

# Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen

Tätigkeitsbericht 2008



AUTONOME PROVINZ  
BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA  
DI BOLZANO - ALTO ADIGE



## **Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen, Bozen**

### **Tätigkeitsbericht 2008**

#### **Inhaltsverzeichnis**

I	Einsetzung der Schlichtungskommission	Seite 3
II	Organisatorische Aspekte	Seite 3
III	Anhängigkeit und Unterteilung der Anträge	Seite 6
IV	Statistische Erhebungen	Seite 9
V	Kasuistik	Seite 10
VI	Schlussfolgerungen	Seite 13



## **Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen, Bozen**

### **Tätigkeitsbericht 2008**

Sehr geehrter Landesrat für das Gesundheitswesen,

#### **I**

### **Einsetzung der Schlichtungskommission**

Die Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol wurde am 1. August 2007 eingesetzt. Sie ist in Artikel 15 des Landesgesetzes vom 18. November 2005, Nr. 10, vorgesehen, der als Artikel 4/bis in das Landesgesetz vom 5. März 2001, Nr. 7, "Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes" eingefügt worden ist.

Mit Dekret des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, wurde die Durchführungsverordnung zum obgenannten Artikel 4/bis des Landesgesetzes Nr. 7/2001 erlassen, welche die Grundzüge des Verfahrens vor der Schlichtungsstelle enthält.

Die Schlichtungsstelle besteht aus einer Kommission von drei Mitgliedern und einem Sekretariat. Die Namhaftmachung der Kommissionsmitglieder erfolgt gemäß dem genannten Artikel 4/bis des Landesgesetzes Nr. 7/2001 aufgrund von Dreivorschlägen des Präsidenten des Landesgerichtes Bozen, der Ärzte- und Zahnärztekammer Bozen sowie der Rechtsanwaltskammer Bozen. Mit Beschluss der Landesregierung vom 25. Juni 2007, Nr. 2189, erfolgte die Ernennung sowohl der drei effektiven Mitglieder als auch der drei Ersatzmitglieder der Schlichtungskommission.

#### **II**

### **Organisatorische Aspekte**

Zum Zwecke der Organisation der Schlichtungsstelle wurde der Kontakt mit den notwendigen Parteien des Verfahrens gesucht, im Besonderen mit den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die sich als Folge der Einsetzung dieser Schlichtungskommission mit neuen, nicht einfach zu bewältigenden Problemen konfrontiert sahen. Diese Schwierigkeiten haben sich hauptsächlich in den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck ergeben, auch weil die dort tätige Versicherung mitgeteilt hat, dass sie an den Verhandlungen der Schlichtungskommission nicht teilzunehmen gedenkt. Man hat daher um eine Intervention der Verwaltungsorgane des Landes ersucht, und es wurde am 26.05.2008 ein „brainstorming“ organisiert, an dem unter anderen die Verwaltungskordinatoren der vier Gesundheitsbezirke teilgenommen haben. Bei dieser Gelegenheit:

- hat der Vorsitzende der Kommission darauf hingewiesen, dass das Schlichtungsverfahren im Interesse aller Parteien, auch der Ärzte, ist, die von den Einrichtungen eingeladen werden sollten, aktiv an den Ermittlungen der Kommission teilzunehmen, indem sie ihren Standpunkt zum Antrag des Patienten darlegen;



- hat der Dienst für Rechtsmedizin darauf hingewiesen, dass er vertraglich verpflichtet ist, der Versicherung des Gesundheitsdienstes die Bewertungen zu liefern, weshalb sich seine Zusammenarbeit mit der Kommission auf die Beschreibung des Sachverhalts zu beschränken hat und nicht auf die ärztliche Bewertung ausgedehnt werden darf;
- wurde es als zweckdienlich angesehen, in allen künftigen Versicherungsverträgen eine Klausel einzufügen, aufgrund welcher die Versicherung verpflichtet wird, am Verfahren vor der Schlichtungskommission teilzunehmen; denn diese Klausel, die vertraglich nur bei der Versicherung der Gesundheitsbezirke Bozen und Meran vorgesehen ist, stellt den Hauptgrund für das erfolgreichere Funktionieren der Schlichtungstätigkeit für die Gesundheitsbezirke Bozen und Meran im Vergleich zu jenen von Brixen und Bruneck dar;
- haben einzelne Gesundheitsbezirke die Meinung geäußert, dass die Verordnung D. LH vom 18.01.2007, Nr. 11, in dem Sinne abzuändern sei, dass der zur Gesundheitseinrichtung im Angestelltenverhältnis stehende Arzt zwar die Möglichkeit aber nicht die Pflicht habe, am Schlichtungsverfahren teilzunehmen, ohne dass durch sein Fehlen das Verfahren der Gesundheitseinrichtung gegenüber verhindert würde.

Dabei wurde entschieden, weitere Erfahrungen über die Art des Funktionierens der Kommission zu sammeln, bevor Änderungen der Verordnung den politischen Gremien vorgeschlagen würden.

