

Diplomarbeit als Teil des Diplomstudiengangs
zur Diplom Sozialpädagogin an der Berufsakademie Heidenheim

Medizinische Versorgung von Wohnungslosen in Baden-Württemberg

Erhebung des Ist – Zustandes der medizinischen Versorgung
von Wohnungslosen

Vorgelegt von:

Michaela Studener

Kirchbergstr. 65

89564 Nattheim

Matrikelnummer: 182591

Prüfer: Prof. Dr. Jürgen Burmeister

Datum der Abgabe: 01. Juli 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	7
2. Einleitung	8
3. Gesundheit und Krankheit.....	11
3.1. Annäherung an die Begriffe Gesundheit und Krankheit	11
3.1.1. Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO).....	11
3.1.2. Kriterien des Krankheitsbegriffes in Deutschland.....	11
3.2. Entstehung und Ausprägung von Krankheiten.....	12
3.3. Bedingungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit.....	13
3.4. Soziale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit	14
3.4.1. Soziale Ungleichheit	14
3.4.2. Soziale Lage	16
3.4.3. Soziale Unterstützung.....	16
3.5. Zusammenfassung.....	17
4. Wohnungslosigkeit	19
4.1. Begriff Wohnungslosigkeit.....	19
4.1.1. Wohnungslosigkeit in Deutschland	20
4.1.2. Wohnungslosigkeit in Baden-Württemberg.....	21
4.2. System der Wohnungslosenhilfe.....	22
4.2.1. Klienten der Wohnungslosenhilfe.....	22
4.2.2. Ziele der Wohnungslosenhilfe.....	23
4.2.3. Exemplarische Leistungen und Angebote der Wohnungslosenhilfe	24
4.3. Dimensionen der Lebenslage wohnungsloser Menschen	26
4.3.1. Versorgungs- und Einkommenspielraum	27
4.3.2. Kontakt- und Kooperationsspielraum	27
4.3.3. Lern- und Erfahrungsspielraum.....	28

4.3.4.	Muße- und Regenerationsspielraum.....	29
4.3.5.	Dispositions- und Partizipationsspielraum	30
4.3.6.	Zusammenfassung	30
5.	Wohnungslosigkeit und Gesundheit.....	31
5.1.	Determinanten der Gesundheit von wohnungslosen Menschen	31
5.1.1.	Demografische Angaben	31
5.1.2.	Finanzielle Faktoren im Bezug auf gesunde Nahrung	31
5.1.3.	Bedingungen der Lebenswelt.....	32
5.1.4.	Fehlende soziale Unterstützung.....	33
5.1.5.	Substanzmissbrauch.....	33
5.1.6.	Zusammenfassung	34
5.2.	Versorgungsbedarf und Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen.	34
5.2.1.	Krankheitsbilder	34
5.2.2.	Multimorbidität.....	35
5.2.3.	Mortalität	35
5.3.	Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Hilfeleistungen.....	35
5.3.1.	Barrieren in der Verwirklichung von subjektivem Recht.....	36
5.3.2.	Wirtschaftliche Barrieren.....	38
5.3.3.	Strukturelle Barrieren	41
5.3.4.	Persönliche Barrieren	45
5.4.	Medizinische Versorgung Wohnungsloser	48
5.4.1.	Begründung	48
5.4.2.	Angebote der Grundversorgung.....	49
6.	Erhebung des IST- Zustandes der medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Baden-Württemberg	51

6.1.	Vorgeschichte und Ziele.....	51
6.2.	Fragestellungen und methodisches Vorgehen.....	51
6.2.1.	Fragestellungen	51
6.2.2.	Fragenbogenerhebung	52
6.2.3.	Vertiefende Interviews	53
6.3.	Antwortende Einrichtungen	53
6.3.1.	Leistungstypen der antwortenden Einrichtungen	53
6.4.	Ergebnisse	54
6.4.1.	Angebote der medizinischen Hilfeleistungen der Einrichtungen	54
6.4.2.	Erbringer der medizinischen Hilfeleistungen.....	55
6.4.3.	Kooperationspartner zur Sicherstellung des medizinischen Angebotes	56
6.4.4.	Formen der medizinischen Hilfeleistungen	57
6.4.5.	Integration des medizinischen Angebotes in das Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe	59
6.4.6.	Zeitlicher Umfang des medizinischen Angebotes	59
6.4.7.	Übernahme der Kosten der Praxisgebühr.....	60
6.4.8.	Übernahme der Zuzahlungskosten für Medikamente	61
6.4.9.	Übernahme der Zuzahlungskosten zu medizinischen Hilfsmitteln .	62
6.4.10.	Versicherungsstatus.....	63
6.4.11.	Räumlichkeiten für die medizinische Versorgung.....	64
6.4.12.	Dokumentation der medizinischen Leistungen	66
6.4.13.	Finanzierung.....	68
6.4.14.	Zugänglichkeit des medizinischen Angebotes für andere Personen	71
6.4.15.	Bewertung des medizinischen Angebotes.....	73

6.5.	Verbesserungsvorschläge.....	74
6.6.	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	76
7.	Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Baden-Württemberg	78
7.1.	Begründung der getroffenen Auswahl.....	78
7.2.	Forderungen an die Politik	78
7.2.1.	Abschaffung der finanziellen Barriere	78
7.2.2.	Sensibilisierung für die Situation Wohnungsloser	80
7.2.3.	Schaffung eines Befreiungsfonds	81
7.3.	Ebene der Wohnungslosenhilfe	83
7.3.1.	Prävention.....	83
7.3.2.	Case Management.....	84
7.3.3.	Angebote zur medizinischen Grundversorgung	85
7.3.4.	Soziale Unterstützung durch das Engagement Ehrenamtlicher	87
8.	Schlussbetrachtung.....	89
9.	Anhang.....	91
10.	Literaturverzeichnis.....	98
11.	Internetquellen.....	101
12.	Abbildungsverzeichnis.....	102
13.	Erklärung	103
14.	Danksagung	104

Abkürzungsverzeichnis

AH	Aufnahmehaus
ALG II	Arbeitslosengeld 2
BAG W	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Liga	Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V.
OfW	ohne festen Wohnsitz
SGB II	Sozialgesetzbuch 2 – Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB V	Sozialgesetzbuch 5 – Krankenversicherung
SGB XII	Sozialgesetzbuch 12 – Sozialhilfe
SOEP	Sozi-Ökonomisches Panel
SVR	Sachverständigenrat
WHO	Weltgesundheitsorganisation – World Health Organization
DVO	Durchführungsverordnung

1. Vorwort

Mein Haus sagte zu mir:

„Verlass mich nicht, denn hier wohnt deine Vergangenheit.“

Und die Straße sagte zu mir:

„Komm und folge mir, denn ich bin deine Zukunft.“

Und ich sagte zu beiden, zu meinem Haus und zu der Straße:

„Ich habe weder Vergangenheit noch habe ich Zukunft.

Wenn ich hier bleibe, ist ein Gehen in meinem Verweilen,

wenn ich gehe, ist ein Verweilen in meinem Gang.“

(Kahlil Gibran)

2. Einleitung

In jeder Stadt oder Gemeinde gibt es Wohnungslose. Manche leben sichtbar in Parkanlagen oder in den Vorräumen von Banken. Andere sind ordnungsrechtlich in Wohnraum eingewiesen und „stören“ nicht das Stadtbild. Was aber alle Wohnungslosen gemeinsam haben ist, dass sie ein von Armut geprägtes und sozial ausgegrenztes Leben führen. Sie können nicht so am alltäglichen Leben teilhaben wie andere Personengruppen. Ihre Möglichkeiten der sozialen, kulturellen und ökonomischen Teilhabe sind begrenzt. Sie müssen sich gegen viele Vorurteile und Stigmatisierungen wehren.

Als ich mein Studium zur Sozialpädagogin aufnahm, hatte auch ich ein negatives Bild über Wohnungslose. Dieses Bild war entstanden durch meine Sozialisation, in der über diese Menschen meist abfällig und schlecht gesprochen wurde. Wohnungslose sind faul und Alkoholiker, die nichts Besseres zu tun haben als auf unsere Kosten zu leben. Jedoch hat sich dieses Bild während meiner Tätigkeit in der Zentralen Beratungsstelle für Wohnungslose der Caritas in Aalen und Heidenheim stark verändert. Ich konnte hinter das Phänomen Wohnungslosigkeit blicken und habe viele tragische Lebensgeschichten gehört. Keiner der Wohnungslosen ist eines Morgens aufgestanden und hat sich gedacht: Ab jetzt bin ich wohnungslos, das ist ein schönes Leben ohne Verpflichtungen.

Die Ursachen, die zur Wohnungslosigkeit führen sind unterschiedlich. Meist beginnt der soziale Abstieg mit dem Verlust des Arbeitsplatzes, einem kritischen Lebensereignis, wie Scheidung oder Tod eines geliebten Menschen oder Überschuldung. Dazu kommt, dass keine ausreichenden Ressourcen zu Bewältigung zur Verfügung stehen und die Situation „eskaliert“.

Wohnungslose verfügen über ein geringes Einkommen, sie haben wenige soziale Kontakte und ihre Gesundheit ist viel schlechter, als die der Normalbevölkerung. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich.

Janosch (2007) veröffentlichte in seinem Buch Portraitfotos von Wohnungslosen. Es fällt auf, dass die meisten auf den Bildern gesundheitlich angeschlagen und deutlich älter aussehen, als es ihre Geburtsdaten nahe legen. Zwar wird in

den kurzen Begleittexten viel von Krankheit gesprochen, dabei wird von den Betroffenen nie das Gesundheitssystem erwähnt.

Dass zwischen Wohnungslosigkeit und erhöhter Krankheitsanfälligkeit sowie vorzeitlicher Sterblichkeit ein enger Zusammenhang besteht, überrascht nicht. Soziale Lebenschancen und gesundheitliche Ressourcen bilden schon immer eine Einheit. Aus sozialer Ungleichheit resultieren gesundheitliche Beeinträchtigungen, die mit armutsgeprägten Strapazen wie schlechter Wohnsituation, ungünstigen Arbeitsbedingungen und Umweltbelastungen zusammenhängen. Auch individuell schädigende Lebensstile wie Alkohol- und Nikotinkonsum, Fehlernährung und mangelndes Vorsorgeverhalten begründen die Benachteiligung.

Die gesundheitliche Beeinträchtigung bei Wohnungslosen und ihr schlechter Gesundheitszustand waren der Anlass für mich, nachzufragen, wie die medizinische Versorgung von Wohnungslosen organisiert ist. Sie verfügen i.d.R. nicht über einen festen Wohnsitz und haben somit auch keinen Hausarzt. An wen wenden sie sich bei gesundheitlichen Fragen oder Beschwerden, wenn sie sich bedingt durch ihre Lebenslage von vielen Hilfesystemen verabschiedet haben? Ein weiterer Grund, der mich dazu veranlasste mich mit dem Thema Gesundheit bei Wohnungslosen zu befassen ist der, dass durch die Einführung der Praxisgebühr und den Zuzahlungen zu Medikamenten eine weitere Barriere im Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Angeboten des Regelversorgungssystems entstanden ist. Wohnungslose nehmen medizinische Hilfeleistungen oftmals nur als Notfallbehandlung in Anspruch. Sie haben eine ausgeprägte Symptomtoleranz.

Ziel dieser Diplomarbeit ist es, einen Ist – Zustand der medizinischen Versorgung von Wohnungslosen in Baden-Württemberg zu ermitteln. Dazu wurde von mir ein Fragebogen entwickelt und die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Baden-Württemberg befragt. Die nun vorliegenden Zahlen zeigen auf, wie die medizinische Grundversorgung von Wohnungslosen organisiert ist und dienen als Basis für Verbesserungen und Lösungen.

Zuerst soll geklärt werden, was Gesundheit und Krankheit ist. Die sozialen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit werden beschrieben und die soziale Ungleichheit wird aufgezeigt.

Im vierten Kapitel wird der Begriff Wohnungslosigkeit erklärt, Zahlen zur Wohnungslosigkeit genannt und die Dimensionen der Lebenslage beschrieben.

Anschließend wird der Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und Gesundheit erörtert. Dazu gehören die Determinanten der Gesundheit von Wohnungslosen, der Versorgungsbedarf und die Gesundheitssituation, sowie das Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Hilfeleistungen und welche Barrieren dem entgegenstehen.

Die Erhebung zur medizinischen Versorgung von Wohnungslosen in Baden-Württemberg findet sich im sechsten Kapitel. Es wird die Methodik beschrieben und die erhobenen Daten werden vorgestellt und analysiert.

Im anschließenden Kapitel werden Handlungsempfehlungen anhand der erhobenen Daten und Determinanten gemacht. Diese richten sich an die Ebene der Landesregierung Baden-Württemberg und an die der Wohnungslosenhilfe.

Ich denke, dass es wichtig ist, dass Sozialarbeiter nicht nur versuchen, die Bedarfe ihres Klientels zu befriedigen. Vielmehr müssen sie sich für die Belange ihres Klientels einsetzen und denen eine Stimme verschaffen, die es alleine nicht schaffen. Meine Diplomarbeit soll dazu beitragen, dass die gesundheitliche Situation der Wohnungslosen in der Öffentlichkeit bekannt wird, und dass die Strukturen der medizinischen Versorgung verändert werden.

3. Gesundheit und Krankheit

3.1. Annäherung an die Begriffe Gesundheit und Krankheit

Die Phänomene Gesundheit und Krankheit sind bis heute nicht eindeutig definiert. Zum einen liegt es daran, dass beide Zustände nicht wissenschaftlich objektiv messbar sind. Zum anderen begründet es sich durch die unterschiedlichen Bezugssystemen von Gesundheit und Krankheit. Das medizinische Bezugssystem klassifiziert eine Krankheit nach dem Vorliegen von Symptomen, beachtet dabei aber nicht das subjektive Empfinden der betroffenen Menschen, die sich gesund bzw. krank fühlen. Gesellschaftliche Werte und Normen haben auch einen Einfluss darauf, was unter Gesundheit und Krankheit verstanden wird. In einer leistungsorientierten Gesellschaft ist Gesundheit eine Grundbedingung zur Erfüllung der gesellschaftlichen Anforderungen. Krankheit dagegen mindert die Leistung und macht die Gewährung von Hilfe notwendig (vgl. Siegrist, 2005, S.25 f).

3.1.1. Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Bereits 1946 definierte die WHO in ihrer Gründungsakte: „Gesundheit ist der Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1946).

Diese positive Definition beschreibt drei Ebenen, welche Gesundheit beeinflussen: den Körper, die Psyche und das Soziale. Sie verdeutlicht, dass Gesundheit dynamisch ist und ein Ausbalancieren der Belastungen bedeutet. Misslingt der Ausgleich der Störungen, kann dies zu Krankheit und Behinderung (körperlich), Angst und Verzweiflung (psychisch) sowie Armut und Einsamkeit (sozial) führen (vgl. Hoehne, 2002, S.406).

3.1.2. Kriterien des Krankheitsbegriffes in Deutschland

Durch verschiedene Urteile der Sozialrechtssprechung (Bundessozialgericht) u.a. in den Jahren 1967 und 1975 haben sich in Deutschland Kriterien entwickelt, welche den Krankheitsbegriff umschreiben. Dies war notwendig, da im Sozialgesetzbuch (SGB) keine Legaldefinition des Begriffs Krankheit enthalten ist. Einen Leis-

tungsanspruch auf Krankenbehandlung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 27 SGB V liegt dann vor, wenn ein regelwidriger¹ körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand eine Leistungserbringung erfordert, um Schmerzen oder Beschwerden zu verhindern, zu beheben oder zu lindern. Ebenso dann, wenn eine Krankheit erkannt, bzw. die Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Teilhabe durch eine Krankheit so gering wie möglich gehalten werden soll. Ein weiteres Kriterium ist, dass die Arbeitsfähigkeit, welche durch eine Krankheit beeinträchtigt ist, zu erhalten oder wiederherzustellen ist (vgl. Boeckh/ Huster/ Benz, 2006, S.314).

Leitet man aus dem Krankheitsbegriff den Begriff von Gesundheit ab, ist Gesundheit ein der Norm entsprechender körperlicher, geistiger und seelischer Zustand, der es dem Menschen ermöglicht am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

3.2. Entstehung und Ausprägung von Krankheiten

Seit 1900 lässt sich ein grundlegender Wandel in der Morbiditätsstruktur (lat. morbus = Krankheit) von modernen Gesellschaften feststellen. Akute Krankheiten wie Infektionskrankheiten werden von chronisch– degenerativen Krankheiten verdrängt. (vgl. Siegrist, 2005, S.30).

Erklären lässt sich dieser Wandel durch gesellschaftliche (z.B. Sozialstaatsentwicklung) und wirtschaftliche (z.B. Industrialisierung) Veränderungen. Die Lebensbedingungen haben sich in den vergangenen 100 Jahren ständig verbessert und die Medizin hat sich stets weiterentwickelt.

Die beiden o.g. Krankheitsformen unterscheiden sich in der Art ihrer Entstehung und Ausprägung:

- akute Krankheiten werden durch Bakterien oder Viren ausgelöst. Sie führen zu Infektionen und werden deshalb als Infektionskrankheiten bezeichnet.

¹ Als „regelwidrig“ ist ein Zustand anzunehmen, der von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm abweicht (Picard, 2005, S.587 f).

Sie treten nur vorübergehend auf und eine vollständige Heilung ist möglich (vgl. Hurrelmann, 2006, S.19).

- Eine Krankheit, die durch eine lang andauernde Überbelastung der körperlichen, psychischen und sozialen Anpassungskräfte eines Menschen ausgelöst wird und eine Krankheit hervorruft, wird als chronische Krankheit bezeichnet. Sie kann lebenslang bestehen, z.B. Herz – Kreislauf – Erkrankungen, Krebskrankheiten, Atemwegs-, Haut- und Stoffwechselkrankheiten oder psychische Erkrankungen (vgl. ebd., S.20).

3.3. Bedingungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit

In Anlehnung an Siegrist (2005, S.44) umfasst das Gesundheitsverhalten alle Einstellungen, Gewohnheiten und absichtsvollen Handlungen einer Person, die deren Gesundheit fördern oder schädigen.

Um nicht nur das Verhalten des Einzelnen im Bezug auf Gesundheit und Krankheit zu bestimmen, werden Faktoren benötigt, welche als Bedingungen für den Gesundheits- und Krankheitszustand der Bevölkerung gelten können. Diese lassen sich in drei Gruppen einteilen:

Genetische Disposition, körperliche und psychische Konstitution, Behinderungen und die ethnische Herkunft werden unter personalen Faktoren zusammengefasst. Die zweite Gruppe bilden die Verhaltensfaktoren. Darunter wird jedes Verhalten von Menschen gezählt, welches sich positiv oder negativ auf den Gesundheits- oder Krankheitszustand auswirken kann. Zu nennen sind hier Faktoren wie Essgewohnheiten, körperliche Aktivitäten, Spannungsregulation, Hygieneverhalten, aber auch Selbstvertrauen, Bewältigungskompetenzen, Vorsorgeverhalten und Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum. Die dritte Gruppe fasst Faktoren wie z.B. sozioökonomischen Status, Bildungsangebote, wirtschaftliche Verhältnisse, Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse und Qualität der Versorgungsangebote zusammen und wird Gruppe der Verhältnisfaktoren bezeichnet (vgl. Hurrelmann, 2006, S.22).

Diese Faktorengruppen beeinflussen sich wechselseitig und sind miteinander verflochten.

3.4. Soziale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit

„Niedriger sozioökonomischer Status ist vermutlich die stärkste Einflussgröße auf die vorzeitige Morbidität und Mortalität, nicht nur in den USA, sondern weltweit.“

(R.B. Williams, 1998, zit. n. Siegrist, 2005, S.145)

Diverse sozialepidemiologischen Studien (u.a Mielck, 2005, Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2005, Gutachten des SVR, 2007) verweisen auf den Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen einer Gesellschaft. Diese inverse Beziehung wird als sozialer Gradient bezeichnet. So wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass Menschen mit niedrigem sozialem Status einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen und früher Sterben.

3.4.1. Soziale Ungleichheit

Jede Gesellschaft differenziert sich nach sozialen Merkmalen, welche zu unterschiedlichen sozialen Positionen führen. Sozialen Positionen sind mit einem sozialen Status verbunden und ordnen dessen Inhaber verschiedenen sozialen Schichten zu. Angehörige sozialer Schichten haben nicht nur ungleiche Lebensbedingungen, sie unterscheiden sich auch in ihren Möglichkeiten an gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Prozessen teilzuhaben.

3.4.1.1. Vertikale soziale Ungleichheit

Der Begriff „vertikale soziale Ungleichheit“ ermöglicht die Unterteilung der Bevölkerung anhand der Statusmerkmale Bildung, Einkommen und beruflichen Position in Oben und Unten (vgl. Mielck, 2005, S.8). Durch diese Einteilung können die verschiedenen Merkmale und ihr Einfluss auf Gesundheit und Krankheit untersucht und die gesundheitliche Ungleichheit erklärt werden.

Bildung umfasst die Kenntnisse und Fähigkeiten zur Wahrnehmung und Lösung von Problemen. So verändern sich die gesundheitliche Einstellung und das Verhalten mit zunehmender Bildung. Auch die berufliche Position kann sich aus dem

erreichten Bildungsabschluss ergeben. Die berufliche Position bestimmt den sozialen Status einer Person und wirkt sich auf die Selbst- und Fremdwahrnehmung aus.

Am wohl bedeutendsten ist der Einfluss finanzieller Ressourcen auf Gesundheit und Krankheit. „Verschlechtert sich das Einkommen massiv, dann ändert sich parallel zum schwindenden Einkommen die seelische Verfassung der Menschen“ (Prantl, 2005, S.27). Ausreichende finanzielle Ressourcen sind die wesentliche Voraussetzung für die Befriedigung individueller Grundbedürfnisse. Arbeitslosigkeit oder bestimmte Lebensphasen, wie Erziehungs- und Ausbildungszeit sind häufig mit einer prekären Einkommenssituation verbunden.

„Relative Einkommensarmut“² wirkt sich auf die betroffenen Gruppen mit mehreren Deprivationserscheinungen³ aus. Diese können z.B. soziale Isolation, schlechte Wohnverhältnisse, Bildungsmangel, Stigmatisierung und Gesundheitsprobleme sein (vgl. Siegrist, 2005, S.66).

Im Sozio-Ökonomischen Panel (SOEP)⁴ wurde ermittelt, dass die subjektiv geschätzte Gesundheit in den untersten Einkommensgruppen sehr niedrig ist und sich die Lebensdauer mit sinkendem Einkommen verkürzt. Ebenso führt ein geringes Einkommen dazu, dass medizinische Versorgungsangebote verringert in Anspruch genommen werden, wobei die Verbreitung von Krankheiten in den unteren Schichten deutlich höher ist. (vgl. Hurrelmann, 2006, S.38f).

Der sozioökonomische Status wirkt sich folglich auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Menschen aus.

² Relative Armut bezeichnet eine deutliche Benachteiligung der materiellen Lebenslage einer umschriebenen Bevölkerungsgruppe gegenüber der Mehrheit. Sie wird anhand der Verteilung des Äquivalenzeinkommens (verfügbares Haushalts-Netto-Einkommen der Personen eines Haushalts pro Kopf) bestimmt, z.B. weniger als 50% unter dem Medianwert (vgl. Siegrist, 2005, S.349).

³ Deprivation ist der Mangel an Ausstattungsmerkmalen, die zum notwendigen Lebensstandard gehören (z.B. medizinische Behandlung, Miete, Heizungskosten). Dieser entsteht aufgrund finanzieller Engpässe (vgl. Klocke, 2000, S.318).

⁴ Das SOEP ist eine repräsentative Längsschnittbefragung, die wird seit 1984 jährlich unter Einbeziehung derselben Personen und Haushalte durchgeführt wird. Es werden einerseits objektive Merkmale erfragt, aber auch subjektive Einschätzungen und Erwartungen (vgl. Hauser, 2002, S.920).

3.4.1.2. Horizontale soziale Ungleichheit

„Horizontale soziale Ungleichheit“ kann mit einer Vielzahl von Merkmalen beschrieben werden. Die am häufigsten verwendeten Merkmale sind Alter, Geschlecht, Familienstand und Nationalität. Auch zwischen diesen Gruppen können soziale Ungleichheiten bestehen. Die Grenzen dieser Gruppen verlaufen quer zu denen der vertikalen Ungleichheit (vgl. Mielck, 2005, S.8).

3.4.2. Soziale Lage

Das Konzept der sozialen Lage verändert den bisherigen Begriff der sozialen Schicht dahingehend, dass es sich von der Berufszentrierung abwendet und auch Personen mit aufnimmt, welche nicht beruflich aktiv sind.

Weisser (2005, S.606) definierte die soziale Lage als „Spielraum, den einem Menschen (einer Gruppe von Menschen) die äußeren Umstände nachhaltig für die Befriedigung der Interessen bieten, die den Sinn seines Lebens bestimmen.“

Die äußeren Umstände sind alle ökonomischen, ökologischen, politischen, sozialen, kulturellen, psychischen und physischen Bedingungen, welche letztlich die Lebensqualität bestimmen. Diese können positiv oder negativ geprägt sein.

Die soziale Lage beeinflusst den Gesundheits- und Krankheitsstaus einer Person. Verschiedene Studien belegen, dass sich durch den Verlust des Arbeitsplatzes und einer anschließenden Arbeitslosigkeit die gesundheitliche Belastung erhöht. Die Folge sind Beeinträchtigungen der Gesundheit (vgl. Hurrelmann, 2006, S.45).

3.4.3. Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung ist ein zentrales und vielschichtiges Konzept zur Untersuchung und Erklärung salutogener sozialer Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. Es wird davon ausgegangen, dass tragfähige soziale Beziehungen Unterstützung in Krisenlagen bieten und gleichzeitig gesundheitsrelevante Handlungsmuster fördern. Es werden drei Dimensionen sozialer Unterstützung unterschieden. Die emotionale Dimension (Wertschätzung, Akzeptanz, Zuneigung), die informationelle

Unterstützung (Informationen, Ratschläge, Vorschläge) und die instrumentelle Dimension (finanzielle und praktische Hilfe) (vgl. Borgetto/ Kälble, 2007, S.61ff).

Soziale Netzwerke sind ein Geflecht sozialer Beziehungen, an dem deren Mitglieder mehrheitlich wechselseitig teilnehmen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Größe, Stabilität, Dichte und Qualität von Bindungen (vgl. Siegrist, 2005, S.66).

3.5. Zusammenfassung

Wie verschiedene empirische Befunde belegen, hat der sozioökonomische Status einen starken Einfluss auf den Gesundheits- und Krankheitsstatus der Bevölkerung. Die verschiedenen Erklärungsansätze beziehen sich zum einen auf die objektiven Belastungen des Menschen und zum anderen auf seine Möglichkeiten, mit den Belastungen umzugehen.

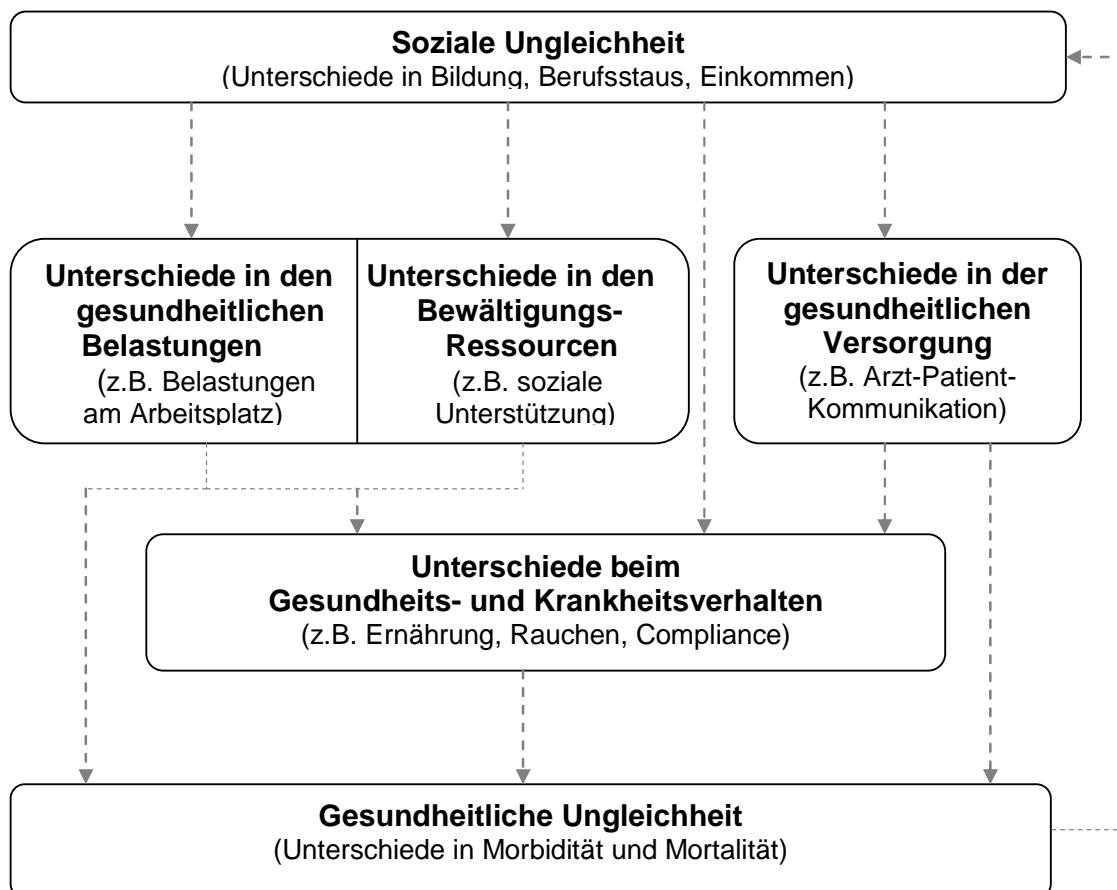


Abbildung 1: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit

Quelle: Mielck, 2005 (auf Basis von Elkeles/ Mielck, 1997)

Das Gesundheits- und Krankheitsverhalten ist also nicht nur auf das individuelle Verhalten des Einzelnen zurückzuführen. Vielmehr ist es abhängig von den schichtspezifischen Lebensbedingungen. Daraus resultieren zum einen die gesundheitlichen Belastungen und die vorhandenen Bewältigungsressourcen, zum anderen wirken sich die Lebensbedingungen auf die Art der gesundheitlichen Versorgung und deren Inanspruchnahme aus. Die gesundheitliche Ungleichheit ist das Resultat der Korrelation verschiedener Faktoren unterschiedlicher Ebenen, welche sich wechselseitig beeinflussen.

