

# Jahresbericht

# 2013



**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, 28. Februar 2014

## 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 .....	20
C) BEISPIELE ZUR RECHNUNGSSTELLUNG .....	22
D) BEISPIELE ZUR ABLAUFORGANISATION .....	23
E) BEISPIELE ZUM DATENMANAGEMENT .....	23
F) BEISPIELE ZU EXTERNEN ANLIEGEN UND BERATUNGEN .....	24
5. ENTWICKLUNGEN IM GESUNDHEITSRECHT / PATIENTENRECHTE .....	25
6. DANK .....	28

## 1. Überblick

### Stärkung der Rechte der Patientinnen und Patienten

Am 1. Januar 2013 ist das Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz in Kraft getreten. Es regelt unter anderem die Patientenverfügung auf Gesetzesstufe, welche in Art. 370ff des Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) verankert ist. Der Selbstvorsorge und der Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten wird grosse Bedeutung zugemessen.

Am 23. Oktober 2013 hat die Spitalversorgungsverordnung (SpVV; BSG 812.112) deutliche Änderungen erfahren. Diese Änderungen sind am 1. Januar 2014 in Kraft getreten. Unter anderem ist auch die Rechtsstellung der Ombudsstelle gestärkt worden. Die Ombudsstelle kann neu Empfehlungen zur Beilegung eines Konfliktes aussprechen. Bis anhin konnte die Ombudsstelle für das Spitalwesen lediglich vermitteln und einvernehmliche Lösungen vorschlagen.

Die Ombudsstelle ist gesetzlich befugt, die Behandlungsdokumentationen zu verlangen und Stellungnahmen der Listenspitäler und Listengeburtshäuser einzuholen, selbstverständlich nur mit vorgängiger Zustimmung der Patientinnen und Patienten.

Die Patientinnen und Patienten können sich durch nahestehende Personen und Angehörige vertreten lassen.

Die Listenspitäler sind aus der Spitalliste BE ersichtlich (siehe Seite 13 des Jahresberichtes). Erstmals fallen seit dem 1. Januar 2013 auch die früheren Privatspitäler in die Zuständigkeit der Ombudsstelle.

Im Berichtsjahr sind 36 Fälle mehr behandelt worden als im Vorjahr (123 Fälle im Vergleich zu 87 Fällen), wobei die Zunahme nicht nur mit der Zuständigkeit für die Privatspitäler im Zusammenhang steht.

Die Patientinnen und Patienten sind immer mehr Partner bei sicherheitsfördernden Massnahmen und helfen aktiv mit, Fehler im Spital zu vermeiden. Dieses Bild steht der veralteten Vorstellung der Patientin oder des Patienten als passives Objekt der Behandlung diametral entgegen. Unweigerlich entstehen dadurch Reibungsflächen zwischen Patienten- und Ärzteschaft. Je informierter die Patientin oder Patient ist, umso intensiver und schwieriger ist die Begründungspflicht der Ärztin oder des Arztes. Die Ärztin und der Arzt werden immer mehr zu Dienstleisterinnen und Dienstleister, die möglichst keine Fehler machen dürfen.

Dadurch befinden sich Ärzte in einer schwierigen Rolle, die jedoch durch die gesetzlichen Haftpflichtbestimmungen und die Rechtsprechung des Bundesgerichtes deutlich gemildert wird. Es ist der Patient oder die Patientin, die die Sorgfaltpflichtverletzung oder die mangelnde Aufklärung beweisen müssen.

In diesem Zusammen bietet das unentgeltliche Verfahren vor der Ombudsstelle eine Möglichkeit, von einer neutralen Stelle eine Meinungsäusserung darüber zu erhalten, ob eine Beanstandung der Patientin oder des Patienten 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, obwohl diese Empfehlungen rechtlich nicht verbindlich sind.

### 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 123 Beanstandungen entgegengenommen. Die Fälle wurden mit einer Kurzberatung, mit einer eingehenden Beratung oder mit mediativen Besprechungen und Verhandlungen abgeschlossen oder behandelt.

Von den 123 eingegangenen Beanstandungen sind 14 infolge Unzuständigkeit abgelehnt worden, mithin sind 109 Fälle geprüft worden. Davon konnten 20 Beanstandungen nicht einem Spital zugeteilt werden. Dabei handelte es sich um allgemeine Fragen bezüglich Patientenrechte und Krankenkassenbelange.

Von den 109 geprüften Beanstandungen wurden 56 mittels einer Kurzberatung, 47 mittels einer eingehenden Beratung und sechs mittels einer Mediation abgeschlossen oder behandelt. Die Ombudsstelle stellte Schlussempfehlungen aus. Die bereits pendenten Fälle von 2011 und 2012 sind bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt.

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

53% der Beanstandungen betrafen den ärztlichen Prozess, gefolgt von Fragen zur Rechnungsstellung (21%) und zum Pflegeprozess (8%). 0% betrafen das Datenmanagement, 10% betrafen die Ablauforganisation. Die übrigen 8% befassten sich mit anderweitigen Anliegen.

## 2. Aperçu

### Renforcement des droits des patients

La loi sur la protection de l'enfant et de l'adulte (LPEA) est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Elle règle les directives anticipées du patient (art. 370 ss CC; RS 210).

Le 23 octobre 2013, l'ordonnance sur les soins hospitaliers (OSH; RSB 812.112) a connu des modifications sensibles qui sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2014. L'organe de médiation peut émettre des recommandations.

L'organe de médiation y est réglé aux art. 8 ss OSH. L'organe de médiation fait office d'intermédiaire entre les parties, propose des solutions de conciliation et peut émettre des recommandations.

Il peut consulter la documentation des soins et requérir l'avis des hôpitaux et maternités concernés.

Les patientes et patients peuvent se faire représenter par des proches et des parents.

Les prestataires officiels sont énumérés dans la liste des hôpitaux du canton de Berne (voir aussi page 13 du rapport annuel). Les anciens hôpitaux privés y figurent maintenant pour la première fois. Pendant l'année sous revue, on a ainsi recensé 36 cas de plus que l'année précédente (123 cas contre 87 l'année précédente), mais cette augmentation ne dépend pas uniquement des hôpitaux privés.

L'organe de médiation renforce le rôle des patientes et patients, promus au rang de partenaires dans le cadre des mesures de promotion de la sécurité et qui aident ainsi activement à prévenir des défaillances. Cette image est diamétralement opposée à celle, maintenant obsolète, de la patiente ou du patient comme l'objet passif du traitement et constitue un foyer de conflits permanent, car elle empiète sur l'autorité de la position du médecin. Les médecins sont de plus en plus considérés comme des prestataires, qui n'ont pas droit à l'erreur.

Les dispositions légales sur la responsabilité civile et la jurisprudence du Tribunal fédéral soutiennent encore fortement le corps médical.

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.

### Compte rendu

Le présent rapport annuel se compose d'un compte rendu, avec des statistiques d'activité, et d'un rapport basé sur des cas pratiques.

