

Beitrag im Rahmen der Ringvorlesung im Studiengang
Berufspädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe (M.A.)

mit dem Thema:

**Entwicklung und Innovationen in Pflege- und
Gesundheitsversorgung Vorstellung des Projektes "StuPoli"**

Von: Claudia Winter und Chris Marie Schubert

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Fragestellung und Zielsetzung.....	2
3. Begriffsbestimmungen	2
3.1. Soziale Ausgrenzung	2
3.2. Zusammenhang zwischen sozialer Ausgrenzung und Armut	2
4. Die Versorgung von Menschen ohne Krankenkassenzugehörigkeit im deutschen Gesundheitssystem. Eine IST- Analyse	3
4.1. Mögliche Unterstützungsangebote	4
5. Vorstellung des Projektes StuPoli.....	6
5.1. Was ist StuPoli?.....	6
5.2. Welche Bedeutsamkeit hat StuPoli?.....	6
5.3. Welche Randgruppe ist auf StuPoli angewiesen?	7
6. Kritische Auseinandersetzung über die Notwendigkeit von StuPoli.....	7
7. Fazit und Ausblick	8
Literaturverzeichnis	10
Anhang.....	11

1. Einleitung (Chris Schubert)

Für die meisten Menschen ist es unvorstellbar keine Krankenversicherung zu besitzen. Jedoch gibt es eine Randgruppe in der deutschen Bevölkerung, für die diese Tatsache leider eine harte Realität darstellt. Überdies scheint diese Randgruppe von Menschen gar nicht so klein zu sein.

Laut dem Statistischem Bundesamt (Destatis) waren im Jahr 2019 circa 61 000 Menschen in Deutschland ohne Krankenversicherung und ohne Anspruch auf eine Krankenversorgung. Im Vergleich zum Jahr 2015 ist die Zahl jedoch um 23% rückläufig. Damals handelte es sich um 79 000 Menschen, die betroffen waren. Im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung innerhalb Deutschlands lag somit der prozentuale Anteil von nicht krankenversicherten Menschen bei 0,1%. Diese Angaben erfolgten aufgrund „des alle vier Jahre erhobenen Zusatzprogramms ‚Angaben zur Krankenversicherung‘ im Mikrozensus, der größten jährlichen Haushaltsbefragung in Deutschland und Europa“ (Statistisches Bundesamt, 2020).

Nach Angaben des Mikrozensus zählen zu der Personengruppe ohne Krankenversicherungsschutz alle Menschen, die innerhalb der Befragung eine Krankenversicherung verneint haben und auch sonst keinen Anspruch auf eine Krankenversorgung besitzen. Zum letzteren gehören beispielsweise Beamt*innen, Empfänger*innen von Sozialhilfe und Harz IV bzw. Asylbewerber*innen und Soldat*innen. Zudem lässt sich festhalten, dass es sich dabei zu knapp zwei Dritteln um Männer, 0,4% um Selbständige sowie zu 0,8% um erwerbslose Menschen handelt (Statistisches Bundesamt, 2020).

Jedoch werden weder illegale Einwanderer noch Menschen ohne festen Wohnsitz bei dieser Hochrechnung berücksichtigt. Daher wird die Dunkelziffer deutlich höher sein.

Der Grund, warum es Menschen gibt, welche nicht krankenversichert sind, lässt sich nicht deutlich aufzeigen. Jedoch kann bei Menschen aus dem Ausland die Unwissenheit über eine in Deutschland bestehende Krankenversicherungspflicht eine mögliche Ursache sein. Einen weiteren Faktor könnten die Kosten für einen Versicherungsschutz darstellen. Dies ist jedoch problematisch, da trotzdem für jeden Monat Beiträge anfallen, welche bei der Rückkehr oder Erstanmeldung bei einer Krankenversicherung beglichen werden müssen. Nicht selten folgt diesen angehäuften Beitragsschulden auch ein Säumniszuschlag, welcher zusätzlich bezahlt werden muss (Schlicht 2016).

