



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



TÄTIGKEITSBERICHT 2014

Impressum

Herausgeber:

Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V.

Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg

E-Mail: ombudsverein@aecksh.de

www.patientenombudsmann.de

Telefon: 0 45 51 / 803 224, Telefax: 0 45 51 / 803 384

Mit dem vorliegenden Tätigkeitsbericht erfüllt der Patientenombudsverein die satzungsgemäßige Aufgabe des Vorstandes, den Mitgliedern einen jährlichen Tätigkeitsbericht vorzulegen. Der Bericht umfasst das Jahr 2014.

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

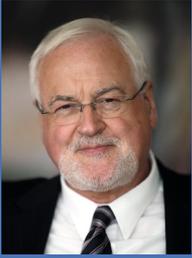
Redaktion: Hans-Peter Bayer, Nicole Brandstetter, Dagmar Danke-Bayer,

Andreas Eilers, Regina Klingsporn, Reinhart Pawelitzki, Henning Steinberg

Koordination: Petra Bogaers, Maike Prahl

Fotos: Oltmanns privat, Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V.

Vorwort des Vereinsvorsitzenden



Dr. h. c. Peter Harry Carstensen
ehemaliger Ministerpräsident und
Vorsitzender Patientenombudsmann/-frau
Schleswig-Holstein e. V.

Der Verein Patientenombudsmann / -frau ist mit seinen derzeit 68 Mitgliedern schon sehr breit aufgestellt. Wesentliche Kräfte im gesundheitlichen Bereich haben sich bereit erklärt, an der Idee des Patientenombdsvereins mitzuwirken.

Meiner Ansicht nach ist die Idee des Ombudsvereins "neutral, unabhängig und kostenfrei" bei Problemen im Gesundheitsbereich zu helfen, so grundsätzlich, dass ich keine Bedenken hätte, wenn diese Idee auch durch Einrichtungen, die dem Gesundheitsbereich nicht unmittelbar angehören, durch eine Mitgliedschaft im Verein gefördert wird. Dies gilt bereits für einige unserer Mitglieder, ich möchte dies jedoch durch meine Aktivitäten weiter ausbauen.

Ich werde mich daher bemühen, weitere Einrichtungen, zum Beispiel auch aus dem gewerblichen Bereich, für unsere Arbeit zu interessieren und möglichst für eine Mitgliedschaft zu gewinnen.

Die Stärken des Vereins liegen in seiner Einzigartigkeit. Das Angebot der Patienten-Ombudsleute und der Pflege-Ombudsfrau ist im Bundesgebiet einmalig. Es hebt sich von demjenigen vieler anderer Anbieter ab, da unsere ehrenamtlich tätigen Ombudsleute im einzelnen Fall, je nach Bedarf, intensiv tätig werden. Und sie sind absolut unabhängig in ihrer Arbeit. Ihr Tun erstreckt sich zum Beispiel auf das Führen vermittelnder Telefonate, Schreiben, Hausbesuche oder Teilnahme an Schlichtungsgesprächen. Der Zeitfaktor spielt bei ihnen, anders als in den meisten Beratungseinrichtungen, keine Rolle.

Die Ombudsleute unterstützen die Patienten, wo immer sie können. Ein Dauerbrenner bei den Patientenbeschwerden ist immer wieder der Umfang der sogenannten IGeL-Leistungen. In einem früheren Tätigkeitsbericht hat der Ombudsverein auf Probleme im Zusammenhang mit individuellen Gesundheitsleistungen hingewiesen. Hier glaube ich, ist einerseits viel Licht, aber auch Schatten. Ich denke, dass die individuellen Gesundheitsleistungen, die durchaus ihre Berechtigung haben, den Patienten transparent vorgestellt werden sollten. Um es medizinischer zu formulieren: Die Aufklärung des Patienten muss umfassend sein und sollte sowohl den medizinischen als auch den wirtschaftlichen Aspekt berücksichtigen.

Dr. h. c. Peter Harry Carstensen

Im Mai 2015

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 2014 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 in 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

Reinhard Pawelitzki
(Pastor im Ruhestand)
Kreise: Dithmarschen, Neumünster,
Pinneberg, Steinburg
Telefon: 0 46 41 / 98 73 69

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, Ostholstein, Dithmarschen, Neumünster, Plön, Steinburg, Segeberg, 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 besondere Fall



Andreas Eilers

Menschen, die eine nicht alltägliche, vielleicht unbekannte Krankheit haben, bedürfen neben Anteilnahme durch Familie und Freunde einer intensiven Begleitung durch medizinisches Personal, MitarbeiterInnen von Krankenkassen und MDK und ggf. durch den Ombudsmann / die Ombudsfrau, denn es beginnt meist ein langer Prozess: Die richtige Diagnose wird gesucht und der richtige Arzt / die richtige Ärztin für eine wirkungsvolle oder zumindest hoffnungsvolle Therapie. Die Krankenkasse und deren medizinischer Dienst müssen gefragt und die Kosten geklärt werden. Gutachten müssen erstellt, Anträge herbeigeschafft und bei negativem Bescheid muß widersprochen werden. Und mitten in diesem medizinisch-bürokratischen Treiben ein Mensch zwischen Hoffen und Bangen: Habe ich eine Chance, hier einigermaßen heil herauszukommen? Gibt es für mich eine Ausnahme? Hat es Zweck, mich gegen Absagen und Rückschläge zu wehren und weiter zu kämpfen? Wer hält zu mir und hilft mir? Was wird aus meinem Leben?

Drei Beispiele aus dem Berichtsjahr:

Ein 47-jähriger Mann leidet seit 2009 unter einer obstruktiven Schlafapnoe. Die gängige Therapie für eine kontinuierliche Atmung mit Hilfe einer Schlafmaske musste abgebrochen werden, weil wiederholt Sekretstaus unter der Schlafmaske zu Luftnotanfällen geführt haben. Auf der Suche nach einer Alternative zeigt jetzt eine Schlafendoskopie einen lebensbedrohenden Atemwegsverschluss durch die Zunge. Anstatt einer massiv einschränkenden Tracheotomie schlägt die Klinik die Implantation eines Zungenstimulators vor, der den erschlafften Zungengrundmuskel aktiviert, damit es nicht zum Atemwegsverschluss kommt.

Dieser Zungenstimulator ist im Hilfsmittelkatalog nicht vorgesehen, so dass die Krankenkasse nur die Übernahme der Krankenhauskosten zusagt, nicht aber die erheblichen Kosten des Stimulators, die mit der Fallpauschale abgegolten

wären und zu Lasten der Klinik gingen. Der behandelnde Arzt bemüht sich sehr intensiv bei den bundesweiten Verhandlungen mit den Krankenkassen, den Zuschlag für eine Einzelzusage aus dem knappen Budget zu erhalten, was nicht gelingt. Ein Kompromiss mit einer teilweisen Selbstbeteiligung kommt auch nicht zustande.

