

Beitrag im Rahmen der Ringvorlesung im Studiengang
Berufspädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe (M.A.)
mit dem Thema:

FAHO-Studie

Von: *Canan Hakgören, Marla Kaiser, Jana Stock, Sebastian Schütze*

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
Einleitung.....	2
Methodik der FaHo- Studie	3
Empirische Grundlagen.....	6
Diskussion	9
Schlussfolgerung.....	11
Literaturverzeichnis.....	13
Anhang	15

Abstract

Hintergrund: Die Versorgung von wohnungslosen Menschen stellt das Gesundheitssystem vor besondere Herausforderungen. Eine Einrichtung der es gelingt hier nachhaltig und zielgruppenorientiert zu arbeiten, ist die Elisabeth-Straßenambulanz des Caritasverbands Frankfurt e.V. Gemeinsam mit der Frankfurt University of Applied Sciences entsteht derzeit eine empirische Studie zur Lebensrealität von Betroffenen: Das Projekt FAHO

Problemstellung: In vielen Ländern sind Menschen ohne festen Wohnsitz oft von grundlegenden Gesundheitsdiensten ausgeschlossen.

Zielsetzung: Ziel war es, eine Erkenntnis über die Lebensumstände der Betroffenen zu gewinnen und Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung aufzuzeigen.

Methodik: Als Untersuchungsmethode wurde ein Mixed Methods Ansatz gewählt. Dadurch konnten verschiedene Fachbereiche und Perspektiven in die Untersuchung einfließen. Die Forschungsgruppe nutzt sowohl teilstandardisierte Befragungen als auch die partizipative Methode „Photovoice“.

Ergebnisse: Die soziale Position in der Gesellschaft kann einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit haben. Menschen in sozial benachteiligter Lage, insbesondere obdachlose Menschen haben oft große Schwierigkeiten, angemessene medizinische Versorgung zu erhalten. Diese werden von staatlicher Seite aus nicht gestellt.

Diskussion: Die Politik sollte die ehrenamtlichen Institutionen unterstützen, damit Menschen ohne Wohnsitz eine gute ärztliche Versorgung zustehen kann.

Grenzen: Bisher gibt es zu wenige Studien, welche sich mit der Thematik auseinandersetzen um valide Aussagen treffen zu können, einzig Tendenzen werden durch die FaHo-Studie sichtbar.

Transfer: Es ist wichtig, die Würde und die Grundrechte dieser Menschen zu respektieren und sicherzustellen, dass sie Zugang zu den gleichen Standards der Gesundheitsversorgung haben wie alle anderen Mitglieder der Gesellschaft. Die Verbesserung der Gesundheitsversorgung für obdachlose Menschen erfordert niederschwellige Angebote durch multidisziplinäre Herangehensweise und die Beseitigung von strukturellen Barrieren.

Schlüsselwörter: Wohnungslose Menschen, Gesundheitsversorgung, Elisabeth-Straßen-Ambulanz, FAHO Projekt

Einleitung

„Gesundheitliche Versorgung zählt zu den elementaren Bedingungen der Existenzsicherung. Wohnungslose sind aufgrund vielfältiger Umstände, die mit ihrer Lebenslage einhergehen, z.T. von der regulären Gesundheits- und Krankenversorgung ausgeschlossen bzw. werden von den vorhandenen Versorgungsstrukturen nur schwer erreicht.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2003, 1). Im Stadtgebiet Frankfurt am Main betreut die Elisabeth-Straßenambulanz, ein medizinisches Versorgungsangebot des Caritasverbandes, wohnsitzlose Personen und Menschen in prekären Lebenslagen kostenfrei und niedrigschwellig. 2022 waren es 1236 Patient*innen mit insgesamt 10.504 Behandlungseinheiten (Caritasverband Frankfurt e.V. 2023, 2), die die Sprechstunden in den Ambulanzräumen oder die mobile Versorgung im Pflegebus in Anspruch nahmen. In diesem Kontext wandten sich Mitarbeitende der Elisabeth Straßenambulanz an die Frankfurt University of Applied Sciences mit der Beobachtung, dass wohnungs- oder obdachlose Personen auch in jungen Jahren und damit schon früh gebrechlich und dadurch in ihrer funktionellen Mobilität deutlich eingeschränkt zu sein scheinen.

