

Gesundheit ist ein Menschenrecht

Empfehlung der BAG W zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation

1. Einleitung

Gesundheitliche Versorgung zählt zu den elementaren Bedingungen der Existenzsicherung.

Menschen, die ganz ohne Unterkunft auf der Straße leben, die in Sammelunterkünften untergebracht sind, in prekären Mitwohnverhältnissen, in sonstigen Dauerprovisorien oder in bedrohten Mietverhältnissen leben, sind eine gesundheitlich hoch belastete Bevölkerungsgruppe, die nur einen unzureichenden, zuweilen überhaupt keinen Zugang zum medizinischen Regelsystem hat.

Wohnungslose Menschen sind aufgrund vielfältiger Umstände, die mit ihrer Lebenslage einhergehen, von der regulären Gesundheits- und Krankenversorgung ausgeschlossen bzw. werden von den vorhandenen Versorgungsstrukturen nur schwer erreicht. Es gibt zahlreiche Barrieren, die den Zugang wohnungsloser oder von Wohnungslosigkeit bedrohter Männer und Frauen zum gesundheitlichen Versorgungssystem erschweren oder unmöglich machen (BAG W, 2010a und 2003; Deutscher Verein, 2014). Dazu gehören strukturelle Barrieren der Gesundheitsgesetzgebung und des medizinischen Regelsystems sowie lebenslagenbedingte Zugangsbarrieren.

Statt der fehlenden medizinischen Primärversorgung kommt häufig - freiwillig oder unfreiwillig - die kostenintensive, punktuelle medizinische Hilfe einer Notfallambulanz, des medizinischen Rettungsdienstes oder aber eine notfallmäßige stationäre Krankenhausaufnahme zum Einsatz.

In diesem Kontext finden die niedrigschwelligen medizinischen Versorgungsangebote ihren Platz und ihre zwingende Existenznotwendigkeit, denn ohne diese speziellen Angebote

wären viele Klientinnen und Klienten der Hilfen im Wohnungsnotfall gänzlich von einer medizinischen Versorgung abgeschnitten.

Diese medizinischen Versorgungsangebote decken in der Regel eine Grundversorgung ab, die Weiterbehandlung durch Fachärzte und -ärztinnen ist nicht grundsätzlich sichergestellt. Häufig fehlt es insb. an zahnmedizinischen und anderen fachärztlichen (Basis-) Angeboten. Ebenfalls kaum abgedeckt ist eine niedrigschwellige psychotherapeutische, psychiatrische und suchtmittelmedizinische Versorgung. Deswegen verstehen sich diese Versorgungsangebote auch als Brücken in die sog. Regelversorgung.

Eine geschlechtssensible medizinische Versorgung wohnungsloser Frauen und Männer ist die Ausnahme.

Die medizinischen Versorgungsangebote der Hilfen im Wohnungsnotfall sind fachlich unumstritten, ihre kontinuierliche Finanzierung und damit ihre Existenz sind jedoch flächendeckend nicht gesichert.

Im Folgenden werden die Hilfebedarfe der Patientinnen und Patienten sowie die rechtlichen, fachlichen und politischen Anforderungen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung dieser Menschen dargestellt.

2. Die Patientinnen und Patienten

2.1 Patientinnen und Patienten in einer Wohnungsnotfallsituation

Die medizinischen Versorgungsangebote sind entsprechend der Wohnungsnotfalldefinition der BAG W offen für Menschen (vgl. BAG W, 2010b).

- die aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen, d.h. ohne eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung sind, darunter Menschen, die
 - ohne jegliche Unterkunft auf der Straße
 - in Behelfsunterkünften (wie Baracken, Wohnwagen, Gartenlauben etc.)
 - vorübergehend bei Freunden, Bekannten und Verwandten oder
 - vorübergehend auf eigene Kosten in einer gewerbsmäßiger Behelfsunterkunft (z. B. in Hotels oder Pensionen)
- leben.
 - per Verfügung, (Wieder-)Einweisung oder sonstiger Maßnahme der Obdachlosenbehörde oder der zuständigen Ordnungsbehörde (ordnungsrechtlich untergebrachte Wohnungsnotfälle)
- oder
 - mit Kostenübernahme nach Sozialgesetzbuch – SGB II oder SGB XII – vorübergehend in Behelfs- bzw. Notunterkünften oder sozialen Einrichtungen untergebracht sind.

Aber auch Menschen,

- die unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht sind (z.B. durch Kündigung, Räumungsklage, bevorstehende Zwangsräumung und vergleichbare Notlagen).
- die in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben (z.B. auf Grund baulicher Mängel, mangelhafter Ausstattung, zu geringer Wohnfläche).
- die ehemals von Wohnungslosigkeit betroffen oder bedroht waren, mit Normalwohnraum versorgt wurden und auf Unterstützung zur Prävention von erneutem Wohnungsverlust angewiesen sind.¹

Erhöhte Morbidität und Mortalität

Häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung finden sich Mehrfacherkrankungen, die ein in der Regel multidisziplinäres Behandlungsregime erfordern, ebenso wie verschleppte, fortgeschrittene Erkrankungen, die einer zügigen, angemessenen Therapie bedürfen.

