

Corinna Genz, Krankenwohnung „Die Kurve“, Hannover

AG 1 Sozialarbeit im Bereich der medizinischen Hilfen für Wohnungslose – Fachliche und strukturelle Anforderung und Herausforderungen bei der Beratung, Vermittlung und Begleitung wohnungsloser PatientInnen

Bemühungen vieler Jahre waren nötig, bis die gesundheitliche Situation wohnungsloser Menschen vor etwa zehn Jahren stärker in den öffentlichen Fokus gerückt ist. Mittlerweile hat jede bundesdeutsche Großstadt eine eigene medizinische Versorgungsstruktur innerhalb der Wohnungslosenhilfe geschaffen. In der Folge ist es an vielen Stellen zu Kooperationen zwischen med. Hilfesystem und medizinischem Regelversorgungssystem gekommen, indem mit alten Vorurteilen aufgeräumt und die Bereitschaft gefördert wurde, sich auf diesen Personenkreis einzulassen. Dies hat die Vermittlung wohnungsloser Patienten an Fachärzte und Krankenhäuser erleichtert. Gleichzeitig unterliegt das Gesundheitssystem selbst permanent weitreichenden und leider für den Einzelnen nicht immer zum Vorteil reichenden Änderungen, welche einkommensarme Schichten immer als erste zu spüren bekommen und wohnungslose Menschen in der Regel mit aller Härte treffen.

Welchen Einfluss hat die momentane Entwicklung auf die sozialarbeiterische Tätigkeit im Bereich der medizinischen Hilfen für Wohnungslose ?

Was befördert, was hemmt eine erfolgreiche Vermittlung wohnungsloser Patienten – und womit hat Sozialarbeit heute (im Vergleich zu „gestern“) zu kämpfen ?

Um dies für eine 600 000 – Einwohner - Stadt wie Hannover zu veranschaulichen, soll kurz das dortige medizinische Versorgungssystem vorgestellt werden:

Die ungefähre Anzahl derer, die überwiegend auf der Straße leben, wird hier auf 250 – 300 Personen geschätzt. (Es gibt auch Schätzungen, die von 400 – 500 Personen sprechen) Hinzu kommen einige hundert Menschen, die sich in städtischen Notunterkünften aufhalten. Gemeinsam stellen sie die Hauptklientel der medizinischen Versorgung innerhalb der ambulanten Wohnungslosenhilfe.

In Hannover gibt es seit 25 Jahren eine medizinische Notversorgung in einer Anlauf- und Vermittlungsstelle, die dort von einer Krankenschwester durchgeführt wird. Neben der Erstversorgung wohnungsloser Patienten ist es von je her Ziel, diese anschließend in weiterführende medizinische Hilfen zu vermitteln, bzw. diesen Prozess zu begleiten. Lange Zeit war dies die einzige medizinische Hilfe, die Wohnungslosen in Hannover gezielt zur Verfügung gestellt wurde.

Mitte der neunziger Jahre wurde die menschenunwürdige gesundheitliche Situation dieser Klientel bundesweit publik. Auslöser waren u. a. die ersten ausführlichen Studien zur gesundheitlichen Situation von Wohnungslosen. Auf diese öffentliche Debatte reagierten vor allem die Ärztekammern und Träger der Wohlfahrtsverbände. In der Folge entstanden in allen bundesdeutschen Großstädten erste Projekte zur medizinischen Versorgung.

In Hannover ist seitdem ein Arztmobil des Caritasverbandes an verschiedenen Orten der Stadt zu bestimmten Tagen und Zeiten im Einsatz. Den Dienst versehen ehrenamtlich tätige Ärztinnen und Ärzte, das Projekt selbst ist als Institutsambulanz zugelassen.

Einsatzorte sind inzwischen hauptsächlich Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe an fünf Wochentagen, plus Sonntag. Mobile Behandlungen "auf der Straße" finden kaum noch statt. Die Behandlungszahlen haben sich in diesem fest etablierten Angebot im Laufe der Jahre vervielfacht. (Über genaue Zahlen gibt die letzte Evaluation über die Arbeit der aufsuchenden Projekte Auskunft.) Auch das (ebenfalls 10-jährige) wöchentliche Angebot einer Arztsprechstunde in der eingangs erwähnten Anlauf- und Vermittlungsstelle ist zu einem festen Bestandteil dieser Einrichtung geworden. Hannover verfügt (neben Köln und Stuttgart) zudem über eine Krankenwohnung, in der bis zu sieben wohnungslose PatientInnen wieder genesen können.

