

# CAYA-Praxis Köln

*„Come as you are“*

## Konzept

### Hintergrund

„Laut aktuellem Paritätischen Armutsbericht hat die Armutsquote in Deutschland mit 15,9 Prozent (rechnerisch 13,2 Millionen Menschen) einen neuen traurigen Rekord und den höchsten Wert seit der Wiedervereinigung erreicht. Der Paritätische Wohlfahrtsverband warnt ..., dass alles darauf hindeute, dass die Auswirkungen der Corona-Krise Armut und soziale Ungleichheit noch einmal spürbar verschärfen werden“. Dieses Zitat entstammt der Pressemitteilung vom 22.11.2020 des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes zur Veröffentlichung des jährlichen Armutsberichtes.

In Deutschland leben derzeit ca. 61.000 Menschen, die trotz einer gesetzlichen Pflicht nicht krankenversichert sind (Mikrozensus 2019 des Statistischen Bundesamtes). Die Gründe hierfür sind vielfältig, wobei überwiegend ein sog. sozialer Abstieg ursächlich ist. Die Rückkehr in die gesetzliche oder private Krankenversicherung ist für die Betroffenen mit großen Hürden versehen. Der Befund, dass die Gruppe von Menschen am unteren Ende des sozialen Gefüges nicht kleiner wird, weist darauf hin, dass mit diesem Phänomen der medizinischen Unterversorgung auf künftig zu rechnen sein wird. Die weltweite Krise durch Covid-19 hat die Schere zwischen arm und reich weiter geöffnet. Dies meint nicht nur die direkte Betroffenheit durch die Infektion, sondern auch den Verlust materieller und sozialer Absicherung im Gefolge der Pandemie. Das Armutsrisiko ist in den letzten 10 Jahren von gut 10% auf über 16% gestiegen (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, 2019).

Weiterhin sind gegenwärtig ca. 680.000 Menschen in Deutschland wohnungslos (+ 4,2% von 2017 nach 2018), wovon ein Teil ausschließlich auf der Straße lebt. Für Nordrhein-Westfalen wird diese Zahl auf mehr als 40.000 geschätzt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e.V., BAGW). Ca. 30% hiervon sind Frauen. Der Anteil der EU-Bürger an der Gruppe der Obdachlosen ist in den letzten 10 Jahren von unter 5% auf über 10% gestiegen (BAGW). Wohnungslosigkeit bedeutet nicht nur das Leben auf der Straße. Auch die Unterkunft bei Bekannten, Verwandten, in Notunterkünften oder anderen Schlafstellen muss aufgrund der unzumutbaren Bedingungen mitunter als prekär bezeichnet werden. Der Frauenanteil hat sich zudem in den letzten 20 Jahren nahezu verdoppelt, der der Jüngeren nimmt zu. Rund 11% der Familien sind ohne Obdach, die übrigen leben in prekären Verhältnissen. 46 % der Hilfesuchenden sind alleinerziehende Frauen in Haushalten mit minderjährigen Kindern.

„Neue“ Trends der letzten Jahre sind die Zuwanderung von Geflüchteten, ein nicht legaler Arbeitsmarkt für marginalisierte Menschen (Tagelöhner, weibliche und männliche

Prostitution) oder der bereits erwähnte soziale Abstieg durch die wirtschaftlichen Entwicklungen durch Covid-19. Gerade letzteres spielt eine besondere Rolle, da durch die Krise auch ein Teil der Hilfsorganisationen durch ihre eigene Gefährdung die Arbeit eingestellt haben. So sind im Sommer 2020 noch ca. 20% der ursprünglichen Tafeln in Deutschland geöffnet. 30-50% der Hilfesuchenden in den Metropolen sind ohne deutsche Staatsbürgerschaft (steigende Tendenz).

Noch einmal aus dem Eingangszitat des Deutschen paritätischen Wohlfahrtsverband: „Die Befunde des diesjährigen Armutsberichts sind alarmierend: Bei allen ohnehin seit Jahren besonders armutsbetroffenen Gruppen (wie bspw. Alleinerziehenden, Arbeitslosen und kinderreichen Familien) hat die Armut von 2018 auf 2019 noch einmal zugenommen. Betrachtet man die Zusammensetzung der Gruppe erwachsener Armer ist der ganz überwiegende Teil erwerbstätig (33,0 Prozent) oder in Rente (29,6 Prozent). Regional betrachtet wuchs die Armut 2019 im Vergleich zum Vorjahr praktisch flächendeckend. Positive Entwicklungen, die zuletzt in den ostdeutschen Bundesländern zu beobachten waren, sind gestoppt... Das problematischste Bundesland bleibt mit Blick auf Armutsdichte und Dynamik Nordrhein-Westfalen: Seit 2006 ist die Armutsquote in dem bevölkerungsreichen Bundesland zweieinhalbmal so schnell gewachsen wie die gesamtdeutsche Quote“.