In dieser schriftlichen Ausarbeitung wird die Organisation „StuPoli“ (Studentische Poliklinik Frankfurt, der Goethe Universität) im Hinblick auf diesen Hintergrund näher betrachtet und verschiedene Aspekte und Perspektiven erläutert.

2. Fragestellung und Zielsetzung (Chris Schubert)

Ziel dieser schriftlichen Ausarbeitung ist es, die Organisation „StuPoli“ vorzustellen und den Tätigkeitsbereich abzubilden. Des Weiteren soll die Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen im Gesundheitssystem sowie die vorhandenen Unterstützungsangebote erläutert werden.

Im Rahmen einer kritischen Auseinandersetzung mit der Problematik einer Mangelversorgung soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern die Unterstützungsangebote von sozialen Einrichtungen (beispielsweise StuPoli) als Lückenfüller politischen Versagens tätig werden?

3. Begriffsbestimmungen (Chris Schubert)

In diesem Kapitel werden wichtige Begrifflichkeiten und Zusammenhänge für den weiteren Verlauf der schriftlichen Ausarbeitung dargestellt.

3.1. Soziale Ausgrenzung

„Die soziale Ausgrenzung oder Exklusion ist die soziale Benachteiligung und Abstieg an den Rand der Gruppe oder Gesellschaft. Der Begriff wird fächerübergreifend eingesetzt in Bildung, Soziologie, Psychologie, Politik und Wirtschaft“ (Psylex 2016). Zudem gehören ebenfalls Dienstleistungen oder Bereiche der Infrastruktur dazu, die grundlegende Aspekte abbilden wie dem Sozialsystem, der öffentlichen Bildung oder der Gesundheitsversorgung.

Generell kann soziale Ausgrenzung auf verschiedenen Ebenen und unterschiedlichen Arten erfolgen. Beispielsweise durch den fehlenden Zugang zu Bildung, fehlende Qualifikationen für einen Beruf oder aber Defizite innerhalb der Wohnlage bzw. Wohnsituation. Haben diese Menschen den Zugang zum Bildungssystem verloren, werden sie aufgrund des „Dominoeffektes“ auch aus weiteren Teilen der Gesellschaft ausgeschlossen. Kann dieser nicht überwunden werden, erfolgt oftmals eine generationsübergreifende soziale Ausgrenzung und sorgt dafür, dass bestimmte Gruppen aus dem Raster der Gesellschaft fallen (Day 2021).

3.2. Zusammenhang zwischen sozialer Ausgrenzung und Armut

Oftmals gibt es einen Zusammenhang zwischen sozialer Ausgrenzung und Armut, da Menschen, die eine soziale Ausgrenzung erfahren zudem in einer Armut leben. Dies wirkt sich somit ebenso auf die Teilhabe innerhalb der Gesellschaft aus. Grundlegende Aspekte wie Kleidung, Essen, Wohnraum oder der fehlende Zugang zu medizinischer Versorgung zählen hierbei dazu. Zudem befinden sich ethnische Minderheiten oftmals in einer wirtschaftlich schlechteren Lage als die Mehrheit der Gesellschaft. Sie haben

einen schwereren Zugang zu Bildung, Erwerbstätigkeiten oder Wohnstandard und Gesundheitseinrichtungen (Day 2021).