Les cas sont classés par thème, comme suit:

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

Au cours de l'exercice sous revue, 123 réclamations au total 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 123 réclamations, 14 ont été jugées irrecevables, de sorte que 109 cas ont été traités; 20 réclamations n'ont pas pu être attribuées à un hôpital – il s'agissait de questions générales relatives aux droits des patients et à des affaires liés aux caisses-maladie.

Sur les 109 réclamations examinées, 56 ont été traitées dans le cadre d'une brève consultation, 47 ont donné lieu à une consultation approfondie et six ont nécessité une médiation. L'organe de médiation a émis une recommandation finale. Les cas en suspens de 2011 et 2012 ne sont pas comptés ici.

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

Les 53% des réclamations portaient sur les processus médicaux. Ce motif était suivi des questions de facturation (21%) et des processus de soins (8%). La gestion des données a fait l'objet de 0% et l'organisation des processus de 10% des cas. Les 8% restants concernaient d'autres demandes.

### 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).

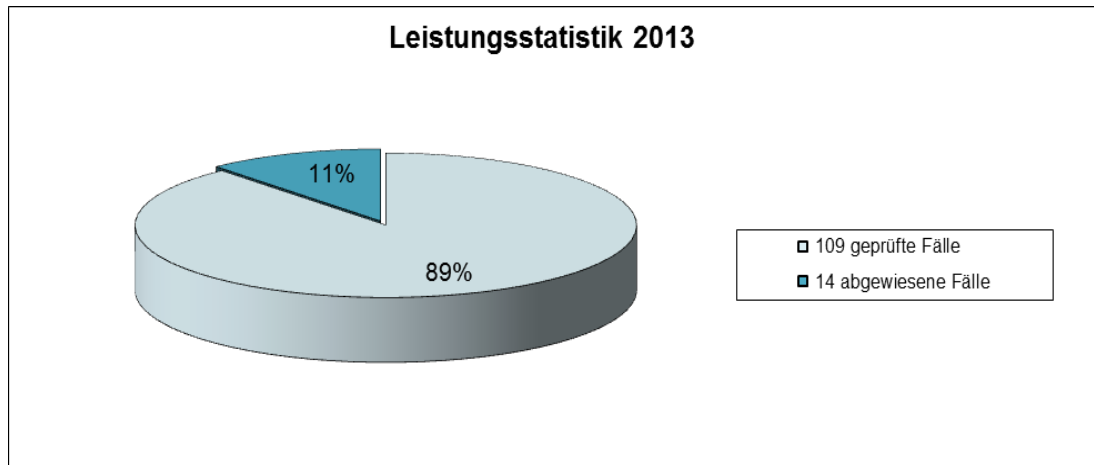
Es wurden 355.37 Stunden (für Neuzugänge und Behandlung der pendenten Fälle) für die Bearbeitung der Beanstandungen aufgewendet (vgl. Ziffer 3h).

#### a) Leistungsstatistik

Insgesamt wurden 123 Neuzugänge geprüft, wobei die Ombudsstelle in 14 Fällen nicht zuständig war (vgl. Ziffer 3i).

Ende 2013 sind 42 Fälle des laufenden Jahres, ein Fall von 2011 sowie acht Fälle aus dem Jahre 2012 hängig.

Geprüfte und abgewiesene Fälle für das Jahr 2013 in der Übersicht:

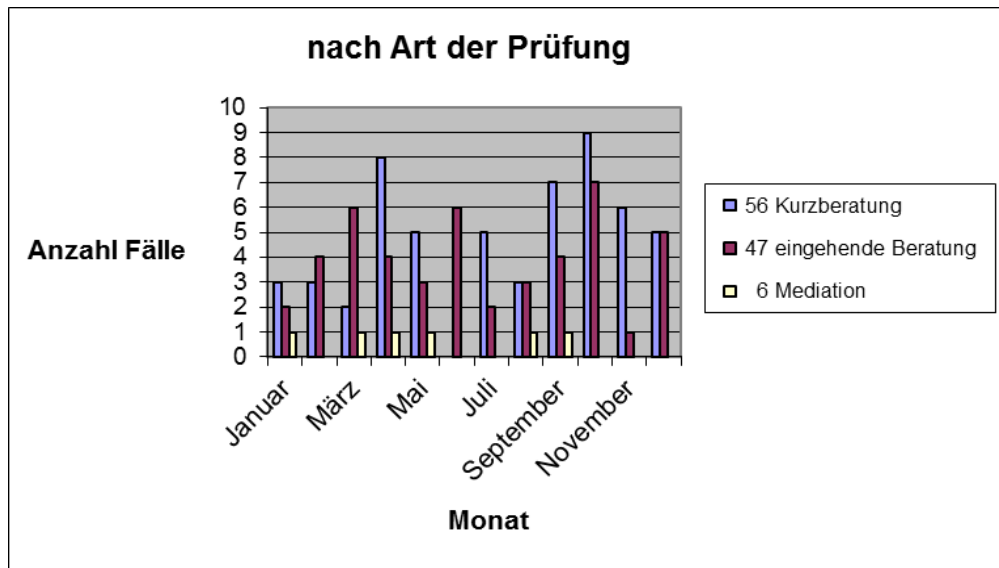


#### b) Geprüfte Fälle

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



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



Insgesamt wurden 56 Beanstandungen mittels einer Kurzberatung erledigt.

Bei 47 Beanstandungen fand eine eingehende Beratung statt.

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

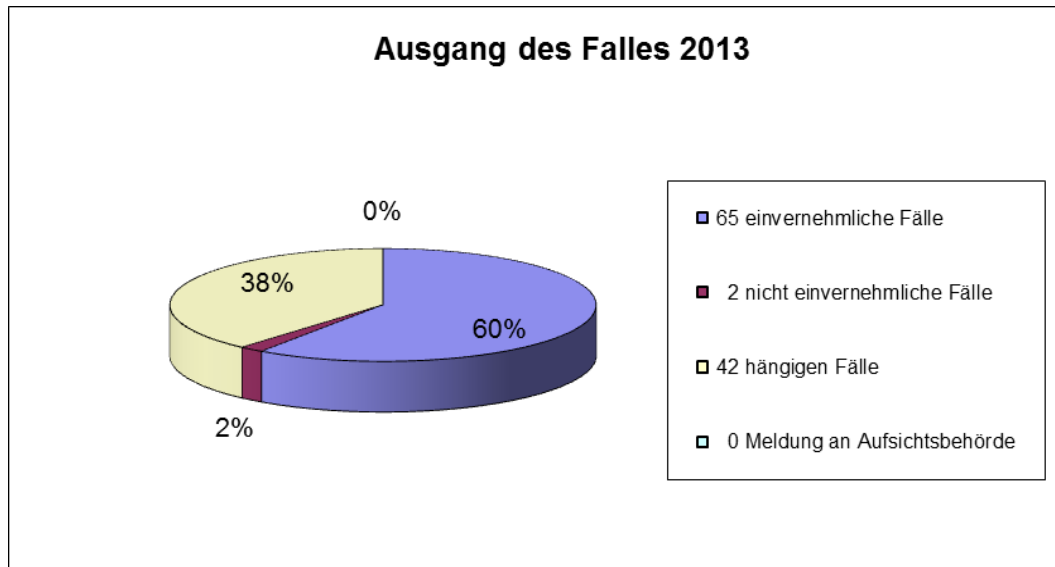
### c) Ausgang des Falles

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

Insgesamt waren Ende 2013 noch 51 Fälle offen (ein Fall aus dem Jahre 2011, acht Fälle aus dem Jahre 2012 und 42 Fälle aus dem Jahre 2013).

