



Katholische
Stiftungshochschule
München
University of Applied Sciences



Gesundheit und Wohnungslosigkeit

Gesundheitsversorgung
und Gesundheitsförde-
rung wohnungsloser
Menschen in München

Abschlussbericht eines Praxisforschungsprojekts

August 2019 bis Mai 2025

Gefördert durch das Erzbistum
München und Freising

2. Mai 2025

1	Zusammenfassung	3
2	Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen – Ausgangssituation	4
3	Projektrahmen	5
3.1	Hintergrund: Gesundheit und Wohnungslosigkeit	5
3.2	Zielsetzung und Handlungsfelder	5
3.3	Projektorganisation	6
4	Gesundheitsbezogene Versorgung wohnungsloser Menschen in München	7
5	Praxisforschung in München	8
5.1	Medizinische Versorgung obdachloser Menschen	8
5.1.1	Medizinische Versorgung obdachloser Menschen Empfehlungen	8 9
5.1.2	Management der Entlassung nach Krankenhausaufenthalt Empfehlungen	9 11
5.1.3	Pilotprojekt Krankenwohnung Empfehlungen	12 16
5.2	Pflegerische Versorgung	17
5.2.1	Pflegerische Bedarfe in Langzeiteinrichtungen	18
5.2.2	Pflegerische Bedarfe in den niedrigschwelligen Wohnheimen der Wohnungslosenhilfe Empfehlungen	24 32
5.3	Psychiatrische Versorgung Empfehlungen	33 33
6	Gesundheitsförderung bei wohnungslosen Menschen	35
6.1	Angebote, Handlungsfelder und Bedarfe der Gesundheitsförderung bei wohnungslosen und obdachlosen Menschen – Ergebnisse einer empirischen Erhebung Empfehlungen	35 42
6.2	Gesundheitsverständnis wohnungsloser Menschen – Ergebnisse einer qualitativen Erhebung Empfehlungen	42 50
7	Fazit und Schlussbewertung	51
8	Kooperierende Institutionen	52
9	Öffentlichkeitsarbeit	53
10	Literaturverzeichnis	54
	Abkürzungsverzeichnis	55
	Abbildungsverzeichnis	55
	Tabellenverzeichnis	55

Dieser Abschlussbericht gibt einen umfassenden Überblick über die Aktivitäten und Ergebnisse des Projekts „Gesundheit und Wohnungslosigkeit – Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung wohnungsloser Menschen in München“, das von 2019 bis 2025 an der Katholischen Stiftungshochschule München durchgeführt wurde.

Nach einer Beschreibung der gesundheitlichen Situation von wohnungslosen und obdachlosen Menschen allgemein wird auf den Projekthintergrund und die Entstehung des Forschungsprojekts eingegangen. Danach wird die gesundheitliche Versorgungssituation wohnungsloser Menschen in München beschrieben. Abschließend werden die Forschungsergebnisse dargestellt. Im Projekt wurden die gesundheitlichen Schwerpunkte „medizinische Versorgung“, „Entlassmanagement“, „Krankenwohnung“, „pflegerische Versorgung“, „psychiatrische Versorgung“ und „Gesundheitsförderung“ erforscht, die in einzelnen Kapiteln beschrieben werden. Diese Kapitel sind so aufgebaut, dass zunächst die Fragestellungen und der theoretische Hintergrund dargestellt werden und das methodische Vorgehen beschrieben wird, bevor Ergebnisse und Handlungsempfehlungen präsentiert werden.

Das methodische Vorgehen basiert auf der Auswertung einer Kombination von Primär- und Sekundärdaten. Nach einer umfassenden Literaturrecherche wurden qualitative Daten durch Interviews mit Fachkräften und wohnungslosen Menschen erhoben. Ergänzt wurden diese Daten durch Dokumentenanalysen. Grundlage hierfür waren Jahresberichte, Abschlussarbeiten und Evaluationsberichte mit dem entsprechenden thematischen Zuschnitt. Für den Schwerpunkt „Gesundheitsförderung“ wurde eine bundesweite quantitative Onlineerhebung durchgeführt.

Durch das methodische Vorgehen konnten wertvolle Daten gesammelt werden, die zur Entwicklung fundierter Handlungsempfehlungen führten. Die Empfehlungen zielen darauf ab, praxisnahe Lösungen für die identifizierten Herausforderungen zu bieten. In der Abschlussveranstaltung des Projekts wurden die Ergebnisse und Empfehlungen mit der Fachöffentlichkeit geteilt. In anschließenden Workshops wurden die Empfehlungen mit den Fachkräften der Wohnungslosenhilfe diskutiert. Die Anregungen aus dieser Diskussion wurden in den Abschlussbericht aufgenommen.

Abschließend werden die Stärken und Limitationen des Forschungsprojekts aufgeführt, identifizierte Forschungslücken beschrieben – ebenso wie Möglichkeiten, diese zu schließen.

Wissenschaftliche Gesamtleitung:

Prof. Dr. Peter Franz Lenninger
Katholische Stiftungshochschule
München
Preysingstraße 95
81167 München

Projektleitung:

Dr. Gerd Reifferscheid
Katholischer Männerfürsorgeverein
München e.V.
Kapuzinerstraße 9 D
80337 München

Wissenschaftliche Mitarbeiterin:

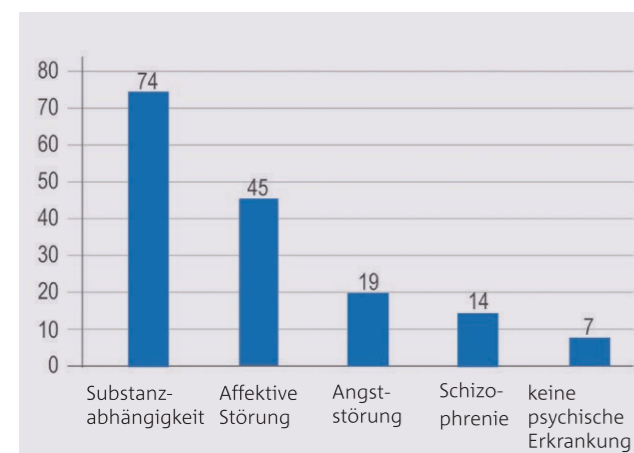
Vera Richter (M.Sc.)
Katholische Stiftungshochschule
München
Preysingstraße 95
81167 München

2 Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen – Ausgangssituation

Wohnungslose Menschen zeichnen sich in der Regel dadurch aus, dass ihr Leben von sozialer Not geprägt ist. Armut, fehlender Wohnraum und die soziale Notlage bestimmen ihren Alltag. Erschwerend kommt in dieser Situation hinzu, dass sie oft unter einer seelischen Erkrankung leiden. Diese Erkenntnis wurde bereits 1996 durch Fichter (Ludwig-Maximilians-Universität München) belegt (Fichter & Quadflieg, 1997; Fichter et al., 1999; Fichter, Quadflieg & Cuntz, 2000). Ende der 1990-er Jahre widmeten sich Epidemiolog*innen der Psychiatrie ausführlicher der medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen (siehe auch Fichter & Quadflieg 1997; Salize 1998; Fichter et al. 1999; Fichter, Quadflieg & Cuntz 2000; Nouvertné et al. 2002).

Für die Wohnungslosenhilfe in den Einrichtungen des Katholischen Männerfürsorgevereins München e.V. (KMFV) wurden 1997 die Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen ermittelt. Demnach hatten 77,9 % aller in den Einrichtungen lebenden Menschen, auf die Lebenszeit bezogen, wenigstens einmal unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung gelitten. Nahezu die Hälfte der befragten Personen (46,9 %) wies eine Alkoholabhängigkeit auf (Fichter & Quadflieg 1997). Diese Studie zu obdachlosen Männern auf der Straße und in Notunterkünften bzw. Heimen in München zeigte für alle untersuchten psychiatrischen Krankheitsbilder weit höhere Prävalenzraten als in der Normalbevölkerung. Zu den untersuchten Erkrankungen und Störungen gehörten: psychotische Erkrankungen, affektive Störungen, Angststörungen, kognitive Beeinträchtigungen und Erkrankungen durch psychotrope Substanzen.

Abbildung 1: Ergebnisse der SEEWOLF-Studie zur Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen (in %)



Quelle: angelehnt an Reifferscheid in Schwarzer (Hrsg.) 2016: 443

Die sogenannte SEEWOLF¹-Studie (Bäumel et al. 2017) wurde in München initiiert, um auf der Basis der Fichter-Studie nochmals die Situation wohnungsloser Menschen, insbesondere in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zu untersuchen. Ein Impuls für diese Studie war überdies die Entwicklung, dass Mitarbeiter*innen aus Einrichtungen und Diensten der Wohnungslosenhilfe berichteten, dass sich die zu betreuende Klientel wohnungsloser Menschen weiterhin regelhaft mit seelischen und körperlichen Erkrankungen zeige und es notwendig sei, Möglichkeiten für die weitere Verbesserung der Versorgung zu finden.

Hier konnte erneut, 15 Jahre nach der Studie von Fichter & Quadflieg, nachgewiesen werden, dass die seelischen Erkrankungen einen wesentlichen Einfluss auf die Lebenssituation von wohnungslosen Menschen haben.

Neben der psychischen (vgl. Abb. 1) ist die körperliche Verfassung der Wohnungslosen von Bedeutung. 64,9 % der untersuchten Population gaben in der SEEWOLF-Studie mindestens eine somatische gesundheitliche Beeinträchtigung an. Bei 25,3 % der Befragten zeigten sich Symptome im Hinblick auf den Bewegungsapparat und bei 40,6 % ein somatischer Behandlungsbedarf (Bäumel et al. 2017: 204ff.). Häufig festgestellte Beeinträchtigungen bei Wohnungslosen generell sind laut Trabert (2018: 353) Erkrankungen der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane, des Herz-Kreislaufsystems, Hautkrankheiten, Lebererkrankungen oder Krebserkrankungen.

Obwohl wohnungslose Menschen aufgrund ihrer prekären Lebenssituation zu einer gesundheitlich hochbelasteten Bevölkerungsgruppe zählen, ist der Zugang zum medizinischen Regelsystem beeinträchtigt, teilweise besteht überhaupt kein Zugang. Durch die Gesundheitsgesetzgebung bedingte strukturelle Barrieren (z. B. zunehmende Kostenbeteiligung, fehlende Krankenversicherung) sowie lebenslagenbedingte Zugangsbarrieren (z. B. fehlendes Krankheitsbewusstsein, schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen Regelsystem, Sprachbarrieren) erschweren eine adäquate medizinische Primärversorgung oder machen diese unmöglich. Daraus resultiert die existenzielle Notwendigkeit niedrigschwelliger medizinischer Versorgungsangebote, um zumindest eine medizinische Grundversorgung zu gewährleisten (BAG W 2018: 1).

¹ Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München.

3 Projektrahmen

3.1 Hintergrund: Gesundheit und Wohnungslosigkeit

Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitssituation ist in unterschiedlichen Studien (Kawachi et al. 1999; Lynch et al. 2000 zitiert nach Hurrelmann & Richter 2013: 38ff.) schon vor vielen Jahren beschrieben worden. Gerade Menschen mit geringem Einkommen, niedrigem beruflichen Status und schlechter Bildung und aus prekären Lebenslagen verursachen im Krankheitsversorgungssystem erhöhte Kosten im Vergleich zur „Allgemeinbevölkerung“. So gibt es signifikante Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status und der individuellen Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. Die Werte der subjektiven Gesundheit sind bei Menschen mit höherem sozioökonomischen Status in der Regel besser als bei denjenigen mit niedrigem.

Allerdings ist auch das Gesundheitsverhalten bei letztgenannten risikobehafteter als in der Normalbevölkerung. Es zeigt sich in erhöhtem Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und schlechterer Ernährung (Hurrelmann & Richter 2013: 37), was zu einer geringeren Lebenserwartung führt. Wohnungslose Menschen sind von diesen Bedingungen besonders betroffen.

Demnach stellen Menschen, die ohne Unterkunft oder in prekären Wohnformen leben, eine gesundheitlich stark belastete Gruppe dar (vgl. Gerull 2018). Neben psychiatrischen Erkrankungen leiden wohnungslose Menschen an akuten und chronischen Erkrankungen des Atmungs-, Verdauungs-, Kreislauf- und Muskelskelettsystems.

Oft leiden sie zudem an infektiösen und parasitären Erkrankungen, Hauterkrankungen und Verletzungen (Kaduskiewicz et al. 2017: 674f.). Häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung sind sie multimorbid oder sind von verschleppten und fortgeschrittenen Erkrankungen betroffen (BAG W 2018: 2). Sie sind aufgrund vielfältiger Umstände, die mit ihrer Lebenslage einhergehen, stark gesundheitlich belastet und verfügen gleichzeitig kaum über gesundheitsbezogene Ressourcen (BAG W 2018: 1; Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit 2022: 1). Dies führt dazu, dass sie häufig von der regulären Gesundheits- und Krankenversorgung ausgeschlossen werden bzw. nur schwer von vorhandenen Versorgungsstrukturen erreicht werden. Strukturelle Barrieren wie zunehmende Kostenbeteiligung der Patient*innen, verkürzte Liegezeiten im Krankenhaus, Krankenkassenbeitragsschulden oder ungeklärte Versich-

erungsverhältnisse erschweren die Inanspruchnahme. Hinzu kommen lebenslagenbedingte Zugangsbarrieren wie fehlendes Krankheitsbewusstsein, schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen Regelsystem oder eine erschwerte Kommunikation aufgrund von Sprachbarrieren (BAG W 2018: 1ff.).

Das zunehmende Wissen um die Erkrankungen, die Wahrnehmung der Bedürfnisse, der differenzierte geschulte Blick sowie die weitere Professionalisierung und Differenzierung der sozialen Arbeit in der Wohnungslosenhilfe haben dazu geführt, dass sich sowohl die strukturellen Bedingungen in der Wohnungslosenhilfe verändert haben als auch die Qualität der Versorgung der Hilfebedürftigen verbessert hat und Nachbardisziplinen wie Pflege und Medizin in die Pflicht genommen werden.

Dennoch sind niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote oft die einzige Anlaufstelle für chronisch kranke wohnungslose Menschen, die keinen Anspruch auf Leistungen haben. Sie stellen als Brücke in die sogenannte Regelversorgung eine Grundversorgung dar und leisten eine unbürokratische medizinische Notversorgung. Eine notwendige Weiterbehandlung durch Fachärzt*innen ist jedoch nicht sichergestellt (BAG W 2018: 1ff.).

3.2 Zielsetzung und Handlungsfelder

Das Forschungsprojekt „Gesundheit und Wohnungslosigkeit – Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung wohnungsloser Menschen in München“ (2019–2024) zeichnet sich aus durch seinen Transfercharakter, d.h. den Verbund von Hochschule und Praxis, die interdisziplinäre und berufsübergreifende Zusammenarbeit und Erprobung integrierter Hilfeplanung und Versorgungsformen bei komplexen Problemlagen und chronifizierten Erkrankungen. Gestützt durch die wissenschaftlichen Erkenntnisse der SEEWOLF-Studie, die den Zusammenhang von psychischen Erkrankungen, somatischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit aufzeigt, verfolgte das Projekt die Zielsetzungen:

- Versorgungsdefizite von wohnungslosen Menschen zu erheben;
- Verbesserungsmöglichkeiten aufzudecken und diese anhand von Qualitätsindikatoren umzusetzen und neue Versorgungskonzepte zu entwickeln und erproben.

4 Gesundheitsbezogene Versorgung wohnungsloser Menschen in München

Tabelle 1: Übersicht Projektaktivitäten

Versorgungsebene				
Projektbereich	Straßenobdachlosigkeit ordnungsrechtlich sozialhilferechtlich ambulant	Sofortunterbringung ordnungsrechtlich sozialhilferechtlich ambulant	Weiterführende Einrichtungen sozialhilferechtlich ambulant/stationär	Einrichtungsübergreifend
Versorgungsforschung	Bedarfserhebung im medizinischen Versorgungssystem und im Entlassmanagement	Sichtung von Jahresberichten Expert*innen-interviews zu psychischen Erkrankungen Befragung von Einrichtungen im Rahmen eines studentischen Projekts	Strukturierte Interviews zum Thema Pflege in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Quantifizierung des Pflegebedarfs durch systematische Erhebung	Bundesweite quantitative Erhebung zur Gesundheitsförderung bei wohnungslosen Menschen Qualitative Expert*innen-interviews zu Gesundheitsförderung
Versorgungskonzepte	Konzeptualisierung, Initiierung und Evaluation einer Kranken-wohnung für Straßen-obdachlose	Fachgespräch zum Thema psychiatrische Versorgung	Fachgespräch zum Thema Pflege Konzeption Versorgungsmöglichkeiten	Konzeption Modellprojekt Fachtag Gesundheitsförderung
Qualifizierung	Angebot eines Vertiefungsseminars Handlungslehre für Studierende der KSH seit Sommersemester 2020 mit dem Schwerpunkt „Gesundheitsförderung vulnerabler Gruppen am Beispiel wohnungsloser Menschen“			
Öffentlichkeitsarbeit	Vorstellung von Forschungsergebnissen auf Kongressen, bei Schlüsselpersonen, in Arbeitskreisen, auf Podiumsdiskussion etc.; Veröffentlichung wissenschaftlicher Artikel und Jahresberichte; Betreuung studentischer Unterprojekte			

Quelle: eigene Darstellung

Die medizinisch-pflegerische, psychiatrische und psychosoziale Versorgung stellen die Handlungsfelder des Forschungsprojekts dar.

Die Erforschung erfolgte auf unterschiedlichen methodischen Zugangswegen. Hierzu zählen die Analyse von Literatur und Dokumenten, die Auswertung sekundärstatistischer Daten sowie die qualitative und quantitative Datenerhebung zur Gesundheitssituation und Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen. Für die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Modellprojekte wurde im Kontakt mit relevanten Akteur*innen gemäß dem Best-Practice-Lernen auf Erfahrungswissen und Evaluationswerte zurückgegriffen.

In der Tabelle (oben) sind die Projektaktivitäten vor dem Hintergrund der verschiedenen Versorgungsebenen und Handlungsfelder dargestellt.

3.3 Projektorganisation

Mit der vorliegenden Projektinitiative sollte der Erfahrung Rechnung getragen werden, dass gesundheitliche Einschränkungen – neben fehlendem Wohnraum, fehlender Arbeit und Straffälligkeit – entscheidende Hindernisse bei der langfristigen Überwindung von Wohnungslosigkeit sind.

Das Projekt war eine gemeinsame Initiative des Katholischen Männerfürsorgevereins e.V. (KMFV) und der Katholischen Stiftungshochschule (KSH). Der KMFV unterstützt Menschen bei ihrer Lebensbewältigung und sozialen Teilhabe und leistet einen Beitrag zum gesellschaftlichen Zusammenhalt. Zugleich setzt er sich für Menschen in prekären Lebenslagen und mit besonderen sozialen Schwierigkeiten am Rande der Gesellschaft ein. Von Seiten des KMFV wurde Dr. Gerd Reifferscheid als Projektleitung beauftragt, der sich seit mehr als 20 Jahren auch wissenschaftlich mit der Thematik in Forschung, Konzeptentwicklung und Lehre beschäftigt. Die Zielsetzungen und Inhalte deckten sich mit dem Kernauftrag der Hochschule in den Bereichen Forschung, Transferprojekte und Qualifizierung. Als Vertretung der KSH übernahm Prof. Peter Franz Lenninger die wissenschaftliche Gesamtleitung. Vera Richter war als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig.

Aus den ersten Ergebnissen ergab sich die Gründung der Krankenwohnung, die beim KMFV (Haus an der Waakirchner Straße) angegliedert wurde. Im Rahmen der Evaluation stand das Forschungsteam im engen Austausch mit dem KMFV.

Das Projekt wurde durch Mittel der Erzdiözese München und Freising finanziert. Ohne diese Förderung wäre die Umsetzung nicht möglich gewesen.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Wohnungslosenhilfe sind in erster Linie durch das jeweilige Ordnungsrecht der Bundesländer, die sozialrechtliche Absicherung wohnungsloser Menschen und die spezifischen gesetzlichen Grundlagen zur gesundheitlichen Versorgung (insbesondere im SGB V) gesetzt. Sie können hier nur skizziert werden. Für die wohnungslosen Menschen sind in erster Linie das Ordnungsrecht, im Rahmen weiterführender Hilfen SGB XII (Sozialhilfe), SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende), SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe) und SGB XI (Pflegeversicherung) von Belang.

Besondere Bedeutung erlangt hierbei der § 67 SGB XII, der besagt:

„Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, sind Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind. Soweit der Bedarf durch Leistungen nach anderen Vorschriften des Buches oder des Achten Buches gedeckt wird, gehen diese der Leistung nach Satz 1 vor“ (§ 67 SGB XII).

Für München stellt sich der rechtliche Rahmen folgendermaßen dar:

Auf Grundlage der Gemeindeordnung ist die Landeshauptstadt München zur Unterbringung von in München obdachlos gewordenen Haushalten verpflichtet. Zuständig ist das Amt für Wohnen und Migration für die sicherheitsrechtliche Unterbringung bei Obdachlosigkeit. Neben dem sogenannten „Sofortunterbringungssystem“ für akut wohnungslose Menschen hält die Landeshauptstadt München einen ganzjährigen Übernachtungsschutz vor. Dieser richtet sich überwiegend an obdachlose zugewanderte Menschen aus anderen EU-Staaten, die kein festes Arbeitseinkommen bzw. Anspruch auf Sozialleistungen haben (Sozialreferat München 2022: 20ff.)

Darüber hinaus hält die Landeshauptstadt München zusammen mit den freien Trägern der Wohlfahrtspflege verschiedene Unterbringungs- und Wohnformen für spezielle Zielgruppen vor. Zielgruppe dieser Wohnformen sind Menschen, die nicht in der Lage sind, ihre sozialen Schwierigkeiten aus eigener Kraft zu überwinden, jedoch nicht Hilfe in einer voll- oder teilstationären Einrichtung als Eingliederungshilfe nach SGB IX haben. Die Finanzierung dieser Maßnahmen erfolgt mittels Zuschuss oder im Rahmen einer Entgeltvereinbarung durch die Landeshauptstadt München (ebd.: 25).

Für wohnungslose Menschen, mit Hilfebedarf nach SGB IX der Eingliederungshilfe oder SGB XII (Sozialhilfe) gibt es zudem Angebote in München, der zuständige Leistungsträger ist hierfür der Bezirk Oberbayern (ebd.).

Die Erlangung und Durchsetzung von Leistungsansprüchen gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung stellen ein besonderes Problemfeld dar.

Hier sei ausdrücklich auf die Handreichung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W 2010) zu Fragen aus dem Gebiet der Krankenversicherung von 2010 und die Aktualisierungen durch die Fachausschüsse der BAG W verwiesen.

Mit der Projektinitiierung wurden die Themen „medizinisch-pflegerisch“, „psychiatrisch“ und „psychosozial“ als Versorgungsdimensionen definiert, deren Versorgungsdefizite im Verlauf des Projekts eruiert wurden. Anhand der Ergebnisse der Auftaktveranstaltung konnten drei zentrale strukturelle Bereiche identifiziert werden, in denen die Versorgung wohnungsloser Menschen stattfindet:

- Der Bereich der Straßenobdachlosigkeit umfasst die ambulante Versorgung durch Einrichtungen und Institutionen, die sich ordnungsrechtlich oder sozialhilferechtlich begründen. Als Zielgruppe werden Menschen definiert, die auf der Straße leben und ambulante Versorgungsangebote in Anspruch nehmen, wie z.B. ambulante Arztmobile.
- Der Bereich der Sofortunterbringung umfasst ebenso die ambulante Versorgung, die sich ordnungsrechtlich und sozialhilferechtlich begründet. Die Zielgruppe sind Menschen, die im städtischen Sofortunterbringungssystem unterkommen, wie z.B. dem Haus an der Pilgerheimer Straße oder in der Bayernkaserne.
- Der dritte Bereich der weiterführenden Einrichtungen begründet sich sozialhilferechtlich und ist ambulant oder stationär angelegt. Die Zielgruppe ist definiert durch Menschen, die kurz-, mittel- oder langfristig in Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände leben.

Innerhalb dieser Bereiche wurden im Rahmen des Projekts unterschiedliche Forschungsaktivitäten entwickelt, die im folgenden Kapitel beschrieben werden.

5 Praxisforschung in München

5.1 Medizinische Versorgung obdachloser Menschen

5.1.1 Medizinische Versorgung obdachloser Menschen

Im Hinblick auf die medizinische Versorgung obdachloser Menschen wurde folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Wie charakterisieren sich die Patient*innen?
- Welche Wege gehen die Patient*innen?
- Welche medizinischen und sozialen Daten werden erhoben?
- Wo bestehen Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern?
- Wie läuft die Zusammenarbeit der vier Arztpraxen untereinander? Besteht Interesse an einer Vernetzung zwischen den Arztpraxen und dem Sammeln gemeinsamer Daten?

Zur Beantwortung wurden qualitative Interviews mit Vertreter*innen der Arztpraxen open.med, Arztpraxis Pilgersheimer Straße, Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung und der Arztpraxis St. Bonifaz geführt. Zusätzlich wurden Vertreter*innen der vier Arztpraxen einmalig zu einer gemeinsamen Gesprächsrunde eingeladen. Die Ergebnisse wurden ergänzt durch die Erkenntnisse aus Sekundärdaten. Dazu wurden eine Bachelorarbeit zur Situation gesundheitlicher Versorgung obdachloser Menschen in München (2022), die Jahresberichte der Arztpraxen von 2020 bis 2024 sowie der Evaluationsbericht der Projektphase der Clearingstelle des Gesundheitsfonds für Menschen ohne Krankenversicherung (2022) analysiert.

Tabelle 2: Behandlungszahlen der Arztpraxen

Einrichtung	Jahr	Gesamtzahl Konsultationen	Gesamtzahl Patient*innen	Herkunftsland		Geschlecht			Krankenversichert		
				Deutschland	Ausland	männlich	weiblich	divers	krankenversichert	nicht krankenversichert	ungeklärt
St. Bonifaz	2024	5808	1046	26%	74 %	74%	26%		46%	54%	
open.med München	2024	3748 gesamt (2619 med; 1129 sozial)	989	9%	91%	54,4%	45,3%	0,3%	11%, davon 8% eingeschränkt	88%	1%
Malteser	2022	n.n.	1101	14,7%	85,3%	50,9%	49,1%		n.n.	n.n.	n.n
Pilgersheimer Straße	2024	4800	Ca. 1000	40%	60%	90%	10%		87%	13%	

Quelle: eigene Darstellung auf der Grundlage von Jahresberichten der Einrichtungen

Ergebnisse

Tabelle 2 beschreibt ausgewählte Parameter der Patient*innen, die im Jahr 2024 die Praxen aufgesucht haben.

Den Großteil der Patient*innen machen Männer aus dem Ausland und Menschen, die nicht krankenversichert sind, aus. Zu den häufigsten Diagnosen im Jahr 2024 zählen psychische Erkrankungen und/oder Störungen (z. B. Depression, Anpassungsstörungen), Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Durchblutungsstörungen und Gefäßerkrankungen, Atemwegserkrankungen, Wunden und Ulcera, Betreuung während einer Schwangerschaft, Zahnerkrankungen.

Die Patient*innen suchen die Arztpraxen selbstständig auf. Zusätzlich suchen die Straßenambulanz der Pilgersheimer Straße und der Behandlungsbus von open.med obdachlose Menschen auf.

In den Praxen arbeiten multiprofessionelle Teams bestehend aus medizinischem und sozialpädagogischem Personal. Während in zwei Praxen die Sozialanamnese in die medizinische Befunderhebung integriert ist, bleibt es Patient*innen in den anderen zwei Praxen freiwillig überlassen, die Fachkräfte aufzusuchen. Die medizinischen Daten werden in allen Praxen nach ICD-10 Codes klassifiziert und dokumentiert.

Die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern beschreiben die Arztpraxen als schwierig. Die fallbezogene Zusammenarbeit lässt sich in vielen Fällen nicht optimal gestalten. Patient*innen werden in der Notaufnahme abgewiesen oder verlassen die Notaufnahme wegen langer Wartezeiten selbstständig wieder. Für Patient*innen,

die krankenversichert sind, wird bei einer dringenden Krankenhausaufnahme ein Einweisungsschein ausgestellt und der/die Patient*in mit dem Notarzt oder Rettungswagen in ein Krankenhaus gebracht. Bei nichtversicherten Patient*innen wird zuerst telefonisch Kontakt zu dem entsprechenden Krankenhaus aufgenommen, um das Krankenhaus vorab zu informieren. Der/die Patient*in erhält ein Begleitschreiben mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit einer Notfallversorgung und einem Schreiben mit Informationen zur Kostenübernahme, um bei der Abrechnung zu unterstützen. Positiv wird die Kooperation mit dem Krankenhaus „Barmherzige Brüder“ beschrieben.

Die Arztpraxen agieren als eigene Akteur*innen. Um eine durchgehende Versorgung auf der Straße zu gewährleisten, stimmen sie ihre Einsätze mit den Fahrten der Behandlungsbusse ab. Eine allgemeine Vernetzung besteht über den Arbeitskreis „Menschen ohne Krankenversicherung mit und ohne Aufenthaltsstatus“ des Gesundheitsreferats München. Die Idee des Projektteams, einen Runden Tisch für einen regelmäßigen Austausch zu initiieren, wurde nicht aufgenommen. Erfreulicherweise treffen sich die Vertreter*innen der Arztpraxen regelmäßig mit der Clearingstelle Gesundheit, was dem angedachten Charakter des Runden Tisches entspricht.