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

Die Behandlungskontinuität spielt eine entscheidende Rolle. Oft lässt sich erst unter Einbeziehung einer Pflegefachkraft und / oder einer betreuenden sozialpädagogischen Fachkraft eine tragfähige Beziehung zwischen Arzt / Ärztin und Patient/in gestalten. In der weiteren medizinischen Betreuung kommt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine primäre und zentrale Klärfunktion über notwendige und angemessene ärztliche, pflegerische und psychosoziale Hilfen zu. Hierbei sind Vernetzung, Kooperation und Unterstützung durch andere Dienste und Fachkräfte im medizinischen und sozialpädagogischen Bereich dringend notwendig.

Insgesamt ist die Kontaktaufnahme vielfältig erschwert und mühsam. Immer muss davon ausgegangen werden, dass es bei einem einzigen Patientenkontakt bleibt, dass Missverständnisse auftreten können und der Kontakt zu den Patientinnen und Patienten abbricht. Auch kann von einer er-

folgreichen Vermittlung an weiterführende Hilfen nicht sicher ausgegangen werden.

Für die wachsende Anzahl chronisch kranker Wohnungsloser, die keine Leistungsansprüche haben oder (aus verschiedensten Gründen) nicht geltend machen können, sind die medizinischen Versorgungsangebote oft die einzigen Anlaufstellen, in denen unbürokratische Hilfe geleistet wird und bspw. Medikamente und Verbandsmaterialien zur Verfügung gestellt werden können. Dennoch bleibt diese Notfallversorgung in vielen Fällen hinter dem zurück, was medizinisch und fachlich erforderlich wäre. Eine Vermittlung in z.B. Einrichtungen der Kurzzeit- oder Langzeitpflege oder Einrichtungen zur palliativen Versorgung und/oder Hospiz gelingt bei fehlenden Kostenträgern oft nicht. Notwendige medikamentöse Behandlungen (z.B. bei Stoffwechselerkrankungen, zur Gerinnungshemmung oder bei psychischen Erkrankungen) können oft nur vorübergehend, aber nicht dauerhaft durch diese Projekte und Einrichtungen finanziert werden. Daher ist eine gesundheitliche Stabilisierung erschwert, präventive Maßnahmen finden keine Anwendung und nicht selten verschlechtert sich die gesundheitliche Situation der chronisch kranken Wohnungslosen in zeitlich kürzeren Abständen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung.

Strukturelle und lebenslagenbedingte Barrieren

Für Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation erschweren strukturelle Barrieren der Gesundheitsgesetzgebung und des medizinischen Regelsystems den Zugang zum medizinischen Regelversorgungssystem: u.a. die zunehmende Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten durch Zuzahlungen, die kostensparende Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus bei fehlender oder nicht funktionierender Häuslichkeit, ein unzureichendes Entlassungsmanagement in vielen Krankenhäusern, Krankenkassenbeitragschulden und ungeklärte Krankenversicherungsverhältnisse.

Hinzu kommen lebenslagenbedingte Zugangsbarrieren: ein fehlendes Krankheitsbewusstsein, schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen Regelsystem und/oder den sozialen Hilfen, Kommunikationsstörungen im Behandlungskontakt und eine erschwerte Kommunikation durch Sprachbarrieren. Hier versuchen niedrigschwellige medizinische Hilfeangebote die Lücke zu schließen. Ziel der Hilfen ist die Sicherung einer medizinischen Grundversorgung, zugleich aber auch die Unterstützung und Begleitung zur Inanspruchnahme regulärer Versorgungsangebote. Soweit möglich bleibt also die Rückführung oder Vermittlung in das Regelsystem ein wesentlicher Faktor. Allerdings muss festgestellt werden, dass diese nicht selten scheitert und die medizinische Versorgung in den Angeboten der Hilfen im Wohnungsnotfall durchaus in eine langfristige Behandlung und Versorgung münden kann, somit über eine Grundversorgung weit hinaus geht. Dies ist nicht nur von den individuellen Möglichkeiten des/der Patienten/in abhängig, sondern auch von Anpassungsleistungen des Regelsystems.

Spezifische, lebensweltnahe medizinische Angebote mit ärztlicher, pflegerischer und sozialpädagogischer Versorgung in Einrichtungen der Hilfen im Wohnungsnotfall werden auf lange Sicht für einen Teil der Menschen erforderlich sein, die auch unter verstärkten Anstrengungen nicht dazu in die Lage versetzt werden können, Hilfen des Regelversorgungssystems im notwendigen Maß in Anspruch zu nehmen. Gleichwohl muss die Ausrichtung auf den individuellen Bedarf des

kranken Menschen in seiner aktuellen Lebenslage ein wichtiger Aspekt des Gesundheits- und Sozialwesens sein, sonst kann eine dauerhafte und kontinuierliche Hilfe nicht gesichert werden.

2.2 Patientinnen und Patienten ohne Erfahrung der Wohnungslosigkeit

War der Aufgabenbereich der medizinischen Versorgungsangebote der Hilfen im Wohnungsnotfall früher vor allem durch die Bedarfe der wohnungslosen Menschen und deren mangelnde Inanspruchnahme der Regelversorgungsangebote definiert, so ist heutzutage die sogenannte Regelversorgung für zahlreiche Menschen, die nicht wohnungslos, aber arm sind nahezu unerreichbar.

Die medizinische Erst- und Grundversorgung wohnungsloser Patientinnen und Patienten hat sich deshalb inzwischen zu einer dauerhaften medizinischen Versorgung unterversorgter Bevölkerungsgruppen entwickelt. Neben wohnungslosen Patientinnen und Patienten suchen auch viele einkommensarme Menschen, insb. Ältere mit kleinen Renten, die eine Versorgung im medizinischen Regelsystem mit den diversen inzwischen privat zu finanzierenden Leistungen nicht mehr bezahlen können (vgl. dazu ausführlicher BAG W, 2010a). Für sie sind ärztliche Versorgung, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel ein kaum zu finanzierendes Gut. Hier bieten die medizinischen Projekte der Hilfen im Wohnungsnotfall scheinbar einen Ausweg.

