



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



TÄTIGKEITSBERICHT 2012

Impressum

Herausgeber:

Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V.

Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg

E-Mail: ombudsverein@aecksh.org

www.ombudsmann-sh.de

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

Mit dem vorliegenden Tätigkeitsbericht erfüllt der Patientenombudsverein die satzungsgemäßige Aufgabe des Vorstandes, den Mitgliedern einen jährlichen Tätigkeitsbericht vorzulegen. Der Bericht umfasst das Jahr 2012.

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

Redaktion: Hans-Peter Bayer, Dagmar Danke-Bayer, Nicole Brandstetter, Andreas Eilers, Klaus Jürgen Horn, Regina Klingsporn, Henning Steinberg

Koordination: Petra Bogaers, Maike Prah

Druck: Semler-Grafik, Berlin; Fotos: Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V. außer Titel: AOK Bilderdienst, S. 3: Heide Simonis privat, S. 20: iStock-photo, S. 21: BKK Landesverband NORDWEST, S. 22: Thomas Rottschäfer

Vorwort der Vereinsvorsitzenden



Heide Simonis

ehemalige Ministerpräsidentin und
Vorsitzende Patientenombudsmann/-frau
Schleswig-Holstein e. V.

Das Jahr 2012 war für die Patienten-Ombudsleute und die Pflege-Ombudsfrau geprägt von kontroversen Diskussionen um das neue Patientenrechtegesetz, das im Februar 2013 in Kraft getreten ist.

In Deutschlands Krankenhäusern sterben nach Studien jedes Jahr etwa 17.000 Menschen wegen Fehlern und Problemen im Behandlungsverlauf. Insgesamt werden jährlich Hunderttausende Kranke zu Opfern von Fehlern in Klinik und Praxis.

Bei diesen Zahlen ist es erfreulich, dass die Rechte von Patienten nunmehr festgeschrieben worden sind, wobei ein Großteil bereits durch die Rechtsprechung entwickelt worden war. Dies trägt sicherlich dazu bei, dass ihr Selbstbestimmungsrecht gegenüber Ärzten und Krankenkassen gestärkt wird. Die Einsicht in die eigene Patientenakte ist ein Thema, das unsere Ombudsleute in ihrer täglichen Arbeit begleitet. Umso erfreulicher ist es, dass diese nun gesetzlich geregelt ist. Den Behandlern wird so vor Augen geführt, wie wichtig es ist, die Patientenakte vollständig und sorgfältig zu führen, auch zu ihrem eigenen Schutz. Denn sollte es zum Prozess kommen, werden unvollständige Angaben oft zu Lasten der Behandelnden ausgelegt. Im ärztlichen Bereich gab es allerdings schon immer eine berufsrechtliche Pflicht, Patienten in die Dokumentation einsehen zu lassen und auf Wunsch hiervon Kopien zu fertigen.

Auch schnellere Leistungen der Krankenkassen regelt das neue Patientenrechtegesetz. Die Krankenkasse muss sich nun an festgelegte Fristen vom Leistungsantrag bis zur Bewilligung bzw. Ablehnung halten. Nach Stellung des Leistungsantrags haben die Kassen drei Wochen, bei Einschaltung des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) fünf Wochen Zeit, um eine Entscheidung zu treffen. Gibt es innerhalb dieser

Frist keine Meldung der Kasse, gilt die Leistung als genehmigt.

Doch nicht alles ist Gold, was glänzt. Keine Änderungen bringt das Patientenrechtegesetz bei der Beweislast für Aufklärungs- und Behandlungsfehler. Nach wie vor müssen Patienten, die vermuten, falsch behandelt worden zu sein, drei Dinge beweisen: erstens einen Schaden, zweitens einen Fehler des Behandlers und drittens die Kausalität, d.h., dass der Schaden durch den Fehler verursacht wurde und nicht durch die Krankheit. Diese Beweise sind für Patienten oft nur schwer zu erbringen. Sie sind hierzu auf Gutachter angewiesen. Das Gesetz müsste daher eine Öffnungsklausel vorsehen, die es Richtern ermöglicht, die Beweislast auch patientenfreundlicher zu sehen. Die Beweislast kann Patienten zur Zeit nur genommen werden bei nicht vollständiger Dokumentation, wenn Befunde nicht richtig erhoben worden sind oder schon auf den ersten Blick ein grober Behandlungsfehler zu erkennen ist bzw. wenn der Behandelnde für die Behandlung nicht ausreichend befähigt war.

Jeden Tag erleben unsere Ombudsleute den Missmut der Patienten über Behandlungsfehler, Kommunikationsschwierigkeiten oder gesetzliche Richtlinien. In allen Fällen versuchen sie zu helfen und zu unterstützen, immer haben sie ein offenes Ohr. Viele Anliegen können die Ombudsleute zur Zufriedenheit der Antragsteller lösen. Wichtig ist ihnen dabei immer ein Miteinander und der faire Austausch zwischen allen Akteuren im Gesundheitswesen. Denn nur mit gegenseitigem Verständnis können die Probleme zwischen Patienten, Ärzten, Krankenkassen und Pflegeheimen gelöst werden.

Im Juni 2013

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 2012 waren vier Patienten-Ombudsleute und eine Pflege-Ombudsfrau 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 oder an die Ärztekammer Schleswig-Holstein weitergeleitet.

Pflege-Ombudsfrau

Das Ziel der Pflege-Ombudsfrau 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-Ombudsfrau kooperiert dabei mit den Pflegeberatungsstellen der Kreise oder den Pflegekassen und unterstützt bei der Begutachtung von Pflegesituationen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

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

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

Pflege-Ombudsfrau

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

Map labels: Nordfriesland, Flensburg, Schleswig-Flensburg, Rendsburg-Eckernförde, Kiel, Plön, Ostholstein, Dithmarschen, Neumünster, Segeberg, Steinburg, Pinneberg mit Helgoland, Stormarn, Lübeck, Herzogtum Lauenburg.

- 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.

Der lange Weg zum Erfolg



Andreas Eilers

Die meisten Anrufe von Patienten oder ihren Angehörigen sind relativ schnell „bearbeitet“, andere sind sehr Zeit aufwendig und mit ungewissem Ausgang. Menschen rufen spontan an, wenn sie von der Krankenkasse oder einem Arzt eine Ablehnung erfahren, ihrer Meinung nach ungerechtfertigt, oder wenn sie sich schon länger mit ihrem Anliegen herumschlagen und im Dschungel des Gesundheitswesens nicht zurechtkommen.

In vielen Fällen erfährt der Ombudsmann nicht, ob seine Hilfestellung zu einem positiven Ende geführt hat. Manchmal kann er sich mit den Patienten freuen, wenn der Fall – oft nach langer Zeit – zum Wohle des Patienten ausgegangen ist.

Ein Mann bekommt nach einem Armbruch seine nicht unerheblichen Taxikosten im Zusammenhang mit einer Operation von der Krankenkasse erstattet, nachdem der behandelnde Arzt nachträglich bescheinigt hat, dass die durchgeführten Untersuchungen „vorstationäre Behandlungen“ (§ 60 Abs. 2.4 SGB V) gewesen sind.

Eine Frau fühlt sich gestärkt, weil der Ombudsmann sie zweimal innerhalb von zwei Jahren wegen ihrer komplizierten Prothese erfolgreich zur Schlichtung beim Prothetikausschuss der Zahnärztekammer begleitet hat.

Ein Mann wird von einem Arzt vor einer Herzoperation schlecht behandelt und beschwert sich via Ombudsmann bei der Beschwerdemanagerin des Krankenhauses. Sie kann erreichen, dass der Mann vom Professor privat operiert und von der Zuzahlung befreit wird.

Eine Frau kämpft darum, dass die Diagnose „V. a. Alkoholabusus“ aus dem Krankenhausbericht für ihren Mann gestrichen wird. Im weiter behandelnden Krankenhaus wird daraus „gesteigerter Alkoholabusus“, ohne dass gesicherte Anzeichen vorhanden sind.

Eine Schwester hatte auf Grund eines Fragebogens und wegen Schüttelfrost und 39 Grad Fieber auf Entzugerscheinungen geschlossen. Mit Hilfe der Hausärztin kann die Diagnose „gerade gerückt“ werden, und nach zwei Monaten haben beide Krankenhäuser einen korrigierten Bericht geschrieben.

Ein Mann findet im Internet die Möglichkeit und das

Angebot eines Arztes, einen Bandscheibenvorfall mit Laser zu behandeln. Er nimmt Kontakt mit dem Arzt auf, schickt ihm seine Unterlagen mit dem Hinweis, GKV-Patient zu sein, und bekommt einen Termin.

In der 100 Kilometer entfernten Praxis wird ihm ein IGeL-Vertrag vorgelegt, den er nicht unterschreibt, weil er sich die Behandlung nicht leisten kann und in der Internetanzeige kein Hinweis auf die private Behandlung zu lesen gewesen ist. Er bekommt vom Arzt eine Rechnung für den Ausfall, die er auf Anraten des Ombudsmannes der Rechtsabteilung der Ärztekammer vorlegt. Die bringt den Arzt dazu, seine Rechnung zurück zu nehmen.

