

SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR HAFTUNGSFRAGEN IM GESUNDHEITSBEREICH



TÄTIGKEITSBERICHT 2018



INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	03
01 Die Zuständigkeit der Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich	04
02 Die Zusammensetzung der Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich	05
03 Die allgemeinen Grundsätze, die die Tätigkeit der Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich auszeichnen, und das Verfahren	06
04 Tätigkeit der Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich im Jahr 2018 und in den vorangegangenen Jahren	08
05 Kasuistik	16
06 Nachwort	19



EINLEITUNG

S ehr geehrter Herr Landesrat,
die Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol wurde mit Landesgesetz vom 18. November 2005, Nr. 10, errichtet.

Deren Arbeitsweise wurde mit Dekret des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, geregelt. Zu den Aufgaben der Schlichtungskommission zählt auch das Verfassen eines jährlichen Berichts über die geleistete Arbeit.

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

Die Fehler im Gesundheitsbereich, die in Ausübung einer Tätigkeit, mit der ein potentielles Risiko einhergeht, das nicht auf Null reduziert werden kann, immer möglich sind, müssen gegebenenfalls unter dem Gesichtspunkt anerkannt werden, dem Bürger einen angemessenen Schadenersatz zu garantieren, ohne die ordentliche Gerichtsbarkeit anrufen zu müssen.

Die Fehler im Gesundheitsbereich bilden einen großen Anreiz für eine Verbesserung der Betreuungsqualität und für die systematische Überarbeitung der Betreuungspfade.

Die politischen Bemühungen rund um die Eindämmung des klinischen Risikos sind zu fördern, indem man versucht, die auch in Italien auftretende dramatische Zunahme der gerichtlichen Klagen gegenüber dem Gesundheitspersonal zu korrigieren. Diese Zunahme der Klagen vor Gericht hat zu einer starken Erhöhung der Versicherungsprämien für die Deckung des Risikos aus zivilrechtlicher Haftung, die von den öffentlichen Einrichtungen des staatlichen Gesundheitsdienstes zu tragen sind, geführt.

Das Ziel besteht darin, 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 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, Gesundheitspersonal und Bürgern erforderlich ist. Diese Schlichtungskommission wünscht sich, dass diese Allianz kurzfristig zustande kommen möge.

Die außergerichtliche Streitbeilegung in Form eines Schlichtungsverfahrens bildet ein hervorragendes Werkzeug für die Eindämmung von Streitigkeiten, die vor Gericht ausgefochten werden.

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 Italien enorme Schwierigkeiten mit sich, eine Deckung der Risiken in zivilrechtlicher Hinsicht bei der Haftung im Gesundheitsbereich zu erzielen.

01 DIE ZUSTÄNDIGKEIT DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION FÜR HAFTUNGSFRAGEN IM GESUNDHEITSBEREICH

Der Aktionsradius der Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich der Autonomen Provinz Bozen ist auf folgende Fälle zugeschnitten, in denen ein Patient in Südtirol erbrachte Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen hat und er selbst oder seine Rechtsnachfolger angeben, dass eine oder mehrere der folgenden Sachlagen vorliegen:

- a) durch einen Diagnose- oder Behandlungsfehler als Folge einer Handlung oder Unterlassung von einem Gesundheitsberuf ausübenden Personen ist die Gesundheit des Patienten geschädigt worden,
- b) als Folge nicht oder nicht ordnungsgemäß erfolgter Aufklärung ist die Gesundheit des Patienten geschädigt worden,
- c) als Folge von fahrlässigem Verhalten, das sich in einer Gesundheitseinrichtung beschränkt auf Tätigkeiten im diagnostisch-therapeutischen Bereich ereignet hat und nicht einer einen Gesundheitsberuf ausübenden Person zugeordnet werden kann, ist die Gesundheit des Patienten geschädigt worden.

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 fahrlässiges Verhalten, das sich in einer Gesundheitseinrichtung in bezug auf Tätigkeiten im diagnostisch-therapeutischen Bereich zugetragen hat, auch wenn diese nicht einer einen Gesundheitsberuf ausübenden Person zugeordnet werden können, oder schließlich auf die unterlassene oder nicht ordnungsgemäß erfolgte Aufklärung zurückzuführen ist.

Der Aktionsradius der Schlichtungskommission ist auf gesundheitliche Dienste beschränkt, die auf dem Gebiet der Provinz Bozen erbracht werden.



02 DIE ZUSAMMENSETZUNG DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION FÜR HAFTUNGSFRAGEN IM GESUNDHEITSBEREICH

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

Im Zuge der Gesundheitsreform wurde die Zuständigkeit der Schlichtungsstelle im Jahr 2017 auf alle Berufsgruppen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, ausgedehnt. Die Schlichtungsstelle ist auch dann zuständig, wenn die Tätigkeiten im diagnostisch-therapeutischen Bereich, die einen gesundheitlichen Schaden verursacht haben, nicht einer einen Gesundheitsberuf ausübenden Person zugeordnet werden können.