Inzwischen hat der Patient die Krankenkasse gewechselt und ist auf dem Weg zu einem neuen Antrag. Bis zu einer Bewilligung bleibt sein tägliches Lebensrisiko. Der Patienten-Ombudsmann hat den Patienten beratend begleitet.

Ein 12-jähriges Mädchen leidet an einer angeborenen, schmerzhaften Gefäßanomalie. Auf der Suche nach einer Diagnose und einer Behandlung sind die Eltern in zwei Jahren bei sieben Ärzten vorstellig geworden, ehe sie auf einen Mediziner treffen, der als einer von wenigen in Europa Spezialist für diese Diagnose ist. Der Antrag der Eltern und des Arztes auf Übernahme der Operationskosten durch die Krankenkasse wird abgelehnt, weil der Arzt keine Krankenkassenzulassung bzw. Ermächtigung hat. Wie er dem Ombudsmann erklärt, hat er sie zurückgegeben, weil er immer wieder Ärger mit seinen Abrechnungen gehabt hat. Und da er über 60 Jahre alt ist, will er sie auch nicht mehr beantragen. So bleibt nur eine private Behandlung. Der mit Hilfe des Ombudsmanns formulierte Widerspruch wird mit einer fachärztlichen Bescheinigung und dem Hinweis auf den seltenen Spezialisten und der Bitte um eine Einzelfallentscheidung eingereicht.

Trotz des persönlichen Mitgefühls mit dem Mädchen kann der Mitarbeiter der Krankenkasse den Kostenvoranschlag des Arztes nicht akzeptieren, weil die Krankenkasse nur die Fallpauschale mit einem Zuschlag übernehmen will, nicht aber die ganze private Behandlung von Arzt, Anästhesist und Labor. Außerdem bittet der Mitarbeiter den MDK zu prüfen, ob es eine Alternative zum Arzt, zur Behandlung und zu der Einrichtung gibt, in der operiert werden soll. Diese sozialmedizinische Beurteilung wird vom MDK

mit einem Satz in einer Vermutung beantwortet, was die Krankenkasse beanstandet und deshalb nach einer ausführlichen Stellungnahme verlangt. Inzwischen haben sich die Symptome der Krankheit verschlechtert. Deshalb versucht die Mutter selbst, Bescheinigungen von den Kliniken zu bekommen, die ihre Tochter untersucht haben. Dazu möchte sie die Operation auch ohne die Kostenzusage der Krankenkasse einleiten. Der Ombudsmann rät ihr, sich rechtlich beraten zu lassen.

¾ Jahr danach erfährt der Ombudsmann auf Nachfrage, dass die Mutter die Krankenkasse gewechselt hat und von der Neuen die grundsätzliche Zusage für eine Finanzierung erhalten hat. Die Operation ist noch nicht durchgeführt, weil sie durch eine Selbsthilfegruppe einen anderen Arzt kennen gelernt hat, der vor einer Operation mit verschiedenen Heilmitteln versucht, den Zustand der Krankheit zu verbessern und die Schmerzen zu lindern. Das Mädchen wird aber weiter mit einer Behinderung leben müssen.

Ein 24-jähriger Mann beginnt im Sommer 2013 nach einjährigen Vorüberlegungen eine Behandlung zur Vorbereitung einer transsexuellen Operation und stellt im Januar 2014 bei seiner Krankenkasse den Antrag für die Kostenübernahme. Der MDK fordert für seine Beurteilung ein sehr umfangreiches psychiatrisches Gutachten und Nachweise über eine 18-monatige psychiatrisch / psychotherapeutische Behandlung, über eine sozialmedizinische Begleitung im Alltag und über eine 6-monatige Hormonersatztherapie.

Im Mai 2014 wendet sich die Mutter des jungen Mannes an den Ombudsmann. Ihr Sohn sei depressiv und äußere Suizidgedanken, weil das Verfahren so lange dauere. Das große Gutachten und der Nachweis der psychiatrisch / psychotherapeutischen Therapie fehlen immer noch. Der Sohn bestätigt dies in einem Gespräch und äußert seine Unzufriedenheit besonders über den Psychotherapeuten. Der habe ihn viermal getröstet, deshalb sei er vor 9 Monaten das letzte Mal bei dem Arzt gewesen und gehe

nicht wieder hin, obwohl der Ombudsmann ihm rät, im Hinblick auf die Forderung des MDK, einen Termin beim Arzt zu machen.

Vier Wochen später kommt das große Gutachten nach vier mündlichen und einer schriftlichen Erinnerung des Ombudsmannes. Es ist so umfangreich und schlüssig, dass der MDK der Übernahme der OP-Kosten auch ohne den Nachweis der 18-monatigen Psychotherapie zustimmt. Ein ¾ Jahr danach erlebt der Ombudsmann den Klienten am Telefon als „einen der glücklichsten Männer“.

Sicherlich gibt es im Gesundheitswesen Gesetze und Vorschriften, die um des Systems Willen beachtet und eingehalten werden müssen. Aber glücklicherweise gibt es auch um der Menschen willen Ausnahmen von den Regeln, die allerdings unterschiedlich bewertet werden:

Ein Luftröhrenschnitt mit einer Tracheotomiekanüle mag im Sinne des Gesetzes ausreichend sein, ein Zungenstimulator, der (noch) nicht im Hilfsmittelkatalog aufgenommen ist, würde die Lebensqualität des Patienten wesentlich weniger einschränken. Oder geht es zu Lasten des Patienten um die Frage: Wer soll zahlen, Krankenkasse oder Krankenhaus?

Dass vor einer Genehmigung für einen privat abrechnenden Arzt nach einer Alternative gesucht wird, ist die gesetzliche Aufgabe der Krankenkasse bzw. des MDK. Die Verhandlungen zwischen Arzt und Krankenkasse um die Privathonorare verzögern zu Lasten der Patientin den Weg zur Operation und sind mit ein Grund, dass die Eltern die Krankenkasse gewechselt haben.

