

Eigenverantwortung in der Mittellosigkeit?!

Auswirkungen des Reformprozesses
auf die gesundheitliche Lage von
Wohnungslosen

Dokumentation der Fachtagung des Regionalen Knoten
„Wohnungslosigkeit und Gesundheit“

Eigenverantwortung in der Mittellosigkeit?!

**Auswirkungen des Reformprozesses
auf die gesundheitliche Lage
von Wohnungslosen**

**Dokumentation der Fachtagung des Regionalen Knotens
„Wohnungslosigkeit und Gesundheit“**



Herausgeberin

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
Repsoldstr. 4
20097 Hamburg
Tel: 040 – 632 22 20
Fax: 040 – 632 58 48
buero@hag-gesundheit.de
www.hag-gesundheit.de

Redaktion: Petra Hofrichter, Dörte Frevel
Satz und Gestaltung: Christine Orlt
Druck: Drucktechnik
Auflage: 500
Hamburg, August 2006

Inhalt	Seite
Grußwort Prof. Dr. Leonhard Hajen, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)	5
Der Regionale Knoten „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ Petra Hofrichter, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)	7
Krise und Zukunft des Sozialstaates in einer sich spaltenden Gesellschaft Prof. Dr. Christoph Butterwegge, Universität Köln	11
Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und seine Auswirkungen auf die medizinische Versorgung Wohnungsloser Wohnungslose: autonome Patienten und Patientinnen oder Opfer von Ökonomisierung und Wettbewerb? Eine Zwischenbilanz der Reformen im Gesundheitswesen Dr. Wilfried Kunstmann, Bundesärztekammer Berlin	17
Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen Dr. Michael Schwarzenau, Ärztekammer Westfalen-Lippe	29
Krankenstube für Obdachlose Dieter Ackermann, Caritas Hamburg	35
Gelungene Zusammenarbeit! Wohnunterkunft Notkestraße und Allgemeinmedizinische Praxis Teil 1: Die Frauenwohnanlage Notkestraße Cornelia Finck, pflegen & wohnen	39
Teil 2: Sprechstunde in der Notkestraße Dr. Eckhard Zeigert, A. Meister, U. Börgerding Allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis	40
Gute Praxis – neue Kooperationen: Die Feuerwehr und das Pik As Teil 1: Sybille Stollmayer, Pik As – pflegen & wohnen	42
Teil 2: Dr. Stefan Oppermann, Feuerwehr Hamburg	44
Aufsuchende Arbeit von chronisch psychisch Kranken Dr. Richard Becker, Psychiatrische Ambulanz Asklepios Klinik Nord Heidberg-Ochsensoll	46
Kontakte	48

Grußwort

Prof. Dr. Leonhard Hajen

Vorsitzender der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V (HAG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

niemand kann dem Grundsatz widersprechen, dass jeder von uns für seine Gesundheit Verantwortung trägt. Die große Herausforderung für einen Sozialstaat ist, die Individuen in die Lage zu versetzen, dass sie diese Verantwortung auch faktisch wahrnehmen können. Wohnungslosigkeit ist ein dramatisches Beispiel für das weite Auseinanderklaffen von formalen Rechten und tatsächlichen Möglichkeiten, diese Rechte auch wahrzunehmen und den Anspruch auf ärztliche Behandlung im Krankheitsfall tatsächlich einzulösen.

Wohnungslose sind in der Regel nicht mehr oder waren nie Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse. Es gehört zu den herausragenden Leistungen unseres Sozialstaates, dass auch dann ein Recht und eine Pflicht zur Mitgliedschaft in einer Krankenkasse und auf Leistungen im Krankheitsfall bestehen. Die Kommunen ersetzen den Krankenkassen seit der Gesundheitsreform 2003 im Rahmen der Sozialhilfe die entstandenen Kosten. Also könnte man meinen: Alles in bester Ordnung, weil das Geld dem Kranken folgt.

Die Wirklichkeit sieht anders aus. Wohnungslose sind häufiger krank als der durchschnittliche Bürger. Ihnen fehlt gerade die eigene Häuslichkeit, um Krankheiten zu kurieren. Alles was für eine Bewältigung von Krankheit notwendig ist, fehlt ihnen, weil sie in der Regel ohne eine pflegende Familie, Freunde oder soziale Unterstützung sind. Die Balance zwischen Belastungen durch Krankheit und Strategien der Bewältigung ist grundlegend gestört.

Der Zugang zum ambulanten Versorgungssystem oder Krankenhaus ist zwar formal gegeben, aber die Schwellen sind hoch. Das Problem beginnt mit der persönlichen Legitimation durch eine Gesundheitskarte. Häufig ist sie nie beantragt worden, verloren oder geklaut. Dann beginnt für Sprechstundenhilfe oder Krankenhausverwaltung der mühselige Prozess, Zuständigkeiten zu klären, um die Finanzierung zu sichern. Nicht jeder Wohnungslose hält sich dort auf, wo seine zuständige Heimatgemeinde ist. Zusätzliche Arbeit und Kosten macht das allemal. Abwimmeln und Weiterschicken ist dann leichter, aber für die Betroffenen schlimm. Die Schwelle, einen Arzt aufzusuchen, wird noch einmal höher gelegt.

Neben diesen bürokratischen Schwellen gibt es aber auch andere nachvollziehbare, wenn auch illegitime Gründe, Wohnungslose nicht im eigenen Wartezimmer haben zu wollen. Der Anteil Alkohol- und anderer Suchtkranker ist hoch, die persönliche Hygiene beklagenswert und die Compliance ist gering. Nicht immer wird ein Wohnungsloser von anderen Patienten toleriert, so dass der behandelnde Arzt fürchten muss, Patienten zu verlieren. Wohl gemerkt, es geht hier nicht um gesetzliche Ansprüche und Pflichten, sondern um Folgen, mit denen man rechnen muss. Sie machen es notwendig, für Wohnungslose spezielle Angebote vorzuhalten, ohne sie von der normalen Krankenversorgung auszuschließen. Aber die Schwellen können nur mit besonderen Hilfen überwunden werden. Hilfe ist wichtig, sie hat viele Formen von Ehrenamtlichkeit und professioneller Hilfe, aber in der Regel kostet sie Geld.

Finanzierungssysteme im Gesundheitssektor haben eine Steuerungswirkung. Dabei ist zu unterscheiden, ob die Steuerungswirkungen beabsichtigt sind, oder ob sie nicht gewollt, aber absehbar sind. Beides müssen die politisch Verantwortlichen bei ihren Entscheidungen einbeziehen. Mich treibt besonders die Sorge um, wie sich die neue Krankenhausfinanzierung auf die Lage der kranken Wohnungslosen auswirkt.

Das neue Entgeltsystem in den Krankenhäusern auf der Basis von Fallpauschalen wird die Situation für die Wohnungslosen absehbar verschlechtern. Endgültig ab 2009 erhalten die Krankenhäuser ihre Budgets auf der Basis von Fallpauschalen, die je nach Schweregrad einer Krankheit die durchschnittlichen Kosten vergüten und nicht mehr die im Krankenhaus verbrachten Tage. Das ist beabsichtigt und auch richtig, weil es einen Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln setzt. Wohnungslose können ihre Krankheit nun nicht zu Hause kurieren. Ihr Zugang zur ambulanten Versorgung ist hinsichtlich der Finanzierung im Grundsatz abgesichert, was eine sozialstaatliche Errungenschaft ist. Aber faktisch ist ihr Zugang zur Versorgung aus vielen Gründen eingeschränkt. Deshalb werden sie im Zweifelsfall längere Liegezeiten im Krankenhaus benötigen, um ihre Krankheit auszuheilen.

Im alten Finanzierungssystem, in dem der Tagespflegesatz immer noch eine große Rolle spielte, führte das auch zu zusätzlichen Einnahmen für das Krankenhaus. Die höheren Kosten für Wohnungslose sind im neuen Finanzierungssystem in den Durchschnittskosten enthalten, bezogen auf die große Zahl der „Normalfälle“ sind sie aber unbedeutend. Die Behandlung eines Wohnungslosen im konkreten Fall eines einzelnen Krankenhauses führt aber absehbar zu höheren Kosten, weil in der Regel die Morbidität höher und einer längere Verweildauer notwendig ist, was aber erst jenseits der vorgegeben Grenzwerte für die durchschnittliche Liegezeit zu Mehreinnahmen für das Krankenhaus führt.

Es ist zu befürchten, dass Wohnungslose, die schon unter bisherigen Bedingungen höhere Schwellen für einen Krankenhausaufenthalt aus den unterschiedlichsten Gründen zu überwinden hatten, es künftig noch schwerer haben. Der ökonomische Anreiz, Wohnungslosen im Rahmen des medizinischen Ermessensspielraums eine Behandlung zu verweigern, ist jedenfalls plausibel. Ich gebe zu, meinen Überlegungen fehlt die empirische Basis, weil die Gruppe der Wohnungslosen zu den Waisenkindern der Versorgungsforschung gehört. Aber wenn diese Folgen absehbar und aus ethischen Gründen nicht hinnehmbar sind, dann muss eine besondere Finanzierung über das Krankenhausbudget oder ein Zuschlag zu den Fallpauschalen bei Wohnungslosigkeit vorgesehen werden. Der Schweregrad einer Krankheit, der bei Fallpauschalen erfasst werden soll, hat eben nicht nur eine medizinische Dimension, sondern auch eine soziale. Dazu bedürfte es einer Ermächtigung im Gesetz, wobei die Finanzierung der Krankheitskosten, soweit es sich um Sozialhilfeempfänger handelt, schon jetzt aus den kommunalen Etats geleistet wird.

Das Vorbild für die Fallpauschalenfinanzierung ist Australien. Dort kann man aber auch lernen, dass Fallpauschalen lediglich ein Finanzierungsinstrument unter anderen sind. Fallpauschalen bilden medizinisch und ökonomisch gleiche Fälle ab. Wohnungslose sind bei gleicher Krankheit aber nicht gleich, sondern veranlassen einen höheren Aufwand. Der australische Bundesstaat New South Wales berücksichtigt beispielsweise neben Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und Non-English als Muttersprache ausdrücklich die Wohnungslosigkeit bei der Budgetzuweisung als einen besonderen Belastungsfaktor, der höheren Finanzbedarf rechtfertigt (Hindle, 2002, 53f).

Sehen Sie mir nach, wenn ich etwas zu technisch geworden bin und bei der Frage nach der Mittellosigkeit in den Mittelpunkt gestellt habe, woher denn die Mittel kommen sollen, um auch für Wohnungslose das Recht auf Gesundheit einzulösen.

Diese Tagung ist das Ergebnis vieler Diskussionen von engagierten Menschen, die in unterschiedlichster Weise mit und für Wohnungslose arbeiten. Wir wollen Fragen stellen, Probleme benennen und wo immer möglich Lösungsansätze diskutieren.

Ich bedanke mich sehr herzlich bei allen, die diese Tagung vorbereitet haben. Sie ist Teil eines bundesweiten Projektes, das soziale Ungleichheit und Gesundheit zum Thema hat. Es wird getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, unserer Schwesterorganisation „Gesundheit Berlin e. V.“, dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen sowie der Bundesvereinigung und Landesvereinigungen für Gesundheit.

Besonderer Dank auch an Frau Petra Bäurle, die den Nachmittag moderieren wird und bei Frau Petra Hofrichter von der HAG, die eine besondere Verantwortung bei der Vorbereitung hatte.

Der Regionale Knoten „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“

Petra Hofrichter

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)

Der Zusammenhang von sozialem Status und Gesundheit (bzw. Krankheit) ist in zahlreichen sozio-epidemiologischen Studien nachgewiesen worden: Wer arm ist, ist nicht nur häufiger krank, er stirbt auch früher. Der soziale Status, die Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben, die Bildung, das Einkommen, die Lebenslagen sind die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Menschen.

Besonders hart betroffen sind wohnungslose oder obdachlose Frauen und Männer. Ihr schlechter Gesundheitszustand ist zum einen auf die krankmachenden Lebensbedingungen, zum anderen auf das risikoreiche Gesundheitsverhalten zurückzuführen. Aus unterschiedlichen Gründen nimmt diese Bevölkerungsgruppe das medizinische Versorgungssystem nicht genügend in Anspruch oder wird nicht ausreichend versorgt. Die Gefahr, dass sich leichte Krankheiten zu chronischen oder lebensbedrohlichen Leiden verschlimmern, ist groß.

Seit Mitte 2004 beteiligt sich die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft an dem Bundesprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Ein Verbundprojekt von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, Krankenkassen, Bundesärztekammer und Wohlfahrtsverbänden sowie zahlreichen anderen Partnern (aktueller Stand 2006: 37 Partner).

Das Projekt setzt sich aus vier Bausteinen zusammen:

1. Transparenz verbessern: Aufbau einer bundesweiten Projektdatenbank

Einen bundesweiten Überblick über Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte bietet die Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Hier sind die Arbeitsschwerpunkte von ca. 2700 bundesweit aktiven Projekten veröffentlicht. Die Datenbank enthält Informationen über Ziele, Zielgruppen, Handlungsfelder, Projektlaufzeit, Ansprechpartner/innen und Kontaktadressen. In Hamburg sind derzeit 105 Projekte in der Datenbank vertreten. Der Schwerpunkt ihrer Angebote liegt im Bereich der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen.

2. Informationen zusammenführen: Internet-Plattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Die Projektdatenbank ist Teil des Internetauftritts. Hier findet man aktuelle Informationen, bundesweite Terminübersicht, Hinweise auf Veröffentlichungen, Forschungsergebnisse und Materialien (Gesetzestexte, Leitlinien u. a.), Adressen und themenspezifische Links.

3. Qualität verbessern: Good Practice in der Gesundheitsförderung

Zur Begleitung des Gesamtprojektes hat die BZgA einen beratenden Arbeitskreis konstituiert, der sich aus Wissenschaftlern/innen, Praktikern/innen, Vertretern/innen von Regierungs- und Nicht-Regierungsorganisationen und Vertretern/innen aus den Bereichen der Gesundheitsförderung und Sozialarbeit zusammensetzt. Ein Schwerpunkt dieses Arbeitskreises ist die Entwicklung von Kriterien von Guter Praxis.

4. Dezentrale Strukturen aufbauen: Regionale Knoten

Seit Anfang 2004 wurden in der Bundesrepublik 11 „Pilotknoten“ aufgebaut, die den Landesvereinigungen oder Landesgesundheitsämtern angegliedert sind und von der BZgA oder dem BKK Bundesverband finanziell gefördert werden.

Der Aufbau dieser regionalen Koordinierungsstellen bildet den zentralen Schwerpunkt des Projektes. Mit der Einrichtung des Regionalen Knoten soll die Transparenz im Handlungsfeld verbessert und die Qualitätsentwicklung gestärkt werden. Good Practice-Angebote werden identifiziert und präsentiert mit dem Ziel, die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung in der Region zu stärken. Eine zentrale Aufgabe des Regionalen Knotens ist der Aufbau von regionalen Arbeitskreisen zum Thema Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, mit dem Ziel, die zu diesem Thema arbeitenden Akteure institutions- und sektorenübergreifend zusammenzuführen. Die Arbeitskreise dienen als Forum, den Stand der Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten in der Region zu diskutieren und Ansätze zur bedarfsorientierten Verbesserung und Optimierung der Angebote zu entwickeln.

In Hamburg hat die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) zwei Zielgruppenschwerpunkte gelegt, einer davon ist „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“.

Im Regionalen Knoten „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ treffen sich Vertreter/innen

- der Asklepiosklinik St. Georg
 - der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
 - des Caritasverbands Hamburg
 - des Diakonischen Werks Hamburg
 - der Feuerwehr Hamburg
 - des Kemenate-Tagestreffs für wohnungslose Frauen
 - der MW Malteser Werke, Malteser Nordlicht
 - von pflegen & wohnen
 - und der Stadtmission Hamburg
- zu einem regelmäßigen Austausch.

In Hamburg leben derzeit ca. 2900 wohnungslose Männer und Frauen in öffentlicher Unterbringung. Die Anzahl der Menschen, die auf der Straße leben, wird laut einer Studie der Diakonie auf 1600 geschätzt (Diakonisches Werk Hamburg, 2001).

Medizinische Versorgung wird seit 10 Jahren von Wohlfahrtsverbänden angeboten. Dazu zählen die Krankenstube und die Mobile Hilfe der Caritas, die medizinische Sprechstunde in der Tagesaufenthaltsstätte Bundesstraße und in der Übernachtungsstätte Pik As, im Kemenate-Tagestreff für Wohnungslose Frauen und im Park In, einer Tagesaufenthaltsstätte für suchtkranke Wohnungslose. Wohnungslose Menschen verzeichnen eine hohe Morbidität und Mortalität, das durchschnittliche Lebensalter von Wohnungslosen in Hamburg lag 1998 bei 44,8 Jahren.

Im Bereich der Wohnungslosenarbeit wurde mit dem Regionalen Knoten erstmalig eine Vernetzungsstruktur zum Thema Gesundheit in Hamburg verstetigt. Zentrales Ziel dieses Arbeitskreises ist es, Versorgungslücken aufzudecken und die Zusammenarbeit der Hilfesysteme zu verbessern. Die Mitarbeiterinnen aus dem Bereich der Wohnungslosenhilfe haben in diesem Arbeitskreis wiederholt berichtet, dass sie auf der Straße und in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe verstärkt wohnungslose, kranke und pflegebedürftige Menschen antreffen, die nicht mehr adäquat versorgt werden können. Diese Situation führen sie u. a. auf die Reformen im Bereich des Gesundheits- und Sozialbereiches zurück (Gesundheitsmodernisierungsgesetz und HARTZ IV).

Für einen Großteil der Wohnungslosen/Obdachlosen besteht häufig keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (SGB V) oder diese wird bei Einweisung nicht festgestellt. Gesetzliche Vorgaben lassen bei Nichtvorliegen einer medizinischen Indikation wenig Spielraum für stationäre Aufnahme; im Rahmen der DRG (Fallpauschalen) gibt es keine soziale Indikation, wie z. B. im australischen Bundesstaat New South Wales (s. Artikel Hajen Seite 6). Sozial isolierte oder wohnungslose Menschen können häufig auf kein soziales und medizinisches Netzwerk zurückgreifen. So besteht die Gefahr, dass sie ambulant nicht ausreichend versorgt wer-

den können. Unklarheiten bestehen auch in der Übernahme von Pflegeleistungen nach SGB XI und SGB V aufgrund fehlender Häuslichkeit bei Bewohnern/innen von Übernachtungsstätten; die Krankenpflegeleistungen nach SGB V §37 Abs. 1 bei Bewohner/innen von Wohnunterkünften werden nicht von allen Krankenkassen übernommen.