In Erwartung der Überarbeitung der entsprechenden Durchführungsverordnung war die Schlichtungskommission im Jahr 2018 gemäß Beschluss der Landesregierung vom 11. Oktober 2016, Nr. 1.096, sowie Beschluss der Landesregierung vom 4. April 2017, Nr. 385 (ein, auch pensioniertes, Mitglied des Richterstandes, das aufgrund eines Dreivorschlags des Präsidenten des Landesgerichts Bozen ausgewählt wird; ein Arzt für Rechtsmedizin, der aufgrund eines Dreivorschlags der Ärzte- und Zahnärztekammer Bozen ausgewählt wird; ein Rechtsanwalt, der aufgrund eines Dreivorschlags der Rechtsanwaltskammer Bozen ausgewählt wird), wie folgt zusammengesetzt:

Ordentlicher Vorsitzender:

Dr. Hans Zelger, Richter im Ruhestand der Verwaltungsgerichtsbarkeit (Staatsrat),

Ersatz:

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

Ordentliches Mitglied:

Dr.in Antonia Tessadri, freiberuflich in Trient tätige Fachärztin für Rechtsmedizin,

Ordentliches Mitglied:

Dr.in Silvia Winkler, Rechtsanwältin in Brixen,

Ersatz:

dott. Stephan Vale, Rechtsanwalt in Bozen.

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



03 DIE ALLGEMEINEN GRUNDSÄTZE, DIE DIE TÄTIGKEIT DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION FÜR HAFTUNGSFRAGEN IM GESUNDHEITSBE- REICH AUSZEICHNEN, UND DAS VERFAHREN

Die im Jahr 2017 mit den Landesgesetzen vom 21. April 2017, Nr. 3 und 4, und vom 7. August 2017, Nr. 12, über die Bühne gegangene Gesundheitsreform hat zu einer Änderung des Artikels 4/bis des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung, der die Schlichtungsstelle weiterhin regelt, geführt. Die Gesetzesnovelle wird notwendigerweise zu einer Revision des Reglements, das das Verfahren vor der Schlichtungsstelle regelt, führen. In bezug auf das Jahr 2018 sind die Grundsätze, die die Tätigkeit der Schlichtungskommission und das Verfahren vor der Kommission auszeichnen, weiterhin im Dekret des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, „Bestimmungen über die Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen“, enthalten. An den allgemeinen Grundsätzen, die die Tätigkeit der Schlichtungskommission auszeichnen, wird auch in Zukunft festgehalten werden.

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, das betroffene Gesundheitspersonal und, falls Letzteres in einem beruflichem Verhältnis zu einem Arbeitgeber steht, 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 das betroffene Gesundheitspersonal, sei es jenes im öffentlichen Dienst, sei es jenes mit privater Praxis, ist regelmäßig anwesend und beweist damit sein 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, mit Ausnahme der geschuldeten Stempelsteuer, die Unentgeltlichkeit des Verfahrens. Der Antrag wird auf einem Vordruck gestellt, in welchem der Patient oder die berechtigte Person seine/ihre standesamtlichen Daten angibt, das Gesundheitspersonal möglichst namentlich anführt, dem er/sie einen Vorwurf macht, sowie gegebenenfalls den Sanitätsbetrieb, bei dem das Gesundheitspersonal beschäftigt ist. Der Antrag enthält schließlich eine kurze Beschreibung des Sachverhalts, aus der hervorgeht, welche Vorwürfe dem Gesundheitspersonal in Zusammenhang mit seinem 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 entsprechenden 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 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, unter Einhaltung der von der Rechtsordnung vorgesehenen Bestimmungen im Bereich Pflichtmediation bzw. Beweissicherungsverfahren (*accertamento tecnico preventivo*) den Gerichtsweg einzuschlagen.

UNVERBINDLICHKEIT

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.

DIE ZWEI PHASEN:

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

A) DER SCHLICHTUNGSVERSUCH

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 zu erzielen. 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 Gesundheitspersonals unabhängig ist.

B) DIE BEWERTUNG

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 vom beteiligten Gesundheitspersonal 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 Gesundheitspersonals vorliegt, das heißt ein bewiesenes oder vermutetes Verschulden des Gesundheitspersonals 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.

04 TÄTIGKEIT DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION FÜR HAFTUNGSFRAGEN IM GESUNDHEITSBEREICH IM JAHR 2018 UND IN DEN VORANGEGANGENEN JAHREN

Im Jahr 2018 sind bei der Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich der Autonomen Provinz Bozen 30 neue Anträge eingegangen (im Jahr 2017 wurden 31 Anträge eingereicht), die zusammen mit den Anträgen aus den vorhergehenden Jahren insgesamt 356 Fälle ergeben.

