



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



TÄTIGKEITSBERICHT 2015

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 / 803 422, Telefax: 0 45 51 / 803 421

Mit dem vorliegenden Tätigkeitsbericht erfüllt der Patientenombudsverein die satzungsgemäße Aufgabe des Vorstandes, den Mitgliedern einen jährlichen Tätigkeitsbericht vorzulegen. Der Bericht umfasst das Jahr 2015.

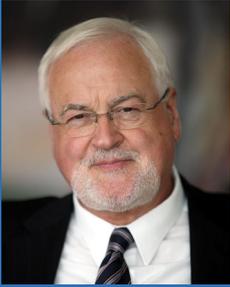
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung der Autoren wieder und spiegeln nicht notwendigerweise die der Redaktion.

Redaktion: Hans-Peter Bayer, Anne Lütke Schelhowe, Dagmar Danke-Bayer, Andreas Eilers, Regina Klingsporn, Reinhart Pawelitzki, Henning Steinberg

Koordination: Petra Bogaers, Katja Broers, Janina Dittmann

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

VORWORT DES VEREINSVORSITZENDEN



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

Im vergangenen Jahr konnten wir einige Mitglieder im Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V. neu begrüßen.

So sind wir sehr erfreut darüber, dass wir u. a. das Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster Anfang 2016 gewinnen konnten und die Idee des Beratungs- und Schlichtungsangebotes für Patienten solche Früchte getragen hat, dass dort ein eigener Patientenombudsmann eingestellt wurde. Im Sinne der Patienten können wir diesen Ansatz nur begrüßen.

Ich hatte die Ehre bei der Amtseinführung von Günther Humpe-Waßmuth dabei zu sein und ihm unsere Unterstützung und Beratung mit den Erfahrungen aus zwei Jahrzehnten Vereinstätigkeit zuzusagen. Es bleibt abzuwarten, ob sich andere Häuser ein Beispiel an dieser Initiative nehmen.

Vor genau 20 Jahren waren die AOK im Norden und die Ärztekammer Schleswig-Holstein so weise, diesen Verein ins Leben zu rufen. Seitdem setzen sich die Patienten-Ombudsleute und die Pflege-Ombudsfrau ehrenamtlich für alle ein, die bei Konflikten mit Akteuren des Gesundheitswesens Unterstüt-

zung und Hilfe brauchen. Und dies immer unter dem Motto „Neutral, unabhängig und kostenfrei“. Wenn wir uns in Fälle vermittelnd einschalten, dann stets als Mediatoren. Das machen unsere Patientenombudsleute und unsere Pflegeombudsfrau in einer fantastischen Art und Weise. Ich durfte das bei einigen Fällen aus der Nähe beobachten und bin beeindruckt, mit welcher Ruhe und Gelassenheit sie das angehen und stets mit dem Ziel, beiden Parteien gerecht zu werden.

Daher freue ich mich, dieses Jahr den runden „Geburtstag“ mit dem Verein zu begehen. Doch dürfen wir bei aller Freude nicht müde werden, die Idee des Vereins und seine Einzigartigkeit weiter in die Öffentlichkeit zu tragen. Ich werde mich als Vorsitzender daher weiterhin dafür einsetzen, neue Mitglieder und Multiplikatoren zu gewinnen. Denn nur mit einer breiten Mitgliedschaft können wir uns auch politisch einsetzen.

Dr. h. c. Peter Harry Carstensen
im Juni 2016

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 2015 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 unzweckmäßig erledigt werden oder erledigt worden sind. Dabei prüft er oder sie, ob die Angelegenheit bei Würdigung rechtlicher oder tatsächlicher Umstände mit Aussicht auf Erfolg verfolgt werden kann. Beruht die Kenntnis des Patienten-Ombudsmanns oder der Patienten-Ombudsfrau nicht auf einer Eingabe eines Patienten, so darf er oder

sie nur mit dessen Zustimmung tätig werden.

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

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

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

**Henning Steinberg**

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

**Reinhart Pawelitzki**

(Pastor im Ruhestand)
 Kreise: Dithmarschen, Neu-
 münster, Pinneberg, Steinburg
 Telefon: 0 46 41 / 98 73 69

**Pflege-Ombudsfrau****Dagmar Danke-Bayer**

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



3. ...
4. ...
5. ...
6. ...
7. ...

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.



Vertrag ist Vertrag – oder?

Jahresbericht von Andreas Eilers

Jeder ärztlichen Behandlung liegt ein Behandlungsvertrag zu Grunde, meistens als mündliche Absichtserklärung des Patienten, sich vom Arzt behandeln zu lassen und dessen Einverständnis. Damit jeder zu seinem Recht kommt, wird von den gesetzlichen, den vertraglichen und den berufsethischen Grundsätzen im Gesundheitswesen bestimmt, was der Arzt für den Patienten tun kann / darf / muss und der Patient dafür zu zahlen hat. Wer privat versichert ist, kann an Hand der Rechnungen genau verfolgen, was ihn die Behandlungen kosten und wie viel Geld er von seiner Versicherung oder / und Beihilfe zurück erhält. Die gesetzlich Versicherten können ihre Kosten über ihre Krankenkasse erkunden, tun es aber meistens nicht.

Wenn Behandlungen ganz oder teilweise nicht von der Krankenversicherung und der Beihilfe bezahlt werden (z. B. individuelle Gesundheitsleistung und Wahlleistung), bedarf es eines besonderen Vertrages, um den es immer wieder mal Unstimmigkeiten und juristische Auseinandersetzungen gibt.

Beispiel 1:

Eine Frau vereinbart in einer Hautarztpraxis telefonisch einen Behandlungstermin und verpasst ihn. Sie bekommt eine pauschale Ausfallrechnung, die sie nicht bereit ist zu bezahlen, weil sie keine Aufklärung darüber bekommen und keinen schriftlichen Vertrag geschlossen hat. Der Ombudsmann erfährt von der Hautärztin, dass es sich um einen Kosmetik-Termin in dem der Hautarztpraxis angeschlossenen Kosmetik-Institut handelt und der „selbstverständlich bei nicht Erscheinen kostenpflichtig ist“. Die sich hieraus ergebenden Rechtsfragen müssen durch einen Anwalt geklärt werden, ob der Vertrag am Telefon mündlich geschlossen wurde, ob die Ärztin eine Pauschale verlangen durfte und ob sie nachweisen kann, in der ausgefallenen Zeit keine anderen Klienten gehabt zu haben, darüber müssen sich dann die

Rechtanwälte unterhalten, weil das nicht Aufgabe des Ombudsmannes ist. Eine kostenlose anwaltliche Erstberatung bietet der Ombudsverein an.

