



Positionspapier Die niedrigschwellige medizinische und zahnmedizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Berlin muss dringend reformiert werden!

1. Wohnungslosigkeit in Berlin:

Obwohl aktuell keine offizielle landesweite Statistik der Wohnungsnotfälle im Land Berlin verfügbar ist, gibt es doch Schätzungen und konkrete Aussagen zur Anzahl der Menschen ohne verlässlichen Wohnraum. Im aktuellen „Roma-Bericht 2014“ des Bezirksamtes Neukölln vom Mai 2014 ist die Anzahl von 14.530 untergebrachten wohnungslosen Menschen erwähnt. Es ist nach Einschätzung von Experten/innen aus der Wohnungslosenhilfe zudem von ca. 1.000 bis 3.000 „auf der Straße lebenden Menschen“ (Obdachlose) in Berlin auszugehen.

Obdachlose/wohnungslose Menschen haben in überdurchschnittlicher Häufigkeit akute und chronische behandlungsbedürftige Krankheiten. Das ist z. T. dem Leben ohne eigene Wohnung geschuldet und in der Fachliteratur vielfach beschrieben.

Ein erheblicher Teil der „auf der Straße“ lebenden Menschen benötigt regelmäßig medizinische und zahnmedizinische Versorgung und gilt als „nicht wartezimmerfähig“.

2. Medizinische und zahnmedizinische Hilfeangebote in Berlin:

Es gibt in Berlin derzeit **zehn Einrichtungen** der niedrigschwelligen medizinischen bzw. zahnmedizinischen Versorgung mit unterschiedlicher, meist schlichter Ausstattung, die Obdachlose behandeln. Die Einrichtungen sind teilweise durch Zuwendungsmittel des Landes Berlin finanziert. Einige Einrichtungen finanzieren sich hingegen ausschließlich aus Spenden.

- Caritas-Arztmobil
- Caritas-Ambulanz am Bahnhof Zoo
- Gesundheitszentrum für Obdachlose der Jenny De la Torre- Stiftung
- Praxis am Stralauer Platz GEBEWO pro
- Arztpraxis Weitlingstraße des HVD
- Malteser Migranten Medizin
- Ambulanz der Berliner Stadtmission
- Johanniter Ambulanzmobil
- Büro für medizinische Flüchtlingshilfe für Migrant*innen ohne Aufenthaltsstatus und/oder ohne Krankenversicherung
- Gesundheitsmobil, Projekt Mobilix von Fixpunkt e. V. für drogenabhängige wohnungslose Menschen

Verantwortliche Mitarbeiter/innen der o. g. Einrichtungen treffen sich seit März 2014 regelmäßig zu einem „Runden Tisch“.

3. Rahmenbedingungen der zuwendungsfinanzierten (zahn-) medizinischen Versorgungsstellen

- Laut bestehender Vereinbarung mit dem Land Berlin dürfen nur „wohnungslose Männer und Frauen Zielgruppe der Arztpraxis sein, die Anspruch auf (zahn-) medizinische Leistungen entweder gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung oder gem. §§ 47-52 SGB XII gegenüber dem Sozialhilfeträger haben“.
- Gemäß einem Rundschreiben von SENIAS v. 05.10.2011 muss vor Behandlung eine entsprechende Bedürftigkeitsprüfung stattfinden. Lt. BSG 2010 hätten nur dt. Staatsbürger/innen und Staatsangehörige der 17 EFA¹-Staaten (Belgien, Dänemark, Estland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden, Spanien, Türkei, Großbritannien) Anspruch.
**Europäisches Fürsorgeabkommen*
- Bei anderen Ausländern/innen bzw. EU- Bürgern/innen könne nur behandelt werden, wenn ein „akut lebensbedrohlicher Zustand...nur in absoluten Ausnahmefällen“ oder Ansteckungs- bzw. Seuchengefahr besteht.
- Diese letzte Gruppe „ohne sozialhilferechtliche Ansprüche“ sei gemäß o.g. Rundschreiben daher an „andere Institutionen wie „De la Torre Stiftung“ bzw. „Malteser- Hilfsdienst““ zu vermitteln. „EU- Bürger/innen mit Krankenversicherungsschutz seien in der Regel an niedergelassene Ärzte/-innen zu vermitteln...“
- Die Realität ist, dass zahlreiche Hilfesuchende aus anderen als den 17 EFA-Staaten regelmäßig um medizinische Hilfe anfragen.
- Die (zahn-)medizinischen Anlaufstellen für obdachlose Menschen benötigen Ärzte/innen mit einer Ermächtigung der Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KV/KZV) zur Abrechnung von Leistungen gegenüber Versicherten. Eine Institutsermächtigung gemäß GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wird i. d. R. nicht erteilt.

