

**Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg**

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

**Bachelorstudiengang Pflegeentwicklung & Management**

**Entwicklung eines kombinierten Wohn- und  
Pflegeangebotes für hilfe- und pflegebedürftige  
wohnungslose Menschen in Hamburg**

Bachelor- Thesis

Tag der Abgabe: 27.08.2013

Vorgelegt von: Juliane Pöthkow

Matrikelnummer: 2030399

  
22047 Hamburg

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. P. Stratmeyer

Zweiter Prüfer: E. Cappell

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	II
1 Einleitung.....	1
2 Ausgangslage .....	3
2.1. Definitionen und Zahlen zur Wohnungslosigkeit in Deutschland .....	3
2.2 Der Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen .....	5
2.3 Besonderheiten von hilfe- und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen.....	8
2.4 Hilfe- und pflegebedürftige wohnungslose Menschen in Hamburg und deren Hilfesystem .....	11
2.5 Bestehende Konzepte zur Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen .....	14
3 Vorgehensweise der Konzeptentwicklung .....	16
4. Konzept.....	18
4.1 Definition der Zielgruppe.....	18
4.2 Bedarfe .....	20
4.3 Betreuungskonzept.....	21
4.3.1 Ziele und Maßnahmen .....	21
4.3.2 Räumliche Ausstattung.....	29
4.3.3 Standort.....	30
4.3.4 Leistungsangebote .....	31
4.3.5 mögliches Organisationsmodell .....	33
4.4 Rechtliche Grundlagen .....	34
4.5 Finanzierungsmöglichkeiten.....	36
4.6 Kooperationen mit anderen Institutionen .....	37
5 Ausblick.....	38
6 Fazit.....	39
7 Literaturverzeichnis.....	III
8 Anhang.....	V
Eidesstattliche Erklärung.....	VI

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Entwicklung der Anzahl der Wohnungslosen.....	4
Abbildung 2 Teufelskreis gesundheitlicher Zustand der Zielgruppe.....	7
Abbildung 3 Anzahl potenz. Pflegebed. und deren Symptome (Barthel 2012) .....	12
Abbildung 4 Bedarfe der Zielgruppe.....	21
Abbildung 5 Leistungsangebote mit Akteuren und Kostenträgern .....	31

## 1 Einleitung

Im Frühjahr 2012 befasste sich die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) im Rahmen eines bürgerschaftlichen Ersuchens (Drucksache 20/5021 2012) mit der Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen wohnungslosen und obdachlosen Menschen<sup>1</sup>. Als Ergebnis stellte man fest, dass es in Hamburg eine Anzahl von betroffenen Personen oberhalb der 100 gibt, die in der Obdachlosigkeit oder in Unterkünften der Wohnungslosenhilfe leben. Gleichzeitig wurde deutlich, dass es keine optimalen Versorgungsmöglichkeiten für diese Zielgruppe gibt. Zum einen fehlt es den vorhandenen Institutionen des Hilfesystems für Wohnungslose an Ressourcen (z.B. personell und räumlich), zum anderen gibt es große Schwierigkeiten, die Klienten in geeignete Settings, wie z.B. Pflegeheime, zu integrieren.

Um der aufgezeigten Versorgungslücke entgegenzuwirken, soll mit der vorliegenden Bachelorarbeit ein Konzept für ein Wohn- und Pflegeangebot für hilfe- und pflegebedürftige wohnungslose Menschen entwickelt werden, welches versucht, die Besonderheiten der Zielgruppe zu berücksichtigen und eine bedarfsgerechte Versorgung anzubieten. Im nächsten Schritt könnte das Konzept interessierten Trägern in Hamburg als Grundlage dienen, um in diesem Bereich ein Versorgungsangebot zu unterbreiten. Aus der Zielsetzung ergeben sich zwei Fragestellungen, die mit dieser Arbeit beantwortet werden sollen: Wie können wohnungslose Menschen mit einem geringen bis mittleren Hilfe- und Pflegebedarf optimal versorgt werden? Unter welchen finanziellen und rechtlichen Bedingungen kann ein Modell realistisch in der Praxis umgesetzt werden?

Die Erarbeitung des Konzeptes erfolgte in Form einer Arbeitsgruppe, welche aus zwei Fachexpertinnen der Wohnungslosenhilfe<sup>2</sup> und der Verfasserin bestand.

---

<sup>1</sup> Im Rahmen dieser Arbeit erfolgte ein intensiver Austausch mit Fachexperten der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe in Form von Besichtigungen verschiedener Einrichtungen und Gesprächen. Weiterhin fand ein Fachgespräch mit der Hamburger Pflegegesellschaft statt. Die Verfasserin war aktiv an der Projektarbeit beteiligt und fasste die Ergebnisse in einem Bericht zusammen. In der vorliegenden Arbeit wird mehrfach auf das Projekt hingewiesen, da die Ergebnisse wesentlichen Einfluss auf das Konzept haben.

<sup>2</sup> Der Begriff „Wohnungslosenhilfe“ wird in der vorliegenden Arbeit mehrfach verwendet und steht für die Hamburger Institutionen, die sich mit dem Thema „Obdach- und Wohnungslosigkeit“ befassen. In der Vorarbeit hat die Verfasserin eine Übersicht entwickelt, die dem Leser einen Überblick über das gesamte Versorgungssystem geben soll. Sie befindet sich im Anhang 8.1.

Zusätzlich erfolgte eine enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, da diese als Initiator fungierten. Sie unterstützten vor allem bei den finanziellen und rechtlichen Grundlagen.

Im ersten Teil der Arbeit wird die Ausgangslage dargestellt. Diese beinhaltet eine Problembeschreibung, eine Darstellung der Versorgungssituation in Hamburg und eine Vorstellung von zwei bestehenden Konzepten zur Versorgung der Zielgruppe. Im zweiten Schritt werden die Resultate der Arbeitsgruppe und der Mitarbeiter der Behörde für Gesundheit- und Verbraucherschutz in Form des Konzeptes aufgezeigt. Wesentliche Inhaltspunkte sind dabei die Beschreibung der Zielgruppe, die Darstellung des Betreuungskonzeptes in Form von Zielen und Maßnahmen und die rechtlichen und finanziellen Grundlagen. Zuletzt folgt ein Ausblick und ein abschließendes Fazit der Verfasserin.

## 2 Ausgangslage

### 2.1. Definitionen und Zahlen zur Wohnungslosigkeit in Deutschland

**Wohnungslos** sind Menschen, die über keinen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügen und auf ordnungs- oder sozialrechtlicher Grundlage in einer Unterkunft der Wohnungslosenhilfe leben. Menschen, die ganz ohne Unterkunft auf der Straße leben, bezeichnet man als **obdachlos** (BAG Wohnungslosenhilfe e.V. 2011). Sie bilden eine Teilgruppe der wohnungslosen Personen. Daher wird in diesem Konzept im Verlauf der Begriff „Wohnungslos“ verwendet. Von „Obdachlosigkeit“ wird nur gesprochen, wenn es ausschließlich um Menschen geht, die direkt auf der Straße leben.

2011 konnte die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. neue Schätzungen zur Situation der wohnungslosen Menschen in Deutschland abgeben. Demnach waren 2010 246.000 Menschen (ohne Aussiedler) von Wohnungslosigkeit betroffen. 38% lebten in Mehrpersonenhaushalten (Paare, Familien) und 62% waren alleinstehend. Die Zahl der alleinstehenden Menschen ist im Vergleich zum Jahr 2008 (damals ca. 132.000) auf 152.000 und somit um 15% gestiegen. Bezogen auf die Gesamtzahl lagen der Frauenanteil bei 26%, der Anteil an Kinder- und Jugendlichen bei 10% und der Männeranteil bei 64%. 24% der Männer und 17% der Frauen sind aktuell über 50 Jahre alt (BAG Wohnungslosenhilfe e.V. 2013).

Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung der Anzahl der Wohnungslosen von 2001 bis 2010 in Deutschland:



**Abbildung 1 Entwicklung der Anzahl der Wohnungslosen**

Lutz und Simon (2007) beschreiben sieben Gruppen von wohnungslosen Menschen und zeigen damit auf, dass es eben nicht den Wohnungslosen als einheitlichen Typ gibt. Zwei sollen an dieser Stelle kurz vorgestellt werden. Die erste Gruppe besteht aus Menschen, die schon seit langem auf der Straße leben. Sie sind meist älter und haben diverse Probleme, die im Verlauf immer komplexer geworden sind, wie z.B. lange Arbeitslosigkeit, hohe gesundheitliche Belastungen, mangelnde Körperhygiene, starke Suchtprobleme, soziale Isolation und Verhaltensauffälligkeiten, die oftmals auch Resultat des Lebens auf der Straße sind. Zu der zweiten Gruppe gehören Menschen, die psychisch erkrankt sind und eigentlich einer professionellen Behandlung bedürfen. Sie können sich meist selbst gar nicht mehr vorstellen, ein „normales“ Leben zu führen.

Zusammenfassend handelt es sich bei Wohnungslosen um eine sehr heterogene Zielgruppe. So unterscheiden sich die Betroffenen z.B. in ihrem Alter und den Ursachen, warum sie wohnungslos geworden sind. In diesem Konzept sollen die Menschen im Mittelpunkt stehen, die in den beiden Gruppen oben beschrieben wurden. Es sind die älteren und psychisch erkrankten wohnungslosen Menschen.

## 2.2 Der Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen

Ein Leben auf der Straße bedeutet, einer Vielzahl von gesundheitsschädigenden Bedingungen ausgesetzt zu sein. Wohnungslosen Menschen fehlt es an Unterbringungs- und Schlafmöglichkeiten, Schutz vor verschiedenen Witterungsbedingungen, Ernährungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten, Rückzugs- und Ruhemöglichkeiten, ausreichenden Hygienemöglichkeiten und finanziellen und materiellen Sicherheiten. Die schwierige Lebenslage führt vor allem zu mangelnder Körperhygiene, Unterernährung, Erkrankungen der Haut und der Atmungsorgane und einer verminderten Immunabwehr. Verhaltensweisen wie Alkohol- und Zigarettenkonsum unterstützen zusätzlich die Entstehung von Krankheiten (Stehling 2008).

Eine wichtige Rolle spielt, neben den schlechten Lebensumständen, auch das eigene Gesundheitsbewusstsein der wohnungslosen Menschen. Das körperliche und psychische Wohlbefinden steht für die Betroffenen nicht im Vordergrund. Vielmehr müssen sie ihr Überleben sichern, sich einen halbwegs normalen Alltag organisieren und sich fragen, wo es die nächste Gelegenheit gibt, um Essen, Kleidung und einen Schlafplatz zu erhalten (Evangelische Obdachlosenhilfe 2007). Somit verliert die eigene Gesundheit mehr und mehr an Bedeutung.

Mehrere Studien, die den Gesundheitszustand von obdachlosen Menschen untersuchten, zeigen, dass die körperliche Verfassung deutlich schlechter ist als die der Durchschnittsbevölkerung. Sie leiden vermehrt unter akuten und chronischen Erkrankungen (Grabs 2006).

Nawka untersuchte 2009 im Rahmen seiner Dissertation 110 obdachlose Menschen in Hamburg und stellte fest, dass 56% von ihnen an mindestens vier Erkrankungen litten.

Typische Krankheitsbilder sind neben Suchterkrankungen und deren Folgen (z.B. Lebererkrankungen, Entzündungen der Bauchspeicheldrüse und Gefäßerkrankungen) auch Verletzungen aller Art, ein schlechter Zahnstatus, Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen, Stoffwechselstörungen, Infektionskrankheiten und Krebserkrankungen (BAG Wohnungslosenhilfe e.V. 2013).



Es konnte gezeigt werden, dass wohnungslose Menschen ein deutlich erhöhtes Risiko haben, vorzeitig zu sterben. Das durchschnittliche Todesalter liegt bei 46,5 Jahren. Zusätzlich stellte man fest, dass eine große Anzahl der Todesfälle mit standardmäßiger medizinischer Behandlung vermeidbar gewesen wäre (Grabs 2006).

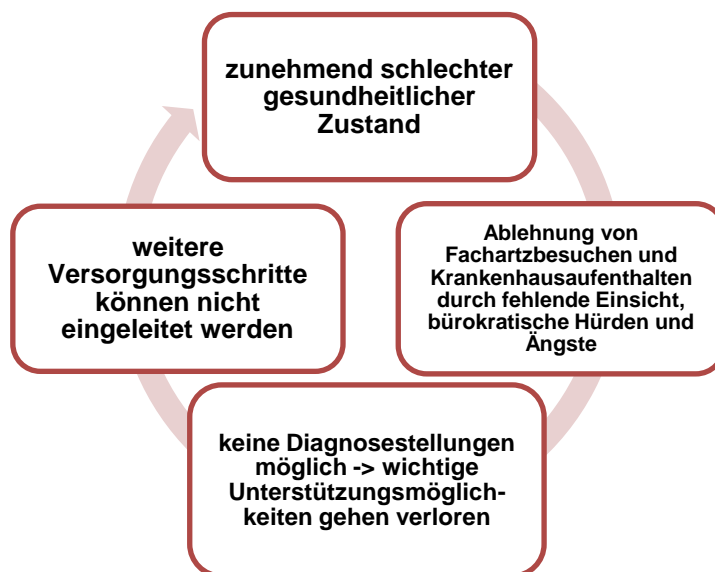
Auf der Fachtagung „Wege aus der Obdachlosigkeit“ 2010 in Hamburg kam man zu dem zentralen Ergebnis, dass ein hoher Anteil obdachloser Menschen unter Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen leidet und diese wesentlich die gesundheitliche Situation beeinflussen und die Wahrnehmung und Behandlung von somatischen Erkrankungen beeinträchtigen. Zu den häufigsten psychiatrischen Grunderkrankungen gehören Psychosen, Angsterkrankungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Demenzen (BAG Wohnungslosenhilfe e.V. 2013).

Wohnungslose Frauen sind oft zusätzlich schweren Belastungssituationen ausgesetzt. Häufig sind sie Opfer von (sexualisierter) Gewalt, sodass ihre Lebensumstände fragil und traumatisch sind. Ihre Biographien sind durch Trennungen, Verluste, Gewalt und Ausgrenzung geprägt (BAG Wohnungslosenhilfe e.V. 2013).