EINGEGANGENE UND ABGESCHLOSSENE ANTRÄGE

Aufstellung 1 – Eingegangene, abgeschlossene und anhängige Anträge nach Jahren (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2018)

	eingegangene Anträge	zum 31.12.2018 abgeschlossene Fälle	zum 31.12.2018 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	31	0
2013	32	32	0
2014	33	33	0
2015	31	31	0
2016	23	23	0
2017	31	26	5
2018	30	10	20
Anträge insgesamt	356	331	25

Aufstellung 1 zeigt auf, dass die Anzahl der Anträge, die jedes Jahr eingereicht werden, in etwa stabil bleibt, mit einem gewissen Rückgang im Jahr 2016. Aus der Aufstellung gehen die Anzahl der zum 31.12.2018 abgeschlossenen und anhängigen Fälle hervor, wobei die in den Vorjahren eingereichten Anträge mitberücksichtigt werden. Eine Überprüfung hat ergeben, dass im Jahr 2018 23 Fälle abgeschlossen worden sind (5 Fälle aus dem Jahr 2016, 8 Fälle aus dem Jahr 2017 und 10 Fälle aus dem Jahr 2018).

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 ca. fünfeinhalb Monaten.

Die Schlichtungskommission hat sich zum Ziel gesetzt, die internen klinisch-wissenschaftlichen Kompetenzen der Kommission maximal hervorzuheben und sowohl die Fristen, die für die Einholung von externen Sachverständigengutachten notwendig sind (im Schnitt zirka anderthalb Jahre für die Bewertung der Fälle, bei denen ein externes Sachverständigengutachten eingeholt werden musste), als auch die Ausgaben für die Sachverständigengutachten (im Schnitt 1.963,47 Euro für jedes Gutachten) zu reduzieren.

Die Herabsetzung der Verfahrensdauer ist eine Herausforderung, da die sehr komplexen Fälle zahlreich vorhanden sind und das Studium von sehr umfangreicher klinischer Dokumentation, mehrere Vertagun-

gen 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.

Die Schlichtungskommission hat außerdem dafür gesorgt, dass 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.

Die von der Parteien vorwiegend gewählte Sprache ist die deutsche Sprache (in 64,89% der bis zum 31. Dezember 2018 eingegangenen Fälle).

Die Anträge wurden von Personen unterschiedlichen Alters eingereicht; das Durchschnittsalter beträgt 50 Jahre.

Die Anträge wurden vorwiegend ohne Rechtsbeistand bei der Schlichtungsstelle eingereicht (in 21 Fällen) und in fünf Fällen mit Rechtsbeistand. Vier Fälle wurden über die Volksanwaltschaft eingereicht.

Die Situation Ende 2018 zeigt, dass alle Fälle, die bei der Schlichtungskommission im Jahr 2016 eingereicht worden sind, abgeschlossen werden konnten. 5 Fälle aus dem Jahr 2017 und 20 Fälle aus dem Jahr 2018 müssen hingegen noch bewertet und abgeschlossen werden.

Zusammenfassend wurden von den insgesamt 356 bei der Schlichtungskommission seit ihrer Einsetzung im Jahr 2007 eingegangenen Fällen 331 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 – 31.12.2018)

Art des Abschlusses des Schlichtungsverfahrens	pro Jahr eingegangene Fälle												insgesamt
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Schlichtung unter den Parteien	4	5	7	11	8	8	10	9	6	5	9	4	86
Schlichtungsempfehlung oder Schlussverfügung, die von der Kommission bei der Schlussverhandlung formuliert wurde	6	13	9	6	9	10	7	9	11	9	4	1	94
Vergleich außerhalb des Schlichtungsverfahrens oder Archivierung wegen Verzichts auf das Verfahren	0	1	0	4	2	5	6	2	1	3	1	1	26
Unzulässigkeit des Antrags wegen offensichtlicher Unbegründetheit desselben	1	7	5	5	0	1	2	9	4	2	5	0	41
Archivierung wegen Nicht-Erscheinens des Arztes bei der Erstverhandlung	5	5	2	3	2	1	2	0	1	2	3	1	27
Archivierung wegen nicht erfolgter Beauftragung der Kommission nach erfolglosem Schlichtungsversuch	3	5	5	2	5	6	5	4	8	1	4	3	51
Archivierung wegen Einbringung der Klage vor Gericht	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Archivierung wegen Unvollständigkeit des Antrags	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Unzuständigkeit der Kommission	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2

insgesamt abgeschlossene Verfahren	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	26	10	331
anhängige Verfahren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	20	25
insgesamt eingegangene Anträge	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	31	30	356

In 15,41% 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 oder bevorzugt den Gang vor Gericht. 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 auch gegen sie 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 82,18% der Fälle hat sich die Kommission in meritorischer Hinsicht äußern können: in 25,98% der Fälle haben die Parteien eine sofortige Schlichtung vor der Kommission erzielen können; in 28,40% der Fälle wurde die Kommission mit der Bewertung des Falls beauftragt; in 12,39% der Fälle hat die Kommission mit Erlass der Unzulässigkeitsverfügung den Fehler des Gesundheitspersonals ausgeschlossen; in 15,41% der Fälle haben sich die Parteien zumindest einem Schlichtungsversuch gestellt, auch wenn Letzterer schlussendlich nicht von Erfolg gekrönt war. Hinzu kommt, ohne direkte Schlichtung durch die Kommission, aber nach dem Zusammenführen der Parteien, dass in 4,53% der Fälle die Parteien eine Einigung außerhalb des Schlichtungsverfahrens erzielt haben.