Auch die Gesundheitsbezirke Bozen und Meran haben ihre Bedenken zum Ausdruck gebracht, die von der Kommission verlangten Informationen zu liefern, wohl ohne dabei zu bedenken, dass die Übermittlung besagter Informationen vom Gesetz vorgeschrieben ist, dass sie in verschiedenen Fällen zur Erklärung der Unzulässigkeit des Antrags wegen offenkundiger Unbegründetheit desselben geführt hat und dass sie zusätzlich eine Verlängerung der Fristen für die Stellungnahme der Einrichtung ermöglicht, Fristen, die von der Verordnung vorgegeben sind, die aber eher als eng gesetzt angesehen werden. Es ist zu hoffen, dass die vom Vorsitzenden der Schlichtungskommission gelieferten Argumente dazu beigetragen haben, die geäußerten Zweifel auszuräumen.

Ganz allgemein ist zu beobachten, dass das Nichterscheinen der Ärzte der Gesundheitseinrichtungen bei der ersten Verhandlung oder, für den Fall der Anwesenheit aller notwendigen Parteien, die nicht erfolgte Auftragserteilung an die Kommission am Ende der ersten Verhandlung nach dem ersten nicht erfolgreichen Schlichtungsversuch (die zwangsweise zur Archivierung des Antrags führen) wie folgt begründet wird: Der Sanitätsbetrieb „erklärt, dass die Versicherung jegliche Haftung für den Vorfall zurückweist und dass der Betrieb daher das Verfahren nicht fortzuführen gedenkt“ (siehe Akte 10/2007; analog dazu Akte 9/2007 und andere). Diese Reaktion ist unlogisch, weil der Sanitätsbetrieb als notwendige Partei und die Versicherung als zusätzlich beigetretene Partei verschiedene, eigenständige Rechtssubjekte mit teilweise unterschiedlichen Interessen sind, und weil die Aufgabe dieser Kommission eben darin besteht, festzustellen, ob eine Arzthaftung gegeben ist oder ob sie ausgeschlossen werden muss. Falls der Sanitätsbetrieb oder der Arzt oder die Versicherung der Ansicht sind, dass keine Arzthaftung vorliegt, sollten sie ihre Argumente der Kommission vortragen und nicht die Bewertung durch die Kommission verhindern; das Verhindern einer Diskussion zeugt von mangelndem Demokratieverständnis, so dass sich der Patient begründeterweise darüber beschweren kann, dass sich die Gegenparteien einer Gegenüberstellung entzogen haben mit der Folge beispielsweise hinsichtlich der Verfahrenskosten eines gegebenenfalls nachfolgenden Verfahrens vor der Gerichtsbehörde und mit der weiteren Folge, dass bei fehlender Analyse etwaiger Fehler weitere Fehler nicht vermieden werden; dabei ist die Prävention eine präzise Pflicht sowohl des Sanitätsbetriebs wie des einzelnen Arztes.

Es ist notwendig, daran zu erinnern, dass es nicht Aufgabe dieser Kommission ist, eine Schlichtung zwischen einem höheren oder niedrigeren Geldanspruch des Patienten herbeizuführen, sondern zuerst und als notwendige Voraussetzung für jede Schadensliquidierung



das Vorhandensein der Haftung des Arztes festzustellen. Eine Schadensquantifizierung erfolgt nur, wenn die Haftung des Arztes seitens dieser Kommission festgestellt wird, und in vielen Fällen ist die Kommission zum Schluss gekommen, dass keinerlei Haftung vorliegt und daher kein Schadenersatz anerkannt werden kann. Über diesen Punkt hat die Kommission weder die Möglichkeit noch die Absicht, von dieser Position abzurücken, auch weil sie, abgesehen von einem ausdrücklichen gemeinsamen Antrag der Parteien, nach Recht und nicht nach Billigkeit zu entscheiden hat.

Die Präsenz der Versicherung im Verfahren, die unerlässlich ist, wenn ein unterzeichneter Vergleich bezüglich der Forderung des Patienten erreicht werden soll, und die jedenfalls immer von großem Nutzen für den dialektischen Beitrag sowohl zum „an debeatur“ als auch zum „quantum debeatur“ ist, ist im Schlichtungsverfahren nicht zwingend vorgeschrieben, da die Versicherung keine notwendige, sondern nur eine zusätzlich beigetretene Partei des Verfahrens ist. Die Gesundheitseinrichtung sollte daher, auch bei Fehlen der Versicherung, zulassen, dass das Verfahren seinen Lauf nehmen kann. Die Kommission formuliert nämlich ihre begründete Schlichtungsempfehlung, gegebenenfalls nachdem sie ein Sachverständigengutachten eingeholt hat, über das Bestehen oder nicht Bestehen einer Haftung des Arztes, und, falls sie die Haftung erkennt, bestimmt sie den Schaden seiner Höhe nach. Diese Empfehlung ist laut Verordnung weder für die notwendigen Parteien noch für die Versicherung bindend, hat aber ein starkes Gewicht, weil sie die Partei, die eine gegenteilige Meinung vertritt, zu einer noch tiefergreifenden Analyse als die von der Kommission vorgenommenen zwingt.