2.3 Migrantinnen und Migranten als Patientinnen und Patienten der Hilfen im Wohnungsnotfall

In zunehmendem Maße leben Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, insb. aus Osteuropa und Südosteuropa, staatenlose Menschen und Menschen aus Drittstaaten in prekären Lebenslagen. Lag der Anteil der Hilfesuchenden ohne deutsche Staatsangehörigkeit in Einrichtungen der Hilfen im Wohnungsnotfall im Jahr 2010 noch bei knapp 14%, so hat er sich mit knapp 30% in 2016 mehr als verdoppelt.² In niedrigschwelligem Angeboten der Hilfen im Wohnungsnotfall, bspw. in Tagesaufenthalten und in zahlreichen medizinischen Versorgungsangeboten ist der Anteil der Hilfesuchenden ohne deutsche Staatsangehörigkeit deutlich höher. Insb. in den Metropolen ist die sog. Straßenobdachlosigkeit stark durch die EU-Binnenwanderung geprägt: Bis zu 50% der Menschen, die ohne jede Unterkunft auf der Straße leben, haben keine deutsche Staatsangehörigkeit (vgl. BAG W, Schätzung 2017).³

Aufgrund häufig fehlender oder nicht nachweisbarer Erwerbstätigkeit ist diesen Menschen der Zugang zur gesetzlichen oder zur privaten Krankenversicherung nahezu unmöglich. Die medizinischen Versorgungsangebote der Hilfen im Wohnungsnotfall sowie Netzwerke ehrenamtlich tätiger Medizinerinnen und Mediziner, die auf Geld- und Sachspenden (Medikamente) angewiesen sind, sind häufig die einzige Möglichkeit für die Betroffenen sich medizinisch behandeln zu lassen (vgl. BAG W, 2013).

Mit dem Anstieg der Zahl von Zugewanderten aus Osteuropa und Südosteuropa steigt auch die Zahl der nicht krankenversicherten schwangeren Frauen und die Zahl der Kinder. Wenn die Versorgung dieser Patientengruppe nicht durch die örtlichen Gesundheitsämter sichergestellt ist, übernehmen diese Aufgabe oftmals bereits bestehende medizinische Einrichtungen der Hilfen im Wohnungsnotfall. Dazu ist die Schaffung neuer

Strukturen und Angebote nötig, da die bestehenden Kapazitäten vielfach nicht ausreichen, um eine adäquate Vorsorge und Behandlung dieser Patientinnen gewährleisten zu können. In der Regel weisen Zugewanderte dieselben Krankheitsbilder auf wie andere Patientinnen und Patienten der medizinischen Versorgungsprojekte. Besonders hervorzuheben sind jedoch neben einem zumeist deutlich schlechteren Zahnstatus vor allem psychische Erkrankungen – etwa im Zusammenhang mit Suchterkrankungen oder aufgrund traumatischer Erlebnisse – und körperliche Behinderungen.

Die medizinische Versorgung dieser Personengruppen wird erschwert durch häufig gänzlich fehlende oder nur unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache seitens der Hilfesuchenden. Umgekehrt beherrschen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die Pflegekräfte und die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter selten die jeweilige Muttersprache der Patientinnen und Patienten. Somit ist oft eine umfassende Anamnese unmöglich und die Erstellung einer Diagnose schwierig. Beides ist aber sowohl für eine angemessene Behandlung als auch für eine Weitervermittlung der Patientinnen und Patienten in das Regelsystem unerlässlich. Durch die Sprachbarriere kommt es häufig zu Missverständnissen. Oft kann nur durch Veranschaulichung und Vereinfachung oder durch Hinzuziehung von Dolmetschern, die allerdings viel zu selten zur Verfügung stehen, kommuniziert werden.

Die Sprachbarrieren stellen darüber hinaus ein Problem für die Durchsetzung von Rechtsansprüchen auf Sozialleistungen und den Zugang zur Regelversorgung dar – etwa wenn es um die Klärung geht, ob eine (Kranken-) Versicherung im Heimatland vorhanden ist. Hier wären Clearingstellen nötig, die eine Beratung für zugewanderte Menschen ohne oder mit ungeklärtem Krankenversicherungsschutz anbieten, um ihnen den Zugang zum medizinischen Regelsystem zu ermöglichen. Bei der medizinischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten bestehen oftmals Unsicherheiten in rechtlicher und verfahrenstechnischer Hinsicht – vor allem im Umgang mit ausländischen Krankenversicherungen oder der Realisierung einer Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC). Die Abrechnung von Kosten für medizinische Leistungen bei den deutschen Krankenversicherungen und den Sozialämtern ist dadurch oft mit hohem Aufwand verbunden.

