

# Bericht

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

### 2007



Der Patienten-Ombudsmann oder die  
Patienten-Ombudsfrau ist in der Aus-  
übung seiner oder ihrer Tätigkeit unab-  
hängig und nur dem Gesetz unterworfen.  
§ 8, Geschäftsordnung der Patientenombudsleute

Geschäftsstelle:  
Patienten-Ombudsmann/-frau S-H e.V.  
Bismarckallee 8-12  
23795 Bad Segeberg



# Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung Prof. Günther Jansen	
Kassenpatienten kämpfen um ihre Rechte in der Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik	3
Die Patienten-Ombudsleute	10
<b>Berichte der Patienten-Ombudsleute für 2007</b>	<b>11</b>
Das rechte Wort zur rechten Zeit	11
Wartezeiten	13
Verdacht auf Behandlungsfehler	14
Besondere Beispiele aus der Arbeit des Patientenombudsmann Herrn Jens-Hinrich Pörksen	14
Psychosoziales	16
Das Pflegeombudsteam	18
<b>Bericht des Pflegeombudsteams für 2007</b>	<b>19</b>
<b>Statistiken des Jahres 2007</b>	
Statistik über die Arbeit der Ombudsleute	21
Statistik über die Arbeit des Pflegeombudsteams	23
Kurzbewertung der Statistik	23
Leistungen auf Verlangen	24
Öffentlichkeitsarbeit, Veranstaltungen und Vereinsaktivitäten	25
Entlastung für das Ombudsteam, Änderung im Verwaltungsablauf im Pfl egeteam, Rechtsberatung	26
MedFindex – Version 2.0	26
Vereinssatzung	28
Vereinsmitglieder	30
Impressum	30

# Kassenpatienten kämpfen um ihre Rechte in der Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik

## Arzttermine für GKV-Patienten – Rechtsfragen, Selbstverständlichkeiten und mehr

Der Weg für Patienten zu einer rechtzeitigen und damit auch qualifizierten gesundheitlichen Versorgung wird langwieriger, steiniger und teurer – jedenfalls wenn sie Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

Die Ombudsleute des Vereins berichten einhellig, dass sich die Wartezeiten auf Arzttermine – unterschiedlich nach Facharztbereichen – verlängern und die Atmosphäre in einer steigenden Zahl von Arztpraxen und Krankenhäusern oft von Hektik, Stress und durch Kostendruck geprägt sei.

Immer mehr Patienten äußern sich dahingehend, dass in einer wachsenden Zahl von Praxen Privatpatienten sowohl bei Terminvergaben, bei Wartezeiten und nach ihren Einschätzungen auch hinsichtlich des Behandlungsumfanges bevorzugt behandelt würden.

Diese Wahrnehmungen aus dem Arbeitsjahr 2007 werden durch verschiedene Einzelfälle unterlegt, die deutlich machen, dass Kassenpatienten, jedenfalls bei Terminvergaben, gegenüber Privatpatienten erheblich benachteiligt werden. Die – wenn auch nicht unumstrittene – Untersuchung des Instituts für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie an der Universität Köln hat dazu die öffentliche Diskussion angefacht.

In den Kieler Nachrichten vom 20.03.2008 wird darüber berichtet, dass eine Patientin mit erheblichen Schmerzen in der ersten Märzhälfte zuerst als Kassenpatientin einen Neurologen anrief und ein Termin erst ab 22.04.2008 möglich war, während ein weiterer Anruf unter ihrem Geburtsnamen mit dem Hinweis, sie sei Privatpatientin, an einem Freitag sofort zu einem Termin am darauf folgenden Montag führte.

Dazu erklärte ein Sprecher der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) u. a. „dass er den Unmut der Patientin verstehe, typisch sei dieser Fall aber nicht; es gibt genügend Gegenbeispiele, die belegen, dass Ärzte Privatpatienten nicht bevorzugen.“

Das mag so sein; aber es ist keine akzeptable Antwort auf den Vorfall. Im Rahmen der veröffentlichten Sprechstunden ist jeder Patient – auch bei Terminvergaben – gleich zu behandeln; es sei denn, der Krankheitszustand erfordert eine sofortige vorgezogene Behandlung. Und dieses gilt für die Abläufe in allen Praxen und nicht nur für „genügend Gegenbeispiele“. Andererseits bleibt es den Ärzten unbenommen, außerhalb der Regelsprechstunden besondere Termine mit Privatpatienten zu vereinbaren.

Der Sprecher der KVSH hatte aber Zusätzliches mitzuteilen, nämlich, dass die „Rund-um-Luxus-Versorgung, wie wir sie früher hatten, unter den heutigen Bedingungen nicht mehr finanzierbar sei. Die Politik habe das Gesundheitssystem krank gemacht.“ Er verwies auf den Budgetdruck. Der KVSH-Sprecher: „Das Quartals-Budget der Ärzte ist in der Regel nach zwei Monaten erschöpft, so dass die Mediziner für ein Drittel ihrer Leistungen nicht mehr bezahlt werden.“

Allerdings wies der Sprecher der öffentlich-rechtlichen Ärzteorganisation darauf hin, dass die Patienten darunter nicht leiden dürften, stellte aber keine konkreten Forderungen an die Ärzteschaft.

Die Kassenärztliche Vereinigung der Hansestadt Hamburg steuerte zu diesem Thema eine besondere mathematische Formel bei. Eine Sprecherin: „Da es viel mehr Kassenpatienten als Privatpatienten gibt, muss die eine Gruppe auch länger warten als die andere“.

## **Sprechstundenregelungen aus der Sicht des Patientenombudsvereins Schleswig-Holstein**

Das Bundessozialgericht hat in mehreren Entscheidungen vom 14.03.2001, AZ: B 6 KA 67/00 R, B 6 KA 54/00 R, B 6 KA 36/00 R, zu der Frage der Sprechstundenorganisation zwischen GKV- und Privatpatienten sog. „Diskriminierungsgesichtspunkte“ formuliert, die eine Bevorzugung von Privatpatienten in den veröffentlichten Regelsprechstunden nicht zulassen.

Heranzuziehen für diese Sichtweise ist auch der § 17 des Bundesmantelvertrag-Ärzte, wonach der Vertragsarzt gehalten ist, seine Sprechstunden entsprechend den Bedürfnissen für eine ausreichende und zweckmäßige Patientenversorgung und nach den Gegebenheiten seines Praxisbereiches festzusetzen.

Dabei wird gefordert, bei der Verteilung der Sprechstunden in der Woche und über Tageszeiten diese den Bedürfnissen und Gegebenheiten anzupassen, z. B. auch durch Sprechstunden am Sonnabend und abends.

Aus dem Bundessozialgerichtsurteil ist ablesbar, dass die Regelsprechstunden nicht zu Lasten der GKV-Patienten reduziert werden dürfen, um an Privatpatienten bevorzugt Termine zu vergeben.

Sprechstundenplanung ist nicht einfach; hinsichtlich der Aufteilung der Regelsprechstunden zwischen Kassenpatienten und Privatpatienten dürfte sich jedoch als Schlüssel z. B. die Relation der nach Terminen nachfragenden Kassenpatienten zu der entsprechenden Zahl von Privatpatienten anbieten.

Und sollte das als zu theoretisch verworfen werden, weil die Ärzte die Privatpatienten für betriebswirtschaftlich unverzichtbar halten, bestehen rechtlich offensichtlich keine Bedenken, dass außerhalb der Regelsprechstunden zusätzliche Zeiten für Privatpatienten angeboten werden.

Der Ombudsverein und die Ombudsleute fordern die Ärzteschaft auf, Wege zu finden, die GKV-Patienten, die nach wie vor den allergrößten Teil der Einnahmen der Vertragsärzte gewährleisten (oft 80% und mehr) auch bei Terminvergaben entsprechend zu berücksichtigen und zwar auch in den dritten Monaten der Quartale.

### **Welche Ansprüche haben GKV-Patienten an das Gesundheitssystem?**

Der Patientenombudsverein Schleswig-Holstein ist keine „Patientengewerkschaft“, sondern die Ombudsleute kümmern sich um Patienten, die sich von Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und anderen Anbietern gesundheitlicher Dienstleistungen aber z. B. auch von Krankenkassen oder dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) fehlerhaft, unzulänglich oder ungerecht behandelt fühlen.

Schwerpunkt der Arbeit der Ombudsleute ist, die Rechte des Patienten durch Argumente und Überzeugungsarbeit im Rahmen von Recht und Ermessen durchzusetzen, bzw. Missverständnisse auszuräumen und bei entstandenem Streit zur Vermeidung gerichtlicher Verfahren zu moderieren und zu schlichten.

Die Ombudsleute machen den Patienten aber auch klar, dass man im Gesundheitswesen nicht alles verlangen kann, was an Behandlungen oder Medikamenten vorstellbar ist. Zur Solidarität in der GKV gehört auch, für sich bei Erkrankungen kein Übermaß an Therapien zu verlangen. Für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung steckt § 12 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) unter dem Begriff „Wirtschaftlichkeitsgebot“ den Rahmen der Ansprüche relativ klar ab:

## § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

- (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiben. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
- (2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.
- (3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewusst oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, dass Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

Was eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ist, legt im wesentlichen ein „gemeinsamer Bundesausschuss“ über Richtlinien fest, der sich in Zukunft aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zusammensetzt. Die Entscheidungen des als Selbstverwaltungsorgan verfassten Gremiums stehen unter der durchgreifenden Kontrolle des Bundesministeriums für Gesundheit (Staatsmedizin contra Selbstverwaltung). Über allem steht allerdings unsere Verfassung und die dazu ergangene Rechtsprechung.

Das Bundesverfassungsgericht hat mehrfach betont, dass die grundsätzliche Verbürgung des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit berührt ist, wenn staatliche Regelungen dazu führen, dass einem kranken Menschen eine nach dem Stand der medizinischen Forschung prinzipiell zugängliche Therapie versagt bleibt, mit der eine Verlängerung des Lebens, mindestens aber eine nicht unwesentliche Minderung des Leidens verbunden sind. Verfassungsrechtlich ist dadurch der Anspruch des Patienten gesichert, lebensverlängernde Maßnahmen nicht gegen seinen Willen abzusetzen und ein mögliches effektives Diagnose- und Therapieprogramm auszuschöpfen.