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 die Mehrheit der Beanstandungen den ärztlichen Prozess. Als Beispiele seien folgende Beanstandungen erwähnt:

- Patient und Angehörige zu wenig ernst genommen
- mangelnde medizinische Abklärung
- mangelnde palliative Betreuung
- Spitalinfektionen
- nicht zufriedenstellendes Operationsergebnis
- Schmerzen nach der Operation
- bleibende körperliche Schäden nach der Operation
- mangelnde Aufklärung
- mangelnde Informationen über die Nebenfolgen eines Eingriffes

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

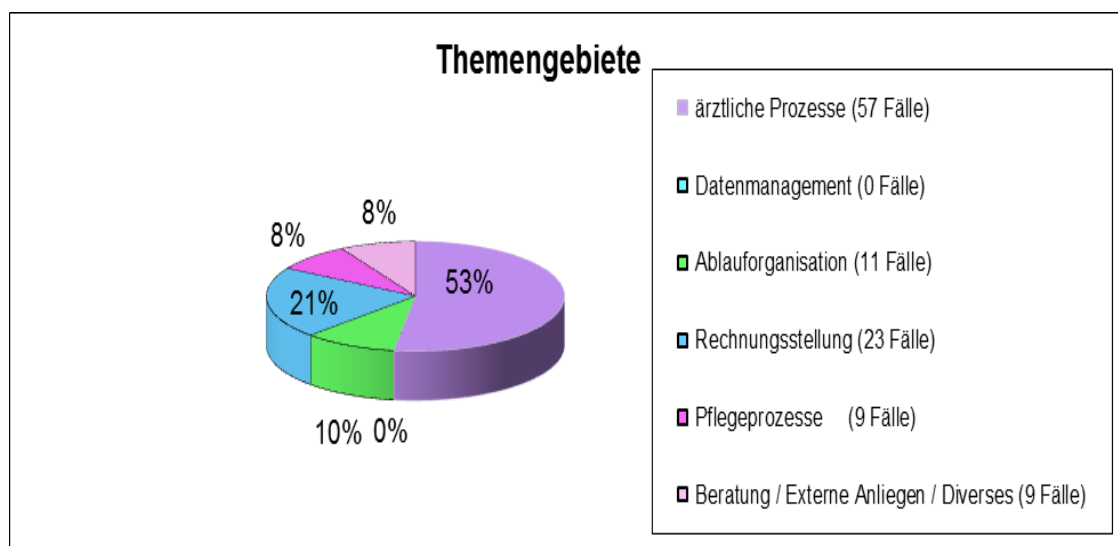
- Tarifierung von stationärer anstatt ambulanter Behandlung
- Tarifierung als halbprivat versicherte Person anstelle allgemein versicherte Person
- Kostenübernahme für ausserkantonale stationäre Behandlung
- doppelte Bezahlung gleichartiger Leistungen

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

Hierzu einige Beispiele:

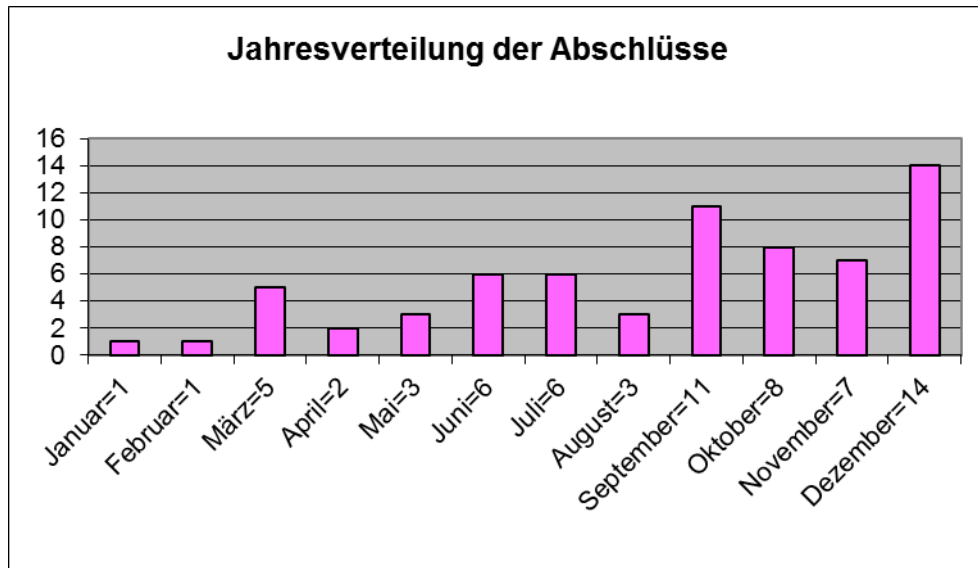
- mangelhafte Kommunikation zwischen Arzt und Patient
- mangelhafte Kommunikation zwischen Arzt und Angehörigen
- verlorene Wertsachen und Prothesen

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 Falleingänge
2008	33
2009	70
2010	87
2011	80
2012	87
2013	123

## g) Verteilung auf die Institutionen

Von den eingegangenen 123 Beanstandungen konnten 89 eindeutig einem Spital zugeordnet werden:

Berner Klinik Montana	0
Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi	0
Fürsorgeverein Bethesda Klinik für Epilepsie und Neurorehabilitation	3
Geburtshaus Luna	0
Gesundheitszentrum Schönberg Gunten AG	0
Hirslanden Bern AG, Hirslanden Salem-Spital	6
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	2
Hirslanden Bern AG, Klinik Permanence	0
Hôpital du Jura Bernois SA	0
Inselspital, Universitätsspital	16
Klinik Hohmad AG	0
Klinik Linde AG	0
Klinik Piano	0
Klinik SGM Langenthal	0
Klinik Südhang	0
Klinik Wysshölzli	0
Kurklinik Eden	1
Privat Klinik Meiringen AG	4
Privatklinik Wyss AG	0
Psychiatriezentrum Münsingen	10
Regionalspital Emmental AG, Spital Burgdorf	5
Regionalspital Emmental AG, Spital Langnau	0
Rehaklinik Hasliberg AG	0
Services psychiatriques Jura bernois - Bienne-Seeland	0
Siloah Aerzte AG	0
Soteria Bern	0
Spital Netz Bern AG, Spital Aarberg	1
Spital Netz Bern AG, Pflegezentrum Elfenau	0
Spital Netz Bern AG, Spital Münsingen	2
Spital Netz Bern AG, Spital- und Altersheim Belp	0
Spital Netz Bern AG, Spital Riggisberg	0
Spital Netz Bern AG, Spital Tiefenau	1
Spital Netz Bern AG, Spital Ziegler	0
Spital Region Oberaargau AG, Spital Langenthal	4
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	6
Spital Simmental-Thun-Saenenland AG, Spital Zweisimmen	0
Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG, Spital Interlaken	2
Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG, Spital Frutigen	0
Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG, Gesundheitszentrum Meiringen	0
Spitalzentrum Biel AG	8
Stiftung Diaconis	0
Stiftung Klinik Selhofen	1
Stiftung Lindenhof/Sonnenhof AG, Lindenhofspital	3
Stiftung Lindenhof/Sonnenhof AG, Klinik Sonnenhof	0
Stiftung Lindenhof/Sonnenhof AG, Klinik Engeried	1
Universitäre Psychiatrische Dienste	13
andere Anliegen, nicht zuteilbar	34

