

SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR HAFTUNGSFRAGEN IM GESUNDHEITSBEREICH



TÄTIGKEITSBERICHT 2017



INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	04
01 Die Zuständigkeit der Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich	05
02 Die Zusammensetzung der Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich	06
03 Die allgemeinen Grundsätze, die die Tätigkeit der Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich auszeichnen, und das Verfahren	07
04 Tätigkeit der Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich im Jahr 2017 und in den vorangegangenen Jahren	09
05 Kasuistik	17
06 Nachwort	19



EINLEITUNG

 ehr geehrte Frau Landesrätin,
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, 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 des Landes Südtirol 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 des Landes Südtirol erbracht werden.



02 DIE ZUSAMMENSETZUNG DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION 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.

In Erwartung der Überarbeitung der entsprechenden Durchführungsverordnung war die Schlichtungskommission im Jahr 2017 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,

Ersatz:

Dr. Fabrizio Zappaterra, in Trient beim Nationalinstitut für soziale Fürsorge tätiger Facharzt 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 2017 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 tra-

gen. 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 2017 UND IN DEN VORANGEGANGENEN JAHREN

Im Jahr 2017 sind bei der Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich des Landes Südtirol 31 neue Anträge eingegangen (im Jahr 2016 wurden 23 Anträge eingereicht), die zusammen mit den Anträgen aus den vorhergehenden Jahren insgesamt 326 Fälle ergeben.

EINGEGANGENE UND ABGESCHLOSSENE ANTRÄGE

Aufstellung 1 – Eingegangene, abgeschlossene und anhängige Anträge nach Jahren (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2017)

eingegangene Anträge		zum 31.12.2017 abgeschlossene Fälle	zum 31.12.2017 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	18	5
2017	31	18	13
Anträge insgesamt	326	308	18

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 (23 Anträge im Jahr 2016 gegenüber 31 Anträgen im Jahr 2015). Aus der Aufstellung gehen die Anzahl der zum 31.12.2017 abgeschlossenen und anhängigen Fälle hervor, wobei die in den Vorjahren eingereichten Anträge mitberücksichtigt werden. Eine Überprüfung hat ergeben, dass im Jahr 2017 32 Fälle abgeschlossen worden sind (3 Fälle aus dem Jahr 2015, 11 Fälle aus dem Jahr 2016 und 18 Fälle aus dem Jahr 2017).

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 1.887,00 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 64,42% der bis zum 31. Dezember 2017 eingegangenen Fälle).

Die Anträge wurden von Personen unterschiedlichen Alters eingereicht; das Durchschnittsalter beträgt 52 Jahre.

Die Anträge wurden vorwiegend mit Rechtsbeistand bei der Schlichtungskommission eingereicht (in 16 Fällen) und in 13 Fällen ohne Rechtsbeistand. Zwei Fälle wurden über die Volksanwaltschaft eingereicht.

Die Situation Ende 2017 zeigt, dass alle Fälle, die bei der Schlichtungskommission im Jahr 2015 eingereicht worden sind, abgeschlossen werden konnten. 5 Fälle aus dem Jahr 2016 und 13 Fälle aus dem Jahr 2017 müssen hingegen noch bewertet und abgeschlossen werden.

Zusammenfassend wurden von den insgesamt 326 bei der Schlichtungskommission seit ihrer Einsetzung im Jahr 2007 eingegangenen Fällen 308 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 – 31.12.2017)

