiterzuleiten hat. Diese wiederum trifft die Pflicht zur Erstattung einer Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an eine Sicherheitsbehörde (das sind: die Bundespolizeidirektion, die Bezirksverwaltungsbehörde, die Sicherheitsdirektion und das Bundesministerium für Inneres).

Meldepflicht von bundes- und landesbediensteten Ärzten:

	L-DBR/BDG analog § 84 StPO	Ärztegesetz/GuKG
Die zur Anzeige berufene Stelle	Anzeigepflicht analog zu § 84 StPO (in Funktion Behörde)	
Ärztlicher Leiter	Meldepflicht an die zur Anzeige berufene Stelle (z.B. Krankenanstaltenbehörde) (ausgenommen: schadensbereinigende Maßnahmen analog § 84 StPO)	
Ärzte (Bundes- und Landesbedienstete)	Meldepflicht an den ärztlichen Leiter	
KAGes-Ärzte		Anzeigepflicht nach § 54 Ärztegesetz an eine Sicherheitsbehörde
KAGes-Mitarbeiter		Ermächtigung zur Meldung an persönlich betroffene Personen, Behörden oder öffentliche Dienststellen nach dem GuKG

Die Meldepflicht von jenen Ärzten, die ein vertragliches Dienstverhältnis mit der KAGes abgeschlossen haben, richtet sich **ausschließlich nach dem Ärztegesetz 1998 i.d.g.F** (§ 54 Abs. 4). Demnach hat der Arzt bei Verdacht auf eine gerichtlich strafbare Handlung (schwere Körperverletzung, Tod) diesen direkt der Sicherheitsbehörde zu melden.

Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind **ermächtigt**, persönlich betroffenen Personen, Behörden oder öffentlichen Dienststellen Mitteilung über ihren Verdacht zu machen (§ 8 Abs. 1 GuKG i.d.g.F.).

4.4.1.1 Die zur „Anzeige berufene Stelle“

In dieser Frage stellt der Landesrechnungshof fest, ob nach dem L-DBR und BDG die „zur Anzeige berufene Stelle“ die RA ist. Da die RA keine „Behörde“ ist und § 33 L-DBR analog dem § 84 StPO, der nur für Behörden gilt, angeglichen ist, sollte es sich bei der „zur Anzeige berufenen Stelle“ wohl um eine Krankenanstaltenbehörde handeln. Dies wäre sodann die Aufgabe der Fachabteilung 8A des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung. Selbst wenn man die Personalabteilung der KAGes als „vorgeschaltete Dienstbehörde“ ansieht, so fällt auf, dass die RA der KAGes, die laut Dienstvorschrift die „zur Anzeige berufene Stelle“ ist, schon deswegen nicht zur Anzeige berufen sein kann, da hier ein **Interessenskonflikt** vorliegt. Die RA ist dazu beauftragt, Schadenersatzzahlungen zu leisten und vertritt die Interessen des Unternehmens. Besonders deutlich wird dies, wenn man die strafrechtliche Verantwortung der Ärzte in Zusammenhang mit den strafrechtlichen Folgen der Verbandsverantwortlichkeit und deren Haftung bringt. Für den Interessenskonflikt spricht auch der Umstand, dass im Falle einer Schadensmeldung, die den Verdacht einer schweren Körperverletzung beinhalten kann, dieser dann seitens der RA nicht weiter nachgegangen wird, wenn kein Schadenersatz seitens des betroffenen Patienten geltend gemacht wird. In diesem Fall wird seitens der RA auch keine Prüfung hinsichtlich schadensbereinigender Maßnahmen vorgenommen. Ein weiteres Beispiel dafür ist die Tatsache, dass die RA auch Strafverfahren gegen einzelne Ärzte bearbeitet und dabei für den unter Verdacht stehenden Arzt Partei ergreift.

Der Landesrechnungshof empfiehlt daher, jeden Schadensfall, der den Verdacht einer gerichtlich strafbaren Handlung mit Todesfolge oder schwerer Körperverletzung beinhaltet, unverzüglich entweder seitens des Verdacht schöpfenden Arztes oder der zur Anzeige berufenen Stelle (gem. § 33 L-DBR Abs. 3 bzw. § 45 BDG Abs. 3) zu melden. Die „zur Anzeige berufene Stelle“ kann aus Interessensgründen nicht die RA sein. Diese Aufgabe sollte eine Krankenanstaltenbehörde wahrnehmen und könnte daher der Fachabteilung 8A übertra-

gen werden. In Hinblick auf den Interessenskonflikt entsprechen die verbindlichen Leitvorgaben im Handbuch „Krisen bewältigen“ **nicht** den einschlägigen gesetzlichen Normen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Zur Empfehlung des LRH betreffend „zur Anzeige berufene Stelle“ iSd L-DBR darf festgehalten werden, dass aus dem Handbuch „Krisen bewältigen“ klar und eindeutig hervorgeht, wer zur Anzeige berufen ist. Die Musterformulare (siehe Beilage 1 – 3 [im Anschluss an diese Stellungnahme eingearbeitet, Anm. d.LRH]) zur Sachverhaltsdarstellung an die Sicherheitsbehörde sehen als Verfasser der Sachverhaltsdarstellung den diensthabenden bzw. leitenden Arzt bzw. den Ärztlichen Direktor bzw. den Pflegedirektor und nicht die Rechtsabteilung vor.

Zum besseren Verständnis sei hinzugefügt, dass die Rechtsabteilung zur Frage der unmittelbaren Schadenswiedergutmachung durch die Anstaltsleitungen bzw. das zuständige Mitglied der Anstaltsleitung zu kontaktieren ist, damit auch Klarheit besteht, da allenfalls eine sofortige Haftungserklärung gegenüber dem Geschädigten abgegeben werden kann. Als zur Anzeige berufene Stelle ist jedenfalls die Anstaltsleitung bzw. das jeweilige Mitglieder der Anstaltsleitung anzusehen, wie dies auch aus dem Handbuch „Krisen bewältigen“ abzuleiten ist. Eine Weiterleitung an eine externe Stelle im Bereich der Steiermärkischen Landesregierung wäre nicht opportun, zumal die Unverzüglichkeit der Anzeigepflicht gerade außerhalb der Bürostunden nicht gesichert wäre. Die Einschaltung einer hochqualifizierten und in der Materie erfahrenen Einheit, wie der Rechtsabteilung, zur Optimierung und Verbesserung der Abläufe in diesem hochkomplexen System dient sowohl der Qualitätssicherung, wie auch der Risikoverminderung.

Aus Sicht der Fachabteilung 8A wird auf § 54 Abs. 4 Ärztegesetz verwiesen: „Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder eine schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde, so hat der Arzt, sofern Abs. 5 nichts anderes bestimmt, der Sicherheitsbehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten...“

§ 7 Abs. 1 GuKG lautet: „Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind verpflichtet, der Sicherheitsbehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten, wenn sich in Ausübung ihres Berufes der Verdacht ergibt, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die schwere Körperverletzung eines Menschen herbeigeführt wurde.“

Aus diesen beiden Bestimmungen wird deutlich, dass sich die Anzeigepflicht von Ärzten und von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe direkt an die Sicherheitsbehörde richtet.

§ 33 Abs. 3 L-DBR lautet: „Wird dem Leiter/der Leiterin einer Dienststelle in Ausübung seines/ihres Dienstes der begründete Verdacht einer von Amts wegen zu verfolgenden gerichtlich strafbaren Handlung bekannt, die den Wirkungsbereich der von ihm/ihr geleiteten Dienststelle betrifft, so hat er/sie dies, sofern er/sie nicht ohnehin gemäß § 105 Abs. 1 vorzugehen hat, unverzüglich der zur Anzeige berufenen Stelle zu melden oder, wenn er/sie selbst hiezu berufen ist, die Anzeige zu erstatten. Die Anzeigepflicht richtet sich nach § 84 der Strafprozessordnung 1975 (STPO), BGBl.Nr. 631.“

§ 45 Abs. 3 BDG lautet: „Wird dem Leiter einer Dienststelle in Ausübung seines Dienstes der begründete Verdacht einer von Amts wegen zu verfolgenden gerichtlich strafbaren Handlung bekannt, die den Wirkungsbereich der von ihm geleiteten Dienststelle betrifft, so hat er dies, sofern er nicht ohnehin gemäß § 109 Abs. 1 vorzugehen hat, unverzüglich der zur Anzeige berufenen Stelle zu melden oder, wenn er selbst hiezu berufen ist, die Anzeige zu erstatten. Die Anzeigepflicht richtet sich nach § 84 der Strafprozessordnung 1975 (STOPP), BGBl.Nr. 631.“

Aufgrund dieser Zitate ist die Feststellung des Landesrechnungshofes jedenfalls insofern zu relativieren, dass die Fachabteilung 8A in jedem Fall die „zur Anzeige berufene Stelle“ sei.

Auch unter Beachtung des der Rechtsabteilung der KAGes unterstellten Interessenskonfliktes (Leistung von Schadenersatzzahlungen) ist festzuhalten, dass dieser Aspekt in ähnlicher Weise auf die Fachabteilung 8A zutrifft, da – wie auch der LRH im vorliegenden Bericht zutreffend auf Seite 30 [nunmehr Seite

32, Anm.: aktualisierte Seitenzahl]), unten feststellt – die Steiermärkische Landesregierung am 26. Jänner 1987 den Beschluss gefasst hat, dass seitens des Landes Steiermark die über die Jahressumme von ÖS 633.770,-- (€ 46.057,90) hinausgehende Schadenersatzbeträge der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft mbH als zusätzlichen Gesellschafterzuschuss zur Verfügung gestellt werde.

Diese Beträge werden zwar im Rahmen der jährlich ausgewiesenen Zuschussleistung seitens des Landes Steiermark an die KAGes nicht gesondert ausgewiesen, sind aber jedenfalls im Rahmen der Pauschalzahlungen des Landes enthalten.

Sachverhaltsdarstellung fremdverschuldeter Tod (Verdacht gegen externe Personen)



MUSTER 1 (Unzutreffendes bitte streichen)

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. Landeskrankenhaus.....

....., am.....

An die / Bundespolizeidirektion / das Landes / Bezirksgendarmeriekommando.....

SACHVERHALTSDARSTELLUNG

Es wird mitgeteilt, dass die Patientin / der Patient..... geb. am, VerSNr....., am um im LKH.....Abteilung....., Station..... verstorben ist / nach bereits eingetretenem Tod in die Anstalt eingeliefert wurde.

Festgestellte / vermutete Todesursache:
.....
.....
.....
.....

Ein (außerhalb der Verantwortung der Krankenanstalt liegendes) Fremdverschulden am Tod des Patienten / der Patientin wird aufgrund des nachstehenden Sachverhaltes begründet vermutet:
.....
.....
.....
.....

Diensthabender Arzt

Ärztlicher Abteilungsleiter

Ärztlicher Direktor

Pflegedienstleitung

Sachverhaltsdarstellung fremdverschuldeter Tod (Verdacht gegen Arzt)



MUSTER 2 (Unzutreffendes bitte streichen)

**Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Landeskrankenhaus.....**

....., am.....

An die / Bundespolizeidirektion /
das Landes / Bezirksgendarmeriekommando.....

SACHVERHALTSDARSTELLUNG

Es wird mitgeteilt, dass die Patientin / der Patient

.....

geb. am, VerSNr....., am
um

im LKH.....Abteilung....., Station.....
verstorben ist.

Nachstehender Sachverhalt ist diesbezüglich darzustellen:

.....
.....
.....
.....

Diensthabender Arzt

Ärztlicher
Abteilungsleiter

Ärztlicher Direktor

Pflegedienstleitung

Sachverhaltsdarstellung schwere Körperverletzung (Verdacht gegen externe Personen)



MUSTER 3 (Unzutreffendes bitte streichen)

**Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Landeskrankenhaus.....**

....., am.....

An die / Bundespolizeidirektion /
das Landes / Bezirksgendarmeriekommando.....

SACHVERHALTSDARSTELLUNG

Es wird mitgeteilt, dass die Patientin / der Patient

.....

geb. am, VerSNr....., am
um

im LKH.....Abteilung....., Station.....
stationär aufgenommen wurde / in ambulanter Behandlung war.

Bei der Aufnahmeuntersuchung wurde nachstehender Befund erhoben:

.....
.....
.....
.....

Ein (außerhalb der Verantwortung der Krankenanstalt liegendes)
Fremdverschulden am Tod des Patienten / der Patientin wird aufgrund
des nachstehenden Sachverhaltes begründet vermutet:

.....
.....
.....
.....
.....

Diensthabender Arzt

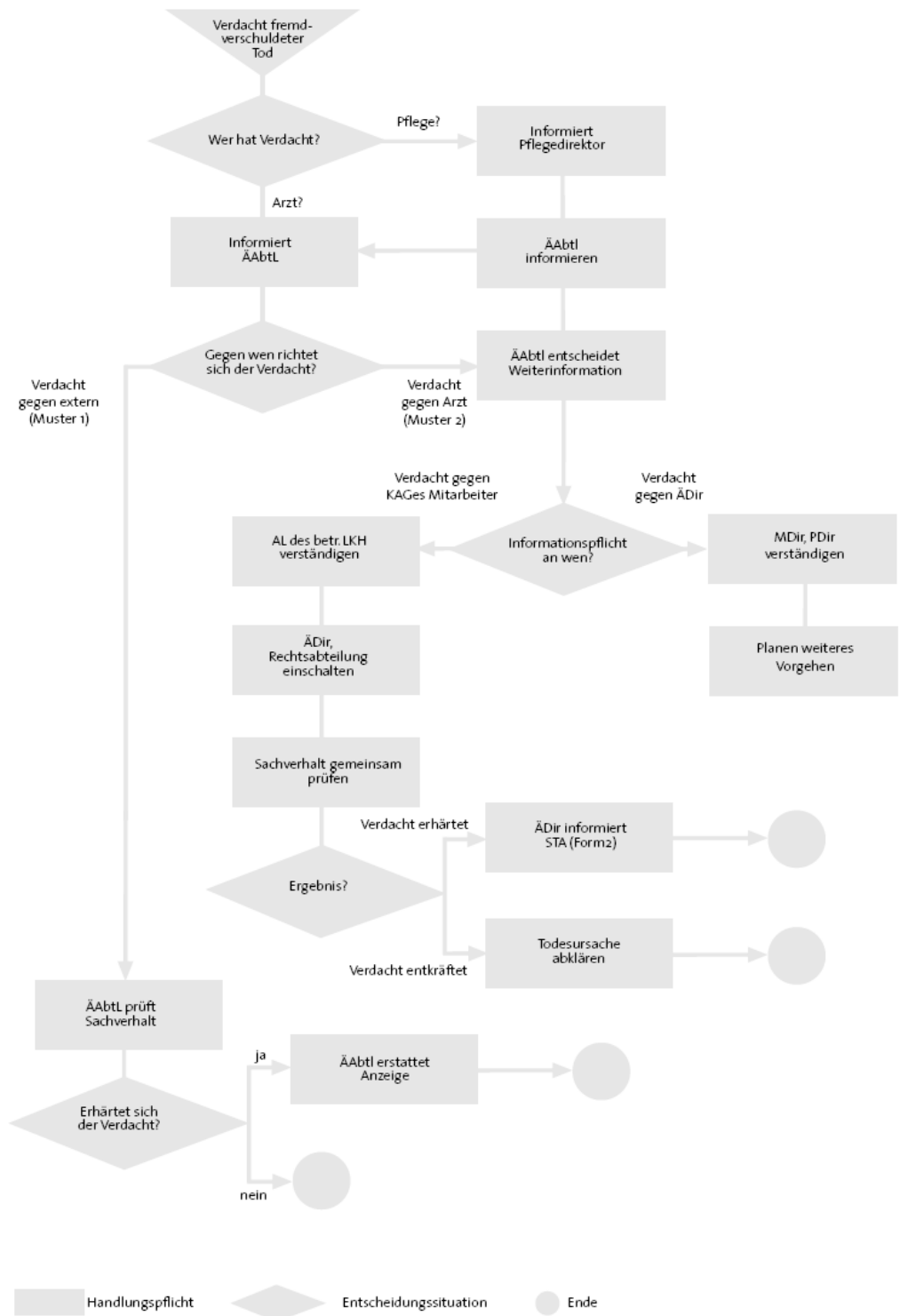
Ärztlicher Abteilungsleiter

Ärztlicher Direktor

Pflegedienstleitung

Fremdverschuldeter Tod

Rechtliche Fragen 5



Replik des Landesrechnungshofes:

Die Praxis weicht von den der Stellungnahme beigefügten Mustern für eine Sachverhaltsdarstellung insofern ab, als die Rechtsabteilung zur Abklärung darüber, ob eine Sachverhaltsdarstellung an die Sicherheitsbehörde oder Staatsanwaltschaft erforderlich ist, in den meisten Fällen beigezogen wird. Dies ist auch schriftlich im Handbuch „Krisen bewältigen“ geregelt: In Kapitel 5 steht unter der absoluten Anzeigepflicht bei Tod eines Patienten, dass eine „Meldung an die Staatsanwaltschaft nach Prüfung des Sachverhaltes durch den Ärztlichen Direktor im Einvernehmen mit der Rechtsabteilung“ vorzunehmen ist.