4. Wohnungslosigkeit

Es ist schwer, sich auf eine allgemein anerkannte Definition des Begriffs Wohnungslosigkeit zu einigen. Die Gründe liegen darin, dass nicht alle Wohnungslose eindeutig zu erkennen sind. Jene, die auf der Straße leben und „Platte machen“, sind offensichtlich zu identifizieren. Jedoch gibt es auch Wohnungslose, die arbeiten gehen, ein gepflegtes Erscheinungsbild haben und sich bis auf den Fakt, dass sie keinen Mietvertrag haben, nicht von der „Normalbevölkerung“ zu unterscheiden sind.

Wohnungslosigkeit ist ein vielschichtiges Phänomen und eine Definition muss versuchen, die Lebenssituationen der Betroffenen zu erfassen.

4.1. Begriff Wohnungslosigkeit

Nach der Definition von Weeber und Ridderbusch im Fachlexikon der sozialen Arbeit ist obdachlos, „wer nicht über mietvertraglich gesicherten Wohnraum verfügt. Dazu gehören u.a. Personen, die nach Ordnungsrecht in Wohnräume eingewiesen wurden, die in Frauenhäusern, Übergangsheimen oder Billigpensionen wohnen, die vorübergehend bei Bekannten untergekommen sind, oder die ohne jegliche Unterkunft auf der Straße leben.“

Menschen, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben, gehören zu den Wohnungsnotfällen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAGW) versucht eine Begriffsbestimmung der aktuell von Wohnungslosigkeit betroffenen oder bedrohten Menschen über eine Einteilung in drei Sektoren:

- im ordnungsrechtlichen Sektor, werden alle Personen erfasst, die aufgrund ordnungsrechtlicher Maßnahmen ohne Mietvertrag, d.h. lediglich mit Nutzungsverträgen in Wohnraum eingewiesen oder in Notunterkünften untergebracht werden;
- der sozialhilferechtlichen Sektor fasst alle Personen zusammen, die ohne Mietvertrag untergebracht sind, wobei die Kosten nach Sozialgesetzbuch XII und/oder II übernommen werden; die sich in Heimen, Anstalten, Not-

übernachtungen, Asylen, Frauenhäusern aufhalten, weil keine Wohnung zur Verfügung steht; die als Selbstzahler in Billigpensionen leben, die bei Verwandten, Freunden und Bekannten vorübergehend unterkommen; die ohne jegliche Unterkunft sind und „Platte machen“;

- im Zuwanderersektor werden Aussiedler benannt, die noch keinen Mietwohnraum finden können und in Aussiedlerunterkünften untergebracht sind.

Die noch Anfang der achtziger Jahre geläufigen Begriffe wie „nichtseshaft“ und „obdachlos“ werden von der Fachöffentlichkeit nicht mehr verwendet. Man spricht nun von Wohnungslosigkeit und „alleinstehende Wohnungslose“. Diese Bezeichnung ist jedoch in die Kritik geraten, da nicht tatsächlich davon ausgegangen werden kann, dass alle wohnungslosen Menschen alleinstehend sind. Speziell auf Frauen trifft dies häufig nicht zu, da sie Kinder haben oder mit ihrem Partner zusammenleben. Im Folgenden wird die Bezeichnung „Wohnungsloser“ verwendet werden, da dieser Begriff zu vereinfachter Lesbarkeit beiträgt. Die männliche Bezeichnung soll keine diskriminierende Wirkung haben und schließt weibliche Wohnungslose natürlich mit ein.

4.1.1. Wohnungslosigkeit in Deutschland

In Deutschland gibt es keine bundeseinheitliche Berichterstattung über die aktuell von Wohnungslosigkeit betroffenen oder bedrohten Personen, weshalb die BAG W jedes Jahr ihre Schätzung zur Zahl der Wohnungslosen vorlegt. Die Beobachtungen der Veränderungen des Wohnungs- und Arbeitsmarktes, der Zuwanderung, der Sozialhilfebedürftigkeit, sowie regionaler Wohnungslosenstatistiken bilden den Kern des Schätzmodells.

Für das Jahr 2006 wird geschätzt, dass ca. 254.000 Menschen (ohne wohnungslose Aussiedler) in Deutschland wohnungslos sind. Davon leben ca. 24 % in Mehrpersonenhaushalten (Paare und Familien), 76 % sind alleinstehend, ca. 18.000 Menschen leben ohne jede Unterkunft auf der Straße. 11.000 Menschen sind nach der Zuwanderung wohnungslos. Somit sind insgesamt geschätzte 265.000 Menschen in Deutschland von Wohnungslosigkeit betroffen. (vgl. BAG W).

4.1.2. Wohnungslosigkeit in Baden-Württemberg

4.1.2.1. Liga Stichtagserhebung

Die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. (Liga) ist ein Verein der sieben Verbände⁵, die in der freien Wohlfahrtspflege tätig sind. Der Ausschuss Arbeit und Existenzsicherung, genauer die Arbeitsgruppe Straffälligen- und Wohnungslosenhilfe führt seit 17 Jahren die Liga -Stichtagserhebung durch. Ziel dieser Erhebung ist es, eine genaue Zahl der Menschen zu ermitteln, die sich im Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe befinden und Hilfen nach § 67-69 SGB XII erhalten. Dazu erhalten die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Baden-Württemberg⁶ einen Fragebogen, den sie an einem festgelegten Tag ausfüllen sollen. Die Erhebung für das Jahr 2007 fand am 28. September statt.

Insgesamt wurden 9.284 wohnungslose Menschen gezählt, 2.114 (22,8%) Frauen und 7.170 (77,2%) Männer, die an diesem Tag im Hilfesystem betreut wurden. Die Gesamtzahl der gezählten Personen hat sich gegenüber dem Vorjahr um 317 (3,5%) Personen erhöht.

Hochgerechnet auf das Gesamtjahr und unter Einbeziehung der Dunkelziffer kann weiterhin von deutlich über 20.000 wohnungslosen Menschen in Baden-Württemberg ausgegangen werden.

Hinsichtlich der Altersstruktur kann gesagt werden, dass ein Großteil der Betroffenen zwischen 40-49 Jahren (28%) alt ist. Jeweils ca. 20% sind zwischen 18 und 29 Jahren, bzw. zwischen 30 und 39 Jahren alt. Ca. 29% sind über 50 Jahre alt.

⁵ Mitgliederverbände: Caritas, AWO, der Paritätische, DRK, Diakonie, ZWST

⁶ Landesweit gibt es ca. 330 Einrichtungen. Im Jahr 2007 beteiligten sich 278 Einrichtungen (84%) an der Erhebung, somit kann von einer repräsentativen Umfrage gesprochen werden.

Zur Unterkunftssituation ist festgestellt worden, dass 585 Menschen ohne jegliche Unterkunft auf der Straße und 761 Menschen in Not- oder Ersatzunterkünften leben⁷.

4.2. System der Wohnungslosenhilfe

Das System der Wohnungslosenhilfe hat sich in den vergangenen Jahren stark gewandelt. Stationäre Einrichtungen stellten früher das Zentrum der Hilfe dar, wohingegen heute viele ambulante Angebote bereitgehalten werden. Diese zeichnen sich durch Niedrigschwelligkeit⁸ aus und gehen differenziert auf die individuellen Bedarfe und Problemlagen der Betroffenen ein.

4.2.1. Klienten der Wohnungslosenhilfe

Wohnungslosen sind aufgrund ihrer Lebenslage berechtigt, Leistungen nach dem SGB XII zu empfangen. Der Leistungsanspruch begründet sich aus § 67 SGB XII: „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.“

Nach § 1 Absatz 2 der Verordnung zur Durchführung der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (DVO) bestehen besondere Lebensverhältnisse „bei fehlender oder nicht ausreichender Wohnung, bei ungesicherter wirtschaftlicher Lebensgrundlage, bei gewaltgeprägten Lebensumständen, bei Entlassung aus einer geschlossenen Einrichtung oder bei vergleichbaren Umständen.“

Nach § 1 Absatz 3 der DVO liegen soziale Schwierigkeiten dann vor, „wenn ein Leben in der Gemeinschaft durch ausgrenzendes Verhalten des Hilfesuchenden oder eines Dritten wesentlich eingeschränkt ist, insbesondere im Zusammenhang

⁷ Alle Zahlen sind der Liga Stichtageserhebung entnommen. Diese steht als Download auf der Homepage der Liga zur Verfügung.

⁸ Niedrigschwelligkeit meint, dass bereitgestellt Angebote ohne Zwang und freiwillig genutzt werden können, keine Zugangsbarrieren in Form von Vorbedingungen bestehen und dass die unmittelbare Befriedigung eines Bedarfes im Mittelpunkt steht (vgl. Lutz/ Simon, 2007, S.108).

mit der Erhaltung oder Beschaffung einer Wohnung, mit Erlangung oder Sicherung eines Arbeitsplatzes, mit familiären oder anderen sozialen Beziehungen oder mit Straffälligkeit.“

Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen, Bildungsmängel und Langzeitarbeitslosigkeit können als Beispiele für besondere Lebensverhältnisse angeführt werden. Sind diese Lebensverhältnisse verbunden mit sozialen Schwierigkeiten, wie z.B. hohe Verschuldung, mangelnde Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Schwierigkeiten im Umgang mit Geld und/ oder Behörden, kann dies zu ausgrenzendem Verhalten führen. Die Betroffenen können die Situation aus eigener Kraft nicht überwinden.

Die hier beschriebenen besonderen Lebensverhältnisse verbunden mit sozialen Schwierigkeiten können zusammenfassend als Mangelsituationen verstanden werden, d.h., dass der von der Gesellschaft als „normal“ angesehene Lebensstandard von den Betroffenen deutlich unterschritten wird. Ihnen mangelt es an eigenständigem Wohnraum, sie haben kein regelmäßiges, ausreichendes Einkommen und sind von staatlichen Transferleistungen abhängig. Den Betroffenen fehlt es an sozialer Unterstützung, da sie über wenige bis keine tragfähigen sozialen Beziehungen verfügen. Ihre Möglichkeit zur sozialen Teilhabe ist aufgrund des fehlenden sozialen Netzes beeinträchtigt.

4.2.2. Ziele der Wohnungslosenhilfe

Das Schlagwort der Wohnungslosenhilfe ist die „Wiedereingliederung“ der Betroffenen in die Gesellschaft. Die Frage, die sich aufwirft ist, wo sind Wohnungslose platziert, wenn sie nicht Teil der Gesellschaft sind, sondern wiedereingegliedert werden müssen? Sie haben nur begrenzte Möglichkeiten, an den wichtigen gesellschaftlichen Werten wie Arbeit, Wohnen und Familie (soziale Netze) teilzuhaben. Die Folge ist, dass ihre Möglichkeiten zur Partizipation eingeschränkt sind. Sie sind jedoch immer noch Teil der Gesellschaft und gehören dazu. Es ist daher nicht richtig, zu sagen, sie müssen wiedereingegliedert werden. Zutreffender ist es, zu sagen, dass ihre Fähigkeiten zur Partizipation gestärkt und ausgebaut werden müssen.

Somit ist das Ziel, die Betroffenen dazu zu befähigen, an sozialen, materiellen und kulturellen Möglichkeiten teilhaben zu können.

Nach § 67 SGB XII lassen sich vier Zielebenen benennen:

- Abwendung der sozialen Schwierigkeiten bei besonderen Lebensverhältnissen, die unmittelbar drohen.
- Beseitigung der sozialen Schwierigkeiten bei besonderen Lebensverhältnissen, die umfassend behoben werden können.
- Milderung der sozialen Schwierigkeiten bei besonderen Lebensverhältnissen, die aus subjektiven oder objektiven Gründen nicht vollständig behoben werden können.
- Verhütung von Verschlimmerung von sozialen Schwierigkeiten bei besonderen Lebensverhältnissen, die gar nicht oder nur teilweise behoben werden können. Das vorhandene oder erreichte Niveau soll gehalten werden, um weitere Hilfen ermöglichen zu können⁹.

4.2.3. Exemplarische Leistungen und Angebote der Wohnungslosenhilfe

Die soziale Arbeit mit Wohnungslosen bedeutet, mit Menschen zu arbeiten, die von Ablehnung und Ausgrenzung geprägt sind, ein einsames und isoliertes Leben führen. Die Strukturen des Wohnungslosenhilfesystems versuchen Angebote zu machen, welche es den Wohnungslosen ermöglichen, Hilfen nachzufragen, welche nicht an Vorleistungen und Bedingungen geknüpft sind. Im Folgenden werden vier Leistungstypen kurz beschrieben und ihre Struktur aufgezeigt.

Fachberatungsstellen

Die Fachberatungsstellen sind die „Tür“ ins Hilfesystem. Sie sind gekennzeichnet durch ihre Offenheit (keine Zugangsbarrieren) und in der Freiwilligkeit, die angebo-

⁹ Diese Zielebenen stammen aus dem Skript des Seminars im 5. Semester zum Thema Wohnungslosenhilfe, Dozentin Ambacher, K., Zeitraum Januar-März 2008

tenen Leistungen anzunehmen oder abzulehnen. Wohnungslose erhalten Informationen über das örtliche Hilfesystem, über ihre rechtlichen Ansprüche und über die praktischen Möglichkeiten der Durchsetzung. Die Nutzung der materiellen Versorgung darf nicht an die sozialpädagogische Beratung¹⁰ gekoppelt sein, sonst ist der Zugang an Bedingungen geknüpft und die Niedrigschwelligkeit wäre nicht mehr gegeben. Den Klienten werden Versorgungsangebote zur Ernährung, Körperhygiene, Kleidung, medizinischen Hilfen, menschlicher Wärme und zahlreichen weiteren Bedarfen gemacht, damit sie ihr Leben in angemessener Art und Weise gestalten können. Häufig sind an die Fachberatungsstellen „Wärmestuben“ als Tagesaufenthaltsstätten und als Schutz- und Rückzugsraum angegliedert (vgl. Lutz/Simon, 2007, S. 107f). Manche Einrichtungen halten eine „Kurz- oder Notübernachtung“ vor, in der Wohnungslose für einen begrenzten Zeitraum unterkommen können.

Aufnahmehäuser (AH)

Diese Maßnahme ist ein Teil der „Wiedereingliederung in die Gesellschaft“ nach § 67 ff SGB XII und hat die Vermittlung der Wohnungslosen in eigenen Wohnraum oder in eine geeignete Einrichtung zum Ziel. Mit dieser Hilfeart werden Wohnungslose angesprochen, die sich in einer Stadt „festmachen“ wollen. Der Zustand der existentiellen Wohnungslosigkeit wird beendet, d.h. die Klienten ziehen in eigenen Wohnraum, haben jedoch keinen eigenen Mietvertrag, sondern nur ein Nutzungsrecht. Diese Zimmer befinden sich i.d.R. in der Wohnungsloseneinrichtung. Zentraler Punkt dieser Maßnahme ist, dass sie die Möglichkeit zum „erprobten Wohnen“ bietet. Der ehemals Wohnungslose kann in geschütztem Rahmen seine „Wohnfähigkeit“ testen und sich an die Anforderungen der Sesshaftseins gewöhnen. Im AH besteht eine umfassende Betreuung und es wird ein individueller Gesamtplan erarbeitet. Inhalt dieses Gesamtplanes sind alle Problembereiche des

¹⁰ Beratung ist der organisierte und bewusste herbeigeführte Ausgleich eines Wissensdefizits, das mitunter auch eine nicht situationsgerechte Einsicht in bestimmte Zusammenhänge zur Folge haben und insofern zur Problemgenese bzw. zur Problemverschärfung führen kann. Es wird versucht auf das Verhalten der Personen einzuwirken, sie im Beratungsprozess dazu zu befähigen und qualifizieren, dass die Situationen besser und selbständiger als zuvor bewältigen können. Beratung ermittelt Probleme, klärt die Möglichkeiten, diese anzugehen (vgl. Lutz/ Simon, 2007,S.1007).

hilfebedürftigen Menschen, welche in der Zeit seines Aufenthaltes bearbeitet werden sollen, wie z.B. Schuldenregulierung, Tagesstrukturierung, Klärung des Anspruches gegenüber der Agentur für Arbeit und Wiedereingliederung in Arbeit.

Betreutes Wohnen nach § 67 SGB XII

Diese Maßnahme bietet Hilfen an, die den Verbleib oder Erhalt des Wohnraumes sichern sollen. Die Notwendigkeit der persönlichen Hilfen im Anschluss an die erfolgte Sicherung eines bestehenden Wohnraumes und bei der Reintegration in ein Normalwohnverhältnis ist unumstritten. Die Menschen werden ambulant betreut und erhalten Beratung in privaten und behördlichen Angelegenheiten. Durch aufsuchende Arbeit in den Wohnungen wird eine reine „Komm – Struktur“ vermieden und Probleme können bei der Entstehung angegangen werden (vgl. Lutz/ Simon, 2007, S.139f).

Stationäre Einrichtungen

Dieser Hilfeform liegt das Konzept der Komplettversorgung zugrunde. Neben dem Wohnen, der Arbeitsmöglichkeiten und Angeboten der Sozialarbeit werden auch ein regelmäßiges Mahlzeitenangebot, Angebote zur Körperhygiene und Wäscheservice bereitgehalten. Die Unterbringung erfolgt in Einbettzimmern in einem Gebäudekomplex. Inzwischen wird versucht, die Komplettversorgung zu entzerren. Innerhalb der stationären Einrichtungen werden Wohngruppen aufgebaut, die sich selbst versorgen. Die Probleme der Menschen werden ganzheitlich bearbeitet und Hilfestellungen zu unterschiedlichsten Problemlagen angeboten. Das Ziel ist, die Menschen zum selbständigen Wohnen zu befähigen (vgl. ebd. S. 129f).

4.3. Dimensionen der Lebenslage wohnungsloser Menschen

Die Lebenslage von Wohnungslosen unterscheidet sich in vielen Aspekten von derer anderer Menschen. Angelehnt an das Lebenslagenkonzept¹¹ soll nun die Situation von Wohnungsloser beschrieben werden.

¹¹ Das Lebenslagenkonzept wird von Ingeborg Nahsen vertreten und differenziert unterschiedliche Bedingungen, welche Einfluss auf die Lebensqualität haben, aus. Es benennt verschiedene Spiel-

4.3.1. Versorgungs- und Einkommensspielraum

Der Versorgungs- und Einkommensspielraum benennt den Grad der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen. Wohnungslose haben i.d.R. als Lebensgrundlage staatliche Transferleistungen. Hierbei handelt es sich um Leistungen zur Existenzsicherung nach SGB II und SGB XII in Höhe von 347 €/Monat. Im Jahr 2007 erhielten 55 % der Wohnungslosen in Baden-Württemberg ALG II, 12 % bezogen Leistungen nach SGB XII und 7,7 % erhielten Rentenleistungen. (Quelle: Liga Stichtagserhebung). Der Großteil der umherreisenden Wohnungslosen bezieht einen Tagessatz, d.h. sie bekommen pro Tag aktuell 11,50 € ausbezahlt. Dieser Satz wird zum 1.7.2008 auf 11,70€ erhöht und an den gestiegenen ALG II Satz von 351 €/Monat angepasst. Die Folgen des relativ geringen Einkommens sind vielfältig. Eine Bedürfnisbefriedigung ist nur zur Überlebenssicherung möglich. Genügend Geld für neue Schuhe oder Kleidung kann nur selten angespart werden, was ein Grund dafür sein kann, dass das äußere Erscheinungsbild ungepflegter ist. Oftmals sind die Kleider gebraucht und aus Kleiderkammern der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Die Versorgung mit Konsumgütern und Dienstleistungen ist mangelhaft und der Erwerb von Statussymbolen ist nicht möglich. Statussymbole zeigen die Zugehörigkeit, bzw. Ausgrenzung von bestimmten Bevölkerungsgruppen an (vgl. Ansen, 2006, S. 59).

4.3.2. Kontakt- und Kooperationsspielraum

Wohnungslose sind in ihrer Lebenslage von den Möglichkeiten zur sozialen Kommunikation und Interaktion weitgehend ausgeschlossen. Sie erfahren eine soziale Isolierung und Diskriminierung. Ihr Kontakt beschränkt sich meistens auf Mitglieder der Wohnungslosenszene und auf Mitarbeiter der Wohnungslosenhilfe.

Die soziale Isolation ist auf den Mangel an sozialer Unterstützung zurückzuführen (vgl. Ansen, 2007, S.51). Wohnungslosigkeit ist das Resultat eines langen sozia-

räume und verdeutlicht das Maß der Ausgrenzung und die begrenzte Teilhabe (vgl. Glatzer, 2002, S.606)

len Abstiegs. Dieser Prozess wird oftmals durch ein belastendes Lebensereignis wie Scheidung oder der Verlust des Arbeitsplatzes ausgelöst. Eine Folge kann sein, dass das soziale Netz, welches zur Unterstützung benötigt wird, weg bricht oder sich die Betroffenen davon los lösen. Durch das fehlende soziale Netz erfahren sie keine Erfüllung ihrer sozialen Bedürfnisse nach Anerkennung, Zugehörigkeit und Schutz, welche neben der Hilfe zur Bewältigung von Problemen die Funktionen des sozialen Netzes sind.

Viele Wohnungslose haben keinen Kontakt mehr zu ihrer Familie. Die Beziehungen sind geprägt von Gefühlen der Angst, der Scham oder von Vorwürfen. Die fehlende soziale Unterstützung manifestiert die Situation.

4.3.3. Lern- und Erfahrungsspielraum

Unter dem Lern- und Erfahrungsspielraum werden die Möglichkeiten zur Entwicklung und Entfaltung von individuellen (Bildungs-)Interessen in Abhängigkeit von häuslicher, schulischer und beruflicher Sozialisation und sozialer und räumlicher Mobilität genauer betrachtet (vgl. Boeckh/ Huster/ Benz, 2006, S. 264).

Wohnungslose Menschen haben im Verlauf ihrer Sozialisation meist negative Erfahrungen gemacht. Wie bereits oben erwähnt wurde, ist Wohnungslosigkeit das Resultat eines langen sozialen Abstiegs. Zu den o.g. Ursachen kann man auch gescheiterte Individualisierungsprozesse oder traumatische Erlebnisse in der ersten Sozialisationsinstanz (der Familie) suchen. Des Weiteren sind mangelnde Bildungsabschlüsse verbunden mit schlechter oder keiner Berufsausbildung und sich die daraus ergebenden unsicheren Arbeitsverhältnisse anzuführen. Der Verlust des Arbeitsplatzes und die daraus resultierende Arbeits- und Langezeitarbeitslosigkeit verschlechtern nicht nur die soziale Lage, sondern schwächen auch das Selbstvertrauen. Arbeitslosigkeit ist verbunden mit geringen Einkommen, unsicheren Lebensverhältnissen und nachweisbarer psychischer Belastung.

Wohnungslose Menschen haben viele negative Erfahrungen und Erlebnisse gemacht. Sie schätzen ihre Selbstwirksamkeit als schlecht ein und ihr Selbstwertgefühl ist stark herabgesetzt.

Viele wohnungslose Menschen leben die „erlernten Hilflosigkeit“. Dieses Gefühl der Hilflosigkeit entsteht, wenn Menschen versuchen ihre Lebensumstände zu verändern, ihre Strategien jedoch scheitern und die Ressourcen nicht ausreichend sind. Die Folge ist, dass sie resignieren und sich passiv verhalten. Die Bemühungen, die Situation zu verändern, werden immer weniger. Es kommt zu motivationalen Störungen, die mit fehlendem Antrieb verbunden sind. Es fehlt die Erwartung, dass durch eigene Reaktionen eine Erleichterung in belastenden Situationen erreicht werden kann. Im kognitiven Bereich wirkt sich die Störung auf die Handlungsmöglichkeiten aus, da diese einfach nicht mehr erkannt werden. Ebenso beeinträchtigt die Hilflosigkeit die Emotionen. Zu Beginn der belastenden Situationen werden Gefühle wie Angst und Sorgen geweckt. Kann keine Veränderung herbeigeführt werden, kann sich emotionale Beeinträchtigung bis zu Depressionen „steigern“ (vgl. Ansen, 2007, S.85f).

4.3.4. Muße- und Regenerationsspielraum

Dieser Spielraum bezeichnet die Möglichkeiten des Einzelnen zum Ausgleich psychischer und/ oder physischer Belastungen durch Arbeits-, Wohn- und Umweltbedingungen (vgl. Boeckh/ Huster/ Benz, 2006, S. 264).

Wohnungslose Menschen sind durch ihre Situation sowohl psychisch als auch psychisch sehr belastet. Sie verfügen über keinen Schutz- und Rückzugsraum, sie leben ein Leben in der Öffentlichkeit. Manche von ihnen schlafen ohne jede Unterkunft auf der Straße, sie machen „Platte“. Sie sind in Not- und Ersatzunterkünften untergebracht oder schlafen bei Freunden. Die fehlenden Regenerationsmöglichkeiten bilden eine hohe psychische Belastung für die Menschen. Nicht zu wissen, wo man die Nacht verbringen wird und dann ständig Angst zu haben, dass man womöglich ausgeraubt wird, ruft Stress hervor.

Auch ordnungsrechtlich eingewiesene Menschen werden zu den wohnungslosen gezählt. Sie wohnen z.T. in kommunalen Unterkünften, die mit einem schlechten Wohnstandard und einem sozial belastenden Milieu verbunden sind.

Ihre Möglichkeiten, sich von den psychischen und physischen Belastungen ihres schon sehr belastenden Alltags zu erholen, sind aufgrund ihrer sozialen Lage gering.

4.3.5. Dispositions- und Partizipationsspielraum

Der Dispositions- u Partizipationsspielraum beschreibt den Grad der Teilnahme, Mitbestimmung und Mitentscheidung in beruflichen und privaten Lebensbereichen (vgl. Boeckh/ Huster/ Benz, 2006, S. 264).

Wohnungslose Menschen sind selten in Arbeitsverhältnisse integriert. Ihnen fehlt die Teilhabe an beruflichen Kommunikationen, sie haben nicht die Möglichkeit, an beruflichen Entscheidungsprozessen teilzuhaben. Ihr Alltag nicht durch die Erwerbsarbeit strukturiert.

Sie erfahren eine „kulturelle Ausgrenzung“, weil sie durch mangelnde finanzielle und soziale Ressourcen nicht in der Lage sind, an kulturellen Angeboten teilzuhaben.

Generell ist darauf hinzuweisen, dass ihre Möglichkeiten der Partizipation in den verschiedensten Bereichen sehr eingeschränkt sind.

4.3.6. Zusammenfassung

Wohnungslose Menschen sind durch ihre soziale Lage von Ausgrenzung und Stigmatisierung betroffen, wenn nicht sogar bedroht.

Die Lebensbedingungen sind schlecht. Ihre Wohnsituation ist prekär oder sie haben „kein Dach über dem Kopf“. Die materiellen Möglichkeiten sind kaum ausreichend, um die Grundversorgung abzusichern. Ihre Kontakte beschränken sich meist auf Mitglieder der Wohnungslosenszene oder sind institutioneller Art. Dadurch fehlen ihnen tragfähige soziale Beziehungen und somit die soziale Unterstützung. Die zwischenmenschlichen Grundbedürfnisse an Nähe, Liebe und Geborgenheit finden keine ausreichende Befriedigung.

5. Wohnungslosigkeit und Gesundheit

Im vorigen Kapitel wurde die soziale Lage wohnungsloser Menschen beschrieben und auf die Bedingungen und Schwierigkeiten dieser Lebenslage hingewiesen. Im Folgenden werden nun die Zusammenhänge zwischen Wohnungslosigkeit und Gesundheit bearbeitet. Wie schon oben beschrieben wurde, sind Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, soziale isoliert. In einem ersten Schritt werden die Bedienungsfaktoren für die Gesundheit Wohnungsloser analysiert. Danach werden der Versorgungsbedarf und die Gesundheitssituation beschrieben. Daran schließt sich die Fragestellung, ob der Weg für wohnungslose Menschen in die Regelversorgung verbaut ist und warum die Wohnungslosenhilfe Angebote zu medizinischen Versorgung bereitstellt.

5.1. Determinanten der Gesundheit von wohnungslosen Menschen

Es gilt als unumstritten, dass Wohnungslose eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit und gleichzeitig eine verkürzte Lebenserwartung haben (vgl. Gutachten des SVR, 2007). Betrachtet man die Lebenslage von Wohnungslosen im Zusammenhang mit den Determinanten von Gesundheit, wird diese Feststellung erklärbar.