Beispiel 2:

Ein Student hat mit einer privaten Krankenkasse einen Vertrag mit Studententarif. Er reicht die Rechnung einer Logopädin zur Erstattung ein und bekommt entsprechend dem Vertrag die Heilmittel nach GOÄ mit einem Faktor von 1,3 erstattet. Da die Logopädin aber einen sehr viel höheren Stundensatz als in der GOÄ vorgesehen, angesetzt hat, hat er einen Eigenanteil von 300 Euro selbst zu tragen. Er hätte sich vor Behandlungsbeginn mit der Logopädin auf die Kosten einigen sollen oder eine andere aufsuchen.

Immerhin konnte der Ombudsmann erreichen, dass die Versicherung auch die Befunderhebung und den Bericht nach GOÄ noch erstattete. Ein kleines Trostpflaster.

Beispiel 3:

Ein chronisch kranker Mann ist bei einer privaten Krankenversicherung in den Basistarif „gerutscht“. Sie verlangt aufgrund der allgemeinen Versicherungsbedingungen („auf Verlangen des Versicherers, jede Auskunft zu erteilen“) vor der Erstattung der notwendigen Medikamente „einen Bericht mit Angaben zu den Medikamenten und Diagnosen mit Begründung“. Das Attest der behandelnden Ärztin mit den Diagnosen und der Bestätigung der Notwendigkeit der verordneten Medikamente erkennt die Versicherung nicht an und fordert nun „einen ausführlichen Befund- und Verlaufsbericht zur Vorlage beim medizinischen Dienst“. Auf Nachfrage des Ombudsmanns möchte die Versicherung im „ausführlichen Krankheits- und Befundbericht Angaben zur Anamnese, zu den Befunden, zur epikritischen Bewertung sowie ggf. zur Therapie“. Die Ärztin verspricht „in ihrer Freizeit“ ein Gutachten zu erstellen,

obwohl der Versicherung die näheren Einzelheiten seit Jahren bekannt sind. Die Ärztin verzichtet auf das Honorar für das Gutachten, das im Basistarif nicht erstattet wird.

Beispiel 4:

Eine 16-Jährige, die bei ihrem Vater mitversichert ist, wird wegen Akne bei einem Hautarzt behandelt, der mit ihr einen privaten Behandlungsvertrag für eine „Therapie über das Maß des Notwendigen hinaus“, also eine individuelle Gesundheitsleistung abschließt. Eine Kopie des Vertrages bekommt die Patientin nicht. Erst als die monatlichen Zahlungen durch Doppelrechnung, Rückerstattung und neue Rechnung durcheinander geraten, erfahren die Eltern davon und erhalten eine Kopie des Vertrages. Außerdem erfahren sie, dass die „ausreichende“ Behandlung von der Krankenkasse bezahlt wird. Sie fühlen sich übergangen und wenden sich an den Ombudsmann. Mit Hilfe des Ombuds-Rechtsanwaltes wird klar, was nicht korrekt gelaufen ist: Die 16-Jährige ist zwar im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geschäftsfähig, d. h., sie kann zu einem Arzt gehen und um Behandlung bitten – ohne die Einwilligung der Eltern. Wenn jedoch außerhalb der GKV Leistungen beansprucht werden sollen, die über das Taschengeld hinausgehen (sog. „Taschengeld-Paragraf“), müssen die Eltern dem Vertrag zustimmen, in diesem Fall einem IGeL-Vertrag, der richtig gewesen wäre. Der Hautarzt meint zwar, dass alles richtig gelaufen sei, und beklagt, dass das Regelleistungsvolumen so tief läge, dass keinerlei Leistungen mehr honoriert würden. Damit er sich in seiner „knappen Zeit lieber der Verbesserung der Versorgung von Patienten kümmern“ kann, bietet er nun den Eltern einen Kompromiss an, dass beide Seiten auf weitere Ansprüche verzichten. Angenommen!

Beispiel 5:

Eine privat versicherte Frau wird nach einem leichten Schlaganfall in der Notaufnahme eines Kranken-

hauses ambulant versorgt. Der Oberarzt empfiehlt für weitere genauere Untersuchungen einen stationären Aufenthalt nach fünf Tagen. Bei der Aufnahme nach langer, entnervender Wartezeit bekommt sie im Zimmer drei Seiten einer Wahlleistungsvereinbarung für eine Chefarztbehandlung vorgelegt, lediglich mit dem Hinweis, wo sie unterschreiben soll. Sie unterschreibt auf allen drei Seiten, ohne sie genau gelesen zu haben, weil sie meint, es seien die Aufnahmeformalitäten. Eine Kopie erhält sie nicht. Als sie nach vier Monaten die Rechnungen von zwei beteiligten Professoren erhält, bekommt sie auf ihr Verlangen auch eine Kopie der Vereinbarung. Sie wendet sich an den Ombudsmann. Sie hat aus grundsätzlichen Erwägungen keine Chefarztbehandlung gewollt, weil sie gegen die hierarchischen Strukturen im Krankenhauswesen ist und einer Chefarztbehandlung noch nie zugestimmt hat. Außerdem wird diese Leistung von der Beihilfe und der Krankenversicherung nicht erstattet. Dazu hat sie sich von ihrer Hausärztin bescheinigen lassen, dass sie sich am Tage der Aufnahme in das Krankenhaus in einem psychischen Ausnahmezustand befunden habe. Nach der Weitergabe der Beschwerde an die Beschwerdemanagerin des Krankenhauses durch den Ombudsmann schließt sich eine acht Monate lange Zeit des schriftlichen Wartens und Erinnerns, des vergeblichen Telefonierens ohne Antwort, des sich Wendens an die Professoren und schließlich an die Geschäftsführerin, bis endlich die erlösende Nachricht kommt, dass die beiden Chefarztrechnungen aus Kulanz gestrichen sind. Die Patientin dankt herzlich und spendet für den Ombudsverein.

Der Umgang mit Verträgen im Gesundheitswesen ist für die beteiligten Partner nicht immer ganz einfach, weil verschiedene Interessen abgeklärt werden müssen. Ausführliche und verständliche Aufklärung, respektvolles und ehrliches Miteinander und die Bereitschaft Zeit zu investieren sind gute Voraussetzungen, dass jeder zu seinem Recht kommt.



Der Faktor Zeit

Jahresbericht von Reinhart Pawelitzki

Der 12. Mai jeden Jahres, der Geburtstag Florence Nightingales, wird international als „Tag der Pflege“ gefeiert. 2014 demonstrierte eine große Anzahl Pflegekräfte vor dem Landeshaus Kiel – wieder einmal – für eine gerechtere Bezahlung und deutlich mehr Personal in ihrem Arbeitsbereich. Thema der Veranstaltung: „50 Jahre Pflegenotstand“. Eine erschreckende Bilanz. Das dahinter verborgene Thema, das mich nachhaltig durch 2015 begleitet hat, ist das Stichwort „Zeit“.