Bei der absoluten Anzeigepflicht aufgrund des Verdachtes auf schwere Körperverletzung wird die Anzeige von der Rechtsabteilung an die zuständigen Sicherheitsbehörden, soweit unabdingbar, weitergeleitet.

In der Praxis formuliert teilweise die Rechtsabteilung die Sachverhaltsdarstellungen für die zuständige Sicherheitsbehörde oder Staatsanwaltschaft.

Wiederholend stellt der LRH fest, dass, unabhängig von einer Prüfung hinsichtlich der unmittelbaren Schadenswiedergutmachung, der Arzt zur **unverzöglichen** Anzeige verpflichtet ist. In der Praxis dauerte es in einem Fall 6 Monate bis der verantwortliche Arzt auf Ersuchen des Vorstandes eine Sachverhaltsdarstellung an die Staatsanwaltschaft übermittelt hat. Zwischenzeitig wurde ein interner Gutachter beauftragt, den Sachverhalt zu klären.

Zur Anregung des LRH die FA 8A als „zur Anzeige berufene Stelle“ zu ermächtigen wird festgehalten, dass es sich hier im Unterschied zur KAGes, die eine Kapitalgesellschaft ist, um eine Verwaltungsbehörde handelt, die nicht von unternehmerischen Interessen geprägt ist.

4.5 Abwicklung der Schlichtungsfälle bei der KAGes

Die Schlichtungsstelle wurde aufgrund einer Vereinbarung im Jahre 1987 zwischen der Ärztekammer für Steiermark und der KAGes abgeschlossen.

Die Schlichtungsstelle soll dazu beitragen, außergerichtlich durch medizinische und rechtliche Prüfung eine für beide Seiten (KAGes/Ärzte und Patient) einvernehmliche Lösung zu erzielen und dem Patienten die Beschreitung des oft sehr langwierigen und kostenintensiven Gerichtsprozesses zu ersparen. Dabei geht es um die Bereinigung von Schadenersatzansprüchen des Patienten wegen behaupteter Behandlungsfehler, Verletzung der Aufklärungspflicht sowie um die Klärung von Regressansprüchen im Bereich der Krankenanstalten. Weiters ist die Schlichtungsstelle dazu eingerichtet worden, Unklarheiten, die eventuell durch Kommunikationsmängel im Alltag entstanden sein können, auszuräumen bzw. aufzuklären, warum und wie es zu einem nicht erwünschten Behandlungsergebnis gekommen ist. Patienten oder Rechtsnachfolger von verstorbenen Patienten können Schadenersatzansprüche innerhalb der gesetzlichen Verjährungsfrist (drei Jahre) wegen behaupteter Behandlungsfehler sowie Verletzung der Aufklärungspflicht geltend machen.

Die RA in der KAGes hat dabei die Aufgabe, jene Unterlagen, welche für die Schlichtungsverfahren benötigt werden, anzufordern und an die Schlichtungsstelle weiterzuleiten. Da es im Schlichtungsverfahren vor allem um die Erhebung von Beweisen geht, die in Form von ärztlichen Stellungnahmen und Gutachten zu erbringen sind, liefert die RA nahezu das gesamte benötigte schriftlich dokumentierte Material für die Schlichtungsverfahren. Weiters obliegt ihr auch die Aufgabe, die Anforderung von Krankengeschichten und Gutachten zu überwachen und daher ist sie auch für die Urgenz dieser Unterlagen verantwortlich. Die Zuständigkeit dafür ergibt sich aus dem Sitzungsbeschluss der Schlichtungsstelle, worin der Berichterstatter der KAGes bzw. die RA mit der Einholung von Gutachten und/oder ärztlichen Stellungnahmen sowie Krankengeschichten beauftragt wird. Eine Fristsetzung erfolgt dabei seitens der Schlichtungsstelle nicht.

Die Bestimmungen hinsichtlich der Antragstellung und des Verfahrens bei der Schlichtungsstelle ergeben sich aufgrund der getroffenen Vereinbarung zwischen der Ärztekammer für Steiermark und der KAGes. Nachfolgend sind die wesentlichen Bestimmungen dieser Vereinbarung zitiert:

Gemäß § 6 dieser Vereinbarung kann die Schlichtungsstelle angerufen werden von:

- a) „Jedem Patienten oder sonstigen Anspruchsberechtigten oder deren gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreter eines Landeskrankenhauses in der Steiermark,
- b) der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.,
- c) jedem Bediensteten der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. zur Abklärung von Regressansprüchen.“

Voraussetzungen für die Anrufung der Schlichtungsstelle:

- Ein Behandlungsfehler, eine Verletzung der Aufklärungspflicht bzw. eine mangelnde Einwilligung oder ein Regressanspruch muss behauptet werden und eine Schadenersatzforderung bzw. ein Regress geltend gemacht werden.
- Der Anspruch darf noch nicht verjährt sein.
- Es darf kein Entschädigungsantrag bei der Patienten-Entschädigungskommission (PEK) vorliegen; eine Anrufung ist innerhalb von sechs Monaten ab abweisender Entscheidung der PEK zulässig, auch wenn die gesetzliche Frist für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen bereits abgelaufen ist.
- Es darf kein Geldbetrag von der PEK zuerkannt worden sein, auch wenn der Patient diesen Geldbetrag nicht angenommen hat.
- Es darf kein Schadenersatz durch ein Gericht rechtskräftig zuerkannt oder abgewiesen worden sein.
- Es darf kein Verfahren vor einem ordentlichen Gericht anhängig sein.
- Es darf kein Regressanspruch durch ein Gericht zuerkannt worden sein.
- Es darf keine Entscheidung der Schlichtungsstelle vorliegen.

Die Prüfung von Schlichtungsanträgen erfolgt durch die Schlichtungskommission, die sich wie folgt zusammensetzt:

- a) Vorsitzender, der die Befähigung zum Richteramt besitzt
- b) Ärztlicher Sachverständiger
- c) Gerichtsmedizinischer Sachverständiger
- d) Rechtskundiger Vertreter des Landes Steiermark
- e) Berichterstatter mit besonderen Kenntnissen im Schadenersatz-, Dienstnehmerhaftpflicht- und Krankenanstaltenrecht

Im gegebenen Anlassfall können noch höchstens zwei weitere nicht ständige Mitglieder sowie ein Vertreter der Haftpflichtversicherung bestellt werden. Die ständigen Mitglieder werden auf unbestimmte Zeit bestellt.

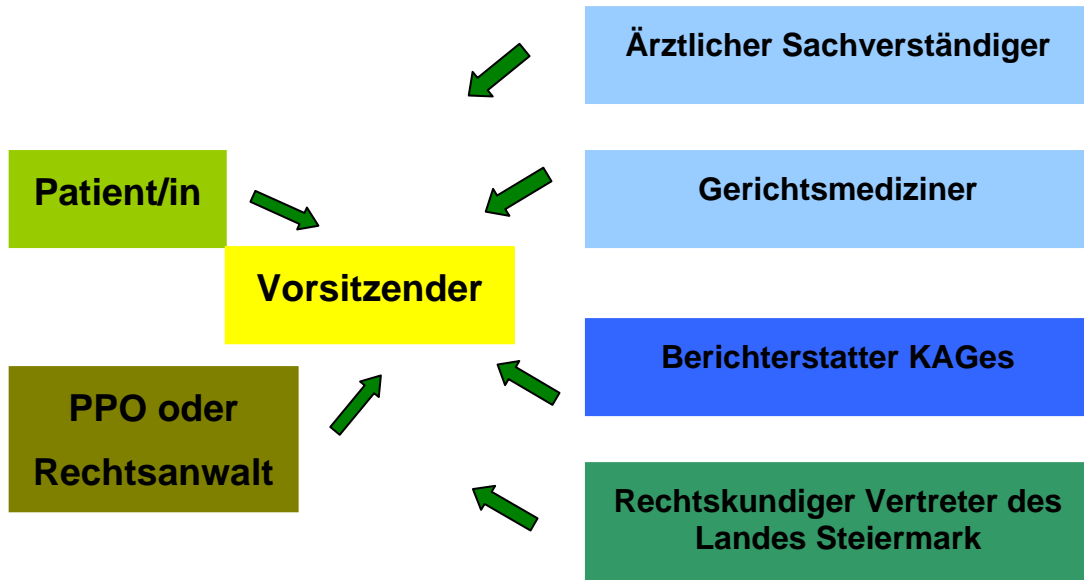
Zur Besetzung der Schlichtungsstelle führt die KAGes Folgendes aus:

„Die einzelnen Mitglieder der Schlichtungsstelle bzw. der Schlichtungskommission werden entweder entsendet oder nach dem vereinbarten Bestellungsmodus eingesetzt.

Beide ärztlichen Sachverständigen sind Mitglieder der gesetzlichen Interessensvertretung der Ärztekammer. Derzeit sind beide Sachverständige weder beim Land noch bei der KAGes beschäftigt. Der Vorsitzende der Schlichtungsstelle ist mit keiner der Interessen der Streitparteien verflochten. Der Berichterstatter ist Landesbeamter und der KAGes zur Dienstleistung zugewiesen. Auch für ihn gilt das L-DBR. Dies trifft auch auf den Vertreter des Landes zu. Auch hier handelt es sich um einen Landesbeamten. Beide sind in die medizinisch pflegerische Versorgung des Patienten nicht eingebunden. Der Berichterstatter ist aber in seiner Eigenschaft als Leiter der RA für das Schadensmanagement und das Risikomanagement der KAGes als Prozessverantwortlicher nominiert. Aus dieser Funktion heraus liegt es im Interesse der KAGes aus Schäden entsprechend zu lernen, damit weitere Schäden im Sinne des Risikomanagements vermieden werden.

Aufgabe des Schadensmanagements ist eine transparente und nachvollziehbare Schadensabwicklung auf Basis der geltenden Rechtsordnung. Aus diesen Gründen haben sich das Land Steiermark, die KAGes und die Ärztekammer bereits vor 20 Jahren dazu entschlossen, behauptete Behandlungsfehler in der Schlichtungsstelle prüfen zu lassen.“

Besetzung der Schlichtungsstelle



Dazu stellt der Landesrechnungshof fest, dass den Angaben zufolge die beiden ärztlichen Sachverständigen der Interessensvertretung der Ärztekammer zugehören. Die Ärztekammer vertritt die Interessen der Ärzte. Der Berichterstatter ist der KAGes zugewiesen oder Bediensteter der KAGes. Der rechtskundige Vertreter des Landes Steiermark wird von der Landesregierung bestellt. Die KAGes steht im Alleineigentum des Landes Steiermark. Zudem hat sich das Land zu Refundierungen hinsichtlich Schadenszahlungen an die Gesellschaft mittels Regierungsbeschluss verpflichtet.

Bei der Zusammensetzung der Kommission der Schlichtungsstelle **empfiehlt der Landesrechnungshof** eine stärkere Vertretung der Interessen des Patienten. Eine solche wäre z.B. durch die PPO als ständiges Mitglied der Kommission gesichert, unter der Voraussetzung, dass diese als unabhängiges und weisungsfreies Organ fungiert. Eine Mitgliedschaft im **Aufsichtsrat der KAGes** würde hier den Anschein der Objektivität in Zweifel ziehen.

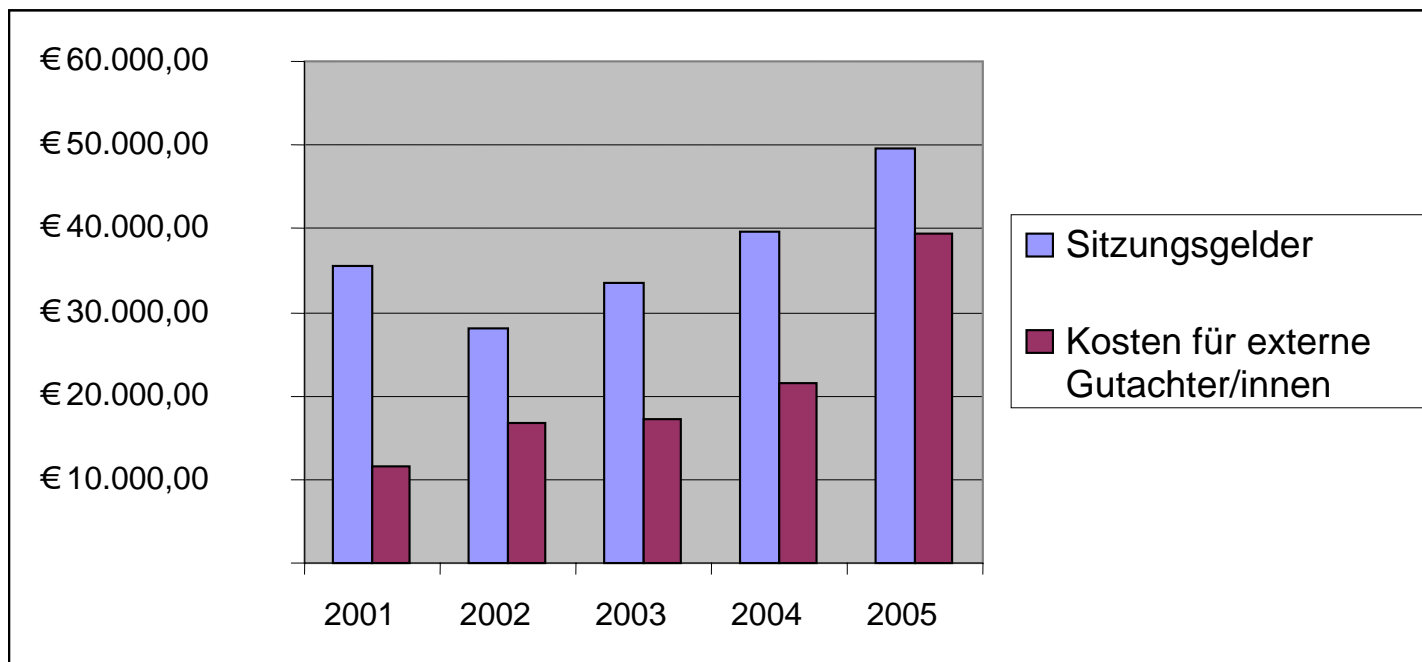
Hinsichtlich der Aufbringung der finanziellen Mittel für Entschädigungszahlungen ist festzuhalten, dass die Schlichtungsstelle über keine eigenen finanziellen

Mittel verfügt. Schadenersatzbeträge werden aus den Mitteln der KAGes bezahlt.