Dieses als „Gebrechlichkeit“ bezeichnete Phänomen wird derzeit in dem gemeinsamen Forschungsprojekt FAHO: „Frailty, vulnerability and ability to act among homeless people in Frankfurt“ untersucht. Gebrechlichkeit oder frailty, ein Begriff, der üblicherweise als multidimensionales Konzept in der Gerontologie verortet ist, lässt sich anhand von fünf Merkmalen definieren: Gewichtsverlust, Schwäche, Antriebslosigkeit, langsame Gehgeschwindigkeit und geringe Aktivität (Fried et al. 2001, 148). Prekäre Lebensumstände sowie eine erhöhte Prävalenz psychischer und somatischer Erkrankungen können eine Ursache für Gebrechlichkeit und Vulnerabilität bei auch jungen, von Wohnsitz- oder Obdachlosigkeit betroffenen Personen sein (Schreiter et al. 2017, 665). So zeigt beispielsweise die SEEWOLF-Studie eine Lebenszeitprävalenz psychischer Krankheiten bei Obdachlosen von 93%; die am häufigsten vorkommenden Hauptdiagnosen waren hierbei affektive Erkrankungen sowie Suchterkrankungen (Bäumel et al. 2017, 136). Unter den somatischen Befunden stehen Lebererkrankungen (44,7%), Lungenerkrankungen (28,4%), gastrointestinale Erkrankungen (30,2%), Polyneuropathien (21,0%), Schädel-Hirn-Traumata (24,0%) und Frakturen (58,7%) sowie

ein sanierungsbedürftiger Zahnstatus (60,9%) im Vordergrund (Bäumel et al. 2017, 205 - 208).

Die genauen Zusammenhänge zwischen Lebensumständen, somatischer Erkrankung und Gebrechlichkeit möchte das gemeinsame Forschungsprojekt der Elisabeth-Straßenambulanz und der Frankfurt University of Applied Sciences nun erschließen. Hierbei soll ein ganzheitlicher Blick, aus sozialwissenschaftlicher als auch medizinischer Perspektive auf somatische Einschränkungen, Risikofaktoren, Ressourcen und Bedarfe der Betroffenen geworfen werden. Ziel der Studie ist zunächst eine Erhebung der als gebrechlich einzustufenden wohnsitzlosen Personen sowie eine Einschätzung ihrer Vulnerabilität zu treffen. Darüber hinaus stellt die Handlungsfähigkeit von Betroffenen, also ihre (Selbst-)ermächtigung über Handlungsspielräume eine zentrale Rolle der partizipativ angelegten Forschung dar, die perspektivisch einen Beitrag zur Entwicklung nachhaltiger, partizipativer und zielgruppenorientierter Angebote der Gesundheitsversorgung zu leisten versucht. (Autorin: Canan Hakgören)

Methodik der FaHo- Studie

Im vorliegenden Abschnitt wird das methodische Vorgehen der Untersuchung beschrieben. Es wurde von der Forschungsgruppe der Mixed-Methods-Ansatz gewählt. Dieser Ansatz zeichnet sich besonders dadurch aus, dass quantitative und qualitative Methoden innerhalb des interdisziplinär angelegten Forschungsvorhabens kombiniert werden können. So ist es für die Forscher*innen möglich, verschiedene Fachbereiche und Perspektiven zusammen zu bringen und so neben medizinischen und physiotherapeutischen Aspekten, auch sozialwissenschaftliche und sozialarbeiterische Perspektiven mit in die Untersuchung einfließen zu lassen. Durch diese umfassende Betrachtung der Thematik scheint eine optimale Grundlage geschaffen, um die Forschungsfrage fundiert zu bearbeiten.