5.1.1. Demografische Angaben

Wie demografische Angaben zu Wohnungslosen in Deutschland belegen, ist deren Schulbildung durchschnittlich schlechter als die der Normalbevölkerung. Die meisten Betroffenen haben die Hauptschule besucht (vgl. Trabert, 1995, S.22). Zudem sind Wohnungslose häufig nicht in den regulären Arbeitsmarkt integriert.

5.1.2. Finanzielle Faktoren im Bezug auf gesunde Nahrung

Der Alltag von Wohnungslosen ist durch chronischen Geldmangel bestimmt. Es ist ihnen häufig nicht möglich, mit den vorhandenen Mitteln den Lebensunterhalt für den ganzen Monat zu bestreiten. Diese Geldknappheit zwingt sie dazu, billige Nahrungsmittel zu kaufen. Ebenso müssen sie sich ohne großen Aufwand und unter Bedingungen der Straße zubereiten lassen. Sie ernähren sich häufig von

Konserven, sowie von Fertig- und Halbfertigprodukten, die einen geringen Nährstoffanteil und einen hohen Fettgehalt haben. Obst und Gemüse wird aufgrund des hohen Preises und geringen Nährwertes selten bis gar nicht gekauft und verzehrt. Die unzureichende, ungesunde Ernährung in Verbindung mit den prekären Lebensbedingungen macht diese Personengruppe anfällig für unterschiedliche Krankheiten (vgl. Gutachten des SVR, 2007).

5.1.3. Bedingungen der Lebenswelt

Unter Lebenswelt wird hier das Leben unter prekären und/ oder fehlender Wohnsituationen verstanden.

Das Fehlen einer festen Bleibe bedeutet für die Betroffenen, ständig auf der Suche nach einem geeigneten Schlafplatz zu sein. Diese unstete, von großer Unruhe geprägte Lebensweise, stellt eine psychische Belastung für die Betroffenen dar.

Die Unterkunftssituation von Wohnungslosen ist sehr unterschiedlich. Manche kommen bei Szeneangehörigen für kurze Zeit unter, andere übernachten in Wohnungslosenunterkünften. Generell ist das „Straßenleben“ geprägt von fehlenden Rückzugsmöglichkeiten. Es mangelt an Privatleben, da sich die Wohnungslosen meist das Zimmer mit einer oder mehreren Personen teilen müssen.

Die sanitäre Ausstattung in Wohnungslosenunterkünften oder in Quartieren von Szeneangehörigen ist meist mangelhaft und die hygienischen Bedingungen sind unzureichend. Die Möglichkeiten Wäsche zu wechseln oder zu waschen sind begrenzt, was infektiöse Hautkrankheiten oder Ungezieferbefall zur Folge haben kann. Zudem herrscht in diesen Unterkünften ein relativ hohes Ansteckungspotential.

Häufig leiden Wohnungslose an Erkrankungen der Füße. Gründe sind unzureichender Schutz gegen Feuchtigkeit und Kälte, schlechte Schuhe und übermäßiges Stehen.

Es gibt immer wieder „Meldungen über Menschen, die „an der Kälte“ erfrieren. Das stimmt aber nicht. Sie sterben an der Armut, irgendwo in einem Hausgang oder auf einer Parkbank.“ (Prantl, 2005, S.52).

Dieses Zitat verdeutlicht, dass Wohnungslose, wenn sie keine Möglichkeit haben eine Unterkunft zu finden, ohne Schutz und den Witterungsbedingungen ausgeliefert auf der Straße schlafen. Die Folgen sind z.B. schlecht ausheilende Infekte und chronische Atemwegserkrankungen oder sogar der Tod durch Erfrieren.

5.1.4. Fehlende soziale Unterstützung

Wohnungslose sind nicht nur sozial isoliert, vielmehr werden sie auch von ihrem sozialen Umfeld abgelehnt. Diese „randständige“ Position hat unter anderem zur Folge, dass Wohnungslose über einen geringen Selbstwert verfügen.

Wohnungslose sind „Einzelkämpfer“. Sie haben nur wenige Kontakte außerhalb der Szene und diese sind häufig von Ausnutzung und Misstrauen geprägt.

Der Verlust des sozialen Netzes zur Unterstützung bedeutet z.B., dass niemand da ist, der einen ermutigt im Krankheitsfall einen Arzt aufzusuchen oder die Pflege übernimmt.

5.1.5. Substanzmissbrauch

Um den Alltag auf der Straße psychisch und physisch besser aushalten zu können, sind Alkohol oder Drogen bei Wohnungslosen ein weit verbreitetes „Heilmittel“. Sie dienen als Wärme- und Trostspender, Nahrungersatz oder auch zur Kontaktpflege untereinander. Alkohol und Drogen erleichtern es, sich an die Gegebenheiten der Straße anzupassen und sich in diese Lebenswelt zu integrieren (vgl. Gutachten des SVR, 2007).

Ein intensiver Missbrauch von Alkohol und Drogen mündet häufig in eine Abhängigkeit von diesen Substanzen. Des Weiteren bedingt er z.B. Leber-, Herz-, Nieren-, Magen- und Bauchspeicheldrüsenkrankheiten, Venenentzündungen, Hautinfektionen, Zahnerkrankungen sowie psychische Beeinträchtigungen (vgl. ebd.).

Der Substanzmissbrauch wirkt sich nicht nur negativ auf die Gesundheit aus, sondern verschlechtert auch das Gesundheitsverhalten. Ebenso wird die Haltung gegenüber dem eigenen Körper gleichgültig, auch die äußere Erscheinung leidet. Im Laufe einer Suchtkarriere kommt es dazu, dass Mahlzeiten nicht mehr regelmäßig

eingenommen werden, das Schmerzempfinden wird weniger und z.B. wird die Versorgung von Wunden vergessen.

5.1.6. Zusammenfassung

Wohnungslose gehören zu den benachteiligten Personengruppen der Gesellschaft. Ihre sozialen Lebenschancen sind schlechter, da sie in armutsgeprägten Umständen leben. Die daraus resultierende gesundheitliche Benachteiligung hat ihre Gründe zum einen in den alltäglichen Strapazen der Wohnungslosigkeit. Zum anderen hängt die gesundheitliche Benachteiligung auch mit den individuell schädigenden Lebensstilen, wie Alkohol- und Nikotinkonsum, Fehlernährung und mangelndem Vorsorgeverhalten zusammen.

5.2. Versorgungsbedarf und Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen

Wie epidemiologische Studien belegen, ist der Gesundheitszustand Wohnungsloser schlecht und sie haben eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit. Dies spricht für einen besonderen Versorgungsbedarf dieser Personengruppe. Der Anteil derer, die einer dringenden medizinischen Behandlung bedürfen, wird auf 80-90 % geschätzt (vgl. Gutachten des SVR, 2007).

5.2.1. Krankheitsbilder

Unter Wohnungslosen treten manche Erkrankungsarten gehäuft auf. Die Krankheiten konzentrieren sich hauptsächlich auf bestimmte Organsysteme. Viele Wohnungslose haben Erkrankungen der Atmungs- und Verdauungsorgane sowie des Herz-Kreislauf-Systems. Erkrankungen des Bewegungsapparates, Folgen von Unfallverletzungen sowie akute Infektionserkrankungen treten ebenso gehäuft auf wie Erkrankungen der Sinnesorgane (Augen, Ohren), der Zähne, der Haut und des Venensystems. Des Weiteren haben viele Wohnungslose Lebererkrankungen und neurologische Auffälligkeiten (vgl. Trabert, 1995, S.110).

5.2.2. Multimorbidität

Ein weiterer wichtiger Bezugspunkt um den Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen zu beschreiben ist, dass viele an Mehrfacherkrankungen leiden. Der sich der Gesundheitsversorgung von Wohnungslosen widmende Verein „Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.“ geht davon aus, dass rund 70% der Betroffenen mehr als zwei und ca. 40% mehr als drei Erkrankungen haben. Je länger die Wohnungslosigkeit andauert, umso schlechter wird der gesundheitliche Zustand.

5.2.3. Mortalität

Wohnungslose leiden nicht nur überdurchschnittlich oft unter bestimmten Krankheiten, auch die Sterblichkeitsrate ist unter ihnen weit höher als bei der Allgemeinbevölkerung. Die unsteten Lebensbedingungen der Lebenslage Wohnungslosigkeit und der Zusammenhang zwischen Lebenslage und Gesundheit haben zur Folge, dass Wohnungslose einem erhöhten Sterberisiko ausgesetzt sind.

In der Hamburger Studie zu den Todesursachen Wohnungsloser Menschen wurde ein durchschnittliches Sterbealter von 46,5 Jahren festgestellt (vgl. Ishorst-Witte, 2001).

5.3. Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Hilfeleistungen

Trotz des schlechten Gesundheitszustandes und diversen Erkrankungen ist das Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Hilfeleistungen gering. Erhebungen, die sich dem Inanspruchnahmeverhalten widmen, haben herausgefunden, dass 60% der befragten Wohnungslosen keinen Hausarzt haben oder diesen nur selten konsultieren (vgl. Trabert, 1995, S.29).

Welche „Barrieren“ der Versorgung von Wohnungslosen im medizinischen Regelversorgungssystem entgegenstehen, sollen im Folgenden aufgezeigt werden.

5.3.1. Barrieren in der Verwirklichung von subjektivem Recht¹²

Ein fundiertes Grundwissen über Leistungsansprüche und Wege der Umsetzung sind heutzutage die Voraussetzung dafür, dass ein subjektives Recht umgesetzt werden kann. Wohnungslosen wissen oftmals nicht, dass sie Rechtsansprüche haben. Ebenso fehlen ihnen die Möglichkeiten der Rechtsdurchsetzung. Die gesetzlich festgelegten Verhaltensvoraussetzungen zur Rechtsinanspruchnahme sind für Wohnungslose in ihrer Lebenslage nicht bzw. kaum zu erfüllen.

Im Gesundheitssystem entscheidet die ärztliche Diagnose grundsätzlich über den Zugang zu Behandlungsleistungen. Am einfachsten ist der Zugang zu medizinischen Hilfeleistungen bei einer ärztlich festgestellten, akut behandlungsbedürftigen Erkrankung oder Verletzung. In diesem Fall erfahren Wohnungslose keine rechtliche Barriere. Verweigert ein Arzt in einem solchen Fall die medizinische Notversorgung, wird er beim Bekanntwerden seines Verhaltens in Regress genommen.

Um zu bestimmten medizinischen Hilfeleistungen Zugang zu bekommen, muss ein rechtlich definierter Status nachgewiesen werden. Leistungen zur Rehabilitation setzen die Feststellung einer Behinderung¹³ nach §§ 2 und 69 SGB IX voraus. Das Feststellungsverfahren ist langwierig und die Mitwirkung der Betroffenen ist unbedingt notwendig. Die benötigten Unterlagen müssen zusammengetragen und der Antrag bei der entsprechenden Stelle eingereicht werden. Diese Hürden sind für Wohnungslose, die z.T. jahrelang unterwegs waren und für die es schon schwer ist den Personalausweis nicht zu verlieren, kaum zu überwinden. Des Weiteren sehen sie auch keinen Nutzen darin, sich eine Behinderung anerkennen zu lassen, da sie nicht damit rechnen, dass sich dadurch an ihrem Alltag etwas än-

¹² Subjektives Recht bezeichnet den Rechtsanspruch einer bestimmten Person(engruppe). Leistungsansprüche kann grundsätzlich nur derjenige geltend machen, dem diese subjektiven Rechte zustehen (Falterbaum, 2007, S.19).

¹³ Als Behinderung wird jede langfristig bestehende körperliche Schädigung, reduzierter geistiger Fähigkeit oder seelischer Gesundheit bezeichnet, die zu Einschränkungen des üblichen Leistungsvermögens führt und die dadurch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt oder behindert (Siegrist, 2005, S.305).

dern würde. Langfristige Rehabilitationsmaßnahmen passen nicht zu den Lebensumständen der Wohnungslosen, da dieses von ständigen Ortswechseln und wenig Kontinuität geprägt ist. Angesichts der Tatsache, dass viele Wohnungslose mehrfach oder sogar chronisch erkrankt sind, sollte in der Praxis versucht werden, Rehabilitationsleistung für diese Personengruppe zu erschließen. Die Maßnahmen sollten speziell für dieses Klientel zugeschnitten sein, z.B. sollten die Strukturen und Regeln nicht zu starr sein.

Ein weiteres Beispiel, dafür, dass fundierte Rechtskenntnisse erforderlich sind um bestimmte Leistungen oder Erleichterung für sich erschließen zu können, ist die so genannte Chronikerregelung. Diese Regelung verringert für chronisch kranke Menschen die Zuzahlungsgrenze von zwei auf ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt¹⁴ (SGB V § 62). Jedoch sind die rechtlichen Hürden sehr hoch angelegt. Die formale Hürde der Antragstellung bei der Krankenkasse ist relativ leicht zu überwinden. In der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses werden die Kriterien benannt, welche erfüllt sein müssen, um als chronisch krank eingestuft zu werden. So ist eine Krankheit schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigsten ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist: Entweder es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach SGB XI vor, ein Grad der Behinderung von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent wurde festgestellt oder es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, um eine Verschlimmerung der Krankheit zu vermeiden. Die Patienten müssen sich die Dauerbehandlung von einem Arzt bescheinigen lassen.

Im Januar 2008 ist eine weitere Hürde in Kraft getreten. So müssen Patienten, die chronisch krank sind nicht nur eines der o.g. Merkmale erfüllen, sie müssen vielmehr noch einen Präventionspass geführt haben und an Maßnahmen zur Früherkennung von bestimmten Krankheiten teilgenommen haben. Das bedeutet, wenn

¹⁴ Die Belastungsgrenze für einen ALG II Empfänger liegt bei 82,80€.

bei jemandem eine Krankheit auftritt, für die es Vorsorgeuntersuchungen gibt, an denen aber nicht teilgenommen wurde, verfällt der Anspruch auf die herabgesetzte Belastungsgrenze.

Obwohl viele Wohnungslose überdurchschnittlich häufig von an chronischen Erkrankungen, wie z.B. Herz- Kreislauf- Erkrankungen betroffen sind, erfüllen nur wenige die o.g. Kriterien. „Das Sammeln der Zuzahlungsbelege und die Antragstellung auf Befreiung von Zuzahlungen bei Erreichen der Belastungsgrenze ist für einen sehr großen Teil der Betroffenen nicht oder nur unter Schwierigkeiten zu realisieren“ (Rosenke, 2006, S.108).

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass die gesetzlich geregelten Verhaltensanforderungen von den Lebensumständen Wohnungsloser soweit entfernt sind, dass von ausgrenzenden Regelungen gesprochen werden kann. Der Umgang mit dem umfassend verrechtlichten Gesundheitssystem ist für den „Normalbürger“ schon schwierig geworden, umso mehr scheitern Menschen in prekären Lebenslagen an den Bedingungen und Anforderungen. Erschwerte Zugangsbedingungen bilden für Wohnungslose Hürden, die sie kaum noch überwinden können¹⁵.

5.3.2. Wirtschaftliche Barrieren

Eine weitere Barriere wurde bei Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) am 1.1.2004 „eingerrichtet“. Patienten sollen zu mehr Autonomie, Eigen- und Selbstverantwortung angehalten werden. Die Einführung der Eigenbeteiligung hat besonders auf finanziell schlechter gestellte Menschen, somit besonders auch für Wohnungslose negative Auswirkungen. So hat sich seit 2004 der Gesundheitszustand Wohnungsloser weiter verschlechtert (vgl. Lutz/ Simon, 2007, S.142).

¹⁵ Dieser Gliederungspunkt wurde von mir mit Unterstützung von Prof. Dr. Ansen und dessen Unveröffentlichten Vortrags erarbeitet. Der Vortrag mit dem Titel „Ist der Weg in die medizinische Regelversorgung für Wohnungslose endgültig verbaut?“ wurde von Prof. Dr. Ansen auf der Bundestagung der BAG W in Potsdam vom 07.-09. Nov. 2007 gehalten.

Am bedeutsamsten für Wohnungslose sind folgende Regelungen, die als Privatisierungs- oder Zuzahlungsmodelle eingeführt wurden:

- Es werden 10 € Praxisgebühr bei der ersten Inanspruchnahme des Haus- oder Facharztes pro Quartal erhoben.
- Für nicht verschreibungspflichtige Medikamente, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel werden die angefallenen Kosten nicht mehr erstattet¹⁶. Darunter fallen u.a. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grip-palen Infekten, Schmerzmittel sowie Mittel zur Behandlung bei Parasitenbe-fall. Diese so genannten OTC – Präparate¹⁷ zählen zu den Standardthera-peutika Wohnungsloser.
- Generell sind bei verschriebenen Arznei- und Verbandsmitteln Zuzahlungen zu leisten. Diese betragen 10 Prozent, mindestens 5 €, höchstens 10 €, je-doch nicht mehr als der Abgabepreis.
- Bei Heilmitteln, wie Krankengymnastik oder anderen therapeutischen Dienstleistungen, sowie bei Sachmitteln werden 10 Prozent der Kosten und 10 € je Verordnung erhoben.
- Hilfsmittel, die den Erfolg der Krankenbehandlung sichern oder eine dro-hende Behinderung ausgleichen oder abwenden werden 10 Prozent des von der Krankenkasse übernommenen Betrages gefordert, mindestens 5 €, höchsten 10 €. Sind Hilfsmittel zum Verbrauch bestimmt, werden 10 € im Monat fällig.
- Für Brillengläser oder Brillengestelle für Erwachsene werden keine Zu-schüsse geleistet, es sei denn, es handelt sich um eine schwere Sehbeein-trächtigung beider Augen nach Stufe 1 der Definition der WHO.
- Die Kostenbeteiligung bei Zahnersatz wurde gestrichen, dafür müssen Zu-satzversicherungen abgeschlossen werden.

¹⁶ Diese sind in §34 SGB V benannt und aufgelistet.

¹⁷ OTC = „over the counter“. Diese Medikamenten werden privat über Apotheken erworben.

- Bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus werden für maximal 28 Tage täglich 10 € Beteiligung erhoben.

Diese Kostenverschiebung auf die Versicherten trifft Wohnungslose stark.

Was die Situation für Wohnungslose noch erschwert ist, dass sie mit der Einführung des Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) aus dem Schutzbereich des alten Bundessozialhilfegesetzes entlassen wurden. Ehemalige Sozialhilfeempfänger werden, wenn sie mindestens drei Stunden am Tag zur Arbeit fähig sind, zu Arbeitslosengeld II Empfängern. Das bedeutet, dass sie automatisch durch die Bundesagentur für Arbeit in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert werden. Auch Wohnungslose, die nicht erwerbsfähig sind, aber mindestens einen Monat lang fortlaufend Leistungen zum Lebensunterhalt beziehen, werden gesetzlich Krankenversicherten faktisch gleichgestellt. Die Antragsbearbeitungszeiten von 4-8 Wochen zur Aufnahme in die GKV, ergeben praktische Probleme bei der Leistungsgewährung- und Leistungsvergütung. Ein weiteres Problem ist die Ausstellung einer Krankenversichertenkarte. Diese soll Wohnungslosen den Zugang zu medizinischen Hilfeleistungen gewähren. Unter den Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit kommt es jedoch häufig zu Kartenverlusten, wodurch zum einen die Krankenbehandlung erschwert wird, aber auch neue Kosten entstehen (vgl. Kunstmann, 2006, S. 111). Bei der Neuausstellung einer Versichertenkarte wird eine Gebühr von 5 € erhoben. Eine weitere Folge der Integration Wohnungsloser in das System der GKV ist, dass für niedergelassene Ärzte der Anreiz verloren geht, diese Personengruppe außerhalb der GKV zu behandeln (vgl. ebd.).

Die finanzielle Belastung, die mit der Inanspruchnahme einer medizinischen Hilfeleistung verbunden ist, hat auf Wohnungslose eine abschreckende Wirkung. Gerade sie haben eher die Tendenz, ihre Gesundheit zu missachten und nehmen ärztliche Hilfe kaum eigenständig in Anspruch. Einrichtungen der Wohnungsenhilfe berichten, dass die Praxisgebühr von Arztbesuchen abhält, und dass wegen der erforderlichen Zuzahlungen, die ausgestellten Rezepte nicht mehr eingelöst werden (vgl. ebd.).

Nach Kunstmann (2006, S.113) „entzieht sich der Sozialstaat über die Zuzahlungsregelungen zunehmend seiner kompensatorischen Aufgaben gerade für fi-

nanziell schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen und verlagert die Verantwortung für sie auf private Geldgeber, auf deren Zuwendungen für die Betroffenen jedoch kein geregelter Anspruch besteht.“

Es ist nicht verwunderlich, dass Wohnungslose aufgrund ihrer Lebenssituation und den damit verbunden beschränkten finanziellen Möglichkeiten den Weg in die medizinische Regelversorgung nur im akuten Notfall finden. Bei einem Tagessatz von 11,50 €, bzw. 11,70 € ist es schwer, wenn nicht sogar unmöglich, die Praxisgebühr zu entrichten, sich dann noch Medikamente zu holen und die damit verbundenen Zuzahlungen zu leisten.

5.3.3. Strukturelle Barrieren

Unter den strukturellen Barrieren sollen die Besonderheiten des Gesundheitssystems¹⁸ benannt und ihre Auswirkungen auf die medizinische Versorgung Wohnungsloser erklärt werden.

Auch im Gesundheitssystem, sowie in allen anderen Bereichen der Sozialversicherungen, sind Eigen- und Mitverantwortung gewichtige Begriffe. Patienten müssen dazu fähig sein, innerhalb vorgegebener Strukturen zu kommunizieren und zu kooperieren, um die erforderlichen Leistungen zu erhalten. Wohnungslose haben aufgrund ihrer komplexen sozialen Schwierigkeiten Probleme, ihre Ansprüche durchzusetzen und die Potentiale des Gesundheitswesens für sich zu nutzen.

Die strukturellen Probleme beziehen sich zum einen darauf, dass sich die gesundheitlichen Risiken und Krankheiten von infektiösen Erkrankungen hin zu chronischen Leiden verlagert haben. Das Gesundheitswesen ist schwerpunktmäßig immer noch auf die Behandlung akuter Krankheiten ausgerichtet und hat die Behandlungsanforderungen der Zivilisationskrankheiten noch nicht ausreichend im Blick. Diese Krankheiten sind langwierig und kostspielig. Gegen sie kann nur dann präventiv vorgegangen werden, wenn tief greifende Eingriffe in die Arbeits- und

¹⁸ Das Gesundheitssystem umfasst die Gesamtheit der Mittel, Personen und Institutionen, die zur Durchführung gesundheitsbezogener Aktionen zur Verfügung stehen sowie deren Organisation und Finanzierung (Murray & Frenk, zit. nach Siegrist, 2005, S. 324).

Lebenszusammenhänge der Bevölkerungsstruktur vorgenommen werden. Denn nur so kann die sozial ungleiche Verteilung von Krankheitsrisiken verändert werden (vgl. Boeck/ Huster/ Benz, 2006, S. 338).

Dieser Zusammenhang trifft auf Wohnungslose in dem Sinne zu, dass ihre alltäglichen Lebensumstände mitverantwortlich sind für die Entstehung zahlreicher Erkrankungen. Ihnen fehlt ein Ort zum Rückzug, Erholung und Schutz, was maßgeblich für eine Genesung mitverantwortlich wäre. Da im Gesundheitssystem die Behandlung von akuten und organischen Krankheiten im Mittelpunkt stehen und nicht die soziale Dimension von Erkrankungen, gerät dieses System schnell an seine Grenzen (vgl. Ansen, 2007).

Der Bereich der Gesundheitsversorgung wird von privatwirtschaftlichen Interessen beherrscht und marktorientierte Steuerungsmechanismen nehmen einen immer größer werdenden Raum ein (vgl. Boeck/ Huster/ Benz, 2006, S. 339). Dadurch sollen die Finanzierungsprobleme der Gesundheitsleistungen gelöst werden, die durch anhaltende Arbeitslosigkeit, den demografischen Wandel der Bevölkerungsstruktur und die dadurch rückläufigen Beitragszahlungen zu der GKV bedingt sind (vgl. Borgetto/ Kälble, 2007. S. 33).

Spitzt man die bisherigen Entwicklungen im Gesundheitswesen zu und geht man davon aus, dass immer mehr Leistungen selbst getragen oder über private Zusatzversicherung abgedeckt werden müssen, bleibt eine sehr begrenzte Basisversorgung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen übrig.

Eine andere strukturelle Barriere liegt in der Organisation der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens. Jeder Sektor grenzt sich von dem anderen durch ein eigenes Leitbild, eigene Funktionsbereiche und eigene Ziele ab. Die Übergänge für eine angemessene Behandlung sind oftmals schwierig und werden durch unterschiedliche rechtlich- ökonomische Rahmenbedingungen vereitelt.

Es werden folgende Bereiche im Gesundheitswesen unterschieden (vgl. Borgetto/ Kälble, 2007. S.93f; Siegrist, 2005, S.275f), wobei hier auf die für Wohnungslose relevante Bereiche eingegangen werden soll:

- Akutmedizin und Kuration: Im Zentrum dieses Sektors steht die Behandlung akuter somatischer Erkrankungen. Haus- und Fachärzte erbringen im am-

bulanten Bereich die medizinischen Hilfeleistungen. Maßnahmen der Budgetierung bewirken tendenziell eine Rationierung von Leistungen. Manchen Patienten werden Leistungen vorenthalten, manche Heil- und Hilfsmittel (besonders teure Medikamente für chronisch Kranke) werden nur spärlich verordnet. Die Folge ist die Unterversorgung von bestimmten Personengruppen zu denen man auch Wohnungslose zählen kann. Ein anderes Problem im stationären Bereich sind die durch die Einführung der Fallpauschalen¹⁹ verkürzten Liegezeiten. Die Liegezeiten im Krankenhaus haben in den letzten Jahren immer mehr abgenommen. Nach manchen Operationen werden die Patienten bereits nach 3-4 Tagen entlassen. Diese Tendenzen sind besonders für Wohnungslose schlecht. Wird ein Wohnungsloser nach kurzer Zeit „auf die Straße“ entlassen, sind die Heilungschancen unter den meist unhygienischen Bedingungen und schlechten Versorgungsstrukturen stark eingeschränkt.

- Rehabilitation: Hier werden für seelisch, körperlich und geistig behinderte Menschen Leistungen erbracht, die sie brauchen um ihre Fähigkeiten und Kräfte entfalten zu können und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Rehabilitationsleistungen richten sich auch an chronisch kranke Menschen. Diese Leistungen werden nur auf Antrag und in speziellen Einrichtungen gewährt. Drei Probleme bringt dieser Sektor für Wohnungslose. Erstens zielt eine Vielzahl der Maßnahmen auf die berufliche Integration ab. Da viele Wohnungslose zu der Gruppe der Langzeitarbeitslosen gehören, erreichen sie diese Leistungen selten. Zweitens herrscht bei Ärzten oftmals Unkenntnis darüber, welche Leistungen auch für Wohnungslose genutzt werden könnten, es scheitert hier an der Antragsstellung. Drittens sind die Schwellen der Rehabilitationseinrichtungen für Klienten der Wohnungslo-

¹⁹ Fallpauschalensystem: Diagnosis Related Groups. Diese fassen eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen und Krankheitsarten zu einer überschaubaren Anzahl von Abrechnungspositionen mit vergleichbarem ökonomischem Aufwand zusammen. Jede Fallpauschale ist auf Grundlage einer mittleren Verweildauer kalkuliert.

senhilfe zu hoch. Sie können sich schwer in die aufgestellten Strukturen einfinden.

- **Pflege:** Das Leitbild dieses Sektors ist die Förderung und der Erhalt der Selbständigkeit eines von Krankheit oder Behinderung betroffenen Menschen. Man unterscheidet in Grund- und Behandlungspflege. Um Zugang zu Pflegeleistungen zu bekommen, muss zuerst eine Einstufung in eine Pflegegruppe 1-3 nach SGB XI vorgenommen werden. Ein Problem, welches sich in diesem Sektor für Wohnungslose stellt, ist der hohe Anteil an Eigenfinanzierung der Pflegeleistungen. D.h. für Leistungen bis zu 28 Tage müssen Kosten in Höhe von 10 Prozent der einzelnen Leistungen, sowie zusätzlich 10 € pro Verordnung vom Betroffenen selbst aufgebracht werden, solange die Befreiungsgrenze nicht erreicht ist. Ein anderes Problem liegt beim Erreichen ambulanter Pflegeleistungen. Zu ihnen finden Wohnungslose aufgrund ihrer Lebensumstände nur begrenzt Zugang. Zwar sollte die Krankenpflege auch in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe möglich sein (vgl. § 37 SGB V), jedoch scheitert die Antragsstellung häufig an der „nicht vorhandenen Häuslichkeit“.
- **Prävention und Gesundheitsförderung:** Prävention umfasst alle gezielten Aktivitäten, die eine Krankheit verhindern oder in der Entwicklung verzögern. Man unterscheidet in Primärprävention (z.B. Impfungen), Sekundärprävention (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) und Tertiärprävention (z.B. Verhinderung von Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit). Die Leistungen sind vielfältig und werden wegen mangelnder Transparenz nur wenig in Anspruch genommen. Ebenso werden nur bestimmte Teile der Bevölkerung, nämlich jene die gesundheitsbewusst sind, erreicht. Angehörige „unterer Schichten“ nehmen selten an präventiven Maßnahmen teil, obwohl bei ihnen das Krankheitsrisiko höher ist. Dies trifft auch auf Wohnungslose zu. Ihre Lebensumstände sind von Prävention und Gesundheitsförderung weit entfernt. Die Themen der Gesundheitsförderung entsprechen nicht den aktuellen Belastungen der Wohnungslosen. Sie müssen vordergründig andere Probleme bearbeiten, wie z.B. eine cholesterinbewusste Ernährung in den Alltag zu integrieren.

