

Jahresbericht

2012



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, 14. Februar 2013
überarbeitet am 28. Februar 2013 Die Ombudsperson:

.....

Inhaltsverzeichnis

1. ÜBERBLICK.....	4
2. APERÇU	5
3. RECHENSCHAFTSBERICHT	7
A) LEISTUNGSSTATISTIK	7
B) GEPRÜFTE FÄLLE	7
C) AUSGANG DES FALLES.....	8
D) THEMENGEBIETE	9
E) JAHRESVERTEILUNG NACH ABSCHLÜSSEN	11
F) VERGLEICH DER FALLZAHLEN GEGENÜBER DEN VORJAHREN.....	11
G) VERTEILUNG AUF DIE INSTITUTIONEN	12
H) DURCHSCHNITTLICHER ZEITAUFWAND FÜR DIE GEPRÜFTEN FÄLLE	12
I) ABGEWIESENE FÄLLE	13
4. FALLBEISPIELE	13
A) BEISPIELE ZU ÄRZTLICHEN PROZESSEN	13
B) BEISPIELE ZU PFLEGEPROZESSEN	16
C) BEISPIELE ZUR RECHNUNGSSTELLUNG	17
D) BEISPIELE ZUR ABLAUFORGANISATION.....	18
E) BEISPIELE ZUM DATENMANAGEMENT	19
F) BEISPIELE ZU EXTERNEN ANLIEGEN UND BERATUNGEN.....	20
5. ENTWICKLUNGEN IM GESUNDHEITSRECHT / PATIENTENRECHTE	20
6. DANK	22

1. Überblick

Allgemeines

Seit dem 1. Januar 2012 gilt das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG). Auch das Spitalversorgungsgesetz und die Spitalversorgungsverordnung haben Änderungen erfahren.

Die offiziellen Leistungserbringer sind aus der Spitalliste BE ersichtlich (siehe auch Seite 12 des Jahresberichtes).

Die Ombudsstelle stärkt die Rolle der Patientinnen und Patienten als aufmerksame Beobachter und Berichterstatter. Die Patientinnen und Patienten sind Partner bei sicherheitsfördernden Massnahmen und helfen aktiv mit, Fehler zu vermeiden. Dieses Bild steht der veralteten Vorstellung der Patientin oder des Patienten als passives Objekt der Behandlung diametral entgegen und ist ein ständiger Konfliktherd.

Das Verfahren vor der Ombudsstelle bietet der Patientin und dem Patient die Möglichkeit, von einer neutralen Stelle eine Meinungsäusserung darüber zu erhalten, ob eine Beanstandung gerechtfertigt ist. Die Ombudsstelle beurteilt die Beanstandung nach Anhörung beider Seiten und spricht Empfehlungen aus, soweit sich die Parteien nicht einvernehmlich einigen. In der Regel folgen die Parteien den Empfehlungen der Ombudsstelle. Die Beurteilung der Ombudsstelle ist für beide Seiten nicht verbindlich und das Verfahren ist kostenlos.

Anlässlich einer Konferenz des Spitalamtes mit den Leistungserbringern am 22. Juni 2012 hat sich die Ombudsstelle bei den Leistungserbringern in Erinnerung gerufen und vorgestellt.

Berichterstattung

Der vorliegende Jahresbericht besteht aus einer Berichterstattung, inklusive einer Leistungsstatistik, und aus einem Bericht von Praxisfällen.

Die Fälle gliedern sich nach folgenden Themen:

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

Insgesamt wurden im Berichtsjahr 87 Beanstandungen entgegengenommen. Die Fälle wurden entweder mit einer Kurzberatung, mit einer eingehenden Beratung oder mit mediativen Besprechungen und Verhandlungen abgeschlossen.

Von den 87 Beanstandungen sind 5 infolge Unzuständigkeit abgelehnt worden. 33 Beanstandungen konnten nicht einem Spital zugeteilt werden. Dabei handelte es sich um allgemeine Fragen bezüglich Patientenrechte und Krankenkassenbelange.

Von den 87 geprüften Beanstandungen wurden 46 mittels einer Kurzberatung, 36 mittels einer eingehenden Beratung und 5 mittels einer Mediation abgeschlossen. Die Ombudsstelle stellte Schlussempfehlungen aus.

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

38% der Beanstandungen betrafen den ärztlichen Prozess, gefolgt von Fragen zur Rechnungsstellung (21%) und zum Pflegeprozess (17%). 2% betrafen das Datenmanagement, 1% betraf die Ablauforganisation. Die übrigen 21% befassten sich mit anderweitigen Anliegen.

2. Aperçu

Généralités

La nouvelle loi sur l'assurance-maladie est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012. La loi sur les soins hospitaliers et l'ordonnance sur les soins hospitaliers ont également subi des modifications.

Les prestataires officiels de la liste des hôpitaux du canton de Berne peut être consultée à la page 12 du rapport annuel.

L'organe de médiation renforce l'importance des patientes et patients dans leur rôle d'observateurs et de témoins attentifs. Les patientes et patients sont des partenaires associés aux mesures favorisant la sécurité et contribuent activement à éviter des erreurs. Cette perspective est diamétralement opposée à l'image obsolète de la patiente ou du patient comme objet passif du traitement et constitue une véritable pierre d'achoppement.

Dans le cadre de la procédure de l'organe de médiation, la patiente et le patient ont la possibilité d'obtenir l'avis d'une instance neutre quant au bien-fondé de leur réclamation. L'organe de médiation examine la critique après l'audition des deux parties et émet des recommandations dans la mesure où les parties ne parviennent pas à un accord. Généralement, les parties suivent les recommandations de l'organe de médiation. L'appréciation de l'organe de médiation n'a aucune force obligatoire pour les parties et la procédure est gratuite.