Empfehlungen

- **Aufbau einer einheitlichen Gesundheitsberichterstattung**
Um eine Übersicht über die Behandlungszahlen zu haben, ist es sinnvoll, eine einheitliche Gesundheitsberichterstattung zu etablieren.
- **Aufbau eines einheitlichen Dokumentationssystems**
Um Doppelbehandlungen zu reduzieren, wird empfohlen, ein einheitliches Dokumentationssystem zu etablieren, in dem die Daten der Behandler*innen zusammenlaufen und gegenseitig nachvollzogen werden können. Da es sich um sensible Daten handelt, ist es notwendig, eine Möglichkeit für die Gewährleistung des Datenschutzes zu finden.
- **Soziales Clearing in der Notaufnahme**
Die Versorgungswege in der Notaufnahme gelten als unüberschaubar. Während eine umfassende medizinische Befunderhebung und Weiterleitung stattfindet, reichen die Ressourcen nicht für eine Klärung der sozialen Situation der Patient*innen aus. Da die Organisation unterstützender Maßnahmen häufig einige Zeit in Anspruch nimmt, ist eine frühzeitige Hinzunahme der

Sozialdienste sinnvoll. Es ist notwendig, eine Stelle in der Notaufnahme zu etablieren, die die soziale Situation der Patient*innen klärt und entsprechend frühzeitig Unterstützung einleiten kann. Sozialdienste verfügen über zu wenig Ressourcen und müssen gestärkt werden. Medizinisches Personal muss zudem mehr Informationen über wohnungslose Menschen erhalten. Eine Idee ist die Erstellung eines Leitfadens für den Umgang mit wohnungslosen Menschen, die in einem Krankenhaus aufgenommen werden. (Workshop 1 – Abschlussveranstaltung)

- **Erhöhung der medizinischen Versorgung in den Unterkünften**
Es wird empfohlen, verstärkt medizinisches Personal und fachpflegerisches Personal in den Unterkünften einzusetzen. (Workshop 1 – Abschlussveranstaltung)
- **Etablierung von „Health-Advisors“**
In bestimmten Einrichtungen wird von guten Erfahrungen mit dem Einsatz von sogenannten „Gesundheitslotsen“, auch „Health Advisors“ genannt, berichtet. Dieses Angebot soll verstärkt eingesetzt werden. (Workshop 1 – Abschlussveranstaltung)

5.1.2 Management der Entlassung nach Krankenhausaufenthalt

Als ein Schwerpunktthema wurden die Versorgungswege wohnungsloser Menschen in Münchner Kliniken untersucht. Die übergeordneten Fragestellungen der Erhebung waren:

- Wie gestaltet sich die Versorgung von obdachlosen Menschen in den Münchner Kliniken?
- Wie sehen die Versorgungswege aus?
- Worin bestehen die Bedarfe bei der Versorgung von obdachlosen Menschen (medizinisch, pflegerisch, sozial, psychiatrisch)?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden insgesamt 14 Mitarbeitende des Entlassmanagements aus 10 Münchner Kliniken in qualitativen Leitfadeninterviews befragt. Die Interviews wurden teilweise in persona, bedingt durch die Corona-Pandemie auch telefonisch oder per Zoom geführt. Sie wurden protokolliert und anschließend ausgewertet.

Ergebnisse

Die untersuchten und befragten Kliniken verfügen in der Summe über ca. 5.150 Betten.

Die Befragten gehen davon aus, dass die Gesamtzahl der wohnungslosen Patient*innen, die versorgt werden müssen, bei 150 bis 200 Patient*innen im Jahr liegt.

Geht man von einer durchschnittlichen Verweildauer von 7 Tagen und einer Auslastung von 75 % aus, versorgen die Krankenhäuser ca. 210.000 Fälle im Jahr, davon 200 Fälle wohnungsloser Patienten (0,1 % der Patient*innen insgesamt). Das Statistische Amt München gibt die Bevölkerungszahl für München im Juli 2022 mit 1.584.710 Einwohner*innen an (<https://www.mstatistik-muenchen.de/monatzahlenmonitoring/atlas.html?indicator=i0&date=Jan&select=23,22>).

Die Weitervermittlung obdachloser Patient*innen stellt die Mitarbeiter*innen im Entlassmanagement vor besondere Probleme. Hier scheint sich die von Nouvertné (1996) veröffentlichte These der „Entlassung auf die Straße“ zu bestätigen.

Für München zeigt sich ein differenziertes Versorgungssystem (vgl. Abb. 2), in welchem das weiterführende System nach SGB IX, SGB XII und auch SGB II für Menschen, die

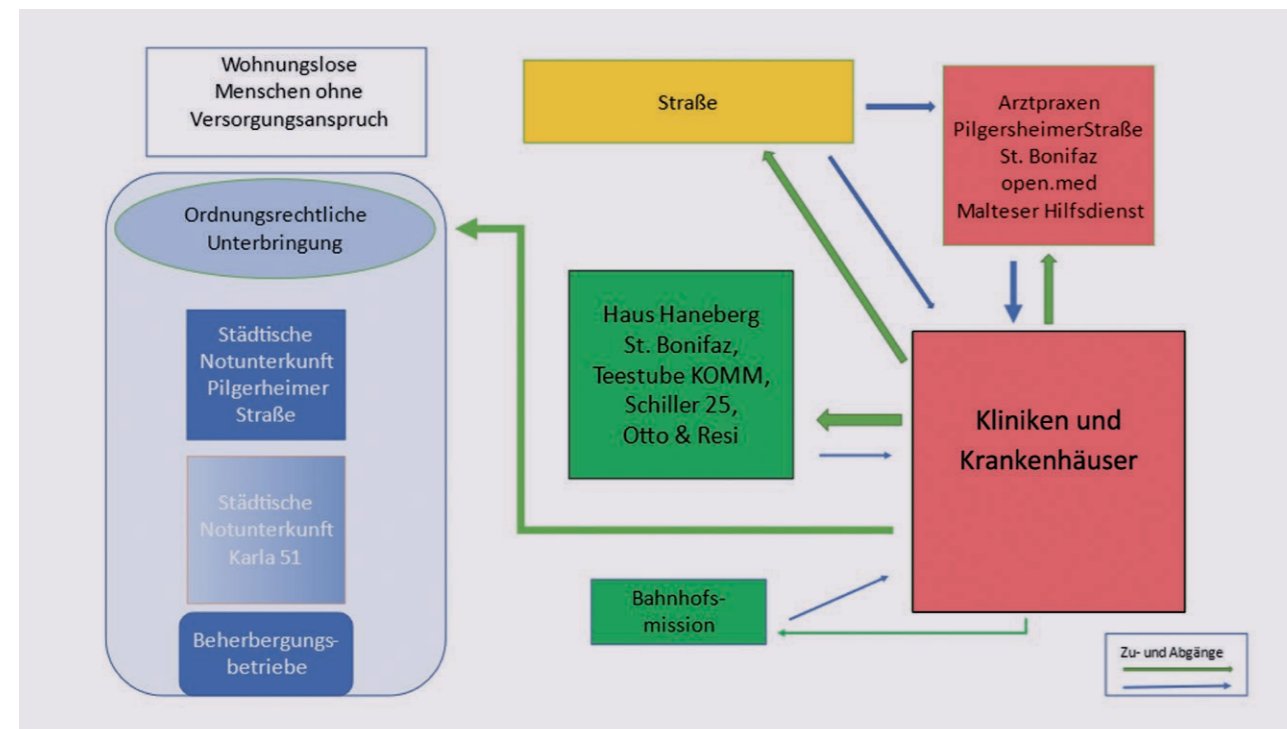
entsprechende Rechtsansprüche erworben haben und durchsetzen können, offen ist.

Die Zugänge zu den Kliniken sind für wohnungslose Patient*innen vielfältig. Die Einlieferung erfolgt oft über den Notarzt, oder die Patient*innen suchen die Notaufnahme auf, da ihnen diese bekannt ist und sie dort schon Hilfe erfahren haben. Auch werden sie mit einem Überweisungsschein aus einer der niedrigschwellig arbeitenden Arztpraxen in ein Krankenhaus überwiesen.

Nach der stationären Behandlung stellt die Weitervermittlung der Patient*innen die Mitarbeitenden im Entlassmanagement vor besondere Probleme. Wohnungslose Menschen mit erhöhtem Hilfebedarf sind meist komplexe Fälle, für die es keine Einheitslösung gibt. Gleichzeitig drängen die Ärzt*innen auf eine Entlassung, um Liegezeiten einzuhalten oder nicht weiter zu überschreiten. Ansprechpartner*innen im Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe bestehen für das Entlassmanagement kaum oder sind schwer erreichbar. Häufig ist das System der Wohnungslosenhilfe wenig bekannt; das Wissen darüber, was die Einrichtungen leisten können, fehlt.

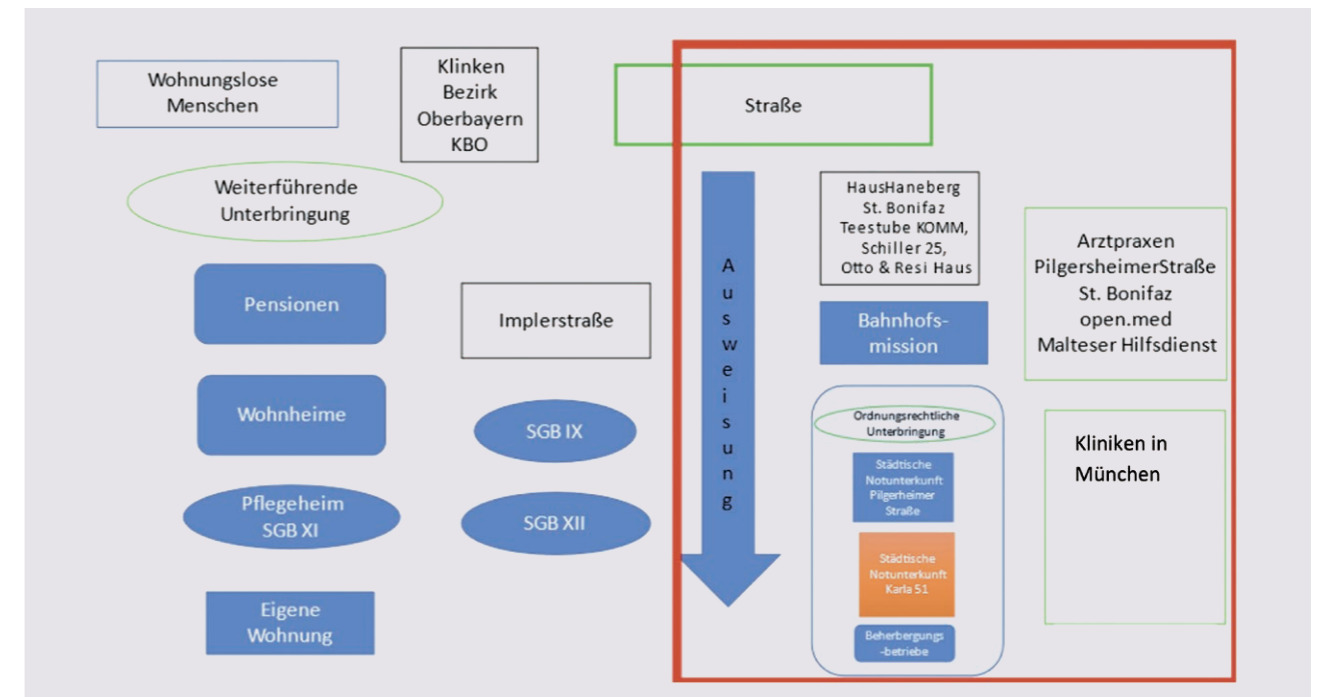
Auf struktureller Ebene zeigt sich für München ein differenziertes Versorgungssystem, in welchem das weiterfüh-

Abbildung 2: Versorgungssystem in München



Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 3: Zugang zum Versorgungssystem für wohnungslose Menschen mit und ohne Leistungsanspruch



Quelle: eigene Darstellung

rende System nach SGB IX, SGB XII und auch SGB II für Menschen, die entsprechende Rechtsansprüche erworben haben und durchsetzen können, offen ist.

Menschen ohne einen Rechtsanspruch verharren im System der prekären Versorgung und sind ggf. durch Ausweisung bedroht. Abbildung 3 zeigt, dass Menschen ohne Versorgungsanspruch strukturell in einem geschlossenen System verweilen und die Chancen auf Vermittlung in weiterführende Hilfe, trotz eines möglichen Rechtsanspruchs, gering sind.

Der Weg führt bei medizinischen Notfällen in der Regel von der Straße entweder in eine der vier versorgenden Arztpraxen (Pilgersheimer Straße, St. Bonifaz, Ärzte der Welt [open.med] oder Malteser Hilfsdienst) oder in eines der versorgenden Krankenhäuser. Die Vermittlung in das weiterführende und ausdifferenzierte Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe oder gar in eine Wohnung ist nahezu unmöglich. Im Fall der Entlassung bleibt die Rückkehr auf die Straße, die Anbindung an Hilfsangebote wie Haneberghaus, St. Bonifaz, Teestube oder Beratungsstellen wie z. B. Schiller 25 oder Otto und Rosi, die Bahnhofsmission und den Sektor der ordnungsrechtlichen Unterbringung (Pilgersheimer Straße, Karla 51, Notschlafstellen [Bayern Kaserne]).

Es zeigt sich, dass die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen, insbesondere wenn sie aus den Krankenhäusern entlassen werden, in unzureichender Weise geregelt ist. Zum einen fehlt dem Entlassmanagement die Vernetzung in das komplexe System der Wohnungslosenhilfe, zum anderen sind die mit der Versorgung verbundenen rechtlichen Fragen so komplex, dass häufig die risikoärmste (auch im Sinne der Kosten) Lösung zur Unterbringung und Versorgung wohnungsloser, teilweise nicht anspruchsberechtigter Menschen, verwirklicht wird (z. B. ordnungsrechtliche Notunterbringung oder Entlassung auf die Straße).

Empfehlungen

- Erstellen einer digitalen Informationsplattform für eine bessere Übersichtlichkeit des Hilfenetzwerks und der Akteur*innen
Die Plattform soll darüber informieren, welche Einrichtung wofür zuständig ist und unter welchen Voraussetzungen Klient*innen aufgenommen werden können (z. B. Barrierefreiheit, pflegerische Versorgung). Als erster Schritt wurde hierzu vom Gesundheitsreferat München eine Kontaktdatenliste zu allen relevanten Akteur*innen im Entlassmanagement in München zur Verfügung gestellt.

bestimmte Arztpraxis, wird diese erhalten, um Doppelmedikationen zu vermeiden und eine nachhaltige medizinische Versorgung nach dem Aufenthalt anzubahnen. Die Behandlungspflege der Patient*innen wird auf ärztliches Attest durch den mobilen Pflegedienst der Caritas durchgeführt, der die Krankenwohnung aufsucht.

Abbildung 4 zeigt das System, in dem sich die Arbeit der Krankenwohnung bewegt und von welchem diese beeinflusst wird. Die Netzwerkpartner*innen, mit denen eine aktive Zusammenarbeit zum Stand September 2023 bestand, sind im Anschluss an Abbildung 4 detailliert genannt.

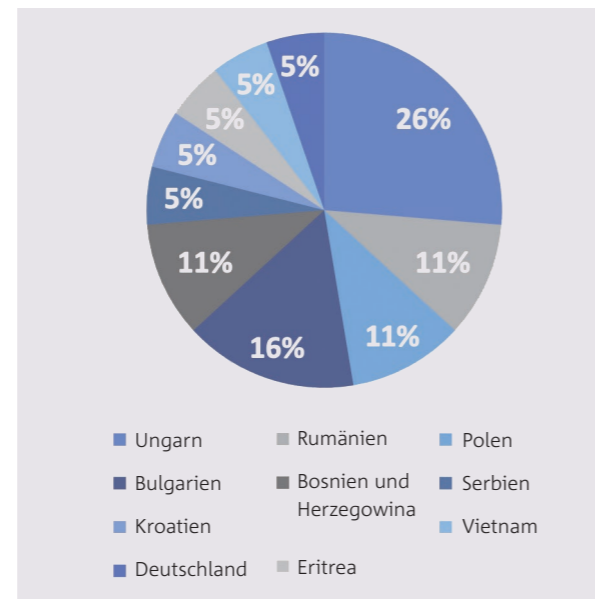
Netzwerkpartner*innen der Krankenwohnung im September 2023

- Medizinische Versorgung: Kliniken in München, Praxisteam Giesing Dr. Weißer/Dr. Freudenberger, Klinikum Rechts der Isar Onkologisches Zentrum & Tumorumambulanz, Urologische Gemeinschaftspraxis Dr. Höppner/Dr. Mayer, Praxis Kardiologie Innenstadt, Radiologie München Süd West, ZAR München West, Physio Team Sendling, Theraplus, PhysioTeam Kern, Arztpraxis St. Bonifaz, Malteser Migranten Medizin, open.med, Apotheke im Franziskanerhof, Rathaus-Apotheke am Marienplatz, Bienen Apotheke, Apotheke am Ratzingerplatz, Apotheke West 4
- Neurologische und psychiatrische Versorgung: kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost Oberarzt Dr. Hinum, kbo-SPZ, Psychiatrische Praxis und Clearingeinrichtung Implerstrasse, Neuropraxis München Süd Dr. Ilkenberg und Kollegen
- Übernahme von Behandlungskosten und Sachspenden: Clearingstelle Gesundheit, Schneekönige e.V., SZ-Adventskalender
- Synergieeffekte: Haus an der Waakirchner Straße
- Unterstützende Beratung: Clearingstelle Gesundheit, Schiller 25, Bahnhoßmission, AWO Flexiheim München Süd, Caritas Begegnungszentrum D3, Otto & Rosi, LH München Sozialreferat Frau Weber, Teestube „komm“ des Evangelischen Hilfswerks, kbo-SPZ
- Dolmetscherdienst: Schiller 25, Caritas Begegnungszentrum D3, Julia Tolmács
- Dolmetscherdienst: Schiller 25, Caritas Begegnungszentrum D3, Julia Tolmács
- Pflege: ambulanter Pflegedienst der Caritas
- Hauswirtschaftliche Versorgung: ambulanter Pflegedienst der Caritas, blitz-blank Gebäudereinigung GmbH

- Anfragen wegen Bettplätzen: Clearingstelle Gesundheit, Otto & Rosi, Teestube „komm“ des Evangelischen Hilfswerks, Schiller 25, Kliniken der Stadt München, Haus an der Kyreinstraße, Haus an der Chiemgaustraße, Amt für Wohnen und Migration, Haus an der Pilgersheimerstraße, Gesetzliche Betreuer*innen, Haus an der Waakirchner Straße, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Ambulanter Fachdienst Wohnen Freising, Klinikum Rechts der Isar
- Anschlussvermittlung der Patient*innen: Haus an der Waakirchner Straße, Übernachtungsschutz, Boardinghaus der Nonstop Hotel Group in Allach, Bayernkaserne, Fachstelle Wohnraumakquise, William-Booth-Zentrum der Heilsarmee

Es wurden 21 männliche Patienten mit einem Durchschnittsalter von 53 Jahren versorgt. 16 % hatten eine deutsche Staatsangehörigkeit. Der Großteil der Patienten stammte aus ost- und südosteuropäischen Ländern. Die prozentuale Häufigkeit zeigt das folgende Diagramm:

Abbildung 5: Staatsangehörigkeit der Patienten



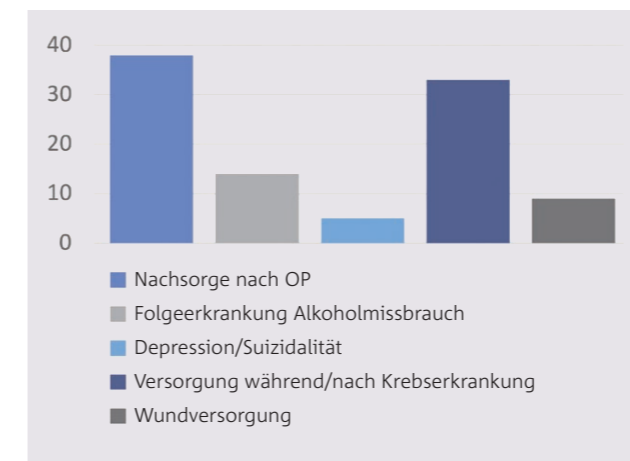
Quelle: eigene Darstellung

9 % der Patienten kamen aus Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, 91 % waren ohne Unterkunft und lebten in prekären Verhältnissen (z. B. Übernachtung im PKW, auf der Straße, Übernachtungsschutz). Die Verständigung war aufgrund fehlender Deutschkenntnisse nur mit Sprachmittler*innen möglich.

Bei der Aufnahme waren 38 % der Patienten krankenversichert, 62 % waren nicht in einen Krankenversicherungsschutz integriert.

Die Patienten wurden nach einer akuten Krankenhausbehandlung oder durch Mitarbeitende in Tagestreffs in die Krankenwohnung vermittelt. Aufnahmegründe waren die Versorgung von Wunden nach Operationen (ambulante Leisten-Operation, Nachsorge einer Operation einer destruierenden Pangonarthrose, Amputation des Penis nach Karzinomerkrankung) und die Weiterversorgung von Folgeerkrankungen nach Alkoholmissbrauch (nach Anlage eines transjugulären intrahepatischen porto-systemischen Shunt (TIPS), Polyneuropathie, periphere arterielle Verschlusskrankheit). Die Patienten waren eingeschränkt mobil, teilweise benötigten sie Hilfsmittel wie Rollatoren oder Unterarmgehstützen als Entlastung. Abbildung 6 zeigt die Kategorien der Aufnahme in Prozent:

Abbildung 6: Aufnahmegründe (in %)

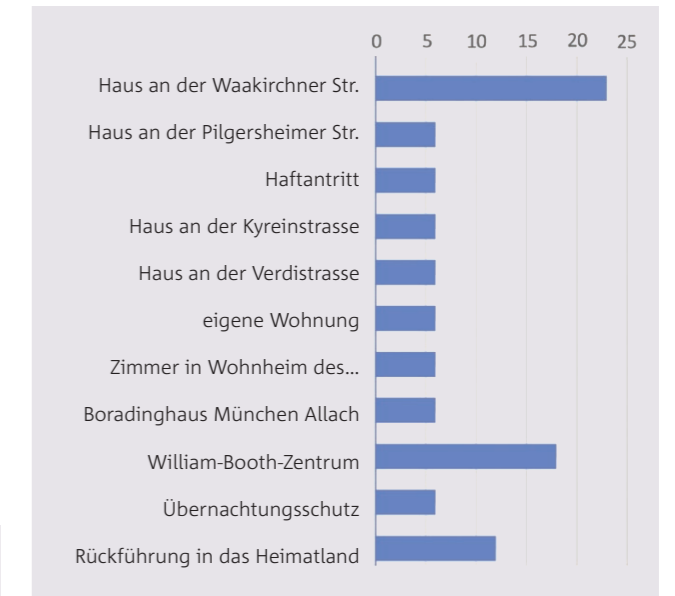


Quelle: eigene Darstellung

Die Verweildauer lag bei 2 bis 431 Tagen. Das entspricht einer durchschnittlichen Verweildauer von 20 Wochen (138 Tage). Die Verweildauer liegt somit weit über den veranschlagten 4 bis 6 Wochen. Dies kann damit begründet werden, dass die Patienten überwiegend keinen Anspruch auf Sozialleistungen haben, wodurch eine Vermittlung in das weiterführende System erheblich eingeschränkt ist. Einen möglichen Leistungsbezug herzustellen oder die Finanzierung eines Platzes anderweitig zu sichern, nimmt viel Zeit in Anspruch.

Der Anspruch an die Weitervermittlung in eine Anschlussversorgung nach dem Aufenthalt bestand bei den Mitarbeitenden darin, die Patienten in eine möglichst bedarfsgerechte Unterkunft zu vermitteln und nicht wieder in prekäre Verhältnisse zu entlassen. Abbildung 7 zeigt, für wie viele der Patienten welche Anschlussversorgung ermöglicht wurde.

Abbildung 7: Einrichtungen für die Anschlussversorgung; Patienten je Einrichtung (in %)



Quelle: eigene Darstellung

Für die meisten der genannten Einrichtungen ist ein Leistungsbezug eine Aufnahmevoraussetzung. Damit die Patienten dorthin vermittelt werden konnten, mussten die Mitarbeitenden der Krankenwohnung Wege finden, die Patienten in das Sozialversicherungssystem zu integrieren. Es zeigt sich, dass eine bedarfsgerechte Versorgung im Wesentlichen von der Finanzierungssicherheit des Platzes abhängt. Auch die mittelfristige Versorgung ist nur möglich, wenn der Anschlussaufenthalt gesichert ist. Drei Patienten konnten eine anstehende Klinikbehandlung oder medizinische Rehabilitationsmaßnahme erst antreten, als garantiert war, dass sie nach Beendigung der Maßnahme wieder in die Krankenwohnung aufgenommen werden.

Im Zeitraum von April 2022 bis Januar 2024 gingen insgesamt 100 Anfragen nach Bettplätzen ein. Dies entspricht monatlich ca. 5 Anfragen nach Bettplätzen an die Krankenwohnung. Anfragende Einrichtungen waren Tagestreffs und Beratungsstellen wie Schiller 25, die Clearingstelle Gesundheit (Condrops e.V.), gesetzliche Betreuer*innen, Haus an der Chiemgaustraße, Haus an der Kyreinstraße, Haus an der Pilgersheimer Straße, St. Bonifaz und vereinzelt Krankenhäuser. Gründe für die Anfragen waren Polytoxikomanie, Zirrrosen, Krebserkrankungen, Versorgung nach Operationen, Wundversorgung, Immobilität und Pflegebedürftigkeit. Die Altersspanne der angefragten Patient*innen lag bei 33 bis 71 Jahren. Es wurde 3 Mal ein Bettplatz für Frauen angefragt.

Fallbeispiel 1

Ein 56-jähriger Mann aus Ungarn mit Oropharynx- und Mundbodenkrebs wird im Januar 2022 aus dem Krankenhaus aufgenommen. Er hat eine PEG-Magensonde und erhält Schmerzmittel, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen. Er lebte zuvor auf der Straße, war alkoholabhängig und psychisch auffällig. Unterstützung erhält er von seinem besten Freund, der ihn regelmäßig besucht. Obwohl er seit 2015 in Deutschland lebt, hat er keinen Anspruch auf Sozialleistungen und keine Krankenversicherung. Die Kosten seiner Behandlung werden in Zusammenarbeit mit der Clearingstelle Gesundheit über den Gesundheitsfonds der LH München finanziert. Sein Zustand verbessert sich, sodass die PEG-Sonde entfernt werden kann. Aufgrund zunehmender Schmerzen wird er im Krankenhaus medikamentös neu eingestellt. Der Patient spricht gut auf die medikamentöse Behandlung an und leidet weniger unter Schmerzen. Seine psychische Verfassung stabilisiert sich, er wirkt ausgeglichener. Im Oktober 2022 stagniert seine körperliche Gesundung. Er verliert zunehmend an Gewicht, kann nicht mehr essen und ist zunehmend auf Hilfe angewiesen. Auf Wunsch des Patienten erhält er im Januar 2023 erneut eine Magensonde. Alle Versuche einer dauerhaften Unterbringung in Angebote der Wohnungslosenhilfe scheitern aufgrund seiner inzwischen palliativen Symptomatik, der Schmerzmedikation nach BtMG und fehlender Kostenübernahme aufgrund des fehlenden Leistungsbezugs. Zu diesem Zeitpunkt reicht die palliative Symptomatik jedoch noch nicht aus, ihn in einem stationären Hospiz oder palliativen Zentrum zu versorgen. In einer Helferkonferenz (bestehend aus der Sozialarbeit der Krankenwohnung, der Pflegedienstleitung der Langzeiteinrichtung, der Einrichtungsleitung der Langzeiteinrichtung, der Leitung der Clearingstelle) wird beschlossen, den Patienten ab Februar 2023 in das stationäre Setting einer Langzeiteinrichtung des KMFV aufzunehmen. Die Kosten werden aus humanitären Gründen durch den Gesundheitsfonds für einen definierten Zeitraum übernommen. Dort verstirbt der Patient im April 2023.

Fallbeispiel 2

Ein 57-jähriger Mann aus Bosnien und Herzegowina ist seit 16 Monaten wohnungslos. Bis April 2020 arbeitete er als Trockenbauer. Dann verlor er seine Arbeitsstelle und Wohnung und schläft seitdem in seinem PKW. Er raucht und trinkt nicht. Der Patient wird nach einer Amputation des Penis aufgrund einer Krebserkrankung über die Clearingstelle Gesundheit aus dem Krankenhaus im März 2023 in die Krankenwohnung vermittelt. Seine Anträge auf Grundsicherung wurden abgelehnt, er bezieht keine Leistungen, sein Krankenversicherungsschutz ruht wegen Beitragsschulden. Neben der Versorgung und Nachbetreuung der Folgen der Krebserkrankung wird in der Krankenwohnung daran gearbeitet, den Krankenversicherungsschutz wiederherzustellen und eine angemessene Anschlussunterkunft zu finden. Nachdem die Kostenübernahme für eine stationäre Langzeiteinrichtung erwirkt werden konnte, wurde der Patient im Juli 2023 in eine stationäre Langzeiteinrichtung des KMFV übermittelt. Dort wird er medizinisch und für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten bedarfsgerecht versorgt.

