

Bericht Regierungsbezirk Arnsberg – 06.10.2023

Regionales Patientenforum Dortmund

Bürgerorientierung im Gesundheitswesen



Einleitung

Am 6. Oktober 2023 diskutierten im Dortmunder Reinoldinum auf dem Regionalen Patientenforum der Koordinierungs- und Vernetzungsstelle Patientenbeteiligung NRW Patientenvertreter*innen und Interessierte über ihre Ideen für das kommunale Gesundheitswesen sowie die Themen, die die kommunale Patientenvertretung derzeit beschäftigen. Die Regionalen Patientenforen gibt es seit 2022. Sie richten sich insbesondere an Engagierte aus den Kommunalen Gesundheitskonferenzen, den Konferenzen Alter und Pflege, den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, an Patientenfürsprecher, Selbsthilfe-Aktive und Engagierte aus Senioren- und Inklusionsbeiräten. Die Regionalen Patientenforen sollen zur Förderung des interkommunalen Informations- und Erfahrungsaustauschs von lokal engagierten Patientenvertreter*innen beitragen. 2023 ist für jeden Regierungsbezirk in NRW ein digitales Patientenforum sowie eine Variante in Präsenz vorgesehen. Ausgewählte Ergebnisse der Regionalen Patientenforen werden auf der Jahrestagung der Patientenbeteiligung NRW am 3. November 2023 im Reinoldinum in Dortmund eingebunden.

Vorstellungsrunde und Netzwerk-Speed-Dating

Nach der Begrüßung wurden die Teilnehmenden dazu ermuntert, sich in der Vorstellungsrunde mit der Frage auseinanderzusetzen, was sie als erstes im Gesundheitswesen ändern würden, wenn sie Bürgermeister*in ihrer jeweiligen Kommune wären.

Vorstellungsrunde:



**„Wenn Sie Bürgermeister*in in
Ihrer Stadt wären:
Was würden Sie als erstes im
Gesundheitswesen ändern?“**

Abbildung 1: Wahl der Bürgermeister*innen

Die Ideen waren sehr vielfältig: Die frisch gewählten Bürgermeister*innen würden sich für mehr Therapieplätze in ihren Kommunen einsetzen und niedrigschwellige Angebote für junge psychisch Erkrankte schaffen, Wartezeiten in medizinischen Einrichtungen reduzieren

bzw. besser überbrücken, Betroffene besser mit der Politik ins Gespräch bringen, ein kommunales Gesundheitshaus bauen, den medizinischen Fachkräftemangel angehen, mehr barrierefreie Ambulanzen für Jugendliche schaffen, das Gesundheitswesen gemeinwohlorientierter gestalten sowie das Ehrenamt insgesamt stärker würdigen.