Art des Abschlusses des Schlichtungsverfahrens	pro Jahr eingegangene Fälle											insgesamt
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Schlichtung unter den Parteien	4	5	7	11	8	8	10	9	6	5	5	78
Schlichtungsempfehlung oder Schlussverfügung, die von der Kommission bei der Schlussverhandlung formuliert wurde	6	13	9	6	9	10	7	9	11	4	2	86
Vergleich außerhalb des Schlichtungsverfahrens oder Archivierung wegen Verzichts auf das Verfahren	0	1	0	4	2	5	6	2	1	3	0	24
Unzulässigkeit des Antrags wegen offensichtlicher Unbegründetheit desselben	1	7	5	5	0	1	2	9	4	2	5	41
Archivierung wegen Nicht-Erscheinens des Arztes bei der Erstverhandlung	5	5	2	3	2	1	2	0	1	2	3	26
Archivierung wegen nicht erfolgter Beauftragung der Kommission nach erfolglosem Schlichtungsversuch	3	5	5	2	5	6	5	4	8	1	3	47
Archivierung wegen Einbringung der Klage vor Gericht	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
Archivierung wegen Unvollständigkeit des Antrags	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Unzuständigkeit der Kommission	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
insgesamt abgeschlossene Verfahren	21	36	28	33	27	31	32	33	31	18	18	308
anhängige Verfahren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	13	18
insgesamt eingegangene Anträge	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	31	326

In 15,26% 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 81,82% der Fälle hat sich die Kommission in meritorischer Hinsicht äußern können: in 25,33% der Fälle haben die Parteien eine sofortige Schlichtung vor der Kommission erzielen können; in 27,92% der Fälle wurde die Kommission mit der Bewertung des Falls beauftragt; in 13,31% der Fälle hat die Kommission mit Erlass der Unzulässigkeitsverfügung den Fehler des Gesundheitspersonals ausgeschlossen; in 15,26% der Fälle haben sich die Parteien zumindest einem Schlichtungsversuch gestellt, auch wenn Letzterer schlussendlich nicht von Erfolg gekrönt war. Hinzu kommt, auch wenn es sich dabei nicht um einen Verdienst der Kommission handelt, dass in 4,22% der Fälle die Parteien eine Einigung außerhalb des Schlichtungsverfahrens erzielt haben.

Nur in weniger als einem auf zehn Fälle (8,44%) 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 – 31.12.2017)

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
insgesamt	270	56	326

In Bezug auf die 31 neuen Fälle, die im Jahr 2017 eingereicht wurden, war in neun Fällen Gesundheitspersonal betroffen, das freiberuflich tätig ist. Die verbleibenden 22 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 – 31.12.2017)

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	4	2	22
insgesamt	107	81	44	38	270

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	insgesamt
Orthopädie/niedergelassener orthopädischer Arzt	5	13	9	12	9	7	14	10	12	6	4	101
Zahnarzt/zahnärztlicher Dienst	3	1	1	3	3	4	3	7	3	4	7	39
Chirurgie/niedergelassener Chirurg	3	1	1	3	4	6	2	3	2	3	2	30
Notaufnahme	1	5	5	3	1	4	2	0	3	1	4	29
Gynäkologie/Geburtshilfe/Facharzt für Gynäkologie	0	4	0	1	4	0	2	6	1	1	3	22
Augenheilkunde	1	2	3	1	1	3	1	1	1	0	0	14
Hals-Nasen-Ohren	2	1	3	1	0	1	0	0	0	1	1	10
Innere Medizin	0	0	0	1	2	1	2	1	0	1	0	8
Urologie	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	7
Gefäß- und Thoraxchirurgie	0	2	2	0	0	0	1	2	0	0	0	7
Arzt für Allgemeinmedizin	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1	2	7
Anästhesie	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	1	6
Pädiatrie/pädiatrische Chirurgie	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	5
Neurochirurgie	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	5
Plastische Chirurgie	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	5
Psychiatrie	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	4
Dermatologie und Geschlechtskrankheiten	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	4
Neurologie	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3
Radiologie	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3
Pneumologischer Dienst	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Kardiologie	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Medizinische Onkologie	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Geriatrie	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
Gastroenterologie	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
Infektionskrankheiten	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Beratungsstelle in Rheumatologie	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Labor für klinische Pathologie	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Nephrologie und Dialyse	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Hämatologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
insgesamt	21	36	28	32	27	31	32	33	31	23	31	325

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 Schlichtungskommission unterbreitet werden (zirka 2,15% 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
insgesamt	99	217	10	326

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 31.12.2017 abgeschlossenen Fälle zusammen.

