

Bericht

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

2009



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



Inhaltsverzeichnis

Die ehrwürdige Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist kein Experimentierfeld für politische Ideologien	3
Die Patienten-Ombudsleute in Schleswig-Holstein	8
Die Patienten-Ombudsleute	9
Berichte der Patienten-Ombudsleute 2009	10
MedFindex – Informationen für Patienten	18
Das Pflegeombudsteam	23
Bericht des Pflegeombudsteams 2009	23
Statistik über die Arbeit der Ombudsleute	26
Fallzahlenentwicklung	29
Leistungen auf Verlangen (I-GeL)	29
Der Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein – Interessenvertretung im Sinne der Patienten	30
Öffentlichkeitsarbeit	33
Personelle Veränderungen	33
Veranstaltungen und Messen	34
Fortbildung	34
„Die Verteidigung der Solidarität“ (Schleswig-Holstein Journal – Ausgabe 20 – 15.05.2010)	35
Aus der Pressearbeit des Patienten-Ombudsvereins	36
Vereinssatzung	37
Vereinsmitglieder	39

Die ehrwürdige Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist kein Experimentierfeld für politische Ideologien

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

In der Gesundheitspolitik geht es um mehr als um Gruppeninteressen und Finanzierungen; es geht um das höchste Gut der Menschen – das Leben.

Die Ombudsleute unseres Vereins beschäftigen sich im Jahresbericht 2009 mit den Grenzen des derzeitigen Gesundheitssystems. Auf sie kommt vermehrt die Frage zu, was eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende medizinische Leistung nach § 12 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) ist und wer das im Endergebnis entscheidet.

Hier fehlt bisher ein verantwortungsvolles, ethisch fundiertes Konzept, das den Ärzten bei ihrer Arbeit hilft.

Vorrangig beschäftigt die Beteiligten im Gesundheitswesen die Frage, wie ein möglichst großer Finanzanteil der für die GKV bereitstehenden Mittel (ca. 170 Milliarden Euro) für die eigene Tätigkeit gebunden werden kann. Dabei wird für alle aber immer deutlicher, dass den Finanzforderungen für die GKV-Leistungen aus den Krankenversicherungsbeiträgen und den Staatszuschüssen Grenzen gezogen sind.

Deshalb schlagen einige Verbandsvertreter vor, die Leistungsansprüche der Versicherten zu begrenzen (Rationierung), bringen zusätzlich das Schlagwort „Priorisierung“ ein und sehen die Lösung für zusätzliche Finanzmittel in höherer Kostenbeteiligung der Patienten und Zusatzversicherungen für medizinische Leistungen außerhalb einer noch nie definierten Basis- oder Grundversorgung – beides außerhalb der bisher geltenden Finanzierungssolidarität in der GKV.

FDP und Teile der CDU auf Bundesebene wollen gleichzeitig den über 125 Jahre bestehenden solidarischen Kern der Gesetzlichen Krankenversicherung verändern, in dem sie einen gleich hohen Krankenkassenbeitrag für alle einführen wollen – unabhängig vom Einkommen. Das ist die Kopfpauschale, die neuerdings Ge-



Prof. Günther Jansen, Vorsitzender des Ombudsvereins

sundheitsprämie genannt wird. Und dabei wird von einigen so getan, als wäre der Staat in der Lage, weitere Milliardenbeträge aus Steuereinnahmen für den geplanten Ausgleich von sozialen Ungerechtigkeiten mit einem großen Verwaltungsaufwand auf den Weg zu bringen. Ein Glücksfall, dass es einen mutigen CDU-Finanzminister gibt, der das für nicht machbar hält. Und so kann gehofft werden, dass die „Konterrevolution“ einmal wieder aus dem Finanzministerium kommt. Wenigstens in der Krankenversicherung sollte man Menschen, die oft hart arbeiten oder ein Leben lang gearbeitet haben, nicht zumuten, den Staat als „Sozialbedürftige“ um Zuschüsse bitten zu müssen.

Der vorletzte Vorschlag vom Gesundheitsminister Dr. Rösler, die Einnahmen der GKV z. B. durch eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze zu erweitern, wäre dann ein möglicher Schritt gewesen, wenn gleichzeitig der Wechsel von Besserverdienenden in die Private Krankenversicherung begrenzt worden wäre. Aber es war ein schlechter Witz, die sozialen Ungerechtigkeiten einer anteiligen gleich hohen „Gesundheitsprämie“ für alle aus Beitragseinnahmen auszugleichen. Ein Eingeständnis, dass Steuermittel für den sozialen Ausgleich zugunsten kleinerer Einkommensbezieher fehlen. Die Beitragssolidarität nach Einkommenshöhe war und ist der bisherige und bessere Weg.

Und jetzt? Jetzt haben sich FDP, CSU und CDU darauf verständigt, den Einstieg in die Kopfpauschale bzw. die einheitliche Gesundheitsprämie schlicht und trotzdem einfach „Zusatzbeitrag“ zu nennen.

Die ehrwürdige Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist kein Experimentierfeld für politische Ideologien

Ein Zusatzbeitrag nur für die Versicherten und jederzeit so ausbaubar, dass nicht nur alle Kostensteigerungen dort landen, sondern auch Umschichtungen aus den prozentualen Beiträgen erfolgen könnten.

Und da man mit der Koalitionsvereinbarung von FDP und CDU/CSU gerade am GKV-System herumbastelt, wird auch gleich die Parität der Beitragsaufteilung zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern endgültig abgeschafft: Begrenzter Höchstbeitrag von 7,3 % der versicherungspflichtigen Bruttovergütung für die Arbeitgeber, alles andere als Arbeitnehmerbeitrag von zur Zeit 8,2 % zuzüglich des für alle Versicherten einheitlichen Zusatzbeitrages.

Der „soziale Ausgleich“ aus Steuermitteln von Zusatzbeiträgen, die 2 % des Einkommens übersteigen (für Versicherte mit geringerem Einkommen), wird nur gezahlt, wenn der jeweilige Zusatzbeitrag einer Kasse den amtlichen Mittelwert der Zusatzbeiträge aller Kassen nicht übersteigt. Das soll die Kassenmitglieder zum Kassenwechsel veranlassen – immer dann, wenn eine Kasse einmal über diesem Mittelwert liegt.

Die Demontage der eigenständigen Selbstverwaltung der auf Beitragsparität zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern und Solidarität basierenden Gesetzlichen Krankenversicherung ist endgültig eingeleitet. Trauerbeflagung wäre die richtige Antwort.

Auch die SPD hatte in der großen Koalition mit der CDU ihre Probleme bei der Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Beitragsparität und der bewährten Selbstverwaltung. Da ging es um den staatlichen Gesundheitsfonds, ebenfalls um Steuerzuschüsse aus leeren Kassen, um Zusatzbeiträge, die nur von den Versicherten aufzubringen waren, und um die Bürgerversicherung – eine Krankenversicherung für alle.

Keine politische Mehrheit wird in der Lage sein, alle Bürgerinnen und Bürger „mal soeben“ in eine gemeinsame Versicherung zu bringen. Da stößt man auf den Bestandsschutz für die Privatversicherten und auf die Heilfürsorge bzw. die Beihilfeansprüche der Beamten. Deshalb

hat bei allen langfristig eventuell möglichen Zukunftsvisionen heute die Sicherung der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung, so wie sie sich schon solange bewährt hat, Vorrang.

Wichtige Ausgangspunkte für eine solidarische, qualitativ ausreichende und finanzierbare gesetzliche Krankenversicherung

- Im Interesse aller gesetzlich Versicherten aber auch der Gesellschaft insgesamt muss gelten, dass in Sachen der medizinischen Behandlung bei Krankheit jedem das zusteht, was ihn wieder gesund macht oder seine Leiden mildert. Das Bundesverfassungsgericht formuliert das in seiner Rechtsprechung ähnlich – am 06.12.2005 zum Beispiel: *„Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ... beruht auf dem Grundkonzept, dass Menschen bei Eintritt von Krankheit unabhängig von der Höhe ihrer am Prinzip der individuellen Leistungsfähigkeit ausgerichteten Beiträge eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung erhalten“.*
- Dasselbe Gericht hat darüber hinaus in Auslegung des grundgesetzlich verbürgten Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip unserer Verfassung (Art. 20 GG) mehrfach deutlich gemacht, dass der Artikel 2 unserer Verfassung *„berührt wird, 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 ist“.*
- Das Bundesverfassungsgericht hat am 06.12.2005 aber auch festgestellt – Zitat: *„Es steht auch mit dem Grundgesetz im Einklang, wenn der Gesetzgeber vorsieht, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend,*

Die ehrwürdige Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist kein Experimentierfeld für politische Ideologien

zweckmäßig und wirtschaftlich zu sein haben und nicht das Maß des Notwendigen überschreiten dürfen“ (§ 12 SGB V). Auch eine angemessene nach der Leistungsfähigkeit des Einzelnen berechnete Selbstbeteiligung des Patienten ist aus der Sicht des Verfassungsgerichts zulässig.

Gesetzgeber, Selbstverwaltung und Leistungserbringer sind im Grunde verpflichtet, hieraus eine finanzierbare, ausreichende, medizinische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu realisieren. Die Frage bleibt, warum das nicht gelingt. Offensichtlich gibt es zu viele Gruppen- und Einzelinteressen, die sich in ein solches Konzept nicht einordnen wollen.

Wenn in einem Text des Vorsitzenden eines Patientenombudsvereins über die Grenzen der GKV-Leistungen – abgeleitet von der Gesetzeslage und der Rechtsprechung – geschrieben wird, geschieht das, um endlich klare Verhältnisse zu erreichen, statt die Menschen mit immer neuen Forderungen zum Abbau medizinischer Ansprüche immer wieder zu verunsichern.

Erst auf der Grundlage klar formulierter nicht mehr umstrittener Leistungsansprüche der GKV-Versicherten und deren Kosten kann über die gesamtgesellschaftliche solidarische Finanzierung entschieden werden, die sich an nachstehenden Kriterien orientieren sollte:

1. Voraussetzung für die rechtswirksame Festlegung, welche Leistungen im Rahmen des § 12 SGB V allen gesetzlich Krankenversicherten zustehen, ist, die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (§§ 91 – 94 SGB V) gesetzlich und verfassungsrechtlich auf eine unumstrittene Rechtsgrundlage zu stellen – auch hinsichtlich seiner Zusammensetzung.
2. Die Umsetzung der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, z. B. in Form von Richtlinien, ist juristisch so klar zu regeln, dass sich alle Leistungserbringer darauf berufen können und müssen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können

Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Das formuliert heute schon der § 12 SGB V. Soweit es dafür in Zukunft konkretere Richtlinien gäbe, würde dadurch allerdings die ärztliche Therapiefreiheit eingeeignet. Ein schwieriges Unterfangen; aber wie anders sollten GKV-Leistungen verfassungs- und gesetzeskonform eingegrenzt werden?

3. Paritätische Beitragszahlung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber; denn eine immer höhere Beitragsbelastung der Arbeitnehmer bei gleichzeitiger Entlastung der Arbeitgeber wird dazu führen, dass die Gewerkschaften Ausgleich über die Tarifpolitik einfordern. Und: Paritätische Beiträge der Arbeitgeber beteiligen diese gleichberechtigt an der wichtigen Selbstverwaltung der Krankenversicherung.

4. Einführung einer flexiblen Versicherungspflichtgrenze, die je nach unabdingbarem Finanzierungsbedarf bis zur Höhe der Rentenversicherungspflichtgrenze angehoben werden kann. Voraussetzung für eine so angelegte Finanzierungssolidarität ist jedoch, dass der Wechsel aus der GKV in eine private Krankenversicherung nur möglich ist, wenn ein Mitglied der GKV über mehrere Jahre eine hoch anzusetzende Einkommensgrenze überschreitet.

Dass dieses zulässig ist, sagt die Begründung des Bundesverfassungsgerichts in seinem Urteil vom 10.06.2009 (BVerfG, 1 BvR 706/08) zur Verfassungsklage der privaten Krankenversicherungen gegen die Drei-Jahres-Regelung sehr deutlich: *„Die gesetzliche Krankenversicherung dient dem sozialen Schutz und der Absicherung von Arbeitnehmern vor den finanziellen Risiken von Erkrankungen. Sie basiert auf einem umfassenden sozialen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, vor allem aber zwischen Versicherten mit niedrigem Einkommen und solchen mit höherem Einkommen... Der Gesetzgeber kann den Kreis der Pflichtversicherten so abgrenzen, wie es für die Be-*

Die ehrwürdige Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist kein Experimentierfeld für politische Ideologien

gründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist... Er hat dabei einen weiten Gestaltungsspielraum.“

Die Aussage im CDU/FDP-Koalitionsvertrag, die Ein-Jahres-Regelung wieder einzuführen, ist eine weitere Schwächung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung.

5. Paritätische Beitragszahlung im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung zwischen Rentnern und Rentenkassen bis zur jeweiligen Versicherungspflichtgrenze
6. Einbeziehung anderer Einkunftsarten in die Krankenversicherung mit einem anteiligen Beitrag allein durch die Einkommensbezieher bis zur jeweiligen Versicherungspflichtgrenze

Eine Beitragspolitik in diese Richtung entspricht einer wirklich solidarischen Krankenversicherung, ohne größere finanzielle Abhängigkeit vom Staat. Aber natürlich gibt es auch eine Forderung an den Staat. Dieser erstattet der GKV schrittweise die Kosten, die ihr über Jahrzehnte zur Entlastung der Staatsfinanzen für gesellschaftspolitische Aufgaben anderer Art übertragen wurden. Auch hier handelt es sich um Milliardenbeträge; aber eine solche Entflechtung bereinigt das System und versetzt die GKV in die Lage, durch ihre eigene solidarische Beitragspolitik die erforderlichen Finanzierungsmittel aufzubringen.

Ein solches Gesamtpaket könnte eine gerechte und qualifizierte medizinische Versorgung von ca. 70 Millionen Menschen in der Bundesrepublik absichern. Hierbei bedarf es genauer Kalkulationen, die anfänglich sogar zur Verringerung der Beitragssätze führen können. Auf jeden Fall ist den Menschen eher zu vermitteln, höhere Beiträge für die Gesundheit aufbringen zu müssen, als eine Finanzierung über den Umweg höherer Steuern – verbunden mit Leistungskürzungen.

Zusätzlich und unverzüglich sollten parallel einige wichtige weitere Detailfragen rechtlich geprüft und entschieden werden:

- a) Das Beitragserhebungsrecht gehört zurück in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen.
- b) Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist so konsequent wie möglich zu entwickeln und auf die privaten Krankenversicherungen auszudehnen.
- c) Private Krankenversicherungen können ihre Mitglieder in GKV-Kassen überführen; die Mitglieder erhalten einen besonders geregelten Status als freiwillig Versicherte. Die GKV-Kasse verändert ihren Status darüber hinaus nicht, kann aber als Äquivalent mit dem privaten Vertragspartner umfassende Kooperationen in anderen Versicherungsbereichen vereinbaren.
- d) Gesetzliche Krankenkassen werden ermächtigt, mit Dritten – auch mit dem Bund, den Ländern und den Kommunen – Vereinbarungen zu treffen, die Verwaltung der medizinischen Ansprüche von Beamten und anderen Personen und deren Abrechnung (einschließlich der Heilfürsorge und der Beihilfeansprüche) als Auftragsverwaltung zu übernehmen. Das dient der besseren Vergleichbarkeit der medizinischen Leistungen, reduziert Verwaltungskosten und macht die Arbeit der Krankenkassen noch effektiver.
- e) Ärzte erhalten in der GKV wie bisher eine Vergütung auf EBM-Basis. Die Wertigkeit der Leistungen wird im Selbstverwaltungssystem der Kassenärztlichen Vereinigung/Kassenärztlichen Vereinigungen und teilweise über Verhandlungen mit den Krankenkassen festgelegt. Da der GKV-Finanzierungsrahmen immer eng sein wird, gilt es, die Verteilung der Mittel so leistungsgerecht wie nur möglich vorzunehmen und die Anzahl der Vertragsärzte nicht ständig zu vergrößern. Regionale Versorgungsengpässe zu vermeiden, gehört zur „Kunst der Selbstverwaltung“.
- f) Der Gesamtbedarf und die fachliche Differenzierung der Krankenhauskapazitäten bedürfen einer regionalen aber auch einer die Landesgrenzen überschreiten-

Die ehrwürdige Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist kein Experimentierfeld für politische Ideologien

den Neubewertung verbunden mit der Bereitschaft, Bettenkapazitäten dort abzubauen, wo sie eindeutig nicht oder nicht im vorhandenen Umfang erforderlich sind.

