Bericht

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

2008

Hilfe & Schlichtung
bei Pflegeproblemen
(0 18 05) 23 53 84
Patienten-Ombudsmann/-frau
Schleswig-Holstein e.V.

Rat & Hilfe
für PatientInnen
(0 18 05) 23 53 83
Patienten-Ombudsmann/-frau
Schleswig-Holstein e.V.

Rat & Hilfe
für PatientInnen
www.medfindex.de
Patienten-Ombudsmann/-frau
Schleswig-Holstein e.V.

Geschäftsstelle:
Patienten-Ombudsmann/-frau S-H e.V.
Bismarckallee 8-12
23795 Bad Segeberg

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung Prof. Günther Jansen	3
Die Meinung: Die Gesundheitspolitik hat sich zwischen parteipolitischen Ideologien und Gruppeninteressen festgefahren	
Die Patienten-Ombudsleute	7
Berichte der Patienten-Ombudsleute für 2008	8
1. Die Bedeutung der Angehörigen von Patienten	8
2. Entscheidungen der Kranken- und Pflegekassen „Das Maß des Notwendigen“	12
3. Vom Umgang mit Patientendaten Oder: Der Patient als Subjekt	14
Erfahrungsbericht Klaus Jürgen Horn	18
Das Pflegeombudsteam	19
Bericht des Pflegeombudsteams für 2008	19
Hausbesuch des MDK zur Begutachtung eines Pflegebedürftigen	19
Statistiken des Jahres 2008	
Statistik über die Arbeit der Ombudsleute	21
Statistik über die Arbeit des Pflegeombudsteams	23
Fallzahlentwicklung	24
Entwicklung der stationären Versorgung für Patienten am Beispiel des 5K-Verbundes	25
Entwicklung neuer Versorgungsformen im Arzneimittelbereich Eine Darstellung des Apothekerverbandes: Kosten sparen mit Arzneimitteln – aber bitte nicht um jeden Preis!	27
Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung, Veranstaltungen und Messen, Personelle Veränderungen	30
Drei Beispiele aus der Pressearbeit des Patientenombudsvereins Schleswig-Holstein e. V.	31
Rechtsberatung	36
MedFindex – Informationen für Patienten	36
Vereinssatzung	37
Vereinsmitglieder	39
Impressum	39

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

Die Meinung: <u>Die Gesundheitspolitik hat sich zwischen parteipolitischen Ideologien und Gruppeninteressen festgefahren.</u>

„Die Ausrichtung gesundheitspolitischer Entscheidungen und deren Umsetzung müssen sich an den Bedürfnissen aller Menschen in der Bundesrepublik orientieren"; ein Satz dem voraussichtlich alle Parteien, Politiker und Interessenvertreter unseres Landes nicht widersprechen werden.

Im praktischen Alltag erleben es die Menschen zum Teil anders. Genau hier setzt die Verpflichtung aller ein, die Auswüchse ungerechter Versorgung mit medizinischen Leistungen nicht ausufern zu lassen. Noch besteht die Chance – auch auf der Grundlage der Verfassungsrechtsprechung – gravierende Ungleichbehandlungen zu verhindern. Dafür ist aber nicht nur die Politik gefordert, sondern insbesondere die Heilberufe mit ihrer ethischen und gesellschaftspolitischen Verpflichtung dem Menschenleben gegenüber.

Über diese Grundsätze hinaus bestimmen die Verhaltensweisen der betroffenen Individuen das Geschehen und die finanziellen Möglichkeiten für ein gerechtes Gesundheitssystem. Wer glaubt, mit seiner Gesundheit umgehen zu können, wie es gerade beliebt, bringt durch selbstverschuldete Krankheiten die für alle gleichberechtigt gewollte Krankenversorgung in´s Wanken, ein Verhalten, das nicht in ein solidarisch organisiertes und finanziertes Versorgungssystem passt. Hier bedarf es neuer Denkansätze zur Prävention und zur Eigenverantwortung.

Voraussetzung für die Übernahme von Verantwortung und für solidarisches Verhalten ist aber, die Versicherten, die Gesundheitsberufe und die Kostenträger mit in die Gestaltung des Gesundheitswesens einzubeziehen. Und das geschieht in Deutschland unzureichend.

Esra Pound, ein amerikanischer Dichter, hat einmal formuliert: „Regieren ist die Kunst, Probleme zu schaffen, mit deren Lösung man das Volk in Atem hält."

Genau dieses ist das zentrale Problem der deutschen Gesundheitspolitik. Eine sogenannte Reform nach der anderen strotzt von teils ideologisch unausgereiften Denkansätzen und wird dann gegen alle im Vorfeld von erfahrenen Praktikern gemachten Vorschläge durchgezogen. Tatsächlich sind die bisherigen Reformen hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit, der positiven Wirkung für die Patienten aber auch hinsichtlich der Gewährleistung eines solidarischen Krankenversicherungssystems einschließlich erforderlicher Kostenreduzierungen zu hinterfragen.

Der Patientenombudsverein in Schleswig-Holstein sieht seine vorrangige Aufgabe darin, Sorgen und Probleme der Patienten mit Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen, Pflegeeinrichtungen und anderen Trägern von Gesundheitsdienstleistungen aufzugreifen und – soweit möglich – im Interesse der Patienten zu regeln; jedoch auch darauf hinzuweisen, wo die Grenzen der Inanspruchnahme unseres auf Solidarität in der Finanzierung aber auch bei den Leistungserwartungen angelegtes Krankenversicherungssystems sind.

In den letzten Jahren kommen immer häufiger grundsätzliche Mängel im System zum Vorschein, bedingt durch die Gesundheitsreformen und die oft Interessen bezogenen Reaktionen der verschiedenen Gruppen – zu Lasten der Patienten.

Das ist der Grund für Artikel, Presseerklärungen und die Teilnahme an Veranstaltungen durch Vertreter des Ombudsvereins zu gesundheitspolitischen Themen. Es soll versucht werden, auf das Verhalten der Politik und der Interessengruppen Einfluss zu nehmen, soweit das bei den inzwischen verhärteten Fronten insbesondere zwischen der Ärzteschaft und der Politik überhaupt möglich ist.
Drei Beispiele dieser Öffentlichkeitsarbeit werden in diesem Bericht abgebildet.

Natürlich steht in einer parlamentarisch strukturierten Demokratie den gewählten Mehrheiten im Bundestag das Recht zu, neue Wege in der Organisation, Finanzierung und beim Leistungsumfang der Krankenversorgung zu gehen. Die Frage ist, wie man die durchaus erforderlichen Veränderungen im Rahmen einer richtig verstandenen Gemeinschaftsaufgabe entwickelt und umsetzt.

Wesentliche Teile der bisherigen Reformen zerstören inzwischen zentrale Werte eines bald 130 Jahre alten Krankenversicherungssystems, die sich kaum zurückholen lassen. Dabei wirkt sich immer mehr ein von der großen Koalition aus CDU und SPD unverständlicherweise eingeleiteter Staatszentralismus negativ aus.

> Den bisher selbständigen Krankenkassen die Finanzhoheit zu entziehen, einen staatlich festzusetzenden Einheitsbeitrag einzuführen, der die Krankenkassen zu Inkassostellen eines bundeszentralen Gesundheitsfonds degradiert, einem Fonds, der dasselbe Geld und weitere Finanzzuschüsse des Staates für eigentlich versicherungsfremde Leistungen des Systems nach komplizierten Berechnungsschemata (Morbi-RSA) wieder an die Krankenkassen zurück überweist, die dann nach strengen ebenfalls zentralistisch vorgegebenen Strukturen bis ins Detail geregelte Honorare an Ärzte, DRG´s an Krankenhäuser und andere Leistungen finanzieren. Auf ein solches System können nur Staatsfeteschisten kommen, die nicht begriffen haben, welche zentrale Bedeutung in einer Demokratie über das parlamentarische System hinaus, die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger – der Betroffenen – in einer regionalisierten Selbstverwaltung z. B. der Krankenkassen und der Ärzteschaft haben. Natürlich ist der Sozialstaat grundsätzlich und konkret zuständig zur Sicherung eines sozialen und solidarischen Rahmens für das Gesundheitssystems; aber er muss wesentliche Teile der Umsetzung in der bürgerschaftlichen Kompetenz der Selbstverwaltung lassen.

Das ist nicht geschehen und auch deshalb sind wir eindeutig auf dem Weg zur Staatsmedizin; denn der Versuch, Wettbewerb auf der Leistungsseite zu initiieren und gleichzeitig die Finanzierungsseite durch staatlich geregelte Einheitsbeiträge zu regulieren, wird nicht funktionieren.

Dabei ist es nach den zentralistischen Anmaßungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) in den letzten Jahren ein erstes positives Zeichen für die Selbstverwaltung als Prinzip der Sozialversicherung, dass das Bundessozialgericht vor kurzem ein Urteil gesprochen hat, nach dem das BMG – also die Regierung – gegenüber den Entscheidungen des gesetzlich beauftragten Gemeinsamen Bundesausschusses (Ärzte, Krankenkassen, Patientenvertreter) nur die Rechtsaufsicht und keine Fachaufsicht verbunden mit einem Weisungsrecht z. B. gegenüber einzelnen Therapieentscheidungen des Gremiums ausüben darf.

Dennoch ist für die Zukunft nicht auszuschließen, dass der bundeszentrale Gesundheitsfonds eine Anzahl regionalisierter Aussenstellen bildet – ähnlich der Rentenversicherung. Die Folgen könnten sein, dass über diese neuen Strukturen sowohl die Beiträge direkt eingezogen werden als auch die Abrechnung mit den Leistungserbringern stattfindet. Eine logische Folge des derzeitigen Politikgeschehens, alle GKV-Leistungen staatlich zu bestimmen, um damit auch die letzten Reste regionaler Kompetenz der Selbstverwaltung durch Gesetzgebung mit dem Schlagwort „Gesundheitsreform“ abzuschaffen.
Wo bleibt da eigentlich der Aufschrei der Länder nach regionalen Spielräumen?

Um der Gesundheitspolitik den Rang einer gesellschaftspolitischen Gemeinschaftsaufgabe zu verschaffen, dürfen sich alle Gruppen der Gesundheitsversorgung nicht durch die Politik auseinander dividieren lassen und sich auch nicht selbst atomisieren. Die Kassenärztliche Vereinigung muss die Organisation aller Ärzte bleiben, nicht nur für den staatlich verliehenen Sicherstellungsauftrag der ambulanten ärztlichen Versorgung der Menschen, nicht nur als Abrechnungsstelle für ärztliche Leistungen sondern insbesondere, um als modernisierte und innovative Organisation *aller Arztgruppen*, die erforderlichen Verhandlungen mit den Kostenträgern zu führen.

Und dieses mit wesentlichen Zielen: Dem Erhalt des freien Arztberufes sowohl für Allgemeinärzte als auch für die Fachärzte; dazu gehört z. B. auch, dass Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit verschiedenen Ärzten ausschließlich in die Trägerschaft freiberuflich tätiger Ärzte gehören.

Zweitens sollte es nur diese eine Ärzteorganisation sein, der alle niedergelassenen Ärzte auch in Zukunft angehören, die zentral und regional Vergütungsregelungen mit den Kostenträgern vereinbart – auch für die Hausärzte und zwar über einen gemeinsamen EBM und eine leistungsdifferenzierte Euro-Gebührenordnung, in der Sonderregelungen für bestimmte gesundheitspolitische Zielsetzungen möglich sind.

Einer solchen Ärzteorganisation müssen starke Krankenkassen mit eigener Finanzhoheit, einem qualifizierten Risikostrukturausgleich und natürlich mit den Zuschüssen des Staates für krankenversicherungsfremde Leistungen – ebenfalls zentral und regional organisiert - gegenüberstehen. Dafür braucht man aber keinen zentralen Gesundheitsfonds heutiger Prägung, den genau genommen schon heute niemand mehr will. Das lässt sich auch anders abwickeln.

Was bleibt, ist die Frage, wie wir im Wesentlichen über vertretbare Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber und über eine sozialverträgliche Eigenbeteiligung der GKV-Versicherten die schwierige Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung gestalten; nämlich dann, wenn immer mehr alte und verstärkt medizinisch behandlungsbedürftige Menschen zu versorgen sind und die Zahl der Beitragszahler immer weiter sinkt. Das kommt so, das steht schon heute fest, das hat schon begonnen, das lässt sich nicht mehr ändern.
Antworten zu diesen Problemen fehlen – quer durch alle Parteien und ebenfalls in fast allen gesellschaftlichen Gruppen.
Wo sind neue Ansätze für medizinische Versorgung in der Zukunft zu finden?

Es wird um noch mehr Effektivität bei den Versorgungsabläufen gehen, um wirkungsvollere Kooperationen zwischen den Heilberufen, den Kliniken und den Pflegeeinrichtungen und wohl auch um neue Konzepte für Prävention und Rehabilitation.
Bei diesen Diskussionen und Entscheidungen muss auch geklärt werden, wie es kommt, dass die Einwohner in der Bundesrepublik im Vergleich zu anderen europäischen Staaten ein Mehrfaches an Arztkontakten im Jahr haben und häufiger und länger stationäre Krankenhausaufenthalte in Anspruch nehmen.
Dieses zu hinterfragen ist nicht versicherten– oder patientenunfreundlich sondern sucht den Weg für eine möglichst gute Krankenversorgung auch in der Zukunft und ist verbunden mit der Klärung der Frage, ob Politik, Ärzte, Krankenkassen und GKV-Versicherte eigentlich begriffen haben, was der Gesetzgeber mit dem § 12 Abs. 1 des Sozialversicherungsgesetzbuches V zur Wirtschaftlichkeit der Krankenversorgung gewollt hat:

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Bevor an der Litanei über konkrete oder „stille“ Rationierungen in der Krankenversorgung, über Auflistungen von Therapien einer sog. Grundversorgung plus privater Zusatzversicherung weiter gedreht wird, sind insbesondere Ärzte und Patienten sowie ihre Krankenkassen aufgefordert, ihre therapeutischen Leistungen bzw. die Ansprüche auf solche Leistungen ernsthaft an Inhalt und Zielsetzung des § 12 SGB V auszurichten. Erst wenn das gelungen ist und alle kostensparenden Kooperationen und Rationalisierungen im Gesundheitswesen durchgeführt sind, muss je nach erreichter Kostenminimierung über weitere Maßnahmen für eine wirksame und finanzierbare Krankenversorgung beraten und entschieden werden.
Dazu gehört auch, den Finanzrahmen für die Versorgung von GKV-Patienten auf die erforderlichen ärztlichen und klinischen Leistungen so umzuverteilen, dass ein möglichst gerechter Verteilungsmaßstab Anwendung findet. Alle im GKV-System „akkreditierten“ Ärzte wissen von Anfang an, dass sie sich mit ihrer ärztlichen Tätigkeit – nämlich der umfassenden Versorgung aller GKV-Versicherten – im Rahmen einer Gesamtvergütung bewegen. Das lässt nicht jede Einkommensentwicklung zu; aber es sichert einen festen in der Vergangenheit ständig wachsenden Einkommensrahmen, den andere freie Berufe so nicht haben.

Über das Ganze bedarf es eines gesellschaftspolitischen Konsenses.

Wenn allerdings ein nicht unwesentlicher Teil der Ärzteschaft weiterhin auf „Kriegspfad“ gegenüber der Politik bleibt, Patienten keine rechtzeitigen Praxistermine bekommen, ganze Arztgruppen für eine Woche ihre Praxis schließen (in S-H z. B. die HNO-Ärzte) und viele offizielle Vertreter aus Ärzteorganisationen sich immer wieder gezielt und gewollt – offensichtlich auch zur persönlichen Profilierung – in Konflikte mit den Vertragspartnern begeben, droht tatsächlich eine weitergehende Verstaatlichung des Gesundheitswesens, in der im Endergebnis auch die Gesundheitsberufe staatliche Angestellte in Polikliniken oder in staatlich organisierten Arztzentren werden.

Noch einmal: Wir brauchen einen alle gesellschaftlichen Gruppen einbeziehenden grundsätzlichen Neubeginn für die Strukturen und den Leistungsumfang in unser aller Gesundheitswesen.
Dabei kann und darf es nicht in erster Linie um immer mehr Geld gehen. Der GKV-Finanzrahmen ist nicht unendlich dehnbar; entscheidend ist ein intelligentes, nachvollziehbares Vergütungssystem, das die Verteilung vorhandener Finanzmittel am medizinischen Aufwand und an der Qualität der ärztlichen Tätigkeit orientiert.
Um so etwas zu gestalten müssen zuerst einmal von allen Beteiligten die Kriegsbeile begraben werden. Wer Zweifel an einem Erfolg neuer gemeinsamer Konzepte hat, kann sich ja merken, wo er seinen Tomahawk deponiert hat.

