

Bericht

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

2010



Geschäftsstelle:
Patienten-Ombudsmann/-frau
Schleswig-Holstein e. V.
Bismarckallee 8 - 12
23795 Bad Segeberg
www.ombudsmann-sh.de
e-Mail: ombudsverein@aeksh.org

**15 Jahre Patientenombudsverein
Schleswig-Holstein**

Inhaltsverzeichnis

Bericht des Vorsitzenden – 15 Jahre Ombudsarbeit in der Kranken- und Pflegeversicherung in Schleswig-Holstein	3
Die Patientenombudsleute	7
Patientenombudsleute in Schleswig-Holstein	8
Berichte der Patientenombudsleute 2010	9
MedFindex – Informationen für Patienten	19
Das Pflegeombudsteam	20
Bericht des Pflegeombudsteams 2010	20
Statistik über die Arbeit der Ombudsleute	22
Fallzahlentwicklung	25
Vortrag „Pflegeversicherung“	25
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Wissen schafft Gesundheit	26
Fortbildung	28
15 Jahre Patientenombudsverein – 15 Jahre Vorsitz Prof. Jansen	29
Personelle Veränderungen	29
Öffentlichkeitsarbeit	30
Veranstaltungen und Messen	30
Stärkung der Patientensicherheit	31
Werden Sie Mitglied! – Beitrittserklärung	32
Satzung des Vereins	33
Mitglieder des Vereins – Impressum	35

Bericht des Vorsitzenden

15 Jahre Ombudsarbeit in der Kranken- und Pflegeversicherung in Schleswig-Holstein

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

Es waren zwei Persönlichkeiten, die voraussahen, dass die Versorgung der Menschen mit Gesundheitsleistungen durch Gesetzgebung und Organisation – auch in der Selbstverwaltung – für Versicherte, Patienten, Ärzte und Krankenkassen immer unübersichtlicher, komplizierter und bürokratischer wird.

Und ihnen war klar, dass es aufgrund der Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung, neuer Behandlungsmöglichkeiten für schwere Erkrankungen, dem Anspruchsdenken vieler Versicherter sowie der finanziellen Erwartungshaltung der Ärzte und anderer Therapeuten zu einer Kostenentwicklung kommen würde, die zu Einsparungen zwingt und dadurch die Tür zu Ungerechtigkeiten in der gesundheitlichen Versorgung weit geöffnet wird.

Dr. Karl-Werner Ratschko, Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Schleswig-Holstein bis 2003, und Peter Buschmann, damaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Schleswig-Holstein, gründeten für ihre Organisationen am 9. Dezember 1996 den Patientenombudsverein mit dem Ziel, unnötige Konflikte zwischen Patienten und Ärzten aber auch mit den Krankenkassen und anderen Beteiligten am Gesundheitswesen zu vermeiden sowie kranken und pflegebedürftigen Personen die erforderliche Versorgung individuell und gerecht zu gewährleisten.

Der Weg bis zur Gründung war nicht einfach und begann in der Ärztekammer bereits 1993 mit einem Arbeitsausschuss „Ärzte/Patienten“.

Zentrales Anliegen des Ombudsvereins war, von Anfang an durch Zusammenarbeit mit kirchlichen Institutionen den Inhalt der Hilfen für ratsuchende oft kranke Menschen auf eine neutrale und – soweit im Einzelfall erforderlich – auch seelsorgerische Ebene zu stellen.

Die Ombudsleute waren und sind überwiegend pensionierte Pastorinnen und Pastoren oder



Prof. Günther Jansen, Vorsitzender des Ombudsvereins

pflegerisch erfahrene Fachkräfte aus kirchlichen bzw. diakonischen Einrichtungen.

Besonders wichtig war für den Vorstand des Ombudsvereins darüber hinaus die Unabhängigkeit von staatlichem Einfluss. Auch wenn das dazu führte, ausschließlich auf die Finanzierung der laufenden Aufwendungen durch die Vereinsmitglieder angewiesen zu sein, entstand so ein Stück Freiheit und das Gefühl, ein besonderer Teil im wichtigen Selbstverwaltungssystem des Gesundheitswesens zu sein. Das war ein guter Weg.

In den 15 Jahren haben alle Vereinsmitglieder gewährleistet, dass die Ombudsleute entsprechend der Festlegung des Vereins bei der Ausübung ihrer Tätigkeit völlig unabhängig und nur dem Gesetz unterworfen sind.

Dafür ist zu danken und natürlich für die Förderbeiträge der Mitglieder sowie für die Gastfreundschaft der Ärztekammer bei der Bereitstellung von Räumen, Technik und Teilzeitpersonal gegen angemessenes Entgelt.

In den vergangenen 15 Jahren hat die Statistik 14.964 „Fälle“ erfasst, die von den Ombudsleuten aufgegriffen wurden. Dabei geht es um zahlreiche teils tragische Abläufe in den Institutionen, die teilweise sogar nicht vor einer Verletzung der Menschenwürde halt machten und so nicht passieren durften.

Die Ombudsleute führen für jede einzelne Person, die sich an sie wendet, durchschnittlich 3 bis 5 Kontaktgespräche mit Ärzten, Krankenkassen, Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen. Sie begleiten die Betroffenen – soweit möglich – zu klärenden Gesprächen bzw. ge-

Bericht des Vorsitzenden

ben ihnen Ratschläge für weitere Verfahrensschritte, z. B. zur Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen in Hannover oder zu einer kostenlosen anwaltlichen Erstberatung.

Hauptziel ist aber immer, berechnigte Ansprüche von Patienten direkt durch Schlichtungsgepräche mit den Beteiligten (z. B. Ärzte, Krankenkassen, Kliniken) durchzusetzen. Und – auch das gehört zur Arbeit der Ombudsleute – denjenigen, die Therapie- oder Medikamentenansprüche stellen, die nicht von dem Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der Pflegeversicherung abgedeckt sind, dieses auch mit Nachdruck zu erläutern. Als Vorsitzender des Vereins, der am 2. November 2011 diese Aufgabe weitergibt, spreche ich allen Ombudsleuten der vergangenen 15 Jahre meine ganz große Hochachtung für ihre Arbeit aus.

Über die vielen Einzelfälle hinaus hat sich der Ombudsverein in Veranstaltungen und insbesondere in den Jahresberichten auch in die Gesundheitspolitik eingemischt, mit dem Ziel, dass für alle Versicherten ausreichende und zweckmäßige medizinische und pflegerische Leistungen zur Verfügung stehen, die aber auch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.

Dieser in § 12 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) formulierte und durch das Bundesverfassungsgericht am 6. Dezember 2005 bestätigte Rahmen für die Patientenbehandlung bedarf einer klaren Ausgestaltung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und durch therapeutische Entscheidungen der Ärzte auf der Grundlage von Leitlinien ihrer Fachverbände. Wenn das gelingt, kann man auf formelle Rationierungen und insbesondere auf im Endergebnis sehr problematische Priorisierungen verzichten.

Das muss man auch; denn jedes Leben ist durch unsere Verfassung geschützt und nach den Prinzipien des christlichen Glaubens gleichwertig. Und der Erhalt von Leben – also auch die Bekämpfung von Krankheiten – darf nicht zum Versagen von möglichen medizinischen Behandlungen für diejenigen führen, die wichtige Therapien nicht privat bezahlen können.

Natürlich geht es im Gesundheitswesen auch um die Finanzierung der erheblichen Kosten, die sich aus unterschiedlichen Gründen ständig erhöhen. Aber wir bewegen uns hier in einem besonderen Bereich des Lebens. Es geht um die Gesundheit eines jeden einzelnen Menschen. Und nicht ohne Grund hat das Bundesverfassungsgericht in seinen Entscheidungen regelmäßig in Auslegung des grundgesetzlich verbürgten Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 GG) 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“.

Zu dieser Thematik hat der Ombudsverein schon oft Position bezogen, ohne dass es bei denen, die meinen, rationieren oder priorisieren zu müssen, Wirkung gezeigt hat. Deshalb werden in diesem Artikel noch einmal mit Nachdruck folgende Bitten an die Verantwortlichen in der Politik, in den Ärzteorganisationen, den Krankenkassen und in der Gesellschaft insgesamt formuliert:

1. Die medizinische Heilkunst, die bei uns durch Bildung, Studium, wissenschaftliche Forschung – überwiegend durch Steuern der gesamten Bevölkerung finanziert – und durch ärztliches Können entsteht, muss auch in Zukunft allen Menschen – unabhängig von ihrem Einkommen und Vermögen – zur Verfügung stehen.
2. Wenn – im Rahmen des Möglichen – klar umschriebene Festlegungen für ärztliche Therapien auf der Grundlage des § 12 SGB V bestehen, muss die dafür erforderliche Finanzierung aus allen Einkommen der Pflichtversicherten und nicht nur aus den Arbeitslöhnen erfolgen. Eine Erhöhung der Krankenversicherungspflichtgrenze wird unabdingbar sein, muss aber nicht zur Abschaffung der privaten Krankenversicherung führen, der im Übrigen alle Zusatzversicherungen überlassen bleiben sollten.

Bericht des Vorsitzenden

Immerhin hat auch hierzu das Bundesverfassungsgericht am 10. Juni 2009 (1 BvR 706/08) wie folgt Position bezogen: *„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 Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist... Er hat dabei einen weiten Gestaltungsspielraum.“*

Es gibt in der Bundesrepublik viele hohe Einkommen und private Vermögen. Es sollte zur solidarischen Selbstverständlichkeit gehören, für eine gerechte und dennoch sparsame gesundheitliche Versorgung aller Menschen die erforderlichen Finanzmittel aufzubringen.

3. Auf jeden Fall sollte die GKV sich auf Dauer beitragsorientiert finanzieren. Es kann nur zur gesundheitspolitischen Katastrophe führen, wenn die Kosten für kranke und pflegebedürftige Menschen endgültig über nicht vorhandene Finanzmittel eines hoch verschuldeten Staates gedeckt werden sollten. Allerdings hat der Staat die GKV von artfremden Ausgaben zu entlasten. Steuereinnahmen aus dem Verkauf von Alkohol und Tabakwaren müssen für Aufklärungskampagnen gegen Suchtmittel und für die Rehabilitation Abhängiger eingesetzt werden. Das gilt auch für eine ärztlich zu überwachende Prävention und die ambulante und stationäre Rehabilitation bei Übergewichtigkeit von Kindern und Erwachsenen. Wenn die hohen Steigerungsraten der Adipositas nicht gestoppt werden, haben wir keine Chance, die daraus entstehenden Folgekrankheiten zu behandeln – auch finanziell nicht. Jedes Präventions- und Rehabilitationsangebot – und da gibt es viele Möglichkeiten – muss aber auf die Selbstverantwortung der Betroffenen zielen. Und im

Endergebnis muss die Freiheit der Menschen, sich für Rauchen, Alkohol und Übergewicht mit all den bekannten Krankheitsfolgen zu entscheiden, dazu führen, dass sie wegen der bewussten Steigerung ihrer Krankheitskosten einen Zusatzbeitrag allein aus ihrem Einkommen zu entrichten haben. Kein einfacher Weg, der genau überlegt werden muss und nicht ohne ärztliche „Begleitung“ möglich sein wird.

Dieses sollte aber auch der einzige Zusatzbeitrag im GKV-System sein. Der allgemeine Krankenversicherungsbeitrag muss aus vielen vernünftigen Gründen zur früheren Parität zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern zurückgeführt werden. Dabei sind Selbstbeteiligungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamteinkommen nach einer sozialen Belastungsskala zulässig, wenn dadurch vernünftige Steuerungswirkungen im Verhalten der Versicherten entsprechend § 12 SGB V erreicht werden.

4. Das Gesundheitswesen darf nicht in immer neue ärztliche Organisationen zersplittert werden. Neben den Ärztekammern muss an der umfassenden Gestaltungszuständigkeit der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner der Krankenkassen festgehalten werden – auch für evtl. erforderliche Selektivverträge und mehr. Außerdem darf keine Entsolidarisierung zwischen den GKV-Versicherten durch alle möglichen Sonderregelungen für Teilgruppen verschiedenster Krankenkassen in der gesetzlichen Krankenversicherung eintreten.
5. Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen sollten gemeinsam alles tun, um die bewährte Selbstverwaltung auch für die regionale ärztliche Versorgung zu gewährleisten, wobei der Gesetzgeber den rechtlichen Rahmen vorzugeben hat und staatliche Institutionen die Rechtsaufsicht über die Selbstverwaltung ausüben.