Empfehlungen

- **Erweiterung der Plätze in der Krankenwohnung**
Es zeigt sich, dass der Bedarf höher ist, als die derzeit vorhandenen 4 Plätze abdecken. Aus den aktuellen Anfragen, die im Projektzeitraum eingegangen sind, und den Schätzzahlen von den befragten Münchner Kliniken lässt sich ein Bedarf von 10 bis 15 Plätzen abschätzen. Eine Option ist, die Krankenwohnung in ein Gesamtkonzept einzubinden, das die Kurzzeitpflege, Langzeitpflege und palliative Versorgung wohnungs- und obdachloser Menschen umfasst. Eine andere Option ist, die Krankenwohnung an eine bereits bestehende Einheit anzubinden, wie z. B. an einen Trakt in einem Altenheim oder Krankenhaus oder eine pflegerische Einrichtung für wohnungslose Menschen. 2025 wurde der Bedarf auf 40 Plätze aktualisiert (Workshop 3 – Abschlussveranstaltung).
- **Erheben der Bedarfe für den Raum München**
Aus den Ergebnissen der Evaluation zeigt sich, dass in die Krankenwohnung schwerst erkrankte Patienten mit chronischen Erkrankungen, Folgeerkrankung einer Alkoholabhängigkeit oder nach Krebsbehandlungen und entsprechendem Nachsorgebedarf aufgenommen werden, die ansonsten keine Versorgung finden. Zudem zeigten sich als die wesentliche Zielgruppe der Krankenwohnung überwiegend obdachlose Männer

aus dem osteuropäischen Raum ohne Anspruch auf Leistungen und häufig ohne Krankenversicherung. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die meisten angenommenen Anfragen nach Bettplätzen von der Schiller-25-Migrationsberatung Wohnungsloser und der Clearingstelle Gesundheit ausgehen, die überwiegend diese Zielgruppe versorgen. Die Bedarfslage und soziodemografischen Daten der Patienten sind somit geprägt durch das Zuweiser*innennetzwerk, mit welchem die Krankenwohnung kooperiert. Um die Bedarfe und Bedarfszahlen weiterführend zu erfahren, soll eine Erhebung im Netz der Wohnungslosenhilfe durchgeführt werden.

- **Unterstützung bei Sprachbarrieren**
Wie sich auch in der Evaluation zeigt, machen EU-Zuwander*innen einen Großteil der Patient*innen der Krankenwohnung aus. Für diese Zielgruppe ist der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung noch mit sprachlichen Hürden verbunden. Für die Arbeit in der Krankenwohnung und auch im Versorgungssystem ist die Sprachbarriere zu berücksichtigen und durch den Einsatz von Dolmetscher*innen abzubauen (Workshop 3 – Abschlussveranstaltung).
- **Erweiterung des Versorgungsangebots**
Das Versorgungsangebot der Krankenwohnung ist zu erweitern. Als Beispiel wurde der Bedarf an einer palliativen Versorgung für Patient*innen u. a. mit Schmerzpumpe genannt, die so nicht auf der Straße leben können. Ergänzend dazu wurde auch der Bedarf an einer Intensivpflegewohnung genannt (Workshop 3 – Abschlussveranstaltung)

5.2 Pflegerische Versorgung

Wohnungslose Menschen stehen im Alter vor einer besonderen Herausforderung: Ihre psychischen und somatischen Erkrankungen machen ein Leben auf der Straße zunehmend beschwerlicher, teilweise unmöglich. Nicht selten stellt sich vergleichsweise früh – im mittleren Alter – ein höherer Pflegebedarf ein. Traditionelle Alten- und Pflegeeinrichtungen sind hier oft überfordert. Ähnliches gilt bisher in Einzelfällen für vormals wohnungslose Menschen, die in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe untergebracht sind.

Mittlerweile wird die Versorgung wohnungsloser Menschen neben den Rahmenbedingungen der ordnungsrechtlichen Unterbringung (gemäß den unterschiedlichen Gemeindeordnungen [bspw. Gemeindeordnung des Freistaats Bayern Artikel 57]) über die entsprechenden Rechtsansprüche der Sozialgesetzbücher definiert.

Die Versorgung der wohnungslosen Menschen orientiert sich zunehmend an der Ausdifferenzierung der sozialen Hilfen und den rechtlichen Bedingungen:
SGB XII (Sozialhilfe);
SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende);
SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – Bundesteilhabegesetz);
SGB XI (Pflegeversicherung).

War vor ca. 20 Jahren allein die Hilfe für Menschen in sozialen Schwierigkeiten nach dem damaligen Bundessozialhilfegesetz (§ 72) als Grundlage für die Finanzierung der stationären Hilfen (auch der Langzeithilfen) ausreichend, so trat später (auch in der Folge der sogenannten Fichter-Studie) die Hilfe für Menschen mit seelischer Behinderung ergänzend (§ 39) hinzu und wurde dann auf die Bedingungen der Sozialgesetzbücher adaptiert und ausdifferenziert. Dies weisen die Leistungsvereinbarungen für die Langzeiteinrichtungen aus dem Jahr 2004 (z. B. Leistungsvereinbarung Bezirk Oberbayern für das Haus an der Waakirchner Straße) aus.

Die finanzielle, personelle und strukturelle Ausdifferenzierung der Hilfen hat in der Folge zu einer von den Kostenträgern geforderten klaren Fixierung der Hilfen zu den entsprechenden Hilfebereichen im SGB geführt, die teilweise auch gerichtlich bestätigt werden.

Demografische Entwicklung

Der Anteil älterer wohnungsloser Menschen hat über die Jahre leicht zugenommen. So lag laut Statistikbericht 2022 der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe Berlin e.V. (BAG W) der Anteil der 50- bis 59-Jährigen 2015 bei 16,3 %, 2019 bei 16,9 % und 2022 bei 17,3 %, während der Anteil der 60- und über 60-Jährigen von 6,4 % im Jahr 2015 über 7,5 % (2019) auf 8,9 % im Jahr 2022 anstieg. Somit waren 2022 insgesamt 26,2 % der Menschen, die wohnungslos waren, 50 Jahre und älter.

Entwicklung der Langzeiteinrichtungen am Beispiel des Katholischen Männerfürsorgeverein München e.V.

Der Katholische Männerfürsorgeverein München e.V. (KMFV) ist seit seiner Gründung 1950 im Bereich der Wohnungslosenhilfe tätig. Schon sehr früh zeigte sich, dass es einen Bedarf aufseiten älterer wohnungsloser Menschen gab. So wurde 1978 die erste Langzeiteinrichtung im KMFV gegründet: das Haus an der Franziskanerstraße. Diese Einrichtung sollte ursprünglich auch die städtische Notunterkunft in der Pilgersheimer Straße entlasten. Hier wurde seinerzeit festgestellt, dass es sehr viele Menschen gab, die dauerhaft in der Wohnungslosenhilfe verblieben, nicht mehr in Arbeit und/oder in eine eigene Wohnung zu vermitteln waren und einen unbefristeten Wohnplatz benötigten.

Mittlerweile verfügt der Verein über vier Langzeiteinrichtungen mit circa 270 Plätzen. Insgesamt werden in München und der näheren Umgebung für ältere wohnungslose Menschen ca. 430 Plätze angeboten, davon etwa 50 Plätze für Frauen (Haus Bethanien und in einem Segment von Haus St. Benno).

Die Lebenswelt wohnungsloser Menschen ist durch vielerlei Hemmnisse geprägt ist. Not zeigt sich vielfältig, Frauen und Männer sind gleichermaßen betroffen. Folgende Merkmale treten bei Wohnungslosen häufig auf:

- fehlende Wohnung;
- mangelnde Berufsausbildung;
- materielle Armut;
- Arbeitslosigkeit;
- Scheitern in Teilen der Lebensgestaltung;
- soziale Ausgrenzung;
- soziale Schwierigkeiten;
- Substanzabhängigkeit;
- Psychiatrieerfahrung;
- Straffälligkeit;
- körperliche und/oder seelische Erkrankungen und eine
- zunehmende Gebrechlichkeit im Alter.

Insbesondere für ältere wohnungslose Menschen werden diese Erfahrungen prägend, stellen sie doch jenseits einer oft gewünschten „Inklusion“ in die Gesellschaft Hemmnisse dar, die gerade diese Inklusion verhindern.

Langzeithilfen in der Wohnungslosenhilfe unterscheiden sich signifikant von der klassischen Altenhilfe, wo eher Hochbetagte ab dem 80. Lebensjahr in einem Heim versorgt werden; das durchschnittliche Alter bei wohnungslosen Menschen liegt bei ca. Mitte 60 bis Anfang 70 Jahre. Langzeithilfe in der Wohnungslosenhilfe ist dabei nicht nur eine Variante der normalen Altenhilfe. Sie stellt hochqualifizierte pädagogische und pflegerische Hilfe dar und orientiert sich als integrative sozial-pflegerische Dienstleistung an den spezifischen Bedürfnissen der betreuten Personen. Gerade weil Pflegestandards und die Anforderungen des Heimgesetzes nicht stringent bei Menschen mit besonderen Schwierigkeiten umgesetzt werden können, bedarf es dieser Hilfe.

Langzeithilfe ist ein fester Bestandteil der Wohnungslosenhilfe. Sie bietet dort adäquate Hilfestellung, wo die Versorgung der betreuten Klient*innen in anderen Hilfesystemen scheitert und schließt eine bestehende Versorgungslücke. Die Grenzen einer ambulanten Versorgung werden dort spürbar, wo es um eine zeitnahe adäquate und dauerhafte integrative Versorgung sozialer, medizinischer und pflegerischer Belange geht, insbesondere bei chronischen Erkrankungen und einer menschenwürdigen Begleitung bis in den Tod hinein.

Die strukturellen Bedingungen der Langzeithilfe haben sich in den letzten Jahren stark verändert, u. a. durch die Einrichtung einer Heimaufsicht, die Sicherung von Nachtdiensten, ergotherapeutische Angebote oder Einzelzimmer, was insgesamt zur Verbesserung der Standards geführt hat. Die Duldung von Alkoholkonsum bei gleichzeitiger Hilfestellung durch das Programm „Kontrolliertes Trinken“ zeigt entsprechende Erfolge. Die Vernetzung mit anderen Versorgungseinrichtungen wie z. B. mit Einrichtungen der Psychiatrie oder mit Hospizen wurde verbessert.

Neben den sozialpädagogischen Kräften arbeiten auch examinierte Pflegekräfte, Pflegehelfer*innen, Hauswirtschaftskräfte und technische Dienste (Hausmeister) sowie Kunst- und Ergotherapeuten*innen in den Einrichtungen der Langzeithilfe.

Trotz anfänglicher Befürchtungen, dass es durch die Orientierung am Heimgesetz und die Integration der

Heimaufsicht zu einer „Gängelung“ der Klient*innen kommt, hat diese Veränderung letztendlich zur positiven Entwicklung in der Wohnungslosenhilfe beigetragen und geholfen, die Versorgungsqualität zu sichern. Dabei hat das leitende Prinzip der Transparenz und Wirksamkeit der Hilfe das Hilfesystem in einen Prozess der Qualitätssicherung geführt und die Positionierung der Langzeiteinrichtungen als fachlich spezialisierte Hilfe in der Fachwelt und Gesellschaft vorangetrieben.

Diese Leistungen der Langzeiteinrichtungen in der Wohnungslosenhilfe gilt es aktuell, gegenüber dem Kostenträger erneut sicherzustellen. Gerade die Ausdifferenzierung der gesetzlichen Grundlagen für die Versorgung wohnungsloser Menschen und die geplante Neufassung der sogenannten „Bayreuther Vereinbarung“ lassen dies erwarten.

Versorgung in München

Die Frage der Versorgung von Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten in den Langzeiteinrichtungen wurde in München mit der Eröffnung des Hauses an der Franziskanerstraße, im Einvernehmen mit den Kostenträgern, entschieden. Langzeithilfe wurde hier in erster Linie als pädagogische Aufgabe gesehen, Pflege und Hauswirtschaft wurden dieser Hilfe zugeordnet. Dieses Grundprinzip wurde auch mit der zunehmenden Ausdifferenzierung der Sozialgesetzgebung bisher nicht in Frage gestellt.

Allerdings werden, auch aus Kostengründen, neue Wege in der Organisation der Hilfe gesucht, die sich teilweise an den Modellen des Simonshof Bastheim (Pflegeeinrichtung nach SGB XI für ältere wohnungslose Menschen) und Düsseldorf mit der sogenannten „Villa“ in Kooperation mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen orientieren.

5.2.1 Pflegerische Bedarfe in Langzeiteinrichtungen

Im Rahmen des Projekts wurden die Leiter*innen von insgesamt 8 Einrichtungen der Langzeithilfe in der Wohnungslosenhilfe von September 2021 bis September 2022 in leitfadengestützten Interviews als Expert*innen befragt.

Damit wurden alle sogenannten Langzeiteinrichtungen der Wohnungslosenhilfe in München und im Umland untersucht, die auch „begleitende pflegerische Versorgung“ anbieten. Zum Zeitpunkt der Erhebung wurden insgesamt 438 Plätze, davon 23 Plätze für Frauen, zur

Verfügung gestellt – von fünf Einrichtungen des Katholischen Männerfürsorgevereins München (KMFV) und drei Einrichtungen externer Träger. Unter den befragten Einrichtungen befand sich auch eine Einrichtung für Frauen.

Sie berichteten, dass in der Regel 10 Aufnahmen pro Einrichtung und Jahr erfolgen. Die Zahl der Todesfälle beträgt 7 bis 8 pro Jahr. Überleitungen ins Pflegeheim gemäß SGB XI finden nur in Einzelfällen statt.

Herkunft der Bewohner*innen

Alle Einrichtungen stimmen darin überein, dass der Zugangsweg über das Haus an der Pilgersheimer Straße die Regel ist; ein weiterer Vermittlungsweg ist das Streetwork. In Einzelfällen kommt es auch zu direkten Vermittlungen durch die Abtei St. Bonifaz, die Bahnmissionsmission oder über im Haus bekannte gesetzliche Betreuer, die bereits Klienten im Haus untergebracht haben. Frauen werden in der Regel über die Sozialdienste für Frauen oder auch das Haus Karla 51 des Münchner Hilfswerks vermittelt. Auch vorgeschaltete Einrichtungen zur Versorgung vermitteln in die Langzeiteinrichtungen für wohnungslose Frauen.

Zugänge aus psychiatrischen, somatischen Kliniken oder Beherbergungsbetrieben spielen keine Rolle für die Belegung. Sehr selten kommt es zu „Selbstvorstellungen“ von Klient*innen. Die zentrale Stellung des Hauses an der Pilgersheimer Straße ist durch die Funktion des dort etablierten „Sozialen Beratungsdienstes“ begründet, der eine entsprechende Warteliste für die Langzeiteinrichtungen führt und auch die Vermittlung aus vorgeschalteten Einrichtungen wie Wohnheimen trägerübergreifend koordiniert.

Vermittlungen aus den Arztpraxen für „wohnungslose“ Menschen werden nicht berichtet.

Erkrankungen der Bewohner*innen

Nachfolgend wird in Tabelle 3 eine Auswertung von Pflegedokumentationen der Einrichtungen des KMFV vorgestellt. Sie enthält die diagnostizierten Erkrankungen (absolute Zahlen und Anteile in %) der Bewohner*innen und darüber hinaus auch die Schätzungen der Einrichtungsleiter*innen (Zahlen in Klammern) zur Prävalenz. In einigen Einrichtungen wurde von den Leitungen auf die Schätzungen der „Pflege“ verwiesen (in der Tabelle jeweils so vermerkt).

Tabelle 3: Diagnostizierte Erkrankungen der Bewohner*innen (in %) (2022)

Somatische Erkrankungen	Anzahl Haus St. Benno (59 Bewohner)	Anzahl Waakirchner Straße (54 Bewohner)	Anzahl Gabelsberger Straße (70 Bewohner)	Anzahl Franziskanerstraße (50 Bewohner)	Anzahl Anton Henneka Haus (46 Bewohner)
Krankheiten des Herz-/Kreislaufsystems	52 88,1% (60%)	34 63,0% (40-60%)	42 60,0% (60%)	27 54% Pflege	21 46,7% (80%)
Krankheiten des Skelettsystems	42 71,2% (40-60%)	10 18,5% (40%)	23 32,9% (60%)	22 44% Pflege	8 17,4% (80%)
Krankheiten des Urogenitaltraktes	21 35,6% (40-60%)	9 16,7% (20-40%)	6 8,6% (40%)	12 24% Pflege	8 17,4% (20%)
Erkrankungen der Haut	28 47,5% (60%)	3 5,6% (40-60%)	12 17,1% (40%)	6 12% Pflege	5 10,9% (40%)
Krankheiten des Atmungstraktes	49 83,1% (40%)	16 29,6% (40-60%)	19 27,1% (80%)	12 24% Pflege	6 13,0% (60%)
Erkrankung der Leber	28 47,5% (60%)	12 22,2% (60-80)	17 24,3% (60%)	14 28% Pflege	4 8,7% (40%)
Krankheiten der Bauchspeicheldrüse	8 13,6% (60%)	6 11,1% (20%)	(20%)	8 16% Pflege	(20%)
Infektionserkrankungen	12 20,3% (unter 20%)	(unter 20%)	(20%)	2 4% Pflege	(20%)
Schmerzen	31 52,5% (20%)	(20-40%)	1 1,4%	3 6% Pflege	1 2,2% (40%)

Quelle: eigene Darstellung

Einige Einrichtungen ergänzten die in Tabelle 3 abgefragten somatischen Krankheitsbilder noch mit weiteren vorhandenen Daten. Diese Ergänzungen sind nachfolgend aufgezeigt.

Tabelle 4: weitere somatische Erkrankungen

Somatische Erkrankungen	Anzahl Haus St. Benno (59 Bewohner)	Anzahl Waakirchner Straße (54 Bewohner)	Anzahl Gabelsberger Straße (70 Bewohner)	Anzahl Franziskanerstraße (50 Bewohner)	Anton Henneka Haus (46 Bewohner)
Gastrointestinale Erkrankungen	32 54,2%				
Diabetes	14 23,7%		17 24,3% (40%)		9 19,6%
Augenerkrankungen	12 20,3%				
Adipositas		4 7,4%			
Niereninsuffizienz			6 8,6%		
Magen/Darm			16 22,9%		
Wundheilungsstörungen			(20%)		

Quelle: eigene Darstellung

Insgesamt zeigen Tabelle 3 und 4, dass die Bewohner*innen am häufigsten von Herz-Kreislaufkrankungen, Krankheiten des Skelettsystems (Folge von Stürzen) und Erkrankungen des Atmungstraktes betroffen sind, gefolgt von Erkrankungen der Leber und/oder Bauchspeicheldrüse, die bei einem Viertel bis einem Drittel der Bewohner*innen diagnostiziert wurden. Bei den psychischen Erkrankungen spielen insbesondere die Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen eine große Rolle (vgl. Tab. 5).

Tabelle 5: Anteile der Klient*innen mit psychischen und Suchterkrankungen

Psychische Erkrankungen	Anzahl Haus St. Benno (59 Bewohner)	Anzahl Waakirchner Straße (54 Bewohner)	Anzahl Gabelsberger Straße (70 Bewohner)	Anzahl Franziskanerstraße (50 Bewohner)	Anton Henneka Haus (46 Bewohner)
Sucht-/ Abhängigkeitserkrankungen	58 98,3% (80%)	28 51,9% (80%)	29 41,4% (80%)	39 78% Pflege	24 52,2% 60%
Affektive Störungen	34 57,6% Pflege	8 14,8% (40-60%)	32 45,7% (20%)	4 8% Pflege	2 (+7 Depression) 4,3%/15,2%/19,6% (60%)
Angststörungen	12 20,3% Pflege	1 1,9% (20-40%)	9 12,9% (20%)	1 2% Pflege	1 2,2% (40%)
Psychosen	36 61,0% Pflege	6 11,1% (unter 20%)	1 1,4% (unter 20%)	7 14% Pflege	1 2,2% (20%)
Persönlichkeitsstörung	49 83,1% Pflege	8 14,8% (unter 20%)	4 5,7%	2 4% Pflege	9 19,6% (20%)
Epilepsie	7 11,9% Pflege		7 10%		
Demenz	3 5,1%		7 10%	5 10% Pflege	
Raumforderung	7 11,9%				
Traumatisches Belastungssyndrom		1 1,9%			
Polyneuropathie			6 8,6% (20-40%)		
Wernicke-Korsakow-Syndrom					4 8,7%

Quelle: eigene Darstellung

Somatische Erkrankungen	Anteil der Bewohner*innen
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	60–80 %
Krankheiten des Skelettsystems	40–60% (80%)
Krankheiten des Urogenitaltraktes	20–40% (60% ♀)
Erkrankungen der Haut	(20% ♀) 40–60 %
Krankheiten des Atmungstraktes	(40% ♀) 60–80 %
Erkrankung der Leber	40–60 %
Krankheiten der Bauchspeicheldrüse	20 %
Infektionserkrankungen	unter 20 %
Schmerzen	20–40 %

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 6: Schätzung der Prävalenz somatischer Erkrankungen gesamt

Ein ähnliches Bild zeigt sich (vgl. Tab. 6), wenn alle befragten Einrichtungen (8 Einrichtungen) betrachtet werden, also auch die, die keine weitere differenzierte Diagnostik erstellen (Einrichtungen außerhalb des KMFV).

Tabelle 7: Schätzung der Prävalenz psychischer Erkrankungen gesamt

Psychische Erkrankungen	Anteil in %
Suchterkrankung	(40% ♀) 60–80%
Affektive Störungen	20–60%
Angststörungen	20–40%
Psychosen	unter 20%
Sonstiges Essstörungen	10% ♀

Quelle: eigene Darstellung

Auch in der Gesamtschau zeigen sich bei den somatischen Krankheitsbildern insbesondere Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Skelettsystems und Lebererkrankungen als vorherrschend, während bei den psychischen Erkrankungen die Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen sowie die affektiven Störungen am häufigsten auftreten. Ergänzend wurden von den Leitungen Persönlichkeitsstörungen wie Zwangsstörungen, narzisstische Persönlichkeitsstörung und neurotische Störungen genannt. Je nach Schwere der Erkrankung ist die entsprechende Betreuung durch den Pflegedienst der Einrichtung individuell ausgerichtet.

Entlassung oder Verlegung der Bewohner*innen

Die Entlassung von Bewohner*innen stellt in allen untersuchten Einrichtungen kein systematisch bearbeitetes oder erfasstes Thema dar. In einer Einrichtung wird von einer disziplinarischen Verlegung in eine andere Einrichtung der Langzeithilfe berichtet. In anderen Einzelfällen werden die „Rückkehr“ nach Thailand oder der Zusammenzug mit einer Freundin in eine eigene Wohnung als Gründe für die Entlassung angegeben. Ein Fall wird berichtet, in dem ein Klient wieder eine Arbeitstätigkeit aufgenommen hatte, die zum Verlust der Leistungen nach SGB XII führten.

Häufiger sind Fälle, in denen eine Verlegung in ein Altenheim stattfindet. Insgesamt berichten die Einrichtungen jeweils von 2 bis 3 Überleitungen. Es gibt unterschiedliche Kriterien, die dabei erfüllt sein müssen. Die Pflegeeinrichtung sollte die besonderen Belastungen der Bewohner (wie z. B. deren Alkoholabhängigkeit) beachten. Interessant ist, dass insbesondere Pflegeeinrichtungen auf dem Land die Bewohner der Langzeiteinrichtungen aufnehmen, hier spielen möglicherweise innerstädtische Belegungsprobleme eine Rolle. Eine Einrichtungsleitung berichtet, dass der Kontakt zu einem Altenheim abbrach, möglicherweise stellten die besonderen Herausforderungen der Klientel die Einrichtung vor unlösbare Probleme. Mittelfristig bricht der Kontakt zu den verlegten

Bewohnern ab, sodass über den weiteren Verbleib und die Entwicklung nichts berichtet werden kann.

Sehr positiv bewerten die Einrichtungen die Zusammenarbeit mit den Hospizen. Sowohl die Verlegung in ein Hospiz wie auch die dortige Betreuung der Sterbenden wird von den befragten Leitungen ausdrücklich gelobt. Todesfälle in den Einrichtungen der Langzeithilfe sind leider ebenfalls zu berichten. In der Regel sterben 5 bis 7 Menschen pro Einrichtung und Jahr. In manchen, wenn auch seltenen Fällen kommt es vorher noch zu Krankenhausaufenthalten, sodass die Patienten dort versterben.

Beurteilung der Pflegebedürftigkeit

Im Hinblick auf die etwaige Pflegebedürftigkeit, die vorausgesetzten Anforderungen an die Klient*innen und deren Unterstützung in den Langzeiteinrichtungen wurden im Rahmen der qualitativen Interviews von den Leitungen folgende Angaben gemacht. Diese orientieren sich an den Beurteilungskriterien zur Bewertung des Pflegegrades, wie sie auch in den Anlagen zum SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) definiert sind (Walhalla Fachredaktion 2025):

- Positionswechsel im Bett, Fortbewegung im Wohnbereich u. ä. sollten selbstständig oder überwiegend selbstständig möglich sein.
- Die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Orientierung, Entscheidungen, Risikoverhalten) sollten großenteils vorhanden sein.
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Verhaltensauffälligkeiten, autoaggressives Verhalten, Abwehr von pflegerischen Maßnahmen, inadäquates Verhalten) werden in der Regel akzeptiert, soweit sie nicht täglich zutage treten.
- Selbstversorgung (Waschen, An- und Auskleiden, Essen, Trinken; Toilettengang) sollte überwiegend selbstständig erfolgen.
- Bei der Bewältigung therapiebedingter Anforderungen (z. B. Medikamente) wird Unterstützung geleistet.
- Die Gestaltung von Tagesabläufen (ruhen, sich beschäftigen, planen, Interaktionen) sollte überwiegend selbstständig stattfinden.
- Beim Wahrnehmen von Arztbesuchen wird ebenfalls Unterstützung angeboten.

Insgesamt zeigt sich in der Gesamtbeurteilung, dass von der zu versorgenden Klientel in Langzeiteinrichtungen in der Regel ein gewisses Maß an Selbstständigkeit vorausgesetzt wird. Allein komplexere Vorgänge wie die Vorbereitung von Medikamenten und deren Verabreichung oder der Besuch von Ärzten werden umfassend unterstützt.

Tabelle 8: Kategorisierung des Hilfebedarfs

Anteil der Bewohner	keinBewohner (sehr selten)	20%	40%	60%	80%	Alle Bewohner (sehr häufig)
Keine Hilfe/ Strukturelle Hilfe						
Gespräch						
Mehrfache Hilfe						
Sehr umfangreiche Hilfe						
Kein Angebot der Einrichtung						

Quelle: eigene Darstellung

Hilfs- und Unterstützungsangebote der Einrichtungen

Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei der differenzierten Betrachtung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten, die in den untersuchten acht Einrichtungen gemacht werden. Unterschieden wurde hierbei nach dem Grad der Hilfe und auch danach, wie die Klient*innen über die möglichen Hilfen informiert werden:

- **Keine Hilfe/Strukturelle Hilfe:** Das Angebot ist in der Einrichtung bekannt und wird selbstständig angenommen.
- **Gespräch:** Die Klient*innen werden im Gespräch auf das Angebot hingewiesen und nehmen selbstständig teil.
- **Mehrfache Hilfe:** Die Klienten müssen auf das Angebot hingewiesen werden und ggf. zur Teilnahme begleitet werden.
- **Sehr umfangreiche Hilfe/Umfassende Hilfe:** Ohne die Unterstützung von Mitarbeiter*innen wird das Angebot nicht wahrgenommen.
- **Kein Angebot durch die Einrichtung.**

Gleichzeitig wurde der Anteil der Bewohner*innen in Prozent erfasst, die einen Unterstützungsbedarf haben. Die Kategorisierung des Hilfebedarfs ist in Tabelle 8 dargestellt.

Bei den Klient*innen, die Unterstützung bei der *Tagesstrukturierung* benötigen, wird der Anteil der zu unterstützenden Personen mit ca. 40 bis 60 % beziffert.

Der Anteil der Menschen, die bei *lebenspraktischen Tätigkeiten* mehrfache oder auch sehr umfangreiche Hilfe benötigen, liegt bei jeweils 20 %.

Bei der Motivation zur Annahme von *Körperpflege* wird der Bedarf an mehrfacher Hilfe auf 20 bis 40 % geschätzt.

Die Annahme von *Behandlungspflege* durch sehr umfangreiche Hilfe ist bei 20 % der Klient*innen erforderlich, das Gespräch ist bei nahezu allen Hilfebedürftigen wichtig.

60 % der Bewohner*innen benötigen Unterstützung im *Umgang mit Alkohol/Drogen* durch mehrfache Hilfe. Der Anteil der Menschen, die sehr umfangreich unterstützt werden müssen, wird übereinstimmend mit 20 % beziffert.

Der Unterstützungsbedarf bei *Behördengängen* und bei *Arztbesuchen* oder *Krankenhausaufenthalten* ist ebenfalls recht hoch. 60 % benötigen mehrfache Hilfen, weitere 20 bis 40 % bedürfen einer umfangreichen Hilfestellung.

Die Beratung bei *Wohnungsangelegenheiten* spielt in den Langzeiteinrichtungen keine Rolle.

Ähnliches gilt im Fall einer *wirtschaftlichen Intervention* wie der Absicherung der wirtschaftlichen Situation durch z. B. Krankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld. Aufgrund der Struktur der Versorgung und der geringen Entlasszahlen in den eigenen Haushalt sind auch Vermittlungen in die *ambulante Nachsorge* oder in *häusliche Pflege* sehr selten.

Die *Vermittlung an Beratungsstellen zur Integration in einzelne Lebensbereiche* spielt ebenfalls nur in Einzelfällen eine Rolle. Von einer Beratung zur Einleitung einer medizinischen Rehabilitation wird nur in einem bisher bekannten Fall berichtet, hier wurde ein entsprechendes Gesprächsangebot gemacht. Maßnahmen wie die berufliche Rehabilitation/Eingliederung, Beratung zur Wieder-

eingliederung in das Erwerbsleben, Arbeitsförderung nach SGB II spielen in den Langzeithilfen keine Rolle, insbesondere da hier Personen aufgenommen werden, die dem Arbeitsmarkt in der Regel aufgrund ihres Alters nicht mehr zur Verfügung stehen.

Die *Absicherung von Hilfen nach SGB XII* ist in der Regel vor der Aufnahme in die Einrichtung zu veranlassen. Alle Einrichtungen berichten allerdings, dass solche Aufgaben nicht von den Klient*innen übernommen werden können, sondern in den Händen der sozialpädagogischen Mitarbeiter*innen liegen.

Sollte eine *Verlegung in eine Pflegeeinrichtung* vorgesehen sein, wird die Kostenübernahme durch den Träger der Sozialhilfe von der aufnehmenden Einrichtung geklärt, ähnliches gilt für die Absicherung von Hilfen nach SGB IX. Gleichwohl sind bei solchen Verlegungen und Vermittlungen in geeigneteren Einrichtungen eine entsprechende Begleitung durch Gespräche oder weitergehende Unterstützung notwendig. In seltenen Fällen werden auch Bewohner*innen über gesetzliche Betreuer*innen vermittelt, auch hier obliegt die Klärung der rechtlichen Bedingungen und der Kostenübernahme den Betreuer*innen.

Die *Sicherung des Aufenthaltsstatus* oder eine *Unterstützung bei der Rückführung in das Heimatland* gibt es nur in einzelnen seltenen Fällen.

Pflegeleistungen²

Zur Erbringung von Pflegeleistungen ist festzustellen, dass die Einrichtungen zwar den Versorgungsbedarf der einzelnen Bewohner*innen erfassen und pflegerische Anleitung, Wundversorgung und Medikamentengabe sowie auch entsprechende Unterstützung im Sinne einer Grundpflege leisten. Allerdings sind komplexere Pflegeleistungen wie im Alten- und Pflegeheim nur im begrenzten Maße und zeitlich begrenzt möglich.

Die Sicherung der Körperpflege, Duschen, Waschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen/Rasieren, An- und/oder Auskleiden wird von den Bewohner*innen als eigenständige Leistung erwartet, ggf. kann zeitlich begrenzt Unterstützung gewährt werden.

Die Mobilität sollte gewährleistet sein. Unterstützung beim Aufstehen oder beim Zubettgehen kann nur im Einzelfall gewährt werden, und müsste bei dauerhaftem Unterstützungsbedarf zur Verlegung in ein Alten- und Pflegeheim führen.

Ähnliches gilt für die Unterstützung beim Gehen, Treppensteigen, Stehen, soweit dies nicht durch einen Rollstuhl kompensiert werden kann.

Hauswirtschaftliche Leistungen

Die hauswirtschaftliche Unterstützung ist hingegen in der Regel umfangreich und der besonderen Situation der Bewohner*innen angepasst. Die Reinigung von Zimmer und Bad sowie die Kleiderpflege (Wäsche) werden von der Einrichtung übernommen.

Die Essensversorgung wird durch eine Versorgungsküche sichergestellt. Auch hier kann sporadisch bei Bedarf Hilfe bei Ernährung, Vorbereitung/Zubereitung der Nahrung oder Unterstützung bei der Aufnahme von Nahrung z. B. in Zeiten der Rekonvaleszenz gewährt werden.

Zusammenfassung

Bewohner*innen in den Langzeiteinrichtungen werden bei besonderen sozialen Schwierigkeiten sozialpädagogisch unterstützt. Pflegerische Leistungen werden bei Bedarf zugeschaltet und decken in der Regel die Grundpflege ab. Die Mobilität der Bewohner*innen wird vorausgesetzt. Ein höherer Pflegebedarf, der allerdings nur in seltenen Fällen auftritt, kann befristet kompensiert werden, allerdings nicht längerfristig.

Eine Besonderheit zeigt sich in einer Langzeiteinrichtung für Frauen. Hier werden die Mahlzeiten in der Regel zusammen mit den Bewohner*innen vorbereitet. Die Unterstützung bei der Pflege der Zimmer ist allerdings auch hier vonnöten.

Es existiert kein geeignetes Erhebungsinstrument zur Beurteilung der pflegerischen Bedarfe bei wohnungslosen Menschen. Insbesondere den besonderen sozialen Schwierigkeiten, die den somatischen Pflegebedarf überlagern, wäre aus Sicht des Forschungsteams besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Dies gelingt jedoch nicht in der Operationalisierung durch die „klassischen“ Instrumente der Erfassung des Pflegebedarfs.

5.2.2 Pflegerische Bedarfe in den niedrigschwelligen Wohnheimen der Wohnungslosenhilfe

Um die Versorgung der zunehmenden Zahl pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen auch zukünftig zu gewährleisten, wird von verschiedenen Stellen an Lösungsansätzen gearbeitet.

Zum Beispiel hatte die Landeshauptstadt München in Kooperation mit der MÜNCHENSTIFT GmbH eine Kooperationsvereinbarung zur Versorgung und Unterbringung wohnungsloser Menschen geschlossen. Dies geschah für einen Zeitraum von zwei Jahren (01.01.2020 bis 31.12.2021), der nunmehr entfristet wurde.

Hierdurch sollte kurzfristig eine auf sieben Tage begrenzte pflegerische Versorgung für „pflegerische Notfälle“ geschaffen werden, bis eine andere Lösung in der Einrichtung (ambulanter Pflegedienst, Unterbringung in einer Langzeiteinrichtung oder auch Unterstützung durch Bekannte oder Verwandte) möglich schien. Eine besondere Zielgruppe waren pflegebedürftige Menschen, die aus Krankenhäusern entlassen wurden.

Aus den bisher veröffentlichten Zahlen zur Finanzierung des Projekts geht hervor, dass im Projektzeitraum insgesamt ca. 55 Belegtage zu einem Pflegesatz von 140 € pro Tag entstanden sind, was einem Gesamtbetrag von rund 7.700 € für die Landeshauptstadt München entspricht. Eine Erhebung der spezifischen pflegerischen Bedarfe und benötigten Plätze in den Beherbergungsbetrieben und Notunterkünften der Landeshauptstadt München liegt nicht vor.

Nach Einschätzung des Koordinators für Wohnungslosenhilfe in München und Oberbayern ist die Versorgung pflegebedürftiger, älterer wohnungsloser Menschen auch ein sozialpolitisches Thema. Im Interview weist er darauf hin, dass die Wohnungsnotfallhilfe in München seit 20 Jahren maximal erfolgreich sei, was anhand der älter werdenden Klientel deutlich würde. Dies provoziere die Frage, wie man mit dem Einsetzen der Pflegebedürftigkeit umgehen möchte. Es werde aber durch „Zuschieben“ der Zuständigkeiten keinen Fortschritt geben. Es brauche einen gesellschaftspolitischen Diskurs, wer sich dieser Menschen annimmt – „fernab von Schubladendenken“. Ein etabliertes System zu verhandeln, würde nichts bringen, sondern es müsse ins Tun eingestiegen werden.

Möglicherweise könne eine reiche Erzdiözese wie München und Freising einen gesellschaftspolitischen Impuls setzen und die erfolgreiche Arbeit der Wohnungsnotfallhilfe unterstützen, indem sie Gelder gebe für die Einrichtung einer kleinen Einheit, um zu zeigen, wie menschenwürdig man mit wohnungslosen Menschen arbeiten kann. Öffentliche Geldgeber müssten sich durch erfolgreiche Arbeit mit dem Thema auseinandersetzen, statt

Lippenbekenntnisse abzugeben. Die Etablierung einer entsprechenden Lösung sei bisher gescheitert und auch die Träger der Altenhilfe bzw. der Wohnungslosenhilfe hätten sich bisher zu keiner Lösung durchringen können. Aus Sicht des Forschungsteams liegt dieses Zögern auch darin begründet, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen so eng gefasst werden, dass eine pflegerische Versorgung ehemals wohnungsloser Menschen unter den Bedingungen des SGB XI in fachlicher wie auch in finanzieller Hinsicht mit Risiken behaftet scheint, die kein Träger ohne Not auf sich nimmt und hier eine Grundsatzentscheidung des bisherigen Hauptleistungsträgers der Wohnungslosenhilfe – des Bezirks Oberbayern – erwartet wird.

Die Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg (LAGÖFW) beschreibt die aktuelle Situation älterer wohnungsloser Menschen mit Blick auf eine notwendige Weiterentwicklung der Unterstützungsangebote folgendermaßen: „In der Folge zeigt sich in der ordnungsrechtlichen Unterbringung der Kommunen und auch bei den freien Trägern zunehmend eine Gruppe von Menschen, die

- erheblich vorgealtert sind,
- gesundheitlich beeinträchtigt und häufig multimorbid sind,
- die bereits pflegebedürftig sind oder zunehmend pflegebedürftig werden,
- bei denen eine Vermittlung in andere Angebote oder Hilfen sehr schwierig ist und von der medizinischen, pflegerischen und sozialräumlichen Grundversorgung ausgeschlossen sind,
- eine geringe Termintreue aufweisen, was aufgrund der Vorgaben des Leistungskatalogs der Pflege dazu führen kann, dass ambulante Pflegedienste diese Menschen als Klienten ablehnen,
- substituiert werden und Zugang zu einer Drogenersatztherapie benötigen, um sie gesundheitlich zu stabilisieren und ihnen einen strukturierten Alltag zu ermöglichen“ (LAGÖFW 2022/03, S. 9).

Ein Konzept für die Lösung dieser Probleme wird allerdings in dem Beitrag der LAGÖFW nicht entwickelt. So werden eher Empfehlungen gegeben, z. B. die ambulante Pflege und Eingliederungshilfe zu verknüpfen, eine Binnendifferenzierung der Einrichtungen mit Verknüpfungen der Leistungen nach SGB XI mit dem SGB XII (Vergütung nach §§ 75ff SGB XII) vorzunehmen oder ein Konzept zur Wahrnehmung von Teilhabeleistungen nach § 55 SGB XII zu entwickeln. Letztlich wird der Gesetz-

² Vgl. AWO Bezirksverband Oberbayern 2011.

geber aufgefordert, die „Ungleichbehandlung“ pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen mit und ohne Behinderung zu lösen.

Die oben genannten Herausforderungen wurden auch in den Erhebungen den Forschungsteams für die Landeshauptstadt München deutlich, wenngleich nicht so explizit formuliert.

Vorläufige Schätzung des Bedarfs an Pflegeplätzen in München

Konkrete Zahlen zum Bedarf an qualifizierten Pflegeplätzen für ältere, wohnungslose, pflegebedürftige Menschen liegen bisher keine vor. Es gibt nur Schätzungen, die sich aus den bisherigen Beobachtungen und Entwicklungen ableiten. Insgesamt wird ein Bedarf von ca. 24 Plätzen pro Jahr ab Pflegegrad 2 inklusive Kurzzeitpflege formuliert. Die Bedarfszahlen wurden 2019 geschätzt und von der Koordinationsstelle Wohnungslosenhilfe zusammengefasst. Die Schätzung erfolgte auf Basis einer Abfrage bei den freien Trägern der Wohnungslosenhilfe in München. Für den Katholischen Männerfürsorgeverein wurde ein Bedarf von ca. 15 Plätzen im Jahr genannt. Auch diese Zahl ist eine Schätzung, die sich an den Erfahrungswerten der Einrichtungen orientiert. In der nachfolgenden Tabelle 9 sind darüber hinaus auch die erhobenen Bedarfszahlen zur Palliativversorgung, Kurzzeitpflege und der Krankenwohnung aufgezeigt.

Tabelle 9: Bedarf an Pflegeplätzen für Wohnungslose in München pro Jahr

Bedarfszahlen	Plätze
Pflegeplätze in der Langzeithilfe ab Pflegegrad 2	15-20
Plätze in der Krankenwohnung	15
Palliativversorgung	5
Kurzzeitpflege	5-10
Summe insgesamt	40-50

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Erhebung des Kuratoriums Wohnungslosenhilfe (2019/2020) und eigener Erhebungen (ab 2021)

Auswertung der qualitativen Interviews in den niedrigschwelligen Versorgungseinrichtungen

In qualitativen Interviews wurden die Einrichtungsleitungen von zwei sogenannten niedrigschwelligen Einrichtungen für wohnungslose Menschen zur Versorgungssituation der pflegebedürftigen Bewohner*innen befragt. Beide Einrichtungen zielen auf eine niedrigschwellige Versorgung von wohnungslosen Menschen ab. Sie sind der ordnungsrechtlichen Unterbringung nachgeordnet, d. h. die Bewohner*innen zahlen einen Mietanteil für das Zimmer (Einzel- oder Doppelzimmer).

Im Konzept einer der Einrichtungen wird das Versorgungsangebot folgendermaßen beschrieben: „Sie wohnen im zeitgemäß möblierten Ein- oder Zweibettzimmer. Zur gemeinschaftlichen Nutzung stehen Ihnen Sanitärbereiche und Küchen zur Selbstversorgung ebenso wie Gruppen- und Freizeiträume zur Verfügung. Unsere Hilfe richtet sich nach Ihren Wünschen und unseren Möglichkeiten. Zu ihrer Beratung stehen Ihnen sachkundige Sozialpädagogen/innen zur Verfügung. Bei psychosozialen Problemen, Suchtmittelabhängigkeit, Überschuldung, Wohnungs- und Arbeitssuche helfen wir Ihnen kompetent weiter. Wir unterstützen Sie auch bei allen Behördenangelegenheiten, bei denen Sie Hilfe brauchen. Ihre aktive Beteiligung an diversen Freizeitangeboten, Interessen- und Gesprächsgruppen ist möglich und wird von uns gefördert. Sie können auch an Bewerbungsschulungen teilnehmen.“

Übereinstimmend stellten die beiden Einrichtungsleiter fest, dass sich das Konzept einer Selbstversorgung in der Einrichtung grundsätzlich bewährt habe. Es wird in der Regel vorausgesetzt, dass die Bewohner*innen sich selbstständig versorgen können, das Zimmer aufräumen können und selbst für die eigene Hygiene verantwortlich zeichnen.

Pflegerische Versorgung

Eine pflegerische Versorgung ist in der Regel nur in Ausnahmefällen angezeigt (Knochenfraktur, chronische Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes). In diesen Fällen wird bei Bedarf ein ambulanter Pflegedienst angefordert, der die Versorgung gewährleistet.

Hier zeigen sich allerdings schon erste Probleme. Die mangelnde Compliance mancher Bewohner führt zu Irritationen auf Seiten der Pflegedienste:

„Grade mit diesem ambulanten Pflegedienst, du musst dich mit denen sehr gut stellen, unsere Bewohner grade in dieser niedrigschwelligen Einrichtung ... sind nicht immer

in der Lage adäquat auf das Personal einzugehen“ (Interview 1; Zeile 73ff.).

Hinzu kommt, dass die Mitarbeiter*innen im Pflegedienst oft wechseln und die Bewohner ein eher schwieriges Verhältnis zu den pflegenden Personen haben, dies führt auch zu Konflikten mit den Pflegediensten und ggf. dazu, dass die Pflegedienste die Versorgung nicht mehr übernehmen.

„Der Pflegedienst schickt auch nicht immer den gleichen Menschen, das ist ja das Nächste. Dann kommt, also bei dem einen Fall, der sehr schwierig war, kam Gott sei Dank immer die Gleiche, die war tiptop, also die war Gold wert, ja. Die hat mitgedacht, die hat mit dem Soz.-Päd. geredet, die hat geschaut, dass die Medikamente nicht ausgehen, die war zu dem Bewohner supernett und letztendlich hat er jetzt keine Wunden mehr. Also die war top und die war auch immer die Gleiche, ich glaub, weil da im Pflegedienst kein anderer Bock hatte auf den Bewohner, muss man auch sagen. Aber sonst wechselt ja sehr häufig. Also unsere Leute tun sich schwer mit anderen Menschen dauernd, ja. Dann kommt erst der Ivan, dann kommt die Frau, dann kommt die Petra, dann kommt die Christine, dann ..., ja wer grad Dienst hat und mit dem Auto vorfährt. Oder die eine ist zickig, die andere machts schnell, die andere machts langsam, die andere erzählt Witze, die andere spricht so schlecht Deutsch. Das ist etwas, womit unsere Leute ganz schlecht umgehen können. Und wenn dann natürlich sexistische Bemerkungen kommen, dann knallts natürlich, ja. Oder versteh dich nicht, kannst du nicht besser Deutsch reden. Ich mein, solche Sprüche fallen ja auch“ (Interview 1, Zeile 800ff.).

Als belastend für die Einrichtung wird empfunden, dass die Organisation der ambulanten Pflege stets einem Aushandlungsprozess zwischen Einrichtung und Pflegedienst unterliegt. Hinzu kommen die zusätzlichen Kosten, die für Bewohner entstehen können und teilweise nur über Spendengelder abgedeckt werden.

Des Weiteren wird von den Leitungen die mangelnde Würdigung gegenüber der Pflege durch die zu behandelnden Patienten thematisiert: „[Dass die Pflegedienste] nicht mehr Würdigung bekommen“ (Interview 1, Zeile 765); „Also die Pflegekraft an sich bekommt wenig Dank und Anerkennung“ (Interview 1, Zeile 819).

Beide Einrichtungen leiden allerdings auch unter den mangelnden eigenen personellen Ressourcen, die ge-

rade für eine mögliche Begleitung von Bewohnern bei Krankenhausfahrten oder Arztbesuchen benötigt würden. Die fehlende „Wartezimmerfähigkeit“ der Bewohner spielt hier eine besondere Rolle.

Die finanzielle Ausstattung der Bewohner hemmt ebenfalls eine gelingende pflegerische Versorgung. So wird den Bewohnern in den niedrigschwelligen kommunalen Einrichtungen (ambulante Versorgung) ein Entgelt in Höhe des Sozialhilfesatzes von ca. 420 € ausbezahlt, das zur Gestaltung des Lebensunterhalts für die Versorgung verwendet werden soll. In den Einrichtungen der überörtlichen Kostenträger, also auch den sogenannten Langzeiteinrichtungen (stationäre Versorgung) wird dieser Satz auf ca. 120 € gekürzt, da viele Versorgungsleistungen durch die Einrichtung erbracht werden. Dies erschwert den Übergang von den niedrigschwelligen Hilfen in eine stationäre Einrichtung. Die Einrichtungsleitungen schlagen vor, diesen Übergang durch eine befristetes erhöhtes „Taschengeld“ zu erleichtern.

Die Folgen dieser Rahmenbedingungen zeigen sich auch darin, dass viele Bewohner in den Einrichtungen ihren schlechten Gesundheitszustand lange Zeit nicht offen darlegen und sich „verbergen“, in der Angst, das Haus verlassen zu müssen. Die Folgen, gerade bei chronischen Erkrankungen, sind gravierend. Ebenso sind Fehleinschätzungen der Klienten über ihren Gesundheitszustand keine Seltenheit. Die Entlassung aus der Klinik ist für viele Klienten zudem gleichbedeutend mit dem Ende einer medikamentösen Therapie (vgl. Interview 2, Zeile 299ff.).

Wechsel in eine Langzeiteinrichtung

Gelingt es, Klienten in eine Langzeiteinrichtung zu überführen, ist damit nicht immer deren dauernder Verbleib dort abgesichert:

„Und da haben wir auch schon verschiedene Erfahrungen gemacht, wir haben das eine, das andere Mal ... nachgegeben und haben gesagt ok, es ist noch nicht so weit, dass man sagt, es muss unbedingt sein, er kommt noch zurecht hier im Haus, kann dableiben, spricht sich natürlich rum wie ein Lauffeuer, dass das alles bloß leere Drohungen sind, was wir da machen und dass man bloß hartnäckig sein muss, dann darf man dableiben. In anderen Fällen haben wir tatsächlich gekündigt, ... haben in der Teambesprechung Vor- und Nachteile abgewogen und Alternativen abgewogen und haben gesagt, also die Kündigung ist der richtige Weg, weil die Wahrscheinlichkeit ist sehr groß zu 90 Prozent, dass wir ihm die Pistole auf die Brust setzen, dass er dann wirklich den Umzug macht. Das Ergebnis in diesen zwei Fällen war, das hat

nicht geklappt, sondern wir waren in St. Benno, da haben die Kollegen dann sogar ein paar Tage den Platz noch aufgehalten, der ist aber weder bei denen aufgetaucht noch sonst wo und ist dann stattdessen in einer Pension gelandet. Der andere Fall war in der Waakirchner Straße da hat er einen Platz gehabt, Bewohner ging dort nicht hin war aber gekündigt in der Hoffnung, dass er hingeh, haben aber gesagt, wir würden ihm die Sachen rüberbringen. Er war plötzlich verschwunden und sein gesetzlicher Betreuer hat uns dann ein halbes Jahr später informiert, der hat einen Kumpel gehabt, der eine eigene Wohnung hatte in München und bei dem ist er erst einmal eingezogen, gedacht, das geht auf Dauer dort, dann hat ihn der irgendwann rausgeschmissen, weil's nicht mehr gegangen ist und dann hat er auf der Straße einen Schlaganfall gekriegt. Also genau das passiert, was wir eigentlich vermeiden wollten. Und natürlich dann Hemmungen, diesen Schritt nochmal zu machen, wenn es zweimal schiefgegangen ist. Also den Königsweg gibt es da nicht“ (Interview 2; Zeile 488ff.).

Viele Klienten haben große Probleme, sich in der neuen Umgebung einzufügen oder die neue Situation zu akzeptieren. Ergänzend sei hier erwähnt, dass aus Sicht der Langzeiteinrichtungen viele Patienten zu spät in die Langzeithilfe überführt werden. Unabhängig davon ist zu beklagen, dass es auch zu wenige Plätze im Bereich der Langzeithilfen gibt, die eine adäquate Versorgung gewährleisten könnten. In der Beurteilung, wie diese Situation zu entschärfen sei, kommen die beiden befragten Einrichtungsleitungen zu divergierenden Einschätzungen.

Lösungsansätze

Eine Einrichtungsleitung sieht die Möglichkeit der Versorgung in einer ambulanten Zuschaltung eines auf die Wohnungslosenhilfe ausgerichteten Pflegedienstes, der sich mit den besonderen Schwierigkeiten der Klientel auskennt und dadurch auch die Compliance in der Behandlung verbessern könnte. In der anderen Einrichtung sieht man die Lösung eher in einer gesonderten pflegerischen Versorgung in der Kooperation mit einem ambulanten Pflegedienst, der eine entsprechende (auch palliative) Einrichtung betreibt.

Gleichwohl werden auch die besonderen sozialen und psychischen Probleme der Klienten bei der Versorgung gesehen. Gerade die sozialrechtlichen Bedingungen scheinen allerdings eine Hürde zu sein, wenn die Versorgung wohnungsloser Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten diskutiert wird.

Die Verbesserung der strukturellen und personellen Bedingungen für die niedrigrschwelligeren, aber auch die Langzeiteinrichtungen werden immer wieder ins Feld geführt. Es fehle in den Langzeiteinrichtungen, so die Einschätzung einer Einrichtungsleitung aus dem niedrigrschwelligeren Sektor, ein entsprechend qualifizierter Pfortendienst, der neben der pflegerischen und sozialpädagogischen Unterstützung gerade auch in Krisensituationen unterstützen könne und den individuellen Verbleib der Klienten in der Einrichtung absichern könnte.

Nachfolgend werden zwei Fallbeispiele angeführt, die die besondere Situation der niedrigrschwelligeren Einrichtungen verdeutlichen:

Fallbeispiel 1

Herr R., geb. 29.03.1949. Erstkontakt in der Chiemgaustraße (Einrichtung der Wohnungslosenhilfe) am 31.10.2012, in den kommenden Jahren kam es mehrfach zu Ein- und wieder Auszügen. Herr R. lebte jahrelang auf der Straße, bekam in den verschiedensten Einrichtungen Hausverbot, wurde daher auch vom Case-Management betreut. Er war psychisch sehr auffällig, ein Einzelgänger. Im April 2019 wurde ein Speiseröhrentumor festgestellt. Im weiteren Verlauf konnte er daher immer weniger essen, verlor sehr viel Gewicht, bekam eine Chemotherapie, die zu einer kurzfristigen Besserung führte. Da er sehr geschwächt war, sich nicht mehr selbst versorgen konnte (Essen kaufen und zubereiten, Zimmer- und Körperhygiene) war er bereit, in die Waakirchner Straße (Langzeiteinrichtung der Wohnungslosenhilfe) umzuziehen. Für dort war er jedoch eigentlich zu pflegebedürftig. Nur durch große Bemühungen wurde Herr R. schließlich in der Waakirchner Straße aufgenommen. Hätte es eine Pflegeeinrichtung gegeben, wäre er besser dort untergebracht.

Fallbeispiel 2

Herr H., geb. 01.02.1975, war seit den 90iger Jahren in Einrichtungen vom KMFV untergebracht. Hirtenstein, Weihersmühle (Fachkliniken der Suchthilfe) und ab 2001 in der Chiemgaustraße. Herr H. hatte massive soziale Schwierigkeiten, trank 30 Flaschen Bier am Tag, vermüllte, achtete nicht auf seine Körper- und Zimmerhygiene. Als durch einen Tumor im Rachenraum eine Trachealkanüle erforderlich wurde, benötigte Herr H. eine stärkere Unterstützung besonders im hygienischen Bereich. Ein regelmäßiges Wäsche waschen und wechseln, das Reinigen der Bettwäsche und des Zimmers war nun notwendiger als zuvor. Obwohl wir den Platz des Herrn H. in der Chiemgaustraße kündigen mussten, sah es lange Zeit

so aus, dass Herrn H. keine Langzeiteinrichtung aufnehmen wollte. Pflegeeinrichtungen waren aufgrund des jungen Alters ebenfalls nicht möglich. Herr H. konnte daher lange aus dem Krankenhaus nicht weitervermittelt werden, da er wohnungslos war und schwerst erkrankt. Nach Monaten nahm ihn schließlich doch die Gabelsbergerstraße (Einrichtung der Langzeithilfe) auf.

Beurteilung der Versorgungssituation durch die Pflegekräfte

In einer ergänzenden Erhebung wurden Pflegekräfte (Pflegedienstleiter und Pflegemitarbeiter) befragt. Sie berichten, dass die Pflegeeinstufung im Qualitätsmanagement der Einrichtung hinterlegt sei. Es gebe jedoch keine einheitlichen Standards zur Aufnahme oder Verlegung von Patienten/Klienten für alle Langzeiteinrichtungen des KMFV.

Folgendes Procedere ist beispielsweise vorgesehen:

Primäres Ziel der Pflege ist die Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation. Grundsätzlich steht das Ziel des Verbleibs in der Einrichtung an erster Stelle. Sollte dies aus Sicht der Pflege nicht mehr zu gewährleisten sein, wird eine Fallbesprechung mit dem Sozialdienst angeregt. Der Arzt konsultiert den Patienten. Wird entschieden, dass die Einrichtung die Versorgung nicht mehr leisten kann, nimmt der Sozialdienst Kontakt zu einem Altenheim auf.

Für die notwendige Pflegeeinstufung wird der MDK zur Begutachtung vom Sozialdienst hinzugezogen. Bei der Begutachtung schließt der MDK die Dokumentation der Einrichtung insbesondere zur Medikation mit ein. Es ist eine Pflegekraft bei der Begutachtung anwesend. Bei der Suche nach einem möglichen Pflegeheim für wohnungslose Menschen sollte deren Angst vor dem MDK mitbedacht werden.

Sollte das Altenheim, in das der Patient verlegt werden soll, eine Betreuerin bzw. einen Betreuer für den Patienten verlangen, wird auch dies von der Einrichtung (Sozialdienst) veranlasst. Auch diese Begutachtung übernimmt ein Arzt bzw. eine Ärztin. Grundsätzlich setzt der Pflegedienst die Begutachtung in Gang. Wichtig sei auch ein gewisses Vertrauensverhältnis zwischen Pflegedienst und den aufnehmenden Einrichtungen.

Die Männer, die ins Altenheim müssten, seien „weniger renitent“ als gemeinhin angenommen. Zum einen reduziere sich der Alkoholkonsum, zum anderen auch die Neigung zu rauchen. Auch die besonderen sozialen

Schwierigkeiten träten in den Hintergrund. Bei der Überleitung in ein Altenheim bzw. eine Pflegeeinrichtung sei man bemüht, die Klienten „gut zu verkaufen“. Es gebe auch Fälle, in denen Bewohner nicht in ein Pflegeheim möchten. Hier würden die Möglichkeiten der Versorgung durch den Pflegedienst ausgeschöpft.

Auch Krankenhäuser suchen dringend Plätze und vermitteln Patienten in die Langzeiteinrichtungen. Vermittlungen aus dem Krankenhäusern werden durch die Einrichtung begutachtet und im Kontakt mit dem Sozialdienst des Krankenhauses besprochen.

Der klassische „Obdachlose“ sei eher selten. Der Migrationshintergrund von Klienten spiele vermehrt eine Rolle. Der Leistungsanspruch an die Versorgung sei gewachsen und die sozialpädagogische Betreuung ein wichtiger Teil der Versorgung.

Man schöpfe die Ressourcen der Einrichtungen aus, auch wenn der Pflegebedarf vorübergehend erhöht ist, da oft kein Platz im Pflegeheim für die Klienten gefunden werde. Besteht eine höherer Pflegegrad, wird bei bestehender Compliance der Patient gepflegt. Bei fehlender Compliance und hohem Pflegebedarf (Lagerung) muss verlegt werden, da auch nur eine Fachkraft nachts im Dienst sei. Diesen Platz suche der Sozialdienst oder aber die Betreuerin bzw. der Betreuer des Patienten. „Die Pflege (in der Wohnungslosenhilfe G. R.) macht jetzt schon, was auch im Altenheim zu tun ist.“ Die Standards, mit denen gearbeitet wird, die Beziehungspflege inklusive pädagogischer Betreuung und die damit verbundene Lebensqualität für die Bewohner. Wichtig sei daher kein „Konzept für die Allgemeinheit“, sondern die Absicherung der Bestandskunden.

Einschätzungen zur Gesamtsituation

Ergänzend wurden die Einrichtungsleiter gebeten, zu einer Reihe von Aussagen anzugeben, ob sie diesen zustimmen oder diese ablehnen (vgl. Tab. 10). Es wird die Anzahl der jeweiligen Zustimmungen bzw. Ablehnungen angegeben. In einer Einrichtung wurde neben der Leitung auch die stellvertretende Einrichtungsleitung befragt. Daher ist die Summe der Antworten für die befragten acht Einrichtungen neun.

Tabelle 10: Einschätzung der bestehenden und zukünftigen Pflege von Wohnungslosen in niedrigschwelligen Einrichtungen

	Zustimmung	weder/noch	Ablehnung	Kann nicht beurteilt werden
Es sollten qualifizierte Plätze zur Pflege in den bestehenden Einrichtungen eingestreut werden.	8	1		
Eine verbesserte Kooperation mit Pflegeheimen würde viele Probleme lösen.	7	2		
Der Pflegebedarf kann in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe abgedeckt werden.	1	3	5	
Wohnungslose Menschen werden in den Pflegeeinrichtungen adäquat versorgt.	1	5	2	1
Kurzzeitpflege oder eine Krankenwohnung sollten so angelegt sein, dass die Menschen wieder zurück in die Einrichtung kommen.	9			
Krankenhäuser sollten die Menschen bis zur vollständigen Genesung versorgen.	9			
Mit einer ausreichenden Personalausstattung können die Probleme der Versorgung gelöst werden.	7	1	1	
Die mangelnde Versorgung der Menschen durch andere (ambulante) Dienste überfordert die Einrichtungen.	2	1	2	4
Durch ambulante Pflegedienste kann die Versorgung in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sichergestellt werden.	1	2	4	2
Der Anteil der pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen wird zunehmen.	7	1		1
Die bisherigen Kostenträger der Wohnungslosenhilfe werden Pflegeleistungen auf die Pflegekassen übertragen wollen.	9			
Das Konzept <i>Housing First</i> kann zur Lösung beitragen: Pflege könnte in der eigenen Wohnung stattfinden.	4	1	3	1

Quelle: eigene Darstellung

Teilweise zeigt sich hier ein ambivalentes Bild, was auch den unterschiedlichen Erfahrungen in den jeweiligen Einrichtungen geschuldet ist. Eine vollständige Zustimmung erhalten die Aussagen, dass Krankenhäuser die Klienten bis zur vollständigen Genesung versorgen sollten, dass die Kurzzeitpflege so angelegt wird, dass Patienten auch wieder in die Einrichtung zurückkehren können und die These, dass die Kostenträger (Bezirk Oberbayern) vorhaben, die Kosten für eine pflegerische Versorgung an die Pflegekassen zu übertragen. Eine sehr hohe Zustimmung erfährt auch der Vorschlag, Pflegeplätze in den Einrichtungen der Langzeithilfen einzustreuen. Dass eine ambulante pflegerische Versorgung die Probleme lösen werde, glaubt nur eine einzelne Person. Ebenfalls bezweifelt wird, dass wohnungslose

Menschen in den klassischen Pflegeeinrichtungen adäquat versorgt werden können.

Angebote tagesstrukturierender Maßnahmen in den Einrichtungen

Abschließend wurde erhoben, welche Angebote und Maßnahmen die Einrichtungen im Rahmen der tagesstrukturierenden Maßnahmen machen (vgl. Tab. 11). Angeben ist die Anzahl der Einrichtungen, die hier Angebote vorhalten.

Laut den Aussagen der Befragten schränkte die COVID-19-Pandemie die mögliche Durchführung von Veranstaltungen stark ein.

Tabelle 11: Angebote tagesstrukturierender Maßnahmen

	kein Angebot	monatlich	wöchentlich	bedarfsorientiert	Anzahl der Teilnehmer
Kontrolliertes Trinken/ Suchtarbeit	1			5	5–10
Psychoedukative Programme	3			2	5–10
Gedächtnistraining	2		3	2	5–10
Antigewalttraining	3			4	5–10
Spielenachmittag	1		5		5–10
Gesangsgruppe/ Musikgruppe	4		2	1	5–10
Kochkurs	1	1	1 (1x täglich)	2	10–15
Kaffeetrinken	1	1	3	1	5–10
Gesprächsrunden	2	1	3	2	5–10
Ausflüge	1	2	3	1	5–10
Freizeiten (Urlaub)	3			4 (jährlich)	15
Sonstiges	1			1	
Feiertage (Weihnachten, Ostern, Fasching)				7	40 (50–80 % der Bewohner)
Geburtstagsfeiern individuell				1	
Geburtstagsfeiern Gruppen				6	Gruppen 10–15

Quelle: eigene Darstellung

Empfehlungen

Aus Sicht des Forschungsteams wären die folgenden Optionen für die Weiterentwicklung der Versorgung älterer wohnungsloser Menschen zu prüfen:

- Projektierung eines Pflegezentrums für die Wohnungslosenhilfe oder Integration von qualifizierten Pflegeplätzen (ggf. nach SGB XI) in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (insbesondere Langzeiteinrichtungen).
- Organisation eines zugehenden Pflegedienstes für die niedrigschwelligen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.

Weitere allgemeine Empfehlungen

- Erstellung einer digitalen Informationsplattform für eine bessere Übersichtlichkeit über das Hilfenetzwerk und die Akteur*innen.
- Einrichtung einer Fachstelle für das Entlassmanagement bei Krankenhausaufenthalten.
- Einrichtung eines „Pflegeplatzmanagers“.
- Erhöhung des Platzangebots in der Kurz- und Langzeitpflege in der klassischen Altenpflege.
- Schaffung von Strukturen für eine adäquate Versorgung „Nichtversicherter“.
Ergänzt wurde hier, die Härtefallregelung nach § 23 SGB XII konsequent anzuwenden, um eine Versorgung zu ermöglichen.(Workshop 1-Abschlussveranstaltung)
- Einrichtung von Fahrdiensten zur Unterstützung bei der Versorgung der betroffenen Patient*innen.
- Vernetzung der beteiligten versorgenden Akteur*innen.

Empfehlungen bei Pflege in der Wohnungslosenhilfe

- Rechtliche Möglichkeiten im Rahmen der Wohnungslosenhilfe prüfen (vgl. § 13 SGB XI: Verhältnis Eingliederungshilfe/Soziale Pflegeversicherung oder §§ 75ff SGB XII).
- Entwicklung geeigneter Instrumente zur Erhebung des „Pflegebedarfs“ bspw. in Zusammenarbeit mit der Fakultät Pflege der Katholischen Stiftungshochschule.
- Das Gespräch mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen suchen (Angst der Betroffenen vor dem MDK berücksichtigen).
- Vorhandene bauliche Möglichkeiten nutzen (z. B. Haus St. Benno im KMFV).
- Entwicklung eines Konzepts für eine kleine überschaubare Versorgungseinheit entwickeln und die möglichen (Kosten-)Träger miteinbeziehen.
- Schaffung einer eigenen Pflegeeinrichtung (vgl. Simonshof Bastheim).

Empfehlungen bei Ausgliederung der Pflege

- Sicherstellung der sozialpädagogischen Betreuung aufgrund der besonderen sozialen Schwierigkeiten bei Übernahme der Pflege durch einen anderen Träger (z. B. Münchenstift, Caritas).
- Prüfung der Auswirkungen einer Übertragung der Pflege (ggf. nach SGB XI) auf einen anderen Träger für die eigenen Langzeiteinrichtungen.

5.3 Psychiatrische Versorgung

Für die Versorgungsebene „Sofortunterbringung“ ergaben sich folgende Fragestellungen:

- Wie äußern sich die gesundheitlichen Probleme von Menschen, die in der Sofortunterbringung versorgt werden?
- Welche Bedarfe bestehen in der gesundheitlichen (psychosozial, psychiatrisch, pflegerisch) Versorgung von Menschen, die in der Sofortunterbringung untergebracht sind?
- Welche Strategien gibt es, um den Bedarfen zu entsprechen?

In qualitativen Interviews mit Fachkräften aus der Wohnungslosenhilfe (2021) stellte sich heraus, dass neben dem steigenden Anteil pflegebedürftiger Klient*innen, die Versorgung von Klient*innen mit psychischen Erkrankungen in der Sofortunterbringung eine wesentliche Aufgabe ist. Deswegen wurden zusätzlich 4 qualitative Interviews mit Vertreter*innen der psychiatrischen Versorgung in der Wohnungslosenhilfe geführt, wobei der thematische Schwerpunkt auf die psychische Gesundheit gelegt wurde. Ergänzt wurden die Ergebnisse der qualitativen Interviews durch die Analyse vorliegender Studien und Evaluationsberichte zu der Thematik.

Ergebnisse

Als wesentliches Problem in der Sofortunterbringung werden in den Interviews psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen genannt. Die Fachkräfte aus der Wohnungslosenhilfe berichten von Beobachtungen, die für sie ein Indikator für eine Zunahme an psychischen Erkrankungen sind. Dazu zählen der Anstieg an Polizeieinsätzen, zunehmende Konflikte und eine vermehrte Einzelzimmervergabe. Obwohl keine gesicherten Diagnosen genannt werden können, wird auch von den psychiatrischen Fachkräften bestätigt, dass die Komplexität und Chronifizierung zunehmen.

Der geschätzte hohe Anteil an Menschen mit psychischen Erkrankungen unter den Wohnungslosen wird durch andere Studien im Raum München gestützt. In der Arztpraxis Pilgersheimer Straße zählen psychische Störungen zu den häufigsten Diagnosen (Jahresbericht Pilgersheimer Straße 2021; 2024). Bei 6 % der Patient*innen von open.med München wurden im Jahr 2022 Verhaltens- und psychische Störungen diagnostiziert. Im Jahr 2024 zählten Depressionen und Anpassungsstörungen zu den 5 häufigsten Diagnosen (open.med 2022; 2024). In einer Studie zu den Hilfebedarfen schwer psychisch kranker

wohnungsloser Frauen wurde von Einrichtungen wie Tagerstreffs und offener Hilfe geschätzt, dass die Zahl der Frauen, die aus niedrigschwelligen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe „herausfielen“ oder nicht in der Lage waren, diese in Anspruch zu nehmen, bei bis zu 85 lag (Unterkofler et al. 2022: 3). Das „Brückenteam wohnungslos“ berichtet von 111 Menschen mit hochkomplexer multimorbider Problematik, davon 55,9 % Frauen (ebd.)

Das System der Sofortunterbringung wird als unüberschaubar beschrieben. Von Mitarbeitenden in der Wohnungslosenhilfe wird ein hoher Bedarf an Unterstützung im Umgang mit psychisch Erkrankten gemeldet. Bestehende Angebote wie therapeutische Wohngemeinschaften, die Clearingeinrichtung Implerstraße oder das Haus an der Knorrstraße seien zu hochschwierig oder hätten keine Kapazitäten, neue Klient*innen aufzunehmen. Zusätzlich erschwert werde eine bedarfsgerechte Weitervermittlung aus der Wohnungslosenhilfe bei einer Komorbidität (i. e. gleichzeitiges Vorliegen von Sucht- und psychischer Erkrankung). Durch Doppeldiagnosen seien die Zuständigkeiten von Psychiatrie und Suchthilfe uneindeutig und die Klient*innen verblieben in der Wohnungslosenhilfe.

Empfehlungen

- **Systematische Datenerhebung**
Für eine genauere Beschreibung der gesundheitlichen Situation in der Sofortunterbringung ist eine systematische Datenerhebung sinnvoll. Möglich ist z. B. eine Stichprobenziehung, um valide Zahlen zu generieren. Dabei muss die Einhaltung des Datenschutzes beachtet werden.
- **Unterstützung von Mitarbeitenden im Umgang mit psychisch Erkrankten**
Mitarbeitende in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sehen sich in der Arbeit mit psychisch belasteten Klient*innen zunehmend herausgefordert. Die Mitarbeitenden sollen deswegen in ihrer Arbeit unterstützt werden, in dem sie im Umgang mit psychisch Erkrankten geschult werden. Möglichkeiten bieten z. B. die Fortbildungsangebote der Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) oder des KMFV.
- **Angebote niedrigschwelliger psychoedukativer Programme**
Um Betroffene für das Thema psychische Gesundheit zu sensibilisieren, bieten sich niedrigschwellige Programme zur Förderung der seelischen Gesundheit wie z. B. das Programm „gesund.sein“ an.

6 Gesundheitsförderung bei wohnungslosen Menschen

- **Verstärkung der Bezirkssozialarbeit**

In München bietet die Bezirkssozialarbeit Beratung und Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen an und sucht auch Menschen in der Sofortunterbringung auf. Das derzeitige Angebot reicht jedoch nicht aus, insbesondere wenn die Krisenbewältigung in einzelnen Fällen mehr Zeit in Anspruch nimmt. Um die Begleitung und Beratung durch die Bezirkssozialarbeit weiterhin umfassend zu ermöglichen, sind deren zeitliche und personelle Ressourcen zu stärken.

- **Einbindung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in den Unterkünften**

Für eine bedarfsgerechte Versorgung von Klient*innen ist es sinnvoll, aufsuchende Hilfen wie den Sozialpsychiatrischen Dienst zur Hilfe für Menschen (mit Verdacht auf) psychische Erkrankungen verstärkt in die Angebote der Sofortunterbringung einzubinden. Hilfreich ist dies zum Beispiel bei der Nachsorge nach einem Aufenthalt in einer stationären psychiatrischen Klinik.

- **Bilden eines multidisziplinären Teams**

Multidisziplinäre Teams sind insbesondere hilfreich bei Übergängen zwischen städtischen, psychiatrischen und bezirksfinanzierten Systemen. Klient*innen können so bedarfsangemessene Hilfen schneller vermittelt bekommen.

- **Konzeption einer Einrichtung mit unterschiedlichen Kostenträgern**

Der tatsächliche Bedarf der Klient*innen zeigt sich häufig erst im zeitlichen Verlauf. Um diesem zu begegnen, ist eine Einrichtung sinnvoll, die verschiedenen Kostenträgern unterliegt. So können Klient*innen flexibel zwischen Hilfsangeboten wechseln.

- **Nutzen von Angeboten der Tagesstätten**

Es gibt Tagesstätten für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die auch von psychisch kranken wohnungslosen Menschen stärker genutzt werden können, um z.B. zu einer Strukturierung des Tages beizutragen (Workshop 2 – Abschlussveranstaltung).

- **Hospitation von Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie**

Um Übergänge reibungsloser zu gestalten, sind Netzwerke wichtig, in denen sich die Partner mit den Abläufen in anderen Institutionen vertraut machen. Hier können gegenseitige Hospitationen (z. B. im Bereich der Wohnungslosenhilfe und der Psychiatrie) hilfreich sein (Workshop 2 – Abschlussveranstaltung).

- **Aufsuchende Hilfe und Telemedizin**

Die Tendenz in der Psychiatrie geht weg von einer stationären Behandlung, hin zur ambulanten Hilfe. Wichtig ist, die aufsuchende Hilfe um telemedizinische Angebote zu ergänzen (Workshop 2 – Abschlussveranstaltung).

Laut der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation wird Gesundheitsförderung als ein Prozess verstanden, der darauf abzielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, soziale Unterschiede des Gesundheitszustands zu verringern und gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen (WHO 1986: 1f.).

Gesundheitsförderung setzt nach Habermann-Horstmeier und Lippke (2019: 5) auf drei grundsätzliche Strategien:

- **Advocate:** das anwaltschaftliche Eintreten für eigene gesundheitliche Interessen und die gesundheitlichen Interessen anderer Menschen, um verschiedene Bereiche des Lebens wie z. B. Politik, Ökonomie, Umwelt, Verhalten und soziales Miteinander positiv zu beeinflussen, damit dies der Gesundheit zugutekommt.
- **Enable:** die Befähigung von Menschen, Einfluss auf gesundheitsrelevante Faktoren zu nehmen.
- **Mediate:** das koordinierte Zusammenwirken in vielen Bereichen und auf vielen Ebenen, um Gesundheitsförderung umzusetzen.

Der „Settingansatz“ oder zu Deutsch auch „Lebensweltansatz“, der auf den Sozialzusammenhang abhebt, in dem Menschen ihren Alltag leben, der Einfluss auf ihre Gesundheit hat, stellt die Kernstrategie zur Gesundheitsförderung dar (WHO 1986: 5). Der Settingansatz bezieht mit ein, dass die Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe in einer wechselseitigen Beziehung mit individuellen, sozialen und ökologischen Faktoren steht, die einen gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitserhaltenden oder auch einen gesundheitsbelastenden Einfluss haben (Hartung & Rosenbrock 2022: 1). Da gesundheitsrelevante Ressourcen oft ungleich in der Bevölkerung verteilt sind, ist es das Ziel der Gesundheitsförderung, Lebenswelten so zu verbessern, dass Menschen im Hinblick auf ihre Gesundheit davon optimal profitieren können (Habermann-Horstmeier & Lippke 2019: 8ff.).

Im Jahr 2015 wurde in Deutschland das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) beschlossen. Durch das Gesetz sind nach § 20 Abs. 1 SGB V Leistungen möglich, die zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten beitragen sollen und die gesundheitliche Eigenkompetenz fördern sollen. Obwohl Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ein wichtiges Setting darstellen, um gesundheitliche

Chancengleichheit zu ermöglichen, werden durch das Präventionsgesetz keine Leistungen dafür vorgehalten.

6.1 Angebote, Handlungsfelder und Bedarfe der Gesundheitsförderung bei wohnungslosen und obdachlosen Menschen – Ergebnisse einer empirischen Erhebung

Wohnungslose und obdachlose Menschen leben oft in prekären Lebenslagen und verfügen über wenige gesundheitliche Ressourcen. Ihr Alltag ist von Stressoren und Belastungen geprägt, die ihren Gesundheitszustand negativ beeinflussen. Zudem steht die gesundheitliche Situation in einem wechselseitigen Zusammenhang – sowohl was die Entstehung als auch die Überwindung von Wohnungslosigkeit angeht. Nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Fachkräfte der Wohnungslosenhilfe stellt der gesundheitliche Zustand ihrer Klient*innen verstärkt eine Herausforderung dar, was gelingende Angebote der Gesundheitsförderung zunehmend notwendig macht.

Die Bedingungen in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie den niedrigschwelligen Angeboten wie Tagerstreffs oder Streetwork haben als Lebenswelt einen wesentlichen Einfluss auf die Möglichkeiten wohnungsloser Menschen, ein gesundes Leben zu führen.

Fragestellung

Gesundheitsförderung bei wohnungslosen Menschen kann einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten. Die Bedeutung von Gesundheitsförderung bei dieser Bevölkerungsgruppe gewinnt zudem im Fachdiskurs zunehmend an Bedeutung (vgl. Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit 2022).

Betrachtet man den aktuellen Stand von Projekten, die unter Gesundheitsförderung bei wohnungslosen Menschen subsumiert sind, fällt auf, dass der Großteil der Projekte medizinische Versorgung und sozialarbeiterische Hilfen wie Sucht- und Drogenberatung, Kontaktstellen und die Erfüllung überlebensnotwendiger Bedürfnisse (Tagesaufenthalte, Übernachtungsschutz, Nahrung und Kleidung) anbietet (vgl. Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit).

Als Beispielprojekte, die gesundheitsförderungsspezifische Angebote machen, seien hier zwei Projekte aufgeführt:

Das Projekt „gesund.sein“ ist ein Gruppenprogramm zur Förderung der seelischen Gesundheit wohnungsloser Männer. Es richtet sich an wohnungslose Männer im Alter von ca. 20 bis 60 Jahren, die in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe mit regelmäßigen sozialarbeiterischen Hilfeangeboten leben. In geschlossenen Gruppen mit 5 bis 10 Teilnehmern wird wöchentlich in 6 Einheiten mit je 90 Minuten ein Informationsgewinn zu psychischer Gesundheit, die Stärkung von Kommunikationsfähigkeit und Selbsthilfepotenzialen sowie eine Erhöhung der Motivation, sich mit dem Thema „seelische Gesundheit“ auseinanderzusetzen, angestrebt. Die Gruppenleitung übernehmen hierfür geschulte Sozialarbeiter*innen oder Mitarbeiter*innen der Einrichtung. Für die dritte Einheit wird eine Psychiaterin oder ein Psychiater hinzugezogen (vgl. Niebauer 2017).

Das Projekt „gesund.zeit.raum“ ist ein Leuchtturmprojekt in Düsseldorf, das an den vorhandenen Angeboten der drei Tagesstätten und der evangelischen Tafelausgabe ansetzt. Das Projekt zielt darauf ab, wohnungslose und sozial benachteiligte Menschen zu ermutigen, sich mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen und ihnen zu einem körperlichen und emotionalen Wohlbefinden und einer individuellen Gesunderhaltung zu verhelfen. Dazu setzt es an den vier Säulen „Prävention und Soforthilfe“, „Medizinische Versorgung“, „Well-being“ und „Sozialberatung der evangelischen Tafelausgabe“ an, die Angebote zu gesunder Ernährung, Gesundheitsbewusstsein, Kreativität, Stärkung der seelischen Gesundheit und Resilienz sowie sozialer und kultureller Teilhabe umfassen (vgl. Diakonie Düsseldorf 2021).

Obwohl die Forderung nach Gesundheitsförderung aus der Fachpraxis zunehmend stärker wird, finden sich bisher kaum Informationen zu Bedarfen und Angeboten mit Blick auf die Gesundheitsförderung in der Wohnungslosenhilfe. Die vorliegende Erhebung zielte darauf ab, mehr über Gesundheitsförderung bei wohnungslosen Menschen zu erfahren. Dabei geht sie auf folgende Fragen ein:

- Wie schätzen Praktiker*innen den Gesundheitszustand ihrer Klientel ein?
- Welche gesundheitsfördernden Angebote machen Einrichtungen?
- Welche Bedarfe sehen Praktiker*innen im Bereich Gesundheitsförderung?
- Welche Barrieren gibt es, die eine Umsetzung verhindern?

Methodisches Vorgehen

Es wurde ein Fragebogen für eine standardisierte Befragung entwickelt. Dieser wurde für ein Pretestverfahren an andere Wissenschaftler*innen und Fachpersonal der Wohnungslosenhilfe versendet und anhand der Anmerkungen überarbeitet.

Der Fragebogen stand als Onlineversion über die Plattform SoSci Survey von Mitte April 2024 bis Mitte Mai 2024 zur Verfügung. Die Zielgruppe zur Beantwortung stellten bundesweit Praktiker*innen der Wohnungslosenhilfe dar. Die Teilnehmer*innen der Befragung wurden über die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) gewonnen, die per Mail zur Erhebung einlud und den Zugangslink zur Befragung an ihre Mitgliedseinrichtungen versendete. Die so gewonnenen Daten wurden mit Hilfe der Statistiksoftware SPSS ausgewertet.

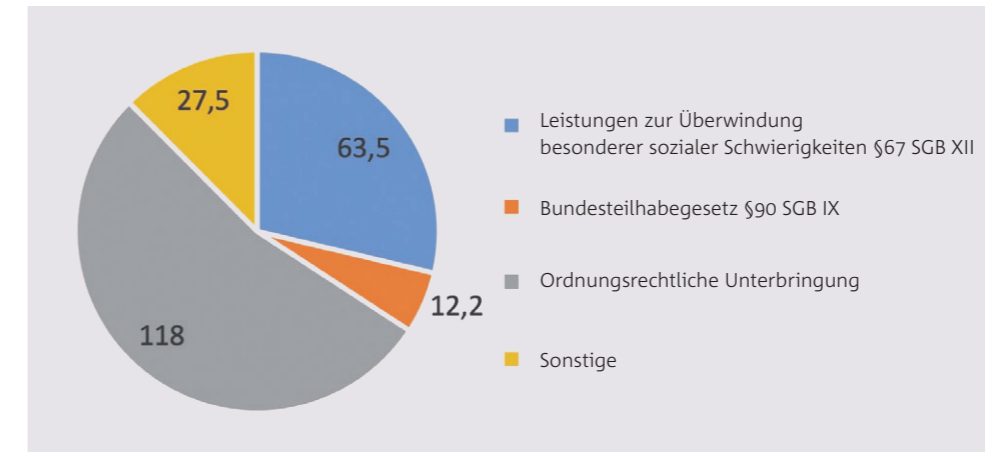
Ergebnisse

Insgesamt wurden 1.235 Mitgliedseinrichtungen angeschrieben. Der Link zum Fragebogen wurde 483-mal aufgerufen. 183-mal wurde der Fragebogen bis zum Ende durchgeklickt. Um die Dropout-Rate gering zu halten, war im Fragebogen die Möglichkeit gegeben, Fragen unbeantwortet zu lassen und den Fragebogen trotzdem fortzusetzen. Dies führte zu einer unterschiedlichen Anzahl an Gesamtantworten (n) bei den einzelnen Fragen. 25,2 % der befragten Einrichtungen kamen aus Bayern und Nordrhein-Westfalen, 12,9 % aus Baden-Württemberg, 8,4 % aus Hessen, 7,4 % aus Berlin, 5,9 % aus Niedersachsen und Sachsen, 5 % aus Hamburg, 2 % aus Rheinland-Pfalz, 1 % aus Schleswig-Holstein und 0,5 % aus Bremen (n=202).

Am häufigsten wurde die Frage zur rechtlichen Finanzierungsgrundlage beantwortet (vgl. Abb. 8). Aufgrund von Mehrfachnennungen ergaben sich Prozentzahlen von über 100 %. Mit 118 % liegt die ordnungsrechtliche Finanzierung an der Spitze. Am zweithäufigsten (63,5 %) wurde angegeben, dass Einrichtungen nach Leistungen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten gemäß § 67 SGB XII finanziert werden.

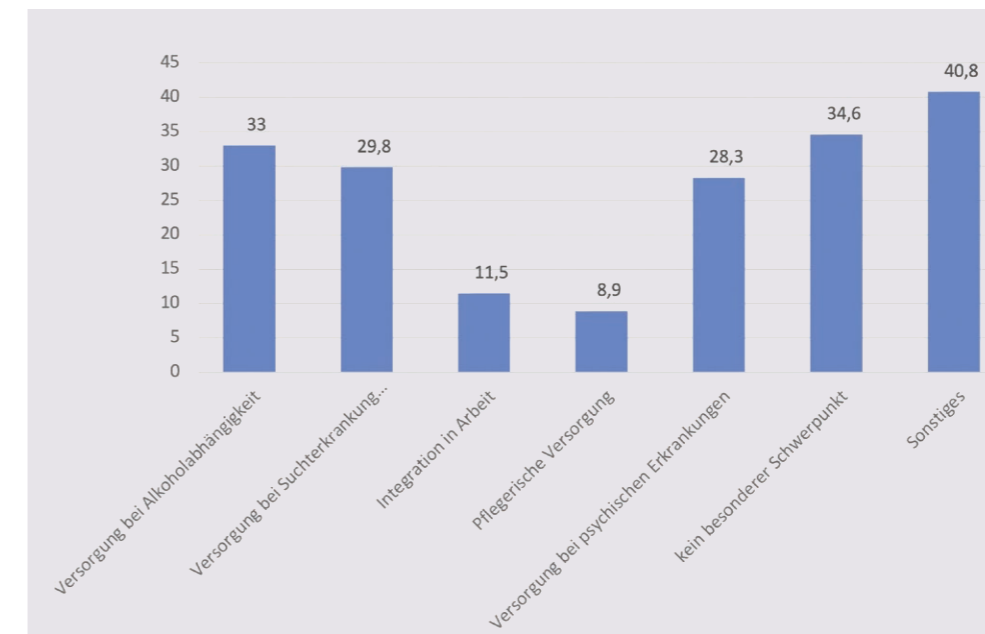
Unter „Sonstige“ wurden Zuwendungen, Spendengelder, freiwillige Leistungen der Stadt und andere gesetzliche Grundlagen wie SGB VIII und SGB II genannt.

Abbildung 8: Rechtliche Grundlage der Finanzierung (in %)



Anmerkung: n=189; durch die Möglichkeit von Mehrfachnennungen ergeben die Prozentzahlen in Summe mehr als 100 %.
Quelle: eigene Darstellung

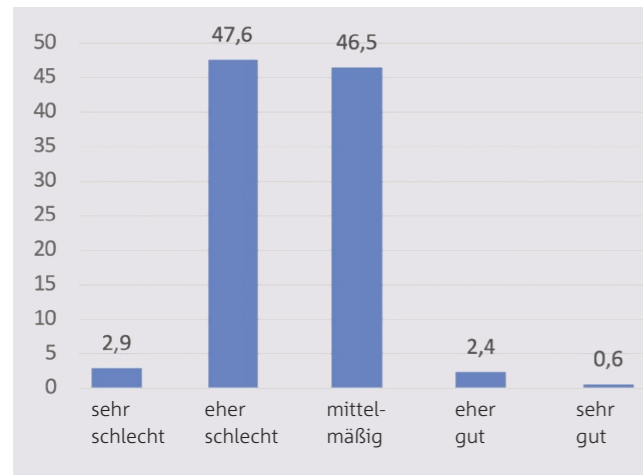
Abbildung 9: Art des Hilfeangebots (in %)



Anmerkung: n=191; durch die Möglichkeit der Mehrfachnennung ergeben die Prozentzahlen in Summe mehr als 100 %.
Quelle: eigene Darstellung

Die Versorgungsschwerpunkte der Einrichtungen waren die Versorgung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit (33 %), die Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen (29,8 %), die Integration in Arbeit (11,5 %), die pflegerische Versorgung (8,9 %) und die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (28,3 %). Von den Einrichtungen gaben 34,6 % an, keinen besonderen Versorgungsschwerpunkt zu haben.

Abbildung 10: Gesundheitszustand der Klient*innen (Einschätzung der Einrichtungen) (in %)

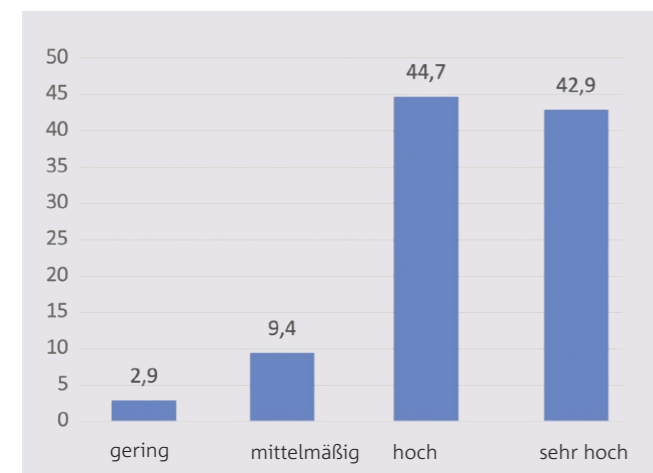


Quelle: eigene Darstellung

Betrachtet man den allgemeinen Gesundheitszustand der Klient*innen (vgl. Abb. 10) auf einer Skala von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“, gaben von 170 befragten Einrichtungen 47,6 % an, dass sie den Gesundheitszustand ihrer Klient*innen als „eher schlecht“ einschätzten. Ein beinahe ebenso großer Teil (46,5 %) gab an, er sei aus ihrer Sicht „mittelmäßig“. Lediglich 2,4 % schätzten den Gesundheitszustand als „eher gut“, 0,6 % als „sehr gut“ und 2,9 % als „sehr schlecht“ ein.

Den Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Wohnungslosenhilfe schätzen 44,7 % der Praktiker*innen als hoch und 42,9 % sogar als sehr hoch ein. Nur 9,4 % gaben an, dass der Bedarf mittelmäßig ist, und 2,9 % schätzen ihn als gering ein.

Abbildung 11: Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen für wohnungslose Menschen in Deutschland (in %)

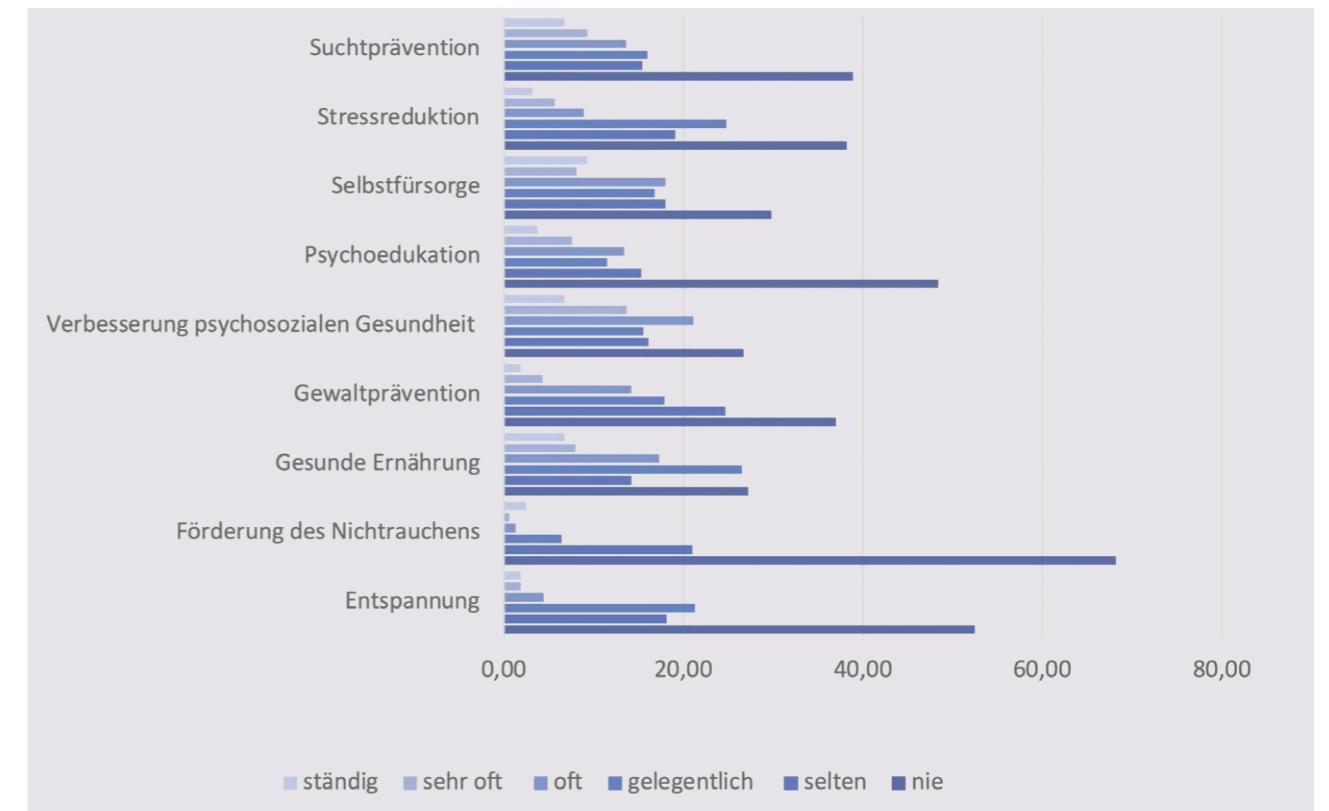


Quelle: eigene Darstellung

Bei der Frage danach, wie häufig die Einrichtungen Angebote zu verschiedenen gesundheitsfördernden Maßnahmen machen, wurden die Häufigkeitsangaben folgendermaßen operationalisiert: „nie“ = kein Angebot; „selten“ = weniger als einmal im Quartal; „gelegentlich“ = häufiger als einmal im Quartal, aber nicht jeden Monat; „oft“ = einmal monatlich; „sehr oft“ = mehrmals monatlich; „ständig“ = mindestens einmal pro Woche. Es zeigt sich, dass ein großer Teil der Einrichtungen „nie“ Angebote zur Gesundheitsförderung macht – und zwar über alle Handlungsfelder hinweg. In einzelnen Handlungsfeldern wie „Stressreduktion“, „gesunde Ernährung“ und „Entspannung“ wurde am zweithäufigsten genannt, dass „gelegentlich“ Angebote unterbreitet werden. Im Handlungsfeld „Verbesserung der psychosozialen Gesundheit“ war die zweithäufigste Antwort, dass „oft“ Angebote gemacht werden.

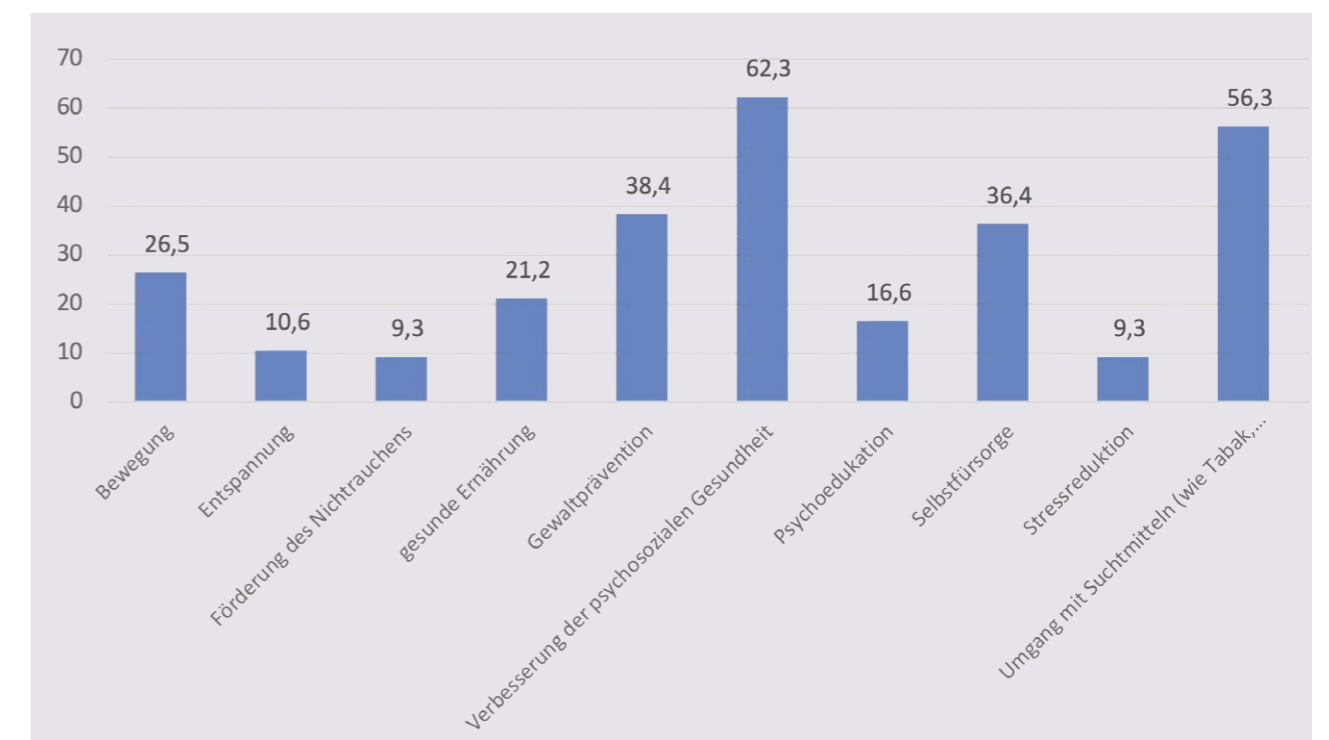
In dem Bereich, in dem etwa 20 % der Einrichtungen angaben, „oft“ Angebote vorzuhalten, sahen die Befragten gleichzeitig den größten Handlungsbedarf (vgl. Abb. 13): nämlich bei der Verbesserung der psychosozialen Gesundheit (62,3 %). Beim Umgang mit Suchtmitteln sind es über die Hälfte (56,3 %), und 38,4 % sehen im Bereich der Gewaltprävention einen Handlungsbedarf.

Abbildung 12: Angebotshäufigkeit nach Themenbereichen



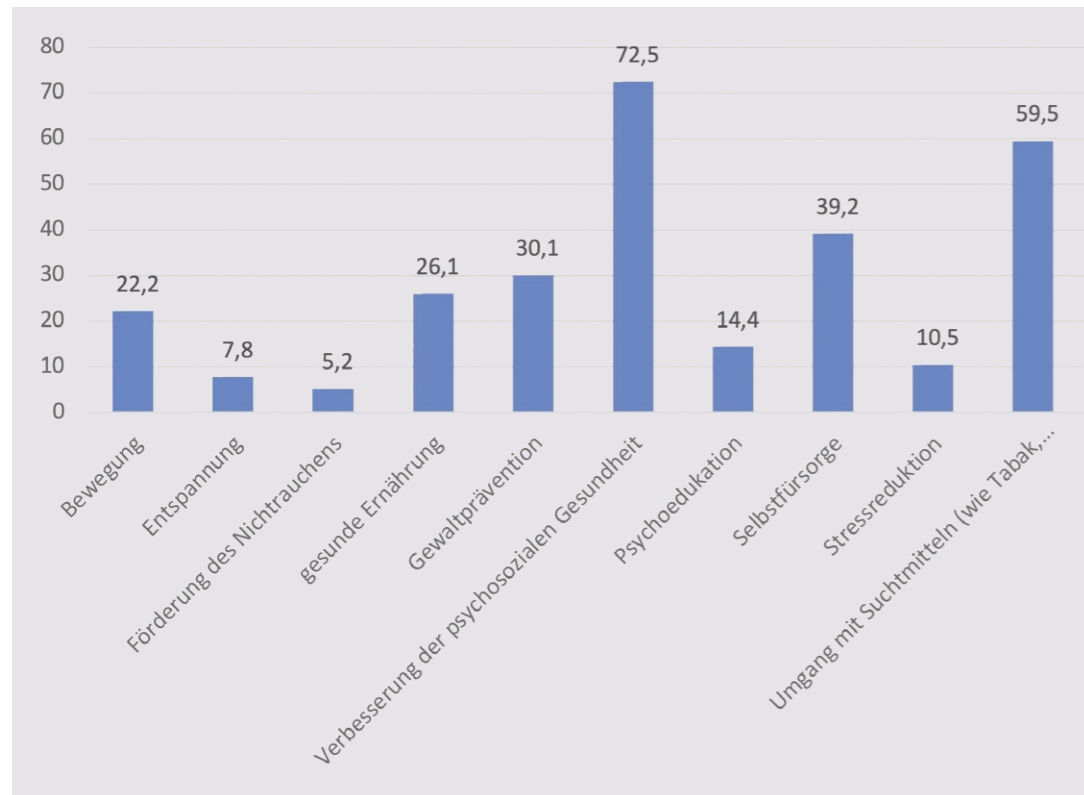
Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 13: Handlungsbedarfe in den Einrichtungen (in %)



Anmerkung: n=151; durch Möglichkeit zur Mehrfachnennung ergeben die Prozentzahlen in Summe mehr als 100 %.
Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 14: Bedarfe an zukünftigen Gesundheitsprojekten (in %)

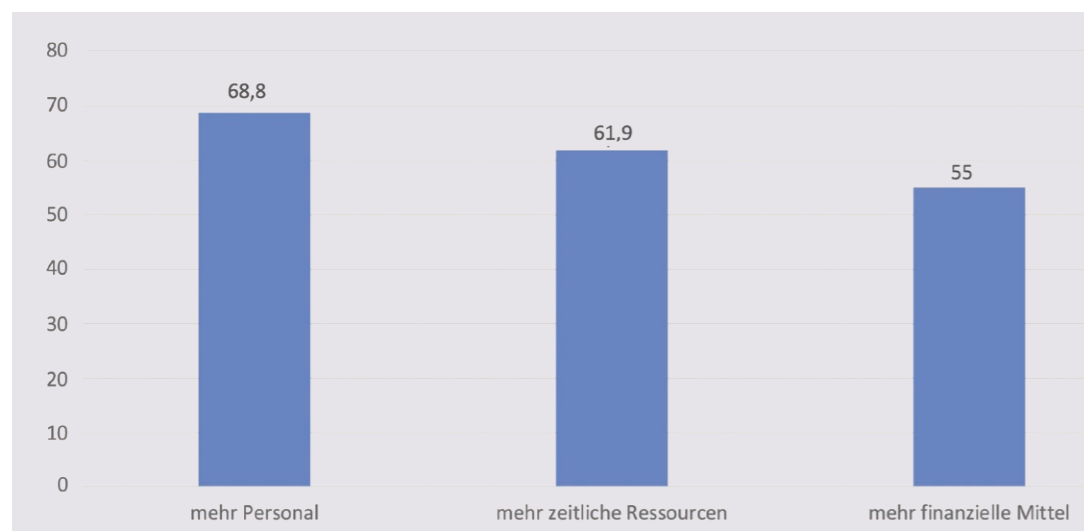


Anmerkung: n=153; durch Möglichkeit der Mehrfachnennung ergeben die Prozentzahlen in Summe mehr als 100 %.
Quelle: eigene Darstellung

In der Frage nach Themenbereichen, die den Befragten für zukünftige Gesundheitsprojekte wichtig sind, zeigt sich, dass 72,5 % Bedarfe in der Verbesserung der psychosozialen Gesundheit, 59,5 % im Umgang mit Suchtmitteln und 39,2 % im Bereich der Selbstfürsorge sehen.

Um gesundheitsfördernde Projekte anbieten zu können, sind für die Befragten mehr Personal (68,8 %), mehr zeitliche Ressourcen (61,9 %) und mehr finanzielle Mittel (55%) erforderlich.

Abbildung 15: Voraussetzungen für die Durchführung gesundheitsfördernder Angebote



Anmerkung: n= 160; Mehrfachnennungen waren möglich, Prozentzahlen beziehen sich die Anzahl der Fälle.
Quelle: eigene Darstellung

Die Befragten hatten die Möglichkeit, bei der Beantwortung einer offenen Frage Aspekte zu erörtern, die in den geschlossenen Fragen nicht berücksichtigt wurden, ihnen aber besonders wichtig erschienen. Die Antworten wurden in Kategorien zusammengefasst:

- Es wurde der **Bedarf an medizinischer Versorgung** durch aufsuchende Ärzt*innen und einer Akzeptanz gegenüber den Besonderheiten der Klientel, dem Wunsch nach einem niedrighwelligen Zugang zum Versorgungssystem sowie einer zeitnahen Versorgung formuliert.
- Es sei der **Bedarf an psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung** mit aufsuchenden Diensten und einer niedrighwelligen Arbeitsweise, einer zeitnahen Versorgung und dem Wunsch nach Traumatherapie/Trauma Fachberatung vorhanden.
- Es bestehe der Wunsch nach einer **verbesserten Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen** wie der Suchthilfe, dem sozialpsychiatrischen Dienst, der Psychiatrie und der Wohnungslosenhilfe.
- Es bestehe ein **Bedarf an pflegerischer Versorgung** mit mehr Plätzen in Pflegeheimen.
- Es bestehe ein **Bedarf an Einrichtungen für wohnungslose Menschen** mit der Möglichkeit zur Haustierhaltung, für kranke Wohnungslose, für Frauen, mit mehr Einzelzimmern.
- Es bestehe vermehrt ein **Bedarf an Versorgungsmöglichkeiten für Frauen und Frauen mit Kindern**, z. B. für kranke Frauen.
- Es wurde der **Wunsch nach Angeboten für sogenannte „Systemsprenger“** und Menschen ohne Compliance geäußert.
- Es bestehe der **Bedarf an mehr Wohnraum** mit dem Wunsch nach Housing First und eine schnellere Vermittlung in Wohnraum.
- Es wurde ein **Bedarf an Versorgungsmöglichkeiten von Menschen ohne Krankenversicherung und Leistungsanspruch** geäußert, die eine medizinische, pflegerische, palliative und Hospizversorgung ermöglichen.
- Die **mangelnde Compliance und Motivation der Klient*innen wurde thematisiert**. Hier besteht die Auffassung, dass erst die Befriedigung essenzieller Grundbedürfnisse notwendig sei, um sich auf Gesundheitsförderung einzulassen, dass wenig Interesse an Angeboten bestehe oder es Dolmetscher*innendienste für die Sprachmittlung bräuchte.

- Bei **Angeboten zur Gesundheitsförderung** konnten gute Erfahrungen gemacht werden mit der Schaffung einrichtungsübergreifender Gesundheitsprojekte. Es gebe externe Anbieter*innen für Sport und Gesundheitsberatung oder es werde bei Bedarf an entsprechende Stellen vermittelt.

Zusammenfassung

Um mehr über die Bedeutung von Gesundheitsförderung bei wohnungslosen Menschen zu erfahren, wurden Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Rahmen einer quantitativen Erhebung befragt. Diese umfasste eine Einschätzung der Praktiker*innen zum Gesundheitszustand ihrer Klient*innen, Angaben zu den Angeboten zur Gesundheitsförderung in den Einrichtungen sowie Bedarfe und Barrieren aus Sicht der Fachpraxis. Der Fragebogen wurde an 1.235 Einrichtungen verschickt. Die Ergebnisse sind in ihrer Aussagekraft stark limitiert, weil beim Ausfüllen des Fragebogens nicht alle Fragen beantwortet werden mussten, um ihn abzuschließen. Sie lassen keine allgemeingültigen Schlüsse auf die Gesundheitsförderung in der Wohnungslosenhilfe zu. Dennoch bieten sie wichtige Erkenntnisse zur Beantwortung der eingangs formulierten Fragestellungen.

Zusammenfassend lässt sich als Ergebnis nennen, dass wohnungslose Menschen eine auf vielen Ebenen gesundheitlich belastete Gruppe sind. Nach Einschätzung von beinahe 95 % der Einrichtungen ist der Gesundheitszustand ihrer Klient*innen „eher schlecht“ oder „mittelmäßig“. Ein wesentlicher Handlungsbedarf besteht im Bereich der Selbstfürsorge, beim Umgang mit Suchtmitteln und bei der Verbesserung der psychosozialen Gesundheit. Obwohl der Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen hoch ist, werden von den Einrichtungen kaum Angebote zur Gesundheitsförderung gemacht. Gründe dafür sind ein Mangel an zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen und eine schwach ausgeprägte Mitwirkungsbereitschaft der Klient*innen. Besonders auffallend ist, dass das Schaffen von Wohnraum als Voraussetzung für die Gesundheitsförderung verstanden und das Angebot an medizinischer, pflegerischer und psychologisch/psychiatrischer Versorgung als Gesundheitsförderung aufgefasst wird. Insgesamt besteht ein hoher Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen. Um diesem Bedarf zu begegnen, lassen sich folgende Empfehlungen ableiten.

Empfehlungen

- **Setting als niedrigschwelliger Zugang nutzen**
Über die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe können wohnungslose und obdachlose Menschen erreicht werden. Diese Settings stellen einen niedrigschwelliger Zugang zu gesundheitsfördernden Interventionen dar, die stärker in diese integriert werden sollten. Dabei sind zielgruppenspezifische Interventionen mehr in den Fokus zu stellen, um die Fähigkeit zur Selbstfürsorge zu stärken, die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit zu fördern und den Umgang mit Suchtmitteln positiv zu verändern.
- **Partizipation der Klient*innen**
Zur Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz ist es wichtig, mehr über das Gesundheitsverständnis, die Wünsche und Ressourcen der Zielgruppe zu erfahren. Hierzu bedarf es weiterer Forschung, um die Bedürfnisse der Zielgruppe besser zu kennen und Interventionen bedarfsgerecht zu gestalten. Diese kann wertvolle Hinweise zur zielgruppengerechten Gestaltung gesundheitsfördernder Interventionen liefern und zu einer höheren Compliance und Motivation zur Mitwirkung der Klient*innen beitragen.
Es können Arbeitskreise oder Räume geschaffen werden, in denen sich Klient*innen austauschen können (dies ist leichter im stationären als im ambulanten Setting). Im ambulanten Setting und bei niedrigschwelliger Angeboten ist es sinnvoll, die Partizipation „in kleinen Dingen“ zu ermöglichen und die „Landschaft“, in der sich die Menschen bewegen, entsprechend zu gestalten wie z.B. durch ausreichende Duschkmöglichkeiten (Workshop 4 – Abschlussveranstaltung).
- **Ressourcenorientierte Haltung**
Im Sinn des Empowerments sollen wohnungslose Menschen unterstützt werden, ihre gesundheitsbezogenen Ressourcen zu erkennen und effektiv für sich zu nutzen, um in den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen mehr Selbstwirksamkeit zu erleben.
- **Settingspezifische Unterstützung**
Es braucht mehr Erkenntnisse, wie gesundheitsfördernde Angebote aufgebaut sein müssen, damit Praktiker*innen sie in ihrem Arbeitsalltag anbieten können. Dabei muss berücksichtigt werden, dass das Leben wohnungsloser Menschen in unterschiedlichen Settings mit spezifischen Begebenheiten stattfindet (niedrigschwellige Arbeit bis vollstationäre Versorgung). Hierzu kann ein Methodenkoffer zur Gesundheitsförderung gemeinsam mit Praktiker*innen entwickelt

werden, dessen Module individuell und bedarfsgerecht auf unterschiedliche Settings angewendet werden können.

- Bausteine zur Gesundheitsförderung sind laut Workshop 4 – Abschlussveranstaltung):
- hauswirtschaftliche Unterstützung (z. B. Duschen, Zubereitung von Essen);
 - niedrigschwellige Aufklärungs- und Beratungsangebote;
 - Sport- und Bewegungsangebote;
 - Besuch von Beratungsangeboten wie z. B. der Aidshilfe in Einrichtungen;
 - thematischer Gesundheitsmonat in Einrichtungen;
 - Aufklärung über die Wirkung von Psychopharmaka und Krankheitsbildern;
 - Gesundheitskiosk (z. B. etabliert in Hamburg).
- **Stärkere politische Beteiligung**
Obwohl das Präventionsgesetz relevante Gesundheitsziele verfolgt, und Leistungsarten zur individuellen Verhaltensprävention und zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten vorhält, werden wohnungs- und obdachlose Menschen darin nicht berücksichtigt. Umso wichtiger ist es, Leistungen für diese Zielgruppe zur Verfügung zu stellen und zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten beizutragen. Es müssen finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um gesundheitsfördernde Settings in der Wohnungslosenhilfe aufzubauen und so eigenverantwortliches gesundheitsbewusstes Handeln überhaupt zu ermöglichen.

6.2 Gesundheitsverständnis wohnungsloser Menschen – Ergebnisse einer qualitativen Erhebung

Das Wissen über die Gesundheit von wohnungslosen und obdachlosen Menschen hat in den letzten Jahren zugenommen. Der Schwerpunkt aktueller Studien liegt auf der Erhebung von somatischen und psychischen Erkrankungen innerhalb der Zielgruppe. Während dies für die medizinische Versorgung wohnungsloser und obdachloser Menschen von Bedeutung ist, stellt sich für die Planung gesundheitsfördernder Angebote die Frage, welches Verständnis wohnungslose und obdachlose Menschen von Gesundheit haben.

Theoretischer Rahmen

Gesundheit wird nach der Definition von Hurrelmann (2010: 146) verstanden als „(...) Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, es ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Lernpotenziale möglich, und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren.“

Diese Gesundheitsdefinition basiert auf den Grundannahmen, dass sich Gesundheit und Krankheit aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen ergeben und die sozialen Bedingungen den Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Bedingungen bilden (ebd.: 138ff.)

Diese Definition impliziert auch, dass die Ausprägungen und Stadien von Gesundheit und Krankheit einer subjektiven Bewertung unterliegen (ebd.). Aus einer Vielzahl empirischer Studien lassen sich vielfältige subjektive Konzepte von Gesundheit ableiten. In diesen wird Gesundheit begrifflich zum einen positiv und negativ und zum anderen auf körperlicher, psychischer oder sozialer Dimension bestimmt. Die positiven Definitionen von Gesundheit verstehen das eigene Befinden als psychisches Wohlbefinden wie z.B. innere Ausgeglichenheit und Ruhe oder körperliches Wohlbefinden z.B. als innere Kraft sowie als ein umfassendes seelisches Gleichgewicht oder soziale Harmonie. Gesundheit wird auch beschrieben als Aktionspotenzial, das sich in körperlicher, geistiger Energie, als körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit oder als grundlegende Handlungsfähigkeit (z.B. Fähigkeit, morgens gut aufstehen zu können) äußern kann. Negative Bestimmungen von Gesundheit umfassen die Abwesenheit von Krankheit und auch ein geringes Maß an physischen und psychischen Problemen oder Beschwerden (Faltermaier 2023: 247f.).

Empirischer Forschungsstand

Bisher lassen sich kaum Studien über das Gesundheitsverständnis wohnungs- und obdachloser Menschen finden. Die einzige Erhebung stellt die Untersuchung von Flick und Röhsch (2008) zu Gesundheitsvorstel-

lungen und zum Umgang mit Krankheiten im Kontext von Jugendobdachlosigkeit dar.

Sie beschreiben, dass die Gesundheitsvorstellungen zum einen von einer pragmatischen Sichtweise, vom Überleben geprägten Sichtweise durchdrungen sind. Gesundheit verstehen jugendliche Obdachlose als etwas, das mit Überleben und der Erfüllung unmittelbarer Bedürfnisse zu tun hat. Sie sind oft auf Ressourcen wie Notunterkünfte und Essensausgaben angewiesen, und es fehlt ihnen an Wissen über Prävention oder Gesundheitsförderung. Krankheiten werden als unvermeidlicher Teil des Lebens betrachtet und als normal empfunden. Dies schließt negative Erfahrungen mit und ein Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem ein. Die psychische Gesundheit findet wenig Berücksichtigung und beeinflusst ihr allgemeines Gesundheitsverständnis. Stigmatisierung und gesellschaftliche Vorurteile führen dazu, dass sich die Jugendlichen als Außenseiter erleben und aus Angst vor Verurteilung Angst haben, Hilfe zu suchen. Ihr Selbstwertgefühl ist dadurch beeinträchtigt und führt dazu, dass sie ihre eigenen Gesundheitsbedürfnisse ignorieren. Erschwerend kommt ein Erleben von sozialer Isolation hinzu, das zur Folge hat, Gesundheitsprobleme allein bewältigen zu müssen und einen Zugang zu Unterstützung erschwert (Flick & Röhsch 2008).

Fragestellung der Erhebung

Aus dem empirischen Forschungsstand und theoretischen Hintergrund ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Was verstehen die Betroffenen unter Gesundheit?
- Welche gesundheitlichen Ressourcen haben wohnungs- und obdachlose Menschen?
- Welchen gesundheitlichen Risiken sind sie ausgesetzt?
- Was tun wohnungslose und obdachlose Menschen, um ihre Gesundheit zu erhalten bzw. zu fördern?
- Was wünschen sich die Betroffenen von ihrer Umwelt?

Methodisches Vorgehen

Die Forschungsdesign und die Fragestellungen wurden im Forschungsprojekt erarbeitet. Die Erhebung und Auswertung führten Studierende der Sozialen Arbeit (B.A.) im Rahmen des Moduls „Methoden empirischer Forschung“ durch. Dabei erhielten sie eine Hinführung zum Thema sowie eine Einführung in die Erhebungs- und Auswertungsmethodik.

Für die Erhebung wurden semistrukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um gezielt Antworten auf die Fragestellung

Tabelle 12: Charakterisierung der befragten Einrichtungen

Nummer	Funktion der kontaktierten Person	Zielgruppe der Einrichtung	Einrichtungstyp	Platzzahl
1	Leitung	Wohnungslose Familien	Notunterkunft	266
2	Stellvertretende Leitung	Ältere wohnungslose Männer	Langzeiteinrichtung	62
3	Leitung	Jüngere und ältere Männer mit Suchterkrankung	Langzeiteinrichtung	60
4	Sozialarbeiterin	Frauen mit Behinderung, die wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind	Langzeiteinrichtung	23
5	Leitung	Obdachlose Frauen ohne und mit Kinder/n	Notunterkunft für bis zu 8 Wochen	55

Quelle: eigene Darstellung

zu erhalten und gleichzeitig genug Offenheit für die Interviewteilnehmer*innen zu ermöglichen. Da sich die Studierenden in Gruppen aufgeteilt haben, ermöglicht dieses Vorgehen zudem, dass es intersubjektiv durchgeführt werden kann und die Ergebnisse vergleichbar bleiben (vgl. Flick et al. 2015).

Für das theoretische Sampling wurden 5 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe angefragt. Die Einrichtungen wurden danach ausgewählt, welche Zielgruppe sie beherbergen. Es sollten unterschiedliche Zielgruppen erreicht werden, um einen differenzierten Blick zu erhalten. Für den Feldzugang informierte das Forschungsteam die Leitungen der Einrichtungen per E-Mail. Die Kontaktdaten wurden an die Studierenden weitergegeben, die sich für die Terminfindung an die Leitungen gewendet haben. Für die Auswahl der Betroffenen wurden Klient*innen von den Einrichtungsleitungen vorgeschlagen. In einer Einrichtung wurde von den Studierenden ein Informationsschreiben über das Vorhaben verfasst, auf das sich Interviewpartner*innen bei Interesse melden konnten. Die Interviews wurden mit den Betroffenen allein oder auf Wunsch im Beisein der Einrichtungsleitungen oder Mitarbeitenden geführt. Eine Datenschutzerklärung und Einverständniserklärung wurden vorab eingeholt. Die Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgenommen und anschließend transkribiert. Die teilnehmenden Einrichtungen sind in Tabelle 12 charakterisiert.

Neben den Mitarbeitenden der Einrichtungen konnten 5 Bewohner*innen für Interviews gewonnen werden. Diese werden als Fallbeispiele im Folgenden vorgestellt. Es konnten keine Familien interviewt werden.

Die Auswertung erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, da es sich um ein exploratives Vorgehen gehandelt hat, ohne die Absicht, ein theoretisches Sampling durchzuführen.

Ergebnisse

Beschreibung der fünf Fälle

Herr A.³ ist 80 Jahre alt und lebt seit ca. 2 Jahren in einer Langzeiteinrichtung für ältere wohnungslose Männer. Davor war er ein Jahr lang obdachlos. In jener Zeit bringt er seine Tage überwiegend am Flughafen und Hauptbahnhof, gelegentlich auch in der S-Bahn. Er raucht, trinkt aber keinen Alkohol. Herr A. ist an einer Herzinsuffizienz erkrankt und leidet unter Bluthochdruck.

Herr Z. ist 72 Jahre alt. Nach seiner Rückkehr aus der Schweiz ist er 3 Monate obdachlos, bis er in eine Langzeiteinrichtung für ältere wohnungslose Männer aufgenommen wird, in der er inzwischen seit 2 Jahren lebt. Er leidet unter hohem Blutdruck und hohem Blutzucker. Eine arterielle Verschlusskrankheit in den Beinen hindert ihn daran spazieren zu gehen. Seinen Gesundheitszustand schätzt er als mittelmäßig ein.

³ Um die Anonymität der Befragten zu schützen, wurden die Namen geändert.

Herr G. ist 62 Jahre alt und lebt seit 2019 in einer Einrichtung für ältere und jüngere wohnungslose Menschen. Davor war er ca. 3 Monate obdachlos. Er leidet unter psychischen Problemen wie Depressionen und ist trockener Alkoholiker. Aufgrund seines jahrelangen Alkoholmissbrauchs leidet er an einer Leberzirrhose. Seine Organe sind angegriffen.

Frau S. ist 62 Jahre alt und lebt zur Zeit des Interviews in einer Einrichtung für akute Notsituationen, in der sie bis zu 8 Wochen wohnen darf. Durch Arbeitslosigkeit konnte sie ihre Miete nicht mehr bezahlen und verlor dadurch ihre Wohnung. Sie ist 7 Jahre lang obdachlos gewesen, bevor sie in die Einrichtung aufgenommen wurde. In der Zeit ihrer Obdachlosigkeit arbeitete sie in einer Bäckerei im Verkauf und lebte am Flughafen. Sie raucht und ist an Diabetes erkrankt.

Frau K. ist 59 und lebt in einer Langzeiteinrichtung für ältere wohnungslose Frauen. Davor war sie 3 Jahre obdachlos und kam bei Freunden unter. Ein Mann, bei dem sie unterkommt, verabreicht ihr eine Überdosis Insulin, an der sie fast stirbt. Frau K. ist trockene Alkoholikerin und hatte Brustkrebs. Sie leidet unter Übergewicht. Zudem hat sie Arthrose, Asthma, Hepatitis C. Ihren Gesundheitszustand beschreibt sie als eher gut. Verständnis von Gesundheit

Bis auf einen Interviewten, der seinen Gesundheitszustand als „mittelmässig“ angibt, schätzen die Befragten ihren Gesundheitszustand als „eher gut“ ein.

Unter Gesundheit verstehen die Befragten Folgendes: Für Herrn A. und Herrn Z. ist Gesundheit körperliche Mobilität und damit verbunden die Möglichkeit, sich in ihrem Alltag selbstständig zu bewegen. „Also ich versuche, meine Mobilität noch so lange wie möglich zu behalten, ja, das ist für mich das wichtigste“ (Herr A.), „also wenn ich wieder ich sag jetzt mal einen normalen Spaziergang oder so absolvieren kann“ (Herr Z.). Über die Mobilität im Alltag hinaus versteht Herr G. unter Gesundheit Bewegungsfähigkeit und die Fähigkeit, Sport auszuüben: „Aber so grundsätzlich Sport zu machen, das ist so meines, und wenn ich das nicht machen kann, dann fühl ich mich eigentlich nicht gesund“ (Herr G.). Für zwei der Befragten hat Gesundheit einen hohen Stellenwert für ihr Leben: „Gesundheit bedeutet mir eigentlich viel, weil ohne Gesundheit macht's Leben keinen Spaß mehr“ (Herr A.), „finde es ist das Wichtigste“ (Frau S.). Frau K. setzt Gesundheit gleich mit einem Zuhause, in dem sie sich

wohl fühlt. Herr Z. sieht Gesundheit als die Freiheit von Problemen an: „Wenn ich kein/ wenn ich keine Probleme mehr hab“ (Herr Z.).

Gesundheitliche Ressourcen

Eine wesentliche Ressource stellen soziale Netzwerke und unterstützende soziale Kontakte dar: Herr A. konnte während seiner Obdachlosigkeit den Kontakt zu einem Freund halten. Auf diesen konnte er sich auch in einer gesundheitlich belastenden Situation verlassen: „Dann hab ich einen guten Freund, der ist mir eingefallen, dass der noch hier lebt mit seiner Familie, und ich habe angerufen und der hat mich dann bei sich zuhause aufgenommen. Aber mein Gesundheitszustand war dann so, also ich, die Füße haben geblutet, also ganz schlecht. Und dann hat er, habe ich habe ihn gebeten, dass er mich ins Krankenhaus bringt“ (Herr A.).

Herr G. hält die Unterstützung von außen wesentlich für die Krankheitsbewältigung: „Und alleine schafft man's nicht.“ Er sucht eine suchtspezifische Selbsthilfegruppe auf, über die er auch Freundschaften schließen kann: „Ich geh zu den AA (...), „(...) untereinander AA-Freunde, hab auch Freunde, ob jetzt AA oder irgendwas.“ Bedeutsam ist für ihn der Austausch mit anderen Betroffenen, weil er dort auf Verständnis trifft: „(...) aber das, weil dort Menschen sind, die das verstehen. Wenn ich jetzt andere Menschen, die nicht süchtig sind, die keine Alkoholiker sind, verstehen das nicht.“

Frau S. ist durch ihre Arbeit in ein positives Umfeld eingebunden. Mit ihren Vorgesetzten versteht sie sich gut. „(...) wir haben uns gut verstanden, also unsere Chefs (...). (...) die waren so lieb.“ Sie ist gut vernetzt und kann sich über die Informationen, die sie von ihren Kontakten erhält, gut versorgen: „(...) eine Bekannte, ich war dann halt in der Bahnhofsmission und da hab ich die kennengelernt, und die hat auch jemanden gekannt, die hat gesagt, ich soll zum Arzt gehen, dann bin ich da in der Pilgerheimerstraße gewesen.“ „(...) und meine Bekannte, muss ich sagen, hat mir bei allem sehr geholfen und hat auch gesagt, ich soll hier her gehen und mal schauen (...).“ Dort findet sie auch ein soziales Umfeld, zu dem sie auch nachhaltig Kontakt hält: „(...) jetzt wohnt er in Passau. Und wir sind auch öfters in Passau gewesen, so Urlaub mäßig und dann haben wir uns da auch getroffen.“ Eine Ressource stellt ihr Mann dar. Obwohl sie getrennt leben, sind sie befreundet und fahren gemeinsam in den Urlaub: „Gut, wir leben halt getrennt, aber ansonsten, wir fahren zusammen in den Urlaub.“ Er hilft ihr bei gesund-

heitlichen Problemen und motiviert sie dazu, zum Arzt zu gehen: „(...) *ich brauch keinen Doktor, sag ich, es war nur bisschen Schwindel. Ja dann hat er mich aber selbst hingebracht (...)*“ Mit ihrer Wohnung verliert sie auch ihre Krankenversicherung, kann aber vorübergehend bei ihrem Mann mitversichert werden: „*Bis ich jetzt die Karte bekommen hab, ich habe jetzt drei Wochen auf die Karte gewartet. Dann war jetzt so, dass ich bei meinem Mann, erst war er bei mir mitversichert, jetzt bin ich bei ihm mitversichert.*“

Auch eine bestehende oder ehemalige Berufstätigkeit ist eine Ressource, auf die sich die Befragten stützen können: Herr Z. verfügt über einen langjährige Erfahrung als selbstständiger Maschinenbauingenieur und würde seine Fähigkeiten gern ausüben und an andere weitergeben: „*Weil ich wäre auch noch gern bisschen tätig (...)*“, „*(...) ich würd halt gerne bisschen was von meinem Erfahrungsschatz auch weitergeben.*“

Frau S. ist gelernte Arzthelferin. Auf ihre Fähigkeiten konnte sie auch zurückgreifen, als es darum ging, eine Verletzung an ihrem Fuß zu verbinden. In der Arztpraxis für obdachlose Menschen erhielt sie dafür Anerkennung, was ihr das Gefühl gibt, wertvoll zu sein: „*(...) weil ich bin selbst gelernte Arzthelferin (...)*“, „*(...) ich hab 19 Jahre in einer Praxis gearbeitet, da hats gesagt ‚Kollegin‘.*“ Später arbeitet sie nicht mehr als Arzthelferin, sondern im Verkauf. Die Arbeit hat ihr trotz Wohnungslosigkeit Spaß gemacht, weil sie etwas zu tun und auch nette Kund*innen hatte.

Gesundheitliche Risiken

Während seiner Obdachlosigkeit verschlechtert sich der Gesundheitszustand von Herrn A.: „*(...) war in der Zeit drei Mal im Krankenhaus und ja, es ging mir sehr schlecht (...)*“, „*Aber mein Gesundheitszustand war dann so, also ich, die Füße haben geblutet, also ganz schlecht.*“ Problematisch ist für ihn der Mangel an Möglichkeiten zur Körperpflege, da es keine öffentlichen Bäder mehr gibt und andere Waschmöglichkeiten kostenpflichtig, was er sich nicht immer leisten kann: „*(...) mindestens ein Mal die Woche habe ich schon versucht zu duschen, weil das war mir das Unangenehmste, der Mangel an Pflege (...)*“. Außerdem setzt ihm das Unerwünschtsein im öffentlichen Raum zu: „*Plötzlich kam so ein älterer Grauhaariger, der hat mich gejagt da drin, wie ein Wilder und hat so lange gemacht, bis ich ein Hausverbot bekommen habe da.*“ An anderen Orten wie der S-Bahn findet er keine Ruhe: „*(...) aber da konnte man nicht schlafen (...)*“.

Die schlechte finanzielle Situation stellt ein Hindernis zur Erfüllung basaler Bedürfnisse wie Körperhygiene und Nahrung dar: „*(...) aber sie haben ja auch nicht immer das Geld, das Geld geht ja auch weg (...)*“, „*Tagelang Hunger geschoben, wenn man kein Geld mehr hatte.*“ Seine bestehende Erkrankung kann er weder durch eine regelmäßige Medikamenteneinnahme noch einen angepassten Lebensstil versorgen „*Ich hatte dann auch keine Medikamente mehr und dann hab ich wie gesagt Herzinsuffizienz, wenn das behandelt ist und ich mich jede Nacht hinlegen kann und die Beine hoch, dann habe ich keine Probleme, aber wir sind nur noch sitzen und so, da wurden die Beine richtig, das war unmöglich.*“ Das Gefühl die aktuelle Lebenssituation nicht bewältigen zu können, führt bei ihm zu einer Starre aus der er nicht allein hinaus findet und löst in ihm suizidale Gedanken aus „*(...) man fällt ja selbst so in eine gewisse Starre, nicht, man weiß nicht wohin und woher.*“, „*Ich hab auch mit den Gedanken gespielt, wenn ich irgendein Mittel gehabt hätte, möglichst schnell irgendwie weg dann hätte ich's gemacht (...)*“.

Herr Z. lebte lange in der Schweiz und ist gerade erst nach Deutschland gezogen. Er ist in Deutschland nur kurzfristig für die Dauer von 2 bis 3 Monaten wohnungslos. Als Hindernis empfindet er nur die fehlenden Informationen über das Hilfesystem: „*(...) also hier, wenn ich nach Deutschland gekommen bin, schwierig in der Lage gewesen, die Gepflogenheiten, die Möglichkeiten hier entsprechend zu kennen überhaupt erstmal.*“ Der Rest hängt seiner Meinung nach vom Eigenengagement ab: „*Weil letztendlich kommt's immer wieder drauf an, auf das eigene Engagement an.*“

Durch seine psychische Erkrankung kostet es Herrn G. viel Überwindung, sich nicht zurückzuziehen, sondern an Alltagsaktivitäten teilzunehmen: „*(...) auch so einen Ruck geben, jetzt geh ich wieder raus in die Welt (...)*“, „*(...) normale Dinge zu machen, aber das ist nicht so einfach. Man ist dann dieses, man zieht sich in sich selber zurück.*“ Seine familiären Beziehungen erlebt er auch unabhängig von seiner Suchterkrankung als belastet. In seiner Familie, aber auch bei anderen trifft er auf Unverständnis für seine Erkrankung: „*Was andere Menschen, die außenstehen, so bisschen abwertend, ah ja der braucht ja bloß aufstehen und braucht zu gehen, das kann man dann sicherlich net mehr, körperlich auch manchmal net, aber vor allem Dingen, seelisch, dieses Aufstehen und gehe und leb ganz normal.*“ Soziale Kontakte erlebt er seit der Corona-Zeit als erschwert, da die Menschen seiner Meinung nach mehr zur Isolation neigen: „*Diejenigen die jetzt kommen, sind mehr so auf sich, sind auch*

hier in der Einrichtung dann die absoluten Einzelgänger.“ Nach Meinung von Herrn G. braucht es mehrere Jahre Zeit, um sich von einer Alkoholsucht zu erholen, hierfür sei die Dauer einer Langzeittherapie von 4 Monaten aus seiner Sicht zu kurz: „*Das stellt man sich so vor, es gibt Langzeittherapie für 4 Monate, die hatte ich auch schon mitgemacht, (...). Das ist viel zu wenig. Ging aus Krankenversicherungs-Gründen (...), kann die Gesellschaft ja nicht machen, klar sie kann nicht jedem vier, fünf Jahre geben, aber von der Krankheit selber her ist das notwendig.*“ Eine Gefahr für seine psychische Gesundheit stellt auch seine Sucht und die damit verbundene Abwärtsspirale dar. Um dort heraus zu kommen, braucht er Hilfe von außen: „*(...) wenn diese für mich glücklichen Umstände nicht so gekommen wären, dann wäre ich dort auch immer noch obdachlos, oder nicht mehr am Leben, also das, die Trinkerei verstärkt diese psychischen Dinge, die schon vorher vorgelegen haben (...).*“ Durch seine Sucht fehlt es ihm an körperlicher Selbstfürsorge, auch hier ist er auf Hilfe von außen angewiesen: „*Aber man selber macht das nicht. Man liegt auf der Straße mit irgendwelchen körperlichen Dingen, hat vier Promille und irgendjemand kommt und ruft n Sanka an (...)*“, „*(...) wenn man in Haar ist oder in der Nussbaumstraße ist, zumindest mal festgestellt, aha das und das ist. Weil da wird ja Untersuchungen gemacht, Eingangsuntersuchung mit allem Drum und Dran, internistisch und so*“, „*Aber das kommt alles von außen, von dem Krankenhaus wo man hinkommt (...).*“

Aufgrund ihrer Alkoholsucht hat sich Frau K. aufs Essen verlagert und ist dadurch übergewichtig. Sie raucht und bewegt sich zu wenig. Als sie aus der Haft entlassen wurde, fühlt sie sich im Stich gelassen und weiß sich nicht anders zu helfen, als bei einem „Freund“ unterzukommen. Hier ist sie Gewalt ausgesetzt, an der sie fast gestorben wäre. Durch die fehlende Finanzierung durch das Jobcenter hat sie kein Geld und ist außerdem nicht krankenversichert.

Als Risiko für ihre körperliche Gesundheit gibt Frau S. das Rauchen an. Zudem hat sie Diabetes, durch den sie auch an einem diabetischen Fußsyndrom leidet: „*Ich hatte einen offenen Fuß gehabt, (...). Und mit meinem Zucker hat es dann halt ein bisschen länger gedauert.*“ Durch den Stress in der Arbeit fühlt sie sich überlastet und rutscht vorübergehend in eine depressive Phase: „*Da war beides, aber jetzt nicht, dass ich sage, ich hab Depressionen gehabt, es war eine depressive Phase, ja.*“ Bereits vor ihrer Obdachlosigkeit ignoriert sie körperliche Anzeichen für Erkrankungen und muss von ihrem Mann zu einem Arztbesuch motiviert werden. Die verschriebenen Medikamente

setzt sie aufgrund von Nebenwirkungen wieder ab, ohne alternative Medikamente zu nehmen. Während ihrer Zeit in der Obdachlosigkeit nimmt sie keine Medikamente. Durch den fehlenden Krankenversicherungsschutz muss sie ihr Mann motivieren, eine Arztpraxis für nichtversicherte Patient*innen aufzusuchen. Seitdem nutzt sie auch das zur Verfügung gestellte Gerät zur Blutzuckermessung und nimmt ein anderes Medikament ein. Zudem nutzt sie die Möglichkeit, regelmäßig zu essen. „*Mein Mann ist da auch bei denen in Behandlung. Der hat auch gesagt, geh halt mal hin. Weil ich ja damals nicht versichert war, und die haben es dann auch ohne Versicherung gemacht.*“

Strategien zur Erhaltung oder Förderung der Gesundheit

In seiner Zeit der Obdachlosigkeit wählt Herr A. seine Unterkünfte möglichst so aus, dass sie seiner Gesundheit nicht schaden. Dazu gehören eine angenehme Atmosphäre, Möglichkeiten zur Körperhygiene, Ruhe in der Nacht, Wärme und in Ruhe gelassen werden, um zu schlafen. „*Flughafen nachts, das ging nur eine Zeitlang gut. Das hatte den Grund, da sind Toiletten, man kann sich waschen und angenehme Atmosphäre, nicht? Also, jedenfalls schöner als am Stachus oder Hauptbahnhof, ne? Am Hauptbahnhof war ich auch eine Zeitlang, da war so eine Ecke, wo man zumindest im Sitzen bisschen, die haben einen auch in Ruhe gelassen. Aber da wurde ja gebaut, da war also auch nachts Betrieb, und auch Kakerlaken, also keine angenehme Atmosphäre.*“ Auch seine gesundheitlichen Beschwerden versucht er, im Rahmen seiner Möglichkeiten zu lindern, was ihm jedoch ohne Hilfe von außen nicht gelingt. „*Ja, ich habe alles mögliche versucht, ich bin dann zur Endhaltestelle gefahren, in (unverständlich) und hab dann da so die Beine hoch, aber das war ne halbe Stunde, das hilft einfach nicht. Das wurde immer schlimmer, dann haben auch die Füße sich entzündet.*“ Wenn die Rahmenbedingungen es zulassen, kümmert er sich um seine Erkrankung und hat kaum Beschwerden. „*Dann abends mal leicht, ein bisschen dicker, aber es geht nachts dann weg und ich nehme meine Medikamente, dann habe ich keine Probleme damit.*“ In der Einrichtung nimmt Herr A. die Sportangebote der Einrichtung wahr, sofern es ihm körperlich möglich ist: „*Ich möchte keinen Ball da drauf kriegen, und wir machen auch Ballspiele und sowas. Aber sobald das wieder weg ist, werde ich wieder teilnehmen, ne?*“ Er achtet darauf, körperlich aktiv zu bleiben: „*Dann hab ich selbst so Gummibänder und so bisschen und laufe dann auch zu Fuß, nicht übermäßig, aber ich versuche eben noch, was geht.*“ Er kauft sich zusätzlich zum Es-

sensangebot der Einrichtung Obst, das er gern isst: „Ja, ich kaufe natürlich immer noch Obst, obwohl wir kriegen so eine Grundversorgung Obst, (...), ich esse gerne Obst (...).“ Mit für ihn sympathischen Bewohnern des Hauses pflegt er soziale Kontakte: „(...) die anderen, die Netten, da hat man ein bisschen Kontakt und redet miteinander (...).“ Für ihn ist Kultur wichtig für seine Gesundheit. Er hört gern Symphonien, Theater- und Konzertbesuche bereiten ihm Freude. „Ich war schon mehrmals im Theater und Konzertbesuch. Ja das macht dann natürlich wieder Freude.“ In der Einrichtung wird er darin unterstützt, ärztliche Hilfe sowohl zur Abklärung als auch als Sicherheit in Notsituationen zu nutzen: „Ich hab auch einen Notruf, wenn mal was wäre, ja, und dann kommt der Herr Doktor immer ins Haus und wenn man irgendwas anderes braucht, dann fahren die auch dahin.“ Um die Funktionsfähigkeit für sein Atemgerät kümmert er sich selbst: „Ich kauf mein Duschzeug selber, Kochwaschmittel, dann brauche ich immer Wasser, destilliertes Wasser für mein Atemgerät.“

Herr Z. ist an sich zufrieden mit den Möglichkeiten, die ihm zu seiner Gesunderhaltung zur Verfügung stehen: „An sich funktioniert das ganz gut jetzt so.“ Er hält sich an die Vorgaben des Arztes, um seine Erkrankung zu bewältigen. Dazu zählt für ihn die Einnahme von Medikamenten und auch das Vermeiden schädigender Verhaltensweisen: „Ich mein, es gibt natürlich entsprechende Pillen, es gibt entsprechende Sachen, die du vermeiden sollst und dergleichen und naja gut, mach mer mit, solange's Spaß macht.“ Unterstützt wird er dabei von der Einrichtung, die auf die ärztliche Betreuung und regelmäßige Medikamenteneinnahme achtet: „(...) es sind Pfleger hier in der Einrichtung, die mich bei den Anbindungen entsprechend unterstützen und darauf achten, dass ich meine Tabletten und meine Medikamente nehme(...).“

Für Herrn G. ist Sport ein wesentlicher Faktor, um seine Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Dazu zählen für ihn sowohl das Joggen als auch Sport mit anderen zusammen: „(...) wir haben vorher, wie ich gekommen bin, sehr viel Sport gemacht, auch über das Pflichtprogramm hinaus, wir haben für uns selber noch Sport gemacht, Jogging ohne Ende, Schwimmen und (unverständlich) haben wir gespielt, auch für uns (...).“ Während seiner aktiven Zeit in der Alkoholsucht hat er tagelang nichts gegessen und sein Hungergefühl ignoriert. Zu seinen gesundheitsfördernden Verhaltensweisen gehört, seitdem er in der Einrichtung ist, das regelmäßige und ausreichende Essen: „Regelmäßig essen. Ganz einfach.“ Zudem ist Abstinenz für ihn ein wesentlicher Faktor für seine physische und

psychische Gesundheit. So können sich seine vom Alkohol geschädigten Organe ein Stück weit erholen, und er gerät nicht in eine Abwärtsspirale, die seine psychische Gesundheit verschlechtert: „(...) wenn man definitiv aufgehört zu trinken, also keinen Tropfen, konsequent abstinert ist, kann auch das Gehirn, das kann sich auch ein kleines bisschen regenerieren(...).“ Soziale Kontakte erlebt er vor allem in der Einrichtung. Gleichzeitig hilft es ihm, auch alte Kontakte wieder aufzunehmen und Beziehungen zu klären: „(...) aber dann so weit wie möglich auch alte Kontakte, die gut waren, versuchen wieder herzustellen, oder Klarheit in der Beziehung zu schaffen.“

Frau K. hat es geschafft, ihre Alkoholsucht zu kontrollieren. Ihre Gewichtszunahme durch die Suchtverlagerung versucht sie, durch ein gesünderes Essverhalten mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion zu verbessern. Medikamentös hilft ihr eine Schmerztherapie, sich gesünder zu fühlen. Außerdem hilft sie in der Küche mit, als tagesstrukturierende Maßnahme. Ihre sozialen Kontakte gestaltet sie so, dass sie für sie gesundheitsförderlich sind. Dazu meidet sie Streitereien und Bewohnerinnen die sie nicht mag und kocht oder sitzt mit Menschen zusammen, die sie mag und die aus ihrer Sicht „normale“ Menschen sind. In der Einrichtung wird sie zudem motiviert, Arztbesuche einzuhalten.

Frau S. gibt an, dass sich ihre Gesundheit auch nach ihrem Wohnungsverlust nicht verschlechtert hat. Während ihrer Obdachlosigkeit arbeitete sie in einer Bäckerei, weil es ihr gut tut, eine Aufgabe zu haben: „(...) weil ich was zu tun hatte, Geld gabs auch, zwar nicht viel, aber Geld ist Geld, und wir hatten auch nette Kunden.“ Während sie am Flughafen lebt, knüpft sie Kontakte, die sie auch nach dem Wegzug der Person halten kann. Soziale Kontakte wie zu ihrem getrenntlebenden Mann motivieren sie dazu, im Bedarfsfall einen Arzt aufzusuchen. Über Gespräche in ihrem sozialen Netzwerk ist sie auch auf die Arztpraxis hingewiesen worden, um ihr diabetisches Fußsyndrom behandeln zu lassen. „Und wir sind auch öfters in Passau gewesen, so urlaubmäßig und dann haben wir uns da auch getroffen.“ Seitdem sie in der Einrichtung ist, achtet sie wegen ihres Diabetes darauf, regelmäßig zu essen und Medikamente einzunehmen: „Ja ich geh halt zum Dings vor, zum Bonifaz.“

Wünsche an die Umwelt:

Herr A. hätte sich in seiner Zeit in der Obdachlosigkeit eine Stelle gewünscht, an die er sich wenden kann und die ihn dabei unterstützt, aus der Wohnungslosigkeit herauszukommen: „(...)Aber wenn es mal eine Stelle hätte,

die eigentlich sagen würden: wende dich dahin oder, oder da kann dir geholfen werden, (...) dass es da so Möglichkeiten gibt, aus dieser Situation rauszukommen, nicht.“ Er bemängelt zudem, dass ihm erst nach dem dritten Krankenhausaufenthalt durch den Sozialdienst geholfen wurde und wünscht sich eine Sensibilisierung des Personals für die Nöte wohnungsloser Menschen: „(...) aber vielleicht könnte man denen mal sagen, dass die ein bisschen drauf achten, ne, wenn da ein Wohnungsloser ist, dass man dem zu mindestens mal sagt ‚da kannst du dich hin wenden‘ oder so.“ Für seine körperliche Hygiene wünscht er sich mehr kostenlose öffentliche Toiletten und Waschräume in der Stadt. Am Flughafen war dies vorhanden, in der Stadt gibt es diese nicht mehr: „Früher gab's in allen Ecken öffentliche Toiletten und das gibt's nicht mehr(...)“. Für sein Leben, auch in der Einrichtung hält er mehr Geld für wichtig. Das von der Einrichtung gestellte Taschengeld reicht seiner Meinung nach nicht aus, gerade weil er davon noch Strafen für sein Schwarzfahren während der Obdachlosigkeit bezahlen muss: „Und davon habe ich noch Strafe zu bezahlen und ja, das wird mir dann wiederum teilweise vom Taschengeld abgezogen.“

Herr Z. findet, dass Gesundheit überwiegend vom Eigenengagement der Betroffenen abhängt. Hierzu ist es für ihn aber notwendig, die Informationen zur Verfügung zu haben, um zu wissen, dass es entsprechende Einrichtungen gibt: „Ja, ich mein, ich hätte mich auf alle Fälle bemüht, um eine derartige Bleibe (...).“ Zusätzlich bräuchte es seiner Meinung nach mehr Sozialarbeiter*innen, die die Angebote kennen und entsprechend vernetzt sind: „(...) wenn's keiner liest oder was, dann kommt die Information gar nicht weit. Also da ist dann wieder das Problem, dass es vielleicht mehr von den Sozialarbeitern geben sollte, die aber dann auch entsprechend gut vernetzt sind.“

Die Wünsche an das System richten sich bei Herrn G. vor allem an die gesellschaftliche Wahrnehmung von Suchtkranken. Er wünscht sich mehr Unvoreingenommenheit und einen Vertrauensvorschuss gegenüber (trockenen) Alkoholsüchtigen: „Aber man braucht das Vertrauen, Vertrauensvorschuss sozusagen.“ Wichtig sind seiner Ansicht nach auch die Sensibilisierung und Aufklärung der Gesellschaft über Suchterkrankungen: „Und zwar ist heute im öffentlichen Dienst zum Beispiel, die Abteilungsleiter und Chefs werden intensiv auch geschult, so was frühzeitig zu erkennen.“ Zudem erlebt er als Suchtkranker eine Diskriminierung im Unterschied zu Menschen mit anderen Erkrankungen: „Aber zu dem hätte keiner gesagt,

verdien mal (unverständlich), der hatte so Fresssucht naja, gut okay, das ist n armer Kerl, der hatte vielleicht so und bedauert ne. Was die alle sagen, bist ein Alkoholiker, (...) hättest net gesoffen ja fertig.“ Er wünscht sich mehr Aufklärung und als Mensch angesehen zu werden: „Wir sind nicht nur Abschaum, wir haben da Leute, die sind alles Mögliche von Beruf (...).“

Frau K. bräuchte als Unterstützung, dass sie im System nicht allein gelassen wird und schneller Termine bei Ärzten bekommt. Für sie wäre es auch hilfreich, wenn Fachärzte ins Haus kommen würden. Vom System wünscht sie sich mehr Stellen wie St. Bonifaz.