Die Kosten für die Administration und die Aufwandsentschädigung für die ärztlichen Mitglieder trägt die Ärztekammer für Steiermark. Die Kosten für den Sachaufwand konnten nicht bekannt gegeben werden, da bei der Ärztekammer für Steiermark keine Aufzeichnungen diesbezüglich geführt werden. Auch die KAGes hat dafür keine eigene Kostenstelle eingerichtet.

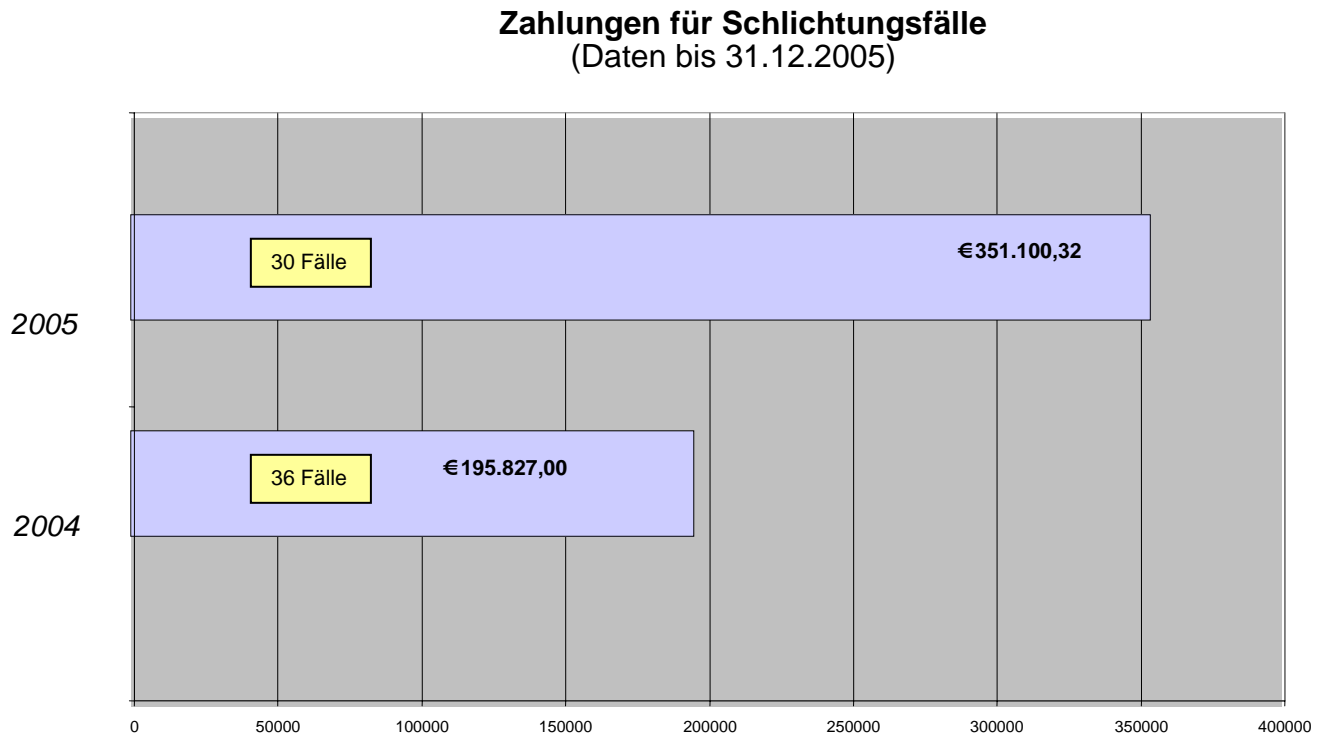
Die Aufwandsentschädigung für die übrigen Mitglieder sowie die Kosten für die Gutachtenserstellung trägt die KAGes. Bei den nachstehend aufgelisteten Aufwendungen für Sitzungsgelder und Gutachten aus den Jahren 2001 bis 2003 ist eine 100%ige Richtigkeit der Daten laut RA nicht gewährleistet. Die internen Gutachter werden erst seit dem ersten Halbjahr 2005 honoriert. Für die Jahre 2004 und 2005 hat die RA die jeweiligen Handakte gesichtet und die Kosten wie folgt bekannt gegeben:

	2001	2002	2003	2004	2005
Sitzungsgelder	€ 35.619,86	€ 28.023,60	€ 33.414,10	€ 39.547,20	€ 49.555,80
Kosten für externe Gutachter/innen	€ 11.476,35	€ 16.700,70	€ 17.162,15	€ 21.486,38	€ 39.403,09*



*) im Jahr 2005 sind sowohl die Kosten der internen und externen Gutachter/innen enthalten

Folgende Zahlungen wurden für die Schlichtungsfälle in den Jahren 2004 und 2005 seitens der KAGes geleistet:



Zu obiger Aufstellung führt die RA folgende Erläuterungen an:

„Es ist sehr schwierig eine genaue Abgrenzung der Kosten zu finden, da für die Buchhaltung und für unsere abteilungsinterne Auflistung keine einheitlichen Kriterien festgelegt wurden und eine EDV-mäßige Erfassung zur zusätzlichen „normalen“ Arbeit nicht möglich ist. In dieser Grafik sind Zahlungen (inklusive Rechtsanwaltskosten) grafisch dargestellt, welche die Rechtsabteilung im jeweiligen Jahr zur Anweisung gebracht hat und nur Richtwerte darstellen. Jedoch ist daraus nicht ablesbar, dass diese Fälle auch im selben Jahr anhängig wurden. Nicht inkludiert sind die **Dauerleistungen**.“

Die „Dauerleistungen“ beinhalten monatlich laufend wiederkehrende Rentenzahlungen in Fällen, bei denen Patienten aufgrund eines Behandlungsfehlers nicht mehr oder nur mehr eingeschränkt in der Lage sind, ihren Beruf auszuüben.

Laut Angabe der KAGes wurde **im Jahr 2006** ein Betrag in Höhe von **€224.882,80** für Schlichtungsfälle ausbezahlt (inklusive Rechtsanwaltskosten, Regress von Dritten).

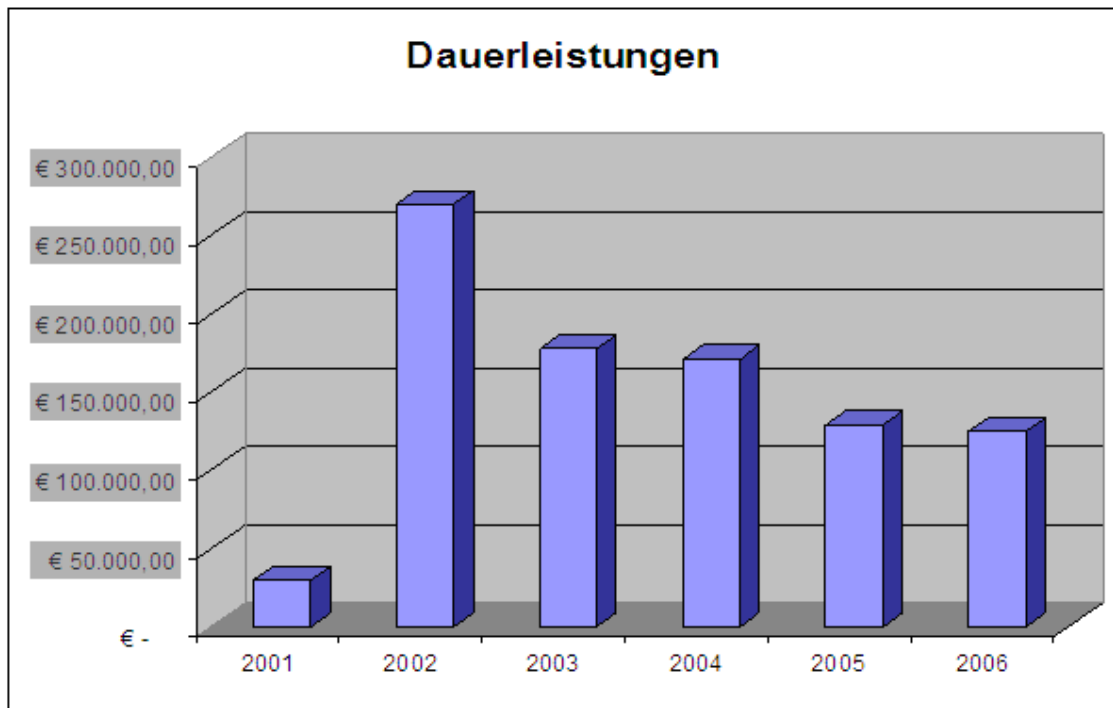
Wie hoch die Zahlungen für die Schlichtungsfälle in den Jahren 2001 bis 2003 waren, konnte seitens der KAGes gegenüber dem Landesrechnungshof nicht angeführt werden, obwohl diese Zahlungen aus dem Budget der KAGes ausbezahlt werden.

Im Sinne einer ordnungsgemäßen Buchhaltung **empfiehlt der Landesrechnungshof** der KAGes eine genaue laufende Erfassung und Abrechnung der Zahlungen für die Schlichtungsfälle.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Der Empfehlung, dass im Sinne einer ordnungsgemäßen Buchhaltung eine genaue laufende Erfassung und Abrechnung der Zahlungen für die Schlichtungsfälle erfolgen sollte, wird mit dem neuen EDV-Programm Rechnung getragen.

Die jährlichen Dauerleistungen wurden gesondert wie folgt angegeben:



2001	2002	2003	2004	2005	2006
€ 29.879,18	€ 270.106,47	€ 177.911,86	€ 170.990,66	€ 128.994,93	€ 124.654,02

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Zu den angeführten Beträgen der Zahlungen für Schlichtungsfälle weist die PPO darauf hin, dass seit 11 Jahren zumindest auf Grund der Schlichtungsverfahren keinerlei Dauerleistungen bekannt sind. Diese müssen deshalb lt. Gerichtsurteil oder außerhalb der Schlichtungsverfahren erfolgen.

Replik des Landesrechnungshofes:

Die Dauerleistungen in Zusammenhang mit den Zahlungen für die Schlichtungsstelle hat die KAGes bekanntgegeben.

Der Landesrechnungshof stellt einen sprunghaften Anstieg der Dauerleistungen im Jahre 2006 fest. Nach Angabe der KAGes ist dies auf den Ausgang eines einzigen gerichtlichen Urteils zurückzuführen, in welchem ein Patient besonders hohe Leistungen zugesprochen erhielt.

In den Jahren 2001 bis 2006 waren folgende Fälle bei der Schlichtungsstelle anhängig:

2001: 125

2003: 165

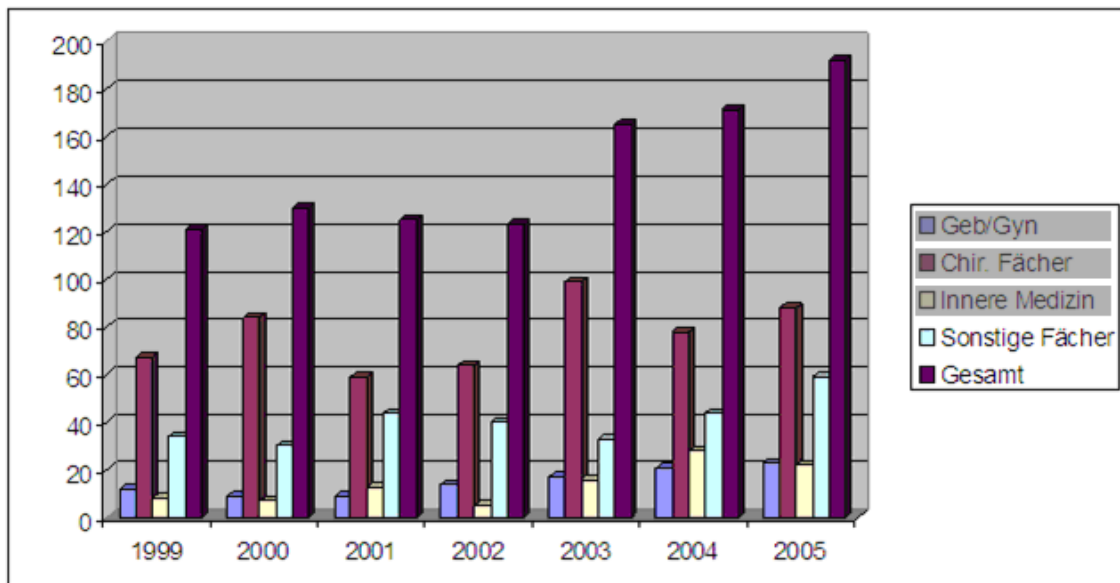
2005: 192

2002: 123

2004: 171

2006: 155

Aus welchem Bereich die meisten Schlichtungsanträge eingebracht worden sind, soll nachstehendes Diagramm veranschaulichen:



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Geb/Gyn	12	9	9	14	17	21	23
Chir. Fächer	67	84	59	64	99	78	88
Innere Medizin	8	7	13	5	16	28	22
Sonstige Fächer	34	30	44	40	33	44	59
Gesamt	121	130	125	123	165	171	192

Nach Ansicht des Landesrechnungshofes verdeutlicht die Tabelle, dass aus den Fachbereichen **Chirurgie und Gynäkologie** die meisten Schlichtungsanträge kommen. Auch der Bundesländer-Vergleich hat ergeben, dass sich in diesen

Bereichen die meisten Schadensfälle ereignen. Die Schlichtungsanträge aus dem Bereich der **Inneren Medizin** sind in den Jahren 2004 und 2005 merkbar angestiegen. Die übrigen Abteilungen sind unter „sonstige Fächer“ zusammengefasst.

In den Vorjahren war die Tendenz steigend; im Jahr 2006 war die Anzahl der Schlichtungsanträge mit 155 seit vier Jahren erstmals rückläufig.