Die Patienten-Ombudsleute

Rat & Hilfe für PatientInnen
(0 18 05) 23 53 83
Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.

Die Patienten-Ombudsleute sind unabhängige Gesprächspartner bei Konflikten – insbesondere zwischen Patienten und Ärzten – aber auch bei Problemen mit Krankenhäusern, Krankenkassen und Apotheken, also im Bereich der Gesundheitsberufe auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches V. Sie wollen informieren, beraten und dabei die Anliegen der Patienten vertreten. Sie wissen, dass beide Seiten ein berechtigtes Anliegen haben können, diese aber gelegentlich auch in der Praxis miteinander kollidieren. Ziel ist immer eine Kooperation mit allen Beteiligten, um eine gute aber auch rechtlich und finanziell vertretbare Lösung zu finden.

Patienten-Ombudsfrau Siegrid Petersen,
Oberin i. R.
Kreise:
Flensburg, Nordfriesland,
Schleswig-Flensburg,
(Dithmarschen, Steinburg
bis 30.06.2008)

Patienten-Ombudsmann Klaus Jürgen Horn
Propst i. R.
Kreise:
Dithmarschen und Steinburg
ab 01.07.2008

Patienten-Ombudsmann Andreas Eilers,
Seelsorger i. R.
Kreise:
Kiel, Neumünster,
Rendsburg-Eckernförde,
Plön, Segeberg

Patienten-Ombudsmann Jens-Hinrich Pörksen,
ehemaliger Landespastor
Kreise:
Lübeck, Ostholstein,
Herzogtum Lauenburg,
Stormarn, Pinneberg

Berichte der Patienten-Ombudsleute für 2008

Es ist nicht möglich, die Vielfalt der bei den Ombudsleuten eingegangenen Beschwerden in einem Jahresbericht angemessen zu würdigen. Der Bericht der Ombudsleute über das abgelaufene Jahr setzt drei Akzente. Der Focus für das Berichtsjahr 2008 ist gerichtet auf den Umgang von Krankenhäusern und Arztpraxen mit den Angehörigen von Patienten.

Auch dies allein ist ein weites Feld, aber es wird sich für alle – insbesondere natürlich für die Patienten aber auch für die Krankenhäuser und Arztpraxen – lohnen und Früchte tragen, wenn dieses Feld gut beackert wird. Die viele Arbeit der Ärzte und Ärztinnen, Schwestern und Pfleger könnte durch Angehörige ein Stück weit entlastet und unterstützt werden und das würde den Patienten zugute kommen.

1. Die Bedeutung der Angehörigen von Patienten

beim Arzt-Besuch,

bei der Aufnahme im Krankenhaus,

bei der Planung der Behandlung,

bei Pflege und Betreuung,

bei der Verlegung vom Krankenhaus in´s Pflegeheim,

bei der Entlassung aus dem Krankenhaus in´s eigene Zuhause,

für die Begleitung im Sterben,

für die Benachrichtigung nach dem eingetretenen Tod,

für die Trauerarbeit,

für die Aufarbeitung von Beschwerden.

Als außenstehende Patientenombudsfrauen und -männer, deren Aufgabe es ist, in Konfliktfällen zwischen Patienten und Ärzten sowie Krankenhäusern zu vermitteln, gewinnen wir durch bei uns eingehende Beschwerden den Eindruck, dass die Angehörigen von Ärzten und Schwestern häufig als Störfaktor empfunden werden.

Aus den eingegangenen Beschwerden ergibt sich die Anregung an Ärzte, Schwestern und Pfleger, dass sie mehr als bisher den Kontakt zu den Angehörigen von Patienten suchen, sie als Ressource wahrnehmen und ihre Unterstützung in Anspruch nehmen sollten.

Woran es in der Beziehung von Ärzten, Schwestern und Pflegern zu Angehörigen von Patienten fehlt, was in dieser Beziehung schlecht gelaufen ist und verbessert werden kann, was im Einzelfall gut gelaufen ist und die Arbeit in den Arztpraxen und Krankenhäusern erleichtert hat, dazu einige Beispiele aus der Arbeit der Ombudsleute im Jahr 2008:

<u>Bei der Aufnahme im Krankenhaus:</u>

In unserer alternden Gesellschaft kommt es immer häufiger vor, dass Töchter, Söhne oder Enkel ihre Eltern bei der Aufnahme im Krankenhaus begleiten oder zum Arztbesuch anmelden. In den ersten Tagen nach der Aufnahme versuchen Angehörige leider oft vergeblich, einen behandelnden Arzt zu sprechen. Sie werden nicht wahrgenommen oder beiseite geschoben.

Mich rief ein Ehemann an, dem es sechs Tage lang trotz intensiven Bemühens nicht gelungen war, den behandelnden Arzt seiner Frau zu sprechen. Dies Gespräch war deshalb besonders dringlich, weil beim Anlegen einer Infusion ein schwerwiegender Fehler unterlaufen und durch ätzende Flüssigkeit ein tiefes Loch in den Arm eingebrannt war. Ich telefonierte umgehend mit der Station. Die Schwester versuchte erneut, ein Gespräch mit dem Arzt zu blockieren. Als ich mich umgehend an den Chefarzt wandte, bekam der Ehemann noch am selben Nachmittag die Gelegenheit, ein ausführliches Gespräch mit dem behandelnden Arzt

zu führen. Bei ähnlichen Beschwerden gelang es mir bisher immer, noch am selben Tag ein Gesprächsangebot des Arztes für die Angehörigen zu erwirken.

Mich erreichte u. a. folgende schriftliche Beschwerde: „Herr M. (93) ist am Freitag, den 31.10.2008 um 6:58 Uhr in die Klinik aufgenommen worden, u. a. mit den Symptomen: Sehstörungen, Sprachstörungen, Schwindel usw. Die in der Rechnung enthaltenen Daten entsprechen nicht den Tatsachen. So fand z. B. am 31.10.2008 keine „Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit“ weder mit der Ehefrau noch sonstigen Angehörigen statt. Vielmehr wurde unsererseits am Montag, den 3.11.2008 telefonisch mit dem Sekretariat des Arztes darum gebeten, doch nach 4 bereits vergangenen Tagen einen Arzt bezüglich Herrn M. zu Gesicht zu bekommen. Eine persönliche Begegnung zwischen Frau M. und dem Arzt fand erst am Mittwoch, den 5.11.2008, gegen Abend statt.“

Angehörige beklagen oft, dass sie keinen Arzt als festen Ansprechpartner bekommen, sondern immer wieder an einen andere/n Ärztin/Arzt verwiesen werden. Ist es in den Kliniken organisatorisch nicht leistbar, dass im Regelfall für jeden Patienten eine Ärztin, ein Arzt als zuständiger Ansprechpartner/in benannt wird?

Bei der Pflege und Betreuung von Patienten:

Für uns Außenstehende ist schwer zu beurteilen, wie es im Einzelnen vereinbart und geregelt werden kann, dass Angehörige bei der täglichen Pflege und Betreuung über Besuch und Gespräche hinaus selbständig helfen und unterstützen können. Man hat den Eindruck, dass bei vielen Angehörigen – natürlich längst nicht bei allen – eine Hilfsbereitschaft vorhanden ist, die nicht in Anspruch genommen wird.

Mein Kollege, Andreas Eilers, schildert folgenden Fall: „Ein Mann beklagt die schlechte Pflege an seinem Vater im Krankenhaus. Er erlebt, dass seinem Vater ohne dessen Zahnprotese Nahrung zugeführt wird, 7 Stunden im Kot liegen gelassen wird, Eiter am Hoden und Nässe am Gesäß hat. Erst auf mehrmaliges Bitten wird der Patient versorgt. Der Sohn kommt nun abends und morgens, um seinen Vater beim Essen zu unterstützen. Es ist dabei nicht seine Absicht, den Krankenhausablauf zu stören, sondern eher zu unterstützen, mit freundlicher und bestimmter Art, wie er von sich sagt. Trotzdem (oder deswegen?) fühlt er sich vom Pflegepersonal gemobbt und behindert, weil der Vater ausgerechnet zu Zeiten seines Kommens Pflegebehandlung bekommt. Sein abschließendes Urteil: „In dieses Krankenhaus nie wieder.“

Eine Frau besucht ihren rundum pflegebedürftigen Vater im Krankenhaus. Immer wenn der Vater gewaschen und zurecht gemacht wird, muss sie das Zimmer verlassen. Die Schwester wird dringend herausgerufen, um bei einem anderen Patienten zu helfen. Als die Schwester längere Zeit fortbleibt, geht die Tochter ins Krankenzimmer. Ihr Vater liegt dort mit der Zahnbürste im Mund, kalt geworden – mit zurückgeschlagener Bettdecke. Es dauert über eine halbe Stunde bis die Schwester zurückkommt. Warum hat die Schwester, als sie herausgerufen wurde, nicht die Tochter gebeten, dem Vater die Zähne zu putzen und ihn frisch zu machen?

Führt der Aberglaube an Expertentum, Qualifikation und Fachwissen inzwischen bereits zu solchen Absurditäten, dass ein Sohn seinen Vater nicht einmal mehr füttern, die Tochter dem Vater nicht einmal die Zähne putzen kann und es deshalb auch nicht darf? Warum wird die oft vorhandene und manchmal direkt angebotene Hilfsbereitschaft der Angehörigen nicht in Anspruch genommen?

Bei einer Entlassung:

Es gibt in unserer Gesellschaft speziell unter den Älteren immer mehr Menschen, die alleine leben. Eine Frau aus Osnabrück ruft mich an. Ihre Mutter in Lübeck wurde auf einem Fußgängerüberweg von einem Auto angefahren und am Fuß verletzt. Dies passierte direkt vor einer Unfallpraxis. Die Frau wurde geröntgt und untersucht. Dann wurde ein Taxi bestellt, um sie nach Hause zu bringen. Die Frau konnte weder stehen noch gehen. Als der Taxifahrer sie ins Auto trug, rief zufällig die Tochter aus Osnabrück an. Sie setzte sich in Osnabrück sofort ins Auto und fuhr nach Lübeck. Die Tochter fragt mich als Ombudsmann: „Wie kann ein Arzt eine alte Frau, die alleine lebt und sich nicht versorgen kann, einfach nach Hause bringen lassen, ohne Angehörige zu verständigen?“ Ich erwähne diesen Fall nicht, weil ich ihn für dramatisch halte, sondern für symptomatisch für die zunehmende Notwendigkeit, Angehörige von Patienten in die Nachbehandlung einzubeziehen.

Eine junge Frau ruft mich an. Sie ist verärgert über das Krankenhaus, das eine 89 Jahre alte Dame, die eine neue Hüfte bekommen hat, in ihre Behindertenwerkstatt entlassen hat, ohne ihr - wie versprochen - Bescheid zu sagen. „Ich bin nicht verwandt, aber ich bin die einzige Bezugsperson der alten Dame. Ich wollte sie begleiten, wenn sie nach Hause kommt. Warum machen die das?“

Ein Mann ruft mich an und beschwert sich über eine große Klinik, die ihn soeben angerufen hat, dass sein Schwiegervater morgen entlassen wird. Die Klinik braucht das Bett für eine zugesagte Operation. Der Schwiegervater lebt alleine und ist rundum pflegebedürftig. Bis morgen könnten sie das nicht regeln. Ich rufe die zuständige Station an. Eine freundliche Schwester beruhigt mich: „Wir werden ihn noch ein paar Tage hier behalten müssen. Wir setzen doch niemanden auf die Straße. Dafür müssen wir aber die Operation eines anderen Patienten, für den das Bett ab morgen reserviert war, verschieben. Doch es gibt noch ein großes Problem: Die beiden Töchter haben dem Vater – es ist ein sehr netter alter Herr – bisher noch gar nicht gesagt, dass er nicht mehr nach Hause kommen kann, sondern in ein Pflegeheim muss. Der Arzt wird ihm das morgen um 9 Uhr sagen müssen. Eigentlich müsste jemand von der Familie dabei sein.“ Ich sage zu, dass ich dafür sorgen werde. Ich rufe den Schwiegersohn wieder an, berichte ihm, dass sein Schwiegervater noch etwas bleiben kann und er verspricht mir, dass eine der beiden Töchter am nächsten Tag um 9 Uhr in der Klinik bei dem Gespräch mit dem Arzt dabei sein wird. In diesem Fall war es die Klinik, die bei der Entlassung des Patienten vorbildlich reagiert hat.

Die Bedeutung der Beziehung des Arztes zu den Angehörigen für die Sterbebegleitung:

Eine Frau war vor 2 ½ Jahren an Brustkrebs erkrankt. Nach einer Kur hatte sie sich längere Zeit deutlich erholt, als sie vor einigen Monaten mit starken Schmerzen wieder in einem Krankenhaus aufgenommen werden musste. Die Tochter beschwerte sich bei mir verbittert über die Ärzte des Krankenhauses, die sich einem ausführlichen Gespräch mit ihr anhaltend entzogen und ihr die Frage nicht beantwortet hätten, ob nach menschlichem Ermessen die medizinische Behandlung ihrer Mutter Erfolg haben würde, ob eine Genesung überhaupt noch zu erwarten sei. Sie fühlte sich mit dieser Frage von den Ärzten allein gelassen. Nachdem ihre Mutter vor kurzem gestorben ist, wächst in ihr die Überzeugung, dass die Ärzte durch einen Abbruch der Behandlung ihrer Mutter viel Leid hätten ersparen können.

Anfang Februar erschien ein Bericht in den Lübecker Nachrichten (siehe Anlage) mit dem Titel: “Klinik vergisst die Ehefrau, als ihr Mann im Sterben liegt.“ Eine 70-jährige Frau ist vom Klinikpersonal mehrere Stunden lang im Wartezimmer vergessen worden, während ihr Mann nebenan im Sterben lag. Dass es an diesem Tag mit dem seit vielen Jahren an Lungenkrebs erkrankten Mann zu Ende gehen würde, sei der 70-jährigen zwar klar gewesen. Er selbst habe angekündigt, dass er „nur zum Sterben“ in die Klinik gehen wolle. In diesem finalen Augenblick wollten die Eheleute jedoch zusammen sein. „Ich wäre doch mit auf die Station ge-

gangen. Die haben gesagt, sie geben mir Bescheid.“ Die Klinik hat sich bei der Frau entschuldigt. Der Chefarzt der Onkologie hat den Vorfall bedauert und ausführlich mit der Witwe und den Angehörigen gesprochen. Die Geschäftsführung der Klinik hat die Dienstanweisung herausgegeben, dass Begleitpersonen von Patienten mindestens einmal pro Stunde informiert werden müssen.

Eine ganze Reihe von Betroffenen haben mich nach diesem Zeitungsbericht angerufen und mir berichtet, sie hätten es auch erlebt, dass sie als Angehörige durch das Krankenhaus vom bevorstehenden Tod ihrer Mutter oder ihres Vaters nicht benachrichtigt wurden, obwohl sie ausdrücklich darum gebeten hatten, ihre Mutter, ihren Vater in der Sterbestunde zu begleiten.

Auszug aus der Geschäftsordung 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 un-zweckmäßig 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 Wideraufnahme 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 Sinnzusammen-hang 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 Eingabenaus-schuss des Schleswig-Holsteinischen Landtages mit der Sache befasst ist.

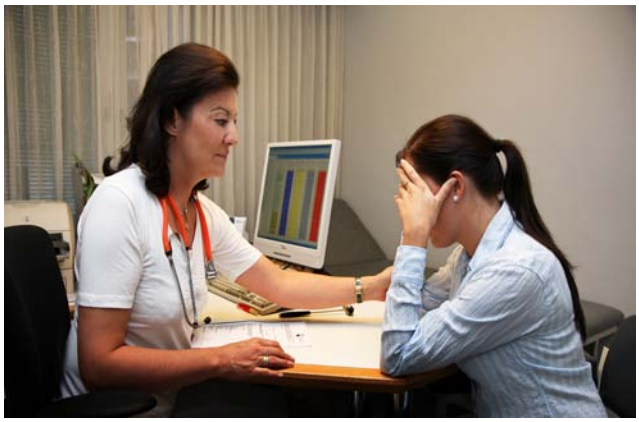
(3) Wenn der Patient durch einen bei Gericht zugelassenen Bevollmächtigten vertreten wird, wird der Patienten-Ombudsmann oder die Patienten-Ombudsfrau nur mit dessen Einverständnis tätig.