Es grenzt jedoch an staatliche Selbstüberschätzung (z. B. der Länder), sich

Bericht des Vorsitzenden

über das neue Versorgungsstrukturgesetz in die Gestaltung der regionalen ärztlichen Versorgung und in die Bedarfsplanung einmischen zu wollen. Hier ist die Kompetenz von Ärzteorganisationen und Krankenkassen gefragt, zumal es viele organisatorische Wege gibt, die haus- und fachärztliche Versorgung sicherzustellen – auch in ländlichen Gebieten.

6. Die allgemeinärztliche und fachärztliche/spezialärztliche Versorgung bleibt bei den niedergelassenen, freiberuflich tätigen Ärzten einschließlich erforderlicher Ermächtigungen für Klinikärzte nach ganz bestimmten Kriterien – wie bisher.

Medizinische Versorgungszentren sollten personell und organisatorisch nur in der Zuständigkeit von Ärzten liegen. Sie können eigene Trägerschaften gründen, an denen die Kassenärztlichen Vereinigungen sich aus Gründen der Sicherstellung des regionalen Versorgungsbedarfs beteiligen dürfen.

Auf der Grundlage dieser strukturellen Abgrenzung sind zwischen ambulanter und stationärer/tagesklinischer Versorgung vielseitige frei zu vereinbarende Kooperationen möglich.

7. Gesamtverträge zwischen der Ärzteschaft (KVen) und den Krankenkassen sollten auch in Zukunft die Grundlage ärztlicher Versorgung bleiben.

Die Abrechnung der Ärzte sollte im Wesentlichen nach Einzelleistungen erfolgen. Das ist für alle Beteiligten besser. Allerdings wird es immer eines begrenzenden Abrechnungsrahmens bedürfen. Die unbegrenzte Bezahlung jeder Einzelleistung führt sonst zu einer nicht finanzierbaren Mengensteigerung. Damit also tatsächlich nur die wirklich erforderlichen medizinischen Maßnahmen erfolgen, bedarf es auch in der Zukunft quartalsweiser Begrenzungen bzw. Abstufungen der Vergütungen. Hier ist die medizinisch/fachliche Qualifikation der Ärzte gefordert, über ihre Therapien unter

Beachtung der Inhalte des § 12 SGB V zu entscheiden.

Kein anderer freier Beruf hat einen so umfangreichen vertraglich garantierten Finanzierungsrahmen wie die Ärzteschaft. Dazu gehört aber auch das Versorgungsversprechen im Gesamtvertrag für alle GKV-Versicherten, und zwar mit einem Sprechstundenangebot, das dieses ohne zu lange Wartezeiten ermöglicht.

8. Zwischen den Krankenkassen, die ihre Beiträge wieder selbst erheben und verwalten sollten, bedarf es natürlich eines an der Morbidität orientierten Risikostrukturausgleichs. Es muss geregelt werden, wie ein Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen bundesweit zu gestalten ist, um eine Gleichwertigkeit gesundheitlicher Versorgung in der Bundesrepublik zu gewährleisten. Diese Gleichwertigkeit muss auch für Klinikleistungen über die Vereinheitlichung der Fallpauschalen für alle Bundesländer hergestellt werden.
9. Manchmal hat man den Eindruck, dass die immer kompliziertere Gesetzgebung im Gesundheitswesen und die vielen Diskussionen in den Verbänden und Organisationen sowie die Zersplitterung der medizinischen Versorgung auf immer mehr Interessengruppen ausschließlich der Frage der Geldvermehrung dienen.

Aber die Aufgabe der gesundheitlichen Versorgung der Menschen ist mehr, viel mehr! Und wenn das bei einem Teil der an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten vergessen worden sein sollte, bedarf es hierzu immer wieder einer ethisch motivierten gesellschaftlichen Diskussion.

Ansonsten werden unsere im Prinzip guten Strukturen des Gesundheitswesens gefährdet – durch immer mehr Staat.

Die Patientenombudsleute

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.



Patientenombudsfrau Siegrid Petersen
(Oberin i. R.)

Kreise:
Flensburg, Nordfriesland, Schleswig-Flensburg

Telefon-Direktwahl: 0 46 09/95 34 11 (bis 15.10.2011)



Patientenombudsmann Klaus Jürgen Horn
(Propst i. R.)

Kreise:
Dithmarschen, Neumünster, Pinneberg, Steinburg

Telefon-Direktwahl: 0 48 32/55 62 72



Patientenombudsmann Andreas Eilers
(Pastor i. R.)

Kreise:
Kiel, Plön, Rendsburg-Eckernförde, Segeberg

Telefon-Direktwahl: 0 43 43/42 41 62



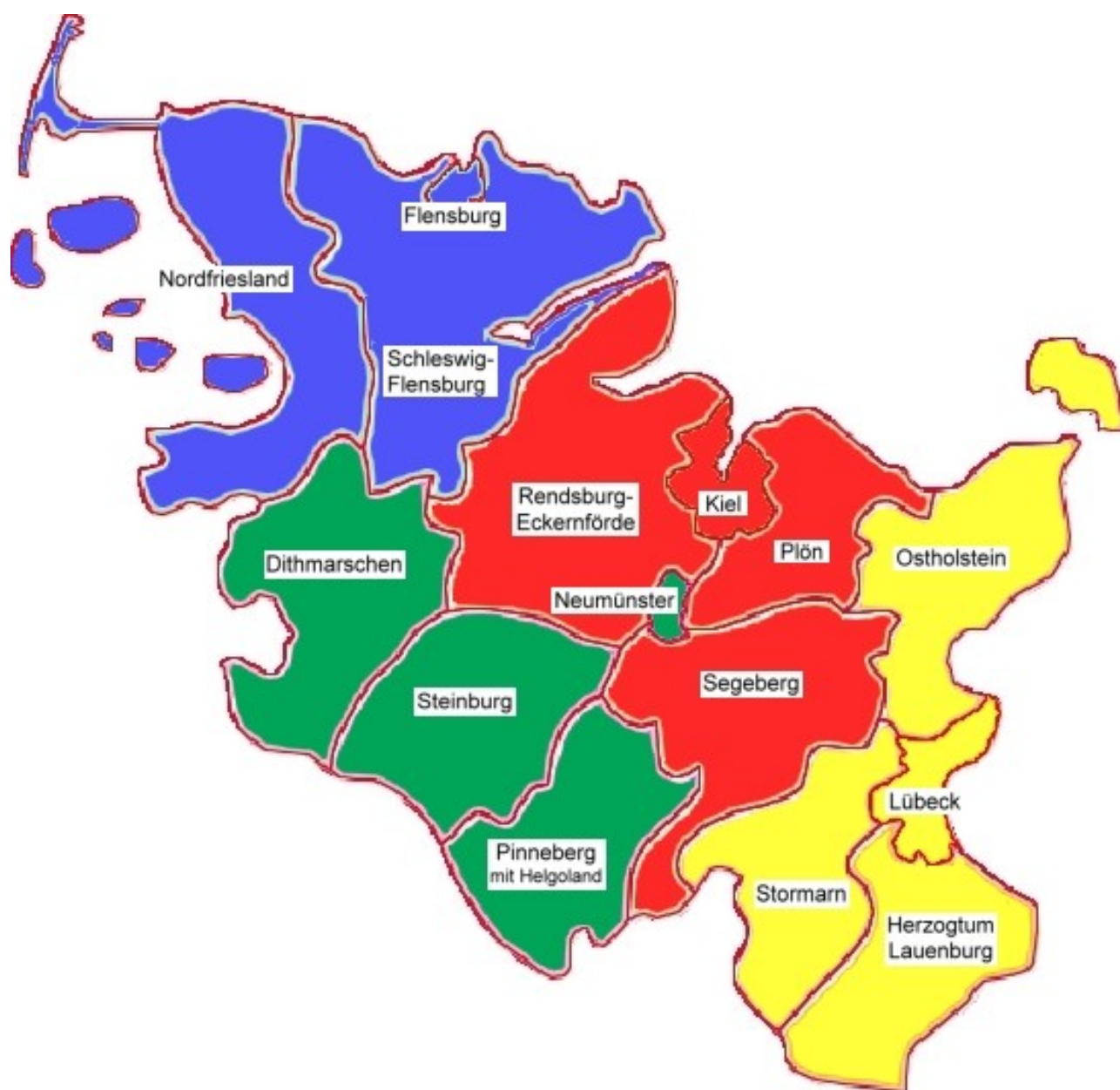
Patientenombudsmann Henning Steinberg
(Pastor i. R.)

Kreise:
Herzogtum Lauenburg, Lübeck, Ostholstein,
Stormarn

Telefon-Direktwahl: 0 451/6 13 06 90



Patientenombudsleute in Schleswig-Holstein



Zuständigkeitsbereich – Ansprechpartner/-in

- Patientenombudsfrau Siegrid Petersen
Tel. 0 46 09/95 34 11 (bis 15.10.2011)
- Patientenombudsmann Jürgen Horn
Tel. 0 48 32/55 62 72
- Patientenombudsmann Andreas Eilers
Tel. 0 43 43/42 41 62
- Patientenombudsmann Henning Steinberg
Tel. 0 45 1/6 13 06 90

Bericht Andreas Eilers

Macht das Krankenhaus krank?

Unter diesem provozierenden Titel lief im Januar 2011 eine Sendung des NDR-Welle Nord mit Beteiligung der Endoklinik Hamburg, der Schlichtungsstelle Hannover und dem Patientenombudsverein. Um es vorweg zu sagen: Natürlich macht das Krankenhaus nicht krank, wenn man bedenkt, dass sich 2010 etwa 600.000 Menschen in einem Krankenhaus in Schleswig-Holstein behandeln ließen, von denen die meisten als geheilt entlassen wurden oder zumindest sich auf dem Weg der Besserung befanden. Erstaunlich war bei der Sendung aber, wie groß das Echo per Telefon und Internet war, besonders zu den Themen „Keime im Krankenhaus“ und „Behandlungsfehler im Krankenhaus“.

Auch wenn die Beschwerden über Krankenhäuser, die uns Ombudsleute erreichen, prozentual gering sind im Verhältnis zur Anzahl der behandelten Patienten, bedürfen sie der besonderen individuellen Aufmerksamkeit. Sie sind „Störfälle“, nicht nur für den Ablauf im Krankenhaus, sondern vor allem auch im persönlichen Erleben der Patienten und ihrer Angehörigen. Sie zeigen die unterschiedlichen subjektiven Einschätzungen der Betroffenen, die menschlichen Schwächen und die organisatorischen Mängel.

Was bei einem Patienten alles schief gehen kann, mag folgendes Beispiel zeigen:

Ein schwergewichtiger Mann (150 kg) wird von der Hausärztin erneut wegen Dekubitus aus dem Pflegeheim in eine Klinik eingewiesen. Die Krankenkasse hat ihm in einem ersten Antrag eine Dekubitus-Matratze abgelehnt. Er lebt dort seit 7 Monaten, nachdem er in einer Klinik bei einer Magenspiegelung nach dem Ziehen der Schläuche 10 Minuten ohne Sauerstoff gewesen und seither in ein Wachkoma gefallen ist.

Der Patient landet aber nicht in der von der Ärztin anvisierten Klinik, die sie auch den Angehörigen mitgeteilt hat, sondern in einer völlig anderen. Die Rettungsassistenten sind zunächst zu einer Klinik mit gleichem Namen gefahren und haben den Patienten dort nicht übergeben können, weil man von der Einweisung nichts ge-

wusst hat. Wie der Ombudsmann später von der Ärztin erfährt, hat sie die Einweisung nur mündlich an das Pflegeheim gegeben, und da die Rettungsassistenten nicht bei dem Pflegeheim zurückgefragt haben, landet der Patient in einer weiter entfernt liegenden Klinik.



Dort wird auch nach einer 14-tägigen Antibiotikum-Therapie der schlechte körperliche Zustand des Patienten festgestellt, der die Frage aufwirft, ob dem Patienten ein Bein amputiert werden muss oder ob man ihn besser sterben lässt. Außerdem liegt der Patient wegen MRSA – unbekannter Herkunft – isoliert in einem Einzelzimmer. Zu dem Gespräch mit dem Stationsarzt bitten die Angehörigen den Ombudsmann dazu.

