

Jahresbericht

2016



Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern
Organe de médiation hospitalier du canton de Berne

Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern

Ombudsperson	Roman Manser
Stellvertreter	Mitarbeiterinnen des Notariats- und Advokaturbüros Roman Manser
Adresse	Schloss-Strasse 1, 2560 Nidau
	032 331 24 24
@	info@ombudsstelle-spitalwesen.ch
Web	www.ombudsstelle-spitalwesen.ch

Nidau, 28. Februar 2017

Inhaltsverzeichnis

1. ÜBERBLICK	4
2. APERÇU	6
3. RECHENSCHAFTSBERICHT	8
A) LEISTUNGSSTATISTIK	9
B) GEPRÜFTE FÄLLE	9
C) AUSGANG DES FALLES	10
D) THEMENGEBIETE	11
E) JAHRESVERTEILUNG NACH ABSCHLÜSSEN.....	13
F) VERGLEICH DER FALLZAHLEN GEGENÜBER DEN VORJAHREN.....	13
G) VERTEILUNG AUF DIE INSTITUTIONEN	14
H) DURCHSCHNITTLICHER ZEITAUFWAND FÜR DIE GEPRÜFTEN FÄLLE	15
I) ABGEWIESENE FÄLLE.....	16
4. BEISPIELE AUS DER PRAXIS	16
A) BEISPIEL ZU ÄRZTLICHER PROZESS.....	16
B) BEISPIEL ZUM DATENMANAGEMENT	17
C) BEISPIELE ZUR ABLAUFORGANISATION	18
D) BEISPIEL ZUR RECHNUNGSSTELLUNG	20
E) BEISPIEL ZUM PFLEGEPROZESS.....	21
F) BERATUNG, EXTERNE ANLIEGEN, DIVERSES	22
5. ENTWICKLUNGEN IM GESUNDHEITSRECHT / PATIENTENRECHTE	23
6. DANK	25

1. Überblick

Professionelle Dienstleistungen im Dienste der Patientinnen und Patienten

Die wichtigste Aufgabe der Ombudsstelle besteht darin, das Vertrauen zwischen den Patientinnen und Patienten und den Listenspitälern (Akutspital, Rehabilitationsklinik und Psychiatrie), Geburtshäusern und Rettungsdiensten zu stärken. Die Ombudsstelle stützt sich auf eine gesetzliche Grundlage und handelt im öffentlichen Interesse.

Schwerpunkte der Beanstandungen lagen auch dieses Jahr im Bereich des medizinischen Prozesses und bei Fragen rund um die Rechnungsstellung.

Der medizinische und technische Fortschritt im Gesundheitswesen ist offensichtlich. Damit einher geht die ständige Professionalisierung der Leistungserbringer.

Das Inselspital und die Regionalspitäler der Spital Netz Bern AG wurden zur Insel Gruppe AG zusammengefasst. Per 1. Januar 2017 werden die drei staatlichen Psychiatriekliniken verselbstständigt und aus der kantonalen Verwaltung herausgelöst. Die Psychiatrischen Dienste Biel-Seeland Berner Jura (SPJBB) werden neu „Réseau Santé Mentale SA (RSM SA)“ heissen, das Psychiatriezentrum Münsingen wird neu „PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG“ und die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern werden neu „Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG“ heissen.

Die Patientinnen und Patienten profitieren vom ständigen Fortschritt der medizinischen Leistungen. Die Beanstandungen zeigen, dass mit dem medizinischen Fortschritt auch die Ansprüche der Patientinnen und Patienten steigen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass nicht jede Beanstandung einer Patientin bzw. eines Patienten automatisch zu einem Haftpflichtfall führen muss. Oftmals kann der Enttäuschung bzw. der ratlosen Situation der Patientin bzw. des Patienten mit einem klärenden Gespräch mit den jeweiligen Leistungserbringern begegnet werden.

Der Aufbau einer vertrauensvollen Kommunikation mit den Spitälern ist deshalb von zentraler Bedeutung. Für solche Gespräche fehlen den Verantwortlichen der Institutionen manchmal das Verständnis und zum Teil auch der juristische Freiraum. Eine automatische Weiterleitung einer Beanstandung an die Haftpflichtversicherung verbaut die Möglichkeit eines klärenden Gesprächs zwischen Patientin bzw. Patient und den Leistungserbringern. Aufgabe der Haftpflichtversicherung ist es, die Voraussetzungen für eine Haftungsgrundlage zu prüfen. Liegen diese nicht vor, sind vermittelnde Gespräche zwischen den Leistungserbringern und den Patientinnen und Patienten praktisch nicht mehr möglich.

Die Ombudsstelle kann mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten Einblick in die Behandlungsdokumentation nehmen und Stellungnahmen einholen (Art. 9 Abs. 2 der Spitalversorgungsverordnung [SpVV, BSG 812.112]). Die Behandlungsdokumentationen haben nicht immer die gleiche Qualität. Das Bundes-

gericht hat zudem die ärztliche Dokumentationspflicht erneut zulasten der Patientinnen und Patienten eingeschränkt. In seiner Entscheid BGer 4A_137/2015 vom 19. August 2015 hielt das Bundesgericht fest, dass nur noch das medizinisch Notwendige zu dokumentieren sei. Damit verschlechtert das Bundesgericht die beweisrechtliche Position von Patientinnen und Patienten.

Nach Einholen der Behandlungsdokumentationen prüft die Ombudsstelle diese und bespricht sie mit den Patientinnen und Patienten. Sie versucht dabei, die medizinischen Vorgänge mit der Patientin und dem Patienten nachzuvollziehen. Dennoch bleibt die Aufklärungspflicht eine Hauptaufgabe des medizinischen Personals und kann nur beschränkt an die Ombudsstelle delegiert werden. Eine gut begründete Beanstandung - basierend auf der Behandlungsdokumentation - ist für die Patientin und den Patienten dabei sehr hilfreich und kann unter Umständen bereits dazu führen, dass die Patientinnen und Patienten die Angelegenheit ad acta legen können.

Das Jahr 2016 weist im Gegensatz zum Jahr 2015 eine Verminderung von 10 Fällen auf (116 Fälle im Vergleich zu 126 Fällen). Die zeitliche Beanspruchung der Ombudsstelle betrug im Jahr 2016 578 Stunden (abgerundet) im Gegensatz zum Jahr 2015, welches eine Anzahl von 567 Stunden aufwies. Über die Falleingänge und deren Erledigung informiert die nachfolgende Statistik. Ausgewählte Beispiele von Beanstandungen und ein Überblick über aktuelle Bundesgerichtsentschiede runden den Jahresbericht ab (vgl. Ziffern 4 und 5).

Berichterstattung

Der vorliegende Jahresbericht besteht aus der Berichterstattung, der Leistungsstatistik und dem Bericht von Praxisfällen (vgl. Ziffern 3 und 4).

Die Fälle gliedern sich nach folgenden Themen:

- Ärztliche Prozesse
- Datenmanagement
- Ablauforganisation
- Rechnungsstellung
- Pflegeprozesse
- Beratung / externe Anliegen / Diverses

Insgesamt wurden im Berichtsjahr 116 Beanstandungen entgegengenommen. Die Fälle wurden mit einer Kurzberatung, mit einer eingehenden Beratung oder mit mediativen Besprechungen und Verhandlungen abgeschlossen oder behandelt.

Von den 116 eingegangenen Beanstandungen sind 29 infolge Unzuständigkeit abgelehnt und 87 Fälle geprüft worden. Davon konnten 10 Beanstandungen nicht einem Spital zugeteilt werden. Dabei handelte es sich um allgemeine Fragen bezüglich Patientenrechte und Krankenkassenbelange.

Von den 87 geprüften Beanstandungen wurden 38 mittels einer Kurzberatung, 47 mittels einer eingehenden Beratung und zwei mittels einer Mediation

abgeschlossen oder behandelt. Die Ombudsstelle stellte Schlussempfehlungen aus. Die noch nicht erledigten Fälle aus den Jahren 2012, 2013, 2014 und 2015 sind in dieser Statistik nicht berücksichtigt.

In einem Fall wurde das Spitalamt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) als Aufsichtsbehörde angerufen, um ein Verhalten eines Leistungserbringers zu melden.

Das Spitalamt wurde zudem über die Todesfälle im Zusammenhang mit den Beanstandungen informiert.

58.62% der Beanstandungen betrafen den ärztlichen Prozess. 17.24% der Beanstandungen betrafen die Rechnungsstellung, gefolgt mit 12.64% betreffend die Ablauforganisation. 4.6% betrafen das Datenmanagement und die übrigen 6.9% der Beanstandungen befassten sich mit anderweitigen Anliegen. Zum Pflegeprozess gab es keine Beanstandung.

2. Aperçu

Prestations de services professionnelles envers les patientes et patients.

La principale mission de l'organe de médiation consiste à renforcer la confiance entre les patientes et patients et les hôpitaux répertoriés (hôpital pour maladies aiguës, clinique de réhabilitation et psychiatrie) ainsi que les maisons de naissance et les services de sauvetage. L'organe de médiation s'appuie sur une base légale et agit dans l'intérêt public.

Les contestations déposées portaient essentiellement, cette année encore, sur les processus médicaux et les questions concernant la facturation.

Le domaine de la santé enregistre un progrès évident dans le domaine médical et technique. Ce progrès implique une professionnalisation permanente des prestataires de services.

L'Hôpital de l'Île et les hôpitaux régionaux du réseau Spital Netz Bern AG ont été réunis en une seule et même unité : l'Insel Gruppe AG. Les trois cliniques psychiatriques étatiques sont devenues indépendantes le 1^{er} janvier 2017 et ont été détachées de l'administration cantonale. Les Services psychiatriques Jura bernois - Bienne-Seeland (SPJBB) se nomment désormais « Réseau Santé Mentale SA (RSM SA) », le Centre psychiatrique de Münsingen est devenu le « CPM Centre psychiatrique de Münsingen SA » et les Services psychiatriques universitaires de Berne ont à présent adopté la raison sociale « Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU) SA ».

Les patientes et patients bénéficient des progrès permanents réalisés en matière de prestations médicales. Les contestations enregistrées permettent de constater que les progrès médicaux entraînent également une augmentation des exigences

des patientes et patients. Il importe à cet égard d'éviter que chaque contestation du patient n'aboutisse pas automatiquement à un cas de responsabilité civile. Le sentiment de déception ou de perplexité des patients peut souvent être dissipé grâce à un simple entretien explicatif avec les prestataires de services concernés.

Il est de ce fait primordial d'instaurer une communication ouverte basée sur la confiance avec l'hôpital. Les responsables des établissements hospitaliers ne possèdent parfois pas la compréhension et dans certains cas la compétence juridique nécessaires à la tenue de ce genre d'entretien. La transmission automatique d'une contestation à l'assurance de responsabilité civile empêche la possibilité d'un dialogue clarifiant entre la patiente et le patient et les prestataires de services. L'assurance de responsabilité civile a pour tâche de vérifier les conditions nécessaires à un fondement de responsabilité. En l'absence de ces conditions indispensables, il n'est concrètement plus possible d'organiser ces entretiens de médiation entre les prestataires de services et les patients.

L'organe de médiation peut, avec l'accord du patient ou de la patiente, consulter la documentation des soins et requérir l'avis du personnel concerné (art. 9 al. 2 de l'Ordonnance sur les soins hospitaliers [OSH, RSB 812.112]). Les documentations des soins ne présentent pas toujours le même degré de qualité. Le Tribunal fédéral a en outre à nouveau limité le devoir médical de documentation au détriment des patientes et patients. Dans son arrêt TF 4A_137/2015, le Tribunal fédéral a spécifié que seules les informations médicalement nécessaires devaient être désormais documentées. Par cet arrêt, le Tribunal fédéral rend plus difficile la position des patientes et patients en matière de preuve.

Après consultation des documentations des soins, l'organe de médiation procède à une vérification et les discute ensuite avec les patientes et patients. Il effectue également une récapitulation des processus médicaux avec la patiente et le patient. Le devoir d'information demeure cependant l'une des principales tâches du personnel médical et ne peut être délégué à l'organe de médiation que d'une manière limitée.

Une contestation bien motivée – autrement dit basée sur la documentation des soins – constitue pour les patientes et patients une aide précieuse et peut même parfois déjà permettre de classer l'affaire.

L'année 2016 enregistre, par rapport à l'année 2015, une réduction de 10 cas (116 cas par rapport à 126). En termes d'heures, le recours à l'organe de médiation a représenté 578 heures en 2016 (chiffre arrondi vers le bas) contre 567 heures en 2015.

La statistique suivante livre une information sur les différents cas présentés et sur leur résolution. Le rapport annuel s'achève par différents exemples de contestations et par un aperçu des actuels arrêts du Tribunal fédéral (cf. points 4 et 5).

Rapport

Le présent rapport annuel se compose du compte-rendu, de la statistique des prestations ainsi que du rapport sur les cas pratiques (cf. points 3 et 4).

Les différents cas sont classés selon les thèmes suivants :

- Processus médical
- Gestion des données
- Organisation
- Facturation
- Processus de soins
- Conseil / questions externes / divers

Au total, 116 contestations ont été réceptionnées au cours de l'année sous revue.

Les cas ont été réglés ou traités grâce à de brèves consultations, des consultations approfondies ou par des entretiens de médiation ou des négociations.

Sur ces 116 contestations, 29 d'entre elles ont été refusées pour incompétence et 87 cas ont été examinés. Sur ce chiffre, 10 contestations n'ont pas pu être attribuées à un hôpital. Il s'agissait de questions d'ordre général relatives aux droits des patients et à la caisse maladie.

Sur les 87 contestations qui ont été examinées, 38 ont été réglées ou traitées grâce à des consultations brèves, 47 grâce à consultations approfondies, et deux par le biais d'une médiation. L'organe de médiation établit des recommandations finales. Les cas en suspens concernant les années 2012, 2013, 2014 et 2015 ne sont pas pris en compte par cette statistique. Il s'agit à cet égard de 14 cas.

Dans un cas, l'Office des hôpitaux de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP) a été saisi dans sa fonction d'autorité de surveillance pour signaler un comportement d'un fournisseur de services de santé.

L'Office des hôpitaux a par ailleurs été informé des décès survenus dans le cadre de ces contestations.

58,62 % des contestations concernaient le secteur médical, 17,24 % portaient sur des questions relatives à la facturation et 12,64 % à l'organisation. 4,6 % des contestations concernaient la gestion des données et les 6,9 % restants portaient sur d'autres questions. Il n'y a pas des réclamations concerné le secteur des soins.

3. Rechenschaftsbericht

Gestützt auf den Jahresleistungsvertrag weist die beauftragte Ombudsstelle ihre Arbeit jeweils bis Ende Februar im Rahmen eines Jahresberichts nach.

Dabei weist sie insbesondere eine Leistungsstatistik (Ziffern 3a – 3i) sowie ausgewählte anonymisierte Fälle zur Veranschaulichung vor (Ziffern 4a – 4f).

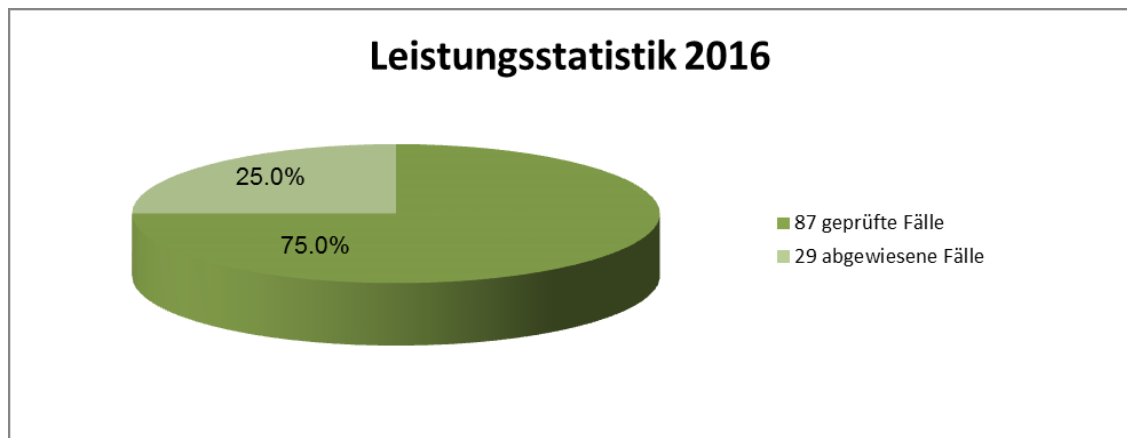
Es wurden 578 Stunden und 20 Minuten (Neuzugänge und Behandlung der pendenten Fälle) für die Bearbeitung der Beanstandungen aufgewendet (vgl. Ziffer 3h).

a) Leistungsstatistik

Insgesamt wurden 116 Neuzugänge geprüft, wobei die Ombudsstelle in 29 Fällen nicht zuständig war (vgl. Ziffer 3i).

Ende 2016 waren 34 Fälle des laufenden Jahres, 18 Fälle aus dem Jahre 2015, acht Fälle aus dem Jahre 2014, zwei Fälle aus dem Jahre 2013 sowie zwei Fälle aus dem Jahre 2012 hängig.

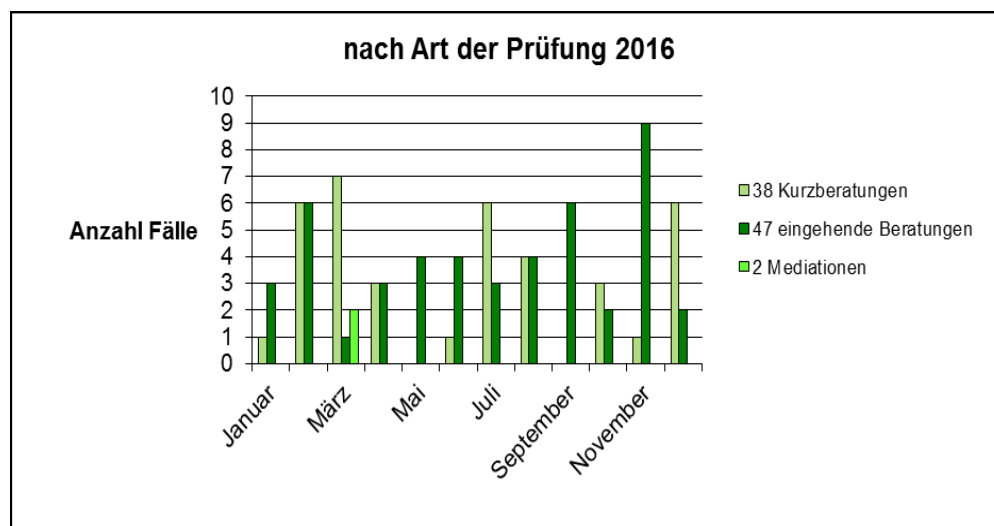
Folgende Leistungsstatistik zeigt die geprüften und abgewiesenen Fälle für das Jahr 2016 in der Übersicht:



b) Geprüfte Fälle

Die Beanstandungen werden in Form einer telefonischen Kurzberatung oder einer eingehenden Beratung geprüft. Unter eingehender Beratung fallen mehrere telefonische Besprechungen oder eine persönliche Besprechung. Der Ombudsmann moderiert die Gespräche anhand der Beanstandungen und sorgt für einen Ausgleich der Informationen und der Redezeit. Die Gespräche werden protokolliert und mit einer Empfehlung für das weitere Vorgehen den Parteien zugestellt.

Folgende Tabelle zeigt die monatlichen Falleingänge und deren Art der Bearbeitung, verteilt auf die Monate:



Insgesamt wurden 38 Beanstandungen mittels einer Kurzberatung erledigt.

Bei 47 Beanstandungen fand eine eingehende Beratung statt.

Schliesslich gab es in zwei Fällen eine Mediation bzw. Moderation zwischen der Direktion oder den Chefärzten bzw. Chefärztinnen der betroffenen Spitäler und der Patientin oder dem Patienten.

c) Ausgang des Falles

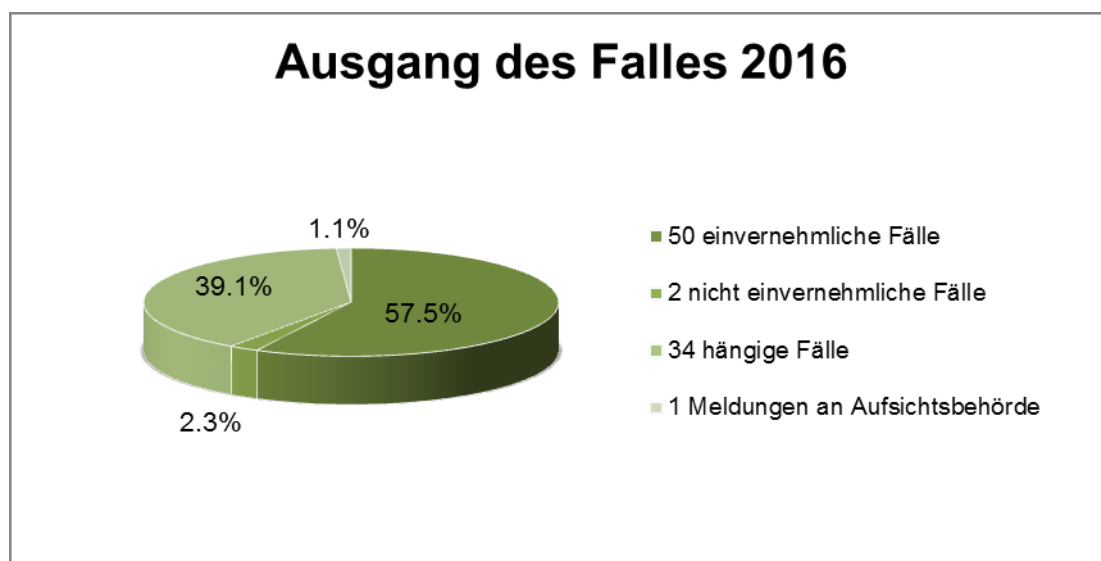
Als hängige Beanstandungen werden Beanstandungen bezeichnet, die weder einvernehmlich abgeschlossen noch mit einer Schlussempfehlung erledigt werden konnten. Als einvernehmliche Regelung gilt auch, wenn sich die Patientin oder der Patient trotz Erinnerung nicht mehr meldet.

Insgesamt waren Ende 2016 64 Fälle offen (34 Fälle aus dem Jahre 2016, 18 Fälle aus dem Jahre 2015, acht Fälle aus dem Jahre 2014, zwei Fälle aus dem Jahre 2013 sowie zwei Fälle aus dem Jahre 2012).

Zwei Fälle wurden nicht einvernehmlich abgeschlossen.

Es gab eine Meldung an die Aufsichtsbehörde.

Folgende Tabelle zeigt den Ausgang der Beanstandungen für das Jahr 2016:



d) Themengebiete

Die einzelnen Themengebiete beinhalten:

- ärztliche Prozesse: Ärztliche Aufklärung
 Ärztliche Interaktion
 Ärztliche Fachkompetenz
 Haftpflichtfälle
- Datenmanagement: Krankengeschichte
 Rechnungskopien
- Ablauforganisation: Wartezeiten auf Behandlung und auf Operationen
- Rechnungsstellung: Zu hohe Rechnungen
 Unverständliche Rechnungen
- Pflegeprozess: Pflegerische Interaktion
 Pflegerische Fachkompetenz
 Pflegerische Aufklärung
- Beratung / Externe
 Anliegen / Diverses: Beratung ohne Beschwerdewert
 Anfrage von Medien

Wie tendenziell bereits in den letzten Jahren erkennbar, betraf die Mehrheit der Beanstandungen den ärztlichen Prozess:

- Patient und Angehörige zu wenig ernst genommen
- Mangelnde medizinische Abklärung
- Mangelnde palliative Betreuung
- Spitalinfektionen
- Nicht zufriedenstellendes Operationsergebnis
- Vermehrte Schmerzen nach der Operation
- Bleibende körperliche Schäden nach der Operation
- Mangelnde Aufklärung der Patienten
- Mangelnde Informationen über die Nebenfolgen eines Eingriffes

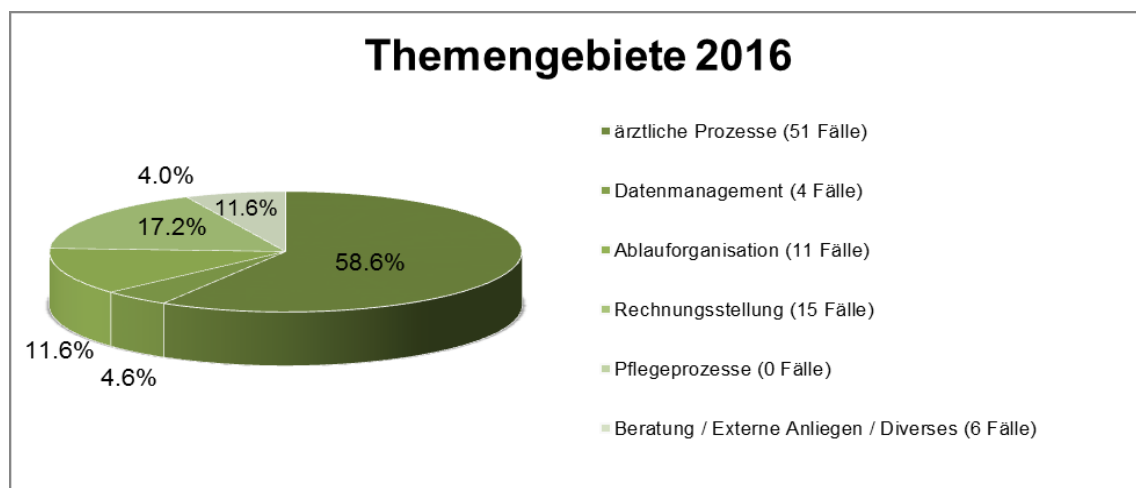
An zweiter Stelle stehen Beanstandungen bezüglich der Rechnungsstellung:

- Vermeintliche Doppelbelastungen von erbrachten medizinischen Leistungen
- Unnötige medizinische Abklärungen
- Unverständliche Rechnungen

Die drittgrösste Beanstandungsgruppe betrifft Beanstandungen bezüglich die Ablauforganisation:

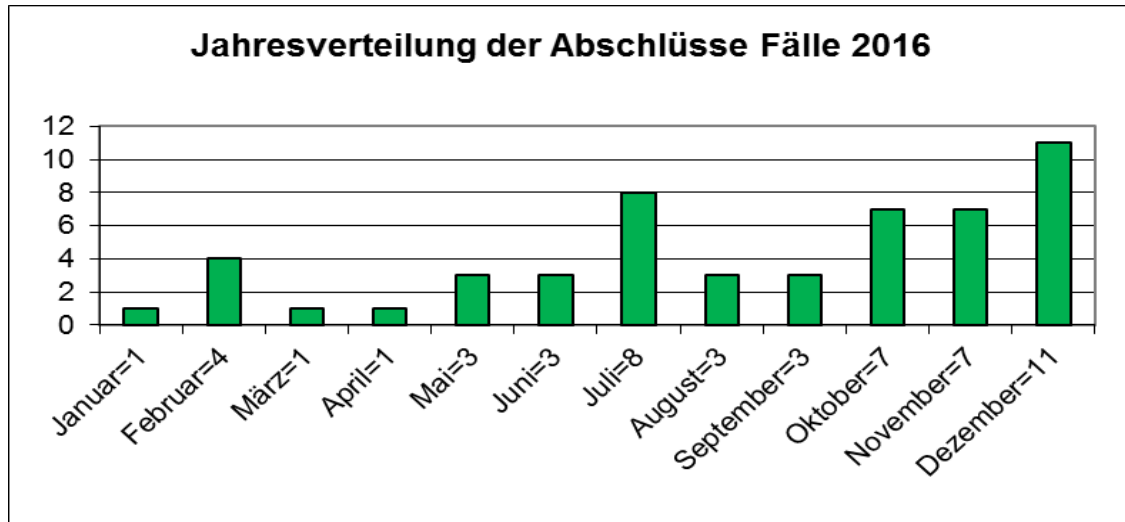
- Unsorgfältige oder ungenaue Austrittsberichte
- Verlust von Wertsachen im Spital
- ungenügende Kommunikation mit den Angehörigen

Die eben genannten Beispiele ergeben folgende Statistik:



e) Jahresverteilung nach Abschlüssen

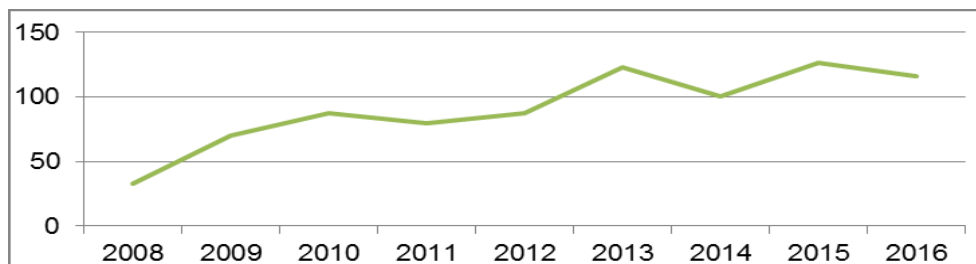
Die abgeschlossenen Fälle verteilen sich wie folgt auf das Jahr:



Der Abschluss erfolgt mit einem Schlussbericht, einem Schlussbrief oder mindestens einer Aktennotiz. Die Fälle werden archiviert. Das kantonale Datenschutzgesetz findet Anwendung.

f) Vergleich der Fallzahlen gegenüber den Vorjahren

Jahr	Anzahl Falleingänge
2008	33
2009	70
2010	87
2011	80
2012	87
2013	123
2014	100
2015	126
2016	116



g) Verteilung auf die Institutionen

Von den eingegangenen 116 Beanstandungen konnten 83 eindeutig einem Spital zugeordnet werden:

Berner Klinik Montana	0
Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi	1
Fürsorgeverein Bethesda Tschugg	0
Geburtshaus Luna AG	0
Klinik Schönberg	0
Hirslanden Bern AG, Hirslanden Salem-Spital	5
Hirslanden Bern AG, Hirslanden Klinik Beau-Site	1
Hirslanden Bern AG, Hirslanden Klinik Permanence	1
Insel Gruppe AG, Universitätsspital Bern	13
Insel Gruppe AG, Spital Aarberg	6
Insel Gruppe AG, Spital- und Altersheim Belp	1
Insel Gruppe AG, Spital Münsingen	2
Insel Gruppe AG, Spital Riggisberg	0
Insel Gruppe AG, Spital Tiefenau, Bern	2
Klinik Hohmad AG	0
Klinik Linde AG	1
Stiftung für ganzheitliche Medizin SGM	0
Stiftung Südhang, Klinik für Suchttherapie	1
Klinik Wysshölzli, Marie-Sollberger Stiftung	2
Kurklinik Eden AG	1
Privatklinik Reichenbach b. Meiringen AG	2
Privatklinik Wyss AG	2
PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG	8
Regionalspital Emmental AG, Spital Burgdorf	2
Regionalspital Emmental AG, Spital Langnau	2
Rehaklinik Hasliberg AG	0
Psychiatrischen Dienste Biel-Seeland Berner Jura (SPJBB)	0
Hôpital du Jura bernois SA	0
Soteria, IGS Bern	0
Siloah AG	0
SRO AG, Spital Langenthal	2
Spital STS AG, Spital Thun	3
Spital STS AG, Spital Zweisimmen	1
Spitäler fmi AG, Spital Interlaken	2
Spitäler fmi AG, Spital Frutigen	1
Spitalzentrum Biel AG	6
Stiftung Diaconis	0
Stiftung Klinik Selhofen	0
Lindenhof AG, Lindenhof	6
Lindenhof AG, Sonnenhof	3
Lindenhof AG, Engeried	0
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern	6
andere Anliegen, nicht zuteilbar	33
Total	116

h) Durchschnittlicher Zeitaufwand für die geprüften Fälle

Insgesamt sind 578 Stunden und 20 Minuten für die Bearbeitung der Beanstandungen aufgewendet worden. Pro Fall ergibt dies einen Stundenaufwand von 3 Stunden und 5 Minuten. Es wird auf die nachstehenden Tabellen verwiesen:

72 Fälle aus den Jahren 2012 / 2013 / 2014 / 2015

1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Total
94:25	97:10	75:35	61:35	328:45

116 Fälle aus dem Jahr 2016

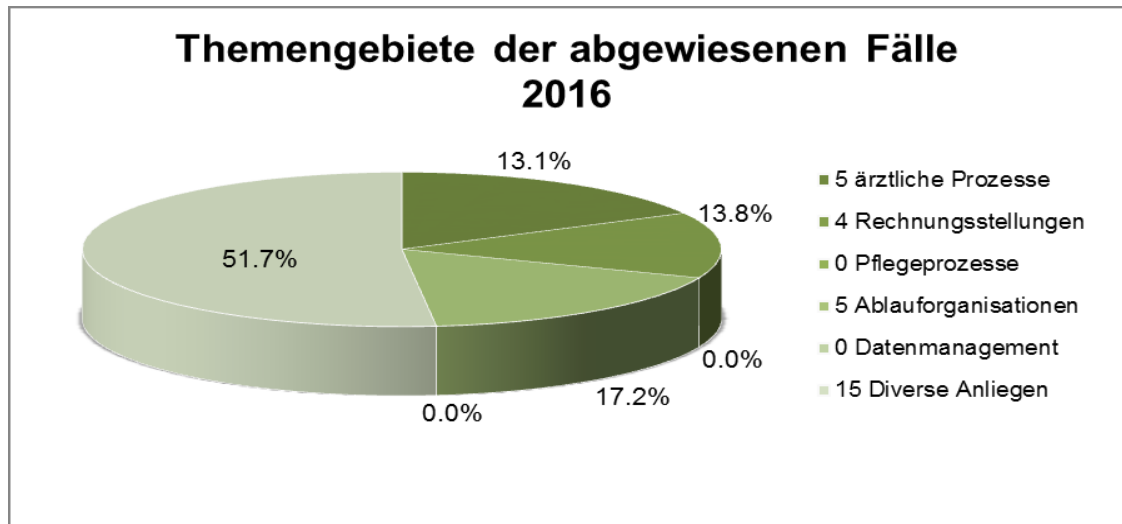
1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Total
30:05	47:25	83:30	88:35	249:35

Der Stelleninhaber wird durch zwei Mitarbeiterinnen unterstützt. Auch die übrigen Mitarbeiterinnen des Advokatur- und Notariatsbüros helfen bei zeitlicher Dringlichkeit aus.

Die Zunahme der Stunden ergibt sich aus verschiedenen Faktoren. Einmal benötigt die Erledigung der Fälle aus den früheren Jahren Zeit. Ferner ist eine Zunahme der telefonischen Anfragen bemerkbar. Bei aufwendigeren Beanstandungen werden Besprechungen in den Institutionen durchgeführt und protokolliert. Die sorgfältige Protokollierung benötigt Zeit. Gleichzeitig ist die Führung des Protokolls ein wichtiges Kommunikationsmittel.

i) Abgewiesene Fälle

Die 29 abgewiesenen Beanstandungen setzen sich aus folgenden Themengebieten zusammen:



Es handelt sich um ausserkantonale und um rechtliche Anfragen, die nicht in den Wirkungsbereich der Ombudsstelle fallen.

Die abgewiesenen Fälle wurden an Anwältinnen und Anwälte oder an eine andere Ombudsstelle weiterverwiesen.

4. Beispiele aus der Praxis

a) Beispiel zu ärztlicher Prozess

Rückmeldung von behandelndem Arzt

Eine Patientin wendet sich an die Ombudsstelle, weil sie sich vom behandelnden Spital nicht ernst genommen fühlt. Sie schildert, dass ihre Hausärztin sie aufgrund von schweren Schlafstörungen für weitere Untersuchungen an das Spital weiterverwiesen hätte. Als die Patientin auch einige Zeit später noch keine Resultate erhalten hätte, habe sie sich telefonisch mit der entsprechenden Abteilung in Verbindung gesetzt. Anlässlich dieses Telefonats sei ihr mitgeteilt worden, dass die Angelegenheit abgeschlossen sei und dass seitens des Spitals keine weiteren Schritte unternommen würden.

Die Patientin empfand diese Auskunft als patzig und nicht hilfreich. Sie fühlte sich nicht ernst genommen. Sie hätte sich gewünscht, dass ihr mitgeteilt worden wäre, dass die Resultate der Untersuchung direkt der Hausärztin zugestellt worden waren und dass diese zuständig für die eingehende Bespre-

chung der Resultate sei. So habe sie sich zuerst völlig ratlos an die Hausärztin wenden müssen, bevor diese sie über das Vorgehen informiert habe.

In Anwesenheit des Ombudsmannes wurde mit der Patientin und den Vertretern des Spitals eine Besprechung durchgeführt. Anlässlich dieser Besprechung konnte die Patientin ihren Unmut deponieren. Das Spital nahm die Beanstandung entgegen und entschuldigte sich dafür, dass die Kommunikation nicht optimal verlaufen sei. Es versicherte der Patientin, dass ihre Beanstandung an die behandelnde Ärztin weitergeleitet werde. Da diese am Gespräch nicht teilnahm, hatte die Patientin gewünscht, dass von der Ärztin ein kurzes Feedback erfolgt. Als sich die Ärztin nicht meldete, wurde der Ombudsstelle auf Nachfrage versichert, dass die Beanstandung weitergeleitet worden sei, jedoch keine weitere Rückmeldung seitens der behandelnden Ärztin erfolgen werde.

Kommentar der Ombudsstelle:

Beanstandungen betreffend das Verhalten von Ärzte- oder Pflegepersonal sind eng mit den jeweiligen Personen gekoppelt. Damit die Patientinnen und Patienten mit der Sache abschliessen können, wünschen sie sich oft ein direktes Gespräch mit der betroffenen Ärztin bzw. dem betroffenen Arzt. Findet kein direktes Gespräch statt, ist es für die Patientin bzw. den Patienten wichtig, ein persönliches Feedback zum Gesprächsverlauf zu erhalten.

b) Beispiel zum Datenmanagement

Herausgabe der Behandlungsunterlagen

Eine Patientin wendete sich an die Ombudsstelle, weil sie die Behandlungsunterlagen betreffend ihr Aufenthalt in einer psychiatrischen Institution erhalten möchte. Die Patientin führte aus, dass sie bereits mehrmals beim zuständigen Arzt die Behandlungsunterlagen herausverlangt habe. Bisher habe sie jedoch nur den Ein- sowie Austrittsbericht erhalten.

Nachdem sich die Ombudsstelle an die psychiatrische Institution gewendet hatte, reagierte diese umgehend. Sie teilte der Ombudsstelle mit, dass sie die Behandlungsunterlagen selbstverständlich herausgeben würden. Es sei nur so, dass diese sehr umfassend (etwa 750 Seiten) seien, da aufgrund des Erfassungssystems jeder Eintrag separat auf einem Blatt gespeichert werde. Zum Teil enthalte ein Eintrag nur wenige Sätze.

Die umfangreichen Behandlungsakten wurden der Patientin auf ausdrücklichen Wunsch vollständig herausgegeben. Aufgrund des beträchtlichen Umfangs wurden die Unterlagen verschlüsselt per Mail verschickt.

Kommentar der Ombudsstelle:

Grundsätzlich räumt Art. 39a des Gesundheitsgesetzes (GesG; BSG 811.01) den Patienten und Patientinnen den Anspruch ein, dass sie die über sie erstellten Behandlungsunterlagen herausverlangen dürfen. Aufgrund der jeweili-

gen Erfassungssysteme der Spitäler und Institutionen wird der Umfang der jeweiligen Behandlungsdokumentationen jedoch zunehmend grösser, weswegen die Herausgabe oft mit einem grossen Zeitaufwand verbunden ist.

Eine gute Lösung besteht darin, dass dem Patient bzw. der Patientin die Behandlungsunterlagen verschlüsselt per Mail geschickt werden. So erfüllt das Spital bzw. die jeweilige Institution den Anspruch auf Aktenherausgabe und der Patient bzw. die Patientin kann selber entscheiden, welche einzelnen Dokumente sie schliesslich ausdrucken möchte.

c) Beispiele zur Ablauforganisation

Wartezeiten

Eine Mutter wendet sich an die Ombudsstelle, weil sie sich vor kurzem mit ihrem 14-jährigen Sohn in die Notaufnahme des Spitals habe begeben müssen. Der Grund dafür sei gewesen, dass der Sohn über Schmerzen im Bauchbereich geklagt habe. Die Mutter beanstandet, dass sie in der Notaufnahme sehr lange habe warten müssen. Laufend seien Patienten und Patientinnen vor ihr behandelt worden, obwohl diese erst nach ihr in der Notaufnahme eingetroffen seien. Dies nur, weil sich diese laut und penetrant an das Ärzte- und Pflegepersonal gewendet hätten.

Als die Mutter mit ihrem Sohn endlich an der Reihe gewesen sei, sei durch die Ärzte entschieden worden, dass der Sohn am Blinddarm operiert werden müsse. Da aber die Operation aufgrund eines Notfalls habe verschoben werden müssen, habe der Sohn schliesslich während 36 Stunden weder Essen noch Trinken dürfen.

Das Ersts Schreiben der Ombudsstelle wurde direkt zur weiteren Behandlung an die Haftpflichtversicherung des betroffenen Spitals geschickt. Nach einer Wartezeit von 10 Monaten wurde der Ombudsstelle durch die Haftpflichtversicherung eine Stellungnahme zugestellt. In dieser Stellungnahme stellte sich die Haftpflichtversicherung auf den Standpunkt, dass der Grund für die lange Wartezeit bis zur Operation darin gelegen habe, dass vorher diverse dringlichere Notfall-Operationen hätten durchgeführt werden müssen und dass keine medizinische Notwendigkeit bestanden hätte, die Operation des Sohnes mitten in der Nacht durchzuführen. Zudem hätte der Sohn während der ganzen Zeit eine Infusion gehabt, weswegen es vertretbar sei, dass ein 14-jähriges Kind während mehreren Stunden weder Essen oder Trinken dürfe. Als Fazit hielt die Haftpflichtversicherung entsprechend fest, dass weder eine Sorgfaltpflichtverletzung noch ein adäquat-kausaler Schaden nachgewiesen sei. Zu weiteren Gesprächen war weder das Spital noch die Haftpflichtversicherung bereit.

Die betroffene Mutter fühlte sich dementsprechend von der Stellungnahme der Haftpflichtversicherung vor den Kopf gestossen.

Kommentar der Ombudsstelle

Aufgabe der Ombudsstelle ist es, zwischen den Patienten und Patientinnen sowie den jeweiligen Spitalären und Institutionen zu vermitteln. Der Ombudsmann agiert nicht als Parteianwalt sondern im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben (Art. 9 der Spitalversorgungsverordnung [SpVV; BSG 812.112]). Es ist nicht seine Aufgabe, die Voraussetzungen für das Vorliegen eines Haftpflichtfalls darzulegen und nachzuweisen. Die Weiterleitung einer Beanstandung an die Haftpflichtversicherung ist deshalb für das Finden einer einvernehmlichen Lösung nicht zielführend.

Die Ombudsstelle empfiehlt deshalb, dass das betroffene Spital vor Weiterleitung der Beanstandungen an die Haftpflichtversicherung (falls denn notwendig) vorab mit den Patienten und Patientinnen das Gespräch sucht. In den meisten Fällen kann mit einem Gespräch die Beanstandung erledigt werden.

Einteilung in ein gemischtgeschlechtliches Zimmer

Ein Patient beanstandet seinen Aufenthalt in einer Tagesklinik. Der privatversicherte Patient musste sich aufgrund einer Darmspiegelung in die Klinik begeben und wurde anschliessend in einem gemischtgeschlechtlichen Achtbett-Zimmer untergebracht. Der Patient führt aus, dass er im Vorfeld zum Klinikaufenthalt mehrere Broschüren und Schreiben erhalten habe, aus welchen er habe schliessen können, dass er als privatversicherter Patient in einem Einzelzimmer untergebracht werde. Zudem habe er sich bereits mehrere Male in der Klinik behandeln lassen und sei bis jetzt immer in einem Einzelzimmer untergebracht worden. Entsprechend gross war deshalb die Empörung des Patienten, als er in einem gemischtgeschlechtlichen Mehrbettzimmer untergebracht wurde.

Das Spital führte aus, dass der Patient aufgrund der privaten Zusatzversicherung ausschliesslich bei einem stationären Aufenthalt Anspruch auf ein Einzelzimmer habe. Patienten und Patientinnen würden lediglich dann in einem Einzelzimmer untergebracht werden, wenn dies die Bettensituation erlauben würde.

Kommentar der Ombudsstelle:

Aus den dem Patienten zugeschickten Informationsblätter und -broschüren konnte dieser nicht darauf schliessen, dass er unter Umständen in einem gemischtgeschlechtlichen Mehrbettzimmer untergebracht wird. Die Ombudsstelle sprach deshalb die Empfehlung aus, dass in den Broschüren sowie den Informationsblättern, welche dem Patienten bzw. der Patientin vor dem ambulanten Spitalaufenthalt zugestellt werden, ausdrücklich auf die Möglichkeit des Aufenthaltes in einem gemischtgeschlechtlichen Mehrbettzimmer hingewiesen wird.

d) Beispiel zur Rechnungsstellung

SwissDRG und Tarmed / Fallpauschalen

Eine Mutter erhielt nach einer Zwillingsgeburt mittels Kaiserschnitt die Abrechnung des Spitals. Sie empfand die Rechnung als überhöht. Die Mutter störte sich insbesondere daran, dass die Rechnungshöhe für sie einerseits nicht nachvollziehbar war, da sie sich aufgrund der in der Rechnung erwähnten Tarifziffer die Zusammensetzung des Rechnungsbetrages nicht erklären konnte. Andererseits verstand sie nicht, weshalb die Zusatzbehandlung des zweiten Kindes, welches aufgrund eines erhöhten Bilirubin-Wertes während 24 Stunden unter einer UV-Lichthaube liegen musste, die Rechnung massiv höher ausfallen liess. Die Mutter wünschte vom zuständigen Spital eine verständliche und detaillierte Abrechnung.

Die betroffene Institution überprüfte die Rechnungen und befand sie als richtig. Als Erklärung führte das Spital aus, dass das Ausstellen einer detaillierten Rechnung nicht möglich sei, weil die Rechnungen elektronisch und normiert an die Krankenversicherer weitergeleitet würden. Zudem verwendete das Spital in seiner Stellungnahme mehrheitlich Abkürzungen und Codes, mit welcher die Mutter nichts anfangen konnte und von Laien ohne entsprechenden Rechercheaufwand nicht verstanden werden kann.

Kommentar der Ombudsstelle:

Ambulante und stationäre Behandlungen werden in der Schweiz einheitlich mithilfe von Fallpauschalen abgerechnet. Welches Pauschalensystem angewendet wird entscheidet sich danach, ob der Patient ambulant oder stationär behandelt wurde. Als stationäre Behandlungen gelten Aufenthalte von mindestens 24 Stunden, Übernachtungen mit Bettenbelegung, Überweisungen in eine andere Institution oder Todesfälle (Art. 3 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung [VKL; SR 832.104]). Diese stationären Aufenthalte werden unter dem SwissDRG abgerechnet. Alle weiteren Aufenthalte gelten als ambulant und werden unter dem Tarmed System abgerechnet (Art. 5 VKL).

Für die Ermittlung der Fallpauschale unter dem SwissDRG ist primär das Patientendossier massgebend. Sämtliche Diagnosen der Ärzte (welche nach dem System ICD-10 GM kodiert werden) und Prozeduren (Operationen und Behandlungen, die Aufwand generiert haben und ebenfalls anhand von Kodierungshandbüchern kodiert worden sind) sind für die Berechnung der Fallpauschale relevant.¹ Auch weitere Angaben wie Alter, Geschlecht, Gewicht und Aufenthaltsdauer sind für die Berechnung entscheidend. Die verschiedenen Kodierungen werden sodann in einem „Grouper“, einer Gruppierungssoftware

¹ Links zu Kodierungshilfen:

<<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinischekodierung.html>> (zuletzt besucht am 24.02.2017).

eingesetzt.² Der „Grouper“ generiert mithilfe eines speziellen Algorithmus einen DRG, d.h. einen Code, welcher wiederum das Kostengewicht des Patienten wiedergibt.

Mithilfe des Kostengewichts und des Basisfallwertes, welcher zwischen dem Leistungserbringer und den Krankenversicherer festgesetzt wird, kann die Vergütung des Behandlungsfalles berechnet werden.

Gemäss Art. 42 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) sind über die erbrachten Leistungen verständliche Abrechnungen zu erstellen. Wie aus den obgenannten Ausführungen ersichtlich ist, ist die Ermittlung der Fallpauschale unter dem SwissDRG komplex und benötigt Fachkenntnisse, um die Prozeduren und Diagnosen den richtigen Kodierungen zuzuweisen. Eine Aufstellung, welche Behandlungen und Operationen durchgeführt worden sind, findet man auf einer Abrechnung nicht. Dazu werden die Krankenakte sowie Kenntnisse über die relevanten Prozeduren benötigt. Eine Überprüfung oder Nachvollziehung durch den Patienten ist daher oft nicht möglich.

Das Spital muss deshalb um eine Erklärung bemüht sein, welche es den Patienten und Patientinnen erlaubt, die Rechnung zu verstehen und nachzuvollziehen.

e) Beispiel zum Pflegeprozess

Umgang mit Eltern, deren Kind vor Kurzem im Spital verstarb

Die Eltern einer Mutter, welche vor Kurzem ihr Kind verloren hat, wenden sich an die Ombudsstelle. Sie erzählen, dass bei ihrer hochschwangeren Tochter kurz nach dem Eintritt ins Spital ein Notkaiserschnitt habe durchgeführt werden müssen. Nach dem Kaiserschnitt seien die Mutter und das Neugeborene in die Frauen- bzw. die Kinderklinik verlegt worden. Trotz der einwandfreien medizinischen Versorgung des Säuglings sei dieses kurze Zeit später verstorben. Die jungen Eltern seien mit ihrer Trauer auf sich alleine gestellt gewesen. Das Pflegepersonal sei über den Tod des Kindes nicht informiert gewesen und habe den jungen Eltern zur Geburt des Kindes gratuliert. Zudem habe sich das Pflegepersonal nur wenig sehen lassen und die Eltern – vor allem die junge Mutter – hätte eine angemessene Pflege vermisst. Dies hätte sich darin gezeigt, dass der jungen Mutter das Abstillen erst nach ausdrücklichem Nachfragen erklärt worden sei. Ein Hinweis auf das Care-Team oder eine sonstige Unterstützung sei ebenfalls nicht erfolgt. Hinzu komme, dass die Mutter in einem Zweibettzimmer eingeteilt gewesen sei und ihre Zimmernachbarin ein gesundes Kind zur Welt gebracht habe.

In Anwesenheit der Ombudsstelle erfolgte ein gemeinsames Gespräch mit den Beteiligten sowie den Vertretern des Spitals. Das Spital führte aus, dass

² <<https://grouper.swissdr.org/swissdr/single?locale=de>> (zuletzt besucht am 24.02.2017).

die Behandlung von Mutter und Kind schwierig sei, wenn sich diese auf verschiedenen Abteilungen befinden würden. Zudem sei es für das Pflegepersonal jeweils eine Gratwanderung zwischen der Pflege und der gewünschten Ruhe der Eltern. Vorliegend sei der Massstab der Selbstständigkeit wohl höher angesetzt worden, da einzelne Personen der Familie über einen medizinischen Hintergrund verfügen würden.

Kommentar der Ombudsstelle:

Die Kommunikation innerhalb des Spitals im Hinblick auf Mutter und Kinder ist wichtig. Das Pflegepersonal muss bei der Pflege der Mutter informiert sein, ob eine Geburt ohne Komplikationen verlaufen ist oder nicht. Zudem kann die Betreuung durch die Familie nicht mit der Betreuung des Pflegepersonals ersetzt werden. Auch wenn die jungen Eltern den Eindruck erwecken, dass sie gefasst sind oder sie oder einzelne Mitglieder der Familie über einen medizinischen Hintergrund verfügen, sind sie in dieser Situation vor allem Eltern bzw. Patienten und dementsprechend als solche zu behandeln.

f) Beratung, Externe Anliegen, Diverses

Unter diese Rubrik fallen vor allem Reklamationen und Beanstandungen, für welche die Ombudsstelle nicht zuständig ist. Namentlich geht es dabei um Beanstandungen gegen Spitäler in anderen Kantonen, gegenüber privaten Arztpraxen oder um Fragen der Krankenversicherung.

Beispiel: Behandlung in einer Zahnarztpraxis

Ein Patient unterzog sich in einer Zahnarztpraxis einer Behandlung. Nach dieser Behandlung verspürte er starke Schmerzen im Kieferbereich, welche sich auch nach weiteren Besuchen bei Zahnarzt nicht gebessert haben. Der Patient war unter diesen Umständen nicht gewillt, die dafür ausgestellte Rechnung zu bezahlen. Er wendete sich deshalb an die Ombudsstelle.

Grundsätzlich sind Beanstandungen gegen Zahnärzte und Zahnärztinnen bei der zahnärztlichen Begutachtungskommission (ZBK) der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) geltend zu machen. Dies ist allerdings nur möglich, wenn der betroffene Zahnarzt bzw. die betroffene Zahnärztin Mitglied der SSO ist.

Allfällige Schadenersatz- oder Genugtuungsansprüche gegen Nichtmitglieder der SSO müssen auf dem zivilrechtlichen Weg geltend gemacht werden. Die Anordnung von Disziplarmassnahmen bei Verletzung der Berufspflichten sowie der Entzug der Berufsausübungsbewilligung fallen sodann unter die Aufsichtsfunktion des Kantonsarztamtes (KAZA) und werden durch dieses entweder von Amtes wegen oder auf Anzeige hin überprüft.

5. Entwicklungen im Gesundheitsrecht / Patientenrechte

Dokumentationspflicht für medizinisch Notwendiges³

Das Bundesgericht hat die Haftung eines Gynäkologen zu beurteilen. Streitig war, ob aus einer fehlenden Dokumentation auf eine Verletzung der Dokumentationspflicht und der unsorgfältigen Untersuchung geschlossen werden kann.⁴

Die Dokumentationspflicht, so präzisiert das Bundesgericht, diene der Behandlungssicherheit und der Beweissicherung. Zu dokumentieren sei medizinisch Notwendiges. Kontrolluntersuchungen seien nicht dokumentationspflichtig, wenn es medizinisch üblich sei, bei Ausbleiben eines positiven Befundes keine Aufzeichnung vorzunehmen. Aus einer fehlenden Dokumentation könne nicht auf das Unterlassen entsprechender Untersuchungen geschlossen werden.

Die Beweislast für Behandlungsfehler obliege der Patientin oder dem Patienten. Bei fehlender oder mangelhafter Dokumentation durch den Arzt gäbe es eine Beweiserleichterung in Form einer Herabsetzung des Regelbeweismasses, falls vorwerfbare Dokumentationsmängel vorliegen würden. Die Dokumentation der Untersuchung des Gynäkologen sei medizinisch weder notwendig noch üblich gewesen. Ihr Fehlen begründe keine Beweiserleichterung. Der Nachweis einer Sorgfaltspflichtverletzung sei entsprechend nicht erbracht worden.

Der Entscheid begrenzt die Dokumentationspflicht und verschlechtert damit die beweisrechtliche Position von Patientinnen und Patienten. Ist die medizinische Dokumentation für den Nachweis einer Sorgfaltspflichtverletzung ungenügend, so ist dies rechtlich nur relevant, wenn die Dokumentation notwendig und üblich gewesen wäre. Was medizinisch notwendig und üblich und daher dokumentationspflichtig ist, muss im Streitfall ein medizinischer Experte festlegen.

Der Entscheid des Bundesgerichts erlaubt einem potenziell Haftpflichtigen, die Dokumentation (ursprünglich oder nachträglich) zu reduzieren und zu argumentieren, man habe eine Untersuchung infolge unauffälligen Ergebnisses nicht dokumentiert.

Nachdem die Konstruktion der hypothetischen Einwilligung bei fehlender Aufklärung bereits bei einem Grossteil der Arzthaftpflichtfälle eine Haftung ausschliesst, wird es mit dem neuen Entscheid für Patienten noch schwieriger, eine Haftung rechtlich durchzusetzen.

Aus patientenrechtlicher Sicht wäre es dem Arzt bzw. der Ärztin ohne weiteres zuzumuten, einen kurzen Eintrag über die erfolgte Untersuchung zu machen.

³ BGer 4A_137/2015 vom 19. August 2015.

⁴ Plädoyer, Das Magazin für Recht und Politik, 5/16, Seite 44f.

Berufung auf Arztgeheimnis rechtsmissbräuchlich⁵

Ein Ehemann klagte gegen die behandelnde Ärztin der verstorbenen Ehefrau. Der Ärztin wurde vorgeworfen, sorgfaltswidrig einen HIV-Test unterlassen zu haben. Streitig war in der Folge, ob die Eheleute gegenüber der Ärztin einen HIV-Test als unnötig bezeichnet hatten. Die beklagte Ärztin benannte einen anderen Arzt als Zeugen. Gegen die Befragung dieses anderen Arztes als Zeugen opponierte der klagende Witwer und berief sich auf das Arztgeheimnis.

Das Bundesgericht beurteilte im Verfahren um Entbindung vom Berufsgeheimnis, der Kläger handle rechtsmissbräuchlich. Indem er zwar klage, aber gegen eine Entbindung des Zeugen vom Berufsgeheimnis opponierte, verunmöglicht er der beklagten Ärztin, einen ihr obliegenden Beweis zu erbringen. Daher sei der Arzt als Zeuge von seinem Berufsgeheimnis zu befreien.

⁵ BGer 2C_215/2015 vom 16. Juli 2016.

6. Dank

Meinen Dank richte ich vorab an das Spitalamt des Kantons Bern. Für die Hinweise sowie die Unterstützung bin ich immer dankbar.

Ferner bedanke ich mich herzlich bei meinen Mitarbeiterinnen für die Entgegennahme der Telefonate und für die stets freundlichen Auskünfte, die sie in meinem Namen erteilen.

Sodann gilt mein Dank den Direktorinnen und Direktoren, Chefärztinnen und Chefärzten und bei den für das Beschwerdemanagement zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitäler und Institutionen, welche die Beanstandungen der Patientinnen und Patienten ernst nehmen und sich für eine offene Kommunikation einsetzen.

Schliesslich bedanke ich mich bei allen Patientinnen und Patienten für ihren Mut und ihr Vertrauen, sich mit ihren Sorgen an die Ombudsstelle zu wenden. Gerade in Zeiten von Krankheit und Unsicherheit ist es nicht selbstverständlich, an die für sie unbekannte Ombudsstelle heranzutreten.

Ich werde mich auch weiterhin bemühen, den Anliegen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden.