Nur in weniger als einem auf zehn Fälle (8,16%) ist das vorgeladene Gesundheitspersonal nicht erschienen. Aber es gibt kaum einen Fall, bei dem die Gegenpartei nicht zumindest schriftlich Stellung bezogen 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 öffentlich bedienstetes oder privat niedergelassenes Gesundheitspersonal vom Patienten oder einer berechtigten Person im Antrag angeführt wurde, unterscheiden.

PERSONAL DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES UND NIEDERGELASSENES GESUNDHEITSPERSONAL

Aufstellung 3 – Rechtlicher Status des involvierten Gesundheitspersonals (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2018)

Jahr	Gesundheitspersonal des öffentlichen Gesundheitsdienstes	niedergelassenes Gesundheitspersonal	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
2014	27	6	33
2015	28	3	31
2016	17	6	23
2017	22	9	31
2018	23	7	30
insgesamt	293	63	356

In Bezug auf die 30 neuen Fälle, die im Jahr 2018 eingereicht wurden, war in sieben Fällen Gesundheitspersonal betroffen, das freiberuflich tätig ist. Die verbleibenden 23 Fälle betrafen hingegen Gesundheitspersonal, das in den öffentlichen Einrichtungen des Landesgesundheitsdienstes tätig ist und zwar mit folgender territorialer Verteilung.

ANTRÄGE GEGEN GESUNDHEITSPERSONAL DER VIER GESUNDHEITSBEZIRKE

Aufstellung 4 – Territoriale Verteilung des Personals des Landesgesundheitsdienstes (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2018)

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
2014	6	10	7	4	27
2015	12	8	3	5	28
2016	7	4	3	3	17
2017	11	5	2	4	22
2018	8	5	7	3	23
insgesamt	115	86	49	43	293

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 Landeskrankenhaus Bozen sicher nicht die selbe 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.

BETROFFENE ABTEILUNGEN ODER GESUNDHEITSPERSONAL

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

Abteilung/ Gesundheitspersonal	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	insgesamt
Orthopädie/niedergelassener orthopädischer Arzt	5	13	9	12	9	7	14	10	12	6	4	8	109
Zahnarzt/zahnärztlicher Dienst	3	1	1	3	3	4	3	7	3	4	7	5	44
Chirurgie/niedergelassener Chirurg	3	1	1	3	4	6	2	3	2	3	2	3	33
Notaufnahme	1	5	5	3	1	4	2	0	3	1	4	3	32
Gynäkologie/Geburtshilfe/Facharzt für Gynäkologie	0	4	0	1	4	0	2	6	1	1	3	2	24
Augenheilkunde	1	2	3	1	1	3	1	1	1	0	0	0	14
Hals-Nasen-Ohren	2	1	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	11
Innere Medizin	0	0	0	1	2	1	2	1	0	1	0	0	8
Urologie	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	8
Gefäß- und Thoraxchirurgie	0	2	2	0	0	0	1	2	0	0	0	0	7
Arzt für Allgemeinmedizin	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1	2	0	7
Anästhesie	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	7
Neurochirurgie	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	2	7
Plastische Chirurgie	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	6
Pädiatrie/pädiatrische Chirurgie	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	5
Psychiatrie	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	4
Dermatologie und Geschlechtskrankheiten	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	4
Radiologie	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
Neurologie	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3
Pneumologischer Dienst	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3
Infektionskrankheiten	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3
Kardiologie	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Medizinische Onkologie	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Geriatrie	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Gastroenterologie	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Beratungsstelle in Rheumatologie	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Labor für klinische Pathologie	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Nephrologie und Dialyse	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Hämatologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
insgesamt	21	36	28	32	27	31	32	33	31	23	31	30	355

Der Bereich Orthopädie ist analog zu den auf staatlicher Ebene existierenden Daten weiterhin am häufigsten von mutmaßlichen Fehlern in der Diagnose oder Therapie betroffen. Knapp ein Drittel der eingereichten Anträge betrifft in der Tat diesen Fachbereich. Es folgen die Zahnärzte/zahnärztlicher Dienst, die Allgemeine Chirurgie, die Notaufnahmen 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 Schlichtungsstelle unterbreitet werden (zirka 1,97% der Fälle).

Aus Aufstellung 6 gehen die Anträge hervor, die mit oder ohne Rechtsbeistand oder über die Volksanwaltschaft gestellt worden sind:

RECHTSBEISTAND

Aufstellung 6 – 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
2014	8	25	0	33
2015	13	17	1	31
2016	10	13	0	23
2017	16	13	2	31
2018	5	21	4	30
insgesamt	104	238	14	356

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 7 fasst die durchschnittliche Dauer der zum 31.12.2018 abgeschlossenen Fälle zusammen.

