

Fälle von „überzogenen Patientenwünschen“

Cases of "Exorbitant Patients' Demands"

Einleitung

Patienten sind Menschen in einer besonderen Lebenssituation, in der sie zur Auseinandersetzung mit eigenem Leiden herausgefordert sind. In dieses wird in aller Regel der Arzt als erste allgemeine Anlaufstelle zur Problembewältigung involviert. Dabei gehen Patienten und Ärzte einen Behandlungsvertrag ein, der beide Teile zur Mitwirkung an der Erreichung des Behandlungszieles verpflichtet.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient hat eine historische Entwicklung durchgemacht. An die Stelle einer Asymmetrie zugunsten des Arztes (Paternalismus) ist eine – theoretisch – ausgewogene Partnerschaft (Patientenautonomie, informed consent) getreten. Einerseits wurden in der Deklaration von Helsinki 1964 vom Weltärztebund die menschenrechtskonformen Ansprüche der Patienten formuliert, andererseits wurden in den vergangenen 20 Jahren für die Ärzte in vielen Bereichen Richtlinien zur Ausführung ihres Berufes (gute medizinische Praxis, „Good Medical Practice“, GMP) entwickelt.

Seither waren und sind es ausschließlich die Ärzte, die für tatsächliche oder vermeintliche Verletzungen des Behandlungsvertrages immer wieder – und auch vor Gericht – zur Verantwortung gezogen werden. Die Patienten werden in ihren Rechten sachkundig und erfolgreich durch die Einrichtung des Patientenanwalts oder Spitalsombudsmanns unterstützt. Diese Institutionen haben die Rolle eines außergerichtlichen Mediators im Interesse der Patienten, die Ärzte können für sich das Schiedsgericht der Standesvertretung (Ärztekammer) anrufen.

Im Folgenden werden nun spezielle Fälle aufgegriffen, in denen Spitalsärzte durch konkrete Aktionen von Patienten und deren Angehörigen belastet werden, wobei letztere die ihnen zukommenden Rechte möglicherweise fehleinschätzen.

Fall 1

Eine 56-Jährige, seit 5 Monaten nierentransplantierte Frau entwickelt einen hochfieberhaften Zustand und wendet sich an die Nierenambulanz der Universitätsklinik. Dort wird eine Abstoßung weitgehend ausgeschlossen und ein unspezifischer Infekt angenommen. Wegen Bettenknappheit wird auf eine ambulante Behandlung entschieden.

Die weiteren medizinischen Fakten: Wegen ausbleibender Besserung Aufnahme in einem Peripheriespital, antibiotische Therapie, enger fachlicher Kontakt mit der Nierenklinik. Nach Ausschluss einer Pneumonie bzw. einer anderen schwerwiegenden infektiösen Genese des Fiebers wird die Patientin nach einigen Tagen doch von der Universitätsklinik übernommen. Die Enddiagnose bei Entlassung von der Klinik ist eine Fieberreaktion auf die laufende Immuntherapie (mit Rapamune).

Der Gatte der Patientin hatte ständigen Kontakt mit allen involvierten Ärzten (Ambulanzen, der Klinik, Ärzten des Peripheriespitals etc.). Die Hausärztin (eine enge Vertrauensperson der Patientin seit 8 Jahren) hatte die Patientin – im Konsens mit dem Ehemann – unter dem Hinweis „allgemeine Klasse“ in das Spital eingewiesen. Damit wollte sich dann aber der Gatte wegen angeblicher Infektionsgefahr durch Mitpatientinnen nicht zufrieden geben und ersuchte um eine Verlegung auf ein Sonderklassezimmer gegen entsprechende Aufzahlung. Nach der Transferierung seiner Frau auf die Universitätsklinik wandte er sich mit geharnischten Vorwürfen an den Patientenanwalt, dass seine Frau im Peripheriespital nicht automatisch in einem Sonderklasse (2-Bett-)Zimmer aufgenommen worden und die Transferierung an die Universitätsklinik nur durch seine Initiative zustande gekommen sei.

Die dem Patientenanwalt zugegangene Erwidierung des Spitals, die auf Grund der komplexen Vorwürfe einen erheblichen Aufwand erforderte, stellt

richtig, dass innerhalb der 3 Tage im Spital laufend Kontakte mit der Universitätsklinik gepflogen wurden, zumal eine objektive und subjektive Besserung verzeichnet wurde, eine Ansteckungsgefahr durch Mitpatientinnen nicht gedroht habe und die Transferierung wegen Bettenmangels auch nicht hätte früher erfolgen können. Die Überstellung sei schließlich im guten Glauben des ungetrübten Konsenses erfolgt.