Was hingegen die niedergelassenen, nicht an eine Gesundheitseinrichtung gebundenen Ärzte betrifft, sind alle möglichen Lösungsweisen eingetreten: Einige Ärzte haben einen Vergleich bei der ersten Verhandlung geschlossen; offensichtlich wurde die Möglichkeit geschätzt, Fälle mit bescheidenem Streitwert schnell und diskret abzuschließen. Andere Ärzte haben detaillierte schriftliche Informationen und Argumente geliefert, um die These des Patienten zu widerlegen, und haben bei der Verhandlung im Anblick des Patienten jede weitere Erläuterung geliefert, haben aber nicht um die Bewertung des Falles durch die Kommission ersucht. Auch diese Haltung ist positiv zu bewerten, weil sie, ohne Desinteresse oder Ablehnung zu zeigen, dem Patienten eine präzise Rechtfertigung für die Tätigkeit des Arztes liefert und ihm die Möglichkeit gibt, gegebenenfalls mit dem Beistand eines Rechtsanwalts, zu bewerten, ob er auf seinen Anspruch vor der Gerichtsbehörde beharren soll oder nicht. Schließlich gibt es Ärzte, welche die Kommission mit der Bewertung des Falles betraut haben; diese Lösung bietet die Gelegenheit, eine Begutachtung durch einen Sachverständigen von höchstem Niveau zu erhalten (bisher wurden Ärzte, die Universitätsprofessoren sind, beauftragt), deren Kosten vom Land getragen werden. Es hat dann bedauerlicherweise auch Fälle gegeben, in denen die Ärzte absolutes Stillschweigen bewahrt haben mit der Folge der Archivierung des Verfahrens.

Die Kommission hat sich weiters darum bemüht, ein Verzeichnis der Fachärzte zu errichten, die bereit sind, die von der Kommission gegebenenfalls verfügbaren Begutachtungen vorzunehmen. Mit dem Beitrag des Vorsitzenden der Ärzte- und Zahnärztekammer, Dr. Andreas von Lutterotti, haben sich verschiedene hiesige Experten der einzelnen Bereiche mit großer Erfahrung und gutem Ruf bereiterklärt, diese Tätigkeit zu übernehmen. Man hat aber festgestellt, dass in vielen Fällen die Patienten den hiesigen Ärzten misstrauen, weil sie dem Milieu des Arztes, um dessen Haftung es geht, zu nahe stehen könnten. Man hat es daher bisher vorgezogen, als Sachverständige der Kommission Ärzte zu benennen, die Professoren an der Universität von Verona sind.

Alles in allem ist der von den Schlichtungskommissionen in Arzthaftungsfragen erbrachte Dienst Ausdruck der von einer Gesellschaft erreichten Kultur, weil er den wirksamen Schutz des Bürgers gegenüber der Routine-Arbeit des Gesundheitsapparates, der manchmal dem Risiko unterliegt, nicht transparent zu sein, verwirklicht: auch das gute Funktionieren der Kommission ist also ein Indiz für den sozialen Fortschritt. In den Ländern nördlich der Alpen sind die Schlichtungsstellen seit vielen Jahrzehnten tätig, und die Versicherungen sind es daher gewohnt mitzuwirken. In Italien steckt die Entwicklung von außergerichtlichen Einrichtungen erst in den Kinderschuhen und die



Versicherungen sind es daher nicht gewohnt, sich dieser Strukturen zu bedienen. Es gibt nur wenige Schlichtungskommissionen in Arzthaftungsfragen, die, dem Beispiel der Kommissionen jenseits der Staatsgrenze folgend, bei den Ärztekammern errichtet worden sind und die wegen dieser Ansiedlung weniger objektiv erscheinen könnten (aber die Erfahrung hat gezeigt, dass sie sich um absolut objektive Beurteilungen bemühen). In Italien kennt man dagegen mit Ausnahme der Autonomen Provinz Bozen keine gesetzlich errichteten Schlichtungsstellen, die auch unter dem organisatorischen Gesichtspunkt als eigenständige, nicht in die Struktur der Ärztekammern eingebundene Organe tätig sind.

Die Vorteile, die die Schlichtungsstellen in Arzthaftungsfragen für alle beteiligten Parteien, die in gutem Glauben handeln, bieten, sind aber von solcher Evidenz, dass man vernünftigerweise optimistisch hinsichtlich eines immer weiteren Gebrauchs dieses Instruments sein kann, das geeignet ist, Streitigkeiten, die häufig komplexer Natur sind, rasch und diskret zu lösen. Die Schlichtungsstellen in Arzthaftungsfragen stellen im übrigen eine Auflage für die Allgemeinheit dar, die in der Absicht, dem Bürger immer besser zu dienen, eingegangen wurde. Der Bürger – dies zeigt die bisher gesammelte Erfahrung – schätzt diese Anstrengung, die sich ergänzend der enormen Anstrengung hinzufügt, allen einen kostenlosen oder fast kostenlosen Gesundheitsschutz zu gewährleisten.

### III Anhängigkeit und Unterteilung der Anträge

Am 01.01.2008 waren vor dieser Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen 17 Verfahren anhängig, denn vom 01.08.2007, dem Tag der Einsetzung der Kommission, bis zum 31.12.2007 waren 21 Anträge eingegangen und vier Anträge waren abgeschlossen worden.

Am 31.12.2008 waren vor dieser Kommission immer noch 17 Verfahren anhängig, denn im Laufe des Jahres 2008 waren 36 Anträge eingelangt, die mit den 17 noch aus dem Jahr 2007 anhängigen Verfahren summiert, insgesamt 53 anhängige Verfahren ergeben. Von diesen wurden 36 Verfahren abgeschlossen; daraus resultiert, dass zum 31.12.2008 unverändert insgesamt 17 Verfahren anhängig waren (53 minus 36). Es handelt sich um Zahlen, die als physiologisch angesehen werden können, so dass man in der Substanz nicht von Rückstand sprechen kann.

