

Holger Koch

Die medizinisch-soziale Kontaktstelle „PFLASTER“ – ein Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit in Erfurt

1. Einleitung

Das wissenschaftliche Interesse am Thema „soziale Ungleichheit und Gesundheit“ hat in den letzten Jahren sichtlich zugenommen. Inzwischen liegen eine Reihe fundierter Analysen vor (vgl. Mielck 2000), die überzeugend belegen, dass sozial benachteiligte Menschen nicht nur einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, sondern dass es zum Teil auch erhebliche Defizite im Hinblick auf ihre Gesundheitsversorgung gibt. Die wissenschaftlichen Befunde sind so evident, dass von einem Forschungs- und Erkenntnisdefizit schwerlich zu sprechen ist – wohl jedoch von einem Umsetzungsdefizit. Gebraucht werden jetzt vor allem Interventionsansätze, die geeignet sind, einen praktischen Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten. In der Bundesrepublik existiert mittlerweile eine Vielzahl von Projekten und Initiativen, die sich dieser Herausforderung gestellt haben. Hierzu gehört auch die medizinisch-soziale Kontaktstelle „Pflaster“ des Vereins Kontakt in Krisen (KiK) e.V. in Erfurt.

Die folgenden Ausführungen sollen, ganz im Sinne sozialarbeiterischer Praxisforschung, einen kurzen Einblick in Selbstverständnis, Handlungsprinzipien und Arbeitsergebnisse dieses zielgruppenspezifischen Projektes geben.

2. Ausgangssituation

Aufsuchende und krisenorientierte Sozialarbeit, wie sie vom Verein KiK e.V. geleistet wird, trifft immer wieder auf Menschen in psychosozialen Notsituationen. Oft handelt es sich dabei um chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke und Randständige, die trotz erheblicher gesundheitlicher Belastungen gar nicht oder nur noch unzureichend medizinisch bzw. sozialarbeiterisch versorgt werden. Die Ursachen für diesen bedenklichen Zustand sind vielschichtig. So ist die Mehrheit der Betroffenen aufgrund ihrer Lebensumstände und resignativen Selbstwahrnehmung oft nicht „wartezimmerfähig“ (vgl. Schwarzenau 2002). Hinzu kommt die als „Gesundheitsparadox“ umschriebene Tendenz, trotz aller offenkundigen objektiven Krankheitssymptome den eigenen Gesundheitszustand subjektiv als zufriedenstellend einzuschätzen. Doch auch Barrieren im Hilfesystem selbst, insbesondere die hochgradige Spezialisierung und deren oft

„geheime Moral“ (H. Thiersch) sowie die damit verbundene Zuständigkeitsmisere haben ihren Anteil daran, dass Menschen mit fortgeschrittenen und den Lebensalltag hochgradig beeinträchtigenden Erkrankungen nicht zum Arzt gehen bzw. Hilfen nicht in Anspruch nehmen. Und nicht zu vergessen ist, dass es sich um Betroffenengruppen handelt, die nicht selten professionelle Kompetenzen in Frage stellen, zu Überforderung bzw. Ratlosigkeit führen, einen großen Teil der Arbeitszeit binden – und dies alles bei einem höchst unsicheren Ausgang des Hilfeprozesses. Kurz und gut: die Bereitschaft, sich auf solche Menschen einzulassen, ist oft nicht besonders ausgeprägt. So ist die Gefahr auch immer wieder groß, dass sie in Vergessenheit geraten, übersehen werden und als „Bedarf“ nicht mehr vorkommen. Doch auch wenn dieser Hilfebedarf von den Betroffenen selbst nicht artikuliert wird, existiert er dennoch: man sieht ihn in den Straßen, hört von ihm durch Berichte und erkennt ihn z. B. bei der täglichen Lebensmittelausgabe.

So war es eigentlich nur konsequent, dass der Verein KiK e.V. Anfang 2000 über ein geeignetes Hilfeangebot nachdachte, dass dieser Problemlage Rechnung trägt. Angeregt durch das „Mainzer Modell“ (Trabert 1995), ermutigt durch Prof. G. Trabert und unterstützt durch Amtsarzt sowie Sozialdezernenten der Stadt Erfurt, wurde das Projekt „Pflaster“ konzipiert. Auf der Grundlage einer Untersuchung, die Experten/innen- und Betroffeneninterviews auswertete, konnten Bedarf und die Notwendigkeit einer medizinisch-sozialen Kontaktstelle stichhaltig begründet werden. Damit konnte zugleich ein Grad an Informiertheit und Öffentlichkeit erreicht werden, der wiederum aktivierend wirkte. So war die Resonanz unter Erfurter Ärzten überaus erfreulich. Insgesamt vier Mediziner erklärten ihre Bereitschaft zur Mitarbeit. Andere machten auf Patienten aufmerksam, die offenkundig weitergehende soziale Unterstützung benötigten. Die materielle Ausstattung der Kontaktstelle wurde durch Spenden sichergestellt. Mittel des Europäischen Sozialfonds sicherten eine Anschubfinanzierung. Bereits am 1. Dezember 2000 konnte „Pflaster“ mit der Arbeit beginnen.