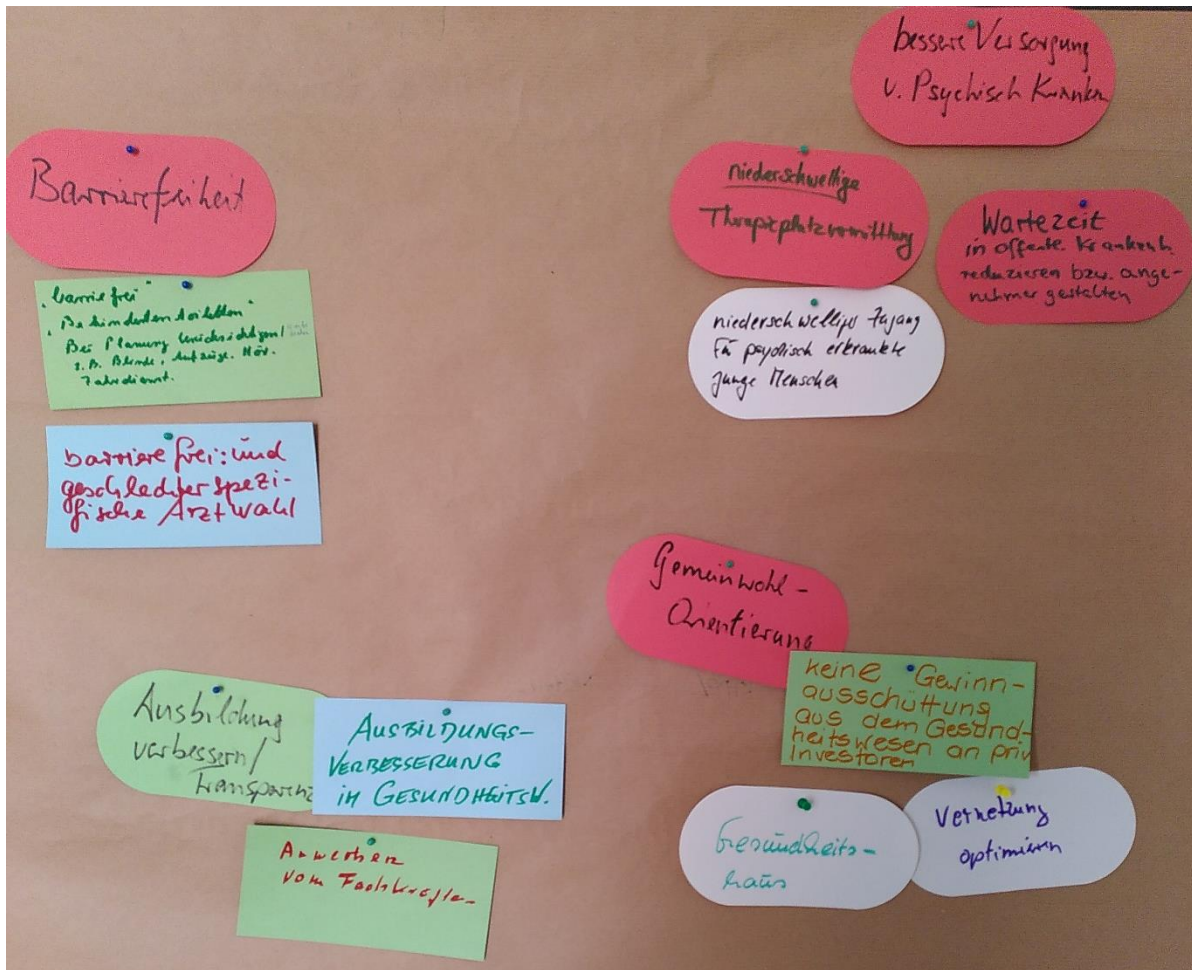


Abbildung 2: Ideen der Bürgermeister*innen

In den Gesprächen wurde deutlich, dass einige Themenfelder nur punktuell in die Zuständigkeiten der Kommunen fallen und hier insbesondere die Landes- und Bundesgesetzgebung greift. So wünschte sich eine Teilnehmerin, lieber „Königin von Deutschland“ zu werden. Die Kommunen bleiben jedoch ein wichtiger Ort, um Probleme im Gesundheitswesen erstmalig zu artikulieren.

Anschließend wurden die Teilnehmenden dazu eingeladen, ihre Ideen in Einzelgesprächen zu konkretisieren. Im Rahmen eines Netzwerk-Speed-Datings führten die Teilnehmenden vier jeweils fünf Minuten dauernde Gespräche, um sich kennenzulernen und Rückmeldungen zu ihren Ideen zu erhalten.

Input: Aktiv werden – was können wir vor Ort tun?

Nach diesem Einstieg erläuterte Jan Kaßner (Koordinierungs- und Vernetzungsstelle Patientenbeteiligung NRW), welche politischen Handlungsoptionen bestehen, um in den Kommunen die Ideen gegenüber der Politik und Öffentlichkeit zu kommunizieren. Bei dem letzten Regionalen Patientenforum im Frühjahr 2023 standen die Gremien als Artikulationsorte der Patient*innen im Mittelpunkt. Diese Perspektive wurde nun erweitert auf Aktionsformen abseits der Gremien: So können Petitionen und Einwohneranträge genutzt werden, um die Politiker*innen und die Stadtverwaltung zu einer Stellungnahme zu bewegen – oder gar die Entscheidungsgewalt im Rahmen eines Bürgerentscheids auf die Bürger*innen zu übertragen. Sogenannte „Demonstrative Beteiligungsformate“ wie zum Beispiel Demonstrationen, Boykott-Aktionen, aber auch Info-Stände und Leserbriefe dienen dazu, die eigene Position in der Öffentlichkeit sichtbar zu machen und über die öffentliche Unterstützung die Politik zum Einlenken zu bewegen. Dialogische Beteiligungsoptionen, beispielsweise der direkte Austausch mit Politiker*innen sowie der Austausch von Bürger*innen auf Bürgerdialogen konzentrieren sich stärker auf die argumentative Debatte und die Suche nach gemeinsamen Lösungen und Kompromissen.

