



## Sicherstellung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen

Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, erarbeitet vom Fachausschuss Gesundheit der BAG W, verabschiedet vom Gesamtvorstand am 13./14. November 2003

### 1. Einleitung

Gesundheitliche Versorgung zählt zu den elementaren Bedingungen der Existenzsicherung. Wohnungslose sind aufgrund vielfältiger Umstände, die mit ihrer Lebenslage einhergehen, z.T. von der regulären Gesundheits- und Krankenversorgung ausgeschlossen bzw. werden von den vorhandenen Versorgungsstrukturen nur schwer erreicht.

Als "Ersatz" für eine fehlende medizinische Primärversorgung Wohnungsloser steht häufig - freiwillig oder unfreiwillig - die kostenintensive, punktuelle medizinische Hilfe einer Notfallambulanz oder aber eine notfallmäßige stationäre Krankenhausaufnahme.

Zielgruppenspezifische niedrigschwellige Angebote versuchen diese Versorgungslücken zu schließen und eine angemessene gesundheitliche Grundversorgung zu sichern. Der Bedarf an entsprechend zugeschnittenen Hilfen wurde in verschiedenen Untersuchungen festgestellt und differenziert. Die Existenz und der weitere Ausbau dieser fachlich unumstrittenen Angebote ist aber keinesfalls gesichert. Im Folgenden werden die rechtlichen, fachlichen und politischen Zusammenhänge aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. dargestellt.

### 2. Ziele und Zielgruppe

Die hier genannten spezifischen gesundheitlichen Versorgungsangebote richten sich an Wohnungslose nach der Definition der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (<http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/index2.html>). Sogenannte niedrigschwellige Hilfen sind da erforderlich, wo die Erreichbarkeit der Hilfeangebote für Wohnungslose durch strukturelle bzw. individuelle Zugangsbarrieren erschwert ist, beispielsweise durch ungeklärte Versicherungsverhältnisse, soziale Notlagen, ein fehlendes Krankheitsbewusstsein, schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen Regelsystem oder/und den sozialen Hilfen oder Kommunikationsstörungen im Behandlungskontakt.

Ziel solcher niedrigschwelliger Hilfen für Wohnungslose ist die Sicherung einer medizinischen Grundversorgung mit Begleitung und Unterstützung zur Inanspruchnahme regulärer Versorgungsangebote. Die Rückführung in das Regelsystem bleibt dabei ein wesentlicher Faktor. Die erfolgreiche Vermittlung in reguläre Einrichtungen des Gesundheitssystems ist dabei nicht nur von individuellen Möglichkeiten des Patienten abhängig, sondern auch von Anpassungsleistungen des Regelversorgungssystems. Die Ausrichtung auf den Bedarf von Menschen in psychosozialen Problemlagen unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Lebenslage ist ein wichtiger Beitrag des Gesundheits- und Sozialwesens, ohne die eine dauerhafte und kontinuierliche Hilfe nicht gesichert werden kann.

Spezifische, lebensfeldnahe medizinische Angebote mit ärztlicher, pflegerischer und sozialkompensatorischer Versorgung in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe werden darüber hinaus auf lange Sicht für einen Teil der Klientel erforderlich sein, die auch unter verstärkten Anstrengungen nicht dazu in der Lage sind, Hilfen des Regelversorgungssystems in erforderlichem Maß in Anspruch zu nehmen.

### 3. Rechtlicher Rahmen

Über zwei Rechtssäulen ist in der Bundesrepublik Deutschland die medizinische Versorgung Wohnungsloser abgesichert. § 37 BSHG bestimmt in Absatz 1, dass „Kranken... Krankenhilfe zu gewähren (ist). Die Leistungen sollen in der Regel den Leistungen entsprechen, die nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung gewährt werden.“ Hierbei ist die freie Arztwahl zu gewährleisten. Damit ist auch für Wohnungslose, die nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind, die **Kostenübernahme der Behandlung** ge-



gesetzlich geregelt. Dieser Rechtsanspruch wird im Sozialgesetzbuch differenziert. Wichtig ist, dass es sich hierbei nicht um eine politische Verfügungsmasse handelt, sondern der Anspruch gesetzlich festgeschrieben ist. Die Durchsetzung dieses Rechtsanspruches ist in der Praxis jedoch nicht immer gewährleistet.

§ 72 (2) SGB V legt fest, dass durch die Kassenärztlichen Vereinigungen eine „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“ zu gewährleisten ist. Der Umfang der Sicherstellung ist in § 75 SGB V beschrieben.

## 4. Aufgabenbereiche

Im Bereich der medizinischen Grund- und Erstversorgung Wohnungsloser definiert sich der Aufgabenbereich ärztlicher und pflegerischer Hilfen in erster Linie durch die **Besonderheiten der Zielgruppe und deren mangelnde Inanspruchnahme der Regelversorgungsangebote**.