- g) Insbesondere der Bedarf an stationären Rehabilitationsangeboten bedarf einer gesundheitspolitischen Neubewertung unter Einbeziehung von Erkenntnissen im europäischen Bereich. Ambulante Rehabilitation im Lebensumfeld der Menschen kann bei bestimmten Indikationen wirkungsvoller sein als stationäre Abläufe. Reha-Kliniken müssten dann teilweise auf Angebote der Prävention wie „Urlaub und Gesundheit“ umplanen, Angebote, zu denen die Krankenkassen einen Zuschuss zahlen könnten (Wettbewerb).
- h) Die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken ist von großer Bedeutung und kann den Erfolg in den Behandlungsangeboten verbessern. Die sich immer mehr entwickelnden Angebote doppelter Versorgungsstrukturen durch Kliniken (z. B. über den § 116 b SGB V) neben den vom Grundsatz her zuständigen niedergelassenen Fachärzten bedürfen klarer Ein- und Abgrenzungen unter Berücksichtigung der Patienteninteressen in unterversorgten Gebieten.
- i) Medizinische Versorgungszentren gehören ausschließlich in die Verantwortung und Betreuung durch niedergelassene Ärzte. Kooperationen mit Kliniken dienen einer qualifizierten regionalen medizinischen Versorgung der Patienten. Und das geht hervorragend ohne MVZ in Trägerschaft von Kliniken.

Natürlich gibt es noch viele andere Ansätze für Rationalisierung (nicht Rationierung), die Kosteneinsparungen bringen können – nicht nur über den Wettbewerb, aber natürlich auch durch ihn, dort, wo er sich anbietet – ohne Patienten zu schaden. Das gilt sowohl für den Krankenkassenbereich, in den eine erhebliche Organisations- und Fusionsbewegung gekommen ist; das gilt aber auch für die Ärzteorganisationen. Es ist nicht hinzunehmen, dass – unter-

stützt durch den Gesetzgeber – die Ärzteschaft immer neue Abrechnungs- und Sicherstellungsorganisationen schafft, z. B. über eine Vielzahl von Selektivverträgen. Die Zersplitterung führt nicht nur zur Unübersichtlichkeit für alle – sondern auch zu erhöhten Verwaltungskosten und zur Schwächung ärztlicher Verhandlungspositionen.

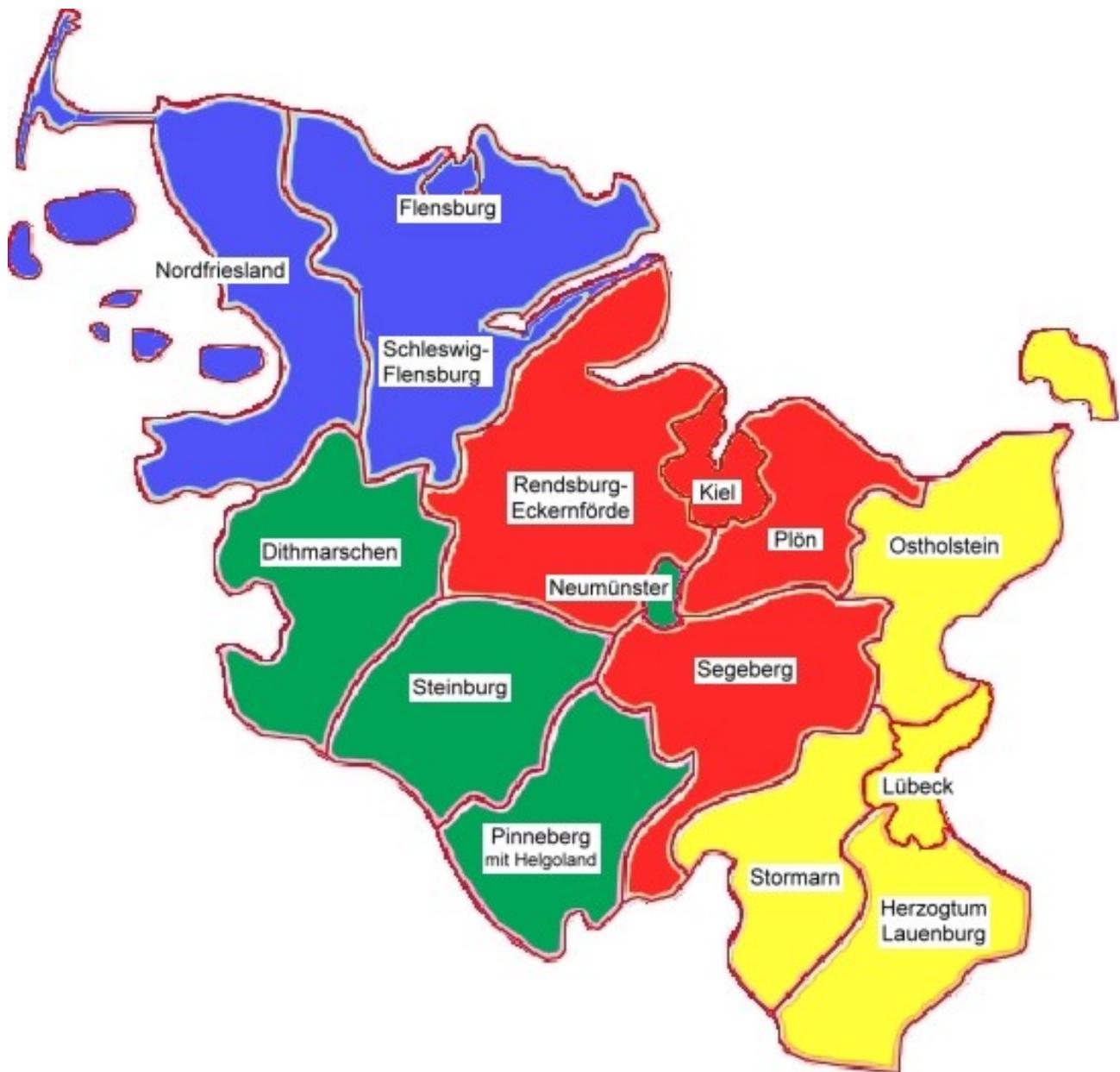
Der Versorgungsauftrag an die Ärzteschaft über die Kassenärztlichen Vereinigungen war eine Entscheidung für ein stabiles GKV-System unter einer einheitlichen Selbstverwaltung der freiberuflich tätigen niedergelassenen Ärzteschaft. Ordnungspolitische Eckpunkte und Verhandlungsfreiheit insbesondere mit den Kostenträgern hatten sich hervorragend eingespielt. Alle Vertragsvarianten sind in Übereinstimmung mit den Krankenkassen möglich – auch frei verhandelte Hausarztverträge. Deshalb sollten einzelne Krankenkassen aufhören, den Teilnehmern an Selektivverträgen hohe Pauschalen für teils problematische Gegenleistungen zu zahlen. Das Geld dafür ist nicht zusätzlich vorhanden und verschlechtert das Finanzierungsspektrum im Gesamtvertrag, was im Endergebnis erhebliche Folgen für viele andere Versicherte und auch Ärztinnen und Ärzte haben wird.

Es liegt im absoluten Interesse der GKV-Versicherten und auch der Ärztinnen und Ärzte, dass es bei dem mit der freiberuflich tätigen Ärzteschaft abgeschlossenen Kollektivvertrag bleibt. Dazu gehört aber auch die Verhandlungsfreiheit der Partner für die Weiterentwicklung des Systems.

Um das nach wie vor hervorragende Gesundheitswesen in der Bundesrepublik müssen wir uns dann keine Sorgen machen, wenn die Politik mit dem über viele Generationen entstandenen System pfleglich umgeht und alles tut, um allen Menschen eine ausreichende und qualifizierte medizinische Behandlung im Krankheitsfall auf einer solidarischen Finanzierungsbasis zu gewährleisten.

Einige Vorschläge dazu sind gemacht.

Patienten-Ombudsleute in Schleswig-Holstein



Zuständigkeitsbereich – Ansprechpartner/-in

- Patienten-Ombudsfrau Siegrid Petersen
Tel. 0 46 09/95 34 11
- Patienten-Ombudsmann Jürgen Horn
Tel. 0 48 32/55 62 72
- Patienten-Ombudsmann Andreas Eilers
Tel. 0 43 43/42 41 62
- Patienten-Ombudsmann Henning Steinberg
Tel. 0 45 1/6 13 06 90

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,

Telefon-Direktwahl: 0 46 09/95 34 11



Patienten-Ombudsmann Klaus Jürgen Horn
(Propst i. R.)

Kreise:
Neumünster, Dithmarschen, Steinburg, Pinneberg

Telefon-Direktwahl: 0 48 32/55 62 72



Patienten-Ombudsmann Andreas Eilers
(Pastor i. R.)

Kreise:
Kiel, Rendsburg-Eckernförde, Plön, Segeberg

Telefon-Direktwahl: 0 43 43/42 41 62



Patienten-Ombudsmann Henning Steinberg
(Pastor i. R.)

Patienten-Ombudsmann Jens-Hinrich Pörksen
ist zum 31.01.2010 ausgeschieden.

Kreise:
Lübeck, Ostholstein, Herzogtum
Lauenburg, Stormarn

Telefon-Direktwahl: 0 451/6 13 06 90



Die an die Ombudsleute herangetragenen Beschwerden sind vielfältig. Es kann daher nicht ausbleiben, dass bei einigen Fällen keine Abhilfe oder vertretbare Lösung gefunden wird. Immer erreicht wird jedoch, dass durch die Kommunikation mit Ombudsleuten die Betroffenen das, was geschehen ist, besser verstehen können.

Bericht Siegrid Petersen

Möglichkeiten und Grenzen unseres Gesundheitssystems – Patientenerfahrungen

Unser Gesundheitssystem befindet sich – trotz aller Kritiken – auf einem hohen Niveau: Bundesweit bemühen sich in über 120.000 Arztpraxen Medizinerinnen, Mediziner und medizinisches Fachpersonal um erkrankte Menschen. Neben Allgemeinmedizinern stehen Fachärzte für nahezu alle medizinischen Spezialgebiete zur Verfügung.

Die Hilfe suchenden Patienten wissen darum, und sie kennen auch die Notrufnummer der Rettungsleitstelle mit Notärzten, die sie in lebensbedrohlichen Situationen „rund um die Uhr“ versorgen können. In der Regel kennen die Patienten auch die Behandlungsspektren der Krankenhäuser ihrer Region, wissen um die hoch entwickelten Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten und um die operativen Verfahren mit modernster Medizintechnik. Gelenkprothetik, Dialysen, Herzkatheteruntersuchungen, Organtransplantationen gehören zu den medizinischen Errungenschaften, die segensreich sein können. Und die Patienten wissen um alle diese Möglichkeiten.

Dennoch erleben sie es, dass in ihrem „ganz normalen Patientenalltag“ die Möglichkeiten für sie begrenzt sein können. Begrenzt zum Einen, weil nicht alles, was machbar auch sinnvoll und ethisch vertretbar ist, begrenzt zum Anderen, weil nicht alles Machbare auch finanzierbar ist. Richtlinien und Bestimmungen zeigen Grenzen auf, entscheiden über „Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (SGB V).

Patienten, aber auch Angehörige der medizinischen Berufe, ja auch Mitarbeitende der Kranken- und Pflegekassen, leben in genau diesem Spannungsfeld zwischen Möglichkeiten und Grenzen, zwischen Machbarkeit und Finanzierbarkeit.

Und dass in diesem Spannungsfeld der Druck immer größer wird, erleben alle Beteiligten immer häufiger. Wir Patientenombudsleute erhalten gerade zu diesem Problembereich immer mehr Anfragen, Klagen, Beschwerden. Unsere Aufgabe ist es, diesen nachzugehen, zu recherchieren, aufzuklären, zu vermitteln, uns für die bestmögliche Lösung für den Patienten einzusetzen. Unsere Gesprächspartner sind dabei die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die unter Zeit- und Budgetdruck leiden, und die Mitarbeitenden der Kranken- und Pflegekassen, die an Verordnungsrichtlinien und Leistungskataloge gebunden sind.

Es tut gut dabei zu erfahren, wenn sich die Beteiligten trotz mancher Hürden unbürokratisch zum Wohle der Patienten einsetzen. Es tut gut zu spüren, wenn verantwortungsvolles Bemühen um die Patienten im Vordergrund steht, wenn Patientennot vor Budgetnot rangiert, wenn Richtlinien und Bestimmungen nicht in jedem Fall das letzte Wort haben.

Dazu Beispiele:

Ein schwerstbehinderter junger Mann muss operiert werden. Die Eltern, die ihn rund um die Uhr versorgen, stellen den Antrag auf Mitaufnahme eines Elternteiles im Krankenhaus. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) gibt aufgrund der sozial-medizinischen



Berichte der Patienten-Ombudsleute 2009

Rahmenbedingungen die Empfehlung der Mitaufnahme für nur eine Nacht, obwohl Eltern und besonders auch der Hausarzt auf die schwierige Situation aufmerksam gemacht haben. Die Eltern sind verzweifelt, befürchten sie doch unter diesen Voraussetzungen schädigende Auswirkungen für ihren Sohn.

Nach Gesprächen unsererseits mit der Krankenkasse wird dem Antrag der Eltern unbürokratisch stattgegeben.

Nach einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK wird einer Patientin mit schwerer Lungen- und Muskelerkrankung, mit Polyneuropathie und Osteoporose der Antrag auf Kostenübernahme für einen teilstationären Geriatrie-Aufenthalt mit der Begründung von der Krankenkasse abgelehnt, eine ambulante Behandlung wäre ausreichend. Der behandelnde Facharzt und auch der Hausarzt können dieses nicht nachvollziehen.

Nach unserer schriftlichen Eingabe mit der aussagekräftigen Stellungnahme des Hausarztes wurde der Antrag einer erneuten Prüfung unterzogen und sehr zeitnah genehmigt.

Eine Patientin leidet seit dem 6. Lebensjahr unter einem kreisrunden Haarausfall und trägt seit der Zeit Echthaarperücken. Nun lehnt die Krankenkasse aufgrund des MDK-Gutachtens die Kostenübernahme für die Echthaarperücke ab, mit der Begründung, eine Kunsthaarperücke reiche vollkommen aus, es wäre kaum ein Unterschied zu sehen, außerdem sei sie wesentlich pflegeleichter und wirtschaftlicher.

Intensive Gespräche der Ombudsfrau mit der Patientin, dem Haarstudio und der Krankenkasse haben Erfolg und auf dem „Kulanzweg“ werden die Kosten für die Echthaarperücke übernommen.

Manche Hürden aber scheinen für die Patienten unüberwindbar. Resignierend und mutlos wenden sie sich an uns Ombudsleute, um für sich selbst oder ihre erkrankten Angehörigen Beratung und Unterstützung zu erbitten. Dabei geht es um Reaktionen der Kranken- bzw. Pflegekassen, die für die Patienten nicht nachvollziehbar sind.

Beispiele:

Eine pflegebedürftige Dame stellt nach Schenkelhals- und Beckenbruch den Antrag auf anteilige Kostenübernahme des Umbaus der Duschwanne. Nach zwei Monaten hat sie von ihrer Kasse immer noch keinen Bescheid. Auf unsere Anfrage wird gesagt, es läge dem MDK vor, und würde jetzt bevorzugt bearbeitet.

Der Leiter eines Behindertenheimes ruft wegen seines schwerbehinderten Bewohners an. Im Dezember 2008 wurde ein Antrag auf Kostenübernahme eines neuen, dringend benötigten Rollstuhls an die Kasse gestellt. Nach wiederholten Anfragen erfährt der Heimleiter, dass der Antrag erst im März 2009 an den MDK weitergeleitet wurde. Als er im Mai immer noch keinen Bescheid hat, bittet er den Ombudsverein um Hilfe. Umgehende Gespräche mit der Abteilungsleitung der Kasse sorgen für eine nun zügige Bearbeitung.

