

soziales_kapital

wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit
Nr. 9 (2013) / Rubrik "Werkstatt" / Standortredaktion Wien

Printversion:

<http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/275/451.pdf>

Elisabeth Hammer (neunerhaus):

Kriterien für eine bedarfsgerechte allgemeinmedizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen

Unter Berücksichtigung aktueller Forschungsergebnisse

1. Ausgangslage

Der Verein neunerhaus, eine soziale Organisation im Feld der Wohnungslosenhilfe in Wien (siehe www.neunerhaus.at), bietet – neben Wohneinrichtungen und einer tierärztlichen Versorgungsstelle – auch zahnmedizinische Leistungen sowie eine aufsuchende allgemeinmedizinische Versorgung an, die in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe mit regelmäßigen Sprechstunden umgesetzt wird. Mit diesen Angeboten, die jeweils medizinische Leistungen und Sozialarbeit kombinieren, verstehen wir uns als Brückenbauer zwischen Sozialwesen und Gesundheitssystem.

Um das Wissen zum Gesundheitszustand und zur Nutzung von Leistungen der medizinischen Regelversorgung von wohnungslosen Menschen zu erweitern und Barrieren von wohnungslosen Menschen in der Nutzung von Gesundheitsleistungen besser zu verstehen, hat das neunerhaus beim Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment eine Literaturstudie in Auftrag gegeben. Diese auf Deutsch verfasste Studie ist als Download auf der Homepage des neunerhauses verfügbar, siehe: www.neunerhaus.at/medizinische-versorgung.

Die Aufbereitung der publizierten Literatur erfolgte für die jeweiligen Themenbereiche in unterschiedlicher Weise: Mit einer systematischen Literatursuche wurden eine Vielzahl an Studien zum Gesundheitszustand identifiziert, aus denen in einem mehrstufigen Auswahlverfahren nach vorab definierten Kriterien relevante Studien ab 2006 ausgewählt und zusammenfassend analysiert wurden. Die Zugangsbarrieren wurden in einer qualitativen Übersicht aus über Handsuche identifizierten (inter-)nationalen Berichten erläutert und hinsichtlich ihrer Gültigkeit für Österreich reflektiert. Die Inanspruchnahmecharakteristika wurden in über Handsuche identifizierte Studien nach Leistungsebene (stationär, spitalsambulant, niedergelassener Bereich etc.) und involvierten Berufsgruppen analysiert. (vgl. Zechmeister-Koss/Reichel 2012: 6)

Im Folgenden werden einzelne wesentliche Erkenntnisse zu Barrieren in der Nutzung von Gesundheitsleistungen für wohnungslose Menschen zusammengefasst. Alle Ausführungen unter Punkt 2 sind direkt der Studie entnommen, die von Ingrid Zechmeister-Koss und Markus Reichel durchgeführt und Ende 2012 veröffentlicht wurde (siehe Zechmeister-Koss/Reichel 2012). An dieser Stelle nicht zusammengefasst sind jene Ergebnisse, die sich auf den Gesundheitszustand bzw.

typische Krankheitsbilder von wohnungslosen Menschen beziehen sowie ihr Inanspruchnahmeverhalten diskutieren.

2. Barrieren in der Nutzung von Gesundheitsleistungen

In der internationalen Literatur werden unterschiedliche Zugangsbarrieren für wohnungslose Menschen beschrieben, die neben einem fehlenden Leistungsanspruch formale, organisatorische, finanzielle und soziale Barrieren umfassen.

2.1. Soziale Barrieren – unabhängig vom Herkunftsland

Soziale Barrieren treffen wohnungslose Menschen unabhängig von ihrem Herkunftsland. Trotz bestehender Rechtsansprüche sind es subjektive Motive wie Angst, Scham, Misstrauen sowie negative Erfahrungen im Kontakt mit ÄrztInnen und Pflegepersonen, die sich als subjektive Barrieren in der Nutzung von Leistungen der medizinischen Regelversorgung erweisen. Gleichzeitig belegen Studien Vorurteile des medizinischen Personals gegenüber wohnungslosen Menschen, beispielsweise in dem Sinne, dass diese gewalttätig oder „asozial“ seien oder keine Hilfe verdienen. Fehlender Respekt sowie die Verurteilung und Stigmatisierung durch Gesundheitsdienstleister haben in weiterer Folge einen negativen Einfluss auf das gesundheitsorientierte Verhalten wohnungsloser Menschen: Sie neigen zu Misstrauen gegenüber Diagnosen und stellen die Angemessenheit ärztlicher Verschreibungen in Frage. (vgl. Zechmeister-Koss/Reichel 2012: 47f)