Bei den jeweiligen Beteiligungsformaten sollte auch mitgedacht werden, welche Ressourcen die Engagierten mit einbringen können: Insbesondere die zeitlichen, finanziellen und personellen Kapazitäten können die Möglichkeiten der Beteiligungsformate einschränken.

Ressourcen und Bedingungen der Beteiligung



Abbildung 3: Ressourcen und Bedingungen der Beteiligung

Die Teilnehmenden berichteten anschließend von eigenen Erfahrungen mit den Beteiligungsformaten. Insbesondere die Möglichkeit, Politiker*innen direkt zu kontaktieren, sei häufig hilfreich. So sei beispielsweise in einer Stadt ein Alkoholverbot in der Innenstadt diskutiert worden. Dabei berücksichtigte die Politik jedoch nicht die Perspektive von

Obdachlosen auf ein solches Alkoholverbot. Daher wurde ein Arbeitskreis mit dem Bürgermeister und Obdachlosenvertreter*innen eingerichtet, in dessen Folge aus Rücksicht auf die Menschen in prekären Lebenslagen auf ein generelles Alkoholverbot verzichtet wurde.

Workshop-Phase

Für die Workshop-Phase wurden die Ideen der fiktiven Bürgermeister*innen geclustert und zwei Workshop-Themen beschlossen: *Fachkräftemangel* und *Bessere Versorgung von psychisch Kranken*. Die Workshops definierten dann die jeweiligen Problemlagen und suchten nach möglichen (politischen) Lösungen.

Fachkräftemangel

Der Workshop hielt zunächst fest, dass alle Sektoren im Gesundheitswesen vom Fachkräftemangel betroffen sind: So würde sowohl in der ambulanten, stationären, therapeutischen als auch Pflegeversorgung notwendiges Personal fehlen.

Als Ursachen diskutierten die Workshop-Teilnehmenden Personaleinsparungen in den Kliniken, die sich teils aus dem System der Fallpauschalen ergeben würden; schlechte Arbeitsbedingungen, zu starre Strukturen für innovative Lösungen sowie die Attraktivität von Zeitarbeitsfirmen, mit denen die regulären Versorgungsanbieter*innen nicht konkurrieren könnten.

In der Folge verlängerten sich die Behandlungszeiten, und manche Versorgungsstrukturen würden aufgegeben werden, z.B. im Falle von Diabetes-Erkrankungen. Mangels Zeit des verbliebenen Personals funktioniere auch das Entlassmanagement in medizinischen Einrichtungen nicht gut. Darunter litten alle Patient*innen, aber auch die verbliebenen Mitarbeitenden.

Um für mögliche Lösungen die Bedarfe der Mitarbeitenden und Patient*innen zu ermitteln, sei der Ausbau von Patienten- und Mitarbeitendenbefragungen ein wichtiger Schritt. Beteiligungsstrukturen müssten sichtbar gemacht werden, z.B. Patientenbeiräte, damit Patient*innen ihre Sichtweise auf den Personalmangel und die Konsequenzen artikulieren könnten. Die Patientengremien müssten sich stärker miteinander vernetzen, um zusammen besser auf Probleme aufmerksam zu können.