Die von A. Mielck geäußerte Vermutung (Mielck 2000, S. 371), dass sich die Situation von sozial benachteiligten Gruppen erheblich verbessern lässt, wenn relevante Akteure (Sozialarbeiter/innen, Ärzte/innen, Kommunal- und Gesundheitspolitiker/innen) gemeinsam nach praktikablen Lösungen suchen, konnte zumindest für diese Entstehungsphase eindrucksvoll bestätigt werden.

3. Ganzheitlicher und niedrigschwelliger Arbeitsansatz

Struktur und Arbeitsweise der medizinisch-sozialen Kontaktstelle sind im Grunde genommen wenig spektakulär. Im Kern handelt es sich um ein aufsuchendes, niedrigschwelliges Angebot, dessen Ziel es ist, behandlungsbedürftige Menschen in Krisensituationen medizinisch und sozialarbeiterisch zu betreuen und – langfristig gesehen – wieder in die medizinische Regelversorgung zurückzuführen. „Pflaster“ macht Ernst mit den Prinzipien von Krisenintervention, Lebensweltorientierung, Ressourcenhaltung, Flexibilisierung, Ganzheitlichkeit, Vernetzung und Hilfen aus einer Hand.

Auf der medizinischen Ebene geht es darum, die medizinische Not- und Grundversorgung abzusichern und die Klienten/innen für spezialisierte Folgebehandlungen vorzubereiten. Zu diesem Zweck werden feste wöchentliche Sprechzeiten im Gesamtumfang von fünf Stunden durch unterschiedliche Fachärzte angeboten. Die damit verbundene Möglichkeit, sich für einen Arzt der eigenen Wahl entscheiden zu können, kommt einem ersten Schritt zur Wiedererlangung von Selbstverantwortung und Kontrollüberzeugung gleich. Sind Klienten/innen in einem so schlechten gesundheitlichen Zustand, dass sie diese Sprechstunden nicht besuchen können, werden sie dort aufgesucht und behandelt, wo sie sich aufhalten.

Komplementär dazu fällt den Sozialarbeitern/innen die Aufgabe zu, die Kontakte zwischen Klienten/innen und Ärzten/innen herzustellen. Zugleich sind sie sozialtherapeutisch und lebenspraktisch tätig, leisten Informations- und Vermittlungsarbeit. Vieles, was die Klienten/innen für einen „gelingenderen Alltag“ (H. Thiersch) benötigen, kann durch den Verein KiK e.V. selbst abgedeckt werden: Beschaffung von Wohnraum oder Hausrat, Lebensmittelspenden, Möglichkeiten zur Körperpflege, aber auch Schuldnerberatung und kleinere Erwerbsmöglichkeiten.

Dieses Zusammenwirken von Mediziner/innen und Sozialarbeitern/innen schafft Voraussetzungen für Hilfen, die präventiv lebenserhaltend wirken und zugleich auf größere Nachhaltigkeit abzielen.

4. Handlungsprinzipien und Ergebnisse

Für alle Beteiligten überraschend war, wie schnell „Pflaster“ angenommen wurde. Bereits in den ersten drei Monaten suchten über hundert Klienten/innen die Kontaktstelle auf. Noch erstaunlicher waren jedoch die z.T. beachtlichen Veränderungen in der psychosozialen Gesamtsituation der Betroffenen: sei es durch die Stabilisierung des Gesundheitszustandes, eine spürbare Verbesserung der Einkommenssituation,

die Unterbringung in Notunterkünften oder die Motivation zur Aufnahme einer Suchtbehandlung. Und für einige wenige hatte sich bereits nach wenigen Monaten die gesundheitliche und soziale Situation so stabilisiert, dass sie die Hilfe von „Pflaster“ nicht mehr brauchten und z.B. wieder ihren Hausarzt aufsuchen konnten.