Danach sind keine weiteren Reaktionen von Seiten des Gatten der Patientin dokumentiert.

Fall 2

Eine 76-jährige Patientin wird wegen wässriger Durchfälle und allgemeiner Schwäche stationär im Spital aufgenommen. 10 Jahre davor war eine Kolon-Teilresektion wegen eines Karzinoms erfolgt. Ferner besteht bei Aufnahme eine senile Demenz, diffuse Muskelschmerzen mit Schwäche in den Oberarmen, eine chronische Coxitis links bei Zustand nach Endoprothese der Hüfte rechts, sowie Zeichen der Multimorbidität mit Hypertonie, Nephrosklerose und Anämie. Es besteht ein häufiger Konsum von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) wegen der Schmerzen in den Armen und in der linken Hüfte.

Bei der Koloskopie zeigten sich kleine Ulcera mit entzündlichen Schleimhautdysplasien, die dem unkontrollierten NSAR-Gebrach zugeschrieben werden. Wegen der Muskelsymptomatik und den erhöhten Entzündungsparametern bestand auch der Verdacht auf eine Polymyalgia rheumatica. Unter einer auf die Minimaldosis titrierten Prednisolontherapie verschwanden die Diarrhoen und besserten sich auch prompt die Schmerzen in den Muskeln und der Hüfte. Die Patientin kann selbst essen und ist mit Krücken gehfähig, braucht aber Unterstützung bei der Toilette und anderen täglichen Verrichtungen.

Die vorgeschlagene Entlassung nach etwa 3 Wochen des Aufenthaltes wird von den Angehörigen kategorisch abgelehnt. Die Gründe sind vage (der Gatte sei selbst krank, die Kinder hätten keine Zeit),

Heimhilfen (vom Spital über den zuständigen Sozialstützpunkt organisiert) werden ebenfalls abgelehnt. Vielmehr wird das Spital „an seine Aufgabe erinnert“, kranke Leute ohne Zeitbegrenzung stationär weiterzubehandeln. Ein Antrag auf Asylisierung wird von den Angehörigen nicht unterschrieben (Angst vor Entzug des Pflegegeldes?). Nach zähen Verhandlungen, bei denen von den Angehörigen immer wieder mit dem Patientenanwalt gedroht wird, und die sich über 3 Wochen ziehen, erfolgt schließlich doch die Überstellung in ein Pflegeheim.

Fall 3

Ein 63-jähriger Diplomingenieur hatte in den Jahren 2002 und 2004 eine Hüftgelenks-Endoprothese erhalten. Bei der präoperativen Blutuntersuchung war 2002 im routinemäßigen Screening auf Syphilis ein grenzwertig erhöhter TPHA-Test erhoben worden. Zur Sicherung der Verdachtsdiagnose (stattgehabte luetische Infektion?) wurden vom Labor die entsprechenden Zusatzuntersuchungen (Bestimmung von IgM-Antikörpern und VDRL-Test) als unbedingt notwendig empfohlen. Dies unterblieb zwar, doch wurde diese Empfehlung im Arztbrief an den Hausarzt weitergereicht, wovon aber der Patient keine Kenntnis erhielt. Bei der nächsten Aufnahme (2004) wurde der niederschwellige Screeningbefund wieder erhoben, seine Konstanz über 2 Jahre – nach Rücksprache mit dem Labor – nunmehr als Zeichen von „falsch positiv“ und als „ignorierbar“ gewertet. Auch von diesem Sachverhalt erfuhr der Patient nichts.

2005 beantragte der Patient einen Behindertenausweis, für welchen er die beiden Entlassungsbriefe (2002 und 2004) vorzulegen hatte. Nach Anforderung und Lektüre derselben musste er nach seinem laienhaften Verständnis den Eindruck gewinnen, dass bei ihm der Verdacht auf eine luetische Infektion festgestellt, diesem aber nicht weiter nachgegangen worden war. Dies rief nun bei ihm und seiner Gattin große Bestürzung hervor, zumal die letztere inzwischen eine Nierentransplantation erhalten hatte und unter immunsuppressiver Thera-

pie stand. Das Ehepaar fühlte sich dadurch in einen psychischen Ausnahmezustand versetzt, zumal sich der Patient keinerlei Möglichkeit einer derartigen Infektion bewusst war. Selbstverständlich vermied nun das Ehepaar solange jeden sexuellen Kontakt, bis endlich die längst fällige Laboruntersuchung den Beweis lieferte, dass nie eine luetische Infektion bestanden hatte. Diese Periode der psychisch-emotionalen Belastung hatte immerhin 2 bis 3 Monate bestanden.