Aus Sicht der Sozialarbeit hat sich die Zusammenarbeit mit Medizinerinnen und Medizinern zu einer hilfreichen Kooperation mit gegenseitiger Wertschätzung entwickelt. Dies war nicht immer so; anfangs wurde der Einstieg dieser "fachfremden" Berufsgruppe in "sozialarbeiterische Gefilde" durchaus mit Skepsis betrachtet, nicht zuletzt wegen der berechtigten Furcht vor einer Entwicklung, an deren Ende eine gesonderte – und immer unzureichende - Gesundheitsversorgung für Wohnungslose stehen würde, die eine Rückführung in die Regelversorgung auf unabsehbare Zeit verhindern würde. Genau diese Frage stellt sich nun auch – allerdings aus anderen Gründen.

Die Angebote haben den Charakter einer reinen Notversorgung längst verloren und für KlientInnen wie für die MedizinerInnen die Qualität einer hausärztlichen Versorgung erreicht, in deren Zentrum die Arzt/Patient - Beziehung steht. Niedrigschwelligkeit und Flexibilität spielen neben Ausdauer und mittlerweile ausführlicher Kenntnis der Lebenslage dieser Klientel eine entscheidende Rolle. Da die med. Angebote in der Regel in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe stattfinden, können sich die Berufsgruppen in ihren spezifischen Kenntnissen ergänzen.

Sozialarbeit in der Wohnungslosenhilfe hat sich von je her mit den Auswirkungen gesellschaftlicher und sozialpolitischer Entwicklungen konfrontiert gesehen, auf die sie keinen Einfluss hat, jedoch immer reagieren muss. Dies betraf seinerzeit den eher banal anmutenden Währungswechsel hin zum Euro ebenso wie die weitreichenden Veränderungen durch die Hartz IV – Gesetzgebung.

Die Einführung des GMG hat die Gruppe der Wohnungslosen gar nicht erst berücksichtigt und Klienten wie Helfer verwirrt und überfordert. Träger und Institutionen richteten Spendenpools ein, um die unzumutbaren Kosten für ihre Klientel einzudämmen.

Allerdings hat sich mittlerweile eine gesellschaftliche Situation eingestellt, die immer mehr Menschen an den Rand drängt und ganze Gruppen abgehängt hat. Die "neue Hartz IV - Armut" " ist eine beredtes Beispiel hierfür. Diese neuen Klientel drängen nicht nur in die „Suppenküchen,,", sondern haben auch sonst damit begonnen, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe aufzusuchen – vor allem aber nutzen sie verstärkt die Angebote zur medizinischen Versorgung. Das in diesen Stellen tätige Personal ist längst mit Fragen der Abgrenzung beschäftigt. Wie weit definiert sich der Personenkreis der „Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten“ ?

Eine nicht geringe Größe stellen dabei die Kosten dar, die dieses gesponserte "Sondergesundheitssystem" verschlingt.

Die zunehmende Komplexität des Gesundheitswesens führt zu immer mehr Beratungsaufwand in der Wohnungslosenhilfe.

Die personale und arbeitszeitliche Ausstattung vieler Stellen bewegt sich jedoch an der Grenze der Belastbarkeit. Denn auch hier unterliegen die Beteiligten den Veränderungen eines sich zurückziehenden Sozialstaates und den Auswirkungen drastisch sinkender Einnahmen kirchlicher Träger.

Um noch einmal auf das Beispiel von Hannover zurückzukommen; hier haben veränderte Rahmenverträge und Leistungsvereinbarungen mit dem überörtlichen Träger zu veränderten Leistungstypen in der Einrichtungslandschaft geführt. Die Auswirkungen sind in einigen Fällen so fatal, dass nicht nur lang erarbeitete Standards demontiert wurden.

Mit Hinweis auf die nun eingeführte, allgemeine Krankenversicherungspflicht wurde im vergangenen Jahr die Stelle der Krankenschwester in der Anlauf- und Vermittlungsstelle nicht weiter bewilligt. In vielen Stellen des ambulanten Hilfesystems hat mittlerweile eine Form der Bürokratisierung stattgefunden, wie es sie bisher nur in der stationären Hilfe gab. Prinzipien wie Anonymität und Freiwilligkeit der Hilfe haben sich aufgelöst.

Zum heutigen Workshop :

Es soll einen Austausch darüber geben, unter welchen Bedingungen gesundheitliche Versorgung, Beratung und Vermittlung in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe stattfindet.

Welche Erfahrungen gibt es diesbezüglich in der ambulanten im Vergleich zur stationären Hilfe ?

Wie gestaltet sich die Situation in Ballungsgebieten, wie in eher kleinstädtischen oder ländlichen Regionen ?

Gibt es noch nennenswerte Probleme bzgl. der Krankenversicherung wohnungsloser KlientInnen ?

Wie ist das Verhältnis Versicherte/Nicht-Versicherte KlientInnen ?

Wie viele Menschen müssen versorgt werden, die überhaupt keinen Anspruch auf Leistungen (AIG II, SGB XII) haben ?

Gibt es Erfahrungen zu Nachforderungen von Krankenversicherungsbeiträgen seit dem 1.4. 2007 ?