Eine Frau mit der seltenen Krankheit akut intermittierende Porphyrie (Immunkrankheit/Stoffwechselstörung) muss bei erneuten Krankheitsschüben immer wieder zeitnah in ein Krankenhaus. Im nahe gelegenen Krankenhaus hat sie enttäuschende Erfahrungen mit dem Personal gemacht und bittet den Ombudsmann sich dafür einzusetzen, dass sie medizinisch und menschlich so behandelt wird, wie sie dies zuvor in einem allerdings entfernt liegenden Krankenhaus erfahren hat. Nach Gesprächen mit Ärzten wird der Frau schriftlich zugesichert, dass das Personal die zurecht beanstandeten Punkte zur Kenntnis nimmt und ihr zukünftig eine ausführlichere Erläuterung der Behandlungsschritte gibt.

Ein Mann, 82 Jahre, stürzt im Krankenhaus beim Kaffee holen, wird acht Stunden operiert und bekommt eine Anschlussheilbehandlung in einer Reha-Klinik. Da er als Beamter im mittleren Dienst privat versichert ist, wird ihm ein Behandlungsvertrag zur Unterschrift vorgelegt, der auch die

Chefarztbehandlung einschließt, welche in seinem Krankenkassenvertrag nicht gedeckt ist. Erst nach mehrmaligem Drängen des Personals unterschreibt er. Nach 25 Tagen wird er nach Hause entlassen und kommt in ein Pflegeheim zur Kurzzeitpflege, als seine Frau sich wegen einer Hüftoperation ins Krankenhaus und zur anschließenden Reha begeben muss. Am Tag vor seiner Entlassung aus dem Pflegeheim stirbt er. Im Koffer mit den persönlichen Sachen des Mannes findet seine Frau eine Rechnung für die Chefarztbehandlung in der Reha-Klinik über 1.300 Euro, wovon die Krankenkasse inzwischen 800 Euro übernommen hat.

Mit dem Krankenhaus klärt der Ombudsmann zunächst, dass kein Haftpflichtschaden vorliegt, zumal es auch keinen Zeugen für den Unfall gibt.

Mit einer Beschwerde der Frau wendet sich der Ombudsmann an den Chefarzt der Reha-Klinik und bittet ihn, auf seinen Anteil des Honorars zu verzichten, was dieser zur Erleichterung der Frau auch tut. Doch leider informiert er nicht seine Abrechnungsstelle, die dann einen Rechtsanwalt einschaltet. Dieser muss durch den Widerspruch des Ombudsmanns zweimal aufgefordert werden, der Frau eine schriftliche Bestätigung des teilweisen Honorarverzichtes zuzuschicken.

In der Zwischenzeit ergibt sich für die Frau ein weiteres Problem. Während ihrer Reha hat sie einen Antrag auf Pflegestufe I gestellt. „Sie bekommen auf alle Fälle Pflegestufe I und ein Pflegebett“, hat ihr die Dame vom Sozialdienst prophezeit. Die Hausärztin hat ihr daraufhin ein Pflegebett verordnet, das eine Sanitätsfirma, nachdem der Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse eingereicht war, liefert. Einen Monat später lehnt die Krankenkasse die Pflegestufe zurecht ab und damit die Kostenübernahme für das Pflegebett. Die Sanitätsfirma möchte nun von der Frau die dreimonatige Mietpauschale in Höhe von 600 Euro für das Bett haben.

Der Einspruch des Ombudsmannes zielt darauf ab, dass die Ärztin auf die Verordnung „nach Genehmigung der Kasse“ geschrieben hat und die Frau nicht über die Lieferungs-, Wartungs- und Nutzungsbedingungen informiert worden ist, sondern lediglich den Erhalt des Bettes quittiert hat. Nach langwierigen telefonischen

Verhandlungen kommt ein Schlichtungsgespräch mit dem Sanitätshaus zustande, das die Rechnung als unbegründet zurücknimmt.

Nach siebenmonatiger emotionaler Berg- und Talfahrt kommt die Frau endlich zur Ruhe und kann sich der Trauer um ihren Mann widmen.

Ein Mann möchte in Polen Kururlaub machen, holt sich von seiner Hausärztin ein Attest mit einer Liste der nötigen Anwendungen und erhält von seiner Krankenkasse die mündliche Zusage der Kostenübernahme. Nach dem Kururlaub möchte er von der Hausärztin eine Verordnung für die geleisteten Anwendungen haben, um die Rechnung von der Krankenkasse erstattet zu bekommen, was ihm aber die Ärztin trotz Vorlage der Kurunterlagen verweigert. Der

Ombudsmann ruft die Ärztin an, die keine Zeit für ihn hat. Es folgen verschiedene Anrufe in der Praxis, die stets „voll“ ist, mit dem Hinweis, nach der Sprechzeit anzurufen. Dann ist der Anrufbeantworter angeschaltet.

Auf schriftliche Nachfrage teilt die Ärztin unter anderem mit, dass sie die Verordnung erst ausstellt, wenn die Krankenkasse schriftlich bestätigt, „dass und in welchem Umfang die Verordnung erforderlich ist und dass diese Verordnung im Hinblick auf die erfolgte Behandlung in Polen unbedenklich ist, also seitens des Versicherungsträgers eine Erstattung erfolgt“. Sie ist mit Recht der Meinung, dass die Krankenkasse für die Übernahme der Behandlungskosten im Ausland zuständig ist, wenn sie dem Patienten eine Kostenzusage gegeben hat.

Durch einen Anruf bei der Krankenkasse lässt sich das Missverständnis klären. Der Patient hat noch keinen Erstattungsantrag gestellt, weil er (wie der Ombudsmann) der Meinung gewesen ist, eine Verordnung zu brauchen. So kann er auch ohne Verordnung die Kosten erstattet bekommen.

Ende gut – fast alles gut. ■

„Manchmal kann sich der Ombudsmann mit seinen Patienten freuen.“

Der Patient und die Mühe um seine Dokumente



Henning Steinberg

Schon das alte BGB regelt im § 810 die Einsicht in die personenbezogenen Dokumente, die im Rahmen eines Behandlungsvertrages erstellt worden sind. Das neue Patientenrecht fasst diese Regelung zusammen: „§ 630 f BGB: Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.“

Es wird also vorgeschrieben, dass Patientenakten vollständig und sorgfältig zu führen sind. Patienten haben nun ein zusätzliches gesetzliches Recht auf Akteneinsicht. Wenn die Dokumentation fehlt oder wenn sie nicht vollständig ist, wird im Prozess zu Lasten des Behandelnden vermutet, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht durchgeführt wurde. Die Einsicht oder Dokumentenweitergabe kann gem. § 630 g verweigert werden, wenn erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen, also eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten befürchtet werden muss. Sie muss begründet werden. Dieses gilt auch im Rahmen psychiatrischer Behandlungen, wenn auch sehr eingeschränkt. Wenn ein vertraulicher Arztbrief Inhalte enthält, die für den Patienten belastend sein könnten und die Inhalte eher krankheitsverschlimmernd wirken könnten, kann der Arzt mit entsprechender Aufklärung und Begründung die Einsicht verweigern. Dies gilt aber nicht, wie in einem Fall durchexerziert, wenn ein mit

der Betreuung beauftragter Ehegatte Einsicht in die Unterlagen erlangen will. In diesem Fall müsste nach Vorlage der Betreuungsurkunde eine Offenlegung der Akten erfolgen. Etwas anderes würde nur gelten, wenn der Wille des Patienten entgegengestanden hätte.

2012 habe ich bei 391 Beratungsfällen in 21 Fällen mit Problemen in der „Patientendokumentation“ zu tun gehabt. Diese Fälle erfordern in der Regel einen erheblichen Aufwand und ich stoße dabei auch immer wieder auf sehr wunderliche Verhaltensweisen, so etwa bei Problemen im Zusammenhang mit Praxisübergaben. Da will ein Patient seine Unterlagen bekommen, um mit einem anderen Arzt einen neuen Behandlungsvertrag zu schließen, aber er bekommt sie nicht. Auch sein neuer Arzt stößt auf Unverständnis. Schließlich wird ein Angebot gemacht, die kopierten Unterlagen gegen eine Gebühr auszuhändigen. Der Ombudsmann schaltet sich ein und kann mit Hilfe der Rechtsabteilung der Ärztekammer die Dinge zurechtrücken. Wenn im größeren Umfang Kopierkosten anfallen, kann in besonderen Fällen die Originalakte übergeben werden. Holt der Patient die Akte gegen Quittung ab, ist nichts zu berechnen.