Die Daten gehen aus nachfolgender Aufstellung hervor:

Jahr	Anträge		
	eingegangen	abgeschlossen	anhängig
2007 (vom 01.08.)	21	4	17 aus dem Jahr 2007
2008	36	36 wovon 14 aus dem Jahr 2007 und 22 aus dem Jahr 2008	17 wovon 3 aus dem Jahr 2007 und 14 aus dem Jahr 2008

Bei einer detaillierteren Analyse der einzelnen Verfahren, ergibt sich:  
dass von den 21 Anträgen, die im Jahr 2007 eingegangen sind:

- a) 4 Anträge im selben Jahr 2007 bearbeitet und zum Abschluss gebracht worden sind, und zwar:
- zwei Anträge sind anlässlich der Erstverhandlung geschlichtet worden;
  - in einem Fall hat die Schlichtungskommission die eigene Unzuständigkeit erklärt, da der Fehler nicht einem Arzt, sondern einem Krankenpfleger zuzuschreiben war;
  - ein Antrag wurde gemäß Artikel 18 Absatz 3 der Verordnung D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr.



11, für unzulässig erklärt, da es offensichtlich war, dass der mutmaßliche Gesundheitsschaden nicht auf einen Fehler in der Diagnose oder Behandlung zurückzuführen war;

b) 14 Anträge im Jahr 2008 bearbeitet und zum Abschluss gebracht worden sind, und zwar:

- zwei Anträge sind anlässlich der Erstverhandlung geschlichtet worden;
- ein Antrag wurde anlässlich der Schlussverhandlung geschlichtet: alle Parteien haben die Schlichtungsempfehlung der Kommission, die das Bestehen eines Behandlungsfehlers festgestellt und den zustehenden Schadenersatz quantifiziert hat, angenommen;
- ein Antrag wurde nach der Schlussverhandlung geschlichtet: die Schlichtungsstelle hat das Bestehen des Behandlungsfehlers festgestellt und gleichzeitig den Schaden quantifiziert; die Versicherung, die bei der Schlussverhandlung nicht anwesend war, hat in der Folge die Schlichtungsempfehlung der Kommission akzeptiert;
- in einem Fall hat die Schlichtungskommission festgestellt, dass kein Arztfehler vorliegt,
- fünf Anträge wurden gemäß Artikel 19 Absatz 1 der Verordnung D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, anlässlich der Erstverhandlung archiviert, weil eine der notwendigen Parteien nicht erschienen war;
- ein Antrag wurde gemäß Artikel 18 Absatz 2 der Verordnung D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, archiviert, weil die Schlichtungskommission anlässlich der Erstverhandlung Kenntnis davon erlangt hat, dass ein zivilgerichtliches Verfahren vor der ordentlichen Gerichtsbarkeit anhängig ist;
- drei Anträge wurden gemäß Artikel 19 Absatz 3 der Verordnung D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, archiviert, weil der Vertreter des Sanitätsbetriebs nach dem ersten nicht gelungenen Schlichtungsversuch anlässlich der Erstverhandlung nicht um die Einleitung des Schlichtungsverfahrens ersucht hat;

c) 1 Verfahren bei der Schlussverhandlung vom 28.01.2009 zum Abschluss gebracht worden ist: die Schlichtungsstelle hat festgestellt, dass kein Diagnose- oder Behandlungsfehler vorliegt;

d) 2 Anträge besonders komplexe Fälle betreffen, die noch offen sind: in einem Fall wurde nach Einholen eines Sachverständigengutachtens die Schlussverhandlung für den 29. April 2009 angesetzt; im anderen Fall läuft nach langen Verhandlungen zwischen den Parteien die Begutachtung seitens des Sachverständigen der Kommission;

dass von den 36 Anträgen, die im Jahr 2008 eingegangen sind,:

a) 22 Anträge im selben Jahr ihres Eingangs 2008 bearbeitet und zum Abschluss gebracht worden sind, und zwar:

- zwei Anträge sind anlässlich der Erstverhandlung geschlichtet worden;
- ein Antrag wurde anlässlich der Schlussverhandlung geschlichtet: alle Parteien, die Versicherung inbegriffen, haben die Schlichtungsempfehlung der Kommission, die das Bestehen der Haftung des Arztes festgestellt und den zustehenden Schadenersatz quantifiziert hat, angenommen;
- ein Antrag wurde geschlichtet, formell gesehen allerdings gemäß Artikel 18 Absatz 2 der Verordnung D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, archiviert, da die Schlichtungskommission anlässlich der Verhandlung nach Vertagung der Erstverhandlung für das Erscheinen der Parteien davon Kenntnis erlangt hat, dass der Streit in der Zwischenzeit verglichen worden war;
- sieben Anträge wurden gemäß Artikel 18 Absatz 3 der Verordnung D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, für unzulässig erklärt, da es offensichtlich war, dass der mutmaßliche Gesundheitsschaden nicht auf einen Fehler in der Diagnose oder Behandlung zurückzuführen war;
- in drei Fällen hat die Schlichtungskommission festgestellt, dass kein Arztfehler vorliegt;