In Rahmen einer Ringvorlesung stellte die Forschungsgruppe den bisherigen Verlauf der FAHO-Studie dar:

- Ideenentwicklung / Begriffsreflexion (1-3/2022).
- Leitfadenentwicklung (3-5/2022).
- Zugang/Sampleauswahl/Befragungen (5/2022)
- Dateneingabe / deskriptive Datenanalyse (6-9/2022)

- Interpretative Datenanalyse/ Typenbildung (10/2022 – 5/2023)
- Vortrag beim Kongress „Armut und Gesundheit“ (3/2023)
- Zweistufiges Vorgehen:
 - teilstandardisierte gesprächsförmig durchgeführte Befragung
 - Photovoice

Aus der Ideensammlung ergaben sich theoretische Grundlagen, welche aufgearbeitet in die Entwicklung des Fragebogens eingebracht wurden. Es wurden dann über einen Zeitraum von zwei Wochen insgesamt 60 wohnungs- bzw. obdachlose Personen befragt, die die Elisabeth-Straßenambulanz aufsuchten. Es wurden keine weiteren Zugangsbeschränkungen zur Teilnahme an dem Fragebogen festgelegt, außer dass die Befragten in der Lage sein mussten, den Fragen zu folgen, um diese beantworten zu können. Die Antworten ergaben das Material für den nachfolgenden qualitativen Forschungsprozess.

Im September 2022 wurden die Ergebnisse der Fragebogenerhebung aufgearbeitet und eine erste Datenanalyse durchgeführt. Festgestellt wurde, dass sich die Studie zum Zeitpunkt der Ringvorlesung in einem frühen Stadium befand und daher nur erste Einblicke in die Daten gegeben werden konnte. Detaillierte Analysen und Ergebnisse des Fragebogens werden zu einem späteren Zeitpunkt von der Forschungsgruppe der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Folgende Schritte wurden bereits in der Auswertung vorgenommen:

Tabelle 1: Auswertung

1. Schritt: Orientiert an der intersektionalen Mehrebenenanalyse: Die subjektive Erzählung der Leute gilt als Ausgangspunkt für das interpretative Vorgehen.	• Blick auf Herrschaftsverhältnisse (Klassismus, Grenzregime, Bodyismus) • Auf den Ebenen Identität, Repräsentation und Struktur
2. Schritt: Norm	• An welchen Normen wird sich orientiert • Ausschließung und Arbeit

	• Subjektive Bearbeitungsstrategien
3. Schritt: Typenbildung	• Spiegelung • Kommunikation • Reflexion der ersten Ergebnisse mit Beteiligten

Im weiteren Vorgehen entschied sich die Forschungsgruppe für einen partizipativen Forschungsweg. Eine Auswahl befragter Personen (n=8-12) sollen in die weiteren Vorgänge miteinbezogen werden. Dadurch soll ermöglicht werden, dass die Lebenswelten der Betroffenen für Außenstehende noch greifbarer gemacht werden können und durch dieses Verfahren neue Erkenntnisse entdeckt werden, welche man verwenden kann, um die Umstände der Betroffenen langfristig zu verbessern und/oder neue Handlungsmöglichkeiten zu erproben. Die Forschungsgruppe hat sich für die partizipative Methode der „Photovoice“ entschieden und gibt erneut stichpunktartig ihr Vorgehen an.

- **Schritt 1:** Schulung und Einweisung in die Methode.
- **Schritt 2:** Fotophase - handlungshinderliche/ handlungsbefähigende Ort.
- **Schritt 3:** Bildgespräche - Episoden der Ausschließung und der Bearbeitung.

„Photovoice“ ist ein partizipatives Verfahren, das visuelle Dokumentation in Form von Fotografie und Erzählung in einem reflexiven Gruppenprozess verbindet“ (Unger 2014, 69). Hierfür fotografieren die Betroffenen eigenständig ihre Lebenswelt, welche für Außenstehende oft nicht sichtbar ist. Anschließend werden die Aufnahmen in einer Gruppendiskussion analysiert und besprochen. In den 1990er Jahren wurde diese Methode von Wang und Burris ins Leben gerufen mit dem Ziel, Stärken und Anliegen der Communities abzubilden und zu reflektieren, einen kritischen Dialog und Erkenntnisse über einzelne Aspekte durch eine Gruppendiskussion zu generieren, auf politischer Ebene Gehör zu finden und Einfluss auszuüben (Unger 2014, 69f.). (Autorin: Marla Kaiser)

Empirische Grundlagen

Um für diesen Beitrag einen Überblick über bestehende Strukturen zur gesundheitlichen Versorgung Wohnsitzloser in Deutschland zu erhalten, wurde in der Bibliothek der Frankfurt University of Applied Sciences in der Datenbank „wiso Sozialwissenschaften“ sowie über die Handsuche im Internet recherchiert. Hierfür wurden die Suchbegriffe „Gesundheitsversorgung“, „Wohnsitzlose“ und „Obdachlose“, „in Deutschland“ verwendet.