Seither kämpft der Patient um eine Abgeltung für seine erlittene Unbill. Der Anwalt des Krankenhauses und der Leiter der orthopädischen Abteilung verwiesen etwas lapidar auf die (ohnehin erfolgte) Empfehlung im Arztbrief, und darauf, dass auch aus der empfohlenen Erhebung der Zusatzbefunde eine nervliche Belastung des Patienten resultiert hätte, wenn auch wohl von kürzerer Dauer. Eine Entschädigungspflicht könne aus dem Sachverhalt nicht abgeleitet werden. Schließlich wurde die Schiedsstelle der Ärztekammer angerufen, vor welcher das Krankenhaus sein Fehlverhalten einsah und eine Summe von EURO 5.000 zur Abgeltung anbot. Damit gab sich das Ehepaar nicht zufrieden, da es sich die 6- bis 8-fache Summe erwartet hatte, und beschloss, das Krankenhaus auf diese Summe zu klagen.

Fragestellungen

1. Kann der Kooperationswille von Patienten und Angehörigen reglementiert werden (Verhaltenskodex für Patienten)?
2. Sind Patienten und Angehörige moralisch verpflichtet, nicht abgesprochene Eigeninitiativen den Ärzten bekanntzugeben?
3. Ist es sinnvoll, wenn sich die Betreuer (Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter) präventiv an den Patientenanwalt/Spitalsombudsmann wenden, wenn sie sich seitens der Patienten oder Angehörigen unter Druck gesetzt fühlen?
4. Ist eine „bipolare“ Anlaufstelle (Ombudsmann für Patienten *und* Ärzte) denkbar?

Konrad Brustbauer

Kommentar I

Comment I

Vorweg darf ich erwähnen, dass (nach dem letzten veröffentlichten Jahresbericht) die WPPA (= Wiener Pflege-, Patientinnen und Patienten-anwaltschaft) jährlich mit über 11.000 Anliegen kontaktiert wurde, wovon weit über 2000 zu einer umfangreicheren aktenmäßigen Bearbeitung führten, fast 1000 konnten schließlich durch entsprechende Auskunft aufgeklärt werden, in annähernd 400 Fällen konnte eine Organisationshilfestellung geleistet werden, von über 700 Beschwerden waren etwa 10% voll und knapp 13% zum Teil berechtigt, der Rest dieser „reinen“ Beschwerden war nicht berechtigt oder wurde schon vor Erledigung zurückgezogen.

Mehr als 350 Beschwerden betrafen den intramuralen Bereich, wovon nur 26 berechtigt und knapp über 200 nicht berechtigt waren, 55 waren zum Teil berechtigt, der Rest wurde zurückgezogen.

Aus dem Patientenentschädigungsfonds wurden für 138 Fälle insgesamt mehr als 1,2 Millionen Euro ausbezahlt, die meisten Fälle betrafen schwerwiegende Komplikationen bei denen eine Haftung des Rechtsträgers kaum oder nur schwer zu erlangen war, der Freiwillige Wiener Härtefond hat für ähnlich gelagerte 29 (Sozial-)Fälle insgesamt 236.000 Euro ausgeschüttet. Ferner konnte unter Vermittlung der WPPA fast 1 Million Euro durch Versicherung bzw. Rechtsträger der Krankenanstalten an Betroffene ausbezahlt werden. In all diesen Fällen kam es somit nicht zu einem gerichtlichen Prozess. Dies zeigt, dass die Arbeit der WPPA letztlich sehr oft zur Kalmierung anfänglich widerstreitender Standpunkte und auch zur Verhinderung umfangreicher Zivilprozesse auf Grund vermeintlicher oder wirklicher Ansprüche von geschädigten Patienten beiträgt.

Zu den geschilderten drei Fällen:

Fall 1

Die vom Spital schließlich erteilte umfassende Auskunft an die Patienten-anwaltschaft (= PA) hat sicher eine weitere juristische, allenfalls zivilgerichtliche Auseinandersetzung mit dem Patienten bzw. seiner Gattin verhindert und solcherart auch das Spital davon entlastet. Der Aufwand des Spitals für die Auskunft hat sich damit sicher gelohnt.