DAUER

Aufstellung 7 – Durchschnittliche Dauer der zum 31.12.2017 abgeschlossenen Verfahren

	durchschnittliche Dauer
alle innerhalb 31.12.2017 abgeschlossenen Verfahren	232 Tage
Verfahren, die mit einer Unzulässigkeitsverfügung oder einer Archivierung abgeschlossen wurden	147 Tage
erfolgreich geschlichtete Verfahren	166 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission den Fall bewertet hat, ohne ein Sachverständigengutachten einzuholen	327 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission nach Einholen eines Sachverständigengutachtens den Fall bewertet hat	546 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 31.12.2017 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 – 31.12.2017 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	31
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Gesundheitspersonals/des Gesundheitspersonals und der Gesundheitseinrichtung, welcher dieses angehört, ausgeschlossen hat	55
insgesamt	86

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 – 31.12.2017 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	105
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	97
insgesamt	202

Aus Aufstellung 10 gehen die bis zum 31.12.2017 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	42 von 326
durchschnittliche Kosten der Sachverständigengutachten	1.887 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 31.12.2017 abgeschlossenen Fälle, beträgt 34.316,15 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
insgesamt	116	210	326

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
Durchschnittsalter in Jahren	49	49	59	55	50	49	48	46	55	50	52
jüngster Patient in Jahren	4	11	17	15	13	14	3	0	14	11	7
ältester Patient in Jahren	69	83	86	89	75	87	90	76	85	84	94