4. Die Versorgung von Menschen ohne Krankenkassenzugehörigkeit im deutschen Gesundheitssystem. Eine IST- Analyse (Claudia Winter)

In der Einleitung wurde bereits beschrieben, dass verschiedene Gruppen von Menschen ohne Krankenkassenzugehörigkeit existieren. Dies sind zum einen EU-Migranten, die als Unionsbürger zwar innerhalb der EU ein- und auswandern dürfen, jedoch gelten für diese Gruppe bestimmte Gesetze. Sie sind nur krankenversichert, wenn sie arbeiten gehen. Finden sie innerhalb der Frist von drei Monaten keine Arbeit, werden sie von den Leistungen des Sozialgesetzbuchs (SGB) ausgeschlossen (§ 7 Abs. 1, Satz 2, Nr. 2 SGB II). Dieses Dilemma der Hilflosigkeit und Abhängigkeit der Unionsbürger beschreiben Lenz, Röhl, Kölbe & Schrader (2021) in ihrem Artikel. Unionsbürger die keiner Erwerbsarbeit nachgehen, gelten somit als überflüssig für den Staat und werden demnach auch nicht mehr vom Staat unterstützt (ebd). Eine andere Gruppe ohne Krankenversicherung sind Menschen mit einem begrenzten Aufenthaltsstatus oder auch einem unerlaubten Status. Dies können Asylsuchende, Flüchtlinge oder Menschen ohne Papiere sein. Laut dem statistischen Bundesamt (2022) sind in Deutschland ca.11,8. Millionen Ausländer registriert. Jedoch ist die Erfassung der medizinischen Daten von Menschen mit Migrationshintergrund unzureichend, da die Daten nur regional erfasst und selten zusammengeführt werden (Bozorgmehr & Hövener 2021). 2005 ist ein neues Einwanderungsgesetz in Kraft getreten. Darunter fällt das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und das Aufenthaltsgesetz (AufenthG). Geflüchtete haben in den ersten 18 Monaten ihrer Aufenthaltserlaubnis einen eingeschränkten Zugriff auf die Gesundheitsversorgung. Dies bedeutet, dass sich diese im Wesentlichen auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt (§ 4 AsylbLG). Wenn eine Person nach o.g. Kriterien erkrankt, muss sie zunächst einen Krankenschein beim zuständigen Sozialamt beantragen. Mit diesem Krankenschein können die Erkrankten dann eine Behandlung erhalten (Mylius 2016, 49). Im Rahmen des RESPOND Projekts von Biddle, Hintermeier, Ami, Sand & Bozorgmehr (2021) wurde festgestellt, dass bei 39,3 % der Geflüchteten eine chronische Erkrankung vorliegt. Die Behandlung chronischer Erkrankungen ist jedoch keine inbegriffene Leistung. Eine Ausnahmeregelung ist der sogenannte medizinische Notfall. Dieser ist laut Gesetz abgedeckt und muss durch die Krankenhäuser behandelt werden. Die entstandenen Kosten kann das Krankenhaus bei der Sozialkasse einfordern (Mylius 2016, 51). Zudem besteht laut Aufenthaltsgesetz eine Übermittlungspflicht der Ämter an die Ausländerbehörde oder an die Polizei (§ 87 AufenthG). Dies bedeutet, alle Beteiligten Akteure geraten an dieser Stelle in ein Dilemma. Zum Einen versuchen die Erkrankten

der Beantragung eines Krankenscheins zu umgehen, da sie Gefahr laufen der Ausländerbehörde gemeldet zu werden. Deshalb suchen sie häufig die Notaufnahme erst auf, wenn es zu einer lebensbedrohlichen Verschlechterung ihres Zustands gekommen ist. Im Rahmen dieser Notfallbehandlung gilt die ärztliche Schweigepflicht und die Krankenhäuser sind nicht verpflichtet den unerlaubten Status zu melden. Obwohl die Krankenhäuser aufgrund des ärztlichen Geheimnisses keine Daten mehr weitergeben müssen, passiert dies dennoch, da die Gesetzeslage für viele unklar ist. So geben 43,6 % der Krankenhäuser (n=55) an, die Polizei zu verständigen. Seitens der Ärzte ist eine zufriedenstellende, medizinische Versorgung kaum möglich und häufig findet nur eine „low care“ Versorgung statt (Mylius 2016, 277). Das eigentlich benötigte Behandlungsspektrum und das, was nach gesetzlichen Vorgaben bezahlt wird, ist nicht deckungsgleich und wirft berufsethische Fragen auf (ebd). Die Kosten der Behandlung kann das Krankenhaus eigentlich geltend machen, jedoch gaben 82,9 % der befragten Krankenhäusern (n=46) an, auf ihren Kosten sitzen zu bleiben (Mylius, 286). Das Risiko der Finanzierung tragen somit die Krankenhäuser selbst.