Das Gespräch mit der Ehefrau und dem Sohn findet teils im Stehen statt, da Stühle zum Sitzen fehlen. Der Stationsarzt hat das Gespräch eigentlich verschieben wollen, weil er noch nicht mit der Hausärztin gesprochen hat, lässt sich dann aber doch darauf ein. Er plädiert aus ethischen Gründen auf „sterben lassen“, seine chirurgischen Kollegen auf „amputieren“, die Ehefrau (und Betreuerin) auf „konservativ behandeln“. Nach mehrmaligem Intervenieren des Ombudsmannes stimmt der Arzt zu, dass eine zweite Meinung eingeholt und eine Verlegung geprüft wird.

Beim Besuch der Angehörigen und des Ombudsmannes auf Station werden die erforderlichen hygienischen Maßnahmen wegen MRSA ergriffen, bevor das Stationszimmer betreten wird. Verwunderlich war aber, dass die Krankenschwester zum Lagern des Patienten zwar mit einem blütenweißen Pflegeanzug erschien, aber keinen Mundschutz und keinen Kittel trug.

In den folgenden Tagen kommt es zwischen dem Sohn und der Hausärztin zum Eklat, als es um die Nachfrage wegen ihrer Einweisung geht und was sie für den Patienten in der Klinik tun soll bzw. tun kann. Sie beklagt sich beim Ombudsmann darüber, dass der Sohn sie durch Auflegen des Telefonhörers „unfair“ behandelt habe.

Im Gespräch mit der Ehefrau nach einem Jahr berichtet sie dem Ombudsmann, dass wegen der zweiten Meinung ein Konsilium stattgefunden hat und das Bein in der Klinik amputiert wurde. Eine Verlegung ließ der Zustand des Patienten nicht zu. Nach 10 Monaten hat man auch das andere Bein abnehmen müssen. Der Patient lebt weiterhin im Wachkoma. Der Sohn wendet sich wegen der Ursache für das Koma noch an die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen. - Die Krankenkasse hat nach der ersten Operation die Dekubitus-Matratze genehmigt.

In diesem Fallbericht sind einige der Themen berührt, die in den Beschwerden über Krankenhäuser einzeln oder mehrfach vorkommen:

Behandlungsfehler

Dass Ärzte Fehler machen können, ist allgemein bekannt. Wenn statt des verletzten Mittelfingers der Ringfinger operiert wird, wenn nach einer Hüftoperation das Bein zu kurz geblieben oder der Schambeinbruch nicht erkannt worden ist, wenn nach einer Wirbelsäulenoperation eine Brandblase am Gesäß behandelt werden muss oder der gebrochene Zeh nicht erkannt wird, weil nur eine Röntgenaufnahme von oben gemacht wurde, dann liegt die Vermutung nahe, dass ein Behandlungsfehler vorliegt.

Nicht so einfach ist die Sachlage bei Komplikationen nach oder während der Behandlung, wie z. B. bei einem großen Hämatom im Arm nach dem Einsetzen eines Herzschrittmachers, einer Thrombose nach der Blutwäsche oder einem Schlaganfall während eines Krankentransportes. Und immer wieder gibt es Beschwerden über die Keime im Krankenhaus, die allerdings nicht als Behandlungsfehler angesehen werden.

Ob der vermutete Behandlungsfehler tatsächlich einer war, lässt sich nicht ohne Weiteres klären. Der Ombudsmann kann auf die schriftliche Patientenaufklärung hinweisen, die möglicherweise vorhersehbare Komplikationen auführt, er kann ein klärendes Gespräch in der Klinik anregen, an dem er u. U. selbst teilnimmt, oder er kann auf das Beschwerdemanagement der Klinik und auf die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen hinweisen.

Für den Patienten ist es zunächst wichtig, sein Leid mit all den Gefühlen von Ohnmacht, Enttäuschung, Wut, Angst und Trauer vorbringen zu können und dann für sich abzuklären, was er unternehmen kann und womit er sich abfinden muss.

Auf Nachfrage des Ombudsmannes haben sich – wie empfohlen – über 50 % an das Beschwerdemanagement des Krankenhauses oder an die Schlichtungsstelle gewandt, fast 20 % haben nichts unternommen, und von fast 30 % gab es keine Rückmeldung.

Warum es im Einzelfall zu Fehlern kommt, wird eher intern besprochen und dringt selten nach außen. Sicherlich sind es vornehmlich persönliche Gründe, warum etwas misslingt, vielleicht aber auch strukturelle.

Eine Schwester, die sich bei einem MRSA-Patienten keinen Schutzkittel anzieht, antwortet auf die Frage nach dem Warum: „Ich habe keine Zeit, mich immer umzuziehen.“

Eine Assistenzärztin, die ihr Pensum im OP abgeleistet hat, freut sich auf ihre Pause und ihr Mittagessen. Da wird ihr gesagt, dass in der Ambulanz noch eine Reihe Patienten auf sie warten ...

Klinikwechsel und Entlassung

Öfter wird der Wunsch geäußert, das Krankenhaus zu wechseln,

- weil „nichts klappt“,
- weil schlimme persönliche Erfahrungen gemacht wurden,
- weil man sich nicht für voll genommen fühlt,

Berichte der Patientenombudsleute 2010

- weil das Krankenhaus nicht entsprechend ausgerüstet ist,
- weil die Hüfte auch nach fünf Operationen noch nicht in Ordnung ist.

Ob die Gründe ausreichen, hauptsächlich wegen der Transportkosten eine Genehmigung der Krankenkasse für den Wechsel zu bekommen, ist dem Einzelfall überlassen. Aber es ist eine Gelegenheit, im Gespräch näher nachzufragen und auf die Befindlichkeit des Patienten einzugehen.

Andererseits ist es auch nicht einfach, einen Patienten länger im Krankenhaus zu lassen.

Ein Patient soll nach einer Behandlung wegen Schlaganfalls aus der Klinik entlassen werden, weil man dort nichts mehr für ihn tun kann. Die Frau des Hausarztes, der sich für den Patienten einsetzt, informiert den Ombudsmann. Die Frau des Patienten hat schon mit vier Ärzten gesprochen und vier verschiedene Meinungen gehört und ist sehr verunsichert. Es gelingt, die Stationsärztin zu bewegen, mit dem Hausarzt zu verhandeln und die Entscheidung rückgängig zu machen. Der Patient verstirbt am nächsten Tag.

Von Seiten der Klinik würde man manchen Patienten gern länger behalten, nicht wegen einer besseren Auslastung, sondern weil der Patient in der vorgesehenen Behandlungszeit noch nicht wieder so hergestellt ist, dass eine Entlassung ohne Bedenken veranlasst werden kann.

Ein Ärztlicher Direktor beklagt sich darüber, dass der MDK bis zu drei Jahre nach der Behandlung prüfen kann, ob die verlängerte Zeit begründet ist. Dieser Rechtfertigungsdruck, der mit einem hohen Zeitaufwand verbunden ist, kann zu so genannten „blutigen Entlassungen“ führen und den Patienten mit „Drehtüreffekt“ wieder in der Klinik landen lassen. Die politisch gewollte Kostendämpfung wird dadurch nicht erreicht.

Die Entlassung aus der Klinik per Krankentransport und das organisatorische Miteinander von Klinikpersonal und Rettungsdienst ist in den meisten Fällen unproblematisch. Dass es einmal anders war, berichtet folgendes Beispiel, das sich nicht wiederholen sollte:

Ein 81-jähriger Patient wird zwei Tage nach einer Operation mit Vollnarkose an einem stürmischen, regnerischen, kalten Mai-Tag im Krankenwagen nach Hause gebracht. Die Ehefrau entdeckt mit Entsetzen, dass ihr Mann nur mit einem OP-Hemd bekleidet ist, und kann sich nicht bei dem Fahrer durchsetzen, das Auto näher an die Haustür zu fahren. Der Patient wird aus dem Krankenwagen gehoben und in einen Rollstuhl gesetzt, eine Decke lose um seine Beine gelegt. Die persönlichen Sachen sind in der Klinik geblieben. Ihre Beschwerde an die Klinik, die sich umgehend bei ihr entschuldigt hat, endet „Mit frostigem Gruß!“ - Ein Einzelfall? „So transportieren wir immer die alten Menschen“, soll ein Rettungsassistent gesagt haben.

Kommunikation

Viele einzelne Beschwerden – manchmal wegen scheinbar kleiner Dinge – haben mit der Kommunikation im Betrieb „Krankenhaus“ zu tun.

- Eine hilflose Patientin, die in der verschütteten Tomatensuppe im Bett erst einmal liegen gelassen wird, fühlt sich in ihrer Menschenwürde gekränkt.
- Wenn ein Patient trotz Fleischallergie Wurst vorgesetzt bekommt und ein am Darm Operierter Rouladen und Bohnen, fühlt er sich in seiner Krankheit nicht ernst genommen.
- Eine Patientin, die 2 ½ Wochen auf das Ergebnis der Brustkrebsuntersuchung warten muss, fühlt sich ohnmächtig ihrer Angst ausgeliefert.
- Ein Notfallpatient, der Wahlleistungen wünscht, ist unmittelbar vor der Operation überfordert, die zwei Seiten lange Information ohne Hilfe in ihrer juristischen Bedeutung voll zu verstehen und zu unterschreiben.
- Ärzte, die für den Patienten und seine Angehörigen nicht erreichbar sind oder nicht genügend erklären, verunsichern eher, als dass sie helfen.
- Ein Patient, der nach einem Dienstudfall ein entscheidendes Röntgenbild für die Gerichtsverhandlung braucht, fühlt sich in seiner Existenz bedroht, weil das Bild im Krankenhaus nicht aufzutreiben ist.

Berichte der Patientenombudsleute 2010

- Eine Krankenschwester zieht bei einem frisch operierten Patienten die Klingelschnur aus der Steckdose, weil er immer wieder zu trinken verlangt. Sie sagt: „Das nervt“, anstatt für ihn Verständnis aufzubringen und ihm wiederholt zu erklären, warum er jetzt (noch) nicht trinken darf und wann es soweit ist.
 - Vom sterbenskranken jungen Mann, der ein substituierter Drogenabhängiger ist, spricht das Pflegepersonal auch im Beisein der Mutter immer wieder vom „Junkie“, was die Mutter sehr verletzt.
- Vieles lässt sich unbürokratisch mit den Ärzten bzw. Ärztinnen, dem Pflegepersonal, der Pflegedienstleitung, der Verwaltung und der Beschwerdemanagerin bzw. dem Beschwerdemanager vor Ort klären, ohne dass der Patient/die Patientin Angst vor eventuellen Nachteilen haben muss. Voraussetzung ist das gegenseitige Verständnis für die Leidenssituation der Einen und die oft stressige Arbeitssituation der Anderen.

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-Ombudsmanns 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
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.

Bericht Siegrid Petersen

Welche Hilfe brauchen Patienten? Beratung der Krankenkassen – im Rahmen der Fürsorgepflicht

Grundsätzlich möchte ich vorausschicken, dass die Patienten bzw. Versicherten die Beratungen durch die für sie zuständigen Krankenkassenmitarbeiter in der Regel als gut und hilfreich erleben.

Aber immer häufiger klagen Patienten darüber, dass sie von ihrer Krankenkasse mit wiederholten Telefonaten „bedrängt“ werden, so ihre Schilderung. Sie fühlen sich erheblich unter Druck gesetzt.

Zumeist sind es Patienten, die über einen längeren Zeitraum krank geschrieben sind, oft wegen einer psychischen Erkrankung. Die Mitarbeiter der Krankenkassen rufen ihre Versicherten wiederholt an und kündigen das Ende der Krankengeldzahlung an. Sie raten dabei z. B. zum Arztwechsel, weil die Behandlung scheinbar nicht erfolgreich sei, zur Kündigung des Arbeitsplatzes oder zur Beantragung der Erwerbsunfähigkeitsrente. Sie tun dieses, so erklären sie den Patienten, aus reiner Fürsorge, um ihnen zu helfen.

Die Patienten aber, die seit Wochen oder Monaten unter ihrem Krankheitsgeschehen leiden, erleben die intensiven, drängenden Fragen und Ratschläge als massiven Druck. Dieses wird so auch von den behandelnden Ärzten bestätigt.

