

KURZPROTOKOLL

der 16. Sitzung der Enquete-Kommission
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“
am Mittwoch, dem 24. März 2021, 15:30 Uhr,
in Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitz: Abg. Jörg Heydorn

TAGESORDNUNG

1. Öffentliche Anhörungen zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern
2. Sitzungen am 21.04.2021 und 28.04.2021
3. Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

PUNKT 1 DER TAGESORDNUNG

Öffentliche Anhörungen zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Vors. **Jörg Heydorn** eröffnet die 16. Sitzung der Enquete-Kommission und begrüßt die Sitzungsteilnehmer im Saal und diejenigen, die per Video zugeschaltet sind. Die Kommission beschäftige sich heute mit dem Thema der Gesundheitsversorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Er bittet die zugeschalteten Personen darum, ihr Mikrofon auszuschalten, wenn sie gerade nicht sprechen. Dies vermeide einen Wiederhall. Bei Fragen an die Anzuhörenden solle in den Chat geschrieben werden. Die Wortbeiträge würden dann nacheinander aufgerufen werden. Er weist darauf hin, dass der Chatinhalt für alle im Saal anwesenden Personen sichtbar sei. Dies betreffe auch private Nachrichten. Bei Abstimmungen rufe er die Mitglieder einzeln auf. Er bitte darum, das Mikrofon nur zur Stimmabgabe einzuschalten. Frau Anja Schießer, die selbst Mitglied der Kommission sei, sei heute als Anzuhörende anwesend und werde ihre Kolleginnen und Kollegen vorstellen sowie einen Überblick über die Struktur der Patientenvertretungen im Land geben. Abschließend werde sie etwas zur Patientenorientierung und -beteiligung in Mecklenburg-Vorpommern sagen.

Anja Schießer (SELBSTHILFE MV e. V) freue sich, dass die Nachholung der eigentlich für Anfang November geplanten Sitzung nun erfolgen könne. Aufgrund der rein ehrenamtlichen Strukturen der Patientenorganisationen dauere es noch mehrere Jahre, bis jeder online agieren könne. Sie habe in den Verbänden gefragt, wer an der Sitzung teilnehmen wolle. Hätte man alle Interessenten eingeladen, wäre es eine Ganztagesveranstaltung geworden. Man habe sich auf eine kleine Teilnehmerzahl einigen können. Zugeschaltet sei Herr Jörg Foitzik (Deutsche Rheuma-Liga MV e. V.) zum Thema Versorgung chronisch kranker Kinder. Im Saal anwesend seien Herr Gerold Ahrens (Vorsitzender Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew MV e. V.), der zur fachärztlichen Versorgung Stellung nehmen werde, Frau Karin Glause (Landessprecherin Deutsche Parkinson Vereinigung e. V.), die zur geriatrischen Versorgung sprechen werde, und Herr Thomas Warning (Vorsitzender Landesverband Seelische Gesundheit MV e. V.) zum Thema Versorgung bei psychischen

Erkrankungen. Herr Helmut Mädel (Landessprecher Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V.) nehme per Videozuschaltung teil und werde zur Versorgung seltener Erkrankungen ausführen. Vor Ort sei zudem Herr Hans-Joachim Walter (Mukoviszidose e. V.), der seinen Schwerpunkt auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung aus Patientensicht legen werde. Frau Dr. Antje Bernier (Vorsitzende der Lebenshilfe MV e. V.), die zugeschaltet sei, werde über die Barrierefreiheit in der gesundheitlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern berichten. Frau Dr. Bernier habe zum Thema „Barrierefrei planen und bauen“ promoviert und sei die Behindertenbeauftragte der Hochschule Wismar. Abschließend werde sie selbst nochmal zum Thema Patientenorientierung und Patientenbeteiligung sprechen. Danach könnten gerne Fragen gestellt werden. Ihr Vortrag sei in zwei Teile geteilt. Zuerst sage sie etwas zu Struktur, Aufgaben und Legitimation von Patientenorganisationen. Es stelle sich die Frage, ob Selbsthilfe auch gleich immer Patientenorganisation sei. Dies sei zu verneinen, da es viele Formen von Selbsthilfe gebe. Wenn man „Selbsthilfe“ google, erhalte man derzeit über 13 Millionen Einträge. Es gebe z. B. die „Autoselbsthilfe Mecklenburg-Vorpommern“, bei der sich Personen zusammen eine Werkstatt mieteten und an Autos schraubten. Dies zeige, Selbsthilfe weise nicht immer einen Gesundheitsbezug auf. So gebe es auch soziale Selbsthilfe und ganz viele verschiedene andere Formen. Es handele sich auch nicht immer um eine Organisation. Es gebe viele Aktive in der Selbsthilfe, aber nicht jeder besitze die Legitimation, für andere Patientinnen und Patienten zu sprechen. Bei den heute Anwesenden handele es sich um Vertreter gesundheitsbezogener Selbsthilfestrukturen mit einem Patientenmandat. Patientenorganisationen seien in den meisten Fällen als eingetragener Verein organisiert. Dies bedeute Transparenz, was Zuwendungen und Ausgaben betreffe sowie Unabhängigkeit. Häufig höre sie, dass gerade gesundheitsbezogene Selbsthilfe pharmagesteuert sei. Dies könne sie für Mecklenburg-Vorpommern überhaupt nicht bestätigen. Sie habe gerade die zweite Untersuchung zum Thema Finanzierung von Landesorganisationen der Selbsthilfe in Mecklenburg-Vorpommern abgeschlossen und diese habe gezeigt, Sponsoring und Sponsoring seien hier völlig unterentwickelt. Von der Pharmaindustrie fließe sehr selten Geld und wenn, dann mache es im Gesamthaushalt gar nichts aus. Was die zu 99 % ehrenamtlichen Organisationen auszeichne, sei Hilfe auf Gegenseitigkeit. Jede Patientenorganisation für sich sei eine Solidargemeinschaft. Es werde die

Betroffenperspektive anhand von Erfahrungskompetenzen dargestellt. Es handele sich um Leute, die jahrelang durch das Gesundheitssystem gelaufen seien, dabei erhebliche Mankos festgestellt und sich dann zusammengefunden hätten, um gemeinsam etwas dagegen zu tun. So wie sich Krankenhäuser oder Ärzte Strukturen gegeben hätten, hätten sich auch Patienten Strukturen gegeben. Diese organisierten sich über Gruppen, Ortvereine/Ortsverbände, Landesverbände, Bundesorganisationen, europaweit und auch weltweit in Patientennetzwerken. Es gehe daher nicht um einen kleinen Kreis von Unzufriedenen. Die Geschichte einer Selbsthilfeorganisation sei immer die Antwort auf einen gesellschaftlichen Mangel. Erste Selbsthilfeorganisationen habe es bereits nach dem 1. Weltkrieg gegeben. Zusammengeschlossen hätten sich insbesondere Kriegsversehrte und vor allem die durch den Einsatz von Giftgas Geschädigten. Es habe, auch wenn dies oft bestritten werde, Selbsthilfe in der DDR gegeben. Der Gehörlosen- und Schwerhörigenverband sowie der Blinden- und Sehschwachenverein seien reine Betroffenenorganisationen gewesen. Nach 1990 sei nichts im Gesundheitswesen so geblieben, wie es zuvor gewesen sei. Sie wolle dies am Beispiel der Rheuma-Dispensaire zeigen, da sie letztes Jahr zum 30. Jahrestag der Rheuma-Liga dazu einen Vortrag gehalten habe. Sie hätte die Gelegenheit gehabt, bei einer ehemaligen Dispensaire-Schwester in die Unterlagen zu schauen. Es sei erstaunlich, für was diese alles zuständig gewesen seien. Es sei um Vor- und Nachsorge, das Leiten durch das System und das Schaffen von Versorgungsketten gegangen. Die Schwester habe dem Rheuma-Patienten sogar zusätzliche Kohlen-Karten besorgen müssen, damit dieser zur Linderung seiner Beschwerden ausreichend heizen könne. Nach der Wende habe sich plötzlich jeder allein um alles, wie Hilfsmittel und Medikamentenversorgung, kümmern müssen. 1990 habe es dann die ersten Gründungen von Landesverbänden in Mecklenburg-Vorpommern gegeben. Betroffene hätten sich zuerst in Gruppen zusammengefunden und im Laufe der Zeit die Landesverbände gegründet, immer von Betroffenen für Betroffene, dezentral organisiert und am Anfang ausschließlich ehrenamtlich. Es sei auch damals schon um gegenseitige Hilfe gegangen. Dies habe sich im Laufe der Jahre entwickelt. Mittlerweile böten mehrere Vereine Funktionstraining und Patientenschulungen an. Um die verschiedenen Organisationen zu verknüpfen, sei 1993 der Dachverband der Selbsthilfeorganisationen gegründet worden, der heute SELBSTHILFE MV e. V. heiße. Ziele seien die gemeinsame Vertretung von

Patienteninteressen gegenüber der Politik, der Verwaltung, Kostenträgern und Leistungserbringern. Dabei würden Synergien genutzt. Mittlerweile habe die SELBSTHILFE MV 25 Landesorganisationen unter ihrem Dach. Dinge gemeinsam zu tun, helfe. Die Basis sei die Unterstützung von ehrenamtlich Aktiven. Die in den Landesverbänden hauptamtlich Tätigen könne man an einer Hand abzählen. Zudem werde versucht, das System im Sinne der Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln. Heute finde die erste Anhörung statt, in der die Anzuhörenden keinerlei finanzielle Interessen hätten. Es gehe ausschließlich darum, das System zu verbessern. Auf Bundesebene gebe es den Dachverband Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE mit mittlerweile 120 Bundesverbänden, 12 Landesstrukturen und sieben Fachgesellschaften. In diesen organisierten sich mehr als eine Million Betroffene in über 6.000 örtlichen Gruppen und Vereinen. Weiterhin gebe es Selbsthilfe bei Wohlfahrtsverbänden, Sozialverbänden und „freien“ Organisationen. Des Weiteren gebe es die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen mit ihrem Dachverband der NAKOS. Es werde unterschieden zwischen den Betroffenenorganisationen als originäre Selbsthilfe und den unterstützenden Strukturen. Die originäre Selbsthilfe, also Hilfe von Betroffenen für Betroffene, werde in Mecklenburg-Vorpommern vor allem von der SELBSTHILFE MV mit 230 Ortsgruppen und -vereinen und 25 Landesverbänden mit circa 15.000 Mitgliedern betrieben. Es gebe zwei weitere Patientenorganisationen mit 10 bis 15 Ortsgruppen und -vereinen und etwa 900 Mitgliedern im Land, die nicht Mitglied in der SELBSTHILFE MV seien. Zudem gebe es „freie“ Gruppen und Einzelkämpfer, die sich keiner Gruppe anschließen wollten. Diese seien oft sehr aktiv und rege, auch in Bezug auf politischen Kontakte. Diese sprächen jedoch immer nur für sich. Die SELBSTHILFE versuche, diese Personen miteinzubeziehen, aber ihr sei wichtig, immer für eine möglichst große Gruppe von Patientinnen und Patienten zu sprechen. Unterstützerstruktur gebe es im Land Mecklenburg-Vorpommern ebenfalls. Bei den Arbeitsschwerpunkten jeder originären Selbsthilfeorganisation, egal ob Gruppe, Landesverband oder Bundesverband, gebe es die Säulen Aufklärung, Beratung und Information. Dies betreffe die Betroffenen, ihre Angehörigen, die Öffentlichkeit sowie Entscheidungsträger. Die Themen einer Arbeitsgruppe in einer normalen Arbeitswoche beträfen überwiegend Patiententhemen.