---

**Total**

**123**

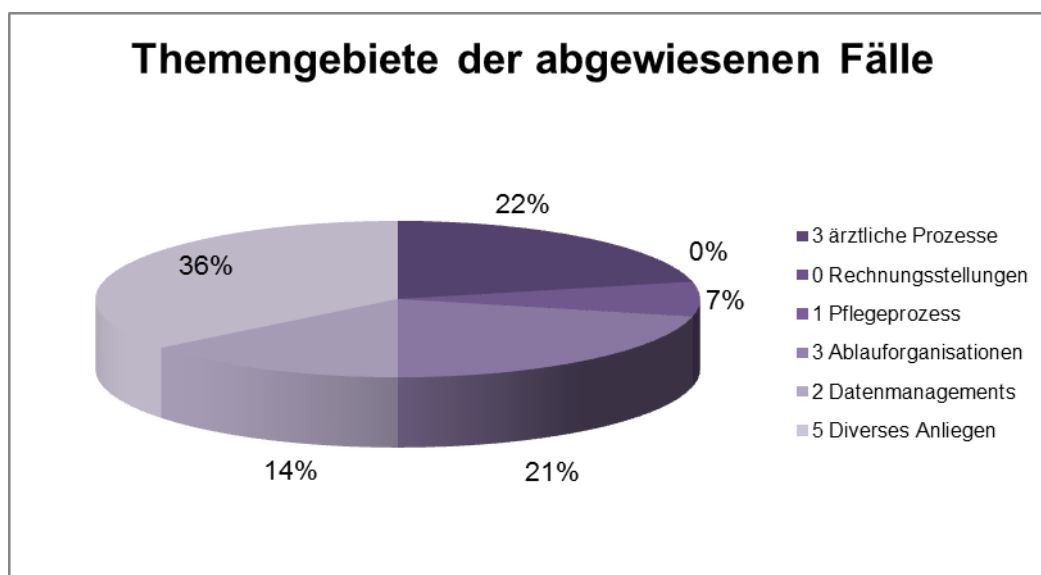
#### h) Durchschnittlicher Zeitaufwand für die geprüften Fälle

Insgesamt sind 355.37 Stunden für die Bearbeitung der Beanstandungen aufgewendet worden. Das ergibt bei 123 Fällen aus dem Jahr 2013 (ein offener Fall aus dem Jahr 2011 sowie acht Fälle aus dem Jahr 2012) durchschnittlich **2:41 Stunden** 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 14 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, immer mehr auch die Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

##### Kommunikation zwischen Arzt und Patient (1. Fall)

Ein Patient ist seit acht Jahren bei mehreren Ärztinnen und Ärzten in Behandlung. Schliesslich macht er den letztbehandelnden Arzt in einer ganzen Reihe von behandelnden Ärzten für seinen schlechten gesundheitlichen Zustand verantwortlich. Er sucht verzweifelt nach einer Lösung, die seine heutige Situation erträglicher machen könnte. Er fühlt sich durch das Spital und die behandelnden Ärzte nicht ernst genommen.

Vorausgegangen sind mehrere ungeschickte und unglückliche Vorfälle:

Der Chefarzt lässt den Patienten zwei Stunden warten.

Während der Behandlung schneidet der Arzt dem Patienten ständig das Wort ab. Der Patient will bloss mitteilen, dass er sich heute sehr schlecht fühle und ihm übel sei.

Nach mehreren Operationen, die den erhofften Erfolg nicht bringen, lädt der zuletzt behandelnde Arzt zu einem ärztlichen Symposium ein. Die Besprechung scheitert. Zwar sind der Patient und alle eingeladenen Ärzte anwesend, nicht jedoch der einladende Arzt. Er fehlt ohne Entschuldigung.

Im Beisein des Ombudsmannes wird ein klärendes Gespräch mit dem zuletzt behandelnden Arzt und dem Patienten geführt. Der Arzt entschuldigt sich für die Vorfälle. Die Frage ist, ob und wie das Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und dem Arzt wiederhergestellt werden kann. Der Patient will eine Zweitmeinung in einem anderen Spital einholen. Das Vorgehen wird von allen Seiten akzeptiert und die Krankendokumentation wird an das andere Spital geschickt.

Das Vertrauen konnte nicht wiederhergestellt werden. Ob es dem Zweitspital gelingt, ist offen.

Dem Patienten hätte viel unnötiges Leid erspart werden können, wenn die behandelnden Ärzte sich Zeit für ein Gespräch genommen hätten.

Dazu gibt es Gesprächstechniken, die unter anderem in der Broschüre "Kommunikation im medizinischen Alltag", herausgegeben von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften<sup>1</sup>, erläutert werden.

---

<sup>1</sup> Die Broschüre kann kostenlos bezogen werden bei der SAMW, mail@samw.ch oder www.samw.ch.

Das Verhalten des Chefarztes deckt ein antiquiertes Patientenbild auf. Es zeichnet sich durch **Paternalismus** aus. Unter diesem Begriff versteht die Medizinethik das Verhalten eines Arztes, eine Behandlung gegen den Willen des Patienten durchzuführen, jedoch mit dem Zweck seiner Heilung<sup>2</sup>. Dieses Verhalten kann auch durch Unterlassen bewirkt werden. Zum Beispiel verweigert der Arzt einem Patienten das Rauchen, weil dies gesundheitsschädlich ist.

Das heutige Patientenbild geht vom informierten Patienten aus. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist dabei zentral<sup>3</sup>.

### Palliative Betreuung eines todkranken Patienten

Ein betagter Patient wird in lebensbedrohlichem Zustand ins Spital eingeliefert. Schon bald ist es für alle klar, dass der Patient sterben wird. Der Patient hat eine Patientenverfügung unterzeichnet, in welcher er ausdrücklich auf lebensverlängernde Massnahmen verzichtet. Er hat angeordnet, ohne zu leiden zu sterben. Der Patient leidet an starker Atemnot und stirbt schliesslich im Beisein seiner Angehörigen.