Unerwähnt blieb bei der Schilderung des Falls aber, warum dem Angehörigen nicht direkt die Antwort gegeben wurde, sondern sie erst über die PA erreicht werden konnte.

Fall 2

Ähnlich gelagerte Fälle sind auch der WPPA bekannt, Ursache ist ein Kommunikationsmangel, der rasch durch entsprechende Informationen der WPPA und vor allem auch des FSW (Fonds Soziales Wien) über mögliche Hilfen behoben wird. Ein funktionierendes Entlassungsmanagement (PIK) kann und wird viele Ängste, Ablehnungen und Unsicherheiten beseitigen helfen.

Der Ausdruck, dass mit dem PA „gedroht“ wird, erscheint unverständlich, weil der/die PA doch keine Person ist, deren Einschreiten „Furcht und Unruhe“ verbreiten, sondern vielmehr Spannungen, Missverständnisse, Kommunikationsmängel zwischen Krankenhauspersonal und Patienten und ihren Angehörigen beseitigen helfen soll.

Soweit aber medizinisches oder Pflegepersonal heute noch eine Fehlvorstellung von den Aufgaben und der Person des/der PA hat, sollte von allen Seiten immer wieder versucht werden, diese zu beseitigen. Dass dies auch schon zumindest teilweise geschehen ist, zeigt, dass wiederholt und immer mehr auch Ärzte und Pflegepersonen in ihnen ausweglos erscheinenden Gesprächen, die Patienten

oder ihre Angehörigen an die WPPA verweisen.

Prof. Dr. Konrad Brustbauer, Patientenanwalt
 Schönbrunner Straße 108, A-1050 Wien
 post@wpa.wien.gv.at

Fall 3

Ausgehend von der letztlich vom Krankenhaus beschriebenen Einsicht in das Fehlverhalten vor der Schiedsstelle der Ärztekammer und der Tatsache, dass sich damit der Beschwerdeführer nicht abgefunden hat, stellt sich nur die Frage, warum nicht (auch) die zuständige PA befasst wurde, vielleicht hätte dies doch einen Prozess vermieden. Es wäre den Versuch wert gewesen.

Zu den aufgeworfenen vier Fragen:

- 1) Der *Wille* zur Kooperation von Patienten und Angehörigen kann wohl kaum reglementiert werden. Ein Kodex des gebotenen Verhaltens von Patienten und Angehörigen würde, ohne einen solchen Kodex zugleich auch für Ärzte zu erlassen, Schiefelage zum Nachteil der Patienten und deren Angehörigen bedeuten.
- 2) Auf Grund des Behandlungsvertrages zwischen Arzt und Patient ergibt sich sicher auch für den Patienten die Obliegenheit, seinem Vertragspartner all jene Umstände bekanntzugeben, die dieses Vertragsverhältnis betreffen oder beeinflussen können.
- 3) Aus dem im Gesetz umschriebenen Aufgabebereich können sich schon derzeit Spitalsangehörige mit ihren Anliegen an die WPPA wenden. Sie tun dies auch aktuell, wenn entweder im Spitalsbereich vermeintliche Fehler geschehen sind oder aber mit Patienten oder deren Angehörigen eine Auseinandersetzung besteht, eskaliert oder zu eskalieren droht. Dies geschieht üblicherweise in Form einer „Vorinformation“, wodurch die WPPA bei Erscheinen eines diesbezüglichen Beschwerdeführers auch schon von Spitalsseite informiert ist. Die Fälle sind bisher nicht allzu häufig, es folgen auch nicht immer tatsächlich Beschwerden nach.
- 4) Die WPPA ist bereits eine „bipolare“ Anlaufstelle, in Gesundheits- und Fragen der Pflege.

Peter Kühn

Kommentar II

Comment II

Bei den Kommentaren zu den drei vorgelegten Fällen werde ich aus der Sicht meiner bisherigen Tätigkeit in der Patientenanwaltschaft zunächst herauszuarbeiten versuchen, ob tatsächlich Unzukömmlichkeiten vorliegen, die Grund für eine Beschwerde sein könnten.

Fall 1:

Wenn jemand relativ kurz nach einer Nierentransplantation plötzlich mit hohem Fieber erkrankt ist, ist meiner Meinung nach selbst nach „weitgehendem“ Ausschluss einer Abstoßungsreaktion der Zustand weiterhin unklar und besorgniserregend. Hier eine ambulante Versorgung zu empfehlen scheint mir daher äußerst bedenklich – und war ja auch nicht erfolgreich. Mit einigem guten Willen und persönlichem Einsatz wäre es sicher möglich gewesen, die Patientin zumindest vorübergehend in einem anderen Bereich des AKH unterzubringen.

