

Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen

TÄTIGKEITSBERICHT 2013



Inhalt

01	DIE ZUSTÄNDIGKEIT DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION IN ARZTHAFTUNGSFRAGEN	05
02	DIE ZUSAMMENSETZUNG DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION IN ARZTHAFTUNGSFRAGEN	06
03	DIE ALLGEMEINEN GRUNDSÄTZE, DIE DIE TÄTIGKEIT DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION IN ARZTHAFTUNGSFRAGEN AUSZEICHNEN UND DAS VERFAHREN	08
04	TÄTIGKEIT DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION IN ARZTHAFTUNGSFRAGEN IM JAHR 2013	10
05	KASUISTIK	20
06	NACHWORT	22

Einleitung

Sehr geehrte Frau Landesrätin,

die Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol wurde vor einigen Jahren mit Landesgesetz vom 18. November 2005, Nr. 10, errichtet.

Deren Arbeitsweise wurde mit Dekret des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, „Bestimmungen über die Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen“, geregelt, das unter anderem die allgemeinen Grundsätze vorsieht, die die Tätigkeit der Schlichtungskommission auszeichnen (Artikel 2). Zu den Aufgaben der Schlichtungskommission zählt auch das Verfassen eines jährlichen Berichts über die geleistete Arbeit (Artikel 2 Absatz 3).

Diese Schlichtungskommission erachtet es in konstruktiver Erfüllung dieser Pflicht für zweckmäßig, den Tätigkeitsbericht 2013 im Vergleich zu früher anders aufzubereiten, um dem Bericht eben eine konstruktive Note zu geben, die über die rein statistischen Aspekte der geleisteten Arbeit hinausgeht.

Die Schlichtungsstelle ist nämlich der Ansicht, dass sie sich in einem Tätigkeitsfeld bewegt, das sowohl für die politischen Entscheidungsträger als auch für die in diesem Bereich tätige Berufsgruppe und schließlich für die gesamte Bevölkerung von Interesse ist.

Dies nicht nur, weil die ärztlichen Fehler – die in Ausübung einer Tätigkeit, mit der ein potentielles Risiko einhergeht, das nicht auf Null reduziert werden kann, immer möglich sind – gegebenenfalls unter dem Gesichtspunkt anerkannt werden müssen, dem Bürger einen angemessenen Schadensersatz zu garantieren, ohne die ordentliche Gerichtsbarkeit anrufen zu müssen. Sondern auch deshalb, weil mit den ärztlichen Fehlern auch verantwortungsvoll umgegangen werden muss, da diese einen großen Anreiz für eine Verbesserung der Betreuungsqualität und für die systematische Überarbeitung der Betreuungspfade darstellen.

Es ist auch deshalb von Interesse, in diesem Bereich tätig zu sein, weil es notwendig erscheint, die politischen Bemühungen rund um die Eindämmung des klinischen Risikos aktiv zu fördern, indem man versucht, die auch in Italien auftretende dramatische Zunahme der gerichtlichen Klagen gegenüber Ärzten zu korrigieren. Laut den von der nationalen Versicherungsvereinigung (A.N.I.A.) gelieferten Daten soll es sich um über dreißigtausend Klagen pro Jahr handeln, mit entsprechenden sozialen Kosten im Ausmaß von etwas über zwei Milliarden Euro. Diese Zunahme

der Klagen vor Gericht hat zu einer dramatischen Zunahme der Versicherungsprämien für die Deckung des Risikos aus zivilrechtlicher Haftung, die von den öffentlichen Einrichtungen des staatlichen Gesundheitsdienstes zu tragen sind, geführt.

Verfolgt wird dabei das Ziel, die vorherrschende Berufspraxis, die in Richtung einer Defensivmedizin geht, zu korrigieren. Diese Berufspraxis äußert sich in der weit verbreiteten Schaffung von Rechtfertigungsgründen, um Streitigkeiten von vorne herein aus dem Weg zu gehen, indem unangemessene stationäre Aufnahmen verfügt und dem Patienten überflüssige diagnostische Abklärungen verschrieben werden, die nicht zum Wohle des Patienten sind, sondern mit dem Hintergedanken verfügt werden, das rechtliche Risiko einer Schadensersatzforderung einzugrenzen. Dieser Umstand hat zu einer Entartung der Kunst der gesundheitlichen Betreuung geführt, mit dem Ergebnis, dass öffentliche Ressourcen in hohem Ausmaß (zirka 13 Milliarden Euro pro Jahr) verschleudert werden, die eigentlich der Verbesserung der Dienste rund um Diagnose und Behandlung zugeführt werden könnten.

Es handelt sich also um anspruchsvolle Ziele, für deren Erreichung eine starke Allianz zwischen politischen Entscheidungsträgern, Ärzten und Bürgern erforderlich ist. Diese Schlichtungskommission wünscht sich, dass diese Allianz kurzfristig zustande kommen möge.

Die Schlichtungskommission ist weiters der Ansicht, dass die außergerichtliche Streitbeilegung in Form eines Schlichtungsverfahrens ein hervorragendes Werkzeug für die Eindämmung von Streitigkeiten, die vor Gericht ausgefochten werden, darstellt. Wie bereits ausgeführt, zeigt sich eine exponentielle Zunahme der Streitigkeiten, die vor Gericht ausgefochten werden, die leider auch nicht durch die „Balduzzi-Reform“ eingeschränkt werden konnte. Letztere sieht die teilweise Aufhebung des Straftatbestandes für den Fall der Untüchtigkeit vor und zwar immer dann, wenn der Arzt die auf internationaler wissenschaftlicher Ebene ausgearbeiteten Leitlinien und die korrekte Vorgangsweise befolgt hat. Das Schlichtungsverfahren setzt die absolute Unabhängigkeit und Überparteilichkeit voraus, die nicht von den vielen im Spiel stehenden wirtschaftlichen Interessen gebeugt werden darf. Diese Interessen bringen nach der Abkehr der Versicherungsgesellschaften und dem in diesem historischen Moment bestehenden Mangel an Ressourcen sowie den strengen politischen Vorgaben in unserem Land enorme Schwierigkeiten mit sich, eine Deckung der Risiken in zivilrechtlicher Hinsicht bei der Haftung im Gesundheitsbereich zu erzielen.