Eine transsexuelle Operation ist für den Betroffenen eine besondere psychische Belastung, wenn er mit umfangreichen Forderungen des MDK konfrontiert wird. Deshalb ist es wichtig, dass das Vertrauensverhältnis zu den begutachtenden Ärzten, aus was für Gründen auch immer, nicht enttäuscht wird. Um so erfreulicher ist zu bemerken, dass der MDK auf Grund des überzeugenden Gutachtens auf einen weiteren Nachweis verzichten konnte. ■

Der empörte Patient



Reinhart Pawelitzki

Die Zusammenstellung dieser beiden Worte ist nach der landläufigen Meinung eigentlich widersprüchlich. Ein Patient leidet entweder an einer Krankheit oder er ist auf dem Wege der Besserung, vielleicht sogar schon wieder gesund. Aber dann wäre er kein Patient mehr.

Empörung ist ein heutzutage nur noch selten benutztes Wort, der Duden erklärt, es sei eine „von starken Emotionen begleitete Entrüstung als Reaktion auf Verstöße gegen moralische Konventionen“.

Das passt gut zu der Situation, die ich in diesem Jahr 2014 recht häufig bei den Patienten erlebt habe. In ihren Anrufen waren immer wieder empörte (manchmal auch empörende) Worte und Sätze zu hören. Solange es sich nur um Einzelne handelt, lässt sich meistens damit umgehen. Dafür sind wir Ombudsleute u.a. als Vermittler eingesetzt. Wenn es aber eine größere Zahl von Menschen wäre, käme es zu einer Empörung, also einem Aufstand. Aber das wird wohl auf dem Gesundheitssektor nicht so schnell passieren, denn Patienten sind krank und leiden (s.o.).

Da war die Dame, die nicht laufen konnte, aber eine Unterwasseranwendung in einem 200 m entfernten Ersatzschwimmbad verschrieben bekam und dort nicht hingefahren wurde. Das eigene Bad der Reha-Klinik war defekt. Großes Unverständnis, der Ruf nach den Medien, ja man konnte es gut mit Empörung bezeichnen.

Oder eine andere Frau, bereits drei Mal an der Hüfte operiert, entrüstet sich, wie das angehen könne, dass sie nun schon wieder unters Messer muss: „Es ist der reine Pfusch!“

Schließlich, etwas ausführlicher, mein eigentlich kürzestes Fall des letzten Jahres:

Titel: Die euphemistische „Befreiungskarte“

Das klingt erst einmal gut. Klingt nach Sparen und frei sein. Wer will das nicht in unserem Land, wo wir für jede Kleinigkeit zahlen müssen?

Kurze Erinnerung: Jeder Versicherte muss in Deutschland bis zu einer bestimmten Grenze einen Zuzahlungsbetrag entrichten. Die Höhe beträgt 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen (bei chronisch Kranken 1%). Es gibt natürlich etliche Ausnahmen und Freibeträge. Wenn diese Grenze erreicht ist, wird man von weite-

ren Zuzahlungen befreit, am leichtesten zu merken in einer Apotheke. Alles ist genau gesetzlich geregelt, theoretisch sollte es jeder Versicherte wissen.

Manche Krankenkassen bieten jetzt ihren Versicherten an, schon zu Beginn des Jahres ihren Zuzahlungsbetrag zu entrichten, so dass sie mit einer ausgedruckten Nachweiskarte sofort in der Apotheke „sparen“ und sich dann wie beim Brillenkönig fühlen können getraut dem Werbespruch „Papa hat gar nichts dazu bezahlt!“

Eine durchaus attraktive Lösung, wahrscheinlich für viele Versicherte. Und überhaupt auch nicht neu, sondern schon seit Jahren so praktiziert.

Der Fall: Eine scheinbar überforderte Dame ruft mich übers Handy an. Als ich mich kurz danach zurückmelde, wirkt sie sehr aufgeregt und empört. Sie spricht - bei ziemlich schlechter Verbindung - so schnell und laut, dass ich sie zunächst um Mäßigung bitte. Nach mehrmaligem Bitten meinerseits kann ich aus der Wortflut heraushören: „Meine Krankenkasse hat mir eine Rechnung für eine Karte geschickt. Jetzt soll ich 450 € zahlen, das will ich aber nicht, denn die habe ich gar nicht bestellt!“

Was für eine Karte das sei, konnte sie mir nicht beantworten (da war ich noch ahnungslos!). Meinen Vorschlag, noch einmal von zu Hause in Ruhe anzurufen, lehnt sie ab. Da ich mich gern erst informieren möchte, ehe ich ihr einen Rat geben kann, beende ich darauf das Gespräch.

Daraufhin nehme ich umgehend Kontakt mit der Krankenkasse auf, um mir das Prinzip erklären zu lassen. Die außerordentlich freundliche Sachbearbeiterin erklärt mir das Angebot der Kasse mit dem ziel führenden Hinweis, dass jede Versicherte, die diese Karte im Vorjahr bereits bekommen hat, im Folgejahr unaufgefordert wiederum eine solche mit einer Zahlungsaufforderung erhält. Es sei ihr aber freigestellt, ob sie sie bezahlt oder nicht. Wenn nicht, so gilt das alte Verfahren: Zu jedem Medikament etc. die gesetzliche Zuzahlung bar in der Apotheke bezahlen. Die Karte würde allgemein als „Befreiungskarte“ bezeichnet. Meinen Einwand, es handle sich hier ja nicht um eine Befreiung, sondern eher um den verpflichtenden Betrag, konnte sie nicht nachvollziehen. Auf Nachfrage, ob es überhaupt von der Zuzahlungspflicht befreite Patienten gebe, nannte sie Kinder bis 18 und

Rechtsberatung

Kriegsversehrte (ja, die gibt es bei uns auch wieder). Im Nachhinein empfinde ich den Begriff „Befreiungskarte“ als einen Euphemismus. Patienten bekommen den Eindruck, die Kasse schenke ihnen etwas. Das ist ja definitiv nicht der Fall, sondern eine gesetzliche Regelung. Sie löst das Kleingeldproblem des Patienten auf elegante Weise. Richtig müsste es heißen: Es handelt sich um einen Nachweis für bereits erfolgte Zuzahlungen. Der jeweilige Patient hat seine Zuzahlungspflicht bereits erfüllt und wird dadurch von evtl. weiteren Zahlungen entlastet (befreit) oder auch nicht. Aber vielleicht war ich da selbst auch etwas empört...

Übrigens: Die betroffene Anruferin konnte ich leider nicht nochmals erreichen. Hoffentlich hat sie ihre Informationen von anderer Seite bekommen.