Eine übergewichtige Frau mit ausgeprägten Essstörungen reicht im Dezember 2008 bei ihrer Krankenkasse mit hausärztlicher Hilfe eine Kur ein, in der sie lernen möchte, mit ihrer Lebenssituation und damit auch mit ihren Essstörungen besser umzugehen. Im Januar erhält sie einen ablehnenden Bescheid, auf den sie einen Widerspruch einlegt. Zwei Monate später – im März – hat sie immer noch keine Antwort auf ihren Widerspruch. Meine Anfrage bei der Krankenkasse ergibt: er liege noch dem MDK vor. Nach weiteren Nachforschungen wird das Gutachten endlich geschrieben.

Die zeitlichen Verzögerungen durch den MDK bei den o. g. Beispielen wurden bei unserer Nachfrage mit internen Umstrukturierungsmaßnahmen begründet. Nach unserer Intervention wurden die logistischen Abwicklungen zeitlich optimiert.

Eine 75-jährige Frau leidet unter „hängenden“ Augenlidern, die sie mit Klebestreifen hält. Eine Kostenübernahme für die Augen-OP wird von der Krankenkasse abgelehnt. Es folgt eine „Odyssee“ zu Gutachtern – so schildert es die Tochter – erst in Lübeck, dann in Flensburg, zuletzt in Hamburg mit dem Ergebnis, dass die Kostenübernahme für die OP nur eines Auges bestätigt wird – und das andere? Die Patientin

Berichte der Patienten-Ombudsleute 2009

und ihre Familie sind ratlos. Ein erneuter Widerspruch mit fachärztlichem Attest ist hier notwendig.

Ein Patient erhält eine Überweisung für eine Psychosomatische Klinik. Die Krankenkasse lehnt die Kostenübernahme ab, mit der Begründung, dass die ambulante Behandlung vor der stationären ausgeschöpft werden müsse. Die häufige Maxime „ambulant vor stationär“ ist bekannt und nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar ist aber die Ablehnung der Kasse, wenn der Facharzt ausdrücklich die Notwendigkeit der stationären Behandlung bescheinigt. Auch hier kann nur ein Widerspruch helfen.

Und immer wieder die Budgetnot:

Eine krebskranke Patientin hat zu ihrer Hausärztin großes Vertrauen und möchte unbedingt in ihrer Behandlung bleiben. Sie schildert, diese hätte ihr schon zweimal das Leben gerettet. Die Ärztin aber sieht aus Budgetgründen keine Möglichkeit der Weiterbehandlung und empfiehlt ihr dringend eine Facharztpraxis. Nach einem ausführlichen Gespräch mit der Hausärztin rät die Ombudsfrau der Patientin den Arztwechsel. Die schwerkranke Patientin ist sehr unglücklich darüber.

Ein 76-jähriger Mann erhält nach dem zweiten Schlaganfall die Pflegestufe III. Nach einem Geriatrie-Aufenthalt verordnet sein Hausarzt ihm 10-mal Krankengymnastik. Danach, so sein Hausarzt, sei sein Budget erschöpft (wörtlich: „weit überschritten“). Die Sorge, dass es für den Patienten zum Stillstand seiner bisher gemachten Fortschritte kommt, ist groß. Es folgen daher von unserer Seite Gespräche mit dem Hausarzt, um gemeinsam herauszufinden, welche Möglichkeiten für den Patienten hilfreich sein können.

Eine Mutter sorgt sich um ihr Kind mit Down-Syndrom, für das die regelmäßigen wöchentlichen krankengymnastischen Anwendungen und Logopädie notwendig sind. Die Krankenkasse aber fordert laut Heilmittelrichtlinien die Therapiepause. Grundsätzlich ist die Therapiepause sicher sinnvoll und aus Kostengründen angezeigt, dennoch befürchten die Eltern und auch der Kinderarzt, dass sich die Pause in diesem Fall für das Kind nachteilig auswirken kann und der bisherige Therapieerfolg zunichte ge-

macht wird. Der Arzt muss hier – wie so oft – zwischen der medizinischen Notwendigkeit und der möglichen Budgetüberschreitung entscheiden.

Patienten spüren inzwischen sehr den Sparzwang im Gesundheitswesen. Und häufig hören sie: „Sie sind zu teuer für die Kasse“ oder „Sie belasten zu sehr mein Budget“. Leistungen, die sie beantragen, die sie unter Umständen in den Vorjahren in Anspruch nehmen konnten, werden immer häufiger in Frage gestellt, die Anträge immer häufiger abschlägig beschieden. Mediziner schicken ihre Patienten mit den Anfragen zu ihren Krankenkassen, diese wiederum schicken sie zurück zu den behandelnden Ärztinnen und Ärzten mit dem Hinweis auf „Verordnungsfreiheit“. Frustriert und mit großer Verständnislosigkeit wenden sie sich dann an den Ombudsverein.

Wir versuchen, zu vermitteln, Verständnis zu wecken, die Wege zu ebnen.

Wir versuchen dabei auch das Verantwortungsbewusstsein der Patienten zu stärken, die Anspruch auf Hilfe haben, die aber auch die Einsicht gewinnen müssen, dass unser Gesundheitssystem keine „Rundumversorgung“ auf höchstem Niveau gewährleisten kann, sondern dass im Sinne der Solidargemeinschaft die Entscheidungskriterien „notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich“ bei Leistungsansprüchen gelten – und dass die Patienten nach ihren Möglichkeiten auch einen eigenen Beitrag für ihre gesundheitliche Situation leisten müssen.

Wir sehen dabei auch die hochbelasteten, unter Kosten- und Zeitdruck arbeitenden Mediziner, die ihre Patienten meistens fürsorglich behandeln, die aber mit mehr Zeitaufwand immer mehr aufklärend und Alternativen aufzeigend beratend zur Seite stehen müssen.

Und wir appellieren an das Verantwortungsbewusstsein der Kranken- und Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes (MDK), die eine beratende Funktion unter dem Gesichtspunkt der Sozialgesetzgebung haben, den Versicherten die Leistungen für notwendige medizinische Behandlung und Pflege zu gewähren und zwar unter Berücksichtigung der jeweils individuellen Situation – nicht als verneinendes Gegenüber, sondern als hilfreiche Berater.

Bericht Andreas Eilers

IGeL auf dem Prüfstand

Das SGB V regelt in § 2, dass Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen medizinisch indiziert sein und wirksam und wirtschaftlich erbracht werden müssen und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden dürfen. Daraus ergibt sich, dass es wegen individueller Lebensgestaltung, wegen wissenschaftlich noch nicht gekläarter Behandlungsmethoden, durch zusätzliche Untersuchungen oder „in Einzelfällen“ (Patienten-Musterbrief der PVS) sinnvolle und nützliche ärztliche Leistungen gibt, die nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung sind, die so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die dann auch von den GK-Versicherten selbst zu zahlen sind. Dazu bedarf es einiger „Spielregeln“ zwischen Arzt und Patient, die öfter von Patienten nicht gekannt und von Ärzten nicht eingehalten werden.

a) Die IGeL-Beratung

An erster Stelle steht die ausführliche Beratung und verständliche Aufklärung durch den Arzt (nicht durch das medizinische Fachpersonal bzw. lediglich durch eine Informationsschrift!):

- was bei der IGeL gemacht wird,
- warum die IGeL für das spezielle gesundheitliche Problem des Patienten sinnvoll und von Nutzen ist,
- welche Risiken und Nebenwirkungen die IGeL hat,
- ob es wissenschaftliche Belege für den Nutzen der IGeL gibt,
- welche Alternativen es zu dieser IGeL gibt,
- welche Kosten auf den Patienten für die IGeL zukommen.

Beispiele:

Bei der Vereinbarung von Individuellen Gesundheitsleistungen wird oft über die Folgekosten nicht ausreichend aufgeklärt:

Ein Mann bekommt die Auskunft, dass seine Stoßwellentherapie 82 € kosten soll. Auf der Rechnung findet sich der vierfache Betrag, weil

die Kosten pro Anwendung berechnet sind. Nach dem schriftlichen Widerspruch bleibt es bei dem mündlich zugesagten Preis.

Wegen feuchter Makula-De-generation bekommt eine Frau außer einer Behandlung mit Lucentis-Spritzen „zur Stabilisierung der Netzhaut“ Tabletten (vermutlich Vitamine/Nahrungsergänzung), für die sie in der Praxis 45 € pro Vierteljahr bezahlt. Den Namen des Mittels weiß sie nicht und kann ihn nicht lesen, weil „alles verschwimmt“.



Die Motivation, eine IGeL in Anspruch zu nehmen bzw. anzubieten, ist bei Patient und Arzt oft sehr verschieden. Gemeinsam ist beiden, optimal etwas für die Gesundheit zu tun, was aber auch seinen Preis hat. Der Patient fragt sich: Kann ich oder will ich mir das leisten? Versäume ich etwas, wenn ich mich gegen den Rat des Arztes entscheide, und was denkt der Arzt von mir? - Für den Arzt ist die Frage, wie er dem Patienten die wünschenswerte IGeL deutlich machen kann, ohne ihn zu bedrängen und dennoch zu wissen: Ohne die privaten Leistungen fehlen in der Praxis erhebliche Einnahmen. Dazu bedarf es Geduld, Offenheit und Einfühlungsvermögen.

Beispiel:

Ein Mann beschwert sich fünf Monate nach einer IGeL über das Drängen eines Urologen zu dieser Wahlleistung. Der Patient lässt bei ihm im Rahmen einer Krebsfrüherkennung eine PSA-Bestimmung vornehmen. Die Verdoppelung der Anstiegsgeschwindigkeit veranlasst den Arzt, eine erweiterte Krebsfrüherkennung als IGeL anzubieten. Die ausführliche Beratung erfolgt mittels eines Informationsblattes, das die medizinische Fachangestellte dem Patienten beim Verlassen der Praxis übergibt. Der Patient

Berichte der Patienten-Ombudsleute 2009

entscheidet sich gegen die IGeL und gibt es der Fachangestellten in den Computer zu Protokoll. Bei einem zweiten und einem dritten Termin weist der Arzt trotz der weiteren Ablehnung des Patienten „in sehr bedrängender Weise“ darauf hin, dass die PSA-Untersuchung nicht 100%ig wäre. In die Enge getrieben, stimmt der Patient schließlich zu. Beim Verlassen der Praxis unterschreibt er nachträglich den IGeL-Vertrag.

Der Arzt weist in seiner Stellungnahme den Vorwurf zurück, er habe den Patienten zur Wahlleistung überredet bzw. gedrängt. Es gehöre zu seinen „ärztlichen Aufgaben, ja Pflichten und Fürsorge, auf diese medizinisch sinnvolle Diagnostik hinzuweisen“. Ihm liege daran, „die Patienten von unserem Früherkennungskonzept zu überzeugen und ein langfristiges Arzt-Patienten-Verhältnis aufzubauen“. Dieser Patient will nicht wiederkommen.

b) Der IGeL-Vertrag

Eine Hilfe für eine Entscheidung des Patienten ist der IGeL-Vertrag, der bei GKV-Patienten vor der Behandlung zwischen Arzt und Patient geschlossen werden muss und die Beschreibung der medizinischen Leistung, die Gesamtkosten der IGeL entsprechend der GOÄ und die Erklärung enthalten muss, dass der Patient der IGeL zustimmt und darüber aufgeklärt ist, dass die IGeL keine Leistung der Krankenkasse ist.

Hier wird noch einmal das Wichtige aus dem Beratungsgespräch schriftlich festgehalten, damit der Patient bis zu einem nächsten Termin Gelegenheit bekommt, in Ruhe zu überlegen, ob er die IGeL tatsächlich will oder ob er sich vielleicht noch eine andere Meinung einholen will. Da sich der Patient bei dem Beratungsgespräch in einem gewissen Ausnahmezustand befindet, ist es nicht fair und recht, ihm sofort eine Unterschrift abzuverlangen oder sogar auch ohne Unterschrift zur Behandlung zu drängen. Dass der Patient auch ein Exemplar des Vertrages bekommt, dürfte eigentlich selbstverständlich sein.

Beispiele:

„Mit Zähneknirschen und der Faust in der Tasche“ bezahlt der Vater seiner 17-jährigen

Tochter eine Laborrechnung wegen eines positiven Tests auf Schweinegrippe. Die Tochter arbeitet als FSJlerin in der Geriatrie im Krankenhaus. Die Hausärztin hat nicht darüber aufgeklärt, dass der Test selbst zu bezahlen ist. Auch wurde kein Vertrag für diese IGeL vorgelegt und unterschrieben.

Eine Frau mit Verdacht auf Weichteilrheuma wird von ihrem Orthopäden zu einer Knochendichtemessung gedrängt, die sie aus finanziellen Gründen ablehnt. Sie befindet sich gerade in einer Insolvenz. Der Druck des Arztes lässt nicht nach, und schließlich lässt sie – ohne eine schriftliche Vereinbarung – die Knochendichtemessung durchführen. Der Ombudsmann informiert die Frau auf Grund des Ratgebers der Bundesärztekammer, dass vor der Erbringung der IGeL ein schriftlicher Vertrag geschlossen werden muss. Das Gericht, das wegen der Kostenrechnung von 48 € getagt hat, sah das offenbar nicht so. Die Frau hat die IGeL zugelassen, und der Arzt konnte sich an seine Aussagen nicht mehr erinnern. So wurden aus der Rechnung von 48 € Kosten von 300 €.

Eine Hautärztin führt wegen Verdachts auf eine Hautkrebserkrankung eine Dermatoskopie als IGeL durch mit dem Hinweis, der Patient könne sich die Summe von der Krankenkasse erstatten lassen. Die Krankenkasse lehnt ab und gibt mündlich den Hinweis, dass diese Ärztin ihren Patienten häufiger ähnliche Rechnungen schickt. Die Beschwerde bei der Ärztekammer bleibt ohne Erfolg für ihn, da die Ärztin eine andere Version vorträgt, womit Aussage gegen Aussage steht. Im vorliegenden Fall hätte sich am Ergebnis allerdings auch durch die Vorlage eines schriftlichen Vertrages mit dem Hinweis auf die Selbstzahlungspflicht nichts geändert, da der Patient weder lesen noch schreiben kann und dieses anderen Personen auch nicht mitteilt.

c) Die IGeL-Rechnung

Patienten rufen meistens wegen einer IGeL an, wenn es um die Kosten geht oder wenn die Kommunikation zwischen Arzt und Patient bemängelt wird. Was die Wenigsten wissen ist, dass nur dann für eine IGeL gezahlt werden

Berichte der Patienten-Ombudsleute 2009

muss, wenn der Arzt eine Rechnung ausgestellt hat, die Auskunft geben muss,

- welche IGeL durchgeführt wurde,
- wann die IGeL durchgeführt wurde,
- nach welcher Gebührensnummer der GOÄ abgerechnet wurde,
- wie hoch der Gebührensatz berechnet wurde.

Ein Pauschalpreis für IGeL oder ein Erfolgshonorar ist nicht zulässig.

Beispiele:

Eine Frau mit verschiedenen gesundheitlichen Problemen möchte Klarheit über ihren Gesundheitszustand bekommen und konsultiert einen Arzt für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie. Er erklärt ihr, wie viele Minuten ihr im Quartal für ein Gespräch zustehen, die für das Anamnesegespräch aber nicht ausreichen. Er informiert sie mündlich, dass das ausführliche Gespräch 120 € kostet. Für die weitere Behandlung ist einmal im Quartal ein Gespräch vorgesehen, weitere Kosten 15 €. Die Frau lässt sich darauf und nach und nach auf eine ganze Reihe von verschiedenen selbst zu zahlenden homöopathischen Medikamenten ein. Das jeweilige Honorar zahlt sie in der Praxis und erhält dafür eine Quittung vom Block ohne weitere Spezifikation. Erst als sie für ihre Steuererklärung auf ordentlichen Rechnungen besteht, bekommt sie sie ausgestellt. Als ihr Ärger über die Behandlung und die finanziellen Forderungen zu groß werden, wechselt sie den Hausarzt. Der Ombudsmann rät ihr, sich schriftlich zu beschweren, womit sie sich aber – leider – nicht weiter belasten will.