01 Die Zuständigkeit der Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen

Es wird daran erinnert, dass der Aktionsradius der Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen der Autonomen Provinz Bozen nicht unbegrenzt ist, da dieser ausdrücklich auf zwei konkrete Situationen zugeschnitten ist (Artikel 4/bis Absatz 2 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung): (a) auf „Fälle, in denen ein Patient angibt, durch einen Fehler in der Diagnose oder Behandlung in seiner Gesundheit geschädigt worden zu sein“, (b) auf „Fälle, in denen behauptet wird, dass die gesundheitliche Schädigung eine Folge der nicht oder nicht ordnungsgemäß erfolgten Aufklärung ist“.

Der Bereich, in dem die Schlichtungskommission tätig wird, ist also darauf beschränkt, dass der „Gesundheitsschaden“ (die Verletzung der psycho-physischen Unversehrtheit) entweder auf einen Fehler in der Diagnose oder Behandlung oder auf die unterlassene oder nicht ordnungsgemäß erfolgte Aufklärung zurückzuführen ist, beschränkt auf Fälle, bei denen ein Arzt betroffen ist. Auch in letzterem Fall gibt der Umstand den Ausschlag, dass die mangelhafte Aufklärung negative Auswirkungen auf die psycho-physische Unversehrtheit der Person nach sich gezogen hat, andernfalls die Zuständigkeit dieser Schlichtungskommission in Frage gestellt ist.



02 Die Zusammensetzung der Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen

Als erste territoriale Körperschaft Italiens hat die Autonome Provinz Bozen – Südtirol eine Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen mit Landesgesetz vom 18. November 2005, Nr. 10, eingerichtet. Sie funktioniert seit dem Sommer 2007 und kann nunmehr auf eine mehrjährige Tätigkeit zurückblicken.

Wie von Artikel 4/bis des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung, vorgesehen, steht der Kommission ein Richter, auch im Ruhestand, vor, der aufgrund eines Dreiervorschlages des Präsidenten des Landesgerichts Bozen ausgewählt wird. Weitere Mitglieder der Kommission sind ein Arzt für Gerichts- und Versicherungsmedizin, der aufgrund eines Dreiervorschlages der Ärzte- und Zahnärztekammer Bozen ausgewählt wird und ein Doktor der Rechtswissenschaften mit Kenntnissen im Bereich der Arzthaftung, der aufgrund eines Dreiervorschlages der Rechtsanwaltskammer Bozen ausgewählt wird.

Im Dreijahreszeitraum Juni 2010 – Juni 2013 setzte sich die Schlichtungskommission zusammen aus Dr. Josef Kreuzer als Vorsitzendem, aus den Gerichtsmedizinern Prof. Dr. Daniele Rodriguez und Professorin Dr.in Anna Aprile von der Universität Padua sowie aus den Rechtsanwältinnen Dr. Stephan Vale und Dr.in Silvia Winkler.

Für den Dreijahreszeitraum Juni 2013 – Juni 2016 hat die Landesregierung folgende Mitglieder der Kommission ernannt (Beschluss vom 10. Juni 2013, Nr. 869):

Ordentlicher Vorsitzender:

Dr.in Ulrike Segna, Staatsanwältin am Oberlandesgericht Trient, Außenabteilung Bozen,

Ersatz:

Dr. Edoardo Armando Mori, Richter im Ruhestand am Landesgericht Bozen,

Ordentliches Mitglied:

Prof. Dr. Fabio Cembrani, Facharzt für Gerichts- und Versicherungsmedizin, Direktor der Abteilung für Gerichtsmedizin des Gesundheitsbetriebes der Autonomen Provinz Trient,

Ersatz:

Dr.in Antonia Tessadri, freiberuflich in Trient tätige Fachärztin für Gerichts- und Versicherungsmedizin,

Ordentliches Mitglied:

Dr. Stephan Vale, Rechtsanwalt in Bozen,

Ersatz:

Dr.in Silvia Winkler, Rechtsanwältin in Brixen.

Nachdem Dr.in Ulrike Segna die notwendige Ermächtigung seitens des Obersten Richterrates, der Schlichtungskommission aktiv vorzustehen, verweigert worden ist, wird die Funktion des Vorsitzenden seit Oktober 2013 vom stellvertretenden Vorsitzenden Dr. Edoardo Armando Mori ausgeübt.

Das **Sekretariat** der Kommission befindet sich in Bozen, Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1, 3. Stock, Tel. 0471/418027 und wird von Dr. Christian Leuprecht koordiniert.

03 Die allgemeinen Grundsätze, die die Tätigkeit der Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen auszeichnen und das Verfahren

Die Grundsätze, die die Tätigkeit der Schlichtungskommission und das Verfahren auszeichnen, das für jeden für zulässig befundenen Antrag einzuhalten ist, sind im Dekret des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, „Bestimmungen über die Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen“, enthalten.

Die Schlichtung erfolgt auf der Grundlage folgender allgemeiner Grundsätze: (a) der Freiwilligkeit des Verfahrens, (b) dessen Unentgeltlichkeit, (c) der Unverbindlichkeit der medizinisch-rechtlichen Gutachten, die von der Schlichtungskommission ausgesprochen werden.

FREIWILLIGKEIT

Ohne die freiwillige Teilnahme der Parteien (die geschädigte Person oder, im Falle ihres Ablebens, die Erben, die betroffenen Ärzte und, falls Letztere in einem beruflichem Verhältnis zu einem Arbeitgeber stehen, die öffentliche oder private gesundheitliche Einrichtung) kann das Verfahren nicht begonnen werden. Die Teilnahme zeigt sich mit der direkten oder mit einer über eine Vertretungsvollmacht geregelten Präsenz der Parteien bei der Erstverhandlung, mit der Folge, dass kein Schlichtungsversuch unternommen werden kann, wenn eine der Parteien nicht zu dieser Verhandlung erscheint, es sei denn, es wird in begründeter Weise um eine Vertagung ersucht. In diesem Fall wird der Antrag der dazu berechtigten Person archiviert, ohne dass ein Schlichtungsversuch unternommen werden kann.

Ein Nichterscheinen der Parteien ist mittlerweile die Ausnahme. Der öffentliche Sanitätsbetrieb erscheint regelmäßig, weil es seine Pflicht ist, sich den Beschwerden der Patienten zu stellen; aber auch die betroffenen Ärzte, sei es jene im öffentlichen Dienst, sei es die Ärzte mit privater Praxis, sind regelmäßig anwesend und beweisen damit ihr Interesse, Streitigkeiten im Schlichtungswege zu lösen und zwar über die Vorbereitung und Hinterlegung detaillierter Stellungnahmen zu den Vorwürfen der Patienten.

