

Jahresbericht 2013

Humanitäre Sprechstunde

Amtsärztliche und sozialmedizinische Aufgaben für Erwachsene

Vorbemerkung

Die Humanitäre Sprechstunde bietet seit 2010 auf Initiative der MitarbeiterInnen der AIDS/STD- Beratungsstelle eine medizinische Basisversorgung für papierlose und unversicherte Migranten und Migrantinnen an. Auslöser waren Menschen, die auf Grund einer akuten Erkrankung jenseits einer sexuell übertragbaren Krankheit medizinische Hilfe benötigten, jedoch ohne Krankenversicherungsschutz waren. Da das Vertrauen in die MitarbeiterInnen groß war und ist, war es für die Beteiligten selbstverständlich, für die Humanitäre Sprechstunde Verantwortung zu übernehmen.

Andere Institutionen und die Politik mussten in vielen Gesprächen von der Notwendigkeit einer solchen Einrichtung überzeugt werden. Durch den Magistratsbeschluss im Oktober 2012 wurde schließlich die dauerhafte Fortführung der Humanitären Sprechstunde ab Januar 2013 festgeschrieben.

Die Sprechstunde findet wöchentlich montags von 9.00 bis 10.00 Uhr statt. Vorab wird im Rahmen einer Beratung im Gesundheitsamt, dem so genannten Clearingverfahren, abgeklärt, inwieweit ein Zugang in das reguläre medizinische Versorgungssystem möglich ist. In dringenden Fällen wird den PatientInnen auch außerhalb der Sprechzeiten sofort Hilfe zuteil. An Hand der gestiegenen Patientenzahlen kann ermessen werden, welchen tatsächlichen zeitlichen Umfang die Sprechstunde 2013 hatte.

Die Humanitäre Sprechstunde ist als Anlaufstelle sowohl bei den Hilfesuchenden als auch bei den Bremerhavener Institutionen fest etabliert. Die MitarbeiterInnen haben ein gut funktionierendes Netzwerk geschaffen, durch welches Synergien entstanden sind und Doppelstrukturen vermieden wurden.

Viele niedergelassene (Zahn-) ÄrztInnen wurden 2013 für die ehrenamtliche medizinische Versorgung gewonnen, so dass auf nahezu alle Fachdisziplinen zurückgegriffen werden kann, wenn eine Überweisung notwendig war.

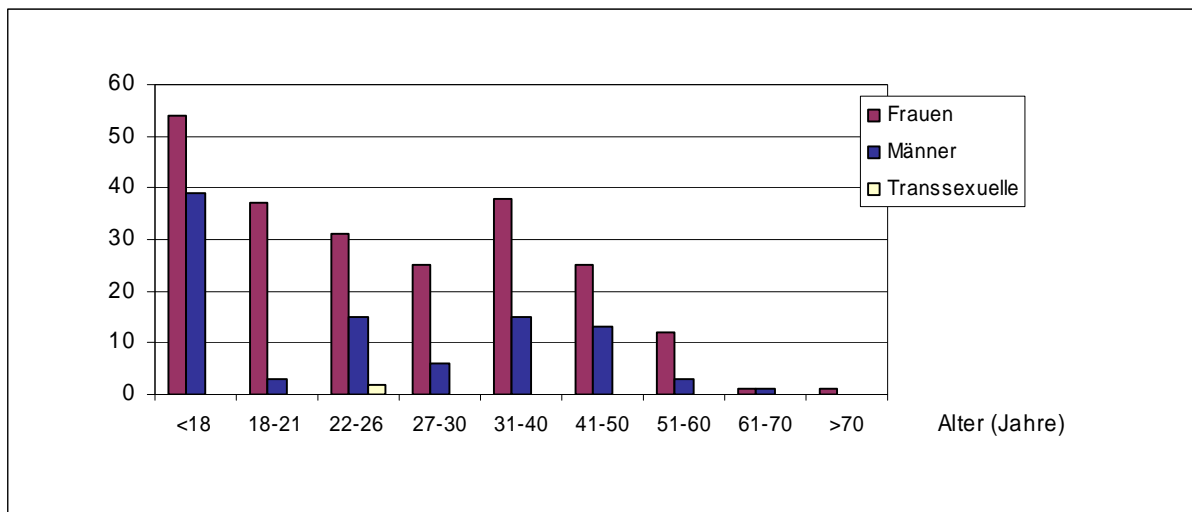
Zeitweise konnte die Sprechstunde im Gesundheitsamt dank einer ehrenamtlichen Allgemeinärztin in doppelter Besetzung abgehalten werden, was insbesondere zu Jahresbeginn in der Erkältungszeit eine Entlastung darstellte. Auch die türkischsprachige Dolmetscherin, die fest in die Sprechstunde eingebunden war, half sprachlichen und kulturellen Missverständnissen vorzubeugen.

Die MitarbeiterInnen schulterten die große Belastung mit Engagement und Teamgeist. Es bedarf jedoch in Zukunft einer Anpassungsmaßnahme, sowohl im medizinischen wie auch im sozialpädagogischen Bereich.

