

# Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen

Tätigkeitsbericht 2009



AUTONOME PROVINZ  
BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA  
DI BOLZANO - ALTO ADIGE



## **Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen Bozen**

### **Tätigkeitsbericht 2009**

#### **Inhaltsverzeichnis**

I	Die Rechtsquellen über die Schlichtungsstelle	Seite 3
II	Das Verfahren vor der Schlichtungsstelle	Seite 3
III	Anhängigkeit und Unterteilung der Anträge	Seite 9
IV	Statistische Erhebungen	Seite 13
V	Kasuistik	Seite 17
VI	Die neuen Bestimmungen über die Mediation	Seite 19



## **Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen Bozen**

### **Tätigkeitsbericht 2009**

Sehr geehrter Herr Landesrat für das Gesundheitswesen,

#### **I**

### **Die Rechtsquellen über die Schlichtungsstelle**

Die Schlichtungsstelle ist erst vor kurzem errichtet worden; es erscheint daher nützlich, die Rechtsquellen, die sie vorsehen, anzuführen. Die Kommission ist durch Artikel 15 des Landesgesetzes vom 18. November 2005, Nr. 10, ins Leben gerufen worden, der als Artikel 4/bis in das Landesgesetz vom 5. März 2001, Nr. 7, "Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes" eingefügt worden ist. Die entsprechende Durchführungsverordnung ist mit Dekret des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, erlassen worden.

Die Ernennung der Kommission erfolgte mit Beschluss der Landesregierung vom 25. Juni 2007, Nr. 2189, wobei die Mitglieder, wie gesetzlich vorgesehen, aufgrund eines Dreiervorschlags des Präsidenten des Landesgerichts Bozen für den Vorsitzenden der Kommission, der ein „Richter, auch im Ruhestand“ sein muss, aufgrund eines Dreiervorschlags der Ärzte- und Zahnärztekammer Bozen für das Mitglied des „Rechtsmediziners“ und aufgrund eines Dreiervorschlags der Rechtsanwaltskammer Bozen für das Mitglied „Doktor der Rechtswissenschaften mit Kenntnissen im Bereich der Arzthaftung“ ausgewählt werden. Da sich die Kommission an die vom Antragssteller gewählte deutsche oder italienische Sprache anpassen muss (siehe über die verwendete Sprache die Aufstellung J des IV. Teils dieses Berichts), erfolgt die letzte Koordinierung der Ernennungen durch die Landesregierung, welche die Zweisprachigkeit zu gewährleisten hat.

Die Kommission ist zum ersten Mal am 1. August 2007 zusammengetroffen.

#### **II**

### **Das Verfahren vor der Schlichtungsstelle**

Die Kommission ist auf einem völlig neuen Gebiet tätig geworden, da es bisher in Italien nur ungenügende Erfahrungen zur Mediation in Arzthaftungsfragen gibt. Es stimmt zwar, dass die Ärztekammern einiger Städte Kommissionen nach dem Vorbild der „Schlichtungsstellen“ und „Gutachterkommissionen“ jenseits der Alpen errichtet haben. Andere Einrichtungen mit dem Ziel, eine Schlichtung zwischen Patienten und Ärzten



herbeizuführen, sind im Rahmen von großen Krankenhäusern entstanden.

Es hat sich allerdings herausgestellt, dass die genannten Kommissionen kaum in Anspruch genommen werden. Dies ist nicht darauf zurückzuführen, dass sie nicht gebraucht werden, sondern auf den Umstand, dass es alles andere als selbstverständlich ist, sie zum Funktionieren zu bringen. Es bedarf für ihr Funktionieren einer vielfältigen externen Zusammenarbeit, bei deren Fehlen die Ermittlungstätigkeit der Kommission erschwert wird. Die Kommission kann im Besonderen nur funktionieren, wenn es ihr gelingt, die **Informationen, die für eine begründete Entscheidung notwendig sind, zu sammeln**. Daher ist die aktive Teilnahme besonders der örtlichen Gesundheitsdienste, der Krankenhäuser und der Kliniken sowie der einzelnen Ärzte notwendig, weil der Patient bekanntermaßen vor großen Schwierigkeiten steht, wenn es darum geht, die Unterlagen über die Behandlung seiner Krankheit zu sammeln.

Es steht fest, dass diese Zusammenarbeit mit der Kommission alles andere als einfach ist und dass die Ämter der Gesundheitsdienstes und der Privatkliniken sowie die betroffenen Ärzte vor schwierige Entscheidungen gestellt werden, gerade weil sie die Haftung der Betriebe und der Ärzte mit ihren wirtschaftlichen wie Image-Folgen betreffen. Es ist aber notwendig, einen Verhaltensstandard von maximaler Korrektheit und Transparenz bei der Darlegung der Vorfälle zu entwickeln; und es ist notwendig, dass die Ergebnisse der Ermittlungen der Kommission ohne Hinundherreden mitgeteilt werden. Die für die Entscheidung relevanten Sachverhalte sind nicht zu bewerten, sondern zu rekonstruieren, weil die Bewertung einen nachfolgenden Prozess darstellt, der auf eine ehrliche und genaue Rekonstruktion der Geschehnisse fußen muss.

Aus diesem Grund schreibt Artikel 4/bis, Absatz 7, des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, vor: „Das Land, die Sanitätsbetriebe sowie alle vom Land abhängigen Betriebe und Anstalten müssen, auf Anfrage, mit der Schlichtungsstelle zusammenarbeiten“. Außerdem sind gemäß Artikel 11, Absatz 2, der Verordnung Dekret des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, „der Dienst für Rechtsmedizin und die Sanitätsdirektion des Sanitätsbetriebes verpflichtet, für die Zwecke laut Absatz 1 mit der Schlichtungsstelle und mit dem oder der Sachverständigen der Schlichtungsstelle zusammenzuarbeiten, unter anderem durch Vorlage der klinischen Dokumentation“. Wenn diese Zusammenarbeit nicht funktioniert, hat die Kommission nur geringe Chancen, ihre Aufgabe in zufriedenstellender Weise zu erfüllen.

Die Zusammenarbeit zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und Kommission hat sich denn auch im Laufe der Zeit sehr verbessert: die Ämter, die den Auftrag haben, die Kommission zu informieren, haben Erfahrung gesammelt und eine gewisse Routine entwickelt, mit sehr guten Ergebnissen für die Arbeit, die auf die Kommission anschließend zukommt.

---

Die Arbeit der Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen hat sich gemäß Artikel 2 der Verordnung an drei Grundsätzen zu orientieren:

**A. Die Freiwilligkeit der Teilnahme:** Es ist klar, dass eine Schlichtung nicht gelingen



kann, wenn eine der notwendigen Parteien nicht schlichten will, sondern der Auffassung ist, dass sich der Patient an die Gerichte wenden soll, wenn er etwas will. Wenn also eine notwendige Partei (Patient, Arzt, Sanitätsbetrieb oder Privatklinik) nicht zur Erstverhandlung erscheint, endet das Verfahren mit einem Archivierungsdekret.