UNENTGELTLICHKEIT

Ein zweiter Grundsatz, der die Tätigkeit der Schlichtungskommission auszeichnet, ist die Unentgeltlichkeit des Verfahrens. Der Antrag wird auf einem Vordruck gestellt, in welchem der Patient oder die berechnigte Person seine/ihre standesamtlichen Daten angibt, den Arzt oder die Ärzte namentlich anführt, denen er/sie einen Vorwurf macht, sowie gegebenenfalls den Sanitätsbetrieb, bei dem die Ärzte beschäftigt sind. Der Antrag enthält schließlich eine kurze Beschreibung des Sachverhalts, aus der hervorgeht, welche Vorwürfe den Ärzten in Zusammenhang mit ihrem beruflichen Verhalten gemacht werden.

Vor der Schlichtungsstelle bedarf es keiner rechtsanwaltschaftlichen Vertretung; sie ist aber möglich; auch kann sich der Antragsteller von einer Person seines Vertrauens oder von der Volksanwaltschaft vertreten oder beistehen lassen. Ebenso hilft der Sekretär der Kommission beim Ausfüllen des Vordrucks. Der Antrag bedarf also keiner professionellen Hilfe. Sollte aber der Patient sich eines Rechtsanwalts oder eines Parteisachverständigen bedienen, sind die ent-

sprechenden Kosten vom Antragsteller selbst zu tragen. Wenn dagegen nach dem Scheitern des Schlichtungsversuchs alle Parteien die Kommission um die Bewertung des Falles ersuchen und die Kommission ein Sachverständigengutachten einholt, was immer dann geschieht, wenn der Patient zur Klärung der Sachlage einer ärztlichen Untersuchung unterworfen werden muss, so gehen die entsprechenden Kosten zu Lasten der öffentlichen Hand.

Nach Zusammentragen aller für die Bewertung notwendigen Elemente, formuliert die Schlichtungskommission schriftlich ein begründetes technisches Gutachten, das für den Fall, dass eine Haftung oder ein Schaden nicht ausgeschlossen wird, die Art des ärztlichen Fehlers in der Diagnose oder Behandlung und die Höhe des Schadenersatzes anführt, und zwar auch dann, wenn eine Verletzung der Aufklärungspflicht vorliegt. Die Meinung der Kommission wird den Parteien im Rahmen einer Schlussverhandlung unterbreitet. Das Gutachten ist allerdings für keine der Parteien bindend. Letztere können die Empfehlung der Schlichtungskommission auch abändern. Das Gutachten der Kommission lässt für die Parteien die Möglichkeit offen, den Gerichtsweg einzuschlagen.

Es gilt daher immer der Grundsatz der Unverbindlichkeit. Die Gutachten und Entscheidungen der Kommission sind nicht bindend und können von den Parteien sowie von der Versicherung, der es konkret obliegt, die mit dem Antragsteller vereinbarten Beträge zu bezahlen, angenommen oder abgelehnt werden.

Diese allgemeinen Grundsätze bestimmen das Verfahren, an das sich die Schlichtungskommission hält und das aus zwei aufeinander folgenden Phasen besteht.

Eine erste Phase hat den Zweck, eine Schlichtung zwischen den Parteien herbeizuführen. In dieser Situation übt die Kommission die Funktion der Hilfestellung aus und es obliegt ihr, die Diskussion nach dem Studium der vorgelegten Dokumentation zu koordinieren und in einem konstruktiven Rahmen zu belassen, mit dem Ziel, eine außergerichtliche Einigung zwischen den Parteien möglichst herbeizuführen. Wenn die Einigung zustande kommt, wird sie im Verhandlungsprotokoll festgehalten und von den Parteien unterzeichnet. Sie bildet einen außergerichtlichen Vergleich. Wenn die Einigung auch von der Versicherungsgesellschaft mitgetragen wird, verpflichtet sich auch Letztere zum Ersatz des Schadens, der in dieser Verfahrensphase von der effektiven Anerkennung eines Verschuldens des Arztes unabhängig ist.

Wenn der Vergleich nicht zustande kommt, können die Parteien die zweite Phase des Verfahrens einleiten und die Kommission ersuchen, die ärztlich-rechtliche Bewertung des Falles vorzunehmen: die Kommission kann die technische Bewertung selbst vornehmen oder, falls notwendig, über einen externen Sachverständigen, wobei die Kommission Letzterem die Fragestellung zuweist, auf die schriftlich zu antworten ist. Wird dieses Ersuchen außer vom Patienten oder der berechtigten Person nicht auch von allen beteiligten Ärzten und vom beteiligten Sanitätsbetrieb gestellt, wird der Fall archiviert.

Die Empfehlung, mit der die Kommission einen ersetzbaren Schaden feststellt, setzt voraus, dass die Kommission die Ansicht vertritt, dass eine zivilrechtliche Haftung des Arztes vorliegt, das heißt ein bewiesenes oder vermutetes Verschulden des Arztes und ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Schaden, der daraus resultiert. Die Empfehlung ist für die Parteien allerdings nicht bindend, und Letztere können sich davon auch distanzieren. Die Empfehlung besteht in einer Bewertung, deren Wirkungen ausschließlich auf die Empfehlung selbst beschränkt bleiben.

UNVERBINDLICHKEIT

DIE ZWEI PHASEN:

a) der Schlichtungsversuch

b) die Bewertung

04 Tätigkeit der Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen im Jahr 2013

Im Jahr 2013 sind bei der Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen der Autonomen Provinz Bozen 32 neue Anträge eingegangen (im Jahr 2012 wurden 31 Anträge eingereicht), die zusammen mit den Anträgen aus den vorhergehenden Jahren insgesamt 208 Fälle ergeben (Aufstellung 1).

Aufstellung 1 – Eingegangene, abgeschlossene und anhängige Anträge nach Jahren (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2013)

EINGEGANGENE UND ABGESCHLOSSENE ANTRÄGE

eingegangene Anträge		zum 31.12.2013 abgeschlossene Fälle	zum 31.12.2013 anhängige Fälle
2007 (ab 01.08.)	21	21	0
2008	36	36	0
2009	28	28	0
2010	33	33	0
2011	27	27	0
2012	31	26	5
2013	32	21	11
Anträge insgesamt	208	192	16

Hinweis: Aufstellung 1 zeigt auf, dass die Anzahl der Anträge, die jedes Jahr eingereicht werden, in etwa stabil bleibt (32 Anträge im Jahr 2013 gegenüber 31 Anträgen im Jahr 2012). Aus der Aufstellung gehen die Anzahl der zum 31.12.2013 abgeschlossenen und anhängigen Fälle hervor, wobei die in den Vorjahren eingereichten Anträge mitberücksichtigt werden. Eine Überprüfung hat ergeben, dass im Jahr 2012 26 Fälle abgeschlossen worden sind (1 Fall aus dem Jahr 2010, 15 Fälle aus dem Jahr 2011 und 10 Fälle aus dem Jahr 2012) und im Jahr 2013 41 Fälle abgeschlossen worden sind (4 Fälle aus dem Jahr 2011, 16 Fälle aus dem Jahr 2012 und 21 Fälle aus dem Jahr 2013).