DAUER

Aufstellung 7 – Durchschnittliche Dauer der zum 31.12.2018 abgeschlossenen Verfahren

	durchschnittliche Dauer
alle innerhalb 31.12.2018 abgeschlossenen Verfahren	235 Tage
Verfahren, die mit einer Unzulässigkeitsverfügung oder einer Archivierung abgeschlossen wurden	148 Tage
erfolgreich geschlichtete Verfahren	168 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission den Fall bewertet hat, ohne ein Sachverständigengutachten einzuholen	320 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission nach Einholen eines Sachverständigengutachtens den Fall bewertet hat	550 Tage

Die durchschnittliche Dauer aller Verfahren liegt also bei knapp 8 Monaten; die Dauer der Verfahren, bei denen ein Sachverständigengutachten eingeholt wurde, liegt im Schnitt bei ca. anderthalb Jahren.

Aus Aufstellung 8 wird ersichtlich, in welchen bis zum 31.12.2018 abgeschlossenen Fällen die Schlichtungsstelle eine Haftung des Gesundheitspersonals/des Gesundheitspersonals und der Gesundheitseinrichtung, welcher das Gesundheitspersonal angehört, festgestellt hat und in welchen Fällen sie diese Haftung ausgeschlossen hat.

HAFTUNG DES GESUNDHEITSPERSONALS ODER AUSSCHLUSS DER HAFTUNG

Aufstellung 8 – Fälle, die von der Schlichtungskommission im Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2018 bewertet worden sind

	Anzahl der Fälle
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Gesundheitspersonals/des Gesundheitspersonals und der Gesundheitseinrichtung, welcher dieses angehört, festgestellt hat	36
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Gesundheitspersonals/des Gesundheitspersonals und der Gesundheitseinrichtung, welcher dieses angehört, ausgeschlossen hat	58
insgesamt	94

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 Gesundheitspersonals 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 Gesundheitspersonals vermutet wird) addiert werden, wäre das Ergebnis jenes laut folgender Aufstellung 9

Aufstellung 9 – Fälle, die von der Schlichtungskommission im Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2018 bewertet worden sind und Fälle von vermuteter Haftung des Gesundheitspersonals sowie von vermutetem Nichtvorhandensein der Haftung des Gesundheitspersonals

	Anzahl der Fälle
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Gesundheitspersonals/des Gesundheitspersonals und der Gesundheitseinrichtung, welcher dieses angehört, festgestellt hat sowie Fälle, bei denen die Haftung des Gesundheitspersonals vermutet wird	118
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Gesundheitspersonals/des Gesundheitspersonals und der Gesundheitseinrichtung, welcher dieses angehört, ausgeschlossen hat sowie Fälle, bei denen das Nichtvorhandensein der Haftung des Gesundheitspersonals vermutet wird	100
insgesamt	218

Aus Aufstellung 10 gehen die bis zum 31.12.2018 eingegangenen Verfahren hervor, bei denen die Kommission einen Sachverständigen ernannt hat sowie die durchschnittlichen Kosten der Sachverständigengutachten.

SACHVERSTÄNDIGER UND KOSTEN

Aufstellung 10 – Anzahl der externen Sachverständigengutachten und durchschnittliche Kosten der Sachverständigengutachten

Verfahren, bei denen ein Sachverständiger ernannt worden ist	48 von 356
durchschnittliche Kosten der Sachverständigengutachten	1.963 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 31.12.2018 abgeschlossenen Fälle, beträgt 33.257,55 Euro.

Aus Aufstellung 11 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.

GEWÄHLTE SPRACHE

Aufstellung 11 – 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
2014	16	17	33
2015	11	20	31
2016	6	17	23
2017	8	23	31
2018	9	21	30
insgesamt	125	231	356

Aus Aufstellung 12 wird das Alter der Patienten ersichtlich.

ALTER DER PATIENTEN

Aufstellung 12 – Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Antragstellung

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Durchschnittsalter in Jahren	49	49	59	55	50	49	48	46	55	50	52	50
jüngster Patient in Jahren	4	11	17	15	13	14	3	0	14	11	7	16
ältester Patient in Jahren	69	83	86	89	75	87	90	76	85	84	94	84

05 KASUISTIK

Es werden einige im Laufe des Jahres 2018 vor der Schlichtungskommission verhandelte und abgeschlossene Fälle zusammengefasst, in denen eine Haftung des Gesundheitspersonals entweder erkannt oder aber eine solche Haftung ausgeschlossen worden ist. So wurde zum Beispiel befunden,