Das soeben erlassene Gesetzesvertretende Dekret vom 4. März 2010, Nr. 28, hebt für die neuen Formen der Mediation die Freiwilligkeit auf, indem es in Artikel 5 vorschreibt, dass das Mediationsverfahren eine Voraussetzung für die Einleitung des gerichtlichen Verfahrens ist. Die Bestimmung tritt mit April 2011 in Kraft, damit in der Zwischenzeit in ganz Italien die vom Dekret vorgesehenen Mediations- und Schlichtungsgremien geschaffen werden können. Dieser Umstand zwingt dazu, über die Koordinierung der neuen staatlichen Bestimmungen mit den Landesbestimmungen, aufgrund welcher die gegenständliche Kommission errichtet worden ist, nachzudenken.

**B. Die Unentgeltlichkeit des Verfahrens:** Das Verfahren ist für den Antragsteller unentgeltlich, und, falls es die Kommission für notwendig erachtet, ein Sachverständigengutachten einzuholen, wird die entsprechende Kostennote mit öffentlichen Geldern bezahlt. Die Unentgeltlichkeit gilt nicht für die Kosten der Anwälte, deren Beistand der Antragsteller gegebenenfalls wünscht und auch nicht für die Kosten von Parteisachverständigen; sie sind vom Antragsteller zu bezahlen. Aus der Statistik geht allerdings hervor (siehe Teil IV des Berichts, Buchstabe E), dass der Antragsteller gewöhnlich ohne Rechtsbeistand vor der Kommission erscheint und sich lieber von einem Familienangehörigen oder Bekannten helfen lässt. Das Verfahren wurde übrigens bewusst sehr einfach gehalten: vom Antragsteller wird lediglich verlangt, einen Vordruck zu unterschreiben, in dem die eigenen Daten, der Name des haftenden Arztes und der haftenden Gesundheitseinrichtung und eine kurze Sachverhaltsschilderung einzufügen sind. Darüber hinaus hilft der Sekretär der Kommission den Antragstellern auch bei diesen Obliegenheiten.

**C. Die Unverbindlichkeit der Empfehlungen und Entscheidungen der Kommission:** Die Verfügungen der Kommission haben keine andere Kraft als die der Überzeugung. Jede Partei ist frei, der Entscheidung der Kommission Folge zu leisten oder nicht. Man kann sich daher fragen, ob die Arbeit der Kommission wohl sinnvoll ist, wo sie doch einer Schrift im Sand gleicht, die der nächste Wind auslöscht. Die Erfahrung zeigt, dass sie Sinn macht. Bisher wurden alle Bewertungen der Kommission von den Parteien angenommen, indem der Versicherer bezahlt hat, was die Kommission festgesetzt hat, und es gibt auch keinen Hinweis auf Klagen vor Gericht von Patienten, deren Antrag als unbegründet abgewiesen worden ist.

Damit die Entscheidung der Kommission trotz ihrer Unverbindlichkeit umgesetzt wird, bemüht sich die Kommission, ihre Entscheidungen gut zu begründen, ähnlich wie dies bei Gerichtsurteilen der Fall ist: es werden also die Anträge der Parteien im Detail angeführt, es wird dargelegt, welche Ermittlungen erfolgt sind und schließlich werden die Entscheidungsgründe genau aufgezeigt. Wer argumentiert, dass diese Vollständigkeit nicht im Einklang mit einem Schlichtungsverfahren steht, das den Grundsätzen der Zügigkeit und Unverbindlichkeit zu genügen hat, dem ist entgegenzuhalten, dass nur die gewissenhafte **Begründung** die Zweifel beseitigen kann, die den Versicherer dazu verleiten könnten, nicht zu zahlen, weil er die Angelegenheit noch weiter vertiefen muss.



Die präzise Begründung führt übrigens nicht zu einer Verlängerung der Verfahrensdauer, weil die Schlichtungsempfehlung, die bei der Schlussverhandlung zu verlesen ist, notwendigerweise vor der Schlussverhandlung zu verfassen ist.

Im Spruch der bei der Schlussverhandlung verlesenen Verfügung wurde anfangs, weil Artikel 21 der Verordnung dies andeutet, immer von einer „Schlichtungsempfehlung“ gesprochen, auch wenn der Antrag des Patienten wegen fehlender Arzthaftung abgewiesen wurde. Die Kommission hat sich dann für eine andere Lösung entschieden, weil es immer dann nicht logisch erschien, von einer Schlichtungsempfehlung zu sprechen, wenn man zum Schluss kam, dass kein Schadenersatz zusteht. Man hat es daher vorgezogen, den Ausdruck „Schlichtungsempfehlung“ ausschließlich jenen Verfügungen vorzubehalten, bei denen ein Schaden quantifiziert wird, und man hat es dagegen in Anlehnung an die im Ausland von den „Schlichtungsstellen“ benutzte Formulierung für angemessener befunden, die Formel „Die Kommission ist nicht in der Lage, eine Schlichtungsempfehlung zu formulieren“ in jenen Fällen zu verwenden, in denen ein Schadenersatz ausgeschlossen wird.

Es ist klar, dass nur den im Rahmen der Schlussverhandlung ergangenen Verfügungen die genannte Aufmerksamkeit zuteil wird, weil darin die Haftung des Arztes und der Gesundheitseinrichtung bewertet wird, indem sie bejaht oder ausgeschlossen wird. Die Unzulässigkeitsverfügungen wegen offensichtlicher Unbegründetheit des Antrags hingegen (siehe Artikel 18 Absatz 3 der Verordnung) enthalten eine weniger detaillierte Begründung, da es sich gewöhnlich um Fälle handelt, bei denen allgemein gehaltene Beschwerden ohne eine präzise Schadenersatzforderung vorgebracht werden.

Schließlich gibt es nicht begründete Verfügungen der Kommission, in denen nur der Umstand angeführt wird, welcher der Verfügung zugrundeliegt. Es handelt sich um die Archivierungsverfügungen, weil eine notwendige Partei nicht zur Erstverhandlung erschienen ist oder weil die Kommission nach dem Misslingen des Schlichtungsversuchs im Rahmen der Erstverhandlung nicht den Auftrag erhält, den Fall zu bewerten oder weil ein zivil- oder strafgerichtliches Verfahren vor der ordentlichen Gerichtsbarkeit behängt oder weil es bereits ein zivilrechtliches oder strafrechtliches Urteil gibt oder einen vorausgehenden Vergleich oder, schließlich, weil die zehnjährige Verjährung eingetreten ist.