Dass Patientin (und Angehöriger) bei hochfieberhaftem Infekt (unter Einnahme von Immunsuppressiva!) Angst vor einer Superinfektion haben, ist verständlich und spricht nur dafür, dass es sich hier um gut informierte Patienten handelt. Wenn man tatsächlich sicher gewesen ist, dass keine Ansteckungsgefahr droht, hätte man das dem Gatten bei seinem „ständigen Kontakt mit allen involvierten Ärzten“ ja auch mehrfach vermitteln können und nicht erst in der Erwiderung an den Patientenanwalt zur Sprache bringen müssen.

Wenn der Gatte außerdem wirklich laufend Kontakt mit allen Ärzten hielt, ist es ja durchaus möglich, dass er parallel zum Peripheriespital auch von sich aus die Univ.-Klinik zu einer Übernahme der Patientin drängte, sodass er letztlich den Eindruck haben konnte, die Transferierung sei nur auf seine Initiative zustande gekommen.

Der Hauptfehler liegt meiner Meinung nach in der primären (Nicht-)Versorgung der Patientin durch die Univ.-Klinik, alles andere sind Kommunikationsprobleme, wie sie leider nur allzu oft vorkommen.

Fall 2:

Dass geriatrische Patienten nach den verschiedensten Krankheiten länger für die Genesung brauchen, wissen alle leidgeprüften Spitalsärzte. Für derartige Fälle sind die Abteilungen für Akutgeriatrie bzw. Remo-Stationen, die man in vielen Krankenhäusern von OÖ zur Verfügung hat, ein wahrer Segen. Schon lange vor der Verlegung aus der Akutstation sollte man aber mit der Familie in ein Gespräch über die Weiterversorgung eintreten. Im Rahmen dieser wiederholten Kontakte kann dann leicht auch angesprochen werden, dass es diese vermeintliche „Aufgabe des Spitals zur unbegrenzten Weiterbehandlung“ in Wirklichkeit nicht gibt. Ich gebe aber zu, dass die Uneinsichtigkeit von Angehörigen einen oft zur Verzweiflung bringen kann.

Hier könnte man tatsächlich überlegen, den Angehörigen von alten, multimorbiden Patienten (bei denen mit langer Rekonvaleszenz zu rechnen ist) bei den ersten Besuchskontakten ein Formblatt vorzulegen, in welchem auf die zu erwartende Notwendigkeit einer Weiterversorgung nach Spitalsentlassung hingewiesen wird. Für diesen Fall sollten dort verschiedene Varianten zur Auswahl stehen (Versorgung durch die Familie/Organisation von Heimhilfen/Pflegeheim etc.). Durch ihre Unterschrift müssten die Angehörigen dann einer dieser Optionen ihre Zustimmung geben.

Fall 3:

Es war sicher eine Nachlässigkeit, dass man den Patienten (63 Jahre alt und frisch vermählt!) nicht

über diesen grenzwertigen TPHA-Test informierte. Wenn man aber hier argumentiert, dass dieser Test für eine Orthopädische Abteilung ziemlich irrelevant ist, dann muss man dem entgegenhalten, dass die dortigen Ärzte ja wohl einen Grund gehabt haben müssen, diesen Wert überhaupt zu bestimmen. Wenn dann das Ergebnis – wie eben hier – nicht eindeutig ist, dann sollte man sich doch die Zeit nehmen, die klärenden Tests durchzuführen oder den Patienten darüber zu informieren, dass weitere Tests erforderlich sind, und nicht nur die Wiederholung der Untersuchung im Arztbrief zu empfehlen, wohl wissend, wie genau diese Berichte oft von den Hausärzten gelesen werden. Als dann der unvorbereitete Patient durch Zufall mit diesem Wert konfrontiert wurde, war das für ihn und seine eben angetraute (kürzlich nierentransplantierte!) Gattin zunächst ein Schock und eine Zeit voll verständlicher Ungewissheit und Angst, bis – eigentlich durch Eigeninitiative der Gattin – der Verdacht letztlich ausgeräumt werden konnte.

