

Patientenombudsmann/-frau  
Schleswig-Holstein e.V.

---

# TÄTIGKEITSBERICHT 2011



#### **Impressum**

Herausgeber:

Verein Patientenombudsman/-frau Schleswig-Holstein e.V.

Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg

E-Mail: [ombudsverein@aeksh.org](mailto:ombudsverein@aeksh.org)

[www.ombudsmann-sh.de](http://www.ombudsmann-sh.de)

Telefon: 0 45 51 / 803-224, Telefax: 0 45 51 / 803-188

Mit dem vorliegenden Tätigkeitsbericht erfüllt der Patientenombudsverein die satzungsmäßige Aufgabe des Vorstandes, den Mitgliedern einen jährlichen Tätigkeitsbericht vorzulegen. Der Bericht umfasst das Jahr 2011.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des Autors wieder und spiegeln nicht notwendigerweise die der Redaktion.

Redaktion: Hans-Peter Bayer, Dagmar Danke-Bayer, Nicole Brandstetter, Andreas Eilers, Klaus Jürgen Horn, Regina Klingsporn, Siegrid Petersen, Henning Steinberg  
Koordination: Petra Bogaers, Birgit Rahlf-Meyer

Druck: Grafik + Druck, Kiel

Fotos: Verein Patientenombudsman/-frau Schleswig-Holstein e. V. außer

S. 3: Heide Simonis privat; S. 26: Ärztekammer Schleswig-Holstein,

S. 28: Dirk Schnack privat; S. 30: Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein

## Vorwort der Vereinsvorsitzenden



**Heide Simonis**  
ehemalige Ministerpräsidentin und  
Vorsitzende Verein Patientenombudsmann/-frau  
Schleswig-Holstein

„Die Bundesregierung will die rechtliche Stellung von Patientinnen und Patienten verbessern“, „Bettenabbau in Deutschland gefordert“, „Pflegekatastrophe im Norden“.

So und so ähnlich brisant waren die Schlagzeilen, die darauf hindeuten, dass große politische Auseinandersetzungen im Gesundheitswesen auf uns zukommen. Wenn man sich gerade mal 100 Tage im Amt der Vorsitzenden des Patientenombudsvereins befindet und versucht, sich zurecht zu finden, könnten diese Herausforderungen einen erschrecken.

Aber gemach: So neu sind diese Themen nicht. Schon lange warnen Fachleute vor der Möglichkeit eines Pflegenotstands, wenn nicht mehr Fachkräfte ausgebildet werden, um die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft in den Griff zu bekommen. Das kostet Geld, erfordert genaue Planungen und neue Konzepte.

Alte Menschen dürfen nicht einfach zur Aufbewahrung irgendwo hingeschubst werden. Sie brauchen Zuwendung und qualitative Pflege, die ihnen eine lange Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Auch wenn sie Schwierigkeiten im Alltag haben, haben sie dennoch Rechte. Und auch das Pflegepersonal hat Anspruch auf einen Arbeitsplatz, der nicht die Seele auffrisst.

Vieles ist also schon formuliert, manches muss noch sorgfältig diskutiert und nachjustiert werden. Aber das Ziel ist klar: Das deutsche Gesundheitswesen muss qualitativ und finanziell leistungsfähig bleiben, neue Entwicklungen erkennen und Antworten finden auf die Frage, wie die solidarische Finanzierung garantiert werden kann.

Unsere Ombudsleute sehen sich immer wieder vor die Frage gestellt, wie in Zukunft diese Probleme gelöst werden können. Die Angst, aus Kostengründen nicht mehr die notwendigen Behandlungen zu bekommen, sitzt tief. Schon heute werden rund 170 Milliarden Euro für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aufgebraucht. Viele befürchten, dass dieses nicht ausreicht. Dabei gehen die Menschen davon aus, dass unser Gesundheitswesen besser und effizienter ist als in anderen Ländern. Das stimmt wohl im Allgemeinen, aber nicht im Besonderen und bedeutet auch nicht, dass wir uns nun ausruhen können.

Der Verein Patientenombudsmann/-frau möchte Konflikte zwischen Patienten und Anbietern von medizinischen Dienstleistungen entschärfen und wenn möglich, ohne Gerichtsverhandlung, aus der Welt schaffen. Die Anerkennung für diese ehrenamtliche Arbeit ist groß und wird sehr wohl wahrgenommen. Dazu haben viele beigetragen: die Patientenombudsleute, die Pflegeombudsfrauen, mein Vorgänger im Amt, Professor Günther Jansen, die Mitarbeiter in der Geschäftsstelle in Bad Segeberg, Ärzte, Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen. Seit rund 15 Jahren sind sie kompetente Kenner der „Szene“.

Ihr Wissen und ihre Anerkennung haben auch mir meinen Start erleichtert. Und so bin ich denn hoffnungsfroh, dass auch in Zukunft von ihnen Hilfe kommt, wenn es denn mal hart kommen sollte.

Bad Segeberg, im August 2012

Heide Simonis

# Der Patientenombudsverein in Schleswig-Holstein

## Beratung für Patientinnen und Patienten



Der Patientenombudsverein vertritt seit 1996 die Anliegen von Patienten, Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in Schleswig-Holstein. Die Ombudsleute vermitteln bei Konflikten mit den Akteuren des Gesundheitswesens (Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken, Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen) und wirken auf eine Streitschlichtung hin. Das Ziel ist immer eine Kooperation mit allen Beteiligten, um eine ethisch, rechtlich und finanziell vertretbare Lösung zu finden. Die Beratung durch den Patientenombudsverein erfolgt neutral, unabhängig und kostenfrei.

Im Jahr 2011 waren vier Patienten-Ombudsleute und zwei Pflege-Ombudsfrauen in Schleswig-Holstein tätig.

### Patienten-Ombudsleute

Die Patienten-Ombudsleute informieren, beraten und vertreten die Anliegen der Patienten. Aufgrund ihres beruflichen Hintergrundes handeln die Patienten-Ombudsleute mit seelsorgerischem Feingefühl, kennen aber auch das Gesundheitswesen und sind daher in der Lage, die Sicht aller Beteiligten einzuschätzen. Wenn notwendig, wird den Ratsuchenden eine kostenlose anwaltliche Erstberatung vermittelt oder ihr Anliegen an die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen weitergeleitet.

### Pflegeombudsteam

Das Ziel des Pflegeombudsteams ist, dass die beteiligten Parteien der ambulanten und stationären Pflege unter Vermittlung einer neutralen Person ins Gespräch kommen, um entstandene Probleme zu lösen. Die Pflege-Ombudsfrauen kooperieren dabei zum Beispiel mit den Pflegeberatungsstellen der Kreise oder den Pflegekassen. Verfahren der Heimaufsicht und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) erfolgen ohne Einbeziehung der Pflege-Ombudsfrauen.

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

### § 3 Tätigwerden

(1) Der Patienten-Ombudsmann oder die Patienten-Ombudsfrau wird nach pflichtgemäßem Ermessen tätig, wenn er oder sie durch Eingaben oder in sonstiger Weise hinreichende Anhaltspunkte dafür erhält, dass Angelegenheiten von Patienten rechtswidrig und unzumutbar erledigt werden oder erledigt worden sind. Dabei prüft er oder sie, ob die Angelegenheit bei Würdigung rechtlicher oder tatsächlicher Umstände mit Aussicht auf Erfolg verfolgt werden kann. Beruht die Kenntnis des Patienten-Ombudsmannes oder der Patienten-

Ombudsfrau nicht auf einer Eingabe eines Patienten, so darf er oder sie nur mit dessen Zustimmung tätig werden.

(2) Der Patienten-Ombudsmann oder die Patienten-Ombudsfrau wird nicht tätig, wenn

1. die Behandlung der Eingabe einen Eingriff in ein schwebendes Verfahren, insbesondere gerichtliches, berufsgerichtliches oder Schlichtungsverfahren oder die Nachprüfung einer richterlichen Entscheidung bedeuten würde,
2. es sich um ein rechtskräftig abgeschlossenes Verfahren handelt und das Vorbringen eine Wiederaufnahme

**Regina Klingsporn**  
(Pastorin im Ruhestand)  
Kreise: Flensburg, Nordfriesland,  
Schleswig-Flensburg  
Telefon: 04 61 / 2 59 63

**Siegrid Petersen**  
(Oberin im Ruhestand)  
(bis 15.10.2011)

**Andreas Eilers**  
(Pastor im Ruhestand)  
Kreise: Kiel, Plön, Rendsburg-  
Eckernförde, Segeberg  
Telefon: 0 43 43 / 42 41 62

**Klaus Jürgen Horn**  
(Propst im Ruhestand)  
Kreise: Dithmarschen, Neumünster,  
Pinneberg, Steinburg  
Telefon: 0 48 32 / 55 62 72

**Henning Steinberg**  
(Pastor im Ruhestand)  
Kreise: Herzogtum Lauenburg  
Lübeck, Ostholstein, Stormarn)  
Telefon: 04 51 / 6 13 06 90

**Pflegeombudsteam**

**Dagmar Danke-Bayer**  
(Diplom-Sozialpädagogin,  
Familietherapeutin)  
Telefon: 0 18 05 / 23 53 84

**Katharina Prinz**  
(Seelsorgerin, Diplom-Pädagogin)  
(bis 30. 09. 2011)

des Verfahrens oder eine Abänderung einer getroffenen Entscheidung bezweckt,

3. privatrechtliche Streitigkeiten zu regeln sind, die Eingabe anonym ist,
4. die Eingabe ein konkretes Anliegen oder einen erkennbaren Sinnzusammenhang nicht enthält oder ein solcher nicht ermittelt werden kann,
5. die Eingabe nach Form oder Inhalt eine Straftat darstellt,
6. die Eingabe gegenüber einer bereits beschiedenen Eingabe keine neuen Tatsachen enthält oder

7. der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages oder ein Eingabeausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtages mit der Sache befasst ist.

- (3) Wenn der Patient durch einen bei Gericht zugelassenen Bevollmächtigten vertreten wird, wird der Patienten-Ombudsmann oder die Patienten-Ombudsfrau nur mit dessen Einverständnis tätig.

#### § 8 Rechtliche Stellung

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

## Mit Aufklärung zum Durchblick

Warum umfassende Beratung für Patienten wichtig ist



Andreas Eilers

Dass eine Ärztin und ein Arzt ihre Patienten „über die beabsichtigte Diagnostik und Therapie, gegebenenfalls über ihre Alternativen ... in für den Patienten verständlicher und angemessener Weise informieren ...“, gehört zu den „Grundsätzen korrekter ärztlicher Berufsausübung“ der Berufsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Mit Beschluss des Deutschen Ärztetags in Kiel im Mai 2011 zur Änderung der Musterberufsordnung kommt noch eine neue Bestimmung hinzu, nämlich, dass Patienten „auch über wirtschaftliche Folgen der Behandlung aufzuklären sind“.

Welche Bedeutung diese Grundsätze für Patienten haben, zeigen die verschiedenen Anfragen und Beschwerden, die mich erreicht haben. Man darf bei den Beschwerdeführerinnen und -führern davon ausgehen, dass sie der Ärztin/dem Arzt nicht unbedingt eine mangelnde Aufklärung unterstellen, um ihre Rechnung nicht bezahlen zu müssen. Wenngleich so etwas auch vorkommt, wie ein Arzt aus seiner Praxis berichtet. Gleichwohl haben ihre Erlebnisse auch mit Geld zu tun, besonders wenn es sich um Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) handelt.

### Ausführliche Aufklärung unerlässlich

Bei der Aufklärung zu Individuellen Gesundheitsleistungen kommt es darauf an, die Patienten ausführlich und gründlich zu beraten:

*Eine Frau mit Morbus Recklinghausen muss drei Mal jährlich zur Magnetresonanztomografie (MRT) mit jeweils einer Untersuchung des Oberkörpers und einer des Unterkörpers. Weil sie die beiden Untersuchungen aufgrund der Einnahme eines Kontrastmittels als sehr anstrengend empfindet, fragt sie eine Ärztin des Radiologischen Versorgungszentrums, ob beide Untersuchungen nicht an einem Termin stattfinden können. Antwort: „Das ist mal so und mal so. Sie wollen aber auch alles wissen.“ Die Patientin beschwert sich beim*

*Patientenombudsverein, ich mache der Frau Mut weiter zu fragen, bis sie alles weiß, was sie wissen möchte.*

In einigen Praxen ist es üblich, dass das medizinische Fachpersonal Informationschriften für geplante ärztliche Behandlungen und Operationen verteilt und auch die Aufklärung übernimmt. In der Einwilligungserklärung zur Operation steht der Name des behandelnden Arztes, der die Aufklärung aber nicht vorgenommen hat und nicht anwesend war. Es mag legitim sein, diese ureigene ärztliche Aufgabe an das Praxisteam zu delegieren und für die korrekte Durchführung die Verantwortung zu tragen. Im Sinne der Patienten sollte sich aber die Ärztin/der Arzt die Zeit nehmen, um selbst in die persönliche Situation des Patienten hinein aufzuklären. Mit dem Motto „Fragen Sie Ihren Arzt, wenn Sie etwas wissen wollen“, ist die Aufgabe nicht erledigt.

### Kontroverse Sichtweisen

*Ein Mann beschwert sich darüber, dass er nach einer ersten erfolgreichen Kataraktoperation (Operation des Grauen Stars), für die er in beschriebener Weise aufgeklärt wurde, nicht für eine später folgende Operation des anderen Auges vom Arzt über mögliche Risiken erneut aufgeklärt wurde. Zwar hat er spontan zugestimmt, als der Arzt ihn fragte, ob er*

auch das andere Auge operiert haben wolle, ist aber wegen der Folgen nicht zufrieden. Der Augenarzt sieht in seiner Stellungnahme im Gegensatz zum Patienten die Operationen als Erfolg an, da die Sehfähigkeit beider Augen von 10 bzw. von 30 auf 80 Prozent gestiegen ist. Der Patient muss jetzt damit leben, dass er im Nahbereich nur noch mit einer Brille sehen und arbeiten kann und bei starker Blendung sehr beeinträchtigt ist, was nach der ersten Operation nicht der Fall war. Ob der Augenarzt ihn vor der zweiten Operation noch einmal hätte aufklären müssen, bedarf einer berufsrechtlichen Klärung durch die Ärztekammer.