---

**Die Dauer der Verfahren** unterscheidet sich sehr von Fall zu Fall. Sie hängt nämlich von verschiedenen Faktoren ab:

a) von der Art der Entscheidung: Ein Fall von Unzulässigkeit des Antrags wegen offensichtlicher Unbegründetheit endet rasch; gewöhnlich werden bei den Gesundheitseinrichtungen auch in diesen Fällen Informationen eingeholt, aber dann wird ohne rechtliches Gehör entschieden. Dasselbe gilt für die Verfahren, die wegen der von Artikel 18 der Verordnung angeführten Gründe (ein behängendes zivilrechtliches oder strafrechtliches Verfahren, ein erfolgter Vergleich, Verjährung) oder wegen der Unzuständigkeit der Kommission (zum Beispiel weil die Angelegenheit Ärzte betrifft, die außerhalb der Provinz Bozen tätig waren oder einen Krankenpfleger und nicht einen Arzt) enden;



- b) vom Erscheinen oder Nicht-Erscheinen einer notwendigen Partei bei der Erstverhandlung und von der Antragstellung oder Nicht-Antragstellung der notwendigen Parteien am Ende der Erstverhandlung und nach Misslingen der Schlichtungsversuchs, dass die Kommission den Fall bewerte; falls eine notwendige Partei bei der Erstverhandlung nicht erscheint oder zwar erscheint, aber nach dem misslungenen Schlichtungsversuch nicht den Antrag stellt, dass die Kommission den Fall bewerte, wird das Verfahren archiviert und somit nimmt die Kommission nach der Erstverhandlung keine weiteren Handlungen vor;
- c) von der Notwendigkeit, ein Sachverständigengutachten einzuholen, falls die Kommission den Auftrag erhalten hat, den Fall zu bewerten; es ist leicht nachvollziehbar, dass sich die Fristen deutlich verlängern, wenn ein Sachverständigengutachten notwendig ist.

Die Fälle laut Buchstaben a) und b) werden im Schnitt in weniger als fünf Monaten abgeschlossen. Die Fälle laut Buchstabe c) hingegen werden, falls kein Sachverständigengutachten eingeholt wird, innerhalb von zehn Monaten zum Abschluss gebracht. Die Fälle hingegen, in denen es notwendig ist, einen Sachverständigen zu beauftragen, dauern im Schnitt anderthalb Jahre (siehe Aufstellung F in Teil IV, statistische Erhebungen).

Die Zeit ist notwendig, weil folgende Tätigkeiten durchzuführen sind: normalerweise, bevor die Erstverhandlung anberaumt wird, werden Informationen bei den betroffenen Gesundheitsbezirken oder Ärzten eingeholt und es wird ihnen für die Beantwortung eine Frist von dreißig Tagen gesetzt. Wenn dann die Erstverhandlung anberaumt wird, müssen die Fristen laut Artikel 17 der Verordnung eingehalten werden (die Erstverhandlung darf nicht früher als 45 Tage nach Zustellung der Vorladung und nicht später als 90 Tage nach Zustellung anberaumt werden). Wenn dann die Kommission bei der Erstverhandlung den Auftrag erhält, den Fall zu bewerten und es für notwendig erachtet, ein Sachverständigengutachten einzuholen, wird die Ernennungsverfügung des Sachverständigen formuliert, indem man diesen unter kompetenten und mit dem örtlichen Ambiente nicht verwickelten Personen, die bereit sind, den Auftrag anzunehmen, auswählt und die Fragestellung formuliert. Der Direktor der Landesabteilung Gesundheitswesen muss mit dem Sachverständigen das Honorar vereinbaren (siehe die von der Verordnung vorgesehenen Grenzen, Artikel 10 Absatz 5) und muss für Ärzte, die bei öffentlichen Gesundheitseinrichtungen im Dienst stehen, die Ermächtigung, den Auftrag anzunehmen, einholen. Vom Zeitpunkt der Annahme des Auftrags an läuft die Frist von drei Monaten, welche die Kommission dem Sachverständigen für die Hinterlegung seines schriftlichen Berichts einräumt; die drei Monate sind allemal notwendig, da die ernannten Universitätsprofessoren oder Ärzte im allgemeinen aus Verona oder Padua stammen und den Patienten in den Räumlichkeiten der Gesundheitseinrichtungen der Provinz Bozen untersuchen müssen; nach der Hinterlegung des schriftlichen Berichts, die manchmal auch erst nach drei Monaten erfolgt, haben die Parteien 30 Tage Zeit, um das Gutachten eines eigenen Sachverständigen vorzulegen (siehe Artikel 11 Absatz 5 der Verordnung); nun kann es notwendig sein, dass der Sachverständige der Kommission einen Zusatzbericht vorlegt, in dem die Argumente der Parteisachverständigen entkräftet werden. Schließlich wird die Schlussverhandlung festgesetzt, vor der gegebenenfalls die Unterlagen in die vom Patienten verwendete Sprache übersetzt werden, und es wird dem Patienten eine Frist für die Quantifizierung des Schadens eingeräumt, Schaden, den



dieser mindestens 30 Tage vor der Schlussverhandlung zu dokumentieren hat (siehe Artikel 20 der Verordnung); im Anschluss daran entscheidet die Kommission den Fall und bereitet die schriftliche Schlichtungsempfehlung, die wie ein Urteil formuliert wird, vor und verliest sie bei der Schlussverhandlung. Bei dieser Gelegenheit ist eine Änderung der Entscheidung im Einvernehmen der Parteien noch möglich. Um all diesen Obliegenheiten nachzukommen, bedarf es im Schnitt anderthalb Jahre.

Die Fristen mögen für ein Schlichtungsverfahren lange erscheinen, aber bei genauerem Hinsehen handelt es sich nicht mehr um ein Schlichtungsverfahren, sondern um ein Erkenntnisverfahren mit gründlicher Ermittlung, um das die Parteien die Kommission nach Misslingen des Schlichtungsversuchs ersucht haben und das zumindest in den bisher abgehandelten Fällen, einer völligen Erledigung des Rechtsstreits gleichkommt; es ist also angemessener, einen Vergleich mit der Dauer der Prozesse vor der Gerichtsbehörde anzustellen als einen Vergleich mit einer normativ vorgegebenen, aber äußerst fraglichen Dauer für Schlichtungsverfahren, deren Fristen nur Ordnungsfristen sein können und daher wegen der verschiedenen Ermittlungserfordernisse kaum einzuhalten sind.

---

**Die Teilnahme der Versicherungen** am Verfahren ist von höchster Wichtigkeit. Ohne die Bestätigung des Versicherers ist der Beamte des Gesundheitsdienstes nicht bereit, die öffentliche Verwaltung zu binden. Zu Beginn der Tätigkeit der Kommission wurde die Schlichtung, Hauptzweck des Verfahrens, faktisch häufig verhindert, weil gegenüber den Ansprüchen des Patienten niemand da war, der die Befugnis hatte, Gegenvorschläge zu unterbreiten und ein Abkommen zu unterzeichnen.

