



SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR HAFTUNGSFRAGEN IM GESUNDHEITSBEREICH



TÄTIGKEITSBERICHT 2022

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung.....	Seite 3
1 Die Zuständigkeit der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich.....	Seite 4
2 Die Zusammensetzung der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich.....	Seite 5
3 Die allgemeinen Grundsätze, die die Tätigkeit der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich auszeichnen, und das Verfahren.....	Seite 6
4 Tätigkeit der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich im Jahr 2022 und in den vorangegangenen Jahren.....	Seite 8
5 Kasuistik	Seite 17
6 Nachwort	Seite 19



EINLEITUNG

Sehr geehrter Herr Landesrat,
die Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich des Landes 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, der Patientin/dem Patienten 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 der Patientin/dem Patienten überflüssige diagnostische Abklärungen verschrieben werden, die nicht zum Wohle der Patientin/des Patienten sind, sondern mit dem Hintergedanken verfügt werden, das rechtliche Risiko einer Schadenersatzforderung 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.

1 DIE ZUSTÄNDIGKEIT DER SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR HAFTUNGSFRAGEN IM GESUNDHEITSBEREICH

Der Aktionsradius der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich des Landes Südtirol ist auf folgende Fälle zugeschnitten, in denen eine Patientin/ein Patient in Südtirol erbrachte Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen hat und sie/er selbst oder ihre/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 der Patientin/des Patienten geschädigt worden,
- b) als Folge nicht oder nicht ordnungsgemäß erfolgter Aufklärung ist die Gesundheit der Patientin/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 der Patientin/des Patienten geschädigt worden.

Der Bereich, in dem die Schlichtungsstelle 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 Schlichtungsstelle ist auf gesundheitliche Dienste beschränkt, die auf dem Gebiet der Provinz Bozen erbracht werden.



2 DIE ZUSAMMENSETZUNG DER SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR HAFTUNGSFRAGEN IM GESUNDHEITSBEREICH

Als erste territoriale Körperschaft Italiens hat das Land 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.

Die Schlichtungsstelle war gemäß Artikel 4/bis Absatz 4 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung, sowie des Dekrets des Landesrates vom 15. Oktober 2020, Nr. 18787, im Jahr 2022 (zwei Rechtsanwälte, die jeweils aufgrund eines Dreivorschlags der Rechtsanwaltskammer Bozen ausgewählt werden; einer davon übt die Funktion der/des Vorsitzenden aus; eine Ärztin/ein Arzt für Rechtsmedizin, die/der aufgrund eines Dreivorschlags der Ärzte- und Zahnärztekammer Bozen ausgewählt wird), wie folgt zusammengesetzt:

Ordentliche Vorsitzende:

Dr.in Silvia Winkler, Rechtsanwältin in Brixen,

Ersatz:

dott. Michael Pichler, Rechtsanwalt in Bozen,

Ordentliches Mitglied:

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

Ersatz:

Stelle wegen Rücktritts des Mitglieds nicht besetzt,

Ordentliches Mitglied:

dott. Stephan Vale, Rechtsanwalt in Bozen,

Ersatz:

dott. Werner Kirchler, Rechtsanwalt in Bruneck.

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.

3 DIE ALLGEMEINEN GRUNDSÄTZE, DIE DIE TÄTIGKEIT DER SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR HAFTUNGSFRAGEN IM GESUNDHEITSBEREICH AUSZEICHNEN, UND DAS VERFAHREN

Der Artikel 4/bis des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, wurde in den Jahren 2019 und 2020 mit den Landesgesetzen vom 24. September 2019, Nr. 8, und vom 27. März 2020, Nr. 2, novelliert. Mit Bezug auf das Jahr 2022 sind die Grundsätze, die die Tätigkeit der Schlichtungsstelle 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.

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 Schlichtungsstelle ausgesprochen werden.

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.

