

Jahresbericht

2017



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

Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern

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

Nidau, 27. Februar 2018

Inhaltsverzeichnis

1. ÜBERBLICK	4
2. APERÇU	6
3. RECHENSCHAFTSBERICHT	9
A) LEISTUNGSSTATISTIK	9
B) GEPRÜFTE FÄLLE	10
C) AUSGANG DER FÄLLE	11
D) THEMENGEBIETE	12
E) JAHRESVERTEILUNG NACH ABSCHLÜSSEN	13
F) VERGLEICH DER FALLZAHLEN GEGENÜBER DEN VORJAHREN	14
G) VERTEILUNG AUF DIE INSTITUTIONEN	15
H) DURCHSCHNITTLICHER ZEITAUFWAND FÜR DIE GEPRÜFTEN FÄLLE	16
I) ABGEWIESENE FÄLLE	17
4. BEISPIELE AUS DER PRAXIS	17
A) BEISPIEL ZUM ÄRZTLICHEN PROZESS	17
B) BEISPIEL ZUM DATENMANAGEMENT	18
C) BEISPIELE ZUR ABLAUFORGANISATION	19
D) BEISPIEL ZUR RECHNUNGSSTELLUNG	20
E) BEISPIEL ZUM PFLEGEPROZESS	21
F) BERATUNG, EXTERNE ANLIEGEN, DIVERSES	21
5. DANK	22

1. Überblick

Zugang zu den Patientenrechten schaffen

Im Jahr 2017 beliefen sich die Gesundheitskosten auf schätzungsweise 84 Milliarden Franken. Gemäss Experten könnten bei den Gesundheitsausgaben Einsparungen von rund 20 Prozent vorgenommen werden, ohne dass dies negative Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten hätte. Als Folge davon steigen die Krankenkassenprämien jedes Jahr an. In den letzten 20 Jahren sind die Kosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung um 150 Prozent gestiegen, bei einem Wirtschaftswachstum von nur 60 Prozent. Mittlerweile gehören die Krankenkassenprämien im Haushaltsbudget zu einem der grössten Posten.

Neben den Krankenkassen gehören die Ärzte, die Spitäler und die Medikamentenhersteller zu den Kostenverursachern. Die Vergütung von stationären Leistungen erfolgt durch das Abrechnungssystem Swiss DRG (DRG = diagnosis related groups) anhand von leistungs- und diagnosebezogenen Fallpauschalen. Die Fallpauschalen beziehen sich auf Fallgruppen, welche in medizinisch und wirtschaftlich möglichst einheitliche Behandlungsfälle zusammengefasst werden. Jede Fallpauschale wird einer Fallgruppe zugeordnet. Medizinische Leistungen im ambulanten Spitalbereich werden nach dem Einzelleistungstarif TARMED abgerechnet. Die ambulanten Leistungen werden durch die Grundversicherung bezahlt, während die stationären Behandlungen sowohl durch die Grundversicherung wie auch durch die Steuern mitfinanziert werden (im Kanton: mindestens 55%). Die Krankenkassen haben wenig Interesse den ambulanten Bereich auszubauen, weil sie dadurch die Kosten für chronisch Kranke vermehrt übernehmen müssten.

Was hat das mit den Patientinnen und Patienten zu tun?

Auch dieses Jahr betrafen die meisten Beanstandungen den medizinischen Prozess sowie Fragen rund um die Rechnungsstellung.

Die Rechnungsformulare sind für viele Patientinnen und Patienten unverständlich. Die Abkürzungen und Kodierungen nach Swiss DRG bedürfen eines Hintergrundwissens und Zugang zu Kodierungsschlüsseln. Zudem werden die Rechnungen in der Regel ohne Prüfung der medizinischen Notwendigkeit und ohne Kenntnis der Patientinnen und Patienten durch die Krankenkassen bezahlt.

Dabei sind die Patientinnen und Patienten interessiert, ihren Teil zur Reduktion der Kosten beizutragen. Immer mehr Patientinnen und Patienten sind gut informiert und offen für die Schulmedizin sowie für die rationale Wissenschaft. Was zum Teil fehlt, ist eine Arzt-Patient-Beziehung auf Augenhöhe. Einige Ärztinnen und Ärzte fühlen sich bei vermehrten Rückfragen in ihrer Fachkompetenz bedroht und blocken ab. Die Patientin oder der Patient hingegen fühlt sich bei einer mangelnden Aufklärung nicht ernst genommen und ungenügend informiert. Hier hilft die Ombudsstelle; sie führt beide Seiten zusammen und gibt sowohl der Patientin bzw. dem Patienten wie auch dem Spital die Möglichkeit, ihre jeweilige Sichtweise darzulegen. Über das Gespräch wird zudem ein Protokoll erstellt, welches die

Fakten nachvollziehbar darstellt und damit sowohl der Patientin oder dem Patienten wie auch dem Spital hilft, gemeinsame Entscheidungen zu treffen.

Überhaupt gehören die Aufklärung und die Information der Patientin bzw. des Patienten zu den wichtigsten Patientenrechten. Bei Beanstandungen sind die meisten Spitäler offen und hilfsbereit, den gerügten medizinischen Ablauf zu erklären und verständlich zu machen. In der Regel verhandelt die Ombudsstelle in Anwesenheit der Patientin bzw. des Patienten auf Stufe Direktorin oder Direktor bzw. Chefärztin und Chefarzt. Es ist nicht leicht, die Patientinnen und Patienten, die Ärztinnen und Ärzte und die administrative Leitung an einen Tisch zu bringen. Auch für die Spitäler bedeutet das Durchführen eines Gesprächs einen hohen administrativen Aufwand. In den meisten Fällen lohnt sich aber der Aufwand, weil nach dem gemeinsamen Gespräch die Beanstandung im gegenseitigen Interesse erledigt werden kann.

