

Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen

TÄTIGKEITSBERICHT 2014



Inhalt

01	DIE ZUSTÄNDIGKEIT DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION IN ARZTHAFTUNGSFRAGEN	05
02	DIE ZUSAMMENSETZUNG DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION IN ARZTHAFTUNGSFRAGEN	06
03	DIE ALLGEMEINEN GRUNDSÄTZE, DIE DIE TÄTIGKEIT DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION IN ARZTHAFTUNGSFRAGEN AUSZEICHNEN, UND DAS VERFAHREN	07
04	TÄTIGKEIT DER SCHLICHTUNGSKOMMISSION IN ARZTHAFTUNGSFRAGEN IM JAHR 2014	09
05	KASUISTIK	20
06	NACHWORT	22

Einleitung

Sehr geehrte Frau Landesrätin,

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

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

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

Die ärztlichen Fehler, 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 Schadensersatz zu garantieren, ohne die ordentliche Gerichtsbarkeit anrufen zu müssen.

Die ärztlichen Fehler stellen einen großen Anreiz für eine Verbesserung der Betreuungsqualität und für die systematische Überarbeitung der Betreuungspfade dar.

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 Ärzten zu korrigieren. Diese Zunahme der Klagen vor Gericht hat zu einer dramatischen 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, Ärzten und Bürgern erforderlich ist. Diese Schlichtungskommission wünscht sich, dass diese Allianz kurzfristig zustande kommen möge.

Die außergerichtliche Streitbeilegung in Form eines Schlichtungsverfahrens stellt ein hervorragendes Werkzeug für die Eindämmung von Streitigkeiten, die vor Gericht ausgefochten werden, dar. Wie bereits ausgeführt, zeigt sich eine exponentielle Zunahme der Streitigkeiten, die vor Gericht ausgefochten werden, die leider auch nicht durch die „Balduzzi-Reform“ eingeschränkt werden konnte. Letztere sieht die teilweise Aufhebung des Straftatbestandes für den Fall der Untüchtigkeit vor und zwar immer dann, wenn der Arzt die auf internationaler wissenschaftlicher Ebene ausgearbeiteten Leitlinien und die korrekte Vorgangsweise befolgt hat.

Das Schlichtungsverfahren setzt die absolute Unabhängigkeit und Überparteilichkeit voraus, die nicht von den vielen im Spiel stehenden wirtschaftlichen Interessen gebeugt werden darf. Diese Interessen bringen nach der Abkehr der Versicherungsgesellschaften und dem in diesem historischen Moment bestehenden Mangel an Ressourcen sowie den strengen politischen Vorgaben in Italien enorme Schwierigkeiten mit sich, eine Deckung der Risiken in zivilrechtlicher Hinsicht bei der Haftung im Gesundheitsbereich zu erzielen.

01 Die Zuständigkeit der Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen

Der Aktionsradius der Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen der Autonomen Provinz Bozen ist auf zwei konkrete Situationen zugeschnitten: (a) auf „Fälle, in denen ein Patient angibt, durch einen Fehler in der Diagnose oder Behandlung als Folge einer Handlung oder Unterlassung von Personen, die den Arztberuf ausüben, in seiner Gesundheit geschädigt worden zu sein“, (b) auf „Fälle, in denen behauptet wird, dass die gesundheitliche Schädigung eine Folge der nicht oder nicht ordnungsgemäß erfolgten Aufklärung ist“.

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

Der Aktionsradius der Schlichtungskommission ist auf gesundheitliche Dienste beschränkt, die sowohl von öffentlich bediensteten als auch von privat niedergelassenen Ärzten auf dem Gebiet der Provinz Bozen erbracht wurden.



02 Die Zusammensetzung der Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen

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

Wie von Artikel 4/bis des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung, vorgesehen, steht der Kommission ein, auch pensioniertes, Mitglied des Richterstandes vor, das aufgrund eines Dreivorschlags des Präsidenten des Landesgerichts Bozen ausgewählt wird. Weitere Mitglieder der Kommission sind ein Arzt für Gerichts- und Versicherungsmedizin, der aufgrund eines Dreivorschlags der Ärzte- und Zahnärztekammer Bozen ausgewählt wird und ein Rechtsanwalt, der aufgrund eines Dreivorschlags der Rechtsanwaltskammer Bozen ausgewählt wird.

Mit Beschluss vom 10. Juni 2013, Nr. 869, hat die Landesregierung die Mitglieder der Kommission für den Dreijahreszeitraum Juni 2013 – Juni 2016 ernannt. Im Jahr 2014 war die Schlichtungskommission wie folgt zusammengesetzt:

Ordentlicher Vorsitzender:

wegen verweigerter Ermächtigung seitens des Obersten Richterrates, der Schlichtungskommission aktiv vorzustehen, vakant,

Ersatz:

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

Ordentliches Mitglied:

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

Ersatz:

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

Ordentliches Mitglied:

Dott. Stephan Vale, Rechtsanwalt in Bozen,

Ersatz:

Dr.in Silvia Winkler, Rechtsanwältin in Brixen.

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 in Arzthaftungsfragen auszeichnen, und das Verfahren

Die Grundsätze, die die Tätigkeit der Schlichtungskommission und das Verfahren vor der Kommission auszeichnen, sind im Dekret des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, „Bestimmungen über die Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen“, enthalten.

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

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

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

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, den Arzt oder die Ärzte namentlich anführt, denen er/sie einen Vorwurf macht, sowie gegebenenfalls den Sanitätsbetrieb, bei dem die Ärzte beschäftigt sind. Der Antrag enthält schließlich eine kurze Beschreibung des Sachverhalts, aus der hervorgeht, welche Vorwürfe den Ärzten in Zusammenhang mit ihrem beruflichen Verhalten gemacht werden.

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

FREIWILLIGKEIT

UNENTGELTlichkeit

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

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

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.

8

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 Arztes 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 von allen beteiligten Ärzten und vom beteiligten Sanitätsbetrieb gestellt, wird der Fall archiviert.

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

04 Tätigkeit der Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen im Jahr 2014

Im Jahr 2014 sind bei der Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen der Autonomen Provinz Bozen 33 neue Anträge eingegangen (im Jahr 2013 wurden 32 Anträge eingereicht), die zusammen mit den Anträgen aus den vorhergehenden Jahren insgesamt 241 Fälle ergeben.

Aufstellung 1 – Eingegangene, abgeschlossene und anhängige Anträge nach Jahren (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2014)

	eingegangene Anträge	zum 31.12.2014 abgeschlossene Fälle	zum 31.12.2014 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	28	4
2014	33	17	16
Anträge insgesamt	241	221	20

EINGEGANGENE UND ABGESCHLOSSENE ANTRÄGE

Aufstellung 1 zeigt auf, dass die Anzahl der Anträge, die jedes Jahr eingereicht werden, in etwa stabil bleibt (33 Anträge im Jahr 2014 gegenüber 32 Anträgen im Jahr 2013). Aus der Aufstellung gehen die Anzahl der zum 31.12.2014 abgeschlossenen und anhängigen Fälle hervor, wobei die in den Vorjahren eingereichten Anträge mitberücksichtigt werden. Eine Überprüfung hat ergeben, dass im Jahr 2014 29 Fälle abgeschlossen worden sind (5 Fälle aus dem Jahr 2012, 7 Fälle aus dem Jahr 2013 und 17 Fälle aus dem Jahr 2014).

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 knapp über fünf 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 knapp anderthalb Jahre für die Bewertung der Fälle, bei denen ein externes Sachverständigengutachten eingeholt werden musste), als auch die Ausgaben für die Sachverständigengutachten (im Schnitt etwas über 1.900,00 Euro für jedes Gutachten) zu reduzieren.

Die Herabsetzung der Verfahrensdauer stellt eine Herausforderung dar, da die sehr komplexen Fälle zahlreich vorhanden sind und das Studium von sehr umfangreicher klinischer Dokumentation, mehrere Vertagungen von Verhandlungen und das Einholen von Stellungnahmen der Parteien erfordern. Die Kommission gibt den Parteien zu verstehen, dass die Zielsetzung des Verfahrens letztlich darin besteht, nicht Grundsatzbehauptungen aufzustellen, sondern Lösungen vorzuschlagen, die auf einer wissenschaftlich-rechtlichen Ebene als gerecht und von den Parteien teilbar eingestuft werden.

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.

Auch wenn die deutsche Sprache die in den Vorjahren von den Parteien vorwiegend gewählte Sprache ist, hat die italienische Sprache im Jahr 2014 aufgeholt und der Patient in zirka der Hälfte der vorgelegten Anträge diese Sprache gewählt.

Die Anträge wurden von Personen verschiedenen Alters eingereicht; das Durchschnittsalter beträgt 46 Jahre.

Die Anträge wurden vorwiegend ohne Rechtsbeistand bei der Schlichtungskommission eingereicht (in 25 Fällen) und in 8 Fällen mit Rechtsbeistand.

Die Situation Ende 2014 zeigt, dass alle Fälle, die bei der Schlichtungskommission im Jahr 2012 eingereicht worden sind, abgeschlossen werden konnten. 4 Fälle aus dem Jahr 2013 (in einem Fall, weil der namhaft gemachte Amtssachverständige seinen Auftrag zurückgelegt hat und in anderen Fällen aufgrund der sich als notwendig erwiesenen mehrfachen Vertagung der Erstverhandlung) und 16 Fälle aus dem Jahr 2014 müssen hingegen noch bewertet und abgeschlossen werden:

sieben von den 17 Fällen, die im Jahr 2014 eingereicht und abgeschlossen worden sind, wurden von der Schlichtungskommission auf der wissenschaftlichen Ebene für unbegründet erklärt,

fünf Fälle wurden im Rahmen der Erstverhandlung geschlichtet,

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

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

ein Fall schließlich wurde archiviert, da die Antrag stellende Partei auf das Verfahren vor der Schlichtungsstelle verzichtet hat.

Zusammenfassend wurden von den insgesamt 241 bei der Schlichtungskommission seit ihrer Einsetzung im Jahr 2007 eingegangenen Fällen 221 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 – 31.12.2014)

Art des Abschlusses des Schlichtungsverfahrens	pro Jahr eingegangene Fälle								insgesamt
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Schlichtung unter den Parteien	4	5	7	11	8	8	9	5	57
Schlichtungsempfehlung oder Schlussverfügung, die von der Kommission bei der Schlussverhandlung formuliert wurde	6	13	9	6	9	10	5	1	59
Vergleich außerhalb des Schlichtungsverfahrens oder Archivierung wegen Verzichts auf das Verfahren	0	1	0	4	2	5	5	1	18

Unzulässigkeit des Antrags wegen offensichtlicher Unbegründetheit desselben	1	7	5	5	0	1	2	7	28
Archivierung wegen Nicht-Erscheins des Arztes bei der Erstverhandlung	5	5	2	3	2	1	2	0	20
Archivierung wegen nicht erfolgter Beauftragung der Kommission nach erfolglosem Schlichtungsversuch	3	5	5	2	5	6	5	3	34
Archivierung wegen Einbringung der Klage vor Gericht	1	0	0	1	1	0	0	0	3
Archivierung wegen Unvollständigkeit des Antrags	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Unzuständigkeit der Kommission	1	0	0	0	0	0	0	0	1
insgesamt abgeschlossene Verfahren	21	36	28	33	27	31	28	17	221
anhängige Verfahren	0	0	0	0	0	0	4	16	20
insgesamt eingegangene Anträge	21	36	28	33	27	31	32	33	241

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

Das Phänomen ist auf viele Faktoren zurückzuführen. In manchen Fällen wird sich die Antrag stellende Partei bewusst, dass ihre Forderungen zu hoch gesteckt sind, um rasch von der Versicherung akzeptiert zu werden. In anderen Fällen bemerkt sie, dass ihr Anspruch auf der Beweisebene lückenhaft ist und bevorzugt daher den Gang vor Gericht, das argumentative Wortgefechte



und formalrechtliche Aspekte begünstigt. Wiederum in anderen Fällen fürchtet die Partei, die sich ihrer Sache nicht sehr sicher ist, eine Bewertung des Sachverhalts durch einen Sachverständigen, die dann im Rahmen eines späteren Rechtsstreits verwendet werden könnte.

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

Wie auch immer kann sich die Bilanz über die Tätigkeit der Schlichtungskommission durchaus sehen lassen. In zirka 80,6% der Fälle hat sich die Kommission in meritorischer Hinsicht äußern können: in 25,8% der Fälle haben die Parteien eine sofortige Schlichtung vor der Kommission erzielen können; in 26,7% der Fälle wurde die Kommission mit der Bewertung des Falls beauftragt; in 12,7% der Fälle hat die Kommission mit Erlass der Unzulässigkeitsverfügung den Arztfehler ausgeschlossen; in 15,4% 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 3,6% der Fälle die Parteien eine Einigung außerhalb des Schlichtungsverfahrens erzielt haben.

Nur in weniger als einem auf zehn Fälle (9%) ist der vorgeladene Arzt nicht erschienen. Aber es gibt nicht einen einzigen 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 ein öffentlich bediensteter oder privat niedergelassener Arzt vom Patienten oder einer berechtigten Person im Antrag angeführt wurde, unterscheiden.

Aufstellung 3 – Rechtlicher Status der involvierten Ärzte (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2014)

Jahr	Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes	niedergelassene Ärzte	Anträge insgesamt
2007	18	3	21
2008	30	6	36
2009	24	4	28
2010	27	6	33
2011	22	5	27
2012	26	5	31
2013	29	3	32
2014	27	6	33
insgesamt	203	38	241

In Bezug auf die 33 neuen Fälle, die im Jahr 2014 eingereicht wurden, waren nur in sechs Fällen Ärzte betroffen, die freiberuflich tätig sind. Die verbleibenden 27 Fälle betrafen hingegen Ärzte,

die in den öffentlichen Einrichtungen des Landesgesundheitsdienstes tätig sind und zwar mit folgender territorialer Verteilung.

Aufstellung 4 – Territoriale Verteilung der Ärzte des Landesgesundheitsdienstes (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2014)

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
insgesamt	77	64	34	28	203

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

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



**ANTRÄGE GEGEN
ÄRZTE DER VIER
GESUNDHEITSBEZIRKE**

**BETROFFENE
ABTEILUNGEN
ODER ÄRZTE**
Aufstellung 5 – Betroffene Krankenhausabteilungen oder Ärzte (ausgenommen der Fall des nicht vollständigen Antrags im Jahr 2010)

Abteilung/Arzt	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Insgesamt
Orthopädie / niedergelassener orthopädischer Arzt	5	13	9	12	9	7	14	10	79
Zahnarzt/zahnärztlicher Dienst	3	1	1	3	3	4	3	7	25
Chirurgie / niedergelassener Chirurg	3	1	1	3	4	6	2	3	23
Notaufnahme	1	4	4	3	1	4	2	0	19
Augenheilkunde	1	2	3	1	1	3	1	1	13
Gynäkologie/Facharzt für Gynäkologie	0	4	0	1	4	0	1	2	12
Hals-Nasen-Ohren	2	1	3	1	0	1	0	0	8
Innere Medizin	0	0	0	1	2	1	2	1	7
Gefäß- und Thoraxchirurgie	0	2	2	0	0	0	1	2	7
Gynäkologie und Geburtshilfe	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Arzt für Allgemeinmedizin	0	1	2	1	0	0	0	0	4
Psychiatrie	0	1	0	0	1	1	0	1	4
Pädiatrie	1	1	0	1	0	0	0	0	3
Neurologie	0	0	0	1	0	2	0	0	3
Urologie	1	0	0	0	1	0	1	0	3
Radiologie	0	1	1	0	0	0	0	1	3
Pneumologischer Dienst	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Anästhesie	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Neurochirurgie	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Dermatologie und Geschlechtskrankheiten	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Urologie und Medizin	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Medizinische Onkologie	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Medizinische Onkologie und Radiologie	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Notaufnahme, Medizin und Onkologie	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Kardiologie	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Beratungsstelle in Rheumatologie	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Labor für klinische Pathologie	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Geriatrie	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Geriatrie und innere Medizin	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Notaufnahme und Stroke Unit	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Plastischer Chirurg und Radiologe	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Gastroenterologie	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Pädiatrische Chirurgie	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Gynäkologie und Radiologie	0	0	0	0	0	0	1	0	1

Urologie und zentrale internistische Tagesklinik	0	0	0	0	0	0	0	1	1
insgesamt	21	36	28	32	27	31	32	33	240

Der Bereich Orthopädie ist analog zu den auf staatlicher Ebene existierenden Daten weiterhin am häufigsten von mutmaßlichen Fehlern in der Diagnose oder Therapie betroffen. Zirka ein Drittel der eingereichten Anträge betrifft in der Tat diesen Fachbereich. Es folgen die Zahnärzte/zahnärztlicher Dienst, die Allgemeine Chirurgie, die Notaufnahme und andere chirurgische Fachbereiche (zum Beispiel die Gynäkologie und Geburtshilfe), bei denen das Risikoniveau viel höher ist als bei internistischen Diagnosen oder der Tätigkeit der Ärzte für Allgemeinmedizin. Letztere sind prozentmäßig kaum von Fällen betroffen, die der Schlichtungskommission unterbreitet werden (zirka 1,7% der Fälle).

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



**FEHLER ODER
VERLETZUNG DER
EINWILLIGUNG****Aufstellung 6 – Die Ursachen des angenommenen Gesundheitsschadens**

Jahr	Fehler in der Diagnose oder Therapie	Verletzung der Bestimmungen über die Einwilligung nach Aufklärung	Fehler in der Diagnose oder Therapie und Verletzung der Bestimmungen über die Einwilligung nach Aufklärung	Anträge ins- gesamt
2007	16	0	5	21
2008	26	1	9	36
2009	18	0	10	28
2010	29	0	4	33
2011	22	0	5	27
2012	22	0	9	31
2013	23	0	9	32
2014	25	0	8	33
insgesamt	181	1	59	241

Es ist wichtig hervorzuheben, dass in den vergangenen drei Jahren die Anzahl der Fälle, bei denen der Patient (oder wer für ihn) das ärztliche Verhalten nicht nur unter dem Gesichtspunkt der beruflichen Sorgfalt, sondern auch unter dem Gesichtspunkt einer nicht korrekt erfolgten Information, anprangert, gestiegen ist. Das sind zirka 27% der Fälle. Dies beweist, dass die Tätigkeit der Betreuung/Pflege heute eine besondere kommunikative Fähigkeit erfordert, ohne dieselbe die berufliche Sorgfalt in den Hintergrund gedrängt wird.

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

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

Jahr	Anträge mit Rechtsbeistand	Anträge ohne Rechtsbeistand	über die Volksanwaltschaft gestellte Anträge	ins- gesamt
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
insgesamt	60	174	7	241

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

Aufstellung 8 fasst die durchschnittliche Dauer der zum 31.12.2014 abgeschlossenen Fälle zusammen.

Aufstellung 8 – Durchschnittliche Dauer der zum 31.12.2014 abgeschlossenen Verfahren

	durchschnittliche Dauer
alle innerhalb 31.12.2014 abgeschlossenen Verfahren	225 Tage
Verfahren, die mit einer Unzulässigkeitsverfügung oder einer Archivierung abgeschlossen wurden	146 Tage
erfolgreich geschlichtete Verfahren	159 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission den Fall bewertet hat, ohne ein Sachverständigengutachten einzuholen	325 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission nach Einholen eines Sachverständigengutachtens den Fall bewertet hat	532 Tage

DAUER

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

Aus Aufstellung 9 wird ersichtlich, in welchen bis zum 31.12.2014 abgeschlossenen Fällen die Schlichtungsstelle eine Haftung des Arztes/des Arztes und der Gesundheitseinrichtung, welcher der Arzt angehört, festgestellt hat und in welchen Fällen sie diese Haftung ausgeschlossen hat.



**HAFTUNG DES ARZTES
ODER AUSSCHLUSS DER
HAFTUNG****Aufstellung 9 – Fälle, die von der Schlichtungskommission im Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2014 bewertet worden sind**

	Anzahl der Fälle
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Arztes/des Arztes und der Gesundheitseinrichtung, welcher er angehört, festgestellt hat	20
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Arztes/des Arztes und der Gesundheitseinrichtung, welcher er angehört, ausgeschlossen hat	39
insgesamt	59

Falls zu den Fällen, bei denen die Kommission die Haftung festgestellt hat, die geschlichteten Fälle, bei denen Geldbeträge bezahlt worden sind (bei denen folglich die Haftung des Arztes vermutet wird), und zu den Fällen, bei denen die Kommission die Haftung ausgeschlossen hat, die wegen offensichtlicher Unbegründetheit des Antrags unzulässig erklärten Fälle (bei denen folglich das Nichtvorhandensein der Haftung des Arztes vermutet wird) addiert werden, wäre das Ergebnis jenes laut folgender Aufstellung 10.

Aufstellung 10 – Fälle, die von der Schlichtungskommission im Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2014 bewertet worden sind und Fälle von vermuteter Haftung des Arztes sowie von vermutetem Nichtvorhandensein der Haftung des Arztes

	Anzahl der Fälle
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Arztes/des Arztes und der Gesundheitseinrichtung, welcher er angehört, festgestellt hat sowie Fälle, bei denen die Haftung des Arztes vermutet wird	74
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Arztes/des Arztes und der Gesundheitseinrichtung, welcher er angehört, ausgeschlossen hat sowie Fälle, bei denen das Nichtvorhandensein der Haftung des Arztes vermutet wird	67
insgesamt	141

Aus Aufstellung 11 gehen die bis zum 31.12.2014 eingegangenen Verfahren hervor, bei denen die Kommission einen Sachverständigen ernannt hat sowie die durchschnittlichen Kosten der Sachverständigengutachten.

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

Verfahren, bei denen ein Sachverständiger ernannt worden ist	30 von 241
durchschnittliche Kosten der Sachverständigengutachten	1.935 Euro

Das arithmetische Mittel des von der Kommission anerkannten oder zwischen den Parteien vor der Kommission vereinbarten Schadenersatzes, bezogen auf die bis zum 31.12.2014 abgeschlossenen Fälle, beträgt **10.549,77 Euro**.

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

**SACHVERSTÄNDIGER
UND KOSTEN****HÖHE DES
SCHADENERSATZES**

Aufstellung 12 – vom Antragsteller gewählte Sprache des Verfahrens

Jahr	italienische Sprache	deutsche Sprache	Anträge insgesamt
2007	8	13	21
2008	12	24	36
2009	12	16	28
2010	14	19	33
2011	7	20	27
2012	11	20	31
2013	11	21	32
2014	16	17	33
insgesamt	91	150	241

GEWÄHLTE SPRACHE

Aus Aufstellung 13 wird das Alter der Patienten ersichtlich.

Aufstellung 13 – Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Antragstellung

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Durchschnittsalter in Jahren	49	49	59	55	50	49	48	46
jüngster Patient in Jahren	4	11	17	15	13	14	3	Neugeborenes
ältester Patient in Jahren	69	83	86	89	75	87	90	76

ALTER DES PATIENTEN

05 Kasuistik

Es werden einige im Laufe des Jahres 2014 vor der Schlichtungskommission behandelte und abgeschlossene Fälle kurz zusammengefasst, die entweder zu einer auch nur vermuteten Haftung des behandelnden Arztes geführt haben oder eine solche Haftung ausgeschlossen haben. So wurde zum Beispiel befunden:

BEISPIELE

- dass eine Haftung der behandelnden Ärzte vorliegt, die nach einer operativen Versorgung durch Marknagelung eines rechtsseitigen Bruchs von Schien- und Wadenbein infolge eines Skiunfalls das aufgetretene Kompartmentsyndrom der rechtsseitigen M.-tibialis-anterior-Loge nicht zeitgerecht behandelt haben und so eine Vielzahl von weiteren chirurgischen Eingriffen und eine Nachbehandlung auch transplantationsplastischer Natur notwendig gemacht haben,
- dass keine Haftung des Zahnarztes vorliegt, wenn zwei Schrauben eines vor fast zehn Jahren gesetzten Implantats wegen Abnutzung gebrochen sind oder Materialien unterschiedlicher Hersteller verwendet wurden, die aber zueinander kompatibel waren,
- dass eine Haftung des Arztes vorliegt, der eine Patientin einer Venenbehandlung durch Verödungstherapie am linken Bein unterzogen hat, bei der schon wenige Stunden nach dem Eingriff Schmerzen und Durchblutungsstörungen und nach wenigen Tagen eine Peroneusparesis aufgetreten sind. Es konnte zwar letztlich nicht einwandfrei geklärt werden, ob die eingetretene Verletzung effektiv auf einen Fehler des Arztes zurückzuführen war, was allerdings in Anwendung der geltenden Beweislastregel gemäß Art. 1218 ZGB zum Nachteil des Arztes gereichte, welchem die Beweislast oblag,
- dass die Annahme, dass eine bei einem Sturz erlittene Basisfraktur am linken Zeigefinger ungewöhnlich langsam und schlecht ausgeheilt und auf eine nicht geeignete Behandlung im Krankenhaus zurückzuführen sei, nicht einen Fehler des Chirurgen darstellt, der den Patienten fristgerecht und nach den Regeln der ärztlichen Kunst, entsprechend den gegenwärtigen Leitlinien der fachlichen Literatur, operiert hat. Die Entscheidung, die Fraktur durch Kirschnerdrähte anstatt durch Schrauben zu fixieren, ist vom Arzt bewusst getroffen worden und auf die Morphologie der Fraktur zurückzuführen, immer mit dem Ziel vor Augen, eine bessere Stabilisierung des Knochenbruchs zu erreichen. Leider weisen komplexe artikuläre Verletzungen dieser Art entsprechend der allgemeinen klinischen Erfahrung keine besonders günstige Prognose in Bezug auf eine vollständige Ausheilung bzw. Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes auf,
- dass ein Fehler des behandelnden Arztes vorliegt, der einen Dialysepatienten mit Symptomen eines Schlaganfalls vor Abklärung der Ursachen der Beeinträchtigung Heparin verabreicht habe mit potentiell negativen Auswirkungen auf die alsdann diagnostizierte Hirnblutung,
- dass keine Haftung des Gynäkologen vorliegt, der im Rahmen der Verschreibung eines Medikaments zur Schwangerschaftsverhütung keine Blutanalysen angeordnet hat, um das erhöhte Thromboserisiko der Patientin, die heterozygote Trägerin einer Faktor V-Leiden Mutation ist, zu bestimmen. Die Patientin hat in der Folge eine Thrombose der zentralen Vene der Netzhaut des linken Auges entwickelt. Die internationalen Richtlinien sehen ein anamnestisches Gespräch

über den Gesundheitszustand der Patientinnen sowie über die korrekte Einnahme der Verhütungsmittel vor, nicht aber die Anordnung allgemeiner oder spezifischer Laboruntersuchungen im Hinblick auf erhöhtes Thromboserisiko.



06 Nachwort

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

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

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

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

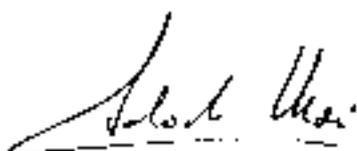
keit des Verfahrens anrufen dürfen. Eine maximale Anstrengung der Ärzte und gesundheitlichen Einrichtungen, die die große Chance einer überparteilichen Bewertung, die zu einer Verbesserung der Qualität beitragen kann, anerkennen sollen. Und schließlich eine maximale Anstrengung seitens der Mitglieder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

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

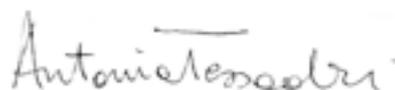
Bozen, den 27. April 2015

Die Schlichtungskommission in Arzthaftungsfragen:

Dr. Edoardo Armando Mori



Dr.in Antonia Tessadri



RA Dr.in Silvia Winkler



RA. Dott. Stephan Vale



Der Sekretär
Dott. Christian Leuprecht