Der Landesrechnungshof empfiehlt, das Risikomanagement in der KAGes insbesondere nach jenen Gebieten auszurichten, in welchen sich die häufigsten Behandlungsfehler laut Statistik ergeben. Ebenso wären auch die Dienstvorschriften hinsichtlich der Evaluierung von Schadensfällen aufgrund dieser Statistik neu zu definieren. Im Falle des Abschlusses einer Haftpflichtversicherung wäre die Schadensfallhäufigkeit, aufgeteilt nach den jeweiligen Bereichen, zu berücksichtigen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Der Empfehlung, dass das Risikomanagement in der KAGes, insbesondere nach jenen Gebieten auszurichten sei, in welchen sich die häufigsten Behandlungsfehler laut Statistik ergeben, wird im Zuge der Implementierung von klinischem Risikomanagement in der KAGes Rechnung getragen.

Das systematische und integrierte klinische Risikomanagement sieht eine klare Priorisierung vor, welche Grundlage der Entscheidung der Risikoeigner für die Maßnahme der Risikobewältigung ist. Die KAGes ist österreichweit der einzige Rechtsträger von Krankenanstalten, der Risikomanagement nach anerkannten Grundsätzen systematisch implementiert. Der Abschluss einer Versicherung zur Abwälzung der Schadensleistungen ist zu prüfen, primär ist die Patientensicherheit und somit die Schadensprävention zu forcieren. Dafür werden die entsprechenden Maßnahmen bearbeitet und evaluiert.

4.5.1 **Verfahrensdauer**

Für die Dauer der Abhandlung eines Schlichtungsfalles ist die KAGes insofern mitverantwortlich, als sie das Beweismaterial anfordert, den damit verbundenen Schriftverkehr abhandelt und erforderlichenfalls die Unterlagen bzw. Gutachten urgiert. Der damit verbundene administrative Aufwand beeinflusst die Länge eines Schlichtungsverfahrens.

Darauf, ob vor der Schlichtungsstelle ein Vergleich mit dem Patienten zustande kommt oder ob der Antrag abgewiesen wird, kann seitens der KAGes nur im laufenden Schlichtungsverfahren durch den der KAGes zugewiesenen Berichterstatter mit besonderen Kenntnissen im Schadenersatz-, Dienstnehmerhaftpflicht- und Krankenanstaltenrecht als ständiges Kommissionsmitglied Einfluss genommen werden.

Arten der Abhandlung:

Vergleich: Der Patient bekommt aufgrund eines Streitbereinigungsvorschlages eine Entschädigung.

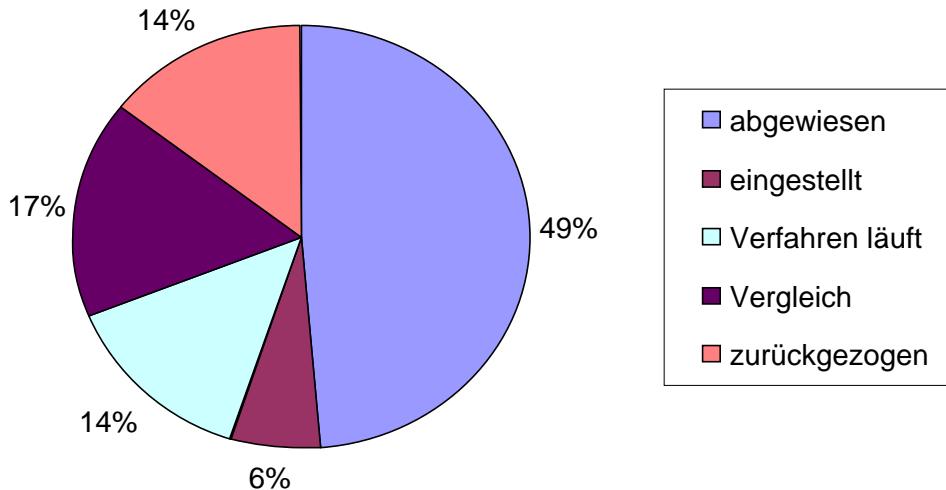
Abweisung: Der verfahrenseinleitende Antrag wird mangels Beweisen abgewiesen.

Einstellung: Z.B., wenn der Patient inzwischen verstorben ist, außer bei weiterer Verfolgung durch Erben.

Ruhend: Wenn seitens des Patienten z.B. eine gerichtliche Klage eingebracht wurde.

Zurückgezogen: Der Patient zieht den Antrag zurück.

Fünf-Jahres-Durchschnitt der Verfahrenserledigung



Sehr deutlich ist erkennbar, dass nahezu die Hälfte, nämlich durchschnittlich rund 49 % der Verfahren, in den letzten fünf Jahren abgewiesen wurden. Im Jahr 2005 ist die Zahl der abgewiesenen Verfahren mit 31 % zwar stark rückläufig, jedoch sind 49 % der Verfahren noch im Laufen. Eine zeitliche Auswertung hat ergeben, dass in den letzten fünf Jahren von 377 abgewiesenen Verfahren, 256 Verfahren (= 67,9 %) länger als 12 Monate bis zur Abweisung gedauert haben.

16,65 % aller Schlichtungsanträge werden durchschnittlich mittels Vergleich abgeschlossen. In den letzten fünf Jahren waren das von insgesamt 775 Anträgen 129 abgeschlossene Vergleiche. Davon dauerten 61 Vergleiche (= 47,29 %) länger als 12 Monate.

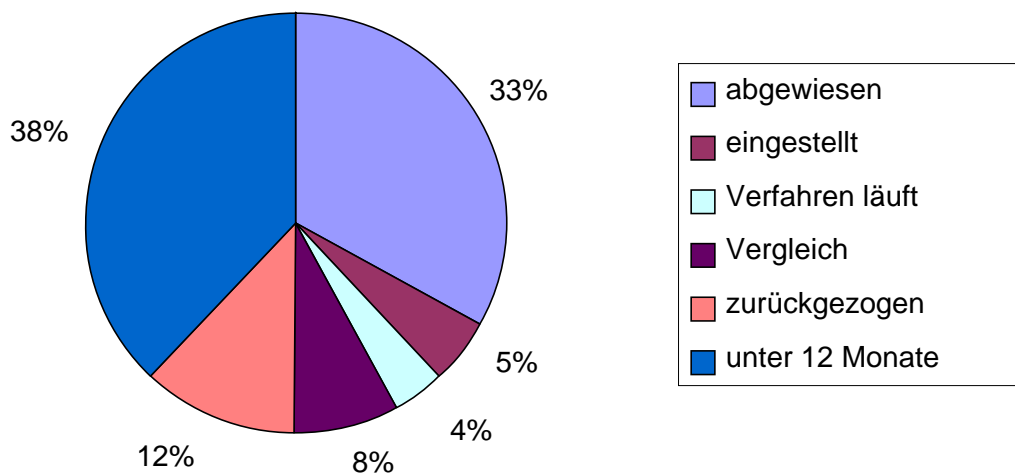
Durchschnittlich 14,45 %, das sind 112 Schlichtungsanträge, wurden in den letzten fünf Jahren seitens des Antragstellers zurückgezogen. Davon wurden 81,25 %, das sind 91 Anträge, erst nach einer länger als 12-monatigen Verfahrensdauer zurückgezogen.

6,33 % aller Anträge wurden in den letzten fünf Jahren eingestellt; 4,65 % aller Anträge erst nach einer länger als 12-monatigen Verfahrensdauer.

Die durchschnittliche Verfahrensdauer aller Schlichtungsanträge betrug bei 477 Anträgen, das sind 61,55 % aller Anträge, länger als 12 Monate.

Nachstehendes Diagramm zeigt den Fünf-Jahres-Durchschnitt bei jenen Verfahren, die länger als 12 Monate gedauert haben:

Darstellung der Anzahl der Anträge mit länger als 12-monatiger Dauer



Der Landesrechnungshof hält dazu fest, dass wesentlich mehr als die Hälfte der Verfahren länger als 12 Monate dauern und beinahe die Hälfte aller Anträge abgewiesen wird. Ein Drittel aller abgewiesenen Anträge werden erst nach mehr als 12 Monaten abgewiesen. Daher wird dem § 8 Z. 4 der Vereinbarung über die Einrichtung einer Schlichtungsstelle hinsichtlich der Dauer des Verfahrens vor der Schlichtungsstelle in den überwiegenden Fällen nicht entsprochen.

Dort heißt es:

„Die Kommission soll längstens 12 Monate nach der ersten Sitzung zu ihrer Schlussberatung zusammen-treten und ihren Schlichtungsvorschlag innerhalb eines Monats nach der Schlussberatung den Parteien bekannt geben.“

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Bezüglich der Feststellung des LRH, dass die Vereinbarung der Schlichtungsstelle hinsichtlich der Dauer eines Verfahrens in den überwiegenden Fällen nicht entsprochen wird, muss festgehalten werden, dass diese 12-Monatsbestimmung eine „Soll-Bestimmung“, deren Erfüllung natürlich von den Beteiligten angestrebt wird, ist. Verknappungen von Ressourcen und die Komplexität der einzelnen Fälle lassen dies zugegebenermaßen nicht immer zu.

Replik des Landesrechnungshofes:

Das Schlichtungsverfahren soll einen erfahrungsgemäß lange dauernden Gerichtsprozess ersparen. Daher ist es auch nicht Sinn und Zweck eines Schlichtungsverfahrens, die Rechtsfrage bis ins letzte Detail zu klären, sondern einen Vergleich zwischen den Beteiligten und ihren Interessen zu finden¹¹. Wenn Schlichtungsverfahren ein bis zwei Jahre und noch länger dauern, ist es für den Betroffenen sinnvoller, gleich ein Gerichtsverfahren anzustreben. In 29 Schlichtungsverfahren, die jeweils länger als 14 Monate dauerten, verstarben 5 Patienten, das sind 17,24 %.

Die meisten Patienten, die ihre Anträge zurückziehen, tun dies erst nach mehr als 12 Monaten.

Um die in der Vereinbarung festgehaltene Verfahrensdauer einhalten zu können, **empfiehlt der Landesrechnungshof** eine Reorganisation der Abwicklung. Da es sich um eine gemeinsame Einrichtung zwischen der Ärztekammer für Steiermark und der KAGes handelt, sollte man sich auch gemeinsam um eine Lösung bemühen.

¹¹ Ursprung und Funktion des Rechts, Fritz Schwind, Österreichische Juristenzeitung 2007, 536 (537)

Um herauszufinden, ob die Patienten mit der Abhandlung des Schlichtungsverfahrens „zufrieden“ sind, erachtet der Landesrechnungshof eine Kundenbefragung nach Verfahrensabschluss vorteilhaft.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Der Empfehlung des LRH, dass eine Reorganisation der Abwicklung in der Schlichtungsstelle durchgeführt werden sollte, erlauben wir uns mitzuteilen, dass mit der Umsetzung dieser Reorganisation bereits vor bzw. während der Rechnungshofprüfung begonnen wurde. Die weitere Empfehlung, dass eine Kundenbefragung nach Verfahrensabschluss durchzuführen wäre, erachtet die KAGes als nicht aussagekräftig und könnte eine objektive Beurteilung nicht sicherstellen. Die Aussagen wären somit begrifflicherweise im Sinne des Qualitätsmanagements als nicht valide anzusehen, weil diejenigen Patienten, die keine Entschädigung erhalten, sicherlich keine positive Beurteilung abgeben werden.

Replik des Landesrechnungshofes:

Eine Kundenbefragung soll sich auf die Qualität des Verfahrens und nicht auf den Sachverhalt oder die Entscheidung in der Sache beziehen.

4.5.2 Bearbeitung der Schlichtungsfälle

Die Führung der Schlichtungsakten in der RA erfolgte in den Jahren 2001 bis 2005 nicht sehr sorgfältig. Die Akten fanden sich größtenteils ungeordnet und es fehlte der Eingangsstempel auf sämtlichen Poststücken. Die Urgenzen von Gutachten dauerten zu lange – sie wurden in einigen Fällen erst bis zu sechs Monaten nach Auftragsvergabe durchgeführt. Telefonische Urgenzen zeigten meist eine geringe Wirkung – eine Fristsetzung erfolgte nicht. Festgestellt wurde auch die oftmals fehlende Bereitschaft seitens der internen Gutachter, ein Gutachten zu erstellen.

Seitens der RA fehlte eine eigenständige Information an beteiligte Dritte (Patienten, Schlichtungsstelle, PPO) über den Verfahrensstand – diese wurden darüber im Unklaren gelassen und mussten wiederholt in der RA den Verfahrensstand erkunden.

Mitunter trägt die RA der KAGes nicht ausschließlich allein die Schuld an der überlangen Verfahrensdauer von Schlichtungsfällen: Die RA hat immer aufgrund der Beschlüsse der Schlichtungsstelle agiert. Ein selbständiges Tätigwerden war offensichtlich nicht vereinbart. Da aber jeder Fall individuell ist und eine eigene Komplexität beinhaltet, sind eigenständige Recherchen und Unterstützungen sowohl des Patienten, seiner Vertretung als auch der Schlichtungsstelle für eine gute Organisation und Zusammenarbeit unerlässlich.

4.5.2.1 Die Entwicklung seit Ende 2005

Der Landesrechnungshof stellt positiv fest, dass die Schlichtungsakten seit Ende 2005, parallel zum Mitarbeiterwechsel in der RA, ordentlich und sehr übersichtlich geführt werden. Es befindet sich nun beinahe ausnahmslos auf jedem eingelangten Schriftstück ein Eingangsstempel, auf dem das Datum des Einlangens ersichtlich ist. Ein eigens angefertigtes Übersichtsblatt lässt den jeweiligen Aktenstand rasch erkennen. Auch noch offene Schlichtungsakten wurden mit solch einem Übersichtsblatt versehen. Teilweise fehlen hier noch Nachtragungen, die derzeit laufend vorgenommen werden.

Gutachtensaufträge werden seit Ende 2005 rasch weitergeleitet und die Urgezen in Zeitabständen von ca. zwei Monaten regelmäßig vorgenommen. Bei der Anforderung von Gutachten oder ärztlichen Stellungnahmen werden Fristen gesetzt. Weiters werden von den einzelnen Referenten zum Teil auch alte Akten, soweit dafür Zeit ist, neu sortiert.

Folgende Vorgangsweise hinsichtlich Urizen und Benachrichtigungen wurde mit der PPO am 19. September 2005, unterzeichnet am 27. September 2005, vereinbart:

1.) Anforderung von Unterlagen in den Steirischen Landeskrankenanstalten:

a) Krankengeschichten

Extern	Intern
3 Monate nach Beschlussfassung der Schlichtungsstelle Meldung über Verzögerung an die Ärztekammer. Nachrichtlich an Patientenvertretung per E-Mail: ppo@stmk.gv.at	4 Wochen nach Auftrag: erste Mahnung; 8 Wochen nach Auftrag: zweite Mahnung (nachrichtlich an den Personaldirektor) 10 Wochen nach Auftrag: Schreiben des Vorstandes

b) Stellungnahmen / Gutachten

Extern	Intern
4 Monate nach Beschlussfassung Mitteilung, dass Verzögerung in der Gutachterstellung erfolgt ist.	Nach 2 Monaten Mahnung per E-Mail oder schriftlich. Nach 4 Monaten telefonischer Rückruf durch den Referenten. Nach 6 Monaten Rückforderung des Aktes.