Im Rahmen der in der Einleitung erwähnten Vorarbeit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz konnten zusammenfassend verschiedene Faktoren gesammelt werden, die eine bedarfsgerechte medizinische und pflegerische Versorgung erschweren. Dazu gehören vor allem das bereits erwähnte mangelnde Gesundheitsbewusstsein, die Antriebsarmut, der Realitätsverlust, die fehlende Krankheitseinsicht und die ablehnende Haltung der wohnungslosen Menschen gegenüber notwendigen medizinischen und pflegerischen Hilfen. Diese haben zur Folge, dass z.B. eine Diagnosestellung verhindert wird und somit weitere Schritte zur Unterstützung und Versorgung nicht eingeleitet werden können. So zum Beispiel die Einstufung in Pflegestufen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Die Mitarbeiter des *Pik As* und der *Krankenstube für Obdachlose* (vgl. Anhang 8.1) berichteten, dass Sie bereits mehrfach Anträge in der Vergangenheit gestellt hatten, jedoch keine Einstufung erfolgte. Zum einen fehlte eine feste Diagnose des Betroffenen. Zum anderen fielen die Betroffenen

durch das Raster der Begutachungskriterien, da sie die Verrichtungen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung), anhand derer der MDK die Pflegestufen zuteilt, in ihrem Alter eigentlich noch selbstständig durchführen können müssten. Psychische Beeinträchtigungen, wie vor allem die Antriebsarmut, finden jedoch in diesen Fällen keine Beachtung. Ebenfalls stellt die Planung des Begutachtungstermins eine große Hürde dar, da wohnungslose Menschen Schwierigkeiten haben, sich an feste Termine zu halten. Jedoch gibt es in Hamburg diesbezüglich erste Entwicklungen, um den Schwierigkeiten entgegenzuwirken. Es konnte ein guter Kontakt zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Einrichtungen *Pik As* und der *Krankenstube für Obdachlose* hergestellt werden. Hier gab es bereits eine erste Sitzung, in der die Mitarbeiter geschult wurden, Eilanträge für Pflegestufen bei den Krankenkassen zu stellen. So kann der Gesamtprozess der Begutachtung beschleunigt und die Betroffenen können nach kurzer Zeit in den Einrichtungen eingestuft werden.

Die folgende Grafik zeigt erneut den vorab beschriebenen Teufelskreis:



**Abbildung 2 Teufelskreis gesundheitlicher Zustand der Zielgruppe**

Weitere Hürden im deutschen Gesundheitssystem sind zum Beispiel die Komm-Struktur, die Öffnungszeiten und die Terminvereinbarungen in den Arztpraxen. Wohnungslose Menschen fällt es häufig sehr schwer, die Wartezimmersituation auszuhalten aufgrund von Hemmungen und Scham. Gleichzeitig führen das Verhalten, die Erscheinung und die Suchtproblematik in Krankenhäusern und

Arztpraxen zur Stigmatisierung (Regionaler Knoten Hamburg 2011). Auch haben die allgemeine Verkürzung der Verweildauer in den Krankenhäusern aufgrund des DGR Systems<sup>3</sup> und der Grundsatz „ambulant vor stationär“<sup>4</sup> zur Folge, dass wohnungslose Menschen keine Möglichkeiten haben, ihre Erkrankungen und Verletzungen in Krankenhäusern ausheilen zu lassen.

Insgesamt konnte mit diesem Abschnitt gezeigt werden, dass die betroffenen Menschen einen schlechten gesundheitlichen Zustand aufweisen, der sowohl als Ursache als auch als Resultat der Wohnungslosigkeit gesehen werden kann.

### **2.3 Besonderheiten von hilfe- und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen**

Wohnungslose ab Mitte 50 zählen in der Literatur bereits zu den älteren Menschen. Sie gelten als besonders benachteiligte Gruppe, da sich die Situationen „Wohnungslosigkeit“ und „Alter“ zusätzlich sehr negativ auf die Lebensbedingungen auswirken. Es entstehen komplexe Problemlagen, die folglich zu großen Schwierigkeiten führen, die Betroffenen in den freien Wohn- und Arbeitsmarkt, in das Gesundheitssystem und in die Altenhilfe zu vermitteln (Gillich 2003).

„Wohnungslos und alt heißt oft krank“, so schreibt es auch Schwan 2008 in einem Artikel in der Zeitschrift der Caritas. Die Vorarbeit der BGV hat gezeigt, dass es eine bestimmte Anzahl an hilfe- und pflegebedürftigen Menschen unter den Wohnungslosen gibt. Sie weisen aufgrund ihrer Lebenssituation im Vergleich zum „typischen“ Pflegebedürftigen eine Reihe von Besonderheiten auf. Sie sind mit Mitte 50 deutlich jünger und leiden, aufgrund des langen Lebens auf der Straße, an zum Teil schwerwiegenden somatischen und psychischen Erkrankungen. Sie haben es verlernt, sich in der Gesellschaft zu bewegen und zeigen auffällige Verhaltensweisen. Es fehlt ihnen an einer gesunden Selbsteinschätzung, und das

---

<sup>3</sup> Diagnosis Related Groups (kurz DRG) stellen ein Klassifikationssystem dar, auf deren Grundlage Krankenhausbehandlungen von Patienten anhand von Diagnosen abgerechnet werden.

<sup>4</sup> In Deutschland gibt es den Grundsatz, dass es erst zu einer stationären Versorgung eines Patienten kommen soll, wenn alle ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Dies ist im § 39, Absatz 1, SGB V und § 43, Absatz 1, SGB XI niedriger geschrieben.

Kranksein wird so lange wie möglich ignoriert. Wunden und Beschwerden werden in das Körperschema integriert. Das hat zur Folge, dass Symptome nicht beachtet werden und Bagatellerkrankungen, die normalerweise schnell ausheilen würden, chronifizieren und den Gesundheitszustand wiederum erheblich verschlechtern. Aufgrund der Vielzahl von Beeinträchtigungen sind die Betroffenen oftmals nicht mehr in der Lage, sich selbstständig zu versorgen.

Laut Sozialgesetzbuch XI gelten Menschen als **pflegebedürftig**, *„die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§15) der Hilfe bedürfen“* (§14, Absatz 1, SGB XI). Zusätzlich heißt es im Sozialgesetzbuch XII § 61 Absatz 1 *„Hilfe zur Pflege ist auch Kranken und behinderten Menschen zu leisten, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen“*. Für diesen etwas weiter gefassten Begriff der Pflegebedürftigkeit hat sich die Bezeichnung **„Pflegestufe 0“** eingebürgert. Jedoch werden die Möglichkeiten der Versorgung für Menschen mit geringem Hilfebedarf im SGB XII anschließend deutlich eingeschränkt, indem es heißt: *„für Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung gilt dies nur, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalls erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen“* (§ 61, Absatz 1, SGB XII).

Jedoch soll es im vorliegenden Konzept gerade um Menschen mit einem geringen Hilfebedarf gehen, da die Vorarbeit der BGV gezeigt hat, dass sich Personen mit hohem Pflegebedarf gut in Pflegeeinrichtungen integrieren lassen. Anders sah es bei denjenigen aus, die „nur“ eine Pflegestufe 0 oder 1 hatten.

Die nachfolgende Auflistung stellt die Gründe dar, die eine Integration dieser Zielgruppe in normale Pflegeeinrichtungen erschweren. Die Fakten konnten ebenfalls in der Vorarbeit der Behörde gesammelt werden. Besonders wichtig ist, dass beide Sichtweisen, sowohl der Fachleute, als auch der Zielgruppe (nach Expertenmeinung) dargestellt werden.

## **Sichtweise der Experten**

- ❖ fehlende Einsicht bzgl. der Notwendigkeit von Unterstützung seitens der Wohnungslosen
- ❖ Ablehnung von Hilfsangeboten (z.B. pflegerische Maßnahmen) seitens der Wohnungslosen
- ❖ hauswirtschaftliche Versorgung steht eher im Vordergrund als pflegerischer Bedarf -> Probleme bei der Einstufung in eine Pflegestufe durch den MDK (vgl. Absatz 2.2)
- ❖ Verhaltensauffälligkeiten, wie Aggressivität, Rückzugstendenzen, soziale Isolation, ...
- ❖ Suchtproblematik, vor allem Alkohol
- ❖ mangelnde Körperhygiene
- ❖ Betroffene können sich nicht an Regeln und Strukturen halten
- ❖ Betroffene können keine Kontakte pflegen und mit „typischen“ Pflegebedürftigen zusammenleben
- ❖ Altersunterschied, Betroffene sind deutlich jünger
- ❖ Aufgrund der Besonderheiten ist das Pflegepersonal vor Ort oftmals überfordert
- ❖ Betroffene haben oft nur kurzen Bedarf, sich zu „erholen“, sobald Mobilität wieder gegeben ist, rückt Suchtproblematik in den Vordergrund und „Bewohner“ verlassen das Heim -> Pflegepersonal fühlt sich jedoch für Bewohner verantwortlich

## **Sichtweise der Betroffenen (n. Expertenmeinung)**

- ❖ generelle Grundabneigung gegen Pflegeheime
- ❖ Angst vor Verlust der Freiheit und der Selbstbestimmung
- ❖ haben in ihrem Alter eigentlich die Hoffnung, dass sich ihr körperlicher Zustand noch einmal verbessert -> können sich daher nicht vorstellen, mit ca. 50 Jahren in ein Pflegeheim zu ziehen, was als „Endstation“ gesehen wird
- ❖ Angst, sich unter „normalen“ Menschen zu bewegen, haben soziale Umgangsformen verlernt und im Laufe der Zeit eigene Normen und Werte entwickelt -> ziehen sich daher oft zurück oder suchen nur Kontakt zu Gleichgesinnten
- ❖ Wohnungslose spüren Ablehnung, die sie oftmals von der Gesellschaft erfahren -> fühlen sich nicht akzeptiert und sind sehr beschämt
- ❖ Betroffene haben Angst, in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr trinken zu dürfen
- ❖ Betroffene wollen und können sich nicht anpassen, schaffen es nicht, sich an Regeln und Strukturen zu halten
- ❖ „Taschengeldregelung“ (vgl. Abschnitt 4.3.1) gilt als sehr abschreckend: Betroffene wissen, dass ihnen auf der Straße mehr Geld zur Verfügung stehen würde als im Pflegeheim; die Geldzuteilung bedeutet eine große Verletzung der Selbstbestimmung

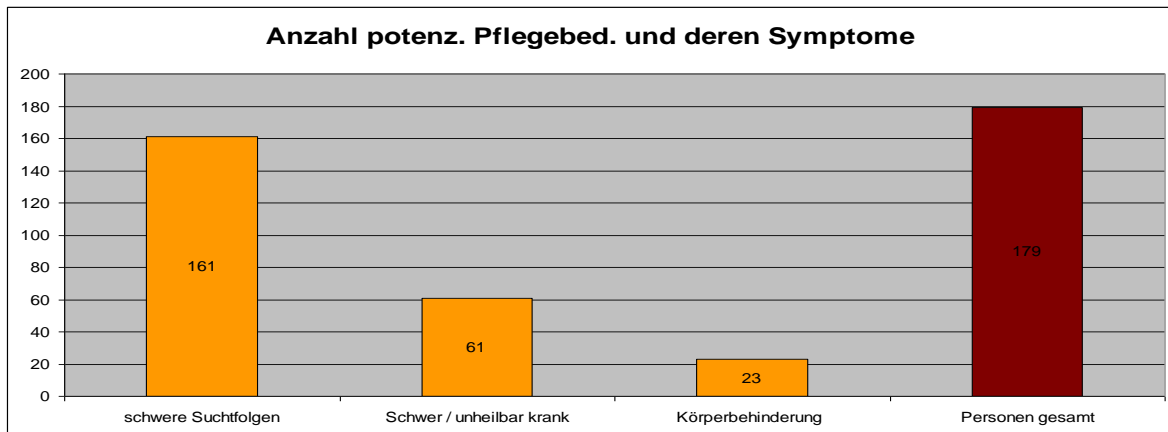
Die aufgezeigten Gründe in der Auflistung machen deutlich, dass eine Integration von pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen nicht erfolgsversprechend ist, da die Pflegeeinrichtungen nicht auf die Bedürfnisse dieser Menschen ausgerichtet sind. Somit ist es in der Entwicklung einer bedarfsgerechten Unterbringungsform notwendig, ein separates Angebot zu schaffen.

## 2.4 Hilfe- und pflegebedürftige wohnungslose Menschen in Hamburg und deren Hilfesystem

In Hamburg gibt es ca. 5400 wohnungslose Menschen. Während der größte Teil von ihnen in Wohnunterkünften in öffentlich- rechtlicher Unterbringung lebt, ergab die letzte empirische Untersuchung zur Obdachlosigkeit, dass 1029 Menschen direkt auf der Straße leben. Der Frauenanteil lag dabei bei 22,2%. Es konnte festgestellt werden, dass das Durchschnittsalter im Vergleich zum Jahr 1996 (37 Jahre) auf 43 Jahre angestiegen ist. Weiterhin zeigte sich, dass die durchschnittliche Dauer des Lebens auf der Straße mit zunehmendem Alter anstieg. So lag die durchschnittliche Obdachlosendauer bei 58,1 Monaten und die durchschnittliche Dauer bei Personen im Alter von 50 bis 74 Jahren bei 79,1 Monaten. Zusätzlich schätzen die Menschen auf der Straße ihren Gesundheitszustand sehr viel schlechter ein als die der Hamburger Gesamtbevölkerung. Dabei verschlechterte sich die Beurteilung des Gesundheitszustandes mit zunehmender Obdachlosendauer (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009). Gerade der letzte Punkt ist von großer Bedeutung, wenn man bedenkt, dass Obdachlose grundsätzlich ein verringertes Gesundheitsbewusstsein haben und körperliche und psychische Beeinträchtigungen ignorieren (vgl. Abschnitt 2.2).

Leider gibt es in Hamburg keine genauen Daten über die Anzahl von pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen. 2009 konnte die damalige Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz im Rahmen eines Projektes 152 pflege- und hilfebedürftige Wohnungslose und Zuwanderer in 21 von insgesamt 52 Wohnunterkünften identifizieren.

Die Anstalt öffentlichen Rechts *fördern und wohnen (f&w)* hat im Jahr 2011 die Belastungslage der wohnungslosen Menschen eingeschätzt. Von 233 Klienten und Klientinnen, die zu diesem Zeitpunkt nicht in einen Wohnraum zu vermitteln waren, lagen bei 179 Personen mindestens eines der Merkmale „schwere Suchterkrankung“ (z.B. körperlicher und geistiger Abbau, Vermüllung, Verwahrlosung, Organisationsunfähigkeit, aggressives Auftreten), „schwer/unheilbar krank“ oder „Körperbehinderung“ vor. Die folgende Abbildung stellt die Ergebnisse grafisch dar.