- fünf Anträge wurden gemäß Artikel 19 Absatz 1 der Verordnung D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, am Beginn der Erstverhandlung archiviert, weil zumindest eine der notwendigen Parteien nicht erschienen war; in einem dieser Fälle hat die Antrag stellende Partei auf das Verfahren vor der Schlichtungskommission verzichtet;
- drei Anträge wurden gemäß Artikel 19 Absatz 3 der Verordnung D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, archiviert, weil der Vertreter des Sanitätsbetriebs bzw. der Arzt nach dem ersten Schlichtungsversuch die Einleitung des Schlichtungsverfahrens am Ende der Erstverhandlung nicht beantragt haben; in einem dieser Fälle war es die Antrag stellende Partei, welche die Einleitung des Verfahrens nicht beantragt hat, weil sie es vorzog, eine Klage vor Gericht einzureichen;

b) 1 Antrag gemäß Artikel 19 Absatz 3 der Verordnung D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, am 28.01.2009 archiviert worden ist, weil der Vertreter des Sanitätsbetriebs die Einleitung des formellen Schlichtungsverfahrens nicht beantragt hat;

c) bei 13 Anträgen das Verfahren noch behängt, und zwar:

- in zwei Fällen wurde der Sanitätsbetrieb ersucht, die von der Antrag stellenden Partei vorgelegte klinische Dokumentation zu vervollständigen;
- in vier Fällen wurde die Erstverhandlung für das Erscheinen der Parteien vor der Schlichtungskommission festgesetzt;
- in einem Fall wurde die für den 28.01.2009 anberaumte Erstverhandlung vertagt;
- in sechs Fällen hat die Schlichtungskommission anlässlich der Erstverhandlung gemäß Artikel 19 Absatz 3 der Verordnung D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, den Auftrag erhalten, den Fall zu bewerten; in zwei dieser Fälle hat die Kommission einen Sachverständigen ernannt; in zwei anderen Fällen wurde die Schlussverhandlung bereits festgesetzt.

Von den 57 vom 01.08.2007 bis 31.12.2008 eingegangenen Fällen wurden also insgesamt 40 abgeschlossen, von denen 18 Fälle im Jahr 2007 und 22 Fälle im Jahr 2008 eingegangen sind, wie aus der nachfolgenden Aufstellung hervorgeht:

Beschreibung	2007	2008	Insgesamt
Schlichtung unter den Parteien	4	2	6
Schlichtungsempfehlung der Kommission	3	4	7
Vergleich außerhalb des Schlichtungsverfahrens	0	1	1
Unzuständigkeit der Kommission (die Haftung betrifft einen Krankenpfleger und nicht einen Arzt)	1	0	1
Unzulässigkeit des Antrags wegen offensichtlicher Unbegründetheit desselben	1	7	8
Archivierung wegen Nicht-Erscheinens des Arztes und/oder der Gesundheitseinrichtung bei der Erstverhandlung	5	5	10
Archivierung wegen nicht erfolgter Beauftragung der Kommission durch den Arzt und/oder die Gesundheitseinrichtung (in einem der Fälle durch den Patienten) nach erfolglosem Schlichtungsversuch	3	3	6
Archivierung wegen Einbringung der Klage vor Gericht	1	0	1
Insgesamt abgeschlossene Verfahren	18	22	40
Anhängige Verfahren	3	14	17
Insgesamt eingegangene Verfahren	21	36	57



## IV Statistische Erhebungen

Folgende statistischen Erhebungen, die von Interesse sein könnten, werden aufgezeigt:

A) von den 36 im Jahr 2008 eingereichten Anträgen betreffen:

- 30 Anträge den öffentlichen Gesundheitsdienst (im Jahr 2007 18 Anträge auf 21);
- 6 Anträge niedergelassene Ärzte (im Jahr 2007 3 Anträge auf 21).

B) von den 30 im Jahr 2008 eingereichten Anträgen, die den öffentlichen Gesundheitsdienst betreffen, entfallen:

- 15 Anträge auf den Gesundheitsbezirk Bozen (im Jahr 2007 6 Anträge auf 18);
- 8 Anträge auf den Gesundheitsbezirk Meran (im Jahr 2007 5 Anträge auf 18);
- 3 Anträge auf den Gesundheitsbezirk Brixen (im Jahr 2007 4 Anträge auf 18);
- 4 Anträge auf den Gesundheitsbezirk Bruneck (im Jahr 2007 3 Anträge auf 18).

C) Bei den im Jahr 2008 eingegangenen Anträgen ist der Patient:

- in 26 Fällen der Ansicht, dass seine Gesundheit durch einen Fehler in der Diagnose oder Behandlung geschädigt worden ist (im Jahr 2007 in 16 Fällen);
- in 1 Fall der Ansicht, dass die gesundheitliche Schädigung eine Folge der Verletzung der Bestimmungen über die Einwilligung nach Aufklärung ist (im Jahr 2007 in keinem Fall);
- in 9 Fällen der Ansicht, dass die gesundheitliche Schädigung sowohl auf einen Fehler in der Diagnose oder Behandlung als auch auf die Verletzung der Bestimmungen über die Einwilligung nach Aufklärung zurückzuführen ist (im Jahr 2007 in 5 Fällen).