Vor einer Katarakt-Operation untersucht ein Augenarzt die Augen einer Frau mittels eines Computers, um „Sicherheit über den Zustand zu haben“. Dafür bezahlt sie anschließend in der Praxis 80 €, ohne eine Rechnung oder Quittung zu bekommen. Für die qualifizierte Nach-

sorge zahlt sie in gleicher Weise. Der Arzt bietet der Frau dreimal wieder eine Untersuchung per Computer an, was sie mit Blick auf die Kosten ablehnt. Schließlich sagt der Arzt: „Sie bekommen bei mir keinen Termin mehr, weil Sie dauernd ablehnen.“ - Leider liegt auch hier keine schriftliche Beschwerde vor, so dass das vom Ombudsmann vermutete Missverständnis nicht geklärt werden kann. Es wäre unglaublich, wenn der Augenarzt seine weitere Behandlung an die Inanspruchnahme einer IGeL knüpfen würde.

Ein Mann wird nach mehreren Knochenbrüchen ohne äußere Einwirkung vom Hausarzt zu einer Knochendichtemessung überwiesen und bekommt dafür eine Rechnung. Angeblich hat er keinen IGeL-Vertrag unterschrieben, was sich später als nicht richtig erweist, nur hatte der Mann den Vertrag wohl nicht richtig gelesen oder verstanden und kein Exemplar für sich ausgehändigt bekommen. Die behandelnde Ärztin hat als Privatdozentin keine Ermächtigung, und es hätte ein anderer Arzt die Messung durchführen müssen. Von der Radiologie bekommt er aber den Hinweis, dass er die Rechnung bei der Krankenkasse zur Erstattung einreichen kann. Diese lehnt zunächst ab, weil der Hausarzt nicht richtig verordnet hat. Nach einer Rücksprache des Hausarztes mit der Krankenkasse werden die Kosten erstattet. Der Mann bedankt sich.

Für viele Patienten ist die Regelung mit den IGeL ein nicht leicht nachvollziehbarer Sachverhalt. Wenn der Arzt eine Maßnahme als notwendig oder zumindest als sehr förderlich empfiehlt, können sie nicht verstehen, warum die Krankenkasse das nicht bezahlt. Hier kommt dem ausführlichen, aufklärenden Gespräch des Arztes (der Krankenkasse, des Ombudsmannes) eine große Bedeutung zu. Genauso wichtig ist es, offen und ehrlich mit den „Spielregeln“ umzugehen, damit der Patient sich ernst genommen fühlt und tatsächlich „ein langfristiges Arzt-Patientenverhältnis“ aufgebaut wird.

Bericht Klaus J. Horn

Starr oder stur

Starres Gesetz oder sturer Patient?

Berichten möchte ich zuerst von einem Fall,

- der leider kein Einzelfall ist,
- der ein erneuter Aufruf für die Verbesserung der Übergabe eines Patienten in den häuslichen Bereich der Pflege ist,
- der zeigt, was alles falsch laufen kann,
- der die Diskrepanz zeigt zwischen dem, was gesetzlich, ordnungsmäßig geregelt ist, und dem so genannten natürlichen Verstand – oder auch die Frage aufwirft, ob der Mensch für das Gesetz oder das Gesetz für den Menschen da ist,
- der zeigt, dass der Ombudsmann manchmal die letzte Hoffnung ist – und dennoch „machtlos“ ist und enttäuschen muss.

Der Ehemann (Handwerksmeister, 80 J.) einer GK-Versicherten (nach Schlaganfall querschnittsgelähmt, 74 J.) erfährt an einem Donnerstag, dass seine Ehefrau am Montag als Pflegefall nach Hause entlassen werden soll. Für die häusliche Pflege sollten Pflegehilfsmittel besorgt werden: Haltegriffe für die Toilette, ein Pflegebett, ein Bettaufrichter. Weitere Tipps erhielt der Ehemann nicht, außer sich in einem Sanitätshaus danach zu erkundigen.

Der Handwerksmeister erkundigte sich nicht bei der Krankenkasse, holte nicht vorher die Genehmigung der Krankenkasse ein, wusste nichts von § 126 SGB V Abs. 1, sondern beauftragte aus Sorge und Liebe, seiner Frau möglichst schnell zu helfen, einen anderen Handwerksmeister mit dem Bau der Hilfsmittel. Erkundigt hatte er sich allerdings vorher bei einem Sanitätshaus nach dem Preis dieser Teile (über 1.600 €) und nach der Lieferzeit (12 bis 14 Tage). Er wollte schneller helfen – und auch preiswerter. Er fühlte sich im Einklang mit seiner treu sorgenden Pflicht und Liebe als Ehemann und mit seiner Handwerkslehre.

Die Handwerkerrechnung in Höhe von 440 € reichte er bei der Krankenkasse zur Erstattung ein. Die Kasse lehnte ab, weil der Lieferant der Hilfsmittel nach dem Gesetz kein „Leistungserbringer“ war, und weil einige der oben schon erwähnten Bedingungen nicht vorher erfüllt waren. Die Kasse hätte diesen Beschaffungsweg auch abgelehnt.



Diese Entscheidung der Kasse fand weder das Verständnis noch die Zustimmung des Ehepaares. Man legte zweimal Einspruch ein; man meinte, verantwortlich, kostenbewusst, fachlich gerecht, hygienisch und sicherheitsmäßig Gesetzeskonform gehandelt zu haben. Zweimal wurde dieser vom MDK abgelehnt. Eine Überprüfung der Hilfsmittel vor Ort auf Qualität und Funktionalität, Sicherheit und Hygiene wurde aus Zeit- und Kostengründen und wohl auch aus grundsätzlichen Gründen nicht vorgenommen, bemängelte das Ehepaar.

Der Bundestagsabgeordnete wurde eingeschaltet. Ohne positives Ergebnis für die Versicherte. Schließlich wurde der Ombudsmann – auf Anraten der Kasse – vom Ehemann angerufen. So versuchte ich schriftlich, bei der Kasse eine so genannte Einzelfalllösung zu erreichen. Mit Hinweis auf die Gesetze scheiterte auch dieser Versuch.

Alle Hinweise auf die Gesetzeslage konnten nicht erreichen, dass das Ehepaar einzusehen vermochte, nicht den Regeln entsprechend gehandelt zu haben, sie meinten, auf dem Hintergrund der Kostendebatte im Gesundheitswesen dennoch verantwortlich und wirtschaftlich gehandelt zu haben. Das meinen sie immer noch.

Der Bundestagsabgeordnete wurde eingeschaltet. Ohne positives Ergebnis für die Versicherte.

Alle Hinweise auf die Gesetzeslage konnten nicht erreichen, dass das Ehepaar einzusehen vermochte, nicht den Regeln entsprechend gehandelt zu haben, sie meinten, auf dem Hintergrund der Kostendebatte im Gesundheitswesen dennoch verantwortlich und wirtschaftlich gehandelt zu haben. Das meinen sie immer noch.

Als vorläufig Letztes lag dieser Fall nach erneutem Widerspruch nun dem Widerspruchsausschuss vor. Auch hier erfolgte eine Ablehnung.

Am Ende dieser Odyssee durch die Institutionen wird nun nach dem Willen des Ehepaares das Sozialgericht angerufen ..., und der Sozialverband übernimmt angeblich.

Immer wieder: Das Budget und die medizinische Notwendigkeit

In der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) hatte man mir, dem Ombudsmann, zwar gesagt, wenn ein Arzt ein Rezept oder eine Verordnung versage mit dem Hinweis auf „**das Budget**“, wäre er eigentlich immer im Unrecht. Aber es komme auf den Einzelfall an.

Der Rat zum Anruf beim Ombudsmann kam von der Krankenkasse. Ein 84-jähriger Ehemann, der Milderung für sein Rückenleiden (Wirbelsäulenschaden im Nackenbereich und Schmerzen im Hüftbereich) erhofft, berichtet, dass der Orthopäde ihm jeweils dreimal sechs Krankengymnastiken innerhalb von 3 Monaten verschrieben hatte. Nun mute ihm die Praxis eine dreimonatige Behandlungspause zu. Vorher könne man ihm keine neuen Anwendungen verschreiben, weil der Arzt dafür infolge des Budgets regresspflichtig gemacht werde.

Der Patient berichtet: In der Zwischenzeit müsse er selbst für sich sorgen und die Anwendungen privat bezahlen, um sich Milderung bei seinen bestehenden Schmerzen zu verschaffen. Er konnte nicht verstehen, warum er einerseits dreimal hintereinander intensive Hilfe vom Arzt bekomme, dann aber drei Monate auf die doch wohl medizinisch notwendige Verschreibung verzichten müsse. Das Argument, aus medizinischer Sicht könne eine Therapiepause sinnvoll sein, konnte er aufgrund seiner körperlichen Verfassung nicht annehmen. Auf Anraten des Facharztes wandte sich der Patient an den Hausarzt, der das auch verschreiben könne, der habe ein eigenes Budget. Dieser aber hielt sich nicht für zuständig.

Meine Nachfrage in der Facharztpraxis ergab: „Das machen wir bei solchen Patienten immer so, damit der Arzt nicht in den Regress kommt.“ Eine Nachfrage nach der „medizinischen“ Notwendigkeit der Verordnungen, die ja grundsätzlich gegeben sein müsse, blieb aber im Unklaren (der Arzt: „Ich mache immer das Beste für meine Patienten, mehr als das Normale!“). Zwischen Krankenkasse und KV wäre eine dreimonatige Verschreibungspause abgemacht. Auf die Frage nach der aus medizinischen Gründen möglichen Überschreitung der Regel, wurde wieder mit dem Argument „Budget“ geantwortet. Dem Hinweis auf eine begründete Überschreitung des Budgets bis zu 25 %, ohne dass der Regress sofort wirksam werde, schenkte der Facharzt auch nicht viel Vertrauen, er wolle keinen Konflikt mit der KV. (Inzwischen weiß ich aus anderer Quelle, dass die meisten Ärzte diese Spanne von 25 % sowieso immer ausnutzen.)

Vierzehn Tage nach dem Gespräch zwischen Ombudsmann und Facharzt erlebte der Patient einen sehr ungehaltenen Arzt, weil der Patient sich an den Ombudsmann gewandt hatte.

Ob das Argumentieren mit dem „Budget“ mit dem befürchteten verwaltungsmäßigen Aufwand zusammenhängt – oder mit tatsächlich erlittenen Regressforderungen, ist offen.

Glück gehabt oder: Patient ohne Orientierung trotz viel Kompetenz „unter einem Dach“

„Ich erhebe Anklage wegen unterlassener Hilfestellung an das Krankenhaus ... und bitte um Ihre Stellungnahme.“ So endete ein Brief an den Ombudsmann.

In diesem wie in vielen anderen Fällen geht es nicht um Schmerzensgeld oder Schadensersatz, sondern ausgesprochenermaßen darum, andere vor einem ähnlichen Schicksal durch Aufklärung zu bewahren.

Ein 71-jähriger Selbständiger hat an einem Spätnachmittag Schlaganfall-typische Erscheinungen. Der Anruf beim Notarzt bestätigt dies.

Berichte der Patienten-Ombudsleute 2009

Man solle sofort und so schnell als möglich ins nächste Krankenhaus. Da dieses nicht weit entfernt ist, fährt der Sohn den Vater in Begleitung der Ehefrau hin.

An der Rezeption passiert ein folgenschwerer Fehler. (Das ergibt sich nach dem Einschalten des Ombudsmanns.) Statt in die Notaufnahme des Klinikums wird der Patient in die im selben Hause sich befindende Anlaufpraxis gewiesen, wo er sich in die Reihe der dort Wartenden einreihen muss.

Nach 1 1/2 Stunden des Wartens besteht die Ehefrau vehement auf Behandlung. Die Untersuchung erfolgt, die Dienst habende Ärztin bestätigt den Schlaganfall und füllt eine Einweisung in eine ca. 20 Kilometer entfernte Klinik aus, da man in dieser Klinik keine Stroke Unit (in einer Neurologischen Abteilung) habe. Auf dem Weg zum PKW stürzt der Patient dreimal. Sohn und Ehefrau bringen ihn in die nächste Klinik, wo er unter Kopfschütteln über die bisherige Behandlungsweise für 11 Tage aufgenommen wird.

Inzwischen ist der Patient wieder zu Hause, hat ambulante Reha und ist auf dem Wege der Besserung; er ist mit 71 Jahren noch beruflich aktiv.

Die Familie weiß aus den Medien, dass es beim Schlaganfall auf Minuten ankommt. Deshalb die Entrüstung und die dringende Bitte um Aufklärung, um andere vor einem ähnlichen Schicksal zu bewahren.

Die Verantwortlichen der Anlaufpraxis sind um Stellungnahme gebeten. Das Beschwerdemanagement der Klinik will den Ablauf an der Rezeption überprüfen, für Qualifizierung der Beratung werben/sorgen, besonders weil es unter „einem Dach“ verschiedene medizinische Angebote unterschiedlicher Träger gibt. Wegen der Dringlichkeit in manchen Fällen ist der Nahtstelle zwischen Fachleuten (hier: Notarzt) und Angehörigen, wenn diese eingebunden werden, viel Aufmerksamkeit zu widmen, damit klare, verständliche und eindeutige Verhaltensregeln kommuniziert werden.

MedFindex – Informationen für Patienten

Damit die Qualität und Aktualität der Daten gewährleistet werden kann, wurde auch im Sommer 2009 ein Datenabgleich aller Adresseinträge vorgenommen. Die Rücklaufquote für den Datenabgleich im Jahr 2009 betrug ca. 90 %.

Bis zum 31.12.2009 haben sich 13 neue Selbsthilfegruppen für einen Eintrag im MedFindex entschieden.

Im Jahr 2009 wurde insgesamt 358.606 Mal auf die MedFindex-Seiten zugegriffen. Die Zahl der Besucher beträgt für das komplette Kalenderjahr 2009 30.069.

Auf der Homepage des MedFindex werden zur Zeit 334 Adresseinträge und 1.005 Glossareinträge angezeigt. (Patrizia Segler)



The screenshot shows the website medfindex.de. The main navigation menu includes: 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 the text 'Rat & Hilfe für PatientInnen (0 18 05) 23 53 83' and 'Patienten-Ombudsmann/ Frau Schleswig-Holstein e.V.' with a phone icon and 'Gesprächsgebühren 0,14 €/Min.'. The main content area is titled 'Selbsthilfegruppen' and contains the text: 'Hier finden Sie Adressen zu Selbsthilfegruppen in Schleswig-Holstein. Deren Adressen werden je nach Gebieten auch mehrfach angezeigt. Wenn Sie gezielt nach einem Thema suchen, können Sie dies auch über "Schlagworte" tun. Die Schlagwörter sind mit den Adressen der Selbsthilfegruppen verknüpft.' There are two small images: one showing a group of people and another showing a person at a computer.

Bericht Jens-Hinrich Pörksen

Die Summe der Erfahrungen aus zehnjähriger Tätigkeit als Patientenombudsman

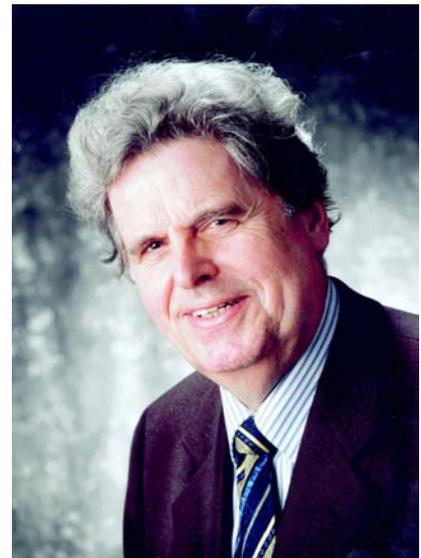
Unsere Gesellschaft, in der künftig die älteren Bürgerinnen und Bürger die Mehrheit der Bevölkerung bilden und in der in Zukunft die Anzahl der alten und ganz alten kranken Menschen stetig und berechenbar zunehmen wird und in einer Zeit, in der Dank des medizinischen Fortschritts die Therapiemöglichkeiten sich beträchtlich ausweiten, nimmt mit der Anzahl der Kranken die Tendenz zu, den einzelnen Kranken als Routinefall in ein System einzuordnen und zu behandeln. Dies ist unumgänglich, damit bei der Vielzahl und Vielfalt der Behandlungen das Gesundheitssystem reibungslos funktioniert und finanzierbar ist.

Bei diesem immer perfekter organisierten System brauchen die Einzelnen, insbesondere wenn sie alleine leben, Ansprechpartner, die sie als Patienten mit ihren Ängsten, Problemen, Sorgen und Wünschen anhören, die sie ernst nehmen und beraten, damit sie nicht als Einzelne in der Routine eines anonymen, kaum noch überschaubaren Systems verwaltet, abgelegt und vergessen werden.

