

15. Alsterdorfer Fachforum 1. November 2011

Behandlung von Menschen mit Behinderung im Gesundheitswesen

Statement aus der Sicht eines niedergelassenen Arztes als hausärztlicher Versorger

Sehr geehrte Damen und Herren, vielen Dank für die Einladung, hier als niedergelassener Arzt zum Thema „ Behandlung von Menschen mit Behinderung im Gesundheitswesen “ zu ihnen sprechen zu dürfen.

Ich verstehe meine Aufgabe im Ablauf der Vorträge so, dass ich ihnen möglichst konkret aus der hausärztlichen Versorgungspraxis berichte und potentielle Schwierigkeiten darstelle.

Dafür möchte ich mich und den Arbeitsbereich unserer Praxis kurz vorstellen.

Ich bin 48 Jahre alt, habe 1990 das 3. Staatsexamen abgelegt und anschließend in Hamburg und Uelzen 7 Jahre meine internistische Facharztausbildung durchlaufen. Nach so viel Innerer Medizin brauchte ich eine Horizont-erweiterung und habe mich in einer psychiatrischen Fachklinik in Häcklingen bei Lüneburg beworben. Aus einer kurzen Episode sind dann 7 Jahre geworden inklusive psychotherapeutischer Weiterbildung, Betreuung eines psychiatrischen Wohnheims und längerer Tätigkeit in der zur Klinik gehörenden Institutsambulanz. Seit 2005 bin ich in der City von Hamburg am Neuen Wall mit meinem Kollegen Michael Ebeling als Kassenarzt niedergelassen. Wir arbeiten beide als hausärztlich tätige Internisten, ich zu etwa einem Viertel meiner Arbeitszeit auch als kassenärztlich zugelassener Psychotherapeut für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Wir haben im Stadtvergleich eine mittelgroße Hausarztpraxis mit viel Laufkundschaft aus den umliegenden Büros, aber auch einem nicht unerheblichen Anteil von Patienten im Rentenalter aus ganz Hamburg. Durch die gute Verkehrsanbindung ist unser Versorgungsgebiet – anders als im ländlichen Raum – nicht auf die engere Umgebung begrenzt. Wir betreuen auch ein Wohnheim der Alsterdorf-Assistenz am Hühnerposten / Hauptbahnhof mit durchweg mehrfach körperlich und / oder geistig behinderten Bewohnern.

Wie habe ich versucht mich dem heutigen Thema zu nähern?

In der Vorbereitung habe ich mir die Pressemitteilungen der BÄK vom 112. Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz und 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden zu Gemüte geführt. Beide Ärztetage haben deutlich auf Versorgungsdefizite hingewiesen, insbesondere für mehrfachbehinderte Menschen im Erwachsenenalter. In der Pressemitteilung der BÄK vom 14.5. 2010 heißt es dazu:

„ Die Delegierten des 113. Dt. Ärztetags haben die konsequente Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland gefordert. Es müsse sichergestellt werden, dass Menschen mit Behinderungen eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung zur Verfügung steht. Der erhöhte Aufwand muss durch organisatorische und strukturelle Anpassungen im Gesundheitswesen entsprechend flankiert werden. Aus diesem Grund sei das Vorhaben der Bundesregierung zu begrüßen, einen Aktionsplan erarbeiten und sich mit den am Umsetzungsprozess beteiligten Organisationen und Institutionen austauschen zu wollen....Deshalb will die Bundesärztekammer ein Positionspapier „ Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung“ erarbeiten.“

Bei so viel Absichtserklärungen habe ich nach neueren Pressemitteilungen der BÄK zu diesem Thema geforscht – und keine gefunden.

Ich habe Frau Heidenreich , Pressesprecherin und Abteilungsleiterin des Bereichs Öffentlichkeit bei der KV Hamburg, angerufen und gefragt, ob es bei der **KV Hamburg** aktuell Projekte zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen gibt. Konkrete laufende oder geplante Aktionen sind ihr nicht bekannt.

