

Jahresbericht

2023



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

Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern

Ombudsperson	Roman Manser, Fürsprecher, Notar, Mediator SAV/SKWM/FSM
Stellvertretung	Ladina Manser, Juristin, Mediatorin FSM
Adresse (gültig bis 31.12.2023)	Schloss-Strasse 1, 2560 Nidau
☎ (gültig bis 31.12.2023)	032 331 24 24
@ (gültig bis 31.12.2023)	info@ombudsstelle-spitalwesen.ch
Web (gültig bis 31.12.2023)	www.ombudsstelle-spitalwesen.ch
Öffnungszeiten	Montag bis Freitag 08:00 Uhr bis 12:00 Uhr 14:00 Uhr bis 17:00 Uhr

Nidau, 29. Februar 2024

Inhaltsverzeichnis

1.	ÜBERBLICK	2
2.	APERÇU	5
3.	RECHENSCHAFTSBERICHT	8
a)	LEISTUNGSSTATISTIK	8
b)	ART DER PRÜFUNG	9
c)	AUSGANG DER FÄLLE	10
d)	THEMENGEBiete	11
e)	JAHRESVERTEILUNG NACH ABSCHLÜSSEN	14
f)	VERGLEICH DER FALLZAHLEN GEGENÜBER DEN VORJAHREN	15
g)	VERTEILUNG AUF DIE INSTITUTIONEN	16
h)	DURCHSCHNITTLICHER ZEITAUFWAND FÜR DIE GEPRÜFTEN FÄLLE	17
i)	ABGEWIESENE FÄLLE	17
4.	AUSWERTUNG DER ABSCHLUSSBÖGEN/ABBILDUNG PATIENTEN-ZUFRIEDENHEIT	18
a)	ZUM VERLAUF DES OMBUDSVERFAHRENS	19
b)	ZUM ERGEBNIS DES OMBUDSVERFAHRENS	19
c)	ZU DEN WIRKUNGEN, DIE DAS OMBUDSVERFAHREN AUF DIE PATIENTIN/DEN PATIENTEN HATTE	20
d)	WAS WÄHREND DES OMBUDSVERFAHRENS ALS BESONDERS HILFREICH EMPFUNDEN WURDE	20
5.	BEISPIELE AUS DER PRAXIS	21
a)	BEISPIELE ZUM ÄRZTLICHEN PROZESS	21
b)	BEISPIELE ZUM DATENMANAGEMENT	23
c)	BEISPIELE ZUR ABLAUFORGANISATION	23
d)	BEISPIELE ZUR RECHNUNGSSTELLUNG	25
e)	BEISPIELE ZUM PFLEGEPROZESS	26
f)	BERATUNG, EXTERNE ANLIEGEN, DIVERSES	27
6.	DANK	28

1. Überblick

Rückblick auf 15 Jahre Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern

Die ersten fünfzehn Jahre

Seit der Einführung der Ombudsstelle des Spitalwesen im Jahre 2008 hat sich unsere Institution im Kanton Bern als einzigartige und unverzichtbare Einrichtung für die Belange der Patientenrechte und der Vermittlung im Gesundheitswesen etabliert. Diese Einzigartigkeit spiegelt sich in unserem umfassenden Angebot, unserer gesetzlichen Verankerung und der konstruktiven Zusammenarbeit mit den Listenspitäler und Institutionen wider.

Nun ist es an der Zeit, das Zepter in jüngere Hände zu geben. Ende 2023 ist der Leistungsvertrag ausgelaufen, ohne dass wir uns nochmals für weitere vier Jahre beworben hätten. Neu führt Frau lic. iur Fürsprecherin Ursula Theiler die Ombudsstelle. Wir wünschen ihr viel Erfolg und Zufriedenheit bei dieser Tätigkeit.

Die nachfolgenden Bemerkungen unterstreichen die Schlüsselemente unserer Arbeit und den Mehrwert, den wir sowohl für die Patientinnen und Patienten wie auch für die Listeninstitutionen schaffen konnten.

Unabhängigkeit und Selbstständigkeit

Die Ombudsstelle wurde von Beginn an mit einer klaren Vision und Aufgabe ins Leben gerufen: das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die somatischen und psychiatrischen Listenspitäler, die Listengeburtshäuser und die Leistungserbringer des Rettungswesens zu stärken. Dank eines Leistungsvertrages mit dem Kanton Bern arbeitet die Ombudsstelle unabhängig von den Listeninstitutionen. So waren wir in der Lage, die Ombudsstelle selbstständig aufzubauen und unsere Arbeit frei zu gestalten. Im Gegensatz zu anderen Ombudsstellen sind wir keinem Arbeitgeber verpflichtet können als neutrale und unparteiische Anlaufstelle agieren. Für die Patientinnen und Patienten sowie das Gesundheitssystem des Kantons Bern ist das ein unschätzbarer Wert.

Zusammenarbeit mit den Direktionen der Listenspitäler

Die Ombudsstelle verhandelt auf Stufe Direktion mit den Listeninstitutionen des Kantons Bern. Diese Institutionen erkennen die Bedeutung der Ombudsstelle und

arbeiten konstruktiv mit uns zusammen. Diese produktive Kooperation ist teilweise auch der gesetzlichen Verankerung der Ombudsstelle geschuldet, die eine solide Grundlage für unsere Tätigkeit bietet. Unsere Unabhängigkeit und der klare Auftrag, Beanstandungen nach Recht und Billigkeit zu klären, fördert das Vertrauen in unsere Arbeit und ermöglicht es uns, effektiv zu vermitteln und Lösungen im Sinne der Patientinnen und Patienten wie auch der Institutionen zu finden. Bei der Lösungssuche sind zwei Elemente zentral: das Vorgehen nach meditativen Regeln und eine sorgfältige Protokollführung. Zudem besteht eine strenge Rapportierungspflicht gegenüber dem Kanton Bern. Wir verweisen auf die jährliche Berichterstattung.

Erreichbarkeit und Präsenzbereitschaft

Das Gesetz verlangt für uns eine hohe Arbeits- und Präsenzbereitschaft, um sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten jederzeit Unterstützung finden können. Die Möglichkeit, jeden Werktag die Ombudsstelle anzurufen und Rat sowie Unterstützung zu erhalten, ist ein wesentlicher Bestandteil unseres Angebotes. Diese ständige Erreichbarkeit gewährleistet, dass die Anliegen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten unverzüglich adressiert werden können, was in kritischen Situationen oft entscheidend ist.

Unsere Bilanz nach 15 Jahren

Die Ombudsstelle hat sich in den letzten 15 Jahren als Beratungs- und Vermittlungsstelle im Berner Gesundheitswesen etabliert. Zahlreiche Fälle konnten in den vergangenen 15 Jahren unterschwellig und zur Zufriedenheit sämtlicher Beteiligten abgeschlossen werden. Dies nicht zuletzt, weil mithilfe der Ombudsstelle nicht nur Lösungen nach Recht, sondern auch nach Billigkeit gefunden wurden. Die Unabhängigkeit und gesetzliche Verankerung der Ombudsstelle sowie die konstruktive Zusammenarbeit mit den Listenspitalern ermöglicht es, effektiv zu agieren und einen bedeutenden Beitrag zur Verbesserung des Verständnisses zwischen den Patientinnen und Patienten sowie den Listeninstitutionen zu leisten und damit das gegenseitige Vertrauen zu stärken.

Das Berichtsjahr weist im Gegensatz zum Jahr 2022 eine Abnahme von vier Fällen auf (142 Fälle im Vergleich zu 146 Fällen). Die zeitliche Beanspruchung der Ombudsstelle betrug im Jahr 2023 aufgerundet 674.50 Stunden im Gegensatz zum Jahr

2022, in welchem rund 587 Stunden rapportiert wurden. Über die Falleingänge und deren Erledigung informiert die nachfolgende Statistik.

Berichterstattung

Der vorliegende Jahresbericht besteht aus einem Rechenschaftsbericht, der Auswertung der Abschlussbögen sowie Beispielen aus ausgewählten Praxisfällen.

Die Fälle gliedern sich nach folgenden Themen:

- ärztlicher Prozess
- Datenmanagement
- Ablauforganisation
- Rechnungsstellung
- Pflegeprozesse
- Beratung/Externe Anliegen/Diverses

Insgesamt wurden im Berichtsjahr 142 Beanstandungen entgegengenommen. Die Fälle wurden mit einer Kurzberatung, mit einer eingehenden Beratung oder mit einer Mediation behandelt bzw. abgeschlossen.