Die genaue Beschreibung dieser vier Sektoren verdeutlicht, dass zwar Leistungen angeboten werden, diese für Wohnungslose aber nur schwer erreichbar sind. Diese Exklusion ist mitunter auf die krankheitsverursachenden Lebensumstände Wohnungsloser zurückzuführen. Sie sind nur bedingt in der Lage, sich nach den Vorgaben des Gesundheitssystems zu verhalten.

5.3.4. Persönliche Barrieren

Um Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen zu können, müssen bestimmte Verhaltensanforderungen erfüllt werden. So müssen die Ratsuchenden die Patientenrolle übernehmen können und die Arzt – Patient – Kommunikation muss funktionieren.

Nach PARSON definiert sich die Arzt- und Patientenrolle anhand verschiedener Kriterien. So wird emotionale Neutralität (nicht Sympathie und spontane Bedürfnisbefriedigung), funktionale Spezifität (Beschränkung der Fragen auf die Bereiche Gesundheit und Krankheit) und Universalismus (für alle Patienten sollen die gleichen objektiven Kriterien hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Praxis gelten) als Voraussetzung angesehen (vgl. Borgetto/ Kälble, 2007, S. 161f).

Die Patientenrolle befreit den Kranken zum einen von seinen „normalen“ Rollenverpflichtungen, z.B. durch eine Krankschreibung. Zum anderen wird vom Kranken erwartet sich so zu verhalten, dass sich ein Zustand wieder normalisiert und er seinen Verpflichtungen wieder nachgehen kann. Bei Wohnungslosen ist die Krankheitseinsicht jedoch selten gegeben. Sie wenden sich erst dann an einen Arzt, wenn die Lage für sie nicht mehr auszuhalten ist, sie Zusammenbrechen oder Zusammengebrochen sind. Ihnen fällt die Übernahme der Patientenrolle sehr schwer.

Hinsichtlich der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, hier zwischen Wohnungslosen und Arzt liegen auf beiden Seiten Einschränkungen vor. Diagnosestellung und Behandlungsverlauf sind geprägt von der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Als erstes müssen Symptome besprochen werden, eine Diagnose gestellt

und ein Behandlungsplan ausgearbeitet werden. Hier ist oftmals die Verwendung unterschiedlicher Sprachcodes²⁰ das Problem. Ärzte nutzen bedingt durch ihre Bildung und beruflicher Sozialisation einen gehobenen Sprachcode, der von Menschen mit geringer Bildung nur schwer verstanden wird. Wohnungslose gehören angesichts ihrer Lebensumständen zu den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Ärzte stammen meist aus höheren Bevölkerungsschichten. Dies führt bei der Interaktion zwischen Arzt und Patient zu Problemen und sozialer Distanz.

Wohnungslose meiden oftmals aufgrund negativer Erfahrungen mit dem medizinischen Personal Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Eine weitere persönliche Barriere liegt in Bildungslücken, die für die Entstehung von Krankheiten und einen ungünstigeren Verlauf mitverantwortlich gemacht werden. Soziodemografische Studien zeigen, dass Erwachsene ohne Abitur statistisch gesehen eine geringere Lebenserwartung haben, als Menschen mit Abitur. Bildung ist somit eine für die Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung relevante Kategorie (vgl. Ansen, 2007, S.15).

Bildung fördert das Gesundheitsverhalten, da ein Wissen um gesundheitsfördernde Bedingungen vorhanden ist. Ebenso reduziert sich schädigendes Verhalten wie Nikotin- und Alkoholkonsum, da andere Strategien zum Belastungs- und Stressabbau bekannt sind. Jedoch sind günstige Auswirkungen von Bildung nicht zwingend, ihre salutogenese Wirkung gilt jedoch als unstrittig.

Wohnungslose sind zurückführend auf ihre besonderen Biografien und ihren aktuellen Belastungen kaum in der Lage, sich bildungsorientiert mit ihren Erkrankungen auseinander zu setzen. Sie müssen vorrangig andere Probleme lösen.

²⁰ Bernstein traf eine Unterscheidung in den restringierten und den elaborierten Sprachcode. Der restringierte ist geprägt durch einen geringen Wortschatz, eine autoritäre Diktion und wenige emotionale Inhalte. Der elaborierte Sprachcode zeichnet sich durch einen großen, spezifischen und emotionalen Wortschatz aus (vgl. Oerter/ Montada, 2002, S.745).

5.3.4.1. Compliance

Unter Compliance versteht man die Bereitschaft, sich den geäußerten Erwartungen einer Person (hier Arzt) Folge zu leisten. Der Begriff umfasst z.B. die Befolgung ärztlicher Ratschläge, sowie die Bereitschaft, die angeordnete medikamentöse Therapie zu befolgen (vgl. Siegrist, 2005, S.351).

Die Behandlungsbereitschaft Wohnungsloser ist sehr gering. Zum einen ist das auf die erfahrenen Diskriminierungen zurückzuführen. Die Behandlungssituation in der Arztpraxis ist sehr intim und Wohnungslose schämen sich oftmals ihres Aussehens. Es ist ihnen bewusst, dass sie mit ihrer Erscheinung aufsehen erregen. In der sterilen Atmosphäre einer Arztpraxis empfinden sie sich häufig deplatziert. So ist es kaum verwunderlich, dass sie sich nicht an die verordnete Therapie halten, denn sie fühlen sich zum einen vielleicht nicht verstanden und zum anderen haben sie kein Vertrauen mehr in Menschen. Ihre Compliance im Bezug zur medikamentösen Therapie ist ebenso begrenzt. Dies mag daran liegen, dass sie sich die Medikamente nicht leisten können und auch unter den Bedingungen der Straße diese nicht regelmäßig vor dem Essen einnehmen können.

5.3.4.2. Symptomtoleranz

Die fehlende Nähe zu Einrichtungen des Gesundheitswesens mag ein Grund der hohen Symptomtoleranz unter Wohnungslosen sein. Ebenso ist es die Gleichgültigkeit dem eigenen Körper gegenüber, welche oftmals durch Substanzmissbrauch verursacht wurde. Die Sicherung des Überlebens steht im Vordergrund, wohingegen die Belange des eigenen Körpers zweitrangig sind.

Wunden werden nicht rechtzeitig versorgt, erst dann, wenn sie schon von Maden befallen sind. Ein leichter Husten wird bis zur schweren Lungenentzündung verschleppt. Medikamente werden unter den Wohnungslosen getauscht, was dazu führen kann, dass auf eine entzündete Wunde ein Schmerzgel zur Behandlung von Zerrungen aufgetragen wird.

Wohnungslose sehen oftmals keinen Behandlungsbedarf, besonderes dann, wenn es sich um chronische Krankheiten handelt. In schmerzfremen Zeiten werden die

Medikamente nicht mehr genommen, was eine Verschlechterung des Krankheitsverlaufes zu Folge hat.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Wohnungslose eine sehr reduzierte Symptomwahrnehmung haben und ihre Toleranzgrenze sehr hoch ist. Sie warten lange, bis sie sich mit ihren Beschwerden an fachkundige Stellen wenden.

Manchmal solange, bis es fast zu spät ist.

5.4. Medizinische Versorgung Wohnungsloser

Im vorangegangenen Gliederungspunkt wurden die verschiedenen Barrieren aufgezeigt, die der Behandlung von Wohnungslosen im medizinischen Regelversorgungssystem entgegenstehen. Wohnungslose sind jedoch vermehrt gesundheitlich Angesprochen. Sie benötigen dringend medizinischer Versorgung und Unterstützung in Fragen und Belangen ihrer Gesundheit. Eine medizinische Grundversorgung für Wohnungslose wird oftmals von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe angeboten.

5.4.1. Begründung

Wohnungslose sind durch ihre Lebensumstände von vielen Strukturen der Gesellschaft abgeschnitten. Sie verfügen über wenige soziale Kontakte außerhalb der Szene. Den einzigen institutionellen Kontakt haben sie zu Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, da ihnen dort Hilfe zum Überleben geboten wird. Da sie Angebote der medizinischen Regelversorgung aus den o.g. Gründen oftmals nur in Notfällen in Anspruch nehmen, halten die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Angebote vor, um ihnen eine medizinische Grundversorgung anbieten zu können und so den Zugang zu medizinischen Hilfeleistungen zu gewähren.

Dies begründet sich dadurch, dass durch den Kontakt zu Mitarbeitern der Einrichtungen ein Vertrauensverhältnis entsteht. Dieses ist der Grundstein dafür, dass gesundheitliche Probleme bemerkt, thematisiert und Hilfen vermittelt werden.

Wohnungslose sind wegen ihrer Situation ausgegrenzt und stigmatisiert. Sie erfahren in diesen Einrichtungen menschliche Wärme und Verständnis. Die Frage: „Wann waren Sie zum letzten Mal beim Arzt?“ wird häufig mit „Kann ich mich nicht

erinnern!“ beantwortet. Durch die Stärkung der Selbstwahrnehmung und gezielte Motivationsarbeit werden viele Klienten dazu ermutigt, den Arzt der Einrichtung aufzusuchen.

5.4.2. Angebote der Grundversorgung

Viele Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Baden-Württemberg bieten ihren Klienten eine medizinische Grundversorgung an. Die Einrichtungen sind Kooperationen mit ortsansässigen Ärzten eingegangen, die Sprechstunden in den Räumen der Einrichtungen anbieten. Manche leisten auch aufsuchende Arbeit und behandeln Wohnungslose auf der Straße, also im direkten Lebensumfeld.

Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung wird von der BAG W ein „gestuftes Behandlungsmodell“ vorgeschlagen:

- Straßenbesuche,
- Einsätze einer fahrbaren Ambulanz,
- Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe,
- Behandlungen in Krankenwohnungen und Krankenpflegestationen,
- Kooperationen mit Partnern im Regelversorgungssystem.

So kann eine Heranführung an des Regelversorgungssystem sichergestellt werden (vgl. Lutz/ Simon, 2007, S. 142f).

Die Grundversorgung bezieht sich zum einen auf die Linderung von Schmerzen und die Behandlung von akuten Krankheiten. Zum anderen werden Schnittverletzungen oder Prellungen versorgt. Wichtig ist auch die Versorgung mit Medikamenten und anderen Heilmitteln.

Ebenso werden die Klienten zu Fachärzten überwiesen. Sie werden bei Bedarf dorthin begleitet und erfahren Unterstützung und Beistand.

Die medizinische Versorgung von Wohnungslosen in verschiedenen Projekten dient lediglich dazu, diesem Menschen überhaupt eine medizinischen Versorgung zu kommen zu lassen, welche sie unter anderen Umstände vielleicht gar nicht in Anspruch nehmen würden. Sie dienen dazu, dass sich der gesundheitliche Zu-

stand nicht verschlechtert und ein Kontakt zu gesundheitlichen Dienstleistungen hergestellt wird.

Ärzte, die in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Sprechstunden anbieten, stehen diesem Klientel ohne Vorurteile gegenüber. Sie haben sich mit der Thematik Wohnungslosigkeit im Vorfeld auseinandergesetzt und bewusst entschieden, diesen Menschen helfen zu wollen. Diese positive Beziehung zwischen Arzt und Wohnungslosem kann dazu führen, dass Vorurteile abgebaut und Vertrauen geschaffen wird.

6. Erhebung des IST- Zustandes der medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Baden-Württemberg

6.1. Vorgeschichte und Ziele

Die Auswirkungen des GMG wurden in den unterschiedlichen Ebenen der Wohnungslosenhilfe vielfach diskutiert. Der Arbeitskreis Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe der Liga Baden-Württemberg hat dabei festgestellt, dass es für Baden-Württemberg keine Zahlen darüber gibt, wie die medizinische Versorgung Wohnungsloser organisiert ist. Um Öffentlichkeitsarbeit betreiben zu können und auf die gesundheitliche Situation Wohnungsloser aufmerksam machen zu können, sind Zahlen und Fakten jedoch unabdingbar. Es entstand die Idee, eine Erhebung zu initiieren, welche einen Überblick über die medizinische Versorgung liefern sollte. Diese Daten ermöglichen die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die Wohnungslosenhilfe und für die Landesregierung. Sie können hilfreich sein, andere Institutionen in die Pflicht zu nehmen.

6.2. Fragestellungen und methodisches Vorgehen

Der Fragebogen umfasst die Bereiche der medizinischen Hilfeleistung und die Angebotsintensität, die Auswirkungen des GMG und die Finanzierung des medizinischen Angebotes, sofern eines vorgehalten wird.

Der Ansatz der Fragebogenaktion ist explorativ. Zwar gibt es explizite Annahmen über die Versorgungsstrukturen, Finanzierungsmodell und Kooperationspartnern, jedoch lagen bis dato keine empirischen Daten vor. Vor der Entwicklung des Fragebogens wurden Vermutungen aufgestellt, welche überprüft werden sollten. Es wurde weiter versucht, die Faktoren und Aspekte aufzudecken, welche die medizinischen Hilfeleistungen beeinflussen.

6.2.1. Fragestellungen

Anhand der Überlegungen wurde der Fragebogen in Bereiche eingeteilt und dazu wurden Fragen formuliert:

- 1) Inhaltliche Angaben zur medizinischen Hilfeleistung – Angebote, Erbringer, Kooperationspartner, Formen, Anbindung und Intensität
- 2) Auswirkungen des GMG – Übernahme der Kosten der Praxisgebühr und Zuzahlungen
- 3) Versicherungsstatus der Klienten
- 4) Sachliche und räumliche Ausstattung der medizinischen „Ambulanz“
- 5) Dokumentation der medizinischen Hilfeleistungen
- 6) Finanzierung des medizinischen Angebotes – finanzierte Kosten, Beteiligungen
- 7) Zugänglichkeit des Angebotes für andere Menschen
- 8) Verbesserungsvorschläge – für eigenes Angebot und Situation in Baden-Württemberg

6.2.2. Fragebogenerhebung

Der Fragebogen wurde per E-Mail über den Server eines Liga Mitglieds an alle Träger der Wohnungslosenhilfe in Baden-Württemberg versandt. So konnte sichergestellt werden, dass alle Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg einen Fragebogen erhalten. Der gewählte Weg der Fragebogenverteilung erwies sich im Nachhinein als umständlich und undurchsichtig. Es ist leider nicht nachzuvollziehen, wie viele Einrichtungen einen Fragebogen erhalten haben und wie viele aufgrund keines Angebotes nicht geantwortet haben. Deshalb soll hier n=100 die Antworten von den antwortenden Einrichtungen sein. Das Ergebnis wird dadurch nicht verfälscht, es erweckt lediglich den Eindruck der Unvollständigkeit. Es liegen jedoch aussagekräftige Daten vor, die flächendeckend über Baden-Württemberg verteilt sind. Im Anhang befindet sich eine Übersichtskarte der sich beteiligenden Einrichtungen.

Der Fragebogen wurde am 05.12.2007 versandt, mit der Bitte um Rückantwort bis zum 18.01.2008. Der Rücklauf war schleppend und verzögerte sich bis Anfang Mai.

Für die Fragebogenerhebung wurde mit Hilfe einer Datenschutzerklärung den sich beteiligenden Einrichtungen Anonymität zugesichert.

Die Auswertung der Fragebogen erfolgte per Hand und die Darstellung in Grafiken.

6.2.3. Vertiefende Interviews

Ergänzend zur Fragebogenerhebung wurden mit drei Einrichtungen Interviews geführt. Die Befragung erfolgte entlang eines aufgestellten Gesprächsleitfadens. Sie dienen hauptsächlich einer Vertiefung zu den Fragen der Auswirkungen des GMG und der vor Ort stattfindenden medizinischen Hilfeleistungen. Die Interviews wurden protokolliert, im Anschluss aufgeschrieben und lagen dann zur vergleichenden Beurteilung vor. Durch die Interviews wurde eine Einzelfallbetrachtung der statistischen Erhebung möglich, d.h. die gesundheitliche Situation einzelner Wohnungsloser fand Beachtung und wurde thematisiert.

6.3. Antwortende Einrichtungen

Insgesamt haben sich 55 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe an der Erhebung beteiligt. Im Anhang findet sich eine Übersichtskarte der Einrichtungen. Diese zeigt, dass ein guter Querschnitt als Ergebnis vorliegt und die Daten Aussagekräftig für Baden-Württemberg sind. Die 55 Einrichtungen haben oftmals einen Fragebogen für mehrere Leistungstypen ausgefüllt, obwohl bei einer genauen Betrachtung diese einzeln aufgeführt werden müssten.

6.3.1. Leistungstypen der antwortenden Einrichtungen

Im Folgenden werden nun die Einrichtungstypen aufgeführt, was verdeutlicht, dass zum einen eine große Angebotsvielfalt in der Wohnungslosenhilfe zu Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten vorliegt. Zum anderen wird aufgezeigt, dass es nicht nur 55 Einrichtungen sind, sondern:

- 48 Fachberatungsstellen,
- 32 Tagesstätten,

- 8 Notunterunterkünfte,
- 33 Aufnahmehäuser,
- 4 Einrichtungen der Straffälligenhilfe,
- 16 Einrichtungen mit stationären Hilfen nach § 67 SGB XII,
- 8 Einrichtungen mit Eingliederungshilfen nach § 53 SGB XII,
- 34 Einrichtungen bieten Betreutes Wohnen nach § 67 SGB XII an,
- 3 Einrichtungen mit Hilfe zur Pflege,
- 1 Altenheim.

6.4. Ergebnisse

6.4.1. Angebote der medizinischen Hilfeleistungen der Einrichtungen

Ziel der ersten Frage (Welche medizinischen Hilfeleistungen werden angeboten?) war es herauszufinden, welche Angebote der medizinischen Hilfeleistungen durch die Einrichtungen vorgehalten werden.

Bei 51 der antwortenden Einrichtungen findet eine Vermittlung der Wohnungslosen ins Regelversorgungssystem statt. Diese Zahl ist positiv zu bewerten, da dadurch die Versorgung im Regelversorgungssystem unterstützt wird. Wohingegen nur 3 der antwortenden Einrichtungen eine zahnärztliche Untersuchung ermöglichen können. Dies ist vielleicht als Indiz für den schlechten Zahnzustand der Wohnungslosen zu werten, da zum einen die Hemmschwelle aufgrund des sehr schlechten Zahnzustandes ein Hindernis für den Besuch beim Zahnarzt ist. Zum anderen ist die finanzielle Hürde sehr hoch. Die Beteiligungen bei der Zahnsanierung hat auf viele sich in armutsgeprägten Lebensumständen lebenden Menschen, nicht nur Wohnungslose, eine abschreckende Wirkung. Eine der antwortenden Einrichtungen hat speziell darauf hingewiesen, dass bei Suchtproblematik oder psychischen Auffälligkeiten eine Beratung stattfindet. Generell kann gesagt werden, dass 7 Einrichtungen pflegerische Maßnahmen und 20 Behandlungen anbieten. Die Hauptaufgabe der Wohnungslosenhilfe liegt also nicht darin, ein

medizinischen Angebot vorzuhalten, sondern Beratung (n=38), Begleitung (n=44) und Vermittlung in das Regelversorgungssystem (n=51) anzubieten. 32 Einrichtungen helfen den Klienten, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden und die Mitarbeiter stehen als „Kordinator“ den Wohnungslosen zur Seite.

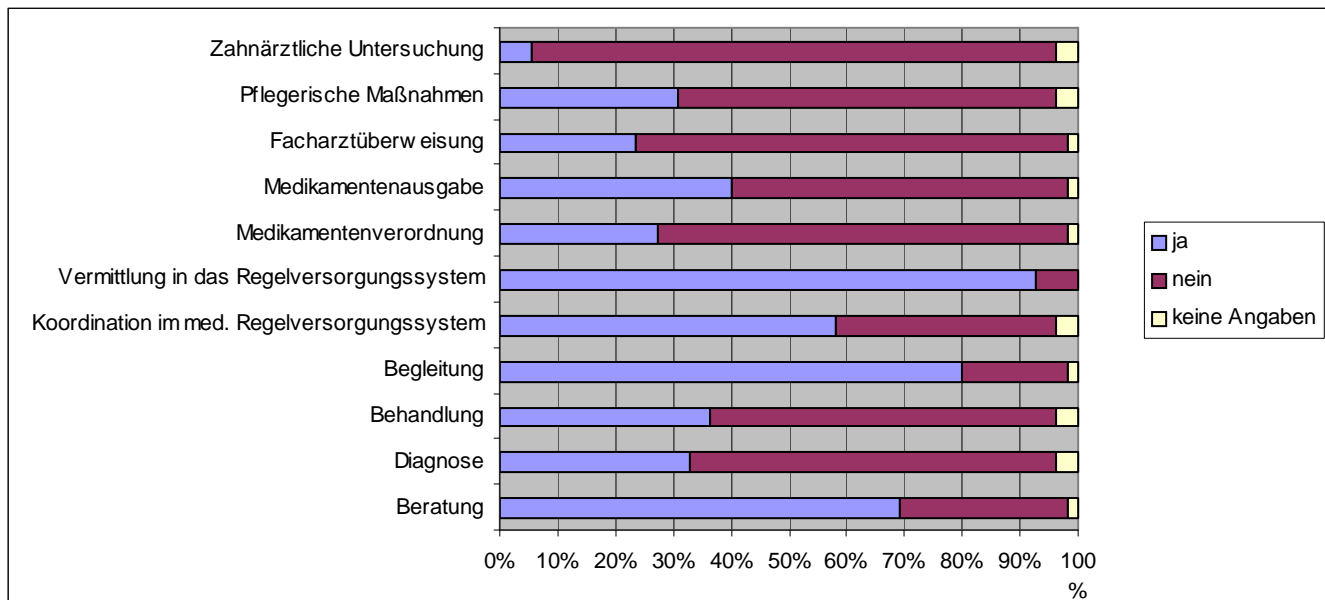


Abbildung 2: Angebotene medizinische Hilfeleistungen

6.4.2. Erbringer der medizinischen Hilfeleistungen

Bei 31 der antwortenden Einrichtungen erbringen die Mitarbeiter die medizinischen Hilfeleistungen. D.h. jedoch nicht, dass die Mitarbeiter medizinisch geschult sind und die Hilfeleistung selber erbringen. Sie haben vielmehr eine vermittelnde und motivierende Funktion und begleiten die Klienten auf ihrem Weg in und durch das medizinische Regelsystem.

In den stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind oftmals auch Krankenpfleger beschäftigt, die sich den pflegerischen Aufgaben annehmen. Dazu kann man die tägliche Medikamentenausgabe und Hilfe bei der Körperpflege sehen. Die wichtigsten Erbringer der medizinischen Hilfeleistungen sind Ärzte. Die Hälfte der antwortenden Einrichtungen (n=27) bestätigt dies. Es ist davon auszugehen, dass diese Einrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen, ortsansässigen Ärzten eingegangen sind, um die medizinische Versorgung ihres Klientels

abzusichern. So wird zumindest die Grundversorgung sichergestellt und den Klienten die Möglichkeit gegeben, ihre gesundheitlichen Beschwerden offen anzusprechen.

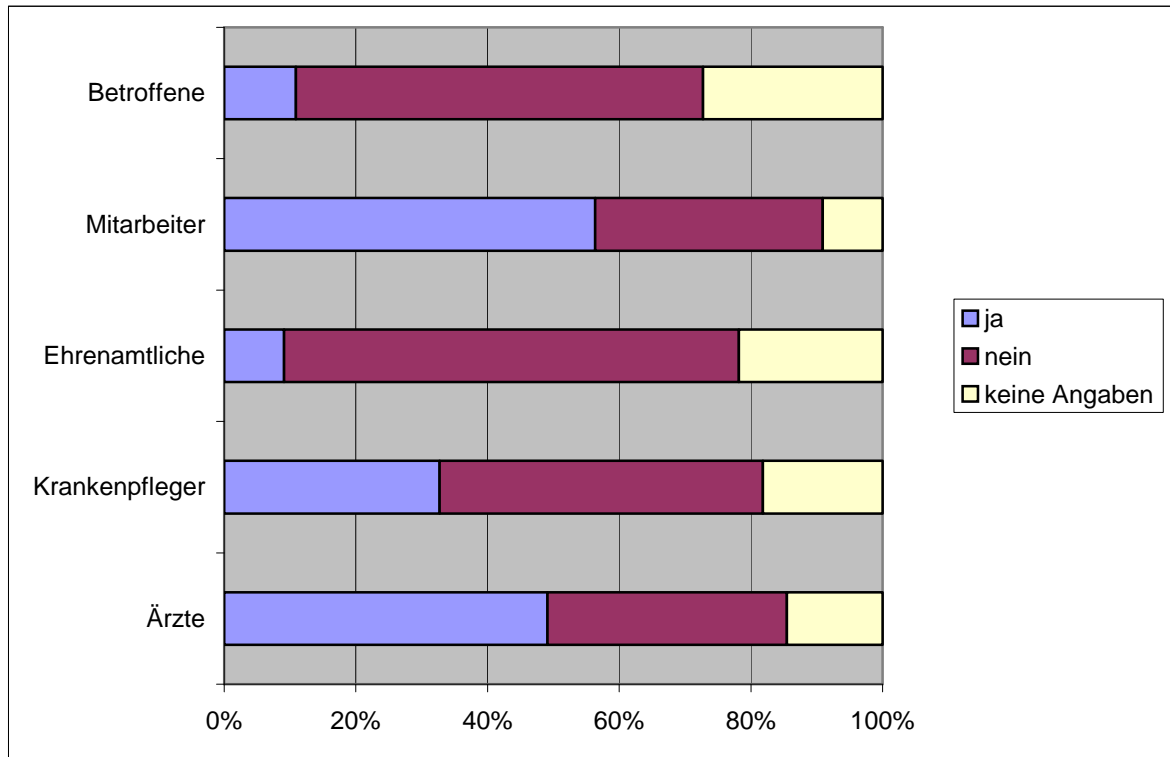


Abbildung 3: Erbringer der medizinischen Hilfeleistungen

6.4.3. Kooperationspartner zur Sicherstellung des medizinischen Angebotes

Das Gesundheitssystem hat die Funktion, Menschen zu heilen und an der Erhaltung der Gesundheit mitzuwirken. Verschiedenste Dienste sind für die medizinische Versorgung Wohnungsloser zuständig, werden jedoch nicht oder kaum in die Verantwortung genommen. Die Wohnungslosenhilfe versucht durch Projekte und Kooperationen, eine medizinische Grundversorgung für ihr Klientel bereitzustellen. Jedoch gibt es nur wenige Kooperationen zwischen den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und den eigentlich zuständigen Diensten. Ärzte, die vor Ort in den Einrichtungen Hilfe leisten, machen dies meist aus persönlichem Engagement. Lediglich 20 Einrichtungen gaben an, eine Kooperation mit der Krankenkasse eingegangen zu sein, wobei diese verantwortlich sind, dass ausreichende Angebote

zur medizinischen Hilfeleistung zu Verfügung stehen. Oftmals sind die Träger der Wohnungslosenhilfe kirchlich. Dort könnte durch Spenden eine finanzielle Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Angebote angestrebt werden. Dies würde jedoch die Integration in das Regelversorgungssystem konterkarieren. Die Interessen müssten in diesem Fall abgewogen werden. Die Frage ob, es wichtiger ist eine Grundversorgung sicherzustellen oder die Integration zu erzwingen, müsste zuerst erörtert werden.

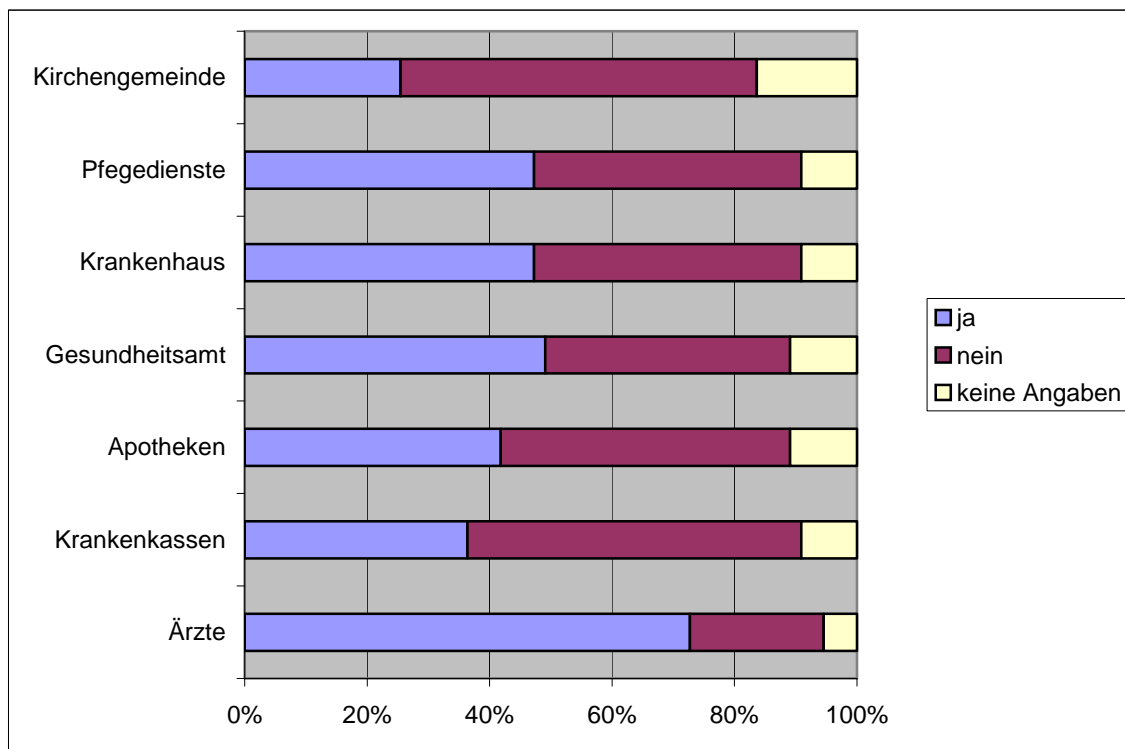


Abbildung 4: Inhaltliche Kooperationspartner

40 der antwortenden Einrichtungen sind Kooperationen mit ortsansässigen Ärzten eingegangen, um so eine medizinisches Angebot in den Einrichtungen vorhalten zu können und die Grundversorgung des Klientels sicherstellen zu können.