Die Bedeutung des Arztgespräches mit den Angehörigen nach dem eingetretenen Tod:

Eine alte Dame hatte ihren 90 Jahre alten Mann nach seinem ersten leichten Schlaganfall 2001 und insbesondere nach dem zweiten schweren Schlaganfall 2007, nachdem er künstlich ernährt werden musste, auch in seiner Pflegeeinrichtung täglich begleitet. Sie hatte sich fest vorgenommen, ihren Mann nach einem schönen gemeinsamen Leben bis zum Ende beizustehen. An einem Freitag Mittag hatte er sich seinen Katheder herausgerissen und sich dabei verletzt. Ein Urologe war am Freitag Nachmittag nicht zu bekommen. So entschloss sich die Pflegeeinrichtung dazu, ihn in eine urologische Fachbehandlung zu bringen. Von dort kehrte er am Nachmittag im Krankenwagen blutüberströmt zurück. Weil er dringend ärztlicher Hilfe bedurfte, schickte die Einrichtung den Mann weiter zur Notfallambulanz eines

Krankenhauses. Dort hat man ihn rasch ärztlich versorgt und ihm seine Schmerzen genommen, so dass er in Ruhe sterben konnte. Seine Frau war tief traurig, dass sie in der letzten Phase seines Lebens nicht bei ihrem geliebten Mann sein konnte. Sie versuchte zunächst vergeblich zu erfahren, warum man ihren Mann trotz seines Zustandes wieder in die Pflegeeinrichtung zurückgeschickt hatte. Sie wäre gerne zu ihm gefahren. Es war auch für mich nicht einfach, den zuständigen behandelnden Arzt zu erreichen. Ich schilderte ihm die Lage der Frau, die nicht zur Ruhe kommen würde, wenn man ihr nicht sagen könne, was man mit ihrem Mann gemacht hat und warum man ihn in seinem erbärmlichen Zustand im Krankenwagen wieder fortgeschickt hat. Hätte man ihm nicht viel Leid ersparen können?

Ich bin dem Arzt dankbar, vor allem die Ehefrau ist dem Arzt sehr dankbar, dass er sich über eine Stunde Zeit genommen hat und in einem ausführlichen Gespräch alle Fragen der Ehefrau so beantwortet hat, dass sie mir versicherte, sie sei ganz beruhigt und zufrieden nach Hause gefahren und habe nun erst von ihrem Mann endgültig und ohne schlechtes Gewissen in Frieden Abschied nehmen können.



Mein Fazit als Ombudsmann:

Die menschliche Begleitung der Kranken und Sterbenden muss durch Ärzte und Schwestern zusammen mit den Angehörigen in gleicher Weise verbessert werden wie es für die Medizin-Technik, für die Entwicklung von Medikamenten und für die medizinischen Behandlungsmethoden inzwischen selbstverständlich ist.

Aus den eingegangenen Beschwerden ergibt sich die Anregung von uns Ombudsleuten an Ärzte, Schwestern und Pfleger, dass sie mehr als bisher den Kontakt zu den Angehörigen von Patienten suchen, sie besser informieren und ihre Unterstützung mehr in Anspruch nehmen. Vielleicht ist es in unserer älter werdenden Gesellschaft notwendig, dass in der Ausbildung von Ärzten, Schwestern und Pflegern und in der Organisation der Arbeit im Krankenhaus die Kontakte zu den Angehörigen von Patienten eine größere Rolle spielen sollten.

Jens-Hinrich Pörksen

2. Entscheidungen der Kranken- und Pflegekassen

„Das Maß des Notwendigen“

Die Leistungen der Krankenkassen, so steht es im SGB V, müssen für ihre Versicherten „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Und für die Pflegekassen gilt laut SGB XI ein Ähnliches: „Pflegekassen, Pflegeversicherungen und Pflegebedürftige haben darauf hinzuwirken, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.“

Leistungsbeschreibungen, die viele Fragen offen lassen, die Spielräume bieten und den Bogen von „machbar“ und „unmöglich“, von „Genehmigungen“ bis „ Ablehnungen“ weit spannen.

Dieses erfahren viele Patienten immer wieder. Sie erleben, dass die Entscheidungen über medizinische oder pflegerische Notwendigkeiten von der Einschätzung der jeweiligen Mitarbeiter der Kranken- oder Pflegekassen und den Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Kassen (MDK) abhängen und nicht auf die individuellen persönlichen Bedürfnisse abgestimmt sind. Patienten klagen darüber, dass ihre Situation „nur nach Aktenlage“ beurteilt wird. Sie sind überzeugt, dass sie als langjährig Versicherte die dringend benötigten Leistun-

Eine 80-jährige Dame pflegt ihre 86-jährige Schwester, die pflegebedürftig, fast erblindet und 100% schwerbehindert ist. Anfang Juli 08 wird der Antrag auf Pflegestufe II gestellt. Nach der MDK-Begutachtung Ende August erfolgt die erste Ablehnung der Pflegekasse (es „fehlen“ Pflegeminuten), nach Widerspruch, eine weitere Ablehnung ohne erneute Begutachtung. Auch der dritte Widerspruch ist erfolglos. „Nun“, so berichtet die Dame, „mag ich nicht mehr kämpfen – vielleicht bauen die Kassen darauf.“

Beispiele von Frau Danke-Bayer:

Der Pflegemutter eines schwerstbehinderten Kleinkindes, dessen Schluckreflex nur eingeschränkt funktioniert, wird ein erhöhter Pflegeaufwand beim Reichen der Nahrung mit der Bemerkung, „sie könne ja eine Sonde legen lassen“ verweigert.

Frau G. hat einen Notrufknopf, an den dafür anfallenden Gebühren soll sie sich beteiligen, da sie verheiratet ist und der Ehemann mit ihr zusammen lebt. Aufgrund einer fortschreitenden Erkrankung der Wirbelsäule ist der Ehemann aber nicht in der Lage, bei einem Notfall sofort telefonisch für sie Hilfe zu holen.

In den Gesprächen mit den Ratsuchenden versuchen wir zunächst herauszufinden, welche Hilfe wir ihnen anbieten können, ob es z. B. um zeitliche Verzögerungen geht, ob Unterlagen nicht vollständig eingereicht wurden oder ob Ablehnungsbegründungen nicht verständlich, nicht nachvollziehbar sind. Die Kranken- und Pflegekassen bedienen sich des MDK, um sich bei Entscheidungen fachlich beraten zu lassen. Die Gutachten des MDK werden dann oft in sehr verkürzter Form den Patienten mitgeteilt. Um uns ein umfassenderes Bild machen zu können, sprechen wir daher auch mit den Kranken- und Pflegekassen, mit Haus- und Fachärzten und mit Pflegediensten.

Sinnvoll ist es für die Betroffenen in der Regel, das vollständige Gutachten ihrer Kasse anzufordern um die genaue Begründung der Leistungsablehnung und die Alternativvorschläge des MDK zu erfahren, um daraus die weiteren Schritte ableiten zu können. Wir beraten und zeigen ggf. den Weg des Widerspruchs bis zum Sozialgericht auf.

Wir Ombudsleute wünschen uns,

- dass die Gutachten des MDK individueller auf die besonderen Situationen der Patienten abgestimmt sind,
- dass die behandelnden Ärzte in die Entscheidungsfindung mehr mit einbezogen werden,
- dass die Bescheide der Kranken– und Pflegekassen zeitnaher erfolgen und dabei die Gutachten vollständig an die Patienten weitergegeben werden,
- dass das Vertrauen der Patienten zu ihren Kassen durch freundlich zugewandte, hilfsbereite, verständnisvolle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wachsen kann.

Siegrid Petersen

3. Vom Umgang mit Patientendaten

Oder: Der Patient als Subjekt

Ein wichtiges Dokument in der medizinischen Behandlung von Menschen ist die Patientenakte, die ordnungsgemäß zu führen jeder Arzt, jedes Krankenhaus, jedes Pflegeheim verpflichtet ist. Sie gibt u. a. Auskunft über „alle objektiven Feststellungen über den Gesundheitszustand des Patienten (z. B. naturwissenschaftlich objektivierbare Befunde, Ergebnisse von Laboruntersuchungen am Patienten wie EKG, Röntgenbilder usw.) und die Aufzeichnungen über die Umstände und den Verlauf der Behandlung (z. B. Angaben über verabreichte oder verordnete Arzneimittel, Operationsberichte, Arztbriefe und dgl.)“. Dazu gehören auch „Aufzeichnungen, die subjektive Einschätzungen und Eindrücke des Arztes betreffen“ (Zitate

gen, die sie beantragt haben, auch in Anspruch nehmen dürften. Sie können sehr oft die Entscheidungsfindungen und auch die Entscheidungswege nicht nachvollziehen und wenden sich ratsuchend an uns Ombudsleute.

Beispiele, Krankenkassen:

Eine Patientin, nach einer Nierentransplantation, beantragt bei ihrer Kasse die Erstattung der Fahrkosten zur ambulanten Behandlung in die Uniklinik. Der behandelnde Professor dort bescheinigt der Patientin, dass sie zur regelmäßigen Kontrolle (einmal wöchentlich) des Immunspiegels und zur Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten die ambulanten Termine wahrnehmen muss und aufgrund der Immunsuppression nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren darf. Da die Krankentransportrichtlinien für die ambulanten Fahrten eine Kostenerstattung hier nicht vorsehen, wird diese aufgrund der MDK-Empfehlung von der Kasse abgelehnt. Der von uns empfohlene Widerspruch hat Erfolg: die Kasse genehmigt für die nächsten Monate die Fahrkostenerstattung.

Nachdem eine Frau acht Jahre ihren Mann gepflegt hat, muss sie sich nach seinem Tod an den Bandscheiben operieren lassen. Ihr Orthopäde eröffnet ihr nach einer Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes, dass eine weitere Operation nicht möglich sei. Die Hausärztin verschreibt ein E-Mobil, damit sich die Patientin selbständig außer Haus bewegen kann, z. B. um das Grab ihres Mannes allein zu besuchen. Nach zwei Monaten wird der Antrag für das E-Mobil abgelehnt. Auf ihren Widerspruch hin wartet sie weitere zwei Monate auf eine Entscheidung. Als wir bei dem Sachbearbeiter der Krankenkasse nachfragen, erfahren wir, dass der Bescheid schon seit 10 Tagen da ist und an die Lieferfirma geschickt wurde, damit diese sich mit der Patientin wegen des Liefertermins in Verbindung setzt. Der Sachbearbeiter ist mit uns der Meinung, dass es notwendig ist, die Patientin umgehend zu informieren .

Beispiele, Pflegekassen:

Eine 82-jährige Dame mit fortgeschrittener Parkinsonerkrankung stellt aufgrund ihrer starken gesundheitlichen Einschränkungen einen Antrag auf Pflegestufe I. Dieser wird abgelehnt. Die alte Dame steht der Entscheidung verständnislos gegenüber. Es fehlen „drei Minuten“ Pflegezeit täglich. Sie schildert, wie sehr sie auf fremde Hilfe täglich angewiesen ist und diese von ihrer schmalen Rente selbst bezahlen muss.

Für einen Herrn wird mit Unterstützung des Hausarztes im Mai 2007 die Pflegestufe drei beantragt. Nach der erfolgten Ablehnung durch die Pflegekasse wird Widerspruch eingelegt, ein Pflegetagebuch geführt und an den MDK geschickt. Nach über neun Wochen erfolgt die zweite Ablehnung und daraufhin ein zweiter Widerspruch, da die Entscheidung weder für die Familie noch für den Hausarzt nachvollziehbar ist.
Im Dezember 2007 sollte die Entscheidung der Kasse fallen, im Januar 2008 erfolgt ein weitere abschlägiger Bescheid. Inzwischen verstirbt der Herr. Da aber in seinen letzten sieben Lebensmonaten erhöhte Pflegeleistungen durch den ambulanten Dienst in Anspruch genommen und bezahlt werden mussten, reicht die Familie eine Klage bei dem Sozialgericht ein.

aus: Patientenrechte in Deutschland, hrg. Von der Freien und Hansestadt Hamburg, S. 14). Der Patient kann die Patientenakte -mit gewissen Ausnahmen bei den letztgenannten Aufzeichnungen und besonders im psychiatrischen Bereich- einsehen oder als Kopie -kostenpflichtig- erhalten. Die Patientenakte trägt dazu bei, dass der Patient bei einem anderen Arzt folgerichtig und sachgerecht weiter behandelt wird oder bei einem vermuteten Fehler die Ursache nachvollzogen werden kann. Zum Letzteren ein Beispiel:

- Eine Frau erwartet in vier Wochen ein Kind. Die Gynäkologin eröffnet ihr, dass das Kind eine Fehlbildung aufweisen wird. Sie hat es schon länger gewusst, aber nicht gesagt. Eine zweite Gynäkologin, die in der 13. Schwangerschaftswoche eine Nackenfaltenuntersuchung gemacht hat, hat es auch gewusst und nichts gesagt. So hat die Frau (und ihr Mann) keine Chance gehabt, sich frühzeitig mit der bevorstehenden Situation auseinander zu setzen. Um den genauen Zeitpunkt des Erkennens zu erfahren und ein Schlichtungsgespräch führen zu können, bittet sie auf Anraten des Ombudsmannes die Ärztinnen um Einsichtnahme bzw. um die Kopie der Patientenakte.

Leider wird nicht immer sorgfältig genug mit der Patientenakte und den darin enthaltenen Daten umgegangen:

- Ein Mann mit Diabetes wird in ein Krankenhaus eingeliefert und drei Tage als sein Bruder behandelt, weil der Hausarzt die falsche Patientenakte geschickt hat. Der Patient fällt aus dem Bett und stirbt daran, dass ein Port herausrutscht und Luft in die Ader kommt, wobei er drei Stunden hilflos gelegen hat. Ob neben der offiziellen Todesursache ein Zusammenhang mit der Diabetes oder / und einer eventuellen falschen Medikation besteht, muss eine Untersuchung ergeben. Die Stationsärztin hat die (falsche) Patientenakte nicht gelesen.

- Nach einer psychosomatischen Reha gibt der Hausarzt den Abschlussbericht seiner Patientin weiter, obwohl er einen Sperrvermerk der Rehaklinik enthält. Die Patientin entdeckt im Bericht falsche Angaben, die ihr bei einer geplanten beruflichen Wiedereingliederung ihrer Meinung nach hinderlich sein würden, und wendet sich an ihre Krankenkasse. Zwar kann der Mitarbeiter die Vorbehalte der Patientin nachvollziehen, befindet sich aber im Zwiespalt, dass er sich nicht an die Klinik wenden kann, da er den Bericht eigentlich nicht kennen darf. Im Gespräch mit dem Ombudsmann kommt er zu der Erkenntnis, mit dem Hausarzt die vermeintlich falschen Angaben im Bericht zu besprechen und ihn zu bitten, bei der Klinik auf eine Veränderung hinzuwirken. Hier wäre zu fragen, ob es nicht auch legitim ist, dass der Arzt die Schweigepflicht umgeht, wenn sich falsche Angaben zum Nachteil der Patientin auswirken können.

- Eine Frau wird in einer Gemeinschaftspraxis von „ihrer“ Hausärztin seit einiger Zeit behandelt. Der „Chefarzt“, der sie vorher behandelt hat, mischt sich ungefragt immer wieder in die Behandlung ein und verweigert lautstark die aus seiner Sicht nicht notwendige Einweisung ins Krankenhaus für eine Darmoperation. Der zuständige Kollege findet nicht seine Akzeptanz. Auf Drängen der Patientin gibt ihr die Ärztin die Einweisung. Außerdem bittet sie die Ärztin um die Patientenakte vom laufenden Jahr. Nach dem Krankenhausaufenthalt mit erfolgter Darmoperation bittet die Patientin um die gesamte Akte, die ihr mit dem Hinweis verweigert wird, sie gehöre der Praxis. Erst die Zusendung des „Leitfaden Patientenrechte in Deutschland“ überzeugt, so dass sie den Computerausdruck ihrer Akte erhält. Im Vergleich mit den beiden Ausdrucken stellt sie einige Unterschiede fest, die sie sich nicht erklären kann. Nun bittet sie mündlich und schriftlich auch um die Laborergebnisse und bekommt sie zugesagt, aber nicht zugesandt. Inzwischen versucht der Ombudsmann mehrfach vergeblich, den Arzt zu einer Stellungnahme zu bewegen.