Verwehrt ein Spital das Gespräch mit der behandelnden Ärztin bzw. mit dem behandelnden Arzt, indem es die Patientin oder den Patienten bei Rückfragen oder Beanstandungen lediglich an die spitalinterne Ombudsstelle oder den Rechtsdienst verweist, wird der Zugang zum Recht auf Information und Auskunft in unzulässiger Weise beschnitten. Die Ombudsstelle handelt gestützt auf ihren gesetzlichen Auftrag in der Spitalversorgungsgesetzgebung. Wenn sie sich mit einem Spital aufgrund einer Beanstandung einer Patientin oder eines Patienten in Verbindung setzt, dann liegt es nicht im Ermessen des Spitals, ob dieses mit der Ombudsstelle kooperiert oder nicht. Jedes Spital hat den Zugang zu den Patientenrechten zu befolgen und mit der Ombudsstelle zusammenzuarbeiten. Eine Delegation an die interne Ombudsstelle oder den Rechtsdienst ohne Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt – ob aus Kalkül oder aufgrund von immer komplizierter werdenden internen Abläufen – ist daher inakzeptabel.

An dieser Stelle bedanke ich mich ausdrücklich bei allen Leistungserbringern, welche sich stets darum bemühen, die Fragen und Anliegen zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten zu beantworten und zu erledigen.

Das Jahr 2017 weist im Gegensatz zum Jahr 2016 eine Erhöhung von 21 Fällen auf (137 Fälle im Vergleich zu 116 Fällen). Die zeitliche Beanspruchung der Ombudsstelle betrug im Jahr 2017 rund 733 Stunden im Gegensatz zum Jahr 2016, welches eine Anzahl von 578 Stunden aufwies. Über die Falleingänge und deren Erledigung informiert die nachfolgende Statistik. Ausgewählte Beispiele von Beanstandungen runden den Jahresbericht ab (vgl. Ziffern 4 und 5).

Berichterstattung

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

Die Fälle gliedern sich nach folgenden Themen:

- ärztliche Prozesse

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

Insgesamt wurden im Berichtsjahr 137 Beanstandungen entgegengenommen. Die Fälle wurden mit einer Kurzberatung, mit einer eingehenden Beratung oder mit mediativen Besprechungen und Verhandlungen abgeschlossen bzw. behandelt.

Von den 137 eingegangenen Beanstandungen sind 45 infolge Unzuständigkeit abgelehnt und 92 Fälle geprüft worden. Von den 92 geprüften Fällen konnten sechs Beanstandungen keinem Spital zugeteilt werden. Dabei handelte es sich um allgemeine Fragen bezüglich Patientenrechte und Krankenkassenbelange.

Von den 92 geprüften Beanstandungen wurden 56 mittels einer Kurzberatung, 28 mittels einer eingehenden Beratung und acht mittels einer Mediation abgeschlossen bzw. behandelt. Gegebenenfalls stellte die Ombudsstelle Schlussempfehlungen aus. Die noch nicht erledigten Fälle aus den Jahren 2012, 2013, 2014, 2015 und 2016 sind in dieser Statistik nicht berücksichtigt.

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

44.57% der Beanstandungen betrafen den ärztlichen Prozess, 17.39% die Rechnungsstellung, gefolgt von 14.13% betreffend die Ablauforganisation. Sodann betrafen 9.78% der Beanstandungen das Datenmanagement und 7.61% den Pflegeprozess. Die restlichen 6.52% der Beanstandungen bezogen sich auf anderweitige Anliegen.

2. Aperçu

Créer l'accès aux droits des patients

En 2017, les coûts de la santé se sont élevés à environ 84 milliards de francs. Selon les experts, des économies de l'ordre de 20 pour cent pourraient être réalisées sur les dépenses de santé sans que ces restrictions aient des effets négatifs sur les patientes et les patients. Or, chaque année, les primes d'assurance maladie augmentent. Au cours de ces 20 dernières années, les coûts de l'assurance-maladie obligatoire ont grimpé de 150 pour cent pour une croissance économique de 60 pour cent seulement. Les primes d'assurance maladie comptent désormais parmi les postes les plus importants dans le budget des ménages.

Outre les caisses d'assurance maladie, les médecins, le personnel hospitalier et l'industrie pharmaceutique constituent les principaux générateurs de coûts. Le remboursement des prestations de soins hospitaliers stationnaires est géré selon

le système de décompte Swiss DRG (DRG = diagnosis related groups) sur la base des forfaits par cas liés au diagnostic et à la prestation. Les forfaits par cas se réfèrent à des classes de cas, lesquels sont regroupés par cas d'hospitalisation autant que possible uniformes, tant sur le plan médical qu'économique. Chaque forfait par cas est classé dans un groupe de cas donné. Les prestations médicales dans le domaine hospitalier ambulatoire sont calculées selon le tarif à la prestation TARMED. Les prestations ambulatoires sont rémunérées par l'assurance maladie de base, alors que les traitements stationnaires sont cofinancés à la fois par l'assurance maladie de base et par les recettes fiscales (soit au minimum 55% au niveau cantonal). Les caisses d'assurance maladie ne souhaitent pas développer le secteur ambulatoire car cela les obligerait à prendre en charge de manière accrue les coûts générés par les personnes atteintes de maladie chroniques.

Qu'est-ce que tout cela a à voir avec les patientes et les patients ?

Cette année encore, la plupart des réclamations portaient sur le processus médical et les questions concernant la facturation des soins.

Les formulaires de facturation sont pour de nombreux patientes et patients totalement incompréhensibles. Les abréviations et les codages utilisés par Swiss DRG exigent en effet des connaissances de base ainsi qu'un accès aux clés de cryptage. De plus, les factures sont généralement réglées par les caisses d'assurance maladie sans vérification des nécessités médicales et sans que les patientes et les patients en soient informés.

Les patientes et les patients seraient pourtant disposés à apporter leur contribution à la réduction des coûts. De plus en plus de patientes et de patients sont désormais bien informés et seraient en principe ouverts à la médecine conventionnelle et à la rationalisation scientifique.