Kurzfristig sei es nötig, Bürokratie abzubauen, die medizinisches Personal binde und zu weniger Zeit für die Patient*innen führe. Die Bedarfsanalysen und –pläne müssten überarbeitet werden: In der psychotherapeutischen Versorgung sei der tatsächliche Bedarf inzwischen wesentlich höher als die Bedarfsplanungszahlen des Gemeinsamen Bundesausschusses erfassen würden. Die Kommunen müssten gemeinsam die höheren föderalen Ebenen stärker unter Druck setzen, die in der Gesetzgebung weitreichende Möglichkeiten hätten. Notwendig sei auch ein Mentalitätswandel in den Einrichtungen: Man

müsse im Arbeitsalltag einen stärkeren Fokus darauflegen, was gut laufe, und dies auch Auszubildenden durch Scout-Programme zeigen, um sie nicht vom Arbeitsalltag abzuschrecken. Gleichzeitig sollten auch die Arbeitsbedingungen verbessert werden: Flexible Arbeitsstrukturen in Krankenhäusern sollten wie schon in anderen Berufsgruppen möglich sein. Der Fachkräftemangel dürfe zudem nicht die Qualität der Ausbildung verschlechtern: Wichtig seien weiterhin spezialisierte Ausbildungs- und Studiengänge. Die Lösungsansätze zeigen: Mehr Geld ist nicht immer die (einzige) Lösung. Es braucht stattdessen neue Herangehensweisen. Hier hielten die Teilnehmenden abschließend fest, dass diese politisch auch zunehmend aufgegriffen würden, zum Beispiel im Rahmen der Krankenhausreform.