Es fällt auf, dass sich Patienten mehr als früher empören können und dann fragen, wie das denn hätte passieren können. Vielfach kann man dann jedoch im Gespräch differenzieren, um das Geschehene anders einordnen zu lassen. Zu den immer wieder geäußerten Empörungsgründen gehörten Ärzte, die „einen in wenige Minuten abfertigen“ sowie die Problematik in Krankenhäusern mit dem gefühlt ständig wechselnden Personal. Auch die Nicht-Erreichbarkeit von Ärzten auf den Stationen war immer wieder Thema, insbesondere von Angehörigen. Kleine Nebenbemerkung: In einem Krankenhaus in Mecklenburg fand ich auf den Stationen den deutlichen Hinweis an der Eingangstür: „Der Stationsarzt ist täglich von 15-16 Uhr für Sie zu sprechen“. Eine klare und erfreuliche Ansage für verunsicherte Patienten und Angehörige.

Neben diesen und vielen anderen berechtigten Aufregungen haben mich gute Gespräche mit Ärzten, speziell Hausärzten, erfreut, die sich sehr für ihre Patienten einsetzen und den Ombudsmann als hilfreich ansahen. Nicht ganz so positiv war die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, die mich durch vielfache Fusion z. T. telefonisch nicht selten quer durch die Republik jagten.

Und ich stelle fest, dass trotz der jahrelangen Arbeit unseres Vereins der Bekanntheitsgrad immer noch nicht hoch genug zu sein scheint. Da gibt es noch manches zu entwickeln. ■



Michael Oltmanns

Seit vier Jahren arbeitet Michael Oltmanns, Fachanwalt für Medizinrecht, ehrenamtlich für den Verein Patientenombudsmann / -frau Schleswig-Holstein.

Er unterstützt die Ombudsleute in rechtlichen Fragen und führt kostenfreie Erstberatungen für Patienten durch.

Im Jahr 2014 erreichten Michael Oltmanns rund 80 Anfragen von Patienten. Schwerpunktmäßig wurden dabei Probleme in Bezug auf mögliche ärztliche Behandlungs- oder Aufklärungsfehler angesprochen. An zweiter Stelle stehen Fragen nach Abrechnungen, speziell ob IGeL-Leistungen korrekt abgerechnet wurden bzw. ob die Aufklärung im Vorfeld korrekt erfolgte. Den dritten Schwerpunkt stellen Fragen zu Handlungen der Krankenkassen dar, zum Beispiel ob Ablehnungen bezüglich angefragter Kostenübernahme rechtlich korrekt sind. Bei allen Fragen zeigt Rechtsanwalt Michael Oltmanns den Anrufern die in Betracht kommenden Möglichkeiten und Wege auf: unter anderem den medizinischen Sachverhalt dahingehend überprüfen zu lassen, ob Haftungsansprüche gegeben sind und wie diese dann verfolgt werden können.

Insgesamt haben die Anfragen bezüglich juristischer Beratung im Jahr 2014 leicht zugenommen. In einigen Fällen hat Fachanwalt Michael Oltmanns den Patienten geraten, einen Prozess zu führen, wenngleich er grundlegend der Meinung ist, dass es immer besser sei, sich außergerichtlich zu einigen.

Er vertritt die Meinung, dass Patienten zwar nicht immer einen Anspruch auf Schadensersatz hätten, jedoch darauf zu erfahren, was mit ihnen geschehen sei. ■

Kleine Stolpersteine, große Betroffenheit bei Patienten



Regina Klingsporn

Im vergangenen Jahr gab es immer häufiger diese Anrufe, in denen Patientinnen und Patienten sich fast entschuldigten, dass sie mich als Ombudsfrau zu ihrem Problem befragen. Es sind kleine Widerstände im System, mit denen sie zu kämpfen haben, doch für die Betroffenen mit einer Wirkung, die von Unverständnis über Ärger bis zur Verzweiflung geht.

Da ist die ältere alleinstehende Frau, die wegen eines Glaukoms, also des grünen Stars, dreimal täglich ein Medikament in ihre Augen tropfen muss. Das ist ein schwieriges Vorhaben, wenn die Erkrankte, die unter eingeschränktem Gesichtsfeld und niedriger Sehkraft leidet, diese Tropfen sich selbst verabreichen soll. Das bestätigen mir später die Augenärzte und Betroffene.

Nun war dieses Mittel aufgebraucht. Die Patientin meldet sich in der Augenarztpraxis und bittet um ein neues Rezept. Dieses wird ihr verweigert mit der Auskunft, sie könne das Mittel erst im nächsten Quartal neu verschrieben bekommen. Sie habe zu viel verbraucht und dieses Medikament sei durch die Kasse rationiert, der Arzt könne nur eine bestimmte Menge pro Quartal verschreiben. Doch bis dahin sind es noch fünf Wochen.

Die Patientin weint fast am Telefon, denn so lange kann sie nicht auf dieses Mittel verzichten und ihre kleine Rente reicht nicht, um noch mehr privat zu bezahlen.

Ich mag das alles gar nicht glauben. Doch die Arztpraxis bestätigt: Die Patientin bekommt jetzt kein weiteres Rezept, denn sie habe offensichtlich zu viel daneben getropft bzw. die Flasche fallen gelassen. Das passiere häufiger auch bei anderen Patienten und der Arzt befürchtet, sein Limit bei den Verschreibungen zu überschreiten.

Ich spreche erneut mit der Betroffenen, die diese Vermutung ganz verzagt bestätigt: Ja, sie habe manchmal Lösung verschüttet, denn sie könne doch so schlecht sehen und ihre Hand würde dann auch leicht zittern.

Meine weiteren Erkundigungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung ergeben tatsächlich, dass dieses Mittel rationiert ist, d. h. der notwendige Verbrauch wird ermittelt, dann auf

das Quartal hochgerechnet und die Höchstmenge, die durch die gesetzliche Krankenkasse bezahlt wird, festgelegt.

Absurd, doch ich kann nicht wirklich helfen. Das ist rechtens, so heißt das Ergebnis. Ich kann hier nur fragen: Und was kostet es die Kasse, wenn dreimal täglich eine Pflegekraft zu dieser Patientin ins Haus kommt, um diese kostbaren Tropfen zu verabreichen?

Zu diesem Sachverhalt haben sich zwischenzeitlich sowohl der Landesverband der Augenärzte wie auch die gesetzlichen Krankenkassen geäußert.