Sämtliche Projekte der niedrigschwelligen medizinischen Versorgung für Wohnungslose setzen da an, wo die Zugangsschwellen zu den Regelversorgungsangeboten eine Inanspruchnahme durch Wohnungslose verhindern. Die **aktive Reduktion der Zugangsschwellen** ermöglicht erst die Aufnahme der Behandlung, oftmals werden aufsuchende Hilfen erforderlich. In der weiteren medizinischen Betreuung kommt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sodann eine **zentrale Klärungsfunktion** über notwendige und angemessene ärztliche, pflegerische und psychosoziale Hilfen zu.

Häufiger als in der Normalbevölkerung finden sich **Mehrfacherkrankungen**, die ein in der Regel multidisziplinäres Behandlungsregime erfordern.

Bei einem großen Teil der wohnungslosen Patientinnen und Patienten bestehen zusätzlich zur sozialen Situation und den zu behandelnden somatischen Erkrankungen psychische Störungen u.a. in Form von Suchterkrankungen und schizophrenen Psychosen, die zwar seltener Anlass für eine direkte Konsultation geben, jedoch in der Behandlungssituation immer berücksichtigt werden müssen.

Es dauert oftmals lange bis ein Kontakt bei dieser Patientengruppe gebahnt ist. Die Behandlung erfolgt in der Regel in ihrem Lebensumfeld und unter Voraussetzungen, die immer erwarten lassen müssen, dass es bei einem einzigen Behandlungskontakt bleibt. Von einer erfolgreichen Vermittlung an einen weiterbehandelnden Arzt kann nicht immer ausgegangen werden.

Gleichwohl spielt die **Behandlungskontinuität** eine entscheidende Rolle. Oft lassen sich erst mit Ausbildung einer **tragfähigen Beziehung zwischen Arzt/Pflegekraft und Patient/in** (was mitunter Monate in Anspruch nimmt) und eines entsprechenden Vertrauens weiterführende Kontakte herstellen.

## 5. Faktoren, die die medizinische Versorgung von Wohnungslosen erschweren, sind

- Fehlende bedarfsgerechte medizinische Angebote
- Ungeklärte oder fehlende Versicherungsverhältnisse
- Schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen Regelsystem und/oder der institutionellen Hilfe
- Misstrauen gegenüber institutioneller Hilfe
- Kommunikationsstörungen im Behandlungskontakt
  
- Aggressives Verhalten
- Selbstverletzendes Verhalten
- Durch Suchtmittel veränderte Bewusstseinslage, dadurch erschwerte Diagnostik und Behandlung
- Schlechte Körper- und Kleiderhygiene
- Begrenzte Krankheitseinsicht und Motivation zur Mitwirkung
- Unzureichende Vernetzung der Versorgungsangebote mit weiterführenden Hilfen



- Fehlende Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen und/oder ethnischen Besonderheiten

## 6. Spezifische Ansätze in niedrighschwelligem medizinischen Hilfeprojekten

Ein **gestuftes Behandlungsmodell** erscheint angesichts der unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen der Zielgruppe angemessen. Dabei lassen sich folgende Bereiche unterscheiden:

- Straßenbesuche (medical streetwork)
- Einsätze einer fahrbaren Ambulanz
- Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
- Behandlung in Krankenwohnungen
- Kooperationen mit Partnern im Regelversorgungssystem

Die einzelnen Stufen unterscheiden sich hinsichtlich der Intensität, der Strukturierung, der Behandlungssituation und der Zugangsbarrieren. Während die medizinische Straßenarbeit geringe Ansprüche an die Motivation des Betreffenden stellt, bedarf es zum Besuch einer Sprechstunde in einer Hilfeinrichtung zumindest eines Mindestmaßes an Eigeninitiative oder Krankheitseinsicht. Auch die Integration der Behandlungskontakte in die Einrichtungen sowie der Patienten in das Regelversorgungssystem erfolgt je nach Stufe unterschiedlich.

Ziel eines solchen Stufenmodells ist es, Angebote zu entwickeln, die letztlich in die medizinische Regelversorgung überleiten. Die Nähe zum Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten ist jedoch auf allen Stufen des Behandlungsmodells eine zentrale Voraussetzung. Die eingehende Kenntnis der Lebenssituation Wohnungsloser aus eigener Anschauung ermöglicht eine bedarfsgerechte Behandlung, die dann für die/den Betreffende/n in seiner/ihrer konkreten Lebenssituation annehmbar ist. Da viele gesundheitliche Probleme der wohnungslosen Frauen und Männer eng mit den sozialen Umständen verknüpft sind und auch ohne deren Berücksichtigung nicht angemessen gelöst werden können, bedarf es einer engen Zusammenarbeit mit den sozialpädagogischen Fachkräften der Wohnungslosenhilfe.

Wohnungslose Frauen müssen Zugang zu einer medizinischen Versorgung erhalten, die ihren spezifischen gesundheitlichen Problemen gerecht wird und die der Erscheinungsweise weiblicher Wohnungslosigkeit angemessen ist.