BEISPIELE

- dass eine Haftung des Zahnarztes und Kieferchirurgen vorliegt, der beim Patienten eine Extraktion bzw. Freilegung eines bestimmten Zahnelementes vorgenommen hat; die Schädigung des Nervus mentalis bildet eine bekannte und vorhersehbare Komplikation bei derartigen chirurgischen Eingriffen und ist als solche durch Anwendung geeigneter Vorsichtsmaßnahmen (schonende und umsichtige Operationsweise, entsprechend gewählte Schnittführung) vermeidbar; es sind allerdings keine besonderen anatomischen Bedingungen aufgezeigt worden, woraus abgeleitet hätte werden können, dass die Nervschädigung unausweichlich gewesen wäre. Die Nervschädigung wird als iatrogene Schädigung erachtet, die mit einem gesundheitlichen Schaden einhergegangen ist,
- dass keine Haftung des Arztes der Notaufnahme vorliegt, der bei einer Patientin mit starken Schmerzen im Lendenbereich eine Pseudoischialgie links festgestellt hat, ohne eine instrumentaldiagnostische Abklärung veranlasst zu haben, und die Patientin nach Verschreibung eines Schmerzmittels, von Übungen zur Verlängerung der Muskulatur sowie der Empfehlung, sich bei Bedarf oder bei Auftreten neuer Symptome wieder vorzustellen, nach Hause entlassen hat. Eine aufgrund des Anhaltens der Schmerzen im Lendenbereich privat durchgeführte diagnostische Abklärung, hat eine posterolateral liegende Diskushernie zu Tage gefördert und die Patientin hat sich an einer privaten Einrichtung einem chirurgischen Eingriff einer Mikrodiskektomie unterzogen. Unter Beachtung der zum Zeitpunkt der Behandlung geltenden Leitlinien wurden bei Trigger- oder Schmerzpunkten im muskulären Bereich, einem zweifelhaften Lasegue-Test bei maximalem Winkel links und Fehlen neurologischer Ausfälle korrekterweise keine instrumentaldiagnostischen Abklärungen veranlasst, da eben nicht von den entsprechenden Leitlinien vorgesehen und für die Gesundheit des Patienten gefährlich. Es war korrekt, eine konservative pharmakologische Schmerztherapie durchzuführen und die Patientin in die Obhut des Vertrauensarztes zu entlassen, verbunden mit der Empfehlung, sich bei Auftreten neuer Symptome wieder vorzustellen. Das Zuwarten im Hinblick auf einen chirurgischen Eingriff kann mit den möglichen Komplikationen während und nach der Diskektomie sowie mit der meist spontanen Genesung begründet werden. Abgesehen vom Aspekt rund um eine Haftung dem Grunde nach, muss im Zusammenhang mit der Höhe des geforderten Schadenersatzes unterstrichen werden, dass die von der Patientin für private Behandlungen getragenen Ausgaben in keinem Fall ersetzt worden wären. Vorgenannte Ausgaben können nämlich bei Fehlen des Nachweises, dass diese für die Behandlung des Patienten notwendig gewesen wären und die entsprechende Behandlung nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst erbracht wird, nicht ersetzt werden (vergleiche Kassation, Urteil vom 29.04.2015, Nr. 8693, wonach dem Geschädigten, falls er aus persönlichen Gründen private Einrichtungen in Anspruch nimmt, keinerlei Entschädigung von Ausgaben für Behandlungen, die er unentgeltlich in Anspruch hätte nehmen können, zuerkannt werden kann),
- dass eine Haftung des Chirurgen vorliegt, der einen Patienten, der ein Trauma an der rechten Schulter erlitten hatte, einem Eingriff einer nicht zementierten Schulterprothese unterzogen hat, ohne die notwendigen Voruntersuchungen in korrekter Weise durchzuführen. Es wurde unterlassen, gezielte Untersuchungen vorzunehmen, um festzustellen, ob der Zustand des Patienten den gewählten Eingriff zuließ (muskuläre Situation an einer schwerwiegend geschädigten Schulter; schwerwiegender Schaden an der Rotatorenmanschette oder in der Deltoideusregion; neurologische Schulter). Die Durchführung lediglich einer Sonographie hat es nicht erlaubt, die korrekte chirurgische Herangehensweise zu wählen, während die notwendigen Untersuchungen in einer Computertomographie für die Bewertung der Knochenstruktur und in einer Magnetresonanz bestanden hätten, um den Zustand der Rotatorenmanschette vorab zu bewerten. Dies hätte sehr wahrscheinlich zur Verpflanzung einer inversen Schulterpro-

these geführt, die selbst bei Fehlen der Rotatorenmanschette zu einem guten funktionellen Outcome geführt hätte,