In diesem in der Regel gut funktionierenden Routinesystem der Arztpraxen, Krankenhäuser, Krankenkassen, Apotheken usw. ist der Patientenombudsman zunächst: eine Unterbrechung des perfekten Systems, eine eingebaute Pause, ein Gesprächs- und Schlichtungsangebot, in dem der Einzelne sich aussprechen, sich beraten und helfen lassen kann, wenn das Routinesystem der Behandlungen nicht funktioniert, wenn nicht ausreichend beraten und behandelt, schlecht behandelt oder gar nicht mehr behandelt wird usw. Der Patientenombudsman soll und kann helfen, das Routinesystem wieder flott zu machen.

Die wichtigste Aufgabe eines Patientenombudsmannes besteht nach meiner Erfahrung darin, den Patienten, der sich in schwierigen Situationen und in Ratlosigkeit und Hilflosigkeit an ihn wendet, so intensiv mit seinen Ängsten und

Sorgen anzuhören und ernst zu nehmen, dass er herausfindet, ob in diesem Fall ausnahmsweise eine Einzelfallregelung notwendig ist, die in der Routineversorgung, im Behandlungssystem der Ärzte, der Krankenhäuser und im Tarifsystem der



Krankenkasse normalerweise nicht vorgesehen ist. Oft ist es der Hausarzt, der am besten herausfinden und beurteilen kann, ob eine Einzelfallregelung ausnahmsweise notwendig ist für diesen Patienten. Der Patientenombudsman hat dann den Vorteil, dass er versuchen kann, z. B. bei Krankenkassen, bei Arztpraxen, bei Krankenhäusern, auch manchmal bei Apotheken Einzelfallregelungen zu erreichen, die oft gar nicht so viel kosten müssen, dem Einzelnen aber eine außergewöhnliche Hilfe bedeuten. Das Routinesystem braucht überall den kleinen Freiraum der Einzelfallregelung. In dieser Nische hat der Patientenombudsman seinen bevorzugten Platz.

Dass solche Einzelfallregelungen in einem so komplexen, großen Routinesystem des Gesundheitswesens immer wieder einmal möglich und erreichbar waren, ist meine positive Grunderfahrung als Patientenombudsman.

Ohne die in Ausnahmen realisierbare Möglichkeit einer Einzelfallregelung würde sich ein Ombudsman fühlen wie jemand, der zuhören, beschwichtigen, gut zureden, aber in Wirklichkeit nicht helfen kann. Am Ende meiner zehn Jahre als Patientenombudsman sage ich im Namen vieler Patienten und Patientinnen ein herzliches Danke! den Arztpraxen, den Krankenhäusern, den Krankenkassen, den Apotheken, die nach sorgfältiger Prüfung immer wieder Einzelfallregelungen ermöglicht haben.

Beispiele für Einzelfallregelungen

A) Umfangreiche, die Situation eines Patienten grundlegend verändernde Einzelfallregelungen sind sehr zeitaufwändig:

Eine Mutter, deren Tochter sich um die Ausbildung zur Kinderkrankenschwester beworben hatte, wandte sich an mich, weil ihre Tochter, die vom Krankenhaus zunächst eine Zusage erhalten hatte, schlussendlich doch abgelehnt wurde, weil sie eine leichte Behinderung hatte. Tochter und Mutter waren fest überzeugt, dass sie Ausbildung und Beruf packen wird. Mein Gespräch mit der Direktorin des Krankenhauses führte zu keinem positiven Ergebnis. Die Direktorin stellte die Belastung des Berufes einseitig in den Vordergrund und ging auf das Mädchen gar nicht ein. Danach wandte ich mich an den Behindertenbeauftragten der Landesregierung. In einem Gespräch mit ihm zusammen mit Tochter und Mutter kamen wir zu dem Schluss, dass die leichte Behinderung kein zulässiger Grund sei, der Tochter den Zugang zum Beruf einer Kinderkrankenschwester prinzipiell zu verweigern. Eine Mitarbeiterin des Sozialministeriums nahm sich der Sache an. Die Tochter bewarb sich erneut in einem Krankenhaus in Süddeutschland. Nach gut drei Jahren rief mich die Mutter eines Tages hocherfreut an und teilte mir mit, dass ihre Tochter gestern die Prüfung zur Kinderkrankenschwester erfolgreich bestanden hat und bedankte sich.

Eine Frau, etwas über vierzig, alleinstehend, als Putzfrau tätig, zeitweise mit Alkohol und Drogen befasst, erkrankte an einem Tumor im Gehirn. Der Tumor war Gott sei Dank gutartig. Die Behandlung in der Uniklinik war für sie so langwierig und belastend, dass sie eines Tages aus der Klinik ausbrach, mit der Polizei gesucht, aufgegriffen und in die Psychiatrie nach Heiligenhafen gebracht wurde. Die Eltern versuchten alles, zunächst alleine - dann mit Hilfe eines Anwalts - sie aus der geschlossenen Psychiatrie herauszuholen, vergeblich. In dieser Situation schrieb mir Frau T. einen verzweifelten Brief und bat mich, ihr zu helfen. Die Eltern hatten inzwischen die Wohnung der Tochter auf ihren Namen umgeschrieben und zahlten weiter die Miete, um der Tochter jederzeit die Rückkehr in ein eigenes selbständiges Leben zu ermöglichen. Das gesamte Jahr 2009 hindurch habe ich zusam-

men mit dem Vater in vielen Gesprächen mit der Betreuerin und mit den Ärztinnen versucht, Frau T. aus der geschlossenen Psychiatrie herauszuholen, zunächst in die offene Psychiatrie, dann zum Probewohnen in der eigenen Wohnung. Nach vielen Anläufen hatten wir schließlich Erfolg. Mit der Betreuerin, mit den Ärzten und dem Gericht verständigten wir uns alle auf den gemeinsamen Neuanfang in der eigenen Wohnung mit verbindlicher ambulanter Betreuung. Vier Wochen ging alles gut. Frau T. wurde von der Betreuerin, von den Ärzten und vom Richter für ihren Neuanfang gelobt. Die Wohnung wurde wieder auf sie überschrieben. Jetzt am 6. Januar erreichte mich erneut ein Brief mit einem Hilferuf von Frau T. aus Heiligenhafen. Ich habe mich mit den Eltern in Verbindung gesetzt. Die Eltern sind mit mir der Meinung, dass vorerst der Weg Ihrer Tochter in die Selbständigkeit leider nicht möglich ist. Sie akzeptieren das.

Nicht jede Hilfe führt jederzeit zum Erfolg.

Ein Beispiel, das auch zeigt, wie schwer es für uns Ombudsleute ist - rein aus Zeitgründen - in psychiatrischen Einrichtungen tätig zu werden.

B) Häufige kleinere Einzelfallregelungen – die aber für die Patienten große Bedeutung haben:

Krankenhaus

Eines Morgens rief mich aus einer Rehaklinik sehr erregt und aufgebracht ein Patient an, der am kommenden Tag entlassen werden sollte, sich aber bitter darüber beklagte, dass die Ärzte auf sein wirkliches Problem – nämlich Parkinson – überhaupt nicht eingegangen seien.

Er habe heute morgen schon seine Kasse angerufen. Er sei so zornig, dass er sich heute noch auf eigene Faust entlassen werde, auch wenn er dadurch seinen Anspruch auf Krankengeld verlieren würde. Er lasse sich das nicht bieten und werde die Klinik anzeigen. Ich beruhigte ihn damit, dass ich versprach, sofort die zuständige Ärztin anzurufen und mich gleich wieder zu melden. Die zuständige offenbar unerfahrene junge Ärztin erklärte mir zunächst einmal umständlich, was der Patient nicht be-

Berichte der Patienten-Ombudsleute 2009

rücksichtigt habe und dass er die Regeln des Hauses einhalten müsse. Ich bat sie dringend, sofort auf den Patienten zuzugehen und 15 Minuten für ihn Zeit zu haben. Sie würde sich damit wahrscheinlich viel Ärger ersparen. Dann teilte ich dem Patienten mit, dass die Ärztin demnächst auf ihn zukommt. Am Mittag rief mich der Patient erleichtert an. „Nun ist alles in Ordnung. Danke – das war Klasse.“ Ich habe mich meinerseits bei der Ärztin bedankt.

Am Vormittag ruft mich der Sohn eines schwer kranken Patienten an. Sein an Prostatakrebs im Endstadium erkrankter Vater ist als Notfall wegen einer Lungenembolie auf die Intensivstation einer Klinik eingeliefert worden. Gestern sei ein dringender neuer Fall auf der Intensivstation dazu gekommen. Den Vater habe man nun auf den Flur einer Station geschoben. „Dort auf dem Flur soll mein Vater nicht sterben“, sagte der Sohn. Nachdem ich das Beschwerdemanagement nicht erreicht hatte, rief ich auf der zuständigen Station an und bat dringend darum, den Mann sofort in ein Zimmer zu verlegen. „Wenn der Patient auf dem Flur stirbt, dann gibt es großen Ärger.“ Gegen 14 Uhr ruft mich die Schwester an, dass der Patient in einem Zimmer ist.

Krankenkassen

Ein 12-jähriger Junge muss zur stationären Untersuchung ins Krankenhaus. Obwohl er bereits 12 Jahre alt ist, lehnt er eine stationäre Aufnahme vehement ab, wenn seine Mutter nicht bei ihm bleibt. Die Kasse lehnt die Übernahme der Kosten für die Mutter ab. Die Ärzte bescheinigen, dass eine Präsenz der Mutter in diesem Ausnahmefall medizinisch notwendig ist. Das Krankenhaus kommt bei der Berechnung der Kosten für die Mutter entgegen, die Kasse übernimmt die ermäßigten Kosten. Die medizinisch notwendige Untersuchung kann durchgeführt werden.

Eine ältere verwitwete Frau, die keine Kinder hat und alleine auf dem Lande lebt mit einer sehr kleinen Rente, wurde an Gebärmutterkrebs operiert und soll nun zweimal pro Woche 20 km mit dem Taxi zur Chemotherapie ins Krankenhaus fahren. Die Kasse übernimmt die

Kosten für die laufenden Taxifahrten nicht, weil der Arzt die Chemotherapie leider zunächst nur für einen Monat verordnet hat, aber davon ausgeht, dass sie wesentlich länger dauert. Durch meine Vermittlung schließen sich Kasse und Arzt miteinander kurz und die Verordnung wird in diesem Fall so ausgestellt, dass die Kasse die Taxikosten übernehmen kann.

Apotheker – Arzt – Krankenkasse

Der Ombudsverein hat Dank der Unterstützung der AOK und des Apothekerverbandes erreicht, dass folgende Einzelfallregelung möglich wurde:

Ein Patient ruft mich an und beklagt sich. Er leidet stark unter einem Blutdruck-Problem. Sein Arzt hat ihm bisher immer mit guter Wirkung das Präparat A verschrieben. Ab jetzt verschreibt er nur noch das billigere Alternativpräparat B, weil er nach gesetzlichen Vorgaben das nur geringfügig teurere Original nicht mehr verschreiben darf. Das Alternativpräparat aber verursacht bei dem Patienten permanenten starken Durchfall. Ich rufe erst den Arzt an und dann den Apotheker. Beiden erläutere ich die Möglichkeit der Einzelfallregelung, dass der Arzt weiterhin das Original verschreibt, der Patient von der Kasse aber nur das Geld für das Generikum erstattet bekommt und privat die Differenz dazu zahlt. Arzt und Apotheker sagen mir, das sei nicht erlaubt. Ich bitte sie, sich beim Apothekerverband zu informieren. Beide sind danach überrascht und erfreut, dass diese Einzelfallregelung möglich war und sogar für die Zukunft entsprechend verfahren werden kann.

Facharzt, Hausärztin – Patient

Ein Arbeiter, der im Hafengelände ein Großraumfahrzeug steuert, will sich von seinem Augenarzt in die Augen-Uni-Klinik überweisen lassen. Der Patient beklagt sich bei mir. Sein Augenarzt, der ihn schon wochenlang immer wieder krank geschrieben hat, lehnt zum jetzigen Zeitpunkt eine Überweisung in die Uniklinik ab. In einem längeren Gespräch mit dem Augenarzt kommen wir zum Ergebnis, dass es sicherer ist für den Patienten und auch für den Arzt,

Berichte der Patienten-Ombudsleute 2009

in der Klinik jetzt noch einmal eine grundlegende Augenuntersuchung durchzuführen, um zu verhindern, dass der Patient sich selber und andere in Gefahr bringt. Der Augenarzt entschließt sich, den Patienten ausnahmsweise noch einmal in die Uniklinik zu überweisen.

Eine Frau ruft mich an und beklagt sich darüber, dass die Hausärztin ihres Vaters, der seit einiger Zeit im Pflegeheim lebt, in der Nacht den Vater ins Krankenhaus eingewiesen hat, obwohl er in einer Patientenverfügung festgelegt hat, dass er lebensverlängernde Maßnahmen ablehnt. Die Hausärztin habe sie sogar nachts um 1 Uhr aus dem Bett geklingelt, um sie zu fragen, ob sie mit einer Blutübertragung einverstanden sei. Das sei nicht zumutbar. Ich habe in einem längeren Gespräch der Tochter gesagt, sie solle doch dankbar sein, dass in dieser schwierigen Ausnahmesituation die Ärz-

tin das Gespräch mit ihr als Tochter gesucht habe. Denn die Ärztin – so habe ich es von ihr in einem Telefongespräch erfahren – wollte nicht lebensverlängernde Maßnahmen an ihrem Vater vornehmen, sondern wollte dem schwer leidenden Vater die Schmerzen lindern und sein Leiden erleichtern, was im Pflegeheim so nicht mehr möglich war. Ich bat die Frau, gleich ins Krankenhaus zu fahren und das weitere Vorgehen mit den Ärzten persönlich zu besprechen.

Trotz der Patientenverfügungen sind in den individuell unterschiedlichen Situationen am Ende des Lebens immer wieder Einzelfallregelungen notwendig. Es ist in der Regel möglich und wünschenswert, dass diese mit den nächsten Angehörigen abgesprochen werden. Patientenverfügungen können Einzelfallregelungen nicht völlig ersetzen.

Auszug aus der Geschäftsordnung für die Tätigkeit eines Patienten-Ombudsmannes oder einer Patienten-Ombudsfrau bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein

§ 3 Tätigwerden

- (1) Der Patienten-Ombudsmann oder die Patienten-Ombudsfrau wird nach pflichtgemäßem Ermessen tätig, wenn er oder sie durch Eingaben oder in sonstiger Weise hinreichende Anhaltspunkte dafür erhält, dass Angelegenheiten von Patienten rechtswidrig und unzumutbar erledigt werden oder erledigt worden sind. Dabei prüft er oder sie, ob die Angelegenheit bei Würdigung rechtlicher oder tatsächlicher Umstände mit Aussicht auf Erfolg verfolgt werden kann. Beruht die Kenntnis des Patienten-Ombudsmannes oder der Patienten-Ombudsfrau nicht auf einer Eingabe eines Patienten, so darf er oder sie nur mit dessen Zustimmung tätig werden.
- (2) Der Patienten-Ombudsmann oder die Patienten-Ombudsfrau wird nicht tätig, wenn
 1. die Behandlung der Eingabe einen Eingriff in ein schwebendes Verfahren, insbesondere gerichtliches, berufsgerichtliches oder Schlichtungsverfahren oder die Nachprüfung einer richterlichen Entscheidung bedeuten würde,
 2. es sich um ein rechtskräftig abgeschlossenes Verfahren handelt und das Vorbringen eine Wiederaufnahme des Verfahrens oder eine Abänderung einer getroffenen Entscheidung bezweckt,
 3. privatrechtliche Streitigkeiten zu regeln sind, die Eingabe anonym ist,
 4. die Eingabe ein konkretes Anliegen oder einen erkennbaren Sinnzusammenhang nicht enthält oder ein solcher nicht ermittelt werden kann,
 5. die Eingabe nach Form oder Inhalt eine Straftat darstellt,
 6. die Eingabe gegenüber einer bereits beschiedenen Eingabe keine neuen Tatsachen enthält oder
 7. der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages oder ein Eingabeausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtages mit der Sache befasst ist.
- (3) Wenn der Patient durch einen bei Gericht zugelassenen Bevollmächtigten vertreten wird, wird der Patienten-Ombudsmann oder die Patienten-Ombudsfrau nur mit dessen Einverständnis tätig.