Die Angehörigen sind der Auffassung, dass die Ärzte zu wenig gegen die Schmerzen unternommen haben und dass der Patient in die Abteilung mit Sterbebegleitung hätte verlegt müssen.

Für die Angehörigen war der Einblick des nach Luft ringenden und stöhnenden Patienten traumatisch. Die Ärzte führen lange Gespräche mit den Angehörigen, die ihre Beanstandungen aufrechterhalten.

Ein umfassendes Konzept für die palliative Versorgung ist erst im Aufbau<sup>4</sup>. "Palliative care" will dazu beitragen, das Leiden unheilbar kranker Menschen am Lebensende zu lindern, die Betroffenen umfassend zu betreuen und zu begleiten und damit zu einer möglichst guten Lebensqualität bis zuletzt beizutragen.

Das Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern findet sich als pdf auf der Webseite der Ombudsstelle unter "Links/Verwaltung". Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion geht in ihrem Konzeptbericht von einer grundsätzlichen Gewährleistung der palliativen Versorgung durch die bestehenden Leistungserbringer aus, jedoch nicht flächendeckend (vgl. 5.2, Seite 21 des Konzeptes).

---

<sup>2</sup> Medizinethik, Universität Hamburg, Prof. Dr. Thomas Schramme, Vorlesung vom 20. April 2010, abrufbar unter <http://lecture2go.uni-hamburg.de>.

<sup>3</sup> Thomas Gächter/Bernhard Rütsche, Gesundheitsrecht, 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe, N 310ff.

<sup>4</sup> Medienmitteilung vom 14. Februar 2014, abrufbar auf [www.be.ch/portal/de/mediencenter/medienmitteilungen](http://www.be.ch/portal/de/mediencenter/medienmitteilungen).



Eine schnelle Umsetzung des Konzepts durch die Leistungserbringer ist notwendig, wie das vorgestellte Beispiel zeigt.

#### Verwendung einer genetischen Probe ohne Einwilligung der Eltern

Die Eltern hatten sich ausdrücklich geweigert, dass genetische Untersuchungen am Genmaterial ihres Kindes durchgeführt wurden. Trotzdem kam es zu solchen Untersuchungen. Das Spital hatte übersehen, dass die Zustimmung der Eltern nur für die Aufbewahrung, nicht für Untersuchung erteilt worden ist. Es handelte sich um ein Missverständnis und um einen administrativen Fehler des Spitals, welches sich dafür entschuldigte.

Die internen Abläufe im Spital wurden geändert, sodass solche Fehler nicht mehr vorkommen. Das Genmaterial wurde ohne Einträge vernichtet.

Die Ausführungen des Spitals sind glaubwürdig und nachvollziehbar. Die Gelegenheit war für die Eltern damit erledigt.

Für die Eltern war einerseits eine gute zwischenmenschliche Beziehung zum Spital wichtig, weil sie auf die medizinische Versorgung ihres Kindes angewiesen sind. Andererseits ist das Humanforschungsgesetz einzuhalten.

Seit dem 1. Januar 2014 ist das Bundesgesetz vom 30. September 2011 über Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG; SR 810.30) in Kraft. Art. 7 HFG sieht vor, dass die betroffene Person nach hinreichender Aufklärung eingewilligt hat oder nach entsprechender Information von ihrem Widerspruchsrecht keinen Gebrauch gemacht hat. Die Einwilligung ist schriftlich zu erteilen. Die betroffene Person kann ihre Einwilligung jederzeit ohne Begründung verweigern oder widerrufen.

Neben der Wahrung des Selbstbestimmungsrechts von Versuchspersonen (Prinzip der Autonomie) ist die Vermeidung unnötiger und übermässiger Risiken und Belastungen für die Versuchspersonen (Nichtschadensprinzip) das zentrale Anliegen des Humanforschungsrechts<sup>5</sup>.

#### Auf mögliche Wundinfektion und mögliche Nebenfolgen schriftlich hingewiesen (bereits im Jahresbericht 2012 erwähnt)

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

---

<sup>5</sup> Thomas Gächter/Bernhard Rütsche, Gesundheitsrecht, 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe, N 624.

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 Lohneinbussen sowie Schmerzensgeld.

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

Nachdem der Ombudsmann beim Haftpflichtversicherer mehrmals interveniert hat, wurde schliesslich doch eine Entschädigung ausgerichtet. Die Angelegenheit konnte nach rund eineinhalb Jahren zur Zufriedenheit des Patienten erledigt werden.

#### Wundinfektion (2. Fall)

Einem betagten Patienten wurde im Spital das Bein operiert. Nach der Operation liess sich der Patient in einer Rehabilitationsklinik weiterpflegen. Aufgrund eines Spitalinfektes muss eine zweite Operation durchgeführt werden. Das Spital glaubt, der Infekt hätte bereits in der Rehabilitationsklinik entdeckt werden müssen. Schliesslich ist sogar eine dritte Operation notwendig.

Auf Anfrage des Ombudsmannes reagiert die Rehabilitationsklinik umgehend und mit einem ausführlichen Bericht. Die Wundheilung sei unauffällig verlaufen. Eine leichte Sekretion sei nicht unüblich. Dem Patienten wurde nahegelegt, nach dem Austritt sofort das Spital zur weiteren Abklärung aufzusuchen, was der Patient auch tat. Das Spital fühlt sich betroffen.

Die Angehörigen des Patienten fordern Schadenersatz für die Kosten und Umtriebe der zweiten und dritten Operation. Bis anhin ohne Erfolg.

Spitalinfektionen (nosokomiale Infektionen) haben in den letzten Jahren drastisch zugenommen, obwohl keine genauen Zahlen für die Schweiz vorliegen. Die Medien sprechen von 70'000 infizierten Patienten pro Jahr<sup>6</sup>.

Merkmal der Spitalinfektion ist, dass der Patient ohne die Infektion in das Spital oder die Klinik gekommen ist. Mögliche Ursachen sind der unkritische Einsatz von Antibiotika sowie mangelnde Hygiene. Von steigender Bedeutung ist der *Staphylococcus aureus* (MRSA) als Erreger der Spitalinfektionen.

In der Schweiz gibt es nach meinem Wissen noch kein Gerichtsurteil, das die Spitäler für die Spitalinfektion haftbar macht<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> <http://www.20min.ch/schweiz/news/story/21871666> vom 8. August 2013.

<sup>7</sup> Vgl. dazu OLG Naumburg Urteil vom 12. Juni 2012 – 1 U 119/11, BGH Urteil IV ZR 158/06 vom 20.3.2007.

Der Patient ist für den schuldhaften Behandlungsfehler in Form von Hygienemängel und deren Ursächlichkeit des Spitals beweispflichtig. Über ein spezifisches, schwer belastendes Infektionsrisiko hat das Spital aufzuklären. Keimübertragungen, die sich trotz Einhaltung der gebotenen hygienischen Vorkehren ereignen, gehören zum entschädigungslos bleibenden Risiko eines Patienten<sup>8</sup>.