**Abbildung 3 Anzahl potenz. Pflegebed. und deren Symptome (Barthel 2012)**

Hochgerechnet auf die Gesamtzahl aller „uneingestuft“<sup>5</sup> Personen (ca. 450) sind bei etwa 320 Betroffenen schwere Suchtfolgen zu erwarten, bei etwa 120 Menschen eine schwere oder unheilbare Krankheit und bei knapp 50 eine Körperbehinderung. Aufgrund dieser vorliegenden Zahlen geht *f&w* davon aus, dass ein großer Teil dieser Personen zumindest einen Hilfebedarf im Umfang einer „Pflegestufe 0“ hat.

### Das Hilfesystem in Hamburg für hilfe- und pflegebedürftige wohnungslose Menschen

Die Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen bildet eine Schnittstelle zwischen dem Hilfesystem der wohnungslosen Menschen und der pflegerischen Versorgungsstrukturen in Hamburg. Im Rahmen der Vorarbeit der BGV konnten beide Seiten auf ihre Versorgungsmöglichkeiten untersucht werden. Diese sollen an dieser Stelle kurz vorgestellt werden.

Das Hilfesystem für wohnungslose Menschen (vgl. Anhang 8.1) bietet nur vereinzelt Versorgungsangebote für die Zielgruppe. So gibt es in der Übernachtungsstätte *Pik As* einen sogenannten „Gesundheitsflur“, der fünf Menschen zur Verfügung steht, die aufgrund einer Erkrankung ein hohes Ruhebedürfnis haben. Der Zeitraum des Aufenthaltes ist jedoch begrenzt. Weiterhin arbeitet vor Ort ein Krankenpfleger eines ambulanten Pflegedienstes, der zweimal pro Woche für je fünf Stunden Personen in der Übernachtungsstätte

<sup>5</sup> Die Fachstellen für Wohnungsnotfälle in Hamburg helfen Menschen, die vom Verlust der Wohnung bedroht oder bereits obdachlos geworden sind. Sie stufen die wohnungslosen Menschen in drei verschiedene Stufen ein. Während die Personen der Stufe 1 keine Schwierigkeiten bereiten, in eine Wohnung vermittelt zu werden, nimmt die Problematik mit jeder Stufe zu. Menschen, die sich zu dem Zeitpunkt nicht einstufen lassen, gehören umgangssprachlich zur „uneingestuft“ Stufe 4. Sie gelten als aktuell nicht vermittelbar und stellen eine problembehaftete Gruppe dar.

betreut. Zu seinen Aufgaben gehören unter anderem die Motivation und Anleitung zur Körperpflege, Wund- und Medikamentenversorgung.

Ein weiteres Angebot stellt die *Krankenstube für Obdachlose* dar. Neben Behandlungspflege zur gesundheitlichen Stabilisierung bietet die Institution den Klienten und Klientinnen soziale Hilfen zur gesellschaftlichen Wiedereingliederung an. Jedoch ist der Aufenthalt auch hier auf 6 Wochen begrenzt und die Patienten müssen bei Aufnahme mobil sein.

Vereinzelt werden Pflegebedürftige z.B. in stationären Einrichtungen für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (nach § 67 SGB XII) durch ambulante Pflegedienste betreut. Jedoch steht hinter dem Konzept ebenfalls eine begrenzte Aufenthaltsdauer, sodass diese Art der Unterstützung keine langfristige Lösung darstellt. Teilweise werden die Betroffenen in Unterkünften von *fördern und wohnen* durch ambulante Pflegedienste versorgt. Im *Achterdwas*, einer Unterkunft von *f&w*, sind vermehrt pflegebedürftige Menschen untergebracht. Hier gibt es einen fest integrierten externen ambulanten Pflegedienst, der für die Versorgung auch eigene Räumlichkeiten vor Ort hat.

Zusätzlich existieren in Hamburg niedrighschwellige Hilfsangebote für Menschen, die keinen Kontakt zu den Fachstellen für Wohnungsnotfälle haben. So gibt es im Rahmen der ärztlichen Versorgung drei verschiedene Angebote: die mobile Hilfe der Caritas, die Krankenstube für Obdachlose und drei unterschiedliche ärztliche Sprechstunden, die sowohl hausärztliche als auch psychiatrische Behandlungen anbieten.

Von Seiten der pflegerischen Versorgungsstrukturen in Hamburg gibt es keine Pflegeeinrichtung, die sich ausschließlich auf die Zielgruppe der pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen spezialisiert hat. Es gibt jedoch einzelne Einrichtungen, die diesen Personenkreis integrativ versorgen. In Öjendorf betreibt die *Pflegen und Wohnen Hamburg GmbH* eine stationäre Einrichtung, die chronisch mehrfach beeinträchtigten abhängigkeitskranken Menschen Pflege, Hilfe und soziale Betreuung bietet, ohne dass Suchtmittelfreiheit Ziel oder Aufnahmevoraussetzung ist. Auch die Pflegeeinrichtungen *Alten- und Pflegeheim Kinne GmbH* und *Seniorenheim Scheffler* zeigen eine Offenheit für diese Zielgruppe. 2009 schaffte *Pflegen und Wohnen Altona* im Rahmen eines Projektes ein separates Angebot



für den genannten Personenkreis. Das Projekt scheiterte jedoch nach kurzer Zeit, da sich zum einen nicht genug Personen fanden, die dieses Angebot nutzen wollten. Zum anderen waren die Klienten, die eingezogen waren, mit ihren Verhaltensauffälligkeiten für die anderen Bewohner und das Pflegepersonal vor Ort nicht tragbar.

Die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration hat in ihrem aktuellen Gesamtkonzept der Wohnungslosenhilfe von 2012 in Hamburg die Einrichtung von sogenannten „Lebensplätzen“ geplant. Diese sollen überwiegend für ältere Menschen geschaffen werden, die aus gesundheitlichen bzw. aus anderen sozialen Gründen keine Möglichkeit auf (Re-) Integration in normalen Wohnraum haben. Konzeptionelle Überlegungen bezüglich dieses Themas sind jedoch noch nicht abgeschlossen.

Sowohl die Zahlen für Hamburg als auch die gerade dargestellten Angebote zeigen, dass es einen großen Bedarf an einer speziellen Versorgungsform für pflegebedürftige wohnungslose Menschen gibt. Gleiches bestätigten in der Vorarbeit der BGV die Experten der Wohnungslosenhilfe und der Pflegeeinrichtungen. Die Übernachtungsstätten und Unterkünfte sind für diese Zielgruppe nicht ausgelegt. Es fehlt sowohl an personeller als auch an räumlicher Ausstattung. Gleichzeitig wurde erneut klar, dass eine Integration von Menschen aus der Wohnungslosigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen nicht möglich ist. Somit wird das in der Einleitung erwähnte Defizit deutlich, dass die Entwicklung einer neuen Versorgungsform unabdingbar macht.

## **2.5 Bestehende Konzepte zur Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen**

Im Rahmen der Vorarbeit der BGV wurde untersucht, welche Versorgungsangebote andere Großstädte in Deutschland für pflegebedürftige wohnungslose Menschen anbieten. Dabei konnte festgestellt werden, dass eine Vielzahl von Städten die Zielgruppe auf klassische Pflegeeinrichtungen verweist, so z.B. Berlin, Köln und Nürnberg. Neben der integrativen Versorgung konnten

jedoch deutschlandweit auch 11 Einrichtungen ermittelt werden, die für pflegebedürftige wohnungslose Menschen separate Betreuungsformen anbieten.

Im Folgenden werden zwei Institutionen vorgestellt, die sich auf die Versorgung der Zielgruppe spezialisiert haben. Zum einen handelt es sich um eine stationäre Einrichtung in Deutschland und zum anderen um ein ambulantes Versorgungsangebot in Österreich. Somit können die Möglichkeiten der unterschiedlichen Settings dargestellt werden.

Das erste Haus ist das Pflegeheim **Erlacher Höhe** in Großerlach. Träger ist der Verein für soziale Heimstätten in Baden- Württemberg e.V. Es bietet gesundheitlich eingeschränkten und/ oder altersschwach gewordenen Menschen, bei denen besondere Lebensverhältnisse, insbesondere Wohnungslosigkeit, mit sozialen Schwierigkeiten vorhanden sind, ein Zuhause. Zusätzlich muss ein Pflegebedarf nach SGB XI vorliegen. In 30 abschließbaren Zimmern mit integrierter Nasszelle und einem Notrufsystem werden die Bewohner ganztägig betreut. Sie erhalten Vollverpflegung und eine komplette hauswirtschaftliche und Wäscheversorgung. Die ganzheitliche Betreuung erfolgt durch das Pflegepersonal und sozialpädagogische Fachkräfte. Neben Freizeitangeboten, wie Billard und Tischfußball, gibt es verschiedene Einzel- und Gruppenangebote, wie Malen, Holzarbeiten, Gesprächsgruppen. Alkoholkonsum ist in Maßen erlaubt. Finanziert wird die Einrichtung über Leistungen gemäß §§ 67 ff SGB XII und Leistungen gemäß SGB XI.

Neben den Einrichtungen in Deutschland gibt es auch in Österreich/Wien eine Einrichtung, die sich auf die Versorgung dieses Klientels spezialisiert hat. Zielgruppe im **Haus Allerheiligen** sind Männer, Frauen und Paare, die von direkter oder indirekter Wohnungslosigkeit betroffen und in anderen Einrichtungen nicht resozialisierbar oder integrierbar sind. Als Voraussetzung müssen sie ein Mindestmaß an Selbständigkeit und die Akzeptanz einer Mindestbetreuung mitbringen. Gleichzeitig müssen die Betroffenen in der Lage sein, die Hausordnung einzuhalten. Das Haus bietet Platz für 54 Personen in 51 Wohnungen, wobei zwei Wohnungen für Paare ausgelegt sind. Die Wohnungen sind komplett möbliert und besitzen sowohl eine Kochnische als auch sanitäre Anlagen. Gleichzeitig gibt es Gruppenräume, die gemeinsam genutzt werden

können. In der Einrichtung steht den Bewohnern tagsüber in der Zeit von 07:00 – 16:00 Uhr ein multiprofessionelles Team zur Seite, welches ihnen eine Vielzahl von Einzel- und Gruppenangeboten (Ausflüge, Aktivitäten, Beratung, Begleitung, ...) anbietet. Das Team besteht aus einer Leitung, einer Sozialarbeiterin, einer Gesundheitsbetreuerin, zwei Wohnbetreuern, einem Hausmeister, einer Ergotherapeutin, Reinigungskräften, geringfügig beschäftigten Mitarbeitern und Zivildienstleistenden. In der Nacht ist der Hausmeister für Notfälle im Haus erreichbar. Weiterhin kooperiert das Haus eng mit externen Diensten, wie z.B. ambulanten Pflegediensten, Ärzten (Allgemeinmedizin, Psychiater), Hospizdiensten und Therapeuten. Alkoholkonsum ist in Maßen erlaubt und die Bewohner können diesen in der Kantine erwerben. Finanziert wird die Einrichtung über vertraglich vereinbarte Kostensätze der Gemeinde Wien, Wohnkostenbeiträge der Klienten und zweckgewidmeten Sachspenden.

Das Konzept des **Hauses Allerheiligen** ist für das weitere Vorgehen in dieser Arbeit von besonderer Bedeutung und sollte als Orientierung in der Konzeptentwicklung dienen. Jeder Bewohner hat seinen geschützten Raum, kann seine Selbständigkeit erhalten und hat trotzdem die Möglichkeit, Unterstützung anzunehmen. Für Hamburg ist vor allem das ambulante Setting sehr interessant, wenn man bedenkt, dass ein 2009 entwickeltes Konzept für eine stationäre Pflegeeinrichtung aus finanziellen Gründen nicht umsetzbar war. Aber auch von Seiten der Zielgruppe gibt es eine klare Abneigung gegen stationäre Einrichtungen, wie es auch schon in Abschnitt 2.3 dargestellt werden konnte.

### 3 Vorgehensweise der Konzeptentwicklung

Die Erarbeitung des Konzeptes erfolgte in Form einer Arbeitsgruppe. Diese bestand aus Frau Dr. Ishorst- Witte, die als internistische Hausärztin in der Wohnungslosenhilfe tätig ist, Frau Schröder, die die Krankenstube für Obdachlose der Caritas leitet, und der Verfasserin. Dabei fanden drei gemeinsame Sitzungen statt. An der Auftaktsitzung nahm Herr Cappell, Leiter des Referats Seniorenarbeit und pflegerische Versorgungsstruktur der Behörde für Gesundheit und

Verbraucherschutz, teil. Hier wurden einzelne Punkte der Arbeitsplanung und weiteren Vorgehensweise besprochen. Bei dem zweiten Termin benannte die Arbeitsgruppe die Zielgruppe, die Bedarfe dieser und das Betreuungskonzept in Form von Zielen und Maßnahmen. An der dritten Sitzung konnte Frau Schröder berufsbedingt nicht teilnehmen. Hier erstellten Fr. Dr. Ishorst- Witte und die Verfasserin die wichtigsten Punkte zur personellen und räumlichen Ausstattung, zum Leistungsangebot und zum Standort. Frau Schröder erhielt die Ergebnisse schriftlich und ergänzte diese.

Die beiden Fachexpertinnen lieferten durch ihre langjährigen Erfahrungen und Kenntnisse wichtige Impulse, die in die Konzeptentwicklung einfließen. Wie bereits erwähnt, hat sich die Verfasserin im Rahmen eines Praxissemesters bei der BGV im Vorfeld ausführlich mit der Thematik befasst, da sie an der Vorarbeit der BGV beteiligt war. Die hier gesammelten Informationen flossen zusätzlich in die Erarbeitung des Konzeptes ein. Die Verfasserin bereitete die Besprechungen vor, moderierte diese und sicherte die Ergebnisse in schriftlicher Form. Nach den Sitzungen stellte sie die Ergebnisse den beiden Expertinnen zur Verfügung, um diese noch einmal abgleichen zu lassen (siehe Anhang 8.3). Bei konzeptionell schwierigen Fragen nahm die Verfasserin Kontakt zu anderen Institutionen auf, um diese diesbezüglich zu befragen. So konnten weitere wertvolle Erfahrungsberichte in die Arbeit einfließen.

Zusätzlich fanden Termine mit der BGV statt. Neben Herrn Cappell standen auch Herr Meyer, als Leiter des Referats Hilfe zur Pflege, und Frau Gust, als Mitarbeiterin des Referats Seniorenarbeit und pflegerische Versorgungsstruktur, der Verfasserin beratend zur Seite. Das war gerade in den Bereichen der Finanzierung und rechtlichen Bedingungen von großer Bedeutung.