#### **Operation ohne umfassende Aufklärung**

Eine Frau soll in einer Augenklinik eine Kataraktoperation bekommen. Übliche Informationen und Belehrungen über eventuelle Risiken (Aufklärung?) hat man ihr rechtzeitig zugeschickt. Am Behandlungstag erhält sie kurz vor der Operation von einer Mitarbeiterin des Augenarztes einen Vertrag über eine Leistung, die die private Krankenkasse nicht bezahlt. Zur Kataraktoperation gehöre die Säuberung des Kammerwinkels zur Vermeidung eines eventuell späteren Anstiegs des Augendruckes. Der Arzt halte diese Maßnahme für notwendig und führe sie immer aus (Aufklärung?). Der Vertrag enthält den Hinweis auf die Analogziffern der GOÄ mit dem Steigerungssatz ohne eine Summe der Kosten. Während der kurzen Bedenkzeit wägt die Frau mit ihrem Mann das Risiko von Folgeoperationen ab und unterschreibt, weil ihr das Augenlicht das Wichtigste im Leben ist. Und obwohl sie keine Möglichkeit hat nachzufragen (dass heißt vom Arzt aufgeklärt zu werden), vertraut sie ihm. Als der überweisende Augenarzt ihr hinterher erklärt, dass seiner Meinung nach die Maßnahme überhaupt nicht notwendig war, wendet sich der Mann an den Operateur. Dieser erklärt ihm, was notwendig wäre, könnten andere nicht so beurteilen, denn die Operation würde von ihm durchgeführt. Und auf den Einwand, kurz vor der Operation gebe es keine Möglichkeit nachzufragen, antwortet er, das sei nicht seine Aufgabe, dazu habe er keine Zeit. Das müssten die Ärzte machen, die die Patienten zu ihm schickten. Er würde operieren.

Obwohl diese Leistung am Ende nicht abgerechnet wurde, hat die Ärztekammer die rechtliche Klärung übernommen.

#### **Individuelle Beratung notwendig**

Wenn es ums Geld geht, ist Aufklärung ein besonders sensibles und wichtiges Thema. Was zahlt die Krankenkasse und was nicht? Bei Informationsveranstaltungen begegnet mir häufig die Aussage: „Wenn ich eine neue Brille brauche, muss ich beim Augenarzt 14 Euro dazu bezahlen.“ Die Patienten sind nicht darüber aufgeklärt, dass die Ermittlung der Korrektionswerte einer Fehlsichtigkeit (Refraktionsbestimmung) und die Brillenberatung zwei verschiedene Leistungen sind. Im ersten Fall ist es eine Kassenleistung, im zweiten Fall aber eine IGeL-Leistung. Vertrauen bildendes, korrektes Verhalten des Arztes wäre es, nach der Refraktionsbestimmung dem Patienten zu erklären, dass die weitere Behandlung (Brillenberatung) privat zu zahlen ist und dass dann ein IGeL-Vertrag geschlossen wird.

„Wenn es um Geld geht, ist Aufklärung ein besonders sensibles Thema.“

#### **Beratung über Kassenleistung wichtig**

Eine Frau möchte bei einem Augenarzt die Sehschärfe ihrer Augen überprüfen lassen. Schon vor der Untersuchung erhält sie vom medizinischen Fachpersonal zwei Vordrucke mit Hinweisen auf zusätzliche Leistungen des Arztes, die sie in Anspruch nehmen könnte. Eine beschriebene Leistung ist die Beratung für eine neue Brille. Die Patientin teilt dem Arzt bei der Untersuchung mit, dass sie nur die ermittelten Werte der Sehstärke benannt und zur weiteren Verwendung schriftlich mitnehmen wolle. Der Arzt verweigert ihr das, außer sie würde den Vertrag für die Brillenberatung unterschreiben und 14 Euro bezahlen. Bei ihrer Krankenkasse erfährt die Patientin, dass die Ermittlung der Sehschärfe und die Herausgabe der ermittelten Werte ohne private Zuzahlung zu erfolgen habe. In seiner Stellungnahme führt der Arzt formal korrekt an, dass die Refraktionsbestimmung grundsätzlich über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu Lasten der

Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abzurechnen sei, dort aber nicht bestimmt sei, wie das Ergebnis der Untersuchung den Patienten mitzuteilen sei. Weder das Brillenrezept Muster 8 noch das Privat Rezept kommen hierfür in Frage. Der Arzt könne die Refraktionswerte lediglich als eigene Serviceleistung auf einem Beleg mitgeben, dessen Form ihm überlassen bleibe. Das hat er dann, vermutlich auf Anregung des Ombudsmannes, getan. Aber warum konnte er die Patientin nicht gleich über die Zusammenhänge aufklären und ihr das Ergebnis auf einem Zettel mitgeben?

#### **Mißverständnis Kostenübernahme**

Ein Mann wird nacheinander an beiden Augen wegen des Grauen Stars operiert. Nach der ersten Operation sind ihm keine selbst zu tragenden Kosten entstanden. Bei der ersten Nachuntersuchung der zweiten Operation erklärt ihm der überweisende Arzt, dass die weiteren Nachuntersuchungen kostenpflichtig seien. Der Mann will darüber erst einmal mit seiner Krankenkasse reden. Beim nächsten Besuch kann er das Ergebnis seines Gesprächs

„Konflikte entstehen oft da, wo Patienten und Ärzte unter Zeitdruck handeln.“

dem Kollegen seines Arztes nicht mitteilen, weil dieser ihn nicht zu Wort kommen und ihn schließlich im Behandlungsraum allein lässt, so dass der Patient unbehandelt aus der Praxis geht. Abgesehen von dem mit der Berufsordnung

nicht konformen Verhalten des Arztes hätte er den Patienten darüber aufklären müssen, dass dessen Krankenkasse über die Ärztegenossenschaft keinen Sondervertrag mit der Augenklinik geschlossen hat und deshalb dort die Nachuntersuchungen zu Lasten der Krankenkasse stattfinden müssen. Für die Fahrt dorthin hätte er auch einen Taxischein bekommen können.

#### **Beispiel: Komplikationen mit Nachsorge-Vertrag**

Ähnlich und doch ganz anders ergeht es einer Frau, die auf Anraten ihres Augenarztes ihre Kataraktoperation vorbereitet. Nach der Untersuchung beim Arzt wird ihr beim Empfang eröffnet, dass die Nachsorge 90 Euro koste. Ihr wird ein blanko IGeL-Vertrag zur Unterschrift vorgelegt. Sie ist irritiert, besonders als

sie im Bekanntenkreis und von ihrer Krankenkasse erfährt, dass solche Kosten eigentlich nicht anfallen. Sie hat einen Operationstermin in drei Monaten erhalten, lässt sich aber den Nachsorge-Vertrag wieder aushändigen, der, wie sie meint, inzwischen von anderer Hand weiter ausgefüllt worden sei. Sie wendet sich an den Ombudsmann, der ihre Anfrage an den Arzt zur Stellungnahme weiterleitet.

Der Arzt führt die Problematik der Kostenübernahme aus und erwähnt, dass alle Patienten durch ein Schreiben davon informiert würden. Dieses Schreiben hat die Patientin nach eigener Aussage nicht erhalten. Daraus wird noch einmal deutlich, wie wichtig die persönliche und ausführliche Aufklärung durch den Arzt ist. Nach der Beschwerde der Patientin sieht der Arzt „die notwendige Compliance nicht mehr gegeben“ und kündigt, ohne der Patientin etwas mitzuteilen, den Operationstermin in der Augenklinik. Zwei Tage vor dem geplanten Termin will die Patientin wie vereinbart ihre Unterlagen für die Klinik in der Praxis abholen. In Hörweite anderer Patienten wird ihr die weitere Behandlung aufgekündigt. Die Patientenakte hält der Arzt mit ungerechtfertigten Gebührenforderungen zurück. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein klärt nun den Fall.

Konfliktreiche Situationen entstehen häufig da, wo Patienten und Ärzte unter Zeitdruck handeln. Medizinisches Fachpersonal und Informationsblätter sollen den Aufklärungsvorgang beschleunigen, wenn nicht gar ersetzen. Dabei entsteht der Verdacht, dass manchmal eine nicht mehr seriöse, umfassende Beratung über eine Therapie und die möglichen Alternativen vorgenommen wird, sondern dass mit Marketing-Methoden bestimmte Richtungen vorgegeben werden. Der Patient wird mit den Informationen konfrontiert und hat wenig Möglichkeiten, sie zu verarbeiten und eigene Informationen einzuholen. Es sei denn, er lässt sich einen neuen Termin geben, der dann aber nicht zeitnah ist.

#### **Gynäkologische IGeL-Leistungen**

Eine privat versicherte Frau hat nach der Geburt ihres Kindes einen Nachsorgetermin wegen der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs bei ihrem

Gynäkologen. Von der Sprechstundenhilfe erhält sie einen Informationszettel mit der Bemerkung, dass der Arzt mit ihr darüber sprechen werde. Der Zettel informiert sie unter anderem darüber, dass zur Früherkennung ein neues Verfahren eingeführt wurde, von dessen besserer Qualität der Arzt „absolut überzeugt“ sei, weil es zu einer früheren und besseren Erkennung von Zellveränderungen führe. Diese Methode werde „in den neuesten Richtlinien zur Krebsfrüherkennung“ empfohlen. Wenige Privatkrankenkassen übernehmen die Kosten nicht komplett. Wer mit der Durchführung nicht einverstanden sei, solle es sagen. Verschwiegen wird im Anschreiben, dass auch das herkömmliche Verfahren weiterhin praktiziert wird. Die überaus positive Empfehlung des Arztes steht im Gegensatz zu der Beurteilung des MDK im IGeL-Monitor, wo dieses Verfahren mit „unklar“ bewertet wird. Die Patientin wartet vergebens darauf, dass der Arzt mit ihr darüber spricht. Er beginnt sofort wortlos mit seiner Behandlung. Die Patientin teilt ihm mit, dass sie dieses Abstrichverfahren nicht möchte, ohne mit ihrer Krankenkasse gesprochen zu haben. Der Hinweis des Arztes, dass dieses Verfahren nur 30 Euro teurer sei, konnte sie nicht umstimmen.

#### **Unvollständige IGeL-Verträge**

Ein Ehepaar geht zur Hautkrebsvorsorge zu einem Hautarzt. In der Praxis hängen Hinweise, dass die Untersuchung von den gesetzlichen Krankenkassen

nicht vollständig übernommen werde und einschließlich einer Dermatoskopie, ein spezielles Verfahren, um Hautveränderungen zu sehen, 15 Euro koste. So steht es auch in dem IGeL-Vertrag des Arztes, leider mit einer falschen Nummer aus der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ). Abgesehen davon, dass die Bezahlung ohne Rechnung erfolgte, wird den Patienten suggeriert, dass für eine Untersuchung auf jeden Fall etwas dazu bezahlt werden müsse, was nicht stimmt. Lediglich die Dermatoskopie ist eine IGeL-Leistung, die durchaus sinnvoll für den Patienten sein kann und unter einer eigenen GOÄ-Nummer zu finden ist. Darüber hat der Arzt nicht aufgeklärt.

Nicht nur viele Beschwerden, sondern auch Arbeit bei der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung könnte vermieden werden, würden die Patienten offen und ehrlich, geduldig und ohne Druck aufgeklärt. Aufklärung ist gut investierte Zeit für ein vertrauensvolles Patienten-Arzt-Verhältnis. Übrigens: Die meisten Ärztinnen und Ärzte handeln entsprechend. ■

#### **Kontakt:**

Andreas Eilers

Telefon: 0 43 43 / 42 41 62

„Viele Beschwerden könnten durch umfassende Beratung vermieden werden.“

## Ärztetag 2011: Ärztliche Berufsordnung angepasst

Der Deutsche Ärztetag in Kiel hat 2011 einer umfassenden Novellierung der ärztlichen Berufsordnung zugestimmt. In der Berufsordnung sind die Rechte und Pflichten von Ärzten gegenüber ihren Patienten, den Berufskollegen und der Ärztekammer geregelt.

Geändert wurde unter anderem die Regelung zur ärztlichen Aufklärung von Patienten. Ärzte sind dazu verpflichtet, ihre Patienten vor einer Behandlung aufzuklären. Nach der neugefassten MBO sollen Ärzte ihren Patienten, so weit dies möglich ist, nach dieser Aufklärung ausreichend Bedenkzeit einräumen.

Eine weitere Änderung bezieht sich auf sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen. Ärzte müssen künftig ihre Patienten vor einer Behandlung schriftlich über die Höhe der Kosten informieren, die erkennbar nicht von der Krankenversicherung oder einem anderen Kostenträger erstattet werden.

(Auszug Pressemitteilung Bundesärztekammer, 3.6.2011)

## Ombudsleute auch und gerade an der Seite der Ärztinnen und Ärzte

Der Patientenombudsverein als Partner im Gesundheitswesen



Henning Steinberg

Hin und wieder treffen wir Ombudsleute uns in der Ärztekammer Schleswig-Holstein um uns fortzubilden und um Erfahrungen auszutauschen. Bei diesen Treffen steht auch immer mal wieder die Frage im Raum: „Wie mögen uns die Ärztinnen und Ärzte wahrnehmen?“ Von der Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung bis hin zur begrüßten Unterstützung mag die Skala der Einschätzungen reichen. Wir selbst verstehen uns als Schmiermittel in einem an sich gut funktionierenden System, welches hin und wieder Unterstützung braucht. Dass dies auch Ärztinnen und Ärzte betreffen kann, zeigen Beispiele aus der Praxis.

**G**egen Abend ruft mich eine Ärztin an. Sie ist erschrocken über das Auftreten einer Patientin, das sie als gewaltbereit empfunden hat. Was war passiert? Die Patientin musste wegen einer Notfallversorgung unangemessen lange warten und reagierte empört, als die Ärztin nach der Behandlung nur kurz mit ihr sprach, während sie ihr für den Folgetag einen neuen Termin anbot. Wir denken über die Patientin nach und die Gefühle, die sie bei der Ärztin durch ihr Protestverhalten in der Praxis ausgelöst hat. Wir entdecken, dass eine Information im Wartezimmer gut gewesen wäre und empfinden eigene Wut, wenn wir an unangemessen lange Wartezeiten, zum Beispiel auf dem Bahnhof, denken. Die Ärztin entscheidet, die Patientin am nächsten Tag zum Praxisende zu bestellen. Dann hat sie mehr Zeit, da nur noch sie selbst und eine Mitarbeiterin im Hause sind. Zwei Tage später ruft mich die Ärztin an und erzählt, dass das Gespräch mit der Frau in einer entspannten Arzt-Patienten-Situation stattgefunden hat. Die Wertschätzung und Zeit, die die Patientin erfahren hat, haben ihr gut getan.

### **Auf notwendige Verordnungen bestehen**

Den Zorn auf eine Krankenkasse spüre ich durchs Telefon, als ein Orthopäde anruft. Er hat einem

Patienten ein spezielles Bett verordnet, welches die Kasse abgelehnt hat. Seit 29 Jahren praktiziere er als Arzt, so etwas habe er noch nicht erlebt. Ich lasse mir die Notwendigkeit für die Verordnung schildern und rufe die Krankenkasse an. Der Zorn des Arztes hat auch bei mir einige Energie freigesetzt, so dass der Vorgesetzte des Sachbearbeiters schließlich im Sinne des Arztes und des Patienten entscheidet und das Bett genehmigt wird.

### **Doppeluntersuchungen vermeiden**

Ähnlich ging es einer Patienten, die sich darüber beklagt, dass eine Untersuchung am Auge wiederholt werden solle, weil die Befunde der ersten Untersuchung verloren gegangen seien. Ich rufe den behandelnden Augenarzt an, der mir erklärt, dass er die Frau vor etwa neun Wochen zur Befundung in eine Klinik geschickt habe. Trotz mehrmaliger Nachfrage habe er keine Untersuchungsergebnisse bekommen. Er wurde mit dem Hinweis auf Krankheit und Urlaub des mit der Untersuchung Beauftragten vertröstet. In der Sorge um das Wohl der Patientin habe er sich entschlossen, eine erneute Untersuchung durchführen zu lassen.

Da diese für die Patientin (Jahrgang 1928) mit erheblichen Mühen verbunden wäre, einigten wir uns, dass ich versuche, an die Unterlagen zu kommen. Mit den Patientendaten ausgestattet rief

ich in der Klinik an. Nach zahlreichen telefonischen Vertröstungen über mehrere Tage erreichte ich endlich die telefonische Zusage, dass die Untersuchungsergebnisse an den behandelnden Arzt geschickt würden. Drei Tage später bestätigte dieser den Eingang der Unterlagen. Der Patientin ist eine Untersuchung, die sie selbst als belastend empfunden hätte, und ein Fahrweg von gut 90 Kilometern erspart geblieben.

### **Verordnungen über die Medizin hinaus**

„Mein Frauenarzt hat mir geraten bei Ihnen anzurufen. Sie sollen mir sagen, was ich sonst noch alles in Anspruch nehmen kann.“

Die Patientin war an einem Tumor erkrankt, war operiert worden und hatte eine Reha hinter sich. Nun sollte ich herausfinden, ob das Gesundheitssystem etwas bereit halte, was ihr gut täte. Der Anruf war wie ein Hilfeschrei: Alles, was die Medizin zu geben hat, habe ich bekommen, aber ich brauche noch mehr. Im Gespräch tasten wir uns langsam an die Werte heran, die das Leben der Patientin bestimmen. Die Frau entdeckt, dass sie viel investiert hat: in die Karriere, in die Kinder. Sie selbst scheint etwas zu kurz gekommen zu sein. Die Gespräche in der Reha haben ihr gut getan. Also finden wir einen Weg zu Menschen, die sich in ihrer Nähe treffen um ihre Erfahrungen in der Gruppe auszutauschen. Der Eindruck des Arztes, dass diese Frau noch mehr braucht, war richtig. Dass sie nach diesem Gespräch einen Schwerbehindertenausweis beantragen wollte, war ein Nebenprodukt. Aber auch wichtig, weil Leib und Seele zusammen gehören.

### **Auskunft durch ein Krankenhaus erwirken**

Im ländlichen Raum macht sich ein Arzt Gedanken über das Ergehen seiner Patientin am Wochenende. Er hat die Frau mit Migrationshintergrund und einem für ihn nicht gesicherten Versicherungsstatus in eine Klinik eingewiesen.

Nun ist er sich nicht sicher, ob die Klinik diese Frau behält, bekommt aber keine Auskunft. Er wendet sich an den zuständigen Ombudsmann, der einen Kontakt zur Klinik herstellen kann und erfährt, dass die Frau in der Klinik behandelt und versorgt wird.

### **Positives Patientenverhältnis trotz Täuschung**

Eine Apothekerin besucht eine Kollegin und bekommt zufällig mit, dass ein Mann ein Rezept vorlegt, der einen Tag zuvor mit der gleichen Verordnung bei ihr war. Diese Rezeptfälschung wäre im Alltagsgeschäft nie aufgefallen.

Der Ombudsmann nimmt Kontakt mit dem behandelnden Arzt auf, der durch das Vorgehen seines Patienten grob getäuscht wurde. Dennoch gelingt es ihm, mit seinem Patienten einen neuen Weg zu finden.

Es gibt sehr viele Ärztinnen und Ärzte, die sich in einem sehr komplizierten System für ihre Patienten einsetzen, die Verbündete suchen, wenn es um Gewährungen von Kuren oder Heilmaßnahmen geht. Die sich auf die Seite der Patienten stellen, wenn sie wegen Verordnungen kritisiert oder gar zur Kasse gebeten werden. Es gibt die Ärztinnen und Ärzte, die sich mit den medizinischen Diensten der Krankenkassen auseinandersetzen, wenn es um Gesundheit und Krankheit geht, hinter denen die Frage nach Krankengeld oder öffentlicher Versorgung steht. Wir Ombudsleute würden uns für diese Aufgabe nicht zur Verfügung stellen, würden wir nicht bei jedem Arztkontakt davon ausgehen, dass wir auf eine solche Ärztin, einen solchen Arzt treffen. In diesem Geist lassen sich manche Dinge besprechen, die im Tagesgeschäft passieren, und es lassen sich manche Missverständnisse klären, die auch zum Leben dazu gehören. ■

„Es gibt sehr viele Ärztinnen und Ärzte, die sich für ihre Patienten einsetzen.“

### **Kontakt:**

Henning Steinberg

Telefon: 04 51 / 6 13 06 90

## Einsicht für Einsichtnahme in Krankenunterlagen?

Patienten haben ein Recht auf Einsicht in ihre Krankenakte



Klaus Jürgen Hron

15 Mal fragten mich die Patienten um Rat zu den Themen "Einsicht in Krankenunterlagen oder Arztberichte". Sie werden den Patienten in einem Umschlag für den überweisenden Hausarzt mitgegeben. Grundsätzlich ist das Recht der Patienten, Einsicht in ihre Krankenunterlagen zu erhalten, unbestritten. Sie haben ein Anrecht darauf, ohne dass sie ein besonderes Interesse erklären oder nachweisen müssen. Die Original-Unterlagen sind Eigentum des Arztes oder des Krankenhauses und daher zum dortigen Verbleib bestimmt. Für den Patienten besteht das Recht auf Herstellung und Überlassung von Kopien. Die Kosten für die Überlassung muss der Patient selber tragen. Das Recht auf Einsicht ist unbestritten, auch wenn nicht jede Einsicht hilfreich ist.

*Eine Patientin berichtete, dass ein Arzt, den sie nach dem Ergebnis ihrer Untersuchung fragte, mit den Worten reagierte: „Mit 11,34 Euro werde ich für die Behandlung bezahlt, nicht fürs Schnacken“. Eine Erläuterung der Untersuchungsergebnisse habe der Arzt nicht durchgeführt. Meine Nachfrage, ob ich mit dem Arzt darüber reden solle, verneinte die Patientin. Ziel des Anrufs sei gewesen, sich einmal Luft zu machen, in der Hoffnung, dass der Ombudsmann die richtige Adresse wäre, dieses ärztliche Verhalten irgendwann einmal öffentlich zu machen.*

Der heutige Patient und Mensch braucht Verständnis- bzw. Erklärungshilfen für eine Fachsprache, die selbst jemand mit Lateinkenntnissen nicht immer ohne Weiteres versteht. Wenn es erst um die Ergebnisse einer Laboruntersuchung geht, dann trifft es noch mehr zu. Auch wenn man sich durch das Internet googelt, ist das erläuternde Wort des Arztes zu der „bei mir vorgefundenen“ Diagnose eine notwendige Bringschuld – im Zeitalter von Transparenz und Vertrauen und Empathie.

### **Musterbrief**

Von diesem Recht machen die Patienten Gebrauch, ein Zeichen für die Zunahme der Mündigkeit des Patienten. Auf ärztlicher Seite scheinen bei den

von mir bearbeiteten Fällen sowohl aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht oder aus der Sorge von Mehrarbeit Vorbehalte zu bestehen. Wenn die Bitte um Einsichtnahme mündlich geäußert wurde, dann wurde sie leicht überhört. So ist jedenfalls die Erfahrung oder Einschätzung der Patienten. Den meisten Anrufenden sende ich dann einen von meiner Vorgängerin übernommenen „Musterbrief für die Einsicht in Krankenunterlagen“, den die Patientinnen nach ihren Bedürfnissen benutzen können. Ob der Brief tatsächlich immer eingesetzt wird, entzieht sich meiner Kenntnis, da ich meist keine Rückmeldungen erhalte. Wenn Krankenhäuser und Kliniken betroffen sind, dauert die „Bearbeitung“ auch Wochen und Monate.

### **Einsicht in einen Krankenhausbericht**

*Eine 80-Jährige war im September 2011 nach einer Bein- und Hautverletzung mit dem zusätzlichen Verdacht auf eine Infizierung mit einem Keim in eine Hautklinik überwiesen worden. Glücklicherweise konnte sie nach drei Tagen wieder entlassen werden. In dem ihr mitgegebenen vorläufigen Arzt- und Krankenbericht mit den Untersuchungsergebnissen, den sie für die weiterbehandelnde Ärztin „dringend“ benötigte, stellte sie gravierende Fehler fest, um deren schriftliche Korrektur sie die Klinik direkt bat. Es waren Behandlungen dokumentiert, die ihr nicht*

zuteil geworden waren. Als das keinen Erfolg zeigte, wandte sie sich im Oktober an den Ombudsmann. Diesem fiel auf, dass in dem Bericht auch der Name einer ganz anderen Patientin stand. Das nährte den Verdacht, dass hier einiges durcheinander gekommen war. Die resolute 80-Jährige, die beruflich im Vorzimmer eines Chefs gearbeitet hatte, nannte den Bericht „eine einzige Lüge“.

Der Ombudsmann erhielt von der Beschwerdebeauftragten der Klinik einen freundlichen Bestätigungsbrief der Eingabe mit folgenden gut zu hörenden (vertröstenden?) Worten: „Wir bedanken uns für Ihre Rückmeldung. Die Anliegen unserer Patienten und ihrer Angehörigen nehmen wir sehr ernst. Sie weisen uns auf unsere starken und auch schwachen Stellen hin und geben uns damit die Chance, unsere Leistungen zu überprüfen und im Rahmen unserer Möglichkeiten auch zu verbessern. Nach Erhalt der Stellungnahme werde ich mich umgehend wieder bei Ihnen melden. Es tut mir sehr leid, dass Frau ... ihren stationären Aufenthalt als unbefriedigend wahrgenommen hat, ...“. Die „umgehende“ Rückmeldung erfolgte Ende Februar 2012 – nach 4 Monaten. Das ist auch total unbefriedigend.

Um dieser Sache Willen griff ich 14 Mal zum Telefonhörer, schrieb drei Mal Erinnerungsmails an die Beschwerdebeauftragte und an das Vorzimmer des zuständigen Chefarztes.

Die 80-Jährige war am Ende zu 95 Prozent mit dem verbesserten Krankenbericht zufrieden, um 5 Prozent wollte sie nicht weiterkämpfen

#### **Auskunftsbegehren in einem Therapiezentrum**

Bei diesem Fall geht es um eine Pflegeeinrichtung, in der ein angestellter Arzt arbeitet.

Ein seit 18 Jahren sich im Wachkoma befindlicher Patient, der schon in mehreren Pflegeeinrichtungen war, war zuletzt zwei Jahre lang in einem privaten Therapiezentrum. Durch den dort angestellten Arzt wurden verschiedene Untersuchungen durchgeführt. Der Patient sollte nun in eine andere Einrichtung verlegt werden. Die mit der Betreuung beauftragte Mutter versuchte, die Untersuchungsberichte zur Vorlage in der neuen Einrichtung zu erhalten.

Der Inhaber der Einrichtung, zugleich Heimleiter,

weigerte sich. Er war der irrigen Meinung, die Berichte seien sein Eigentum; er habe sie bezahlt von „seinem“ Geld, der Arzt sei sein Einrichtungsarzt.

Die Mutter hatte versucht, mit Hilfe eines Anwalts und mit Beschwerden bei der Heimaufsicht in verschiedenen Kreisen, weil der Inhaber mehrere Einrichtungen betreibt, zum Ergebnis zu kommen. Ohne Erfolg.

Sie wandte sich an den Ombudsmann. Der traf zunächst auch auf einen hartleibigen Heimleiter. Der Arzt, der die Untersuchungen gemacht hatte, sah übrigens keine Probleme, die Berichte weiterzugeben! Erst der Hinweis auf die Berufsordnung für Ärzte (§ 10,2) und der ausdrückliche Hinweis, dass der behandelnde Arzt und nicht der Heimleiter Herr der Krankenakte ist, sowie die Rückversicherung des Heimleiters beim hauseigenen Rechtsanwalt, brachten die Sinnesänderung. Die Mutter hatte 14 Tage später die Unterlagen in der Hand.

#### **Gründe für eine Einsichtsverweigerung gibt es verschiedene: Arbeitsüberlastung, Vertrauensbruch, Erziehungsmethode**

Eine Ärztin verweigerte einer Patientin die Herausgabe der Unterlagen wegen Arbeitsüberlastung. Und es war nicht nur einmal der Fall, dass die Einsichtnahme als lästige Pflicht angesehen wurde. Es gab auch den Fall, dass die Einsicht in Unterlagen als Vertrauensbruch gesehen wurde: „Wenn Sie mir nicht mehr trauen, dann brauchen Sie nicht wieder zu kommen.“ Ein anderes Mal wurde es als „Erziehungsmaßnahme“ eingesetzt. Ein Patient hatte einen Handunfall im Mai. Da sich bis Dezember kein Behandlungsfortschritt bei Haus- und Facharzt zeigten, bemühte sich der Patient selbst um einen Termin in einer Fachklinik. Als er seine Krankenakte bei seinem Arzt, bei dem er einen Termin versäumt, sich aber entschuldigt hatte, anfordert, verweigert ihm dieser die Herausgabe der Akten: „Sie müssen die Lektion lernen.“ Der Ombudsmann half dem Patienten bei der Einsicht in die Krankenunterlagen. ■

#### **Kontakt:**

Klaus Jürgen Horn

Telefon: 0 48 32 / 55 62 72

## Eine Stimme für Patienten

Meine Arbeit als Patientenombudsfrau - ein Rückblick



Siegrid Petersen

„Wie gut, dass es Sie gibt, Sie haben mir so sehr geholfen. Wie kann ich Ihnen nur danken?“ Solche oder ähnliche Anrufe oder auch Briefe erhalten wir Ombudsleute von dankbaren Patientinnen und Patienten, die sich in ihrer Not an den Ombudsverein gewandt haben. Auf ein 15-jähriges erfolgreiches Bestehen kann der Ombudsverein inzwischen zurückblicken. Jährlich erreichen ihn zirka 1400 Anfragen und Beschwerden. Anfragen und Beschwerden von Patientinnen und Patienten, die Hilfe suchen, um sich im Dschungel des Gesundheitswesens zurecht finden zu können, die ängstlich oder verunsichert sind, frustriert oder betroffen ihre Probleme beschreiben.

**W**ir hören vor allem erst einmal zu, versuchen herauszufinden, welche Hilfe sie benötigen, wie sie unterstützt werden können, aber auch, was sie selber zur Problemlösung beitragen können. Wir ermutigen, ermuntern, stärken, beruhigen, glätten Wogen, informieren und vor allem: Wir vermitteln. Wir nehmen uns Zeit, ein immer wertvolleres Gut im Gesundheitssystem, und nehmen die Sorgen und Nöte, ob groß oder klein, ernst!

Wir beraten telefonisch, setzen uns aber auch schriftlich mit den entsprechenden Gesprächspartnern – z. B. niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhausleitungen, Kranken- und Pflegekassen – in Verbindung. Wenn es notwendig ist, machen wir Hausbesuche oder nehmen bei Krisengesprächen als Mediatoren teil. Aus Erfahrung wissen wir, dass es immer mindestens zwei Seiten „einer Medaille“ gibt, dass heißt um wirklich helfen zu können, ist es notwendig, nicht nur die Darstellung der Patientinnen und Patienten zu kennen, sondern immer auch die „andere Seite“ zu hören, wahrzunehmen und für die Beurteilung der Situation unbedingt mit einzubeziehen.

Wichtig ist dabei, dass wir als unabhängige Gesprächspartner keinerlei Weisungen oder Einflussnahme Dritter unterliegen. Das stärkt das Vertrauen in unsere Arbeit!

Patientinnen und Patienten erleben mit der Beratung, dass sie mit ihren Anliegen ernst genommen werden. Und auch wenn nicht immer das gewünschte Ergebnis erreicht werden kann – weil zum Beispiel gesetzliche Vorgaben dieses nicht zulassen – so können wir doch aufklären und Verständnis wecken, so dass die Hilfesuchenden spüren, dass sie mit ihren Problemen nicht allein gelassen werden. Ärztinnen und Ärzte, Kranken- und Pflegekassen, medizinische und pflegerische Einrichtungen erfahren, dass es uns Ombudsleuten immer um Vermittlung geht, immer um die Suche nach der bestmöglichen Lösung. Dass dieses gelingt, erkennen wir an der zunehmenden Akzeptanz des Ombudsvereins, an den dankbaren Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten und daran, dass immer häufiger auch Ärztinnen und Ärzte und Mitarbeitende der Kranken- und Pflegekassen sich an uns wenden.

„Wenn es den Ombudsverein nicht schon gäbe, müsste er erfunden werden“, so beschrieb es der Präsident der Ärztekammer Dr. Bartmann zum 10-jährigen Jubiläum des Vereins.

Dieses kann ich nach meiner fünfjährigen Tätigkeit als Patientenombudsfrau aus voller Überzeugung bestätigen! ■

*(Da Frau Petersen ihre Tätigkeit im Jahr 2011 beendet hat, stehen an dieser Stelle keine Kontaktdaten.)*

# Kommunikation - ein oftmals schwieriges Unterfangen

## Gelungene Kommunikation führt zu mehr Zufriedenheit

Vergleicht man die Zahlen der Statistik 2011 und 2010 so kann man eine erhebliche Zunahme der Fallzahlen feststellen. Diese ist mit Sicherheit auf die Aktionen mit verschiedenen Tageszeitungen in Schleswig-Holstein zurückzuführen. Der Erfolg dieser Aktionen zeigt einerseits, dass der Bedarf nach Beratung durch den Ombudsverein trotz des vermehrten Angebots an Pflegestützpunkten weiterhin besteht. Dass aber andererseits das Thema als solches es immer wieder notwendig macht, mit gezielten Aktionen auf unser Beratungs- und Schlichtungsangebot hinzuweisen. Die Statistik zeigt auch, dass weiterhin die Leistungen der Pflegeversicherung den absoluten Schwerpunkt in der Beratung durch das Pflegeombudsteam bilden. Ein weiterer Schwerpunkt liegt im Bereich der Kommunikations- und Beziehungsebene vor allem bei den stationären Einrichtungen.



Dagmar Danke-Bayer

**K**ommunikation aller Beteiligten miteinander ist ein oftmals schwieriges Unterfangen, da hier Menschen mit unterschiedlichen Sichtweisen, Gefühlslagen und Interessen aus unterschiedlichen häufig sehr belasteten Lebenssituationen heraus in einem gemeinsamen Bereich agieren, nämlich in der Fürsorge für einen pflegebedürftigen Menschen. Dieser hat wiederum ebenfalls zu all diesen Menschen unterschiedliche Beziehungen und ganz individuelle Geschichten dazu. Das führt nicht selten zu einer Gemengelage von offenen und verdeckten Konflikten, die die Betroffenen nicht selten wegen eigener Verletzlichkeiten an einer angemessenen Reaktion hindern.

Kommunikation wird daher immer wieder zu einem Thema in meiner Arbeit als Pflegeombudsfrau, und zwar in allen Bereichen. Ob das die Kommunikation zwischen Pflegeheimen und Angehörigen betrifft, zwischen Pflegekassen und Mitgliedern/Angehörigen, zwischen ambulanten Pflegediensten und Angehörigen, Betreuern und Pflegebedürftigen/Angehörigen oder auch die Kommunikation der Angehörigen untereinander. Ich möchte diese Thematik/Problematik daher mit ein paar Beispielen in meinem diesjährigen Bericht darstellen.

### **Individuelle Belange ernst nehmen**

Die 81-jährige Mutter von Frau A., Frau K.,

*ist gebrechlich und dement und lebt in einem Pflegeheim. Da die Kinder aus beruflichen Gründen die Mutter nicht so häufig besuchen können, besucht die Bekannte Frau L. im Auftrag der Kinder die Mutter mehrfach in der Woche. Bei einem dieser Besuche stellt Frau L. fest, dass der alten Dame das Gebiss fehlt. Sie findet es schließlich in einer Zimmerecke auf dem Fußboden, zwei Zähne fehlen. Außerdem stellt sie einen Bluterguss am Arm von Frau K. fest. Frau L. unternimmt zunächst nichts, erst am Abend desselben Tages ruft Sie bei Frau A. an und berichtet ihr davon. Frau A. befragt das zuständige Pflegepersonal zu diesem Geschehen. Hier hat man aber keine Erklärung dafür. Frau A. wendet sich an den Heimleiter, da sie den Verdacht hat, dass eine der Pflegehelferinnen ihrer Mutter gegenüber handgreiflich geworden sein könnte. Bestärkt wird sie in diesem Verdacht ihrer Ansicht nach durch die Beobachtung, dass ihre Mutter sich ängstlich zeigte, wenn sie nach einem Besuch ihre Mutter allein im Zimmer zurück lässt. Der Heimleiter, Herr D., weist Frau A.'s Schilderung und ein fehlerhaftes Verhalten des Pflegepersonals zurück und hält Frau A.'s Befürchtungen für unbegründet und eher unglaubwürdig. Frau A. fühlt sich in ihrer Sorge um ihre Mutter nicht ernst genommen, sondern als Verleumderin des Pflegepersonals. Herr D. bietet zwar an, eine Befragung des Personals*

zu veranlassen, die Befragung verläuft jedoch ergebnislos. Frau A. hat jetzt zunehmend den Verdacht, dass etwas vertuscht werden soll und wendet sich an den Patientenombudsverein. Nach Rücksprache mit Herrn D. wird ein gemeinsames Gespräch unter Beteiligung von Frau A., Herrn D. und der Ombudsfrau verabredet.

Herrn D. erlebe ich in seiner Haltung und Sprache als ungewöhnlich aggressiv. Er fühlt sich offenbar durch die Vorwürfe von Frau A. persönlich angegriffen und wertet die Frage nach einem eventuell schuldhaften Verhalten einer Pflegekraft als „Angriff“ auf die Qualität der Heimleitung und

„Angehörige von pflegebedürftigen Menschen fühlen sich oft hilflos und unverstanden.“

Pflege insgesamt. Hintergrund für diese Haltung ist, wie sich im Gesprächsverlauf herausstellt, folgender Sachverhalt: Das Heim hatte bis vor ein paar Jahren noch einen sehr schlechten Ruf und stand wohl kurz vor der Schließung. Mit der Einstellung von Herrn D. als Heimleiter hat sich vieles zum Positiven verändert, so dass das Heim jetzt wieder einen guten Ruf genießt. Diese Entwicklung sieht Herr D. wohl zu recht als den Verdienst seiner Tätigkeit als Leiter dieser Einrichtung an, was ihm auch von Frau A. zugebilligt wird. Obwohl der Erfolg seiner Arbeit also offensichtlich ist und auch gewürdigt wird, gelingt es Herrn D. nicht, mit kritischen Fragen zur Arbeitsweise einzelner Pflegekräfte adäquat umzugehen. Er wertet diese Fragen als Kritik an

„Ein rechtzeitiges Kommunizieren wäre hilfreich und würde die Eskalation oft frühzeitig abwenden.“

seiner Person und seiner Arbeit und fühlt sich in seiner persönlichen Ehre verletzt. Statt also Verständnis für die Sorge von Frau A. um das Wohl und die adäquate Pflege ihrer Mutter zu zeigen und mit ihr gemeinsam nach einer Klärung ihrer Frage zu suchen, unterstellt er Frau A., mutwillig und unberechtigt dem Heim schwere Mängel in der Pflege und damit ein persönliches Versagen seinerseits vorzuwerfen. Es bedarf deshalb eines langen und sehr intensiven Gesprächs, um die verschiedenen Empfindlichkeiten und Sachverhalte auseinander zu dividieren und verschiedene mögliche Szenarien des tatsächlichen Geschehens zu rekapitulieren, das jedoch im Nachhinein

nicht mehr endgültig aufgeklärt werden kann. Zum Beispiel besteht natürlich auch die Möglichkeit, dass Frau K. selbst das Gebiss auf den Boden geworfen hat oder es Frau L. hinuntergefallen ist und ihr der entstandene Schaden unangenehm war. Zuletzt war es Herrn D. jedoch möglich, Frau A. gegenüber sein eigenes Verhalten als unangemessen zu erkennen und zuzugeben und andererseits Verständnis für ihre Sorge um ihre Mutter zu äußern. Frau A. andererseits konnte zumindest nachvollziehen, warum Herr D. so heftig und abweisend auf ihr Nachfragen reagiert hatte. Da sie eigentlich mit dem Heim und der dort geleisteten Arbeit bis dahin zufrieden war, hofft sie für die Zukunft auf eine bessere Kommunikation mit Herrn D.

#### Zufriedenheit durch Verständnis

Leider wird mir immer wieder vorgetragen, dass kritisches Nachfragen von Angehörigen in Pflegeheimen, sei es berechtigt oder unberechtigt, oft von vornherein als ungerechtfertigte Kritik und unangemessene Einmischung von Dritten gesehen wird und immer wieder entsprechend unangemessen heftig darauf reagiert wird. Dies führt jedoch bei den Angehörigen dazu, dass sie sich überhaupt nicht mehr trauen, nachzufragen, ihre kritische Haltung sich eher noch verstärkt und so nach außen getragen wird. Würde den Angehörigen vom Pflegepersonal oder der Heimleitung vermittelt, dass man Verständnis hat für die Sorge um den Angehörigen, ließen sich manche Anliegen mit einem Gespräch oder manchmal auch nur relativ einfachen Gesten und Veränderungen aus der Welt schaffen und eine größere Zufriedenheit letztendlich auf beiden Seiten erreichen.

#### Verständnis zeigen

In einem anderen Fall meldet sich Frau B. bei mir. Ihre Mutter liegt seit fünf Jahren im Koma. Sie befindet sich in einem Pflegeheim. Frau B. besucht ihre Mutter jeden Tag. Sie reicht ihr regelmäßig das Essen und kümmert sich um die Wäsche der Mutter. Frau B. hat das Gefühl, dass das Pflegepersonal sich von ihr kontrolliert fühlt. Frau B. hat bei ihrer Mutter, die eine sogenannte Pergamenthaut hat, eine Verletzung am Arm festgestellt, die für sie nach

einer Schnittverletzung aussieht. Die Pflegerin habe auf ihre Nachfrage nur lapidar „das passiert halt“ geantwortet. Frau B. hat sich an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) gewandt, der ihr ein Gespräch angeboten hat. In einem längeren Gespräch mit Frau B. wird für mich deutlich, dass sie eigentlich keinen konkreten Grund hat, über die Pflegesituation ihrer Mutter zu klagen. Warum sie Anteile der Pflege (Wäsche, Anreichen der Nahrung) in ihre „Zuständigkeit“ übernommen hat, wurde mit dem Pflegepersonal nicht weiter besprochen. Man begegnet sich höflich, aber eher distanziert. Frau B.'s Äußerung, das Pflegepersonal fühle sich von ihr beobachtet bzw. kontrolliert, ist wiederum eine ebenfalls gefühlsmäßige Wahrnehmung von Frau B. In unserem Gespräch erfahre ich, dass Frau B. sehr unter dem Zustand ihrer Mutter leidet, gleichzeitig fühlt sie sich hilflos. Durch ihre Pflege und ihr „Kümmern“ versucht sie diese Hilflosigkeit zu kompensieren und ihrer Mutter Zuwendung zu geben. Wir überlegen gemeinsam, wie sie ihre eigene Situation sowie das Verhältnis zum Pflegepersonal positiv verändern kann. Frau B. wird sich nach einer Gesprächs- oder Selbsthilfegruppe für Angehörige von Koma-Patienten erkundigen. Die Frage danach wäre vielleicht auch eine Möglichkeit in einen Dialog mit der Pflegedienstleitung bzw. dem Pflegepersonal des Heimes zu kommen, in dessen Verlauf auch die Pflegesituation der Mutter und ihre eigene Rolle dabei zur Sprache kommen sollte. Ich biete Frau B. auch ein gemeinsames Gespräch mit dem Pflegepersonal und mir an, falls dies gewünscht wird. Frau B. will es aber zunächst in Eigeninitiative versuchen. Wenn sie keinen Erfolg habe, wolle sie sich wieder bei mir melden. Ich habe nicht wieder von Frau B. gehört.

### **Rechtzeitiges Kommunizieren wichtig**

Situationen wie die von Frau B. begegnen mir in meiner Tätigkeit als Ombudsfrau immer wieder. Angehörige von pflegebedürftigen Menschen fühlen sich hilflos oder sie haben, meist unberechtigt, ein schlechtes Gewissen, weil sie aus vielerlei Gründen (Berufstätigkeit, eigene Familie, hoher Pflegebedarf des Angehörigen, eigene Gebrechlichkeit) keine oder nur eine eingeschränkte Möglichkeit haben,

den Angehörigen selbst zu pflegen. Der Anspruch an das Pflegepersonal ist dann oft besonders hoch, bzw. die Pflege wird genau beobachtet, oft auch kleinste Nachlässigkeiten. Im Grunde besteht hierfür sogar Verständnis, doch letztlich wird das Verhalten negativ registriert, aber dennoch nicht angesprochen. Mit der Zeit wächst oft das Unbehagen und damit gleichzeitig die kritische Einstellung. Auf der anderen Seite fühlt sich das Pflegepersonal dann tatsächlich unter Beobachtung und Kontrolle, was oft eine ablehnende Haltung und Distanz dem Angehörigen gegenüber zur Folge haben kann. Auch Tätigkeiten, die der Angehörige übernimmt, um dem Pflegebedürftigen Zuwendung zu geben oder weil er meint, das Pflegepersonal damit zu entlasten, werden von diesem dann eher als Kritik am eigenen Handeln gesehen. Ein rechtzeitiges Kommunizieren der eigentlichen Intentionen bestimmter Handlungen wäre sehr hilfreich und würde eine Eskalation oft schon frühzeitig abwenden und Energien positiv wirken lassen. Wirklich gelebte Offenheit den Anliegen oder der Kritik der Angehörigen gegenüber, die eben häufig selber bedürftig und nicht „böswillig“ sind, wäre hier ein guter Weg zu mehr Zufriedenheit auf allen Seiten.

### **Akzeptanz auf beiden Seiten vonnöten**

Eine ganz ähnliche Problematik findet sich in dem folgenden Beispiel. Hierin beklagt sich die Beschwerdeführerin zunächst über Mängel in der Pflege ihrer im Koma liegenden Schwester. Frau R. lebt in Dänemark, ihre Schwester in einem Pflegeheim im südlichen Schleswig-Holstein. Frau R. besucht ihre Schwester regelmäßig, was für sie ein erheblicher Aufwand ist, zumal sie selbst noch berufstätig ist, und zwar als qualifizierte Altenpflegerin! Trotz ihrer Klagen („es kommen in dem Heim auch Leihpflegekräfte zum Einsatz“, „die Mundpflege sei mangelhaft“, „nach dem Klingeln habe es eine halbe Stunde gedauert, bis eine Pflegerin erschienen sei“, „Stations- und Heimleitung reagierten nicht adäquat auf ihre Beschwerden“) kann meiner Ansicht nach nicht auf einen eklatanten Pflegemangel in diesem Heim geschlossen werden. Frau R. gibt auch zu, dass

„Kommunikation aller Beteiligten miteinander ist ein oftmals schwieriges Unterfangen.“

sie aufgrund der zeitlichen Abstände ihrer Besuche von manchmal 14 Tagen aber auch mal drei bis vier Wochen, keine verlässlichen Aussagen über die tatsächliche tägliche Pflegesituation machen, sondern immer nur Momentaufnahmen schildern kann. Andererseits muss sie trotz ihrer fachlichen Kompetenz hilflos den Zustand der Schwester, zu der sie eine sehr herzliche Beziehung hatte,

„Kommunikation in allen Bereichen wird immer wieder zu einem Thema in der Beratung.“

akzeptieren und kann sich wegen der räumlichen Entfernung auch zeitlich nicht in dem Maße um die Schwester kümmern, wie es für Frau R. gefühlsmäßig angebracht wäre. So zeigt sie ihre Liebe und Fürsorge also in der wachsam

Kontrolle der Pflegesituation der Schwester. Eine Rücksprache meinerseits mit der Heimleitung Frau F. ergab, dass man auf die Beschwerden von Frau R. versuche einzugehen und tatsächlichen Mängeln abzuhelpfen. Manchmal seien es aber auch bestimmte Situationen, die zum Beispiel zu der mangelhaften Mundpflege geführt hätten, die so sonst aber nicht stattfänden, so dass die Gefahr eines ständigen Pflegemangels aus Sicht der Pflegeleitung nicht gegeben sei. Frau F. gab aber zu, dass das relativ häufige Insistieren von Frau R. und der dabei auch von ihr reklamierten fachlichen Kompetenz für das Pflegepersonal belastend sei. Meine Hinweise auf die große emotionale Belastung, die hinter dem Verhalten von Frau R. stünde, konnte Frau F. in unserem Gespräch aber schließlich nachvollziehen und eine neue Sicht auf Frau R.'s Verhalten gewinnen. Sie schlug von sich aus vor, ein gemeinsames

„Wirklich gelebte Offenheit den Anliegen gegenüber wäre ein guter Weg.“

Gespräch mit Frau R. und den zuständigen Pflegekräften zu führen, um einen neuen Umgang miteinander zu finden. Frau R.'s

Reaktion auf das Gespräch war sehr positiv, da sie sowohl dort als auch schon in dem Gespräch mit mir Verständnis für ihre Gefühle und der daraus resultierenden Sorge und Kritik erfuhr und mit dieser Akzeptanz wiederum beide Seiten offener und zufriedenstellender miteinander agieren konnten.

Kommunikation kann aber auch innerhalb der Familie schwierig sein, insbesondere, wenn ein Familienmitglied pflegebedürftig ist.

### **Selbsthilfegruppen als Unterstützung**

Herr D. ist Frührentner und pflegt seine demente Mutter, was für ihn anstrengend aber vor allem auch seelisch sehr belastend ist. Hinzu kommt, dass sowohl sein Vater, den er schon immer als sehr egozentrisch erlebt hat und der die Krankheit der Mutter scheinbar ignoriert, aber auch seine Schwester ihn seiner Ansicht nach weder in der Pflege in irgendeiner Form unterstützen, noch dieser Tätigkeit und der Belastung, die Herr D. damit auf sich nimmt, irgendeine Wertschätzung entgegenbringen. Da seine Schwester ihre eigene Familie zu versorgen hat und Herr D. seit seiner Verrentung wieder im Hause seiner Eltern wohnt, hält sie es anscheinend für selbstverständlich, dass er für die Mutter sorgt. Im Gespräch entsteht für mich auch der Eindruck, dass Herr D. körperlich, aber auch psychisch inzwischen an den Grenzen seiner Kräfte angelangt ist. Vor allem die fortschreitende Demenz seiner Mutter ist für ihn schwer zu ertragen. In unserem Gespräch wird für Herrn D. deutlich, dass es keinen Sinn macht, weiterhin beim Vater oder bei der Schwester vergeblich um Anerkennung und Entlastung zu suchen, da dies unnötig an seinen Kräften zehrt und ihn seelisch zermürbt. Es ist wichtig für ihn, dass er sich aus dieser Abhängigkeit von seinen Angehörigen löst, dass heißt, sein Verhaltensmuster ändert und selbst aktiv für sein Wohlbefinden, also Entlastung und Anerkennung sorgt. Ich verweise ihn an die örtliche Vereinigung der Alzheimer Gesellschaft, wo er durch die bestehende Betreuung der dementen Angehörigen und einer Gesprächsgruppe für die pflegenden Angehörigen eben diese Entlastung aber auch Anerkennung finden kann.

### **Beratung und Orientierung durch Dritte**

Die Mutter von Frau H. ist ebenfalls dement und wird von ihr gepflegt. Jetzt hat ihr Bruder, der in Kanada lebt, nach mehreren Jahren seinen Besuch angekündigt. Während seines Aufenthaltes hier möchte er mit der Mutter, deren Erkrankung er kennt, eine kleine „Erinnerungsreise“ an die Ostsee

unternehmen. Frau H. ist nun sehr verunsichert, weil sie befürchtet, dass der Besuch des Bruders für ihre Mutter schon sehr aufregend und belastend sein wird und dass die geplante Reise die Mutter vollkommen überfordern wird. Andererseits weiß sie nicht, wie sie ihrem Bruder dies erklären soll, ohne ihn zu verletzen. Der Bruder meint nämlich, mit dieser Reise der Mutter eine besondere Freude zu machen. Frau H. ist, wie sie selbst erklärt, sehr unsicher aber voller Befürchtungen über die Auswirkungen des Besuchs des Bruders auf den Zustand ihrer Mutter, sieht sich aber hierfür gleichzeitig in der Verantwortung. Daher habe ich auch ihr geraten, die

örtliche Beratungsstelle der Alzheimer Gesellschaft aufzusuchen, um in der erfahrenen Beratung dort vielleicht eine Orientierung und Sicherheit in ihrem Verhalten, sowohl dem Bruder und seinen Plänen als auch der kranken Mutter gegenüber, zu finden. Im Zweifelsfall wäre evtl. auch noch ein Gespräch gemeinsam mit dem Bruder dort hilfreich. Frau H. war schon über diese Perspektive sehr erleichtert. ■

**Kontakt:**

Dagmar Danke-Bayer

Telefon: 0 18 05 / 23 53 84

## Vortrag zur Pflegeversicherung

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

Rund 80.000 Menschen sind in Schleswig-Holstein auf Pflege angewiesen. Tritt der Ernstfall ein, sind Betroffene und Angehörige mit vielen Fragen konfrontiert: Was zahlt die Pflegekasse? Welche ist die richtige Pflegestufe? Wie unterscheiden sich die Leistungen bei ambulanter und stationärer Pflege? Pflegeombudsfrau Dagmar Danke-Bayer beantwortet im Rahmen eines Vortrags die wichtigsten Fragen.

In ihrem Referat erklärt Dagmar Danke-Bayer die Pflegestufen und wie sie zu beantragen sind, erörtert Formen der häuslichen und stationären Pflege, spricht Hilfsmittel und die soziale Absicherung der Pflegenden an und erklärt die Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und das Tätigkeitsgebiet des Patientenombudsvereins.

Durch ihre langjährige Tätigkeit beim Patientenombudsverein verfügt die Diplom-Sozialpädagogin über einen großen Erfahrungsschatz rund um das Thema Pflegeversicherung, die 1995 in Kraft getreten ist.

Der Vortrag kann kostenfrei über die Geschäftsstelle des Patientenombudsvereins gebucht werden.

Die Fahrtkosten werden dem Veranstalter in Rechnung gestellt.

**Weitere Informationen:**

Geschäftsstelle Patientenombudsverein

Petra Bogaers

Bismarckallee 8-12

23795 Bad Segeberg

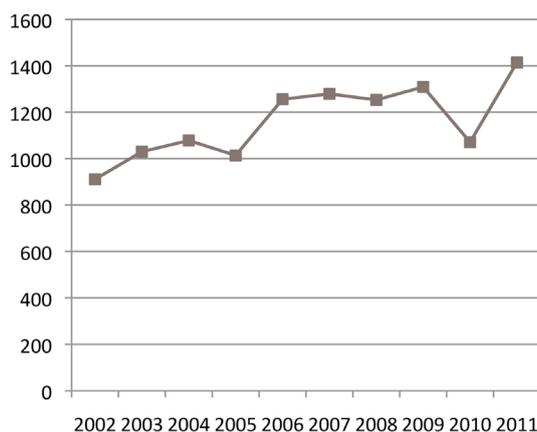
Telefon: 0 45 51 / 803 - 224

Telefax: 0 45 51 / 803 - 188

E-Mail: ombudsverein@aeksh.org

# Anfragenaufkommen 2011

Im Jahr 2011 erreichten die Patientenombudsleute insgesamt 1.414 Anfragen. Das Pflegeombudsteam wurde 205 Mal um Rat gebeten. Damit ist im Vergleich zum Vorjahr ein deutlicher Anstieg der Anfragen sowohl an die Patientenombudsleute (32 Prozent) als auch an das Pflegeombudsteam (48,5 Prozent) zu verzeichnen.



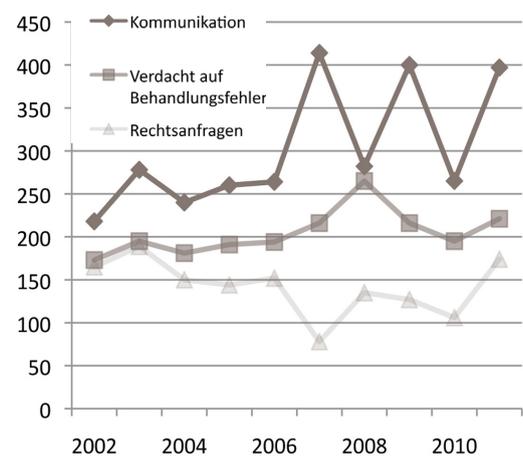
Fallzahlentwicklung 2002-2011

Die Gründe für den stetigen Anstieg des Beschwerdeaufkommens scheinen in einer gesteigerten Wahrnehmung des Patientenombudsvereins in der Bevölkerung zu liegen; zurückzuführen auf aktive Öffentlichkeitsarbeit. Diese fand 2010 nicht statt, woraufhin das gesamte Beschwerdeaufkommen erstmals seit Gründung des Vereins sank und mit 1.209 Anfragen um 18 Prozent niedriger als im Vorjahr war.

**Am häufigsten wird Rat bei der Kommunikation, bei Verdacht auf Behandlungsfehler und bei Rechtsanfragen gesucht**

Zwar spiegelt sich kein kontinuierlicher Anstieg

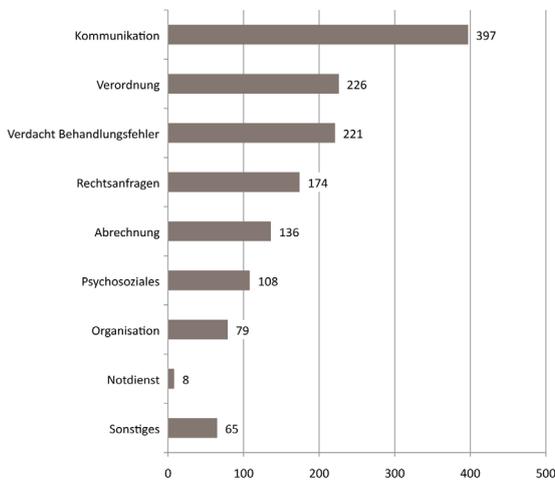
bei den Anfragen wider, aber in den Jahren 2002 bis 2011 führen die Statistik immer die Anfragen zu Problemen in der Kommunikation zwischen Patient und Arzt an, gefolgt von „Verdacht auf Behandlungsfehler“ und „Rechtsanfragen“.



Häufigste Anfragen der Gesamtstatistik

## Anfragen an Patientenombudsleute gestiegen

Bei den Patientenombudsleuten stehen die Beschwerden zu Kommunikationsproblemen an erster Stelle. Insgesamt hatten 397 Menschen kommunikative Probleme mit niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen oder im Krankenhaus. Mit 226 Anfragen steht das Thema „Verordnungen“ an zweiter Stelle, gefolgt von 221 Anfragen, in denen Behandlungsfehler vermutet wurden. 174 Mal wurden die Patientenombudsleute um rechtlichen Beistand gebeten und 136 Anfragen beschäftigten sich mit dem Thema Abrechnung. 108 Patienten sahen sich im psychosozialen Bereich schlecht behandelt und 79 Patienten waren unzufrieden mit den organisatorischen Abläufen der medizinischen Leistungserbringer. Einen Schwerpunkt nahm das Thema Wartezeiten ein.

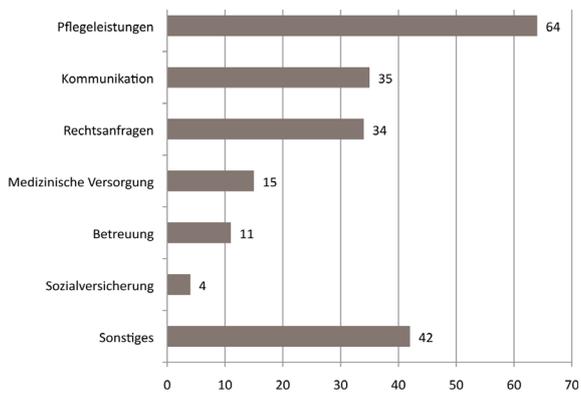


Anfragenaufkommen Patientenombudsleute

Mit acht Beschwerden zum Notdienst in Schleswig-Holstein verharnte das Beschwerdeaufkommen in diesem Bereich zahlenmäßig auf niedrigem Niveau.

**Steigende Anfragen an das Pflegeombudsteam**

Die Anfragen an das Pflegeombudsteam sind im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls gestiegen.



Anfragenaufkommen Pflege-Ombudsteam

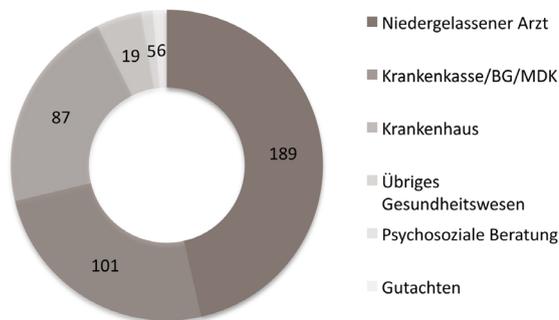
Von den insgesamt 205 Anfragen sind Thema Nr. 1 nach wie vor alle Belange rund um die Pflegeleistungen (64 Anfragen). Probleme in der Kommunikation stellen auch bei dem Pflegeombudsteam mit 35 Anfragen einen bedeutenden Anteil dar, gefolgt von Rechtsanfragen (34 Anfragen).

Fragen zur medizinischen Versorgung

(15 Anfragen) oder zur Sozialversicherung (4 Anfragen) bilden im Vergleich eine eher kleine Gruppe.

**Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten größtes Problem**

Patienten wünschen sich in erster Linie, dass der Arzt mit ihnen spricht, ihnen zuhört und Interesse für sie zeigt. Der Arzt wünscht sich effektive Patientengespräche, um seine Patienten adäquat zu informieren und zu behandeln. Um diese Anforderungen

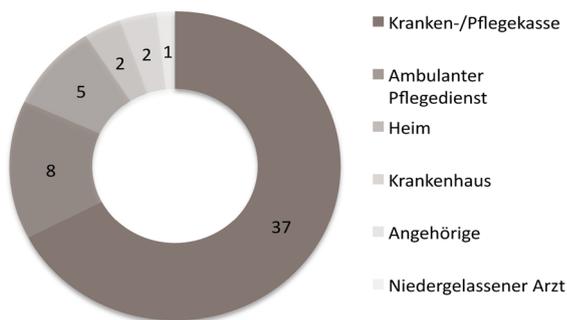


Problemfeld Kommunikation aufgeteilt nach Leistungserbringern

zu unterstützen, ist eine klare Gesprächsstruktur essentiell. Oft aber nennen Mediziner Fachwörter, die der Patient nicht versteht. Will er nachfragen, hat sich der Arzt schon verabschiedet - er muss zum nächsten Patienten. Was im ersten Moment hart klingt, hat einen alltäglichen Hintergrund. Laut Studie bleiben einem Arzt nicht mehr als sieben-einhalb Minuten Gesprächszeit mit einem Patienten. Da ist es schon fast natürlich, dass ein Arzt-Patienten-Gespräch nicht immer zur Zufriedenheit aller ausfällt. 189 Ratsuchende beklagten sich 2011 über mangelnde Kommunikation mit ihrem niedergelassenen Arzt. 87 Anrufer beschwerten sich über unpassendes kommunikatives Verhalten von Klinik-Ärzten. Zahlen, die warnen sollten, denn: Wenn das Gespräch nicht beide Seiten – Patient und Arzt – zufriedenstellt, bleibt meist auch die Behandlung wenig erfolgreich. Auch in der Kommunikation zwischen Patient und Krankenkasse, Berufsgenossenschaft oder Medizinischem Dienst gab es Beschwerden. 101 Personen beklagten mangelnde Gesprächsführung.

**Anfragen an das Pflegeombudsteam: Vermehrt Unterstützung bei Pflegeleistungen angefragt**

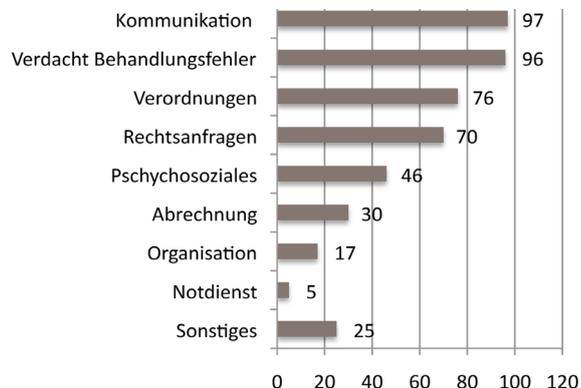
Was sind Pflegeleistungen? Was muss getan werden, wenn der Pflegebedürftige nicht mehr von mir als Angehöriger gepflegt werden kann und ein Pflegedienst die Pflege übernehmen soll? Was passiert, wenn der Antrag auf eine Pflegestufe durch die Pflegekasse abgelehnt wird? Das alles sind Fragen, auf die Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen Antworten suchen, laut Statistik im Jahr 2010 aber nicht immer finden. 64 Menschen beklagten sich über mangelnde oder fehlende Auskünfte oder fehlerhafte Bearbeitung von Pflegeleistungen. Die häufigsten Probleme ergaben sich zwischen Pflegebedürftigen und der Kranken- bzw. Pflegekasse (37 Anfragen), gefolgt von Problemen im ambulanten Pflegedienst oder mit der Pflegeleistung in Heimen.



Häufige Problematik zwischen Pflegebedürftigen und Kranken-/Pflegekasse: Thema Pflegeleistungen

**Anfragen an Patienten-Ombudsmann Andreas Eilers: Probleme mit Arzt-Patienten-Kommunikation an erster Stelle**

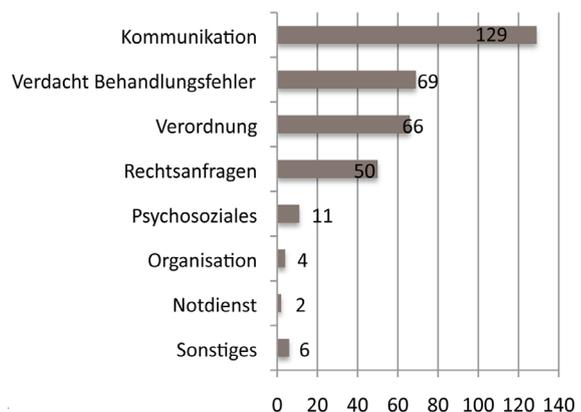
Die Statistiken von Andreas Eilers aus den Kreisen Kiel, Plön, Rendsburg-Eckernförde und Segeberg spiegeln die Ergebnisse der Gesamtstatistik wieder. Von insgesamt 457 Ratsuchenden beklagten 97 mangelnde Kommunikation mit ihrem niedergelassenen Arzt (62 Beschwerden) oder im Krankenhaus (23 Beschwerden). Einen Verdacht auf Behandlungsfehler äußerten 96 Anrufer. 76 Patienten hatten Probleme mit ihren Verordnungen und 70 Anrufer baten um rechtlichen Beistand.



Anfragenaufkommen Andreas Eilers

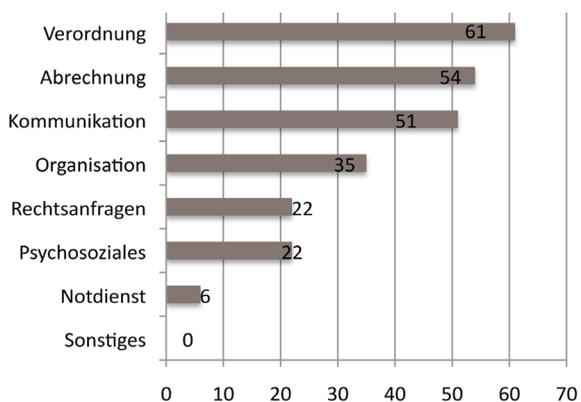
**Anfragen an Patienten-Ombudsmann Henning Steinberg: Kommunikationsprobleme am häufigsten**

Auch in den Kreisen Herzogtum-Lauenburg, Lübeck, Ostholstein und Stormarn bei Ombudsmann Henning Steinberg schildern die meisten Anrufer Probleme mit der Kommunikation zwischen ihnen und der Krankenkasse, der BG und dem Medizinischen Dienst (53 Beschwerden), ihrem niedergelassenen Arzt (43 Beschwerden) und im Krankenhaus (25 Beschwerden). Das sind rund 36 Prozent seiner 357 Beschwerden. Verdacht auf Behandlungsfehler äußerten fast 20 Prozent der Anrufer (69 Patienten) und 66 Patienten bemängelten ihre ärztlichen Verordnungen. 50 Menschen wandten sich mit Rechtsfragen an Henning Steinberg. Dieser beantwortet die meisten nicht selbständig, sondern verweist Anrufer oft an den mit dem Patientenombudsverein kooperierenden Anwalt.



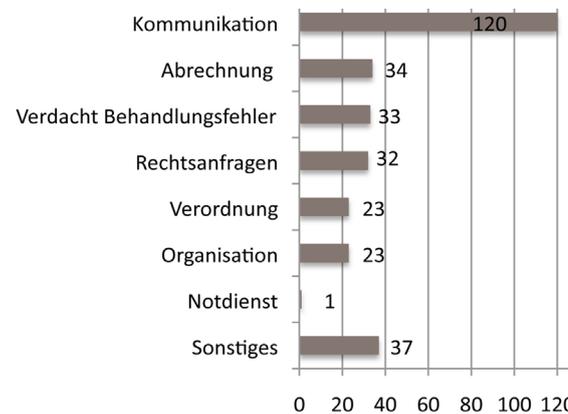
### Anfragen an Patienten-Ombudsmann Klaus Jürgen Horn: Fragen zur Verordnung am meisten gestellt

Entgegen der Gesamtstatistik führen bei Patienten-Ombudsmann Klaus Jürgen Horn in den Kreisen Dithmarschen, Neumünster, Pinneberg und Steinburg Anfragen zu Verordnungen die Einzelstatistik an. Von den insgesamt 268 Anfragen baten 61 Ratsuchende um Hilfe, weil sie ihre ärztliche Verordnung nicht verstanden oder als fehlerhaft betrachteten. Rund 20 Prozent der Anrufer (54 Personen) fragten nach Unterstützung bei der ärztlichen Abrechnung, und 51 Patienten beklagten mangelnde Kommunikation entweder zwischen ihnen und ihrem niedergelassenen Arzt (54 Prozent) oder im Krankenhaus (25 Prozent).



Anfragenaufkommen Klaus Jürgen Horn

### Anfragen an Patienten-Ombudsfrauen Siegrid Petersen und Regina Klingsporn: Patienten bitten um Hilfe in der Kommunikation



Anfragenaufkommen Siegrid Petersen und Regina Klingsporn

Mit 120 Beschwerden von insgesamt 332 über negative Kommunikation spiegelt die Einzelstatistik der Patienten-Ombudsfrauen Siegrid Petersen und Regina Klingsporn in den Kreisen Flensburg, Nordfriesland und Schleswig-Flensburg den Trend der Gesamtstatistik wieder. Nachrangig hatten die Ratsuchenden Fragen zu ihrer Abrechnung (10 Prozent), äußerten den Verdacht auf einen Behandlungsfehler (10 Prozent) oder hatten rechtliche Probleme (9 Prozent). ■

## Service für Patienten: kompetente Rechtsberatung

Michael Oltmanns, Fachanwalt für Medizinrecht, steht seit November 2011 mit Rat zur Seite

Immer dann, wenn die Patienten rechtliche Fragen zu Gesundheitsthemen haben, beantworten die Patientenombudsleute diese nicht selbst, sondern vermitteln an Michael Oltmanns, Fachanwalt für Medizinrecht. Er führt eine kostenfreie Erstberatung durch, erläutert rechtliche Voraussetzungen und Haftungsansprüche und zeigt Wege einer möglichst außergerichtlichen Einigung auf.

Die Anfragen der Patienten bezogen sich 2011 überwiegend auf den Verdacht ärztlicher Behandlungs- oder Operationsfehler (12 Anfragen),

auf den Vorwurf falscher Diagnosen (2 Anfragen) oder auf die Verwendung fehlerhafter Medizinprodukte (1 Anfrage).

Im Bereich der Pflege wollten die Anrufer Rat bezüglich schlechter Betreuung im Pflegeheim (1 Anfrage), wegen ihrer festgelegten Minderung der Erwerbsfähigkeit (1 Anfrage) oder wegen unklarer Arztrechnungen (2 Anfragen).

Allen Ratsuchenden konnte Fachanwalt Oltmanns eine vorläufige Einschätzung und Hinweise auf das einschlagende Verfahren mit seinen individuellen Besonderheiten geben.

# Öffentlichkeitsarbeit und Gremienarbeit

## Öffentlichkeitsarbeit

### Relaunch der Homepage

Seit Ende 2011 präsentiert sich der Patientenombudsverein mit einer aktualisierten Homepage im Internet.

Unter [www.patientenombudsmann.de](http://www.patientenombudsmann.de) können Informationen über den Verein und die Kontaktdaten der Patienten-Ombudsleute abgerufen werden. Die wichtigsten Informationen sind mit einem Klick zu erreichen. Der neue Internetauftritt zeichnet sich durch eine übersichtliche, benutzerfreundliche Navigation und klar strukturierte Inhalte aus.



Um auch Menschen mit Sehschwäche das Lesen der Homepage zu ermöglichen, bietet die Website die Möglichkeit, die Schriftgröße individuell einzustellen.

### Marketingaktivitäten

Um möglichst flächendeckend über die Aufgaben des Patientenombudsvereins zu informieren, wurde im Jahr 2011 der Imageflyer erstmals als Zeitungsbeilage versendet.



Der Flyer lag den auflagenstarken Tageszeitungen des Landes bei (Lübecker Nachrichten, Kieler Nachrichten, Dithmarscher Anzeiger, Schleswig-Holsteinischer Zeitungsverlag). Dadurch wurden rund 470.000 Haushalte im Land erreicht und über die Aktivitäten des Patientenombudsvereins informiert.

Aufgrund der hohen Reichweite wurden im Landesjournal der Mitgliederzeitschrift der Gewerkschaft der Polizei (GdP) "Deutsche Polizei" 6.000 Imageflyer als Beilage versendet.

16.000 Flyer erreichten als Beilage im Ärzteblatt Schleswig-Holstein die Arzt- und Psychotherapeutenpraxen des Landes.

Über den Apothekerverband wurden weitere 75.000 Imageflyer landesweit in den Apotheken ausgelegt. Der Landesverband Schleswig-Holstein des Sozialverbands Deutschland (SoVD), verteilte in der vereinseigenen Zeitung 73.000 Flyer an seine Mitglieder. Darüberhinaus wurde der Imageflyer in vielen Stadt- und Gemeindebüchereien in Schleswig-Holstein ausgelegt.

Durch die breite Streuung und die somit gesteigerte Bekanntheit des Vereins stieg das Anrufaufkommen bei den Patientenombudsleuten und des Pflegeombudsteams merklich zum Vorjahr an.

Zur Steigerung der Aufmerksamkeit wurden individuell bedruckte Mousepads an die schleswig-holsteinischen Arztpraxen, an die Landesseniorenbeiräte sowie an ausgewählte Filialen der Sparkassen verteilt.

### Service-Homepage Medfindex

Der Patientenombudsverein unterstützt auch online. Auf der Internetseite [www.medfindex.de](http://www.medfindex.de) finden Ratsuchende ein Gesundheits-Glossar



mit derzeit rund 1.000 Schlagworten, Kontaktadressen von 327 Selbsthilfegruppen des Landes und einer für Patienten

informativen Linksammlung ausgewählter Einrichtungen des schleswig-holsteinischen Gesundheitswesens.

### Medienberichte

Im Jahr 2011 hat der Patientenombudsverein keine aktive Pressearbeit betrieben. Dennoch erschienen mehrere Artikel über den Verein und seine Zielsetzung unter anderem im schleswig-holsteinischen Ärzteblatt, in der Ärzte Zeitung, in "Bleib Gesund", dem Mitglieder magazin der AOK sowie in der Zeitschrift "Sicher leben im Alter", einer Publikation der Gewerkschaft der Polizei.

Der Radiosender NDR Welle Nord sendete im Januar ein Interview mit Patienten-Ombudsmann Andreas Eilers zum Thema "Macht das Krankenhaus krank?".

### Veranstaltungen und Kongresse

Noch mehr Präsenz als in den vergangenen Jahren zeigte der Patientenombudsverein 2011 auf diversen Ausstellungen, Messen und Kongressen. Regelmäßig stellten die Ombudsleute ihre Arbeit und den Verein auf verschiedenen Veranstaltungen vor.

Ombudsmann Andreas Eilers war insgesamt 33 mal in Sachen Öffentlichkeitsarbeit unterwegs. Auf Seminaren und Messen stellte er den Patientenombudsverein vor. Klaus Jürgen Horn unterstützte den Verein 15 mal mit öffentlichen Vorträgen oder Seminaren. Die Ombudsfrauen Siegrid Petersen und Regina Klingsporn betrieben durch Messen oder Seminare 15 mal Öffentlichkeitsarbeit und Henning Steinberg stand mit acht öffentlichkeitswirksamen Auftritten oftmals der Presse für Gespräch zur Verfügung.

Im Oktober präsentierten sich die Ombudsleute auf der Fach- und Verbrauchermesse NORLA in Rendsburg. Mit einem Messestand vertreten war der Patientenombudsverein unter anderem auf der Gesundheitsmesse der Familienbildungsstätte in Meldorf, auf der Seniorenmesse in Bargteheide, auf der Messe "Barrierefreies Wohnen" in Bad Oldesloe und auf dem Pädagoginentag in Bad Segeberg.

Am Aktionstag "Soziale Stadt" nahm der Patientenombudsverein ebenso teil wie am Gesundheitstag des Finanzamtes Kiel-Süd und einer Gesundheits-Informationsveranstaltung im Lübecker Rathaus.

Auf dem Kongress "Vernetzte Gesundheit" der Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein des Landesministeriums für Arbeit, Soziales und

Gesundheit übernahm der Vorsitzende des Vereins, Prof. Günther Jansen, die Moderation eines Workshops. Die Patientenombudsleute nahmen an der kongressbegleitenden Ausstellung teil.

Regelmäßig trug Pflege-Ombudsfrau Dagmar Danke-Bayer ihren Vortrag "Im Falle eines Pflegefalles - vom Antrag bis zum Widerspruch" bei Sozialverbänden vor (siehe auch Seite 19).

### Gremienarbeit

In beratender Funktion nehmen die Patienten-Ombudsleute regelmäßig an den Sitzungen der Ethikkommissionen der Ärztekammer Schleswig-Holstein und den Ausschusssitzungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Schleswig-Holstein teil. Die Pflege-Ombudsfrau Dagmar Danke-Bayer nimmt am jährlichen Treffen des Unterstützerkreises des schleswig-holsteinischen PflegeNotTelefons teil.

Patienten-Ombudsfrau Siegrid Petersen begleitete im Jahr 2011 das Flensburger Fachhochschulprojekt



"Stärkung der Patientensicherheit zwischen Dänemark und Deutschland".

Im Mai wurden die Ergebnisse in einer Podiumsdiskussion unter Beteiligung des Vereinsvorsitzenden Professor Günther Jansen vorgestellt. ■

## Personalien

### Heide Simonis neue Vereinsvorsitzende

Im November 2011 wurde Heide Simonis, frühere Kieler Ministerpräsidentin (1993 bis 2005), vom Vorstand einstimmig zur neuen Vorsitzenden des Patientenombudsvereins gewählt. Damit löste sie ihren Vorgänger Professor Günther Jansen ab, der nach 15 Jahren auf eigenen Wunsch den Vereinsvorsitz abgab. In einer Feierstunde wurde Jansen mit Dank und Lob durch die stellvertretenden Vorsitzenden Dr. Franz-Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Dr. Dieter Paffrath, stellvertretender Vorsitzender der AOK NordWest, verabschiedet.

Heide Simonis freut sich über ihre neue Aufgabe, berechnete Interessen der Patienten gegenüber den Akteuren im Gesundheitswesen zu vertreten. "Wir müssen die Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein in die Lage versetzen, möglichst selbständig ihre Rechte gegenüber den Leistungserbringern wahrzunehmen", umschreibt sie kurz ihre neue Aufgabe. Wichtig ist Simonis, die Bekanntheit des Patientenombudsvereins noch mehr als bisher zu steigern.

### Neue Patienten-Ombudsfrau im Norden des Landes

Siegrid Petersen beendete ihre Tätigkeit als Patienten-Ombudsfrau für die Kreise Flensburg, Nordfriesland und Schleswig-Flensburg zum 15.



Neue Patienten-Ombudsfrau:  
Regina Klingsporn

Oktober. Als stellvertretende Pflege-Ombudsfrau bleibt sie dem Verein weiterhin erhalten.

Ihre Nachfolge als Patienten-Ombudsfrau übernimmt Regina Klingsporn, Pastorin im Ruhestand.

Die studierte Theologin ist zusätzlich ausgebildet

in Gruppensupervision und Personalentwicklung. Unter anderem war sie vier Jahre als Pastorin für Organisations- und Personalentwicklung im Kirchenkreis Flensburg tätig.

### Pflege-Ombudsteam verkleinert sich

Nach ihrer zehnjährigen Zugehörigkeit zum Pflege-Ombudsteam hat Katharina Prinz Ende September ihre Tätigkeit aufgegeben. Dagmar Danke-Bayer ist nun alleinige Ansprechpartnerin für Ratsuchende und deren Angehörige im Pflegebereich.

Der Patientenombudsverein bedankt sich herzlich für die erfolgreich geleistete Arbeit bei Siegrid Petersen und Katharina Prinz.

Frau Regina Klingsporn wünscht der Patientenombudsverein viel Erfolg bei der Beratung der Patienten. ■

Die neue Vorsitzende des Patientenombudsvereins Heide Simonis mit ihren Stellvertretern Dr. Franz-Joseph Bartmann (links) und Dr. Dieter Paffrath (rechts) sowie ihrem Vorgänger Professor Günther Jansen (Mitte)



# Fortbildung

**Um den heutigen Ansprüchen im Gesundheitswesen gerecht zu werden und die damit verbundenen Ansprüche und Wünsche der Patienten zu erfüllen, ist eine ständige Aktualität im Bereich der Fortbildung notwendig.**

**Der Patientenombudsverein organisiert regelmäßig Fortbildungen für seine Ombudsleute und die Mitarbeiter der Geschäftsstelle mit dem Ziel, ihre Beratungskompetenz zu stärken und zu verbessern. Die Auswahl der Themen richtet sich nach Aktualität und Aufkommen von Fragestellungen der Ratsuchenden.**

Im Jahr 2011 erreichten die Ombudsleute vermehrt Anfragen zu den Themen Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) und Medikamentensicherheit.

Im April informierten sich die Ombudsleute in einer Fortbildung über augenärztliche Wahlleistungen bei Dr. Bernhard Bambas, Augenarzt aus Bad Segeberg und Vorsitzender des Berufsverbandes der Augenärzte (BVA) Schleswig-Holstein (siehe auch Seite 28). Zum zweiten Fortbildungsthema "Medikamentensicherheit" gab Dr. Thomas Friedrich, Geschäftsführer des Apothekerverbandes Schleswig-Holstein, den Ombudsleuten einen Überblick.

Seit vielen Jahren wird öffentlich über Sinn und Unsinn von IGeL-Leistungen diskutiert. Erschließen sich die Ärzte lediglich zusätzliche Einnahmequellen? Oder fangen sie auf, was nicht im Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten ist? Bei Anfragen oder Beschwerden über IGeL-Leistungen befinden sich die Ombudsleute regelmäßig auf schwierigem Parkett. Einerseits wollen sie die Interessen der Patienten durchsetzen, sofern diese berechtigt sind. Andererseits üben sie ihre Rolle als Streitschlichter im Gesundheitssystem aus und wirken vermittelnd zwischen Arzt und Patient. Die Wahrheit zu finden, was richtig und was falsch ist, verlangt beim Thema IGeL-Leistungen

besonderes Fingerspitzengefühl und ist oftmals nicht abschließend zu beurteilen. Das zeigte auch die Fortbildung, die von kontroverser Diskussion zwischen den Ombudsleuten und Dr. Bambas geprägt war. Konsens der Beteiligten bestand darin, das Ärzte Patienten umfassend zu IGeL-Leistungen beraten müssen.

In seinem Beitrag zur Medikamentensicherheit ging Dr. Friedrich auf die Gewährleistung durch die Apotheken ein und berichtete über die durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNÖ) neu entstandene Problematik. Das Gesetz wurde verabschiedet mit dem Ziel, die Arzneimittelausgaben in Deutschland zu senken. Friedrich erläuterte, dass Apotheker unter Umständen gezwungen seien, anders abzugeben als vom Arzt verordnet und dass sich das oftmals negativ auf das Vertrauensverhältnis zwischen Patient, Arzt und Apotheker auswirke.

## EXKURS

**Thema mit Diskussions-Potential:**

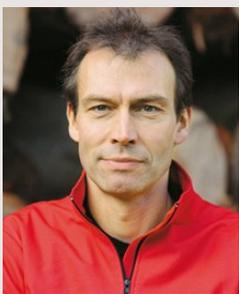
**IGeL-Leistungen**

**Sicht Patientenombudsmann Andreas Eilers:** Mit Aufklärung zum Durchblick. Warum umfassende Beratung für Patienten wichtig ist (Artikel Seite 6).

**Sicht Dr. Bambas:** Moderne Medizin verlangt Wahlleistungen (Artikel Seite 28).

## Moderne Medizin verlangt Wahlleistungen

Notwendigkeit individueller Gesundheitsleistungen aus Sicht des Vorsitzenden des schleswig-holsteinischen Berufsverbandes der Augenärzte



Dr. Bernhard Bambas  
Vorsitzender BVA,  
Landesverband Schleswig-  
Holstein

Heutzutage ist ein Nebeneinander von Leistungen, die die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) leistet und Leistungen, die über diesen Rahmen hinausgehen, aus dem medizinischen Alltag in Klinik und Praxis nicht mehr wegzudenken. Diese individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) werden häufig mit einem negativen Beigeschmack wahrgenommen. Teilweise wird sogar von Verbraucherschützern und Kassen davor „gewarnt“. Moderne Medizin kann aber auf aktuellem Wissenschaftsniveau in vielen Fällen nicht erbracht werden, wenn man sich auf den Leistungskatalog der GKV nach SGB V beschränkt. So ist zum Beispiel im Bereich der Augenheilkunde die Diagnostik und Therapie der Makuladegeneration nicht ohne hochauflösende Schnittbilddiagnostik (OCT – optische Kohärenz-Tomographie) möglich.

Diese Leistung existiert im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nicht und muss als IGeL, besser: als Wahlleistung, angeboten werden. Wie in vielen anderen Lebensbereichen, so ist auch im Zusammenhang mit individuellen Wahlleistungen die Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Arzt die entscheidende Stelle für ein vertrauensvolles, reibungsloses Miteinander. Sobald der Patient Sinn, Nutzen und Kosten einer Leistung versteht bzw. es dem Arzt gelingt, dies eindeutig zu vermitteln, gibt es kaum noch Akzeptanzprobleme. So gibt es beispielsweise im Bereich der Augenheilkunde keine einzige Vorsorgeleistung, die von der GKV übernommen wird. Auch für nachhaltig lebensverändernde Erkrankungen, die bei uns zu den häufigsten Erblindungsursachen zählen wie Glaukom (Grüner Star) und Makuladegeneration, sind die Vorsorgeuntersuchungen vom Patienten selbst zu zahlen, also IGeL oder Wahlleistungen. Erschwert wird die Situation in einigen Fällen durch Anbieter von IGeL, die mehr den eigenen Umsatz als das Wohl des Patienten in den Mittelpunkt ihres Tuns stellen. Diese schwarzen Schafe sind zahlenmäßig eine kleine Randgruppe, sorgen jedoch immer wieder für Diskussionsbedarf. Erschwerend kommen aber auch unsachliche Argumentation oder auch bewusste Ignoranz von Tatsachen auf Seiten von Kassenmitarbeitern, Verbraucherschützern oder

auch Medizinern, die sich als „Patientenschützer“ darstellen, hinzu. Wenn sie gesundheitsbewussten Menschen wichtige und medizinisch sinnvolle Vorsorge- oder Untersuchungsleistungen ausreden wollen, schaden sie letztendlich mehr, als dass sie nützen.

Die Ombudsleute besetzen eine richtungsweisende Schaltstelle, wenn die Kommunikation zwischen den Beteiligten gestört ist. Durch fachliches Hintergrundwissen werden die Ratsuchenden bestärkt, Sinn und Zweck einer angebotenen Leistung zu verstehen. Gerade durch einen Hinweis auf die wirklichen Gegebenheiten der GKV-Leistungspflicht kann hier ein ausgleichendes Element eingefügt werden und die Patienten werden nicht polarisiert, sondern suchen wieder den eigentlich gewünschten direkten Kontakt zu ihrem Arzt.

Wenn sich alle Beteiligten vorbehaltlos mit der Tatsache auseinandersetzen, dass der Leistungskatalog der GKV begrenzt ist und dies wertfrei akzeptieren, wird es dem Wohl aller Beteiligten dienen, dass Leistungen, die nicht in der Leistungspflicht der GKV enthalten sind, dennoch angeboten werden und auf eigenen Wunsch auch erbracht werden können. ■

# „Wann immer das Leben uns braucht, sind wir da.“

Die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V. (KGSH)

Die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V. (KGSH) ist der Verband der Krankenhausträger in Schleswig-Holstein mit Sitz in Kiel. Derzeit vertreten wir 81 Krankenhäuser im Land mit mehr als 19.000 Betten. Die KGSH besteht seit 1947 in der Rechtsform des eingetragenen Vereins. Als Landesverband der Krankenhausträger ist sie im Verbund mit 15 weiteren Landeskrankenhausgesellschaften Mitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG). Mitglieder der KGSH sind die Träger von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern sowie deren Verbände. Dazu gehören kommunale Krankenhäuser, Universitätskliniken, kirchliche Krankenhäuser, Kliniken der Wohlfahrtsverbände, des Deutschen Roten Kreuzes, der Deutschen Rentenversicherung Nord, die Fachkliniken im Land sowie Privatkliniken.



Unser Ziel ist es, das Gesundheitswesen im Land zu fördern. Unsere Leitlinie ist eine am Patienten orientierte, wirtschaftliche, leistungsfähige und qualitativ hochstehende Krankenhausversorgung. Wir wollen dazu beitragen, die bestehenden Versorgungsangebote aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Dabei treten wir für die Pluralität von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern ein. Unsere Philosophie ist es, voneinander durch Austausch von Erfahrungen zu lernen. Dazu suchen wir mit allen am Gesundheitswesen beteiligten Institutionen, Personen und Patienten Kontakt.

Wir legen Wert auf aufgeschlossene Partner, die konstruktiv mit uns zusammenarbeiten.

## Aufgaben und Leistungen

Aufgabe der KGSH ist es gemäß ihrer Satzung, die Krankenhäuser in allen Fragen, die das Gesundheitswesen betreffen, zu beraten, sie in den Verhandlungen mit den Kostenträgern zu unterstützen, ihre Interessen wahrzunehmen, sie zu informieren und die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Kliniken zu schulen.

Über diese Leistungen hinaus nimmt die KGSH zahlreiche Aufgaben wahr, die ihr gesetzlich übertragen wurden. Hierzu zählen:

- Mitwirkung an der Krankenhausplanung und der Investitionsfinanzierung
- Beteiligung am Pflegesatzverfahren und der Pflegesatzschiedsstelle
- Vereinbarung des landesweit geltenden Basisfallwertes für Fallpauschalen
- Abschluss von Verträgen über Preise und Bedingungen der Krankenhausbehandlung, zur Qualitätssicherung und zu Modellversuchen
- Erarbeitung von Verfahrens- und Prüfungsgrundsätzen für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen

Im Rahmen dieser Tätigkeiten ist die KGSH Kooperations- oder Vertragspartner des Sozial- und Gesundheitsministeriums, der Krankenkassen und der Vertragsärzte. Die Leistungen der KGSH erfassen viele Bereiche, die für den Betrieb moderner, wirtschaftlicher, leistungs- und qualitätsorientierter Kliniken bedeutsam sind. Davon profitieren in erster Linie die Patienten.

Wir beraten unsere Mitglieder in Einzelfragen der Betriebsführung. Wir erarbeiten Konzepte und realisieren Projekte zur Qualitätssicherung. Wir organisieren Seminare und führen Informationsveranstaltungen durch.

Wir vergleichen und analysieren Leistungs-, Kosten- und Planungsdaten. Wir geben Tips,

Hinweise und Interpretationshilfen bei Änderungen der Rechtslage. Wir halten Beratungs- und Formulierungshilfen vor. Wir nehmen an den örtlichen Pflegesatzverhandlungen teil. Wir führen die Geschäfte der Pflegesatzschiedsstelle, der Landesschiedsstelle und des Lenkungsausschusses. Gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden und der Ärztekammer Schleswig-Holstein betreiben wir eine Projektgeschäftsstelle für stationäre Qualitätssicherung.

Wir setzen uns mit Grundsatzfragen der Krankenhaus- und Gesundheitspolitik auseinander. Wir treten für die Interessen aller Mitglieder ein. Wir halten Kontakt zu Medien, Hochschulen und Instituten. Wir geben Pressemitteilungen heraus und führen Pressekonferenzen durch. Wir wirken als Sachverständige in Gremien auf Landes- und Bundesebene mit.

#### Das Team der KGSH

Die KGSH agiert als kleiner, aber angesehener Verband. Sie hält eine Geschäftsstelle in überschaubarer Größe vor. Als Ansprechpartner stehen engagierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bereit. Unser interdisziplinäres Team besteht aus Juristen, Betriebs- und Volkswirten, ärztlichem Sachverstand und zwei Medizinischen Dokumentaren.



v.l.n.r. vorne: Petra Thobaben (Vorsitzende), Bernd Krämer (Geschäftsführer), Anette Kaminski, Antje Sierks, Ulrike Petersen, Anke Herpel, Andreas Sauer

v.l.n.r. hinten: Carmen Brinkmann, Maren Paulsen, Patrick Reimund, Bettina Tagge, Jörg Wohlers, André Jackson, Norbert Werner

#### Ökonomie und Qualität

Die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein haben von jeher besonders sparsam gewirtschaftet. Diesem Umstand ist es auch geschuldet, dass die Kliniken im Lande seit der Umstellung der

Krankenhausfinanzierung im Jahr 2004 auf ein Fallpauschalen-System das Schlusslicht im Bundesvergleich bei den sogenannten Landesbasisfallwerten einnehmen. In der Folge müssen die Kliniken in Schleswig-Holstein bei ein und derselben Leistung mit deutlich niedrigeren Preisen als Krankenhäuser beispielsweise in Rheinland-Pfalz, Bayern oder Baden-Württemberg auskommen. Der ständige Kostendruck und Sparzwang, denen die Krankenhäuser schon seit Jahren ausgesetzt sind, belastet die Einrichtungen in Schleswig-Holstein dementsprechend noch weit mehr.

Dennoch ist die Qualität der Krankenhausbehandlung keineswegs schlechter als anderswo, wie die Ergebnisse aus einer bundesweit vergleichenden Qualitätssicherung belegen. - Und die Patienten begeben sich weiterhin mit großem Vertrauen in die Hände der Ärzte und Pflegekräfte. Das unterstreicht eine Patientenumfrage aus dem Frühjahr 2011. Danach würden 98,4 Prozent der Befragten das Krankenhaus, in dem sie behandelt wurden, wieder aufsuchen. Aus der Umfrage geht aber auch deutlich hervor, dass die Patienten nicht mehr bereit sind, die Finanznot der Krankenhäuser zu Lasten ihrer Heilung und ihres Wohlergehens stillschweigend hinzunehmen. Gerade in den Freitexten der Umfrage finden sich konkrete Forderungen, den Personalabbau und die zunehmende Arbeitsbelastung umgehend zu stoppen. Zugleich wird von den Patienten aber auch der unermüdliche Einsatz des Personals gewürdigt, der eine medizinische Versorgung auf weiterhin qualitativ hohem Niveau unter diesen schweren Rahmenbedingungen überhaupt möglich macht.

Wir sind stolz auf die Leistungen der Krankenhäuser in Schleswig-Holstein. Die Tag für Tag beweisen: „Wann immer das Leben uns braucht, sind wir für die Menschen da.“ Dieses Engagement gilt es weiterhin zu unterstützen. ■



# Mitglieder

## 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  
Krankenhausesellschaft Schleswig-  
Holstein e. V.  
Landfrauenverband  
Schleswig-Holstein e. V.  
Marburger Bund, Landesverband  
Schleswig-Holstein  
Medizinischer Dienst der Kranken-  
versicherung Nord, Hamburg  
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  
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  
Seniorenstiftung „Haus Bielenberg“,  
Brekum-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  
H. Simonis

**Patientenombudsmann/-frau  
Schleswig-Holstein e.V.**

c/o Ärztekammer Schleswig-Holstein

Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg

Telefon: 0 45 51 / 803 - 224, Telefax: 0 45 51 / 803 - 188

E-Mail: [ombudsverein@æksh.de](mailto:ombudsverein@æksh.de), [www.patientenombudsmann.de](http://www.patientenombudsmann.de)