Das Spital hat sein Hygienekonzept vorzulegen.

Die swissnoso ([www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)) widmet sich der Reduktion von nosokomialen Infektionen und multiresistenten Keimen im Schweizer Gesundheitswesen.

### Vorzeitige Entlassung

Eine Patientin ist in Behandlung in einer psychiatrischen Einrichtung: Es wird ihr der Austritt gegen ihren Willen in Aussicht gestellt. Es gebe kein akutes Krankheitsbild mehr und die Krankenkasse verweigere eine weitere Kostengutsprache, meint die Institution.

Die Patientin ist damit nicht einverstanden. Der bevorstehende Austritt löst grosse Ängste aus. Die Patientin befürchtet, das Leben in der eigenen Wohnung und den Alltag nicht allein bewältigen zu können.

Die Institution ist anderer Meinung. Sie hat ein Betreuungssystem mit verschiedenen Betreuungspersonen entwickelt (Spitex, Haushalthilfe, Reinigungskraft). Die Ärzte vertreten die Meinung, dass sich die Patientin der Herausforderung stellen soll.

Die Patientin empfindet die Druckversuche der Ärzte als heftig und unverhältnismässig. Die Begründung für die Entlassung sei falsch. Die Krankenkasse hätte weiterhin Kostengutsprache geleistet. Sie fühlt sich abgeschoben.

Der Austritt wird vollzogen und gelingt schliesslich.

Mehr als ein Jahr nach dem Austritt beschwert sich die Patientin über das Vorgehen der Institution. Sie moniert einen Verstoss gegen die ärztliche Schweigepflicht und grobe Behandlungsmethoden.

---

<sup>8</sup> Dr. iur. Iris Herzog-Zwitter, Arzthaftpflichtseminar 6./7. November 2013, Universität St. Gallen.

Anlässlich einer Besprechung in Anwesenheit des Ombudsmannes entschuldigt sich die Institution für die Weitergabe des medizinischen Austrittsberichts an eine andere Institution. Die Weitergabe sei aus Nachlässigkeit erfolgt.

Bezüglich des Vorgehens beim Austritt fühlt sich die Institution in ihrer Meinung bestätigt, weil die Patientin schliesslich im Alltag wieder Tritt gefasst hat.

Es kommt keine gütliche Einigung zustande.

Die Ombudsstelle empfiehlt, die Ängste der Patientin, zu früh aus der Klinik entlassen zu werden, ernst zu nehmen. Der Austritt der Patientin soll angemessen geplant werden.

## **b) Beispiele zu Pflegeprozessen**

### Kommunikation zwischen Arzt und Patient (2. Fall)

Eine Patientin beschwert sich, dass sie im Spital seit Jahren nicht richtig behandelt wird. Ärztinnen und Ärzte wie auch das Personal würden einen Bogen um sie machen und sie nicht grüssen. Es kommt immer wieder zu verbalen Zusammenstössen mit den Ärztinnen und Ärzten und dem Personal.

Der Ombudsmann führte getrennte Gespräche mit der Spitalleitung wie mit der Patientin.

Es kommt vor, dass das Spital für gewisse Patientinnen und Patienten mehr als nur ein Ort für medizinische Betreuung ist. Für solche Patientinnen und Patienten ist das Spital ein Stück Heimat.

Wie geht man mit solchen Patientinnen und Patienten um?

Bevor allfällige Konflikthalte geklärt werden können, erscheint es zielführend, einen guten Kontakt zwischen der Patientin und dem Spital herzustellen, was versucht wird.

Nach einigen Gesprächen konnte ein Verhaltenskodex unterzeichnet werden, der es beiden Seiten erlaubt, gelassener miteinander umzugehen. Der Patientin wird die Angst genommen, nicht willkommen zu sein und dem Spital ermöglicht die Vereinbarung, dass der Betrieb durch neue Zusammenstösse nicht übermässig gestört wird.

Die eigentlichen Sachkonflikte können danach angesprochen werden.

Dieses Vorgehen (Stabilität schaffen und Beziehung gestalten) verlangt von beiden Seiten erhebliche Anstrengungen und ist nicht selbstverständlich. Schriftliche Vereinbarungen sind bei Spannungen und Störungen hilfreich. Die betroffene Patientin weiss die Zuwendung zu schätzen.

#### Einbezug von Angehörigen beim Eintrittsgespräch

Ein Sohn begleitet seinen Vater, der sich freiwillig in eine Klinik der staatlichen Psychiatrie einweisen lässt, beim Eintritt. Der Zweck der Einweisung besteht im Wesentlichen in der Einstellung einer neuen Medikation.

Anlässlich des Eintrittsgesprächs verlangt der Sohn eine individuelle Betreuung seines Vaters mit dem Hinweis, dass verschiedene Krankheiten und verschiedene Medikationen vorliegen.

Das Eintrittsgespräch wird schriftlich nur knapp erfasst. Der Sohn kann das Eintrittsprotokoll nicht lesen und auch nicht unterschreiben.

Im Nachgang kommt es zu Schwierigkeiten und der Vater muss fixiert werden, damit er sich nicht selbst verletzt. Der Sohn beanstandet, dass seine Hinweise anlässlich des Eintrittsgesprächs zu wenig beachtet worden sind.

In Anwesenheit des Ombudsmannes führten die Institutionsleitung und der Sohn ein Gespräch durch. Die Besprechung wurde vom Ombudsmann protokolliert und dem Sohn zur Prüfung zugestellt. An der Formulierung der Schlussempfehlungen der Ombudsstelle hilft der Sohn umfassend mit. Die Arbeit an den Schlussempfehlungen dient dem Sohn, das zeitlich und sachlich zu kurz geratene Eintrittsgespräch klarer zu formulieren und die damit zusammenhängenden Vorkommnisse besser einzuordnen.

Die Institution hat die Behandlungsdokumentation ohne weiteres herausgegeben und auch die Schlussempfehlungen ohne Kommentar akzeptiert.

Art. 9 SpVV (Spitalversorgungsverordnung) sieht vor, dass die Ombudsstelle Empfehlungen aussprechen kann. Empfehlungen haben keinen verbindlichen Charakter. Die Parteien sind nach wie vor frei, den gerichtlichen Weg zu beschreiten oder andere Amtsstellen anzurufen.

#### Verlorene Zahnprothese

Anlässlich eines Spitalaufenthaltes verschwindet die Zahnprothese der Patientin. Sie meldet den Verlust. Das Spital verspricht den Ersatz der Prothese, wenn eine Offerte eines Zahnarztes eingereicht werde. Die Patientin besorgt einen Kostenvoranschlag und reicht ihn ein. Dann geschieht lange Zeit nichts mehr.

Auf Anfrage der Ombudsstelle bestätigt das Spital, dass es für den Ersatz der Prothese aufkomme. Die Rechnung des Zahnarztes wird ohne weiteres beglichen. Die Ombudsstelle bedankt sich beim Spital für die kulante Behandlung.