Ein genauer Arbeitsplan findet sich im Anhang unter Punkt 8.2.

Ziel war es, gemeinsam ein Konzept für hilfe- und pflegebedürftige wohnungslose Menschen in Hamburg zu entwickeln, um eine Versorgungslücke der Stadt zu schließen und eine bedarfsgerechte Unterstützungsform anbieten zu können.

## 4. Konzept

### 4.1 Definition der Zielgruppe

Zur Zielgruppe gehören Menschen, die wohnungslos sind, in prekären Wohnverhältnissen leben oder unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht sind. Aufgrund ihrer schwierigen Lebenssituation haben sie diverse somatische und psychische Erkrankungen und bedürfen aufgrund dessen verschiedener Formen der Unterstützung. Sie haben ausgeprägte Defizite in ihrer persönlichen Lebensführung, und es fehlt ihnen an Bewältigungsstrategien, um sich in der Gesellschaft zu integrieren. Dazu gehört zum Beispiel das Halten des eigenen Wohnraums oder die Integration in andere unterstützende Institutionen wie stationäre Pflegeeinrichtungen. Es soll sich vorerst auf die Menschen konzentriert werden, die einen geringen Pflegebedarf haben, d.h. die der Pflegestufe „0“ oder „1“ angehören, da für Menschen mit hohem Pflegebedarf Versorgungsmöglichkeiten vorhanden sind (vgl. Abschnitt 2.3).

In der Arbeitsgruppe konnte festgestellt werden, dass in Bezug auf das Alter keine genauen Vorgaben gemacht werden sollten. Das Angebot sollte für Menschen ab 40 Jahre sein, da der Unterschied in der Altersspanne 40 bis 50 Jahre nicht groß sei. Gleichzeitig herrschte in der Gruppe Konsens darüber, dass nicht das Alter oder die Ursache der Wohnungslosigkeit Kriterien zur Aufnahme sein sollten, sondern die Bedarfe der Einzelnen. Weiterhin bestand Einigkeit darüber, dass die Zielgruppe bei Aufnahme keine illegalen Drogen konsumieren darf, jedoch eine Drogensubstitution, das heißt eine Behandlung mit legalen Ersatzdrogen, möglich ist.

Das Versorgungsangebot sollte für Männer und Frauen zugänglich sein. Der Arbeitsgruppe war bewusst, dass es zu diesem Thema verschiedene Meinungen gibt, da Frauen oftmals durch (sexuelle) Gewalttaten traumatisiert sind und sich nicht mehr vorstellen können, mit Männern zusammenzuleben (vgl. Abschnitt 2.2). Jedoch gibt es auch Einrichtungen, die für beide Geschlechter ausgelegt sind. Im Haus Allerheiligen (vgl. Abschnitt 2.5) gibt es zwei Stockwerke, die speziell für Frauen reserviert sind. Diese sind für alle Bewohner des Hauses frei zugänglich

und nicht durch geschlossene Türen voneinander getrennt. Die Frauen werden vor dem Einzug darauf hingewiesen, dass sie zusammen mit Männern und Paaren in einem Haus leben. Die Einrichtung hat noch nicht die Erfahrung gemacht, dass Frauen aufgrund der Problematik ausgezogen sind. Vielmehr wiesen die Bewohnerinnen darauf hin, lieber in einer gemischten Form leben zu wollen und ihre Wohnung als Schutzraum zu empfinden, d.h. dass sie sich im Haus sehr wohl fühlen. Bei Bedarf schaffen es die Frauen sich gut abzugrenzen und Konflikte mit den Männern selbst zu klären. Auch in der *Münze*, einem Hamburger Wohnprojekt für psychisch erkrankte wohnungslose Menschen, leben Männer und Frauen gemeinsam in einem Wohnhaus. Für Frauen gibt es ebenfalls eine separate Etage. Laut Angaben der Mitarbeiter gab es auch hier seit neun Jahren keine negativen Erfahrungen mit der gemeinsamen Unterbringung. Die Beispiele zeigen somit, dass es möglich ist, Männer und Frauen in einer Einrichtung zu versorgen.

Folgende Grundbedingungen konnte die Arbeitsgruppe für die Aufnahme erarbeiten: Das Ausmaß der psychischen Erkrankung muss in der Einrichtung noch handhabbar sein, d.h. der Umgang mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung kann nicht gewährleistet werden. Die Bewohner müssen ein Mindestmaß an Selbstständigkeit aufweisen und zumindest eine geringe Betreuung akzeptieren. Zusätzlich müssen sie so weit in der Lage sein, sich an die Hausordnung zu halten, als dass sie keine aggressiven Verhaltensweisen zeigen oder Gewalt anwenden.

Ein weiteres Aufnahmekriterium ist, dass die Betroffenen mindestens einen erheblichen Bedarf an Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 des SGB XII haben, damit eine finanzielle Grundlage gegeben ist.

Um zusammenfassend ein genaueres Bild von der Zielgruppe zu erhalten, wurden in der folgenden Tabelle drei Steckbriefe von potentiellen Bewohnern erstellt. Es sind Menschen aus der alltäglichen Arbeit der Fachexpertinnen, die hier zur Veranschaulichung als Fallbeispiele dienen.

<b>Herr A.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 58 Jahre</li><li>• Z.n. Schlaganfall mit nur geringer Restschwäche, schlechter Ernährungszustand, Alkoholkrankheit, wiederkehrende Stürze bei zunehmender Schwäche</li><li>• besorgt sich selbst hochprozentigen Alkohol oder lässt ihn sich</li></ul>
----------------	--

	<p>durch Zimmernachbarn gegen Entgelt kaufen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• trinkt bis zum Zustand der völligen Trunkenheit, liegt dann kaum ansprechbar im Bett, nässt und kotet ein; hat dadurch bereits mehrfach oberflächliche Druckgeschwüre entwickelt</li> <li>• sein Aktionsradius ist durch seine Vorerkrankungen und den körperlichen Abbau stark eingeschränkt, sodass er zunehmend auf Botengänge bzgl. des Alkohols angewiesen ist</li> <li>• die Körperpflege vernachlässigt er, seine Notdurft verrichtet er immer wieder in Papierkörbe, Flaschen, etc.</li> <li>• psychisch ist er, wenn er ansprechbar ist, depressiv, zur Person orientiert</li> <li>• eine gesetzliche Betreuung lehnt er ab</li> </ul>
<b>Herr D.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 48 Jahre alt</li> <li>• trinkt seit vielen Jahren sehr viel Alkohol, ist abgemagert, verwahrlost, verlaust</li> <li>• wird in Notunterkunft regelmäßig gebadet, da er selbst nicht für sich sorgen kann</li> <li>• er ist im Citybereich mobil und hat eine eloborierte Gesprächsfassade, er konfabuliert</li> <li>• seine Situation scheint er nicht realistisch einschätzen zu können, seine Aussagen stehen im krassen Gegensatz zu seinem tatsächlichen Zustand</li> </ul>
<b>Frau D.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 69 Jahre alt</li> <li>• Herzinsuffizienz, Dermatitis, Ulcera bd. Unterschenkel</li> <li>• keine Suchtproblematik</li> <li>• braucht Unterstützung im Haushalt, braucht keine Unterstützung bei der Körperpflege, Anleitung und Motivation</li> <li>• seit 10 Jahren wohnungslos, gesetzlicher Betreuer vorhanden</li> </ul>

Tabelle 1 Fallbeispiele

## 4.2 Bedarfe

Wie die Fallbeispiele im vorherigen Abschnitt zeigen, hat die Zielgruppe sehr komplexe Problemlagen, woraus sich eine vielfältige Bedarfslage ergibt. Die Arbeitsgruppe hat dabei vier Bereiche ermittelt, in denen Unterstützungsangebote notwendig sind. Dazu gehört der medizinische, pflegerische, hauswirtschaftliche und psychosoziale Bereich. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die wichtigsten Bedarfe des jeweiligen Bereiches.



Abbildung 4 Bedarfe der Zielgruppe

## 4.3 Betreuungskonzept

### 4.3.1 Ziele und Maßnahmen

Im Verlauf der Arbeit konnten die Besonderheiten der Zielgruppe mehrfach aufgezeigt und dargestellt werden (vgl. Abschnitte 2.2, 2.3, 4.1). Somit ist bei der Konzeptentwicklung zu beachten, dass die betroffenen Menschen besondere Hilfe im Alltag benötigen, um sich im erforderlichen Maße anzupassen, zurechtzufinden und das Unterstützungsangebot auch als positiv zu erleben. Um den sehr individuellen Anforderungen gerecht zu werden, bedarf es eines besonderen Betreuungsaufwandes mit intensiver Begleitung, was nur durch ein spezielles Betreuungskonzept erreicht werden kann. Dieses soll im Folgenden vorgestellt werden. Die Arbeitsgruppe hat Ziele definiert, die mit dem Konzept erreicht werden sollen. Den Zielen wurden im ersten Schritt Probleme und Grenzen und im



zweiten Schritt Maßnahmen zugeordnet, um den individuellen Bedürfnissen der potentiellen Bewohner gerecht zu werden.

Das **erste und oberste Ziel** lag für die Arbeitsgruppe darin, die Zielgruppe in dem „neuen“ Wohnraum zu halten und somit einen Ort zu schaffen, an dem die Menschen auch bleiben wollen und sich sozial integriert fühlen. Dem entgegen stehen die bereits beschriebenen Probleme der ablehnenden Haltung gegenüber Unterstützungsangeboten und der fehlenden Einsicht. Die Klienten haben Angst, sich dem Hilfesystem auszuliefern und ihre Selbstbestimmung zu verlieren. Zusätzlich sind sie im Laufe ihres Lebens beziehungsunfähig geworden, haben Angst, mit anderen Menschen zusammenzuleben und sich auf etwas Neues einzulassen. Um diesen Problemen entgegenzuwirken und für die Zielgruppe trotzdem ein Angebot zu schaffen, auf das sie sich einlassen können, bedarf es ganz spezieller Maßnahmen und Verhaltensweisen, die von gewöhnlicher Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen abweichen. Der wichtigste Grundsatz liegt darin, dass sich das neue Versorgungssystem auf die Betroffenen einstellen muss, da es umgekehrt nicht möglich ist. Daraus ergibt sich als erste wichtige Grundbedingung die Notwendigkeit der richtigen Kompetenz und Qualifikation des zukünftigen Personals und dessen Grundhaltung gegenüber den Klienten. Es muss motiviert sein, mit der Zielgruppe zu arbeiten und diese mit ihrem abweichenden sozialen Verhalten zu akzeptieren und zu tolerieren und somit da abzuholen, wo sie gerade stehen. Das Personal muss neben einer offenen, unvoreingenommenen und wertschätzenden Haltung ein hohes Maß an kommunikativen Fähigkeiten mitbringen und in der Lage sein, ablehnendes Verhalten und den Bruch von Regeln und Strukturen bis zu einem gewissen Grad zu akzeptieren und gegebenenfalls eigene Ansprüche, z.B. im Bereich der Körperpflege, zu senken. Trotz der ablehnenden Haltung müssen die Mitarbeiter immer wieder bereit sein, neue Hilfsangebote zu machen. Es muss eine tragfähige Beziehung zur Zielgruppe aufgebaut werden, um das Vertrauen zu gewinnen und somit eine Zusammenarbeit zu ermöglichen. Eine wichtige Maßnahme dazu wäre, feste Ansprechpartner für jeden Klienten zu organisieren. Im Bereich der Pflege

wäre es sehr vorteilhaft, das Bezugspflegesystem<sup>6</sup> anzuwenden. So sollten die Bewohner zum einen nur durch einen festen Pflegedienst versorgt werden und im Idealfall auch immer durch feste Pflegekräfte. Diese sollten speziell geschult werden, um zu lernen mit der Zielgruppe zu arbeiten. Gleichzeitig wäre es empfehlenswert, dass die Pflegekräfte nach der Theorie der psychodynamischen Pflege von Hildegard Peplau<sup>7</sup> arbeiten, da hier die Beziehungsarbeit im Mittelpunkt steht.

Die zweite wichtige Maßnahme, um die Menschen in dem neuen Wohnraum zu halten, wäre, geeignete Rückzugsräume zu schaffen. Laut Aussagen der Fachexpertinnen wünschen sich die Betroffenen eine eigene abschließbare Wohnung, in die sie sich zurückziehen und sicher fühlen können. Zusätzlich gibt es vermehrt Konfliktpotential unter den Wohnungslosen, sodass Einzelzimmer für das Konzept unabdingbar werden. Jedes Zimmer sollte eine eigene Nasszelle haben und ggf. sogar eine kleine Kochgelegenheit, um den Bewohnern die Möglichkeit des selbständigen Kochens zu gewährleisten, wie es auch in dem Haus Allerheiligen möglich ist (vgl. Abschnitt 2.5). Diskutiert werden muss, ob der eigene Rückzugsort tatsächlich abschließbar sein sollte. Auf der einen Seite sollten die Wünsche und gegebenenfalls sogar Ängste der Klienten ernst genommen werden, da sie sich wahrscheinlich erst wohl und sicher fühlen, wenn sie ihre Tür abschließen können. Zum anderen haben die Betroffenen oftmals die größten Defizite in der hauswirtschaftlichen Versorgung und das Problem der Vermüllung ist nicht selten. Somit sollten die Räume für das Personal zugänglich sein, um in dieser Hinsicht unterstützend zur Seite stehen zu können.

Im dritten Schritt geht es darum, für die Zielgruppe Leistungsangebote zu schaffen, um ihnen die Gewissheit zu geben, dass sie die Unterstützung bekommen, die sie gerade auch benötigen. Dazu gehört eine intensive Betreuung und Begleitung in den Bereichen der ärztlichen, pflegerischen,

---

<sup>6</sup> Def. *Bezugspflege*: Jeder Patient hat eine pflegerische Bezugsperson, die auf Grundlage des Pflegeprozesses für die Einführung auf Station und während des gesamten Aufenthaltes dort im Rahmen einer unterstützenden Beziehung, unter Einbezug des Pflegeleitbildes für eine zielgerichtete, der individuellen Situation angepasste, interdisziplinär abgesprochene Pflege des Patienten und für die Betreuung der Angehörigen verantwortlich ist (Abderhalden & Needham 2002).