Wenn aber das Eingeständnis des Fehlverhaltens und ein Angebot zur finanziellen Abgeltung des Unbills nicht ausreicht, die manchmal grenzenlose Begehrlichkeit zu befriedigen, dann muss man solchen Personen wohl zugestehen, dass sie ihr (Un-)Glück auf dem Rechtsweg suchen.

Nun zur Beantwortung der 4 vorgelegten Fragen:

Frage 1:

Nein! Nicht noch ein Kodex oder noch eine Sammlung von Guidelines! Noch dazu, wo man sich nicht vorstellen kann, wer sie wann und wo lesen soll.

Kooperation heißt Zusammenarbeit: Wenn ich also einen Patienten zur Betreuung/Behandlung übernehme, muss ich regelmäßig den „Stand der Dinge“ mit ihm besprechen und ihn gegebenenfalls um Mitarbeit ersuchen bzw. ihn um Verständnis bitten, wenn der Verlauf nicht den Erwartungen entspricht. (Wenn eine Kommunikation mit dem Patienten - vorübergehend - nicht möglich ist,

sind die nächsten Angehörigen meine Ansprechpartner.) Genau dieser laufende Informationsaustausch unterbleibt leider sehr häufig – welcher bettenführende Arzt steht denn wirklich während der Besuchszeit auf der Station zur Verfügung? Kooperation im Verhältnis Arzt/Patient kann meiner Meinung nach nicht dekretiert werden, sondern muss im Rahmen laufender Kontakte langsam wachsen.

Und auch für das „Abschlussgespräch“ (was war eigentlich die letztliche Diagnose? Wo lagen die Schwierigkeiten? Worauf ist in Zukunft zu achten? etc.) bleibt im modernen hektischen Spitalsbetrieb meist keine Zeit. Dass unsere „Kunden“ sich dann gelegentlich ihre eigenen, laienhaften Gedanken machen und dort und da Fehler vermuten, ist eben leider oft die Folge.

Frage 2:

Wie soll denn das umgesetzt werden? „Nicht abgesprochen“ heißt ja eben, dass die behandelnden Ärzte zunächst nichts davon wissen. Wenn schließlich diese „Eigeninitiative“ zum Tragen kommen soll, dann wird sie ja wohl den Ärzten bekannt gegeben werden müssen – und dann ist es in der Regel wohl weise, dem Wunsch (z. B. nach Verlegung in ein anderes Krankenhaus) Folge zu leisten.

Frage 3:

Nein. Wollte man das nämlich einführen, müssten die Ärzte von sich aus präventiv eine genaue Sachverhaltsdarstellung unter Beischießung aller Unterlagen und Dokumente aus der Krankengeschichte an den Patientenanwalt schicken – eine mühselige Arbeit, die sie sich besser dafür aufsparen sollten, wenn Patient/Angehörige sich tatsächlich mit einer Beschwerde an die Patientenanwaltschaft wenden. Denn ich denke, dass in einem Teil der Fälle, die „Druck machen“, die Verdächtigungen/Anschuldigungen in einem klärenden Gespräch ausgeräumt werden können.

Frage 4:

An sich existiert diese Stelle ja bereits in Form

der Schiedsstelle der Ärztekammer, bei der sich Ärzte und Beschwerdeführer unterstützt durch die jeweiligen Rechtsvertreter gegenüber sitzen. Allerdings wird sie bisher ausschließlich aufgrund einer Beschwerde von Patientenseite tätig, meist nach Durchlaufen der Patientenanwaltschaft. Auch die Patientenanwaltschaft hat ja zum Teil eine derartige Funktion: Zumindest verbringe ich oft Stunden im Gespräch mit Patienten oder Angehörigen, um ihnen nach dem Studium aller Unterlagen klarzumachen, wie manche Komplikationen zustande kommen und dass ihre Verdächtigungen nicht der Realität entsprechen.

Ich denke nicht, dass bei dem Vorschlag der Frage 4 daran gedacht ist, dass sich Ärzte über einen einzelnen, unangenehmen Patienten irgendwo beschweren können sollen. Nach meinen Erfahrungen an der Patientenvertretung des Landes OÖ, wo wir nur in rund 0,05% aller stationär behandelten Fälle mit Beschwerden konfrontiert sind, muss man wohl die Frage aufwerfen, ob sich eine derartige Beschwerdeführung durch die Ärzte lohnen würde. Haben wir nicht Besseres zu tun?

Univ.-Prof. Dr. Peter Kühn
Pfarrgasse 6, A-4020 Linz
Peter.Kuehn@aon.at