Eine gewisse Begrenzung nimmt das Sozialrecht vor. Das im Vertragsarztrecht verankerte „Wirtschaftlichkeitsgebot“ besagt, dass der medizinische Erfolg in angemessenem Verhältnis zum Aufwand stehen muss und ein in etwa gleichwertiger Erfolg nicht auf aufwändigere Weise erreicht werden darf.

Hier geht es um eine gewisse Konkurrenz zwischen Einzel- und Gemeinschaftsinteressen im GKV-System, also um die Abwägung, was das solidarische System in welcher Form leisten soll. Dabei steht der Arzt zuerst im Dienste seines konkreten Patienten und dessen Not, weil er für ihn ethische und rechtliche Verantwortung trägt.

Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt, dass der Arzt beim Umgang mit Patienten

- ihre Würde und ihr Selbstbestimmungsrecht respektiert,
- ihre Privatsphäre achtet,
- über die beabsichtigte Diagnostik und Therapie, gegebenenfalls über ihre Alternativen und über seine Beurteilung des Gesundheitszustandes in für den Patienten verständlicher und angemessener Weise informiert und insbesondere auch das Recht, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, respektiert,
- Rücksicht auf die Situation des Patienten nimmt,
- auch bei Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt bleibt,
- dem Mitteilungen des Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegenbringt und einer Patientenkritik sachlich begegnet.

Der Patientenombudsverein Schleswig-Holstein geht davon aus, dass vorstehende Grundsätze von allen im System Tätigen akzeptiert sind. Daraus resultieren auch die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung im Rahmen der Berufsordnung (Satzung) der Ärztekammer Schleswig-Holstein für Ärztinnen und Ärzte. Unter § 2 Absatz 3 in Verbindung mit Kapitel C, Nr. 1, „Umgang mit Patienten“ heißt es:

Trotz dieser grundsätzlich beruhigenden Regelungen in unserem sozialen Rechtsstaat reduziert sich die Zukunftsdiskussion im Gesundheitswesen derzeit vorrangig auf die Finanzierung und die Bereitstellung zusätzlicher staatlicher Mittel über den staatlichen Gesundheitsfonds ab 2009. Hierbei sollte aber niemand hinsichtlich zusätzlicher Finanzmittel zu optimistisch sein. In einem so hoch verschuldeten Staat, wie es die Bundesrepublik ist, bei dem scharfen Wettbewerb um Finanzen des Staates aus allen Bereichen hat das Gesundheitswesen keine Chancen, das erforderliche Geld aus Steuermitteln zu erhalten. Der Gesundheitsfonds wird eher zu einer völlig unterfinanzierten Gesundheitsversorgung und zur Staatsmedizin führen.

#### **§ 85 SGB V – Gesamtvergütung**

- (1) Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen.
- (2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart vereinbart. Die Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen; sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig.....

#### **Die Bezahlung ärztlicher Leistungen für die Behandlung von GKV-Patienten**

Im Grunde ist es eine Selbstverständlichkeit - auch in einer sozialen Marktwirtschaft mit einem möglichst guten Gesundheitssystem für alle -, dass Gesundheitsdienstleistungen vom Umfang und vom fachlichen Leistungsspektrum her angemessen bezahlt werden.

Diesen leicht zu formulierenden Grundsatz finanzierbar auszugestalten ist die große Herausforderung an alle Beteiligten.

Und das wird je nach Leistungsansprüchen und Finanzierungsformeln dazu führen, dass ausreichende Gesundheitsdienstleistungen für alle - und wie denn wohl sonst - in einer immer älter werdenden Gesellschaft mit immer neuen und kostenintensiveren Therapien - teurer werden und zwar auch für alle - für Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Rentner und für den Staat -, der den Krankenkassen die Kosten abnehmen muss, die nicht ursächlich Kosten der Krankenversicherung sind; also die sog. versicherungsfremden Leistungen, über die seit Jahren diskutiert wird.

Wie immer aber die Vergütung für Ärzte in Zukunft geregelt werden wird, und vielleicht bringt ein neues Preissystem mehr Abrechnungsgerechtigkeit als das heutige Punktesystem nach EBM, Gesamtvergütungen, Honorarverteilungsmaßstäben und vielen Sonderregelungen: es wird immer darum gehen, wie die Finanzmittel aufgebracht werden.

Politik und Gesellschaft wären gut beraten, dieses für alle offen auch hinsichtlich der finanziellen Folgewirkungen über im Wettbewerb entstehende Beiträge konkurrierender Krankenkassen zu gestalten.

Die jetzt eingeleiteten GKV-Strukturen zerstören nicht nur den seit 125 Jahren bestehenden Grundsatz der Solidarität im Krankheitsfall für alle, sondern werden immer mehr Menschen mit geringerem Einkommen in einer Rest-GKV belassen, die mit staatlichen Zuschüssen zu einer Arme-Leute-Versorgung degeneriert.

Und natürlich muss allen klar sein, dass eine umfassende gesundheitliche Versorgung für alle nach Ausschöpfung durchaus auch heute noch vorhandener Rationalisierungspotentiale mehr Geld kosten wird.

Dabei wäre es aber bedeutend besser, diese Mittel über Beiträge von allen Versicherten aufbringen zu lassen und sie im GKV-System zu binden, statt sich in die Abhängigkeit der Umverteilung von Steuermitteln zu begeben.

Heute wird darüber diskutiert, ob es schon eine Rationierung von Leistungen für Kassenpatienten gibt. Ein heißes Eisen, das Politik und Verbände hin und her reichen, um sich nicht die Finger zu verbrennen.

Wer sich neutral und an Fakten orientiert dem Thema nähert, stellt mindestens fest, dass es logischerweise Leistungseinschränkungen geben muss, wenn die Politik immer neue Pflichtleistungen der GKV-Kassen in die Patientenversorgung einbaut, ohne die Finanzmittel entsprechend zu erhöhen und gleichzeitig die Kassen durch den gesetzlich formulierten Grundsatz der Beitragsstabilität daran hindert, diese Mehrleistungen der Ärzteschaft und der Krankenhäuser angemessen zu vergüten.

Aber solange das heutige Abrechnungssystem über leistungsorientierte Punktwerte des Einheitlichen Bemessungsmaßstabes (EBM) für Kassenpatienten gilt, sind die Verträge, die die Kassenärztlichen Vereinigungen für alle Vertragsärzte mit den Krankenkassen abgeschlossen haben, einzuhalten - auch wenn viele Ärzte das Abrechnungssystem nach fallenden Punktwerten im Quartalsverlauf als leistungsfeindlich und extrem ungerecht empfinden.

Aber genau hier setzt die Kompliziertheit des Abrechnungssystems ein.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren im Namen aller Ärzte mit den Krankenkassen die Höhe der landesbezogenen Gesamtvergütungen für eine ausreichende Behandlung aller gesetzlich krankenversicherten Patienten und zwar jeweils für ein Kalenderjahr und damit auch für alle Wochen in jedem Quartal.

Die Verteilung der Gesamtvergütung auf die Ärzte nach Punktwerten eines einheitlichen Bemessungsmaßstabes (EBM) erfolgt in den Ländern unterschiedlich. Während in Schleswig-Holstein die Punktbewertung im Verlauf eines Quartals mit Kernpunktwerten (höchster Wert z. B. 4,967 Cent) abfallend über sog. Konvergenzpunktwerte auf 0,1599 Cent je Mehrleistungspunktwert festgesetzt wurden, werden in Hamburg den Praxen zugeordnete Punktzahlen einheitlich bewertet.

Die Gesamtvergütung eines Quartals reicht aus der Sicht der Ärzte aber in allen Bundesländern nicht, um alle erforderlichen ärztlichen Leistungen angemessen zu bezahlen.

Es bedarf neuer Regelungen und offensichtlich auch zusätzlicher Finanzmittel im gesamten Gesundheitswesen. Wie das finanziert werden soll, bleibt offen.

Und alle Gruppen der Gesellschaft in der Bundesrepublik werden ihre Bedürfnisse, Wünsche und Forderungen auf den Prüfstand gestellt sehen. Wie das sozial- und leistungsgerecht geht, ist die große Frage.

Soweit die Institutionen des heutigen Gesundheitswesens sich noch in der fortschreitenden Verstaatlichung bewegen können, sollten alle in ihre Verhandlungen und ihr Tun neues Denken einkehren lassen.

Bisher handelte jede Gruppe und jede Institution in erster Linie für ihre Teilinteressen. Niedergelassene Ärzte, Hausärzte, Fachärzte, Kliniken, Apotheker aber auch Krankenkassen und Ärztevereinigungen befinden sich auf dem Weg, jeweils für sich den größten Anteil der Finanzmittel des Gesundheitswesens zu akquirieren.

Neues Denken, durch das produktive Versorgungsprozesse – weit über die bisherige inte-

grierte Versorgung hinaus – zur gemeinsamen Sache aller Leistungserbringer und Kostenträger werden, ist der einzige Schlüssel für ein in sich geschlossenes und erfolgreiches Gesundheitssystem, in dem sich alle so arrangieren müssen, wie es die Bedürfnisse der Patienten und die Finanzierbarkeit des Systems erfordern.

Man kann solche Auffassung auf Grund bisheriger Erfahrungen als nicht realisierbar betrachten: aber wenn das nicht wenigstens in etwa passiert, tragen alle, die unfähig sind, ein solches Managementkonzept zu organisieren, Mitschuld an einer sich verschärfenden Versorgungsungerechtigkeit, die sehr bald aus der schleichenden Rationierung in eine gesundheitsgefährdende Mangelwirtschaft umschlagen kann.

Prof. Günther Jansen  
(Vorsitzender des Patientenombudsvereins)

### **Auffassung eines Facharztes zu den Auswirkungen der Gesundheitsgesetzgebung auf die Arbeit der Ärzte**

#### **Dr. med. Burckhard Schürenberg, Schleswig**

Dr. Burckhard Schürenberg • Seminarweg 4 • D 24837 Schleswig

Patientenombudsmann/-frau  
Schleswig-Holstein e. V.  
Herrn Prof. Günther Jansen  
Bismarckallee 8 - 12

**23795 Bad Segeberg**

Ihr Schreiben vom  
01. 02. 2008

Ihr Zeichen  
III/JL

Mein Zeichen

Datum  
01. März 2008

Sehr geehrter Herr Professor Jansen,

besten Dank für Ihr freundliches Schreiben vom 01. März 2008. Auch möchte ich Ihnen meinerseits dafür danken, daß Sie sich die Mühe gemacht haben, im November 2007 zu mir zu kommen.