Das „Gesetz zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und in der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 22.12.2016 verschärft die Situation der Unterversorgung für Unionsbürger: Die Hilfen zur Gesundheit nach SGB XII entfallen, innerhalb von zwei Jahren erhalten sie für maximal einen Monat Überbrückungsleistungen, inklusive eingeschränkter Gesundheitsleistungen bei akuten Krankheiten und Schmerzen. Danach, so wird Krankenhäusern von Kommunen mitgeteilt, werden aufgrund dieses Gesetzes Behandlungskosten – auch in Notfällen – nicht mehr übernommen. Nur bei lebensgefährlichen Erkrankungen soll noch eine Notfallversorgung möglich sein. In der Konsequenz haben damit Menschen, die sich legal in Deutschland aufhalten, keinen Anspruch auf medizinische Versorgung.⁴

Für Asylsuchende bestehen Ansprüche auf ärztliche und fachärztliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).⁵ In den medizinischen Projekten der Hilfen im Wohnungsnotfall stellt dieser Personenkreis bislang nur einen kleinen Teil der Hilfesuchenden (vgl. BAG W, 2013).

3. Rechtlicher Rahmen

Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten in Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit Anspruch auf Grundsicherung nach SGB II oder SGB XII; die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung werden von der Bundesagentur für Arbeit bzw. vom örtlichen Träger der Sozialhilfe übernommen. Für einen Teil der wohnungslosen Patientinnen und Patienten wird die Krankenbehandlung nach § 264 SGB V übernommen. Seit dem 01. April 2007 gilt die gesetzliche Krankenversicherungspflicht nach § 5 SGB V. Für zuletzt privat Krankenversicherte gilt die Pflichtversicherung seit dem 1. Januar 2009. Menschen, die zuvor gar nicht oder nur vorübergehend krankenversichert waren, können nun grundsätzlich nicht mehr aus der Versicherung ausgeschlossen werden. Dennoch geschieht es, dass die Arbeitsbehörde die Klientinnen und Klienten nicht umgehend bei einer Krankenkasse meldet oder die Klientin / der Klient statt bei einer Krankenkasse gemeldet zu werden an das örtliche Sozialamt verwiesen wird, um sich dort einen Krankenschein abzuholen.

Die Pflichtversicherung hatte in der Vergangenheit zu hohen Beitragsschulden geführt: Diejenigen, die zuvor ohne Versicherungsschutz waren, mussten die seit Einführung der Versicherungspflicht aufgelaufenen Beträge nachzahlen.

Um mögliche Beitragsschulden zu vermeiden ist, am 1.8.2013 die obligatorische Anschlussversicherung in Kraft getreten. Damit „setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort“ (§ 188 Abs 4 SGB V).

Aber auch die obligatorische Anschlussversicherung kann u. U. zu Beitragsschulden führen.⁶

Klientinnen und Klienten, die keine ALG II-Leistungen beziehen, sind häufig auch nicht krankenversichert. Die Abklärung des Krankenversicherungs-Status ist daher eine wichtige Aufgabe der Hilfen im Wohnungsnotfall.

4. Organisationsformen der medizinischen Versorgungsangebote

Die Angebote zur medizinischen Versorgung wohnungsloser oder vom Wohnungsverlust bedrohter Patientinnen und Patienten sind in ihrer Struktur sehr heterogen⁷:

- Es gibt aufsuchende ärztliche Angebote, die entweder zu Fuß, zumeist aber mit einer fahrbaren Ambulanz unterwegs sind, und die Patientinnen und Patienten auf der Straße aufsuchen und dort auch behandeln.
- Es gibt aufsuchende pflegerische Angebote.
- Es werden Sprechstunden in Einrichtungen der Hilfen im Wohnungsnotfall abgehalten.
- Seltener gibt es Krankenwohnungen für Patientinnen und Patienten, deren Krankheitsstatus einen Krankenhausaufenthalt nicht angemessen erscheinen lässt, die aber zugleich ohne Häuslichkeit nicht gesunden können.
- Häufig wird die medizinische Versorgung durch Kooperationen und gute Kontakte der freien Träger der Hilfen im Wohnungsnotfall zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vor Ort ermöglicht.
- Vereinzelt arbeiten niedergelassene oder ermächtigte Ärzte und Ärztinnen in Praxen ausschließlich für wohnungslose Patienten und Patientinnen.
- Es gibt interdisziplinäre Teams aus Sozialarbeit und Medizin / Pflege, aber auch ausschließlich medizinisch-pfle-

gerische Teams mit Kontakten zu den freien Trägern der Hilfen im Wohnungsnotfall.

So heterogen die Organisationsformen sind, so heterogen sind auch die Finanzierungsmodelle:

- ehrenamtlich arbeitende Mediziner und Medizinerinnen / Zahnmediziner und -innen, die sich im Projekt oder in der Ambulanz abwechseln
- ehrenamtlich arbeitende Pflegenden
- Angebote, die von der Kommune finanziert werden und/oder von freien Trägern der Hilfen im Wohnungsnotfall
- Kooperationsmodelle der kassenärztlichen Vereinigung und der Hilfen in Wohnungsnotfällen
- niedergelassene Praxen für wohnungslose Patienten und Patientinnen mit Krankenkassenzulassung
- festangestellte Medizinerinnen und Mediziner
- ambulante Pflegedienste, die Patienten und Patientinnen in Einrichtungen freier Träger der Hilfen im Wohnungsnotfall versorgen und entsprechend abrechnen
- medizinische Versorgungsangebote des örtlichen Gesundheitsamtes

Festzuhalten bleibt: Die Finanzierung der medizinischen Angebote ist in vielen Fällen nicht regelhaft gesichert, sondern deutlich von Spenden abhängig.⁸ Ebenso ist der Anteil der ehrenamtlich in diesen Angeboten arbeitenden Mediziner und Medizinerinnen und Pflegekräfte sehr hoch.