2.) Gutachterwechsel:

Extern	Intern
Wenn der Gutachter die Erstellung des Gutachtens ablehnt, wird der zweite Vorschlag für den Gutachter genommen und dieser mit dem Gutachten beauftragt. Die Information darüber ergeht an die Ärztekammer mit Kenntnisnahme an die Patientenvertretung.	Entgegennahme der Ablehnung und Beauftragung des zweiten Gutachters.

3.) Umgang mit Schadensfällen:

„Die PPO stellt fest, dass in den Häusern nicht bekannt ist, welche Meldungen an wen zu erfolgen haben. Es herrscht auch nicht immer Klarheit, wie mit Schadensfällen umzugehen ist. Vereinbart wird, dass die RA, wie in der Kooperationssitzung vereinbart, die Häuser an die bestehenden Regelungen erinnern und entsprechende Schulungen durchführen wird. Für den Fall von schweren Zwischenfällen mit Personen-

schaden oder Tod von Patienten wird die PPO persönlich oder per E-Mail von der Anzeigenerstattung unter Bekanntgabe des Sachverhaltes verständigt.“

Der Landesrechnungshof hält fest, dass die Bemühungen seitens der RA der KAGes, dieser Vereinbarung gerecht zu werden, sich einerseits in der Aktenbearbeitung seit Ende 2005 zeigen. Andererseits werden diese seitens der PPO auch bestätigt. Seit 1. Juni 2006 erfolgt die Aufteilung des Schadensmanagements unter den sachbearbeitenden Juristen nach LKH. Diese Organisationsänderung erleichtert vor allem die Abgrenzung der internen Zuständigkeit.

Einziges Manko ist die Tatsache, dass noch immer zahlreiche Urgenzen telefonisch ohne Fristsetzung erfolgen. **Der Landesrechnungshof empfiehlt** ein formales Prozedere (z.B. erste Urgenz schriftlich, Fristsetzung bereits mit Auftragserteilung). Zudem wurde für die Urgenzen der Krankengeschichten eine unverhältnismäßig lange Frist (erste Mahnung nach vier Wochen und zweite Mahnung nach acht Wochen) vereinbart. Eine kürzere Frist wäre diesbezüglich als Dienstvorschrift festzulegen. Unabhängig davon wäre aus Interessensgründen zu überlegen, die Einholung von Krankengeschichten und ärztlichen Stellungnahmen sowie die Anforderung von Gutachten im Rahmen eines Schlichtungsverfahrens an die Fachabteilung 8 A des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung als zuständige Aufsichtsbehörde zu übertragen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Hinsichtlich der Empfehlung des LRH, dass aus Interessensgründen zu überlegen wäre, die Einholung von Krankengeschichten und ärztlichen Stellungnahmen sowie die Anforderung von Gutachten im Rahmen eines Schlichtungsverfahrens an die Fachabteilung 8A des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung als zuständige Aufsichtsbehörde zu übertragen, ist auszuführen, dass diese Überlegungen im Zuge der Verhandlungen zu „Schlichtungsstelle Neu“ geprüft und von den Beteiligten als keine Verbesserung der Situation angesehen

wurden. Dies im Hinblick auf die Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit des Vorgehens.

Mit einer Beschleunigung der Schlichtungsverfahren wäre auch bei einer Übertragung der administrativen Abwicklung an die Fachabteilung 8A nicht zu rechnen, da sich die Kommunikationswege zwischen Fachabteilung 8A und betroffener Krankenanstalt nicht anders darstellen als zwischen der Rechtsabteilung der KAGes und der betroffenen Krankenanstalt.

Viel eher ist anzumerken, dass in diesem Fall bei der Organisation der Abläufe eine weitere Schnittstelle eingerichtet würde, welche an Stelle der bisher gegebenen Kommunikation „im kurzen Weg“ zwischen unternehmensinternen Stellen zu einer aufwendigeren Kommunikationsschiene „von außen“ in das Unternehmen hinein verlagert würde (siehe Organigramm Seite 22 [nunmehr Seite 23, Anm.: aktualisierte Seitenzahl]).

Auch die PatientInnen- und Pflegeomduschaft (PPO) spricht sich gegen diesen Vorschlag des Landesrechnungshofs aus, dass die Anforderung von Krankengeschichten und das Einholen von Stellungnahmen durch die FA8A erfolgen sollen.

Replik des Landesrechnungshofes:

Eine dazwischen geschaltete Stelle, welche objektiv und nicht von unternehmerischen Interessen geprägt handelt, wirkt sich positiv (siehe auch die Feststellungen zum Bundesländervergleich) im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit einer Haftpflichtversicherung aus.

5. RISIKOMANAGEMENT

Das Risikomanagement hat sich in der KAGes stufenweise entwickelt. Basierend auf einem Workshop im Jahre 1997 wurde es im Jahr 2000 in das Qualitätsmanagement der KAGes eingebunden. Im Jahr 2001 wurde das flächendeckende Risikomanagement als Pilotprojekt in den geburtshilflich-gynäkologischen Abteilungen eingeführt. Im Normungsinstitut in Wien wurde im Jahr 2003 der Arbeitskreis 1113 mit der Ausarbeitung der ON-Regeln 49000ff für das Risikomanagement befasst. Der Leiter der RA war dabei als einziger Vertreter aus dem Gesundheitswesen involviert. Mit 1. Jänner 2004 wurden die ON-Regeln freigegeben. Anschließend wurden im Mai, September und Oktober 2005 die ersten qualifizierten Risikomanager ausgebildet. Mittlerweile gibt es in 11 Krankenhäusern sowie der Zentralklinik insgesamt 49 ausgebildete Risikomanager.

Die Kosten für das Risikomanagement resultieren nach Angabe der KAGes aus dem Arbeitsaufwand der in den Projekten eingesetzten Mitarbeiter.

Zur Risikobeurteilung bzw. als Indikator für die Erkennung von Risiken und zur Erstellung von Gefahrenlisten stehen zwei Fehlermeldesysteme zur Auswahl. Dazu stehen in Ergänzung weitere Instrumente, wie Schadensauswertungen, Ursache/Wirkungsanalyse und die Erstellung von Risikoinventaren (Risk-Map), zur Verfügung. Eine Verknüpfung all dieser Instrumente soll durch den zertifizierten Risikomanager fachlich gesichert sein. Dieser hat den Risikoeigner (Anstaltsleitung, Abteilungsleiter) auf die erfassten Risiken hinzuweisen und Maßnahmen für die Risikobewältigung vorzuschlagen, sowie Evaluierungen und Audits vorzubereiten.

Die RA führt einschränkend an, dass es in der KAGes derzeit noch kein flächendeckendes Risikomanagementsystem gibt, sondern dass sich dieses derzeit noch im Aufbau befindet.

Im Herbst 2005 wurde in Form eines Pilotprojektes mit der Umsetzung des Risikomanagementsystems in den beiden LKH Feldbach und Hartberg begonnen.¹² Im Jänner 2007 wurde im LKH Stolzalpe als erstes LKH im Bereich Nord das Risikomanagement eingeführt.

5.1 Fehlermeldesysteme in der KAGes

„AUEL“, steht für „Aus Unerwünschten Ereignissen Lernen“ und ist ein Fehlermeldesystem, welches von der interdisziplinären Intensivstation am LKH Deutschlandsberg im Jahr 2005 selbst entwickelt und 2006 eingeführt wurde.

Eine Gruppe von Mitarbeitern erarbeitete nach den Vorgaben der Steuerungsgruppe und nach ausführlicher Recherche und Prüfung der bekannten Fehlerberichtssysteme ein EDV-gestütztes Berichtssystem. Dazu wurde ein Formular entwickelt, welches von den Beteiligten am Computer ausgefüllt wird und von einem Review-Team drei Monate nach der Meldung (um die Anonymität auf einer kleinen Abteilung zu wahren) ausgewertet wird. Es handelt sich dabei um einen sogenannten „Ereignisbericht“. In einem vierteljährlichen Review-Team-Treffen werden diese Berichte besprochen und die eingeleiteten Schritte und vorgesehenen Ablaufänderungen bzw. geplanten Aktivitäten der Abteilung bekannt gegeben.

Dieses Projekt erforderte im Jahr 2005 einen Zeitaufwand von ca. 626 Stunden; davon entfielen 206 Stunden auf Arbeitssitzungen und 420 Stunden auf Teambildungsseminare. Die tatsächlich angefallenen Kosten für einen externen Trainer beliefen sich im Jahr 2005 auf € 12.453,97.¹³

„CIRS“, steht für „Critical Incident Reporting System“, wurde im Jahr 2005 in der KAGes eingeführt und kommt aus der Schweiz. In Ergänzung zum Risikomanagement wird versucht, die Risiken aufgrund von Beinahe-Unfällen und Vorfäl-

¹² „Bericht über qualitätsverbessernde Maßnahmen der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. 2005“, S. 15

¹³ aus dem Qualitätsbericht des LKH Deutschlandsberg 2005, S. 26

len, die eventuell auch schlimmer hätten ausgehen können, mittels elektronischem Meldeformular im Internet zu erfassen. „CIRS“ lehnt sich an die Erfahrungen aus der Luftfahrt an, wo schon seit Jahren Beinahe-Unfälle bzw. Zwischenfälle unabhängig vom Ausgang registriert, analysiert und nach Maßnahmen untersucht werden, die eine Wiederholung des gleichen Geschehens verhindern.

Im Bereich der KAGes wurde bei der Einführung des systematischen Risikomanagements in den Pilotprojekten LKH Feldbach und Hartberg das „CIRS“ als fakultatives Arbeitspaket angeboten. Für die geburtshilflich-gynäkologischen Abteilungen beider Häuser ist daran gedacht, dieses probeweise einzuführen.

Der Landesrechnungshof hält die Einführung der beschriebenen Fehlermeldesysteme in der KAGes für einen wichtigen Schritt, um viele Behandlungsfehler künftig von vornherein zu vermeiden. Die „gelebte Fehlerkultur“ steht jedoch noch ganz am Anfang der Entwicklung.

5.2 Patientenaufklärung und -feedback

Die richtige Vorgangsweise hinsichtlich der Aufklärung der Patienten über die Krankheit, die Behandlungsmethode und deren Risiken, die Schaffung von Informationsmöglichkeiten und die Einführung eines Patientenfeedbacks wurden im Rahmen des Qualitätsmanagements erarbeitet.

Für die Aufklärung werden standardisierte Aufklärungsbögen verwendet, die von einer deutschen Firma angekauft worden sind.

Der Landesrechnungshof stellt fest, dass diese Aufklärungsbögen sehr umfangreich und teilweise auch unübersichtlich gestaltet sind. Keinesfalls ersetzen sie das mündliche Aufklärungsgespräch, welches individuell auf den einzelnen Patienten und seine Krankheit ausgerichtet ist.

Aufgrund der umfangreichen Aufklärungsbögen **empfiehlt der Landesrechnungshof** das mündlich geführte Aufklärungsgespräch umso sorgfältiger und ausführlicher zu dokumentieren. Ein ledigliches „Ankreuzen“ von Kästchen ist unzureichend.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Der Empfehlung, dass das mündlich geführte Aufklärungsgespräch sorgfältiger und ausführlicher zu dokumentieren sei, wird dem LRH vollinhaltlich beigepflichtet und wird der Empfehlung Folge geleistet. Für das Jahr 2008 ist ein Schulungs-Schwerpunkt „Ärztliche Aufklärung“ in den Krankenanstalten der KAGes vorgesehen. Durch die Bewusstseinsbildung, Schulung und stichprobenartige Überprüfungen, gegebenenfalls gemeinsam mit der Internen Revision, soll eine spürbare Verbesserung in dieser Thematik erreicht werden.

5.3 Schnittstelle Risiko- und Qualitätsmanagement

Der Ausgangspunkt des Risikomanagements liegt im Aufgabenbereich der RA der KAGes. Das Qualitätsmanagement wird in der medizinischen Direktion der KAGes bearbeitet. Nach Angabe der medizinischen Direktion wurde zwar eine Vereinbarung hinsichtlich der Weiterleitung von Schadensmeldungen an die medizinische Direktion getroffen – eine schriftlich geregelte Arbeitsanweisung hierfür existiert jedoch noch nicht. So wurde die medizinische Direktion von den im Tätigkeitsbericht der PPO beschriebenen Fällen der Verbrennungen mit dem Elektrokauter direkt von der PPO informiert.

Die medizinische Direktion ist für die laufende Weiterentwicklung der Qualitätsstandards und deren Einhaltung verantwortlich, weshalb **der Landesrechnungshof empfiehlt**, unverzüglich eine verbindliche schriftliche Dienstvorschrift hinsichtlich der Meldung und Weiterleitung von Schadensfällen an die medizinische Direktion auszuarbeiten.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Der Empfehlung des LRH die Meldungen und Weiterleitungen der Schadensfälle an die medizinisch Zuständigen der Krankenanstalten, die gemäß den Organisationsvorschriften für die Einhaltung der medizinischen Qualität in den Krankenanstalten zuständig sind, vorzunehmen, wurde bereits durch die Vorarbeiten in den Pilotprojekten LKH Hartberg und LKH Feldbach Rechnung getragen. Eine Vernetzung im Zuge des Roll-Out wird in den Krankenanstalten verstärkt erfolgen. Eine Information der Verantwortlichen vor Ort an die Medizinische Direktion der Zentralklinik ist dann vorgesehen, wenn eine Bearbeitung in den Qualitätssicherungsbeirat der KAGes erfolgen soll. Eine direkte Information der Medizinischen Direktion der Zentralklinik durch die Rechtsabteilung ist bei auffällender Schadenshäufung vorgesehen.

Laut PPO ist an einer Weiterleitung hinsichtlich der Schadensfälle zur medizinischen Evaluierung sowie Organisationsverschulden der RA an die medizinische Direktion oder die jeweilige Ärztliche Direktion unbedingt umzusetzen.

6. PATIENTENINFORMATION

Zu den Patientenrechten gehört auch die Verpflichtung des Krankenanstaltenrechtsträgers, den Patienten

„eine Person oder Stelle bekannt zu geben, die ihnen für Informationen, Anregungen oder Beschwerden zur Verfügung steht“ (gemäß § 6a Abs. 5 KALG).

Die diesbezügliche umfassende Information des Patienten ist laut KAGes für alle Krankenanstalten entsprechend einer verbindlichen Arbeitsunterlage der Personaldirektion umzusetzen und wird deren ordnungsgemäße Umsetzung auch von der Internen Revision der KAGes regelmäßig überprüft.

Nach Angabe der KAGes soll in den einzelnen Häusern zum einen das KAGesweit einheitliche Patienteninformationsblatt entweder in den Patientenzimmern aufgelegt bzw. auf den Informationstafeln der Warteräume oder auf den einzelnen Stationen aufgeschlagen sein. Zum anderen werden von einigen Häusern eigene Informationsbroschüren für die einzelnen Abteilungen zur Verfügung gestellt und informiert auch das Krankenhausmagazin VITALE über Patientenrechte und sonstige Informationsmöglichkeiten. Darüber hinaus hat der Patient die Möglichkeit, sich auf der frei zugänglichen Internet-Homepage der KAGes umfassend über diverse Anlaufstellen (wie auch die RA oder die Schlichtungsstelle) über die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen zu informieren. Zusammenfassend führt die KAGes aus, dass

„einerseits von den jeweilig angegebenen Kontaktpersonen der Patienteninformationen, von der Patienten- und Pflegeombudschaft des Landes Steiermark sowie mittels Internetinformation auf die Möglichkeit hingewiesen wird, Schadenersatzansprüche direkt in der Rechtsabteilung/Zentraldirektion geltend zu machen“.