Der Jahresbericht sollte m. E. darauf hinweisen, unter welchen Bedingungen die niedergelassenen Ärzte weiterhin Quartal für Quartal arbeiten: Wochenlange Umsonstarbeit bei steigenden Kosten. Die Mehrwertsteuererhöhung haben wir zu 100% allein zu tragen. Die Angst geht um, auch vor den Banken und vor Kreditverkäufen an dubiose Aufkäufer wie Lonestar, wenn die Raten nicht absolut pünktlich bedient werden. Es muß nur eine Quartalsabrechnung aus welchen Gründen auch immer schlechter ausfallen, schon droht hier Säumnis, und die Banken sind heutzutage knallhart. Und was Lonestar mit uns macht, das hat man in den letzten Wochen am Beispiel von Immobilienbesitzern lesen können...

Die Folgen: Die Nerven liegen blank. Und vor diesem Hintergrund wird, allen Pannen und Kommunikationsproblemen zum Trotz, meines Erachtens immer noch gute Arbeit geleistet.

Ein zweiter Aspekt: „Wenn ich schon mal hier bin...“ - diesen Satz höre ich täglich mindestens 10 x. Der Patient leidet z. B. unter Halsschmerzen; nach Untersuchung, Diagnosestellung und Therapieempfehlung fällt er oft, dieser Satz: „Wenn ich schon mal hier bin - können Sie noch in meine Ohren sehen; Beschwerden habe ich keine, aber ich fliege nächste Woche nach [hier einsetzen: Gran Canaria, Jamaika, Mauritius etc.]“ Eigentlich eine klassische IGeL-Leistung, aber glauben Sie im Ernst, das würde akzeptiert? Hier tut Aufklärung not.

Dies sind zwei wesentliche Aspekte, die ich beizutragen hätte.



Die Angst geht auch deshalb um, weil die Honorarreform 2009 wankt. Ich prophezeie Ihnen: Im Vorwahlkampf 2009 wird sich eine Partei vom Gesundheitsfonds absetzen, um Punkte zu machen, und die anderen werden folgen. Ohne Fonds keine Honorarreform.

Die Krankenkassen brechen sich Arztgruppen heraus (Baden-Württemberg) und bezeichnen die im System zurückbleibenden Kolleginnen und Kollegen bezeichnenderweise als „Restärzte“. Eine Wortwahl, die mich an die finstersten Zeiten der deutschen Geschichte erinnert, aber entlarvend. Und wir Fachärzte haben überhaupt keine Chance, denn mit uns redet keiner. Die Krankenkassen sind nur an Hausärzten interessiert. Was in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein mit einer äußerst maroden Universitätsklinik ohne Fachärzte in der Fläche los wäre, müßte man sich eigentlich lebhaft vorstellen können. Oder wollen sie *a/fe* HNO-Patienten in Zentren jagen?

Die Anforderungen bürokratischer Natur nehmen weiter zu. DMP scheint ein bürokratisches Monstrum zu sein; mich betrifft es Gott sei Dank nicht. QM, wenn man es richtig macht, bedeutet richtig viel viel Arbeit (bei mir zu besichtigen), bringt aber vorerst kein zusätzliches Geld ein.

Ab 14. 03. und 07. 04. fahre ich für je eine Woche in die Schweiz zur Praxisvertretung. In diesen beiden Wochen ist der Landesteil Schleswig ohne phoniatische Versorgung. Wenn dieses Land meint, daß meine Arbeit als einziger niedergelassener Facharzt eines Landesteils in einem Fachgebiet so miserabel ist, daß man sie nicht zu vergüten braucht, dann biete ich diese Arbeitskraft und meine 31jährige Berufserfahrung eben anderswo an. Für den Finanzminister Deutschlands ist das ein gutes Geschäft: Ich werde dieses Geld nicht in einer Liechtensteiner Bank schwarz parken, sondern brav einführen und hier versteuern. Finden Sie das nicht auch krank? Das Land zahlt mir nichts (und nimmt davon natürlich auch keine Steuern ein), ich flüchte ins Ausland und führe das dort verdiente Geld hier wieder ein. Und zahle Steuern. Ein Geldtransfer der ganz ungewöhnlichen Art in diesen Zeiten... Zumwinkel hätte sich totgelacht!

Mit freundlichen Grüßen



**\* Anmerkung des Autors:**

Bezieht sich auf die finanzielle Situation und keinesfalls auf die medizinische Versorgung, die bekanntermaßen hervorragend ist.

Anmerkungen:

Der Ombudsverein gibt durch die Veröffentlichung dieses Briefes auch den Ärzten die Möglichkeit auf die wachsenden Probleme der Ärzteschaft einzugehen; erlaubt sich in diesem Zusammenhang aber auch eine Feststellung: Die Patienteninteressen werden am besten gewahrt, wenn die großen Gruppen des Gesundheitssystems – Politik, Krankenkassen sowie Ärzteschaft, Krankenhäuser und z. B. auch Apotheker – als vergleichbar starke Gruppen in unserem demokratischen System das Gesundheitswesen wie in der Vergangenheit auch in der Zukunft gestalten. Deshalb wird dringend davor gewarnt, den Krankenkassen ihre in der Selbstverwaltung verankerten Kompetenzen immer weiter zu beschneiden und dass die Ärzte ihre Verhandlungsmacht dadurch schwächen, dass sie sich in immer mehr Einzelgruppierungen (neben den Kassenärztlichen Vereinigungen/ Ärztegenossenschaften/ Hausärzteverbänden u.s.w.) zersplittern.

# 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



# Berichte der Patienten-Ombudsleute für 2007

## Das rechte Wort zur rechten Zeit

Man kann es in unserer Statistik für das Jahr 2007 nachlesen: 1279 Patientinnen und Patienten suchten im vergangenen Jahr bei uns drei Patientenombudsleuten Rat und Hilfe. Und – wie auch in den Vorjahren – zeigten sich die Probleme in nahezu allen Bereichen des Gesundheitswesens. Auffallend aber kristallisierte sich **ein** Problemfeld besonders heraus: die Kommunikation, genauer, die gestörte und unzureichende Kommunikation.



Es sei hier ausdrücklich betont, dass wir vor allem Gesprächspartner bei **Konflikten** sind und dass uns darum nur wenige Rückmeldungen über die ja in der Regel vorhandenen unzähligen guten Patienten-Arzt-Beziehungen vorliegen, die auf einer vertrauens- und verständnisvollen Kommunikation aufgebaut sind, dass wir darum wissen und in unseren Gesprächen dieses auch immer wieder bewusst machen.

Patienten, die sich an **uns** wenden, erleben eine Störung in diesem vertrauensvollen Miteinander. Sie beschreiben ihre un guten Erfahrungen, sprechen über ihre Ängste und Verunsicherungen, über ihre Betroffenheit, ihren Frust.

Sie vermissen warmherzige Zuwendung, fühlen sich als „Nummer“, häufig nicht ernst genommen, ja manches mal unwürdig behandelt. Sie kennen den Behandlungsablauf nicht, fühlen sich nicht genügend informiert und aufgeklärt oder mit der aufklärenden Wahrheit schonungslos konfrontiert.

Um helfend unterstützen zu können, gehen wir diesen Beschwerden nach, vermitteln Gespräche, klären Missverständnisse auf, machen auf die Situation der Patienten aufmerksam – und hören dabei auch immer die „andere“ Seite.

Ärzte, Medizinische Fachangestellte, Pflegepersonal - so erfahren wir bei Nachfragen - geben sich große Mühe auf die Bedürfnisse ihrer Patienten einzugehen, ihnen im Rahmen ihrer Möglichkeiten gerecht zu werden.

Diese Möglichkeiten aber, so erfährt der Patient verbal oder nonverbal, sind begrenzt, sei es zeit- oder budgetbedingt oder aus ganz anderen „menschlichen“ Gründen.

Patienten haben eine hohe (zu hohe??) Erwartungshaltung, wenn sie eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus aufsuchen müssen. Sie möchten nicht nur Linderung und Heilung ihrer Beschwerden, sie erwarten nicht nur medizinische und medizintechnische Hilfen, sondern vor allem Zuwendung, Zeit für ihre Probleme, ein verständnisvolles Wort, Erklärungen, die ihnen die Ängste nehmen, ein tröstendes Lächeln.

Sie erleben aber im Krankenhaus und in der Arztpraxis eine Atmosphäre, die zunehmend von Hektik, Stress und Kostendruck geprägt ist. Sie geraten in einen Kreislauf, in dem, damit er reibungslos funktionieren kann, vor allem der Patient selbst „pflegeleicht“ funktionieren muss.

Hektik und Stress, Zeit- und Kostendruck aber sind Nährböden für Unfreundlichkeiten, Unbedachtheiten und Fehlverhalten. Die Zeit für Gespräche und für „lange“ Erklärungen fehlt.