L'organe de médiation s'est rappelé à la mémoire des prestataires le 22 juin 2012, à l'occasion d'une conférence de l'Office des hôpitaux réunissant tous les prestataires.

Compte rendu

Le présent rapport annuel se compose d'un compte rendu, avec des statistiques d'activités, et de recommandations élaborées sur la base d'une sélection de cas anonymisés.

Les cas sont classés par thèmes:

- Processus médicaux
- Gestion des données
- Organisation des processus
- Facturation
- Processus de soins
- Consultation / cas externes / divers

Au cours de l'exercice, un total de 87 réclamations ont été recueillies. Les cas ont donné lieu à une brève consultation, à une consultation approfondie ou à des rencontres de médiation et des négociations.

Sur les 87 réclamations, cinq ont été déclarées irrecevables. L'organe de médiation ne disposant pas de la compétence nécessaire. 33 réclamations n'ont pas pu être imputées à un hôpital. Il s'agissait parfois de questions générales relatives aux droits des patients et aux affaires de caisses-maladie.

Sur les 87 réclamations examinées, 46 ont été traitées par le biais d'une brève consultation, 36 ont donné lieu à une consultation approfondie et 5 ont nécessité une médiation. L'organe de médiation a émis des recommandations finales.

L'autorité de surveillance, soit la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) du canton de Berne, n'a pas dû être saisie.

38% des réclamations concernait les processus médicaux, puis venaient les questions de facturation (21%) et de processus de soins (17%). 2% concernait la gestion des données. 1 % concernait l'organisation. Finalement 21% concernait d'autres affaires.

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).

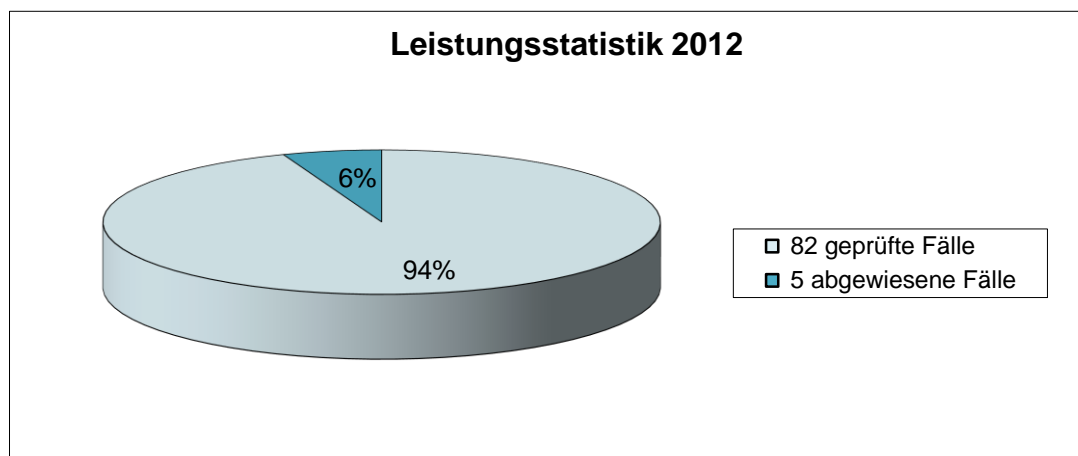
Es wurden 191.47 Stunden für die Bearbeitung der Beanstandungen aufgewendet (vgl. Ziffer 3h).

a) Leistungsstatistik

Insgesamt wurden 87 Beanstandungen geprüft, wobei die Ombudsstelle in 5 Fällen nicht zuständig war (vgl. Ziffer 3i).

Ende 2012 sind noch 34 Fälle hängig.

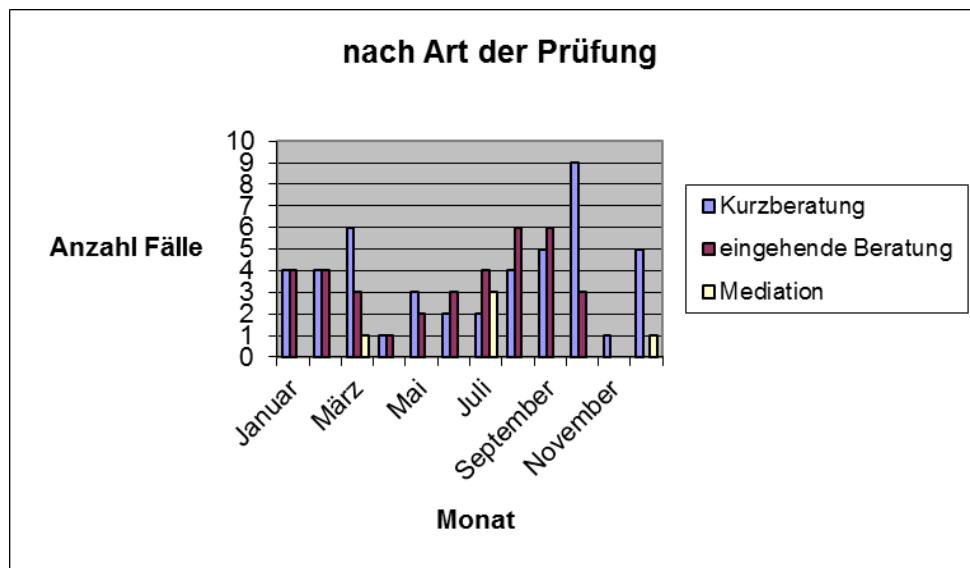
Geprüfte und abgewiesene Fälle für das Jahr 2012 in der Übersicht:



b) Geprüfte Fälle

Die Beanstandungen werden in Form einer telefonischen Kurzberatung oder einer eingehenden Beratung geprüft. Eine eingehende Beratung bedeutet mehrere telefonische Besprechungen oder eine mündliche Besprechung. Daneben gibt es eigentliche Verhandlungen mit den Beteiligten.