Ein zweiter Grundsatz, der die Tätigkeit der Schlichtungsstelle auszeichnet, ist, mit Ausnahme der geschuldeten Stempelsteuer, die Unentgeltlichkeit des Verfahrens. Der Antrag wird auf einem Vordruck gestellt, in welchem die Patientin/der Patient oder die berechtigte Person ihre/seine standesamtlichen Daten angibt, das Gesundheitspersonal möglichst namentlich anführt, dem sie/er 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 die Antragstellerin/der Antragsteller von einer Person ihres/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 die Patientin/der Patient sich eines Rechtsanwalts oder eines Parteisachverständigen bedienen, sind die entsprechenden Kosten von der Antragstellerin/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 die Patientin/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 Schlichtungsstelle schriftlich ein begründetes technisches Gutachten, das für den Fall, dass eine Haftung oder ein Schaden nicht ausge-

geschlossen 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 Schlichtungsstelle 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.

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 der Antragstellerin/dem Antragsteller vereinbarten Beträge zu bezahlen, angenommen oder abgelehnt werden.

Diese allgemeinen Grundsätze bestimmen das Verfahren, an das sich die Schlichtungsstelle 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 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.

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.



4 TÄTIGKEIT DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION FÜR HAFTUNGSFRAGEN IM GESUNDHEITSBEREICH IM JAHR 2022 UND IN DEN VORANGEGANGENEN JAHREN

Im Jahr 2022 sind bei der Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich der Autonomen Provinz Bozen 22 neue Anträge eingegangen (im Jahr 2021 wurden 18 Anträge eingereicht), die zusammen mit den Anträgen aus den vorhergehenden Jahren insgesamt 437 Fälle ergeben.

Aufstellung 1 – Eingegangene, abgeschlossene und anhängige Anträge nach Jahren (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2022)

	eingegangene Anträge	zum 31.12.2022 abgeschlossene Fälle	zum 31.12.2022 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	31	0
2018	30	30	0
2019	27	27	0
2020	14	11	3
2021	18	10	8
2022	22	4	18
Anträge insgesamt	437	408	29

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 und in den Jahren 2020, 2021 und 2022, der wohl dem Gesundheitsnotstand aufgrund von SARS-COV-2 geschuldet ist. Aus der Aufstellung gehen die Anzahl der zum 31.12.2022 abgeschlossenen und anhängigen Fälle hervor, wobei die in den Vorjahren eingereichten Anträge mitberücksichtigt werden. Eine Überprüfung hat ergeben, dass im Jahr 2022 20 Fälle abgeschlossen worden sind (3 Fälle aus dem Jahr 2019, 4 Fälle aus dem Jahr 2020, 9 Fälle aus dem Jahr 2021 und 4 Fälle aus dem Jahr 2022).

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. sechs 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 etwas mehr als anderthalb Jahre für die Bewertung der Fälle, bei denen ein externes Sachverständigengutachten eingeholt werden musste), als auch die Ausgaben für die Sachverständigengutachten (im Schnitt 2.115,00 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 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.

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 65,45% der bis zum 31. Dezember 2022 eingegangenen Fälle).

Die Anträge wurden von Personen unterschiedlichen Alters eingereicht; das Durchschnittsalter beträgt 56 Jahre.

Die Anträge wurden vorwiegend ohne Rechtsbeistand bei der Schlichtungsstelle eingereicht (in 14 Fällen) und in fünf Fällen mit Rechtsbeistand. Drei Fälle wurden über die Volksanwaltschaft eingereicht.

Die Situation Ende 2022 zeigt, dass alle Fälle, die bei der Schlichtungskommission im Jahr 2019 eingereicht worden sind, abgeschlossen werden konnten. 3 Fälle aus dem Jahr 2020, 8 Fälle aus dem Jahr 2021 und 18 Fälle aus dem Jahr 2022 müssen hingegen noch bewertet und abgeschlossen werden.