Anschließend habe ich mich auf ihren Rat hin noch an die Pressestelle der **Ärztekammer Hamburg** gewandt mit der gleichen Fragestellung. Dort gibt es keine Aktionen auf der Grundlage des angekündigten Aktionsplans der Bundesregierung oder der BÄK, aber kleinere Initiativen, die aus konkreten Anfragen aus der Situation in Hamburg entstanden sind:

1. Eine Untersuchung zur Bestandsaufnahme der Zugangsmöglichkeiten in gynäkologischen Praxen für behinderte Frauen

2. Für das Handbuch im Gesundheitswesen 2011 soll eine differenziertere Befragung der Arztpraxen zur Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer erfolgen. (kann auch im öffentlichen Praxissuche-Portal der KV HH abgefragt werden) Hintergrund ist die unscharfe Bezeichnung „rollstuhlgerecht“, viele Praxen wollen natürlich in diesem Handbuch als rollstuhlgerecht aufgeführt werden, sind es aber in der Realität oft nicht.

3. Es gab eine Presseanfrage, ob Blinde, die mit einem Blindenhund versorgt sind, mit dem Hund problemlos Zugang in Arztpraxen bekommen, was offensichtlich durchaus nicht immer der Fall ist.

Ich möchte im Folgenden unsere konkrete Versorgungssituation als Hausärzte auf den Begriff „**Barrierefreiheit**“ herunterbrechen, bzw. aufzeigen wo mögliche Barrieren in der Versorgung behinderter Menschen liegen.

Ganz offensichtliche **räumliche Barrieren** sind Kantsteine, Stufen, Treppen, fehlende Fahrstühle, enge Flure, Türschwellen, zu schmale Türen, schlechte Beleuchtung.

Unsere Praxis liegt in der 1. Etage. Es gibt am Eingang keinen automatischen Türöffner, immerhin gibt es einen Fahrstuhl und die Türen der Praxis sind mit einem Rollstuhl gut passierbar. Nicht rollstuhlgerecht ist allerdings das Patienten-WC, die Tür ist zu schmal, es gibt keine zweite Patiententoilette. Ein Umbau wäre mit massiven Kosten verbunden, den wir als Praxis alleine zu tragen hätten.

Es gibt **sprachliche Barrieren**. Unser normales Praxisklientel kann sich ausdrücken, Probleme benennen, Wünsche äußern, d.h. Anliegen können in einem planbaren Rahmen abgearbeitet werden. Mehrfach körperlich oder geistig behinderte Menschen können in den meisten Fällen ihre gesundheitlichen Nöte nicht selber vortragen, oder nur sehr eingeschränkt. Oft sind wir auf Informationen von Betreuungspersonen angewiesen, die aber häufig keine medizinische, sondern z.B. eine sozialpädagogische Ausbildung haben. Die Informationsbeschaffung über die oft komplexen Krankheitsbilder und Begleiterkrankungen ist sehr viel schwieriger. Die betroffenen Klienten benötigen häufig Aufenthalte in Spezialkliniken, sind bei diversen anderen Fachärzten in Mitbehandlung (z.B. Neurologe, Diabetologe, Urologe u.a.) und

die Information soll bei uns als Hausärzten zusammenkommen.

Medikamentenverordnungen unterschiedlicher Fachrichtungen müssen abgeglichen werden, da der eine nicht immer weiß, was der andere verordnet. Die Überleitung aus der stationären in die ambulante Versorgung gestaltet sich aus den genannten Gründen häufig schwierig- und alles braucht viel, **viel mehr Zeit!**

Es gibt also **zeitlich-organisatorische** Barrieren. Nicht immer ist der tatsächliche Bedarf im Vorwege gut abzuschätzen. Das heißt: das Wartezimmer ist voll, der Terminplan kommt durcheinander, meine Mitarbeiterinnen kommen unter Druck an der Anmeldung und geben den Druck an mich weiter. Bestimmte Kontakte zu Kliniken, zu anderen Ärzten, zu Behörden oder Betreuern bekommt man nur zu den regulären Zeiten- also während der Sprechzeiten, andere Arbeiten kann man wegen des erhöhten Aufwands nicht in der laufenden Sprechstunde erledigen, also muss man sich hinterher noch daransetzen. Es gibt aber auch meinerseits Fragen zur angemessenen Versorgung der Betroffenen, mit denen ich einfach überfordert bin. Und gelegentlich fehlt mir dann eine Anlaufstelle, an die ich mich als behandelnder Arzt wenden kann. Es gibt für psychiatrische Fragestellungen auf der gesamten kommunalen Ebene z.B. den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD), vielleicht bräuchten wir eine vergleichbare Versorgungsstruktur auch bei der Versorgung von Menschen mit komplexen Behinderungen.