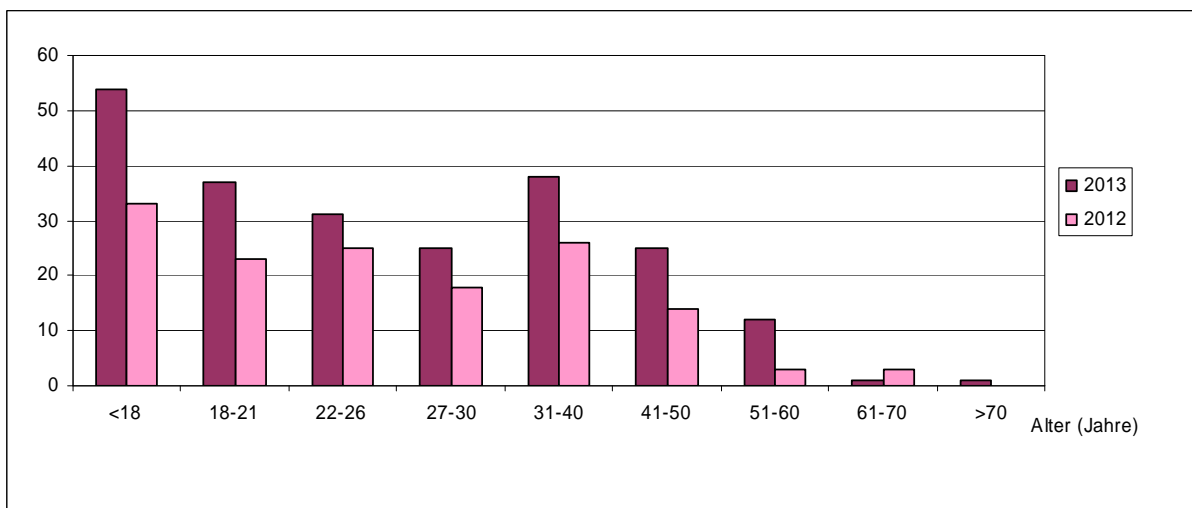
1. Patientendaten

Die Zahl der PatientInnen ist 2013 um 55% auf 321 gestiegen (2010: 78; 2011: 114 2012: 207). Der Zuwachs betraf alle Altersgruppen, jedoch zeigten sich signifikante Unterschiede in der Gruppe der 18-21- Jährigen bzw. der 41-50- Jährigen, hier war die Anzahl der Frauen um ein Vielfaches höher als die der Männer. Nach wie vor waren die PatientInnen durchschnittlich jünger als in einer „normalen“ Hausarztpraxis.

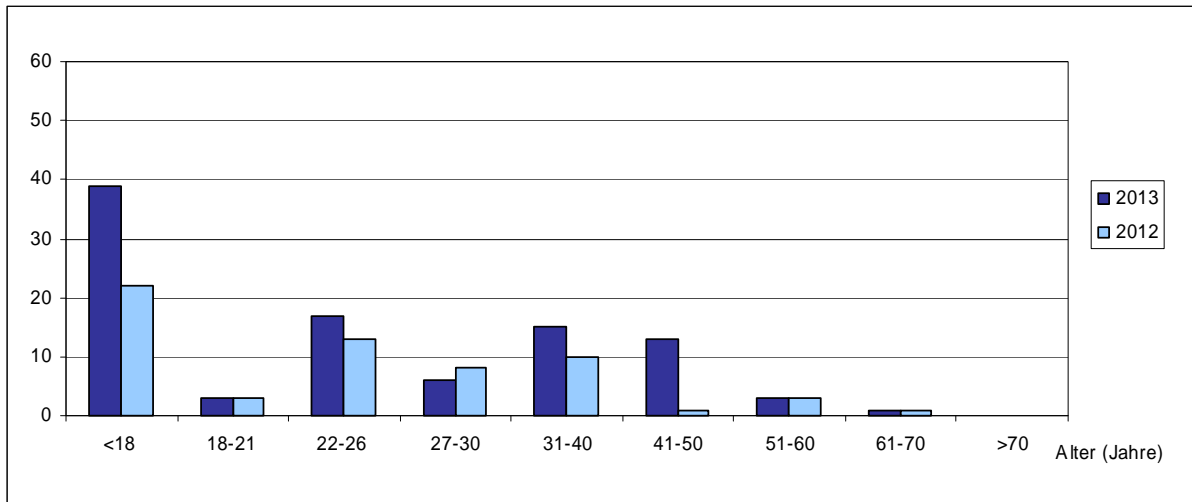
a. Altersverteilung



Altersverteilung der männlichen und weiblichen Patienten im Vergleich (N=321)

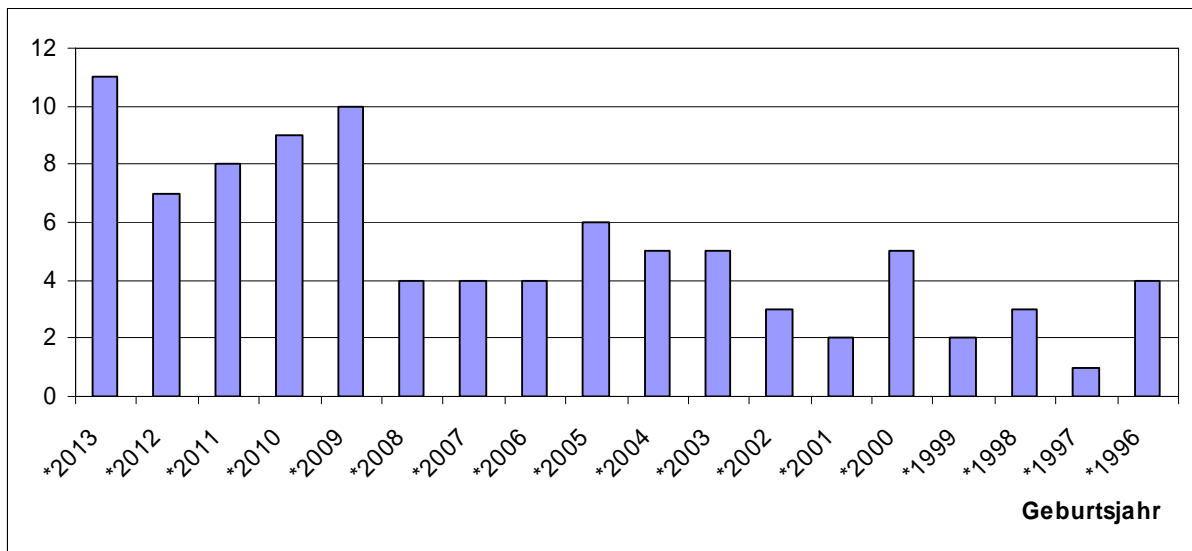


Altersverteilung der weiblichen Patienten (N=224)



Altersverteilung der männlichen Patienten (N=97¹)

Wie 2012 war mehr als jede/r vierte PatientIn jünger als 18 Jahre, mehr als die Hälfte jünger als sechs Jahre. Die Kinder benötigten Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und Impfungen. Die Kosten für die Impfstoffe belaufen sich pro Kind auf insgesamt über 700€. Da oftmals keine Impfdokumente vorhanden sind, müssen diese Kinder laut Empfehlungen des RKI² wie nicht Geimpfte behandelt und somit geimpft werden.