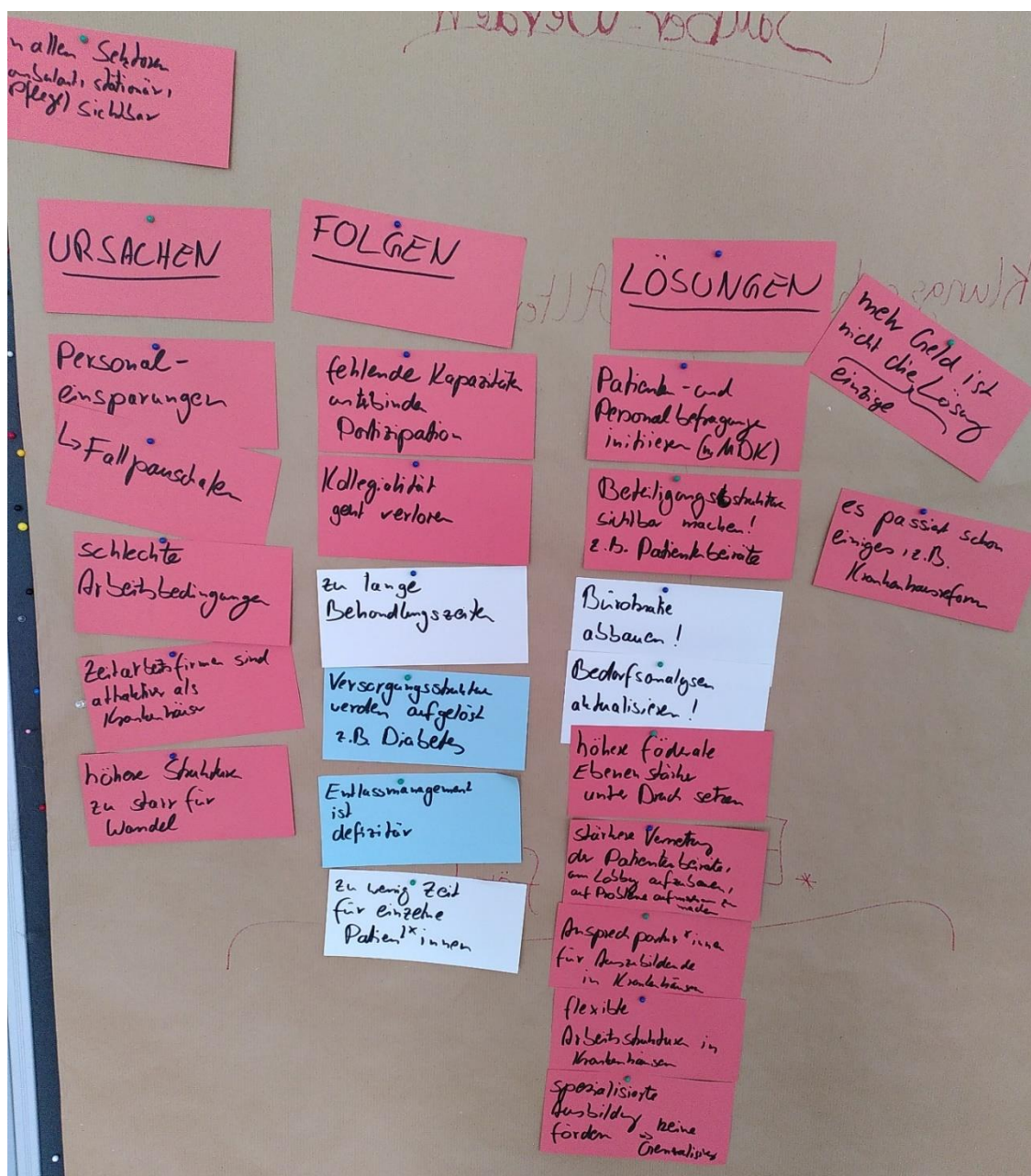


Abbildung 4: Ergebnisse des Workshops I

Bessere Versorgung von psychisch Kranken

Zu Beginn wurde im Workshop die Frage aufgeworfen, ob es in der psychotherapeutischen Versorgung grundsätzlich mehr reale Betroffenheit gäbe oder die Resilienz in der Bevölkerung abgenommen hat. Auch wenn die Teilnehmenden des Workshops diese Frage nicht beantworten konnten, hielten diese fest, dass bestimmte „Krankheitsmoden“ den Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung zeitweise steigern könnten. Dennoch seien die Bedarfe ernst zu nehmen. Betroffene litten häufig an der Stigmatisierung ihrer Erkrankung. Daher brauche es mehr Aufklärung, zum Beispiel an Schulen im Rahmen der „Psychoedukation“. Hierzu gehöre es auch, präventiv die Resilienz der Menschen zu stärken.

Die Teilnehmenden diskutierten zudem die Strukturen der psychotherapeutischen Versorgung. An einem konkreten Beispiel wurde die Notwendigkeit deutlich, Versorgungsangebote besser zu vernetzen: So sei die Anzahl der Betten einer psychiatrischen Einrichtung erhöht worden, allerdings bleibe die Nachfrage dezentral, sodass die Betten nicht vollumfänglich genutzt werden würden. Eine bessere Verzahnung der Angebote helfe, die Bedarfe an der richtigen Stelle zu identifizieren und auf freie Versorgungsangebote zu verweisen. Hilfreich sei in diesem Kontext der Aufbau von Trialogen, in denen Angehörige, Betroffene und Versorgungseinrichtungen gemeinsam die Bedarfssituation analysierten.

Auch die Selbsthilfe ist ein wichtiger Akteur bei der Versorgung von psychisch Kranken. In der Selbsthilfe können im Rahmen sogenannter „Peer Counselings“ Betroffene andere Betroffene beraten und unterstützen. Solche Formate müssten bekannter gemacht werden. Problem sei, dass insbesondere für junge Menschen häufig Gruppen fehlten. Der Workshop sah hierfür eine Ursache in der Verlagerung von Unterstützungen in Richtung Online-Netzwerken. Diese seien jedoch häufig für die Betroffenen schädlich, beispielsweise im Falle von Magersucht. Wichtig sei es daher, junge Menschen durch Lots*innen zu erreichen. Hierfür eignen sich beispielsweise Peers, die eine [EX-IN-Ausbildung](#) absolviert haben. Um diese zu fördern, kämpft Verdi für feste Tarife für die bis dato Ehrenamtlichen. Der Workshop hielt zudem fest, dass sich die Situation für psychisch Erkrankte in Jobcentern verbessert habe, die zunehmend für psychische Erkrankungen sensibilisiert seien, es aber weiterhin an Angeboten für psychisch Kranke fehle.

Ziel müsse sein, eine inklusive Gesellschaft zu garantieren, in der auch psychisch Kranke mitwirken und teilhaben können. Gleichzeitig müssten die Ursachen für psychische Erkrankungen stärker angegangen werden; unter anderem müssten Arbeitsbedingungen verbessert werden, die ein häufiger Grund für psychische Erkrankungen seien.