Dass sich die Situation auch 2015 nicht merkbar geändert hat, machen einerseits die Pressemeldungen, andererseits aber auch die Anrufe und Kontakte überdeutlich, die ich im vergangenen Jahr erhalten habe:

Da war der Hilferuf einer 82-jährigen Frau, die für ihren 86-jährigen dementen Ehemann auf der geriatrischen Station eines Krankenhauses die tägliche Tabletteneinnahme sicherstellen musste. Als sie einmal aus eigenen gesundheitlichen Gründen nicht anwesend sein konnte, ging das prompt schief und ihr Mann brachte die ganze Station nachts in erhebliche Unruhe. Er wurde daraufhin umgehend entlassen. Die Familie war nicht in der Lage, mit dem Krankheitsbild angemessen umzugehen, geschweige denn innerhalb weniger Tage einen Pflegeheimplatz zu finden. Dazu kamen noch familiäre Konflikte über den Verbleib des Ehemanns und Vaters.

Ein ganz anderes Beispiel, das die Wichtigkeit verdeutlicht, in einem Problemfall beide Seiten zu hören:

Eine Patientin hatte vor rund 40 Jahren eine Wirbelsäulenverletzung und leidet seitdem immer wieder an erheblichen Schmerzen. Sie bekam bisher kontinuierlich Physiotherapie verschrieben. Eine neue Ärztin übernimmt die Praxis. Sie weigert sich, der Patientin weiterhin außerhalb des Regelfalls

diese Anwendungen zu verschreiben. Entsetzt und empört wendet sich die Patientin deshalb an mich. Ich kläre durch Rücksprache mit der Kassenärztlichen Vereinigung die heutige Verfahrensweise und spreche ebenfalls mit der neuen Ärztin. Sie wirkt noch unsicher und etwas ängstlich und hat Sorge, ihr Budget zu überschreiten. Mein Anruf, vor dem sie nach eigenen Angaben Angst hat, beruhigt und stärkt sie merklich in ihrem Verhalten, zumal ich ihr zusage, die Patientin nochmals zu kontaktieren. Die Patientin schließlich ist zwar enttäuscht, nimmt aber die Sachlage verständnisvoll zur Kenntnis. Dieser relativ einfache Fall erforderte sieben verschiedene Telefonate unterschiedlicher Länge von bis zu 36 Minuten.

Schließlich ein drittes Beispiel unseres Themenspektrums:

Ein 76-jähriger Mann benötigt nach einem Unfall mit seiner Ehefrau für die Auszahlung der Versicherung einen Diagnosebericht eines Facharztes. Innerhalb von drei Monaten hat die Krankenkasse bereits drei Mal gemahnt. Das Formular der Krankenkasse umfasst zwei Seiten, die Beantwortung der Fragen ist weitestgehend durch Ankreuzen möglich. Er rief verschiedentlich in der Praxis an, um daran zu erinnern. Nun ruft er bei mir an, um sich zu beschweren, denn er hatte schließlich exakt nach vier Monaten das Formular erneut selbst zum Arzt gebracht. Die Antwort der Sprechstundenhilfe: „Das dauert aber!“ Bei meiner Rückfrage beim Arzt höre ich keine Entschuldigung, sondern einen Schwall von Begründungen. Er sagt mir immerhin zu, das Formular über Ostern zu bearbeiten, „wo“, wie er sagt, „andere Urlaub machen“. Ostern ist noch fast drei Wochen entfernt.

Das sind nur drei Beispiele für den Umgang mit dem kostbaren Gut Zeit.

Es herrscht durchaus Verständnis für die hohe

Belastung von Ärzten und Pflegepersonal, dennoch erwarten die Menschen eine persönliche Ansprache, ein angemessenes Maß an Zeit und transparentere Informationen über ihren Gesundheitszustand. In allen drei Bereichen könnte die Lage verbessert werden. Insgesamt ist nach wie vor und immer häufiger neben vermuteten Fehlbehandlungen und dem Wunsch nach Schmerzensgeld zu beobachten, dass der Faktor Zeit, insbesondere der Mangel an Zeit, in der Behandlung und Pflege der Patienten auf beiden Seiten eine große Rolle spielt.

Ich vermute, dass manche Ärzte gerade in Krankenhäusern den persönlichen Kontakt mit den Patienten im Heilungsverlauf unterschätzen. Dass dies bei der Behandlungszahl und dem Kostendruck nur sehr schwer zu verwirklichen ist, ist auch Patienten erklärbar. Dennoch wäre z. B. die Vermittlung grundlegender pädagogischer Kenntnisse in der medizinischen Ausbildung dafür ein sicher lohnendes Ziel. Ein Arzt, eine Krankenschwester, ein Pfleger sind nicht per se durch die Berufswahl bereits in der Lage, auf die seelische Not von Menschen angemessen zu reagieren. So kommt es in den Praxisräumen, auf den Krankenhausstationen und in den Alters- und Pflegeheimen immer wieder zu Missverständnissen und unsichtbaren Verletzungen durch zu knappe Kommunikation und vor allem durch Mangel an Zeit.

Behandlungskontinuität und ein professionelles Maß an Nähe würden manches Krankheitsbild vermutlich schneller lindern, steigt doch dadurch auch das Vertrauen des Patienten auf Heilung. Im Schles-

wig-Holsteinischen Ärzteblatt SH 2/2016 wird in einem umfangreichen Artikel der Dienst der „Grünen Damen“ gewürdigt, die genau das zu vermitteln versuchen, was hier gemeint ist: Kranken Menschen in einem fremden, unbekanntem Umfeld den Rückhalt zu bieten, der im Rahmen ehrenamtlicher Tätigkeit möglich ist. Dennoch ist dies keine Lösung des Grundproblems, nämlich die Hektik des medizinisch-pflegerischen Alltags abzubauen.

Ähnlich Problematisches geschieht auch im Bereich der Krankenkassen, wo mit immer weniger Personal ein immer größerer Versichertenstamm bearbeitet werden muss. Wegfall von örtlichen Ansprechpartnern zugunsten von überregionalen Callcentern und auf dem Lande weite Wege zum nächsten Regionalbüro erschweren gerade älteren Menschen die Möglichkeit, die ihnen zustehenden Leistungen zu erhalten. Auch hier versuchen die Patientenombudsleute zu vermitteln, Wege zu weisen und den Menschen in ihrer immer sehr persönlichen Notlage zu helfen. Beide Seiten, Patienten mit ihren Angehörigen und medizinisch-pflegerische Fachkräfte, sind aufeinander angewiesen. Es wäre ein echter Fortschritt, durch entsprechende Maßnahmen hier eine Entschleunigung in Gang zu setzen.