Jörg Foitzik (Deutsche Rheuma-Liga MV e. V.) erklärt, seine Tochter leide seit ihrem zweiten Lebensjahr an Rheuma. Seit 2004 sei er im Landesverband der Deutschen Rheuma-Liga aktiv und gleich von dem damaligen Präsidenten Prof. Kaiser ermutigt worden, im Vorstand mitzuarbeiten, sodass er seitdem Vizepräsident des Vereins sei. Er versuche, die Gesamtsituation für die Betroffenen zu verbessern. Heute werde er zum Thema der Versorgungsstrukturen rheumakrankter Kinder und Jugendlicher bis hin zum Übergang ins Erwachsenenalter, der sogenannten Transition, referieren. Dabei wolle er vier Schwerpunkte setzen. Hinsichtlich der Versorgungsstrukturen gebe es zwei stabile Punkte im Land, nämlich die Universitätsklinik in Greifswald und eine Niederlassung in Schwerin, wo es Pädiater mit dem Schwerpunkt rheumatische Erkrankungen gebe. Auch im Bereich Rostock gebe es durch die Uniklinik Versorgungsstrukturen, jedoch habe man dort gerade eine Fachkraft, Herrn Dr. Speth, an die Hansestadt Hamburg verloren. Mit diesem sei aber weiterhin eine Zusammenarbeit möglich. Viele Eltern führen mit ihren Kindern nach Hamburg, um eine bestmögliche Versorgung zu erhalten. Große Rheumazentren und damit Gesundheitstourismus gebe es auch in Münster Sendenhorst und Garmisch-Partenkirchen. Andere Familien nähmen auch die rheumatische Versorgung in Berlin wahr. Die Versorgung im Land sei ausbaufähig. Die Versorgung in den Ballungszentren sei relativ stabil und gut ausgebaut, im ländlichen Bereich gebe es eine Unterversorgung. Dies betreffe nicht nur rheumatische Erkrankungen, sondern generell die medizinische Versorgung. Es gebe damit Unterschiede bei den Therapiemöglichkeiten zwischen Stadt und Land. Dringender Nachholebedarf werde bei der spezialärztlichen Versorgung gesehen. Bei rheumatischen Erkrankungen rede man über ein Krankheitsportfolio. Ein Engpass sehe er insbesondere bei den seltenen rheumatischen Erkrankungen. Wichtig sei, eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Dabei stehe sein Verein immer in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Ärztekammer. Diskussionen erfolgten nahezu auf Augenhöhe. Zudem würden fachärztliche Netzwerke gefördert. Insbesondere im Hinblick auf den Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter ändere sich sehr viel. Es müsse sichergestellt werden, dass gut laufende Therapien nicht aufgrund solcher Engpässe beendet werden müssten oder gar verloren gingen. Es müssten auch das Arzt-Patienten-Verhältnis gestärkt und eine Transitionssprechstunde gesichert werden. Eine Sprechstunde mit Kindern und Jugendlichen sei ganz anders zu

bewerten als eine Sprechstunde mit Erwachsenen. Erwachsene hätten nur kleine Berührungspunkte mit ihrem Arzt. Bei Kindern und Jugendlichen gebe es deutlich mehr Möglichkeiten und Zeit für die Behandlung. Innerhalb der therapeutischen Behandlung sei es wichtig, dass die Therapeuten befähigt würden, pädiatrisch zu therapieren. Das Bindeglied solle die Selbsthilfe bilden, die mit sogenannten Selbstmanagementkursen erfolgreiche Therapie unterstütze. Die Deutsche Rheuma-Liga sehe sich dort federführend. Als Änderungsbedarf bei der Versorgung wünsche er die Schaffung nachhaltiger Strukturen, die sich im Land etablierten. Diese seien notwendig, um funktionierende Netzwerke zu bilden und so langfristig gute Betreuungs- und Therapiemöglichkeiten zu sichern. Sogenannte halbe Stellen in Kliniken könnten keine langfristig gute Versorgung sicherstellen. Mit dem Gesetzgeber und den Geschäftsführern in den Kliniken müsse dazu verhandelt werden, um sichere Strukturen zu schaffen. Auch bei der Rheumatherapie müsse die Unterversorgung im ländlichen Bereich überwunden und Therapiemöglichkeiten auch im ländlichen Raum gestärkt werden. Die Rheuma-Liga unterstütze hier mit ihrem Funktionstraining, welches in Kooperation mit den Krankenkassen organisiert werde. Zudem müsse auch die spezialärztliche Versorgung flächendeckend gesichert werden. Der erkrankte Mensch solle eine „Rundum-Sorglos-Behandlung“ vorfinden und sich wohl fühlen, was wiederum sehr wichtig für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung und eine eventuelle Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt sei. Es müsse umgedacht werden. In Deutschland sei das investive Denken etwas vergessen worden. Es werde in „Euro“ gedacht. Wer aber heute investiere, könne morgen profitieren. Man benötige nachhaltige Ausbildungskonzepte an den Universitäten oder an ausbildenden Stellen. Lehrstühle seien zum Teil verloren gegangen und könnten nicht nachbesetzt werden. Einem Fachkräftemangel, der nicht nur in Mecklenburg-Vorpommern herrsche, sei entgegenzuwirken. Vorhandene Fachkräfte gelte es zu stärken und zu halten. Es werde viel davon geredet, Ärzte und Pfleger mit Geld und zusätzlichem Personal zu stärken. Davon sei derzeit nicht viel zu merken. Seines Erachtens könne auch über eine Sonderbudgetierung nachgedacht werden, um die Fachkräfte im Land zu halten. Er wolle nicht nur Forderungen stellen, sondern auch darlegen, was Betroffene täten. Durch diese würden ein „Therapietourismus“ und damit lange Anfahrtswege zu Fachärzten akzeptiert, um eine gute Versorgung in Anspruch nehmen zu können. Auch lange Wartezeiten würden geduldet. Eine sogenannte Transition light sei sehr

wichtig für den Übergang ins Erwachsenenalter. Die Schlagworte Urlaub, Schule und Ausfall gingen einher mit Anreisen zu Fachärzten. Ausfallzeiten müssten nachgeholt werden. Die Deutsche Rheuma-Liga leiste bereits einen Beitrag zu einer guten Therapie.

Gerold Ahrens (Vorsitzender Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew MV e. V.) führt an, er sei 63 Jahre alt und seit 49 Jahren Morbus-Bechterew-Patient. Dies sei eine entzündlich rheumatische Entzündung der Gelenke. Es gebe zu wenig Fachärzte in Mecklenburg-Vorpommern, da es praktisch in allen Regionen einen Einstellungsstopp für Fachärzte in allen Bereichen gebe. In manchen Gebieten werde eine Überversorgung von weit über 140 Prozent des Planbedarfes angenommen. Die Zahlen seien von 2018 und die Einwohnerzahl von 2016 und somit sehr veraltet. Bei der physikalischen und rehabilitativen Medizin gebe es in Mecklenburg-Vorpommern zwei freie Stellen. In Stralsund, wo er lebe, habe es für die physikalische und rehabilitative Medizin kurzzeitig einen Facharzt gegeben. Dieser habe seine Praxis aber nach einem halben Jahr aufgeben müssen, da er seine Patienten angemessen habe versorgen wollen. Die KV habe erhebliche Kürzungen vorgenommen, da er zu viel verschrieben habe. Für die anderen Bereiche gebe es einen Einstellungsstopp, sodass Ärzte keine Praxen eröffnen dürften. In Vorpommern-Rügen gebe es zwei halbe Fachärzte-Stellen für Rheumatologie. In Stralsund gebe es einen Facharzt, der nur zweimal die Woche für jeweils drei Stunden praktizieren dürfe. Insoweit sei nicht nachvollziehbar, wie eine Überversorgung von über 140 Prozent zustande komme. Auffällig sei eine Häufung von Fachärzten in Ballungszentren. Die KV verwende Zahlen, die nicht aktuell seien und könnten damit nicht den tatsächlichen Bedarf wiedergeben. Es stelle sich die Frage, wenn überall private Marktwirtschaft herrsche, warum dies nicht bei den Ärzten der Fall sein dürfe. Patienten bemängelten immer wieder, dass zu wenig Fachärzte zur Verfügung stünden. Entsprechend dem Memorandum wünsche sich sein Verein in Mecklenburg-Vorpommern mindestens zwei Vollzeitstellen je 100.000 Einwohnern. In dem Memorandum werde detailliert aufgeschlüsselt, was die Arbeitsbereiche des Rheumatologen seien. Für den Landkreis Vorpommern-Rügen mit 225.889 Einwohnerinnen und Einwohnern per 30.09.2020 bedeutete dies, dass dort mindestens vier Rheumatologen tätig sein müssten. Tatsächlich gebe es dort nur zwei halbe Stellen, davon eine in Ribnitz-

Damgarten und eine in Stralsund. Es werde kein Weg gefunden, dies zu ändern. Er habe bereits vor ein paar Jahren bei der KV angefragt. Diese sei der Meinung, es gebe genügend Rheumatologen. Rheuma und Rückenschmerzen seien die Volkskrankheit Nummer drei und er wünsche eine engere Einbindung von Patientenorganisationen bei der Erstellung von Bedarfsplanungen. Das angeführte Memorandum sei über einen Link abrufbar.¹

Hans-Joachim Walter (Mukoviszidose e. V.) lade die bisherigen Redner ein, im erweiterten Landesausschuss mitzuarbeiten. Er benötige dort kompetente Leute, um die aufgezeigten Missstände auszumerzen.

Anja Schießler berichtet über Karin Glause (Landessprecherin Deutsche Parkinson Vereinigung e. V.), diese sei von Hause aus Medizinerin und seit langem Sprecherin ihrer Vereinigung. Die Deutsche Parkinson Vereinigung in Mecklenburg-Vorpommern sei kein eigenständiger Landesverband, sondern eine nicht rechtsfähige Untergliederung eines Bundesverbandes. Frau Glause werde zur geriatrischen Versorgung sprechen.

