

Susanne Schäfer-Walkmann
Sarah Bühler

Unter Mitarbeit von Rainer Patjens und Birgit Hein

Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg Eine sozialwissenschaftliche Evaluationsstudie

Stuttgart, Dezember 2011

IfaS - Institut für angewandte Sozialwissenschaften
Zentrum für kooperative Forschung an der DHBW Stuttgart, Fakultät Sozialwesen
Steinbeis Innovation gGmbH
Herdweg 29/31
70174 Stuttgart

info@ifas-stuttgart.de
www.ifas-stuttgart.de

Alle Rechte sind dem Kooperationspartner vorbehalten!

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg,
Referat 42 (Sozialer Arbeitsmarkt, Grundsicherung)

Druck: Schwäbische Druckerei, Stuttgart

Projektbegleitender Beirat

Herr Danner, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg Referat 42 (Sozialer Arbeitsmarkt, Grundsicherung)

Herr Dr. Boll, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg Referat 42 (Sozialer Arbeitsmarkt, Grundsicherung)

Herr Bischof, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Referat 42 (Sozialer Arbeitsmarkt, Grundsicherung)

Herr Dr. Wuthe, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Referat 51 (Gesundheitspolitik, Gesundheitsdialog)

Frau Blank, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Referat 52 (Krankenversicherung, sektorenübergreifende Versorgung)

Herr Rutschmann, AGJ, Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erdiözese Freiburg e. V., Referat Wohnungslosenhilfe

Herr Bongartz, Projektverantwortlicher „Pflasterstub“ Freiburg

Herr Fröhlich, Projektverantwortlicher „Medizinische Ambulanz“ Konstanz

Herr Greuter, Projektverantwortlicher „Soziales Zentrum Spittelmühle“, Rottweil

Herr Lampert, Projektverantwortlicher „Hotel Anker“, Karlsruhe

Herr Lohner, Projektverantwortlicher „Wohnungslosenhilfe“ Aalen

Herr Dr. Schadeberg, Projektverantwortlicher „Pflasterstube“ Offenburg

Frau Schüle, Projektverantwortliche „MedMobil“ Stuttgart

Frau Milsch, KVJS

Frau Möding, Städtetag Baden-Württemberg

Frau Römmich, Städtetag Baden-Württemberg

Sarah Bühler, Institut für angewandte Sozialwissenschaften im Zentrum für kooperative Forschung an der DHBW Stuttgart, Fakultät Sozialwesen

Prof. Dr. Schäfer-Walkmann, Institut für angewandte Sozialwissenschaften im Zentrum für kooperative Forschung an der DHBW Stuttgart, Fakultät Sozialwesen

I Inhaltsverzeichnis

1	Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg: Zusammenfassung	7
2	Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg: Eine sozialwissenschaftliche Evaluationsstudie	9
2.1	Forschungsauftrag und Projektbeschreibung	9
2.2	Forschungsleitende Fragestellungen und Forschungsmethodik	10
2.3	Projekthistorie	12
3	Die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen: Problemaufriss	13
3.1	Ohne Wohnung sein: Wohnungslosigkeit als soziales Problem	13
3.2	Soziale und gesundheitliche Risiken bei Wohnungslosigkeit	14
3.3	Rechtsgrundlagen der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen	17
3.3.1	Einleitung	17
3.3.2	Rahmenbedingungen gesundheitlicher Versorgung	18
3.3.3	Medizinische Versorgung	18
3.3.3.1	§ 264 SGB V (Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung)	19
3.3.3.2	§ 48 SGB XII (Hilfe bei Krankheit)	20
3.3.3.3	§ 67 ff SGB XII (Hilfe zur Überwindung besonderer Schwierigkeiten)	20
3.3.3.4	Sonderfall Krankenhilfe §§ 40, 41 SGB VIII	21
3.3.4	Sicherstellung des Pflegebedarfs	21
3.3.5	Finanzielle Rahmenbedingungen	21
3.3.6	Zusammenfassung	22
3.4	Barrieren und Zugangsschranken	24
3.5	Gesundheitliche Versorgungsangebote für wohnungslose Menschen in Baden-Württemberg	28

4	Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen: Beispiele guter Praxis in Baden-Württemberg.....	33
4.1	<i>Übergangsstation oder ein Ort zum Verbleiben: „Hotel Anker“ , Karlsruhe</i>	33
4.2	<i>Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten: „Medizinische Ambulanz“ im Landkreis Konstanz.....</i>	35
4.3	<i>Unterwegs zu den Menschen: „MedMobil“ , Stuttgart</i>	38
4.4	<i>Hilfe von der Basis: „Pflasterstube Offenburg“</i>	41
4.5	<i>Unbürokratische Überlebenshilfen: „Medizinische Ambulanz der Pflasterstub'“ , Freiburg</i>	44
4.6	<i>Anbindung an das Hausarztssystem: „Soziales Zentrum Spittelmühle“ , Rottweil.....</i>	47
4.7	<i>Brückenfunktion zur Regelversorgung: „Wohnungslosenhilfe Aalen“</i>	49
5	Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen: Erkenntnisse und Schlussfolgerungen - nicht nur für Baden-Württemberg	52
5.1	<i>„... was soll der Doktor denken, wenn er meine Adresse sieht?“ - Die schwierige gesundheitliche Lage wohnungsloser Menschen</i>	52
5.2	<i>„Und hinterher rennen wir den Krankenversicherungskärtchen hinterher und schauen, dass wir die 10 € bekommen“ - Indikatoren für eine gelingende gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen</i>	54
5.3	<i>„Nur“ Insellösungen oder doch mehr? - Anstöße für mehr Nachhaltigkeit in der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen.....</i>	57
6	Literaturverzeichnis und Quellenangaben	61

7 Anhang	69
7.1 Wohnungslosigkeit bei verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen	69
7.1.1 Wohnungslose Senioren	69
7.1.2 Frauen und Wohnungslosigkeit	69
7.1.3 Wohnungslose Jugendliche	71
7.1.4 Wohnungslose Migranten	72
7.2 Versorgungsatlas: Erhebungsinstrumente	73
7.3 Leitfaden für Gruppendiskussion (Stärken-Schwächen-Analyse)	77

II Abbildungsverzeichnis

Darstellung 1	Rechtliche Grundlagen im Überblick	23
Darstellung 2	Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Baden-Württemberg, die medizinisch-pflegerische Versorgungsangebote vorhalten	30

*„Man kann Durchreisende nicht aufhalten. Wenn sie gehen, dann gehen sie. Da kannst du machen, was du willst“
(Ein Nutzer der Wohnungslosenhilfe Aalen)*

1 Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg: Zusammenfassung

Die vorliegende Evaluationsstudie handelt von Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen wohnungslos sind - und von Menschen, die versuchen, wohnungslosen Menschen im Falle von Krankheit wirksame Hilfe anzubieten. „Die Wohnungslosenhilfe war schon immer mit vielen sozialen Problemen gleichzeitig konfrontiert: Wohnungslosigkeit, drohende Wohnungslosigkeit, Sucht, Arbeitslosigkeit, Krankheit, wirtschaftliche Probleme, soziale Isolation und Diskriminierung - kurzum Armut und soziale Ausgrenzung“ (BAG W 2011).

In der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen wird diese „Gleichzeitigkeit“ der Probleme überdeutlich, sowohl auf der individuellen als auch der strukturellen Ebene. So ist beispielsweise das Gesundheitssystem nach der Reform des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung von den gesetzlichen Voraussetzungen her durchaus geeignet, die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen sicherzustellen, weil bis dato Nichtversicherte in die Krankenversicherung einbezogen wurden (vgl. Lange 2011: 35).¹ Allerdings erschweren individuelle (z. B. Unkenntnis, Scham, Stigmatisierungserfahrungen, fehlende Motivation) und gesetzliche (z. B. Eigenbeteiligung, Sammeln von Belegen, Zuzahlungen, Praxisgebühr) Barrieren den Zugang zum Regelsystem. Mit anderen Worten: An der Schnittstelle zwischen dem „Leben in besonderen Lebensverhältnissen“ (Leben auf der Straße, Leben in Armut) und dem System der kassenärztlichen Versorgung gibt es immer noch einen Bruch, „der die medizinische Versorgung des Personenkreises erschwert, wenn nicht gar verhindert“ (vgl. Westfälischer Herbergsverband e.V. 2000: 5).

Untersuchungsgegenstand dieser Studie ist die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg. Der individuelle Bedarf an Behandlung und Pflege, der aus der schwierigen sozialen Lage resultiert, wurde den rechtlichen Grundlagen und vorhandenen Versorgungsangeboten in Baden-Württemberg gegenübergestellt. In diesem Zusammenhang wurden bestehende individuelle Zugangsschranken ebenso beleuchtet wie feststellbare Versorgungsengpässe bzw. Versorgungslücken, die gesellschaftliche und strukturelle Gründe haben.

Hingegen bieten die Beispiele guter Praxis aus Baden-Württemberg mit ihrem jeweiligen Schwerpunkt kreative Lösungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten an. Vertreten sind das „Hotel Anker“ (Karlsruhe), die „Medizinische Ambulanz“ (im Landkreis Konstanz), das „MedMobil“ (Stuttgart), die „Pflasterstube“ (Offenburg), die Pflasterstub' (Freiburg), die „Spittelmühle“ (Rottweil) und die „Wohnungslosenhilfe“ (Aalen) mit ihren ganz unterschiedlichen Zielsetzungen und Rahmenbedingungen. Diese Beispiele guter Praxis werden entlang der Kategorien „Trägerschaft“, „Einrichtungshistorie“, „Mitarbeiter/innen“, „Finanzierung“, „Herstellung des Erstkontaktes“ und „Nutzungsintensität“ systematisch vorgestellt und durch qualitative Erfahrungsberichte von Mitarbeiter/innen und Nutzern² ergänzt. Aus dem vorliegenden Studienmaterial lassen sich allgemein gültige Indikatoren ableiten, wie die gesund-

¹ Zu den rechtlichen Grundlagen der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere zur allgemeinen Versicherungspflicht siehe Kapitel 3.3.

² Wohnungslose Menschen sind größtenteils männlichen Geschlechts, weshalb bei „Klienten“, „Patienten“, „Bewohnern“, „Adressaten“ und „Nutzern“ die männliche Form gewählt wurde. Ansonsten werden im Text durchgängig beide Formen verwendet.

heitliche Versorgung wohnungsloser Menschen gelingen kann. Die Indikatoren „Menschenbild und ethische Haltung“, „Niederschwelligkeit“, „Freiwilliges Engagement“, „Spezielle medizinische Versorgungsangebote“, „Gesicherte Finanzierung“ und „Kooperation und Vernetzung“ sind allen Projekten gemeinsam, wobei sowohl förderliche als auch hemmende Parameter angesprochen werden müssen.

Zum Schluss wird die Frage aufgeworfen, ob die Beispiele guter Praxis lediglich Insellösungen darstellen oder doch wegweisenden Charakter haben. **Probleme an den Schnittstellen**, insbesondere zwischen SGB V und SGB XII, **Fragen zur dauerhaften Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen**, insbesondere hinsichtlich der Zuständigkeit und die **Bewertung des freiwilligen Engagements**, insbesondere mit Blick auf die Nachhaltigkeit, werden zur Diskussion gestellt.

Insgesamt beinhaltet die vorliegende Evaluationsstudie über die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg eine Zusammenstellung themenspezifischer Erkenntnisse zum Stand der Forschung ebenso wie eine Übersicht über den aktuellen Fachdiskurs. An der kooperativen Forschung beteiligt waren ehren- und hauptamtliche Mitarbeiter/innen unterschiedlicher Disziplinen ebenso wie eine ganze Reihe von Nutzern, die in den verschiedenen Einrichtungen gesundheitliche Hilfe erfahren (haben). Die in den qualitativen Interviews gewonnenen Erkenntnisse bestätigen die aktuellen Versorgungsprobleme und können Anregungen für eine weiterführende Debatte bieten, die über Baden-Württemberg hinaus reicht.

2 Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg: Eine sozialwissenschaftliche Evaluationsstudie

2.1 Forschungsauftrag und Projektbeschreibung

Auf Anregung aus der Praxis initiierte das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Referat 42 (Sozialer Arbeitsmarkt, Grundsicherung) im Jahr 2010 ein Forschungsvorhaben zur gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg. Eingebunden waren die Liga UAG Armut und Gesundheit in Abstimmung mit Arbeit und Existenzsicherung und die Liga AG Wohnungslosenhilfe/ Straffälligenhilfe.

Das Thema des Forschungsvorhabens ist hochaktuell: Die gesundheitliche Lage und Versorgung wohnungsloser Menschen stellt die sozialen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Straffälligenhilfe und Prävention in der sozialen Praxis vor erhebliche Herausforderungen.

- Auf der individuellen Ebene der Klienten sind es insbesondere die fehlende Compliance und das mangelnde bzw. fehlende Gesundheitswissen sowie der schlechte gesundheitliche Allgemeinzustand (Co- bzw. Multimorbidität), die einerseits die Klienten daran hindern, Angebote der Gesundheitsversorgung anzunehmen und andererseits eine hohe Dunkelziffer begründen. Hinzu kommt, dass der Zugang zum Personenkreis der Wohnungslosen generell sehr erschwert ist.
- Auf der strukturellen Ebene bewegen sich die Klienten ebenso wie die versorgenden sozialen Einrichtungen in einem Spannungsfeld unterschiedlicher und teilweise ungesicherter Finanzierungszuständigkeiten und rechtlicher Schnittstellen. Dabei macht der besondere Versorgungsbedarf wohnungsloser Menschen geeignete Konzepte notwendig, die in mehrfacher Hinsicht Brückenfunktion haben (beispielsweise zum Arbeits- oder Wohnungsmarkt), um gesellschaftliche Inklusion zu fördern.
- Seitens der Politik wird der Personenkreis der wohnungslosen Menschen im Rahmen von strategischen Überlegungen zur systematischen Gesundheitsförderung und Prävention in der Regel noch nicht erreicht. Eine gezielte Verbesserung der gesundheitlichen Lage für Menschen in prekären Lebenssituationen bedarf einer gesonderten Anstrengung.

In Baden-Württemberg gibt es Beispiele guter Praxis, die sich der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen annehmen. Diese wurden in das kooperative Forschungsvorhaben eingebunden und dienen als Modelle, die soziale Praxis weiterzuentwickeln. Auswahlkriterien waren - neben dem vitalen Interesse der Verantwortlichen, sich an dem Forschungsvorhaben zu beteiligen - Ziel- und Schwerpunktsetzung des jeweiligen Projekts, Lage und Sozialraum sowie kreative Finanzierungs- und Beteiligungsmodelle.

Zum Aufbau der Evaluationsstudie

Die Evaluationsstudie gliedert sich in drei Hauptabschnitte. Der erste Abschnitt dient einem erweiterten Problemaufriss und beschreibt die gesundheitliche Lage wohnungsloser Menschen ebenso wie die derzeit geltenden rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen. Außerdem werden die Ergebnisse einer landesweiten Umfrage publiziert, die Aufschluss darüber geben, an welchen Orten in Baden-Württemberg spezielle Angebote zur gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen vorgehalten werden, die über die Grundversorgung hinaus gehen.

Im zweiten Abschnitt werden sieben Beispiele guter Praxis vorgestellt und auf der Grundlage der projektbezogenen Materialien (z.B. Konzeptionen, Jahresberichte, Statistiken) näher beschrieben. Ergänzend dazu wurde umfangreiches qualitatives Datenmaterial ausgewertet, welches in Interviews und Gruppendiskussionen erhoben wurde.

Schließlich beantwortet die Evaluationsstudie im dritten Abschnitt die Frage nach einer gelingenden gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen unter den geltenden Rahmenbedingungen. Aus den Erkenntnissen des Forschungsvorhabens werden insbesondere diejenigen Indikatoren abgeleitet, die Nachhaltigkeit fördern. Jenseits des persönlichen Engagements der Verantwortlichen sollen und können die Beispiele guter Praxis als „Leuchtturmprojekte“ nicht nur für Baden-Württemberg dienen. Daher ist es lohnend, sich über einen Transfer in die Fläche und eine nachhaltige Sicherung der strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen Gedanken zu machen.

2.2 Forschungsleitende Fragestellungen und Forschungsmethodik

Im Rahmen des kooperativen Forschungsvorhabens wurden die folgenden forschungsleitenden Fragen aufgeworfen:

- Welche Bedarfe kennzeichnen die gesundheitliche Lage wohnungsloser Menschen?
- Welche Versorgungsangebote stehen in Baden-Württemberg zur Verfügung?
- Wie erfolgt der Zugang der Klienten zum Versorgungssystem?
- Was sind Zugangsschranken?
- Welche rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen greifen?
- Welche Versorgungslücken lassen sich identifizieren?
- Was lässt sich aus den Beispielen guter Praxis für die Versorgung wohnungsloser Menschen - nicht nur - in Baden-Württemberg ableiten?

Forschungsmethodisch wurden sowohl quantitative als auch qualitative Primärdaten erhoben. Für den „Versorgungsatlas Baden-Württemberg“ wurde ein standardisierter Erhebungsbogen per E-Mail an alle 44 Stadt- und Landkreise sowie an die Einrichtungen der Liga versendet.³ Um die Beteiligungsbereitschaft zu steigern, wurde ein Schreiben des Ministeriums beigefügt.

Die E-Mail-Adressen der 44 Stadt- und Landkreise stellte das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg zur Verfügung. Die Stadt- und Landkreise wurden direkt angeschrieben mit der Bitte, den Fragebogen an alle Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in ihrem Stadt- bzw. Landkreis zu senden. Die Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände wurden über den Liga-Verteiler angeschrieben. Dieses zweigleisige Vorgehen wurde abgestimmt, weil es bis dato noch kein Gesamtverzeichnis über alle Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (freie Trägerschaft, kommunale Träger) für Baden-Württemberg gibt.

Diejenigen Stadt- und Landkreise, aus denen keine Rückmeldung erfolgte, wurden telefonisch kontaktiert und der standardisierte Erhebungsbogen für alle Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im jeweiligen Stadt- und Landkreis abgefragt. Falls sich der/die Gesprächspartner/in bei Angaben nicht sicher war, wurde anschließend die Einrichtung direkt angesprochen.

Die inhaltsanalytische Bearbeitung der Projektmaterialien stützt sich im Wesentlichen auf sogenannte „graue Literatur“, das heißt einer Zusammenstellung von Projektbeschreibungen, Konzeptionen, Jahresberichten, Pressespiegeln, Spendenaufrufen, Protokollen usw.. Darüber hinaus ergänzten qualitative Primärdatenerhebungen mittels Interviews und Gruppendiskussionen die vorliegenden Datenmaterialien.

1. Expert/inneninterviews mit Verantwortlichen bzw. Projektbeteiligten in den Modelleinrichtungen dienten einer umfassenden Stärken-Schwächen-Analyse der jeweiligen Konzeption und einer näheren Betrachtung der strukturellen Rahmenbedingungen.
2. In Gruppendiskussionen mit Mitarbeiter/innen und Nutzern des jeweiligen Angebotes wurden diese Expert/inneneinschätzungen überprüft, wobei die Ergebnisse aus den Interviews und der Dokumentenanalyse als Gesprächsimpulse dienten.

Das kooperative Forschungsvorhaben wurde von einem Beirat begleitet, dem die Projektverantwortlichen der sieben beteiligten Projekte, die betroffenen Vertreter/innen des Ministeriums sowie interessierte Vertreter/innen der kommunalen Seite angehörten.

³ Sämtliche Erhebungsinstrumente finden sich im Anhang dieser Evaluationsstudie. Die Fundstellen aus der „grauen Literatur“ für die qualitative Inhaltsanalyse sind im Literaturverzeichnis aufgeführt. Aus Gründen der Anonymität wurden Wortbeiträge zwar gekennzeichnet, aber nicht einzelnen Personen zugeordnet.

2.3 Projekthistorie

Begonnen wurde das kooperative Forschungsvorhaben im Juli 2010, es endete im Dezember 2011. Aus Projektmitteln wurde die 30%-Stelle einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin für die Projektlaufzeit finanziert, des Weiteren Sachmittel und Fahrtkosten zu den Projekten.

In den ersten drei Projektmonaten standen Recherche- und vorbereitende Arbeiten im Vordergrund, außerdem wurde die landesweite Befragung für den Versorgungsatlas vorbereitet. Noch in 2010 fanden die Expert/innengespräche in den beteiligten Modelleinrichtungen statt.

Auf der Basis dieser Ergebnisse wurden dann die Erhebungsinstrumente erstellt und die Gruppendiskussionen vorbereitet. Diese fanden zwischen Februar 2011 und April 2011 jeweils vor Ort in den Modelleinrichtungen statt.

Im Frühjahr 2011 wurde außerdem die schriftliche Befragung aller Einrichtungen für wohnungslose Menschen in Baden-Württemberg durchgeführt. Im September 2011 wurden fehlende Daten telefonisch nacherhoben.

Die Datenauswertung erfolgte zwischen Juni 2011 und August 2011; ab September 2011 wurde an der Abschlusspublikation gearbeitet.

Der projektbegleitende Beirat tagte im Juli 2010 (Auftakt), im Januar 2011 und im November 2011. Die redaktionelle Überarbeitung war im März 2012 abgeschlossen.

3 Die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen: Problemaufriss

3.1 Ohne Wohnung sein: Wohnungslosigkeit als soziales Problem

„Wohnen“ als existenzielle Grunderfahrung des Menschen befriedigt Grundbedürfnisse wie Sicherheit, Beständigkeit, Vertrautheit, Geborgenheit, Ungestörtheit, Individualität, Prestige, Selbstdarstellung, Kontrolle, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit. Wohnen ist immer eine Trennung vom Draußen, eine Grenzziehung zwischen geschützten, inneren, persönlichen Räumen und dem ungeschützten Draußen der Welt. Wohnend ist der Mensch privat tätig. Wie elementar das Wohnbedürfnis des Menschen ist, zeigt sich auch bei Nomadenvölkern: Diese Funktion der Grenzziehung von innen und außen erfüllen im Vorübergehen aufgeschlagene Zelte, als Schutz vor der Witterung wie auch gegen die unerwünschte Annäherung fremder Menschen.⁴

Otto Bollnow spricht davon, dass Wohnen die Art und Weise sei, wie der Mensch in seinem Hause lebt (vgl. Bollnow 2004: 128). Sprachgeschichtlich geht „wohnen“ auf das gotische „wunian“ zurück, das so viel bedeutet wie „sich behagen, zufrieden sein“ bzw. „zum Frieden gebracht“. „Wohnen“ bezeichnete zunächst in einem ganz allgemeinen Sinn das Verweilen an einem bestimmten Ort („Wohnsitz haben, sich aufhalten“). Erst allmählich wandelte sich die Bedeutung, und es kam mit „sich aufhalten, bleiben, leben, verweilen, ruhen“ (Köbler 1995: 471) eine räumliche Bestimmung hinzu.⁵

„Wohnen“ hängt also mit „Aufenthalt“ zusammen. Wortgeschichtlich steckt in dem Wort „Aufenthalt“ mit der Vorsilbe „ent“ „sich enthalten“ im Sinne von „Widerstand leisten“. „Sich aufenthalten“ bedeutet so viel wie „aufrecht bleiben, ohne Wanken widerstehen“ und führte nach und nach zum dauerhaften Verweilen an einem Ort, an dem man mit dem Wohnsitz den „örtlichen Schwerpunkt der Lebensbeziehungen“ hat (Köbler 1995: 471).

Heute werden dem Verb „wohnen“ zwei Bedeutungen zugeschrieben: 1. „seine Wohnung, seinen ständigen Aufenthalt haben“, was über ein flüchtiges „sich niederlassen“ hinaus geht und 2. „vorübergehend eine Unterkunft haben, untergebracht sein“, umgangssprachlich „ein Dach über dem Kopf haben“ (Bibliographisches Institut GmbH 2011). Hingegen gibt es für „Wohnungslosigkeit“ keine allgemein anerkannte Definition. In der Fachdiskussion wird seit langem eine Auseinandersetzung über die „richtige“ Terminologie geführt. Noch Anfang der 1980er Jahre wurde in Bezug auf „Nichtseßhaftigkeit“ von einem Persönlichkeitsmerkmal ausgegangen (vgl. Wolf 2011: 1756), später wurde dann der Begriff „Obdachlosigkeit“ eingeführt mit dem Ziel, rechtliche Unschärfen, Unklarheiten bis hin zu offener Hilfeverweigerung und Ausgrenzung („Exkommunalisierung“) zu vermeiden. „Der Deutsche Städtetag hat dann den Begriff des Wohnungsnotfalls in die Diskussion gebracht (...), der als Richtschnur dient. Als Wohnungsnotfall wird danach bezeichnet,

⁴ Die Geschichte zeigt, wie Klima, soziale Differenzierung und die zur Verfügung stehenden Materialien das Wohnen der Menschen bestimmen. Die ersten Wohnungen waren Höhlen; wo es keine gab, dienten Windschirme in schützender Umgebung den Menschen als Unterkunft. Die erste bekannte Hütte ist ungefähr 400.000 Jahre alt und gilt als Zeichen der ersten Architektur. Zelte kamen vor ungefähr 40.000 Jahren auf, erste Schlafplattformen sind 15.000 Jahre alt. Immer wohnten mehrere Menschen auf engem Raum zusammen (vgl. Schmitz-Scherzer 2004).

⁵ Auch das Wort „Wohnung“ wird ursprünglich in einem abstrakten Sinn gebraucht: Ausgehend vom Aufenthaltsort eines Menschen an einer bestimmten Stelle bezeichnet es einen konkreten, in sich abgeschlossenen Raumkomplex, den ein Mensch (evtl. mit seiner Familie) bewohnt. Die Wohnung bedeutet das „befriedete Besitztum, das dem Menschen zum auf längere Zeit angelegten Aufenthalt dient“ (Köbler 1995: 471).

- wer unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht ist,
- wer aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen ist oder
- wer in unzumutbaren Wohnverhältnissen lebt“ (Wolf 2011: 1756).⁶

Wohnungslosigkeit ist eine Situation, die aufgrund des Zusammenspiels mehrerer Faktoren entsteht. Das Armutsnetzwerk (2011) unterscheidet hierbei zwischen **persönlichen, institutionellen und strukturellen** Faktoren:

- „1. Persönliche Faktoren: Zusammenbruch der Beziehung, Tod des Partners, Verlust des Arbeitsplatzes, Drogenmissbrauch
2. Institutionelle Faktoren: Mangel an angemessener Unterstützung durch Ämter, Haftentlassung, usw.
3. Strukturelle Faktoren: Mangel an angemessenem und bezahlbarem Wohnraum, hohe Arbeitslosigkeit, häusliche Gewalt“ (Armutsnetzwerk 2011).

Gemäß der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. sind von Wohnungslosigkeit bedroht bzw. betroffen solche Personen, die aufgrund ordnungsrechtlicher Maßnahmen ohne Mietvertrag, d. h. lediglich mit Nutzungsverträgen in Wohnraum eingewiesen oder in Notunterkünften untergebracht werden. Hinzu kommen Personen, die sozialhilferechtliche Leistungen nach dem zwölften und/oder zweiten Sozialgesetzbuch erhalten und bei denen die Kosten für sonstigen Wohnraum übernommen werden. Diese Menschen halten sich in Heimen, Anstalten, Notübernachtungen, Asylen oder Frauenhäusern auf, weil keine Wohnung zur Verfügung steht. Sie leben als Selbstzahler in Billigpensionen bzw. kommen bei Verwandten, Freunden und Bekannten vorübergehend unter oder sind ohne jegliche Unterkunft (d. h. sie machen „Platte“). Und auch Personen im Zuwanderungssektor zählen hierzu, nämlich Aussiedler, die noch keinen Mietwohnraum finden können und in Aussiedlerunterkünften untergebracht sind (vgl. BAG W 2010a).

3.2 Soziale und gesundheitliche Risiken bei Wohnungslosigkeit

Wenn man sich die Bedeutung des Wohnens für den Menschen vor Augen führt, wird deutlich, welche erheblichen sozialen und gesundheitlichen Risiken mit Wohnungslosigkeit verbunden sind. Internationale Studien zur körperlichen und psychischen Gesundheit von Wohnungslosen belegen, dass deren Gesundheitszustand unter allen sozial benachteiligten Gruppen zu den schlechtesten zählt (vgl. Steiger 2010: 14). Auch deutsche Studien bestätigen die überwiegend sehr schlechte gesundheitliche Verfassung wohnungsloser Menschen (vgl. Trabert 2005: 163f). Dabei leidet diese Personengruppe keinesfalls unter grundsätzlich anderen Erkrankungen als die Normalbevölkerung, vielmehr ist festzustellen, dass eine Häufung bestimmter Krankheitsbilder auftritt (vgl. Trabert 2005: 164; Trabert 2003: 3; Schwarzenau 2002: 1). Dies sind Erkrankungen der Atmungsorgane und Erkrankungen der Verdauungsorgane, Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems, Hautkrankheiten und Erkrankungen des Skelettsystems. Auch Verletzungen aufgrund von Straßenverkehrs- und Arbeitsunfällen sowie akute Infektionskrankheiten scheinen besonders oft aufzutreten. Des Weiteren sind psychiatrische Erkrankungen sowie Alkoholkrankheit mit ihren Folgeerkrankungen hervorzuheben. Der Zahnstatus wird ebenfalls übereinstimmend oft als sanierungsbedürftig bezeichnet (vgl. Trabert 2005: 164).

⁶ Holtmannspötter (1996: 17) weist darauf hin, „dass die Begriffe „Obdachlosigkeit“, „Wohnungslosigkeit“, „Wohnungsnotfall“, „Nichtseßhaftigkeit“ usw. Bezeichnungen sind, die von Hilfe- und anderen Interventionssystemen oder deren Experten vergeben wurden und die sich nicht „selbstredend“ erklären, sondern nur in Verbindung mit ihren spezifischen Definitionen“.

Wohnungslose Menschen sind zudem von einer erhöhten **Multimorbidität** betroffen (vgl. Trabert 2005: 164; Trabert 2003: 3). Das mittlere Sterbealter liegt bei 44,5 Jahren (vgl. Ishort-Witte 2003: 11), vermutlich unter anderem aufgrund der deutlich reduzierten Behandlungsmöglichkeiten für diese vulnerable Bevölkerungsgruppe (vgl. Ansen 2008: 165).

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht sind diese Befunde wenig überraschend: „Soziale Lebenschancen und gesundheitliche Ressourcen bilden schon immer eine Einheit“ (Ansen 2008: 166). Betrachtet man die Lebensbedingungen wohnungsloser Menschen näher, wird dieser Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und erhöhter Morbidität sowie Mortalität deutlich. Faktoren wie Witterung, Schlaf, Hygiene, Ernährung, psychische oder Suchterkrankungen, aber auch soziale Einflüsse, wie fehlende Beziehungen, Gewalterfahrungen und unterbrochene Bildungs- und Berufsbiographien mit Armutfolgen sind krankmachende Stressoren.

Zum Beispiel der Faktor **Witterung**: Das Leben der meisten wohnungslosen Menschen spielt sich hauptsächlich draußen ab und ist den Witterungseinflüssen ausgesetzt, was das Erkrankungsrisiko hinsichtlich chronischer Atemwegserkrankungen und anderer Krankheiten wesentlich erhöht (vgl. Steiger 2010: 213; Flick/Röhnsch 2008: 48; SVR 2007: 363). Steiger (vgl. 2010: 213) kommt zu dem Schluss, dass Nässe und Kälte vor allem für die Wohnungslosen, die auf der Straße schlafen (müssen), eine besonders negative Rolle spielen. Aber auch in Not Schlafstellen und sonstigen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sowie anderen Schlafgelegenheiten ist das Erkrankungsrisiko deutlich erhöht, da viele potenziell Betroffene auf engem Raum zusammenleben und dadurch die Ansteckungsgefahr sehr groß ist (vgl. Flick/Röhnsch 2008: 48).

Ein wesentlicher Moment im alltäglichen Leben eines wohnungslosen Menschen ist die **Suche nach einem geeigneten Schlafplatz** und dessen Verteidigung gegen die Konkurrenz. Denn „Konflikte mit Schlafpartnern können ebenfalls zum Verlust des Schlafplatzes führen genauso wie Passanten, Hausmeister oder die Polizei, die Wohnungslose jederzeit stören und von ihren Schlafplätzen vertreiben können. Weil Wohnungslose beim Übernachten auf der Straße verhältnismäßig häufig Opfer von Verbrechen werden, mindert auch eine ständig vorhandene Angst vor Gewalttaten die Schlafqualität. Folgen des schlechten Schlafes sind Müdigkeit, wiederholtes Einnicken tagsüber, Antriebsmangel, körperliche und seelische Erschöpfung bis zum Krankheitsgefühl und Depression“ (Steiger 2010: 120). Selbst bei wohnungslosen Menschen, die nicht draußen übernachten, ist der Schlafplatz oft nicht gesichert. Die Zahl der Nächte in Notunterkünften ist meist begrenzt (vgl. SVR 2007: 363) und die Möglichkeiten, in provisorischen Quartieren von Szenemitgliedern unter zu kommen, sind nicht unerschöpflich. Die Folge sind häufige Umzüge von einer Unterkunft in die nächste (vgl. Flick/Röhnsch 2008: 48).

Schwierig ist des Weiteren der gesamte Bereich von **Hygiene und Körperpflege**. Häufig fehlt es wohnungslosen Menschen an Möglichkeiten, sich ausreichend um Hygiene und Körperpflege zu kümmern: „Öffentliche Waschgelegenheiten sind auch in Großstädten nur an wenigen Stellen vorhanden und obendrein (wie etwa am Bahnhof) nur gegen Geld nutzbar“ (Ludwig-Mayerhofer u. a. 2001: 278). Quartiere, in denen Betroffene unterkommen, verfügen meist über eine mangelnde sanitäre Ausstattung, was es wiederum erschwert, Wäsche zu wechseln und zu waschen oder allgemein auf Körperpflege zu achten (vgl. SVR 2007: 363). Der Mangel an Körperhygiene kann zu infektiösen Hautkrankheiten, Erkrankungen der Füße oder Ungezieferbefall führen (z. B. Krätze, Pilze, Läuse; vgl. FEANTSA 2006: 9).

Zu den gesundheitsschädigenden Faktoren gehört auch die **Ernährung**. „Die Nahrungsversorgung ist qualitativ und quantitativ häufig unzureichend“ (Steiger 2010: 130). Grund dafür sind fehlende finanzielle Mittel und fehlende Möglichkeiten, Nahrungsmittel zu lagern oder zuzubereiten. Die wohnungslosen Menschen ernähren sich daher oft von Konservendosen sowie Nahrungsmitteln mit hohem Fettgehalt und Fertig- und Halbfertigprodukten (Feichtinger 1996 zitiert nach SVR 2007: 363; vgl. Trabert 1995: 479) oder nehmen Essensangebote von Wohlfahrtseinrichtungen wahr. Zwar erweitern diese die Ernährungsmöglichkeiten, jedoch ist das

Angebot oftmals weder qualitativ noch quantitativ hinreichend (vgl. Ludwig-Mayerhofer u. a. 2001: 278; Macke 2000: 101). Folgen dieser Mangelernährung sind „Hungergefühl und Gewichtsverlust, im Extremfall Kachexie, Schwäche, Antriebsmangel und Niedergeschlagenheit“ (Steiger 2010: 130).

In der multifaktoriellen Betrachtung gesundheitlicher Risiken für wohnungslose Menschen spielen Drogen eine besondere Rolle. So können Suchterkrankungen zu Wohnungslosigkeit führen. In der Situation der Wohnungslosigkeit dienen Suchtmittel dann dazu, bestimmte Lebensbedingungen, wie Nässe, Kälte, das Fehlen eines geschützten Schlafplatzes oder die Konfrontation mit Gewalt zu bewältigen (vgl. Steiger 2010: 158) und Hungergefühle, körperliche Schmerzen oder negative Gedanken sowie psychische Störungen zu medikamentieren bzw. zu betäuben (vgl. Gillich/Nielsony 2000: 99f).

Der Konsum psychotroper Substanzen, vor allem Alkohol, nimmt dabei oft Formen von Missbrauch und Abhängigkeit an. Die Sucht wiederum verursacht verschiedene somatische Folgeerkrankungen: „Körperliche Schäden als Folgen der Sucht wie z. B. Leberzirrhose, Polyneuropathie, Krebserkrankungen, hirnorganische Veränderungen oder Verletzungen sind die Regel. Auch Stoffwechsel- und Herz/Kreislaufkrankungen sind nicht selten“ (Neubacher 2011: 88). Ebenfalls erhöht ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen, die Betroffenen leiden unter Schuldgefühlen, Depressionen und Antriebslosigkeit (vgl. Steiger 2010: 158). Es kommt zu Beschaffungskriminalität und Gewalt. Die Gesundheit verliert an Bedeutung, das Körpergefühl geht verloren. Die wohnungslosen Menschen nehmen kaum noch Nahrung zu sich, Wunden und andere Erkrankungen bleiben unbehandelt, auf Hygiene wird nicht geachtet. Zudem ist ein riskantes Sexualverhalten zu beobachten (vgl. Flick/Röhnsch 2008: 55).

Unter den sozialen Risikofaktoren bzw. Stressoren stehen **psychische und/oder physische Gewalterfahrungen** an erster Stelle. „Gewalt an Wohnungslosen ist keine Seltenheit“ (Kellinghaus 2000: 18). Von „Ablehnung und Beleidigung führt eine kontinuierliche Skala der Gewalt über Demütigungen, gewaltsame Vertreibung und Körperverletzungen bis zu grausamen Morden an Wohnungslosen“ (Steiger 2010: 145). Es gibt aber auch körperliche Gewalt, die von anderen Wohnungslosen ausgeht. Grund ist häufig der Konsum von Drogen und die daraus resultierenden Konflikte und Enthemmungen (vgl. Steiger 2010: 136). Fehlende Rückzugsmöglichkeiten und Intimität rufen Konflikte hervor. Gewalt im Milieu kann ebenso auf Resignation, Hoffnungslosigkeit und Ohnmachtsgefühlen wurzeln (vgl. Kellinghaus 2000: 18). Infolgedessen leiden viele wohnungslose Menschen unter Angst und Hilflosigkeit.

Unter allen Bevölkerungsgruppen sind wohnungslose Menschen „diejenige[n], die am stärksten von **sozialer Benachteiligung und Isolation** betroffen sind“ (Gillich/Nielsony 2000: 89; Hervorhebung durch die Autorinnen). Während Konflikte, Beziehungsabbrüche, Todesfälle mit/von primären Bezugspersonen schon bei der Entstehung von Wohnungslosigkeit eine bedeutende Rolle spielen können, ist die primäre **Beziehungslosigkeit** im Verhältnis zur Dauer der Wohnungslosigkeit ein wachsender Zustand (vgl. Gillich/Nielsony 2000: 89). Mit anderen Worten fehlen tragfähige soziale Beziehungen. Wohnungslose untereinander können sich aufgrund der ständigen Mangelsituation nur begrenzt helfen bzw. stehen im Wettbewerb um knappe, existenziell wichtige Güter: Nahrung, Schlafplatz, Gesundheitsversorgung. Hinzu kommt: Je mehr „Alkohol und Drogen den Alltag bestimmen, desto unverbindlicher werden gegenseitige Hilfen und desto stärker werden die Beziehungen untereinander von Ausnutzung und Konkurrenz geprägt“ (SVR 2007: 364). Diese belastenden sozialen Bedingungen, zu denen Steiger (vgl. 2010: 145f) auch die oben genannten Diskriminierungserfahrungen zählt, verursachen depressive Symptome bis hin zur Suizidalität. Nach FEANTSA (2006: 11) wirkt sich der Wegfall eines tragfähigen sozialen Netzes nicht nur auf die psychische, sondern oft auch auf die physische Gesundheit der Betroffenen aus. Sie haben niemanden mehr, der sie im Krankheitsfall ermutigt, zum Arzt zu gehen und dessen Behandlungsempfehlungen umzusetzen.

„Wohnungslosigkeit“ geht mit **Armut** einher. Was die Einkommensverhältnisse angeht, sind ungefähr zwei Drittel der Wohnungslosen auf staatliche Transferzahlungen in Form von Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld angewiesen, jeder Zehnte hat überhaupt kein Einkommen, auf das er zurückgreifen kann, weitere acht Prozent bestreiten ihre Einnahmen aus Gelegenheitsarbeiten, Betteln und Prostitution (vgl. Rosenke/Schröder 2006: 5f). Und es gibt eine Gruppe wohnungsloser Menschen, die keinerlei Kontakt zum System der Wohnungslosenhilfe hat. In der Wohnungslosigkeit ist der Alltag von chronischem Geldmangel bestimmt, ‚Wohnungslosigkeit‘ steht für eine anhaltende Armutslage. So fehlt unter anderem das Geld für eine gesunde Ernährung und für die Eigenbeteiligung an den Kosten für eine medizinische Versorgung. Das Aufbringen der Kosten für die medizinischen Hilfen gestaltet sich unter anderem für diejenigen wohnungslosen Menschen besonders schwierig, die ihre Leistungen in Tagessätzen ausbezahlt kommen.

Die hier skizzierten Risikofaktoren beeinflussen nicht nur das Auftreten, sondern auch den Verlauf bestimmter Krankheiten. Nach Schwarzenau (vgl. 2002: 1) lassen sich ärztliche Behandlungsempfehlungen wie die, sich im Krankheitsfall zu schonen oder regelmäßig bestimmte Arzneimittel einzunehmen, auf der Straße nicht einhalten. Damit fehlen die Voraussetzungen für eine rasche Heilung, Komplikationen können selbst im Fall eher harmloser Beeinträchtigungen eintreten.

Wohnungslosigkeit ist ein heterogenes Phänomen. Besonderheiten, die sich aus dieser sozialen Lage für verschiedene Bevölkerungsgruppen (Seniorinnen und Senioren, Frauen, junge Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund) ableiten lassen, sind ergänzend in einem Kapitel im Anhang zusammengefasst. Allen Gruppen gemeinsam ist, dass die gesundheitliche Lage der Menschen in der Regel durch multiple Probleme gekennzeichnet ist: akute bzw. „verschleppte“, teilweise chronische somatische Erkrankungen, soziale und/oder psychische Verhaltensauffälligkeiten, akute bzw. chronische Suchterkrankungen, Mangelernährung und Pflegebedarf. Ergänzend hinzu kommen oftmals Arbeitslosigkeit, psychosoziale und finanzielle Schwierigkeiten bzw. Überschuldung und mangelnder Versicherungsschutz.

In der Praxis ist die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen eine komplexe Herausforderung, weil sowohl persönlich-individuelle als auch gesellschaftlich-strukturelle Barrieren bestehen.

3.3 Rechtsgrundlagen der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen

Rainer Patjens

3.3.1 Einleitung

Während auf der einen Seite Art. 1 Abs. 1 GG dem Einzelnen einen Anspruch auf das materielle Existenzminimum verleiht⁷, verpflichtet das in Art. 20 Abs. 1 GG festgelegte Sozialstaatsprinzip den Staat zur sozialen Aktivität und zur Schaffung einer „gerechten Sozialordnung“.⁸ Dies bedeutet, dass im geschützten Bereich der Menschenwürde der Einzelne gegenüber dem Staat ein subjektives Recht auf Leistungen der sozialen Sicherheit geltend machen kann, das neben den Kernbedürfnissen wie Nahrung, Kleidung und Unterkunft auch die medizinische und pflegerische Versorgung umfasst. Darüber hinaus ist der Staat verpflichtet, das Sozialsystem den tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen und eine entsprechende Versorgung zu gewährleisten. So sehr der Gesetzgeber als auch das Bundesverfassungsgericht Schwierigkeiten haben, das menschenwürdige Existenzminimum in einem Betrag zu erfassen, so schwierig ist es, den menschenwürdigen Umfang der medizinischen oder pflegerischen Versorgung daraus kon-

⁷ BVerwGE 1, S. 159, 161 f.; 48, S. 237, 238 f.; 62, S. 261, 265 f.

⁸ BVerfGE 94, S. 241, 263; 97, S. 169, 185; 100, S. 271, 284; 110, S. 412, 445.

kret abzuleiten.⁹ Dies bedeutet im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung von Wohnungslosen, dass es zwar der staatlichen Fürsorge obliegt, eine „menschenwürdige“ Versorgung sicherzustellen, dass aber mangels genauer Kenntnis von Grenzen und Inhalt Einschnitte im Versorgungssystem zwangsläufig ohne Ausgleichsmöglichkeit in vollem Umfang zulasten des Leistungsempfängers gehen.

3.3.2 Rahmenbedingungen gesundheitlicher Versorgung

Die Rahmenbedingungen gesundheitlicher Versorgung beinhalten die Schaffung stabiler Lebensbedingungen. Dies umfasst vor allem die Erfüllung der Kernbedürfnisse nach Nahrung, Kleidung und Unterkunft/Schlaf/Sicherheit. Diesbezüglich werden die Kernbedürfnisse einheitlich durch die Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen eines Regelbedarfs abgedeckt (§§ 20 SGB II, 27a SGB XII), der das menschenwürdige Existenzminimum sichern soll. Abhängig davon, ob die wohnungslose Person erwerbsfähig i.S.v. § 8 SGB II ist, unterfällt sie dem SGB II¹⁰ oder als letztem Auffangnetz im Rahmen der Subsidiarität dem Sozialhilferecht.¹¹ Leistungen der Existenzsicherung sowohl nach dem SGB II als auch nach dem SGB XII enthalten immer die Deckung angemessener Kosten für die Unterkunft (§§ 22 SGB II, 35 SGB XII), so dass gerade für wohnungslose Menschen eine Ursache gesundheitlicher Probleme, die sich aus der fehlenden Unterkunft ergibt, behoben werden kann. Bereits hier macht sich aber ein wesentlicher Unterschied zwischen SGB II und SGB XII bemerkbar: Gemäß § 18 Abs. 1 SGB XII setzt die Sozialhilfe ein, „sobald dem Träger der Sozialhilfe oder den von ihm beauftragten Stellen bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistung vorliegen“ (sog. Kenntnisgrundsatz), während im SGB II der im Sozialleistungsrecht üblicherweise geltende Dispositionsgrundsatz gem. § 16 SGB I gilt und die Sozialleistung daher abhängig ist von der Initiative des Antragstellers.¹² Die wohnungslose Person, die gem. § 8 Abs. 1 SGB II „wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbsfähig zu sein“, ist gegenüber erwerbsfähigen wohnungslosen Personen insoweit privilegiert, als dass es nicht mehr auf die Antragstellung ankommt, um die Leistung auszulösen. In der Praxis dürften viele wohnungslose Personen nicht mehr in der Lage sein, in dem geforderten Umfang auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu sein.

3.3.3 Medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung ist auf verschiedenen Ebenen gesichert. Grundsätzlich ist die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung abhängig davon, ob man der Versicherungspflicht gem. § 5 SGB V unterliegt. Soweit man der Versicherungspflicht nicht unterliegt und daher aus dem Versicherungspflichtverhältnis keine Leistungsansprüche gegenüber der Krankenversicherung geltend machen kann, ist sowohl die Möglichkeit der Übernahme der Krankenbehandlungskosten gem. § 264 SGB V möglich als auch, allerdings nur subsidiär, die Erbringung von medizinischen Leistungen gem. §§ 48, 52 SGB XII. Außerdem werden gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V von der Versicherungspflicht diejenigen erfasst, die „keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und [...] bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren ...“. Diese neu eingefügte Ergänzung ist allerdings streng nachrangig auch gegenüber der Sozialhilfe: Einen anderweitigen Anspruch haben nur Personen, die weder aus der Pflichtversicherung, aus § 264 SGB V, aus § 40 SGB VIII oder aus § 48 SGB XII Leistungsansprüche geltend machen können.¹³ Damit soll eine Regelungslücke geschlossen

⁹ Vgl. dazu Bieresborn (2007: 193) mit der Zusammenfassung eines Vortrages von Gerhard Igl in Hinblick auf die Bestimmbarkeit eines Mindestschutzbedarfs bei der Pflege.

¹⁰ § 7 SGB II.

¹¹ §§ 2, 19 SGB XII.

¹² BSGE 36, S. 146; LSG Rheinland-Pfalz vom 7. 11. 1995, L 4 V 26/95.

¹³ Felix, in: jurisPK-SGB V, 1. Auflage 2007, Stand: 27.09.2010, § 5 Rd. 89.

werden, so dass niemand, der durch die bestehenden sozialen Systeme fällt, auf medizinische Versorgung und Absicherung verzichten muss.¹⁴

Soweit Personen leistungsberechtigt nach § 7 SGB II sind, unterliegen sie gem. § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V auch der Versicherungspflicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit sie nicht anderweitig familienversichert sind. Grundsätzlich werden also die Beiträge zur GKV weitergezahlt, so dass in vollem Umfang Versicherungsschutz besteht und medizinische Versorgung in Anspruch genommen werden kann. Soweit eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV besteht oder sich im Rahmen der privaten Krankenversicherung versichert wurde, werden nach Maßgabe des § 26 Abs. 1 SGB II die Beiträge übernommen. Nicht versicherungspflichtig sind gem. § 5 Abs. 8a SGB V hingegen Bezieher von laufenden Leistungen nach dem SGB XII. Diese unterfallen grundsätzlich den im SGB XII vorgesehen gesundheitlichen Versorgungsmöglichkeiten.

3.3.3.1 § 264 SGB V (Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung)

Die Krankenkasse kann für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, für die Sozialleistungsträger die Krankenbehandlung gem. § 264 SGB V als „Auftragsangelegenheit außerhalb des gesetzlichen Aufgabenkreises“¹⁵ übernehmen. Der Sozialleistungsträger hat der Krankenversicherung die vollen Aufwendungen als auch einen angemessenen Teil der Verwaltungskosten zu erstatten. Ausgeschlossen sind lediglich Personen, die voraussichtlich weniger als einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben (§ 264 Abs. 2 S. 2 SGB XII). Da es sich hier nur um die Ausgestaltung des Rechtsverhältnis zwischen zwei Sozialleistungsträgern handelt, bedeutet es für den Leistungsempfänger, dass es sich nicht um eine echte Mitgliedschaft in der GKV handelt und keine Anwartschaften i.S.v. § 9 SGB V erworben werden können. Darüber hinaus ist aber eine verfahrens- und leistungsrechtliche Gleichstellung mit den Mitgliedern der GKV gegeben.

Gemäß § 264 Abs. 4 S. 1 i.V.m. § 11 Abs. 1 SGB V gehen die Leistungen weit über die reine Krankenbehandlung gem. den §§ 27 ff. SGB V hinaus¹⁶ und umfassen z. B. auch Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten, ohne dass hingegen Entgeltersatzleistungen geltend gemacht werden könnten.¹⁷ Kernleistungen im Rahmen der Krankheitsbehandlung sind gem. §§ 27 ff. SGB V ärztliche Behandlungen einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen. Psychischen Krankheiten, die gerade im Hinblick auf langjährige Wohnungslosigkeit oder Alkoholmissbrauch auftreten, und den damit verbundenen besonderen Bedürfnissen bei der Krankenbehandlung ist gerade in Hinblick auf die Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation Rechnung zu tragen (§ 27 Abs. 1 S. 3 SGB V). Obgleich diese Formulierung mangels eines subjektiven-öffentlichen Rechts nicht als Anspruchsgrundlage dienen kann, ist sie bei der Auslegung der Leistungsvorschriften jedoch dahingehend zu beachten, dass die Versorgung psychisch Kranker

¹⁴ BT-Drs. 16/3100 S. 94: „Aufgrund des Fehlens einer umfassenden Versicherungspflicht für alle Einwohner ist nicht ausgeschlossen, dass Personen weder die Zugangsvoraussetzungen zur gesetzlichen Krankenversicherung erfüllen, noch die Möglichkeit haben, eine private Krankenversicherung abzuschließen, beziehungsweise den Versicherungsschutz in ihrem bisherigen System - etwa durch die Nichtzahlung der Beiträge oder Prämien - verloren haben.“

¹⁵ Huck 2007: Rd. 8.

¹⁶ Dazu auch Wille 2007: Rd. 25.

¹⁷ Wille 2007: Rd. 50.

eine entsprechende Berücksichtigung finden muss und nicht hinter derjenigen für somatisch Kranke zurückbleiben darf.¹⁸

Leistungsempfänger, die von dieser Regelung erfasst werden, haben sich unverzüglich im Bereich des zuständigen Sozialhilfeträgers eine Krankenkasse auszuwählen, die ihre Krankenbehandlung übernehmen soll. Von dieser Krankenkasse erhalten sie eine Mitgliedskarte mit dem Status „Mitglied“, „Rentner“ oder „Familienversicherte“. In diesem Falle kann regelmäßig gem. § 62 Abs. 3 SGB V eine Befreiung von der Zuzahlung ausgestellt werden.

3.3.3.2 § 48 SGB XII (Hilfe bei Krankheit)

Die Hilfen zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel des SGB XII bieten eine nachrangige medizinische Versorgungsmöglichkeit an. Im Rahmen der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen werden Leistungen gem. § 48 SGB XII erbracht, um Krankheiten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern. Ausdrücklich verweist § 48 S. 2 SGB XII auf das bestehende Subsidiaritätsverhältnis gegenüber § 264 SGB V. Entsprechend können also nur die Personen Leistungen nach § 48 SGB XII erhalten, die gem. § 264 Abs. 2 SGB V dort ausdrücklich als Leistungsempfänger ausgeschlossen worden sind:

- Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen,
- Personen, die ausschließlich Leistungen nach § 11 Abs. 5 Satz 3 SGB XII (Beratung und Unterstützung) beziehen,
- Personen, die ausschließlich Leistungen nach § 33 SGB XII (Leistungen zur Alterssicherung) beziehen und
- die in § 24 SGB XII genannten Personen (Deutsche im Ausland).

Im Gegensatz zur Regelung nach dem BSHG können nach § 48 SGB XII nicht mehr Zuzahlungen oder medizinische Mehrbedarfe über das Sozialhilferecht abgedeckt werden. So geht das Bundessozialgericht in einer aktuellen Entscheidung davon aus, dass die Kosten für Zuzahlungen und Praxisgebühren bis zur jährlichen Belastungsgrenze in verfassungsgemäßer Weise vom Regelbedarf erfasst und abgedeckt werden.¹⁹ Ähnlich wie im Krankenversicherungsrecht haben die Leistungsberechtigten freie Wahl zwischen Ärzten und Zahnärzten sowie Krankenhäusern entsprechend den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 52 Abs. 2 S. 1 SGB XII).

3.3.3.3 § 67 ff SGB XII (Hilfe zur Überwindung besonderer Schwierigkeiten)

Gesundheitliche Versorgung bemisst sich nicht lediglich an dem Grad medizinischer Leistungen und der Versorgung mit Medikamenten und Hilfsmitteln. Darüber hinaus ist im Hinblick auf die gesundheitliche Situation wohnungsloser Menschen zu berücksichtigen, dass in erhöhtem Maße Betreuungsaufwand notwendig ist, der sich insbesondere auf die Betreuung in Gesundheitsfragen erstreckt, also z.B. auf die Überwachung von regelmäßigen Arzt- und Therapiebesuchen, Wahrnehmung von gesundheitlichen Beratungsangeboten oder auch die Stabilisierung einer suchtfreien Lebensführung. Jenseits sozialversicherungsrechtlicher Leistungskategorien eröffnen die §§ 67 ff. SGB XII einen solchen Unterstützungsbedarf bei Personen, bei denen „besondere Lebensverhältnisse derart mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, dass die Überwindung der besonderen Lebensverhältnisse auch die Überwindung der sozialen Schwierigkeiten erfordert“ (§ 1 Abs. 1 S. 1 DVO zu § 67 SGB XII). In diesem Rahmen sind Beratung und persönliche Unterstützung durch den Träger der Sozialhilfe möglich, insbesondere

¹⁸ BSG, SozR 4-2500 § 39 Nr. 4; Rz 19; Follmann 2007: Rd. 86.

¹⁹ BSG v. 16.12.2010 - B 8 SO 7/09 = ZFSH/SGB 2011, S. 338 ff.

auch mit dem Ziel, „eine ... gesundheitsbewusste Lebensweise“ zu fördern (§ 6 Nr. 3 DVO zu § 67 SGB XII). In Hinblick auf die Schwierigkeit der Gesamtsituation, die sich bei der Eingliederung wohnungsloser Menschen ergibt, wird grundsätzlich ein Gesamtplan zu erstellen sein.²⁰

3.3.3.4 Sonderfall Krankenhilfe §§ 40, 41 SGB VIII

Voraussetzung für Krankenhilfe nach dem SGB VIII ist, dass stationäre Hilfen zu Erziehung nach den §§ 33 bis 35 oder nach § 35a Abs. 2 Nr. 3 oder 4 SGB VIII oder auch Hilfe für junge Volljährige nach § 41 SGB VIII gewährt werden. Sofern jugendhilferechtliche Leistungen bewilligt werden, sind als sog. Annexleistungen zu stationären Hilfen regelmäßig auch Leistungen der Krankenhilfe zu erbringen, deren Leistungsumfang den §§ 47 ff. SGB XII entspricht. Bei jugendlichen wohnungslosen Menschen geht die Krankenhilfe nach dem SGB VIII als Sonderfall den sonstigen Leistungen der Gesundheitsfürsorge vor.

3.3.4 Sicherstellung des Pflegebedarfs

Sofern über die medizinische Versorgung hinaus auch eine pflegerische Versorgung notwendig ist, um die gesundheitliche Gesamtversorgung sicherzustellen, sind wohnungslose Menschen in der Pflegeversicherung pflichtversichert, sofern sie grundsätzlich berechtigt sind, Leistungen nach dem SGB II zu beziehen, also wenn sie insbesondere erwerbsfähig i.S.v. § 8 Abs. 1 SGB II sind. Die Versicherungspflicht ergibt sich aus § 20 Abs. 1 Nr. 2a SGB XI und eröffnet dem wohnungslosen Menschen den vollen Leistungsumfang der Pflegeversicherung nach den §§ 36 ff. SGB XI. Problematisch ist dabei jedoch, dass die Pflegeversicherung grundsätzlich nicht jedes Pflegerisiko abdeckt, grundsätzlich also nicht als „Vollkaskoversicherung“ konzipiert ist. Daher beginnen die Pflegestufen gem. § 15 Abs. 1 SGB XI auch erst bei einer „erheblichen“ Pflegebedürftigkeit, deren zeitlicher Pflegebedarf im Tagesdurchschnitt bei 90 min liegen muss. Unterhalb dieser Erheblichkeitsschwelle obliegt es jedem Versicherten selbst, die notwendige Vorsorge zu treffen oder die Kosten selbst zu tragen.

Hilfen zur Pflege gem. §§ 61 ff. SGB XII unterliegen dem allgemeinen sozialhilferechtlichen Nachranggrundsatz aus § 2 SGB II. Soweit also keine Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung besteht, weil der wohnungslose Mensch beispielsweise nicht das Erwerbsfähigkeitserfordernis nach § 8 SGB II erfüllt, fällt er damit in das soziale Auffangnetz des Sozialhilferechts. Gemäß § 61 Abs. 2 SGB XII umfassen die Hilfen zur Pflege die häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. Im Gegensatz zur Pflegeversicherung sind allerdings Einkommen und Vermögen zu berücksichtigen (§§ 85 ff. SGB XII).

3.3.5 Finanzielle Rahmenbedingungen

Träger für Leistungen nach dem SGB XII ist grundsätzlich das zuständige Sozialamt (§§ 7 f. SGB XII). Soweit wohnungslose Menschen nicht erwerbsfähig i.S.v. § 8 Abs. 1 SGB II sind, fallen die Kosten daher in den Kommunen an, also in den Kreisen und kreisfreien Städten. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben haben die Länder für eine ausgabenadäquate Finanzausstattung der Kommunen zu sorgen,²¹ dürfen somit die Finanzierung nicht allein den Kommunen überlassen. Der Anteil der Kosten für Hilfen zur Gesundheit (einschließlich der Erstattungszahlungen an die Krankenkassen für die Krankenbehandlungen nach § 264 SGB V) als auch die Kosten für die Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nehmen mit zusammen ca. 7 % (2007) nur ein vergleichsweise geringes Volumen an den Gesamtausgaben der Sozialhilfe in Anspruch.²² Jede erfolgreiche Gesundheitsversorgung im Sinne der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit nach § 8 SGB II würde aber gleichfalls eine entsprechende finanzielle Entlas-

²⁰ Blüggel 2010: Rd. 36.

²¹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009: 769.

²² Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009: 771.

tion der kommunalen Finanzen bedeuten, weil gem. § 6 SGB II die Bundesagentur für Arbeit für den überwiegenden Teil der Leistungen nach dem SGB II Leistungsträger ist.

3.3.6 Zusammenfassung

Die gesundheitliche Versorgung ist wegen dem unmittelbaren Bezug zur Menschenwürde Bestandteil sozialstaatlicher Aktivität. Soweit eine Erwerbsfähigkeit gem. § 8 SGB II zu verneinen ist und damit das Leistungsrecht des SGB XII zur Anwendung kommt, enthält der in § 18 SGB XII verankerte Kenntnisgrundsatz gegenüber dem SGB II einen wesentlichen Vorteil: So kommt es nicht mehr darauf an, dass die wohnungslose Person einen Antrag stellt, vielmehr reicht die Kenntnis des Sozialleistungsträgers vom Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen aus, damit die Sozialhilfe einsetzt. Gegenüber dem SGB II ist der Leistungsempfänger darüber hinaus auch von Sanktionen befreit, die ihm bei Pflichtverletzungen gem. §§ 31 ff. SGB II drohen. Gleichzeitig bietet das SGB XII mit den Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten einen Leistungsrahmen, der über die „üblichen“ medizinischen und pflegerischen Leistungen hinausgeht und eine gesundheitliche Versorgung erst dauerhaft ermöglicht. Grundsätzlich macht es daher Sinn, die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen soweit möglich, d.h. soweit die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, mit den Leistungen nach den §§ 67 ff. SGB XII zu kombinieren. Die medizinische Versorgung ist insgesamt durchaus adäquat erfasst, jedoch werden Einschränkungen der medizinischen Versorgung bzw. des Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherungen insbesondere von Sozialhilfeempfängern nicht durch Eigenleistungen zu kompensieren sein. Soweit die Leistungen der Sozialhilfe weiterhin am Leistungsumfang der GKV angekoppelt bleiben, wird dies zwangsläufig zu einer Minderversorgung bei Hilfeempfänger führen.²³

Die nachfolgende Darstellung 1 fasst die rechtlichen Grundlagen zur gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen im Überblick zusammen.

²³ Vgl. dazu Bieresborn (2007: 194f) mit der Zusammenfassung eines Vortrages von Ingwer Ebsen über den Zusammenhang von Gesundheit und Armut.

Darstellung 1 Rechtliche Grundlagen im Überblick

Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen

Rahmenbedingungen
gesundheitlicher
Versorgung

Medizinische
Versorgung

Pflegerische
Versorgung

Rechtsgrundlagen:

1. SGB II (sofern erwerbsfähig gem. § 8 SGB II)
2. SGB XII (subsidiär)

Leistungen:

Primär Regelbedarf und Kosten der Unterkunft sowie Sonderbedarf.

Rechtsgrundlagen:

1. §§ 5, 11 SGB V, sofern SGB II anwendbar (erwerbsfähig).
2. § 264 SGB V (Regelfall)
3. § 48 SGB XII (subsidiär)
4. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (subsidiär)
5. § 67 SGB XII i.V.m. DVO (subsidiär)

Sonderfall:

§§ 40,41 SGB VIII

Leistungen:

Sicherstellung der Krankenbehandlung und weitergehende Behandlung/Betreuung

Rechtsgrundlagen:

1. §§ 20 Abs. 1 Nr. 2a, 28 ff. SGB XI sofern SGB II anwendbar (erwerbsfähig)
2. §§ 61 ff. SGB XII (subsidiär)

Leistungen:

Pflegerische Grundversorgung

Quelle: IfaS 2011. Zu den in der Praxis der Wohnungslosen- bzw. Wohnungsnotfallhilfe auftretenden Fragen zur medizinischen und pflegerischen Versorgung siehe auch die Handreichung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. von 2010. (Internet: <http://www.bagw.de/fakten/1.phtml>).

3.4 Barrieren und Zugangsschranken

Hohe gesundheitliche Risiken, schlechter Gesundheitszustand und niedrige Lebenserwartung machen einen möglichst barrierefreien Zugang in das Gesundheitssystem notwendig. Doch die Realität sieht anders aus (vgl. Jäger 2009: 130): Personelle, wirtschaftliche, rechtliche und strukturelle Barrieren stehen einer Einmündung wohnungsloser Menschen in das gesundheitliche Versorgungssystem entgegen. Untersuchungsergebnisse zum Inanspruchnahmeverhalten verdeutlichen beispielsweise, dass 60 Prozent der befragten Wohnungslosen zu keinem oder nur selten zu einem Arzt gehen und Erkrankungen in der Regel lange Zeit unbehandelt bleiben (vgl. Trabert 1995: 29). Dieser Wert ist höchst bedenklich, da 80%-90% dieser Personengruppe als behandlungsdürftig gelten (vgl. Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. 2000: 49).

Auf der **personellen Ebene** ist es häufig die eingeschränkte Interaktion zwischen Arzt und Patient, die unterdurchschnittliche Behandlungsergebnisse begründet (vgl. Ansen 2008: 176). In der Begegnung zwischen bildungsfernen Patienten und den Ärzten treffen Personen aus unterschiedlichen Schichten aufeinander, was zu „Problemen und sozialer Distanz“ führt (vgl. Borgetto/Kälble 2007: 78). Die wohnungslosen Menschen sind demnach weniger bereit, an Entscheidungen hinsichtlich Diagnostik und Therapie aktiv mitzuwirken; vielmehr werden Behandlungsmaßnahmen eher verordnet oder angeordnet. Erschwerend kommt hinzu, dass Ärzte häufig nicht über die Lebenslagen der wohnungslosen Menschen im Bilde sind bzw. Vorurteile gehegt werden. Dadurch wird der spezifische Hilfebedarf der Zielgruppe nicht erkannt, und die verordneten/angeordneten Behandlungen erweisen sich als wenig bedarfsgerecht (vgl. SVR 2007: 367; Völlm u. a. 2004: 48; Kunstmann u. a. 1996: 108). Für die Ärzte gibt es auch keine ökonomischen Anreize, diese Situation zu verbessern und sich mit der komplexen sozialen und persönlichen Situation, welche die Krankheit determiniert, auseinanderzusetzen (vgl. SVR 2007: 367).

Die teilweise mangelhafte Bereitschaft wohnungsloser Menschen, medizinische Angebote wahrzunehmen, hat verschiedene Ursachen. Beispiele sind frühere negative, diskriminierende Erfahrungen mit medizinischen Versorgungseinrichtungen (vgl. Trabert 2005: 163), Scham wegen mangelnder Körperhygiene und intensivem Alkoholkonsum (vgl. Steiger 2010: 125; Schwarzenau 2002: 1) oder eine fehlende „Wartezimmerfähigkeit“ aufgrund spezifischer Alltagsanforderungen. Dazu zählen die tägliche Beschaffung des Lebensnotwendigen (tägliche Auszahlungen der Sozialhilfe, Ausgabezeiten der Suppenküchen), Sicherung des Schlafplatzes oder auch die Sicherheit der Habseligkeiten, die nicht mit in die Arztpraxis genommen werden können (vgl. Schwarzenau 2002: 1).

Ansen (2007: 94) weist zudem auf eine „ausgeprägte Symptomtoleranz“ bei Wohnungslosen hin. Im Milieu herrscht ein „eher instrumentelles Verhältnis zum eigenen Körper („normaler Verschleiß““ (Borgetto/Kälble 2007: 171). Des Weiteren reihen sich gesundheitliche Beschwerden nahtlos in die Vielfalt der alltäglichen Belastungen ein und erscheinen in ihrem Schweregrad nur noch als relativ. Schmerzen werden durch den Konsum von Alkohol und Drogen betäubt (vgl. Schwarzenau 2002: 1). Diese ausgeprägte Symptomtoleranz führt zu einer Diskrepanz zwischen individueller Krankheitsbewertung bzw. -einschätzung und objektiv feststellbarem Krankheitszustand bzw. Krankheitslast. Die wohnungslosen Menschen schätzen sich gesünder ein, als sie es nach Maßgabe ärztlicher Kriterien sind und sehen keinen Behandlungsbedarf (vgl. Trabert 2005: 162f; Kunstmann/Ostermann 2002: 152). Das hat zur Folge, dass sie sehr verzögert auf gesundheitliche Beeinträchtigungen reagieren und zunächst versuchen, ohne professionelle Hilfe über die Runden zu kommen (vgl. Ansen 2008: 178). Oftmals suchen wohnungslose Menschen erst dann einen Arzt auf, wenn sie regelrecht zusammenbrechen und die Erkrankung selbst das weitere Überleben auf der Straße in Frage stellt (vgl. Schwarzenau 2002: 2).

Ein weiterer Grund, gesundheitlich relevante Belastungen hinzunehmen, liegt in den täglichen Erfahrungen von Ausgrenzung und Stigmatisierung. Diese „führen zu einer von Demoralisierung geprägten Einstellung, die durch ein geringes Selbstwertgefühl, Resignation und Fatalismus und durch Hilflosigkeit geprägt ist (...). In dieser Verfassung werden Belastungen zunehmend gleichgültig hingenommen, der Glaube, etwas ändern zu können, ist abhanden gekommen“ (Ansen 2008: 178).

Nicht unterschätzt werden darf auch der Einfluss von Bildung auf die Gesundheit bzw. das eher niedrigere Bildungsniveau wohnungsloser Menschen. Bildung ist eine wichtige Ressource für die Gesundheit (vgl. Hurrelmann 2006: 39), und Bildungslücken sind mitverantwortlich für die Entstehung von Krankheiten und einen ungünstigen Verlauf. Durch Bildung wird die gesundheitliche Selbststeuerung gebessert, sie trägt zur konstruktiven Bewältigung von Alltagsanforderungen bei und reduziert riskante Verhaltensweisen wie Alkohol- und Nikotinkonsum. Außerdem stärkt sie die Krankheitsbewältigungskompetenzen durch bessere Interaktionsmöglichkeiten mit dem Arzt (vgl. Ansen 2008: 177).

Wirtschaftliche Barrieren begründen sich aus der Armutslage wohnungsloser Menschen. Vor allem die Regelungen hinsichtlich der Kostenbeteiligung²⁴ im Gesundheitswesen schlagen negativ zu Buche: Die Praxisgebühr von 10€, die pro Quartal bei der ersten Inanspruchnahme des Haus- und Facharztes erhoben wird; die Nichtverschreibung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (u. a. Hustenmittel, Hautsalben, Mittel gegen grippale Infekte), die für Wohnungslose aufgrund typischer Krankheitsbilder von besonderer Bedeutung sind; die Zuzahlungen von 10% bei verordneten Medikamenten (mind. 5€, höchstens 10€) sowie Heilmittel, wie Krankengymnastik oder Massagen und Sachmittel (plus 10€ je Verordnung); die Zuzahlungen von 10% bei Hilfsmitteln, die der Erfolgssicherung der Krankenhausbehandlung und ggf. dem Ausgleich einer Behinderung dienen; die Zuzahlung von 10€ im Monat für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind; fehlende Zuschüsse für Brillengläser und Brillengestelle bei Erwachsenen (außer bei schweren Sehbeeinträchtigungen) und bei Zahnersatz; die Kostenbeteiligung von 10€ bei bis zu 28 Tagen Krankenhausbehandlung; das Entfallen der Härtefallregelung durch die Eingliederung der SGB II- und SGB XII-Berechtigten in die gesetzliche Krankenversicherung bzw. ihre Gleichstellung mit den Versicherten (vgl. Ansen 2008: 172).

Gerade für wohnungslose Menschen stellen diese Regelungen eine besondere Belastung dar: „Eine nicht unerhebliche Zahl der Wohnungslosen hat ein Einkommen, das noch unter den Eckregelsätzen des SGB II/XII liegt, ein knappes Viertel verfügt über gar kein Einkommen. PatientInnen in stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe müssen Zuzahlungen, Praxisgebühren und die Kosten für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente aus ihrem monatlichen Barbetrag bestreiten“ (BAG W 2010b: 5). So brachte die Einführung der Praxisgebühren mit sich, dass Wohnungslose auf Arztbesuche verzichten und weitere Zuzahlungen die Bereitschaft zur Mitarbeit in der Behandlung abschwächen (vgl. Steiger 2010: 223; Kunstmann 1996: 111f). In der Konsequenz hat sich die gesundheitliche Situation wohnungsloser Menschen seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 weiter verschlechtert (vgl. Lutz/Simon 2007: 142).

Im Gesundheitswesen entscheidet grundsätzlich die ärztliche Diagnose über den Zugang zu Behandlungsleistungen – zumindest vordergründig. Betrachtet man die soziale Lage wohnungsloser Menschen jedoch näher, werden neben den wirtschaftlichen vor allem **rechtliche Barrieren** erkennbar. Das medizinische Versorgungssystem ist – wie andere Sektoren auch – umfassend verrechtlicht (vgl. Kapitel 3.3). Nur wer die Regeln kennt und vor allem auch handhaben kann, kommt zu seinem Recht; wohnungslose Menschen gehören eher selten zu dieser Gruppe. Abgesehen davon, dass ein Teil der Wohnungslosen die gesetzlichen Ansprüche für bestimmte Leistungen nicht erfüllt, fehlen vor allem Möglichkeiten der Rechtsdurchsetzung, die

²⁴ Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004 beschreibt die vorerst letzte Stufe eines Prozesses der zunehmenden Kostenbeteiligung der PatientInnen (vgl. BAG W 2010b: 1).

in einem Gesundheitswesen zunehmend benötigt werden, in dem Behandlungsangebote unter finanziellen Vorbehalten stehen und vermehrt auch ohne eindeutige Rechtsgrundlage rationiert werden (vgl. Ansen 2008: 167f).

Tatsächlich ist der Zugang zum Gesundheitssystem noch am einfachsten bei einer ärztlich festgestellten, akut behandlungsbedürftigen Erkrankung oder Verletzung. „Eine rechtliche Barriere, die Wohnungslose benachteiligt, liegt in diesem Fall nicht vor. Werden erforderliche Behandlungen nicht durchgeführt, können diejenigen, die sie verweigert haben, in Regress genommen werden. Die sehr geringe rechtliche Konfliktfähigkeit Wohnungsloser schützt aber medizinische Praktiker vor juristischen Konsequenzen für den Fall, dass sie Patienten trotz einer klaren Diagnose abweisen und infolge dessen Komplikationen auftreten“ (Ansen 2008: 168). Die größere Herausforderung ist der Zugang zur medizinischen Regelversorgung, wenn ein rechtlich definierter Status nachgewiesen werden muss. So setzen zum Beispiel Leistungen zur Rehabilitation die Feststellung einer Behinderung nach §§2 und 69 SGB IX voraus. Abgesehen davon, dass auf Reha-Maßnahmen bei diesem Personenkreis ganz selten hingewiesen wird, fehlen für die Beantragung bei wohnungslosen Menschen häufig die notwendigen Kenntnisse und Unterlagen sowie vor allem die Einsicht, eine Behinderung anerkennen zu lassen (vgl. Ansen 2008: 168). Ein weiteres Beispiel dafür, „dass fundierte Rechtskenntnisse erforderlich sind, um im Gesundheitswesen alle erforderlichen Leistungen zu erhalten, sind die Besonderheiten bei chronischen Erkrankungen“ (Ansen 2008: 168) - und die Liste ließe sich noch weiterführen. Allgemein kann festgehalten werden: „Der Umgang mit dem umfassend verrechtlichten Gesundheitssystem erfordert sozialadministrative Fähigkeiten, die schon den „Normalbürger“ teilweise überfordern, umso mehr noch Menschen in prekären Lebenslagen. Die erschwerten Zugangsbedingungen bilden Hürden, die viele Wohnungslose nicht überspringen können. Sie werden dadurch partiell oder vollständig von Elementen der Regelversorgung abgeschnitten“ (Ansen 2008: 169).

Personelle, wirtschaftliche und rechtliche Barrieren stehen in engem Zusammenhang mit **strukturellen Barrieren**.²⁵ Für wohnungslose Menschen, deren alltäglichen Lebensumstände für die Entstehung vieler Erkrankungen zumindest mitverantwortlich sind und einer Genesung im Wege stehen, stellt ein Gesundheitssystem, das sich auf akute Erkrankungen spezialisiert hat und die sozialen Dimensionen einer Krankheit vernachlässigt eine solche strukturelle Barriere dar. Rosenbrock und Gerlinger (vgl. 2004: 135) kritisieren, dass das System gerade diejenigen sozialen Schichten mit dem höchsten Erkrankungsrisiko, zu denen die wohnungslosen Menschen zu zählen sind, **nicht** erreicht.

„Eine weitere strukturelle Barriere liegt in der Organisation der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens. Eine angemessene Behandlung wird u.a. durch erschwerte Übergänge in die verschiedenen Funktionsbereiche mit ihren unterschiedlichen Leitbildern, Zielen und teilweise auch voneinander abweichenden rechtlichen Rahmenbedingungen vereitelt“ (Ansen 2008: 174). Borgetto und Kälble (vgl. 2007: 93f) unterscheiden verschiedene Bereiche im Gesundheitswesen. Im Folgenden soll vor allem auf die Bereiche eingegangen werden, die für wohnungslose Menschen und ihrem Zugang zum Regelversorgungssystem von Bedeutung sind.

Kuration und Akutmedizin: „Im Vordergrund steht der akute Behandlungsbedarf somatischer Erkrankungen, die organmedizinisch kontrolliert werden. Vertragsärzte bzw. Haus- und Facharztpraxen bilden hauptsächlich den ambulanten Bereich. Hier kommt es wegen der Budgetierung teilweise zu einer Unterversorgung, die chronisch Kranke, darunter vermehrt Wohnungslose, besonders betrifft. Die stationäre Versorgung wird durch unterschiedliche Krankenhaustypen sichergestellt. Zu den großen Problemen zählt die Ausrichtung auf akute Erkrankungen, die mit dem dominierenden Krankheitsspektrum der Bevölkerung nicht mehr konform geht (...). Ein weiteres zentrales Problem resultiert aus den Fallpauschalen, den

²⁵ Damit „sind die Besonderheiten des Gesundheitssystems gemeint, die reibungslose Behandlungen vor allem von Menschen in sozial prekären Lebenslagen erschweren“ (Ansen 2008: 173).

Diagnosis Related Groups, die zu verkürzten Liegezeiten führen. (...) Für Menschen ohne eigene Wohnung bedeutet dies, dass sie die Krankheiten unter nicht angemessenen hygienischen und Versorgungsbedingungen auskurieren müssen“ (Ansen 2008: 174).

Rehabilitation: „Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation und zur sozialen sowie beruflichen Teilhabe richten sich nach dem SGB IX an Menschen mit Behinderungen und an chronisch Kranke. Sie werden in speziellen Rehabilitationseinrichtungen erbracht. Wohnungslose erreichen Rehabilitationsleistungen nur selten, weil diese vor allem auf die berufliche (Re-)Integration zielen, Wohnungslose aber ganz überwiegend zu den Langzeitarbeitslosen mit besonderen Vermittlungshindernissen zählen. Ein weiteres Hindernis ist die bei Patienten und Ärzten verbreitete Unkenntnis über Rehabilitationsleistungen, so dass erforderliche Anträge gar nicht erst gestellt werden“ (Ansen 2008: 174-175).

Pflege: „Leistungen der ambulanten und stationären Pflege dienen der Förderung der Selbstständigkeit trotz Krankheit und Behinderung. Die Intensität der Hilfe erfolgt gestaffelt nach Pflegestufen I-III, die im SGB XI definiert sind. Pflegebedürftige Wohnungslose können aufgrund ihrer Lebensumstände ambulante Pflegeleistungen - wenn überhaupt - nur sehr ausgedünnt in Anspruch nehmen“ (Ansen 2008: 175). „Zwar sollte die Krankenpflege auch in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe möglich sein (vgl. § 37 SGB V), jedoch scheitert die Antragsstellung häufig an der ‚nicht vorhandenen Häuslichkeit‘“ (Studener 2008: 44). Eine weitere Hürde besteht im hohen Anteil der Eigenfinanzierung von Pflegeleistungen, den Wohnungslose nicht bezahlen können.

Prävention und Gesundheitsförderung: „Zu den Präventionsmaßnahmen zählen u.a. primäre Leistungen wie Impfungen, Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und Präventionsangebote, die einer Verschlimmerung bestehender Erkrankungen und Behinderungen vorbeugen sollen. (...) Das breite Feld der Prävention und Gesundheitsförderung ist unübersichtlich und wird schon deshalb von den Interessierten nur unzureichend in Anspruch genommen. Wohnungslose sind mit ihren alltäglichen Lebensumständen von Prävention und Gesundheitsförderung weit entfernt und sind aufgrund ihrer aktuellen Belastungen nur sehr begrenzt für diese Themen erreichbar“ (Ansen 2008: 175).

3.5 Gesundheitliche Versorgungsangebote für wohnungslose Menschen in Baden-Württemberg

Im Rahmen des Projekts zur gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg wurden neben den qualitativen Datenerhebungen auch quantitative Datenerhebungen durchgeführt. Zielsetzung der landesweiten Befragung von Trägern der Wohnungslosenhilfe war herauszufinden, ob und wenn ja, welche speziell medizinisch-pflegerischen Versorgungsangebote vorgehalten werden.

Der landesweit versandte Erhebungsbogen²⁶ enthielt sowohl eine Abfrage von Grunddaten zur Einrichtung (Name, Kontaktdaten, Träger, Leistungstyp) als auch vier Schlüsselfragen zu einem - evtl. bestehenden - medizinisch-pflegerischen Angebot für wohnungslose Menschen. Die erste Frage fungierte als Filterfrage und untersuchte, ob die Einrichtung aktuell ein niederschwelliges medizinisches Angebot **offeriert**. Eine viergliedrige Skala ermöglichte außerdem Aussagen über die derzeitige und zukünftige Angebotsstruktur. Mit der zweiten Frage wurde (im Falle eines vorliegenden medizinischen Angebots) erfasst, um **welche Art** von niederschwelligem medizinischem Angebot es sich handelt (Allgemeinarzt, Optiker, Zahnarzt, pflegerisches Hilfeangebot, Psychiatrisches Hilfeangebot, Suchtspezifisches Angebot, „Sonstiges“). Die dritte Frage widmete sich der **Form** der medizinischen Hilfeleistung (Aufsuchende Arbeit; Mobile Ambulanz; Sprechstunde). Abschließend diente die vierte Frage der **Erfassung von Kontaktdaten**, speziell in Bezug auf das niederschwellige medizinisch-pflegerische Angebot, um einen aktuellen „Versorgungsatlas“ zu erstellen.

Insgesamt haben landesweit 95 Einrichtungen an der Befragung teilgenommen; diese verteilen sich auf 89 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und sechs Einrichtungen der Straffälligenhilfe.²⁷ In einem Fall fehlten Angaben zum medizinisch-pflegerischen Angebot, sodass nachfolgend die Ergebnisse von 94 Einrichtungen vorgestellt werden.

Zum Stichtag 30.09.2011 halten eigenen Angaben zufolge 41 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Baden-Württemberg ein niederschwelliges medizinisch-pflegerisches Versorgungsangebot vor.²⁸

Zwei medizinische Angebote bestehen bereits seit den 80er Jahren (1980, 1986), elf Angebote seit den 90er Jahren. Acht Angebote entstanden im Zeitraum von 2000 und 2003 und 18 Angebote im Zeitraum von 2004 bis 2011. Bei zwei Angeboten ist das Gründungsdatum nicht bekannt. Parallelen mit den gesetzlichen Änderungen (Gesundheitsreformgesetz (GRG), 1.1.1989; Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1.1.1993; Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntIG), 1.1.1997, 1. und 2. GVK-Neuordnungsgesetz (1. und 2. GKV-NOG), 1.07.1997; Beitragssicherungsgesetz (BSSichG), 1.1.2003), Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004), die zu einer zunehmenden Kostenbeteiligung der Patient/innen geführt haben, können vermutet werden: Berücksichtigt man diese Entwicklungen, fällt die zunehmende Zahl an medizinisch-

²⁶ Der Fragebogen wurde mit dem Beirat abgestimmt.

²⁷ Insgesamt wurden 109 ausgefüllte Fragebögen zurückgeschickt. Jedoch handelte es sich bei sieben Einrichtungen nicht um Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nach §§ 67-69 SGB XII, sondern um medizinische Regelversorgungsangebote (Gesundheitsamt, Krankenhäuser); bei weiteren sieben Fragebögen handelte es sich um „Doppelmeldungen“, die aufgrund des zweigleisigen Vorgehens (vgl. Kapitel 2.2) zustande kamen.

²⁸ Eine weitere Einrichtung gibt an, in der Vergangenheit ein medizinisches Angebot unterbreitet zu haben, dieses jedoch mangels aktuellen Bedarfs ausgesetzt hat. Außerdem gibt es eine Einrichtung, die in der Vergangenheit immer ein niederschwelliges medizinisches Angebot zur Verfügung gestellt hat, die medizinische Hilfe aktuell aber nicht anbieten kann, da die Planstelle unbesetzt ist.

pflegerischen Versorgungsangeboten für wohnungslose Menschen in Baden-Württemberg seit dem Jahr 2004 auf.

40 der 41 Angebote sind dauerhaft angelegt. Ein Angebot hat Projektcharakter und ist dementsprechend zunächst befristet auf drei Jahre. Bei einem weiteren Angebot, welches auch in den Beispielen guter Praxis vorgestellt wird („Pflasterstub‘ Freiburg), ist das psychiatrische Versorgungsangebot als Projekt angelegt.

In Darstellung 2 ist das Ergebnis der landesweiten Befragung tabellarisch dargestellt. Dabei wurden neben den Kontaktdaten der Einrichtung auch der Einrichtungstyp (stationär, teilstationär, ambulant) sowie Art und Form des medizinisch-pflegerischen Angebotes für wohnungslose Menschen aufgeführt.

Anmerkung:

Diese Ergebnisdarstellung ist eine rein deskriptive Darstellung nach Angaben der Beteiligten und beansprucht nicht den Status einer Vollerhebung. Sollten bestimmte Gebiete in Baden-Württemberg nicht abgedeckt sein, wäre es ein Fehlschluss, zwingend von einer Unterversorgung auszugehen. Es gibt Beispiele einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und dem Regelversorgungssystem, die keine gesonderte Institutionalisierung notwendig machen (z.B. Wohnungslosenhilfe Schwäbisch Gmünd), die jedoch nicht systematisch erfasst werden konnten.

**Darstellung 2 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
in Baden-Württemberg, die medizinisch-pflegerische
Versorgungsangebote vorhalten**

Hilfe- form/ Angebot			Name der Einrichtung	Art des medizinischen Angebots							Form der Hilfelei- stung		
Stationäre Hilfen	Teilstationäre Hilfen	Ambulante Hilfen		Im Rahmen einer medizinischen Am- bulanz	Allgemeinarzt	Optiker	Zahnarzt	Pflegerisches Angebot	Psychiatrisches Hilfeangebot	Suchtspezifisches Hilfeangebot	Sonstiges	Aufsuchende Arbeit	Mobile Ambulanz
		x	Wohnungslosenhilfe Bibe- rach e.V., Kolpingstr. 33/3, 88400 Biberach					x	x				x
		x	Freiburger StrassenSchule, Moltkestr. 34, 79098 Freiburg		x			x		x			x
		x	Ferdinand-Weiß-Haus, Fer- dinand-Weiß-Str. 9a, 79106 Freiburg					x					x
		x	Pflasterstub', Herrenstr. 6, 79098 Freiburg	x	x	x	x	x	x		x		x
		x	FreiRaum, Schwarzwaldstr. 24, 79102 Freiburg					x	x				x
		x	Die Herberge, Industrieweg 2, 88045 Friedrichshafen							x			x
		x	Tagestreff St. Vinzenz, Mitt- lere Beutau 43, 73728 Ess- lingen am Neckar	x			x			x			x
		x	Haus der Wohnungs- losenhilfe, Nördlingerstr. 58-60, 89520 Heidenheim		x								x
x		x	AGJ Wohnungslosenhilfe im Landkreis Konstanz, Luther- platz 6, 78462 Konstanz	x			x	x	x		x		x
x		x	AGJ Wohnungslosenhilfe im Landkreis Lörrach, Wall- brunnstr. 77, 79539 Lörrach	x			x				x		x
x		x	Ursulaheim, Vogesenstr. 1- 3, 77652 Offenburg				x				x	x	x
		x	Tagesstätte „Cafe Löffel“, Schützenstr. 41, 77833 Lahr		x								x
		x	Caritas Ost-Württemberg Wohnungslosenhilfe Aalen, Braunenstr. 9, 73431 Aalen		x		x						x

Hilfeform/Angebot			Name der Einrichtung	Art des medizinischen Angebots								Form der Hilfeleistung		
Stationäre Hilfen	Teilstationäre Hilfen	Ambulante Hilfen		Im Rahmen einer medizinischen Ambulanz	Allgemeinarzt	Optiker	Zahnarzt	Pflegerisches Angebot	Psychiatrisches Hilfeangebot	Suchtspezifisches Hilfeangebot	Sonstiges	Aufsuchende Arbeit	Mobile Ambulanz	Sprechstunde
		x	Hubert-Ulrich-Bertsch, Fachbereich Wohnungslosenhilfe, Carl-Friedrich-Str. 10, 76437 Rastatt		x			x						x
x			Dornahof, Postfach 1155, 88357 Altshausen		x			x	x	x	x			x
		x	Tagestreff, Aulbergstr. 3, 72764 Reutlingen		x							x		x
x		x	Soziales Zentrum Spittelmühle, Neckartal 4, 78628 Rottweil		x									x
		x	Bruder-Konrad-Haus, Badstr. 31, 72488 Sigmaringen		x		x		x					x
x		x	Wohnungslosenhilfe Tübingen, Eberhardstr. 53, 72072 Tübingen						x	x				x
x		x	Caritasheim Baden-Baden, Ooser Bahnhofstr. 2a, 76532 Baden-Baden		x									x
		x	Caritas JakobusHaus, Alte Balingen Str. 41, 72336 Balingen		x									x
x		x	Wichernheim, Plöck 13-21, 69117 Heidelberg		x			x		x		x		x
		x	Obdach e.V., Bahnhofstr. 3, 69115 Heidelberg					x			x	x		x
		x	Karl-Klotz-Haus, Kaiserstr. 88-92, 69115 Heidelberg		x			x	x	x	x	x		x
		x	FrauenRaum, Im Mörgelgewann 17/2, 69124 Heidelberg		x			x	x	x	x	x		x
x		x	Aufbaugilde gGmbH, Austr. 105, 74076 Heilbronn							x				x
x		x	Caritasverband Mannheim e.V. Wohnungslosenhilfe, Tagesstätte D6,7, 68159 Mannheim	x	x		x	x		x		x		x
x			Haus Bethanien e.V., Kirchenstr. 4-6, 68159 Mannheim					x		x		x		

Hilf- form/ Angebot			Name der Einrichtung	Art des medizinischen Angebots							Form der Hilfelei- stung		
Stationäre Hilfen	Teilstationäre Hilfen	Ambulante Hilfen		Im Rahmen einer medizinischen Am- bulanz	Allgemeinarzt	Optiker	Zahnarzt	Pflegerisches Angebot	Psychiatrisches Hilfeangebot	Suchtspezifisches Hilfeangebot	Sonstiges	Aufsuchende Arbeit	Mobile Ambulanz
		x	Fachberatungsstelle und Betreuungsstelle für Woh- nungslose, Holzstr. 3, 68159 Mannheim		x								x
		x	DRK Übernachtungsheim, Frauenstr. 125, 89073 Ulm		x								x
		x	Sozialpädagogische Alternativen e.V., Scheffelstr. 37, 76135 Karlsruhe		x								x
x		x	Talhof, Talstr. 182, 69198 Schriesheim				x	x			x		x
		x	Tagestreff „Tür“, Kriegsstr. 88, 76133 Karlsruhe		x								x
		x	Hotel Anker, Lameyplatz, 76185 Karlsruhe		x		x	x					x
x			Christioph-Ulrich-Hahn- Haus, Himmelsleiter 64, 70437 Stuttgart		x		x	x	x	x	x		x
	x	x	Hans-Sachs-Haus, Hauptstätter Str. 142, 70178 Stuttgart				x		x		x		x
x	x	x	Carlo-Steeb-Haus, Schmide- ner Str. 115, 70374 Stuttgart		x		x	x	x	x	x		x
		x	Frauenpension des Caritas Verbundes, Weielbrunnenweg 67, 70372 Stuttgart				x	x	x		x		x
x			Wohnheim Nordbahnhofs- trasse, Nordbahnhofstr. 21, 70191 Stuttgart		x		x	x					x
		x	Franziskusstube, Paulinen- str. 18, 70178 Stuttgart		x		x			x			x
		x	Ambulante Hilfe Stuttgart, Kreuznacherstr. 41a, 70372 Stuttgart		x		x				x		

Quelle: IfaS 2011; Stichtagserhebung 30.09.2011; n=41. Unter „Sonstiges“ verzeichnet: Frauenarzt, Ernährungsberatung, Tropenmedizin, psychologische Beratung, medizinische Fußpflege, sehr gute Ausstattung „Erste Hilfe“, Notarzt, Internist, Naturheilkundliches Angebot.

4 Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen: Beispiele guter Praxis in Baden-Württemberg

4.1 *Übergangsstation oder ein Ort zum Verbleiben:* „Hotel Anker“, Karlsruhe

Das „Hotel Anker“ ist ein Beispiel guter Praxis der kommunalen ambulanten Versorgung im städtischen Raum.

	„Hotel Anker“, Karlsruhe
Träger	AWO Kreisverband Karlsruhe-Stadt e.V.
Historie	Das medizinisch-pflegerische Angebot besteht seit der Gründung der Einrichtung im September 2005. Seit April 2010 haben die Bewohner des „Hotel Anker“ außerdem die Möglichkeit, ein psychiatrisches Angebot in Anspruch zu nehmen.
Mitarbeiter/innen	1 Krankenpfleger (100%), 1 Allgemeinmediziner (niedergelassen), 1 Psychiater (niedergelassen), Mitarbeiter des Mobilen Pflegedienstes Ergänzend: Mitarbeiter des „Hotel Anker“ (2 Sozialpädagogen); 2 Hauswirtschaftler/innen und geringfügig Beschäftigte und ehrenamtliche Helfer übernehmen ebenfalls viele Tätigkeiten, wie z. B. Grundpflege.
Finanzierung	Die Personalkosten für die Pflege sowie die Kosten für den Behandlungsraum sind in das Gesamtkonzept „Hotel Anker“ eingebunden und werden im Rahmen der Finanzierung über §§ 67 ff. SGB XII abgedeckt. Allgemeinmedizinische und psychiatrische Leistungen können über SGB V abgerechnet werden. Dasselbe gilt für den mobilen Pflegedienst, der am Wochenende die notwendige Pflege einiger Bewohner sichert. Er wird auf Rezept eines Arztes tätig. Praxisgebühren und Zuzahlungen werden von den Bewohnern selbst getragen. Sie erhalten Hilfe bei der Beantragung der Chronikerbescheinigungen.
Herstellung des Erstkontaktes	Das Angebot richtet sich ausschließlich an die Bewohner des „Hotel Anker“. Um Kontakt herzustellen, suchen die Mitarbeiter/innen die Bewohner auch in ihren Zimmern auf.
Nutzungsintensität	Pro Jahr nehmen schätzungsweise 35 Personen das pflegerische Angebot in Anspruch. Das hausärztliche Angebot wird von 10-12 Personen und das psychiatrische Angebot von 8-10 Personen in Anspruch genommen.

Beim „Hotel Anker“ handelt es sich um eine im kommunalen Auftrag betriebene Obdachlosenunterkunft. Die Bewohner haben einen sehr hohen Bedarf an medizinischer Versorgung, gleichzeitig ist ihr Zugang zum medizinischen Hilfesystem deutlich erschwert. Die besonderen Stärken des Versorgungsangebotes liegen im intensiven Beziehungsaufbau zu den Bewohnern, in den kurzen Kommunikationswegen und - damit verbunden - in der unkomplizierten, schnellen pflegerisch-medizinischen Hilfe direkt vor Ort.

Das „Hotel Anker“ liegt in Mühlburg, einem der älteren Stadtteile in Karlsruhe. Es bietet 29 ambulante Plätze für Menschen, die sich am Wohnungsmarkt nicht selbst behaupten können. Mit seinem Unterbringungs- und Betreuungsangebot leistet das „Hotel Anker“ eine Grundversorgung, die eine weitere Verschlechterung der Lebenslage zunächst verhindert, um langfristig zu einer Verbesserung der Lebenssituation zu führen. Aufgrund der verschiedenen Lebensgeschichten und Möglichkeiten sind die Zielsetzungen der einzelnen Bewohner sehr unterschiedlich.

Bei den Bewohnern des „Hotel Anker“ handelt es sich fast ausschließlich um chronisch mehrfach geschädigte abhängigkeitskranke Menschen mit einem erhöhten Pflegebedarf. Neben Suchterkrankungen (v. a. chronischer Alkoholabusus) werden häufig sowohl somatische als auch psychische Störungen diagnostiziert, beispielsweise Leberschäden, Nierenerkrankungen, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, Herz- und Kreislauferkrankungen, Bluthochdruck, Hirnschäden, Unfallfolgen von alkoholbedingten Unfällen, Epilepsien und Hauterkrankungen. Hinsichtlich der psychischen Störungen haben Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises, akute Psychosen, Korsakow-Syndrom, Angststörungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen besondere Relevanz. Kennzeichnend für die sehr schlechte gesundheitliche Lage der Bewohner des „Hotel Anker“ ist auch die hohe Mortalitätsrate: Seit Eröffnung der Einrichtung im Jahre 2005 sind bei 85 Aufnahmen 23 Bewohner verstorben, davon einer durch Suizid.

Der Schwerpunkt des Versorgungsangebotes liegt auf der pflegerischen Versorgung der Bewohner, insbesondere der medikamentösen Versorgung sowie der Grund- und Behandlungspflege. Wochentags wird der pflegerische Bedarf durch den fest angestellten Krankenpfleger (100%) gedeckt, am Wochenende kommen die Mitarbeiter/innen eines Mobilen Pflegedienstes ins „Hotel Anker“. Diese Aufteilung erfordert einen gewissen Organisations- und Planungsaufwand, um die medizinisch-pflegerische Versorgung an sieben Tagen in der Woche sicher zu stellen. Als Räumlichkeit dienen die Sanitäranlagen und ein Behandlungszimmer.

Turnusmäßig kommt ein Hausarzt alle 2-3 Wochen ins „Hotel Anker“. Allerdings ist der Bedarf in der Regel sehr viel höher, sodass fast täglich medizinische Versorgung benötigt wird. Schwerpunkte der hausärztlichen Arbeit sind die Erstdiagnostik und die „sprechende Medizin“, die mit Blick auf die Bedarfslage der Bewohner einen besonderen Stellenwert einnimmt. Des Weiteren gibt es 14-tägig ein psychiatrisches Angebot von eineinhalb bis zwei Stunden Dauer.

Erfolg wird im „Hotel Anker“ an zwei Faktoren festgemacht: (1.) die Stabilisierung des Bewohners, das Erreichen bzw. Halten eines Status quo in der gesundheitlichen Verfassung und (2.) die Vertrauensbasis bzw. die Beziehung, die durch den pflegerisch-medizinischen Kontakt entsteht, wodurch zumindest punktuell auch die Vermittlung zu einem Arzt gelingt.

Für die Fortführung der erfolgreichen Arbeit im „Hotel Anker“ wünschen sich die Mitarbeiter/innen: (1.) in Bezug auf die Infrastruktur geeignete Duschen sowie zur Erleichterung der Arbeit eine Hebebühne/Lifter für schwerere Personen; (2.) statt einer 5-Tage-Versorgung eine 7-Tage-Versorgung gewährleisten zu können; dafür soll ein weiterer Krankenpfleger/eine Krankenschwester eingestellt werden; (3.) außerdem besteht schon seit einigen Jahren die Idee, eine Pflege-WG innerhalb des Hauses einzurichten.

4.2 Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten: „Medizinische Ambulanz“ im Landkreis Konstanz

Die „Medizinische Ambulanz“ im Landkreis Konstanz ist ein Beispiel guter Praxis der ambulanten Versorgung im kleinstädtischen und ländlichen Raum.

	„Medizinische Ambulanz“
Träger	AGJ, Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e.V.
Historie	<p>Ursprünglich (d. h. 1995) gab es eine ärztliche Sprechstunde in der Beratungsstelle der Wohnungslosenhilfe in Konstanz. Seit 1998 übernimmt eine Krankenschwester die medizinisch-pflegerische Versorgung, da es dem Bedarf der Klienten eher entsprach. In den Folgejahren wurde das Angebot sowohl räumlich als auch zeitlich ausgeweitet, 2006 kam mit Radolfzell ein zweiter Standort hinzu.</p> <p>Inhaltlich ergänzen heute ein suchtspezifisches Hilfeangebot sowie die medizinische Fußpflege die medizinisch-pflegerische Grundversorgung. Zudem wurde seit 2008 in Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Institutsambulanz eine 14-tägige psychiatrische Sprechstunde eingerichtet.</p>
Mitarbeiter/innen	<p>1 Krankenschwester (50%); 1 Suchtberater der AGJ, 1 Psychiater der PIA, 1 Fußpflegerin (ehrenamtlich)</p> <p>Die Krankenschwester arbeitet darüber hinaus eng mit den Sozialarbeiter/innen der AGJ zusammen, um die Hilfeleistungen im Bereich Gesundheit in die gesamte Hilfeplanung einzubinden.</p>
Finanzierung	<p>Bis 2007 wurde die „Medizinische Ambulanz“ ausschließlich über Spenden finanziert. Seither bestehen Mischfinanzierungsmodelle: 2008-2010 betragen die Personalkosten für die Krankenschwester (35%-Stelle) ca. 17.000 €; hiervon wurden 3.000 € vom LRA Konstanz bezuschusst, der Rest wurde aus Spenden finanziert. Seit 2011 hat die Krankenschwester ein Stellendeputat von 50%. Der Zuschuss des LRA Konstanz wurde auf 15.000 € erhöht, die Stadt Konstanz beteiligte sich mit 3.000 €. Die restlichen ca. 8.000 € werden über Spenden finanziert.</p> <p>Der Psychiater kann die PIA-Leistung nach SGB V abrechnen. Die medizinische Fußpflegerin ist ehrenamtlich tätig. Der Suchtberater sowie die Sozialarbeiter/innen an den jeweiligen Standorten werden über die AGJ finanziert.</p> <p>Zuzahlungen, Praxisgebühren und Hilfsmittel müssen von den Klienten in der Regel selbst getragen werden. Es besteht aber die Möglichkeit, Darlehen aus einem Spendentopf auszugeben. Bei Personen, denen es aufgrund ihrer finanziellen Situation nicht möglich ist, das geliehene Geld zurückzahlen, werden die Kosten erstattet.</p>
Herstellung des Erstkontaktes	Die „medizinische Ambulanz“ ist an zwei Wohnungsloseneinrichtungen der AGJ angegliedert. Eine befindet sich im Stadtkern von Konstanz, die andere auf dem Land im Jakobushof in Radolfzell. In Einzelfällen sucht die Krankenschwester kranke wohnungslose Personen auch an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort auf.
Nutzungsintensität	Im Jahr 2010 nahmen 164 Personen mit insgesamt 644 Kontakten die „medizinische Ambulanz“ in Anspruch. Dabei wurden von der Krankenschwester 946 pflegerische und unterstützende Maßnahmen durchgeführt.

Der AGJ, Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e.V. ist der einzige Träger der Wohnungslosenhilfe im Landkreis Konstanz. Das Hilfeangebot der Wohnungslosenhilfe der AGJ umfasst „drei Fachberatungsstellen, zwei Tagesstätten, die mobile medizinische Ambulanz, 14 Plätze im Aufnahmehaus, 24 stationäre Plätze, 35 Plätze Betreutes Wohnen sowie Arbeits- und Beschäftigungshilfen für ca. 40 Personen in unserem Zweckbetrieb PVD“ (AGJ Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg o. Jg.).

Die „Medizinische Ambulanz“ ist darauf ausgerichtet, eine weitergehende Versorgung durch das Regelsystem zu initiieren und sicherzustellen und übernimmt somit „eine zentrale Klärungsfunktion für notwendige und angemessene pflegerische Hilfen, vergleichbar mit der Funktion einer ambulanten Krankenpflege“ (Fröhlich/Graf 2011: 1). Sie leistet pflegerische Grund- und Erstversorgung. Die „medizinische Ambulanz“ ist an die Tagesstätte am Lutherplatz im Stadtkern von Konstanz und an den Jakobushof in Radolfzell angegliedert. An den beiden Standorten steht jeweils ein Behandlungsraum mit pflegerischer Ausrüstung, Büroausstattung und Sanitärbereich zur Verfügung.

Eine interne Statistik gibt Aufschluss über die gesundheitliche Lage der Klienten: Am häufigsten werden psychische und Verhaltensstörungen diagnostiziert, gefolgt von Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen. Häufig sind Hautkrankheiten, Krankheiten des Kreislaufsystems, des Atmungssystems und des Muskel-Skelett-Systems sowie Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Bei etwa einem Fünftel der Klienten liegen Mehrfachdiagnosen vor. Vereinzelt kommt es zur medizinisch-pflegerischen Versorgung von schwangeren wohnungslosen Frauen bzw. jungen Müttern.

Die Krankenschwester der medizinischen Ambulanz ist an je zwei Vormittagen in Konstanz und in Radolfzell tätig. Ihr Aufgabenprofil umfasst dabei Motivation, gesundheitliche Beratung und Aufklärung der Klienten, vor allem am Anfang einer Betreuung. Außerdem übernimmt sie die pflegerische Grundversorgung und Behandlung akuter und chronischer körperlicher Erkrankungen. Hinzu kommen hygienische Maßnahmen (in der Ambulanz besteht die Möglichkeit zu duschen oder baden und die Kleidung zu wechseln) sowie die Vermittlung und Koordination weiterführender Behandlungen. Ergänzt wird das Angebot durch eine psychiatrische Sprechstunde der PIA (14-tägig in Konstanz, alle drei Wochen in Radolfzell) und durch einen Suchtberater der AGJ (14-tägig in Radolfzell). Ehrenamtlich engagiert sich eine medizinische Fußpflegerin.

Besonderes Merkmal dieses Projektes ist das Agieren im kleinstädtischen und ländlichen Raum. Es wurde als „Good Practice-Projekt“ im Rahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ausgezeichnet: „Eine Ambulanz für Wohnungslose gibt es bislang hauptsächlich in Großstädten. Die Besonderheiten der Konstanzer mA [*mobilen Ambulanz; die Verf.*] bestehen darin, dass es sich hier um ein Angebot im ländlichen Raum handelt, welches seit 10 Jahren besteht. Eine weitere Besonderheit ist die konsequente Weitervermittlung in das Regelversorgungssystem sowie die enge Kooperation von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern mit der Krankenschwester“ (Fröhlich 2009: 3).

Von Mitarbeiter/innen ebenso wie von den Nutzern wird die „Fachlichkeit“ des Gesamtangebotes hervorgehoben. Ein guter Zugang zu den wohnungslosen Menschen und die Motivationsarbeit hinsichtlich der Inanspruchnahme von medizinischen Hilfen werden mehrfach als Stärken benannt und von den Klienten sehr geschätzt.

Die Mitarbeiter/innen machen den Erfolg der „medizinischen Ambulanz“ weniger an reinen Zahlen, sondern vielmehr an qualitativen Faktoren fest: „Klar können wir zählen, wie viele Menschen die Sprechstunde von der Frau S. nutzen. Aber das heißt ja noch lange nicht, dass es auch immer ein Erfolg ist, denke ich“. Vielmehr werden „positive Rückmeldungen“, „Verhaltensänderungen der Nutzer in Bezug auf ihre Gesundheit“, der „Abbau von Hemmschwel-

len, Angebote des Regelsystems in Anspruch zu nehmen“ aber auch die „Verbesserung der gesundheitlichen Verfassung insgesamt“ oder auch das „Verhindern einer Verschlimmerung“ als Erfolge bewertet.

Durch die Arbeit der „medizinischen Ambulanz“ können viele Erkrankungen schon in ihrem Anfangsstadium behandelt werden, was teure Folgekosten für das Gesundheitssystem zu verhindern hilft. Die wohnungslosen Menschen erhalten Unterstützung mit dem Ziel, in das System der gesundheitlichen Regelversorgung eingebunden zu werden. Der Präventionsgedanke ist wichtig: Die wohnungslosen Menschen sollen motiviert werden, sich wieder um sich selbst und ihre Gesundheit zu kümmern.

Für die Fortführung ihrer Arbeit wünschen sich die Mitarbeiter/innen eine Aufstockung des Stellenumfangs für die medizinisch-pflegerischen Leistungen der Krankenschwester und eine gesicherte Finanzierung der Personalkosten. Durch die Erhöhung des Stundendeputats und die dadurch gewonnene Zeit für die Nutzer erhofft man sich ein noch gezielteres, am individuellen Bedarf der Klienten ausgerichtetes Handeln; aktuell kommt z. B. die Begleitung der Nutzer zu Arztterminen zu kurz.

4.3 *Unterwegs zu den Menschen:* **„MedMobil“, Stuttgart**

Das „MedMobil“ ist ein Beispiel guter Praxis der aufsuchenden Versorgung in der Großstadt.

	„MedMobil“, Stuttgart
Träger	Ambulante Hilfe e.V. und Ärzte der Welt e.V.
Historie	Das „MedMobil“ Stuttgart wurde 2009 gegründet und ist somit ein ‚junges‘ Projekt. In Stuttgart gab es bis dato keine regelmäßige, breit gefächerte und aufsuchende medizinische Hilfe für Wohnungslose. Die Erbschaft eines Ehepaars an die Stadt ermöglichte dieses Projekt. Zunächst wurde durch den Gemeinderat eine Laufzeit von drei Jahren bewilligt. Anfang 2011 hat der Stuttgarter Gemeinderat einer zwei-jährigen Verlängerung zugestimmt.
Mitarbeiter/innen	2 hauptamtliche Sozialarbeiterinnen (Stundenumfang 29 Std./Woche; 25 Std./Woche) Des Weiteren engagieren sich 20 ehrenamtliche Mitarbeiter/innen im Projekt. Hierbei handelt es sich um acht Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen sowie 12 Pflegekräfte, die in verschiedenen Sparten tätig sind bzw. waren. Fachlich erfährt das „MedMobil“ außerdem von einer Apothekerin Unterstützung. Darüber hinaus haben sich ca. 12 Allgemein- und Facharztpraxen bereit erklärt, schwierige und nichtversicherte Patienten unentgeltlich zu behandeln.
Finanzierung	Nach dem noch geltenden Stadtratsbeschluss vom 30.10.08 liegt das jährliche Budget für das „MedMobil“ bei ca. 110.000 €. Das Projekt wird bis Ende 2013 zu hundert Prozent aus einer Erbschaft über 600.000 € finanziert. Außerdem werden regelmäßig Spenden eingeworben, die dem Gesamtbudget zugeschlagen werden. Neben den Personalkosten für die hauptamtlichen Sozialarbeiterinnen gibt es ein Budget für die Haltung des Fahrzeugs (Reparatur, Ausstattung, Wartung, Parkplatzmiete etc.), Büromiete sowie für Medikamente und medizinisches Equipment. Abgerechnet wird am Jahresende auf der Grundlage von Nachweisen. Durch die zahlreichen ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen fallen keine weiteren Personalkosten an. Außerplanmäßige Kosten müssen bisher bei der Stadt gesondert beantragt werden.
Herstellung des Erstkontaktes	Der Erstkontakt erfolgt durch das Anfahren von öffentlichen Plätzen und Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe in Stuttgart, an denen sich die Betroffenen aufhalten sowie über telefonische Anfragen von Mitarbeiter/innen des sozialen Hilfesystems in Stuttgart oder von Betroffenen, die über das Internet vom „MedMobil“ erfahren haben. Das Hilfesystem (Jugendhilfe, Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe, Sozialpsychiatrie etc.) wird regelmäßig per E-Mail über Änderungen der Sprechzeiten informiert.
Nutzungsintensität	Im Zeitraum von Oktober 2009-September 2010 nahmen 525 Klienten die Hilfe des „MedMobils“ in Anspruch. Dabei kam es insgesamt zu über 1.300 Kontakten.

In Baden-Württemberg ist das „MedMobil“ einzigartig. Besonders sind die personelle Situation, die mobile Form des Angebotes und der damit aufsuchende Zugang zum Klientel. Eigens für das „MedMobil“ wurden zwei Sozialarbeiterinnen eingestellt. Auffallend ist auch die große

Anzahl an ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen, die regelmäßig für das „MedMobil“ tätig sind. Ein zentrales Merkmal des Projekts ist die „Interdisziplinarität“: Im Team des „MedMobils“ arbeiten drei Berufsgruppen eng zusammen (Pflege, Ärzte und Soziale Arbeit).

Das „Medmobil“ ist wöchentlich an drei Werktagen während der Geschäftszeiten unterwegs. Während der Sprech- bzw. Einsatzzeiten werden eine medizinische Basisversorgung vor Ort, gesundheitliche Aufklärung und Prävention, bei Bedarf Vermittlung zu Fachärzten, in Kliniken und zu weiterführenden Diensten, soziale Beratung sowie Information über das Hilfesystem angeboten. Spezielle Angebote für wohnungslose Frauen runden das Profil ab.

Einsatzgebiet ist das gesamte Stadtgebiet von Stuttgart. Für den Erstkontakt werden in der Regel öffentliche Plätze und Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe, an denen sich die Betroffenen aufhalten, angefahren. Je nach Bedarf sind die Einsatzorte im Sommer und Winter unterschiedlich.

Als Behandlungsraum dient in erster Linie der Ambulanzbus. In drei Einrichtungen, die angefahren werden, gibt es einen Raum mit einer kleinen medizinischen Behandlungseinheit. Für die Verwaltungs- und Organisationsarbeiten der zwei hauptamtlichen Sozialarbeiterinnen stehen zwei Büros in der Beratungsstelle der Ambulanten Hilfe e.V. zur Verfügung.

Die gesundheitliche Lage der Klienten unterscheidet sich dahingehend, dass diejenigen, die auf der Straße leben, vor allem aufgrund von Hauterkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Sucht- und Suchtfolgeerkrankungen sowie Verletzungen durch körperliche Gewalt behandlungsbedürftig sind. Des Weiteren werden häufig Zahnschmerzen und offene Beine diagnostiziert. Im Winter werden vor allem verschleppte Atemwegserkrankungen behandelt.

Unter den jüngeren Klienten ist der Konsum von Drogen verbreitet, was zu einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko führt: „Diese Menschen sterben sehr jung“. Von ihnen werden Spritzenabszesse als verbreitetes gesundheitliches Problem benannt, außerdem werden HIV und Hepatitis als Folgen des Spritzens aufgeführt. Aber auch Alkoholabhängigkeit und daraus resultierende Folgeerkrankungen, wie Probleme mit der Bauchspeicheldrüse oder Leberzirrhose, sind häufig.

Das medizinische und pflegerische Angebot beinhaltet die Entwicklung geeigneter medizinischer Maßnahmen, welche die besonderen Lebensumstände kranker wohnungsloser Menschen berücksichtigen sowie die Diagnostik und Erstbehandlung akuter, chronischer körperlicher oder/und psychischer Erkrankungen (soweit möglich). Des Weiteren wird präventive Arbeit geleistet: das Gesundheits- und Körperbewusstsein wird durch Aufklärung und Beratung, insbesondere in den Bereichen Hygiene und Ernährung, gestärkt. Die Ausgabe von Verbandsmitteln, Salben und nicht verschreibungspflichtiger Medikamente und die Desinfektion von Wunden sind weitere Schwerpunkte der Arbeit. Aber auch die Begleitung zu Fachkräften und Kliniken sowie der Krankentransport sind im Angebot enthalten.

Das sozialpädagogische Angebot umfasst die Kontaktaufnahme zu den Adressaten und die Kontaktpflege. Des Weiteren übernehmen die Sozialarbeiterinnen die Information und Aufklärung durch Flyer und Prospekte, die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs der Nutzer, (bei Bedarf) die Motivationsarbeit, die Vermittlung von Notübernachtungsplätzen, Beratungsstellen sowie die Krisenintervention. Außerdem stellen die Sozialarbeiterinnen ein wichtiges Bindeglied zwischen den Patienten und dem ehrenamtlichen medizinischen Team dar. Um fachliche Standards gewährleisten zu können, bedarf es einer intensiven Arbeit mit den ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen und ist deshalb ein Aufgabenschwerpunkt einer Sozialarbeiterin. Sie ist für die Begleitung, Schulung und Koordination des Teams der Ehrenamtlichen zuständig, darüber hinaus u. a. für die Suche nach kooperierenden Facharztpraxen und die Verwaltung des medizinischen Equipments.

Nutzer wie Mitarbeiter/innen bewerten die Niederschwelligkeit des „MedMobils“ als zentralen Pluspunkt. So erklärt eine Ärztin: „Das würde ich eigentlich auch als Hauptstärke sehen, diese offenen Türen, dieses Niederschwellige, das es ganz einfach macht, den Kontakt aufzunehmen“. Und ein Nutzer beschreibt zustimmend: „Letztendlich ist es die Schnelligkeit, mit der ich Hilfe kriege, die ich eigentlich brauche (...). Wenn einer was hat, dann geht er da hin, das geht recht schnell und unkompliziert. Das ist einfach das wirklich Primäre daran. Dass es keine Hürden gibt, keine Wartezeiten“. Spürbar wird auch die Fürsorge der Mitarbeiter/innen: „Dass man gesagt kriegt, ‚Du, es wird Zeit, Du musst zum Arzt gehen‘“.

Die Arbeit des „MedMobils“ wird als erfolgreich angesehen, wenn es nicht bei einem einmaligen Kontakt bleibt, sondern die Menschen das Angebot wiederholt in Anspruch nehmen, was als Zeichen von Vertrauen gewertet wird. Auch die Verbesserung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes wird mehrfach als Erfolgskriterium genannt. Ein Nutzer des „MedMobils“ drückt es wie folgt aus: „Ich denke, bei dieser Arbeit ist es nicht unbedingt so, dass Sie gleich einen Erfolg verspüren, sondern da machen es diese kleinen Dinge aus, wenn Leute wiederkommen und sagen, ‚das ist besser geworden, da haben Sie mir geholfen‘“. Und eine Mitarbeiterin berichtet: „Und wir haben ja viele Patienten, die mehrfach kommen. Und von vielen hören wir dann auch, was sich verändert hat“.

Für die Fortführung ihrer Arbeit wünschen sich die Mitarbeiter/innen ebenso wie die Nutzer eine bessere und unbürokratischere Zusammenarbeit mit dem Regelversorgungssystem. Notwendig wären ein höherer Bekanntheitsgrad bei den Ärzten, die Bereitschaft, auch schwierigen Patienten zeitnah und unbürokratisch Termine anzubieten und bei Bedarf eine Weiterbehandlung durchzuführen sowie die Bereitschaft nichtversicherte Patienten zu behandeln. Geträumt wird auch von einer eigenen Praxis, die das „MedMobil“ ergänzt und in der eine Versorgung, die über die Basisversorgung hinausgeht, gewährleistet werden könnte: „Dann hätte man so ein Angebot, wie wir es haben, und dann hätte man an irgendeinem Ort noch eine Praxis, die speziell darauf ausgerichtet ist, die Leute von hier allgemeinmedizinisch zu versorgen (...). Am besten noch mit verschiedenen Fachärzten“.

Von Klientenseite besteht außerdem der Wunsch, dass das „MedMobil“ auch in Zukunft im Einsatz bleibt: „Also, ich würde mir wünschen, dass es weiterhin so was in der Stadt gibt, wo es Menschen gibt, die das brauchen. Es muss nicht sein, wo drei Leute sind, dass man so ein Objekt und solche Kosten trägt, obwohl ich denke, jeder Mensch hat das Recht zu leben, aber es muss natürlich auch irgendwo finanzierbar sein. Aber eigentlich ist Stuttgart sehr spät dran mit so was, und ich finde, also wir sind froh, dass es das gibt“.

4.4 *Hilfe von der Basis:* „Pflasterstube Offenburg“

Die „Pflasterstube Offenburg“ ist ein Beispiel guter Praxis der niedrigschwelligen Hilfe im kleinstädtischen Raum.

„Pflasterstube“, Offenburg	
Träger	Förderverein Pflasterstube im St. Ursulaheim Offenburg e.V.
Historie	„Herr Wilhelm Rosenberg, selber von Wohnungslosigkeit betroffen, wurde im Verlaufe seiner langen Wanderjahre zum Altenpfleger ausgebildet. Als er Mitte der 90er Jahre ins St. Ursulaheim nach Offenburg kam, konnte er es nicht mehr mit ansehen, wie krank seine Kollegen waren und begann, ihnen Hilfe zu leisten, so gut er konnte. Er nahm Kontakte zu Offenburger Allgemeinärzten auf und vermittelte seine Kolleginnen und Kollegen dahin. Diese Hilfen griff der Förderverein Pflasterstube auf. Mit Unterstützung der Offenburger Bürgerstiftung wurde bei einem Neubau am St. Ursulaheim ein Pflegebad, ein Krankenzimmer und ein kleines Büro und Behandlungszimmer eingerichtet“ (Förderverein Pflasterstube Offenburg e.V. 2009a).
Mitarbeiter/innen	2 Basismitarbeiter/innen (Menschen, die aktuell oder ehemals von Wohnungslosigkeit betroffen sind oder waren); davon 1 Stelle fest angestellt (50%), 1 ehrenamtlich Begleitung und Beratung durch die Krankenschwestern der Diakonie-Sozialstation Offenburg/Ortenau gGmbH (2x wöchentlich und bei Bedarf), Mithilfe der Sozialarbeiter/innen des St. Ursulaheims
Finanzierung	Die Finanzierung der Hilfe erfolgt ausschließlich aus Spenden. Das Fundament stellt dabei der im Jahr 2006 gegründete „Solidaritätsfonds“ im Rahmen eines Fördervereins dar, dessen Mitglieder sich verpflichten, für zwei Jahre eine selbst gewählte Summe monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zu spenden. Darüber hinaus werden einige Firmen und der Diakonieverein Offenburg um Spenden gebeten. Aufgrund einer wirksamen Form der Spendenakquise kommen sehr viele kleine und größere Spenden zusammen. Neben den Personalkosten werden aus den Spenden die monatliche Sammelrechnung der Apotheke sowie aus einer Notkasse die Praxisgebühren und Medikamentenzuzahlungen gezahlt. Auch die Rechnungen über Krankenhaustage und die Kosten von Hilfsmitteln werden im Einzelfall übernommen. Für alle chronisch Kranken wird die Vorauszahlung an die Krankenkasse zur Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen entrichtet. Die Gesamtkosten betragen 2009 und 2010 jeweils ca. 18.000 €. Im Jahr 2011 werden die Ausgaben aufgrund der Finanzierung der 50%-Stelle einer Basismitarbeiterin steigen.
Herstellung des Erstkontaktes	Der Erstkontakt entsteht über das St. Ursulaheim, das Hilfen im stationären Rahmen sowie ambulante Hilfen (Betreutes Wohnen, Wärmestube und Straßensozialarbeit, Arbeits- und Beschäftigungsförderung, Kälteschutz) umfasst. Weitere Kontakte entstehen durch Mund-zu-Mund-Propaganda.
Nutzungsintensität	Ca. 20 Personen; 300-400 Leistungen per Monat (z. B. Zimmerrundgang bei chronisch Kranken, Medikamentenausgabe, Vermittlung zum Arzt, Besuch im Krankenhaus, Baden/Duschen, Betten beziehen)

Das St. Ursulaheim liegt in der Nordstadt Offenburgs und bietet stationäre und ambulante Hilfen für wohnungslose Menschen. Hierzu zählt die „Pflasterstube“, die räumlich an das stationäre Angebot angegliedert ist. Es handelt sich hierbei um ein medizinisch-pflegerisches Angebot für die Nutzer der stationären und ambulanten Hilfen. Die Räumlichkeiten der Pflasterstube umfassen ein Pflegebad, ein Krankenzimmer sowie ein Büro- und Behandlungszimmer.

Die Krankheitsbilder der Nutzer der „Pflasterstube“ unterscheiden sich nicht von denen der Normalbevölkerung. Die verschiedenen somatischen und psychischen Erkrankungen, unter denen wohnungslose Menschen leiden, kumulieren auch in Offenburg. In den letzten Jahren wird jedoch ein zunehmender Pflegebedarf festgestellt. Diagnostiziert werden vor allem psychische Störungen und Suchterkrankungen (Tendenz steigend). Bei den Bewohnern des St. Ursulaheims steht dabei der Alkoholkonsum im Vordergrund, bei den Betroffenen, die die ambulanten Hilfen in Anspruch nehmen, der schädliche Gebrauch/die Abhängigkeit von illegalen Drogen. Die Lebenserwartung dieser Menschen ist deutlich geringer.

Die „Pflasterstube“ in Offenburg umfasst ein pflegerisches Angebot durch die Basismitarbeiter/innen, das 24 Stunden am Tag vorgehalten wird. Die Aufgaben der Basismitarbeiter/innen umfassen das Aufmerksam machen auf Krankheiten, die Motivation der Klienten, sich in Behandlung zu begeben, sorgfältige und pünktliche Ausgabe von Medikamenten, Erste Hilfeleistungen und Wundverbände. Bei Bedarf werden grundpflegerische Leistungen angeboten. Hinzu kommen koordinierende und begleitende Leistungen, wie das Vereinbaren von Arztterminen, die Begleitung zum Arzt oder ins Krankenhaus, Krankenbesuche und das Dokumentieren dieser Leistungen.

Erst der Einsatz dieser Basishelfer/innen, von denen einer ehrenamtlich arbeitet, macht die Rund-um-die-Uhr-Versorgung möglich. Eine Besonderheit ist, dass die Mitarbeiter/innen alle selbst von Wohnungslosigkeit betroffen sind bzw. waren. Ergänzend gibt es zweimal pro Woche und in Notfällen ein medizinisch-pflegerisches Angebot durch die Krankenschwestern der Diakonie-Sozialstation Offenburg/Ortenau gGmbH.

Die Sozialarbeiter/innen sind für die Erstellung eines Hilfeplans zuständig. Ihnen sind einzelne Betroffene zugeordnet. Sie nehmen zum Teil an den Teamsitzungen der „Pflasterstube“ teil. Außerdem ist der/die verantwortliche Sozialarbeiter/in bei den Einzelfallbesprechungen anwesend.

Im Februar 2011 wurde die „Pflasterstube“ in Offenburg mit dem „Großen Präventionspreis 2011“ der Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg ausgezeichnet.

Seitens der Klienten wird positiv bewertet, dass man die Mitarbeiter/innen kennt und ihnen vertraut. Die Nähe zum Thema aufgrund persönlicher Erfahrungen erleichtert die Hilfe. Die Mitarbeiter/innen heben drei Punkte besonders hervor: (1.) Die räumliche Nähe zum sonstigen stationären und ambulanten Angebot der Wohnungslosenhilfen. (2.) Der gute und rege Kontakt zu den Krankenhäusern, verbunden mit dem Engagement zur Sensibilisierung für die gesundheitliche Situation der wohnungslosen Menschen und deren Hilfebedarf. (3.) Die ausschließliche Finanzierung des Angebots aus dem Spendenaufkommen und der Freiwilligenarbeit.

Zentraler Erfolgsfaktor ist die Verbesserung der gesundheitlichen Verfassung und die Verlängerung der Lebenserwartung. In Bezug auf die Verbesserung der gesundheitlichen Lage berichtet ein Mitarbeiter: „Seither gibt es viel weniger Anfallskrankheiten, viel weniger Anfallsnotfälle und, wenn ich es richtig mitgekriegt habe, sind die zuckerkranken Patienten stabiler. Das ist einfach erfolgreich“. Positive Rückmeldungen der Klienten, Beziehungsaufbau, gelungene Motivationsarbeit oder auch wirtschaftliche Hilfen (beispielsweise die Übernahme der Praxisgebühr, Zuzahlungen), die möglich werden, sind Belege für die Wirksamkeit der Hilfe.

Für die Zukunft formulieren die Mitarbeiter/innen eine Vision, die nachdenklich stimmt:

„Unser Traum und Fernziel ist die Schaffung einer Einrichtung für schwerkranke und sterbende Wohnungslose. Diese können sich an die Ordnungen in normalen Pflegeheimen auf Grund ihrer Anamnese nicht gewöhnen und wir wollen ihnen einen Raum bieten, in dem sie sich wohlfühlen und trotzdem ausreichend betreut werden. Aber dafür braucht es noch viele Lösungsideen, Gespräche und Voraussetzungen“.

4.5 *Unbürokratische Überlebenshilfen:* *„Medizinische Ambulanz der Pflasterstub‘“, Freiburg*

Die „Medizinische Ambulanz der Pflasterstub‘ Freiburg“ ist ein Beispiel guter Praxis der interdisziplinären medizinischen und pflegerischen Hilfe im städtischen Raum.

	„Med. Ambulanz der Pflasterstub‘“, Freiburg
Träger	Caritasverband Freiburg-Stadt e.V. mit Unterstützung der Arbeitsgemeinschaft der Freiburger Ordensgemeinschaften für Wohnungslose (A.F.O.W.)
Historie	Vor ca. 16 Jahren machte Pater Hoch die Erfahrung, welche Hürden sich auftun, wenn ein wohnungsloser Mensch notwendige medizinische Hilfe benötigt. Insbesondere der fehlende Versichertenstatus macht(e) es schwierig, Regelleistungen zu erschließen. Im Jahr 1995 erweiterte der Caritasverband Freiburg-Stadt e.V. in Zusammenarbeit mit den Freiburger Ordensgemeinschaften die seit Jahren bestehende ambulante Fachberatungsstelle. Die unter dem Namen „Pflasterstub‘“ neu eröffnete Einrichtung umfasst neben einer Tagesstätte nun auch eine „medizinische Ambulanz“.
Mitarbeiter/innen	Für die „medizinische Ambulanz“ arbeiten ehrenamtlich 1 Allgemeinmediziner, 1 Internist i. R., 1 Krankenschwester i. R., 1 Ordenskrankenschwester, 1 Zahnarzt, 1 Fußpflegerin, 1 Friseurin, 1 Suchtberater der AGJ, 1 Sozialarbeiterin Im Rahmen des Projekts „Sozialpsychiatrische und psychiatrische Versorgung von psychisch kranken wohnungslosen Menschen“ sind außerdem 1 Mitarbeiter des SPDI und 1 Psychiater zu regelmäßigen Sprechzeiten in der Pflasterstub‘. Des Weiteren sind 60% Stellendeputat Sozialarbeit über dieses Projekt finanziert, die eine Mitarbeiterin der Pflasterstub‘ inne hat.
Finanzierung	Die „medizinische Ambulanz“ ist in die Pflasterstub‘ integriert. Schätzungsweise fallen für diesen Teil zwischen 7.000 €-12.000 € jährliche Gesamtkosten an, die rein aus Spendenmitteln finanziert werden. Die „medizinische Ambulanz“ wird ehrenamtlich geführt. An 5 Tagen/Woche ist eine examinierte Krankenschwester drei Stunden im Einsatz, an 2 Tagen bietet ein niedergelassener Allgemeinarzt eine Sprechstunde an, die bei der Kassenärztlichen Vereinigung angemeldet ist. Soweit möglich, wird über SGB V abgerechnet, ansonsten wird kostenfrei behandelt. Hinzu kommt die ehrenamtliche Arbeit eines Internisten im Ruhestand. Fahrtkosten der ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen werden erstattet. Außerdem wurde 2008 mit der Großspende einer Bürgerin der „Notfallfonds Gesundheit“ eingerichtet, der zur Übernahme von Medikamentenkosten bei nicht versicherten Personen sowie von Kosten für Brillen, Zuzahlungen und kleinere Behandlungen dient. Das Projekt „Sozialpsychiatrische und psychiatrische Versorgung ...“ wird bis zum 19.01.2012 von der Aktion Mensch bezuschusst; der Eigenmittelanteil wird von den beteiligten Verbänden aufgebracht.
Herstellung des Erstkontaktes	Der Erstkontakt entsteht über die ambulante Hilfe der Pflasterstub‘. Öffnungszeiten: Montag-Freitag von 7.00h-12.00h.
Nutzungsintensität	Ca. 5-7 Personen pro Arztprechstunde; 833 Personen nahmen in 2009 die Hilfe der Krankenschwestern in Anspruch (900-920 Behandlungen). Zahlen zur Inanspruchnahme des Projekts „Sozialpsychiatrische und psychiatrische Versorgung von psychisch kranken wohnungslosen Men-

schen“: In den ersten beiden Jahren des Projektes hatten die Sozialarbeiter/innen in der Pflasterstub' zu 141 unterschiedlichen psychisch kranken Wohnungslosen Kontakt. Der Psychiater hatte ca. 200 Kontakte zu teils den gleichen psychisch kranken Wohnungslosen. 12 Patienten konnten in Behandlung in der psychiatrischen Institutsambulanz vermittelt werden. Der Sozialarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes hatte in der Pflasterstub' zu 63 Personen Kontakt.

Die medizinisch-pflegerische Ambulanz in der „Pflasterstub'“ soll der medizinischen Unterversorgung entgegengetreten. Einem schwer zu erreichenden Personenkreis sollen medizinisch-pflegerische und soziale Leistungen erschlossen werden. Vor Ort sollen die notwendige gesundheitliche Grundversorgung gewährleistet und das Gesundheitssystem im Interesse wohnungsloser kranker Menschen verbessert werden. „Die Arbeit der Pflasterstub' setzt an der Lebenswirklichkeit von Menschen an, die ihre Wohnung aufgeben mussten oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind (...). Über 100 Menschen täglich suchen die Pflasterstub' auf und erhalten unbürokratisch Überlebenshilfen durch soziale Fachkräfte. Diese begleiten sie bei den Schritten hin zu einer menschenwürdigeren Existenz“ (Caritasverband Freiburg - Stadt e.V. o. Jg.).

Die „Pflasterstub'“ mit ihrer Beratungsstelle, Tagesstätte und medizinischen Ambulanz liegt im Zentrum Freiburgs in der der Geschäftsstelle des Caritasverbandes Freiburg-Stadt e.V. Innerhalb der Pflasterstub' befindet sich der Ambulanzraum, in dem die medizinischen Behandlungen stattfinden. Die Nutzer leiden häufig unter psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen, wie aus einer Statistik des Projekts „Sozialpsychiatrische und psychiatrische Versorgung von psychisch kranken wohnungslosen Menschen“ hervorgeht. Von 90 psychisch kranken Patienten aus dem Jahr 2010 wurde bei 17 Personen Schizophrenie, bei neun Personen Mehrfachdiagnosen, bei ebenso vielen eine Persönlichkeitsstörung, bei acht Personen eine Verhaltensstörung, bei je fünf Personen eine Bipolare Störung, Depressive Erkrankungen, Zwangsstörungen und Suchterkrankungen und in Einzelfällen Hirnorganische Störungen, Minderbegabung, Essstörungen, Posttraumatische Störung, Autismus und Angststörung festgestellt. 19x war die Diagnose „unbekannt“.

Unter den Suchterkrankungen dominiert Alkoholabhängigkeit, dementsprechend häufig sind auch die somatischen Folgeerkrankungen. Behandelt werden außerdem „typische“ Erkrankungen, die mit Wohnungslosigkeit einhergehen: Offene Beine, Verletzungen, Kreuzschmerzen, Lungenentzündungen, Erkältungskrankheiten, Immunschwäche, Durchfall, chronische Infektionen, Zuckererkrankungen, Bluthochdruck, Allergien, Verschleißerscheinungen, Erfrierungen („halb tot gefrorene Finger“), Gesichtsrose, Arthrose.

Die Ambulanz der „Pflasterstub'“ in Freiburg ist unter der Woche vormittags für drei Stunden durch eine Krankenschwester besetzt, wobei sich hier zwei ehrenamtliche Krankenschwestern abwechseln. Die Aufgabenfelder der Krankenschwestern sind: die Behandlung von „offenen Beinen“, Abszessen, Furunkulosen, kleineren Wunden, Hautreizungen und Ausschlägen, die Messung von Blutdruck und Blutzucker, die Behandlung von Erkältungskrankheiten, die Vergabe von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten, die einfache chirurgische Wundversorgung. Auch die Bereitschaft zum Gespräch mit wohnungslosen, gesundheitlich beeinträchtigten Menschen gehört zum Aufgabenprofil.

Zusätzlich hält zweimal wöchentlich ein Allgemeinmediziner eine Sprechstunde von ein bis zwei Stunden ab. Seit 2007 wird er durch einen Internisten im Ruhestand unterstützt. So konnte eine dritte Sprechstunde eingerichtet und die Versorgung in Urlaubszeiten verbessert werden.

Seit 2006 arbeitet ein Zahnarzt im Ruhestand beratend in der „Pflasterstub'“ mit (einmal/Woche für 1,5 Stunden). Bei Bedarf vermittelt er Zahnbehandlungen bei niedergelassenen Zahnärzten bzw. in der Uniklinik und begleitet die betreffenden Personen dorthin.

Außerdem kommen alle vier bis sechs Wochen eine Fußpflegerin und eine Friseurin in die Einrichtung, die kostenlos ihre Dienste zur Verfügung stellen. Auch die Kooperation mit einem Mitarbeiter der AGJ-Suchtberatungsstelle, der einmal wöchentlich in die „Pflasterstub“ kommt, hat sich bewährt.

In den letzten Jahren wurde festgestellt, dass die Einrichtung verstärkt von psychisch auffälligen wohnungslosen Menschen genutzt wird, auf deren Bedürfnisse im alltäglichen Betrieb oftmals nicht adäquat eingegangen werden konnte. Mit Unterstützung der Aktion Mensch wird daher seit Januar 2009 das Projekt „Sozialpsychiatrische und psychiatrische Versorgung von psychisch kranken wohnungslosen Menschen“ durchgeführt. Seither kommen ein Psychiater aus der Psychiatrischen Institutsambulanz einmal in der Woche für eine Stunde und ein Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) 14-tägig für 1,5 Stunden in die „Pflasterstub“, um Kontakt mit Gästen aufzunehmen und Bedarfe zu klären. Innerhalb des Projektes wurde das Deputat einer Sozialarbeiterin der Einrichtung aufgestockt, so dass sie sich speziell für diese Zielgruppe angemessen viel Zeit nehmen kann, um eine Beziehung aufzubauen und schließlich helfen zu können.

Die Sozialarbeiter/innen der Pflasterstub unterstützen des Weiteren die Mitarbeiter/innen in der Ambulanz, wenn ein Krankenversicherungsstatus geklärt werden muss, Fragen nach der Kostenübernahme auftreten usw.

Auffallend sind generell die beachtliche Bandbreite des Angebots, die psychiatrische Schwerpunktsetzung und die Interdisziplinarität: Für die medizinische Ambulanz sind Menschen unterschiedlichster Professionen und Fachrichtungen haupt- und ehrenamtlich tätig. Von Klientenseite wird die Qualität der medizinischen Versorgung hervorgehoben, ebenso wie die Tatsache, „dass immer jemand da ist und man unbürokratische, schnelle Hilfe erhält“. Die Mitarbeiter/innen betonen die niederschwellige Ausrichtung ebenso wie die Verlässlichkeit der Hilfe. Weder Anmeldung noch Terminvereinbarungen sind erforderlich, die Wege sind kurz, räumlich liegt alles nah beieinander. Sprech- und Behandlungszeiten sind verbindlich und regelmäßig. „Der wohnungslose Mensch kommt hier her zum Kaffee trinken und dann kann er gerade noch verbunden werden“. Speziell das psychiatrische Hilfeangebot trägt mit seinem aufsuchenden Charakter dazu bei, Hemmschwellen abzubauen, Versorgungsbedarfe zu decken und der „Psychiatrie ein menschliches Gesicht“ zu geben.

Ähnlich wie bei den anderen Beispielen guter Praxis wird die Arbeit der „Pflasterstub“ als erfolgreich bewertet, wenn die Hilfe die wohnungslosen Menschen tatsächlich erreicht und von ihnen angenommen wird und dadurch beispielsweise ein Verschleppen von Krankheiten verhindert werden kann. Dennoch macht sich im Projekt „Sozialpsychiatrische und psychiatrische Versorgung von psychisch kranken wohnungslosen Menschen“ Erfolg durchaus auch an Zahlen fest. Vor allem ist von Interesse, wie viele der psychisch kranken wohnungslosen Menschen tatsächlich in die PIA oder in eine stationäre Behandlung vermittelt werden können. Doch auch die Qualität der Versorgung hat sich geändert: „Das ist letztendlich die Akzeptanz. Als ich vor knapp zwei Jahren angefangen habe, da war ich halt der Psychologe. (...) Mittlerweile hat man so ganz gut Kontakt, und die Leute kommen dann auch tatsächlich auf einen zu, und das ist für mich dann persönlich natürlich auch ein Erfolg“.

Für die Zukunft wünschen sich Mitarbeiter/innen und Nutzer bessere finanzielle Rahmenbedingungen, beispielsweise die Abschaffung der Zuzahlungen und Praxisgebühren für wohnungslose Menschen und eine Regelfinanzierung des medizinischen Angebots. Von Mitarbeiterseite wird zudem der Wunsch geäußert, dass wohnungslosen Menschen künftig die Nachzahlung der Beiträge erspart bleibt, wenn sie einer Krankenversicherung beitreten. Des Weiteren sprechen sich die Mitarbeiter/innen gegen Fallpauschalen aus, die zu verkürzten Liegezeiten in den Krankenhäusern führen. Diesbezüglich flexiblere Handhabungen könnten die medizinisch-pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen wesentlich verbessern.

4.6 Anbindung an das Hausarztssystem: „Soziales Zentrum Spittelmühle“, Rottweil

Das „Soziale Zentrum Spittelmühle Rottweil“ ist ein Beispiel guter Praxis für eine gelungene Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen im Gesundheitswesen hinweg.

Eine Besonderheit ist sicherlich das hohe persönliche Engagement des Arztes, der seit mittlerweile 15 Jahren die Bewohner der „Spittelmühle“ betreut.

„Soziales Zentrum Spittelmühle“, Rottweil	
Träger	Arbeiterwohlfahrt Rottweil Soziale Dienste gGmbH
Historie	Bereits Anfang der 90er Jahre erkannte man den Bedarf für ein niederschwelliges allgemeinärztliches Angebot. Vier Jahre später konnte die erste allgemeinärztliche Sprechstunde in der Spittelmühle Rottweil stattfinden. Derselbe Allgemeinarzt hält bis heute eine wöchentliche Sprechstunde vor Ort (im stationären Rahmen) ab.
Mitarbeiter/innen	1 Allgemeinmediziner; Mithilfe durch Sozialarbeiter/innen und einer Heilziehungspflegerin der Spittelmühle Rottweil
Finanzierung	Ein Großteil der medizinischen Leistungen sind SGB V-Leistungen, die über die Krankenkasse abgerechnet werden können. In Einzelfällen, in denen eine Abrechnung nicht möglich ist, verzichtet der Arzt auf eine Vergütung. Für die Fahrtkosten kommt er selbst auf. Die Sozialarbeiter/innen und die Heilpädagogin werden über die Einrichtung finanziert. Praxisgebühr, Zuzahlungen usw. zahlen die wohnungslosen Menschen, wenn möglich, selbst. Bei fehlenden finanziellen Mitteln kann auf den Gesundheitsfonds des AWO-Verbundes Rottweil, Tuttlingen, Villingen-Schwenningen zurückgegriffen werden.
Herstellung des Erstkontaktes	Es handelt sich um ein internes Angebot im stationären Rahmen des „Sozialen Zentrums Spittelmühle Rottweil“. Der wöchentliche Termin für die Sprechstunde ist in der Einrichtung bekannt, da diese seit Jahren regelmäßig stattfindet und neue Bewohner auf das Angebot aufmerksam gemacht werden. Um Leerlaufzeiten zu verhindern, ist eine Anmeldung erforderlich. Bei Bedarf kommt der Arzt auch außerhalb der Sprechstunde. Wenn für die Behandlung eine andere Ausstattung notwendig ist, findet diese in der Praxis des Arztes statt. Des Weiteren ist der Arzt aufsuchend bei anderen Menschen tätig: Teilweise und bei Bedarf finden Erstbehandlungen sogar auf der Straße, in der städtischen Obdachlosensiedlung sowie im Individualwohnraum ehemaliger Spittelmühleklienten statt.
Nutzungsintensität	Eine genaue Statistik liegt nicht vor. Im Frühjahr 2010 nahm etwa die Hälfte der Bewohner das Angebot wahr.

Die „Spittelmühle“ bietet 24 stationäre Plätze für wohnungslose Männer, Frauen und Paare. Damit wird der stationäre Hilfebedarf nach § 67 ff SGB XII für die Landkreise Rottweil und Tuttlingen abgedeckt. Das „Soziale Zentrum der Spittelmühle Rottweil“ liegt in der Stadt Rottweil, jedoch etwas abgelegen im Neckartal, ohne Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel.

Beim medizinischen Angebot der „Spittelmühle“ handelt es sich um eine allgemeinärztliche Sprechstunde, die einmal in der Woche - immer montags - angeboten wird. Bei Bedarf kommt der Arzt jedoch auch außerhalb der Sprechstunde in die „Spittelmühle“. Als Behandlungsraum dient ein Besprechungszimmer, komplexere Behandlungen finden in der Niederlassung des Arztes statt.

Über alle Altersgruppen hinweg stellen Suchterkrankungen und daraus entwickelte Folgeerkrankungen, psychische Erkrankungen und Bronchialinfekte die häufigsten gesundheitlichen Probleme bei den Bewohnern des „Sozialen Zentrums Spittelmühle“ dar. Wie einer Einrichtungschronik zu entnehmen ist, leiden die jüngeren Patienten oft an Mehrfachabhängigkeit (Drogen, Alkohol, Medikamente). Bei diesen Personen treten oft psychische Veränderungen auf; hierbei sind vor allem „psychotische Entwicklungen“ zu vermerken. Bei den Patienten zwischen 35 und 55 Jahren zählen zu den typischen Erkrankungen u. a. Erkrankungen der Atemwege, Wunden, Schuppenflechte, Alkoholabhängigkeit. Und bei den Nutzern ab 55 Jahren sind häufig zahlreiche chronische Erkrankungen zu verzeichnen, hinsichtlich der psychischen Störungen stehen hier Depressionen im Vordergrund.

Die Vermittlung in eine stationäre Entgiftung stellt einen wesentlichen Schwerpunkt der ärztlichen Arbeit dar. Die Sozialarbeiter/innen ebenso wie die Heilpädagogin unterstützen den Arzt in seiner Arbeit vor allem dadurch, dass sie die Motivationsarbeit leisten und die Bewohner zur Inanspruchnahme bewegen. Außerdem müssen aufgrund der Lage des Hauses häufig Fahrten zur Apotheke, Krankengymnastik usw. organisiert werden, was ebenfalls von den Mitarbeiter/innen der „Spittelmühle“ übernommen wird.

Inzwischen ist das medizinische Angebot des „Sozialen Zentrums der Spittelmühle Rottweil“ fest etabliert. Als Erfolgsindikator kann sicherlich gelten, dass die Bewohner untereinander das Angebot weiterempfehlen. Erreicht wurde unter anderem, dass viele der Bewohner regelmäßig in die Sprechstunde kommen: „Ich glaube, das ist schon ein Hinweis, dass es angenommen wird, das sie einigermaßen zufrieden damit sind“. Von Klientenseite wird geschätzt, dass das Angebot vor Ort ist: „Wenn man jetzt irgendwie behindert ist, so wie ich jetzt zum Beispiel, braucht man nicht noch zum Arzt, braucht keinen Fahrer suchen“. Ebenso werden Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit wertgeschätzt. Die Mitarbeiter/innen erleben das Angebot als niederschwellig und schätzen die kurzen Kommunikationswege ebenso wie die damit verbundene schnelle Hilfe. Der Arzt betont, dass er bei dieser Arbeit die Menschen in ihrem sozialen Umfeld erlebt und somit die sozialen Determinanten mehr berücksichtigt werden können.

Für die Zukunft wünschen sich die Mitarbeiter/innen vor allem eine verbesserte In-frastruktur für die Arbeit des Arztes: einen Behandlungsraum mit einer Basisausstattung (z. B. einer Krankenliege), der allein für den Zweck der Sprechstunde zur Verfügung steht und keine weiteren Funktionen im Alltag der „Spittelmühle“ erfüllen muss. Auch werden die finanziellen Rahmenbedingungen angesprochen und der Wegfall von Zuzahlungen und Praxisgebühr gefordert, da sich diese in der Praxis auf Seiten der Nutzer als großes Hindernis bei der Inanspruchnahme von Hilfe erweisen und auf Seiten der Mitarbeiter/innen als Kosten bzw. Mehrarbeit (Spendenakquise) niederschlagen. Das System der Wohnungslosenhilfe oder Armutsbetreuung sollte nicht vom Wohlwollen engagierter Menschen allein abhängen! In Bezug auf die Bandbreite des medizinischen Angebots wäre aus Sicht der Mitarbeiter/innen die Erweiterung um ein psychiatrisches Angebot wünschenswert.

4.7 Brückenfunktion zur Regelversorgung: „Wohnungslosenhilfe Aalen“

Die „Wohnungslosenhilfe Aalen“ ist ein Beispiel guter Praxis für eine ambulante medizinisch-pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen im ländlichen Raum.

„Wohnungslosenhilfe“, Aalen	
Träger	Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V. als Rechtsträger der Caritas Ost-Württemberg.
Historie	Aufgrund des sich abzeichnenden Bedarfs an einer besseren allgemein-ärztlichen Versorgung der Klienten gab es seitens der Verantwortlichen der „Wohnungslosenhilfe Aalen“ im Jahre 1995 die ersten konzeptionellen Überlegungen hinsichtlich eines medizinischen Versorgungsangebotes. In einem nächsten Schritt wurden niedergelassene Ärzte angefragt, ob sie bereit wären, in der Beratungsstelle eine „Zweitsprechstunde“ für wohnungslose Menschen abzuhalten. Als sich „Freiwillige“ gefunden hatten, ging es darum, diese „Zweitsprechstunden“ von der kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg genehmigen zu lassen. Dieser Prozess benötigte Zeit - und so konnte das Projekt „erst“ 1999 anlaufen.
Mitarbeiter/innen	2 Allgemeinmediziner, Mitarbeiter/innen der Katholischen Sozialstation Mithilfe durch Sozialarbeiter/innen der „Wohnungslosenhilfe Aalen“.
Finanzierung	Da mittlerweile nahezu alle wohnungslosen Menschen krankenversichert sind, können die Ärzte ihr Honorar über die KV-Karte der Nutzer abrechnen. „Leerzeiten“ sind finanziell nicht abgedeckt. Auch die Kosten für die Fahrten von der Praxis zur Beratungsstelle und zurück werden von den Ärzten selbst getragen. Die Sozialstation, die bei Bedarf zum Einsatz kommt, führt ihre Leistungen auf Rezept des Arztes durch. Beratung, Betreuung und Vermittlung in Fragen der gesundheitlichen Versorgung gehören zum Grundauftrag der Sozialarbeiter/innen, die über die „Wohnungslosenhilfe Aalen“ finanziert sind. Für ihre Mithilfe im medizinischen Angebot fallen keine weiteren Personalkosten an. Durch die gemeinsame Raumnutzung für die Sprechstunden fallen keine zusätzlichen Miet- und Mietnebenkosten an. Notwendige Zuzahlungen für Medikamente und Hilfsmittel sowie die Praxisgebühr deckt der „Freundeskreis für Wohnsitzlose Aalen e.V.“ über Spenden ab. Im Jahr 2010 gab der Freundeskreis dafür rund 608 € aus.
Herstellung des Erstkontaktes	Der Erstkontakt wird über die Anbindung der wohnungslosen Menschen an die „Wohnungslosenhilfe Aalen“ hergestellt; diese ist Anlaufstelle für viele Durchreisende bzw. Wohnungslose, die Platte machen oder in Notunterkünften übernachten. Das Angebot richtet sich ausschließlich an Patienten aus dem ambulanten Bereich.
Nutzungsintensität	Ca. 70-100 Patienten/Jahr

In der „Zentralen Fachberatungsstelle“ in Aalen, die nur wenige Gehminuten vom Bahnhof entfernt liegt, erhalten wohnungslose Menschen umfangreiche Beratung in materieller Hin-

sicht und bei Fragen im Umgang mit Behörden und Ämtern. Das medizinische Angebot umfasst eine medizinisch-pflegerische Versorgung. Zweimal pro Woche bieten zwei niedergelassene Allgemeinmediziner eine einstündige Sprechstunde in den Räumen der „Zentralen Beratungsstelle“ an. Hierbei wird das Büro eines Mitarbeiters zu den festgelegten Zeiten genutzt. Das Zimmer ist mit einem Waschbecken, einer Krankenliege und einem Materialschrank ausgestattet. Besteht ein pflegerischer Bedarf, werden die Mitarbeiter/innen der Katholischen Sozialstation eingebunden; mit dieser besteht eine Kooperationsvereinbarung.

Die Sozialarbeiter/innen der „Wohnungslosenhilfe Aalen“ übernehmen die Hinführung der wohnungslosen Menschen zum Angebot. Weitere Aufgaben sind unter anderem die Organisation von Transporten und der Zugriff auf die Spenden, das Klären von Ansprüchen, z. B. im pflegerischen Bereich sowie das zur Verfügung stellen von frischer Wäsche.

In Bezug auf die medizinischen Problemstellungen berichten die Ärzte, dass sich die meisten Krankheitsbilder nicht von denen anderer Patienten unterscheiden: Hautkrankheiten, Gripplale Infekte, Husten, Suchtkrankheiten, Wirbelsäulenleiden, psychische Erkrankungen, hoher Blutdruck, Magen-Darm-Infekte, infizierte Wunden, Schnittwunden, offene Beine, Krätze, Diabetes, Herzinfarkt sowie Verletzungen durch Unfälle, die als Folge eines übermäßigen Suchtmittelkonsums zu sehen sind.

Es gibt jedoch Erkrankungen, die in der Normalbevölkerung kaum oder gar nicht vorkommen, da sie sich nur aufgrund der Lebensumstände und der Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Hilfe entwickeln: „Ich habe, glaube ich, in der Praxis noch nie gesehen, dass jemand massiven Madenbefall zwischen den Zehen hat, das kommt hier vor“. Im Vergleich zu ihren Patienten in der eigenen Praxis erleben die Ärzte einen weiteren Unterschied: „Die wohnungslosen Menschen kommen kaum wegen Bagatellerkrankungen, sondern hauptsächlich wegen schwerwiegender Probleme“.

Als besondere Stärke des Angebots wird von Nutzer- wie Mitarbeiterseite die Niederschwelligkeit hervorgehoben: Die Sprechstunde findet an einem Ort statt, an welchem sich die Nutzer alltäglich aufhalten, weil sie z. B. Mittagessen erhalten oder/und übernachten. Es ist weder eine zusätzliche Mobilität noch eine vorherige Anmeldung notwendig. Finanzielle Hürden fallen aufgrund der Spendenfinanzierung weg. Hinzu kommt die große Kontinuität des Personals, einer der Ärzte ist schon seit 12 Jahren im Projekt tätig.

Festzuhalten ist, dass das medizinisch-pflegerische Angebot der „Wohnungslosenhilfe Aalen“ häufig eine Brücke ins medizinische Regelversorgungssystem schlägt und es dadurch gelingt, die gesundheitliche Versorgung der wohnungslosen Menschen zu stabilisieren. Die kurzen und unkomplizierten Wege zu den Medizinern ermöglichen schnelle und wirksame Hilfe.

Infolgedessen wird die Inanspruchnahme des medizinischen Angebots generell als ein Erfolgskriterium gewertet. Die Hemmschwelle, bei einer Erkrankung ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird abgebaut. Und auch wenn der wohnungslose Mensch zwischenzeitlich weitergereist ist und eine Überleitung ins Regelversorgungssystem nicht funktioniert hat, ist es dennoch positiv, wenn der Nutzer durch den Kontakt zumindest ein Krankheits- bzw. Problembewusstsein erlangt hat. Wenn die Empfehlungen und Ratschläge der Ärzte angenommen und umgesetzt werden, wird dies als ein weiterer Erfolgsindikator angesehen: „Also nicht nur, dass sie zum Arzt gehen, sondern dass dann auch die entsprechende gesundheitliche Versorgung erfolgt, das heißt, dass dann auch die Ratschläge und Empfehlungen wahrgenommen werden, dass Medikamente genommen werden oder dass dann eben eine Vermittlung ins Krankenhaus oder zu weitergehenden Fachärzten oder dann in eine Klinik oder Entgiftung oder sonst eine Therapie angetreten wird“.

Quantitativ wird der Erfolg an der Anzahl der Wohnungslosen festgemacht, die das Angebot in Anspruch nehmen und bei denen die Überleitung in eine niedergelassene Arztpraxis erfolgt.

Für die Zukunft wünschen sich die Mitarbeiter/innen vor allem die Abschaffung der seit 2004 entstandenen finanziellen Hürden. „Also das würde ich mir auch wünschen, dass die Praxisgebühr abgeschafft wird und die Rezeptgebühren! Für diesen Personenkreis. Das würde sicher manches erleichtern, wenn zumindest diese äußere Hemmschwelle wegfällt“.

Ein weiterer Wunsch seitens des Personals bezieht sich auf die Fallpauschalen, die zu verkürzten Liegezeiten in den Krankenhäusern führen: „Also, was für uns auch so ein Problem ist, (...) diese Nachsorge. Das halte ich auch nicht für optimal gelöst! Also, dass die Leute dann doch noch mal länger in den Krankenhäusern irgendwie versorgt werden. Dass man da noch was hat. Da fühlen wir uns manchmal einfach auch überfordert!“.

Die Mitarbeiter/innen sehen außerdem die Notwendigkeit einer zeitlichen und inhaltlichen Ausweitung des niederschweligen Angebots der „Wohnungslosenhilfe Aalen“. Inhaltlich wird eine Erweiterung um eine psychiatrische und eine zahnmedizinische Außensprechstunde vorgeschlagen. Damit verbunden sind auch Überlegungen zu einer Verbesserung der Infrastruktur und Ausstattung.

An einem Punkt gehen die Meinungen der Nutzer und der Mitarbeiter/innen auseinander. Ein befragter wohnungsloser Mensch wünscht sich ein mobiles Angebot, das in den kalten Wintermonaten Decken, Schlafsäcke, Tee und Suppen an die wohnungslosen Menschen verteilt, wie er es in Berlin kennengelernt hat. Die Mitarbeiter/innen sehen einen solchen Vorschlag für den ländlichen Raum als keine adäquate Lösung an.

5 Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen: Erkenntnisse und Schlussfolgerungen - nicht nur für Baden-Württemberg

5.1 „... was soll der Doktor denken, wenn er meine Adresse sieht?“ - Die schwierige gesundheitliche Lage wohnungsloser Menschen

Kennzeichnend für die gesundheitliche Lage wohnungsloser Menschen ist die Komplexität der Probleme. Zusätzlich zu den somatischen Erkrankungen, die aufgrund der sozialen Mangellage in der Regel spät behandelt werden und entsprechend schwerer verlaufen oder chronifizieren, werden bei vielen Klienten psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen diagnostiziert.

In den gemeinsamen Diskussionen wurde deutlich, dass wohnungslosen Menschen der Zugang zum Versorgungssystem wesentlich erschwert ist und dieser, wenn überhaupt, (zu) spät erfolgt. Mangelnde Hygiene, Problemverdrängung, fehlende Einsicht und Ausgrenzungserfahrungen wurden sowohl von den Klienten als auch von den Projektmitarbeiter/innen angesprochen. „Bei vielen ist es einfach diese Scheu, sei es aus hygienischen Gründen oder weil sie schlechte Erfahrungen gemacht haben, oder weil sie eben nicht so angenommen wurden, wie sie sind. Ich glaube, dass manchmal vielleicht auch die Angst vor der Diagnose, oder vor dem, was gesagt wird, eine Rolle spielt, denn die meisten wissen ja, so richtig toll sieht es mit der Gesundheit nicht aus“ (M, MedMobil Stuttgart).²⁹

Zudem geht Wohnungslosigkeit häufig mit Entwertung der Person einher. Die scheinbare Ausweglosigkeit der Lage führt nicht selten zu psychischen Erkrankungen und Resignation. Die eigene Gesundheit ist erst dann von Interesse, wenn das tägliche Überleben auf der Straße nicht mehr gewährleistet ist: „Ja, solange ich noch zappeln tue, ist alles in Ordnung“ (K, Wohnungslosenhilfe Aalen).

„Ich denke, auch der Alkohol spielt eine wesentliche Rolle, als Droge. Wenn man krank ist, kann man sich das natürlich auch wegsaufen (...). Wenn ich mich nicht damit auseinandersetzen will, dann erstickt alles im Keim“ (K, Medizinische Ambulanz Konstanz). Zur Angst vor der Diagnose gesellt sich die Angst vor der Konsequenz, gesundheitsschädliche Verhaltensweisen ändern zu müssen.

Hinsichtlich der Organisation von Versorgung wurde deutlich, wie sehr Wohnungslosigkeit eine kontinuierliche medizinische oder pflegerische Versorgung erschwert. Üblicherweise werden Behandlungen in Räumen durchgeführt und sind mit Anmeldungen bzw. Wartezeiten verbunden. Für manch einen Klienten, der auf der Straße lebt, ist das nur schwer auszuhalten: „Ja, wenn man in so einem Wartezimmer sitzt und da sind so 150 alte Leute darin und das Fenster ist zu, überhaupt keine frische Luft, das ist doch furchtbar, dann muss ich gehen (...). Dann kommen Panikattacken. Auch kein schönes Erlebnis“ (K, Medizinische Ambulanz Konstanz). Und ein Gesprächspartner aus Offenburg bestätigt: „Es spielt auch eine Rolle, man muss einen Termin vereinbaren, man muss einen Termin einhalten. Das ist sicherlich ein Problem. Und

²⁹ **Anmerkung:** „M“ steht für Mitarbeiter/in; „K“ für Klient, alles Teilnehmer/innen an den Gruppendiskussionen.

„Die Hygiene, also die Hygiene, die man nicht hat, wenn man auf der Straße ist. Es fängt an, dass man nicht kontrolliert, sich reinigt oder rasiert, wie man es vielleicht macht, wenn man eine Wohnung hat. Ich bin ja jeden Tag rasiert, aber ich bin auch seit sieben Jahren in festen Wohnungen, aber ich habe auch ein Jahr auf der Straße leben müssen, und ich habe es auch versucht, eine Zeit lang mit Waschen am Brunnen ...“ (K, MedMobil Stuttgart).

ich könnte mir vorstellen, dass jemand, der direkt von der Straße kommt, Probleme hat, sich in ein Wartezimmer zu setzen, wegen seiner Klamotten, wegen seiner Hunde, wegen seiner Hygiene“ (M, Pflasterstube Offenburg). Und das gleiche ist ja beim Zahnarzt. Da sagen viele Leute, ‚okay, da muss ich was machen‘, aber was heißt Zahnarzt? Wenn jemand hierher kommt, das sind mehrere Termine, das zieht sich über Wochen hin, dann wieder dahin, dann muss man das Gebiss anpassen oder sonst irgendwie eine Kontrolle nochmal, nochmal, nochmal, das sind gleich drei, vier, fünf Termine, wer hat die Zeit?“ (M, Wohnungslosenhilfe Aalen).

Die Entwicklungen im Gesundheitswesen treffen eine besonders vulnerable Gruppe von Menschen, die sich in einer schwierigen sozialen Lage befinden. Trotz der allgemeinen Versicherungspflicht machen wohnungslose Menschen die Erfahrung, sich im Gesundheitssystem als Außenseiter zu fühlen: „Also die Nicht-Akzeptanz der persönlichen Verhältnisse. Das ist ja auch im Krankenhaus immer wieder ein Problem. Wenn man da jemand hinbringt und der abgelehnt wird“, beispielsweise mit den Worten: „Ach, wieder so ein Penner!“ (M, Spittelmühle Rottweil). Nicht nur im stationären, sondern auch im niedergelassenen Bereich der Regelversorgung bestehen vielerorts erhebliche Zugangsschranken.

Ein weiteres Problem sind die stark verkürzten Liegezeiten im Allgemeinkrankenhaus und die daraus resultierende Notwendigkeit einer ambulanten Nachbehandlung bzw. „Gesundpflege“ zuhause. Für wohnungslose Menschen, die auf der Straße leben und beispielsweise auf Notunterkünfte angewiesen sind, stellt sich die Frage, wo und wie diese Genesung möglich wird: „Also wir hatten schon Leute, die sind entlassen worden vom Krankenhaus, die haben noch den Tropf dabei gehabt, und das Wägele [*Wägelchen*]. Sind abends von der Bahnhofsmision um acht/halb neun geschickt worden“ (M, Wohnungslosenhilfe Aalen). „Wir sind eben sehr schnell an der Grenze dessen, was wir machen können“ (M, MedMobil Stuttgart). Bürokratische Hürden ebenso wie Zeitmangel der Ärzte und Ablehnung sind häufige Erfahrungen.

Mitarbeiter/innen ebenso wie Klienten sprechen nahezu unisono von finanziellen Hürden: Für die meisten wohnungslosen Menschen sind Praxisgebühren, Zuzahlungen zu Medikamenten etc. in der vorgesehenen Höhe nicht leistbar, generell ist die ökonomische Lage der Menschen prekär.³⁰ Erschwerend kommt hinzu, dass die täglich ausbezahlte Summe an Sozialgeld (ca. 13 €) meist sofort ausgegeben wird und Rücklagen für eventuelle Arztbesuche, Pflege oder Medikamente nicht gebildet werden. „Die 10.- Euro musst du halt erst mal auftreiben“ (K, Wohnungslosenhilfe Aalen).

Hilfe stößt schnell an persönliche und strukturelle Grenzen. Sehr schwierig wird es beispielsweise, „wenn wir [*die Mitarbeiter/innen*] sehen, eigentlich bräuchte es jetzt eine andere Versorgung und der Patient möchte nichts“ (M, MedMobil Stuttgart) oder „Betroffene Hilfe ablehnen“ (M, Pflasterstube Offenburg), die dringend erforderlich wäre.

Ein Mitarbeiter der Wohnungslosenhilfe Aalen schildert anschaulich, welche Flexibilität von den Ärzten verlangt wird bzw. welche Grenzen durch die ‚improvisierten Behandlungsräume‘ gesetzt sind. „Ja, gut, man muss sagen, wir haben hier keine Arztpraxis, uns fehlt hier die Infrastruktur von einer Arztpraxis. Wir können kein Labor machen, wir können kein EKG machen, wir haben kein Personal, dem wir irgendwelche Aufgaben delegieren können. (...) Blut abnehmen kann man, dann muss man es halt in die Praxis mitnehmen. Und die Frage ist, wenn das Ergebnis da ist, ob der Patient, der Klient noch hier ist oder schon wieder weiter. Das ist im Einzelfall auch immer offen“ (M, Wohnungslosenhilfe Aalen).

Räumliche Engpässe entstehen überall dort, wo es für das medizinisch-pflegerische Angebot kein gesondertes Behandlungszimmer gibt. „Also, wenn da Ambulanz läuft, (...), dann sind alle anderen blockiert. Heute Morgen war ein zweiter Arzt da und der eine ist dann rumgelaufen

³⁰ „Darum kommen ja wahrscheinlich auch so wenige Leute. Die überlegen sich, gebe ich die 10.- Euro für den Arzt aus?“ (K, Wohnungslosenhilfe Aalen).

und hat gar nicht gewusst, wo er hin kann“ (M, Pflasterstub' Freiburg). Auch in der Spittelmühle ist „die Raumfrage völlig unbefriedigend“, hier hält der Arzt seine Sprechstunden in einem Büro ohne entsprechende Basisausstattung zur Behandlung (z. B. Behandlungsliege) ab (M, Spittelmühle Rottweil).

Im ländlichen Raum kommen erschwerend weite Fahrtwege zu medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Versorgungsangeboten hinzu. „Es ist ein Nachteil, dass wir so weit von der Besiedlung weg leben, dass man halt viel auch organisieren muss, was Fahrten angeht. Selbst ein Rezept zu holen, ist ja für ihn ein Unding. Der *[Klient]* kommt ja gar nicht zur Apotheke, das muss halt alles organisiert werden“ (M, Spittelmühle Rottweil). Für Fahrten im Notfall oder zum Facharzt ist hier ein Fahrzeug unabdingbar, aber nicht jede Einrichtung hat eines regelmäßig zur Verfügung. „Wenn ich das richtig mitgekriegt habe, geben die keine Taxischeine mehr aus. Und wir haben nur jeden zweiten Monat ein Fahrzeug hier - und das ist schwierig“ (M, Wohnungslosenhilfe Aalen).

5.2 „Und hinterher rennen wir den Krankenversicherungskärtchen hinterher und schauen, dass wir die 10 € bekommen“ - Indikatoren für eine gelingende gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen

Stellvertretend für eine Reihe unterschiedlicher Initiativen in Baden-Württemberg (vgl. Kapitel 3.5) zeigen die hier vorgestellten Projekte gangbare Wege auf, die medizinische und pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen zu verbessern und deren Gesundheit zu fördern. Sie leisten vorurteilsfreie und möglichst unbürokratische Überlebenshilfen, suchen die Menschen auf der Straße auf, sind Übergangstation für Durchreisende oder bieten einen Ort zum Verbleiben. Sie belegen, dass die Anbindung an das Hausarztsystem gelingen kann bzw. nehmen eine Brückenfunktion zur Regelversorgung ein.

Jedes Projekt setzt eigene Versorgungsschwerpunkte. Dennoch fällt auf, dass es trotz aller Unterschiedlichkeit verbindende Inhalte gibt, die den spezifischen Bedarf wohnungsloser Menschen aufgreifen: Sechs der sieben Projekte bieten pflegerische Versorgung und fünf von ihnen allgemeinärztliche Versorgung an, entweder seitens der Einrichtung selbst oder in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten bzw. ambulanten Pflegediensten. In Freiburg, Karlsruhe und Konstanz ergänzt ein psychiatrisches Hilfeangebot das Versorgungsspektrum. Die Pflasterstub' in Freiburg und die Medizinische Ambulanz im Landkreis Konstanz halten für wohnungslose Menschen außerdem ein suchtspezifisches Hilfeangebot vor. Allen gemeinsam ist außerdem das hohe Engagement der Mitarbeiter/innen, eine Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation der Klienten zu erreichen - nicht selten unter schwierigen Bedingungen und mit persönlichem Ressourceneinsatz. Gerade wohnungslose Menschen mit ihren vielfältigen negativen Erfahrungen benötigen „Kontinuität, Präsenz, Verlässlichkeit“ (M, Medizinische Ambulanz im LK Konstanz) und die Sicherheit, dass die Hilfe nicht nur „eine Randerscheinung“ ist.

In der Gesamtbetrachtung lassen sich sechs wesentliche Faktoren herausdestillieren, die als Indikatoren für eine gelingende gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen bedeutsam sind.

1. Menschenbild und ethische Haltung

Achtsamkeit und eine vorurteilsfreie Begegnung zeichnen die Arbeit mit den wohnungslosen Menschen aus, die durchweg von einem hohen persönlichen Einsatz geprägt ist. Ein Gesprächsteilnehmer aus Freiburg bringt diese Haltung auf den Punkt: „Dass wir sachte mit ihnen umgehen, weil sie sehr sensibel sind“ (M, Pflasterstub' Freiburg). Wohnungslose Menschen in ihrer Person zu akzeptieren, „sie sein lassen, wie sie sind“ und ihnen offen zu begegnen, stellt eine Herausforderung dar, die trotz aller Barrieren bewältigt wird, auch wenn manchmal nur kleine Schritte erreicht werden. Die Frage danach, in den gegebenen Strukturen das Bestmögliche an medizinischer oder pflegerischer Versorgung getan zu haben, beschäftigt manche/n Mitarbeiter/in noch über den Tag hinaus. Damit wohnungslose Menschen ein medizinisches Versorgungsangebot überhaupt in Anspruch nehmen, braucht es vor allem Zeit und Zuwendung, „um Vertrauen aufzubauen“ (M, MedMobil Stuttgart). Die Sozialarbeiter/innen übernehmen häufig Funktionen, die normalerweise Personen aus dem nahen sozialen Umfeld haben, nämlich sich um den Gesundheitszustand des wohnungslosen Menschen zu sorgen: „Bei manch anderen, die noch ein soziales Umfeld haben, *[ist es]* stärker so, dass einen da halt mal die Frau schickt oder der Partner, und sagt, *jetzt gehst du aber!*'. Und da ist halt niemand da, der einen schickt. Oder der vielleicht auch feststellt, dass sich was verändert hat“ (M, Wohnungslosenhilfe Aalen).

2. Niederschwelligkeit

Die hier vorgestellten Beispiele guter Praxis zeigen, dass der Personenkreis wohnungsloser Menschen in erster Linie durch sehr niederschwellige Angebote angesprochen wird, die die Menschen (aufsuchend) früh erreichen und eine medizinisch-pflegerische Erst- und Akutversorgung sicherstellen. Eine ausgesprochene „Geh-Struktur“ hat das MedMobil, das im Stadtgebiet Stuttgart wohnungslose Menschen an ihren Aufenthaltsorten aufsucht und vor Ort behandelt. Generell ist es wichtig, „auf die Leute zuzugehen *[und]* beharrlich zu sein“ (M, Medizinische Ambulanz im Landkreis Karlsruhe), weil manche der Klienten nicht merken, dass sie krank sind oder dies verdrängen. Ob wohnungslose Menschen ein medizinisch-pflegerisches Angebot überhaupt annehmen, „hängt natürlich stark an den Personen“ (M, Wohnungslosenhilfe Aalen). Um wohnungslose Menschen zu erreichen, bedarf es Geduld und Zeit, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. „Ein Arzt, der sich bereit erklärt, Wohnungslose zu versorgen, auch in seiner Praxis, der muss dann sich auch die Mühe machen (...). *[Der Arzt]* muss dann auch, was ‚sprechende Medizin‘, was ‚Vertrauensaufbau‘ angeht, ein paar andere Dinge ins Feld führen, als bei seinen normalen Patienten“ (M, Hotel Anker Karlsruhe).

3. Freiwilliges Engagement

In allen Projekten spielt freiwilliges Engagement in unterschiedlicher Form eine Rolle: In Freiburg, Offenburg, Stuttgart und Konstanz arbeiten zahlreiche Freiwillige in der pflegerischen und sozialen Versorgung regelmäßig mit. In Aalen, Rottweil und Karlsruhe sind es vor allem niedergelassene Ärzte und Fachärzte, die sich engagieren. Dieses soziale Engagement für wohnungslose Menschen wird seitens der fest angestellten Mitarbeiter/innen sehr gewürdigt und entsprechend gepflegt, was wiederum Zeit bindet. Die schwierige gesundheitliche Lage wohnungsloser Menschen macht es zwingend notwendig, dass freiwillig Engagierte Ansprechpartner/innen in den Projekten haben, die den Einsatz koordinieren, für Fragen zur Verfügung stehen und bei Problemen schnelle Hilfe anbieten können. Zudem müssen immer wieder aufs Neue Bürger/innen für das freiwillige Engagement überhaupt gewonnen werden, um die Nachhaltigkeit eines gesundheitlichen Versorgungsangebotes in der Wohnungslosenhilfe zu gewährleisten. Auch diese Tätigkeit bindet Ressourcen. „Das ist ja auch eine Stärke, das Ehrenamt. Das Team von Ehrenamtlichen, das andere wieder anzieht. Aber es gibt halt trotzdem nie eine Garantie, dass es nicht doch irgendwann wieder weniger

wird. Ehrenamt bei uns ist, - wie so oft - sehr weiblich, sind ältere Damen oft, da weiß man nie, wie sich das entwickelt“ (M, Pflasterstub' Freiburg).

4. Spezielle medizinische Versorgungsangebote

Hauptanliegen aller hier vorgestellten Beispiele guter Praxis ist zunächst die Sicherstellung einer medizinischen und pflegerischen Grundversorgung wohnungsloser Menschen in einem nicht-stationären Rahmen. Zusätzlich wurde jedoch der steigende Bedarf an speziellen medizinischen Versorgungsangeboten angesprochen, vor allem psychiatrische und suchtmmedizinische Hilfe sowie zahnmedizinische Versorgung. Manche der Projekte haben bereits reagiert und bieten beispielsweise psychiatrische Sprechstunden an, arbeiten eng mit der Suchthilfe zusammen oder haben niedergelassene Zahnärzte ins Projekt eingebunden. Allerdings wird betont, dass die Klienten gegenüber speziellen medizinischen Versorgungsangeboten durchaus Vorbehalte haben (können) und erhebliche Widerstände die Akzeptanz erschweren: „Wenn ein Facharzt herkommt, der sich Psychiater nennt, dann kann das für manche schon eine Hemmschwelle sein, dort überhaupt hinzugehen. Also ich erlebe es, dass mancher bei mir Dinge erzählt, die in die Psychiatrie reingehören, und ein Stück weit habe ich Erfahrung und kann ein bisschen was in die Wege leiten, aber wenn ich zum Facharzt gehe, dann muss ich mir noch sicherer sein, dort auch hinzugehen“ (M, Wohnungslosenhilfe Aalen).

5. Gesicherte Finanzierung

Ausgenommen des MedMobils in Stuttgart, welches noch ebenso wie das sozialpsychiatrische Angebot der Medizinischen Ambulanz der Pflasterstub' Freiburg Erprobungsstatus hat, sind alle hier vorgestellten Projekte der Wohnungslosenhilfe unbefristet angelegt. Jedoch ist die Finanzierung des medizinisch-pflegerischen Angebots in den meisten Fällen nicht gesichert. „Wir gehen unserer geregelten Arbeit nach in der Ambulanz oder auf Station und müssen dann versuchen, da Freiräume zu schaffen, also es ist nicht so, dass wir jetzt hier quasi abgestellt sind für den Job, also dass man tatsächlich mal einen kompletten Tag hat“ (M, Pflasterstub' Freiburg).

Zwar sind im „Hotel Anker“ in Karlsruhe einige Teile des pflegerischen Angebots über die §§ 67 ff SGB XII regelfinanziert, aber die Projekte finanzieren die medizinisch-pflegerische Versorgung über Spenden und Zuschüsse, sofern keine Regelleistungen gewährt werden. Dabei ist die Höhe der jährlich eingeworbenen Spendenmittel teilweise erheblich. Brechen diese ein, bestehen Zweifel, ob das medizinisch-pflegerische Angebot in Zukunft aufrecht erhalten werden kann: „Insgesamt haben wir in den letzten Jahren schon Schwierigkeiten gehabt, das zu erhalten, da sind wir auf Spendengelder nach wie vor angewiesen. Sie *[die Mitarbeiter/innen]* sind da angestellt, bekommen Gehalt und das müssen wir größtenteils über Spendengelder aufbringen. (...) Aber es kann natürlich schon kommen, dass man nichts mehr bekommt“ (M, Medizinische Ambulanz im LK Konstanz).

6. Kooperationen und Vernetzung

Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit in den Projekten ist es, sich vor Ort mit anderen Versorgungsanbietern und Einrichtungen zu vernetzen, um eine medizinische und pflegerische Versorgung der wohnungslosen Menschen sicherzustellen. Dies betrifft sowohl die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten und Pflegediensten als auch die Vernetzung mit dem stationären Bereich der Psychiatrie und Suchthilfe. „Also, das generelle Stichwort ist Kommunikation. Und das, was wir in diesen Jahren aufgebaut haben, ist sicherlich viel! Ich weiß nicht, ob das in anderen Einrichtungen auch so ist, aber unser Kontakt zu den Krankenhäusern, gerade durch die vielen Besuche, das ist schon etwas Besonderes“ (M, Pflasterstube Offenburg). Regelmäßige Kontaktpflege, regionale Arbeitsgruppen bis hin zu überregionalen Gremien sind notwendig, um wirksame Hilfe im Einzelfall zu leisten und die Probleme in der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen auf die politische Agenda zu bekom-

men. „Es gibt ja auch einen Arbeitskreis, (...) da sind alle Kollegen dafür, da weiter zu kämpfen an sozialpolitischer Front, dass diese Praxisgebühr erlassen wird. Ich bin gerne bereit, bei vielen ALG 2-Empfängern das auch politisch durchzusetzen, dann auch natürlich für die Wohnungslosen. (...) 10.- Euro sind zu hoch!“ (M, Hotel Anker Karlsruhe).

5.3 ‚Nur‘ Insellösungen oder doch mehr? - Anstöße für mehr Nachhaltigkeit in der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen

Mit dem kooperativen Forschungsvorhaben wurde seitens des Baden-Württembergischen Sozialministeriums ein wichtiges und kontrovers diskutiertes Thema aufgegriffen: die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen. Wichtig ist das Thema, weil Erhalt und Wiederherstellung von Gesundheit untrennbar mit einem menschenwürdigen Leben verbunden sind und wohnungslose Menschen zu einer gesellschaftlichen Gruppe gehören, die Hilfe bei der Durchsetzung ihrer Rechte benötigt. Dieses Problembewusstsein zeigte sich unter anderem in dem abteilungsübergreifenden Diskurs bzw. der Zusammenarbeit unterschiedlicher Stabstellen ebenso wie der kontinuierlichen Beteiligung der Praxisprojekte an dem kooperativen Forschungsvorhaben.

Insbesondere in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung verführt der Hinweis auf bestehende gesetzliche Regelungen dazu, vermeintliche Klarheit in den Zuständigkeiten zu propagieren. Dabei haben die Ergebnisse dieser Evaluationsstudie gezeigt, welchen Schwierigkeiten man in der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen begegnet, welche Barrieren und Hindernisse bestehen - und wie diese kreativ gelöst werden können.

Das kooperative Forschungsvorhaben des Baden-Württembergischen Sozialministeriums sollte unter anderem der Frage nachgehen, welche Indikatoren den Erfolg der beteiligten Projekte ausmachen und an welchen Punkten die Diskussion über eine Verstetigung und Nachhaltigkeit weitergeführt werden muss. Dahingehend lassen sich vier Thesen aufstellen.

1. Probleme an den Schnittstellen müssen aufgedeckt, benannt und aktiv angegangen werden!

„In ihrer langen Geschichte konnte Wohnungslosenhilfe die Vielfalt der sozialen Integrationsaufgaben noch nie auf sich allein gestellt lösen, obschon sie nicht selten allein blieb. Sie war und ist auf starke Partner angewiesen: auf Kommunalverwaltungen, Arbeitsagenturen und andere Sozialleistungsträger, auf Suchtkrankenhilfe, Migrationsdienste, Psychiatrie, Krankenhäuser, Jugendhilfe und Straffälligenhilfe, auf Wohnungswirtschaft und Arbeitgeber“ (BAG W 2011). Das belegen auch die hier vorgestellten Beispiele guter Praxis.

Tatsächlich bestehen in der Praxis der Wohnungslosen- bzw. Wohnungsnotfallhilfe an den Schnittstellen Probleme unterschiedlichster Art, namentlich zur Jugendhilfe, zur Suchthilfe, zur psychiatrischen Versorgung und zum ALG II-Bezug (Jobcenter). An diesen Schnittstellen zieht sich die Forderung nach mehr Abstimmung und verbindlicher Zusammenarbeit wie ein roter Faden durch die fachliche und politische Debatte.³¹

³¹ Folgende Aspekte kommen im Zusammenhang mit vernetzten Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen immer wieder zur Sprache: Umsetzung des Grundsatzes ‚ambulant vor stationär‘, einschließlich einer Stärkung des ambulanten Sektors; interprofessionelle Kooperation in der medizinischen Primärversorgung, insbesondere zwischen Hausarzt/Hausärztin und ambulanter Pflege; Schnittstellenprobleme an der Überleitung vom stationären in den ambulanten Sektor; Beratung und Stärkung sozialer Unterstützungsnetzwerke (pflegende Angehörige, Selbsthilfe, freiwillige Hel-

Die Praxis hat diese Notwendigkeit erkannt und ist in der Regel vor Ort gut vernetzt. Allerdings verbessern gut funktionierende Kooperationsarrangements nicht nur die Zusammenarbeit, sondern sie erleichtern vielmehr auch die Verlagerung von Problemen. Soll heißen: Man verlässt sich auf die Kreativität der Praxis, Versorgungslücken durch die Übernahme von Verantwortung zu schließen!

Dabei wird seitens der Politik häufig vergessen, dass Koordination, Kooperation und Vernetzung zwar als Königsweg zur Lösung gesundheitsökonomischer Probleme und Fehlallokationen gelten, tragfähige Vernetzungsstrukturen jedoch finanzielle und personelle Ressourcen binden, wenn diese dauerhaft angelegt sein sollen. Gerade im SGB V bedarf es hier in mehrfacher Hinsicht einer Nachbesserung der bestehenden Finanzierungssysteme: (1.) müssen komplementäre Steuerungs- und Managementleistungen, die im Netzwerk notwendig sind, generell vergütet werden. Netzwerkaufbau und Netzwerkpflge sind arbeitsintensiv und können nicht von einem Träger ‚nebenher‘ geleistet werden. (2.) bedarf es finanzieller Anreize für die Kooperationspartner, sich an einem solchen Netzwerk zu beteiligen, ohne an anderer Stelle dafür bestraft zu werden; das ist insbesondere für niedergelassene Hausärzte ein wichtiges wirtschaftliches Argument. (3.) steht der postulierte Wettbewerbsgedanke des SGB V einer integrierten Versorgung, wie sie im § 140a ff. vorgesehen ist, oftmals entgegen, da mit jeder Kranken- und Pflegekasse eigens verhandelt werden muss und sich diese Logik mit der gesicherten flächendeckenden Versorgung aller Versicherten schneidet.

2. An der Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XII macht es grundsätzlich Sinn, die medizinische Versorgung mit den Leistungen nach §§ 67 ff SGB XII zu kombinieren!

Hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen ist es vor allem die Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XII, die einer erhöhten Aufmerksamkeit bedarf. Trotz allgemeiner Krankenversicherungspflicht fallen wohnungslose Menschen nicht selten durch die Maschen der Versorgung bzw. laufen Gefahr, zwischen den Kostenträgern hin und her geschoben zu werden. Zwar ist die medizinische Versorgung dem Grunde nach adäquat erfasst und berücksichtigt beispielsweise auch notwendige psychiatrische oder suchtspezifische Hilfen, jedoch können Einschränkungen im Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel nicht durch Eigenleistungen kompensiert werden. Mit anderen Worten: Zuzahlungen, Praxisgebühren etc. hindern wohnungslose Menschen daran, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Ausführungen zu den rechtlichen Grundlagen (vgl. Kapitel 3.3) münden daher in die Feststellung, dass es aufgrund der besonders schwierigen sozialen Lage wohnungsloser Menschen grundsätzlich Sinn macht, die medizinische Versorgung mit den Leistungen nach den §§ 67 ff. SGB XII zu kombinieren, sofern die Leistungsvoraussetzung erfüllt sind. Das wiederum würde bedeuten, die gegliederte Zuständigkeit aufzulösen zugunsten von gemeinsamen Finanzierungsmodellen, z. B. einem ‚Solidartopf‘, in den die verschiedenen Kostenträger (Krankenkassen, Kommune, Land, Rentenversicherung) einzahlen und notwendige medizinisch-pflegerische Versorgungsleistungen für wohnungslose Menschen unbürokratisch bezahlt werden können.

fer/innen); Verbesserung der Beratung und Diagnostik sowie Kooperation und Zusammenarbeit in interdisziplinären Versorgungsverbänden mit Sozialraumbezug (vgl. Schäfer-Walkmann 2010).

3. Die medizinisch-pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen muss gegenfinanziert sein!

„Solange die Finanzen da sind, wird es weiterlaufen“ (M, MedMobil Stuttgart) - diese nüchterne Einschätzung trifft für fast alle Projekte zu. Mit einer Ausnahme leisten die Projekte die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen auf der Basis von Stiftungen, Spendengeldern oder Projektfinanzierung. Das birgt nicht unerhebliche Risiken, zumal der Bedarf an Finanzmitteln einmal aufgrund der komplexen gesundheitlichen Problemlagen und zweitens der prekären ökonomischen Lage der Klienten hoch ist und für die Zukunft keine Entspannung erwartet werden kann.

Dementsprechend hoch ist der Ressourceneinsatz der Mitarbeiter/innen, um die benötigten Mittel einzuwerben. Im Sinne der Nachhaltigkeit müsste überlegt werden, wie mögliche Ausfälle kompensiert werden können, um das Versorgungsangebot nicht zu gefährden.

Es klang bereits an, dass für eine gesicherte Finanzierung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsangebote eine konzertierte Aktion notwendig sein wird, um die Lasten auf mehrere Schultern zu verteilen. Als Anregung könnte das „Umsetzungskonzept zur Medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen“ aus Nordrhein-Westfalen dienen (vgl. Kunstmann 2009), wo Gesetzliche Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung und kommunale Spitzenverbände pro Jahr 1,5 Mio. Euro für eine aufsuchende medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen bereit stellen. Die Projektvergütung basiert auf einer Fallpauschale pro Quartal. Es beteiligen sich Kommunen über 100.000 Einwohnern, Projekte müssen bestimmte Rahmenbedingungen erfüllen.

Das heißt: Mit Blick auf eine tragfähige und nachhaltige gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen sind Kommunen, Gesetzliche Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung und Land gefordert, Finanzierungsmodelle zu entwickeln, die den Einrichtungen Sicherheit bieten. Das wiederum heißt in erster Linie, Voraussetzungen für die Bereitstellung eines verbindlichen Versorgungsangebotes zu schaffen! Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass es einen Unterschied macht, ob die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen im städtischen oder ländlichen Raum gewährleistet werden soll. Bei Beteiligungsmodellen sind die unterschiedlichen Strukturen ebenso zu berücksichtigen wie die unterschiedlichen finanziellen Möglichkeiten der Kommunen. Insgesamt wird es auf Dialogbereitschaft und innovative Lösungen ankommen - und muss es das Ziel sein, auch für den Personenkreis wohnungsloser Menschen eine Brücke ins Regelversorgungssystem zu bauen!

4. Freiwilliges Engagement ist förderwürdig - und bindet Ressourcen!

In allen Projekten werden medizinische und pflegerische Leistungen in einem erheblichen Umfang durch freiwillig Engagierte erbracht - ein respektables Ergebnis und unter anderem ein Beleg dafür, dass es Menschen gibt, die sich dieser benachteiligten Personengruppe annehmen. Der Umfang an Zeit, persönlichem Einsatz sowie Geld- und Sachspenden ist erheblich.

Aber auch „Ehrenamt kann halt keine Nachhaltigkeit wirklich garantieren oder gewährleisten“, wie es ein Mitarbeiter der Pflasterstub' Freiburg treffend zusammenfasst. Das Werben um Freiwillige ebenso wie deren Einsatzplanung und professionelle Begleitung ist zeitaufwändig und erfordert viel Sensibilität.

Bei der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen geht es um komplexe Problemlagen und deren Bearbeitung unter oftmals schwierigen Bedingungen. Erst durch die Einbindung lokaler Akteure gelingt eine personenzentrierte, kontinuierliche Versorgung. Neben den professionellen Anbietern medizinischer, pflegerischer und sozialer Dienstleistungen bedarf es

deshalb einer aktiven Einbindung der Bürger/innen auf ganz unterschiedlichen Ebenen. Im Sinne eines wohlfahrtpluralistischen Arrangements müssen künftig Selbsthilfe, Bürgerschaftliches Engagement und solidarfinanzierte Leistungen zusammengeführt und vor Ort weiterentwickelt werden. Hier sind insbesondere die Kommunen gefordert, die sich sowohl inhaltlich und personell als auch strukturell und finanziell an dem Aufbau und der Entwicklung regionaler Versorgungsnetzwerke oder -verbände beteiligen und entsprechende Anreize schaffen müssen, z. B. in regionalen Gesundheitskonferenzen. Hinsichtlich einer nachhaltigen Bestandssicherung der Projekte bzw. deren Verstetigung muss dieser Aspekt Berücksichtigung finden.

Gesundheit ist ein Menschenrecht ...

„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 (. . .)“.

(UN-Menschenrechtscharta, Artikel 25)

Generell stimmt nachdenklich, wie sehr die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen vom Engagement der Menschen vor Ort abhängt. Ohne diesen Einsatz blieben wohnungslose Menschen medizinisch und pflegerisch weitgehend unterversorgt. Und ganz und gar ausgeblendet wird dieser Personenkreis immer noch hinsichtlich sämtlicher Themen im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und -prävention.

Dennoch gibt es in Baden-Württemberg vielerorts Ansätze, an denen sich anknüpfen lässt. Politik und Gesellschaft sind aufgefordert, dieses Engagement für eine gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg wirkungsvoll zu unterstützen, auszubauen und aktiv an tragfähigen Lösungen zu arbeiten, denn:

„Es ist natürlich eine gesellschaftliche Aufgabe, auch Menschen zu behandeln, die nicht krankenversichert sind. Das macht der C. hier, das machen die Ärzte hier, das machen wir hier. Das wird aber natürlich nicht honoriert! Natürlich wird ‚DANKE‘ gesagt, das ist überhaupt keine Frage, dass die Leute dankbar sind, aber es kann nicht sein, dass es vom Ehrenamt abhängt, ob Menschen, die krank sind, behandelt werden (...). Das ist ein Schwachpunkt, den wir hier unterstützen mit unserer Arbeit hier, aber wir sehen halt im Moment keine Alternative“ (M, Pflasterstub' Freiburg).

6 Literaturverzeichnis und Quellenangaben

Ansen, H. (2007). Ein Leben auf Sparflamme. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 154. Jg., Heft 3; S. 92-96.

Ansen, H. (2008). Ist der Weg in die medizinische Regelversorgung für Wohnungslose endgültig verbaut? In: Schröder, H. (Hrsg.) (2008). Ist soziale Integration noch möglich? Die Wohnungslosenhilfe in Zeiten gesellschaftlicher Spaltung. Bielefeld; S.165-181.

Armutnetzwerk (Hrsg.) (2011). Wohnungslosigkeit in Europa.

Internet:

http://www.armutnetzwerk.de/index.php?option=com_content&view=article&id=438:wohnungslosigkeit-in-europa&catid=344:obdachlos&Itemid=173.

Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. (2000): Die Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen. In: Geene, R. und Gold, C. (Hrsg.) (2000). Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Berlin; S 49-50.

BAG W (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.) (2011). Allzuständig? Lückenbüßer? Scharnier? Schnittstellen der Hilfen für Menschen in Wohnungsnot und Armut zu angrenzenden Hilfesystemen. Bundestagung 2011 der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.

Internet: <http://www.bagw.de/tagungen/19.phtml>.

BAG W (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.) (Hrsg.) (2010a). Schätzung der Zahl der Wohnungslosen und der von Wohnungslosigkeit Bedrohten.

Internet: <http://www.bagw.de/fakten/1.phtml>.

BAG W (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.) (Hrsg.) (2010b). Position der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.. Auswirkungen zunehmender Kostenbeteiligung und Eigenverantwortung auf die Gesundheitsversorgung wohnungsloser und armer Patienten.

Internet: http://www.bagw.de/positionen/_pdf/BAGW_Kostenbeteiligung.pdf

BAG W (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.) (Hrsg.) (2010c). Handreichung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. zu Fragen aus dem Gebiet der Krankenversicherung. Bielefeld.

Internet: <http://www.bagw.de/fakten/1.phtml>.

Bibliographisches Institut GmbH (2011). Duden. Wohnen.

Internet: <http://www.duden.de/rechtschreibung/wohnen>.

Bieresborn, D. (2007). Armutsfestigkeit sozialer Sicherung. SGB 2007.

Blüggel, J.. In: jurisPK-SGB XII, 1. Auflage 2010, Stand: 29.09.2011 § 68 SGB XII Rd. 36.

Bodenmüller, M./Piepel, G. (2003). Streetwork und Überlebenshilfen: Entwicklungsprozesse von Jugendlichen aus Straßenszenen. Weinheim Berlin Basel.

Boeckh, J./Huster, E.-U./Benz, B. (2006). Sozialpolitik in Deutschland: eine systematische Einführung. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden.

Bollnow, O. (2004). Mensch und Raum. 10. Auflage (erstmalig 1963). Stuttgart.

Borgetto, B./Kälble, K. (2007). Medizinsoziologie: Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim München.

Brem, D./Seeberger, B. (2009). Alt und wohnungslos in Deutschland. Eine Untersuchung über vorhandene Daten zu Lebenslagen älterer wohnungsloser Menschen. In: Sozialer Fortschritt, 58. Jg., Heft 9-10; S. 226-234.

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2011). Arbeitssuchende unter 25.
Internet: http://www.arbeitsagentur.de/nn_261534/zentraler-Content/A07-Geldleistung/A071-Arbeitslosigkeit/Allgemein/Alg-II-Unter-25.html.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Übersicht über das Sozialrecht, 6. Auflage 2009.

Eichner, S./Hülsmann, S. (2009). Migrantinnen in der Wohnungslosenhilfe. Erfahrungen und Aussichten. In: Wohnungslos, 51. Jg., Heft 3; S. 92-97.

Eikermann, B./Reker, T./Zacharias, B. (2002). Wohnungslose psychisch Kranke - Zahlen und Fakten. In: Nouvertne, K./Wessel, T./Zechert, C. (Hrsg.) (2002). Obdachlos und psychisch krank. Bonn; S. 42-56.

Enders-Drägässer, U. (2006). Frauen in dunklen Zeiten - persönliche Berichte vom Wohnungsnotfall: Ursachen - Handlungsspielräume - Bewältigung. In: Wohnungslos, 48. Jg., Heft 1; S. 8-14.

Enders-Drägässer, U./Sellach, B./Feig, A./Jung, M.-L./Roscher, S. (2000). Frauen ohne Wohnung. Handbuch für die ambulante Wohnungslosenhilfe für Frauen. In: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2000). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 186. Stuttgart Berlin Köln.

FEANTSA (European Federation of National Organisations Working with the Homeless) (2006): Annual European Report. The Right to Health is a Human Right: Ensuring access to Health for People who are Homeless. Internet:
http://www.feantsa.org/files/Health_Annual_Theme/Annual_theme_documents/European_report/EN_Annual_theme_report_2006_Health.pdf.

Felix, D. In: jurisPK-SGB V, 1. Auflage 2007, Stand: 27.09.2010, § 5 Rd. 89.

Flick, U./Röhnsch, G. (2006). „Ich vertrau der anderen Person eigentlich...“ - Armut und Obdachlosigkeit als Kontexte sexuellen Risiko- und Schutzverhaltens von Jugendlichen. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 26. Jg., Heft 2; S. 171-187.

Flick, U./Röhnsch, G. (2008). Gesundheit auf der Straße. Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit. In: Hurrelmann, K./Pfaff, H./Razum, O./Schaeffer, D. (Hrsg.) (2008). Gesundheitsforschung. Weinheim München.

Follmann, W. In: jurisPK-SGB V, 1. Auflage 2007, Stand: 29.10.2007 § 27 SGB V, Rd. 86.

Gerlinger, T./Rosenbrock, R. (2004). Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung. Bern Göttingen Toronto Seattle.

Gillich, S./Nieslony, F. (2000). Armut und Wohnungslosigkeit - Grundlagen, Zusammenhänge und Erscheinungsformen. Köln Wien Aarau.

- Holtmannspötter, H. (1996). Von „Obdachlosen“, „Wohnungslosen“ und „Nichtseßhaften“. In: Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.): Auf die Straße entlassen. Obdachlos und psychisch krank. Bonn; S. 17-29.
- Holtmannspötter, H. (2003). Entwicklung und Kontinuität der Wohnungslosenhilfe. In: Wohnungslos, 45. Jg., Heft 3; S. 86-89.
- Huck, A. In: Hauck, K./Noftz, W., SGB V, Aktualisierungsstand 07/05, § 264 Rd. 8.
- Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6., völlig überarbeitete Auflage. Weinheim München.
- Ishort-Witte, F. (2003). Erkrankungen und Todesursachen bei Wohnungslosen Frauen in Hamburg. In: Wohnungslos, 45. Jg., Heft 1; S. 10-14.
- Jäger, C. (2009). Bericht über eine Untersuchung zur Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge bei wohnungslosen Menschen. In: Wohnungslos, 51. Jg., Heft 4; S. 129-134.
- Kautz, N. (2010). Wohnungslosigkeit bei Frauen. Skizze eines Gesellschaftsproblems. Marburg.
- Kellinghaus, C. (2000). Wohnungslos und psychisch krank. Eine Problemgruppe zwischen den Systemen. Konzepte - empirische Daten - Hilfeansätze. In: Mair, H. (Hrsg.) (2000). Sozialpsychiatrie und psychosoziale Versorgung. Bd. 3. Münster Hamburg London.
- Köbler, G. (1995). Deutsches Etymologisches Wörterbuch. München.
- Kunstmann, W. (1996). Wohnungslose: autonome Patienten und Patientinnen oder Opfer von Ökonomisierung und Wettbewerb? Eine Zwischenbilanz der Reformen im Gesundheitswesen. In: Wohnungslos, 48. Jg., Heft 3; S. 108-114.
- Kunstmann, W. (2009). Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen. Evaluation des Umsetzungskonzeptes. Abschlussbericht. Münster.
Internet: <http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Evaluationsbericht.pdf>.
- Kunstmann, W./Ostermann, T. (2002). Medizinische Versorgung Wohnungsloser - Möglichkeiten und Ergebnisse einer gesundheitsbezogenen Datendokumentation. In: Wohnungslos, 44. Jg., Heft 4; S. 150-153.
- Lange, A. (2011). Rechtsprobleme bei der gesundheitlichen Versorgung Wohnungsloser. Forum V am 10.11.2011 im Rahmen der Bundestagung der BAG W (Präsentation). Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. (Hrsg.) (2010). Liga Stichtagserhebung. Frauen und Männer in der Straffälligen und Wohnungslosenhilfe Baden-Württemberg.
Internet: http://www.liga-bw.de/uploads/media/Stichtagserhebung_2010.pdf.
- Ludwig-Mayerhofer, W./Müller, M./Paulgerg-Muschiol, L. (2001). „... das extremste Phänomen der Armut“. Von der Armut, ohne Wohnung zu leben. In: Barlösius, E./Ludwig-Mayerhofer, W. (Hrsg.) (2001). Die Armut der Gesellschaft. Sozialstrukturanalyse. Bd. 15. Opladen; S. 263-292.
- Lutz, R. (1999). Straßenleben, Straßenbilder, Straßenpädagogik. In: Lutz, R./Stickelmann, B. (Hrsg.) (1999). Weggelaufen und ohne Obdach. Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen. Weinheim München; S. 41-80.

- Lutz, R./Simon, T. (2007). Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven. Weinheim München.
- Macke, K. (2000). Frauen ohne Wohnung. Spezifische Sozialisationsbedingungen, subkulturelle Strukturen und Interventionsansätze des Hilfesystems. Marburg.
- Malyssek, J./Störch, K. (2009). Wohnungslose Menschen - Ausgrenzung und Stigmatisierung. Freiburg.
- Meidl, J./Wenzloff, P. (2011). Wohnungslosigkeit und Sucht. In: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen (Hrsg.) (2011). 10 Jahre Evaluation der „Aufsuchenden Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen in Hannover“ Daten und Fakten zur aktuellen und für die zukünftige Gesundheitsversorgung. Kronberg im Taunus; S. 120-123.
- Napolitano, S. (2005). Straßenkinder in Deutschland - eine Lebenssituation. Erklärungsversuche und Handlungsstrategien für ein soziales Phänomen. In: Dabisch, Dr. J. (Hrsg.) (2005). Pädagogische Reihe Bd. 16. Oldenburg.
- Neubacher, U. (2006). Senioren auf der Straße. In: Wohnungslos, 48. Jg., Heft 2; S. 56-57.
- Neubacher, U. (2011). Wohnungslosigkeit und Sucht. In: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen. Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen (Hrsg.) (2011). 10 Jahre Evaluation der „Aufsuchenden Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen in Hannover“. Daten und Fakten zur aktuellen und für die zukünftige Gesundheitsversorgung. Kronberg im Taunus; S. 88-93.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2004). Gesundheitspolitik. Eine systemische Einführung. Bern Göttingen Toronto Seattle.
- Rosenke, W./Schröder, H. (2006). Frauen und Wohnungslosigkeit. Zur Erscheinungsweise weiblicher Wohnungslosigkeit und den Angeboten der Wohnungslosenhilfe. In: Wohnungslos, 48. Jg., Heft 1; S. 1-8.
- Schäfer-Walkmann, S. (2010). Koordinierung der ambulanten Versorgung - Netzwerke und andere Möglichkeiten. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Leuchtturmprojekte Demenz. Abschlusspublikation. Berlin.
- Schmidt, S. (2009). Gesundheitliche Versorgung von Papierlosen in Deutschland aus Sicht der Medizinischen Flüchtlingshilfe. In: Falge, Ch./Fischer-Lescano, A./Sieveking, K. (Hrsg.) (2009). Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Baden-Baden; S. 63-80.
- Schmitz-Scherzer, R. (2004). Zum Wohnen alter Menschen: anthropologische und gerontologische Aspekte. In: Neues Soziales Wissen e. V. (Hrsg.). 4. Fachtagung Gerontopsychiatrie. „Heim oder Daheim“ - wohin entwickelt sich die gerontopsychiatrische Versorgung? Dokumentation. Augsburg; S. 33 ff.
- Schwan, G. (2008). Wohnungslos und alt heißt oft krank. In: Neue Caritas, 109. Jg., Heft 16; S. 14-16.
- Schwarzenau, M. (2002): Medizinische Versorgung Wohnungsloser in Deutschland - Wo stehen wir? In: Wohnungslos, 44. Jg., Heft 1; S. 1-6.

- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hrsg.) (2011). Einwohnerzahl erreicht 2010 höchsten Stand seit Bestehen des Landes.
Internet: <http://www.statistik-bw.de/Pressemitt/2011235.asp>.
- Steiger, I. (2010). Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem.
Internet: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000006922/Auswirkungen_von_Wohnungslosigkeit.pdf?hosts=.
- Studener, M. (2008). Medizinische Versorgung von Wohnungslosen in Baden-Württemberg. Erhebung des Ist-Zustandes der medizinischen Versorgung von Wohnungslosen. In: Caritas Ost-Württemberg (Hrsg.) (o. Jg.). Aktuelle Projekte.
Internet: <http://www.cv-ost-wuerttemberg.caritas.de/43140.html>.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (Hrsg.) (2007). Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.
Internet: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>.
- Thiele, R. (2009). Migrantinnen in der Wohnungslosenhilfe. Problemlagen, Hilfeangebote, Zusammenarbeit mit Migrationsdiensten und Migrationsselfhilfegruppen. In: Wohnungslos, 51. Jg., Heft 3; S. 97-103.
- Thomas, S. (2005). Berliner Szenetreffpunkt Bahnhof Zoo. Alltag junger Menschen auf der Straße. Wiesbaden.
- Titus, S. (2007). Junge Menschen in der Wohnungslosenhilfe - Was tun? In: Wohnungslos, 49. Jg., Heft 4; S.126-130.
- Trabert, G. (1995). Soziales Umfeld beeinflusst Gesundheitszustand. In: Deutsches Ärzteblatt, 92. Jg., Heft 11; S. 478-481.
- Trabert, G. (1999). Arbeitslosigkeit macht krank und Krankheit macht arbeitslos! In: Wohnungslos, 41. Jg., Heft 2; S. 63-66.
- Trabert, G. (2000). Alter und Wohnungslosigkeit - ein spezielles Problem des von Armut im Alter. Gedankensplitter zu einem besonderen Problem des Altseins. In: Wohnungslos, 42. Jg., Heft 64; S. 64-67.
- Trabert, G. (2003). Fachtagung „Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen“. Internet: <http://nuernberg.de/imperia/md/gesundheitsamt/dokumente/gh/wohnungslos.pdf>.
- Trabert, G. (2004). Alt, wohnungslos und krank - Zahlen - Daten - Fakten. In: Diakonisches Werk (Hrsg.) (2004). Älterwerden auf der Straße. Die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Hilfe für ältere, wohnungslose Menschen. Dokumentation des Fachtages des Evangelischen Fachverbandes für Gefährdetenhilfe im Diakonischen Werk Bayern am 15.07.2004 in Nürnberg.
Internet: <http://www.gefaehrdetenhilfe-bayern.de/uploads/media/fachtagsdokumentation.pdf>.
- Trabert, G. (2005). Gesundheitsarbeit in der Wohnungslosenhilfe. In: Ortmann, K./Waller, H. (Hrsg.) (2005). Gesundheitsbezogene Sozialarbeit - Eine Erkundung der Praxisfelder. Hohengehren; S. 161-178.

Völlm, B./Becker, H./Kunstman, W. (2004). Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei allein stehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittsuntersuchung. In: Sozial- und Präventivmedizin, 49. Jg., Heft 1; S. 42-50.

Wagner, M. (2009). Prozess interkultureller Öffnung in der Wohnungslosenhilfe. Denkanstöße für die Praxis. In: Wohnungslos, 51. Jg., Heft 3; S. 104-108.

Westfälischer Herbergsverband e.V. (Hrsg.) (2000). Medizinische Versorgung wohnungsloser und von Armut betroffener Menschen. Positionspapier des Westfälischen Herbergsverbandes e.V. Münster.

Internet: http://www.diakonie-rwl.de/cms/media//pdf/fachverbaende/FV_westfaelischer_herbergsverband/download/Arbeitshilfe_medizinische_Dienste_Endfassung_072000.PDF.

Wille, M.. In: jurisPK-SGB V, 1. Auflage 2007, Stand: 01.08.2007 § 264 SGB V, Rd. 25, Rd. 50.

Wolf, A. (2011). Wohnungslosigkeit. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.). Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. München Basel; S. 1756-1764.

Zavarihin, Z. (1998). Wohnen als Daseinsweise. In: Wolkenkuckucksheim, 3. Jg. Heft 2. Thema.

Quellenangaben

AGJ Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg (Hrsg.) (o. Jg.). Übersicht über das Hilfesystem. Internet: <http://www.agj-konstanz.de/index-Dateien/Page2918.htm>.

Ambulante Hilfe e.V. (2009). Arbeitsbericht Nr. 29. Stuttgart (MS.).

AWO Kreisverband Karlsruhe e.V. (Hrsg.) (2006). Hotel Anker - Ein Ort zum Bleiben für wohnungslose Menschen. Karlsruhe (MS.).

Bochard, D./Holyba, E./Grüssinger, J./Ratz, L. u. a. (2010). Psychiatrische und sozialpsychiatrische Versorgung wohnungsloser psychisch kranker Menschen. Freiburg (MS.). Caritas Ost-Württemberg (Hrsg.) (2009). Jahresbericht 2009. Aalen (MS.).

Caritasverband Freiburg - Stadt e.V. (Hrsg.) (o. Jg.). Pflasterstub' - Für Menschen von der Straße da sein. Internet: <http://www.caritas-freiburg.de/pflasterstub>.

Caritasverband Freiburg - Stadt e.V. (Hrsg.) (2005). „Pflasterstub'“: Tagesstätte, medizinische Ambulanz und Beratungsstelle für wohnungslose Menschen. Konzeption. Freiburg (MS.).

Deutscher Caritasverband e.V. (Hrsg.) (o. Jg.). Zentrale Beratungsstelle für Wohnsitzlose (ZBS). Internet: <http://www.cv-ost-wuerttemberg.caritas.de/43160.html>.

Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e.V. (Hrsg.) (2006). Konzeption: Medizinische Ambulanz für wohnungslose Menschen im Landkreis Konstanz. Freiburg (MS.).

Freie Träger der Wohnungslosenhilfe Stuttgart/Ärzte der Welt e.V./Landeshauptstadt Stuttgart (Hrsg.) (o. Jg.) Konzeption: Mobile Tagesstätte zur niedrigschwelligen medizinischen Versorgung in Stuttgart. Stuttgart (MS.).

Fröhlich, J./Graf, S. (2010). Sachbericht 2009. Medizinische Ambulanz für wohnungslose Menschen im Landkreis Konstanz. Konstanz Radolfzell (MS.).

Fröhlich, J./Graf, S. (2011). Sachbericht 2010. Medizinische Ambulanz für wohnungslose Menschen im Landkreis Konstanz. Konstanz Radolfzell (MS.).

Förderverein Pflasterstube Offenburg e.V. (Hrsg.) (2009 a). Geschichte. Internet: <http://www.pflasterstube.de/geschichte.html>.

Förderverein Pflasterstube Offenburg e.V. (Hrsg.) (2009 b). Unsere Arbeit. Internet: <http://www.pflasterstube.de/unsere-arbeit.html>.

Förderverein Pflasterstube Offenburg e.V. (Hrsg.) (2009 c). Danke. Internet: <http://www.pflasterstube.de/danke.html>.

Greuter, D. (2009). Kurzkonzzeption: Hilfen für wohnungslose Menschen im Landkreis Rottweil. Rottweil (MS.).

Lohner, W. (o. Jg.). Konzeption „Medizinische Ambulanz für Wohnungslose in der ZBS Aalen. Aalen (MS.).

Ratz, J. (2009). Die medizinisch-pflegerische Ambulanz der Pflasterstub'. Fachtag Wohnungslosenhilfe. Schnittstelle zu anderen Hilfesystemen - Best Practise. Karlsruhe (MS.).

Schmidt, P./Weichsel, E. (2004). Hotel Anker - Unterbringung und Betreuung für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten. Ein Konzept der AWO Kreisverband Karlsruhe Stadt e.V.. Karlsruhe (MS.).

Soziales Zentrum Spittelmühle (Hrsg.) (2007). 20 Jahre Spittelmühle. Rottweil (MS.).

7 Anhang

7.1 Wohnungslosigkeit bei verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen

Wohnungslose Menschen sind eine heterogene Gruppe. Ergänzend zu dem allgemein gehaltenen Problemaufriss soll nachfolgend der Fokus auf verschiedene gesellschaftliche Gruppen gelegt und die gesundheitliche bzw. soziale Lage älterer wohnungsloser Menschen, wohnungsloser Frauen, Jugendlicher und Migrant/innen untersucht werden. In den jeweiligen Unterkapiteln werden rechtliche und strukturelle Besonderheiten ebenso wie Zugangsschranken dargestellt.

7.1.1 Wohnungslose Senioren

Wohnungslose Menschen sind oft deutlich vorgealtert. Schwan (vgl. 2008: 14) beispielsweise geht davon aus, dass diese Menschen körperlich zehn bis 15 Jahre älter sind, als die Anzahl ihrer Lebensjahre annehmen lassen würde. Und so zählen wohnungslose Menschen in vielen Studien schon ab dem 50. oder 55. Lebensjahr zu den Älteren (vgl. Brem/Seeberger 2009: 227).

Personen im Seniorenalter, die auf der Straße leben, sind eine wenig erforschte Gruppe. Allerdings ist angesichts des demographischen Wandels zu erwarten, dass auch die Zahl der älteren wohnungslosen Menschen steigen wird.

Senioren auf der Straße erfahren oft eine doppelte Stigmatisierung, da sie gleich zwei Randgruppen in einer Person repräsentieren: die „Alten“ und die „Armen“ (vgl. Neubacher 2006: 56). Alte wohnungslose Menschen sind meist einzeln und nicht in der Gruppe anzutreffen (vgl. Neubacher 2006: 57). Außerdem kommt es aufgrund der langjährigen Wohnungslosigkeit zu einer primären Beziehungslosigkeit (vgl. Brem/Seeberger 2009: 232). Ältere wohnungslose Menschen sind also in besonderer Weise von sozialer Isolation betroffen.

Hinsichtlich der Krankheitsbilder ist festzustellen, dass sich diese über die Jahre der Wohnungslosigkeit chronifiziert haben (vgl. Neubacher 2006: 56f). Auch werden häufiger fortgeschrittene Erkrankungen diagnostiziert, die nicht mehr kurativ behandelbar sind, sondern palliativ behandelt werden müssen. Die Pflegebedürftigkeit nimmt zu (vgl. Trabert 2004: 7). Meist besteht eine langjährige Suchtproblematik, Alkohol ist dabei die häufigste Droge (vgl. Neubacher 2006: 56f). Neben der Dauer des Konsums ist auch die stärkere Auswirkung des Alkoholkonsums aufgrund des Alters zu nennen (vgl. Trabert 2004: 5).

7.1.2 Frauen und Wohnungslosigkeit

Der Frauenanteil unter den wohnungslosen Menschen macht in Baden Württemberg 23,7% aus (vgl. Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. 2010: 23). Man unterscheidet in der Fachdiskussion zwischen drei Erscheinungsformen weiblicher Wohnungslosigkeit (vgl. Enders-Dargässer u. a. 2000: 95): Zu der ersten Gruppe gehören Frauen, die offen wohnungslos sind und sichtbar auf der Straße leben; diese Frauen gelten in der öffentlichen Wahrnehmung als die ‚typischen‘ wohnungslosen Frauen, in Wirklichkeit stellen sie eher die Minderheit dar.

Denn der Großteil der wohnungslosen Frauen lebt in verdeckter Wohnungslosigkeit. Sie schlüpfen bei Bekannten, Freunden usw. unter, um der Gewalt auf der Straße zu entgehen. Diese Frauen nehmen das Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe kaum bzw. gar nicht in Anspruch. Soweit sie doch auf der Straße leben, geschieht dies sehr unauffällig. Die dritte Gruppe bilden die Frauen, die in latenter Wohnungslosigkeit leben, d. h. von kurzfristiger Woh-

nungslosigkeit bedroht sind (z. B. Frauen in gewaltgeprägten Lebensverhältnissen, die der Gewalt nur durch einen Auszug entfliehen können).

„Wohnungslose Frauen sind deutlich jünger als wohnungslose Männer. Dies ist allerdings kein neues, sondern ein seit langem zu beobachtendes Phänomen (...). Ähnlich wie bei der Kategorie Alter zeigen sich beim Familienstand große Unterschiede zwischen wohnungslosen Frauen und Männern: Knapp 21% der Frauen sind verheiratet, knapp 52% ledig. Bei den Männern sind es gut 7% bzw. 70%. Auch schon in den früheren Erhebungen der BAG W hatte sich gezeigt, dass ein großer Teil der sog. Alleinstehenden wohnungslosen Frauen nicht alleinstehend ist: Bei den Frauen im Hilfesystem nach §§ 67 ff. halten sich Ein- und Mehrpersonenhaushalte die Waage. 50,7% der Frauen sind alleinstehend ohne Kinder, 16,4% alleinstehend mit Kind, 25,6% leben in einer Partnerschaft, 7,3% in einer Partnerschaft mit Kind. Demgegenüber leben 92% der wohnungslosen Männer alleinstehend ohne Kind“ (Rosenke/Schröder 2006: 5).

Auch wenn es bisher in Deutschland nur wenige Daten zum Gesundheitsstatus wohnungsloser Frauen gibt, vermuten Expertinnen und Experten seit langem, dass sich Frauen sowohl im Erkrankungsspektrum als auch im Gesundheitsverhalten von Männern unterscheiden (vgl. Ishort-Witte 2003: 10): Festzustellen ist, dass das durchschnittliche Sterbealter unter wohnungslosen Frauen mit 40 Jahren noch niedriger ist als das der Gesamtgruppe (44,5 Jahre). Außerdem scheint das geringe Ausmaß an chronischen Organveränderungen (ausgenommen Leberverfettung) und Vorerkrankungen sich deutlich von den Ergebnissen bei den Männern abzuheben. Für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegt der Grund laut Ishort-Witte (vgl. 2003: 13) im durchschnittlichen Alter der Frauen, die überwiegend prämenopausal wären. Um diese Ergebnisse zu untermauern, müssten weitere Untersuchungen mit größeren Fallzahlen durchgeführt werden.

Wohnungslose Frauen sind häufiger von psychischen Problemen, Verhaltensauffälligkeiten und Gewalterfahrungen betroffen. Laut Kautz (2010: 99) geht man in aktuellen Schätzungen davon aus, „dass 20-40% der wohnungslosen Frauen psychisch erkrankt sind“. Nach Meidl und Wenzloff (vgl. 2011: 60) werden bei Frauen deutlich öfter psychische Erkrankungen (24%) festgestellt als bei Männern (18%) (vgl. auch Trabert 2005: 165f).

Schon bei den Ursachen finden sich bei weiblichen Wohnungslosen vermehrt Unterdrückungs- und Gewaltverhältnisse. Dabei treffen sie auf der Straße oftmals noch gewalttätigere Strukturen an (vgl. Lutz/Simon 2007: 155). Des Weiteren sind wohnungslose Frauen in besonderer Weise gesellschaftlichen Stigmatisierungen ausgesetzt, denn sie sind entgegen dem Rollenverständnis ohne eigene Häuslichkeit, Familie und Mann und treten daher in ‚unsittlicher‘ Weise an öffentlichen Orten auf. Mit dem weiblichen Rollenverständnis geht Wohnungslosigkeit noch weniger einher als mit dem männlichen: Frauen erscheinen ohne Mann in sexueller Hinsicht beliebig verfügbar (vgl. Enders-Dräger u. a. 2000: 97).

Auch der Unterschlupf bei Bekannten oder Freunden bietet nicht unbedingt den notwendigen Schutz. Solche Unterkünfte sind oftmals äußerst unsicher und implizieren Abhängigkeitsstrukturen. Auf der einen Seite wird den Frauen Unterstützung und Zuwendung angeboten, auf der anderen Seite wird von ihnen häufig als Gegenleistung eine sexuelle Verfügbarkeit erwartet. Dennoch entscheiden sich Frauen häufig für ein solches Arrangement, weil dieses halbwegs kalkulierbar ist (vgl. Macke 2000: 99). Besonders unter dem Einfluss von Drogen sind wohnungslose Frauen durch diese praktizierte „Überlebenssexualität“ von riskantem Sexualverhalten betroffen, da nicht selten auf das Kondom verzichtet wird (vgl. Flick/Röhnsch 2008: 55).

7.1.3 Wohnungslose Jugendliche

In Deutschland leben im Gegensatz zu den armen Ländern Osteuropas, Lateinamerikas, Afrikas und Asiens kaum (unter 14-jährige) Kinder auf der Straße, meist handelt es sich um Jugendliche und junge Erwachsene (vgl. SVR 2007: 362).

Gerade bei Jugendlichen erfüllen Drogen bzw. der durch sie hervorgerufene Rausch auch jugendtypische Bedürfnisse wie zusammen Spaß zu haben, ungezwungen zu sein und Abenteuer zu erleben. Gespräche über die Erlebnisse mit Drogen stärken den Gruppenzusammenhalt, außerdem bringt das Vorweisen umfangreicher Drogenerfahrung dem Einzelnen Anerkennung.

Wohnungslose Jugendliche übernachten kaum im Freien, sondern kommen oft bei Freunden und Bekannten unter bzw. leben temporär in ‚besetzten‘ Häusern. Damit einhergehend praktizieren sie die bereits beschriebene ‚Überlebenssexualität‘ und legen dabei oft ein riskantes Sexualverhalten an den Tag (Verzicht auf Kondom unter Drogeneinfluss, Verzicht auf Kondom dem Partner zuliebe, Geschlechtsverkehr mit HIV-Positiven) (vgl. Flick/Röhnsch 2008: 54). Außerdem greifen Päderasten und Freier „gerne auf Minderjährige, die auf der Straße leben, zurück, da diesen erstens der Schutz des Elternhauses fehlt. Zum zweiten haben sie aufgrund ihrer illegalen Lebensweise geringe Chancen, die allgemeinen Bürger- und Menschenrechte für sich in Anspruch zu nehmen“ (Napolitano 2005: 78).

Besonders prekär ist finanzielle Lage minderjähriger Wohnungsloser, da sie keinen regulären elternunabhängigen Anspruch auf Sozialhilfe haben und somit unweigerlich auf andere Arten des Gelderwerbs wie Schnorren, Diebstähle, Raubüberfälle, Prostitution usw. zurückgreifen müssen (vgl. Bodenmüller/Piepel 2003: 28). Gewalt- und/oder Missbrauchserfahrungen in der Herkunftsfamilie sind häufige Gründe, die zu Wohnungslosigkeit bei Jugendlichen führen, ebenso Suchtverhalten der Eltern oder anderer Familienangehöriger (vgl. Titus 2007: 127).

Aber auch wohnungslose junge Menschen zwischen 18-25 Jahren befinden sich in einer prekären finanziellen Lage. Da sie nicht zu Hause bei ihren Eltern wohnen, haben sie keinen Anspruch auf ALG II oder Sozialgeld. Denn bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres wird eine Person als Mitglied der Bedarfsgemeinschaft ihrer Eltern angesehen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2011). Gerade bei minderjährigen Wohnungslosen sind zahlreiche strukturelle Hürden hinsichtlich einer gesundheitlichen Versorgung festzustellen. Viele Jugendliche haben in Folge des Bruchs mit dem Elternhaus keinen Nachweis mehr für einen Krankenversicherungsschutz. Um einen Krankenschein zu bekommen, müssten sie ihre Anonymität aufgeben, was viele verhindern wollen. Die Inanspruchnahme von Hilfen des medizinischen Regelversorgungssystems ist aufgrund ihrer Illegalität daher schwierig (vgl. Napolitano 2005: 82). Außerdem wird Minderjährigen die medizinische Versorgung verweigert, wenn die Einrichtungen „daran zweifeln, dass der Betroffene eine Zustimmung zu ärztlichen Eingriffen geben kann“ (Flick/Röhnsch 2008: 53).

7.1.4 Wohnungslose Migranten

In den letzten Jahren suchen immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe auf. „Insbesondere in deutschen Großstädten liegt der Anteil der hilfesuchenden Migranten/innen mittlerweile bei 25-30%, in den niederschweligen Diensten wie z.B. der Bahnhofmission oder Notübernachtungen auch noch darüber“ (Wagner 2009: 104). Darunter befinden sich Migranten, „die einen Hilfeanspruch legal in Anspruch nehmen können, also im Rahmen des § 67 SGB XII Betreuung erhalten. Es gibt aber auch jene, die über „keinen legalisierten Anspruch“ verfügen, dies können Menschen mit einem geregelten Aufenthaltsstatus sein, aber auch Illegale ohne gültige Papiere. Alle drei Gruppen sind im Hilfesystem anzutreffen“ (Lutz/Simon 2007: 145).

Allgemein ist anzunehmen, dass sich der Gesundheitszustand von wohnungslosen Migranten von denen anderer wohnungsloser Menschen nicht unterscheidet. Jedoch kann es bei bestimmten Untergruppen vermehrt zu psychischen Störungen kommen. So können die Erfahrungen im Herkunftsland sowie die Lebenssituation in Deutschland die Entstehung einer psychischen Störung bei Papierlosen begünstigen: „Flüchtlinge haben vielfach Traumatisierungen erlitten, die zu verschiedenen psychischen Störungen, wie z.B. der Posttraumatischen Belastungsstörung, führen können. Die Lebenssituation hier, die es wieder notwendig macht, sich verdeckt zu halten und Angst vor Aufdeckung mit sich bringt, kann an die Verfolgungssituation, an die durchlebte Ohnmacht sowie psychische und körperliche Gewalterfahrung im Herkunftsland erinnern und so zu Retraumatisierung führen“ (Anderson 2003: 16ff; zitiert nach Schmidt 2009: 68).

Bei Migranten besteht oft das spezifische Problem der Sprachbarriere (vgl. Eichner/Hülsmann 2009: 95). Außerdem ist die Inanspruchnahme von medizinischen Hilfen für sie deutlich erschwert, da das deutsche Gesundheitssystem für sie kaum verständlich ist. Eine weitere Barriere stellt ein ungeklärter Rechtsstatus dar. Diejenigen, die sich aufgrund ihres ausländerrechtlichen Status nicht krankenversichern können, sind besonders betroffen und auf niederschwellige medizinische Angebote für Migranten oder Wohnungslose angewiesen, die ihre Hilfe außerhalb des regulären Gesundheitssystems ohne Krankenschein und unter Wahrung der Anonymität leisten (vgl. Thiele 2009: 99).

7.2 Versorgungsatlas: Erhebungsinstrumente



Institut für angewandte Sozialwissenschaften
 Zentrum für kooperative Forschung an der DHBW Stuttgart, Fakultät Sozialwesen

**Fragebogen zur Ermittlung medizinischer Versorgungsangebote für
 wohnungslose Menschen in Baden - Württemberg
 Mit der Bitte um Rückantwort bis zum 31.05.2011 an den Träger**

Name und Kontaktdaten (Postadresse, E-Mail-Adresse) der Einrichtung

Name des Trägers _____

Leistungstyp ihrer Einrichtung (z. B. Übernachtungsstelle, Wohnheim, Tagesaufenthalt, Beratungsstelle)

1. Wird von Ihrer Einrichtung ein medizinisches Angebot für Wohnungslose angeboten?

- Ja, seit dem _____, ohne absehbares Ende
- Ja, seit dem _____, jedoch befristet bis _____
- Nein, aber ein Angebot ist in Planung und wird voraussichtlich am _____ starten
- Nein (Wenn Sie ihr Kreuz hier gesetzt haben, müssen Sie den Fragebogen nicht weiter ausfüllen. Senden Sie den Fragebogen bitte mit den bisher angegebenen Angaben zurück. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!)

2. Um welche Art von medizinischem Angebot für Wohnungslose handelt es sich?

Allgemeinarzt	<input type="checkbox"/>
Optiker	<input type="checkbox"/>

Zahnarzt	<input type="checkbox"/>
Pflegerisches Hilfeangebot Genauer _____	<input type="checkbox"/>
Psychiatrisches Hilfeangebot	<input type="checkbox"/>
Suchtspezifisches Angebot	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>

3. In welcher Form erfolgt die medizinische Hilfeleistung

- Aufsuchende Arbeit
- Mobile Ambulanz
- Sprechstunde

4. Name und Kontaktdaten (Postadresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) des Ansprechpartners Ihres medizinischen Angebots

- Ich bin damit einverstanden, dass der Name und die Kontaktdaten des Ansprechpartners unseres medizinischen Projekts im Rahmen einer Adressliste medizinischer Projekte in Baden-Württemberg aufgenommen werden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, FAMILIEN UND SENIOREN

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg
Postfach 103443 · 70029 Stuttgart

Einrichtungen für wohnungslose Menschen
in Baden-Württemberg

über die Einrichtungsträger
laut gesondertem Verteiler

Datum 20.04.2011
Name Christian Bischof
Durchwahl 0711 / 123-3683
Aktenzeichen 42-5093-5.5
(Bitte bei Antwort angeben)

☞ Fragebogen zur Ermittlung medizinischer Versorgungsangebote für wohnungslose
Menschen in Baden-Württemberg

Anlage
1 Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg hat ein Forschungsvorhaben zur gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg initiiert. Eingebunden sind die Liga UAG Armut und Gesundheit in Abstimmung mit Arbeit und Existenzsicherung und die Liga AG Wohnungslosenhilfe / Straffälligenhilfe. Das Institut für angewandte Sozialwissenschaften im Zentrum für kooperative Forschung an der DHBW Stuttgart, Fakultät Sozialwesen wurde beauftragt, dieses Forschungsprojekt umzusetzen. Nähere Informationen zu dieser Studie finden Sie unter: <http://www.ifas-stuttgart.de/sites/projekte/gesundheitsliche.php>.

Schellingstraße 15 · 70174 Stuttgart · Telefon 0711 123-0 · Telefax 0711 123-3999 · poststelle@sm.bwl.de · ☎ Stadtmitte · ☑ Friedrichsbau
www.sozialministerium-bw.de · www.service-bw.de
Geschäftsstelle der Kinderbeauftragten der Landesregierung: 0711 123-3696 u. -3695 · Infotelefon des Landes-Behindertenbeauftragten: 0711 123-3752 u. -3760
Geschäftsstelle der Landesbeauftragten für Chancengleichheit von Frauen und Männern: 0711 123-3522



- 2 -

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes soll unter anderem erhoben werden, welche spezifischen medizinischen Versorgungsangebote für wohnungslose Menschen in Baden-Württemberg zur Verfügung stehen.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie an der Erhebung teilnehmen und den beiliegenden Fragebogen **ausgefüllt bis zum 31.05.2011** an Ihren Träger schicken würden.

Die Träger werden gebeten, die Fragebögen gesammelt **bis zum 15.06.2011** an das

Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS)

Ansprechpartnerin: Frau Bühler

sarah.buehler@ifas-stuttgart.de

weiterzuleiten mit der Angabe, wie viele der angeschriebenen Einrichtungen den Fragebogen an Sie zurückgesendet haben.

Ziel ist, anhand der Daten, die durch den Fragebogen erhoben werden, einen Versorgungsatlas für Baden-Württemberg zu erarbeiten. Sofern Sie damit einverstanden sind, werden Name und Kontaktdaten des Ansprechpartners Ihres medizinischen Projekts in eine Adressliste des Versorgungsatlasses in Baden-Württemberg aufgenommen.

Diese Bestandsaufnahme soll eine Datengrundlage für die Weiterentwicklung von Unterstützungsangeboten für wohnungslose Menschen in Baden-Württemberg liefern.

Es ist geplant, Ihnen den Versorgungsatlas mit den Ergebnissen der Erhebung nach Fertigstellung Anfang nächsten Jahres zukommen zu lassen.

Falls beim Ausfüllen des beiliegenden Fragebogens Fragen entstehen, können Sie sich gerne jederzeit an die wissenschaftliche Mitarbeiterin Frau Sarah Bühler vom Institut für angewandte Sozialwissenschaften wenden. Kontakt:
E-Mail: sarah.buehler@ifas-stuttgart.de, Telefon: 0700-4327-7848 (=0700 IfaS Stgt.).

- 3 -

Für Ihre Unterstützung dürfen wir uns bereits im Voraus bedanken.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Boll

7.3 Leitfaden für Gruppendiskussion (Stärken-Schwächen-Analyse)

Stärken - Schwächen

1. Nennen Sie **drei Merkmale**, die das medizinische Angebot Ihrer Meinung nach charakterisieren.
2. Was sehen Sie als **Stärken** dieses medizinischen Angebots an?

Nutzer: Was finden Sie an diesem Angebot besonders gut?

Warum nehmen Sie diese Hilfe in Anspruch?

3. Woran machen Sie den **Erfolg bzw. die Wirkung** ihrer Arbeit fest?
4. Was sehen Sie als **Schwierigkeiten bzw. Engpässe** dieses Angebots an?
 - Welche dieser Schwierigkeiten/Engpässe stellen die größten Risiken bezüglich der Nachhaltigkeit des medizinischen Angebots dar?

Nutzer: Gibt es etwas, das sie an diesem Angebot nicht so gut finden?

Gibt es etwas, das Sie stört?

Gruppendiskussion

1. Bedarfe

- Welche gesundheitlichen Probleme haben die NutzerInnen dieses Angebotes?

Nutzer: Welche Krankheiten/Beschwerden treten bei Ihnen am häufigsten auf?

Welche Krankheiten/Beschwerden beobachten Sie bei Ihren KollegInnen?

2. Angebote

- Welche Hilfen bieten Sie an?
- In welchem Umfang werden diese Hilfen angeboten?
- Was sind Schwerpunkte bzw. wesentliche Anteile Ihrer Arbeit?

Nutzer: In welchen Situationen nehmen Sie diese Hilfe in Anspruch?

Wie oft bzw. in welchen Abständen haben Sie die Hilfe bisher in Anspruch genommen?

3. Versorgungslücken

- Inwieweit können Sie mit Ihrem Versorgungsangebot den Bedarf an medizinischer Versorgung abdecken?
- Welche Bedarfe können Sie nicht abdecken?

Nutzer: Erhalten Sie in Bezug auf die medizinische Versorgung hier alle Hilfen, die Sie benötigen? Was fehlt?

4. Zugang zum Versorgungssystem

- Wie gelingt Ihnen die Kontaktaufnahme mit den wohnungslosen Menschen (potentiellen NutzerInnen des Angebots)?
- Warum erreichen Sie diese Personengruppe besonders gut? Welche Faktoren sind dafür entscheidend?
- Wie muss ein medizinisches Angebot generell gestaltet sein, damit wohnungslose Menschen die medizinische Hilfe in Anspruch nehmen?
- Wie gelingt Ihnen die Überleitung ins Regelversorgungssystem?

Nutzer: Warum nehmen Sie diese Hilfe eher in Anspruch, als zu einem niedergelassenen Arzt zu gehen?

5. Zugangsbarrieren

- Welchen Barrieren/Hindernissen sehen sich Wohnungslose bezüglich der gesundheitlichen Versorgung in Baden-Württemberg generell gegenüber?

Nutzer: Was hält Sie davon ab zu einem niedergelassenen Arzt zu gehen, wenn Sie krank sind?

6. Wünsche

- Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich generell für die medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen wünschen?
- Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich für dieses medizinische Angebot wünschen?