Der Regionale Knoten „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ greift diese Problemlage auf und versucht auf diesen Handlungsbedarf in der Fachöffentlichkeit hinzuweisen.

Der Regionale Knoten bietet ein Austauschforum für die Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialbereich und fördert die sektorenübergreifende Zusammenarbeit.

Die Veranstaltung „Eigenverantwortung in der Mittellosigkeit“, die am 3. November 2005 im Ärztehaus stattfand, war der erste gemeinsame Schritt in die (Fach)Öffentlichkeit, mit dem Ziel die Situation der Wohnungslosen sichtbar zu machen, die im Reformprozess von „mehr Wettbewerb und Eigenverantwortung und weniger Sozialstaat“ häufig durch das Raster fallen. Auf dieser Tagung wurden Erfahrungen aus Kooperationsprojekten vorgestellt und die Situation und die Handlungsperspektiven in einer Abschlussdiskussion mit Vertretern/innen der Behörden, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Wohlfahrtsverbände u. a. diskutiert.

Mit dieser Veranstaltung ist es dem Regionalen Knoten gelungen über 160 Mitarbeiter/innen aus dem medizinischen Versorgungssystem (ambulanter und stationärer Bereich), der Wohnungslosenhilfe, den Krankenkassen, der Feuerwehr gemeinsam für diese Zielgruppe fortzubilden.

Ein nächster Schritt wird die gezielte Fortbildung für Mediziner/innen sein: Im Herbst 2006 bietet der Regionale Knoten in Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung, Veranstaltungen für Mediziner an, um die Qualitätsverbesserung in der medizinischen/pflegerischen Versorgung von wohnungslosen Männern und Frauen in Hamburg, die Integration der Wohnungslosen in das medizinische Regelsystem und die professionsübergreifende Zusammenarbeit zu fördern.

Krise und Zukunft des Sozialstaates in einer sich spaltenden Gesellschaft

Prof. Dr. Christoph Butterwegge
Universität Köln

Seit geraumer Zeit befindet sich der Sozialstaat im Kreuzfeuer öffentlicher Kritik. Er behindere den wirtschaftlichen Aufschwung und sei – zumindest in der bisherigen Form – nicht mehr finanzierbar, heißt es allenthalben. Außerdem werden die Globalisierung und der demografische Wandel bemüht, um zu begründen, warum „schmerzhafte Einschnitte“ nötig seien. Nach der Teilprivatisierung des Rentensystems (Einführung der sog. Riester-Rente) folgten die Deregulierung des Arbeitsmarktes (Verabschiedung der sog. Hartz-Gesetze), die Agenda 2010 von Gerhard Schröder, Vorschläge der sog. Rürup-Kommission zur Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Gesundheitsreform. Mittlerweile kursieren in der Diskussion über die Zukunft des „Standortes D“ sogar Pläne für einen Systemwechsel (Einführung der Kopfpauschale bzw. „Gesundheitsprämie“ oder gar Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung).

An die Stelle einer Politik des „sozialen Ausgleichs“, wie sie das Grundgesetz fordert, trat seit der Weltwirtschaftskrise 1974/76 eine Politik der Ausgrenzung von Bedürftigen, Benachteiligten und Behinderten, die sich im Gefolge der Vereinigung 1990 sowie der Globalisierung des Kapitals, der Finanzmärkte und des Handels radikalisierte. Sozialpolitik erscheint nicht länger als Mittel, um die Integration der Gesellschaft zu garantieren, sondern als unnötiger Ballast und purer Luxus, den sich selbst ein so reiches Land wie die Bundesrepublik nicht mehr leisten könne. Obwohl niemand bezweifelt, dass sich der Sozialstaat in einer tiefen Krise befindet, ist es falsch, von einer „Krise des Sozialstaates“ zu sprechen, weil damit suggeriert wird, dass dieser Auslöser oder gar Hauptverursacher der Probleme, d. h. für Fehlentwicklungen unterschiedlicher Art, verantwortlich sei. Tatsächlich leidet der Sozialstaat selbst am meisten unter der Krise eines Wirtschafts- und Gesellschaftssystems, das schon seit längerer Zeit weder ausreichendes Wachstum noch einen hohen Beschäftigungsstand zu gewährleisten vermag.

Strukturschwächen des Sozialstaates

Erwerbsarbeits-, ehe- und erwachsenenorientiert, setzt die Konstruktionslogik des Sozialstaates in Deutschland seit Bismarcks Zeiten einen männlichen Familienernährer voraus, der sich, seine Ehefrau und gemeinsame Kinder mittels eines sozialversicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigtenverhältnisses unterhält. Fragt man nach den tiefer liegenden Gründen für die Krisensymptome und Strukturprobleme des Wohlfahrtsstaates, spielen aufgrund der Globalisierung, Modernisierung und Individualisierung hoch entwickelter Industriegesellschaften wie der Bundesrepublik drei Tendenzen eine Schlüsselrolle:

1. Im Produktionsprozess löst sich das Normalarbeitsverhältnis, von der Kapitalseite unter den Stichworten „Deregulierung“ und „Flexibilisierung“ vorangetrieben, tendenziell auf. Es wird zwar keineswegs ersetzt, aber durch eine ständig steigende Zahl atypischer, prekärer, befristeter, Leih- und (Zwangs-)Teilzeitarbeitsverhältnisse, die den so oder gar nicht (mehr) Beschäftigten wie ihren Familienangehörigen weder ein ausreichendes Einkommen noch den erforderlichen arbeits- und sozialrechtlichen Schutz bieten, in seiner Bedeutung stark relativiert.
2. Im Reproduktionsbereich büßt die Normalfamilie, d. h. die z. B. durch das Ehegattensplitting im Einkommensteuerrecht staatlicherseits subventionierte traditionelle Hausfrauenehe mit ein, zwei oder drei Kindern, in vergleichbarer Weise an gesellschaftlicher Relevanz ein. Neben sie treten andere Lebens- und Liebesformen, die zumindest tendenziell weniger materielle Sicherheit für Frauen und Kinder gewährleisten (sog. Ein-Elternteil-Familie, „Patchwork-Familie“, gleichgeschlechtliche Partnerschaft usw.).

3. Hinsichtlich des Wohlfahrtsstaates bedingt der 1989/91 zum Programm erhobene und seither im Konsens ökonomischer, politischer und wissenschaftlicher Eliten immer mehr verschärfte Wettbewerb zwischen den „Wirtschaftsstandorten“ einen Abbau von Sicherungselementen für „weniger Leistungsfähige“. Kinder und Jugendliche sind besonders stark von der steigenden Arbeitslosigkeit und/oder Armut betroffen, weil das Projekt eines „Umbaus“ des Sozialstaates auf Kosten vieler Eltern geht, die erheblich weniger Absicherung als vorherige Generationen genießen.

„Umbau“ – Folgen für die Staatsentwicklung: Bedeutet die neoliberale Wende das Ende des Sozialstaates?

Bei der gegenwärtigen „Umbau“-Diskussion handelt es sich um den umfassendsten Angriff auf den Sozialstaat in seiner jahrzehntelang gewohnten Gestalt. Daraus erwächst eine gesellschafts-politische Richtungsentscheidung von historischer Tragweite. Auf der politischen Agenda steht nicht etwa nur *weniger*, sondern ein *anderer* Staat. Es geht also keineswegs um die Liquidation des Sozialstaates, vielmehr um seine Reorganisation nach einem neoliberalen Konzept, das Leistungsreduktionen (z. B. „Nullrunden“ für Rentner/innen), eine Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen (z. B. Erhöhung des Renteneintrittsalters) bzw. eine Verkürzung der Bezugszeiten (z. B. von Arbeitslosengeld) und die Reindividualisierung sozialer Risiken beinhaltet. Dadurch verändert sich der Sozialstaat grundlegend, und zwar in mehrfacher Hinsicht:

1. Aus dem Wohlfahrtsstaat wird ein „nationaler Wettbewerbsstaat“ (Joachim Hirsch), der die Aufgabe hat, durch seine Politik die Konkurrenzfähigkeit des „eigenen“ Wirtschaftsstandortes auf dem Weltmarkt, Wachstum und Beschäftigung zu fördern. Sozialstaatlichkeit, die eigentlich Verfassungsrang hat, besitzt für Neoliberale keinen Eigenwert mehr, sondern muss sich nach der Standortlogik wirtschaftlichen und Machtinteressen unterwerfen. Dies zeigt sich etwa bei Debatten über die Lockerung des Kündigungsschutzes oder die Aufweichung des Flächentarifvertrages. Da fast alle Gesellschaftsbereiche im Zuge einer Ökonomisierung, Privatisierung und Liberalisierung nach dem Vorbild des Marktes umstrukturiert werden, hält die Konkurrenz auch Einzug im Sozialstaat (Beispiel: Wettbewerb zwischen frei-gemeinnützigen und privat-gewerblichen Trägern im Bereich der ambulanten Pflegedienste).
2. Aus dem Sozialstaat wird ein *Minimalstaat*. Der „schlanke Staat“, wie er dem Neoliberalismus vorschwebt, ist im Hinblick auf die Sozialpolitik eher magersüchtig, aber keineswegs frei von bürokratischen Auswüchsen – ganz im Gegenteil! Leistungskürzungen und die Verschärfung von Anspruchsvoraussetzungen gehen mit Strukturveränderungen einher, die nicht nur mehr Markt, sondern teilweise auch mehr staatliche Administration bedeuten. Beispielsweise werden für Zertifizierungsagenturen, Evaluationsbürokratien und Leistungskontrollen aller Art womöglich mehr Sach- und Personalmittel benötigt als vorher.
3. Der neoliberale Residualstaat ist eher *Kriminal-* als *Sozialstaat*, weil ihn die drastische Reduktion der Wohlfahrt zur Repression gegenüber jenen Personengruppen zwingt, die als Modernisierungs- bzw. Globalisierungsverlierer/innen zu Opfern seiner rückwärts gerichteten „Reformpolitik“ werden. Je weniger großzügig die Sozialleistungen einer reichen Gesellschaft ausfallen, umso schlagkräftiger muss ihr Sicherheits- bzw. Gewaltapparat sein. Nicht nur in den Vereinigten Staaten (U.S. Patriot Act) wurden die Terroranschläge des 11. September 2001 als Vorwand für Einschränkungen der Bürgerrechte benutzt, was die Möglichkeiten verringert, Widerstand gegen soziale Demontage zu leisten.
4. An die Stelle des *aktiven* Sozialstaates, wie man ihn bei uns bisher kannte, tritt – sehr stark vom Kommunitarismus, einer US-amerikanischen Denkrichtung, beeinflusst – ein „*aktivierender*“, Hilfebedürftige nicht mehr ohne entsprechende Gegenleistung alimentierender Sozialstaat. Der „welfare state“ wandelt sich zum „workfare state“, wenn man den Arbeitszwang ins Zentrum der Beschäftigungs- und Sozialpolitik rückt. Ausgerechnet in einer Beschäftigungskrise, wo Millionen Arbeitsplätze – nicht: Arbeitswillige – fehlen, wird so getan, als seien die von Erwerbslosigkeit unmittelbar Betroffenen an ihrem Schicksal selbst schuld. Trotz des wohlklingenden Mottos

„Fördern und fordern!“, das Leistungsgesetze von Gegenleistungen der Begünstigten abhängig macht, bemüht man sich gar nicht darum, die Chancen von sozial Benachteiligten zu verbessern, wie man im Weiterbildungsbereich sieht, wo sich die Bundesagentur (früher: -anstalt) für Arbeit immer stärker auf Hochqualifizierte und leicht Vermittelbare konzentriert. Durch den Verzicht auf eine Zielgruppenförderung und sozialpädagogische Zusatzbetreuung sowie die unsoziale, aber auch kurzsichtige Fixierung auf den zu erwartenden Vermittlungserfolg („Output-Orientierung“ mit der Festlegung einer „Verbleibsquote“ von mindestens 70 Prozent als Voraussetzung für die Finanzierung von wie auch die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen) bleiben die sog. Hauptproblemgruppen des Arbeitsmarktes (Langzeitarbeitslose, Ältere und Berufsrückkehrerinnen) von Qualifizierungs- bzw. Fördermaßnahmen praktisch ausgeschlossen.

5. Das bisherige Gemeinwesen wird in einen Wohlfahrtsmarkt einerseits und einen Wohltätigkeits-, Almosen- bzw. Suppenküchenstaat andererseits aufgespalten. Auf dem Wohlfahrtsmarkt kaufen sich jene Bürger/innen, die es sich finanziell leisten können, soziale Sicherheit (z. B. Altersvorsorge durch Versicherungspolice der Assekuranz). Dagegen stellt der postmoderne Sozialstaat nur noch euphemistisch als „Grundsicherung“ bezeichnete Minimalleistungen bereit, die Menschen vor dem Verhungern und Erfrieren bewahren, sie ansonsten jedoch der Privatwohltätigkeit überantworten. Man spricht von „Eigenverantwortung“, meint aber Zusatzbelastung für Arbeitnehmer/innen und Rentner/innen. Mit dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes ist diese Entwicklung m. E. kaum vereinbar.

Folgen der neoliberalen Hegemonie für die soziale Symmetrie und die Demokratie

Die gegenwärtige US-Amerikanisierung des Sozialstaates führt perspektivisch auch zu einer US-Amerikanisierung der Sozialstruktur, d. h. einer wachsenden Polarisierung zwischen Arm und Reich. Ulrich Beck sprach in seinem 1986 erschienenen Buch „Risikogesellschaft“ von einem sozialen „Fahrstuhl-Effekt“, der alle Klassen und Schichten gemeinsam nach oben befördert habe. Betrachtet man die jüngste Gesellschaftsentwicklung, kann eher von einem *Paternoster-Effekt* die Rede sein: In demselben Maße, wie die einen nach oben gelangen, geht es für die anderen nach unten. Mehr denn je gibt es im Zeichen der Globalisierung ein soziales Auf und Ab, das Unsicherheit und Existenzangst für eine wachsende Zahl von Menschen mit sich bringt.

Jenseits des Atlantiks ist die sozialräumliche Trennung von Bevölkerungsgruppen schon viel klarer erkennbar, samt ihren verheerenden Folgen für den Zusammenhalt der Gesellschaft: einer gestiegenen (Gewalt-)Kriminalität, des Drogenmissbrauchs und einer Verwahrlosung der öffentlichen Infrastruktur. Die neoliberale Hegemonie, wie man die öffentliche Meinungsführerschaft des Marktradikalismus nennen kann, verschärft aber nicht nur die soziale Asymmetrie, ist vielmehr auch eine Gefahr für die Demokratie.

Deregulierung bedeutet nicht Verzicht auf staatliche Rahmensetzung, vielmehr deren Konzentration auf die Förderung des wirtschaftlichen Leistungswettbewerbs und der rentablen Kapitalverwertung. *Flexibilisierung* der Arbeitsverhältnisse und -zeiten bringt für die Beschäftigten keine oder nur wenig Vorteile, weil sie sich den wirtschaftlichen Verwertungsbedingungen unterordnen müssen und nicht selbst bestimmen können, wann und unter welchen Bedingungen sie arbeiten wollen. *Privatisierung* öffentlichen Eigentums und sozialer Dienstleistungen läuft auf *Entpolitisierung*, diese wiederum auf die *Entdemokratisierung* der Gesellschaft hinaus, weil nunmehr der Bourgeois jene Entscheidungen trifft, die eigentlich dem Citoyen bzw. dem Gemeinwesen und seinen gewählten Repräsentant(inn)en vorbehalten bleiben sollten. Überhaupt werden Menschen der Möglichkeit beraubt, in gesamtgesellschaftliche Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse einzugreifen. Wie soll z. B. eine alleinerziehende Mutter, die nicht einmal weiß, ob sie genug Geld für die nahende Klassenfahrt ihres Kindes erübrigen kann, am politischen Leben teilhaben?

In der neoliberalen Weltsicht erscheint Armut nicht als gesellschaftliches Problem, vielmehr als selbst verschuldetes Schicksal, das eine mehr oder weniger gerechte Strafe für Leistungsverweigerung oder die Unfähigkeit darstellt, sich bzw. seine Arbeitskraft auf dem Markt mit ausreichendem Erlös zu verkaufen, wie der Reichtum umgekehrt als angemessene Belohnung für eine Leistung betrachtet wird, die auch ganz schlicht darin bestehen kann, den Tipp eines guten Anlageberaters zu befolgen. Dagegen sind hohe Löhne bzw. Lohnnebenkosten der wirtschaftliche Sündenfall schlechthin und müssen als Ursache für die Arbeitslosigkeit und Wachstumsschwäche in Deutschland herhalten.

Fast allen bekannten Plänen, die den Sozialstaat sanieren sollen, wie den Konzepten der sog. Hartz-Kommission „zum Abbau der Arbeitslosigkeit und zur Umstrukturierung der Bundesanstalt für Arbeit“ sowie der sog. Rürup-Kommission „für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ und der von Bundeskanzler Gerhard Schröder präsentierten „Agenda 2010“, liegt das *neoliberale Dogma* zugrunde, wonach die Arbeitslosigkeit in erster Linie durch *Senkung der Lohnnebenkosten* bekämpft werden muss. Es kommt aber in Wirklichkeit gar nicht auf die Höhe der (gesetzlichen) Personalzusatzkosten, also der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung, an. Vielmehr ist die Höhe der Lohnstückkosten entscheidend, welche in der Bundesrepublik aufgrund einer überproportional wachsenden Arbeitsproduktivität seit Jahren weniger stark steigen als in den meisten mit ihr auf dem Weltmarkt konkurrierenden Ländern, was 2004 zu einem Rekordexportüberschuss in Höhe von 156,7 Mrd. EUR führte. Nicht zufällig ist Deutschland – bezogen auf die Leistungsfähigkeit pro Erwerbstätigem oder pro Kopf der Bevölkerung – mit riesigem Abstand „Exportweltmeister“. Hinge das Wohl und Wehe einer Volkswirtschaft von niedrig(er)en Lohn- bzw. Lohnnebenkosten ab, wie Neoliberale behaupten, müssten in Bangladesch und Burkina Faso längst Vollbeschäftigung und allgemeiner Luxus herrschen!

Wer die Massenarbeitslosigkeit in Deutschland auf gestiegene Personalzusatzkosten zurückführt, wie es die Arbeitgeber, der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und die Bundesregierung tun, verwechselt Ursache und Wirkung: Die zunehmende Erwerbslosigkeit ist zwar für die hohen Lohnnebenkosten verantwortlich, aber nicht umgekehrt. Daher erwies sich der Glaube, die (teilweise) Umstellung des Sozialsystems von der Beitrags- auf Steuerfinanzierung schaffe Arbeitsplätze, wirtschaftliche Stabilität und mehr soziale Gerechtigkeit, genauso als Illusion wie die der Riester'schen Rentenreform zugrunde liegende Auffassung, das Kapitaldeckungsprinzip löse die Probleme der Alterssicherung einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung (zumindest besser als das Umlageverfahren). Wer die Lohnnebenkosten senken will, um „den Faktor Arbeit zu entlasten“, macht ihn in Wahrheit billiger für das Kapital und belastet damit die Arbeitnehmer/innen zusätzlich.

Gegen eine Zurückdrängung der Beitrags- und einen Ausbau der Steuerfinanzierung des sozialen Sicherungssystems sprechen im Wesentlichen vier Gründe:

1. Für die Betroffenen ist die Inanspruchnahme von *Versicherungsleistungen* erheblich weniger diskriminierend als die Abhängigkeit von *staatlicher Hilfe*, deren Inanspruchnahme ihnen noch mehr Missbrauchsvorwürfe eintragen würde, weil ihr keine „Gegenleistung“ in Form eigener Beitragsleistungen entspricht.
2. Da steuerfinanzierte – im Unterschied zu beitragsfinanzierten – Sozialausgaben den staatlichen Haushaltsrestriktionen unterliegen, fallen sie eher den Sparzwängen der öffentlichen Hand zum Opfer; außerdem ist ihre Höhe von wechselnden Parlamentsmehrheiten und Wahlergebnissen abhängig. Wie sollen die ständig sinkenden Steuereinnahmen des Staates zur Finanzierungsbasis eines funktionsfähigen Systems der sozialen Sicherung werden? Schließlich haben fast alle Parteien die weitere Senkung von Steuern auf ihre Fahnen geschrieben.
3. Man muss sich die Struktur der Steuereinnahmen ansehen, um zu erkennen, dass Unternehmer und Kapitaleigentümer im „Lohnsteuerstaat“ Deutschland kaum noch zur Finanzierung des Gemeinwesens beitragen. Die steuerliche Schiefelage würde zu einer einseitigen Finanzierung

der Sozialleistungen durch Arbeitnehmer/innen führen, wohingegen die (bisher erst ansatzweise durchbrochene) Beitragsparität der Sozialversicherung für eine angemessene(re) Beteiligung der Arbeitgeberseite an den Kosten sorgt.

4. Gegenwärtig wird die Steuerpolitik im Wesentlichen von zwei Trends bestimmt: Einerseits findet unter dem Vorwand der Globalisierung bzw. der Notwendigkeit, durch Senkung der Einkommen- und Gewinnsteuern (potenzielle) Kapitalanleger zu ködern und den „Standort D“ zu sichern, eine Verlagerung von den direkten zu den indirekten Steuern statt. Andererseits neigt die öffentliche Meinung, flankiert von einem Wandel des Gerechtigkeitsverständnisses im neoliberalen Sinne, viel stärker als früher zur Nivellierung der Steuersätze. Statt progressiver Einkommensteuern präferiert man Stufensteuersätze, die sich nach US-Vorbild in Richtung der Einheitssteuer (Flat Tax) annähern. Typisch dafür sind das von Friedrich Merz, dem damaligen stellvertretenden CDU-Vorsitzenden, entwickelte Modell mit drei Steuersätzen (12, 24 und 36 Prozent) sowie das Konzept des ehemaligen Bundesverfassungsrichters Paul Kirchhof, das nur noch einen Steuersatz (25 Prozent) kennt. Unter diesen Voraussetzungen wäre es naiv anzunehmen, ein sozialer Ausgleich könne aus Steuermitteln erfolgen. Vielmehr sinkt das Steueraufkommen tendenziell, zumal sich die etablierten Parteien der Bundesrepublik – genauso wie die Nationalstaaten – in einem regelrechten Steuersenkungswettbewerb befinden.

Die solidarische Bürgerversicherung – Alternative zum neoliberalen Um- bzw. Abbau des Sozialstaates

M. E. geht es darum, die spezifischen Nachteile des deutschen Sozialstaatsmodells auszugleichen, ohne seine besonderen Vorzüge preiszugeben. Strukturdefekte des „rheinischen“ Wohlfahrtsstaates bilden seine duale Architektur (Spaltung in die Sozialversicherung und die Sozialhilfe), seine strikte Lohn- und Leistungsbezogenheit (Äquivalenzprinzip) sowie seine Barrieren gegen Egalisierungstendenzen (Beitragsbemessungsgrenzen; Versicherungspflicht- bzw. -fluchtgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung; Freistellung prekärer Beschäftigungsverhältnisse von der Sozialversicherungs- bzw. Steuerpflicht). Der entscheidende Pluspunkt des Bismarck'schen Sozialsystems gegenüber anderen Modellen liegt jedoch darin, dass seine Geld-, Sach- und Dienstleistungen keine Alimentation von Bedürftigen und Benachteiligten aus Steuermitteln darstellen, die je nach politischer Opportunität widerrufen werden kann, sondern durch Beitragszahlungen erworbene (und verfassungsrechtlich garantierte) Ansprüche.

Das in der Bundesrepublik bestehende System der sozialen Sicherung speist sich nur zu etwa einem Drittel aus Steuereinnahmen; zwei Drittel der Finanzmittel stammen aus Beiträgen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber. Umso wichtiger wäre es, durch Übertragung des Prinzips der ökonomischen Leistungsfähigkeit auf dieses Gebiet für mehr Beitragsgerechtigkeit zu sorgen. Statt alle nicht dem Äquivalenzprinzip entsprechenden Leistungen gleich als „versicherungsfremd“ zu brandmarken, was der Logik gewinnorientierter *Privatversicherungen* entspricht, müsste man überlegen, wie ein Mehr an solidarischer Umverteilung *innerhalb* der Sozialversicherungszweige zu realisieren und die Öffentlichkeit dafür zu gewinnen ist.

An die Stelle der bisherigen Arbeitnehmer- muss m. E. eine *allgemeine, einheitliche und solidarische* Bürgerversicherung treten. *Allgemein* zu sein heißt, dass die Bürgerversicherung sämtliche dafür geeignete Versicherungszweige (Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung) umfasst. Schon jetzt stellt die Gesetzliche Unfallversicherung insofern einen Sonderfall dar, als sie sich nur aus Beiträgen der Arbeitgeber finanziert. Der letzte Versicherungszweig, die Arbeitslosenversicherung, könnte nach einem Vorschlag des „Forums Demokratische Linke 21“ in eine „Arbeitsversicherung“ umgewandelt werden, die auch sämtliche Selbstständigen und Freiberufler/innen aufnehmen soll. Damit schlosse sich der Kreis zu einer beinahe alle Einwohner/innen als Mitglieder umfassenden Volksversicherung.

Einheitlich zu sein heißt in diesem Zusammenhang, dass neben der Bürgerversicherung keine mit ihr konkurrierenden Versicherungssysteme existieren. Private Versicherungsunternehmen müssten sich auf die Abwicklung bestehender Verträge (Wahrung des Bestandsschutzes), Zusatzangebote und Ergänzungsleistungen beschränken. *Solidarisch* zu sein heißt, dass die Bürgerversicherung zwischen den ökonomisch unterschiedlich Leistungsfähigen einen sozialen Ausgleich herstellt. Nicht nur auf Löhne und Gehälter, sondern auf sämtliche Einkunftsarten (Zinsen, Dividenden, Tantiemen, Miet- und Pächterlöse) wären Beiträge zu erheben. Entgegen einem verbreiteten Missverständnis bedeutet dies nicht, dass Arbeitgeberbeiträge entfallen. Sie sollten jedoch nicht mehr an die Brutto Lohn- und -gehaltssumme gekoppelt werden, was beschäftigungsintensive Betriebe übermäßig belastet. Ende der 1970er-/Anfang der 1980er-Jahre wurde über alternative Erhebungsmethoden diskutiert. Damals schlugen sozialdemokratische Politiker/innen, Gewerkschafter/innen und Wissenschaftler/innen vor, die Bruttowertschöpfung eines Unternehmens als Bemessungsgrundlage zu wählen. Durch den als „Maschinensteuer“ bezeichneten Wertschöpfungsbeitrag sollte eine ausgewogenere Belastung erreicht und ein positiver Beschäftigungseffekt erzielt werden. Auch wenn man sich von ihm keine Wunderdinge versprechen sollte, hätte es der Wertschöpfungsbeitrag sehr wohl verdient, wieder mehr Aufmerksamkeit zu finden.

Nach oben darf es Beitragsbemessungs- sowenig wie Versicherungspflichtgrenzen geben, die es privilegierten Personengruppen erlauben würden, sich ihrer Verantwortung für sozial Benachteiligte zu entziehen und in exklusive Sicherungssysteme auszuweichen. Wer den nach Einkommenshöhe gestaffelten Beitrag nicht selbst entrichten kann, muss finanziell aufgefangen werden. Vorbild dafür könnte die Gesetzliche Unfallversicherung sein. Dort dient der Staat gewissermaßen als Ausfallbürge für Vorschulkinder, Schüler/innen und Studierende, die einen Kindergarten, eine allgemeinbildende Schule bzw. eine Hochschule besuchen.

Bürgerversicherung schließlich heißt, dass Mitglieder aller Berufsgruppen, d. h. nicht nur abhängig Beschäftigte, aufgenommen werden. Da sämtliche Wohnbürger/innen in das System einbezogen wären, blieben weder Selbstständige, Freiberufler/innen, Beamte, Abgeordnete und Minister noch Ausländer/innen mit Daueraufenthalt in der Bundesrepublik außen vor. Es geht primär darum, die Finanzierungsbasis des Sozialsystems zu verbreitern und den Kreis seiner Mitglieder, zu erweitern. *Bürgerversicherung* bedeutet, dass es sich um eine *Versicherungslösung* handelt, also gewährleistet sein muss, dass ihre Mitglieder, soweit sie dazu finanziell in der Lage sind, Beiträge entrichten und entsprechend geschützte Ansprüche erwerben. Dies schließt keineswegs aus, dass sich der Staat mit Steuergeldern an ihrem Auf- und Ausbau beteiligt. Die geplante Bürgerversicherung könnte zum Einfallstor für einen Systemwechsel werden, sofern sie nicht nach dem Versicherungsprinzip konstruiert wäre, sondern aus Steuermitteln finanziert würde.

Ergänzende Literatur des Verfassers zum Thema:

Butterwegge, Christoph: Krise und Zukunft des Sozialstaates
2. Aufl. Wiesbaden, (VS – Verlag für Sozialwissenschaften) 2005

Butterwegge, Christoph/Kludt, Michael/Zeng, Matthias: Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland
Wiesbaden (VS – Verlag für Sozialwissenschaften) 2005

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und seine Auswirkungen auf die medizinische Versorgung Wohnungsloser
Wohnungslose: autonome Patienten und Patientinnen oder Opfer von Ökonomisierung und Wettbewerb?
Eine Zwischenbilanz der Reformen im Gesundheitswesen

Dr. Wilfried Kunstmann
Bundesärztekammer Berlin

1. Der Zielkonflikt des GKV-Modernisierungsgesetzes: Mehr Qualität bei geringeren Kosten

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das seit dem 1. Januar 2004 wirksam ist, hat nicht nur große Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitswesen insgesamt, sondern auch auf die medizinische Versorgung Wohnungsloser. Insbesondere hat die durch das GMG vorgenommene Gleichstellung der Empfänger von Krankenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) mit den Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Folge, dass auch von Wohnungslosen Praxisgebühren und Zuzahlungen zu Medikamenten und Krankenhausaufenthalten zu leisten sind. Die gleichen Konsequenzen hat die Hartz-IV-Gesetzgebung, durch die die Mehrzahl der Wohnungslosen von Sozialhilfeempfängern zu Beziehern des Arbeitslosengeldes II wurde: In der Folge werden arbeitsfähige Wohnungslose nun über die Bundesagentur für Arbeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert.

Die konkreten Auswirkungen dieser Gesetzesnovellen auf die Gruppe der Wohnungslosen sollen im Folgenden näher dargestellt werden. Dabei interessieren vor allem die praktischen Auswirkungen auf ihre medizinische Versorgung, die anhand der Ergebnisse einer Umfrage unter den medizinischen Projekten für Wohnungslose in Deutschland illustriert werden sollen.

Ein zentrales Ziel des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 1.1.2004 bestand darin, den fortschreitenden Ausgabenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stoppen. Deshalb sollten durch das Gesetz „die vorhandenen Mittel effizienter eingesetzt und die Qualität der medizinischen Versorgung deutlich gesteigert werden.“¹ Über die Reformen sollten, wie es in den Vorbemerkungen des Gesetzgebers zum Gesetzestext heißt, die Arbeitskosten abgesenkt und damit ein Beitrag zur Verringerung der Arbeitslosigkeit in Deutschland geleistet werden.²

Das neben der Begrenzung der Ausgaben vom Gesetzgeber verfolgte zweite Ziel war die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung. Den Hintergrund hierfür bildete das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahre 2000/2001 („Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“)³, das eine Über-, Unter-, Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen bemängelt hatte. In dem Gutachten war die Behauptung aufgestellt worden, dass Deutschland mit 3560 Euro/Kopf/Jahr im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung seiner Bevölkerung aufweise, während hingegen der Outcome, z. B. gemessen an der durchschnittlichen Lebenserwartung und den verlorenen Lebensjahren der Bevölkerung, international nur mittelmäßig sei. Es würde, so die These der Gutachter, zu viel Geld für die falschen Dinge ausgegeben, was an anderer Stelle im Gesundheitswesen bessere Verwendung finden könnte.

Somit war der Auftrag an das GMG, zwei konträre Ziele miteinander in Einklang zu bringen, nämlich die Kosten der medizinischen Versorgung zu senken und dabei gleichzeitig die Qualität dieser Versorgung zu steigern. Dieser Zielkonflikt sollte insbesondere

- durch einen Ausbau wettbewerblicher Elemente im Gesundheitswesen,
- durch eine größere Eigenverantwortung des Versicherten für seine gesundheitliche Versorgung,
- durch eine Stärkung der Patientensouveränität und Transparenz im Gesundheitswesen,
- durch mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie
- eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen insbesondere durch eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgungsbereiche⁴ gelöst werden.

2. Vom Leistungsberechtigten zum autonomen Konsumenten in einem wettbewerbsorientierten Gesundheitsmarkt

Die Forderung nach mehr Wettbewerb, mehr Selbstverantwortung, mehr Patientenautonomie und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen haben jedoch insbesondere für materiell schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen – wie z. B. Wohnungslose – gravierende Auswirkungen:

- Ärmere Menschen tragen im Durchschnitt eine höhere Krankheitslast als Angehörige höherer sozialer Schichten, während sie vergleichsweise weniger in die Sozialversicherung einzahlen. In einem wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen werden sie damit automatisch zu „schlechten Versicherungsrisiken“. Im Kontrast hierzu werden in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem die relativen Behandlungsmehrkosten über die Solidargemeinschaft umverteilt, wobei sich die Versicherungsbeiträge primär an den finanziellen Möglichkeiten des einzelnen und nicht am individuellen Behandlungsrisiko orientieren.
- Die Forderung nach mehr Selbstverantwortung im Gesundheitswesen bedeutet eine Betonung individuell beeinflussbarer gegenüber gesellschaftlich vermittelter Faktoren von Krankheit und Gesundheit. Der Einfluss letzterer auf das Individuum ist jedoch zwangsläufig umso stärker, je geringer die individuell verfügbaren materiellen und ideellen Ressourcen sind, die den gesellschaftlichen Wirkfaktoren entgegengesetzt werden können. Die Aufforderung zu größerer Selbstverantwortung mündet zwangsläufig in ein „blaming the victim“ – einer Schuldzuschreibung auf das Opfer krankmachender Lebensumstände. Die Folge dieser Denkungsweise ist, dass der einzelne auch stärker nach seinen gesundheitlichen Risiken und erforderlichen medizinischen Behandlungen bewertet und finanziell herangezogen wird. Arme mit einem höheren Behandlungsbedarf und geringeren finanziellen Ressourcen werden somit proportional stärker belastet, womit sich der Kreislauf von Armut und Krankheit weiter verschärft.
- Die dritte im Gesetz enthaltene Maßnahme zur Erreichung der anvisierten Ziele, die Steigerung der Patientenautonomie, weist in eine ähnliche Richtung wie der Aufruf zu mehr Selbstverantwortung. Patientenautonomie bedeutet nicht nur, eigenverantwortlich über anzuwendende diagnostische und therapeutische Verfahren zu entscheiden, sondern auch zwischen unterschiedlichen Versicherungsbedingungen, zwischen Risikoausschlüssen und Selbstbehalten, Zuzahlungen und Boni auszuwählen. In diesem Prozess wird auch dem Wohnungslosen verstärkt die Rolle des kritischen Konsumenten abverlangt, der zwischen unterschiedlichen Vertragskonditionen zu entscheiden hat, unabhängig davon, ob er sich selber als Patient definiert oder nicht.
- Allein die Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungsstrukturen könnten sich auch für Wohnungslose als vorteilhaft erweisen – solange diese nicht allein dem Primat der Wirtschaftlichkeit unterworfen werden.

3. Maßnahmen des GMG zur Förderung des Wettbewerbs, der Eigenverantwortung und der Qualität der medizinischen Versorgung

Das GMG vom 1.1.2004 enthält eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen, die der Umsetzung der Teilziele „Wettbewerb“, „Eigenverantwortung“, „Patientensouveränität“ und „Versorgungsqualität“ dienen sollen.

Zur Stärkung von Wettbewerbselementen wird das Gesundheitswesen durch das GMG für eine Vielzahl neuer Versorgungs- und Vertragsformen geöffnet. So können zukünftig neben den herkömmlichen Kassenarztpraxen auch Medizinische Versorgungszentren (§95 SGB V) eingerichtet werden, in denen Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen ambulante medizinische Versorgung anbieten. Durch integrierte Versorgungsformen (§140a ff.) soll eine Leistungssektoren übergreifende Versorgung von Patienten erleichtert werden. Die entspre-

chenden Verträge können direkt zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern und damit an den Kassenärztlichen Vereinigungen vorbei abgeschlossen werden. Mit den Disease Management Programmen (DMP – § 137f SGB V), die sich über den Risikostrukturausgleich auf die Geldströme zwischen den Kassen auswirken, werden für die Krankenversicherungen Anreize für eine intensivere Versorgung ausgewählter Patientengruppen geschaffen. Auf der Versichertenseite wiederum werden Wettbewerbselemente z. B. über die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Krankenkassen⁵ oder Versorgungsformen (z. B. Hausarztmodellen gemäß § 73b) gestärkt.

Von der Einrichtung unterschiedlicher, miteinander konkurrierender Versorgungsmodelle erhofft sich der Gesetzgeber letztlich auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Über Marktmechanismen sollen Effektivitätsreserven im Gesundheitswesen mobilisiert und durch eine größere Angebotsvielfalt individuellen Patientenbedürfnissen besser entsprochen werden.

Je größer die Auswahl zwischen parallel nebeneinander bestehenden Versorgungsformen, um so mehr wird der Einzelne zum Konsumenten, der eigenverantwortlich über das zu ihm passende Leistungsangebot entscheiden – und schließlich auch entsprechend dafür bezahlen muss. In diese Richtung weisen z. B. die mit dem GMG eingeführte Praxisgebühr (§28,4) sowie die ausgeweiteten Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln (§61), die Ausgliederung von Leistungen aus der solidarischen Finanzierung (z. B. Sehhilfen oder Zahnersatz – §§ 30,33) oder die nun ausgeweitete Option der Kostenerstattung (§ 13).

Gleichermaßen sollen über die neu installierten Maßnahmen die Kosten des Gesundheitswesens reduziert oder zumindest konstant gehalten werden, um der gesetzlich geforderten Beitragssatzstabilität nachzukommen und die Lohnnebenkosten zu entlasten und damit die Attraktivität Deutsch-

Übersicht 1:

Wettbewerb	Eigenverantwortung	Patientensouveränität und Transparenz	Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit	Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen
Krankenkassenwahl/-wechsel (§173 – 175)	Praxisgebühr (§28,4)	Patientenvertretung im GemBa (§140f)	hausarztzentrierte Versorgung (§73b)	strukturierte Behandlungsprogramme (DMP's) (§137f)
medizinische Versorgungszentren (§95)	Zuzahlungen (§61)	Patientenbeauftragte/r (§140h)	ärztliche Fortbildung (§95d, §137)	Integrierte Versorgung (§140a ff.)
Integrierte Versorgung (§140a ff.)	Bonuszahlungen (§65a)	Patientenquittungen (§305,2)	Qualitätssicherung in Krankenhäusern und Arztpraxen (§135 – 139)	medizinische Versorgungszentren (§95)
strukturierte Behandlungsprogramme (DMP's) (§137f)	Wegfall der Kostenerstattung für <ul style="list-style-type: none"> • nicht verschreibungspflichtige Medikamente (§34) • Brillen (§33,1) • Fahrkosten (§60) • Zahnersatz (§30) 	Kostenerstattungsprinzip (§13)	IQWiG (§139a)	ambulante Krankenhaus-Leistungen (§39 und §§115a - 116b)
	Krankengeldregelung (§44 ff.)		elektronische Gesundheitskarte (§291a)	häusliche Krankenpflege für Wohnungslose (§37,2)
	GKV-Eingliederung von Sozialhilfeempfängern (§264)		(Fallpauschalen im Krankenhausbereich – FPG vom 23.4.2002)	

lands als Wirtschaftsstandort zu verbessern. So soll über die Praxisgebühr nicht nur eine stärkere Eigenverantwortung für Krankheit und Gesundheit signalisiert, sondern auch die Zahl der Arztkontakte reduziert und insbesondere der Zugang zum Facharzt kanalisiert werden, in der Hoffnung, dadurch auch Kosten für die medizinische Versorgung der Bevölkerung einzusparen. Mit der Praxisgebühr wie mit den Zuzahlungen wird verdeutlicht, dass zukünftig die Versicherungskarte allein nicht mehr ausreichen wird, um eine umfassende medizinische Versorgung zu erhalten. Im gleichen Atemzug wird auch die paritätische Finanzierung des Gesundheitswesens durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgekündigt. Damit wird dem Einzelnen unterstellt, er könne frei über Krankheit und Gesundheit und somit auch über seinen zukünftigen Behandlungsbedarf entscheiden.

Als eine weitere Konsequenz aus der impliziten Umdefinition der GKV-Versicherten zu autonomen Konsumenten von Gesundheitsleistungen erhielten sie mit dem GMG auch eine eigene Repräsentanz im Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 SGB V). In diesem Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen handeln die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung und der Ärzteschaft die medizinischen Leistungen im Rahmen des SGB V aus. Zudem wurde mit der Einrichtung eines/einer Patientenbeauftragten eine Stelle eingerichtet, die die Rechte und Belange von Patienten nach außen hin vertreten soll (§ 140h). (s. Übersicht 1)

Die Stärkung von Wettbewerb, Eigenverantwortung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bewirkt ein verstärktes Buhlen der Krankenkassen um sog. gute Risiken, also um solche Versicherte, die hohe Beiträge zahlen, dabei die medizinische Versorgung jedoch möglichst wenig in Anspruch nehmen. Dies spiegeln auch die Selbstdarstellungen der Krankenkassen in den Medien wider: Die darin gern abgebildeten Mitglieder sind jung, dynamisch, stehen in der Mitte des Lebens oder erfreuen sich offensichtlich eines sorgenfreien Alters. Chronisch Kranke oder gar Wohnungslose sind hier eher selten zu finden.

4. Gleichstellung von Wohnungslosen mit Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung

Mit dem GMG und dem neugeschaffenen SGB II werden die Wohnungslosen aus dem Schutzbereich des alten Bundessozialhilfegesetzes entlassen und in die neue Wettbewerbswelt der GKV überführt:

- Mit dem seit dem 1. Januar 2005 gültigen Gesetz zur Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II bzw. „Hartz IV“) werden bisherige Sozialhilfeempfänger, die zu einer Arbeit von mindestens drei Stunden pro Tag fähig sind, zu Empfängern des Arbeitslosengeldes II. Damit werden sie automatisch durch die Bundesagentur für Arbeit in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert.

Grafik 1:

Wohnungslose in der Gesetzlichen Krankenversicherung ...

a) ... über den Bezug von Arbeitslosengeld II

§ 5 SGB V Versicherungspflicht

„(1) Versicherungspflichtig sind

... Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, ...“

b) ... über den Bezug von Leistungen des Sozialamtes

§ 264, Abs. 2:

„(2) Die Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt ... und von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen ..., die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen.

Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, ...“

- Wohnungslose, die nicht unter das SGB II fallen, jedoch mindestens einen Monat lang ununterbrochen laufende Leistungen zum Lebensunterhalt oder Hilfe in besonderen Lebenslagen gemäß SGB XII beziehen, werden nach § 264 SGB V, Abs. 2, den GKV-Versicherten faktisch gleichgestellt. Sie müssen sich einer Krankenkasse zuordnen, die die Kosten für anfallende Krankenbehandlungen übernimmt, um sie anschließend von der Sozialverwaltung zurückerstattet zu bekommen. (s. Grafik 1)

Beim § 264 SGB V handelt es sich zunächst nur um eine verwaltungstechnische Regelung, die es dauerhaften Sozialhilfebeziehern ermöglicht, mit einer Krankenversicherungskarte ausgestattet das Gesundheitswesen zu nutzen. Damit sind sie den GKV-Mitgliedern zwar leistungs- und verfahrensrechtlich, nicht jedoch mitgliedschaftsrechtlich gleichgestellt. Laut Gesetzesbegründung wurden aufgrund von „Praktikabilitätsgründen“ solche Sozialhilfeempfänger aus der Regelung ausgenommen, die weniger als einen Monat lang im Bezug der Hilfen zum Lebensunterhalt stehen und voraussichtlich auch stehen werden.

Die mit dieser Regelung intendierte formale Gleichstellung von Sozialhilfeempfängern mit anderen Krankenversicherten schafft für Wohnungslose in der Versorgungspraxis viele neue Probleme, während bisher vorhandene Vorteile für sie und die sie behandelnden Ärzte abgeschafft wurden:

- Mit der Integration in das GKV-System müssen Wohnungslose bei ärztlicher Behandlung wie alle anderen GKV-Versicherten die quartalsweise fällige Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro entrichten⁶. Damit wird für sie der Zugang zur kassenärztlichen Versorgung gravierend erschwert.
- Mit dem Wegfall der Härteklausele nach § 61 SGB V (a. F.) und der damit auch für Wohnungslose wirksamen Verpflichtung zur Zuzahlung bei Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln sowie bei stationärer Krankenbehandlung werden die Möglichkeiten ihrer medizinischen Behandlung deutlich eingeschränkt⁷.
- Während der mit der Aufnahme in eine gesetzliche Krankenversicherung verbundenen Antragsbearbeitungszeit von durchschnittlich 4 – 8 Wochen ergeben sich praktische Probleme der Leistungsgewährung und Leistungsvergütung.
- Die Ausgabe einer Versichertenkarte an Wohnungslose führt unter den Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit zu häufigen Kartenverlusten, wodurch die Krankenbehandlung erschwert wird und dem einzelnen Wohnungslosen zusätzliche Kosten entstehen.
- Mit der Integration Wohnungsloser in die GKV entfällt für niedergelassene Ärzte der Anreiz zur Behandlung des Personenkreises außerhalb der GKV und den damit verbundenen Budgetvorgaben.
- Über die im § 264 SGB V vorgenommene Unterscheidung in Wohnungslose mit und ohne laufenden Sozialhilfebezug werden zwei Gruppen Wohnungsloser mit unterschiedlichen Versorgungsansprüchen geschaffen.

5. Die Auswirkungen des GMG auf die medizinische Versorgung Wohnungsloser – Ergebnisse einer Befragung der Bundesärztekammer

Die im Bundesgebiet bekannten Projekte der medizinischen Versorgung wurden im Herbst 2005 von der Bundesärztekammer und der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe zu den Folgen der Gesetzesänderungen auf die medizinische Versorgung Wohnungsloser befragt.

Insgesamt konnten 45 medizinische Projekte ausfindig gemacht und ihnen ein entsprechender Fragebogen zugestellt werden. Innerhalb eines eng begrenzten Zeitfensters von 10 Tagen antworteten

knapp 50% der angeschriebenen Projekte (N = 22). 13 dieser Projekte gaben an, auf der Grundlage einer KV-Ermächtigung tätig zu sein, während 9 Projekte sich ausschließlich über Spenden oder sonstige Projektzuwendungen finanzierten.

In dem Fragebogen wurden die Projekte nach den Auswirkungen der Praxisgebühr und der Zuzahlungen auf die Nutzung der von ihnen angebotenen medizinischen Versorgungsleistungen sowie zur seit dem 1.1.2004 zu beobachtenden Entwicklung der Patientenzahlen in ihren Projekten befragt.

5.1. Die Praxisgebühr und ihre Auswirkungen auf die Nutzung der medizinischen Versorgungsprojekte für Wohnungslose

Die Erhebung einer Praxisgebühr, die eigentlich dem Zweck dienen soll, Versicherte von medizinisch nicht gerechtfertigten Arztkontakten abzuhalten, muss in besonderem Maße bei einer Klientel wie den Wohnungslosen kontraproduktiv wirken. Denn gerade Wohnungslose haben eher die Tendenz, ihre Gesundheit zu missachten und ärztliche Hilfe kaum eigenständig in Anspruch zu nehmen. Es war deshalb anzunehmen, dass die Einbeziehung Wohnungsloser in die Pflicht zur Entrichtung von Praxisgebühren zu massiven Einbrüchen bei den Patientenzahlen der medizinischen Projekte führen würde.

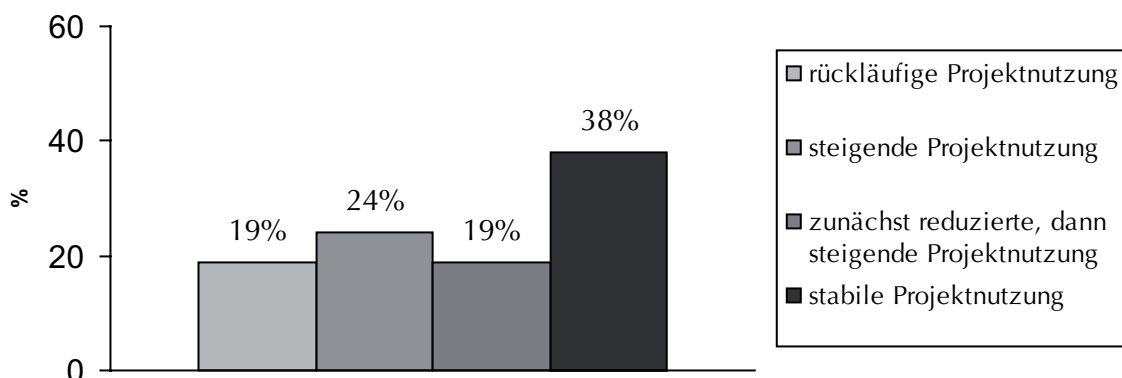
Tatsächlich hatte eine Analyse der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlins, in der die pro Stadtbezirk bei der KV abgerechneten Fallzahlen mit dem in diesem Stadtbezirk vorhandenen Anteil an Sozialhilfeempfängern in Beziehung gesetzt worden war, aufzeigen können, dass mit Einführung der Praxisgebühr besonders in solchen Stadtbezirken ein hoher Rückgang an ärztlichen Behandlungsfällen verzeichnet wurde, die einen hohen Anteil an Sozialhilfeempfängern besaßen.

Die in den medizinischen Versorgungsprojekten durchgeführte Befragung zeigte allerdings hinsichtlich des Einflusses der Praxisgebühr auf die Nutzung durch die Patienten ein überraschend heterogenes Bild:

- Eine Mehrheit der Projekte (38% / N = 7) gab an, dass ihre Patientenzahlen trotz Einführung der Praxisgebühr konstant geblieben seien. Hierbei handelt es sich allerdings entweder um solche Projekte, die sich ausschließlich über Spenden finanzieren und deshalb nicht über die KV abrechnen, oder um Projekte mit einer KV-Ermächtigung oder Zulassung, die jedoch durch eine pauschalierte Finanzierung keine Einzelabrechnungen nach EBM vorlegen müssen.
- Ein Fünftel der antwortenden Projekte berichtet über rückläufige Zahlen. Dies sind insbesondere Projekte, die fast ausschließlich von den Geldern aus der KV-Abrechnung abhängig sind.

Grafik 2:

Auswirkungen der Praxisgebühr auf die Projektnutzung



- Ein knappes Viertel der antwortenden Projekte (24%) konstatierte überraschenderweise einen Anstieg der Nutzerzahlen seit Januar 2004. Dabei handelte es sich jedoch entweder um Projekte, die sich ohne KV-Ermächtigung über Spenden finanzierten oder aber ihre Angabe auf den Patientenzuwachs infolge von Hartz-IV bezogen, wie entsprechende Freitextkommentare verdeutlichten.
- Vier Projekte verzeichneten eine Wellenbewegung, in der die Patientenzahlen zunächst zurückgingen, dann jedoch wieder anstiegen. Auch hier wurde i.d.R. auf die Auswirkungen der Hartz-IV-Gesetzgebung verwiesen, die erst ein Jahr nach dem GMG (ab 1.1.2005) in Kraft trat. (s. Grafik 2)

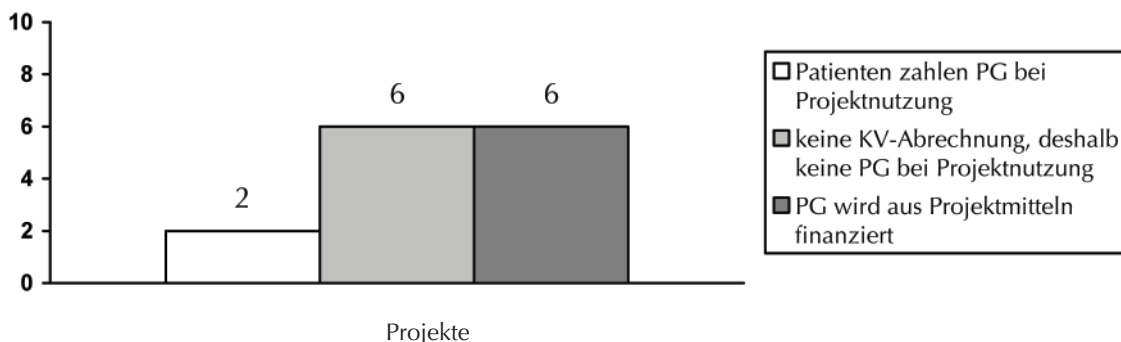
Mehrere Projekte berichteten, dass Einbrüche bei den Nutzerzahlen nur durch externe Kostenübernahmen oder die Akquise zusätzlicher Spendenmittel hätten abgewendet werden können, mit denen die fälligen Praxisgebühren für die Patienten übernommen werden konnten.

- In Bayern hatte die dortige KV den Projekten die Zusage gegeben, die bei der Behandlung Wohnungsloser normalerweise fällig werdenden Praxisgebühren gegenüber der GKV zu erstatten.
- Einige Projekte teilten mit, dass sie in den Abrechnungen mit der KV die EBM-Ziffern 8040 resp. 80040 (EBM 2000+) geltend machten. Die EBM-Legende besagt für diese Ziffern, dass „keine Praxisgebühr aus sonstigen Gründen“ erhoben werden konnte.
- Aus Niedersachsen wurde berichtet, dass hier der AOK-Landesverband tätig geworden sei und den über die AOK-versicherten Wohnungslosen die Praxisgebühr erlassen wurde.

Darüber hinaus wird in den Projekten selbst sehr unterschiedlich mit der Erhebung der Praxisgebühr umgegangen, wobei lokale Absprachen und Regelungen eine nicht unerhebliche Rolle spielen: Einige erheben sie konsequent nur von den Wohnungslosen, die als Bezieher laufender Sozialhilfeleistungen unter den § 264 (2) Satz 1, SGB V fallen, während die Krankenscheine derjenigen, die diese Leistungen nicht regelmäßig beziehen (§ 264 (2) Satz 2 SGB V) mit einem Befreiungsvermerk versehen werden. An anderen Orten wiederum leisten die Sozialämter die Praxisgebühr vor, um sie mit der nächsten Sozialhilfeszahlung zu verrechnen. Andere denkbare Ansätze zur Vermeidung von Praxisgebühren, wie z. B. die Einschreibung Wohnungsloser in Hausarzt- oder DMP-Programme, wurden bislang noch aus keinem Projekt berichtet.

Grafik 3:

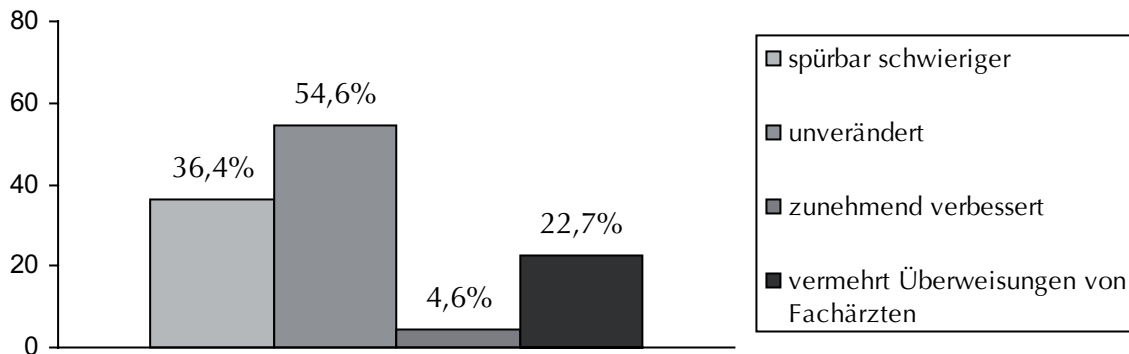
**Umgang mit der Praxisgebühr (PG) in den Projekten
(gesamt-N = 14)**



Eine weitere Frage der Befragung der Projekte betraf die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten. Laut der vorliegenden Ergebnisse hat die Einführung der Praxisgebühr bei etwa der Hälfte der Projekte zu keinen Veränderungen in der Kooperation mit diesen geführt. Dies sind vor allem solche Projekte, die über Spenden Praxisgebühren kompensieren. Ein Drittel allerdings berichtet über vermehrte Schwierigkeiten bei Überweisungen. Lediglich ein Projekt, das erst An-

fang 2005 gegründet wurde, führt eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten an. Allerdings stellen einige Projekte auch einen umgekehrten Trend fest, nämlich eine vermehrte Überweisung Wohnungsloser an die Projekte durch Fachärzte der Umgebung, womit die eigentlich den Projekten immanente Intention, Patienten wieder in die Regelversorgung zu reintegrieren, in ihr Gegenteil verkehrt wird.

Auswirkungen der Praxisgebühr auf die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten



Das Erheben einer Praxisgebühr verfehlt gerade bei Wohnungslosen, die von alleine nur selten einen Arzt in Anspruch nehmen, den eigentlich intendierten Zweck einer rationaleren Arztnutzung völlig. Im Gegenteil bauen Praxisgebühren gerade für diesen Personenkreis neue, kaum überwindbare Zugangsbarrieren auf, die mittel- und langfristig über vermehrte Notfalleinweisungen zu Behandlungsmehrkosten führen dürften. Selbst wenn in einzelnen Projekten keine Praxisgebühren verlangt werden, werden diese spätestens dann zu einem Problem, wenn Leistungen der medizinischen Regelversorgung in Anspruch genommen bzw. Wohnungslose an deren Einrichtungen überwiesen werden sollen.

Anstrengungen zur Reintegration der Patienten werden durch die Gebühr konterkariert. Umgekehrt werden gebührenfreie Projekte für einige Patienten zu einer preisgünstigen Alternative zur Regelversorgung, womit sich die gesundheitliche Versorgung zunehmend in einen privat-, einen GKV-versicherten und einen caritativ finanzierten Versorgungssektor auffächert.

5.2. Erschwerte Behandlungsmöglichkeiten durch Zuzahlungen

Neben der Praxisgebühr entfallen mit dem GMG auch die bislang für Einkommensschwache vorhandenen Zuzahlungsbefreiungen für Medikamente, Heil- und Hilfsmitteln gemäß § 61 SGB V a.F. Zudem werden fortan auch Wohnungslose mit 10 Euro pro Tag bis zu 28 Tage lang anteilig zu stationären Behandlungskosten herangezogen.⁸

Allerdings bestehen auch im novellierten SGB V Befreiungsmöglichkeiten. Diese greifen jedoch nach §62 SGB V erst dann, wenn zuvor mindestens 2% des Jahresbruttoeinkommens an Zuzahlungen entrichtet worden sind. Bei chronisch Kranken⁹ setzt die Regelung bereits bei Einsatz von 1% des Jahresbruttoeinkommens für Zuzahlungen ein. Entsprechend müssen Sozialhilfe- oder Arbeitslosengeld-II-Empfänger zunächst in einem Jahr etwa 70 Euro (bzw. bei chronischer Krankheit 35 Euro) selber zugezahlt haben, bevor sie von weiteren Zuzahlungen befreit werden können. Weitere Sonderregelungen können bei Teilnahme von Patienten an einer hausarztzentrierten Versorgung (gemäß § 73b), an einem sog. Disease Management Programm (gemäß § 137f) oder an einem integrierten Versorgungsprogramm (gemäß § 140a SGB V) einsetzen.

Die praktischen Auswirkungen dieser Regelungen für die medizinische Versorgung Wohnungsloser sind, dass die erforderlichen Zuzahlungen die eh in der Regel bereits eingeschränkte Behandlungs-Compliance weiter erschweren und insbesondere die medikamentöse Behandlung nicht immer sichergestellt werden kann. Zudem müssen die Belege über bereits geleistete Zuzahlungen unter den Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit gesammelt werden, um sie anschließend der zuständigen Krankenkasse zur Beantragung einer Zuzahlungsbefreiung einreichen zu können.

Die Befragung der Projekte durch die Bundesärztekammer beinhaltete entsprechend auch Fragen zum Umgang mit den neuen Zuzahlungsregelungen und ihren Auswirkungen auf die Versorgungspraxis.

Die Mehrzahl der Projekte (N = 12, d. h. 54,0%) berichtete, dass eine Absenkung der Belastungsgrenze bei wohnungslosen Patienten aufgrund ihrer Lebensbedingungen nur in sehr wenigen Fällen möglich ist. Nach Einschätzung etwa eines Drittels der Projekte kann bei den meisten wohnungslosen Patienten über die Chronikerregelung eine Reduktion der Zuzahlungen erreicht werden.

Ein gutes Viertel der Befragten teilte mit, dass die Sammlung der erforderlichen Belege und die Beantragung der Befreiung durch ihr Projekt vorgenommen wird, bei einem weiteren Viertel wird dies durch eine andere Stelle vor Ort veranlasst (Beratungsstelle für Wohnungslose, Apotheke etc.). Fünf Projekte teilten mit, dass bei ihnen die Wohnungslosen selber für das Sammeln der entsprechenden Belege und die Antragstellung verantwortlich sind.

Zwar hält ein Drittel der befragten Projekte die Umsetzung der Chronikerregelung bei Wohnungslosen in der Praxis grundsätzlich für möglich, jedoch gibt nur ein Zehntel an, dass sie die Regelung bislang auch hätten umsetzen können. Zwei Drittel bestätigten, dass wegen der erforderlichen Zuzahlungen Patienten die ausgestellten Rezepte nicht mehr einlösten.

Die Projekte wurden deshalb auch gefragt, mit Hilfe welcher Maßnahmen sie versuchten, die durch die erforderlichen Zuzahlungen entstandene zusätzliche Behandlungsschwelle zu überwinden.

Die Hälfte der antwortenden Projekte versucht, die erforderlichen Medikamente, Heil- und Hilfsmittel aus dem Projektbestand abzudecken, während ein weiteres Drittel die erforderlichen Zuzahlungsbeträge über Projektmittel finanziert.

Durch die nun auch bei Wohnungslosen erforderlich gewordenen Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln wird, wie die Ergebnisse zeigen, deren medizinische Versorgung weiterhin gravierend verschlechtert. In der Praxis können durch sie medizinisch notwendige Behandlungen nicht umgesetzt bzw. nach Klinikaufhalten nicht fortgesetzt werden. Damit entzieht sich der Sozialstaat über die Zuzahlungsregelung zunehmend seiner kompensatorischen Aufgaben gerade für finanziell schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen und verlagert die Verantwortung für sie auf private Geldgeber, auf deren Zuwendungen für die Betroffenen jedoch kein regelhafter Anspruch besteht.

Letztlich ist der durch die veränderten Zuzahlungsregelungen entstandene zusätzliche Verwaltungsaufwand hoch und ihre Einspareffekte fragwürdig. Der 108. Deutsche Ärztetag hat sich im Rahmen seiner Behandlung des Themas „Krankheit und Armut“ für eine Streichung sämtlicher Zuzahlungen und der Praxisgebühr für Wohnungslose und Heimpatienten ausgesprochen.

Neben dem Problem zuzahlungspflichtiger Medikamente meldete die Mehrzahl der Projekte in der Befragung zurück, dass die Ausgliederung vieler, gerade für die Versorgung Wohnungsloser notwendiger Medikamente aus der GKV-Verschreibungsfähigkeit (sog. OTC-Präparate¹⁰) ein zunehmendes Problem in der medizinischen Versorgung Wohnungsloser darstelle. Dies betrifft z. B.

Erkältungsmittel oder schleimlösende Mittel, aber auch Schmerzmittel sowie Mittel zur Behandlung bei Parasitenbefall¹¹ – also solche Mittel, die gerade bei unter den Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit lebenden Menschen zu den Standardtherapeutika zählen.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss dazu erstellte Ausnahmeliste umfasst ausschließlich solche Mittel, die zur Behandlung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung dringend erforderlich sind, ohne die deren Verlauf lebensbedrohlich oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinflusst werden könnte. Entsprechend können die meisten Projekte die Versorgung mit OTC-Präparaten nur noch über Spendenmittel sicherstellen.

5.3. Anteil der mit einer Versichertenkarte ausgestatteten Projektpatienten

Durch die weitgehende Einbeziehung der Wohnungslosen in die GKV entstehen in der praktischen Versorgung dadurch Probleme, dass während der Zeit der Antragstellung aufgrund der noch fehlenden Versichertenkarte kein Versicherungsnachweis vorliegt. Zudem gehen die Karten unter den Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit häufig verlustig, was Probleme bei der Wiederbeschaffung hervorruft und zusätzliche Kosten verursacht¹².

Der Grad der Ausstattung der Patienten mit einer Versichertenkarte liegt in den Projekten durchschnittlich bei etwa 80%. Dies bedeutet jedoch, dass in jedem 5. Fall zusätzliche Recherchen und Regelungen erforderlich werden, verbunden mit einem hohen Zeit- und Bürokratieaufwand. Es zeigt sich in den Ergebnissen zudem, dass Projekte mit KV-Ermächtigung deutlich mehr Patienten mit Versicherungskarte versorgen als solche, die nicht mit der KV abrechnen (82,3% vs. 68,5%).

Seitens der antwortenden Projekte wird zudem angemerkt, dass sich die Sozialämter bei einer fehlenden Versicherungskarte in der Regel schwer tun, über die Krankenhilfe überbrückend im Sinne der Nachrangigkeit tätig zu werden.

5.4. Häusliche Krankenpflege auch für Wohnungslose

Ambulante Krankenpflege, die in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe geleistet wird, kann einen Beitrag dazu leisten, dass die Gesundheit Wohnungsloser nach einem Krankenhausaufenthalt stabilisiert oder dieser von vornherein vermieden wird. Dabei wurde immer wieder in Zweifel gezogen, ob die Regelungen des SGB V für die Leistungen häuslicher Krankenpflege auch auf Wohnungslose anwendbar seien. Hierzu sollte eine Novelle des § 37 SGB V Klarheit schaffen, indem in seinem Absatz 2 bestimmt wurde:

(2)... Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach den Sätzen 1 bis 4 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

Somit sollte ambulante Krankenpflege auch in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung möglich werden, solange es sich nur um einen vorübergehenden Aufenthalt handelt. Dabei wird faktisch jedoch die bislang vorausgesetzte Häuslichkeit wieder in Frage gestellt. Zudem werden auch für diese Leistungen Zuzahlungen nach § 61 Satz 3 erhoben. D. h. für Leistungen bis zu 28 Tage müssen Kosten in Höhe von 10% der einzelnen Leistung sowie zusätzlich 10 Euro pro Verordnung vom Betroffenen selber aufgebracht werden, solange nicht die Befreiungsgrenze erreicht ist.

Trotz dieser Gesetzesänderung, die Klarheit für den Bereich der Wohnungslosenhilfe schaffen sollte, berichten die Projekte in der Befragung von praktischen Problemen, die entsprechenden Leis-

tungen vom Kostenträger anerkannt und finanziert zu bekommen. Dabei ist die Erleichterung der ambulanten Pflege bei Wohnungslosigkeit vor allem auch als ein Bevorratungsbeschluss in Hinblick auf die für 2007/2008 vorgesehene Scharfschaltung der Krankenhaus-Fallpauschalen (DRG´s = Diagnosis related groups) zu verstehen, durch die stationäre Liegezeiten dramatisch verkürzt werden sollen und der Versorgungsbedarf über den ambulanten Sektor deutlich erhöht werden wird.

Ob die in Nordrhein-Westfalen aktuell getroffene Finanzierungsvereinbarung zwischen GKV, KV und Kommunen dazu beitragen können, die mit dem GMG geschaffenen Erschwernisse in der medizinischen Versorgung Wohnungsloser wieder aufzufangen und die Projekte in ihrer Arbeit auf eine sicherere Basis zu stellen, bleibt abzuwarten. Auf jeden Fall wäre es wünschenswert, wenn auch in anderen Bundesländern vergleichbare Vereinbarungen entstünden.

Fußnoten :

- 1 s. Vorbemerkungen des Gesetzgebers zum Gesetzestext
- 2 s. ebd.
- 3 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit
- 4 s. Lösungsvorschläge in den Vorbemerkungen zum Gesetz
- 5 Diese Möglichkeit wurde erstmalig 1996/1997 als Folge des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 eingeführt.
- 6 § 28, Abs. 4 SGB V: „Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer. Satz 1 gilt nicht für Inanspruchnahmen nach § 23 Abs. 9, § 25 und zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5. Soweit Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 gewählt haben, gelten Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass die Zuzahlung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 9 von der Krankenkasse in Abzug zu bringen ist.“
- 7 § 61 SGB V: „Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung zehn vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung...“
- 8 § 61 SGB V: „Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung zehn vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.“
- 9 Als „chronisch krank“ gemäß § 62 gilt nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses Patienten, bei denen
 - regelmäßige Arztbesuche wg. einer Erkrankung erforderlich sind (d. h. mind. ein Jahr lang jedes Quartal mind. ein Arztbesuch),
 - eine Behinderung von mind. 60% vorliegt
 - oder eine mittlere od. schwere Pflegebedürftigkeit (Stufe II + III) besteht.

- 10 OTC = „over the counter“. Hierbei handelt es sich um privat über die Apotheken zu erwerbende Medikamente.
- 11 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (§ 34 SGB V):
„(1) Nicht verschreibungspflichtige Medikamente sind von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 erstmals bis zum 31. März 2004 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen.
...
Für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sind von der Versorgung nach § 31 folgende verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Verordnung in den genannten Anwendungsgebieten ausgeschlossen:
1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit. ...“
Besondere Berücksichtigung finden hier allerdings „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“, bei denen ihrer „besonderen Wirkungsweise“ Rechnung getragen werden soll. (§ 34, Abs. 2)
- 12 §15 (6) SGB V: Jeder Versicherte erhält die Krankenversichertenkarte bei der erstmaligen Ausgabe und bei Beginn der Versicherung bei einer Krankenkasse sowie bei jeder weiteren, nicht vom Versicherten verschuldeten erneuten Ausgabe gebührenfrei. Muss die Karte auf Grund von vom Versicherten zu vertretenden Umständen neu ausgestellt werden, wird eine Gebühr von 5 Euro erhoben; diese Gebühr ist auch von den nach § 10 Versicherten zu zahlen. Die Krankenkasse kann die Aushändigung der Krankenversichertenkarte vom Vorliegen der Meldung nach § 10 Abs. 6 abhängig machen.

Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen

Dr. Michael Schwarzenau
Ärztammer Westfalen-Lippe

Wohnungslose Menschen sind aufgrund ihrer Lebensbedingungen in besonderer Weise gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Studien haben einerseits die besonders hohen gesundheitlichen Belastungen wohnungsloser Menschen dargelegt, andererseits zeigen können, dass die Lebensumstände, fehlendes Krankheitsbewusstsein und hohe Zugangsbarrieren die Versorgung behandlungsbedürftiger wohnungsloser Menschen im Regelsystem oftmals verhindern. In Nordrhein-Westfalen wird künftig dieser Situation durch ein spezielles medizinisches Versorgungskonzept Rechnung getragen.

Die AOK Rheinland – Die Gesundheitskasse, die AOK Westfalen-Lippe – Die Gesundheitskasse, der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen, die IKK Nordrhein, die IKK Landesverband Westfalen-Lippe, die Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW, Krankenkasse für den Gartenbau – vertreten durch die Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen –, die Bundesknappschaft, der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter Ersatzkassen-Verband e. V. – Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter Ersatzkassen-Verband e. V. – Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe – sowie die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und der Städtetag Nordrhein-Westfalen, der Landkreistag Nordrhein-Westfalen haben sich im Einvernehmen mit den projektbegleitenden Partnern Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen sowie Ärztekammer Westfalen-Lippe auf ein Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen verständigt.

Für wohnungslose Menschen in NRW sollen mit diesem Umsetzungskonzept die Voraussetzungen für die medizinische Versorgung insbesondere dadurch verbessert werden, dass Mobile Dienste in den großen Städten Nordrhein-Westfalens und in den Kreisen mit vergleichbarer Problemlage aufsuchende medizinische Hilfen leisten und somit eine Reintegration dieser Personengruppe in das System der gesundheitlichen Regelversorgung vorbereiten.

Ziel des Umsetzungskonzeptes ist es, eine medizinische Erstversorgung gesundheitlich behandlungsbedürftiger und nicht anderweitig medizinisch versorgter wohnungsloser Menschen zu erreichen. Das Angebot der Mobilen Dienste richtet sich an Menschen, die gesundheitlich behandlungsbedürftig sind und nicht anderweitig medizinisch versorgt werden und wohnungslos sind.

Mobile Dienste haben die Aufgabe, wohnungslose Menschen dort aufzusuchen, wo sie sich aufhalten, Kontakt herzustellen und eine medizinische Erstversorgung zu leisten. Ein wesentlicher Arbeitsauftrag ist darüber hinaus die Vermittlung in die medizinische Regelversorgung (Reintegration), wo immer dies möglich ist.

Mobile Dienste übernehmen eine Versorgungsregion in Städten mit mind. 100.000 Einwohnern und in Kreisen, wenn diese eine vergleichbare Problemlage aufweisen. Sie sind zur Teilnahme an der begleitenden Dokumentation verpflichtet.

Die durch dieses Umsetzungskonzept entstehenden Kosten werden gemeinsam von den Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie der KV Westfalen-Lippe und der KV Nordrhein einerseits und den an dieser Vereinbarung teilnehmenden Städten und Landkreisen andererseits finanziert. Es wird eine kostendeckende Behandlungspauschale von 157 Euro je Quartal eingeführt. Mit dieser Pauschalfinanzierung werden alle ärztlichen und pflegerischen Leistungen

der Mobilen Dienste abgedeckt. Die teilnehmenden Städte und Landkreise sowie die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe (Finanzierungspartner) tragen die Behandlungspauschale bis zu einer festgelegten Obergrenze nach einem definierten Aufteilungsschlüssel.

Die Leistungen der Mobilen Dienste umfassen ärztliche und pflegerische Hilfen sowie die Begleitung in weiterführende Hilfeangebote. Sie werden bestimmt durch die besondere Lebenssituation der wohnungslosen Menschen und der daraus folgenden mangelnden Inanspruchnahme der Regelversorgungsangebote. Das Leistungsprofil orientiert sich an der „Annäherung an einen Leistungskatalog der aufsuchenden, pflegerischen und ärztlichen Versorgung für wohnungslose Menschen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinischer Versorgung wohnungsloser Menschen vom September 2000.

Mobile Dienste weisen im Rahmen der begleitenden Dokumentation den Grad der Zielgruppenerreichung nach. Zielgröße sind 110 versorgte wohnungslose Menschen je Teammitglied (Vollzeitäquivalent) im Quartal. Das Finanzierungsmodell wird mit Förderung durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) und von der Ärztekammer Westfalen-Lippe zwei Jahre wissenschaftlich begleitet. Die wissenschaftliche Begleitung dient der Überprüfung der Effektivität und der Effizienz der Mobilen Dienste, bezogen auf ihre Aufgabenstellung.

Das Umsetzungskonzept tritt zum 01.01.2006 in Kraft. Die Anerkennung einzelner Mobiler Dienste erfolgt durch Zulassungsausschüsse, die bei den regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet werden.

Es ist zu hoffen, dass möglichst viele Städte und Landkreise von dieser neu geschaffenen Möglichkeit Gebrauch machen und diesem Umsetzungskonzept beitreten.

Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW

Michael Schwarzenau

Dr. phil. Michael Schwarzenau - Geschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe - 03.11.2005 1

Vorgeschichte

- 10 Jahre Projekte + Initiativen in NRW
- Studie Kunstmann 2002
(Köln, Düsseldorf, Bielefeld, Essen, Gelsenkirchen)
- Spitzengespräch Mai 2003

Dr. phil. Michael Schwarzenau - Geschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe - 03.11.2005 2

Eckpunkte aus dem Spitzengespräch

Finanzierung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen

Grundsätzliches

- zur langfristigen Planbarkeit auf Dauer angelegte Versorgungsstruktur/Abkehr von Modellprojektcharakter
- Zentrenbildung/Verbundprojekte zur Vergrößerung des Klientels und Optimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses
- Standardisierung/Vereinheitlichung und Dokumentation zur Erfolgskontrolle
- Ziel: Erstversorgung und Rückführung in das Regelversorgungssystem

Dr. phil. Michael Schwarzenau - Geschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe - 03.11.2005 3

Eckpunkte aus dem Spitzengespräch

Anforderungen an das Finanzierungsmodell NRW

1. Vollständige Kostendeckung der aufsuchenden Hilfen
2. Orientierung an dem Versorgungsmodell mit dem höchsten Effizienzgrad (Verhältnis Arzt/Pflege/Patientenzahl)
3. Beschränkung auf die 30 größten Städte in NRW (> 100.000 Einwohner)
4. Fallzahlbegrenzung

Dr. phil. Michael Schwarzenau - Geschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe - 03.11.2005 4

Eckpunkte aus dem Spitzengespräch

Patientenzahlen

Es wird unterschieden zwischen
Städten mit „Sammelfunktion“ (Köln und Bielefeld)
Obdachlosenquote: 2 : 1000 EW (Einwohner)

Übrige Städte
Obdachlosenquote: 1 : 1000 EW
Die 30 größten Städte in NRW haben zusammen ca. 8.200.000 EW
Davon 2 Städte mit „Sammelfunktion“ ca. 1.200.000 EW

Zielgruppe / Köln und Bielefeld	2.400 Wohnungslose/Patienten
Zielgruppe / übrige Städte	7.000 Wohnungslose/Patienten
Also insgesamt pro Jahr	9.400 Wohnungslose/Patienten

Etwa ein Viertel der Zielgruppe tritt im Quartal als Patient auf.

Somit zu versorgen je Quartal 2.350 Wohnungslose/Patienten

Dr. phil. Michael Schwarzenau - Geschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe - 03.11.2005 5

Eckpunkte aus dem Spitzengespräch

Berechnung der kostendeckenden Kopfpauschale

Basis: Kölner Modell (Projekt mit dem höchsten Effizienzgrad)

Tatsächliche Projektkosten je Quartal	87.500 €
Geteilt durch Anzahl der versorgten Patienten	554
= kostendeckende Kopfpauschale je Quartal	ca. 157 €

Rechnung für die 30 größten Städte in NRW:
2.350 Patienten/Quartal x 157 € = 368.950,00 €
oder pro Jahr = 1.475.800,00 €

Zum Vergleich:
Wird anstelle der kostendeckenden Kopfpauschale in Höhe von 157 € die bei normaler Abrechnung der EBM-Ziffern gemäß der Studie sich ergebende Kopfpauschale in Höhe von 40,35 € zu Grunde gelegt, ergibt dies

2.350 Patienten/Quartal x 40,35 €	= 94.822,50 €
oder pro Jahr	= 379.290,00 €

jährliche Mehrkosten bei der kostendeckenden Kopfpauschale
996.510,00 € = hälftig für GKV/KV/Sozialhilfe, **jeweils 498.255,00 €**

Dr. phil. Michael Schwarzenau - Geschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe - 03.11.2005 6

Eckpunkte aus dem Spitzengespräch

Fallzahlbegrenzung

Die Zahl der vergüteten Kopfpauschalen bemisst sich an der o.g. Berechnungsformel.

Die Finanzierung der kostendeckenden Kopfpauschale wird nur solchen Projekten gewährt, die den gleichen Effizienzgrad wie das Kölner Modell aufweisen. Hierüber ist ein regelmäßiger Nachweis zu führen. In der Regel werden nur Verbundprojekte mehrerer Städte diese Anforderung erfüllen können.



Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW

Ziel:

- **Medizinische Erstversorgung wohnungsloser Menschen, die anderweitig nicht versorgt sind**
- **Reintegration in das medizinische Regelsystem**



Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW

Lösung

Einrichtung von Mobilien Diensten für festgelegte Versorgungsregionen in NRW



Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW

Rahmenbedingungen I

Versorgungsregionen:

- Städte mit mindestens 100.000 Einwohner
- Mengengerüst für Finanzierungspauschalen
- Mindestens 110 Pauschalen je Quartal und Teammitglied
- Begleitende Evaluation



Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW

Rahmenbedingungen II

Finanzierung:

- Kostendeckende Behandlungspauschalen von 157 € im Quartal
- Alle ärztlichen und pflegerischen Leistungen
- Obergrenze: 1.500.000,00 € im Jahr



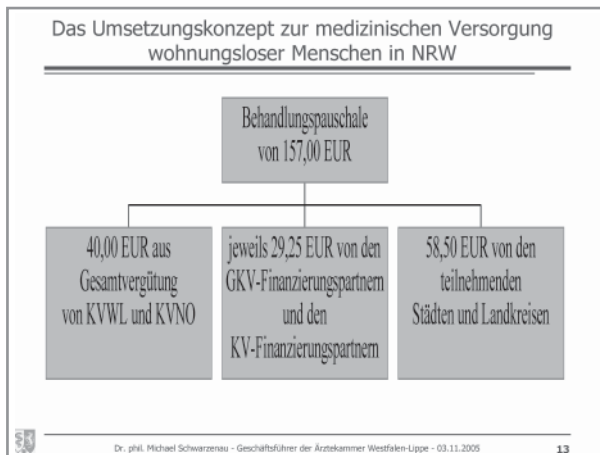
Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW

Rahmenbedingungen III

Finanzierungspartner:

- GKV-Finanzierungspartner
- KV-Finanzierungspartner
- Kommunale Finanzierungspartner





Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW

Strukturelle Anforderungen

- unterschiedliche Trägerschaft
- Verbundlösungen
- Gestuftes Versorgungskonzept

Dr. phil. Michael Schwarzenau - Geschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe - 03.11.2005 14

Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW

Personelle Ausstattung

- mindestens 1 Fachärztin/Facharzt
- mindestens 1 examinierte Pflegekraft
- Ausnahmen in begründeten Fällen

Dr. phil. Michael Schwarzenau - Geschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe - 03.11.2005 15

Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW

Leistungsumfang

- ärztliche und pflegerische Hilfen
- Grundversorgung
- Begleitung in weiterführende Hilfeangebote
- Weitergehende Versorgung initiieren und sicherstellen
- Vernetzung mit sozialen, medizinischen und pflegerischen Einrichtungen

Dr. phil. Michael Schwarzenau - Geschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe - 03.11.2005 16

Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW

Effizienzanforderungen

➤ Zielgröße 110 versorgte Wohnungslose je Teammitglied

- Phase 1 (1.-6. Monat) = keine Vorgabe
- Phase 2 (7.-12. Monat) = mindestens 50 % der Zielgröße
- Phase 3 (ab 13. Monat) = max. 15. % Abweichung von der Zielgröße

Dr. phil. Michael Schwarzenau - Geschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe - 03.11.2005 17

Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW

Anerkennungsverfahren

- gemeinsames Entscheidungsgremium aus Vertretern der GKV, der KV und der kommunalen Partner
- Ansprechstelle ist die regional zuständige KV
- Verträge können nur zustande kommen, wenn die jeweilige Kommune beiträgt

Dr. phil. Michael Schwarzenau - Geschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe - 03.11.2005 18

Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung
wohnungsloser Menschen in NRW

Dokumentation und Evaluation

- Verpflichtende Teilnahme an der Dokumentation
- Wird die Zielgruppe erreicht?
- Wird die Reintegration in das Regelsystem erreicht?
- Kostenträgerzuständigkeit



Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung
wohnungsloser Menschen in NRW

Die ÄKWL entwickelt ein Dokumentationssystem das u.a. folgende Angaben erfasst:

- Patientencodierung
- Behandlungsort
- Kontaktanlass
- Unterkunftssituation
- Leistungsanspruch
- Behandelte Erkrankungen (dreistellige Codierung nach Organsystem und Hauptgruppe gem. ICD-10)



Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung
wohnungsloser Menschen in NRW

- Bekannte und gesicherte Dauerdiagnose (dreistellige Codierung nach Organsystem und Hauptgruppe gem. ICD-10)
- durchgeführte medizinische Maßnahmen
- durchgeführte pflegerische Maßnahmen
- Überweisung/Weiterleitung
- Vermittlung an soziale Dienste
- Verordnung Arzneimittel



Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung
wohnungsloser Menschen in NRW



Wie geht's weiter?



Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung
wohnungsloser Menschen in NRW

- In-Kraft-Treten am 01.01.2006
- Bekannt machen und Öffentlichkeitsarbeit
- Überprüfung der Realisierung nach 2 Jahren



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit



Krankenstube für Obdachlose

Dieter Ackermann
Caritas Hamburg

Die Krankenstube für Obdachlose befindet sich in den Räumlichkeiten des ehemaligen Hafenkrankehauses, dem jetzigen Gesundheitszentrum St. Pauli. Nach der Schließung des Hafenkrankehauses gab es einen Kreis von engagierten Menschen, die sich überlegten, wie dieses ehemalige Krankenhaus für soziale Einrichtungen genutzt werden könnte.

Der Caritasverband war schon seit Jahren mit der Sozialbehörde im Gespräch, eine Einrichtung für kranke und obdachlose Menschen in Hamburg einzurichten.

Seit Januar 1995 haben wir das Krankenpflegemobil, die MOBILE HILFE. Dieses ambulante Angebot stellt einen wesentlichen Beitrag zur medizinisch-pflegerischen Versorgung Obdachloser in Hamburg dar. Die Grundidee war und ist, die Menschen dort aufzusuchen, wo sie leben, statt meist erfolglos an sie zu appellieren, zu einem Arzt zu gehen. Aus langjähriger Erfahrung der Caritas in der Arbeit mit obdachlosen Menschen war bekannt, dass sich diese Personengruppe selbst bei dringendem Behandlungsbedarf zu selten und oft nur sporadisch an niedergelassene Ärzte wendet.

Die Mitarbeiter des Krankenpflegemobils verzeichneten im Laufe ihrer Arbeit einen wachsenden Anteil obdachloser Menschen, die so schwere Erkrankungen und psychosoziale Probleme aufweisen, dass sie im Rahmen einer ambulanten medizinischen Versorgung nicht ausreichend behandelt werden können. Die extremen Bedingungen eines Lebens auf der Straße verhindern darüber hinaus bei schwer erkrankten Menschen eine gesundheitliche Regenerierung.

Andererseits ist das pflegerische Angebot eines Krankenhauses nicht auf die besonderen Problemlagen von obdachlosen Menschen zugeschnitten. Hinzu kommt nun noch der Druck auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser.

Diese Lücke in der medizinischen Versorgung Obdachloser konnte im Februar 1999 mit der Eröffnung der Krankenstube für Obdachlose geschlossen werden. Eine Aufnahme ist rund um die Uhr möglich und aufgenommen wird, wer krank und obdachlos ist.

Die Krankenstube verfügt über 14 Betten. Es arbeitet ein Team von sechs Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern, Altenpflegern, ein Sozialarbeiter und zwei Zivildienstleistende sowie Aushilfskräfte und ehrenamtliche Unterstützer.

Die Arbeit der Krankenstube für Obdachlose orientiert sich an zwei Zielsetzungen. Medizinisch soll auf der Basis individueller Pflegepläne eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht und eventuell vorliegende weitere Erkrankungen behandelt werden.

Sozial sollen die Bewohner dazu angeleitet werden, sich mit den Problemen, die zur Obdachlosigkeit geführt haben, auseinander zu setzen.

Die Bewohner gelangen über verschiedene Wege in die Krankenstube (Beratungsstellen, Tagesaufenthaltsstätten, Notübernachtungsstätten, Bahnhofsmision, Krankenhäuser), wobei die Mehrheit von ihnen über die MOBILE HILFE des Caritasverbandes eingewiesen wird.

Nach einer Krankenhausbehandlung ist bei obdachlosen Menschen meistens eine nachgehende Pflege nicht möglich. Wenn die Krankenstube Bewohner ins Krankenhaus abgibt, nehmen wir diese nach der dortigen Behandlung auch wieder zurück. Die besonderen gesundheitlichen Problemlagen der Bewohner sind Geschwüre der Beine, Hautdefekte, Parasitenbefall, unbehandelte Diabetis, Atemwegserkrankungen und Frakturen. Mehr als die Hälfte der Bewohner hat erhebliche Alkoholprobleme.

In der Krankenstube finden Menschen Aufnahme, die relativ schwer erkrankt sind. Dies bedeutet auch, dass die meisten von ihnen an mehreren Krankheiten leiden. Für das Jahr 2002 haben Auswertungen ergeben, dass pro Bewohner der Krankenstube ca. durchschnittlich 3,8 Erkrankungen diagnostiziert wurden. Bemisst man den Gesundheitszustand der Patienten an der Anzahl der vorliegenden Diagnosen, so ist festzustellen, dass sich dieser mit steigendem Alter und zunehmender Obdachlosigkeitsdauer verschlechtert. Diese damaligen Auswertungen belegen somit empirisch den bekannten Befund, dass langfristige Obdachlosigkeit krank macht. Bei dieser Untersuchung stellten wir auch fest, dass 18% der Bewohner 5 Jahre und länger obdachlos waren. Die durchschnittliche Obdachlosigkeitsdauer der Bewohner der Krankenstube betrug 35,3 Monate, also 3 Jahre.

Neben der Behandlung der stationären Patienten versorgt das Pflegepersonal der Krankenstube ebenso Patienten ambulant. Diese Patienten werden gewaschen, zum Teil entlaust, anschließend neu eingekleidet und vor ihrer Entlassung auch oft mit einer Mahlzeit verpflegt. Das Krankenpflegeteam des Krankenmobils der MOBILEN HILFE muss verstärkt die Krankenstube anfahren, um medizinisch unterversorgte obdachlose Bürger erst einmal körperlich zu reinigen, um dann weitere medizinisch-pflegerische Maßnahmen durchzuführen bzw. einzuleiten.

Viele Bewohner waren und sind bei der Aufnahme in die Krankenstube nicht krankenversichert. Das hat sich auch mit Einführung des SGB II nur wenig verändert. Dies liegt auch daran, dass eben nicht alle obdachlosen Menschen Anträge früher nach dem BSHG und jetzt bei der ARGE gestellt haben. Bei der zweiten Zählung von obdachlosen, auf der Straße lebenden Menschen in Hamburg im Jahre 2002, gaben immerhin fast 20% der Befragten an, dass sie kein Einkommen haben bzw. vom Betteln leben würden. Sie suchen die Stellen auf, wo man kostenlos ein Frühstück oder ein Mittagessen erhält und bekommen Kleidung in den vorhandenen Kleiderkammern.

Im Laufe der Jahre hat sich mit einigen Krankenhäusern eine gute Kooperation entwickelt. Wenn dort obdachlose Patienten aufgenommen worden sind und nun zur Entlassung anstehen, wird bei uns nachgefragt, ob wir sie aufnehmen können.

Die medizinische Betreuung wird durch kooperierende niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gewährleistet. Diese kommen entweder zur Behandlung in die Krankenstube (wir haben eine ausführliche wöchentliche Visite) oder die Bewohner suchen in Begleitung die meist in der Nähe liegenden Arztpraxen auf.

Mit einigen Ärzten auf St. Pauli besteht eine enge Zusammenarbeit.

Mit vier Krankenhäusern gibt es inzwischen Absprachen, dass z. B. die Auszubildenden einige Wochen in der Krankenstube mitarbeiten.

Ebenso wichtig wie die pflegerische Behandlung ist die sozialpädagogische Betreuung der Bewohner. Sie beginnt bei der Aufnahme mit einer sozialen Anamnese und der Abklärung der aktuellen Lebenssituation. Anhand dieser Informationen und nachfolgender Gespräche wird eine individuelle Hilfeplanung erstellt, die konkrete Lösungs- und Bewältigungsstrategien enthält. Die Vernetzung der Hilfen mit verschiedenen Behörden und Institutionen, aber auch mit Wohnungsbaugesellschaften und anderen Vermietern, gehört zu den wesentlichsten Aufgaben des Sozialarbeiters.

Seit vielen Jahren gestaltet sich die Vermittlung in eine eigene Wohnung für unsere Bewohner als äußerst schwierig. In Erwartung von etwaigen Störungen im Sozial- und Beziehungsverhalten werden von der Wohnungswirtschaft „Vermittlungshemmnisse“ aufgebaut. Viele Vermieter erwarten z. B. ein eigenes Girokonto und eine positive Schufaauskunft, sprich, dass man keine Schulden hat. Da dies bei unseren Bewohnern eigentlich selten der Fall ist, kommt es gar nicht erst zu einem Mietvertrag. Weiter erschwerend kommt hinzu, dass in Hamburg bezahlbarer Wohnraum nur noch schwer zu finden ist. Immer mehr Menschen müssen sich nach preiswertem Wohnraum umsehen,

den es aber, auch wegen der von den Behörden vorgegebenen Mietobergrenzen, eigentlich nicht mehr gibt. Verschärfend kommt nun auch noch Hartz IV dazu.

Wir haben in der Krankenstube einen obdachlosen Rollstuhlfahrer aufgenommen. Nach rund drei Monaten hätten wir ihn vom gesundheitlichen Standpunkt wieder entlassen können, doch bekamen wir keine behindertengerechte Wohnung. Erst nach 10 Monaten konnten wir ihn in eine entsprechende Wohnung vermitteln, in der er sich auch heute noch befindet.

Die Schwierigkeiten bei der Wohnungsvermittlung haben natürlich auch alle Beratungsstellen und stationären Einrichtungen, die mit wohnungslosen Menschen arbeiten.

Obdachlosigkeit ist die extremste Form der Armut und sie kann nur mit einer Unterkunft bzw. einer Wohnung beseitigt werden. Wir weisen immer wieder und dies seit Jahren auf die schwierige Wohnungssituation hin. Es ist auch keine Hilfe, wenn Behörden die Menschen auffordern, sich nach preisgünstigeren Wohnungen umzusehen, wenn bekannt ist, dass es diese aber nicht gibt. Das Hamburger Abendblatt berichtete vor kurzem, dass 800 Menschen in Hamburg von den ARGE's schriftlich aufgefordert wurden, sich nach billigeren Wohnungen umzusehen. Veränderungs- bzw. Unterstützungsbedarf besteht jedoch in der Zusammenarbeit mit vielen ARGE's. Bis zum Sommer gab es ja praktisch nur die Hotline, die einem aber konkret nicht weiterhelfen konnte. Es war das Prinzip der Arbeitsgemeinschaften, dass sie telefonisch nicht erreichbar waren. Inzwischen gibt es Telefonnummern, doch kann man von einer guten Zusammenarbeit noch nicht sprechen. Die Bewohner der Krankenstube werden über die ARGE krankenversichert, doch die Wartezeit, bis die Chipkarte bei der Krankenkasse ausgestellt wird, ist häufig zu lang. Bei vielen behördlichen Stellen wird die spezielle Situation, in der sich unsere Klienten befinden, nicht berücksichtigt. Handlungsbedarf sehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenstube weiterhin in der Sensibilisierung über die besonderen Probleme der wohnungslosen Menschen. Um den Gesundheitszustand der obdachlosen Menschen zu verbessern, müssen die bestehenden Angebote weiter ausgebaut und die Vernetzung und Kooperation mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten intensiviert werden.

Die jährlichen Kosten der Krankenstube werden von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz zu 2/3 und dem Caritasverband zu 1/3 bezahlt. Trotz unterschiedlicher Bemühungen des Caritasverbandes beteiligen sich die Krankenkassen nicht an den Kosten.

Die Auslastung der Krankenstube lag im Jahre 2004 bei 105 Prozent, die durchschnittliche Belegungsdauer der Bewohner waren 39 Tage.

60 Prozent der Bewohner im Jahre 2004 konnten so weiter vermittelt werden, so dass sie nicht auf die Straße entlassen werden mussten. Die Bewohner, die die Krankenstube auf eigenen Wunsch verlassen, gehen in der Regel dem Hilfesystem nicht „verloren“. Sehr oft tauchen sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme wieder beim Krankenpflegemobil auf. Obdachlose brauchen oft mehrere Anläufe, um ein strukturiertes Leben „zwischen vier Wänden“ ertragen zu können. Die Akzeptanz dieses Phänomens gehört zur Arbeit mit dieser Personengruppe und zum Selbstverständnis der Hilfeangebote getreu der Maxime, dass die Ärmsten der Armen für die Caritas keine „hoffnungslosen“ Fälle sind.

Gelungene Zusammenarbeit! Wohnunterkunft Notkestraße und Allgemeinmedizinische Praxis

Teil 1: Die Frauenwohnanlage Notkestraße

Cornelia Finck
pflegen & wohnen

Die Frauenwohnanlage Notkestraße liegt in Hamburg-Bahrenfeld, wenige Busstationen von Altona entfernt, nicht weit vom Elbe-Einkaufszentrum.

In dieser Einrichtung von pflegen & wohnen leben ca. 100 Frauen, 48 ehemalige Obdachlose in Mietwohnungen, und ca. 50 in öffentlich, rechtlicher Unterbringung.

Alle diese Frauen sind irgendwann mal zu uns gekommen, weil es massive Probleme gab, die zum Wohnungsverlust führten. Was Frauen dann bleibt, sind in der Regel viele schlechte Erinnerungen, ein paar Taschen mit Klamotten, ein bisschen Hausrat und ein paar unsortierte persönliche Papiere, die in der Handtasche zwischen Medikamenten und Adressbüchlein Platz gefunden haben, als man mehr oder weniger unvorbereitet das „Zuhause“ verließ. In einem fast leeren Portemonnaie befindet sich meist ein Personalausweis, vielleicht auch noch eine gültige Gesundheitskarte – ein Allergiepass, ein Impfausweis, oder gar ein Bonusheftchen vom Zahnarzt sind meistens verloren gegangen. Und auch die Brille sitzt nicht mehr richtig und reicht gerade dazu, an der richtigen Stelle zu unterschreiben.

Das äußere Bild der Frauen lässt ahnen, welche Strapazen die neuen Bewohnerinnen hinter sich haben: ungepflegte Klamotten, abgelaufene Schuhe, Haare, die seit Ewigkeit keinen Friseur mehr gesehen haben, Finger, die gelb/braun vom Nikotin sind, Augen gerötet und ein fahles, völlig erschöpftes Gesicht. Wie schön, wenn ich den Frauen erst einmal ein ruhiges Einzelzimmer anbieten kann. Morgen sehen wir dann weiter.

Und bald erzählen die Frauen über ihr Leben, wie alles so kam, dass sie wieder mal ihre Wohnung verloren haben. Sie berichten von Kindern, zu denen es wenig Kontakt gibt, von Freunden und Partnerschaften, die es mal gab, von der Arbeit, die sie verloren haben aber von der eigenen Gesundheit sprechen sie fast nie. Es scheint so, als hätten sie gar keinen Bezug mehr zu dem eigenen Körper. Hier und da gab es mal ein paar Arztbesuche, es gab auch Diagnosen, Röntgenaufnahmen und Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden sollten. Zu einer Behandlung kam es aber nicht wirklich, denn regelmäßige Termine konnten nicht eingehalten werden, weil Regelmäßigkeit sich nicht mit einem zerrütteten Leben vereinbaren lässt!

Irgendwann sucht man dann wieder einen anderen Arzt auf. Mit guten Vorsätzen fängt alles wieder von vorne an.

Vorausgesetzt man hat im monatlichen ohnehin knapp bemessenen Budget 10 Euro Praxisgebühr und evtl. Geld für die Zuzahlung für Medikamente einkalkuliert. Außerdem benötigt man auch Fahrgeld, um in die Praxis zu kommen. Und überhaupt, der Arzt könnte viele unangenehme Fragen stellen ... Da liegt die Entscheidung ganz nahe, doch den Arzttermin noch einmal zu verschieben.

Seit Jahren kommt zu uns in die Notkestraße die Allgemeinmedizinische Praxis Dr. Zeigert, Dr. Börgerding, Dr. Meister. Jeden Mittwoch machen die Ärzte abwechselnd eine Sprechstunde. Wer nicht laufen kann, wird in der Wohnung bzw. im Zimmer aufgesucht.

Dieser besondere Service wird von den Frauen sehr gut angenommen. Die 3 Ärzte kennen unsere Frauen, und ich kann sicher mit Recht sagen, dass im Laufe der Zeit ein sehr gutes Vertrauensverhältnis gewachsen ist.

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen diesen Ärzten und mir in meiner täglichen Arbeit? Im Umgang mit den körperlichen Erkrankungen der Frauen, z. B. wenn mir ein Leiden besonders auffällt, kann ich mich schnell informieren, ob es Handlungsbedarf für mich gibt.

Ganz besonders aber ist es hilfreich für mich, die beratende Unterstützung zu haben, wenn die Frauen psychische Auffälligkeiten zeigen oder gar in die Psychose abrutschen. Dann ist schnelle, unkomplizierte Hilfe von Not.

Über allem steht für mich die Garantenpflicht und ich muss sehen, dass die erkrankte Bewohnerin rechtzeitig in Behandlung kommt um sich oder andere nicht zu gefährden!

Jeder, der mit psychisch Kranken zu tun hat, weiß, wie schwer das ist, in diesen Krisen schnell hilfreiche Unterstützung zu bekommen. Der Sozial Psychiatrische Dienst (SPD) kann in der Regel nicht oder noch nicht tätig werden. Zum Arzt gehen die Frauen dann mangels Krankheitseinsicht auch nicht mehr, und so ist es für mich sehr hilfreich, wenn unsere Praxisärzte den Kontakt zu den Frauen halten. Oft erreichen sie sie unter viel Zeitaufwand gerade noch, bevor eine Zwangseinweisung unausweichlich ist.

Aber nicht nur in diesen Krisensituationen ist es gut einen Ansprechpartner zu haben, auch wenn es um einfachere medizinische Maßnahmen geht: So ist die Ausstellung einer A-Verordnung zum Zwecke der häuslichen Medikamentenvergabe oder die Ausstellung eines Transportscheines für eine Krankenhauseinweisung oder ein Attest eine unkomplizierte Sache, die man telefonisch vereinbaren kann, weil der Arzt und auch die Arzthelferinnen gut informiert sind. Der enge Kontakt zu „unserer Praxis“ macht vieles wirkungsvoller, weil kontinuierlich behandelt werden kann, problemloser, weil der Arzt die Situation gut kennt, schneller und letztlich wahrscheinlich volkswirtschaftlich gesehen sehr viel kostengünstiger.

Teil 2: Sprechstunde in der Notkestraße

Dr. Eckhard Zeigert, A. Meister, U. Börgerding
Allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis

Wir sind eine allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis mit 3 Kollegen, die jeden Mittwoch eine Sprechstunde in der Einrichtung Notkestraße durchführt. Unserer Arbeit liegt kein großes Konzept zugrunde – sie ist Ausdruck unserer originären, hausärztlichen Arbeit, die lediglich einige Besonderheiten aufweist.

Die medizinische Versorgung der Frauen in der Wohnunterkunft ist erschwert durch:

- einen hohen Krankenstand als Ursache und Folge ihres Aufenthaltes dort
- Vorbehalte und schlechte Erfahrungen gegenüber gesellschaftlichen Autoritäten, zu denen wir auch den Medizinbetrieb zählen müssen
- fehlende Kontinuität und schlechte Dokumentation medizinischer Daten durch häufigen Wohnortwechsel und geringe Frequenz von Arztkontakten

Neben einer großen Zahl chronisch somatischer Erkrankungen sind psychiatrische und Suchterkrankungen besonders häufig. Schlechte Ernährung, mangelhafte Körperpflege und erhöhtes Infektionsrisiko durch Leben auf engem Raum kommen häufig hinzu.

Die Grundidee unserer Sprechstunde ist die der ambulanten medizinischen Versorgung im Allgemeinen: gemeindenah, kontinuierlich und hier erweitert um niedrigschwellig und nachgehend.

- gemeindenah heißt im Bezug auf die sehr geringe Mobilität der Frauen: vor Ort
- kontinuierlich ist unsere Arbeit durch die regelmäßige Sprechstunde, unsere Bemühungen um Vorbefunde und deren Weitergabe nach Verlassen des Hauses
- niedrigschwellig ist die Versorgung durch die wöchentliche Sprechstunde in der Teeküche. Wir arbeiten in Alltagsbekleidung mit unserem Notfallkoffer und sind den Bewohnerinnen, oder zumindest ihren Nachbarinnen, bekannt
- nachgehend ist die Versorgung bei schwerkranken Bewohnerinnen, die wir auf Hinweis der Sozialarbeiterinnen aufsuchen, oder im Fall psychisch kranker Patientinnen, die wir zur Fortführung einer meist medikamentösen Therapie aufsuchen (case management)

Die Zusammenarbeit erfolgt mit allen Bereichen des Gesundheitssystems vom Sozial Psychiatrischen Dienst bis zum Orthopädiemechaniker. Der Austausch mit Frau Finck erfolgt wöchentlich im Anschluss an die Sprechstunde. Unsere unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkte ergänzen sich besonders erfreulich: wir sorgen für die eigentliche medizinische Versorgung – Frau Finck kümmert sich um Gebühren und Chipkarten, Hilfen zur Weiterführung des Haushalts, Betreuungen und organisiert im Einzelfall sogar Spenden für Rezeptgebühren.

Erfolge sind Reduktion von Risikofaktoren, Therapie chronischer Erkrankungen, durchgeführte Impfungen und Reduktion von stationären und Notfallversorgungen.

Ein typischer Erfolg ist die Vermeidung einer Zwangseinweisung durch Fortführung, Aufnahme oder Wiederaufnahme einer medikamentösen Therapie bei psychotischen Patientinnen, Durchbrechen des Drehtüreffekts.

Probleme sind die oft aufwendige und wirtschaftlich unattraktive Arbeit, Fehlen der Chipkarte, nicht Aufbringen können von Praxis- und Rezeptgebühr.

Das Konzept der Notkestraße mit Notunterkunft, langfristigem Bleiberecht und Wohnungen in zusammengehörenden Gebäudekomplexen fördert die Sesshaftigkeit der Frauen, viele haben dort eine neue Heimat gefunden. Es unterstützt unsere Bemühungen, die Frauen an einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung teilhaben zu lassen, die woanders längst allgemeiner Standard und hier ganz besonders notwendig ist.

Gute Praxis – neue Kooperationen: Die Feuerwehr und das Pik As

Teil 1: Das Pik As

Sybille Stollmayer
Übernachtungsstätte Pik As, pflegen & wohnen

Pflegen & wohnen ist ein Unternehmen der Freien und Hansestadt Hamburg, das soziale Dienstleistungen für Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, anbietet.

Im Geschäftsbereich Wohnen stellen wir in ca. 60 Unterkünften Wohnraum für Zuwanderer und Hamburger Obdachlose zur Verfügung. Außerdem haben wir ca. 15 Mietwohnanlagen in denen wir Mietersozialberatung anbieten und Spezialangebote (Frauenwohnen).

Die Grundlage zur Aufnahme von Obdachlosen ist das Hamburgische Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (SOG).

Hier vertrete ich, im Rahmen der sozialen Dienste, die Übernachtungsstätte für Männer, das Pik As. Diese von Legenden und Mythen umschwirrte Einrichtung ist über die Grenzen von Hamburg durch diverse Berichte von persönlich Betroffenen bekannt geworden.

Das Pik As liegt für so manche Behörde in einem weniger günstigen, für die Betroffenen jedoch an einem strategisch guten Standort. Also, in der verkehrsgünstig gut zu erreichenden Neustadt.

Von 1911 bis 1913 wurde das Pik As von Staatswegen erbaut, da es aus sozialpolitischen und ordnungspolitischen Gründen zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit dienen sollte. Dies ist dem Grunde nach bis heute so geblieben.

Mit der Eröffnung 1913 wurde die Einrichtung der Polizeibehörde unterstellt und von dem „Asylverein in Hamburg“ unterstützt.

Die polizeiinterne Bezeichnung „Polizei-Asyl“ P.As. abgekürzt wurde zu dem heute bekannten „Pik As“. Im Eröffnungsjahr nutzten 9. 700 Übernächter/innen die Einrichtung.

Bis 2005 hat sich das Pik As dem jeweils herrschenden Zeitgeist im Auf- und Umbruch stellen und Antworten auf jeden Paradigmenwechsel finden müssen.

Die Übernachtungsstätte Pik As ist ein 4-stöckiges verzweigtes Gebäude ohne Aufzug. Sanitäre Anlagen sind auf die Stockwerke verteilt. Das Haus verfügt über 67 Zimmer, davon sind 26 Zimmer mit 4 Betten, 17 Zimmer mit 2 Betten, 17 Zimmer, von denen 15 Zimmer sog. Hundezimmer sind, mit 1 Bett, 3 Zimmer mit 6 Betten (Notaufnahme), 2 Zimmer mit 8 Betten (Notaufnahmen) bestückt.

Die Gesamtkapazität beträgt 190 Betten, die jederzeit auf 240 Betten erhöht werden kann.

Die Zimmer sind mit dem notwendigsten Mobiliar ausgestattet, also mit Betten, verschließbaren Schränken, Tischen und Stühlen.

Grundsätzlich versorgen die Bewohner sich selbst.

Im begrenzten Umfang werden auch Frauen oder Paare mit Hunden aufgenommen.

Menschen im Pik As

Personal: Das Pik As ist rund um die Uhr an 365 Tage, also das ganze Jahr über, besetzt.

Es arbeiten insgesamt 20 Personen im Haus. Seit März 2004 hat die Gesamtleitung ein Dipl. Sozialpädagoge in der Funktion eines Sozialmanagers; weitere Mitarbeiter/innen sind 1 Leitungsvertretung, 1 Verwaltungsangestellte, 1 Dipl. Sozialpädagogin/Soziale Dienste, 1 Altenpfleger

mit psychiatrischer Zusatzausbildung/Soziale Dienste, 12 Angestellte mit Betreuungsaufgaben im Wechselschichtdienst und 3 Betriebsarbeiter.

Die Übernachtungsstätte bietet in Notfällen bis zur Klärung des rechtlichen Anspruchs auf öffentliche Unterbringung eine tageweise begrenzte Aufnahme. Hier handelt es sich um eine Form der öffentlichen Unterbringung, die das unterste Netz im Versorgungssystem bildet.

Nutzer/Übernachter/Bewohner: Männer, die keine Strukturen, pädagogischen Angebote, Unterstützung anderer Einrichtungen anerkennen können oder sich darin zurecht finden, wie z. B. Entlassene aus der Psychiatrie, aus Jugendhilfemaßnahmen und Haftanstalten. Männer, die aus dem sozialen Versorgungssystem herausgekippt sind, Männer die auf der Straße gelebt haben, finden sich hier wieder.

Um eine Verfestigung (Dauerbewohner) im Pik As zu vermeiden, benötigt der Bewohner eine psychische und physische Stabilität, um (eigener Erfahrungswert) innerhalb von ca. 2-3 Monaten seine gültigen Personalpapiere erhalten zu haben, um dann seine Rechtsansprüche realisieren zu können. Danach ist er tatsächlich in der Lage, aktiv an der Überwindung seiner Obdachlosigkeit mit zu arbeiten.

Wenn dieser Prozess innerhalb von 3 Monaten gelingt, ist das Ziel der öffentlichen Unterbringung als vorübergehende Maßnahme mit Beendigung durch Integration in den normalen Wohnraum oder in eine andere geeignete Form der Folgeunterbringung (Wohngruppen, Unterkünfte, stationäre Unterbringung) erreicht.

Leider ist dies nicht der Regelfall. Die Realität ist, dass im Jahr 2004 eine prozentuale Erhöhung von so genannten Dauerbewohnern zu verzeichnen war. Dies führen wir auf die zunehmende Zahl von sozialen, psychischen und medizinischen Problemen der Bewohner zurück. In der Wirklichkeit fungiert das Pik As als „Psychiatrie ohne Ärzte und Medikamente“ und Altenheim ohne Pflegeangebot für behandlungsunwillige Kranke. Es verbleiben Abhängige, die im Verlauf ihrer so genannten Suchtkarriere eine stark chronifizierte psycho-soziale Verelendung aufweisen. Durch die Fixierung auf den Suchtstoff wird es für den Betroffenen immer schwerer seine Sekundärkrankheiten wahrzunehmen und behandeln zu lassen.

Für uns als Mitarbeiter ist die berufsbedingte Garantenpflicht im Einzelfall von Bedeutung. Durch die Vielfalt der individuellen sozialen Probleme, die in den Vordergrund treten und den Alltag im Haus dominieren, fallen die gesundheitlichen Probleme häufig erst auf, wenn die Bewohner sie nicht mehr verbergen können.

Jedoch sind die gesundheitlichen Belastungen unserer Bewohner sehr bedrückend. Aus den medizinischen Gutachten in Zusammenhang mit gesetzlichen Betreuungen bzw. Anregungen des letzten Jahres habe ich eine erschreckende Sammlung entnommen: (Zeitraum Oktober 2004 – Oktober 2005)

Krankheitsbilder und Symptome, wie extrem verwahrloster Allgemeinzustand, der auch Eigengefährdung beinhaltet; Wunden mit Fäulnisgeruch, lebensgefährliche Infektionen, körperliche Verwahrlosung, Läusebefall, neurologische Befunde nach Operationen im Kopfbereich, nach epileptischen Krämpfen, langjähriger Alkoholabusus mit seinen Folgeerscheinungen wie Nahrungsverweigerung, Fettleber, Alkoholhepatitis, Magen-, Darmblutungen; Bluthochdruck; hirnorganische Psychosyndrome, Hauterkrankungen; Pneumonie, akute Hepatitis, Soor, dissoziale Persönlichkeitsentwicklungen.

Körperliche Folgen, die durch Crack vorhanden sind, sind uns noch nicht bekannt. Wir erleben die Gereiztheit, Aggressivität im Umgang miteinander.

Die Schädigung infolge von chronischem Medikamentenmissbrauch wie Nierensteine, Harnwegsinfektionen, Tumorerkrankungen usw. sind für uns aufgrund der vorhandenen Schmerzen am leichtesten ansprechbar.

Ebenso zeichnen sich Erkrankungen im psychiatrischen Bereich ab, die hier wegen Medikamen-

tenverweigerung bzw. Behandlungsverweigerung häufig eskalieren.

Wir schätzen, dass ca. 90% der Bewohner sucht- oder psychisch krank sind.

Wenn nun bei diesen Krankheitsbildern die Betreuungsbehörden z. B. eine Fortsetzung bzw. das eingeleitete Betreuungsverfahren abgelehnt (was häufig geschieht), mit der Begründung, dass der Betroffene sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt dem Einfluss einer Betreuungsperson und somit deren Arbeitsmöglichkeiten entzieht, stehen wir als Mitarbeiter ständig unter Druck, den betreffenden Menschen nicht aus den Augen zu verlieren.

Leider finanzieren die Krankenkassen in unseren Übernachtungsstätten keine häusliche Pflege, die die gesundheitlichen Probleme sowohl körperlicher als auch psychischer Natur frühzeitig mildern würden. Darin sehen wir den Hauptgrund, dass viele Behandlungen sehr schnell zu Kriseninterventionen eskalieren.

Wenn Menschen uns ihre körperlichen Beschwerden mitteilen oder durch Dritte mitteilen lassen, können wir nicht auf die Sprechstunde in der folgenden Woche bei der vor Ort tätigen Ärztin verweisen (Medizinische Sprechstunde in Kooperation zwischen Diakonischem Werk und Caritasverband). Ganz zu schweigen auf die in der Nachbarschaft tätigen Ärzte.

Zum einen trauen sich die schon äußerlich gekennzeichneten Menschen nicht in die etablierten Arztpraxen, zum anderen verfügen sie auch häufig nicht über die erforderliche Praxis- und Rezeptgebühr. Von der Gebührenbefreiung Gebrauch zu machen ist nahezu unmöglich, da keine Schubladen, Schreibtische oder Aktenordner vorhanden sind, um die Belege zu sammeln.

Wenn wir nun einen Menschen in einer entsprechenden hilflosen Situation sehen und er sich egal aus welchen Gründen nicht artikulieren kann, ist unser erster Griff zum Telefon und wählen 112.

Am anderen Ende werden wir freundlich empfangen und beraten, beim Eintreffen der Sanitäter verändert sich häufig die freundliche Kommunikation. Wir versuchten/versuchen uns gegenseitig zu überzeugen, warum aus dem, womöglich noch behandlungsunwilligen Bewohner ein/kein Patient wurde. Überreaktionen auf beiden Seiten schlossen sich nicht aus.

Im Laufe der Jahre stellte sich eine Ermüdung bei der Bewältigung dieser schwierigen Momente ein. Als uns dies bewusst wurde, war der Grundstein für eine aufarbeitende und konstruktive Kooperation gelegt.

Wünsche aus Sicht des Pik As

- Lebensweltorientierter Paradigmenwechsel in Bezug zur häuslichen Pflege auch in Übernachtungsstätten
- weitere gemeinsame Fortbildungen praktischer als auch theoretischer Natur. Stichworte: Altern von Männern, die auf der Straße leben (Voralterung), und die daraus resultierenden Krankheitsbilder

Teil 2: Die Feuerwehr und das Pik As

Dr. Stefan Oppermann
Feuerwehr Hamburg

Die Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes ist u. a. für das Qualitätsmanagement zuständig. Gemäß der Definition dieses nüchternen Begriffes sind bei diesem integrativen Prozess alle Mitarbeiter zu beteiligen.

Im Rahmen des QM fiel einem Einsatz auf, von dem ich ihnen hier berichten möchte.

Ich möchte ihnen diesen Fall vorstellen, weil er exemplarisch für die Situation der obdachlosen Menschen ist, wenn sie zum Patienten werden und zweitens die Probleme wiedergibt, die bei der Versorgung an der Schnittstelle zwischen Aufenthaltsstätte und Rettungsdienst auftreten können.

Die gemeinsame Aufarbeitung hat zu weitreichenden Konsequenzen geführt.

Der Fall in Kürze: Bei einem obdachlosen Menschen fiel während des Aufenthalts in der Übernachtungsstätte Pik As der ärztlichen Kollegin der schlechte Allgemeinzustand des Betroffenen auf. Unter der Verdachtsdiagnose Bronchopneumonie wurde der Rettungsdienst alarmiert. Nach dessen Eintreffen entwickelte sich allerdings eine Diskussion, da der Patient eine Mitfahrt verweigerte, während die einweisende Ärztin wegen des schlechten Allgemeinzustandes auf der sofortigen Krankenhauseinweisung bestand.

Bezeichnend für die Rolle des Rettungsdienstes (RTD) waren die Umstände, dass einerseits der Arzt an der Einsatzstelle weisungsberechtigt ist, aber andererseits vom Rettungsdienst nichts gegen den Willen eines zurechnungsfähigen, wenn auch häufig alkoholisierten Patienten unternommen werden kann.

Dabei wurde aber auch klar, dass die Rettungsassistenten den Zustand des Patienten nicht richtig eingeschätzt haben. Wir wissen, dass eine Bronchitis bei immunabwehrgeschwächten Patienten innerhalb kürzester Zeit zum Tod führen kann.

Hier konnten wir konkret eingreifen: In einem ersten Schritt wurde für die Rettungsassistenten die Möglichkeit der Hospitation an Sprechstunden an den Aufenthaltstätten vereinbart. Es wurden wertvolle Informationen über die besonderen medizinischen aber auch sozialen Umstände der Obdachlosen gewonnen. Diese Erkenntnisse wurden von Lehrrettungsassistenten aufgearbeitet und weitergegeben. Dies hat mit dazu beigetragen, dass obdachlose Patienten vom Rettungsdienst besser wahrgenommen werden können und die Kommunikation im medizinischen Bereich verbessert wurde.

Bei gemeinsamen Treffen am Runden Tisch fiel aber auch die Hilflosigkeit der Mitarbeiter/innen der Aufenthaltsstätten auf, wenn es darum ging, medizinische Hilfe zu organisieren. Es ist in diesem Bereich eben nur auf den ersten Blick damit getan, einfach 112 zu wählen. Dies hat oft genug zu Fehleinsätzen, Abstumpfung und Verärgerung bei allen Beteiligten geführt.

Den Mitarbeitern/innen fehlte Handlungssicherheit. Wir haben daraufhin speziell für die Mitarbeiter/innen eine Fortbildung der Landesfeuerwehrschule durchgeführt. Auch hier ging es einerseits darum, sich kennen und verstehen zu lernen. Andererseits wurden einfache Grundlagen der Ersten Hilfe und Kenntnisse über den Rettungsdienst vermittelt. Diese Informationen erlauben es jetzt, Hilfe zielgerichtet anzufordern und erleichtern die weitere Versorgung des Patienten. Schließlich haben die Mitarbeiter/innen eine größere Handlungssicherheit gewonnen.

Aber es geht in erster Linie nicht um unser Wohlbefinden.

Der obdachlose Patient steht im Mittelpunkt. Auch wenn die Versorgung an dieser Schnittstelle verbessert wurde, ergeben sich für ihn Probleme an der nächsten Schnittstelle, dem letzten Glied der Rettungskette, dem Krankenhaus. Oft genug erfährt der Patient hier einen Drehtüreffekt: Eben noch als Notfall eingeliefert, findet er sich schon kurze Zeit später in seiner Obdachlosigkeit wieder.

Wenn es uns wirklich um die Verbesserung der Versorgung dieser Menschen geht, müssen weitere Schritte unternommen werden.

Ich bin mir dabei unserer knappen Ressourcen sehr bewusst, meine aber, dass sich unsere Gesellschaft dieses Engagement leisten muss und kann!

Aufsuchende Arbeit von chronisch psychisch Kranken

Dr. Richard Becker

Psychiatrische Ambulanz, Asklepios Klinik Nord Heidberg-Ochsensoll

Seit dem 1. Januar 2005 existiert im Klinikum Nord das Projekt „Aufsuchende Arbeit von chronisch psychisch Kranken“. Mitarbeiter/innen der psychiatrischen Ambulanz im Klinikum bieten vor Ort und in Tagesaufenthaltsstätten und Übernachtungseinrichtungen für wohnungslose Frauen und Männer (z. B. Pik As, FrauenZimmer, Tagesaufenthaltsstätte Bundesstraße/TAS) psychiatrische Sprechstunden an.

Aufgrund des verstärkten Abbaus psychiatrischer Behandlungsbetten und einer Verkürzung der Liegezeiten in den Einrichtungen kam es in den letzten 10 bis 12 Jahren zu einer Unterversorgung psychisch kranker Menschen.

Auch mit der Schaffung von Übergangseinrichtungen konnte hier keine ausreichende alternative Versorgungsstruktur angeboten werden.

Offiziell wird in Hamburg von einer Obdachlosenzahl von 1200 ausgegangen.

Viele weitere Menschen sind von Wohnungslosigkeit bedroht. Die wirtschaftliche Situation der Betroffenen und eine begleitende Suchtproblematik führen bei nicht ausreichender Unterstützung schnell zu Arbeitslosigkeit bis hin zum Verlust der Wohnung.

Nach einer Studie des Rechtsmedizinischen Institutes der Universität Hamburg aus dem Jahre 1997 haben Obdachlose eine Lebenserwartung von durchschnittlich 45 Jahren.

Sehr viele Obdachlose haben neurologische und organische Schäden an Herz, Leber und Lunge. Eine Vielzahl leidet unter Hauterkrankungen wie Ekzemen oder offenen Wunden. Bei nicht wenigen Obdachlosen kommt eine Suchtproblematik erschwerend dazu.

Die Zahl von Obdachlosen mit psychischen Erkrankungen, ist nach Aussagen von Mitarbeitern/innen der Wohnungslosenhilfe stetig zunehmend. Laut Untersuchungsergebnissen aus bundesdeutschen Großstädten beträgt der Anteil psychisch Kranker bei den Obdachlosen bereits 45 bis 70 Prozent. Gründe hierfür liegen oft in der begrenzten Bereitschaft bzw. Fähigkeit der Betroffenen ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch Auswirkungen des Gesundheitsreformprozesses wie z. B. die 10,- Euro Praxisgebühr oder die steigende Beteiligung an den Medikamentenkosten werden von Obdachlosen vielfach als Hürde gesehen, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Die Angebote im sozialen Versorgungsbereich für diese Zielgruppe sind außergewöhnlich gut und das Entgegenkommen und die Hilfsbereitschaft kann nicht besser sein.

Es gibt Kleiderkammern und in den Tagesaufenthaltsstätten können Obdachlose duschen und ihre Kleidung waschen. Niemand muss auf der Straße schlafen.

Viele Obdachlose nehmen diese Angebote an. Es zeigt sich aber, dass es für die Doppelproblematik – obdachlos und psychisch krank – keine ausreichenden niedrigschwelligen Einrichtungen gibt. Bis zum Jahr 2005 finanzierte das Hamburger Spendenparlament eine Beratungsstelle in der Tagesaufenthaltsstelle der Diakonie (TAS). Durch die dortigen Erfahrungen der allgemeinärztlichen Versorgung wurde eine zusätzliche psychiatrische Versorgung als hilfreich und notwendig angesehen. Die gesetzlich festgeschriebene nachgehende Betreuung von chronisch und schwerst Kranken ist die originäre Aufgabe der Institutsambulanzen.

Da ein alleiniges Beratungsangebot den Bedarf an Behandlungsmöglichkeiten nicht deckte, konnte im Klinikum Nord das Projekt einer nachgehenden Arbeit entwickelt und ausgebaut werden. Eine Sozialarbeiterin/Therapeutin der psychiatrischen Ambulanz des Universitätsklinikum Eppendorf betreut die Kernenate, eine Tagesstätte für obdachlose Frauen.

Die TAS wird einmal im Monat vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Bezirks Eimsbüttel betreut.

Seit Juni 2005 fanden in der psychiatrischen Ambulanz des Klinikum Nord 43 obdachlose Männer und 18 Frauen Betreuung. Hinzu kommt die unentgeltliche Beratung von circa 40 Menschen, da

eine Abrechnung auf Grund fehlender Voraussetzungen nicht möglich war. Seit Januar 2006 wird die aufsuchende Arbeit mit dem Schwerpunkt wohnungslose Frauen weiter ausgebaut. Eine Mitarbeiterin der psychiatrischen Ambulanz bietet pro Woche acht bis zwölf Stunden Beratung und Behandlung für die betroffenen Frauen.

Die aufsuchende Arbeit in den Tagesaufenthaltsstätten oder Wohnunterkünften ermöglicht der mehrfach belasteten Zielgruppe einen niedrighwelligen Zugang zum psychiatrischen Versorgungssystem. Ziel ist es, einen Kontakt zu den Betroffenen herzustellen, die auf Grund unterschiedlicher Beweggründe keine psychiatrische Beratung bzw. Untersuchung von allein aufsuchen würden. Die Kontaktaufnahme ist der erste wichtige Schritt, um eine Folgebehandlung zu sichern. In vielen Fällen ist es so möglich, Schizophrene mit ihren Rückzugstendenzen aus ihrer Isolation zu holen. Das Angebot der Psychiatrischen Ambulanz zielt darauf, den betroffenen Menschen ein Stück Normalität, ein Stück „Bürgerlichkeit“ zurück zu geben. Von entscheidender Bedeutung ist es daher auch, zusammen mit Sozialarbeitern eine feste Häuslichkeit herzustellen und eine soziale Integration zu ermöglichen.

Die psychiatrische Sprechstunde bietet auch ein Stück Entlastung für die Mitarbeiter/innen der Wohnungslosenhilfe, die häufig mit der Betreuung dieser Zielgruppe an ihre Grenzen geraten.

Letztlich verhindert eine lebensweltoorientierte, aufsuchende psychiatrische Behandlung sehr häufig eine stationäre Aufnahme.

Kontakte

Dieter Ackermann

Caritasverband Hamburg e. V.
Danziger Straße 66
20099 Hamburg
E-Mail: Ackermann@caritas-hamburg.de

Dr. Michael Schwarzenau

Ärztammer Westfalen-Lippe
Gartenstraße 210-214
48147 Münster
Michael.Schwarzenau@aekwl.de

Dr. Richard Becker

Psychiatrische Ambulanz im
Asklepios Klinik Nord Heidberg-Ochsensoll
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg

Sybille Stollmayer

Pik As – Übernachtungsstätte Neustädter Straße
Neustädter Straße 31 a
20355 Hamburg
E-Mail: Sybille.Stollmayer@pflegenundwohnen.de

Prof. Dr. Christoph Butterwegge

Universität Köln
Seminar Sozialwissenschaften
Gronewaldstraße 2
50931 Köln
E-Mail: ewf-politikwissenschaft@uni-koeln.de

Dr. Eckard Zeigert

Julius-Brecht-Straße 11
22609 Hamburg

Cornelia Finck

Wohnunterkunft Notkestraße
Notkestraße 105 a
22607 Hamburg

Dr. Wilfried Kunstmann

Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung
der Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
E-Mail: wilfried.kunstmann@baek.de

Dr. Stefan Oppermann

Feuerwehr Hamburg
Westphalensweg 1
20099 Hamburg
E-Mail: stefan.oppermann@feuerwehr.hamburg.de

Petra Hofrichter

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
Repsoldstraße 4
20097 Hamburg
Tel: 040 – 63 64 77 91
Petra.Hofrichter@hag-gesundheit.de
www.knoten-hamburg.de

HAG



Hamburgische Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung e.V.

www.hag-gesundheit.de