https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/node/4053

Gen-ethischer Informationsdienst

Gesundheit von unten

Kollektiv fu?r eine bessere Behandlung

AutorIn
Jasmin Kalarickal

In Berlin Neukölln will das Gesundheitskollektiv Berlin, ein Zusammenschluss von rund 25 Menschen, seine Vision umsetzen: Gesundheit nicht nur medizinisch denken, sondern größer. Viel größer sogar.

Wissenschaftlich betrachtet ist es längst Konsens, dass viele Faktoren die Gesundheit eines Menschen beeinflussen. Beengte Wohnverhältnisse können krank machen, schlechte Arbeitsbedingungen, die Sorge, die Miete nicht zahlen zu können, Rassismus, Stress, abgasverseuchte Straßen. „Soziale Determinanten von Gesundheit“, nennt das Patricia Hänel, die seit fünf Jahren beim Gesundheitskollektiv mitmacht. Menschen mit niedrigem Einkommen, Berufsstatus und Bildungsniveau haben nicht nur ein erhöhtes Risiko für chronische Krankheiten und Beschwerden, sie sterben im Schnitt auch früher. Die Differenz in der Lebenserwartung zwischen der niedrigsten und der höchsten Einkommensgruppe wird in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes im März 2018 auf fünf bis zehn Jahre beziffert. Doch obwohl seit 1995 jedes Jahr der Kongress Armut und Gesundheit stattfindet, bei dem sich Expert*innen genau zu diesem Thema austauschen, hat sich in der realen Gesundheitsversorgung wenig verändert. Hier kann es passieren, dass man wegen einer Eigenbedarfsklage zur Mieterberatung läuft und mit Stresssymptomen zum Arzt, ohne dass die beiden Situationen zusammengedacht werden.

Viele Türen

Patricia Hänel, die Ärztin ist, aber als Beraterin und Kommunikationstrainerin in der Gesundheitsbranche arbeitet, stellt sich das Zentrum deswegen so vor: „Ich wünsche mir, die Patient*innen kommen rein, und dann gibt es verschiedene Türen, durch die alle gehen können: ärztliche Versorgung, Sozialarbeit, Rechtsberatung, Wohnungsberatung. „Und wir fragen dann: Was ist das Hauptproblem dieser Person? Hat sie Asthma und kriegt beim Arzt ein Spray? Hat sie vielleicht Asthma, weil sie Schimmel in der Wohnung hat? Dann muss man ihr auch helfen, mit den Vermietern zu klären, den Schimmel zu beseitigen. Oder hat sie Asthma, weil sie an einer abgasbelasteten Straße lebt? Dann wollen wir politisch daran arbeiten, langfristig vielleicht eine Temporeduktion durchzusetzen. Es gibt also ein Problem, aber es gibt verschiedene Wege, es zu lösen.“ Hänel erklärt „Wir sind bio-psycho-sozial-politisch ausgerichtet“. Das Kollektiv ist deshalb auch Teil des überregionalen Polikliniksyndikats: Mit der Soli-Klinik in Dresden und dem solidarischen Gesundheitszentrum Leipzig entstehen gerade ähnliche Projekte. Und in Hamburg hat das Schwesterprojekt Poliklinik Veddel bereits 2017 eröffnet.

In der DDR waren Polikliniken fester Bestandteil der ambulanten Gesundheitsversorgung. Dort arbeiteten angestellte Ärzt*innen fachübergreifend zusammen, nur wurde dieses Modell im Zuge der Wiedervereinigung abgeschafft. Aber auch in der BRD gab es in den 1980er Jahren solidarische Bestrebungen, Alternativen zur profitorientierten Gesundheitsversorgung zu finden – viele Projekte aber scheiterten am Geld.

Ob hier, in Nordneukölln auf dem Rollberg, zukünftig Pflegekräfte, Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen neben Kommunikationswissenschaftler*innen oder Sozialarbeiter*innen in der ambulanten Versorgung zusammenarbeiten werden, das hängt auch davon ab, ob das Gesundheitskollektiv es schafft, ein Finanzierungsmodell zu finden. Vier Säulen soll es geben: medizinische Versorgung, Beratung, Gemeinwesenarbeit und Forschung. Interdisziplinär soll das Ergebnis sein, basisdemokratisch und hierarchiearm – das ist jedenfalls der Anspruch.