Das soll freilich nicht bedeuten, dass es keine Rückschläge und Behandlungsabbrüche gibt. Die wohl wichtigste Erfahrung bestand und besteht jedoch darin, dass die Klienten/innen des „Pflasters“ mit einem relativ begrenzten Aufwand – und zwar entgegen dem so gängigen Bild von Unmotivierbarkeit – sehr wohl erreichbar und behandlungsbereit sind. Freilich sind hierfür Voraussetzungen erforderlich, die in erster Linie zunächst einmal von den Helfern/innen bzw. vom Hilfesystem selbst zu erbringen sind. Hierzu gehören, im folgenden stark verkürzt wiedergegeben, u.a.:

- die Übernahme von Kontaktverantwortung durch konsequent aufsuchende Arbeit, die den psychodynamischen Verhaltensmustern von Menschen in Krisensituationen (vgl. Rauchfleisch 1996) Rechnung trägt und damit die Ansprechbarkeit für Hilfe wieder herstellt bzw. vergrößert;
- ein Hilfeverständnis, das sich am Kriterium „lebenssituationsgerecht“ orientiert und ein flexibles bzw. abgestuftes Betreuungs- und Behandlungsangebot unterbreitet, das die Hinweise bzw. Wünsche der Klienten/innen aufgreift und auf das sie sich vorerst einlassen wollen bzw. können;
- ein hohes Maß an diagnostischer Kompetenz, die weniger einer einseitig „expertokratisch“ ausgerichteten Subsumptionslogik folgt, sondern statt dessen in der Lage ist, die komplexe psychosoziale Dimension von Problemlagen zu erkennen, die „Anfänge“ zu gestalten weiß, Gelegenheit für Unterstützung ausmacht, praktikable gangbare Perspektiven eröffnet und zugleich Chancen für gemeinsame Lernprozesse ermöglicht;
- eine intakte Kooperations- und Vernetzungsstruktur (Mediziner/innen, Sozialarbeiter/innen, Suchtkranken- und psychiatrische Hilfen, Sozial- und Wohnungsamt usw.), in der – jenseits aller Konkurrenz und Grenzüberschreitung – „Unterschiede einen Unterschied“ (Simon) machen und gemeinsam abgestimmte Hilfeprozesse initiiert werden.

Vor allem jedoch hat sich immer wieder gezeigt, dass gerade in der Verbindung von medizinischer Grundversorgung und praktischer Sozialarbeit ein hohes beziehungsförderndes Potential enthalten ist. Allein schon das

Gespräch über körperliche Befindlichkeiten signalisiert Besorgnis und Anteilnahme, die nicht aufgesetzt wirken und weit über das hinausgehen, was in der Sozialarbeit traditionell unter „guter Beziehung“ verstanden wird. Der „medizinisch-sozialarbeiterische Blick“ fördert den Respekt vor der subjektiven Sichtweise der Betroffenen, sieht sie von Anfang an in ihrer belasteten Lebensrealität, räumt Zeit für Veränderungsprozesse ein, nimmt sensibel den Wunsch nach Nähe bzw. Distanz wahr und hilft Behandlungsziele zu definieren, die vor Überforderung schützen und zum Durchhalten motivieren. Auf diese Weise wird der – gerade niederschwelligen Hilfeansätzen immanenten – Gefahr aufgedrängter „fürsorglicher Belagerung“ und Normalitätserwartung genauso ein Korrektiv entgegengesetzt, wie dem virulenten Drang, vorerst fehlende Mitarbeitsbereitschaft leichtfertig in „Unmotivierbarkeit“ der Klienten/innen umzudeuten.

5. Aktuelle Situation

Effektivität und Effizienz der auf diesen Voraussetzungen bzw. Handlungsprinzipien basierenden Betreuungs- und Behandlungsstrategien sind unbestritten und wurden sorgfältig dokumentiert (vgl. Vogt/Kluge 2002). Trotzdem befindet sich „Pflaster“ Mitte des Jahres 2004 in einer höchst problematischen Situation. Es drohen nicht nur der Verlust bisher erworbener Kompetenzen und integrierter Hilfeformen, sondern die Existenz der medizinisch-sozialen Kontaktstelle als Ganzes steht zur Disposition. Das liegt zunächst einmal weniger an den Konsequenzen eines Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, das wichtige Prinzipien niedrigschwelliger psychosozialer und medizinischer Hilfen auszuhebeln beginnt. Hier lässt sich vieles noch mit Engagement und einer immer noch beachtlichen Spendenbereitschaft kompensieren. Weit schwerwiegender ist da schon die Tatsache, dass es immer noch kein tragfähiges Finanzierungskonzept gibt. Zwar hat es der Verein KiK e.V. in den letzten drei Jahren immer wieder verstanden, die für „Pflaster“ erforderlichen finanziellen bzw. personellen Voraussetzungen zu sichern – ein Engagement, das man von einem sozialen Verein mit Recht erwarten kann und muss. Doch genau dieses Engagement, das mittlerweile die Grenze der Belastbarkeit schon längst überschritten hat, entwickelt nur allzu oft eine problematische Eigendynamik: Es dient relevanten kommunalen und gesundheitspolitischen Akteuren offenkundig auch – und zwar auf der Grundlage einer überaus verkürzten Deutung des Subsidiaritätsprinzips – als Indiz dafür, dass „es doch auch so geht“, d.h. ohne die so dringend erforderliche und zudem gesetzlich veranker-