Die untenstehende Tabelle gibt die Falleingänge und deren Bearbeitung - verteilt auf die Monate - wieder.



Insgesamt wurden 46 Beanstandungen mittels einer Kurzberatung erledigt.

Bei 36 Beanstandungen fand eine eingehende Beratung statt.

Schliesslich gab es in fünf Fällen Mediationen bzw. mediative Besprechungen mit der Direktion oder den Chefärzten der betroffenen Spitäler.

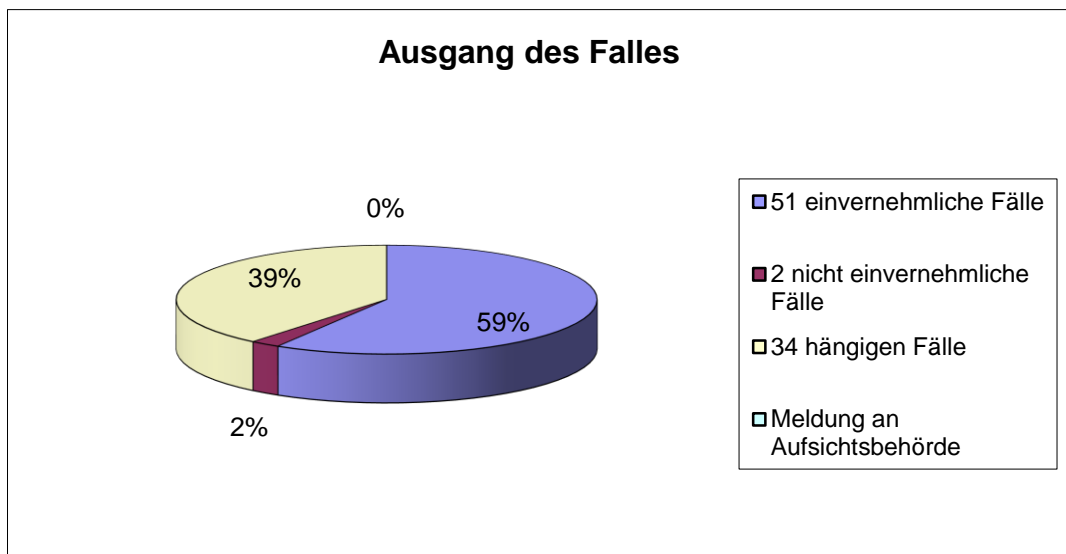
c) Ausgang des Falles

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

Insgesamt waren Ende 2012 noch 37 Fälle offen (3 Fälle aus dem Jahre 2011 und 34 Fälle aus dem Jahre 2012).

Als einvernehmliche Regelung gilt auch, wenn sich die Patientin oder der Patient trotz Erinnerung nicht mehr meldet. Nicht einvernehmlich wurden lediglich zwei Fälle abgeschlossen.

Es gab keine Meldung an die Aufsichtsbehörde.



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 sichtbar, betraf mindestens ein Drittel aller Beanstandungen den ärztlichen Prozess. Als Beispiele seien folgende Beanstandungen erwähnt:

- Patient und Angehörige zu wenig ernst genommen
- mangelnde medizinische Abklärung
- unnötige Zwangsmassnahmen
- nicht zufriedenstellendes Operationsergebnis
- Schmerzen nach der Operation
- bleibende körperliche Schäden nach der Operation
- mangelnde Abklärungen des sozialen Umfeldes
- mangelnde Informationen über die Nebenfolgen eines Eingriffes

An zweiter Stelle stehen Beanstandungen bezüglich der Rechnungsstellung. Hierzu einige Beispiele:

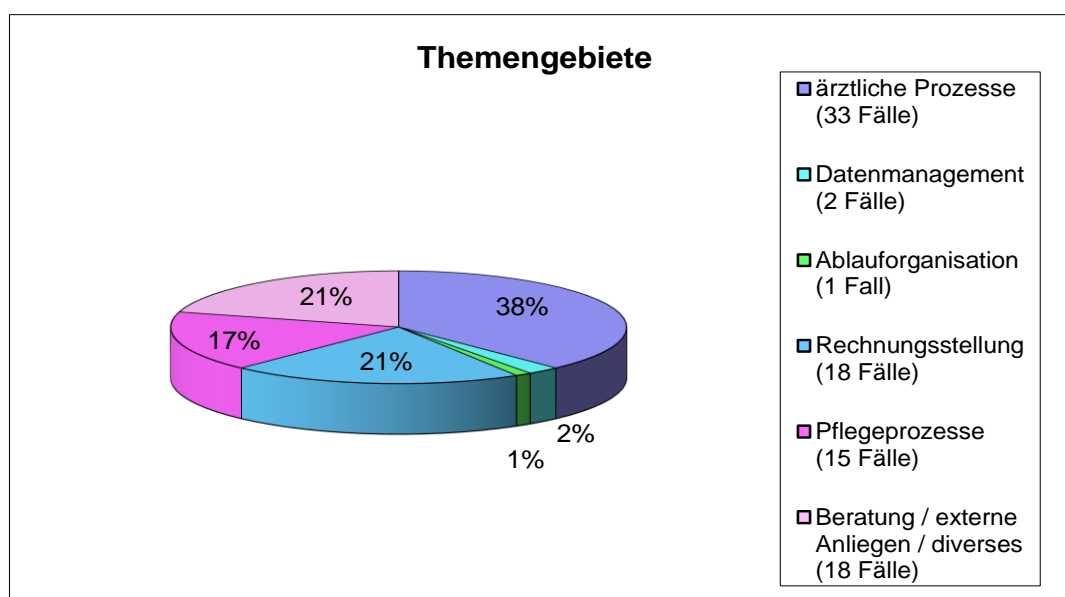
- Tarifierung von stationärer anstatt ambulanter Behandlung
- Tarifierung als halbprivat versicherte Person anstelle allgemein versicherten Person
- unverständlich hohe Rechnung

Die drittgrösste Beanstandungsgruppe betrifft Beschreibungen von Unzufriedenheit in Bezug auf den Pflegeprozess.

