



Autonome Provinz Bozen
Provincia autonoma di Bolzano
Provincia autonoma de Bulsan
SÜDTIROL • ALTO ADIGE



Schlichtungsstelle

für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich

TÄTIGKEITSBERICHT 2025

Inhaltsverzeichnis

	SEITE
Einleitung	3
1 Die Zuständigkeit der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich	4
2 Die Zusammensetzung der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich	5
3 Die allgemeinen Grundsätze, die die Tätigkeit der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich auszeichnen, und das Verfahren	6 - 7
4 Tätigkeit der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich im Jahr 2025 und in den vorangegangenen Jahren	8 - 18
5 Kasuistik	19 - 21
6 Nachwort	22 - 23

Einleitung

Sehr geehrter Herr Landesrat,

die Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich des Landes Südtirol wurde mit Landesgesetz vom 18. November 2005, Nr. 10, errichtet.

Deren Arbeitsweise wurde mit Dekret des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, geregelt. Zu den Aufgaben der Schlichtungsstelle 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 Tätigkeit im Gesundheitsbereich geht mit einem potentiellen Risiko einher, das nicht auf Null reduziert werden kann. Allfällige Fehler in diesem Bereich müssen gegebenenfalls unter dem Gesichtspunkt anerkannt werden, der Patientin/dem Patienten einen angemessenen Schadenersatz zu garantieren, ohne die ordentliche Gerichtsbarkeit anrufen zu müssen.

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

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

Das Ziel besteht darin, die vorherrschende Berufspraxis, die in Richtung einer Defensivmedizin geht, zu korrigieren. Diese Berufspraxis äußert sich in der weit verbreiteten Schaffung von Rechtfertigungsgründen,

um Streitigkeiten von vorne herein aus dem Weg zu gehen, indem unangemessene stationäre Aufnahmen verfügt und der Patientin/dem Patienten überflüssige diagnostische Abklärungen verschrieben werden, die nicht zum Wohle der Patientin/des Patienten sind, sondern mit dem Hintergedanken verfügt werden, das rechtliche Risiko einer Schadenersatzforderung einzugrenzen. Dieser Umstand hat zu einer Entartung der Kunst der gesundheitlichen Betreuung geführt, mit dem Ergebnis, dass öffentliche Ressourcen in hohem Ausmaß verschleudert werden, die eigentlich der Verbesserung der Dienste rund um Diagnose und Behandlung zugeführt werden könnten.

Es handelt sich also um anspruchsvolle Ziele, für deren Erreichung eine starke Allianz zwischen politischen Entscheidungsträgern, Gesundheitspersonal und Bürgern erforderlich ist. Diese Schlichtungsstelle wünscht sich, dass diese Allianz mittelfristig 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.

Die Zuständigkeit der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich

Der Aktionsradius der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich des Landes Südtirol ist auf folgende Fälle zugeschnitten, in denen eine Patientin/ein Patient in Südtirol erbrachte Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen hat und sie/er selbst oder ihre/seine Rechtsnachfolger angeben, dass eine oder mehrere der folgenden Sachlagen vorliegen:

a) durch einen Diagnose- oder Behandlungsfehler als Folge einer Handlung oder Unterlassung von einem Gesundheitsberuf ausübenden Personen ist die Gesundheit der Patientin/des Patienten geschädigt worden,

b) als Folge nicht oder nicht ordnungsgemäß erfolgter Aufklärung ist die Gesundheit der Patientin/des Patienten geschädigt worden,

c) als Folge von fahrlässigem Verhalten, das sich in einer Gesundheitseinrichtung beschränkt auf Tätigkeiten im diagnostisch-therapeutischen Bereich ereignet hat und nicht einer einen Gesundheitsberuf ausübenden Person zugeordnet werden kann, ist die Gesundheit der Patientin/des Patienten geschädigt worden (zum Beispiel organisatorische Mängel in Missachtung der geltenden Hygienevorschriften).

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



2

Die Zusammensetzung der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich

Als erste territoriale Körperschaft Italiens hat das Land Südtirol eine Schlichtungsstelle für Arzthaftungsfragen mit Landesgesetz vom 18. November 2005, Nr. 10, eingerichtet. Sie funktioniert seit dem Sommer 2007 und kann nunmehr auf eine langjährige Tätigkeit zurückblicken.

Im Zuge einer Gesundheitsreform wurde die Zuständigkeit der Schlichtungsstelle im Jahr 2017 auf alle Berufsgruppen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, ausgedehnt. Die Schlichtungsstelle ist somit nicht nur für Ärztinnen und Ärzte, sondern beispielsweise auch für Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, Apothekerinnen und Apotheker oder anderes Gesundheitspersonal zuständig.

Die Schlichtungsstelle ist darüber hinaus 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. Darunter fallen zum Beispiel organisatorische Mängel in Zusammenhang mit der Einhaltung der Bestimmungen im Hygienebereich.

Die Schlichtungsstelle war gemäß Artikel 4/bis Absatz 4 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung, sowie der Beschlüsse der Landesregierung vom 14. November 2023, Nr. 983, und vom 19. März 2024, Nr. 170, im Jahr 2025 (zwei Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälte, die jeweils aufgrund eines Dreivorschlags der Rechtsanwaltskammer Bozen ausgewählt werden; eine/einer davon übt die Funktion der/des Vorsitzenden aus; eine Ärztin/ein Arzt für Rechtsmedizin, die/der in keinem beruflichen Verhältnis zum Landesgesundheitsdienst steht und die/der aufgrund eines Dreivorschlags der Ärzte- und Zahnärztekammer Bozen ausgewählt wird), wie folgt zusammengesetzt:

Ordentliche Vorsitzende/Ordentlicher Vorsitzender:

Dr.in Silvia Winkler, Rechtsanwältin in Brixen,

Ersatz:

Dr.in Elia Reinstadler, Rechtsanwältin in Meran,

Ordentliches Mitglied:

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

Ersatz:

Dr.in Stefania Sipala, freiberuflich in Verona tätige Fachärztin für Rechtsmedizin,

Ordentliches Mitglied:

dott. Stephan Vale, Rechtsanwalt in Bozen,

Ersatz:

dott. Werner Kirchler, Rechtsanwalt in Bruneck.

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

Die allgemeinen Grundsätze, die die Tätigkeit der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich auszeichnen, und das Verfahren

Der Artikel 4/bis des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, wurde in den Jahren 2019 und 2020 mit den Landesgesetzen vom 24. September 2019, Nr. 8, und vom 27. März 2020, Nr. 2, novelliert. Mit Bezug auf das Jahr 2025 sind die Grundsätze, die die Tätigkeit der Schlichtungsstelle und das Verfahren vor der Kommission auszeichnen, weiterhin im Dekret des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, „Bestimmungen über die Schlichtungsstelle in Arzthaftungsfragen“, enthalten.

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

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

Ein Nichterscheinen der Parteien ist mittlerweile die absolute Ausnahme. Der öffentliche Sanitätsbetrieb erscheint regelmäßig, weil es seine Pflicht ist, sich den Beschwerden der Patienten zu stellen; aber auch das betroffene Gesundheitspersonal, sei es jenes im öffentlichen Dienst, sei es jenes mit privater Praxis,

ist regelmäßig anwesend und beweist damit sein Interesse, Streitigkeiten im Schlichtungswege zu lösen und zwar über die Vorbereitung und Hinterlegung detaillierter Stellungnahmen zu den Vorwürfen der Patienten.

Ein zweiter Grundsatz, der die Tätigkeit der Schlichtungsstelle auszeichnet, ist, mit Ausnahme der geschuldeten Stempelsteuer, die Unentgeltlichkeit des Verfahrens. Der Antrag wird auf einem Vordruck gestellt, in welchem die Patientin/der Patient oder die berechtigte Person ihre/seine standesamtlichen Daten angibt, das Gesundheitspersonal möglichst namentlich anführt, dem sie/er einen Vorwurf macht, sowie gegebenenfalls den Sanitätsbetrieb, bei dem das Gesundheitspersonal beschäftigt ist. Der Antrag enthält schließlich eine kurze Beschreibung des Sachverhalts, aus der hervorgeht, welche Vorwürfe dem Gesundheitspersonal in Zusammenhang mit seinem beruflichen Verhalten gemacht werden.

Vor der Schlichtungsstelle bedarf es keiner rechtsanwaltschaftlichen Vertretung; sie ist aber möglich; auch kann sich die Antragstellerin/der Antragsteller von einer Person ihres/seines Vertrauens oder von der Volksanwaltschaft vertreten oder beistehen lassen. Ebenso hilft das Sekretariat der Kommission beim Ausfüllen des Vordrucks. Der Antrag bedarf also keiner professionellen Hilfe. Sollte aber die Patientin/der Patient sich eines Rechtsanwalts oder eines Parteisachverständigen bedienen, sind die entsprechenden Kosten von der Antragstellerin/vom Antragsteller selbst zu tragen. Wenn dagegen nach dem Scheitern des Schlichtungsversuchs alle Parteien die Kommission um die Bewertung des Falles ersuchen und die Kommission ein Sachverständigengutachten einholt, was immer dann geschieht, wenn die Patientin/der Patient zur Klärung der Sachlage einer ärztlichen Untersuchung unterworfen werden muss, so gehen die entsprechenden Kosten zu Lasten der öffentlichen Hand.

Nach Zusammentragen aller für die Bewertung notwendigen Elemente formuliert die Schlichtungsstelle schriftlich ein begründetes technisches Gutachten, das für den Fall, dass eine Haftung oder ein Schaden nicht 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 Schlichtungsstelle auch abändern. Das Gutachten der Kommission lässt für die Parteien die Möglichkeit offen, unter Einhaltung der von der Rechtsordnung vorgesehenen Bestimmungen im Bereich Pflichtmediation bzw. Beweissicherungsverfahren (*accertamento tecnico preventivo*) den Gerichtsweg einzuschlagen.

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

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

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

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

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

Tätigkeit der Schlichtungsstelle

für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich im Jahr 2025 und in den vorangegangenen Jahren

Im Jahr 2025 sind bei der Schlichtungskommission für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich des Landes Südtirol 24 neue Anträge eingegangen (im Jahr 2024 wurden 21 Anträge eingereicht), die zusammen mit den Anträgen aus den vorhergehenden Jahren insgesamt 505 Fälle ergeben.

Aufstellung 1 – Eingegangene, abgeschlossene und anhängige Anträge nach Jahren (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2025)

	eingegangene Anträge	zum 31.12.2025 abgeschlossene Fälle	zum 31.12.2025 anhängige Fälle
2007 (ab 01.08.)	21	21	0
2008	36	36	0
2009	28	28	0
2010	33	33	0
2011	27	27	0
2012	31	31	0
2013	32	32	0
2014	33	33	0
2015	31	31	0
2016	23	23	0
2017	31	31	0
2018	30	30	0
2019	27	27	0
2020	14	14	0
2021	18	18	0
2022	22	22	0
2023	23	20	3
2024	21	13	8
2025	24	5	19
Anträge insgesamt	505	475	30

Aufstellung 1 zeigt die Anzahl der zum 31.12.2025 abgeschlossenen und anhängigen Fälle, wobei die in den Vorjahren eingereichten Anträge mitberücksichtigt werden. Eine Überprüfung hat ergeben, dass im Jahr 2025 16 Fälle abgeschlossen worden sind (1 Fall aus dem Jahr 2022, 3 Fälle aus dem Jahr 2023, 7 Fälle aus dem Jahr 2024 und 5 Fälle aus dem Jahr 2025).

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

Die Schlichtungskommission hat sich zum Ziel gesetzt, die internen klinisch-wissenschaftlichen Kompetenzen der Kommission maximal hervorzuheben und sowohl die Fristen, die für die Einholung von externen Sachverständigengutachten notwendig sind (im Schnitt mehr als anderthalb Jahre für die Bewertung der Fälle, bei denen ein externes Sachverständigengutachten eingeholt werden musste), als auch die Ausgaben für die Sachverständigengutachten (im Schnitt 2.246,00 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 66,34% der bis zum 31. Dezember 2025 eingegangenen Fälle).

Die Anträge wurden von Personen unterschiedlichen Alters eingereicht; das Durchschnittsalter beträgt 57 Jahre.

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

Die Situation Ende 2025 zeigt, dass alle Fälle, die bei der Schlichtungskommission im Jahr 2022 eingereicht worden sind, abgeschlossen werden konnten. Drei Fälle aus dem Jahr 2023, acht Fälle aus dem Jahr 2024 und 19 Fälle aus dem Jahr 2025 müssen hingegen noch bewertet und abgeschlossen werden.

Zusammenfassend wurden von den insgesamt 505 bei der Schlichtungskommission seit ihrer Einsetzung im Jahr 2007 eingegangenen Fällen 475 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 – 31.12.2025)**

Art des Abschlusses des Schlichtungs- verfahrens	pro Jahr eingegangene Fälle																		insgesamt	
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Schlichtungsempfehlung oder Schlussverfügung, die von der Kommission bei der Schlussverhandlung formuliert wurde	6	13	9	6	9	10	7	9	11	9	9	10	15	8	10	8	5	1	0	155
Schlichtung unter den Parteien	4	5	7	11	8	8	10	9	6	5	9	10	4	2	5	9	8	4	3	127
Archivierung wegen nicht erfolgter Beauftragung der Kommission nach erfolglosem Schlichtungsversuch	3	5	5	2	5	6	5	4	8	1	4	5	2	1	1	1	2	3	1	64
Unzulässigkeit des Antrags wegen offensichtlicher Unbegründetheit desselben	1	7	5	5	0	1	2	9	4	2	5	1	1	0	0	1	0	2	1	47
Vergleich außerhalb des Schlichtungsverfahrens oder Archivierung wegen Verzichts auf das Verfahren	0	1	0	4	2	5	6	2	1	3	1	2	3	3	2	3	4	3	0	45
Archivierung wegen Nicht-Erscheinsens des Gesundheitspersonals bei der Erstverhandlung	5	5	2	3	2	1	2	0	1	2	3	2	0	0	0	0	1	0	0	29
Archivierung wegen Einbringung der Klage vor Gericht	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	5
Unzuständigkeit der Kommission	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Archivierung wegen Unvollständigkeit des Antrags	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
insgesamt abgeschlossene Verfahren	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	31	30	27	14	18	22	20	13	5	475
anhängige Verfahren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8	19	30
insgesamt eingegangene Anträge	21	36	28	33	27	31	32	33	31	23	31	30	27	14	18	22	23	21	24	505

In 13,47% der Fälle hat eine der Parteien der Schlichtungskommission nicht den Auftrag erteilt, den Fall zu bewerten. Dieser Wert ist relativ ermutigend, da er als Indikator für das Vertrauen, das die Parteien der Schlichtungskommission entgegenbringen, angesehen werden kann.

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

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

Wie auch immer kann sich die Bilanz über die Tätigkeit der Schlichtungskommission durchaus sehen lassen. In 82,73% der Fälle hat sich die Kommission in meritorischer Hinsicht äußern können: in 26,74% der Fälle haben die Parteien eine sofortige Schlichtung vor der Kommission erzielen können; in 32,63% der Fälle wurde die Kommission mit der Bewertung des Falls beauftragt; in 9,89% der Fälle hat die Kommission mit Erlass der Unzulässigkeitsverfügung den Fehler des Gesundheitspersonals ausgeschlossen; in 13,47% der Fälle haben sich die Parteien zumindest einem Schlichtungsversuch gestellt, auch wenn Letzterer schlussendlich nicht von Erfolg gekrönt war. Hinzu kommt, ohne direkte Schlichtung durch die Kommission, aber nach dem Zusammenführen der Parteien, dass in 5,68% der Fälle die Parteien eine Einigung außerhalb des Schlichtungsverfahrens erzielt haben.

Nur in weniger als einem auf zehn Fälle (6,11%) 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 – Rechtlicher Status des involvierten
Gesundheitspersonals (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2025)**

Jahr	Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes	niedergelassenes Gesundheitspersonal	Anträge insgesamt
2007	18	3	21
2008	30	6	36
2009	24	4	28
2010	27	6	33
2011	22	5	27
2012	26	5	31
2013	29	3	32
2014	27	6	33
2015	28	3	31
2016	17	6	23
2017	22	9	31
2018	23	7	30
2019	26	1	27
2020	10	4	14
2021	15	3	18
2022	20	2	22
2023	20	3	23
2024	18	3	21
2025	23	1	24
insgesamt	425	80	505

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.

In Bezug auf die 24 neuen Fälle, die im Jahr 2025 eingereicht wurden, war in nur einem Fall Gesundheitspersonal betroffen, das freiberuflich tätig ist. Die verbleibenden 23 Fälle betrafen hingegen Gesundheitspersonal, das in den öffentlichen Einrichtungen des Landesgesundheitsdienstes oder in mit dem Landesgesundheitsdienst vertragsgebundenen Einrichtungen tätig ist und zwar mit folgender territorialer Verteilung.

**Aufstellung 4 – Territoriale Verteilung des Personals
des Landesgesundheitsdienstes (Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2025)**

Jahr	Gesundheitsbezirk Bozen	Gesundheitsbezirk Meran	Gesundheitsbezirk Bruneck	Gesundheitsbezirk Brixen	insgesamt
2007	6	5	3	4	18
2008	15	8	4	3	30
2009	17	3	1	3	24
2010	9	10	5	3	27
2011	4	10	3	5	22
2012	9	11	6	0	26
2013	11	7	5	6	29
2014	6	10	7	4	27
2015	12	8	3	5	28
2016	7	4	3	3	17
2017	11	5	2	4	22
2018	8	5	7	3	23
2019	14	6	4	2	26
2020	3	5	1	1	10
2021	6	6	1	2	15
2022	7	4	8	1	20
2023	9	5	0	6	20
2024	7	7	2	2	18
2025	12	7	1	3	23
insgesamt	173	126	66	60	425

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 Kardi-chirurgie, existieren.

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

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

Abteilung/ Gesundheitspersonal	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	insgesamt
Orthopädie/niedergelassener orthopädischer Arzt	5	13	9	12	9	7	14	10	12	6	4	8	7	5	5	5	4	10	10	155
Zahnarzt/zahnärztlicher Dienst	3	1	1	3	3	4	3	7	3	4	7	5	1	1	0	1	2	1	2	52
Notaufnahme	1	5	5	3	1	4	2	0	3	1	4	3	5	3	0	3	5	0	1	49
Chirurgie/niedergelassener Chirurg	3	1	1	3	4	6	2	3	2	3	2	3	3	1	3	3	2	0	1	46
Gynäkologie/Geburtshilfe/ Facharzt für Gynäkologie	0	4	0	1	4	0	2	6	1	1	3	2	2	0	2	1	3	3	1	36
Augenheilkunde	1	2	3	1	1	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	3	2	1	1	22
Hals-Nasen-Ohren	2	1	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	2	0	1	1	0	1	0	16
Urologie	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	2	1	13
Neurochirurgie	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	1	0	1	12
Psychiatrie	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	2	2	1	12
Innere Medizin	0	0	0	1	2	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	10
Gefäß- und Thoraxchirurgie	0	2	2	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	9
Plastische Chirurgie	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0	1	9
Arzt für Allgemeinmedizin	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	8
Anästhesie	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	7
Pädiatrie/pädiatrische Chirurgie	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	7
Dermatologie und Geschlechtskrankheiten	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Radiologie	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
Neurologie	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
Kardiologie	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4
Infektionskrankheiten	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	4
Geriatrie	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
Pneumologischer Dienst	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Gastroenterologie	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Medizinische Onkologie	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Nephrologie und Dialyse	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Hämatologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Beratungsstelle in Rheumatologie	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Labor für klinische Pathologie	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Strahlentherapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Hygiene und öffentliche Gesundheit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
insgesamt	21	36	28	32	27	31	32	33	31	23	31	30	27	14	18	22	23	21	24	504

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 Notaufnahmen, die Allgemeine Chirurgie, und andere chirurgische Fachbereiche (zum Beispiel die Gynäkologie und Geburtshilfe), bei denen das Risikoniveau viel höher ist als bei internistischen Diagnosen oder der Tätigkeit der Ärzte für Allgemeinmedizin. Letztere sind prozentmäßig kaum von Fällen betroffen, die der Schlichtungsstelle unterbreitet werden (zirka 1,59% der Fälle).

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

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. In geringerer Anzahl wurden Anträge über die Volksanwaltschaft eingereicht.

Aufstellung 6 – Anträge mit oder ohne Rechtsbeistand oder über die Volksanwaltschaft gestellte Anträge

Jahr	Anträge mit Rechtsbeistand	Anträge ohne Rechtsbeistand	über die Volksanwaltschaft gestellte Anträge	insgesamt
2007	4	16	1	21
2008	5	30	1	36
2009	5	21	2	28
2010	11	20	2	33
2011	8	19	0	27
2012	6	25	0	31
2013	13	18	1	32
2014	8	25	0	33
2015	13	17	1	31
2016	10	13	0	23
2017	16	13	2	31
2018	5	21	4	30
2019	12	12	3	27
2020	7	7	0	14
2021	6	6	6	18
2022	5	14	3	22
2023	6	12	5	23
2024	8	11	2	21
2025	6	14	4	24
insgesamt	154	314	37	505

Aufstellung 7 fasst die durchschnittliche Dauer der zum 31.12.2025 abgeschlossenen Fälle zusammen.

Aufstellung 7 – Durchschnittliche Dauer der zum 31.12.2025 abgeschlossenen Verfahren

	durchschnittliche Dauer
alle innerhalb 31.12.2025 abgeschlossenen Verfahren	279 Tage
Verfahren, die mit einer Unzulässigkeitsverfügung oder einer Archivierung abgeschlossen wurden	174 Tage
erfolgreich geschlichtete Verfahren	196 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission den Fall bewertet hat, ohne ein Sachverständigengutachten einzuholen	340 Tage
Verfahren, bei denen die Kommission nach Einholen eines Sachverständigengutachtens den Fall bewertet hat	598 Tage

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

Aus Aufstellung 8 wird ersichtlich, in welchen bis zum 31.12.2025 abgeschlossenen Fällen die Schlichtungsstelle eine Haftung des Gesundheitspersonals/des Gesundheitspersonals und der Gesundheitseinrichtung, welcher das Gesundheitspersonal angehört, festgestellt hat und in welchen Fällen sie diese Haftung ausgeschlossen hat.

Aufstellung 8 – Fälle, die von der Schlichtungskommission im Zeitraum 01.08.2007 – 31.12.2025 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	53
Fälle, bei denen die Kommission die Haftung des Gesundheitspersonals/des Gesundheitspersonals und der Gesundheitseinrichtung, welcher dieses angehört, ausgeschlossen hat	102
insgesamt	155

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 – 31.12.2025 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	170
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	148
insgesamt	318

Aus Aufstellung 10 gehen die bis zum 31.12.2025 abgeschlossenen Verfahren hervor, bei denen die Kommission einen Sachverständigen ernannt hat sowie die durchschnittlichen Kosten der Sachverständigengutachten.

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

Verfahren, bei denen ein Sachverständiger ernannt worden ist	88 von 475
Durchschnittliche Kosten der Sachverständigengutachten	2.246,61 Euro

Das arithmetische Mittel des von der Kommission anerkannten oder zwischen den Parteien vor der Kommission vereinbarten **Schadenersatzes**, bezogen auf die bis zum 31.12.2025 abgeschlossenen Fälle, beträgt 45.991,13 Euro.

Aus Aufstellung 11 geht die vom Antragsteller gewählte Sprache des Verfahrens hervor, wobei präzisiert wird, dass mit Ausnahme der öffentlichen Gesundheitseinrichtung im Schlichtungsverfahren jede Partei frei ist, die italienische oder deutsche Sprache zu verwenden.

Aufstellung 11 – vom Antragsteller gewählte Sprache des Verfahrens

Jahr	italienische Sprache	deutsche Sprache	Anträge insgesamt
2007	8	13	21
2008	12	24	36
2009	12	16	28
2010	14	19	33
2011	7	20	27
2012	11	20	31
2013	11	21	32
2014	16	17	33
2015	11	20	31
2016	6	17	23
2017	8	23	31
2018	9	21	30
2019	11	16	27
2020	3	11	14
2021	6	12	18
2022	6	16	22
2023	7	16	23
2024	6	15	21
2025	6	18	24
insgesamt	170	335	505

Aus Aufstellung 12 wird das Alter der Patienten ersichtlich.

Aufstellung 12 – Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Antragstellung

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Durchschnittsalter in Jahren	49	49	59	55	50	49	48	46	55	50	52	50	56	49	57	56	47	49	57
Jüngster Patient in Jahren	4	11	17	15	13	14	3	0	14	11	7	16	12	4	22	12	11	19	13
Ältester Patient in Jahren	69	83	86	89	75	87	90	76	85	84	94	84	86	77	91	88	80	82	88

5

Kasuistik

Es werden einige im Laufe des Jahres 2025 und in den Vorjahren vor der Schlichtungskommission verhandelte und abgeschlossene Fälle zusammengefasst, in denen eine Haftung des Gesundheitspersonals entweder erkannt oder aber eine solche Haftung ausgeschlossen worden ist. So wurde zum Beispiel befunden,

- dass zwar keine berufliche Haftung des Personals der Notaufnahme des Krankenhauses besteht, das einen Patienten im Rahmen von mehreren zeitnah erfolgten Krankenhauszugängen nach erfolgtem Katzenbiss korrekt behandelt hat, indem die Wunde lege artis gesäubert und desinfiziert, in der Folge auch mit Antibiotika behandelt wurde, eine weitere aufgrund des aufgetretenen atypischen Verlaufs notwendige chirurgische Versorgung allerdings nicht erfolgen konnte, weil sich der Patient an eine andere Gesundheitseinrichtung gewandt hatte. Trotzdem wurde die Bezahlung einer bescheidenen Entschädigung aufgrund von Unstimmigkeiten bei der Sammlung der klinisch-anamnestischen Daten (Nichtberücksichtigung der nachgewiesenen Diabeteserkrankung und Annahme einer offenbar nicht vorhandenen Allergie gegen Amoxicillin sowie Bestehen einer offensichtlichen Diskrepanz zwischen der beklagten Symptomatik und einer sehr schlechten objektiven Beschreibung) anempfohlen,
- dass, obwohl keine berufliche Haftung des Chirurgen besteht, der eine Enukleation der Bartholin-Drüse vorgenommen hat, bei der sich aus der nachfolgenden histologischen Untersuchung ergeben hat, dass die Drüse nicht entfernt worden ist, sehr wohl jedoch ein Informations-/Kommunikationsdefizit gegenüber der Patientin besteht, die somit nicht in die Lage versetzt worden ist, ihre klinische Situation zu verstehen und die geeignetsten Maßnahmen zu ergreifen, um mögliche Rezidive zu verhindern oder zu bewältigen,
- dass kein kausaler Zusammenhang zwischen dem Ableben eines betagten Patienten und dessen tadelloser Behandlung in der Beobachtungsstation und der Abteilung für Innere Medizin sowie einer Reha-Einrichtung vor Überstellung des Patienten in ein Pflegeheim besteht. Der Patient hatte an vielen Krankheiten gelitten

und durch das Nichtbeachten der im Rahmen eines früheren Krankenhausaufenthaltes erteilten Anweisungen zur Behandlung seiner Diabeteskrankheit selbst dazu beigetragen, dass sich sein Gesundheitszustand insgesamt verschlechtert hatte. Die behandelnden Ärzte des Krankenhauses und der Rehaeinrichtung haben lege artis alle Maßnahmen im Sinne einer bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung des Patienten gesetzt,

- dass ein Fehler der Krankenhausärzte vorliegt, die es unterlassen haben, den Patienten dringend in eine andere Einrichtung zu verlegen, die in der Lage gewesen wäre, eine Sepsis infolge eines toxischen Schocks bei gleichzeitigem Vorliegen einer nekrotisierenden Faszitis angemessen zu behandeln. Die Überlebenschancen des Patienten wären zwar jedenfalls äußerst gering gewesen, tatsächlich hat der Patient jedoch eine Überlebenschance verloren. Dieser Verlust einer Chance begründet einen Anspruch auf Schadenersatz ausschließlich zugunsten des Patienten und nicht auch zugunsten der Angehörigen. Da die Angehörigen auf die Erbschaft des Patienten verzichtet haben, steht ihnen daher keinerlei Schadenersatz zu,
- dass eine berufliche Haftung der Chirurgen vorliegt, die einen an bilateraler Coxarthrose leidenden Patienten einer Hüftprothesenoperation unterzogen haben, die nicht lege artis durchgeführt worden war, da die Prothesenpfanne, anders als in der präoperativen Planung vorgesehen, lateralisiert und hervorstehend positioniert war. Beim nachfolgenden, auch aufgrund der ausgeprägten Schmerzsymptomatik notwendigen Revisionseingriff, der einen Pfannenwechsel nach Lockerung der Hüftpfanne zum Gegenstand hatte, kam es leider zu einer Fraktur des Augenhintergrundes und der hinteren Wand des nativen Acetabulums, wobei auch hierfür das Vorgehen des Chirurgen zumindest als mitursächlich bezeichnet werden muss. Erst ein dritter in einer anderen Gesundheitseinrichtung vorgenommener Eingriff war für die nachhaltige, wenn auch nicht vollständige Besserung des Gesundheitszustands des Patienten entscheidend,

- dass in keiner Weise eine berufliche Haftung des chirurgischen Personals der betroffenen Krankenhausabteilung bei der Behandlung eines Patienten besteht, bei dem eine absolute Indikation zur Durchführung der Operation eines aorto-bi-femoralen Bypasses bei Arteriopathie der unteren Gliedmaßen im Stadium III nach Leriche-Fontaine, um das Risiko einer größeren Amputation der unteren Gliedmaßen zu vermeiden, vorgelegen hat. Die Operation wurde ordnungsgemäß durchgeführt, die kritische Ischämie wurde beseitigt, und es erfolgte eine regelmäßige Nachsorge. Bei der Bildung einer Fistel zwischen der aorto-bi-femoralen Porthese und der Neoblase mehrere Jahre nach dem vaskulären Eingriff handelte es sich um eine spät aufgetretene, außergewöhnliche, unvorhersehbare Komplikation unbekannter Herkunft, die weder vom Chirurgen, der den vaskulären Eingriff durchführte, noch von einem strukturellen Defekt der Prothese abhängt. Es folgte ein korrekt durchgeführter Eingriff mit Entfernung der alten Prothese und ihrem Ersatz durch eine biologische Prothese sowie der plastischen Rekonstruktion des Blasendurchbruchs, mit einem regulären postoperativen Verlauf und einer regelmäßigen Nachsorge, ohne jeglichen Hinweis auf ein Fehlverhalten, weder im vaskulären noch im urologischen Bereich. Der Eingriff hatte eine Verbesserung der vorherigen klinischen Situation zur Folge und war darüber hinaus lebensrettend,
- dass eine Haftung der betroffenen Ärztin vorliegt, die einen Schamlippenriss und eine vulvo-vaginale Ruptur bei der betroffenen Patientin im Rahmen einer spontanen Vaginalgeburt ihres Kindes mittels Rekonstruktionsnaht unsachgemäß versorgt hat; darüber hinaus wurde es im Rahmen der Nachkontrollen unterlassen, eine Revision dieser fehlerhaften Versorgung zeitnah in die Wege zu leiten,
- dass eine berufliche Haftung des Gesundheitspersonals der Notaufnahme sowie der betroffenen Abteilung des Krankenhauses vorliegt, das bei einer betagten Patientin eine verspätete Diagnose eines spontanen spinalen epiduralen Hämatoms in Entwicklung mit Indikation des chirurgischen Eingriffs einer Laminektomie gestellt hat. Es ist zwar schwierig zu behaupten, dass mit einem zeitnahen Eingriff die Fähigkeit der Patientin, eine aufrechte Position einzunehmen und autonom zu gehen sowie die Kontrolle der Schließmuskeln wiederhergestellt hätte werden können. Wahrscheinlicher ist, dass durch einen fristgerechten Eingriff eine zumindest teilweise Wiederherstellung der Beweglichkeit und

der Kontrolle der Schließmuskeln hätte erreicht werden können, was der Patientin mit Hilfe ermöglicht hätte, eine gewisse Fähigkeit zu bewahren, eine aufrechte Position und eine bessere Sitzposition beizubehalten und einige Schritte zu machen,

- dass kein Fehler der Chirurgen vorliegt, die einen Patienten zunächst wegen einer septischen Hüftkopfnekrose links mit Weichteilbefall und in Abwesenheit vorheriger traumatischer Ereignisse behandelt und den Patienten alsdann, im Abstand von drei Monaten, einer Prothesenoperation der linken Hüfte unterzogen haben, bei der es intraoperativ zu einer Fraktur des Oberschenkels gekommen ist, die im Rahmen des selben Eingriffs über eine Reposition und Synthese mit Platten und Schrauben sowie Cerclagen versorgt werden musste. Der Bruch des Oberschenkels ist nicht nur auf die Komplexität des Eingriffs und die vorangegangene Behandlung der Hüftkopfnekrose, sondern auch auf die aus der vorangegangenen Infektion resultierende Knochenschwäche und den Eingriff, auf die Belastungsbegrenzung zwischen erstem und zweitem Eingriff sowie auf den vorbestehenden Gesundheitszustand des Patienten (Rauchgewohnheiten, Hepatitis C, Methadonkonsum und früherer endovenöser Drogenmissbrauch) zurückzuführen. Die Wahrscheinlichkeit eines spontanen Bruchs des Oberschenkels während des Eingriffs war aufgrund mehrerer, gleichzeitig vorhandener, vorhersehbarer, aber nicht vermeidbarer Faktoren erhöht. Der Bruch des Oberschenkels ist daher nicht auf einen medizinischen Fehler bei der Behandlung des Patienten zurückzuführen,
- dass eine berufliche Haftung des behandelnden Gesundheitspersonals bei der rein konservativen Versorgung einer Sehnenruptur an der Schulter eines Patienten nach einem Skiunfall besteht. Laut Magnetresonanztomografie-Aufnahme sei keine degenerative Beeinträchtigung der Sehnen, also keine Vorschädigung zum Zeitpunkt des Unfalles, zu erkennen. Die deutliche Funktionseinschränkung unmittelbar nach dem Unfall deute auf eine akute Verletzung der Haube und der Sehnen hin, sodass die Sehnenruptur als unmittelbare Folge des Unfalls anzusehen ist. Über eine rein konservative Behandlung wäre der Gesundheitszustand des Patienten in keinem Fall wieder vollständig herstellbar gewesen, und alleine dieser Umstand genügt, um der Operation (trotz aller grundsätzlich mit einer Operation verbundenen Risiken) im konkreten Fall den Vorrang einer konservativen Behandlung gegenüber einzuräumen,

- dass kein Fehler seitens des Arztes für Allgemeinmedizin vorliegt, der gegenüber einem Patienten mit Kopfschmerzen und Bluthochdruck, in korrekter Weise das allfällige Vorhandensein eines Nierenschadens überprüft hat, indem er zweimal im Abstand von ca. fünf Monaten gezielte Blut- und Harnuntersuchungen angeordnet hat, deren Werte im Normbereich lagen und er weiters einen eGFR-Test (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate), verschrieben und ausgewertet hat, der die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate darstellt und eine Schätzung der Filterkapazität der Niere liefert, wobei in beiden Tests normale Werte vorlagen und keine Indikation zu einer weiteren Untersuchung der Nierenfunktion bestand, während die Hydronephrose mit Funktionsverlust der linken Niere, die weitere vier Monate nach den zum zweiten Mal durchgeführten Blutuntersuchungen mittels CT-Untersuchung des Abdomens diagnostiziert wurde, mit einer angeborenen Fehlbildung (Doppelnierensystem mit Vorhandensein eines doppelten Harnleiters und einer Obstruktion) zusammenhängt. Die angeborene Nierenfehlbildung war zum Zeitpunkt der Blutuntersuchungen weder diagnostizierbar noch klinisch verdächtig,
- dass ein eklatanter Fehler des Gesundheitspersonals vorliegt, welches bei einem Patienten, bei dem eine proliferierende diabetische Retinopathie diagnostiziert wurde, im Rahmen eines Zyklus von Laserbehandlungen auf beiden Augen den Verlust der Sehkraft am linken Auge des Patienten aufgrund der fehlerhaft durchgeführten Laserbehandlung (Photokoagulation der zentralen Netzhaut) verursacht hat,
- dass eine Haftung der Chirurgen vorliegt, die einen unter Schulterarthrose leidenden Patienten einer Operation zur Versorgung mit einer inversen Schulterprothese („Sistema Modulare Randelli Shoulder Lima“) unterzogen haben und dabei schuldhaft einen Nerv geschädigt/eine Radialsparese verursacht haben,
- dass dem Gesundheitspersonal der Notaufnahme des Krankenhauses eventuell vorgeworfen werden kann (wofür lediglich zu Schlichtungszwecken die Zahlung einer geringen Entschädigung vorgeschlagen wird), einem Patienten keine klaren/präzisen Anweisungen für das weitere Vorgehen gegeben zu haben. Der Patient war wegen einer Lumboischialgie rechts in die Notaufnahme gekommen und wurde nach der Verabreichung einer entzündungshemmenden Therapie und der Em-

pfehlung einer MRT-Untersuchung nach 8-10 Tagen zum Zwecke der erneuten neurochirurgischen Beurteilung entlassen. In Anbetracht der Tatsache, dass der Patient sich erst zehn Tage später der über den öffentlichen Gesundheitsdienst zu erbringenden MRT-Untersuchung hätte unterziehen können, hatte sich der Patient am Tag nach seiner Entlassung aus eigener Initiative in ein privates Diagnosezentrum begeben, war aber erst einige Tage nach der Durchführung der MRT-Untersuchung wegen der starken Verschlechterung seines Krankheitsbildes in die Notaufnahme zurückgekehrt. Es lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, ob die im Rahmen des zweiten Zugangs zur Notaufnahme durchgeführten Behandlungen (dringender chirurgischer Eingriff unter Vollnarkose zur Entfernung des Bandscheibenvorfalles und Dekompression der Nervenwurzel über den interlaminären Zugang L4-L5 rechts), wenn sie einige Tage früher durchgeführt worden wären, zu einem eindeutig anderen Ergebnis geführt hätten, als es dann tatsächlich der Fall war,

- dass eine Haftung der Chirurgen besteht, die einen Patienten einer Operation zur vollständigen Resektion des Sigmas und des proximalen Enddarmabschnitts (Operation nach Hartmann) unterzogen und dabei versehentlich Schamnerven verletzt haben,
- dass kein Fehler des Gesundheitspersonals der Notaufnahmen zweier Krankenhäuser (hinzugerufener Neurochirurg sowie Orthopäde) vorliegt, die einen Patienten, der aufgrund seiner klinischen Situation bereits zu einer nicht dringenden OP vorgemerkt war, im Rahmen eines Zugangs zur Notaufnahme wegen sehr starker Schmerzen im Rücken-Lendenbereich sowie neurologischer Ausfälle mit Blasenlähmung aufgrund konkret fehlender Dringlichkeit sowohl diagnostisch als auch therapeutisch korrekt konservativ (Schmerz-Therapie sowie Zuweisung zu einer MRT) behandelt haben und jedenfalls keinen auf eine angeblich schuldhafte Verzögerung zurückzuführenden gesundheitlichen (bleibenden) Schaden verursacht haben.

Nachwort

Im Jahr 2026 konkretisiert sich das Inkrafttreten des Gelli-Bianco-Gesetzes (Gesetz vom 8. März 2017, Nr. 24). Am 16. März 2026 ist die im Ministerialdekret vom 15. Dezember 2023, Nr. 232, vorgesehene Übergangsregelung ausgelaufen. Die Bestimmungen zur Versicherungsdeckung und zum klinischen Risikomanagement sind damit vollständig wirksam geworden.

Es wurde die Verpflichtung zur Haftpflichtversicherung effektiv implementiert. Alle öffentlichen und privaten Gesundheits- und Sozialeinrichtungen müssen nun:

- über eine den gesetzlichen Anforderungen entsprechende Haftpflichtversicherung verfügen oder gleichwertige Instrumente der Eigenrisikotragung vorsehen,
- die im Ministerialdekret vom 15. Dezember 2023, Nr. 232, vorgesehenen Mindestdeckungssummen einhalten,
- eine den nationalen Vorgaben entsprechende Deckung der Haftungsrisiken gewährleisten.

Für Angehörige der Gesundheitsberufe ist die Versicherungspflicht somit nicht mehr bloß programmatischer Natur, sondern uneingeschränkt verbindlich.

Es wird auch das klinische Risikomanagement gestärkt. Das Durchführungsdekret verpflichtet die Gesundheitseinrichtungen zur:

- strukturierten Steuerung des klinischen Risikos,
- Einführung organisatorischer Verfahren zur Prävention von Schadensfällen,
- Einrichtung eines Schadensbewertungskomitees (Comitato Valutazione Sinistri), intern oder durch Vereinbarung mit Dritten,
- systematischen Überwachung unerwünschter Ereignisse und von Haftungsfällen.

Damit wird die Haftung im Gesundheitswesen zunehmend unter präventiven und organisatorischen Gesichtspunkten betrachtet und nicht mehr ausschließlich aus einer schadensersatzrechtlichen Perspektive.

Die Verpflichtung der Gesundheitseinrichtungen zur Erstellung eines jährlichen Berichts über das Risikomanagement im Gesundheitsbereich wird weiter aufgewertet. Der Bericht soll die festgestellten kritischen Punkte sowie die zur Verbesserung der Patientensicherheit ergriffenen Maßnahmen analysieren.

Es ist darüber hinaus ein Reformvorhaben zur strafrechtlichen Verantwortlichkeit von Gesundheitsberufen im Gange. Von besonderer Bedeutung ist der am 4. September 2025 vom Ministerrat genehmigte Delegierungsgesetzentwurf im Bereich der Gesundheitsberufe (Schutzschild im Strafrechtsbereich). Die Reform verfolgt insbesondere folgende Ziele:

- Eindämmung der sogenannten Defensivmedizin,
- Beibehaltung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bei grober Fahrlässigkeit,
- Neugestaltung der geltenden Regelungen zur Berufshaftung der Angehörigen der Gesundheitsberufe.

Der Gesetzgebungsprozess ist jedoch noch nicht abgeschlossen. Die weitere parlamentarische Entwicklung bleibt abzuwarten.

Die Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich des Landes Südtirol reiht sich in die Entwicklung der staatlichen Bestimmungen ein. Obwohl die Schlichtungsstelle ausschließlich im zivilrechtlichen Bereich tätig ist, kann sie mit der überparteilichen Bewertung von Fällen mutmaßlicher Haftung im Gesundheitsbereich einen kleinen Beitrag gegen das Phänomen der sogenannten „Defensivmedizin“ leisten und die starke Erhöhung der Versicherungskosten für teure Polizen für das Gesundheitspersonal mit hohem Verfahrensrisiko abbremsen.

Es bleibt zu hoffen, dass dieser wichtige Dienst zur technisch-juristischen Bewertung von Fällen mutmaßlicher Haftung im Gesundheitsbereich, der von der öffentlichen Verwaltung zugunsten von Patienten und des Gesundheitspersonals zur Verfügung gestellt wird, von den Patienten und dem Gesundheitspersonal weiterhin geschätzt und genutzt wird und zwar als Beitrag zur außergerichtlichen Lösung von Streitigkeiten in diesem Bereich sowie zur kontinuierlichen Verbesserung der der Bevölkerung angebotenen Gesundheitsdienste.

Bozen, im Juli 2026

Die Schlichtungsstelle für Haftungsfragen
im Gesundheitsbereich:

RA Dr.in Silvia Winkler



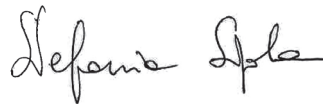
RA Dr.in Elia Reinstadler



Dr.in Antonia Tessadri



Dr.in Stefania Sipala



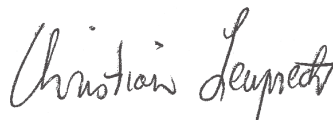
RA Dr. Stephan Vale



RA. Dr. Werner Kirchler



Der Sekretär
Christian Leuprecht





Autonome Provinz Bozen
Provincia autonoma di Bolzano
Provincia autonoma de Bulsan
SÜDTIROL • ALTO ADIGE