Wirklich ärgerlich war ein Fall, in dem eine Patientin einen stationären Aufenthalt abgeschlossen hatte, bei dem es zu Komplikationen gekommen war. Im Rahmen einer neurologischen Behandlung im Handgelenksbereich kam es zu Taubheitsempfindungen in einigen Fingern. Die Patientin sollte ambulant weiter behandelt werden, aber weder sie selbst noch die neue Ärztin bekamen Unterlagen. Eine Weiterbehandlung ohne diese Unterlagen wurde ausgeschlossen. Erst nach einem erheblichen Aufwand an Telefonaten wurde die Akte aufgefunden und vom behandelnden Arzt dann auch bearbeitet. Durch die Zeitverzögerung ist der Patientin ein Schaden entstanden, zumal sie ihren Beruf als Gastwirtin länger nicht ausüben konnte. Die Patientin wurde entsprechend beraten.

Noch gravierender war die Verwechslung zweier Patienten bei der Dokumentation. Zustande kam diese, weil beide die gleich Operation (Total

extraperitoneale Hernioplastik - TEP) in der Klinik hatten. Aufgefallen ist dies durch die Geburtsdaten, einen falschen Operationstermin und einige andere Aussagen in den Unterlagen. Bis die Klinik sich dazu durchrang, die entsprechende Dokumentation den jeweiligen Patienten zuzuordnen, verging mehr Zeit, als zumutbar erschien.

Eine Patientin, die neurochirurgisch behandelt wurde, wurde mehrfach operiert. Sie berichtet, dass bei der Operation Einblutungen aufgetreten sind, dass Schrauben verkehrt gesetzt und abgebrochen waren, sowie ein Nerv durchtrennt wurde. Die Klinik weigerte sich, die Patientenakten herauszugeben. Ein Anwalt wurde eingeschaltet. Es ist nicht zu verstehen, dass so "gemauert" wird, zumal letztlich die Dinge ja doch auf den Tisch kommen müssen. Die Patienten, die eh schon unter erheblichem Druck stehen, bekommen so noch mehr Last aufgelegt. Das ging auch den Angehörigen eines Patienten so, der im Alter von 68 Jahren in einer Klinik verstorben war. Die Klinik bat um das Einverständnis zu einer Obduktion, weigerte sich dann aber, das Ergebnis der Ehefrau auszuhändigen. Aufgrund der Umstände entstand der Eindruck des Versuches einer Vertuschung. Ich riet der Familie zur Anzeige und die Staatsanwaltschaft nahm Ermittlungen auf.

Ganz allgemein klagen Patienten immer wieder darüber, dass sie im Unklaren gelassen werden. Da verschwinden Berichte von hinzugezogenen Fachärzten, CD's von MRT-Untersuchungen können nicht ausgelesen werden, Röntgenbefunde werden nicht ausgehändigt oder manchmal weigern sich Ärzte einfach überhaupt Unterlagen herauszugeben.

Verständlich sind die Fälle im Umfeld von psychiatrischen Erkrankungen und bei der Behandlung von Patienten, die unter Betreuung stehen. Das Ansinnen einer Patientin, dass der Arztbrief geändert werden soll, weil alles ganz anders war und sie sich im Allgemeinen falsch beschrieben fühlte, käme nach Auffassung des Arztes einer Aufforderung zur Urkundenfälschung gleich. Auch die Gespräche mit dieser Patientin brauchten viel Zeit.

Der Arzt, der erst eine Betreuungsurkunde sehen möchte, bevor er eine Patientenakte verschickt, hat einen triftigen Grund. Kliniken aber, die sich endlos Zeit lassen und bei denen regelrecht hinter den Unterlagen her gefahndet werden muss (evtl. im Archiv, vielleicht aber auch auf der Station oder bei Dr. N. auf dem Schreibtisch), müssen sich fragen lassen, ob sie überhaupt noch einen Überblick über das Geschehen haben. Es ist nicht zu akzeptieren, dass bei der Diagnose eines Gehirntumors die MRT-Unterlagen nicht zu finden sind (eine Klinik außerhalb S.-H.) und hier dann vor Ort ein umfangreiches Diagnoseprogramm neu anlaufen muss.

Wir als Ombudsleute sehen oft einen längeren Krankheitsverlauf: Da wird bei einem Nierenkarzinom eine Niere entfernt, eine Schmerzpumpe wird eingesetzt, beide Beine ertauben. Dieser Zustand steht nicht im Patientenbrief. Der Patient, dem eine Reha versprochen wurde, muss sich mit einer Ablehnung durch den Kostenträger auseinandersetzen. Nach der Intervention wird ein neuer Befund erstellt und die Reha genehmigt. Für den Patienten bei der Krankheitslage eine an sich unzumutbare Belastung.

Sicher nimmt die Schreibarbeit im Arztberuf einen großen Raum ein. Dafür kann aber der Patient nichts, der trotz Nierenkarzinoms vom Versorgungsamt als Schwerbehinderter von 60% auf 40% heruntergestuft wurde. Ein Orthopäde, der um einen Bericht gebeten wurde, macht deutlich, dass er dafür keine Zeit habe. Erst nach erheblichem Druck schreibt er seine Stellungnahme.

Als Ombudsmann bekomme ich eine Negativauslese auf den Tisch. Die tausendfachen Fälle, in denen Menschen geholfen wird, übersehe ich nicht. Aber es ist nicht nötig, dass Menschen da, wo sie einen klaren Rechtsanspruch haben, nicht zügig bedient werden. Bedauerlich ist, dass das neue Patientenrechtegesetz nicht vorsieht, dass die Kassen für Patienten die Dokumentation anfordern können. Diese hätten eine andere Durchsetzungskraft als der Mensch sie hat, der sich eh mit seiner Genesung auseinandersetzen muss. Gut, dass Ombudsleute auch in diesem Problemfeld entlastend und helfend wirken können. ■

Kommunikation ist die halbe „Heilung“...



Klaus Jürgen Horn

... wenn sie misslingt, ist die Gesundheit zur Hälfte gefährdet?

Das aus dem Lateinischen stammende Wort „communis“ (lat.) umfasst die Bedeutungen: gemeinsam, demokratisch, freundlich, zugänglich, überall üblich ...

In unseren Jahresberichten haben Probleme in der Kommunikation einen Spitzenplatz. Ein Viertel der Anfragen an mich habe ich 2012 diesem Bereich zugeordnet. Es hätten auch mehr sein können. Denn auch in anderen Bereichen spielen die Grundstrukturen von Kommunikation bei dem nicht gelungenen oder misslungenen Miteinander zwischen den Partnern im Gesundheitswesen eine Rolle.

Kommunikation: Arzt – Patient(in)

Mein Beispiel vom letzten Jahr: „Fürs Schnacken werde ich nicht bezahlt“, erlebte ein anderer Patient, der sich beim Ombudsmann einmal „Luft machen“ wollte, in der Version: „Der Hausarzt ist nicht da, um das Ergebnis des Facharztes, der dafür bezahlt bekommt, zu erklären.“ Der Patient zwischen zwei Ärzten! Meine Auskunft: der Untersuchende ist der Auskunftspflichtige.

Sicher, Patienten sind nicht immer gelassen, werden lautstark, „frech und dreist“. Das Hausverbot des Arztes, der sich vor seine Angestellten stellt, ist verständlich. Der Ombudsmann riet dem Patienten von einer Klage ab.

Der achtjährige Sohn (adipös) eines in Scheidung lebenden Ehepaares – das Kind lebt bei der Mutter, der Vater hat sich lange nicht gekümmert – wird auf Veranlassung des Vaters vom Arzt untersucht. Die Mutter wird herausgeschickt, der Vater darf im Untersuchungszimmer bleiben. In Gegenwart des Kindes soll „schlecht“ über die Mutter geredet worden sein. Die Mutter, die das Kind sonst immer begleitet, akzeptiert nach dem Gespräch mit mir zwar die Untersuchung, nicht aber, dass über sie „schlecht geredet“ worden sei. Die zunächst eingeschaltete Ärztekammer konnte kein berufsrechtliches Fehlverhalten des Arztes feststellen und verwies an den Ombudsmann. So konnte ich in langen Telefonaten und auch schriftlich als Seelsorger weiterhelfen, so dass die Mutter am Ende mir schrieb: „Vielen Dank für ihre offenen und verständnisvollen Ohren. Ich war nach unserem Gespräch sehr glücklich, weil ich mich ernst genommen, gehört, verstanden und unterstützt fühlte.“

Kommunikationshemmnis zwischen Arzt und Ombudsmann

In zwei Fällen wurde ich aufgefordert, das Problem schriftlich vorzutragen, da während der Praxiszeit keine Gelegenheit wäre darüber zu reden. Das Ärgerliche: in keinem Fall erhielt ich eine Antwort, nicht einmal eine Bestätigung des Eingangs meines Briefes. Auf telefonische Nachfrage gab es aus der Praxis die Antwort: wenn der Arzt nicht geantwortet habe, dann würde er eben nicht antworten. Zum Glück ist die Zahl der Ärzte, die nach der Sprechstunde zurückrufen größer!

Kommunikation zwischen Mitglied und Krankenkasse

Ein anderes Feld von mangelnder, beklagter Kommunikation gibt es zwischen Krankenkassen und ihren Mitgliedern.

Einige Anrufende beschwerten sich über lange Bearbeitungszeiträume. In einem Fall meldete ein Vater seine Tochter nach Beendigung der Ausbildung wieder bei sich an. Die Kasse reagierte lange nicht, schickte keine Versichertenkarte, so dass die Tochter bei Arztbesuchen Schwierigkeiten hatte und keine Rezepte bekam.