§ 8 Rechtliche Stellung

Der Patienten-Ombudsmann oder die Patienten-Ombudsfrau ist in der Ausübung seiner oder ihrer Tätigkeit unabhängig und nur dem Gesetz unterworfen.

Das Pflegeombudsteam

Das Pflege-Ombudsteam ist ein Teilprojekt des Vereins Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V. 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 Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und der Kostenträger sind von der Tätigkeit der Ombudsleute abgegrenzte Bereiche.



Mitglieder dieses Teams sind:

Dagmar Danke-Bayer,
Dipl. Sozialpädagogin,
Familientherapeutin



Katharina Prinz,
Seelsorgerin,
Dipl. Pädagogin



Bericht des Pflegeombudsteams 2009

Bericht Dagmar Danke-Bayer

Rückblick zum Artikel „Hausbesuch des MDK zur Begutachtung eines Pflegebedürftigen“ im Jahresbericht 2008

Zur Erinnerung:

Frau Danke-Bayer vom Pflegeteam des Ombudsvereins berichtete in ihrem Artikel, dass Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen sich ihr gegenüber immer wieder kritisch zur Arbeitsweise des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) äußerten. Missfallen erregte vor allem immer wieder die Art der Durchfüh-

rung von Hausbesuchen zur Begutachtung einer Pflegesituation. Z. B. wurde ihr gegenüber der Ton in der Ansprache als nicht immer angemessen und die sachliche Aufklärung als häufig mangelhaft geschildert.

Frau Danke-Bayer wies in ihrem Artikel darauf hin, dass ein Besuch des MDK für die Betroffenen immer eine besonders belastende Situation darstellt, was bei den Gutachtern noch mehr Berücksichtigung finden sollte. Des Weiteren äußerte sie den Wunsch, dass bei diesen Besuchen möglichst nur noch erfahrene Pflegekräfte und keine Ärzte eingesetzt würden.

Bericht des Pflegeombudsteams 2009

Aufgrund des o. g. Artikels fanden verschiedene Gespräche mit unterschiedlichen Teilnehmern zwischen dem MDK und dem Ombudsverein statt. Gesprächsgrundlage war dabei neben diesem Artikel auch der eigene Beschwerdebericht des MDK für das Jahr 2008. Nach diesen Gesprächen und Begegnungen ergibt sich für das Pflegeteam folgendes Resümee:

Die Gründe für Beschwerden über Mitarbeiter des MDK sind im Vergleich der Erfahrungen des Pflegeteams mit dem Beschwerdebericht des MDK weitgehend identisch. Wie vom Pflegeteam so konnte auch im Beschwerdebericht des MDK festgestellt werden, dass es vor allem im Zusammenhang mit der persönlichen Begutachtung der Situation eines Pflegebedürftigen bei einem Hausbesuch zu Beschwerden kam.

Die absolute Zahl der beim MDK eingegangenen Beschwerden ist zwar gegenüber dem Jahr 2007 fast unverändert, es zeigt sich aber, dass aufgrund einer erheblichen Erhöhung der Fallzahlen die Quote der Beschwerden in Bezug auf die Anzahl der Kontakte um **50 %** verringert werden konnte.

Auch, wenn man davon ausgehen muss, dass nicht alle evtl. Betroffenen den Schritt zur Beschwerde wirklich gehen, zeigt sich hier, dass trotz der vermehrten Begutachtungen und dem damit z. B. ebenfalls erhöhten Zeitdruck unter dem die Gutachter leider auch stehen, die vorgenommenen Verbesserungsmaßnahmen, wie intensivere Schulungen der Gutachter, inzwischen Wirkung zeigen.

Wie Dr. Schünemann vom MDK-Nord Frau Danke-Bayer vom Pflegeteam gegenüber darlegte, bemüht man sich seitens des MDK um eine weitere Verringerung der Beschwerdefälle z. B. durch eine noch weiter verbesserte Schulung der Mitarbeiter. So werden beispielsweise die 60 internen Mitarbeiter zukünftig noch intensiver in Kleingruppen gecoached, auch bezüglich ihres Auftretens und dem Umgang mit den betroffenen Menschen bei einem Hausbesuch.

Nach Auskunft von Dr. Schünemann befinden sich inzwischen unter den Mitarbeitern nur noch 5 Ärzte, die aber für die Klärung medizinischer Fragen auch erforderlich sind. Zu begrüßen ist aus Sicht des Ombudsvereins auch die Absicht des MDK, z. B. auf der Rückseite des Benach-

richtigungsschreibens für den Hausbesuch der Gutachter gut verständliche Erläuterungen zum Ablauf des Hausbesuchs und dem Inhalt des Pflegegutachtens zu machen.

Da der Hausbesuch der Gutachter des MDK für die Betroffenen immer eine außergewöhnliche oft mit hoher Anspannung und Aufregung verbundene Situation darstellt, wird man sicherlich auch zukünftig nicht immer allen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden können. Trotzdem sollte natürlich stets versucht werden, die Bedingungen für alle Beteiligten zu optimieren.

Dies gilt natürlich für alle gesetzlich vorgeschriebenen oder verordneten Regelungen und Verfahren, von denen Pflegebedürftige, ihre Angehörigen aber auch alle Einrichtungen und Mitarbeiter, die im Bereich der Pflege zuständig beschäftigt sind, betroffen sind.

Hierbei z. B. durch Beratung oder persönlichen Zuspruch und Schlichtungsversuche, aber auch durch kritische Anmerkungen möglichst konstruktiv mitzuwirken, hat sich das Pflegeteam zur Aufgabe gemacht.

Das Pflegeteam des Ombudsvereins erhält auch immer wieder Anrufe, bei denen es vordergründig z. B. um ein Problem mit dem Pflegeheim oder der Pflegekasse geht. Im Verlauf des Gesprächs stellt sich dann aber heraus, dass das eigentliche Problem im psychosozialen Bereich liegt.

Beispiele:

Frau G. lebt im Alten- und Pflegeheim. Sie hat ein Nierenleiden und leidet an rheumatischen Gelenkentzündungen. Sie bezieht Leistungen zur Pflegestufe II. Frau G. beklagt sich mir gegenüber, dass sie im Heim Ärger bekommt (die zuständigen Pflegekräfte beschimpfen sie), wenn sie nachts und vor allem gegen Morgen nach dem Becken verlangt. Sie fühlt sich dem Pflegepersonal hilflos ausgeliefert und nicht immer menschenwürdig behandelt. In weiteren Gesprächen sowohl mit der zuständigen Pflegedienstleitung, die Frau G. als schwierig und sehr anspruchsvoll erlebt, dem Sozialmanager des Heimes, als auch nochmals mit Frau G., stellt sich Folgendes heraus: Frau G. war immer alleinstehend, sie war früher Chefsekretärin, hatte einen großen Bekannten- und Freundes-

Bericht des Pflegeombudsteams 2009

kreis und ihr Leben „im Griff“. Mit zunehmender Erkrankung und altersbedingt wird sie immer hilfsbedürftiger. Viele ihrer Freunde und Bekannten sind inzwischen verstorben oder können sie aus Altersgründen nicht mehr oder nur noch selten besuchen. Frau G. kann ihre zunehmende Abhängigkeit und Vereinsamung nicht ertragen. Durch Beschwerden und Klagen bei verschiedenen Institutionen will sie beweisen, dass sie weiterhin ein selbstbestimmtes Leben führt und sie verschafft sich soziale Kontakte.

Ich frage den Sozialmanager nach der Möglichkeit, einen regelmäßigen Besuchsdienst für Frau G. zu organisieren. Dem Manager gelingt dies über die örtliche Sozialstation und beim zweiten Anlauf finden sich zwei passende Damen (für eine allein wäre die Belastung zu groß), die Frau G. jetzt regelmäßig besuchen. Frau G. hat nun eine ihrem Niveau entsprechende Ansprache gefunden und ihre Beziehung zum Pflegepersonal ist entlastet und erheblich entspannter.

Der Ehemann von Frau S. lebt mit Pflegestufe II in einem Alten- und Pflegeheim. Frau S. ruft mich an, weil es im Heim Ärger mit einem verschwundenen Toilettstuhl gibt, der extra für ihren Mann angeschafft wurde. Außerdem erkundigt sie sich aufgrund eines Zeitungsartikels, welche Zuzahlungen an das Heim evtl. auf sie zukommen könnten. Im Verlauf des Gesprächs, in dem sich das Problem mit dem Toilettstuhl zunehmend relativiert (vermutlich ist er vertauscht worden, das Heim bemüht sich um Aufklärung), erfahre ich jedoch, dass Frau S. ihren Ehemann jahrelang selbst zu Hause gepflegt hat, zunächst allein, später mit Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst.

Aufgrund ihres Alters (82) und der zunehmenden Pflegebedürftigkeit ihres Ehemannes musste dieser jetzt aber doch in ein Pflegeheim übersiedeln. Dies ist für Frau S. nur sehr schwer zu ertragen, da es ihrer Ansicht nach doch ihre Aufgabe gewesen wäre, ihren Ehemann bis zuletzt zu pflegen. In einem langen Gespräch gelingt es mir; Frau S. zu vermitteln, dass sie für die Pflege ihres Mannes alles getan hat, was in ihren Kräften lag. Zukünftig sei es wichtig, dass sie auch gut für sich selbst Sorge trage; denn nur, wenn es ihr selbst gut gehe, könne sie auch weiterhin die Pflege, die ihr

Mann im Heim erhält, durch ihre Besuche und ihre Zuwendung unterstützen.

Am Ende unseres Gesprächs ist Frau S. spürbar entlastet, sie äußert sich lobenswert über das Pflegepersonal im Heim ihres Mannes und gibt zu, dass die Situation zu Hause für beide Ehepartner zuletzt sehr belastend gewesen sei, da ihr Mann ihre zunehmende Überlastung auch gesehen habe und seine Bedürftigkeit gar nicht mehr äußern mochte. Sie äußert verschiedene Pläne für sich, die sie immer zurückgestellt habe, jetzt aber realisieren könnte und ihr Mann sich wahrscheinlich darüber sogar freuen würde. Sie freue sich schon auf den nächsten Besuch bei ihm!

Frau N. ruft bei mir an, und erklärt, dass sie schon lange für ihren psychisch kranken Nachbarn Sorge, der keine Angehörigen habe. Sie koche für ihn und unterstütze ihn bei der Bewältigung des Alltags. Das habe sie immer gerne getan. Aufgrund der Verschlechterung seines psychischen Zustandes sei der Nachbar stationär untergebracht worden. Da sie von ihm eine Generalvollmacht habe, sehe das Krankenhaus in ihr nun die für sich zuständige Ansprechpartnerin und habe allerlei Fragen wegen bestimmter Formalitäten, Medikamente, Bekleidung etc., an sie. Auch der Nachbar rufe bei ihr an, äußere Wünsche und beklage sich über die Zustände im Krankenhaus. Sie fühle sich aber nach einer Operation und einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr in der Lage, all diesen Ansprüchen gerecht zu werden. Sie wolle sich gern weiter um ihren Nachbarn kümmern, indem sie ihn öfters besuche. Allen anderen – vor allem formalen – Pflichten fühle sie sich nicht mehr gewachsen und sie wisse nicht mehr, was sie nun tun solle. Ich versprach Frau N., mich mit dem Krankenhaus in Verbindung zu setzen. (Die Klagen des Nachbarn über das Krankenhaus stellten sich als berechtigt heraus, die beklagte Situation war aber durch einen Notfall entstanden und schon beseitigt worden.) Des Weiteren riet ich ihr, mit dem örtlichen Betreuungsverein Kontakt aufzunehmen, der sie bezüglich der Vollmacht beziehungsweise wegen einer evtl. einzurichtenden Betreuung beraten könne. Frau N. war erleichtert, im Betreuungsverein eine Anlaufstelle vor Ort benannt bekommen zu haben, die ihr bei den jetzt einzuleitenden Maßnahmen mit Rat zur Seite stehen konnte.

Statistik über die Arbeit der Ombudsleute

Siegrid Petersen

(Kreise: Flensburg, Schleswig-Flensburg, Nordfriesland) – Erhebungszeitraum 9 Monate

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG/ Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	34	23		41		8	106
Organisation	6	5		2			13
Verordnungen	6						6
Abrechnungen	12	7		1			20
Notdienst	1						1
Verdacht auf Behandlungsfehler	7	21				2	30
Psychosoziales		2			19	1	22
Rechtsanfragen		1		3		6	10
Sonstiges	7	7				34	48
Insgesamt	73	66	0	47	19	51	256

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen, Vorträge): 17

Klaus Jürgen Horn

(Kreise: Dithmarschen, Steinburg)

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG/ Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	23	13		1		2	39
Organisation	10	6				2	18
Verordnungen	27	12		21		5	65
Abrechnungen	7	2		10		2	21
Notdienst							0
Verdacht auf Behandlungsfehler	11	17					28
Psychosoziales		1				3	4
Rechtsanfragen	5	2		16		9	32
Sonstiges	3					5	8
Insgesamt	86	53	0	48	0	28	215

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen, Vorträge): 13

Andreas Eilers

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

Problemfelder	Niedergelassener Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG / Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	44	21	1	1		5	72
Organisation	5	13		2		3	23
Verordnungen	27			47		2	76
Abrechnungen	29	10		3	1	6	49
Notdienst	7	1				1	9
Verdacht auf Behandlungsfehler	38	69	1			6	114
Psychosoziales	10	2	2	1	9	7	31
Rechtsanfragen	5	2	1	14	1	21	44
Sonstiges	1	3		1	7	10	22
Insgesamt	166	121	5	69	18	61	440

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 17

Jens-Hinrich Pörksen

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

Problemfelder	Niedergelassener Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG / Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	79	42	1	9		52	183
Organisation	7	3		1		1	12
Verordnungen	16	1	1	14		3	35
Abrechnungen	18	5		13		5	41
Notdienst	7						7
Verdacht auf Behandlungsfehler	9	33				2	44
Psychosoziales					29	1	30
Rechtsanfragen	18	3	2	10	1	7	41
Sonstiges						5	5
Insgesamt	154	87	4	47	30	76	398

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 15

Gesamtstatistik über die Arbeit der Ombudsleute

Problemfelder	Niedergelassener Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG / Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	180	99	2	52		67	400
Organisation	28	27		5		6	66
Verordnungen	76	13	1	82		10	182
Abrechnungen	66	24		27	1	13	131
Notdienst	15	1				1	17
Verdacht auf Behandlungsfehler	65	140	1			10	216
Psychosoziales	10	5	2	1	57	12	87
Rechtsanfragen	28	8	3	43	2	43	127
Sonstiges	11	10		1	7	54	83
Insgesamt	479	327	9	211	67	216	1309

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 62

Statistik über die Arbeit des Pflegeombudsteams

Problemfelder	Heim	Ambulan- ter Pflege- dienst	Kranken- haus	Niederge- lassener Arzt/Ärztin	Kranken-/ Pflege- kasse	Angehöri- ge bzw. Pflegernde	Sonstige	Kontakte insgesamt
Kommunikations-/ Beziehungsebene	5						2	7
Pflegeleistungen	8	1			22	1		32
Medizinische Versorgung	6			2	6		1	15
Betreuung	2					4		6
Rechtsfragen	1	5	1	1	2	2		12
Sozialversicherung		1				1		2
Sonstiges	2	1	1		1	4	12	21
Insgesamt	24	8	2	3	31	12	15	95

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 11

Fallzahlentwicklung

Im Jahr 2009 hatten die Patientenombudsleute so viele Beschwerden zu bearbeiten wie nie zuvor. Von der Zunahme waren bis auf den Bereich Kommunikation alle anderen gleichmäßig betroffen.

Hier haben sowohl im Bereich Krankenhaus wie auch Krankenkasse/Berufsgenossenschaft/Medizinischer Dienst die Beschwerden um ca. ein Drittel zugenommen. Gründe hierfür lassen sich auch aus den einzelnen im vorderen Teil gegebenen Beispielen ableiten.

Beim Pflorgeteam schwanken die insgesamt eingegangenen Beschwerden aufgrund der geringeren absoluten Zahlen von Jahr zu Jahr. Eine Tendenz lässt sich hieraus daher nicht ableiten.