Der gesundheitliche Zustand wird jedoch noch von weiteren Faktoren beeinflusst. Migrant*innen sind multiplen Postmigrationsstressoren ausgesetzt. Gesellschaftlicher Ausschluss, unsichere Lebensbedingungen und der Aufenthaltsstatus nehmen einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit (Kluge, Rapp, Mehran, Jumaa & Aichberger et al. 2019). Eine ganzheitliche Behandlung wäre von Nöten und zwingt die Kommunen weitere Unterstützungsangebote aufzustellen. Dies soll im folgenden Kapitel erläutert werden.

4.1. Mögliche Unterstützungsangebote (Claudia Winter)

Aufgrund der prekären gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Krankenkassenzugehörigkeit organisieren Städte und Kommunen sich selbst und bieten auf unterschiedliche Art und Weise niedrighschwellige Gesundheitsversorgungsangebote an. Der Bedarf ist hoch und Hilfsorganisationen verzeichnen eine vermehrte Nachfrage (Mylius, S.142). Meist ist diese Art der humanitären Versorgung in den Großstädten angesiedelt. Es gibt derzeit in Deutschland ca. 43 Medibüros (Klunker 2020), welche meist mit Hilfe ehrenamtlicher Helfer, zwei-bis dreimal pro Woche Sprechstunden in ihrem Bezirk anbieten. Diese kooperieren mit niedergelassenen Arztpraxen, die kostenlose oder geringfügig bezahlte Behandlung anbieten. Eine erste spendenfinanzierte ambulante Versorgung erfolgte in Berlin durch die „Malteser Migrantinnen Medizin“ heute „Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (MMM)“ (Kanalán, Krajewski & Geks, 2018, 207). Diese bieten die Leistungen an, die unter § 4 AsylbLG fallen, dies bedeutet eine Behandlung im Notfall, bei akuter

Erkrankung und Schwangerschaft. Jedoch wenn nötig unter Wahrung der Anonymität. Auf der Website der MMM in Darmstadt wird das Klientel folgendermaßen beschrieben:

- Bürger*innen aus den neuen EU-Mitgliedsländern
- Besucher*innen aus anderen Ländern
- Student*innen, die die Regelstudienzeit überschritten haben
- aber auch deutsche Mitbürger*innen, zum Beispiel Selbstständige, die ihre private Krankenversicherung nicht mehr zahlen können (Kanzler 2022).