Kassen fusionieren, verschlanken sich, sparen bei Mitarbeiterstellen. Bei vielen meiner Anrufe bei den Kassen hieß es, die Angelegenheit wäre „gerade bearbeitet“ und auf dem Wege.

Es wurde auch verlangt, dass der Patient die Kasse von der Schweigepflicht entbinden müsste, bevor diese sprechen könne. Einige Male wurden Anrufende von den Kassen direkt an den Ombudsmann verwiesen. Das ist auch in Ordnung. In einigen Fällen hatte es nur den Anschein, als ob es sich um „schwierige“ Fälle handelte, die man weiterreichte, da sie Mühe machten.

Patienten fühlen sich von Krankenkassen unter Druck gesetzt, wenn sie arbeitsunfähig geschrieben sind. Aufgrund einer Einschätzung des MDK ruft die Krankenkasse an, dass sie wieder arbeitsfähig wären, in den nächsten Tagen würde die Mitteilung schriftlich folgen.

Patienten klagen, dass Krankenkassen häufig auf schriftliche Anfragen und dergleichen nur telefonisch antworten und schwer zu schriftlichen Äußerungen zu bewegen sind.

Kommunikation zwischen Krankenhaus und Patient

Ein häufiges Streitobjekt ist der Arztbericht, den Patienten für die Weiterbehandlung benötigen. Patienten warten lange darauf. Hausärzte telefonieren selbst hinterher: In einem Fall von Oktober bis zum Februar des Folgejahres – trotz mehrerer Erinnerungs-Mails des Ombudsmanns an das Qualitätsmanagement der Klinik sowie an das Büro des zuständigen Chefarztes.

„Der Krankenbericht ist eine einzige Lüge“, es stünden Dinge, die gar nicht gemacht worden seien. In dem Fall war tatsächlich im Krankenhaus etwas durcheinander geraten, sogar der in dem Bericht genannte Name war ein ganz anderer. Das aufzuklären dauerte Monate! „Der Chef war zur Fortbildung, im Urlaub, usw....“. Der Ombudsmann erinnerte regelmäßig, die Patientin fragte nach, am Ende war sie dennoch nicht befriedigt von der berichtigten Version.

Patienten fordern auch das Streichen von „nach ihrer Meinung“ verkehrten Sachverhalten oder das neue Verfassen von Berichten, besonders wenn sie befürchten, dass die Berichte später einmal zu Rate gezogen würden. Dem wird nicht stattgegeben, weil es sich um ein Dokument handele. In zwei Fällen konnte dem Rat des Ombudsmanns gefolgt werden, dass die Patientin eine eigene Stellungnahme dem Bericht beifügen konnte. Am Ende blieb offen, ob diese Stellungnahme wohl im Fall des Falles auch zur Kenntnis genommen werden würde. Eine letzte Sicherheit gibt es nicht.

Es wird zwar viel hin und her gefaxt, aber dennoch sind Entlassungsbriefe und Befundberichte oft nicht auffindbar.

Die Klinik hat ihn abgesandt, der Hausarzt hat keinen erhalten. Ein OP-Bericht ist nicht auffindbar in einer Klinik, die von Belegärzten genutzt wird. Es gibt Löcher im System, die schwer zu orten sind.

Als erfreulich ist festzuhalten, dass der Chefarzt einer Klinik, der ausdrücklich positiv zum Fehlermanagement steht, zu einem ausführlichen Gespräch in Begleitung des Ombudsmanns nach dem Tod der Mutter mit Angehörigen bereit war. Es war auch nachgehende Trauerarbeit. Das Gespräch konnte das im Finalstadium nicht kommunizierte ärztliche Verhalten für die Angehörigen verständlich machen. Mir blieb am Ende die Frage, ob etwas mehr Zeit für die Angehörigen während des Aufenthaltes der Kranken zur Erklärung des ärztlichen Handelns, nicht das 1 ½ stündige Gespräch mit der kostbaren Zeit des Chefarztes vermieden hätte. Angehörige warten häufig vergeblich auf ärztlichen Kontakt oder stoßen auf Mitarbeiter, die nicht, ungeschickt oder nur verklausuliert Auskunft geben, was zur Verunsicherung beiträgt.

Angehörige eines dementen Patienten erfuhren erst zu Hause beim nächsten Hausarztbesuch aus dem Krankenhausbericht, dass er sich im Krankenhaus das Nasenbein gebrochen hatte. In der Klinik war das nicht gesagt worden.

Verunglückte Äußerungen von Ärzten

Ein zweijähriges Kind wird auf die Intensivstation eingeliefert. Obwohl aus medizinischen Gründen Anspruch auf Elternunterbringung besteht – was aber auf der Intensivstation nicht möglich ist – kann die Mutter nicht in der Nähe untergebracht werden. Das Kind weint. Daraufhin der Aufnahmearzt: „Da hat Ihr Kind eben Pech und muss weinen!“ Das ist sicher nicht sehr einfühlsam, auch wenn die Eltern „von Anfang an als schwierig“ eingestuft waren. Im Gespräch mit der Beschwerdemanagerin konnte der Ombudsmann heraushören, dass von deren Seite und vom Sozialdienst der Klinik alles Mögliche unternommen wurde, um das Defizit auszugleichen und zu mildern. Nach wenigen Tagen wurde das Kind auf eine andere Station verlegt und zusammen mit der Mutter aufgenommen. ■

Arztsuche: Welcher Arzt nimmt mich gerne als Patient?



Regina Klingsporn

Erstaunlich häufig werde ich als Patienten-Ombudsfrau angerufen mit der Bitte, den Patienten bei der Suche nach einem geeigneten Arzt oder einer Ärztin behilflich zu sein. Dabei geht es ebenso um die Behandlung durch Allgemeinmediziner, wie auch um das Finden einer geeigneten Fachärztin oder eines Facharztes.

Bei der Frage nach Fachmediziner steht der Augenarzt an erster Stelle, doch auch nach Internisten und Gynäkologen wird sich besonders häufig erkundigt. Da eine Vielzahl der Patienten, die mich anrufen, auf dem Land wohnen, ist ihr Anliegen oftmals einen Arzt zu finden, der in erreichbarer Nähe ist und zu dem keine langen Autofahren notwendig sind.

Überfüllte und ausgelastete Hausarztpraxen im Norden?

„Können Sie mir sagen, wie ich einen Hausarzt oder eine Hausärztin für meine alten Eltern finde?“ fragt mich ein Mann am Telefon. Das kann doch nicht so schwer sein, denke ich, und verweise auf die Internetplattform www.arztfindex.de.

Doch da zeigt sich das Missverständnis: Der Anrufer ist durchaus kundig, kann mir auf Anhieb Namen, Anschrift und Telefonnummern von zehn Allgemeinmedizinern nennen.

„Seit einem Jahr, nachdem meine Eltern hier in den Norden gezogen sind, suchen wir eine Hausarztpraxis, die meine Mutter als Patientin aufnimmt“, sagt er. „Ich habe

in mehr als fünfzehn Praxen angefragt und bisher nur Absagen wegen Auslastung bzw. Überlastung bekommen.“

„Aufnahmestopp“ heißt das Stichwort, das er wieder

und wieder gehört habe, häufig schon von der Angestellten. Zu einem Austausch mit dem Arzt sei es meist gar nicht gekommen.

Weiter erfahre ich: die Eltern sind gesetzlich versichert, beide über 80 Jahre alt, nicht schwerwiegend krank, der Mann leidet zwar an Diabetes, doch auch da geht es wesentlich um die kontinuierliche Kontrolle und Begleitung. Das Ehepaar ist noch mobil, doch auf Dauer wäre es sehr sinnvoll, wenn die Ärztin bzw. der Arzt zu Fuß erreicht werden könnte.

Jetzt sei der Vater wegen des Diabetes zur Einstellung in der Klinik und der Facharzt dort habe nochmals darauf gedrungen, dass der Patient unbedingt einen Hausarzt vor Ort bräuchte, der seinen Zustand regelmäßig kontrolliere.

Was ist jetzt die Aufgabe der Ombudsfrau?

Ich lasse mir die Namen und Nummern der Praxen geben und fange an zu telefonieren, das Problem zu schildern und für diese älteren Patienten um Behandlung zu bitten. Immerhin gelingt es mir beim vierten Versuch den positiven Bescheid zu bekommen, dass das Ehepaar in dieser Hausarztpraxis nunmehr willkommen sei.

Ist dies ein Einzelfall? Oder haben wir es wirklich mit zunehmendem Ärztemangel im ländlichen Bereich zu tun?