Ce qui manque partiellement, c'est une relation d'égal à égal entre le médecin et le patient. Certains médecins ont tendance à percevoir les questions trop nombreuses comme une atteinte à leurs compétences et bloquent la communication. En cas d'explication insuffisante, la patiente ou le patient a l'impression de ne pas être pris au sérieux et d'être insuffisamment informé. C'est à ce niveau qu'intervient l'organe de médiation. Son rôle est de réunir les deux parties et de donner aussi bien à la patiente ou au patient qu'à l'établissement hospitalier la possibilité d'exposer leur point de vue respectif. À l'issue de cette discussion, un protocole qui expose les faits de manière claire et compréhensible est dressé. Il permet à la patiente ou au patient ainsi qu'à l'établissement de prendre ensemble les décisions les plus appropriées.

D'une manière générale, les explications et l'information font partie des droits les plus importants des patientes et des patients. En cas de contestation, la plupart des établissements hospitaliers font preuve d'un comportement ouvert et se montrent disposés à exposer et à expliquer clairement le processus médical contesté. L'organe de médiation mène en règle générale les négociations en présence des patientes et des patients à l'échelon de la directrice ou du directeur respective-

ment de la médecin-chef et du médecin-chef. Il n'est pas facile de réunir autour d'une même table les patientes et les patients, les médecins et la direction hospitalière. Un entretien constitue également pour les établissements hospitaliers une charge administrative importante. Il s'agit pourtant là d'un effort qui s'avère dans la plupart des cas payant car cet entretien commun permet de régler les problèmes dans l'intérêt des uns et des autres.

Si l'établissement hospitalier décline l'entretien avec le médecin traitant et se contente de renvoyer la patiente ou le patient qui souhaite une information ou qui présente une réclamation à l'organe de médiation interne de l'hôpital ou au service juridique, il commet une atteinte inadmissible au droit d'accès à l'information. L'organe de médiation agit en vertu du mandat légal qui est le sien dans le cadre de la législation en matière de prise en charge hospitalière. Lorsque l'organe de médiation contacte un établissement hospitalier suite à la réclamation d'une patiente ou d'un patient, l'hôpital est alors tenu de coopérer avec cet organe. Chaque établissement hospitalier est tenu de respecter l'accès aux droits du patient et de collaborer avec l'organe de médiation. Un simple renvoi – que ce soit par calcul ou par souci d'éviter des démarches compliquées – vers l'organe de médiation interne ou vers le service juridique sans entretien préalable avec le médecin est en conséquence considéré comme inacceptable.

Je souhaite à présent remercier expressément l'ensemble des prestataires qui s'efforcent en permanence de répondre aux questions et aux problèmes des patientes et des patients et de leur apporter des solutions satisfaisantes.

L'année 2017 enregistre, par rapport à l'année 2016, une augmentation de 21 cas (137 cas par rapport à 116). En termes d'heures, le recours à l'organe de médiation a représenté 733 heures en 2017 (chiffre arrondi vers le haut) contre 578 heures en 2016. La statistique suivante livre une information sur les différents cas présentés et sur leur résolution. Le rapport annuel s'achève par différents exemples de contestations (cf. points 4).

Rapport

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

Les différents cas sont classés selon les thèmes suivants :

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

Au total, 137 contestations ont été réceptionnées au cours de l'année sous revue. Les cas ont été réglés ou traités grâce à de brèves consultations, des consultations approfondies ou par des entretiens de médiation ou des négociations.

Sur ces 137 contestations, 45 d'entre elles ont été refusées pour incompétence et 92 cas ont été examinés. Sur ce chiffre, six contestations n'ont pas pu être attribuées à un hôpital. Il s'agissait de questions d'ordre général relatives aux droits des patients et à la caisse maladie.

Sur les 92 contestations qui ont été examinées, 56 ont été réglées ou traitées grâce à des consultations brèves, 28 grâce à consultations approfondies, et huit par le biais d'une médiation. L'organe de médiation établit des recommandations finales. Les cas en suspens concernant les années 2012, 2013, 2014, 2015 et 2016 ne sont pas pris en compte par cette statistique.

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

44.57 % des contestations concernaient le secteur médical, 17,39 % portaient sur des questions relatives à la facturation et 14,13 % à l'organisation. 9.78 % des contestations concernaient la gestion des données et 7.61% le processus de soins. Les 6,52 % restants portaient sur d'autres questions. Il n'y a pas des réclamations concerné le secteur des soins.

3. Rechenschaftsbericht

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

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

Es wurden 732 Stunden und 45 Minuten (Neuzugänge und Behandlung der pendenten Fälle) für die Bearbeitung der Beanstandungen aufgewendet (vgl. Ziffer 3h).

a) Leistungsstatistik

Insgesamt wurden 137 Neuzugänge geprüft, wobei die Ombudsstelle in 45 Fällen nicht zuständig war (vgl. Ziffer 3i).

Ende 2017 waren 30 Fälle des laufenden Jahres, acht Fälle aus dem Jahre 2016, zwei Fälle aus dem Jahre 2015 sowie ein Fall aus dem Jahre 2014.