Zusammenfassend wurden von den insgesamt 437 bei der Schlichtungskommission seit ihrer Einsetzung im Jahr 2007 eingegangenen Fällen 408 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 – 31.12.2022)

Art des Abschlusses des Schlichtungsverfahrens	pro Jahr eingegangene Fälle																insgesamt
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	
	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
Schlichtung unter den Parteien	4	5	7	11	8	8	10	9	6	5	9	10	4	2	5	2	105
Schlichtungsempfehlung oder Schlussverfügung, die von der Kommission bei der Schlussverhandlung formuliert wurde	6	13	9	6	9	10	7	9	11	9	9	10	15	5	2	0	130
Vergleich außerhalb des Schlichtungsverfahrens oder Archivierung wegen Verzichts auf das Verfahren	0	1	0	4	2	5	6	2	1	3	1	2	3	3	2	1	36
Unzulässigkeit des Antrags wegen offensichtlicher Unbegründetheit desselben	1	7	5	5	0	1	2	9	4	2	5	1	1	0	0	1	44
Archivierung wegen Nicht-Erscheinens des Arztes bei der Erstverhandlung	5	5	2	3	2	1	2	0	1	2	3	2	0	0	0	0	28
Archivierung wegen nicht erfolgter Beauftragung der Kommission nach erfolglosem Schlichtungsversuch	3	5	5	2	5	6	5	4	8	1	4	5	2	1	1	0	57
Archivierung wegen Einbringung der Klage vor Gericht	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	5
Archivierung wegen Unvollständigkeit des Antrags	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Unzuständigkeit der Kommission	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
insgesamt abgeschlossene Verfahren	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	31	30	27	11	10	4	408
anhängige Verfahren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8	18	29
insgesamt eingegangene Anträge	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	31	30	27	14	18	22	437

In 13,97% 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 82,35% der Fälle hat sich die Kommission in meritorischer Hinsicht äußern können: in 25,74% der Fälle haben die Parteien eine sofortige Schlichtung vor der Kommission erzielen können; in 31,86% der Fälle wurde die Kommission mit der Bewertung des Falls beauftragt; in 10,78% der Fälle hat die Kommission mit Erlass der Unzulässigkeitsverfügung den Fehler des Gesundheitspersonals ausgeschlossen; in 13,97% 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 4,66% der Fälle die Parteien eine Einigung außerhalb des Schlichtungsverfahrens erzielt haben.

Nur in weniger als einem auf zehn Fälle (6,86%) 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.

Aufstellung 3 – Rechtlicher Status des involvierten Gesundheitspersonals (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2022)

Jahr	Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes	niedergelassenes Gesundheitspersonal	Anträge insgesamt
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
2019	26	1	27
2020	10	4	14
2021	15	3	18
2022	20	2	22
insgesamt	364	73	437

In Bezug auf die 22 neuen Fälle, die im Jahr 2022 eingereicht wurden, war in zwei Fällen Gesundheitspersonal betroffen, das freiberuflich tätig ist. Die verbleibenden 20 Fälle betrafen hingegen Gesundheitspersonal, das in den öffentlichen Einrichtungen des Landesgesundheitsdienstes tätig ist und zwar mit folgender territorialer Verteilung.

Aufstellung 4 – Territoriale Verteilung des Personals des Landesgesundheitsdienstes (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2022)

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
2019	14	6	4	2	26
2020	3	5	1	1	10
2021	6	6	1	2	15
2022	7	4	8	1	20
insgesamt	145	107	63	49	364

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.

Aufstellung 5 – Betroffene Krankenhausabteilungen oder Gesundheitspersonal

(ausgenommen der Fall des nicht vollständigen Antrags im Jahr 2010)