Eine zusätzliche in der Literatur genannte Barriere betrifft die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands. Trotz erheblicher Morbidität existiert bei wohnungslosen Menschen eine relativ positive Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustands¹, was mit einer Tendenz zur Verdrängung der Realität sowie einem gewissen Optimismus, der das Überleben in Extrembedingungen erleichtert, interpretiert wird. Krankheitssymptome werden länger ignoriert und die Orientierung an anderen Wohnungslosen verschiebt das Koordinatensystem von „gesund“ und „krank“. Als weitere soziale Barriere wird eine geringe Gesundheitskompetenz angeführt – im Sinne eines Wissens über Gesundheit sowie der Fähigkeit derartige Informationen zu verarbeiten und zu verstehen. Sprachliche und kulturelle Barrieren ergeben sich darüber hinaus durch Verständigungsprobleme aufgrund von Fremd- und Fachsprache. (vgl. Zechmeister-Koss/Reichel 2012: 48f)

2.2 Zugangsbarrieren in Österreich I: Fehlender Leistungsanspruch und finanzielle Barrieren

In Österreich besteht eine gesetzlich geregelte Krankenversicherung als Pflichtversicherung, die vorrangig an die Erwerbstätigkeit geknüpft ist. Das Versicherungssystem ist so gestaltet, dass nahezu die gesamte Bevölkerung in das Leistungssystem eingebunden ist. Nichtsdestotrotz fallen laut Schätzungen rund 1-1,5% der Bevölkerung (rund 80.000-120.000 Menschen) in außergewöhnlichen Lebenslagen und Statusübergängen aus dem Schutzbereich der Versicherung. Die Betroffenen sind vor allem Menschen mit niedrigem Einkommen und ohne offizielle Arbeit. Viele davon sind wohnungslos. Für einen Teil der Armutsbevölkerung –

insbesondere wohnungslose Menschen, die in Österreich keinen regulären Schutz aus der Sozialversicherung haben, ist eine Absicherung durch die steuerfinanzierte, auf dem Prinzip der Fürsorge beruhende bedarfsorientierte Mindestsicherung vorgesehen. (vgl. Zechmeister-Koss/Reichel 2012: 49f)

Ist eine Person weder über die Pflichtversicherung noch über die bedarfsorientierte Mindestsicherung abgesichert, muss er/sie für alle Kosten, die aus der Nutzung von Leistungen des Gesundheitssystems entstehen, selbst aufkommen. Eine Ausnahme stellt allerdings die Notversorgung dar, die jeden medizinischen Träger dazu verpflichtet, unabhängig von finanziellen Aspekten Erste Hilfe im Notfall zu leisten. Können die Kosten nicht verrechnet bzw. durch den/die PatientIn bezahlt werden, müssen die medizinischen Leistungsträger für die Ausgaben aufkommen. Aus dieser Verpflichtung heraus bieten sich Möglichkeiten, Behandlungen auch über den akuten Notfall hinaus durchzuführen bzw. einer breiteren Definition von Notfall zuzustimmen, um z. B. auch Nicht-Versicherte zu versorgen. Die finanziellen Mittel, z. B. von NGOs zur medizinischen Versorgung von (wohnungslosen) PatientInnen ohne Versicherungsschutz, sind jedoch sehr eingeschränkt. (vgl. Zechmeister-Koss/Reichel 2012: 50f)

2.3 Zugangsbarrieren in Österreich II: Organisatorische Barrieren

Die systemimmanente Fragmentierung des österreichischen Gesundheitssystems ist eine organisatorische Barriere, die besonders für wohnungslose Menschen eine zusätzliche Hürde für die Inanspruchnahme von Leistungen darstellt. Zum einen behindert die auf unterschiedliche Kostenträger und Gebietskörperschaften aufgeteilte Versorgungsstruktur eine integrierte Versorgung, etwa wenn es um Nachbetreuung nach stationären Aufenthalten oder die Behandlung chronischer Erkrankungen geht, denn der Aufwand zur Organisation einer angemessenen Versorgung ist insbesondere für wohnungslose Menschen nicht zu unterschätzen. Zum anderen setzt die Finanzierungsstruktur Anreize hin zu einer spitalszentrierten Versorgung, wodurch die Inanspruchnahme von allgemeinmedizinischen Leistungen für wohnungslose Menschen zusätzlich erschwert wird. Eine zentrale organisatorische Zugangsbarriere ist darüber hinaus eine fehlende Wohnadresse – Befunde, Abrechnungen oder Informationen können so nicht vollständig zugestellt werden. (vgl. Zechmeister-Koss/Reichel 2012: 51f)

3. Eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung von wohnungslosen Menschen am Beispiel der neunerhaus Arztpraxis

Im Jänner 2013 hat das neunerhaus das bestehende Angebot einer zahnmedizinischen sowie einer in Einrichtung der Wohnungslosenhilfe aufsuchend tätigen allgemeinmedizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen um eine niedergelassene Arztpraxis erweitert, die sich gegenwärtig im Aufbau befindet.

Die Konzeption dieses neuen Angebots erfolgte unter Berücksichtigung wesentlicher Forschungsergebnisse sowie Empfehlungen o. a. Studie. Im Folgenden werden einzelne Aspekte und Rahmenbedingungen der neunerhaus Arztpraxis vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Expertise reflektiert.

3.1. Der Ort der Versorgung

Die Erfahrungen der AllgemeinmedizinerInnen und SozialarbeiterInnen, die bislang in den medizinischen Angeboten des neunerhauses tätig waren, haben in den letzten Jahren wiederholt Lücken in der Versorgung von wohnungslosen Menschen im niedergelassenen Bereich bestätigt. Mit der neunerhaus Arztpraxis wurde im Herbst 2012 – auch unter Einbezug der schon vorhandenen Expertisen – ein spezifisches Angebot für wohnungslose Menschen konzipiert, das maßgeschneiderte Leistungen für die Zielgruppe zur Verfügung stellt und vorhandene Barrieren in der Nutzung des Regelsystems der Gesundheitsversorgung durch ein eigenes Angebot sowie Kooperationen mit FachärztInnen auszugleichen versucht. Das neunerhaus setzt mit dem Angebot der Arztpraxis somit eine Empfehlung von Zechmeister-Koss und Reichel (2012: 67) um, die festhalten, dass für wohnungslose Menschen „eine breite allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich höhere Priorität als die tertiäre Krankenhausversorgung [hat]“.

Die, ebenfalls von Zechmeister-Koss und Reichel (2012: 68) thematisierte, Gefahr einer zusätzlichen Stereotypisierung der Zielgruppe durch ein spezialisiertes Angebot abseits des Regelsystems war bei der Konzepterstellung ein wesentlicher Diskussionspunkt. Das Konzept der neunerhaus Arztpraxis geht nunmehr davon aus, dass das Angebot ausschließlich für jene wohnungslosen Menschen konzipiert ist, die den Zugang und das Vertrauen zum Regelsystem verloren haben. Die Arztpraxis fungiert in der Zielorientierung als Scharnier zwischen einem Zustand einer Versorgung, die „zu wenig oder zu spät in Anspruch genommen wird“ oder „unnötig häufig im Spital passiert“ (Zechmeister-Koss/Reichel 2012: 67) und einer Versorgung, die im Regelsystem stattfindet und auch für die Zielgruppe zugänglich ist.