## 7. Strukturelle Ausstattung der Projekte

Aus den genannten Aufgabenbereichen und spezifischen Arbeitsansätzen in der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen ergeben sich nachfolgende Anforderungen an die strukturelle Ausstattung der Projekte.

- Personelle Ausstattung

Die interdisziplinären Behandlungsteams bestehen aus einer/einem examinierten Krankenschwester/-pfleger, einer Ärztin/einem Arzt sowie einer sozialpädagogischen Fachkraft. In jedem einzelnen Projekt sollte eine Ärztin/ein Arzt kontinuierlich eingesetzt werden. Zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität ist die Regelung von Urlaubs- und Krankheitsvertretungen mit einzukalkulieren, denn Behandlungsangebote dürfen nicht über längere Zeit aussetzen.

- Räumlichkeiten

**Behandlungsräumlichkeiten** in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe dürfen wohl in den seltensten Fällen von Vorneherein zu erwarten sein, sollten jedoch ein prioritäres Ziel in der Weiterentwicklung der Einrichtung werden, um die Arbeit unter provisorischen Bedingungen auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Vergleichbares gilt für hygienische Mindeststandards. Falls Sprechstunden in einer Einrichtung durchgeführt werden können, ist dies der Stationierung eines Behandlungsfahrzeugs vorzuziehen.

Wo angemessene Räumlichkeiten nicht zur Verfügung stehen, jedoch in **Planung** sind, sollten die medizinischen Fachkräfte nach Möglichkeit von Anfang an einbezogen werden. Der Einsatz von Ambulanzfahrzeugen hat sich in Kombination mit medizinischer Straßenarbeit



bewährt, um potenzielle Patientinnen und Patienten zu erreichen, die selbst Angebote von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nicht in Anspruch nehmen.

- Zeit/Sprechstunden

Die Sprechstunden werden sich an den Öffnungszeiten der entsprechenden Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe orientieren. Die medizinische Straßenarbeit versucht darüber hinaus, sich den Lebensgewohnheiten der Betroffenen anzupassen. Dabei sind oft Sprechstunden erforderlich, die sich außerhalb regulärer Arbeitszeiten, z.B. in den Abendstunden befinden. Nacht- und Wochenendzeiten sollen in der Regel vom kassenärztlichen Bereitschaftsdienst abgedeckt werden.

## **8. Kriterien für einen angemessenen Leistungsstandard**

- Behandlung nach medizinisch anerkannten Methoden und Leitlinien
- Orientierung an den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten in Mehrfach-Problemlagen
- Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände der Patientinnen und Patienten im Behandlungssetting
- Ständige Weiterentwicklung der Maßnahmen gemäß/entsprechend der durch die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten, der Dokumentation und des fachlichen Austausches gewonnenen Erkenntnisse
- Vernetzung mit entsprechenden Einrichtungen der psychiatrischen und sozialen Versorgung.

## **9. Qualitätsentwicklung und –sicherung in der medizinischen Versorgung für Wohnungslose**

Die zeitnahe Reflexion und Evaluierung der geleisteten Arbeit und der fachliche Austausch dienen der Entwicklung von Standards der medizinischen Versorgung Wohnungsloser.

Wichtigste Mittel in der Qualitätsentwicklung und -sicherung sind die Dokumentation von Behandlungskontakten und –verläufen innerhalb des Teams vor Ort sowie der regionale und überregionale interdisziplinäre Austausch.

Es besteht Bedarf an repräsentativen Prävalenzstudien zu Erkrankungen und spezifischen Krankheitsbildern bei wohnungslosen Frauen und Männern und darauf bezogenen Studien zu angemessenen Versorgungsprogrammen.

Zur Sicherstellung und ggf. Erhöhung der Fachkompetenz sollten kooperative Fort- und Weiterbildungsangebote für Ärztinnen/Ärzte, Pflegekräfte und die sozialen Fachkräfte unter Beteiligung erfahrener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entwickelt und angeboten werden.

Öffentlichkeitsarbeit hat dafür zu sorgen, dass die Hilfeangebote den potenziellen Nutzerinnen und Nutzern bekannt und durchschaubar sind. Öffentlichkeitsarbeit trägt dazu bei, ein Bewusstsein für die Notlagen der Betroffenen zu schaffen, sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch in Politik und Verwaltung. Damit ist sie ein unerlässlicher Beitrag zur Absicherung der medizinischen Hilfeprojekte.

Zur Sicherstellung einer angemessenen und kontinuierlichen medizinischen Versorgung ist die ausreichende finanzielle und personelle Ausstattung einschließlich der notwendigen Sachmittel zu gewährleisten. Hierfür müssen geeignete Strategien gefunden werden, die eine vergleichbare Qualität der gesundheitlichen Hilfen ermöglichen und die Leistungsträger von Spendenmitteln, Fördermitteln und anderen vergleichbaren Sonderzuwendungen unabhängig machen, gleichzeitig jedoch die erbrachten Leistungen auch für den Kostenträger transparent erscheinen lassen.