Von den 142 eingegangenen Beanstandungen sind 48 Fälle infolge Unzuständigkeit nicht weiterverfolgt worden. Bei diesen Fällen handelte es sich namentlich um haftpflichtrechtliche Anliegen, Fragen betreffend ausserkantonale Spitäler bzw. private Arztpraxen oder um Anfragen betreffend die Krankenkasse oder das Pflegeheim. Diese Anfragen fallen in den Kompetenzbereich von anderen Ombudsstellen oder sind mit Hilfe einer Anwältin bzw. eines Anwalts geltend zu machen. 94 Fälle wurden durch die Ombudsstelle geprüft.

Von den 94 Fällen bearbeiteten Fällen wurden 74 mittels einer Kurzberatung, 17 mit einer eingehenden Beratung und drei mittels einer Mediation behandelt bzw. abgeschlossen. Die 17 noch nicht erledigten Fälle aus den Jahren 2022 sind in dieser Statistik nicht berücksichtigt. Zu diesen 17 Fällen lässt sich ergänzend sagen, dass sie im Berichtsjahr mit vier Kurzberatungen, 11 eingehenden Beratungen sowie zwei Mediationen abgeschlossen wurden.

Das Gesundheitsamt wurde in anonymisierter Form über Todesfälle, welche im Zusammenhang mit den Beanstandungen standen, informiert.

35,11% der Beanstandungen betrafen den ärztlichen Prozess, 27,66% die Ablauforganisation, gefolgt von 20,21%, welche die Rechnungsstellung betrafen. 14,89% der Beanstandungen erfolgten in Bezug auf das Datenmanagement. Je 1,06% bezogen sich auf den Pflegeprozess und auf anderweitige Anliegen.

2. Aperçu

Regard sur 15 ans d'existence de l'Office de médiation pour le secteur hospitalier du canton de Berne

Les premières quinze années

Depuis la création de l'Organe de médiation du secteur hospitalier en 2008, notre institution s'est établie dans le canton de Berne comme une entité unique et indispensable pour les questions relatives aux droits des patients et à la médiation dans le secteur de la santé. Cette unicité se reflète dans notre offre complète, notre ancrage légal et notre collaboration constructive avec les hôpitaux répertoriés et les institutions.

Il est maintenant temps de passer le flambeau à une nouvelle génération. À la fin de l'année 2023, notre contrat de prestations est arrivé à son échéance, sans que nous ayons à nouveau posé notre candidature pour cinq années supplémentaires. Désormais, c'est Mme Ursula Theiler, licenciée en droit et avocate, qui dirigera l'Organe de médiation. Nous lui souhaitons beaucoup de succès et de satisfaction dans cette activité.

Les remarques suivantes soulignent les éléments clés de notre travail et la valeur ajoutée que nous avons pu créer, tant pour les patientes et les patients que pour les institutions de liste.

Indépendance et autonomie

L'Organe de médiation pour le secteur hospitalier a été créé dès le départ avec une vision et une mission claire : renforcer la confiance des patientes et des patients dans les hôpitaux somatiques et psychiatriques répertoriés, dans les maisons de naissance répertoriées et dans les prestataires de services de sauvetage. Grâce à un contrat de prestation qui met l'accent sur l'indépendance de l'Organe de médiation hospitalier, nous avons été en mesure de le mettre en place de manière autonome

et de faire notre travail en toute liberté. Contrairement à d'autres organes analogues, nous n'avons aucune obligation envers un employeur et pouvons agir en tant que point de contact neutre et impartial. Pour les patients et le système de santé du canton de Berne, ce fait représente une valeur inestimable.

Collaboration avec les directions des hôpitaux répertoriés

L'Organe de médiation négocie au niveau de la direction avec les institutions de liste du canton de Berne. Les hôpitaux reconnaissent l'importance de l'Organe de médiation et collaborent de manière constructive avec nous. Cette coopération productive est en partie due à l'ancrage légal de l'Organe de médiation qui offre une base solide à notre activité. Notre indépendance et le mandat sans équivoque de clarifier les contestations selon les règles du droit et de l'équité favorisent la confiance dans notre travail et nous permettent d'assumer un rôle de médiateur efficace et de trouver des solutions dans l'intérêt des patients ainsi que des institutions concernées. Deux éléments sont essentiels dans la recherche d'une solution : la procédure selon les règles de médiation ainsi que la tenue minutieuse et soignée des procès-verbaux. De plus, il existe une obligation stricte de déclaration au canton de Berne. Pour plus de détails, nous vous renvoyons au rapport annuel.

Accessibilité et disponibilité

La loi exige de nous une grande disponibilité et une grande capacité de travail pour garantir que les patientes et les patients puissent se prévaloir à tout moment du soutien de notre institution. La possibilité d'appeler l'Organe de médiation tous les jours ouvrables pour obtenir des conseils et du soutien est un élément essentiel de notre offre. Cette disponibilité permanente assure que les souhaits et les préoccupations des patientes et des patients soient adressés sans délai, ce qui est souvent décisif dans des situations critiques.

Notre bilan après 15 ans

Au cours des 15 dernières années, l'Organe de médiation pour le secteur hospitalier du canton de Berne s'est établi comme service de conseil et de médiation dans le secteur de la santé bernois. Au cours des 15 dernières années, de nombreux cas ont pu être réglés de manière informelle et à la satisfaction de toutes les parties concernées. Et ce notamment parce que l'Organe de médiation pour le secteur hospitalier a permis de trouver des solutions non seulement en droit, mais aussi en équité.

L'indépendance et l'ancrage légal ainsi que la collaboration constructive avec les institutions de liste répertoriés permettent d'agir efficacement et d'apporter une contribution significative à l'amélioration de la compréhension entre les patients et les institutions répertoriées et de renforcer ainsi la confiance mutuelle.

Contrairement à l'année 2022, l'année de référence enregistre une baisse de quatre cas (soit 142 cas contre 146). Le temps consacré par l'organe de médiation en 2023 s'élève à 675 heures en chiffres ronds, contre 587 heures en 2022. La statistique suivante livre une information sur les différents cas présentés et sur leur résolution.

Rapport

Le présent rapport annuel se compose du compte-rendu de la statistique des prestations, de l'évaluation des questionnaires ainsi que du rapport sur les cas pratiques.

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, 142 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 142 contestations, 48 d'entre elles ont été refusées pour incompétence. Ces 48 contestations n'ont pas pu être attribuées à un hôpital, car ils concernaient des questions de droit de la responsabilité civile, des demandes relatives à des hôpitaux hors canton ou des cabinets médicaux privés, ou encore des cas relevant du domaine de compétence d'autres organes de médiation.

Sur les 94 contestations qui ont été examinées, 74 ont été réglées ou traitées grâce à des consultations brèves, 17 grâce à consultations approfondies, et trois par le biais d'une médiation. Les cas en suspens concernant les années 2022 ne sont pas pris en compte par cette statistique. En ce qui concerne ces dernières, on peut dire

qu'elles ont été terminées par quatre consultations brèves, 11 consultations approfondies ainsi que deux médiations.

L'Office de la santé a par ailleurs été informé sous forme anonyme des décès survenus dans le cadre de ces contestations.

35,11% des plaintes déposées concernaient le processus médical, 27,66% l'organisation des interventions, suivis de 20,21% concernant la facturation. De plus, 14,89% des contestations concernaient la gestion des données, 1,06% le processus de soins et 1,06% des plaintes restantes concernaient d'autres questions.

3. Rechenschaftsbericht

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

Dabei weist sie insbesondere eine Leistungsstatistik (vgl. Ziffer 3) sowie ausgewählte anonymisierte Fälle zur Veranschaulichung vor (vgl. Ziffer 5). Zudem werden ausgewählte Fragen aus den Abschlussbögen, welche durch die Patientinnen und Patienten nach Abschluss der Beanstandung ausgefüllt werden, in einer Statistik dargestellt (vgl. Ziffer 4).

a) Leistungsstatistik

Insgesamt wurden 142 Neuzugänge geprüft, wobei die Ombudsstelle in 48 Fällen nicht zuständig war (vgl. Ziffer 3i).

Ende des Berichtsjahrs waren neun Fälle des laufenden Jahres hängig.