Einige Beispiele:

Eine Frau berichtet, dass sie seit ca. sechs Monaten wegen Depressionen krank geschrieben sei. Die Mitarbeiterin der Krankenkasse teilte ihr telefonisch mit, dass „es jetzt reiche“, dass die Kasse die Krankschreibung nur noch weitere vierzehn Tage akzeptiere. Sie wurde dabei auch gefragt, ob die Behandlung denn überhaupt etwas „bringe“. Der Facharzt der Patientin ist empört darüber, dass gerade ein psychisch kranker Mensch auf diese Weise unter Druck gesetzt wird.

Ein Mann ist seit vielen Monaten aus gesundheitlichen Gründen arbeitsunfähig, dieses wurde so auch vom MDK bestätigt. Er wird nun von seiner Kasse aufgefordert, umgehend eine Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen oder einen Erwerbsminderungsrentenantrag zu stellen, einhergehend mit der Drohung der „Aussteuerung“ und Mitgliedschaftskündigung.



Wegen eines Burnout-Syndroms ist eine Frau seit Monaten krank. Immer wieder, so schildert sie, ruft der für sie zuständige Mitarbeiter der Krankenkasse an und fragt, welche Fortschritte sie mache. Sie möge sich doch mit einem „eingeschränkten Leistungsbild“ wieder arbeitsfähig melden. Die Patientin fühlt sich von den zahlreichen Anrufen sehr bedrängt.

Eine 36-jährige Patientin wird von ihrem Krankenkassensachbearbeiter immer wieder angerufen, so dass sich ihr Facharzt für Neurologie und Psychiatrie schriftlich an die Kasse wendet: „Ich möchte darauf hinweisen, dass die ständigen Interventionen der Krankenkasse dem Heilungsverlauf meiner Patientin nicht dienlich sind. Sie fühlt sich unter Druck gesetzt. Ich möchte Sie bitten, den Verlauf der psychischen Stabilisierung abzuwarten.“

Eine Patientin mit Depressionen klagt, dass sie von einem „Gesundheitsberater“ ihrer Krankenkasse sehr unter Druck gesetzt wird. Dieser wollte wissen, wann sie wieder zum Neurologen ginge und ob es überhaupt schon Erfolge gäbe. Auch solle sie sich unbedingt für eine psychosomatische Reha-Maßnahme anmelden. Sowohl der Facharzt als auch der Hausarzt raten aber, noch zu warten, damit sie zunächst, wie geplant, sich der psychotherapeutischen Behandlung unterziehen könne.

Berichte der Patientenombudsleute 2010

Ein Ehemann ist in Sorge um seine Frau, die schon länger aufgrund arbeitsrechtlicher Auseinandersetzungen psychisch erkrankt ist. Seine 58-jährige Frau, so schildert er es, wird immer wieder von der Mitarbeiterin der Krankenkasse angerufen. Ihr wird geraten, unbedingt zu kündigen (das Arbeitsverhältnis besteht seit über 20 Jahren) und sich arbeitslos zu melden, damit sie schneller gesund würde. Die Einladung zum Beratungsgespräch las sich wie eine „Vorladung“. Das Beratungsgespräch selber erlebte die Patientin als niederdrückend: „Kein nettes Wort, nur Bedrängung“.

Ein 44-jähriger Mann bezieht seit ca. 7 Wochen von seiner Kasse Krankengeld. Die Krankenkasse fordert ihn nach einem MDK-Gutachten nach Aktenlage auf, sich für „leichte Tätigkeiten“ wieder gesund und arbeitsfähig zu melden. Sein Hausarzt bescheinigt ihm, dass er in keinsten Weise arbeitsfähig sei, ebenso bestätigt dieses der Facharzt und schreibt ihn weiterhin krank. Von seiner Kasse eingeschüchtert und verängstigt meldet er sich aber dennoch bei der Agentur für Arbeit, die nun eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes oder die ärztliche Gesundheitsmeldung anfordert. (Inzwischen wurde der Patient wieder für eine stationäre Behandlung in ein Krankenhaus eingewiesen.)

Ziel der Krankenkassen war in allen Fällen, die über längere Zeiträume andauernden Krankengeldzahlungen zu beenden. Die Gesetzgebung nach § 48 SGB V sieht dieses ja auch im Interesse der Solidargemeinschaft so vor: „Versicherte erhalten Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit, jedoch für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren...“

Patienten nun, die aufgrund ihrer Erkrankungen ohnehin einen Leidensweg durchleben, bekommen immer wieder das Gefühl vermittelt, sie seien eine Belastung für die Krankenversicherung und sie sollen darum in die Agentur für Arbeit „abgeschoben“ werden. Oft wissen sie nicht, wie es für sie weitergehen kann.

Nach Gesprächen der Ombudsfrau mit den jeweils behandelnden Ärzten erfolgte der Kontakt zu den Krankenkassenmitarbeitern, um ihre Sichtweise zu erfahren, vor allem aber, um für die Patienten Verständnis zu erwecken, um die besonders schwierige Situation der langzeiterkrankten Menschen aufzuzeigen, auch um deutlich zu machen, wie sehr der empfundene Druck die Patienten belastet, und sie in ihren Gesundungsprozessen beeinträchtigt.

Und es war immer hilfreich, wenn es mit den Mitarbeitern der Krankenkassen gemeinsam gelang, einen guten, gangbaren Weg für die Patienten in ihrer so schwierigen Situation zu finden.

Sinnvoll war und ist eine unterstützende Begleitung der Patienten, dieses, wenn möglich, in enger Abstimmung mit den behandelnden Ärzten. Wenn Patienten spüren, dass dabei die Fürsorge um ihren Heilungsprozess im Vordergrund steht, kann Vertrauen wachsen, und damit auch die notwendige Kooperationsbereitschaft.

Durch Gespräche mit allen Beteiligten können wir Ombudsleute dazu einen hilfreichen Beitrag leisten.

Wechsel im Amt der Patientenombuds- frau im Bereich Flensburg, Schles- wig-Flensburg und Nordfriesland

Frau **Siegrid Petersen** beendet ihre Tätigkeit als Patientenombudsfrau zum 15. Oktober 2011. Wir danken ihr an dieser Stelle für ihre engagierte und intensive Arbeit, die sie seit dem 1. Juli 2006 ausübte und die wir im Tätigkeitsbericht 2011 würdigen werden.

Nachfolgerin wird Frau **Regina Klingsporn**, die wir als Patientenombudsfrau herzlich begrüßen.



Bericht Klaus J. Horn

IGeL

Immer wieder sind so genannte „Individuelle Gesundheitsleistungen“ Thema von Anrufen.

Die Relevanz dieses Themas wird zuletzt deutlich im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt Nr. 1/2011 ab Seite 64; dort werden Teile aus einer kritischen Erklärung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK wiedergegeben.

Was in der Erklärung des Instituts der AOK beschrieben wird vom „Spannungsfeld zwischen Ethik und Monetik“ und der Gefährdung des grundsätzlichen Vertrauensverhältnisses Patient – Arzt durch „eine strukturelle Asymmetrie zwischen einem unternehmerisch tätigen Arzt und einem Patienten, der in der Regel mit einem Gesundheitsproblem in die Praxis kommt“, wird durch unsere Beratungsgespräche weithin bestätigt. Dieses Phänomen muss beobachtet werden und bedarf einer aufmerksamen und kritischen Begleitung, um die schon bestehende Verunsicherung nicht zu vergrößern.

Wenn ich die Anrufenden frage: „Was wollen Sie gern erreichen?“, dann antworten sie in der Regel: „Ich möchte erreichen, dass andere – meist ältere Menschen – nicht in dieselbe Falle tappen.“ Denn meist fühlt man sich in der Praxis durch die „IGeL-Angebote“ überrumpelt und zum Teil auch genötigt.

Einige Beispiele:

Ganzkörper-Screening ohne oder nur mit Dermatoskop?

Ein 52-jähriger Anrufer kommt mit einer Überweisung seines Hausarztes zur Hautärztin zu einer Ganzkörperuntersuchung (etliche zerfaserte, unruhig pigmentierte Naevi [Muttermale, Leberflecken]). Trotz vereinbarten Termins muss er zunächst 1 ½ Stunden warten. Ohne über den Grund der Überweisung zu sprechen erklärt die Hautärztin, dass sie eine Untersuchung nur mit Hilfe eines Auflichtmikroskopes (Dermatoskop) machen kann. Dafür wären 10 € zu zahlen. Als der Patient die Zahlung ablehnt wird er aufgefordert, sich eine andere Praxis zu suchen. Über alternative Behandlungsmetho-

den wird kein Wort verloren.

Der Patient beschwert sich beim Ombudsmann.

In einer schriftlichen Stellungnahme vertritt die Hautärztin die Meinung, dass die Ganzkörper-Hautkrebsvorsorge als Kassenleistung ohne die

Anwendung des kostenpflichtigen Handdermatoskopes die Aufgabe der Ärzte für Allgemeinmedizin sei, nicht die der Fachärzte. Der Patient kam als gesetzlich Versicherter mit Überweisung vom Hausarzt zum Hautfacharzt! Bei der Annahme des Termins – Wochen vorher – wurde nicht auf die Sonderleistung dieser Praxis hingewiesen.

Nach Krankenkassenauskunft ist auch das Anschauen der Haut ohne das (mit Zusatzkosten verbundene) Hilfsgerät durch den Facharzt eine von den Kassen getragene gesetzliche Arztleistung und keine so genannte individuelle Gesundheitsleistung.

Der Patienten-Ombudsmann führte in diesem Fall mehrere Telefonate und war Zwischenstation für den Briefverkehr zwischen Patient und Hautarzt. Er konnte so mindestens zur Aufklärung, nicht aber letztlich zur Befriedung des Patienten beitragen. Der Patient fühlte sich übervorteilt und unzureichend informiert, auch wenn der Hautarzt sein Verfahren als systemgerecht verstand.

72 € für Früherkennung von Risikofaktoren des Schlaganfalls und Herzinfarkts

Eine 79 Jahre alte Dame geht zu ihrem Augenarzt, um sich eine Überweisung für eine Operation des grauen Stars auf dem linken Auge zu holen, die in einer anderen Praxis ambulant erfolgen soll. Sie fühlt sich dabei zu einer Untersuchung zur Früherkennung von Risikofaktoren



Berichte der Patientenombudsleute 2010

durch Gefäßanalyse in Höhe von 72 € überredet. Sie unterschreibt eine entsprechende Erklärung, ohne genau zu verstehen, was das bedeutet und ohne jemals ein Ergebnis mitgeteilt zu bekommen. Rechtlich ist damit zwar alles ordnungsgemäß abgewickelt. Sie hat aber den Eindruck, dass die Untersuchung Voraussetzung für die Überweisung zur ambulanten Operation ist.

Als die Patientin dann zur ambulanten Operation erscheint und von der kostenpflichtigen Voruntersuchung berichtet hört sie, dass alle mit der Operation zusammenhängenden notwendigen Untersuchungen durch die gesetzliche Krankenkassenleistung mitgetragen werden, dass sie also nichts hätte zuzahlen müssen.

Als die Patientin ein halbes Jahr später wegen der Operation des grauen Stars im anderen Auge erneut zwecks Erhalt einer Überweisung in die Augenarztpraxis geht, erlebt sie das Gleiche. Wiederum soll sie – ein halbes Jahr später! – die Untersuchung zur Früherkennung von Risikofaktoren des Schlaganfalls und Herzinfarkts für 72 € durchführen lassen. Dieses Mal weigert sie sich, hat dennoch den Eindruck, dass die Überweisung davon abhängt, – aber sie erhält sie dann ohne Zahlung. Eine Mitarbeiterin nimmt sie vor Verlassen der Praxis in einen Nebenraum und sagt: „Frau ..., dieses Mal müssen Sie es nicht bezahlen“.

Die Patientin beschwert sich bei der Ärztekammer, die für die erste Untersuchung natürlich nur feststellen kann, das alles ordnungsgemäß vonstatten gegangen ist, was ja auch den Tat-

sachen entspricht. Unzufrieden wendet sie sich an den Ombudsmann.

Wollte sie zunächst nur andere vor dem selben Fehler bewahren – sie hatte inzwischen von ähnlichen Fällen erfahren –, so möchte sie nun die 72 € zurück haben. Dazu kann ihr auch der Ombudsmann keine Hoffnung machen. Aber die Dame bleibt weiter am Ball.