Abteilung/ Gesundheitspersonal	2 0 0 7	2 0 0 8	2 0 0 9	2 0 1 0	2 0 1 1	2 0 1 2	2 0 1 3	2 0 1 4	2 0 1 5	2 0 1 6	2 0 1 7	2 0 1 8	2 0 1 9	2 0 2 0	2 0 2 1	2 0 2 2	insge- samt
Orthopädie/niedergelassener orthopädischer Arzt	5	13	9	12	9	7	14	10	12	6	4	8	7	5	5	5	131
Zahnarzt/zahnärztlicher Dienst	3	1	1	3	3	4	3	7	3	4	7	5	1	1	0	1	47
Chirurgie/niedergelassener Chirurg	3	1	1	3	4	6	2	3	2	3	2	3	3	1	3	3	43
Notaufnahme	1	5	5	3	1	4	2	0	3	1	4	3	5	3	0	3	43
Gynäkologie/Geburtshilfe/ Facharzt für Gynäkologie	0	4	0	1	4	0	2	6	1	1	3	2	2	0	2	1	29
Augenheilkunde	1	2	3	1	1	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	3	18
Hals-Nasen-Ohren	2	1	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	2	0	1	1	15
Urologie	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	10
Neurochirurgie	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	10
Innere Medizin	0	0	0	1	2	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	9
Gefäß- und Thoraxchirurgie	0	2	2	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	8
Arzt für Allgemeinmedizin	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	8
Plastische Chirurgie	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	1	0	8
Anästhesie	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	7
Psychiatrie	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	7
Pädiatrie/pädiatrische Chirurgie	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	6
Dermatologie und Geschlechtskrankheiten	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4
Radiologie	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4
Neurologie	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
Kardiologie	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	4
Pneumologischer Dienst	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Infektionskrankheiten	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3
Geriatric	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Gastroenterologie	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
Medizinische Onkologie	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Nephrologie und Dialyse	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Beratungsstelle in Rheuma- tologie	0	0	0	1	0	0	0	0	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	0	0	0	0	1
Hämatologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Strahlentherapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Hygiene und öffentliche Gesundheit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
insgesamt	21	36	28	32	27	31	32	33	31	23	31	30	27	14	18	22	436

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 1,83% der Fälle).

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

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
2019	12	12	3	27
2020	7	7	0	14
2021	6	6	6	18
2022	5	14	3	22
insgesamt	134	277	26	437

Der Großteil der Anträge wurde also direkt vom Bürger (oder seinen Erben) eingereicht. In einer nicht zu vernachlässigenden 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 31.12.2022 abgeschlossenen Fälle zusammen.

Aufstellung 7 – Durchschnittliche Dauer der zum 31.12.2022 abgeschlossenen Verfahren

	durchschnittliche Dauer
alle innerhalb 31.12.2022 abgeschlossenen Verfahren	263 Tage
Verfahren, die mit einer Unzulässigkeitsverfügung oder einer Archivierung abgeschlossen wurden	165 Tage
erfolgreich geschlichtete Verfahren	178 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission den Fall bewertet hat, ohne ein Sachverständigen-gutachten einzuholen	336 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission nach Einholen eines Sachverständigengutachtens den Fall bewertet hat	572 Tage