Auch hier arbeiten die Mitarbeiter ehrenamtlich und Medikamente oder spezifische Behandlungen werden durch Spenden finanziert (Kanzler 2022). Ein anderes Unterstützungsangebot sind sogenannte Clearingstellen. Diese bieten vor allem Beratungen an und versuchen den Aufenthaltsstatus zu legalisieren und die Betroffenen durch den rechtlichen Dschungel zu begleiten. Seit 2021 gibt es eine solche Clearingstelle auch in Frankfurt am Main. Diese ist in dem Gebäude des Gesundheitsamts untergebracht und wird von den Berater*innen vom Fachbereich „Soziale Arbeit und Gesundheit“ der Frankfurt University of Applied Sciences betreut. Deren Ziel ist es, [...] möglichst viele Frankfurter Bürger:innen mit ungeklärtem Krankenversicherungsschutz (wieder) ins medizinische Regelsystem zu vermitteln“ (Akman 2022). Eine weitere Besonderheit ist dort auch die Studentische Poliklinik, die im nächsten Kapitel näher beschrieben werden soll. In Göttingen und Hannover werden in einem Modellversuch anonyme Krankenscheine verteilt, mit derer die Betroffenen anonym zu einem Arzt ihrer Wahl gehen dürfen. Zunächst werden sie an einer Beratungsstelle informiert und Möglichkeiten besprochen (Kanalán et al., 2019). Es zeigte sich eine steigende Inanspruchnahme des Angebots (Mylius, 179) und dennoch ist das Modellprojekt 2018 ausgelaufen und wurde nicht weitergeführt. Trotz des steigenden Angebots niedrighschwelliger Leistungen für Menschen ohne Zugehörigkeit einer Krankenkasse, können nicht alle „Bedürftigen“ versorgt werden. Die Nachfrage ist höher als es Angebote gibt (Kanalán et al., 2019). Es scheint, dass sich eine parallele Versorgung neben dem eigentlichen Gesundheitssystem entwickelt (ebd.), in der es vom reinen Zufall abhängt, welche Versorgung der/die Betroffene erhält. Es kann z.B. vom Wohnort abhängen, ob man eine Anlaufstelle hat oder weit fahren muss. Die Wahrung der Anonymität oder dass man unter Umständen an die Polizei gemeldet wird, obliegt dem Mitarbeiter im Krankenhaus und dessen Wissen über die Gesetzeslage. Kanalán et al. (2016, 2019) beschreiben, dass, „der Zugang irregulärer Migrant_innen zu medizinischer Versorgung aufgrund von »Mitleid statt Menschenrecht« erfolgt“.

5. Vorstellung des Projektes StuPoli (Chris Schubert)

5.1. Was ist StuPoli?

Studentische Polikliniken werden auch Student- Run Free Clinics genannt. Diese Student- Run Free Clinics gibt es in den USA bereits seit Ende der 1960er Jahre. Inzwischen gibt es circa 120 dieser Student- Run Free Clinics in den USA. Hierbei handelt es sich um Praxen in der Primärversorgung, welche von Studenten geführt und verwaltet werden. Dies bedeutet, dass Medizinstudent*innen (müssen das 3. Klinische Semester abgeschlossen haben) unter ärztlicher Supervision Menschen ohne Krankenversicherung versorgen und behandeln, die ansonsten keinen Zugang zu einer ärztlichen Versorgungsstruktur aufweisen können. Die StuPoli der Goethe Universität war zu der Zeit deutschlandweit die Erste.

StuPoli ist ein Projekt der Goethe Universität Frankfurt, welches im Jahr 2014 gegründet wurde. Menschen ohne Krankenversicherung können sich anonym und kostenlos beraten und medizinisch behandeln lassen. Das Angebotsspektrum für Behandlung gleicht dem einer üblichen Hausarztpraxis. Zudem verfügt die StuPoli über ein Netzwerk an Fachärzt*innen und kann bei Bedarf eine Weiterbehandlung organisieren.

Im Team von StuPoli befinden sich erfahrene Ärzt*innen sowie eine erfahrene Sozialarbeiterin (welche vom Gesundheitsamt eingestellt sind), Medizinstudent*innen der Goethe Universität Frankfurt sowie Student*innen der Frankfurt University of Applied Sciences aus dem Fachbereich Soziale Arbeit (sogenannte Beratungslotsen). Die Logistik und die Praxisräume werden ebenfalls vom zuständigen Gesundheitsamt vor Ort zur Verfügung gestellt.

Die Öffnungszeiten der StuPoli (In der Zeil 5, 60313 Frankfurt, 2.OG) sind dienstags zwischen 17 und 19 Uhr und mittwochs zwischen 18 und 20 Uhr, eine vorherige Anmeldung ist nicht notwendig (StuPoli, o. D.) (siehe Anhang A).