4. Aktuelle Problemschwerpunkte und Bedarfe

Aufgrund der geschilderten Rahmenbedingungen haben in Berlin viele wohnungslose Menschen keinen oder nur sehr eingeschränkten Zugang zu medizinischer und zahnmedizinischer Versorgung. Es gibt einen hohen Bedarf an niedrigschwelligen medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen, dem die angebotenen (Not-) Versorgungssysteme derzeit nicht gerecht werden.

Die Aufteilung der Nachfragenden nach Sozialleistungsansprüchen erweist sich aus mehrerer Hinsicht als kontraproduktiv:

Eine effektive Nutzung der vorgehaltenen Angebote wird erschwert, da auch gut ausgestattete Einrichtungen trotz bestehender Behandlungskapazitäten Nicht-Anspruchsberechtigte auf teilweise wesentlich schlechter ausgestattete Einrichtungen verweisen müssen.

Das Abweisen von kranken Hilfesuchenden führt dazu, dass oftmals Infektionskrankheiten (z. B. ansteckende Hauterkrankungen, TBC) nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden und die Ansteckungsrisiken steigen. Ein effektives niedrigschwelliges Versorgungssystem stellt – insbesondere auch vor dem Hintergrund der Schließung entsprechender bezirklicher Einrichtungen – einen wichtigen Beitrag zur Förderung der öffentlichen Gesundheit und zum Infektionsschutz für die gesamte Bevölkerung dar.

Durch den stark reduzierten Zugang zu medizinischen Leistungen werden Krankheitsverläufe zum Teil erheblich verlängert und erschwert. Es kommt zu Chronifizierungen und eskalierenden Verläufen mit daraus resultierenden hohen Kosten für die Allgemeinheit (z. B. Notaufnahmen im Krankenhaus).

Benötigt wird ein gut ausgestattetes niedrigschwelliges medizinisches und zahnmedizinisches Versorgungssystem, in dem alle Bedürftigen einen leichten Zugang zu allen vorgehaltenen Leistungen haben und in dem es den Helfenden frei von Anspruchsprüfungen möglich ist, nach dem Prinzip „Not sehen und handeln“ tätig zu werden.

Dieses Ziel erfordert aus unserer Sicht eine Überprüfung und ggf. Neuausrichtung der Finanzierungsgrundlagen des niedrigschwelligen (zahn-) medizinischen Versorgungssystems.

Einzubeziehenden wären dabei alle relevanten Akteure des medizinischen und zahnmedizinischen Versorgungssystems (u. a. Zahn-/Ärztelkammer, Kassenärztliche Vereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Leistungsanbieter). Erfahrungen aus anderen Kommunen wie Köln oder Mainz sollten in die Überlegungen genauso einfließen, wie auch die Prüfung der Bereitstellung zusätzlicher EU-Fördermittel.