Das Gesagte wird ganz anders oder gar nicht aufgenommen, wird nicht richtig verstanden. Raum für Zuwendung, für Gefühle, für Zuhören gibt es kaum. Oft fallen Worte, die so gar nicht gemeint sind, die aber verunsichern, blockieren, frustrieren und verletzen:

Hierzu wurden folgende Beispiele von Patienten vorgetragen:

- Eine Patientin sucht nach einem Krankenhausaufenthalt ihren Hausarzt auf.  
Patientin: „Herr Doktor, im Entlassungsbericht steht: erbitten engmaschige Kontrollen der Wundverhältnisse. Soll ich morgen oder in den nächsten Tagen wieder kommen?“  
Doktor: „Nein, nein, das wäre ja noch schöner, wenn Sie über meine Zeit verfügen wollen. Wenn die Wunde dicker wird, gehen Sie dorthin zurück.“  
Patientin: „Fertig war er mit mir und machte die Tür zu.“
- Ein Patient wird wegen Atemnot in ein Krankenhaus eingeliefert.  
Patient: „Ich kriege kaum Luft, kann nicht richtig durchatmen“  
Doktor in der Notaufnahme nach kurzer Untersuchung: „Sie haben nur eine falsche Haltung, stellen Sie sich nicht so an.“
- Ein alter Patient kann im Krankenhausbett sein Getränk auf dem Nachttisch nicht erreichen. Die Angehörigen stellen dieses bei jedem Besuch fest und sprechen es mit dem Krankenpfleger an. Antwort des Pflegers : „Er wird schon nicht verdursten.“
- Eine Patientin wird in einer Gemeinschaftspraxis von einem Doktor untersucht, der „kurz angebunden“ ist und sich nicht vorstellt. Sie fragt nach seinem Namen und dem Untersuchungsergebnis. Antwort des Arztes: „sein Name stünde schon seit vielen Jahren an der Praxistür und Zeit für viele Erklärungen hätte er nicht, „es geht hier im Minutentakt“.
- Eine Patientin fragt ihren Facharzt, was er gegen ihre Fuß- und Beinschmerzen machen könnte. Der Doktor, sehr laut: „Das habe ich Ihnen doch schon viermal gesagt, nehmen Sie die Tropfen.“ Er wiederholt dieses sehr forsch noch einige Male. Auf die Frage, ob sie noch einmal zu ihrem Hausarzt gehen solle, antwortet der Facharzt: „Das weiß ich doch nicht.“
- Ein Patient versucht Kontakt zu seinem Arzt zu bekommen, doch davor „wacht“ – und das ist kein Einzelfall - seine Sprechstundenhilfe - und auch das ist kein Einzelfall - mit einem sehr energischen Ton. Da Telefonate nicht weiterhelfen, kommt er in die Praxis.



Die medizinische Fachangestellte mit kühlem, strengem Auftreten, das den Patienten sofort einschüchtert: „Sie können doch nicht einfach hier vorbeikommen, ich habe Ihnen doch gesagt, dass wir in den nächsten zwei Wochen keinen Termin für Sie haben.“

Zwar sind diese Beispiele aus dem Zusammenhang genommen - denn immer gibt es auch einen Vorlauf, immer auch die Darstellung der „anderen Seite“, die auch nachvollziehbar ist - doch betroffen macht uns Ombudsleute die Zunahme dieser Beschwerden, wie auch die Statistik ausweist und die zunehmende Tonverschärfung, wohlwissend, dass auch hier gilt „Aktion gleich Reaktion“.

Und doch wissen wir es alle: Nicht nur das, was gesagt wird, sondern vor allem, wie etwas gesagt wird, ist entscheidend: Jede Geste, jeder Blickkontakt, jedes Lächeln. Gerade das, was nonverbal vermittelt wird, erreicht den Patienten und kann zu seiner Gesundung oder zur Verzögerung seines Heilungsprozesses beitragen.

## Wartezeiten

Immer wieder rufen Patienten an, weil sie keinen Termin oder nur einen sehr späten Termin in einer Arztpraxis erhalten. Besonders gilt dieses für Facharztpraxen. Wartezeiten von drei, vier oder auch fünf Monaten müssen sie in Kauf nehmen und sie wissen nicht, wie sie damit umgehen sollen, befürchten weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Beispiele:

- Ein Lungenfacharzt empfiehlt im **November** einer Patientin eine kardiologische Abklärung. In der ersten Praxis, die sie anruft, erhält sie einen Termin **Ende April**, in der zweiten Praxis erst **Ende September** und in der Uniklinik, in der sie in ihrer Not anfragt, **Ende März**.
- Eine Frau versucht im **Mai** einen Termin bei einer Frauenärztin zu erhalten, sie bekommt ihn erst für **Ende November**.
- Ein Mann fragt im **Oktober** nach einem Augenarzttermin und erhält ihn für den **30. Januar** mit dem Vorschlag, zwischenzeitlich einen Optiker aufzusuchen.
- Eine Patientin versucht – zu ihrer eigenen Beruhigung – einen Mammographietermin zu erhalten und wird auf **sechs Monate später** „vertröstet“.
- Ein Patient erhält im **November** einen Termin für eine Darmspiegelung erst im **Juni**. Danach muss er umgehend operiert werden.
- Zunehmend melden sich Patienten, die nicht wissen, was sie tun sollen, weil ihre Praxis am **Quartalsende wegen Urlaub geschlossen** hat.

Diese wenigen Beispiele lassen sich fortsetzen und sind eingebunden in ausführliche Schilderungen, in denen die Patienten hilflos den Situationen gegenüberstehen. Sie sind erkrankt oder vermuten eine Krankheit, sind in Sorge. Sie brauchen Klärung, brauchen ärztlichen Rat, möglichst zeitnah.

Wir Ombudsleute versuchen herauszufinden, wie dringend dieser benötigte Arzttermin für den Patienten ist und ob die lange Wartezeit zumutbar ist. Im Einzelfall versuchen wir für ihn einen früheren Termin zu erhalten oder machen ihm Mut, es in anderen Arztpraxen zu versuchen.

Wir alle möchten natürlich, dass wir dann einen Arzt aufsuchen können, wenn wir ihn brauchen oder glauben, ihn zu brauchen. Wir wissen jedoch, dass dieses nicht immer möglich ist. Wir erfahren auch dabei, dass Patienten, wenn es „nur“ um Vorsorgetermine geht, enttäuscht und entmutigt aufgeben wollen. Sie erinnern verständnislos daran, dass doch gerade die Früherkennung als wichtiger Eckpfeiler unseres Gesundheitssystems dargestellt wird.

Und so erleben wir immer häufiger die Ängste, die Sorgen, den Frust der Patienten wegen der langen Wartezeiten.

Wir wünschen uns, dass in den Praxen so auf die Patienten eingegangen werden kann, dass sie mit ihren Problemen aufgefangen und mit ihren Sorgen und Ängsten nicht allein gelassen werden, dass ihnen einfühlsam ggf. weitere Hilfen angeboten, andere Wege aufgezeigt werden.

Eine Patientin allerdings nimmt es humorvoll. In einem Vortrag über die Ombudstätigkeit steht bei der Diskussion zu dem o. g. Thema eine alte Dame auf und rät den über 90 Zuhö-



ren Folgendes: „Machen Sie es doch so wie ich. Jeden morgen sage ich zu meinem Körper: Du musst heute gesund bleiben, wir beide wissen nicht, wann wir einen Termin kriegen.“

### **Verdacht auf Behandlungsfehler**

Über Behandlungsfehler konnte man in jüngster Zeit ausführlich in der Presse lesen.

Auffallend sind die zunehmenden Beschwerden von Patienten über mögliche Fehler in Arztpraxen und Krankenhäusern.

Wir Ombudsleute nehmen diese Beschwerden entgegen, weisen darauf hin, dass es sich zunächst um einen **vermuteten** Behandlungsfehler handelt, dass sich dieses bei genauen Recherchen ganz anders darstellen kann. Wir zeigen die Möglichkeit der Schlichtung der Norddeutschen Ärztekammern in Hannover auf und helfen ggf. bei der Antragsstellung und dem Verfahrensweg.

Gedanken machen wir uns, warum diese Beschwerden zugenommen haben.

Wir vermuten, dass einhergehend mit der begrüßenswerten „Patientenmündigkeit“ das Bewusstsein dafür immer mehr gestärkt wird, Dingen und Situationen, die eigene Gesundheit betreffend, klärend nachgehen zu wollen. Auch die vielen Gesundheits- /Krankheitsthemen, gestützt durch Erfahrungsberichte in Presse und Fernsehen, machen dazu Mut.

Wir vermuten, dass wir nicht nur von dem „gläsernen“ Patienten sprechen können, sondern immer mehr auch Gesundheitseinrichtungen sich „gläsern“ darstellen müssen und dass dabei z. B. Probleme, Versäumnisse oder Fehler häufiger und früher erkannt werden.

Wir vermuten, dass infolge der zunehmenden Hektik und des Zeitdrucks - und das ist nachvollziehbar – vermehrt auch Fehler entstehen können.

Wir wünschen uns, dass mit den betroffenen Patienten in solchen Fällen offen gesprochen wird, so dass sie nicht in der Ungewissheit gelassen werden, dass sie nicht „im Dunkeln tapen“ müssen und nicht noch viel „Schlimmeres“ vermuten. Wir wünschen uns für jeden Patienten, dass er die Hilfe erfährt, die er für seinen Gesundungsprozess benötigt und dieses - nicht zuletzt auch -, um das tief verwurzelte Patientenvertrauen in seinen Arzt/ ihre Ärztin zu erhalten und zu stärken.

Siegrid Petersen

### **Besondere Beispiele aus der Arbeit des Patientenombudsmannes, Herrn Jens-Hinrich Pörksen**

#### **a) Drei Positiv-Beispiele zur Kommunikation niedergelassener Ärzte mit Patienten**

- Ein Patient mit einem schweren Kurz-Darm-Syndrom wurde 15 Jahre von einer Uniklinik ambulant versorgt. In diesem Jahr lehnte die Klinik die Fortsetzung der ambulanten Betreuung ab. Der Patient und seine Frau bemühten sich vergeblich um eine Aufnahme bei mehreren Facharztpraxen. Es wurde dem Patienten bedeutet, dass seine Aufnahme in die Praxis für die Arbeitszeit des Arztes und das Budget der Praxis eine zu hohe Belastung mit sich bringe. Der Patient selber war der Bettelei Leid. Er fand sie entwürdigend und wollte resigniert aufgeben, aber seine Frau ließ nicht locker. Mit Hilfe eines Patientenombudsmannes gelang es, einen Arzt des Vertrauens zu gewinnen, mit dem ganz offen die Situation des Patienten und die mit seiner Aufnahme verbundenen Belastungen angesprochen wurden und der dennoch ohne Zögern die Aufnahme des Patienten zusagte.
- Ein Patient wurde mit einem Schlaganfall ins Krankenhaus eingeliefert und nach einigen Tagen auf eigenen Wunsch wieder nach Hause entlassen. Sein langjähriger Hausarzt bestand darauf, dass der Patient umgehend wieder ins Krankenhaus zu bringen sei. Seine Niere arbeitete schlecht. Die Erkrankung war lebensbedrohlich. Der Patient aber lehnte eine Dialyse und auch eine Operation ab und bestand darauf zu Hause zu bleiben. Sein Hausarzt möge ihm bitte mit Medikamenten helfen, so gut er könne. Der Arzt

befand sich in einem Entscheidungs-Dilemma. Im Gespräch mit dem Patientenombudsmann sagte der Arzt, dass er natürlich seinen Patienten zu Hause nicht im Stich lassen werde.