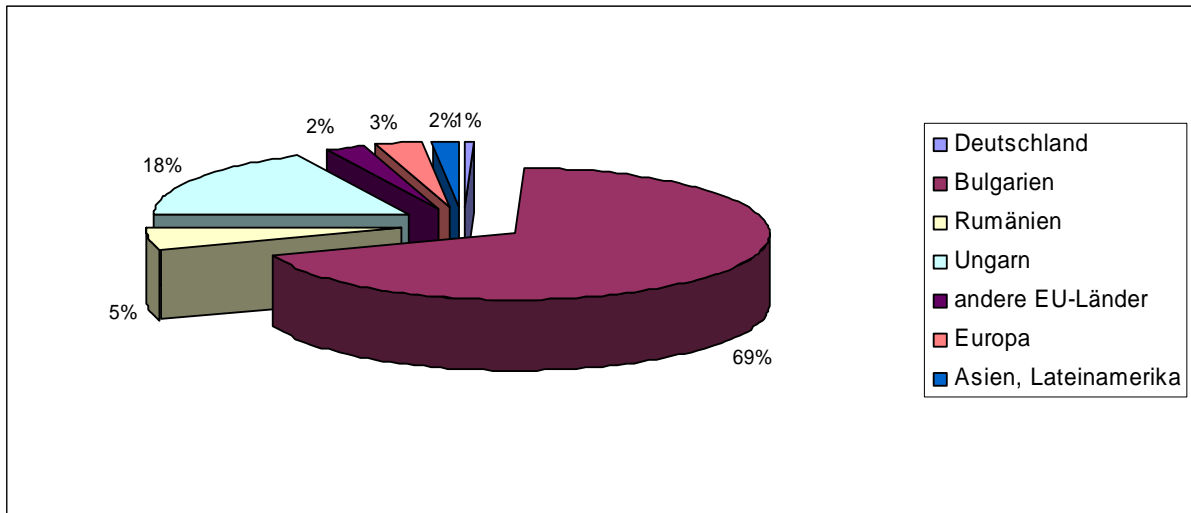
Altersverteilung der Kinder und Jugendlichen (N= 93)

¹ Transsexuelle Patienten wurden in dieser Darstellung den männlichen Patienten zugerechnet.

² Robert Koch Institut

b. Herkunftsregion

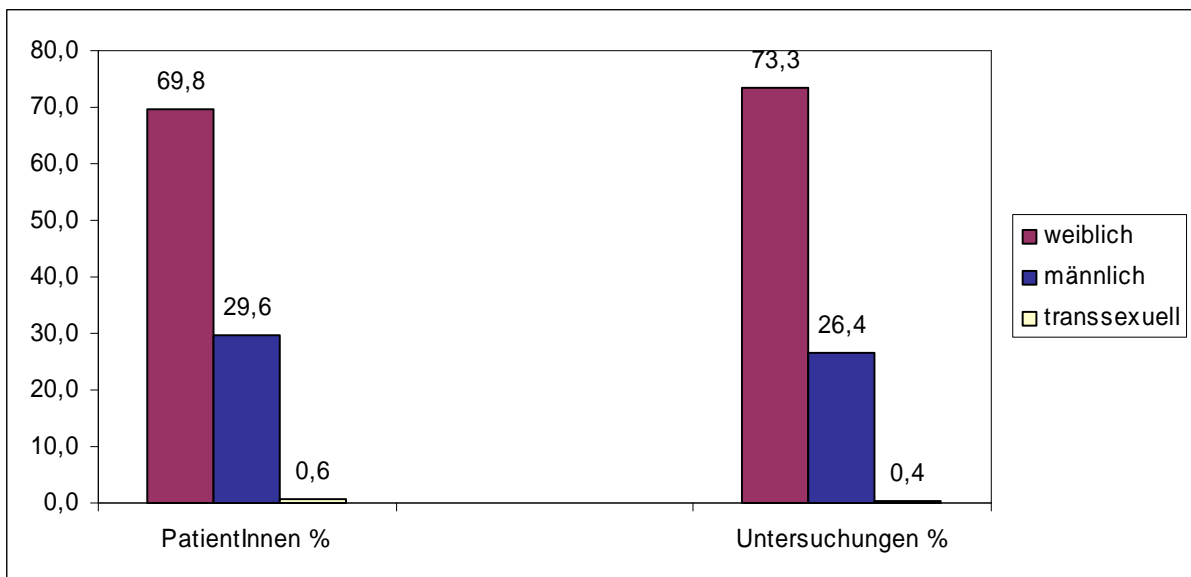
Zwei von drei Patient/innen gaben Bulgarien als Herkunftsland an. Jede/r achte Patient/in kam aus Ungarn und lediglich jeder zwanzigste aus Rumänien. 10% der PatientInnen entstammten anderen Regionen.



Herkunftsregion

2. Behandlungszahlen

Wie auch in den Vorjahren war die Mehrzahl der Hilfesuchenden weiblich. 2013 wurden 321 PatientInnen in 1126 Untersuchungen (2012: 207 PatientInnen, 745 Untersuchungen) behandelt, dies entspricht mehr als drei Sprechstundenbesuchen pro PatientIn. Es ergaben sich dabei kaum geschlechtsspezifischen Unterschiede.