5. Empfehlungen zu den Standards der medizinischen Versorgung für Patienten und Patientinnen in einer Wohnungsnotfallsituation

Die medizinischen Angebote sollen eine Brückenfunktion übernehmen, mit dem Ziel, den Patienten und Patientinnen einen Weg in das medizinische Regelsystem zu bahnen. Dazu bedarf es:

- interdisziplinärer Teams aus Medizinern und Medizinerinnen, Pflegefachkräften und Fachkräften der sozialen Arbeit
- einer gesicherten und stabilen Finanzierung der medizinischen Angebote
- einer Kooperation der medizinischen Angebote mit dem medizinischen Regelsystem
- einer Kooperation und Vernetzung der medizinischen Angebote mit den Hilfen in Wohnungsnotfällen
- eines funktionierenden Entlassungsmanagements aus den somatischen oder psychiatrischen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken

Mit der Etablierung eines speziellen medizinischen Versorgungssystems soll eine Versorgungslücke geschlossen, nicht einem Substandard-System der medizinischen Versorgung Vorschub geleistet werden.

Die Behandlung in den niedrigschwelligen Versorgungsangeboten hat deshalb nach medizinisch anerkannten Methoden und Leitlinien stattzufinden; dies macht eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung und -sicherung notwendig, zu der u. a. auch die Fort- und Weiterbildung des ärztlichen, pflegerischen und sozialpädagogischen Personals, der interdisziplinäre Austausch sowie die Dokumentation der Behandlungsverläufe und -kontakte gehört.

Aufgrund der Erfahrungen, die in zahlreichen Projekten und Angeboten der medizinischen Versorgung in den letzten zwei Jahrzehnten gemacht worden sind, ergeben sich nachfolgend ausgeführte Empfehlungen.

5.1 Bedarfsgerechte Angebote der medizinischen Versorgung

Nachfolgende Angebotsstruktur hatte die BAG W in Teilen bereits 2003 vorgeschlagen, u. a. basierend auf den Erfahrungen von Modellprojekten des Landes NRW (vgl. Rosenke, 2017).

5.1.1 Medizinisch-pflegerische Straßenarbeit

Medizinisch-pflegerische Straßenarbeit ist eine sehr niedrigschwellige Methode, um auch die wohnungslosen Männer und Frauen zu erreichen, die keinerlei medizinische Angebote wahrnehmen, aber gleichwohl einen medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarf haben.

Die Straßenarbeit kann von Medizinerinnen und Medizinerinnen durchgeführt werden oder aber in Form einer aufsuchenden Hilfe zur Krankenpflege. Idealerweise sollte diese aufsuchende medizinisch-pflegerische Straßenarbeit zusammen mit sozialpädagogischem Fachpersonal durchgeführt werden. Dies kann u. U. die Kontaktaufnahme erleichtern, da die Patienten und Patientinnen den Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin vielleicht schon kennen und Vertrauen haben. Dabei können u. U. andere wichtige, nicht medizinisch-pflegerische Hilfestellungen angeboten oder eingeleitet werden.

5.1.2 Einsätze einer mobilen Ambulanz

Auch eine fahrbare Ambulanz ist ein niedrigschwelliges Angebot, das vor allem weitere medizinisch-pflegerische Interventionen vor Ort – da wo die wohnungslosen Patienten und Patientinnen sich aufhalten – ermöglicht.

Eine fahrbare Ambulanz sollte, ebenso wie die medizinische Straßenarbeit, eine Ergänzung zu Sprechstunden an festen Standorten sein. Der Einsatz von Ambulanzfahrzeugen hat sich in Kombination mit medizinischer Straßenarbeit bewährt, um potenzielle Patientinnen und Patienten zu erreichen, die selbst Angebote von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nicht in Anspruch nehmen.

5.1.3 Sprechstunden und/oder Arztpraxis in Einrichtungen freier Träger der Hilfen im Wohnungsnotfall oder in der ordnungsrechtlichen Unterbringung

Durch die unmittelbare Nähe der Behandlungsräumlichkeiten oder evtl. sogar der Praxis einer / eines niedergelassenen Medizinerin / Mediziners zu einer ambulanten oder stationären Einrichtung freier Träger der Hilfen im Wohnungsnotfall bzw. einer ordnungsrechtlichen Unterbringung ist die Schwelle zum Besuch des Arztes oder der Ärztin deutlich niedriger.

Die Behandlungskontinuität bei Patienten und Patientinnen, die Arztbesuchen bislang eher ausgewichen sind – sei es, dass sie Diskriminierung in einer regulären Arztpraxis fürchten oder erfuhren, sei es, dass sie sich einer Konfrontation mit dem eigenen Gesundheitszustand nicht aussetzen wollen –, ist einfacher und sicherer zu gewährleisten.

5.1.4 Behandlung und Pflege in Krankenwohnungen

Ein weiteres wichtiges und ergänzendes Glied bei der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen ist die Krankenwohnung. Die Krankenwohnung ermöglicht es den wohnungslosen, auf der Straße oder in Sammelunterkünften lebenden Patienten und Patientinnen Krankheiten in einem geschützten Umfeld behandeln zu lassen. Krankenwohnungen ermöglichen vielen Patienten und Patientinnen erst eine häusliche Krankenpflege. Zur Behandlung und Pflege wird in der Regel ein gültiger Krankenversicherungsschutz benötigt.