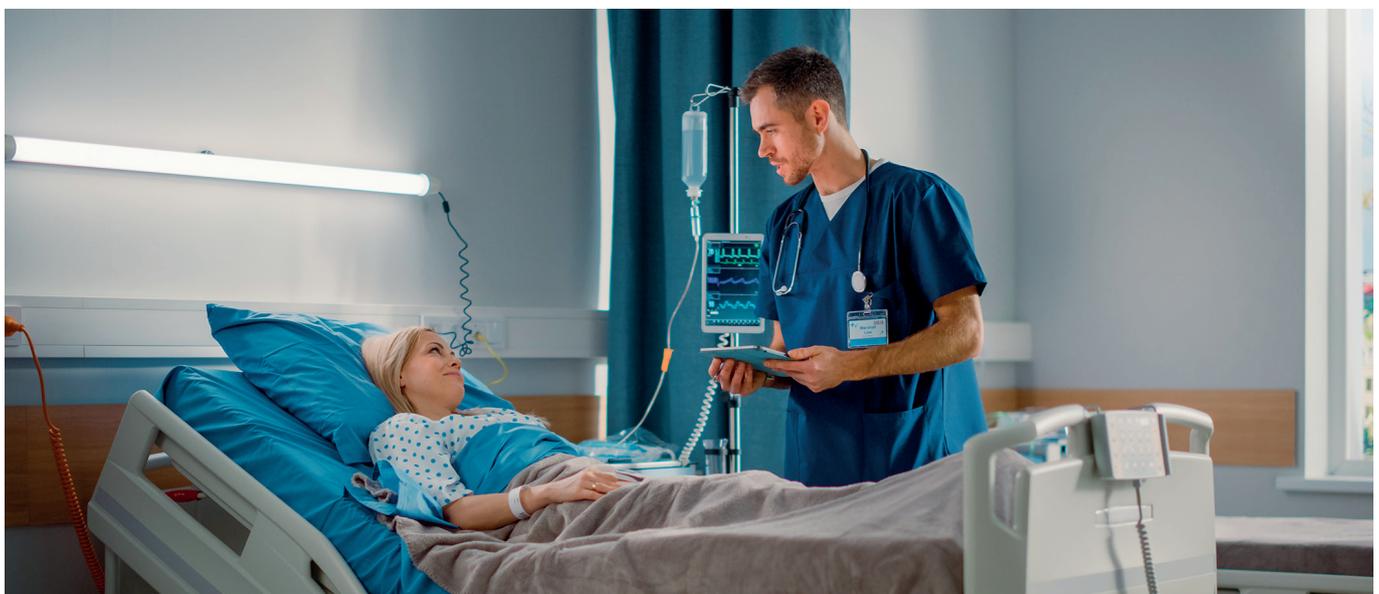
Die durchschnittliche Dauer aller Verfahren liegt also bei knapp 9 Monaten; die Dauer der Verfahren, bei denen ein Sachverständigengutachten eingeholt wurde, liegt im Schnitt bei etwas mehr als anderthalb Jahren.

Aus Aufstellung 8 wird ersichtlich, in welchen bis zum 31.12.2022 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.

Aufstellung 8 – Fälle, die von der Schlichtungskommission im Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2022 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	45
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Gesundheitspersonals/des Gesundheitspersonals und der Gesundheitseinrichtung, welcher dieses angehört, ausgeschlossen hat	85
insgesamt	130

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 – 31.12.2022 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	142
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	129
insgesamt	271

Aus Aufstellung 10 gehen die bis zum 31.12.2022 eingegangenen Verfahren hervor, bei denen die Kommission einen Sachverständigen ernannt hat sowie die durchschnittlichen Kosten der Sachverständigengutachten.

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

Verfahren, bei denen ein Sachverständiger ernannt worden ist	72 von 408
durchschnittliche Kosten der Sachverständigengutachten	2.115,00 Euro

Das arithmetische Mittel des von der Kommission anerkannten oder zwischen den Parteien vor der Kommission vereinbarten Schadenersatzes, bezogen auf die bis zum 31.12.2022 abgeschlossenen Fälle, beträgt 51.225,55 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.



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
2019	11	16	27
2020	3	11	14
2021	6	12	18
2022	6	16	22
insgesamt	151	286	437

Aus Aufstellung 12 wird das Alter der Patienten ersichtlich.

Aufstellung 12 – Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Antragstellung

	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
Durchschnittsalter in Jahren	49	49	59	55	50	49	48	46	55	50	52	50	56	49	57	56	
jüngster Patient in Jahren	4	11	17	15	13	14	3	0	14	11	7	16	12	4	22	12	
ältester Patient in Jahren	69	83	86	89	75	87	90	76	85	84	94	84	86	77	91	88	



5 KASUISTIK

Es werden einige im Laufe des Jahres 2022 und in den Vorjahren 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,