Hierzu einige Beispiele:

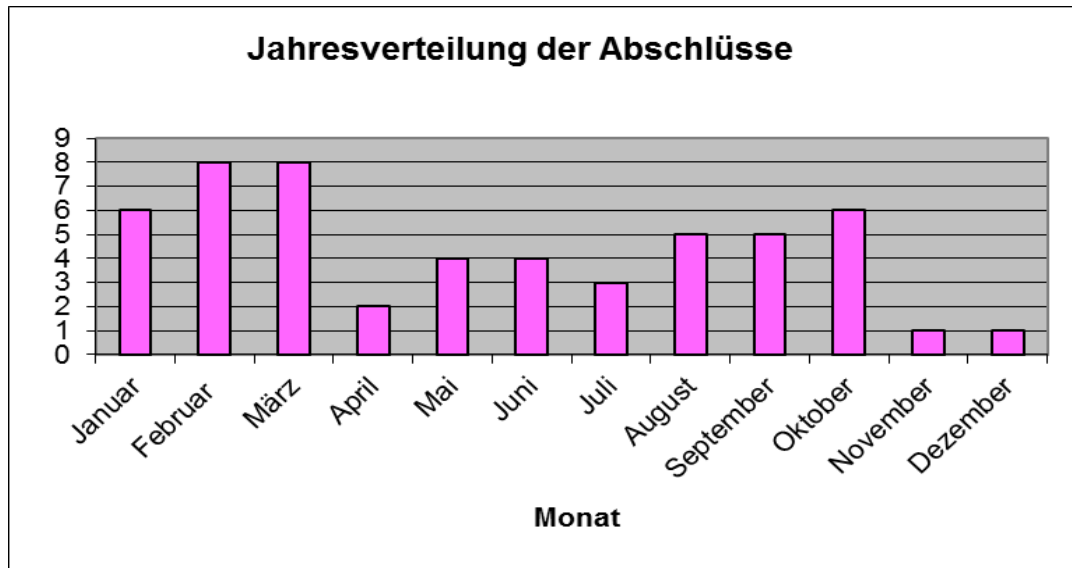
- fehlende Überwachung von unruhigen Patienten
- Nachtruhestörungen durch andere Patienten
- Mangelnde Informierung der Angehörigen

Einblick in die Praxis erlauben die Beispiele unter Ziffer 4.



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. Der Datenschutz wird beachtet.

f) Vergleich der Fallzahlen gegenüber den Vorjahren

Jahr	Anzahl Fälle
2008	33
2009	70
2010	87
2011	80
2012	87

g) Verteilung auf die Institutionen

Von den eingegangenen 87 Beanstandungen konnten 54 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	1
Hirslanden Bern AG	1
Hôpital du Jura Bernois SA	1
Inselspital, Universitätsspital	5
Klinik Hohmad AG	0
Klinik Linde AG	1
Klinik Piano	0
Klinik SGM Langenthal	1
Klinik Südhang	0
Klinik Wysshölzli	0
Kurklinik Eden	0
Privatklinik Meiringen AG	2
Privatklinik Wyss AG	0
Psychiatriezentrum Münsingen	8
Regionalspital Emmental AG	0
Rehaklinik Hasliberg AG	0
Services psychiatriques Jura bernois – Bienne-Seeland	1
Siloah Aerzte AG	0
Soteria Bern	0
Spital Netz Bern AG	6
Spital Region Oberaargau AG	1
Spital Simmental-Thun-Saenenland AG	6
Spital Frutigen Meiringen Interlaken AG	2
Spitalzentrum Biel AG	10
Stiftung Diaconis	0
Stiftung Klinik Selhofen	1
Stiftung Lindenhof/Sonnenhof AG	1
Universitäre Psychiatrische Dienste	5
Andere Anliegen, nicht zuteilbar	33

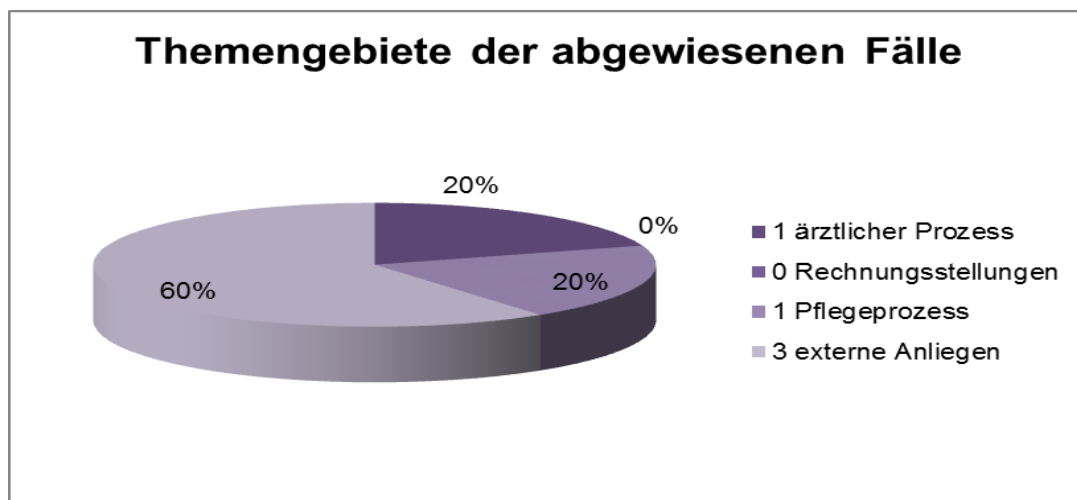
h) Durchschnittlicher Zeitaufwand für die geprüften Fälle