6.4.4. Formen der medizinischen Hilfeleistungen

Im „Normalfall“ findet eine medizinische Hilfeleistung im Setting der Arztpraxis statt. Entweder man besucht die offene Sprechstunde oder hat im Vorfeld einen Termin vereinbart. Für Wohnungslose sind diese Schwellen der Inanspruchnahme zu hoch angelegt. Sie können sich nur bedingt an vereinbarte Termine halten, da

es sein kann, dass die bis zum Termin schon weitergereist sind. Deshalb sollte geklärt werden, welche Formen im Hilfesetting der Wohnungslosenhilfe am häufigsten vorkommen.

Von den insgesamt 55 antwortenden Einrichtungen halten nur 8 kein Angebot vor, eine antwortete dass sie über eine mobile Ambulanz verfügen. Mobile Ambulanzen haben den Vorteil, dass sie die Wohnungslosen vor Ort, also an „ihrer Platte“ aufsuchen. Oftmals sind diese Menschen nicht mehr in der Lage sich Hilfe zu holen oder haben sich aufgrund vieler negativer Erfahrungen und Enttäuschungen vom Hilfesystem entfernt und sind anders nicht zu erreichen.

Die Form der aufsuchenden Arbeit ist in einer Zweiwertigkeit zu verstehen. Einmal meint sie die Straßensozialarbeit. Mitarbeiter gehen in das Lebensumfeld und suchen die Klienten draußen auf. Zweitens versteht man unter aufsuchender Arbeit, die Arbeit im stationären Setting. Die Klienten werden im Haus aufgesucht, nach ihrem Befinden befragt und ihr medizinischer Bedarf geklärt.

24 der antwortenden Einrichtungen bieten Sprechstunden an. D.h. ein ostansässiger Arzt kommt in die Einrichtung.

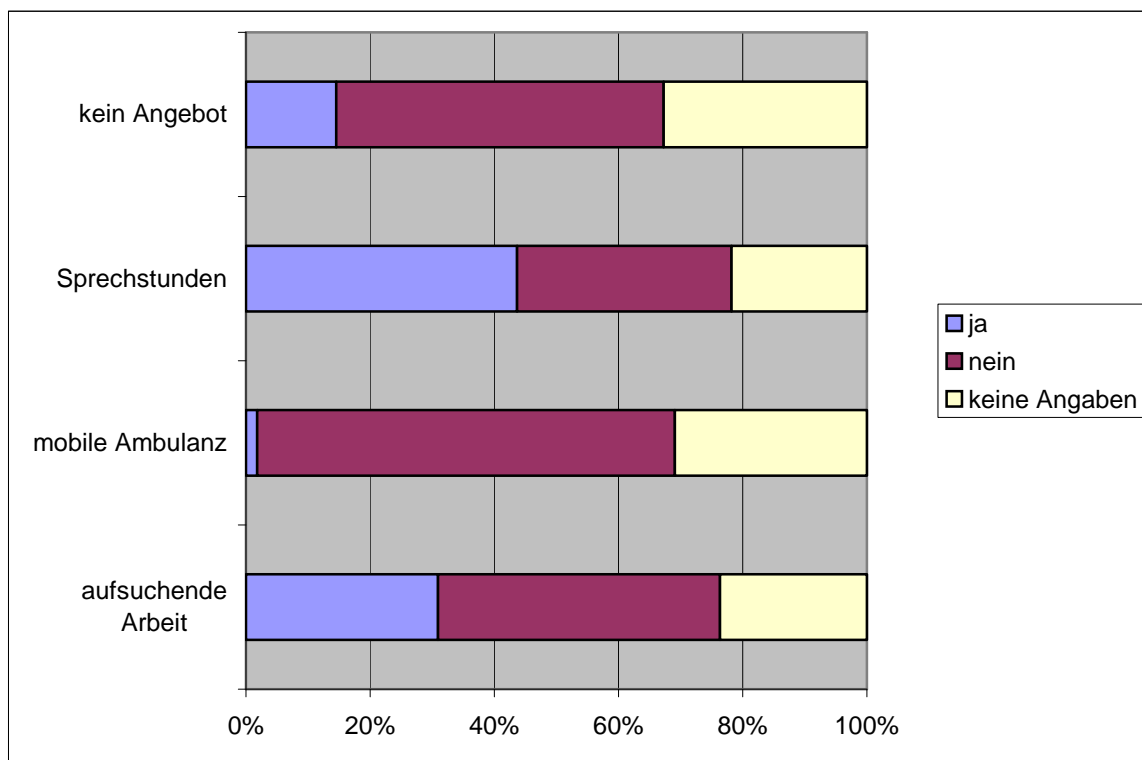


Abbildung 5: Formen der medizinischen Hilfeleistungen

Eine antwortende Einrichtung wies speziell daraufhin, dass sie ein Angebot für medizinische Fußpflege und Massagen eingerichtet haben. Eine Einrichtung verwies speziell darauf, dass die Beratung, Vermittlung und Begleitung im Regelhilfesystem oberste Priorität hat.

6.4.5. Integration des medizinischen Angebotes in das Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe

Die Anbindung des medizinischen Angebotes kann auf zwei mögliche Arten erfolgen. Sie kann räumlich oder konzeptionell sein. Eine konzeptionelle Anbindung zu haben, gaben 34 der antwortenden Einrichtungen an, 15 haben keine konzeptionelle Anbindung und 6 machten keine Angaben. Eine konzeptionelle Anbindung meint, dass eine Form der medizinischen Hilfeleistung stattfinden soll, aber diese nicht räumlich in der Einrichtung mit verankert ist. Die Folge kann sein, dass es zwar „irgendwo geschrieben steht“, sich aber faktisch niemand darum kümmert.

19 Einrichtungen gaben an, dass keine räumlich Anbindung haben und 4 machten keine Angaben. Dass 31 der antwortenden Einrichtungen eine räumliche Anbindung haben, macht deutlich, dass der Bedarf für medizinische Angebote besteht und von der Wohnungslosenhilfe erkannt wurde. Einrichtungen, die ein medizinisches Angebot haben, helfen nicht nur den gesundheitlichen Zustand der Klienten zu verbessern. Vielmehr arbeiten sie darauf hin, dass sich die Arzt - Wohnungsloser – Kommunikation verbessert. Ärzte, die in die Einrichtungen kommen, bauen Hemmschwellen ab, da sie den Wohnungslosen vermitteln, dass sie keine Berührungängste mit ihnen haben. Dies ist hilfreich, um Vertrauen aufzubauen und vereinfacht die medizinische Hilfeleistung.

6.4.6. Zeitlicher Umfang des medizinischen Angebotes

Drei der antwortenden Einrichtungen halten im 14 -tägigen Rhythmus eine medizinische Sprechstunde ab. Der wöchentliche Durchschnitt liegt bei 2,18 Tagen und im Monat beläuft sich die durchschnittliche Stundenzahl auf 26,93 Stunden.

Zu festgelegten Zeiten bieten 15 der antwortenden Einrichtungen ein medizinisches Angebot an. Dies hat den Vorteil, dass es die Wohnungslosen an festste-

hende Strukturen gewöhnt. Sie lernen, dass es Zeiten gibt, in denen sie Hilfe nachfragen können. 12 Einrichtungen haben ein tägliches medizinisches Angebot und 13 Einrichtungen ein wöchentliches. 25 Einrichtungen halten ein medizinisches Angebot vor, welches bei Bedarf zur Verfügung steht. So berichtet eine in Richtung, dass sie bei Bedarf einen ortsansässigen Arzt anrufen kann, der dann einen Hausbesuch in der Einrichtung macht.

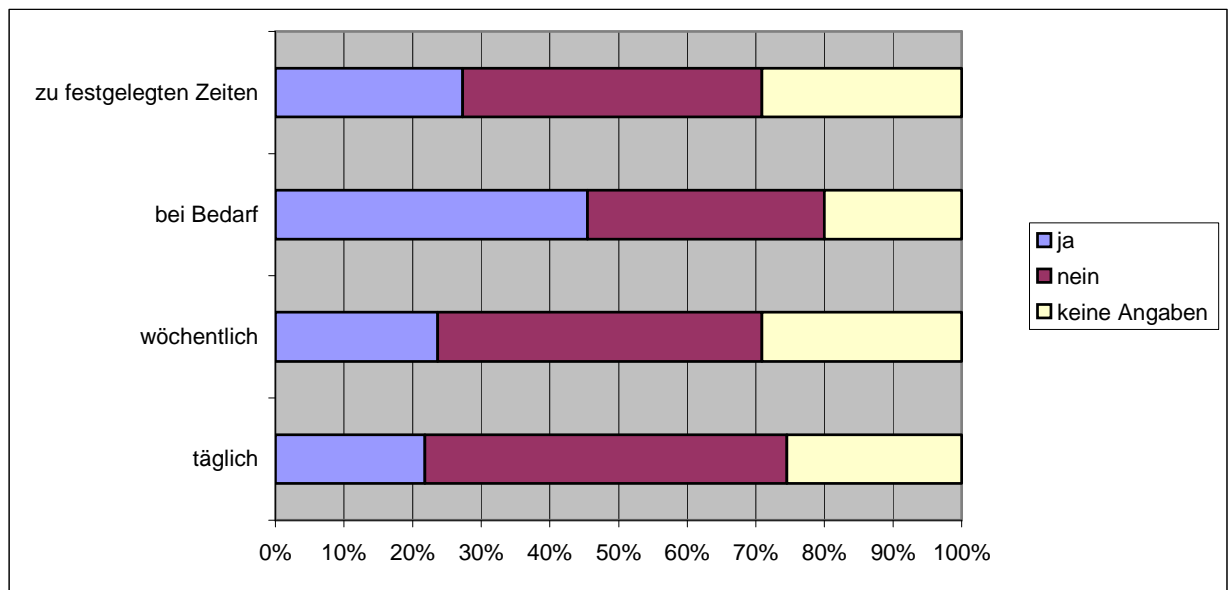


Abbildung 6: Häufigkeit des medizinischen Angebots

6.4.7. Übernahme der Kosten der Praxisgebühr

Wie unter dem Punkt der finanziellen Barriere des Inanspruchnahmeverhaltens erörtert wurde, stellt die Erhebung einer Praxisgebühr für Wohnungslose eine kaum überwindbare Hürde dar und hat ebenso eine abschreckende Wirkung.

Auch bei den medizinischen Angeboten der Wohnungslosenhilfe müssen die Klienten die Praxisgebühr entrichten. Bei 19 der antwortenden Einrichtungen müssen die Wohnungslosen „allein“ für die Praxisgebühr aufkommen. Bei 10 Einrichtungen müssen die Wohnungslosen die Praxisgebühr nicht entrichten. Diese Einrichtungen haben dafür einen Spendenfond oder kommen selbst für die Kosten auf. 25 der antwortenden Einrichtungen haben „Kombilösungen“, d.h. die Klienten erhalten Zuschüsse oder ein Teil der Praxisgebühr wird übernommen. Es wurde

auch berichtet, dass es eine Härtfallregelungen gibt oder der Arzt auf die Entrichtung der Praxisgebühr verzichtet.

Es wird in allen Einrichtungen eine Einzelfallbetrachtung vorgenommen. Es kann also nicht gesagt werden, dass es bei allen Einrichtungen in Baden-Württemberg eine einheitliche Regelung gibt. Somit kann es für den Wohnungslosen von Bedeutung sein, in welcher Einrichtung er sich zum Zeitpunkt einer Notlage oder Krankheit befindet.

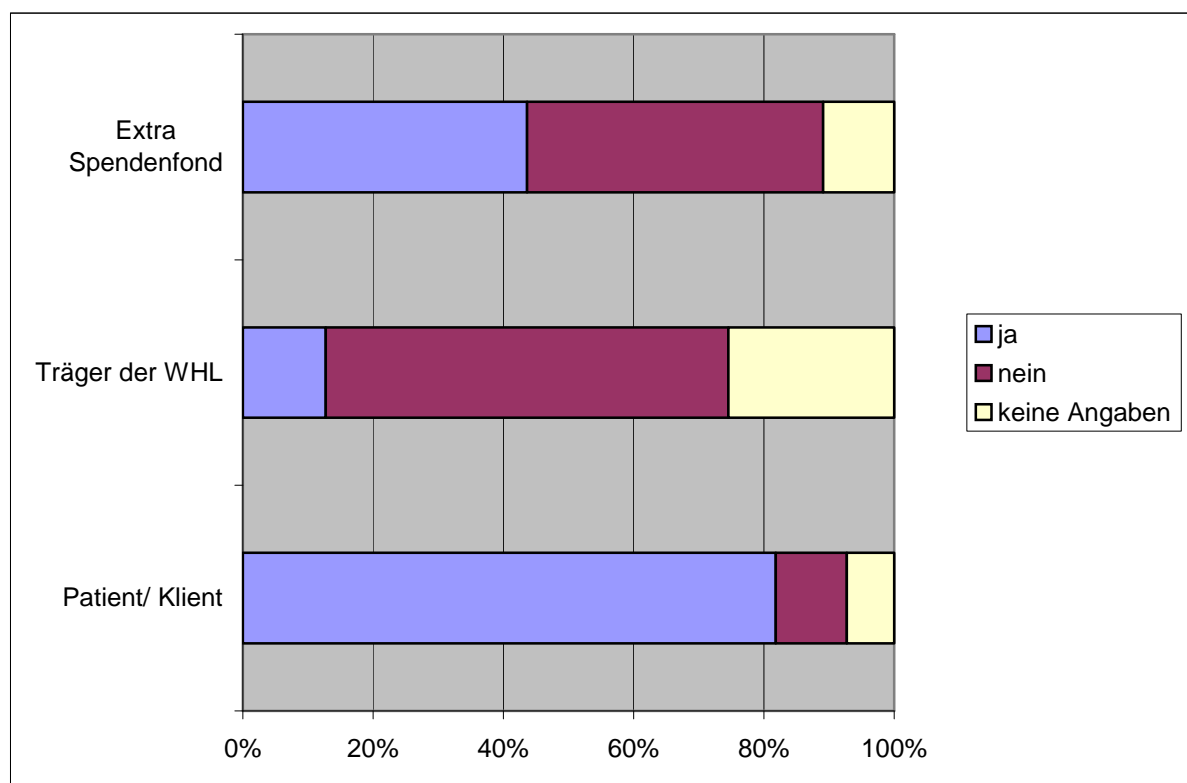


Abbildung 7: Übernahme der Kosten der Praxisgebühr

6.4.8. Übernahme der Zuzahlungskosten für Medikamente

Auch die Zuzahlungen zu Medikamenten/ nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten hat sich durch das GMG verändert. So sind i.d.R. 5 € als Zuzahlung für verschriebene Medikamente zu entrichten.

31 Einrichtungen halten auch in diesem Fall „Kombilösungen“ vor. Diese werden aber auch im Einzelfall „verordnet“ und so antworteten 47 Einrichtungen, dass die Wohnungslosen selbst für die Kosten aufkommen müssen. Dies bedeutet, dass

die verschriebenen oder empfohlenen Medikamente z.T. nicht erworben werden. Eine Einrichtung berichtete, dass es „mal eine Spende von einem Pharmaunternehmen gab“. Auch hier wird die Einzelfallentscheidung deutlich, da in begründeten Einzelfällen Zuzahlungen durch Spenden mitfinanziert werden oder Darlehen vom Träger der Wohnungslosenhilfe gewährt werden.

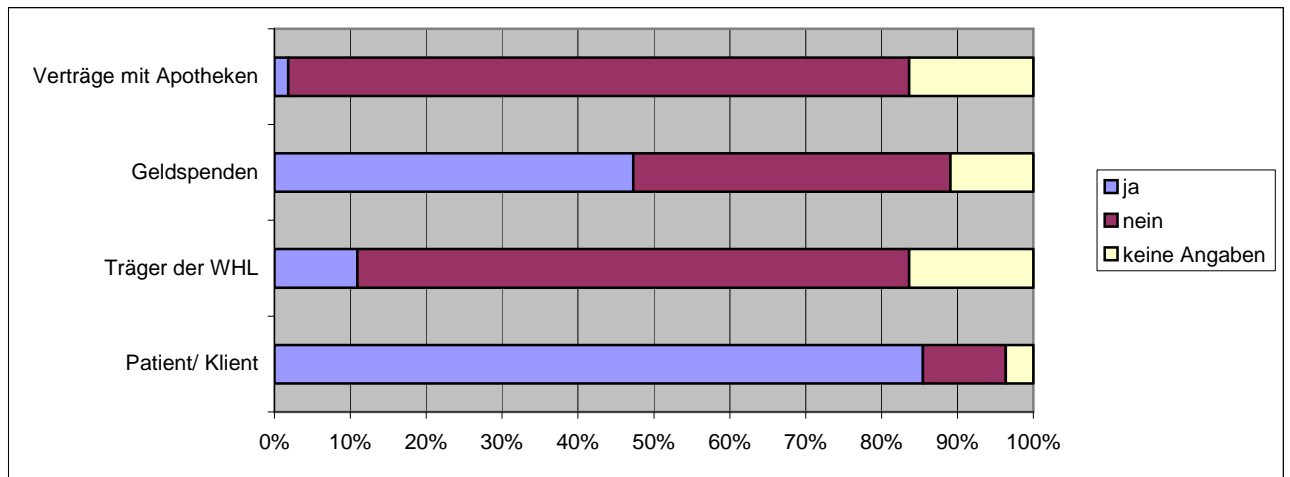


Abbildung 8: Zuzahlungen zu Medikamenten

6.4.9. Übernahme der Zuzahlungskosten zu medizinischen Hilfsmitteln

36 der antwortenden Einrichtungen haben für die Zuzahlungskosten zu medizinischen Hilfsmitteln, wie Brillen, Gehhilfen, Einlagen, einen Fond an Geld- und Sachspenden zur Verfügung. Die individuelle Handhabung der Einzelfälle auch hier ein Aspekt, welcher sich deutlich abzeichnet. So ist es für den Wohnungslosen entscheidend, in welcher Einrichtung er sich befindet, wenn er z.B. eine neue Brille braucht. In 51 Einrichtungen ist erstmal der Klient in der Pflicht, die Zuzahlungen zu entrichten. Ist es ihm nicht möglich, kann er darauf hoffen, dass sein Einzelfall Unterstützung durch die Einrichtung bekommt.

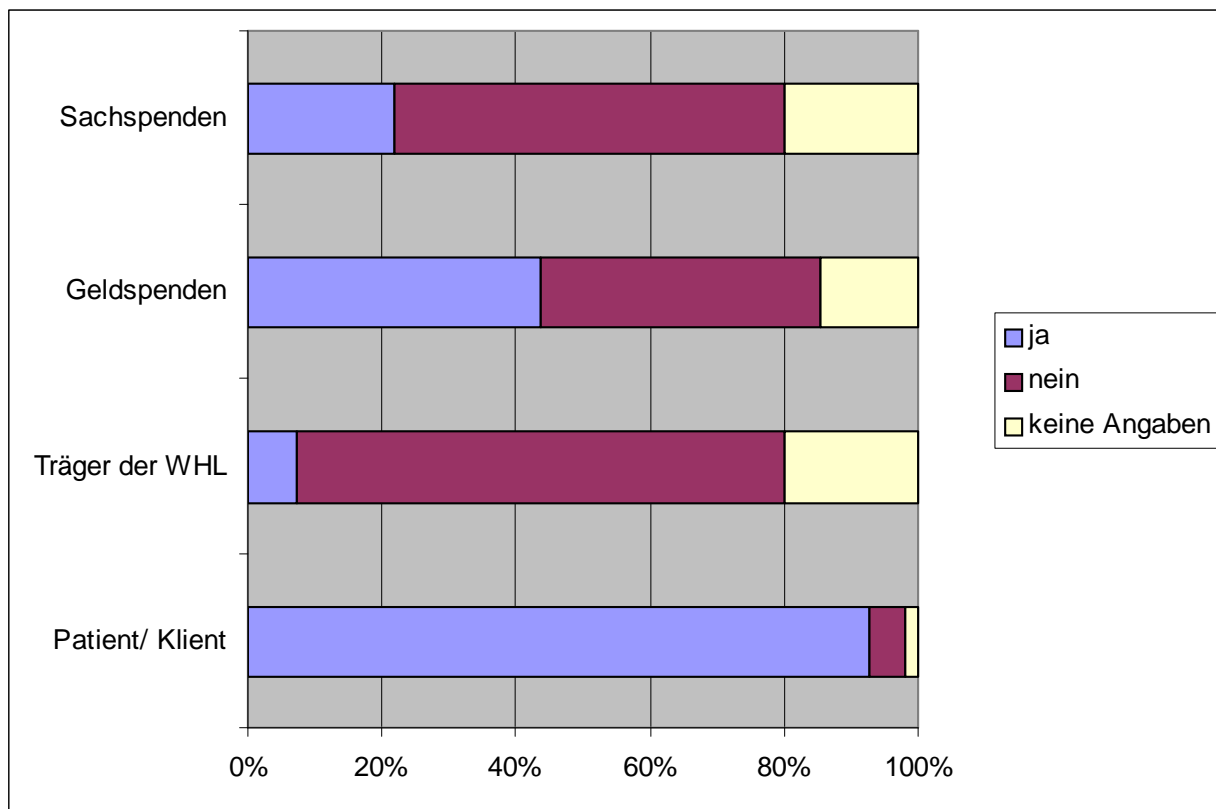


Abbildung 9: Zuzahlungen zu medizinischen Hilfsmitteln

6.4.10. Versicherungsstatus

Der Versicherungsstatus ist bei Klienten mit laufenden Hilfeleistungen geklärt, d.h. sie sind alle versichert, da sie i.d.R. ALG II Empfänger und somit bei einer Krankenkasse pflichtversichert sind. Bei Tagessatzbeziehern ist der Versicherungsstatus meist ungeklärt. Eine ambulante Fachberatungsstelle gab an, dass bei ca. 30% der Klienten der Versicherungsstatus erstmal ungeklärt sei. Als Schnitt lies sich ein ungeklärter Versicherungsstatus von 7,61% ermitteln (n=41), kein Versicherungsstatus haben nach Angaben von 38 antwortenden Einrichtungen 5,74% der Wohnungslosen. Somit kann gesagt werden, dass ca. 13 % der Wohnungslosen nicht krankenversichert sind.

Eine Einrichtung wies daraufhin, dass die Einschätzung schwer sei, besonders bei Wohnungslosen aus Osteuropa, da viele von ihnen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung hier sind und somit auch kein Anspruch auf Krankenversicherung besteht.

Klärung des Versicherungsstatus

Da der Versicherungsstatus bei der ALG II Antragsstellung nachgefragt wird und dort auch festgestellt wird, wenn keine Krankenversicherung besteht, sind die Mitarbeiter der Einrichtungen hauptsächlich für die Klärung des Versicherungsstatus verantwortlich. Die Wohnungslosen müssen aber bei der Klärung mitwirken oder wenn sie über genügend Ressourcen verfügen, dies selbst klären. Eine Einrichtung gab an, dass die Klärung durch den Kostenträger erfolgt.

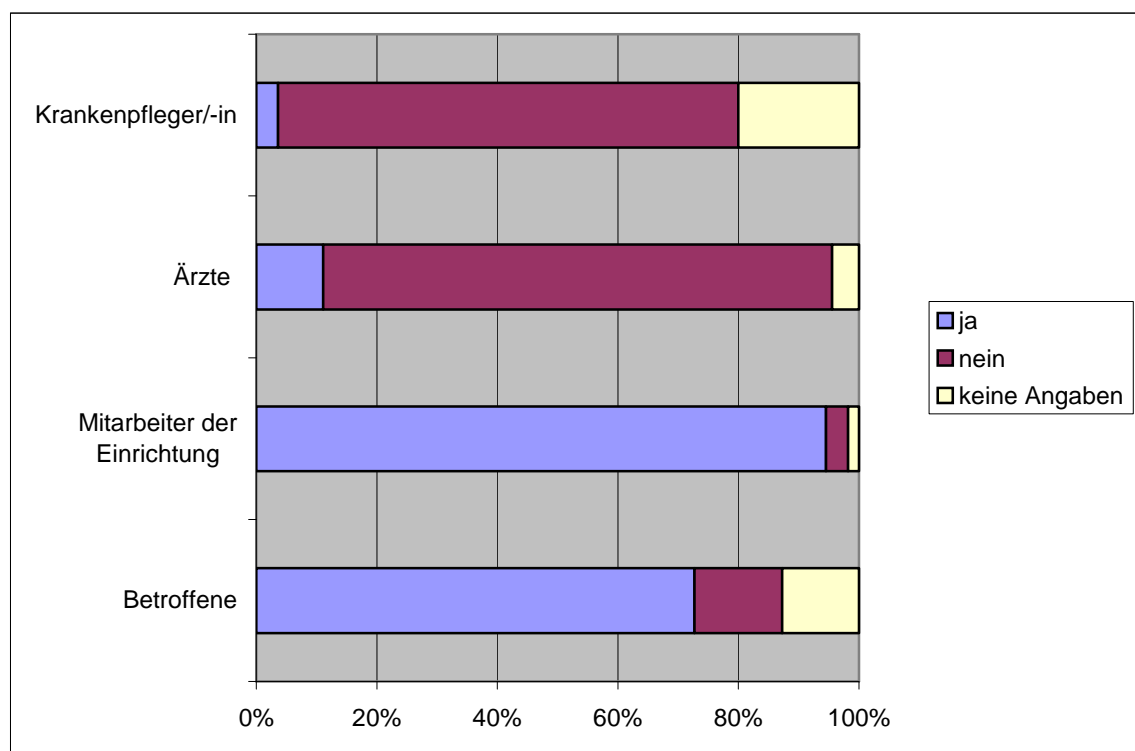


Abbildung 10: Klärung des Versicherungsstatus

6.4.11. Räumlichkeiten für die medizinische Versorgung

Die Räumlichkeiten, welche den antwortenden Einrichtungen für das medizinische Angebot zur Verfügung stehen, sind sehr unterschiedlich.

Bei 19 der antwortenden Einrichtungen werden Büros umfunktioniert, wobei die Ausstattung von Notwendiger bis zu Spezieller reicht. 12 Einrichtungen haben Krankenzimmer. Eine Einrichtung hält einen Multifunktionsraum vor, und zwei Einrichtungen haben Pflegebäder.

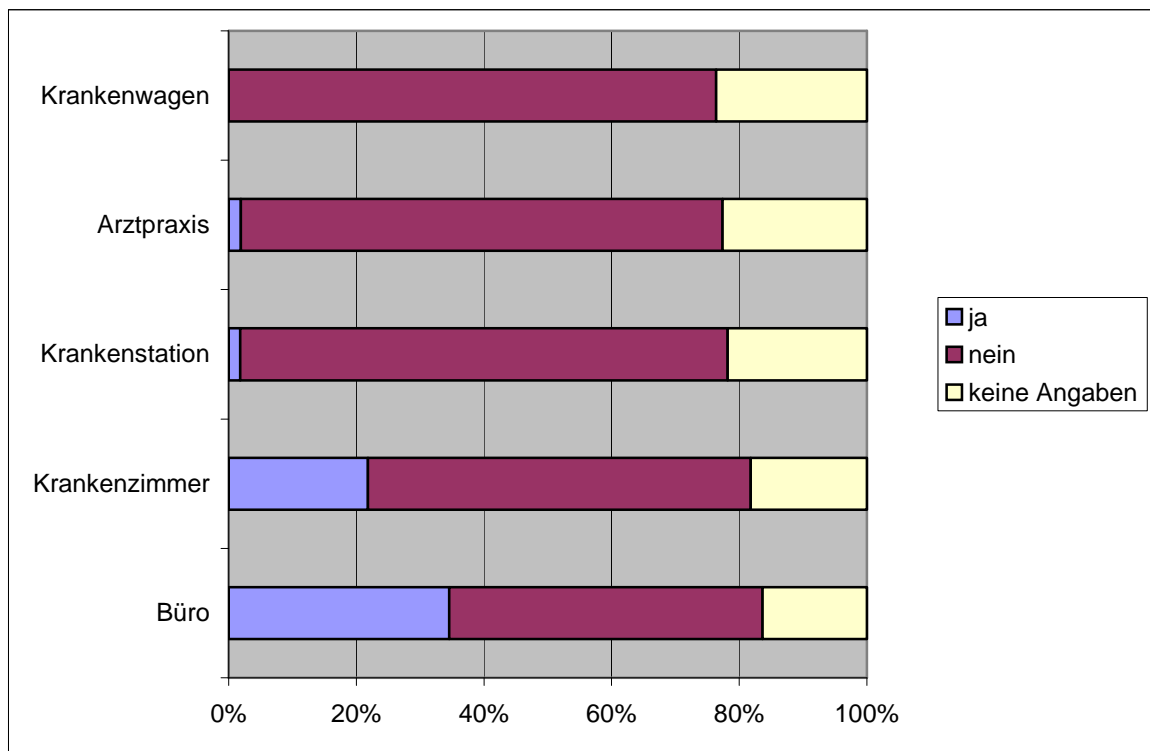


Abbildung 11: Räumlichkeiten für das medizinische Angebot

7 Einrichtungen gaben an, dass die Arztpraxen haben, jedoch sind diese Praxen nicht in den Einrichtungen, sondern es handelt sich um die Arztpraxen jener Ärzte, die mit den Einrichtungen zusammenarbeiten.