te finanzielle Unterstützung. Gefördert wird diese Haltung noch durch einen gesellschaftspolitischen Trend, der mit der Forderung nach Eigenverantwortung und Privatisierung von Gesundheitsrisiken sowie zunehmender Ökonomisierung gerade die Legitimation von Hilfen für sozial Benachteiligte zunehmend untergräbt bzw. als wenig sinnvoll erscheinen lässt.

Für „Pflaster“ jedenfalls bedeutet dies, dass insbesondere die so unabdingbare konsequent aufsuchende Sozialarbeit weitestgehend zum Erliegen gekommen ist. Eine regelmäßige medizinische Versorgung und sozialarbeiterische Betreuung können kaum noch gewährleistet werden. Die nur noch eingeschränkten Öffnungszeiten kommen einer Erhöhung der Zugangsschwellen gleich. Schon jetzt zeichnet sich eine gravierende Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie der gesamten Lebenssituation vieler ehemaliger Klienten/innen ab. Sollte diese Entwicklung nicht gestoppt werden, wird an die Stelle der medizinischen Grundversorgung die weit kostenintensivere Notversorgung am Straßenrand bzw. im Krankenhaus treten.

Die Situation ist überaus bedenklich und belegt einmal mehr auf drastische Weise, was soziale Ungleichheit im Hinblick auf medizinische Versorgung bedeutet: Die überaus prekäre Lebenssituation sowie ein insgesamt schlechter Gesundheitszustand sozial Benachteiligter treffen auf eine nicht minder prekäre Situation des Hilfeangebotes. Einmal mehr zeigt sich der skandalträchtige Fakt, dass gerade jene, die aufgrund ihrer gesamten psychosozialen Lage und „Bruchbiographien“ auf ein hohes Maß an verlässlichen bzw. stabilen Hilfen angewiesen sind, am wenigstens damit rechnen können.

Es ist folglich höchste Zeit für eine neuerliche „konzertierte Aktion“, die diesem Trend zumindest in Erfurt entgegentritt. Motivierend könnten hierbei die Erfahrungen aus der Entstehungsphase von „Pflaster“ sein, aber auch die Erkenntnis, dass sich eine Gesellschaft, die ihren Anspruch auf Solidarität nicht leichtfertig aufgeben will, von der Unterstützung für die schwächsten ihrer Mitglieder her legitimieren muss – und dies nicht nur verbal, sondern auch durch eine tragfähige Finanzierung. Dabei geht es, auch dies sei angemerkt, um eher bescheidene Summen.

Der Verein KiK e.V. jedenfalls wird hierzu seinen Beitrag leisten. Ermutigung geht dabei auch von der Konferenz „Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung“ aus, die u.a. geholfen hat, die gerade für kleinere Vereine so dringend erforderliche Öffentlichkeit herzustellen. Hoffnungsvoll stimmt auch, dass der BKK Bundesverband der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter große Aufmerksamkeit

widmet. So gesehen stehen möglicherweise die Chancen gar nicht so schlecht, dass auch in Zukunft die medizinisch-soziale Kontaktstelle „Pflaster“ einen kleinen, gleichwohl wirksamen Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit in Erfurt leisten kann.

Literatur:

Kluge, H./Vogt, B.: Dokumentation zu Erfahrungen von „Pflaster“ (unveröffentlichtes Manuskript), Erfurt 2002.

Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2000.

Rauchfleisch, U.: Menschen in psychosozialer Not: Beratung, Betreuung, Psychotherapie. Zürich 1996.

Schwarzenau, M.: „Medizinische Versorgung Wohnungsloser in Deutschland – wo stehen wir?“, in: wohnungslos, Heft 1, 2002, S.1-6.

Trabert, G.: „Integratives Konzept der ambulanten medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen (Mainzer Modell)“, in: wohnungslos, Heft 4, 1995, S.152-154.

Kontakt:

Dr. phil. Dr. rer. soc. Holger Koch
Ehrenamtlicher Vorsitzender des Vereins Kontakt in Krisen (KiK) e.V. Erfurt
Magdeburger Allee 114-116
99086 Erfurt
Telefon: 03617/ 4981 133
Email: sozial@kik.jetzweb.de