5.2. Welche Bedeutsamkeit hat StuPoli?

Durch das Projekt StuPoli bekommen Menschen mit einer sozialen Ausgrenzung einen Zugang zu grundlegenden Dienstleistungen wie beispielsweise einer medizinischen Versorgung oder die Begleitung und Betreuung von Sozialarbeiter*innen. Dadurch bekommen sie die Möglichkeit ein notwendiges Sicherheitsnetz aufbauen zu können und somit interaktiv in die Gesellschaft mit eingebunden zu werden.

Zum einen gibt das Projekt Medizinstudent*innen die Chance, neue Möglichkeiten in der Lehrforschung und der Medizinlehre kennenzulernen und zum anderen auch weiteren Student*innen (wie die Student*innen der Sozialen Arbeit) nicht versicherten Menschen

zu beraten und zu betreuen und somit eine Lücke innerhalb der Gesundheitsversorgung zu schließen.

5.3. Welche Randgruppe ist auf StuPoli angewiesen?

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, scheint die Dunkelziffer von den Menschen, die nicht krankenversichert sind, sehr hoch, was besonders in Ballungsgebieten wie beispielsweise Frankfurt am Main deutlich zu spüren scheint. Betroffen sind jedoch Menschen, die in einer sozialen Ausgrenzung leben, welche oftmals mit Armut einhergeht, sowie ethnischen Minderheiten.

6. Kritische Auseinandersetzung über die Notwendigkeit von StuPoli (Chris Schubert)

Generell lässt sich festhalten, dass die zentralen Voraussetzungen für eine Wirksamkeit der Menschenrechte sowie deren Anerkennung innerhalb der gesellschaftlichen Praxis einen durchaus prekären Aspekt einnehmen (Turner 2006, 1-6, zit. n. Bergemann 2018, 81). Diese Anerkennung wurde bereits im Jahr 1948 durch die Allgemeine Erklärung von den Menschenrechten der Vereinten Nationen geltend gemacht.

“Die Prekarität der Anerkennung der Menschenrechte lässt sich wiederum zurückführen auf die ebenfalls prekäre Anerkennung bzw. die unzureichende Achtsamkeit gegenüber der menschlichen Vulnerabilität in ihrer spezifischen Ausprägung und leiblichen Dimensionen bzw. gegenüber deren Appel- und Aufforderungscharakter, etwas gegen menschliches Leiden zu tun bzw. tun zu wollen” (Pristol 2016, 245; Butler 2006, 43 zit. n. Bergemann 2018, 81). Gerade im Hinblick auf die Diversität im Hinblick auf das Gesundheitssystem ist dies kritisch zu betrachten. Es kommt zunehmend zu gravierenden Problemen im Zusammenhang mit grundlegenden ethischen Werten. (z.B. Autonomie oder Würde aber auch des Nichtschadens und der Fürsorge). Dies hat zur Folge, dass betroffene Menschen nicht adäquat versorgt oder begleitet werden können. Hierzu zählen u.a. Menschen mit einem Migrationshintergrund, Geflüchtete sowie Menschen ohne einen Aufenthaltsstatus. Diese Menschen sind sowohl im Spezifischen als auch im Situativen vielen Vulnerabilitäten ausgesetzt, welche mit den persönlichen Situationen und Bedürfnissen kollidieren. (Deutscher Ethikrat 2016, 94-114; Borschlegel 2016; Riedel 2015, 49 zit. n. Bergemann 2018, 81).

Die StuPoli setzt genau an dieser Problematik an und versucht diese Menschengruppe, die am Rand der Gesellschaft leben, medizinisch zu versorgen und mit Hilfe von Sozialarbeiter*innen (Beratungslotsen) zu begleiten und, wenn nötig, auch weiter zu vermitteln.

In der Ringvorlesung zu StuPoli von Frau Röhl und Herrn Lenz, welche in ihrer Studienzeit selbst bei dem Projekt StuPoli mitgewirkt haben, analysierten die gesellschaftlichen Verhältnisse, die StuPoli für diese betroffenen Menschen so wichtig werden lässt.