5.2 Ausstattung der medizinischen Versorgungsprojekte

5.2.1 Personelle Ausstattung

Notwendig sind interdisziplinäre Projektteams aus Ärztinnen / Ärzten, Pflegefachkräften und Fachkräften der Sozialen Arbeit. Aus der Lebenslage der wohnungslosen Patienten und Patientinnen ergibt sich, dass sie die Option haben sollten, neben der medizinischen Behandlung auch Beratung und/oder Begleitung der Sozialarbeit in Anspruch nehmen zu können. Insb. die Klärung des Krankenversicherungsstatus ist ein oft langwieriger Prozess, in dem die Fachlichkeit der Sozialen Arbeit besonders gefragt ist. Ebenso wichtig ist die Unterstützung und Beratung der Klientinnen und Klienten beim Umgang mit Krankenkassenbeitragsschulden und beim Kontakt und bei der Verhandlung mit der Krankenkasse.⁹

Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen wichtig sein können, um einen Behandlungskontakt anzubahnen, da sie häufig bereits schon mit den Betroffenen in Kontakt sind. Umgekehrt lässt sich u. U. auch durch die medizinisch-pflegerisch Tätigen ein bis dato eventuell nicht zustande gekommener Kontakt aufbauen.

Viele Projekte der medizinischen Versorgung wohnungsloser oder vom Wohnungsverlust bedrohter Menschen könnten jedoch ohne ehrenamtliche Ärzte, Ärztinnen und Pflegekräfte nicht existieren, da diese Projekte nicht auf eine Regelfinanzierung aufbauen können. Eine Möglichkeit, den Patienten und Patientinnen eine gewisse Behandlungskontinuität zuzusichern, ist die Festlegung der Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte auf fest vereinbarte Behandlungstage. So können die Patientinnen und Patienten feststellen, wann ihr Arzt, ihre Ärztin, ihre Pflegekraft anwesend ist.

Da in den medizinischen Versorgungsprojekten eine Erst- und Grundversorgung angeboten wird und es darüber hinaus auch eine längerfristige hausärztliche Versorgung durch die Projekte geben kann, sollten die dort tätigen Mediziner und Medizinerinnen bevorzugt Allgemeinärzte bzw. -ärztinnen sein. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass insb. wohnungslose Patientinnen häufig Gewalt und sexualisierte Gewalt erfahren mussten, sollte es immer die Möglichkeit geben, dass sie sich für eine Ärztin oder auch Pflegekraft des eigenen Geschlechts entscheiden können.

Wie beschrieben kommt es bei der Behandlung der wohnungslosen MigrantInnen durch die Sprachbarriere häufig zu Missverständnissen. Hier bedarf es dringend Dolmetscher zur Kommunikation. Aber auch die Entwicklung geeigneter Piktogramme könnte die Patientenkontakt vereinfachen.

5.2.2 Behandlungsräumlichkeiten

Der Einsatz fahrbarer Ambulanzen hat sich bewährt, um auch Patienten und Patientinnen zu erreichen, die ansonsten keine medizinische Versorgungseinrichtung aufsuchen würden. Diese Ambulanzen sind eine wichtige Ergänzung des medizinischen Versorgungsangebotes, ansonsten sollten die Sprechstunden in qualifizierten Räumlichkeiten der Dienste und Einrichtungen der Hilfen im Wohnungsnotfall oder in Praxisräumen in der Nähe der Hilfen im Wohnungsnotfall stattfinden (vgl. auch Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2014). Die Öffnungszeiten / Sprechzeiten sollten sich an den Öffnungszeiten der entsprechenden Einrichtungen der Hilfen im Wohnungsnotfall orientieren (vgl. ebenda).

5.3 Nachhaltige Finanzierung

Zur Sicherstellung einer angemessenen und kontinuierlichen medizinischen Versorgung ist die ausreichende und nachhaltige Finanzierung notwendig. Nur so ist die personelle Ausstattung einschließlich der notwendigen Sachmittel zu gewährleisten.

Das Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen und das Konzept der Schwerpunktpraxen für wohnungslose Menschen in Hamburg¹⁰ geben gute Hinweise darauf, wie eine nachhaltige Versorgung, die von unsicheren Spenden und nicht dauerhaft zu garantierender Ehrenamtlichkeit unabhängiger macht, aussehen könnte.

Grundlage des Umsetzungskonzepts zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen sind definierte Versorgungsregionen, in denen mobile medizinische Dienste die Aufgabe haben, eine medizinische Erstversorgung zu leisten und darüber hinaus die Vermittlung in die medizinische Regelversorgung zu ermöglichen.

Städte und Kreise mit mind. 100.000 Einwohnern können eine Versorgungsregion bilden; es kann auch zu Verbundlösungen zwischen zwei oder mehr Gebietskörperschaften kommen. Es wird eine Behandlungspauschale von 157 € / Quartal / Patient gezahlt, die von den Gesetzlichen Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den teilnehmenden Städten und Landkreisen gemeinsam finanziert wird (vgl. ausführlicher Rosenke, 2017). Das Umsetzungskonzept ist seit 2006 in Kraft und findet bislang in Essen, Köln, Bielefeld, Münster, Dortmund und Hagen Anwendung. Eine erste Evaluierung kommt u. a. zu dem Ergebnis, dass die mobilen medizinischen Dienste durch das Umsetzungskonzept stabilisiert werden konnten (vgl. ausführlich Kunstmann, 2012).

Zur Notfallversorgung nicht-versicherter Patientinnen und Patienten bedarf es eines Härtefallfonds auf Bundesebene von GKV, KBV und öffentlicher Hand.