Aus Sicht des **Landesverbandes** liegt ein bedauernswerter Einzelfall vor, der auch als solcher behandelt werden sollte. Grundsätzlich sind Regress-Ängste nachvollziehbar, da Ärzte bei Überschreitung vorgegebener Verordnungsmengen in Haftung genommen werden können. Es kann angenommen werden, dass bei Abwägung aller Umstände, insbesondere einervielteurerer Betreuung durch eine Pflegekraft, hier kein Regress-Antrag gestellt werden würde. Daher empfiehlt der Landesverband seinen Mitgliedern – in diesen selten vorkommenden Fällen - ausnahmsweise eine zusätzliche Menge zu verordnen und die Begründung zu dokumentieren. Die **gesetzlichen Krankenkassen** weisen darauf hin, dass Ärzten die Menge eines zu verordnenden Medikamentes nicht vorgeschrieben wird. Zwar gibt es die Möglichkeit des Regresses bei Überschreitung von Höchstmengen, aber dann werden die auffälligen Fälle individuell dahingehend geprüft, ob es medizinische Gründe für die Überschreitung gibt. Jeder Arzt hat im Verfahren die Möglichkeit vorzutragen, warum es zu einer höheren Dosierung / verordneten Menge gekommen ist. Dabei werden auch Kosteneinsparungen in anderen Bereichen berücksichtigt, so dass es im vorliegenden Fall höchst-wahrscheinlich zu keinem Regress kommen würde. Eine vorherige Kontaktaufnahme mit der jeweiligen Krankenkasse hat keinen Einfluss auf das Verfahren und kann daher nicht weiterhelfen – eine begründete Dokumentation hingegen schon.

Eine andere Patientin, die mit starken Nervenschmerzen nach einer Wirbelsäulenoperation lebt, findet nach vielen vergeblichen Behandlungsversuchen eine Spezialklinik, die bereit ist, sie erneut zu untersuchen und möglicherweise weiter zu behandeln. Allerdings verlangt die Klinik ein MRT, das sie vorher machen lässt und zur Aufnahme bereits mitbringt. Sie hat auch bereits einen Termin dafür. Doch benötigt sie eine Überweisung ihres behandelnden Arztes, die dieser ihr nicht ausstellen will. Die Klinik andererseits nimmt sie ohne MRT nicht auf. Sie wird konsequent hin und her geschickt.

Schließlich kann ich den Arzt dazu bewegen, diese Überweisung zu schreiben, allerdings nur für die untere Wirbelsäule, wie er ärgerlich kommentiert.

Ein weiterer Patient, der auf dem Land wohnt, wird in einem 55 km entfernten Krankenhaus für neun Tage stationär aufgenommen und an den Zehen operiert. Drei Tage nach seiner Entlassung muss er ambulant in das gleiche Krankenhaus zum Fäden ziehen. Da er wegen seiner OP am Fuß nicht selbst Auto fahren kann, fährt er mit dem Taxi dorthin. Ihm ist bekannt, dass diese Fahrt nicht von seiner gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird. Er will sich die Fahrt von seiner privaten Zusatzversicherung, die er vorsorglich für solche Leistungen abgeschlossen hat, erstatten lassen und hat auch bereits eine Zusage für die Kostenübernahme.

Er benötigt lediglich eine Bestätigung des Krankenhauses, dass es sich bei dem Entfernen der OP-Fäden um eine nachstationäre Behandlung handelt.

Zu seinem Erstaunen und Ärger weigert sich die behandelnde Ärztin im Krankenhaus diese Bestätigung auszuhändigen. Die Frist für eine nachstationäre Behandlung sei überschritten, wird ihm mitgeteilt.

Ich erhalte bei Nachfrage die gleiche Auskunft, doch ich könne mich gerne nochmals in der Verwaltung erkundigen. Ich bitte dort um eine solche Bescheinigung für die private Zusatzversicherung des Patienten, die doch bereits eine Kostenzusage

gegeben habe. Verblüfft höre ich die Antwort: „Das kann ja nicht angehen, dass privat Versicherte alle möglichen Extras bekommen. Da gibt es auch Grenzen!“

Nach ein paar Tagen meldet der Patient zu meiner Erleichterung, dass seine Zusatzversicherung nun doch ohne weitere Nachweise die Kosten für das Taxi übernimmt.

Das ist meine Alltagstätigkeit als Patienten-Ombudsfrau. Warum ich über solche banalen Probleme schreibe?

Das ist auch der graue Alltag für viele im Gesundheitswesen Tätige.

Ich komme zu dem Schluss, dass die Entscheidungsfreiheit der Verantwortlichen im System Ärzte, Schwestern, Sachbearbeiter im Krankenhaus und bei den Kassen laufend eingeschränkt wird, ja, dass es diese eigentlich nicht gibt.

Das bedauere ich gemeinsam mit vielen Menschen, denn ich bin überzeugt davon, dass die Redewendung „Ausnahmen bestätigen die Regel“ nach wie vor formuliert, was wahr und richtig für solch ein System ist. ■

Beratungsschwerpunkt: Pflegeversicherung



Dagmar Danke-Bayer

Zu den Anfragen im Jahr 2014 möchte ich zunächst noch einmal betonen, für wie wichtig sich eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit gerade für den Bereich der Pflege darstellt. In der ersten Jahreshälfte fand kaum Öffentlichkeitsarbeit für den Verein statt, sodass die Anfragen zum Thema Pflege stark zurückgingen. Als jedoch im Zuge des Wechsels der/s ersten Vorsitzenden wieder vermehrt Pressearbeit stattfand, stieg auch die Anzahl der Anfragen sofort wieder rapide an. Das heißt, der Bedarf ist da, aber das Angebot des Vereins muss in der Öffentlichkeit kontinuierlich präsent sein. Diese Erfahrung wird sowohl vom Patientenombudsverein als auch von anderen Institutionen, die Beratung zu diesem oder ähnlichen Themen anbieten, immer wieder gemacht.

Bei den Beratungsthemen im Bereich Pflege bleibt ein Schwerpunkt die Pflegeversicherung in ihrem Leistungsumfang. Hier ist immer noch eine mangelhafte Aufklärung seitens der Gesetzgebung und der Kassen zu beklagen. Und zwar sowohl was die grundsätzliche Bedeutung und damit auch den Umfang der Pflegeversicherung für den Versicherten betrifft (reine Grundversicherung), als auch zu den inzwischen fast jährlichen Reformbeschlüssen.

Änderungen zum Beispiel bei der Steuergesetzgebung oder der KFZ-Versicherung werden in den Medien meist detailliert und eingehend bekannt gemacht und diskutiert. Bei Änderungen in der Pflegeversicherung vermisste ich diese Eindringlichkeit und Detailfreudigkeit bei den Gesetzgebern ebenso wie bei den Kassen und den Medien selbst, obwohl sie gerade hier sehr von Nöten wäre, da fast alle BürgerInnen als Steuerzahler/in oder Autofahrer/in in der Regel ein großes Interesse an diesen Themen haben. An der Pflegeversicherung haben aber, obwohl alle Mitglied sind, meist nur die schon in irgendeiner Weise betroffenen Menschen Interesse. Die meisten Anderen wollen von Pflegebedürftigkeit, die die Pflegeversicherung ja letztlich zum Thema macht, nicht berührt werden, sodass

hier erheblich intensiver und breiter informiert werden sollte. Dabei hat es für mich manchmal den Anschein, dass dies nicht immer von allen Beteiligten gewünscht ist.