In ihrem Vortrag haben sie sich auf den Soziologen S. Baumann bezogen, welcher sich im Rahmen seines Buches „Verworfenes Leben - Die Ausgegrenzten der Moderne“ ebenfalls mit diesem sozialen Ausschluss in der gegenwärtigen Gesellschaft beschäftigt hat. In Ihrem Vortrag benannten sie diese Personengruppe als „die Überflüssigen“, da Baumann diesen Begriff in seinem Buch ebenfalls als passend definierte, da sie sich innerhalb der Gesellschaft überflüssig fühlen und wahrnehmen. Bei diesen Menschen besteht kein Nutzen für die nationale Wirtschaft, sie sind nicht verwertbar und haben somit keinen Anspruch auf Sozialleistungen, rechtliche Arbeitsregelungen und medizinische Versorgung.

Nur in lebensbedrohlichen Situationen können sie die medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen (Härtefallregelungen). Diesen Zustand versucht die StuPoli abzufangen und trotzdem zu versorgen. Hierfür gibt es weitere Fachärzt*innen und andere kooperierende Stellen, jedoch ist keine langfristige Unterstützung und Versorgung möglich (wie beispielsweise Psychotherapien, Entgiftungen usw.). Dies stellt leider eine sehr fragile und unsichere Form der Hilfe dar.

Zudem ist kritisch zu sehen, dass ein Großteil der Mitarbeiter*innen im Projekt StuPoli ehrenamtlich tätig sind, um eine gemeinschaftlich organisierte Hilfe anbieten zu können (wie bereits weiter oben beschrieben gibt es nur begrenzt bezahlte Stellen durch das Gesundheitsamt). Auf der anderen Seite ist es eine höchst prekäre Form der Hilfe, da diese nicht institutionalisiert ist. Generell ist nicht abzusehen, wie lang das Projekt StuPoli aufrechterhalten werden kann, da es von politischen Konstellationen abhängig ist und somit keine dauerhaft aufgestellte Hilfe darstellen kann. Dies sorgt dafür, dass die Betroffenen auf ein Wohlwollen der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen angewiesen sind, da sie keinen geregelten Anspruch auf Hilfeleistungen haben.

7. Fazit und Ausblick (Claudia Winter)

Die Lage von Menschen ohne Zugehörigkeit einer Krankenkasse ist wie bereits beschrieben prekär. Die Unterstützungsangebote bilden nur ein Bruchteil des eigentlichen Bedarfs ab und sind für beide Seiten nicht zufriedenstellend. Dennoch sind diese Angebote, die einzige Möglichkeit und das wirft Fragen auf. Vor allem sehen wir es als eine Aufgabe der Politik an, sich mit diesen Fragen zu beschäftigen. Humanitäre Belange können nicht vom Ehrenamt allein gestemmt werden. Das ehrenamtliche Engagement kann genutzt werden, aber sollte nicht als Lückenfüller politischen