Im Rahmen einer Übersichtsarbeit von Kaduszkiewicz et al. (2017) wurde festgestellt, dass sich die Gesundheitsversorgung wohnsitzloser Personen stärker auf akute als auf die Versorgung chronischer Erkrankungen und Prävention konzentriert. Außerdem wird vermutet, dass die Qualität der medizinischen Versorgung Wohnsitzloser in Deutschland deutliche lokale Unterschiede aufweist. Die Autor*innen der Übersichtsarbeit fordern eine Erweiterung der staatlichen Finanzierung, die Fokussierung auf chronische Erkrankungen und Prävention, eine Verbesserung des Leistungsspektrums mit niedrigschwelligen Angeboten wie die sogenannten Krankenstuben, sowie eine „Erhöhung der Spendenbereitschaft der Bevölkerung“ (Kaduszkiewicz et al. 2017, 679). Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) beschäftigt sich aktuell im Rahmen einer Arbeitsgruppe mit der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung wohnsitzloser Menschen. Über ihre Webseite können mit Hilfe eines Online-Portals über 1400 Hilfsangebote in einzelnen Städten zu verschiedenen Arten von Hilfen, darunter ärztliche Versorgung, gefunden werden (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2023).

Oft führen Eintrittshürden zur medizinischen Versorgung dazu, dass Wohnungslose die medizinische Regelversorgung nicht in Anspruch nehmen. Zu den Faktoren zählen laut BAG W: *„Fehlende bedarfsgerechte medizinische Angebote, ungeklärte oder fehlende Versicherungsverhältnisse, schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen Regelsystem und/oder der institutionellen Hilfe, Misstrauen gegenüber institutioneller Hilfe, Kommunikationsstörungen im Behandlungskontakt, aggressives Verhalten, selbstverletzendes Verhalten, durch Suchtmittel veränderte Bewusstseinslage, dadurch erschwerte Diagnostik und Behandlung, schlechte Körper- und Kleiderhygiene, begrenzte Krankheitseinsicht, fehlende Motivation zur Mitwirkung, unzureichende Vernetzung der Versorgungsangebote mit weiterführenden Hilfen und fehlende*

Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen und/oder ethischen Besonderheiten“

(Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2003, 1 - 3).

Eine Erhebung des Instituts für Arbeit-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Mainz untersuchte den Zusammenhang von Armut, Schulden und Gesundheit und stellte fest, dass sich 65% der Untersuchten die verschriebenen Medikamente nicht leisten können und eine Arztpraxis aus Angst vor finanziellen Einbußen gar nicht erst aufsuchen (Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin 2008). Rechtlich ist die medizinische Versorgung von Wohnungslosen in Deutschland über zwei Gesetze abgesichert: § 37 BSHG regelt den Anspruch auf Krankenhilfe sowie die freie Arztwahl. Hiermit ist für Wohnungslose die Kostenübernahme der Behandlung gesetzlich geregelt. Die Durchsetzung ist jedoch nicht immer gewährleistet. Kritisiert wird außerdem das Verhalten der Krankenkassen bzw. des Gesetzgebers, welche Versicherungsbeiträge nach versäumten Zahlungen einfordern. Betroffene sind dann häufig nicht in der Lage diese zu leisten, was wiederum dazu führt, dass sie nicht mehr in einer gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden (Trabert 2008, 52). Dennoch muss, gemäß § 72 (2) SGB V, die Kassenärztliche Vereinigungen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sicherstellen.

Wenn das gesundheitliche Regelsystem für Wohnungslose aus den genannten Gründen oft nicht greift, werden niedrigschwellige Interventionen nötig (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2003, 1). Merkmal dieser niederschwelligen Versorgungsangebote ist die sogenannte „Geh-Struktur“. Sie bedeutet, dass der Arzt/die Ärztin zu den Patient*innen kommt. Diese sollte dort stattfinden, wo sich die Betroffenen vornehmlich aufhalten, beispielsweise in den sogenannten „sozialen Brennpunkten“ einer Stadt, in Einrichtungen für Wohnungslose, Suchtberatungsstellen etc. Neben Ärzt*innen sollte hier auch Fachpersonal aus der Sozialarbeit tätig sein (Trabert 2008, 53). Niedrigschwellige Angebote verfolgen das Ziel, Betroffenen eine medizinische Grundversorgung zu ermöglichen und dabei zu unterstützen, die Regelversorgung in Anspruch zu nehmen. Zu betonen ist hier, dass trotz des Ziels der Rückführung in das Regelsystem, für einen Anteil der Betroffenen auch auf längere Sicht eine Inanspruchnahme von „lebensfeldnahen medizinische Angebote mit pflegerischer und

sozialkompensatorischer Versorgung“ nötig sein wird (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2003, 1).