- Viele obdachlose Menschen gelten als „nicht wartezimmerfähig“ und benötigen ganzjährig medizinische Versorgungsangebote unabhängig von Geschlecht, Alter, Glaube oder Staatsangehörigkeit. Die fortschreitende EU- Freizügigkeit hat zudem eine spürbar erhöhte Migration innerhalb der EU zur Folge. EU-Bürger/innen vieler Länder, die außerhalb ihres Heimatlandes in Not geraten sind, müssen mittlerweile in den niedrigschwelligen Hilfesystemen vermehrt aufgefangen werden. Lt. EU- Recht dürfen EU-Bürger/innen in vergleichbaren Situationen in keinem Land gegenüber Einheimischen benachteiligt werden. Dies betrifft z. B. auch die Situation von Obdachlosigkeit i. V. m. fehlender Wartezimmerfähigkeit. **Die in Pkt. 3 genannten Beschränkungen für zugewandungsfinanzierte medizinische Versorgungseinrichtungen müssen entsprechend reduziert bzw. aufgehoben werden.**
- Die vorhandenen medizinischen Versorgungsstellen verfügen über ein sehr unterschiedliches Spektrum an Öffnungszeiten, Ausstattung und medizinischem Fachpersonal (z. B. Zahnmedizin, Augenheilkunde, Gynäkologie usw.). Im Hinblick auf die jeweils vorgehaltenen Behandlungsmöglichkeiten und das Fachpersonal sollten Menschen nicht aufgrund ihrer Anspruchsberechtigung (z. B. Staatsangehörigkeit), sondern aufgrund der besseren Behandlungsmöglichkeiten vermittelt werden. Diese ergeben sich nicht nur aus ggf. besserer Ausstattung (z. B. Zahnröntgengerät), sondern auch aufgrund zeitnaher Behandlungsmöglichkeiten (Schließtage, Öffnungszeiten, Überlastungssituationen) z. B. bei akuten (Zahn-) Schmerzen. Hierfür ist es notwendig, eine jeweils aktualisierte Übersicht über die vorhandenen Angebote zu erstellen und angemessen zu veröffentlichen sowie den Fachaustausch zu fördern. **Die vorhandenen Angebote sollten übersichtlich visualisiert, der regelmäßige Fachaustausch gefördert und die Einrichtungen in ihrem Qualitätsmanagement unterstützt werden. Zu überlegen wäre zudem, eine Koordinierungsstelle für das niedrigschwellige medizinische Angebot einzurichten.**
- Einige medizinische Versorgungsstellen verfügen nur über äußerst schlichte räumliche Voraussetzungen und Gerätschaften sowie sehr eingeschränkte ergänzende Versorgungsangebote. Die medizinische Versorgung obdachloser Menschen erfordert es z. T. aber auch, ergänzende Hygieneangebote (Dusche, Waschmaschine usw.), Bekleidung, ggf. Essen und Getränke zur Verfügung zu stellen. **Die vorhandenen Einrichtungen benötigen Geldmittel und Beratung, um zweckmäßige ergänzende Angebote einzurichten und zu erhalten.**
- Die Träger der zugewandungsfinanzierten Einrichtungen sind dazu angehalten, Leistungen für krankenversicherte nicht-wartezimmerfähige Personen über die KV oder KZV abzurechnen und so nicht unerhebliche Teile ihres Angebotes zu refinanzieren. Daraus ergibt sich teilweise ein komplizierter Finanzierungsmix mit regelmäßig anfallenden, nicht abrechenbaren Leistungen. **Eine niedrigschwellige medizinische Versorgung erfordert ein unbürokratisches Verfahren hinsichtlich der Behandlung der Patienten/innen und der jeweiligen Abrechnungsmodalitäten. Die Notwendigkeit der Bereitstellung von KV-Ärzten/innen, der Teilabrechnung über die KV und die entsprechend individuelle Vorprüfung der Anspruchsberechtigungen durch geschulte Fachkräfte stehen dem entgegen. Die vorhandenen Angebote benötigen eine verlässliche und besser planbare Finanzierung.**
- Ein Teil der obdachlosen Patienten/innen kann die bestehenden Krankheiten trotz Behandlung aufgrund der prekären Lebensverhältnisse nicht auskurieren. Die Nutzung von Unterbringungsleistungen gemäß dem ASOG oder dem SGB XII (§ 67 oder § 53) ist in der Regel kurzfristig nicht umsetzbar oder deckt nicht den Hilfebedarf. **Im Land Berlin wird eine Krankenstation (ohne das Erfordernis einer individuellen Kostenübernahme mit vorgeschalteter Anspruchsprüfung) benötigt, in welche behandelnde Ärzte/-innen der niedrigschwelligen Einrichtungen kranke obdachlose Menschen kurzfristig einweisen können, um Krankheiten auszukurieren.**
- Die medizinischen Anlaufstellen sollen obdachlose Personen in das soziale medizinische Regelsystem vermitteln. Dafür sind Anspruchsprüfungen und Beratung notwendig. **Die Rolle der Sozialarbeit als Schlüssel zur Integration in die medizinische Versorgung ist vor Ort zu stärken. Sozialpädagogische Fachkräfte müssen ggf. eingestellt und finanziert werden.**