- dass keine berufliche Haftung des Gesundheitspersonals besteht, das einen Patienten nach einem Unfall mit Sturz auf das Gesäß und die rechte Lendenwirbelsäule einer L2-L3-Bandscheibenvorfalloperation in Zusammenhang mit dem Vorfall der Bandscheibe, die mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit und unabhängig vom Vorzustand der Lendenwirbelsäule des Patienten auf das Trauma zurückzuführen ist, unterzogen hat. Eine anschließende MRT-Untersuchung, die höchstwahrscheinlich falsch mit der radiologischen Diagnose eines rechten L2-L3-Bandscheibenvorfalles befundet wurde, ließ den Patienten im Glauben, dass die vorherige Operation nicht erfolgreich verlaufen wäre, während auf der Grundlage des Amtssachverständigengutachtens, auch dank der Differenzialdiagnose nach Durchführung einer weiteren Magnetresonanz einige Monate später, es viel wahrscheinlicher ist, dass eine bekannte postoperative anatomische Veränderung des Operationsherdes mit einer Persistenz von Bandscheibenmaterial verwechselt wurde. Ein sich als notwendig erweisender nachträglicher Eingriff auf der Ebene L4-L5 scheint nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall bzw. dem Eingriff auf der Ebene L2-L3 zu stehen, sondern auf den vormals bestehenden Gesundheitszustand des Patienten zurückzuführen zu sein, der bereits etwa zehn Jahre zuvor auf Höhe von L4-L5 chirurgisch behandelt worden war,
- dass eine berufliche Haftung des Gesundheitspersonals besteht, das die zum Zeitpunkt des Ereignisses geltenden Richtlinien und Empfehlungen nicht befolgt und den Trend eines Gesamtbilirubinwerts von 11 mg/dl etwa 48 Stunden nach der Geburt eines Kindes, d. h. ein pathologischer Wert, der theoretisch einen Risikozustand für die Entwicklung einer schweren Hyperbilirubinämie darstellen könnte, nicht angemessen überwacht hat. Dies erforderte die Planung einer adäquaten Nachsorge, die innerhalb von zwei Tagen hätte durchgeführt werden müssen. Die Kontrolle wurde drei Tage nach der Entlassung und in jedem Fall ohne instrumentelle Überprüfung der Bilirubinwertes bei einem Menschen mit dunkler Hautfarbe und ohne Berücksichtigung dessen durchgeführt, dass die visuelle Abschätzung des Bilirubinspiegels aufgrund der gelbsüchtigen Farbe insbesondere bei Kindern mit dunkler Pigmentierung zu Fehlern führen kann. Erst zwei weitere Tage später erkannte das Gesundheitspersonal den Zustand des Neugeborenen, als die Situation des Kindes jedoch bereits ernsthaft beeinträchtigt war und ohne dass die sofort eingeleiteten Behandlungen (Fototherapie und Austauschtransfusion) erfolgreich waren und schließlich ein geschätzter biologischer Schaden von knapp 100% in Anbetracht dessen resultierte, dass das Kind an dystonischer spastischer Tetraparese, kognitiver Beeinträchtigung, visueller und auditiver neurosensorialer Beeinträchtigung mit daraus folgendem Verlust der persönlichen Autonomie und dem Bedarf an kontinuierlicher Betreuung leidet,
- dass keine Haftung des Chirurgen besteht, der einen Hallux valgus (Fehlstellung der Großzehe) korrekt operiert hat. Es handelt sich um eine Operation, die trotz korrekter Vornahme leider in einem relativ hohen Prozentsatz der Fälle (im Durchschnitt 16%) das Wiederauftreten der Symptomatik (Rezidiv) zur Folge hat, wie dies im konkreten Fall der betroffenen Patientin der Fall war, mit der Notwendigkeit, erneut einzugreifen. Es ist dann unvermeidlich, dass eine komplexe Operation wie die des Hallux valgus durch Veränderung der Achsen und Winkel der einzelnen beteiligten Knochen sowie durch Veränderung der Sehnen in jedem Fall die Struktur des Fußes verändert, der nie wieder so sein wird wie vor dem Auftreten der Großzehen-Fehlstellung, die zur ersten Operation geführt hat,
- dass eine Haftung des diensthabenden Arztes der Notaufnahme besteht, der bei einem Patienten, der nach einem Bagateltrauma zehn Tage zuvor, sich aufgrund von Wadenschmerzen zur Abklärung des Verdachts auf tiefe Beinvenenthrombose an die Notaufnahme des Krankenhauses gewandt hat. Der diensthabende Arzt hat den Patienten, unabhängig von einem wahrscheinlich oberflächlich vorgenommenen Dopplerultraschall, noch vor dem Vorliegen weiterer Laborergebnisse und insbesondere eines erhöhten D-Dimer-Wertes, bei dem die Dopplerultraschalluntersuchung wiederholt hätte werden müssen, aus dem Krankenhaus unterlassen und

den Patienten, nach Vorliegen der kritischen Laborwerte zwecks weiterer Abklärung auch nicht wieder einbestellt. Dies alles mit der Folge, dass der Patient am Tag danach aufgrund der wahrscheinlich schon tags zuvor bestehenden tiefen Beinvenenthrombose eine Lungenembolie sowie ein Vorhofflimmern erlitten hat, die dann notfallmäßig zu behandeln waren und der Patient sich in weiterer Folge einer Katheterablation unterziehen musste,

- dass keine Haftung des Gesundheitspersonals besteht, das einen Patienten bei korrekter und nachvollziehbarer Indikation einer diagnostischen Herzkatheteruntersuchung unterzogen hat, wenn man bedenkt, dass der radiale Zugang im Vergleich zum femoralen Zugang von einst heute den Gold Standard darstellt und das Verfahren im Einklang mit allen verfügbaren Hilfsmitteln und Techniken durchgeführt wurde, um das Risiko eines Verschlusses der Radialarterie zu reduzieren, wie z. B. die Verwendung von parenteralem Heparin, der geeigneten Größe des Katheters, der kurzen Dauer der Herzkatheteruntersuchung, des wirksamen und sicheren Systems zur Komprimierung der Radialarterie, des korrekten Zeitraums der Kompression der Arterie nach der Untersuchung, so dass das Auftreten eines Radialarterienverschlusses 36 Stunden nach dem Eingriff eine bloß vorhersehbare Komplikation ist, die aber leider nicht immer vermeidbar ist, selbst wenn bestimmte Geräte und Techniken genau zur Vermeidung dieser Komplikation eingesetzt werden,
- dass eine Haftung des Orthopäden und der gesundheitlichen Einrichtung besteht, die es unterlassen hatten, einen Patienten, der durch den Holzspalter ein komplexes Trauma mit großen Riss/Quetschverletzungen an den Fingern 3-4-5 der rechten Hand mit Schädigung der Nervenfasern des 4. und 5. Fingers und einer mehrteiligen Fraktur des ersten und zweiten Glieds des fünften Fingers erlitten hatte, angemessen zu behandeln bzw. mit großer Verspätung die Einweisung in eine Spezialklinik organisiert hatten,
- dass keine Haftung des Orthopäden besteht, der bei einem Patienten, der nach einer Skiverletzung die Notaufnahme aufsuchte, eine radiologische Untersuchung des linken Knies anordnete und dabei sowohl die Verstärkung als auch den Verdacht auf eine Verletzung des vorderen Kreuzbandes diagnostizierte und angesichts des geringen Gelenkergusses in korrekter Weise die Notwendigkeit einer Untersuchung mittels Magnetresonanz verschrieb, um die eigene Diagnosestellung zu überprüfen. Da es zu diesem Zeitpunkt keinen Verdacht auf eine Ablösung des Patellabandes gab, hat der Arzt korrekterweise die Magnetresonanztomographie mit nur programmierbarer und nicht dringender Priorität verschrieben. Die Verschreibung dringender Untersuchungen, auch unabhängig von etwaigen Verdachtsmomenten des behandelnden Arztes, wäre aus offensichtlichen Gründen im Zusammenhang mit der guten Verwaltung des Gesundheitsdienstes und der Vermeidung dessen, was allgemein als „defensive Medizin“ bezeichnet wird, ein nicht durchsetzbares und falsches Verhalten,
- dass eine Haftung des medizinischen Personals besteht, das einen zu ersetzenden ICD-CRT-Schrittmacher bei einem immungeschwächten Patienten mit zahlreichen Komorbiditäten ausgetauscht hatte, ohne auf das Infektionsrisiko interkardialer Geräte zu achten (Risiko einer Infektion mit *Staphylococcus epidermidis*) und ohne eine gezielte präoperative Antibiotikaphylaxe durchzuführen, was letztlich zum Tod des Patienten geführt hat.



6 NACHWORT

Die schwerwiegende SARS-COV-2-Notsituation der letzten drei Jahre – erst am 5. Mai 2023 hat die Weltgesundheitsorganisation offiziell das Ende des gesundheitlichen Notstands erklärt – hat auch die Zahl der in diesem Zeitraum eingereichten Schlichtungsanträge stark beeinflusst, ebenso wie die Tätigkeit der Schlichtungskommission, die für einige Monate unterbrochen und dann – für eine gewisse Zeit – in einem nicht optimalen Umfeld mit per Videokonferenz organisierten Schlichtungsgesprächen wieder aufgenommen wurde.

In jüngster Zeit ist wieder ein gewisser Anstieg der Schlichtungsanträge zu verzeichnen, was ein Zeichen für den konkreten Nutzen dieses Dienstes für die technisch-juristische Bewertung von Fällen mutmaßlichen Fehlverhaltens im Gesundheitswesen sein könnte, der von der öffentlichen Verwaltung zum Nutzen der Patienten und der Beschäftigten im Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt wird.

Die auf das Jahr 2020 datierte Gesetzesänderung beinhaltet die Ausweitung der Zuständigkeit der Schlichtungskommission auf die Tätigkeit aller Angehörigen der Gesundheitsberufe, die Ausweitung der Zuständigkeit der Kommission auch auf die Beurteilung von Haftungsfällen, die auf organisatorische Mängel zurückzuführen sind, und zwar im Rahmen der diagnostisch-therapeutischen Tätigkeit, und schließlich die Änderung der Zusammensetzung der Schlichtungskommission, indem der aktive oder pensionierte Richter, dessen Ernennung nach geltendem Recht nicht mehr möglich ist, durch einen zweiten Rechtsanwalt ersetzt wird. Die Schlichtungskommission besteht somit derzeit aus zwei Rechtsanwälten – von denen einer den Vorsitz der Kommission führt – und einem Arzt mit Spezialisierung in Rechtsmedizin, der in keiner beruflichen Beziehung zum Landesgesundheitsdienst stehen darf, wodurch die notwendige Unparteilichkeit derjenigen betont wird, deren Aufgabe es ist, Fälle von mutmaßlichen Gesundheitsfehlern zu beurteilen.

Es gelten weiterhin die Bestimmungen des Dekrets des Landeshauptmanns vom 18. Januar 2007, Nr. 11, die aufgrund der seit der Einführung der Schlichtungsstelle gesammelten Erfahrungen möglicherweise bald überarbeitet werden.

In jedem Fall ist zu hoffen, dass das freiwillige Schlichtungsangebot des Landes sowohl für die Nutzer der in Südtirol angebotenen öffentlichen und privaten Gesundheitsdienste als auch für die Einrichtungen/Berufstätigen, die diese Dienste erbringen, weiterhin genutzt wird, um einen Beitrag zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten in diesem Bereich und zur kontinuierlichen Verbesserung der der Bevölkerung angebotenen Gesundheitsdienste zu leisten.

Bozen, den 30. Mai 2023

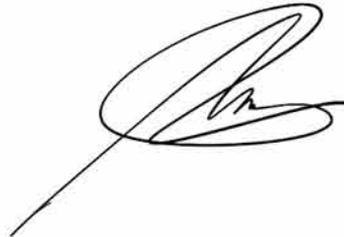


Die Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich:

RA Dr.in Silvia Winkler



RA dott. Michael Pichler



Dr.in Antonia Tessadri



RA dott. Stephan Vale



RA. dott. Werner Kirchler



Der Sekretär
Christian Leuprecht