<sup>7</sup> Hildegard Peplau beschreibt mit in ihrer Theorie vier Phasen der Pflegekraft/Patienten- Beziehung: die Orientierungs-, Identifikation-, Nutzungs- und Ablösungsphase. Gleichzeitig nimmt die Pflegekraft in der Beziehung zu dem Patienten verschiedene Rollen ein: Rolle des Fremden, des Unterstützenden, des Lehrenden, der Führungsperson, der Ersatzperson und des Beraters (Brandenburg & Dorschner 2003).

hauswirtschaftlichen und psychosozialen Versorgung (vgl. Abschnitt 4.2). Auf die einzelnen Bereiche wird im Folgenden noch genauer eingegangen.

Neben den eigenen Rückzugsräumen sollte es als vierten Punkt Gruppenräume geben, die den Klienten die Möglichkeit geben, in sozialen Kontakt zu treten und gemeinsame Aktivitäten durchführen zu können. Laut der Fachexperten äußern sie nämlich häufig den Wunsch, unter Gleichgesinnten zu sein und sich mit diesen auszutauschen und in die Gruppe zu integrieren. Durch professionelle Begleitung sollten verschiedene Angebote unterbreitet werden, wie z.B gemeinsames Kochen und Essen, Spielrunden, Filmabende oder auch gemeinschaftliche Ausflüge.

Ein Hauptgrund für die Ablehnung von stationären Versorgungsangeboten bei Wohnungslosen ist vor allem ihre Suchtproblematik. Sie haben Angst, nicht mehr regelmäßig Alkohol konsumieren zu können. Somit ist es im fünften Schritt unabdingbar, Alkoholkonsum bis zu einem gewissen Maße zuzulassen. In der Vorarbeit der Behörde berichteten die Einrichtungen, dass sich dabei die sogenannte „Taschengeldregelung“ sehr bewährt hat. Die Bewohner hätten ein gewisses Kontingent an Geld, was ihnen im Monat für Alkohol zur Verfügung steht. Das Geld wird von den Mitarbeitern vor Ort verwaltet. Dieses stellt eine gute Möglichkeit für das Konzept dar. Bleibt nur zu überlegen, ob die Mitarbeiter (z.B. der Pflegedienst) den Alkohol einkaufen und dann zuteilen oder ob vor Ort die Möglichkeit geschaffen werden sollte, sodass sich die Bewohner Alkohol selbständig beschaffen können, sofern sie nicht mehr in der Lage sind, das Haus allein zu verlassen. Dies hätte vielleicht den Vorteil, dass sie in ihrer Selbstbestimmung gestärkt wären und sich weniger kontrolliert fühlen. Aufgrund der Individualität, wird es jedoch notwendig werden von Fall zu Fall eine passende Vorgehensweise zu wählen. Wichtig ist jedoch die Grundhaltung, dass es konzeptionell nicht um eine Suchttherapie gehen soll, sondern darum, die Suchterkrankung zu akzeptieren und damit zu arbeiten. Die „Taschengeldregelung“ ist jedoch nur umsetzbar, wenn die Bewohner dieser Geldeinteilung freiwillig zustimmen oder ein gesetzlicher Betreuer vorhanden ist. Ansonsten gibt es keine rechtliche Grundlage für diese Intervention.

Aus der Vorarbeit der BGV ging hervor, dass die Lage der Einrichtung eine wichtige Rolle für wohnungslose Menschen spielt. Demnach sollte im sechsten

Punkt der Ort für die neue Einrichtung zentral in Hamburg liegen und über eine unmittelbare Verkehrsanbindung verfügen. Die Betroffenen erhalten so die Chance, schnell zu alten bekannten Orten zu kommen und sich mit Freunden zu treffen. Das Gefühl der Eingeschränktheit könnte erneut reduziert und die Selbstbestimmung gestärkt werden, da die Zielgruppe selbständig in der Stadt mobil sein könnte, sofern ihr körperlicher Zustand es erlaubt.

Das **zweite Ziel** sieht die Arbeitsgruppe darin, die Verelendung der Klienten im eigenen Wohnraum zu vermeiden. Die Ausgangslage hat deutlich gemacht, dass die Zielgruppe aufgrund ihrer bisherigen Lebensweise oder ihrer psychischen Erkrankungen und damit oftmals verbundenen Antriebsarmut ein ausgeprägtes mangelhaftes hygienisches Verhalten aufzeigt und schnell dazu neigt zu verwahrlosen (vgl. Abschnitt 2.2; 2.3). Diesem Problem gilt es ebenfalls mit speziellen Maßnahmen entgegenzuwirken, da es zum einen die gesundheitliche Situation des Betroffenen und seiner Umgebung gefährdet. Zum anderen ist es auch finanziell nicht tragbar, wenn die Räumlichkeiten in regelmäßigen Abständen einer Grundsanierung bedürfen.

Als Maßnahme ist eine intensive hauswirtschaftliche und pflegerische Begleitung und Unterstützung durch kompetentes und motiviertes Personal notwendig. Dabei spielt die bereits oben angesprochene Beziehungsarbeit eine ganz entscheidende Rolle. Gerade in diesen Interventionen ist es wichtig, dass gegenseitiges Vertrauen aufgebaut werden kann. Somit sind feste Ansprechpartner für die Bewohner unabdingbar. Die Schwierigkeit liegt für das Personal darin, zu entscheiden, wie viel Anleitung und Unterstützung der Klient braucht und inwieweit man ablehnendes Verhalten tolerieren kann und sollte. Es entsteht eine Diskrepanz zwischen Empowerment und vollständiger Übernahme. Oberstes Ziel sollte es sein, nicht defizitorientiert zu arbeiten, sondern die Ressourcen der Bewohner zu reaktivieren und ihr Selbstwertgefühl zu stärken. Oftmals haben sie Dinge einfach nur verlernt und können es demzufolge „wieder erlernen“. Zwangsmaßnahmen, z.B. bei der Körperpflege, würden das Vertrauen zerstören. Daher müssen die Mitarbeiter versuchen, über Vereinbarungen und Absprachen gemeinsam mit dem Menschen zusammenzuarbeiten. Das setzt kommunikative Fähigkeiten, Toleranz, Geduld und Empathie voraus. Sowohl in der Grundpflege als auch in der hauswirtschaftlichen Versorgung geht es primär darum, die

Betroffenen anzuleiten, zu motivieren und zu beaufsichtigen. Zusätzlich bedarf es psychosozialer Betreuung. Mit Hilfe von verschiedenen Angeboten sollte versucht werden, eine neue Tagesstruktur für jeden Einzelnen zu schaffen, da die Zielgruppe auch dieses verlernt hat. Praktisch könnten zum Beispiel in Einzelgesprächen Tagespläne mit dem Klienten besprochen werden, in die auch kleinere Aufgaben integriert werden könnten, um das Verantwortungsbewusstsein wieder zu stärken. Damit es gar nicht erst zu einer Verwahrlosung kommen kann, ist ein täglicher Kontakt zu den einzelnen Menschen unabdingbar. Die Mitarbeiter können somit den Verlauf und die Entwicklungstendenzen genau einschätzen und rechtzeitig notwendige Interventionen einleiten. Neben dem täglichen Kontakt zu dem Bewohner ist auch eine gute interne Kommunikation im Team von großer Bedeutung. Es sollten regelmäßige Treffen aller Mitarbeiter stattfinden, um sich gegenseitig über den einzelnen Bewohner auszutauschen. Dies könnte auch in Form von Supervisionen erfolgen, in denen zusätzlich schwierige und belastende Situationen, die Mitarbeiter mit einzelnen Klienten erlebt haben, reflektiert und gemeinsam Lösungsansätze gefunden werden könnten. Diese würden nicht nur zu einer besseren Versorgung der Bewohner führen, sondern auch zur Entlastung und Unterstützung für das gesamte Versorgungsteam. Ist es organisatorisch nicht möglich, dass sich interne und externe Mitarbeiter gemeinsam treffen, so sollte es trotzdem feste Kommunikationsstrukturen zwischen beiden Gruppen geben, um einen regelmäßigen Austausch und somit eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Das **dritte Ziel** wurde teilweise schon erwähnt, soll aber an dieser Stelle noch einmal explizit genannt werden. Es geht darum, die Selbstbestimmung der Zielgruppe zu erhalten und zu fördern und die Menschen mit ihren Besonderheiten und ihren teilweise außergewöhnlichen Lebensstilen zu akzeptieren. Ausgeschlossen sind dabei natürlich aggressive Verhaltensweisen und die Anwendung von Gewalt. Wie mehrfach erwähnt, haben sie große Angst, ihre Selbstbestimmung zu verlieren, sich anpassen zu müssen und sich an Regeln und Strukturen zu halten. Zusätzlich sind sie sehr beschämt und haben das Gefühl, in der Gesellschaft nicht akzeptiert zu sein (vgl. Abschnitt 2.2; 2.3.).

Die Interventionen zur Zielerreichung sind den bereits genannten Maßnahmen der ersten beiden Ziele gleich und sollen daher an dieser Stelle nur noch einmal kurz

zusammengefasst und um einzelne Überlegungen ergänzt werden. Eine herausragende Rolle spielt erneut die Akzeptanz und Wertschätzung seitens des Personals, die Zielgruppe mit ihren Besonderheiten anzunehmen. Dazu gehören zum Beispiel Verhaltensweisen wie Rückzugstendenzen und Ablehnung. Wenn ein Bewohner Gruppenangebote ablehnt und sich lieber allein in seinen Wohnraum zurückzieht, so muss das einfach akzeptiert werden um die Selbstbestimmung zu fördern. Gleiches gilt für psychische Erkrankungen. Sollte ein Bewohner zum Beispiel ausgeprägte Zwänge haben, so sollte man diese tolerieren und versuchen, sie in sein alltägliches Leben zu integrieren. Dieses gilt natürlich immer nur so lange, wie keine Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt. Jedoch entwickelt sich hier auch ein Spannungsfeld. Was ist, wenn das ablehnende Verhalten der Bewohner zu gesundheitsgefährdenden Situationen führt? Wann ist der Wille des Betroffenen selbstbestimmt und wann ist er fremdbestimmt, z.B. durch die Sucht? Die Mitarbeiter des *Pik As* haben das Dilemma zwischen Selbstbestimmung und eingeschränkter Selbstpflegefähigkeit in der Vorarbeit der BGV beschrieben. Sie stoßen regelmäßig an ihre Grenzen, wenn sie sehen, dass jemand unbedingt medizinische Hilfe benötigt, sie aber strikt ablehnt. Teilweise mussten die Mitarbeiter zusehen, wie sich jemand „tot trinkt“ und hatten keine Möglichkeit einzugreifen. Aus rechtlicher Sicht stellt sich hier auch die Frage nach der Garantenpflicht. Wann stirbt jemand freiwillig und wann ist es unterlassene Hilfeleistung? Gleiche Probleme können in der hier entwickelten Einrichtung auch vorkommen und sollten daher vorab besprochen und diskutiert werden.

Das **vierte Ziel** besteht darin, die psychische und physische Situation der Bewohner zu stabilisieren und mit der ablehnenden und gesundheitsschädigenden Lebensweise zu arbeiten.

Ein wichtiger Beitrag dazu wäre eine niedrighschwellige hausärztliche und psychiatrische Versorgung vor Ort anzubieten.

Von großer Bedeutung sind an dieser Stelle auch die psychosozialen Hilfen, die z.B. durch eine Personenbezogene Psychiatrische Maßnahme (PPM) durchgeführt werden kann. Zum einen gehört die soziale Betreuung dazu, die z.B. tagesstrukturierende Maßnahmen oder die bereits erwähnten Gruppenangebote

beinhaltet. Zum anderen geht es aber auch um die soziale Beratung. So soll an dieser Stelle die soziale und wirtschaftliche Situation der Bewohner stabilisiert werden. Dazu gehören bürokratische Angelegenheiten, wie Identitätsklärung, Klärung des Versicherungsstandes, ob Vorsorgevollmachten vorhanden sind und ob Anspruch auf soziale Leistungen, z.B. Rente, besteht, Antragverfahren bzgl. Pflegestufen und Betreuungen, Unterstützung bei Widerspruchsverfahren und vieles mehr. Gleichzeitig könnte man mit dem Betroffenen gemeinsam versuchen, Familienbeziehungen zu klären und ggf. wieder Kontakte aufleben lassen.

Das **fünfte Ziel** steht nicht im direkten Bezug zu der Zielgruppe, sondern stellt eine Grundbedingung für die tatsächliche Realisierung des Konzeptes dar. Es handelt sich dabei um die Wirtschaftlichkeit. Bereits 2009 gab es einen Konzeptentwurf für eine Pflegeeinrichtung für wohnungslose Menschen. Die stationäre Wohnform konnte jedoch aus finanziellen Gründen nicht umgesetzt werden. Daher soll mit diesem Konzept ein ambulantes Unterstützungsangebot geschaffen werden. Vor dem Hintergrund, dass es überwiegend für Personen mit Pflegestufe „0“ und 1 geschaffen werden soll, muss genau geprüft werden, wie hoch vor allem die laufenden Kosten sein können. Daraus ergeben sich auch Grenzen, z.B. in der Betreuungsdichte. Diese Problematik wird in den kommenden Abschnitten genauer bearbeitet.

Alles in allem konnten die wichtigsten Ziele des Betreuungskonzeptes und die dazugehörigen Interventionen dargestellt werden. Sie sollen dazu führen, den Bewohnern neue Horizonte aufzuzeigen und Angebote zu schaffen. Somit erhalten die Betroffenen die Chance, ihre Lebensweise zu verändern bzw. ihre Lebenssituation zu stabilisieren und neue Hoffnung zu schöpfen. Die wohl wichtigsten Faktoren sind dabei die zwischenmenschlichen Beziehungen und die Kommunikation untereinander.

Das beschriebene Betreuungskonzept stellt die Grundlage dar, um die nächsten Schritte der Konzeptumsetzung zu begründen.

### 4.3.2 Räumliche Ausstattung

Das neue Wohn- und Pflegeangebot für wohnungslose Menschen sollte laut Expertenmeinung in Form eines Hauses mit etwa 30 - 50 Plätzen errichtet werden. Eine genauere Zahl konnte nicht festgelegt werden. Auf der einen Seite bestünde bei einer größeren Anzahl von Plätzen die Möglichkeit, Leistungen zu poolen und somit die Chance, mehr Präsenzkkräfte zu finanzieren. Gleichzeitig bringt es aber eventuell eine gewisse Anonymität zwischen den Bewohnern und dem Personal mit sich, was sich ungünstig auf die beschriebene Vertrauens- und Beziehungsarbeit auswirken kann. Eine kleinere Anzahl von Plätzen hingegen kann Finanzierungsschwierigkeiten mit sich bringen. Es führt aber zu einer leichteren Stadtteileinbindung, und die Betreuung kann intensiver auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet werden. Das Haus sollte in einem „normalen“ Wohngebiet stehen, wo es von anderen nicht großartig zu unterscheiden ist. Weiterhin wäre ein Vorschlag, dass eine bereits vorhandene Einrichtung umrüstet werden könnte, um sich nicht mit Bürgerinitiativen auseinandersetzen zu müssen.