D) Von den 36 im Jahr 2008 insgesamt eingegangenen Anträgen betreffen/betrifft:

- 13 Anträge eine Abteilung für Orthopädie oder Fachärzte für Orthopädie (im Jahr 2007 5 Anträge auf 21); vier dieser Anträge wurden für unzulässig erklärt (im Jahr 2007 kein Antrag);
- 4 Anträge die Erste Hilfe (im Jahr 2007 1 Antrag auf 21); einer dieser Anträge wurde für unzulässig erklärt (im Jahr 2007 kein Antrag);
- 4 Anträge eine Abteilung für Gynäkologie (im Jahr 2007 kein Antrag);
- 2 Anträge eine Abteilung für Augenheilkunde oder Fachärzte für Augenheilkunde (im Jahr 2007 1 Antrag auf 21);
- 2 Anträge eine Abteilung für Anästhesie (im Jahr 2007 kein Antrag);
- 2 Anträge eine Abteilung für Gefäß- und Thoraxchirurgie (im Jahr 2007 kein Antrag); einer dieser zwei Anträge wurde für unzulässig erklärt;
- 1 Antrag eine Abteilung für Psychiatrie (im Jahr 2007 kein Antrag); der Antrag wurde für unzulässig erklärt;
- 1 Antrag eine Abteilung für Pädiatrie (im Jahr 2007 1 Antrag auf 21);
- 1 Antrag eine Abteilung für Kardiologie (im Jahr 2007 kein Antrag);
- 1 Antrag eine Abteilung Hals-Nasen-Ohren (im Jahr 2007 2 Anträge auf 21);
- 1 Antrag eine Abteilung für Radiologie (im Jahr 2007 kein Antrag);
- 1 Antrag eine Abteilung für Chirurgie (im Jahr 2007 3 Anträge auf 21);
- 1 Antrag die Erste Hilfe sowie die Abteilungen für Medizin und Onkologie (im Jahr 2007 kein Antrag);
- 1 Antrag einen Zahnarzt (im Jahr 2007 3 Anträge auf 21);



- 1 Antrag einen Arzt für Allgemeinmedizin (im Jahr 2007 kein Antrag).

E) Von den 36 im Jahr 2008 insgesamt eingegangenen Anträgen wurden:

- 30 Anträge ohne Rechtsbeistand gestellt (im Jahr 2007 16 Anträge auf 21);
- 5 Anträge mit einem Rechtsbeistand gestellt (im Jahr 2007 4 Anträge auf 21);
- 1 Antrag über die Volksanwaltschaft gestellt (im Jahr 2007 1 Antrag auf 21).

F) Von den 40 zum 31.12.2008 abgeschlossenen Fällen (und einem am 28.01.2009 abgeschlossenen Fall):

- hat die durchschnittliche Dauer aller Verfahren 166 Tage betragen;
- hat die durchschnittliche Dauer jener Verfahren, bei denen die Kommission ihre Schlichtungsempfehlung ausgesprochen hat, ohne ein Sachverständigengutachten einzuholen, 280 Tage betragen;
- hat die durchschnittliche Dauer jener Verfahren, bei denen die Kommission nach Einholen eines Sachverständigengutachtens ihre Schlichtungsempfehlung ausgesprochen hat, 409 Tage betragen;
- hat somit die durchschnittliche Dauer der Gesamtheit der Verfahren weniger als ein halbes Jahr betragen, während die durchschnittliche Dauer der vollständigsten Verfahren wenig mehr als ein Jahr betragen hat.

G) Von den zum 31.12.2008 abgeschlossenen Fällen wurde:

- in 7 Fällen die Haftung des Arztes/der Gesundheitseinrichtung, welcher der Arzt angehört, festgestellt, was einem Prozentsatz von 35% entspricht;
- in 13 Fällen die Haftung des Arztes/der Gesundheitseinrichtung, welcher der Arzt angehört, ausgeschlossen, was einem Prozentsatz von 65% entspricht.

H) Von den bis 31.12.2008 eingegangenen Fällen:

- hat die Kommission in 7 Fällen ein Sachverständigengutachten eingeholt;
- die durchschnittlichen Kosten der Gutachten betragen 1.802,71 Euro.

I) Das arithmetische Mittel des von der Kommission anerkannten Schadenersatzes oder von den Parteien vor der Kommission vereinbarten Schadenersatzes beträgt 7.551,00 Euro.

J) Die Sprache des Verfahrens war im Jahr 2008:

- in 24 von 36 Anträgen die deutsche Sprache (im Jahr 2007 in 13 Anträgen von 21);
- in 12 von 36 Anträgen die italienische Sprache (im Jahr 2007 in 8 Anträgen von 21).

K) Das Alter der Patienten betrug:

- im Durchschnitt 49 Jahre (im Jahr 2007 49 Jahre);
- 11 Jahre beim jüngsten Patienten (im Jahr 2007 4 Jahre);
- 83 Jahre beim ältesten Patienten (im Jahr 2007 69 Jahre).

## V Kasuistik

Es kann von Interesse sein, einige Fälle, die der Prüfung durch diese Kommission unterzogen worden sind, kurz zu erläutern. Die von der Kommission formulierte Schlichtungsempfehlung



bewertet fürs erste, ob die Haftung des Arztes gegeben ist oder ob diese ausgeschlossen werden muss. Nur in ersterem Fall wird die Quantifizierung des vom Patienten erlittenen Schadens vorgenommen.