Zu den niedrigschwelligen Angeboten zur Gesundheitsversorgung von Wohnsitzlosen zählen Straßenbesuche (medical streetwork), fahrende Ambulanzen, Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Behandlung in Krankenwohnungen sowie Kooperationen mit Partnern im Regelversorgungssystem (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2003, 4).

Durch eine Recherche nach niedrigschwelligen Angeboten zur Gesundheitsversorgung für Wohnsitzlose in den acht größten Städten in Deutschland wurden vorhandene Strukturen identifiziert (Anhang 1). In Berlin, Hamburg, München, Köln, Frankfurt am Main und Stuttgart gibt es niedrigschwellige Angebote, bestehend aus ambulanten Sprechstunden, Arztpraxen, Krankentuben und mobilen Angeboten. Die Träger dieser Angebote sind ausschließlich kirchlich und gemeinnützig und werden daher aus öffentlichen Zuschüssen, Spenden oder Eigenmitteln der Organisationen finanziert (Caritas 2023). In z.B. Leipzig konnte kein spezifisches Angebot zur niedrigschwelligen Gesundheitsversorgung von Wohnsitzlosen identifiziert werden.

Im Folgenden werden zwei integrierte Konzepte beispielhaft vorgestellt:

Mainzer Modell:

Das Mainzer Modell ist ein niedrigschwelliges, interdisziplinär ausgerichtetes Angebot, welches auf der „Geh-Struktur“ basiert. Zu den Versorgungsbausteinen zählen:

- Ambulante medizinische Sprechstunde innerhalb einer stationären Einrichtung der Wohnungslosenhilfe
- Ambulante medizinische Sprechstunde, integriert in einer ambulanten Beratungsstelle der Wohnungslosenhilfe
- Mobile medizinische Versorgungseinrichtung, die wohnungslose Menschen auf der Straße aufsuchen und eine Erstversorgung vornehmen kann
- Kooperation mit dem sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes und einer Tagesklinik für psychisch Kranke (Trabert 2013, 53 – 55).

Das Angebot besteht bereits seit 1995 und führt zu einer deutlichen verbesserten gesundheitlichen Versorgungssituation der wohnsitzlosen Menschen (Trabert 2013, 56).

Die Finanzierung läuft spendenbasiert über den Verein Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.

Elisabeth-Straßenambulanz:

Bereits seit 1995 bietet die Elisabeth Straßenambulanz in Frankfurt am Main Wohnsitzlosen einen niedrigschwelligen Zugang zu medizinischer Versorgung. Neben ärztlichen Sprechstunden, pflegerischen Hilfen und einer mobilen Versorgung mit dem Pflegebus leistet die ESA Vernetzungsarbeit mit Kooperationspartnern wie niedergelassenen Fachärzt*innen, psychiatrischen Institutsambulanzen und dem Gesundheitsamt (Caritas Frankfurt 2023). (Autorin: Jana Stock)

Diskussion

Da wohnungslose Menschen oft nicht dem Regelsystem des Gesundheitssystems folgen können, ist für sie gesonderte Hilfe für ihre medizinische Versorgung notwendig. Dennoch gibt es zahlreiche Hürden für Institutionen, die dies zu ermöglichen versuchen.

Hauptsächlich kommen Privatpersonen als Spender*innen für die Finanzierung nicht staatlicher Einrichtungen auf. Fehlende staatliche Sicherung ist riskant. Sinkt die Spendenbereitschaft der Bürger*Innen oder bleibt sie ganz aus, kommen ehrenamtliche Tätigkeiten wie die hier vorgestellten immer mehr ins Wanken, was zu weniger Möglichkeiten führt, dass die Einrichtungen den auf Hilfe angewiesenen Menschen helfen können (Kaduszkiewicz et al. 2017, 679ff). Auch wir fordern, dass es zu staatlicher Unterstützung, sowohl von politischer Seite als auch von Seiten der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung für Projekte wie diese kommen sollte (u.a. Caritas 2023).