05 KASUISTIK

Es werden einige im Laufe der Jahre 2016 und 2017 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 Gesundheitspersonals vorliegt, das eine Patientin, in oraler Behandlung auf unbestimmte Zeit mit dem Antikoagulationsmedikament Sintrom und heterozygoter Faktor-V-Leiden-Mutation, wegen starker Schulterschmerzen Infiltrationen mit endovenöser Verabreichung des Medikaments Contramal und von Cortison (Bentelan) ohne angemessene Kontrolle der INR-Werte oder Herabsetzung der Dosierung des Medikaments unterzogen hat, was zu einer Hypokoagulation des Blutes geführt hat; daraufhin wurde eine drastische Unterbrechung der oralen Antikoagulationstherapie ohne Monitorisierung der INR-Werte in den unmittelbar darauf folgenden Tagen verfügt, was wiederum zu einem Arterienverschluss geführt hat, der, obwohl die Patientin das objektiv klassische Gesundheitsbild einer akuten Ischämie der unteren Extremität gezeigt hatte, nicht in angemessener Weise vom behandelnden Gesundheitspersonal abgeklärt und erst nach 15 Tagen, also verspätet, diagnostiziert wurde, wodurch eine konservativere Therapie unmöglich gemacht wurde,
- dass keine Haftung des Chirurgen vorliegt, der den Patienten einer Leistenoperation unterzogen hat, da die nach der Operation aufgetretenen chronischen Schmerzen, die neuropathischer Natur (Verletzung von Nerven) oder nozizeptiver Natur (Gewebeschädigung oder entzündliche Reaktion an der von der OP betroffenen Stelle) sein können, als eine vorhergesehene/vorhersehbare, aber nicht abwendbare Komplikation des lege artis durchgeführten Eingriffs anzusehen sind,
- dass eine Haftung des Orthopäden vorliegt, der einen Patienten wegen eines Hallux valgus rechts behandelt hat und das Vorliegen einer neurologischen Grunderkrankung und jedenfalls die Möglichkeit einer konservativen Behandlung mittels Fußsohlenorthese nicht berücksichtigt hat. Der chirurgische Eingriff, dem der Patient unterzogen wurde, wurde überdies nicht korrekt durchgeführt. Der übermäßige Rückzug des Kopfes des Mittelfußknochens hat eine funktionelle Überbelastung der anliegenden Mittelfußkochen und ein progressives neuromuskuläres Ungleichgewicht des rechten Fußes bewirkt,
- dass eine Haftung des Arztes vorliegt, der einen Patienten nach einer Fraktur des linken Mittelfußknochens versorgt hat und zwar wegen nicht angemessener Verschreibung der Thromboseprophylaxe und damit einhergehender tiefer Venenthrombose und Lungenembolie sowie Lungeninfarkt. Die Prophylaxe hätte über den gesamten Zeitraum, in dem sich der Patient nicht fortbewegen konnte, andauern müssen. Die Prophylaxe wurde zwar korrekt begonnen, aber nicht über den ganzen Zeitraum der nicht möglichen Fortbewegung fortgeführt,
- dass keine Haftung der behandelnden Ärzte vorliegt, die einen Schlaganfallpatienten nicht einer Lysetherapie unterzogen haben, da das Zeitfenster für eine entsprechende Therapie längst geschlossen war,
- dass eine Haftung des Zahnarztes vorliegt, der im Rahmen einer geplanten prothetischen Versorgung bei einem onkologischen Patienten, der vorher chirurgisch und mittels Radiotherapie behandelt worden war, in einer Sitzung unter Nichtbeachtung der entsprechenden Leitlinien, die eine minimal traumatische Technik nahelegen, acht Zähne gezogen hat. Der Knochenabbau (Osteoradionekrose) ist als unmittelbare und direkte Folge der multiplen Zahnextraktion anzusehen und hat mittelbar zum Kieferbruch geführt. Als Folge des Kieferbruchs hat der Patient die rechte Kieferhälfte verloren und den Wiederaufbau des Kieferbogens mit Hilfe einer Titanplatte erlitten,
- dass eine Haftung des Zahnarztes bei Vorhandensein von fünf Eiterherden, einem entstandenen Instrumentenbruch sowie einer anscheinend nicht angemessenen Versorgung mit einer (Teil)Krone auszuschließen ist. In bezug auf die Eiterherde hat die Schlichtungskommission festgestellt, dass die Aufbereitung sehr wohl bis zum endodontischen Apex erfolgt ist. Ein Instrumentenbruch kann im Zuge

eines endodontischen Eingriffs unabhängig vom Verschulden des behandelnden Arztes auftreten. Instrumentenbrüche stellen daher in der Regel aufklärungsbedürftige Komplikationen, jedoch keine Behandlungsfehler dar. Die Indikation zur Präparation eines Onlays ergibt sich u.a. aus dem Zerstörungsgrad einer Zahnkrone. Bei einem wurzelbehandelten Zahn mit mittlerem Destruktionsgrad ist die Versorgung mit einem Onlay nach aktuellem Wissensstand die erste Wahl, um die Erhaltung des Zahnes – oberste Priorität – zu gewährleisten,