Geschlechterverteilung bezüglich der PatientInnen bzw. Untersuchungen

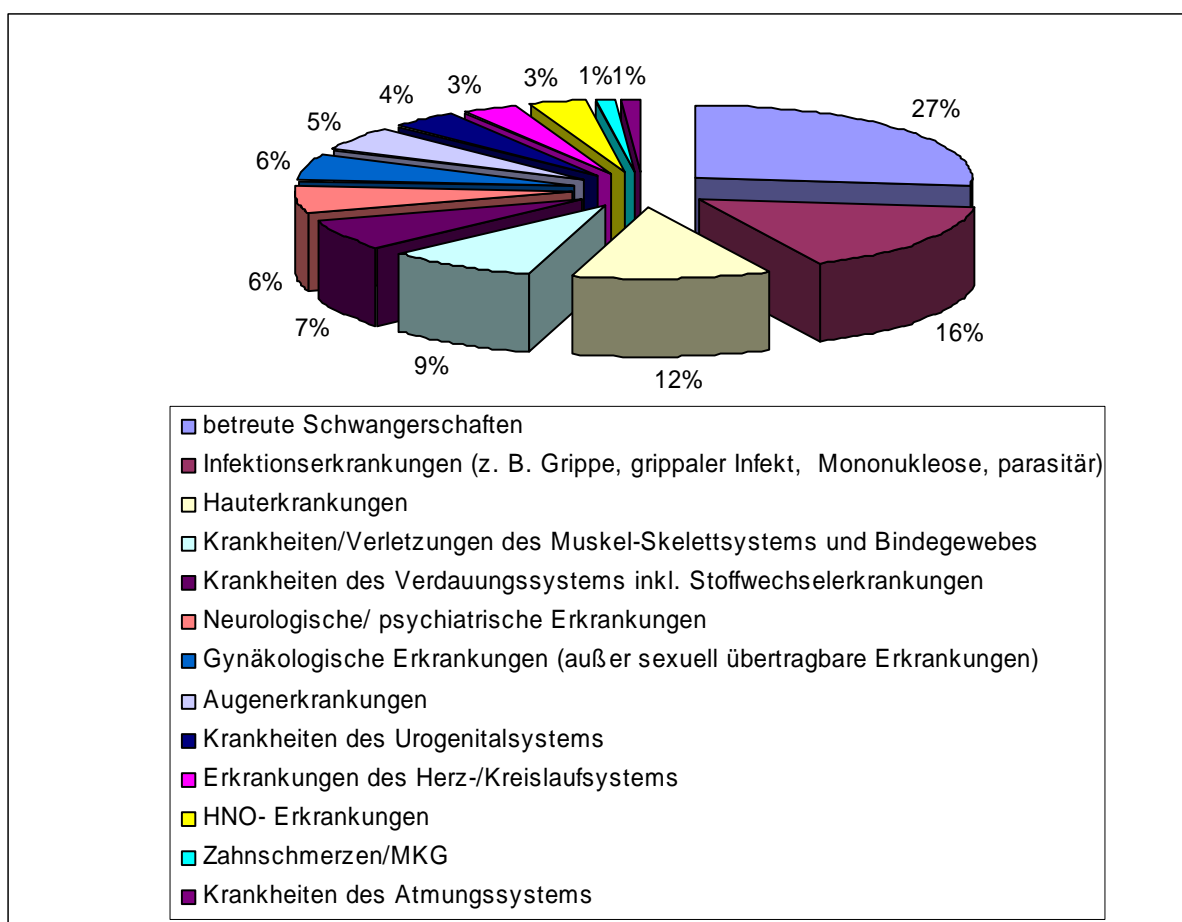
Bei mehr als jeder vierten Behandlung wurden die PatientInnen an kooperierende ÄrztInnen überwiesen (1126 Untersuchungen, 328 Überweisungen), wobei jede dritte Überweisung in den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst erfolgte. Häufige Gründe für die Weiterbehandlung waren ebenfalls gynäkologische Beschwerden, Schwangerschaft sowie Zahnschmerzen. Krankenhausaufenthalte waren lediglich bei Entbindungen erforderlich.

Überweisungen	Anzahl
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes	124
Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes	2
Gynäkologische Arztpraxis, Hebamme	57
Zahnarztpraxis	37
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin	33
Krankenhaus (u. a. auch Entbindung)	19
Praxis für Chirurgie, Orthopädie	10
Praxis für Allgemeinmedizin, Innere Medizin	13
Praxis für Dermatologie	11
HNO-ärztliche Praxis	6
Augenarztpraxis	6
Urologische Praxis	4
Praxis für Neurologie/ Psychiatrie	3
Physiotherapiepraxis	2
Radiologie	1

3. Krankheitsspektrum

Insgesamt wurden 490 Diagnosen erfasst (2012: 278), wobei lediglich die Hauptdiagnose berücksichtigt wurde.

Betreute Schwangerschaften, Infektions- und Hauterkrankungen waren bei jedem/r zweiten Patient/in der Behandlungsanlass, wobei die Betreuung der Schwangerschaften um 11% im Vergleich zum Vorjahr zunahm, während der Anteil der beiden anderen Gruppen konstant blieb.



Diagnosen

4. Schwangerschaften

Bei 88 Frauen wurde 2013 eine Schwangerschaft festgestellt. Das Durchschnittsalter betrug 23,9 Jahre (12 Jahre- 39 Jahre). Von den 51 Frauen, die einen Abbruch wünschten, ließen nach unserem Kenntnisstand 44 diesen Eingriff durchführen.

29 Schwangere wurden durch die Humanitäre Sprechstunde betreut, von denen 19 in diesem Jahr entbunden wurden. Acht Frauen erlangten während der Schwangerschaft einen Krankenversicherungsschutz, bei sechs Frauen erfolgte die Kostenübernahme durch das Gesundheitsamt.