Karin Glause (Landessprecherin Deutsche Parkinson Vereinigung e. V.) führt an, sie gehöre seit 1996 zu den ehrenamtlich Tätigen in der Deutschen Parkinson Vereinigung und seit 2009 sei sie die Landesbeauftragte für Mecklenburg-Vorpommern. Es gebe keinen eigenen Landesverband, um Kosten zu sparen. Zudem sei das notwendige Personal dafür nicht vorhanden. Auch für die älteren Menschen fehle es an Fachärzten, um eine ausreichende Versorgung zu sichern. Sie vertrete eine Patientengruppe, die zu circa 75 Prozent aus über 60-jährigen bestehe und davon seien etwa 50 Prozent über 75 Jahre alt. Es gebe aber auch wenige junge Parkinsonpatienten. Zusätzlich zu den geriatrischen Problemen hätten diese Patienten im Tagesverlauf besser bewegliche und schlechter bewegliche Zeiten. Die Parkinsonerkrankung sei eine fortschreitende Erkrankung, sodass eine Rückführung der Patienten in den ersten Arbeitsmarkt auch durch gute Behandlung nicht möglich sei. Die Gestaltung des Tages eines Parkinsonpatienten sei durch zeitlich festgelegte Einnahmezeiten der Medikamente bestimmt. Es müsse ein gleichmäßiger

¹ https://dgrh.de/dam/jcr:a5d3d1bb-0048-483a-a98c-26d85397fa23/Memorandum_DGRh2017.pdf

Medikamentenspiegel im Gehirn gehalten werden, um das fehlende Dopamin annähernd ersetzen zu können. Die Einnahme müsse außerdem in einem bestimmten Abstand zu den Mahlzeiten erfolgen, beispielsweise eine Stunde vor dem Essen oder zwei Stunden nach dem Essen, um wirken zu können. Allein diese Tatsache erschwere es diesem Patientenkreis, Arztbesuche zu planen und in Übereinstimmung mit den angebotenen Terminen zu bringen. Die geriatrische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern sei für diese Altersgruppe nicht gesichert. Es seien nicht ausreichend barrierefreie Arztpraxen vorhanden. Das betreffe sowohl Hausarztpraxen als auch Facharztpraxen. Bei der bekannten Terminproblematik kämen dadurch noch zu viele Arztpraxen für die Behandlung von geriatrischen und anderen beeinträchtigten Menschen nicht in Frage. Es stelle sich die Frage, wie ein Parkinsonpatient, der wegen akuter schlechter Beweglichkeit zum Arzt, z. B. zum Neurologen, gehen wolle bzw. müsse, bis in die oberen Etagen ohne Fahrstuhl kommen solle. Besonders problematisch sei die Versorgung in den ländlichen Bereichen. Dort gebe es keine Neurologen. Zudem bekomme man schwer Termine beim Neurologen. Es sei nicht zu verstehen, dass die KV dort nicht tätig werden könne. Der Wettbewerb „seniorenfreundliche Gemeinde“ habe in dieser Hinsicht keine Fortschritte gebracht. Ein Neurologe in ihrer unmittelbaren Umgebung sitze in der oberen Etage. Hausärzte seien im ländlichen Bereich nicht mit einer Dichte vorhanden, die den alten Patienten weite Fahrwege, die oft nur mit fremder Hilfe möglich seien, ersparten. Sie sei kein Ostalgiker, müsse aber sagen, dass die Gemeindeschwesternstationen zu DDR-Zeiten in dieser Hinsicht eine sehr gute Lösung gewesen seien, da der Hausarzt an ein bis zwei Tagen und z. B. der Zahnarzt einmal in der Woche dort Sprechstunden und Behandlungen durchgeführt habe. Man tendiere wieder in diese Richtung und ein Großteil der Betreuung könnte auf diesem Weg erfolgen. Als große Errungenschaft durch die Initiative des Bürgermeisters werde heute z. B. die Versorgung in Woldegk angesehen. Dort gebe es ein Zentrum, eine Art Poliklinik, in dem verschiedene Fachärzte an bestimmten Tagen praktizierten. Woldegk habe jedoch einen Einzugsbereich von knapp 50 km Umland und diese Entfernungen müssten erst einmal durch die geriatrischen Patienten bewältigt werden. Dies sei ein Ansatz, aber keineswegs eine zufriedenstellende Möglichkeit der Verbesserung der geriatrischen Versorgung. Wenn für die Arztbesuche ein Krankentransport oder ein Taxi genutzt werden müssten, fielen nicht unerhebliche Kosten und oft stundenlange Wartezeiten

nach der Behandlung, um wieder nach Hause zu kommen, an. Für einen Parkinsonpatienten, der zu ganz bestimmten Zeiten essen und seine Medikamente nehmen müsse, sei dies nicht zumutbar. Die geriatrische Ausrichtung in den einzelnen Facharztbereichen sei stark verbesserungswürdig. So habe z.B. ein 86-jähriger Parkinsonpatient wegen einer Fußfraktur Unterarmgehstützen erhalten, die er aber nicht habe benutzen können, da ihm nicht nur wegen seiner Parkinsonerkrankung die Armkraft gefehlt habe, sondern auch aufgrund seines Alters. Außerdem sei es für alte Menschen schwierig, Ärzte mit geriatrischer Ausrichtung zu finden, da es im ambulanten Bereich kaum welche gebe oder diese nicht entsprechend gekennzeichnet seien. Sie habe dazu auf Grundlage von Angaben aus dem Internet am 27.10.2020 eine Statistik erstellt, aus der die Auswirkungen eines Flächenlandes deutlich würden. In ganz Mecklenburg-Vorpommern gebe es eine geriatrische Ausrichtung im ambulanten Bereich bei vier Internisten, einem Neurologen, drei Allgemeinmediziner und einem Psychiater mit Psychotherapie (im MVZ). Diese gebe es jedoch bei keinem Orthopäden. Bei weiteren Ärzten habe sie keinen Hinweis auf geriatrische Spezialisierung finden können. Im stationären Bereich sehe es etwas besser aus, jedoch müsse beachtet werden, wie viele Krankenhäuser es in Mecklenburg-Vorpommern gebe. Dort habe sie eine geriatrische Ausrichtung bei sechs Internisten, fünf Neurologen, zwei Psychiatern mit Psychotherapie, einem Allgemeinmediziner, einem Allgemeinchirurgen und einem Anästhesisten finden können. Sie erlebe immer wieder, dass erstellte Merkblätter mit den besonderen Bedürfnissen des Parkinsonpatienten bei Operationen nicht beachtet würden. Die geriatrische Ausrichtung in den Reha-Kliniken weise einen Internisten, zwei Allgemeinmediziner und zwei Neurologen auf. In geriatrischen Reha-Kliniken seien es acht Internisten, vier Neurologen, zwei Allgemeinmediziner und ein Anästhesist. Hiermit werde sehr deutlich, dass im Hausarzt- und Facharztbereich auf keinen Fall von einer geriatrischen Versorgung gesprochen werden könne, die der Altersstruktur des Landes entspreche. Dies betreffe insbesondere die besondere Problematik bei Parkinsonbetroffenen und sicher auch bei anderen Krankheitsbildern. Es gehe auch um den Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben von kranken alten Menschen, deren Kinder durch den Arbeitsprozess oft nicht in der Lage seien, die Transportwege zu realisieren. Krankentransporte seien in solchen Fällen oft keine gute Lösung. Prof. Maik Gollasch habe am 24.02.2021 in dieser Kommission einen umfassenden Bericht

zur augenblicklichen Situation gegeben. Sie habe sich diesen angesehen und sei entsetzt gewesen. Die Tatsache, dass er in 3- bis 4-facher Funktion tätig sei, nämlich als Chefarzt des altersmedizinischen Zentrums und Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin und Geriatrie am Kreiskrankenhaus Wolgast, Direktor der Klinik und Poloklinik für Innere Medizin D-Geriatrie und Inhaber des Lehrstuhls für Innere Medizin und Geriatrie an der Universität Greifswald, kennzeichne die Situation, in der sich die geriatrische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern befinde. Wenn er habe feststellen müssen, dass den geriatrischen Patienten in 40,6 Prozent der Fälle bei der Volkskrankheit Bluthochdruck keine Medikamente verordnet worden seien, spreche das Bände. Nur 58 Prozent hätten die erforderliche Kombinationstherapie erhalten. Sie stelle sich die Frage, ob es nicht so wichtig sei, alte Menschen mit entsprechenden Medikamenten zu versorgen. Mit einem richtig eingestellten Blutdruck könne man sehr gut leben und es würden Schlaganfälle verhindert. Man müsse sich fragen, welchen Hintergrund diese Tatsache habe. Das sei nur ein Beispiel aus seinen statistischen Erhebungen. Professor Gollasch leiste gute Arbeit und habe auch sehr gute Möglichkeiten und Wege für eine bessere geriatrische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern aufgezeichnet. Es müsse nun aber auch die Umsetzung folgen, geredet werde schon lange. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) stelle im Ärzteblatt vom 20.10.2020 ein Konzept für die ambulante geriatrische Versorgung vor, dessen Wortlaut sie verlese wolle. Darin heiße es: "Die Vertragswerkstatt der KBV hat ein Konzept für die wohnortnahe, sogenannte spezifische geriatrische Versorgung vorgestellt. Es soll die ambulante geriatrische Versorgung weiterentwickeln und ermöglichen, die Patienten dauerhaft ambulant statt stationär zu betreuen." Dies sei unbedingt erforderlich, da auch die stationäre Versorgung nicht abgesichert sei. Sie erinnere eine Fachkonferenz anlässlich des Jubiläums der SELBSTHILFE MV in Rostock, an der auch Abg. Torsten Koplín teilgenommen habe und auf der über den Ärztemangel in stationären Einrichtungen gesprochen worden sei. Dem Konzept der KBV zufolge sollten die Patienten auf zwei Behandlungsebenen versorgt werden. Der behandelnde Hausarzt stelle den Bedarf einer spezifischen geriatrischen Versorgung fest und überweise den Patienten für eine zeitweise Mitbehandlung an einen an der Vereinbarung teilnehmenden geriatrisch besonders qualifizierten Arzt und damit an eine geriatrische Schwerpunktpraxis. Sie sei über diesen Satz gestolpert, da er nur Ärzte anspreche, die an der Vereinbarung teilnähmen. Eine solche Überweisung an

einen Facharzt sollte doch aber in jedem Fall erfolgen. Die KBV erkläre: „Damit wird die Arbeit der Hausärzte unterstützt. Sie können multimorbide geriatrische Patienten mit besonders komplexen Fallgeschehen an die Schwerpunktpraxen überweisen. Zudem soll die Teamarbeit mit Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden und Pflegekräften noch wirksamer in die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung eingebunden werden“. Im Vordergrund des Versorgungskonzeptes stünden Behandlungsangebote, welche die Mobilität und Selbständigkeit der betroffenen Patienten so lange wie möglich erhalten sollten, um ihnen ein Leben in gewohnter Umgebung zu ermöglichen. Dies beinhaltet unter anderem den Aufbau teamorientierter Versorgungsstrukturen für Therapie und Diagnostik, geriatrisches Assessment und Behandlungsplanung, mehr Tertiärprävention für ältere Patienten, eine Erweiterung des Angebotes im Bereich der Demenzversorgung, was für Mecklenburg-Vorpommern äußerst bedeutsam sei, sowie die Förderung von Qualitätszirkeln und Fallkonferenzen. Im ärztlichen Bereich könne nicht jeder alles können, aber wenn es Fallkonferenzen gebe, auf denen die Problemfälle besprochen werden könnten, oder wenn in Qualitätszirkeln die Weiterbildung für Ärzte erfolgen könne, würde ein einheitliches Niveau im ganzen Land erreicht. Dies sei derzeit nicht der Fall. „Wir müssen alles unternehmen, um eine gute medizinische Versorgung für unsere Eltern- und Großelterngeneration sicherzustellen“ habe auch der Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery Ende September erklärt. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des wachsenden Ärztemangels sei es unter anderem dringend notwendig, mehr Lehrstühle für Geriatrie zu schaffen. „Und mit der anstehenden Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung ist vorgesehen, eine Facharztqualifikation -Innere Medizin und Geriatrie- neu einzuführen“, so der Bundesärztekammerpräsident. Es wüssten demzufolge genügend Entscheider, dass die geriatrische Versorgung in der Bundesrepublik, aber ganz besonders in Mecklenburg-Vorpommern, mangelhaft sei. Von den in diesem Konzept genannten Forderungen sei man derzeit in Mecklenburg-Vorpommern und auch in der Bundesrepublik meilenweit entfernt. Eine besorgniserregende Tatsache sei die Reduzierung der Krankenhausbettzahl in der Bundesrepublik aber auch in Mecklenburg-Vorpommern, obwohl die Zahl der alten Patienten deutlich zugenommen habe. Die Zahl der jüngeren Patienten habe in Mecklenburg-Vorpommern nicht zugenommen. Die deshalb notwendig gewordene verkürzte Verweildauer sei wegen