Die Plätze könnten in Form eines kombinierten Angebotes aus Einzelappartements und einer Wohngemeinschaft mit Einzelzimmern angeboten werden. So wäre es möglich, flexibel auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten einzugehen. Die Wohnungen wären für Menschen, die für sich einen Rückzugsort suchen und sich ein gemeinsames Leben mit anderen nicht vorstellen können. Die Wohngemeinschaft ist dagegen für Bewohner, die eine intensivere Versorgung wünschen und sich ein Leben mit anderen vorstellen können.

Die folgende Auflistung zeigt weitere Empfehlungen der Arbeitsgruppe und der Mitarbeiter der BGV im Überblick:

#### **Wohnhaus:**

- Plätze auf mehrere Stockwerke verteilen, so kann Frauen eine separate Etage angeboten werden
- Barrierefreiheit im gesamten Gebäude, Fahrstuhl
- Grundausstattung: Schrank, Bett (ggf. Pflegebett), Tisch mit zwei Stühlen, TV Tisch, TV Anschluss -> ggf. Bewohner selbst Zimmer gestalten lassen mit Hilfe von § 31, SGB XII



- externes oder internes Notrufsystem für Bewohner
- ggf. Kantine als Angebot der Speiserversorgung für Bewohner der Appartements
- Gemeinschaftsbad mit Badewanne und Personenlifter
- Behandlungszimmer für ärztliche Sprechstunden und Pflegedienst
- Hauswirtschaftsraum mit Waschmaschine und Wäschetrockner
- Keller- und Lagerungsräume
- Büroraum für Personal mit Tresor für Wohnungsschlüssel, Umkleiden, sanitäre Anlagen, Aufenthaltsraum

### Appartements

- abschließbare Einzelwohnung mit Grundausstattung
- behindertengerechtes Bad mit Toilette, Waschbecken, Dusche
- Küchenzeile
- ggf. eigener Gemeinschaftsraum oder Mitbenutzung des Raumes in Wohngemeinschaft

### Wohngemeinschaft

- abschließbare Einzelzimmer mit Grundausstattung, ggf. Nasszelle
- Gemeinschaftsküche mit Essgelegenheit
- Gemeinschaftsraum für Aktivitäten- und Freizeitangebote

#### 4.3.3 Standort

Die neue Einrichtung sollte im erweiterten Citybereich liegen. Das ist von großer Bedeutung, damit sich die Bewohner nicht ausgeschlossen, sondern gut integriert fühlen und weiterhin am allgemeinen Leben teilnehmen können. Es bringt eine gewisse Normalität mit sich. Weiterhin sollte eine gute Verkehrsanbindung zur U- und S- Bahn sowie zu Bussen vorhanden sein. Hierdurch können die Klienten selbstbestimmt und selbständig die Einrichtung verlassen und außerhalb Kontakte pflegen. Konsens herrschte in der Arbeitsgruppe darüber, dass der Standort nicht unmittelbar neben einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe, z.B. dem *Pik As*,

liegen sollte. Dieses bringt die Gefahr mit sich, dass die Betroffenen schnell wieder in alte Verhaltensmuster fallen und ihr neues Umfeld aufgeben.

#### 4.3.4 Leistungsangebote

Die Leistungsangebote gingen zum größten Teil bereits aus den vorherigen Abschnitten hervor, sollen aber an dieser Stelle noch einmal mit Hilfe der Abbildung dargestellt und im Anschluss kurz beschrieben werden. Den Angeboten werden im Schaubild die jeweiligen Akteure und Kostenträger zugeordnet. Im Abschnitt 4.3.5 und 4.5 werden beide genauer erläutert.

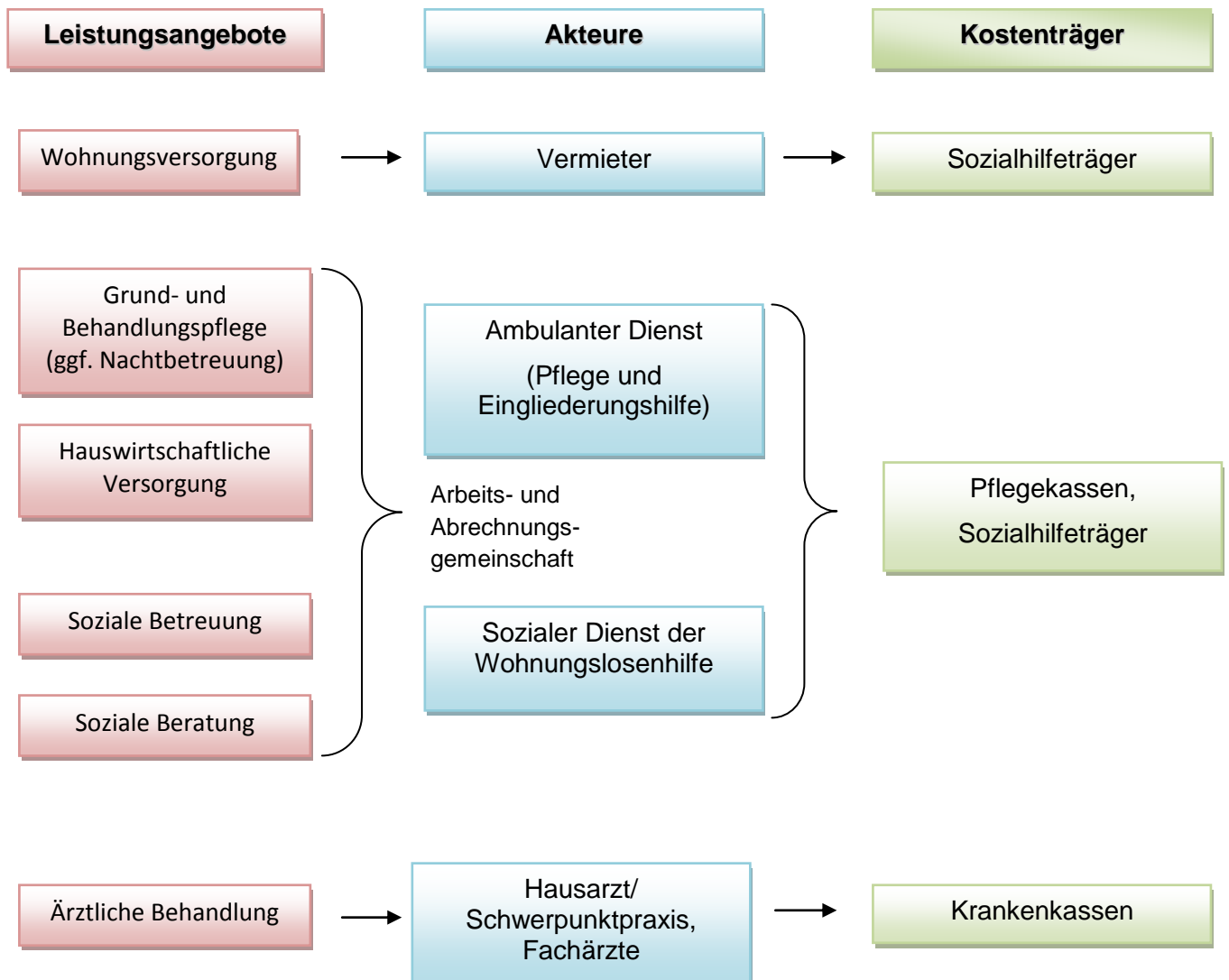


Abbildung 5 Leistungsangebote mit Akteuren und Kostenträgern

Das erste Leistungsangebot stellt die Wohnraumversorgung dar. So müssen Appartements und Zimmer in Form eines Wohnhauses bereitgestellt werden.

Die Grundpflege beinhaltet die Unterstützung der Klienten bei der Körperpflege, der Mobilisation und der Ernährung. Bei der Behandlungspflege steht die ärztlich angeordnete medizinisch- pflegerische Versorgung im Vordergrund. Dazu gehören zum Beispiel die Medikamenten- und Wundversorgung. Inwieweit eine nächtliche Betreuung notwendig ist, wird im folgenden Abschnitt diskutiert.

Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst die Reinigung der Wohnungen, Zimmer und der Gemeinschaftsflächen, sofern die Klienten dazu nicht mehr allein in der Lage sind. Weiterhin zählen die Wäscheversorgung und gegebenenfalls auch die Speiseversorgung dazu.

Zur sozialen Betreuung gehören tagesstrukturierende Maßnahmen und Beschäftigungsangebote sowohl für Gruppen als auch für den Einzelnen. Dabei spielt der bereits erwähnte tägliche Kontakt zu den Bewohnern eine herausragende Rolle, um Entwicklungstendenzen beobachten zu können.

Die soziale Beratung ist ebenfalls von großer Bedeutung. Hier geht es darum gemeinsam mit dem Bewohner Leistungsansprüche zu klären, notwendige Sozialleistungen zu beantragen, fehlende Ausweispapiere neu zu beschaffen, bei der Wiederaufnahme zu abgebrochenen (familiären) Kontakten zu unterstützen und noch vieles mehr.

Nicht zuletzt dienen auch die ärztlichen Sprechstunden der gesundheitlichen Stabilisierung der Klienten. Sie sollten in fest geregelten Abständen niedrigschwellig im Haus angeboten werden. So können Diagnosen gestellt und Therapien verordnet werden. Neben einer hausärztlichen Versorgung ist eine psychiatrische Sprechstunde unabdingbar. Weiterhin sollte versucht werden, ein Netzwerk zu weiteren Fachärzten zu schaffen, damit eine ggf. notwendige Weiterversorgung organisiert werden kann.

Alle Leistungsangebote sollen zusätzlich das Gesundheitsbewußtsein der Bewohner mit Hilfe von Aufklärungs- und Anleitungsgesprächen stärken.

#### 4.3.5 mögliches Organisationsmodell

Organisatorisch könnte das Projekt so gestaltet sein, dass es einen festen Pflegedienst im Haus gibt, der sowohl die pflegerischen und hauswirtschaftlichen als auch die PPM Leistungen abdeckt. Sollte dies nicht möglich sein, könnte der verantwortliche Dienst auch in Kooperation mit einem anderen treten und sich Leistungen teilen. Es sollte sich dabei um einen Pflegedienst handeln, der Erfahrungen im Bereich der Behindertenhilfe und der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen hat. Ein fester Pflegedienst bringt den Vorteil mit, dass Einzelleistungen gepoolt und flexibler auf die individuellen Bedarfslagen der Bewohner eingegangen werden kann.

Idealerweise könnte der Pflegedienst eine Gewerbefläche im gleichen Haus haben, um dauerhaft präsent zu sein und ggf. weitere Angebote integrieren zu können, die auch für Außenstehende zugänglich wären.

Neben dem ambulanten Pflegedienst gibt es organisatorisch natürlich auch einen Vermieter, der die Räumlichkeiten zur Verfügung und ggf. einen Hausmeister bereitstellt.

Weiterhin müssen Ärzte organisiert werden, die im Haus Sprechstunden anbieten. Sicherlich wäre es vom großen Vorteil, dabei auf Ärzte zurückzugreifen, die bereits in der Wohnungslosenhilfe tätig sind. Zum einen sind sie vielleicht unter den Wohnungslosen schon bekannt und die Hemmschwelle wäre kleiner. Zum anderen bringen sie eine Neigung für die Zielgruppe mit.

Im Bereich der sozialen Beratung wird es vor allem anfänglich schwer, alles über den Pflegedienst abzudecken. Demnach wäre es von Vorteil, Kooperationen mit anderen Institutionen einzugehen. Eine Möglichkeit wären zum Beispiel die Fachstellen für Wohnungsnotfälle (vgl. Anhang 8.1) in Hamburg. Sie könnten dem Pflegedienst in der Anfangszeit unterstützend zur Seite stehen und die soziale Beratung für die Bewohner übernehmen.

Einen großen Diskussionspunkt stellt die tägliche Dauer der Betreuungszeit dar. So ist es fraglich, ob eine 24 Stunden Betreuung für die Bewohner benötigt wird oder nicht. Im *Haus Allerheiligen* gibt es keinen Nachtdienst vor Ort, sondern ein

Notrufsystem für die Bewohner. Das Notrufsystem wird durch eine Rufbereitschaft abgedeckt. Das *Haus der Wohnungslosenhilfe* in Münster hat eine WG für pflegebedürftige obdachlose Senioren eröffnet. Auch hier gibt es nachts kein Personal vor Ort, sondern die Bewohner könnten den Notdienst der betreuenden Sozialstation in Anspruch nehmen. In der *Münze* (vgl. Abschnitt 4.1) existiert ebenfalls kein Nachtdienst. Somit bleibt für dieses neu entwickelte Konzept zu überlegen, ob eine nächtliche Aufsicht organisiert oder das bereits in Abschnitt 4.3.2 erwähnte externe Notrufsystem installiert wird.

#### 4.4 Rechtliche Grundlagen

Neben den Leistungsgesetzen des Sozialgesetzbuches (vgl. Abschnitt 4.5) gibt es zwei Gesetze, die für die Entwicklung des Wohn- und Pflegeangebotes von großer Bedeutung sind.

Das erste ist das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG), welches am 01.10.2009 in Kraft getreten und bundesweit gültig ist. Es regelt die vertraglichen Grundlagen für ältere, pflegebedürftige oder behinderte Menschen, denen Wohnraum überlassen wird und bei denen gleichzeitig Pflege- und Betreuungsleistungen übernommen werden. Somit regelt das Gesetz alle Angelegenheiten, die Verträge zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern betreffen. Das WBVG schreibt z.B. vor, welche Informationen die Unternehmer den Verbrauchern vor Vertragsabschluss bereitstellen müssen, wie die Verträge abzuschließen sind und welche wesentlichen Informationen die Verträge haben müssen. Weiterhin ist festgelegt, welche Leistungspflichten beide Parteien haben, wann ein Unternehmer mehr Geld von dem Verbraucher verlangen darf, was geschieht, wenn der Leistungsempfänger im Verlaufe der Zeit mehr oder weniger Betreuung benötigt und wann ein Vertrag gekündigt werden kann.