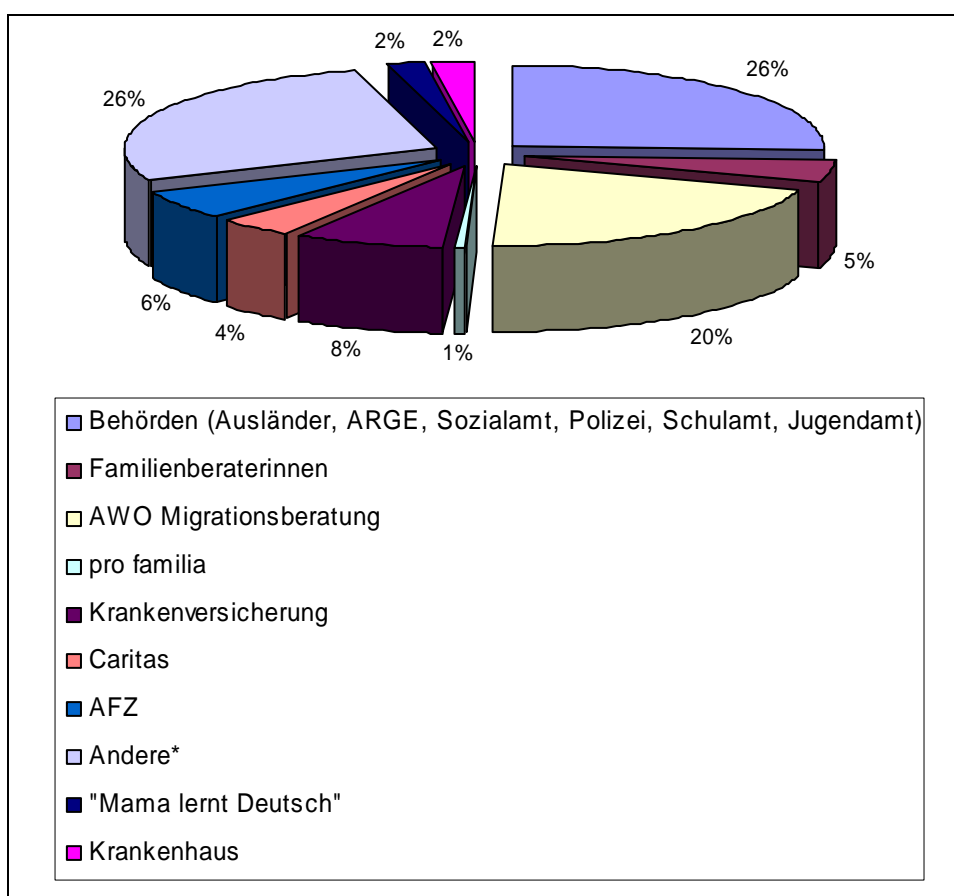
Die medizinische Betreuung entspricht den Vorsorgerichtlinien und ist sehr arbeits- und zeitintensiv. So wurden bei 132 Vorstellungen in der Sprechstunde 66 Blutentnahmen und fünf Zuckerbelastungstests (seit 9/13) durchgeführt.

Umfang der medizinischen und sozialen Betreuung im Rahmen der Schwangerschaft
Blutentnahmen im Rahmen der Richtlinien der Schwangerschaftsvorsorge, Zuckerbelastungstest (OGTT)
Koordinierung der Termine bei den niedergelassenen Gynäkologen
Information zu und Anbindung bei den Familienberaterinnen des Gesundheitsamtes ab der 24. Schwangerschaftswoche
Medizinische Versorgung der Schwangeren bei akuten Erkrankungen, ggf. Überweisung in weiterführende Diagnostik und Therapie
Anmeldung im Kreißsaal und ggf. Aushändigung der schriftlichen Kostenübernahme
Koordination der Termine für die Früherkennungsuntersuchungen sowie der Impfungen des Säuglings
Terminabsprache oder Hilfe zur Kontaktaufnahme mit der Caritas (Bundesstiftung „Mutter und Kind- Schutz des ungeborenen Lebens“) und der EU- Beratungsstelle/ AWO Migrationsberatung
Vermittlung zu einer niedergelassenen Orthopädin zur Hüftsonographie der Neugeborenen
Medizinische Versorgung des Säuglings bei akuten Erkrankungen und ggf. Überweisung in weiterführende Diagnostik und Therapie
Hilfen zur Erlangung des Krankenversicherungsschutzes

5. Daten der Clearingstelle

Jede/r neue PatientIn erhielt zunächst ein Gespräch in der Clearingstelle durch die SozialarbeiterInnen des Gesundheitsamtes. Ziel der Beratung war es abzuklären, inwieweit ein Zugang in das reguläre medizinische Versorgungssystem für den Patienten/die Patientin möglich ist. Die medizinische Versorgung in der Humanitären Sprechstunde erfolgte nachrangig, wenn es in einer der Erkrankung angemessenen Zeit nicht möglich war, einen Krankenversicherungsschutz zu erlangen.

Die Clearingstelle der Humanitären Sprechstunde wurde im Jahr 2013 von 387 Personen aufgesucht. Hierbei handelte es sich um 175 Erstkontakte und 212 Mehrfachkontakte. Von den 387 Hilfesuchenden waren 226 Frauen, 88 Männer, und es kamen 88 Kinder. Die KlientInnen erhielten 331-mal eine Beratung und 56-mal eine Information.



Andere*: Rechtsberatung, Wohnungsbaugesellschaften, Botschaft, Arbeitnehmerkammer, Solidarische Hilfe, Arbeitgeber, ausländische Sozialträger, Kindertagesstätten, ReBuZ, Rückenwind, Schuldnerberatung, Suchtberatung, Diakonie/GISBU), karitative Einrichtungen zur Grundversorgung, Initiative Jugendhilfe Bremerhaven

Die Beratungsstellen außerhalb des Gesundheitsamtes stellten eine Entlastung der Beratungsfrequenz dar. Die Beratungen im Clearing des Gesundheitsamtes waren überwiegend zeitintensiv, da die Problemlagen oft mit sozialen und rechtlichen Fragen verbunden waren, die zu komplexen Fallkonstellationen führten. Hierfür war die Zusammenarbeit mit einer Dolmetscherin unabdingbar, um den umfangreichen Sachverhalt zu eruieren und den KlientInnen zu vermitteln.