Dazu passt ein großes Pappschild, das ein Mensch 2014 auf der anfangs berichteten Demonstration gegen den Pflegenotstand in die Höhe hielt. Man könnte es als Drohung verstehen. Besser wäre, wir könnten es angstfrei als freundliche Einladung lesen. Auf dem Plakat stand: „Wir sehen uns!“



Vertrauensverlust inbegriffen – Zwei Fälle, die nachdenklich machen

Jahresbericht von Henning Steinberg

Fall 1:

Vorbemerkung: Der geschilderte Fall ereignete sich in Schleswig-Holstein, aber nicht in meinem Verantwortungsbereich. Es handelt sich um einen etwa 70 Jahre alten Patienten.

Im Nov. 2012 wurde Herr X urologisch operiert. Gewebereiche der Prostata sollten entfernt werden. Während der OP traten starke Schmerzen auf. Dem Patienten, der die OP über Monitor verfolgte, wurde gesagt, dass so etwas normal sei.

Der Katheter wurde trotz starker Blutungen nach zwei Tagen gezogen, der Patient sollte am Folgetag entlassen werden. Trotz der Hinweise auf starke Schmerzen wurde auf dem Entlassungstermin beharrt. Am vorgesehenen Entlassungstag wurde der Patient darüber informiert, dass ein Fehler passiert sein muss, er müsse noch einmal operiert werden. Nach der zweiten OP erklärte man ihm, dass nicht das ganze Gewebe in der ersten OP entfernt werden konnte. Fragen, die er stellte, wurden nach seiner Auskunft nicht beantwortet.

Nach erfolgter OP und Verweildauer im Krankenhaus fand kein Entlassungsgespräch statt, die Entlassung erfolgte ohne Antibiotika und Schmerzmittel. Im Entlassungsbericht stand, dass die Eingriffe ohne Komplikationen zur Zufriedenheit des Patienten durchgeführt worden sind.

Der Patient ließ sich in eine Klinik in Hamburg einweisen. Dort stellte man ein „Trümmerfeld“ an der Harnröhre und dem Blasenschließmuskel sowie multiresistente Keime (MRGN Klebisella pneumoniae, Citrobacter cosei und Engterobacter faecalis) fest. Bei einer neuerlichen OP bestand die Gefahr der Blutvergiftung. Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass sein Blasenschließmuskel nicht zu

retten sei und ein künstlicher Muskel nicht eingesetzt werden könne. Man plane eine künstliche Verbindung zwischen Blase und Bauchdecke zu legen (Mitrofanoff-Stoma). Der Patient überlebte ohne eine Sepsis – es kam in Folge von Komplikationen zu weiteren Eingriffen in den nächsten Wochen und im Folgejahr. Ziel dieser Eingriffe war die Blockade der Nervenbahnen. Der Patient leidet unter schweren Durchblutungsstörungen, die als Ursache der Schmerzen angesehen werden können.

Was folgte war ein Versuch der Aufarbeitung – dieser scheiterte. In der erstoperierenden Klinik waren keine Daten mehr vorhanden, OP-Berichte wurden aus dem Gedächtnis gefertigt. Die Bemühungen des Patienten, einen Gutachter zu finden, schlugen fehl, zu renommiert erschien der Ruf des erstbehandelnden Chirurgen. Endlich fand der Patient einen Gutachter in Berlin, der sich aber wiederum keine bildgebenden Dateien aushändigen ließ, bzw. diese nicht öffnen konnte. Das Gutachten war nichtssagend.

Wie eingemauert erlebte der Patient mit seinen Dauerschmerzen seinen Zustand. Im Oktober 2015 wurde ein neuerlicher Versuch unternommen, einen Gutachter zu bestellen.

Mein Kontakt kam in dieser letzten Phase zustande. Ich riet ihm zu einer Kontaktaufnahme mit der Schlichtungsstelle in Hannover. Diese erfolgte. Das Verfahren schwebt. Ob der Patient noch einmal Vertrauen zu Ärzten fassen kann, kann ich nicht beurteilen.

Viele seiner Behandler hat der Patient als Menschen erfahren, die verschweigen, verleugnen, vergessen, verdrängen. An sich, so meine ich, sollten Ärzte daran interessiert sein, aus Fehlern zu lernen und sie sollten daran interessiert sein, eine Basis zum Patienten aufzubauen. Wenn diese aber auf Nachfrage

zu hören bekommen, dass sie davon sowieso nichts verstehen, bleiben alle Fragen offen.

Aus einem Routineeingriff wurde ein zutiefst beschädigtes Leben – insgesamt sieben Operationen sind dem ersten Eingriff gefolgt. Vielleicht ergeben sich durch die Arbeit der Schlichtungsstelle für den Patienten noch neue Weichenstellungen – an seiner Lebenssituation wird dies nichts ändern.

Fall 2:

Die Patientin (derzeit 69 Jahre) beschreibt sich selbst als sportlich. Vor 25 Jahren bekam sie erste Beschwerden am Knie, es erfolgten zwei Arthroskopien. Die Wahrscheinlichkeit einen Gelenkersatz bekommen zu müssen, wurde ihr beschrieben.

Nach neuerlichen Beschwerden in der Folgezeit wurde Frau R. im Herbst 2011 operiert. Ein Schlitten wurde eingesetzt, die stationäre Reha wurde nicht genehmigt, es erfolgte eine ambulante Maßnahme, die sich über zwei Monate hinzog. Ziel war, das medial verkürzte Band zu verlängern und bestehende Schmerzen zu lindern.

Die Schmerzprobleme verstärkten sich, Verrichtungen im Haushalt konnten kaum ausgeführt werden, auch der Schlaf war durch grelle Schmerzen beeinträchtigt. Es kam in der Folge zu wiederholten Besuchen beim Operateur in den Jahren 2011 bis 2014. Zusätzlich litt die Patientin unter Schmerzen im Lendenwirbelbereich. Ein Versatz von Lendenwirbeln wurde diagnostiziert. Im März 2014 kam es zum letzten Kontakt mit dem Chirurgen – er bot der Patientin Tapes auf deren Kosten an. In dieser Zeit suchte die Patientin Kontakt zum Ombudsmann. Ich riet ihr dazu, eine zweite Meinung einzuholen und

wies sie auf die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen hin.

Im Mai 2014 wurde der Patientin eröffnet, dass der Schlitten entfernt werden müsse und durch eine komplette Endprothese ersetzt werden müsse. Ich riet der Patientin, sich noch eine zweite Meinung zu diesem neuerlichen Befund einzuholen. Diese ergab volle Übereinstimmung mit der empfohlenen Maßnahme. Im Juli 2014 erfolgte der Eingriff, bei dem ein 14mm starkes Inlay eingebaut wurde, um das Knie zu stabilisieren. Ein stationärer Reha-Aufenthalt folgte, ebenso weitere ambulante Maßnahmen.