Das Problem wurde auf glänzende Weise gelöst, indem in alle vom Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen abgeschlossenen Versicherungsverträge, die Klausel eingefügt wurde, dass der Versicherer die Pflicht hat, am Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Auf diese Weise wurde der Versicherer, der laut Artikel 14 der Verordnung keine notwendige Partei des Verfahrens ist, sondern eine Partei, die freiwillig dem Verfahren beitreten kann, zu einer beim Verfahren immer anwesenden Partei und nimmt aktiv an der Schlichtung teil. Es besteht daher keine Diskrepanz mehr zwischen den Gesundheitsbezirken Bozen und Meran, die in Anwesenheit des Versicherers schlichten konnten und den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck, die immer dann, wenn es ihnen nicht gelang, den Versicherer davon zu überzeugen, dem Verfahren beizutreten, nicht in der Lage waren, ein Schlichtungsprotokoll mit dem Patienten zu unterzeichnen. Wie gesagt, dieses Problem wurde gelöst, da nun alle Gesundheitsbezirke auf Versicherungsverträge zurückgreifen können, die für den Versicherer die Pflicht vorsehen, am Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Die Teilnahme des Versicherers hat bewirkt, dass im Jahr 2009 ein starker Rückgang der Archivierungen stattgefunden hat (siehe die Tabelle am Ende von Teil III des Berichts).

Für die privat niedergelassenen Ärzte ist das Verhältnis zum Versicherer weniger förmlich. Normalerweise lässt der private Arzt der Kommission ein Schreiben des Versicherers zukommen, mit dem dieser die eigene Bewertung zum Ausdruck bringt und erklärt, ob und in welchem Ausmaß er bereit ist, den Schaden zu ersetzen. Der Arzt selbst unterschreibt daher den Vergleich ohne die Anwesenheit des Versicherers. Es ist auch vorgekommen,





dass der Arzt sich bereit erklärt hat, die Zahlung bescheidener Beträge ohne Entlastung durch den Versicherer vorzunehmen. Dies zeigt, dass für den Privatarzt ebenso wie für den Arzt im Dienstverhältnis ein Interesse bestehen kann, einen Streit, der ansonsten eine negative Werbung bescheren könnte, mit einer Schlichtung zu bereinigen.

— — — — — ■ — — — — —

Schließlich ist zu erwähnen, dass die Schlichtungsstelle nicht nur für Anträge der Patienten errichtet worden ist, sondern auch für **Anträge der Ärzte**. Zweifellos kann es vorkommen, dass ein Arzt von einem Patienten sprichwörtlich verfolgt wird, der sich über Gesundheitsfolgen, die nicht auf das Verhalten des Arztes zurückzuführen sind, beschwert. In ähnlichen Fällen kann der Arzt ein Interesse haben, sich an die Schlichtungsstelle zu wenden, um eine Erklärung über das Fehlen der Haftung zu erwirken. Auch für diese Fälle gibt es einen eigenen Vordruck, der vom Arzt auszufüllen ist. Bisher hat allerdings noch kein Arzt einen Antrag gestellt.

### III

#### Anhängigkeit und Unterteilung der Anträge

Am 01.01.2009 waren vor dieser Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen 19 Verfahren anhängig, denn vom 01.08.2007, dem Tag der Einsetzung der Kommission, bis zum 31.12.2008 waren 57 Anträge eingegangen und 38 Anträge waren abgeschlossen worden.

Am 31.12.2009 waren vor der Kommission 22 Verfahren anhängig, denn im Laufe des Jahres 2009 waren 28 Anträge eingelangt, die, summiert mit den 19 noch aus dem Jahr 2008 anhängigen Verfahren, insgesamt 47 anhängige Verfahren ergeben. Von diesen wurden 25 Verfahren abgeschlossen; daraus resultiert, dass zum 31.12.2009 insgesamt 22 Verfahren anhängig waren (47 minus 25). Es handelt sich um Zahlen, die als physiologisch angesehen werden können, so dass man in der Substanz nicht von Rückstand sprechen kann. Die leichte Zunahme bei der Anhängigkeit der Anträge um drei Fälle ist auf den Umstand zurückzuführen, dass mehr Fälle als im Vorjahr eine starke Komplexität aufwiesen und daher des langen Verfahrensweges mit der Notwendigkeit, ein Sachverständigengutachten einzuholen, bedurften.

Die Daten sind aus der nachfolgenden Aufstellung ersichtlich:

eingegangene Anträge	abgeschlossen innerhalb 31.12.2009	anhängig zum 31.12.2009
2007 (ab 01.08.)	21	0
2008	32	4
2009	10	18
insgesamt zum 31.12.2009 anhängige Anträge		22



Wie man sieht, hat es im Jahr 2009 weniger Anträge gegeben (28 anstatt 36 aus dem Jahr 2008); dieser Rückgang ist darauf zurückzuführen, dass zu Beginn der Tätigkeit der Kommission viele Anträge eingegangen sind, die bis nahe an die Verjährungsfrist von 10 Jahren zurückreichten, während jetzt Anträge eingehen, die sich auf Sachverhalte beziehen, die nicht so lange zurückliegen.

Bei einer detaillierteren Analyse der einzelnen Verfahren, ergibt sich:

**dass von den 21 Anträgen, die im Jahr 2007 eingegangen sind, alle innerhalb 31.12.2009 abgeschlossen worden sind, und zwar:**

- vier Anträge sind anlässlich der Erstverhandlung geschlichtet worden;
- in drei Fällen hat die Schlichtungskommission mit bei der Schlussverhandlung verlesener Verfügung das Bestehen des Behandlungsfehlers festgestellt und die Höhe des Schadenersatzes bestimmt;
- in drei Fällen hat die Schlichtungsstelle mit bei der Schlussverhandlung verlesener Verfügung festgestellt, dass kein Arztfehler vorliegt;
- 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;
- 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;
- drei Anträge wurden gemäß Artikel 19 Absatz 3 der Verordnung D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, archiviert, weil der Vertreter des Sanitätsbetriebs oder der Arzt nach dem ersten nicht gelungenen Schlichtungsversuch anlässlich der Erstverhandlung die Kommission nicht um die Bewertung des Falles ersucht hat;
- 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 hatte, dass ein zivilgerichtliches Verfahren vor der ordentlichen Gerichtsbarkeit anhängig war.