Aus den statistischen Erhebungen geht hervor, dass die Fristen für den Abschluss des Schlichtungsverfahrens in etwa gleich geblieben sind, bei einer durchschnittlichen Dauer der erfolgreich abgewickelten Schlichtungen von zirka fünfeneinhalb Monaten.

Im Juni 2013 hat es den Wechsel in der Zusammensetzung der Schlichtungskommission gegeben, der eine mehrmonatige Probezeit erforderlich gemacht hat, um die neuen Kommissionsmitglieder aufeinander einzuspielen und neue methodologische Vorgangsweisen zu prüfen. Damit wird das Ziel verfolgt, die internen klinisch-wissenschaftlichen Kompetenzen der Kommission maximal hervorzuheben und sowohl die Fristen, die für die Einholung von externen Sachverständigengutachten notwendig sind (im Schnitt knapp anderthalb Jahre für die Bewertung der Fälle, bei denen ein externes Sachverständigengutachten eingeholt werden musste), als auch die Ausgaben für die Sachverständigengutachten (im Schnitt zirka 2.000,00 Euro für jedes Gutachten) zu reduzieren.

Dieser intern geteilte Wechsel in der Vorgangsweise hat zu einigen Vorteilen geführt, deren Ergebnisse sicherlich in den kommenden Jahren vermehrt ersichtlich werden. Die Herabsetzung der Verfahrensdauer stellt eine Herausforderung dar, da die sehr komplexen Fälle zahlreich vorhanden sind und das Studium von sehr umfangreicher klinischer Dokumentation, mehrere Vertagungen von Verhandlungen und das Einholen von Stellungnahmen der Parteien erfordern. Die Kommission gibt den Parteien zu verstehen, dass die Zielsetzung des Verfahrens letztlich darin besteht, nicht Grundsatzbehauptungen aufzustellen, sondern Lösungen vorzuschlagen, die auf einer wissenschaftlich-rechtlichen Ebene als gerecht und von den Parteien teilbar eingestuft werden.

Der neue methodologische Ansatz hat zwei zusätzliche Änderungen in der internen Funktionsweise der Kommission mit sich gebracht, die darin bestehen, dass (1) die Phase der Prüfung der von den Parteien vor der Erstverhandlung gelieferten Unterlagen mehr Gewicht erhält, um die Diskussion möglichst in Richtung einer Schlichtung zu lenken, und dass (2) die interne Fachkompetenz bei der technischen Bewertung eines jeden Falls maximal zur Geltung kommt.

Die deutsche Sprache bleibt, wie in den Vorjahren, die von den Parteien für die Diskussion vorwiegend gewählte Sprache: in 21 von 32 Anträgen, die im Jahr 2013 eingereicht worden sind, wurde von der Antrag stellenden Partei diese Sprache gewählt und zwar trotz der sprachlichen Schwierigkeiten, die sich aufgrund der mangelnden Kenntnis der deutschen Sprache seitens der ärztlichen Mitglieder der Kommission ergeben haben. Diese Schwierigkeiten haben sich auch beim Studium der Unterlagen gezeigt und die Übersetzung ärztlicher Unterlagen in die italienische Sprache notwendig gemacht.

Die Anträge wurden von Personen verschiedenen Alters eingereicht; das Durchschnittsalter beträgt 48 Jahre.

Die Anträge wurden vorwiegend ohne Rechtsbeistand bei der Schlichtungskommission eingereicht (in 18 Fällen), in 13 Fällen mit Rechtsbeistand und nur in einem Fall über die Volkswirtschaft. Die Anträge mit Rechtsbeistand haben im Vergleich zu den Jahren 2011 und 2012 empfindlich zugenommen.

Die Situation Ende 2013 zeigt, dass alle Fälle, die bei der Schlichtungskommission im Jahr 2011 eingereicht worden sind, abgeschlossen werden konnten. 5 Fälle aus dem Jahr 2012 und 11 Fälle aus dem Jahr 2013 müssen hingegen noch bewertet und abgeschlossen werden: in einem Fall, weil der namhaft gemachte Amtssachverständige seinen Auftrag zurückgelegt hat und in anderen Fällen, weil man noch in Erwartung des Sachverständigengutachtens ist.

Nur zwei von den 21 Fällen, die im Jahr 2013 eingereicht und abgeschlossen worden sind, wurden von der Schlichtungskommission auf der wissenschaftlichen Ebene für unbegründet erklärt,

neun Fälle wurden im Rahmen der Erstverhandlung geschlichtet,

ein Fall wurde nach der von der Kommission im Rahmen der Schlussverhandlung formulierten Schlichtungsempfehlung abgeschlossen,

ein Fall wurde archiviert, weil die Streitigkeit in der Zwischenzeit einem außergerichtlichen Vergleich zugeführt werden konnte,

vier Fälle wurden archiviert, weil eine der Parteien nach dem ersten nicht gelungenen Schlichtungsversuch die Kommission nicht um die Bewertung des Falles ersucht hat,

zwei Fälle wurden archiviert, da eine der Parteien nicht zur regulär mitgeteilten Erstverhandlung erschienen war,

zwei Fälle schließlich wurden archiviert, da die Antrag stellende Partei auf das Verfahren vor der Schlichtungsstelle verzichtet hat.

Zusammenfassend wurden von den insgesamt 208 bei der Schlichtungskommission seit ihrer Einsetzung im Jahr 2007 eingegangenen Fällen 192 Fälle abgeschlossen, auch wenn der Abschluss des Schlichtungsverfahrens auf unterschiedliche Art erfolgt ist, wie aus Aufstellung 2 hervorgeht.