Der Ombudsmann nimmt Kontakt mit der Praxis des Augenarztes auf. Der Augenarzt erklärt, dass er nach bestem Wissen und Gewissen die Untersuchung vorgeschlagen habe, dass er sich keinen Fehler vorwerfen lassen müsste, dass alles ordnungsgemäß gelaufen sei und dass er bereit wäre, mit der Dame noch ein klärendes und begründendes Gespräch zu führen. Dieses Ergebnis teilt der Ombudsmann der Patientin mit. Sie möchte auf das Gesprächsangebot eingehen, erhält wenige Tage später einen Termin am Ende einer Sprechstunde, teilt aber der Praxis mit, dass sie das Gespräch in Begleitung des Ombudsmannes führen möchte.

Am Tag vor dem Termin erhält sie einen Anruf aus der Praxis: „Der Doktor hätte zu viel zu tun und für ein solches Gespräch überhaupt keine Zeit.“

Nach sehr vielen, teilweise umfangreichen Telefonaten des Ombudsmannes mit Augenarzt, operierendem Augenarzt, Kassenärztlicher Vereinigung, Ärztekammer und Patientin wurde die Angelegenheit der Rechtsabteilung der Ärztekammer zur weiteren Bearbeitung übersandt.

Beschluss des Deutschen Ärztetages 2006:

Empfehlungen zu IGeL

Der Deutsche Ärztetag hat 2006 Hinweise für das Erbringen individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) verabschiedet. Die Empfehlungen sollen Ärzten dabei helfen, die von den Patienten selbst zu zahlenden Leistungen seriös und verantwortungsvoll anzubieten.

Die Pressemitteilung der Bundesärztekammer „Ärztetag beschließt Empfehlungen zu IGeL“ ist nachzulesen auf der Homepage der Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de).

Bericht Henning Steinberg

Kommunikation: Ein Dauerbrenner in der Patientenberatung

Vorbemerkung: Im Februar habe ich als Nachfolger von Jens-Hinrich Pörksen das Amt des Patientenombudsmannes übernommen. Ich bin immer noch dabei, mich in die vielschichtige Materie einzuarbeiten.

Gehen wir davon aus, dass die Kommunikation dazu dient, etwas zu teilen, mitzuteilen, dass sie die Grundlage für gemeinsame Aktivitäten ist und damit die Grundlage für soziale Handlungen, wird deutlich, welcher Schatz hier zu heben oder vor Gefährdungen zu bewahren ist.

Mit dem Begriff Kommunikation geht oft der Begriff „Austausch“ einher. Er beschreibt ein gegenseitiges Geben und Nehmen. Distanzen werden beschrieben oder überwunden. Gedanken, Meinungen, Vorstellungen werden geäußert und gleichsam vom Absender zum Empfänger geschickt.

Im Gesundheitssystem ist die Kommunikation alltäglich – erst bei Missverständnissen und Pannen wird sie problematisiert – und es verwundert nicht, dass im Alltag der Ombudsleute Kommunikationsfragen eine große Rolle spielen. Gehen wir von 1.071 Fällen in 2010 aus, werden davon 265 mit Kommunikationsproblemen in der Statistik geführt.

Einige Beispiele:

Der Augenarzt begrüßt seine Patientin mit einer ganz schlichten Frage: „Wie geht es Ihnen?“. Die Antwort lautet: „Mir geht es schlecht.“. Der Arzt entgegnet: „Ihnen geht es nur immer schlecht.“. Was der Arzt als nüchterne Frage auf der Sachebene gemeint haben mag, landete bei der Frau auf der Appell-Ebene (hilf mir doch endlich), der sich wiederum der Arzt entzog und es bei der Beziehungsebene beließ. Die Patientin vermisste im Gesprächsverlauf die Sachebene, die nach dem Grund der Beschwerden fragt – aber den kannte der Arzt eh schon, und er war seine eigene Hilflosigkeit und das Gejammer der Patientin leid – verständlich, aber für die Patientin kränkend.

„Für Sie bekomme ich im Quartal 27 €, was glauben Sie, was ich dafür leisten kann?“

Mit solchen oder ähnlichen Begrüßungen werden Patienten zunehmend in Facharztpraxen konfrontiert. Es ist ja verständlich, dass viele

Fachärzte mit ihrer wirtschaftlichen Situation nicht glücklich sind – diesen Unmut als Sachinformation dem Patienten vor die Füße zu legen, beschädigt aber das Vertrauensverhältnis des Patienten zur Ärztin/zum Arzt. Solche Menschen rufen häufig sehr traurig bei den Ombudsleuten an, die in oft langen Gesprächen den Hintergrund dieser Aussagen erklären.

Aufgebracht ruft die Tochter einer sehr alten Mutter an: „Der Hausarzt hat in die Fixierung meiner Mutter eingewilligt.“ In diesem Fall gab es gar keine Kommunikation. Beim Besuch der Mutter stand die Tochter vor vollendeten Tatsachen. Aufgabe des Ombudsmannes war es, zu recherchieren und schließlich der Tochter zu einem Gespräch mit dem Arzt zu verhelfen.

Auch ohne Kommunikation mit dem Arzt lief eine Interaktion im Wartebereich des Arztes ab. Die Betreuerin einer Patientin, in diesem Fall ebenfalls die Tochter, wollte mit dem Arzt über den Gesundheitszustand der Mutter sprechen, die zeitnah in ein Pflegeheim gezogen war. Die Praxismitarbeiterin trug dem Arzt das Anliegen vor – sie übergab der Betreuerin eine Überweisung zum Lungenfacharzt und ein Rezept für ein angstdämpfendes Medikament. In diesem Fall wurde die Ärztekammer angeschrieben, der Fall wurde an den Ombudsmann weitergeleitet, der in der Praxis anrief und der medizinischen Fachkraft die Einlassung vortrug.

Nach Rücksprache mit der Betreuerin wurde deutlich, dass ihr dies Vorgehen nicht ausreicht



Berichte der Patientenombudsleute 2010

– daraufhin wurde der Arzt angeschrieben und um einen Anruf bei der Tochter gebeten.

Geschichten dieser Art lassen sich beliebig lange darlegen. Sie betreffen das Arzt-Patienten-Verhältnis, in dem sich die Patienten zunehmend darum bemühen, vom Arzt als Gegenüber in Augenhöhe wahrgenommen zu werden.

Problematisch wird die Kommunikation, wenn Aussagen gemacht werden, die hinterher nicht belastbar sind:

Eine Patientin hatte in Hamburg einen Unfall. Sie wurde in eine Klinik eingewiesen und sollte nach erfolgreicher Behandlung den Heimweg antreten. An eine Reise mit öffentlichen Verkehrsmitteln nach Travemünde war auf Grund ihres Zustands nicht zu denken. Man sicherte der Frau im Krankenhaus die Kostenübernahme für die Fahrt mit einer Taxe durch die Kasse zu. Die Kasse lehnte die Kostenübernahme ab. Es folgte ein umfangreicher Schriftwechsel über die Ärztekammer, der Ombudsmann wurde eingeschaltet. In einem eingehenden Gespräch mit der Versicherung wurde eine Einzelfallmaßnahme ohne Rechtsanspruch vereinbart.

Kompliziert ist die Kommunikation auch dann, wenn nicht umfassend informiert wird:

Eine Patientin (Hartz IV) bekam eine Milchpumpe verordnet und wurde in der Apotheke augenscheinlich nur gefragt, ob sie diese für beide Seiten wünsche. Sie bejahte und wurde bei der Rückgabe mit einer Zuzahlungsforderung in Höhe von 30 € konfrontiert. Nach Rücksprache mit der Krankenkasse und einem Gespräch mit dem Ombudsmann konnte erreicht werden, dass die Apotheke ihre Forderung niederschlug.

Auch für Menschen, die die deutsche Sprache nicht beherrschen, gibt es Probleme:

Ganz entrüstet der Anruf eines Mannes, der sich darüber beschwert, dass der behandelnde Arzt seiner Frau deren Enkeltochter als Übersetzerin ablehnte. Es braucht viel Zeit und Geduld, um dies Verhalten zu erklären. Gut, wenn wir dann noch auf die Initiative „Mit Migranten für Migranten“ verweisen können oder auch Hilfestellung dabei leisten, einen muttersprachlichen Arzt zu finden.

Ganz schwierig wird die Kommunikation dann, wenn sie dazu dient, einen eigenen Vorteil zu gewinnen:

Bei der Durchsicht der Unterlagen nach Einweisung der Mutter in ein Heim für Demente stellte die bevollmächtigte Tochter fest, dass ihre Mutter im Vorjahr dem behandelnden Arzt beträchtliche Beträge (mehr als 10.000 €) überwiesen hat. Nach Rücksprache mit der Rechtsabteilung der Ärztekammer wird deutlich, dass sich daraus kein Fehlverhalten des Arztes ableiten lässt.

Kommunikation: Dazu gehört auch das Verhalten eines Kinderarztes, der einen 12-jährigen wieder nach Hause schickte (Fußweg 3 km), weil er seine Versichertenkarte vergessen hatte. Der Junge hatte Halsschmerzen und die Mutter, die mit den Kindern seit 1995 bei diesem Arzt verankert ist, war betroffen.

Was Not macht:

- Wenn einfach keine Gespräche mit Ärzten, vor allen Dingen in Kliniken, zustande kommen.
- Wenn man bei den Kassen keine klaren Auskünfte bekommt und oft erst auf Umwegen herausfindet, welche Leistungen einem zustehen.
- Wenn man den Eindruck hat, in einer Praxis nicht gelitten zu sein, weil man zu oft Hilfen in Anspruch nehmen muss.
- Wenn eine Mitarbeiterin ohne Arztkontakt die Verlängerung einer Krankschreibung ablehnt.
- Wenn Arztbriefe nicht geschrieben oder dem Patienten zugänglich gemacht werden und immer wieder auf PC-Probleme, Urlaube etc. verwiesen wird.
- Wenn Patienten sich als kleines Teil in einem großen System erleben, welches seine Probleme hat, und erfahren, dass in den Medien von riesigen Erfolgen in der Forschung berichtet wird und immer neue Verfahren zur Heilung eingesetzt werden, das Geld aber nicht reicht, um so viel Medikamente verordnet zu bekommen, wie sie im Quartal brauchen.

Berichte der Patientenombudsleute 2010

Besonders schwierig waren die Gespräche mit Menschen, die sich als „Missbrauchsoffer“ vorstellten und darüber klagten, dass sie keinen Arzt finden und sich von den Institutionen nicht ernst genommen fühlten. Bei geduldiger Nachfrage wird dann deutlich, dass schon mehrere Ärzte aufgesucht worden sind, dass Fahrtkosten durch halb Deutschland bezahlt wurden – und dennoch reicht dies nicht, weil einfach Menschen fehlen, die zuhören, weil die Sehnsucht nach Aufmerksamkeit nicht gestillt wird. In solchen und ähnlichen Fällen werden die Ombudsleute zu Seelsorgern – und das ist gut so.

Tausendfach ereignen sich jeden Tag Interaktionen zwischen Menschen im Gesundheitssystem. Die Arbeit der Ombudsleute macht deutlich, dass es immer um den einzelnen Menschen geht. Dieser steht im Mittelpunkt ärztlicher Bemühungen. Wenn Gespräche mit Patienten als schwierig erlebt werden, kann eine Supervision, eine kollegiale Beratung helfen. In diesem Sinn ist die Arbeit der Ombudsleute eine „Hilfe zum Verstehen“. Patienten, die anrufen, begehen keinen Vertrauensbruch, und die Einlassungen der Ombudsleute wollen als helfend und nicht als störend erfahren werden.

MedFindex – Informationen für Patienten

Damit die Qualität und Aktualität der Daten gewährleistet werden kann, wurde auch 2010 ein Datenabgleich aller Adresseinträge vorgenommen.

Bis zum 31.12.2010 haben sich 8 neue Selbsthilfegruppen für einen Eintrag im MedFindex entschieden.

Im Jahr 2010 wurde insgesamt 273.078 Mal auf die MedFindex-Seiten zugegriffen. Die Zahl der Besucher beträgt für das komplette Kalenderjahr 2010 24.782.