Hierzu wurde auch eine Umfrage an alle LKH in Auftrag gegeben. Insgesamt wurden 13 LKH und das Universitätsklinikum Graz dazu befragt, wie die Patienten und deren Angehörigen über ihre Möglichkeiten, eine Entschädigung zu erlangen, informiert werden.

Die Rückmeldungen werden wie folgt dargestellt:

Haus	Ansprechpartner	Wie erfolgt die Information der Patienten und Angehörigen über ihre Möglichkeiten, eine Entschädigung zu erlangen?	Verbesserungsvorschläge
LKH Bad Radkersburg	ärztlicher Direktor		
LKH Bruck	ärztlicher Direktor	An Schlichtungsstelle der Ärztekammer, PPO und Rechtsanwalt wird auf Verlangen hingewiesen.	Im Haus wäre eine von der RA verfasste Leitlinie gewünscht, die sicherstellen soll, dass in allen Häusern der KAGes gleichermaßen vorgegangen wird. Diesbezügliche Informationen in MEDOCS festzuhalten, wäre eine brauchbare Option – leicht abrufbar und steiermarkweit verfügbar.
LKH Deutschlandsberg	Betriebsdirektor	Die Information der Patienten/innen und Angehörigen über ihre Möglichkeit einer Entschädigung wird aufgrund der individuellen Sachlage immer von den behandelnden Ärzten/innen, in Rücksprache mit den Abteilungsvorständen, geregelt. Die Möglichkeiten werden den Betroffenen mitgeteilt, die da sind: Aufsuchen der Schlichtungsstelle, Einbeziehung der PPO sowie auch im Extremfall Einbringen einer Klage über das Zivilgericht.	
LKH Fürstenfeld	Betriebsdirektor	Bei einem Gespräch. Wenn es Probleme gibt und es zu keiner Klärung kommt, wird auf die Kontaktaufnahme mit der PPO verwiesen.	
LKH Hörgas-Enzenbach	Betriebsdirektor	Folder zum Patientenrecht sind auf den Stationen aufgelegt.	

Haus	Ansprechpartner	Wie erfolgt die Information der Patienten und Angehörigen über ihre Möglichkeiten eine Entschädigung zu erlangen?	Verbesserungsvorschläge
LKH Judenburg-Knittelfeld	Betriebsdirektor	Patientenbroschüre und Infoblatt.	
Landesnervenklinik Sigmund Freud	ärztliche Direktion	Die Patientenrechte sind auf den einzelnen Stationen ausgehängt, auf denen auf die PPO hingewiesen wird. Weiters befinden sich 10 Patientenanwälte im Haus. Die Zeitung Vitale weist ebenfalls auf die Patientenrechte hin, außerdem gibt es in den diversen Stationsfoldern Hinweise auf die Patientenrechte.	
LKH Leoben-Eisenerz	ärztlicher Direktor	Alle Schadensfälle werden über die Anstaltsleitung an die RA der KAGes weitergeleitet, wenn nicht - durch die geringe Höhe einer geforderten Entschädigung - die Entscheidung von der Anstaltsleitung getroffen werden kann. Die Information über die Möglichkeit einer Entschädigung (Schlichtungsstelle, PPO, Gericht) erfolgt üblicherweise durch den/die ärztliche/n Direktor/in in einem persönlichen Gespräch mit dem/der Betroffenen oder dessen/deren Angehörigen. Eigene Informationsbroschüren wurden nicht entwickelt.	
LKH Rottenmann	Betriebsdirektor		

Haus	Ansprechpartner	Wie erfolgt die Information der Patienten und Angehörigen über ihre Möglichkeiten eine Entschädigung zu erlangen?	Verbesserungsvorschläge
LKH Stolzalpe	ärztlicher Direktor	Die Information der Patienten/innen bzw. Angehörigen über mögliche Entschädigungen erfolgt durch entsprechende Information in den Patienteninformationen, die in den Krankenzimmern aufliegen bzw. durch eine hausinterne, in diesem Falle weisungsungebundene, Ombudsfrau.	
Universitätsklinikum Graz	Bereich Recht und Riskmanagement	Wir gehen davon aus, dass mit dieser Frage Schäden aus Behandlungsfehlern gemeint sind. Neben Patienteninformationsbroschüren und Aushängen auf den einzelnen Stationen werden im Anlassfall Patienten/innen auch auf die Einrichtung der PPO hingewiesen. Die wesentliche Frage, ob ein/e Arzt/Ärztin aktiv über einen ihm unterlaufenen Behandlungsfehler aufklären muss, wird jedoch nicht einheitlich beantwortet. Uns bekannte unternehmensinterne Richtlinien geben darüber keine Auskunft. Eine intensive Diskussion dieser Thematik wäre wünschenswert.	
LKH Voitsberg	ärztlicher Direktor	Unklare Fragestellung.	
LKH Graz West	Betriebsdirektor		
LKH Weiz	Betriebsdirektor	Sonderseite „Ihre Patientenrechte“ im Krankenhausmagazin; durch den Abteilungsvorstand bzw. die Anstaltsleitung.	

Dazu stellt der Landesrechnungshof fest, dass - wie das Ergebnis der Umfrage zeigt - eine aktive oder passive (mittels Folder) Aufklärung hinsichtlich der Patientenrechte und eine Information über die Einrichtungen der Schlichtungsstelle und der PPO in den meisten Häusern auf unterschiedliche Art und Weise stattfindet. Dabei wird zumeist an die Anstaltsleitung verwiesen. Im Zuge einer Stichproben-Prüfung vor Ort wurde in einem LKH festgestellt, dass am Gang an der Wand angeschlagene Hausordnungen darauf hinweisen, dass Wünsche oder Beschwerden an die Anstaltsleitung zu richten sind.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Im 1. Absatz dieses Kapitels verweist der LRH auf eine verbindliche Arbeitsunterlage, welche die umfassende Information des Patienten über die Patientenrechte regelt und führt an, dass die Interne Revision die ordnungsgemäße Umsetzung überprüft.

Hierbei handelt es sich um die Information über die Patientenrechte generell.

In Folge beziehen sich die Ausführungen des LRH jedoch auf Information über die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen und verweist der LRH auf eine Umfrage in allen LKHs, inwieweit die Information der PatientInnen und Angehörigen über ihre Möglichkeiten, eine Entschädigung zu erlangen, erfolgt.

Wie den Ausführungen zu entnehmen ist, zielt die Fragestellung des LRH ausschließlich auf die Information über die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen ab und wurde in keiner Weise die umfassende Information des Patienten auf die Patientenrechte hinterfragt.

Die auf Seite 91 (nunmehr Seite 113 [Anm.: aktualisierte Seitenzahl]) gezogene Schlussfolgerung, dass eine Aufklärung hinsichtlich der Patientenrechte auf unterschiedliche Art und Weise stattfindet, kann daher aus der Art der Fragestellung in der Umfrage von der KAGes nicht nachvollzogen werden.

Replik des Landesrechnungshofes:

Wie eingangs in diesem Kapitel erwähnt, gehört zu den Patientenrechten auch die Verpflichtung des Krankenanstaltenträgers, den Patienten eine Person oder Stelle bekannt zu geben, die ihnen für Informationen, Anregungen oder Beschwerden zur Verfügung steht. Dazu gehört auch die Information über die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen. Die Ergebnisse der Umfrage decken sich mit den vom LRH getroffenen Feststellungen vor Ort.

Den vorgelegten Unterlagen der KAGes war zu entnehmen, dass ein LKH auf den angeschlagenen oder aufgelegten Informationsfoldern zusätzlich zur Beschwerdestelle auch eine konkrete Ansprechperson nennt. Dort weiß der Patient sofort, an welche Person er sich wenden kann.

Die Namhaftmachung einer Person als Anlaufstelle für die Einbringung einer Beschwerde ist zwar im Gesetz nicht zwingend vorgesehen, es genügt auch die Bekanntgabe einer „Stelle“ (gemäß § 6a Abs. 5 KALG). Da es für den Patienten einfacher und überschaubarer ist, **empfiehlt der Landesrechnungshof**, die konkrete Bekanntgabe des Namens einer Person zusätzlich zu einer „Stelle“ anzuführen – vorausgesetzt, es erfolgt eine ständige Aktualisierung. Auf eine einheitliche Vorgangsweise für alle Krankenhäuser wäre Bedacht zu nehmen.

Schwierig wird es dann, wenn der Patient nicht genau weiß, was eigentlich passiert ist und er sich in einem gesundheitlichen Zustand befindet, der es ihm nicht erlaubt, Erkundigungen anzustellen. In solch einem Fall ist er darauf angewiesen, dass ihn sein behandelnder Arzt darüber **informiert**, dass ein unerwünschtes Ereignis stattgefunden hat. Der Landesrechnungshof ist der Ansicht, dass der Patient von einer dazu sachlich zuständigen Person sodann auch angeleitet werden soll, welche weiteren Möglichkeiten ihm offen stehen.

7. HAFTUNG DER KAGES NACH DER VERBANDS- VERANTWORTLICHKEIT

Durch das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz, BGBl. I 151/2005, wurde in Österreich mit 1. Jänner 2006 unter bestimmten Voraussetzungen eine strafrechtliche Verantwortlichkeit von Verbänden eingeführt. Verbände nach dem VbVG sind juristische Personen und Personenhandelsgesellschaften. Auch die KAGes als Kapitalgesellschaft unterliegt diesem Gesetz.

Demnach haftet die KAGes nicht nur vertraglich, sondern für ihre Mitarbeiter unter gewissen Voraussetzungen auch deliktisch (siehe auch 2.1).

Der Landesrechnungshof weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Ärzte und das Pflegepersonal Mitarbeiter der KAGes sind. Die KAGes haftet dann, wenn ein Arzt oder ein sonstiger Mitarbeiter rechtswidrig handelt, d.h. er unterlässt objektive Sorgfaltspflichten, und zusätzlich ein Organisationsverschulden seitens der KAGes vorliegt. Dies ist z.B. der Fall, wenn ein Arzt, der in Verdacht steht, einen Behandlungsfehler mit Folge schwerer Körperverletzung oder Tod begangen zu haben, weiterhin ungehindert seinen Dienst ausübt und ihm währenddessen ein weiterer Behandlungsfehler unterläuft.

Liegt ein Organisationsverschulden vor, so trifft den Verband auch dann die Haftung, wenn nicht festgestellt werden kann, welcher Mitarbeiter sorgfaltswidrig gehandelt hat. Wenn Ärzte aufgrund anderweitiger Verpflichtungen nicht für Notfälle und wichtige Operationen sofort abrufbar sind, liegt dies in der Organisation der Abläufe und ist daher wiederum die KAGes dafür verantwortlich. Die Ausübung jedweder Nebenbeschäftigung ist mit den Dienstzeiten daher genau abzugrenzen.

Als Sanktionen sieht das VbVG Geldbußen, die bedingte oder teilbedingte Nachsicht der Geldbuße, Weisungen, insbesondere den Auftrag zur Schadenswiedergutmachung und die Diversion (= außergerichtlicher Tatausgleich) vor.

Die Höchststrafe für schwere Delikte ist derzeit mit 180 Tagessätzen begrenzt. Da die KAGes ein gemeinnütziger Verband ist, beträgt die maximale Höhe eines Tagessatzes € 500,--.

Nach Angabe der KAGes liegt bis zum Ende der Prüfung noch kein einziges Verfahren nach dem VbVG vor. Intern wurde dahingehend Vorsorge getroffen, dass diese Verfahren über die RA abzuwickeln sind. Weiters wurden dementsprechende Informationen und Schulungen abgehalten, um die Mitarbeiter zu informieren.

Aus den Ergebnissen der Prüfung der Schadensabwicklung vor Ort konnte festgestellt werden, dass sich in der KAGes bereits in der Vergangenheit Fälle ereignet haben, die nach derzeitiger Rechtslage eine Haftung nach der Verbandsverantwortlichkeit nach sich ziehen würden.

Die KAGes wurde dazu befragt, inwieweit disziplinarische Maßnahmen bei unterlaufenen Fehlern gesetzt werden. Dazu gibt die Personalabteilung der KAGes folgende Stellungnahme ab:

„In unserem Unternehmen wird grundsätzlich eine Fehlerkultur unter dem Titel „aus Fehlern lernen, Fehler zu vermeiden“ gelebt. Der Umstand, dass einem Arzt/einer Ärztin bzw. einer Pflegeperson im Zuge der Erfüllung der Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag ein vorwerfbarer Fehler unterläuft, führt somit nicht zwangsläufig auch zu disziplinarrechtlichen Konsequenzen. Erfolgt seitens der Rechtsabteilung das Ersuchen um Überprüfung eines Sachverhaltes im Hinblick auf ein mögliches disziplinäres Problem an die Personalabteilung, so wird geprüft, ob das dem/der Mitarbeiter/in zuzurechnende Fehlverhalten einen Kündigungsgrund gemäß § 130 L-DBR oder gar einen Entlassungsgrund gemäß § 133 L-DBR darstellt. Sofern ein Auflösungsgrund nicht festgestellt werden kann, wird unter Umständen auch eine dienstrechtliche Verwarnung ausgesprochen.“

Der Landesrechnungshof empfiehlt auf organisatorische Mängel immer unverzüglich zu reagieren. Es ist nicht allein ausreichend, ein präventives Risikomanagement zu betreiben – die KAGes muss auch dafür Sorge tragen, dass ein bestehendes und erkennbares Risiko minimiert bzw. ausgeschaltet wird.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Hinsichtlich der Empfehlung, auf organisatorische Mängel unverzüglich zu reagieren, wird auch von Seiten der KAGes positiv gesehen, was sich in der diesbezüglichen klaren Definition im Risikomanagement äußert. Es gibt einen Risikomanagement-Prozess, welcher aus einer Risikobeurteilung, einer Risikobewältigung, einer Risikoüberwachung und der Verbesserung des Risikos besteht. Sollte daher ein organisatorischer Mangel auftreten und ein dringendes Risiko darstellen, wird sofort darauf reagiert. Ob ein organisatorischer Mangel ein Risiko darstellt, beurteilt die Rechtsabteilung gemeinsam mit den Risikoeignern vor Ort. Zu diesem Zweck werden zur Unterstützung vor Ort auch sukzessive in allen LKH Risikomanager ausgebildet.

Replik des Landesrechnungshofes:

Der LRH weist dazu wiederholend darauf hin, dass sich in der Vergangenheit Fälle ereignet haben, die nach der derzeitigen Rechtslage eine Haftung nach der Verbandsverantwortlichkeit mit großer Wahrscheinlichkeit nach sich ziehen würden.

8. BUNDESLÄNDERVERGLEICH

Im Zuge eines Vergleichs der Schadensabwicklung mit den übrigen Bundesländern wird festgehalten, dass die meisten öffentlichen Krankenanstalten der übrigen Bundesländer und des Wiener Krankenanstaltenverbundes eine Haftpflichtversicherung für Schadensfälle aufgrund von Behandlungsfehlern abgeschlossen haben. Damit war ein direkter Vergleich mit den einzelnen Bundesländern aufgrund der gänzlich verschiedenen Modelle der Schadensabwicklung nicht möglich. Die Vorzüge und Schwachstellen dieser versicherten Modelle wurden herausgearbeitet.