Versagens fungieren. Vermutlich ist das „Wegschauen“ der Politik eine strategische Überlegung, Menschen mit illegalem Status dazu zu bringen in ihr Land zurückzukehren. Jedoch halten wir das für ein Vergehen an der Menschlichkeit und die Verletzung des Rechts auf Gesundheit. Der Spagat zwischen Anspruch und Wirklichkeit ist in der Pflege schon länger zum Alltäglichen geworden. In der Recherche ist uns jedoch aufgefallen, dass die Pflege nicht in den Beratungsstellen und Unterstützungsangeboten vertreten ist. Es wäre aber durchaus denkbar z.B. im Bereich der Wundversorgung, der medizinischen /pflegerischen Beratung mittägig zu werden. Die bestehenden Netzwerke könnten so erweitert werden. Pflegeschulen suchen zudem immer wieder Kooperationspartner für die ambulanten Praxiseinsätze der Auszubildenden. Im Rahmen meiner Arbeit habe ich die Elisabeth Straßenambulanz kontaktiert und diese nun als Einsatz für die Auszubildenden gewinnen können. Diese dürfen dort in ihrem vierwöchigen Einsatz sehr wertvolle Erfahrungen machen und unterstützen für die Zeit die Mitarbeiter. Wir denken, dass dieses Potenzial weiter ausgeweitet werden könnte. Es wäre wünschenswert, wenn sich die Fachbereiche der Sozialen Arbeit nicht nur mit den Ärzt*innen, sondern auch mit den Pflegenden vernetzen. Dies könnte ein Gewinn für beide Seiten darstellen und die Ehrenamtlichen entlasten. Die grundsätzliche Problematik und die Forderung an die Politik bleiben dennoch unumstritten und können unserer Meinung nach nur durch das Aufmerksam machen auf die Problematik durch Hilfsorganisationen erfolgen. Uns war diese Thematik vor der Vorlesung von Herrn Lenz und Frau Röhl nicht in diesem Umfang bekannt und von StuPoli hatten wir noch nie gehört. Mehr Medienpräsenz könnte die Politik zumindest unter Druck setzen sich mehr damit auseinanderzusetzen.

Literaturverzeichnis

- Akman, T. (2022). Clearingstelle 1.0 am Gesundheitsamt Frankfurt am Main. URL: <http://www.gesundheit-ein-menschenrecht.de/kontaktstellen/hessen/clearingstelle-10-am-gesundheitsamt-frankfurt-am-main> (abgerufen am 26.08.22).
- Bergemann, L. (2018). Ethische Probleme im Gesundheitswesen und Konzepte von Vulnerabilität. Chancen für ein menschenrechtliches Empowerment? In: L. Bergemann & A. Frewer (Hg.), Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin: Menschenrechte, Ethik, Empowerment. Bielefeld: transcript, 73-114.
- Day, J. (2021). Demokratie & Gerechtigkeit. Soziale Ausgrenzung: Definition, Auswirkungen, Beispiele, Zukunftsaussichten. Wir alle wollen in einer Gesellschaft leben, in der uns die gleichen Möglichkeiten offenstehen, gehört zu werden und ein glückliches Leben zu führen, wie allen anderen. Gerechter Zugang zu Menschenrechte, Möglichkeiten und Ressourcen geht uns alle an. Civil Liberties Union for Europe. Berlin. URL: <https://www.liberties.eu/de/stories/soziale-ausgrenzung-definition-auswirkungen-beispiele-zukunftsaussichten/43579#> (abgerufen am 06.09.22).
- Hilscher, C. Soziale Ausgrenzung, Exklusion (Psychologie). URL: <https://psylex.de/psychologie-lexikon/sozialpsychologie/ausschluss> (abgerufen am 06.09.22).
- Kanzler, R. (2022). Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung. URL: <https://www.malteser-darmstadt.de/dienste-und-angebote/weitere-angebote/medizin-fuer-menschen-ohne-krankenversicherung.html> (abgerufen am 29.08.22).
- Klunker, R. (2020) Standorte. URL: <https://medibueros.org/>(abgerufen am 9.09.22).
- Schlicht, A. (2016). 80.000 Menschen in Deutschland haben keine Krankenversicherung. In: Finanzen.de. Vermittlungsgesellschaft für Verbraucherverträge GmbH. URL: <https://www.finanzen.de/news/80000-menschen-deutschland-haben-keine-krankenversicherung>(abgerufen am 29.08.22).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020. Weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Pressemitteilung Nr. 365 vom 15 September 2020. Wiesbaden. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_365_23.html (abgerufen am 29.08.22).
- StuPoli (Studentische Poliklinik Frankfurt) (o. D.). Armut & Gesundheit in Deutschland e.V.. Mainz. URL: <http://www.gesundheit-ein-menschenrecht.de/kontaktstellen/hessen/stupoli-studentische-poliklinik-frankfurt> (abgerufen am 15.08.22).

Anhang

Anhang A



(Quelle: StuPoli, o.D)