**Von den 36 Anträgen, die im Jahr 2008 eingegangen sind,:**

a) sind 32 Anträge innerhalb 31.12.2009 zum Abschluss gebracht worden, und zwar:

- fünf Anträge sind anlässlich der Erstverhandlung geschlichtet worden;
- in zwei Fällen hat die Schlichtungskommission mit bei der Schlussverhandlung verlesener Verfügung das Bestehen des Diagnose- oder Behandlungsfehlers festgestellt und die Höhe des Schadenersatzes bestimmt;
- in sieben Fällen hat die Schlichtungsstelle mit bei der Schlussverhandlung verlesener Verfügung festgestellt, dass kein Arztfehler vorliegt;
- 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;

- 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;
- fünf Anträge wurden gemäß Artikel 19 Absatz 3 der Verordnung D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, archiviert, weil eine der notwendigen Parteien nach dem ersten nicht gelungenen Schlichtungsversuch die Kommission nicht um die Bewertung des Falles ersucht hat;
- ein Antrag wurde gemäß Artikel 18 Absatz 2 der Verordnung D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, archiviert, da der Streit in der Zwischenzeit verglichen worden war;

b) beghen am Ende des Jahres 2009 noch 4 Verfahren, weil von besonders komplexer Art, und zwar:

- bei einem Verfahren hat die Schlussverhandlung am 26.01.2010 stattgefunden und die Kommission hat festgestellt, dass kein Arztfehler vorliegt;
- bei zwei Verfahren hat die Kommission nach Einholen eines Sachverständigengutachtens die Schlussverhandlung für den 30.03.2010 bzw. für den 25.05.2010 anberaumt;
- bei einem Verfahren ist das Sachverständigengutachten noch in Ausarbeitung.

#### **Von den 28 Anträgen, die im Jahr 2009 eingegangen sind:**

a) sind 10 Anträge innerhalb 31.12.2009 zum Abschluss gebracht worden, und zwar:

- vier Anträge sind anlässlich der Erstverhandlung geschlichtet worden;
- zwei 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;
- ein Antrag wurde 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;
- 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 die Kommission nicht um die Bewertung des Falles ersucht hat;

b) sind 5 Anträge in der Zwischenzeit (das heißt im Jahr 2010 bis zum Datum dieses Berichts) zum Abschluss gebracht worden, und zwar:

- zwei Anträge sind anlässlich der Erstverhandlung vom 26.01.2010 bzw. vom 23.02.2010 geschlichtet worden;
- in einem Fall hat die Schlichtungsstelle mit bei der Schlussverhandlung verlesener Verfügung festgestellt, dass kein Arztfehler vorliegt;
- zwei 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;

c) behängt das Verfahren in 13 Fällen noch, und zwar:

- in einem Fall wurde der Sanitätsbetrieb ersucht, die von der antragstellenden Partei vorgelegte klinische Dokumentation zu vervollständigen;
- in vier Fällen wurde die Erstverhandlung für das Erscheinen der Parteien vor der Schlichtungskommission festgesetzt;
- in drei Fällen wurde die Erstverhandlung vertagt, da Untersuchungen und Verhandlungen im Gange waren;
- in fünf 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 und ist das Sachverständigengutachten in Ausarbeitung.

Von den 85 vom 01.08.2007 bis 31.12.2009 eingegangenen Fällen wurden also insgesamt 63 abgeschlossen, und zwar alle 21 Fälle des Jahres 2007, 32 Fälle des Jahres 2008 und 10 Fälle des Jahres 2009, wie aus der nachfolgenden Aufstellung hervorgeht:

Beschreibung	eingegangen			insgesamt
	2007	2008	2009	
Schlichtung unter den Parteien	4	5	4	13
Schlichtungsempfehlung oder Schlussverfügung, die von der Kommission bei der Schlussverhandlung formuliert wurde	6	9	0	15
Vergleich außerhalb des Schlichtungsverfahrens	0	1	0	1
Unzuständigkeit der Kommission (die Haftung betraf einen Krankenpfleger und nicht einen Arzt)	1	0	0	1
Unzulässigkeit des Antrags wegen offensichtlicher Unbegründetheit desselben	1	7	2	10
Archivierung wegen Nicht-Erscheinens des Arztes und/oder der Gesundheitseinrichtung bei der Erstverhandlung	5	5	1	11
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	5	3	11
Archivierung wegen Einbringung der Klage vor Gericht	1	0	0	1
Insgesamt abgeschlossene Verfahren	21	32	10	63
Anhängige Verfahren	0	4	18	22
Insgesamt eingegangene Verfahren	21	36	28	85



## IV Statistische Erhebungen

Es muss zuerst darauf hingewiesen werden, dass die folgenden statistischen Erhebungen wegen der geringen Anzahl von Fällen, die der Kommission in dieser kurzen Zeit zur Kenntnis gebracht worden sind, keine verallgemeinernde Schlüsse zulassen. Sie können aber, mit der nötigen Vorsicht aufgenommen, einige nützliche Informationen geben.

A) Aus der nachfolgenden Aufstellung geht die **Anzahl der Anträge** hervor, die den öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. niedergelassene Ärzte betreffen:

Jahr	öffentlicher Gesundheitsdienst	niedergelassene Ärzte	Anträge insgesamt
2007	18	3	21
2008	30	6	36
2009	24	4	28

B) Aus der nachfolgenden Aufstellung geht, beschränkt auf die Anträge, die den öffentlichen Gesundheitsdienst betreffen, die Anzahl der **Anträge** hervor, **die auf jeden einzelnen der vier Gesundheitsbezirke** des Sanitätsbetriebs der Autonomen Provinz Bozen entfallen (einer der Anträge betrifft sowohl den Gesundheitsbezirk Bozen als auch den Gesundheitsbezirk Brixen):

Jahr	Gesundheitsbezirk Bozen	Gesundheitsbezirk Meran	Gesundheitsbezirk Brixen	Gesundheitsbezirk Bruneck	insgesamt Anträge, die den öffentlichen Gesundheitsdienst betreffen
2007	6	5	4	3	18
2008	15	8	3	4	30
2009	17	3	3	1	24

C) Aus der nachfolgenden Aufstellung gehen die Fälle hervor, in denen die Patienten der Ansicht sind, dass ihre Gesundheit durch einen **ärztlichen Fehler** in der Diagnose oder Therapie geschädigt worden ist oder dass der Schaden an der Gesundheit eine Folge der **Verletzung der Bestimmungen über die Einwilligung nach Aufklärung** ist oder dass beides vorliegt:

Jahr	Fehler in der Diagnose oder Therapie	Verletzung der Bestimmungen über die Einwilligung nach Aufklärung	Fehler in der Diagnose oder Therapie und Verletzung der Bestimmungen über die Einwilligung nach Aufklärung	Anträge insgesamt
2007	16	0	5	21
2008	26	1	9	36
2009	18	0	10	28



D) Aus der nachfolgenden Aufstellung gehen die betroffenen **Krankenhausabteilungen** oder **Ärzte** hervor:

Abteilung/Arzt	2007	2008	2009	insgesamt
Orthopädie	5	13	9	27
Erste Hilfe	1	4	4	9
Hals-Nasen-Ohren	2	1	3	6
Augenheilkunde	1	2	3	6
Zahnarzt	3	1	1	5
Chirurgie / niedergelassener Chirurg	3	1	1	5
Gynäkologie	0	4	0	4
Gefäß- und Thoraxchirurgie	0	2	2	4
Arzt für Allgemeinmedizin	0	1	2	3
Anästhesie	0	2	0	2
Radiologie	0	1	1	2
Pädiatrie	1	1	0	2
Erste Hilfe und Stroke Unit	0	0	1	1
Erste Hilfe, Medizin und Onkologie	0	1	0	1
Urologie	1	0	0	1
Urologie und Medizin	0	0	1	1
Medizinische Onkologie	1	0	0	1
Medizinische Onkologie und Radiologie	1	0	0	1
Kardiologie	0	1	0	1
Pneumologischer Dienst	1	0	0	1
Plastischer Chirurg und Radiologe	1	0	0	1
Psychiatrie	0	1	0	1
insgesamt	21	36	28	85

E) Aus der nachfolgenden Aufstellung gehen die Anträge hervor, die **mit oder ohne Rechtsbeistand** oder über die Volksanwaltschaft gestellt worden sind:

Jahr	Anträge mit Rechtsbeistand	Anträge ohne Rechtsbeistand	über die Volksanwaltschaft gestellte Anträge	Anträge insgesamt
2007	4	16	1	21
2008	5	30	1	36
2009	5	21	2	28

F) Aus der nachfolgenden Aufstellung wird die **Durchschnittsdauer** der bis zum 31.12.2009 abgeschlossenen Verfahren ersichtlich:



	durchschnittliche Dauer
alle innerhalb 31.12.2009 abgeschlossenen Verfahren	209 Tage
Verfahren, die mit einer Unzulässigkeitsverfügung oder einer Archivierung abgeschlossen wurden	139 Tage
erfolgreich geschlichtete Verfahren	167 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission den Fall bewertet hat, ohne ein Sachverständigengutachten einzuholen	290 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission nach Einholen eines Sachverständigengutachtens den Fall bewertet hat	557 Tage

Die durchschnittliche Dauer aller Verfahren liegt also bei 7 Monaten; die Dauer der Verfahren, bei denen ein Sachverständigengutachten eingeholt wurde, liegt im Schnitt bei zirka anderthalb Jahren (siehe diesbezüglich die Bemerkungen über die Dauer der Verfahren unter Teil II des Berichts).

G) Aus der nachfolgenden Aufstellung wird ersichtlich, in welchen bis zum 31.12.2009 abgeschlossenen Fällen eine **Haftung des Arztes** (der Gesundheitseinrichtung, welcher er angehört) **festgestellt** worden ist und in welchen Fällen diese **Haftung ausgeschlossen** worden ist:

	Anzahl der Fälle
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Arztes/der Gesundheitseinrichtung, welcher er angehört, festgestellt hat	5
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Arztes/der Gesundheitseinrichtung, welcher er angehört, ausgeschlossen hat	10
insgesamt	15

Falls zu den Fällen, bei denen die Kommission die Haftung festgestellt hat, die geschlichteten Fälle, bei denen Geldbeträge bezahlt worden sind (bei denen folglich die Haftung des Arztes vermutet wird), und zu den Fällen, bei denen die Kommission die Haftung ausgeschlossen hat, die wegen offensichtlicher Unbegründetheit des Antrags unzulässig erklärten Fälle (bei denen folglich das Nichtvorhandensein der Haftung des Arztes vermutet wird) addiert werden, wäre das Ergebnis Folgendes:

	Anzahl der Fälle
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Arztes/der Gesundheitseinrichtung, welcher er angehört, festgestellt hat sowie Fälle, bei denen die Haftung des Arztes vermutet wird	17
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Arztes/der Gesundheitseinrichtung, welcher er angehört, ausgeschlossen hat sowie Fälle, bei denen das Nichtvorhandensein der Haftung des Arztes vermutet wird	21
insgesamt	38



H) Aus der nachfolgenden Aufstellung gehen die bis zum 31.12.2009 eingegangenen Verfahren hervor, bei denen die Kommission einen **Sachverständigen** ernannt hat sowie die **durchschnittlichen Kosten** der Sachverständigengutachten:

Verfahren, bei denen ein Sachverständiger ernannt worden ist	15 von 85
durchschnittliche Kosten der Sachverständigengutachten	1.948 Euro

I) Das arithmetische Mittel des von der Kommission anerkannten oder zwischen den Parteien vor der Kommission vereinbarten **Schadenersatzes**, bezogen auf die bis zum 31.12.2009 abgeschlossenen Fälle, beträgt 7.372,70 Euro.

J) Aus der nachfolgenden Aufstellung geht die vom Antragsteller gewählte **Sprache des Verfahrens** hervor:

Jahr	italienische Sprache	deutsche Sprache	Anträge insgesamt
2007	8	13	21
2008	12	24	36
2009	12	16	28
insgesamt	32	53	85

K) Aus der nachfolgenden Aufstellung wird das **Alter der Patienten** ersichtlich:

	2007	2008	2009
Durchschnittsalter in Jahren	49	49	59
jüngster Patient in Jahren	4	11	17
ältester Patient in Jahren	69	83	86





## V Kasuistik

Der Antrag kann von der Kommission auf zwei unterschiedliche Verfahrensweisen bewertet werden: mit der Schlichtungsempfehlung, die bei der Schlussverhandlung verlesen wird und mit der entschieden wird, ob eine Haftung des Arztes bzw. der Ärzte und eventuell der Sanitätsstruktur besteht oder auszuschließen ist, und mit der Unzulässigkeitsverfügung, wenn der Schaden an der Gesundheit offensichtlich nicht auf einen Arztfehler zurückzuführen ist.