Der Allgemeinmediziner, der diese Patienten schließlich in seine Kartei aufnahm, schilderte mir das Dilemma, das ihn sehr belastet. Natürlich ist er aus berufsethischen Gründen und mit seiner Zulassung dem Versorgungsauftrag¹ verpflichtet, anspruchsberechtigte Patienten angemessen in der Sprechstunde zu behandeln. Das Dilemma beschreibt nun schon der Ausdruck „angemessen“. Wenn die Zahl der Patienten das vom Arzt zu bewältigende Maß weit überschreitet und er die Sicherung einer sachgerechten Versorgung gefährdet sieht, hält er es auch für seine Pflicht, zunächst keine neuen Patienten anzunehmen. Die Klagen über zu kurze Sprechzeit, mangelnde Kommunikation und Aufklärung sowie über sogenannte schnelle Abfertigung belasten darüber hinaus zunehmend den Arzt und das Praxisklima insgesamt.

Andererseits ist es ein nicht haltbarer Zustand, dass Menschen, die wegen Zuzugs nach einer hausärztlichen Betreuung suchen, diese nur nach vielen Anträgen schließlich mit Beharrlichkeit und mit Unterstützung durch die Ombudsleute erhalten.

„Die Klagen über zu kurze Sprechzeit belasten zunehmend den Arzt.“

¹ Vgl. z.B. Bundesmantelvertrag Ärzte, § 17, Abs. 1 a

Patienten auf dem Dorf suchen Augenarzt

Eine ältere Frau bittet um Unterstützung bei der Suche nach einem Facharzt für Augenheilkunde für ihren Ehemann und sich. „Wir haben in der Nähe zwar einen Augenarzt, gar nicht weit von unserem Wohnort, doch der lehnt es ab uns zu behandeln“, erzählt sie. „Wir haben ja nur die Grundversorgung und dann bekommt er wohl zu wenig Gebühren. Extras können wir uns auch nicht leisten.“

Sie meint IGeL-Leistungen, die selbst zu zahlen sind. Sie möchte nach dieser unschönen Begegnung auch keine Auseinandersetzungen mehr mit diesem Arzt, sondern jetzt lieber einen neuen finden. Wegen der Grundversorgung sei es für das Ehepaar jedoch wichtig, nicht zu weit fahren zu müssen, denn der Mann habe grauen Star und müsse öfter in Behandlung und zu hohe Fahrtkosten könnten sie sich auch nicht leisten, erfahre ich weiter. Meine Erkundigungen führen zu zwei anderen Augenärzten in einem Umkreis von etwa 30 Kilometern. Nicht wirklich zufrieden, aber doch erleichtert, findet dieses Paar schließlich einen anderen Augenarzt, den es mit dem Bus erreichen kann.

Wie das Budget eine Verordnung und so die Arztwahl beeinflussen kann

Eine chronisch kranke Patientin soll aus medizinischen Gründen laut der behandelnden Ärzte im Krankenhaus, in dem sie operiert wurde, in Zukunft vorbeugend die Anti-Baby-Pille nehmen. Doch ihre ambulant behandelnden Ärzte wollen ihr diese nicht verschreiben. Der Hausarzt verweist an den Gynäkologen und der verweigert die Verschreibung. Ganz genau kennt sie die Gründe der Verweigerung nicht, wobei in den Gesprächen immer wieder das Wort „Budgetierung“ vorkommt. In Ruhe erzählt sie mir ihre Krankengeschichte, ihre persönliche und finanzielle Situation. Schließlich kommt sie zu dem Entschluss, sich lieber eine neue Gynäkologin suchen zu wollen. Ich mache ihr einige Vorschläge von Frauenärztinnen in ihrem weiteren Umfeld, die ich mit Hilfe von dem Internetportal „arztindex“ herausuche, und sie entscheidet sich für eine Ärztin aus dem gleichen Ort wie ihr Facharzt, der ihre andere chronische Krankheit behandelt.

Wie kann die Patienten-Ombudsfrau bei der Arztsuche helfen?

Sie kann Ärztinnen und Ärzte mit Hilfe des Onlineportals „arztindex“ für die Patientinnen und Patienten heraussuchen und diese als mögliche Praxen benennen. Doch in der Regel benötigen Patienten noch eine ganz andere Unterstützung. Die

Ombudsleute werden sie auch und gerade darin beraten, ihre Interessen mit den Ärzten zu besprechen.

Sie werden sie darin bestärken, ihre

Ansprüche und Rechte als Versicherte selbstsicher, unerschrocken und nachdrücklich – möglicherweise auch mit Rechtsbeistand – zu vertreten und gegebenenfalls auch durchzusetzen.

Sie werden auch um Verständnis für überlastete Praxen werben und die Patientinnen und Patienten ermutigen, nicht zu schnell aufzugeben und auch selbst das Gespräch mit den Ärztinnen und Ärzten immer wieder neu zu suchen. ■

„Wir Ombudsleute bestärken die Patienten, ihre Ansprüche nachdrücklich zu vertreten.“

Pflege alter Menschen braucht Würdigung



Dagmar Danke-Bayer

Im Bereich der Pflege kommen mit Abstand die meisten Anfragen zum SGB 11 der Sozialen Pflegeversicherung. Hier hat sich der Beratungsbedarf weiter erhöht.

Seit 2012 bietet die Pflege-Ombudsfrau daher den Mitgliedsvereinen Sozialverband Deutschland und dem Landfrauenverband Schleswig-Holstein an, in ihren Ortsverbänden Vorträge zur Pflegeversicherung zu halten. Diese zahlen dafür lediglich die Reisekosten.

Das Angebot wurde gut angenommen und die Veranstaltungen waren sehr gut besucht. Die Reaktionen der ZuhörerInnen zeigten, dass die Leistungen der Pflegeversicherung sowie deren Umfang bei den meisten nur wenig bekannt waren und/oder in ihrem Umfang falsch eingeschätzt wurden. Die Erwartungen an die Pflegeversicherung sind bei den Versicherten in der Regel immer noch viel zu hoch, da bis heute von der Politik aber auch von den Versicherungen kaum kommuniziert wird, dass die Pflegeversicherung eine Teilkaskoversicherung ist und nur die Grundbedürfnisse in der Pflege abdeckt.

Auch die Existenz der Pflegestützpunkte ist nach meiner Erfahrung aus den Vorträgen immer noch weitestgehend unbekannt und wird von den Pflegekassen scheinbar viel zu wenig bekannt gemacht.

Neben vielen anderen Faktoren treffen vor allem die für die einzelnen Pflegeleistungen vorgesehenen Zeitkorridore immer wieder auf großes Unverständnis, weil sie aus Erfahrung der pflegenden Angehörigen von den real benötigten Zeiten gravierend abweichen und nicht den Aufwand abbilden, der tatsächlich geleistet werden muss. Wenn z.B. für das Baden eines Pflegebedürftigen mit Vorbereitung, Abtrocknen, Hautpflege und anschließendem Reinigen des Umfeldes zirka 20 bis 25 Minuten angesetzt werden, dann ist das für eine Laienpflegekraft nicht zu schaffen, von einem liebevollen und fürsorglichen Umgang mit dem Pflegebedürftigen ganz zu Schweigen.

Bemängelt wird auch immer wieder die lange Wartezeit zwischen Antragstellung und Bescheid durch die Pflegekasse, die sich zwar nach der

Anlaufphase für einige Zeit verbessert hatte, sich in den letzten Jahren aber wieder kontinuierlich verlängert hat. Betroffene mussten nicht selten monatelang auf den Bescheid der Pflegekasse warten. Dieser unbefriedigende Zustand für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen musste augenscheinlich inzwischen auch von der Politik zur Kenntnis genommen worden sein. Das seit Januar 2013 geltende Pflege-Neuausrichtungsgesetz versucht diesem Missstand jetzt unter anderem durch eine Begrenzung der Bearbeitungszeit für die Anträge zur Pflegestufe auf höchstens fünf Wochen und bei Überschreiten dieser Frist mit Sanktionen für die Kassen zu begegnen.

Wo allerdings die mindestens drei unabhängigen und qualifizierten Gutachter herkommen sollen, die die Pflegekasse den Antragstellern nennen sollen, wenn innerhalb von vier Wochen keine Begutachtung durch den MDK stattgefunden hat und warum diese dann nicht zumindest teilweise beim MDK angestellt werden, da dort doch augenscheinlich schon seit längerem personelle Engpässe bestehen, erschließt sich mir nicht. Wenn dies nämlich so geschähe, müssten die Betroffenen meiner Ansicht nach gar nicht erst vier Wochen vergeblich auf eine Begutachtung warten.

Auch die mir immer wieder mal vorgetragenen und auch an den MDK weitergegebenen Klagen der Betroffenen über unfreundliches oder sehr kurz angebundenes Verhalten einzelner GutachterInnen schienen doch nicht, wie es immer hieß, nur vereinzelte Ausnahmen gewesen zu sein. So wird der MDK vom Gesetzgeber zukünftig zur Einhaltung von Servicegrundsätzen verpflichtet, um den angemessenen und respektvollen Umgang mit den pflegebedürftigen Menschen sicher zu stellen. Denn, auch wenn die Arbeitssituation der GutachterInnen nicht selten starke physische und psychische Belastungen mit sich bringt, darf nicht außer Acht gelassen werden, dass auch die AntragstellerInnen häufig die Begutachtung als eine sehr belastende und nicht selten – zumindest subjektiv – auch als demütigende Situation empfinden. Diesem Empfinden haben meiner Ansicht nach die GutachterInnen immer professionell Rechnung zu tragen.

Wobei eine weitere Ursache für die oben geschilderten Probleme, wohl inzwischen auch in dem immer größer werdenden Mangel an qualifizierten Pflegefachkräften auf dem Arbeitsmarkt zu sehen ist.

Die Anfragen zur Pflegeversicherung teilen sich zu fast 50% in hauptsächlich zwei Bereiche:

Einmal in Anfragen mit dem reinen Wunsch nach Beratung, wie zum Beispiel „Wie beantrage ich eine Pflegestufe?“, „Welche Kriterien müssen erfüllt sein, um eine Pflegestufe zu bekommen?“, „Was muss ich bei der Begutachtung durch den MDK beachten?“ etc..

Der andere Bereich betrifft Anfragen aufgrund von Komplikationen oder Konflikten mit der Pflegekasse wie zum Beispiel Unverständnis über die Ablehnung des Antrages auf eine Pflegestufe oder „Was muss bei einem Widerspruch beachtet werden?“.

Pflegende Angehörige fühlen sich häufig überfordert und allein gelassen. Sie pflegen nicht selten unter großen Opfern die alten Eltern oder auch ihr behindertes Kind und müssen dann immer wieder erleben, dass Anträge auf manchmal nur kleine Hilfen mit „bürokratischen“ Begründungen abgelehnt werden. Hierzu folgendes Beispiel: Eine Frau pflegt ihre hochbetagte Mutter, die nicht mehr alleine stehen und gehen kann. Das heißt, sie hilft der Mutter beim Waschen und Anziehen, kocht für sie, macht die Wäsche, reinigt die Wohnung. Die alte Dame hat eine eigene Wohnung im Hause ihrer Tochter. Mit Hilfe eines Mobiltelefons ruft sie ihre Tochter, wenn sie zum Beispiel zur Toilette gehen muss. Die alte Dame ist, wie auch der Gutachter des MDK festgestellt hat, geistig klar und weiß, dass sie zum Stehen und Gehen Hilfe braucht. Leider kommt es aber immer wieder vor, dass sie im Sitzen ihre Kräfte überschätzt und doch versucht allein aufzustehen und sich fortzubewegen. Oder sie weiß, dass ihre Tochter einen Besuch macht und will sie aus Rücksichtnahme nicht nach Hause rufen. Oder es dauert ihr dann zulange, bis die Tochter nach Hause kommt. Manchmal, vor allem nachts, will sie vielleicht auch nur beweisen, dass sie gar nicht so hilfsbedürftig ist. So kommt es immer

wieder zu Stürzen und Unfällen und die Tochter ist neben der arbeitsmäßigen Belastung durch die Pflege der Mutter zusätzlich ständig in Sorge um sie. Außerdem kommt es nach solchen Vorfällen immer wieder zu zermürenden Diskussionen zwischen der alten Dame und ihrer Tochter. Um hier eine gewisse Entlastung zu erfahren, hat die Tochter einen Notrufknopf besorgt und die Übernahme der Kosten hierfür bei der Pflegekasse beantragt. Dieser Antrag wurde von der Kasse abgelehnt, mit der Begründung, die alte Dame wisse ja, dass sie nicht allein aufstehen könne und für den Notfall könne man ja auf dem Handy eine Notruftaste installieren. Diese Ablehnung hat die Tochter sehr getroffen. Die Mutter wird, wenn sie stürzt, kaum das Handy zur Hand haben. So fühlt sich die Tochter in ihrer Sorge für ihre Mutter überhaupt nicht gesehen und hat das Gefühl ihre tägliche Pflege der Mutter wird überhaupt nicht gewürdigt. Sondern im Gegenteil, aus dem Bescheid der Kasse folgert sie auch den Anspruch an sie, 24 Stunden für ihre Mutter da zu sein. Und so bleibt bei ihr das Gefühl von Bitterkeit und Ohnmacht.

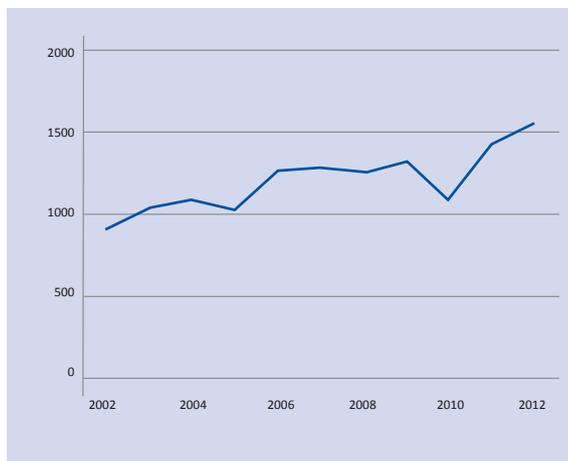
Die zuständige Sachbearbeiterin bei der Kasse sieht und versteht die Sorge und Belastung der Tochter sehr wohl, sieht sich aber aufgrund des Gutachtens des MDKs nicht in der Lage den Antrag positiv zu bescheiden. Auf meine Anfrage hin, hat sie dann Rücksprache bei ihrer Gruppenleiterin gehalten, diese sah jedoch keine Möglichkeit anders zu entscheiden, zumal das Verfahren jetzt an den Widerspruchsausschuss geht.

Das bestätigt wieder meine Erfahrung, dass innerhalb der Kassen die Entscheidungsebene immer weiter zentralisiert wird und die einzelnen SachbearbeiterInnen vor Ort durch Anweisungen und Richtlinien in ihrer Entscheidungsbefugnis immer mehr eingeschränkt werden.

Die Pflege alter Menschen durch Angehörige oder zum Beispiel Nachbarn wird von der Politik zwar gewünscht, gewürdigt wird sie aber sowohl durch die Gesetzgebung als auch die ausführenden Institutionen häufig nicht! ■

Anfragenaufkommen 2012

Insgesamt 1.525 Mal wurden die Patienten-Ombudsleute und die Pflege-Ombudsfrau im Jahr 2012 um Rat gefragt. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Anfragen damit um rund acht Prozent gestiegen. Die Gründe für den Anstieg liegen in einer gesteigerten Wahrnehmung der Ombudsleute in der Öffentlichkeit durch aktiv betriebene Pressearbeit, insbesondere Einzelinterviews der Ombudsleute, Präsenz auf Messen und Veranstaltungen und Vorträgen in verschiedenen Organisationen.



Fallzahlentwicklung 2002 - 2012

Probleme in der Kommunikation am häufigsten

Wie bereits im vergangenen Jahr, so stehen auch 2012 die Anfragen zu Themen der Kommunikation mit 269 Anfragen auf Platz 1 des Rankings aller Anfragen.

An zweiter Stelle folgt der Verdacht auf Behandlungsfehler (243 Anfragen), gefolgt von 243 Anfragen zu Verordnungen. 207 Menschen benötigten eine Rechtsberatung und 134 Patienten hatten Fragen zu Ihrer Abrechnung.

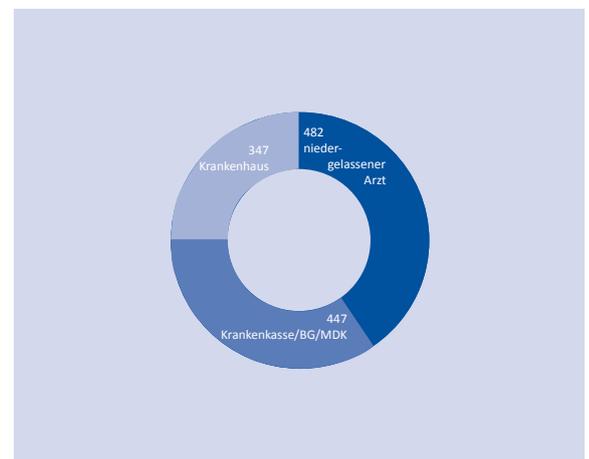


Themen-Ranking aller Anfragen

Schwierigkeiten im niedergelassenen Bereich am größten

Die meisten Patienten beklagten bei den Ombudsleuten Probleme mit den niedergelassenen Ärzten (482 Patienten).

447 Ratsuchende bemängelten die Reaktionen ihrer Krankenkasse und 347 Patienten hatten Probleme im Krankenhaus, entweder im medizinischen oder organisatorischen Bereich.



Anfragenaufkommen in Bezug auf Leistungserbringer

Pflegeleistungen Thema Nr. 1 bei Ratsuchenden

85 Mal gab Pflege-Ombudsfrau Dagmar Danke-Bayer im Jahr 2012 Auskunft über Pflegeleistungen. Dabei unterschieden sich die Anfragen nach allgemeinen Anfragen wie zum Beispiel "Was muss ich tun, wenn ich eine Pflegestufe beantragen möchte?" oder "Welche Pflegehilfsmittel gibt es?" oder "Was muss ich bei der Begutachtung durch den MDK beachten?" und zwischen Beratungswünschen nach eingetretenen Komplikationen (zum Beispiel Unverständnis, warum ein Antrag durch die Pflegekasse abgelehnt wurde). Mit 24 Anfragen standen die Ratsuchenden zu medizinischen Verordnungen an zweiter Stelle, gefolgt von den Patienten, die sich über das Thema "Betreuung" informieren oder beschweren wollten.



Anfragenaufkommen Pflege-Ombudsfrau
Dagmar Danke-Bayer

Anfragen an Patienten-Ombudsmann Andreas Eilers: Verdacht auf Behandlungsfehler an erster Stelle

97 Patienten äußerten bei Patienten-Ombudsmann Andreas Eilers, zuständig für die Kreise Kiel, Plön, Rendsburg-Eckernförde und Segeberg einen Verdacht auf Behandlungsfehler. Jeweils 74 Anfragen bearbeitete Andreas Eilers bei Kommunikations- oder Verordnungsthemen.

An vierter Stelle rangierten mit 60 Patientenkontakten verschiedene Anfragen im Bereich von Verordnungsthemen.



Anfragenaufkommen Patienten-Ombudsmann Andreas Eilers

Anfragen an Patienten-Ombudsmann Klaus Jürgen Horn: Mangelnde Kommunikation am häufigsten

In den Kreisen Dithmarschen, Neumünster, Pinneberg und Steinburg schilderten die meisten Ratsuchenden Probleme in der Kommunikation zwischen ihnen und ihrem Arzt. Dabei zeigte sich, dass auch dieses Jahr die Kommunikation mit Patienten im niedergelassenen Bereich problembehafteter ist (37 Anfragen) als im Krankenhaus (13 Anfragen).



Anfragenaufkommen Patienten-Ombudsmann
Klaus Jürgen Horn

43 Menschen wandten sich mit Fragen zu ärztlichen Verordnungen an den Patienten-Ombudsmann. Eine

Rolle spielten dabei Fragen wie "Warum bekomme ich das Medikament, das ich seit vielen Jahren einnehme, nicht mehr von meinem Arzt verordnet?"

oder "Kann ich statt des verordneten Medikaments auch eines bekommen, bei dem ich weniger zuzahlen muss?" Gefolgt von 35 Patienten, die Unterstützung bei allgemeinen organisatorischen Abläufen im Gesundheitswesen brauchten.

Anfragen an Patienten-Ombudsfrau Regina Klingsporn: Patienten baten um Hilfe bei Verordnungen

Bei Patienten-Ombudsfrau Regina Klingsporn, sie ist zuständig für Schleswig-Holsteins Kreise Flensburg, Nordfriesland und Schleswig-Flensburg fragten 66 Patienten zu Verordnungsthemen an. 42 Patienten hatten Probleme mit der Kommunikation mit ihrem Arzt. Davon entfielen 22 Beschwerden auf das Krankenhaus und 15 auf den niedergelassenen Bereich.

41 Menschen äußerten einen Verdacht auf Behandlungsfehler. Davon gaben 23 Menschen an, im Krankenhaus fehlerhaft behandelt worden zu sein.



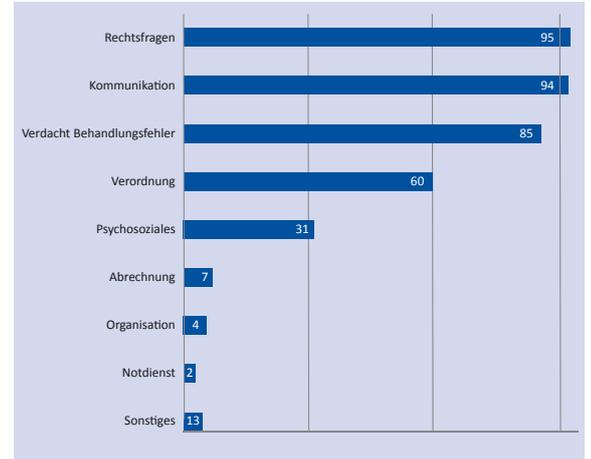
Anfrageaufkommen Patienten-Ombudsfrau Regina Klingsporn

Anfragen an Patienten-Ombudsmann Henning Steinberg: Rechtsanfragen dominieren die Statistik

In den Kreisen Herzogtum-Lauenburg, Lübeck, Ostholstein und Stormarn schilderten die meisten Anrufer bei Patienten-Ombudsmann Henning Steinberg Probleme mit rechtlichen Fragen (95 Ratsuchende).

94 Anrufer gaben an, Probleme in der Kommunikation mit ihrem niedergelassenen Arzt (39 Anrufer) oder im Krankenhaus (18 Ratsuchende) zu haben. Dabei beschrieb ein Großteil der Anrufer, dass sich der Arzt zu wenig

Zeit für das Patientengespräch nähme und oftmals die Arztsprache für einen Laien unverständlich sei. Einen Verdacht auf Behandlungsfehler äußerten 85 Ratsuchende, davon allein 59 Menschen aus dem krankenhäuslichen Bereich.



Anfrageaufkommen Patienten-Ombudsmann Henning Steinberg

Rechtsberatung



Michael Oltmanns
Fachanwalt für Medizinrecht

40 Anrufer mit Bitte um Rechtsberatung

Der Schwerpunkt bei den juristischen Anfragen an Michael Oltmanns, Fachanwalt für Medizinrecht und ehrenamtlich für den Patientenombudsverein tätig, lag im Arzthaftungsrecht mit insgesamt 17 Anfragen. Die meisten Anrufer wollten sich grundsätzlich informieren, wie dem Verdacht auf einen möglichen Behandlungsfehler nachgegangen werden kann und welche Kosten damit ggf. verbunden sind. Michael Oltmanns verwies jeweils auf die in Betracht kommenden Möglichkeiten, beispielsweise eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, ein Verfahren vor der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen oder eine private Begutachtung. Bei den zugrunde liegenden medizinischen Sachverhalten bezog sich die Mehrzahl der Anfragen auf Operationsfehler, es ging aber auch um Fragen falscher Diagnostik und ungenügender Nachsorge. Der Rechtsanwalt hat allen Anrufern die in Betracht kommenden Möglichkeiten und Wege aufgezeigt, zunächst den medizinischen Sachverhalt überprüfen zu lassen, ob Haftungsansprüche begründet werden und wie diese dann ggf. verfolgt werden können.

Ein weiterer Teil von Anfragen bezog sich auf Auseinandersetzungen oder Probleme mit der Krankenkasse. Dabei ging es in erster Linie um Streitigkeiten, weil eine Kostenübernahme für vorgesehene, zum Teil auch für bereits durchgeführte Behandlungen verweigert wurden. In einigen Fällen ging es um die Frage, ob überhaupt ein Versicherungsverhältnis begründet worden war. Zudem gab es

Beratungsbedarf hinsichtlich der Vorwürfe gegen die Versorgung in einem Pflegeheim, wo Kritik an der Betreuung bestand und zum Teil auch gesundheitliche Schäden aufgetreten waren, beispielsweise durch Dekubitus. Problematisch waren auch als ungerechtfertigt angesehene ärztliche Rechnungen, beispielsweise bei sogenannten IGeL-Leistungen, in denen die Patienten vorab nicht ordnungsgemäß über die Höhe der Abrechnung informiert worden waren. Weitere Anfragen bezogen sich auf Auseinandersetzungen mit einer Berufsgenossenschaft. Dabei ging es sowohl um Fragen der Höhe einer festgesetzten Minderung der Erwerbsfähigkeit, aber auch darum, dass gesundheitliche Schädigungen nicht als Unfallfolgen anerkannt worden sind. Die Anrufer wurden über die einzuhaltenden Fristen und rechtlichen Verfahrensweisen informiert.

Eine abschließende rechtliche Beratung war in den meisten Fällen nicht möglich, da die Informationen dazu nicht ausreichten. Michael Oltmanns hat jeweils eine vorläufige Einschätzung abgegeben und auf die noch offenen Fragestellungen hingewiesen. Nach seiner Einschätzung konnte den Anrufern damit weitergeholfen werden. ■

Öffentlichkeits- und Gremienarbeit

Auch wenn die Anzahl der Anfragen an die Ombudsleute stetig steigt, so ist es doch immer wieder notwendig, die Wahrnehmung der Patienten-Ombudsleute und der Pflege-Ombudsfrau zu verbessern. Wichtig dabei ist es, den Kontakt zu den Rat suchenden Menschen herzustellen und über die Arbeit des Patientenombudsvereins aufzuklären.

Auf insgesamt neun Messen in Schleswig-Holstein haben sich die Ombudsleute im Jahr 2012 präsentiert. Mit über 70.000 Besuchern war die Norddeutsche Landwirtschaftsausstellung (NORLA) in Rendsburg die größte Ausstellung, auf der die Ombudsleute ihr Beratungsangebot vorgestellt haben. Auch auf den Ehrenamtessen in Meldorf und Ammersbek gab es positive Resonanz zum Leistungsangebot des Patientenombudsvereins.

Da häufig ältere Menschen mit ihren Anliegen an die Ombudsleute herantreten, nehmen diese gerne die Gelegenheit wahr, sich auf Seniorennachmittagen oder in Seniorenkreisen vorzustellen. Gerade älteren Patienten fällt es oft schwer, sich im stetig wandelnden Gesundheitswesen zurecht zu finden. Patienten-Ombudsmann Klaus Jürgen Horn stellte die Tätigkeit des Vereins auf mehreren Seniorenveranstaltungen im Jahr 2012 vor und leistete Hilfestellung bei gesundheitspolitischen Fragen.

Immer öfter fragen auch Selbsthilfegruppen nach, ob die Ombudsleute ihr Beratungsangebot vorstellen können. 2012 hat erstmals die Selbsthilfegruppe Prostata-Erkrankte aus Schleswig die Beratungsmöglichkeit durch Patienten-Ombudsfrau Regina Klingsporn wahrgenommen.





Im Oktober waren Heide Simonis, Vorsitzende des Patientenombudsverein, Michael Oltmanns, den Verein beratender Fachanwalt für Medizinrecht sowie Hannelore Machnik, Vizepräsidentin der Landesärztekammer, zu Gast in der Sendung „Zur Sache: Mein Recht als Patient“ auf der NDR 1 Welle Nord. „Wie kann ich als Patient meine Rechte durchsetzen, wenn bei einer medizinischen Behandlung etwas schief gelaufen ist? Was bringt das neue Patientenrechtegesetz? Welche Anlaufstellen gibt es, wenn es zum Behandlungsfehler gekommen ist?“ Diese und andere Fragen wurden gemeinsam diskutiert. Heide Simonis forderte in der Sendung vor allem mehr Aufklärung für Betroffene, die sich von Ärzten falsch behandelt fühlen. Dafür werden die Ombudsleute auch zukünftig arbeiten und verstärkt strukturierte Öffentlichkeitsarbeit betreiben.

Ebenfalls im Mittelpunkt stand die kontrovers geführte Diskussion über das neue Patientenrechtegesetz auf dem Herbstempfang des BKK-Landesverbandes NORDWEST, auf dem Heide Simonis mit Experten zur Erstbewertung dieses gesundheitspolitische Vorhaben diskutierte. Sie forderte im Sinne des Patientenombudsvereins, dass bei der Haftung im Falle eines Behandlungsfehlers eine Öffnungsklausel vorgesehen sein müsse, die es Richtern ermöglicht, die Beweislast auch patientenfreundlicher zu verteilen. In der Regel seien die Beweise für Patienten sehr schwer zur erbringen und die Patienten seien auf Gutachter angewiesen.

Seit mehreren Jahren sind Patienten-Ombudsleute als Beisitzer an den Sitzungen der Ethikkommission der Ärztekammer Schleswig-Holstein beteiligt.

Auch im Jahr 2012 nahmen Henning Steinberg und Andreas Eilers an insgesamt 10 Sitzungen teil.

Pflege-Ombudsfrau Dagmar Danke-Bayer reiste im Jahr 2012 quer durch Schleswig-Holstein, um Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in 12 Vorträgen über die Pflegeversicherung zu informieren. „Was zahlt die Pflegekasse?“ „Welche ist die richtige Pflegestufe?“ „Wie unterscheiden sich die Leistungen bei ambulanter und stationärer Pflege?“. Diese und andere Fragen beantwortet die Diplom-Sozialpädagogin in ihrem Vortrag. Dieser kann kostenfrei über die Geschäftsstelle des Patientenombudsvereins gebucht werden. Lediglich die Fahrtkosten werden dem Veranstalter in Rechnung gestellt.

Weitere Informationen:

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

Fortbildung

Wenn sich Patienten an Henning Steinberg wenden, geht es in vielen Fällen darum, Behandlungsunterlagen zu bekommen. „Ich telefoniere mir die Finger wund“, sagt der Patienten-Ombudsmann aus Kiel.

Wie er, versprechen sich auch die Ombudsleute Regina Klingsporn, Andreas Eilers und Klaus Jürgen Horn sowie Pflege-Ombudsfrau Dagmar Danke-Bayer Verbesserungen durch das neue Patientenrechtegesetz, das am 1. Januar 2013 in Kraft tritt.

Doch obwohl über dieses Gesetz seit mehr als zehn Jahren diskutiert wird, beschränkt sich das vom Bundestag verabschiedete Gesetz im Wesentlichen auf eine Kodifizierung der in unterschiedlichen Gesetzen und Verordnungen enthaltenen Regelungen, Rechte und Pflichten im Arzt-Patienten-Verhältnis. „Das Gesetz bringt keine wesentlichen Verbesserungen für Patienten“, sagt Dr. Hannelore Machnik. In dieser Einschätzung ist sich die Vizepräsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein einig mit dem Leiter des Kompetenzzentrums Medizin der AOK Nordwest in Kiel, Dr. Holger Thomsen. Bei der jüngsten Fortbildungsveranstaltung des Patientenombudsvereins Schleswig-Holstein informierten Machnik und Thomsen die Ombudsleute über das neue Gesetz.

Thomsen zeigte sich enttäuscht über die „verpasste Gelegenheit zu gesetzlichen Klarstellungen“. Er bezog sich insbesondere auf den Umgang mit Behandlungsunterlagen.

„Die Patienten sollten das Recht haben, die Einsicht in Unterlagen an Dritte zu delegieren.

Dadurch ließe sich viel Ärger vermeiden“, sagte der AOK-Experte mit Blick auf den im neuen Gesetz verankerten Auftrag an die Krankenkassen,

Versicherte bei vermuteten Behandlungsfehlern zu unterstützen. Eine generelle Beweislastumkehr sieht das Gesetz nicht vor. Das begrüßten sowohl Machnik als auch Thomsen.

Eine andere Entscheidung hätte den Weg in die Defensivmedizin geebnet. „Wenn ein Arzt bei jeder Komplikation gerichtsfest beweisen müsste, dass er diese nicht verschuldet hat, käme er vor lauter Dokumentation nicht mehr zum Behandeln“, so Thomsen.



Dr. Holger Thomsen
Leiter Kompetenzzentrum
Medizin AOK Nordwest, Kiel

Neben dem Patientenrechte-gesetz ging es bei der Fortbildungsveranstaltung um die neue Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte. Bianca Hartz, Leiterin Zulassung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, vermittelte den Ombudsleuten einen Einblick in gesetzliche Neuregelungen durch das Versorgungsstrukturgesetz. Dabei geht es neben grundsätzlichen Regelungen zur Sicherung der wohnortnahen medizinischen Versorgung vor allem um eine stärkere Regionalisierung der Bedarfsplanung mit neuem Zuschnitt der Planungsbereiche für die einzelnen Arztgruppen. Bianca Hartz' Fazit: Viele Schritte in die richtige Richtung, aber Planung alleine sorgt nicht für mehr (Haus)Ärzte. ■

(Autor: Thomas Rottschäfer; Beitrag schleswig-holsteinisches Ärzteblatt Nr. 12/2012)

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
Selbsthilfe S-H LV Prostatakrebs, Ellerau

Krankenhäuser

AMEOS Krankenhausgesellschaft
Holstein mbH (Kliniken Heiligenhafen,
Kiel, Lübeck, Neustadt, Oldenburg,
Preetz)
Asklepios Klinik Bad Oldesloe
Damp Holding GmbH (HELIOS
Ostseeklinik Damp, HELIOS Kliniken
Kiel, Schleswig, Ahrenshoop, Lehmrade,
Schloß Schönhagen, HELIOS Reha-Klinik
Damp)
DRK Krankenhaus Mölln- Ratzeburg
gGmbH
Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu
Flensburg

Fachkliniken Nordfriesland gGmbH
(Kliniken Bredstedt, Breklum, Husum,
Niebüll, Riddorf)
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)
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
Pflegerberufe, Landesverband
Nordwest e. V.
Gewerkschaft Erziehung und
Wissenschaft Schleswig-Holstein
Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur
heiligen Elisabeth, Reinbek
Krankenhausgesellschaft Schleswig-
Holstein e. V.
Landfrauenverband
Schleswig-Holstein e. V.
Marburger Bund, Landesverband
Schleswig-Holstein
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 GmbH, Wacken

Agnes Seniorenresidenz GmbH,
Agethorst,
„Bliev to Huus“,
Häusliche Kranken- und Altenpflege,
GbR, Kaltenkirchen
Das Haus im Park gGmbH,
Seniorenheim der Stadt Norderstedt
Gesundheits- und Krankenpflege zu
Hause, Ahrensburg
Haus am Mühlenstrom GmbH,
Schafflund
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
Seniorenstutz „Haus Bielenberg“,
Breklum-Riddorf
Senioren- und Therapiezentrum „Haus
an der Stör“, Itzehoe
Seniorenzentrum 3 Wellen, Damp
SK-mobil GmbH, Bad Segeberg
Stiftung Diakoniewerk Kropp, Kropp

Einzelmitglieder

Prof. G. Jansen
Dr. med. K.-W. Ratschko
R. Büchner
J. Schröder
W. Hesse
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@aeksh.de, www.patientenombudsmann.de