3.2 Die Zielsetzungen

Hieraus ergibt sich – in Ergänzung der aufsuchenden allgemeinmedizinischen Arbeit in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe – als konkreter Arbeitsauftrag der neunerhaus Arztpraxis im niedergelassenen Bereich:

- Die adäquate Versorgung von wohnungslosen Menschen, gemäß der Zielgruppendefinition,
- das (Wieder-)Herstellen von Systemvertrauen bei dieser Zielgruppe,
- die professionelle Unterstützung der Betroffenen beim (Wieder-)Andocken an das Regelsystem,
- die Koordinierung niedergelassener, ambulanter und stationärer Hilfen, insb. zur Sicherung der Versorgungskontinuität bei chronisch kranken Menschen, entsprechend den Empfehlungen von Zechmeister-Koss u. Reichel (2012: 68) sowie
- die Beratung von GesundheitsdienstleisterInnen zur Gestaltung einer angemessenen Versorgung der Zielgruppe im Regelsystem, insbesondere im niedergelassenen Bereich.

Das Selbstverständnis der neunerhaus Arztpraxis gründet damit auf der expliziten Verfolgung zweier paralleler Zielsetzungen: Neben dem Angebot einer spezifischen

Versorgung für wohnungslose Menschen ist auch die professionelle Unterstützung der Betroffenen beim (Wieder-)Andocken an das Regelsystem gleichwertig als Aufgabe definiert. Die Nachteile einer spezialisierten eigenständigen Versorgung wohnungsloser Menschen, wie von Zechmeister-Koss u. Reichelt (2012: 68) angesprochen, sollen damit strukturell vermieden werden.

Angesichts der unter Punkt 2 ausgeführten, vielfältigen Barrieren ist der Aufbau von Schnittstellen zum Regelsystem eine besondere Herausforderung. Ziel ist es, Überzeugungsarbeit bei den GesundheitsdienstleisterInnen für eine strukturelle Öffnung des Regelsystems für wohnungslose Menschen zu leisten und konkrete Vorschläge einzubringen, damit Versicherte ungeachtet ihrer persönlichen und sozialen Situation gleichermaßen Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen können.

3.3 Die involvierten Berufsgruppen

Zechmeister-Koss u. Reichelt (2012: 68f) gehen davon aus, dass eine interdisziplinär organisierte Versorgung notwendig ist, die neben medizinischem Personal auch jene Professionen integriert, die „auf die Betreuung von wohnungslosen Personen spezialisiert“ sind.

Die neunerhaus Arztpraxis zeichnet sich durch eine Verknüpfung von medizinischer Versorgung und sozialarbeiterischer Beratung aus. Durch die Integration beider Professionen wird ein besonderer Schwerpunkt auf die (Wieder-) Herstellung eines Vertrauens zu den Leistungen und DienstleisterInnen der medizinischen Versorgung sowie auf das Schnittstellenmanagement zum regulären Gesundheits- und Sozialwesen gelegt. Der eigenständige Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit betrifft insbesondere

- die Erstberatung, Information und Vermittlung an weiterführende Einrichtung unabhängig vom Versicherungsstatus,
- bei Bedarf die individuelle Unterstützung bei der (Wieder-)Herstellung eines Zugang zur Krankenversicherung, zur finanzieller Existenzsicherung und zur Wohnversorgung sowie
- die Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Betroffenen, z. B. auch im Hinblick auf eine angemessene Selbsteinschätzung der Bedarfslagen.

Die medizinische Expertise in der neunerhaus Arztpraxis zeichnet sich also durch ein umfassendes Wissen um die Multiproblemlagen der Zielgruppe aus. Entsprechend den Empfehlungen von Zechmeister-Koss u. Reichel (2012: 68) werden Behandlungsleitlinien auf ihre Gültigkeit für wohnungslose Menschen überprüft und Behandlungspläne an die Lebenssituation wohnungsloser Menschen bestmöglich angepasst.

3.4 Die Gestaltung des Angebots

Eine bedürfnisgerechte Ausgestaltung des Angebots der neunerhaus Arztpraxis legt, entsprechend den Empfehlungen von Zechmeister-Koss u. Reichelt (2012: 67),

besonderes Augenmerk auf Fragen der Niederschwelligkeit. Dies umfasst u. a. folgende Aspekte:

- direkte, wertschätzende und persönliche Kommunikation; wenig hierarchischer Kommunikationsstil; ganzheitliche Wahrnehmung der Person und ihrer Problemlagen
- einfach zugängliche und unbürokratische Erreichbarkeit und Inanspruchnahme der Leistungen in räumlicher, zeitlicher, finanzieller und organisatorischer Hinsicht
- Fokus auf das Herstellen von (System-)Vertrauen, u. a. durch einen wertschätzenden Beziehungsaufbau
- Freiwilligkeit im Zugang und in der Inanspruchnahme aller Leistungen
- keine vorab definierten Zielsetzungen oder Betreuungsvereinbarungen