Aufstellung 2 – Art des Abschlusses des Schlichtungsverfahrens (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2013)

Art des Abschlusses des Schlichtungsverfahrens	pro Jahr eingegangene Fälle							insgesamt
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Schlichtung unter den Parteien	4	5	7	11	8	8	9	52
Schlichtungsempfehlung oder Schlussverfügung, die von der Kommission bei der Schlussverhandlung formuliert wurde	6	13	9	6	9	5	1	49
Vergleich außerhalb des Schlichtungsverfahrens oder Archivierung wegen Verzichts auf das Verfahren	0	1	0	4	2	5	3	15
Unzulässigkeit des Antrags wegen offensichtlicher Unbegründetheit desselben	1	7	5	5	0	1	2	21
Archivierung wegen Nicht-Erscheins des Arztes bei der Erstverhandlung	5	5	2	3	2	1	2	20
Archivierung wegen nicht erfolgter Beauftragung der Kommission nach erfolglosem Schlichtungsversuch	3	5	5	2	5	6	4	30
Archivierung wegen Einbringung der Klage vor Gericht	1	0	0	1	1	0	0	3
Archivierung wegen Unvollständigkeit des Antrags	0	0	0	1	0	0	0	1
Unzuständigkeit der Kommission	1	0	0	0	0	0	0	1
insgesamt abgeschlossene Verfahren	21	36	28	33	27	26	21	192
anhängige Verfahren	0	0	0	0	0	5	11	16
insgesamt eingegangene Anträge	21	36	28	33	27	31	32	208

In zirka 15% der Fälle hat eine der Parteien der Schlichtungskommission nicht den Auftrag erteilt, den Fall zu bewerten. Dieser Wert ist relativ ermutigend, da er als Indikator für das Vertrauen, das die Parteien der Schlichtungskommission entgegenbringen, angesehen werden kann.

Das Phänomen ist auf viele Faktoren zurückzuführen. In manchen Fällen wird sich die Antrag stellende Partei bewusst, dass ihre Forderungen zu hoch gesteckt sind, um rasch von der Versicherung akzeptiert zu werden. In anderen Fällen bemerkt sie, dass ihr Anspruch auf der Beweisebene lückenhaft ist und bevorzugt daher den Gang vor Gericht, das argumentative Wortgefechte und formalrechtliche Aspekte begünstigt. Wiederum in anderen Fällen fürchtet die Partei, die sich ihrer Sache nicht sehr sicher ist, eine Bewertung des Sachverhalts durch einen Sachverständigen, die dann im Rahmen eines späteren Rechtsstreits verwendet werden könnte.

Das sind alles Faktoren, die der Kommission eine sorgfältig vorzunehmende Vorabprüfung eines jeden Falls nahelegen, um zu verhindern, dass übereilte Anträge zugelassen werden, welche dann nicht gerechtfertigte Erwartungen seitens der Antrag stellenden Partei nach sich ziehen bzw. um zu verhindern, dass Gutachten in Auftrag gegeben werden, bei denen davon auszugehen ist, dass deren Schlussfolgerungen von einer der Parteien nicht akzeptiert werden.

Wie auch immer kann sich die Bilanz über die Tätigkeit der Schlichtungskommission durchaus sehen lassen. In zirka 79% der Fälle hat sich die Kommission in meritorischer Hinsicht äußern können: in 27% der Fälle haben die Parteien eine sofortige Schlichtung vor der Kommission erzielen können; in 25,5% der Fälle wurde die Kommission mit der Bewertung des Falls beauftragt; in 10,9% der Fälle hat die Kommission mit Erlass der Unzulässigkeitsverfügung den Arztfehler ausgeschlossen; in 15,6% der Fälle haben sich die Parteien zumindest einem Schlichtungsversuch gestellt, auch wenn Letzterer schlussendlich nicht von Erfolg gekrönt war. Hinzu kommt, auch wenn es sich dabei nicht um einen Verdienst der Kommission handelt, dass in 7,8% der Fälle die Parteien eine Einigung außerhalb des Schlichtungsverfahrens erzielt haben.



**ÄRZTE DES
ÖFFENTLICHEN
GESUNDHEITSDIENSTES
UND NIEDERGELASSENE
ÄRZTE**

Nur in zirka einem auf zehn Fälle ist der vorgeladene Arzt nicht erschienen. Aber es gibt nicht einen einzigen Fall, bei dem die Gegenpartei nicht zumindest schriftlich Stellung genommen hätte. Und es kann getrost davon ausgegangen werden, dass in vielen Fällen, bei denen eine Schlichtung nicht möglich war, die Antrag stellende Partei von der Unmöglichkeit, ihre Ansprüche anerkannt zu sehen, überzeugt wurde und von weiteren gerichtlichen Schritten abgesehen hat.

Aufstellung 3 fasst die statistischen Daten zusammen, die die Fälle, je nach dem, ob ein öffentlich bediensteter oder privat niedergelassener Arzt vom Patienten oder einer berechtigten Person im Antrag angeführt wurde, unterscheiden.

Aufstellung 3 – Rechtlicher Status der involvierten Ärzte (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2013)

Jahr	Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes	niedergelassene Ärzte	Anträge insgesamt
2007	18	3	21
2008	30	6	36
2009	24	4	28
2010	27	6	33
2011	22	5	27
2012	26	5	31
2013	29	3	32
insgesamt	176	32	208

In Bezug auf die 32 neuen Fälle, die im Jahr 2013 eingereicht wurden, waren nur in drei Fällen Ärzte betroffen, die freiberuflich tätig sind. Die verbleibenden 29 Fälle betrafen hingegen Ärzte, die in den öffentlichen Einrichtungen des Landesgesundheitsdienstes tätig sind und zwar mit folgender territorialer Verteilung (Aufstellung 4).

Aufstellung 4 – Territoriale Verteilung der Ärzte des Landesgesundheitsdienstes (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2013)

Jahr	Gesundheitsbezirk Bozen	Gesundheitsbezirk Meran	Gesundheitsbezirk Bruneck	Gesundheitsbezirk Brixen	insgesamt
2007	6	5	3	4	18
2008	15	8	4	3	30
2009	17	3	1	3	24
2010	9	10	5	3	27
2011	4	10	3	5	22
2012	9	11	6	0	26
2013	11	7	5	6	29
insgesamt	71	54	27	24	176

Diese Rohdaten liefern offensichtlich keinen wie immer gearteten nützlichen statistischen Hinweis, weil sie standardisiert und jedenfalls korrigiert gehören und zwar unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Komplexität der klinischen Betreuung der Patienten im Zentralkranken-

**ANTRÄGE GEGEN
ÄRZTE DER VIER
GESUNDHEITSBEZIRKE**

haus Bozen sicher nicht die gleiche ist wie jene in der Peripherie. Auch weil in diesem Krankenhaus Abteilungen der Diagnose und Behandlung von höchster Komplexität, wie die Neurochirurgie und die Kardiochirurgie, existieren.

Aus Aufstellung 5 gehen die Fachbereiche hervor, die von den Fällen vor der Schlichtungskommission betroffen sind.

Aufstellung 5 – Betroffene Krankenhausabteilungen oder Ärzte (ausgenommen der Fall des nicht vollständigen Antrags im Jahr 2010)

Abteilung/Arzt	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	insgesamt
Orthopädie / niedergelassener orthopädischer Arzt	5	13	9	12	9	7	14	69
Chirurgie / niedergelassener Chirurg	3	1	1	3	4	6	2	20
Notaufnahme	1	4	4	3	1	4	2	19
Zahnarzt	3	1	1	3	3	4	3	18
Augenheilkunde	1	2	3	1	1	3	1	12
Gynäkologie	0	4	0	1	4	0	1	10
Hals-Nasen-Ohren	2	1	3	1	0	1	0	8
Innere Medizin	0	0	0	1	2	1	2	6
Gefäß- und Thoraxchirurgie	0	2	2	0	0	0	1	5
Arzt für Allgemeinmedizin	0	1	2	1	0	0	0	4
Pädiatrie	1	1	0	1	0	0	0	3
Neurologie	0	0	0	1	0	2	0	3
Psychiatrie	0	1	0	0	1	1	0	3
Urologie	1	0	0	0	1	0	1	3
Pneumologischer Dienst	1	0	0	0	1	0	0	2
Radiologie	0	1	1	0	0	0	0	2
Anästhesie	0	2	0	0	0	0	0	2
Neurochirurgie	0	0	0	0	0	1	1	2
Dermatologie und Geschlechtskrankheiten	0	0	0	1	0	0	1	2
Urologie und Medizin	0	0	1	0	0	0	0	1
Medizinische Onkologie	1	0	0	0	0	0	0	1
Medizinische Onkologie und Radiologie	1	0	0	0	0	0	0	1
Notaufnahme, Medizin und Onkologie	0	1	0	0	0	0	0	1
Kardiologie	0	1	0	0	0	0	0	1
Beratungsstelle in Rheumatologie	0	0	0	1	0	0	0	1
Labor für klinische Pathologie	0	0	0	1	0	0	0	1
Geriatric	0	0	0	1	0	0	0	1
Geriatric und innere Medizin	0	0	0	0	0	1	0	1

BETROFFENE ABTEILUNGEN ODER ÄRZTE

Notaufnahme und Stroke Unit	0	0	1	0	0	0	0	1
Plastischer Chirurg und Radiologe	1	0	0	0	0	0	0	1
Gastroenterologie	0	0	0	0	0	0	1	1
Pädiatrische Chirurgie	0	0	0	0	0	0	1	1
Gynäkologie und Radiologie	0	0	0	0	0	0	1	1
insgesamt	21	36	28	32	27	31	32	207

Der Bereich Orthopädie ist analog zu den auf staatlicher Ebene existierenden Daten weiterhin am häufigsten von mutmaßlichen Fehlern in der Diagnose oder Therapie betroffen. Zirka ein Drittel der eingereichten Anträge betrifft in der Tat diesen Fachbereich. Es folgen die Allgemeine Chirurgie, die Notaufnahme und andere chirurgische Fachbereiche (zum Beispiel die Gynäkologie und Geburtshilfe), bei denen das Risikoniveau viel höher ist als bei internistischen Diagnosen oder der Tätigkeit der Ärzte für Allgemeinmedizin. Letztere sind prozentmäßig kaum von Fällen betroffen, die der Schlichtungskommission unterbreitet werden (zirka zwei Prozent der Fälle).

Aus Aufstellung 6 gehen die Fälle hervor, in denen die Patienten oder berechtigten Personen der Ansicht sind, dass ihre Gesundheit durch einen ärztlichen Fehler in der Diagnose oder Therapie geschädigt worden ist, die Fälle, in denen die Verletzung der Bestimmungen über die Einwilligung nach Aufklärung vorliegt sowie die Fälle, bei denen beides vorzuliegen scheint.

Aufstellung 6 – Die Ursachen des angenommenen Gesundheitsschadens

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
2010	29	0	4	33
2011	22	0	5	27
2012	22	0	9	31
2013	23	0	9	32
insgesamt	156	1	51	208

Es ist wichtig hervorzuheben, dass in den vergangenen zwei Jahren die Anzahl der Fälle, bei denen der Patient (oder wer für ihn) das ärztliche Verhalten nicht nur unter dem Gesichtspunkt der beruflichen Sorgfalt, sondern auch unter dem Gesichtspunkt einer nicht korrekt erfolgten Information, anprangert, gestiegen ist. Das sind zirka 30% der Fälle. Dies beweist, dass die Tätigkeit der Betreuung/Pflege heute eine besondere kommunikative Fähigkeit erfordert, ohne dieselbe die berufliche Sorgfalt in den Hintergrund gedrängt wird.

Aus Aufstellung 7 gehen die Anträge hervor, die mit oder ohne Rechtsbeistand oder über die Volksanwaltschaft gestellt worden sind.

Aufstellung 7 – Anträge mit oder ohne Rechtsbeistand oder über die Volksanwaltschaft gestellte Anträge

Jahr	Anträge mit Rechtsbeistand	Anträge ohne Rechtsbeistand	über die Volksanwaltschaft gestellte Anträge	insgesamt
2007	4	16	1	21
2008	5	30	1	36
2009	5	21	2	28
2010	11	20	2	33
2011	8	19	0	27
2012	6	25	0	31
2013	13	18	1	32
insgesamt	52	149	7	208

RECHTSBEISTAND

Der Großteil der Anträge wurde also direkt vom Bürger (oder seinen Erben) eingereicht. In einer nicht zu vernachlässigen Anzahl von Fällen wurde der Antrag unter Zuhilfenahme eines Vertrauensanwalts eingereicht. Nur in wenigen Fällen wurden Anträge über die Volksanwaltschaft eingereicht.

Aufstellung 8 fasst die durchschnittliche Dauer der zum 31.12.2013 abgeschlossenen Fälle zusammen.

Aufstellung 8 – Durchschnittliche Dauer der zum 31.12.2013 abgeschlossenen Verfahren

	durchschnittliche Dauer
alle innerhalb 31.12.2013 abgeschlossenen Verfahren	222 Tage
Verfahren, die mit einer Unzulässigkeitsverfügung oder einer Archivierung abgeschlossen wurden	147 Tage
erfolgreich geschlichtete Verfahren	161 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission den Fall bewertet hat, ohne ein Sachverständigengutachten einzuholen	304 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission nach Einholen eines Sachverständigengutachtens den Fall bewertet hat	527 Tage

DAUER

Die durchschnittliche Dauer aller Verfahren liegt also bei ca. sieben ein halb Monaten; die Dauer der Verfahren, bei denen ein Sachverständigengutachten eingeholt wurde, liegt im Schnitt bei knapp anderthalb Jahren.

Aus Aufstellung 9 wird ersichtlich, in welchen bis zum 31.12.2013 abgeschlossenen Fällen die Schlichtungsstelle eine Haftung des Arztes/des Arztes und der Gesundheitseinrichtung, welcher der Arzt angehört, festgestellt hat und in welchen Fällen sie diese Haftung ausgeschlossen hat.

Aufstellung 9 – Fälle, die von der Schlichtungskommission im Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2013 bewertet worden sind

**HAFTUNG DES ARZTES
ODER AUSSCHLUSS DER
HAFTUNG**

	Anzahl der Fälle
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Arztes/des Arztes und der Gesundheitseinrichtung, welcher er angehört, festgestellt hat	14
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Arztes/des Arztes und der Gesundheitseinrichtung, welcher er angehört, ausgeschlossen hat	35
insgesamt	49

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 jenes laut folgender Aufstellung 10.

Aufstellung 10 – Fälle, die von der Schlichtungskommission im Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2013 bewertet worden sind und Fälle von vermuteter Haftung des Arztes sowie von vermutetem Nichtvorhandensein der Haftung des Arztes

	Anzahl der Fälle
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Arztes/des Arztes und der Gesundheitseinrichtung, welcher er angehört, festgestellt hat sowie Fälle, bei denen die Haftung des Arztes vermutet wird	63
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Arztes/des Arztes und der Gesundheitseinrichtung, welcher er angehört, ausgeschlossen hat sowie Fälle, bei denen das Nichtvorhandensein der Haftung des Arztes vermutet wird	56
insgesamt	119

Aus Aufstellung 11 gehen die bis zum 31.12.2013 eingegangenen Verfahren hervor, bei denen die Kommission einen Sachverständigen ernannt hat sowie die durchschnittlichen Kosten der Sachverständigengutachten.

Aufstellung 11 – Anzahl der externen Sachverständigengutachten und durchschnittliche Kosten der Sachverständigengutachten

**SACHVERSTÄNDIGER
UND KOSTEN**

Verfahren, bei denen ein Sachverständiger ernannt worden ist	27 von 208
durchschnittliche Kosten der Sachverständigengutachten	1.952 Euro

**HÖHE DES
SCHADENERSATZES**

Das arithmetische Mittel des von der Kommission anerkannten oder zwischen den Parteien vor der Kommission vereinbarten Schadenersatzes, bezogen auf die bis zum 31.12.2013 abgeschlossenen Fälle, beträgt **9.976,88 Euro**.

Aus Aufstellung 12 geht die vom Antragsteller gewählte Sprache des Verfahrens hervor, wobei präzisiert wird, dass mit Ausnahme der öffentlichen Gesundheitseinrichtung im Schlichtungsverfahren jede Partei frei ist, die italienische oder deutsche Sprache zu verwenden.

Aufstellung 12 – vom Antragsteller gewählte Sprache des Verfahrens

Jahr	italienische Sprache	deutsche Sprache	Anträge insgesamt
2007	8	13	21
2008	12	24	36
2009	12	16	28
2010	14	19	33
2011	7	20	27
2012	11	20	31
2013	11	21	32
insgesamt	75	133	208

GEWÄHLTE SPRACHE

Aus Aufstellung 13 wird das Alter der Patienten ersichtlich.

Aufstellung 13 – Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Antragstellung

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Durchschnittsalter in Jahren	49	49	59	55	50	49	48
jüngster Patient in Jahren	4	11	17	15	13	14	3
ältester Patient in Jahren	69	83	86	89	75	87	90

ALTER DES PATIENTEN



05 Kasuistik

Einige der im Jahr 2013 von der Schlichtungskommission untersuchte Fälle, bei denen das Bestehen eines ärztlichen Fehlers angenommen wurde, verdienen besondere Aufmerksamkeit.

BEISPIELE

Einer dieser Fälle betraf eine ältere Dame, die einem chirurgischen Eingriff zur Behandlung eines grauen Stars unterzogen wurde. Der Eingriff wurde nach Misslingen der Lokalanästhesie unter Anwendung einer Retrobulbäranästhesie (ohne Präsenz des Anästhesisten) durchgeführt, wobei die Patientin, die nicht am Operationstisch festgebunden war, plötzlich eine sitzende Position eingenommen hat und sich dabei die Perforation des Augapfels und den damit einhergehenden Verlust des Augenlichts zugezogen hat. Es handelt sich um einen Fall, der eine aufmerksame Bewertung seitens der Gesundheitsbehörde verdient, weil er die korrekte Durchführung des chirurgischen Eingriffs zur Diskussion stellt und zwar insofern auch auf anästhesiologischer Ebene, als dass die Komplikationen der Retrobulbäranästhesie bekannt sind und die Notwendigkeit besteht, den Patienten einer professionell durchgeführten Überwachung mittels EKG zu unterziehen.

Ein anderer Fall betraf hingegen eine nicht korrekte Behandlung einer Radiusfraktur. Nicht so sehr in Bezug auf die Wahl, die Fraktur mittels Gips zu behandeln, sondern vielmehr in Bezug auf den Umstand, den posttraumatischen Krankheitsverlauf trotz der Schmerzen des Patienten nicht kontinuierlich überwacht zu haben.

Es werden nun einige weitere im Laufe des Jahres 2013 entschiedene Fälle kurz zusammengefasst, die entweder zu einer Erklärung der Haftung des behandelnden Arztes geführt haben oder eine solche Haftung ausgeschlossen haben. So wurde zum Beispiel befunden:

- dass keine Verletzung der Einwilligung nach Aufklärung vorliegt, wenn der chirurgische Eingriff wegen einer Hammerzehe, der wegen eines Notfalls um einen Tag verschoben wurde, von einem anderen Arzt vorgenommen wird als jenem, der die Einwilligung eingeholt hat. Eine Haftung des Arztes liegt außerdem nicht vor, da dieser nach allen Regeln der ärztlichen Kunst vorgegangen ist, auch wenn die Schmerzsymptomatik teilweise weiterbesteht und der Fuß nach der Operation im Verhältnis zum anderen Fuß länger geworden ist,
- dass eine Haftung des Chirurgen besteht, der es bei einer bevorstehenden Geburt verabsäumt hat, die Einwilligung nach Aufklärung für die Verwendung der Saugglocke einzuholen bzw. der infolge einer nicht korrekt durchgeführten Naht der Wunde nach erfolgtem Kaiserschnitt ein Hämoperitoneum mit hämorrhagischem Schock verursacht hat,
- dass keine Haftung des ärztlichen Personals vorliegt, wenn nach einer Operation, bei der eine Knieprothese eingesetzt wurde, eine Infektion und ein Kompartiment-Syndrom aufgetreten sind, die trotz eines notfallmäßig eingeleiteten chirurgischen Eingriffs und weiterer Eingriffe einen schwierigen Behandlungsverlauf nach sich gezogen haben,
- dass eine Haftung des Chirurgen vorliegt, der in Durchführung einer Operation zur Korrektur des Schielens, nicht – wie von der herrschenden Lehrmeinung vorgegeben – beide Augen einer Operation unterzogen hat, so dass er aufgrund des nicht zufrieden stellenden Ergebnisses weitere zwei Eingriffe vornehmen musste, mit der Folge einer sichtbaren Narbenbildung im Auge,