der unzureichenden Nachsorge vor Ort besonders für ländliche Regionen ein Problem. Inzwischen habe die KBV die gesundheitspolitische Debatte um einen neuen Begriff erweitert, nämlich die intersektoralen Gesundheitszentren, die komplett ambulant angesiedelt sein und in Zukunft die nicht überlebensfähigen Krankenhäuser im ländlichen Bereich ablösen sollten. Bis dahin sei es noch ein weiter Weg. Es gelte aber als ersten Schritt die geriatrische Grundversorgung in Mecklenburg-Vorpommern so zu gestalten, dass die ältere Generation in den Städten, aber besonders im ländlichen Bereich, wohnortnah behandelt werden könne. Bei der Erstellung der gesetzlichen Grundlagen und ganz besonders bei der Umsetzung sowie bei der Schaffung der materiellen Grundlagen sollten die Beteiligten immer daran denken, dass es ihre Eltern oder Großeltern sein könnten, die unter den derzeitigen Bedingungen litten und nicht ausreichend versorgt seien. Nicht vergessen sollten die heutigen Entscheider, dass auch sie älter würden und ihr Alter sicher in lebenswerter Weise verbringen möchten. Dazu gehöre aber auch eine gute medizinische Versorgung im Alter.

Prof. Dr. med. Marek Zygmunt (Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Lehrstuhlinhaber der Universitätsmedizin Greifswald) weist darauf hin, die mehreren Bezeichnungen eines Arztes, wie es bei Prof. Dr. Gollasch und auch ihm der Fall sei, hätten nicht viel zu sagen. Er glaube, die Geriatrieprofessur, die vor zwei Jahren positiv bewertet worden sei, sei ein großer Erfolg für das Land Mecklenburg-Vorpommern und zeuge von der großen Bedeutung der Geriatrie im Land. Die verschiedenen Bezeichnungen hätten nichts mit verschiedenen Funktionen zu tun, sondern beschrieben die Arbeit eines Universitätsprofessors, der gerade eine Klinik leite.

Karin Glause sei es nicht nur um die Klinik in Greifswald, sondern auch um das Krankenhaus in Wolgast gegangen. Man könne nicht an mehreren Stellen gleichzeitig tätig sein.

Thomas Warning (Vorsitzender Landesverband Seelische Gesundheit MV e. V.) erklärt, das allgemeine Problem sei, dass es zu wenig Therapeuten und Fachärzte gebe. Mecklenburg-Vorpommern sei ein Flächenland, in dem es nur eine Großstadt gebe. Die Versorgung mit Therapeuten und Ärzten sei in den Ballungsgebieten, also

der Großstadt, einigermaßen gut, in kleineren Städten wie Wismar bereits mangelhaft und auf dem Lande so gut wie gar nicht vorhanden. Die Bevölkerung und damit auch die Patienten würden immer älter. Damit verbunden sei eine schleichende Immobilität und manchmal auch eine Fahruntüchtigkeit durch Medikamente. Der Öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) sei auf dem Land sehr schlecht. Es komme vor, dass man für eine Stunde Therapie insgesamt fünf Stunden einplanen müsse, weil man mit dem ÖPNV bereits zwei Stunden pro Strecke unterwegs sei. Taxen würden nur in Härtefällen bezahlt. Teilweise seien ältere, aber auch jüngere Leute wegen einer Erwerbsminderung in Rente und könnten sich die Fahrt mit dem Taxi nicht leisten. Ärzte, die keine Psychologen seien, nähmen bei somatischen Erkrankungen oft an, diese seien psychisch bedingt. Psychische Erkrankungen könnten somatische Erkrankungen auslösen. Dies sei aber auch umgekehrt möglich. Man könne auch an beidem leiden. Es gebe sehr viele psychische Erkrankungen mit unterschiedlichen Auswirkungen. Viele Psychiaterinnen und Psychiater verträten zum einen die Ansicht, psychisch erkrankte Menschen wüssten nicht, was sie wollten oder bräuchten. Zum anderen seien psychisch Erkrankte ihrer Meinung nach nicht mündig und könnten ihren eigenen Willen nicht mehr darlegen. Im Übrigen kritisierten die Patientinnen und Patienten die Ignoranz mancher Ärzte und Therapeuten, mit bestimmten Krankheitsbildern sich nicht auseinandersetzen zu wollen. Als Nächstes kommt er auf die Terminservicestellen zu sprechen und sagt, diese Servicestellen vermittelten einem Patienten innerhalb von spätestens vier Wochen einen Termin bei einem beliebigen Therapeuten (s. Folie 4 der Präsentation). Dadurch bekomme der Patient zwar immerhin einen Therapeuten zugewiesen, wisse jedoch noch gar nicht, ob die Chemie und das Vertrauensverhältnis zwischen ihnen stimmten. Käme der Patient mit dem Therapeuten nicht klar, könne er sich mit einer erneuten Wartezeit wieder einen anderen suchen. Ein weiteres Problem sehe er bezüglich der Verschreibung von Medikamenten (s. Folie 5 der Präsentation). So verschrieben etliche Therapeuten ihren Patientinnen und Patienten entweder keine bedarfsgerechten Medikamente oder gar keine. Andere Therapeuten wiederum verschrieben ihnen Ersatz-Medikamente, weil das bisherige Medikament nicht mehr lieferbar sei oder die Rabattverträge mit den Krankenkassen es so vorgäben. Außerdem leisteten die Patientinnen und Patienten bei ihren Medikamenten oft Zuzahlungen wegen der Überschreitung des Festbetrages. Auch wenn es hinsichtlich der zu leistenden Zuzahlungen zwar eine Zuzahlungsgrenze

bzw. Belastungsgrenze gebe, falle der Festbetrag weiterhin nicht darunter. Überdies liege die Belastungsgrenze bei zwei Prozent des Bruttoeinkommens (sog. Zwei-Prozent-Grenze). Darüber hinaus klagten die Patientinnen und Patienten auch über zu wenig Plätze in Krankenhäusern für die stationäre Behandlung (s. Folie 6 der Präsentation). Dies betreffe in erster Linie den offenen Bereich. Zudem fühlten sie sich von der Ärzteschaft oft missverstanden. In manchen Fällen könne das eventuell auch damit zu tun haben, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte unter Dauerstress stünden und sich deshalb nicht immer ausreichend Zeit für ihren Patienten nehmen könnten. Die angesprochene Problematik bei der Medikation trete ebenso bei der stationären Behandlung auf. Auch dort verabreiche die Ärzteschaft ihren Patientinnen und Patienten nur selten dieselben Medikamente wie noch vor dem Klinikaufenthalt. Außerdem würden psychisch Erkrankte von der Gesellschaft stark stigmatisiert (s. Folie 7 der Präsentation). Ein möglicher Grund hierfür könnten die teils katastrophalen Berichterstattungen der Medien seien, welche psychisch erkrankte Menschen als eine Gefahr für die Allgemeinheit darstellten. Ferner wollten psychisch Erkrankte keinen Freifahrtschein von der Gesellschaft, sondern lediglich von dieser akzeptiert werden. Im Übrigen würden nur wenige psychisch Erkrankte mit einer psychischen Beeinträchtigung geboren. Die allermeisten von ihnen erkrankten eher durch die Gesellschaft oder ihre Familie, welche sie prägten. Ein anderes Problem vieler psychisch Erkrankter sei, dass sie nicht wüssten, an wen sie sich wenden sollten und wo sie adäquate Hilfe bekämen (s. Folie 8 der Präsentation). Auch das Interesse seitens der Politikerinnen und Politiker an dieser gesamten Thematik sei eher gering ausgeprägt, zumal sie keine der vielen Veranstaltungen zum Thema psychische Erkrankungen besuchten. Der Landesverband Seelische Gesundheit M-V e.V. wünsche sich u. a., dass sich die Ärzteschaften und Therapeuten künftig nicht nur in Städten und Ballungsräumen ansiedelten, sondern – notfalls mit Förderung – auch in den ländlichen Räumen (s. Folie 9 f. der Präsentation). Seien in den ländlichen Räumen keine Ärztinnen und Ärzte vorhanden und die Patientinnen und Patienten hätten einen langen Anfahrtsweg, wären Regelungen wünschenswert, die die Übernahme von Fahrkosten der Patienten vorsähen. Schließlich fordere der Verein nicht nur mehr Verständnis für die Betroffenen, sondern explizit auch mehr Engagement vonseiten der Politik sowie eine Verbesserung bestehender Förderrichtlinien.

Anja Schießer stellt den Landesvorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e. V. Helmut Mädel vor und kündigt an, dieser werde über die Versorgung seltener Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern berichten.

Helmut Mädel (Landesvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e. V.) führt zu den seltenen Erkrankungen aus, diese seien sehr vielfältig und noch wenig bekannt. Jedenfalls seien weltweit bisher ca. 30.000 Krankheiten bekannt. Davon zählten mehr als 6.000 zu den seltenen Erkrankungen. Auch wenn die Ärzteschaft zwar nicht alle verschiedenen Erkrankungen kenne, sollte sie sich zumindest besser über die Symptome, Krankheitsbilder und Therapien der seltenen Erkrankungen informieren als bisher. Eine chronische seltene Erkrankung treffe viele Patientinnen und Patienten völlig unerwartet. Bis dato gebe es nur wenige Behandlungsmöglichkeiten und ein Großteil dieser Krankheiten sei unheilbar. Auch verlässliche Expertisen oder Informationen darüber seien eher rar, weshalb die Betroffenen und ihre Angehörigen oft verunsichert seien und nicht wüssten, was auf sie zukomme. Zu den seltenen Krankheiten gehöre bspw. die sog. Spinale Muskelatrophie (SMA), von der besonders Neugeborene und Kleinkinder betroffen seien. Die SMA sei eine genetische Erkrankung, die wegen der Degeneration der Motoneuronen im Rückenmark zu einem fortschreitenden Verlust der motorischen Fähigkeiten führe. Des Weiteren sei jeder 45. Mensch ein genetischer Anlagenträger und eines von 6.000 Neugeborenen werde mit SMA geboren. Sodann verweist er auf die Medikamente Zolgensma und Spinraza und erklärt, Spinraza sei seit zwei Jahren in Deutschland freigegeben und werde in das Rückenmark injiziert. Jedoch seien wiederkehrende Behandlungen nötig, wodurch bis zu 1,5 Mio. Euro Kosten entstünden. Das teuerste aber dafür bessere Medikament zur Behandlung von SMA sei Zolgensma, weil es nur einmalig in die Vene injiziert werden müsse. Allerdings übernähmen die Krankenkassen hierfür nicht die Kosten von bis zu 2,2 Mio. Euro. Die Diskussionen hierüber mit den Krankenkassen seien für die Eltern der an SMA erkrankten Kinder besonders belastend. Dabei dürften Fragen nach dem Wert eines Menschenlebens sowie ethische Auseinandersetzungen oder Losverfahren für die Medikamente ferner nicht auf Kosten der Betroffenen geführt werden. Insofern müsse z. B. eine generelle Diskussion darüber geführt werden, wie teuer Medikamente überhaupt sein dürften, zumal immer mehr Gentherapien auf den Markt kämen, die