- dass keine Haftung der Neurochirurgen, die eine Patientin einer Bandscheiben-OP bzw. einer nachfolgenden Revisions-OP unterzogen haben, vorliegt. Den Neurochirurgen wird vorgeworfen, eine Fraktur des Facettengelenks sowie eine Verletzung der Nervenwurzel L5 verursacht zu haben. Das Zuwarten von zwei Monaten zwischen dem ersten und dem Revisionseingriff hätte laut Patientin zu einer anhaltenden Kompression der Nervenwurzel L5 geführt. Im Zuge des Revisionseingriffs sei zudem laut Patientin die Fraktur des oberen Gelenkfortsatzes des rechten Facettengelenks im betroffenen Lendenwirbelbereich eingetreten, was die bereits vorhandene Läsion der Nervenwurzel L5 negativ beeinflusst habe. Eine EMG-Untersuchung war in Bezug auf neurologische Defizite im Bereich der von L5 innervierten Muskeln negativ. Was hingegen die Fraktur des oberen Gelenkfortsatzes betrifft, ist es sehr wahrscheinlich, dass es zu dieser spontan im Zeitraum zwischen dem ersten und einem nachfolgenden Eingriff als Folge von Überbelastung bei Instabilität der betroffenen Lendenwirbel und einer aufgrund der vormaligen Eingriffe bereits geschwächten Facette gekommen ist,
- dass die Haftung des plastischen Chirurgen vorliegt, der eine Patientin verschiedenen Eingriffen zur Erweiterung der Brust, einer Narbenkorrektur am Unterbauch und einer Korrektur im Intimbereich unterzogen hat. Die übermäßig kraniale (also nach oben verschobene) Position der linken Brustprothese sofort nach dem Eingriff ist auf eine nicht korrekte Ausführung der rektoralen Tasche zurückzuführen. Der Eingriff zur Narbenkorrektur ist gescheitert, da er zum Ziel hatte, die Narbe so weit nach unten zu verschieben, dass sie bei Tragen einer handelsüblichen Unterwäsche unter dieser verschwinden würde. Der Eingriff im Vaginalbereich hätte dazu führen müssen, dass die inneren Schamlippen zwar verkleinert, aber nicht entfernt würden. Keine der diversen akkreditierten Techniken zur Verkleinerung der inneren Schamlippen sieht nämlich die gänzliche Entfernung der inneren Schamlippen vor. Der Arzt hat die inneren Schamlippen allerdings faktisch zur Gänze entfernt,
- dass keine Haftung des Orthopäden vorliegt, der eine Patientin, die sich bei einem Unfall mit der Mähmaschine verletzt hatte, nach Anfertigen eines Röntgenbildes und der Verschreibung von Schmerzmitteln nach Hause entlassen hat. Die Patientin hat sich wegen der fortdauernden Schmerzen zwei Wochen später wieder an die Notaufnahme gewandt, und ihr wurde dabei eine Magnetresonanz verschrieben. Die Patientin hat diese Untersuchung von einer privaten Einrichtung durchführen lassen, da sie andernfalls vier Monate auf die Untersuchung hätte warten müssen. Es wurde eine frischere Deckplatten-Impressionsfraktur beim zwölften Wirbel diagnostiziert. Die Patientin wirft dem behandelnden Arzt vor, die Fraktur nicht erkannt und auch nicht korrekt behandelt zu haben, sondern lediglich Maßnahmen gegen Osteoporose, Arthrose und chronische Rückenschmerzen mit Schmerzmitteln gesetzt zu haben. Es ist richtig, dass der behandelnde Orthopäde die von der Patientin erlittene Fraktur nicht erkannt hat, aber das liegt daran, dass die Fraktur nur auf Grundlage des Röntgenbildes nicht erkennbar war, und auch ansonsten wegen Fehlens neurologischer Ausfälle kein Hinweis auf die Fraktur selbst vorlag. Der Sanitätsbetrieb hat sofort eine Röntgenaufnahme erstellt, sich mit dem Verdacht auf eine Fraktur befasst, diesen Verdacht im ersten Augenblick ausgeschlossen, die Therapie jedoch jedenfalls so angelegt, dass sie auch für den Fall einer dennoch bestehenden Fraktur korrekt gewesen wäre, weiters und für den Fall, dass die konservative Therapie mit Schmerzmitteln und zeitweiligem Korsett nicht anschlagen sollte, eine Magnetresonanz angeregt, welche die Patientin dann aus Eigeninitiative frühzeitig in einer Privatklinik vornehmen hat lassen, um der Patientin schließlich und auch auf Grundlage der Ergebnisse der Magnetresonanz eine Operation vorzuschlagen, welche die Patientin zuletzt ausgeschlagen hat. Unabhängig davon, dass es keine anderen Therapiemöglichkeiten für osteoporotisch verursachte Frakturen gäbe, zeigt gerade der Umstand, dass die Patientin nach Eigeninitiative vorgenommener Magnetresonanz bei genau jener Therapie geblieben ist, welche ihr bereits vorher von den behandelnden Ärzten vorgeschlagen worden war, dass auch eine durch den Sanitätsbetrieb vorzeitig vorgenommene Magnetresonanz an der Behandlung selbst nichts geändert hätte,

- dass keine Haftung der Chirurgen vorliegt, die zwecks Abklärung eines Adnextumors bzw. Ausschluss‘ eines malignen Tumors die diagnostische Laparoskopie aufgrund des Verdachts auf Malignität abgebrochen und eine Minilaparotomie mit histologischer Sicherung der Diagnose vorgenommen haben. Den behandelnden Ärzten kann auch kein Vorwurf hinsichtlich der Abklärung und weiteren Vorgehensweise in Zusammenhang mit einem bereits vor dem Eingriff bestehenden Gebärmuttermyom gemacht werden, da sich die zu wählende Therapie generell nach Größe und Lage des Myoms richtet und im konkreten Fall allenfalls eine abwartende Beobachtung, aber keine Therapie, angezeigt war. Es bestand daher keine Indikation für den in einem anderen Krankenhaus von anderen Ärzten durchgeführten Eingriff einer laparoskopischen Hysterektomie und unilateralen Salpingektomie, mit dem, abgesehen von einer längeren Heilungsdauer, eine mögliche, vorhersehbare, aber unvermeidbare Folge einer Hysterektomie, nämlich Inkontinenz unter Belastung, einherging,
- dass die Haftung der Urologen vorliegt, die eine an Harninkontinenz bei Vorliegen einer Zystozele leidende Frau einer Operation (Sakrokolpopexie) unterzogen haben und dabei eine Beckenvene verletzt haben, was zu einer massiven Blutung geführt hat. Die hinzugezogenen Gefäßchirurgen haben die Blutung gestoppt und die verletzte Vene rekonstruiert. Dabei kam es allerdings zu einer Teilläsion des nervus femoralis links; die Kompression des nervus femoralis war allerdings unausweichlich und notwendig, um die Blutung aufgrund der Verletzung der Vene zu stoppen. Die Nervschädigung kann kausal den operierenden Urologen zugeordnet werden. Hinsichtlich des Verhaltens der Urologen, wodurch die Gefährdung hinsichtlich des Lebens der Patientin entstanden ist, hatte das Verhalten der Gefäßchirurgen, welches das ursprünglich eingeleitete Risiko abzuwenden vermochte, keine unterbrechende Wirkung des Kausalzusammenhangs.