Der Grundriss ist fertig

Nesrin Kosanke, Patricia Hänel und Shao-Xi Lu sitzen an zwei zusammengeschobenen Tischen in dem kleinen Büro, das sich das Kollektiv übergangsweise angemietet hat. Vor ihnen steht ein auf Pappe zusammengeklebtes Modell des Zentrums. Lu erklärt, wie die Raumaufteilung später genau aussehen kann: „Hier soll es ein Gemeinschaftscafé geben, da ist der Empfang, hier ein Gruppenraum, hier die Praxisräume.“ Langsam füllt sich die große Idee mit einer Vorstellung. Die drei Frauen, die beruflich unterschiedlich ausgebildet sind, eint eine Sache: die Unzufriedenheit mit dem hiesigen Gesundheitssystem. „Ich habe lange als Physiotherapeutin gearbeitet und habe bei Hausbesuchen gemerkt, dass es viele Patient*innen gibt, die vereinsamt sind. Ich hab mich dann gefragt: Warum kann das nicht mit sozialen Angeboten verknüpft werden? Meine Chefin hat das aber nicht so interessiert“, erzählt Lu. Als sie dann bei einem Kongress vom Gesundheitskollektiv erfuhr, war ihr klar, dass sie mitmachen möchte: „Ich wollte schon immer interdisziplinär arbeiten.“ Nun kümmert sie sich um Gemeinwesenarbeit und Gesundheitsförderung.

Ein anderer Weg

Bei Nesrin Kosanke, medizinische Fachangestellte, war es ähnlich. Beim Surfen im Internet stieß sie auf eine Stellenanzeige der bereits bestehenden Kinderarztpraxis in Neukölln, die später in das Gesundheitszentrum verlegt werden soll: „Diesen politischen Anspruch kannte ich davor gar nicht. Aber ich dachte gleich: Endlich mal einen anderen Weg gehen.“ Kosanke bewarb sich und fing im März den neuen Job an. Sie hatte vorher schon in verschiedenen Praxen gearbeitet, nicht unglücklich, wie sie erzählt; aber das, was sie bis dahin kannte, lief oft so ab: „Der Patient kommt kurz rein, bekommt ein Rezept und ist zack, zack wieder raus. Aber hier wollen wir auf das Ganze gucken. Wie geht es den Patient*innen – physisch, psychisch, aber auch finanziell.“ So wie jetzt habe sie davor noch nie gearbeitet, auch innerhalb des Teams: Entscheidungen werden zusammen gefällt, sie arbeitet auf Augenhöhe mit dem Arzt und sie verdient dort übertariflich.

Dass Lebensumstände für das Wohlbefinden wichtig sind, weiß Kosanke auch aus eigener Erfahrung: „Ich war früher selbst alleinerziehend und kannte viele Hilfsangebote nicht – dabei bin ich hier aufgewachsen. Wenn du aus einem anderen Land kommst, die Sprache nicht sprichst und dann lebst du zu fünft in einer Einzimmerwohnung, so etwas ist erschreckend. Und das hängt dann ja auch wieder zusammen mit den Mieten.“ Sprachbarrieren seien oft eine große Hürde, das finge ja schon mit dem Ausfüllen eines Anamnesebogens an. „Ich spreche auch Türkisch, da kann ich helfen. Aber rumänische oder bulgarische Mütter sind mit vielem alleine.“

Patricia Hänel nickt zustimmend. „Dabei gibt es ja viele gute Angebote in Neukölln. Aber wenn man sagt, geh mal zur Sozialberatung im Bezirksamt, dann weißt du, die gehen da nicht hin, wenn man sie nicht an die Hand nimmt und sagt, da passiert nichts Schlimmes, niemand nimmt dir die Kinder weg. Und selbst wenn sie die vier Straßen weitergehen und eine Wartenummer ziehen, Rumänisch kann da auch keiner.“ Hänel erfuhr über einen Freund vom Gesundheitskollektiv: „Ich hatte schon immer einen politischen Anspruch. Dann

habe ich mich einfach gefreut, dass sich hier ein Projekt manifestiert, bei dem man ganz konkret, vor Ort, etwas umsetzen kann.“

Der Standort des geplanten Zentrums ist nicht zufällig gewählt. Die Baustelle befindet sich zwischen dem Berliner Rollberg und dem Flughafenviertel, beides Gegenden, die vom Bund-Länder-Programm Soziale Stadt gefördert werden. In der Umgebung stehen viele Sozialbauten aus den 1970er Jahren, die Gesundheitsversorgung ist schlecht, die Arbeitslosigkeit hoch. Um sich nicht von außen in einen fremden Bezirk zu drängen, in dem es schon viele Hilfsangebote gibt, setzt das Kollektiv auf Vernetzung. Mittels eines eigens konzipierten und mehrsprachigen Fragebogens, der in den Haushalten der Umgebung verteilt wurde, ermittelte man den Bedarf der zukünftigen Patient*innen. Seit Dezember 2017 gibt es zudem in Zusammenarbeit mit verschiedenen Initiativen im Viertel die mobile Gesundheitsberatung. Mitglieder des Kollektivs gehen dafür in Bibliotheken, in Schulen oder ins Einkaufszentrum, um über unterschiedliche Themen zu informieren: Das kann die Stärkung des Beckenbodens für Frauen sein oder, in der kalten Jahreszeit, das Thema Erkältung.

Das Geld bleibt knapp

Bis 2020 wird das Gesundheitskollektiv durch die Robert-Bosch-Stiftung gefördert. Konkret werden damit drei Stellen finanziert – was aber auch bedeutet: das Gros der Arbeit wird durch ehrenamtliches Engagement gestemmt. Im wöchentlichen Wechsel treffen sich die einzelnen Arbeitsgruppen und dann das gesamte Plenum. „Dieses Projekt ist bereichernd, aber auch anstrengend“, erzählt Hänel. Als sie etwas amüsiert hinzufügt, dass es auch immer wieder so ein „kollektives Burn-out gibt“, lachen die drei gemeinsam. „Wir achten schon sehr aufeinander“, fügt Kosanke hinzu. „Und alle sechs Wochen haben wir eine Supervision“, sagt Lu.

Wenn alles gut läuft, dann soll das Gebäude, das den Namen Alltag trägt, Ende 2020 fertig sein. Neben dem Gesundheitszentrum werden auch andere soziale und kulturelle Akteure einziehen, auch betreutes Wohnen für geflüchtete Jugendliche ist geplant.

Konflikt mit der Gesetzeslage

Wenn die Gruppe im Plenum zusammenkommt, dann trifft Utopie auf Gesetzeslage. Allein die Idee, interdisziplinär unter einem Dach zusammenzuarbeiten, ist gar nicht so leicht umzusetzen. Das, was im stationären Bereich, etwa in Krankenhäusern, kein Problem ist, nämlich, dass unterschiedliche Berufsgruppen zusammenarbeiten, ist in der ambulanten Versorgung viel schwieriger. Hier ist es regelrecht verboten, dass Ärzt*innen und sogenannte Heilmittelerbringer*innen in einer gemeinsamen Einrichtung arbeiten. Zu Letzteren gehören zum Beispiel Physiotherapeut*innen oder Logopäd*innen. Diese arbeiten meist vorbeugend, heilend oder nachsorgend und – das ist das Entscheidende – auf Verordnung von Ärzt*innen. „Deshalb ist dieses Verbot eigentlich auch sinnvoll“, erklärt Hänel, „das soll Ärzt*innen und Therapeut*innen unabhängig machen und Korruption verhindern. Aber wir möchten uns ja nicht bereichern, sondern nur kooperieren. Wir hätten gern einen gemeinsamen Server, wo die Daten der Patient*innen liegen, und gemeinsame Fallkonferenzen, um sich austauschen zu können.“