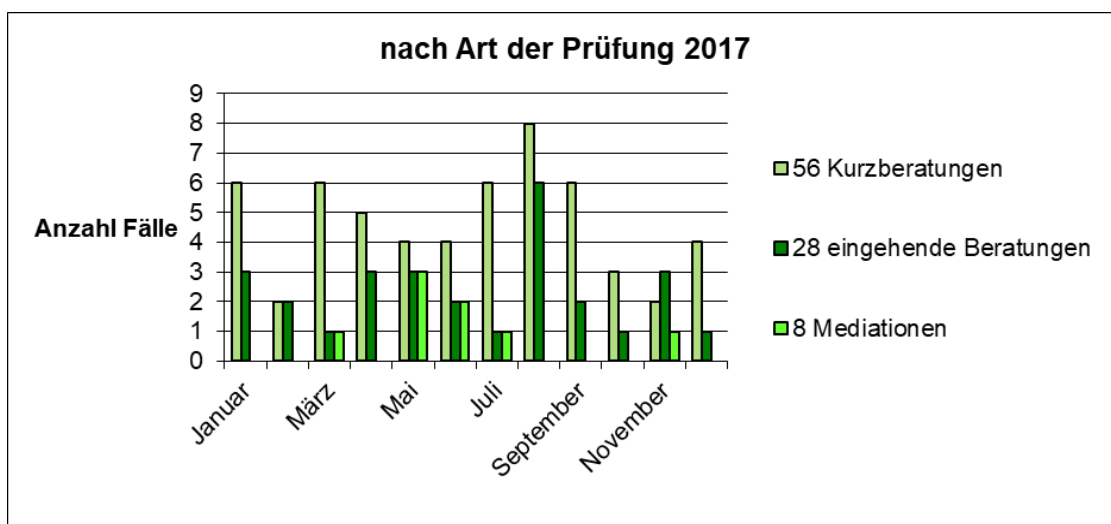
Folgende Leistungsstatistik zeigt die geprüften und abgewiesenen Fälle für das Jahr 2017 in der Übersicht:



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 Ombudsman 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, auf:



Insgesamt wurden 56 Beanstandungen mittels einer Kurzberatung erledigt.

Bei 28 Beanstandungen fand eine eingehende Beratung statt.

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

c) Ausgang der Fälle

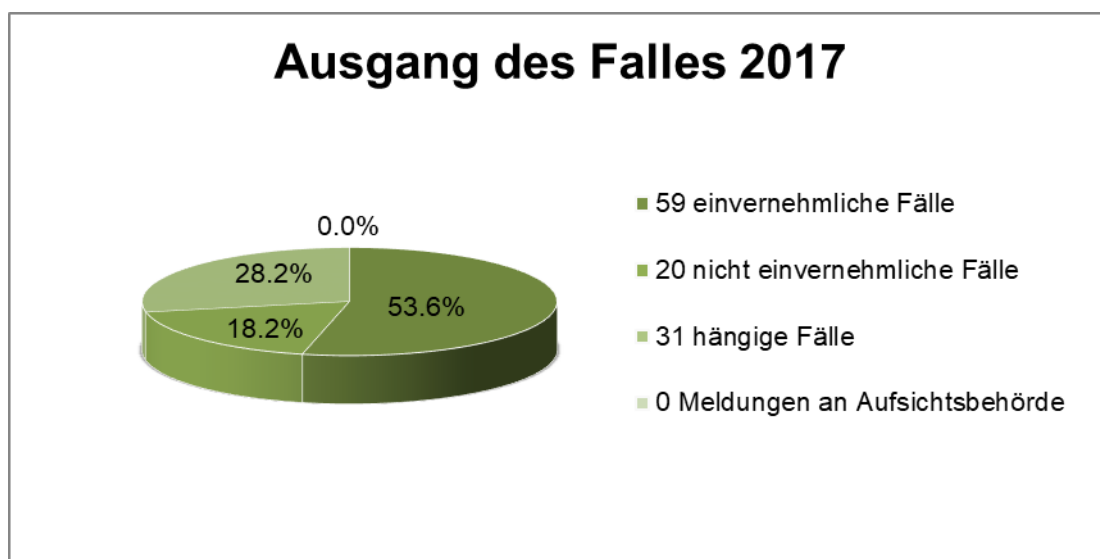
Die Beanstandungen werden entweder als «einvernehmlich» oder als «nicht einvernehmlich» abgeschlossen. Fälle, die noch nicht abgeschlossen werden konnten, gelten als «hängig». Als «einvernehmlich» abgeschlossen gelten jene Fälle, in welchen sich das Spital und die Patientin bzw. der Patient einigen konnten. Ebenfalls als «einvernehmlich» abgeschlossen gilt, wenn sich die Patientin oder der Patient trotz Erinnerung nicht mehr gemeldet hat. Bei «nicht einvernehmlich» abgeschlossenen Fällen konnte sich das Spital und die Patientin bzw. der Patient nicht einigen. Gegebenenfalls spricht die Ombudsstelle in diesen Fällen eine Empfehlung aus.

Insgesamt waren Ende 2017 42 Fälle offen (31 Fälle aus dem Jahre 2017, acht Fälle aus dem Jahre 2016, zwei Fälle aus dem Jahre 2015 und ein Fall aus dem Jahre 2014).

20 Fälle wurden nicht einvernehmlich abgeschlossen.

Es gab keine Meldung an die Aufsichtsbehörde.

Folgende Tabelle zeigt den Ausgang der Beanstandungen für das Jahr 2017:



d) Themengebiete

Die einzelnen Themengebiete beinhalten:

- ärztliche Prozesse: ärztliche Aufklärung
 ärztliche Interaktion
 ärztliche Fachkompetenz
- Datenmanagement: Krankengeschichte
 Rechnungskopien
- Ablauforganisation: Wartezeiten auf Behandlung und auf Operationen
 Aufenthaltsdauer im Spital
- Rechnungsstellung: zu hohe Rechnungen
 unverständliche Rechnungen
- Pflegeprozess: pflegerische Interaktion
 pflegerische Fachkompetenz
 pflegerische Aufklärung
- Beratung / Externe Beratung ohne Beschwerdewert
 Anliegen / Diverses: 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 Aufklärung der Patienten
- mangelnde palliative Betreuung
- Spitalinfektionen
- nicht zufriedenstellendes Operationsergebnis
- vermehrte Schmerzen nach der Operation
- bleibende körperliche Schäden nach der Operation
- mangelnde Informationen über die Nebenfolgen eines Eingriffes