- dass kein Fehler der Ärzte im Rahmen der Behandlung eines Patienten, der infolge eines Skiunfalls ein Trauma (Symphysensprengung) erlitten hatte, vorliegt. Da es sich bei der erlittenen Verletzung um eine solche handelt, die nach Tile als Typ B1 – Open book Stadium 1 mit Symphysensprengung < 2,5 cm und keine nachfolgende Verletzung bzw. nach Young-Burgess als APC (vordere hintere Kompression) Grad I zu klassifizieren ist, kann die Wahl der Mediziner, die Verletzung konservativ zu behandeln nicht beanstandet werden, da eine Symphysensprengung des ermittelten Typs eben auch konservativ behandelt werden kann,
- dass eine Haftung des behandelnden Gynäkologen sowie der Hebamme im Rahmen einer Geburt mit schwerwiegender gesundheitlicher Schädigung des Neugeborenen (Schadenersatz in Millionenhöhe) vorliegt. Im Gegensatz zu den Vorgaben der entsprechenden Leitlinien war die Spontangeburt einer Frau nach erstem Kaiserschnitt zu früh und mit einem nicht indizierten Mittel eingeleitet worden, nicht durch lückenlose CTG-Aufzeichnung begleitet sowie nicht in einem Umfeld angesiedelt, das im Ernstfall eine sofortige Reaktion auf Notfälle erlaubt hätte,
- dass eine Haftung der behandelnden Ärzte vorliegt, die im Rahmen einer laparoskopisch vorgenommenen Operation zur Entfernung der Gallenblase einen Gallengang durchtrennt haben. Die Läsion des Gallenganges war nicht nur während der Operation unerkannt geblieben, sondern auch nach der Operation und trotz der über den Katheder reichlich abgeführten galligen Flüssigkeit nicht diagnostiziert worden,
- dass kein Fehler des Arztes vorliegt, der einen Patienten zwei chirurgischen Eingriffen am rechten Auge unterzogen hat, die als Eingriff zur Linsenentfernung (Entfernung der epiretinalen Membran) und Eingriff zur Entfernung des grauen Stars beschrieben sind. Die Verschlechterung der gesundheitlichen Situation des Patienten, die von diesem als „doppeltes, verzerrtes, konfuse Sehen und zwar derart, dass weder ein normales Leben noch das Lenken von Fahrzeugen noch ein längeres Lesen möglich ist“ beschrieben wird, ist ursächlich nicht auf das Verhalten des Arztes zurückzuführen, der sowohl bei der Vornahme der Eingriffe als auch in der weiteren Behandlung des Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgegangen ist,
- dass eine Haftung des Neurochirurgen im Rahmen eines chirurgischen Eingriffs zur Versorgung einer Diskushernie C8, bei dem eine Recurrensparese (Schädigung des Recurrensnervs, der für Stimmgebung und Atmung wichtig ist) aufgetreten war, vorliegt, da es diesem nicht gelungen war, nachzuweisen, dass die Behandlung lege artis erfolgt war, d. h. dass die Schädigung des Rekurrensnervs entweder nicht vorhersehbar oder nicht vermeidbar gewesen ist. Außerdem wurde der Patient nicht angemessen über das Risiko einer Recurrensparese aufgeklärt,
- dass keine Haftung des Anästhesisten im Rahmen eines dringenden Kaiserschnitts unter Spinalanästhesie wegen plötzlichen Auftretens von Fieber und fetaler Tachykardie vorliegt. Bei Verabreichung der Anästhesie muss ein Nerv getroffen worden sein, was zur Folge hatte, dass die Patientin zu zittern begonnen hätte und plötzlich nicht mehr atmen und sprechen hätte können, zudem sie blass geworden sei und ihre Lippen blau angelaufen seien. Es handelt sich hierbei um eine Komplikation der Anästhesie, die zwar mit der Handlung des Arztes kausal im Zusammenhang steht, aber von diesem nicht schuldhaft verursacht worden ist. Die Komplikation wurde durch nachträgliche ärztliche Eingriffe so weit und gut als möglich gelindert. Es liegt also keinerlei nachlässiges, unvorsichtiges oder untüchtiges Verhalten des Arztes vor,
- dass eine Haftung der behandelnden Orthopäden im Rahmen der konservativen Versorgung eines Bruchs des rechten Handgelenks vorliegt, die bei der Nachbehandlung trotz diagnostizierter reduzierter Streckung der Finger und insbesondere des Daumens, die auf eine Sehnenläsion in Folge des Bruchs zurückzuführen ist, der Patientin keine weiteren Untersuchungen oder Eingriffe empfohlen haben.