Folgende **Feststellungen** werden seitens des **Landesrechnungshofes** getroffen:

- Für eine effiziente Abwicklung der Schlichtungsfälle bei der Schlichtungsstelle ist eine paritätische, die Interessen gleichermaßen stark vertretene Zusammensetzung der Kommission förderlich. Hier kann insbesondere auf die Zusammensetzung der Kärntner Schlichtungsstellen-Kommission verwiesen werden: Dem Gremium gehören Vertreter der Arbeiterkammer und der Ärztekammer an. Den Vorsitz führt ein amtierender Richter. Zeugen, Beteiligte und gegebenenfalls auch der Gutachter können als Sachverständige im Beisein beider Parteien zu Wort kommen. Die Kärntner Schlichtungsstelle fällt in das Aufgabengebiet der Abteilung 12, Sanitätswesen, des Amtes der Kärntner Landesregierung.
- Laut Aussage der Patientenvertretungen in den einzelnen Bundesländern zeigen sich die Haftpflichtversicherungen bei der Abhandlung von Schlichtungsfällen zumeist wenig kooperativ.
- Jene Bundesländer, deren Patientenanwaltschaften bzw. –vertretungen die Möglichkeit haben, Beschwerden auf kurzem Wege einer ärztlichen und rechtlichen Vorprüfung zu unterziehen und direkt mit den Haftpflicht-

versicherern zu kooperieren, können die Anliegen der Patienten rascher abwickeln.

- Das „One-Stop-Shop-Prinzip“ eignet sich durchaus auch hinsichtlich der Abwicklung von Schadensfällen. Je mehr Möglichkeiten dafür den Patientenvertretungen eingeräumt werden, umso effizienter erfolgt die Durchführung. Die effizienteste Lösung liegt in der direkten Vermittlung zwischen Patientenvertretung und Haftpflichtversicherer. Angewendet wird dieses Prinzip bei der Patientenvertretung in Salzburg.
- Die höchsten Entschädigungsbeträge werden trotz bestehender Haftpflichtversicherungen nahezu in allen Bundesländern seit der Einführung des Patientenentschädigungsfonds von diesem ausbezahlt. Dieser Fonds wird aus den Beiträgen der Patienten finanziert. Eine Auszahlung erfolgt dann, wenn eine Haftung nicht eindeutig gegeben ist.
- Viele Patientenanwaltschaften und –vertretungen klagen über Personal-mangel aufgrund der ständig steigenden Anzahl der Beschwerdefälle und des zunehmend umfangreicher werdenden Aufgabenbereiches.

Folgende **Empfehlungen** werden seitens des **Landesrechnungshofes** im Falle des Abschlusses einer Haftpflichtversicherung abgegeben:

- Im Falle des Abschlusses einer Haftpflichtversicherung für Schadensfälle aufgrund von Behandlungsfehlern wäre auf die Kostenübernahme für Gutachtenserstellungen zu achten und diese vertraglich abzusichern.
- Keinesfalls sollte eine Abwicklung der Schadensfälle direkt zwischen Rechtsträger und Haftpflichtversicherung erfolgen – eine dazwischen geschaltete objektive Stelle ist notwendig.

Ein Vergleich mit dem **Bundesland Wien** hat Folgendes ergeben:

Die Wiener städtischen Krankenanstalten haben mit Ausnahme des Allgemeinen Krankenhauses Wien keine Haftpflichtversicherung abgeschlossen. Die Schadensfälle werden in der „Stabsstelle Recht“ abgewickelt, die eine Organisationseinheit der Generaldirektion der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund bildet.

Diese „Stabsstelle Recht“ holt nach Einlangen eines Schadenersatzbegehrens Stellungnahmen der behandelnden Ärzte sowie die Krankengeschichte ein und prüft, ob die Voraussetzungen für eine Schadenersatzleistung gegeben sind.

Erforderlichenfalls wird auf Kosten der Stadt Wien ein externer gerichtlich beeideter Sachverständiger mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Wird eine Entschädigungsleistung gewährt, wird dem Schadenersatzwerber eine „Abfindungserklärung“ zugesandt, die er unterfertigt an die „Stabsstelle Recht“ retourniert. Danach wird die Anweisung des Abfindungsbetrages veranlasst.

Im Jahr 2004 wurden 121, im Jahr 2005 134 und im Jahr 2006 insgesamt 144 Schadensfälle an die „Stabsstelle Recht“ herangetragen. Wie viele Fälle davon außergerichtlich seitens des Wiener Krankenanstaltenverbundes entschädigt worden sind, wurde nicht bekannt gegeben.

Im Jahr 2006 betragen die vom Wiener Krankenanstaltenverbund geleisteten Entschädigungen insgesamt ca. € 500.000,-, inklusive Dauerleistungen.

Die außergerichtliche Erledigung eines Schadenfalles dauert durchschnittlich sechs Monate.

In diesem Zusammenhang **stellt der Landesrechnungshof fest**, dass der von der „Stabsstelle Recht“ beschriebene Ablauf der seitens der KAGes betriebenen Schadensabwicklung ähnelt. Insbesondere wird auch in Wien eine Art „Abfertigungserklärung“ verwendet. Diese beinhaltet jedoch, im Unterschied zur Steiermark, keine Verzichtsklausel für die Abgeltung von Folgeschäden.

Hinsichtlich der durchschnittlichen Erledigungsdauer von sechs Monaten wird angemerkt, dass dies ein Wert ist, der vergleichsweise auch in den übrigen

Bundesländern unter Inanspruchnahme einer Haftpflichtversicherung bei der außergerichtlichen Abwicklung von Schadensfällen erzielt wird.

Die Schiedsstelle der Ärztekammer für Wien wird vergleichsweise selten, ca. 30 bis 45 mal pro Jahr, angerufen.

8.1 Vergleich Anzahl der Patienten u. Schadensfälle

Im Durchschnitt werden jährlich ca. 972.990 Patienten in den Spitälern der KAGes ambulant und stationär betreut. Die Anzahl der in der RA einlangenden Schadensfälle (inklusive Schlichtungs- und Klagsfälle) beläuft sich im Durchschnitt auf jährlich **265** Fälle. Das sind **~0,03 %** der in der KAGes jährlich ambulant und stationär behandelten Patienten.

Nicht mitberücksichtigt sind jene Fälle, die beim Patientenentschädigungsfonds anhängig sind. Daneben gibt es noch eine Dunkelziffer jener Schadensfälle, die der RA nicht bekannt werden. Mit zunehmendem Bekanntheitsgrad der Patientenrechte und –information ist daher auch künftig mit einem Anstieg der Zahl der Schadensfälle zu rechnen.

Das Ergebnis der vom Landesrechnungshof durchgeführten Überprüfung wurde in der am 15. Februar 2007 abgehaltenen Schlussbesprechung ausführlich dargestellt.

Teilgenommen haben daran:

vom Büro des Herrn
Landesrates Mag. Helmut Hirt :

Mag. Birgit RAGGER

von der Fachabteilung 8A
Sanitätsrecht und Krankenanstalten:

Herwig KIETZMANN

von der KAGes:

Mag. Petra BOGNER
Mag. Birgit FAHRNBERGER
Mag. Oliver NEUPER
Mag. Isabella RIESNER

vom Landesrechnungshof:

LRH-Dir. Dr. Johannes ANDRIEU
Mag. Georg GRÜNWALD
Mag. Sonja GEIGER

9. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Der Landesrechnungshof hat im Auftrag des Steiermärkischen Landtages vom 04. April 2006 die Abwicklung von Schadensfällen durch die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. geprüft.

Gesamtdarstellung

Der Landesrechnungshof hat aus dem Prüfzeitraum 2001 bis 2006 stichprobenweise mehr als 150 Schadensfälle gesichtet. Darunter waren sowohl reine Schadensmeldungen mit und ohne Geltendmachung eines Schadenersatzanspruches seitens der Patienten sowie Schlichtungsakten.

Folgende Anzahl an **Schadensfällen** langte in den Jahren 2001 bis 2005 ein:

Jahr	Anzahl	Entschädigungsleistung in €
2001	273*	nicht bekannt
2002	244*	nicht bekannt
2003	162	nicht bekannt
2004	149	37.998,--
2005	163	25.242,69
2006	65 bearbeitet	89.188,29

*) inkl. Sturzmeldungen

Für **Schlichtungsfälle** wurden im Zeitraum 2004 bis 2006 folgende Vergleichssummen geleistet:

Jahr 2004	€ 195.827,--
Jahr 2005	€ 351.100,32
Jahr 2006	€ 224.882,80

Die jährlichen **Dauerleistungen** betragen durchschnittlich rund € 150.000,--.

Vergleich Anzahl der Patienten und Schadensfälle

Ein Vergleich der Anzahl der Patienten mit der Häufung an Schadensfällen ergab, dass jährlich durchschnittlich **265** Schadensmeldungen in der Rechtsabteilung der KAGes einlangen. Das sind **~ 0,03 %** der in der KAGes jährlich ambulant und stationär behandelten Patienten.

Nach Abschluss des Anhörungsverfahrens ergeben sich folgende **Feststellungen und Empfehlungen**:

Behandlungsvertrag

- Der vorübergehend verpflichtend eingeführte, schriftliche Behandlungsvertrag beinhaltet Zustimmungserklärungen, die nicht zwingend (in Zusammenhang mit der Aufnahme) als Vertragsbestandteil verwendet werden dürfen.

Schadensabwicklung im engeren Sinn

Anzahl der Schadensfälle

- Im Jahr 2006 erfolgte eine wesentlich höhere Auszahlung an Schadenersatzleistungen im Vergleich zu den beiden Vorjahren. Summenbeträge zu den Entschädigungsleistungen lagen zum Prüfzeitpunkt ab 2004 vor.
- Die interne Kontrolle durch ein übergeordnetes Organ vor der Anweisung von Auszahlungsbeträgen wird befürwortet.
- Der LRH empfiehlt, über die Höhe der Entschädigungsleistungen **genaue Aufzeichnungen** zu führen.

Nichtversicherungsprinzip

- Für gerichtliche Klagen werden seitens des Landes Steiermark außerplanmäßige Zuschüsse geleistet.

- Aufgrund der seit dem Übergabevertrag geänderten Verhältnisse hätte eine Evaluierung in Hinblick auf den Abschluss einer Versicherung für Schadensfälle erfolgen und über deren Ergebnis eine Information an den Eigentümer ergehen sollen.

Personenschaden

- Ohne Geltendmachung einer Schadenersatzleistung erfolgte im Zeitraum 2001 bis 2005 keine weitere Bearbeitung der Schadensmeldung. Eine diesbezügliche Dienstvorschrift wurde nicht erlassen.
- Einer Schadensmeldung wäre **immer nachzugehen** und zu prüfen, ob ein Verdacht hinsichtlich eines Behandlungsfehlers besteht. Erhärtet sich der Verdacht, so ist der jeweils betroffene Patient zu informieren und über seine Rechte in Kenntnis zu setzen.

Abwicklung eines Personenschadens

- Während anhängiger Schlichtungsverfahren finden seitens der KAGes Vergleichsverhandlungen mit dem Patienten statt.
- Sobald ein Schlichtungsverfahren eingeleitet worden ist, empfiehlt es sich aus Objektivitätsgründen nicht mehr in dieses laufende Verfahren durch **vorzeitige Vergleichsverhandlungen** einzugreifen.
- Der außergerichtliche Vergleich in Form einer Prozesskostenablöse spart dem Patienten Zeit und das Prozessrisiko. Die dabei verwendete Verzichtsklausel stellt eine grobe Benachteiligung für den Patienten dar.
- Bei einer Prozesskostenablöse in Form einer „Abfertigungserklärung“ ist die verpflichtende Einbindung der Patienten- und Pflegeombudschaft vorzusehen. Die **Verzichtsklausel** auf die Abgeltung von Folgeschäden ist ersatzlos aus der Abfertigungserklärung **zu streichen**.

Inhaltliche Unregelmäßigkeiten bei der Abwicklung von Personenschäden

- Meldungen hinsichtlich Stürze von Patienten wurden zum Prüfzeitpunkt ohne weitere Bearbeitung archiviert.
- Eine Abgeltung für schadenskausale Nebenkosten erfolgte nur **vereinzelt**.
- Auf die Möglichkeit einer **Abgeltung für schadenskausale Nebenkosten** ist der Patient hinzuweisen.
- In Fällen, bei denen die Ursache nicht eindeutig geklärt werden kann und eine Schadenersatzleistung grundsätzlich eher verneint wird, wäre der Patient neben der Möglichkeit des Einbringens eines Schlichtungsantrages auch auf den **Entschädigungsfonds** hinzuweisen.

Fehlende Aufklärung über Komplikationen

- Über „unerwünschte Ereignisse“, wie Komplikationen, wird mit dem Patienten nicht gesprochen.
- Der Patient ist von einem Behandlungsfehler oder einer eingetretenen Komplikation in Kenntnis zu setzen.

- Die Befassung mit dem Thema „Umgang mit unerwünschten Ereignissen“ im Rahmen eines Seminars wird positiv gewertet.
- Eine fortgesetzte Diskussion und Bewusstseinsbildung hinsichtlich des Auftretens und des Umganges mit „unerwünschten Ereignissen“ wäre mit Nachdruck zu pflegen.

Sachschaden

- Sachschäden werden sofort und direkt seitens des Patienten geltend gemacht.
- Schadensfälle lassen sich in Gruppen unterteilen. Man unterscheidet Personen- und Sachschäden. Darunter lassen sich weitere Gruppierungen treffen, wie z.B. Schadensfälle aufgrund des Verlustes eingebrachter Gegenstände, Schadensfälle aufgrund von Stürzen.

- Für die einzelnen Gruppen an Schadensfällen wäre die Höhe der jährlichen Schadenersatzleistungen zu errechnen. Auf Basis dieser Zahlen wäre seitens der KAGes zu prüfen, ob der **Abschluss einer Haftpflichtversicherung** für einzelne oder alle Gruppen an Schadensfällen günstiger ist.

Schadensfälle aufgrund von medizinischen Geräten und Anlagen

- Die Weiterleitung der Schadensmeldung aufgrund medizinischer Geräte und Anlagen hat an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen zu erfolgen.
- Die dafür vorgesehene Dienstvorschrift wäre entsprechend zu aktualisieren.

Aktenbearbeitung der Schadensfälle

- Eine zeitliche Auswertung über die Dauer der Bearbeitung eines Schadensfalles war, ausgenommen bei den Schlichtungsakten nicht möglich, da diesbezüglich keine Daten von der Rechtsabteilung der KAGes vorgelegt werden konnten.
- Bei der Umstellung auf ein neues EDV-Programm sollte darauf geachtet werden, dass vor allem auch eine **zeitliche Auswertung** der erfassten Schadensfälle möglich wird.
- Um auch inhaltlich eine möglichst objektive Bearbeitung der Schadensfälle zu gewährleisten, sollte die interne Zuständigkeit für die Schadensmeldungen, die derzeit nach Krankenhäusern aufgeteilt ist, etwa alle zwei Jahre **neu zugeordnet** werden.
- Eine gut durchdachte Dienstvorschrift, in welcher die einheitliche und übersichtliche Führung der Akten geregelt ist, kann die effiziente Bearbeitung unterstützen.
- Die Aktenbearbeitung der reinen Schadensfälle hat eine Entwicklung durchlaufen: Sie ist im Prüfzeitraum 2001 bis 2005 eher nachlässig erfolgt. Seit Ende 2005 werden die Mängel, wie fehlende Eingangsstempel

und unsortierte Akten beseitigt. Diese Entwicklung ist positiv hervorzuheben.