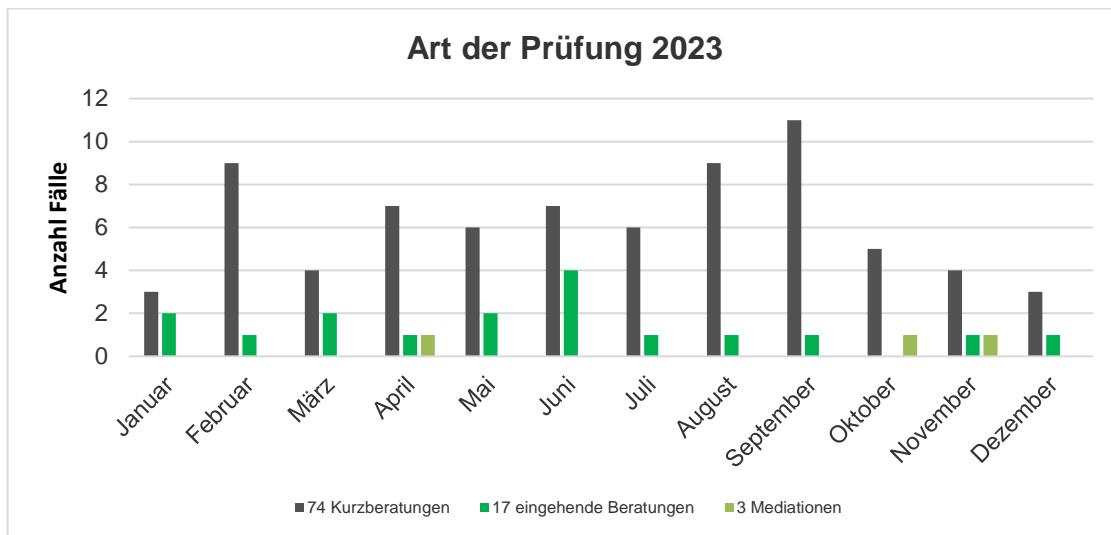
Folgende Leistungsstatistik zeigt die geprüften und abgewiesenen Fälle für das Jahr 2023 in der Übersicht:



b) Art der Prüfung

Die Beanstandungen werden in Form einer Kurzberatung, einer eingehenden Beratung oder mittels einer Mediation behandelt. Kurzberatungen erfolgen telefonisch und werden in der Regel nach einem einmaligen Gespräch abgeschlossen. Unter eingehender Beratung fallen grundsätzlich die Kontaktaufnahme mit der betroffenen Institution zwecks Abklärung des Sachverhalts und Einholen einer Stellungnahme. Eine Mediation wird durchgeführt, wenn im Beisein des Ombudsmanns zwischen der Patientin oder dem Patienten und den Verantwortlichen der Institutionen ein Gespräch stattfindet. Aufgabe des Ombudsmanns ist es, die Gespräche zu leiten und für einen Ausgleich der Informationen und der Redezeit zu sorgen. Die Gespräche werden protokolliert. Das Protokoll wird den Gesprächsbeteiligten im Anschluss zugestellt.

Die folgende Tabelle zeigt die monatlichen Falleingänge und deren Art der Bearbeitung auf, verteilt auf die Monate des Berichtsjahres:



Insgesamt wurden 74 Beanstandungen mittels einer Kurzberatung erledigt.

Bei 17 Beanstandungen fand eine eingehende Beratung statt.

Eine Mediation zwischen der Direktion bzw. den Chefärztinnen der betroffenen Spitäler und dem Patienten gab es in drei Fällen.

Die 17 noch nicht erledigten Fälle aus den Jahren 2022 sind in dieser Statistik nicht berücksichtigt. Zu diesen lässt sich ergänzend sagen, dass sie mit vier Kurzberatungen, 11 eingehenden Beratungen sowie zwei Mediationen abgeschlossen wurden.

c) Ausgang der Fälle

Die Beanstandungen werden als «einvernehmlich», als «nicht einvernehmlich» oder als «einvernehmlich/keine Reaktion» abgeschlossen. Fälle, die noch nicht abgeschlossen sind, gelten als «offen».

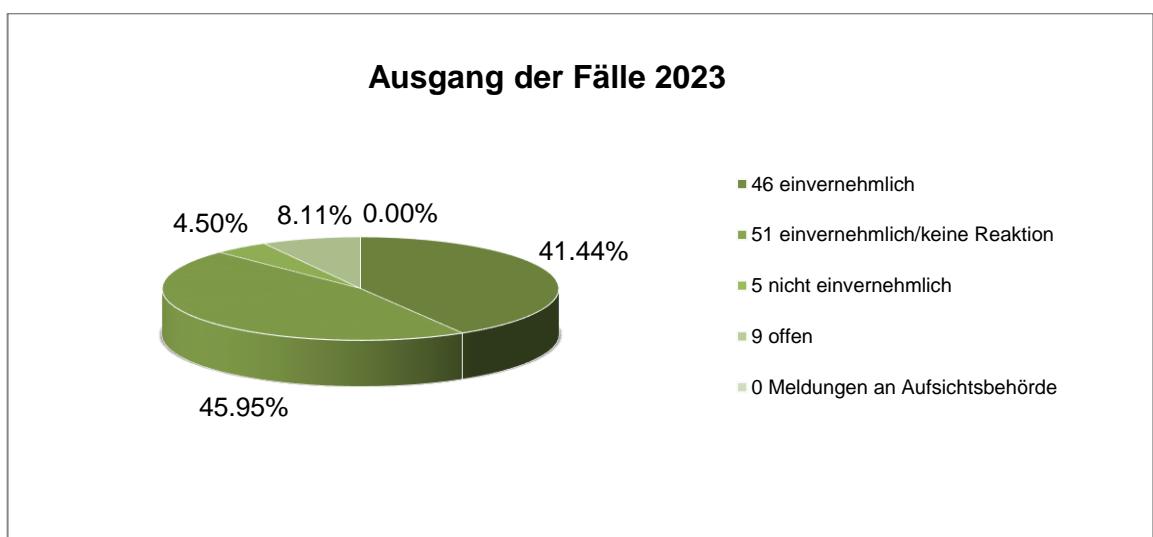
Als «einvernehmlich» abgeschlossen gelten jene Fälle, in welchen sich die Patientin bzw. der Patient und die Institution einigen konnten. Als «einvernehmlich/keine Reaktion» abgeschlossen gilt, wenn die Patientin oder der Patient sich nach der telefonischen Kurzberatung nicht mehr meldet, weil sie bzw. er sich nach Beratung durch die Ombudsstelle selbstständig mit den Institutionen einigen konnte. Bei «nicht einvernehmlich» abgeschlossenen Fällen konnte sich die

Institution und die Patientin bzw. der Patient nicht einigen. Gegebenenfalls spricht die Ombudsstelle bei Abschluss des Dossiers eine Empfehlung aus.

Insgesamt waren Ende des Berichtsjahres neun Fälle aus dem Jahr 2023 offen.

Fünf Fälle konnten nicht einvernehmlich abgeschlossen werden (inkl. zwei Fälle aus dem Vorjahr). Es erfolgte keine Meldung an die Aufsichtsbehörde.

Im Berichtsjahr wurden die Fälle (inkl. jene der Vorjahre) wie folgt abgeschlossen:



d) Themengebiete

Die einzelnen Themengebiete beinhalten unter anderem:

- ärztlicher Prozess: ärztliche Aufklärung
ärztliche Interaktion
ärztliche Fachkompetenz
- Datenmanagement: Umgang mit der Krankengeschichte
Versand von Rechnungskopien
- Ablauforganisation: Wartezeiten auf Behandlung und auf Operation
Aufenthaltsdauer im Spital
Besuchszeiten in der Institution
Ablauf in Bezug auf fürsorgerische Unterbringung
- Rechnungsstellung: zu hohe Rechnungen
unverständliche Rechnungen

- Pflegeprozess: pflegerische Interaktion
pflegerische Fachkompetenz
pflegerische Aufklärung
- Beratung / Externe Beratung ohne Beschwerdewert
Anliegen / Diverses: Anfrage von Medien

Die Mehrheit der Beanstandungen betraf in diesem Jahr den ärztlichen Prozess, gefolgt von der Ablauforganisation sowie der Rechnungsstellung. Die Beanstandungen der Patientinnen und Patienten betrafen unter anderem die folgenden Punkte:

Ärztlicher Prozess:

- fehlende Aufklärung nach Komplikationen während der Behandlung;
- fehlende ärztliche Ansprechperson während des stationären Aufenthalts;
- fehlende Absprache mit der Patientin betreffend Medikamentenunverträglichkeit;
- keine Kontaktaufnahme des Arztes mit dem Patienten nach der Operation;
- fehlende Kommunikation mit der Ärztin anlässlich der Arztvisite im Spital;
- Behandlung zu wenig verständlich erklärt;
- unfreundliche Behandlung durch Arzt;
- gesundheitliche Beschwerden und psychische Verfassung durch Ärztin zu wenig ernst genommen;
- Beschwerden in der Notfallaufnahme nicht ernst genommen.