Die genannten Fakten umreißen das Phänomen der Marginalisierung relevanter Bevölkerungsgruppen durch Armut und Wohnungslosigkeit. Die folgenden Gruppen sind insbesondere von sozialem Abstieg und Wohnungslosigkeit betroffen:

- Menschen ohne Krankenversicherung
- Ausländische Staatsbürger ohne gesicherten Aufenthaltsstatus (v.a. EU-Bürger der östlichen Länder)
- Alleinerziehende Frauen
- Rentner mit geringem Einkommen
- Eine Verschlechterung der sozialen Absicherung ist bei jungen Menschen, Familien mit minderjährigen Kindern und Frauen zu beobachten.

Folgende Dimensionen der Benachteiligung marginalisierter Menschen lassen sich aufzählen:

- Unzureichende bzw. minderwertige Ernährung
- Erschwerte bzw. nicht vorhandene Hygienebedingungen
- Inadäquater Schutz gegen Hitze, Kälte, Feuchtigkeit
- Kommunikationsstörungen (Angst, Scham, sprachliche Barrieren)
- Kriminalität (Opfer von Diebstahl, Gewalt, sexuellen Übergriffen)
- Multimorbidität, Drogenabhängigkeit

- Ungenügende medizinische Versorgung, insbesondere bei psychischen und Suchterkrankungen
- Verhaltensstörungen
- Diskriminierung

Die mittlere Lebenserwartung von Menschen ohne gesicherte Wohnverhältnisse liegt bei 46,5 Jahren. Ca. 90% dieser Personen finden keinen Zugang zum medizinischen Regelleistungssystem. Diese Zahlen allein deuten an, welche außerordentliche Unterversorgung bei diesen Menschen besteht. Als Hauptforderung für diese Menschen muss formuliert werden, dass sie auf dem gleichen Niveau wie die „Normalbevölkerung“ medizinisch zu versorgen sind.

Marginalisierte Menschen und wohnungslose haben im öffentlichen Diskurs nur eine schwache Lobby. Die CAYA-Praxis versucht daher, durch Beratung, Vermittlung und Behandlung für diese Gruppe einzutreten und durch konkrete Arbeit ihre Situation zu verbessern. Als Ergänzung zum bereits etablierten Hilfesystem in Köln verfolgt sie die folgenden Ziele.

Ziele der CAYA-Praxis:

- Medizinische Versorgung
- Versuch der Vermittlung ins medizinische Regelleistungssystem
- Versuch der Vermittlung in gesicherte Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse

Gegenwärtig arbeiten in Köln viele kommunale, freigemeinnützige und ehrenamtliche Organisationen in der niederschweligen Wohnungslosenhilfe und aufsuchenden medizinischen Versorgung. Eine Praxis als feste Anlaufstelle für Gesundheitsdienstleistungen existiert 2020 noch nicht. Dies ist die Motivation zur Gründung der CAYA-Praxis. Eine Vernetzung mit den etablierten Anbietern wird angestrebt, um die Versorgungsstruktur in Köln zu ergänzen. Die Verlagerung bereits funktionierender Angebote in die Praxis ist nicht geplant.

## Aus der Satzung des Vereins (§2)

1. Der Verein ist wohltätig, überkonfessionell, überparteilich und unabhängig von anderen Organisationen.
2. Zweck des Vereins ist insbesondere, Initiativen, Modelle und Projekte zu entwickeln, zu betreiben bzw. zu unterstützen, die die Gesundheitsversorgung armer und sozial benachteiligter Menschen zum Inhalt haben. Hauptschwerpunkt ist hierbei die

Verbesserung der Gesundheit und medizinischen Versorgungssituation der Zielgruppe. Hierbei wird der Satzungszweck insbesondere durch folgende Maßnahmen verwirklicht:

- Angebote ärztlicher, pflegerischer und sozialarbeiterischer Hilfen im Rahmen von medizinischen Sprechstunden, aufsuchende medizinische Hilfen im Sinne einer „medical Streetwork“, den Betrieb einer Caya-Praxis oder einer fahrbaren Ambulanz, Begleitung, Einzelbetreuung oder Förderung im Krankheitsfall;
  - Geeignete Maßnahmen zur Hilfe und Anregung zur Selbsthilfe von Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (u.a. im Sinne von § 72 Bundessozialhilfegesetz);
  - Planung, Durchführung und Koordination von Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge und Krankenversorgung sozial benachteiligter Menschen in Kooperation mit anderen v.a. gemeinnützigen beteiligten Körperschaften;
  - Kooperation mit Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie der städtischen Stellen der sozialen Unterstützung zur Reintegration wohnungsloser Patientinnen und Patienten in die ambulante und stationäre Regelversorgung bzw. dem Erhalt einer ständigen eigenen Wohnung;
  - Fortbildung und Beratung von in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, des Gesundheitswesens oder der sozialen Sicherungssysteme Beschäftigten;
  - Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer fundierten und kompetenten Informationsvermittlung der Lebens- und speziell Gesundheitssituation sozialer Randgruppen (insbesondere wohnungsloser Menschen).
  - Wissenschaftliche Bearbeitung des Themenfeldes.
  - Erarbeitung und Herausgabe von Arbeitsmaterialien, Stellungnahmen und Fachveröffentlichungen zu den oben aufgeführten Themenschwerpunkten.
3. Der Verein kann seine Betreuungsmaßnahmen ambulant, teilstationär und stationär erbringen. Er kann andere Organisationen unterstützen, die den gleichen Vereinszweck wie unter S. 2 dargestellt verfolgen.