Es kann von Nutzen sein, die 2009 behandelten Fälle zusammengefasst zu schildern. So wurde befunden:

- dass der Radiologe verantwortlich war für die Fehlinterpretation einer Computertomografie an einer Patientin, welche nach der chirurgischen Entfernung eines Tumors einem „follow-up-Programm“ unterzogen wurde, mit der Folge, dass der Rückfall der Tumorkrankheit mit zwei Jahren Verspätung diagnostiziert wurde. Es wurde der sogenannte „biologische Differenzialschaden“ zuerkannt (also der Restschaden nach Abzug des Schadens, der an sich schon durch das Fortschreiten der Krankheit entstanden ist) sowie der Schaden für die Krankheitsdauer für den Zeitraum von zwei Jahren, und weiters ein moralischer Schaden *ad personam*;
- dass keine Haftung des Arztes bestand, da das in Auftrag gegebene Gutachten ergeben hat, dass der Arzt der Patientin im Lauf einer Koloskopie keinen Bauchwandbruch verursacht hatte, wie hingegen die Patientin behauptete;
- dass die Haftung der Ärzte zweier Abteilungen bestand, die dem Patienten eine aussichtslose Diagnose mit äusserst kurzer Lebenserwartung als definitiv mitgeteilt hatten, während hingegen die Diagnose noch provisorisch war und noch abgeklärt werden musste und, in der Tat, später abgeändert wurde. Dem Patienten wurde ein biologischer – moralischer – psychologischer – existenzieller Schaden zuerkannt, der gemäß dem Urteil der Vereinten Senate des Obersten Gerichtshofes Nr. 26972/08 vom 24.06./11.11.2008 als nicht vermögensrechtlicher Schaden zusammengefasst wurde;
- dass der Augenarzt, der zwei Hornhauttransplantationen an einer Patientin durchgeführt hatte, zuerst am linken und dann am rechten Auge, die Pflicht zur ärztlichen Aufklärung verletzt hatte, weil er die Patientin vor dem Eingriff nicht über die geringfügigen Chancen auf eine Verbesserung ihres Visus hingewiesen hatte, die aufgrund der besonderen Bedingungen vom Eingriff zu erwarten waren, dass aber dadurch der Patientin kein Schaden entstanden war, weil ihr Visus nach dem Eingriff jedenfalls besser war als vorher, wenn auch nur geringfügig;
- dass keine Haftung des Orthopäden gegeben war, der die Durchführung einer bereits angesetzten MR-Untersuchung zwecks Abklärung des diagnostischen Verdachts auf die Ruptur einer Schultersehne der Patientin verweigert hatte und ihr gesagt hatte, sie könne nach vier Wochen wiederkommen, wenn sie Probleme hätte. Die Patientin hatte die Untersuchung dann zwei Tage später in einer konventionierten privaten Struktur



durchführen lassen, hatte sich, nachdem die Sehnenverletzung festgestellt worden war, in einer Privatklinik operieren lassen, allerdings erst einige Monate später, und hatte den Ersatz aller dafür notwendigen Kosten verlangt. Die Kommission befand, dass das Verhalten des Arztes zwar nicht korrekt gewesen war, dass aber daraus kein Schaden entstanden war, nachdem die Diagnose der Sehnenverletzung mit lediglich zwei Tagen Verspätung gestellt worden war, während der chirurgische Eingriff an der Schulter nach über zwei Monaten erfolgt war und dass die Dauerfolgen, die die Patientin angab, nicht die Folge dieser kurzen Verspätung in der Diagnose gewesen sein konnten;

- dass keine Haftung der Orthopäden, die eine komplizierte Schien-Wadenbeinfraktur des Patienten chirurgisch reponiert hatten, für verschiedene Komplikationen, darunter Fasziotomie und eine nosokomiale Infektion, vorliegt, weil der Gutachter festgestellt hatte, dass die chirurgischen Eingriffe nach den Regeln der medizinischen Kunst durchgeführt worden waren und dass die Komplikationen nicht Fehlern oder Unterlassungen der Ärzte zuzuschreiben waren; die chronische Osteomyelitis dagegen, die der Patient nach der Entfernung der Metallteile in einer anderen Sanitätsstruktur erlitten hatte, war nicht den Ärzten der ersten Sanitätsstruktur zuzuschreiben;
- dass der Herzspezialist, der einen Patienten, der sich zu einer Visite im Krankenhaus befand, einer Dringlichkeitsangioplastik mit Einsetzung eines medikamentösen Stents unterzogen hatte, als er während einer Angiographie einen akuten Verschluss des Hauptstammes erlitt, weder für den Verschluss selbst haftbar gemacht werden konnte noch für ein Pseudoaneurisma, das später aufgetreten war, nachdem der Patient sich in einem anderen Krankenhaus einer neuen Angiographie und einer by-pass-Operation unterzogen hatte, wo er weiters noch eine Infektion durch *Clebsiella pneumoniae* erlitten hatte. Was die in Südtirol erfolgte Tätigkeit betrifft, für die allein diese Kommission zuständig ist, so handelte es sich nach Ansicht der Kommission um Komplikationen, die nicht auf Nachlässigkeit oder Unfähigkeit des Arztes zurückzuführen sind, der ganz im Gegenteil, den Verschluss sofort behoben und dem Patienten so das Leben gerettet hatte;
- dass keine Haftung des Gynäkologen vorliegt, der von der Patientin beschuldigt wurde, in ihrem Unterleib anlässlich eines Kaiserschnittes fadenförmiges Material vergessen zu haben, welches bei einem zweiten Eingriff, der neun Jahre später durchgeführt wurde, gefunden worden war; in diesen neun Jahren hatte die Patientin an rezidivierenden Blasenentzündungen gelitten, die ihre Lebensqualität sehr beeinträchtigt hatten. Die von der Kommission veranlasste Befundung des Materials hat ergeben, dass es sich nicht um Garzen oder ähnliches Fremdmaterial, wie von der Patientin angenommen, handelte, sondern um ein biokompatibles Material, welches in der Zeit des ersten Eingriffs üblicherweise verwendet wurde, um postoperative Blutungen im Bauchraum zu vermeiden.

Im Verlauf des Jahres 2009 hat die Kommission auch Unzulässigkeitsklärungen des Antrags formuliert. In diesen Fällen wird die erste Verhandlung nicht festgesetzt und die Verfügung wird in Form des begründeten Beschlusses verfasst. Gemäß Art. 18 der Verordnung Dekret des Landeshauptmanns vom 18.01.2007, Nr. 11, wird ein Antrag für unzulässig erklärt, wenn der Schadenersatzanspruch auf den ersten Blick unbegründet erscheint, da augenscheinlich ist, dass keine Haftung eines Arztes vorliegt. So wurde die



Unzulässigkeit in folgenden Fällen erklärt:

- ein Patient hatte einen „minor stroke“ mit vier Tagen Einlieferung ins Krankenhaus aber ohne Dauerfolgen erlitten, und zwar im Zeitraum, in dem er in Erwartung der Festsetzung eines Termins für einen chirurgischen Eingriff war. Nach Angaben des Patienten musste der Eingriff immer wieder verschoben werden, weil angeblich der Chirurg abwesend war und aufgrund von anderen Verhinderungen, wobei aber in Erwartung des Eingriffs die Antikoagulationstherapie *per os* ausgesetzt worden sei;
- eine Patientin, welche an Algodistrophie (*morbus Sudeck*) an der rechten Hand litt, nachdem sie wegen eines „eingeklemmten Nervs“ an dieser Hand operiert worden war, verlangte von der Kommission, das Vorliegen von eventuellen Fehlern des Chirurgen zu überprüfen und gab als „Verdachtsmomente“ an, dass der chirurgische Eingriff am späten Nachmittag anstatt in der Früh durchgeführt worden war und dass die Operationsnarbe länger war als jene von anderen Personen, die den gleichen Eingriff erlitten hatten.

## VI

### Die neuen Bestimmungen über die Mediation

Angesichts der langen Verfahrensdauer und der hohen Kosten der Zivilgerichtsbarkeit wird die Schlichtung immer wichtiger und hat kürzlich eine Aufwertung durch den Gesetzgeber erfahren, der sie unter anderem gerade in der hier behandelten Materie, jener der Arzthaftung, als verpflichtend vorschreibt.

So geschehen durch das Gesetzesvertretende Dekret vom 04.03.2010, Nr. 28, über die Mediation zwecks Schlichtung der Streitfälle in Zivil- und Handelssachen, verabschiedet von der Regierung in Durchführung der Bevollmächtigung laut Artikel 60 des Gesetzes vom 18.06.2009, Nr. 69, über die Reform des Zivilprozesses. Das genannte Dekret stellt eine wichtige Neuheit dar, welche das traditionelle System der Zivilverfahren einschneidend verändern wird und den Zweck hat, die italienische Gerichtsbarkeit von den Rückständen zu entlasten und zu verhindern, dass sich neue Rückstände anhäufen. Das Gesetzesvertretende Dekret bezeichnet als Mediation jede Art von Tätigkeit, unbeschadet der Bezeichnung, die von einem unparteiischen Dritten durchgeführt wird und entweder dem Zweck dient, zweien oder mehreren Subjekten beim Abschluss einer Einigung für die Beilegung eines Streits zu helfen (sog. beilegende Mediation), oder einen Vorschlag für die Lösung des Streitfalls zu formulieren (sog. vorschlagende Mediation).

Diese Kommission führt beide Formen der Mediation durch: denn bei der ersten Verhandlung versucht sie den Parteien zu helfen, eine gütliche Einigung für die Streitbeilegung zu finden, Einigung, die einen Schadenersatz gegebenenfalls auch ohne ausdrückliche Anerkennung einer Haftung vorsehen kann. Wenn dieser Versuch aber misslingt und die Parteien sich nicht einigen, können sie die Kommission beauftragen, den Fall zu prüfen und einen Schlichtungsvorschlag zu formulieren und so die vorschlagende Mediation in Gang setzen.



Das Schlichtungsverfahren vor dieser Kommission ist, wie bereits erwähnt, freiwillig; das Gesetzesvertretende Dekret hingegen führt für die Streitfälle um Schadenersatz aufgrund einer Arzthaftung (wie auch für andere Bereiche) eine obligatorische Schlichtung ein, eine Schlichtung also, die bei sonstiger Unverfolgbarkeit der gerichtlichen Klage vorgeschrieben ist. Dies bedeutet, dass ab Inkrafttreten der entsprechenden Bestimmung (April 2011) jeder, der in einem Gerichtsverfahren einen Schaden geltend machen will, den er glaubt, aufgrund einer Arzthaftung erlitten zu haben, sich vorher an eine Einrichtung wenden muss, die in ein eigenes Register, das mit Dekret des Justizministers errichtet wird, eingetragen ist, um einen Schlichtungsversuch mit der Gegenseite zu unternehmen.

Das Gesetzesvertretende Dekret über die Schlichtung eröffnet interessante Ausblicke und wirft Fragen auf, die direkt die Tätigkeit dieser Kommission betreffen. In erster Linie wird zu prüfen sein, inwieweit diese Schlichtungskommission für Arzthaftungsfragen der Autonomen Provinz Bozen kompatibel ist mit den Schlichtungs- und Mediations-einrichtungen die vom Gesetzesvertretenden Dekret vorgesehen sind und welche Auswirkungen die Bestimmungen des Gesetzesvertretenden Dekrets auf diese Kommission und auf das Verfahren vor dieser Kommission haben. In zweiter Linie stellt sich die Frage, ob die Schlichtungskommission für Arzthaftungsfragen der Autonomen Provinz Bozen die Einrichtung sein könnte, welche in dieser Provinz auch die obligatorische Schlichtung im Sinne des Gesetzesvertretenden Dekrets durchführt.

Im vorliegenden Rahmen können nicht Antworten auf diese Fragen, welche auf politischer Ebene gelöst werden müssen, gegeben werden. Es soll lediglich darauf hingewiesen werden, dass das Gesetzesvertretende Dekret für die Schlichtungseinrichtungen keine Voraussetzungen oder bestimmte Merkmale definiert, sondern lediglich als Grundvoraussetzungen verlangt, dass die Vertraulichkeit des Verfahrens gewahrt sei und dass die Modalitäten der Ernennung des Schlichters dessen Unparteilichkeit und Fähigkeit zur korrekten und raschen Durchführung des Auftrags sichern. Weiters ist vorgesehen, dass die Verfahrenshandlungen formfrei seien. Es sind dies alles Voraussetzungen, denen diese Kommission entspricht. Aber es sind Voraussetzungen, die auch von anderen Strukturen erfüllt werden können.

Im Bericht über die Tätigkeit 2008 hat diese Kommission auf Seite 6 geschrieben: „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.“ Mit dem neuen Gesetzesvertretenden Dekret vom 04.03.2010, Nr. 28, wurde sowohl die beilegende Mediation, die in einem Vergleich und also in einem Rechtsgeschäft mündet, als auch die vorschlagende Mediation, die in einem Schlichtungsvorschlag des Mediators mündet, der zwar nicht bindend aber jedenfalls nicht wirkungslos ist, vom Gesetzgeber zur vorgeschriebenen Tätigkeit erhoben, deren Unterlassung in der Materie der Arzthaftung zur Unverfolgbarkeit des Klagsanspruchs vor dem ordentlichen Gericht führt. Man kann sagen, dass dies der Triumphzug der Schlichtung ist und dass dies auf jeden Fall dem Interesse der beteiligten Parteien entspricht: des Patienten, der einen schnellen Ersatz seines Schadens wünscht und des Arztes sowie der Sanitätsstruktur, die eine diskrete und schnelle Beilegung des Streites wünschen. Es wird von der Fachkompetenz des Schlichters abhängen, ob die



obligatorische Schlichtung eine überflüssige Hürde vor dem Gerichtsverfahren sein wird oder ein wirksames Instrument für die Verminderung der Gerichtsverfahren.

Dieser Bericht wurde gemäß Artikel 2, Absatz 3, des Dekrets des Landeshauptmannes vom 18.01.2007, Nr. 11, verfasst.

Bozen, den 29. März 2010

Die Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen:

gez. Dr. Josef Kreuzer

gez. Prof. Dr. Mario Marigo

gez. RA Dr. Christina Gasser

Der Sekretär:  
gez. Dr. Christian Leuprecht