

Bericht

des Vereins Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.

2006

10 Jahre Patienten-Ombudsmann/-frau
Schleswig-Holstein e.V.



Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.
- als gemeinnützig anerkannt -
Geschäftsstelle:
Bismarckallee 8-12
23795 Bad Segeberg

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	Prof. Günther Jansen	3
10 Jahre Ombudsverein – Dokumentation der Festveranstaltung am 4. November 2006, Diakonisches Werk, Rendsburg		
Wortbeiträge	Landespastorin Petra Thobaben	5
	Bischof Dr. Hans Christian Knuth	5
	Stellv. Staatssekretär Andreas Fleck	8
Zur Gründung des Vereins		
	Dr. med. Karl-Werner Ratschko	9
	Peter Buschmann	11
Die Arbeit des Vereins heute		
	PD. Dr. med. habil. Holger Thomsen	12
	Dr. med. Franz-Joseph Bartmann	15
	Dietmar Katzer	16
	Jens-Hinrich Pörksen	17
	Dagmar Danke-Bayer	21
Schlusswort	Prof. Günther Jansen	23
Berichte der Ombudsleute für 2006		
• Behandlungsfehler und Schlichtung		25
• Diskriminierung von Kassenpatienten durch Augenärzte		26
• Grenzen der Verordnung		27
• Deutlich zunehmende Akzeptanz der Beratung und Unterstützung durch die Ombudsleute		28
Die Patienten-Ombudsleute		29
Berichte des Pflegeombudsteams für 2006		
Der Patient in der Pflege: Fallberichte		30
Das Pflegeombudsteam		31
Auswertung des Jahres 2006		
Statistik über die Arbeit der Ombudsleute		32
Statistik über die Arbeit des Pflegeombudsteams		34
Kurzbewertung der Statistik		35
Der Verein bedankt sich		36
MedFindex – Version 2.0		37
Vereinssatzung		38
Vereinsmitglieder		40
Impressum		40

Der Patientenombudsverein Schleswig-Holstein e. V. in einer Gesellschaft voller eigennütziger Interessen und einer staatsmonopolistisch orientierten Politik

Das Hauptziel der Patientenombudsarbeit war auch im Jubiläumsjahr 2006 Patientinnen und Patienten zu helfen, die Leistungen zu erhalten, die Ihnen nach dem sich ständig ändernden Recht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung des SGB V und auf Grund des therapeutischen Behandlungsbedarfs einer Erkrankung zustehen.

Aber es ging den Ombudsleuten und dem Pflegeombudsteam auch wieder darum, dass die Institutionen unseres Gesundheitswesens mit den Betroffenen sachlich, fair und menschlich umgehen; denn die Versicherten sind die Aktionäre des Systems. Von Ihnen kommt das Geld von dem alle Gesundheitsdienstleister sich finanzieren und das gilt im wesentlichen auch für die Pflege auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches XI.

Der Patientenombudsverein ist nicht angetreten, um juristischen Streit zu initiieren, auch nicht um irgend jemanden unnötig öffentlich an den Pranger zu stellen. Uns geht es darum, Differenzen zu klären, unterschiedliche Auffassungen über eine fundierte Moderation zu schlichten, z. B. um Gerichtsverfahren nach Möglichkeit zu vermeiden.



Die völlig nach eigenem Ermessen arbeitenden Ombudsleute wollen aber auch nicht nur die Kommunikation verbessern. Sie erwarten von allen Beteiligten, sich in die noch sehr weit gefassten Möglichkeiten unseres Gesundheitssystems solidarisch einzuordnen.

Patienten dürfen keine über den notwendigen Bedarf hinausgehenden Forderungen stellen. Krankenkassen und Ärzte sollen die Patienten nach dem Schweregrad der Krankheiten behandeln. Das gilt auch bei evtl. Wartezeiten; unabhängig von der Frage: „Kassen- oder Privatpatient?“

Und wo unsere direkten Möglichkeiten enden, treten wir z. B. an Kassen-, Ärzte-, Klinikverbände und andere Organisationen heran im Interesse der Patienten. Alles Weitere geht den normalen Rechtsweg wie in allen Bereichen unseres Lebens.

2006 war für den Patientenombudsverein aber auch ein Jahr kritischer Diskussionen über die neue Gesundheitsgesetzgebung. Im Endergebnis wird sie den

Versicherten und Patienten schaden. Es war falsch, die Subsidiarität des GKV-Systems und die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen zu unterlaufen. Krankenkassen ohne Finanzhoheit und ohne kostendeckende Beitragserhebung aber mit fast ausschließlicher Leistungsbestimmung und Finanzaufteilung durch den Staat werden zu Abteilungen des „Staatsmonopols Gesundheitsfonds“. Die Selbstverwaltung war – auch im Gesundheitswesen – ein gelebter Teil unseres demokratischen Staates. Ohne Selbstverwaltung ist Staat formale Gesetzgebung, Rechtssprechung und Bürokratie. Das führt wirkliche Demokraten nicht nur in eine „demokratische Resignation“.

Und den Fonds damit zu begründen, dass über ihn staatliche Steuermittel in das Gesundheitssystem fließen sollen, ist bei einem überschuldeten und nach betriebswirtschaftlichen Kriterien insolventen Staat ein unzulässiges Versprechen zu Lasten anderer. Wenn der Staat das bisherige Erfolgsmodell der GKV nicht mehr durch unzulässige artfremde Ausgaben belasten würde, wäre die GKV allein handlungsfähig. Und wenn die Beiträge steigen müssen, weil unsere Gesellschaft immer älter wird und die medizinischen Methoden immer besser und teurer werden, dann müssen logischerweise die Beiträge für alle Beteiligten steigen bzw. die Leistungen nach Dringlichkeit bereitgestellt werden, auch das gehört zur Solidarität von Jung bis Alt und umgekehrt.

Und dann war da noch etwas: Die auffällig zentralistisch handelnde Regierungskoalition in Berlin hat eine Zwangsabgabe der Spitzenverbände der Krankenkassen in Höhe von jährlich 5.113.000 Euro (§ 65 b SGB V) ab 2007 für mehrere Jahre im Vorgriff kapitalisiert und fördert mit 25 Mio. Euro für 4 Jahre ein Patientenberatungsmodell in Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale und einem neugegründeten Verein UPD.

Das hätte man sich in Schleswig-Holstein sparen können, denn die 10-jährige Arbeit des Patientenombudsvereins ist ein Erfolgsmodell ohne staatlich geregelte Zwangsfinanzierung. Auch hier versucht staatliche Dominanz und staatlicher Dirigismus gemeinnützige Arbeit gesellschaftlicher Gruppen in einem Selbstverwaltungsmodell zu unterlaufen.

Aber gut – wir hatten das in der Vergangenheit schon des öfteren – und der Patientenombudsverein Schleswig-Holstein e. V. hat bisher alle Modelle auf Zeit überstanden.

Prof. Günther Jansen

10 Jahre Patientenombudsverein – Dokumentation der Festveranstaltung am 4. November 2006, Diakonisches Werk, Rendsburg

Begrüßung

Landespastorin Petra Thobaben

10 Jahre Ombudsmann sind Anlass zum Rückblick.

Der Patientenombudsverein ist ein niederschwelliges Angebot an Patienten und Angehörige, sich Rat zu holen und Wege aufgewiesen zu bekommen, Recht zu erhalten.

Die Ombudsleute sind Frauen und Männer, die aus ihren beruflichen Erfahrungen einerseits die Probleme der Ratsuchenden bewerten und einordnen können und andererseits eine hohe seelsorgerische und beratende Kompetenz haben.

Die Diakonie engagiert sich in diesem Verein, weil wir in zahlreichen Arbeitsfeldern Lebens- und Leidensrealitäten von Menschen wahrnehmen, zwischen ihnen und Institutionen vermitteln und wollen, dass ihnen spürbar und nachhaltig geholfen wird.



Andacht und Rede aus Anlass der zehnjährigen Arbeit des Patienten-Ombudmann/-frau Vereins Schleswig-Holstein e.V.

Bischof Dr. Hans Christian Knuth

„...so haben wir ja einen Fürsprecher bei dem Vater:

Jesus Christus, der gerecht ist!“

(1. Johannesbrief 2,1)

Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Schwestern und Brüder!

Christus ist unser „Fürsprecher“ bei Gott, dem Herrn des Himmels und der Erde. Dieser sog. „christologische Hoheitstitel“ ist im Neuen Testament singulär. Jedoch meint die Rede von Christus als unserem „Hohenpriester“ im Hebräerbrief der Sache nach dasselbe: Wir Menschen brauchen für unser Leben das trostreiche und hoffnungsvolle Gefühl, dass da jemand ist, der für uns bei Gott als der sozusagen „höchsten Instanz“ in der Welt *eintritt*; denn es gehört zur anthropologischen Grundausstattung unseres irdischen Lebens als begrenzte, fehlbare, von Zuwendung abhängige und jederzeit in innere und äußere Konflikte verstrickte Menschen, dass wir uns immer wieder in Situationen vorfinden, *in denen wir uns selbst nicht mehr zu helfen wissen* und in denen wir auf Trost und Unterstützung, auf Beratung und Hilfe, auf Vermittlung und Fürsprache *angewiesen* sind.

Ein besonders bewegendes Zeugnis für diese menschliche Bedürftigkeit und Angewiesenheit finden wir im Buch Hiob, wo – singulär im Alten Testament – ein zweites Mal der Begriff „Fürsprecher“ vorkommt: Da ist ein Mensch völlig am Ende - nicht nur, weil fürchterliche persönliche Schicksalsschläge ihn zugrunde gerichtet haben, sondern auch, weil er sich absolut keine sinnvolle Erklärung für sein Unglück zu geben weiß und weil auch die hilfreich herbei geeilten Freunde keinen Ausweg für ihn wissen.

Da klagt Hiob:

„Ich habe einen Sack um meinen Leib gelegt und mein Haupt in den Staub gebeugt. Mein Antlitz ist gerötet vom Weinen, auf meinen Wimpern liegt Dunkelheit, obwohl kein Frevel in meiner Hand und mein Gebet rein ist.

Aber die Erde soll mein Blut nicht bedecken! Und mein Schreien soll nicht im Grab zum Schweigen gebracht werden! Denn siehe, auch jetzt noch ist mein Zeuge im Himmel und mein Fürsprecher ist in der Höhe!

Meine Freunde verspotten mich, aber unter Tränen blickt mein Auge zu Gott auf, dass er mir Recht verschaffe - bei Gott.

Mein Geist ist zerbrochen, meine Tage sind ausgelöscht, das Grab ist da.

Fürwahr, Gespött umgibt mich, und ich muss mir ins Angesicht speien lassen.

Darum, Gott, sei du selbst mein Bürge - bei dir! Wer will mich sonst vertreten?“

(Hiob 16,15 - 17,6 i. A.)

In diesen Sätzen spricht sich eine unendlich dramatische und zugespitzte menschliche Erfahrung aus. In seiner Not und Ausweglosigkeit macht Hiob Gott selbst zu seinem Fürsprecher *bei ihm selbst* und - wie wir wissen - er tut Recht daran: Gott *lässt* sich als Fürsprecher und Bürge *bei sich selbst*, ja als Anwalt *gegen* sich selbst in Anspruch nehmen!

Natürlich haben die Theologen die prototypische Parallele zwischen dieser Hiobstelle und der Bezeichnung Christi als „unser Fürsprecher und Hohepriester bei Gott“ alsbald gesehen: Wonach der verzweifelte Hiob in paradoxer Weise *verlangte*, das wird uns in Jesus Christus, dem Gottessohn, der zweiten Person der Trinität, *geschenkt*. Wir *haben* einen Fürsprecher! Er *ist* für uns da! In dieser trostreichen Gewissheit dürfen wir leben und müssen daran nicht verzweifeln!



Warum ist Jesus Christus für uns der *potente* Fürsprecher? Johannes sagt: „*Er ist gerecht*“. Weil Christus frei und unabhängig und lauter Liebe ist und keine eigenen Interessen zu vertreten hat – es sei denn, *für uns* – darum kann er sich unserer Sache annehmen und uns Gerechtigkeit widerfahren lassen.

Ja, der Hebräerbrief (Heb 4,15) geht noch einen Schritt weiter:

„Wir haben nicht einen Hohen Priester, der nicht könnte mit leiden mit unserer Schwachheit“,

sondern umgekehrt:

Weil Christus „versucht worden ist in allem, wie wir“,

weil er also unsere irdisch menschliche Schwachheit in allen Dimensionen selber mitgelitten hat, darum kann er sich ganz und gar identifizieren mit unserer Erfahrung und kann sich in unsere Situation ganz einfühlen - und *darum* ist er der schlechthin vertrauenswürdige Fürsprecher, den wir uns nur wünschen können!

Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Schwestern und Brüder! Diese biblisch-theologischen Assoziationen kommen mir in den Sinn, wenn ich über die Einrichtung, Rolle und Funktion des Ombudsmanns oder der Ombudsfrau nachdenke.

Nach meiner Kenntnis sind die Ombudsleute „Fürsprecher“ der Patienten gegenüber den verschiedenen Instanzen und Konfliktparteien im Gesundheitssystem. Die Ombudsleute sind eine absolut segensreiche Erfindung! Sie sind - soweit ich weiß - nicht die ersten Ansprechpartner, wenn es irgendwo zu Konflikten kommt, sondern sie sind eher so eine Art „letzte Chance“, wenn ein Konflikt schon viele Stufen durchlaufen hat, wenn ein Patient schon alles mögliche versucht hat - bis hin zu gerichtlichen Auseinandersetzungen - um seine Sache zu Gehör zu bringen und für sich Gerechtigkeit einzufordern – oder wenn viele Versuche, zu einer gütlichen Regelung und Verständigung zu kommen, gescheitert sind.

Wenn also sozusagen keine Hoffnung mehr besteht, dann sind die Ombudsleute häufig „die letzte Hoffnung“. Manchmal sind es schwerwiegende Vorkommnisse, manchmal sind es vergleichsweise geringfügige Anlässe, die Patienten dazu bringen können, sich in immer ausweglosere Konflikte hineinzusteigern und/oder in eine tiefe existentielle Krise abzustürzen - dann sind die Ombudsleute da für einen „letzten Versuch“: Sie bieten ein Gespräch an, in dem noch einmal alles ausgesprochen werden kann. Sie haben Zeit, dass Patienten ihr Herz ausschütten können. Sie spenden Trost allein dadurch, dass sie zuhören.

Die Ombudsleute machen sich zu „Fürsprechern“ der Patienten, indem sie anbieten, die Angelegenheit bei den anderen betroffenen Instanzen noch einmal vorzutragen. Vielleicht lassen sich durch diese „Fürsprache“ auch in den verwickeltesten und ausweglosesten Situationen noch neue Wege entdecken oder eine Beilegung des Streites ermöglichen.

Die Ombudsleute sind also auch „Vermittler“ zwischen den streitenden Parteien, die sich nicht selber weiter zu helfen wissen. Als „Vermittler“ sorgen sie dafür, dass die Argumente und die Interessen aller Seiten gehört werden. Als Vermittler sind sie nicht einfach Parteigänger der einen Seite, sondern sorgen auch dafür, dass auch die anderen Seiten jeweils zu ihrem Recht kommen und gehört werden. So müssen und können häufig auch die Patienten lernen, ihre Situation zu akzeptieren und mit dem Unveränderlichen dennoch ein neues und fröhliches Leben zu beginnen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, „Tröster“, „Fürsprecher“, „Vermittler“, diese Bezeichnungen gehören zu den erwähnten Hoheitstiteln, mit denen die Theologie den Dienst und die Funktion des erhöhten Christus im Seelenleben seiner Gläubigen beschreibt. Wenn Martin Luther sagt, in der christlichen Gemeinde sollen die Schwestern und Brüder *füreinander „zum Christus werden“* durch die Liebe, dann sage ich: Die Ombudsleute *sind* solche „Christusse“, die Ombudsleute *übernehmen* als Tröster, Fürsprecher oder Vermittler solche Christusfunktionen für Menschen, die in häufig festgefahrenen Situationen und aussichtslosen Verstrickungen der Hilfe bedürfen.

Und, meine Damen und Herren, es ist ein ausgesprochenes Zeichen höchster sozialer und politischer *Intelligenz*, dass das Gesundheitssystem selber dafür sorgt, dass eine solche tröstende, fürsprechende und vermittelnde Instanz im System selbst installiert wird! Nicht nur die bedürftigen und fordernden Patienten, sondern auch die an einer effizienten Versorgung interessierten und für einen reibungslosen Ablauf zuständigen Instanzen im System selbst *schaffen* gemeinsam den „Ombudsmann“ oder die „Ombudsfrau“ als *Institution* im Sinne einer friedlichen Konfliktregelung im menschlichen Zusammenleben.

Und es sind – bemerkenswerterweise – immer wieder Kirchenleute, die in die Funktion von Ombudsleuten berufen werden. Darüber freut sich die Kirche natürlich sehr. Wir freuen uns darüber, dass andere gesellschaftliche Einrichtungen uns als Kirche das *Vertrauen* entgegenbringen, dass wir eine solche wichtige friedensstiftende und – wenn Sie dieses Wort erlauben – sozialhygienische Funktion gut ausfüllen können. Sie haben sowohl Vertrauen in den uneigennütigen Gerechtigkeitssinn als Fürsprecher, als auch das Vertrauen in das seelsorgerliche Einfühlungsvermögen und – und das ist vielleicht das Größte – sie haben Vertrauen darin, dass Gerechtigkeitssinn und Einfühlungsvermögen nicht in Widerspruch miteinander geraten und einseitig und parteiisch werden. Weil die Institution „Ombudsleute“ an dem theologischen Grund bzw. an der „Christusförmigkeit“ der Fürsprache partizipiert, wird sie sich dieses Vertrauens auch immer wieder würdig erweisen und ihre heilsame Funktion für unser menschliches Zusammenleben erfüllen können.

Gottes Segen begleite weiterhin die Arbeit des Ombudsvereins – Amen.

Grußwort

Andreas Fleck, stellvertretender Staatssekretär, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Kirchenjahr dient der Monat November dem Gedenken und der Besinnung. Herausragend ist der Martinstag, durchaus symbolträchtig für diese heutige Veranstaltung - ein Jubiläum einer Initiative für Menschen in einer nicht selten schwierigen Situation. Krank sein, Patient sein in einem komplizierten und für Pflegekräfte und Ärzte ebenso wie für Patienten manchmal schwer durchschaubaren System ist nur so lange erträglich, wie alle pflegerischen und medizinischen Angebote und alle handelnden Personen frei von Konflikten Genesung fördern können. Das Verhältnis des Patienten zum medizinischen Personal ist ein sehr sensibles Verhältnis, das nicht nur von Regelungen der Versicherung oder der Heilkunde gestaltet werden kann, sondern das von Vertrauen und Beratung, von Überzeugung und Zutrauen lebt.

Es sind aber gerade auch Konflikte möglich, wo es um Verordnungen und andere Ansprüche geht, oder um Qualität und Heilungserfolg oder Behandlungsfehler. Natürlich hält das System für fast alle diese Fragen letztendlich irgendwo bürokratische Lösungen vor durch Widerspruchsverfahren beim Kostenträger sowie durch spezielle Beratungspersonen und sogar vor den Gerichten.

Aber wenn ein Verein sich zusammensetzt aus gerade Vertretern der Krankenkassen, der Sozialverbände, der Berufsverbände und der Kammern, sogar Pflegeeinrichtungen und Kliniken hier Mitglied sind, dann spricht einiges dafür, dass es



für dieses Angebot eines Patientenombudsmanns, einer Ombudsfrau besonderen Bedarf gibt, durchaus real und nicht zuletzt auch in sensiblen Fragen fordernd für die amtierenden Ombudsleute und ihre Vorgängerinnen und Vorgänger.

Bei diesen habe ich mich im Namen der Gesundheitsministerin ganz besonders herzlich zu bedanken, aber auch bei den Akteuren, die den Trägerverein am Laufen halten. Namentlich nennen möchte ich hier die aktuelle Vorstandsmannschaft, Prof. Günther Jansen, Dr. Dieter Paffrath sowie Dr. Franz-Joseph

Bartmann sowie die amtierenden Ombudsleute Jens-Hinrich Pörksen, Siegrid Petersen und Andreas Eilers, stellvertretend für viele andere, die hier eine gute Initiative auf den Weg gebracht haben.

Wenn sich der Verein – wie ich lese – ausdrücklich eine aktivere Unterstützung seitens des Landes gewünscht hätte, ist das eine wichtige Rückmeldung. Herr Dr. Körner hätte als neuer Staatssekretär hier gern auch selbst ein entsprechendes Zeichen gesetzt. Seinen ersten „richtigen“ Urlaub nach einer fordernden Umstiegsphase in ein neues Politikfeld ist aber mehr als verdient und für ihn individuelle Gesundheitsförderung, zu der ich ihm – nicht nur als sein Vertreter, sondern auch als meiner dienstlichen Fachverantwortung heraus – raten musste. Nehmen Sie mir diesen Rat bitte heute nicht übel und nehmen Sie doch einfach mich insoweit in die Pflicht.

Ich wünsche nach nun schon 10 Jahren Vereinsgeschichte dem Verein Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V. im Namen der Landesregierung weiterhin Akzeptanz bei den Hilfe- und Ratsuchenden, Energie für kreative Lösungen und vor allem Freude und Zufriedenheit aus der Begleitung von Patienten und nach gelungener Konfliktlösung zwischen beiden Seiten. Glück auf!

Gedanken zur Gründung des Vereins – Teil 1

Dr. Karl-Werner Ratschko, Vereinsgründer

Wir feiern heute das 10-jährige Jubiläum unseres Ombudsvereines, eine lange Zeit, wenn man bedenkt, wie schwer es am Anfang war, Anhänger für die zunächst im Gesundheitswesen Schleswig-Holstein neuartige Idee eines Vermittlers zwischen Betroffenen, meist Patienten, und den Leistungserbringern und Institutionen zu finden.

Gegründet wurde der Verein 1996. Aber bis es dazu kam, war es eine fast endlose Geschichte. Mein Freund Peter Buschmann, früherer AOK-Vorsitzender, damals Mitbegründer des Vereins, wird auf die Gründungszeit eingehen. Seinem Schwung ist es zu verdanken, dass es denn wenigstens 1996 noch etwas wurde. Die ersten „10 Jahre des Ombudsvereins“ habe ich in einem kleinen, dreiseitigen Beitrag im Oktoberheft des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes zusammengefasst. Hier bleibt mir die interessante Geschichte einer damals neuen Idee, die ihren schweren Weg durch die Gremien der Ärztekammer ging, bis es dann endlich der Verein wurde, den Sie heute noch ein wenig besser kennen lernen werden, falls Sie ihn nicht ohnehin schon gut kennen.

Schuld am Verein war Horst Seehofer mit dem Gesundheitsstrukturierungsgesetz, kurz GSG genannt, das am 01.01.1993 in Kraft trat, und für starke Reaktionen in der Bevölkerung sorgte. Zu dem uns heute hier betreffenden Teil zitiere ich aus dem „Bericht zur Lage“ der Ärztekammer - Präsidentin Dr. Ingeborg Retzlaff am 17. März 1993:



„Üblich sollte es bei einem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren sein, dass die Bevölkerung und die betroffenen Berufe nach Verabschiedung des Gesetzes durch eine intensive Öffentlichkeitsarbeit auf die Veränderungen vorbereitet werden. [...] Weniges ist [...] hierzu geschehen, dies auch noch tendenziös und lieblos. So war es nicht verwunderlich, dass schon wenige Tage nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes [...] ein Aufschrei durch die Bevölkerung ging. Es waren Patienten, die sich darüber beklagten, dass sie ihre gewohnten Medikamente nicht mehr bekommen [...], kurz gesagt, die Ärzte, die vor Regelungen dieser Art gewarnt hatten, [...] verschrieben jetzt plötzlich zum Entsetzen der Öffentlichkeit nach strenger Indikation [...] {Ende Zitat Retzlaff}

Dies ist ja auch ohne weiteres möglich, weil bei jeder Behandlung für einen Arzt ein gewisses Ermessen besteht. Jetzt sollten die Ärzte mit ihrem Einkommen für die Einhaltung des Arzneimittelbudgets haften, kein Wunder, dass sie nun plötzlich ihr Verschreibungsverhalten kritisch überprüften und in der durch schlechte Information aufgekommenen Unsicherheit sicher auch manchmal des „Guten“ zu viel taten.

Am 9. Februar 1993 hatte es schon ein Gespräch mit dem Hause unseres Vorsitzenden und damaligen Sozialminister Günther Jansen gegeben, es war vereinbart worden, dass eine gemeinsame Presseerklärung herausgegeben wird, in der deutlich gemacht werden sollte, dass die Patienten alle notwendigen Medikamente und Therapien erhalten werden.

Dass dies nicht ausreichen würde, war wohl klar: Deswegen beschloss der Vorstand der Ärztekammer in einer Wochenendsitzung in Alt-Duvenstedt vom 5. bis 7. März 1993 einen Arbeitsausschuss „Ärzte/Patienten“ zu berufen, der weitere Vorstellungen ausarbeiten sollte.

In der Vorstandssitzung am 23. Juni 1993 fiel dann das erste Mal der Begriff Patienten-Ombudsmann. Ein Patienten-Ombudsmann bei der Ärztekammer sollte Patientenangelegenheiten aufnehmen und bearbeiten.

Zäh und beharrlich ging es weiter. Weitere Beratungen im Vorstand. Im Bericht zur Lage spricht Präsident Dr. Dietrich Weisner vorsichtig die Einrichtung eines Patientenombudsmannes bei der Ärztekammer an. Eine Diskussion erfolgte nicht.

1994 gab es dann, auch aufgrund von entmutigenden Reaktionen aus der Ärzteschaft eine „Sendepause“. Auf Anfrage des Hauptgeschäftsführers stellte der Vorstand der Kammer am 24. April fest, dass darüber in der Kammerversammlung nicht beraten werden, jedoch weiterhin für die Idee geworben werden soll.

Endlich, am 14. Juni 1995 kam der Durchbruch, die Kammerversammlung entschied mit 23 Ja- gegen 21-Nein-Stimmen, bei einer Enthaltung. Knapper ging es fast nicht. Die Kosten sollten nicht mehr als 60.000,00 DM pro Jahr betragen, aber immerhin, mehr war ja auch gar nicht beantragt worden. Der Vorstand wurde beauftragt, die Einbindung weiterer Organisationen zu prüfen, um eine neutralere Trägerschaft zu ermöglichen. Dann begann die Organisation. Vorbereitende Gespräche mit dem Nordelbischen Kirchenamt im September, Gespräche mit vorgeschlagenen Pastoren werden am 25. Oktober beschlossen, Verabschiedung einer Geschäftsordnung eines Patienten-Ombudsmannes oder einer Patienten-Ombudsfrau in der Kammerversammlung vom 15. 11. 1995 mit großer Mehrheit.

Om | budsmann der; -[e]s, ...männer (selten: ...leute): Mann, der die Rechte des Bürgers gegenüber den Behörden wahrnimmt, so die Eintragung im Duden, oder

Ombudsmann [schwedisch »Treuhandler«] der, in der Regel eine von der Volkvertretung bestellte Vertrauensperson (auch Behörde), die ohne unmittelbare Eingriffsmöglichkeit die parlamentarische Kontrolle über bestimmte Verwaltungszweige verstärken soll. [...] (c) Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG, 2007.

In dem damaligen Mitteilungsblatt der Ärztekammer „Kammer-Info-aktuell“ stellen sich dann im Heft 3/96 (S.17) vom 15. Mai 1996 die beiden von der Kammerversammlung bestätigten Ombudsleute, die Krankenhauspastoren Werner Ballnus, Lübeck, und Ingrid Schuhmacher, Bad Oldesloe, vor. Ganz pikant: Links daneben befindet sich ein Nachdruck eines Beitrags der Flensburger Nachrichten v. 30.03.1996: „Ersatzkassen gegen Ombudsmann“, Kassen sind sauer, Günther Ploß, Leiter der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände *„ist sauer, weil die Kassen über die Einrichtung eines Ombudsmannes nicht gefragt wurden“*. Die letzten drei Sätze Ploß' im Interview: *„Man hat nicht einmal mit uns darüber gesprochen. Wir registrieren seit längerem, dass die Ärztekammer mittlerweile in vielen Dingen versucht, an den Kassen vorbei Politik zu machen. So kann das nicht weitergehen.“* Nicht sehr ermutigend.

Im März 1997 erfolgte der erste (und letzte) Bericht der Ombudsleute vor der Kammerversammlung, denn dann ging die Entwicklung in Richtung selbständiger Verein. Gespräche des damaligen Hauptgeschäftsführers der Kammer unter Einbeziehung von Günther Jansen mit dem AOK-SH-Vorsitzenden Peter Buschmann im Sommer 1996 führten dazu, dass am 09.12.1996 endlich eine unabhängige Trägerschaft für die Ombudsleute durch Gründung eines Vereins gefunden wurde. Ärztekammer und AOK waren am (schweren) Anfang die Träger, auch der Kosten. Vorsitzender wurde Günther Jansen. Zitat aus dem Hamburger Abendblatt vom 11./12. Januar 1997: *„Es wird Spannungen geben“* meinte Jansen mit Blick auf neue Gesundheitsgesetze und stellte klar: *„Der Patient muss im Mittelpunkt stehen.“* Schon Ende 1997 musste dann eine Verstärkung des Ombudsteams durch Matthias Leibl, Flensburg, auch Krankenhauseelsorger, als drittem Ombudsmann erfolgen.

Damit bin ich am Ende des von mir übernommenen Teils einer Geschichte, die nicht vollständig ist, weil es zwischen den von mir berichteten markanten Punkten noch viele Gespräche, Überzeugungsarbeit und viele kleine Rückschläge gegeben hat. Mit Günther Jansen als Vorsitzendem, das sei mir zum Abschluss an dieser Stelle jedoch erlaubt zu sagen, konnte das Ganze nur als eine Erfolgsgeschichte weitergehen.

Heute gibt es nicht nur die Ombudsarbeit im engeren Sinne, es gibt zusätzlich ein spezialisiertes Pflegeombudsteam und eine Internetadresse www.medfindex.de, wo Patienten sich Rat und Hilfe suchen können. Fast alle schleswig-holsteinischen Einrichtungen von Rang und Namen sind unsere Mitglieder, dazu kommt eine stattliche Zahl von Alten- und Pflegeheimen. Und alles ohne öffentliche Förderung und Hilfe! Ich wünsche dem Verein weiterhin eine erfolgreiche Zukunft: Seine Arbeit beweist, dass er gebraucht wird.

Gedanken zur Gründung des Vereins – Teil 2

Peter Buschmann, Vereinsgründer

Als Gründer des Vereins Ombudsmann/-frau bin ich eingeladen, um Ihnen Gedanken zu seiner Gründung näher zu bringen. Doch zunächst möchte ich dem Verein alle guten Wünsche überbringen, ihn für die Erfolge in den letzten 10 Jahren beglückwünschen und für die Zukunft alles Gute wünschen. Ich tue dies aufrichtig und herzlich.

Was wäre der Verein ohne die Ombudsmänner und -frauen? Sie haben durch ihre Arbeit den Erfolg erst ermöglicht. Stellvertretend für alle Ombudsmänner und -frauen möchte ich Herrn Pörksen nennen, der von Anfang an dabei war.

Aber was war am Anfang? Als mich Karl-Werner Ratschko zum Ende des Sommers 1996 fragte, ob ich mir vorstellen könne, dass die AOK und die Ärztekammer Schleswig-Holstein gemeinsam einen Verein Ombudsmann/-frau im Gesundheitswesen gründen, habe ich sofort zugegriffen. Es entsprach meinen unternehmerischen Vorstellungen, die Mauern abzubauen, zwischen allen Beteiligten im Gesundheitswesen – den Finanzierern, den Patienten, den Leistungserbringern und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – und Gemeinsamkeiten deutlich zu machen und aufzubauen. Ich denke, dass ich dies während meiner 10-jährigen Tätigkeit im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein auch glaubhaft und deutlich in die Tat umgesetzt habe.



So leicht wie ich bei Karl-Werner Ratschko „ja“ zur Vereinsgründung gesagt habe, so schwierig war es aber, diese Idee in meinem eigenen Hause umzusetzen: Ich brauchte dafür nämlich die Zustimmung meines Aufsichtsorgans, dem paritätisch aus Arbeitgebern und Gewerkschaften besetzten Verwaltungsrat. Der hatte mir schon widerwillig seit Aufnahme meiner Tätigkeit im Januar 1996 Neuerungen verschiedener Art genehmigt. Es war klar: Für einen gemeinsamen Verein, auch noch mit der Ärztekammer als Vertretung der Ärzte, würde ich, besonders von der Gewerkschaft- aber auch einigen Arbeitgebervertretern, keine Zustimmung erhalten. So etwas kannte man nicht. Ich entschied mich daher zu einem Alleingang.

Mein „ja“ zur Vereinsgründung gegenüber Karl-Werner Ratschko war für mich klar und nicht zu widerrufen. Als die Satzung und andere organisatorische Regelungen getroffen waren, stand die Frage des Vorsitzenden des Vereins an. Angesichts der geschilderten Situation in meinem Hause stand fest, dass weder die AOK noch die Ärztekammer diese Position besetzen konnte.

Nach der gemeinsamen Überzeugung von Karl-Werner Ratschko und mir kam dafür nur jemand in Frage, der die Gewähr bot, das Amt sozialpolitisch unparteiisch und unabhängig, aber verantwortlich im Sinne der Ziele des Vereins erfolgreich zu führen: Günther Jansen – zu unserem Glück sagte er zu. Und wie man jetzt nach 10 Jahren sagen muss: Auch zum Glück für den Verein. Und noch etwas gehört dazu: Günther Jansen, Karl-Werner Ratschko und ich, wir konnten uns aufeinander verlassen.

Als dann die ersten Erfolge der Ombudsmänner und -frauen in der Öffentlichkeit bekannt wurden, war die Zustimmung zur Vereinsgründung durch meinen Verwaltungsrat natürlich kein Problem mehr. Nach einer Lebensweisheit hat ja der Erfolg viele Väter.....

Tatkräftige politische Unterstützung und Akzeptanz hat der Verein in der Vergangenheit nicht erfahren. Der Gästeliste habe ich aber entnommen, dass das Sozialministerium heute durch den Stellvertretenden Staatssekretär vertreten ist. Die Reise von Kiel, dem Sitz des

Gesundheitsministeriums, bis nach Rendsburg zum heutigen Jubiläum hat demnach 10 Jahre gedauert...viel zu lang....Wie häufig ist man da aus – und umgestiegen, hat Züge verpasst oder einfach vorbeifahren lassen...Es ist zu wünschen, dass die Politik den Verein mehr akzeptiert und fördert und nicht noch weiter abwartet....

Ich wünsche dem Verein alles Gute und freue mich auf ein Wiedersehen.

Die Arbeit des Vereins heute – Teil 1

PD Dr. med. habil. Holger Thomsen, AOK Schleswig-Holstein – die Gesundheitskasse

In welchem aktuellen Umfeld arbeitet der Verein der Ombudsleute heute? Die öffentliche Diskussion geht auch heute noch von einem „Gegeneinander“ von Arzt und Patient aus. In Wirklichkeit sind beide Parteien „natürlicherweise“ aufeinander angewiesen, so dass eine gute Arzt-Patient-Kommunikation auch auf dem Vertrauen zwischen den Beteiligten basieren kann und soll. Die Diskussion wird häufig von misslungenen Einzelfällen bestimmt und weniger von all den gelingenden Verständigungen zwischen Arzt und Patient. Diese misslungenen Einzelfälle werden vor Gericht ausgetragen, formen das Arztrecht und das öffentliche Bewusstsein. Entgegen dem in den Medien verbreiteten Eindruck achtet aber die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte das Selbstbestimmungsrecht von Patienten sehr wohl.

Dennoch gibt es nach wie vor Handlungsbedarf: Die jungen Ärzte lernen in ihrer Ausbildung weder theoretisch-reflexiv etwas über gelingende Kommunikation und die ethischen Anforderungen an sie, noch praktisch etwas über Gesprächsführung und nonverbale Kommunikation. Es resultieren daher oft misslungene Kommunikationsbemühungen zwischen Menschen mit unterschiedlicher Sozialisation, unterschiedlichen Denk- und Wahrnehmungsmustern, unterschiedlichen Erfahrungen, Erwartungen und Befürchtungen. Interdisziplinäres, kollegiales und damit abgestimmtes Vorgehen, um sich durch andere korrigieren und unterstützen zu lassen, werden im Klinik-Alltag kaum kultiviert, noch weniger im ambulanten Bereich. Ärzte und Patienten sind aber auf Partnerschaft angewiesen. Der Heilungsprozess ist auch davon abhängig, wie das Umfeld ist und wie gut der Patient mitarbeitet. Die - auch juristischen - Klagen häufen sich, wenn Patienten sich nicht gut informiert oder bevormundet fühlen. Kommunikation ist nicht standardisierbar, sondern ist „tastende“ Interaktion und als Prozess zu verstehen. Diese Interaktion setzt die Autonomie des Patienten voraus. Sie ist ebenso als lebenslanger Lernprozess zu verstehen wie die Autonomiefähigkeit als Kontinuum zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung. Dies hat im Einzelnen Folgen: Autonomie vollzieht sich als „Teilhabe“ und dadurch, dass man den anderen als Subjekt und nicht als Objekt versteht. Autonomie besteht darin, Alternativen zu haben.

Eine hohe Patientenautonomie kann die auch heute noch verbreitete Neigung von Ärzten ausbalancieren, in paternalistischer Weise die Art der Behandlung festzulegen. Unverändert stehen ja bis heute einige Ärzte auf dem Standpunkt, eine Mitbeteiligung des Patienten liefe auf eine „Deprofessionalisierung“ hinaus. Eine solche Haltung ist weder im Hinblick auf die von der Versicherungsgemeinschaft getragenen monetären Kosten, noch mit Rücksicht auf die aus der Menschenwürde folgende Autonomie des Patienten vertretbar.

Dies weiß man schon lange. Patientenautonomie ist gewissermaßen schon ein alter, wohl geformter Hut, zu hohen Feiertagen ab und zu aus dem Schrank geholt und zum Kirchgang aufgesetzt, aber ansonsten im Alltag von den Stützen der Gesundheitsgesellschaft wenig benutzt. Das Problem liegt also nicht in einer fehlenden Anerkennung, sondern in einem Mangel an Nutzung.

Die Hauptfrage lautet also, wie die Beachtung der Patientenautonomie im unmittelbaren Verhältnis zwischen Arzt und Patient verbessert werden kann. Wie aber der Arzt mit dem Patienten und umgekehrt auch der Patient mit dem Arzt umgeht, ist eine Frage der persönlichen und beruflichen Sozialisation oder Erziehung beider.

Nun weiß man zwar, welche Faktoren die Sozialisation beeinflussen. Aber es gibt keine unmittelbar greifbaren Adressaten bei den anonymen Gruppen der Eltern, der Lehrer, der Vorgesetzten, der Fakultäten und der Medien.

Die kollektiven Patientenrechte sind Partizipationsrechte an den öffentlichen Entscheidungen und Gestaltungen im Gesundheitswesen. Sie stehen nicht dem einzelnen Patienten, sondern den Patienten als einer Gruppe von Betroffenen zu und umfassen Informationsrechte, Rechte auf Anhörung und Beratungsbeteiligung und schließlich Rechte auf Mitentscheidungen über alle Fragen der Struktur des Gesundheitswesens. Sie können aber nur allgemeine Adhortationen, Ermahnungen aussprechen, deren Verfallswert mit der Zeitdauer des Aufschreibens und Aussprechens identisch ist, wenn sie nicht mit Leben gefüllt werden.



Die individuellen Patientenrechte stehen dagegen jedem Patienten persönlich zu, sie können nur ihm persönlich gewährt werden und er kann sie nur persönlich oder als Person vertreten geltend machen. Es handelt sich im Wesentlichen um drei Bereiche:

1. Das Recht auf umfassende und zutreffende Information über den eigenen Zustand, die eigene Krankheit, deren Behandlungsmöglichkeiten und die damit verbundenen Chancen, Prognosen und Risiken sowie die gesamte sozialrechtliche Absicherung des Krankheitsfalles.
2. Das uneingeschränkte Recht auf Entscheidungen über die eigene Behandlung und die Respektierung dieser Entscheidungen durch Dritte.
3. Das Recht auf eine qualitativ gute Behandlung in medizinischer und sozialer Hinsicht, also das Recht auf eine Behandlung nach den neuesten gesicherten Erkenntnissen und Verfahren in der Medizin, das Recht auf Achtung der Intimsphäre und der Vertraulichkeit, das Recht auf Kontakt zu Vertrauenspersonen, das Recht auf einen höflichen Umgang, das Recht auf psychische und religiöse Betreuung, und nicht zuletzt das Recht auf ein würdevolles Sterben.

Wie aber kann dem Patienten geholfen werden, wenn er alleine nicht oder nicht mehr in der Lage ist, diese Rechte und Interessen autonom einzufordern? Dann ist eine Vertretungslösung - neben den Angehörigen - vor allem in institutioneller Form geboten.

Es werden Einrichtungen nötig sein, die sich in der Fläche vor Ort oder in einer Region vorwiegend um die Wahrung der individuellen Patientenrechte kümmern. Einrichtungen zur Vertretung der individuellen Patientenrechte haben im Wesentlichen die beiden Aufgabenbereiche der Unterstützung bei der Inanspruchnahme der Patientenrechte sowie die partielle Mitwirkung bei der Wahrung der kollektiven Patientenrechte auf der unteren Ebene.

Patienten fragen nicht nur medizinische Informationen ab, sondern wollen diese auch in ihre persönliche Situation eingeordnet wissen, also beraten werden, was in ihrem Fall wohl am Besten zu tun sei. Sie haben oft auch konkrete und gravierende Beschwerden über die Nichtbeachtung ihrer Rechte zu führen und wollen erfahren, wie sie diese am besten formulieren und wo sie diese vortragen können.

Diese Zusammenhänge wurden von den Gründern des „Vereins Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein“ bereits vor 10 Jahren - und damit wesentlich früher als von anderen Akteuren im Gesundheitswesen - erkannt. All diesen Intentionen entspricht das Konzept des Vereins der Ombudsleute auch heute in idealtypischer Weise. Im Mittelpunkt steht vorwiegend die Beratung, wenn es mit der Kommunikation zwischen dem Medizin- oder Kassenbetrieb und den Patienten nicht klappt.

„Wenn das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Partner im Gesundheitswesen belastet und der Dialog gestört ist, sprechen Sie einen der Patientenombudsleute an. Sie werden mit Ihnen versuchen, eine Klärung herbeizuführen.“ So heißt es in der Selbstdarstellung. Die multiple Trägerschaft sichert eine ausreichende Unabhängigkeit bei der Beratung, aber auch die notwendige Rückbindung an das System.

Wir sind uns bewusst, dass dies von durchaus eigeninteressierter Seite auch als eine Patientenvertretung von Gnaden insbesondere der Ärzte und der Krankenkassen dargestellt werden kann und wird. Genauer betrachtet sind zwar die Ärzte nicht für sich, sondern für Patienten da; und Krankenkassen sind auch nicht als Sparkassen für Versicherte gedacht, sondern als Notfallabsicherung für Patienten. Viele Mitglieder des Vereins der Ombudsleute sind also eigentlich gespaltene Persönlichkeiten und müssen in ihrer Brust zwei Seelen bedienen, ihre eigene und die für ihre Patienten. Psychologen schlagen in diesen Fällen die Ausgliederung der Seelen unter einem Dach vor: Man steckt die beiden Seelen in zwei verschiedene Brüste und lässt sie miteinander anständig streiten und sich gelegentlich auch herzlich umarmen.

Damit ist für uns der Verein der Ombudsleute heute nicht aus opportunistischen Gründen „idealtypisch“, sondern weil anders kaum etwas in der Praxis zu erreichen war und ist. Für die Praxis heißt dies, dass zwischen der AOK Schleswig-Holstein und dem Verein der Ombudsleute bis heute Einigkeit besteht, dass der Verein unabhängig, nicht weisungsgebunden und neutral ist. Seine Einschätzungen haben sich rückschauend bewährt und werden heute allseits respektiert. Wir sind stolz darauf, nicht nur Mitglied, sondern sogar Gründungsmitglied zu sein.

Für uns ist es eine Selbstverständlichkeit, unsere Versicherten dann zu unterstützen, wenn sie im Rahmen ihrer medizinischen Versorgung Probleme haben. Sollten die Probleme mit der AOK entstehen, dann ist es nur von Vorteil, wenn der Verein der Ombudsleute als neutraler Beobachter eingeschaltet wird. Speziell aus der Sicht des AOK-Instituts „Medizinschaden“ kann ich sagen, dass sich die teilende und gegenseitig zuweisende Bearbeitung von Patientenbeschwerden sehr gut bewährt hat: Behandlungsfehler werden im Institut bearbeitet, „atmosphärische Störungen“ zwischen Arzt und Patient im Verein.

Kurz gesagt: Wenn es diesen Verein der Ombudsleute nicht schon seit nunmehr 10 Jahren gäbe, so müsste man ihn spätestens heute erfinden.

Die AOK Schleswig-Holstein dankt dem Verein für eine seit 10 Jahren währende ambitionierte Arbeit und wird auch weiterhin mithelfen, die feste Etablierung des Vereins der Ombudsleute im Gesundheitswesen zu unterstützen.

Die Arbeit des Vereins heute – Teil 2

Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, stellvertretender Vorsitzender des Vereins

„Es muss uns nicht geben, aber solange es uns gibt, dürfen auch noch viele mit unserer Hilfe rechnen.“ Das ist typisch Professor Jansen. Ein Zitat aus dem Editorial des Jahresberichtes 2005. Mit bescheidenem Understatement wird so die Botschaft genau auf den Punkt gebracht. In der Tat gibt es kein Muss im Sinne einer gesetzlichen Verpflichtung - eine wohlthuende Feststellung vor dem Hintergrund einer immer weiter um sich greifenden Reglementierungs- und Bürokratisierungswelle – nicht nur im Gesundheitswesen. Bürokratie macht sich überall da breit, wo begrenzte Mittel möglichst gerecht verteilt werden sollen und dann eventuell noch falsche Anreize der Erreichung dieses ohnehin nicht erreichbaren Zieles noch diametral entgegenstehen.

Und damit sind wir mitten drin in der derzeitigen Situation unseres Gesundheitswesens und bei der Begründung, dass es den Ombudsverein eben doch geben muss. Denn systemintern sind Konfliktlösungen in letzter Konsequenz nur auf der Ebene des Grundgesetzes behandelbar und selbst dann nicht lösbar.

Max Weber – immer gern zitierter Urvater der Soziologie – hat Bürokratie teilweise durchaus positiv definiert als den Schutz der Untergebenen vor Herrscherwillkür. Und nun muss der irritierte Bürger der Bundesrepublik Deutschland in der Tat feststellen, dass ihm nach den Buchstaben des SGB V der Staat mehr zusagt als das Leistungssystem ihm zu geben bereit und in der Lage ist. Und der Überbringer der Botschaft ist derjenige, der legitimerweise für die Zuteilung der Leistung – noch – zuständig ist... sein Arzt, oder seine Ärztin natürlich.



Und jetzt kommt ein Phänomen ins Spiel, welches bekannt, aber Vielen dennoch nicht bewusst ist: Die Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung von Ärzten und Ärzteschaft innerhalb der Gesellschaft ist durchaus sehr different. Die Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit wird dargestellt und erlebt als eine mächtige Pressure-group, die es immer wieder schafft, ihre Interessen gegenüber der Politik durchzusetzen, und der man darüber hinaus auch bewusste Manipulation im Leistungsgeschehen nicht nur unterstellt, sondern eine solche fast schon voraussetzt. Garanten für die Verfestigung dieser Wahrnehmung sind eigentlich ganz renommierte und auch angesehene Medienveranstaltungen wie – regional – „Markt im Dritten“, das Polittmagazin „Kontraste“ der ARD, das Pendant „Frontal 21“ des ZDF oder Organisationen wie z. B. Transparency International oder andere, die den Schutz der Menschheit vor allem Bösen auf ihre Fahnen geschrieben haben. Dies ist keine Presseschelte oder Kritik an Kritikern. Alle Akteure in diesem Umfeld tun das, was sie für ihre Aufgabe halten und der Gegenstand ihrer Recherchen entbehrt auch in aller Regel nicht eines harten Kernes an Wahrheit.

Aber – die innerärztliche Wahrnehmung ist eine völlig andere. Und darin unterscheiden wir uns wiederum nicht von anderen Berufsgruppen, die sich regelmäßig ähnlichen Skandalisierungskampagnen ausgesetzt sehen. Ärzte empfinden sich als Spielball der Politik weil gänzlich **ohne** Lobby im deutschen Bundestag. Eingezwängt in willkürliche Budgets und ständig bedroht von Regressen sehen sie sich schon lange nicht mehr in der Lage, ihre Patienten so zu versorgen, wie sie es eigentlich möchten und wie es notwendig wäre. Und das alles vor dem Hintergrund, dass die Bundesministerin für Gesundheit nicht müde wird zu beteuern, dass nicht nur weiterhin Jeder und Jede das an Gesundheitsleistungen bekommt, was nötig ist – im Gegenteil – nach ihrer so genannten Reform sogar noch deutlich mehr Leistung für das gleiche Geld abrufbar sein wird.

Es gibt aber noch eine dritte Wahrnehmung: Die der Menschen in unserem Lande als Privatpersonen. In repräsentativen Meinungsumfragen rangiert der Arztberuf immer auf den oberen Plätzen der Berufsgruppen, denen man persönlich das größte Vertrauen entgegenbringt – so zwischen Platz 1 und 3 in der Regel. Je nach Differenzierungsgrad der Befragung. Dies ist eine sehr personal interindividuell motivierte Wertung, die mit der engen Bindung einer klassischen Arzt-Patientenbeziehung zu tun hat. Und dies hat in der Vergangenheit ganz viel an Konfliktpotenzial abgedeckt.

Die Gesundheitsreform gibt Anlass zur Sorge, dass staatliche Lenkungs- und Zuteilungsmechanismen genau diese Beziehung in Gefahr bringen. Wir haben einen durchrationalisierten, sprich weitgehend standardisierten und anonymisierten Medizinbetrieb zu erwarten. Es wird nichts besser, wie versprochen. Das geht eigentlich auch gar nicht, da ja jede staatliche Verlautbarung der letzten Jahre mit dem Lob eines bereits jetzt hervorragenden und funktionstüchtigen Gesundheitssystems beginnt. Mit Sicherheit aber wir es unpersönlicher. Und wenn das geschieht, muss man kein Prophet sein, um eine ganz neue Dimension an Konfliktpotential zwischen den Leistungsträgern im Gesundheitswesen und denen, die diese Leistung in Anspruch nehmen, vorherzusagen.

Wo Sprachlosigkeit zwischen Individuen besteht, muss die Wiederherstellung von Sprachfähigkeit moderiert werden. Und wer wäre für eine solche Moderationstätigkeit besser geeignet als die Ombudsfrau, der Ombudsmann – mir fällt keiner ein.

Herr Professor Jansen, wenn es den Ombudsverein nicht bereits seit 10 Jahren gäbe müsste er spätestens heute gegründet werden. Ich danke Ihnen, ich danke allen ehemaligen und aktiven Ombudsmännern und Ombudsfrauen für ihre engagierte Tätigkeit.

Die Arbeit des Vereins heute – Teil 3

Dietmar Katzer, VdAK/AEV-Landesvertretung Schleswig-Holstein

Ich bin dankbar, dem Jubilar „Ombudsverein“ im Namen der Ersatzkassen und ihrer Verbände für seine 10-jährige Arbeit zu gratulieren. Aus der Taufe gehoben von Dr. Karl-Werner Ratschko hat sich der Verein zu einer Institution des Vertrauens im Gesundheitsland Schleswig-Holstein entwickelt, ohne die wir nicht mehr auskommen möchten.

Wir Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung - ich denke, da kann ich auch für meine Mitbewerber sprechen - sind froh über die Arbeit, die uns eine unabhängige Beratung unserer Versicherten gewährleistet. Und dabei manchmal auch hilft, über unseren gesetzlichen verankerten Tellerrand hinwegzuschauen und das nach Satzungsleistung Mögliche zu realisieren. Aber auch, dass den Ärzten, die bei Ihren verständlichen Dauerwünschen nach Honorarmehrung übers Ziel hinausschießen jemand auf die Finger klopfen wird, ist beruhigend.

Wenn sie einmal einen Blick in die Jahresberichte des Ombudvereins geworfen haben, wissen Sie, was ich meine. Hier geht es um Schicksale, die vor Überforderung keine Ausweg mehr wissen und denen schnell unbürokratische Wege aufgezeigt werden müssen. Beeindruckt hat mich das Schicksal der Frau, der mit dem Mittel fortwährender Demütigung Geld für unnötige Behandlungen aus der Tasche gezogen werden sollte, bevor Sie das Medikament, das Sie benötigt, bekommen sollte. – Für mich ist klar: Der Jahresbericht des Ombudsvereins sollte in den Wartezimmern der Arztpraxen genauso ausliegen wie in den Servicestellen der Krankenkassen.

Als mich die Einladung im Juli erreichte, meine Gedanken zur Arbeit des Vereines vorzutragen, befanden wir uns in der nebulösen Diskussion um die Eckpunkte zum Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) – man muss das Kind schon beim Namen nennen – hier den Begriff „Reform“ zu nehmen ist

euphemistisch. Spontan drängte sich mir die Hoffnung auf, dass nicht alle gut funktionierenden Strukturen über Bord geworfen werden. Denn während die Gesetzliche Krankenversicherung den Bach runtergeht, werden Sie sich, liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ombudsvereins, in Zukunft nicht über Langeweile beklagen. Aus dem GKV-WSG erwächst für Sie viel, viel mehr Arbeit.

Gestatten Sie mir, einen Blick in die düstere Zukunft unserer Gesundheitslandes zu werfen: Wenn erst einmal die großen Versorgerkassen durch Abwanderung ihrer gesunden und reichen Versicherten in die Private Krankenversicherung ausbluten und die Ärzte merken, dass von den Kassen, die arme Kranke versichern, nichts mehr zu holen ist, werden Sie sich vor Anfragen kaum mehr retten können. Denn wer kümmert sich dann noch um diejenigen, die in einem selbstzerstörerischen Wettbewerb um „gute Risiken“ zwischen die Mahlsteine geraten? „Konfliktlöser“ wie Sie werden gefragt sein denn je.



Aber Vorsicht: Wenn das große Ziel der Staatsmedizin erreicht ist, wird der Ombudsverein als starker, ungebundener Fels in der Brandung stehen – und das weckt Begehrlichkeiten. Wer weiss, vielleicht kommt dann jemand auf die Idee Ihren Verein zu professionalisieren – so wie jetzt den Gemeinsamen Bundesausschuss? Dann werden Sie vielleicht als Abteilung der „Agentur für Gesundheit“ wieder geboren, mit einem professionellen Antrags- und Formularwesen? Und einem MedFindex für gesetzlich und einem für privat Versicherte?

Da sei Professor Günther Jansen vor! Denn Vorstand und Mitglieder des Ombudsvereins zeichnen sich dadurch aus, dass sie größten Wert auf ihre Unabhängigkeit legen. Und dass macht den Charme der Institution Ombudsverein aus. Man kann leere Ziele in Satzungen und Geschäftsordnungen festschreiben – aber was gelebt wird, bestimmen die Leute „an der Front“. Und die Wahl der Ombudsleute ist durchweg von glücklicher Hand geschehen. Kompetente Charaktere mit der notwendigen Erfahrung und Menschenkenntnis sind das Markenzeichen des Ombudsvereins. Sie, liebe Ombudsleute, gewährleisten, dass Versicherte und Patienten gut aufgehoben sind.

Vielen Dank für Ihre Arbeit, die unser System entspannter macht. Und ganz besonders Dir, lieber Günther Jansen, als diplomatischem Garant der Verständigung zwischen Krankenversicherung und Ärzten.

Die Arbeit des Vereins heute – Teil 4

Pastor Jens-Hinrich Pörksen, Patienten-Ombudsmann

Über 1000 Patienten aus Schleswig-Holstein wenden sich pro Jahr an uns drei Patienten-Ombudsleute: Oberin i. R. Sigrig Petersen, Pastor i. R. Andreas Eilers und mich. Im Laufe der Jahre - ich selbst bin seit 6 ½ Jahren dabei - ist der Zugang zu den Ärzten offener geworden und bei den Krankenkassen die Akzeptanz unserer Tätigkeit gewachsen. Das ist zum großen Teil auch der Verdienst der ersten langjährigen Ombudsleute Matthias Leibl und Werner Ballnus.

Ich möchte Ihnen heute anhand von Fallbeispielen aufzeigen, mit welchen Anliegen Patienten sich an uns wenden, wie wir arbeiten, wer uns in unserer Tätigkeit unterstützt und weiterhilft und was wir im Einzelfall erreichen. Um Ihnen ein realistisches Bild unserer Arbeit zu malen, nehme ich nur Fallbeispiele, die mir selbst im letzten Monat – also Oktober 2006 - zugetragen wurden. Insgesamt wurde ich im Oktober 34 mal angefragt.

Am 6. Oktober z.B. bat mich der Seniorenbeirat Stockelsdorf, beim Seniorenfrühstück der Gemeinde, an dem ca. 80-100 Personen teilnahmen, über meine Tätigkeit als Ombudsmann zu berichten.

Am 9. Oktober rief mich eine Frau an, die Ende September im Krankenhaus ambulant operiert worden ist. Ein Arzt, der kurzfristig einspringen musste, operierte anstelle des kranken rechten Knies das linke Knie. Ich verwies sie zur Feststellung des Behandlungsfehlers an die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen in Hannover, die für Patienten kostenlos tätig wird, und sprach mit dem Sozialverband, in dem die Frau Mitglied ist, über die Möglichkeit einer juristischen Beratung. In diesem Fall musste die Frau einen Anwalt nehmen. Ich verweise Patienten öfter an die juristische Beratungskompetenz des Sozialverbandes.

Am 11. Oktober wandte sich ein Busfahrer an mich, dem Ende September in einer Operation 4 Beipässe eingesetzt wurden. Wegen der Medikamente, die der Mann nun einnehmen muss, ließen ihn die Stadtwerke nicht mehr auf den Bus. Der Busfahrer bat um folgende



Hilfe: Sein Arzt, der Kardiologe, hatte keine Zeit, die ihm zugesandten umfangreichen Papiere für die Versicherung zu lesen und auszufüllen. Er kopierte den Arztbericht, heftete ihn an die Papiere und unterschrieb blanko. Das wurde von der Versicherung nicht akzeptiert. Was nun? Ergebnis: Ich verwies den Busfahrer an seine Betriebsärztin der Stadtwerke, die ihm sicher weiterhelfen konnte.

Eine 47-jährige Frau rief an, Frührentnerin. Sie litt unter fortschreitendem Muskelschwund und konnte sich nur mit Gehstützen bewegen. Seit 1991 bekam sie regelmäßig zweimal die Woche Krankengymnastik verschrieben. Der Arzt konnte das nicht mehr so häufig verschreiben. In einem längeren Gespräch diskutierten wir durch, wie ihr Hausarzt und der Neurologe sich die Verschreibung teilen könnten und wie sie selbst sich auf eine Reduzierung der Krankengymnastik einlassen und dies durch eigene Übungen evtl. ersetzen könnte. Sie wollte das mit ihrem Hausarzt detailliert besprechen. Ich setzte mich als Ombudsmann mit Nachdruck dafür ein, dass Ärzte, die Verordnungen verweigern, ihre Patienten nicht im Stich lassen, sondern mit ihnen besprechen, wie es weitergehen kann.

Am 16. Oktober - die Herbstferien begannen - rief mich eine junge Frau aus Heide an. Sie war morgens wegen starker Schmerzen in der Schulter zu einem Chirurgen gegangen. Der konnte ihr nicht helfen und überwies sie an den Orthopäden. Dort wurde sie im Vorzimmer schroff abgewiesen. Ich setzte mich mit der Praxis in Verbindung. Die Praxishelferin sagt mir: „Wir wissen nicht mehr weiter. Der Doktor geht in Urlaub. Das Wartezimmer ist übervoll, neben unseren Patienten sitzen 20 Notfälle, darunter 12 Patienten, die allein der Chirurg uns überwiesen hat. Wir haben auch in den nächsten Tagen mit bestem Willen keinen Termin frei. Vier Ärzte in Heide sind schon in Urlaub gefahren, ohne eine Vertretung abzusprechen.“ Als ich die Frau wieder anrief, hatte sie sich schon Schmerztabletten von ihrer Hausärztin geben lassen und mit einem Orthopäden in Kiel, den sie persönlich kennt, einen Termin für den übernächsten Tag vereinbaren können. Sie bat aber darum, dass ich die Beschwerde weitergebe. Ich denke, das ist ein Fall für die KV. Die Frau hatte erfreulich eigenverantwortlich gehandelt, aber die ambulante ärztliche Versorgung in einer Stadt wie Heide muss doch auch in den Ferien sichergestellt sein.

Eine Frau rief mich an, die privat versichert ist, aber nur zu einem Standardtarif. Der Augenarzt, der sie für eine OP untersuchen soll, sagte, dass er sie zu diesem Standardtarif nicht behandelt. Sie ließ es darauf ankommen, ließ sich untersuchen und bekam dann eine Rechnung über 345,00 Euro nach Privattarif. Nun fragte sie, ob der Arzt nicht verpflichtet sei, sie nach Standardtarif zu behandeln, wenn sie den Standardtarif nun mal habe? Ich rief unseren Justitiar, Herrn Bayer, an, der mir in vielen Fällen gute Hinweise und Ratschläge

gibt. Der Arzt sei nicht verpflichtet. Die Frau zahlte, weil sie viel von dem Arzt hält. Sie überlegte auch, sich trotzdem von ihm operieren zu lassen. Ich empfahl ihr, sich vorher genau zu erkundigen, wie viel die OP kosten wird und mit dem Arzt darüber zu verhandeln, ob er ihr nicht im Preis entgegenkommt.

Wie in der Ärztekammer vorwiegend Herr Bayer, so hilft mir in der Kassenärztlichen Vereinigung am häufigsten Herr Froberg mit fachkundigen Informationen und Einschätzungen. Beiden und auch manchen anderen in beiden Einrichtungen von uns Ombudsleuten herzlichen Dank für alle Unterstützung, insbesondere natürlich auch Frau Lohse im Sekretariat.

Wenn Kenntnisse von Gesetzen und Verwaltungsvorschriften nötig sind, fragen wir die Referenten im Büro von Frau Wille-Handels, der Bürgerbeauftragten für soziale Angelegenheiten z. B. Frau Riedel oder Herrn Sievers, denen wir auch an dieser Stelle für gute Kooperation danken möchten. Mit ihnen haben wir insbesondere im letzten Jahr über viele Personen gesprochen, die sich an uns gewandt haben, weil sie ohne jede Krankenversicherung waren und die trotz aller Bemühungen keine Krankenkasse mehr aufnahm. Dieser untragbare und bis jetzt unlösliche Zustand hat uns sehr beschäftigt. Sie, Frau Wille-Handels, haben auf dieses Problem deutlich aufmerksam gemacht. Wir sind sehr erleichtert, dass dieses Problem offenbar durch die Gesundheitsreform Gott sei Dank gelöst werden wird.

Am 18. Oktober saß ich zusammen mit Frau R., die sich bei mir telefonisch massiv über die Behandlung ihrer 85 Jahre alten Mutter im Krankenhaus beschwerte. Sie war eine ideale Beschwerdeführerin, hatte auf meine Bitte die Beschwerde konkret präzise schriftlich formuliert, dass sie vom Krankenhaus sehr ernstgenommen und intensiv bearbeitet wurde. Ich zitiere: "Da meine Mutter Parkinsonpatientin im fortgeschrittenen Stadium ist (Pflegestufe 3 wurde zugestimmt), bat sie um einen Galgen am Bett, als Hilfsmittel um sich umdrehen zu können. Man antwortete ihr, es gäbe keinen... Verschiedene Hilfestellungen wurden ihr versagt, z. B. bei der Essenausgabe. Sie bat darum, das Tischchen mit dem Teller so zu stellen, dass sie ankommen konnte. Wenn sie klingelte, um um Hilfe zu bitten, wurde sie angeblafft und man sagte ihr, sie sei ein 'Störfaktor'. Beim Toilettengang (Pfanne im Bett) ließ man meine Mutter eine Stunde auf der Pfanne sitzen." Die Mutter geriet in Panik und weinte. „Nie wieder in dieses Krankenhaus.“ Die Verantwortlichen hörten persönlich 45 Minuten unsere Beschwerden an. Pflegedienstleiter und Stationsleiterin versuchten, die betroffenen Mitarbeiter ausfindig zu machen und die Vorwürfe mit ihnen und der Personalabteilung zu bearbeiten. Sie besuchten danach die alte Dame zu Hause, um sich bei ihr zu entschuldigen. Dies ist für mich ein gutes Beispiel dafür, wie ein Krankenhaus eine massive konkrete Beschwerde behandeln kann und soll.

Am 23. Oktober rief mich Herr L. an, 37 Jahre, versichert bei der AOK. Herr L. war an einem zwischen Prostata und Darm sitzenden, gefährlichem Tumor operiert worden. Der Tumor war rasch nachgewachsen. Bei der Nachuntersuchung durch einen Arzt, der ihn zur Weiterbehandlung in eine Berliner Spezialklinik überwies, wurde durch einen Spezialisten und durch die Klinik festgestellt, dass der Patient in diesem frühen Zeitpunkt nicht hätte operiert werden dürfen. Bevor noch einmal operiert werden konnte, musste in den nächsten Monaten versucht werden, den Tumor durch Medikamente zu verkleinern. Die voreilige OP war offenbar ein Fehler. Nach einem längeren Gespräch, in dem ich mir in Ruhe die großen Sorgen und Befürchtungen des Patienten anhörte, verwies ich Herrn L. an den Leiter des AOK Instituts für Behandlungsfehler, Herrn Dr. Thomsen, was ich bei AOK-Patienten immer tue, und, da der Patient über eine Rechtsschutzversicherung verfügt, riet ihm, gleich einen Anwalt mit einzuschalten und mit Hilfe beider hartnäckig alle notwendigen Therapieoptionen zu erkunden und einzufordern.

Am 24. Oktober rief mich ein Hausarzt an, der außerordentlich verärgert war über die DAK, die nach seiner Meinung häufig - und jetzt wieder unberechtigt - einen Kurantrag von ihm abgelehnt und auch seinen Widerspruch durch den Medizinischen Dienst zurückgewiesen hatte. Er bat mich, mich der Sache anzunehmen. Ich sagte, ich hätte im Notfall die Möglichkeit, einen Verantwortlichen des Medizinischen Dienstes anzurufen. Ich würde das

jedoch nur tun, wenn es sich um einen gravierenden Fall handele. Ich rief die DAK an. Ein in diesem Fall verantwortlicher Jurist der DAK erläuterte mir, dass Arzt und Kasse den Sachverhalt unterschiedlich darstellen. Ich ließ mir vom Arzt eine Kopie der Unterlagen schicken und erhielt für dieses kleine Problem ein Anschreiben mit 8 Seiten Anlage - was für eine Bürokratie! Ich stellte fest, dass der Arzt nicht gründlich gelesen hatte. Die Kasse hatte eine stationäre Unterbringung abgelehnt. Befürwortet dagegen hatte die Kasse eine Kur mit dem vom Arzt für notwendig gehaltenen Orts und Klimawechsel, hielt aber dort - wie eigentlich auch der Arzt selbst - eine ambulante Behandlung für ausreichend. Ein kurzes Telefongespräch zwischen Arzt und Kasse hätte alles mit wenig bürokratischem Aufwand positiv aufklären und lösen können. Ergebnis: Die Frau kann zur Kur fahren.

Mein letztes Fallbeispiel ist besonders schwierig. Am 26. Oktober rief mich ein Ehepaar aus Pinneberg an, das nicht wusste, wie es mit ihrer neunzehnjährigen Tochter weitergehen soll. Die Tochter leidet unter ADS (eine Krankheit - wie umstritten auch immer) und ist psychisch gestört und für ausbildungsunfähig erklärt. Ein spezialisierter Arzt, Dr. G., hatte die Krankheit soweit domestizieren können, dass die Tochter seit 1½ Jahren eine Kaufmännische Lehre machte. Sie bekam bisher von dem Arzt ein Medikament verschrieben, das ihren Zustand einigermaßen stabilisiert, aber nur für Kinder und Jugendliche verschrieben werden darf. Der Arzt sagte, er sei mit einem Kollegen auf eine Liste gesetzt worden und ihm drohe jetzt schon eine Regressforderung von 1000,00 Euro, er könne das Medikament künftig nur auf Privatrezept verschreiben. Herr Froberg von der KV bestätigte mir, dass der Arzt dieses Präparat für Erwachsene nicht verschreiben dürfe. Die Eltern waren leider nicht in der Lage die 80,00 Euro pro Monat zusätzlich zu zahlen. Ich sprach mit der AOK, bei der die Tochter versichert ist. Wenn überhaupt eine Kasse bereit war, eine Einzelfallregelung zu prüfen, dann war es bei mir bisher die AOK. Ich sprach ausführlich mit der Kundenberaterin, mit der Apothekerberatung der AOK und mit dem Arzt. Beide ermutigten mich, einen Versuch vorzuschlagen. Nun wurde im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt und den Eltern die Verschreibung des Medikamentes, begrenzt auf die Zeit der Ausbildung, als Einzelfallregelung sichergestellt, so dass das neunzehnjährige Mädchen ihre Ausbildung beenden kann. Das war - so die Eltern - für die Tochter die einzige Möglichkeit auf dem Weg in ein normales Leben. Im Nachgang rief mich die Mitarbeiterin der AOK an und sagte mir, der Arzt würde ein Schreiben der AOK bekommen, dass er nicht in Regress genommen werde, wenn er begrenzt für die Zeit der Ausbildung das Medikament in diesem Fall verschreibe.

Ich habe diese Fallbeispiele auch deshalb so ausführlich vorgestellt, damit Sie wahrnehmen, wie sehr wir Ombudsleute auf gute Kooperation mit vielen von Ihnen angewiesen sind, um unsere Arbeit erfolgreich tun zu können.

Zum Schluss: Ich habe im vergangenen Jahr aufgrund meiner Erfahrungen als Ombudsmann und medizinischer wie theologischer Lektüre ein Heft herausgebracht, zu dem Herr Dr. Bartmann dankenswerter Weise das Vorwort geschrieben hat: „Unsere Einstellung zum Alter (n) und zum Tod“. Alter und Tod sind weithin immer noch Tabuthemen, mit denen sich Menschen in Gegenwart anderer ungern befassen. Ich biete das Heft an, um den Einzelnen zu helfen, sich persönlich über ihre Einstellung zum Alter und zum Tod klarer zu werden. Kenntnisse der Medizin und der Glaube, Gespräche mit Ärzten und Seelsorgern können dem Menschen helfen, mit mehr Vertrauen und Gelassenheit in die unsichere Zukunft von Altern und Sterben zu gehen. Neue Partnerschaft von Medizin und Glaube, mehr Gespräche von Ärzten und Seelsorgern untereinander und mit den Patienten und ihren Angehörigen, das ist mir ein besonderes Anliegen in der Zeit als Ombudsmann, die mir bleibt. Dem Propst von Eiderstedt hat mein Heft den Anstoß dazu gegeben, in diesem Herbst einen Arbeitskreis von Ärzten und Pastoren zu gründen. Er erwartet davon, so sagte er mir, einen Gewinn für die Patienten und für die Bevölkerung insgesamt. Ich bitte die Anwesenden darum, ebenfalls in der Ärzteschaft und unter den Pastoren/innen diese Partnerschaft zu befördern.

Vielen Dank!

Die Arbeit des Vereins heute – Teil 5

Dagmar Danke-Bayer, Pflege-Ombudsteam

Die Einrichtung der Pflegeversicherung, vor allem aber die damals in allen Medien immer wieder erscheinenden Berichte über Mängel und Missstände in der ambulanten und stationären Pflege oder gar die Schließung von Pflegeheimen nahm der Ombudsverein im Sommer 2002 zum Anlass, auch Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, sowie den Trägern und Mitarbeitern der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit anzubieten, Konflikte durch Beratung und Schlichtung schon im niederschweligen Bereich zu lösen.

Das Pflegeombudsteam wurde zunächst für ein Jahr auf Probe eingerichtet. Dieser Modellversuch konnte jedoch schon vorzeitig erfolgreich beendet werden und im Jahr 2003 wurde das Pflegeombudsteam als fester Bestandteil ins Angebot der Arbeit des Vereins aufgenommen. Zur Zeit arbeiten drei Ombudsfrauen im Pflegeteam: Frau van der Heyden, Frau Prinz und ich, alle drei seit 2002.

Als Arbeitsschwerpunkt war man damals von Konflikten zwischen Pflegebedürftigen und/oder ihren Angehörigen und den Pflegeeinrichtungen insbesondere aufgrund von Pflegemängeln ausgegangen. Und obwohl sich seitdem in der Pflege vieles verbessert hat und viele ambulante Dienste und Pflegeheime sich innovativ bemühen, aus den Gegebenheiten die Bedingungen möglichst optimal zu gestalten, bleibt die Situation auch heute schwierig. Denn Pflege heißt Umgang und Arbeit von Menschen mit Menschen in einem komplizierten, von vielen Faktoren belasteten Beziehungsgeflecht, das zusätzlich teuer ist und trotz unserer immer noch wohlhabenden Gesellschaft unter chronischem Geldmangel leidet! Dies wird jedoch leider sowohl in der Politik als auch in der Praxis so nur selten gesagt!



Glaubhaft versichert wird demjenigen, der Pflege für sich oder seinen Angehörigen braucht, dass ihm nur das Beste geboten wird, man steht schließlich auch im Wettbewerb. Entsprechend groß sind dann natürlich die Erwartungen. Zumal oft erschwerend hinzu kommt, dass die Angehörigen sich oft eigentlich selbst in der Pflicht fühlen und, da sie dieser Pflicht nicht selbst nachkommen können, eben von der Pflegeeinrichtung, die sie ausgesucht haben, die optimale Versorgung z. B. der Mutter oder des Vaters erwarten.

Ich wünsche mir daher nicht nur heute, dass endlich offener mit den realen Bedingungen, unter denen in den meisten ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gearbeitet werden muss, umgegangen wird! Ein Großteil der durch die Verschleierung der wahren Situation oft unterschwellig schwelenden Konflikte würde dadurch zwar nicht unbedingt ausgeräumt werden, wäre aber meiner Ansicht nach leichter und vielleicht entspannter handhabbar. Denn in der heutigen Situation lastet auf allen Beteiligten Druck, der sich z. B. bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dadurch zeigt, dass sie bei Beschwerden oder Konflikten Nachteile für sich oder ihre Angehörigen befürchten und daher lieber schweigen.

Diese Konflikte sind vorhanden, werden in den Gesprächen, die ich mit den Betroffenen führe, häufig jedoch nur beiläufig erwähnt, so nach dem Motto: „Dass das alles nicht so klappt, wie wir uns das vorgestellt haben, daran haben wir uns ja schon gewöhnt bzw. damit abgefunden.“ Was natürlich so meist nicht stimmt! Oder ich werde schon vorab oder im nachhinein gebeten, die Klage über Mängel doch bitte so nicht im Gespräch mit dem

Pflegedienst zu erwähnen. Im Vordergrund der Anrufe beim Ombudsverein stehen dann meist sehr handfeste Mängel, ein Dekubitus, die Einschränkung der freien Arztwahl oder z. B. eine Sturzverletzung, die dann letztendlich das sprichwörtliche Fass zum Überlaufen brachte.

Neben dem natürlich heute auch vorhandenen altersbedingten Unvermögen vieler Pflegebedürftiger, ihr Unbehagen oder den Mangel, den sie empfinden, zu formulieren, sind es vor allem die Ängste der Pflegebedürftigen und/oder ihrer Angehörigen vor Sanktionen von Seiten der Pflegedienste, ob nun berechtigt oder unberechtigt. Sie verhindern leider immer noch viel zu oft, dass die manchmal täglich erlebten Ärgernisse nicht offen dargelegt und konstruktiv diskutiert werden können, um dann häufig gelöst oder zumindest verbessert oder erklärbar zu werden. Aufgrund dieser auf allen Seiten vorhandenen Ängste, geschieht es leider immer noch, dass das Hilfsangebot des Ombudsvereins, wie es ursprünglich einmal gedacht war, hier oft nicht zum Tragen kommt.

Stattdessen tat sich allerdings für das Ombudsteam schon recht bald nach Aufnahme seiner Tätigkeit unerwartet ein ganz anderes Arbeitsfeld auf. Ich meine damit die Beratung und Schlichtung im Bereich der Pflegeversicherung, der Pflegekassen und des MDK. Hier besteht von Seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ein großer Hilfebedarf, der auch eingefordert wird. Zum einen, weil an die Pflegeversicherung von den Versicherten immer noch große Erwartungen geknüpft werden, die dann so nicht erfüllt werden können. Zum anderen, weil die betroffenen Menschen sich fast immer in einer schicksalhaften Ausnahmesituation befinden, mit der sie sich in der Regel sowieso schon überfordert fühlen. Sich dabei noch in den bürokratischen Regeln und Umgangsformen des Gesetzes und der beteiligten Institutionen zurecht zu finden, ist dann für viele nicht mehr möglich und leistbar.

Begriffe wie Zeitkorridore, Grundpflegerische Hilfe, Pflegesachleistung und ihre Inhalte sind für sie ebenso wie das gesamte Antrags- und Entscheidungsverfahren nicht mehr nachvollziehbar und verständlich:

- Warum bekommt der Ehemann und Vater, der Ernährer der Familie, der nach einem Unfall im Koma liegt, keineswegs auf jeden Fall die Pflegestufe III?
- Warum wird der dementen Mutter, die Tag und Nacht beaufsichtigt werden muss und sich z. B. nur wäscht, wenn man sie an der Hand ins Badezimmer führt, womöglich überhaupt keine Pflegestufe zuerkannt?
- Warum muss sich ein Pflegebedürftiger im wahrsten Sinne des Wortes wie zwischen allen Stühlen sitzend empfinden, wenn er einen Rollstuhl beantragt hat, die Kasse ihm aber sagt, den müsse das Pflegeheim, in dem er lebt für ihn vorhalten, das Pflegeheim ihm aber erklärt, hier müsse er den Rollstuhl bei der Kasse beantragen. Der zuständige Mitarbeiter dort vor Ort, darf darüber aber sowieso nicht entscheiden, sondern eine Entscheidungsstelle der Kasse in einem ganz anderen Bundesland! Warum wohl?
- Warum sagt der Mitarbeiter des MDK, wie ich es selbst erlebt habe, bei der Besichtigung des Pflegeumfeldes, das ihm im Übrigen schon weitgehend bekannt ist, dem Pflegebedürftigen, dass er den gestellten Antrag zur Umfeldverbesserung befürwortet wird, wenn er dann der Kasse empfiehlt, ihn abzulehnen?
- Warum wird die körperbehinderte Tochter just nach ihrem 18. Geburtstag von der Pflegestufe II runtergestuft, obwohl sich an der Pflegebedürftigkeit offensichtlich nichts verändert hat?

Dies alles sind keineswegs nur bedauerliche Einzelfälle und es sind die Situationen, die die Betroffenen dazu bringen, sich hilflos ausgeliefert zu fühlen. Sätze, wie „Endlich fühle ich mich mal wieder als Mensch behandelt!“ oder „Ich bin so froh, dass mir mal jemand **richtig** zugehört hat!“, bedeuten natürlich noch nicht unbedingt, dass dadurch das Problem des Betroffenen gelöst wurde, sondern sie zeigen allein, wie mit ihm selbst oft umgegangen wurde und wie er sich dabei gefühlt hat.

Ich möchte daher hier an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, um an alle, die in ihrer Arbeit mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu tun haben, zu appellieren, über die Routine im Alltag aber auch über alle finanziellen und anderen Zwänge nicht den einzelnen Menschen, in seiner ganz persönlichen Not aus den Augen zu verlieren. Besonders die wahrhaftige persönliche Zuwendung im Gespräch kann manchmal das effektivste Mittel bei der Lösung eines Problems sein und viel Zeit und damit Geld sparen, von der persönlichen Befriedigung, die oft für alle Beteiligten daraus erfolgt und in der Regel ebenfalls die Effektivität steigert, mal ganz zu schweigen. Gerade in diesem Hause hier empfinde ich es als wichtig und notwendig, tatsächlich ein wenig mehr christliche Nächstenliebe oder Mitmenschlichkeit im Umgang miteinander einzufordern. Wir alle reden doch ständig von der notwendigen Rückbesinnung auf die verloren gegangenen Werte in unserer Gesellschaft. Praktizieren wir sie doch ganz einfach einmal in unserem alltäglichen Leben!

Schlusswort

Prof. Günther Jansen, Vorsitzender des Vereins Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.

Im Pressespiegel des Ombudsvereins für Oktober 2006 findet sich ein Bericht über die Arbeit des Ombudsmannes Pastor Eilers unter der Rubrik „Menschen für Menschen“. Ja, das ist so richtig; das ist eine Grundlinie unseres Engagements. Ein weiteres Grundprinzip unserer Arbeit leitet sich aus dem Denken in Schweden zur dortigen Ombudsarbeit ab. Dort sind Ombudsleute Beauftragte des Parlaments. Sie sind Beschwerdeinstanz, an die sich jeder zum Schutz gegen Bürokratiwillkür wenden kann.

Herr Dr. Ratschko hat sich für die Ärztekammer schon sehr frühzeitig Gedanken gemacht, wie die Kammer - auch im Interesse der Ärzteschaft - die Interessen von Patienten aufgreifen kann. Ich erinnere mich an ein Gespräch so etwa um 1987, als er die Ombuds-idee für Patienten beim Landtag des Landes hinterfragt hat. Dieses war damals nicht umsetzbar; aber heute gibt es beim Parlament nicht nur den Petitionsausschuss, sondern auch die Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten (Frau Wille-Handels) und es gibt seit 1996 ein neues und jetzt 10 Jahre altes Produkt - den Patientenombudsverein.



Ich gratuliere Herrn Dr. Ratschko und Herrn Buschmann sowie ihren Institutionen für den Gründermut.

Ich danke allen Mitgliedsorganisationen des Ombudsvereins für die Bereitstellung der Finanzmittel für die Arbeit unserer gemeinnützigen Einrichtung in den letzten 10 Jahren. Aus meiner Sicht ist es gut, nicht auf staatliche Zuschüsse angewiesen zu sein. Staatliche Strukturen neigen immer mehr dazu, Zuschussempfänger zu beeinflussen - oft unter dem Synonym „Qualitätssicherung“.

Deshalb haben wir in unserer Satzung auch festgelegt, dass die Ombudsleute völlig unabhängig von Einflüssen Dritter - auch unabhängig von der Meinung des Vorstands des Ombudsvereins - arbeiten sollen. Dieses ist ein drittes Grundprinzip unseres Handelns.

Die derzeitigen politischen Entscheidungen in der Berlin zur Gesundheitsreform zeigen, dass von der Regierung und vom Parlament Begriffe wie „Subsidiarität staatlichen Handelns“ oder „Verantwortung bürgerschaftlicher Selbstverwaltung“ überrollt werden und neue Bürokratien das grundsätzlich über die letzten 125 Jahre erfolgreiche Gesundheitssystem in eine weitgehende Verstaatlichung führen. Man fragt sich, ob Politik nicht begreift, warum immer mehr

Menschen auf die Straße gehen und sich den Einbindungen ins parlamentarische System entziehen. Diese Menschen wollen keine Befehlsempfänger sein, sondern auf Augenhöhe an neuen gesellschaftlichen Entwicklungen beteiligt werden - mit ihrem Sachverstand, ihren Erfahrungen und auch ihren Grundsätzen.

Zurück zu uns: Unsere Ombudsfrauen und Ombudsmänner sowie die hauptamtliche Begleitung haben in zehn Jahren gute und oft nicht leichte Beratungsarbeit für bisher mehr als 8.000 Patienten geleistet.

Von ihnen sind heute anwesend:

Frau Danke-Bayer
Frau Gebhardt
Frau Pastorin Knuth-Kempendorf
Frau Petersen, die gerade als Ombudsfrau in Flensburg neu angefangen ist,
Herr Pastor Eilers
Herr Landespastor i.R. Pörksen
Frau Lohse als Teilzeitkraft im Büro und
Herr Bayer als ehrenamtlicher Geschäftsführer.

Ihnen zu Ehren findet diese Veranstaltung insbesondere statt. Und ihnen gilt der Dank des Ombudsvereins und aller seiner Mitglieder für das Geleistete, verbunden mit hoher Anerkennung - das auch als Ansporn für die Zukunft.

Wir wollen in 2007 an der Fertigstellung unseres Med-Findex arbeiten und ihn mit dem Arzt-Findex der Ärztekammer SH so eng wie möglich verbinden, damit Menschen möglichst einfach von Diagnosen und Krankheitsbegriffen im Internet zu kompetenten Ärzten und Selbsthilfegruppen finden. Wir wollen mit Beteiligten darüber reden, ob der Med-Findex auch spezialisierte Behandlungsangebote der Krankenhäuser und der Reha-Kliniken im Land aufnehmen soll.

Außerdem wollen wir mit Krankenhäusern und Pflegeinstitutionen darüber sprechen, ob es nicht für sie ein zusätzliches Qualitätsmerkmal werden kann, wenn Beschwerden von Patienten hinsichtlich der Behandlungsabläufe von den Ombudsleuten aufgegriffen werden. Viele Menschen trauen dem internen Beschwerdemanagement der Einrichtungen keine ausreichende Objektivität zu.

Sehr geehrter Herr Präsident Dr. Bartmann, sehr geehrte Frau Dr. Andreßen, wir sind seit zehn Jahren in der Ärztekammer und ihrer Atmosphäre fachlicher Kompetenz gern zu Hause und bedanken uns für die Gastfreundschaft.

Abschließend bedanke ich mich im Namen des Ombudsvereins noch einmal ganz herzlich bei Ihnen, Herr Bischof Dr. Knuth. Für Sie und für uns war die heutige Veranstaltungsform ein Novum. Wir haben Sie gebeten, zu uns zu sprechen, weil wir die Begleitung von Menschen bei Gesundheitsproblemen nicht nur fachlich, sondern auch durch die Art und die Nähe von Pastoren oder praktizierenden Christen zu Menschen gestalten lassen wollten. Viele Menschen leben nicht täglich in Gott und seinen Geboten. Aber im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist es fast die Regel, dass das Gebet und die Bitten an den Schöpfer des Lebens zum Mittelpunkt werden.

Unser Dank gilt auch Ihnen, Frau Landespastorin Thobaben, für die Vorbereitung der Veranstaltung in Ihrem Haus und für die aktive Begleitung unserer 10-Jahres-Feier durch Sie.

Ich freue mich darüber, dass Sie alle heute unsere Gäste waren und ich hoffe, dass wir jetzt im Anschluss bei einem einfachen Essen noch interessante Gespräche führen können.



Behandlungsfehler und Schlichtung

Wie ein dicker roter Faden ziehen sich die Fälle mit Verdacht auf Behandlungsfehler durch die Telefonate von Patienten und deren Angehörigen. Auch wenn eine steigende Zahl von Beschwerden zu verzeichnen ist, kann man nicht unbedingt darauf schließen, dass die Arbeit der Ärzte schlechter geworden ist, eher ist zu vermuten, dass mehr Patienten sich zu Wort melden, die sonst nichts gesagt hätten. Die Information über Möglichkeiten der Beschwerde z. B. über das Qualitätsmanagement der Kliniken, über das Institut Medizinschaden der AOK, über die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen, nicht zuletzt über die Ombudsleute scheint angekommen zu sein. Schließlich ist -im Prinzip- auf allen Seiten das Interesse groß, wenn möglich auf außergerichtlichem Wege eine Klärung und Einigung herbeizuführen.

Allerdings ist der Weg von der Beschwerde zur Schlichtung immer wieder mit Hemmnissen verbunden: Gespräche mit Ärzten finden oft unter einem großen emotionalen Druck statt. Angst vor Regressansprüchen, gekränkte Berufsehre und gegenseitige Schuldzuweisung auf der einen Seite und Enttäuschung, Wut und Traurigkeit auf der anderen Seite behindern den sachgemäßen Umgang mit dem Geschehenen. In Folge dessen oder aus Prinzip müssen Patienten darum kämpfen, dass ihnen ihre Patientenakten nicht nur zur Einsicht gegeben werden, sondern auch in Kopie.

Patienten fühlen sich dem Arzt von vornherein fachlich unterlegen und vertrauen nicht darauf, dass der Arzt ihnen gegenüber "auch bei Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt bleibt ... und einer Patientenkritik sachlich begegnet", wie es die Berufsordnung der Ärztekammer vorsieht. Aus diesen und aus anderen Gründen lässt sich der Trend erklären, dass Patienten nicht gerne persönlich bei der Schlichtung auftreten, sondern andere machen lassen möchten. Andere Patienten, die von Schlichtung nicht so viel halten oder sich darunter nichts Konkretes vorstellen können, wenden sich lieber gleich an einen Rechtsanwalt, zumal wenn sie eine Rechtsschutzversicherung haben.

Eine telefonische - nicht repräsentative - Nachfrage bei erreichbaren Anrufern in meinem Bezirk, die in den letzten zwölf Monaten einen Merkzettel für die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen bekommen haben, ergab, dass man sich wenn überhaupt an die Krankenkasse oder an Rechtsanwälte zur Klärung des vermuteten Behandlungsfehlers gewandt hat, aber keiner die Schlichtungsstelle in Hannover bisher in Anspruch genommen hat. Fünf Beispiele aus der Nachfrage mögen das verdeutlichen:

Bei der Impfung gegen Pneumokokken hat die medizinische Fachkraft eines Hausarztes einer Frau zu hoch in den Arm gestochen, so dass sie das Schultergelenk traf. Die Folge war ein 5-tägiger Klinikaufenthalt und lang anhaltende Schmerzen mit einem geschwollenen Arm. Die Patientin und ihr Mann haben mit dem langjährigen Hausarzt und der Mitarbeiterin ein einvernehmliches, offenes Gespräch geführt, in dem das Ehepaar auch Verständnis für den Fehler der Mitarbeiterin aufbrachte. Der Arzt hat den Vorfall seiner Versicherung gemeldet und die Patientin ihren langjährigen Rechtsanwalt beauftragt. Die Schlichtung wurde nicht eingeschaltet, weil das Ehepaar befürchtete, dass bei einer einvernehmlichen Schlichtung eventuelle Spätfolgen nicht mehr berücksichtigt werden.

Ein junger Mann wird mit Verdacht auf Hodenkrebs von einem Urologen in die Klinik eingewiesen. Anlass für eine Untersuchung ist eine Hodenquetschung gewesen, die der Patient auch bei der Anamnese angibt. Bei der Operation werden die Hoden entfernt. Es wird hinterher aber kein Krebs festgestellt, sondern ein Bluterguss. Als der Ombudsman nach sechs Monaten nachfragt, erzählt die Mutter, dass ihr Sohn sich völlig zurückgezogen habe und nichts unternommen habe, um dem Behandlungsfehler nachzugehen. Ein Rückruf des

Sohnes ist bisher nicht erfolgt. Hier scheint es angebracht zu sein, noch einmal ein Gespräch mit einem Besuch brieflich anzubieten.

Eine Frau wird mit Herzbeschwerden nachts in eine Klinik eingeliefert. Nach der Blutabnahme wird das Blut erst nach ca. 30 Minuten ins Labor geschickt. Als die Diagnose Herzinfarkt feststeht, ist die Patientin zwischenzeitlich ins Koma gefallen, aus dem sie seit 6 Monaten noch nicht wieder erwacht ist. Zur Überprüfung des Vorfalles wollte der Chefarzt dem Ehemann, der eine Vollmacht vorweisen konnte, nur Einsicht in die Krankenakten geben. Nach längerer Diskussion konnte für 68 € die dicke Akte kopiert werden und der Krankenkasse zur weiteren Prüfung übergeben werden. Die Schlichtungsstelle in Hannover will sich der Ehemann als zusätzliche Möglichkeit offen halten.

Zur Lymphknotenkrebsbehandlung wird ein Mann bei der zweiten Knochenmarkspunktion von zwei Assistenzärzten erfolglos viermal links und dreimal rechts gestochen. Seitdem hat der Patient auf der linken Seite erhebliche Schmerzen. Die erste Punktion war problemlos durchgeführt worden. Der Chefarzt behauptet, der Patient würde sich in die Schmerzen hineinsteigern. In der Zwischenzeit hat das Landesamt für Soziale Dienste eine Behinderung festgestellt, die der Mann aber bei seinem Arbeitgeber nicht angibt, weil er fürchtet, sonst vom Betriebsarzt aus dem Verkehr gezogen zu werden. Die Sorge um die finanziellen Folgen einer Arbeitsunfähigkeit angesichts einer sechsköpfigen Familie und einem unbezahlten Haus lassen ihn in seinem Beruf mit einem großen Risiko leben. Die Schlichtungsstelle wurde nicht eingeschaltet, weil ihm Bekannte wegen der langen Dauer des Verfahrens abgeraten haben. Offensichtlich fühlt er sich bei einem Rechtsanwalt seiner Rechtsschutzversicherung besser aufgehoben.

Bei der Polypektomie wird von einem HNO-Arzt auch das Knickohr eines 5-jährigen Mädchens mit operiert. Nach wenigen Wochen springt das Ohr wieder zurück und eine breite Narbe verstärkt die alte Stellung. Jetzt kann es erst nach 6-8 Jahren wieder operiert werden, wenn es ausgewachsen ist. Um die Frage klären zu lassen, ob es ein schicksalhaftes Geschehen war oder ein Behandlungsfehler vorlag, gab es bei der Übergabe der Patientenakten eine heftige Auseinandersetzung mit dem Arzt. Dabei hätte den Eltern ein Wort des Bedauerns und eine Entschuldigung gereicht. Die Schlichtung wurde bisher nicht beteiligt, weil der Arzt „wahrscheinlich“ nicht mitmacht und die Eltern ihre Tochter schonen wollen, da sie konsequent eine weitere Operation ablehnt. Die Nachfrage durch den Ombudsmann hat sie aber positiv berührt und zum nochmaligen Nachdenken Anlass gegeben.

Andreas Eilers

Diskriminierung von Kassenpatienten durch Augenärzte

In letzter Zeit haben die Beschwerden von gesetzlich versicherten Patienten über das Verhalten von Augenärzten ihnen gegenüber zugenommen. Patienten, die sich zu einer Augenuntersuchung in der Praxis anmelden oder Patienten, die zunehmende Probleme mit Ihren Augen und ihrer Sehkraft haben, ohne sich selbst als Notfall zu betrachten, werden von Augenarztpraxen abweisend behandelt und wie eine Manövriermasse Monate vor sich hergeschoben. Manche Augenärzte verhalten sich offenbar nur gegenüber Privatpatienten freundlich und entgegenkommend, erwecken jedoch bei gesetzlich versicherten Patienten den Eindruck, dass sie auf ihre Behandlung eigentlich keinen Wert legen.

Entweder muss die Kassenärztliche Vereinigung (KV) dafür sorgen, dass die Patientenzahl für Augenarztpraxen herabgesetzt wird und mehr Augenärzte zugelassen werden oder die KV muss die Augenärzte konsequent verpflichten, ihren Versorgungsauftrag gegenüber gesetzlich Versicherten zu erfüllen.

Es darf jedenfalls nicht passieren, was eine Patientin erleben musste, die bei der Anmeldung für einen Termin beim Augenarzt auf ihre zunehmenden Augenbeschwerden und ihre rapide schwindende Sehkraft hinwies und trotzdem erst in 10 Wochen einen Untersuchungstermin

erhielt. Nach der Untersuchung sollte in der Augenpraxis noch eine Angiographie erfolgen, die aber erst 14 Tage später durchgeführt wurde. Danach wurde die Patientin an die Universitätsaugenklinik verwiesen, wo man auf einem Auge eine Makula Degeneration feststellte und sie fragte, warum sie erst jetzt käme. Wenn sie etwas früher gekommen wäre, hätte man das Auge vielleicht retten können. Die nach 10 Tagen durchgeführte Operation ergab, dass nichts mehr zu retten war. So gravierend können die Folgen sein, wenn Patienten beim Augenarzt erst Monate nach ihrer Anmeldung einen Untersuchungstermin bekommen.

Jens-Hinrich Pörksen

„Grenzen der Verordnung“

Die Anzahl der Anfragen und Beschwerden an die Ombudsleute zeigten im Berichtsjahr 2006 einen deutlichen Anstieg. Besonders wurde von den Patienten Beratung und Hilfe gesucht, wenn es um Verordnungen von Hilfs- und Heilmittel oder um veränderte Medikamentenverordnungen ging.

Spürbar waren die Sorgen, ja, die Ängste der Patienten oder ihrer Angehörigen:

- was soll eine Mutter tun, wenn für ihr schwerstbehindertes Kind keine weiteren ergotherapeutische Maßnahmen verordnet werden oder der Antrag auf Kostenübernahme für zusätzliche Therapien von der Krankenkasse abgelehnt wird?
- Wie soll sich eine 76-jährige Frau helfen, die seit Jahren ihren schwerbehinderten Sohn und ihren Ehemann nach einem Herzinfarkt pflegt, wenn der krankengymnastischen Therapie für ihren eigenen geschädigten Rücken nicht weiter zugestimmt wird?
- Was kann eine Ehefrau für ihren Mann tun, der nach dem 2. Schlaganfall und der krankenhausesärztlichen Empfehlung keine Verordnung für eine logopädische Behandlung erhält, weil es das Budget des behandelnden Arztes in dem Quartal nicht mehr zulässt?
- Wie wird eine chronisch kranke Patientin, die seit Jahren mit ihren Schmerzmedikamenten gut „eingestellt“ ist, damit fertig, wenn ihr Hausarzt ihre Medikamente auf kostengünstigere umstellt, die sie aber nicht vertragen kann?

Die Liste solcher oder ähnlicher Probleme ließe sich lange fortsetzen. Immer ging es um schwere Erkrankungen und ihre Folgen, immer dabei um Unsicherheiten und Ängste der Patienten und Angehörigen.

Für die Ombudsleute war dieses eine besondere Herausforderung, würden sie doch nichts lieber tun, als sich umgehend für die gewünschten Verordnungen einzusetzen!

Doch – wie bei allen anderen Beschwerden - war auch hier das genaue Hinterfragen wichtig:

- Warum wurden die Heilmittel oder Medikamente nicht weiter wie bisher verordnet, bzw. bewilligt?
- Gab es eine generelle Ablehnung oder ging es hier um ein behandlungsfreies Intervall?
- Aber auch – welche Möglichkeiten sahen die Patienten und Angehörige, selbst unterstützend tätig zu werden?
- Und - nicht zuletzt - wie konnte der behandelnde Arzt den Betroffenen helfen, wie gut ihn aufklären, welche alternativen Therapiemöglichkeiten konnte er anbieten?

Viele Gespräche der Ombudsleute konnten helfen im Rahmen der “Richtlinien über Verordnungen“ Klarheit und auch Verständnis zu vermitteln, dabei auch Verantwortungsbewusstsein zu stärken:

- Für den verunsicherten und mündigen Patienten, der Hilfe benötigt und auch erfährt, aber

die Einsicht gewinnen muss, dass unser Gesundheitssystem keine „Rundumversorgung“ gewährleisten kann.

- Für den hochbelasteten, unter Kostendruck arbeitenden Mediziner, der seinen Patienten in der Krankheit fürsorglich begleitet und ihn dabei auch immer mehr aufklärend und beratend zur Seite stehen muss.
- Für die Krankenkassen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK), die eine hohe Verpflichtung haben, ihren Versicherten die notwendige medizinische Behandlung zu gewähren bzw. den Bedarf zu begutachten und dabei die individuelle Situation des Patienten berücksichtigen müssen.

Deutlich zunehmende Akzeptanz der Beratung und Unterstützung durch Ombudsleute

Der Anstieg der Patientenfragen und -beschwerden an die Ombudsleute liegt ganz sicher im hohen Maße an der begrüßenswerten wachsenden „Patientenmündigkeit“, aber auch an den großen Verunsicherungen, die Patienten und alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen zunehmend erleben.

Ein weiterer Grund ist die gute Akzeptanz des Ombudsvereins und ihrer Ombudsleute im Lande. Patienten erfahren, dass ihre Sorgen und Probleme ernst genommen werden und sie damit nicht alleingelassen werden. Die Ärzte und Krankenkassen, die medizinischen und pflegerischen Einrichtungen erleben, dass es den Ombudsleuten immer um Vermittlung geht und um die Suche nach bestmöglichen Lösungen für die Patienten.

Das dieses gelingt, ist an den erleichterten und dankbaren Patientenrückmeldungen spürbar.

Siegrid Petersen

Rückmeldungen an die Patienten-Ombudsleute

, den 26.03.06

Patientenombudsdamane /-frau
Schlenker, Holsten 2.V.
Bismarckallee 8-12
23795 Bad Segeberg

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,
hiermit möchte ich mich ganz herzlich bei ihrem
Yuan Gedanken. Ihr Mitarbeiter, Herr Eick, hat
mir sehr nachlässig und klaren Bismarckallee mit
zudem Arzt gefühlt. Darauf habe ich eine spü-
bige Entlastung erfahren.
Möge ich Yuan weiteren Bestand in der Ver-
mittlung zwischen Arzt und Patient haben!

Mit freundlichen Grüßen

Flensburg, 06. August 2006

Sehr verehrte, liebe Frau Petersen,
auf diesem Wege nochmals herzlichsten
Dank für Ihre tolle Unterstützung bei
der Auseinandersetzung mit der
Krankenkasse.

Nicht zuletzt Ihrem Wirken als
Ombudsfrau ist es zu danken, dass
eine für beide Seiten vernünftige
Regelung gefunden wurde und ein
langer Rechtsstreit verhindert werden konnte.

Ich hoffe, dass Sie in einem besinnlichen
Stunde den leigefügten Tropfen gemessen
können und wünsche Ihnen für Ihr
weiteres Engagement Gesundheit,
Kraft und Gottes reichen Segen.

Mit herzlichen Grüßen
A.

Die Patienten-Ombudsleute



Die Patienten-Ombudsleute sind unabhängige Gesprächspartner bei Konflikten – insbesondere zwischen Patienten und Ärzten – aber auch bei Problemen mit Krankenhäusern, Krankenkassen und Apotheken, also im Bereich der Gesundheitsberufe auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches V. Sie wollen informieren, beraten und dabei die Anliegen der Patienten vertreten. Sie wissen, dass beide Seiten ein berechtigtes Anliegen haben können, diese aber gelegentlich auch in der Praxis miteinander kollidieren. Ziel ist immer eine Kooperation mit allen Beteiligten, um eine gute aber auch rechtlich und finanziell vertretbare Lösung zu finden.

Patienten-Ombudsfrau Siegrid Petersen,

Oberin i. R.

Kreise:

Flensburg,
Schleswig-Flensburg,
Nordfriesland,
Dithmarschen,
Steinburg



Patienten-Ombudsmann Andreas Eilers,

Seelsorger i. R.

Kreise:

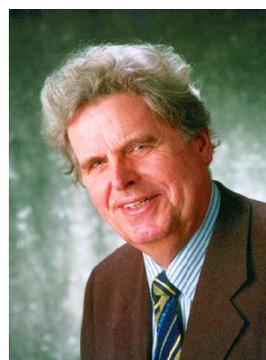
Kiel,
Rendsburg-Eckernförde,
Neumünster,
Plön,
Segeberg



Patienten-Ombudsmann Jens-Hinrich Pörksen, ehemaliger Landespastor

Kreise:

Lübeck,
Ostholstein,
Herzogtum Lauenburg,
Stormarn,
Pinneberg



Der Patient in der Pflege



Fallberichte

Frau L. – viele schwere Erkrankungen, Allergien und Behinderungen. Sie ist auf vielerlei Hilfe angewiesen, lebt allein und kann nicht ausreichend versorgt werden. Hinzu kommt eine psychische Überlastung, die es ihr sehr schwer macht, noch gut für sich zu sorgen. Ärzte und Betreuer sind im Grunde überfordert. Überlegungen mit ihr, sich stationär pflegen zu lassen, bleiben mühsam, sind noch nicht abgeschlossen – müssen vor Ort noch mal aufgenommen werden.

Herr C. – ist blind, Antrag auf Rollstuhlbau wurde zwei Mal abgelehnt, obwohl auch der Arzt den Antrag mit einem zweiten Schreiben an den MDK unterstützte. Im Verlauf der Beratung musste der Patient in ein Krankenhaus, wegen Atemnotbeschwerden und ich habe ihm empfohlen, dort mit dem sozialen Dienst noch mal den geeigneten Rollstuhl zu beantragen.

Bei mir riefen sowohl Kinder von alten Eltern, als auch alte Eltern an, weil sie verunsichert sind, inwieweit Kinder für ihre pflegebedürftigen Eltern finanziell einstehen müssen, wenn diese die nötige Pflege nicht selbst bezahlen können. Die Verunsicherung ist in der Bevölkerung nach meiner Wahrnehmung recht groß.

Herr K. hat eine vierjährige, behinderte Tochter; die KK hat den Widerspruch um Pflegestufe I abgelehnt. Da die Begutachtungsrichtlinien sich verändert hatten und sie nicht ganz leicht zu verstehen sind, wurde nach Gespräch mit der KK eine Nachuntersuchung vereinbart, wobei geprüft werden sollte, ob der aktuelle Hilfebedarf gestiegen sei.

Katharina Prinz

Problemfall Pflegeversicherung

Wie im letzten Jahr lag auch 2006 der Schwerpunkt bei den Fragen zur Pflegeversicherung. Bemerkenswert waren für mich z. B. drei Fälle, in denen es jeweils darum ging, dass Kinder, die seit ihrer Geburt z. T. mehrfach behindert waren und seit Jahren die Pflegestufe II oder III hatten, bei routinemäßigen Begutachtungen plötzlich um eine Pflegestufe herabgesetzt werden sollten, obwohl sich nach Aussagen der Mütter, die sich an mich wandten, die Pflege der Kinder mit zunehmenden Alter eher erschwert hatte. In den Gesprächen mit den Müttern wurde deutlich, dass diese die Besuche des MDK mittlerweile als Routine empfanden und voraussetzten, dass dem MDK und der Pflegekasse der notwendige Pflegeaufwand für das Kind bekannt war, so dass sie viele Notwendigkeiten in der täglichen Pflege nicht mehr erwähnten. Die Mitarbeiter des MDK schienen sich andererseits leider nicht die Mühe gemacht zu haben, sich vorher über den bisherigen Zustand des Pflegebedürftigen zu informieren, um gezielt nach bestimmten Notwendigkeiten oder Veränderungen in der Pflege des Kindes zu fragen. Sie gingen scheinbar schlicht von einer Verbesserung der Pflegesituation aus. So musste nun auf mein Anraten von den Eltern der betroffenen Kinder Widerspruch eingelegt werden, um nach einer erneuten Überprüfung, bei der die Mütter sich dann eingehender zu den Problemen in der Pflege der Kinder äußerten, den alten Pflegestatus wieder herstellen zu können.

Leider ist auch immer wieder festzustellen, dass nicht nur die Betroffenen, sondern auch die Angehörigen vollkommen überfordert sind, wenn aufgrund eines Unfalls, Schlaganfalls o. ä. jemand plötzlich pflegebedürftig wird. Die Menschen sind häufig emotional aufgewühlt und erschüttert, sollen jedoch Entscheidungen treffen, die für sie selbst oder den Angehörigen von elementarer Bedeutung sind, was sie meist noch mehr verunsichert und z.T. handlungsunfähig werden lässt! So drängt z. B. die Pflegekasse darauf, dass ein Antrag auf Anerken-

nung einer Pflegestufe gestellt wird, um keine Fristen zu versäumen, während der Soziale Dienst des Krankenhauses davon abrät, da bei dem Betroffenen gerade eine neue Therapie angewandt wird, die ihn rehabilitationsfähig werden lassen könnte, was bei einem vorliegenden Antrag zur Pflege dann vielleicht abgelehnt würde. In dieser Situation fühlt sich der zu einer Entscheidung angehaltene Angehörige (hier die Tochter) oft vollkommen überfordert und wagt aus Angst vor den nicht absehbaren Folgen keinerlei Entscheidung mehr. Nach einem Gespräch, in dem gemeinsam mit dem Angehörigen die Situation in Ruhe analysiert und strukturiert werden kann und sie also wieder überschaubar wird, kann dann viel leichter eine Entscheidung getroffen werden oder auch wie in diesem Fall, noch ohne Angst abgewartet werden.

Ich empfinde es als hilfreich, wenn die Kranken- bzw. Pflegekassen in solchen Situationen für die Betroffenen z. B. ein Merkblatt bereithielten, aus dem der formale Ablauf eines Antrages auf die Einrichtung einer Pflegestufe ersichtlich ist und der auch Hinweise auf Beratungsstellen enthält oder worauf man z. B. bei einem Vertrag mit einem Pflegeheim oder einem Pflegedienst achten sollte. Dieses Merkblatt sollte auch in den Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen an die Betroffenen ausgegeben werden.

Abschließend möchte ich noch anmerken, der geringere Anteil von Beschwerden über Problemsituationen in Pflegeheimen, sollte nicht zu dem Trugschluss verleiten, es gäbe diese kaum. Vielmehr erlebe ich immer wieder, wie sich Angehörige mit Problemen, die sie in Pflegeheimen erleben an mich wenden, wenn der pflegebedürftige Angehörige entweder gestorben ist oder inzwischen woanders lebt. Oder man hat eine Frage zur Pflegeversicherung und erwähnt „nebenbei“ Probleme, die man in der Heimbetreuung des Angehörigen erfährt, die man aber nicht weiter verfolgt wissen möchte. Das bedeutet, dass immer noch große Ängste und Befürchtungen seitens der Betroffenen und/oder ihrer Angehörigen verhindern, dass Probleme angesprochen und damit erkennbar werden bzw. offen gelegt werden. Vor allem die privaten Anbieter von Pflegeheimen sollten sich hier meiner Ansicht nach erheblich offener und aufgeschlossener zeigen, da sich manches Problem aus meiner Sicht bei einem guten und vertrauensvollen Kommunikationsklima relativ einfach lösen lässt und nicht zu einem verbissenen und verbitternden Kleinkrieg führen muss.

Dagmar Danke-Bayer

Das Pflegeombudsteam

Das Pflege-Ombudsteam in Schleswig-Holstein ist ein Teilprojekt des Vereins. Das Team möchte erreichen, dass die beteiligten Parteien der ambulanten und stationären Pflege vor der Eskalation eines Konflikts unter Vermittlung einer neutralen Person doch noch ins Gespräch kommen, um die entstandenen Probleme zu regeln. Menschenwürde achten, durch Pflege unterstützen, Lebensqualität sichern. Nicht immer sind sich alle Beteiligten einig, ob diese Ziele bei einem pflegebedürftigen Menschen erreicht sind. Oft fehlt die Zeit, sich in Ruhe auszutauschen. Der Ombudsverein kooperiert bei Angelegenheiten aus dem Bereich Pflege mit allen anderen Anbietern wie z.B. den Pflegeberatungsstellen in den Kreisen und den Pflegekassen. Ist eine Schlichtung der Streitpunkte durch Moderation und Beratung nicht möglich, so endet die Zuständigkeit des Ombudsvereins. Verfahren der Heimaufsicht, des MDK und der Kostenträger sind von der Tätigkeit der Ombudsleute abgegrenzte Bereiche.

Mitglieder dieses Teams sind:

Katharina Prinz,
Seelsorgerin u.
Dipl.-Pädagogin



Dagmar Danke-Bayer,
Dipl. Soz.-Pädagogin
und systemische
Familientherapeutin



Statistik über die Arbeit der Ombudsleute

Dipl.-Päd. Hedi Gebhardt (bis 30. 06. 2006)

(Kreise: Flensburg, Schleswig-Flensburg, Nordfriesland, Dithmarschen, Steinburg)

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG / Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	15	5	0	19	0	4	43
Organisation	6	12	0	5	0	0	23
Verordnungen	45	0	0	4	0	1	50
Abrechnungen	18	3	0	0	0	7	28
Notdienst	0	0	0	0	0	0	0
Verdacht auf Behandlungsfehler	8	10	0	0	0	8	26
Psychosoziales	1	1	0	1	0	12	15
Rechtsanfragen	6	1	1	16	0	11	35
Sonstiges	2	0	0	0	10	0	12
Insgesamt	101	32	1	45	10	43	232

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 9

Siegrid Petersen, Oberin i. R. (seit 01. 07. 2006)

(Kreise: Flensburg, Schleswig-Flensburg, Nordfriesland, Dithmarschen, Steinburg)

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG/ Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	15	10	0	10	0	3	38
Organisation	2	9	0	0	0	0	11
Verordnungen	15	0	0	10	0	2	27
Abrechnungen	4	4	0	8	0	4	20
Notdienst	1	0	0	0	0	0	1
Verdacht auf Behandlungsfehler	2	25	0	0	0	3	30
Psychosoziales	0	0	0	0	21	1	22
Rechtsanfragen	5	0	0	14	0	6	25
Sonstiges	1	1	0	6	0	13	21
Insgesamt	45	49	0	48	21	32	195

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen, Vorträge): 4

Andreas Eilers

(Kreise: Kiel, Rendsburg-Eckernförde, Neumünster, Plön, Segeberg)

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG / Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	39	10	1	2	0	1	53
Organisation	7	10	0	2	0	1	20
Verordnungen	52	5	0	61	0	5	123
Abrechnungen	28	5	1	8	0	5	47
Notdienst	6	0	0	0	0	0	6
Verdacht auf Behandlungsfehler	44	48	0	0	0	9	101
Psychosoziales	4	1	0	0	12	2	19
Rechtsanfragen	13	4	0	19	0	9	45
Sonstiges	3	3	1	2	19	12	40
Insgesamt	196	86	3	94	31	44	454

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 31

Jens-Hinrich Pörksen

(Kreise: Lübeck, Ostholstein, Herzogtum Lauenburg, Stormarn, Pinneberg)

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG / Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	46	37	2	4	0	41	130
Organisation	3	1	0	0	0	1	5
Verordnungen	38	2	0	41	0	8	89
Abrechnungen	17	7	0	20	0	5	49
Notdienst	6	0	0	0	0	0	6
Verdacht auf Behandlungsfehler	11	26	0	0	0	0	37
Psychosoziales	0	3	0	0	7	1	11
Rechtsanfragen	16	8	1	0	13	9	47
Sonstiges	1	0	0	0	0	0	1
Insgesamt	138	84	3	65	20	65	375

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 23

Gesamtstatistik über die Arbeit der Ombudsleute

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG / Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	115	62	3	35	0	49	264
Organisation	18	32	0	7	0	2	59
Verordnungen	150	7	0	116	0	16	289
Abrechnungen	67	19	1	36	0	21	144
Notdienst	13	0	0	0	0	0	13
Verdacht auf Behandlungsfehler	65	109	0	0	0	20	194
Psychosoziales	5	5	0	1	40	16	67
Rechtsanfragen	40	13	2	49	13	35	152
Sonstiges	7	4	1	8	29	25	74
Insgesamt	480	251	7	252	82	184	1256

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen):

Statistik über die Arbeit des Pflegeombudsteams

Problemfelder	Heim	Ambulanter Pflege- dienst	Kranken- haus	Niederge- lassener Arzt/Ärztin	Kranken-/ Pflege- kasse	Kontakte insgesamt
Kommunikations-/ Beziehungsebene	6	2	0	1	3	12
Pflegeleistungen	14	10	2	0	13	39
Medizinische Versorgung	4	0	1	0	3	8
Betreuung	0	1	0	0	1	2
Rechtsfragen	13	9	2	0	4	28
Sozialversicherung	1	1	2	1	15	20
Sonstiges	5	6	0	1	0	12
Insgesamt	43	29	7	3	39	121

Kurzbewertung der Statistik

Die Aufgaben nehmen zu

Ein Vergleich mit den Ergebnissen der vergangenen Jahre zeigt: Sowohl Ombudsleute wie auch das Pflegeombudsteam werden stärker in Anspruch genommen.

	Ombudsleute	Pflegeombuds- team
2002	911	-
2003	1030	-
2004	1078	80
2005	1014	67
2006	1256	121

Dies ist nicht – wie vermutet werden könnte – durch die gestiegene Zahl der Ärztinnen und Ärzte bedingt. Denn die Einwohnerzahl Schleswig-Holsteins hat nicht zugenommen. Für Beschwerden kommt es aber auf die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte an, die insgesamt nicht gestiegen sein dürfte. Dies zeigt sich in der Beschwerdestatistik der Ärztekammer Schleswig-Holstein, die in der Tendenz über die letzten Jahre hinweg gleich geblieben ist. Es ist daher davon auszugehen, dass die stärkere Inanspruchnahme der Ombudsleute auf deren zunehmender Akzeptanz beruht.

Verschiebungen ergaben sich bei den Tätigkeitsfeldern. So waren 2002 Beschwerden über Abrechnungen statistisch nicht auffällig. Sie lagen mit 93 Fällen weit hinter den Problemfeldern „Kommunikation“ mit 218, „Verdacht auf Behandlungsfehler“ mit 173 sowie „Rechtsfragen“ mit 165 Beschwerden.

2006 dominierten die Beschwerden über „Verordnungen“ mit 289, gefolgt von „Kommunikationsproblemen“ mit 264.

	Verordnungen	Abrechnungen
2002	93	82
2003	72	105
2004	153	161
2005	107	104
2006	289	144

Hier spiegelt sich die durch die Änderung im Vertragsarztrecht entstandene Problematik wieder. Insbesondere dürfte sich die Zuzahlungspflicht bei Arzneimitteln ausgewirkt haben.

Behandlungsfehler werden über die Jahre hinweg in etwa gleichbleibend gemeldet, so waren es 2002 - 173, 2003 – 195, 2004 – 181, 2005 – 191 und nunmehr 194 Fälle.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Rechtsfragen. Auch hier wurde der Rat der Ombudsleute in etwa konstant mit ca. 30 Anfragen in Anspruch genommen.

H.-P. Bayer, Geschäftsführer Patientenombudsverein S-H e. V.

Der Verein Patientenombudsmann/-frau bedankt sich...

... bei Hedi Gebhardt

Im Jahr 2006 hat es zum 01. 07. 2006 einen Personalwechsel in unserem nördlichen „Brückenkopf“ - kurz vor der dänischen Grenze in Flensburg – gegeben. Die dort tätige Ombudsfrau, Hedi Gebhardt, musste die Arbeit nach 3 Jahren aus persönlichen Gründen aufgeben. Nachfolgerin ist Frau Siegrid Petersen geworden, die über viele Jahre Pflegedirektorin im Schwerpunkt Krankenhaus der Diakonissenanstalt in Flensburg war.

Der Vorstand hat sich bei Frau Gebhardt für ihre äußerst engagierte und fachlich qualifizierte Arbeit bedankt und sich selbst dazu beglückwünscht, eine so anerkannte leitende Pflegefachkraft wie Frau Petersen an Bord des Ombudsvereins begrüßen zu können.



... bei Nicol van der Heyden

Zum Jahresende 2006 ist die dritte Kraft im Pflegeombudsteam, Frau Nicol van der Heyden aus beruflichen Gründen aus der Arbeit des Ombudsvereins ausgeschieden. Frau van der Heyden ist Dipl.-Pflegepädagogin und hat ihr hervorragendes Wissen in den Bereichen Pflege- und Systemplanung in die Arbeit des Pflegeombudsteams eingebracht.

Zur Zeit läuft eine Aktion, allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein anzubieten, über eine Mitgliedschaft im Patientenombudsverein, das Recht in Anspruch zu nehmen, in die Leistungsverträge mit pflegebedürftigen Menschen den Hinweis aufzunehmen, dass bei evtl. Problemen oder Streitfragen aus den getroffenen Vereinbarungen zuerst die Schlichtung über unabhängige Persönlichkeiten aus dem Pflegeombudsteam unseres Vereins angestrebt würde. Sobald feststeht, welcher Arbeitsumfang daraus entstehen kann, wird das Team bedarfsgerecht erweitert.



MedFindex – die Version 2.0

Die Informationsplattform www.medfindex.de wurde komplett neu programmiert und dadurch auf ein stabiles und erweiterbares Fundament gestellt. Weitere Ziele sind eine vereinfachte und übersichtliche Navigation auf den Webseiten, ein zeitgemäßes Webseiten-Design und schneller Zugriff auf die jetzt zentral gespeicherten Adress- und Schlagwortdaten.

The screenshot shows the MedFindex website interface. On the left is a navigation menu with the following items: Startseite (highlighted), Aktuelles, Schlagworte, Selbsthilfegruppen, Weitere Links, Wir über uns, Ihr Eintrag bei uns, Kontakt, and Schriftgröße ändern. Below the menu is a section titled 'Hilfe per Telefon' featuring a logo for 'Rat & Hilfe für PatientInnen' with the phone number (0 18 05) 23 53 83 and the text 'Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.' and 'Gesprächsgebühren 0,14 €/Min.'. The main content area is titled 'Startseite' and contains the following text:

Informationen für Patienten

Der Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V. und die Ärztekammer Schleswig-Holstein möchten mit diesen Internetseiten Patienten bei der Frage «Wer hilft mir weiter?» unterstützen.

Ziel ist es, eine Suchmöglichkeit für Selbsthilfegruppen im medizinischen Bereich an einer Stelle konzentriert und kostenlos anzubieten. Die verfügbaren Informationen auf dieser Website sind dazu bestimmt, Sie bei Ihrer persönlichen, gesundheitlichen Problematik zu unterstützen, aber keinesfalls die bestehende Arzt-Patienten-Beziehung zu ersetzen.

Wer hilft mir bei meiner speziellen Krankheit?

In der MedFindex-Rubrik "Schlagworte" finden Sie eine alphabetische Übersicht mit mehr als 900 Schlagwörtern. Dort finden Sie auch erklärende Texte für sehr viele Krankheiten und Adressen an die Sie sich wenden können.

Gibt es eine Selbsthilfegruppe für mein spezielles Interesse?

In der MedFindex-Rubrik "Selbsthilfegruppen" erhalten Sie eine Übersicht über diverse Gebiete, z. B. "Sucht" oder "Erkrankungen". Dort finden Sie entsprechende

Ein Detailbeispiel für das zeitgemäße Webseiten-Design ist die technische Umsetzung der Schrift- und Bildvergrößerung. In aktuellen Browsern kann bei gedrückter Strg-Taste und Mausrad nach vorne drehen (vergrößern) oder zurück drehen (verkleinern) die gesamte Webseite vergrößert oder verkleinert werden. Alternativ kann die Tastenkombination Strg-Taste und + Taste (vergrößern) oder Strg-Taste und – Taste (verkleinern) verwendet werden. Viele Menschen bevorzugen für das Lesen am Bildschirm eine größere Schriftdarstellung. Durch dieses Feature ist dies problemlos möglich und gleichzeitig hilft es auch Menschen mit Sehbehinderung.

Das zum MedFindex gehörende Windows-Verwaltungsprogramm wurde ebenfalls neu programmiert. Durch eine rechteabhängige Freigabe werden Schlagwort- und Adressdaten für die Internetanzeige freigegeben. Durch diese Freigabe können unabhängig von den im Internet angezeigten Daten intern neue Schlagwörter erfasst, Schlagwort-Verknüpfungen erstellt und Adressen geändert/erfasst werden. Nach Prüfung und Freigabe dieser Daten werden diese automatisch auch im Internet angezeigt.

Die gesamte MedFindex-Informationsplattform ist in das Sicherheitskonzept der Ärztekammer Schleswig-Holstein eingebunden und läuft auf zwei externen und einem internen Webserver. Durch die Komplexität der technischen Anforderungen musste der Fertigstellungstermin auf April 2007 verschoben werden.

Frank Kunert (Mitarbeiter EDV)

Satzung des Vereins „Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.“

Präambel

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein und die Allgemeine Ortskrankenkasse Schleswig-Holstein gründen gemeinsam den Verein „Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.“ Der Verein ist offen für Einrichtungen, Organisationen und Einzelpersonen, die ausdrücklich aufgefordert sind, sich an der Trägerschaft des/der Patientenombudsmannes/-frau zu beteiligen. Eine angemessene Berücksichtigung in den Organen des Vereins ist beabsichtigt.

§ 1 Aufgaben

- (1) Der Verein übernimmt die Trägerschaft für den Patientenombudsmann und die Patientenombudsfrau Schleswig-Holstein.
- (2) Der Patientenombudsmann oder die Patientenombudsfrau hat die Aufgabe, in Angelegenheiten, die dadurch entstehen, dass Patienten und Patientinnen Anlass zur Beschwerde oder Kritik sehen, zu informieren, zu beraten und die Interessen der Patienten zu vertreten. Ärztinnen und Ärzte haben ebenfalls das Recht, sich an den Patientenombudsmann oder die Patientenombudsfrau zu wenden. Näheres regelt eine Geschäftsordnung.
- (3) Der Verein wertet die Ergebnisse der Arbeit des Patientenombudsmannes/der Patientenombudsfrau aus und gibt Anregungen für erforderliche Veränderungen im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens.

§ 2 Name und Sitz

Der Verein führt den Namen: „Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.“

Sitz des Vereins ist Bad Segeberg.

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 3 Gemeinnützigkeit

- (1) Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne des Abschnitts „Steuerbegünstigende Zwecke“ der Abgabenordnung. Der Verein ist selbstlos tätig. Eine wirtschaftliche Betätigung wird nicht ausgeübt. Mittel des Vereins dürfen nur für die satzungsmäßigen Zwecke verwendet werden.
- (2) Die Mitglieder erhalten keinen Gewinnanteil und in ihrer Eigenschaft als Mitglieder auch keine sonstigen Zuwendungen aus Mitteln des Vereins.
- (3) Der Verein darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck des Vereins fremd sind oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen, begünstigen.

§ 4 Mitgliedschaft

- (1) Mitglieder des Vereins können Einzelpersonen, juristische Personen und Gesellschaften werden.
- (2) Die Aufnahme neuer Mitglieder erfolgt durch den Vorstand. Die Aufnahme kann ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden.
- (3) Die Mitgliedschaft erlischt durch schriftliche Austrittserklärung mit einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Schluss eines Geschäftsjahres. Der Vorstand kann eine verkürzte Kündigungsfrist für den Austritt natürlicher Personen zulassen. Die Mitgliedschaft erlischt mit sofortiger Wirkung, wenn die Mitgliederversammlung dies wegen eines wichtigen Grundes mit zwei Drittel Mehrheit beschließt.

§ 5 Finanzierung

- (1) Die erforderlichen Mittel des Vereins werden durch Beiträge der Mitglieder und Spenden aufgebracht.
- (2) Die Beitragshöhe richtet sich nach einer gesondert zu beschließenden Beitragssatzung.
- (3) Die bei der Zweckerfüllung anfallenden Personalkosten werden durch gesonderte Zuwendungen gemäß Beitragssatzung aufgebracht.

§ 6 Organe des Vereins

Organe des Vereins sind:

1. die Mitgliederversammlung
2. der Vorstand

§ 7 Mitgliederversammlung

- (1) Die Mitgliederversammlung wählt aus ihrer Mitte eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden und eine stellvertretende Vorsitzende oder einen stellvertretenden Vorsitzenden.
- (2) In jedem Geschäftsjahr wird mindestens eine ordentliche Mitgliederversammlung einberufen. Außerordentliche Mitgliederversammlungen sind nach Bedarf oder schriftlichen Antrag von mindestens einem Drittel der Mitglieder einzuberufen.
- (3) Einladungen zur Mitgliederversammlung sollen unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen schriftlich unter Mitteilung der Tagesordnung erfolgen. In Eilfällen kann die Ladungsfrist auf fünf Tage abgekürzt werden.
- (4) Die Mitgliederversammlung ist beschlussfähig, wenn ordnungsgemäß eingeladen ist.
- (5) Die Beschlüsse der Mitgliederversammlung werden mit einfacher Mehrheit der erschienenen Mitglieder gefasst. Beschlüsse über Änderungen der Satzung und die Auflösung des Vereins bedürfen einer Mehrheit

von drei Vierteln aller Mitglieder.

(6) Abstimmungen im schriftlichen Verfahren sind zulässig.

§ 8 Aufgaben der Mitgliederversammlung

(1) Die Mitgliederversammlung nimmt den Geschäftsbericht des Vorstandes, die Jahresrechnung und das Ergebnis der Rechnungsprüfung entgegen. Sie gibt sich eine Geschäftsordnung.

(2) Der Mitgliederversammlung obliegen:

- a) Beschlussfassung über Satzungsänderungen und über eine Beitragssatzung
- b) Wahl des Vorstandes
- c) Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes
- d) Wahl der Rechnungsprüfer
- e) Feststellung des Wirtschafts- und Stellenplanes
- f) Entscheidung über die Auflösung des Vereins
- g) Entscheidung über den Ausschluss eines Mitglieds
- h) Festsetzung der Entschädigung für die Vorstandsmitglieder

§ 9 Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus den Gründungsmitgliedern Ärztekammer Schleswig-Holstein und AOK Schleswig-Holstein sowie mindestens fünf weiteren Mitgliedern.

(2) Zur Koordination und Beratung sowie zur Wahrnehmung der Verwaltungsangelegenheiten bestimmt der Vorstand eine Geschäftsführung. Die Geschäftsstelle befindet sich bei der Ärztekammer.

(3) Die Vorstandsmitglieder werden von der Mitgliederversammlung für drei Jahre gewählt, sie bleiben bis zur Neuwahl im Amt. Bei Ausscheiden eines Vorstandsmitgliedes erfolgt eine Nachwahl für den Rest der Amtszeit.

(4) Der Vorstand wählt aus seiner Mitte eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden und die beiden stellvertretenden Vorsitzenden.

(5) Die Vorstandsmitglieder üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; damit verbundene Auslagen und Aufwendungen können erstattet werden. Dies wird durch eine Entschädigungsrichtlinie geregelt.

(6) Der Verein wird gerichtlich und außergerichtlich durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden oder gemeinsam durch die beiden stellvertretenden Vorsitzenden vertreten.

(7) Der Vorstand berät und beschließt über alle Angelegenheiten des Vereins, soweit die Satzung nichts anderes bestimmt. Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist. Zur Beschlussfassung ist die Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Die Bestellung und Entlassung eines/einer Patientenombudsmannes/der Patientenombudsfrau gemäß §10 Abs. 1 Nr. e) ist nur durch einstimmiges Votum des Vorstandes möglich.

§ 10 Aufgaben des Vorstands

(1) Dem Vorstand obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Durchführung der laufenden Geschäfte des Vereins
- b) Vorbereitung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung und deren Ausführung
- c) Aufstellung des Wirtschafts- und Stellenplans
- d) Verwaltung des Vereinsvermögens entsprechend dem Zweck des Vereins
- e) Bestellung und Entlassung eines Patientenombudsmannes/einer Patientenombudsfrau

Der Vorstand setzt zur Durchführung der laufenden Geschäfte eine Geschäftsführung ein. Des Weiteren kann der Vorstand zur Vorbereitung von Beschlüssen Ausschüsse bilden und die Erledigung einzelner Aufgaben Ausschüssen übertragen. Zu den Ausschusssitzungen können Sachverständige hinzugezogen werden.

§ 11 Niederschriften

(1) Über Sitzungen der Mitgliederversammlung und des Vorstandes sowie der Ausschüsse des Vorstandes sind Niederschriften anzufertigen, die von der Sitzungsleitung und der Schriftführerin oder dem Schriftführer zu unterzeichnen sind.

(2) Die Niederschriften sind den Mitgliedern des jeweiligen Organs bzw. Ausschusses in Abschrift zu übersenden.

(3) Erfolgt kein Widerspruch innerhalb einer Frist von zwei Wochen, so gelten die die Niederschriften als genehmigt; andernfalls sind sie in der nächsten Sitzung zur Erörterung zu stellen.

§ 12 Auflösung des Vereins

(1) Der Verein kann durch Beschluss der Mitgliederversammlung aufgelöst werden. Zu dem Beschluss ist die Mehrheit von drei Vierteln aller Mitglieder erforderlich.

(2) Bei Auflösung des Vereins oder bei Wegfall des Vereinszwecks oder bei Wegfall steuerbegünstigender Zwecke fällt das Vermögen an den Förderverein „Lehrstuhl Allgemeinmedizin e.V.“, Bad Segeberg, der es unmittelbar und ausschließlich für gemeinnützige Zwecke zu verwenden hat.

Mitglieder des Vereins:

Ärztammer Schleswig-Holstein, AOK Schleswig-Holstein, Diakonisches Werk Schleswig-Holstein, Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft Schleswig-Holstein, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Sozialverband Deutschland e.V. Landesverband Schleswig-Holstein, Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein e.V., Berufsverband der Dt. Chirurgen e.V. Landesverband Schleswig-Holstein, Deutsches Rotes Kreuz e.V. Landesverband Schleswig-Holstein, Apothekerverband Schleswig-Holstein e.V., Landfrauenverband Schleswig-Holstein e.V., IKK Nord, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., Marburger Bund Landesverband Schleswig-Holstein, VdAK/AEV Landesvertretung Schleswig-Holstein, Dräger & Hanse Betriebskrankenkasse, Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg, Betriebskrankenkasse Gruner & Jahr, Paracelsus Klinik Glückstadt GmbH, Asklepios Klinik Bad Oldesloe, Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e.V., Lubinus Clinicum GmbH & Co.KG, Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Schleswig-Holstein e. V., Seniorenheim Fürst Bismarck, Ratzeburg, Seniorenheim Donatus, Bad Bramstedt, Ambulanter Pflegedienst Wacken, Gesundheits- und Krankenpflege zu Hause, Ahrensburg, Ihr Pflegepartner, Lübeck, Alten- und Pflegeheim Lübeck, Seniorenheim Huus Moorschiff, Husum, Seniorensitz Haus Bielenberg, Breklum-Riddorf, Seniorenheim Am Danewerk, Schleswig, Altenpension Am Waldessaum, Hoisdorf, Senioren- und Pflegeheim Haus Berlin, Neumünster, Seniorenpflegeheim Haus am Mühlenstrom, Schafflund, Kranken- und Behindertenservice Lübeck, Tagesstätte für Erwachsene – Pflegeziel, Itzehoe, Seniorenheim Haus Ingrid, Bad Oldesloe, Seniorenhaus Sonnenhof-Rosengarten, Lunden, Seniorenresidenz, Burg/Fehmarn, Agnes Seniorenresidenz, Agethorst, Alten- und Pflegeheim Parkhotel, Mölln, Haus Mühlental, Schenefeld, Das Haus im Park, Norderstedt; Einzelpersonen (Dr. med. Karl-Werner Ratschko, Ralf Büchner)

1. Vorsitzender: Prof. Günther Jansen
Stellvertreter: Dr. med. Franz-Joseph Bartmann (Ärztammer SH)
Dr. Dieter Paffrath (AOK SH)

Impressum

Jahresbericht des Vereins Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.
V. i. s. d. P.: Prof. Günther Jansen (Vorsitzender)

Für namentlich gekennzeichnete Berichte steht der Autor/die Autorin.

Anschrift für alle Autoren:

Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.

Bismarckallee 8-12

23795 Bad Segeberg

Druck: Grafik und Druck, Kiel