Auch Frau S. ist der Auffassung, dass es mehr Einrichtungen wie jene, in der sie momentan lebt, geben sollte: „Ja also ich finde halt schon, dass mehr, wirklich mehr so Einrichtungen und dass da halt die Stadt was machen sollte.“ Allgemein wünscht sie sich mehr bezahlbaren Wohnraum: „Ja auch bisschen mehr Wohnungen, bezahlbare Wohnungen, weil das, was bei uns abläuft, das ist ja (...).“

Diskussion der Ergebnisse

Um mehr über das Gesundheitsverständnis wohnungsloser Menschen zu erfahren, wurden qualitative semi-strukturierte Leitfadeninterviews mit 5 Bewohner*innen von Wohnungsloseneinrichtungen in München geführt. Dabei wurde den Fragen nachgegangen, was die interviewten wohnungslosen Menschen unter Gesundheit verstehen, welche gesundheitlichen Ressourcen sie haben, welchen gesundheitlichen Risiken sie ausgesetzt sind und was sie tun, um ihre Gesundheit zu erhalten oder zu fördern.

Übereinstimmend mit den Konzepten von Faltermeier (2023) beschreiben die Interviewteilnehmer*innen ihre Gesundheit anhand positiver und negativer Kriterien. Während zwei Interviewpartner*innen ihre Gesundheit als Fähigkeit zur körperlichen Mobilität beschreiben, ist für zwei andere Teilnehmer*innen Gesundheit sehr bedeutend für die Lust am Leben. Eine Person fasst Gesundheit als das Fehlen von Problemen auf.

Soziale Netzwerke, Berufstätigkeit und Bewegung stellen für die Befragten gesundheitliche Ressourcen dar. Ebenso die Strukturen in der Einrichtung, die ihnen entweder erst einen Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten ermöglichen oder die Umsetzung eigener Verhaltensweisen erleichtern. Zu den gesundheitlichen Risiken zählen Isolation, Stigmatisierung, Orientierungs-

7 Fazit und Schlussbewertung

losigkeit im Hilfesystem und unterschiedliche Arten von Gewalt durch Privatpersonen oder im öffentlichen Raum. Auch sich verändernde Strukturen wie die mittlerweile kostenpflichtige Inanspruchnahme von öffentlichen Toiletten erschweren es, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern. Die Strategien, um die eigene Gesundheit zu erhalten oder zu fördern, unterscheiden sich individuell. Dies ist zum einen die Wahrnehmung von Möglichkeiten zur Hygiene oder gesunder und regelmäßiger Ernährung. Zum anderen wurden aber auch Strategien genannt, die während des Lebens auf der Straße verfolgt wurden, um mit bestehenden Erkrankungen umzugehen. Dazu zählen z. B. das Verbinden des diabetischen Fußes oder das S-Bahnfahren, um die Beine im Fall von Schwellungen hochlegen zu können.

Gemeinsam ist den Befragten die Erfahrung, dass es während ihrer Zeit in der Obdachlosigkeit schwerer ist, Krankheiten zu bewältigen. Gesundheitsbewusstes Verhalten ist dann nur in Form von Notlösungen möglich. Der Zugang zum medizinischen Hilfesystem ist teilweise durch eine fehlende Krankenversicherung erschwert. Von der Umwelt wünschen sie sich mehr Unterstützung zur Überwindung von Wohnungslosigkeit, Unterstützung bei der Orientierung im Gesundheitssystem, mehr Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und eine Entstigmatisierung von Alkoholabhängigkeiten.

Bei den Ergebnissen ist zu bedenken, dass die Lebensumstände der Befragten sehr heterogen sind. Die Dauer der Obdachlosigkeit vor der Aufnahme in die Einrichtung beträgt zwischen 3 Monaten und 7 Jahren. Je länger die Betroffenen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt waren, die mit der Obdachlosigkeit einhergehen, desto größer könnte die Notwendigkeit einer Unterstützung durch das Hilfesystem und die Umwelt sein. Auch die Art der Einrichtungen, in der sich die Klient*innen aufhalten, unterscheidet sich. Während in stationären Einrichtungen medizinische Versorgung wie z. B. Pflege angeboten wird, muss diese bei der Unterbringung in ambulanten Einrichtungen selbst aufgesucht werden. Auch die sucht-spezifische Einrichtung unterscheidet sich dahingehend, dass ein therapeutisches Konzept angeboten wird. Dies könnte dazu führen, dass gesundheitliche Ressourcen zum Umgang mit der Suchterkrankung aufgebaut wurden, die auch das Verständnis von Gesundheit beeinflussen.

Zusammenfassung und Fazit

Wohnungslose Menschen haben ein spezifisches Verständnis davon, was Gesundheit für sie ist. Sowohl auf der Straße als auch in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe verfolgen sie Verhaltensweisen, mit denen sie ihre Gesundheit erhalten und verbessern wollen oder die beim Umgang mit Erkrankungen helfen. Obwohl die Ergebnisse aufgrund des methodischen Vorgehens und der Heterogenität der Befragten keine Verallgemeinerungen ermöglichen, lassen sich trotzdem wichtige Empfehlungen für die Praxis daraus ableiten.

Empfehlungen

- **Gesundheitsverständnis erfragen und Interventionen darauf abstimmen**
Für gelingende gesundheitsfördernde Angebote ist es wichtig, die Zielgruppe mit einzubeziehen. Wohnungslose Menschen sollen gefragt werden, was sie unter Gesundheit verstehen und Angebote entsprechend darauf ausgerichtet werden.
- **An bestehende Gesundheitsförderungsstrategien anknüpfen und diese verstärken**
Gesundheitsfördernde Interventionen sollen sich an der Lebenswelt wohnungsloser Menschen orientieren. Dafür ist es wichtig, Planungsprozesse partizipativ zu gestalten und bestehende Strategien wohnungsloser Menschen zu kennen und zu berücksichtigen.
- **Gesundheitsfördernde Settings gestalten**
Statt durch Einzelmaßnahmen Gesundheitsförderung in Settings anzubieten, ist es sinnvoll, das Setting gesundheitsförderlich zu gestalten. Dazu zählt neben dem Zugang zur medizinischen Regelversorgung auf der Makroebene auch die Gestaltung von Kommunen oder Einrichtungen, die das Anwenden gesundheitsfördernder Verhaltensweisen erleichtern.

In der vorliegenden Untersuchung wurden verschiedene Bereiche der Versorgung wohnungsloser Menschen untersucht.

Die Daten wurden in der Regel im Rahmen qualitativer, leitfadengestützter Befragungen und Interviews erhoben und durch die aktuelle veröffentlichte Literatur ergänzt. Aus den transkribierten Erhebungen wurden Fallbeispiele, aber auch Experteneinschätzungen extrahiert, die in den unterschiedlichen Bereichen zu Empfehlungen führten.

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts konnten, schon aus Kapazitätsgründen, keine randomisierten quantitativen Erhebungen durchgeführt werden. Dem Untersuchungsteam war bewusst, dass es sich in der Regel bei den Empfehlungen um Experteneinschätzungen handelt, die den Rahmen für die weiteren Entwicklungen zur Versorgung wohnungsloser Menschen aufzeigen können, jedoch nicht die Fixpunkte von Bedarfen darstellen.

Hier sei der Hinweis erlaubt, dass auch jüngst veröffentlichte Daten zur psychischen und somatischen Gesundheit der NAPSHI-Studie (Bertram et al. 2023) auf Grundlage einer nicht randomisierten Stichprobenauswahl in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in verschiedenen Regionen erhoben wurden. Dies macht deutlich, wie methodisch aufwendig eine randomisierte Studie zur Versorgungssituation in der Wohnungslosenhilfe ist. Die Empfehlungen können allerdings aus unserer Sicht wesentliche Impulse für randomisierte und instrumentengesteuerte Bedarfserhebungen in speziellen Bereichen geben.

Für die unterschiedlichen Bereiche der vorliegenden Untersuchung – medizinische Versorgung obdachloser Menschen, Entlassmanagement bei Krankenhausaufenthalt, Pilotprojekt Krankenwohnung, pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen, psychiatrische Versorgung in der Sofortunterbringung und Gesundheitsfürsorge – wurden auf der Grundlage der Befragungen und veröffentlichten Literatur eine Vielzahl von Impulsen und Handlungsempfehlungen formuliert.

Es versteht sich, dass nicht alle Impulse von den beteiligten Versorgern in der Wohnungslosenhilfe sofort und zeitnah umgesetzt werden können, sondern eher im Rahmen einer längerfristigen Agenda zu verwirklichen sind, wobei die Ausstattung mit personellen und finanziellen Ressourcen hierbei immer ein limitierender Faktor sein kann.

Für die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen scheint in einem ersten Schritt geboten, dass die beteiligten Arztpraxen einen Weg finden, ein einheitliches Dokumentationssystem zu entwickeln, auf das alle beteiligten medizinischen und sozialpädagogischen Versorger zugreifen können. Die Anforderungen des Datenschutzes könnten hierbei möglicherweise Hürden darstellen. Positiv zu werten ist im Hinblick auf die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung der Einsatz von „Health-Advisors“ in der Begleitung von wohnungslosen Menschen zu sehen.

Für den Bereich des Entlassmanagements erscheint die auch bereits in unterschiedlichen Arbeitskreisen geforderte gemeinsame digitale Plattform der Akteur*innen im Krankenhaus und der Wohnungslosenhilfe ein wichtiger Schritt zu sein, um die Situation von wohnungslosen Menschen, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, zu verbessern. Ob es genügend Ressourcen gibt, um ein Pflegeplatzmanagement zu installieren, sollte geklärt werden. Die Bedarfszahl für Kurz- oder Langzeitpflegeplätze, die sich aus der geschätzten Entlassungszahl von 150 bis 200 wohnungslosen Patient*innen pro Jahr ergibt, sollte valide operationalisiert werden.

Im Rahmen des Projekts Krankenwohnung wurde der Bedarf an qualifizierten Plätzen in der Krankenwohnung (Pflege und Kurzzeitpflege) zuletzt (im Rahmen der Abschlusstagung zum Projekt) mit ca. 40 angegeben. Vordringliche Aufgabe ist es, die bestehende Krankenwohnung mit 4 Plätzen weiter finanziell zu stabilisieren. Bisher finanzieren das Erzbistum München und Freising (Antonius-Stiftung), die Landeshauptstadt München und der Katholische Männerfürsorgeverein München e.V. das Projekt. Die Kooperationen mit Trägern für die Anschlussversorgung sind hier wesentlich. Ein besonderes Augenmerk sollte auf die Betreuung nicht versicherter Patient*innen gelegt werden.

Der Bereich der pflegerischen Versorgung stellt eine wichtige und drängende neue Aufgabe in der Wohnungslosenhilfe dar. Als Ergebnis der Untersuchungen lässt sich in erster Linie festhalten, dass die vorliegenden Versorgungs- und Pflegebedarfe bei älteren wohnungslosen Menschen über die Instrumente des SGB XI nur teilweise erfasst werden. Insbesondere die Problemlagen in Folge der besonderen sozialen Schwierigkeiten, seelischen Situation und des vergleichsweise jungen Alters der Betroffenen – gegenüber den in der Regel hochbetagten Menschen – im Alten- und Pflegeheim werden

8 Kooperierende Institutionen

nur unzureichend berücksichtigt. Die dringende Empfehlung des Projektteams ist, in Kooperation mit qualifizierten Experten*innen – bspw. der Pflegefakultät der KSH – ein Instrument zur Erfassung des Hilfebedarfs zu entwickeln, das die Versorgungsbedarfe adäquat abbildet und den Anforderungen einer Integration der Hilfen z. B. in das SGB XI entspricht. Des Weiteren sind die Bedarfe an Pflegeplätzen für diese Gruppe nicht quantitativ erfasst und nur auf der Basis von Schätzungen dargestellt. Kurzfristig ist aus Sicht des Projektteams zu prüfen, inwieweit die Träger der Wohnungslosenhilfe nicht bereits erste qualifizierte Plätze schaffen können. Hierbei sollten insbesondere die Erfahrungswerte und großen Kompetenzen der Pflegekräfte aus der Wohnungslosenhilfe in die Planungen und die Umsetzung eingebunden werden.

Die psychiatrische Versorgung von Menschen im Notunterbringungssystem sollte dringend personell unterstützt werden, um eine adäquate Versorgung, aber auch die Partizipation der oft schwer erkrankten Patienten zu ermöglichen.

Die Gesundheitsförderung in der Wohnungslosenhilfe ist ein wichtiges Thema im Rahmen der Versorgung, allerdings müssen auch hier entsprechende „Angebote“ formuliert und umgesetzt werden, die die Lebenswelt und die besonderen Bedarfe der betroffenen Menschen partizipativ berücksichtigen. Hier gilt es, entsprechende Kooperationsstrukturen zwischen Trägern der Wohnungslosenhilfe, den Kommunen und z. B. den entsprechenden Koordinierungsstellen zur gesundheitlichen Chancengleichheit zu schaffen.

An dieser Stelle sei nochmals der Hinweis erlaubt, dass dieses Projekt ohne die Finanzierung des Erzbistums München und Freising, die Kooperation mit der Katholischen Stiftungshochschule München (KSH), dem Katholischen Männerfürsorgeverein e.V. (KMFV), aber auch allen beteiligten Trägern, Institutionen und Expert*innen nicht möglich gewesen wäre.

Arztpraxis für Wohnungslose im Haus an der Pilgersheimer Straße
 Arztpraxis St. Bonifaz (Mit-Menschlichkeit e.V.)
 Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.
 Clearingstelle Gesundheit – Condrobs e.V.
 Geschäftsführung Arbeitsgemeinschaft Wohnungsnotfallhilfe München und Oberbayern
 Gesundheitsreferat der LH München
 Implers1 – psychiatrische Clearingeinrichtung – kbo SPZ
 Internationaler Bund
 Katholische Stiftungshochschule
 Katholischer Männerfürsorgeverein e.V.
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar
 Kliniken der München Kliniken GmbH
 Kliniken des Bezirks Oberbayern
 Krankenwohnung des Katholischen Männerfürsorgevereins e.V.
 Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.
 Malteser Migrant*innen Medizin
 open.med München – Ärzte der Welt
 Sozialdienst Katholischer Frauen
 Sozialreferat der LH München
 TUM Klinikum Rechts der Isar
 Wohnhilfe e.V.

9 Öffentlichkeitsarbeit

Ein Anliegen des Projektteams war es, die Fachöffentlichkeit über das Projektvorgehen zu informieren und deren Meinungen und Standpunkte in Erfahrung zu bringen. Hierfür war das Projekt in Veranstaltungen des KMFV, den Gremien „Gesprächsrunde Menschen ohne Krankenversicherung mit und ohne Aufenthaltsstatus“, „Fachgespräch Entlassmanagement“, Veranstaltungen der Landesarbeitsgemeinschaft der freien und öffentlichen Träger, auf Fachtagen zur Hilfe für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten (§§ 67ff SGB XII und Teil 2 SGB IX) sowie auf Veranstaltungen der BAG W regelmäßig vertreten.

Neben der fortlaufenden Gremienarbeit konnten in der Projektlaufzeit folgende Meilensteine erreicht werden:

Abbildung 16: Meilensteine



Quelle: eigene Darstellung

10 Literaturverzeichnis

AWO Bezirksverband Oberbayern (2011): Art und Umfang der Pflegeleistungen. München.

BAG Wohnungslosenhilfe (2018): Gesundheit ist ein Menschenrecht. Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation. Berlin.

BAG Wohnungslosenhilfe (2010): Information: Handreichung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. zu Fragen aus dem Gebiet der Krankenversicherung. Berlin

Bäumel, J.; Baur, B.; Brönnner, M.; Pitschel-Walz, Jahn, T. (2017): Die SEEWOLF-Studie: Seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Zur Psychiatrie, Neuropsychologie und Allgemeinmedizin einer prekären Lebenslage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Bertram F.; Hajek A.; Dost, K.; Graf, W.; Brennecke A.; Kowalski V.; van Rühl V.; König, H.H.; Wulff, B.; Ondruschka, B., Püschel, K.; Heinrich, F. (2023): The mental and physical health of the homeless – evidence from the National Survey on Psychiatric and Somatic Health of Homeless Individuals (the NAPSHI study). In: Deutsches Ärzteblatt 2023/1; 119: 861–8. DOI: 10.3238/arztebl. m2022.0357

Diakonie Düsseldorf (2021): gesund.zeit.raum. das Gesundheitsprojekt. Jahresbericht 01.04.2020-31.03.2021. Düsseldorf. (unveröffentlicht)

Faltermaier, T. (2023): Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer. 2. Auflage.

Fichter, M.; Quadflieg, N. (1997): Psychische Erkrankungen bei (vormals obdachlosen) Bewohnern von Heimen des Katholischen Männerfürsorgevereins in München. Eine Epidemiologische Studie. München: Eigendruck.

Fichter, M.; Quadflieg, N.; Cuntz, U. (2000): Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer. In: Deutsches Ärzteblatt 97 (17), 1148–1154.

Fichter, M.; Quadflieg, N.; Koniarczyk, M.; Greifenhagen, A.; Wolz, J.; Koegel, P.; Wittchen H.U. (1999): Psychische Erkrankungen bei obdachlosen Männern und Frauen in München. In: Psychiatrische Praxis, 26, 76–84.

Flick, U; Röhsch, G. (2008): Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheiten im Kontext von Jugendobdachlosigkeit. Weinheim: Juventa.

Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.) (2015): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt. 11. Auflage.

Gerull, S. (2018): Systematische Lebenslagenuntersuchung wohnungsloser Menschen. Eine Studie der ASH Berlin in Kooperation mit EBET e.V. Berlin.

Habermann-Horstmeier, L.; Lippke, S. (2019): Grundlagen, Strategien und Ansätze der Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M.; Mohokum, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Wiesbaden: Springer.

Hartung, S.; Rosenbrock, R. (2022): Settingansatz-Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln

Hurrelmann, K. (2010): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.

Hurrelmann, K.; Richter M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie, Weinheim und Basel: Juventa

Kaduskiewicz, H.; Bochon, B.; van de Bussche, H.; Hansmann-Wiest, J.; van der Leeden, C. (2017): Medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen. In: Deutsches Ärzteblatt International; 114: 637–639.

Kawachi, I.; Kennedy, B.; Glass, R. (1999): Social capital and self-rated health: a contextual analysis; In: American Journal of Public Health 89, no. 8. 1187–119.

Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit (2022): Gesundheitsförderung und Prävention mit wohnungslosen Menschen – Themenblatt Nr. 1/2022. BZgA. Abrufbar unter https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Newsletter/22-04_Themenblatt_Gesundheitsfoerderung_mit_Wohnungslosen.pdf

(letzter Zugriff am 10.01.2024)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2022): Themenblatt: Gesundheitsförderung und Prävention mit wohnungslosen Menschen. Hrsg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.

Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg (LAGÖFW) (2022/23): Weiterentwicklung der stationären Hilfe für alt gewordene Menschen mit Behinderung und zunehmendem Pflegebedarf.

Lynch, J. W. ; Smith, G.D.; Kaplan, G.A.; House, J.S. (2000): Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. BMJ. 2000 Apr 29;320(7243):1200-4.

Niebauer, D. (2017): gesund.sein – Ein Gruppenprogramm zur Förderung der seelischen Gesundheit wohnungsloser Menschen. Implementierung, formative Evaluation und konzeptionelle Weiterentwicklung eines innovativen Gruppenprogramms der Wohnungslosenhilfe. Inaugural-Dissertation. Eichstätt-Ingolstadt.

Nouvértné, K. (1996): Wer sind die psychisch kranken Obdachlosen; Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.): Auf die Straße entlassen, Bonn: 30–38.

Nouvértné, K.; Wessel, T.; Zechert, C. (Hrsg.) (2002): Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Reifferscheid, G. (2016): Armut, Wohnungslosigkeit und Krankheit. In: Schwarzer, W. (Hrsg.): Medizinische Grundlagen für soziale Berufe. Sozialmedizin. Dortmund: Verlag modernes Lernen Borgmann GmbH & Co.KG. 2. Auflage, 435ff.

Salize, H. J. (1988): Psychiatrische Wohnungslosenforschung in Deutschland. In: Wohnungslos, 3: 103ff.

Sozialreferat München (2022): Gesamtplan IV – Soziale Wohnraumversorgung – Wohnungslosenhilfe – Wohnen statt Unterbringen. Sitzungsvorlage Nr. 20-26/V 06560. Abrufbar unter: <https://risi.muenchen.de/risi/sitzungsvorlage/detail/7175499;jsessionid=94406ABB9CC7489FB3C5BDCA050B28F2> (Zugriff: 31.03.2025).

Trabert, G. (2018): Obdachlosigkeit und Gesundheitsversorgung. Homelessness and medical health service. In: Public Health Forum, 26 (4): 352–356.

Unterkofler U. (2022): Bedarfe wohnungsloser Frauen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen in München. Forschungsbericht. Abrufbar unter: https://wohnungslosenhilfe-bayern.de/wp-content/uploads/2022/05/2022_Forschungsbericht-Bedarfe-wohnungsloser-Frauen-mit-schweren-chronischen-psychischen-Erkrankungen.pdf

Walhalla Fachredaktion (2025): Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XIV Ausgabe 2025/I: Mit Durchführungsverordnungen und Sozialgerichtsgesetz (SGG). München

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. Abrufbar unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Empirisches Material

Qualitative Interviews mit den Arztpraxen für nichtversicherte und obdachlose Menschen in München (2020)

Gespräch im Rahmen eines Runden Tisches mit den Arztpraxen für Nichtversicherte und obdachlose Menschen in München (2020)

Qualitative Interviews mit Leiter*innen aus zwei sogenannten niedrigschwelligen Einrichtungen (2020)

Qualitative Leitfadenterviews mit 14 Mitarbeitenden aus 10 Münchner Kliniken (2020–2021)

Jahresberichte der Arztpraxen für nicht-versicherte und obdachlose Menschen in München (seit 2020 bis 2024)

Qualitative Interviews mit Fachkräften aus der Wohnungslosenhilfe (2021)

Evaluation der Krankenwohnung von Juli 2021 bis März 2024 bestehend aus:

- Analyse der Patient*innendaten im Dokumentationssystem der Krankenwohnung (Vivendi-Software für das Sozialwesen)
- Dokumentationsliste für eingehende Anfragen
- Gespräche und Rückmeldung des tätigen Sozialarbeiters und der Werkstudent*innen

Qualitative Interviews mit allen sogenannten Langzeiteinrichtungen der Wohnungslosenhilfe (2021–2024)

Interviews mit Psychiater*innen und psychiatrischen Fachkräften der Wohnungslosenhilfe (2021; 2023)

Vertiefende Befragungen von Pflegedienstmitarbeiter*innen und Pflegedienstleiter*innen zur Einschätzung der Situation (2022)

Interview und Bericht zur Evaluierung der Projektphase der Clearingstelle und des Gesundheitsfonds für Menschen ohne Krankenversicherung (2022)

Abschlussarbeit aus dem Studiengang soziale Arbeit zur gesundheitlichen Versorgung obdachloser Menschen in München (2023)

Bundesweite quantitative Erhebung zur Gesundheitsförderung in der Wohnungslosenhilfe (2024)

Qualitative Erhebung zum Gesundheitsverständnis wohnungsloser Menschen im Rahmen eines studentischen Projekts (2024)

Analyse der Workshopdokumentation der Abschlussveranstaltung (2025)

Abkürzungsverzeichnis

BAG W Landesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe

KMFV Katholischer Männerfürsorgeverein

kbo Kliniken des Bezirks Oberbayern

KSH Katholische Stiftungshochschule

LAG Landesarbeitsgemeinschaft

LH Landeshauptstadt

SEEWOLF Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ergebnisse der SEEWOLF-Studie zur Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen (in %) > 4

Abbildung 2: Versorgungssystem in München > 10

Abbildung 3: Zugang zum Versorgungssystem für wohnungslose Menschen mit und ohne Leistungsanspruch > 11

Abbildung 4: Netzwerk der Krankenwohnung > 13

Abbildung 5: Staatsangehörigkeit der Patienten > 14

Abbildung 6: Aufnahmegründe in Prozent > 15

Abbildung 7: Einrichtungen für die Anschlussversorgung > 15

Abbildung 8: Rechtliche Grundlage der Finanzierung in Prozent > 37

Abbildung 9: Art des Hilfeangebots (in %) > 37

Abbildung 10: Gesundheitszustand der Klient*innen (Einschätzung der Einrichtungen) (in %) > 38

Abbildung 11: Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen für wohnungslose Menschen in Deutschland (in %) > 38

Abbildung 12: Angebotshäufigkeit nach Themenbereichen > 39

Abbildung 13: Handlungsbedarfe in den Einrichtungen (in %) > 39

Abbildung 14: Bedarfe an zukünftigen Gesundheitsprojekten (in %) > 40

Abbildung 15: Voraussetzungen für die Durchführung gesundheitsfördernder Angebote (in %) > 40

Abbildung 16: Meilensteine > 53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Projektaktivitäten > 6

Tabelle 2: Behandlungszahlen der Arztpraxen > 8

Tabelle 3: Diagnostizierte Erkrankungen der Bewohner*innen in % (2022) > 20

Tabelle 4: Weitere somatische Erkrankungen > 20

Tabelle 5: Anteile der Klient*innen mit psychischen und Suchterkrankungen > 21

Tabelle 6: Schätzung der Prävalenz somatischer Erkrankungen gesamt > 21

Tabelle 7: Schätzung der Prävalenz psychischer Erkrankungen gesamt > 22

Tabelle 8: Kategorisierung des Hilfebedarfs > 23

Tabelle 9: Bedarf an Pflegeplätzen für Wohnungslose in München pro Jahr > 26

Tabelle 10: Einschätzung der bestehenden und zukünftigen Pflege von Wohnungslosen in niedrigschwelligen Einrichtungen > 30

Tabelle 11: Angebote tagesstrukturierender Maßnahmen > 31

Tabelle 12: Charakterisierung der befragten Einrichtungen > 44



**Katholische
Stiftungshochschule
München**

University of Applied Sciences

Campus München

Preysingstraße 95

81667 München

Telefon 089-48092-900

Campus Benediktbeuern

Don-Bosco-Straße 1

83671 Benediktbeuern

Telefon 08857-88-500

Impressum

Herausgeberin:

Katholische Stiftungshochschule für
angewandte Wissenschaften München

Hochschule der Kirchlichen Stiftung
des öffentlichen Rechts „Katholische
Bildungsstätten für Sozialberufe
in Bayern“

Präsidentin Prof. Dr. Birgit Schaufler
(V.i.S.d.P.)

Wissenschaftliche Gesamtleitung:

Prof. Dr. Peter Franz Lenninger
Katholische Stiftungshochschule
München

Preysingstraße 95
81667 München

Projektleitung:

Dr. Gerd Reifferscheid
Katholischer Männerfürsorgeverein
München e.V.

Kapuzinerstraße 9 D
80337 München

Wissenschaftliche Mitarbeiterin:

Vera Richter (M.Sc.)

Katholische Stiftungshochschule
München

Preysingstraße 95
81667 München

Titelmotiv: AdobeStock_Srdjan

Gestaltung:

www.leporello-company.de

978-3-911529-02-0 (Print)

978-3-911529-03-7 (Online)