Beurteilung der sachlichen Ausstattung

Die sachliche Ausstattung wird von 22 der antwortenden Einrichtungen mit ausreichend benotet, 6 Einrichtungen bewerten ihre Ausstattung als schlecht. Folglich beurteilen die Hälfte der Einrichtungen ihre Ausstattung als ausreichend. In wie weit hier eine „Verschönerung“ des Angebotes vorliegt oder ob die Frage nach der sozialen Erwünschtheit beantwortet wurde, kann nicht geklärt werden. Es wird jedoch der Anschein geweckt, als ob Einrichtungen die über ein medizinisches Angebot verfügen, froh sind, dass sie eine medizinische Grundversorgung der Wohnungslosen abdecken können. Die Mittel dafür sind begrenzt und es wird versucht, mit dem Vorhandenen das Beste zu verwirklichen.

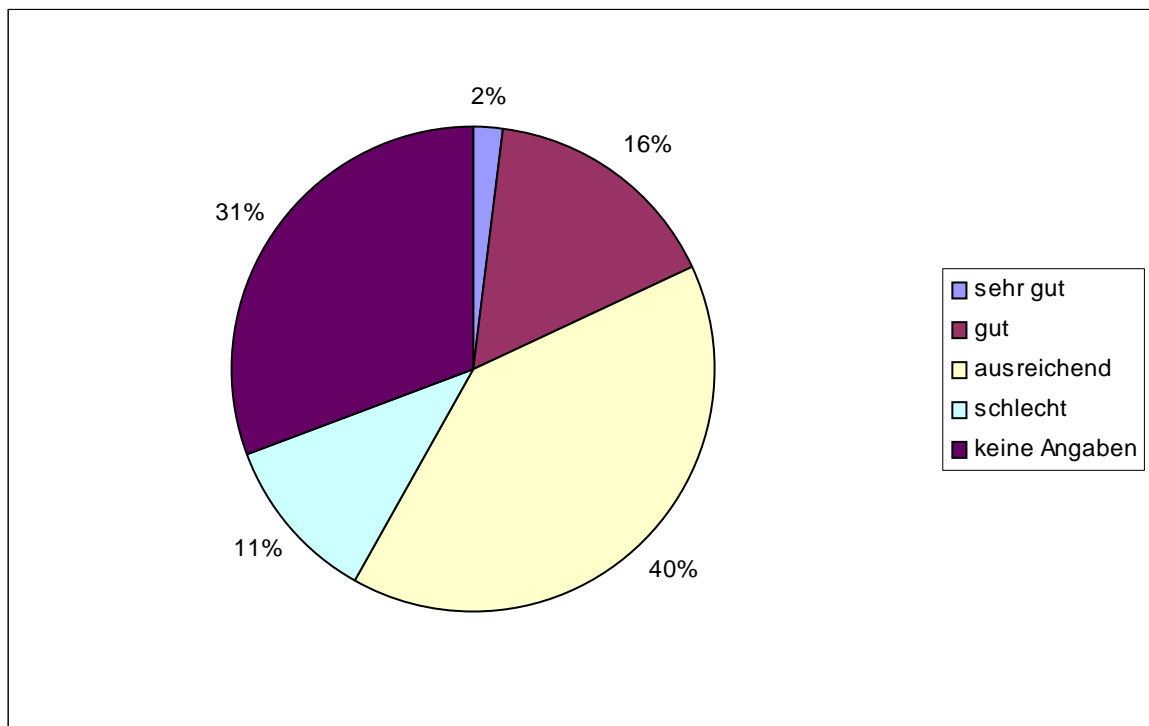


Abbildung 12: Beurteilung der sachlichen Ausstattung

6.4.12. Dokumentation der medizinischen Leistungen

Um stichhaltige Daten über den gesundheitlichen Zustand der Wohnungslosen, die Inanspruchnahme des Angebotes und über die geleitete Hilfeleitungen machen zu können, ist es wichtig, dass die medizinische Hilfeleistung dokumentiert wird. Gäbe es ein einheitliches Dokumentationssystem in Baden-Württemberg, könnte gezielt an verschiedene Dienste herangetreten werden, um Hilfen und Mittel nachfragen zu können.

Problematisch bei der Dokumentation der medizinischen Leistungen sind der Datenschutz und die Schweigepflicht des Arztes. Diese könnten doch „umgangen“ werden, in dem nur harte Zahlen, wie z.B. wie viele Klienten nutzen am Tag das Angebot, wie viele werden vor Ort behandelt und wie viele werden an Fachärzte überwiesen, erfasst werden. Auch Daten zur Entrichtung der Praxisgebühr könnten erhoben werden, so z.B. wie viele Klienten zahlten die Praxisgebühr „aus eigener Tasche“ und bei wie vielen musste eine andere Lösungen gefunden werden.

Dokumentation erfolgt durch folgende Personen:

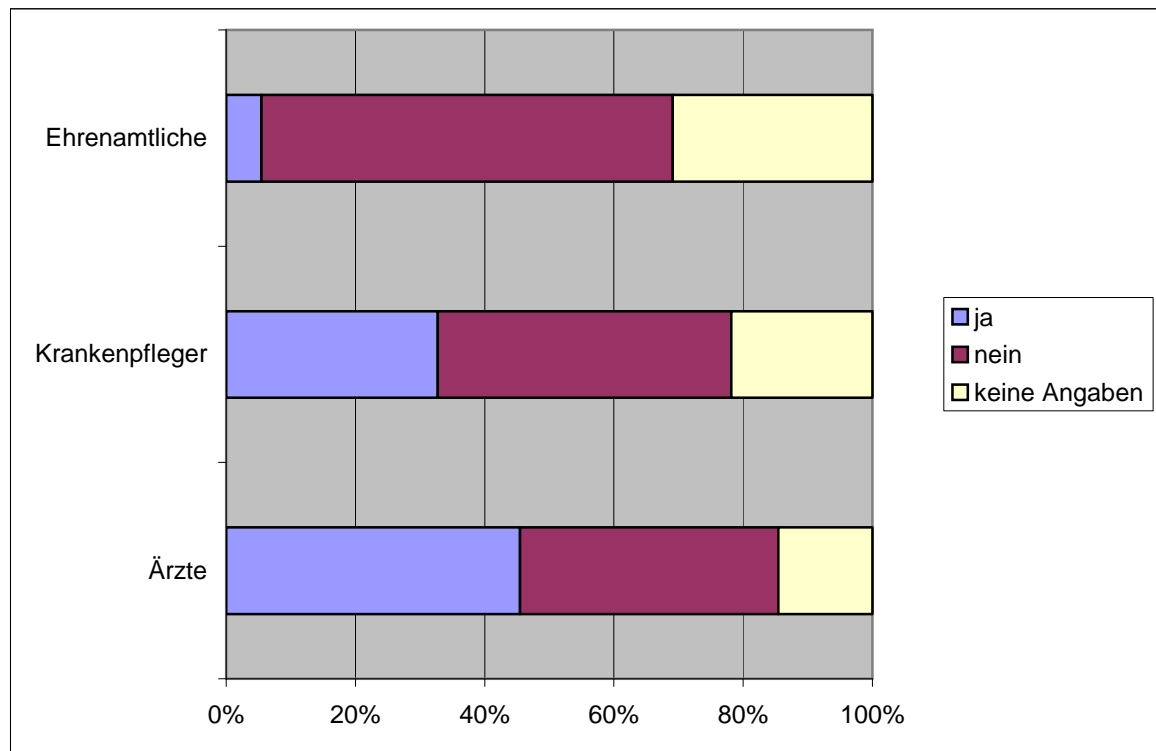


Abbildung 13: Dokumentation

Bei einer der antwortenden Einrichtungen dokumentiert das sozialpädagogische Personal selbst, weil Medikamente verabreicht werden. Bei einer Einrichtung dokumentiert niemand und bei einer anderen Einrichtung ehrenamtliche Krankenschwestern. Interessant ist auch, dass in einer Einrichtung ehemalige Wohnungslose als Basismitarbeiter das medizinische Angebot mitgestalten.

Formen der Dokumentation

Die medizinischen Hilfeleistungen werden in unterschiedlicher Form von 44 der antwortenden Einrichtungen dokumentiert. Von einer Einrichtung wird darauf hingewiesen, dass der Arzt in seinem eigenen System dokumentiert.

Da lediglich 11 der antwortenden Einrichtungen keine Angaben über eine Form der Dokumentation gemacht haben, wäre die Idee der Einführung eines einheitlichen Dokumentationssystems über die Liga zu bedenken.

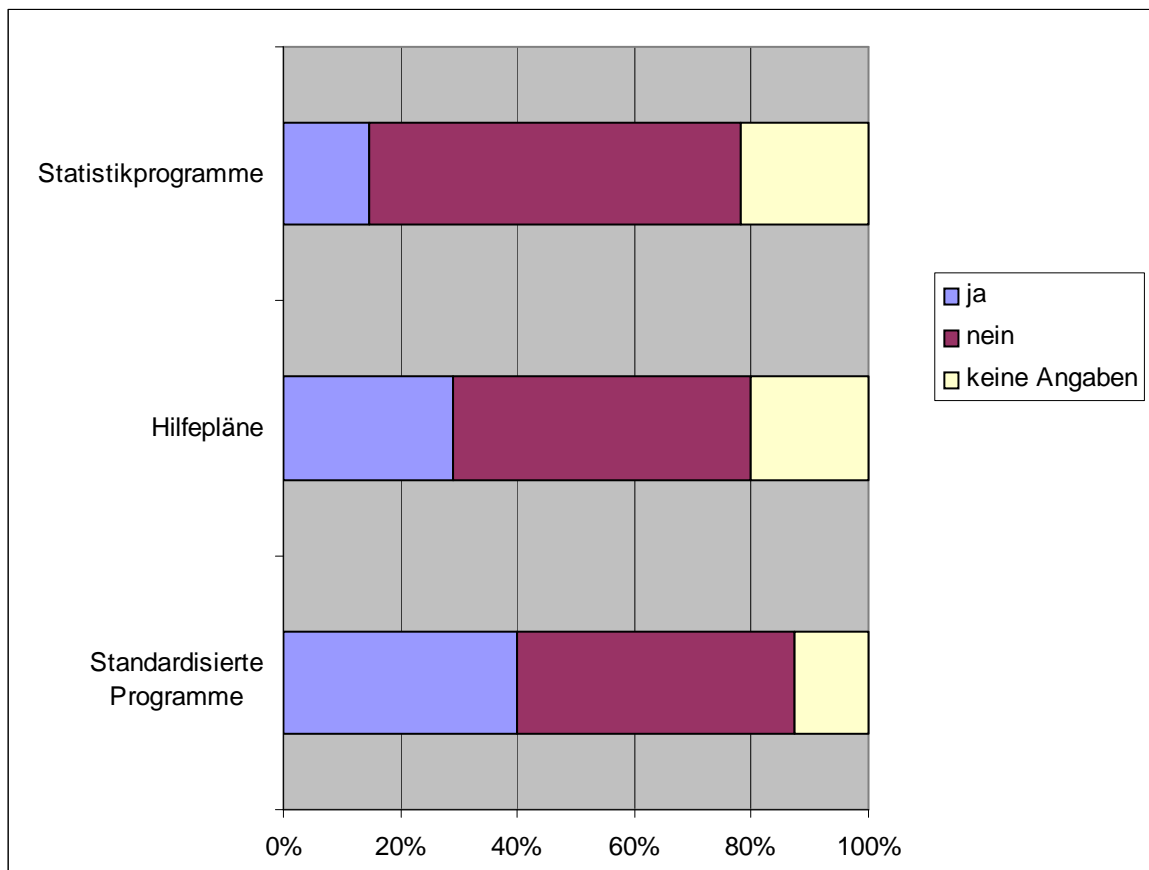


Abbildung 14: Formen der Dokumentation

6.4.13. Finanzierung

Die Finanzierung ist in allen antwortenden Einrichtungen unterschiedlich gestaltet. Dies verdeutlicht, dass das Engagement der Einrichtung ein wesentlicher Faktor ist.

Verschiedene Finanzierungsquellen:

- zwei Einrichtungen haben eine Leistungsvereinbarung nach § 75 SGB XII,
- zwei Einrichtungen werden über Betreuungssätze nach § 67 SGB finanziert,
- fünf Einrichtungen finanzieren ihr Angebot über Pflegesätze,
- drei Einrichtungen finanzieren das medizinischen Angebot über die Grundfinanzierung der verschiedenen Teileinrichtungen wie Tagesstätten,

- eine Einrichtung hat einen Vertrag mit einem Arzt, die Kosten werden aus den Einnahmen aus dem Genesungszimmer bezahlt,
- sechs Einrichtungen finanzieren ihr Angebot mit monatlichen Krankenkassensätzen,
- vier Einrichtungen haben spezielle Solidaritätsfonds,
- in zwei Einrichtung rechnet der Arzt seine Kosten als Hausbesuche ab,
- zwei Einrichtungen erhalten Zuschüsse vom Landkreis,
- 9 Einrichtungen setzen Geldspenden ein,
- 4 Einrichtungen setzen gespendete Sachmittel ein,
- zwei Einrichtungen erwähnen die Eigenleistungen der wohnungslosen Menschen,
- eine Einrichtung hat einen Freundeskreis für Wohnungslose, der sich bei der Medikamentenzuzahlung und der Praxisgebühr beteiligt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Großteil des medizinischen Angebotes durch Spendenmittel finanziert wird und somit auch nur durch diese bereitgestellt werden kann.

Finanzierte Kosten:

Welche Kosten finanziert werden oder für welche Kosten Spenden eingesetzt werden müssen, ist von Einrichtung zu Einrichtung verschieden.

Bei einer der befragten Einrichtungen werden zurzeit Personal- und Investitionskosten nicht finanziert, somit ist die Einrichtung auf Spendengelder angewiesen.

Das folgende Diagramm verdeutlicht, dass die Einrichtungen der Wohnungslosen im Falle der Bereitstellung eines medizinischen Angebotes größtenteils selbst für die Finanzierung aufkommen müssen. In nur wenigen Fällen gibt es die Möglichkeit einer Co-Finanzierung.

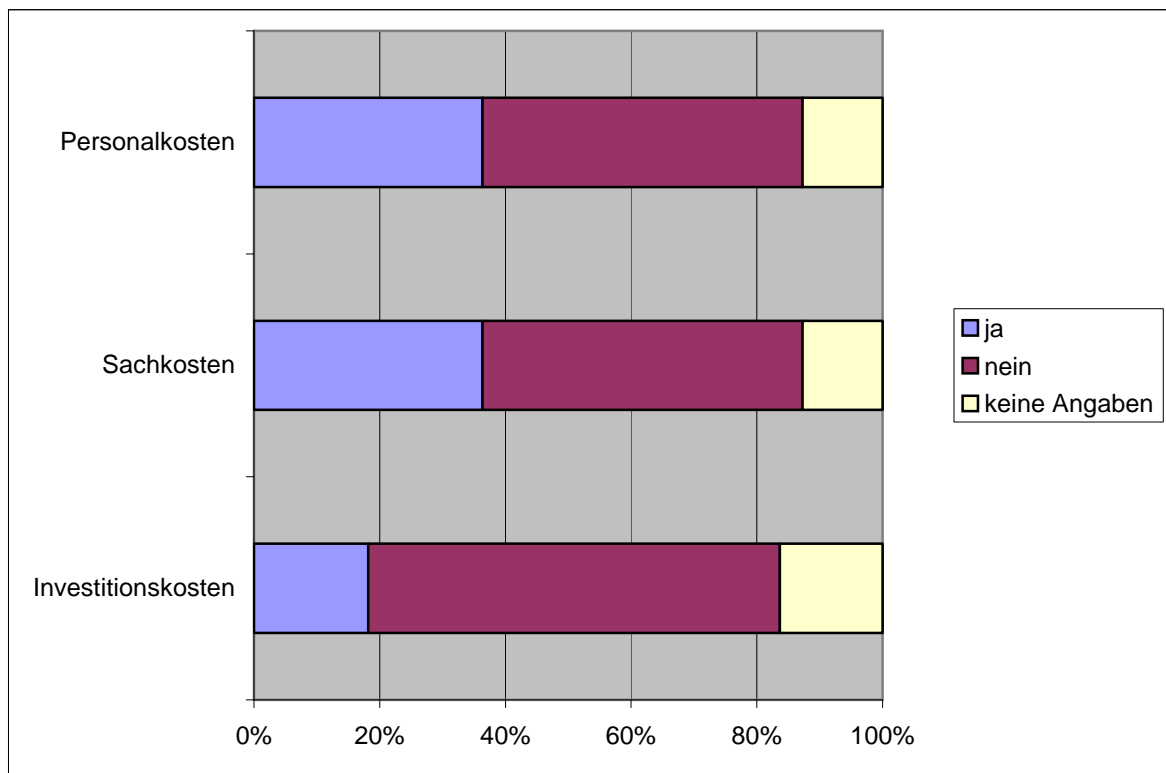


Abbildung 15: Finanzierte Kosten

Beteiligung an der Finanzierung:

Die Beteiligung an der Finanzierung des medizinischen Angebotes ist bei allen der antwortenden Einrichtungen ähnlich gering. Die Landkreise der antwortenden Einrichtungen beteiligen sich bei 7, die Kommunen bei 9 und die Krankenkassen bei 3 der antwortenden Einrichtungen. Ein Tuberkulose-Test wird durch das Gesundheitsamt finanziert, die Stadt Freiburg gewährt einen jährlichen Sachkostenzuschuss. Im stationären Setting ist z.T. eine Kostenbeteiligung durch Rahmenverträge möglich.

Deutlich wird, wenn man das folgende Diagramm betrachtet, wie groß der Anteil der Nein – Stimmen ist. All die aufgeführten Dienste und Institutionen sollten in die Pflicht genommen werden und sich in einer Form an der Finanzierung beteiligen.

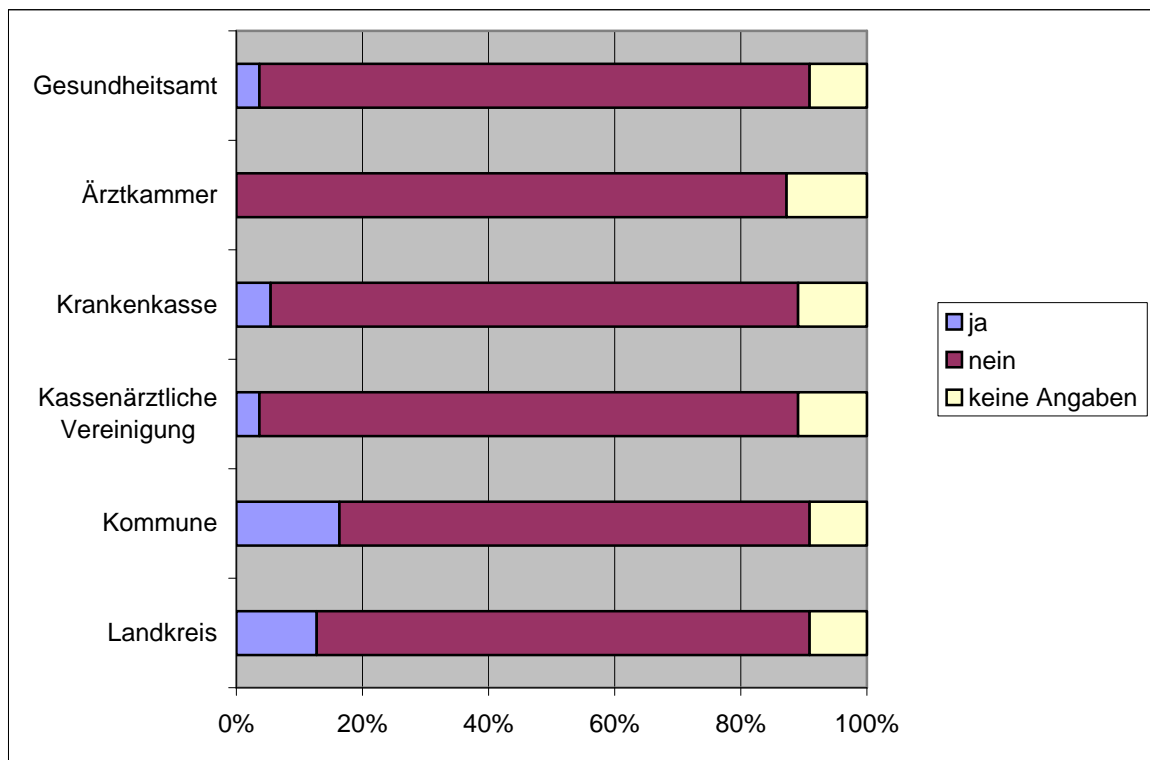


Abbildung 16: Formen der Beteiligung an der Finanzierung

6.4.14. Zugänglichkeit des medizinischen Angebotes für andere Personen

Auch andere einkommensschwache Menschen oder ALG II Empfänger sind vom GMG betroffen. Die Entrichtung der Praxisgebühr stellt für diese Personengruppen oftmals ebenso eine Barriere dar, wie für Wohnungslose. Deshalb soll hier darauf eingegangen werden, ob auch sie das medizinische Hilfeangebot der Wohnunglosenhilfe nutzen können.

Örtliche Armutsbevölkerung mit Wohnung:

Gemeint sind hier alle Personen, die im Umfeld der Wohnungsloseneinrichtung leben und über ein geringes Einkommen verfügen oder auf staatliche Transferleistungen angewiesen sind.

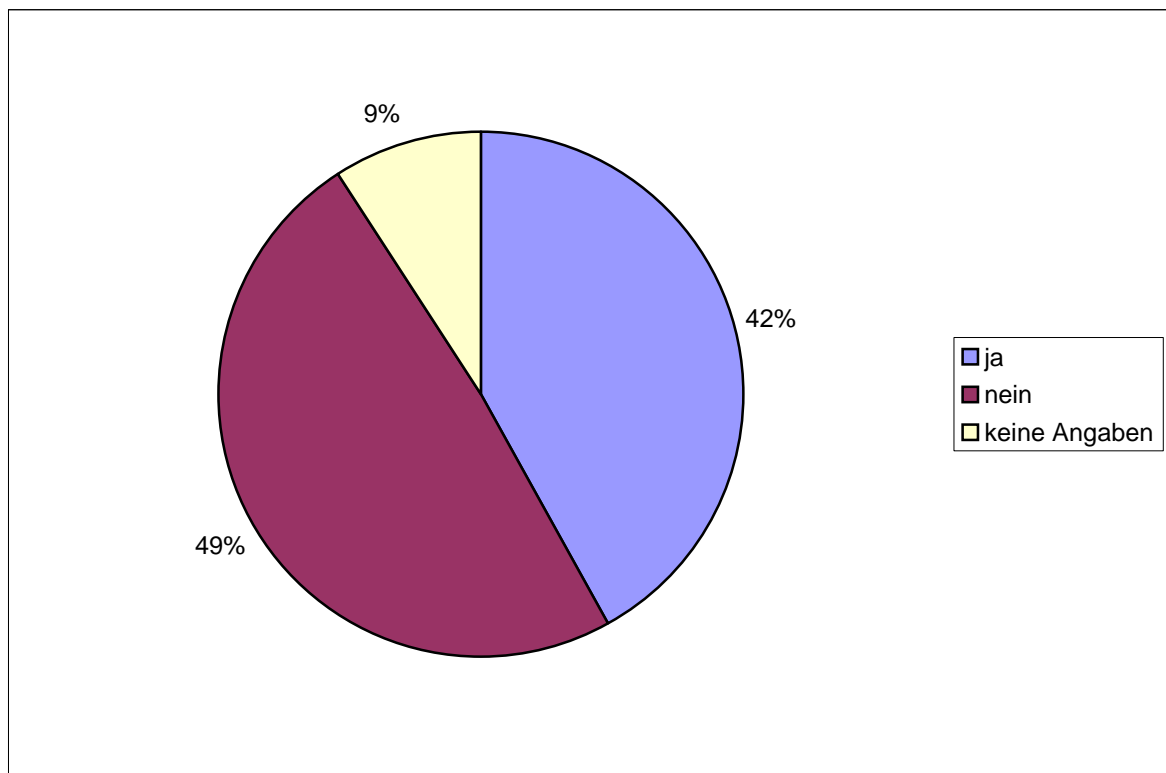


Abbildung 17: Zugänglichkeit für die örtliche Armutsbevölkerung

Deutlich wird, dass 23 der antwortenden Einrichtungen ihr Angebot auch für andere bedürftige Menschen öffnen.

Wohnungslose ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung für die BRD

Wie bereits erwähnt wurde, ist es für osteuropäische wohnungslose Menschen schwer bis unmöglich einen Krankenversicherungsschutz zu erhalten, geschweige denn, Leistungen zum Lebensunterhalt zu bekommen.

Diese Personengruppe hat weder Geld, noch ein soziales Netz hier in Deutschland. Sie sind nicht nur ausgrenzt, vielmehr sind sie auch „unerwünscht“. Die Frage die sich stellt ist, ob es für Menschen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland überhaupt möglich ist, eine ärztliche Versorgung zu erhalten?

Immerhin haben 29 der antwortenden Einrichtungen ihr Angebot für diese Personengruppe ihr medizinisches Angebot geöffnet. 20 Einrichtungen antwortenden, dass ihr Angebot für diese Personengruppe nicht zur Verfügung stehe. Die Frage, die offen bleibt ist, ob die Menschen, die Hilfe nachfragen, weggeschickt werden und ihnen die Hilfe verweigert wird?

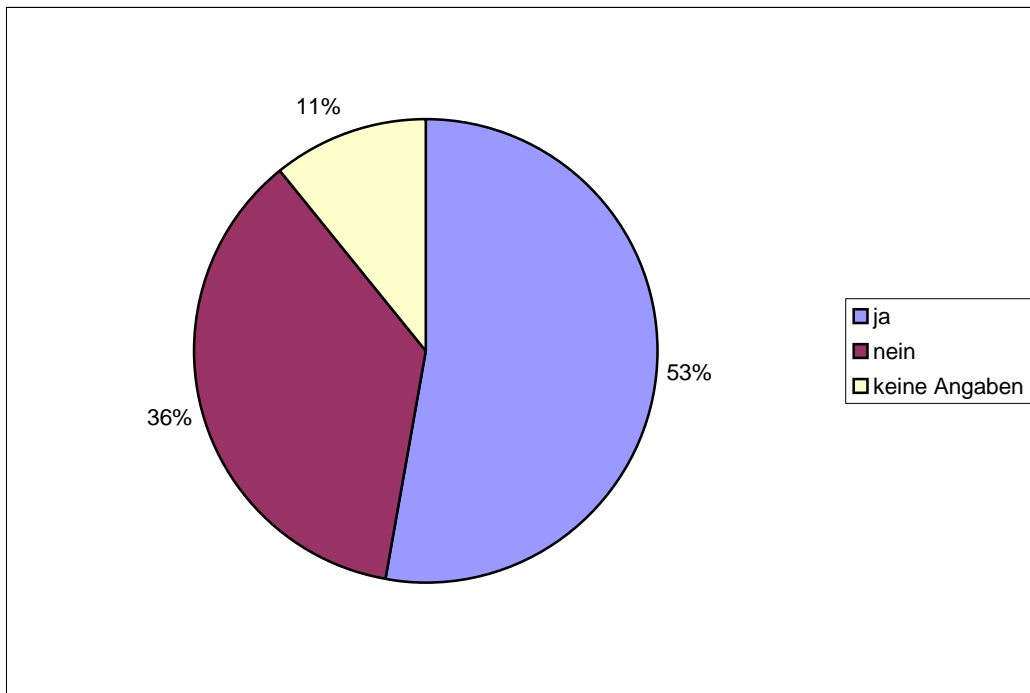


Abbildung 18: Zugänglichkeit für Menschen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung

6.4.15. Bewertung des medizinischen Angebotes

40 der antwortenden Einrichtungen bewerten ihr medizinisches Angebot mit sehr gut bis ausreichend.