3.5 Die Finanzierung

Da, laut Analysen von Zechmeister-Koss u. Reichelt (2012: 69), „gesundheitliche Probleme wohnungsloser Menschen primär außerhalb des Gesundheitssystems ihren Ursprung haben“, ist Gesundheit ihrer Empfehlung nach u. a. stärker als Querschnittsmaterie zu positionieren, was auch eine Finanzierung der Leistungen aus unterschiedlichen Ressorts bedeuten kann.

Für die neunerhaus Arztpraxis ist es das Ziel, eine nachhaltige Finanzierung der integrierten Versorgung aus öffentlichen Mitteln sicherzustellen. Angesichts der Zielsetzungen und des damit korrespondierenden Leistungsangebots erscheint eine gemeinsame Finanzierungsverantwortung des Sozial- und Gesundheitswesens angezeigt.

4. Standards einer allgemeinmedizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen

Mit dem Angebot der Arztpraxis möchte das neunerhaus beispielhaft Standards zur allgemeinmedizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen setzen. Dies betrifft allen voran die Verwirklichung eines Grundrechts auf medizinische Versorgung für alle Menschen – ungeachtet ihrer jeweiligen sozialen Position. Durch ein reales Angebot, das Barrieren im Zugang schon in der Konzeption berücksichtigt und durch eine Verschränkung sozialarbeiterischer mit medizinischer Expertise abzufedern versucht, soll die effektive Inanspruchnahme von grundlegenden Gesundheitsleistungen für wohnungslose und damit mehrfach marginalisierte Menschen bestmöglich unterstützt werden.

Allerdings: Die neunerhaus Arztpraxis hat nicht das Ziel sich als einzige niedergelassene Anlaufstelle für wohnungslose Menschen zu etablieren. Ausgehend von der kontinuierlichen Evaluierung des Angebots gilt es vielmehr, das Regelsystem durch die gewonnene Expertise schrittweise vom Anspruch der Zugänglichkeit für alle hin zur effektiven Öffnung zu begleiten. Dann ist erreicht, was im Namen schon verborgen ist: Die neunerhaus Arztpraxis als eine Arztpraxis wie jede andere auch.

Verweise

¹ Daten zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes von wohnungslosen Menschen in Wien finden sich in der im Jahr 2012 abgeschlossenen „Evaluierung der Wiener Wohnungslosenhilfe“, durchgeführt durch L&R Social Research. Online unter: <http://www.lrsocialresearch.at/sozialforschung/archiv-de/547-Evaluierung+der+Wiener+Wohnungslosenhilfe>

Literatur

Zechmeister-Koss, Ingrid / Reichel, Markus (2012): Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren (Zugangs-)Barrieren zum Gesundheitssystem. Eine Literaturübersicht. HTA-Projektbericht Nr. 63. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. Online unter: www.neunerhaus.at/medizinische-versorgung (download am 22.02.2013).

Über die Autorin

Mag.^a DSAⁱⁿ Elisabeth Hammer

elisabeth.hammer@neunerhaus.at

Sozialwissenschaftlerin und Sozialarbeiterin; seit 2011 Fachliche Leitung Soziale Arbeit & Entwicklung im Verein neunerhaus (www.neunerhaus.at); von 2004-2011 Mitarbeiterin in Lehre und Forschung am Studiengang Soziale Arbeit der FH Campus Wien; Mitbegründerin von kriSo – Verein kritische Soziale Arbeit (www.kriso.at)

Abstract

Dieser Artikel präsentiert Ergebnisse einer vom Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment durchgeführten, systematischen Literaturstudie zu sozialen, rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Barrieren, die für wohnungslose Menschen den Zugang und die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen erschweren. Vor dem Hintergrund dieser Forschungsergebnisse werden Kriterien einer bedarfsgerechten allgemeinmedizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen am Beispiel eines in Wien kürzlich neu geschaffenen Angebots, der neunerhaus Arztpraxis, skizziert.