Eine telefonische Nachfrage bei einer medizinischen Fachkraft wegen der Laborberichte ergibt, dass Anweisung besteht, die Unterlagen nur auf schriftliches Verlangen der Patientin heraus zu geben, warum wisse sie auch nicht. Dann hat sich die Ärztin noch einmal gemeldet und die Laborberichte zugesagt, die aber wiederum nicht vollständig sind. Hier kann nur noch die Ärztekammer helfen!

Es gibt noch andere Gründe, weshalb Menschen schwer an ihre Patientenakten herankommen.

Häufig gibt es Anfragen, wenn es um Aufzeichnungen im psychischen Bereich geht. Mal will eine Rentenversicherung das Gutachten nicht herausgeben, mal ein Psychotherapeut oder eine Rehaklinik. Immer geht es um die Frage, ob dieser Fall eine der Ausnahmen ist, bei denen kein Einsichtrecht besteht und die vielleicht nur von Arzt zu Arzt weitergegeben werden dürfen. Dabei stecken in solchen Krankenunterlagen oft auch objektive Untersuchungsergebnisse, die weitergegeben werden können und müssen, aber mühsam herauszufiltern sind:

- Ein Ehepaar hat ihre nicht beschulbare Tochter auf Druck des Jugendamtes zur Beobachtung in die Jugendpsychiatrie gegeben. Das Zusammenwirken von Psychologen, Sozialpädagoginnen und Eltern klappt nicht gut, weil die Eltern im Grunde der Maßnahme und dem Personal skeptisch gegenüberstehen und sich nicht genügend informiert sehen, wie die Tochter pädagogisch und vor allem medizinisch behandelt wird. Einsicht in die Patientenakte wird ihnen verweigert. Bei einem Schlichtungsgespräch mit dem Ombudsmann gesteht der Psychologe den Eltern schließlich einen bearbeiteten Abschlussbericht zu.

Manchmal gibt es auch ein Zuständigkeitsgerangel:

- Ein Psychotherapeut macht bei einem Jungen Tests für die Weiterbehandlung in der Jugendpsychiatrie. Den Pflegeeltern gibt der Arzt die Unterlagen nicht heraus, die sie zur Vorstellung des Jungen mitbringen sollen. Die Jugendpsychiatrie schlägt vor, dass die leibliche Mutter eine Schweigepflichtentbindung unterschreibt, damit der Psychiater die Unterlagen in die Psychiatrie schicken kann. Dieser will dagegen die Unterlagen nur schicken, wenn die Jugendpsychiatrie sie anfordert. Nach weiteren Verzögerungen hat er schließlich die objektiven Ergebnisse der Tests übermittelt und eine weitere konsiliarische Zusammenarbeit mit der Jugendpsychiatrie verweigert.

Einige Patienten befürchten, dass ihre Akte verloren gegangen ist oder gehen könnte, wenn ihr Arzt in den Ruhestand geht. Da die Akten 10 Jahre lang aufgehoben werden müssen, ist herauszufinden, ob der Arzt selbst oder sein Nachfolger diese Pflicht übernommen hat:

- Eine Frau hat vor acht Jahren bei ihrem Gynäkologen in einer Belegklinik einen Abort wegen einer medizinischen Indikation machen lassen. Im Laufe der letzten Zeit hat sie immer stärker gemerkt, dass sie damit psychisch nicht fertig geworden ist. Sie möchte wissen, warum das Kind abgestorben ist, welches Geschlecht es gehabt hat und was mit ihm nach dem Abort geschehen ist. Sie hat inzwischen erfahren, dass Feten unter 500 g Gewicht bestattet werden können, und hätte sich das auch für ihr Kind gewünscht. So macht sie sich auf die Suche nach dem Arzt, kann ihn aber nicht ausfindig machen, da sein Nachfolger ihr nicht die Adresse sagt oder sie nicht weiß. Er hat die Akten übernommen, kann jedoch im Keller nichts finden. Ähnlich ergeht es ihr in der Klinik, wo die Akten auf dem Boden lagern und aus der Zeit noch nicht mit Computer archiviert sind. Ebenso liegt in der Pathologie kein Hinweis vor. Der Ombudsmann macht den Arzt im Telefonbuch ausfindig und befragt ihn. Leider kann der sich an den Fall nicht erinnern, verspricht aber, noch einmal im Keller nachzusehen und die Frau anzurufen. Als der Ombudsmann bei der Klinik nachfragt, bekommt er den knappen Operationsbericht, der zwar nicht die Fragen der Frau restlos beantwortet, ihr aber -wie die Gespräche mit Arzt und Ombudsmann- auf dem Weg der Trauerbewältigung ein Stück geholfen hat. Sie bedankt sich.

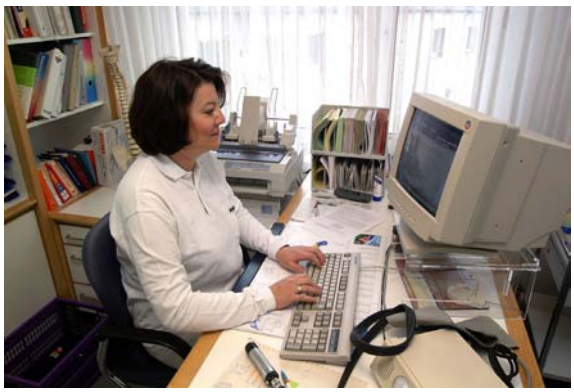
Wiederkehrende Klage hören wir von Patienten, die auf einen Bericht aus dem Krankenhaus oder von einem niedergelassenen Arzt warten. 4-6 Wochen, im Einzelfall bis zu einem Jahr, ist die Zeit, mit der Patienten rechnen müssen. Bei Nachfragen durch den Ombudsmann wird darauf verwiesen, dass der Bericht diktiert sei und im Schreibbüro liege, wo eine dünne Personaldecke lange Wartezeiten produziert. Oder wir bekommen ein Klagelied der Ärzte über die zunehmende Bürokratisierung des Gesundheitswesens zu hören. Ehrlich redet ein Arzt von seiner „kleinen eigenen Schuld“ und verspricht Besserung. Zwar bekommen die meisten Patienten bei ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus einen Kurzbericht mit, der für die Weiterbehandlung nicht immer ausreichend ist. So wartet eine Gynäkologin seit 2 Monaten auf einen ausführlichen Klinikbericht, um ihre Patientin mit Brustkrebs adäquat behandeln zu können.

- Schwierig ist es für einen Patienten gewesen, der nach drei Tagen auf der Aufnahmestation das Krankenhaus auf eigenen Wunsch gegen den ärztlichen Rat verlassen hat. Er hat so schnell keinen Arzt-Kurzbrief mitbekommen können, und später in 4-6 Wochen, manchmal länger, gibt es lt. Stationsarzt nur noch den ausführlichen Arztbrief - warum eigentlich? Wer nicht hören will, muss fühlen?
  Dieser Brief ist jedenfalls schon in 2,5 Wochen gekommen.

Zum Schluss ist noch von einem Fall zu berichten, der die Praxis von einigen Krankenkassen beleuchtet und für den der Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit eingeschaltet werden musste:

- Eine Krankenkasse schickt einer z. Zt. arbeitsunfähigen Frau einen Fragebogen „Versichertenanfrage zur Vorlage beim Medizinischen Dienst“. Darin wird sie u. a. aufgefordert, sehr persönliche Angaben zu ihrer momentanen Krankheit zu machen, z. B. über die Risikofaktoren Alkohol und Nikotin, Bewegungsmangel, Bau/Renovierung einer Immobilie (!) und sonstige private Umstände. Die Mitarbeiterin der Krankenkasse erklärt dazu, die Krankenkasse wolle damit dem MDK zuarbeiten, damit seine Entscheidungen nicht nur nach Aktenlage entschieden werden. Die Grundlage dafür sei die Mitwirkungspflicht nach § 60 Abs.1.1 SGB V. Solche Befragungen fänden laufend statt ohne vorherige Aufklärung zur Freiwilligkeit und zum Zweck.

  Der Bundesbeauftragte für Datenschutz hat sich des Falles angenommen und (nach 1,5 Jahren!) festgestellt, dass nach §§ 275 ff. SGB V



  - Krankenkassen zwar verpflichtet sind, den MDK z. B. in Fällen von Arbeitsunfähigkeit mit einer Prüfung zu beauftragen, es sei denn, die medizinischen Voraussetzungen ergeben sich eindeutig aus den ärztlichen Unterlagen (wie der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung), andererseits dürfen die für den konkreten Einzelfall erforderlichen Sozialdaten nur vom MDK selbst erhoben und gespeichert werden. Dabei ist eine pauschale Datenerhebung mit Selbstauskunftsbögen gesetzlich nicht vorgesehen,
  - Krankenkassen deshalb vom MDK lediglich das Ergebnis der Prüfung erhalten, eine Kenntnis der Daten aber ausgeschlossen bleiben muss,
  - Krankenkassen zwar mit Erlaubnis des MDK die Daten übermitteln können, die Frage- und Antwortbögen jedoch nicht den Eindruck erwecken dürfen, dass die Krankenkasse die Daten erhebt (z. B. durch den Aufdruck des Logos der Krankenkasse), und sie verschlossen an den MDK weitergegeben werden müssen.

  Es ist zu hoffen, dass alle Krankenkassen sich daran halten!

Andreas Eilers

Erfahrungsbericht - Klaus Jürgen Horn:

Nach Übernahme der Aufgabe im Juli wurde ich im zweiten Halbjahr 2008 aus dem Bereich der Kreise Steinburg und Dithmarschen in 74 "Fällen" angerufen. Es ist ein kleiner Erfahrungsbereich, über den ich Ende 2008 verfügte. Wertvoll waren für mich die Übergabe der Aufgabe und die Erfahrung von Frau Petersen. Bereitwillig fand ich Auskunft und Rat, wenn ich selbst bei den verschiedensten Stellen um Rat nachfragte.

In jeweils etwa 17% aller Fälle ging es um Kommunikationsfragen (im Empfangsbereich der Praxen, unterschiedliche Äußerungen von Mitarbeitenden in Krankenhäusern) und Organisationsfragen (kein Termin, Wartezeiten), 27% machten Verordnungsfragen aus (besonders zum Ende eines Quartals, Budget! erschöpft), 13% betrafen vermutete Behandlungsfehler.

Jeder Anruf hatte mindestens drei bis fünf oder mehr weitere Kontaktaufnahmen zur Folge nach der Devise, beide Seiten zu hören. In den meisten Fällen konnte ein Rückruf beim Ratsuchenden Klärung schaffen oder weiteres Vorgehen besprochen werden. Einige Male gab es Wochen später einen "Dankanruf". Der bisher längste Fall begann im Juli und konnte nach zwei ausgiebigen Arztgesprächen im Februar 2009 abgeschlossen werden. In dem Fall handelte es sich in weiten Teilen um Trauerarbeit nach dem Verlust des Ehemannes, wie überhaupt viele Gespräche seelsorgerisch sind.

Dankbar bin ich für die Erfahrung, dass die Ärztinnen und Ärzte sowie die in Krankenkassen oder anderen Dienststellen Mitarbeitenden immer sehr vertrauensvoll und freundlich auf meine Anfragen reagierten und wirklich für Lösungen offen waren. Zweimal war die ärztliche Schweigepflicht Grund für die Beendigung eines Gespräches. Zweimal gab es Unverständnis darüber, dass der MDK "nach Aktenlage" entschieden hatte: "Mich hat keiner untersucht".

Hinweise auf den Ombudsmann kamen aus Arztpraxen und von Krankenkassen.

Klaus Jürgen Horn

Das Pflegeombudsteam

Hilfe & Schlichtung
bei Pflegeproblemen
(0 18 05)
23 53 84
Patienten-Ombudsmann/-frau
Schleswig-Holstein e.V.

Das Pflege-Ombudsteam in Schleswig-Holstein ist ein Teilprojekt des Vereins. Das Team möchte erreichen, dass die beteiligten Parteien der ambulanten und stationären Pflege vor der Eskalation eines Konflikts unter Vermittlung einer neutralen Person doch noch ins Gespräch kommen, um die entstandenen Probleme zu regeln. Menschenwürde achten, durch Pflege unterstützen, Lebensqualität sichern. Nicht immer sind sich alle Beteiligten einig, ob diese Ziele bei einem pflegebedürftigen Menschen erreicht sind. Oft fehlt die Zeit, sich in Ruhe auszutauschen. Der Ombudsverein kooperiert bei Angelegenheiten aus dem Bereich Pflege mit allen anderen Anbietern wie z. B. den Pflegeberatungsstellen in den Kreisen und den Pflegekassen. Ist eine Schlichtung der Streitpunkte durch Moderation und Beratung nicht möglich, so endet die Zuständigkeit des Ombudsvereins. Verfahren der Heimaufsicht, des MDK und der Kostenträger sind von der Tätigkeit der Ombudsleute abgegrenzte Bereiche.

Mitglieder dieses Teams sind:

Dagmar Danke-Bayer,

Dipl. Soz.-Pädagogin

und systemische

Familientherapeutin

Katharina Prinz

Seelsorgerin u.

Dipl.-Pädagogin

Bericht des Pflegeombudsteams für 2008

Hausbesuch des MDK zur Begutachtung eines Pflegebedürftigen

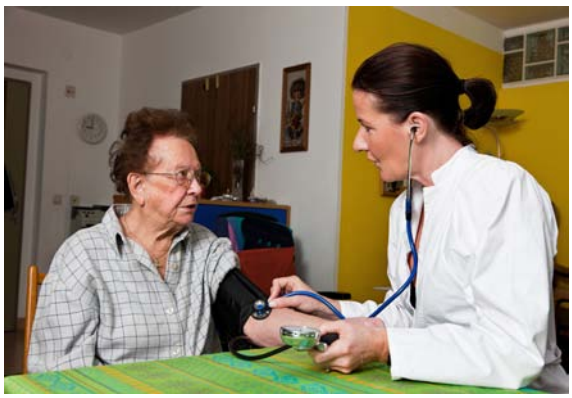
Der erstmalige Hausbesuch des MDK zur Beurteilung einer Pflegesituation ist für die Betroffenen in den meisten Fällen eine mit viel Aufregung, Verunsicherung und Unkenntnis über die Entscheidungskriterien verbundene Situation. Leider wird dies aus Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen von den Gutachtern des MDK zu wenig berücksichtigt.

Nicht immer ist der Ton höflich und freundlich, sondern wird nicht selten als ruppig oder überheblich und rücksichtslos gegenüber dem Pflegebedürftigen empfunden.

Häufig werden die Betroffenen weder von der Pflegekasse noch vom MDK über die Bemessungskriterien und -zeiten, die für die einzelnen Pflegestufen gelten, aufgeklärt. So dass sie oft gar nicht wissen, was wichtig und erwähnenswert wäre, obwohl es für die Beurteilung der Pflegesituation von nicht unerheblicher Bedeutung sein könnte.

Auch wird von Seiten der Gutachter oft viel zu wenig berücksichtigt, dass insbesondere die Zeiten für bestimmte Verrichtungen bei der Pflege durch Angehörige sehr individuell zu be-

urteilen sind. Angehörige pflegen auch, wenn sie sich durch Kurse kundig gemacht haben und Erfahrungen sammeln konnten, natürlich nicht so routiniert und effektiv wie ausgebildete Fachkräfte eines ambulanten Pflegedienstes. Andererseits haben sie eine sehr persönliche und emotionale Beziehung zu dem Pflegebedürftigen, d.h. sie nehmen z.B. ganz anders Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse und Eigenarten des Betroffenen. Das nimmt aber in der Regel viel mehr Zeit in Anspruch als sich ein ambulanter Pflegedienst leisten könnte, dient aber meist dem Wohlbefinden des Pflegebedürftigen.



Sicher macht es auch einen Unterschied, ob ein Pflegebedürftiger von einem jungen, gesunden und kräftigen Angehörigen gepflegt wird oder von der älteren, nicht so kräftigen oder selbst schon etwas gebrechlichen Ehefrau.

Dies kann vom MDK natürlich nicht immer so berücksichtigt werden, wie es notwendig wäre. Aber eine individuelle Beurteilung des Einzelfalles sieht das Gesetz sehr wohl vor, was bei manchen Gutachtern und Pflegekassen aber immer wieder „vergessen“ zu werden scheint. Wichtig ist auf jeden Fall, die pflegenden Angehörigen darauf hinzuweisen, dass der zeitliche Aufwand ihrer individuellen und fürsorgenden Pflege zeitlich leider oft nicht in dem Maße im Gutachten Berücksichtigung finden wird, wie sie es wahrscheinlich erwarten.