Mit der Patientin ging ich im Frühjahr 2015 eine Stellungnahme der Schlichtungsstelle durch, die Basis für den Schlichterspruch werden sollte. Bis auf einige Anmerkungen zeigte sich die Patientin mit dem Schriftsatz einverstanden.

Der Schlichtungsspruch billigte der Patientin Schmerzensgeld zu. Die Höhe des Betrages sollte mit dem Chirurgen bzw. seiner Versicherung geregelt werden. Die Schlichtungsstelle stellte fest, dass der Schlitten zu groß war – dadurch hat die Patientin ihr Gelenk verloren.

Der Chirurg lehnte den Schlichtungsspruch ab und verwies die Patientin auf den Rechtsweg.

Für mich als Ombudsmann ist es nicht einsehbar, dass die Berufsordnung für Ärzte diese nicht auf die Akzeptanz der Urteile der Schlichtungsstelle verpflichtet. Jeder Handwerker, der in die Berufsrolle eingetragen wird, unterwirft sich damit den vorgeesehenen Schlichtungsverfahren. Meine Arbeit, die zur Vermeidung von juristischen Auseinandersetzungen dienen soll, wird so überflüssig.



Unsicherheit für Patientinnen und Patienten – Wer entscheidet wirklich über meine Behandlung?

Jahresbericht von Regina Klingsporn

Im Jahr 2015 häuften sich die Anfragen von Patientinnen und Patienten, die bei sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern eines verband: eine quälende Unsicherheit über den Behandlungsverlauf.

Ihre Ärztinnen und Ärzte hatten ihnen nach längerer schwerer Krankheit und vielen Behandlungsversuchen ein bestimmtes, außergewöhnliches Medikament, eine Anschlussheilbehandlung oder ein neues, zwar erprobtes, jedoch noch nicht übliches Gerät empfohlen, sozusagen einen weiteren Versuch vorgeschlagen. Die Verordnung musste dann bekanntlich besonders bei der Krankenkasse beantragt werden. Als die Ablehnung der Kasse kam, war die erstaunte Reaktion der Betroffenen: „Doch meine Ärzte haben dies so vorgeschlagen! Entscheiden die denn heute nicht mehr über die Heilungsmethoden?“

Wenn nach dem formalen Widerspruch der Sachverhalt dann dem Medizinischen Dienst der Kassen (MDK) vorgelegt wird, dauert es zunächst eine Zeit. Bei Nachfragen an die Kasse lautet die stereotype Antwort: „Da müssen wir erst die Entscheidung des MDK abwarten.“

Dann der Anruf der verweifelten Betroffenen bei der Patientenombudsfrau: „Die Kasse hat mir vorgeschlagen, dass ich mich an Sie wende. Bitte helfen Sie mir. Das alles ist mir völlig unbegreiflich, es dauert und dauert und es geht mir immer schlechter. Ich fühle mich hilflos ausgeliefert – wer entscheidet denn nun wirklich über die Behandlungsmethode oder die Medikation?“

Einer Patientin wird nach einer komplizierten Operation des Rückens vom Arzt in der Klinik eine Anschlussheilbehandlung empfohlen. Ihre Krankenkasse lehnt nach Rücksprache mit dem MDK die

Kostenübernahme ab. Dies ändert sich auch nach mehreren Widersprüchen und weiteren Begründungen der behandelnden Ärzte nicht. Schließlich wird ihr empfohlen, gerichtlich zu klagen.

Ihre Erkundigungen beim Sozialgericht ergeben allerdings, dass so eine Klage frühestens in einem Jahr bearbeitet werden wird.

Entrüstet wendet sie sich an die Ombudsfrau: „MDK und Kasse haben so entschieden. Was soll ich tun? In ein oder zwei Jahren nützt mir die Anschlussheilbehandlung doch nichts mehr. Die brauche ich doch jetzt!“

Ein Apotheker ruft an mit der dringlichen Bitte um Unterstützung für einen schwerstkranken Patienten mit einer neurodegenerativen Erkrankung. Dieser sei sehr gefährdet, werde zunehmend schwächer und das von den Fachärzten empfohlene, zugegeben für diese Krankheit ungewöhnliche Medikament, würde von der Kasse nicht genehmigt. Der Patient befände sich inzwischen zu Hause, weshalb eine ambulante Verordnung notwendig sei.

Kurz darauf bittet auch die verzweifelte Mutter des Kranken um Hilfe. Die Kasse lehnt die Kostenübernahme aufgrund der Bewertung des MDK weiter ab, da dieses Medikament nicht indiziert sei. Alle Versuche der Beteiligten, eine Zusage für diese Behandlung zu bekommen, scheitern.

Schließlich wird der Patient wegen Verschlechterung seines Zustandes erneut stationär aufgenommen.

Eine weinende Frau spricht am Telefon von ihrer Angst zu sterben. Sie habe schon einen Schlaganfall gehabt, leide an verstecktem Vorhofflimmern, und die Ärzte halten sie für weiterhin hoch gefährdet. Die gängigen Überwachungsmethoden zeigen keine

Ergebnisse.

Die Fachärzte bestätigen eine akut lebensbedrohliche Situation und schlagen ein Gerät zur Dauerüberwachung des Zustandes der Patientin vor. Doch der MDK kommt in seinem Gutachten zu einer anderen Einschätzung. Die Behandlung wird trotz großer Anstrengung aller Behandelnden und Beratenden über ein ganzes Jahr nicht genehmigt. Inzwischen benötigt die Betroffene therapeutische Unterstützung, um ihre andauernde, das gesamte Leben einschränkende Todesangst zu verkraften. Nach einem weiteren ablehnenden Bescheid der Kasse auf ihren Neuantrag auf Kostenübernahme gibt die Patientin schließlich auf und versucht nunmehr die Krankenkasse zu wechseln.

Diese Patientinnen und Patienten sind enttäuscht von den Kassen bzw. von der Gesundheitsversor-

gung, auf deren Hilfe sie gerade für den Fall schwerster Erkrankung vertraut haben. Denn ungeachtet der möglicherweise sachlichen Richtigkeit der Entscheidungen der Kassen und des MDK bleibt die Situation für die Betroffenen unerträglich. Meine Aufgabe als Ombudsfrau besteht hier in der kontinuierlichen Begleitung auf ihrem Weg durch die verschiedenen Instanzen. Dabei bin auch ich erschüttert von manchen starren Regeln und wenig veränderbaren Entscheidungen, zweifle zunehmend an dem Sinn meiner Bemühungen.