So wurde zum Beispiel befunden:

- dass ein Behandlungsfehler seitens des Chirurgen-Orthopäden gegeben war, der die chirurgische Behandlung der Fraktur des Beines so vorgenommen hatte, dass ein neuer chirurgischer Eingriff notwendig wurde. Anerkannt wurde der Schaden für die Verlängerung der Krankheit, der moralische Schaden und einige Kosten, die nicht angefallen wären, wenn der erste Eingriff fachgerecht durchgeführt worden wäre;
- dass im Lichte der Ergebnisse der vorgenommenen elektrophysiologischen Untersuchungen kein Fehler des Chirurgen bei der chirurgischen Behebung eines sogenannten „Klappfingers“ festgestellt werden konnte;
- dass die Haftung des Chirurgen wegen nicht erfolgter Aufklärung bei gleichzeitiger Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten in einem Fall gegeben war, in welchem dem Patienten eine Zyste der Speicheldrüse entfernt und dabei der Zungennerv verletzt worden war; der Patient war über die mögliche Komplikation nicht informiert worden;
- dass keine Haftung des Kinderarztes gegeben war, der ein neugeborenes Kind, bei dem später im Alter von acht Jahren eine Missbildung der Hüften diagnostiziert worden war, behandelt hatte, weil aus den am Neugeborenen durchgeführten Ultraschallaufnahmen, die von der Kommission angefordert und begutachtet wurden, die Missbildung seinerzeit nicht erkennbar war;
- dass dem Facharzt für Orthopädie ein Behandlungsfehler widerfahren war, der beim Bruch einer Elle auf eine wiederholte konservative Behandlung unter Anlegung von vier verschiedenen Gipsverbänden in zwölf Tagen bestand und sich trotz der andauernden Schmerzen und der Schwellung weigerte, eine chirurgische Lösung in Betracht zu ziehen, so dass der Patient gezwungen war, sich an eine andere öffentliche Einrichtung zu wenden, die den Eingriff unverzüglich vornahm. Es wurde ein zeitweiliger biologischer Schaden, ein moralischer Schaden und ein Schaden für die Kosten, die für die Fahrten zur Gesundheitseinrichtung aufgewendet werden mussten, die sich nicht in der Wohnsitzgemeinde des Patienten befand, anerkannt;
- dass keine Haftung des Arztes für eine pharmakologische Behandlung eines Tuberkulose-Rezidivs gegeben war, die zu einer Leber-Komplikation geführt hatte und die bei Berücksichtigung aller vom Personal der Operativen Einheit gewissenhaft durchgeführten und dokumentierten Kontrollen, als Komplikation und nicht als Fehler anzusehen war.

Was die Form der Schlichtungsempfehlung betrifft, wurde jene der Urteile der Ordentlichen Gerichtsbarkeit gewählt. Nach detaillierter Schilderung der Erklärungen des Patienten, der Präzisierungen des Arztes, der Argumentation des Sanitätsbetriebs und der Bewertungen des Versicherers werden die vorgenommenen Untersuchungen zur Sachverhaltsermittlung angeführt. In der Begründung werden dann die den Sachverhalt betreffenden Umstände rekonstruiert und bewertet und wird die rechtliche Lage im Lichte der jüngsten Rechtsprechung sowohl hinsichtlich der Arzthaftung als auch der Schadensquantifizierung analysiert.

Das zur Schlichtungsempfehlung führende Verfahren gestaltet sich folgendermaßen: der Patient formuliert seinen Antrag auf einem Vordruck, der ihm zur Verfügung gestellt wird und auf dem er den Arzt oder die Ärzte anzugeben hat, den er oder die er für verantwortlich hält sowie eine kurze Schilderung seines Falles. Sollte der Fall nicht schon im Vorfeld wegen offensichtlicher Unbegründetheit des Antrags für unzulässig erklärt worden sein, wird die Erstverhandlung angesetzt. Wenn bei dieser Verhandlung eine notwendige Partei nicht erscheint, wird das Verfahren archiviert. Falls alle notwendigen Parteien anwesend sind, wird eine Schlichtung versucht, die, wenn sie gelingt, zu Protokoll gebracht wird, wodurch der Fall verglichen ist. Falls



die Schlichtung nicht gelingt und die Parteien einverständlich die Kommission mit der Bewertung des Falles beauftragen, wird das Untersuchungsverfahren eingeleitet. Sollte für die Entscheidung ein Sachverständigengutachten notwendig sein, wird dem Gutachter der Auftrag erteilt. Das Gutachten ist für die Parteien kostenlos, weil es von der Landesverwaltung bezahlt wird. Dann wird die Schlussverhandlung angesetzt, vor welcher die Parteien ihre Schäden quantifizieren. Die Schlichtungsempfehlung wird bei der Schlussverhandlung verlesen; sie hat keine Rechtskraft und kann von den Parteien anlässlich der Schlussverhandlung oder zu einem späteren Zeitpunkt abgeändert werden.

Vorgesehen ist auch die Unzulässigkeitserklärung des Antrags. In diesen Fällen wird keine Erstverhandlung angesetzt, so dass sich das rechtliche Gehör zwischen den Parteien nicht bildet und die Maßnahme in der Form einer begründeten Verfügung erlassen wird. In der Substanz handelt es sich um Patienten, die, anstatt einen spezifischen Fehler eines Arztes oder mehrerer Ärzte anzugeben, sich ganz allgemein oder unter Vorbringung besonderer Umstände über das Verhalten des Arztes ihnen gegenüber beschweren, ohne in der Regel einen Folgeschaden anzuführen.