Es gibt **psychisch-emotionale Barrieren**. Geistig oder körperlich mehrfach behinderte Patienten sind häufig durch vorausgegangene ärztliche Behandlungen traumatisiert, ängstlich und reagieren oft anders, impulsiver als nicht behinderte Patienten. Sie können auf Grund ihrer Erkrankung die eigene Körperhygiene oftmals nur eingeschränkt umsetzen. Das bedeutet, in einem gemeinsamen Wartezimmer kann es spannend werden. Schreie aus dem Behandlungszimmer, z.B. bei einer Blutabnahme oder Impfung, führen zu Blicken unterschiedlicher Qualität im Wartezimmer. Es gibt schon mal gute Ratschläge für meine Mitarbeiterinnen, seltener für mich selbst. Andere Patienten werden verunsichert, viele kommen ja selber mit Ängsten, es gibt wieder mehr Gesprächsbedarf.

„Zeit ist Geld“. Und deshalb muss ich auch über **finanzielle Barrieren** bei der Versorgung behinderter Menschen sprechen.

Um ihnen einige konkrete Zahlen zu nennen: Unsere **Vergütung ist budgetiert**, d.h. wenn das zugestandene Budget, das sich kompliziert errechnet, abgearbeitet ist, bekommt man die darüber hinausgehende Arbeit nur noch abgestaffelt zum deutlich reduzierten Satz vergütet, etwa in der Größenordnung von 5% - ein Grund warum viele Praxen zum Quartalsende schließen oder zumindest keine Termine mehr vergeben. Pro Kassen-Patient erhalten wir derzeit eine **Versorgungspauschale von etwa 33,-€ im Quartal** zuzgl. des sogenannten **Chronikerzuschlags von nochmal etwa 15,-€ ab dem 2. Kontakt für Patienten mit chronischen Erkrankungen und dauerhaftem Behandlungsbedarf**- insgesamt im Quartal also etwa 50,-€. Das bedeutet: ab dem 3. Kontakt gibt es nicht unbedingt mehr Geld. **Die Vergütung für einen Hausbesuch wurde von bisher 15,-€ auf zuletzt 21,-€ angehoben**, allerdings wird die Besservergütung durch die Hintertür mit einer Absenkung im Gesamtbudget finanziert!

Da gemeinhin die Leistung dem Geld folgt, verstehen sie auch bei diesen wenigen Zahlen vielleicht, wie gering hier die Leistungsanreize für den erforderlichen Mehraufwand in der Betreuung multimorbider und mehrfach behinderter Menschen sind.

Ich möchte folgendermaßen zusammenfassen:

1. Die Bestandsaufnahme und Absichtserklärungen der Deutschen Ärzttage in Mainz 2009 und Dresden 2010 sind unverändert aktuell. Ein angekündigter Aktionsplan ist weder auf politischer Ebene noch auf der Ebene der ärztlichen Selbstverwaltung in Sicht.

2. Es gibt im Gesundheitswesen insgesamt einen Trend weg von stationärer Versorgung hin zu immer mehr Versorgung im ambulanten Bereich. Mit der zunehmenden Dezentralisierung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen geht nicht unbedingt eine Dezentralisierung kompetenter gewachsener Versorgungsstrukturen einher. Damit laufen die Probleme in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung auf und führen dort zu Unsicherheit, Überforderung, Frustration mit der Gefahr von Fehlbehandlungen. Flankierende Maßnahmen sind nicht in Sicht. Allein in der allgemeinärztlich-hausärztlichen Versorgung werden sich Probleme und

Bedürfnisse von mehrfach behinderten Menschen nicht lösen lassen. Hier ist in der ambulanten Versorgung noch eine andere Art von Professionalität gefordert.

3. Wir sind als selbständige Ärzte Unternehmer mit wirtschaftlicher Verantwortung für unsere Mitarbeiter und unsere eigenen Familien. Deshalb sind wir gezwungen betriebswirtschaftlich zu denken und zu kalkulieren. Der Satz: „ Die Leistung folgt dem Geld“ ist betriebswirtschaftliche Realität. Ich befürchte daher, dass sich ohne deutlich verbesserte wirtschaftliche Anreize in der ambulanten medizinischen Versorgung die derzeitige Versorgungssituation nicht substantiell ändern wird.

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit!

Korrespondenzadresse:

Gerd Freytag

**FA Innere Medizin / hausärztliche Versorgung, Zusatzbezeichnung
Psychotherapie**

Praxis Neuer Wall 42, 20354 Hamburg

Tel. 040/364460 kontakt@praxisneuerwall.de