Auch ich frage mich: Wer sollte denn im Zweifelsfall feststellen, ob jemand sich in einer akut lebensbedrohlichen Situation befindet und wer sollte über notwendige Medikation bzw. Vorsorge entscheiden? Sollen es nicht weiterhin die behandelnde Ärztinnen und Ärzte sein, denen ein kranker Mensch sein Vertrauen geschenkt hat?



Mangel an qualifizierten Pflegekräften führt immer wieder zu Beschwerden

Jahresbericht von Dagmar Danke-Bayer

Die Statistik für das Jahr 2015 bestätigt meine Feststellung aus dem Jahresbericht 2014, dass eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit für den Bereich Pflege ungemein wichtig ist. Wie damals schon erwähnt, stieg die Anzahl der Nachfragen durch die vermehrte Pressearbeit beim Wechsel der/s Vorsitzenden erheblich an. Diese Wirkung hielt ziemlich bis zum Herbst letzten Jahres an, um dann allmählich wieder abzuflauen. Ich stelle daher wiederholt fest; der Bedarf ist weiterhin da, doch das Angebot des Vereins muss kontinuierlich präsent sein.

Der Statistik für 2015 ist zu entnehmen, dass der Schwerpunkt meiner Tätigkeit wieder und nochmals vermehrt in der Beratung und Vermittlung bei Problemen im Leistungsbereich der Pflegekassen lag.

Eine der Ursachen dafür – und da kann ich leider meine Aussagen in den Berichten der Vorjahre nur wiederholen – die Versicherten wissen zu wenig über den Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung. Im Gegenteil, durch die Veröffentlichungen der letzten Jahre über die immer neuen Verbesserungen durch den Gesetzgeber wächst bei ihnen die Erwartungshaltung an die Leistungen der Versicherung eher noch unverhältnismäßig.

Die Statistik zeigt erneut auch eine im Verhältnis hohe Steigerung der Anfragen und Beschwerden zur stationären Pflege in den Heimen. Pflegebedürftige, vor allem aber ihre Zugehörigen sind nicht mehr bereit, die sich vielerorts zuspitzende Situation der Überlastung der Pflegekräfte hinzunehmen, die sich dann in einer mangelhaften Versorgung der Pfl-

gebedürftigen niederschlägt. Immer häufiger wird mir nicht nur von den Zugehörigen der Pflegebedürftigen sondern auch von Pflegenden bzw. Pflegedienstleitungen von einem gravierenden Mangel an qualifizierten Pflegekräften auf dem Arbeitsmarkt bzw. dann natürlich auch in den Heimen selbst berichtet. Unter diesem Mangel entsteht häufig eine mindere Qualifikation des Personals, sowie eine ständige Überlastung der Pflegekräfte, die dann zu vielen kleinen aber auch zu gravierenden Mängeln in der Pflege führen können. Hierunter leiden dann vor allem die Schwächsten, die Pflegebedürftigen, und sie sind nicht nur bedürftig, sondern leben auch in großer Abhängigkeit, wer möchte so alt werden?! Hinzu kommt ein oft fataler Umgang mit den beschwerdeführenden Zugehörigen, die nicht selten als nörgelnde Beaufsichtigung wahrgenommen werden und sich auch so behandelt fühlen. Auch dieses Verhalten habe ich so schon in meinem Bericht 2014 dargestellt! Es ist sicher gut und sehr wichtig, dass der Gesetzgeber in den letzten Jahren endlich für etliche schon längst überfällige Verbesserungen in der Pflegeversicherung gesorgt hat. Wenn aber die Umsetzung vieler Verbesserungen am Mangel qualifizierten Personals scheitert, ist das für alle vor allem aber für die betroffenen Pflegebedürftigen sehr bitter!

Leider bekomme ich auch immer wieder Anfragen zu Sachverhalten, bei denen von Versicherten beantragte Leistungen abgelehnt wurden, die Ablehnung aber nur ganz lapidar ohne Nennung der gesetzlichen Grundlage begründet und auch auf Nachfrage keine ordentliche Begründung abgegeben wurde. So z. B. in dem Fall von Frau X.

Frau X. ist gebürtige Dänin, war mit einem deutschen Mann verheiratet und hat im Laufe ihres Lebens immer mal wieder wechselweise in Dänemark oder Deutschland gelebt und gearbeitet. Jetzt ist Frau X pflegebedürftig (Pflegestufe III) und lebt bei ihrem Sohn in Schleswig-Holstein, versichert ist sie in Dänemark. Sie bekommt Pflegesachleistungen d. h. sie wird von einem professionellen Pflegedienst versorgt.

Ihr Sohn, Herr Y, bei dem sie ja lebt, möchte gern in Urlaub fahren und hatte deshalb eine Ersatzpflege beantragt. Dieser Antrag wurde ihm abschlägig beschieden mit der Begründung, Frau X sei eine so-

genannte Grenzgängerin und habe nur Anspruch auf Sachleistungen. Als Herr Y nachfragte und Widerspruch einlegen wollte, hieß es nur immer stereotyp, damit hätte er sowieso keine Chance, es gäbe einschlägige Gerichtsurteile.

Herr Y konnte die Entscheidung der Kasse nicht nachvollziehen und fragte bei mir um Rat. Mir war das Problem „Grenzgängerin“ im Kontext der Pflegeversicherung bis dahin ebenfalls unbekannt. Ich rief daher bei der zuständigen Sachbearbeiterin Frau Z. an und fragte nach der Entscheidungsgrundlage. Sie wusste sofort, worum es sich handelte. Dennoch erhielt ich zunächst dieselben lapidaren Antworten wie Herr Y. Als ich um die Nennung der gesetzlichen Grundlage für diese Fälle fragte, sagte mir die Sachbearbeiterin, sie müsse dazu erst den Vorgang herausuchen und bat mich, meine Anfrage schriftlich bei ihr einzureichen.

Normalerweise lassen sich solche Fragen mit einem Blick in das entsprechende Computerprogramm sofort lösen aber da dies hier scheinbar nicht möglich war, ließ ich mir die E-Mail – Adresse von Frau Y geben und beendete das Gespräch. Ich mailte ihr dann meine Anfrage und bekam am nächsten Tag die Antwort, dass sie mir aus datenschutzrechtlichen Gründen meine Anfrage nicht beantworten könne, ich möge mich doch an die Betreuerin von Frau X wenden. Deren Daten (Name und Adresse) teilte sie mir auch gleich mit.