Insgesamt sind 191.47 Stunden für die Bearbeitung der Beanstandungen aufgewendet worden. Das ergibt bei 87 Fällen durchschnittlich **132 Minuten** pro Fall.

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

i) Abgewiesene Fälle

Die 5 abgewiesenen Beanstandungen setzen sich aus folgenden Themengebieten zusammen:



Es handelt sich um ausserkantonale und rechtliche Anfragen, die nicht in den Wirkungsbereich der Ombudsstelle fallen (Arbeitsrecht, Versicherungsfragen, vormundschaftliche Fragen).

Die abgewiesenen Fälle wurden an Anwältinnen und Anwälte oder an eine andere Ombudsstelle, insbesondere an jene der sozialen Krankenversicherung in Luzern, weiterverwiesen.

4. Beispiele aus der Praxis

a) Beispiele zu ärztlichen Prozessen

Die Beanstandungen im Bereich der ärztlichen Prozesse betreffen die ärztliche Fachkompetenz und die Aufklärungspflicht.

Dem Schmerzgefühl zu wenig Beachtung geschenkt

Ein Patient klagte nach der Operation über Muskelverhärtungen und glaubte, dass trotz der Operation ein Bein kürzer sei. Objektive Messungen konnten diesen Eindruck nicht bestätigen. Entgegen dem Ratschlag der Ärzte verwendete der Patient Schuheinlagen, die zu einer deutlichen Schmerzreduktion führten. Der Patient verlangte eine Entschädigung für die zusätzlichen Behandlungskosten. Den Patienten ärgert vor allem, dass er sich mit seinen subjektiven Wahrnehmungen von Schmerzen und verkürztem Bein nicht genügend verstanden fühlte.

Im Dabeisein der Ombudsstelle wurde ein klärendes Gespräch mit dem Arzt und dem Patienten geführt. Der Arzt versicherte, er habe den Patienten stets ernst genommen, was vom Patienten nicht bestätigt wurde. Da kein Kunstfehler vorliege, müsse der Patient die zusätzlichen Behandlungskosten selber tragen. Der Arzt entschuldigte sich für die Umtriebe.

Die Aussprache brachte Klarheit zur Befindlichkeit des Patienten. Massgebend dafür, ob sich ein Patient genügend verstanden fühlt, ist einzig die Stimmigkeit zwischen der Aussage des Arztes und seinem Verhalten. Nur der Patient kann letztlich entscheiden, ob er sich aufgehoben fühlt. Fühlt er sich unverstanden, wiederholt er seine Forderungen ständig.

Zu oberflächliche medizinische Abklärung auf der Notfallstation

Aufgrund starker Bauchschmerzen liess der Hausarzt einen Patienten notfallmässig ins Spital einliefern. Es wurde eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt und Medikamente zur Schmerzlinderung verabreicht. Weitere Untersuchungen blieben aus. In der Überwachungsstation fehlte die Notfallglocke und das Pflegepersonal kontrollierte wenig. Der Patient ging am nächsten Tag nach Hause, obwohl die Schmerzen weiterhin vorhanden waren. Der Patient liess sich in einem anderen Spital medizinisch behandeln und es wurde ein Magendurchbruch festgestellt. Eine Operation war nötig.

Das Spital erklärte, man sei von einer anderen Diagnose ausgegangen und weil die Schmerzen unter Einnahme von Schmerzmitteln rückläufig gewesen seien, habe man der Entlassung zugestimmt. Diese Antwort befriedigte den Patienten nicht.

Auf Vorschlag der Ombudsstelle wurde eine erste Besprechung vereinbart, an welcher der Patient nicht erschien. Der Arzt vereinbarte einen weiteren Termin für ein klärendes Gespräch, welches ohne Anwesenheit der Ombudsstelle stattfinden konnte.

Das Gespräch sei in aller Offenheit verlaufen und der Arzt habe Mängel im Behandlungsablauf anerkannt, die er zu beheben versprach. Dem Patienten wurde als Wiedergutmachung ein kleines Geschenk überreicht, was auch zur einvernehmlichen Erledigung der Beanstandung beigetragen hatte.

Das soziale Umfeld zu wenig abgeklärt

Eine junge Frau aus einem Nachbarland, die in der Schweiz ein Praktikum absolvierte, begab sich mit starken Bauchschmerzen auf die Notfallstation eines Spitals. Die Patientin wurde untersucht und wieder nach Hause geschickt, ohne abzuklären, ob jemand für die Patientin sorgen kann. Sie sollte sich am nächsten Tag wieder melden. Gegen Abend des Folgetages wurde die Patientin operiert. Nach der Operation wurde die Frau unter Beigabe starker Schmerzmittel entlassen.