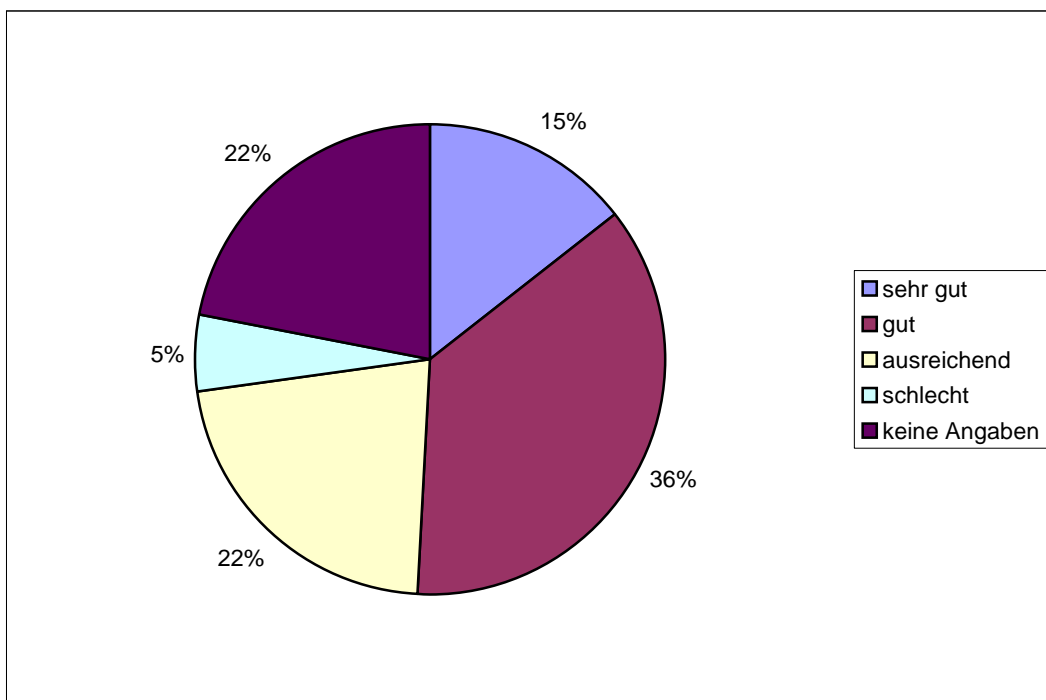


Abbildung 19: Bewertung des medizinischen Angebotes

6.5. Verbesserungsvorschläge

Der abschließende Teil des Fragebogens hatte zum Ziel, die Verbesserungsvorschläge der sich beteiligenden Einrichtungen zu erfassen, um möglichst „basisorientierte“ Lösungen entwickeln zu können. Hier sollen nun die am häufigsten genannten Antworten angeführt werden.

Verbesserungsvorschläge für das eigene Angebot:

Fünf Einrichtungen gaben an, dass die Einrichtung psychologischer Sprechstunden oder die Zusammenarbeit mit psychologischen Diensten verbessert und ausgebaut werden muss. Dies hat seine Begründung im steigenden Bedarf an psychologischer Betreuung von Wohnungslosen, da „psychischen Auffälligkeiten“ zunehmend sind.

Ebenfalls haben fünf Einrichtungen den Wunsch, das medizinische Angebot zu verbessern und in die örtliche Struktur besser einzugliedern. Sie wollen bessere Räumlichkeiten schaffen und so z.B. ein Krankenzimmer einrichten. Ebenso soll die Kooperation mit verschiedenen gesundheitlichen Diensten ausgebaut werden.

Viermal wurde die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Helfern erwähnt. Zum einen wird erwartet, dass Ärzte ehrenamtlich in die Einrichtungen kommen, zum anderen sollen Angebote mit Hilfe ehrenamtlicher Mitarbeiter ausgebaut werden.

Mehrere Einrichtungen wollen eine Zusammenarbeit mit Zahn- und Augenärzten starten und pflegerische Angebote mit aufnehmen.

Von fast allen Einrichtungen werden die Abschaffung der Praxisgebühr und die Änderung des Zuzahlungsmodells gefordert.

Des Weiteren wurde angemerkt, dass Plätze für die Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt fehlen und die Anforderungen für den Beginn einer Suchttherapie zu hoch sind.

Verbesserungsvorschläge für die Situation in Baden-Württemberg:

Vier Einrichtungen fordern die Initiierung einer medizinischen Ambulanz in jeder Stadt oder jedem Landkreis. Ebenso sollen mobile Arztpraxen gefördert werden, um die Wohnungslosen in ihrem Lebensumfeld aufzusuchen.

Ein weiteres großes Feld stellen die Krankenkassen dar. Sie sollen zur Finanzierung mit herangezogen werden und mit dem Klientel der Wohnungslosenhilfe unbürokratischer umgehen. Ebenso sollte der Krankenversicherungsschutz gewährleistet sein.

Drei Einrichtungen fordern eine Finanzierung des medizinischen Angebotes von staatlicher Seite und somit auch eine gesetzliche Durchsetzung des qualitativen und quantitativen Versorgungsauftrages. Es sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche die Finanzierung von medizinischen Behandlungsangeboten für Wohnungslose ermöglichen.

Zwei Einrichtungen haben angemerkt, dass es eine standardmäßige Übernahme und Einplanung der Kosten für die medizinische Grundversorgung in die Leistungsentgelte geben sollte.

Des Weiteren sollte von staatlicher Seite eine Sonderregelung für die medizinische Versorgung von Flüchtlingen geschaffen werden.

Forderungen an die Liga von den antwortenden Einrichtungen:

Die meisten Einrichtungen benannten zwei Ebenen: Die Krankenkassenebene und die politische Ebene.

Auf politischer Ebene wird gefordert, dass die Situation Wohnungsloser thematisiert und durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit eine Skandalisierung dieser erreicht wird. Ziel soll sein, dass für Wohnungslose eine Härtefallregelung geschaffen wird, welche ihnen die medizinische Versorgung erleichtert und die finanziellen Barrieren in Form von Praxisgebühr und Zuzahlungen abbaut.

Auf der Ebene der Krankenversicherungen soll daraufhin gearbeitet werden, dass der Versicherungsschutz für Wohnungslose leichter zu erreichen und zu erhalten ist. Dies soll durch Vereinfachung und Vereinheitlichung der Krankenversicherung für dieses Klientel gewährleistet werden.

Ebenso wird an die Liga die Forderung gestellt, ein Finanzierungsmodell für medizinische Angebote zu entwickeln, welches den Einrichtungen die Breitstellung eines solchen Angebotes erleichtern soll.

Weitere Ziele sollen sein, medizinische und psychologische Angebote als Regelangebote in den Tagesstätten zu installieren, sowie die Durchsetzung einer einheitlichen Dokumentation und trägerübergreifende Kommunikation.

6.6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Ziel dieser Erhebung, einen IST- Zustand der medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Baden-Württemberg zu ermitteln, wurde in verschiedenen Aspekten erreicht. Zum ersten Mal wurden für Baden-Württemberg zu diesem speziellen Bereich Daten empirisch erhoben und ausgewertet. Die nun vorliegenden Zahlen und Fakten „öffnen die Tür“ und bieten eine tragfähige Diskussionsgrundlage, um an der Versorgungssituation Wohnungsloser etwas zu verändern.

Der Weg in die medizinische Regelversorgung wird durch die medizinischen Angebote der Wohnungslosenhilfe nicht verbaut. Sie versuchen, die Waage der gesundheitlichen Ungleichheit in ein Gleichgewicht zu bringen. Die Wohnungslosenhilfe hat es sich nicht zur Aufgabe gemacht, einzig und allein durch verschiedene Projekte und Angebote die Versorgung Wohnungsloser abzudecken. Die Einrichtungen versuchen, durch Begleitung und Vermittlung der Klienten in das Regelversorgungssystem, die Integration Wohnungsloser in dieses zu Fördern.

Was durch diese Erhebung deutlich wurde ist, dass die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe bei der Finanzierung ihrer Angebote von den eigentlich zuständigen Diensten „allein“ gelassen werden. Die fehlenden Kooperationen mit Krankenkassen, Pflegediensten, Gesundheitsämtern und auch den Städten und Kommunen bedürfen der Veränderung. Im Vordergrund müssen zunächst einmal die Skandalisierung der gesundheitlichen Situation Wohnungsloser und in der Folge, die gezielte Öffentlichkeitsarbeit stehen. Den Verantwortlichen muss deutlich aufgezeigt werden, wie sie sich an der medizinischen Versorgung beteiligen können. Ein behutsames Vorgehen muss hier beachtet werden.

Ein weiterer Aspekten, der durch diese Erhebung aufgezeigt werden konnte, sind die Auswirkungen des GMG, und wie die Träger der Wohnungslosenhilfe darauf reagiert haben. Es ist kaum verwunderlich, dass Wohnungslosen in Einrichtungen die es sich „leisten“ können, finanzielle Hilfen bei der Entrichtung der Praxisgebühr

zu kommen. Es kann und darf jedoch nicht die Aufgabe der Wohnungslosenhilfe sein, Spendengelder zu akquirieren, um Wohnungslosen beim Abbau der finanziellen Barriere helfen zu können. Ein solidarisches Handeln im Sinne des Einzelnen ist nicht möglich, es handelt sich dann vielmehr um eine individuelle Handhabung des Einzelfalls. Auch kann es nicht richtig sein, dass es für einen Wohnungslosen entscheidend ist, in welcher Einrichtung er sich bei der Diagnosestellung befindet. So ein Verhalten konterkariert den Gleichstellungsgrundsatz des Grundgesetzes.

Dass die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe erfinderisch sind, um den medizinischen Bedarf ihres Klientels abzudecken, hat diese Erhebung auch aufgezeigt. Es werden z.B. Büros während der Arztprechstunde zu Behandlungszimmer umfunktioniert.

Für ein Sozialstaatssystem sind jene Entwicklungen, wie z.B. dass einem Menschen das Geld fehlt, sich eine Einlage für das zu kurze Bein zu kaufen, die neue Brille das finanziell Mögliche übersteigt oder eine leichte Bronchitis zur tödlich Endenden Lungenentzündung wird, nicht zu tragen.

7. Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Baden-Württemberg

Die folgenden Handlungsempfehlungen sind angelehnt an die vorhergegangenen Kapitel. Der Versuch geht dahin, die verschiedenen Dimensionen der Lebenslage und deren Auswirkungen auf die Gesundheit Wohnungsloser in einen Zusammenhang mit den erhobenen Zahlen zu bringen. Ebenso sollen die sozialen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit und die Bedingungsfaktoren beachtet werden.

7.1. Begründung der getroffenen Auswahl

Die Handlungsempfehlungen richten sich vor allem an zwei Ebenen. Zum einen wird die politische Ebene angesprochen, da die Gesamtlösung eine konzentrierte Aktion der Sozial- und Gesundheitspolitik mit einer angemessenen Weiterentwicklung sozialer und gesundheitlicher Dienste voraussetzt.

Zum anderen konzentrieren sich die folgenden Überlegungen auf die Herausforderungen, die der Wohnungslosenhilfe gegenüberstehen. Es sollen Maßnahmen entwickelt werden, welche die gesundheitliche Benachteiligung ihrer Zielgruppe ausgleichen können.

7.2. Forderungen an die Politik

Die Forderungen an die politische Ebene richten sich sowohl an die Exekutive (Bundes- und Landesregierung), als auch an die Legislative (Parlamente, Parteien). Sie beziehen sich auf die Abschaffung der finanziellen Barriere, auf die Sensibilisierung für die Situation Wohnungsloser und die Schaffung eines Befreiungsfonds.

7.2.1. Abschaffung der finanziellen Barriere

Wie im Vorangegangenen erörtert wurde, sind die wesentlichen Barrieren, die der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Wohnungslosen gegenüber stehen, die Praxisgebühr und die Zuzahlungen. Um den Zugang zu diesen Leistungen für Wohnungslose zu erleichtern, wäre es sinnvoll, eine dauerhafte und voll-

ständige Befreiung von Zuzahlungen und der Praxisgebühr wiedereinzuführen. Diese Befreiung wird den Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen erleichtern.

Eine weitere Forderung an die Politik soll sein, dass Wohnungslosen einzelfallbezogene Beihilfen gewährt werden können. Dies wäre dringend erforderlich, da unter den Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit ein vorausschauender Umgang mit dem verfügbaren Nettoeinkommen nicht möglich ist. Ihnen ist es kaum möglich, Geld für eine Brille, Prothese oder Zahnersatz anzusparen. Somit werden sie nicht nur durch ihre schwierige Situation stigmatisiert, vielmehr noch zementiert sich ihre Situation durch finanzielle und gesundheitliche Benachteiligung.

Der Regelsatz nach dem SGB II von 347 €/Monat, bzw. von 351 €/Monat enthält genaue Berechnungen, zu welchen Anteilen das verfügbare Einkommen für die verschiedenen Bereiche einzusetzen ist. Darin sind z.B. 96,45 € für Nahrungsmittel, 11,65 € für Tabakwaren und ca. 11,49 € für alkoholfreie Getränke enthalten. Der gesundheitsbezogene Anteil im Regelsatz von 347 € beträgt ca. 4 Prozent, was ungefähr 14 € ausmacht²¹. Das bedeutet faktisch den Ausschluss von Gesundheit für die betroffenen Bevölkerungsgruppen, die ohnehin durch einen schlechten Gesundheitszustand gekennzeichnet sind.

Die Forderung der vollständigen Zuzahlungsbefreiung für Menschen mit geringen Einkommen wurde durch den Antrag von Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Lothar Bisky, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE in den Ausschuss für Gesundheit zur Beratung der Beschlussempfehlung eingereicht²².

Die Zutrittsbarrieren zu notwendiger medizinischer Versorgung wurden diskutiert, ebenso die Anhebung des Regelsatzes. Bedauerlicherweise wurde der Antrag abgelehnt und über die Wiedereinführung der Härtefallregelung negativ entschie-

²¹ Diese Zahlen stammen aus einem Informationsblatt des diakonischen Werkes Württemberg. Es wurde erstellt von Frieder Claus, der im Referat Wohnungslosenhilfe und Armut tätig ist.

²² Deutscher Bundestag - – 16. Wahlperiode – 137. Sitzung. Berlin, Freitag, den 18. Januar 2008; Drucksache 16/7435

den. Somit ist eine Änderung des Zuzahlungsmodells für diese Legislaturperiode ausgeschlossen.

7.2.2. Sensibilisierung für die Situation Wohnungsloser

Wohnungslosen fehlen die Möglichkeiten und die Ressourcen, sich für ihre Situation und ihre Bedürfnisse Gehör zu verschaffen. Das Bild der Öffentlichkeit über Wohnungslose ist geprägt von Ablehnung und Unverständnis. Um etwas an dieser Situation zu verändern, bedarf es einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit. Verschiedene Aktionen versuchen, auf die Situation von Wohnungslosen aufmerksam zu machen.

Heinz Ratz versucht durch den „Lauf gegen die Kälte“ die Situation Wohnungsloser in die Aufmerksamkeit der Bevölkerung zu bringen. Während dieser Aktion läuft er von Kiel nach München und versucht mit Verantwortlichen und Bürgern ins Gespräch zu kommen.

Auch in Baden-Württemberg gibt es Aktionen wie „Armut bedroht alle“. Ziel dieser landesweit stattfindenden Aktionen ist es, Menschen zu erreichen, ihr Bild über Wohnungslose zu verändern und um Vorurteile abzubauen.

Ein Beispiel für gezielte Öffentlichkeitsarbeit soll hier kurz vorgestellt werden. In Hamburg hat sich durch den Zusammenschluss von Caritas, Diakonie, Fördern&Wohnen, HAG, Kemenate, Malteser und Stadtmission der regionale Knoten Hamburg gebildet. Dieses Projekt ist Teil des Bundesprojektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ und versucht, die Belange von sozial benachteiligten Menschen in das Interesse und in die Wahrnehmung derer zu rücken, denen es „besser geht“. Der regionale Knoten Hamburg hat eine Broschüre herausgebracht mit dem Titel „Hamburger Geschichten“. Darin werden die Schwierigkeiten beschrieben, welche Wohnungslose haben, medizinische Angebote in Anspruch zu nehmen. Es werden Fakten zusammengetragen, sowie wird durch Einzelfallbeschreibungen deutlich, was es heißt wohnungslos und krank zu sein. Die „Hamburger Geschichten“ sind ein guter und gezielter Versuch, sich für die Belange dieser Menschen einzusetzen und die Bevölkerung und die Politik für die Lebenssituation Wohnungslosigkeit und Gesundheit zu sensibilisieren. Das Bild, dass es

„romantisch“ ist, umherzuziehen und keine Verpflichtungen zu haben, wird mit dieser Broschüre zerstört und vielleicht sogar eine Betroffenheit geweckt. Auch in Baden-Württemberg gibt es einen regionalen Knoten. Nur hat dieser ein anderes Schwerpunktthema: „Resilienz – was in schwierigen Familienlagen stärkt“.

Die Lebenslage von Wohnungslosen ist nicht nur schwierig, diese Personengruppe ist von Vorurteilen betroffen. Ein Ziel der Liga sollte es folglich sein, diese Vorurteile mit gezielter Öffentlichkeitsarbeit abzubauen. Dazu könnte ebenfalls eine Broschüre zur gesundheitlichen Belastung von Wohnungslosen erarbeitet und herausgegeben werden. Dadurch wird auf die Situation Wohnungsloser aufmerksam gemacht. Eine Sensibilisierung für den gesundheitlichen Zustand Wohnungsloser in der Öffentlichkeit kann dazu beitragen, dass eine Betroffenheit geweckt wird.

7.2.3. Schaffung eines Befreiungsfonds

Eine andere Forderung an die Landesregierung Baden-Württemberg sowie an die Bundesregierung ist, die Entwicklung eines Finanzierungsmodells der Kommunen um einen Befreiungsfond zu schaffen. Um von der Praxisgebühr und den Zuzahlungen befreit zu werden, müssen ALG II - Empfänger die jährliche Belastungsgrenze von 2 Prozent des jährlichen Nettoeinkommens erreicht haben. Die Höhe beträgt 83,28 €. Der Großteil der von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen lebt von dieser staatlichen Transferleistung, der Hilfe zum Lebensunterhalt.

Der Staat und somit auch die Landesregierung Baden-Württembergs haben eine die kompensatorische Aufgabe für Menschen, die nicht eigenverantwortlich für die Sicherung ihres Lebensunterhalts sorgen können, Hilfen bereitzustellen. Da nach Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes jeder das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit hat, muss die staatliche Gemeinschaft sicherstellen, dass alle Bundesbürger im Krankheitsfall eine lückenlose medizinische Versorgung im Krankheitsfall haben. Wohnungslose sind durch ihre Lebenssituation benachteiligt. Ihr Gesundheitszustand ist im Vergleich zu der „Normalbevölkerung“ schlecht und sie verfügen nicht über die gleichen Möglichkeiten, gesund zu bleiben.

Die Eigenverantwortung darf in diesem Fall nicht als Argumentationshilfe dienen. Wohnungslose haben i.d.R. einen langen sozialen Abstieg durchlebt und sind dadurch selten in der Lage, sich und ihren Belangen Gehör zu schaffen. Sie haben viele Enttäuschungen und Ablehnung erfahren. Bei Wohnungslosen steht das Überleben angesichts der Lebenslage im Vordergrund. Sich eigenverantwortlich zu verhalten um den gesetzlich geforderten Verhaltensanforderungen zu entsprechen, stellt für Wohnungslose kaum überwindbare Hürden dar.

Die Errichtung eines Befreiungsfonds für den Personenkreis „ofW“ (ohne festen Wohnsitz) kann Abhilfe schaffen. Die Forderung nach einem Befreiungsfond richtet sich an die Länder und Kommunen, sowie die Krankenkassen, die eine reisungslose Bewilligung garantieren müssen.

Finanziert werden sollte dieser Befreiungsfond durch die Kommunen und Länder. Somit entrichtet die Kommune, in welcher der Wohnungslose zum ersten Mal im Kalenderjahr Leistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen will, den Betrag, welcher zum Erreichen der Befreiungsgrenze notwendig ist. Durch die Nachfrage nach medizinischer Versorgung wird ein Hilfebedarf durch den Wohnungslosen geäußert. Die Kommune überweist diesen Betrag an die zuständige Krankenkasse, welche dann die Befreiung erteilt.

Die Forderung nach einem Befreiungsfond richtet sich demnach an die Bundesregierung, ein geeignetes Finanzierungsmodell zu entwickeln. Die einmalige Zahlung des Betrages, welcher zum Erreichen der Befreiungsgrenze benötigt wird stellt sicher, dass alle Wohnungslosen ohne die Hürde der Praxisgebühr überwinden zu müssen, einen Arzt aufsuchen können. Ebenso können sie die verordneten Medikamente ohne Zuzahlungen in der Apotheke bekommen.

Die Befreiung des Personenkreises „ofW“ von den Zuzahlungen bedeutet, dass der Staat seiner Fürsorgeverpflichtung nach kommt und die Menschenwürde von Wohnungslosen nicht verletzt wird, da ihrer körperliche Integrität sichergestellt wird.

7.3. Ebene der Wohnungslosenhilfe

Auch an die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe richten sich Handlungsempfehlungen. Diese Institutionen sind oftmals die einzige Instanz, zu welcher Wohnungslose Kontakt haben. Deshalb ist es gerade für diese Einrichtungen wichtig, gezielte Maßnahmen zu entwickeln, um die gesundheitliche Ungleichheit auszugleichen.

7.3.1. Prävention

In der Wohnungslosenhilfe sollten präventive Arbeitsformen initiiert werden, die speziell auf Wohnungslose abgestimmt sind. Die allgemeinen Konzepte zur Gesundheitsförderung gehen an den Belangen Wohnungsloser vorbei. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich. Für Wohnungslose haben gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und Vorsorgemaßnahmen eine nachgestellte Bedeutung. Die alltäglichen Probleme sind zu gewichtig und lassen keinen Raum für solche Überlegungen. Maßnahmen oder Kampagnen gegen das Rauchen oder gegen übermäßigen Alkoholkonsum sind ebenso unpassend.

Die präventiven Angebote sollten gezielt darauf ausgerichtet sein, dass die Wahrnehmung des eigenen Körpers sensibilisiert und auf Zeichen von Krankheiten frühzeitig reagiert wird.

Die Primärprävention richtet sich gezielt darauf, dass beim ersten auftreten von Krankheitszeichen der Weg in die medizinische Regelversorgung aufgezeigt wird. Das Bereitstellen von Angeboten zur medizinischen Grundversorgung, welche in das Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe integriert sind, kann als Maßnahme der Sekundärprävention bezeichnet werden.

Überlebenssichernde Maßnahmen, wie die Bereitstellung von Wasch- und Duscheinrichtungen, gesunde und preiswerte Nahrung, sind ebenfalls Maßnahmen der Primärprävention. Zum einen wird durch gesunde Ernährung und Hygiene die Gesundheit gefördert. Zum anderen bietet diese Hilfestellung den Wohnungslosen die Möglichkeit, mit Mitarbeitern der Einrichtungen in Kontakt zu treten und an ihrer Situation etwas zu ändern.

Prävention in der Wohnungslosenhilfe beginnt damit, dass Hilfen bereitgestellt werden, die das Leben auf der Straße beenden. Denn allein schon die vorübergehende Unterbringung bringt die Möglichkeit zur Erholung mit sich.

7.3.2. Case Management

Die Methode des Case Managements hat die Kernfunktion, den Klienten in koordinierter Weise Dienstleistungen zugänglich zu machen, die von ihnen zur Lösung von Problemen und zur Verringerung von Spannungen und Stress benötigt werden (vgl. Galuske, 2005, S.202).

Case Management oder auch Unterstützungsmanagement hat im Wesentlichen vier Funktionen, die kurz erklärt werden sollen. Zuerst muss die Aufgabenstellung erfasst werden (assessment) und zwar durch die Analyse der Lebenssituation des Klienten und der daraus resultierenden Hilfeerfordernisse. Beim „service planning“ wird die Dienstleistung geplant und gemeinsam mit dem Klienten ein Hilfe- und Unterstützungsplan erarbeitet. Daran schließt sich die konkrete Vermittlung der Unterstützung, die „brokering services“. Hier werden die konkret hilfeleistenden Institutionen kontaktiert und der Klient dahin vermittelt. Das Handeln im kommunalen Kontext (community intervention), d.h. der Koordination der Hilfeleistung im kommunalen Zusammenhang bildet die vierte Funktion (vgl. ebd. S.202-203).

Die Wohnungslosenhilfe ist in Kontakt mit anderen Einrichtungen und Diensten, wenn die Bedürfnisse ihres Klientels befriedigt werden sollen. Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, der Psychiatrie, der Arbeitsagenturen sowie Krankenhäuser sollen als Beispiele genannt werden. Jede dieser Einrichtung verfügt über unterschiedliche Arbeitsweisen und –ansätze. Sich in diesem Netz von Hilfeanbietern zu Recht zu finden ist schwierig. Dies liegt zum einen an verschiedener Sprache, welche die Systeme zu Kommunikation verwenden. Zum anderen sind die Zugänge unterschiedlich. Bei einem herrscht die Komm- Struktur vor, die anderen haben Zugangskriterien und andere werden nur auf Antrag tätig. Für Wohnungslose ist es oftmals schwierig herauszufinden, bei welchen Belangen sie sich an welche Institution wenden können.

Die Methode des Case Management macht es möglich, dass die erforderlichen, sozialen und medizinischen Hilfen koordiniert werden und Wohnungslose durch dieses verzweigte Netz begleitet werden. Dieser Arbeitsansatz kann mit einer geordneten Fallverantwortlichkeit gleichgestellt werden. Dem Wohnungslosen steht während des gesamten, an verschiedene Instanzen gebundenen Stabilisierungsprozesses, eine feste Bezugsperson (Sozialarbeiter) zur Seite, welche die Hilfen bündelt und dokumentiert (vgl. Gutachten des SVR, 2007, S.727).

Die Dokumentation sollte in einem einheitlichen Verfahren erfolgen. So könnte ein einheitliches Statistikprogramm für alle Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe von der BAG W entwickelt werden. Dieses würde sicherstellen, dass Daten gesammelt werden und für die Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung stehen.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass eine Vernetzung der Wohnungslosenhilfe mit gesundheitlichen Diensten die erste Voraussetzung ist, dass Wohnungslose die Hilfe bekommen, die sie benötigen. Die Aufgabe der Sozialarbeit ist es also, nach Erfassung der Aufgabenstellung die konkrete Vermittlung der Unterstützung herbeizuführen.

7.3.3. Angebote zur medizinischen Grundversorgung

Wie im Vorangegangenen erörtert wurde, muss der Zugang zur medizinischen Versorgung barrierefrei und niederschwellig gestaltet sein. Da dies bei vielen Angeboten des Regelversorgungssystems nicht gewährt werden kann, hat die Wohnungslosenhilfe medizinische Erst- und Elementarversorgung in ihr Unterstützungsrepertoire integriert. Eine solche Elementar- und Grundversorgung hat eine Brückenfunktion. Zum einen wird der Zugang zur medizinischen Versorgung garantiert und zum anderen kann es zum Einstieg in das Regelversorgungssystem beitragen. Da i.d.R. die medizinische Grundversorgung in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe durch ortsansässige, niedergelassene Ärzte erbracht wird, besteht der Kontakt zum Regelversorgungssystem. Diese Schnittstelle hat den Vorteil, dass der Arzt den Wohnungslosen zu weiteren Terminen in die eigene Praxis einbestellen kann. Dies bewirkt die Inklusion in das Regelversorgungssystem.

In Großstädten Deutschlands hat sich oftmals für Wohnungslose ein separates medizinisches Hilfesystem ausgebildet. Hier erbringen „spezielle“ Ärzte die Hilfeleistung. D.h. diese Ärzte sind „nur“ Wohnungslosenärzte. Sie haben ihre Praxis in den Wohnungslosenhilfeeinrichtungen oder verfügen über ambulante Arztpraxen und suchen die Klienten in ihrem Lebensumfeld auf. Eine solche Praxis fördert nicht die Inklusion in das Regelversorgungssystem. Es bildet sich ein „Nebensystem“ aus, welches nur für die medizinische Versorgung von Wohnungslosen zuständig ist. Das Ziel der Integration und Inklusion in das medizinische Regelversorgungssystem sollte aber oberste Priorität bleiben.

7.3.3.1. Kooperationen

Die Erhebung zur medizinischen Versorgung hat verdeutlicht, dass die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe versuchen, ein medizinisches Angebot bereitzustellen. Dabei verzichten sie zum Großteil auf Kooperationen mit gesundheitlichen Diensten.

Ziel sollte sein, mit z.B. den Krankenkassen, Kommunen oder Gesundheitsämtern ins Gespräch zu kommen und ihnen nicht nur die gesundheitliche Benachteiligung der Wohnungslosen deutlich zu machen, sondern darauf hinzuarbeiten, dass ein Netzwerk zur Hilfeleistung ausgebaut wird.

Voraussetzung dafür ist, dass die Einrichtungen den medizinischen Bedarf ihres Klientels dokumentiert und aussagefähige Daten als Diskussionsgrundlage haben.

Die Kooperationen mit ortsansässigen Ärzten ermöglicht nicht nur die Bereitstellung eines Angebotes in der Einrichtung. Es werden auch Ängste und Hemmschwellen abgebaut.

7.3.3.2. Finanzierung

Eine gute Kooperation mit gesundheitlichen Diensten ermöglicht auch, dass eine Co-Finanzierung aufgebaut wird. Einige Kommunen beteiligen sich schon an der Finanzierung des medizinischen Angebotes. Dies könnte weiter ausgebaut werden. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, auch wenn sie unter unterschiedlicher Trägerschaft arbeiten, müssen sich besser vernetzen. Nicht nur, um adäqua-

te Trägerübergreifende Hilfe leisten zu können, sondern auch um voneinander lernen zu können. Da es einigen Trägern gelungen ist, die Kommune zur Finanzierung „mit ins Boot“ zu holen, können die anderen Träger von diesem Verhandlungswissen profitieren.

Kommunen sollten die medizinische Grundversorgung in die Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsvereinbarung als gesonderte Position mit aufnehmen und einen bestimmten Betrag dafür bereitstellen.

Eine Beteiligung an der Finanzierung bewirkt, dass die Einrichtungen nicht nur auf Spenden angewiesen sind. Das Spendenaufkommen ist kaum kalkulierbar, was bedeutet, dass bei wenig verfügbarem Geld die Angebote zurückgefahren werden müssen. Eine kalkulierbare Mitfinanzierung bewirkt, dass die Ausstattung verbessert werden kann, das zeitliche Angebot verlängert und Ärzte ein Honorar erhalten können und nicht wie es so häufig der Fall ist, ehrenamtlich ihre Arbeit erfüllen müssen oder „irgendwie“ umständlich als Hausbesuch deklarieren.

7.3.4. Soziale Unterstützung durch das Engagement Ehrenamtlicher

Wohnungslose haben, wie schon mehrfach genannt wurde, außer den Kontakten zu Mitgliedern der Wohnungslosenszene, wenige bis keine tragfähigen Kontakte oder Beziehungen. Bisher haben nur wenige Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ehrenamtliche Mitarbeiter in ihr Hilfeangebot mit einbezogen. Hier könnte jedoch der Schlüssel zur Verbesserung der medizinischen Versorgung liegen. Durch die Gewinnung von Ehrenamtlichen könnte in die Begleitung der Wohnungslosen ins medizinische Regelversorgungssystem ausgebaut und sichergestellt werden. Ehrenamtlichen könnten verschiedene Funktionen erfüllen.

Ehrenamtliche können für die Wohnungslosen ein Begleiter sein. Sie können sie zu Terminen bei Ärzten begleiten und unterstützen. Sie können die Sorge dafür tragen, dass Wohnungslosen die Verhaltenanforderungen in Arztpraxen oder im Krankenhaus besser einhalten können. Ebenso können sie in belastenden Situationen eine Entlastung sein und als Gesprächspartner zur Verfügung stehen.

Eine weitere wichtige Funktion der Ehrenamtlichen ist die Lobbyarbeit. Menschen, die sich ehrenamtlich engagieren sind i.d.R. in ein stabiles soziales, meist mittel-schicht- oder sogar Oberschichtorientiertes Umfeld eingebettet. Ein positiver Effekt der daraus resultiert ist, dass die Ehrenamtlichen über ihre Tätigkeiten und den Umgang mit den Wohnungslosen berichten und so in „anderen Schichten“ ein ehrliches Bild über diese Personen entstehen kann. Viele Ehrenamtliche verfügen über gute Kontakte zu Personen des städtischen, öffentlichen Lebens. Durch diese Kontakte wird die Lebenslage Wohnungslosigkeit thematisiert und in Kreisen angesprochen, wo dieses Thema nur bedingt Einzug findet.

Die Geldbeschaffung in Form von Spenden oder Kooperationen ist eine weitere wichtige Funktion des Ehrenamtes. Hier soll als Beispiel der Freundeskreis für Wohnungslose Aalen e.V. genannt werden. Dieser Verein setzt sich aus engagierten Bürgern Aalens zusammen. Die Mitglieder haben sich neben sinnvoller Freizeitgestaltung auch die Akquise von Geldern zur Aufgabe gemacht. Sie sammeln Spenden für die Wohnungslosen, übernehmen die Zuzahlungen zu Medikamenten, in dem sie eine Kooperation mit einer Apotheke eingegangen sind und versuchen, die Öffentlichkeit für das Thema Wohnungslosigkeit zu sensibilisieren.

Die positiven Effekte der Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen können nur dann effektiv und konsequent für Wohnungslose eingesetzt werden, wenn eine Konzeption vorliegt, welche den Rahmen, Aufgabengebiete und Zuständigkeiten genau definiert.

8. Schlussbetrachtung

Das Ziel dieser Diplomarbeit war es, den Ist-Zustand der medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Baden-Württemberg zu ermitteln. Hierbei galt es aufzuzeigen, wie die medizinische Versorgung von Wohnungslosen in Baden-Württemberg organisiert ist und welche Probleme die Lebenslage Wohnungslosigkeit im Hinblick auf gesundheitsförderndes Verhalten mit sich bringt.

Die Ermittlung des Ist-Zustandes ist meines Erachtens nach erfolgreich verlaufen. Da sich 55 Einrichtungen an der Fragebogenaktion beteiligt haben, liegen nun flächendeckende und aussagekräftige Zahlen für Baden-Württemberg vor. Diese Zahlen ermöglichen einen Einblick in die Arbeit der Wohnungslosenhilfe und zeigen auf, dass es zur Aufgabe der Wohnungslosenhilfe geworden ist, ein medizinisches Angebot zur Grundversorgung bereitzustellen. Die Vorhaltung eines Angebotes kostet nicht nur Geld, sondern auch Zeit. Positiv an den Angeboten zur medizinischen Grundversorgung der Wohnungslosenhilfe ist, dass die Brücke zur Regelversorgung gestellt wird. Wohnungslose erhalten nicht nur die notwendigen Hilfeleistungen, es können auch Ängste und Vorurteile zwischen Arzt und Wohnungslosen abgebaut werden.

Die gesundheitliche Ungleichheit, bedingt durch die Zugehörigkeit zu einer Schicht, ist in Deutschland schon seit Jahren bekannt und wird auch thematisiert. Deshalb finde ich es erschreckend, dass die Einführung einer Praxisgebühr verhindern soll, dass Ärzte zu oft oder unnötig besucht werden. Dies mag für manche Personengruppen zutreffen. Unzutreffend ist es jedoch für Personen, die über geringes Einkommen und geringe Bildung verfügen. Sie gehen selten zum Arzt und nutzen somit nicht übermäßig häufig Gesundheitsangebote. Sie trifft die Einführung am meisten, obwohl sie nicht zu dieser Entwicklung beigetragen haben.

Die Forderung nach einem Befreiungsfond für Wohnungslose oder der Wiedereinführung der Härtefallregelung sollte unbedingt nachgekommen werden. In einem weiteren Schritt sollte dies dann generell auf Menschen mit geringen Einkommen ausgeweitet werden.

Die Beschreibung der Dimensionen der Lebenslage von Wohnungslosen sollte verdeutlichen, wie schwer es für Wohnungslose ist, den Lebensalltag zu bestrei-

ten. Wenn sie zusätzlich noch gesundheitlich angeschlagen sind, eskaliert ihre Situation und bedroht sie existenziell.

Der Artikel „Dies ist doch kein Junkie-Hotel“ im Straßenmagazin „fiftyfifty“ beschreibt was Obdachlose in Krankenhäusern erdulden müssen. Sie werden z.T. unzureichend vom Pflegepersonal als Menschen zweiter Klasse behandelt und zu früh auf die Straße entlassen. Solche Entwicklungen zu beobachten ist nicht nur erschreckend, sondern auch alarmierend. Der Kostendruck wird sich in den kommenden Jahren noch verschärfen und somit wird sich auch die „Behandlungsbereitschaft“ weiter verändern. Eine Folge kann sein, dass Wohnungslosen nur noch begrenzte Möglichkeiten zur Heilung bereitgestellt werden, da sie entweder den gestellten Verhaltensanforderungen nicht gerecht werden können oder sie schlichtweg kein Geld für die Behandlung aufbringen können.

„Freiheit von Not, Freiheit zur bestmöglichen Entfaltung einerseits und das solidarische Einstehen aller füreinander im Sinne möglicher Chancengleichheit waren von jeher Leitvorstellungen der Sozialpolitik“ (Witterstätter, 2003, S.32).

Die Besinnung auf diese Leitziele und das Einleiten entsprechender Maßnahmen ist der erste und wichtigste Schritt um die gesundheitliche Ungleichheit auszugleichen.

Wohnungslose brauchen den besonderen Schutz der staatlichen und gesellschaftlichen Gemeinschaft. Ein Umdenken der zuständigen Ebenen muss stattfinden, um Wohnungslosen ein menschenwürdiges Leben ermöglichen zu können.

Aufgabe der Sozialarbeit ist es, Beratung und Unterstützung anzubieten. Ein offenes Gehör für die Bedarfe der Klienten zu haben und ihnen Hilfestellung zu leisten.

9. Anhang

1. Übersichtskarte der antwortenden Einrichtungen:

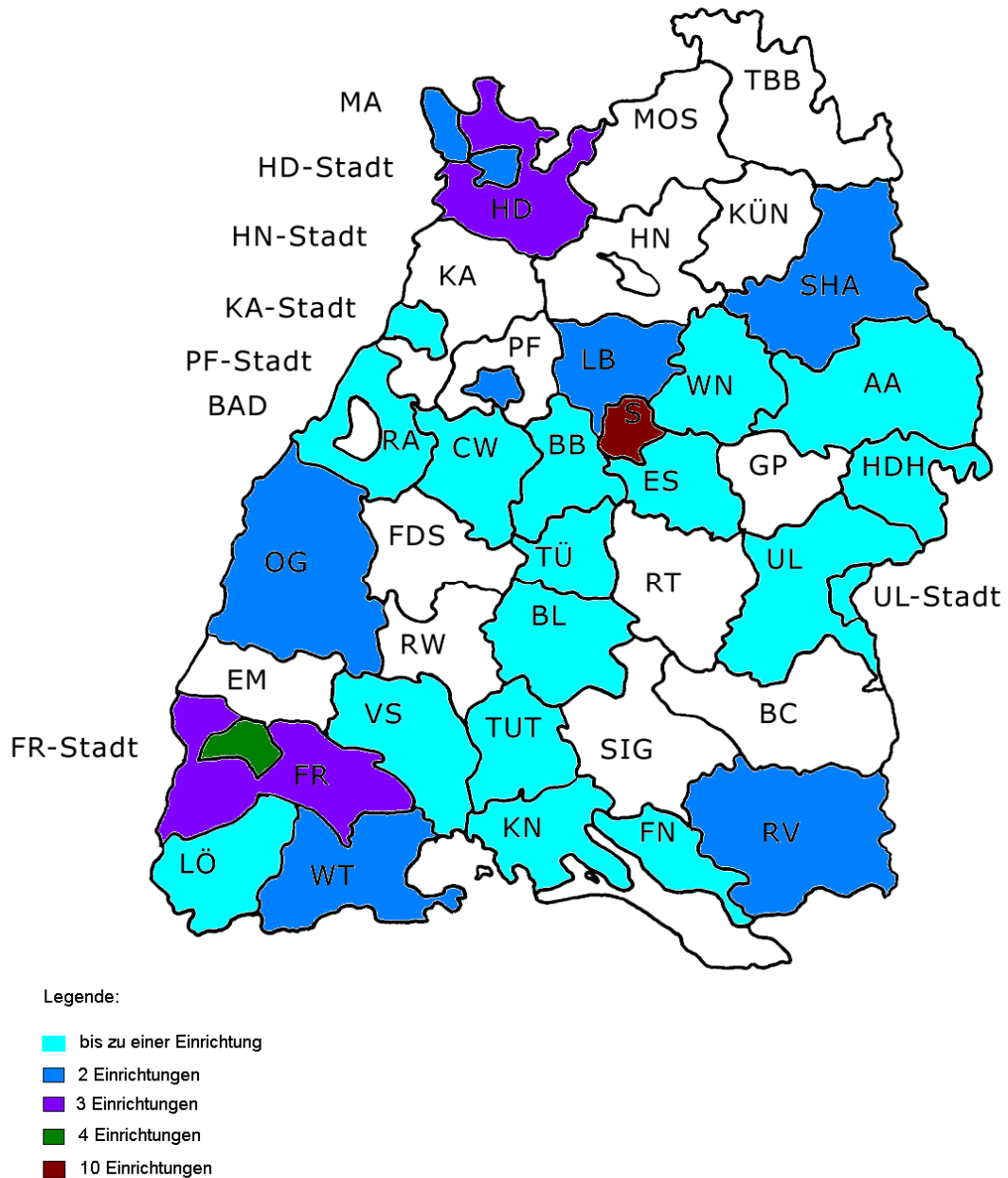


Abbildung 20: Karte Baden- Württemberg – Teilnehmende Einrichtungen

2. Übersicht Verteilung Wohnungslose

Wohnungslose pro 100.000 Einwohner nach Kreisen

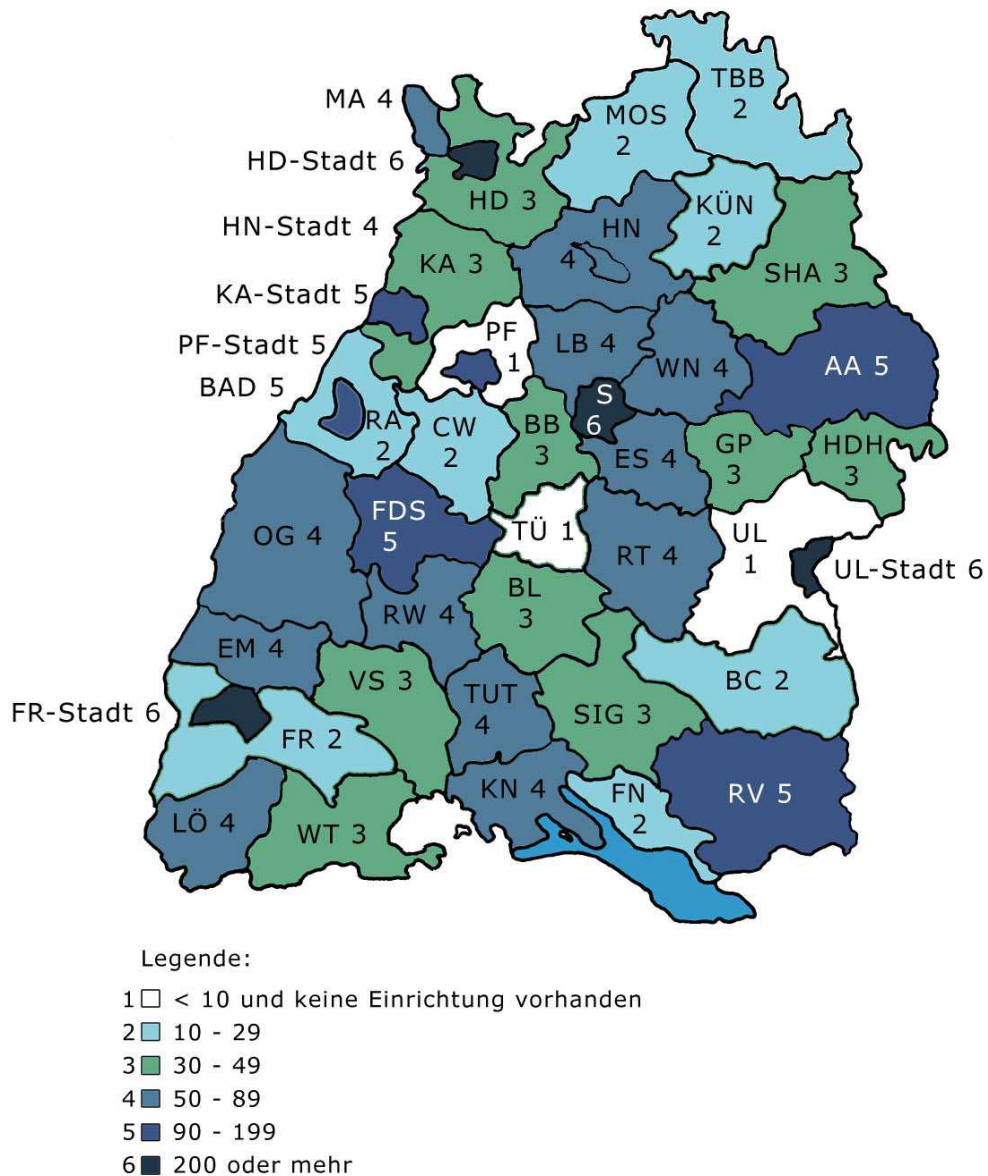


Abbildung 21: Karte Baden-Württemberg - Anteil Wohnungslose nach Landkreis

3. Verteilter Fragebogen

Fragebogen zur Ermittlung der medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen in Baden – Württemberg Mit der Bitte um Rückantwort bis 18. Januar 2008 an Ihren Träger

*Ich möchte mich herzlich dafür bedanken, dass Sie sich die Zeit nehmen,
diesen Fragebogen auszufüllen. Michaela Studener*

Name der Einrichtung:

Adresse (incl. Mail oder Telefonnummer für eventuelle Rückfragen):

Leistungsangebote der Einrichtung :

1) Welche medizinischen Hilfeleistungen werden angeboten?

Beratung	ja	nein
Diagnose	ja	nein
Behandlung	ja	nein
Begleitung	ja	nein
Koordination im medizinischen Regelsystem	ja	nein
Vermittlung in das Regelversorgungssystem	ja	nein
Medikamentenverordnung	ja	nein
Medikamentenausgabe	ja	nein
Facharztüberweisung	ja	nein
Pflegerische Maßnahmen	ja	nein
Zahnärztliche Untersuchung	ja	nein
Sonstiges		

2) Wer erbringt die medizinische Hilfeleistung?

Ärzte	ja	nein
Krankenpfleger/-in	ja	nein
Ehrenamtliche Mitarbeiter/-in	ja	nein
Mitarbeiter/-in der Einrichtung	ja	nein
Betroffene	ja	nein
Sonstige		

3) Welche inhaltlichen Kooperationspartner gibt es zur Sicherstellung Ihres medizinischen Angebotes in Ihrer Einrichtung?

Ärzte	ja	nein
Krankenkassen	ja	nein
Apotheken	ja	nein
Gesundheitsamt	ja	nein
Krankenhaus	ja	nein
Pflegedienste	ja	nein
Kirchengemeinden	ja	nein
Sonstiges		

4) In welcher Form erfolgt die medizinische Hilfeleistung?

Aufsuchende Arbeit	ja	nein
Mobile Ambulanz	ja	nein
Sprechstunden	ja	nein
Kein Angebot	ja	nein
Sonstiges		

5) Wie ist das medizinische Angebot in das Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe integriert?

Räumliche Anbindung	ja	nein
Konzeptionelle Anbindung	ja	nein
Sonstiges		

6) Wie oft wird das medizinische Angebot bereitgestellt?

Täglich	ja	nein
Wöchentlich	ja	nein
wenn ja; wie häufig pro Woche:		
Bei Bedarf	ja	nein
Zu festgelegten Zeiten	a	nein
Stundenanzahl/ Monat		
Sonstiges		

7) Wer übernimmt die Kosten der Praxisgebühr?

Patientin/ Klient	ja	nein
Träger der Wohnungslosenhilfe	ja	nein
Extra Spendenfonds	ja	nein
Sonstiges		

8) Wer leistet die Zuzahlung zu Medikamenten/ nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten?

Patient/ Klient	ja	nein
Träger der Wohnungslosenhilfe	ja	nein
Geldspenden	ja	nein

Verträge mit Apotheken	ja	nein
Sonstiges		

9) Wer leistet die Zuzahlung zu medizinischen Hilfsmitteln (Brille, Einlagen)?

Patient/ Klient	ja	nein
Träger der Wohnungslosenhilfe	ja	nein
Geldspenden	ja	nein
Sachspenden	ja	nein
Sonstiges		

10) Bei ca. wie viel % ihrer Klienten in ihren Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ist das Krankenversicherungsverhältnis ungeklärt bzw. besteht zurzeit keine gültige Krankenversicherung?

ungeklärt	%
keine	%

11) Wer klärt den Versicherungsstatus?

Betroffene	ja	nein
Mitarbeiter/-in der Einrichtung	ja	nein
Ärzte	ja	nein
Krankenpfleger/-in	ja	nein
Sonstige		

12) Welche Räumlichkeiten stehen für die Behandlung zu Verfügung?

Büro (ohne spezielle Ausstattung)	ja	nein
Krankenzimmer	ja	nein
Krankenstation	ja	nein
Arztpraxis	ja	nein
Krankenwagen	ja	nein
Sonstiges		

13) Wie ist die sachliche Ausstattung?

Sehr gut	gut	ausreichend	schlecht
----------	-----	-------------	----------

14) Von wem werden die medizinischen Hilfeleistungen dokumentiert?

Ärzte	ja	nein
Krankenpfleger/-in	ja	nein
Ehrenamtliche Mitarbeiter/-in	ja	nein
Sonstige		

15) Wie werden die medizinischen Hilfeleistungen dokumentiert?

Standardisierte Formulare	ja	nein
Hilfepläne	ja	nein
Statistikprogramme	ja	nein
Sonstiges		

16) Wie ist die Art der Finanzierung? Bitte beschreiben Sie kurz, wie ihre Einrichtung das medizinische Hilfeangebot finanziert.

17) Was wird finanziert?

Investitionskosten	ja	nein
Sachkosten	ja	nein
Personalkosten	ja	nein
Sonstiges		

18) Gibt es in irgendeiner Form eine Beteiligung bei der Finanzierung?

Landkreis	ja	nein
Kommune	ja	nein
Kassenärztliche Vereinigung	ja	nein
Krankenkasse	ja	nein
Ärztekammer	ja	nein
Gesundheitsamt	ja	nein
Sonstiges		

19) Ist Ihr Angebot für die örtliche Armutbevölkerung mit Wohnung zugänglich:

ja	nein
----	------

20) Ist ihr Angebot für wohnungslose Menschen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung für die BRD zugänglich:

ja	nein
----	------

21) Wie bewerten Sie ihr Angebot?

Sehr gut	gut	ausreichend	schlecht
----------	-----	-------------	----------

22) Haben Sie Verbesserungsvorschläge?

Für Ihr eigenes Angebot?

Für die Situation in Baden – Württemberg?

23) Welche Aktionen würden Sie sich von der Liga in Bezug auf die medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen wünschen?

Mit der Bitte um Rückantwort bis 18. Januar 2008 an Ihren Träger

Vielen Dank!

4. Datenschutzerklärung

Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
in Baden-Württemberg

Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich, Michaela Studener, dass alle von mir im Fragebogen erhobenen Daten anonym ausgewertet werden und mir als Grundlage meiner Diplomarbeit mit dem Arbeitstitel „Medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen in Baden-Württemberg“ dienen.

Ich studiere Sozialpädagogik an der Berufsakademie in Heidenheim an der Brenz. Während meiner Praxisphasen arbeite ich in der Wohnungslosenhilfe der Caritas Region Ost-Württemberg in Aalen.

Die Daten werden nur zu diesem Erhebungszweck verwendet und werden im Anschluss vernichtet. Sie werden ausschließlich für die Zwecke meiner Diplomarbeit und nicht im Rahmen der Öffentlichkeit verwendet.

Die Ergebnisse, jedoch nicht die Daten, sollen in die sozialpolitische Arbeit auf Landesebene einfließen und stehen auch Ihnen zur Verfügung.

Die Auswertung erfolgt als „Querschnitt“. Es handelt sich nicht um eine einrichtungsbezogene Auswertung.

Die personenbezogenen/ einrichtungsbezogenen Daten dienen lediglich mir, um gegebenenfalls Nachfragen vornehmen zu können.

Ich versichere Ihnen, dass ich mich selbstverständlich an die geltenden Regelungen zum Datenschutz halte.

Mit freundlichen Grüßen

Michaela Studener

10. Literaturverzeichnis

- Ambacher, K. Skript zur Vorlesung an der Berufsakademie Heidenheim: Thema Wohnungslosigkeit. 5. Semester. 2008
- Ansen, H. Soziale Beratung bei Armut. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2006
- Boeckh, J., Huster, E.-U., Benz, B. Sozialpolitik in Deutschland. Eine systematische Einführung. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006
- Borgetto, B., Kälble, K. Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Hurrelmann, K. (Hrsg.). Weinheim; München: Juventa Verlag, 2007
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMGS (Hrsg.). 2005
- Falterbaum, J. Rechtliche Grundlagen Sozialer Arbeit. Eine praxisorientierte Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2007
- Galuske, M. Methoden der Sozialen Arbeit. eine Einführung. Rauschenbach, T. (Hrsg.). Weinheim; München: Juventa Verlag, 2005
- Glatzer, W. Lebenslage. In: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). 5. Aufl. Stuttgart; Köln: Kohlhammer, 2005; S.606
- Hauser, R. Sozioökonomisches Panel (SOEP). In: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). 5. Aufl. Stuttgart; Köln: Kohlhammer, 2005; S. 920
- Hoehne, R. Gesundheit. In: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). 5. Aufl. Stuttgart; Köln: Kohlhammer, 2005; S.406
- Hurrelmann, K. Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6. Aufl. Weinheim; München: Juventa Verlag, 2006

- Janosch, C. Un-gewohnt. Wohnungslose Menschen stellen sich vor. Freiburg: Lambertus-Verlage, 2007
- Keysers, V., Ostendorf, H. „Dies ist doch kein Junkie-Hotel“. Was Obdachlose in Krankenhäusern erdulden müssen. In: fiftyfifty. Das Straßenmagazin. 5/2008, 14. Jahrg., S. 6 – 11
- Klocke, A. Methoden der Methoden der Armutsmessung. In: Zeitschrift für Soziologie. Jg. 29/ Heft 4, August 2000. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlag; S. 313- 329
- Kunstmann, W. Wohnungslose: autonome Patienten und Patientinnen oder Opfer von Ökonomisierung und Wettbewerb? Eine Zwischenbilanz der Reformen im Gesundheitssystem. In: wohnungslos, 3/2006, 48. Jahrg., S. 108 – 114
- Lauterbach, K. Der Zweiklassenstaat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren. 4. Aufl. Berlin: Rowohlt, 2007
- Lutz, R., Simon, T. Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven. Dahme, H.-J. u.a. (Hrsg.). Weinheim; München: Juventa Verlag, 2007
- Merten, M. Medizinischen Versorgung Obdachloser: Ohne Netzwerk unmöglich. Deutsches Ärzteblatt 101, Ausg. 43 von 22.10.2004, S. A-2866/ B-2425/ C-2313
- Mielck, A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber, 2005
- Oerter, R., Montada, L. Entwicklungspsychologie. 5. Aufl. Weinheim; Basel; Berlin: Beltz Verlage, 2002
- Picard, E. Krankheit. In: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). 5. Aufl. Stuttgart; Köln: Kohlhammer, 2005; S.586f
- Prantl, H. Kein schöner Land. Die Zerstörung der sozialen Gerechtigkeit. München: Droemes Verlag, 2005

Rosenke, W. Gesundheitszustand Wohnungsloser verschlechtert, Krankenversicherungsstatus häufig ungeklärt, großes Engagement der Wohnungslosenhilfe. Ergebnisse einer aktuellen Blitzumfrage der BAG Wohnungslosenhilfe zu den Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes. In: wohnungslos 3/2006, 48. Jahrg., S.107-108

Siegrist, J. Medizinische Soziologie. 6. Aufl. München: Urban & Fischer, 2005

Trabert, G. Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. Bielefeld: VSH Verlage Soziale Hilfe, 1995

Witterstätter, K. Soziale Sicherung. Eine Einführung für Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen mit Fallbeispielen. 6. Aufl. München: Luchterhand, 2003

Weeber, R., Ridderbusch, J. Obdachlosigkeit/ Obdachlosenhilfe. In: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). 5. Aufl. Stuttgart; Köln: Kohlhammer, 2005; S.672

World Health Organization Constitution. Genf. 1946

11. Internetquellen

Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.:

<http://armut-gesundheit.de>

Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: <http://www.svr-gesundheit.de>

Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.:

<http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de>

Ishorst-Witte, F.: Hamburger Studie zu den Todesursachen von Wohnungslosen

<http://www.sub.uni-hamburg.de/opus/volltexte/2007/3173/>

Lauf gegen die Kälte – Heinz Ratz:

<http://laufgegendiekaelte.de>

Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.:

<http://www.liga-bw.de>

Auf die hier angegebenen Internetadressen wurde am 26. Juni 2008 zum letzten Mal zugegriffen.

12. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit	S.17
Abbildung 2: Angebotene medizinische Hilfeleistungen	S. 55
Abbildung 3: Erbringer der medizinischen Hilfeleistungen	S. 56
Abbildung 4: Inhaltliche Kooperationspartner	S. 57
Abbildung 5: Formen der medizinischen Hilfeleistungen	S. 58
Abbildung 6: Häufigkeit des medizinischen Angebotes	S. 60
Abbildung 7: Übernahme der Kosten der Praxisgebühr	S. 61
Abbildung 8: Zuzahlungen zu Medikamenten	S. 62
Abbildung 9: Zuzahlungen zu medizinischen Hilfsmitteln	S. 63
Abbildung 10: Klärung des Versicherungsstatus	S. 64
Abbildung 11: Räumlichkeiten für das medizinische Angebot	S. 65
Abbildung 12: Beurteilung der sachlichen Ausstattung	S. 66
Abbildung 13: Dokumentation	S. 67
Abbildung 14: Formen der Dokumentation	S. 68
Abbildung 15: Finanzierte Kosten	S. 70
Abbildung 16: Formen der Beteiligung an der Finanzierung	S. 71
Abbildung 17: Zugänglichkeit für die örtliche Armutsbevölkerung	S. 72
Abbildung 18: Zugänglichkeit für Menschen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung	S. 73
Abbildung 19: Beurteilung des medizinischen Angebotes	S. 73
Abbildung 20: Karte Baden-Württemberg – Teilnehmende Einrichtungen	S. 91
Abbildung 21: Karte Baden-Württemberg – Anteil Wohnungsloser nach Landkreise	S. 92

13. Erklärung

Erklärung:

Ich versichere hiermit, dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Ort, Datum:.....

.....

(Unterschrift)

14. Danksagung

Zuerst möchte ich mich bei Herr Prof. Dr. Jürgen Burmeister für die Begleitung, Strukturierung und Unterstützung bedanken.

Wolfgang Lohner und Johanna Thie gilt mein Dank, weil Sie mir dieses Thema vorgeschlagen und mir jede Frage mit Geduld beantwortet haben. Ohne Sie wäre die Erstellung des Fragebogens nicht so produktiv und umsichtig gewesen.

Ein besonders Dankeschön gilt Andreas Junginger, der mir bei der Erstellung der Grafiken hilfreich zur Seite stand.

Bedanken möchte ich mich auch bei meiner Familie und meine Freunde, die mich stets ermutigt und aufgebaut haben. Ich war bestimmt nicht immer angenehm in den letzten Wochen.