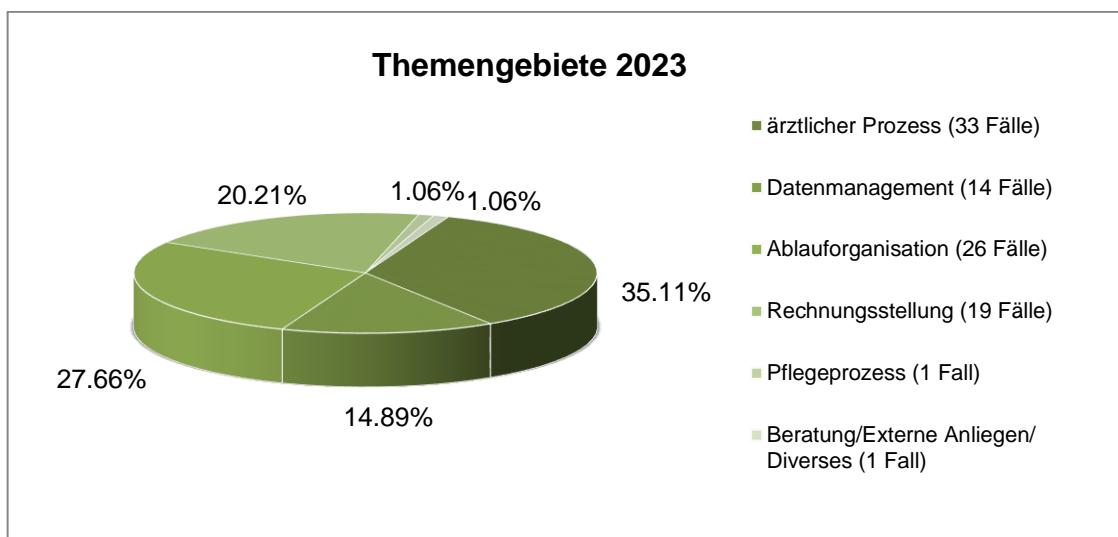
Ablauforganisation:

- Entlassung aus der Notfallaufnahme trotz starker Schmerzen;
- fehlende Kontaktmöglichkeiten von Angehörigen mit Patientin in einer psychiatrischen Klinik;
- zu geringe Aufklärung betreffend Anfechtung fürsorgerische Unterbringung;
- fehlende Therapie während des stationären Klinikaufenthalts;
- zu langsame Reaktion des Rettungsteams;
- verzögerte Überweisung in ein spezialisiertes Spital.

Rechnungsstellung:

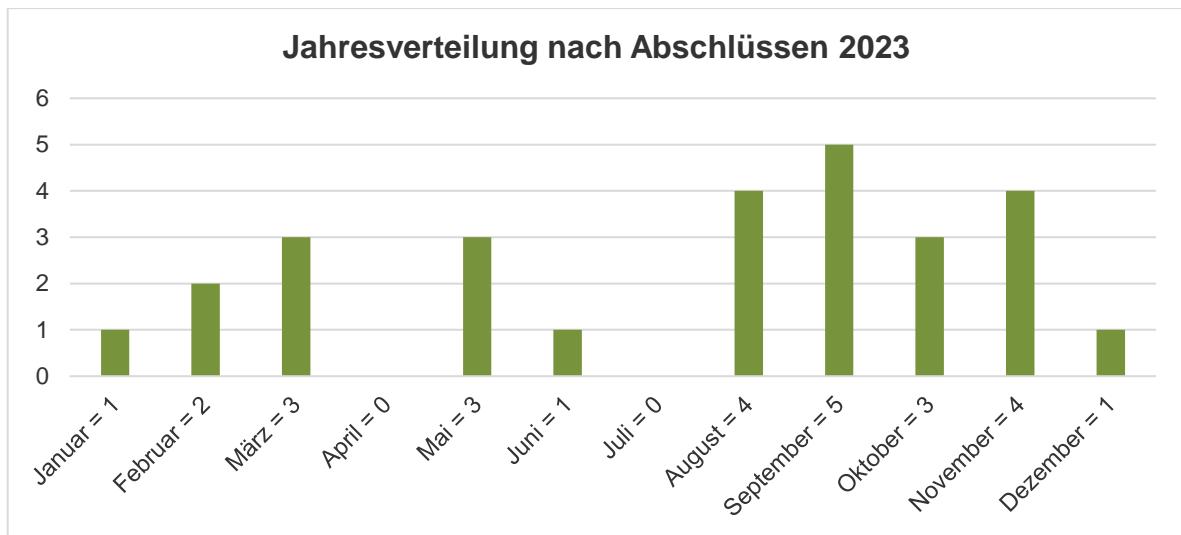
- tatsächliche Kosten stimmen nicht mit Kostenvoranschlag überein;
- Rechnung unverständlich;
- Rechnung sei optimiert worden;
- Rechnung aufgrund des Abrechnungssystems nicht nachvollziehbar;
- fehlende wirtschaftliche Aufklärung vor Durchführung der Operation;
- zu spät erfolgtes Gesuch um Kostengutsprache;
- unverständlich hohe Kosten aufgrund von unnötigen Behandlungsschritten;
- Kostentragungspflicht wegen zu später Rückmeldung der Unfallversicherung;
- unklare Kostengutsprache bzw. «Wartebrief» der Unfallversicherung.

Die Falleingänge nach Themengebiet ergeben für das Berichtsjahr folgende Statistik:



e) Jahresverteilung nach Abschlüssen

Jene Fälle, welche über eine telefonische Kurzberatung hinausgingen bzw. für welche die Ombudsstelle ein Dossier eröffnete, wurden, verteilt auf die entsprechenden Monate und inklusive der noch offenen Fälle aus den Vorjahren, im Berichtsjahr wie folgt abgeschlossen:



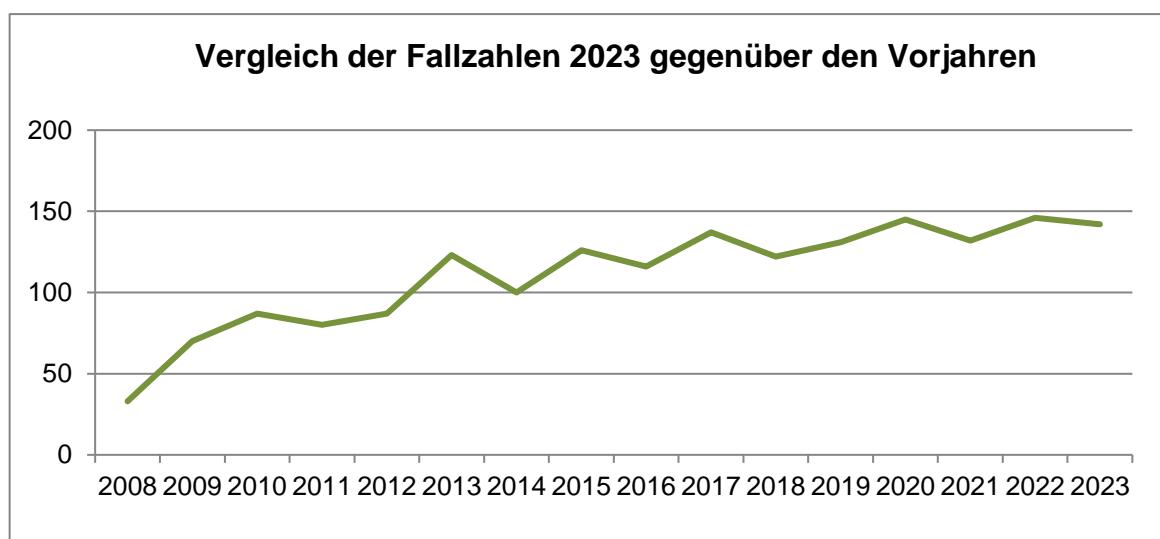
Der Abschluss erfolgt mit einem Schlussbrief sowohl an die Patientin bzw. den Patienten sowie auch an die betroffene Institution (zusammen mit einer allfälligen Empfehlung). Danach werden die Fälle archiviert.

Das kantonale Datenschutzgesetz findet Anwendung.

f) Vergleich der Fallzahlen gegenüber den Vorjahren

Die folgenden Statistiken zeigen den Verlauf der jährlichen Eingänge der Beanstandungen seit Aufnahme der Ombudsstelle im Jahr 2008:

Jahr	Anzahl Falleingänge
2008	33
2009	70
2010	87
2011	80
2012	87
2013	123
2014	100
2015	126
2016	116
2017	137
2018	122
2019	131
2020	145
2021	132
2022	146
2023	142



g) Verteilung auf die Institutionen

Von den eingegangenen 142 Beanstandungen konnten 105 eindeutig einer der folgenden Institutionen zugeordnet werden:

Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi	1
Fürsorgeverein Bethesda Tschugg	1
Geburtshaus Luna AG	0
Geburtshaus Maternité Alpine	0
Gesundheitszentrum Schönberg Gunten AG	0
Hirslanden Bern AG, Hirslanden Salem-Spital	2
Hirslanden Bern AG, Hirslanden Klinik Beau-Site	3
Hirslanden Bern AG, Hirslanden Klinik Permanence	0
Hirslanden Klinik Linde AG	4
Hôpital de Moutier SA	0
Hôpital du Jura bernois SA	0
Insel Gruppe AG, Inselspital, Universitätsspital Bern	15
Insel Gruppe AG, Spital Aarberg	1
Insel Gruppe AG, Spital Münsingen	3
Insel Gruppe AG, Spital Riggisberg	0
Insel Gruppe AG, Spital Tiefenau	1
Klinik Hohmad AG	0
Klinik SGM Langenthal	0
Klinik Wysshölzli, Marie-Sollberger Stiftung	0
Kurklinik Eden	0
Lindenhof AG, Spital Lindenhof	7
Lindenhof AG, Spital Sonnenhof	0
Lindenhof AG, Spital Engeried	1
PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG	7
Rehaklinik Hasliberg AG	1
Privatklinik Reichenbach b. Meiringen AG, Privatklinik Meiringen	6
Privatklinik Wyss AG	3
Spital Emmental AG, Standort Burgdorf	3
Spital Emmental AG, Standort Langnau	1
Soteria Bern	0
Siloah AG	0
SRO AG, Spital Langenthal	4
Spital STS AG, Spital Thun	11
Spital STS AG, Spital Zweisimmen	0
Spitäler fmi AG, Spital Interlaken	3
Spitäler fmi AG, Spital Frutigen	0
Spitalzentrum Biel AG	16
Stiftung Diaconis	0
Stiftung Klinik Selhofen	1
Stiftung Südhang, Klinik für Suchttherapie	0
Swiss Medical Network Hospitals SA	2
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG	8
Andere Institutionen, nicht zuteilbar	37
Total	142

h) Durchschnittlicher Zeitaufwand für die geprüften Fälle

Insgesamt wurden 674 Stunden und 50 Minuten für die Bearbeitung sämtlicher Beanstandungen aufgewendet. Pro Fall ergibt dies einen durchschnittlichen Stundenaufwand von vier Stunden und 14 Minuten. Es wird auf die nachstehenden Tabellen verwiesen:

17 Fälle aus dem Jahr 2022:

1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Total
73:10	62:30	43:30	13:30	192:40

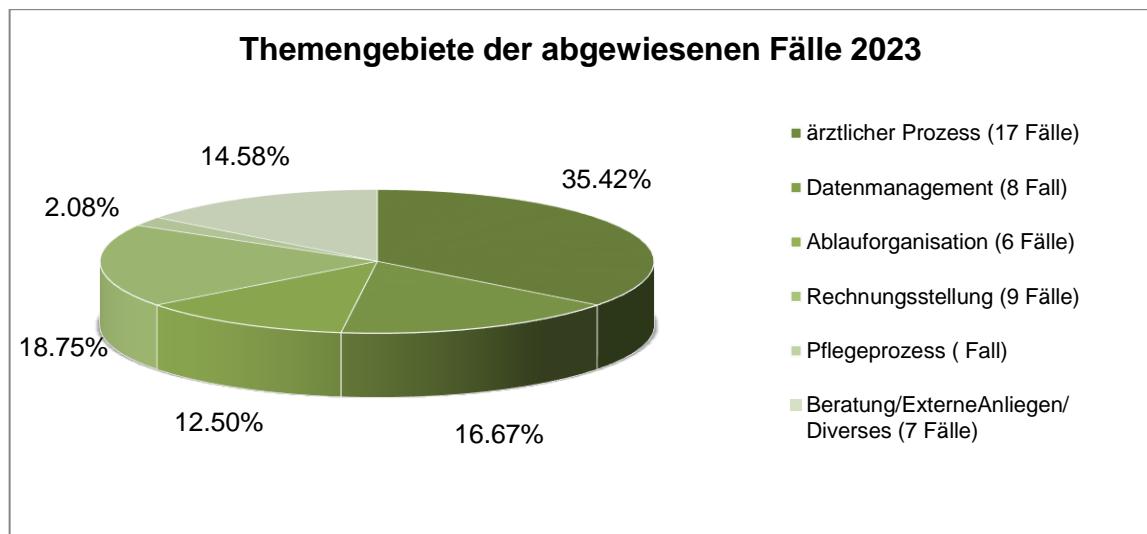
142 Fälle aus dem Jahr 2023:

1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Total
61:00	86:15	128:00	206:55	482:10

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

i) Abgewiesene Fälle

Die 48 abgewiesenen Beanstandungen infolge Unzuständigkeit der Ombudsstelle setzen sich aus folgenden Themengebieten zusammen:



Bei den abgewiesenen Fällen handelt es sich namentlich um Anfragen, welche ein ausserkantonales Spital bzw. eine private Arztpraxis betrafen oder in den Kompetenzbereich einer anderen Ombudsstelle fielen.

4. Auswertung der Abschlussbögen/Abbildung Patientenzufriedenheit

Nach Beendigung der Beanstandung - sofern diese über eine Kurzberatung hinausgeht - lässt die Ombudsstelle den Patientinnen und Patienten jeweils einen Abschlussbogen zukommen. Der Abschlussbogen dient der Qualitätskontrolle der Ombudsstelle.

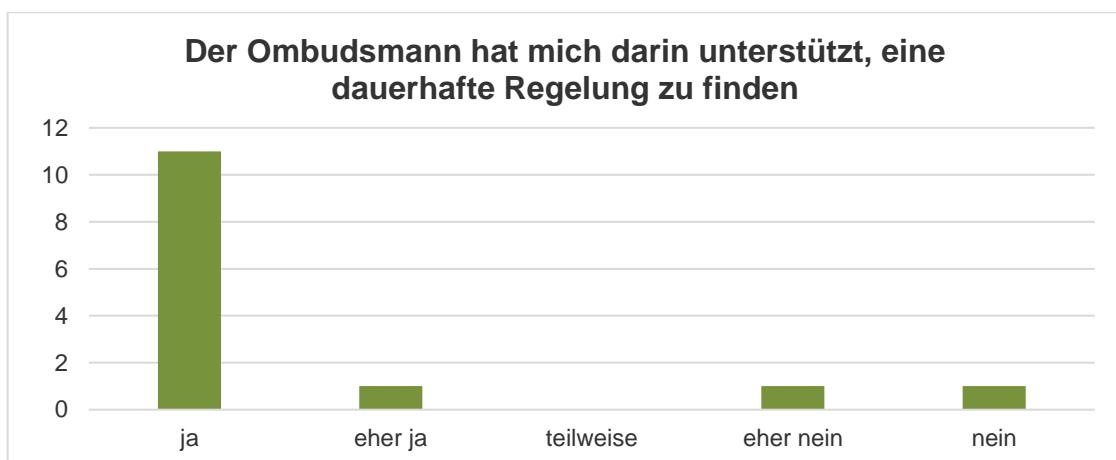
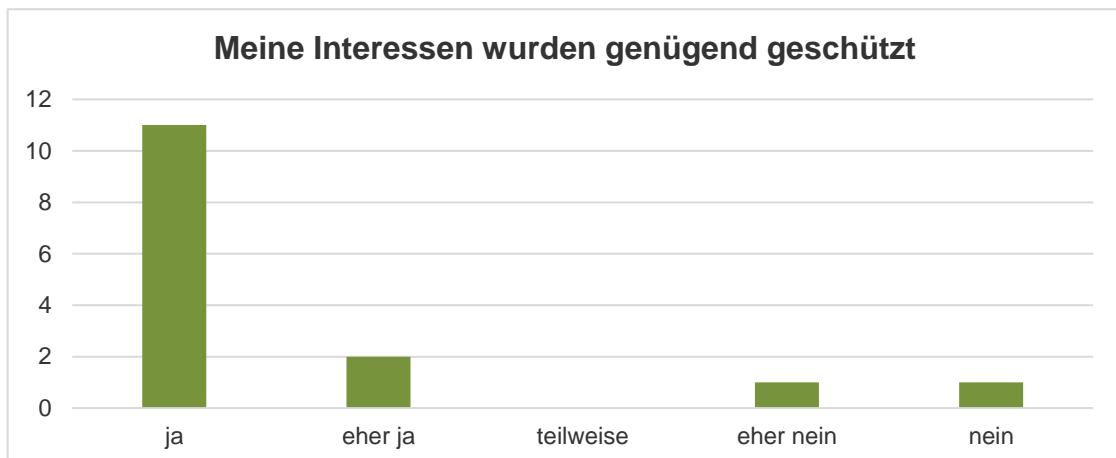
Der Abschlussbogen umfasst zwei Seiten. Die verschiedenen Fragen werden mit «ja», «eher ja», «teilweise», «eher nein» und «nein» beantwortet. Folgende Bereiche sind zu evaluieren:

1. Betroffener Bereich der Patientenrechte (entsprechend den Themengebieten, vgl. Ziffer 3 d) hievor);
2. Zum Verlauf des Ombudsverfahrens;
3. Zum Ergebnis des Ombudsverfahrens;
4. Zu den Wirkungen, die das Ombudsverfahren auf die Patientin/den Patienten persönlich hatte;
5. Was während des Ombudsverfahrens als besonders hilfreich empfunden wurde.

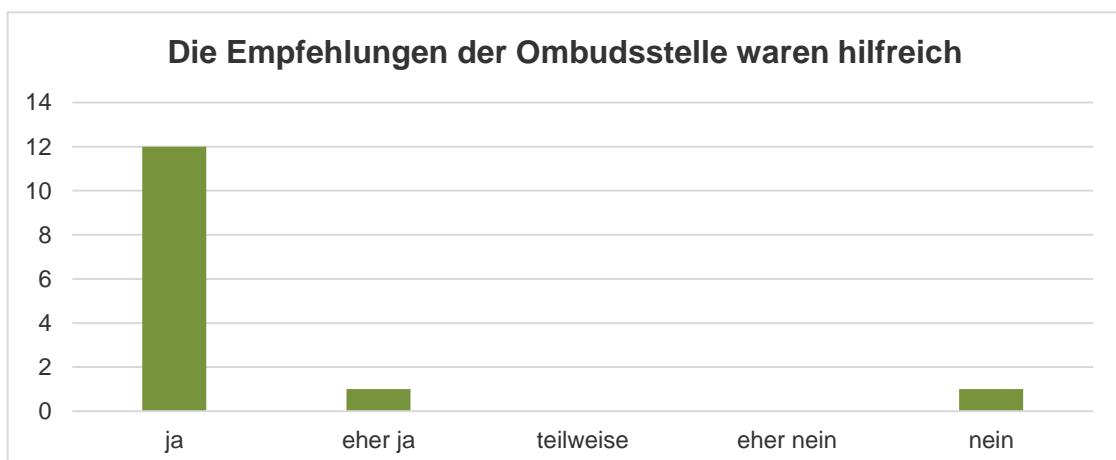
Von den 21 an die Patientinnen und Patienten verschickten Abschlussbögen wurden 15 ausgefüllt an die Ombudsstelle zurückgeschickt. Dabei berücksichtigt sind sämtliche im Jahr 2023 abgeschlossene Fälle, also auch jene des Vorjahrs, welche erst im Berichtsjahr abgeschlossen wurden.

Nachfolgend werden ausgewählte Fragen sowie die darauf erfolgten Antworten in den entsprechenden Statistiken dargestellt.

a) Zum Verlauf des Ombudsverfahrens

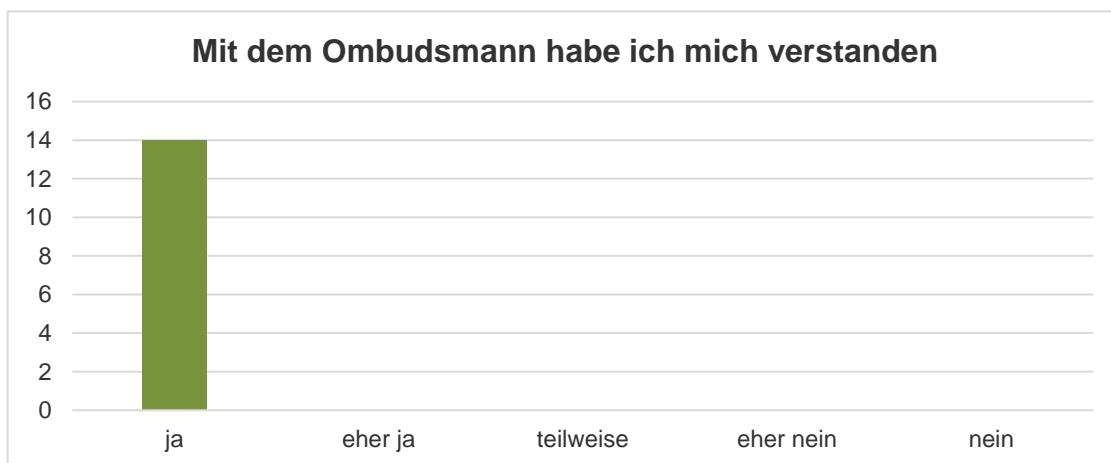


b) Zum Ergebnis des Ombudsverfahrens





c) Zu den Wirkungen, die das Ombudsverfahren auf die Patientin/den Patienten hatte



d) Was während des Ombudsverfahrens als besonders hilfreich empfunden wurde

Die Patientinnen und Patienten konnten an dieser Stelle ein paar persönliche Worte über den Eindruck der Ombudsstelle und des Ombudsverfahrens mitteilen.

Die erfolgten Rückmeldungen waren mit einer Ausnahme positiv. Als besonders hilfreich empfanden die Patientinnen und Patienten folgende Punkte:

- kompetente Beratung;
- jederzeit schnelle und hilfsbereite Rückmeldung;
- es war hilfreich zu wissen, dass die Ombudsstelle da ist und unterstützt;
- kompetente Gesprächsführung;

- freundliche Kommunikation der Ombudsstelle;
- in dieser unerträglichen Situation nicht allein sein;
- die Ombudsstelle hat geholfen, dass ich mich nicht als Querulant fühle;
- Patientenrechte werden mit Hilfe der Ombudsstelle geschützt;
- Ombudsverfahren hat bei der Trauerarbeit geholfen;
- stets verstanden gefühlt;
- regelmässige Information über den neuesten Stand des Ombudsverfahrens;
- professionelles Vorgehen;
- angenehmer Kontakt;
- kompetente Unterstützung und Beratung;
- direkter Kontakt mit dem Spital zu schaffen.

5. Beispiele aus der Praxis

a) Beispiele zum ärztlichen Prozess

Hilfe bei der Trauerarbeit nach dem Tod einer Angehörigen

Ein junger Mann setzt sich mit der Ombudsstelle in Verbindung und erzählt, seine Mutter sei vor kurzer Zeit im Spital verstorben. Er habe zu seiner Mutter eine innige Beziehung gehabt, bevor diese vor einigen Monaten wieder geheiratet habe. Seither sei der Kontakt etwas abgeflaut. Nun habe er von Dritten erfahren müssen, dass seine Mutter verstorben sei. Kurz vor dem Todestag habe er ihr eine SMS geschickt, weil er wieder mit ihr in Kontakt treten wollte. Vom Stiefvater sei wer weder über den Hinschied noch über die Todesumstände informiert worden. Als er sich diesbezüglich mit dem Spital in Verbindung gesetzt habe, sei ihm eine Auskunft verweigert worden. Der Tod seiner Mutter treffe den jungen Mann sehr und belaste ihn. Insbesondere frage er sich, ob seine Mutter seine SMS überhaupt noch gelesen habe.

Die Ombudsstelle arbeitete zusammen mit dem Sohn die für ihn wichtigen Fragen aus und setzte sich daraufhin mit dem Spital in Verbindung.

Auch gegenüber der Ombudsstelle setzte sich ein Mitarbeiter des Spitals zunächst auf den Standpunkt, gegenüber dem Sohn überhaupt keine Angaben machen zu müssen. Weder begründete oder belegte der Mitarbeiter diesen Entscheid, noch war die gewählte Wortwahl empathisch.

Daraufhin setzte sich die Ombudsstelle direkt mit der Spitalleitung in Verbindung. Nach einem zielführenden Gespräch mit der Spitalleitung wurde vereinbart, einige Fragen des Sohnes rudimentär zu beantworten, um diesen in seinem Trauerprozess zu unterstützen.

Obwohl nur einige Fragen und diese auch nur auf hoher Flughöhe beantwortet wurden, halfen die Antworten dem Sohn den Tod seines Vaters zu verarbeiten.

Komplikation bei Operation und fehlendes Gespräch mit der operierenden Ärztin

Eine Patientin meldet sich bei der Ombudsstelle und erzählt, sie habe vor kurzem unter starken Schmerzen gelitten und daraufhin die Notfallstation des nahegelegenen Spitals aufgesucht. Dort sei festgestellt worden, dass sie operiert werden müsse. Da das Spital jedoch die dafür vorgesehenen Instrumente nicht zur Verfügung gehabt habe, sei sie in das nahegelegene Partnerspital gebracht worden. Ohne vorher mit der operierenden Ärztin gesprochen zu haben, sei sie für die Operation fertiggemacht und operiert worden. Während der Operation sei jedoch offenbar etwas schiefgelaufen. Nach der Operation sei ihr kurz von der operierenden Ärztin mitgeteilt worden, dass sie zur weiteren Behandlung in ein drittens Spital gebracht werden müsse, weil es während der Operation zu einer Komplikation gekommen sei. Daraufhin habe die Patientin eine mehrwöchige Odyssee an Spitalaufenthalten erlebt und hege nun einen grossen Groll gegen die operierende Ärztin. Seit der kurzen Besprechung nach der Operation habe sie diese nicht mehr gesehen.

Die Ombudsstelle arbeitet mit der Patientin die für sie nach wie vor offenen Fragen aus, fasst diese in einem Erstschriften zusammen und richtet sich damit an das Spital. Die behandelnde Ärztin reagiert sofort und es wird zeitnah ein gemeinsamer Besprechungsstermin vereinbart.

Anlässlich des Gesprächs sind erfolgt unter der Leitung des Ombudsmanns ein offenes und zielführendes Gespräch. Die Patientin erhält die Gelegenheit, ihren Groll und die für sie schwierigen letzten Wochen im direkten Gespräch mit der Ärztin zu thematisieren. Die Ärztin wiederum erhält die Möglichkeit, der Ablauf der Operation und das Vorgehen anlässlich der Nachbehandlung zu erklären. Erst in diesem direkten Gespräch können die entstanden Missverständnisse geklärt werden. Sowohl die Patientin wie auch die Ärztin sind dafür dankbar.

Von dem Gespräch wird wie üblich ein Protokoll erstellt, welches den Gesprächsteilnehmenden nach Einholen deren Einverständnisses zu den Akten gegeben wird.

b) Beispiele zum Datenmanagement

Fehlende Kontaktaufnahme mit einer Patientin

Ein Mann meldet sich telefonisch bei der Ombudsstelle und sagt, eine ihm bekannte Frau befände sich in einer psychiatrischen Klinik. Als er sich beim Empfang der Klinik nach der Frau erkundigt habe, verweigerte ihm diese jegliche Angaben.

Auf Frage teilt er der Ombudsstelle mit, dass er die Frau zwar kenne, er jedoch weder eine Vollmacht von ihr besitze noch in regelmässigem Kontakt mit ihr stehe.

Die Ombudsstelle klärt den Anrufer über die Geheimhaltungspflicht der Kliniken auf und bestätigt, dass diese ihm gegenüber ohne Einwilligung der Patientin keine Angaben machen dürfe.

c) Beispiele zur Ablauforganisation

Unzufriedener Patient im Spital

Ein Patient meldet sich bei der Ombudsstelle und sagt, er befände sich zurzeit stationär im Spital. Er sei mit der Behandlung nicht zufrieden und wolle die Herausgabe seiner Behandlungsdokumentation. Als er die Ärzte jedoch darauf angesprochen habe, sei er stets vertröstet oder an eine weitere Person verwiesen worden. Er fragt, was er machen könne und ob er nicht einen Anspruch auf Herausgabe der Patientendokumentation habe.

Die Ombudsstelle bestätigt dem Patienten dessen Recht auf Herausgabe der Behandlungsdokumentation. In Bezug auf die Unzufriedenheit versucht die Ombudsstelle zusammen mit dem Patienten jedoch herauszufinden, was genau ihn unzufrieden macht, um was es ihm bei seiner Beanstandung geht und was er benötigt, damit er seine Beanstandung ad acta legen kann. Im Anschluss daran empfiehlt die Ombudsstelle, direkt mit dem behandelnden Arzt das Gespräch zu suchen. Falls das Gespräch nicht fruchten sollte, könne sich der Patient gerne noch einmal an die Ombudsstelle wenden.

Der Mann meldete sich kurz danach noch einmal bei der Ombudsstelle und teilt mit, er habe mit dem Arzt sprechen können und die für ihn störenden Punkte klären können. Er bedankt sich für die Beratung der Ombudsstelle.

Verzögerter Einsatz der Ambulanz

Die Eltern eines Sohnes gelangen an die Ombudsstelle und erzählen, ihr Sohn sei vor einigen Monaten mit seinen Freunden unterwegs gewesen, als er einen Zusammenbruch erlitten habe. Die drei ebenfalls anwesenden Freunde hätten umgehend den Rettungsdienst angerufen. Der Mitarbeiter der Notfallzentrale habe jedoch sehr zurückhaltend reagiert und zunächst geraten, selbst in das nahegelegene Spital zu fahren. Erst als die drei Freunde insistiert hätten, habe der Mitarbeiter die Ambulanz geschickt. Offenbar sei der Einsatz dennoch nicht als oberste Priorität eingestuft worden, denn die ausgerückten Einsatzkräfte hätten sich bei der Erstversorgung ihres Sohnes Zeit gelassen. Erst im Spital habe sich bei eingehender Begutachtung des Sohnes herausgestellt, dass dieser eine Hirnblutung erlitten habe.

Aufgrund der Schwere des Vorfalls organisiert die Ombudsstelle eine Besprechung mit dem zuständigen Rettungsdienst, dem Patienten, dessen Familie sowie den drei Freunden des Patienten. Unter der Gesprächsleitung des Ombudsmannes erzählt der Patient sowie dessen Freunde den erlebten Vorfall. Insbesondere die drei Freunde erwähnen, welche Angst sie gehabt hätten, dass ihr Freund vor Ort sterbe. Die Reaktion des Mitarbeiters der Notrufzentrale habe die Freunde daher sehr irritiert und dazu geführt, dass sie das Vertrauen in den Rettungsdienst verloren hätten.

Seitens des Rettungsdienstes ist die Chefin, der Einsatzleiter sowie ein Mitarbeiter des Qualitätsmanagements anwesend, welche die Beanstandung sehr ernstnehmen. Nach Eingang des Schreibens der Ombudsstelle hätten sie bereits intern mit dem zuständigen Mitarbeitenden mehrere Gespräche geführt. Zudem informieren sie über die getroffenen Sofortmassnahmen, welche sie bereits beschlossen hätten und ergreifen würden.

Die Familie sowie die drei Freunde sind über diese Rückmeldung sehr erfreut und danken dem Rettungsdienst für das Gespräch sowie für die Reaktion. Zudem danken sie der Ombudsstelle, dass sie sich der Sache angenommen habe. Sie

hätten sich zuvor bereits an mehrere Institutionen gewendet, jedoch habe niemand zuständig sein wollen. Erst die Ombudsstelle habe sich der Sache angenommen, schnell reagiert und ein Gespräch durchgeführt.

d) Beispiele zur Rechnungsstellung

Unverständliche Rechnung nach Tod des Vaters

Eine Frau meldet sich bei der Ombudsstelle und teilt mit, ihr Vater sei vor kurzem verstorben. Zuvor sei er gestürzt und deshalb stationär im Spital behandelt worden. Im Spital habe ihr Vater den Ärzten gesagt, er wolle – abgesehen von der medizinischen Notversorgung – keine weitere medizinische Versorgung mehr. Kurz danach sei er ins Pflegeheim gebracht worden, wo er verstorben sei. Dennoch habe die Tochter kurz nach dem Tod eine hohe Spitalrechnung erhalten, welche weder verständlich noch nachvollziehbar sei.

Die Ombudsstelle erklärt der Tochter die Rechnungen gemäss dem Fallpauschalsystem SwissDRG, gemäss welchem ein stationärer Spitalaufenthalt abgerechnet werde. Da dieses Abrechnungssystem jedoch weder patientenfreundlich und nachvollziehbar ist, ist die Rechnung auch nach den Erklärungen der Ombudsstelle für die Tochter unverständlich. Die Ombudsstelle gelangt deshalb an das Spital und bittet dieses, die von der Tochter gestellten Fragen in Bezug auf die Rechnung zu erklären.

Die Rückmeldung des Spitals erfolgt zunächst kurzangebunden und mit dem Vermerk, dass die Rechnung korrekt erfolgt sei. Die Ombudsstelle gelangt erneut an das Spital und bittet dieses im Rahmen seiner Rechenschaftspflicht, die Rechnung layenfreundlich zu erklären und die noch immer unbeantworteten Fragen der Tochter zu beantworten.

Daraufhin erfolgt vom Spital eine ausführliche Stellungnahme, welche die Tochter nachvollziehen und ihre Beanstandung damit schliessen kann.

Nicht korrekt erfolgte Rechnung aufgrund unklarer wirtschaftlicher Aufklärung

Ein Patient meldet sich bei der Ombudsstelle, nachdem er stationär im Spital behandelt worden sei. Er erzählt, er sei mit grossen Schmerzen in der Notfallaufnahme des Spitals eingetreten. Als klar geworden sei, dass er stationär im Spital bleiben müsse, habe er dem Spital seinen Krankenversicherungsstatus

mitgeteilt. Mit dem Hinweis, dass er allgemein versichert sei, habe er ein Zimmerupgrade gewünscht. Ihm sei daraufhin zur Unterzeichnung ein Formular vorgelegt worden, welches bereits ausgefüllt gewesen sei. Auf explizite Rückfrage sei ihm versichert worden, dass lediglich ein Zimmerupgrade auf die halbprivate Abteilung in Rechnung gestellt werde. Dennoch konnte der Patient dies aus dem Formular nicht erkennen. Da er jedoch unter sehr starken Schmerzen gelitten habe, habe er auf die mündliche erteilte Auskunft vertraut und das Formular unterschrieben. Der nach dem Spitalaufenthalt erhaltenen Rechnung habe er jedoch entnehmen müssen, dass ihm ein Upgrade auf die halbprivate Abteilung in Rechnung gestellt worden sei, und zwar sowohl in Bezug auf das Zimmerupgrade wie auch in Bezug auf die medizinische Behandlung. Als er sich daraufhin mit dem Spital in Verbindung gesetzt habe, sei ihm lediglich mitgeteilt worden, dass die Rechnung gestützt auf das unterzeichnete Formular erstellt worden und daher korrekt sei.

Zunächst stellte sich das Spital auch gegenüber der Ombudsstelle auf den Standpunkt, dass die Rechnung gestützt auf das Formular korrekt erfolgt sei. Zur Klärung des Sachverhalts und mit dem ausdrücklichen Einverständnis des Patienten bat die Ombudsstelle daraufhin um Einsicht in die Patientendokumentation, insbesondere in das fragliche Eintrittsformular, welches als Grundlage der Rechnung gedient haben soll. Gestützt auf diese Unterlagen setzte sich der Patient daraufhin direkt mit der damals zuständigen Person in Verbindung, welche ihm die mündliche Zusicherung für das Zimmerupgrade bestätigte. Entsprechend wurde die Rechnung gemäss mündlicher Auskunft angepasst. Zudem führte die Ombudsstelle mit der Spitalleitung eine Besprechung und sprach die Empfehlung aus, das Kostenformular verständlicher und laienfreundlicher zu gestalten. Das Spital nahm diesen Punkt auf und passte das Formular an.

e) Beispiele zum Pflegeprozess

Unfreundliche Behandlung im Notfall

Nach einem Aufenthalt in der Notfallaufnahme meldet sich ein Patient bei der Ombudsstelle. Er berichtet, er sei aufgrund starker Schmerzen in Begleitung seiner Ehefrau in die Notfallaufnahme des Spitals eingetreten. Dort sei er von einer Pflegerin in Empfang genommen worden. Bei der Erhebung seiner Daten sei er

von der Pflegerin gefragt worden, ob er sich gegen Corona geimpft habe. Als er verneint habe, sei die Pflegerin ihm gegenüber ausfällig geworden. Obwohl der Vorfall bereits einige Wochen zurückliege, beschäftige ihn dieses Ereignis nach wie vor.

Die Ombudsstelle leitete daraufhin die Beanstandung an das Spital weiter und lädt dieses zur Stellungnahme ein.

Das Spital nimmt den Vorfall sehr ernst und klärt die vorgebrachten Punkte spitalintern ab. Die betroffene Mitarbeiterin konnte eruiert und spitalintern ein Gespräch geführt werden. Das Ergebnis des Gesprächs liess das Spital dem Patienten via Ombudsstelle zukommen und entschuldigte sich bei diesem für das Verhalten des Mitarbeitenden.

Aufgrund der Tatsache, dass die Spitalleitung seine Beanstandung ernstgenommen hatte, nahm der Patient die Entschuldigung an und die Beanstandung konnte abgeschlossen werden.

f) Beratung, Externe Anliegen, Diverses

Unter diese Rubrik fallen Anfragen, für welche die Ombudsstelle nicht zuständig ist und somit nicht tätig werden darf. Namentlich geht es dabei um Beanstandungen gegen ausserkantonale Spitäler, gegenüber privaten Arztpraxen oder um Fragen, welche eine andere Ombudsstelle betreffen.

Bei Beanstandungen gegen ausserkantonale Spitäler ist die Ombudsstelle bemüht, den Patientinnen und Patienten eine zuständige (ausserkantonale) Beratungsstelle zu vermitteln.

Häufige Anfragen betreffen Fragen und Unklarheiten rund um die Krankenversicherung. Die Betroffenen werden mit ihren diesbezüglichen Anfragen an die Ombudsstelle Krankenversicherung, Postfach 519, 6002 Luzern, Tel. 041 226 10 10, weiterverwiesen.

Beanstandungen betreffend Alters- und Pflegeheime werden an die Stiftung Bernische Ombudsstelle für Alters-, Betreuungs- und Heimfragen, Bümplizstrasse 128, 3018 Bern, Tel. 031 372 27 27, weitergeleitet.

Patientinnen und Patienten mit Ansprüchen gegenüber Versicherungen, namentlich der Haftpflichtversicherung, der IV oder der SUVA, werden an die Rechtsberatungsstelle UP für Unfallopfer und Patienten in Bern verwiesen. Bei der Rechtsberatungsstelle haben die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, über die Gratisnummer 0800 707 277 einen Beratungstermin zu vereinbaren.

6. Dank

Meine Stellvertreterin, Ladina Manser, und ich bedanken uns herzlich bei den Patientinnen und Patienten, welche den Mut und das Vertrauen haben, sich mit ihren Sorgen und offenen Fragen an die Ombudsstelle für das Spitalwesen zu wenden. Gerade in Zeiten von Krankheit und Unsicherheit ist es nicht selbstverständlich, an die Ombudsstelle heranzutreten.

Sodann gilt unser Dank den Direktorinnen und Direktoren, Ärztinnen und Ärzten und den für das Beschwerdemanagement zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Berner Listeninstitutionen, welche die Beanstandungen der Patientinnen und Patienten ernst nehmen und sich für eine offene Kommunikation einsetzen.

Abschliessend bedanken wir uns beim Gesundheitsamt des Kantons Bern, insbesondere der Abteilung Account Management, für die stets angenehme und zielführen Zusammenarbeit.