Für das Kollektiv bedeutet das Kooperationsverbot nun konkret, dass sie auf Physiotherapie im Gesundheitszentrum verzichten werden. Denn sonst hätten sie auf dem Gelände neue Mauern hochziehen müssen. „Wir bräuchten einen extra Empfang, extra Wartezimmer, man müsste alles doppelt machen. Für uns war es letztlich auch eine finanzielle Frage, dass wir das nicht doppelt stemmen können“, erklärt Lu. „Unser Gesundheitssystem ist viel zu ärztezentriert“, kritisiert die Ärztin Patricia Hänel. Die Kooperation mit nichtmedizinischen Berufen oder mit Heilmittelerbringer*innen gibt es im ambulanten Bereich nur in den Sozialpädiatrischen Zentren, die sich auf die Versorgung von sehr kranken Kindern und Jugendlichen spezialisiert haben, und den Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. Beide Zentren sind allerdings auf bereits schwer erkrankte Personen

ausgerichtet. „Schön wäre es, wenn es gesetzlich möglich wäre, auf ähnliche Weise ein sozial-lokales Zentrum mit einem klaren Einzugsgebiet aufzubauen. Und wenn dieses Zentrum pro Bewohner*in eine Pauschale erhielte, die es selbstbestimmt verwalten könnte – und sei es für einen Graffitikünstler, wenn man damit die Kids vom Kiffen abhält.“ Im derzeitigen System wäre so etwas nicht möglich, weil dieser Ansatz sich nicht über die Krankenkassen abrechnen ließe.

Das Gesundheitszentrum wird sich deshalb so strukturieren: Ein Medizinisches Versorgungszentrum, ein sogenanntes MVZ, wird den medizinischen Bereich abdecken und soll sich finanziell selbst tragen. Beratung, Gemeinwesen und Forschung sind durch einen gemeinnützigen Verein verbunden und werden auf Drittmittel und Spenden angewiesen sein. Damit sich die verschiedenen Berufsgruppen dann tatsächlich auch vernetzen und Fälle gemeinsam besprechen können, müssen Patient*innen eine Einverständniserklärung unterzeichnen, damit ihre Daten geteilt werden können. Hänel, die sich im Gesundheitskollektiv um die Trägerstruktur und die Finanzierung kümmert, ärgert sich: „Wir wollen eine multiprofessionelle und sozial integrierte Versorgung, das ist der Appell der Politik und der Wissenschaft, aber im realen Leben ist das kaum umzusetzen.“

Auch die Idee eines Einheitslohns, die das Kollektiv eigentlich befürwortet, um gleichberechtigter zusammenarbeiten zu können, wirft viele Fragen auf. Wenn Ärzt*innen auf einen Großteil ihres Lohns verzichten, um die sonst schlechter bezahlten Berufsgruppen besser zu honorieren, hätte das einen klaren Effekt. „Wenn man als Ärzt*in draußen viermal so viel verdient, warum sollte man dann im Gesundheitskollektiv arbeiten?“, fragt Hänel. Und auch Lu gibt zu bedenken: „Ich würde dann zwar mehr verdienen als außerhalb, aber ich wäre damit abhängig vom Gönner, der sich bereit erklärt, sein Gehalt an mich weiterzugeben.“

Die Frauen verlieren sich in einer Diskussion, wie sie eine Finanzierung hinbekommen könnten. Kosanke erzählt, dass sie noch heute nach Kanada fliegen wird, um sich dort die schon etablierten „community health centres“ anzuschauen, die einen ähnlichen Ansatz haben. „Es ist keine Utopie, was wir hier wollen. Das kanadische Modell wurde staatlich unterstützt“, sagt Hänel. Wie genau das Zentrum aber hierzulande funktionieren soll, ist eine Frage, die nicht heute und nicht morgen geklärt werden wird. In einer Tischecke liegt ein Sticker des Polikliniksyndikats. Darauf steht: „Es gibt kein gesundes Leben im kranken System.“

Der Artikel ist ein gekürzter Wiederabdruck, er erschien zuerst in der taz am 11.11.2019. Online: www.taz.de/!5635557.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 252 vom Februar 2020
Seite 16 - 18