hohe Kosten verursachten. In diesem Zusammenhang wünsche er sich von der Gesundheitspolitik, das Neugeborenen-Screening um das Screening auf SMA zu ergänzen. Dadurch könnten nicht nur eine rechtzeitige Erkennung und Behandlung erfolgen, sondern vor allem auch eine deutlich bessere Prognose der zu erwartenden Anforderungen. Hinzukommend sei ein Patientenlotse für seltene Erkrankungen ratsam, um somit die ökonomischen und verfahrenstechnischen Potentiale besser zu steuern. Mit einem Patientenlotsen wäre es möglich, die Krankenhäuser besser auf die Anforderungen sowie das Behandlungsspektrum einzustellen bzw. zu informieren, zumal er zwischen den behandelnden Ärzten und dem Dachverband der seltenen Erkrankungen (Allianz chronisch seltener Erkrankungen, kurz ACHSE) vermitteln und so schnelle kompetente Hilfe ermöglichen könne. Als Nächstes berichtet er von seinen Erfahrungen mit Betroffenen und verdeutlicht dabei, viele Betroffene wünschten sich eine vereinfachte und zielgerichtete Struktur für ihre Versorgung und Bedürfnisse. Gerade solche Personen, die die Diagnose einer seltenen Erkrankung bekämen, seien regelmäßig mit dieser Situation überfordert, hätten mit der Neuorganisation ihres Lebens zu tun und empfänden die vielen Genehmigungsverfahren als sehr belastend und deprimierend. Darüber hinaus erforderten seltene Erkrankungen spezielle Hilfsmittel, die nicht im normalen Hilfskatalog aufgeführt und schon gar nicht mit einer Fallpauschale umzusetzen seien. Um diese Hilfsmittel müssten die Betroffenen oft kämpfen und in den meisten Fällen in ein Widerspruchsverfahren gehen. Die Krankenkassen bewilligten spezielle Hilfsmittel oft aus wirtschaftlichen Gründen nicht. Schließlich bezieht er sich auf das neue Heilmittelgesetz und räumt dabei ein, es sei noch nicht absehbar, inwieweit sich dieses im Bereich der seltenen Erkrankungen auswirke. Schlussendlich appelliere er an die Ärztekammer und das Gesundheitsministerium, künftig zusammen mit der SELBSTHILFE noch mehr Aufklärung sowie bessere Strukturen für seltene Krankheiten zu schaffen.

Anja Schießler bedankt sich vorweg bei Helmut Mädler für seinen Vortrag. Als nächsten Anzuhörenden kündigt sie sodann Hans-Joachim Walter an, welcher zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung referiere.

Hans-Joachim Walter (Mukoviszidose e. V.) stellt sich der Kommission als Patientenvertreter vor und betont zunächst, dieses Ehrenamt bekleide er seit 1980.

Insofern habe es auch schon zu DDR-Zeiten Mukoviszidose-Selbsthilfegruppen gegeben. Sodann führt er zum Thema ambulante spezialfachärztliche Versorgung aus, die spezialfachärztliche Behandlung habe es bei Kindern schon bis zum Jahre 2000 unter dem Namen dispenser Behandlung gegeben (s. Folie 2 der Präsentation). Dies sei primär der Verdienst von Kinderärzten an den vier großen Kinderkliniken in Mecklenburg-Vorpommern gewesen, da sie sich von der Wende an bis 2000 für die ambulante Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten eingesetzt hätten. 2001 habe der Zulassungsausschuss die persönlichen Ermächtigungen weiter ausgebaut und die Behandlung hätten die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte übernehmen sollen. Dies habe aber wenig Erfolg gehabt. Er und der Mukoviszidose e. V. hätten viele Gespräche mit allen an der medizinischen Versorgung beteiligten Akteuren geführt (s. Folie 3 f. der Präsentation von Hans-Joachim Walter). Lange Zeit hätten noch die Mindestmengenregelungen im Vordergrund gestanden, obwohl dadurch Flächenländer wie Mecklenburg-Vorpommern benachteiligt würden. Auch wenn die Krankenkassen durch Mindestmengenregelungen zwar Geld einsparen könnten, werde dadurch gleichzeitig die Qualität der medizinischen Versorgung weiter gesenkt. Wohingegen Mindestmengenregelungen das falsche System seien, seien Datensammlung und Datenauswertung das Wesentliche. Nach einer vom Mukoviszidose e. V. Bonn initiierten Tagung im Landtag Mecklenburg-Vorpommern hätten sich die Akteure der medizinischen Versorgung davon überzeugen lassen, in Mecklenburg-Vorpommern wieder die Qualitätssicherung in den Fokus der Betrachtung zu stellen und nicht die Mindestmengen. In den Gesetzen der Krankenkassen und der KV habe es zuvor keine ganzheitliche Teambehandlung gegeben, sondern lediglich die Einzelabrechnung über die Ärztin bzw. den Arzt. Dadurch würden andere Spezialisten im Team nicht finanziert. In vielen Gesprächsrunden zwischen Dr. Andreas Reimann (Geschäftsführer der Patientenorganisation Mukoviszidose e. V.), Prof. Thomas Wagner, ihm sowie der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt habe man lange darüber diskutiert, wie die Teambehandlung erfolgreich in das Krankenkassensystem implementiert werden könne (s. Folie 4 der Präsentation). Im Jahr 2004 habe er mit Dr. Angela Merkel über die Situation der Finanzierung der Behandlung von chronisch Kranken gesprochen. Dies sei ein sehr gutes Gespräch gewesen. Danach habe Dr. Andreas Reimann in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit und

Ulla Schmidt die Grundlage für die Teambehandlung im gesetzlichen Krankenkassensystem erarbeitet. Im selben Jahr sei der neue Versorgungsansatz der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116 SGB V eingeführt worden. Seither dürften die Kliniken für ihre Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern zwar bestimmte ambulante Leistungen erbringen (s. Folie 5 der Präsentation), allerdings würden für die Behandlung von chronisch Kranken bis heute die finanziellen Grundlagen fehlen. Seiner Ansicht nach wollten die Krankenkassen einfach nur nicht bezahlen. Dabei gebe es diesbezüglich im Übrigen schon viele anerkannte Finanzierungsberechnungen. 2007 habe der Gesetzgeber mit der ambulanten Behandlung im Krankenhaus eine umstrittene Regelung geschaffen, welche die Sozialgerichte beschäftigt habe. 2011/2012 sei mit dem Versorgungsgesetz die ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SBV alt) in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V neu) überführt worden. Auch diese Neuregelung sei jedoch nicht befriedigend gewesen. 2012 habe der Gemeinsame Bundesausschuss vom Bundesministerium für Gesundheit den Auftrag erhalten, die Anforderungen für die Krankenhäuser und für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu definieren (s. Folie 6 der Präsentation). Erst am 21. März 2013 habe der Gemeinsame Bundesausschuss die Erstfassung des allgemeinen Teils der Richtlinie beschlossen. Dies hätte seiner Auffassung nach aber auch schon früher geschehen können. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sei ein Angebot für Patientinnen und Patienten mit schwer therapierbaren Erkrankungen. Dabei arbeiteten spezialisierte Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen in einem Team zusammen und übernahmen gemeinsam sowohl die Diagnostik als auch die Behandlung. Als Nächstes verweist er auf die Folie 8 seiner Präsentation und stellt dabei heraus, Mindestmengen seien vor allem bei der Behandlung von seltenen Erkrankungen das größte Hindernis. Zudem seien Mindestmengen, wie bereits Anfang 2000 konstatiert, kein Garant für Qualität. Überdies könne er nicht nachvollziehen, warum die ambulante spezialfachärztliche Versorgung regelmäßig die Notfallbereitschaft übernehmen müsse. Des Weiteren seien die auszufüllenden Antragsformulare oft sehr umfangreich und kompliziert. So müssten die Krankenhausärzte bspw. praktisch den Nachweis ihrer Qualifikationen erbringen. Sollte die Politik auf Bundes- und Landesebene auch keine Lösungen für die Belange

der medizinischen Versorgung finden, verließen noch mehr junge Menschen und Familien das Land Mecklenburg-Vorpommern (s. Folie 9 der Präsentation). Im Westen verdienten die Menschen nicht nur mehr, sondern auch die medizinische Versorgung sei um einiges besser als in Mecklenburg-Vorpommern. Außerdem sei er von den Landtagsfraktionen enttäuscht. Auch die Versprechen der einzelnen sozialpolitischen Fraktionssprecher seien nur Schall und Rauch. Die einzelnen Ausschüsse des Landtages Mecklenburg-Vorpommern arbeiteten nicht ernsthaft zusammen und verschoben ihre Verantwortung auf die Bundesebene oder auf den Gemeinsamen Bundesausschuss. Solch verantwortungslose Arbeitsweise könne er nur kritisieren, denn sie bringe keine Verbesserung der medizinischen Versorgung. Seit Jahren schon werde z. B. darüber gestritten, wie die Finanzierung zu stemmen sei. Auch wenn Mecklenburg-Vorpommern zwar nicht für alle Bereiche die alleinige Gesetzgebungskompetenz habe, wünsche er sich trotzdem von den Abgeordneten des Landtages Mecklenburg-Vorpommern, dass sie tätig würden. Schließlich ließe sich nur gemeinsam etwas bewegen.

Vors. **Jörg Heydorn** dankt zuerst Hans-Joachim Walter für seinen Vortrag und macht darauf aufmerksam, die Regelungen im SGB V zeigten, dass die gesundheitspolitische Kompetenz des Landes Mecklenburg-Vorpommern im Verhältnis zu dem, was auf Bundesebene entschieden werde, eher gering sei. Ferner spiele auch das Thema Personalgewinnung bei der medizinischen Versorgung eine große Rolle. Viele Stellen in Krankenhäusern blieben weiterhin unbesetzt. Im Übrigen brauche es auch Leute, die eine medizinische Ausbildung absolvieren wollten.

Anja Schießler merkt als Erstes an, die bisherigen Vorträge verdeutlichten den großen Unmut der Patientinnen und Patienten. Anschließend kündigt sie Dr.-Ing. Antje Bernier an, welche nun zum Thema Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern referiere.