Die Studie vom Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin bestätigt den Eingangsverdacht, dass Menschen, die von Armut betroffen sind, oft Angst vor den finanziellen Einbußen haben und deshalb keine Arztpraxis aufsuchen. Hierbei helfen die Gesetze, in welchen der Anspruch auf Krankenhilfe, sowie freie Arztwahl nicht, denn die Krankenkassen fordern immer wieder Zahlungen ein, die von den Betroffenen nicht geleistet werden können und entziehen sich damit ihrer Verantwortung (Trabert 2008, 52ff).

Deshalb werden die oben beschriebenen niederschweligen Interventionen, die sich um die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen kümmern, benötigt, von denen es viel zu wenige gibt, die sich um die Gesundheit Bedürftiger kümmern. Die meisten Institutionen sind sowohl finanziell als auch ausstattungstechnisch sehr fragil. Die Caritas fordert daher, dass sich gesetzliche als auch private Krankenkassen an der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen beteiligen (Kunz, 2022). Solange dies nicht geschieht, sollte es in allen Kommunen Schwerpunktpraxen und Straßenambulanzen geben.

Von Seiten der Politik gilt es einzugreifen und passende Regelungen für Menschen ohne Wohnsitz einzuführen. Hierzu zählen die Befreiung von Zuzahlungen bei Heil- und Hilfsmitteln, Zahnprothesen und Sehhilfen. Von Seiten der Krankenkassen gilt es einen Schuldenerlass für die Zeit der Wohnungslosigkeit einzuräumen. Zudem sollen Arzneimittel kostenfrei/ kostengünstig nach ärztlicher Verschreibung zugänglich gemacht werden (Kunz, 2022). Über solche Regelungen könnten aufkommende Kosten, wie jene von stationären Aufenthalten, verringert werden und Menschen würde ein früherer Zugang zur medizinischen Versorgung geboten. Auch Maßnahmen bezüglich präventiver Versorgung würden zahlreiche Kosten minimieren helfen, so die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2023). Das oben genannte Mainzer Modell umfasst z.B. die Betreuung schwerstkranker wohnsitzloser Menschen, doch noch lange nicht jede Stadt ist so breit aufgestellt. Gefordert wird daher von diversen wohltätigen Vereinigungen, dass es zumindest einen Mindeststandard der gesundheitlichen Versorgung geben sollte (Caritas 2023).

Das Mainzer Modell und die ESA gehen mit gutem Beispiel voraus, was die medizinische Versorgung der wohnungslosen Menschen betrifft. Dennoch werden auch hier die Hürden der Finanzierung durch Spenden deutlich und beide Institutionen fordern staatliche Unterstützung (Trabert 2013, 57 & Caritas Frankfurt 2023). Insgesamt lässt sich sagen, dass zur medizinischen Behandlung von Wohnungslosen wenig bekannt ist und deshalb Forschungsbedarf besteht. Studien wie die FAHO-Studie gelten in diesem Bereich als Hoffnung, damit die Politik auf dieses Problem aufmerksam wird und sich mehr in die Versorgung der Wohnungslosen einbringt. (Autorin: Celina Trapp)

Schlussfolgerung

Wer in Deutschland einen Therapieplatz oder einen Facharzttermin sucht, braucht Durchhaltevermögen, Glück und in der Regel auch einen festen Wohnsitz. Obdachlose Menschen leiden noch stärker als die Allgemeinbevölkerung unter dem schlechten Versorgungssystem hierzulande. Die soziale Position, die ein Mensch in der Gesellschaft einnimmt, und die daran geknüpften strukturellen Vor- und Nachteile beeinflusst auch seine Gesundheit. Ein Leben in sozial benachteiligter Lage erhöht Krankheitsrisiken und verringert Gesundheitschancen. Der gesundheitliche Zustand von Wohnungslosen, insbesondere Obdachlosen, ist häufig schlecht. Neben vielfältigen psychiatrischen und somatischen Erkrankungen sind sie Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt.

Die FaHo-Studie der Elisabeth-Straßenambulanz hat zum ersten Mal für den Raum Frankfurt nachgewiesen, dass obdach- und wohnungslose Menschen häufiger als die Allgemeinbevölkerung unter psychischen und körperlichen Krankheiten leiden. Oft wissen die Proband*innen außerdem nichts von ihren Erkrankungen (Caritas Frankfurt 2023). Das überrascht nicht, aber trotzdem sind solche Untersuchungen wichtig. Bisher gab es kaum Studien über den Gesundheitszustand von Menschen auf der Straße – eine Leerstelle, ein Appell an politisches Handeln. Die Ausgaben im deutschen Gesundheitssystem belaufen sich 2021 auf 441 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt 2021), von den umfänglichen Leistungen des Gesundheitssystems profitiert, wer entsprechend krankenversichert ist. Aus diesen Gründen erfolgt die medizinische Versorgung Wohnungsloser überwiegend innerhalb alternativer Versorgungssysteme, die von staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen getragen werden, projektbezogen auch von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Im Haushaltsplan der Bundesregierung ist dafür keine Position vorgesehen (Bundesfinanzministerium 2023). Dies unterstreicht den politischen Stellenwert der hier geführten Debatte.

Medizinische Hilfe für Wohnungslose trägt dem Umstand Rechnung, dass Wohnungslose das Regelversorgungssystem nicht in Anspruch nehmen können. Die Angebote außerhalb des Regelversorgungssystems sind häufig als aufsuchende Hilfen aufgebaut, zum Beispiel mobile Arzt- und Zahnarztpraxen, und werden aus staatlichen und nichtstaatlichen Quellen finanziert. Der Wunsch, Wohnungslose im Regelversorgungssystem zu versorgen, erscheint angesichts vielfältiger Barrieren auf Seiten der Wohnungslosen und der ambulanten Regelversorgung nicht realistisch. Die

medizinische Hilfe für Wohnungslose konzentriert sich auf akute Behandlungsanlässe, Prävention spielt eine untergeordnete Rolle. Eine längerfristige Versorgung von chronischen Erkrankungen stößt auf Schwierigkeiten, denn selbst, wenn eine Krankenversicherung möglich ist, sind viele Wohnungslose mit den administrativen Anforderungen an die Aufrechterhaltung der Krankenversicherung und mit den finanziellen Aufwendungen überfordert. Dauerhaft benötigte Medikamente aus Spenden zu finanzieren, stößt wiederum auf finanzielle Grenzen der Einrichtungen (Kaduszkiewicz et al. 2017, 682ff). Die medizinische Versorgung von Wohnungslosen ist in ein komplexes Netz von sozialen Hilfen eingebunden. Um den gesundheitlichen Zustand von Wohnungslosen zu verbessern, erscheint der Ausbau der Hilfen in verschiedensten Bereichen notwendig. Hierzu zählt beispielsweise die Erweiterung der staatlichen Finanzierung, sodass ein Mindeststandard der medizinischen Versorgung vorgehalten und der medizinische Fokus auch auf chronische Erkrankungen und Prävention gelegt werden kann. Aber auch die Verbesserung des Leistungsspektrums mit niedrigschwelligem Zugang zu Spezialisten, insbesondere Psychiaterinnen und Psychiatern, als auch Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und zur zahnärztlichen Versorgung. Aber auch ein umfassenderes Angebot sogenannter „Krankentuben“ für Wohnungslose, sowie die Erhöhung der Spendenbereitschaft der Bevölkerung durch mehr Informationen in den Medien würden zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Wohnungs- und Obdachlosen beitragen. (Autor: Sebastian Schütze)

Literaturverzeichnis

Bäumli, J.; Brönner, M.; Baur, B.; Pitschel-Walz, G.; Jahn, T. (2017): Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Freiburg: Lambertus-Verlag. Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1311368> (Zugriff am 03.08.2023)

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2003): Sicherstellung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen - Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, erarbeitet vom Fachausschuss Gesundheit der BAG W, verabschiedet vom Gesamtvorstand am 13./14. November 2003. Online:
https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_03_Sicherstellung_med_Versorgung_Wohnungsloser.pdf (Zugriff am 08.07.2023)

Bundesfinanzministerium (2023): Bundeshaushalt 2023. URL:
<https://www.bundeshaushalt.de/DE/Bundeshaushalt-digital/bundeshaushalt-digital.html> (Zugriff am 13.07.2023)