Die Eltern der jungen Frau beanstandeten das Verhalten des Spitals. Es sei fahrlässig, einen jungen Menschen ohne soziales Umfeld über Nacht zu entlassen. In der Nacht hätte sich ein Zwischenfall ereignen können. Nach der Operation hätte hinterfragt werden müssen, weshalb so starke Schmerzmittel notwendig waren.

Das Spital entschuldigte sich und versprach, das Umfeld einer solchen Patientin zukünftig besser abzuklären. Eine Kontaktaufnahme mit Bezugspersonen sei notwendig. Es wurde eine Entschädigung ausgezahlt.

Auf mögliche Wundinfektion und mögliche Nebenfolgen schriftlich hingewiesen

Ein Patient moniert, dass die Operation nicht zum gewünschten Erfolg geführt habe und eine weitere Operation in einem anderen Spital notwendig geworden sei. Im Austrittsbericht sei die Wunde als sauber und trocken bezeichnet worden, obwohl dies nicht zutraf. Im Vorfeld der Operation wurde der Patient über die möglichen Nebenfolgen informiert. Der Patient hat schriftlich solche Nebenfolgen in Kauf genommen.

Der Patient leidet noch heute unter starken Schmerzen und nimmt starke Schmerzmittel ein. Er verlangt eine Entschädigung für die zusätzlichen Aufwendungen und die Lohn einbussen sowie Schmerzensgeld.

Das Spital lehnt die Haftungsansprüche ab und verweist an ihre Haftpflichtversicherung. Die Empfehlung der Ombudsstelle zur Bezahlung einer Entschädigung aus Kulanz bleibt ohne Erfolg.

b) Beispiele zu Pflegeprozessen

Angehörige des Patienten als aufmerksame Begleiter

Anlässlich des Eintritts eines Patienten in ein Spital der staatlichen Psychiatrie machten die Angehörigen ausdrücklich auf die vorbestehenden Erkrankungen und Medikation aufmerksam. Der von der Familie formulierte Auftrag an die Institution wurde nicht schriftlich festgehalten. Den Erfahrungen der Angehörigen und dem Behandlungsauftrag wurden zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Bei der Änderung der Medikation kam es zu einer körperlichen Krise, welche Zwangsmassnahmen notwendig machten (Fixation).

Nach Ansicht der Angehörigen wären diese Zwangsmassnahmen nicht notwendig gewesen, wenn den Erklärungen der Angehörigen beim Eintrittsgespräch genügend Beachtung geschenkt worden wären. Die Ombudsstelle empfiehlt die genaue Protokollierung des Eintrittsgesprächs bei einer komplexen Diagnose und bei aktiver Beteiligung der Angehörigen. Dadurch lassen sich Missverständnisse vermeiden.

Besucher als Zeugen von Tätlichkeiten gegenüber einer Patientin

Ein Besucher wurde Zeuge, wie eine Patientin vom Pflegepersonal eines Spitals der staatlichen Psychiatrie geschubst und gestossen wurde. Der Besucher beschwerte sich, worauf ihm mitgeteilt wurde, dass ihn das nichts angehe.

Auf Intervention der Ombudsstelle verneinte das Spital eine Tätlichkeit der verantwortlichen Pflegeperson. Vielmehr sei die Patientin sehr anhänglich und müsse manchmal zurechtgewiesen werden, weil sie das Pflegepersonal übermässig bei der Arbeit störe.

Es gibt keinen Grund, Patienten oder Patientinnen wegzustossen, weil sie bei der Arbeit stören. Vielmehr ist es Teil der Arbeit des Pflegepersonals, mit den Patienten oder Patientinnen würdevoll umzugehen.

Nun hat ein Besucher die Beanstandung erhoben und nicht die Patientin selbst oder deren Angehörige. Nach Ansicht des Spitals fehlt die Legitimation des Besuchers zu dieser Beanstandung.

Der zuständige Vormund hat den Vorfall mit der Patientin besprochen. Die Patientin will keine Beanstandung erheben, auch deshalb, weil sie dieses Spital immer wieder aufsuchen muss.

Mit Zustimmung des Vormundes wird der Vorfall vorläufig zur Kenntnis genommen und keine Empfehlung ausgesprochen. Sollte es zu weiteren Grenzüberschreitungen kommen, wird die Ombudsstelle wieder einschreiten. Gerade schwache und bevormundete Personen sind zu schützen.

c) Beispiele zur Rechnungsstellung

Ambulante oder stationäre Behandlung (Fall 1)?

Eine Patientin lässt sich in einem Spital als Notfall einweisen. Der diensthabende Arzt überweist die Patientin noch am gleichen Tag an das Inselspital, wo die Patientin vor Mitternacht eintrifft. Das Erstsipital verrechnet einen stationären Aufenthalt, was die Patientin nicht akzeptiert.

Auf Beanstandung hin verweist das Spital auf die gesetzlichen Bestimmungen, wonach die Überweisung in ein anderes Spital als "stationäre" Behandlung gilt¹.

Die Patientin macht geltend, dass sie der Überweisung nicht zugestimmt hätte, wäre ihr gleichzeitig mitgeteilt worden, dass dadurch eine viel höhere Rechnung ausgestellt wird. Die Patientin ging davon aus, dass die Überweisung gefälligkeitshalber erfolge, weil sie in Bern wohnt. Im Übrigen sei die Gesetzesbestimmung so auszulegen, dass eine Überweisung an ein anderes Spital dann erfolgen soll, wenn das Erstsipital aus medizinischen Gründen nicht in der Lage ist, die Behandlung vorzunehmen.

Auf Empfehlung der Ombudsstelle rechnete das Erstsipital zum Tarif für ambulante Behandlung ab.

Ambulante oder stationäre Behandlung (Fall 2)?