Obwohl das Clearing ausschließlich für den Krankenversicherungsschutz zuständig sein soll, war es für die MitarbeiterInnen notwendig, sich umfangreiches Wissen zu verschiedenen Fachgebieten wie z. B. Sozialrecht, Ausländerrecht, EU- Recht etc. anzueignen und ein Netzwerk von ExpertInnen zu schaffen und stetig zu erweitern.

Es ergaben sich immer wieder neue Problemkonstellationen, die einer Krankenversicherung im Wege standen. Auf Grund dessen konnte nicht auf einen standardisierten Ablauf zurückgegriffen werden, sondern es musste immer wieder eine Einzelfallentscheidung herbeigeführt werden. Folglich wurden mehrfache Beratungen zum selben Thema nötig. Es gelangten auch KlientInnen in die Sprechstunde, die aufgrund der Sachlage bereits über eine KV hätten verfügen können. Dieses scheiterte an vielerlei Gründen, wie an der unklaren Gesetzeslage, Verständnisschwierigkeiten, fehlender Aufklärung der KlientInnen und den Versäumnissen der zuständigen Institutionen oder an der fehlenden Mitwirkungspflicht der KlientInnen.

In vielen Fällen war eine dringende weiterführende (Krankenhaus-) Behandlung nötig, die eine schnelle Klärung des Versicherungsschutzes (Kostenträger) erforderte. Eine Vermittlung zur Klärung an andere Beratungsstellen war auf Grund der akuten Situation nicht möglich.

Konnte die ambulante fachärztliche Behandlung nicht durch ehrenamtlich tätige niedergelassene (Zahn-)ÄrztInnen erbracht werden, belasteten die Kosten das kleine, begrenzte Budget der Humanitären Sprechstunde. Die Bezahlung der stationären Behandlungen mussten von den KlientInnen privat erbracht werden, welches in den überwiegenden Fällen den Aufbau von Schulden und privater Insolvenz zur Folge hatte.

Die KlientInnen wurden im Erstgespräch möglichst an die EU-Beratungsstelle der AWO (für rumänische, bulgarische und ungarische StaatsbürgerInnen) vermittelt, oder an die Migrationsberatungsstelle für Erwachsene der AWO. Im Clearing stellte sich heraus, dass einige KlientInnen eine Art „Beratungshopping“ vornahmen oder sich bereits bei der Agentur für Beschäftigung und Integration e.V. beraten ließen. Manche Klientinnen nahmen zu Beginn ihrer Einwanderung ausschließlich die Hilfe von Verwandten in Anspruch. Somit gestaltete sich eine Kooperation mit anderen Institutionen für die Problemlösung oft schwierig, zumal offensichtlich von den KlientInnen nicht immer das gesamte Problemspektrum in der Beratung benannt werden konnte. Daraus ergab sich in einigen Fällen, dass die Probleme der KlientInnen in ihrer Vielfältigkeit und Spezifizierung nicht berücksichtigt wurden. Den KlientInnen wurden erneut die Beratungsstellen der AWO empfohlen, zusätzlich auch in speziellen Fällen andere Institutionen, wie z.B. die Krankenkassen, das Jobcenter, das Amt für Jugend, Familie und Frauen, Rechtsanwälte, Caritas und andere.

Die Kinder verfügten öfter als im Vorjahr, über eine EHIC (Europäische Versichertenkarte). Die EHIC der Kinder ist auch im europäischen Ausland unentgeltlich zu erhalten, während die Erwachsenen oft ohne eine EHIC einreisen, da sie die Monatsbeiträge im Heimatland aus unterschiedlichen Gründen nicht bezahlt haben. Nach wie vor gab es Klärungsbedarf bezüglich der Abrechnungsmöglichkeiten von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen bei Kindern mit EHIC seitens niedergelassener KinderärztInnen.

KlientInnen, die sich zur Arbeitssuche in Deutschland aufhielten, hatten Probleme einen Krankenversicherungsschutz in Deutschland oder im Heimatland zu finanzieren. Zugang zu versicherungspflichtigen Beschäftigungen in Bremerhaven gab es trotz der nun geltenden Arbeitnehmerfreizügigkeit kaum. Finanzielle Hilfestellungen (hierüber Sicherstellung der Krankenversicherung) durch das Jobcenter für den Zeitraum der Arbeitssuche, die frühestens drei Monate nach Anmeldung in Bremerhaven gewährt werden, konnten oft nur durch gerichtliche Entscheidungen erwirkt werden. Dieses nahm viel Zeit in Anspruch, manche KlientInnen mieden den Weg der gerichtlichen Auseinandersetzung. Die Folge war, dass die Menschen oftmals lediglich über Einnahmen von Kinder,- und Elterngeld verfügten, Zuwendungen von Verwandten, oder von geringfügig entlohnter „Schwarzarbeit“

Ein weiteres Hindernis für die Erlangung des Krankenversicherungsschutzes war das Scheitern der Familienversicherung. Viele KlientInnen lebten in langjähriger Partnerschaft, aus der auch Kinder hervorgegangen waren. Da sie nicht verheiratet waren, konnte die Frau oder der Mann nicht über die/den PartnerIn krankenversichert werden. In der Geburtsurkunde des Kindes musste der Versicherungsnehmer als Elternteil eingetragen sein, um einen Versicherungsschutz zu erlangen. Die Vaterschaft wird (unseren Erfahrungen nach) im europäischen Ausland nicht grundsätzlich urkundlich eingetragen. So gelangten auch die leiblichen Kinder nicht in die Familienversicherung. Eine mit zusätzlichen Kosten verbundene, beglaubigte Vaterschaftsanerkennung, scheiterte z.B. auch an den nicht vorhandenen Geburtsurkunden der Eltern.

Die fehlende Heiratsurkunde war auch für die Personen hinderlich, bei denen ein Partner Leistungen durch das Jobcenter erhielt, da sie keine ergänzenden Leistungen als Haushaltsmitglied und somit auch keine Krankenversicherung erhielten.

Dieses betraf auch Frauen, die von dem Leistungsempfänger schwanger waren. Die Mutter und das ungeborene Kind waren so ohne geregelte ärztliche Versorgung.

Erhielten schwangere Frauen, ohne Krankenversicherungsschutz, von der Humanitären Sprechstunde des Gesundheitsamtes Kenntnis, konnte die Schwangerschaft medizinisch begleitet werden. Es kam auch vor, dass schwangere Frauen ohne Krankenversicherungsschutz nicht rechtzeitig über die Humanitäre Sprechstunde informiert waren. In diesen Fällen war die Schwangerschaft bereits weit fortgeschritten, bis die Frau und das Ungeborene das erste Mal untersucht werden konnten.

Fehlende lückenlose Vorversicherungszeiten verhinderten die Aufnahme einer freiwilligen Krankenversicherung in Deutschland. Ebenso war es schwierig, die Nachweise bei vorhandenen Vorversicherungszeiten beizubringen.

Ein weiteres Problem stellten die Personen dar, die von einem Arbeitgeber in ihrem Heimatland ohne Krankenversicherungsschutz an Bremerhavener Firmen entsendet wurden. Diese Problematik betraf ebenfalls Subunternehmer, deren ArbeitnehmerInnen keine Krankenversicherung besaßen, sowie ArbeitnehmerInnen mit eigenem Gewerbe.

Die Schwangerschaft bei Minderjährigen ohne Krankenversicherungsschutz stellte ein sehr sensibles Problemfeld dar. Hier berührten unterschiedlichste Themen die Ausgangslage. Dazu gehörten: Kinder- und Jugendschutz, die seelische Gesundheit der Schwangeren, Kindeswohlgefährdung, Sorge um die Gesundheit, Sorgerecht der Eltern, Untersuchungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Rechtslage, Schulpflicht, Kooperation mit den Eltern der Minderjährigen, sowie die Berücksichtigung des sozialen und des kulturellen Hintergrundes.

Im Clearing wurde deutlich, dass die schwangeren Minderjährigen kein Wissen über spezielle professionelle Hilfsangebote hatten. Ein Netzwerk für die Minderjährigen war nicht vorhanden.

In der Folge konnten die Minderjährigen und ihr Umfeld keine Zukunftsperspektiven entwickeln, da sie keine Kenntnis zu ihren Möglichkeiten, Rechten und Pflichten hatten. Dieses Defizit wurde im Rahmen des Clearings nur teilweise und auch verspätet kompensiert.

6. Kosten

Für die unten beschriebenen Ausgaben standen Projektmittel in Höhe von 15.000€ zur Verfügung. Die Mehrausgaben konnten durch Rücklagen aus 2012 gedeckt werden, die nun aufgebraucht sind.

Obwohl die Zahl der PatientInnen um mehr als 50% gestiegen ist, stiegen die Ausgaben lediglich um 17%.

Die Ausgaben setzten sich aus verschiedenen Bereichen zusammen:

- Entbindungskosten
- veranlasste Diagnostik und Behandlungen
- Medikamente, Praxisbedarf
- Impfstoffe
- Zahnbehandlungen
- Dolmetscherkosten

Die Humanitäre Sprechstunde verfügt über einen Grundbestand an Medikamenten. Darüber hinaus werden den PatientInnen Rezepte ausgehändigt, die vom Patienten/ von der Patientin bezahlt werden oder im Falle der Bedürftigkeit dem Gesundheitsamt in Rechnung gestellt werden.

Kosten für die stationären Entbindungen und Impfstoffe belasteten zu über 40% das Budget. Insbesondere für Impfstoffe ist eine landes- oder bundesweite Regelung dringend erforderlich, um Impflücken zu schließen und folglich Krankheitsausbrüche zu vermeiden.

Durch das vergrößerte Netzwerk ehrenamtlich tätiger niedergelassener ÄrztInnen sind die Kosten für veranlasste Diagnostik und (Zahn-) Behandlungen trotz stark angestiegener PatientInnenzahlen um mehr als 10% zurückgegangen. Diagnostik im hauseigenen Labor bzw. vereinbarte günstige oder kostenlose Leistungen eines Labors trugen ebenfalls dazu bei.

Dies spiegelt sich auch in den Fallkosten pro Patient wieder (**2013**: 60,48€; **2012**: 79,88€).

Medizinische Leistungen	2013	2012
Stationäre Entbindungen	3.600,00€	1.800,00€
veranlasste Diagnostik und Behandlungen	3.436,13€	4.794,66€
Medikamente, Praxisbedarf	5.093,30€	3.773,93€
Impfstoffe	4.258,51€	3.119,00€
Zahnbehandlungen	264,00€	371,16€
Dolmetscherinnenkosten	2.763,00€	2.676,50€
Gesamtkosten	19.414,94€	16.535,25€

7. Öffentlichkeitsarbeit

- Präsentation der Humanitären Sprechstunde in verschiedenen Ausschüssen und Veranstaltungen
- Koordination Humanitärer Kreis
- Mitarbeit am Runden Tisch „Zugang zur Gesundheitsversorgung für EU-BürgerInnen“, Bremen
- Mitarbeit am Runden Tisch „Zuwanderung von neuen EU-Bürgern nach Bremerhaven“
- Mitarbeit in der AG „Interkulturelle Öffnung des öffentlichen Dienstes“, Steuerungskreis, Lernen vor Ort
- Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für den öffentlichen Dienst im Rahmen des Integrationskonzeptes, Lernen vor Ort
- Mitglied „Netzwerk Schwangere“
- Mitglied „Netzwerk Migration“
- Beteiligung am Bremerhavener Integrationskonzept
- Teilnahme AK Migration und Flüchtlinge

8. Kooperationen

Die zunehmende Bekanntheit der Humanitären Sprechstunde und die Netzwerkarbeit der MitarbeiterInnen haben zu einer hohen Akzeptanz und Vergrößerung der Anzahl an KooperationspartnerInnen beigetragen. Ohne diese Unterstützung wäre der große Zustrom an PatientInnen nicht zu bewältigen gewesen.