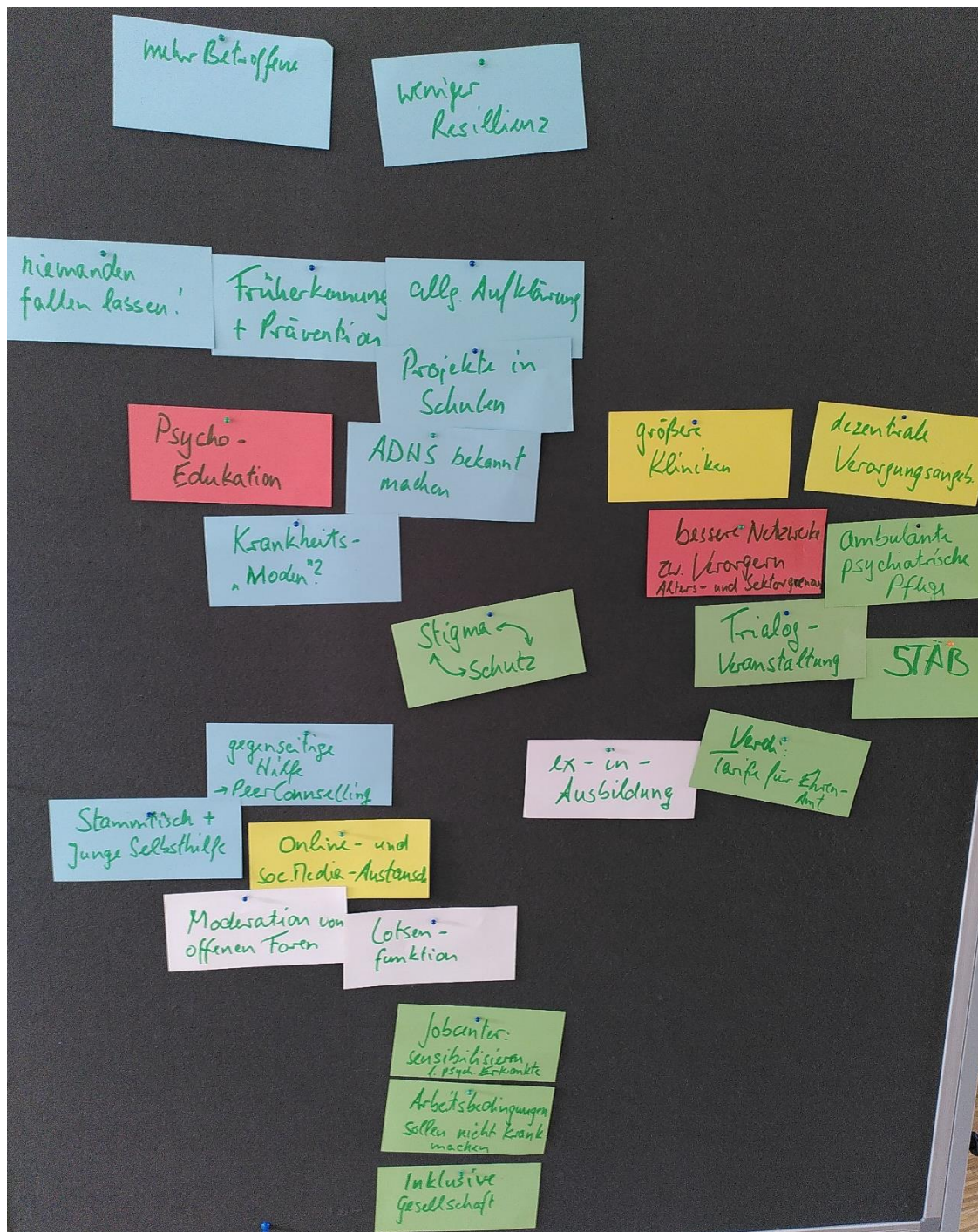


Abbildung 5: Ergebnisse des Workshops II

Input: Aktuelles aus der Gesundheitspolitik

Bestandteil jedes Regionalen Patientenforums sind Berichte über aktuelle Entwicklungen aus der Gesundheitspolitik auf Landes- und Bundesebene, die sich auf das Engagement der kommunalen Patientenvertretung auswirken.