Ein Patient beanstandet, dass er nach einer Operation nur fünf Stunden im Spital war. Er habe sich selbst entlassen, nachdem der Arzt erst am Abend für ihn Zeit gefunden hätte.

Auf Beanstandung des Patienten erklärt das Spital, dass die Entlassung am Vormittag oder Nachmittag keine Rolle spiele. Vielmehr sei ihr Vertrag mit dem Krankenversicherer massgebend. Darin sei definiert, wann ein Spitalaufenthalt als ambulant oder als stationär gelte. Die Abrechnung nach stationärem Tarif sei in diesem Fall erfolgt, weil für den Eingriff eine Narkose notwendig gewesen sei. Die volle Franchise sei geschuldet. Tatsächlich beschreibt der massgebende Anhang 4, dass eine Narkose als stationäre Behandlung betrachtet wird.

Der Patient entgegnet, dass sie über diese Vertragsbestimmung vor dem Eingriff nicht orientiert worden sei.

¹ Art. 49 KVG Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Art. 3 lit.c Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)

Die Ombudsstelle erkundigt sich beim Spital, wie die ambulante und die stationäre Behandlung unterschieden werde. Das Spital korrigiert die Rechnung mit dem Hinweis, dass neu nach dem Tarmed-Tarif und nicht nach dem Kurzhospitalisation-Tarif abgerechnet werde. Es gab keine weitere Begründung.

Die Rechnung nach Tarmed-Tarif ist für die gleiche Behandlung rund 60 Prozent günstiger.

Allgemein oder halbprivat krankenversichert?

Ein Patient bringt vor, dass er beim Spitaleintritt irrtümlicherweise angegeben habe, er sei halbprivat versichert. Die Hospitalisation wurde mit dem Tarif der Kategorie halbprivat abgerechnet. Tatsächlich war der Patient nur allgemein krankenversichert (nach Krankenversicherungsgesetz).

Das Spital bringt vor, dass der Patient schriftlich allgemein und halbprivat angekreuzt habe. Halbprivate Leistungen bedeuten namentlich, dass der Patient die freie Wahl des Behandlungsarztes und Anspruch auf die Unterbringung in einem Zweibettzimmer habe (nach Privatversicherungsgesetz).

Für die Erbringung von halbprivaten Leistungen kommt die Zusatzversicherung zum Tragen. Das Spital hat beim zuständigen Krankenversicherer nachgefragt, ob der Patient über solche Zusatzversicherungen verfüge, was bejaht wurde.

Mit seiner Unterschrift auf dem Behandlungsvertrag hat der Patient die Folge möglicher ungedeckter Kosten zur Kenntnis genommen. Die Kostenfolgen sind die Ausschöpfung des Selbstbehaltes und der Franchise.

Aufgrund der Unterschrift auf dem Behandlungsvertrag dokumentiert der Patient seine Zustimmung. Der Patient müsste einen Irrtum nachweisen, was nicht möglich war.

Der Ombudsstelle blieb nichts anderes übrig, als dem Patienten zu erklären, dass die Betrachtungsweise des Spitals zutrifft. Der Patient hat den Selbstbehalt und die Franchise selbst zu bezahlen.

d) Beispiele zur Ablauforganisation

Verschiebung einer anberaumten Operation in einem Privatspital

Ein fixer Operationstermin wurde ein Tag vor dem Eingriff abgesagt. Das Privatspital begründet die Verschiebung mit viel Arbeit und dem Vorrang von Privatpatienten. Der allgemein versicherte Patient fühlt sich benachteiligt.

Das Prinzip des Belegarztsystems unterscheidet zwischen der Infrastrukturbenutzung und der ärztlichen Verantwortung. Die Privatklinik stellt die Infrastruktur zur Verfügung und die Belegärzte arbeiten in eigener Verantwortung. Zahlungskräftige Patienten werden vorgezogen.

Die Schwäche des Belegarztsystems liegt in der Abstimmung des Informationsaustausches zwischen dem Belegarzt, dem diensthabenden Chirurgen und dem Pflegepersonal. Bei einem Notfall muss der Belegarzt zuerst herbeigerufen werden.

e) Beispiele zum Datenmanagement

Herausgabe der Behandlungsdokumentation

Der Aufforderung der Ombudsstelle, die Behandlungsdokumentation der Patientinnen und Patienten herauszugeben, sind alle Spitäler nachgekommen (Art. 39a Gesundheitsgesetz, BSG 811.01).

Die Herausgabe der Behandlungsdokumentation wurde in einem Fall vorerst verweigert mit dem Hinweis, dass die gleiche Behandlungsdokumentation bereits an eine andere Amtsstelle herausgegeben worden sei.

Sofern die Patientin die Behandlungsdokumentation ausdrücklich zu ihren Akten verlangt, hat die Patientin Vorrang. Das bedeutet, dass die Krankenakten ein zweites Mal kopiert werden müssen.

Kenntnisse von medizinischen Vorakten

Ein Patient wurde stutzig, als das Pflegepersonal und der Arzt von einer Vorerkrankung sprachen, die nicht Gegenstand der aktuellen Behandlung war. Die Vorerkrankung war psychischer Natur. Im Gespräch mit dem Arzt konnte der Patient beruhigt werden.