Dr.-Ing. Antje Bernier (Lebenshilfe Mecklenburg-Vorpommern e. V.) stellt sich der Kommission zunächst als Architektin vor und merkt dabei an, heute vertrete sie hier als Landesvorsitzende der Lebenshilfe Mecklenburg-Vorpommern e. V. u. a. Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung. Zudem übe sie die Funktion der

Behindertenbeauftragten an der Hochschule Wismar aus und habe dort den Lehrauftrag für Architektur. Sodann verweist sie auf ihre Präsentation und kündigt an, sich im Folgenden mit der Barrierefreiheit von Arztpraxen in Mecklenburg-Vorpommern zu beschäftigen. Dabei sei auch zu klären, was notwendig sei, um als Arztpraxis barrierefrei zu gelten. Zur Beantwortung solcher Fragen stütze sie sich auf Semesterarbeiten von Studierenden der Hochschule Wismar. Daraufhin verweist sie auf die Folie 3 ihrer Präsentation und führt aus, für diese Untersuchung hätten sich ihre Studentinnen und Studenten primär auf Praxen der haus- und fachärztlichen Grundversorgung in Mecklenburg-Vorpommern konzentriert. Auch sei hierfür eine umfangreiche Checkliste entwickelt und erprobt worden. Als eine erforderliche Semesteraufgabe gelte es auch, Studierende zu gewinnen, die sich diesem Thema konkret widmen wollten (s. Folie 5 der Präsentation). Das Thema Barrierefreies Bauen habe ihre Fakultät als Wahlpflichtmodul im Wintersemester 2013 angeboten. Auch wenn sich die Studierenden die von ihnen zu untersuchende Praxis zwar selbst ausgesucht hätten, hätten sie gleichwohl die jeweiligen Praxisinhaberinnen respektive -inhaber in Abstimmung mit der KV trotzdem davon überzeugen müssen, mitzumachen. Bereits das sei für viele Studierende eine schwierige Hürde gewesen. Aufgrund dessen hätten nur fünf Studierende bis zum Schluss durchgehalten. Manche Studierende hätten bspw. wegen der Entfernung zur Arztpraxis und den dadurch anfallenden Fahrkosten nach anfänglichem Interesse wieder aufgegeben. Schlussendlich böten aber auch die Einzelbeiträge dieser fünf Studierenden ausreichend Material und Erkenntnisse. Da eine solch geringe Zahl von fünf Einzelbeiträgen im Übrigen nicht repräsentativ sei, spreche man hier von Stichproben. Da die zu untersuchenden Arztpraxen nicht so ohne Weiteres wie ein öffentliches Gebäude zu begehen und zu untersuchen seien, habe die Hochschule Wismar im Vorfeld mit der KV gesprochen (s. Folie 6 der Präsentation). Zusätzlich habe es im Journal der KV einen Beitrag über diese Untersuchung gegeben, um Interesse und Bereitschaft bei den Ärztinnen und Ärzten zu erzeugen. Als sehr relevant hätten die teilnehmenden Arztpraxen die Anonymität angesehen. Manche Arztpraxen hätten schon vor Corona ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dieser Untersuchung aus diversen Gründen versagt. Ein häufiger Grund hierfür sei z. B. die fehlende Zeit gewesen. Als Nächstes zeigt sie der Kommission einige von Studierenden erstellte Fotos von Arztpraxen und betont, diese Fotos stellten die lokale Auffindbarkeit von

Arztpraxen dar. Wichtig sei aber auch die Auffindbarkeit im Internet gewesen (s. Folie 11 der Präsentation). So hätten die Studierenden darauf geachtet, ob die untersuchten Arztpraxen zusätzlich Websites mit Kontaktangaben, Anreisehilfen sowie Hinweise auf barrierefreie Parkplätze und Hinweise zur Anforderung von Gebäudensprachdolmetschern hätten. Ebenso sei bei der Begutachtung der Websites auf eine leichte Sprache geachtet worden. Weitere Details seien zudem baulicher Natur gewesen. Oft hätten an den Gebäuden entweder gut lesbare Beschilderungen zur Arztpraxis gefehlt oder den Praxiseingang habe man nur schwer auffinden können, weil dieser nicht der Haupteingang gewesen sei. Auch die Hausnummern der Arztpraxen würden in manchen Fällen nicht immer eindeutig erkannt. Ein weiterer Schwerpunkt der Checkliste liege auf der barrierefreien Gestaltung der öffentlichen Wege sowie der Freiräume rund um die Arztpraxis (s. Folie 12 f. der Präsentation). Dabei hätten die Studierenden untersucht, ob Patientinnen und Patienten die Arztpraxen über Außentreppen erreichten oder auch Außenaufzüge zu nutzen seien und wenn ja, dann habe man auch auf die Ausstattung dieser Aufzüge geschaut. Die Parkplatzsituation bei den Praxen sei im Übrigen sehr unterschiedlich gewesen. Der dritte Schwerpunkt der Checkliste widme sich dem Gebäude, in dem sich die Arztpraxis befinde. In den überwiegenden Fällen sei nicht das gesamte Gebäude die Praxis gewesen, sondern lediglich ein Teil davon. Manche Praxen hätten vor ihrem Eingang Treppen bzw. Stufen, was jedoch für Rollstuhlfahrer problematisch sei. Überdies schränkten eng abgestellte Fahrräder im Eingangsbereich die Bewegungsfläche ein und stellten für sehbehinderte Menschen eine Gefahr dar. Der vierte Schwerpunkt der Checkliste betrachte den Bereich innerhalb einer Arztpraxis (s. Folie 18 der Präsentation). In manchen Praxen seien die Rezeptionen mit ihren durchgehenden Tischen und der Spiegelung der Glasabtrennung für Rollstuhlfahrer und andere Menschen mit Behinderung eine ganz besondere Hürde. Des Weiteren verfügten nicht alle Arztpraxen über barrierefreie Toiletten (s. Folie 19 der Präsentation). Obendrein hätten die großen Glastüren vieler Warteräume keine Sicherheitsmarkierungen, wodurch sie für sehbehinderte Menschen nicht sichtbar seien und somit eine Gefahr darstellten. Garderobenständer seien für Rollstuhlfahrer meistens nicht erreichbar (s. Folie 20 f. der Präsentation). In der Untersuchung hätten die Ärztehäuser teils besser abgeschnitten als die Einzelpraxen. Darüber hinaus habe man für Menschen mit Seh- oder Hörbehinderungen kaum bauliche und

organisatorische Hilfestellungen vorgefunden. Selbst einfache Vorkehrungen seien in den Arztpraxen oft nicht getroffen worden, weil entweder schlicht das Bewusstsein oder die Schulung dafür fehle. Danach spricht sie als Lösungsvorschlag kurzfristige Maßnahmen an und führt dabei aus, diese seien mit nur wenig Aufwand verbunden und ließen sich innerhalb von weniger als sechs Monaten realisieren (s. Folie 22 der Präsentation). Als mögliche Maßnahmen gehörten hierzu u. a. eine künftige Hausbeschilderung mit Hausnummern, die Kennzeichnung von Treppenstufen, das Anbringen von Sicherheitsmarkierungen an Ganzglasflächen sowie Maßnahmen an Garderobe und Bestuhlung. Als mittelfristige Maßnahmen schlage sie zum einen die Schaffung einer barrierefreien Internetpräsenz mit alternativen Anmelde-möglichkeiten und zum anderen die Integration künftiger Rampen am Hauseingang als Alternative zu Stufen vor (s. Folie 23 der Präsentation). Hinzukommend könnten die Arztpraxen auch ihre Rezeptionen anpassen, ein taktiles Leitsystem zum Praxiseingang bauen oder die Eingangssituation gestalterisch herausheben. Abschließend thematisiert sie die langfristigen Maßnahmen und stellt dabei heraus, die Arztpraxen könnten auch Abstellräume, barrierefreie Sanitärräume sowie barrierefreie Arbeitsplätze schaffen (s. Folie 25 der Präsentation). Außerdem empfehle sie den Inhaberinnen und Inhabern von Arztpraxen, das Personal regelmäßig zu schulen.

Prof. Dr. med. Marek Zygmunt fragt Dr.-Ing. Antje Bernier, ob auch in den Arztpraxen Mecklenburg-Vorpommerns Betriebs- und Arbeitsstättenbegehungen gemacht würden, um die Qualität der Arbeitsräume zu überprüfen. Zudem glaube er, dies sei Sache der einzelnen Bundesländer und die Bundesländer regelten dies unterschiedlich. In Polen bspw. würden keine Zulassungen vergeben, wenn die Praxisräume nicht ausreichend barrierefrei eingerichtet würden.

Dr.-Ing. Antje Bernier bejaht und macht darauf aufmerksam, letztlich kläre die KV die Voraussetzungen, wann Räume als Praxisräume genutzt werden dürften. In diesem Zusammenhang empfehle sie, von vornherein auf zulassungsrechtlicher Ebene auf barrierefreie Praxisräume zu achten. Neben der Deutschen Unfallversicherung gebe es auch Fachkräfte für Arbeitssicherheit, die bei solchen Fragen unterstützen und beraten könnten.

Anja Schießer ergänzt, Dr.-Ing. Antje Bernier habe ihre Untersuchungsergebnisse schon 2014 im Rahmen des landesweiten Arbeitskreises Barrierefreiheit vorgestellt. Daraufhin seien die Patientenorganisationen hiermit an die KV in Mecklenburg-Vorpommern herangetreten und hätten mit dieser dann 2017 eine Vereinbarung zur Verbesserung der Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern geschlossen. Die wesentlichen Inhalte dieser Vereinbarung seien z. B. Schulungsmaßnahmen gewesen oder das gemeinsame Werben um Landesmittel, um Praxisinhaberinnen und -inhaber finanziell zu entlasten, wenn sie barrierefreier werden wollten. Auch auf Seiten der KBV habe es große Anstrengungen in dieser Hinsicht gegeben. Gleichwohl konstatiere sie heute, man sei diesbezüglich nicht wesentlich weiter als 2017. Im Anschluss daran verweist sie auf Folie 15 ihrer Präsentation und führt zur Patientenbeteiligung und Patientenorientierung aus, dass es schon seit 2003 auf Bundesebene eine Patientenbeteiligungsverordnung gebe. Auch in Mecklenburg-Vorpommern gebe es verschiedene Gremien. Hierzu gehörten der Landesausschuss, der erweiterte Landesausschuss mit Unterausschuss ASV, der Zulassungs- und Berufungsausschuss, das Gremium nach 90a (sektorübergreifende Versorgung) sowie das Lenkungsgremium und zahlreiche andere Fachkommissionen nach DeQS-RL (Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung). In all diesen Gremien entsendeten die Patientenorganisationen ihre Patientenvertreterinnen und -vertreter, die sich dort an den Sitzungen beteiligten. Die Beteiligung der Patientenorganisationen könne jedoch variieren. So säßen sie in manchen Sitzungen entweder nur am Katzentisch oder hätten ein Rederecht. Mal komme es auch vor, dass sie bei Entscheidungen sogar aktiv mitwirkten. Die Patientenbeteiligung nach Landesrecht sei ein wenig komplizierter, zumal es diesbezüglich keine einheitlichen, gesetzlichen Grundlagen gebe (s. Folie 16 der Präsentation). Momentan besetze die Patientenorganisation Mecklenburg-Vorpommern konkret den MDK-Verwaltungsrat, den Beirat Krebsregister sowie die PID-Ethikkommission der Nordländer und zahlreiche andere Besuchskommissionen (s. Folie 17 der Präsentation). Die Patientenvertreterinnen und -vertreter Mecklenburg-Vorpommerns forderten eine ähnliche Patientenbeteiligungsverordnung wie auf Bundesebene, um klar zu regeln, wer konkret für welche Gremien und in welcher Form seine Vertreterinnen und Vertreter benennen dürfe. Darüber hinaus gebe es bis dato in Mecklenburg-Vorpommern weder Patientenfürsprecherinnen bzw.