Der Verlust von Wertsachen und Prothesen im Spitalzimmer ist häufig. Grundsätzlich haftet die Patientin oder der Patient für die Wertsachen, auch für Prothesen. Rechtlich massgebend ist der Spitalaufnahmevertrag, der im letzten Jahresbericht ausführlich beschrieben worden ist.

Wird die Haftung des Spitals im Hausreglement verneint, trägt die Patientin oder der Patient den Schaden selbst.

### **c) Beispiele zur Rechnungsstellung**

#### Kostenübernahme für eine ausserkantonale stationäre Behandlung (Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> KVG)

Ein Patient lässt sich ausserhalb des Kantons Bern in einer Rehabilitationsklinik behandeln. Der Kanton Bern übernimmt nur die Kosten innerhalb des Referenztarifes. Der Entscheid wird damit begründet, dass die Behandlung in einem Listenspital des Kantons Bern ebenfalls durchführbar gewesen wäre.

Der Patient verlangt eine Wiedererwägung, weil die aufgesuchte Rehabilitationsklinik mehr biete als die Listenklinik. Zudem wohnen seine Kinder in der Nähe der auswärtigen Klinik, sodass sie ihn öfters besuchen können, was auch zur raschen Heilung beitrage.

Das Kantonsarztamt lehnt ab. Seit dem 1. Januar 2012 sei Art. 41<sup>bis</sup> KVG (Krankenversicherungsgesetzes) anwendbar. Es liege weder ein Notfall vor, noch sei die Behandlung im Kanton Bern nicht unmöglich.

Der Patient wendet ein, dass er im Verlaufe seines Lebens für den Kanton Bern viel ehrenamtliche Arbeit geleistet habe und nun erwarte, dass ihm der Kanton auch entgegenkomme.

Das Argument der Gnade vor Recht bzw. der Wertschätzung des Lebenswertes des Patienten, welches die Ombudsstelle nochmals deutlich zum Ausdruck bringt, wird nicht gehört.

Es handle sich nicht um medizinische Indikationen im Sinne von Art. 41 Abs. 2 KVG, entscheidet der Kantonsarzt.

Die Ombudsstelle nimmt die Haltung des Kantonsarztes zur Kenntnis und kann leider nicht weiterhelfen. Der Entscheid ist formal richtig.

Der Patient kann den Entscheid nur mit grosser Mühe verstehen. Er bezweifelt, dass dem Kantonsarzt kein Ermessensspielraum zur Verfügung steht.

#### Kostenübernahme für zusätzlichen Transport

Ein Patient beschwert sich, dass er ein zweites Mal mit der Ambulanz notfallmässig ins Spital gebracht werden musste, obwohl er sich dort gerade eine Woche aufgehalten habe. Der behandelnde Arzt hatte einen bereits vorhandenen Bruch übersehen. Der Patient will die Kosten für die zweite Ambulanzfahrt nicht bezahlen.

Auf Anfrage der Ombudsstelle werden die Kosten des zweiten Transportes vom Spital übernommen. Nachforschungen hätten ergeben, dass der vom Patienten geschilderte Sachverhalt zutreffe, liess sich das Spital vernehmen.

Die Organisation der Notfallaufnahme sei entsprechend angepasst worden.

### **d) Beispiele zur Ablauforganisation**

#### Wartezeit auf das Gutachten des rechtsmedizinischen Institut (IRM)

Bei einem Todesfall musste die Familie beinahe sechs Monate auf den Bericht des rechtsmedizinischen Institutes warten. Die Angehörigen empfanden die Wartezeit als sehr lang.

### **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, GesG, BSG 811.01).

#### Wartezeit auf die Behandlungsdokumentation (Krankengeschichte)

In einem anderen Fall vergingen fünf Monate, bis das Spital die Behandlungsdokumentation herausgab. Eine Anonymisierung (Schwärzen) von Aktenstellen kommt nur in Frage, wenn Drittpersonen betroffen sind. In Akutspitälern sind Drittpersonen in der Regel nicht betroffen. Das ist eher bei psychiatrischen Institutionen der Fall.

Die Behandlungsdokumente sind sofort herauszugeben, wenn sie verlangt werden. Die Ombudsstelle musste entsprechend intervenieren.

### Keine genügende Vollmacht für die Herausgabe

In einem Fall verweigerte eine Institution die Bearbeitung der Beanstandung mit dem Hinweis, dass die Befreiung vom Arztgeheimnis nicht durch den Patienten selbst, sondern durch die Angehörigen unterschrieben worden sei.

Der Ombudsmann stellte klar, dass auch nahestehende Personen und Angehörige Beanstandung im Namen der Patientin oder des Patienten erheben können. Voraussetzung ist, dass die betroffene Patientin ihre Rechte nicht selber wahrnehmen kann<sup>9</sup>.

## **f) Beispiele zu externen Anliegen und Beratungen**

### Beispiel 1

Eine Person wollte wissen, wohin sie sich bei arbeitsrechtlichen Streitigkeiten mit einem Spital wenden soll.

Arbeitsrechtliche Beratungen erteilen die Schlichtungsbehörden des Kantons Bern in den Städten Bern, Thun, Burgdorf und Biel. Es wird auf die Webseite des Kantons ([www.be.ch](http://www.be.ch)) verwiesen.

### Beispiel 2

Eine andere Person wollte wissen, wie sie ihre IV-Rente rückgängig machen könne. Sie wolle wieder normal arbeiten und durch die IV-Rente nicht behindert werden, in die erste Arbeitswelt einzutreten.

Massgebend ist die zuständige AHV / IV Behörde am Wohnsitz der Person.

---

<sup>9</sup> Art. 10 Abs. 2 Spitalversorgungsverordnung (SpVV)



## 5. Entwicklungen im Gesundheitsrecht / Patientenrechte

### Einführung des Erwachsenenschutzrechtes (Patientenverfügung)

Am 1. Januar 2013 wurde das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht in das Zivilgesetzbuch aufgenommen.

Art. 370 ZGB hält fest, dass eine urteilsfähige Person in einer Patientenverfügung festlegen kann, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt.

Sie kann einen Stellvertreter bestimmen und Weisungen erlassen.

Die Patientenverfügung ist schriftlich zu errichten, zu datieren und zu unterzeichnen. Die Patientenverfügung kann auf der Versicherungskarte der Krankenkasse vermerkt werden. Der Widerruf hat schriftlich zu erfolgen (Art. 371 ZGB).

Die Patientenverfügung ist ein verbindlicher Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts.

Die Schwierigkeit von Patientenverfügungen liegt darin, Verfügungen für zukünftige und kaum vorhersehbare Sondersituationen zu errichten.

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt hat sich an die formrichtig errichtete Patientenverfügung zu halten (Ausnahme: begründete Zweifel des freien Willens, andere gesetzliche Vorschriften). Es ist nicht entscheidend, ob die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt den Entscheid als passend beurteilt.