Auf Grund der Komplexität der Problemlagen war es häufig notwendig mehrere Institutionen einzubinden, wobei die Koordination durch die Clearingstelle, um alle Informationen zusammenzutragen, einen hohen Stellenwert besaß. Darüber hinaus war es oft notwendig, eine sofortige Klärung herbeizuführen, was sich in vielen Fällen sehr schwierig gestaltete (s. Daten der Clearingstelle)

Die Einrichtung der EU- Beratungsstelle speziell für BulgarInnen und RumänInnen war ein Schritt des Magistrats in die richtige Richtung, um eine gelingende Integration zu erreichen.

9. Bewertung

- Die Fortführung der Humanitären Sprechstunde kann nicht ohne Aufstockung der personellen und finanziellen Mittel geleistet werden. Die MitarbeiterInnen werden über die Maßen belastet. Das ist so nicht hinnehmbar.
- Das Angebot der Humanitären Sprechstunde wird zu 90% von ZuwandererInnen aus der EU genutzt, die ohne Krankenversicherungsschutz in Deutschland leben.
- Die Schwere der Erkrankungen bei Menschen ohne Krankenversicherung ist nach unserer Einschätzung tendenziell höher als in der „normalen“ Arztpraxis. Viele PatientInnen zögern, bis sie Hilfe suchen, da sie Angst vor negativen Konsequenzen haben oder ihnen die Möglichkeiten Hilfe zu erlangen nicht bekannt sind.
- Stationäre Aufenthalte oder kostenintensive Behandlungen konnten nicht durch die Humanitäre Sprechstunde übernommen werden. Als Folge häuften die Betroffenen hohe Schulden an bzw. die Krankenhäuser erhielten kein Geld für die erbrachte Leistung.
- Die Intention der Humanitären Sprechstunde ist zweierlei: Einerseits die medizinische Basisversorgung und andererseits die Anbindung in das medizinische Regelversorgungssystem. Diese Ziele können durch ein multiprofessionelles Team erreicht werden, in dem Clearingstelle und medizinisches Fachpersonal Hand in Hand zusammenarbeiten.
- Ungarische PatientInnen stellten wie bereits im Vorjahr die zweitgrößte Gruppe dar, während RumänInnen nur selten die Humanitäre Sprechstunde aufsuchten. Es waren keine Rückschlüsse daraus möglich, ob sie über einen Krankenversicherungsschutz verfügten oder sie keinen großen Anteil bei den Bremerhavener ZuwanderInnen darstellten.
- Die Betreuung der Schwangeren hat einen besonderen Stellenwert, da der Bedarf bei der medizinischen und sozialen Betreuung im Rahmen der Schwangerschaft groß ist. Der Schutz von Mutter und Kind steht im Vordergrund, was nur durch die gute Zusammenarbeit mit der Entbindungsklinik und die Unterstützung der niedergelassenen Gynäkologen. möglich war.

- Obwohl eine gesetzlich vorgeschriebene Krankenversicherungspflicht besteht, konnten trotz intensiver Unterstützung und Mitarbeit aller Beteiligten ein Versicherungsschutz nicht immer erlangt werden. Viele Ausnahmeregelungen in der bestehenden Gesetzeslage sind Ursache für das häufige Scheitern.
- Bei den PatientInnen handelte es sich um eine heterogene Gruppe mit vielfältigen Problemen, die zeitintensiv in Einzelfallentscheidungen betreut werden mussten. Ein standardisiertes Verfahren war lediglich begrenzt möglich. Ihre Situation musste schnell bearbeitet werden, um weitere Probleme zu vermeiden.
- Seitens der Politik wurde das Thema Zuwanderung stärker in den Blick genommen, es bleiben jedoch aus unserer Sicht viele Fragen offen, da die Lösungen oft am fehlenden Geld scheitern, z. B. bei der Finanzierung von Impfstoffen von Nichtversicherten.

10. Ausblick

- Die Projektmittel von 15.000€ pro Jahr waren sowohl 2012 wie auch 2013 nicht ausreichend. Wenn Gesundheit auch in Zukunft kein Luxusgut für Menschen in gesicherten Lebenslagen sein soll, ist der Magistrat gefordert, Stellung zu beziehen, wie nicht versicherte Menschen in der Seestadt medizinisch versorgt werden können.
- In Zukunft müssen die Möglichkeiten zur Finanzierung von Impfungen bei Nichtversicherten geschaffen werden, ansonsten drohen Krankheitsausbrüche, z. B. von Masern.
- Ein gesamtgesellschaftliches Problem kann nicht auf dem Rücken der Kommunen und einiger weniger, besonders engagierter medizinischer Einrichtungen und ÄrztInnen ausgetragen werden. Auch deren finanzielle Mittel und Kapazitäten sind begrenzt.
- Aufgabe der Politik ist es, Rahmenbedingungen sowohl auf nationaler, aber auch auf europäischer Ebene zu schaffen, die die adäquate medizinische Versorgung der Menschen in Deutschland ermöglichen.

Danksagung

Wir bedanken uns bei den Förderern und Spendern für die Unterstützung der Humanitären Sprechstunde. Sie helfen uns finanziell, aber insbesondere auch ideell bei unserer Arbeit. MitstreiterInnen, die uns unterstützen möchten, sind immer herzlich willkommen. Ermutigen Sie bedürftige MigrantInnen, unsere Sprechstunde aufzusuchen. Ihre Not soll nicht unerkannt bleiben.

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen (...).“

Artikel 25, Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948