Die Aufklärung der Betroffenen darüber, nach welchen Kriterien begutachtet wird, würde manchen Frust, manche Empörung bei ihnen verhindern und nicht wenige Widersprüche überflüssig machen, d.h. auch Kosten bei der Bearbeitung sparen.

Wünschenswert bleibt zudem auch weiterhin, dass möglichst nur erfahrene **Pflegefachkräfte** als Gutachter für Pflegegutachten tätig werden, denn medizinische Fachkenntnisse und theoretische Pflegekenntnisse können in diesem Fall keinen Ersatz darstellen.

Dagmar Danke-Bayer

Hilfe & Schlichtung
bei Pflegeproblemen
(0 18 05)
23 53 84
Patienten-Ombudsmann/-frau
Schleswig-Holstein e.V.

Statistik über die Arbeit der Ombudsleute

Siegrid Petersen

(Kreise: Flensburg, Schleswig-Flensburg, Nordfriesland)
(Dithmarschen, Steinburg bis 30.06.2008)

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG/ Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	30	20	0	7	0	4	**61**
Organisation	15	12	0	1	0	1	**29**
Verordnungen	16	0	0	3	0	0	**19**
Abrechnungen	8	5	0	5	0	2	**20**
Notdienst	0	4	0	0	0	0	**4**
Verdacht auf Behandlungsfehler	27	29	0	0	0	0	**56**
Psychosoziales	0	0	0	1	31	0	**32**
Rechtsanfragen	1	1	1	34	0	5	**42**
Sonstiges	11	13	1	9	0	32	**66**
Insgesamt	**108**	**84**	**2**	**60**	**31**	**44**	**329**

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen, Vorträge): 16

Klaus Jürgen Horn

(Kreise: Dithmarschen, Steinburg ab 01.07.2008)

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG/ Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	6	4	0	1	0	1	**12**
Organisation	4	6	0	1	1	1	**13**
Verordnungen	12	2	0	5	0	1	**20**
Abrechnungen	2	2	0	4	0	1	**9**
Notdienst	0	0	0	0	0	0	**0**
Verdacht auf Behandlungsfehler	4	6	0	0	0	0	**10**
Psychosoziales	0	0	0	0	0	0	**0**
Rechtsanfragen	1	0	0	3	0	3	**7**
Sonstiges	1	1	0	0	0	1	**3**
Insgesamt	**30**	**21**	**0**	**14**	**1**	**8**	**74**

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

Andreas Eilers

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

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG / Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	39	13	0	4	2	3	**61**
Organisation	6	12	0	0	0	1	**19**
Verordnungen	39	2	10	35	1	1	**88**
Abrechnungen	18	11	0	5	0	5	**39**
Notdienst	11	0	0	0	0	0	**11**
Verdacht auf Behandlungsfehler	58	66	0	1	1	2	**128**
Psychosoziales	8	4	0	0	20	4	**36**
Rechtsanfragen	5	3	1	29	6	8	**52**
Sonstiges	4	1	0	0	11	5	**21**
Insgesamt	**188**	**112**	**11**	**74**	**41**	**29**	**455**

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 19

Jens-Hinrich Pörksen

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

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG / Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	76	29	0	5	1	37	**148**
Organisation	9	8	0	1	0	4	**22**
Verordnungen	17	5	0	21	0	9	**52**
Abrechnungen	20	4	0	15	0	5	**44**
Notdienst	5	1	0	0	0	0	**6**
Verdacht auf Behandlungsfehler	23	45	0	0	0	3	**71**
Psychosoziales	3	0	0	0	15	0	**18**
Rechtsanfragen	12	5	4	7	0	6	**34**
Sonstiges	0	0	0	0	0	0	**0**
Insgesamt	**165**	**97**	**4**	**49**	**16**	**64**	**395**

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 19

Gesamtstatistik über die Arbeit der Ombudsleute

Problemfelder	Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	Krankenhaus	Gutachten	Krankenkasse / BG / Medizinischer Dienst	Psychosoziale Beratung	Sonstige Institution oder Person im Gesundheitswesen	Insgesamt
Kommunikation	151	66	0	17	3	45	**282**
Organisation	34	38	0	3	1	7	**83**
Verordnungen	84	9	10	64	1	11	**179**
Abrechnungen	48	22	0	29	0	13	**112**
Notdienst	16	5	0	0	0	0	**21**
Verdacht auf Behandlungsfehler	112	146	0	1	1	5	**265**
Psychosoziales	11	4	0	1	66	4	**86**
Rechtsanfragen	19	9	6	73	6	22	**135**
Sonstiges	16	15	1	9	11	38	**90**
Insgesamt	**491**	**314**	**17**	**197**	**89**	**145**	**1253**

Öffentlichkeitsarbeit insgesamt (Presse, Seminare, Messen): 58

Statistik über die Arbeit des Pflegeombudsteams

Problemfelder	Heim	Ambulanter Pflege-dienst	Kranken-haus	Niederge-lassener Arzt/Ärztin	Kranken-/ Pflege-kasse	Kontakte insgesamt
Kommunikations-/ Beziehungsebene	6	5	2	1	7	**21**
Pflegeleistungen	10	5	1	0	13	**29**
Medizinische Versorgung	4	3	2	5	1	**15**
Betreuung	4	4	1	0	0	**9**
Rechtsfragen	4	2	0	0	14	**20**
Sozialversicherung	1	0	0	0	1	**2**
Sonstiges	4	5	2	0	5	**16**
Insgesamt	**33**	**24**	**8**	**0**	**41**	**112**

Fallzahlentwicklung

Hatte die Zahl der Beschwerden, die sich auf mangelnde Kommunikation zwischen Arzt/Krankenhaus und Patient bezog, im vorvergangenen Jahr auffallend stark zugenommen, so ist diese nunmehr wieder auf ein „normales“ Maß zurückgefallen. Gleichwohl kommen nach wie vor die meisten Beschwerden aus diesem Problemfeld. Ursachen hierfür hatten wir im letzten Tätigkeitsbericht dargestellt .

Steigende Tendenz besteht auch bei Beschwerden, in denen der Verdacht auf Behandlungsfehler geäußert wird. Dies gilt insbesondere für den niedergelassenen Bereich, in dem fast eine Verdoppelung der Beschwerden festzustellen ist. Erklärungen hierfür sind derzeit nicht zu finden.

Konnte im letzten Bericht noch festgestellt werden, dass Beschwerden in Verbindung mit Rechtsfragen nicht zunehmen, gilt dies für das Berichtsjahr nicht. Auch hier ist fast eine Verdoppelung festzustellen. Ob dies mit der Tatsache zu erklären ist, dass zwischenzeitlich eine beratende Rechtsanwältin in das Ombudsteam aufgenommen worden ist, muss noch beobachtet werden.

	Ombudsleute	**Pflegeombudsteam**
2002	911	-
2003	1030	-
2004	1078	80
2005	1014	67
2006	1256	121
2007	1279	116
2008	1253	112

	Kommunikation	**Verdacht auf Behandlungs-fehler**	**Rechtsanfragen**
2002	218	173	165
2003	278	195	189
2004	240	181	150
2005	260	191	144
2006	264	194	152
2007	414	216	78
2008	282	265	135

Hans-Peter Bayer

Entwicklung der stationären Versorgung für Patienten am Beispiel des 5K-Verbundes

Bei dem 5K-Verbund handelt es sich um eine Kooperation von fünf Krankenhausträgern in Schleswig-Holstein:

1. Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide
2. Klinikum Itzehoe
3. Klinikum Bad Bramstedt
4. Kreiskrankenhäuser und Kreisseniorenreinrichtungen Rendsburg-Eckernförde
5. Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster

5K Itzehoe Brunsbüttel/Heide Bad Bramstedt Neumünster Rendsburg/Eckernförde
Ihre Partner im Klinikverbund

Dieser größte Krankenhausverbund Schleswig-Holsteins hat Einrichtungen an 10 Standorten, betreibt 3.500 Betten, beschäftigt über 7.000 Mitarbeiter, setzt über 400 Mio. Euro um und behandelt jeweils über 100.000 stationäre und ambulante Patienten. Die Krankenhäuser haben sich zu einer partnerschaftlichen und kooperativen Zusammenarbeit, zur Verfolgung gemeinsamer Prinzipien, zur Förderung des Gemeinwohls und zur Wahrnehmung und Förderung des öffentlichen Versorgungsauftrags in der jeweiligen Region verpflichtet. Insbesondere werden nachstehende Ziele verfolgt:

- Schaffung von gemeinsamen Angeboten für Krankenkassen und deren Versicherte
- Schaffung einer im Verbund abgestimmten Nachfrageposition
- Bildung und Abstimmung von Leistungsschwerpunkten in der Gesundheitsversorgung einschließlich Schaffung von Angeboten, die für ein Krankenhaus isoliert nicht wirtschaftlich wären, und deren gemeinsamer Inanspruchnahme
- Nutzung von Zusammenarbeitseffekten durch Zusammenführung und Vereinheitlichung von Dienstleistungen
- Förderung von Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Verbesserung der Zusammenarbeit in der Kooperation durch Bildung von Fachkonferenzen

Was ist bisher geleistet worden?
Der 5K-Verbund wurde im Jahre 2000 gegründet u. a. um mittels der Kooperation von kommunalen Krankenhäusern Vorteile wie eine private Krankenhauskette zu nutzen. Das hat bisher zu nachstehend aufgeführten Maßnahmen und Projekten geführt:

1.
Die Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin in Heide und Neumünster arbeiten auf dem Gebiet der Frühgeborenenversorgung sehr intensiv zusammen. Im Rahmen der Zusammenarbeit hält der Standort in Heide die gesamte Infrastruktur für die Versorgung von Frühgeborenen bereit (z. B. Frühgeborenenmediziner, Kinderchirurg). Sobald die Frühgeborenen in einem stabilen Gesundheitszustand sind, werden sie nach Neumünster so früh wie möglich übernommen, soweit sie aus der Region Neumünsters stammen. Beide Einrichtungen wären nicht in der Lage, jede für sich das hohe Niveau in einem wirtschaftlich vertretbaren Rahmen vorzuhalten. Sichergestellt wird die intensive Zusammenarbeit durch die Leitung einer gemeinsamen Chefärztin für beide Standorte.

2.
Das Holsteinische Brustzentrum mit den Standorten in Rendsburg, Neumünster, Heide und Itzehoe hat sich zum Ziel gesetzt, durch intensive Zusammenarbeit die höchstmögliche Qualität in der Versorgung der an Brustkrebs erkrankten Frauen sicherzustellen. Der Informationsaustausch wird durch wöchentliche Videokonferenzen vorgenommen, an denen die Patientenfälle gemeinsam besprochen und bewertet werden. Das Holsteinische Brustzentrum wurde als eines der ersten in Deutschland zertifiziert.

3.
Die Kliniken für Neurologie in Itzehoe und Heide werden durch einen gemeinsamen Chefarzt geleitet. Dadurch ist sichergestellt, dass an beiden Standorten ein optimaler qualitativer Standard gewährleistet werden kann.

4.
Die Kliniken für Anästhesie und Intensivmedizin aus Bad Bramstedt und Itzehoe wurden ebenfalls unter eine gemeinsame chefärztliche Leitung gestellt, um an beiden Standorten eine qualitativ hochstehende Versorgung sicherzustellen.

5.
Mit dem Klinikum Bad Bramstedt bestehen umfangreiche Kooperationen auf dem Gebiet der Rehabilitation von Patienten nach Behandlungen in den Schwerpunktkrankenhäusern.

6.
Die Krankenhäuser des 5K-Verbundes haben mittlerweile medizinische Versorgungszentren (MVZ) gegründet, um an der ambulanten Versorgung von Patienten teilnehmen zu können. Dadurch können Versorgungslücken zwischen dem stationären und ambulanten Sektor in der jeweiligen Region geschlossen werden.

7.
Alle Partner des 5K-Verbundes pflegen eine intensive gemeinsame Fort- und Weiterbildung auf ärztlichem und pflegerischen Sektor und gewährleisten dadurch eine hohe fachliche Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der Patientenversorgung tätig sind.

8.
Auf dem Gebiet der Telematik verfügt der 5K-Verbund über ein von der Landesregierung Schleswig-Holstein gefördertes Projekt, das insbesondere den Informationsaustausch zwischen den Sektoren (z. B. von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten) im ländlichen Bereich fördern soll.

9.
Zur Optimierung der Wirtschaftlichkeit findet ein gegenseitiger Leistungsaustausch auf den Gebieten der Apotheken- und Laborversorgung statt.

Was hat der Patient davon?

Durch die sehr intensive Kooperation auf allen Ebenen der Patientenversorgung erschließen sich für den Patienten des 5K-Verbundes nachstehend aufgeführte Vorteile:

- Es wird weiterhin die ortsnahe Versorgung in leistungsfähigen Krankenhäusern auf hohem Niveau auch für komplexere Erkrankungen sichergestellt
- Durch den ständigen Erfahrungsaustausch zwischen den Experten auf den Gebieten Medizin und Pflege wird die Qualität der Patientenversorgung auf hohem fachlichem Niveau gewährleistet.
- Die gemeinsame Entwicklung von neuen stationären und ambulanten Angeboten mit den Partnern im Gesundheitswesen (z. B. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Universitätskliniken) sichert ein breites Angebot auch in den ländlichen Regionen.
- Durch die Überwindung der sektoralen Grenzen zwischen stationären und ambulanten Angeboten erhalten die Patienten eine Behandlung aus einem Guss, insbesondere bei speziellen Erkrankungen
- Durch die Kooperation werden Wirtschaftlichkeitsreserven, z. B. im Einkauf und durch Standardisierung erschlossen, die eine Finanzierung der Patientenversorgung flankiert und zum Teil erst ermöglicht. Dadurch werden die Krankenhäuser in ihrer jeweiligen Region auch in der öffentlichen Trägerschaft gehalten. Die sorgsame Verwendung von Ressourcen wird auch aus ethischen Gründen motiviert, da anderenfalls Mittel der Krankenversorgung entzogen werden.

Die vorgenannten Ausführungen über die Vorteile der Kooperation, die sich für den Patienten erschließen, kann nicht abschließend aufgezählt werden, da sich heute und in Zukunft noch viele Möglichkeiten der Zusammenarbeit ergeben werden. Der 5K-Verbund sichert über diese Kooperation die ortsnahe und hochwertige Patientenversorgung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich in der jeweiligen Region.

Alfred von Dollen
Geschäftsführer des Friedrich-Ebert-Krankenhauses Neumünster

Entwicklung neuer Versorgungsformen im Arzneimittelbereich

Eine Darstellung des Apothekerverbandes: Kosten sparen mit Arzneimitteln – aber bitte nicht um jeden Preis!

Gern zitiert, aber nicht immer richtig verstanden wird der Spruch: „Nicht am Arzneimittel sparen, sondern mit dem Arzneimittel“. Hauptgedanke dieser Aussage ist die Erkenntnis, dass bei einer Erkrankung eine gute Arzneimitteltherapie gesundheitsökonomisch besser ist, als das Verschleppen einer Krankheit ohne oder ohne richtige Arzneimittelanwendung. Weil die Folgekosten für Arbeitsausfall, Krankenhausaufenthalte, Rehamaßnahmen usw. deutlich höher sind, als die Kosten für regelmäßig einzunehmende Tabletten.

Sparen mit Generika

Trotzdem stehen die Ausgaben für Arzneimittel und ihr stetiger, wenn auch moderater Anstieg immer wieder in der Kritik und führen zu Überlegungen, wie bei den Ausgaben für Arzneimittel gespart werden kann.

Ein probates Mittel ist der verstärkte Einsatz von Generika. Das sind Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff wie ein ehemals patentgeschütztes Originalarzneimittel. Sie ahmen dieses nach und sind in der Regel gleich wirksam, aber deutlich kostengünstiger. Sie stehen in Deutschland in großer Zahl zur Verfügung, sodass es einen regen Wettbewerb gibt. Ihr Einsatz wird im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch die Verpflichtung der Ärzte gefördert, vorrangig Generika zu verschreiben. Die Erfüllung dieser Verpflichtung wird als sogenannte Generikaquote gemessen. Deutschland gehört inzwischen weltweit zu den Spitzenreitern beim Einsatz dieser Nachahmerprodukte, was der GKV jährlich Einsparungen in zweistelliger Milliardenhöhe bringt.