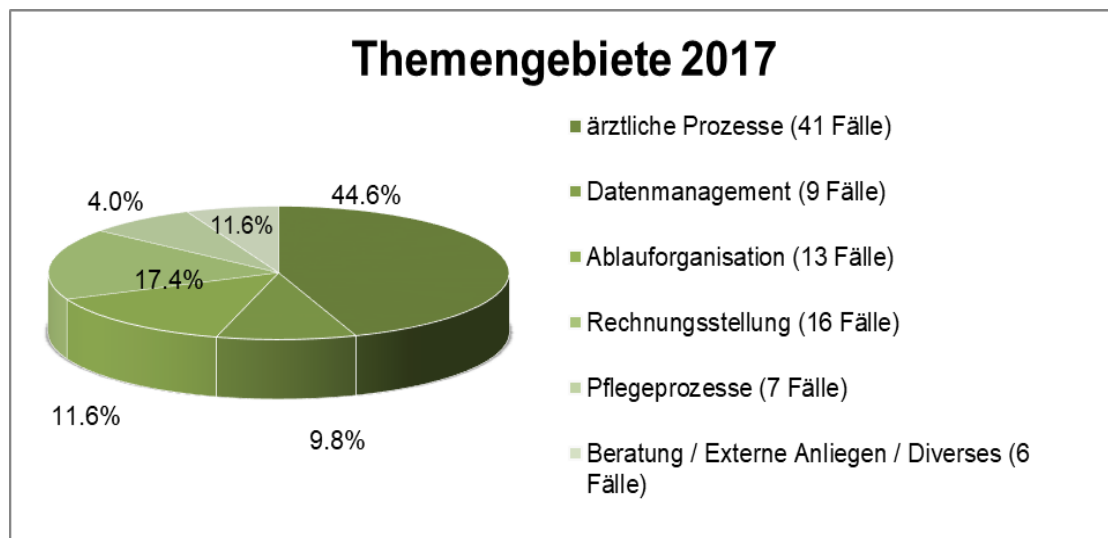
An zweiter Stelle standen Beanstandungen bezüglich der Rechnungsstellung:

- vermeintliche Doppelbelastungen von erbrachten medizinischen Leistungen bzw. Verrechnung von nicht erfolgten Leistungen
- unnötige medizinische Abklärungen
- unverständliche Rechnungen
- Weiterleiten der Rechnung an die Krankenkasse ohne Kopie an die Patientin bzw. den Patienten

Die drittgrösste Beanstandungsgruppe betraf Beanstandungen bezüglich der Ablauforganisation:

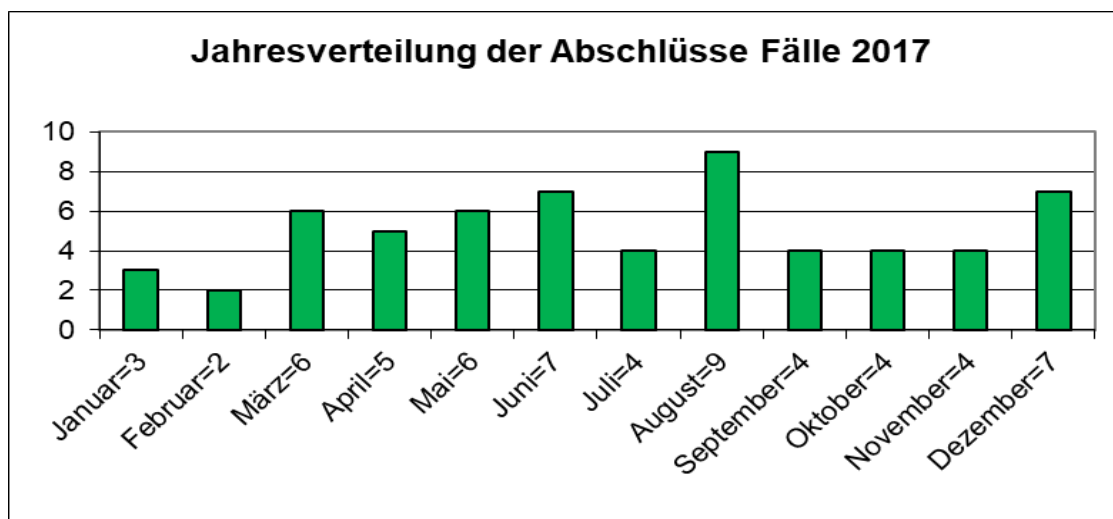
- unsorgfältige oder ungenaue oder abgeänderte Austrittsberichte
- ungenügende Kommunikation mit den Angehörigen

Die eben genannten Beispiele ergeben folgende Statistik:



e) Jahresverteilung nach Abschlüssen

Die abgeschlossenen Fälle verteilen sich wie folgt auf das Jahr:

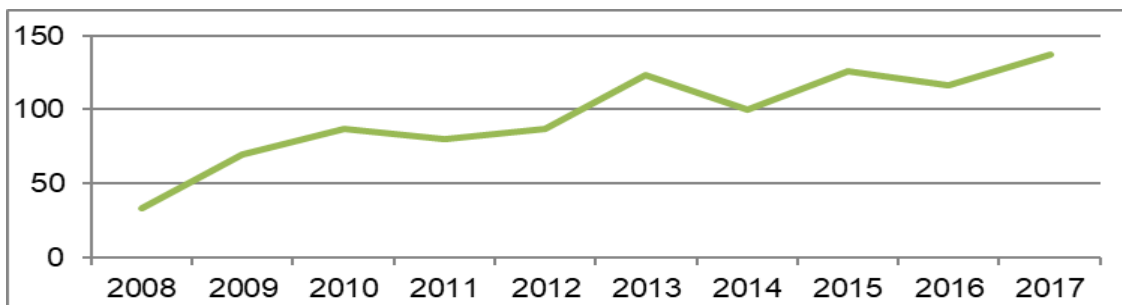


Der Abschluss erfolgt mit einer Mitteilung bzw. mit einem Schlussbrief an die entsprechende Institution (und gegebenenfalls einer Empfehlung) oder mit einer Aktennotiz. Danach werden die Fälle archiviert.