Caritas Deutschland (2023): So finanziert sich die Caritas. Online:
<https://www.caritas.de/diecaritas/wir-ueber-uns/transparenz/finanzierung/ueberblick> (Zugriff am 08.07.2023)

Caritas Frankfurt (2023): So arbeitet die Elisabeth-Straßenambulanz. Online:
<https://www.caritas-frankfurt.de/ich-suche-hilfe/wege-finden/obdach-und-wohnen/wohnungslos-oder-von-wohnungslosigkeit-bedroht/medizinische-versorgung/esa-vernetzung-und-kooperation> (Zugriff am 08.07.2023)

Fried, L. P.; Tangen, C. M.; Walston, J.; Newman, A. B.; Hirsch, C.; Gottdiener, J. et al. (2001): Frailty in older adults: evidence for a phenotype. In: The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences 56 (3), M146-56. DOI: 10.1093/gerona/56.3.m146

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Mainz Hrsg. (2008): Armut, Schulden und Gesundheit (ASG-Studie)

Kaduszkiewicz, H.; Bochon, B.; van den Bussche, H.; Hansmann-Wiest, J.; van der Leeden, C. (2017): The medical treatment of homeless people. Deutsches Ärzteblatt 2017; 114: 673–9. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0673

Kunz, S. (2022). Wohnungslose Menschen brauchen Zugang zu medizinischer Versorgung. Caritas. URL: Wohnungslose Menschen brauchen Zugang zu medizinischer Versorgung (caritas.de) (Zugriff am 10.07.2023)

Schreiter, S.; Bermpohl, F.; Krausz, M.; Leucht, S.; Rössler, W.; Schouler-Ocak, M.; Gutwinski, S. (2017): The Prevalence of Mental Illness in Homeless People in Germany. In: Deutsches Ärzteblatt international 114 (40), S. 665–672. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0665

Statistisches Bundesamt (2023): Jährliche Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren von 1992 bis 2021. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5463/umfrage/gesundheitssystem-in-deutschland-ausgaben-seit-1992/> (Zugriff am 13.07.23)

Trabert, G. (2013): Wohnungslosenhilfe vor neuen Herausforderungen. ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1(44), 51 – 57

Unger, H. (2014): Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch)

Anhang

Anhang 1. (BAG-W 2023)

Bundesland	Stadt	Einrichtungen	Träger
Berlin	Berlin	• Caritas Ambulanz am Bahnhof Zoo (Kirchlich) • Suppenküche Franziskusankerklöster Pankow • TagesTreff für Wohnungslose und Bedürftige mit Arzt- und Zahnarztpraxis • Praxis am Stralauer Platz • Gesundheitszentrum für Obdachlose in Berlin der Jenny De la Torre-Stiftung • Ambulanz der Berliner Stadtmission	Kirche Humanistischer Verband Deutschlands, Landesverband Berlin-Brandenburg KdöR GEBEWO (GEBEWO pro GmbH ist eine als <u>gemeinnützig</u> und <u>mildttätig</u> anerkannte Körperschaft) Stiftung Kirche
Hamburg	Hamburg	• Krankenstube für Obdachlose • Bahnhofsmission für Obdachlose • Mobile HILFE – Krankenmobil + Schwerpunktpraxis • Mobile HILFE – Zahnmobil • Diakoniezentrum für Wohnungslose Tagesaufenthaltsstätte und Sozialberatungsstelle für wohnungslose Menschen	Kirche Kirche (Caritas) Kirche
Bayern	München	• Obdachlosenhilfe St. Bonifaz am Haneberghaus	Kirche
NRW	Köln	• Wohnungslosenhilfe Krankenwohnung	Kirche

Hessen	Frankfurt a. Main	• Elisabeth Straßenambulanz Caritas Frankfurt e.V.	Kirche
BW	Stuttgart	• Tagesstätte Olga46 – Fachdienst offene Hilfen • MedMobil Stuttgart • Ambulante Dienste Stuttgart-Nord – Sozialraumorientierte Hilfen für Menschen in Wohnungsnot / Ambulant Betreutes Wohnen	Kirche Ambulante Hilfe e.V. (gemeinnütziger Verein) Kirche
Sachsen	Leipzig	Keine Ergebnisse	

BAG-W (2023): Wo + Wie-Online Portal. <https://www.woundwie.de/de/>