Patientenfürsprecher noch irgendwelche Patientenbeauftragte. Danach spricht sie die Patientenbeschwerdestellen an und stellt dabei heraus, in Mecklenburg-Vorpommern existierten keine. Vor vielen Jahre habe man als Modellprojekt versucht, bei der Hauptgeschäftsstelle der SELBSTHILFE in Rostock eine Patientenbeschwerdestelle einzurichten. Da die damaligen Voraussetzungen allerdings viel zu hoch gewesen seien, um sich als Patientin bzw. Patient überhaupt an diese Beschwerdestelle wenden zu dürfen, habe man dieses nicht patientenorientierte Projekt wieder aufgegeben. Ferner wünsche sie sich für sämtliche Gremien, die etwas mit der gesundheitlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern zu tun hätten, klare Regelungen für die legitimierten Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung der selbstgewählten Strukturen. Darüber hinaus gebe es in Mecklenburg-Vorpommern bis heute weit mehr als 80 ehrenamtliche Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter (s. Folie 18 der Präsentation). 2004 seien es erst 16 ehrenamtliche Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter gewesen. In diesem Zusammenhang verweise sie auf das Konzept für eine unterstützende Struktur, welches die Patientenorganisationen 2017 im Ministerium eingereicht hätten. Bis heute sei das Ministerium diesbezüglich untätig gewesen. Daraufhin macht sie hinsichtlich der Patientenerwartungen klar, die Patientinnen und Patienten erwarteten sowohl eine zeit- als auch eine wohnortnahe Behandlung (s. Folie 18 der Präsentation). Zudem wünschten sie sich von der Ärzteschaft eine gewisse Zugewandtheit und eine hohe Versorgungsqualität nach dem aktuellen Stand. Auch sollten die Auskünfte der Ärztinnen und Ärzte verständlich sein. Patientinnen und Patienten wollten über Behandlungsalternativen informiert werden und mit dem Arzt gemeinsame Entscheidung treffen, wie weiter behandelt werden solle. Zusätzlich wünschten sich alle Patientinnen und Patienten eine hohe Servicequalität sowie ein Maximum an Sicherheit. Hinsichtlich der strukturellen Ebene merke sie an, wünschenswert wären eine Beteiligung der Interessenvertretungen sowie Verhandlungen auf Augenhöhe. Für sie sei es nicht akzeptabel, wenn alle Akteure zwar gemeinsam das Gesundheitssystem voranbringen wollten, jedoch auf die Patientinnen und Patienten herabgeschaut werde als wollten sich diese nur beschweren. Abschließend weist sie auf die Forderungen der Patientenorganisationen hin und macht dabei klar, die Patientinnen und Patienten wünschten sich die Barrierefreiheit als Standard und die Patientenorientierung als Maßstab für Qualität.

Auch seien die spezialisierte Versorgung bei komplexen Beeinträchtigungen und seltenen Erkrankungen zu fördern und die Patientenautonomie zu wahren. Schließlich wünsche man sich eine stärkere Aus- und Fortbildung bei den Gesundheitsberufen mit der Zielstellung der Patientenorientierung. Allerdings sollten ggf. auch die Patientinnen und Patienten – etwa an Volkshochschulen – künftig geschult werden, damit sich diese besser im Gesundheitssystem zurechtfinden und ihre Bedürfnisse besser darstellten als heutzutage.

Vors. **Jörg Heydorn** dankt zuerst Anja Schießler für ihre Ausführungen. Anschließend eröffnet er die Fragerunde und sagt, alle könnten nun ihre Fragen an die Anzuhörenden richten. Er wolle gerne mit seinen Fragen an die Anzuhörenden anfangen. Herr Warning und Herr Mädler hätten Patientenlotsen gefordert, die Patienten durch das Gesundheitssystem leiteten. Er wolle wissen, ob es Erfahrungen mit solchen Patientenlotsen gebe und ob Mecklenburg-Vorpommern überhaupt solche Angebote habe. Herr Ahrens habe auf den Einstellungsstopp bei Ärzten hingewiesen. Er frage, ob die Gründe dafür bekannt seien. Frau Glause habe die Barrierefreiheit angesprochen. Ihn interessiere, ob Barrierefreiheit bei Zulassungen jetzt schon besser berücksichtigt werde.

Hans-Joachim Walter gibt an, die Barrierefreiheit sei im erweiterten Landesausschuss (eLA) der KV ein großes Thema gewesen. Was die Umsetzung angeht, könnte Frau Dr. Bernier mehr dazu sagen.

Anja Schießler habe gestern mit Herrn Mädler an einer spannenden Veranstaltung zum Thema Patientenlotsen teilgenommen. Dort sei unter anderem eine Lotsenlandkarte vorgestellt worden, die sie der Enquete-Kommission gerne zur Verfügung stelle. Auf der Karte seien drei Lotsensysteme für Mecklenburg-Vorpommern aufgeführt, z. B. für Schlaganfallpatienten. Vor der Veranstaltung seien ihr diese Angebote nicht bekannt gewesen, was wieder für eine schlechte Patientenbeteiligung spreche. Auf der Veranstaltung habe eine Mitarbeiterin des IGES eine durch die Bundespatientenbeauftragten beauftragte Arbeit präsentiert. Inhalt sei die bundesweite und internationale Forschung zum Thema Patientenlotse. Auch diese Ergebnisse könnten der Kommission nützlich sein. Bei der Zulassung von Arztsitzen

habe es sogar schon Verbesserungen gegeben, da mittlerweile Faktoren wie die Demografie und Morbidität der Bevölkerung berücksichtigt würden. Trotzdem gebe es einen gefühlten Mangel, der sich flächendeckend über alle Organisationen erstreckte und daher ernstzunehmen sei. Die Festlegung der Zulassungskriterien erfolge auf Bundesebene. Trotz einer Beteiligung im Bedarfsplanungsausschuss sei kein großer Einfluss möglich. Viele Arztpraxen befänden sich in Mietobjekten und es werde oft darauf abgestellt, dass ein Umbau zur Barrierefreiheit an den Vermietern scheitere. Im Jahr 2019 sei es geschafft worden, eine Architektin in die Weiterbildung für Praxisgründer einzuflechten. Bei Praxisübernahmen erfolge auch oft die Übernahme der vorhandenen Barrieren. Oft höre sie auch das Argument, dass es schon so wenige Ärzte im Land gebe und diese nicht noch mit Barrierefreiheit abgeschreckt werden sollten.

Gerold Ahrens erklärt, wie Frau Schießler bereits erwähnt habe, hätten Patientenorganisationen keinen Einfluss auf die Zulassungen von Ärzten. Diese bestimme allein die KV. Es sei fraglich, worauf die von der KV herangezogenen Statistiken basierten.

Helmut Mädels meint, als kleines Land habe Mecklenburg-Vorpommern keine Chance, einen Patientenlotsen zu bekommen. Das Thema sei dann für ALS-Patienten forciert worden, um diesen eine bessere Versorgung zu ermöglichen. Dafür sei das Gesundheitsministerium kontaktiert worden. Zusammen mit dem Gesundheitsminister Harry Glawe sei ein Projekt besprochen worden, welches zum 1. März 2021 in der Neurologie der Universitätsklinik in Rostock gestartet sei. Dort sei eine Patientenlotsin für ALS-Patienten des Landes eingestellt worden, die sich um deren Belange kümmere. Das Projekt sei auf zwei Jahre angelegt, aber er wünsche sich, dass es langfristig bestehen bleibe und auf weitere Erkrankungen ausgeweitet werde. So könnte möglicherweise sogar der ökonomische Aufwand insgesamt reduziert werden.

Anja Schießler habe in einem Vortrag gehört, dass die Zulassungskriterien aus der Zeit vor der Wiedervereinigung stammten. In diesem Fall halte sie eine Nachbesserung auf Bundesebene für erforderlich.

Henning Kutzbach (Geschäftsführer der Barmer Landesvertretung MV) stellt fest, die Beiträge der Anzuhörenden hätten viele Denkanstöße geliefert. An Herrn Walter und Herrn Foitzik habe er die Frage, was sie davon hielten, über Telemedizin spezialisierte Leistungen in die Fläche zu bringen. So könnten teilweise weite Wege vermieden und dem Problem geringer Arzt- und Patientenzahlen entgegengewirkt werden. Eine flächendeckende Vorhaltung sei in vielen Bereichen nicht möglich.

Hans-Joachim Walter antwortet, Telemedizin sei schön und gut. In Greifswald sei die Telemedizin in Verbindung mit Wolgast etabliert. Trotzdem fehlten Ärzte vor Ort. Auch hinsichtlich der Ausbildung von Medizinern stelle Telemedizin keine Lösung dar.

Jörg Foitzik erläutert, Telemedizin greife bei einer ärztlichen Sachstandsaufnahme. Bei akuten Krankheitsschüben helfe die Telemedizin nicht weiter, da die Indikation nötig sei. Für Sachstandsaufnahmen oder Medikamentenverschreibungen stelle Telemedizin ein ergänzendes Angebot dar und könne helfen, die Reisetätigkeit stark zu reduzieren. Bei dem Thema Patientenlotse sehe er zwei Ansätze. Es gebe ein bundesweites Netzwerk junger Rheumatiker, die sich z. B. gegenseitig bei der Arztsuche intensiv und zielführend unterstützten. Außerdem habe die Rheumaliga auf Bundesebene das sogenannte Rheumaphon entwickelt. Dort bekämen Hilfesuchende mit einer rheumatischen Erkrankung Informationen zu Versorgungsstrukturen und zum Handling. Dieses Instrument habe sich nun über mehrere Jahre etabliert und funktioniere sehr gut. Bestandteil sei auch regelmäßiges Kommunikations- und Beratungstraining für die Beteiligten. Die deutsche Rheumaliga betreibe eine Versorgungslandkarte, für die jedoch Informationen benötigt würden. Diesbezüglich fühle er sich allein gelassen von der KV, die auf die DSGVO abstelle. Die Versorgungslandkarte liste Ärzte und Therapeuten für bestimmte Fachrichtungen auf. Hier wünsche er sich eine bessere Unterstützung von der KV, um die Versorgungslandkarte zyklisch aktualisieren zu können.

Abg. **Maika Friemann-Jennert** stellt fest, die Einbeziehung der Patientenorganisationen in die Enquete-Kommission sei eine gute Idee gewesen. Patientenvertretungen oder auch ein Beschwerdemanagement seien bei vielen Menschen nicht bekannt genug. Frau Schießler habe die Ausbildung der

Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter angesprochen. Sie fragt, ob es mehr als die genannten 80 Mitarbeiter in der SELBSTHILFE geben könnte. Im Landkreis Ludwigslust-Parchim (LUP) habe es ein Projekt zum Thema Pflegelotsen gegeben. Das Projekt sei über mehrere Jahre gelaufen und erfreulicherweise flächendeckend angewendet worden. Auch wenn es sich nicht verstetigt habe, so seien doch viele Ansprechpartner gewonnen worden. Sie erkundigt sich, ob etwas in der Art schon gemacht worden sei oder überlegt werde. Sie bittet Frau Schießler, der Kommission das von ihr erwähnte Konzept für eine unterstützende Struktur als Kommissionsdrucksache zur Verfügung zu stellen.

Manon Austenat-Wied (Leiterin der Landesvertretung M-V der TK) erklärt, auch aus ihrer Sicht müsse das Gesundheitssystem im Sinne der Nutzer ausgestaltet werden. Es gebe viele Fragen zu Beantragungen und auch zu dem neuen Selbsthilfeleitfaden. Sie fragt, ob und welche Unterstützung die SELBSTHILFE hier benötige.