Ich empfinde es zum Beispiel als einen Skandal, wenn bei einem Erstantrag auf eine Pflegestufe verbunden mit einem Antrag auf verschiedene dringend benötigte Hilfsmittel der Pflegebedürftige bzw. seine bevollmächtigte Angehörige trotz verschiedener Nachfragen und der geltenden 5-Wochenfrist für Erstanträge, trotz Nachfrage, nach 2 Monaten immer noch keinen Bescheid oder eine andere Reaktion seiner Pflegekasse erhält. Nachdem die Betroffene, von der Pflege-Ombudsfrau auf diese Frist und ihre Folgeverpflichtungen für die Kasse hingewiesen, diese bei der Pflegekasse reklamierte, reagierte die Kasse nur mit einem als unwirsch empfundenen Hinweis auf eine baldige Entscheidung. Das Gesetz fand hier also überhaupt keine Anwendung und dies bei einer der größten Pflegekassen und einem Dreivierteljahr nach seiner Einführung. Die Antragstellerin selber war in diesem Falle durch die persönliche häusliche Situation eben auch wegen der langen Wartezeit und die Auseinandersetzung mit der Kasse so angegriffen, dass sie keine Intervention der Ombudsfrau bei der Kasse wünschte, aus Furcht vor weiteren Verzögerungen!

Wie ich durch Nachfragen bei zahlreichen anderen Betroffenen erfuhr, war auch ihnen von den Regelungen zur Beratung und fristgerechten Entscheidung nach dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz nichts bekannt! Die Beratungspflicht durch die Kassen, meiner Erkenntnis nach auch in der Regel nicht spezifisch angeboten, erschöpft sich häufig auf ein Minimum an notwendigen Auskünften.

Leider fühlen sich Kassenmitglieder, die Anträge bei eine Pflegekasse stellen, immer wieder eher wie Bittsteller, denn wie Kunden behandelt, denen gegenüber die Kasse doch eigentlich als Dienstleister auftreten sollte. Auch die Existenz der Pflegestützpunkte ist immer noch vielen

Betroffenen unbekannt.

Leider sind aber anscheinend auch noch nicht alle Pflegestützpunkte in der Lage, die Betroffenen umfassend zu beraten und zu begleiten. So bekam ich z. B. von einer Pflegebedürftigen die Aussage der Beraterin im Pflegestützpunkt wiedergegeben, dass sie zum Thema Sozialhilfe bzw. Hilfe zur Pflege keine Beratung geben könne, da sie sich mit den Leistungen gemäß des SGB XII nicht auskenne.

Leider haben auch immer noch nicht alle Kreise in Schleswig-Holstein Pflegestützpunkte eingerichtet. So zeigen sich die Kreise Schleswig-Flensburg, Steinburg und Stormarn hier immer noch sehr zurückhaltend in der Fürsorge für ihre pflegebedürftigen BewohnerInnen und ihre Zugehörigen.

Einen weiteren Schwerpunkt bildet wie leider schon im Jahresbericht 2013 beschrieben, die scheinbar immer prekärer werdende Situation in der Pflege selbst.

Es gibt im Verhältnis mehr Klagen über Mängel in der Abrechnung von ambulanten Pflegediensten und Mängel in der Pflege bei stationären Einrichtungen. Wobei es mich immer wieder erstaunt, wie in manchen Pflegeheimen mit Nachfragen und Beschwerden der Zugehörigen umgegangen wird.

Dienste und stationäre Einrichtungen scheuen sich scheinbar zunehmend nicht, den Betroffenen einen Wechsel des Dienstes oder der Einrichtung nahe zu legen. Dabei sind die meisten Pflegebedürftigen und ihre Zugehörigen in den meisten Fällen grundsätzlich mit der Pflege zufrieden bzw. haben zu den einzelnen Pflegekräften gute Beziehungen aufgebaut und wünschen keinen Wechsel für sich oder den pflegebedürftigen Angehörigen. Es sind häufig immer wieder nur kleinere Mängel, die mit etwas mehr Zugewandtheit beseitigt werden könnten oder zumindest erklärbar wären. Ob aufgrund von Überlastung oder Druck von anderer Stelle wird dann aber von Seiten der Pflege nicht immer professionell damit umgegangen, sondern persönliche Betroffenheit gezeigt. Dies schaukelt die Situation dann meist unnötig auf. Aus der Frage der Tochter der pflegebedürftigen Mutter

nach Einsicht in die Pflegedokumentation, die plötzlich nicht mehr wie gewohnt auf dem Tisch neben dem Pflegebett zu finden ist, wird dann schließlich die Empfehlung, den Pflegedienst zu wechseln! Sicher spielen in diesem Fall Emotionen auf beiden Seiten eine zu große Rolle aber den PflegerInnen als hier professionell Tätigen, ist meiner Ansicht nach ein distanzierter Umgang mit der persönlichen Betroffenheit abzuverlangen. Überlastung im eigenen Arbeitsfeld darf nicht zu Lasten der Schwächsten gehen und das sind hier nun einmal die Pflegebedürftigen und ihre Zugehörigen.

Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und eine bessere Bezahlung der Pflegefachkräfte ist sicher mehr als wünschenswert. Der Druck, der heute an vielen Arbeitsplätzen in der Pflege herrscht, macht eine gute oder auch nur ausreichende Pflege immer öfter zu einer nicht mehr leistbaren Kraftanstrengung für alle Beteiligten. ■

Ethikkommission



Henning Steinberg

Seit einigen Jahren bin ich als Ombudsmann beratendes Mitglied in der Ethikkommission 1 in der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bad Segeberg. In der Kammer sind zwei dieser Kommissionen tätig, in denen jeweils ein Ombudsmann die Patientenrechte vertritt.

Forschungsprogramme, in denen neue Medikamente oder Behandlungsformen untersucht werden, müssen ein Votum einer Ethikkommission einholen, sofern Menschen von diesen Vorhaben betroffen werden.

Die Teilnahme an solchen Studien kann für TeilnehmerInnen Vor- und Nachteile haben. Besonders gesunde Probanden, die sich in eine solche Studie einschließen lassen, müssen gründlich über etwaige Risiken aufgeklärt werden. Dies muss in einer allgemeinverständlichen Sprache geschehen.