Das zweite Gesetz ist das Hamburgische Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz. Es ist am 01.01.2010 auf Landesebene in Kraft getreten und gilt für Wohneinrichtungen, ambulante Dienste, Wohngemeinschaften und

Servicewohnanlagen. Es soll pflegebedürftigen und behinderten Menschen das Recht auf mehr Transparenz, mehr Qualität und mehr Verbraucherschutz gewährleisten. Neben den Anforderungen, die die Leistungserbringer erbringen müssen, schreibt das Gesetz unter anderem vor, dass diese verpflichtet sind, die pflegebedürftigen und behinderten Menschen bzw. ihre Angehörigen ausführlich über Art, Umfang, Preise und Grenzen ihres Angebotes zu informieren. Auch legt das Gesetz fest, dass die Prüfergebnisse der einzelnen Leistungserbringer regelmäßig veröffentlicht werden. Zusätzlich gibt es drei Verordnungen, die die Anforderungen an die Anbieter noch einmal genauer darstellen. Die Wohn- und Betreuungsbauverordnung (WBBauVO) beschreibt die baulichen Voraussetzungen, die die Einrichtungen erfüllen müssen (z.B. Barrierefreiheit, Raumarten, Raumgrößen). Die Wohn- und Betreuungspersonalverordnung (WBPersVO) legt fest, welche personellen Voraussetzungen vorhanden sein müssen (z.B. Anforderungen der einzelnen Professionen, Fachkraftquote). Die Wohn- und Betreuungsmitwirkungsverordnung (WBMitVO) regelt die Mitwirkung des Wohn- bzw. Hausbeirates. Dieser soll die Interessen der Bewohner gegenüber dem Betreiber vertreten.

Das neue Wohn- und Pflegeangebot sollte in Form einer ambulanten Wohneinrichtung eröffnet werden (vgl. Abschnitt 2.5). Es finden beide beschriebenen Gesetze Anwendung. In einem WBVG- Vertrag können gewisse Sachverhalte vorab geregelt werden, bei denen es im Alltag sonst Schwierigkeiten geben kann. Dazu gehört zum Beispiel die Erlaubnis des Personals, den Wohnraum zu betreten (vgl. Abschnitt 4.3.1). Weiterhin könnte darin festgelegt werden, wie lange ein Bewohner seiner Wohnung bzw. seinem Zimmer fern bleiben darf und ob er jederzeit (vor allem über Nacht) Besuch empfangen darf. Hier gab es von Seiten der Experten die Sorge, dass die Bewohner vermehrt alte Bekannte und Freunde zu sich einladen und dann die Nachtruhe stören würden. Natürlich besteht auch eine vorvertragliche Informationspflicht, sodass die Bewohner vorab genau aufgeklärt werden müssen.

## 4.5 Finanzierungsmöglichkeiten

Die Finanzierung des hier entwickelten Wohn- und Pflegeangebotes für wohnungslose Menschen kann aus drei Quellen erfolgen.

Die erste ist die gesetzliche Krankenversicherung, die im Sozialgesetzbuch V verankert ist. Kostenträger sind hier die Krankenkassen, die in diesem Fall unter anderem für die Behandlungspflege und die ärztliche Behandlung aufkommen können.

Die zweite Quelle ist die soziale Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch XI), die zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit die Aufgabe hat, Hilfen für Pflegebedürftige zu leisten, die wegen der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf Unterstützung angewiesen sind. Träger sind die Pflegekassen, die den Krankenkassen angehören. Die Höhe der finanziellen Zuschüsse ist abhängig von der Pflegestufe, in die der Betroffene eingeteilt wird. In Absatz 2.3 wurde der Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ laut SGB XI bereits definiert. Und auch die Problematik der Einstufung bei wohnungslosen Menschen wurde in Absatz 2.2 bereits beschrieben. Jedoch gibt es in Hamburg erste Entwicklungstendenzen, die die Einstufung der Zielgruppe erleichtern sollen (vgl. Abschnitt 2.2). Wichtige Paragraphen sind unter anderem § 36 (Pfllegesachleistung), § 45b (zusätzliche Betreuungsleistungen und § 123 (Übergangsregelung: Verbesserte Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz).

Als dritte Finanzierungsquelle dient das Sozialgesetzbuch XII. Die sogenannte Sozialhilfe soll den Leistungsberechtigten den Lebensunterhalt sicherstellen. Es gibt verschiedene Hilfsarten, die den Betroffenen zur Verfügung stehen. Für dieses Konzept sind unter anderem folgende Paragraphen von besonderer Bedeutung: § 35 (Unterkunft und Heizung), § 41ff. (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung), § 53ff. (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, § 61ff. (Hilfe zur Pflege), § 67ff. (Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten), § 70 (Hilfe zur Weiterführung des Haushalts) und § 71 (Altenhilfe).

Welche Finanzierungsquelle für welchen Bewohner in Frage kommt, ist abhängig von seiner individuellen Bedarfslage und den daraus resultierenden Ansprüchen.

#### 4.6 Kooperationen mit anderen Institutionen

Ein besonders wichtiger Punkt für eine erfolgreiche Umsetzung dieses Konzeptes ist, dass sich mit der Frage auseinandersetzt werden muss, wie die Zielgruppe davon überzeugt werden kann, das neue Wohn- und Pflegeangebot für sich in Anspruch zu nehmen. Im Abschnitt 2.3 wurde bereits ausführlich beschrieben, dass diese eine generelle Grundabneigung gegen Unterstützungs- und Hilfsangebote hat. Auch das Projekt von *Pflegen und Wohnen Altona* scheiterte 2009, da man unter anderem zu wenig Interessenten dafür fand (vgl. Abschnitt 2.4). Somit ist es wichtig, Schnittstellen zu schaffen, die eine Aufnahme der Bewohner erleichtern können.

Das neue Wohn- und Pflegeangebot sollte mit allen Angeboten der Wohnungslosenhilfe vernetzt sein, damit betroffene Personen direkt vermittelt werden können. Gleichzeitig sollte ein Netzwerk mit dem allgemeinen medizinischen Versorgungssystem geschaffen werden. Hier sollten Krankenhäuser und Hausärzte über dieses Angebot informiert werden, um Klienten ebenfalls direkt vermitteln zu können.

Es ist jedoch wichtig, das Vertrauen der Zielgruppe zu gewinnen, da oft große Ängste vorliegen, „das Alte und Gewohnte“ loszulassen. Aufgrund dessen sollten regelmäßige Besichtigungen, z.B. in Form eines Tages der offenen Tür, angeboten werden. Zusätzlich könnte der Ablösungsprozess von dem alten, gewohnten Umfeld für die Betroffenen zusätzlich erleichtert werden, indem eine Nachbetreuung organisiert wird. Dieses könnte gelingen, indem die zuständigen und vertrauten Sozialarbeiter aus den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in der Übergangszeit den Klienten auch im neuen Setting begleiten. Dieses Vorhaben müsste jedoch gleichzeitig eine Stellenschlüsselhöhung in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zur Folge haben. Es wäre jedoch für die Betroffenen eine große Unterstützung. Nicht zuletzt ist es von großer Bedeutung,



dass die Aufnahmesituation für die Klienten geringe bürokratische Anforderungen mit sich bringt und sie dabei ausreichend Unterstützung erhalten.

## 5 Ausblick

Mit Hilfe der Vorarbeit der Behörde für Gesundheits- und Verbraucherschutz konnte bereits 2012 festgestellt werden, dass es keine adäquaten Versorgungsformen für hilfe- und pflegebedürftige wohnungslose Menschen in Hamburg gibt. Somit war es das Ziel dieser Arbeit, ein Konzept zu entwickeln, um dieser Lücke im System entgegenzuwirken. Dies konnte erreicht werden, indem die wichtigsten Grundlagen dargestellt und Empfehlungen gegeben wurden.

Als Ausblick wird sich eine Arbeitsgruppe, als Teilprojekt des Gesamtkonzeptes der Wohnungslosenhilfe in Hamburg, auf Basis dieser Arbeit mit der Thematik weiter befassen. Hierbei sollte es darum gehen Einzelheiten genauer zu klären, damit eine Umsetzung tatsächlich realistisch wird. Dazu könnte zum Beispiel der Teil der Finanzierung gehören. Es wäre unter anderem notwendig anhand von Fallbeispielen einen genauen Finanzierungsplan für jeden Bewohner aufzustellen. Hier sollten alle sozialen Leistungen einfließen, die dem Betroffenen zustehen würden. So könnten den Einnahmen die anfallenden Kosten gegenüber gestellt und geprüft werden, ob der laufende Betrieb wirklich finanzierbar wäre.

Im nächsten Schritt müsste es darum gehen, eine Ausschreibung zu erstellen, damit ein geeigneter Träger gefunden wird. Dieser sollte, wie bereits erwähnt, Erfahrungen in der Versorgung von behinderten oder psychisch erkrankten Menschen mitbringen. Zusätzlich muss ein Investor gesucht werden, der ein geeignetes Grundstück und Gebäude zur Verfügung stellen kann.

## 6 Fazit

Die von der Autorin formulierten Fragestellungen in der Einleitung konnten in dieser Arbeit in Form von Empfehlungen beantwortet werden. So galt es im ersten Teil aufzuzeigen, wie die Zielgruppe optimal versorgt werden kann. Eine herausragende Bedeutung spielt dabei der Grundgedanke, dass sich die neue Einrichtung auf die potentiellen Bewohner einstellen muss, da es andererseits nicht möglich ist. Die Haltung des Personals ist damit eine sehr wichtige Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung dieses Konzeptes. Es muss die richtigen Kompetenzen und Qualifikationen mitbringen und motiviert sein, mit den Betroffenen zu arbeiten. Dazu gehört unter anderem Toleranz, Akzeptanz, Wertschätzung und Empathie. Die zweite Fragestellung nach den rechtlichen und finanziellen Bedingungen konnte mit Hilfe der Mitarbeiter der Behörde beantwortet werden. Dabei wurde empfohlen, dass es sich um eine ambulante Wohneinrichtung handeln sollte, sodass man mit den Bewohnern einen WBGV Vertrag abschließen kann. So können vorab Regeln festgelegt werden, die Schwierigkeiten im späteren Zusammenleben verhindern könnten.

Die Autorin fand die Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz sehr interessant und effektiv. Es konnten viele wichtige Erfahrungen und Ideen der Beteiligten einfließen und gleichzeitig stellte die Vorarbeit der BGV eine sehr gute Grundlage dar.

Alles in allem konnte kein konkreter Vorschlag für „die“ eine Einrichtung entwickelt werden, sondern es werden Empfehlungen gegeben und wichtige Merkmale benannt. Trotzdem konnte nach Meinung der Autorin die beschriebene Zielsetzung in der Einleitung und somit die Grundlage für die Entwicklung eines Wohn- und Pflegeangebotes für pflegebedürftige wohnungslose Menschen in Hamburg geschaffen werden. Die Menschen und Institutionen, die sich an die Umsetzung machen, haben in der Konzeptionierung und Umsetzung die notwendigen Entscheidungen zu treffen. Die Entwicklung eines neuen Angebotes wäre sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für alle Institutionen des Versorgungssystem ein großer Fortschritt.

## 7 Literaturverzeichnis

ABDERHALDEN, C.; NEEDHAM, I. (2002): *Lehrbuch für psychiatrische Pflege*. Verlag Hans Huber.

BARTHEL, R. (2012): *Gesundheitlich schwer belastete uneingestufte Bewohner („Stufe 4“) – potentiell Pflegebedürftige*. Schreiben vom 30.03.2012, fördern und wohnen, Hamburg.

BEHÖRDE FÜR ARBEIT; SOZIALES; FAMILIE UND INTEGRATION (2012): *Gesamtkonzept der Wohnungslosenhilfe in Hamburg*. <http://www.hamburgmitedokumente.de/Anfragen/2013-04%20-%20A%2020-28-13%20%C3%96ffentliche%20Unterbringung-CDU/A%2020-28-13%20Anlage%20Gesamtkonzept%20der%20Wohnungslosenhilfe.pdf>. Letzter Zugriff: 24.07.2013.

BEHÖRDE FÜR SOZIALES; FAMILIE; GESUNDHEIT UND VERBRAUCHERSCHUTZ (2009): *Obdachlose, auf der Straße lebende Menschen in Hamburg 2009. Eine empirische Untersuchung*. <http://www.hamburg.de/contentblob/1715526/data/obdachlosenstudie-2009.pdf>. Letzter Zugriff: 10.07.2013.

BEHÖRDE FÜR SOZIALES; FAMILIE; GESUNDHEIT UND VERBRAUCHERSCHUTZ (2010): *Wege aus der Obdachlosigkeit. Konsequenzen aus der Obdachlosenuntersuchung 2009. Dokumentation der Fachtagung vom 14. April 2010*. <http://www.hamburg.de/contentblob/2575756/data/fachtagung-obdachlosigkeit-2010.pdf>. Letzter Zugriff: 10.07.2013.

BRANDENBURG, H.; DORSCHNER, S. (2003): *Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken der Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT WOHNUNGSLOSENHILFE E.V. (2011): *Schätzung und Prognose des Umfangs der Wohnungsnotfälle 2009-2010*. <http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/index2.html>. Letzter Zugriff: 10.07.2013.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT WOHNUNGSLOSENHILFE E.V. (2013): *Prinzipien einer normalitätsorientierten gemeindenahen Versorgung älterer und / oder pflegebedürftiger wohnungsloser Männer und Frauen*. <http://www.bagw.de/index2.htm>. Letzter Zugriff: 10.07.2013.

DRUCKSACHE 20/5021 (2012): *Stellungnahme des Senats zum Ersuchen der Bürgerschaft vom 24. November 2011 „Hamburg 2020: Soziales Hamburg – Hilfsangebote für pflegebedürftige Obdachlose“* – Drucksache 20/2170 - <http://www.buergerschaft-hh.de/parldok/Cache/FA01A743DD158D31BF0107A0.pdf>. Letzter Zugriff: 10.07.2013.

EVANGELISCHE OBdachLOSENHILFE e.V. (Hrsg.) (2007): *Arme habt ihr allezeit. Vom Leben obdachloser Menschen in einem wohlhabenden Land*. Frankfurt: Edition Chrismon, S. 36-52.

GILLICH, S. (2003): *Alt und ohne Wohnung*. In: SEEBERGER, B; BRAUN, A. (Hrsg.): *Wie die anderen altern*. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 103- 117.

GRABS, J. (2006): *Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg. Eine Analyse von 307 Todesfällen*. [http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2007/3173/pdf/Todesursachen\\_von\\_Wohnungslosen\\_in\\_Hamburg.pdf](http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2007/3173/pdf/Todesursachen_von_Wohnungslosen_in_Hamburg.pdf) Letzter Zugriff: 10.07.2013.

#### HAMBURGER WOHN- UND BETREUUNGSQUALITÄTSGESETZ

LUTZ, R.; SIMON, T. (2007): *Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe: Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven*. Weinheim: Juventa.