Zusammengefasst ergeben sich also aus den zuvor dargestellten Problemschwerpunkten und Bedarfen die folgenden Forderungen:

5. Forderungen des Runden Tisches zur medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen :

- 1. Benötigt wird ein gut ausgestattetes niedrighschwelliges medizinisches und zahnmedizinisches Versorgungssystem, in dem alle Bedürftigen einen leichten Zugang zu allen vorgehaltenen Leistungen haben und in dem es den Helfenden frei von Anspruchsprüfungen möglich ist, nach dem Prinzip „Not sehen und handeln“ tätig zu werden**

- 2. Die Beschränkungen für zuwendungsfinanzierte (zahn-)medizinische Versorgungseinrichtungen müssen reduziert bzw. aufgehoben werden. Dies betrifft die eingeschränkten Zugangsmöglichkeiten für EU-Bürger/innen aus Nicht-EFA-Staaten sowie die Notwendigkeit der Vorhaltung von KV-/KZV-Ärzten/innen.**

- 3. Die vorhandenen Angebote sollten übersichtlich visualisiert, der regelmäßige Fachaustausch gefördert und die Einrichtungen in ihrem Qualitätsmanagement unterstützt werden. Zu überlegen wäre zudem, eine Koordinierungsstelle für das niedrighschwellige medizinische Angebot einzurichten.**

- 4. Die vorhandenen Einrichtungen benötigen Geldmittel und Beratung, um zweckmäßige ergänzende Angebote einzurichten und zu erhalten.**

- 5. Eine niedrighschwellige medizinische Versorgung erfordert ein unbürokratisches Verfahren hinsichtlich der Behandlung der Patienten und der jeweiligen Abrechnungsmodalitäten. Die Notwendigkeit der Bereitstellung von KV- Ärzten, der Teilabrechnung über die KV und die entsprechend individuelle Vorprüfung der Anspruchsberechtigungen durch geschulte Fachkräfte stehen dem entgegen. Die vorhandenen Angebote benötigen eine verlässliche und besser planbare Finanzierung.**

- 6. Im Land Berlin wird eine Krankenstation (ohne das Erfordernis einer individuellen Kostenübernahme mit vorgeschalteter Anspruchsprüfung) benötigt, in welche behandelnde Ärzte/-innen der niedrighschwelligen Einrichtungen kranke obdachlose Menschen kurzfristig einweisen können, um Krankheiten auszukurieren.**

- 7. Die Rolle der Sozialarbeit als Schlüssel zur Integration in die medizinische Versorgung ist vor Ort zu stärken. Sozialpädagogische Fachkräfte müssen ggf. eingestellt und finanziert werden**

Diese Situationsbeschreibung mit Forderungskatalog wird von folgenden Einrichtungen bzw. deren Trägern unterstützt:

Einrichtung/Träger/Name	Datum	Unterschrift Trägervertreter/in
--------------------------------	--------------	--

Caritas-Arztmobil & Caritas-Ambulanz,
verantwortlich Prof. Dr. Ulrike Kostka:

Praxis am Stralauer Platz GEBEWO pro,
verantwortlich Robert Veltmann:

Obdachlosenpraxis des HVD,
verantwortlich Andrea Käthner:

Malteser Hilfsdienst e.V. in der Diözese Berlin, Malteser Migranten Medizin,
verantwortlich Henric Maes:

Ambulanz der Berliner Stadtmission,
verantwortlich Ulrich Neugebauer, Jörg Friedel:

Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Regionalverband Berlin,
verantwortlich Angelika Steckler-Meltendorf:

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe,
verantwortlich Charlotte Linke:

Gesundheitsmobil, Projekt Mobilix von Fixpunkt e. V.,
verantwortlich Astrid Leicht:
