A6 Gesundheit

Antragsteller*in:	Marc Kersten & Jenny Brunner
Tagesordnungspunkt:	2. Beschlussfassung Eckpunktepapier Obdachlosigkeit

Text

Gesundheit

Armut macht krank und Krankheit macht arm, das gilt ganz besonders für obdachlose Menschen. Die Lebenserwartung von Menschen auf der Straße liegt etwa dreißig Jahre niedriger als von Menschen mit festem Wohnsitz[1]. Kein Wunder angesichts der Alltagsgefahren: Feuchtigkeit und Extremtemperaturen ausgesetzt, mit eingeschränkten und mehr als jede*r andere den Risiken des Straßenverkehrs ausgesetzt, ebenso politisch motivierten Angriffen und durch Armutskonkurrenz erzeugten Raubversuchen. Obdachlose sind zudem oft nicht krankenversichert oder haben aufgrund von Beitragsrückständen eingeschränkten Versicherungsschutz, was einem nachhaltigen Behandlungserfolg im Wege steht. Für einige stellt schon das Einlösen eines Rezeptes eine Überforderung dar.

Obdachlosigkeit ist deshalb vor allem auch eine Herausforderung für unser Gesundheitssystem. Denn ihre Hilf- und Aussichtslosigkeit führt bei obdachlosen Menschen zu Wut und psychischen Problemen, wenn sie diese nicht schon vorher hatten. Eine ganz besondere Bedeutung kommt dabei der Gemeindepsychiatrie zu, da bei vielen Obdachlosen eine entsprechende Erkrankung diagnostiziert wird. Den Teufelskreis dieser Drehtür-Patienten müssen wir dringend durchbrechen.

Wer auf der Straße lebt, erlebt Leid am laufenden Band. Für viele hilft da nur Sucht als Bewältigungsstrategie, um den eigenen Frust zu betäuben. Manch einer landet durch Alkohol- und Drogenabhängigkeit auf der Straße, bei den meisten ist es umgekehrt.

Doch Sucht ist eine Krankheit und kein Verbrechen. Deshalb führt die Kriminalisierung von Drogenkonsum lediglich zu überfüllten Gefängnissen und dauerhaft gescheiterten Existenzen. Die Bekämpfung von Obdachlosigkeit ist somit auch ein wichtiger Beitrag zur Entlastung unserer Justiz und unseres Gesundheitssystems. Die Behandlung von chronischen Erkrankungen, psychischen Problemen und Drogenabhängigkeit braucht Zeit, flexible und realistische Ziele, das Einvernehmen der Betroffenen und getrennte, darauf abgestimmte Hilfsangebote.

Dafür haben wir einen Plan und fordern:

- die Überführung aller Betroffenen in die medizinische Regelversorgung, unabhängig von Krankenversicherungs- und Aufenthaltsstatus, im ersten Schritt mit einem anonymen Krankenschein wie in Köln[2]

- eine öffentliche Förderung von spezialisierten, niedrigschwelligen Behandlungsangeboten für Obdachlose, wie z.B. der CAYA-Ambulanz in Köln[3]

- eine Liberalisierung des Arzneimittelgesetzes, um eine kontrollierte Medikamentenabgabe zu ermöglichen

- mehr Krankenwohnungen und Projekte selbstbestimmten Lebens in der eigenen

Wohnung für obdachlose Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Pflegebedarf wie in Münster[4]

- eine Behandlungspflicht von Obdachlosen in Arztpraxen und verbindliche Übernahme der Behandlungskosten durch die Sozialämter, analog zu Krankenhausbehandlungen

- deutlich mehr mobile und aufsuchende medizinische Angebote für Obdachlose[5]

- mehr Sensibilität für psychische Erkrankungen/Phänomene, insbesondere auch Neurodiversität und eine entsprechende Schulung des Fachpersonals

- ein bedarfsgerechter Ausbau der Gemeindepsychiatrie, um Wartelisten zu vermeiden

- dass durch ein entsprechendes Entlassmanagement, verbindliche Schnittstellen mit den Kommunen und passende Anschlussangebote niemand nach Psychiatrieaufenthalten auf der Straße landet

- den Zugang zu Möglichkeiten zur Entgiftung niedrigschwellig zu gestalten, ohne übermäßige Kontaktpflichten vor der Therapie

- niedrigschwellige Angebote für Drug-Checking wie in Münster[6], um Gesundheitsgefahren durch verunreinigte Substanzen zu vermeiden

- spezielle Angebote für suchtkranke Obdachlose, z.B. mit betreuten Wohngruppen wie in Duisburg[7]

- ergebnisoffene Angebote, von kaltem Entzug über Konsumreduzierung bis hin zu Substitution und kontrolliertem Konsum

- einen Therapieplatz direkt im Anschluss an eine Entgiftung, um Rückfälle zu vermeiden

- eine Förderung von Sucht-Selbsthilfeprojekten[8]

- praxisgerechte Hausregeln zum Alkoholkonsum in Obdachloseneinrichtungen

- eine Unterbringung möglichst nur noch in Einzelzimmern, auch im Hinblick auf künftige Pandemien[9]

- Menschen mit Behinderung oder erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen müssen wir bei der Konzeption von Obdachlosenhilfeangeboten mitdenken

Fußnoten:

1 siehe Deutsches Ärzteblatt (2017)

2 Allgemeine Infos zum Anonymen Krankenschein; Angebot in Köln

3 Konzept CAYA; ähnliche Angebote der Malteser;

4 u.a. diverse Angebote der Alexianer, für psychisch Kranke etc.

5 z.B. das GSE-Arztmobil in Essen

6 INDRO in Münster nimmt als einer von 10 deutschen Standorten mit einem Drogenkonsumraum am vom BMG geförderten Modellprojekt „Rapid Fentanyl Tests in Drogenkonsumräumen (RaFT)“ teil

7 siehe Diakonie Duisburg

8 wie z.B. Vision e.V. in Köln, JES NRW etc.

9 Gemeinsame Empfehlungen RKI, BAG W; Erfahrungen aus Hamburg mit Einzelzimmerunterbringung während der Pandemie