06 NACHWORT

Im vergangenen Jahr 2017 wurden sowohl die staatlichen Bestimmungen als auch die auf lokaler Ebene greifenden Bestimmungen im Wirkungsbereich der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich des Landes Südtirol wichtigen Änderungen unterworfen.

Am 1. April 2017 ist das Gesetz vom 8. März 2017, Nr. 24, in Kraft getreten, das Bestimmungen im Bereich Behandlungssicherheit und Sicherheit der betreuten Person sowie im Bereich der beruflichen Haftung von Personen, die Gesundheitsberufe ausüben, enthält. Das genannte Gesetz führt viele Neuigkeiten im Bereich der beruflichen Haftung von Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben, ein.

Das Gesetz sieht unter anderem vor,

- dass in jeder Region ein Zentrum für Risikomanagement im Gesundheitsbereich und die Sicherheit des Patienten errichtet wird. Das Zentrum sammelt von den öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen und sozialgesundheitlichen Einrichtungen die Daten zu den Risiken und schwerwiegenden Vorfällen und über die Rechtsstreitigkeiten und übermittelt diese jährlich mittels einer auf staatlicher Ebene vereinheitlichten Prozedur an die staatliche Beobachtungsstelle für sichere Behandlungsmethoden im Gesundheitswesen. Die Funktionen dieses wichtigen Zentrums für Risikomanagement werden in Südtirol von der an der Landesabteilung Gesundheit angesiedelten Operativen Einheit für klinische Führung wahrgenommen,
- dass, auf Antrag der berechtigten Personen und im Einklang mit den Bestimmungen im Bereich Aktenzugang und Datenschutz, die den Patienten betreffende verfügbare klinische Dokumentation, vorzugsweise auf Datenträger, zugänglich gemacht wird,
- dass die öffentlichen und privaten Einrichtungen im Gesundheitsbereich im eigenen Webauftritt die Daten zu allen Schadenersatzzahlungen im abgelaufenen Fünfjahreszeitraum in Ausübung der Aufgaben der Überwachung, der Prävention und des Risikomanagements veröffentlichen,
- dass sich die Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben, bei der Vornahme von gesundheitlichen Leistungen im Bereich Prävention, Diagnose und der verschiedenen Behandlungsformen, auch im Palliativ-, Reha- und rechtsmedizinischen Bereich, mit Ausnahme der Besonderheiten des konkreten Falls, an die von den vom staatlichen System der Leitlinien (sistema nazionale delle linee guida – SNLG) vorgesehenen Empfehlungen halten, die von öffentlichen und privaten Körperschaften und Einrichtungen sowie von den wissenschaftlichen Gesellschaften und den in einem eigenen Verzeichnis eingetragenen wissenschaftlich-technischen Vereinigungen der Gesundheitsberufe ausgearbeitet worden und vom Obersten Institut im Gesundheitswesen veröffentlicht worden sind. In Ermangelung der obgenannten Empfehlungen müssen sich die Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben, an die korrekten Behandlungsmethoden im klinischen Bereich halten,
- die Einführung des Verbrechens der fahrlässigen Haftung für Tod oder Körperverletzung im Gesundheitsbereich, mit der Präzisierung, dass für den Fall, dass das schädigende Ereignis auf Untüchtigkeit (imperizia) zurückzuführen ist, die Strafbarkeit ausgeschlossen ist, wenn die von den Leitlinien vorgesehenen und im Sinne des Gesetzes definierten und veröffentlichten Empfehlungen oder in deren Ermangelung die korrekten Behandlungsmethoden im klinischen Bereich eingehalten worden sind, aber immer unter der Voraussetzung, dass die von den Leitlinien vorgesehenen Empfehlungen in Bezug auf die Besonderheiten des konkreten Falls angemessen sind,
- im Bereich der zivilrechtlichen Haftung der öffentlichen oder privaten Gesundheitseinrichtungen oder sozialgesundheitlichen Einrichtungen und der Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben: die vertragliche Haftung gemäß Artikel 1218 und 1228 des Zivilgesetzbuchs der Gesundheitseinrichtung oder sozialgesundheitlichen Einrichtung, die sich in Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtung der Personen bedient, die einen Gesundheitsberuf ausüben; die außervertragliche Haftung der Personen, die einen Gesundheitsberuf innerhalb der öffentlichen oder privaten Gesundheitseinrichtungen oder sozialgesundheitlichen Einrichtungen, auch in Form des Freiberufs innerhalb der Einrichtungen oder über eine