Ich schickte dann eine weitere Mail an Frau Z, in der ich ihr mitteilte, dass ich an den Daten von Frau X, soweit sie mir nicht sowieso schon bekannt waren, gar kein Interesse hätte, sondern nur an der Rechtsgrundlage, also an den Gesetzen und Bestimmungen, die ihrer Entscheidung zu Grunde lagen und diese seien ja in der Regel allgemein formuliert. Daraufhin bekam ich eine E-Mail von einem anderen Mitarbeiter der Pflegekasse (Vorgesetzter, Justitiar?), in der er mir dann endlich die rechtlichen Grundlagen (EU-Verträge) für die Entscheidung der Pflegekasse übermittelte.

Mit Kenntnis dieser Rechtsgrundlage ergab eine Nachprüfung meinerseits, dass die Entscheidung der Kasse rechtens war. Herr Y war zwar nicht glücklich über meine Mitteilung, aber er verstand jetzt warum die Pflegekasse so entschieden hatte. Warum

eine so einfache Auskunft eines solchen Aufwandes bedurfte, darüber kann ich nur spekulieren.

Fakt ist jedoch, dass die Vorenthaltung der Rechtsgrundlage in einem Bescheid bei vielen Pflegekassen

meiner Erfahrung nach leider kein Einzelfall ist, was bedeutet, dass hiermit scheinbar versucht wird, Mitglieder unmündig zu behandeln. Auch hier handeln Kassen ihren Mitgliedern gegenüber wieder nicht als gute Dienstleister.



Rechtsberatung

Michael Oltmanns, Fachanwalt für Medizinrecht,

Es haben auch im Jahre 2015 wieder zahlreiche Anrufer, die über einen Patientenombudsmann bzw. eine Patientenombudsfrau vermittelt wurden, um eine rechtliche Erstberatung gebeten. Es hat sich dabei erneut gezeigt, dass es in vielfältigen Bereichen zu Problemen für Patienten kommen kann. Dabei haben sich aber, wie schon in den Vorjahren, zwei Schwerpunkte herausgestellt.

Einen großen Bereich bilden die Anfragen bezüglich vermuteter ärztlicher Behandlungsfehler. Das Spektrum der Sachverhalte ähnelte dem aus den Vorjahren. Es ging um falsche Diagnosen, die dazu führten, dass die richtige Therapie erst verspätet begonnen und der Heilungserfolg dann nicht erreicht wurde. Diese Problematik betraf vor allem die Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten. Bei Behandlungen in Krankenhäusern ging es in erster Linie um Operationsfehler, aber auch um die Folgen erworbener Infektionen. Auch Fragen nach ordnungsmäßiger Aufklärung vor einer Operation spielten eine Rolle. Im Rahmen der telefonischen Erstberatung kann naturgemäß keine abschließende Klärung erfolgen. Vielen Anrufern geht es auch in erster Linie erst einmal darum abzuklären, ob es überhaupt Sinn hat, der Sache nachzugehen und was man unternehmen kann. Ich gebe dann, soweit möglich, eine erste Einschätzung und zeige die Wege auf, um einen Anspruch zu prüfen und zu verfolgen. Für Patienten,

die keine Kosten investieren können oder möchten, bietet sich die Anfrage bei den Krankenkassen an. Diese sind gesetzlich zur Unterstützung ihrer Mitglieder bei der Überprüfung von Behandlungsfehlern aufgefordert und veranlassen in der Regel eine gutachterliche Überprüfung durch den Medizinischen Dienst. Eine andere Möglichkeit ist die Anrufung der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen in Hannover.

Der zweite Schwerpunkt der Anfragen bezog sich auf Probleme mit den Krankenkassen, wobei es meist um verweigerte Leistungen ging. Auch hier habe ich den Anrufern, soweit möglich, eine erste rechtliche Einschätzung gegeben und sie auf die rechtlichen Möglichkeiten und die zu beachtenden Fristen hingewiesen.

Weitere Anfragen bezogen sich auf Probleme oder Streitigkeiten mit Pflegeheimen und Pflegediensten. Andere Anfragen bezogen sich auf ärztliche Rechnungen, die als ungerechtfertigt angesehen wurden, wobei meist keine entsprechende vorherige Aufklärung der Patienten erfolgte. Bei allen Anfragen im Rahmen dieser telefonischen Erstberatung geht es in erster Linie um eine „Wegweisung“, also die Möglichkeiten und Verfahrenswege aufzuzeigen, um die Beschwerden zu überprüfen bzw. Ansprüche zu verfolgen. Nach meiner Einschätzung empfanden die Anrufer dies als hilfreich.

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Peter Harry Carstensen anlässlich eines Vortrages bei den Landfrauen in Nordfriesland.

Die Verbreitung der Idee des Patientenombudsvereins war auch im vergangenen Jahr das größte Anliegen unserer Öffentlichkeitsarbeit. Dafür haben sich die Patientenombudsleute und der Vereinsvorsitzende Dr. h. c. Peter-Harry Carstensen vielseitig engagiert und bei zahlreichen Vorträgen und Präsentationen vor diversen interessierten Gremien die Aufgaben des Vereins und ihre Tätigkeit dargestellt.

Entsprechend seiner Ankündigung bei Amtsantritt hat Carstensen den Ombudsgedanken im Jahr 2015 in mehreren Veranstaltungen vertreten. Sein Ziel ist es, die Qualität und Transparenz in der gesundheitlichen Beratung kontinuierlich weiter zu führen und die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu verbessern.

Diesem Anspruch wurde er u. a. durch Vorträge zu verschiedenen Gelegenheiten gerecht. So war Carstensen bei den Landfrauen in Nordfriesland zu Gast und referierte beim Gesprächskreis Ilex e. V. in Kaltenkirchen. Außerdem repräsentierte er den Verein beim Parlamentarischen Abend der Apothekerkammer und zur Einführung eines Patienten-

ombudsmanns im Friedrich-Ebert-Krankenhaus in Neumünster.

Die Ombudsleute reisten durch das Land und hielten Vorträge bei Seniorenbeiräten, Selbsthilfevereinen, in der Kirchengemeinde, beim Sozialverband, Betreuungsvereinen, der Zahnärztekammer und vielen mehr.

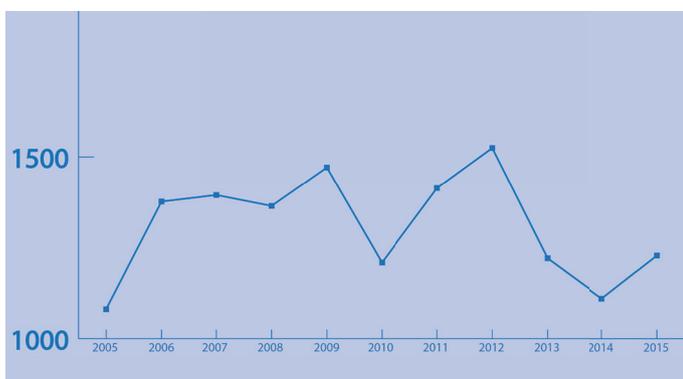
Der Pflegebereich präsentierte das Angebot des Ombudsvereines beim Jubiläum des Pflegenottelefons, bei einer Veranstaltung der Geriatrieabteilung eines Krankenhauses, bei der Heimaufsicht für Senioren und Pflegeheime, dem Sozialpsychiatrischen Dienst eines Kreises und weiteren Einrichtungen.