Auf der Homepage des MedFindex werden zur Zeit 331 Adresseinträge und 1.006 Glossareinträge angezeigt. (Caroline Wangari-Dose)



The screenshot shows the MedFindex website interface. At the top, there is a banner with the logo 'medfindex.de' and a photo of people in a medical setting. Below the banner is a navigation menu with the following items: Startseite, Aktuelles, Schlagworte, **Selbsthilfegruppen**, Weitere Links, Wir über uns, Ihr Eintrag bei uns, Kontakt, and Schriftgröße ändern. The main content area is titled 'Selbsthilfegruppen' and contains the following text: 'Hier finden Sie Adressen zu Selbsthilfegruppen in Schleswig-Holstein.' followed by '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 sitting at a desk. Below the main text is a section titled 'Hilfe per Telefon' with a logo for 'Rat & Hilfe für PatientInnen' and the phone number '(0 18 05) 23 55 83'. At the bottom, it says 'Patienten-Ombudsmann/ Frau Schleswig-Holstein e.V.' and 'Gesprächsgebühren 0,14 €/Min.'.

Das Pflegeombudsteam

Das Pflegeombudsteam 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 2010

Bericht Dagmar Danke-Bayer

In der Statistik des Pflegeteams des Ombudsvereins für das Jahr 2010 zeigt sich eine vergleichsweise starke Zunahme in der Rubrik „Angehörige bzw. Pflegenden“ und „Sonstige“, wobei unter „Sonstige“ die Betroffenen selbst oder z. B. Betreuer oder auch Nachbarn etc. zusammengefasst sind.

An der Erhöhung dieser Zahlen wird ein größeres Interesse der Betroffenen bzw. ihnen Nahestehender deutlich, Bedingungen und Sachverhalte rund um das Thema Pflege und Pflege-

versicherung zu hinterfragen bzw. sich Informationen hierzu einzuholen, bevor Anträge gestellt oder Beschwerden geführt werden. Leider ist den meisten Betroffenen die Beratungspflicht der Kassen unbekannt, ebenso wie die bestehenden Pflegestützpunkte, die jedoch bedauerlicherweise noch nicht einmal in allen Kreisen existieren! Hier besteht trotz aller bisherigen Bemühungen - meiner Ansicht und Erfahrung nach - immer noch ein großer Informationsbedarf durch Politik und Kassen.

So meldete sich z. B. ein ehrenamtlicher Betreuer bei mir, der einen 85-jährigen Mann betreut. Um diesen kümmerte sich bisher sehr

Bericht des Pflegeombudsteams 2010

aufopferungsvoll ein benachbartes Ehepaar, außerdem kam regelmäßig eine Haushaltshilfe. Die Nachbarn würden in absehbarer Zeit jedoch nicht mehr in diesem Maße für die Betreuung und Pflege zur Verfügung stehen und andere Verwandte oder Bekannte gab es nicht. Ich riet dem Betreuer, sich wegen eines Antrages auf eine Pflegestufe mit der Pflegekasse des Betroffenen in Verbindung zu setzen und erklärte ihm auch das Procedere und die Voraussetzungen für eine – in diesem Fall meiner Meinung nach mögliche – Einstufung. Auch empfahl ich ihm, gleichzeitig Kontakt zu einem Pflegedienst aufzunehmen und sich nach den Möglichkeiten einer Tagespflege zu erkundigen. Leider gab es vor Ort (Kreis Stormarn) keinen Pflegestützpunkt, bei dem er sich hätte umfassend beraten lassen können.

Dem Betroffenen wurde dann aufgrund des von mir angeratenen Antrags eine Pflegestufe zuerkannt. Ein Pflegedienst, der auch eine Tagespflege unterhielt, wo der alte Herr künftig drei Tage in der Woche verbrachte, pflegte ihn, unterstützt von den Nachbarn am Wochenende und an den übrigen Tagen der Woche, an denen auch die Putzfrau kam. So war es für den alten Herrn möglich, weiter in der ihm vertrauten Umgebung und den ihm vertrauten Menschen (Nachbarin und Haushaltshilfe) zu bleiben.

Leider sind auch weiterhin der Umfang der Pflegeversicherung sowie die Kriterien, die für eine Einstufung in eine Pflegestufe maßgebend sind, viel zu vielen Menschen nicht ausreichend bekannt, so dass oft bei den Betroffenen immer noch viel zu hohe Erwartungen an die Pflegeversicherung bestehen.

So bedingt, wie viele meinen, allein der Besitz eines Schwerbehindertenausweises auch zusätzlich zu einer schweren Erkrankung noch längst nicht immer den Anspruch auf die Zuerkennung einer Pflegestufe.

Einer an Arthritis und an Wasseransammlungen im Gewebe leidenden älteren Dame, die einen Schwerbehindertenausweis über 100 % wegen ihrer Gehbehinderung besitzt, wird weder der

beantragte Treppenlift gewährt, noch wird ihr eine Pflegestufe zuerkannt. Zwar kann sie die steile Treppe in das Obergeschoss ihres Hauses zum Schlafzimmer und Bad nicht mehr bewältigen, ist auf Nachfrage aber ansonsten noch in der Lage, sich weitestgehend selbst zu versorgen, selbständiges Waschen und Ankleiden mit gewissen Einschränkungen, Ernährung, Mobilität im Haus sind noch möglich. Daher kann ich in diesem Fall nur versuchen, der Dame zu vermitteln, dass die Pflegeversicherung nur eine Grundsicherung darstellt, die nur bei Erfüllung ganz bestimmter Kriterien eintritt, die eben bei ihr noch nicht im notwendigen Maße festzustellen sind. Ich kann ihr deshalb nur raten, entweder ihr Haus (evtl. mit Zuschüssen) bedarfsgerecht umbauen zu lassen oder umzuziehen.

Immer wieder kommen auch Fragen wegen eines Widerspruchs zu den Ablehnungsbescheiden der Kassen bei Anträgen auf eine Pflegestufe.

Die Zeitkorridore, die für die einzelnen pflegerischen Verrichtungen zur Verfügung stehen, stoßen bei den Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen immer wieder auf Unverständnis. Zu Recht, wie ich meine. Es ist den Betroffenen unverständlich und kaum zu vermitteln, dass der Tochter oder dem Sohn die Pflege der Eltern im unrealistischen Minutentakt berechnet wird, der mit menschlicher Zuwendung nicht zu vereinbaren ist. Dies ist für professionelle Pflegekräfte eigentlich schon nicht mehr zu leisten, wenn ihre Arbeit für den Pflegebedürftigen und sie selbst noch befriedigend ausfallen soll. Für Laienkräfte, an deren Leistungsvermögen sich diese Zeiten angeblich orientieren, sind sie selbst bei rein wirtschaftlicher Betrachtungsweise nicht nachvollziehbar und mit der im Gesetz geforderten, der Würde des Menschen angemessene Pflege, nicht wirklich zu vereinbaren.

Die schon länger geplante Änderung der Definition der Pflegebedürftigkeit sollte dann auch eine neue realistischere und nachvollziehbare Definition der pflegerischen Tätigkeit mit einbeziehen.

Statistik über die Arbeit der Ombudsleute

Siegrid Petersen

(Kreise: Flensburg, Schleswig-Flensburg, Nordfriesland)

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG/ Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	48	27		20		2	97
Organisation	3	3					6
Verordnungen	7			13			20
Abrechnungen	5	3		9		2	19
Notdienst	3						3
Verdacht auf Behandlungsfehler	17	16					33
Psychosoziales		1			35		36
Rechtsanfragen	1	1		10		7	19
Sonstiges	1	1	10	11		28	51
Insgesamt	85	52	10	63	35	39	284

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen, Vorträge): 14

Klaus Jürgen Horn

(Kreise: Neumünster, Dithmarschen, Steinburg, Pinneberg)

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG/ Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	16	9		1		2	28
Organisation	8	2		1			11
Verordnungen	17	10		12		2	41
Abrechnungen	8	1		7		4	20
Notdienst	1						1
Verdacht auf Behandlungsfehler	8	11					19
Psychosoziales							
Rechtsanfragen	1			1		4	6
Sonstiges	3	1				9	13
Insgesamt	62	34	0	22	0	21	139

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

Andreas Eilers

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

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG / Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	26	16		1		4	47
Organisation	7	7					14
Verordnungen	8	3		43		1	55
Abrechnungen	14	1		7		4	26
Notdienst	3						3
Verdacht auf Behandlungsfehler	33	30	1			6	70
Psychosoziales	3	3			16	2	24
Rechtsanfragen	9	4	4	15	3	19	54
Sonstiges	1				7	4	12
Insgesamt	104	64	5	66	26	40	305

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 22

Henning Steinberg

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

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG / Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	25	21	7	11	4	25	93
Organisation	8	1		1		2	12
Verordnungen	5	3		24	1	1	34
Abrechnungen	2	3		5		1	11
Notdienst							0
Verdacht auf Behandlungsfehler	29	41	2			1	73
Psychosoziales	6	8		4		3	21
Rechtsanfragen	5	7	3	11		1	27
Sonstiges	3			3		20	26
Insgesamt	83	84	12	59	5	54	297 (+ 46*)

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 6

* Altfälle des mit Februar 2010 ausgeschiedenen Patientenombudsmann Jens-Hinrich Pörksen

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	115	73	7	33	4	33	265
Organisation	26	13		2		2	43
Verordnungen	37	16		92	1	4	150
Abrechnungen	29	8		28		11	76
Notdienst	7						7
Verdacht auf Behandlungsfehler	87	98	3			7	195
Psychosoziales	9	12		4	51	5	81
Rechtsanfragen	16	12	7	37	3	31	106
Sonstiges	8	2	10	14	7	61	102
Insgesamt	334	234	27	210	66	154	1025 (+46*)

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 46

* Altfälle des mit Februar 2010 ausgeschiedenen Patientenombudsmann Jens-Hinrich Pörksen

Statistik über die Arbeit des Pflegeombudsteams

Problemfelder	Heim	Ambulan- ter Pflege- dienst	Kranken- haus	Niederge- lassener Arzt/Ärztin	Kranken-/ Pflege- kasse	Angehöri- ge bzw. Pflegende	Sonstige	Kontakte insgesamt
Kommunikations-/ Beziehungsebene	8	1		1		3	2	15
Pflegeleistungen	5	2		1	24	17	3	52
Medizinische Versorgung	4		1	2	2	4	1	14
Betreuung					1	5	1	7
Rechtsfragen	3	4	1	1	5	8	2	24
Sozialversicherung							1	1
Sonstiges						10	15	25
Insgesamt	20	7	2	5	32	47	25	138

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 9

Fallzahlentwicklung

Im Jahr 2010 ist die Anzahl der Beschwerden erstmals zurückgegangen. Dies sind Nebenwirkungen einer für Ende 2010/Anfang 2011 geplanten Informationskampagne. Flächendeckend in ganz Schleswig-Holstein wurden in den Tageszeitungen Flyer des Patientenombudsvereins beigelegt. Aufgrund des hierdurch bedingten erhöhten finanziellen Aufwandes wurden Routinemaßnahmen zurückgestellt. Dies dürfte sich im Jahre 2010 ausgewirkt haben.

Bereits jetzt kann festgestellt werden, dass aufgrund dieser Maßnahme die Patientenombudsleute 2011 erheblich stärker in Anspruch genommen worden sind.

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	162
2010	1071	138

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	127
2010	265	195	106

Vortrag zum Thema Pflegeversicherung

„Im Falle eines Pflegefalles – Vom Antrag bis zum Widerspruch“

Die Pflegeombudsfrau bietet einen Vortrag zum Thema **Pflegeversicherung** an. Neben der Vorstellung des Patientenombudsvereins werden u. a. Inhalte wie Leistungen der Pflegeversicherung, Antragstellung, MDK, Pflegestufen und Hilfebedarf, Formen der häuslichen und stationären Pflege, Hilfsmittel und soziale Absicherung der Pflegenden angesprochen.

Referentin ist Frau Dagmar Danke-Bayer, Diplomsozialpädagogin, Ombudsfrau im Pflegeteam des Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V. Termine können individuell vereinbart werden.

Der Vortrag selbst ist kostenfrei, vom Veranstalter sind lediglich die Fahrtkosten zu tragen.

Weitere Informationen erteilt die Geschäftsstelle des Patientenombudsvereins in Bad Segeberg, Tel. 04551/803-224, -198 (Petra Bogaers, Birgit Rahlf-Meyer).