Gregor Bornes (Koordinierungs- und Vernetzungsstelle Patientenbeteiligung NRW) berichtete von den Plänen der Bundespolitik, die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) als Stiftung neu zu gründen. Bis 2015 gab es ein gutes lokales Beratungsnetzwerk, das durch die ausschreibungsbedingte Übergabe der UPD an eine Call-Center-Firma aufgelöst werden musste. Die zukünftige Stiftung soll wieder einen stärkeren Fokus auf die lokalen Beratungsangebote setzen.

Die Teilnehmenden des Patientenforums interessierten sich zudem für die derzeit geplanten Gesundheitskioske, für die Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) Mitte letzten Jahres Eckpunkte formuliert hat. Gesundheitskioske sollen eine sozialraumorientierte, integrierte und sektorenübergreifende Versorgung in sozial benachteiligten Regionen sicherstellen. Modellhaft erprobt wurde das Konzept in Hamburg (Gesundheitskiosk Billstedt/Horn) aus Mitteln des Innovationsfonds. Lauterbach kalkuliert mit rund 1.000 Gesundheitskiosken bundesweit. Die Initiative hierzu soll jedoch von den Kommunen ausgehen.

Gesundheitskioske fungieren als Schnittstelle zur ambulanten ärztlichen Primärversorgung sowie den klinischen Notaufnahmen. Sie sollen zudem eine Lotsenfunktion im Sozialraum einnehmen, können ärztliche Gespräche mit den Patient*innen vor- und nachbereiten, Versorgungspläne erarbeiten und beim Ausfüllen von Formularen und Anträgen unterstützen. Damit schließen sie an die Tradition der Gesundheitsläden an. Zudem ist geplant, dass dort zum Beispiel Community-Health-Nurses einfache medizinische Routineaufgaben, wie z.B. Blutmessen, übernehmen können. Laut Eckpunktepapier müssen die Kommunen 20 Prozent der Kosten selbst tragen, die restlichen Kosten teilen sich GKV (74,5 %) und PKV (5,5 %).

In NRW gibt es bereits Gesundheitskioske in Köln, Essen und Aachen; in Bochum, Dortmund und Solingen befinden sich Gesundheitskioske im Aufbau. Gelsenkirchen und Münster haben mit der Planung entsprechender Versorgungsangebote begonnen. In NRW koordiniert eine durch die AOK finanzierte Landesarbeitsgemeinschaft der Gesundheitskioske die Arbeit der Gesundheitskioske und soll deren Interessen nach außen tragen. Der rechtliche Rahmen lässt jedoch weiterhin auf sich warten: Derzeit ist nicht absehbar, wann der entsprechende Gesetzentwurf durch das BMG in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht wird.

Zu guter Letzt skizzierte Gregor Bornes die Pläne zur Krankenhausreform in NRW. 2019 wurde im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales NRW (MAGS NRW) ein Gutachten zur Krankenhauslandschaft veröffentlicht, nach dem die Versorgungsangebote stärker an den tatsächlichen Bedarfen auszurichten seien. Problematisiert wurde in dem Gutachten, dass Operationen in manchen Krankenhäusern zu selten im Jahr durchgeführt werden würden, daher die nötige Erfahrung für die Behandlung fehle und somit die Qualität der Behandlung nicht gewährleistet sei. In Zukunft sollen

Krankenhäuser nicht nach der Anzahl der Betten, sondern nach den bewilligten Leistungsbereichen finanziert werden. Daher werden nun im Rahmen der reformierten Krankenhausplanung Versorgungsaufträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern anhand der bisherigen Fallzahlen der Krankenhäuser ausgehandelt. Die Ausrichtung an den Fallzahlen kann dazu führen, dass manche Krankenhäuser fusionieren oder gar schließen müssen, da sie bei bestimmten Leistungen die notwendigen Fallzahlen nicht erreichen und so eines ihrer Leistungsspektren wegbricht. Deswegen gingen laut Gregor Bornes viele Menschen auf die Straße, um für den Erhalt „ihres“ Krankenhauses zu demonstrieren. Manchmal sei dies jedoch absurd, da sie für ein Krankenhaus demonstrierten, dessen Qualität nachweislich schlecht sei.

Kontakt zur Koordinierungs- und Vernetzungsstelle

Mail: nrw@patientenbeteiligung.de **Telefon:** 0221-276-29-62 **Mobil:** 0152-53548880

Website: www.patientenbeteiligung.de/nw