Auch zu aktuellen Themen war die Kompetenz des Ombudsvereines gefragt: So erhielt der Verein verschiedenste Presseanfragen und die Ombudsleute standen z. B. im Rahmen der Krankenhauskeim-Problematik für Interviews (u. a. für Print- und Rundfunkmedien) zur Verfügung. Ebenfalls zu Fragen der allgemeinen Gesundheitspolitik kontaktierten Medienvertreter den Verein und erhielten fachkundige Auskunft.

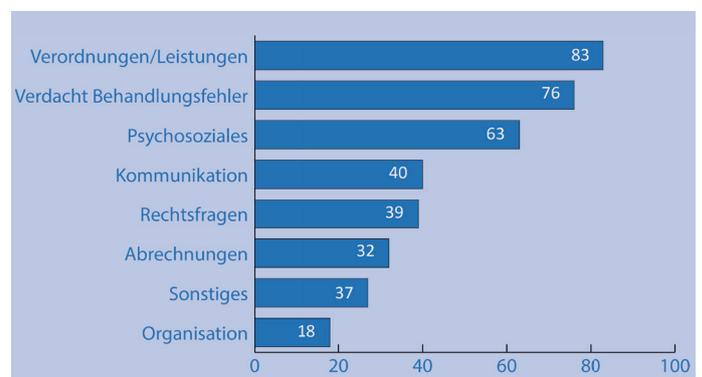
Anfrageaufkommen 2015

Nach gesunkenen Anfragezahlen im vorherigen Jahr wurden die Patienten-Ombudsleute und die Pflege-Ombudsfrau 2015 wieder verstärkt um Rat gefragt: Insgesamt 1.229 Mal wurde die ehrenamtliche Tätigkeit des Ombudsvereins in Anspruch genommen. Allein 224 Anfragen gingen zum Thema Verordnungen/Leistungen ein. Damit liegt dieses Problemfeld wie in den vergangenen Jahren ganz vorn. Auf Platz zwei und drei folgen der Verdacht auf Behandlungsfehler (208 Anfragen) und Kommunikationsprobleme (175 Anfragen). Rechtsfragen sind mit einer Anzahl von 130 ebenfalls stark vertreten, wenn auch äußerst unterschiedlich auf die einzelnen Ombudsleute verteilt.

Auch bei der Pflege-Ombudsfrau gingen 20 Rechtsfragen ein. Zum größten Teil befasste sie sich 2015 wie auch in den Vorjahren mit Pflegeleistungen (91 von insgesamt 171 Anfragen).



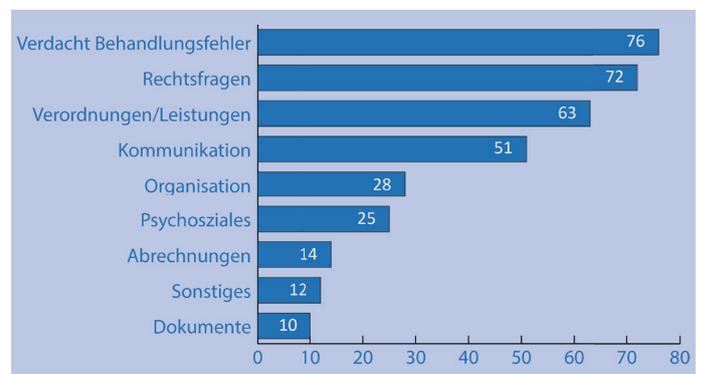
Fallzahlentwicklung 2005-2015



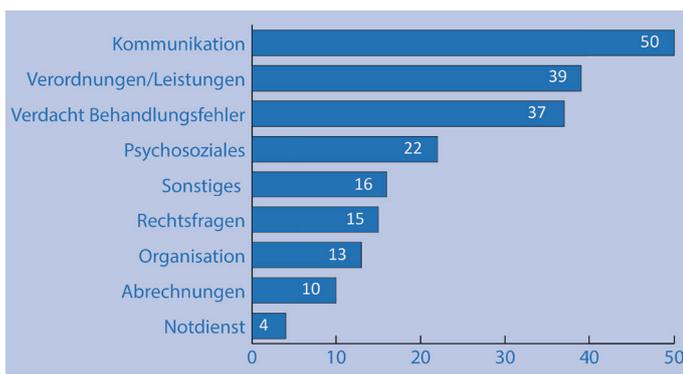
Anfrageaufkommen Andreas Eilers



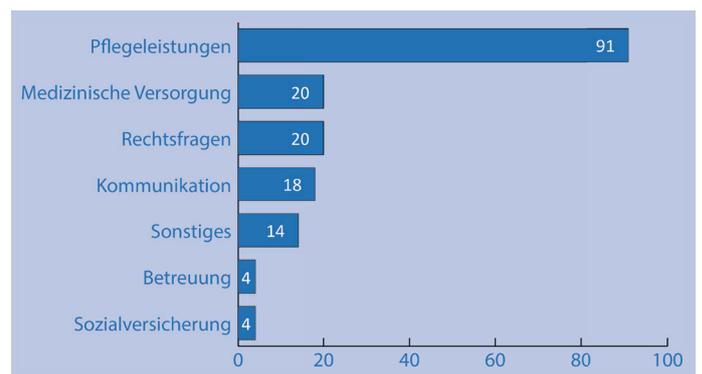
Anfrageaufkommen Reinhart Pawelitzki



Anfrageaufkommen Henning Steinberg



Anfrageaufkommen Regina Klingsporn



Anfrageaufkommen Dagmar Danke-Bayer

Mitglieder

Gesundheitsinstitutionen

Ärztekammer 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)
Friedrich-Ebert-Krankenhaus
Neumünster
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
Krankenhausgesellschaft Schleswig-
Holstein e. V.
LandFrauenVerband
Schleswig-Holstein e. V.
Marburger Bund, Landesverband
Schleswig-Holstein
Medizinisches Qualitätsnetz Westküste
Medizinischer Dienst der Krankenversi-
cherung
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: xx/2016)

**Patientenombudsmann/-frau
Schleswig-Holstein e.V.
c/o Ärztekammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg
Telefon: 0 45 51 / 803 422, Telefax: 0 45 51 / 803 421
E-Mail: ombudsverein@aeksh.de, www.patientenombudsmann.de**