Noch mehr Sparen mit Rabattverträgen?

Um jedoch noch stärker Geld beim Einsatz von Generika sparen zu können, wurde vom Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnet, dass Krankenkassen mit Herstellern Rabattverträge schließen. Diese Verträge werden flankiert von der Verpflichtung der Apotheken, die vereinbarten Rabattarzneimittel vorrangig abzugeben. Im Februar 2009 bestanden 6.954 Rabattverträge, an denen 201 Krankenkassen und 121 pharmazeutische Unternehmer beteiligt waren.

Spätestens jetzt kommt der Versicherte dieser Krankenkassen, der Patient, ins Spiel. Mit den Rabattverträgen wird von Seiten der Krankenkassen in seine Arzneimitteltherapie eingegriffen. Dem kann zunächst entgegnet werden, dass es im Interesse der Solidargemeinschaft durchaus sinnvoll ist, auf kostengünstigere Generika umzustellen, weil deren Qualität und therapeutische Wirksamkeit prinzipiell gleich ist.

Therapietreue gefährdet

Gleichwohl kommt es in der Praxis immer wieder zu Problemen: Relativ selten sind Unverträglichkeiten wegen unterschiedlicher Hilfsstoffe, relativ häufig aber sind Probleme, weil die Patienten die Umstellung ihrer gewohnten Arzneimittel nicht verstehen. Das beginnt mit den unterschiedlichen Handelsnamen für den gleichen Wirkstoff und endet mit dem unterschiedlichen Aussehen der „Pillen“. Damit wird die Therapietreue des Patienten, seine Compliance, gefährdet. Es häufen sich Berichte von Patienten oder Angehörigen in der Apotheke, dass Versicherte ihr noch vorhandenes altes Arzneimittel und das scheinbar neue des gleichen Wirkstoffes nebeneinander einnehmen, weil diese unterschiedliche Namen haben. Oder die Einnahme des Neuen verweigern, weil sie es nicht zuordnen können. Bis heute sind die tatsächlichen Einsparungen durch Rabattverträge nicht bekannt; im Dunkeln bleiben auch die nachgelagerten gesamtgesellschaftlichen Folgekosten einer schlechten Compliance wegen häufigen Präparatewechsels.

Zusatzaufwand und Vertrauensverlust

Nicht zu reden von den Transaktionskosten bei allen Beteiligten. Zum einen bei den Krankenkassen wegen des Verwaltungsaufwandes für den Abschluss und die Umsetzung der Verträge. Zum anderen bei den Apotheken, die ständig ihr Warenlager anpassen und Millionen neuer Datensätze in ihrer EDV verarbeiten müssen und deren Bearbeitungszeit pro Verordnung für Prüfvorgänge und Vergleichsrecherchen steigt. Und die für die Verpflichtung zur Auswahl und Abgabe von Rabattarzneimitteln bis hin zur Nichtbezahlung von zwar abgegebenen, aber nicht vertragskonformen Arzneimitteln haften. Hinzu kommt die zusätzliche Beratung, die jeder durch Rabattverträge erzwungene Wechsel eines Arzneimittels erfordert. Viele Patienten verstehen nicht, was mit ihnen und ihren Arzneimitteln geschieht: Der Arzt hat ihnen doch das aufgeschrieben, was sie immer bekommen haben. Wieso behauptet der Apotheker, er müsse es austauschen? Warum erhält meine Bekannte, die in einer anderen Krankenkasse versichert ist, bei gleicher Krankheit ein anderes Arzneimittel als ich? Und warum muss ich trotzdem eine Zuzahlung leisten, obwohl mein Doktor mir gesagt hat, er schreibt mir ein zuzahlungsfreies Medikament auf?

Wenn es nicht gelingt, durch geduldige Erklärung der komplizierten Gesetzes- und Vertragslage die Gründe für den Wechsel weg vom gewohnten Arzneimittel hin zum Rabattarzneimit-

tel verständlich zu machen, dann wird das Vertrauen in den behandelnden Arzt und den versorgenden Apotheker, aber auch in die eigene Krankenkasse erschüttert. Ein Schaden der nur schwer messbar ist, der aber auf jeden Fall etwas kostet. Und so viel ist sicher - trotz intensiver Beratung und Aufklärungsarbeit in den Apotheken zum Thema Rabattarzneimittel - alle Fragen können nicht beantwortet werden. Dafür ist die Materie viel zu kompliziert und komplex.

Versorgungsprobleme bei Exklusivausschreibung

Seit 2007 haben viele Krankenkassen sogenannte Sortimentsverträge geschlossen. Das heißt, ein Hersteller gewährt einer Krankenkasse per Vertrag Rabatte auf sein gesamtes Sortiment an Arzneimitteln oder einen bestimmten Teil davon. Je mehr solcher Sortimentsverträge eine Krankenkasse geschlossen hat, umso größer ist die Auswahlfähigkeit zwischen den Rabattarzneimitteln in der Apotheke für die Versicherten dieser Kasse. Allerdings ist es rechtlich umstritten, ob auf diesem Wege überhaupt Rabattverträge geschlossen werden dürfen. Die Aufsichtsbehörde, das Bundesversicherungsamt, hat deshalb alle Krankenkassen mit Sortimentsverträgen aufgefordert, diese Verträge auslaufen zu lassen und stattdessen nur noch Verträge nach öffentlicher Ausschreibung zu schließen. Einige Krankenkassen sind diesen Weg bereits gegangen und haben nach Ausschreibung die Versorgung ihrer Versicherten mit einzelnen Wirkstoffen exklusiv an den Hersteller vergeben, durch dessen Rabatt die Kasse die höchsten Einsparungen erzielt. Hier ist es nicht selten zu Lieferschwierigkeiten gekommen, weil einige Hersteller ihre Produktion nicht an den sprunghaft gestiegenen Bedarf anpassen konnten. Leidtragende sind Patient und Apotheker gleichermaßen.

Regionale Vereinbarungen bringen Erleichterung

Um die Probleme bei der Umsetzung der Rabattverträge in Schleswig-Holstein ein wenig zu dämpfen, hat der Apothekerverband Schleswig-Holstein mit den beiden größten Krankenkassen im Lande ergänzende Vereinbarungen zum Arzneiliefervertrag geschlossen. Demnach ist es im Einzelfall möglich, dass der Apotheker das vom Arzt verordnete und vom Patienten ausdrücklich gewünschte Arzneimittel nicht gegen ein Rabattarzneimittel austauscht, wenn der Versicherte bereit ist, eine kleine Aufzahlung zu leisten. Diese Aufzahlung kommt der Krankenkasse als Ausgleich zu den entgangenen Einsparungen durch Rabatte zugute. Damit konnte dem Wunsch des Patienten zur Mitentscheidung über seine Arzneimitteltherapie wieder ein kleiner Spielraum eingeräumt werden. Dies war nicht zuletzt einer entsprechenden Bitte aus dem Patientenombudsverein zu danken.

Festbeträge sind das bessere Sparinstrument

Spätestens an dieser Stelle muss aber gesagt werden, dass der gesamte bürokratische Aufwand erspart bliebe, wenn auf die Rabattsystematik generell verzichtet würde. Um die Ausgabenentwicklung einzudämmen und einen echten Preiswettbewerb zu initiieren, reicht es aus, wenn allein mit Festbeträgen gearbeitet wird. Festbeträge für Arzneimittel sind Preisobergrenzen, bis zu deren Höhe die GKV die Kosten trägt. Sind Arzneimittel teurer, muss der Patient die Mehrkosten selbst tragen. Er hat aber die Alternative, auf günstigere Arzneimittel auszuweichen. Ist der Preis des Arzneimittels zum Beispiel 30 % niedriger als der Festbetrag, kann auch noch auf die Zuzahlung des Patienten, den Eigenanteil zwischen 5 und 10 Euro pro Medikament, verzichtet werden. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass so der Preiswettbewerb angeheizt wird und sich viele Hersteller bemühen, ihren Arzneimittelabgabepreis in die zuzahlungsfreie Zone zu drücken. Ein funktionierender Wettbewerb führt so zu Auswahlalternativen bis hin zur Zuzahlungsersparnis und wird den Interessen des Systems und des Patienten besser gerecht.

Dagegen bleiben bei Rabattverträgen der Listenpreis bestehen, die gewährten Rabatte geheim und der Markt intransparent. In einem solchen Markt findet Preiswettbewerb nicht statt. Von den Risiken und Nebenwirkungen ganz zu schweigen.

Dr. Thomas Friedrich, Geschäftsführer des Apothekerverbandes S.-H.

Öffentlichkeitsarbeit

Das Faltblatt des Ombudsvereins wurde in einer überarbeiteten Neuauflage in 250.000 Exemplaren gedruckt. Es wurde den Vereinsmitgliedern, Apotheken, Krankenhäusern und Geschäftsstellen der Mitgliedskassen Schleswig-Holstein in ausreichender Zahl zur Verfügung gestellt. Ferner lag es als Beilage der Zeitschrift des Sozialverbandes, der Gewerkschaft der Polizei sowie dem Ärzteblatt bei. Außerdem werden die Faltblätter in Absprache mit den Geschäftsführungen in den Einkaufszentren von Famila und Citti ausgelegt.

Am 05. Juni 2008 wurde der Jahresbericht 2007 in der Landespressekonferenz im Landeshaus in Kiel durch den Vereinsvorsitzenden Professor Jansen und die Patientenombudsleute Pörksen, Eilers und Petersen vorgestellt.

Fortbildung

Der Patientenombudsverein bietet seinen Ombudsleuten regelmäßig Fortbildungen insbesondere in solchen Bereichen an, in denen Veränderungen zu erwarten sind oder gerade stattgefunden haben. Am 10. November 2008 fand eine Fortbildungsveranstaltung für die Patientenombudsleute sowie für einige interessierte Mitarbeiter der Ärztekammer zu den aktuellen Themen: „Versorgungsmodell-MVZ“, „§116 b SGB V“, „Gesundheitsfonds“, und weiteren Kurzthemen (Ethikkommission und Ärztegenossenschaft) statt.

Veranstaltungen und Messen

Bei einem Gespräch mit Staatssekretär Dr. Körner im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren am 29. Juli 2008 wurde über die Arbeit des Ombudsvereins gesprochen und auch die Ombudsleute trugen aus ihrer Tätigkeit vor.

Am 06.Oktober 2008 besuchte die stellvertretende Vorsitzende der Fraktion der Grünen, Frau Angelika Birk, die Geschäftsstelle des Ombudsvereins in Bad Segeberg zu einem Gespräch mit dessen Vorsitzenden und einem Teil der Ombudsleute sowie der Geschäftsführung.

Der Ombudsverein stellte seine Tätigkeit wieder auf verschiedenen öffentlichen Veranstaltungen vor, so z. B. bei der 2. Kieler Ehrenamtsmesse am 03.02., der Stormarner Ehrenamtsmesse am 10.02. in Ahrensburg, der Ehrenamtsmesse Ostholstein am 17.02. in Neustadt und der Gesundheitsmesse Schleswig-Holstein vom 07.-09.11.2008 in Neumünster.

Personelle Veränderungen

Anfang des Jahres wurden Überlegungen im Hinblick auf die zukünftige Arbeit der Ombudsleute angestellt. Zur Entlastung der derzeit tätigen Ombudsleute wurde Herr Jörg Ehlert, Arzt, als vierter Ombudsmann in einer Probephase von Dezember 2007 bis einschließlich April 2008 ins Team geholt. Die Entwicklung wurde zunächst beobachtet und schließlich Einigkeit darüber erzielt, dass eine Entlastung weiterhin erfolgen soll. Jedoch wollte man dabei auf die sich über Jahre hin bewährte Konzeption zurückgreifen, eine Ombudsperson aus dem kirchlichen Bereich zu finden. Aus diesem Grund übernahm Herr Klaus Jürgen Horn, Probst im Ruhestand, ab 01. Juli 2008 einen Teil der bisher von Frau Petersen betreuten Bereiche Dithmarschen und Steinburg.

Janina Lohse

Drei Beispiele aus der Pressearbeit des Patientenombudsvereins Schleswig-Holstein e. V.:

Presseerklärung des Vorsitzenden des Patientenombudsvereins Schleswig-Holstein:

„Das deutsche Gesundheitssystem ist in Gefahr“

Prof. Günther Jansen, Vorsitzender des Patientenombudsvereins Schleswig-Holstein – ein als gemeinnützig anerkannter Verein zur Unterstützung von Patientenrechten – fordert die Politik und die im Gesundheitswesen tätigen Interessengruppen auf, die Grundlagen des seit 1873 bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversicherung nicht im Streit um Eigeninteressen völlig zu zerstören.

Staatsmedizin mit Unterfinanzierung, daraus folgender Leistungsbeschränkung und eine noch weiter überbordende Bürokratie wären die Folge.

Der neue zentrale Gesundheitsfonds, über den ab 01.01.2009 alle Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen eingesammelt und durch staatliche Zuschüsse ergänzt verteilt werden, zeigt schon heute, dass staatlicher Zentralismus nicht nur viel zusätzliches Geld kostet, sondern gleichzeitig die Flexibilität einer auf demokratischen Prinzipien basierenden Selbstverwaltung der Krankenkassen – getragen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Mitgliedern – aushebelt.

Wenn das so weiter geht – so Jansen – ist es nur eine Frage der Zeit, bis der staatliche Gesundheitsfonds für die gesamte Finanzierung zuständig wird – auch für die Abrechnung mit Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern. Die Krankenkassen würden dann zu sogenannten Verwaltungsstellen des staatlichen Gesundheitssystems degradiert.

Um dieses zu vermeiden, sind die jetzt noch bestehenden Krankenkassen im Rahmen der Möglichkeiten aufgefordert, in enger Zusammenarbeit mit dem noch freien Berufsstand der Ärzte vertretbare Lösungen im Honorarstreit zu finden. Dabei muss insbesondere die kontinuierliche Behandlung von Patienten gewährleistet werden.

Das Ziel muss sein, die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der bereitgestellten Gesamtvergütung möglichst leistungsgerecht zu vergüten. Die Ärzte müssen aber auch begreifen, dass nicht jedes Wunschhonorar finanziert werden kann. Auch in anderen Berufen ist nicht jeder Umsatz und jeder gewünschte Betriebsgewinn erreichbar. Und dennoch liefern die Berufe ihre volle Arbeitszeit ab und akzeptieren schwankende Einkommen.

- Die Eckpunkte des ab 01.01.2009 geltenden Honorarsystems sind auf der Basis der Gesetzgebung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart bzw. im gemeinsamen Bewertungsausschuss festgelegt worden.

  Gegenüber der Gesamtvergütung für die Ärzteschaft in 2007 sind ca. 3 Milliarden Euro zusätzlich in das Honorarsystem der niedergelassenen Vertragsärzte geflossen.

  Offensichtlich hat niemand die Ärzteschaft informiert, dass Honorarzuwächse im Zwischenjahr 2008 auf den zusätzlichen Honorarrahmen anzurechnen waren.

  Wenn es darüber hinaus in der teilweise komplizierten Verteilung dieser Mittel zwischen den Bundesländern, den Arztgruppen und den gebildeten Europreisen für Behandlungen zu ungewollten Verwerfungen gekommen ist, sind diese durch Gesetzgeber, Ärzteorganisationen und Krankenkassen im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu beseitigen oder abzumildern.

- Den Ärzten steht das Recht zu, ihre Forderungen geltend zu machen und auf neue Vereinbarungen zu drängen. Solange das System und die Verträge so sind wie derzeit festgelegt, müssen im Rahmen der Gesamtvergütung die ärztlichen Leistungen innerhalb dieser Mittelbereitstellung über die Kassenärztlichen Vereinigungen (Regelleis-

tungsvolumen einer Arztpraxis + außerbudgetäre Leistungen + Sondervereinbarungen mit den Kassen + abgestaffelte Preise über das Regelleistungsvolumen hinaus) für jeden Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über das gesamte Quartal erbracht werden.

Die meisten Ärzte bemühen sich auch, diese gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben zu erfüllen. Dafür gebührt ihnen Dank – auch des Patientenombudsvereins.

- Der Vorsitzende des Patientenombudsvereins Schleswig-Holstein bittet die schleswig-holsteinischen Ärztinnen und Ärzte, alle erforderlichen Behandlungen für GKV-Versicherte über die gesamte Dauer eines Quartals durchzuführen und dabei zu bedenken, dass dieses für sie nicht nur gesetzlich und vertraglich vorgesehen ist, sondern dass ihnen daran liegen muss, im Jahr 2009 den tatsächlichen Behandlungsbedarf der Patienten zu erfassen, weil auf dieser Basis die Morbiditätsentwicklung der Bevölkerung - also der Zuwachs an Behandlungsbedarf, z. B. auf Grund einer alternden Bevölkerung - für das Honorarvolumen 2010 erfasst wird.

Jansen: Es muss im Interesse aller Beteiligten, der Patienten und der Ärzte, aufhören, Behandlungen am Quartalsende auszusetzen, Patienten in unzulässigen Verfahren zu Selbstzahlern zu machen, Stempelgebühren einzuführen oder die Zulassung der Praxis für die Versorgung von GKV-Patienten auf Zeit zurückzugeben. Wo das entgegen aller gesetzlichen und vertraglichen Regeln geschieht, müssen die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen dem entgegentreten, wenn erforderlich auch mit einem Entzug der Praxiszulassung für Kassenpatienten.

Der Vorsitzende des Patientenombudsvereins fordert die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung in Schleswig-Holstein auf, die derzeit laufenden Gespräche in dem geringen Spielraum regionaler Kompetenzen – auch mit evtl. vorhandenen zusätzlichen finanziellen Spielräumen zu Gunsten der Ärzte – dafür zu nutzen, wieder geordnete Abläufe in die Patientenbehandlung zu bringen.

- Jansen: Die Ärzteschaft hat in unserer Gesellschaft nicht nur einen exzellenten Ruf, sondern sie arbeitet auf der Grundlage eines besonderen Berufsethos. Dieses gilt es zu bewahren.

  Ihre Rechte werden die Ärzte in Zukunft nur dann erfolgreich durchsetzen, wenn sie sich nicht selbst auseinander dividieren.

  Die Kassenärztliche Vereinigung war und ist (noch) eine starke Verhandlungspartnerin gegenüber Politik und Kassen.

  Der Zerfall der Ärzteschaft in zusätzliche Organisationen wie Hausärzteverbände, Ärztegenossenschaften und ein stetiges Abrücken von den Besonderheiten eines freien Berufes hin zur Angestelltentätigkeit in Großpraxen, medizinischen Versorgungszentren oder in Krankenhausambulanzen mit immer neuen Tätigkeiten aus dem bisherigen Kompetenzbereich der frei tätigen Fachärzte ist der falsche Weg.

  Es geht um den Erhalt eines freien Berufes – auch im Interesse der Patienten.

- Der Vorsitzende des Patientenombudsvereins forderte gleichzeitig alle Verantwortlichen im deutschen Gesundheitssystem auf, der Selbstverwaltung zwischen Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern wieder mehr Raum zu lassen. Diese tragenden Säulen unserer Gesundheitsversorgung hätten das jetzt so umstrittene Finanzierungssystem erfolgreicher gestaltet.

Prof. Günther Jansen

Pressemitteilung

Patientenombudsverein warnt vor Medikamentenrisiken

Der Patientenombudsverein Schleswig-Holstein rät beim Einkauf rezeptfreier Arzneimittel zur Fachberatung durch Ärzte und Apotheker. Ohne diese fachliche Kontrolle befürchtet der Verein gesundheitliche Risiken in der Selbstmedikation.

„Der rezeptfreie Verkauf von Medikamenten außerhalb der zugelassenen Apotheken ist nach unserer Einschätzung eine Gefahr für die Gesundheit vieler Menschen“, sagte der Vorsitzende des Vereins, Professor Günther Jansen. „Eine durch Ärzte und ortsnahe Fachapotheken nicht kontrollierbare Selbstmedikation durch Einkauf rezeptfreier Arzneimittel (OTC-Produkte) in Drogerieketten oder in sonstigen Verkaufsstellen ist nicht empfehlenswert. Letztendlich sind viele Medikamente nur deshalb ohne Rezept zu erhalten, weil die Patienten statt der Krankenkassen die Kosten tragen müssen“, so Jansen.

Diese Kostendämpfung darf nach Auffassung Jansens aber nicht auch noch die Gesundheitsrisiken in der Medikation erhöhen. Er empfiehlt Verbrauchern grundsätzlich bei allen Medikamenten eine Abstimmung mit dem Arzt, der auch für die nicht durch die Krankenkassen zu bezahlenden Medikamente ein sogenanntes grünes Rezept ausstellt. Vorteil für den Verbraucher: Der Arzt ist in der Lage, Wirkstoffe mit anderen verschreibungspflichtigen Medikamenten zu vergleichen und damit unerwünschte Wechselwirkungen von Arzneimitteln zu vermeiden. „Eine zusätzliche Sicherheit bietet die öffentliche Fachapotheke, in der eine qualifizierte direkte Beratung durch ausgebildete Pharmazeuten gewährleistet ist“, sagte Jansen.

Der Patientenombudsverein Schleswig-Holstein lehnt nicht nur konsequent die Abgabe von rezeptpflichtigen Medikamenten durch Internet-Versandapotheken über den Postweg oder in Verbindung mit Drogerieketten oder anderen Marktstrukturen ab, sondern empfiehlt allen Verbrauchern, auch frei verkäufliche Medikamente nur auf der Beratungsgrundlage von Ärzten und öffentlichen Apotheken einzukaufen. Hausarzt und Hausapotheke bilden eine geeignete Sicherheitsschiene für den Einsatz erforderlicher Medikamente im bedarfsgerechten Umfang.

Der Patientenombudsverein Schleswig-Holstein forderte den Gesetzgeber auf, die Gesundheit der Menschen in diesem Rahmen konsequent zu gewährleisten. An die Apotheken appellierte er, Kundenberatung und Medikamentenkontrolle zum Beispiel durch Fortbildung weiter auszubauen. Um Anbieter mit geringeren Fachkenntnissen und fehlender persönlicher Beratung vom Markt fern zu halten, empfiehlt der Verein Apotheken einen gemeinsamen Einkauf. Damit könnten Apotheken auch im Preiswettbewerb mit anderen Anbietern mithalten.

Ein großes Lob zollte der Vorsitzende des Patientenombudsvereins den Apotheken für die von ihnen geleisteten Nacht- und Notdienste sowie für ihre Beratungsarbeit über die millionenfache für die Verbraucher kostenlose Auflage der Broschüre „Rezeptfreie Arzneimittel aus der Apotheke“ sowie für die von den Apotheken kostenlos abgegebenen Kundenzeitschriften.

Mit dem Lob verknüpfte der Vorsitzende des Patientenombudsvereins aber auch die Aufforderung, Berichterstattung, Beratung und Werbung in diesen Medien konsequent auseinander zu halten. „Es darf nicht außer acht gelassen werden, dass für verschreibungspflichtige Medikamente nach wie vor ein Werbeverbot besteht. Dieses sollte im Schnittstellenbereich zu Medikamenten, die im Wesentlichen aus Kosteneinsparungsgründen rezeptfrei gestellt wurden, bedacht werden“, so Jansen.

Die Arztpraxis im Wahlkampf – wie weit dürfen Ärzte gehen?

Der Bundestagswahlkampf steht vor der Tür.
Manche sehen darin eine Chance, den Patienten ihre Position zur Gesundheitspolitik zu verdeutlichen. Dürfen Ärzte das?

Dr. med. Dirk Heinrich,
Vorsitzender der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände Hamburg, Präsident des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte

»Der Abwicklung nicht tatenlos zusehen«

Ihrer Verantwortung werden Ärzte nur gerecht, wenn sie sie auch aktiv wahrnehmen.

Die derzeitige Bundesregierung betreibt eine Politik, die gegen die niedergelassenen Ärzte gerichtet ist. Insbesondere werden die Praxen niedergelassener Fachärzte durch eine Aushöhlung ihrer finanziellen Basis, eine unnötige Konkurrenz durch Kliniken und eine irrsinnige Überbürokratisierung in ihrer Existenz bedroht. Die angesichts der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts notwendige Rationierungs- und Priorisierungsdiskussion wird von der Politik verweigert und auf die Ärzte in ihren Praxen verschoben.

Die negativen Auswirkungen der Gesundheitsreformen auf die ambulante medizinische Versorgung der Patienten werden nicht transparent gemacht. Wartelisten, Ausdünnung der Versorgung, weite Anfahrtsstrecken und ein vermindertes Angebot an medizinisch-technischen Untersuchungen sind jetzt schon spürbar. Dies wird sich in Kürze dramatisch verschärfen. Die Preise in der neuen Kassengebührenordnung sind katastrophal niedrig und machen technik- und personalintensive Leistungen unwirtschaftlich.

Gleichzeitig werden Ärzte systematisch durch Schwarzbücher und ständige Betrugsdiskussionen insbesondere von der Politik diskreditiert. Damit soll ihre Position geschwächt werden. Der Bundesregierung schwebt offensichtlich der Ausverkauf der niedergelassenen Arztpraxen an Konzerne und deren medizinische Versorgungszentren vor.

Ärzte sind aber nicht nur im engeren medizinischen Sinne für die Versorgung ihrer Patienten zuständig. Niedergelassene Ärzte tragen auch Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung. Daher ist es auch ihre Aufgabe, die Patienten auf Risiken in diesem Bereich aufmerksam zu machen. Darüber hinaus sind niedergelassene Ärzte auch verantwortliche Unternehmer, die ihre Mitarbeiter und deren Familien zu berücksichtigen und zu schützen haben. Und zu guter Letzt kann von niemandem erwartet werden, dass er bei existenzieller Bedrohung einfach nur zusieht, wie er „abgewickelt" wird. Da alle Appelle an die Politik zur Verbesserung der Lage niedergelassener Ärzte bislang ohne Erfolg geblieben sind, bleibt nur die Möglichkeit, die Misere öffentlich zu machen. Hierzu ist es nicht nur gerechtfertigt, die Arztpraxis zu politisieren, sondern es ist geradezu die Pflicht niedergelassener Ärzte, dies zu tun. Hierzu gehört zunächst die Aufklärung der Patienten über die oben genannten Folgen der Gesundheitsreformen im Wartezimmer mithilfe von Plakaten, Flyern und Wartezimmer-TV. Auch die politische Diskussion mit den so informierten Patienten im Sprechzimmer ist Teil dieser notwendigen Aufklärungsarbeit. Dabei werden die niedergelassenen Ärzte klar und deutlich die wahren Verursacher der Verschlechterungen nennen, nämlich die jetzt verantwortlichen Gesundheitspolitiker von SPD und CDU/CSU. Allen voran Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Im Wahljahr 2009 werden die niedergelassenen Ärzte aber noch einen Schritt weitergehen müssen. Konkrete Hilfe zur Wahlentscheidung im Herbst 2009 wird notwendig werden, da die gesundheitliche Versorgung Wahlkampfthema Nummer eins sein wird. Für Letztes werden die Aktionen der niedergelassenen Ärzte sorgen. Da die Aussagen zur Gesundheitspolitik der meisten Parteien nebulös bleiben, werden die niedergelassenen Ärzte ihren Patienten sagen müssen, welche Partei für ihre Gesundheit am unschädlichsten ist.

Ärzte tragen neben einer medizinischen Verantwortung auch eine gesellschaftliche. Dieser können sie nur gerecht werden, wenn sie die Verantwortung aktiv wahrnehmen. Die ambulante medizinische Versorgung in unserem Land ist hervorragend und beispielhaft für die ganze Welt. Die mutwillige Zerstörung dieses Systems aus ideologischen Gründen rechtfertigt jederzeit den Widerstand niedergelassener Ärzte gegen eben diese Zerstörung. Es kann von niedergelassenen Ärzten nicht erwartet werden, dass sie der Zerstörung ihrer Praxen, der Arbeitslosigkeit ihrer Mitarbeiter und der Verschlechterung der medizinischen Versorgung ihrer Patienten tatenlos zusehen.

FOTO: PRIVAT

„Wer tut uns allen weh? CDU und SPD!“ Solche Sprüche in einer Arztpraxis – das hätten Praxisinhaber früher rigoros abgelehnt. Heute hängt das Plakat der Freien Ärzteschaft mit der Headline „Diese Gesundheitspolitik macht krank“ in vielen Praxen. Ärzte nutzen den Bundestagswahlkampf, um die Patienten über die aus ihrer Sicht gescheiterte Gesundheitspolitik zu informieren – und schrecken dabei nicht davor zurück, ihre Abneigung gegenüber einzelnen Parteien und Politikern zu äußern. Andere halten diese Politisierung der Praxen für gefährlich und werfen Ärzten vor, ihre Position gegenüber den Patienten zu missbrauchen. Wie weit darf ein Arzt gehen? Was ist vertretbar, wo überschreitet er Grenzen? Scio will die Diskussion über das Thema anstoßen und stellt zwei konträre Meinungen zur Politik im Warte- und Sprechzimmer vor.

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Redaktion Scio, mediageno Verlags GmbH
Bahnhofstr. 1-3, 23795 Bad Segeberg
E-Mail: kontakt@mediageno.de

Info

Der Patientenombudsverein Schleswig-Holstein ist eine gemeinnützig anerkannte Institution. Er greift vorrangig Einzelprobleme von Patienten und Versicherten mit Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens auf. Dafür stehen sechs ehrenamtlich tätige Personen zur Verfügung. Ziel des Vereins ist es, berechtigte Interessen von Patienen und Versicherten im Rahmen des sozialen Sicherungssystems durchzusetzen.

Prof. Günther Jansen
Vorsitzender des Verein Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V.

»Der freie Arztberuf darf durch niemanden gefährdet werden – auch nicht durch Ärzte«

Ärzte arbeiten auf der Grundlage eines besonderen Berufsethos. Dies gilt es zu bewahren.

Die ungerechte Behandlung von GKV-Patienten nimmt erheblich zu. Privatpatienten werden von einem Teil der Ärzte ausdrücklich bevorzugt – insbesondere bei Terminvergaben. Ärzte scheuen sich nicht, Entsprechendes in ihren Wartezimmern zu plakatieren. Aber das war nur der Anfang problematischer Abläufe in manchen Praxen. Inzwischen politisiert ein Teil der Ärzte ihre Praxen parteipolitisch einseitig.

Ausgangspunkt ist die aktuelle Honorarreform – erneut eine komplizierte und überbürokratisierte Abrechnungssystematik mit vielen Ungerechtigkeiten in der Bewertung. Die Eckpunkte des neuen Systems haben KBV und Krankenkassen vereinbart beziehungsweise im gemeinsamen Bewertungsausschuss festgelegt. Also waren alle – auch die Ärzte – beteiligt. Gegenüber 2007 sind circa drei Milliarden Euro zusätzlich in das Honorarsystem der niedergelassenen Vertragsärzte geflossen. Offensichtlich hat niemand die Ärzte ausreichend informiert, dass Honorarzuwächse aus 2008 anzurechnen waren. Wenn es darüber hinaus in der komplizierten Verteilung dieser Mittel zu Verwerfungen und Ungerechtigkeiten gekommen ist, müssen diese beseitigt werden. Das gilt im Besonderen für einige Facharztgruppen und ganz speziell für die Orthopäden. Die Verantwortlichen in Politik, in den KVen und bei den Krankenkassen sind gefordert. Dafür bedarf es Sachargumente und keiner parteipolitischen Einseitigkeit. Die KVen haben einen öffentlich-rechtlichen Auftrag und müssen sich parteipolitisch neutral verhalten. Alle niedergelassenen Vertragsärzte sind Mitglied einer KV. Die parteipolitische Neutralität gilt daher auch bei der Erfüllung des Versorgungsauftrages in allen ärztlichen Praxen. Im geltenden Versorgungssystem ist es auch unzulässig, Patienten nicht zu behandeln, weil zum Beispiel in den letzten Wochen des Quartals das Regelleistungsvolumen verbraucht ist und weitere ärztliche Leistungen nur „abgestaffelt“ bezahlt werden. Es gilt nach wie vor die Behandlungspflicht im ganzen Quartal mit bedarfsgerechten Sprechstunden auf der Grundlage der vereinbarten Gesamtvergütung im KV-Bezirk. Alles andere ist Vertragsverletzung. Auf keinen Fall dürfen die teilweise zu Recht formulierten Beschwerden von Ärzten über ihr Honorar dazu führen, dass sie mit kranken Patienten während der medizinischen Behandlung in der Praxis parteipolitisch einseitig motivierte Therapiegespräche führen. Dazu zählt auch die Verunsicherung kranker Menschen über entsprechende Texte in den Wartezimmern. Das gehört sich nicht, das ist unethisch, das ist unzulässig.

