

Jahresbericht

2015



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
	032 331 36 92
@	info@ombudsstelle-spitalwesen.ch
Web	www.ombudsstelle-spitalwesen.ch

Nidau, 29. Februar 2016

Inhaltsverzeichnis

1. ÜBERBLICK	4
2. APERÇU	6
3. RECHENSCHAFTSBERICHT	8
A) LEISTUNGSSTATISTIK	8
B) GEPRÜFTE FÄLLE	8
C) AUSGANG DES FALLES	9
D) THEMENGEBIETE	10
E) JAHRESVERTEILUNG NACH ABSCHLÜSSEN.....	12
F) VERGLEICH DER FALLZAHLEN GEGENÜBER DEN VORJAHREN.....	12
G) VERTEILUNG AUF DIE INSTITUTIONEN	13
H) DURCHSCHNITTLICHER ZEITAUFWAND FÜR DIE GEPRÜFTEN FÄLLE	14
I) ABGEWIESENE FÄLLE.....	14
4. BEISPIELE AUS DER PRAXIS	15
A) BEISPIELE ZU ÄRZTLICHEN PROZESSEN.....	15
B) BEISPIELE ZU PFLEGEPROZESSEN	18
C) BEISPIELE ZUR RECHNUNGSSTELLUNG	19
D) BEISPIELE ZUR ABLAUFORGANISATION	20
E) BEISPIELE ZUM DATENMANAGEMENT	21
F) BEISPIELE ZU EXTERNEN ANLIEGEN UND BERATUNGEN.....	22
5. ENTWICKLUNGEN IM GESUNDHEITSRECHT / PATIENTENRECHTE	22
6. DANK	25

1. Überblick

Recht auf Aufklärung

Im Berichtsjahr fallen mehr als 55% der Beanstandungen auf den ärztlichen Prozess, im Vorjahr waren es 41% aller Beanstandungen.

Das Verhältnis zwischen Patientin oder Patient und dem Spital oder einer psychiatrischen Institution ist konfliktbehaftet. Patientinnen und Patienten, die in ein Spital oder in eine psychiatrische Institution eingewiesen werden, weisen Krankheitsbilder auf, die spezialisierte Diagnostik, sofortige Eingriffe oder dauerhafte Therapie benötigen. Die Patientinnen und Patienten stehen hoch spezialisierten Institutionen gegenüber, von welcher sie sich Heilung versprechen. Eine Verschlechterung des eigenen Gesundheitszustandes nach einem Spitalaufenthalt wird bewusster wahrgenommen als nach einer ambulanten Behandlung. Ob diese Verschlechterung schicksalhaft ist, andere subjektive Ursachen hat oder auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen ist, bildet Gegenstand der Auseinandersetzung mit den Spitälern und den psychiatrischen Institutionen. Sie konkretisiert sich in Schadenersatz- und Genugtuungsforderungen. Die Rechtsprechung in Haftungs-fällen verstehen die Ärztinnen und Ärzte als kontraproduktiv, weil die Ärztinnen und Ärzte die Heilung der kranken Person anstreben. Die nachträgliche Betrachtung (ex post-Betrachtung) eines möglichen Fehlers des medizinischen Personals wird nach deren Meinung dem ärztlichen Alltag nicht gerecht.¹

Die wichtigste Aufgabe der Ombudsstelle ist es, das Vertrauen zwischen den Patientinnen und Patienten und den somatischen und psychiatrischen Listenspitälern und den Listengeburtshäusern zu stärken. Die Ombudsstelle stützt sich auf eine gesetzliche Basis und handelt im öffentlichen Interesse.

Beanstandungen betreffend das Rettungswesen im Kanton Bern sind bisher selten. Die Ombudsstelle hat sich bei den regionalen Verantwortlichen der Rettungskräfte vorgestellt. Der Besuch war sehr angenehm und stiess auf grosses Interesse.

Im Gegensatz zur Strafverfolgungsbehörde geht es bei der Ombudsstelle nicht um eine Verurteilung, sondern um das Erarbeiten von Lösungen im Gespräch. Bei gravierenden Vorkommnissen (vgl. hinten Ziffer 4) ist die Kommunikation sehr erschwert. In diesen Fällen ist es wichtig, dass die Patienten wissen, welche Rechte sie haben. In diesem Zusammenhang spielt die ärztliche Aufklärungspflicht eine grosse Rolle.

Das Jahr 2015 weist im Gegensatz zum Jahr 2014 einen Zuwachs von 26 Fällen auf (126 Fälle im Vergleich zu 100 Fällen). Die zeitliche Beanspruchung der Ombudsstelle betrug im Jahr 2015 567 Stunden (abgerundet) im Gegensatz zum Jahr 2014, welches eine Anzahl von 487 Stunden aufwies. Grund dafür ist einerseits die Weiterführung und Erledigung der bereits bestehenden Fälle, andererseits die Zunahme der telefonischen Beratungen sowie die Zunahme der neu eingehenden

¹ Vgl. Eugen Th. Ewig, Mediation im Gesundheitswesen, in: Handbuch Mediation, 2. Auflage, § 31 N 17.

Fälle. Es wird auf die nachstehende Berichterstattung sowie auf die ausgewählten Beispiele verwiesen (vgl. Ziffer 4).

Berichterstattung

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

Die Fälle gliedern sich nach folgenden Themen:

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

Insgesamt wurden im Berichtsjahr 126 Beanstandungen entgegengenommen. Die Fälle wurden mit einer Kurzberatung, mit einer eingehenden Beratung oder mit mediativen Besprechungen und Verhandlungen abgeschlossen oder behandelt.

Von den 126 eingegangenen Beanstandungen sind 23 infolge Unzuständigkeit abgelehnt worden, mithin sind 103 Fälle geprüft worden. Davon konnten 19 Beanstandungen nicht einem Spital zugeteilt werden. Dabei handelte es sich um allgemeine Fragen bezüglich Patientenrechte und Krankenkassenbelange.

Von den 103 geprüften Beanstandungen wurden 59 mittels einer Kurzberatung, 42 mittels einer eingehenden Beratung und zwei mittels einer Mediation abgeschlossen oder behandelt. Die Ombudsstelle stellte Schlussempfehlungen aus. Die pendenten Fälle von 2011, 2012, 2013 und 2014 sind in dieser Statistik nicht berücksichtigt.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) als Aufsichtsbehörde musste nicht angerufen werden.

55.3% der Beanstandungen betrafen den ärztlichen Prozess, gefolgt von Fragen zur Rechnungsstellung (16.5%) und zur Ablauforganisation (11.6%). 4% betrafen den Pflegeprozess. Die übrigen 11.6% befassten sich mit anderweitigen Anliegen. Zum Datenmanagement gab es eine Beanstandung.

2. Aperçu

Droit à l'information

Au cours de l'année sous revue, 55 % des réclamations ont concerné le secteur médical, alors qu'elles s'élevaient à 41 % du total l'année précédente.

Les rapports entre patientes/patients et hôpital/établissement psychiatrique est conflictuel. Les patientes/patients qui sont placés dans un hôpital ou dans un établissement psychiatrique présentent un tableau clinique nécessitant un diagnostic spécifique, une intervention urgente ou une thérapie à long terme. Les patientes/patients font face à des établissements ultraspécialisés dans lesquels ils placent leurs espoirs de guérison. La prise de conscience d'une détérioration de son propre état de santé est plus prégnante à la suite d'un séjour à l'hôpital qu'à l'issue d'un traitement ambulatoire. Que la détérioration de l'état de santé soit le fruit du hasard, qu'elle soit due à des causes subjectives ou qu'elle soit imputable à une erreur médicale, toute ces causes peuvent être source de conflits avec les hôpitaux et les établissements psychiatriques. Ceci se traduit par des demandes en dommages et intérêts et par des demandes de réparation morale. Dans les cas de responsabilité, les médecins considèrent la jurisprudence comme étant contre-productive car l'objectif de ces derniers est d'obtenir la guérison des malades. Le personnel médical estime qu'il est injuste, par rapport à sa pratique quotidienne, de considérer ultérieurement (évaluation ex post) l'existence d'une éventuelle erreur médicale qui lui serait imputée.²

La principale mission de l'organe de médiation consiste à renforcer la confiance entre les patientes/patients et les hôpitaux somatiques et psychiatriques répertoriés ainsi que les maisons de naissance répertoriées. L'organe de médiation s'appuie sur une base légale et agit dans l'intérêt public.

Les réclamations concernant les secours dans le canton de Berne ont été rares jusqu'à présent. L'organe de médiation a rencontré les responsables régionaux des forces de secours. Cette réunion a été très agréable et a suscité un vif intérêt.

Contrairement aux autorités de poursuite pénale, la mission de l'organe de médiation ne consiste pas à juger, mais à envisager des solutions par la parole. La communication est très difficile dans les cas extrêmement graves (cf. point 4). Dans ces situations, il est essentiel que les patients connaissent leurs droits. Le devoir d'information médicale joue un rôle essentiel dans ce contexte.

L'année 2015 enregistre, par rapport à l'année 2014, une augmentation de 26 cas (126 cas en 2015 pour 100 cas en 2014). En termes d'heures, le recours à l'organe de médiation a représenté 567 heures en 2015 (chiffre arrondi vers le bas) contre 487 heures en 2014. Ceci s'explique, d'une part, par la poursuite et le règlement des cas existants déjà et, d'autre part, par l'augmentation des conseils

² Mutatis mutandis Haft/Schieffen, Handbuch Mediation (Manuel de médiation), 2^e édition, § 31 Mediation im Gesundheitswesen, (La médiation dans le secteur médical.) Eugen Th. Ewig, note 17, page 760.

par téléphone et l'accroissement de nouveaux cas. Nous renvoyons au rapport ci-après ainsi qu'aux exemples qui ont été sélectionnés (cf. point 4).

Rapport

Le présent rapport annuel se compose du compte-rendu, des statistiques ainsi que du rapport sur les cas pratiques (cf. point 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, 126 réclamations ont été réceptionnées au cours de l'année sous revue. Les cas ont été réglés ou traités grâce à de brefs conseils, grâce à des conseils approfondis ou par des entretiens de médiation ou des réunions de médiation.

Sur ces 126 réclamations, 23 d'entre elles ont été refusées pour incompétence et 103 cas ont été examinés. Sur ce chiffre, 19 réclamations 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 103 réclamations qui ont été examinées, 59 ont été réglées ou traitées grâce à de brefs conseils, 42 grâce à des conseils approfondis, et deux par le biais d'une médiation. L'organe de médiation établit des recommandations finales. Les cas en suspens concernant les années 2011, 2012, 2013 et 2014 ne sont pas pris en compte par ces statistiques.

Il n'a pas été nécessaire de s'en référer à la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP) en sa qualité d'autorité de contrôle.

55,3 % des réclamations concernaient le secteur médical, 16,5 % portaient sur des questions relatives à la facturation et 11,6 % à l'organisation. 4 % des réclamations ont concerné le secteur des soins. Les 11,6 % restants portaient sur d'autres questions. Il y a une réclamation sur la gestion des données qui a été enregistrée.

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 (Ziffer 3a – 3i) sowie ausgewählte anonymisierte Fälle zur Veranschaulichung vor (Ziffer 4a – 4f).

Es wurden 567 Stunden und 19 Minuten (Neuzugänge und Behandlung der pendenten Fälle) für die Bearbeitung der Beanstandungen aufgewendet (vgl. Ziffer 3h).

a) Leistungsstatistik

Insgesamt wurden 126 Neuzugänge geprüft, wobei die Ombudsstelle in 23 Fällen nicht zuständig war (vgl. Ziffer 3i).

Ende 2015 waren 38 Fälle des laufenden Jahres, 17 Fälle aus dem Jahre 2014, neun Fälle aus dem Jahre 2013 sowie vier Fälle aus dem Jahre 2012 hängig.

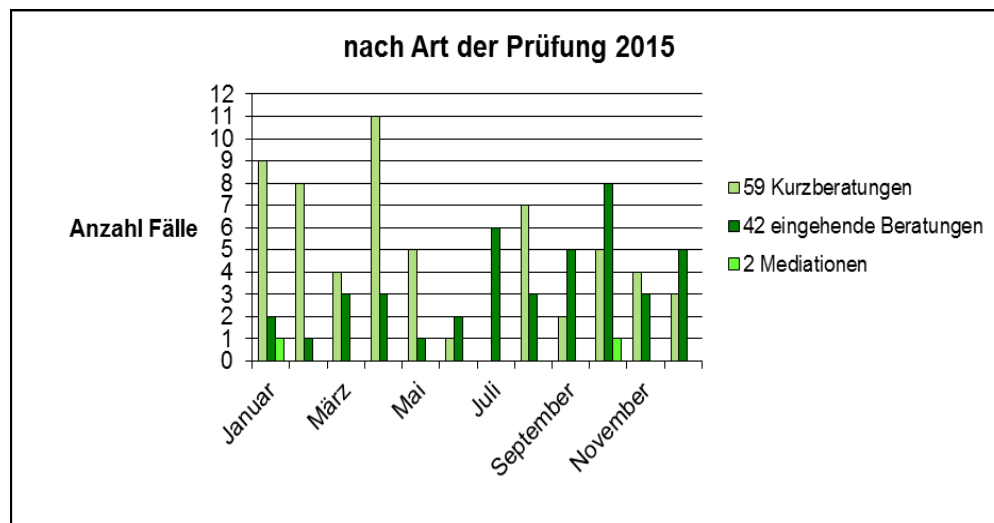
Folgende Leistungsstatistik zeigt die geprüften und abgewiesenen Fälle für das Jahr 2015 in der Übersicht:



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 59 Beanstandungen mittels einer Kurzberatung erledigt.

Bei 42 Beanstandungen fand eine eingehende Beratung statt.

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

c) Ausgang des Falles

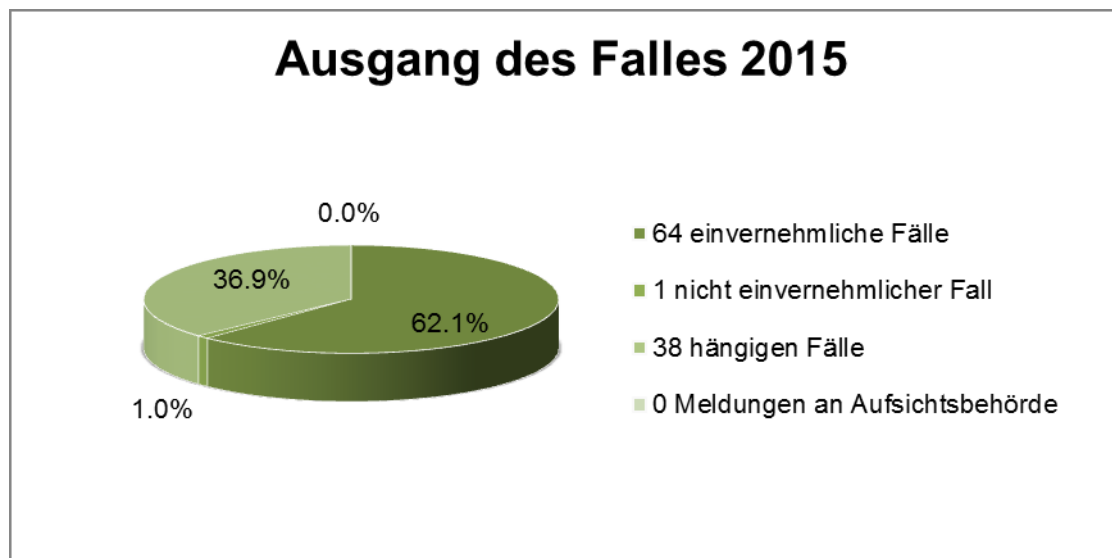
Als hängige Beanstandungen werden Beanstandungen bezeichnet, die weder einvernehmlich abgeschlossen, noch mit einer Schlussempfehlung erledigt werden konnten.

Insgesamt waren Ende 2015 68 Fälle offen (38 Fälle aus dem Jahre 2015, 17 Fälle aus dem Jahre 2014, neun Fälle aus dem Jahre 2013 sowie vier Fälle aus dem Jahre 2012).

Als einvernehmliche Regelung gilt auch, wenn sich die Patientin oder der Patient trotz Erinnerung nicht mehr meldet. Ein Fall wurde nicht einvernehmlich abgeschlossen.

Es gab keine Meldung an die Aufsichtsbehörde.

Folgende Tabelle zeigt den Ausgang der Beanstandungen für das Jahr 2015:



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

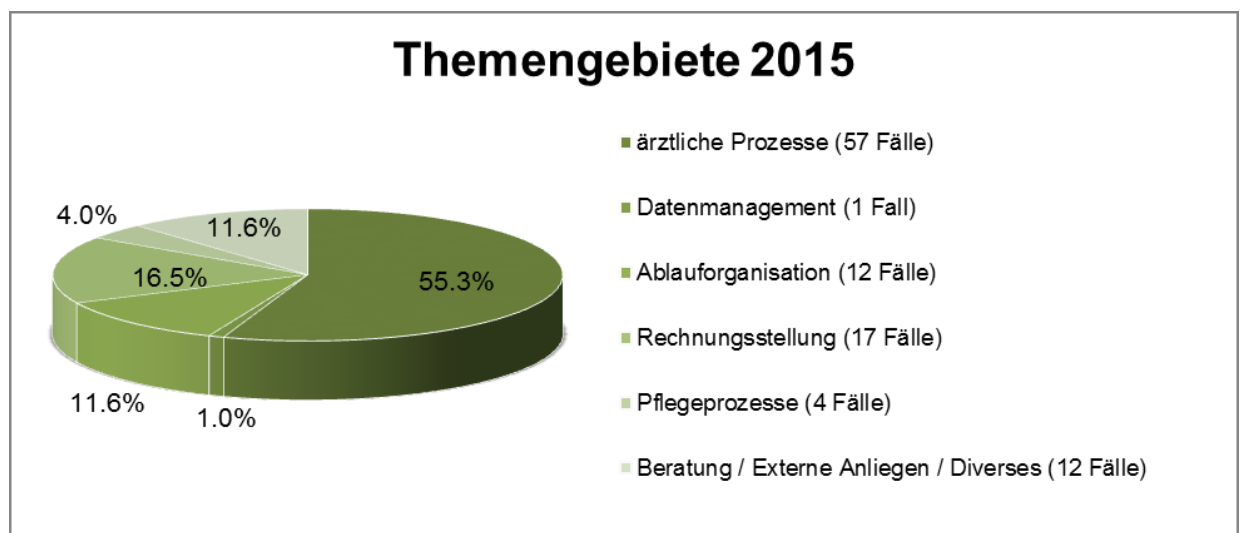
An zweiter Stelle stehen Beanstandungen bezüglich der Rechnungsstellung:

- Vermeintliche Doppelbelastungen von erbrachten medizinischen Leistungen
- Unnötige medizinische Abklärungen

Die drittgrösste Beanstandungsgruppe betrifft Beanstandungen bezüglich der Ablauforganisation:

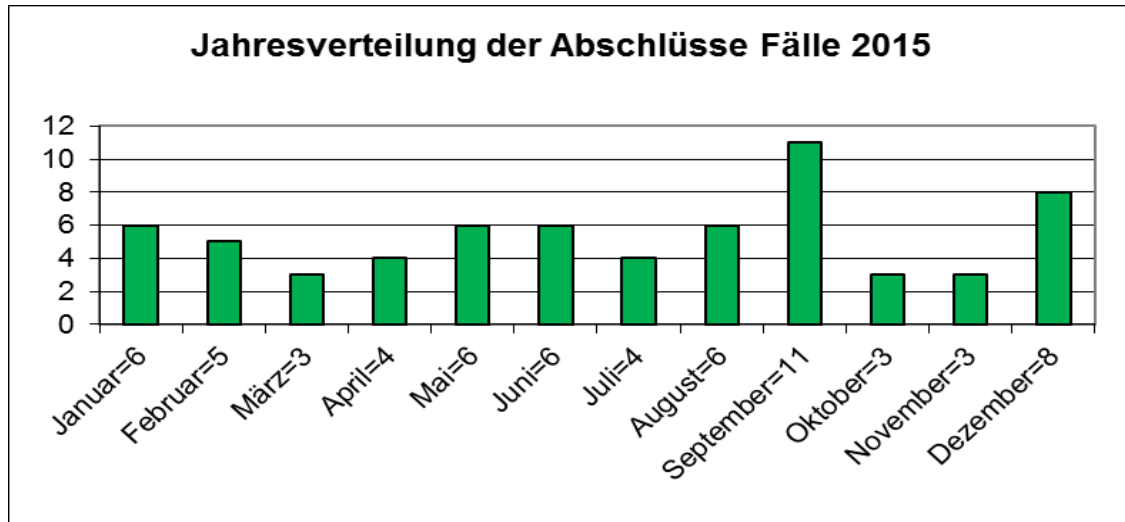
- Unsorgfältige oder ungenaue Austrittsberichte
- Verlust von Wertsachen im Spital
- Kommunikation mit den Angehörigen

Die eben genannten Beispiele ergeben folgende Statistik:



e) Jahresverteilung nach Abschlüssen

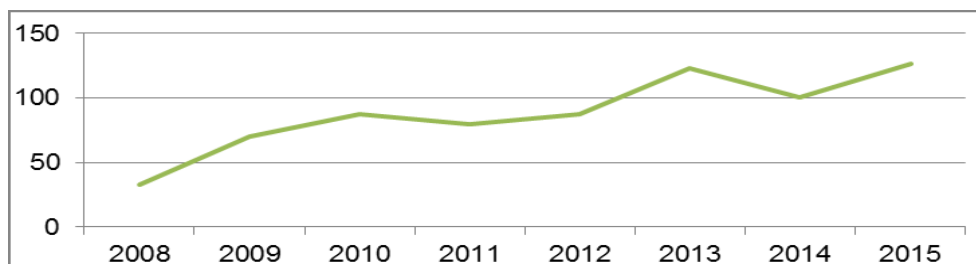
Die abgeschlossenen Fälle verteilen sich wie folgt auf das Jahr:



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



g) Verteilung auf die Institutionen

Von den eingegangenen 126 Beanstandungen konnten 86 eindeutig einem Spital zugeordnet werden:

Berner Klinik Montana	0
Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi	0
Fürsorgeverein Bethesda Klinik für Epilepsie und Neurorehabilitation	1
Geburtshaus Luna	0
Gesundheitszentrum Schönberg Gunten AG	0
Hirslanden Bern AG, Hirslanden Salem-Spital	2
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	2
Hirslanden Bern AG, Klinik Permanence	0
Hôpital du Jura Bernois SA	0
Inselspital, Universitätsspital	18
Klinik Hohmad AG	0
Klinik Linde AG	1
Klinik SGM Langenthal	0
Klinik Südhang	0
Klinik Wysshölzli	0
Kurklinik Eden	0
Privat Klinik Meiringen AG	5
Privatklinik Wyss AG	1
Psychiatriezentrums Münsingen	1
Regionalspital Emmental AG, Spital Burgdorf	0
Regionalspital Emmental AG, Spital Langnau	0
Rehaklinik Hasliberg AG	0
Services psychiatriques Jura bernois - Bienne-Seeland	2
Siloah Aerzte AG	0
Soteria Bern	0
Spital Netz Bern AG, Spital Aarberg	3
Spital Netz Bern AG, Pflegezentrum Elfenau	0
Spital Netz Bern AG, Spital Münsingen	0
Spital Netz Bern AG, Spital- und Altersheim Belp	0
Spital Netz Bern AG, Spital Riggisberg	1
Spital Netz Bern AG, Spital Tiefenau	5
Spital Netz Bern AG, Spital Ziegler	0
Spital Region Oberaargau AG, Spital Langenthal	0
Spital Region Oberaargau AG, PanoramaPark	0
Spital Region Oberaargau AG, Gesundheitszentrum Jura Süd	0
Spital Region Oberaargau AG, Gesundheitszentrum Huttwil	0
Spital Simmental-Thun-Saenenland AG, Spital Thun	8
Spital Simmental-Thun-Saenenland AG, Spital Zweisimmen	0
Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG, Spital Interlaken	5
Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG, Spital Frutigen	1
Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG, Gesundheitszentrum Meiringen	0
Spitalzentrum Biel AG	10
Stiftung Diaconis	0
Stiftung Klinik Selhofen	0
Stiftung Lindenhof/Sonnenhof AG, Lindenhofspital	6
Stiftung Lindenhof/Sonnenhof AG, Klinik Sonnenhof	2
Stiftung Lindenhof/Sonnenhof AG, Klinik Engeried	1
Universitäre Psychiatrische Dienste	11
andere Anliegen, nicht zuteilbar	40
Total	126

h) Durchschnittlicher Zeitaufwand für die geprüften Fälle

Insgesamt sind 567 Stunden und 19 Minuten für die Bearbeitung der Beanstandungen aufgewendet worden. Pro Fall ergibt dies einen Stundenaufwand von 2 Stunden und 54 Minuten. Es wird auf die nachstehenden Tabellen verwiesen:

70 Fälle aus den Jahren 2011 / 2012 / 2013 / 2014

1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Total
121:25	103:05	74:05	52:45	351:20

126 Fälle aus dem Jahr 2015

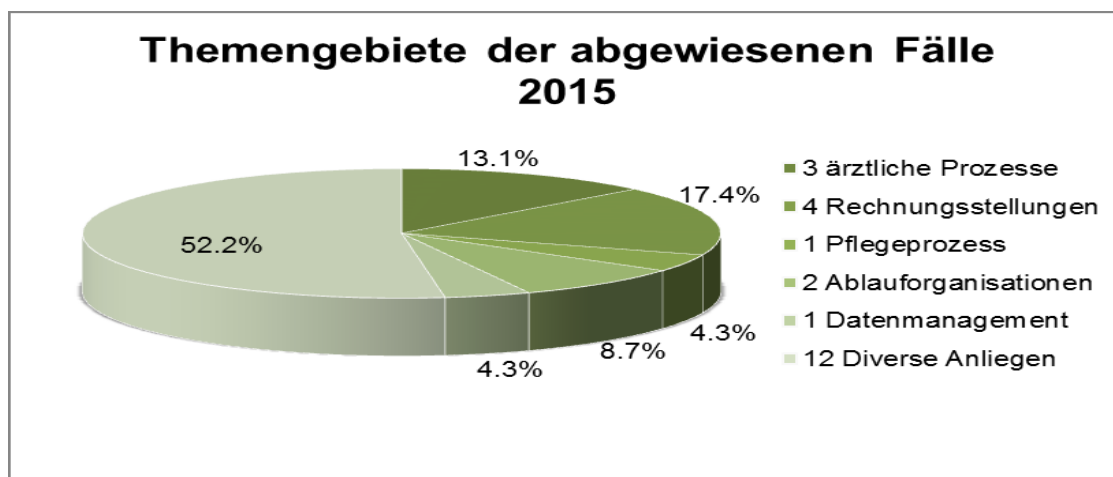
1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Total
28:59	47:20	73:55	65:45	215:59

Der Stelleninhaber wird halbtags durch eine Mitarbeiterin unterstützt. Auch die übrigen Mitarbeiterinnen des Notariatsbüros helfen bei zeitlicher Dringlichkeit aus.

Die Zunahme der Stunden ergibt sich aus verschiedenen Faktoren. Einmal benötigen die Fälle aus den früheren Jahren Zeit. Schliesslich 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 Führungsmittel.

i) Abgewiesene Fälle

Die 23 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) Beispiele zu ärztlichen Prozessen

Spitalinfektion

Ein Patient begab sich mit starken Schmerzen auf die Notfallstation und verblieb einige Tage im Spital zur Abklärung. Es wurden ihm Antibiotika verabreicht, die jedoch keine Wirkung zeigten. Der Patient wurde übers Wochenende nach Hause geschickt, weil keine Ärzte anwesend waren. Nach dem Wochenende wurde in einem anderen Spital ein MRI durchgeführt, worauf eine Notoperation angeordnet wurde. Dem Patienten musste aus Rücken, Schultern, Bauch und Füessen Eiter entnommen werden.

Die Stellungnahme des Erstspitals ging dahin, dass man von einem Gichtanfall ausging, obwohl im Blut Staphylokokken Bakterien gefunden worden sind. Das Spital bestritt, dass die Infektion in ihrem Haus entstanden ist. Dazu gebe es keine Beweise. Es stellte sich auf den Standpunkt, dass selbst wenn Hinweise für eine Spitalinfektion während des Spitalaufenthalts vorlägen würden, daraus keine Haftbarkeit des Spitals resultiere. Das Spital habe lediglich die Pflicht, die nötige hygienische Sorgfalt walten zu lassen und alle möglichen hygienischen Vorkehrungen gegen die Infektionsgefahr zu treffen. Da weder eine Sorgfaltspflichtverletzung noch ein schuldhaftes Verhalten bewiesen werden könne, könne das Spital nichts weiter tun.

Der Patient beschrieb den emotionalen Aspekt aus seiner Sichtweise. Er führte aus, dass die Infektion, wo auch immer entstanden, viele Operationen, hochdosierte Medikamente, einen eineinhalbmonatigen Aufenthalt auf der Intensivstation sowie einen sechs Monate dauernden Spitalaufenthalt zur Folge hatte. Durch den langen Spitalaufenthalt befand sich der Patient in einem finanziellen Engpass.

Die Ombudsstelle beantragt eine Kostengutsprache durch den spitaleigenen Unterstützungsfonds. Daraufhin genehmigte der Stiftungsrat des Unterstützungsfonds eine einmalige Zahlung von CHF 10'000.

Die Ombudsstelle kennt mehrere Fälle, in welchen das Spital die Haftung für Spitalinfektionen vollständig bestritten hat, obwohl der Patient oder die Patientin nach einer Infektion mehrere Wochen hospitalisiert werden musste (vergleiche Jahresbericht 2014, Seite 20).

In einem anderen Fall gab der Chefarzt zuerst freimütig Auskunft, dass eine Wundheilstörung vorliege, bis ein anderes Spital erklärte, dass die ursächliche Infektion für die Wundheilstörung wohl im Spital des Chefarztes entstanden sein müsse. Danach bestritt der Chefarzt, dass die Wundheilstörung durch ein medizinisch inkorrektes Handeln verursacht oder verschuldet worden sei.

Kommentar der Ombudsstelle

Die für beide Seiten befriedigende Lösung im ersten Falle geht in die Richtung eines verschuldensunabhängigen Ausgleiches von Schäden durch medizinische Behandlung, einer sogenannten Non-Fault-Entschädigung. In diesen Fällen werden aus einem dafür geschaffenen Fonds Entschädigungen ausgerichtet, wenn jemand durch eine medizinische Behandlung zu Schaden gekommen ist. Als Voraussetzung für die Auszahlung muss lediglich ein Zusammenhang zwischen der Behandlung und dem Schaden, nicht aber die Sorgfaltpflichtverletzung des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin, nachgewiesen werden.

In der Schweiz besteht grundsätzlich kein solcher Unterstützungsfonds (abgesehen von kleineren Fonds wie im oberwähnten Beispiel). Dies obwohl Befürworter und Befürworterinnen dieses Fonds der Meinung sind, dass diese Form der Konfliktlösung die Fehlerkultur der Ärzteschaft fördern würde, weil keine schuldige Person gesucht und bestraft werde. Gegner und Gegnerinnen dieses Modells befürchten hingegen, dass ein solcher Fond die Auseinandersetzung mit Fehlern und Qualitätsmängel behindern würde, weil niemand mehr zur Rechenschaft gezogen werde.³

Unbestritten ist, dass gerade bei finanziell schwachen Familien ein solcher finanzieller „Zustupf“ viel Erleichterung bringen würde.

Verlegung in ein Pflegeheim

Nach einem längeren Spitalaufenthalt verlangt das Spital, dass eine Patientin in ein Pflegeheim verlegt wird. Es ist unklar, wer die Kosten für das Pflegeheim übernehmen muss. Die Patientin ist aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes kaum transportfähig. Die Angehörigen sind gegen eine Verlegung in ein Pflegeheim und melden sich bei der Ombudsstelle. Die Ombudsstelle verlangt daraufhin eine Stellungnahme des Spitals. In seiner Stellungnahme unterstellt der Chefarzt des Spitals den Angehörigen finanzielle Gründe für die Weigerung, da durch den Aufenthalt im Pflegeheim viele Kosten entstünden und damit weniger Geld für die Angehörigen übrigbleiben würde. Der Gesundheitszustand der Patientin verschlechtert sich zunehmend. Das Spital hält trotzdem an der Überweisung in ein Pflegeheim fest. Die Patientin stirbt im Spital, bevor die Verlegung in ein Pflegeheim vorgenommen werden konnte.

³ Ziltener Erika/ Spöndlin Ruedi, Die Wucht der Diagnose, Zürich 2015, S. 161f.

Kommentar der Ombudsstelle

Es ist für die Angehörigen schwierig, eine vom Chefarzt bzw. eine von der Chefärztin getroffene Entscheidung umzustossen, selbst wenn offensichtlich ist, dass der Gesundheitszustand wie im vorliegenden Fall für den Aufenthalt in einem Pflegeheim nicht mehr ausreicht.

Um den Rechtsschutz der Patientin bzw. des Patienten in einem solchen Fall zu stärken, ist es wichtig, dass bei folgenschweren ärztlichen Entscheidungen systematisch Zweitmeinungen eingeholt werden.⁴

Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)

Eine Patientin beklagte nach einem fünfwöchigen Aufenthalt in einem gemeindepsychiatrischen Zentrum, dass das Betreuungssystem nicht funktioniere. Es gebe viele Helfer, Ärztinnen, Psychologen sowie Pflegefachfrauen, die sich ständig abwechseln und unnötige Sitzungen verursachen würden. Die Patientin war verwirrt und wusste nicht, welche Therapieform nun bei ihr Anwendung fand. Sie wünschte ein neues Betreuerteam ausserhalb des Zentrums. Die Schwester der Patientin intervenierte und machte auf die offensichtliche Führungsschwäche der Verantwortlichen aufmerksam. Für die Patientin konnte ein externer Psychiater und eine Wohnbegleitung gefunden werden.

Kommentar der Ombudsstelle

Das gemeindepsychiatrische Zentrum ist ein Angebot für die psychiatrische Grundversorgung. Die Mitarbeiter des gemeindepsychiatrischen Zentrums folgen der Integrationsbehandlung. Im Zentrum der Behandlungsplanung stehen die individuellen Versorgungsbedürfnisse eines psychisch kranken Menschen.⁵

Bei dieser Möglichkeit der psychiatrischen Versorgung zeigt sich die Schwäche des Systems darin, eine kompetente Entscheidung über die Nachbetreuung zu finden. Diese hängt von der Einschätzung der zuständigen Psychiaterin, des zuständigen Psychologen oder der zuständigen Pflegefachleute ab. Auf Grund dieser breiten Palette an Entscheidträgern besteht die Tendenz, dass sich am Schluss niemand für verantwortlich hält. Im vorliegenden Fall hatte eben diese ausstehende Entscheidung zur Folge, dass die Patientin während drei Monaten ohne ärztliche Betreuung blieb, einen Rückfall erlitt und daraufhin einen dreiwöchigen Aufenthalt im Kriseninterventionszentrum (KIZ) über sich ergehen lassen musste.

Wie dieser Fall deutlich aufzeigt, ergibt sich aus der individuellen Abklärung der Versorgungsbedürfnisse die Gefahr, dass sich jeder für unzuständig hält und die Verantwortung abschieben kann. Es wäre deshalb wünschenswert, dass sich die Betroffenen an eine klar definierte Ansprechperson wenden können.

⁴ Ziltener/Spöndlin, a.a.O., S. 163.

⁵ www.upd.gef.be.ch, gemeindepsychiatrisches Zentrum, letztmals besucht am 29.02.2016.

b) Beispiele zu Pflegeprozessen

Versand der Behandlungsakten

Eine Patientin beschwerte sich bei der Ombudsstelle darüber, dass sie nach einer medizinischen Abklärung nicht über die Diagnose informiert worden sei. Auf telefonische Nachfrage sei ihr vom Spital mitgeteilt worden, dass die medizinische Abklärung abgeschlossen worden sei. Die Patientin fühlte sich im Stich gelassen und ratlos. Nur durch Zufall erfuhr sie beim nächsten Besuch beim Hausarzt von der Diagnose. Der Hausarzt hatte die Behandlungsakten bereits vor einiger Zeit erhalten. Die Patientin beschwerte sich beim Chefarzt des Spitals, woraufhin ihr schriftlich beschieden wurde, dass alles mit rechten Dingen zugegangen sei. Die Patientin ärgerte sich sehr über die herablassende Art des Schreibens. Sie verlangte eine Entschuldigung, die sie von der Rechtsabteilung des Spitals erhielt.

Kommentar der Ombudsstelle

Viele spezielle medizinische Abklärungen erfolgen durch Überweisung durch den Hausarzt. Die Behandlungsakte bzw. die Diagnose wird nach Abschluss der Behandlung dem überweisenden Hausarzt zugestellt. Dieses Vorgehen ist üblich, wurde jedoch der Patientin nicht kommuniziert, weshalb sie vergebens auf eine Antwort des Spitals gewartet hatte. Das Warten auf eine Diagnose war für sie sehr nervenaufreibend und belastend, zumal sie aufgrund der abzuklärenden Krankheit psychisch angeschlagen war. Die Patientin hat Anspruch darauf, dass sie durch die behandelnde Ärztin bzw. durch den behandelnden Arzt über den medizinischen Ablauf vorgängig informiert wird.

Lange Wartezeiten

Die Eltern brachten ihre Kleinkinder mit Verdacht auf eine Vergiftung auf die Notfallstation eines Spitals. Dort mussten sie lange warten. Die Eltern wurden aufgrund der Sorge um ihre Kinder immer ungeduldiger. Andere Notfälle wurden aufgrund ihrer Dringlichkeit vorgezogen. Die Eltern beschwerten sich in der Folge lautstark. Kurz danach wurden sie in ein separates Zimmer geführt, in welchem sich auch ein Sicherheitsbeamter des Spitals aufhielt. Die Eltern fühlten sich ihrer Freiheit beraubt.

Kommentar der Ombudsstelle

Damit die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Spitals ihre Arbeit verrichten können, sind sie auf konstruktiven und respektvollen Umgang mit den Patienten und Patientinnen angewiesen. Dem Spital stehen wenig Mittel zur Verfügung, um gegen aggressives und störendes Verhalten vorzugehen. Besonders renitente Personen können deshalb zum Schutz des ungestörten Spitalbetriebs von den übrigen Patienten separiert werden. Als letztes Mittel steht dem Spital ein Hausverbot zur Verfügung.

c) Beispiele zur Rechnungsstellung

Ausländische Selbstzahler

Eine ausländische Patientin lässt sich wegen einer äusserlichen Entzündung am Fussknöchel untersuchen. Der behandelnde Arzt rät, nichts zu tun und die Reizung von allein abklingen zu lassen. Die anschliessend gestellte hohe Rechnung ist für die Patientin nicht nachvollziehbar. Die Patientin beanstandet insbesondere, dass die Rechnung intransparent sei. Sie rügt, dass sie vorgängig nicht über die Kosten informiert worden sei, insbesondere über die Eintrittspauschale, die nicht ärztliche Betreuungs- und Laborkosten, die Verweildauer im Behandlungszimmer sowie die aufaddierten Kosten im Fünfminutentakt. Das gerügte Spital ändert die Rechnung geringfügig ab, mit der Begründung, dass die meisten Positionen gleich seien wie bei inländischen Patientinnen und Patienten. Einzig der Taxpunktwert sei höher, weil die Patientin nicht dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) bzw. dem Unfallversicherungsgesetz (UVG) unterstellt sei. Die Patientin gibt sich mit der Antwort zufrieden, obwohl sie die Rechnung immer noch für überzogen hält. Zudem war die Diagnose des behandelnden Arztes falsch, weil sich in der entzündeten Wunde ein Faden befand, der nicht bemerkt worden war.

In einem anderen Fall hat das Spital bei einem ausländischen Selbstzahler erst kurz vor einer Operation eine Offerte gestellt. Aufgrund dieser kurzfristigen Offertstellung, hatte der Patient keine Gelegenheit, die Offerte zu überprüfen. Wie sich herausstellte, fiel die endgültige Rechnung fast doppelt so hoch aus wie die Offerte. Das Spital begründete die stark erhöhte Rechnung damit, dass anlässlich der Operation weit mehr medizinische Eingriffe hätten vorgenommen werden müssen als geplant.

Kommentar der Ombudsstelle

Bei ausländischen Selbstzahler ist besondere Sorgfalt bei der Offertstellung geboten. Die Kostentransparenz auf Spitalseite ist sehr wichtig. Sie gehört zur ärztlichen Aufklärungspflicht. Die Offerte hat frühzeitig zu erfolgen und die Rechnung muss gut begründet sein. Dazu ist ein klärendes Gespräch in den meisten Fällen notwendig, weil die Rechnung wenig selbsterklärend ist. Die ausländischen Patienten und Patientinnen sind auf die Besonderheit des Tarmsystems hinzuweisen.

Klärung der Höhe des Selbstbehaltes

Beim Eintrittsgespräch wurde die Patientin darauf hingewiesen, dass die Kosten für die Behandlung von der Unfallversicherung der Arbeitgeberin bezahlt werden würde. Die Patientin ist mit der Zusatzversicherung "halbprivate Abteilung" versichert, weshalb sie sich nicht sicher war, ob ihre Arbeitgeberin auch die Kosten für die halbprivate Abteilung übernehmen wird. Sie hat deshalb das Personal des behandelnden Spitals gebeten, bei der Unfallversicherung der Arbeitgeberin abzuklären, ob dies zutrefte. Diese Abklärung wurde nicht vorgenommen. Die Patientin musste in der Folge den hohen Selbstbehalt für die halbprivate Abteilung selbst bezahlen, weil die Unfallversicherung der Arbeitgeberin nur eine Behandlung für die allgemeine Abteilung übernommen hatte.

Das Spital legte dar, dass im Eintrittsformular "halbprivat" angekreuzt gewesen sei und die Zusatzversicherung dem Eingriff zugestimmt habe. Das Spital kenne die Höhe des Selbstbehaltes der Patientin nicht. Es sei deshalb Sache der Patientin mit ihrer Krankenversicherung abzuklären, welcher Selbstbehalt zu bezahlen sei. Die Patientin war jedoch der Meinung, dass die Krankenversicherung vor der Zustimmung zur Kostenübernahme sie nochmals darauf hätte aufmerksam machen müssen, dass sie den hohen Selbstbehalt selber zahlen müsse. Darauf angesprochen verneint die Krankenkasse eine solche Pflicht. Die Patientin sei umfassend über die massgeblichen Versicherungsbedingungen aufgeklärt worden und aus den Vertragsdokumenten können sämtliche Angaben zur Jahresfranchise bei Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung entnommen werden.

Kommentar der Ombudsstelle

Die Krankenversicherungen bringen immer wieder neue Produkte auf den Markt, die sowohl für das Spital wie auch für die Patientin nicht mehr überschaubar sind. Damit es wie im vorliegenden Fall für die Patientin kein böses Erwachen gibt, hat deshalb die Krankenversicherung die Patientin vor dem ärztlichen Eingriff über die daraus entstehenden Kosten zu informieren. Das Argument der Krankenversicherung, wonach die Patientin Kenntnis über sämtliche Verträge haben sollte (Versicherungspolice VVG (Versicherungsvertragsgesetz), zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB), allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherungen (KZV)) ist deshalb vorliegend nicht überzeugend. Den Schaden trägt sonst immer die Patientin.

d) Beispiele zur Ablauforganisation

Verlorengegangene Zahnprothese

Nach einer Operation fehlte die Zahnprothese einer Patientin. Das Pflegepersonal hatte intensiv, aber erfolglos nach der Zahnprothese gesucht. Die Patientin und deren Angehörige fühlten sich trotzdem alleingelassen. Das Personal habe keine weitere Unterstützung angeboten. Es musste eine neue Zahnprothese auf eigene Kosten angefertigt werden. Die Patientin verlangte Schadenersatz vom Spital.

Das Spital lehnte die Haftung für verloren gegangene Vermögensgegenstände der Patienten grundsätzlich ab. Das Spital beteiligte sich aus Kulanz und ohne Anerkennung einer Haftung an den Kosten für den Ersatz der Zahnprothese. Über die Höhe der Beteiligung konnten sich die Parteien nicht einigen. Das Spital offerierte die Übernahme von 75% der Kosten des Zahntechnikers. Die Patientin wollte jedoch 75% aller entstandenen Kosten. Vor die Wahl gestellt, entweder den offerierten Betrag oder gar nichts zu erhalten, willigte die Patientin ein.

Kommentar der Ombudsstelle

Grundsätzlich haftet der Patient oder die Patientin für die mitgebrachten Wertsachen. Bei Prothesen wie Zahnprothesen, Brillen oder Hörgeräte besteht hingegen eine grössere Sorgfaltspflicht des Pflegepersonals als bei den übrigen Wertsachen wie Geld, Schmuck oder Ringe. Aus diesem Grund war die Kulanzzahlung des Spitals im vorliegenden Fall angebracht.

Informationspflicht gegenüber dem Vater, der kein Sorgerecht hat

Der 14-jährige Sohn wurde von der sorgerechtsberechtigten Mutter in ein Spital eingewiesen, ohne dass der nichtsorgerechtsberechtigte Vater darüber informiert wurde. Der Sohn will keinen Kontakt zu seinem Vater. Der Vater will wissen, welche Anhörungs- und Informationsrechte ihm zustehen.

Kommentar der Ombudsstelle

Ein urteilsfähiger Jugendlicher hat das Recht, die Einwilligung in eine medizinische Behandlung allein zu treffen. Weder der Vater noch die Mutter dürfen sich einmischen, es sei denn, der Sohn könne die Tragweite seiner Entscheidungen nicht abschätzen. Gemäss Art. 275a Abs. 2 ZGB steht dem Elternteil ohne elterliche Sorge ausdrücklich ein Auskunftsrecht zu. Sie können bei Drittpersonen, die an der Betreuung des Kindes beteiligt sind, wie namentlich bei Lehrkräften, Ärztinnen und Ärzten, in gleicher Weise wie der Inhaber oder die Inhaberin der elterlichen Sorge, Auskünfte über den Zustand und die Entwicklung des Kindes einholen und zwar ohne dass der sorgeberechtigte Elternteil anwesend ist. Der Elternteil ohne elterliche Sorge hat sich darum zu bemühen. Die Drittpersonen sind verpflichtet, dem Elternteil ohne elterliche Sorge auf dessen Verlangen die genannten Auskünfte zu erteilen. Gerichtliche Anordnungen oder Anordnungen der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) können das Auskunftsrecht einschränken (Art. 275a ZGB Abs. 3 in Verbindung mit Art. 274 ZGB).

e) Beispiele zum Datenmanagement

Verletzung des Berufsgeheimnisses

Ein Patient beklagt sich, dass ein Spitalarzt mit seinem Vater über seine Krankheit gesprochen hatte, ohne dass er zugestimmt habe. Der Sohn wünscht eine Entschuldigung des Arztes. Das Spital bietet eine gemeinsame Besprechung an, ohne sich zu entschuldigen.

Kommentar der Ombudsstelle

Das Berufsgeheimnis des Arztes gilt umfassend. Nur mit Zustimmung des Patienten dürfen Kenntnisse aus den Behandlungsakten weitergegeben werden. Besonders in Spitälern wird dieser rechtliche Grundsatz teilweise zu wenig strikt angewendet. Die Verletzung des Berufsgeheimnisses kann strafrechtlich verfolgt werden.

f) Beispiele zu externen Anliegen und Beratungen

Darunter fallen vor allem Reklamationen und Beanstandungen, für welche die Ombudsstelle nicht zuständig ist. Es ging um Beanstandung gegen Spitäler in anderen Kantonen, gegenüber privaten Arztpraxen oder um Fragen der Krankenversicherung.

5. Entwicklungen im Gesundheitsrecht / Patientenrechte

In der Zeitschrift Plädoyer findet sich eine gute Zusammenfassung des aktuellen Standes der ärztlichen Aufklärungspflicht.⁶

Grundsätze der Aufklärungspflicht

Die Aufklärungspflicht der Ärztin bzw. des Arztes ist ein integraler Bestandteil der Berufspflichten. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Ärztin oder der Arzt in einem Spital oder freiberuflich arbeitet. Der Arzt muss den Patienten klar, verständlich und so umfassend wie möglich über die Diagnose, die Therapie und die Prognose informieren. Er muss Alternativen zur vorgeschlagenen Behandlung aufzeigen sowie die Risiken der Operation, die Heilungschancen und allenfalls auch die spontane Entwicklung der Krankheit erläutern. Die Aufklärungspflicht ist nicht nur auf medizinische Informationen beschränkt, sondern auch auf die wirtschaftlichen Folgen einer Behandlung oder eines Eingriffes. Der Arzt muss den Patienten oder die Patientin warnen, wenn eine Behandlung oder sein Honorar nicht von der Krankenkasse gedeckt ist.

Umfang der Aufklärungspflicht

Unklar ist, über welche Risiken und zu welchem Zeitpunkt der Patient vor einer Operation aufgeklärt werden muss. Klar ist nur, dass der Patient nach der Regeln der Kunst des entsprechenden medizinischen Berufs über die Risiken einer Operation aufzuklären ist.

Die Kriterien sind nicht klar. Der Arzt muss seinen Patienten bzw. seine Patientin über vorhersehbare schwere Risiken einer vorgeschlagenen Massnahme informieren. Von dieser Pflicht kann er nur dann entbunden werden, wenn die Risiken lediglich selten eintreten.

Ausnahmen der Aufklärungspflicht

Ausnahmen von der Aufklärungspflicht des Arztes bzw. der Ärztin zur Art der Behandlung und zu Risiken sind:

- a) Übliche therapeutische Massnahmen bei harmlosen Eingriffen
- b) Dringende Eingriffe oder Operationen, die im Rahmen einer anderen laufenden Operation offensichtlich erforderlich werden

⁶ Hofstetter Gilles-Antoine, in: Plädoyer, Magazin für Recht und Politik, 1/2015, S. 40ff.

- c) In Fällen des therapeutischen Privilegs: Der Patienten soll nicht unnötig verunsichert werden, weil damit ein gesundheitsschädigender Angstzustand hervorgerufen würde. Schwere oder verhängnisvolle Prognosen können dem Patienten verschwiegen, müssen aber prinzipiell gegenüber den Angehörigen offen gelegt werden.

Informierte Einwilligung

Ein Aspekt der Aufklärungspflicht ist die informierte Einwilligung. Eine Verletzung der körperlichen Integrität, etwa durch einen chirurgischen Eingriff, ist nicht erlaubt, es sei denn, es existiere eine Rechtfertigungsgrund. Im Bereich der Medizin ist das meistens die Einwilligung des Patienten. Damit die Einwilligung gültig ist, muss sie in aufgeklärtem Zustand erteilt worden sein. Dies bedeutet, dass die Ärztin den Patienten genügend informiert haben muss, damit dieser seine Einwilligung in vollem Wissen geben kann.

Die Informationen müssen früh erfolgen, damit der Patient ohne Zeitdruck einen seriösen Entscheid fällen und sich mit Angehörigen oder Freunden beraten kann. Der Patient sollte während der Aufklärung nicht schon hospitalisiert sein. Ansonsten ist der effektive Wille des Patienten beeinträchtigt. Eine Einwilligung gleich vor der Operation, wenn der Patient bereits unter dem Einfluss eines Beruhigungsmittel steht, widerspricht dem Recht auf Selbstbestimmung. Gleiches gilt für eine Information am Vortag einer Operation. Eine solche ist unter allen Umständen unzulässig, wenn man sie rechtzeitig hätte geben können. Eine Bedenkfrist von ein bis drei Tagen ist vorzusehen.

Minderjährige Patienten

Ein Kind kann nur zu einer vorgeschlagenen medizinischen Behandlung einwilligen, wenn es urteilsfähig ist. Es handelt sich dabei um ein höchstpersönliches Recht. Bei medizinischen Themen ist die Urteilsfähigkeit stets in Zusammenhang mit den Folgen des Eingriffs zu bewerten. Die Inhaber der elterlichen Sorge sollten nur angerufen werden, wenn Zweifel bestehen, ob die minderjährige Person die Vor- und Nachteile des vorgeschlagenen Eingriffes objektiv gegeneinander abwägen kann. Eine konkrete Altersangabe ist deshalb nicht möglich.

Hypothetische Einwilligung

Bei der hypothetischen Einwilligung muss der Arzt beweisen, dass die Patientin auch dann in die Operation eingewilligt hätte, wenn sie ordnungsgemäss informiert worden wäre. Die Beweislast trägt der Arzt. Die Patientin muss aber kooperieren, indem sie die persönlichen Motive für eine Ablehnung der Operation zumindest glaubhaft machen muss, insbesondere wenn er die Risiken gekannt hätte. In allen Fällen muss die persönliche und konkrete Situation des einzelnen Patienten betrachtet werden.

Verletzung der Aufklärungspflicht

Eine Ärztin, die eine Behandlung oder Operation vornimmt, ohne ihren Patienten zu informieren oder dessen Einwilligung zu erhalten, handelt rechtswidrig. Die Ärztin trägt die Beweislast für den Nachweis der Einwilligung. Sie hat nachzuweisen, dass sie ihren Patienten genügend informiert und dessen Zustimmung erhalten

hat. Im Falle eines Schadens wird die Ärztin jedoch in jedem Fall gegenüber ihrem Patienten entschädigungspflichtig.

Strafrechtliche Konsequenzen

Ein Arzt, der die Aufklärungspflicht verletzt oder keine informierte Einwilligung seines Patienten eingeholt hat, ist wegen dieser Nichterfüllung strafrechtlich verantwortlich, wenn der Eingriff die körperliche Unversehrtheit beeinträchtigt oder gar den Tod verursacht. Dies gilt auch, wenn ihm kein technischer Fehler vorgeworfen werden kann.

Schlussfolgerung

Aus den obgenannten Ausführungen folgt, dass in der Praxis eine klare Regelung betreffend der Umfang der Aufklärungspflicht fehlt. Das Bundesgericht hat sich diesbezüglich in einem Einzelfall geäußert und die Schwelle, unter welcher keine Aufklärung zu erfolgen hat, auf ein Prozent Komplikationswahrscheinlichkeit festgelegt.⁷

Der strafrechtliche Weg ist in folgenden Fällen gerechtfertigt:

- a) Bei einem schweren Fehler des Arztes bzw. der Ärztin oder bei schweren Folgen für den Patienten
- b) Zugang zum Patientendossier im Todesfall
- c) Verzögerungstaktik durch den betreffenden Arzt bzw. die betreffende Ärztin oder seiner bzw. ihrer Haftpflichtversicherung
- d) Hohe Kosten der Untersuchung oder eines Zivilprozesses.

In der Regel ist der zivilrechtliche Weg vorzuziehen, wenn der Arzt kooperiert.

⁷ BGE 133 III 121, E. 4.2.

6. Dank

Vorab möchte ich meinen Dank dem Spitalamt des Kantons Bern aussprechen. Für Hinweise sowie Unterstützung bin ich immer dankbar.

Ich bedanke 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 für die stets offene Kommunikation und für ihre Bereitschaft, die Beanstandungen der Patientinnen und Patienten ernst zu nehmen.

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

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