Wir Patientenvertreter halten uns aus den fachlichen Diskussionen der Naturwissenschaftler und Juristen weitgehend heraus, aber wenn es um die Patienteninformation geht, schauen wir sehr genau hin. Der Maßstab der Beurteilung ist für mich ein schlichter Leser, der die Tageszeitung liest und versteht, worum es geht. Dabei ist die Tragweite einer Patienteninformation unvergleichlich größer – es geht hier schließlich um die Gesundheit und bei kranken Menschen unter Umständen um Risiken, die sie genau einschätzen können müssen. Die Vorteile für Patienten liegen oft auf der Hand: Sie werden gründlichst untersucht, sie werden über einen oft langen Zeitraum intensiv beobachtet, sie haben kompetente Gesprächspartner an ihrer Seite und können sicherlich nach der Studienteilnahme besser mit ihrer Krankheit umgehen. Ob sie eventuell von einem zu erprobenden Medikament profitieren können, entscheidet der Zufall. Besonders die Eingriffe in bestehende Therapieformen bilden ein hohes Risiko und die Aufklärung muss in diesen Fällen besonders offen und gründlich sein.

Die Mehrzahl der Patienteninformationen erfährt natürlich nicht nur vom Patientenvertreter Kritik. Mediziner, Pharmakologen, Juristen schützen Probanden vor nicht zu verantwortenden

Forschungsvorhaben. Mir als Patientenvertreter geht es vordringlich um die Sprache. Dem Laien fallen schwer verständliche Begriffe und Konstruktionen möglicherweise eher auf, als den Fachleuten, die täglich mit medizinischen Begrifflichkeiten umgehen.

Ich fahre gerne monatlich zu den Sitzungen nach Bad Segeberg und freue mich, wenn ich entlastet von einem Berg von Unterlagen wieder nach Hause fahren kann. Die freundliche, offene und verständnisvolle Atmosphäre tut mir gut. Ein anfängliches Gefühl der Fremdheit ist verflogen.

Beratungsauffälligkeiten in der Ombudsarbeit

Im vergangenen Jahr habe ich immer wieder Menschen mit seelischem Leid beraten, die mich aus Kliniken oder auch aus ihrer Häuslichkeit anrufen haben. Auslöser sind oft auch Alltagsprobleme, wie etwa Heizungsprobleme in einer Klinik, Klagen über das Essen oder auch über mangelndes Vertrauen zu einem behandelnden Arzt. Hinter diesen Klagen stecken oft massive Ängste oder andere Krankheitsbilder. Mit dem Einverständnis der Anrufer gehe ich dann auf Behandler zu und freue mich darüber, dass ich mit diesen in einen oft intensiven Gedankenaustausch eintreten kann. ■

Öffentlichkeitsarbeit

Um den Bekanntheitsgrad des Vereins Patientenombudsmann/-frau e. V. zu erhöhen und um neue Mitglieder zu gewinnen, betreibt der Verein Öffentlichkeitsarbeit für das Ehrenamt. Dabei reicht das Spektrum der Aktivitäten von der Pressearbeit und der Produktion von Informationsmedien bis zur Betreuung der Vereinshomepage. Darüber hinaus engagiert und präsentiert sich der Verein bei zahlreichen Veranstaltungen.

Pflege-Ombudsfrau Dagmar Danke-Bayer reiste durch Schleswig-Holstein, um Pflegebedürftige und ihren Angehörigen in 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 beantwortete die Diplom-Sozialpädagogin in ihrem Vortrag. Frau Dagmar Danke-Bayer nahm auch an der Einweihung des Pflegestützpunktes Eutin teil und hielt einen Vortrag bei der Seniorenvereinigung der Deutschen Bahn Bad Segeberg/Stormarn. Darüber hinaus präsentierte die Pflege-Ombudsfrau den Verein bei der Wohnraummesse in Bad Oldesloe, organisiert vom dortigen Behindertenbeirat.

Die Patienten-Ombudsleute hielten zahlreiche Vorträge, wie zum Beispiel im Betreuungsverein Husum, in denen sie die Aufgaben und Möglichkeiten eines Ombudsmannes vorstellten oder auch vor verschiedenen Seniorenbeiräten in Schleswig-Holstein.

Der Patienten-Ombudsmann Henning Steinberg nimmt regelmäßig am sozialetischen Kolloquium in der Rentenversicherung Nord in Lübeck teil. Darüber hinaus stehen die Ombudsleute immer wieder für Presseanfragen zur Verfügung.

Im Oktober wählte die Mitgliederversammlung des Vereins Herrn Dr. h. c. Peter Harry Carstensen einstimmig zum neuen Vorsitzenden. Er folgte damit auf die ehemalige schleswig-holsteinische Ministerpräsidentin Heide Simonis, die nach drei Jahren nicht wieder für das

Amt der Vorstandsvorsitzenden kandidierte. Stellvertretende Vorsitzende bleiben Dr. med. Franz Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Thomas Haeger, Leiter der Landesdirektion Schleswig-Holstein der AOK NordWest.

„Ich freue mich auf meine neue Aufgabe und habe großen Respekt vor den Patienten-Ombudsleuten, die sich täglich mit hoher Fachlichkeit und ethischem Anspruch für kranke und pflegebedürftige Menschen in unserem Land einsetzen“, sagte Carstensen in seiner Antrittsrede als Vorsitzender des Patientenombudsvereins. Sein Ziel sei, die Qualität und Transparenz in der gesundheitlichen Beratung kontinuierlich weiter zu führen. Dabei hätten er und die weiteren Mitglieder sowohl die Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, als auch das Werben um neue Mitglieder als zentrale Themen definiert. ■

Dr. h. c. Peter Harry Carstensen, Heide Simonis,

Dr. med. Franz Joseph Bartmann (von links)

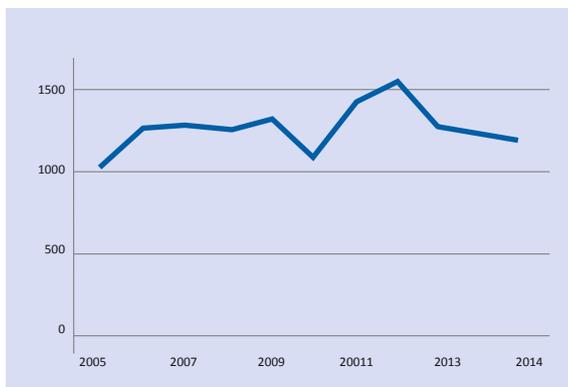


Anfragenaufkommen 2014

Insgesamt 1.110 Mal wurden die Patienten-Ombudsleute und die Pflege-Ombudsfrau im Jahr 2014 um Rat gefragt.