In der Folge werden einige für unzulässig erklärte Fälle aufgelistet:

- ein Patient beschwert sich darüber, dass ein Arzt sich geweigert hat, die Verlängerung der Krankheit zu bescheinigen und ihm vorgeworfen hat, „den Schlägen zu spielen“;
- die Witwe eines nach langer Behandlung und großem Leiden wegen eines Tumors verstorbenen Patienten beschwert sich über die Gleichgültigkeit und Unsensibilität der Ärzte, die ihren Ehemann in Behandlung hatten;
- ein Patient beschwert sich, dass die Ärzte, die zudem nicht namentlich genannt werden, sein krankes Organ „vernachlässigt“ hätten;
- ein Patient, der sich eine Gelenksverletzung zugezogen hatte, beschwert sich darüber, dass er sich, nachdem er vom Arzt der öffentlichen Einrichtung untersucht worden war und ihm eine Magnetresonanz zur weiteren Abklärung verschrieben worden war, an einen privaten Arzt hatte wenden „müssen“, während er hingegen die weitere Visite und die Bewertung des Befundes der Fachuntersuchung seitens des Arztes der öffentlichen Einrichtung nicht abgewartet hatte;
- ein Patient beschwert sich darüber, dass sich die Ärzte der öffentlichen Einrichtung geweigert hatten, ihn an die Universitätsklinik von Innsbruck zu überweisen, um die Wiedereinsetzung des bei einem Arbeitsunfall amputierten Fingers zu versuchen, während aus der Krankenkartei und aus dem Operationsbericht hervorgeht, dass der Finger vollständig zerquetscht und der Knochen zertrümmert war, so dass die Möglichkeit einer Reimplantation ausgeschlossen war;
- ein Patient gibt an, nach der Amputation eines Fingergliedes unter großen Schmerzen zu leiden und wirft dem Arzt vor, einen Nerv verletzt zu haben. Die neurologische Untersuchung mittels EMG schließt allerdings die Verletzung des Nervs aus, und aus der Entschädigung des INAIL geht hervor, dass sich ein morbus Sudeck entwickelt hatte.

Diese Fälle sollten gegebenenfalls vor die Büros für Bürgeranliegen oder vor andere Stellen, wie die Ämter, die den betroffenen Ärzten laut Disziplinarordnung vorstehen, gebracht werden. Diese Kommission hat eine andere Funktion und zwar jene, den Vergleich von Streitigkeiten, die ansonsten vor Gericht gebracht würden, zu erleichtern.



## VI Schlussfolgerungen

Heutzutage ist jeder Bürger gegen die Fehler, die er bei der Ausübung seines Berufs begeht, versichert. Es ist daher absurd zu denken, dass gerade jene Berufskategorie, die auf dem Gebiet tätig ist, auf dem die meisten Gefahren lauern, nämlich die ärztliche, keine Fehler begehen könne, diese Fehler, wenn sie vorkommen, nicht zugeben dürfe und nicht ausreichend versichert ist, um in der Lage zu sein, gegebenenfalls verursachte Schäden zu ersetzen. Und es ist absurd, den gegebenenfalls begangenen Fehler wie eine Schande oder wie einen Angriff auf die Ehre des Arztes zu verstehen. Der Fehler ist statistisch quantifizierbar; er wird nur dann zum Problem, wenn ein bestimmter Arzt Fehler in einem höherem Ausmaß begeht als aus den Prozentsätzen der für die einzelnen Eingriffe statistisch erhobenen Fehlerquoten hervorgeht.

Es ist daher notwendig, dass sich eine Kultur der Transparenz und der Ehrlichkeit bildet. Es sind vor allem die öffentlichen Einrichtungen, die eine Vorbildfunktion zu erfüllen haben, weil die öffentlichen Einrichtungen nicht nach dem Kriterium des Profits, sondern nach dem Kriterium des Nutzens für die Allgemeinheit arbeiten. Aber auch der vom niedergelassenen Arzt begangene Fehler berührt nicht die wirtschaftliche Lage des Arztes, weil jeder Arzt von Versicherungen gegen das Risiko, einen verursachten Schaden entschädigen zu müssen, geschützt sein sollte.

Es ist richtig, dass dem Patienten das Wort erteilt wird, so wie es richtig ist, dass der Arzt seinen Standpunkt vor kompetenten und objektiven Einrichtungen darlegen kann. Diese Kommission hat die Funktion zu gewährleisten, dass die entgegengesetzten Interessen einen angemessenen Ausgleich finden, indem sie sowohl den Patienten, der einen rechtswidrigen Schaden erlitten hat, verteidigt, als auch den Arzt, der sich unbegründeten Ansprüchen gegenübergestellt sieht.

Dieser Bericht wird im Sinne des Artikels 2 Absatz 3 des Dekrets des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, verfasst.

Bozen, den 28. April 2009

Die Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen

gez. Dr. Josef Kreuzer

gez. Prof. Dr. Mario Marigo

gez. RA Dr. Christina Gasser

Der Sekretär  
gez. Dr. Christian Leuprecht