- Ein Arzt hat es mit einem besonders eigenwilligen und aufbrausenden Patienten zu tun, der sich immer wieder nicht an das hält, was der Arzt ihm sagt. Der Patient selbst beklagt sich beim Patientenombudsmann, dass der Arzt auf seine Fragen gar nicht eingeht und ihm zu viele Vorschriften macht und dass der Arzt nun seine weitere Behandlung ablehnt. Der Arzt berichtet wie unverschämt der Patient sich in der Praxis aufgeführt hat und warum er ihn aus der Praxis verwiesen hat. In einem längeren Gespräch mit dem Patienten stellt sich heraus, in welcher schlechter gesundheitlicher Verfassung der Patient sich befindet und dass kein Arzt in der näheren Umgebung bereit ist, ihn noch zu behandeln. Im Verlauf des Gespräches beginnt der Patient einzusehen, dass er selbst sein Verhalten ändern muss. Er geht zum Arzt und entschuldigt sich für sein Verhalten. Der Arzt weiß genau, wie schlecht es um den Gesundheitszustand dieses Patienten bestellt ist. Er ist bereit zu vergessen und hat den schwierigen Patienten wieder zur Behandlung angenommen.



#### **b) Zwei Negativ-Beispiele zur Kommunikation von Krankenhäusern mit Patienten und ihren Angehörigen**

- Am 18. Dezember 2007 rief mich eine Frau an, deren Vater im Krankenhaus lag nach einer Operation mit Herzinfarkt und Schlaganfall. Er hatte eine Patientenverfügung bei sich, aus der hervorging, dass er lebensverlängernde Maßnahmen ablehnt. Die Ärzte beurteilten das aus medizinischer Sicht anders und sagten dann, dass sie in diesem Fall im Krankenhaus für ihren Vater nichts mehr tun könnten und ihn entlassen würden. Sie forderten die Tochter auf, umgehend für ihren Vater einen Heimplatz zu besorgen. In ihrer Ratlosigkeit rief die Frau mich an und fragte: „Wo soll ich so kurz vor Weihnachten von heute auf morgen einen Heimplatz für meinen Vater finden, wo er gut gepflegt wird und mit ärztlichem Beistand sterben kann?“ Wir diskutierten kurz darüber, dass ja in unseren Pflegeheimen keine Ärzte angestellt seien. Ich schlug ihr vor sich darum zu bemühen, dass ihr Vater in einem Hospiz Aufnahme findet, Sie solle mich sonst wieder anrufen. Bei der Abfassung des Jahresberichtes habe ich mich bei der Frau noch einmal erkundigt. Sie erzählte mir, dass sie erfreulicherweise schnell einen Platz im Hospiz bekam. Ihr Vater sei dort gut aufgenommen, unter ärztlichem Beistand gepflegt worden und nach drei Tagen gestorben. Auf meine Rückfrage sagte mir die Frau, dass das Krankenhaus ihr in keiner Weise geholfen habe, einen Platz für ihren Vater nach der schnellen Entlassung zu finden. Sie fühlte sich in dieser schwierigen Situation vom Krankenhaus sehr im Stich gelassen.
- Eine Patientin rief mich an und beschwerte sich massiv über ein Krankenhaus. Sie hat ihre Beschwerde dem Chefarzt und mir gegenüber schriftlich formuliert. Ihr krebskranker Mann wurde am Sonntag den 5.08.2007 wegen starker Bauchschmerzen mit Verdacht auf Milzriss in die Notaufnahme der Klinik eingeliefert. Sie schreibt u. a.: „Am 6.08.2007 gegen Mittag Verlegung auf eine andere Station. Wir waren den ganzen Tag bis 20:30 Uhr bei meinem Mann, bis zu diesem Zeitpunkt hatte sich noch kein Arzt um ihn gekümmert!!! Am 7.08.2007 wurde es im Laufe des Tages mit der Nahrungsaufnahme und dem abwesenden Zustand immer schlechter. Ich wurde von einer Schwester gefragt, seit wann es meinem Mann so schlecht gehe. Als ich sagte „seitdem er im Krankenhaus ist“, bekam ich zur Antwort: „Wir haben ihn so auf Station gekriegt, wir kennen ihn gar nicht anders“ und sie hätten keine Zeit, die Krankenakte zu lesen. Am Abend baten meine Töchter eine Schwester, die Tabletten zu zerkleinern. Unsere jüngste Tochter hat ihn

rasiert. Dann wurde sie gebeten, auf den Flur zu gehen, weil mein Mann zur Nacht fertig gemacht werden sollte. Als unsere Tochter wieder ins Zimmer kam, lag er trotz seines komatösen Zustandes mit einer Zahnbürste in der Hand im Bett. Wenn es am Zeitmangel lag, hätten die Schwestern unsere Tochter bitten können, ihm die Zähne zu putzen. Am 08.08. kam ich gegen 10 Uhr ins Zimmer. Ich sah sofort, dass sich der Zustand meines Mannes verschlechtert hatte. Er lag mit offenem Mund und verdrehten Augen im Bett und war sehr unruhig. Als ich den behandelnden Arzt fragte, was mit ihm los sei, fragte er einen anderen Arzt, ob es ihm schlechter gehe.....



Ich hatte darum gebeten mich anzurufen (auch in der Nacht), wenn sich der Zustand meines Mannes weiter verschlechtern sollte. Am 9.08. gegen 9:30 Uhr bekam ich einen Anruf des behandelnden Arztes, der Zustand meines Mannes habe sich in der Nacht verschlechtert. Da ich in der Aufregung mich nicht selbst ans Steuer setzen wollte, bestellte ich ein Taxi. Als ich mit unserer jüngsten Tochter auf die Station kam, stand die Zimmertür auf, das Bett meines Mannes war nicht mehr da und die Putzfrau machte sauber.

Meine Fragen: warum wurde ich so spät informiert?? War früher niemand vom Pflegepersonal im Zimmer?? Warum war man so pietätlos und konfrontierte uns mit einer so schrecklichen Situation??"

Der Chefarzt hat mündlich und schriftlich gegenüber der Frau seine Betroffenheit und sein Bedauern zum Ausdruck gebracht und versprochen, die Beschwerden im Detail mit allen Beteiligten zu erörtern und soweit es ihm möglich ist, die Fehler abzustellen.

Jens-Hinrich Pörksen

### **Psychosoziales**

In der Statistik fällt eine starke Zunahme der Rubrik „Psychosoziales“ auf (plus 30%). Hier werden nicht nur einfache Fragen gestellt wie: „Wer hilft mir, wenn es plötzlich ins Krankenhaus geht?“ oder „Wer begleitet mich vom Krankenhaus nach Hause in den 2. Stock?“ Menschen berichten viel mehr von Problemen, Trauer, Ängsten, Depressionen und Psychosen und welche Auswirkungen ihre Krankheiten und die ihrer Angehörigen auf ihren Alltag haben. Nachbarschaftsstreit, Erbangelegenheiten und Rentenfragen lassen sich leicht an zuständige Stellen und kompetente Berater weiter delegieren; was aber bleibt, ist das Erleben von Menschen in Einsamkeit und Verzweiflung, wo die Kommunikation zu anderen Mitmenschen gehemmt, unterbrochen oder sogar zerbrochen ist.

Hier sind wir Ombudsleute als Ansprechpartner und -partnerinnen gefragt Zeit zu haben, zuzuhören, ernst zu nehmen, sich berühren zu lassen und Unglaublichem Stand zu halten. Unsere Gespräche mit ihnen können bewirken, dass sie Vertrauen fassen, eine unabhängige Meinung hören, sich zum Leben ermutigen lassen und eventuell gespiegelt bekommen, weshalb die Kommunikation zu der einen oder anderen Bezugsperson nicht funktioniert. Gelegentlich erscheint es notwendig, nicht nur den Kontakt zu Arzt und Behörden herzustellen, sondern auch zum übrigen Umfeld des Patienten wie Familie oder Kirchengemeinde, um einer weiteren schleichenden Vereinsamung entgegen zu wirken.



## Beispiele:

- Ein Mann mit Parkinson fühlt sich nach einer Gallenoperation von jemandem aus dem Krankenhaus, in dem er gewesen ist, verfolgt. Genaueres kann er nicht sagen. Aber es steht eine Knieoperation bevor, worüber er mit dem Hausarzt sprechen muss und wovor er Angst hat. Der Hausarzt erklärt dem Ombudsmann, dass ein Medikament als Nebenwirkung die Verfolgungsängste auslöst. Er hat den Patienten aber darüber (noch) nicht aufgeklärt.

Auf Nachfragen erzählt der Patient seine persönlichen Lebensumstände: Er lebt als Witwer allein auf dem Altenteil, der Hof ist verpachtet und mit den Kindern besteht kein intensiver Kontakt. An einer Seniorengruppe im Dorf nimmt er gelegentlich Teil. Er ist einverstanden, dass der Ombudsmann die Gemeindepastorin informiert, die der Mann ein wenig kennt. Einige Zeit später bittet er -voll Vertrauen- den Ombudsmann dafür zu sorgen, dass er in der Klinik ein Einzelzimmer bekommt.

- Eine Frau, multimorbid und mit großen Schmerzen, lebt recht isoliert in einem Dorf, ist psychisch am Ende und hat starke Suizidgedanken. Der Ombudsmann vereinbart mit ihr, mit der Hausärztin zu sprechen, zu der sie dann in der nächsten Woche gehen soll. Als der Ombudsmann am nächsten Tag die Ärztin anruft, ist die Patientin schon da gewesen und hat ein wenig Auftrieb bekommen, weil sie für eine Reha, die die Ärztin sofort beantragt, einiges besorgen muss. Die Ärztin hält es für angebracht, wenn jemand ab und zu die Patientin besucht, weil sie auch Alkoholmissbrauch vermutet. Der Ombudsmann benachrichtigt die zuständige Gemeindepastorin. Die Patientin schreibt einen Dankesbrief.