Trotz leicht gesunkener Anfragezahlen im Berichtsjahr ist erkennbar, dass bei gleicher Zahl der Ombudsleute über die letzten zehn Jahre das Anfrageaufkommen stabil geblieben ist. Wie aber aus der Fallzahlenentwicklung 2010-2012 erkennbar ist, wirkt sich die verstärkt betriebene Öffentlichkeitsarbeit auf das Anfrageaufkommen aus.

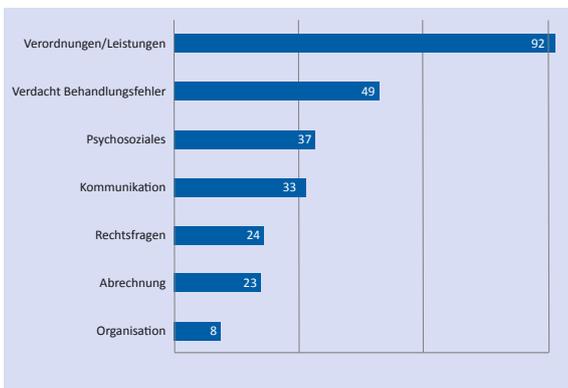
Bei der Pflege-Ombudsfrau nahmen die Anfragen zu dem Thema Pflegeleistungen den höchsten Stellenwert ein. Bei den Patienten-Ombudsleuten manifestierten sich 2014 die meisten Probleme zum Thema Verordnungen bzw. Leistungen mit 239 Anfragen. An zweiter Stelle stehen mit 188 Anfragen der Verdacht auf Behandlungsfehler, gefolgt von den Kommunikationsproblemen mit 160 Anfragen.



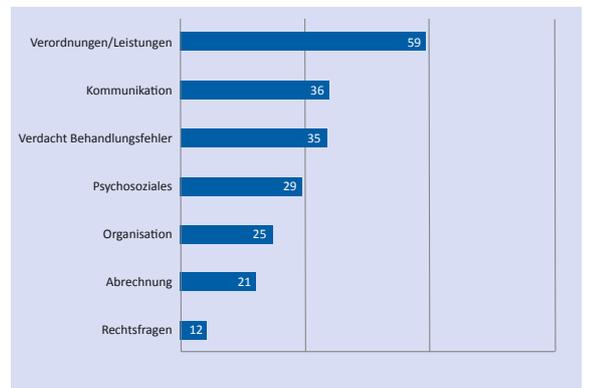
Fallzahlenentwicklung 2005 - 2014



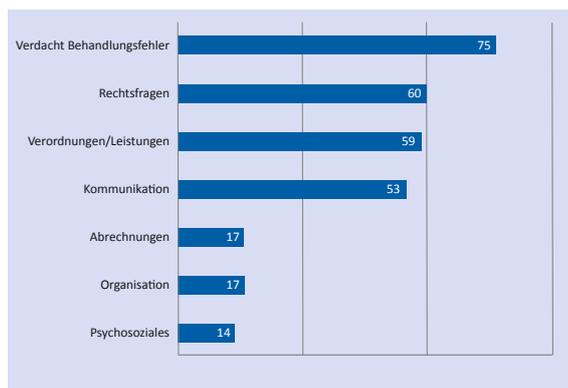
Auszug Anfragenaufkommen Reinhart Pawelitzki



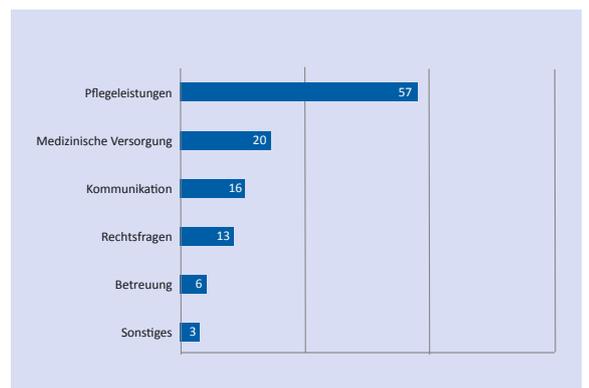
Auszug Anfragenaufkommen Andreas Eilers



Auszug Anfragenaufkommen Regina Klingsporn



Auszug Anfragenaufkommen Henning Steinberg



Auszug Anfragenaufkommen Dagmar Danke-Bayer

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
Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau 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
Sozialverband Deutschland e. V.,
Landesverband Schleswig-Holstein
Selbsthilfe S-H LV Prostatakrebs, Ellerau

Krankenhäuser

AMEOS Krankenhausgesellschaft
Holstein mbH (Heiligenhafen, Kiel,
Lübeck, Neustadt, Oldenburg,
Preetz)
Asklepios Klinik Bad Oldesloe
DRK Krankenhaus Mölln- Ratzeburg
gGmbH
Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu
Flensburg
Fachkliniken Nordfriesland gGmbH
(Bredstedt, Breklum, Husum,
Niebüll, Riddorf, Tarp, Schleswig, Kiel)
Lubinus Clinicum Kiel
Klinikum Nordfriesland gGmbH
(Föhr-Amrum, Husum,

Niebüll, Tönning)
Malteser Krankenhaus St. Franziskus-
Hospital Flensburg
Regio Kliniken GmbH (Elmshorn,
Pinneberg, Wedel)
Sana Kliniken Lübeck GmbH
Sana Kliniken Ostholstein GmbH
(Kliniken Eutin, Fehmarn, Oldenburg)
Segeberger Kliniken GmbH

Andere Gruppierungen

Ärztenez Eutin-Malente e.V.
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, Landesverband Schleswig-
Holstein
Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur
heiligen Elisabeth, Reinbek
Krankenhausgesellschaft Schleswig-
Holstein e. V.
LandFrauenVerband
Schleswig-Holstein e. V.
Marburger Bund, Landesverband
Schleswig-Holstein
Medizinisches Qualitätsnetz Westküste
Medizinischer Dienst der Kranken-
versicherung Nord, Hamburg
Praxisnetz Herzogtum-Lauenburg e.V.
Praxisnetz Plön
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
Seniorenheim Am Danewerk, Schleswig
Seniorenresidenz Bad Bramstedt
Seniorenhaus Riddorf GmbH
Seniorenzentrum 3 Wellen, Damp
Stiftung Diakoniewerk Kropp, Kropp

Einzelmitglieder

Dr. h. c. Peter Harry Carstensen
Prof. G. Jansen
Dr. Dr. med. K.-W. Ratschko
R. Büchner
J. Schröder
W. Hesse
H. Simonis

(Stand: 05/2015)

**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 / 803 384
E-Mail: ombudsverein@aeksh.de, www.patientenombudsmann.de