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Wissen schafft Gesundheit



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) ist das größte Universitätsklinikum im Norden und der einzige Maximalversorger in Schleswig-Holstein. Mit den traditionsreichen Standorten Kiel und Lübeck deckt das UKSH das gesamte Spektrum der modernen Medizin ab. Mehr als 70 Kliniken und Institute leisten klinische Forschung, Diagnostik und Therapie. 2.000 Ärzte und Wissenschaftler – darunter 170 Professoren – und 3.600 Pflegekräfte sind am UKSH tätig. Jährlich werden 280.000 ambulante und 90.000 stationäre Patienten (2.329 Betten) versorgt.

Mit 10.630 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist das UKSH der größte Arbeitgeber Schleswig-Holsteins und – neben den Universitäten Kiel und Lübeck – der größte Ausbildungsbetrieb. Das jährliche Steueraufkommen beträgt 55 Millionen Euro. Zusammen umfassen beide Campus ein Areal von fast 1.000.000 Quadratmetern, was einer Fläche von rund 145 Fußballfeldern entspricht.

Forschung

Die Leistungen des UKSH gehen mit der engen Verknüpfung von Forschung und Krankenversorgung weit über die eines normalen Krankenhauses hinaus. Schwerpunkte der Forschung liegen auf den Feldern Entzündung und Infektion, Onkologie, Klinische Genomforschung, Neurowissenschaften, Endokrine Steuerung und Regulation, Transplantationsmedizin und Biomedizinische Technologien. 2007 zeichnete der Bund die Forschungsgemeinschaft „Entzündung an Grenzflächen“ mit einem der begehrten Exzellenzcluster aus.

Das UKSH konzentriert sich in der Pflegeforschung auf die Schwerpunkte von chronisch und mehrfach erkrankten Menschen, auf die Verbindung des stationären Sektors mit der ambulanten und rehabilitativen Versorgung sowie der Erweiterung der klinischen Aufgaben von Pflegenden.

Geschichte

Hervorgegangen ist das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein aus der Fusion der Universitätsklinika Kiel und Lübeck im Jahr 2003. Der Verwaltungssitz ist Lübeck. An beiden Standorten kooperiert das UKSH mit den dort ansässigen Universitäten, der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Universität zu Lübeck, deren Studenten der medizinischen Fakultät und zahnmedizinischen Fakultät (nur in Kiel) am UKSH ausgebildet werden. Zudem gibt es an beiden Standorten Ausbildungsmöglichkeiten für weitere medizinische Fachberufe wie z. B. Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern und MTAs in der UKSH Akademie – mit rund 650 Ausbildungsplätzen der größte Anbieter für Aus-, Fort- und Weiterbildung dieser Art in Schleswig-Holstein.

Die medizinische Fakultät Kiel gehörte im Jahr 1665 zu den Gründungsfakultäten der Universität Kiel. Auf dem Areal des Campus Lübeck gab es seit 1912 medizinische Einrichtungen. Die Fakultät selbst ist eine Gründung von 1964. Die Universitätsmedizin in Schleswig-Holstein ist verbunden mit Forschern wie Friedrich von Es-march, Hans-Gerhard Creutzfeldt und Friedrich Wegener.

Kompetenzzentren

Kompetenzzentren sind interdisziplinäre campusübergreifende Einrichtungen, in denen sich auf die Therapie ausgewählter Behandlungsspektren spezialisiert wird. Allen Kompetenzzentren ist gemein, dass sie schwerpunktmäßig neben der Patientenversorgung auch Lehr- und Forschungsaufgaben übernehmen, Fortbildungsveranstaltungen durchführen und Öffentlichkeitsarbeit betreiben.

Exzellenzzentrum Entzündungsmedizin

Das Exzellenzzentrum Entzündungsmedizin ist Teil des Exzellenzclusters "Inflammation at Interfaces" des UKSH. Ziel ist die interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit schwerwiegenden chronisch-entzündlichen Erkrankungen (bspw. Schuppenflechte, Rheumatoide Arthritis, Morbus Crohn). Bei diesen Erkrankungen sind oft mehrere Organsysteme gleichzeitig betrof-

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Wissen schafft Gesundheit

fen, sodass eine rein organbezogene Behandlung nicht ausreicht.

Krebszentrum Nord

Das Krebszentrum Nord/Comprehensive Cancer Center (CCC) ist eine Kooperation des UKSH mit schleswig-holsteinischen Schwerpunktkrankenhäusern. Im „Kieler Modell“ werden Vorgaben des National Comprehensive Cancer Networks in die psycho-onkologische Therapie implementiert. Es wird getragen vom UKSH und den Medizinischen Fakultäten der Universitäten in Kiel und Lübeck. Sein Hauptsitz ist am Campus Kiel. Zusammen mit seinen Mitgliedern erreicht das Krebszentrum Nord 70 Prozent aller stationären onkologischen Patienten in Schleswig-Holstein.

Traumazentrum Nord

Das Traumazentrum Nord ist ein Zusammenschluss der traumaversorgenden Kliniken am UKSH. Ziel ist die rasche interdisziplinäre Behandlung verunfallter Personen. Das Traumazentrum Nord ist als überregionales Traumazentrum im Traumanetzwerk Schleswig-Holstein seitens der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zertifiziert und zum berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren sowie dem berufsgenossenschaftlichen Schwerverletztenverfahren zugelassen. An beiden Campus beteiligen sich die Kliniken für Unfallchirurgie und Orthopädie, Neuro-, Mund-Kiefer-Gesichts-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Augenheilkunde, Anästhesiologie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kinderheilkunde, Urologie, Radiologie und Nuklearmedizin.

Universitäres Lungenzentrum Nord (ULZN)

Das Universitäre Lungenzentrum Nord (ULZN) wurde als Verbund des UKSH, des Forschungszentrums Borstel und des Krankenhauses Großhansdorf gegründet. In interdisziplinären Boards organisieren die Partner des ULZN die klinikübergreifende Zusammenarbeit auf den Gebieten der Pneumologie und Thoraxchirurgie. Ziel ist die Behandlung und Forschung auf dem Gebiet der Lungenerkrankungen. Mit insgesamt über 500 pneumologischen und thorax-

chirurgischen Betten und über 30 Spezialambulanzen wird das Angebot einer Maximalversorgung für alle Patienten in der Region erreicht.



Luftaufnahme Campus Lübeck



Luftaufnahme Campus Kiel

Fachzentren am UKSH

Fachzentren sind interdisziplinäre campusbezogene Einrichtungen, in denen sich auf die Therapie ausgewählter Behandlungsspektren spezialisiert wird. Allen Fachzentren ist gemein, dass sie schwerpunktmäßig neben der Patientenversorgung auch Lehr- und Forschungsaufgaben übernehmen, Fortbildungsveranstaltungen durchführen und Öffentlichkeitsarbeit betreiben.

- Brustzentrum
- Gynäkologisches Krebszentrum
- Epilepsie-Zentrum für Kinder und Jugendliche

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Wissen schafft Gesundheit

- Kinderherzzentrum Schleswig-Holstein
- Kinderzentrum
- Referenzzentrum Lebensqualität in der Onkologie (RZLQ)
- Schilddrüsenzentrum
- Shuntzentrum
- Transplantationszentrum
- Tumorzentrum Kiel
- Vaskulitiszentrum
- Zentrum für neuroendokrine Tumoren (NET-Zentrum)

Tochtergesellschaften des UKSH

◆ ZIP – Zentrum für Integrative Psychiatrie

Das Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP gGmbH) ist ein Behandlungszentrum, in dem Menschen mit psychischen Leiden unter psychiatrischen, psychosomatischen und psychologischen Aspekten ganzheitlich diagnostiziert und therapiert werden. Ambulanz, Tagesklinik und vollstationäre Kliniken arbeiten mit niedergelassenen Nervenärzten und anderen Kliniken integrativ zusammen.

- ◆ UKSH Gesellschaft für Informationstechnologie (GfIT)
- ◆ Service Gesellschaft am UKSH
- ◆ MVZ – Ambulanzzentrum der UKSH gGmbH
- ◆ Dialog – Diagnostiklabor Gesellschaft mbH
- ◆ UKSH Akademie

Wissen schafft Gesundheit

Als einziger Maximalversorger Schleswig-Holsteins trägt das UKSH eine wachsende Verantwortung für die Gesundheit der Menschen in unserem Land. Wir sind stolz auf unsere internationalen wissenschaftlichen Erfolge, die unmittelbar auf die Versorgung unserer Patienten wirken. Unsere Partner verlassen sich ebenso wie unsere Patienten auf die Spitzenleistungen unserer Universitätsmedizin. Unter unserem Leitbild „Wissen schafft Gesundheit“ geht das UKSH seinen Weg der Errichtung des Klinikums der Zukunft konsequent weiter.



Prof. Dr. med. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

Fortbildung

Am 25.11.2010 fand eine Fortbildungsveranstaltung für die Patientenombudsleute sowie das Pflegeombudsteam statt zum Thema „**Das Recht auf den eigenen Tod?**“

Rechtsanwalt Dr. jur. Klaus C. Kossen aus Bad Segeberg referierte zu den Fortbildungsschwerpunkten

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfahren

im Lichte der neuen Gesetzgebung und Rechtsprechung seit dem 01.09.2009.

15 Jahre Patientenombudsverein – 15 Jahre Vorsitz Prof. Jansen

Heute ist es üblich, damals war es Neuland. Probleme zwischen Patienten und Leistungserbringern im Gesundheitswesen sollten nicht mehr nur juristisch gelöst werden. Die jetzt bereits in vielen Bereichen praktizierte Idee der Mediation wurde 1996 von der Ärztekammer Schleswig-Holstein und der AOK in die Tat umgesetzt: Sie gründeten den Patientenombudsverein.

Patienten niederschwellig bei ihren Sorgen im Gesundheitswesen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen, ihnen zu helfen, bei Streitigkeiten, in denen Behörden wegen ihrer strengen Vorgaben nicht weiter kommen konnten oder wollten. Dies konnte nur gelöst werden mit einer Person an der Spitze des Vereins, die die Bedeutung dieser Vision erkannte, sich der Aufgabe mit Herzblut und großem Engagement stellen würde. Mit der Übernahme des Vorsitzes im Ombudsverein durch Prof. Jansen mit seiner Fähigkeit zur Einschätzung neuer Situationen sowie zur Gestaltung der Strukturen ließen den Verein, der zunächst nur aus einer, zudem damals auch noch recht ungewöhnlichen Idee bestand, sehr bald eine Größe im Bereich der Patientenhilfen werden. Bereits nach zehn Jahren – für einen Verein keine allzu große Spanne – hatte der Patientenombudsverein in Schleswig-Holstein Fuß gefasst, er war akzeptiert und geschätzt. In anderen Bundesländern gab es Bemühungen, ihn zu kopieren, Vorhaben, die meist an der nicht ganz einfachen Finanzierung scheiterten. Vereine finanzieren sich durch die Beiträge ihrer Mitglieder. So auch der Patientenombudsverein. Die Gründungsmitglieder Ärztekammer und AOK bilden nach wie vor das Rückgrat der Finanzierung, dank Jansens Aktivitäten sind es bis heute 66 weitere Einrichtungen und Einzelpersonen, die sich auch durch ihre Beiträge engagieren.



Prof. Günther Jansen, Vorsitzender des Ombudsvereins

Die Patientenombudsidee stünde ohne ihn nicht da, wo sie jetzt ist. Sein Entschluss, die Verantwortung nach 15-jähriger Tätigkeit als Vorsitzender in jüngere Hände zu geben, muss mit respektvollem Verständnis akzeptiert werden. Es versteht sich von selbst, dass Prof. Jansen die ihm ans Herz gewachsene Ombudsidee nicht zurücklässt, ohne den Entscheidungsträgern bei der Regelung der Nachfolge beratend zur Seite zu stehen. Er hat eine große Sache auf den Weg gebracht, ohne sich selbst dabei groß zu machen. Er selbst hat diese seine Einstellung in einem schriftlichen Beitrag über den Patientenombudsverein einmal so formuliert: „Es muss uns nicht geben, aber solange es uns gibt, dürfen auch noch Viele mit unserer Hilfe rechnen.“ Günther Jansen gibt nun den Vorsitz des Patientenombudsvereins nach 15 erfolgreichen Jahren weiter. Anlass für uns, ihm persönlich viele weitere Jahre Gesundheit und Wohlergehen und seiner Nachfolgerin eine glückliche Hand und viel Erfolg zu wünschen. (H.-P. Bayer, K.-W. Ratschko)

Personelle Veränderungen

Nach 10-jähriger Tätigkeit als Ombudsmann schied **Jens-Hinrich Pörksen** am 28.01.2010 aus seinem Amt aus. Sein Nachfolger wurde Henning Steinberg.

Zum 01.10.2011 scheidet Frau **Katharina Prinz** aus dem Pflegeombudsteam aus. Frau Prinz hat dem Pflegeombudsteam seit 01.07.2002

angehört und insbesondere den nördlichen Bereich Schleswig-Holsteins betreut. Wir danken ihr für ihre langjährige Mitarbeit im Pflegeombudsteam sowie die Unterstützung des Vereins.

Frau **Siegfried Petersen** beendete ihre Tätigkeit am 15.10.2011 (siehe auch Seite 14).

Öffentlichkeitsarbeit

Publikationen

2010 wurden über die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der überbetrieblichen Ausbildung ca. 4.000 mit den Logos und Telefonnummern des Ombudsvereins versehene Mousepads an die ausbildenden Arztpraxen verteilt.

Von den im März 2010 neu gedruckten 250.000 Flyer wurden 75.000 über den Apothekerverband Schleswig-Holstein verteilt, 6.000 Flyer wurden der Zeitschrift „GdP - Deutsche Polizei“ beigelegt, 16.000 Flyer der Märzausgabe des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes und 73.000 Flyer der Mitgliederzeitung des Sozialverbandes Deutschland e. V., Landesverband Schleswig-Holstein.

Weiterhin wurden 3.600 Flyer den CITTI Märkten mit der Bitte um Auslage zur Verfügung gestellt.

Im April 2010 wurde der neue Flyer mit einem persönlichen Anschreiben an die Krankenhausverwaltungen in Schleswig-Holstein versandt. Diese Aktion hatte 7 Neu-Beitritte von Krankenhäusern zum Ergebnis.

Die Flyer wurde im Juni 2010 weiterhin den Vorstandsvorsitzenden der Sparkassen in Schleswig-Holstein mit der Bitte um Auslage in den Filialen zugesandt.

Der Jahresbericht des Vereins Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V. 2009 wurde im Juli 2010 veröffentlicht. Die Themenreihe zur Entwicklung der stationären Versorgung in Schleswig-Holstein wurde mit einem

Beitrag des Verbandes der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e. V. fortgesetzt.

In den Mitgliederzeitschriften der AOK sowie IKK wurden Artikel über den Verein veröffentlicht.

Pressemitteilungen

DAZ.online vom 28.03.2010 zum 1. Schleswig-Holsteinischen Apothekertag und politischen Workshop in Damp mit Prof. Günther Jansen

Interview in der **SHZ** vom 15.05.2010 - „Die Verteidigung der Solidarität - Günther Jansen fordert Gerechtigkeit im Gesundheitssystem“

SHZ vom 11.07.2010 - „Trauerbeflaggung für Kassenpatienten“ - Prof. Günther Jansen

Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Heft 9/2010 - „GKV-Finanzierung: Es fehlt ein verantwortungsvolles und ethisch fundiertes Konzept“ - Prof. Günther Jansen

Teilnahme in Gremien

Seit März 2010 nehmen Ombudsleute an den Sitzungen der Ethikkommissionen mit beratender Stimme teil. Diese Aufgabe haben Herr Eilers und Herr Horn übernommen.

Frau Petersen nimmt an den Sitzungen der MDK-Kommission teil, Frau Danke vom Pflegeombudsteam an den Veranstaltungen des PflegeNotTelefons.

Veranstaltungen und Messen

Der Ombudsverein stelle seine Tätigkeit auf verschiedenen öffentlichen Veranstaltungen vor.

Der Vorsitzende, Prof. Günther Jansen, hielt am 19.01.2010 auf dem Kongress „Vernetzte Gesundheit“ in Kiel einen Vortrag zum Thema „Trends, Entwicklungen und Perspektiven vernetzter Gesundheitsvorsorge“. Gleichzeitig war der Verein mit einem Informationsstand vor Ort.

Weiterhin war der Ombudsverein z. B. auf dem Schleswig-Holstein Tag in Rendsburg vom 04. - 06.06.2010 und – gemeinsam mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein – auf der NORLA vom 09. - 12.09.2010 sowie diversen Ehrenamtssmessen in Schleswig-Holstein vertreten.

Stärkung der Patientensicherheit

Als Vertreterin des Patientenombudsvereins begleitete die Patientenombudsfrau Siegrid Petersen das Projekt der Fachhochschule Flensburg „**Stärkung der Patientensicherheit zwischen Dänemark und Deutschland**“ und stellte dabei die Arbeit des Ombudsvereins vor.

Das Projekt wurde durch die EU-Maßnahme „INTERREG 4 A“ über zwei Jahre (15.04.2009 bis 15.04.2011) gefördert und hatte zum Ziel, die Kommunikation der Experten des Gesundheitswesens zwischen Dänemark und Deutschland zu verbessern.

Dazu gehörte u. a.

- Vergleich beider Ländersysteme in Bezug auf die Patientensicherheit
- gemeinsames Lernen und Entwickeln neuer Strategien zur Verbesserung der Patientensicherheit
- Erarbeitung nachhaltiger Messinstrumentarien und Kontrollmöglichkeiten zur Gewährleistung der Patientensicherheit
- Reduktion der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse in den teilnehmenden Häusern.

Zu den Projektpartnern gehörten die 19 Krankenhäuser der Region Syddanmark, das Klinikum Nordfriesland sowie die Flensburger Krankenhäuser Diakonissenanstalt und Malteser St. Franziskus Hospital. Weitere Projektbeteiligte waren die Syddansk Universitet in Odense und das Center for Kvalitet in Middelfart, die Danske

Patienter sowie die Dänische Gesellschaft für Patientensicherheit und der Patientenombudsverein Schleswig-Holstein.

Während der Projektzeit wurden Instrumente entwickelt, die die Situation der Patienten grenzüberschreitend verbessern. So etwa ein „Critical Incident Reporting System (CIRS)“, das hilft, typische Fehler in der Patientenversorgung zu identifizieren und künftig zu vermeiden. Daneben haben sowohl in Deutschland als auch in Dänemark Kliniken das „IHI Global Trigger Tool“ eingeführt – ein Werkzeug zur Verbesserung von Aktenführung und Arbeitsstrukturen. „Safety Rounds“ – Sicherheitsrunden – arbeiten an Kriterien zur Qualifizierung von Versorgungsleistungen und Mitarbeiterkompetenzen. Auch die Verringerung von Sturzgefahren für Patienten war ein großes Thema.

Am 6. Mai 2011 fand die Projektabschlussveranstaltung mit Vorstellung der Ergebnisse, mit Vorträgen und einer Podiumsdiskussion statt, an der der Vorsitzende des Ombudsvereins, Prof. Günther Jansen, teilnahm.

Auch zukünftig wollen die Projektpartner weiter zusammenarbeiten. Angedacht ist der Aufbau eines dauerhaften grenzüberschreitenden Netzwerkes z. B. mit gemeinsamen Sicherheitsbegehungen in den Kliniken und jährlichen Konferenzen. Der Patientenombudsverein wird im Rahmen seiner Möglichkeiten im Interesse der Patienten diese Arbeit weiterhin unterstützen. (Siegrid Petersen, Patientenombudsfrau)



Podiumsdiskussion anlässlich der Projektabschlussveranstaltung am 06.05.2011

Werden Sie Mitglied!

Werden Sie Mitglied in unserem Verein, um unsere Arbeit für die Rechte der Patienten im Rahmen der Regeln unseres Gesundheitssystems zu unterstützen

An den
Verein Patientenombudsmann/-frau
Schleswig-Holstein e. V.
Bismarckallee 8 – 12
23795 Bad Segeberg

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Verein Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V.

Name, Anschrift

Ich ermächtige den Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V., widerruflich einmal jährlich zu Lasten des Kontos

Kontonummer, BLZ, Kreditinstitut

einziehen.

Ich zahle _____ € als Jahresbeitrag.

Beitragsstruktur: Einzelpersonen mindestens 50 €/Jahr, Institutionen mindestens 125 €/Jahr, Alten- und Pflegeeinrichtungen/Kliniken je Bett bzw. ambulanten Pflegeplatz 1 €/Jahr. Über besondere Beiträge entscheidet der Vorstand.

Ort, Datum, Unterschrift, ggf. Stempel der Institution

Satzung des Vereins

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

§ 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

Gesundheitsinstitutionen:

Ärztammer Schleswig-Holstein, Apothekerkammer Schleswig-Holstein, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Krankenkassen:

AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse, BKK vor Ort, BKK – Landesverband NORDWEST, Innungskrankenkasse (IKK) Nord, Landwirtschaftliche Krankenkasse Schleswig-Holstein und Hamburg, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Schleswig-Holstein

Soziale Einrichtungen:

Arbeiter-Samariter-Bund, Landesverband Schleswig-Holstein e. V., Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Schleswig-Holstein e. V., Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Schleswig-Holstein e. V., Diakonisches Werk Schleswig-Holstein, Selbsthilfegruppe „Der Regenbogen e. V.“, Kiel, Sozialverband Deutschland e. V., Landesverband Schleswig-Holstein

Krankenhäuser:

AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH (Kliniken Heiligenhafen, Kiel, Lübeck, Neustadt, Oldenburg, Preetz), Asklepios Klinik Bad Oldesloe, Damp Holding AG (Ostseekliniken Damp und Kiel, Schlei-Klinikum Schleswig, Reha-Kliniken Ahrenshoop, Damp, Lehmrade, Schloß Schönhagen), DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg, Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg, Fachkliniken Nordfriesland gGmbH (Kliniken Bredstedt, Breklum, Husum), Lubinus Clinicum Kiel, Klinikum Nordfriesland gGmbH (Kliniken Föhr-Amrum, Husum, Niebüll, Tönning), Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital Flensburg, Regio Kliniken GmbH (Kliniken Elmshorn, Pinneberg, Wedel, Pflegezentren Kummerfeld, Elbmarsch), Sana Kliniken Lübeck GmbH, Sana Kliniken Ostholstein GmbH (Kliniken Eutin, Fehmarn, Oldenburg), Segeberger Kliniken GmbH

Andere Gruppierungen:

Apothekerverband Schleswig-Holstein e. V., Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V., Landesverband Schleswig-Holstein, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Landesverband Nordwest e. V., Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft Schleswig-Holstein, Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth, Reinbek, Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V., Landfrauenverband Schleswig-Holstein e. V., Marburger Bund, Landesverband Schleswig-Holstein, Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e. V., Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein e. V., Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e. V.

Pflegeeinrichtungen:

Ambulanter Pflegedienst Wacken und Umgebung, Wacken, Agnes Seniorenresidenz GmbH, Residenz Agethorst, Agethorst, „Bliev to Huus“ GbR, Häusliche Kranken- und Altenpflege, Kaltenkirchen, Das Haus im Park gGmbH, Seniorenheim der Stadt Norderstedt, Norderstedt, Gesundheits- und Krankenpflege zu Hause, Ahrensburg, Haus am Mühlenstrom GmbH, Seniorenzentrum, Schafflund, Haus Berlin gGmbH, Seniorenwohn- und Pflegeheim, Neumünster, Haus Mühlental, Wohnen und Pflege im Alter, Schenefeld, HI Dienstleistungs GmbH, Bad Oldesloe, Ihre Pflegepartner, Lübeck, Kranken- und Behinderten-Service GmbH, Lübeck, Pahlhof, Privates Senioren- und Pflegeheim, Fahrdorf, Seniorenhaus Fürst Bismarck, Ratzeburg, Seniorenheim Am Danewerk, Schleswig, Seniorenresidenz Bad Bramstedt GmbH, Bad Bramstedt, Seniorensitz „Haus Bielenberg“, Breklum-Riddorf, Senioren- und Therapiezentrum „Haus an der Stör“, Itzehoe, Seniorenzentrum 3 Wellen, Damp, SK-mobil GmbH, Bad Segeberg, Stiftung Diakoniewerk Kropp, Kropp.

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

Auflage: 4.000 – Druck : Oktober 2011