- Ein Mann, der mit seiner Frau die schwer kranke Schwägerin begleitet, fällt durch sehr lautes, forderndes Reden am Telefon auf. Im Gespräch wird deutlich, dass er aus Alters- und Gesundheitsgründen keine Betreuung übernehmen kann und auch die Wünsche seiner Schwägerin zu respektieren hat. Trotzdem fällt es ihm schwer sich zurückzuhalten, und er berichtet in einem weiteren Gespräch, dass er immer wieder mit Menschen aneinander gerät, die seiner Schwägerin auf ihrer Odyssee durch verschiedene Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Pflegeheim und bei ihm privat pflegerisch, ärztlich und als Betreuung zur Seite stehen. Als der Ombudsmann, dem es emotional Mühe macht ihm zuzuhören, ihn auf sein lautes Reden anspricht, erzählt er, dass er Leiter einer kleinen Landesbehörde gewesen ist und mit seiner Art viel für sein Amt und seine Mitarbeiter erreicht hat. Er gibt zu, wenn er auf diese Weise etwas durchzusetzen versucht, dass sein lautes Reden seinen Gesprächspartnern Angst machen kann und sie auf ihn aggressiv reagieren. Er wird sich bemühen, das in Zukunft zu bedenken.
- Zur Abklärung von Weichteilrheuma wird eine Krebs kranke Frau von ihrer Hausärztin an einen Orthopäden überwiesen. Die medizinische Fachkraft gibt der Patientin die Aufforderung, „sich frei zu machen“ und ins Sprechzimmer zu gehen. Dort wartet sie in Unterhose, während der Arzt längere Zeit telefoniert und ihre Kleidung sich in der Umkleidekabine befindet ... Als der Arzt sie schließlich untersucht, sagt er zu ihr: „Sehen Sie mal an sich runter. Sie tun ja nichts für sich“ und ähnliche nicht erbauliche Sätze. Mag sein, dass er sie provozieren will, mehr für sich zu tun. Erreicht hat er das Gegenteil: Die Frau empfindet eine große Scham. Wenn sie an sich herunterblickt, sieht sie vor allem, dass beide Brüste amputiert sind. Die Stärkung des Selbstwertgefühls und der Umgang mit Herzen war das Thema der Selbsthilfegruppe „Krebsnachsorge“, wo dieser Fall besprochen wurde.

Nicht verschwiegen werden soll an dieser Stelle auch das außerordentliche Engagement von Ärzten, die keine Mühen und keine Briefe scheuen, aus Gewissensgründen unter Umständen sogar ein wenig „gesundheitspolitischen Ungehorsam“ üben, wenn es darum geht, Patienten und Patientinnen entgegen den Entscheidungen der Krankenkassen zu ihrer notwendigen Medizin und ihren notwendigen Hilfsmitteln zu verhelfen.

So versorgte ein Arzt eine Patientin, die wegen eines unbrauchbaren Rollstuhls mit der Krankenkasse immer wieder Schwierigkeiten hatte und sich nicht außerhalb ihrer Wohnung bewegen konnte, notfallmäßig persönlich mit Wasser und Essen, weil die Stadtwerke der Frau das Wasser abgestellt hatte. Hinzu kamen Demütigung, Missachtung und Hilflosigkeit, die ihn veranlassten, viele Briefe „an Gott und die Welt“ zu schreiben.

Wir Ombudsleute wünschen uns mehr Menschen, die -sei es beruflich oder privat- in ihrem Umfeld auf solche achten, die für ihr Leben etwas Notwendiges brauchen, weil sie an ihrer Not krank zu werden drohen oder es schon sind.

Andreas Eilers

## 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:

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



**Katharina Prinz**  
Seelsorgerin u.  
Dipl.-Pädagogin



## Bericht des Pflegeombudsteams für 2007

Wie in den vergangenen Jahren lag der Schwerpunkt auch 2007 bei den Fragen zur Pflegeversicherung. Dabei ging es nicht nur um die Gewährung einzelner Pflegeleistungen, sondern zunehmend um Fragen zu den Voraussetzungen und Bedingungen für die Zuordnung in eine Pflegestufe, dem Umfang der einzelnen Leistungskomplexe oder dem Punktebewertungssystem. Leider sind die Auskünfte der einzelnen Pflegekassen hierzu für die Betroffenen oft sehr unbefriedigend.

Als sehr problematisch erlebte ich auch immer wieder die Situation, in der ein Mensch nach einem Krankenhausaufenthalt vorübergehend oder dauerhaft so pflegebedürftig ist, dass er nicht mehr zu Hause bleiben kann, sondern stationär untergebracht werden muss. Oft erfahren die Angehörigen dies vom Krankenhaus erst sehr kurzfristig und fühlen sich dann überfahren und mit der schnellen Suche nach einem Heimplatz und der gleichzeitigen Klärung der Kostenfrage vollkommen überfordert, zumal der Begriff der Kurzzeitpflege für viele missverständlich ist und aufgrund mangelnder Information immer wieder zur Kostenfalle wird.

Die Kosten und vor allem fehlende Beratung verhindern in vielen Fällen auch das Verbleiben von Pflegebedürftigen in ihrem Zuhause, insbesondere, wenn sie auch nachts der Pflege bedürfen. Hier stehen Angehörige, die selber diese Pflege nicht leisten können, immer wieder vor Problemen, die, wenn überhaupt, nicht ohne fachliche Beratung und Hilfe gelöst werden können.

Aber auch Angehörige, hier vor allem die Ehefrauen, die selber pflegen, bräuchten häufig mehr Beratung und Unterstützung vor Ort, da sie sich mit der Pflege nicht selten bis an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit bringen und dann eine stationäre Unterbringung des Angehörigen oft nur noch der letzte Ausweg ist. Aber auch bürokratische Hürden, an denen die Angehörigen ohne Hilfe von außen scheitern, führen häufig zur Aufgabe der häuslichen Pflege.

Immer wieder erreichen mich Anrufe von Angehörigen, die an Kosten- oder Organisationsfragen zu scheitern drohen, welche sich mit der Zeit zu unüberwindbaren Hindernissen aufgebaut haben oder von den oft vollkommen überlasteten Ehefrauen oder Kindern als solche empfunden werden. An die Kassen, die ja theoretisch und von ihrem Auftrag her hier beratend und unterstützend tätig werden könnten, wenden sich diese Menschen meist nicht. Entweder, weil sie in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen gemacht haben (sie fühlten sich mit ihrem Problem nicht verstanden oder abgewimmelt oder verstanden die Ausführungen des Sachbearbeiters nicht) oder die Hürde sich an eine offizielle Behörde (z. B. das Sozialamt) oder eine ähnliche Einrichtung zu wenden ist z. B. aus Scham (ich habe versagt, ich fühle mich als Bettler) oder Angst (meine Kinder werden für die Kosten heran gezogen) nicht zu überwinden.

Für die Betroffenen oder auch für mich als Beratende ist es in solchen Fällen immer sehr hilfreich, wenn ich sie an eine unabhängige Pflegeberatungsstelle vor Ort vermitteln kann, denn in vielen Fällen ist es notwendig und nützlich, einerseits die inzwischen zahlreich angesammelten Unterlagen einzusehen und auszuwerten und andererseits örtlich vorhandene Einrichtungen, die für die Problemlösung notwendig wären, genau zu kennen.

Außerdem ist eine unabhängige Beratungsstelle, an die man sich vor Ort jederzeit direkt wenden kann, und bei der man persönliche Ansprache findet, für die betroffenen Menschen enorm wichtig. Zumal nicht alle Probleme telefonisch oder mit einmaligen Besuchen, wie ich sie als Ombudsfrau leisten kann, gelöst werden können.

Eine entsprechende Pflegeberatungsstelle für jede Stadt von mindestens 20.000 Ew. wäre daher, gerade in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein, meiner Ansicht nach mehr als wünschenswert. Leider ist die Situation hier in Schleswig-Holstein jedoch so, dass nicht ein-



mal in jeder Kreisstadt eine unabhängige Pflegeberatungsstelle existiert, ja einige Kreise bestehende Beratungsstellen, vermutlich aus Kostengründen, sogar wieder geschlossen haben.

Auch die vielleicht gut gemeinte Idee, diese Beratungsstellen bei den örtlichen Verwaltungen, möglichst noch im selben Fachbereich wie das Sozialamt, anzusiedeln wirkt meiner Erfahrung nach auf die Betroffenen eher abschreckend und entmutigend („Das Sozialamt hat meinen Antrag damals abgelehnt und die Beratungsstelle gehört doch dazu, da brauch` ich gar nicht erst hin zu gehen!“). Die Beratungsstelle sollte daher auch räumlich als unabhängig von den Kassen und der örtlichen Verwaltung zu erkennen sein.



Sinnvoll wäre z.B. auch die Anbindung einer Trägerunabhängigen Pflegeberatungsstelle an eine Seniorenberatungsstelle oder eine allgemeine Bürgerberatungsstelle.

Sinnvoll wäre z.B. auch die Anbindung einer Trägerunabhängigen Pflegeberatungsstelle an eine Seniorenberatungsstelle oder eine allgemeine Bürgerberatungsstelle.

Die Einrichtung so genannter Pflegestützpunkte wie sie im jetzt beschlossenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehen sind, sehe ich, so wie sie dort von ihrer Konstruktion her geplant sind, sehr kritisch.

Als weiteren Punkt möchte ich hier anmerken, dass im vergangenen Jahr auch vermehrt Anfragen zur Arbeit aber vor allem auch zum Abrechnungsverhalten einiger ambulanter Pflegedienste kamen, die scheinbar den steigenden Kostendruck auszugleichen versuchen, indem sie angeblich zusätzlich notwendige Leistungen, die dann über das Budget der jeweiligen Pflegestufe hinausgehen, den Pflegebedürftigen in Rechnung stellen! Da der Leistungskatalog der Pflegeversicherung und die Rechte und Verpflichtungen, die die Pflegebedürftigen bei Verträgen über zusätzliche Leistungen mit einem ambulanten Pflegedienst oder mit einem Pflegeheim eingehen, für die Betroffenen oft nicht mehr durchschaubar sind, fühlen sie sich hier oft hilflos und ausgeliefert und in ihrem Vertrauen auf Recht, Gesetz und Redlichkeit enttäuscht.