06 NACHWORT

Im Jahr 2017 wurden sowohl die staatlichen Bestimmungen als auch die auf lokaler Ebene greifenden Bestimmungen im Wirkungsbereich der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich der Autonomen Provinz Bozen wichtigen Änderungen unterworfen.

Mit dem Inkrafttreten zum 1. April 2017 des Gesetzes vom 8. März 2017, Nr. 24, das Bestimmungen im Bereich Behandlungssicherheit und Sicherheit der betreuten Person sowie im Bereich der beruflichen Haftung von Personen, die Gesundheitsberufe ausüben, enthält, wurden viele Neuerungen im Bereich der beruflichen Haftung von Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben, eingeführt, und im Besonderen der verpflichtende Schlichtungsversuch unter Zurückgreifen auf das Beweissicherungsverfahren zum Zwecke der Streitbeilegung gemäß Artikel 696-bis der Zivilprozessordnung als Alternative zum Verfahren der Pflichtmediation gemäß Artikel 5 Absatz 1-bis des gesetzesvertretenden Dekrets vom 4. März 2010, Nr. 28, in geltender Fassung.

Diesbezüglich konnte festgestellt werden, dass die Inanspruchnahme des Verfahrens der freiwilligen Schlichtung vor der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich im Jahr 2018 im Vergleich zu den Vorjahren de facto gleichgeblieben ist. Dies ist wahrscheinlich auf den Umstand zurückzuführen, dass sich Patienten und Ärzte/gesundheitsliche Einrichtungen von der Nützlichkeit dieses Dienstes rund um die fachlich-juridische Bewertung der Fälle mutmaßlicher beruflicher Haftung im Gesundheitsbereich, der von der öffentlichen Verwaltung zugunsten von Patienten und im Gesundheitsbereich tätigen Fachkräften zur Verfügung gestellt wird, überzeugen.

Die von den Landesgesetzen vom 21. April 2017, Nr. 4, und 7. August 2017, Nr. 12, eingefügte Gesetzesnovelle zu Artikel 4/bis des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung, hat die Ausdehnung der Zuständigkeit der Schlichtungsstelle auf die Tätigkeit aller Berufsgruppen im Gesundheitsbereich sowie die Ausdehnung der Zuständigkeit der Kommission in Zusammenhang mit der Bewertung von Haftungsfällen, die auf organisatorische Mängel im Rahmen einer diagnostisch-therapeutischen Tätigkeit zurückzuführen sind, bedingt.

Im Zuge der Überarbeitung der Durchführungsverordnung zur Schlichtungsstelle musste man feststellen, dass ein organisatorischer Aspekt der Schlichtungseinrichtung mit einer gesetzlichen Bestimmung zu regeln ist, so dass sich eine weitere Änderung der gesetzlichen Bestimmung als notwendig erweist, bevor die neue Verordnung formell verabschiedet werden kann. In der Zwischenzeit kommt weiterhin die Verordnung laut Dekret des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, zur Anwendung.

Es bleibt zu wünschen, dass dieser wichtige vom Land sowohl zugunsten der Nutzer öffentlicher und privater in Südtirol angebotener Gesundheitsdienste als auch zugunsten der Einrichtungen und Fachkräfte, die diese Dienste erbringen, zur Verfügung gestellte Dienst einer freiwilligen Schlichtung weiterhin genutzt werde, um einen Beitrag zur außergerichtlichen Lösung von Streitfällen in diesem Bereich sowie zur ständigen Verbesserung der der Bevölkerung zur Verfügung stehenden Gesundheitsdienste zu leisten.

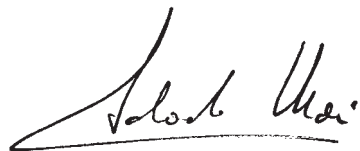
Bozen, den 17. Juni 2019

Die Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich::

Dr. Hans Zelger



Dr. Edoardo Armando Mori



Dr.in Antonia Tessadri



RA Dr.in Silvia Winkler



RA. dott. Stephan Vale



Der Sekretär
dott. Christian Leuprecht