5.4 Kooperation und Vernetzung

5.4.1 Einbindung in Strukturen der Hilfen in Wohnungsnotfällen

Die Einbindung der medizinischen Versorgungsangebote in Strukturen der Hilfen im Wohnungsnotfall stellt eine wichtige Entlastung des medizinisch-pflegerischen Personals von Arbeiten, die in die Kompetenz der Sozialarbeit fallen, dar. Die Nähe zu Einrichtungen und Angeboten der Hilfen im Wohnungsnotfall erleichtert den wohnungslosen Patienten und Patientinnen den Zugang zu den medizinisch-pflegerischen Behandlungsangeboten. Die Sozialarbeit hat die Chance über den medizinisch-pflegerischen Behandlungskontakt den Betroffenen ein beratendes und/oder begleitendes Hilfeangebot anzubieten oder vorzustellen.

5.4.2 Vernetzung mit anderen wichtigen Akteuren im Gesundheitswesen

Ziel der spezifischen Angebote zur Versorgung von Patienten und Patientinnen in einer Wohnungsnotfallsituation ist der Anschluss an das medizinische Regelsystem.

Die medizinischen Projekte der Hilfen im Wohnungsnotfall befassen sich intensiv mit der Erst- und Grundversorgung. Damit eine Anbindung der wohnungslosen Patienten und Patientinnen an das medizinische Regelversorgungssystem möglich wird, müssen die Projekte mit den anderen wichtigen Akteuren im Gesundheitswesen gut vernetzt sein. Dazu gehören u. a. und je nach den örtlichen Gegebenheiten:

- niedergelassene Fachärzte und Zahnärzte
- psychiatrische Ambulanzen
- medizinische Angebote für Zugewanderte und Geflüchtete
- Hospiz- und Palliativdienste
- Krankenhäuser und Fachkliniken
- ambulante Pflegedienste
- Gesundheitsamt
- Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung
- Sozialamt
- Rentenversicherungsträger
- Krankenkassen

5.4.3 Kooperationen im ländlichen Raum

Das bestehende Regelsystem im ländlichen Raum sollte die Problematik kranker wohnungsloser Menschen berücksichtigen. Darüberhinaus ist die Netzwerkarbeit insb. im ländlichen Raum unverzichtbar, wenn es zu einer Behandlung im Regelsystem keine Alternative gibt, da bspw. vor Ort keine Angebote für Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation existieren. Im Landkreis müssen Hilfen, die es ggf. in den einzelnen Gemeinden gibt, kooperativ genutzt werden können. D. h. es gilt ein gemeindeübergreifendes Netzwerk zur medizinischen Versorgung von Menschen in Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit zu knüpfen.

5.5. Qualitätsentwicklung und -sicherung in der medizinischen Versorgung für Wohnungslose

Die zeitnahe Reflexion und Evaluierung der geleisteten Arbeit und der fachliche Austausch dienen der Entwicklung von Standards der medizinischen Versorgung Wohnungsloser. Wichtige Mittel in der Qualitätsentwicklung und -sicherung sind die Dokumentation von Behandlungskontakten und -verläufen innerhalb des Teams vor Ort sowie der regionale und überregionale interdisziplinäre Austausch. Eine Schnittstelle der örtlichen Dokumentation zur jährlichen Statistikberichterstattung der BAG W mit Daten zur Lebenssituation wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland (DzW) soll ermöglicht werden.

Die Anwendung eines QM-Systems sollte obligatorisch sein. Es besteht Bedarf an repräsentativen Prävalenzstudien zu Erkrankungen und spezifischen Krankheitsbildern bei wohnungslosen Frauen und Männern und darauf bezogenen Studien zu angemessenen Versorgungsprogrammen.

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

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

6. Forderungen

Zur Sicherstellung einer angemessenen und kontinuierlichen medizinischen Versorgung, die dazu beiträgt das Menschenrecht auf Gesundheit zu realisieren, fordert die BAG Wohnungslosenhilfe:

- Das Recht auf Gesundheit ist ein Menschenrecht, deshalb müssen Menschen ohne Hinterfragung ihres rechtlichen Status behandelt werden können.
- Es bedarf einer grundsätzlichen Umsteuerung der Gesundheitspolitik, die die besonderen Bedarfslagen von Menschen in Wohnungsnot und Armut berücksichtigt:
 - Die Krankenversicherung darf nicht durch eine Vielzahl privat zu finanzierender Zusatzleistungen, Aufzahlungen und Zusatzbeiträge ausgehöhlt werden.
 - Die Befreiung von Zuzahlungen bei Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln für ALG II- und Sozialhilfe-Beziehende muss wieder eingeführt werden.
 - Zahnprothesen und Sehhilfen müssen zu einem Festbetrag zur Verfügung stehen, der in vollem Umfang von den Krankenkassen übernommen wird.
- Die medizinischen Versorgungsprojekte müssen durch einen gemeinsamen Fonds von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und öffentlicher Hand ausreichend und nachhaltig finanziert werden.
- Zur Notfallversorgung nicht-versicherter PatientInnen bedarf es eines Härtefallfonds auf Bundesebene von GKV, KBV und öffentlicher Hand.
- Die medizinisch-pflegerische Behandlung wohnungsloser Patientinnen und Patienten muss flächendeckend abgesichert sein.
- Die medizinisch-pflegerische Behandlung der wohnungslosen Patientinnen und Patienten muss nach medizinisch anerkannten Methoden, Leitlinien und Hygienestandards erfolgen. Es darf sich kein Substandardssystem etablieren.
- Den besonderen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten in Mehrfach-Problemlagen muss Rechnung getragen werden.
- Aufgrund der neuen Herausforderungen durch zahlreiche ausländische Patientinnen und Patienten bedarf es
 - einer ausreichenden Sprachkompetenz in den Einrichtungen der medizinischen Versorgung, bspw. durch einen Zugang zu Dolmetscherdiensten.
 - Clearingstellen, die Menschen ohne oder mit ungeklärtem Krankenversicherungsschutz einen Zugang zum medizinischen Regelsystem erleichtern, u. a. durch Beratung und Prüfung des Krankenversicherungsstatus.
 - der Schaffung neuer Angebote, um eine adäquate Vorsorge und Behandlung nicht krankenversicherter schwangerer Frauen und ihrer Kinder gewährleisten zu können.