Vereinbarung mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, ausüben, es sei denn, sie haben ihre Leistung im Rahmen einer vertraglichen mit dem Patienten eingegangenen Verpflichtung erbracht,

- als Alternative zum Verfahren der Pflichtmediation gemäß Artikel 5 Absatz 1-bis des gesetzesvertretenden Dekrets vom 4. März 2010, Nr. 28, in geltender Fassung, das Zurückgreifen auf ein Beweissicherungsverfahren gemäß Artikel 696-bis der Zivilprozessordnung, für alle jene, die beabsichtigen, eine Klage bei Gericht in Bezug auf eine Schadensersatzforderung wegen Haftung im Gesundheitsbereich einzureichen,
- die Regelung der Prozedur zur Geltendmachung der Regressansprüche oder der verwaltungsrechtlichen Haftung gegenüber der Person, die einen Gesundheitsberuf ausübt; dabei werden Höchstgrenzen für den Regress bzw. für die Verurteilung wegen verwaltungsrechtlicher Haftung eingeführt (das Dreifache des höheren Betrags der Bruttoentlohnung oder der vereinbarten Vergütung, die im Jahr, in dem das Verhalten, das zum schädigenden Ereignis geführt hat, gesetzt wurde, erzielt wurde oder im Jahr unmittelbar davor oder danach),
- die Einführung der Versicherungspflicht oder das Vorsehen anderer ähnlicher Maßnahmen im Bereich der zivilrechtlichen Haftung gegenüber Dritten und gegenüber Mitarbeitern für die öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen und sozialgesundheitlichen Einrichtungen,
- das Greifen der Versicherungspflicht auch für die Person, die einen Gesundheitsberuf ausübt und eine vertragliche Verpflichtung mit dem Patienten eingeht. Jede Person, die, aus welchem Titel auch immer, einen Gesundheitsberuf in einer öffentlichen oder privaten Gesundheitseinrichtung oder sozialgesundheitlichen Einrichtung ausübt, muss eine geeignete Versicherungspolizze gegen grobe Fahrlässigkeit auf eigene Kosten abschließen,



- die Neuerung einer direkten Klage der geschädigten Person gegenüber dem Versicherungsunternehmen, das die Versicherungsdeckung für die öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen und sozialgesundheitlichen Einrichtungen oder für die Person gewährleistet, die einen Gesundheitsberuf ausübt,
- die Einführung des Garantiefonds für Schäden aus Haftung im Gesundheitsbereich, der sich aus dem jährlichen Beitrag der Unternehmen speist, die zur Ausübung der Versicherungstätigkeit für Schäden aus Haftung im Gesundheitsbereich ermächtigt sind. Der Garantiefonds entschädigt die Schäden, die aus Haftung im Gesundheitsbereich resultieren, falls der Schaden die maximalen Deckungssummen der von der öffentlichen oder privaten Gesundheitseinrichtung oder sozialgesundheitlichen Einrichtung oder der Person, die einen Gesundheitsberuf ausübt, abgeschlossenen Versicherungen übersteigt, falls die Versicherung zum Zeitpunkt des Schadensfalls zahlungsunfähig ist oder sich in Zwangsliquidation befindet oder diese Situation zu einem späteren Zeitpunkt eintritt, oder schließlich, falls die öffentliche oder private Gesundheitseinrichtung oder sozialgesundheitliche Einrichtung oder die Person, die einen Gesundheitsberuf ausübt, über keine Versicherungsdeckung wegen Rücktritts der Versicherung oder wegen nachträglicher Inexistenz oder Streichung der Versicherung aus dem entsprechenden Verzeichnis verfügt,
- als nicht zu unterschätzender Aspekt, dass die Niederschriften und Maßnahmen, die von den Stellen, die Funktionen der Überwachung, Prävention und des Risikomanagements ausüben, verfasst und getroffen werden, im Rahmen der Gerichtsverfahren nicht beigebracht oder verwendet werden dürfen.