Ziel muss es sein, Ärzte im Rahmen der bereitgestellten Gesamtvergütung möglichst leistungsgerecht zu vergüten. Ärzte müssen aber begreifen, dass auch in anderen Berufen nicht jeder Umsatz und jeder gewünschte Betriebsgewinn erreichbar ist. Dennoch liefern die Berufe ihre volle Arbeitszeit ab und akzeptieren schwankende Einkommen. Wenn in einem seit 1873 bestehenden staatlichen Sozialversicherungssystem Geld nicht unendlich zur Verfügung steht, ist es besser, das jetzige Honorarsystem immer wieder bedarfsgerecht anzupassen und auch mit seinen Schwächen zu leben, als in ein Gesundheitswesen mit staatlich angestellten Ärzten abzudriften. Dafür brauchen wir aber wieder mehr regio-nale Selbstverwaltung statt staatlichen Zentralismus.

Ärzte haben in unserer Gesellschaft nicht nur einen exzellenten Ruf, sondern arbeiten auf der Grundlage eines besonderen Berufsethos. Dies gilt es zu bewahren. Ihre Rechte werden die Ärzte in Zukunft nur erfolgreich durchsetzen, wenn sie sich nicht selbst auseinanderdividieren. Die KV war und ist (noch) eine starke Verhandlungspartnerin gegenüber Politik und Kassen.

Der Zerfall der Ärzteschaft in zusätzliche Organisationen und ein stetiges Abrücken von den Besonderheiten eines freien Berufes hin zur Angestelltentätigkeit in Großpraxen oder MVZ mit immer neuen Tätigkeiten aus dem bisherigen Kompetenzbereich der frei tätigen Fachärzte ist der falsche Weg. Es geht um den Erhalt eines freien Berufes – auch im Interesse der Patienten. Ich bitte die Ärzteschaft, ihre Praxen nicht parteipolitisch zu instrumentalisieren. Das haben sie trotz aller Probleme nicht nötig.

FOTO: DIRK SCHNACK

Rechtsberatung

Im Jahre 2008 hat der Verein Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V. das Serviceangebot für Rat suchende Patienten auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer kostenlosen rechtlichen Erstberatung erweitert. Patienten können nun von den Ombudsleuten bei rechtlichen Fragestellungen an eine Juristin verwiesen werden. Auch die Ombudsleute selbst können diese Beratung in Anspruch nehmen, um Teilaspekte ihrer Beratung in rechtlicher Hinsicht zu erhellen.

Für diese Aufgabe konnte mit Frau Rechtsanwältin Yvonne Vollmer aus Hamburg eine insbesondere in Fragen des Medizinrechts erfahrene Ansprechpartnerin gewonnen werden. Sie steht den Patienten seit Mai 2008 von Montag bis Freitag für eine telefonische Kontaktaufnahme zur Verfügung.

Das Angebot umfasst eine Erstberatung in sämtlichen Bereichen des Medizinrechts. Bisher betrafen die meisten Beratungen Behandlungsfehler. Andere Fragen drehten sich um Rechnungsstellung durch Ärzte und sonstige Leistungserbringer, (Nicht-)Leistungen der Krankenkassen sowie weitere Problemfelder, die im unmittelbaren Zusammenhang mit medizinischer Behandlung stehen.

Die Erstberatung eröffnet den Patienten eine kostenlose und unverbindliche Möglichkeit, Empfehlungen für das weitere Vorgehen und eine überschlägige Einschätzung der Erfolgsaussichten bei einer Rechtsverfolgung einzuholen.

Wir hoffen, mit diesem Angebot die Patientenrechte auf sinnvolle Weise stärken zu können.

Hans-Peter Bayer

MedFindex – Informationen für Patienten

Damit die Qualität und Aktualität der Daten gewährleistet werden kann, wurde auch im Sommer 2008 ein Datenabgleich aller Adresseinträge vorgenommen. Die Rücklaufquote für den Datenabgleich im Jahr 2008 betrug ca. 89 %.

Bis zum 31.12.2008 haben sich 18 neue Selbsthilfegruppen für einen Eintrag im MedFindex entschieden. Auch hat sich eine Selbsthilfegruppe, nach Nichtbeantwortung unseres Datenabgleiches im Jahr 2007, dafür entschieden ihre Daten wieder aktivieren zu lassen.

Bei den Besucherzahlen auf der Homepage www.medfindex.de, konnte ein Anstieg gegenüber dem Vorjahr erneut verzeichnet werden. So stieg die Zahl der „Visits“ (zusammenhängende Seitenabrufe) auf durchschnittlich ca. 8.700 pro Monat.

Auf der Homepage des MedFindex werden zur Zeit 353 Adresseinträge und 995 krankheitserläuternde Glossareinträge angezeigt.

Patrizia Hradetzky

Satzung des Vereins „Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.“

Präambel

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein und die Allgemeine Ortskrankenkasse Schleswig-Holstein gründen gemeinsam den Verein „Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.“ Der Verein ist offen für Einrichtungen, Organisationen und Einzelpersonen, die ausdrücklich aufgefordert sind, sich an der Trägerschaft des/der Patientenombudsmannes/-frau zu beteiligen. Eine angemessene Berücksichtigung in den Organen des Vereins ist beabsichtigt.

§ 1 Aufgaben

(1) Der Verein übernimmt die Trägerschaft für den Patientenombudsmann und die Patientenombudsfrau Schleswig-Holstein.

(2) Der Patientenombudsmann oder die Patientenombudsfrau hat die Aufgabe, in Angelegenheiten, die dadurch entstehen, dass Patienten und Patientinnen Anlass zur Beschwerde oder Kritik sehen, zu informieren, zu beraten und die Interessen der Patienten zu vertreten. Ärztinnen und Ärzte haben ebenfalls das Recht, sich an den Patientenombudsmann oder die Patientenombudsfrau zu wenden. Näheres regelt eine Geschäftsordnung.

(3) Der Verein wertet die Ergebnisse der Arbeit des Patientenombudsmanns/der Patientenombudsfrau aus und gibt Anregungen für erforderliche Veränderungen im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens.

§ 2 Name und Sitz

Der Verein führt den Namen: „Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.“

Sitz des Vereins ist Bad Segeberg.

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 3 Gemeinnützigkeit

(1) Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne des Abschnitts „Steuerbegünstigende Zwecke“ der Abgabenordnung. Der Verein ist selbstlos tätig.

Eine wirtschaftliche Betätigung wird nicht ausgeübt. Mittel des Vereins dürfen nur für die satzungsmäßigen Zwecke verwendet werden.

(2) Die Mitglieder erhalten keinen Gewinnanteil und in ihrer Eigenschaft als Mitglieder auch keine sonstigen Zuwendungen aus Mitteln des Vereins.

(3) Der Verein darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck des Vereins fremd sind oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen, begünstigen.

§ 4 Mitgliedschaft

(1) Mitglieder des Vereins können Einzelpersonen, juristische Personen und Gesellschaften werden.

(2) Die Aufnahme neuer Mitglieder erfolgt durch den Vorstand. Die Aufnahme kann ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden.

(3) Die Mitgliedschaft erlischt durch schriftliche Austrittserklärung mit einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Schluss eines Geschäftsjahres. Der Vorstand kann eine verkürzte Kündigungsfrist für den Austritt natürlicher Personen zulassen. Die Mitgliedschaft erlischt mit sofortiger Wirkung, wenn die Mitgliederversammlung dies wegen eines wichtigen Grundes mit zwei Drittel Mehrheit beschließt.

§ 5 Finanzierung

(1) Die erforderlichen Mittel des Vereins werden durch Beiträge der Mitglieder und Spenden aufgebracht.

(2) Die Beitragshöhe richtet sich nach einer gesondert zu beschließenden Beitragssatzung.

(3) Die bei der Zweckerfüllung anfallenden Personalkosten werden durch gesonderte Zuwendungen gemäß Beitragssatzung aufgebracht.

§ 6 Organe des Vereins

Organe des Vereins sind:

1. die Mitgliederversammlung
2. der Vorstand

§ 7 Mitgliederversammlung

(1) Die Mitgliederversammlung wählt aus ihrer Mitte eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden und eine stellvertretende Vorsitzende oder einen stellvertretenden Vorsitzenden.

(2) In jedem Geschäftsjahr wird mindestens eine ordentliche Mitgliederversammlung einberufen. Außerordentliche Mitgliederversammlungen sind nach Bedarf oder schriftlichen Antrag von mindestens einem Drittel der Mitglieder einzuberufen.

(3) Einladungen zur Mitgliederversammlung sollen unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen schriftlich unter Mitteilung der Tagesordnung erfolgen. In Eilfällen kann die Ladungsfrist auf fünf Tage abgekürzt werden.

(4) Die Mitgliederversammlung ist beschlussfähig, wenn ordnungsgemäß eingeladen ist.

(5) Die Beschlüsse der Mitgliederversammlung werden mit einfacher Mehrheit der erschienenen Mitglieder gefasst. Beschlüsse über Änderungen der Satzung und die Auflösung des Vereins bedürfen einer Mehrheit von drei Vierteln aller Mitglieder.

(6) Abstimmungen im schriftlichen Verfahren sind zulässig.

§ 8 Aufgaben der Mitgliederversammlung

(1) Die Mitgliederversammlung nimmt den Geschäftsbericht des Vorstandes, die Jahresrechnung und das Ergebnis der Rechnungsprüfung entgegen. Sie gibt sich eine Geschäftsordnung.

(2) Der Mitgliederversammlung obliegen:

a) Beschlussfassung über Satzungsänderungen und über eine Beitragssatzung

b) Wahl des Vorstandes

c) Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes

d) Wahl der Rechnungsprüfer

e) Feststellung des Wirtschafts- und Stellenplanes

f) Entscheidung über die Auflösung des Vereins

g) Entscheidung über den Ausschluss eines Mitglieds

h) Festsetzung der Entschädigung für die Vorstandsmitglieder

§ 9 Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus den Gründungsmitgliedern Ärztekammer Schleswig-Holstein und AOK Schleswig-Holstein sowie mindestens fünf weiteren Mitgliedern.

(2) Zur Koordination und Beratung sowie zur Wahrnehmung der Verwaltungsangelegenheiten bestimmt der Vorstand eine Geschäftsführung. Die Geschäftsstelle befindet sich bei der Ärztekammer.

(3) Die Vorstandsmitglieder werden von der Mitgliederversammlung für drei Jahre gewählt, sie bleiben bis zur Neuwahl im Amt. Bei Ausscheiden eines Vorstandsmitgliedes erfolgt eine Nachwahl für den Rest der Amtszeit.

(4) Der Vorstand wählt aus seiner Mitte eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden und die beiden stellvertretenden Vorsitzenden.

(5) Die Vorstandsmitglieder üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; damit verbundene Auslagen und Aufwendungen können erstattet werden. Dies wird durch eine Entschädigungsrichtlinie geregelt.

(6) Der Verein wird gerichtlich und außergerichtlich durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden oder gemeinsam durch die beiden stellvertretenden Vorsitzenden vertreten.

(7) Der Vorstand berät und beschließt über alle Angelegenheiten des Vereins, soweit die Satzung nichts anderes bestimmt. Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist. Zur Beschlussfassung ist die Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Die Bestellung und Entlassung eines/einer Patientenombudsmannes/der Patientenombudsfrau gemäß §10 Abs. 1 Nr. e) ist nur durch einstimmiges Votum des Vorstandes möglich.

§ 10 Aufgaben des Vorstands

(1) Dem Vorstand obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

a) Durchführung der laufenden Geschäfte des Vereins

b) Vorbereitung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung und deren Ausführung

c) Aufstellung des Wirtschafts- und Stellenplans

d) Verwaltung des Vereinsvermögens entsprechend dem Zweck des Vereins

e) Bestellung und Entlassung eines Patientenombudsmannes/einer Patientenombudsfrau

Der Vorstand setzt zur Durchführung der laufenden Geschäfte eine Geschäftsführung ein. Des Weiteren kann der Vorstand zur Vorbereitung von Beschlüssen Ausschüsse bilden und die Erledigung einzelner Aufgaben Ausschüssen übertragen. Zu den Ausschusssitzungen können Sachverständige hinzugezogen werden.

§ 11 Niederschriften

(1) Über Sitzungen der Mitgliederversammlung und des Vorstandes sowie der Ausschüsse des Vorstandes sind Niederschriften anzufertigen, die von der Sitzungsleitung und der Schriftführerin oder dem Schriftführer zu unterzeichnen sind.

(2) Die Niederschriften sind den Mitgliedern des jeweiligen Organs bzw. Ausschusses in Abschrift zu übersenden.

(3) Erfolgt kein Widerspruch innerhalb einer Frist von zwei Wochen, so gelten die Niederschriften als genehmigt; andernfalls sind sie in der nächsten Sitzung zur Erörterung zu stellen.

§ 12 Auflösung des Vereins

(1) Der Verein kann durch Beschluss der Mitgliederversammlung aufgelöst werden. Zu dem Beschluss ist die Mehrheit von drei Vierteln aller Mitglieder erforderlich.

(2) Bei Auflösung des Vereins oder bei Wegfall des Vereinszwecks oder bei Wegfall steuerbegünstigender Zwecke fällt das Vermögen an den Förderverein „Lehrstuhl Allgemeinmedizin e.V.“, Bad Segeberg, der es unmittelbar und ausschließlich für gemeinnützige Zwecke zu verwenden hat.

1. Vorsitzender:	Prof. Günther Jansen
Stellvertreter:	Dr. med. Franz-Joseph Bartmann (Ärztekammer SH)
	Dr. Dieter Paffrath (AOK SH)

Mitglieder des Vereins:

(2008)

Ärztekammer Schleswig-Holstein, AOK Schleswig-Holstein, Diakonisches Werk Schleswig-Holstein, Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft Schleswig-Holstein, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Sozialverband Deutschland e.V. Landesverband Schleswig-Holstein, Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein e.V., Berufsverband der Dt. Chirurgen e.V. Landesverband Schleswig-Holstein, Deutsches Rotes Kreuz e.V. Landesverband Schleswig-Holstein, Apothekerverband Schleswig-Holstein e.V., Landfrauenverband Schleswig-Holstein e.V., IKK Nord, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Landesverband Nordwest e.V., Marburger Bund Landesverband Schleswig-Holstein, Vdek Landesvertretung Schleswig-Holstein, Dräger & Hanse Betriebskrankenkasse, Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg, Betriebskrankenkasse Gruner & Jahr, Asklepios Klinik Bad Oldesloe, Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e.V., Lubinus Clinicum GmbH & Co.KG, Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Schleswig-Holstein e. V., Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg, Malteser Krankenhaus St. Franziskus Hospital, BKK Landesverband Nord,
Seniorenheim Fürst Bismarck, Ratzeburg, Seniorenheim Donatus, Bad Bramstedt, Ambulanter Pflegedienst Wacken, Gesundheits- und Krankenpflege zu Hause, Ahrensburg, Ihr Pflegepartner, Lübeck, Alten- und Pflegeeinrichtung, Lübeck/Schlutup, Seniorenheim Huus Moorschift, Husum, Seniorensitz Haus Bielenberg, Breklum-Riddorf, Seniorenheim Am Danewerk, Schleswig, Altenpension Am Waldessaum, Hoisdorf, Senioren- und Pflegeheim Haus Berlin, Neumünster, Seniorenpflegeheim Haus am Mühlenstrom, Schafflund, Kranken- und Behindertenservice Lübeck, Seniorenheim Haus Ingrid, Bad Oldesloe, Seniorenhaus Sonnenhof-Rosengarten, Lunden, Seniorenresidenz, Burg/Fehmarn, Agnes Seniorenresidenz, Agethorst, Haus Mühlental, Schenefeld, Das Haus im Park, Norderstedt, Senioren- und Therapiezentrum Haus an der Stör, Itzehoe, Stiftung Diakoniewerk, Kropp, Die häusliche Kranken- und Seniorenpflege, Ratzeburg, Haus Itzstedt, Seniorenzentrum 3 Wellen, Damp, Bliev to Huus, Kaltenkirchen, SK-mobil, Bad Segeberg; Krankenpflegeteam, Kiel
und Einzelpersonen

Impressum
Jahresbericht des Vereins Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.
V. i. s. d. P.: Prof. Günther Jansen (Vorsitzender)

Für namentlich gekennzeichnete Berichte steht der Autor/die Autorin.
Anschrift für alle Autoren:
Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V.
Bismarckallee 8-12
23795 Bad Segeberg
Druck: Grafik und Druck, Kiel