Kalenderjahr	Anzahl der Beschwerden bearbeitet durch	
	Ombudsleute	Pflegeombudsteam
2002	911	--
2003	1030	--
2004	1078	80
2005	1014	67
2006	1256	121
2007	1279	116
2008	1253	112
2009	1309	95

Kalenderjahr	Problemfeld		
	Kommunikation	Verdacht auf Behandlungsfehler	Rechtsanfragen
2002	218	173	165
2003	278	195	189
2004	240	181	150
2005	260	191	144
2006	264	194	152
2007	414	216	78
2008	282	265	135
2009	400	216	12

Noch einmal:

Leistungen auf Verlangen (I-GeL)

Im Tätigkeitsbericht 2007 hatte der Patientenombudsverein die Thematik der so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (I-GeL) aufgegriffen. Damals forderten die Ombudsleute, dass Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung sowie Kassen und Berufsverbände umfassend über den Inhalt von Individuellen Gesundheitsleistungen und die Voraussetzungen für deren Verordnung aufklären.

Es ist zwischenzeitlich einiges geschehen. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben eine Aufklärungsbroschüre „Selbst zahlen? Individuelle Gesundheitsleistungen (I-GeL) – ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten“ in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. herausgegeben. Hier erfährt man was I-GeL bedeutet, anhand einer I-GeL-Checkliste werden diese ausführlich erklärt und an Beispielen erläutert. Schließlich werden weiterfüh-

rende Informationen genannt, Näheres hierzu im Internet unter www.baek.de, www.kbv.de.

Neben den so genannten offiziellen Verfahrensbeteiligten kümmern sich aber auch andere Einrichtungen insbesondere die Medien um diese Thematik. So hat die Ärzte Zeitung in Verbindung mit den Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) eine Meinungsumfrage zu I-GeL in der Praxis gestartet. Daraus gewonnene Erkenntnisse waren u. a. die Tatsache, dass das Angebot von Selbstzahlerleistungen zunimmt, dass hierbei im Wesentlichen die medizinischen Aspekte eines I-GeL-Angebots im Vordergrund stehen. Es wurde aber auch festgestellt, dass bei Patienten Wunschleistungen für die Vorsorge vorrangig sind.

Der Patientenombudsverein stellt fest, dass sich dieser Bereich im Sinne seiner Forderung nach Aufklärung und Beratung weiterentwickelt hat. Er wird das Thema auch zukünftig beobachten. (Hans-Peter Bayer, Geschäftsführer)

Der Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein – Interessenvertretung im Sinne der Patienten

Anfänge

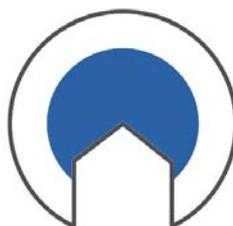
Der Beginn der gemeinsamen Arbeit der Privatkliniken in Schleswig-Holstein im Sinne der Patientenversorgung liegt 50 Jahre zurück: Am 9. Mai 1959 beschlossen die zehn Gründungsmitglieder des damaligen „Landesverbandes der privaten Krankenanstalten in Schleswig-Holstein“ ihre erste Satzung. Seither ist der Verband organisch gewachsen und vertritt aktuell die Interessen von 34 Kliniken in privater Trägerschaft als „Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V.“ (VPKSH).

Aufgaben und Organisation

Der VPKSH verfolgt den Zweck, „die Privatkliniken in Schleswig-Holstein zusammenzufassen, ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten und die Belange der Privatkliniken nach außen hin zu vertreten.“ Dafür organisiert der Verband den Austausch wissenschaftlicher, medizinischer, wirtschaftlicher, rechtlicher und sozialpolitischer Informationen. Er berät seine Mitglieder bei fachlichen Fragen und wirkt bei der Ausarbeitung und Durchführung von Gesetzen und Verordnungen mit.

Standen bei der Gründung vor 50 Jahren wissenschaftlicher Austausch und die Vertretung der Belange privater Krankenhäuser im Vordergrund, so liegt der Fokus heute auf zwei wesentlichen und überlebenswichtigen Themen für die privaten Kliniken: Ökonomie und Qualität. Die angespannte wirtschaftliche Situation der Privatkliniken insbesondere in Schleswig-Holstein, die sich von Jahr zu Jahr weiter verschärft hat, zwingt zu Kosten reduzierenden Einschnitten. Gleichzeitig halten die Privatkliniken an ihrem hohen Anspruch fest, das qualitativ hochwertige Niveau von Therapie und Pflege aufrecht zu erhalten und weiter zu steigern.

Die enge Kooperation des VPKSH mit der KGSH, der Krankenhausgesellschaft in Schleswig-Holstein, in der sowohl die privaten als auch die Kliniken in öffentlich-rechtlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft vertreten sind, ist in Deutschland einmalig. Diese Konstellation schafft nicht nur hohe Synergien bei Personal- und Sachaufwand, sie hat sich über die Jahrzehnte auch inhaltlich bewährt und trägt zur



VPKSH

Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V.

vertrauensvollen und kooperativen Zusammenarbeit bei – trotz aller Konkurrenz und im Interesse der Patienten in Schleswig-Holstein.

Rahmenbedingungen

Die Entwicklung des VPKSH und der Kliniken in privater Trägerschaft ist von denselben Faktoren geprägt wie die Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Schleswig-Holstein und in Deutschland insgesamt:

- der drastischen Reduzierung der Bettenzahl,
- der Versorgung von deutlich mehr Patienten,
- der verringerten Verweildauer und
- den größeren Klinikbetrieben.

Seit 1959 hat sich die Zahl der Krankenhausbetten in Schleswig-Holstein beinahe halbiert. Gleichzeitig nehmen heute fast doppelt so viele Patienten Krankenhausleistungen in Anspruch wie noch vor 50 Jahren – jeder Fünfte besucht mindestens einmal jährlich eine Klinik. Die signifikanteste Änderung hat sich aber bei der Verweildauer ergeben. Blieb ein Patient im Vergleichsjahr noch fast einen Monat im Krankenhaus, so lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 2009 schon unter acht Tagen.

Mit diesen Entwicklungen einher geht der Trend zu immer größeren Einheiten und einem diversifizierten medizinischen Angebot: Konnte Ende der 50er Jahre eine kleine Privatklinik noch mit 25 Betten wirtschaftlich betrieben werden, liegt die Betriebsgröße heute bei 136 Betten – mit weiter steigender Tendenz.

Der Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein – Interessenvertretung im Sinne der Patienten

Im selben Zeitraum hat sich die Zahl der von privaten Trägern betriebenen Kliniken nahezu vervierfacht. Insbesondere die Privatisierungswelle der 90er Jahre hat erheblich dazu beigetragen.

Aktuelle Tätigkeitsschwerpunkte

Neben vielen anderen Aspekten galt und gilt das Engagement des VPKSH den Bereichen

- DRG-System
- Krankenhausplanung

- Qualitätssicherung
- Rehabilitationseinrichtungen
- Information und Kommunikation.

Seit 2005 werden alle Klinikbehandlungen nach Diagnose bezogenen Fallgruppen in einem leistungsorientierten Vergütungssystem abgerechnet. Dies fordert neben der einmaligen Umstellung eine ständige Optimierung der Prozesse, die Steigerung von Qualität und Effizienz und den Ausbau der Managementinformationssysteme.



Der Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein – Interessenvertretung im Sinne der Patienten

Bei der Krankenhausplanung steht die flächen-deckende Versorgung absolut im Vordergrund, ein zentrales Aufgabengebiet für den VPKSH. Das bundesweit beachtete Erfolgsmodell „Gütesiegel medizinische Rehabilitation“, die Projekt-geschäftsstelle für die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung und der Informations- und Beratungsservice für den strukturierten Qualitätsbericht der Akutkliniken unterstreichen die Arbeit des VPKSH auf diesem Gebiet.

Nicht weniger als die langfristige Existenzsicherung der schleswig-holsteinischen Rehabilitationseinrichtungen steht auf dem Spiel. Eine der zentralen Forderungen des VPKSH ist die Einführung eines einheitlichen Abrechnungssystems auch in der Rehabilitation. Nur so kann wirksam und dauerhaft verhindert werden, dass die Kostenträger den Reha-Kliniken die Preise diktieren.

Elektronische Newsletter, ein Extranet und täglich aktualisierte Meldungen zu Themen aus Gesundheitspolitik, Tarif und Personal, Medizin, Telematik und Qualitätssicherung sind Ausschnitte aus dem regelmäßigen Informationsangebot des VPKSH für seine Mitglieder.

Herausforderungen

Die demografische Entwicklung einer alternden Gesellschaft mit absehbar höheren Krankheitskosten und der medizinische Fortschritt verlangen den Kliniken immer mehr Leistungen ab. Ein Mangel an qualifizierten Ärzten ist wahrscheinlich, steigende Personal- und Sachkosten auf der einen Seite und begrenzte Klinikbudgets auf der anderen sind heute schon Realität. Herausforderungen, die nur zu meistern sind, wenn wichtige Forderungen des VPKSH erfüllt werden:

- Eine Neuordnung des Gesundheitswesens, in dem ein fairer Wettbewerb unter Preis-, Leistungs- und Qualitätsaspekten rechtlich klar geregelt ist.
- Mehr Transparenz und Selbstverwaltung.

- Die Anerkennung privater Unternehmer als erforderliche Partner im Gesundheitswesen.
- Die Überwindung der sektoralen Leistungserbringung.
- Die Anerkennung der Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen als Kompetenzzentren für akute und chronische Krankheiten und die postakute Versorgung.

Es wird bei den alten Prinzipien der privaten Kliniken bleiben: Humanität und Wirtschaftlichkeit. Selbstverständlich sind die Privatkliniken für alle Patientinnen und Patienten da, ob privat oder gesetzlich versichert. Sie leisten einen wichtigen Beitrag, um die Versorgung mit Krankenhausleistungen in Schleswig-Holstein flächendeckend und zuverlässig zu garantieren. Kliniken in privater Trägerschaft sind daher für den medizinischen Fortschritt und das Wohl der Patienten unverzichtbar.



Dr. med. Philipp Lubinus, Vorsitzender des VPKSH

Kontaktdaten

Verband der Privatkliniken in
Schleswig-Holstein e.V. (VPKSH)
Feldstraße 75
24105 Kiel
Internet: www.vpksh.de
eMail: info@vpksh.de

Öffentlichkeitsarbeit

Im Juni wurde der Jahresbericht des Vereins Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V. 2008 veröffentlicht. Er enthält eine neue Themenreihe zur Entwicklung der stationären Versorgung, hier am Beispiel des 5K-Verbundes. Die Reihe wird im vorliegenden Tätigkeitsbericht vom Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e. V. fortgesetzt (siehe Seite 30).

Im Februar 2009 hat der Verein die Stadt- und Gemeindebüchereien in Schleswig-Holstein angeschrieben und um Auslage der Flyer des Patientenombudsvereins gebeten.

Nach der Bundes- und Landtagswahl im September 2009 wurden alle aus Schleswig-Holstein gewählten Landtags- und Bundestagsab-

geordneten über die Arbeit des Ombudsvereins informiert.

In einer weiteren Aktion sind im November alle leitenden Krankenhausdirektoren der Universitätskliniken Kiel und Lübeck angeschrieben und über das Faltblatt des Patientenombudsvereins informiert worden.

Ebenfalls im November wurden 2000 Mousepads mit den Logos und den Telefonnummern des Vereins bestellt, die über die Teilnehmerinnen der überbetrieblichen Ausbildung an die Arztpraxen verteilt werden.

Weitere Pressemitteilung ab Seite 35.

(Petra Bogaers, Geschäftsstelle)

Personelle Veränderungen

Verabschiedung vom Patienten-Ombudsmann Jens-Hinrich Pörksen

Nach 10-jähriger Tätigkeit schied Herr Jens-Hinrich Pörksen Anfang 2010 aus seinem Amt als Patientenombudsmann für die Kreise Lübeck, Ostholstein, Herzogtum Lauenburg, Stormarn und Pinneberg aus.

Der Vorstand hat sich auf einer Veranstaltung am 28. Januar 2009 für seine äußerst engagierte und fachlich qualifizierte Arbeit bedankt. Gleichzeitig wurde Herr Henning Steinberg als Nachfolger für dieses Amt vorgestellt.

Noch einmal ganz herzlichen Dank für die geleistete Arbeit.



Herr Pörksen (links) und Prof. Jansen bei der Verabschiedung

Geschäftsstelle des Patienten-Ombudsvereins

Seit November 2009 wird die Geschäftsstelle des Patienten-Ombudsvereins aufgrund interner Umorganisationen in der Ärztekammer von Frau Petra Bogaers betreut. Sie übernahm diese Aufgabe von Frau Janina Loose, die seit 2005 in diesem Bereich tätig war.

Unterstützt wird Frau Bogaers seit März 2010 von Frau Birgit Rahlf-Meyer. Die Datenbank

„MedFindex“ wird gepflegt und betreut von Frau Caroline Wangari-Dose.

Die Geschäftsstelle des Patienten-Ombudsvereins ist zu erreichen unter folgenden Telefonnummern:

Petra Bogaers	0 45 51/803-224
Birgit Rahlf-Meyer	0 45 51/803-198
Caroline Wangari-Dose (Med-Findex)	0 45 51/803-306

Veranstaltungen und Messen

Auf einer Sitzung des Verwaltungsrates der AOK Schleswig-Holstein am 17.12.2009 berichtete Herr Prof. Jansen über die Arbeit des Ombudsvereins.

Außerdem stellte der Ombudsverein seine Tätigkeit wieder auf verschiedenen öffentlichen Veranstaltungen vor, so z. B. auf einer Informationsveranstaltung im Rathaus der Hansestadt Lübeck zum Thema „Aktiv im Alter“ und auf der

Gesundheitsmesse Schleswig-Holstein am 06.11.2009 in Neumünster.

Die Ombudsleute hielten Vorträge vor den verschiedensten Gruppen wie z. B. dem Landfrauenverein, dem Sozialverband, Selbsthilfegruppen oder Seniorenheimen. Frau Danke-Bayer vom Pflegeombudsteam nahm regelmäßig teil an den Fachgesprächen des Forum Pflegegesellschaft.

Fortbildung

Wie jedes Jahr fand eine Fortbildungsveranstaltung für die Patientenombudsleute sowie das Pflegeombudsteam statt. Diesmal ging es um die Bereiche

- **Datenschutz in der Arztpraxis**
Referent: Torsten Koop, Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz
- **Bewertung von Pflegeheimen durch den Medizinischen Dienst (MDK)**
Referent: Dr. Martin Schünemann, MDK
- **Die Tätigkeit der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen**
Referent: Johann Neu, Geschäftsführer der Schlichtungsstelle

Die vom Referenten des Unabhängigen Landesdatenschutzzentrums gegebenen Hinweise auf Datenschutzmaßnahmen in der Arztpraxis sind auch aus Sicht des Patientenombudsvereins hilfreich. Sie beziehen sich auf die verschiedenen Organisationsbereiche in Praxen sowie auf generelle Verhaltensweisen gegenüber Patienten. Diese Überlegungen des Unabhängigen Landeszentrums für Datenschutz sind den Ärzten auch als Fragebogen zum „Selbst-Check“ vermittelt worden. Sie sollen hier auszugswise wiedergegeben werden:

Empfang

- Einhaltung einer ausreichenden Diskretionszone
- Keine Mithörmöglichkeit von Gesprächen bei der Anmeldung

- Keine Mithörmöglichkeit von Telefongesprächen
- Keine Einsichtmöglichkeit in Telefaxgeräte und Bildschirme
- Schutz von Patientenakten und Karteikarten vor unbefugtem Zugriff

Wartebereich

- Keine Möglichkeit der Kenntnisnahme von wartenden Patienten über Behandlungsdaten

Behandlungsbereich

- Abschottung von Behandlungsräumen
- Schutz der Patientendaten in Behandlungsräumen gegen unbefugte Kenntnisnahme

Die Ratschläge des Datenschutzzentrums beziehen sich ferner auf die EDV, auf das Informationsrecht des Patienten sowie auf die Erhebung und Weitergabe von Daten und die Datensicherung in der Praxis.

Näheres zu der Aktion „Datenschutz in meiner Arztpraxis“ finden Sie unter www.datenschutzzentrum.de

(Hans-Peter Bayer, Geschäftsführer des Patientenombudsvereins)



Der ehemalige Sozialminister und jetzige Patientenombudsmann **Günther Jansen** sprach mit Stephan Richter über die medizinische Versorgung im Land.