Anja Schießler antwortet der Abg. Friemann-Jennert, das Konzept werde gerade überarbeitet. Sie ziehe es vor, der Enquete-Kommission dann das überarbeitete Konzept zukommen zu lassen. Die SELBSTHILFE könne immer mehr Mitglieder gebrauchen. Diese benötigten zurzeit jedoch schon ein gewisses Grundwissen, da die SELBSTHILFE derzeit keine Aus- oder Weiterbildungsangebote anbieten könnte. Hier fehle es an allen Ecken und Kanten. Die Patientenbeschwerdestellen bzw. Patientenfürsprecher seien ein anderes Problem. Mit dem ehemaligen Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft M-V, Herrn Wolfgang Gagzow, habe sie lange überlegt, wie so etwas an Kliniken etabliert werde könnte. Das sei für jedes Krankenhaus sinnvoll, doch sie seien nicht weitergekommen. Frau Austenat-Wied entgegnet sie, die Patientenorganisationen seien grundsätzlich ausreichend finanziert, doch mehr könnte es immer sein. Wünschenswert seien Vereinfachungen bei Verfahren und eine bessere Zugänglichkeit für neue Ideen. Über § 20 SGB V lasse sich nicht die Patientenbeteiligung finanzieren. Hier beiße sich die Katze in den Schwanz.

Angelika von Schütz (Stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung M-V) gibt an, die Kritik an der Bedarfsplanung

nachvollziehen zu können. Diese sei einfach nicht bedarfsgerecht. Es handle sich um eine Regelung auf Bundesebene. Diese müsse dort zeitgemäß angepasst werden. Die KVMV bemühe sich bereits, es seien jedoch auch die Unterstützung anderer Akteure nötig. Hinsichtlich der Barrierefreiheit habe sie in den letzten Jahren auch immer wieder Kontakt mit Frau Schießler gehabt. Barrierefreiheit sei auch weiterhin Thema bei Praxisgründerseminaren. Die vorgebrachten Argumente, weshalb eine Barrierefreiheit teilweise nicht umsetzbar sei, bekomme sie auch immer wieder zu hören. Viele seien zu Umbauten bereit, doch oft scheitere es an der Finanzierung oder am Mietrecht. Diesbezüglich sei über Fördermöglichkeiten zu diskutieren, durch die sich Dinge anders regeln ließen.

Abg. **Dietmar Eifler** merkt an, Herr Foitzik habe einen Änderungsbedarf in der Versorgungsstrategie festgestellt und sei diesbezüglich auf eine Versorgungslandkarte für Rheumaerkrankte eingegangen. Es sei eine enorme Herausforderung, den Anforderungen an die medizinische Versorgung in einem Flächenland gerecht zu werden. Er bittet Herrn Foitzik, nochmal genauer auf den Änderungsbedarf in der Versorgungsstrategie einzugehen.

Jörg Foitzik erklärt, die Versorgungslandkarte helfe nur, wenn sie aktuell sei. Gerade für neue Patienten solle sie einen schnellen Arztzugang ermöglichen. Um die Versorgungslandkarte laufend zu aktualisieren, müssten Veränderungen in der Versorgung beobachtet werden. Mit ehrenamtlichen Mitteln sei dies jedoch kaum möglich. Für seltene Erkrankungen sei eine Zentrenbildung begrüßenswert, da eine flächendeckende Vorhaltung von Leistungen dafür finanziell nicht machbar sei.

Karin Glause wolle zum Thema Telemedizin ergänzen, sie sei mit Frau Schießler zu einer Fortbildung in Greifswald gewesen. Es gebe gute Ideen, aber ausgereift sei die Telemedizin noch nicht. Die Parkinsonvereinigung habe an einer Studie teilgenommen, bei der die Krankenhausaufenthalte von Parkinsonpatienten durch Telemedizin reduziert werden sollten. Die Patienten hätten ein Videogerät für zu Hause bekommen und sollten dieses zu einer bestimmten Zeit einschalten. Solch ein Termin führe allerdings zu einer Adrenalinausschüttung und die Patienten könnten sich ganz anders bewegen und geben als im Alltag. Ein Klinikaufenthalt für die

Neueinstellung mit Medikamenten und die Therapieänderung könne so nicht ersetzt werden. Es sei ein guter Ansatz, aber trotzdem fehle es an Ärzten.

Anja Schießler merkt an, Herr Warning habe die Terminservicestellen angesprochen, die innerhalb von vier Wochen einen Termin für ein Erstgespräch vermittelt, was bei manchen Erkrankungen schon eine kritische Zeitspanne darstelle. Für einen Therapieplatz könnten weitere 12 Monate vergehen. Dies sei ein Unding. Sie fragt die anderen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter, ob sie solche Zustände auch aus ihrem Bereich kannten. Zum Thema der geriatrischen Psychiatrie habe sie kürzlich eine Studie gelesen, nach der Patienten nach dem Eintritt ins Rentenalter weniger Psychotherapie und dafür mehr Medikamente erhielten. Sie interessiere, ob jemand etwas zur geriatrischen psychotherapeutischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern sagen könne.

Manon Austenat-Wied gibt an, die letzte Frage nicht ad hoc beantworten zu können. Sie biete an, zu diesem Thema Informationen nachzuliefern. Hinsichtlich der Telemedizin erklärt sie, diese solle nicht alles ersetzen, sondern lediglich als ergänzendes Angebot dienen. Gerade bei chronischen Erkrankungen könnte durch Telemedizin ein routinierter Alltag erleichtert werden. Die ambulante und stationäre Versorgungsplanung müsse endlich zusammengeführt und mit Telemedizin sinnvoll ergänzt werden. So könne auch mehr Patientenorientierung erreicht werden. Mit ihren Kolleginnen und Kollegen mache sie sich viele Gedanken, wie das auch auf Bundesebene transportiert werden könnte, um entsprechende Gesetzesänderungen zu kommunizieren. Dafür werbe sie um Unterstützung.

Angelika von Schütz erklärt in Richtung von Frau Schießler, unter den Psychotherapeuten herrsche Uneinigkeit darüber, ob die Akutbehandlung in der Psychotherapie nicht ein psychiatrischer Notfall sei. Es gebe auch Psychotherapeuten, die sich für einen Ersttermin zur Verfügung stellten und dann aber keine Kapazitäten für die Folgebehandlung hätten. Dazu kämen Aspekte wie die Chemie zwischen Therapeut und Patient. Durch die Corona-Pandemie werde ein starker Anstieg der Nachfrage nach Psychotherapie erwartet. Hierfür sehe sie keine Lösung, neue Fachkräfte könnten nicht gebacken werden.

Sabine Hansen (Leiterin der Landesvertretung M-V der DAK) gibt an, über viele Krankheiten bekomme die DAK nur durch die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Kenntnis. Scheide jemand aus dem Arbeitsleben aus, falle dieser Weg der Informationsbeschaffung weg. Es werde vermutet, dass es viele Menschen im fortgeschrittenen Alter gebe, die Depressionen oder ein Alkoholproblem hätten. Dies werde dann aber nicht mehr statistisch erfasst. Der Datenschutz limitiere viele Informationsbeschaffungsmöglichkeiten. Die Inanspruchnahme von Psychotherapie sei im höheren Alter wahrscheinlich eher gering. Es sei auch fraglich, wie viele ältere Menschen überhaupt bereit seien, sich solch einer Therapie zu stellen. Liefern könne sie die Zahl der mit Antidepressiva versorgten Versicherten und die Menge der verordneten Medikamente. Sie schließe sich dem Angebot von Frau Austenat-Wied an, der Kommission entsprechende Informationen zukommen zu lassen.

Thomas Warning führt aus, der Bedarf einer Psychotherapie sei nicht davon abhängig, ob jemand erwerbstätig sei. Es sei so dargestellt worden, als ob nach dem Eintritt ins Rentenalter keine Psychotherapie mehr benötigt werde und das sei komplett falsch.

Vors. **Jörg Heydorn** betont, diese Aussage sei so nicht getroffen worden und Herr Warning habe das falsch verstanden.

Sabine Hansen stellt klar, die DAK bekäme nur über eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Kenntnis über eine Erkrankung. Dies entfalle beim Renteneintritt. Natürlich sei nicht automatisch jeder, der aus dem Arbeitsleben ausscheide, psychisch krank.

Abg. **Sebastian Ehlers** meint, die vielen Informationen der Anhörung zeigten, dass in der Gesundheitspolitik neben ökonomischen Zwängen auch immer die Patientensicht bedacht werden sollte. Viele Probleme und Herausforderungen, die sich durch die Arbeit der Enquete-Kommission zögen, seien heute auch wieder deutlich geworden. Er erkundigt sich bei Frau Bernier, ob bei Untersuchungen über die Barrierefreiheit Unterschiede zwischen Städten und ländlichen Gebieten festgestellt worden seien. Frau Schießler fragt er, ob sie sich eine Patientenvertreterin/einen Patientenvertreter

auf Landesebene in Mecklenburg-Vorpommern nach dem Vorbild anderer Bundesländer wünsche.

Dr. Antje Bernier erwidert, die Anzahl der untersuchten Objekte sei zu gering, um solche Unterschiede festzumachen. Es hätten sich überall Probleme bezüglich der Barrierefreiheit gezeigt.

Anja Schießler antwortet, es gebe zu einer solchen Stelle kein abgestimmtes Bild der Patientenorganisationen. Aus ihrer Sicht bräuchte es Patientenbeauftragte oder Patientenfürsprecher zunächst auf einer unteren Ebene, z. B. kommunal oder an einer Klinik. Es habe auf Bundesebene in den letzten Jahren große Qualitätsunterschiede zwischen den Patientenbeauftragten gegeben. Diese würden parteigebunden benannt und nicht von den zu vertretenden Patientenorganisationen.

PUNKT 2 DER TAGESORDNUNG

Abstimmung über die Sitzungen am 21. und 28. April 2021

- 21.04.2021

Die **Enquete-Kommission** verständigt sich darauf, in der Sitzung am 21. April 2021 die Anhörung der Bürgerinitiativen Crivitz, Parchim und Wolgast nachzuholen und als zweites Thema die regionale Versorgungsplanung und regionale Versorgungsbudgets zu behandeln.

- 28.04.2021

Die **Enquete-Kommission** beschließt, am 28. April 2021 Anhörungen zu den Themen seltene Erkrankungen und neuartige Gesundheitsberufe durchzuführen.

PUNKT 3 DER TAGESORDNUNG

Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

- Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung M-V und der Ärztekammer M-V vom 18. März 2021 (KDrs. 7/40)

Vors. **Jörg Heydorn** weist auf den Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung M-V und der Ärztekammer M-V vom 18. März 2021 (KDrs. 7/40) hin. Da dieser erst vor wenigen Tagen eingegangen sei, gehe er von einem Beratungsbedarf in den Fraktionen aus. Daher werde der Antrag auf eine Tagesordnung der nächsten Sitzungen gesetzt.

- Nächste Sitzung

Vors. **Jörg Heydorn** beruft die nächste Sitzung der Enquete-Kommission für den 8. April 2021 um 16:00 Uhr, voraussichtlich als Videokonferenz im Plenarsaal, ein. Thema sei die Vorstellung des Gutachtens.

Ende der Sitzung: 18:55 Uhr

Jörg Heydorn
Vorsitzender

Ad/Wa/Zi