Diese Empfehlung wurde vom Fachausschuss Gesundheit der BAG Wohnungslosenhilfe erarbeitet und vom Vorstand der BAG Wohnungslosenhilfe am 20.04.2018 verabschiedet.

¹ Neben der Wohnungsnotfallsituation bestehen oft weitere soziale Schwierigkeiten sowie erhebliche Probleme der Existenzsicherung und des Krankenversicherungsschutzes. Die Menschen leben sozial isoliert und sind in vielen weiteren Lebensbereichen exkludiert.

² Vgl. http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/index.html, die Daten für 2017 sind bisher unveröffentlicht, zuletzt aufgerufen 06.04.2018

³ Vgl. Pressemitteilung der BAG Wohnungslosenhilfe: 860.000 Menschen in 2016 ohne Wohnung, <http://www.bagw.de/de/presse/index-147.html>, zuletzt aufgerufen 06.04.2018

⁴ Vgl. Offe, Johanna: Zugang zur Gesundheitsversorgung für EU-Bürger*innen, Vortrag beim Kongress Armut und Gesundheit, Berlin, 20.03.2018

⁵ Fragen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern regelt § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG).

⁶ Die obligatorische Anschlussversicherung greift bspw., wenn jemand nach Erreichen des 23. Geburtstages aus der Familienversicherung ausscheidet. In der Regel wird dann der Mindestbeitrag für freiwillige Mitglieder der Krankenkasse berechnet; sollte aber der Fragebogen der Krankenkasse zur Familienversicherung nicht ausgefüllt worden sein, kann der Höchstbeitrag berechnet werden. In diesen Fällen summieren sich die Beitragsrückstände zu großen Beträgen.

⁷ Zu den folgenden Abschnitten vgl. ausführlicher: Rosenke 2017.

⁸ Auch Projekte, die mit einer Kassenzulassung arbeiten oder eine Entgeltvereinbarung mit der Stadt haben, sind auf zusätzliche Spenden und ehrenamtliche Zuarbeit angewiesen.

⁹ Zum Thema Umgang mit Beitragsschulden bei den Krankenkassen finden sich praktische Hinweise bei Schubert, 2015, AG B7: Krankenversicherung, Beitragsschulden, Präventionsgesetz im Gesundheitswesen. Fragen und Probleme, Bundestagung der BAG W 2015, http://www.bagw.de/de/tagungen/buta_basis/buta_15/buta_15_ag_II.html, zuletzt aufgerufen 06.04.2018.

¹⁰ Vgl. »Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen«, <http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Umsetzungskonzept.pdf>, abgerufen am 06.04.2018. Vgl. <http://www.hamburg.de/obdachlosigkeit/4114052/schwerpunktpraxen-wohnungslose>, zuletzt abgerufen am 06.04.2018, siehe BAG W-Bundestagung 2015, AG A7 »Die Schwerpunktpraxen für Wohnungslose in Hamburg. Zwischenbericht nach zwei Jahren Erfahrung«, http://www.bagw.de/de/tagungen/buta_basis/buta_15/buta_15_ag_I.html, abgerufen am 06.04.2018.

Literatur:

BAG Wohnungslosenhilfe e. V. (2003): Sicherstellung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen. Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe e. V., Bielefeld

BAG Wohnungslosenhilfe e. V. (2010a): Auswirkungen zunehmender Kostenbeteiligung und Eigenverantwortung auf die Gesundheitsversorgung wohnungsloser und armer Patienten. Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe e. V., Bielefeld

BAG Wohnungslosenhilfe e. V. (2010b): Wohnungsnotfalldefinition der BAG Wohnungslosenhilfe e. V., Bielefeld

BAG Wohnungslosenhilfe e. V. (2013): Hilfen für Migrantinnen und Migranten in Wohnungsnot und sozialen Schwierigkeiten. Grundsatzpositionen der BAG Wohnungslosenhilfe e. V., Bielefeld

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2014): Zugänge zu gesundheitlichen Hilfen für wohnungslose Menschen verbessern. Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine Kooperation sozialer und gesundheitsbezogener Hilfen, Berlin

Kunstmann, Wilfried (2012): Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Evaluation mobiler medizinischer Dienste für Wohnungslose, in: wohnungslos. Aktuelles aus Theorie und Praxis zur Armut und Wohnungslosigkeit, Jg. 54, Nr. 1, S. 6-11

Rosenke, Werena: Gesundheit. In: Specht, Thomas; Rosenke, Werena; Jordan, Rolf; Giffhorn, Benjamin (2017): Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen. Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslagenbezogener Hilfeansätze. Berlin/Düsseldorf, S. 219-247

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Hg.) (2014): Evaluation der Schwerpunktpraxen für Wohnungslose in Hamburg – Zwischenbericht über die ersten 12 Monate des Projektes, Hamburg