Beispiele für eine Patientenverfügung befinden sich auf der Webseite der Ombudsstelle und auf der Webseite der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften ([www.sawm.ch](http://www.sawm.ch)).

### Mediation im Medizinrecht

Erfolgreicher Abschluss des Pilotprojektes Mediation im Medizinrecht<sup>10/11</sup>.

Zitat aus mediations-report, Heft 3/April 2014:

Mediation im Medizinrecht ist eine erfolgreiche Alternative zur bisher überwiegend angewandten gerichtlichen Auseinandersetzung. Dies ist das Ergebnis des Pilotprojektes Mediation im Medizinrecht unter der wissenschaftlichen Betreuung des Munich Center for Dispute Resolution (vormals Centrum für Verhandlungen und Mediation), einer Forschungsstelle der Juristischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München.

---

<sup>10</sup> ZKM-Zeitschrift für Konfliktmediation, Heft 2/2013, S. 40ff. Centrale für Mediation.

<sup>11</sup> mediations-report Heft 3/April 2014, S. 1ff, [www.centrale-fuer-mediation.de](http://www.centrale-fuer-mediation.de)

Im Rahmen des Pilotprojekts wurde eruiert, welche Fälle im Medizinrecht für eine Mediation geeignet sind, ob endgültige Lösungen im Interesse aller gefunden werden können und diese sich auch als eine Verbesserung zu einem Gerichtsverfahren darstellen.

Im Zeitraum von Dezember 2011 bis März 2014 wurde dafür in zehn Arzthaftungsfällen Mediation angewandt. Die Fälle wurden auf Vorschlägen von Medizinern, Anwälten und Versicherungsunternehmen ausgewählt und befanden sich sowohl im aussergerichtlichen wie auch im gerichtlichen Stadium. Ein Mediationsteam, bestehend aus einem Richter und einem Anwalt, führte die Mediationen durch. Alle Patienten waren während der Mediationssitzung anwaltlich vertreten. In sechs Fällen war noch kein gerichtliches Verfahren anhängig. In drei Fällen befand sich das Gerichtsverfahren in der ersten Instanz.

In allen zehn Fällen wurde innerhalb der durchschnittlich sechsstündigen Mediation eine Einigung erzielt. In neun Fällen wurde sich vollumfänglich geeinigt, zum Teil sogar über den eigentlichen Konflikt hinaus. Eine nicht anwesende Patientin stimmte den Mediationsvereinbarungen nachträglich zu.

Das Pilotprojekt kommt zu den folgenden relevanten Ergebnissen: Mediationsgeeignet sind Fälle im Medizinrecht immer dann, wenn der Versicherer sich einer Haftung ausgesetzt sieht und sich lange und kostenintensive Streitigkeiten ersparen will.

Weiterhin ist es für die Akzeptanz der Ergebnisse einer Mediation im Medizinrecht wichtig, dass die Patienten zumindest zeitweise selbst an der Mediationssitzung teilnehmen. Darüber hinaus ist die ärztliche Beteiligung bei einer Mediation hilfreich; es muss nicht unbedingt der behandelnde Arzt sein.

Die Interessen aller Beteiligten konnten im Rahmen der Mediation berücksichtigt werden. Patienten war es unter anderem wichtig bei der Mediation ihre Erfahrungen und Sichtweise zu schildern und das Bedauern oder eine Entschuldigung vom Arzt zu erfahren. Sie wollten sich mit der kurzen Verfahrensdauer einer Mediation weitere finanzielle oder psychische Belastungen ersparen.

Den Versicherungen und Ärzten geht es bei einem Mediationsverfahren hauptsächlich um die Begrenzung des Schadens, Kosteneinsparung, ein kurzes Verfahren, Vermeidung von Imageschäden, die Einbeziehung von Dritten, wie Sozialversicherungsträgern, aber auch um die Beziehung zum Patienten.

Das Pilotprojekt stellt fest, dass Mediation im Medizinrecht gegenüber einem Gerichtsverfahren den Vorteil hat, auch umfassende Verfahren innerhalb eines Tags endgültig einvernehmlich beenden zu können und damit erhebliche Kosten einzusparen. Desweiteren führt der oft stark emotionale Austausch von Standpunkten zu einer besseren Kommunikation zwischen Arzt und Patient und auch zwischen Versicherung und Patient.

Die Erfolgsquote der durchgeführten Mediationen lag bei 80 Prozent. Nach Einschätzung der Beteiligten war die Qualität der Mediationsergebnisse sehr gut, insbesondere im Hinblick auf die Kosten- und Zeiteinsparnisse.

Ziel des Projektes war die Beantwortung von zwei Fragen:

1. Ist Mediation ein taugliches Verfahren zur Konfliktlösung in Fällen des Vorwurfes einer ärztlichen Fehlbehandlung, und falls ja, in welchem Umfang?

Es gab etwa 50 – 60 Anfragen:

- 11 Mediationen seien in 2 Jahren zustande gekommen
- 9 Fälle: vollständig in 4-12 Stunden verglichen
- 1 Fall: Vereinbarung für gemeinsames Vorgehen (Begutachtung)
- 1 Fall: Einigung widerrufen (Geschädigte hat an der Mediation nicht teilgenommen)

2. Welche Medizinschadensfälle sind mediationsgeeignet?

- Haft steht fest oder ist wahrscheinlich
- Schaden befindet sich in der Entwicklung, Positionen sind festgefahren, vor Prozess
- Regulierung / Prozess ist festgefahren
- Emotionale Betroffenheit und psychische Verletzung stehen ausser Verhältnis zur möglichen materiellen Entschädigung (Verlust eines Kindes oder nahen Angehörigen, Totgeburt, psychische Traumen)
- Materielle Ansprüche kaschieren immaterielle Interessen
- Versicherer/Berufsträger muss mit erheblicher Öffentlichkeitswirkung rechnen
- Anspruchsteller hat keinen Rechtsschutz
- Parteien haben Interesse an schnellem Verfahren ohne Fristen
- Versicherer sind an alternativen Schadensregulierung ohne Anwalt bei angemessener Entschädigung interessiert

Weitere Informationen und den vollständigen Abschlussbericht finden Sie unter:  
[www.mediation-im-medizinrecht.de](http://www.mediation-im-medizinrecht.de)

16. Mediations-Kongress Centrale für Mediation, 27./28. Juni 2014, ADR im Aufbruch, Referent Hans-Peter Taube

Quelle: Abschlussbericht Pilotprojekt Mediation im Medizinrecht, März 2014  
[Centrale-fuer-mediation.de](http://Centrale-fuer-mediation.de) / mediations-report

## **6. Dank**

Vorab möchte ich meinen Dank 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 für ihren Mut, sich mit ihren Sorgen an die Ombudsstelle zu wenden. Gerade in Zeiten von Krankheit und Unsicherheit ist es nicht selbstverständlich, sich an die für sie unbekannte Ombudsstelle zu wenden.

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