Mit Landesgesetz vom 21. April 2017, Nr. 4, „Änderung von Landesgesetzen im Gesundheitsbereich“ sowie Landesgesetz vom 7. August 2017, Nr. 12, wurde Artikel 4/bis des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung, der die Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich des Landes Südtirol regelt, ersetzt bzw. nachträglich geändert.

Die Gesetzesnovelle hat, kurz zusammengefasst, folgende Änderungen bewirkt:

- die auf die Tätigkeit der Ärzte beschränkte Zuständigkeit der Schlichtungskommission wurde auf alle Berufsgruppen im Gesundheitsbereich, wie zum Beispiel auf Krankenpfleger, Hebammen, medizinisch-technische Radiologieassistenten, biomedizinische Labortechniker, Physiotherapeuten, Logopäden, Podologen, Zahntechniker, Biologen, Chemiker, Physiker, Apotheker, Psychologen, etc., ausgedehnt,
- zu den zwei ursprünglich vorgesehenen Tätigkeitsfeldern der Kommission und zwar
 - a) jenem, in dem der Patient – die Norm sieht nun ausdrücklich vor, was in Vergangenheit stillschweigend hinsichtlich der Legitimierung der Rechtsnachfolger des Patienten vorgesehen war – angibt, dass seine Gesundheit durch einen Fehler in der Diagnose oder Behandlung aufgrund einer Handlung oder Unterlassung eines Arztes und nun, aufgrund der erfolgten Ausdehnung, von Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben, geschädigt worden ist sowie
 - b) jenem, in dem der Patient angibt, dass der Schaden eine Folge der unterlassenen oder unzureichenden Information ist, kommt
 - c) nun ein drittes Tätigkeitsfeld hinzu: jenes, bei dem der Patient angibt, einen Gesundheitsschaden 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, erlitten zu haben.

Damit wollte man die Zuständigkeit der Schlichtungskommission auch für Haftungsfälle, die auf organisatorische Mängel zurückzuführen sind, einführen, aber immer im Rahmen einer diagnostisch-therapeutischen Tätigkeit (zum Beispiel Krankenhausinfektionen). In Erwartung der mit Inkrafttreten der Gesetzesnovelle notwendigen zeitnahen Anpassung der geltenden Durchführungsverordnung gemäß Dekret des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, wurden vorläufig auch Anträge an die Schlichtungskommission von Patienten oder deren Rechtsnachfolgern akzeptiert, die keinen Namen einer Person, die einen Gesundheitsberuf ausübt, angeführt haben.

Artikel 4/bis Absatz 3 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung, verweist auf die Durchführungsverordnung, was die Zusammenarbeit – darunter versteht man jene zwischen Schlichtungskommission und Land sowie vom Land abhängigen Körperschaften, Sanitätsbetrieb, anderen Gesundheitseinrichtungen und Fachkräften im Gesundheitsbereich, die mit dem Landesgesundheitsdienst vertragsgebunden sind –, die Zusammensetzung und Ernennung der Mitglieder sowie die Organisation und Arbeitsweise der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich betrifft.

Bei der Überarbeitung des genannten Reglements mit den Durchführungsbestimmungen zu Schlichtungsstelle wird der zwischenzeitlich angereiften mehrjährigen Erfahrung Rechnung getragen werden. 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 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 8. Mai 2018

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