## Konzept CAYA-Praxis

Die CAYA-Praxis wird durch den gemeinnützigen Verein CAYA e.V. betrieben. Die zentralen Elemente der Betreuung erfolgen niederschwellig, ehrenamtlich und unentgeltlich. Dies bedeutet, dass jede\*r, der eine medizinische Leistung nachsucht, unabhängig vom sozialen, Versicherungs- bzw. Aufenthaltsstatus nach Möglichkeit versorgt wird. Es bestehen keine Einschränkungen des Zugangs. Gemäß der oben formulierten Ziele ist ein integraler Bestandteil der Betreuung, dass auch versucht wird, einen Anschluss ans medizinische Regelsystem herbeizuführen. Für dieses sind jedoch in der Regel eine Wohnadresse, ein Aufenthaltsstatus und eine Krankenversicherung die wesentlichen Voraussetzungen. Deshalb plant die CAYA-Praxis zusätzlich ein Beratungsangebot, um diese Probleme zu

adressieren. Die Klienten\*innen können frei entscheiden, ob sie dies annehmen oder nur die medizinische Versorgung erhalten.

Zur Gründung wird die Arbeit ehrenamtlich erfolgen. Dies bedeutet, dass die Angebote sich an der Verfügbarkeit durch motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientiert. Als langfristiges Konzept ist jedoch anzustreben, dass die Angebote, sofern sie sich etablieren, professionalisiert werden. So wäre wünschenswert, dass die medizinische Praxis eine KV-Zulassung erhält und die Beratung durch die Stadt Köln vor Ort übernommen wird. Auf diese Weise wird dem zentralen Ansatz der Arbeit Geltung verschafft: Die medizinische Versorgung sowie die soziale Absicherung der Klienten\*innen sollen nicht schlechter als bei der übrigen Bevölkerung sein. Auch ein Nebeneinander von KV-Praxis (für Personen mit Krankenversicherung) und gemeinnütziger Verein (für Personen ohne Krankenversicherung) als Betreiber der Praxis ist denkbar. Dies ist in den Anfangsjahren jedoch noch nicht zu erwarten.

Einzelne Funktionen sind darüber hinaus nur durch reguläre Arbeitnehmer\*innen zu erbringen. Dies sind beispielsweise die Zentrale, die Administration, der Reinigungsdienst, etc. Aus diesem Grunde wird der Verein neben der ehrenamtlichen Arbeit nach Erfordernis auch Arbeitnehmer\*innen in Positionen anstellen, die nicht durch Freiwillige besetzt werden können. Solange sich engagierte Bürger\*innen für die Arbeit melden und die Praxis durch den gemeinnützigen Verein betrieben wird, gilt der Vorzug Ehrenamt vor angestellter Arbeit. Dieser Ansatz kann nur verlassen werden, wenn die finanzielle Ausstattung des Vereins durch Spenden dies zulässt. Auch andere Geldquellen zur Unterstützung wie Benefizveranstaltungen (z.B. Kunst) sind anzustreben.

Ein wesentlicher Aspekt ist eine wissenschaftliche Begleitung der Arbeit, damit die CAYA-Praxis einen Beitrag zu Verbesserung der nur sehr lückenhaften Kenntnisse über die Medizin bei nicht krankenversicherten und marginalisierten Menschen erbringen kann. Ein Beispiel für Forschung in dieser Gruppe ist eine Studie, die unter dem Titel „Arzneimittelversorgung für Menschen in prekären Lebenssituationen – Schriftliche Befragung von medizinischen Hilfen“ publiziert wurde (Fey A, Gesundheitswesen 2021; DOI 10.1055/a-1385-0131). Es konnte aufgezeigt werden, dass die Versorgung von Menschen am Rande der Gesellschaft mit Arzneimitteln nicht nur defizitär ist, sondern auch in Teilen nicht regelkonform durchgeführt wird. Während die Abgabe von Medikamenten als Akutbehandlung in vielen Initiativen der Obdachlosenbetreuung weitgehend funktioniert, ist die dauerhafte medikamentöse Versorgung chronischer Krankheiten nicht realisiert. Dies untermauert eindrücklich die oben angesprochenen Thesen:

- Die medizinische Versorgung marginalisierter Gruppen ist in Deutschland ist unzureichend
- Es erfordert feste Strukturen mit nachhaltiger Implementation, um dieser Tatsache entgegen zu wirken
- Die CAYA-Praxis wird hier einen Beitrag zur Verbesserung in Köln leisten und
- den Kenntnisstand im Problemfeld erweitern