DEWANGER

Günther Jansen fordert Gerechtigkeit im Gesundheitssystem



KRIEG & FRIEDEN

Die Verteidigung der Solidarität

VON STEPHAN RICHTER

Wir sitzen in einem Raum des Historischen Krugs voller Bilder: Bluttige Szenen aus der Schlacht bei Oeversee 1864 zwischen Deutschen und Dänen. „Dass hier der erste humanitäre Einsatz in der Geschichte des Internationalen Roten Kreuzes stattfand, war mir gar nicht so klar“, sagt Günther Jansen beim Betrachten der Gemälde und Zeichnungen. Dann greift er zu den Unterlagen, die er mitgebracht hat. Der frühere Sozialminister im Kabinett Engholm und amtierende Patientenombudsmann in Schleswig-Holstein hat sich für das Gespräch präpariert. Von der Gründung des Roten Kreuzes schlägt Jansen dann den Bogen zu der Bismarck'schen Krankenversicherung. 1883 habe es dazu die ersten Ansätze gegeben. „Zur freiwilligen humanitären Hilfe kam der sozialgesetzlich verankerte Gedanke der Solidarität.“ Dann beugt sich Jansen, der sich über alle Parteien und Institutionen hinweg als Sozialexperte einen Namen gemacht hat, über den Tisch und fragt eindringlich: „Wollen wir wirklich diese letzte große Klammer der Solidarität in unserer Gesellschaft opfern?“

Der Blick fällt noch einmal auf die Bilder vom Krieg, von der Hilfe von Rot-Kreuz-Helfern und Maltesern im Schlachtengetümmel. Plötzlich fängt Jansen in seinen Papier an zu blättern, fischt das Blatt mit dem Bundesadler heraus, unter dem der Satz prangt: „Im Namen des Volkes“. Es ist eine Drucksache des Bundesverfassungsgerichts. Darin veröffentlicht ist der Leitsatz des Ersten Senats zu einem Beschluss vom 6. Dezember 2005. „Lesen Sie“, drängt der Gesprächspartner, „damit Sie nicht glauben, ich will hier Politik machen. Das ist vorbei. Ich kämpfe aber dafür, dass diese Gesellschaft nicht immer mehr von Einzelinteressen beherrscht und der Soli-

dargedanke immer weiter zerstört wird. Und ich habe die Verfassung auf meiner Seite. Bitte, lesen Sie.“

„Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ... beruht auf dem Grundkonzept, dass Menschen bei Eintritt von Krankheit unabhängig von der Höhe ihrer am Prinzip der individuellen Leistungsfähigkeit ausgerichteten Beiträge eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung erhalten“, steht da in der Drucksache. Der oberste Kümmerer für Patientensorgen und -nöte im Lande kennt die Entscheidungen der Verfassungsrichter genau. Nein, betont er, der vorliegende Beschluss des obersten Gerichts aus dem Jahre 2005 sei keineswegs ein Einzelfall. Immer wieder habe Karlsruhe festgestellt, dass die grundgesetzliche Verbürgung des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit „berührt wird, 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 ist“. Auswendig beherrscht Jansen solche Zitate. Doch man spürt, dass er sich nicht hinter den Richtersprüchen verschanzte, sondern sie nur als wichtige Verbündete zur Hilfe zieht. Für ihn ist der Erhalt der „solidarischen Gesundheitsversorgung“, bei der jeder einkommensabhängig in die gesetzliche Krankenversicherung einzahlt und sich die Arbeitgeber paritätisch an den Beitragszahlungen beteiligen, eine grundsätzliche Frage des Umgangs miteinander. „Unsere Gesellschaft zeigt an allen Ecken und Kanten und auch mittendrin Auflösungserscheinungen. Müssen wir da auch noch im Bereich der medizinischen Versorgung alle neuen Entsolidarisierungsprozesse fördern?“, fragt Jansen.

Der heute 73-jährige Ostholsteiner, der seit 2004 den Ehrentitel „Professor“ des Landes Schleswig-Holstein trägt, wirkt bei diesem Thema so kämpferisch wie zu besten politischen Zeiten. Darauf angesprochen, weist er mit Blick auf die FDP-Pläne für eine Kopfpauschale jeden parteilichen Hintergedanken von sich. „Für solche Kleinkriege bin ich zu alt“, sagt er. Es gehe ihm um die Sache, so wie es den Helfern bei der Schlacht um Oeversee nicht um die Frage gegangen sei, welcher Armee die verwundeten Soldaten angehörten. Seit gut 125 Jahren Sorge die gesetzliche Krankenversicherung dafür, dass Gesunde für Kranke, dass Jüngere für Ältere, dass Besserverdienende für einkommensschwächere Familien geradestehen.

Jansen nimmt einen Schluck Kaffee, macht eine Gedankenpause und sagt dann eindringlich: „Die Gesellschaft wird unmenschlicher, wenn alle den gleichen Beitrag bezahlen und anschließend Zigmillionen von Menschen Anträge stellen sollen, um vom Staat einen Sozialzuschuss zum Beitrag zu erhalten.“ Krieg und Frieden beginne nicht auf dem Schlachtenfeld, sondern bei solchen sozialen Fragen. Natürlich müsse das Gesundheitssystem bezahlbar bleiben. Aber dies habe nun wirklich nichts mit dem Solidarprinzip zu tun.

Den politischen Parteien rät Jansen, Gesundheitspolitik im Konsens zu machen – im Interesse der Menschlichkeit. ●



Im Historischen Krug in Oeversee startete das Internationale Rote Kreuz 1864 im deutsch-dänischen Krieg seinen ersten humanitären Einsatz überhaupt. Die Verminderung des Leids von Menschen in Not ohne Ansehen von Nationalität und Abstammung oder religiösen, weltanschaulichen oder politischen Ansichten steht im Mittelpunkt der Arbeit des Roten Kreuzes. Darum kreisen auch die Gespräche, die Stephan Richter jede Woche mit Gästen führt.

Aus der Pressearbeit des Patienten-Ombudsvereins

Aus Nordlicht AKTUELL 11/2009:

TITELTHEMA

VERSORGUNGSBERICHT

Glückwunsch

Prof. Günther Jansen, Vorsitzender des Patientenombudsvereins in Schleswig-Holstein

Der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) ist für den Bericht über die ambulante medizinische Versorgung der Menschen in Schleswig-Holstein Anerkennung auszusprechen.

In Schleswig-Holstein hat die KV als zuständige Organisation die Versorgung der Bevölkerung auf der Basis ärztlicher Selbstverwaltung hervorragend gelöst. Es gibt keinen Grund, daran etwas zu ändern. Die aus der Praxis abgeleitete Erfahrung und Innovationsfähigkeit findet man bei Experten in den regionalen Ärzte- und Krankenkassenorganisationen und nicht in erster Linie in den Ministerien und Parlamenten. Insbesondere die Gestaltung und Entwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist etwas, an dem die Selbstverwaltungen in den Bundesländern nicht nur beteiligt, sondern wo ihnen die Entscheidungen überlassen werden müssen.

Wer den Versorgungsbericht liest stellt fest, dass die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein eine Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in unserem Land unter Einbeziehung zahlreicher neuer Gestaltungsmöglichkeiten anbietet. Wer anderes als die regional zuständigen KVen soll eine so wichtige und schwierige Aufgabe auch sonst schaffen?

Auch wenn der Bericht nachdrücklich auf den steigenden Behandlungsbedarf einer älter werdenden Gesellschaft hinweist und vorrechnet, dass insbesondere für die Besetzung der Hausarztpraxen im ländlichen Bereich, wo viele Ärzte in den nächsten Jahren ausscheiden, Nachwuchsprobleme und eine fehlende Niederlassungsbereitschaft bestehen, wird es zu patientenorientierten Lösungen kommen. Dies wird aber nur in Verantwortung einer qualifizierten und erfahrenen Organisationsstruktur, wie sie die KVSH bietet, erreicht werden.

Die KVSH kritisiert in ihrem Bericht auch die gesetzlich geregelte Bedarfsplanung und fordert zu Recht die Ablösung der heutigen Richtlinien und die Einrichtung kleinteiliger Planungsbezirke und Berechnungsverfahren, die auch die Altersstruktur der Bevölkerung berücksichtigen.

Politik, Selbstverwaltung und die Universitäten in Kiel und Lübeck haben gemeinsam die Aufgabe, den erforderlichen Platzbedarf an den beiden medizinischen Fakultäten zu klären und endlich eine sachlich gut ausgestattete Professur für Allgemeinmedizin zu realisieren und Weiterbildungskonzepte für junge Ärzte, die an einer Niederlassung interessiert sind, aufzubauen.

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz mit der Möglichkeit der Anstellung von Ärzten in den Praxen der Vertragsärzte und die Einrichtung von Zweigpraxen müssen gestaltet und gefördert werden. Die KVSH fordert zu Recht, dass Ärzte, die hier als Angestellte mitwirken, um die Versorgung zu sichern, sich jederzeit wieder selbst niederlassen können müssen.

Medizinische Versorgungszentren sollten ausschließlich in der Hand freiberuflich tätiger Ärzte und nur dort aufgebaut werden, wo die Zusammenarbeit verschiedener Arztpraxen die Behandlungsqualität und die Serviceleistungen für Patienten verbessert und die Kosten verringert, ohne dass sich dadurch noch mehr Praxen aus der Fläche zurückziehen. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer in Schleswig-Holstein finden hier ein breites Feld der Beratung und Unterstützung der Ärzte bei der Planung und Finanzierung für einen sich betriebswirtschaftlich rechnenden Betrieb in einer solchen neuen Form der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Diese Positionen und weitere strukturelle und organisatorische Konzeptvorschläge finden sich im Versorgungsbericht der KVSH machbar und ausgewogen. Es ist der Ärzteschaft zu empfehlen, sich geschlossen hinter dieses Konzept zu stellen und daran mitzuarbeiten. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat jedenfalls ihre Pflichten aus dem Sicherstellungsauftrag mit diesem Versorgungsbericht erfüllt.

Gratulation!

Aus DAZ.online vom 28.03.2010:

1. SCHLESWIG-HOLSTEINISCHER APOTHEKERTAG

Klare Signale

Damp - Ein deutliches Votum des Patientenombudsmannes für die Apotheke vor Ort und ein Bekenntnis des Kammerpräsidenten für Wettbewerb in der Leistung waren die zentralen Aussagen beim ersten Schleswig-Holsteinischen Apothekertag am Wochenende im Ostseebad Damp. Viele Teilnehmer der Veranstaltung zeigten sich hoch erfreut über die klaren Worte des Patientenschützers zur Bedeutung der wohnortnahen Apotheken.

„Die Patienten erwarten eine freiberufliche Allianz,“ erklärte der Vorsitzende des Patientenombudsvereins Schleswig-Holstein und ehemalige Sozialminister des Landes, Prof. Günther Jansen, zur Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern zum Wohle der Patienten. „Wir wünschen uns eine feste Beziehung zwischen der örtlichen Fachapotheke und den Patienten.“ Damit sollten Wechselwirkungen erkannt und die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessert werden. Daher spreche sich der Ombudsverein gegen den Versand verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus und empfehle auch für OTC-Arzneimittel die Apotheke vor Ort, „weil wir davon überzeugt sind,“ so Jansen. Darum sei er auch erfreut über die jüngsten von Bundesgesundheitsminister Rösler vorgelegten Eckpunkte mit dem geplanten Verbot der Pick-up-Stellen. Darüber hinaus sprach sich Jansen für einen festen Sitz der Apotheker im Gemeinsamen Bundesausschuss aus. Denn die praktische

Erfahrung der Beteiligten aus der Selbstverwaltung sei wichtiger als theoretische Gutachten.

Vor diesem Hintergrund vermittelte der erste Schleswig-Holsteinische Apothekertag eine positive Aufbruchstimmung unter den teilnehmenden Apothekern. Gerd Ehmén, Präsident der Apothekerkammer Schleswig-Holstein, propagierte Wettbewerb in der Leistung. „Ich bin davon überzeugt, dass Wettbewerb ein wesentliches Element ist, um die Beratung zu verbessern,“ so Ehmén. Doch er habe Zweifel, dass Preiswettbewerb zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung führe, gefragt sei dagegen Leistungswettbewerb. Dr. Andreas Kaapke, Geschäftsführer des Instituts für Handelsforschung an der Universität Köln, machte in einem sehr kurzweiligen Vortrag deutlich, dass die Apotheken in Deutschland in einem intensiven Wettbewerb stehen. Denn Wettbewerb sei auf einen vom Kunden wahrgenommenen Vorteil gerichtet, der zur Kundenbindung führt. Ein solcher Vorteil könne durch Bequemlichkeit für den Kunden, Leistung oder den Preis entstehen. Für Apotheken seien Kompetenz und Freundlichkeit die wichtigsten Instrumente, um solche Vorteile zu schaffen.

Die Apothekerkammer Schleswig-Holstein veranstaltete erstmals einen Apothekertag. Im Anschluss an den politischen Teil fand eine zweitägige Fortbildung statt, die im Ostseebad Damp bereits über eine lange Tradition verfügt. Weitere Berichte über den politischen Teil und die Fortbildung finden Sie demnächst in der gedruckten Ausgabe der DAZ.

(Dr. Thomas Müller-Bohn)

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 einzu-berufen.
- (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.

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

§ 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/Patientenombudsfrau gemäß §10 Abs. 1 Nr. e) ist nur durch einstimmiges Votum des Vorstandes möglich.

§ 10 Aufgaben des Vorstandes

- (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
- (2) 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 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.

1. Vorsitzender: Prof. Günther Jansen

Stellvertreter: Dr. med. Franz-Joseph Bartmann (Ärztekammer SH)

Dr. Dieter Paffrath (AOK SH)

Mitglieder des Vereins

Ärztammer Schleswig-Holstein, AOK – Die Gesundheitskasse 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 Deutschen 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 Landesverband Nordwest e. V., Marburger Bund Landesverband Schleswig-Holstein, Verband der Ersatzkassen (vdek) Landesvertretung Schleswig-Holstein, Dräger & Hanse Betriebskrankenkasse, Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg, Asklepios Klinik Bad Oldesloe, Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e. V., Lubinus Clinicum GmbH & Co. KG, Kiel, Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Schleswig-Holstein e. V., Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg, Malteser Krankenhaus St. Franziskus Hospital, Flensburg, BKK Landesverband NORDWEST, Arbeiterwohlfahrt Landesverband Schleswig-Holstein e. V., Klinikum Nordfriesland gGmbH Husum, Apothekerkammer Schleswig-Holstein, Sana Kliniken Lübeck GmbH, AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH Neustadt, Fachkliniken Nordfriesland gGmbH, Bredstedt, Segeberger Kliniken GmbH, Bad Segeberg, Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth Reinbek

Mitglieder ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen:

Seniorenheim Fürst Bismarck, Ratzeburg, Seniorenheim Donatus, Bad Bramstedt, Ambulanter Pflegedienst, Wacken, Gesundheits- und Krankenpflege zu Hause, Ahrensburg, Ihre Pflegepartner, 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, HI-Dienstleistungs-GmbH, Bad Oldesloe, Seniorenhaus Sonnenhof-Rosengarten, Lunden, Wohn- und Pflegezentrum, Burg/Fehmarn, Agnes Seniorenresidenz, Agethorst, Haus Mühlental, Schenefeld, Das Haus im Park gGmbH, Norderstedt, Senioren- und Therapiezentrum Haus an der Stör, Itzehoe, Stiftung Diakoniewerk, Kropp, Die Häusliche Kranken- und Seniorenpflege, Ratzeburg, Alten- und Pflegeheim Haus Itzstedt, Itzstedt, Seniorenzentrum 3 Wellen, Damp, Häusliche Kranken- und Altenpflege „Bliev to Huus“, Kaltenkirchen, SK-mobil, Bad Segeberg, Krankenpflegeteam, Kiel, Privates Senioren und Pflegeheim Pahlhof, Fahrdorf

Einzelmitglieder:

Prof. G. Jansen, Dr. med. K.-W. Ratschko, R. Büchner, J. Schröder, W. Hesse

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:

Geschäftsstelle Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V., Bismarckallee 8 – 12, 23795 Bad Segeberg

Druck: Grafik und Druck, Kiel