Akten über Vorerkrankungen dürfen nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Patientin oder des Patienten eingesehen werden und müssen in einem Zusammenhang mit der aktuellen Behandlung stehen. In diesem Zusammenhang leistet der Hausarzt eine wichtige Arbeit, weil bei ihm alle Dokumente des Patienten gesammelt werden. Der Hausarzt kann zusammen mit dem Patienten entscheiden, welche Behandlungsakten für die aktuelle Behandlung im Spital notwendig sind.

f) Beispiele zu externen Anliegen und Beratungen

Beispiel 1

Ein Patient litt unter schweren Depressionen und wurde durch eine Pflegerin einer privaten Spitexorganisation betreut. Die Betreuung fand zu Hause beim Patienten statt. Der Patient bekam allmählich den Eindruck, dass die Besprechungen mehr als nur beruflich seien. Der Patient fühlt sich ausgenutzt und betrogen.

Die Ombudsstelle ist nicht zuständig. Der Patient wurde an die Stiftung Bernische Ombudsstelle für Alters- und Heimfragen verwiesen, die auch für Spitexfragen zuständig ist.

5. Entwicklungen im Gesundheitsrecht / Patientenrechte

Rechtliche Grundlage: Spitalaufnahmevertrag²

Begriff

Im totalen Spitalaufnahmevertrag verpflichtet sich das Spital gegenüber dem Patienten zur Gewährung von Unterkunft, Verpflegung, Pflege und ärztlicher Behandlung, und zwar regelmässig gegen Entgelt.

Demgegenüber beschränkt sich beim gespaltenen Spitalaufnahmevertrag die Leistung des Spitals auf Gewährung von Unterkunft, Verpflegung und Pflege. Die ärztliche Behandlung ist hier Gegenstand eines besonderen Vertrages zwischen dem verantwortlichen Krankenhausarzt und dem Patienten.

Rechtsnatur

Der totale und der gespaltene Spitalaufnahmevertrag sind im Obligationenrecht nicht geregelt. Es ist ein sogenannter Innominatkontrakt mixti iuris und sui generis.

Unterbringung und Verköstigung enthalten Elemente des Gastaufnahmevertrages. Pflege und ärztliche Versorgung sind Tathandlungsverträge. Die Pflege durch das Spitalpersonal ist auftragsähnlicher Natur.

² Basler Kommentar zum Obligationenrecht, Einleitung vor Art. 184ff OR, N 343ff

Inhalt

Die Pflichten des Spitals beim totalen Spitalaufnahmevertrag sind die ärztliche Behandlung und zusätzlich alle Pflichten des gespaltenen Spitalaufnahmevertrages, nämlich:

- Gewährung von Unterkunft, Pflege und Verpflegung
- Anwendung der Spitaltechnik
- Gewährung besonderen Schutzes
- Aufklärung über therapiegerechtes Verhalten, über wirtschaftliche Besonderheiten sowie über Risiken und Folgen eines Eingriffes
- Überwachung des Patienten oder der Patientin
- Geheimhaltung
- Führung einer ordnungsgemässen Dokumentation
- Befolgung der Weisungen des Patienten im Rahmen der Spitalordnung und der ärztlichen Sorgfaltspflicht
- Verwahrung eingebrachter Sachen

Die Pflichten des Patienten sind die Entrichtung des Entgelts und die Einhaltung der Spitalordnung.

Leistungsstörungen

Grundsätzlich finden die allgemeinen Regeln des Obligationenrechts Anwendung.

Im totalen Spitalaufnahmevertrag ist das Spital Vertragspartner des Patienten. Beim gespaltenen Spitalaufnahmevertrag muss vorerst geklärt werden, ob die schädigende Handlung dem medizinischen Personal des Spitals oder dem Arzt zuzurechnen ist. Die Zuordnung hängt davon ab, in welchem Pflichtenkreis sich die schädigende Handlung ereignet hat.

Wenn die öffentliche Hand Trägerin des Spitals ist, kommen die öffentlich-rechtlichen Bestimmungen zur Anwendung. Der Kanton kann eigene öffentlich-rechtliche Haftungsbestimmungen aufstellen. Die öffentlich-rechtlichen Verantwortlichkeitsnormen beherrschen auch das Spitalpersonal. Das gilt jedenfalls für die allgemeine und die sogenannte halbprivate Abteilung.

Die Bejahung eines öffentlich-rechtlichen Verhältnisses ist folgeschwer, da nach den meisten kantonalen Haftungsgesetzen das Gemeinwesen für widerrechtliche Schädigung, auch ohne Verschulden seiner Beamten, haftpflichtig ist.

Stiftung für Patientensicherheit

Die Stiftung für Patientensicherheit (www.patientensicherheit.ch) hat eine Broschüre über "Empfehlungen für Patienten" herausgegeben. Die Broschüre gibt Auskunft, wie sich die Patientin oder der Patient aktiv beteiligen kann, damit sich weniger Fehler im Spital ereignen.

Folgende Empfehlungen wurden erwähnt:

- Bei Unklarheit und Auffälligkeit nachfragen
- Kontrollieren der Medikamente und der Medikation
- Um Identitätskontrollen bitten, Kontrollen unterstützen
- Bei Verwechslungen aktiv einschreiten
- Um Markierung der Operationsstelle bitten, sich am Markieren beteiligen
- Mitarbeiter auf vergessene Handhygiene hinweisen

Die Stiftung für Patientensicherheit ist über die Webseite der Ombudsstelle erreichbar (Links – Diverse – Stiftung für Patientensicherheit).

6. Dank

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

Sodann gilt mein Dank meinen Mitarbeiterinnen für die Entgegennahme der Telefonate und für die stets freundlichen Auskünfte, die sie in meinem Namen erteilen.

Ich bedanke mich herzlich bei den Direktorinnen und Direktoren 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, die den Mut haben, sich mit ihren Sorgen an die Ombudsstelle zu wenden. Gerade in Zeiten von Krankheit und Unsicherheit bedarf es viel Mut, sich an die für sie unbekanntere Ombudsstelle zu wenden.

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