Das kantonale Datenschutzgesetz findet Anwendung.

f) Vergleich der Fallzahlen gegenüber den Vorjahren

Jahr	Anzahl Falleingänge
2008	33
2009	70
2010	87
2011	80
2012	87
2013	123
2014	100
2015	126
2016	116
2017	137



g) Verteilung auf die Institutionen

Von den eingegangenen 137 Beanstandungen konnten 86 eindeutig einem Spital zugeordnet werden:

Berner Klinik Montana	1
Berner Reha Zentrum AG	1
Fürsorgeverein Bethesda	0
Geburtshaus Luna AG	0
Klinik Schönberg AG	2
Hirslanden Bern AG, Salem-Spital	5
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	1
Hirslanden Bern AG, Klinik Permanence	1
Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern	16
Insel Gruppe AG, Spital Aarberg	1
Insel Gruppe AG, Spital und Altersheim Belp	0
Insel Gruppe AG, Spital Münsingen	1
Insel Gruppe AG, Spital Riggisberg	0
Insel Gruppe AG, Spital Tiefenau	2
Klinik Hohmad AG	0
Klinik Linde AG	0
Stiftung für ganzheitliche Medizin	0
Stiftung südhang Klinik für Suchttherapien	0
Klinik Wysshölzli, Marie Sollberger-Stiftung	0
Kurklinik Eden AG	0
Privatklinik Reichenbach b. Meiringen AG	5
Privatklinik Wyss AG	0
PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG	3
Regionalspital Emmental AG, Spital Burgdorf	2
Regionalspital Emmental AG, Spital Langnau	1
Rehaklinik Hasliberg AG	0
Réseau Santé Mentale SA (RSM SA)	0
Hôpital du Jura bernois SA	1
Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern	1
Siloah AG	1
SRO AG, Spital Langenthal	1
Spital STS AG, Spital Thun	4
Spital STS AG, Spital Zweisimmen	0
Spitäler fmi AG, Spital Interlaken	3
Spitäler fmi AG, Spital Frutigen	2
Spitalzentrum Biel AG	10
Stiftung Diaconis	0
Stiftung Klinik Selhofen	0
Lindenhof AG, Spital Lindenhof	5
Lindenhof AG, Spital Sonnenhof	1
Lindenhof AG, Spital Engeried	1
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG	14
andere Anliegen, nicht zuteilbar	51
Total	137

h) Durchschnittlicher Zeitaufwand für die geprüften Fälle

Insgesamt sind 732 Stunden und 45 Minuten für die Bearbeitung der Beanstandungen aufgewendet worden. Pro Fall ergibt dies einen Stundenaufwand von 4 Stunden und 33 Minuten. Es wird auf die nachstehenden Tabellen verwiesen:

71 Fälle aus den Jahren 2012 / 2013 / 2014 / 2015 / 2016

1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Total
166:15	119:00	96:50	53:25	435:30

137 Fälle aus dem Jahr 2017

1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Total
28:15	63:20	91:50	113:50	297:15

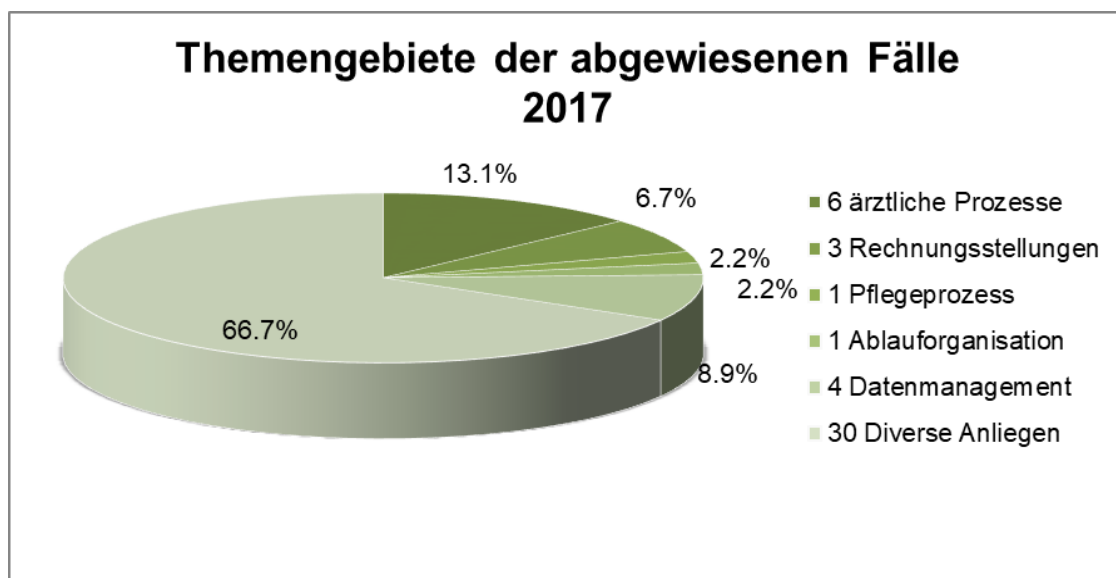
Der Stelleninhaber wird durch eine juristische Mitarbeiterin sowie einer Mitarbeiterin Sekretariat unterstützt. Auch die übrigen Mitarbeiterinnen des Advokatur- und Notariatsbüros helfen bei zeitlicher Dringlichkeit aus.

Die Zunahme der Stunden ergibt sich aus der Zunahme der Fälle, welche bei der Ombudsstelle eingegangen sind. Weiter konnte ein massgebender Teil der Fälle aus den Jahren 2012 bis 2015 erledigt werden.

Die Erfahrung der letzten Jahre zeigte zudem, dass für die Patientinnen und Patienten in einem gemeinsamen und direkten Gespräch mit den jeweiligen Vertretern der Listenspitäler zufriedenstellendere Lösungen gefunden werden konnten. Aus diesem Grund wurden in diesem Jahr vermehrt Mediationen durchgeführt, welche protokolliert wurden. Die sorgfältige Protokollierung bedeutet einen hohen Zeitaufwand.

i) Abgewiesene Fälle

Die 45 abgewiesenen Beanstandungen setzen sich aus folgenden Themengebieten zusammen:



Bei den abgewiesenen Fällen handelt es sich namentlich um ausserkantonale und um rechtliche Anfragen, die nicht in den Wirkungsbereich der Ombudsstelle für das Spitalwesen fallen.

Die abgewiesenen Fälle wurden entweder an Anwältinnen bzw. Anwälte oder an andere Ombudsstelle weiterverwiesen.

4. Beispiele aus der Praxis

a) Beispiel zum ärztlichen Prozess

Gespräch mit den Ärztinnen und Ärzten nach einem Todesfall

Eine Patientin war kurz zuvor während ihres Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik verstorben. Der Ehemann sowie die beiden Söhne hatten - trotz eines bereits erfolgten Gesprächs mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten - nach wie vor einige Fragen zum Tod der Mutter, welche bisher noch nicht hatten geklärt werden können. Die Hinterbliebenen wandten sich an die Ombudsstelle mit der Bitte, sie zu der gemeinsamen Besprechung in der Klinik zu begleiten.

Die Ombudsstelle bat die Familie darum, die noch offenen Fragen zusammenzufassen und schriftlich festzuhalten. Gleichzeitig wandte sie sich an die

psychiatrische Klinik, mit der Bitte um Durchführung einer gemeinsamen Besprechung.

Die Klinik zeigte sich sehr kooperativ und veranlasste, dass an der gemeinsamen Besprechung sämtliche behandelnden Oberärztinnen bzw. Oberärzte sowie der ärztliche Direktor selbst anwesend waren. Aufgrund der bereits durch die Familie vorbereiteten Fragen konnte das Gespräch zielführend geführt werden.

Kommentar der Ombudsstelle:

Für die Familie der verstorbenen Patientin war es wichtig zu wissen, dass an dem Gespräch der Ombudsmann als neutrale Person anwesend war, welcher das Gespräch leitete bzw. medierte. Die Familie hatte so keine Angst, dass sie mit ihren Fragen im gemeinsamen Gespräch mit den Ärztinnen und den Ärzten zu kurz kommen würden.

Unter der Gesprächsleitung des Ombudsmannes erhielten sowohl die Hinterbliebenen wie auch das Spital die Möglichkeit, den Sachverhalt aus ihrer persönlichen bzw. medizinischen Sicht darzustellen. Die Ärztinnen und Ärzte hörten sich die Beanstandungspunkte der Familie an und nahmen sich genügend Zeit, um zu den offenen Fragen der Hinterbliebenen Stellung zu nehmen.

Auf Frage des Ombudsmannes erklärte zudem jede Ärztin bzw. jeder Arzt, welche Bedeutung der Verlust einer Patientin bzw. eines Patienten für sie bzw. für ihn persönlich hat. Für die Hinterbliebenen war diese Frage sehr wichtig, weil sie die Ärztinnen und Ärzte in ihrer eigenen Betroffenheit zeigt.

Dank der Gesprächs- und Kooperationsbereitschaft der psychiatrischen Klinik, konnten die offenen Fragen der Familie beantwortet werden, was für diese in Bezug auf die Trauerarbeit sehr wichtig war. Auch konnten Ergänzungen am ärztlichen Abschlussbericht angebracht werden.

b) Beispiel zum Datenmanagement

Aufnahme Gegendarstellung in die Behandlungsunterlagen

Ein Patient war mit der Diagnose einer Ärztin in den Behandlungsakten nicht einverstanden. Gemäss den Ausführungen des Patienten habe die Ärztin die Diagnose lediglich von einem anderen Arzt übernommen, ohne dass sie selbst aufgrund ihrer Fachdisziplin beurteilen können, ob die Diagnose tatsächlich zutrifft.

Die Ombudsstelle bat die entsprechende Ärztin um Stellungnahme und um Angabe, weshalb die Diagnose in dieser Form in die Behandlungsdokumentation aufgenommen worden war.

Die Ärztin bestätigte, dass sie die Diagnose nicht selbst gestellt hatte, sondern von Ärzten einer anderen Fachdisziplin übernommen hatte. Dies, weil in internistischen Arztberichten Diagnosen sowohl der eigenen Fachdisziplin, aber auch anderer Fachdisziplinen aufgeführt werden, da sämtliche Diagnosen für die Beurteilung des Patienten sowie bezüglich der weiteren Diagnostik und Therapie relevant sein können.

Kommentar der Ombudsstelle:

Bei Arztberichten und Diagnosen handelt es sich um besonders schützenswerte Daten im Sinne von Art. 3 lit. b des kantonalen Datenschutzgesetzes (KDSG; BSG 152.04). Jede Person hat Anspruch darauf, dass unrichtige oder nicht notwendige Personendaten über sie berichtigt oder vernichtet werden. Bestreitet die Behörde die Unrichtigkeit, so hat sie die Richtigkeit der Personendaten zu beweisen. Kann weder die Richtigkeit noch die Unrichtigkeit der Personendaten, insbesondere von solchen, die eine Wertung menschlichen Verhaltens enthalten, bewiesen werden, so kann die betroffene Person verlangen, dass eine angemessene Gegendarstellung aufgenommen wird (Art. 23 KDSG). Das Bundesgericht hat zudem festgehalten, dass Berichtigungen von Einträgen in der Krankengeschichte nur dann verlangt werden können, wenn diese nachweislich falsch oder eindeutig überflüssig seien. Wenn es aber um die Auswahl und Gewichtung von Informationen gehe, kann der Patient keine Berichtigung verlangen, sondern lediglich die Aufnahme einer Gegendarstellung in die Krankengeschichte (Urteil 1P.150/1998).