Abschließend kann ich allerdings für mich persönlich auch feststellen, dass in den meisten Fällen, in denen ich mich als Ombudsfrau um Hilfe für den Betroffenen oder als Vermittlerin an eine Pflegekasse, eine Pflegeeinrichtung oder eine andere involvierte Institution wandte, in den meisten Fällen hohe Akzeptanz und Kooperation erlebte.

Dagmar Danke-Bayer

### **Erkenntnisse und Überlegungen aus der Arbeit des Pflegeombudsteams**

Angehörige, die mit einer massiven Verschlechterung des Zustandes ihrer Patienten konfrontiert sind, fühlen sich oft hilflos, überfordert, sind emotional überlastet, bekommen nicht genügend Schlaf und sind bei der Beantragung von Hilfsmitteln, Geldern und anderen Formalien vollkommen überfordert. Sie bräuchten Vertrauensleute, die kurzfristig unterstützen, wenn keine Ansprechpartner vorhanden sind, die dies übernehmen können.

Psychisch labile, wenig belastbare Patienten oder deren Angehörige sind in der Regel mit der Versorgung zu Hause überfordert, wobei die Heimunterbringung oft nicht möglich, bzw. nicht wünschenswert und hilfreich ist.

Einsamkeit, psychische Probleme, zusätzliche Suchtkrankheiten, das Gefühl des Ausgrenztseins und der Überforderung sind Phänomene, die in unserer Gesellschaft meines Erachtens zunehmen. Da auch die Hochaltrigkeit, Multimorbidität und Kinderlosigkeit steigende Tendenz haben („demographischer Wandel“) – und die sozialen Netze brüchiger werden, haben wir es hier mit Problemen zu tun, die noch drastisch zunehmen werden. Es müssen Systeme entwickelt werden, die diese betroffenen Menschen mehr in den Blick nehmen, wie z. B. mobile Stationen, die vor Ort unterstützen.

Katharina Prinz

# Statistik über die Arbeit der Ombudsleute

Siegrid Petersen

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

Problemfelder	niederge- lassene/r Ärztin/Arzt	Kranken- haus	Gutachten	Kranken- kasse/BG/ Medizini- scher Dienst	Psychoso- ziale Bera- tung	Sonstige In- stitution oder Per- son im Ge- sundheits- wesen	Insgesamt
Kommunikation	47	44	0	9	0	7	<b>107</b>
Organisation	13	6	0	2	0	0	<b>21</b>
Verordnungen	23	0	0	3	0	0	<b>26</b>
Abrechnungen	13	6	0	2	0	3	<b>24</b>
Notdienst	3	0	0	0	0	0	<b>3</b>
Verdacht auf Behandlungsfehler	3	52	0	0	0	4	<b>59</b>
Psychosoziales	1	2	0	2	42	0	<b>47</b>
Rechtsanfragen	8	2	0	6	0	2	<b>18</b>
Sonstiges	6	9	6	57	2	26	<b>106</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>117</b>	<b>121</b>	<b>6</b>	<b>81</b>	<b>44</b>	<b>42</b>	<b>411</b>

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen, Vorträge): 21

Andreas Eilers

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

Problemfelder	niederge- lassene/r Ärztin/Arzt	Kranken- haus	Gutachten	Kranken- kasse/BG/ Medizini- scher Dienst	Psychoso- ziale Bera- tung	Sonstige In- stitution oder Per- son im Ge- sundheits- wesen	Insgesamt
Kommunikation	32	15	1	0	0	3	<b>51</b>
Organisation	12	8	0	2	0	0	<b>22</b>
Verordnungen	33	3	0	42	0	0	<b>78</b>
Abrechnungen	18	9	0	15	0	1	<b>43</b>
Notdienst	10	0	0	0	0	0	<b>10</b>
Verdacht auf Behandlungsfehler	38	48	0	1	0	8	<b>95</b>
Psychosoziales	2	2	0	0	41	1	<b>46</b>
Rechtsanfragen	8	4	0	20	0	14	<b>46</b>
Sonstiges	1	2	0	0	1	35	<b>39</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>154</b>	<b>91</b>	<b>1</b>	<b>80</b>	<b>42</b>	<b>62</b>	<b>430</b>

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 15

## 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	88	38	1	32	30	67	<b>256</b>
Organisation	2	0	0	0	0	0	<b>2</b>
Verordnungen	25	0	0	18	0	0	<b>43</b>
Abrechnungen	18	14	1	20	0	0	<b>53</b>
Notdienst	5	0	0	0	0	0	<b>5</b>
Verdacht auf Behandlungsfehler	22	39	0	0	0	1	<b>62</b>
Psychosoziales	0	0	0	1	0	1	<b>2</b>
Rechtsanfragen	4	4	2	3	0	1	<b>14</b>
Sonstiges	1	0	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>165</b>	<b>95</b>	<b>4</b>	<b>74</b>	<b>30</b>	<b>70</b>	<b>438</b>

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 27

## 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	167	97	2	41	30	77	<b>414</b>
Organisation	27	14	0	4	0	0	<b>45</b>
Verordnungen	81	3	0	63	0	0	<b>147</b>
Abrechnungen	49	29	1	37	0	4	<b>120</b>
Notdienst	18	0	0	0	0	0	<b>18</b>
Verdacht auf Behandlungsfehler	63	139	0	1	0	13	<b>216</b>
Psychosoziales	3	4	0	3	83	2	<b>95</b>
Rechtsanfragen	20	10	2	29	0	17	<b>78</b>
Sonstiges	8	11	6	57	3	61	<b>146</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>436</b>	<b>307</b>	<b>11</b>	<b>235</b>	<b>116</b>	<b>174</b>	<b>1279</b>

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 63

## Statistik über die Arbeit des Pflegeombudsteams

Problemfelder	Heim	Ambulanter Pflege- dienst	Kranken- haus	Niederge- lassener Arzt/Ärztin	Kranken-/ Pflege- kasse	Kontakte insgesamt
Kommunikations-/ Beziehungsebene	10	8	1	0	2	21
Pflegeleistungen	14	13	1	0	5	33
Medizinische Versorgung	2	2	0	0	0	4
Betreuung	6	1	0	0	0	7
Rechtsfragen	9	7	4	0	13	33
Sozialversicherung	0	5	0	0	0	5
Sonstiges	2	6	0	0	5	13
<b>Insgesamt</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>116</b>

### Die Schwerpunkte haben sich verschoben

Waren es - bedingt durch gesetzliche Änderungen im Sozialgesetzbuch V - Beschwerden über das Verordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte, die die Ombudsleute am häufigsten erreichten, so stehen jetzt Vorwürfe über mangelnde Kommunikation im Vordergrund. Dies betrifft sowohl den niedergelassenen, wie auch, was die relative Zunahme anbelangt, den stationären Bereich. Überlegungen zu den Ursachen haben die Ombudsleute unter der Überschrift „Das rechte Wort zur rechten Zeit“, Seite 11 angestellt. Auffällt ebenfalls eine Zunahme von Beschwerden über Behandlungsfehler im Bereich der Krankenhäuser im Verhältnis zum Vorjahr, bei Stagnation desselben Vorwurfs im ambulanten Bereich. Eine Erklärung hierfür ist allein auf Grund der den Ombudsleuten bekannt gewordenen Fälle nicht möglich. Hier muss weiter beobachtet werden. Ähnliches gilt für psychosoziale Beratung, hier haben sich die Beschwerden, auf allerdings niedriger absoluter Zahl, mehr als verdoppelt.

Entgegen der über einen längeren Zeitraum gehegten Vermutung, dass Rechtsanfragen generell zunehmen werden, kann dies durch die diesjährige Statistik nicht bestätigt werden. Sie haben sich im Gegenteil um fast die Hälfte reduziert. Hier dürfte wohl von einer natürlichen Schwankung auszugehen sein, da auch hier die absoluten Zahlen gering sind.

	Ombudsleute	Pflegeombudsteam
2002	911	-
2003	1030	-
2004	1078	80
2005	1014	67
2006	1256	121
2007	1279	116

	<b>Kommunikation</b>	<b>Verdacht auf Behandlungsfehler</b>
2002	218	173
2003	278	195
2004	240	181
2005	260	191
2006	264	194
2007	414	216

## Leistungen auf Verlangen (IGeL)

Die sogenannten IGeL-Leistungen sind aus Sicht der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte keine Neuerungen. Vielmehr handelt es sich gemäß § 1 Abs. 2 der GOÄ um Leistungen auf Verlangen des Zahlungspflichtigen. Daher müssen die GOÄ-Bestimmungen auch bei Behandlung eines Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung mit sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) eingehalten werden. Dies scheint trotz intensiver Aufklärungsbemühungen sowohl der Bundesärztekammer wie auch der Landesärztekammern aber auch Berufsverbände nicht immer beachtet zu werden. So hat der 109. Deutsche Ärztetag in Magdeburg mit großer Mehrheit eine Entschließung verabschiedet, die den Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen zum Gegenstand hat. Unter III „Definition“ sind unter individuellen Gesundheitsleistungen danach zu verstehen, ärztliche Leistungen die

- generell oder im Einzelfall nicht der Leistungspflicht der GKV unterliegen,
- aus ärztlicher Sicht erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar sind und
- von Patientinnen und Patienten ausdrücklich gewünscht werden.

Im Bundesmantelvertrag wird gefordert, dass vor Behandlungsbeginn eine Vereinbarung über die Erbringung derartiger Leistungen getroffen wird.



Der Patient sollte über die vereinbarte Leistung und wenn möglich eine voraussichtliche Honorarhöhe aller Kosten informiert werden. Er selbst sollte erklären, dass die Behandlung auf eigenen Wunsch erfolgt und bestätigen, dass er darüber aufgeklärt wurde, dass die gewünschte Behandlung nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört.

Der Arzt hat dann die Rechnung für die Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte auszustellen.

Die Ombudsleute haben im Berichtszeitraum mehrfach erfahren, dass die oben genannten Voraussetzungen von den behandelnden Ärzten nicht immer eingehalten werden. Da diese dem Schutz der Patienten auch vor unerwarteter wirtschaftlicher Belastung dienen, plädieren sie auf die Einhaltung der entsprechenden Bedingungen.

Ärzttekammer und Kassenärztliche Vereinigung sowie Kassen und Berufsverbände sind aus Sicht der Ombudsleute dringend aufgefordert, immer wieder über das Verfahren aufzuklären.

Hans-Peter Bayer  
Geschäftsführer



## Öffentlichkeitsarbeit

Das Faltblatt des Vereins wurde im Jahr 2007 komplett überarbeitet und in ein neues Design gebracht. Es berücksichtigt die personellen Veränderungen insbesondere im Pflegeteam und enthält weitere Hinweise, u. a. E-Mail Adressen und Spendenkonto. Auch wird nunmehr auf das Internetportal „MedFindex“ hingewiesen. Mit einer Auflage in Höhe von 227000 Exemplaren ging das Faltblatt im September 2007 in Druck.

Über verschiedene Publikationsorgane, u. a. der Mitglieder des Vereins, wurde das Faltblatt in Schleswig-Holstein ausgegeben. Als Zeitungsbeilage wurde es in dem Landesteil der Novemberausgabe der „Deutschen Polizei, Ausgabe für Schleswig-Holstein“ sowie in der Oktoberausgabe der Zeitschrift des Sozialverbandes Schleswig-Holstein beigelegt. Wie üblich wurden auch Apotheken, Krankenhäuser und Geschäftsstellen der Mitgliedskassen in Schleswig-Holstein versorgt.

Der Ombudsverein präsentierte sich auch in diesem Jahr auf verschiedenen Messen in Schleswig-Holstein. So war er z. B. am 17./18.03.2007 auf der Gesundheitsmesse in Bordesholm, am 4. - 6.05.2007 auf der Gesundheitsmesse in Neumünster und am 22.09.2007 im Lübecker Rathaus bei der Informationsveranstaltung „Seniorinnen und Senioren im Dialog“ mit einem Messestand vertreten.



Auch der Vorsitzende des Vereins stellte die Ziele der in dieser Form bundesweit einzigartigen Ombudsarbeit auf zahlreichen Veranstaltungen vor. So z. B. bei Krankenkassen, Ärzten (KVSH-Ethik-Kongress), beim DGB, im Universitätsklinikum, bei der Patientenbeauftragten der Bundesregierung in Berlin, auf der Mitgliederversammlung des Landesseniorenrats und vor ca. 3000 Teilnehmern auf einer Veranstaltung des Sozialverbandes/ Landesverband Schleswig-Holstein in Neumünster.

## Veranstaltungen und Vereinsaktivitäten

Am 15.01.2007 fand ein Erfahrungsaustausch mit der Bürgerbeauftragten für die Belange der Patienten/innen in Schleswig-Holstein statt. U. a. wurden die Themen Verordnungen von Krankengymnastik, Ergotherapie etc. bei Budgetbegrenzung, ambulante Behandlungen, die von den Kassen nicht übernommen werden können, Fahrkostenerstattung bei körperlicher Einschränkung, Fallpauschalen in Krankenhäusern und das Problem nichtversicherte Personen erörtert.

Zur Fortbildung des Teams wurden dieses Jahr zwei Veranstaltungen durchgeführt. Zu den Themen „Basistarif der privaten Krankenversicherung“, „Wahltarif der gesetzlichen Krankenversicherung“ und „Beta Care – Wissenssystem für Krankheit und Soziales“ trafen sich die Ombudsleute am 6.06.2007 in Kiel beim Apothekerverband. Darauf aufbauend wurden die Themen „GKV-System aus Sicht der Krankenversicherung“ und „Honorargerechtigkeit mit begrenzten Mitteln“ am 23.08.2007 durch die Kassenärztliche Vereinigung behandelt.

In einem Gespräch mit dem Vorsitzenden des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. am 8.06.2007 wurde über Möglichkeiten einer vertraglichen Vereinbarung zur Vermittlung und Schlichtung von eventuellen Differenzen aus den Pflegeverträgen oder im Zusammenhang mit Pflegedienstleistungen in den Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes durch den Patientenombudsverein diskutiert. Es wurde vereinbart, ein Rundschreiben an die Pflegeeinrichtungen des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. in Schleswig-Holstein zu richten, in dem auf das kostenlose Schlichtungsangebot durch das Pflegeombudsteam sowie auf die Möglichkeit einer Mitgliedschaft im Patientenombuds-

verein und dem damit verbundenen Anspruch, in den Pflegeverträgen darauf hinzuweisen, aufmerksam gemacht wird. Das Schreiben wurde über den „bpa“ an ca. 400 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein versandt.

Am 8.10.2007 luden VdAK/AEV und AOK Schleswig-Holstein zu einem Abstimmungsgespräch der Patientenorganisationen über die Beratungsangebote für Patienten/innen in Schleswig-Holstein ein, um die verschiedenen Aktivitäten der Organisationen in Erfahrung zu bringen.

## Entlastung für das Ombudsteam

Zur Entlastung der drei Ombudsleute ergänzt zum Ende des Jahres Herr Jörg Ehlert, Arzt, als vierter Ombudsmann das Team. Herr Ehlert übernimmt die Bereiche Dithmarschen und Steinburg von Frau Petersen. Von Juli 2002 bis Februar 2005 war Herr Ehlert bereits im Bereich des Pflegeombudsteams als ärztlicher Berater tätig. Die Entwicklung soll zunächst beobachtet und beurteilt werden, bis über eine endgültige Lösung entschieden wird.

## Änderung im Verwaltungsablauf im Pflegeteam

Beschwerden und Anfragen zu Themen des Pflegebereichs sind bisher in der Geschäftsstelle des Vereins aufgelaufen, wurden notiert und an das Pflegeteam weitergeleitet. Es zeigte sich, dass es für die Verwaltungsarbeit sinnvoll wäre, wenn die Anrufer gleich eine fachkundige Erstberatung erhalten. Aus diesem Grunde wurde die Servicenummer des Pflegeombudsteams zu Beginn des Jahres 2008 auf ein bei Frau Danke-Bayer aufgestelltes Telefon geschaltet. Diese wird ggf. Beschwerden, insbesondere aus dem nördlichen Bereich an Frau Prinz weiterleiten und die anderen dann in eigener Zuständigkeit bearbeiten. Es ist beabsichtigt, zunächst die Auswirkung dieser Änderungen zu beobachten um dann ggf. neu zu entscheiden.

## Rechtsberatung

Die Patientenombudsleute informieren, beraten und vertreten dabei die Anliegen von Patienten und Patientinnen. In einzelnen Fällen wird die Beantwortung von Rechtsfragen erforderlich. Diese ist dem Verein aus rechtlichen Gründen untersagt. Hier wurde von den Ombudsleuten bislang auf die unabhängige Patientenberatung Deutschland verwiesen. Zusätzlich könnte eine Beratung durch eine/n medizinrechtlich spezialisierte/n Anwältin/Anwalt erfolgen, welche/r vom Verein speziell für diese Beratungsleistungen eingesetzt werden würde. Es wurden bereits Gespräche mit einigen Bewerbern geführt.

Janina Lohse



## MedFindex – die Version 2.0

Nach der Fertigstellung des neuen MedFindex im April 2007 wurde ein Datenabgleich aller Adresseinträge vorgenommen. Um die Qualität und Aktualität der Daten zu gewährleisten, wurden besondere Bedingungen gestellt:

- Rückmeldung, auch wenn keine Änderung der Daten notwendig ist.
- Bei einer nicht erfolgten Rückmeldung innerhalb der angegebenen Rückmeldefristen, werden die Daten nicht mehr im Internet angezeigt, diese können aber noch ein Jahr lang reaktiviert werden. Andernfalls werden die Daten nach Ablauf des Jahres aus der Datenbank entfernt.

Die Rücklaufquote für den Datenabgleich im Jahr 2007 beträgt ca. 85 %.

Des Weiteren wurden bis zum 31.12.2007 80 neue, mögliche Selbsthilfegruppen angeschrieben. Ihnen wurde das Angebot gemacht, sich kostenlos in den MedFindex einzutragen

zu lassen. Von den 80 angeschriebenen Selbsthilfegruppen haben sich 23 für einen Eintrag entschieden.

Auch bei den Besucherzahlen auf der Homepage [www.medfindex.de](http://www.medfindex.de), konnte seit der Fertigstellung des neuen MedFindex ein Anstieg gegenüber den Vorjahren verzeichnet werden. So stieg die Zahl der „Visits“ (zusammenhängende Seitenabrufe) auf durchschnittlich ca. 5.600 pro Monat.

Der MedFindex umfasst zur Zeit 378 Adresseinträge und 995 Einträge im Glossar. Unter jedem Eintrag findet man „Hilfreiche externe Links zu diesem Thema“ und über diese gelangt man z. B. auf die Homepage des Arztfindex oder auf die des Klinik-Führers.

Des Weiteren kooperieren wir mit einigen Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen. Über den Bereich „Weitere Links“ gelangt man auf die Homepages der Einrichtungen. Zu diesen gehören:

- AOK Schleswig-Holstein
- Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
- BKK-Landesverband NORD
- Innungskrankenkasse
- Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V.
- Dräger & Hanse Betriebskrankenkasse
- BKK Gruner + Jahr
- Hebammenverband Schleswig-Holstein e.V.
- Heilbäderverband Schleswig-Holstein
- Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein
- Zentralverband der Podologen und Fusspfleger Deutschland e.V. - Landesverband Hamburg und Schleswig-Holstein
- Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V. - Landesverband Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein

Patrizia Hradetzky

The screenshot shows the website [medfindex.de](http://www.medfindex.de). On the left is a navigation menu with items like 'Startseite', 'Aktuelles', 'Schlagworte', 'Selbsthilfegruppen', 'Weitere Links', 'Wir über uns', 'Ihr Eintrag bei uns', 'Kontakt', and 'Schriftgröße ändern'. Below the menu is a section for 'Hilfe per Telefon' with a logo for 'Rat & Hilfe für PatientInnen' and the phone number '(0 18 05) 23 53 83'. The main content area shows a search for 'Buchstabe A' with the title 'Schlagworte suchen von A bis Z'. It indicates 'Alphabetische Suche (995 Schlagworte insgesamt)' and lists the letters A through Z, with 'A' highlighted. Below this is a search input field with the text 'Thema' and a 'Thema suchen' button. The search results section shows 'Ergebnis 104 Schlagworte für "Buchstabe A"' and lists the following terms: [Abhängigkeit](#), [Abhängigkeitsarten](#), [Abstillen](#), and [Abszess](#).

# **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:

(2007)

Ärztchammer 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, 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, 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 (Ärztchammer 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