Schadensabwicklung im weiteren Sinn

Auswahl und Bestellung der Gutachter

- Bei Vergleichsversuchen werden dem Patienten bzw. seinem Vertreter zumeist interne Gutachter vorgeschlagen.

Im Schlichtungsverfahren legt die Schlichtungskommission die Gutachter mit Zustimmung des Patienten bzw. seines Vertreters fest.

Interne Gutachter sind aus der Treuepflicht zu ihrem Dienstgeber heraus befangen.

- Bei Vergleichen außerhalb des Schlichtungsverfahrens sowie auch im Schlichtungsverfahren sollten **externe Gutachter**, vor allem auch jene aus den übrigen Bundesländern **herangezogen werden**.

- Die Kosten für externe Gutachten sind meist sehr unterschiedlich.
 - Vor Gutachtenserstellung sollte mit dem jeweiligen Gutachter ein **Höchstbetrag** vereinbart werden.

- Bei Vergleichsverhandlungen und im Schlichtungsverfahren wird zumindest ein Gutachten zur Abklärung des vermuteten Behandlungsfehlers und ein Gutachten zur Ermittlung der Höhe der Schmerzperioden eingeholt.
 - Vereinfachend und **kostengünstiger** wäre es, die inländischen Gutachter damit zu beauftragen, neben der fachlichen Beurteilung auch eine Beurteilung über das Ausmaß der Schmerzperioden in einem Gutachten zu erstellen.

Dienstvorschriften hinsichtlich Archivierung und Dokumentation von Schadens- und Schlichtungsfällen

- Hinsichtlich der Aufbewahrungsfrist bedarf einer zentralen Lösung für die Schaffung von Archivierungsräumlichkeiten für Schadensfallakten.
- Daher wäre zu prüfen, ob die abgeschlossenen Schadensfallakten in einem bislang ungenutzten Nebenraum untergebracht werden können.

- Abgeschlossene Schlichtungsakten werden eingescannt und im Original vernichtet. Dazu gibt es keine Dienstvorschrift.
Die elektronische Archivierung erschwert die Lesbarkeit der Akten.
- Die abgeschlossenen Schlichtungsfälle sollten bei der Schlichtungsstelle für eine angemessene zeitliche Dauer aufbewahrt werden. Dabei ist eine Aufbewahrungsfrist von sieben Jahren zweckmäßig.

Evaluierung der Schadensfälle

- Die Dienstvorschrift dazu ist knapp und unpräzise ausgefallen. Eine Evaluierung findet im Hinblick auf das Risikomanagement erst seit dem Jahr 2006 statt.
- Eine **Evaluierung** laut Dienstvorschrift wäre für alle Schadensfälle, unabhängig von deren Geltendmachung, nachvollziehbar durchzuführen.

Kontrolle und Interne Revision

- Es findet keine Ablaufkontrolle der Aktenbearbeitung und der Einhaltung der verbindlichen Arbeitsunterlagen zum Schadensmanagement statt.
- Die Organisation der Arbeitsabläufe zum Schadensmanagement in der Rechtsabteilung gehört in regelmäßigen Abständen einer **Internen Revision** unterzogen.

- An einer ordnungsgemäßen Patientenaufklärung besteht seitens der KAGes ein großes Interesse, da Aufklärungsprozesse zunehmen.

Ärztliche Anzeige- und Meldepflicht

- Die berufsrechtliche Verpflichtung zur Anzeige nach dem Ärztegesetz trifft die Ärzte und nicht die KAGes.
Die **unbedingte und unverzügliche Anzeigepflicht** nach dem Ärztegesetz berechtigt zu keiner Interessensabwägung.
Die seitens der KAGes herausgegebenen Leitlinien hinsichtlich der berufsrechtlichen Melde- und Anzeigepflicht widersprechen dem Ärztegesetz.
- Die Dienstvorschriften hinsichtlich der **berufsrechtlichen Anzeige- und Meldepflichten** im Handbuch „Krisen bewältigen“ **wären zu überarbeiten** und eine mit den gesetzlichen Bestimmungen in Einklang stehende neue Dienstvorschrift zu erlassen.
- Jeder Schadensfall, der den Verdacht einer gerichtlich strafbaren Handlung mit Todesfolge oder schwerer Körperverletzung beinhaltet, ist **unverzüglich** entweder seitens des Verdacht schöpfenden Arztes oder der zur Anzeige berufenen Stelle an die Staatsanwaltschaft oder an eine Sicherheitsbehörde zu melden.
- Eine **Anzeige** unter Einhaltung des „Dienstweges“ nach dem Landesdienst- und -besoldungsrecht oder dem Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979 darf nicht durch die Rechtsabteilung der KAGes erfolgen, da hier ein Interessenskonflikt gegeben ist.
- Diese Aufgabe sollte daher von einer **Krankenanstaltenbehörde**, wie etwa der **Fachabteilung 8A**, wahrgenommen werden.

Abwicklung der Schlichtungsfälle bei der KAGes

Besetzung der Schlichtungsstelle

- Es besteht ein Ungleichgewicht in der Besetzung der Schlichtungskommission zu Ungunsten des Patienten.

- Bei der Zusammensetzung der Schlichtungskommission wäre eine stärkere Vertretung der Interessen des Patienten zu begrüßen.

Zahlungen für Schlichtungsfälle

- Wie hoch die Zahlungen für die Schlichtungsfälle in den Jahren 2001 bis 2003 waren, konnte seitens der KAGes nicht angeführt werden, obwohl diese Zahlungen aus dem Budget der KAGes ausbezahlt wurden.
- Eine genaue Erfassung und Abrechnung der Zahlungen für die Schlichtungsfälle sollte seitens der KAGes laufend erfolgen.
- Die Dauerleistungen sind im Jahre 2006 aufgrund eines verlorenen Gerichtsprozesses sprunghaft angestiegen.
- Aus den Fachbereichen Chirurgie und Gynäkologie kommen die meisten Schlichtungsanträge. Die Tendenz ist in den Jahren 2002 bis 2005 steigend; im Jahr 2006 war die Anzahl der Anträge erstmals rückläufig.
- Das Risikomanagement in der KAGes wäre insbesondere nach jenen Gebieten auszurichten, in welchen sich die häufigsten Behandlungsfehler laut Statistik ergeben.
- Die Dienstvorschriften hinsichtlich der Evaluierung von Schadensfällen wären aufgrund dieser Statistik neu zu definieren.
- Im Falle des Abschlusses einer Haftpflichtversicherung wäre die Schadensfallhäufigkeit, aufgeteilt nach den jeweiligen Bereichen, zu berücksichtigen.

Verfahrensdauer

- Mehr als die Hälfte der Schlichtungsverfahren dauern länger als 12 Monate. Damit erfüllt die Schlichtungsstelle hinsichtlich der Verfahrensdauer die von ihr selbst aufgestellte Soll-Bestimmung in den überwiegenden Fällen nicht.
- Um die in der Schlichtungsvereinbarung festgehaltene **Verfahrensdauer** einhalten zu können, ist eine **Reorganisation der Abwicklung** notwen-

dig. Da es sich um eine gemeinsame Einrichtung zwischen der Ärztekammer für Steiermark und der KAGes handelt, sollte man sich gemeinsam um eine Lösung bemühen.

- Eine Kundenbefragung darüber, ob das Verfahren zufrieden stellend abgelaufen ist, ermöglicht eine Reflexion.

Bearbeitung der Schlichtungsfälle

- Die Führung der Schlichtungsakten war in den Jahren 2001 bis 2005 nicht besonders sorgfältig erfolgt. Ende 2005, parallel zum Wechsel der Mitarbeiter, wurde die Organisation und Effizienz der Bearbeitung reformiert.

- Im September 2005 wurde mit der Patienten- und Pflegeombudschaft eine Vereinbarung hinsichtlich der kürzeren Abstände von Urgenzen zwecks Einholung von Gutachten und ärztlichen Stellungnahmen getroffen. Darüberhinaus wurde die Vorgangsweise bei einem Wechsel der Gutachter geregelt. Dabei wurde auch vereinbart, die einzelnen Häuser an die geregelten Meldevorgänge in Schadensfällen zu erinnern und die Patienten- und Pflegeombudschaft bei schweren Zwischenfällen zu informieren. Die Patienten- und Pflegeombudschaft bestätigte die Einhaltung dieser getroffenen Vereinbarung.

- Festgehalten wird, dass noch immer zahlreiche Urgenzen telefonisch ohne Fristsetzung erfolgen und eine unverhältnismäßig lange Frist für die Urgenz einer Krankengeschichte vereinbart worden ist.
 - Ein formales Prozedere hinsichtlich der **Urgenzen** (z.B. erste Urgenz schriftlich, Fristsetzung bereits mit Auftragserteilung) wäre anzustreben. Zudem wäre eine kürzere Fristvereinbarung für die Urgenzen der Krankengeschichten als Dienstvorschrift festzulegen.
 - Aus Interessensgründen wäre zu überlegen, die Einholung von Krankengeschichten und ärztlichen Stellungnahmen sowie die Anforderung von

Gutachten im Rahmen eines Schlichtungsverfahrens **an die Fachabteilung 8A** zu übertragen.

Risikomanagement

Fehlermeldesysteme

- Die Einführung der Fehlermeldesysteme in der KAGes ist ein wichtiger Schritt, um viele Behandlungsfehler künftig von vornherein zu vermeiden. Die „gelebte Fehlerkultur“ hingegen steht noch am Anfang ihrer Entwicklung.

Patientenaufklärung und -feedback

- Die standardisierten Aufklärungsbögen sind sehr umfangreich und teilweise unübersichtlich gestaltet. Sie können das mündlich geführte Aufklärungsgespräch keinesfalls ersetzen.
- Aufgrund der umfangreichen Aufklärungsbögen ist das mündlich geführte Aufklärungsgespräch umso sorgfältiger und ausführlich zu dokumentieren. Ein ledigliches „Ankreuzen“ von Kästchen ist unzureichend.

Schnittstelle Risiko- und Qualitätsmanagement

- Die medizinische Direktion ist für die laufende Weiterentwicklung der Qualitätsstandards und deren Einhaltung verantwortlich.
- Eine verbindliche schriftliche Dienstvorschrift hinsichtlich der Meldung und Weiterleitung von Schadensfällen an die medizinische Direktion wäre unverzüglich auszuarbeiten.

Patienteninformation

- Eine aktive oder passive (mittels Folder) Aufklärung hinsichtlich der Patientenrechte und eine Information über die Einrichtungen der Schlichtungsstelle und der PPO findet in den meisten Häusern statt.

- Für die Einbringung einer Beschwerde sollte nicht nur eine „Stelle“ namhaft gemacht werden, sondern zusätzlich auch eine Person bekanntgegeben werden. Dies erleichtert es dem Patienten, rasch den richtigen Ansprechpartner zu finden. Diese sachlich zuständige Person soll den Patienten über seine weiteren Möglichkeiten informieren. Auf eine einheitliche Vorgangsweise für alle Krankenhäuser wäre Bedacht zu nehmen.
- Über unerwünschte Ereignisse soll der Patient seitens des behandelnden Arztes informiert werden.

Haftung der KAGes nach der Verbandsverantwortlichkeit

- Die KAGes haftet dann, wenn ein Arzt oder das Personal rechtswidrig handelt und die objektiven Sorgfaltspflichten unterlässt. Zusätzlich muss ein Organisationsverschulden seitens der KAGes vorliegen. Dabei ist belanglos, welcher Mitarbeiter sorgfaltswidrig gehandelt hat.
- Aus Fehlern soll gelernt werden. Stillgeschwiegene oder abgestrittene Fehler bewirken das Gegenteil und gehen zu Lasten des Patienten.
- Auf organisatorische Mängel soll immer **unverzüglich** reagiert werden. Es ist nicht allein ausreichend, ein präventives Risikomanagement zu betreiben – die KAGes sollte auch dafür Sorge tragen, dass ein bestehendes und erkennbares Risiko minimiert bzw. ausgeschaltet wird.

Zum Bundesländervergleich:

Der LRH hat festgestellt, dass ein Vergleich mit den Bundesländern nur sehr eingeschränkt möglich ist, da alle anderen Bundesländer, ausgenommen Wien, für Schadensfälle aufgrund von Behandlungsfehlern haftpflichtversichert sind. Die nachfolgenden **Feststellungen**, ausgenommen jene für das Bundesland Wien, basieren aufgrund der Mitteilungen der Patientenvertretungen in den haftpflichtversicherten Bundesländern:

- Eine die Interessen gleichermaßen stark vertretene Zusammensetzung der Schlichtungskommission ist für eine effiziente Abwicklung der Schlichtungsfälle förderlich.
- Haftpflichtversicherungen zeigen sich in Schlichtungsverfahren wenig kooperativ.
- Eine ärztliche und rechtliche Vorprüfung von Beschwerden beschleunigt die Abwicklung.
- Das „One-Stop-Shop-Prinzip“ eignet sich auch hinsichtlich der Abwicklung von Schadensfällen.
- Die höchsten Entschädigungsbeträge werden von den Patientenschädigungsfonds ausbezahlt.
- Viele Patientenanwaltschaften und –vertretungen klagen über Personal-mangel aufgrund der ständig steigenden Anzahl der Beschwerdefälle und des zunehmend umfangreicher werdenden Aufgabenbereiches.

Wien

- Das Wiener Modell ist mit dem Steiermärkischen vergleichbar. Die Abfindungserklärung ähnelt bis auf die Verzichtsklausel für Folgeschäden der „Abfertigungserklärung“, welche die KAGes verwendet. Die durchschnittliche Verfahrensdauer wird mit 6 Monaten angegeben. Das ist ein Wert, den andere haftpflichtversicherte Bundesländer ebenso erreichen. Die Schiedsstelle der Ärztekammer für Wien wird vergleichsweise selten in Anspruch genommen.

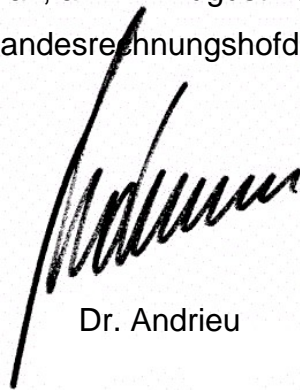
Aus dem Bundesländervergleich lassen sich für die KAGes folgende Empfehlungen ableiten:

Im Falle eines Abschlusses einer Haftpflichtversicherung für Schadensfälle aufgrund von Behandlungsfehler wäre

- auf die Kostenübernahme für Gutachtenserstellungen zu achten und diese vertraglich abzusichern;
- eine objektive Stelle bei der Abwicklung der Schadensfälle zwischen Rechtsträger und Haftpflichtversicherung zwischenzuschalten.

Graz, am 22. August 2007

Der Landesrechnungshofdirektor:



Dr. Andrieu