Vorliegend wurde die Aufnahme der Diagnose in die Krankengeschichte damit begründet, dass diese Vorgehensweise dazu diene, ein Gesamtbild des Patienten zu erhalten und somit auch zu dessen Sicherheit in die Krankenakten aufgenommen worden war. Da weder die Richtigkeit der Diagnose eindeutig belegt noch die Notwendigkeit der Aufnahme in die Krankenakte eindeutig widerlegt werden konnte, wurde im Sinne des Patienten eine Gegendarstellung in die Behandlungsunterlagen aufgenommen.

c) Beispiele zur Ablauforganisation

Eine Patientin musste sich aufgrund einer schweren Erkrankung im Spital stationär behandeln lassen. Nach der Behandlung im Akutspital war ein Rehabilitationsaufenthalt in einer anderen Klinik geplant gewesen. Kurz vor Übertritt in die Klinik wurde die Patientin aus dem Akutspital entlassen, weil diese zum Zeitpunkt der Entlassung nicht mehr als Akutpatientin eingestuft worden war. Die Krankenkasse zog in der Folge die Kostengutsprache für den Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik zurück.

Die Patientin fühlte sich aufgrund der frühzeitigen Entlassung aus dem Spital von diesem im Stich gelassen und als Opfer der Fallpauschalen.

Aus diesem Grund wandte sie sich an die Ombudsstelle mit der Bitte, dass diese ihren Fall der Spitalleitung des entsprechenden Spitals zur Kenntnis bringt.

Auf das Schreiben der Ombudsstelle nahm das Spital daraufhin ausführlich Stellung und teilte mit, dass es aufgrund der heutigen Vorgaben nicht mehr möglich sei, Patientinnen und Patienten länger als nötig auf der Bettenstation zu belassen. Sobald die Voraussetzungen für den Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Spital nicht mehr gegeben seien und eine entsprechende Entlassung vertreten werden könne, würden die Patientinnen und Patienten aus dem Spital austreten. Dies auch dann, wenn sie nicht vollständig genesen seien. Der medizinische Chefarzt bestätigte, dass der Eindruck der Patientin somit leider zutreffend sei.

Die Patientin ergänzte, dass ihr Anspruch nicht darin gelegen habe, dass sie vollständig genesen aus dem Spital entlassen werde, sondern zumindest in einem Zustand, in welchem sie sich zu Hause hätte selber versorgen können. Dies sei vorliegend nicht der Fall gewesen.

Kommentar der Ombudsstelle:

Als Folge der steigenden Rendite- und Budget-Vorgaben sind die Ärztinnen und Ärzte gehalten, Patientinnen und Patienten, welche die Voraussetzungen eines Aufenthaltes auf der Bettenstation nicht mehr erfüllen, aus dem Spital zu entlassen. Hinzu kommt die Auflage der Krankenversicherungen, dass diese die Kosten für eine Rehabilitation nur übernehmen, wenn die Rehabilitation nahtlos auf einen stationären Aufenthalt erfolgt.

Aufgrund des finanziellen Drucks seitens der Spitäler sowie der Kostenregelung der Krankenversicherung kommt es in Fällen wie dem vorliegenden vor, dass der Aufenthalt einer Patientin nicht bis zum Übertritt in eine Rehabilitationsklinik verlängert werden kann und die Patientin ohne Rehabilitation nach Hause entlassen und dort auf Pflege durch Dritte angewiesen ist.

Die ständig wachsenden Rendite- und Budget-Vorgaben können somit in Fällen wie dem vorliegenden zu einer Qualitätsverschlechterung in der Betreuung der Patienten und Patientinnen führen.

d) Beispiel zur Rechnungsstellung

Eine Patientin hat sich in einem Spital einer Behandlung unterzogen. Die Rechnung für die Behandlung wurde direkt an die zuständige Krankenversicherung weitergeleitet. Die Krankenkasse hat die Rechnung daraufhin bezahlt und der Patientin den durch sie zu tragenden Anteil in Rechnung gestellt. Bei Durchsicht der bereits durch die Krankenkasse bezahlten Rechnung kam die Patientin zum Schluss, dass sie mit einem Kostenpunkt nicht einverstanden

war. Da ihr jedoch keine Kopie der Rechnung zugeschickt worden war, konnte sie die Unstimmigkeit erst jetzt - nach Bezahlen der Rechnung - feststellen. Auf Frage der Ombudsstelle hat das Spital mitgeteilt, dass den Patientinnen und Patienten nicht automatisch eine Rechnungskopie zugestellt werde, dies aber auf Wunsch möglich sei und ein entsprechender Vermerk nun für die Patientin so hinterlegt worden sei.

Kommentar der Ombudsstelle:

Gemäss Art. 42 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist.

Entgegen der klaren gesetzlichen Grundlage wird somit der Patientin bzw. dem Patienten nur auf ausdrücklichen Wunsch eine Kopie der Rechnung zugestellt. Dies ist insofern problematisch, da die Überprüfung der Rechnung nur durch die Patientin bzw. den Patienten sichergestellt werden kann, denn nur sie bzw. er weiss, ob namentlich die Anzahl Konsultationen richtig in Rechnung gestellt worden ist. Entsprechend kann auch nur die Patientin bzw. der Patient allfällige Fehler in der Rechnung erkennen.

Aus patientenrechtlicher Sicht hat die Ombudsstelle deshalb gemäss Art. 9 Abs. 1 der Spitalversorgungsverordnung (SpVV; BSG 812.112) die Empfehlung ausgesprochen, dass den Patientinnen und Patienten gemäss den gesetzlichen Vorgaben jeweils automatisch eine Kopie der an die Krankenkasse verschickten Rechnung zugestellt werden soll.

e) Beispiel zum Pflegeprozess

Es gab keinen nennenswerten Fall zum Pflegeprozess.

f) Beratung, Externe Anliegen, Diverses

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

5. Dank

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

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

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

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

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