- dass kein Kausalzusammenhang und somit auch keine Haftung des Orthopäden besteht, der im Rahmen der Behandlung einer posttraumatischen Subluxation im Bereich Schulterblatt – Schlüsselbein für eine konservative Behandlung optiert hat, wobei, unabhängig von der Tatsache, dass es keine einhellige Meinung zu einem bestimmten Behandlungsansatz gibt, eine etwaige Entscheidung für einen chirurgischen Eingriff nichts am Bestehen des biologischen Schadens geändert hätte, so dass in jedem Fall kein Differentialschaden vorliegen kann.



06 Nachwort

Weit davon entfernt, gewagte Schlussfolgerungen zu ziehen, stellt die von der Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen der Autonomen Provinz Bozen geleistete Tätigkeit eine außerordentliche Gelegenheit dar, um über ein für unsere Zeiten typisches Phänomen, das wirklich besorgniserregende Dimensionen annimmt, nachzudenken und in diesem Zusammenhang mutige Lösungen zu versuchen. Und zwar weit weg von den Gerichtshöfen, einer verzerrten Darstellung in den Medien und der vorherrschenden „Kultur der Rüge“, die die Ärzte häufig dazu verleitet, ihre Fehler zu verstecken (und nicht zuzugeben) und den perversen Weg einer „defensiven“ Medizin zu beschreiten.

Es wird vorausgeschickt, dass die ärztliche Tätigkeit grundsätzlich eine risikobehaftete Tätigkeit darstellt und dass die starke „Technisierung“ trotz der Fortschritte im Wissensbereich das Risikoniveau stark erhöht hat und zwar auch aufgrund der klinischen Komplexität der Patienten (die häufig von multimorbiden Krankheitsbildern gezeichnet sind), aufgrund der Möglichkeit, auch in häufig dramatischen Situationen einzugreifen, aufgrund des Mangels an wirtschaftlichen Mitteln und aufgrund des aus den staatlichen spending-review-Verfügungen resultierenden ernsten wirtschaftlichen Klimas. Dies hat eine dramatische Zunahme der Streitfälle wegen mutmaßlichen beruflichen Verschuldens zur Folge, die das Risiko mit sich bringt, nicht nur zu einer Lähmung der Gerichte in einem Bereich zu führen, der eine außergerichtliche Lösung auf dem Vergleichsweg erfordert, sondern die gesamte Bevölkerung dem Risiko einer Nichtbefriedigung des Gesundheitsbedarfs aussetzt.

Es besteht die dringende Notwendigkeit, sich den vielen mit dieser Situation zusammenhängenden Schwierigkeiten zu stellen, auch wenn dies eine starke Allianz zwischen Ärzten, Bürgern und politischen Entscheidungsträgern erfordert. Letztere sind darum bemüht, vernünftige Lösungen über normative Maßnahmen zur Eindämmung der gerichtlichen Verfahren sowie über Anstrengungen im Bereich des Risikomanagements anzustreben. Letztere Anstrengungen müssen mit gut strukturierten Eingriffsmodellen in allen Belangen des öffentlichen Gesundheitsdienstes einhergehen und gründen auf Hilfsmitteln zur aktiven Überwachung („incident reporting“ und Verbreitung von Leitlinien), auf deren Grundlage die verschiedenen Risikoniveaus geschätzt werden können und mit der systematischen Überarbeitung der Verfahren darauf eine Antwort gegeben werden kann.

Wenn diese Werkzeuge eine unverzichtbare Notwendigkeit darstellen, die es auf breiter Basis anzuwenden gilt, so stellt der reaktive Ansatz der politischen Maßnahmen zur Risikoreduzierung – so wie in der Provinz Bozen geschehen – eine weitere außerordentliche Gelegenheit dar. Mit der Schaffung einer Schlichtungskommission, die – überparteilich agierend – helfen kann, Konflikte, die zwischen Arzt und Patient entstehen können, zu lösen, indem sie Fehler anerkennt und Antworten auf Schadensersatzforderungen liefert, die häufig auf gerichtlichem Wege ausgefochten werden. Es handelt sich um ein ehrgeiziges Ziel, das eine maximale Anstrengung aller betroffenen Akteure erfordert. Eine maximale Anstrengung der politischen Entscheidungsträger, die in die Schlichtungskommission investiert haben, weil sie der Auffassung sind, dass sie ein geeignetes Werkzeug für die Lösung von Streitigkeiten darstellt. Eine maximale Anstrengung der Bürgerinnen und Bürger, die in verantwortungsvoller Weise in begründeten Fällen auf die Schlichtungskommission zurückgreifen sollen und die Kommission nicht nur wegen der Unent-

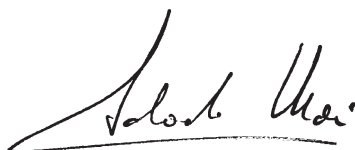
geltlichkeit des Verfahrens anrufen dürfen. Eine maximale Anstrengung der Ärzte und gesundheitlichen Einrichtungen, die die große Chance einer überparteilichen Bewertung, die zu einer Verbesserung der Qualität beitragen kann, anerkennen sollen. Und schließlich eine maximale Anstrengung seitens der Mitglieder der Kommission, die die Überparteilichkeit gewährleisten und gleichzeitig Vorkehrungen treffen müssen für eine Reduzierung der Verfahrensdauer, die noch immer zu lange ist, um den Parteien eine entsprechende Antwort zu geben.

Möge man in diese Richtung mit dem Mut der Ideen und der Kraft der Handlungen gehen.

Bozen, den 6. November 2014

Die Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen:

Dr. Edoardo Armando Mori



Prof. Dr. Fabio Cembrani



RA. Dr. Stephan Vale



Der Sekretär
Dr. Christian Leuprecht