NAWKA, S. (2009): *Morbidität obdachloser Menschen in Hamburg*. Dissertation.

REGIONALEN KNOTEN HAMBURG (2011): *Sterbende Menschen begleiten. Krankheit, Tod und Trauer in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe*. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/sterbende-menschen-begleiten>. Letzter Zugriff: 10.07.2013.

SCHWAN, G. (2008): *Wohnungslos und alt heißt oft krank*. <http://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2008/artikel2008/wohnungslosundaltheisstoftkrank>. Letzter Zugriff: 10.07.2013.

#### SOZIALGESETZBUCH

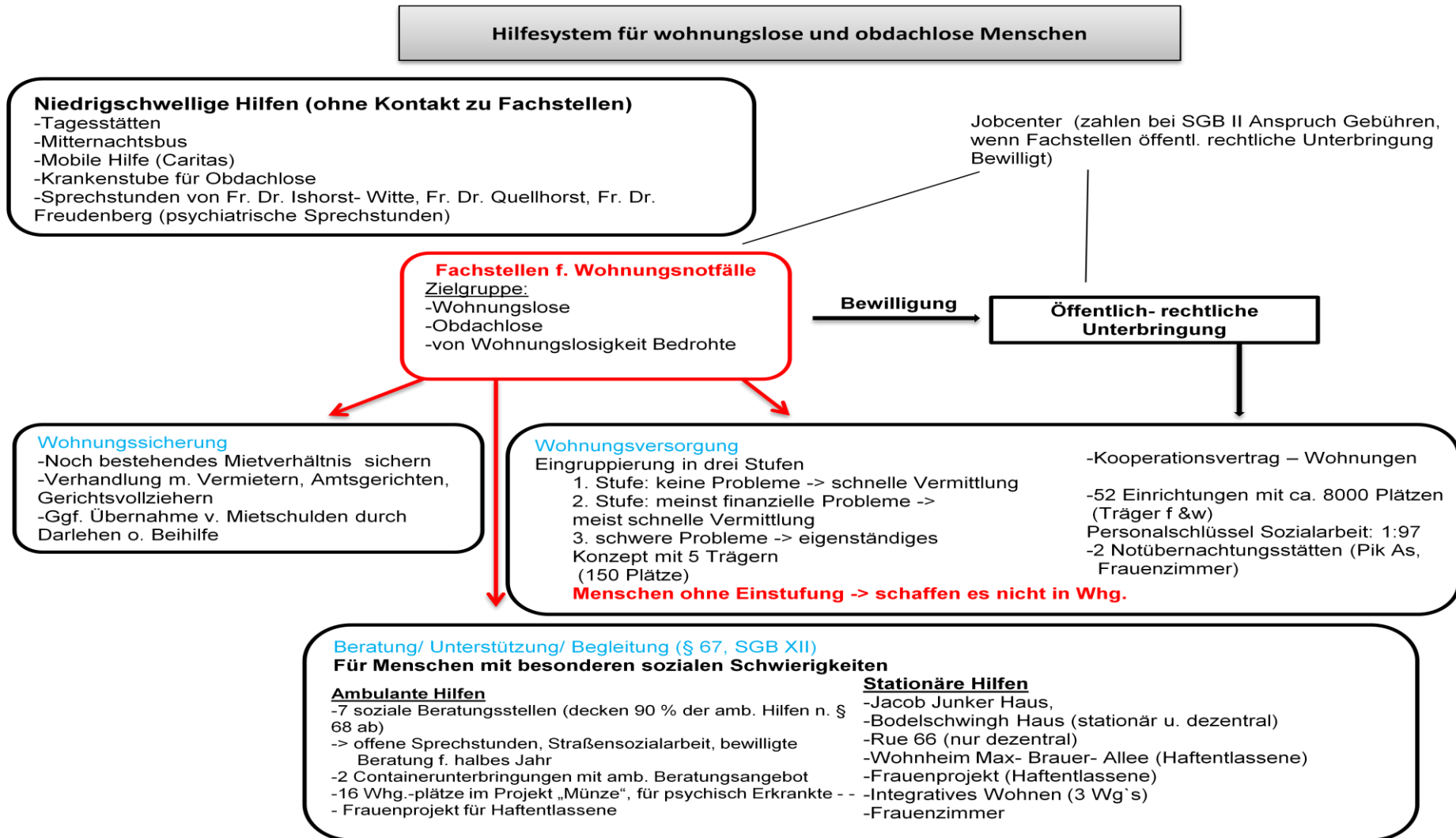
STEHLING, H. (2008): *Pflege und Wohnungslosigkeit – Pflegerisches Handeln im Krankenhaus und in der aufsuchenden Hilfe*. In: BAUER, U.; BÜSCHER, A. (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 375-395.

#### WOHN- UND BETREUUNGSVERTRAGSGESETZ

## 8 Anhang

8.1 Übersicht: Hilfesystem für wohnungs- und obdachlose Menschen in Hamburg .....	1
8.2 Arbeitsplan .....	2
8.3 Ergebnissicherung .....	3
8.3.1 Termin am 14.05.2013 .....	3
8.3.2 Termin am 16.07.2013 .....	6

## 8.1 Übersicht: Hilfesystem für wohnungs- und obdachlose Menschen in Hamburg



## 8.2 Arbeitsplan

<b>Datum</b>	<b>Teilnehmer</b>	<b>Thema</b>
04.12.2012	Fr. Dr. Ishorst- Witte Fr. Schröder Hr. Cappell Fr. Pöthkow	Auftaktsitzung: Klärung der weiteren Vorgehensweise und Arbeitsplanung
14.05.2013	Fr. Dr. Ishorst- Witte Fr. Schröder Fr. Pöthkow	Konzeptentwicklung: Zielgruppe, Bedarfe, Ziele
26.06.2013	Hr. Cappell Hr. Meyer Fr. Pöthkow	Klärung des aktuellen Zwischenstandes und der weiteren Vorgehensweise
16.07.2013	Fr. Dr. Ishorst- Witte Fr. Pöthkow; Fr. Schröder war kurzfristig berufsbedingt verhindert , Ergebnisse wurden per Mail ausgetauscht und abgeglichen	Konzeptentwicklung: räumliche und personelle Ausstattung, Standort, Leistungsangebot
05.08.2013	Hr. Cappell Fr. Pöthkow	Klärung des aktuellen Zwischenstandes
06.08.2013	Hr. Cappell Hr. Meyer Fr. Gust Fr. Timmann Fr. Pöthkow	Klärung der rechtlichen und finanziellen Möglichkeiten
20.08.2013	Fr. Dr. Ishorst- Witte Fr. Schröder Hr. Cappell Hr. Meyer Fr. Pöthkow	Abschlussgespräch

## 8.3 Ergebnissicherung

### 8.3.1 Termin am 14.05.2013

#### 1. Definition der Zielgruppe

- Menschen, die wohnungslos sind, in prekären Wohnverhältnissen leben oder unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht sind
- haben diverse somatische und psychische Erkrankungen und bedürfen aufgrund dessen verschiedene Formen der Unterstützung
- Pflegestufe 0 bis 1
- haben aufgrund von psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen fehlende Bewältigungsstrategien, um sich in die Gesellschaft zu integrieren (z.B. halten von eigenem Wohnraum, Integration in Pflegeeinrichtungen, ...)
- Ausmaß der psychischen Erkrankung muss in der Einrichtung handhabbar sein (Umgang mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung kann nicht gewährleistet werden)
- Alter der Zielgruppe ab 40 aufwärts (Kulturschock in dieser Altersspanne nicht groß)
- nicht Alter oder Ursache der Wohnungslosigkeit sollen Kriterien zur Aufnahme darstellen, sondern der Bedarf
- Zielgruppe darf keine illegalen Drogen konsumieren, Substitution möglich
- Frauen und Männer (*dazu ggf. kurze Erörterung im Fließtext*)

#### 2. Bedarfe der Zielgruppe

- Medizinisch
  - hausärztliche und psychiatrische bedarfsweise Behandlung vor Ort -> Sprechstunde vor Ort als niedrigschwelliges Angebot
  - Bsp. für typische somatische Erkrankungen: Herzkreislauf- und Lungenerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, ...
  - Bsp. für psychiatrische Erkrankungen: Suchterkrankungen, Psychosen, Depressionen, beginnende Demenz
- Pflegerisch
  - Behandlungspflege (Medikamentengabe, Injektionen, Verbandswechsel)
  - Grundpflege (Umgang mit mangelnder Körperhygiene; nicht die Übernahme der Grundpflege steht im Mittelpunkt, sondern die Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung, ...)

⇒ Medizinsicher und pflegerischer Bedarf nur so weit handhabbar, wie es im eigenen Wohnraum vor Ort möglich ist

- Hauswirtschaftlich
  - Verpflegung
  - hauswirtschaftliche Hilfen (Diskrepanz zwischen Empowerment und vollständiger Übernahme, Selbständigkeit sollte gefördert werden, um Selbstbestimmung zu wahren und Verantwortung für eigenen Wohnraum deutlich zu machen), Problem: Autonomie des Bewohners versus Interesse des Vermieters, z.B. bei Vermüllung des Wohnraumes
  - Wäscheversorgung (Selbständig; Anleitung, Übernahme – je nach individueller Lage)
- Psychosozial
  - PPM
  - tgl. Kontakt zu den Bewohnern (z.B. für Beziehungsaufbau, um Verlauf zu beobachten)
  - Behördengänge, Unterstützung bei Antragstellung, Betreuungen anregen
  - Beschäftigungsangebote und Ausflüge (z.B. Skat, Museumsbesuche, ...)

#### Betreuungskonzept

Ziele	Probleme/ Grenzen	Maßnahmen
Zielgruppe im Wohnraum halten; Ort	- Ablehnung von Unterstützungsangeboten/fehlende	- Akzeptanz und Wertschätzung,



<p>schaffen an dem Menschen bleiben wollen -&gt; „soziale Integration“</p>	<p>Einsicht  - Angst, dem System ausgeliefert zu sein, Selbstbestimmung zu verlieren  - Beziehungsunfähigkeit, Angst, mit anderen Menschen zusammenzuleben, sich auf etwas Neues einzulassen</p>	<p>Besonderheiten der Zielgruppe akzeptieren, Personal ist motiviert, mit Zielgruppe zu arbeiten  - Leistungsangebote schaffen (Betreuung, Begleitung, Hauswirtschaft, Pflege, ...)  - Beziehungs- und Vertrauensaufbau, z. B. durch Einzelgespräche, Bezugspflege  - Gruppenangebote  - Einzelwohnungen als Rückzugsraum  - kontrolliertes Trinken ermöglichen  - geringe bürokratische Anforderungen zur Aufnahme  - geeignete Lage für Einrichtung</p>
<p>Vermeidung der Verelendung der Menschen im Wohnraum</p>	<p>- mangelnde Hygiene  - Verwahrlosung  - psych. Erkrankungen und Sucht führen zur Antriebsarmut</p>	<p>- hauswirtschaftliche und pflegerische Unterstützung (Anleitung, Übernahme, ...)  - tgl. Kontakt zu Bewohnern  - keine Zwangsmaßnahmen, sondern versuchen über Vereinbarungen und Absprachen gemeinsam zusammen zu arbeiten (Vertrauensaufbau, Stärkung des Selbstwertgefühles indem Handlungen „wiedererlernt“ und selbständig durchgeführt werden)</p>
<p>Selbstbestimmung erhalten und fördern, Menschen ihren Lebensstil leben lassen (ausgeschlossen sind natürlich aggressives Verhalten, Anwendung von Gewalt, ...)</p>	<p>- Angst vor Verlust der Selbstbestimmung  - Angst, sich anpassen zu müssen, an Regeln und Strukturen zu halten  - Gefühl, in der Gesellschaft nicht akzeptiert zu werden</p>	<p>- Akzeptanz und Wertschätzung, Besonderheiten der Zielgruppe zu akzeptieren (z.B. Rückzugstendenzen, Ablehnung)  - kontrolliertes Trinken ermöglichen  - durch Gruppenangebote in Gesellschaft integrieren  - durch Anleitung und Beratung Ressourcen wieder aktivieren und somit Selbständigkeit fördern</p>
<p>Neue Horizonte aufzeigen als Chance zur Veränderung -&gt; Maß an Freiheit muss dabei aber immer spürbar sein</p>	<p>- gesundheitsschädigende Lebensweise  - Ablehnung</p>	<p>- s. andere Punkte</p>

Gesundheitliche Situation stabilisieren		
Wirtschaftlichkeit		

### 8.3.2 Termin am 16.07.2013

#### 1. räumliche Ausstattung

- behindertengerecht (Fahrstuhl, ...)
- abschließbare Einzelzimmer mit behindertengerechten Bädern
- Gemeinschaftsraum
- Gemeinschaftsbad mit Badewanne
- Behandlungszimmer
- Dienstzimmer für Personal mit sanitären Anlagen, ggf. Büro zusätzlich
- Lagerraum (Materialien, Waschmaschine, Trockner, ...)
- Küche abhängig vom pädagogischen Konzept des Trägers
  - Gemeinschaftsküche, um „Gemeinsamkeit“ zu fördern
  - eigene Küchen in den Zimmern/Wohnungen, um Individualität zu fördern
- internes oder externes Notrufsystem (abhängig davon, ob 24h Betreuung vor Ort ist)
- Grundausstattung der Zimmer: Bett (ggf. Pflegebett), Schrank, Tisch, 2 Stühle, kleiner Tisch für TV, TV- Anschluss → zusätzlich den Bewohnern die Möglichkeit geben, gemeinsam mit dem Sozialarbeiter/ der Sozialarbeiterin über SGB XII eigene Möbel zu kaufen und Zimmer selbst einzurichten

#### 2. Standort

- erweiterter Citybereich
- gute Verkehrsanbindung (nähe zur U- und S- Bahn, Bus)

#### 3. personelle Ausstattung

- 24h Betreuung notwendig? → Erfahrungen von anderen Einrichtungen nutzen
- Sozialpädagoge/in als Leitung
- Hausmeister
- Haushaltshilfe
- Alltagsbegleiter
- Extern: amb. Pflegedienst, Hausarzt, Psychiater, ggf. amb. Hospizdienst

#### 4. Leistungsangebot

- Grund- und Behandlungspflege
- Ärztliche Sprechstunden
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Betreuungsangebote
- Psychosoziale Betreuung (Tagesstruktur, Ämtergänge, Antragstellungen)
- Speisenversorgung

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 27.08.2013

Nachname:

Vorname:

Matrikelnummer:

Unterschrift: