



**BISCHOF-HERMANN-
STIFTUNG**
Münster

FORSCHUNGSBERICHT

**Situationsanalyse zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung
schwer kranker wohnungsloser Menschen in Münster**

Modellprojekt Cared.Wende
Münster, 2026

**MENSCHEN
HELPEN**

**Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Das Projekt wird gefördert durch das Aktionsprogramm „Hilfen in Wohnungsnotfällen“
des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

IMPRESSUM

Herausgeber

Bischof-Hermann-Stiftung, Münster
Projekt Cared.Wende

Autor:innen

Helena Brockmann
Dean Loy
Stefanie Beckmann
Münster, 2026

Kontakt:

Bischof-Hermann-Stiftung
Cared.Wende
Schillerstr. 46, 48155 Münster

Telefon: 0251 / 60 63 100
Mail: cared.wende@bhst.de
Internet: www.bhst.de

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	6
Abkürzungen Forschungsdokumente	6
Vorwort	7
Aufbau des Berichts	8
1 Hintergrund und Orientierung	9
1.1 Die Bischof-Hermann-Stiftung	9
1.2 Cared.Wende auf einen Blick	10
1.3 Team	11
1.4 Entstehung und Förderkontext von Cared.Wende	12
1.5 Zielgruppe und Adressat:innen	12
1.6 Ausgangslage und Forschungsstand	14
1.7 Ziele und Vorgehensweise	16
1.8 Übersicht über die Versorgungslandschaft	16
1.9 Datenerhebung im Feld	23
1.9.1 Teilnehmende Beobachtungen	23
1.9.2 Interviews, Gespräche und Gruppendiskussionen	24
1.10 Analytische Bezugspunkte	25
2 Ergebnisse	29
2.1 Möglichkeiten und Grenzen der gesundheitlichen bzw. pflegerischen Unterstützung in der Wohnungslosenhilfe	30
2.1.1 Körpernahe Unterstützung und Hauswirtschaft	31
2.1.2 Unterstützung bei kognitiven Einschränkungen und psychiatrischen Erkrankungen	35
2.1.3 Zugang zu medizinischer Versorgung	37
2.1.4 Umgang mit akuten gesundheitlichen Krisen	41
2.1.5 Umgang mit Sterben und Tod im Kontext der Wohnungslosenhilfe	43
2.1.6 Umgang mit steigenden Unterstützungsbedarfen	45
2.1.7 Beobachtung, Vertrauensaufbau und Beziehungsarbeit	47
2.1.8 Belastungen der Fachkräfte	48
2.2 Zugang zu Leistungen	50
2.2.1 Krankenversicherung	51
2.2.2 Pflegegradeinstufung und Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung	52
2.2.3 Leistungen der Eingliederungshilfe	55
2.3 Erfahrungen schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen	56
2.4 Grenzen von Wohn- und Unterbringungsangeboten	60
2.4.1 Spannungsfelder zwischen Angeboten, Rahmenbedingungen und Bedürfnissen	60
2.4.2 Ausschlüsse aus bestehenden Angeboten	62
2.4.3 Fehlende Angebote	63
2.4.4 Begrenzte Kapazitäten	64
2.4.5 Einfluss baulicher Rahmenbedingungen	66
2.5 Menschen in besonders komplexen Bedarfslagen	67
2.5.1 Reflexion der Bezeichnung „Systemsprenger:innen“	68
2.5.2 Herausforderungen und Grenzen in der Versorgungspraxis anhand eines Beispiels	68
2.5.3 Wiederkehrende Konstellationen besonders komplexer Bedarfslagen im Feld	69
2.5.4 Grenzen der Einrichtungen	70
2.5.5 Umgang mit akuter Eigengefährdung	70
2.5.6 Analytische Erweiterung	72

INHALT		SEITE
2.6	Netzwerke und Übergänge als kritische Schnittstellen	73
2.6.1	Mangelnde Vernetzung und Kooperation	73
2.6.2	Kritische Übergänge	76
2.6.3	Auswirkungen der systemischen Probleme	78
2.6.4	Systemische Bedeutung der rechtlichen Betreuung	79
3	Zwischenfazit: Von den Ergebnissen zu den Handlungsbedarfen und Lösungsansätzen	82
4	Handlungsbedarfe und Lösungsansätze	83
4.1	Wissen vermitteln	83
4.1.1	Wissenslücken schließen	84
4.1.2	Netzwerkarbeit stärken	86
4.2	Zugang ermöglichen	87
4.2.1	Verbesserte Koordination	87
4.2.2	Verbesserter Zugang zu Leistungen aus der Pflegeversicherung	88
4.3	Lebensorte gestalten	89
4.3.1	Passung stationärer Pflegeeinrichtungen	90
4.3.2	Begleitende Hilfen beim Umzug in Pflegeeinrichtungen	90
4.3.3	Umbau von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	91
4.3.4	Konzeption von Krankenzimmern	91
4.3.5	Weiterentwicklung des Gruppenwohnkonzepts	93
5	Resümee	94
5.1	Situation in Münster	94
5.2	Zielgruppe	94
5.3	Wohnungslosenhilfe	95
5.4	Gesundheitswesen	95
5.5	Zugang zu Leistungen	96
5.6	Netzwerk und Koordination	97
6	Ausblick	98
7	Ethische Grundlagen und Rolle als Forschende	99
7.1	Ethische Grundlagen	99
7.2	Rolle als Forschende	100
8	Methodisches Vorgehen	101
8.1	Forschungsdesign und Methodenauswahl	101
8.2	Datenerhebung	107
8.3	Auswertung	107
9	Literaturverzeichnis	109
Anhang		115

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

SEITE

Abbildung 1:	Überblick über die Zielgruppe	12
Abbildung 2:	Versorgungslandschaft	17
Abbildung 3:	Stufensysteme (eigene Darstellung in Anlehnung an Busch-Geertsema 2011, S. 42 nach Sahlin 1998)	26
Abbildung 4:	Aufbau des Ergebniskapitels	29
Abbildung 5:	Drei Ebenen der praktischen Umsetzung	82
Abbildung 6:	Praxismodule	83
Abbildung 7:	Datenerhebung	101
Abbildung 8:	Auswertung	107

TABELLENVERZEICHNIS

SEITE

Tabelle 1:	Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe - ohne Unterkunft	17
Tabelle 2:	Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe - Notunterkünfte	18
Tabelle 3:	Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe - weiterführende ambulante und stationäre Angebote	19
Tabelle 4:	Intensiv ambulant betreutes Wohnen	20
Tabelle 5:	Einrichtungen des Gesundheitswesens	21
Tabelle 6:	Weitere Angebote	22
Tabelle 7:	Interviewte schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen nach Setting/Einrichtung	56
Tabelle 8:	Bereich 1: Wohnungslosenhilfe - ohne Unterkunft	116
Tabelle 9:	Bereich 2: Wohnungslosenhilfe - Notunterkünfte	117
Tabelle 10:	Bereich 3: Wohnungslosenhilfe - weiterführende ambulante und stationäre Wohnangebote	118
Tabelle 11:	Bereich 4: Gesundheitswesen	120
Tabelle 12:	Übersicht über die Versorgungslandschaft, Bereich 5: Weitere Angebote	126

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGEN FORSCHUNGSDOKUMENTE

ASB	Arbeiter-Samariter-Bund
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
CoP	Communities of Practice
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
DGSA	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
FSP	Für Soziale Teilhabe und Psychische Gesundheit e.V.
GGUA	Gemeinnützige Gesellschaft zur Unterstützung Asylsuchender e.V
GISS	Gesellschaft für innovative Sozialforschung und -planung e.V. Bremen
HdW	Haus der Wohnungslosenhilfe
HuK	Hilfvermittlung und Kurzzeitübernachtung
JVA	Justizvollzugsanstalt
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MAGS NRW	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
MD	Medizinischer Dienst
MMM	Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung
PG	Pflegegrad
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
RTW	Rettungswagen
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SkF	Sozialdienst katholischer Frauen
SKM	Sozialdienst katholischer Männer
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
UKM	Universitätsklinikum Münster
Ü-Stelle	Übernachtungsstelle

BP	Beobachtungsprotokoll
GD	Gruppendiskussion
GP	Gesprächsprotokoll
IGW	Interview Gesundheitswesen
IWLH	Interview Wohnungslosenhilfe
IZG	Interview Zielgruppe
N	Notiz

VORWORT

LIEBE LESER:INNEN,

schön, dass Sie diese Zeilen lesen – wir freuen uns sehr über Ihr Interesse an diesem Bericht.

In den folgenden Kapiteln stellen wir Ihnen die Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Situationsanalyse von Cared.Wende vor – einem Modellprojekt, das von April 2024 bis September 2026 im Rahmen des Aktionsprogramms Hilfen in Wohnungsnotfällen vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) gefördert wird. Das Projekt befindet sich in Trägerschaft der Bischof-Hermann-Stiftung in Münster. Sein Ziel ist es, die pflegerische Versorgung schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen in Münster zu verbessern. Dazu gehört auch die palliative Begleitung.

Ausgangspunkt für unser Vorhaben war eine wiederkehrende Beobachtung: Menschen mit schwerer Erkrankung und Pflegebedarf, die zugleich wohnungslos sind und teilweise in großer existenzieller Unsicherheit leben, stoßen im bestehenden Hilfesystem immer wieder an Grenzen. Pflege und Palliativversorgung sind oft nicht kontinuierlich gesichert.

Dies haben wir zum Anlass genommen, genauer hinzuschauen: Wo, wie und

durch wen findet überhaupt (palliativ-) pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen in Münster statt? Wo und warum ist sie nicht gesichert? Und was ist zukünftig nötig, damit die Versorgung genau dort ankommt, wo sie am dringendsten gebraucht wird?

Grundlage hierfür waren ethnografische Beobachtungen, Interviews und Gespräche mit Fachkräften und Menschen der Zielgruppe. Dabei war es uns ein besonderes Anliegen, nicht nur über die Menschen zu forschen, sondern ihre individuellen Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und angemessener Versorgung als unverzichtbares Expert:innenwissen anzuerkennen. Zahlreiche Menschen haben zum Entstehen dieses Berichts beigetragen. Vielleicht auch Sie – indem Sie uns ein Interview gegeben, Ihre Einrichtung vorgestellt oder Ihre Erfahrungen mit uns geteilt haben. Oder Sie sind neu auf das Projekt aufmerksam geworden und möchten erfahren, was wir zur Versorgungsrealität und zu möglichen Weiterentwicklungen in der (palliativen) Pflege schwer kranker wohnungsloser Menschen in Münster herausfinden konnten.

Wir richten uns an Fachkräfte aus der Wohnungslosenhilfe und dem Gesundheitswesen, an Vertreter:innen aus Politik und Verwaltung sowie an

Menschen, die eigene Erfahrungen mit Krankheit, Pflege und Wohnungslosigkeit gemacht haben.

Der Bericht ist eine Situationsanalyse aus der Praxis – für die Praxis. Er soll als Grundlage dienen, um bessere Zugänge zur Versorgung zu ermöglichen, Wissen zu teilen, Netzwerke zu stärken und (neue) Lebensorte zu gestalten.

Wir hoffen, dass dieser Bericht hilfreiche Erkenntnisse vermittelt und zu einer vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema beiträgt.

Es grüßt Sie das Team von Cared.Wende

HINWEISE ZUM LESEN DES BERICHTS

Hinweis zur Sprache

Wir verwenden im Bericht den Gender-Doppelpunkt (z. B. Akteur:innen), um Menschen aller Geschlechter einzubeziehen. Diese Schreibweise gilt auch für Screenreader als gut lesbar. Wo möglich, nutzen wir neutrale Begriffe wie Mitarbeitende oder Fachkräfte.

Hinweis zur Perspektive

In der Ergebnisdarstellung schreiben wir an vielen Stellen aus der Perspektive des Projektteams und verwenden die „Wir“-Form. Damit möchten wir deutlich machen, dass die dargestellten Beobachtungen, Einschätzungen und Schlussfolgerungen aus unserer gemeinsamen Arbeit im Projekt Cared.Wende entstanden sind. Die Wir-Form steht für ein Team, das mit verschiedenen beruflichen Hintergründen und Blickwinkeln gearbeitet hat.

Hinweis zur Darstellung von Fallbeispielen

In den Fallbeispielen verwenden wir ausschließlich Initialen und verzichten auf die Angabe des Geschlechts. Zudem sprechen wir im gesamten Bericht überwiegend von „Menschen“. Dies dient der Anonymisierung angesichts einer möglichen Wiedererkennbarkeit im lokalen Kontext.

AUFBAU DES BERICHTS

AUFBAU DES BERICHTS

Der Hauptteil des Berichts besteht aus acht Kapiteln.

Kapitel 1, Hintergrund und Orientierung, bildet den Auftakt. Hier stellen wir das Projekt, die Zielgruppe sowie Ziele und Vorgehensweise vor. Zudem beschreiben wir den kontextuellen Rahmen der Datenerhebung im Feld, geben einen Überblick über die Versorgungslandschaft und erläutern zentrale Begriffe.

In Kapitel 2 stellen wir die Ergebnisse der Situationsanalyse dar. Wir beschreiben – unter Einbezug von Fallbeispielen – gesundheitliche und pflegerische Unterstützungsbedarfe, die Perspektiven schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen sowie die Möglichkeiten und Grenzen der Versorgung in unterschiedlichen Settings.

In Kapitel 3 geben wir mit Hilfe eines Zwischenfazit einen Überblick über die zentralen Erkenntnisse aus der Feldforschung. Darauf aufbauend leiten wir in Kapitel 4 zentrale Handlungsbedarfe und Lösungsansätze für eine Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Zielgruppe in Münster ab.

In Kapitel 5 resümieren wir die zentralen Ergebnisse der Situationsanalyse und ordnen sie übergreifend ein. Daran schließt sich in Kapitel 6 ein Ausblick auf die Praxisphase von Cared.Wende an.

In Kapitel 7 informieren wir über die ethischen Grundlagen unserer Forschung und reflektieren unsere Rolle als Forschende im Feld.

In Kapitel 8 stellen wir das methodische Vorgehen bei Datenerhebung und Auswertung vor.

Der Anhang enthält die ausführlichen Tabellenfassungen, auf die in Kapitel 1 Bezug genommen wird.

KAPITEL 1 HINTERGRUND UND ORIENTIERUNG

Dieses Kapitel dient der inhaltlichen Einordnung des Projekts und der daraus resultierenden Ergebnisse. Zunächst stellen wir den Träger, den Förderkontext, die Projektziele und das Team vor (s. Kapitel 1.1–1.4). Daran anschließend werden die Zielgruppe von Cared.Wende sowie der Adressat:innenkreis im Versorgungssystem beschrieben (s. Kapitel 1.5).

In Kapitel 1.6 skizzieren wir die Ausgangslage sowie den Forschungsstand zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wohnungsloser Menschen. In Kapitel 1.7 erläutern wir die Ziele und die Vorgehensweise der Situationsanalyse. Kapitel 1.8 gibt einen Überblick über die Versorgungslandschaft in Münster, bevor in Kapitel 1.9 das Vorgehen bei der Datenerhebung im Feld dargestellt wird.

Den Abschluss des Kapitels bildet Kapitel 1.10, in dem zentrale analytische Bezugspunkte erläutert werden, auf die im weiteren Verlauf des Berichts wiederholt Bezug genommen wird.

Den Abschluss des Kapitels bildet Kapitel 1.10, in dem zentrale analytische Bezugspunkte erläutert werden, auf die im weiteren Verlauf des Berichts wiederholt Bezug genommen wird.

1.1 DIE BISCHOF-HERMANN-STIFTUNG

Die BHST ist eine 1896 gegründete kirchliche Stiftung privaten Rechts. Sie leistet ihren Dienst an und für Menschen und stellt Hilfesuchende unabhängig von Geschlecht, Herkunft, Religion oder Weltanschauung, Behinderung, Alter oder sexueller Orientierung in den Mittelpunkt.

Die BHST ist Mitglied im Wohlfahrtsverband Caritas der Diözese Münster sowie in den Fachverbänden Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. und der Katholischen Arbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe. Das Angebot der Stiftung umfasst Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, der Eingliederungs- und Jugendhilfe sowie verschiedene Beratungsstellen. Aktuell beschäftigt die Stiftung rund 220 Mitarbeitende.

Der BHST steht ein ehrenamtlicher Stiftungsrat vor. Ihm ist der geschäftsführende Vorstand unterstellt, dem die einzelnen Einrichtungen und Projekte untergeordnet sind. Die Stiftung kooperiert mit dem örtlichen Sozialhilfeträger (Stadt Münster), dem überörtlichen Sozialhilfeträger (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) und einer Vielzahl von freien Trägern.

Darüber hinaus engagiert sich die BHST seit vielen Jahren im Bereich der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen, auf die im Verlauf des Berichts noch Bezug genommen wird.

KAPITEL 1 HINTERGRUND UND ORIENTIERUNG

1.2 CARED.WENDE AUF EINEN BLICK

Laufzeit	1. April 2024 bis 30. September 2026
Förderung	Aktionsprogramm Hilfen in Wohnungsnotfällen des MAGS NRW
Träger	Bischof-Hermann-Stiftung Münster
Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation	Gesellschaft für Innovative Sozialforschung und Sozialplanung e. V. (GISS), Bremen
Stellenumfang und Team	Zwei Vollzeitstellen, verteilt auf vier Mitarbeitende (s. Kapitel 1.3)
Projektziele	<p>» Phase 1 (April 2024 – Sommer 2025) Situationsanalyse: Bestehende Versorgungslücken sichtbar machen, Bedarfe schwer kranker wohnungsloser Menschen erfassen und das Hilfesystem kritisch analysieren.</p> <p>» Phase 2 (seit Sommer 2025) Auf Grundlage der Ergebnisse aus Phase 1 praxisnahe Ansätze entwickeln, erproben und auf strukturelle Übertragbarkeit prüfen. Dazu gehören drei Praxismodule:</p> <ul style="list-style-type: none">» 1. Zugang ermöglichen: Zugangseröffnung zu Hilfsangeboten für schwer kranke wohnungslose Menschen mit Pflegebedarf» 2. Wissen vermitteln: sektorenübergreifende Zusammenarbeit, Wissenstransfer für Fachkräfte und schwer kranke wohnungslose Menschen mit Pflegebedarf» 3. Lebensorte gestalten: bedarfsgerechte Wohnraumgestaltung
Zielgruppe des Projekts	» Schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen (ggf. mit palliativen Unterstützungsbedarfen)
Adressierte Fachöffentlichkeit	» Mitarbeitende aus der Wohnungslosenhilfe und dem Gesundheitswesen » Verantwortliche in Verwaltung und Politik
Arbeitsweise	Forschung im Feld, Interviews und Gespräche mit Menschen aus der Zielgruppe und Fachkräften, Netzwerkarbeit und Konzeptentwicklung
Verortung in Münster	Kooperation mit Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, des Gesundheitswesens und der Kommune

1.3 TEAM

Das Kernteam von Cared.Wende besteht aus vier Mitarbeitenden, die sich zwei Vollzeitstellen teilen. Wir bringen unterschiedliche Perspektiven aus Pflege, Sozialer Arbeit, Forschung und Praxis ein. Ergänzt wird unser Team von einem fünften Kollegen aus der BHST.

Helena Brockmann

Sozialarbeiterin B.A., Studentin im Masterstudiengang Soziale Arbeit und Forschung

Während ihres dualen Studiums der Sozialen Arbeit war Helena Brockmann im Langzeitwohnen der BHST tätig und begleitete wohnungslose Männer mit komplexen Unterstützungsbedarfen. Im Projekt Cared.Wende entwickelte sie das Forschungsdesign, begründete die methodische Vorgehensweise und passte die Auswertungsstrategie an die komplexen Realitäten im Feld an. Darüber hinaus verfasste sie verschiedene Publikationen zum Projekt und vertrat Cared.Wende auf diversen Tagungen.

Dean Loy

Sozialarbeiter B.A.

Dean Loy verfügt über vielfältige Erfahrungen in den Einrichtungen der BHST. Er leitete die Winternothilfe 1, war in der aufsuchenden Sozialarbeit sowie in der Familienberatungsstelle Brückenschlag tätig. Im Projekt Ca-

red.Wende war er bisher insbesondere für die Feldarbeit verantwortlich: Er führte Interviews, machte teilnehmende Beobachtungen und dokumentierte die Lebenslagen und Unterstützungsbedarfe wohnungsloser Menschen an verschiedenen Orten der Wohnungslosenhilfe.

Stefanie Beckmann

Gesundheits- und Krankenpflegerin, B.A. Pflege- und Gesundheitsmanagement

Stefanie Beckmann verfügt über pflegfachliche Erfahrung auf einer Palliativstation sowie über Beratungspraxis aus der Arbeit mit Unionsbürger:innen bei der Europa.Brücke.Münster der BHST. In Cared.Wende koordiniert sie das Projektteam. Zusätzlich war sie – wie auch Dean Loy – im Feld tätig, führte Interviews, machte teilnehmende Beobachtungen und richtete den Blick besonders auf die Schnittstellen von Gesundheitssystem und Wohnungslosenhilfe.

Bernd Mülbrecht

Diplom-Sozialarbeiter

Bernd Mülbrecht ist seit über 40 Jahren in der Wohnungslosenhilfe bei der BHST tätig. Ein besonderer Schwerpunkt seiner Arbeit liegt auf der Entwicklung von Angeboten für wohnungslose Menschen mit Pflegebedarf. Er war u. a. an der Erstellung einer Fachbroschüre zur

palliativen Versorgung wohnungsloser Menschen (2016) beteiligt und hat das Wohnprojekt Wohnen 60plus aufgebaut. Cared.Wende hat er fachlich mitkonzipiert und ist im Projekt insbesondere für Fragen der Vernetzung und strukturellen Anschlussfähigkeit zuständig.

Mathias Rohlfing

Diplom-Sozialarbeiter, M.A. Sozialmanagement

Mathias Rohlfing leitet bei der BHST die Langzeithilfen. Dazu gehören das Langzeitwohnen sowie die intensiv ambulant betreuten Wohngruppen – darunter auch das Wohnen 60plus. Er befasst sich insbesondere mit der Versorgung älterer wohnungsloser Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Auch wenn er nicht Teil des Kernteams ist, bringt er seine fachliche Perspektive regelmäßig ein und unterstützt die Verankerung von Cared.Wende innerhalb der Stiftung.

KAPITEL 1 HINTERGRUND UND ORIENTIERUNG

1.4 ENTSTEHUNG UND FÖRDERKONTEXT VON CARED.WENDE

Ende 2022 lud das MAGS NRW zu einem Fachgespräch über die palliative Versorgung wohnungsloser Menschen ein. Mehrere Träger aus Nordrhein-Westfalen – darunter auch die BHST – kamen dabei ins Gespräch, tauschten sich zu Erfahrungen aus der Praxis aus und benannten bestehende Versorgungslücken.

Bei einem weiteren Treffen Anfang 2023 wurde das Thema auf die pflegerische Versorgung ausgeweitet. Die teilnehmenden Träger wurden seitens des MAGS NRW ausdrücklich ermutigt, im Rahmen des Aktionsprogramms „Hilfen in Wohnungsnotfällen“ eigene Projektideen einzubringen – insbesondere zu neuen Wegen in der gesundheitlichen bzw. (palliativ-)pflegerischen Versorgung von Menschen in Wohnungsnot, zugeschnitten auf den jeweiligen lokalen Kontext.

Die BHST hatte sich bereits vor diesen Fachgesprächen mit der Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Angebote für wohnungslose Menschen befasst. Die Fachgespräche boten den Rahmen, diese Überlegungen in eine konkrete Projektidee zu überführen. Ziel der BHST war es, die Versorgungssituation schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen in Münster systematisch zu untersuchen und darauf aufbauend konkrete

Ansätze für Verbesserungen zu entwickeln.

Daraus entstand die Projektidee für Cared.Wende. Das Konzept haben wir als zukünftiges Projektteam gemeinsam erstellt und im September 2023 beim MAGS NRW eingereicht. Nach einer umfassenden Prüfung durch den

Fördergeber und entsprechenden inhaltlichen Anpassungen erhielten wir zum 1. April 2024 den Bewilligungsbescheid.

1.5 ZIELGRUPPE UND ADRESSAT:INNEN

Das Projekt richtet den Blick sowohl auf die Zielgruppe als auch auf die Akteur:innen im Versorgungssystem, die im Folgenden genauer beschrieben werden.



Abbildung 1: Überblick über die Zielgruppe

Schwer kranke und (palliativ-)pflegebedürftige wohnungslose Menschen

Die Begriffe schwer krank, pflegebedürftig, palliativ und wohnungslos zur Beschreibung der Zielgruppe von Cared.Wende haben wir zunächst pragmatisch gewählt – sie beschreiben das, was uns aus der alltäglichen Arbeit vertraut war und was wir im Projekt gezielt aufgreifen wollten. Die Begriffe sollten zum einen eine erste Eingrenzung ermöglichen und zum anderen die notwendige Offenheit für die weitere Forschung bewahren.

Den Begriff schwer krank haben wir bewusst weit gewählt, um das Spektrum der gesundheitlichen Beeinträchtigungen wohnungsloser Menschen umfassend zu berücksichtigen. Nach § 33 der Arzneimittel-Richtlinie gilt eine Erkrankung als schwerwiegend, „wenn sie lebensbedrohlich ist oder aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt“.

Damit werden auch solche Erkrankungen eingeschlossen, die einer intensiven Versorgung bedürfen, ohne lebenslimitierend zu sein. Wir orientieren uns an dieser Definition, da sie die gesundheitliche Realität wohnungsloser Menschen treffend abbildet.

Beispiele für schwere Erkrankungen sind:

- **akute somatische Erkrankungen** (z. B. **akute Infektionen oder Frakturen**),
- **chronische somatische Erkrankungen** (z. B. **chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Herzinsuffizienz, Leberzirrhose**),
- **Krebserkrankungen**,
- **akute und chronifizierte psychische Erkrankungen** (z. B. **Psychosen, schwere Depressionen**),
- **Suchterkrankungen**.

Wohnungslose Menschen sind häufig multimorbide und leiden an mehreren Erkrankungen, die sich gegenseitig verstärken, was die Versorgung zusätzlich erschwert (vgl. Oette 2022, S. 168 ff.; s. Lebenslagenansatz Kapitel 1.10).

Viele dieser Erkrankungen sind potenziell lebensverkürzend – insbesondere dann, wenn sie unbehandelt bleiben oder mit schwierigen Lebensumständen, wie Wohnungslosigkeit, einhergehen.

Außerdem tritt ein Teil der aufgeführten Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen deutlich früher auf als in der Allgemeinbevölkerung. In der Fachliteratur wird in diesem Zusammenhang auch von vorzeitiger Alterung gesprochen, die sich nicht am chronologischen Lebensalter, sondern

an biologischen und funktionalen Veränderungen orientiert (vgl. Giffhorn 2017, S. 371 ff.; Laudien et al. 2024, S. 428). Das Lebensalter der betroffenen Menschen war vor diesem Hintergrund kein Einschlusskriterium für Cared.Wende.

Wir richten den Blick auf schwer kranke Menschen, bei denen sich aus den Erkrankungen gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützungsbedarfe ergeben, die dauerhaft oder vorübergehend bestehen. Dabei meint der Begriff pflegebedürftig zunächst nur den tatsächlichen Unterstützungsbedarf, unabhängig von sozialrechtlichen Leistungsansprüchen.

Den Begriff palliativ verwenden wir ebenfalls in einem möglichst weiten Sinne und orientieren uns dabei an den Definitionen der Weltgesundheitsorganisation und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. In diesem Kontext wird die palliative Versorgung als Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder lebensverkürzenden Erkrankungen beschrieben (vgl. Weltgesundheitsorganisation 2020; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2005, S. 1). Im Mittelpunkt stehen die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen sowie die Berücksichtigung psychosozialer, spiritueller und existenzieller Bedürfnisse (vgl.

KAPITEL 1 HINTERGRUND UND ORIENTIERUNG

ebd.). Palliative Bedarfe verstehen wir hierbei als ein mögliches zusätzliches Merkmal, das neben der Pflegebedürftigkeit bestehen kann, jedoch keine Voraussetzung für die Zugehörigkeit zur Zielgruppe darstellt.

Wohnungslosigkeit ist im § 3 Absatz 1 des Wohnungslosenberichterstattungsgesetzes definiert. Als wohnungslos gelten alle Menschen ohne Mietvertraglich oder auf andere Weise rechtlich gesicherten Wohnraum – unabhängig davon, wo sie aktuell leben.

Denn: Wohnungslose Menschen befinden sich in ganz unterschiedlichen Lebenslagen, die von stationären Wohnangeboten über Notunterkünfte bis hin zu einem Leben auf der Straße

reichen (vgl. Tabelle 1). Je nach Lebensort und Versorgungskontext unterscheiden sich die Möglichkeiten, Pflege und Unterstützung in Anspruch zu nehmen, erheblich.

Das Verständnis der Zielgruppe orientierte sich an gesundheitlichen, pflegerischen und versorgungsbezogenen Aspekten. Die oben genannten Kriterien galten für alle Geschlechter gleichermaßen und unabhängig von formalen Einstufungen oder behördlichen Bescheiden.

Adressat:innen im Versorgungssystem

Sowohl die Forschungs- als auch die praktische Umsetzungsphase von Cared.Wende richten sich auch an

Menschen, die in Praxis, Verwaltung oder Politik mit der Versorgung und Unterstützung der Zielgruppe befasst sind. Dazu zählen vor allem Fachkräfte aus der Wohnungslosenhilfe, dem Gesundheitssystem und der Verwaltung.

Im Verlauf der Forschung erkannten wir, dass schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen regelmäßig auch mit weiteren Systemen in Berührung kommen – z. B. mit dem Justizvollzug, rechtlichen Betreuungen oder dem Rettungsdienst. Der Kreis der relevanten Adressat:innen hat sich dadurch im Projektverlauf erweitert.

1.6 AUSGANGSLAGE UND FORSCHUNGSSTAND

Am 31. Januar 2025 wurden in Münster ca. 2.300 Menschen als wohnungslos erfasst. Seit Beginn der systematischen Erhebungen im Jahr 2022 befinden sich die Zahlen in einem Bereich von ca. 2.250 bis 2.400 Menschen (vgl. Stadt Münster 2025). Eingeschlossen sind Menschen, die ordnungsrechtlich untergebracht sind oder in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nach §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch (SGB) XII leben. Bewohner:innen von Langzeitwohneinrichtungen der

Wohnungslosenhilfe sind in dieser Zahl nicht enthalten.

Menschen ohne Unterkunft wurden bei der Zählung von Homelessness Counts erfasst: In der Nacht vom 7. auf den 8. Oktober 2024 haben ca. 115 Menschen obdachlos im öffentlichen Raum in Münster übernachtet (vgl. European Homelessness Counts 2024, S. 3). Diese Zahl erlaubt keinen Hinweis auf eine Entwicklung, weil die Befragung im Jahr 2024 erstmalig durchge-

führt wurde und Vergleichszahlen für das Jahr 2025 noch ausstehen.

Hinzu kommen Menschen in verdeckter Wohnungslosigkeit, die beispielsweise bei Bekannten übernachten. Bundesweit ist bei dieser Personengruppe sowie bei den obdachlosen Menschen ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (vgl. Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen 2024, S. 22). Der bundesweit beobachtete Anstieg deutet auf

einen städteübergreifenden Trend hin; belastbare Aussagen zur Entwicklung in Münster liegen bislang nicht vor.

Die genannten Zahlen geben keinen Aufschluss über den Gesundheitszustand oder Pflegebedarf wohnungsloser Menschen in Münster. Sie verdeutlichen jedoch die Größenordnung der Personengruppe, die sich – im Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit – in Lebenslagen befindet, die mit erhöhten gesundheitlichen Risiken verbunden sind. Den prekären Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen belegen verschiedene Studien: Sie sind oftmals gleichzeitig von psychischen und chronischen physischen Krankheiten betroffen (vgl. Kaduszkiewicz et al. 2017, S. 674). Außerdem sind sie durch ihre belastenden Lebensumstände körperlich vorgealtert. In der Folge können sich degenerative Prozesse deutlich früher zeigen (vgl. Berger/Graeb 2022, S. 13). Die Lebenserwartung wohnungsloser Menschen ist – je nach Studie – um zehn bis 30 Jahre verringert (vgl. Giffhorn 2017, S. 371 ff.; Laudien et al. 2024, S. 428).

Die Aufmerksamkeit für die Zielgruppe ist gestiegen, da unter wohnungslosen Menschen zunehmend ältere Personen (vgl. Lotties 2023, S. 7) mit chronischen Erkrankungen und einem erhöhten Pflegebedarf anzutreffen sind (vgl. Fazel/Geddes/Kushel 2014, S. 1532 f.). Zu den Ursachen dieser Entwicklung

liegen bislang nur begrenzt belastbare Forschungsergebnisse vor. In der Fachliteratur werden jedoch einzelne Einflussfaktoren benannt, etwa die verbesserte medizinische Versorgung – beispielsweise durch Substitutionsbehandlungen bei ehemals heroinabhängigen Menschen –, die mit einer höheren Lebenserwartung einhergeht (vgl. Busch et al. 2007, S. 50). Diese Aspekte stellen jedoch nur einen Teil möglicher Erklärungen dar. Für eine differenzierte Einordnung fehlen bislang kontextbezogene Daten, etwa auf kommunaler Ebene oder bezogen auf spezifische Versorgungssettings.

Trotz steigender gesundheitlicher und pflegerischer Unterstützungsbedarfe schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen fehlen vielerorts passende Versorgungskonzepte. Dazu gehören beispielsweise ambulante Hilfsangebote, der Zugang zu regulären Pflegeheimen sowie eine Übergangskoordination zwischen Wohnungslosenhilfe, Gesundheitswesen und Pflegeeinrichtungen (vgl. Steckelberg 2023, S. 89 f.). Eine Folge dieses Mangels ist die Unterversorgung einer besonders vulnerablen Gruppe in der Gesellschaft, die auch damit zusammenhängt, dass ihre Interessen in politischen und öffentlichen Debatten oft unterrepräsentiert sind (vgl. Bundesregierung 2021, S. 343).

Insgesamt liegen auf nationaler und internationaler Ebene zahlreiche Studien zu Wohnungslosigkeit und Gesundheit vor. Die vorhandene Literatur bietet Anhaltspunkte zur Orientierung, ist aber nicht spezifisch auf die Lebenssituation schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen in Städten wie Münster übertragbar.

Anhand der Einschätzungen der Träger, die im Rahmen der Projektkonzeption erfragt wurden, zeigte sich, dass die Anzahl schwer kranker wohnungsloser Menschen mit Pflegebedarf auch in Münster als hoch wahrgenommen wurde. Eine von uns im Frühjahr 2025 online durchgeführte Einrichtungsabfrage lieferte hierzu weitere Daten (s. Kapitel 2 sowie die methodischen Erläuterungen in Kapitel 8). Ebenso ist die Zielgruppe auch in Münster vielfach mit eingeschränkten Zugängen zu pflegerischer Versorgung und angemessener Unterkunft konfrontiert (vgl. BHST 2023).

KAPITEL 1 HINTERGRUND UND ORIENTIERUNG

1.7 ZIELE UND VORGEHENSWEISE

Cared.Wende verfolgt das übergeordnete Ziel, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen durch innovative Ansätze zu verbessern. Vor diesem Hintergrund haben wir zunächst eine Situationsanalyse durchgeführt, um bestehende Angebotslücken zu identifizieren und zu beschreiben.

Ziel der Situationsanalyse war es, herauszufinden, wann, wo, wie und durch wen eine pflegerische – einschließlich palliativer – Versorgung der Zielgruppe stattfindet. Zudem sollte gezeigt werden, wo Lücken bestehen und was seitens der beteiligten Akteur:innen sowie auf Grundlage fachlicher Anforderungen als notwendig erachtet wird, um die Versorgung künftig zu verbessern.

Mit dem Ansatz der ethnografischen (Feld-)Forschung war es möglich, soziale Situationen direkt und im Kontakt mit den Menschen zu beobachten. Für uns bedeutete das, Beobachtungen in verschiedenen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe durchzuführen, etwa bei pflegerischen Tätigkeiten oder Sprechstunden. Darüber hinaus begleiteten wir wohnungslose Menschen auch bei ärztlichen Besuchen oder während Klinikaufenthalten.

Ergänzt haben wir dieses Vorgehen durch Gruppeninterviews mit Fachkräften unterschiedlicher Arbeitsfelder und Professionen. Außerdem sprachen wir mit wohnungslosen Menschen selbst darüber, wie sie es erleben, krank und hilfebedürftig zu sein und keine eigene Wohnung zu haben – was ihnen hilft, was ihnen fehlt und was sie sich wünschen.

Insgesamt führten wir 25 Gruppendiskussionen und elf Interviews mit schwer kranken und pflegebedürftigen Menschen durch und erstellten 52 Beobachtungsprotokolle. Alle Dokumente gingen in die Analyse ein.

Zur Kontextualisierung und fachlichen Rückkopplung der Ergebnisse haben wir zudem aktuelle Fachliteratur und bestehende Standards herangezogen.

Dieser Mix aus Methoden und Perspektiven wird als Triangulation bezeichnet. Die Triangulation ermöglicht es, Situationen besonders dicht zu beschreiben, und liefert ein tieferes Verständnis, als ein einzelner Zugang es könnte. Eine vertiefte Darstellung der Forschungsmethodik findet sich in Kapitel 8.

1.8 ÜBERSICHT ÜBER DIE VERSORGUNGLANDSCHAFT

Die Versorgungslandschaft, in der schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen in Münster gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung erhalten können, umfasst Angebote der Wohnungslosenhilfe, des Gesundheitswesens und weiterer Dienste.

Mit der Bezeichnung gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung werden Unterstützungsleistungen beschrieben, die im Feld häufig nicht klar abgrenzbar waren. Dazu zählen unter anderem die Beobachtung des Gesundheitszustands, gesundheitsbezogene Beratung, die Begleitung zu medizini-

schen Kontakten sowie körperbezogene Unterstützung.

Im Rahmen der Feldforschung haben wir nicht in allen Einrichtungen Beobachtungen durchgeführt. Jedoch bestand auch mit den nicht beobachteten Einrichtungen ein projektbezogener

Austausch, etwa im Rahmen gemeinsamer Arbeitsgruppen.

Abbildung 2 gibt einen groben Überblick über die dargestellten Einrichtungen und Angebote.

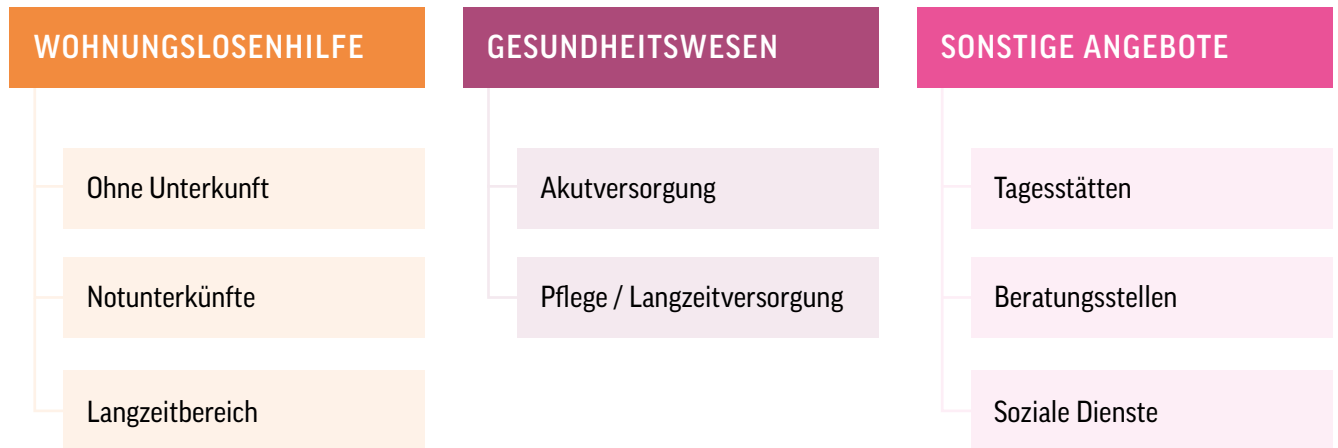


Abbildung 2: Versorgungslandschaft

Die folgenden Tabellen zeigen die für unsere Situationsanalyse relevanten Einrichtungen sowie die Verfügbarkeit gesundheitlicher bzw. pflegerischer Unterstützung.

1. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe – ohne Unterkunft

Die nachfolgenden Angebote richten sich an wohnungslose Menschen. Sie bieten keine Unterbringung an und arbeiten niedrigschwellig.

Angebot/Träger	Versorgungsform	Verfügbarkeit gesundheitlicher/ pflegerischer Unterstützung
Mobiler Medizinischer Dienst (BHST)	Medizinische Basisversorgung, auch aufsuchend	Regulär vorgesehen, ärztliche Sprechstunden, Wundversorgung
Aufsuchende Hilfen (Sozialdienst katholischer Frauen (SKF), BHST)	Straßensozialarbeit	Ansprache, Beratung, ggf. Vermittlung
Wundmobil (Johanniter)	Mobile Wundversorgung	Wundversorgung zu festen Zeiten

Tabelle 1: Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe – ohne Unterkunft

KAPITEL 1 HINTERGRUND UND ORIENTIERUNG

2. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe – Notübernachtungen und Notunterkünfte

Die hier aufgeführten Angebote bieten niedrigschwellige Unterbringung für wohnungslose Menschen. Der Umfang gesundheitlicher bzw. pflegerischer Unterstützung unterscheidet sich je nach Einrichtung und personeller Ausstattung.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Wohnungsloseneinrichtungen keine Pflegeeinrichtungen sind. Sie halten

jedoch pflegerische Unterstützung im Sinne einer Basispflege vor. Diese kann Leistungen entsprechen, wie sie nach SGB V oder XI vorgesehen sind, wird jedoch nicht darüber abgerechnet und ist nicht durchgehend verfügbar.

Situativ möglich meint gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung, die im Einzelfall geleistet werden kann, sofern Mitarbeitende vor Ort sind, die diese Aufgaben übernehmen können und zeitliche Kapazitäten zur Verfügung stehen. Dabei erfolgt die Unter-

stützung nicht zwingend durch Pflegefachkräfte.

Regulär vorgesehen beschreibt gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung, die in der Einrichtung institutionell verankert ist und durch Pflegefachkräfte erbracht wird.

Angebot/Träger	Versorgungsform	Verfügbarkeit gesundheitlicher/ pflegerischer Unterstützung
Winternothilfe 1 (BHST)	Saisonale Übernachtung ¹	Keine
Winternothilfe 2 (Caritas, BHST)	Saisonale Übernachtung	Keine
Übernachtungs-Stelle (Ü-Stelle; SkF)	Notunterkunft für Frauen ²	Situativ möglich
Hilfevermittlung und Kurzzeitübernachtung (HuK; BHST und Caritas)	Notunterkunft für Männer	Regulär vorgesehen
Haus der Wohnungslosenhilfe (HdW; BHST)	Notunterkunft für Männer	Regulär vorgesehen
Ordnungsbehördliche Unterbringung (Stadt Münster)	Ordnungsbehördliche Einweisung in Wohnraum	Keine
	Ordnungsbehördliche Einweisung in städtische Notunterkünfte für Familien	Keine

Tabelle 2: Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe – Notunterkünfte

¹Die Winternothilfen sind in der Regel von Anfang November bis Ende März geöffnet.

²Die Winternothilfe für Frauen ist in die Ü-Stelle integriert.

3. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe – Weiterführende ambulante und stationäre Angebote

Die nachfolgenden Angebote bieten

längerfristige Unterkunft. Je nach Einrichtung steht regulär personalgestützte gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung zur Verfügung

oder kann über ambulante Dienste organisiert bzw. ergänzt werden.

Angebot/Träger	Versorgungsform	Verfügbarkeit gesundheitlicher/ pflegerischer Unterstützung
Langzeitwohnen (SkF)	Stationäres Langzeitwohnen für Frauen	Regulär vorgesehen, ggf. Leistungen über ambulante Dienste
Langzeitwohnen (BHST)	Stationäres Langzeitwohnen für Männer	Regulär vorgesehen, ggf. Leistungen über ambulante Dienste
Wohnen nach §§ 67 ff. SGB XII im Christophorushaus (BHST)	Stationäre Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII für Männer	Regulär vorgesehen, ggf. Leistungen über ambulante Dienste
Gertrudenhause (SkF)	Stationäre Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII für Frauen	Regulär vorgesehen
Ambulant betreutes Wohnen (Caritas/ Sozialdienst katholischer Männer (SKM))	Wohnen mit ambulanter Unterstützung	Ausschließlich über ambulante Dienste

Tabelle 3: Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe – weiterführende ambulante und stationäre Angebote

4. Intensiv ambulant betreutes Wohnen

Beim Wohnen 60plus der BHST leben ehemals wohnungslose Menschen mit Unterstützungsbedarfen in eigenen trägergebundenen Wohnungen an zwei Standorten (York-Höfe und Dreifaltigkeitskirche). Die Bewohner:innen verfügen über einen eigenen Mietver-

trag und gelten formal nicht mehr als wohnungslos.

Bei der Pension Plus verfügen die betreffenden Menschen über einen eigenen Mietvertrag, dieser ist allerdings an die Kostenzusage des Sozialhilfeträgers gebunden.

Die Angebote werden im vorliegenden Bericht dennoch berücksichtigt, da sich hier zeigt, dass die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bewohner:innen trotz stabiler Wohnsituation an strukturelle Grenzen stößt, sobald ein durchgehender pflegerischer Unterstützungsbedarf besteht.

KAPITEL 1 HINTERGRUND UND ORIENTIERUNG

Pension Plus (BHST, Für Soziale Teilhabe und Psychische Gesundheit e.V. (FSP), Caritas)	Intensiv ambulant betreutes Wohnen für Männer mit psychiatrischer Diagnose	Regulär vorgesehen, Fokus auf psychiatrische Pflege
Wohnen 60plus (BHST) - York-Höfe / Dreifaltigkeitskirche	Intensiv ambulant betreutes Wohnen	Situativ möglich, ggf. Leistungen über ambulante Dienste
Wohngruppe an der Meerwiese (BHST)	Intensiv ambulant betreutes Wohnen	Situativ möglich, ggf. Leistungen über ambulante Dienste

Tabelle 4: Intensiv ambulant betreutes Wohnen

5. Einrichtungen des Gesundheitswesens

Die Übersicht für den Bereich Gesundheitswesen wird – im Unterschied zu den anderen Bereichen – zweispaltig

dargestellt. Hier sind Art und Umfang der Leistungen durch gesetzliche Vorgaben und fachliche Standards klar definiert. Die Art der gesundheitlichen bzw. pflegerischen Unterstützung er-

gibt sich unmittelbar aus dem jeweiligen Setting.

Angebot/Träger	Versorgungsform
Somatische Krankenhäuser (diverse Träger)	Somatische Akutversorgung
Psychiatrische Kliniken (Klinik des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL), Universitätsklinikum Münster (UKM))	Psychiatrische Akutversorgung
Kurzzeitpflege (diverse Träger)	Zeitlich befristete stationäre Pflege
Ambulante Pflegedienste (diverse Träger)	Häusliche Pflege
Pflegeheime (diverse Träger)	Langfristige vollstationäre Pflege
LWL-Pflegezentrum	Vollstationäre Pflege mit psychiatrischem Schwerpunkt
Haus Maria Veen ³	Vollstationäre Pflege
Palliativstationen (diverse Träger)	Stationäre Palliativversorgung
Hospize (Lebenshaus, Johanneshospiz)	Stationäre Hospizversorgung
Palliativnetz Münster	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
Ambulante Hospizdienste	Ehrenamtliche Begleitung
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi; Gesundheitsamt)	Beratung und Krisenintervention
Medizinischer Dienst (MD)	Begutachtung für Kranken- und Pflegeversicherung
Hausärztliche Versorgung	Ambulante allgemeinmedizinische Versorgung
Substitutionspraxen (niedergelassene Vertragsärzt:innen)	Ambulante substitutionsgestützte Behandlung

Tabelle 5: Einrichtungen des Gesundheitswesens

³ Das Haus Maria Veen ist eine reguläre Altenhilfe-Einrichtung. Da sie sich auf demselben Gelände befindet wie die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe des Trägers, ziehen viele Menschen dorthin um, wenn sie aufgrund ihres Alters oder ihrer Pflegebedürftigkeit nicht mehr in ihren bisherigen Unterkünften bleiben können. Hieraus hat die Einrichtung einen besonderen Zugang zur Zielgruppe sowie eine spezifische Expertise innerhalb der stationären Altenhilfe entwickelt (vgl. GD05).

KAPITEL 1 HINTERGRUND UND ORIENTIERUNG

5. Weitere Angebote

Dieser Bereich umfasst Angebote, die außerhalb des klassischen Gesundheitswesens verortet sind, aber für die

gesundheitliche bzw. pflegerische Versorgung schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen relevant sind.

Angebot/Träger	Versorgungsform	Verfügbarkeit gesundheitlicher/ pflegerischer Unterstützung
INDRO e. V. ⁴	Niedrigschwellige Harm-Reduction-Angebote (Konsumraum, Kontaktcafé, Beratung), aufsuchende Hilfe auf dem Bremer Platz	Safer Use, gesundheitliche und soziale Beratung, Wundversorgung
Drogenberatungsstelle (Caritas, Diakonie, Stadt Münster)	Anonyme Beratung und Unterstützung zu den Themen Sucht, Substitution, Therapie	(Psycho)soziale Beratung für Betroffene und Bezugspersonen, Therapievermittlung, Haftvermeidung, offene Angebote
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (MMM)	Niedrigschwellige medizinische Basisversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung	Erstuntersuchung, einfache Behandlung, Wundversorgung, Verweisberatung
Beratungsstelle Klar für Gesundheit (Gemeinnützige Gesellschaft zur Unterstützung Asylsuchender e.V. (GGUA/BHST))	Sozialrechtliche Beratung beim Zugang zur Krankenversicherung und medizinischer Versorgung für Menschen mit ungeklärtem Krankenversicherungsschutz	Keine

Tabelle 6: Weitere Angebote

Eine umfassende Übersicht mit weiterführenden Informationen zu Angeboten, Zielgruppen und Unterstützungsmöglichkeiten findet sich im Anhang.

In der Ergebnisdarstellung (s. Kapitel 2) unterscheiden wir zwischen niedrigschwelligen Angeboten und weiterführenden Wohnangeboten, da sich die strukturellen Rahmenbedingungen,

Zugänge und Handlungsmöglichkeiten je nach Setting deutlich voneinander abheben. Niedrigschwellige Angebote umfassen, wie hier gezeigt, Unterstützungsformen wie die Aufsuchende Hil-

⁴ INDRO e. V. bietet ein umfassendes Spektrum an Hilfen an, das auch ein ambulant betreutes Wohnen umfasst. Im Rahmen der Forschung wurde gezielt der Bereich der Angebote im Konsumraum und der Beratungsstelle untersucht, da dieser eine zentrale Schnittstelle in der Versorgung schwer kranker wohnungsloser Menschen darstellt.

fe, den Konsumraum des INDRO oder die Notunterkünfte unterschiedlicher Träger.

Weiterführende Wohnangebote sind längerfristig angelegte Wohnformen wie etwa das Langzeitwohnen der

BHST, das Wohnen 60plus oder die Angebote nach §§ 67 ff. SGB XII.

1.9 DATENERHEBUNG IM FELD

Dieser Abschnitt zeigt – in chronologischer Reihenfolge –, welche der in Kapitel 1.8 dargestellten Angebote wir im Rahmen der ethnografischen Feldforschung besucht haben. Zudem

wird dargestellt, welche Gespräche und Interviews mit Fachkräften und Institutionen stattfanden und wie der Kontakt mit den schwer kranken und pflegebedürftigen wohnungslosen

Menschen zustande kam. Damit wird nachvollziehbar, wie unser Datenmaterial entstanden ist.

1.9.1 Teilnehmende Beobachtungen

Die Feldforschung begann im Sommer 2024 in der Beratungsstelle und dem Konsumraum des INDRO. Im Rahmen der dortigen Beobachtungen konnten wir zudem einmal das Wundversorgungsmobil der Johanniter am Bremer Platz besuchen.

Etwas zeitversetzt zu den Beobachtungen im INDRO e. V. starteten die Beobachtungen im Haus der Wohnungslosenhilfe (HdW) sowie beim Mobilen Medizinischen Dienst der BHST. Durch die Einsätze im INDRO und im HdW konnten wir an drei interdisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen. Wir beobachteten dort die berufsbezogene Zusammenarbeit und die Abstimmungsprozesse zwischen den beteiligten Diensten.

Im Herbst und Winter 2024 begleiteten wir die Aufsuchenden Hilfen der BHST und des SkF, einzeln und in gemeinsamen Einsätzen. Ebenfalls im Winter 2024 fanden Beobachtungen in der Hilfevermittlung und Kurzzeitübernachtung (HuK) und in der Pension Plus statt.

Zu Jahresbeginn 2025 verbrachten wir zwei Vormittage in der Winternothilfe 1, um Einblicke in die temporäre Unterbringung wohnungsloser Menschen in den Wintermonaten zu gewinnen.

Der SKM ermöglichte Beobachtungen in zwei Häusern des ambulant betreuten Wohnens.

Bei den Angeboten des SkF besuchten wir darüber hinaus die Übernachtungsstelle, das Gertrudenhaus und das Langzeitwohnen für Frauen.

Ende Februar folgten Beobachtungen in weiteren BHST-Einrichtungen. Zunächst besuchten wir das Langzeitwohnen der BHST, anschließend das Wohnen 60plus an den Standorten York-Höfe und Dreifaltigkeitskirche sowie das stationäre Wohnen nach §§ 67 ff. SGB XII im Christophorushaus.

Die letzte Beobachtung fand im April 2025 in einer Münsteraner Praxis für Suchtmedizin statt.

KAPITEL 1 HINTERGRUND UND ORIENTIERUNG

1.9.2 Interviews, Gespräche und Gruppendiskussionen

Das Datenmaterial wurde durch Interviews, Gespräche und Gruppendiskussionen mit verschiedenen Akteur:innen gewonnen.

Fachkräfte

Die Interviewpartner:innen haben wir über drei Zugänge erreicht: erstens durch direkte Ansprachen in Einrichtungen während der teilnehmenden Beobachtung, zweitens durch Hinweise und Vermittlungen von Fachkräften im Feld und drittens über bereits bestehende berufliche Kontakte.

Die erste Gruppendiskussion führten wir mit Sozialarbeitende aus HdW, HuK, Aufsuchender Hilfe der BHST und Pension Plus. Im Anschluss an die Auftaktveranstaltung des Projekts konnten wir drei rechtliche Betreuer:innen für ein Gruppeninterview gewinnen. Im Nachgang eines Interviews mit Verantwortlichen des Rettungsdienstes konnten wir im September 2025 für einige Schichten im Rettungsdienst hospitieren. Ein Interview mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Münster ergänzte die Perspektive des Gesundheitsamtes. Teammitglieder des ambulanten Hospizdienstes vom Johanneshospiz gaben Einblicke in palliative Versorgungsmöglichkeiten für wohnungslose Menschen.

In einem Interview schilderten Mitarbeiter:innen der Justizvollzugsanstalten (JVA) Münster und Bielefeld die Situation lebensälterer Inhaftierter mit Pflegebedarf sowie Herausforderungen beim Entlassmanagement.

Das Kommunale Integrationsmanagement berichtete in einem Gruppeninterview über Herausforderungen in der gesundheitlichen bzw. pflegerischen Versorgung wohnungsloser anerkannter Geflüchteter.

Mitarbeiter:innen eines Krankenhaussozialdienstes gaben Einblicke in das Entlassmanagement und thematisierten Schwierigkeiten bei der Versorgung wohnungsloser Menschen. Pflegefachkräfte verschiedener Einrichtungen der BHST kamen zu einer Gruppendiskussion zusammen, um sich über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Versorgungsrealität in den jeweiligen Einrichtungen auszutauschen. Ein weiteres Gruppeninterview mit Leitungen der BHST bot eine übergeordnete organisatorische und sozialarbeiterische Perspektive. Ein Feldinterview mit einem Sozialarbeiter des Langzeitwohnens der BHST brachte Einblicke in die konkrete Einzelfallarbeit.

In zwei Interviews erhielten wir Einblicke in die spezialisierte psychiatrische

Pflege (LWL-Pflegezentrum) und in die Versorgung ehemals wohnungsloser Menschen in einer regulären Pflegeeinrichtung (Haus Maria Veen). Obwohl wir zahlreiche weitere Pflegeheime und ambulante Pflegedienste kontaktierten, kam es nur mit diesen beiden Einrichtungen zu einem Austausch. Die übrigen Stellen gaben an, zur pflegerischen Versorgung der Zielgruppe keine Auskunft geben zu können.

Beim Medizinischen Dienst fand im Februar 2025 ein Austausch mit zwei Mitarbeiterinnen über die Besonderheiten des Pflegebegutachtungsverfahrens bei wohnungslosen Menschen statt.

Im März 2025 führten wir ein Interview mit einem Hausarzt, der seine Erfahrungen in der Versorgung wohnungsloser Menschen schilderte.

Das letzte Interview fand mit der Fachstelle Wohnraumsicherung statt. Beteiligt waren die Leitung der Winternothilfe 2 und Mitarbeitende des Projekts der Landesinitiative „Endlich ein Zuhause!“⁵ bei der Stadt Münster.

Schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen

Mit der Zielgruppe kamen wir über die Einsätze in den besuchten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und über

die Aufsuchenden Hilfen der BHST und des SkF in Kontakt. Die Kontakte ergaben sich im Rahmen der Alltagssituationen vor Ort. Aus diesen Begegnungen entstanden häufig kurze Gespräche. Wenn eine geeignete Situation vorlag und der betreffende Mensch eine erkennbare Gesprächsfähigkeit zeigte, fragten wir nach einer möglichen Teilnahme an einem Interview zum Thema

gesundheitliche bzw. pflegerische Versorgung. Bei der Auswahl der Interviewpartner:innen wurde auf eine Einbeziehung aller Geschlechter geachtet.

Als Anerkennung der Teilnahme erhielten die Menschen einen Gutschein über 10 Euro für einen nahegelegenen Supermarkt.

Auch nach den Interviews hielten wir – sofern die Menschen dem zustimmten – in vielen Fällen den Kontakt aufrecht, um Versorgungsverläufe über einen längeren Zeitraum verfolgen zu können. Dazu zählten etwa Besuche im Alltag der Einrichtungen sowie bei Krankenhausaufenthalten, in deren Rahmen wir weitere teilnehmende Beobachtungen durchführten.

1.10 ANALYTISCHE BEZUGSPUNKTE

Im Bericht verwenden wir verschiedene analytische Bezugspunkte in Form von Begriffen und Modellen, die im Folgenden kurz erläutert werden.

Niedrigschwelligkeit

Der Begriff der Niedrigschwelligkeit ist in der Sozialen Arbeit in den 1980er-Jahren aufgekommen: Er beschreibt Angebotsformen, die ihre Zugänglichkeit für die betreffenden Menschen dadurch erhöhen, dass sie auf eine hohe Anzahl von Zugangskriterien verzichten (vgl. Dauer/Scheller 2018, S. 10). Zum einen werden die konzeptionellen Bedingungen für die Inanspruchnahme reduziert, etwa durch den Verzicht auf formale Voraussetzungen (normative Dimension), zum anderen werden pragmatische Aspekte – wie die ört-

liche Erreichbarkeit – berücksichtigt (vgl. Lutz/Sartorius/Simon 2017, S. 53). Durch niedrigschwellige Angebote sollen insbesondere die Menschen erreicht werden, die keinen Zugang zum regulären Hilfesystem haben oder dort Hausverboten unterliegen (vgl. ebd., S. 117).

Im Gegensatz dazu weisen hochschwellige Angebote mehr Hürden auf und sind mit der Erfüllung von Kriterien seitens der Klient:innen verbunden (vgl. Dauer/Scheller 2018, S. 7). Beispiele hierfür sind stark beschränkte Öffnungszeiten oder ein Abstinenzgebot, dessen Nichteinhaltung mit Sanktionen verbunden sein kann (vgl. Scheu/Autrata 2017, S. 64).

Stufenmodell

Im Folgenden wird das Stufenmodell vorgestellt. Es beschreibt eine hierarchische Reihenfolge unterschiedlicher Wohnformen, wie sie im Hilfesystem häufig vorzufinden ist (s. Abbildung 2).

Das Modell bildet die Abfolge von Wohnangeboten des zweiten Wohnungsmarkts bis hin zum Übergang in den ersten Wohnungsmarkt ab. Der zweite Wohnungsmarkt bezieht sich auf Wohnangebote, die nicht dem regulären Wohnungsmarkt zugeordnet sind und umfasst, wie die Abbildung zeigt, verschiedene Wohnangebote der Wohnungslosenhilfe (vgl. Busch-Geertsema 2017, S. 79).

⁵ Die Landesinitiative „Endlich ein Zuhause!“ ist ein Förderprogramm des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen zur Bekämpfung von Wohnungslosigkeit. In Münster konzentriert sich das Projekt auf einen präventiven Ansatz, bei dem Haushalte durch Beratung und Unterstützung vor drohendem Wohnraumverlust (z. B. bei Kündigungen oder Räumungsklagen) bewahrt werden sollen.

KAPITEL 1 HINTERGRUND UND ORIENTIERUNG

Der Einstieg in das Hilfesystem erfolgt häufig über Gemeinschaftsunterkünfte mit viel Betreuung und wenig Privatsphäre (vgl. Steckelberg 2023, S. 113f.).

In der Praxis unterscheiden sich diese Einstiegsangebote jedoch deutlich. So gibt es – anders als in Münster⁶ – in einigen Kommunen Notunterkünfte, in

denen ausschließlich Sicherheitskräfte eingesetzt sind und keine sozialarbeiterische Betreuung erfolgt.

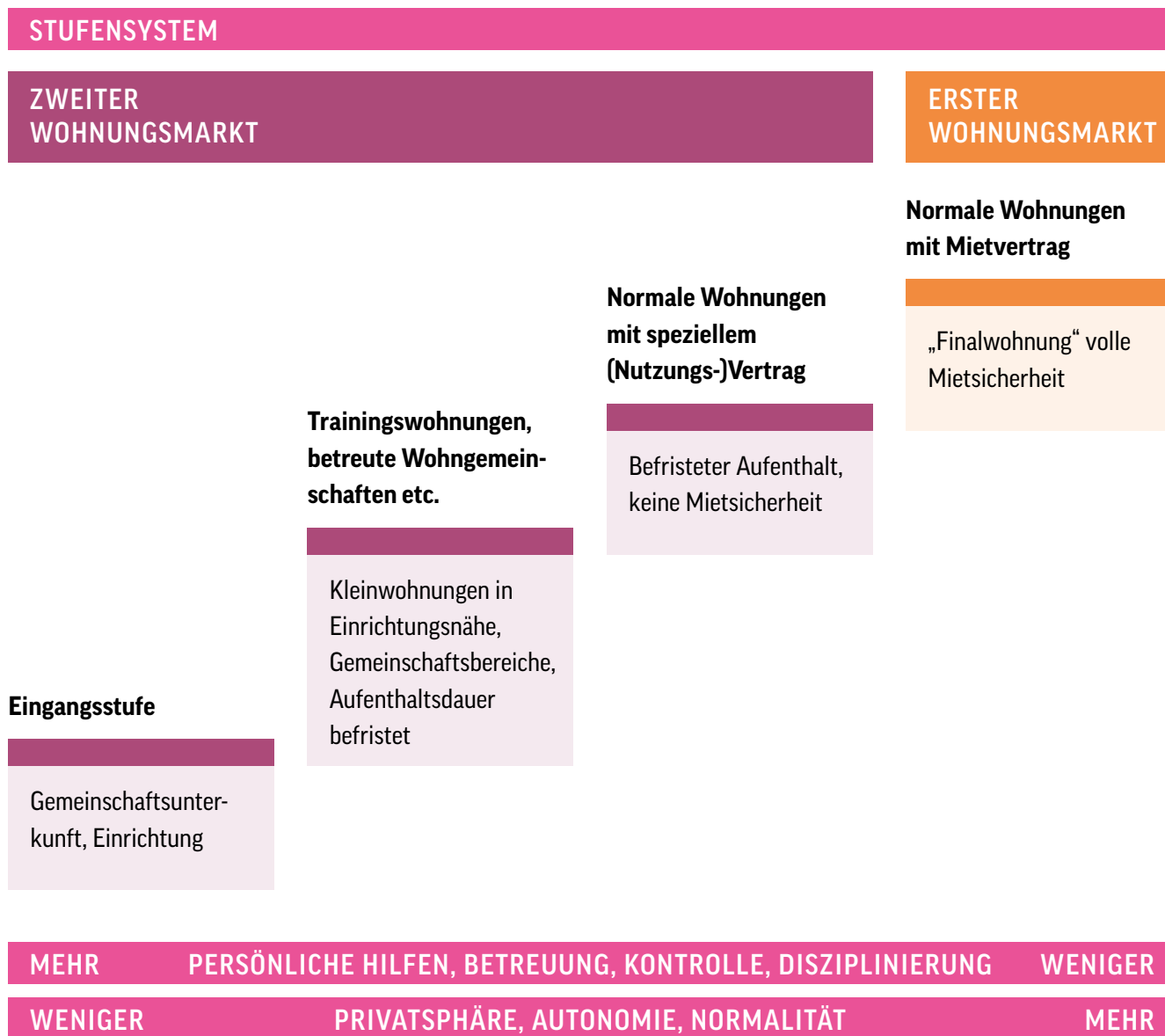


Abbildung 3: Stufensysteme (eigene Darstellung in Anlehnung an Busch-Geertsema 2011, S. 42 nach Sahlin 1998)

⁶ Mit Ausnahme der Winternothilfe 2, siehe hierzu Kapitel 1.8

Innerhalb der Logik des Stufensystems erwerben wohnungslose Menschen nach und nach eine „Wohnfähigkeit“ (Busch-Geertsema 2011, S. 42; Abbildung 2) und gehen eine sog. Stufe weiter (vgl. ebd.). Jede Stufe erfordert weitere Voraussetzungen, die von den wohnungslosen Menschen erfüllt werden müssen (vgl. ebd.). Als Beispiele für diese Anforderungen werden insbesondere Abstinenz und Mitwirkung genannt. Am Ende der Abfolge steht der Zugang zum ersten Wohnungsmarkt: eine eigene Wohnung mit Mietvertrag.

Das Stufenmodell dient im Kontext des Berichts dazu, die grundlegende Strukturierung der Wohnangebote im Hilfesystem sowie den damit in der Praxis verbundenen Grad an Betreuung und Unterstützung zu veranschaulichen. Da Wohnangebote zugleich den Rahmen bilden, innerhalb dessen gesundheitliche und pflegerische Unterstützung stattfinden kann, ist diese Perspektive für den vorliegenden Bericht relevant.

Zugleich bildet das Stufenmodell nicht die Dynamik einzelner Verläufe ab. In der Praxis können Abweichungen von dieser idealtypischen Abfolge auftreten, etwa wenn Menschen aufgrund der regionalen Angebotslandschaft einzelne Stufen überspringen können.

In der Fachliteratur wird das Stufenmodell mitunter kritisch diskutiert. Dabei wird insbesondere kritisiert, dass bei Nichterfüllung der jeweiligen Anforderungen ein „Abstieg“ in niedrigschwelligere Wohnangebote oder erneut in den öffentlichen Raum erfolgen kann (vgl. Busch-Geertsema 2011, S. 41).

Lebenslagenmodell

Zur Beschreibung der individuellen Situationen der betreffenden Menschen nutzen wir in diesem Bericht den Begriff der (prekären) Lebenslage. Dem Begriff liegt ein konzeptioneller Ansatz zugrunde, der nachfolgend überblicksartig erläutert wird.

Die Lebenslage beschreibt die Handlungsspielräume, die sich für einen Menschen aus seinen äußeren Lebensbedingungen ergeben und die es ihm ermöglichen oder erschweren, zentrale Interessen zu verfolgen, die seinem Leben Sinn geben (vgl. Weisser 1989/1956, zit. n. Gerull 2022, S. 5).

Der Lebenslagenansatz richtet den Blick nicht nur auf vorhandene Ressourcen als Voraussetzungen für Handeln, sondern vor allem auf die daraus resultierende Lebensqualität (vgl. Engels 2008, S. 644). Lebenslagen sind dabei grundsätzlich mehrdimensional angelegt. Sie umfassen unterschiedliche, miteinander verknüpfte Bereiche wie Einkommen, Erwerbstätigkeit,

Ernährung, Wohnen, Bildung, Gesundheit, Partizipation und soziale Netzwerke (vgl. Voges et al. 2003, S. 56ff.; Gerull 2022, S. 5).

In diesem Kontext spricht man von Armut oder Prekarität, „wenn eine Person in mehreren der Lebenslagenbereiche nicht mit der Mindestausstattung versorgt ist und ihre (Handlungs-)Spielräume entsprechend beschränkt sind“ (Seddig/Holz/Landes 2017, S. 10).

Der Ansatz bietet sich für die Erfassung der individuellen Situation wohnungsloser Menschen an, da sowohl die Heterogenität ihrer Lebenslagen als auch das Zusammenwirken der verschiedenen Problemkonstellationen berücksichtigt und einzelnen Dimensionen zugeordnet werden können (vgl. Gerull 2022, S. 5f.). Im Forschungsbericht soll der Begriff widerspiegeln, dass die Situation der betreffenden Menschen mehrdimensional und multikausal betrachtet wird – etwa in der Verknüpfung von Wohnsituation und Gesundheitszustand.

Inverse Care Law

Die Logik des Inverse Care Law zeigt sich in unseren Forschungsergebnissen an verschiedenen Stellen. Da wir im weiteren Verlauf des Berichts wiederholt darauf Bezug nehmen, stellen wir das Konzept im Folgenden kurz vor.

KAPITEL 1 HINTERGRUND UND ORIENTIERUNG

Das Inverse Care Law wurde erstmals von Julian Tudor Hart formuliert. Er beschreibt damit, dass Menschen mit den höchsten gesundheitlichen Bedarfen häufig die geringste Versorgung erhalten (vgl. Tudor Hart 1971, S. 412).

In der gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion werden solche Ungleichheiten aus unterschiedlichen Perspektiven erklärt und eingeordnet. So wird unter anderem auf eine übergeordnete Marktlogik verwiesen, die gesundheitliche Bedürfnisse marginalisierter Gruppen strukturell nachordnet (vgl. Maio 2023, S. 52 ff.). Diese Entwicklung wurde insbesondere im Zuge der Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitssystems seit den 1990er-Jahren verstärkt (vgl. Hermann/Müller 2019, S. 17).

Creaming-Effekt

Der sogenannte Creaming-Effekt beschreibt Selektionsmechanismen im Rahmen von Angeboten, die dazu führen, dass bestimmte Personen bevorzugt werden. Dabei werden vor allem Menschen aufgenommen, die als vergleichsweise einfach und effizient zu betreuen gelten, während als schwieriger eingeschätzte Personen abgelehnt werden (vgl. Seite 2025, S. 305). In der Folge stehen insbesondere für die Personengruppe mit komplexen Bedarfen weniger passende Angebote zur Verfügung.

Unabhängig vom Creaming-Effekt wirken übergeordnete marktwirtschaftliche Logiken hemmend auf die Entwicklung neuer, bedarfsgerechter Angebote. Die Versorgung von Menschen mit komplexen und herausfordernden Bedarfen gilt häufig als unwirtschaftlich und wird daher als unattraktiv bewertet (vgl. Maio 2023, S. 52ff.).

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

Aufbauend auf den in Kapitel 1 dargestellten Grundlagen stellen wir in diesem Kapitel die Ergebnisse aus

unseren Beobachtungen, Gesprächen im Feld sowie Interviews und Gruppendiskussionen dar. Punktuell fließen

zudem Erkenntnisse aus der Einrichtungsabfrage ein. Das Kapitel ist wie folgt gegliedert:

2.1 MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER GESUNDHEITLICHEN BZW. PFLEGERISCHEN UNTERSTÜTZUNG IN DER WOHNUNGSLOSENHILFE

Wie sieht gesundheitliche und pflegerische Unterstützung in der Wohnungslosenhilfe aus?

2.2 ZUGANG ZU LEISTUNGEN

Wie gelangen Menschen zu Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung – und was passiert, wenn der Zugang fehlt?

2.3 ERFAHRUNGEN SCHWER KRANKER UND PFLEGE- BEDÜRFTIGER WOHNUNGS- LOSER MENSCHEN

Wie erleben schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen ihre Versorgungssituation?

2.4 GRENZEN VON UNTER- BRINGUNGS- UND WOHNANGEBOTEN

In welchen Konstellationen stoßen Menschen mit komplexen Bedarfen wiederholt an Systemgrenzen?

2.5 MENSCHEN IN BESONDERS KOMPLEXEN BEDARFSLAGEN

Wo funktionieren Netzwerke und Übergänge – und wo zeigen sich kritische Schnittstellen?

2.6 NETZWERKE UND ÜBERGÄNGE ALS KRITISCHE SCHNITTSTELLEN

Wie beeinflussen Wohnformen und bauliche Bedingungen die gesundheitliche und pflegerische Versorgung?

Abbildung 4: Aufbau des Ergebniskapitels

In Kapitel 2.1, Möglichkeiten und Grenzen der gesundheitlichen bzw. pflegerischen Unterstützung in der Wohnungslosenhilfe, wird anhand verschiedener Bereiche (z. B. Mobilität oder Hauswirtschaft) veranschaulicht,

welche gesundheitlichen bzw. pflegerischen Unterstützungsbedarfe im Feld sichtbar wurden und welche Möglichkeiten bzw. Grenzen der Unterstützung bestanden. Ein weiterer Fokus liegt auf der Versorgung von schwer kranken

und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen in medizinischen Notfall- oder palliativen Situationen.

Kapitel 2.2, Zugang zu Leistungen, richtet den Blick auf die leistungs-

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

rechtlichen Voraussetzungen für die gesundheitliche bzw. pflegerische Versorgung. Beschrieben wird z. B., wie der Zugang zu Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung für die Zielgruppe ausgestaltet ist und was die Konsequenzen fehlender Leistungszugänge sind.

Daran anschließend wird in Kapitel 2.3, Erfahrungen schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen, die persönliche Perspektive der Menschen in den Blick genommen.

Kapitel 2.4, Grenzen von Unterbringungs- und Wohnangeboten, betrachtet Wohnformen und Wohnbedingungen, in denen bzw. unter denen gesundheitliche und pflegerische Versorgung stattfindet. Beschrieben werden z. B. Spannungsfelder zwischen Hausregeln, Bedürfnissen und Angeboten sowie bauliche Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen auf die Versorgung.

Kapitel 2.5, Menschen in besonders komplexen Bedarfslagen, widmet sich

Konstellationen, in denen Menschen mit vielschichtigen Unterstützungsbedarfen wiederholt an Grenzen bestehender Versorgungsstrukturen stoßen.

In Kapitel 2.6, Netzwerke und Übergänge als kritische Schnittstellen, werden die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Akteur:innen sowie Übergänge zwischen Angeboten beschrieben und die dabei beobachteten Problemlagen dargestellt.

2.1 MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER GESUNDHEITLICHEN BZW. PFLEGERISCHEN UNTERSTÜTZUNG IN DER WOHNUNGSLOSENHILFE

Im Alltag der von uns besuchten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wurden körperliche sowie psychische und kognitive Einschränkungen schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen sichtbar, die meist im Zusammenhang mit bestehenden Erkrankungen standen.

Bei vielen Menschen bestanden diagnostizierte akute und/oder chronische somatische Erkrankungen; dazu gehörten auch onkologische Krankheitsbilder (vgl. Beobachtungsprotokoll (BP) 09; BP08). Manche Menschen litten auch an mehreren Erkrankungen gleichzeitig (Multimorbidität, vgl. BP27a). Darüber hinaus bestanden

psychiatrische Erkrankungen und Suchterkrankungen (vgl. Interview Zielgruppe (IZG) 11; BP24). In einzelnen Fällen lagen gleichzeitig somatische, psychiatrische und Suchterkrankungen vor (vgl. BP11).

Die vorliegenden Erkrankungen wurden teils von den Menschen selbst benannt, teils teilten Fachkräfte die ihnen bekannten Diagnosen mit (vgl. IZG04; IZG03; IZG09; Gruppendiskussion (GD) 03; BP27). Es gab aber auch Menschen, die ihre Erkrankungen nicht benennen konnten und bei denen trotz sichtbarer Beeinträchtigungen keine gesicherten medizinischen Diagnosen bekannt waren (vgl. GDO3).

Zudem beobachteten wir Menschen in Situationen, in denen ihr gesundheitlicher Zustand instabil war oder in denen sie palliative Unterstützung benötigten (vgl. BP24; BP16).

Die beobachteten Einschränkungen erreichten häufig eine Schwere und Dauer, die über eine bloße Erkrankung hinausging und den Bereich einer Behinderung berührte. Nach § 2 Abs. 1 SGB IX gelten Menschen als behindert, wenn körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate bestehen und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigen. Im Feld zeigten sich bei einzel-

nen Menschen Beeinträchtigungen im Sinne dieser Definition, ohne dass eine formelle Feststellung als Behinderung vorhanden war (vgl. IB11; BP29).

In den folgenden Abschnitten werden diese Unterstützungsbedarfe gemeinsam mit den vorhandenen Möglichkeiten, aber auch den Grenzen der gesundheitlichen und pflegerischen

Unterstützung in unterschiedlichen Lebensbereichen so dargestellt, wie sie sich uns im Feld bei den Menschen und in den Einrichtungen gezeigt haben.

2.1.1 Körpernahe Unterstützung und Hauswirtschaft

Mobilität

Viele Menschen waren aufgrund von Beeinträchtigungen in ihrer Mobilität deutlich eingeschränkt. Gründe dafür waren unter anderem eine verminderte Belastbarkeit aufgrund von Atemnot (vgl. BP48), Einschränkungen aufgrund von Amputationen an den unteren Extremitäten (vgl. BP39; BP29), Schmerzen oder körperlicher Schwäche (vgl. IZG03).

Viele Menschen konnten diese Einschränkungen kompensieren, indem sie Hilfsmittel wie Gehstöcke, Rollatoren oder Rollstühle nutzten (vgl. BP29; BP41; IZG02). Mobilitätseinschränkungen erhöhten insgesamt die Sturzgefahr (vgl. Interview Wohnungslosenhilfe (IWLH) 03). Ein Substanzkonsum konnte diese situativ zusätzlich erhöhen (vgl. GD01).

Die Notwendigkeit der dauerhaften Nutzung von Hilfsmitteln konnte aufgrund der baulichen Voraussetzungen zu faktischen Ausschlüssen von be-

stimmten Angeboten führen (s. Kapitel 2.4.3).

Menschen, die für eine sichere Mobilisation regelmäßig auf personelle Unterstützung angewiesen waren, konnten in den Einrichtungen nicht dauerhaft verbleiben, da diese dort nicht gewährleistet werden konnte (vgl. BP27a).

Körperpflege und Kleiden

Oftmals zeigte sich auch ein Bedarf an personeller Unterstützung bei der Körperpflege, wie z. B. Hilfe beim Duschen, Haarschneiden und bei der Nagelpflege sowie beim An- und Auskleiden (vgl. BP 07; BP09). Diese Unterstützung war vor allem in weiterführenden Settings bis zu einem gewissen Maß verlässlich möglich (vgl. GD03; BP07), beispielsweise im Langzeitwohnen der BHST (vgl. BP50). Im Wohnen 60plus erfolgte die Unterstützung durch ambulante Pflegedienste (vgl. IWLH04).

In Notunterkünften war Unterstützung bei der Körperpflege und beim Ankleiden für einzelne Menschen grundsätzlich ebenfalls möglich, sofern die personelle Ausstattung es zuließ (vgl. BP15). Im Bereich des INDRO oder der aufsuchenden Hilfe war sie trotz oftmals sichtbaren Bedarfs nicht leistbar (vgl. BP04). Mitarbeitende des HdW berichteten von Einzelfällen schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen in ungepflegtem Zustand, die von extern durch den Rettungsdienst oder die aufsuchende Hilfe gebracht wurden. In diesen Situationen mussten die dortigen Pflegefachkräfte die Menschen notfallmäßig beim Duschen und Ankleiden unterstützen, was die ohnehin hohe Arbeitslast an manchen Tagen zusätzlich verdichtete (vgl. BP27a).

Auch außerhalb der Wohnungslosenhilfe wurde Hilfe geleistet. Pflegefachkräfte zweier Notaufnahmen berichteten, dass insbesondere auf der Straße lebende Menschen im Rahmen

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

von Notfallbehandlungen bei der Körperpflege unterstützt und mit frischer Kleidung versorgt wurden, obwohl dies nicht zu ihrem regulären Aufgabenbereich gehörte (vgl. GD04).

Darüber hinaus bestand ein Bedarf an Anleitung und Motivation im Bereich der Körperpflege und des Ankleidens, obwohl die körperlichen Fähigkeiten zur selbständigen Durchführung vorhanden waren (vgl. GD02). Dieser Unterstützungsbedarf zeigte sich laut Einschätzung der Fachkräfte insbesondere bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und wurde z. B. in der Pension Plus, dem Wohnen nach §§ 67 ff. SGB XII im Christophorushaus oder dem HuK thematisiert (vgl. GD02).

In den Bereich der Körperpflege gehörte zudem die Behandlung parasitärer Erkrankungen wie Läuse- oder Krätzebefall (vgl. BP27a).

Die Ergebnisse zeigen, dass körperpflegerische Unterstützung in den Notunterkünften und weiterführenden Einrichtungen bis zu einem gewissen Maß geleistet werden konnte, insbesondere dann, wenn sie planbar war und nicht dauerhaft oder in hoher Frequenz erforderlich wurde. Eine durchgängige, jederzeit verfügbare Sicherstellung war jedoch in keinem der Settings gegeben.

Besonders bedeutsam zeigte sich der Unterstützungsbedarf im Bereich der Körperpflege bei Menschen mit Inkontinenz, wie der folgende Abschnitt zeigt.

Toilettenhygiene und Inkontinenzversorgung

Es wurde deutlich, dass viele schwer kranke und pflegebedürftige Menschen bei Inkontinenz nicht selbstständig mit der erforderlichen Körperpflege und dem Bekleidungswechsel zurechtkamen. Dies war zum Beispiel der Fall, wenn sie eine Inkontinenzversorgung nicht mehr selbstständig wechseln konnten (vgl. GD01) oder es infolge von Intoxikationen zu Inkontinenzepisoden kam (vgl. GD02).

In diesen Situationen war Hilfe in keiner der Einrichtungen durchgehend gesichert (vgl. GD03). Es wurde wiederholt berichtet, dass Bewohner:innen über längere Zeit in verschmutzten Einlagen oder Kleidungsstücken verbleiben mussten, bis Unterstützung verfügbar war (vgl. GD01). Um dies zu vermeiden, übernahmen Mitarbeitende aus Sozialdienst und Hauswirtschaft teils pflegerische Aufgaben, weil „man halt auch nicht dann sagen kann, der Pflegedienst kommt morgen.“ (GD01)

Als besonders problematisch beschrieben die Mitarbeitenden die Auswirkungen einer Stuhlinkontinenz,

wenn Menschen den Weg zum WC nicht rechtzeitig schafften. Besonders schwierig sei es außerhalb regulärer Dienstzeiten, wenn unter Umständen große Bereiche gereinigt werden müssten (vgl. GD01; GD02).

Für die betreffenden Menschen wurden die unzureichenden Möglichkeiten, Hilfe bei der Toilettenhygiene oder Inkontinenzversorgung zu erhalten, als beschämend erlebt, vor allem auch im Kontakt mit anderen Bewohner:innen: „das hat natürlich auch wieder ganz viel mit Scham [...] und Menschenwürde zu tun“ (GD03), berichtete eine Fachkraft der Wohnungslosenhilfe.

In einzelnen Situationen konnten bei einigen wenigen Menschen herausfordernde Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Ausscheidungen beobachtet werden, etwa wenn gemeinschaftlich genutzte Sanitärbereiche stark verschmutzt wurden (vgl. BP01; BP11).

Ein Mensch, dessen Mobilität erheblich eingeschränkt war und der zeitweise auf der Straße lebte, berichtete davon, dass es für ihn beschwerlich und beschämend war, seine Ausscheidungen im öffentlichen Raum verrichten zu müssen, weil „Stadtoiletten“ (IZG11) zum einen häufig kostenpflichtig und zum anderen nicht behindertengerecht seien (vgl. ebd.).

Insgesamt zeigte sich, dass die Grenzen der leistbaren Unterstützung bei Inkontinenz für alle Beteiligten mit erheblichen Belastungen verbunden waren.

Ernährung und Versorgung mit Lebensmitteln

Viele schwer kranke und pflegebedürftige Menschen waren aufgrund körperlicher (vgl. IZG03) und/oder kognitiver (vgl. GD01) Einschränkungen auf Hilfe bei der Ernährung bzw. Versorgung mit Lebensmitteln angewiesen. Dazu gehörten auch das Einkaufen, die Lagerung und die Zubereitung von Essen sowie die Erinnerung an die regelmäßige Einnahme von Nahrungsmitteln und Getränken.

Im ambulant betreuten Wohnen zeigten sich Versorgungsprobleme insbesondere im Zusammenhang mit eingeschränkter Mobilität. Eine Fachkraft beschrieb: „Aber [P.] geht es oft von der Lunge her, von den Beinen her, von den Füßen her so beschissen, dass [P.] mit dem Rollator noch nicht mal bis zur Bushaltestelle fahren möchte oder laufen möchte, um dann mit dem Bus zum [Supermarkt] zu fahren, um selber einzukaufen“ (IWLH01).

In den meisten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe war die Möglichkeit, Mahlzeiten und Getränke zu erhalten, fester Bestandteil der Versorgung – wobei die Inanspruchnahme,

je nach Einrichtungsart, teils an eine finanzielle Eigenbeteiligung geknüpft sein konnte. Die Inanspruchnahme der Mahlzeitenangebote setzte voraus, dass sich die Menschen in die entsprechenden Räumlichkeiten begeben konnten. Waren sie dazu nicht in der Lage, versuchten die Mitarbeitenden Essen und Getränke auf die Zimmer zu bringen, was aber vor allem zu Randzeiten nicht immer gelang (vgl. BP27a). Derartige Situationen konnten nur kurzfristig überbrückt werden.

Wie prekär die Versorgungssituation insbesondere bei Menschen mit Suchterkrankungen sein kann, zeigte sich im INDRO. Hier konnten wir wiederholt beobachten, dass Menschen, die aufgrund ihres Konsums untergewichtig waren oder mangels Appetit nicht ausreichend aßen, kostenlos mit hochkalorischer Trinknahrung versorgt wurden (vgl. BP04).

Daran wird sichtbar, dass die reguläre Nahrungsaufnahme durch Konsum bzw. das Vorliegen einer Suchterkrankung in den Hintergrund treten kann. So berichteten Fachkräfte ergänzend von Fällen, in denen Menschen zeitweise fast ausschließlich alkoholische Getränke zu sich nahmen (vgl. BP22; GD01). Insgesamt zeigte sich, dass die Ernährung bzw. die Versorgung mit Lebensmitteln situationsbedingt und in Abhängigkeit vom jeweiligen Setting nicht durchgängig verlässlich si-

chergestellt war. Dies führte mitunter dazu, dass Menschen dauerhaft oder stunden- bzw. tageweise keinen ausreichenden Zugang zu Lebensmitteln und Getränken hatten.

Wundversorgung

Wiederholt wurde im Alltag der Einrichtungen ein Unterstützungsbedarf bei der Versorgung größerer Wunden sichtbar, die längere Zeit bestanden und die eine fachlich anspruchsvolle, zeit- und materialaufwändige Versorgung erforderten (vgl. BP27a; BP09). Die Wundversorgung stellte insgesamt eine besondere Form körpernaher Unterstützung dar, die sich in ihren Anforderungen von den zuvor dargestellten Bereichen unterschied.

Im INDRO, beim Mobilien Dienst und im stationären Langzeitwohnen der BHST beobachteten wir verschiedene Situationen, in denen Pflegefachkräfte derartige Wunden verbanden (vgl. BP09; BP03; IZG05). Im Wohnen 60plus waren in der Regel ambulante Pflegedienste für die Wundversorgung beauftragt (vgl. BP29). Die Versorgung erfolgte teils auch bei mehreren Angeboten. In einer Notunterkunft lebte ein Mensch, dessen chronische Wunden in unterschiedlichen Einrichtungen (INDRO, Mobiler Medizinischer Dienst) und durch eine Sozialarbeiterin in der Unterkunft sowie zeitweise durch den Menschen selbst versorgt wurden (vgl. IZG05).

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

Die Versorgung erstreckte sich teils über längere Zeiträume und erforderte neben regelmäßigem Verbandswechsel einen erhöhten zeitlichen, materiellen sowie dokumentarischen Aufwand, etwa in Form von Fotodokumentationen (vgl. BP09; BP27a).

In anderen Fällen beschränkte sich die Versorgung auf Akutsituationen. Ein Mann, der obdachlos war, hatte chronische Wunden, die er selbst nicht versorgen konnte (vgl. BP03). Verbände konnten nur angelegt bzw. gewechselt werden, wenn der Mann in einer Notaufnahme behandelt wurde oder sich stationär im Krankenhaus befand.

Eine regelmäßige fachgerechte Wundversorgung war nicht durchgehend sichergestellt. Es standen nicht immer ausreichend Zeit und Personal zur Verfügung (vgl. BP02). Zudem nahmen manche Menschen die notwendige Unterstützung nicht regelmäßig in Anspruch (vgl. BP04). Eine fehlende Krankenversicherung (vgl. BP09), Scham und fehlende Einsicht konnten ebenfalls Hinderungsgründe sein (vgl. BP04). Wir konnten beobachten, dass Wunden sich in Situationen mit unterbrochener oder unzureichender Versorgung verschlechterten und es zu Komplikationen kam (vgl. BP 09).

Fachkräfte des INDRO berichteten in diesem Zusammenhang auch von einigen Menschen, bei denen Gliedmaßen amputiert werden mussten.

Hauswirtschaft

Schwer kranke und pflegebedürftige Menschen haben je nach Ausprägung ihrer Beeinträchtigungen hauswirtschaftliche Unterstützungsbedarfe. Diese Bedarfe wurden im Feld – abgesehen von den Einrichtungen ohne Unterkunftsangebot – grundsätzlich aufgegriffen, jedoch in unterschiedlichem Umfang und abhängig von personellen und strukturellen Rahmenbedingungen (vgl. IWLH04; GD03).

Dazu gehörten z. B. das Bereitstellen und Waschen von Kleidung und Bettwäsche, die Reinigung des Schlaf- und Aufenthaltsbereichs (Bettplatz, umgebende Oberflächen, Boden), die Reinigung der Sanitärbereiche, das Sortieren und Entsorgen von Müll, das Reinigen von Geschirr sowie die Anleitung zum Umgang mit Lebensmitteln. Ergänzend gehörten Maßnahmen zur Vermeidung von Schimmel- und Geruchsbildung, wie z. B. regelmäßiges Lüften und Schädlingsprävention, dazu (vgl. BP27a).

Die Unterhaltsreinigung wurde meist durch externe Reinigungsfirmen erbracht. In einer Notunterkunft konnten wir wiederholt beobachten, dass Pflegefachkräfte in stark verschmutzten Räumen eine Vorreinigung übernahmen, da sie es den Reinigungsfirmen nicht zumuten wollten, diese Arbeiten zu übernehmen (vgl. BP27a).

In weiterführenden Einrichtungen konnte beobachtet werden, dass ab dem Vorliegen von Pflegegrad 1 der Entlastungsbetrag⁷ eingesetzt wurde, um ambulante Dienste zur regelmäßigen Zimmerreinigung hinzuzuziehen, sofern die Bewohner:innen dem zustimmten. Ebenso konnte der Betrag genutzt werden, um Hilfe beim Einkaufen zu erhalten.

Im Zusammenhang mit der Lagerung von Lebensmitteln zeigten sich bei einzelnen Menschen Probleme (vgl. IZG03), woraus für die Fachkräfte notwendige Aufgaben, wie z. B. die Entsorgung abgelaufener Lebensmittel resultierten (vgl. IZG03).

In mehreren Fällen kam es zu Konflikten zwischen den Fachkräften und den betreffenden Menschen im Zusammenhang mit hauswirtschaftlichen Bedarfen, die aus Sicht der Fachkräfte einer

⁷ Ab Pflegegrad 1 steht ein monatlicher Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Höhe von 131 € (Stand: 01.01.2025) zur Verfügung. Der Betrag kann für anerkannte Unterstützungsleistungen im Alltag eingesetzt werden, z. B. für hauswirtschaftliche Hilfen oder Unterstützung beim Einkaufen, und wird über zugelassene Anbieter:innen abgerechnet.

Intervention bedurften, seitens der Bewohner:innen aber als unerwünschte Einmischung verstanden wurden. Ein solcher Konflikt zeigte sich im folgenden Fall exemplarisch.

Fallbeispiel B. – Versorgung vs. Selbstbestimmung in der Hauswirtschaft (vgl. BP38)

B. lebte in einer Einrichtung des Langzeitwohnens und hatte über lange Zeit Gegenstände und Lebensmittel im Zimmer angesammelt, sodass nur noch auf einer kleinen Ecke des Bettes freier Platz zum Sitzen bestand. B. war gesundheitlich beeinträchtigt, hatte teils starke Gelenkschmerzen und war in der Mobilität eingeschränkt.

Die Fachkräfte bezeichneten den Zustand des Zimmers als untragbar und äußerten Sorge um B.s Gesundheit, da sich Insekten im Zimmer befanden, es stark roch und für B. kein Platz mehr zum Hinlegen war.

B. nahm den Zustand des Zimmers nicht als problematisch wahr und wehrte Interventionen der Fachkräfte vehement ab (vgl. BP07). Die Fachkräfte zogen in Erwägung B. aus der Einrichtung zu entlassen, was den Umzug in eine Notunterkunft bedeutet hätte. Dies hielten sie jedoch aufgrund des gesundheitlichen Zustands von B. für unzumutbar.

Nach Rücksprache mit der rechtlichen Betreuung entschieden sie, B. innerhalb der Einrichtung in ein anderes Zimmer zu verlegen und unter B.s Aufsicht das Zimmer zu räumen, um mit B. gemeinsam abzustimmen, welche Gegenstände entsorgt werden mussten und welche B. behalten durfte. Anschließend sollte das Zimmer renoviert werden, damit B. wieder einziehen konnte (vgl. BP07).

Der Arbeitsaufwand und die damit verbundenen Aushandlungsprozesse wurden von beiden Seiten

als belastend und kräftezehrend beschrieben. B. empfand das Vorgehen der Fachkräfte als „Nötigung und Diebstahl“ und äußerte, sich nicht versorgt, sondern bevormundet zu fühlen, sah sich aber gezwungen, nachzugeben, um die Unterkunft nicht zu verlieren (vgl. IZG07).

Am Beispiel von B. wird sichtbar, dass hauswirtschaftliche Unterstützung in der Wohnungslosenhilfe über die reine Versorgung hinausgeht. Sie erfordert oft zugleich fachliche Abwägungen und intensive Beziehungsarbeit, um die Balance zwischen notwendiger Gefahrenabwehr und dem Erhalt der individuellen Selbstbestimmung zu wahren.

Insgesamt zeigte sich, dass hauswirtschaftliche Bedarfe bei der Zielgruppe regelmäßig auftraten und häufig nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit gesundheitlichen bzw. pflegerischen Bedarfen einhergingen.

2.1.2 Unterstützung bei kognitiven Einschränkungen und psychiatrischen Erkrankungen

Innerhalb der oben beschriebenen Beobachtungen zeigte sich, dass Unterstützungsbedarfe oftmals nicht allein auf körperliche Einschränkungen zurückzuführen waren. Vielfach wurden

zusätzliche Bedarfe sichtbar, die im Zusammenhang mit psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen bzw. diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen standen.

Laut der Einschätzung vieler Fachkräfte wird insbesondere die Gruppe der psychiatrisch erkrankten Menschen in der Wohnungslosenhilfe immer größer. Eine Pflegekraft einer stationären

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

Einrichtung nannte folgende Zahlen: „Wenn ich mir heute unsere Akten angucke, dann sind von den 50 Leuten gesichert 20, 22 mit einer [...] psychiatrischen Diagnose. Wenn man die anderen mal diagnostizieren würde, käme man wahrscheinlich nochmal auf sechs, sieben, acht Leute mehr.“ (GD03)

Wir konnten insbesondere in der aufsuchenden Hilfe Menschen beobachten, die teils nur eingeschränkt ansprechbar waren, Gesprächen nicht folgen konnten oder stark in sich zurückgezogen wirkten (vgl. BP47). Manche sprachen ohne erkennbares Gegenüber, mitunter auch lautstark und für das Umfeld bedrohlich wirkend (vgl. ebd.; BP52). Absprachen oder alltägliche Abläufe konnten nicht umgesetzt oder nicht erinnert werden.

Vielfach berichteten Fachkräfte auch davon, dass Menschen eine Diagnostik und/oder (medikamentöse) Behandlung von eventuell bestehenden Erkrankungen nicht zuließen bzw. die Behandlung abbrachen (vgl. IWLH03). Ebenso konnte eine Behandlung laut den Fachkräften teilweise jedoch auch an strukturellen Hürden scheitern (s. Kapitel 2.1.3).

Die Einnahme von aus fachlicher Sicht notwendigen Medikamenten galt in vielen Einrichtungen, abgesehen von den Notunterkünften, als Vorausset-

zung für die Aufnahme (vgl. BP01). Eine Fachkraft begründete dies wie folgt: „Wir sind [...] zu einer Hilfemaßnahme verpflichtet von unserem Kostenträger. Wir kriegen ja auch Geld für das, was wir hier tun. Und eine Hilfemaßnahme kannst du [...] nicht mit jemandem machen, der eine akute Schizophrenie hat und eben keine Medikamente dagegen nimmt.“ (IWLH05) In der Folge werden Menschen mit Non-Adhärenz (Nicht-Einhaltung der Therapieempfehlungen) häufig von bestimmten Einrichtungen ausgeschlossen, da die fachliche Arbeit unter diesen Bedingungen als nicht durchführbar gilt.

In manchen Situationen hatten Fachkräfte die Vermutung, dass psychiatrische bzw. kognitive Beeinträchtigungen möglicherweise durch den Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen hervorgerufen bzw. verstärkt wurden. Eine Abgrenzung zwischen krankheitsbedingten Symptomen und substanzinduzierten Veränderungen fiel daher im Alltag nicht immer leicht (vgl. BP48; IWLH05).

Einzelne Menschen, die keine Diagnostik oder Behandlung zuließen, zeigten sich als besonders schwer erreichbar. Die beobachteten Beeinträchtigungen nahmen über einen längeren Zeitraum zu, teils bis hin zu einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung, die die Umsetzung von Zwangsmaßnahmen

erforderlich machte (vgl. BP47). Dies ging mit Herausforderungen für die Mitarbeitenden der Wohnungslosenhilfe aber auch des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie des Rettungsdienstes einher (vgl. BP47; IGW02; s. Kapitel 2.5).

Um den genannten Herausforderungen zu begegnen, setzen mehrere Einrichtungen auf niedrigschwellige Ansätze in Form regelmäßiger psychiatrischer Sprechstunden direkt vor Ort. Diese ermöglichen einen direkten Zugang, den die Menschen im Regelsystem aufgrund ihrer Beeinträchtigungen oder Ängste oft nicht finden. Gleichzeitig erleichtert die Präsenz der Psychiater:innen es den Fachkräften vor Ort, die Bewohner:innen aktiv an die ärztliche Versorgung heranzuführen und eine kontinuierliche Anbindung zu fördern, die unter regulären Bedingungen oft nicht stattfinden bzw. abbrechen würde (vgl. IWLH03, BP19).

Demgegenüber berichteten Fachkräfte bei Menschen mit bestehender Behandlung ebenfalls von Einschränkungen, die im Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie bestanden. In diesem Zusammenhang wurde eine deutliche Antriebsminderung genannt, die ihrerseits wieder Unterstützungsbedarfe hervorrief (vgl. IWLH05).

2.1.3 Zugang zu medizinischer Versorgung

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf den Zugang für Menschen mit bestehendem Krankenversicherungsschutz. Die Situation von Menschen mit ungeklärtem Krankenversicherungsschutz wird in Kapitel 2.2.1 näher erläutert.

Im Feld wurde deutlich, dass für eine Vielzahl der schwer kranken und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen der Zugang zu medizinischer Versorgung maßgeblich von der Unterstützung durch Fachkräfte abhing (vgl. BP01).

Terminmanagement

Unter Terminmanagement werden hier die Arbeitsschritte der Vereinbarung, Koordination, Begleitung und ggf. Nachbereitung von Terminen verstanden.

Ein von uns interviewter Hausarzt berichtete, dass viele Menschen wahrscheinlich kaum oder viel zu spät notwendige Termine bei (Fach-)Ärzt:innen bekommen würden, wenn nicht die Fachkräfte vor Ort wären, die sich engagieren (vgl. Interview Gesundheitswesen (IGW) 01).

Bereits die Terminvereinbarung stellte eine wiederkehrende Herausforderung dar. In diesem Zusammenhang betonten Fachkräfte den hohen zeitlichen

Aufwand, umständliche Verfahren oder lange Wartezeiten. Ein Sozialarbeiter berichtete von 30 Minuten in einer Telefonwarteschleife, bis er in der Praxis des Hausarztes überhaupt mit jemandem sprechen konnte (vgl. BP08). Ein Mensch mit akuten Atembeschwerden musste neun Monate auf einen Termin beim Lungenfacharzt warten (vgl. BP15).

Hinzu kam die aufwändige Koordination mehrerer aufeinander aufbauender Termine, etwa nach Krankenhausentlassungen. Eine Pflegefachkraft aus einer Notunterkunft berichtete über einen Menschen nach einem Polytrauma. Es sei „noch ein MRT, noch ein CT, noch einen Zahnarzt, noch die Fäden ziehen, noch eine Kontrolle, ob der Gips sitzt und so weiter und so fort“ (GD01) erforderlich gewesen. Keinen der Termine habe der Mensch allein vereinbaren oder wahrnehmen können (vgl. ebd.).

Auch die Wahrnehmung vereinbarter Termine erwies sich als fragil. Fachkräfte äußerten, dass Menschen Termine vergaßen oder nicht wahrnahmen, wenn keine kontinuierliche Erinnerung erfolgte und Begleitungen nicht möglich waren (vgl. BP09). Wie der Hausarzt berichtete: „Schlimm ist dann, wenn man sich um einen Termin gekümmert hat und der Patient dann

nicht kommt. Das ist eigentlich eine Katastrophe, weil dann ist man auch in der Praxis verbrannt“ (IGW01).

Eine Begleitung war daher in vielen Fällen unerlässlich. Während in den Notunterkünften Termine zwar vereinbart werden konnten, war die personelle Begleitung häufig nicht leistbar, und viele Termine konnten faktisch nicht stattfinden (vgl. BP11) – beispielsweise, weil ein mobilitätseingeschränkter Mensch ohne Begleitung überhaupt nicht in die Praxisräume gelangen konnte (vgl. BP41). Darüber hinaus war die Begleitung aber auch erforderlich, um zwischen den betreffenden Menschen und Ärzt:innen zu vermitteln, oder im Nachhinein die Informationen weiterzugeben bzw. weitere Schritte zu veranlassen (vgl. BP27a).

Zusätzliche Hürden ergaben sich durch fehlende Sprachkenntnisse. Ein Sozialarbeiter einer Beratungsstelle machte wiederholt die Erfahrung, dass es ohne dolmetschende Begleitung vorkomme, dass Menschen, die „überhaupt nicht [...] ihre gesundheitlichen Bedarfe schildern können [...] teilweise auch wirklich weggeschickt werden von Ärzten“ (GD03).

Darüber hinaus zeigten sich Verhaltensanforderungen regulärer Praxen als weitere Zugangshürde. Dazu ge-

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

hörte etwa das Aushalten längerer Wartezeiten oder die Orientierung an vorgegebenen Abläufen. Eine Fachkraft beschrieb: „Der Versuch, an Regelversorgung heranzuführen [scheitert] glaube ich, auch [...] weil die Leute dann in ihren Verhaltensweisen in regulären Arztpraxen dann doch anecken und eben nicht das Durchhaltevermögen haben, dann fünf Minuten länger zu warten oder sich eben dann nicht an ärztliche Vorgaben halten“ (GD02; vgl. IWLH05). In diesem Zusammenhang wurde der Begriff der sog. „Nicht-Wartezimmerfähigkeit“ (IWLH05) genannt. Der Begriff ist kritisch einzuordnen, denn er problematisiert Verhaltensweisen der Menschen, lässt aber zugleich offen, inwiefern die bestehenden Strukturen des Regelsystems an die Bedarfe der betreffenden Menschen angepasst sind.

Weitere Herausforderungen zeigten sich im Zusammenhang mit suchtbezogenen Behandlungen. Dazu gehörten etwa die Herstellung des Zugangs zu Substitutionsplätzen (vgl. BP14) oder stationären Entgiftungen (vgl. BP19). Hier wurden insbesondere längere Wartezeiten auf freie Plätze in der Substitution bzw. komplexe Anforderungen bei der Terminvereinbarung für eine stationäre Entgiftung benannt (vgl. BP04). In einer Beobachtung im INDRO berichtete ein Mensch, dass er einen Termin zur Entgiftung für zwei Wochen später vereinbart hatte. Um

diesen aufrechtzuerhalten, musste er wiederholt telefonisch Kontakt aufnehmen und sein Interesse an dem Platz bekunden, andernfalls werde der Platz anderweitig vergeben (vgl. BP04).

Im folgenden Fallbeispiel werden die im Terminmanagement beschriebenen Anforderungen entlang eines konkreten Verlaufs nachvollziehbar.

Fallbeispiel A. – Begleitung eines Arzttermins (vgl. BP04)

Wir begleiteten A. und einen Sozialarbeiter einer Beratungsstelle zu einem Termin beim Hausarzt. Den Termin hatte der Sozialarbeiter vereinbart. Anlass war der Verdacht auf eine schwerwiegende Erkrankung. Im Vorfeld hatte A. einen ebenfalls von der Beratungsstelle organisierten und begleiteten Termin in einer radiologischen Praxis. Hier wurde ein CT erstellt. Bei dem anstehenden Termin sollte der Befund besprochen werden.

A. lebte in einer Notunterkunft und hatte einen rechtlichen Betreuer, der sich aber aus Sicht des Sozialarbeiters nicht ausreichend einbrachte und dessen Büro sich auch nicht in Münster befand. Deshalb unterstützte er A. in gesundheitlichen Fragestellungen und weiteren Belangen.

Als Treffpunkt war das Büro des Sozialarbeiters verabredet worden, doch A. erschien nicht wie vereinbart. Daraufhin rief der Sozialarbeiter in der Notunterkunft an. Dort schauten sie in seinem Zimmer nach: A. war nicht da. Schließlich entschied der Sozialarbeiter, in der Praxis nachzuschauen, wo wir A. dann antrafen. Offenbar hatte A. den vorgelagerten Termin im Büro vergessen. Nach etwa einer Stunde, die A. ruhig abwartete, fand das Gespräch mit dem Arzt statt.

Es bestand eine Sprachbarriere, und die Verständigung zwischen dem Arzt und A. verlief stockend. Wiederholt musste der Sozialarbeiter im Gespräch unterstützen.

Der Befund, der besprochen werden sollte, lag nicht vor. Der Arzt rief in der Praxis an und forderte das Ergebnis erneut an, eine unmittelbare Übermittlung war jedoch zum Zeitpunkt des Termins organisatorisch nicht möglich.

A. berichtete von Juckreiz an einer Stelle am Rücken. Nach einer körperlichen Untersuchung verschrieb der Arzt eine Salbe. Diese konnte A. sich nicht selbst kaufen, da keine Zuzahlungsbefreiung vorlag und A. auch nicht über Bargeld verfügte. Der Sozialarbei-

ter bot an, später beim Kauf zu unterstützen, da A. noch über Geld verfügte, das über die Beratungsstelle zugeteilt wurde. Bezüglich des noch ausstehenden Befundes wurde besprochen, dass der Arzt mit dem Sozialarbeiter in Kontakt treten würde. Im Anschluss an das Gespräch mit dem Arzt erhielt A. noch sein Substitut, das A. sich nach eigener Aussage jeden Tag in der Praxis abholte.

Im Fall von A. wird deutlich, dass auch bei organisierter Begleitung Hürden bestehen und aufgrund des fehlenden Befundes und der finanziellen Barrieren weiterer Koordinationsaufwand erforderlich ist.

Eine Möglichkeit, einige der beschriebenen Hürden zu reduzieren, zeigte sich – ähnlich wie bereits bei den psychiatrischen Sprechstunden (s. Kapitel 2.1.2) beschrieben – dort, wo ärztliche Versorgung im Rahmen aufsuchender oder in den Einrichtungen verankerter Strukturen stattfand. In mehreren Langzeitwohneinrichtungen fanden regelmäßig vor Ort zudem hausärztliche Sprechstunden statt. Dies ermöglichte eine niedrigschwellige Kontaktaufnahme, erleichterte die Inanspruchnahme der Versorgung für die Menschen und bot den Fachkräften Möglichkeiten zum direkten Austausch mit dem Arzt (vgl. BP50). Vergleichbare Effekte zeigten sich im Haus der Wohnungslosen-

hilfe durch die ärztliche Versorgung durch den Mobilen Dienst (vgl. BP09).

Medikamentenmanagement

Viele schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen mussten regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen. Dazu gehörten beispielsweise Schmerzmittel, Blutverdünner, Blutdrucksenker, Asthmasprays und Psychopharmaka (vgl. BP2; IZG09; BP40).

Zum Medikamentenmanagement gehören im Folgenden die Organisation der ärztlichen Verordnung, die Beschaffung, die Lagerung, das Richten sowie die Ausgabe und Einnahme von Medikamenten.

Hürden zeigten sich bereits beim Zugang zu ärztlichen Verordnungen, der eng mit den zuvor beschriebenen Anforderungen im Terminmanagement verknüpft war.

Ein obdachloser Mensch, dem keine Begleitung zur Verfügung stand, hatte weder eine hausärztliche Anbindung noch nutzte er die niedrigschwelligen Sprechstunden, weil er diese aufgrund seiner erheblich eingeschränkten Mobilität faktisch nicht erreichen konnte. In der Folge versorgte er sich gelegentlich auf der Straße mit verschreibungspflichtigen Medikamenten, z. B. gegen Schmerzen (vgl. BP03; IB11).

Vielfach zeigten sich finanzielle Probleme beim Medikamentenmanagement. Erforderliche Medikamente wurden teilweise nicht gekauft und somit auch nicht eingenommen, weil Menschen – wie z. B. A. aus dem Fallbeispiel – kein Geld für die Rezeptgebühren aufbringen konnten (vgl. IWLH02; BP26). Eine Zuzahlungsbefreiung lag nicht in allen Fällen vor oder konnte aufgrund hoher bürokratischer Hürden nicht erfolgreich beantragt werden (vgl. BP26). Konnten Menschen Medikamente nicht selbst abholen und stand keine personelle Unterstützung zur Verfügung, wurden die Medikamente ebenfalls nicht eingenommen.

Infolge der Nicht-Einnahme berichteten Fachkräfte von gesundheitlichen Konsequenzen wie anhaltenden Schmerzen oder notfallmäßigen stationären Behandlungen (vgl. BP08; BP26).

Die erwähnten Hausbesuche bzw. die Anwesenheit des Mobilen Medizinischen Dienstes erleichterten die zeitnahe Beschaffung der Medikamente. Diese wurden direkt vor Ort verschrieben und die entsprechenden Rezepte konnten anschließend von den Bewohnenden oder den Fachkräften in der Praxis abgeholt und in einer nahegelegenen Apotheke eingelöst werden (vgl. BP53). In vielen Fällen bestanden zudem langjährige Kooperationen zwi-

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

schen Einrichtungen und Apotheken vor Ort, die eine verlässliche Versorgung ermöglichen.

Auch wenn Medikamente verordnet und verfügbar waren, benötigten viele Menschen zur Sicherstellung der Versorgung darüber hinaus Unterstützung beim Richten und/oder der Einnahme. In Angeboten ohne Unterkunft war dies nicht möglich (vgl. BP02; BP04). In den Notunterkünften richteten Pflegefachkräfte Medikamente wochenweise in Dispensern.

Im Wohnen 60plus wurden bei Bedarf – auf Verordnung durch Hausärzt:innen – für das Richten und die Überwachung der Einnahme ambulante Pflegedienste eingeschaltet. Dies war jedoch nicht in allen Fällen möglich, etwa aufgrund begrenzter Kapazitäten ambulanter Pflegedienste oder weil Bewohner:innen dies nicht wünschten.

Um die Versorgung auch dann sicherstellen zu können, wenn vor Ort weder ein ambulanter Dienst noch eine Pflegefachkraft der Einrichtung verfügbar war, haben sowohl im Langzeitwohnen der BHST als auch im Wohnen 60plus Sozialarbeitende eine entsprechende Zusatzqualifikation absolviert (vgl. BP29).

Dort, wo kein ambulanter Pflegedienst eingebunden war, erfolgte die Ausgabe der Medikamente im Rahmen einer

Hausrunde oder die Bewohner:innen holten sie selbst ab. Zu Randzeiten erfolgte die Ausgabe auch durch nicht-medizinische Berufsgruppen, etwa durch Sozialarbeitende oder studentische Kräfte. In manchen Einrichtungen wurde die Medikamentengabe dokumentiert, in anderen war dies strukturell und personell nicht möglich (vgl. BP1; BP27a).

Wir konnten beobachten, dass die Routinen der Medikamentenausgabe es den Mitarbeitenden erlaubten, mit den Menschen in Kontakt zu treten und eventuelle Veränderungen im Befinden wahrzunehmen und so Hinweise auf den aktuellen Gesundheitszustand zu erhalten.

In einzelnen Fällen nahmen Menschen die Medikamente nicht oder nicht regelmäßig ein, etwa aufgrund von Misstrauen gegenüber der Medikation oder wegen als belastend erlebter Arzneimittelwirkungen (vgl. BP19; BP15).

Im Zusammenhang mit der Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen konnte eine Nicht-Einnahme von Medikamenten in einigen Einrichtungen zum Ausschluss führen (vgl. IWLH05; BP15). Dies wurde mit der fachlichen Einschätzung begründet, dass andernfalls eine ausreichende Stabilisierung nicht gewährleistet werden könne (vgl. IWLH05).

Ein Teil der schwer kranken und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen, die an Diabetes erkrankt waren, hatte Hilfebedarf beim Messen des Blutzuckers und beim Verabreichen von Insulin. Da eine derartige Versorgung aus personellen und organisatorischen Gründen von Seiten der Wohnungslosenhilfe nicht geleistet werden konnte, wurden möglichst ambulante Pflegedienste hinzugezogen (vgl. BP50). Ließ sich dies nicht bewerkstelligen, gingen damit gesundheitliche Risiken für die betreffenden Menschen einher, etwa in Form ausgeprägter Blutzuckerschwankungen bis hin zu Notfallsituationen (vgl. N03).

Eine weitere Besonderheit war die Verabreichung einer Depotmedikation bei psychiatrischen Erkrankungen, die intramuskulär gespritzt werden muss (vgl. BP50). Diese konnte nur vor Ort gegeben werden, wenn in der jeweiligen Einrichtung Pflegefachkräfte tätig waren (vgl. ebd.). Musste die Gabe extern erfolgen und konnten die betreffenden Menschen den Termin nicht selbstständig wahrnehmen, musste die Gabe mitunter verschoben werden (vgl. BP11).

Insgesamt zeigte sich, dass das Medikamentenmanagement für die Zielgruppe nur dort verlässlich gelingt, wo ärztliche Anbindung, finanzielle Absicherung und personelle Unterstützung dauerhaft ineinandergreifen.

Aufbauend auf den bisherigen Darstellungen zu Unterstützungsbedarfen und -möglichkeiten in den verschiedenen

Settings der Wohnungslosenhilfe wird im Folgenden auf Situationen akuter gesundheitlicher Krisen eingegangen.

2.1.4 Umgang mit akuten gesundheitlichen Krisen

Im Feld zeigten sich wiederholt Situationen, in denen sich der gesundheitliche Zustand einzelner Menschen so verschlechterte, dass ein unmittelbares Handeln erforderlich wurde (vgl. BP27a; BP04). Hier mussten Mitarbeitende beispielsweise eine sofortige Verlegung in ein Krankenhaus organisieren oder den Rettungsdienst alarmieren.

Dazu gehörten zum einen somatische Notfallsituationen, etwa deutlich eingeschränkte Bewusstseinszustände, sichtbare Blutungen, Verletzungen, Krampfanfälle, plötzliche schwere Atemnot oder Kreislaufkollaps (vgl. BP27a). Zum anderen erfuhren wir auch von psychiatrischen Krisensituationen mit akuter Eigen- bzw. Fremdgefährdung (vgl. Kapitel 2.5.3).

Teils handelte es sich hierbei um Zuspitzungen bereits bestehender (chronischer) Erkrankungen: Der Zustand des Menschen hatte sich bereits im Vorfeld über einen längeren Zeitraum verschlechtert, was letztlich zu einer Krise führte, die ein sofortiges Eingreifen erforderte.

Gesundheitliche Krisen entstanden zudem teils im Zusammenhang mit Substanzkonsum bzw. bestehenden Suchterkrankungen. Ein Mensch in einer Notunterkunft hatte versucht, eigenständig einen Alkoholzug durchzuführen und dabei einen Krampfanfall erlitten (vgl. BP19).

Ein settingspezifischer Umgang mit akuten gesundheitlichen Krisen zeigte sich im Drogenkonsumraum des INDRO. Hier können Menschen in dafür vorgesehenen Räumlichkeiten illegalisierte Substanzen wie z. B. Kokain oder Heroin unter hygienischen Bedingungen und unter Aufsicht geschulten Personals konsumieren. Die Mitarbeitenden beobachteten die Nutzer:innen dabei auf Anzeichen unerwünschter Wirkungen, etwa Kreislauf- oder Atemprobleme, und greifen bei Bedarf ein. Wir konnten mehrfach beobachten, dass bei deutlich verminderter Wachheit Vitalwerte erhoben und gegebenenfalls kurzfristig Sauerstoff verabreicht wurde, um die Menschen zu stabilisieren (vgl. BP04). Reichten diese Maßnahmen nicht aus, alarmierten die Mitarbeitenden den Rettungsdienst.

Die von uns beobachteten Situationen waren teils durch das gleichzeitige Vorliegen bestehender körperlicher Erkrankungen und den Konsum von (illegalisierten) Substanzen gekennzeichnet. Häufig war nicht bekannt, welche Substanzen zuvor konsumiert wurden.

Das folgende Fallbeispiel veranschaulicht eine akute gesundheitliche Krisensituation in einer Notunterkunft, die ein unmittelbares Handeln der Mitarbeitenden erforderte.

Fallbeispiel H. – Akute gesundheitliche Krise (vgl. BP27a)

Es war Montagmorgen. H. wurde beim Rundgang der Mitarbeitenden durch die Zimmer kaum ansprechbar aufgefunden. H. lag im Bett, wirkte blass, die Atmung war langsam und vertieft. Auf Ansprache reagierte H. lediglich mit einem Stöhnen.

Der Boden vor dem Bett war nass, ebenso Hose und Bettwäsche. Im Bett und auf dem Boden davor lagen benutzte Spritzen und Kanülen. Beim Aufräumen unter dem

Bett fand eine Pflegefachkraft später eine Ammoniakflasche⁸.

Nach Aussage der Mitarbeitenden war H. ihnen seit längerer Zeit bekannt. Sie berichteten von bestehenden schweren körperlichen Erkrankungen und davon, dass H. vor kurzem aus dem Krankenhaus entlassen worden sei. Weiter schilderten sie, dass sie H. in der Vergangenheit häufiger in einem ähnlichen Zustand vorgefunden hätten, H. habe sich jedoch meist wieder stabilisiert. In Anbetracht der aktuellen Situation sei aber nicht sicher, wann H. das letzte Mal aufgestanden sei und etwas getrunken oder gegessen habe. Zunächst entschieden die Mitarbeitenden, H. im Verlauf des Morgens engmaschiger zu überwachen und das weitere Vorgehen gemeinsam abzustimmen.

Bei einem erneuten Aufsuchen nach dem Rundgang zeigte sich H. unverändert. Die Pflegekräfte reinigten das Umfeld und entfernten die Spritzutensilien. Anschließend wechselten sie die Bettwäsche und zogen H. im Bett liegend um. Es handelte sich um ein gewöhnliches, nicht höhenverstellbares oder verschiebbares Bett.

H. reagierte zwar auf Ansprache, es waren aber keine selbständigen Handlungen möglich. Das Umkleiden und Lagern im Bett musste vollkommen von zwei Pflegefachkräften übernommen werden. Eine Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme war nicht möglich.

Da sich der Bewusstseinszustand nicht veränderte und sie eine weitere Verschlechterung befürchteten, entschieden die Pflegefachkräfte, einen Rettungswagen zu alarmieren. Bei Eintreffen des Rettungsdienstes wurde H. etwas wacher und war in der Lage, Wasser zu trinken. Anschließend wurde H. mit dem Tragestuhl in den Rettungswagen (RTW) getragen und in das Krankenhaus transportiert, aus dem H. einige Tage zuvor entlassen worden war.

Das Fallbeispiel H. zeigt, dass Fachkräfte bei akuten gesundheitlichen Krisen im Feld unter Unsicherheit, Zeitdruck und begrenzten Handlungsmöglichkeiten situativ entscheiden mussten, welches Vorgehen fachlich begründet und ethisch verantwortbar war.

Während das Fallbeispiel H. eine Situation beschreibt, in der Fachkräfte

aufgrund eines stark eingeschränkten Bewusstseinszustands handeln mussten, zeigten sich im Feld auch Situationen, in denen Menschen trotz eines besorgniserregenden Zustands Hilfe ablehnten.

Fallbeispiel B. – Ablehnung von Hilfe (vgl. BP04)

B. saß am Straßenrand im Umfeld einer Beratungsstelle, wirkte geschwächt und reagierte verlangsamt auf Ansprache. B.s Bauch war auffällig vorgewölbt, die Gesichtshaut war grau-gelblich verfärbt und B. schief immer wieder ein. Die Fachkräfte des INDRO vermuteten ein ernsthaftes gesundheitliches Problem. Sie fragten B., ob sie für ihn einen Rettungswagen rufen sollten. Dies lehnte B. auch auf mehrfache Nachfrage ab. Angesichts des für sie besorgniserregenden Zustands von B. entschieden die Fachkräfte trotz „moralischer“ Bedenken ihrerseits, sich über den Wunsch hinwegzusetzen und den Rettungsdienst zu rufen.

Im Gespräch mit den Mitarbeitenden des Rettungsdienstes lehnte B. es ebenfalls ab, mitzufahren, um sich in einem Krankenhaus vorzustellen – trotz mehrfacher

⁸ Ammoniak wird im Zusammenhang mit bestimmten Konsumpraktiken eingesetzt, z. B. beim Konsum von Kokain (vgl. Schweer 2003, S. 20). Der Kontakt mit Ammoniak oder seinen Dämpfen kann zu Reizungen der Atemwege, der Augen und der Haut führen und stellt insbesondere in geschlossenen Räumen ein gesundheitliches Risiko dar (vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung o.J.).

Nachfrage und Erklärungen seitens des Rettungsdienstes. Man könne B. nicht zwingen, lautete schließlich die Aussage einer Rettungskraft. Nur wenn ein akut lebensbedrohlicher Zustand vorliege, könne man B. ohne Einwilligung mitnehmen – dies war ihrer Einschätzung nach in der Situation nicht der Fall.

Im Zusammenhang mit dieser und ähnlichen Konstellationen beschrieben Fachkräfte eine Unsicherheit hinsichtlich möglicher schwerwiegender Verläufe bis hin zum Tod der betreffenden Menschen und sahen sich für das weitere Geschehen verantwortlich, obwohl sie diese Verantwortung mangels Mandat und auch

aufgrund begrenzter zeitlicher und struktureller Möglichkeiten faktisch nicht tragen konnten (vgl. ebd.). Zugleich zeigte sich ein Spannungsfeld zwischen der Akzeptanz individueller Entscheidungen und der Erfordernis, bei bestehender Gefährdung zu handeln.

2.1.5 Umgang mit Sterben und Tod im Kontext der Wohnungslosenhilfe

Trotz bestehender Sorge und Aufmerksamkeit der Fachkräfte kam es im Feld wiederholt zu plötzlichen Todesfällen, die ohne zuvor erkennbare gesundheitliche Verschlechterungen eintraten (vgl. BP35; BP29; IWLH03).

Die Mitarbeitenden der Wohnungslosenhilfe beschrieben die Konfrontation mit dem Tod als Teil ihres Arbeitsalltags und berichteten zugleich, dass sie bei einzelnen Menschen aufgrund gesundheitlicher Belastungen und spezifischer Lebensumstände jederzeit mit einem Versterben rechneten (vgl. GD02).

Palliative Versorgung in der Wohnungslosenhilfe

Zudem trafen wir wiederholt auf schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen, deren Zustand sich im Zusammenhang mit unheilbaren, fortschreitenden Erkran-

kungen zunehmend verschlechterte und bei denen sich das Lebensende abzeichnete (vgl. BP50). Diese Konstellationen werden im Folgenden als palliative Situationen gefasst.

Diese zeigten sich in steigenden Unterstützungsbedarfen, etwa bei der Mobilisation und Körperpflege infolge zunehmender Schwäche, sowie in einem vermehrten Bedarf an Maßnahmen zur Symptomlinderung, z. B. bei Schmerzen (vgl. GD02). Zudem wurde in Einzelfällen die Notwendigkeit begleitender Kommunikation genannt (vgl. GD03).

Häufig äußerten Menschen, denen ihre Situation bewusst war, den Wunsch, bis zum Ende ihres Lebens im vertrauten Umfeld zu bleiben und nicht mehr in andere Versorgungssettings wechseln zu wollen – auch dann, wenn die jeweiligen Einrichtungen diese Unter-

stützungsbedarfe nur begrenzt auffangen konnten (vgl. BP41; GD02).

Um diesem Wunsch nachzukommen, versuchten die Mitarbeitenden nach Möglichkeit innerhalb der vorhandenen strukturellen und personellen Rahmenbedingungen entsprechende Unterstützung zu organisieren. Dazu gehörten die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen.

In der Praxis konnten wir beobachten, dass Fachkräfte bei einer Zunahme belastender Symptome über die Hausärzt:innen die Anmeldung beim Palliativnetz Münster vornahmen. Eine aktive Einbeziehung der Menschen in diesen Entscheidungsprozess war aufgrund der fortgeschrittenen Erkrankungen häufig nur noch eingeschränkt oder nicht mehr möglich. Bei einem nicht-krankenversicherten Menschen,

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

der in einer Notunterkunft lebte, gelang die Anbindung über die Ärztin des Mobilien Medizinischen Dienstes (vgl. GD02).

Die Zusammenarbeit mit dem Palliativnetz wurde von Fachkräften insgesamt als hilfreich beschrieben (vgl. GD03). Gleichzeitig berichteten sie, dass die Entscheidung über den Zeitpunkt der Anbindung teils herausfordernd war. Insbesondere bei fortschreitenden Erkrankungen mit schwankenden und daher schwer absehbaren Verläufen – etwa bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung – fiel es schwer, den Übergang in eine palliative Versorgung eindeutig zu bestimmen (vgl. GD03).

Unabhängig davon zeigte sich, dass der gesetzliche Versorgungsauftrag des Palliativnetzes ausschließlich Leistungen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) beinhaltet. Die anderen pflegerischen Unterstützungsbedarfe mussten daher entweder über die Einrichtung selbst oder anderweitig über ambulante Pflegedienste abgedeckt werden (vgl. BP22).

Fachkräfte berichteten, dass es aus ihrer Sicht vielfach schwierig war, mit einzelnen Menschen über gesundheitliche Verschlechterungen, daraus resultierende Konsequenzen, aber auch ihre Wünsche für eine gute Versorgung ins Gespräch zu kommen (vgl. GD01). Dies deuteten die Fachkräfte als Hinweis da-

rauf, dass die betreffenden Menschen die Tragweite ihrer gesundheitlichen Situation nicht in gleicher Weise einschätzen konnten oder die Situation verdrängten (GD01).

In einzelnen Fällen beschrieben Fachkräfte des Langzeitwohnens der BHST und des Wohnen 60plus – unter der Voraussetzung der Einwilligung – die Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeitender eines ambulanten Hospizdienstes als unterstützend (vgl. Gesprächsprotokoll (GP) 03; GD03). Die Ehrenamtlichen würden die Menschen nicht nur vor Ort in den Einrichtungen begleiten, sondern sie beispielsweise auch im Krankenhaus besuchen (vgl. GD03).

Sterben in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

Fachkräfte berichteten wiederholt von Menschen mit palliativen Bedarfen, die sie innerhalb der Einrichtungen nach ihrem Empfinden würdig bis zu deren Tod begleitet hatten (vgl. GD01). Eine wichtige Voraussetzung dafür war, dass die Symptome und Unterstützungsbedarfe als handhabbar eingeschätzt wurden. Dies war insbesondere dann der Fall, wenn die zuvor beschriebenen zusätzlichen Unterstützungsleistungen, wie die Anbindung an das Palliativnetz oder ehrenamtliche Hospizdienste, erfolgreich in den Einrichtungsalltag integriert werden konnten. In der Praxis bedeutete dies, dass die Begleitung weniger durch feste Strukturen, sondern

vielmehr durch das Zusammenwirken aller Akteur:innen gemeinsam getragen werden konnte.

Häufig handelte es sich auch um ein erhöhtes Engagement einzelner Mitarbeitender aus Pflege und/oder Sozialdienst, die zum Beispiel durch zusätzliche telefonische Erreichbarkeit außerhalb regulärer Zeiten, eine Entlastung für die studentischen Teams schufen (vgl. GD03).

Zeitgleich beschrieben Fachkräfte die Sterbebegleitung auch als mit Unsicherheiten und Sorgen verbunden, den Menschen nicht jederzeit – z. B. nachts und am Wochenende – gerecht werden zu können (vgl. GD02). Im Hinblick auf diese Unsicherheiten machten Fachkräfte wiederholt darauf aufmerksam, dass eine Begleitung palliativ zu versorgender Menschen innerhalb der Einrichtungen trotz des hohen Engagements und der Vernetzung vielfach nicht ihrem eigenen Anspruch an eine optimale Versorgung entsprach. Dazu gehörten beispielsweise die Unterbringung in Mehrbettzimmern oder die Versorgungslücken zu Randzeiten (vgl. ebd.).

Versorgung auf Palliativstationen oder in Hospizen

Als geeignete Versorgungsoption im Kontext palliativer Situationen wurde unter Verweis auf positive Erfahrungen, die Option einer Hospizverlegung

mehrfach benannt (vgl. GD03). Gleichzeitig wurde berichtet, dass diese von einzelnen Menschen abgelehnt wurde bzw. keine Plätze verfügbar waren.

Darüber hinaus konnten wir beobachten, dass schwer kranke wohnungslose Menschen in entsprechenden Situationen auf Palliativstationen versorgt wurden. Entweder verstarben die Menschen im Verlauf auf der Palliativstation oder es wurde seitens der Klinik eine Anschlussversorgung organisiert, etwa durch die Rückkehr in eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe nach einer Stabilisierung der Situation oder eine Weitervermittlung in andere Versorgungssettings, wie z. B. Hospize (vgl. GD02).

Abschied und Bestattung

Nach dem Tod der Menschen mussten vielfach die Mitarbeitenden adminis-

trative und organisatorische Aufgaben übernehmen, da hierfür oft keine festen Zuständigkeiten oder Routinen existierten. Dies galt insbesondere in Fällen, in denen eine zuvor bestehende rechtliche Betreuung bestanden hatte, die kraft Gesetzes mit dem Tod des betreuten Menschen endet (vgl. BP16).

Zu den Aufgaben gehörten unter anderem die Information zuständiger Stellen, die Planung und Umsetzung der Bestattung oder die Kontaktaufnahme mit Angehörigen.

Ein Mensch hatte den Sozialarbeitenden der Einrichtung zu Lebzeiten ausdrücklich untersagt, seine Mutter über seinen Zustand zu informieren. Nach seinem Versterben waren die Fachkräfte mit der schwierigen Aufgabe konfrontiert, die Mutter über den Tod in Kenntnis zu setzen (vgl. ebd.; IWLHO2).

Darüber hinaus spielten Formen der Abschiednahme und des Gedenkens einrichtungsübergreifend eine Rolle. Trauerfeiern, Erinnerungsorte in den Einrichtungen oder das Aufstellen von Fotografien gehörten zur mehrfach beobachteten Praxis der Fachkräfte. Auch standen diese den Mitbewohner:innen in der Zeit nach dem Tod mit Gesprächen unterstützend zur Seite (vgl. BP29).

Gleichzeitig berichteten die Mitarbeitenden, dass insbesondere die Organisation ordnungsrechtlicher Bestattungen in Form von Urnensammelbestattungen als belastend erlebt wurde. Hier kam es teils zu längeren Wartezeiten bis zur Beisetzung, was allen Beteiligten die Abschiednahme erschwerte (vgl. GD01).

2.1.6 Umgang mit steigenden Unterstützungsbedarfen

Unabhängig von den Bedarfen der Menschen im Rahmen der palliativen Versorgung traten im Feld weitere Situationen auf, in denen steigende gesundheitliche und pflegerische Unterstützungsbedarfe – etwa im Verlauf chronischer Erkrankungen oder im Alter – die bestehenden Versorgungsmöglichkeiten zunehmend herausforderten.

Insgesamt werden die Menschen von Fachkräften als „deutlich kränker und multimorbider“ (GD03) wahrgenommen. So seien Bewohner oftmals schon beim Einzug in hohem Maße pflege- und hilfsbedürftig, so ein Sozialarbeiter einer Einrichtung des Langzeitwohnens (vgl. IWLHO2).

Anpassung der Versorgung

In Folge steigender Unterstützungs-

bedarfe suchten die Mitarbeitenden nach Optionen, die Versorgung anzupassen. Hierbei nutzten sie – abhängig vom jeweiligen Bedarf – unterschiedliche Wege. So wurde zum Beispiel der Umzug von einer Notunterkunft in eine weiterführende Einrichtung der Wohnungslosenhilfe wie etwa das Langzeitwohnen angestrebt (vgl. IZG04).

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

In den weiterführenden Angeboten wurden häufig mehrere Schritte gleichzeitig eingeleitet, etwa die Beantragung eines Pflegegrads, die Suche nach einem Heimplatz sowie die Überbrückung mittels ambulanter Dienste (vgl. BP22).

Im Rahmen der genannten Optionen ergaben sich unterschiedliche Hürden, unter anderem wenn ambulante Pflegedienste nicht verfügbar waren.

Beim Umzug in andere Einrichtungen konnten fehlende Leistungsansprüche bei Unionsbürger:innen zum Ausschluss führen (vgl. BP32). In anderen Situationen lehnen die Bewohner:innen selbst einen Wechsel ab (vgl. BP41). Doch auch bei Übereinstimmung von Bedarf, Anspruch und Einverständnis der Menschen konnte es zu langen Wartezeiten kommen (vgl. BP22) oder es standen keine Plätze zur Verfügung (vgl. N1).

Überbrückung und Improvisation

Es zeigte sich, dass schwer kranke und pflegebedürftige Menschen mangels verfügbarer Alternativen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe verbleiben mussten, selbst wenn die Grenzen des Machbaren de facto erreicht waren (vgl. BP22). In der Folge waren die Mitarbeitenden gezwungen, die eigenen Grenzen zu überschreiten und die eigentlich nicht (mehr) leistbaren Bedarfe entweder

dauerhaft oder zumindest für einen gewissen Zeitraum zu überbrücken. Sie übernahmen in diesen Situationen Versorgungsaufgaben, für die eigentlich andere Akteur:innen im System zuständig sind (vgl. ebd.).

Notfälle aufgrund von Unterversorgung

Je nach Setting und individueller Situation gelang es in vielen Fällen, die Versorgung mittels Improvisation – zumindest für eine gewisse Zeit – aufrechtzuerhalten. In anderen Fällen eskalierte die Situation, weil die fortbestehende Unterversorgung trotz aller Anstrengungen und notgedrungen hingenommener Grenzüberschreitungen nicht mehr zu verantworten war (vgl. BP27a).

In diesen Fällen wurde die Situation als Notfall eingeordnet (vgl. ebd.). Fachkräfte schalteten den Rettungsdienst ein, um einen Transport ins Krankenhaus zu veranlassen. Dies diente zum einen der Sicherstellung einer angemessenen Versorgung, zum anderen der kurzfristigen Entlastung der jeweiligen Einrichtung. Die Krankenhausaufenthalte führten häufig zu einer Stabilisierung der betreffenden Menschen, jedoch in vielen Fällen nicht zu einer nachhaltigen Versorgung und waren oft nur von kurzer Dauer (vgl. GD01).

Die weiteren Verläufe nach Krankenhausaufhalten, insbesondere Fra-

gen des Entlassmanagements und der Abgrenzung der Einrichtungen, werden in Kapitel 2.6.1 vertieft.

Abschließend wird anhand eines Fallbeispiels dargestellt, wie sich steigende Unterstützungsbedarfe, akute gesundheitliche Krisen und palliative Entscheidungsprozesse in der Praxis überlagern können.

Fallbeispiel K. – steigende Unterstützungsbedarfe, akute Krise und palliative Versorgung (vgl. BP16)

Fachkräfte berichteten von einem schwer kranken Menschen K. im Langzeitwohnen, dessen Zustand sich schleichend verschlechtert hatte. In der Folge verließ K. das Bett kaum noch und nahm auch nicht mehr an den Mahlzeitenangeboten teil. Die Fachkräfte waren in Sorge um seinen Gesundheitszustand und versuchten K. davon zu überzeugen, sich medizinisch behandeln zu lassen, was er jedoch ablehnte.

Schließlich entwickelte K., der bereits an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung erkrankt war, einen schweren Atemwegsinfekt mit ausgeprägter Atemnot und Schwäche. K. war in dieser Situation nicht mehr in der Lage, seinen Willen zu äußern. Ein Mitarbeiter sah eine akute Lebensgefahr für K. und entschied – entgegen

der zuvor geäußerten Ablehnung medizinischer Hilfe durch K. – den Rettungsdienst zu alarmieren. K. wurde in ein Krankenhaus gebracht, wo sich der Zustand – trotz

intensivmedizinischer Behandlung – nicht stabilisierte. In dieser Situation erfolgte die Entscheidung für ein palliatives Vorgehen auf Grundlage des mutmaßlichen Willens,

der in Abstimmung zwischen behandelndem Arzt und rechtlicher Betreuung ermittelt wurde. K. verstarb kurze Zeit später.

2.1.7 Beobachtung, Vertrauensaufbau und Beziehungsarbeit

Zusätzlich zu den beschriebenen Unterstützungsformen zeigte sich im Alltag eine kontinuierliche Beobachtungs- und Beziehungsarbeit, die von Fachkräften als zentrale Grundlage ihres Handelns beschrieben wurde:

„Bei uns beinhaltet das [...] einfach alle Bewohner im Blick zu haben, zu gucken jeden Tag, wer kommt zum Frühstück, wer ist nicht da, wer erscheint nicht? Nochmal an der Tür zu klopfen, ins Zimmer zu gehen, zu gucken, wie ist der Kleidungszustand, wie sind die Medikamente? Trinkt derjenige genug oder diejenigen? Essen die, nehmen die am Essen teil? Aber auch die Stimmung so, einfach mit den Leuten zusammen zu sein und zu gucken, wie geht es denen? Wir haben halt auch Leute, die dann depressive Phasen haben und dass man einfach quasi so rundum so einen Blick hat. [...] Dass man einfach jeden Tag guckt, ja, wer war da, um wen muss man sich Sorgen machen? Wem geht es schlecht? Wir haben, ja, diesen / so einfach einen Überblick haben, so über das allgemeine Wohlbefinden. Sowohl körper-

lich, psychisch, ernährungstechnisch.“ (GD01)

Die Fachkräfte unterschiedlicher Professionen beobachteten die Menschen im Alltag fortlaufend und umfassend und leiteten daraus sowie aus meist kurzen, informellen Gesprächen ihr weiteres Vorgehen ab. Gelegenheiten hierzu ergaben sich etwa bei der Medikamentenausgabe, bei regelmäßigen Rundgängen oder im Rahmen der Mahlzeitenversorgung (vgl. GD01).

Wiederholt wurde von den Fachkräften geäußert, dass Vertrauen im Kontakt mit den Menschen eine zentrale Rolle für die Annahme von Unterstützung spielte. Dies zeigte sich unter anderem beim Zulassen pflegerischer Maßnahmen, der Gabe oder Einnahme von Medikamenten sowie bei der Begleitung zu ärztlichen Terminen. Der Beziehungsaufbau mit den Menschen sei, so ein Sozialarbeiter, „das A und O“ (IWLH02).

Einer Pflegefachkraft gelang über lange Zeit ein Vertrauensaufbau zu einem

psychisch erkrankten Menschen, der die Verabreichung der Depotmedikation nur durch sie zuließ (vgl. BP22). Ein anderer Mensch ließ einen Verband nur von einer bestimmten Sozialarbeiterin machen (vgl. BP25).

Ein anderer Sozialarbeiter sprach davon, dass sich seine Beziehungsqualität zu einem Menschen dadurch positiv entwickelt hätte, dass er sich um ihn gekümmert hatte, als dieser krank war (vgl. BP04). Auch positive Erfahrungen mit der Annahme von Hilfe tragen, so eine Sozialarbeiterin, dazu bei, dass Menschen auch zukünftig Hilfe annehmen könnten (vgl. IWLH04).

Fachkräfte berichteten wiederholt, dass viele schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen oftmals keinen oder nur wenig Kontakt zu An- und Zugehörigen hatten (vgl. GD05). Aus diesem Grund waren die Mitarbeitenden der Einrichtungen vielfach die einzigen Bezugspersonen der Menschen (vgl. IWLH01).

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

Fallbeispiel M. – Notwendigkeit von Vertrauen in Notlagen (vgl. BP49)

Wir begleiteten den morgendlichen Rundgang der aufsuchenden Hilfe am Bahnhof. Der Sozialarbeiterin fiel M. auf. M. saß bei winterlichen Temperaturen ohne Unterlage auf dem Boden vor der Eingangstür zur Vorhalle, neben sich einen großen Handwagen mit Gepäck. M. atmete angestrengt und sah blass aus. Die Sozialarbeiterin sprach M. an und machte das Angebot, einen Rettungswagen zu rufen.

Doch M. äußerte Sorge um das Gepäck und wollte deshalb nicht ins Krankenhaus. M. wurde daraufhin angeboten, dass die Fachkraft das Gepäck in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe in der Nähe abstellen könnte, wo sie arbeitete. Auch das lehnte M. ab und verwies darauf, dass ein wenig Ruhe und frische Luft helfen würden. Die Sozialarbeiterin entfernte sich daraufhin kurz, um M. zur Ruhe kommen zu lassen, und suchte M. nach wenigen Minuten erneut auf.

M. ging es nicht besser. Schließlich willigte M. ein, dass die Sozialarbeiterin einen RTW rief, der kurze Zeit später eintraf. Die Sozialarbeitenden setzten ihre Stadtrunde fort und wir blieben bei M.

Die Mitarbeitenden des Rettungsdienstes sprachen einige Zeit mit M. und konnten M. dazu bewegen, in den RTW einzusteigen. Sie wollten M. zur Stabilisierung in ein Krankenhaus bringen. Da für den Wagen mit dem vielen Gepäck im RTW kein Platz war, wollte M. nicht mitfahren. Es bestand weiterhin starke Luftnot und M. machte einen erschöpften Eindruck.

Ein Mitarbeitender des Rettungsdienstes sagte zu M., dass sie sich in Anbetracht ihres gesundheitlichen Zustands auf jeden Fall wiedersehen würden und dass es M. dann vielleicht so schlecht gehen würde, dass das Gepäck keine Rolle mehr spiele. Vor dem Hintergrund dieser Einschätzung entschieden wir uns, die Beobachtungsrolle zu verlassen,

und boten an, das Gepäck in das Krankenhaus zu bringen, in das M. vom Rettungsdienst gebracht werden sollte.

Nach einiger Überlegung ließ M. sich auf den Vorschlag ein. Wir brachten das Gepäck direkt in die Notaufnahme, blieben vor Ort und warteten auch die ersten Untersuchungen ab, bis M. stationär aufgenommen wurde. Bei der Verabschiedung gaben wir M. unsere Kontaktdaten (vgl. BP49).

An diesem Fallbeispiel wird deutlich, dass vermeintlich untergeordnete Belange – wie das sichere Verwahren persönlichen Eigentums – für den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung eine zentrale Rolle spielen können. Das notwendige Vertrauen, um das Gepäck in fremde Hände zu geben, ließ sich in dieser Situation nur durch unmittelbares, individuelles Handeln herstellen.

2.1.8 Belastungen der Fachkräfte

Die beschriebenen Versorgungslücken und strukturellen Grenzen wirkten sich im Feld erheblich auf die Situa-

tion der betreffenden Menschen aus. Gleichzeitig wurde sichtbar, dass die Fachkräfte der Wohnungslosenhilfe

ebenfalls durch die Rahmenbedingungen belastet waren. Das folgende Kapitel richtet den Blick auf die Pers-

pektive der Fachkräfte. Die Sichtweise der Zielgruppe wird in Kapitel 2.3 aufgegriffen.

Gesundheitliche Krisensituationen und begrenzte Handlungsspielräume

Wie in Kapitel 2.1.7 beschrieben, hatten die Fachkräfte durchgehend den Gesundheitszustand der Menschen im Blick. Im Falle einer Verschlechterung leiteten sie Handlungsbedarfe ab und versuchten das weitere Vorgehen zu organisieren. Ein Beispiel dafür zeigt sich im Hinzuziehen des Rettungsdienstes in einer gesundheitlichen Krisensituation (s. Kapitel 2.1.4). Lehn-ten die betreffenden Menschen einen Transport ab und blieben – aus Sicht der Fachkräfte – nicht entsprechend versorgt in den Einrichtungen, führte dies bei ihnen in Anbetracht ihrer begrenzten strukturellen und personellen Handlungsspielräume zu einem erhöhten Druck. Hinzu kamen Gefühle von Ohnmacht und Überforderung, die alleinige Verantwortung für das gesundheitliche Wohlergehen von Menschen tragen zu müssen. Eine Fachkraft beschrieb dies wie folgt: „Man steht aber da, mit der Verantwortung, man kann das aber eigentlich nicht leisten.“ (GD03)

Sorge-Tragen

Aus der beschriebenen Verantwortung für das gesundheitliche Wohlergehen der Menschen resultierte bei den Fachkräften vielfach ein anhal-

tendes Sorge-Tragen, das den Arbeitsalltag prägte (vgl. GD01; BP25; GD06). Dieses zeigte sich insbesondere dann, wenn es Menschen gesundheitlich zunehmend schlechter ging und die weitere Versorgung unklar bzw. zu Randzeiten nicht gesichert war (vgl. BP04; IGW02). Fachkräfte beschrieben diese Situationen vielfach als dauerhaft belastend, da sie häufig mit der Frage verbunden waren, welche gesundheitlichen Zuspitzungen eintreten könnten, ohne dass sie selbst noch eingreifen konnten.

Sorgen bestanden auch im Zusammenhang mit befürchteten Stürzen, notfallmäßigen Krankenseinweisungen bis hin zum möglichen Versterben der Menschen (vgl. GD01; GD02). „Was finden wir morgens vor, wenn es [P.] abends so schlecht geht?“ (BP25), fragte sich eine Sozialarbeiterin mit Blick auf P.

Überbrückung von Ressourcenengpässen

Auch die unzureichende personelle Ausstattung wurde von Fachkräften der Wohnungslosenhilfe als belastend erlebt: Eine Pflegestelle sei aufgrund fehlender Bewerbungen unbesetzt, und auch die hauswirtschaftliche Stellenbesetzung wies Lücken auf (vgl. GD03; BP15). Auch bei regelhafter Stellenbesetzung war die hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung zu Randzeiten wie werktags am

Abend oder am Wochenende selten möglich (vgl. GD03). Allgemein sei der Personalschlüssel oftmals zu knapp bemessen (vgl. BP15). Kam es dann krankheitsbedingt zu weiteren Ausfällen, konnten beispielsweise wichtige Termine nicht begleitet werden und fielen aus (vgl. BP11).

Die Fachkräfte versuchten, die personellen Engpässe laufend zu überbrücken – etwa durch Mehrarbeit oder das Aushalten nicht tragbarer Zustände (vgl. BP27a). Dies stellt eine erhebliche Belastung dar, die zu weiteren krankheitsbedingten Personalausfällen führen konnte. „Ein halbes Jahr [wird] Überlastung durch Mehrarbeit kompensiert und dann [ist] man danach ein halbes Jahr krank“ (BP15), äußerte eine Mitarbeitende.

Es zeigte sich wiederholt, dass Fachkräfte im Arbeitsalltag gezwungen waren, über ihren eigentlichen Auftrag hinaus zu handeln und improvisierte Lösungen zu finden. „Im klassischen Case-Management-Sinne müssten wir eigentlich verweisen an eine andere Stelle [...]. Das wäre im Normalfall so, aber ja, wenn die Landschaft es nicht hergibt“ (GD09), berichtete ein Sozialarbeiter. Er folgerte, dass sie „im Kern [...] ja keine Alltagsbegleitung [sind]. Also das machen wir nur, [...] weil es die Lücke halt gibt.“ (ebd.)

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

Übernahme fachfremder Aufgaben

Aufgrund personeller Engpässe waren die Fachkräfte nicht nur überlastet, sondern mussten regelmäßig auch Aufgaben anderer Professionen übernehmen: Hauswirtschaftliche Kräfte und Sozialarbeitende führten Pflegeaufgaben aus, Pflegekräfte hauswirtschaftliche Tätigkeiten und studentische Kräfte übernahmen ebenfalls Pflege- und Hauswirtschaftsaufgaben. Dieses Vorgehen gewährleistete die Basisversorgung in Notsituationen und zu Randzeiten, in denen kein Pflegedienst oder Pflegefachkräfte vor Ort waren (vgl. GD01).

Gleichzeitig kam es in solchen Situationen zu rechtlichen und praktischen Grenzen in der Ausführung, insbesondere die Medikamentenversorgung durch nicht pflegerisch ausgebildetes Personal wurde als „Grauzone“ (IWLHO1) beschrieben.

Zu Randzeiten sind oftmals studentische Mitarbeitende im Dienst, die keine Fachkräfte sind (vgl. GD03). Insbesondere aufgrund der fehlenden Ausbildung benötigen diese Schulungen, in denen ihnen spezifisches Wissen und Handlungskompetenzen vermittelt werden, damit sie besser mit Ausnahmesituationen umgehen können (vgl. ebd.). Die notwendige Anleitung und Schulung dieser Mitarbeitenden band jedoch zusätzliche Zeitressourcen, die den Fachkräften für andere Aufgaben, etwa die Terminkoordination, fehlten (vgl. GD03).

Da die Basisversorgung und der Bedarf an Umgebungshygiene zugleich als hoch eingeschätzt wurden, kam es zu einer Verdichtung der Arbeitsaufgaben, wodurch die Versorgungsqualität in anderen Teilbereichen eingeschränkt wurde (vgl. BPO4; GD01).

Moral Distress

In der Zusammenschau der beschriebenen Belastungen wird deutlich, dass Fachkräfte wiederholt Verantwortung für das gesundheitliche Wohlergehen von Menschen übernahmen, ohne ihrem professionellen Anspruch an eine angemessene Versorgung gerecht werden zu können. Die Belastung entstand dabei nicht aus Unsicherheit über das fachlich gebotene Handeln, sondern aus den begrenzten strukturellen, personellen und organisatorischen Handlungsmöglichkeiten. In diesem Zusammenhang lässt sich von Moral Distress sprechen, der die Erfahrung beschreibt, den eigenen professionellen Anspruch aufgrund struktureller Bedingungen nicht umsetzen zu können (vgl. Riedel/Goldbach/Lehmeyer 2023, S. 8).

2.2 ZUGANG ZU LEISTUNGEN

In Kapitel 2.1 wurde deutlich, dass die Möglichkeiten der gesundheitlichen bzw. pflegerischen Unterstützung schwer kranker und pflegebedürftiger Menschen vielfach vom Zugang zu

entsprechenden Leistungen abhingen. Im folgenden Abschnitt wird gezeigt, wie rechtliche Voraussetzungen, Verwaltungsverfahren und Hürden in der praktischen Umsetzung den Zugang

zu Leistungen beeinflussen und welche Folgen sich daraus für die Versorgung der Zielgruppe ergeben.

2.2.1 Krankenversicherung

Fallbeispiel L. – Fehlende Krankenversicherung (vgl. BP32)

L. hatte die Staatsangehörigkeit eines anderen EU-Staates und lebte in einer Notübernachtung in einem Mehrbettzimmer. L. war über 60 Jahre alt, konnte wegen der gesundheitlichen Einschränkungen nicht arbeiten, bezog keine Leistungen vom Jobcenter und war zum Zeitpunkt der Beobachtung nicht krankenversichert.

Eine Beratungsstelle sowie die Clearingstelle „Klar für Gesundheit“ unterstützten L. beim Zugang zu Leistungen und einem Krankenversicherungsschutz. Das Verfahren war jedoch komplex und langwierig. L. litt an diversen körperlichen Erkrankungen, darunter Diabetes, Arthrose sowie Bluthochdruck. Zudem hatte L. Schmerzen und war mobilitätseingeschränkt. Hinzu kam eine Schilddrüsenerkrankung, die dringend operativ behandelt werden musste. Aufgrund der fehlenden Krankenversicherung konnte L. weder die Termine bei den Fachärzt:innen wahrnehmen noch konnte die OP durchgeführt werden. Einzig die verschreibungspflichtigen Medikamente konnten über Spenden finanziert werden.

Der Fall von L. verdeutlicht, dass ein fehlender oder ungeklärter Krankenversicherungsschutz den Zugang zu notwendiger medizinischer Versorgung trotz offensichtlicher Behandlungsbedarfe verhindert. Zugleich zeigt sich, dass selbst bei intensiver Beratung und Unterstützung der Aufbau eines Krankenversicherungsschutzes mit langen Wartezeiten verbunden ist. Wie lange diese Prozesse im Einzelfall dauern und ob die Zugänge letztlich gelingen, ist häufig nicht absehbar.

Im Fall von L. konnte einige Wochen nach unserer Beobachtung eine Krankenversicherung aufgebaut und die reguläre medizinische Versorgung sichergestellt werden.

Uns begegneten jedoch wiederholt auch Menschen, bei denen trotz intensiver Unterstützung – teils unter Einbezug anwaltlicher Vertretung – kein Krankenversicherungsschutz aufgebaut werden konnte.

In diesen Fällen konnten notwendige Behandlungen zwar zeitweise über Spenden, den kommunalen Notfallfonds, die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung oder ehrenamtliche Unterstützung sichergestellt werden, aber diese Lösungen blieben anlassbezogen, zeitlich

begrenzt und nicht verlässlich planbar (vgl. BP34; GD01).

In einzelnen Fällen konnten auch fachärztliche Termine ermöglicht werden, indem die Kosten über eine Abrechnung zum einfachen Satz von den Maltesern getragen wurden. Diese Möglichkeit war jedoch nicht problemlos nutzbar, da viele Fachärzt:innen dieses Vorgehen nicht akzeptierten. Zudem blieb diese Form der Finanzierung auf einzelne Termine begrenzt und erlaubte keine längerfristige oder aufeinander aufbauende Behandlung.

Weiterführende Maßnahmen – darunter Substitutions- oder Entgiftungsbehandlungen sowie nicht lebensnotwendige Operationen – konnten so oft nur punktuell ermöglicht werden. Eine nachhaltige, langfristig gesicherte Behandlung ließ sich auf dieser Basis jedoch nicht realisieren (vgl. BP25; IZG05). Unabhängig davon besteht die gesetzliche Verpflichtung zur Hilfeleistung in lebensbedrohlichen Situationen auch ohne Krankenversicherungsschutz (§ 323c StGB). Diese Notfallhilfe dient der akuten Gefahrenabwehr und Lebensrettung. Die hierbei entstehenden Kosten können von den behandelnden Krankenhäusern in bestimmten Konstellationen über den sogenannten Nothelfer-Paragrafen (§ 25 SGB XII) mit dem Sozialhilfeträ-

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

ger abgerechnet werden. Diese Form der Notfallversorgung ist jedoch rein auf die Stabilisierung im Notfall beschränkt und ebenfalls nicht auf eine nachhaltige gesundheitliche Versorgung angelegt.

Beispielhaft hierfür erhielt ein nicht krankenversicherter Mensch nach einem Schlaganfall zwar die entsprechende medizinische Notfallversorgung, im Anschluss mussten jedoch die notwendigen Medikamente über Spenden und Physiotherapie auf ehrenamtlicher Basis organisiert werden (vgl. BP34).

Die fehlende Krankenversicherung erschwert aber nicht nur die Nachsorge, sondern auch die Vorsorge oder früh-

zeitige Behandlung, bevor Menschen schwer erkranken. Ein Mensch hatte eine große Wunde, die sich verschlimmerte, weil er sich wegen der fehlenden Krankenversicherung nicht in ein Krankenhaus begeben konnte bzw. wollte (vgl. BP09).

Insgesamt zeigte sich, dass bei fehlendem Krankenversicherungsschutz trotz zahlreicher Unterstützungsangebote keine verlässliche medizinische Versorgung möglich ist.

Behandlungspflege nach SGB V

Neben dem Zugang zu ärztlicher Behandlung betrifft der fehlende Krankenversicherungsschutz auch die Sicherstellung pflegerischer Leistungen. In den weiterfüh-

den Angeboten werden Maßnahmen der Behandlungspflege, wie z. B. das Medikamentenmanagement, aufwendige Verbandswechsel oder die Verabreichung von Insulin, in der Regel an ambulante Pflegedienste ausgelagert (vgl. BP52; BP29).

Für Menschen ohne Krankenversicherung werden diese pflegerischen Maßnahmen teilweise durch Mitarbeitende der Wohnungslosenhilfe oder andere Stellen wie z. B. dem INDRO (Wundversorgung) übernommen (vgl. IZG05). Diese Hilfe ist nicht regelhaft abgesichert, sondern erfolgt vielfach auf Grundlage des persönlichen Engagements einzelner Mitarbeitender (vgl. ebd.).

2.2.2 Pflegegradeinstufung und Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung

Im Feld zeigte sich, dass eine adäquate pflegerische Versorgung der Zielgruppe faktisch nur dann möglich ist, wenn ein Zugang zu Leistungen aus der Pflegeversicherung besteht.

Hintergrund: Verfahren zur Feststellung des Pflegegrads

Gesetzliche Grundlage für den Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung ist nach § 20 SGB XI die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung, die die soziale Pflegeversicherung umfasst. Zusätzlich

muss innerhalb der letzten zehn Jahre eine gesetzlich vorgeschriebene Versicherungszeit von mindestens zwei Jahren bestanden haben (§ 33 SGB XI).

Darüber hinaus muss eine Pflegebedürftigkeit vorliegen. Pflegebedürftig sind nach § 14 SGB XI Menschen, die aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sind und deshalb Hilfe und Unterstützung durch andere benötigen. Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit wird im Rahmen eines Begutachtungs-

verfahrens durch den Medizinischen Dienst festgestellt.

Für die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade müssen die Versicherten oder ihre gesetzlichen Vertreter:innen einen Antrag bei ihrer zuständigen Pflegekasse stellen. Anschließend findet die Begutachtung statt. Die ermittelten Pflegegrade bestimmen die Art und den Umfang der Leistungen.

Im Rahmen der Forschung wurde wiederholt sichtbar, dass Menschen

trotz offensichtlicher Unterstützungsbedarfe keinen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung hatten. Dieses Erkenntnis bezog sich vor allem auf Menschen in den niedrigschwelligen Einrichtungen. Ein wesentlicher Grund hierfür ist, dass die formalen Voraussetzungen und die standardisierten Begutachtungsverfahren der Pflegeversicherung oft nicht mit den hier vorherrschenden besonders prekären Lebenslagen der Menschen vereinbar sind.

Hürden bei der Pflegebegutachtung

Die Ergebnisse unserer Einrichtungsabfrage im Frühjahr 2025, an der 15 Einrichtungen teilgenommen haben, zeigten, dass laut Einschätzung der Mitarbeitenden 98 von insgesamt 463 dort untergebrachten Menschen pflegebedürftig waren, ohne einen Pflegegrad zu haben. Das entspricht ca. 21%.

51 Menschen hatten einen Pflegegrad. Davon hatten 19 Menschen einen Pflegegrad 1, 30 Pflegegrad 2 und zwei Menschen einen Pflegegrad 3. Wir konnten feststellen, dass Menschen mit Pflegegrad überwiegend in den weiterführenden Angeboten lebten.

Wir konnten beobachten, dass Anträge auf eine Pflegegradeinstufung nicht von den Menschen selbst, sondern von Mitarbeitenden unterschiedlicher Einrichtungen gestellt wurden.

Dazu gehörten Sozialarbeitende und Pflegefachkräfte der Wohnungslosenhilfe aber auch rechtliche Betreuer:innen oder die Sozialdienste der Krankenhäuser (vgl. BP04; vgl. BP15).

Das Beispiel von J. zeigt, dass in der praktischen Umsetzung der Pflegebegutachtung vielfältige Hürden bestehen konnten.

Fallbeispiel J. – Hürden bei der Pflegebegutachtung (vgl. BP21)

Im Fall von J. wurde der Antrag für die Begutachtung durch den rechtlichen Betreuer gestellt, ohne dass ersichtlich wurde, dass J. in einer Notunterkunft lebte. Die Einladung zum Termin wurde an den Betreuer geschickt. Die Gutachterin erschien zum angekündigten Termin im Büro des Betreuers. Da weder J. noch die Notunterkunft informiert wurden, war J. nicht vor Ort, und die Begutachtung fand nicht statt (vgl. BP21; BP04).

Wird ein Termin verpasst, kann ein zweiter vereinbart werden. Scheitert auch dieser, wird das Verfahren unter Verweis auf die Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I beendet. In der Folge muss ein neuer Antrag gestellt werden.

Für J. wurde ein erneuter Termin vereinbart, diesmal mit der Information, dass die Begutachtung

in der Notunterkunft stattfinden sollte.

Am Tag der Begutachtung verließ J. unmittelbar vor dem Termin die Unterkunft und musste von einer Fachkraft gesucht und in die Einrichtung zurückbegleitet werden (vgl. BP04). Schließlich konnte die Begutachtung stattfinden (vgl. ebd.).

Auch kann eine Begutachtung wegen fehlender Ansprechpartner:innen, fehlender Dolmetscher:innen (außer Gebärdensprache) oder der für einige Menschen zu langen Wartezeit innerhalb eines Zeitfensters von zwei bis vier Stunden scheitern (vgl. BP28). Genauso kann es aber auch vorkommen, dass die zu begutachtenden Personen die Termine wiederholt nicht wahrnehmen, etwa aufgrund negativer Erfahrungen mit Begutachtungsverfahren (vgl. BP04).

Falsche Einstufung und Widerspruch

Fachkräfte berichteten, dass sie in einzelnen Fällen der Ansicht waren, dass der vergebene Pflegegrad nicht dem tatsächlichen Hilfebedarf des begutachteten Menschen entsprach (vgl. IWLHO2). Dafür wurden im Wesentlichen zwei Punkte benannt: Zum einen machten sie die Erfahrung, dass die begutachteten Menschen ihre Fähigkeiten besser darstellten, als dies aus Sicht der Fachkräfte der Fall war. Dies wurde von den Fachkräften unter ande-

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

rem auf die Befürchtung der Menschen zurückgeführt, durch den sichtbaren Hilfebedarf z. B. in ein Pflegeheim ziehen zu müssen (vgl. ebd.).

Zum anderen wurde beschrieben, dass die Einschätzung der Gutachter:innen das Ausmaß des Hilfebedarfs der Menschen nicht entsprechend berücksichtigte. In diesen Fällen waren die Fachkräfte bei der Einlegung von Widersprüchen behilflich. Sie berichteten diesbezüglich von teils länger andauernden Verfahren, wodurch sich Zugänge zu einer entsprechenden Versorgung verzögerten und diese vorübergehend nicht verlässlich gesichert waren. Grundsätzlich wurde es seitens der Fachkräfte als hilfreich erachtet, die Termine zu begleiten, um eine aus ihrer Sicht realistische Einschätzung des Pflegebedarfs sicherzustellen.

Notwendigkeit der Koordination

Zudem wurde sichtbar, dass die Antragsstellung und die Begleitung der Begutachtung häufig eine Koordination mehrerer Akteur:innen erfordert. Hier sind zum Beispiel Pflegefachkräfte und Sozialarbeitende der Einrichtungen sowie gegebenenfalls vorhandene rechtliche Betreuer:innen zu nennen (vgl. BP21).

Unsichtbarkeit besonderer Bedarfe

Das Begutachtungsinstrument (Neues Begutachtungsassessment) des Medizinischen Dienstes zur Einstufung des

Pflegegrads erfasst sechs Module (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2022, S. 6 ff.):

1. **Mobilität**
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
4. **Selbstversorgung**
5. **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

Wie mehrere Fachkräfte berichteten, werden schwankende Hilfebedarfe – etwa infolge von Intoxikationen – im Begutachtungsverfahren häufig unzureichend erfasst. Dies betrifft beispielsweise die Unterstützung bei Inkontinenz oder den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, die nicht regelmäßig auftreten und somit durch das Raster der standardisierten Erfassung fallen (vgl. GP02; GD03). Obwohl das 2017 eingeführte Assessment darauf ausgerichtet ist, auch kognitive und psychische Belastungen abzubilden, werde das Instrument der Komplexität der Lebenslagen wohnungsloser Menschen aus Sicht der Fachkräfte oft nicht gerecht (vgl. GD03).

Bedeutung des Pflegegrads für die Versorgung der Zielgruppe

Anhand der Aussagen der Fachkräfte und unserer Beobachtungen im Feld zeigten sich unterschiedliche Einschätzungen zur Bedeutung des Pflegegrads in der Versorgung schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen.

Zum einen wurde der Pflegegrad als hilfreiches Instrument beschrieben, um die Versorgung im jeweiligen Setting durch die Hinzuziehung ambulanter Pflegedienste zu sichern bzw. zu intensivieren. Dies bezog sich z. B. auf die Hinzuziehung von ambulanter Unterstützung im Rahmen des Entlastungsbetrags bei Pflegegrad 1 (s. Kapitel 2.1.1).

Außerdem wurde das Vorliegen von mindestens Pflegegrad 2 vor dem Hintergrund steigender Unterstützungsbedarfe als Voraussetzung für den Umzug in Pflegeeinrichtungen genannt (vgl. BP03).

Darüber hinaus konnte ein Pflegegrad auch eine strukturelle Grenze markieren. Im Langzeitwohnen der BHST ist eine Aufnahme in der Regel nur bis Pflegegrad 1 vorgesehen. Entsteht während des Aufenthalts erstmals ein Pflegegrad 2, wird eine Vermittlung in ein weiterführendes Angebot angestrebt. Gelingt dies nicht und verbleibt die betroffene Person zunächst in der

Einrichtung, können im Einzelfall nach Absprache mit dem Sozialamt ambulante Pflegedienste eingebunden werden.

In den Notunterkünften äußerten Fachkräfte Zweifel am praktischen Nutzen einer Pflegegradeinstufung. So wurde berichtet, dass geeignete ambulante Pflegedienste häufig schwer zu finden seien (vgl. GD03). Zudem kämen ent-

sprechende Einsätze nicht selten nur kurzfristig zustande und brächen im weiteren Verlauf wieder ab, etwa weil Termine nicht eingehalten würden (vgl. GD02). Vor diesem Hintergrund würden pflegerische Aufgaben ohnehin durch Mitarbeitende der Wohnungslosenhilfe übernommen. Diese Leistungen würden nicht über die Pflegeversicherung, sondern über die Wohnungslosenhilfe

finanziert. Da die Leistungen der Pflegeversicherung nur bei tatsächlicher Erbringung durch externe Dienste oder in Form von Pflegegeld bei häuslicher Pflege ausgezahlt würden, mache der mit der Beantragung verbundene Aufwand ihrer Auffassung nach wenig Sinn (vgl. ebd.).

2.2.3 Leistungen der Eingliederungshilfe

Obwohl sich bei vielen Menschen längerfristige körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen zeigten, bezog keiner der uns im Feld begegneten Menschen aus der Zielgruppe Leistungen der Eingliederungshilfe. Unsere Einrichtungsabfrage ergab zudem, dass es eine Vielzahl an wohnungslosen Menschen gab, bei denen seitens der Fachkräfte Behinderungen vermutet wurden, die jedoch keinen Grad der Behinderung (GdB) hatten. Der mangelnde Zugang wohnungsloser Menschen zu Leistungen der Eingliederungshilfe wurde auch von zwei Mitarbeitenden der Fachstelle Pflege und Teilhabe der Stadt Münster thematisiert (vgl. GD07).

Das deckt sich mit der Literatur: Die Eingliederungshilfe ist für wohnungslose Menschen zu hochschwellig gestaltet, wohingegen die Wohnungs-

losenhilfe die betreffenden Menschen durch ihre Niedrigschwelligkeit besser erreichen kann (vgl. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg 2022, S. 51).

Zusätzlich stellt die rechtliche Auslegung von Zuständigkeiten eine Zugangshürde dar, was ein Beispiel aus Niedersachsen zeigt: So wurde ein nichtdeutscher Mann nach Haftentlassung in die Eingliederungshilfe aufgenommen, die Finanzierung jedoch vom Kostenträger mit Verweis auf die Zuständigkeit der kommunalen Wohnungslosenhilfe abgelehnt (vgl. Land Niedersachsen 2025, S. 567).

Auch im Feld zeigten sich wiederkehrend Unklarheiten in Bezug auf Antragsverfahren und Zuständigkeiten: In Bedarfsfeststellungen blieb teilweise offen, wie die Zuständigkeiten zwi-

schen beteiligten Akteur:innen abzugrenzen sind (vgl. BP14). Ebenso war in einzelnen Fällen unklar, welche rechtlichen Ansprüche in Bezug auf den Krankenversicherungsschutz bestanden (vgl. BP34). Informationen zu zuständigen Stellen und Klärungswegen waren nicht immer eindeutig verfügbar.

Durch diese Unklarheiten dauerte die Vermittlung zu passenden Angeboten deutlich länger oder der Zugang konnte nicht erwirkt werden.

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

2.3 ERFAHRUNGEN SCHWER KRANKER UND PFLEGEBEDÜRFTIGER WOHNUNGSLOSER MENSCHEN

In vielen der von uns beobachteten Situationen waren die Möglichkeiten der Menschen, Bedarfe, Wünsche oder Kritik zu äußern, aus unterschiedlichen Gründen wie z. B. körperlicher Schwäche oder psychischer Belastungen eingeschränkt. Folglich erschienen die schwer kranken und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen im Kontext der beschriebenen Möglichkeiten gesundheitlicher bzw. pflegerischer Versorgung überwiegend als Empfänger:innen von Unterstützung. Ihre Bedarfe wurden seitens der Fachkräfte erkannt, bewertet und – nach Möglichkeit – aufgegriffen.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Perspektiven der Zielgruppe selbst. Die Darstellung erfolgt nicht anhand einzelner Kategorien, sondern in zusammenhängender Form und berücksichtigt damit die Erfahrungswelt der interviewten und begleiteten Menschen.

In den Interviews berichteten die Menschen unter anderem von ihrer aktuellen Lebenssituation, von Dingen, mit denen sie unzufrieden waren, aber auch von positiven Erfahrungen und Ressourcen. Diesbezügliche Informationen erhielten wir auch im Austausch mit den betreffenden Menschen, auf die wir im Feld trafen und

die wir vorübergehend beobachtend begleiteten. Die Erkenntnisse in diesem Kapitel stammen sowohl aus den Interviews als auch aus diesen Feldkontakten.

Die elf von uns interviewten Menschen lebten unter unterschiedlichen Bedingungen, die ihren Alltag und ihre Zugänge zu Unterstützung und Versorgung prägten (siehe Tabelle 7). Die Stichprobe setzte sich aus vier Frauen und sieben Männern zusammen. Da die berichteten Erfahrungen – etwa der Wunsch nach Sicherheit und Privatsphäre – bei allen Befragten sehr ähnlich waren, werden sie im Folgenden gemeinsam dargestellt.

Setting/Einrichtung	Anzahl Interviews
Wohnen 60plus	1
Stationäre Wohnformen	2
Notunterkünfte	5
Improvisierte Behausung	1
Obdachlos	1

Tabelle 7: Interviewte schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen nach Setting/Einrichtung

Die Wohn- und Unterbringungssituation spielte für die interviewten Menschen eine zentrale Rolle. Das

Leben in Notunterkünften mit Mehrbettzimmern nahmen die meisten als Belastung wahr, vor allem dann, wenn

Mitbewohner:innen aus ihrer Sicht laut und rücksichtslos waren und es zu Streit kam. Ein Mensch berichtete,

dass er so nicht leben wollte, wenn er in einem Mehrbettzimmer untergebracht bleiben würde (vgl. IZG03). Die Enge störte ihn und die fehlende Empathie der Mitbewohner:innen untereinander (vgl. ebd.). Außerdem wären diese aus seiner Sicht zum Teil aggressiv (vgl. IZG02). Ein Mensch beschrieb die Unterbringung im Mehrbettzimmer als belastend für seine psychische Gesundheit: „Das war eine Zumutung [...] ich hab' soziale Phobien“ (vgl. IZG04).

Dazu passt der Wunsch eines anderen Menschen „Ein eigenes Zimmer und einmal im Leben zur Ruhe kommen“ (vgl. BP19).

Ein über lange Jahre obdachloser Mensch beschrieb, dass er sich ein eigenes Zimmer wünsche, um „sein eigenes Reich“ zu haben (IZG11). Ein anderer beschrieb, dass Rückzugsorte essenziell seien, die vor Witterung und Vertreibung schützten und Sicherheit böten (vgl. BP18).

Menschen, die in Unterkünften lebten, in denen sie über Einzelzimmer verfügten, betonten, dass sie die Möglichkeiten von Rückzug und Privatsphäre schätzten. Ein Mensch aus einer stationären Einrichtung war jedoch mit der räumlichen Enge, weiten Wegen zu den Sanitärbereichen und mangelnder Barrierefreiheit unzufrieden (vgl. IZG07).

Die Anwesenheit anderer Menschen wurde in bestimmten Situationen aber auch als positiv angesehen, z. B. wenn diese hilfsbereit und in Notfällen ansprechbar waren. Ein Mensch äußerte die Sorge, dass ihm allein in einer eigenen Wohnung etwas passieren könne (vgl. BP04). Für einen Menschen war die Anwesenheit von Mitbewohner:innen im Falle einer weiteren Verschlechterung seines Gesundheitszustandes essenziell (vgl. IZG03). Ein weiterer Mensch berichtete, dass er in seinem eigenen Appartement ohne Gemeinschaftsküche einsam wäre und sich Gesellschaft wünschte (vgl. BP18).

Ein Mensch wünschte sich Beschäftigung oder einen sozialen Treffpunkt, in dem man anderen mit ähnlichen Erfahrungen begegnen könnte (vgl. BP18).

Unabhängig von der Wohnform bewerteten die Menschen die Möglichkeit der Unterstützung durch Fachkräfte vielfach positiv. So wurden Fachkräfte als große Hilfe beschrieben (vgl. IZG07). Ein Mensch teilte mit, er könne sich ein Leben ohne eine bestimmte Pflegefachkraft nicht vorstellen (vgl. IZG01). Zugleich erlebten die Menschen die Unterstützung mitunter als bevormundend, insbesondere wenn es um die Organisation des persönlichen Umfelds ging. Ein Mensch betonte in diesem Zusammenhang, dass letztlich

die Mitarbeitenden der Einrichtung bestimmen würden und es in diesem Fall besser sei, sich anzupassen, wenn man den Frieden in der Unterkunft nicht riskieren wolle: „Aber was will man jetzt hier großartig mit Rechtsweg machen, wenn man sich damit nur das Klima versaut? Man möchte ja auch hier wohnen bleiben [...] Man möchte sich auch mit den Leuten verstehen, ne?“ (IZG07)

Bei Menschen ohne feste Unterkunft traten die Bedarfe besonders deutlich hervor. Zwei betreffende Menschen äußerten Wünsche nach einer Unterbringung im Einzelzimmer und die Möglichkeit bei Bedarf Hilfe zu bekommen (vgl. IZG11). Beide Menschen waren zudem auf Barrierefreiheit angewiesen. Einer der beiden äußerte, dass seine Unterstützungsbedarfe sehr hoch seien und er sich pflegerische Hilfe wünschte, die ihn aus dem Bett in den Rollstuhl und zurück umsetze und ihn bei der Körperhygiene sowie beim Gang auf die Toilette unterstützte (vgl. IZG11).

Mit Blick auf ihre gesundheitliche Situation thematisierten die Menschen häufig weniger die Erkrankungen selbst in Form medizinischer Diagnosen, sondern mehr die Einschränkungen, die damit verbunden waren (vgl. IZG11; IZG07). Hierzu gehörten zum einen körperliche Beschwerden wie Schmerzen, Schwäche und Mo-

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

bilitätseinschränkungen (vgl. ebd.). Zum anderen wurden psychische Belastungen wie Angst oder depressive Verstimmungen beschrieben (vgl. IZG04; IZG09). Ebenso thematisierten die Menschen Aspekte im Zusammenhang mit der Behandlung konkreter gesundheitlicher Probleme, wie etwa Gedanken zu anstehenden ärztlichen Terminen, Operationen oder gewünschten Entgiftungen (vgl. IZG10). Auch Unterstützung in sozialrechtlichen Belangen wurde als notwendig erachtet, insbesondere bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit (vgl. BP18).

Zusätzlich wirkten strukturelle Belastungen auf die Situation der Menschen ein. Dazu gehörten beispielsweise eine fehlende bzw. ungeklärte Krankenversicherung und sprachliche Barrieren. Dies war bei drei der befragten Menschen mit Migrationsvorgeschichte der Fall. In diesen Situationen berichteten die Menschen, dass sie auf Unterstützung durch Beratungsstellen angewiesen waren, um weitere Schritte klären zu können (vgl. IZG02; IZG05; IZG08).

Im Hinblick auf eine gesundheitliche Verschlechterung und steigende Unterstützungsbedarfe teilten Menschen, die bereits in Unterkünften lebten, mit, dass in diesem Fall seitens der Einrichtungen häufiger signalisiert wurde, dass eine weitere Versorgung dort nicht mehr möglich sei. Als An-

schlussoption würde in diesen Fällen ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung thematisiert. Manche Menschen versuchten Verständnis für das Vorgehen der Mitarbeitenden aufzubringen, andere reagierten misstrauisch, verärgert oder enttäuscht, weil dies nicht ihren Wünschen entsprach. In diesem Zusammenhang kam es teilweise zu Konflikten mit den Mitarbeitenden. Oftmals berichteten die betreffenden Menschen dann, dass sie sich von den Einrichtungen abgeschoben fühlten (vgl. IZG01).

Einige der von uns interviewten Menschen zogen im Verlauf des Kontakts in eine Pflegeeinrichtung um. Der Umgang damit variierte von Mensch zu Mensch. Einige waren von Anfang an glücklich über Einzelzimmer und regelmäßige Versorgung, andere wünschten sich, wieder in ein weniger reglementiertes Setting zurückkehren zu können. So berichtete ein Mann, dass er in der Pflegeeinrichtung zwar weiterhin Alkohol konsumieren durfte, dieser jedoch zugeteilt wurde und aus seiner Sicht nicht ausreichte. Zudem war es ihm dort nicht mehr erlaubt, im Bett zu rauchen, was er als Einschränkung erlebte (vgl. BP23).

Es wurde deutlich, dass es vielen interviewten Menschen wichtig war, über ihre Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten für sie verständlich informiert und in Behandlungsentschei-

dungen eingebunden zu werden. Dies betraf vor allem die medikamentöse Behandlung und die unerwünschten Wirkungen von Medikamenten, insbesondere Psychopharmaka. Ein betreffender Mensch hatte sich „fürchterlich geärgert, dass man da irgendeine Medikamente kriegt, wo man nicht darüber aufgeklärt wurde. Und ja, die einfach man nehmen musste“ (IZG03).

Aber nicht nur Partizipation im Behandlungsprozess ist für die Zielgruppe wichtig. Allgemein wünschten sich die betreffenden Menschen seitens der Fachkräfte Empathie und einen Umgang auf Augenhöhe.

Ein Mensch berichtete, er habe sich bei einer Krankenhausbehandlung diskriminiert gefühlt, weil seine Erkrankungen ärztlicherseits einzig auf eine Konsumvorgeschichte zurückgeführt worden seien, auch wenn diese schon 19 Jahre zurücklag (vgl. IZG09).

Im Bereich der Suchthilfe wurden besondere Zugangshürden beschrieben. Ein betreffender Mensch sagte, die Krankenhäuser hätten „keine Lust auf Leute wie wir“ (BP14). Mehrere Menschen berichteten von Problemen beim Zugang zu Substitutionsplätzen und betonten die Wichtigkeit der Substitution für ihr Wohlbefinden und Stabilität im Alltag (vgl. ebd.).

Einige äußerten allerdings schlechte Erfahrungen im Zusammenhang mit der Vergabe der Substitution. Ein Mensch hatte in Notaufnahmen wiederholt die Erfahrung gemacht, gegen seine Entzugssymptome keine Medikation erhalten zu haben. Während eines Aufenthaltes in der Psychiatrie sei das Substitut ohne sein Einverständnis abdosiert worden, woraufhin er die Behandlung in der Klinik abgebrochen habe. Er war nach fast 40 Jahre langem Konsum nicht bereit, gänzlich zu verzichten. Bei einer Reduktion würde er unangenehme Symptome wie Übelkeit und Erbrechen erleiden (vgl. BP03).

Ein substituierter Mensch, der auf einer Palliativstation behandelt wurde, fühlte sich respektvoll behandelt und war auch mit der Verabreichung und Menge des Substituts zufrieden (vgl. BP24).

Neben Belastungen benannten die Menschen auch Ressourcen. Angesprochen auf die Dinge, die ihnen Freude machten und Kraft spendeten, berichteten mehrere der von uns interviewten und begleiteten Menschen, tierlieb zu sein und früher einmal Hunde besessen zu haben. Ein Mensch besaß aktuell einen Wellensittich. Ein anderer Mensch besaß zwei Hunde.

Einige Menschen betonten, dass sie gern innenstadtnah lebten, weil sie

gern einkauften oder in der Stadt spazieren gingen. Auch Naturverbundenheit spielte eine Rolle. Darüber hinaus hatten einige Menschen kreative Hobbys wie Stricken, Nähen, Puzzeln und Malen. Auch gemeinschaftliche Aktivitäten wurden vielfach als positiv beschrieben, hierzu gehörten zum Beispiel Spielenachmittage.

Während einige Menschen von belastenden familiären Situationen in ihrer Kindheit sprachen, waren für andere Familienangehörige eine wichtige Stütze. „Mein Sohn ist mein Rücken“ (IZG02) sagte ein Mensch, ein anderer wünschte sich Kontakt zu seinen Enkelkindern und freute sich über ein Handy, um mit diesen in Kontakt sein zu können (vgl. BP23). Für andere wiederum gehörten die Mitarbeitenden der Einrichtungen zu den wichtigsten Bezugspersonen (vgl. ebd.).

Im Rahmen der Interviews und Kontakte im Feld äußerten viele der Menschen, dass sie sich Gesprächspartner:innen wünschten, mit denen sie vertraulich auch über Dinge sprechen konnten, die sie innerhalb der Einrichtungen störten, ohne dass sie Konsequenzen erwarten müssten (vgl. IZG07; IZG03). Ebenso wurden seelsorgerische Gesprächswünsche thematisiert (vgl. IZG04). In Bezug auf Themen wie gesundheitliche Verschlechterungen und den Umgang mit Sterben und Tod sowie diesbezügliche

Wünsche zeigten sich viele der Menschen zugänglich und äußerten grundsätzlich Bereitschaft, sich intensiver damit zu beschäftigen, vor allem im Hinblick auf ihre Selbstbestimmung (vgl. IZG07; IZG09). Keiner der interviewten Menschen verfügte jedoch über eine schriftliche Festlegung entsprechender Wünsche, etwa in einer Patientenverfügung.

In den Interviews und Feldkontakten wurde zudem deutlich, dass Brüche im Versorgungsprozess für die betreffenden Menschen mit weiteren belastenden Erfahrungen verbunden sind. Wiederholte Übergänge zwischen Einrichtungen, fehlende Anschlussregelungen oder abrupte Beendigungen von Unterstützungssettings führten dazu, dass sich einzelne Menschen aus Versorgungsangeboten zurückzogen oder diese nicht weiter in Anspruch nahmen. Auf die Frage, warum ein Mensch wiederholt Krankenhausbehandlungen abgebrochen hatte, antwortete er „weil ich immer Angst habe“ (BP03) zugleich aber auch oft den Eindruck hätte, dass das Personal ihm gar nicht wirklich helfen wolle (vgl. ebd.).

Einzelne Menschen berichteten zudem von Erfahrungen, bei denen sie nach einer ambulanten oder stationären Behandlung ohne weitere Begleitung entlassen worden seien und sich anschließend selbst überlassen fühl-

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

ten. Ein Mensch schilderte, man werde „zur Tür gebracht und dann müsse man sehen, wie man klarkommt“ (vgl. BP06). Solche Erfahrungen wirkten

sich auf die Bereitschaft aus, weitere Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen.

2.4 GRENZEN VON WOHN- UND UNTERBRINGUNGSANGEBOTEN

Die Wohn- und Unterbringungsangebote können die in Kapitel 2.3 beschriebenen Bedürfnisse und Wünsche nach Ruhe, Sicherheit, Rückzug sowie nach sozialen Orten jenseits reiner Unterbringung der schwer kranken wohnungslosen Menschen mit Pflegebedarf nur bedingt abdecken.

Während in Kapitel 2.1 der Fokus auf der konkreten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Zielgruppe lag, richtet sich der Blick nun auf Grenzen von Wohn-, Unterbringungs- und Versorgungsangeboten, die sich aus strukturellen Rahmenbedingungen, Zugangsregelungen und fehlenden Anschlussmöglichkeiten ergeben.

Das Fehlen oder der eingeschränkte Zugang zu Orten der Ruhe und des Rückzugs zeigte sich vielfach im Feld: So beobachteten wir wiederholt Menschen, die tagsüber im öffentlichen Raum schliefen oder in Beratungssituationen einnickten (vgl. BP04).

2.4.1 Spannungsfelder zwischen Angeboten, Rahmenbedingungen und Bedürfnissen

In den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe kam es wiederholt zu Spannungen zwischen bestehenden Angeboten, ihren geltenden Rahmenbedingungen und den individuellen Bedürfnissen oder Wünschen der Klient:innen. Die häufigsten Problembereiche werden nachfolgend dargestellt.

Mehrbettzimmer

Mehrbettzimmer wurden von den betreffenden Menschen regelmäßig abgelehnt, weil sie individuell und autonom leben möchten (s. Kapitel 2.3). Gerade

niedrigschwellige Einrichtungen verfügen jedoch oft nur über Mehrbettzimmer. In der Folge konnten wir beobachten, dass manche obdachlos lebenden Menschen es vorzogen, im öffentlichen Raum zu leben, als einen Platz in einer Notunterkunft anzunehmen (vgl. BP49).

Gerade wenn psychische Erkrankungen vorhanden sind, ist die Unterbringung in Mehrbettzimmern unpassend, denn die Unterbringung psychisch erkrankter Menschen mit weiteren ge-

sundheitlichen Bedarfen in Mehrbettzimmern kann den Genesungsprozess beeinträchtigen. Eine aktuelle Studie zeigt, dass die Unterbringung in Mehrbettzimmern psychisch erkrankter Menschen Schlafstörungen, (auto-) aggressives Verhalten und Diebstahl fördert, was maßgeblich den individuellen Stress erhöht (vgl. Ullmer et al. 2025, S. 5f.).

Allerdings ist die Gewissheit, nicht alleine zu sein, dass sich andere Menschen bei Bedarf kümmern, für einige

Menschen zentral (s. Kapitel 2.3). Eine ausschließlich auf Vereinzelung ausgerichtete Unterbringung ohne Anschluss an Gemeinschaft und/oder Betreuung ist demnach nicht in jedem Fall bedarfsgerecht.

Finanzielle Regelungen (Barbetrag)

Die finanziellen Rahmenbedingungen unterscheiden sich je nach Angebotsform: In den kommunalen Notunterkünften ist lediglich eine von der Kommune festgelegte Nutzungsentschädigung fällig, die in Münster bei ca. 300 € (gedeckt) liegt (vgl. MAGS NRW 2019, S. 33). In diesen Unterkünften gelten die Bewohner:innen als Selbstversorger:innen und erhalten den vollen Regelsatz (z. B. 563 € bei Bürgergeld für Alleinstehende). Der nach Abzug der Gebühren verbleibende Betrag steht ihnen zur eigenverantwortlichen Verfügung.

Bei stationären Einrichtungen müssen Einkommen sowie Vermögen gemäß § 27b SGB XII bis zu einer bestimmten Höhe eingesetzt werden (vgl. Bachert/Schmidt 2010, S. 51). Nach Abzug der Aufwendungen für Vollverpflegung, Bekleidung und Unterkunft verbleibt ein auszahlender Barbetrag in Höhe von derzeit ca. 150 Euro pro Monat.

Dieser Betrag ist in allen stationären Wohnformen – einschließlich der Alten- und Eingliederungshilfe – rechtlich identisch und entspricht rechnerisch

dem Betrag, der Menschen, z. B. in Notunterkünften, zur Verfügung steht. Trotz dieser rechnerischen Gleichstellung wird der geringere Barbetrag häufig als Benachteiligung wahrgenommen, da das verfügbare Budget in der Notunterkunft nach Abzug der Nutzungsentschädigung über dem pauschalen Barbetrag stationärer Hilfen liegt.

Viele der betreffenden Menschen lehnen den Einzug in Einrichtungen mit Barbetragsregelungen ab, weil der ausbezahlte Betrag als zu niedrig erachtet wird und sie sich in ihrer Autonomie eingeschränkt fühlen. Die freie Verfügung über das eigene Geld hatte in einigen Fällen eine höhere Priorität als die Unterbringung (vgl. BP22). Ein schwer kranker und pflegebedürftiger Mensch, der obdachlos war, hatte die Möglichkeit, in einer Langzeitwohneinrichtung ein Einzelzimmer mit Betreuung beziehen zu können, sagte das Angebot aber aufgrund dieser Regelung ab und zog es vor, weiterhin ohne Unterkunft zu leben (vgl. BP04).

Konsum und Substitution

Am zuvor beschriebenen Beispiel der Barbetragsregelung zeigt sich, dass Zugänge selbst dort erschwert bzw. behindert sein können, wo Einrichtungen grundsätzlich vorhanden sind, deren Nutzung jedoch an weitere Bedingungen geknüpft ist.

Insbesondere bei bestehendem Konsum illegalisierter Drogen reduzieren sich die verfügbaren Unterbringungsmöglichkeiten deutlich, da selbst in spezialisierten stationären Angeboten ein fortgesetzter Drogenkonsum in der Regel nicht akzeptiert wird (vgl. GD05).

Auch der Umgang mit Alkoholkonsum stellt eine Zugangshürde dar: Viele Pflegeheime setzen faktisch eine Abstinenz voraus. Ein vollständiger Verzicht auf Alkohol ist für viele Menschen aufgrund des oftmals langjährigen Konsums jedoch keine Option (vgl. ebd.).

Auch eine Substitution ist in stationären Pflegeheimen in der Regel eine Zugangsbarriere: Die meisten Pflegeheime nehmen keine Klient:innen in Substitutionsbehandlung auf, weil es z. B. an substituierenden Ärzt:innen fehlt, die in den Einrichtungen die Substitution vergeben oder weil Unsicherheiten im Umgang mit der Vergabe bestehen (vgl. GD05).

Ein Mensch wurde trotz seines hohen Pflegebedarfs in keiner angefragten stationären Pflegeeinrichtung aufgenommen: „Jetzt hatten wir einen Fall, der Bewohner wurde substituiert. Jedes Altenheim hat das abgelehnt. Den hatten wir bis zum letzten Tag bei uns“ (GD01).

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

2.4.2 Ausschlüsse aus bestehenden Angeboten

Neben der Fehlpassung bestehender Angebote mit den Bedarfen, Bedürfnissen und Wünschen der Zielgruppe können auch Ausschlüsse aus bestehenden Angeboten zu Versorgungslücken führen, indem sie den Zugang zu Unterkunft und Versorgung unmittelbar verhindern und die gesundheitliche Situation der betreffenden Menschen zusätzlich gefährden.

Hausverbote

Die Missachtung von Angebotsregeln und andere als belastend oder nicht handhabbar erlebte Verhaltensweisen einzelner Menschen können – je nach Situation und Einrichtung – zu Hausverboten führen.

Der Fokus dieses Abschnitts liegt auf Ausschlüssen aus niedrigschwelligen Angeboten, da diese häufig mit einem unmittelbaren Verlust von Unterkunft und Versorgung einhergehen und für schwer kranke und pflegebedürftige Menschen besonders gravierende Folgen haben.

Ausgesprochene Hausverbote sollen die Mitarbeitenden sowie andere Nutzer:innen schützen. Zugleich konnten wir im niedrigschwelligen Bereich beobachten, dass Hausverbote teilweise individuell besprochen und unter bestimmten Bedingungen auch revidiert werden (vgl. BP04).

Die folgenden Beispiele verdeutlichen, dass Hausverbote aus unterschiedlichen Anlässen ausgesprochen werden können. Die beschriebenen Beispiele beziehen sich auf Personen, bei denen im Rahmen der Erhebung deutliche gesundheitliche Einschränkungen und Unterstützungsbedarfe beobachtet wurden.

Ein Mensch wurde aufgrund seiner psychischen Auffälligkeiten, die auf andere Nutzer:innen bedrohlich wirkten, von einem Beratungsangebot ausgeschlossen (vgl. BP47). In einem anderen Angebot wurde diesem Menschen wegen seines starken Körpergeruchs ein Hausverbot ausgesprochen (vgl. BP47).

Ein anderer Mensch erhielt ein Hausverbot, weil er wiederholt die Sanitärbereiche einer Beratungsstelle verschmutzte (vgl. BP04).

Zwei Menschen hatten in Notunterkünften aufgrund von körperlichen Angriffen auf Mitarbeitende ein Hausverbot (vgl. BP04). Sie verloren den Zugang zu einem Schlafplatz und verblieben obdachlos im öffentlichen Raum.

Ausschlüsse in Form von Hausverboten führen dazu, dass sich die Position der Menschen innerhalb des beschriebenen Stufensystems verschlechtert. Für die Zielgruppe der schwer kranken und pfle-

gebedürftigen Menschen bedeutet dies eine besondere Härte, da sie in der Folge trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen prekär oder nicht mehr versorgt sind (vgl. BP04).

In Fällen, in denen es infolge eines Hausverbots zum Verlust eines Schlafplatzes kommt, und keine andere Alternative zur Verfügung steht, ist grundsätzlich die Kommune zur Unterbringung verpflichtet. In der Praxis können hierfür beispielsweise Hotelgutscheine ausgestellt werden. Die Unterbringungsverpflichtung greift jedoch nicht immer – etwa, weil die Menschen sich nicht selbstständig bei den entsprechenden Stellen melden können, oder nicht in der Lage sind, mit einem vorhandenen Gutschein eigenständig eine Unterkunft zu organisieren (vgl. ebd.).

Kündigungen

Im Unterschied zu niedrigschwelligen Angeboten der Wohnungslosenhilfe stellen sich Ausschlüsse in regulären Pflegeeinrichtungen anders dar.

Diese Einrichtungen können keine Hausverbote aussprechen. Stattdessen greifen abgestufte Verfahren: Zunächst erfolgen Abmahnungen. Bleibt eine Verhaltensänderung aus, kann der Heimvertrag gekündigt werden. Eine Entlassung in die Obdachlosigkeit ist dabei durch interne Regelungen ausgeschlossen.

Die Einrichtungen sind verpflichtet, eine anderweitige Unterbringung zu organisieren (vgl. GD05).

Fachkräfte berichteten von einem vormals wohnungslosen, schwer kranken und pflegebedürftigen Menschen, der in einem Pflegeheim lebte, und im Anschluss an die dritte verhaltensbedingte Abmahnung die Kündigung des Heimvertrages erhielt (vgl. GD05). Die Pflegeeinrichtung hatte erhebliche Schwierigkeiten diesen Menschen in einer anderen Pflegeeinrichtung unterzubringen, weil diese ihn angesichts seines herausfordernden Verhaltens ebenfalls nicht aufnehmen konnten bzw. wollten (vgl. GD05).

Es konnte beobachtet werden, dass einzelne Menschen mangels verfügbarer Alternativen wieder in niedrig-

schwellige Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zurückvermittelt wurden (vgl. N03; GD11).

Zwar dienen Hausverbote und Kündigungen dem Schutz von Mitarbeitenden und anderen Klient:innen sowie der Sicherung institutioneller Abläufe, zugleich verlieren die betroffenen Menschen durch den Ausschluss den Zugang zu bestehenden Versorgungsangeboten. In diesen Konstellationen zeigt sich eine Logik, die dem Inverse Care Law entspricht: Menschen mit besonders hohen oder komplexen Unterstützungsbedarfen erhalten unter diesen Bedingungen eine vergleichsweise eingeschränkte Versorgung.

Ausschlüsse aufgrund strafrechtlicher Vorgeschichte

Eine rechtliche Betreuung berichtete,

dass laut ihrer Wahrnehmung Menschen mit Vorgeschichten wegen bestimmter Straftaten, etwa im Bereich von Branddelikten oder sexualisierter Gewalt aus ihrer Wahrnehmung in keiner Einrichtung aufgenommen würden (vgl. GD10). Aus ihrer Sicht bestehe dessen ungeachtet auch für diese Menschen ein Anrecht auf Versorgung (vgl. ebd.).

Daran zeigt sich, dass Menschen mit besonders hohen Bedarfslagen oder komplexen Vorgeschichten vielfach ohne adäquate Versorgung bleiben, obwohl gerade sie auf eine kontinuierliche und strukturierte Unterstützung angewiesen wären, die zugleich zur Rückfallprophylaxe beitragen könnte.

2.4.3 Fehlende Angebote

Während in den vorhergehenden Abschnitten Ausschlüsse aus bestehenden Angeboten beschrieben wurden, richtet sich der Blick im Folgenden auf Versorgungslücken, die dadurch entstehen, dass passende Angebote für bestimmte Personengruppen oder Bedarfslagen gar nicht vorhanden sind. In diesen Fällen scheidet Versorgung nicht an notwendigen Entscheidungen im Einzelfall, sondern an fehlenden

Strukturen. Die folgenden Beispiele zeigen, wie solche strukturellen Lücken eine angemessene Versorgung der Zielgruppe verhindern und dazu beitragen können, dass Menschen trotz erheblicher gesundheitlicher Belastungen im öffentlichen Raum verbleiben.

Transpersonen

Eine von uns im Rahmen der Beglei-

tung der aufsuchenden Hilfe begegnete obdachlose Transperson wollte ausschließlich in einer Notunterkunft für wohnungslose Männer übernachten. Die Fachkräfte der betreffenden Einrichtung hatten aufgrund des als weiblich gelesenen äußeren Erscheinungsbildes Sorge vor möglichen Übergriffen durch andere Bewohner und lehnten die Unterbringung ab (vgl. BP49). Ein alternatives Unterbrin-

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

gungsangebot in der Winternothilfe 2 nahm der Mensch zum Zeitpunkt der Beobachtung nicht in Anspruch.

Paare

Kinderlose und unverheiratete Paare können aufgrund der Geschlechtertrennung innerhalb der niedrigschwelligen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in der Regel nicht gemeinsam aufgenommen werden. In einem be-

obachteten Fall hatte dies zur Folge, dass ein Paar den öffentlichen Raum vorzog, um nicht voneinander getrennt zu werden, trotz erheblicher Gesundheitsbelastungen beider Personen (vgl. BP09).

Hunde

Menschen mit Hunden sind ebenfalls von Versorgungslücken betroffen, da weder die Einrichtungen der Woh-

nungslosenhilfe noch die Angebote des Gesundheitswesens Möglichkeiten zur Mitnahme oder Versorgung von Haustieren vorsehen. Trotz eines Stechens im Brustkorb und weiterer erheblicher Gesundheitsbelastungen wollte ein schwer kranker Mensch nicht in ein Krankenhaus gehen, da er zu diesem Zeitpunkt keine Möglichkeit sah, die Hunde versorgen zu lassen (vgl. BP26).

2.4.4 Begrenzte Kapazitäten

Auch wenn Angebote für bestimmte Bedarfe vorhanden sind, fehlen regelmäßig die Kapazitäten alle betreffenden Menschen versorgen zu können. Teilweise fehlt bei bestehenden Angeboten eine Spezialisierung auf die spezifischen Lebenslagen.

Platzmangel in geschützt-geschlossene Unterkünften

Der folgende Abschnitt bezieht sich auf die psychiatrische Versorgung im Bereich geschützt-geschlossener Unterbringungen, die einzelne Menschen aus der Zielgruppe betreffen kann.

Fallbeispiel O. - Folgen mangelnden Zugangs (vgl. Notiz (N) 01)

Während unserer Feldforschung verstarb O. nach Auffinden im öffentlichen Raum im Rahmen eines Rettungsdiensteinsatzes. Die ge-

naue Todesursache wurde uns nicht bekannt.

O. war obdachlos, schwer krank und pflegebedürftig. Psychische Auffälligkeiten sowie eine Abhängigkeit von illegalisierten Substanzen erschwerten die Unterbringung in einer Gemeinschaftsunterkunft (s. Kap. 2.4.1) Die zur Verfügung gestellte Möglichkeit, die Winternothilfe 2 zu nutzen, konnte O. trotz angebotener Unterstützung nicht umsetzen (vgl. N01; BP01).

Für O. bestand ein Anspruch auf einen Platz in einer geschützt-geschlossenen Unterbringung, der jedoch trotz bestehendem Beschluss aufgrund fehlender Kapazitäten nicht realisiert werden konnte. Nach Aussage der Fachkräfte

bestand auch bei O. selbst der Wunsch nach einer solchen Unterbringung. (vgl. N01; BP04).

Die aufsuchende Sozialarbeit stand nahezu täglich mit O. in Kontakt und versorgte O. mit Kleidung und Lebensmitteln (vgl. N01).

Das Beispiel zeigt, dass trotz großer Bemühungen verschiedener Akteur:innen kompensierende Unterstützungsleistungen fehlende Unterbringungskapazitäten nicht ersetzen konnten.

Der geschilderte Fall stellt einen Einzelfall dar, aber die begrenzten Kapazitäten an geschützt-geschlossenen Plätzen sind auch in anderen Fällen problematisch. Eine rechtliche Betreuung beschreibt die Situation als schwierig – „Münster ist immer sofort

dicht“ (GD10). Zwar könnten Menschen aufgrund des Platzmangels länger in Krankenhäusern und Psychiatrien bleiben, aber irgendwann gäbe es keinen rechtfertigenden Behandlungsgrund mehr und der Aufenthalt werde beendet (vgl. ebd.). Bestehende Unterbringungsbeschlüsse würden daraufhin aufgehoben und Menschen ohne adäquate Perspektive in die Obdachlosigkeit entlassen (vgl. ebd.).

Der Fall O. macht die strukturellen Folgen unzureichender Kapazitäten in spezialisierten Versorgungsstrukturen für eine kleine Gruppe hochbedürftiger Menschen deutlich.

Der beschriebene Mangel an Plätzen betrifft nicht nur den Bereich geschützt-geschlossener Unterbringungen. Auch insgesamt fehlen für schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen geeignete stationäre Pflegeangebote.

Fehlende stationäre Einrichtungen

Zwar gilt nach § 13 SGB XII und § 3 SGB XI der Grundsatz „ambulant vor stationär“, für die hier betrachtete Zielgruppe

stoßen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe jedoch je nach Setting spätestens bei Pflegegrad 3 an ihre Grenzen (s. Kap. 2.2.2), sodass eine stationäre Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung erforderlich wird.

Der Kommunale Pflegebedarfsplan Münster 2024-2027 weist darauf hin, dass für wohnungslose Menschen mit Pflegebedarf bislang keine spezialisierten stationären Pflegeangebote zur Verfügung stehen. Die vorhandenen Wohnangebote im Bereich Wohnen 60plus sind ambulant ausgerichtet, sehen keine 24-Stunden-Betreuung vor und umfassen stadtweit lediglich 19 Plätze (vgl. Kommunaler Pflegebedarfsplan, S. 60f.). Bei hohen Pflegebedarfen stellen sie daher keine gleichwertige Alternative zu einer stationären pflegerischen Versorgung dar.

Der Zugang schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen zu regulären Pflegeeinrichtungen sei zunehmend erschwert, erklärte ein Sozialarbeiter der Wohnungslosenhilfe (vgl. IWLHO2). Die Menschen verblieben in der Folge trotz steigender Bedarf

fe in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, weil die nächst intensivere Versorgungseinrichtung nicht zugänglich sei. Allgemein fehlen in Deutschland 2026 circa 140.000 stationäre Pflegeheimplätze (vgl. Gesellschaft für wirtschaftliche Strukturforschung 2016, S. 13). Der Kommunale Pflegebedarfsplan Münster 2024-2027 weist unter Berücksichtigung bereits geplanter Maßnahmen einen weiterhin bestehenden Bedarf von 125 vollstationären Pflegeplätzen aus (vgl. Kommunaler Pflegebedarfsplan, S. 71).

Hier wird sichtbar, dass der Mangel an Plätzen den Übergang aus der Wohnungslosenhilfe in eine bedarfsgerechte stationäre Pflegeeinrichtung auch allein aus strukturellen Gründen begrenzen kann. Für schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen ist der Zugang noch schwieriger: Neben der rein quantitativen Knappheit führt der Creaming-Effekt dazu, dass sie aufgrund ihrer komplexen Problemlagen bei der Platzvergabe häufiger Ablehnung erfahren (vgl. Gerull 2016, S. 10).

2.4.5 Einfluss baulicher Rahmenbedingungen

Der folgende Abschnitt richtet den Blick auf die baulichen Rahmenbedingungen und deren Bedeutung im Zusammenhang mit den zuvor beschriebenen Unterstützungsbedarfen der Menschen.

Eingeschränkte Barrierefreiheit

In Kapitel 2.1 wurde sichtbar, dass viele Einrichtungen und Angebote der Wohnungslosenhilfe für schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen mit Mobilitätseinschränkungen aufgrund baulicher Gegebenheiten nicht vollständig zugänglich sind. Von den 15 in der Einrichtungsabfrage kontaktierten Angeboten sind lediglich zwei vollständig barrierefrei. Dabei handelt es sich um die 19 Plätze im Wohnen 60 plus.

Bauliche Barrieren wirken sich bereits auf den Zugang zu Angeboten bzw. Einrichtungen aus. Ein Mensch berichtete, dass er sich im Rollstuhl nur schlecht durch die Stadt zu Versorgungsangeboten bewegen konnte (vgl. BP14). Ein anderer Mensch konnte in einer Notübernachtung nicht aufgenommen werden, weil dort Treppen waren, die er aufgrund seines körperlichen Zustands nicht steigen konnte (vgl. BP04). Stufen am Eingang sowie ein enger Fahrstuhl einer Notunterkunft stellten für einen Menschen mit breitem Rollstuhl eine Barriere dar (vgl. GD02). In der Folge

schlief er zeitweise in einem Gruppenraum (vgl. ebd.).

Auch innerhalb der Einrichtungen zeigen sich strukturelle Einschränkungen. In den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe findet Versorgung in Strukturen statt, die nicht für die gestiegenen Bedarfe aufgrund von Mobilitätseinschränkungen ausgerichtet sind, berichtete eine Fachkraft (vgl. ebd.). Das wird ebenfalls an den baulichen Barrieren der Sanitärräume deutlich: Griffe zum Festhalten fehlen und Rollatoren können teilweise aufgrund der Enge nicht in die Räume gefahren werden (vgl. IWLH03; BP15; BP17). Auch sind durch die Gemeinschaftsbäder die Wege zu den Toiletten teilweise lang: Einzelne Menschen gaben an, dass sie ihre WC-Gänge planen müssten, weil der Weg zum Einhalten ansonsten zu lang sei (vgl. IZG07).

Die eingeschränkte Barrierefreiheit betrifft nicht nur niedrighschwellige Angebote. Auch die städtischen Einrichtungen für wohnungslose Menschen und Familien sind nicht barrierefrei, obwohl dort ebenfalls Menschen mit Mobilitätseinschränkungen leben (vgl. GD03). Diese sind zum Teil in höheren Etagen untergebracht – ohne Aufzug (vgl. ebd.).

Auch in weiterführenden Einrichtungen bestehen bauliche Begrenzungen. In vielen dieser Einrichtungen sind zwar die Zimmer und Zugänge zu den Zimmern barrierefrei, allerdings die Bäder nicht. Die Gemeinschaftsbäder sind zu eng, Handgriffe fehlen ebenfalls, Aufzüge sind zeitweise defekt, und die Erdgeschosse sind nicht ebenerdig erreichbar (vgl. IWLH03; BP38; BP153; BP11).

Einige Wohnungen oder Appartements des betreuten Wohnens des SKM können aufgrund der fehlenden Barrierefreiheit nicht mehr genutzt werden (vgl. BP06). Selbst vermeintlich kleine Hürden, wie ein paar Treppenstufen, führen zu Einschränkungen im Zugang zum Wohnraum (vgl. IZG03).

Diese baulichen Einschränkungen sind zumeist darauf zurückzuführen, dass die Angebote in bestehenden Gebäuden lokalisiert sind, die ursprünglich nicht barrierefrei geplant wurden und deren bauliche Strukturen aufgrund des Bestandsschutzes nur eingeschränkt angepasst werden können (vgl. GD04; GD03).

Die fehlende Barrierefreiheit erschwert bei zunehmender Mobilitätseinschränkung und steigendem Unterstützungsbedarf eine bedarfsgerechte Versorgung in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.

Fehlende pflegebezogene Infrastruktur

Neben Fragen der Barrierefreiheit zeigen sich weitere bauliche Einschränkungen, die nicht den Zugang, sondern die praktische Durchführung pflegerischer Tätigkeiten betreffen.

Dies zeigte sich z. B. bei der Durchführung konkreter pflegerischer Maßnahmen. „Das ist aber auch irgendwie logistisch [...] schwierig“ (GD01), berichtete eine Pflegekraft der Wohnungslosenhilfe mit Blick auf Wundversorgungen in Mehrbettzimmern.

In einem beobachteten Fall führte die räumliche Enge sogar dazu, dass eine Wundversorgung in einem Durchgangsbereich durchgeführt werden musste. Andere Klient:innen konnten bei der Versorgung zusehen, und Wege waren zeitweise blockiert, sodass sie warten mussten, um weitergehen zu können (vgl. BP04).

Die fehlende Infrastruktur wirkt sich somit nicht nur belastend auf die Fachkräfte aus, sondern auch auf die betref-

fenden Menschen. So erfolgt Pflege in Notunterkünften häufig unter räumlichen Bedingungen, die kaum Privatsphäre zulassen. Insbesondere die Versorgung der Menschen durch einen ambulanten Pflegedienst in Gemeinschaftsbädern wurde kritisch gesehen (vgl. IWLH02).

Neben den Pflegefachkräften sind auch hauswirtschaftliche Mitarbeitende auf geeignete räumliche Strukturen angewiesen. In einer Einrichtung standen zu wenig Lagerräume zur Verfügung, und eine Mitarbeitende berichtete, dass sie deutlich mehr laufen und tragen musste. Dies schränkte auch die zeitlichen Kapazitäten für die Versorgung und Betreuung der Bewohnenden ein (vgl. BP15).

In einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe gab es keine getrennten Küchen für die Mitarbeitenden und die Bewohnenden (vgl. BP15).

Auch konnten tagesstrukturierende Maßnahmen – die sich wie in Kapitel 2.3 als wichtig für die betreffenden

Menschen zeigten – aufgrund fehlender Räumlichkeiten in einigen Einrichtungen nicht angeboten werden (vgl. BP15).

Auch die Ausstattung der Zimmer der Bewohnenden erwies sich oftmals als unzureichend. Die Versorgung bettlägeriger Menschen in nicht-höhenverstellbaren Betten führte zu zusätzlicher körperlicher Belastung (vgl. BP27a). „Man rutscht auch da irgendwie wieder auf den Knien um die Betten herum“ (GD01), berichtete eine Pflegefachkraft.

Fachkräfte vermuteten, dass die ungünstigen räumlichen Bedingungen von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe für Pflegedienste unattraktiv wären, die dann aus diesen Gründen entsprechende Anfragen ablehnten (vgl. GD01).

Die beschriebenen strukturellen Grenzen wirken sich nicht für alle Menschen in gleicher Weise aus und verdichten sich bei einzelnen Personen in besonderer Weise.

Fachkräfte verwendeten für die betreffenden Menschen häufig die Bezeichnung „Systemsprenger:innen“.

2.5 MENSCHEN IN BESONDERS KOMPLEXEN BEDARFSLAGEN

In der Forschung begegneten uns wiederholt Menschen, die von Fachkräften als besonders schwer zu versorgen

beschrieben wurden. In diesen Fällen stießen bestehende Angebote trotz intensiver Bemühungen an ihre Grenzen.

Fachkräfte verwendeten für die betreffenden Menschen häufig die Bezeichnung „Systemsprenger:innen“.

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

2.5.1 Reflexion der Bezeichnung „Systemsprenger:innen“

In der Literatur werden Menschen als „Systemsprenger:innen“ beschrieben, „die einen hohen Hilfebedarf haben, sich aber durch ein sehr eigenwilliges und zumeist nicht regelkonformes Verhalten auszeichnen, das den Rahmen bestehender, auf ein Mindestmaß an Mitwirkung angewiesener Hilfeangebote häufig sprengt“ (vgl. Diakonie Michaelshoven 2018, S. 1). In der Wohnungsnotfallhilfe sind das zumeist gesundheitlich unterversorgte, unbehandelt psychisch erkrankte und substanzabhängige wohnungslose Menschen, die das System überfordern (vgl. Henke 2023, S. 128).

Der Begriff wird in der Fachliteratur kritisch diskutiert, da er die Perspektive der betreffenden Menschen nicht abbildet. Er drückt vielmehr aus, dass Fachkräfte und Einrichtungen an ihre Grenzen kommen (vgl. Henke 2023, S. 128). Diese defizitorientierte Betrachtung gilt in Teilen der Fachliteratur als nicht haltbar, da weder Persönlichkeits-

merkmale noch Gruppeneigenschaften benannt werden könnten, die einen Menschen zum:r „Systemsprenger:in“ machen (vgl. Esser 2021, S. 72; Henke 2023, S. 129). Fachkräfte reflektierten häufig, dass strukturelle Faktoren „Systemsprenger:innen“ produzierten und nicht die Eigenschaften der Klient:innen ausschlaggebend seien (vgl. Henke 2023, S. 130).

Neben der fachlichen Begriffsdiskussion hat sich auch das Hilfesystem in Münster mit der Verwendung der Bezeichnung „Systemsprenger:innen“ beschäftigt: Ein trägerübergreifender Arbeitskreis, der sich mit der Versorgung dieser Menschen befasst, hat sich nach einer Auseinandersetzung mit dem geschilderten fachlichen Diskurs vorerst auf diesen Begriff festgelegt, um ein gemeinsames Verständnis zu sichern (vgl. Positionspapier Arbeitskreis Systemsprenger 2025). Nach Einschätzung des Arbeitskreises verbreite sich der Begriff stetig und sei somit

den meisten Fachpersonen zugänglich. Der Arbeitskreis betont, dass er sich der Defizitorientierung des Begriffs bewusst sei, allerdings sei aktuell kein anderer Begriff gleich aussagekräftig für das beschriebene Phänomen (vgl. ebd.).

Vor dem Hintergrund der aufgeführten Definitionen und Umgangsweisen haben wir uns für unsere Forschung darauf geeinigt, den Begriff zu übernehmen, da hierdurch eine einheitliche Verständnisgrundlage gesichert wird. Zugleich sehen wir den Begriff aus den genannten Gründen kritisch und stellen ihm die Bezeichnung „sogenannt“ (sog.) voran. Damit machen wir deutlich, dass wir den Begriff nicht unreflektiert verwenden.

Im Folgenden beschreiben wir, in welchen Situationen Menschen als sog. Systemsprenger:innen wahrgenommen wurden und welche Herausforderungen und Systemgrenzen sich darin erkennen ließen.

2.5.2 Herausforderungen und Grenzen in der Versorgungspraxis anhand eines Beispiels

Der Fall von O. aus Kapitel 2.4.4. wird an dieser Stelle anhand einer früheren Situation erneut aufgegriffen.

Fallbeispiel O. – Umgang mit Herausforderungen (vgl. BP04)

Bei einer Beobachtungssituation saß O. auf der Treppe in den Räum-

lichkeiten einer niedrigschwelligen Beratungsstelle, in der eigentlich ein Hausverbot bestand. Draußen regnete es. O. äußerte zu frieren.

O. war in einen sichtbar durchnässten Schlafsack gehüllt und trug keine Hose. Diese hatte O. zuvor ausgezogen, weil diese eingenasst war. O. bat um Hilfe, wollte duschen und frische Kleidung erhalten. Doch die Mitarbeitenden wussten, dass man O. nicht unbeaufsichtigt die Dusche benutzen lassen konnte, weil O. diese wiederholt stark verunreinigt hatte und diese für andere Klient:innen unzugänglich hinterließ. Da eine Beaufsichtigung beim Duschen personell nicht möglich war, wurde der Zugang verweigert. Das Sitzen auf der Treppe wurde geduldet. Die Mitarbeitenden händigten frische Kleidung aus, die O. – auch

entgegen der Bitte, das zu unterlassen – auf der Treppe wechselte. Da O. die Wünsche sehr lautstark äußerte, wirkte die Situation angespannt. Die Mitarbeitenden wechselten sich in der Ansprache von O. ab.

Eine Mitarbeiterin der Einrichtung schätzte die derzeitige Situation von O. als gesundheitsgefährdend ein. O. konsumierte Kokain und litt an einer Herzerkrankung, die in der derzeitigen Lebenslage nicht behandelt werden konnte. Die Mitarbeiterin äußerte die Befürchtung, dass O. den Winter nicht überlebe, wenn O. weiter draußen schlief.

Frühere Situationen, in denen sich O. fremdaggressiv gezeigt hatte, hatten in mehreren Einrichtungen zu Hausverboten geführt, wodurch die ohnehin begrenzten Versorgungsmöglichkeiten weiter verringert wurden.

O. wurde vor diesem Hintergrund als sog. Systemsprenger:in wahrgenommen, weil das Verhalten innerhalb der vorhandenen Strukturen nicht tragfähig begleitet werden konnte und zugleich – wie bereits in Kapitel 2.4.4 gezeigt – keine alternativen Angebote zur Deckung der Bedarfe zur Verfügung standen.

2.5.3 Wiederkehrende Konstellationen besonders komplexer Bedarfslagen im Feld

In unseren Beobachtungen zeigten sich insbesondere drei wiederkehrende Konstellationen komplexer Bedarfslagen, in denen Menschen als sog. Systemsprenger:innen wahrgenommen wurden:

Besonders pflegeintensive Menschen

Besonders pflegeintensive Menschen wurden von Fachkräften als sog. Systemsprenger:innen wahrgenommen, weil die Systeme der Wohnungslosenhilfe und/oder des Gesundheitswesens in diesen Fällen keine passende Versorgungsform bereitstellten. Ihr Pflege-

bedarf überstieg die Möglichkeiten der Wohnungslosenhilfe, zugleich bestanden Hürden beim Zugang zum Regelsystem.

Menschen mit verhaltensbezogenen Herausforderungen

Menschen, die aufgrund verhaltensbezogener Herausforderungen als sog. Systemsprenger:innen wahrgenommen wurden, zeigten die Grenzen des Systems durch Verhalten auf, das in Einrichtungen schwieriger handzuhaben war – etwa durch Non-Adhärenz, (wie-

derholte) Regelbrüche, konsumbezogenes oder aggressives Verhalten.

Besonders pflegeintensive Menschen mit verhaltensbezogenen Herausforderungen

Beide Eigenschaften in Kombination überforderten das System in doppelter Hinsicht: Pflegerische Versorgungsformen fehlten weiterhin, zusätzlich stellten die verhaltensbezogenen Herausforderungen für die Mitarbeitenden der Einrichtungen – wie im Beispiel von O. – eine besondere Belastung dar.

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in unserer Untersuchung Pflegebedürftigkeit als eigenständige Bedarfs-

lage hervortrat, die entweder für sich genommen oder in Kombination mit verhaltensbezogenen Herausforderun-

gen die Grenzen der bestehenden Versorgungsstrukturen aufzeigte.

2.5.4 Grenzen der Einrichtungen

Die nachfolgend geschilderten Rahmenbedingungen beschreiben die institutionellen Grenzen, die in den zuvor dargestellten Konstellationen dazu beitragen, dass Menschen als sog. Systemsprenger:innen wahrgenommen werden.

Beispielsweise gestaltete sich die Vermittlung von Menschen mit hohem Pflegebedarf aus der Wohnungslosenhilfe in reguläre Pflegeeinrichtungen laut den Fachkräften schwierig, da die Einrichtungen bereits stark ausgelastet seien und überwiegend mit Wartelisten arbeiteten (vgl. GD05; BP11).

Ähnliche institutionelle Grenzen zeigen sich auch in anderen Kontexten, in denen hohe Pflegebedarfe mit fehlenden Anschluss- und Versorgungsstrukturen zusammentreffen. Dazu zählt auch die Justizvollzugsanstalt Münster, wenn inhaftierte Menschen schwer krank, pflegebedürftig und wohnungslos sind und keine Perspektive für die Zeit nach der Haft haben. Mitarbeitende der Justizvollzugsanstalt gaben an, dass ihnen Strukturen fehlten, um diese Zielgruppe zu versorgen (vgl. GD12).

Diese Rahmenbedingungen führen dazu, dass Menschen mit komplexen Bedarfen in Settings versorgt werden müssen, die nicht für diese Bedarfe ausgestattet sind. Aufgrund dieser Fehlpassungen kann es dazu kommen, dass Menschen in der Einschätzung von Fachkräften als sog. Systemsprenger:innen wahrgenommen werden.

Insgesamt zeigt sich, dass strukturell bedingte Versorgungsprobleme in der Praxis eher individualisiert betrachtet als auf strukturelle Rahmenbedingungen zurückgeführt werden.

2.5.5 Umgang mit akuter Eigengefährdung

In der Versorgung von Menschen mit besonders komplexen Bedarfslagen, aber auch darüber hinaus, wurde im Feld von Situationen berichtet, in denen seitens der Fachkräfte Fragen nach dem Vorliegen akuter Eigen- oder Fremdgefährdung sowie nach dem angemessenen Umgang damit aufkamen. Obwohl die gesetzlichen Grundlagen zur Gefahrenabwehr sowohl die

Eigen- als auch die Fremdgefährdung umfassen, bezogen sich die in der Feldforschung beobachteten Situationen ausschließlich auf Aspekte der Eigengefährdung.

Eine solche Situation zeigte das folgende Beispiel:

Fallbeispiel W. (vgl. GD06) - Fragliche akute Eigengefährdung

Mehrere Fachkräfte berichteten von W., einem Menschen, der seit Jahren im Freien schlief. Im Kontakt mit Fachkräften hatte W. bisher Hilfsangebote, wie etwa die Nutzung einer Notunterkunft, dankend abgelehnt und geäußert,

dass es ihm gut ginge. In manchen Situationen habe er seine Ablehnung mitunter auch lautstark und vehement geäußert. Außerdem war bekannt, dass W. einen rechtlichen Betreuer hatte.

Die Fachkräfte berichteten von einer offenen Wunde W.s, die jedoch aus W.s Sicht nicht behandlungsbedürftig war (vgl. GDO6). Außerdem fiel – wie auch schon zuvor – ein sehr ungepflegter Zustand auf.

Eine Fachkraft der aufsuchenden Hilfe befürchtete, dass es aufgrund der offenen Wunde und der Lebensumstände von W. sowie einer bereits deutlich sichtbaren Schwellung im Bereich der Wunde zu einer lebensbedrohlichen Sepsis kommen könnte, wenn die Wunde weiter unbehandelt blieb.

Der von der aufsuchenden Hilfe hinzugezogene sozialpsychiatrische Dienst suchte W. daraufhin auf und kam zu einer ähnlichen Einschätzung. Die Ärztin erachtete eine Behandlung der Wunde, auch gegen W.s Willen, für dringend geboten und sprach sich für die Anwendung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG NRW) aus. Der daraufhin hinzugerufene Einweiser der Feuerwehr sah situativ keine Möglichkeit der

Anwendung des PsychKG NRW (vgl. GDO6). Er begründete seine Entscheidung damit, dass W. sich aus seiner Sicht aktuell weder eigen- noch fremdaggressiv verhalte. Aus seiner Perspektive bestand keine unmittelbar drohende Gefährdung im Sinne des PsychKG NRW und er wies darauf hin, dass eine rechtliche Betreuung bestünde (vgl. ebd.).

Später erfuhren wir, dass W. einige Tage später nachts, bei kühlen Temperaturen und unzureichend bekleidet von Passant:innen angetroffen wurde, die daraufhin den Rettungsdienst verständigten, der W. in ein somatisches Krankenhaus brachte. Das Krankenhaus hatte der aufsuchenden Hilfe zurückgemeldet, dass W. sich in einem sehr schlechten Allgemein- und Ernährungszustand befunden hatte. Aus dem somatischen Krankenhaus heraus konnte der Betreuer schließlich einen Beschluss nach § 1831 BGB erwirken, sodass W. in eine Psychiatrie verlegt werden konnte.

In der Versorgung von W. wurden zwei unterschiedliche Herangehensweisen sichtbar: Die eine fußte auf den Vorgaben des PsychKG NRW, die andere auf Grundlage der §§ 1831 ff. BGB. Grundsätzlich gilt jedoch: Entscheidend für die Anwendung des PsychKG NRW

ist das Vorliegen einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung – unabhängig davon, ob eine rechtliche Betreuung besteht.

Zunächst wurde also die Möglichkeit einer Einweisung nach dem PsychKG NRW geprüft. Dabei muss nach § 10 eine akute Gefahr vorliegen, die durch die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus abgewendet werden kann.

Die Frage, ob die Voraussetzungen des PsychKG NRW vorlagen, wurde von den beteiligten Akteur:innen unterschiedlich bewertet. Während der sozialpsychiatrische Dienst eine psychisch bedingte Eigengefährdung annahm, standen für den Einweiser die somatischen Aspekte im Vordergrund, und er sah keine unmittelbar drohende Gefährdung im Sinne des PsychKG NRW und verwies zudem auf die bestehende rechtliche Betreuung.

Die Regelungen nach dem BGB beziehen sich auf das Vorliegen der gesetzlichen Betreuung. Im Fall von W. wurde schließlich ein Beschluss nach § 1831 BGB (Unterbringung) erwirkt.

§ 1832 BGB regelt darüber hinaus die Zulässigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen im Rahmen einer Betreuung. Hiernach können auf Antrag der Betreuung ärztliche Zwangsmaßnahmen eingeleitet werden, wenn damit ein

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

erheblicher Gesundheitsschaden abgewendet werden kann. Diese Möglichkeit greift nur dann, wenn der betreffende Mensch nicht in der Lage ist, die Notwendigkeit der Behandlung einzusehen. Bei allen Maßnahmen in diesem Zusammenhang gilt: Der mutmaßliche Wille des betreffenden Menschen ist maßgeblich zu berücksichtigen (vgl. IGW02). Im Unterschied zu einer Einweisung nach dem PsychKG ist dieses Vorgehen in der Regel zeitaufwändiger, da sowohl eine ärztliche Begutachtung als auch eine Anhörung des betreffenden Menschen erforderlich sind (vgl. BP47). Ob im konkreten Fall eine ärztliche Zwangsmaßnahme erfolgte, war uns nicht bekannt.

Der Fall W.s zeigt, dass Zwangsmaßnahmen zur Abwendung einer akuten Gefahr in der Praxis häufig erst dann durchsetzbar sind, wenn eine Gefährdung manifest ist. Zugleich wird deutlich, dass gesetzliche Regelungen nicht jede Konstellation eindeutig erfassen

und die bestehenden Handlungsspielräume von den beteiligten Akteur:innen unterschiedlich ausgelegt werden. Im beschriebenen Fall führte dies dazu, dass trotz fachlicher Einschätzung einer erheblichen Eigengefährdung zunächst keine rechtliche Grundlage für eine Einweisung bestand.

Hier zeigt sich, dass die gesetzlichen Regelungen zur Gefahrenabwendung in bestimmten Konstellationen an ihre Grenzen stoßen. Dies betrifft insbesondere Menschen, bei denen eine somatische Erkrankung im Vordergrund steht oder Menschen trotz einer starken Selbstgefährdung formal als entscheidungsfähig gelten – hier greifen Zwangsmaßnahmen wie die geschützt-geschlossene Unterbringung oft erst verzögert oder gar nicht.

Subjektives Erleben geschützt-geschlossener Unterbringungen

Während unserer Feldforschung besuchten wir wiederholt zwei schwer

kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen, die wegen akuter Eigengefährdung auf Grundlage eines Beschlusses nach dem PsychKG NRW auf einer geschützt-geschlossenen psychiatrischen Station untergebracht waren. Die dort erhobenen Schilderungen geben Einblick in das subjektive Erleben der betreffenden Menschen. Ein Mensch beschrieb die Maßnahme als „schlimm“, weil er die Station nicht verlassen dürfe (BP51). Der andere Mensch versuchte mit Unterstützung seines Betreuers, rechtlich gegen die Unterbringung vorzugehen (vgl. BP06). Die Äußerungen verdeutlichen das ethische Spannungsfeld in der Praxis: Während die Unterbringung aus fachlicher Sicht zur Sicherung des Überlebens und zur medizinischen Versorgung dringend erforderlich war, wurde sie von den Betroffenen primär als tiefgreifende Einschränkung ihrer persönlichen Freiheit wahrgenommen.

2.5.6 Analytische Erweiterung

Die Ausführungen dienen dazu, die zuvor beschriebenen empirischen Befunde in ihrem Zusammenspiel von individuellen Bedarfen und institutionellen Rahmenbedingungen verständlich zu machen.

Fehlpassung von Mensch und Umwelt

Wie bereits in der Begriffsdiskussion gezeigt, lässt sich die Zuschreibung als sog. Systemsprenger:in nicht aus Persönlichkeitsmerkmalen oder Gruppeneigenschaften der betreffenden

Menschen ableiten. Vielmehr reagiert das Hilfesystem in bestimmten Konstellationen nicht bedarfsdeckend auf ihre zusätzlichen Belastungen. In der Literatur findet sich mit dem Life Model von Germain und Gitterman eine Theorie, die einen Erklärungsrahmen

für die bisher beschriebenen Fehlpassungen zwischen individuellen Bedarfen und institutionellen Rahmenbedingungen bietet.

Das Life-Model von Germain und Gitterman legt dar, dass Menschen und ihre Umwelt aufeinander angepasst sein können oder nicht (vgl. Germain/Gitterman 1999, S. 9f.). Eine gute Anpassung fördert die Gesundheit und Zufriedenheit der beteiligten Personen (vgl. ebd.). Bei einer Fehlpassung mit dysfunktionalen Wechselwirkungen werden sowohl die Umwelt als auch der Mensch selbst geschädigt (vgl. ebd.).

In den beschriebenen Konstellationen, in denen Menschen als sog. System-

sprenger:innen wahrgenommen werden, sind Mensch und Umwelt nicht aufeinander abgestimmt.

Die bestehenden Hilfesysteme verfügen nicht über ausreichend Flexibilität, sich anzupassen. Zugleich sind die Menschen durch ihre Lebenslage erheblich belastet. Die Fehlpassung zwischen den institutionellen Rahmenbedingungen und den individuellen Belastungen der Menschen kann als Lebensstressor verstanden werden, der psychologische und physiologische Stressreaktionen hervorruft (vgl. Germain/Gitterman 1999, S. 13).

Die betreffenden Menschen zeigen daraufhin unterschiedliche Reaktionen, etwa Gewalt, Non-Adhärenz oder ris-

kantes Verhalten. Zugleich versuchen die Menschen, mit Bewältigungsstrategien (Coping-Mechanismen) auf diese Belastungen zu reagieren (vgl. ebd., S. 16f.). Bewältigungsstrategien können dabei problemfokussiert sein, z. B., indem Leistungen beantragt werden. Sie können aber auch emotionsfokussiert sein, und es wird z. B. ein entlastendes Gespräch gesucht. Führen die gewählten Strategien zur Bewältigung nicht zum Erfolg, intensiviert sich der Stress und die zuvor beschriebenen Reaktionen können sich verstärken (vgl. ebd., S. 18). Hierdurch kann sich die Fehlpassung weiter verstärken, was sowohl für die betreffenden Menschen als auch für die Fachkräfte belastend ist.

2.6 NETZWERKE UND ÜBERGÄNGE ALS KRITISCHE SCHNITTSTELLEN

Im Rahmen unserer Forschung haben wir sowohl auf Fallebene als auch auf Systemebene unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteur:innen der Hilfesysteme beobachtet.

Dabei erwiesen sich insbesondere Netzwerke und Übergänge als kritische Schnittstellen, an denen wiederkehrende Schwierigkeiten sichtbar wurden. Die nachfolgenden Kapitel beleuchten

diese Problemlagen und ihre konkreten Auswirkungen auf die Zielgruppe.

2.6.1 Mangelnde Vernetzung und Kooperation

Im Folgenden werden wiederkehrende Problemlagen beschrieben, in denen sich mangelnde Vernetzung und Kooperation konkret zeigen.

Fehlende Informationen und mangelnde Weitergabe

Damit schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen Zugang

zu bedarfsgerechten Angeboten erhalten, benötigen die Fachkräfte des Netzwerkes Informationen über verschiedene Aspekte – etwa zum (Gesundheits-)

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

Bedarf des jeweiligen Menschen, zu den Angeboten anderer Institutionen oder dazu, welche Maßnahmen andere Stellen aktuell für den Menschen ergreifen. Diese Informationen bilden die zentrale Voraussetzung, um Bedarfe einzuschätzen und Menschen in passgenaue Angebote vermitteln zu können. Fehlen diese Informationen, ist eine lückenlose Begleitung nicht möglich.

Lange und indirekte Informationswege schränken eine konsistente Fallführung ein: Eine Fachkraft berichtete, sie habe Informationen zum Behandlungsverlauf und zu einem kurzfristig angesetzten ärztlichen Termin einer Person nicht direkt, sondern über eine andere Einrichtung erhalten. Anschließend habe sie den Termin an den betreffenden Menschen weitergegeben (vgl. BP08).

Diese indirekten Informationswege sind insbesondere bei kurzfristig angesetzten Terminen fehleranfällig, etwa wenn einzelne relevante Adressat:innen nicht erreicht werden oder Informationen verzögert bzw. verkürzt weitergegeben werden. Zudem werden die betreffenden Menschen nur selten einbezogen, stattdessen findet die hauptsächliche Kommunikation über Fachkräfte statt. Auch die Wahrung des Datenschutzes wird insbesondere bei längeren Informationsketten erschwert.

Informationen zu den Angeboten anderer Institutionen lagen nicht an allen

Stellen vor: Ein Sozialarbeiter wusste beispielsweise nicht, ob eine bestimmte Pflegeeinrichtung den Konsum von Alkohol akzeptierte (vgl. BP22). In der Folge konnten Anfragen nicht passgenau gestellt werden.

Genauso behindern mangelhafte Absprachen zwischen verschiedenen Akteur:innen den Zugang zu Angeboten sowie die Kontinuität der Versorgung. Das zeigt sich am Beispiel eines älteren und gehbehinderten Nutzers einer Beratungsstelle, den wir eine Weile punktuell begleiten konnten. Er konnte nach Ablauf eines Hausverbots eigentlich wieder in einer Notunterkunft übernachten, erlangte davon aber keine Kenntnis, weswegen er weiter im öffentlichen Raum übernachtete. Ebenso war die Information über das Ende des Hausverbots den Sozialarbeitenden des Beratungsangebots, das er täglich nutzte, nicht bekannt, obwohl in diesem Einzelfall zuvor eine Zusammenarbeit zwischen beiden Angeboten bestand. (vgl. BP04).

Abgrenzung und fehlende Zusammenarbeit

In Kapitel 2.2.2 wurde beschrieben, dass besondere Bedarfe, wie etwa eine Substitutionsbehandlung für reguläre Einrichtungen Hindernisse darstellen, die Ausschlüsse zur Folge haben können.

Auch die Versorgung in Notunterkünften über ambulante Pflegedienste erwies sich oftmals als schwierig. Diese brechen die Versorgung laut den Erfahrungen der Fachkräfte etwa dann ab, wenn die zu versorgenden Menschen zu den vereinbarten Zeiten wiederholt nicht anzutreffen sind. Wie eine Fachkraft beschrieb: „Bewohner nicht da, Pflegedienst weg. Pflegedienst kommt nicht mehr. Ja, da stehst du dann da.“ (GD01)

Diese Aussage der Fachkraft zeigt, dass die Wohnungslosenhilfe auf die Kooperation mit anderen Akteur:innen angewiesen ist. Ablehnungen durch Pflegeheime oder Versorgungsabbrüche von Pflegediensten führen zu einer Mehrbelastung der Mitarbeitenden, die versuchen die Lücken durch zusätzlichen Einsatz aufzufangen. Gelingt dies nicht, kommt es wiederholt zu Situationen, in denen schwer kranke und pflegebedürftige Menschen unterversorgt bleiben (vgl. ebd.).

Anders als reguläre Pflegeeinrichtungen ist die niedrigschwellige Wohnungslosenhilfe im Rahmen ihres Auftrags gehalten, wohnungslose Menschen zunächst aufzunehmen. Dazu gehören auch Menschen, die aufgrund von Regelbrüchen in anderen Einrichtungen gekündigt wurden. Zwei Menschen konnten nach der Vertragskündigung durch Pflegeheime aufgrund von grenzüberschreitendem Verhalten nicht in

eine andere Pflegeeinrichtung weitervermittelt werden und mussten in eine Notunterkunft aufgenommen werden (vgl. GD11).

Eine Fachkraft der Notunterkunft fasst die Situation zusammen: „Dieses Erkenntnis ist ja da, dann darf es doch nicht nach unten gehen, sondern es muss nach oben gehen.“ (GD11) Damit wird erneut das Inverse Care Law angesprochen: Je höher der Bedarf eines Menschen ist, desto geringer fällt die Versorgung aus (vgl. Tudor Hart 1971, S. 412).

Allerdings ist auch die niedrigschwellige Wohnungslosenhilfe, etwa nach Gewaltvorfällen gegen Mitbewohner:innen oder Fachkräfte gezwungen, Hausverbote zu erteilen oder bei nicht abdeckbaren Bedarfen der betreffenden Menschen die Aufnahme zu verweigern (vgl. BP04; BP35). „Andere sollten sich auch zuständig fühlen“ (BP35), wünscht sich eine Fachkraft einer Notunterkunft. Folge war, dass Personen bei Ablehnung durch die niedrigschwellige Wohnungslosenhilfe im öffentlichen Raum verbleiben oder die Stadt für eine andere Unterbringung sorgen muss.

Insgesamt zeigte sich, dass oft gemeinsame Strategien für die Fallverläufe schwer kranker Menschen mit Pflegebedarf fehlten und wenig Kooperation zwischen den Systemelementen bestand. Folge der Abgrenzung der Ein-

richtungen und Angebote war, laut einer Mitarbeiterin einer Notunterkunft, dass die betreffenden Menschen beim „Ping-Pong“ (BP04) zwischen den Einrichtungen verloren gingen (vgl. ebd.)

Diese Abgrenzungs- und Kooperationsprobleme stehen in engem Zusammenhang mit strukturellen Bedingungen der bestehenden Versorgungssettings.

Hochschwellige Settings erschwerten die flexible Versorgung der betreffenden Menschen, erklärte eine Fachkraft der Wohnungslosenhilfe (vgl. GD03). Aufnahmen in bestimmte Einrichtungen erforderten vorab langwierige Hilfeplanverfahren, regelmäßige Anrufe zu bestimmten Uhrzeiten oder verschiedene Anträge an unterschiedliche Akteur:innen (vgl. BP15; BP03; BP08). Allerdings seien diese Hürden für die betreffenden Menschen zu hoch, die Mitwirkung sei nicht durchgehend gegeben. Eine Fachkraft folgerte, „dass 95 Prozent der Leute besser in anderen Wohn- und Versorgungskontexten“ (GD02), als in der Notunterkunft untergebracht wären, die Schwellen aber entscheidend zu hoch seien. Die bestehenden Systeme zeigten allerdings auch keine Veränderung in Richtung Zugänglichkeit für die betreffenden Menschen.

Wie diese fehlende strukturelle Flexibilität auch in anderen Systemen wirksam wird, zeigt das folgende Beispiel aus dem Rettungsdienst:

In unserer Forschung erfuhren wir, dass Mitarbeitende des Rettungsdienstes gerne mit den betreffenden Menschen darüber ins Gespräch kämen, wieso sie so oft mit dem RTW transportiert würden und mit ihnen über alternative Versorgungswege sprechen. Allerdings würde diese Arbeit nicht finanziert – Einsätze würden die Krankenkassen nur dann bezahlen, wenn die Person auch ins Krankenhaus gebracht würde (vgl. IGW02). Deshalb sind präventive Gespräche über die Transportgründe oder andere Beratungen durch den Rettungsdienst nicht möglich.

Diese hochschwelligen und zum Teil unflexiblen Strukturen erschweren den Zugang zu einer angemessenen Versorgung für schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen und verhindern eine nachhaltige Verbesserung ihrer Lebenssituation.

Fehlende oder unzureichende Netzwerkstrukturen

Arbeitskreise zur Vernetzung zu bestimmten Themen und feste Ansprechpartner:innen innerhalb der Wohnungslosenhilfe existieren vielfach, werden allerdings nicht immer konsequent genutzt. Teilweise sind die Informationen zu den bestehenden Strukturen auch nicht bei allen Akteur:innen bekannt.

Ein Arbeitskreis tagte über einen längeren Zeitraum nicht mehr, die formalen Strukturen bestanden jedoch fort (vgl.

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

N02). Sie gerieten zwischenzeitlich in Vergessenheit, sodass es zeitweise zu Doppelstrukturen und informellen Parallelwegen kam, die die Abstimmung zwischen den beteiligten Akteur:innen erschwerten (vgl. ebd.).

Ein neues Angebot im Bereich der Wundversorgung nahm ohne die Vernetzung zu bestehenden Angeboten

seine Arbeit auf und schuf somit eine Doppelstruktur zu den bestehenden Angeboten (vgl. BP02). Mangels Vernetzung fehlten zunächst verbindliche Qualitätsstandards oder Verfahren zur Zusammenarbeit, weshalb ein systematischer Austausch mit anderen relevanten Angeboten ausblieb (vgl. ebd.). Doppelstrukturen führen zu mangelnder Netzwerktransparenz, die Fachkräfte

insbesondere in Übergangssituationen behindern können.

Eine Folge fehlender oder unzureichender Netzwerkstrukturen ist, dass Unterstützungsleistungen an zentralen Schnittstellen nicht verlässlich geregelt sind. Stattdessen hängen sie häufig vom individuellen Einsatz einzelner Fachkräfte ab.

2.6.2 Kritische Übergänge

Die betreffenden Menschen befinden sich im Versorgungsprozess zwischen unterschiedlichen Systemen der Wohnungslosenhilfe, des Gesundheitswesens und der stationären Pflege. Erfolgt ein Wechsel zwischen diesen Systemen, z. B. bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, können kritische Schnittstellen entstehen.

Entlassungen aus dem Krankenhaus

Eine kritische Schnittstelle bedeutet in der Praxis etwa, dass aufgrund mangelnder Kooperation die Verantwortung für die Anschlussversorgung unklar bleibt oder einseitig verlagert wird. Ein Beispiel hierfür ist die Organisation von Pflegeplätzen, wenn Bewohner:innen nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund gesteigerter Pflegebedarfe nicht mehr in eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe zurückkehren können. Ein Sozialarbeiter

einer Langzeitwohneinrichtung teilt mit, dass er für einen Bewohner „im Krankenhaus noch einen Pflegeplatz organisieren musste. Meistens [ist das] unsere Aufgabe, weil das Krankenhaus, der Sozialdienst dort beantragt vielleicht einen Eilpflegegrad per Aktenlage. Aber im Rahmen vom Entlassmanagement, ja, lässt das meistens auch an Unterstützung zu wünschen übrig“ (IWLH02).

Eine rechtliche Betreuung empfand die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern im Rahmen des Entlassmanagements ebenfalls als unzureichend – trotz vorhandener Anschlussperspektive sei ein schwer kranker Mensch mit Pflegebedarf ohne vorherige Abstimmung zunächst in die Wohnungslosigkeit anstatt direkt in die entsprechende Einrichtung entlassen worden (vgl. GD10).

Ergänzend hierzu verdeutlichen Perspektiven von Sozialarbeitende eines somatischen Krankenhauses in Münster, dass diese im Hinblick auf das Entlassmanagement bei schwer kranken und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen ebenfalls vor erheblichen Barrieren stehen. So wurde deutlich, dass die Suche nach Anschlussperspektiven für die Zielgruppe aufgrund der Belastungsgrenzen von Pflegeheimen und deren Auswahlverfahren sowie der komplexen Bedarfslagen der Menschen deutlich erschwert sei. Auch wurde ein Informationsdefizit angesprochen. Oft sei unklar, welches Angebot der Wohnungslosenhilfe welche Kapazitäten böte oder Ansprechpartner:innen seien nicht erreichbar. Eine Forderung nach einem „Stammblatt“ (GD08) für die betreffenden Menschen mit klaren Ansprechpersonen verdeutlicht, dass die bestehenden Schnittstellenprobleme auch auf

einem mangelnden Wissen über die jeweils anderen Unterstützungssysteme beruhen.

Ein Mensch, der im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt dauerhaft auf die Nutzung eines Rollstuhls angewiesen war, wurde von einem Krankenhaus in seine nicht barrierefreie Wohnung im ersten Obergeschoss ins betreute Wohnen entlassen, ohne dass die zuständige Fachkraft vorab durch das Krankenhaus informiert wurde (vgl. BP17).

Nicht vorhandene Entlassungsbriefe erschweren laut einer Fachkraft zusätzlich die Versorgung in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (vgl. BP31). In diesen Situationen fehlten, so die Fachkräfte, häufig Medikamente, die durch die eingeschränkte personelle Besetzung der Einrichtungen am Wochenende oder wegen geschlossener Apotheken nicht rechtzeitig besorgt werden konnten (vgl. GD03).

Zudem erhielten die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe selten Pflegeüberleitungsberichte, was eine adäquate Planung der nachfolgenden Versorgung erschwert (vgl. BP51). Dies steht im Zusammenhang damit, dass in den Krankenhäusern häufig unklar ist, welche Informationen in den jeweiligen Versorgungssettings der Wohnungslosenhilfe für die Weiterbetreuung relevant sind.

Wie sich die beschriebenen Defizite im Entlassmanagement konkret auswirken können, zeigt folgendes Fallbeispiel. Hierbei handelt es sich um M. aus Kapitel 2.1.7. M. war vom Rettungsdienst in ein Krankenhaus gebracht worden und während des stationären Aufenthalts von uns begleitet worden. Mitarbeitende im Krankenhaus hatten in Bezug auf M. unterschiedliche Angaben zum geplanten Entlassdatum (vgl. BP05). Seitens der Pflege wurde ein Entlasszeitpunkt kommuniziert, der von der betreuenden Fachkraft der Wohnungslosenhilfe zunächst als Planungsgrundlage für das weitere Vorgehen genutzt wurde. In einem zufällig geführten Telefonat mit dem zuständigen Arzt wurde jedoch deutlich, dass dieser die Entlassung M.s einen Tag früher geplant hatte, da die medizinische Behandlung abgeschlossen war. Durch das Telefonat konnte die betreuende Fachkraft der Wohnungslosenhilfe den Arzt darauf hinweisen, dass die Planung noch nicht abgeschlossen war, und die Entlassung einen Tag früher eine Obdachlosigkeit M.s zur Folge gehabt hätte. Da der Arzt dies nicht verantworten wollte, stimmte er dem ursprünglich durch die Pflegekraft mitgeteilten Termin zu (vgl. ebd.).

Der Fall verdeutlicht, dass Entlassungen ohne gesicherte Anschlussversorgung im bestehenden Entlassmanagement nicht zuverlässig verhindert werden. Die hier erreichte

Verschiebung des Termins beruhte auf einer kurzfristigen persönlichen Abstimmung und stellte lediglich eine auf Zufall beruhende Individuallösung dar.

Entlassungen aus der JVA

Am Beispiel von Entlassungen aus der JVA zeigt sich, dass die Spielräume, Entlassungen in die Wohnungslosigkeit zu vermeiden, sehr begrenzt sind. Eine Fachkraft beschrieb: „Wenn Sie niemanden finden und der Entlassungstag kommt, dann müssen Sie, egal, ob Sie was haben oder nicht, entlassen.“ (GD12)

Damit wird deutlich, dass seitens der JVA grundsätzlich das Ziel besteht, im Vorfeld eine Anschlussversorgung zu realisieren, dieses jedoch unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht immer umgesetzt werden kann. Fachkräfte verwiesen in diesem Zusammenhang insbesondere auf kurze Haftdauern, die eine strukturierte Entlassplanung erschweren. Auch hinsichtlich des Datenschutzes ergaben sich Hürden: Wenn der betreffende Mensch der Informationsweitergabe an externe Fachkräfte anderer Einrichtungen nicht zustimme, dürften die Mitarbeitenden der JVA andere Einrichtungen, wie z. B. Notunterkünfte, nicht über bevorstehende Entlassungen informieren. In der Folge erhalten die vom betreffenden Menschen nach der Entlassung konsultierten Einrichtungen keine Informationen zum

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

Verlauf der vorangegangenen Behandlung. Die aus der JVA entlassenen Menschen „kommen [dann] her und haben nichts“ (BP15), berichten Mitarbeitende der Wohnungslosenhilfe.

Mitarbeitende der JVA erkannten an, dass die Entlassung in die Wohnungs-

losigkeit das Ziel der Normalisierung durch die Inhaftierung konterkariere (vgl. GD12).

Die Beispiele aus Krankenhaus und JVA verdeutlichen, dass Zuständigkeiten, Zeitpunkte und erforderliche Informationen im Entlassmanagement

vielfach nicht eindeutig geklärt sind und eine gelingende Anschlussversorgung dadurch erschwert wird.

2.6.3 Auswirkungen der systemischen Probleme

Die oben dargestellten Problemlagen innerhalb des Hilfenetzwerkes wirken sich in unterschiedlicher Art auf die Versorgung der Zielgruppe aus. Die nachfolgenden Beispiele machen sichtbar, wie sich die beschriebenen Defizite im Versorgungsalltag der betroffenen Menschen auswirken.

Brüche im Versorgungsprozess

Unkoordinierte Entlassungen aus Krankenhäusern, aber auch fehlende Abstimmungen an anderen Schnittstellen, belasten die niedragschwellige Wohnungslosenhilfe und stellen die betreffenden Menschen vor Herausforderungen.

Deutlich wird dies am Beispiel von V. einem schwer kranken und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen, der in einer Notunterkunft lebte: Aufgrund einer psychischen Auffälligkeit wurde der Rettungsdienst gerufen und V. vom Rettungsdienst in die Psychiatrie gebracht (vgl. IGW02). Aufgrund

einer dort ebenfalls festgestellten somatischen Problematik lehnte die Psychiatrie die Aufnahme von V. ab und V. wurde vom Rettungsdienst in ein somatisches Krankenhaus gefahren. Auch hier erfolgte eine Ablehnung, diesmal aufgrund der psychischen Symptomatik. Letztlich verbrachte V. laut Aussage des Rettungsdienstes und der Notunterkunft etwa vier Stunden im Rettungswagen, ohne dass eine medizinische Behandlung oder eine abgestimmte Weitervermittlung erfolgte, und wurde schließlich in die Notunterkunft zurückgebracht.

Eine Fachkraft fasst die Barriere wie folgt zusammen: „Ist halt an allen Stellen schiefgelaufen, weil aber keiner mit dem anderen gesprochen hatte“ (IGW02). Unter der hier gezeigten fehlenden Netzwerkkoooperation leiden vor allem die Menschen, die entweder zusätzlich belastet oder gar nicht erreicht werden.

Drehtüreffekte

Im Feld wurde sichtbar, dass schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen häufig mehrfach wegen gleicher Problemlagen in Kliniken aufgenommen, kurzzeitig versorgt und wieder entlassen werden – ein Drehtüreffekt.

Das zeigt das Beispiel des schwer kranken und pflegebedürftigen obdachlosen Menschen C.

Fallbeispiel C. – Drehtüreffekt (vgl. BP04)

C. begegnete uns in einer Beobachtungssituation in einer Beratungsstelle. C. saß draußen vor dem Haus. C. wirkte erschöpft, die Haare waren zerzaust, der Ernährungszustand wirkte reduziert, auf den Beinen lag eine Decke mit dem Etikett eines Münsteraner Krankenhauses. Wir kamen mit C. ins Gespräch.

C. erzählte von der Lebenssituation und berichtete, seit Jahren auf der Straße zu leben und Alkohol und illegalisierte Drogen zu konsumieren und sich aktuell gesundheitlich schlecht zu fühlen. C. konnte sich aufgrund körperlicher Einschränkungen kaum selbst versorgen. Laut Aussage von C. konnte wegen des hohen Pflegebedarfs keine Aufnahme in einer Notunterkunft erfolgen. Ein Sozialarbeiter der Beratungsstelle stellte regelmäßig Anfragen zu Aufnahmen an andere Einrichtungen, doch es gab immer wieder Absagen, teils auch ohne Begründung.

C. wurde wiederholt, teilweise mehrmals täglich, und meist wegen eingeschränkter Bewusstseinszustände in Notaufnahmen

somatischer Krankenhäuser behandelt. Dort wurde C. wiederholt für den Moment bedarfsorientiert gepflegt, ruhte sich kurz aus und verließ die Notaufnahme wieder. Bei mehreren Kontakten äußerte C. uns gegenüber, dass er eigentlich zur Entgiftung in die Psychiatrie wollte. Weil C. zum Zeitpunkt der Rettungsdienst-Einsätze jedoch regelmäßig ein eingetrübtes Bewusstsein hatte, konnte der Rettungsdienst ihn ausschließlich in somatische Kliniken bringen. Einmal dort angelangt, war von dort aus eine Weitervermittlung „dann nicht drin“ (GD04) wie eine Fachkraft berichtete, weil dies im Bereich der Ambulanzen finanziell nicht abgedeckt ist.

Der Fall C. verdeutlicht, wie sich fehlende Anschlussmöglichkeiten und

institutionelle Abgrenzungen zu einem wiederkehrenden Drehtüreffekt verdichten, wobei Versorgung kurzfristig erfolgt, ohne dass eine nachhaltige Versorgung zustande kommt.

Mit dem Einverständnis von C. durften wir Einsicht in eine Kostenaufstellung der Krankenkasse nehmen. Innerhalb von 24 Monaten, in denen C. sich – wie oben beschrieben, wiederholt zwischen Notaufnahmen, stationären Aufenthalten und einem Leben auf der Straße, entstanden Kosten in Höhe von etwa 200.000 Euro. Dies verdeutlicht die Dimension der finanziellen Auswirkungen fehlender Anschluss- und Versorgungsstrukturen.

2.6.4 Systemische Bedeutung der rechtlichen Betreuung

Gerade an den beschriebenen Bruchstellen im Versorgungsprozess wird die Rolle einzelner koordinierender Akteur:innen besonders relevant. Eine zentrale Funktion kommt hierbei der rechtlichen Betreuung zu.

In der Forschung sind uns viele schwer kranke wohnungslose Menschen mit Pflegebedarf begegnet, für die eine rechtliche Betreuung nach §§ 1814 ff.

BGB bestand. Dabei kann die rechtliche Betreuung nach § 1815 Abs. 1 BGB einen oder mehrere Aufgabenkreise umfassen. Dazu zählen z.B. die Vermögenssorge nach (§§ 1835ff. BGB) oder die Gesundheitsvorsorge (§§ 1827ff. BGB). Im Vordergrund steht dabei, dass die rechtliche Betreuung nach § 1821 Abs. 3 darauf ausgerichtet ist, dem betreuten Menschen ein Leben nach seinen eigenen Vorstellungen zu ermöglichen. Auch die

rechtlichen Betreuer:innen betonten, dass dieser Anspruch leitend für ihr Handeln sei, in der Praxis jedoch häufig unter schwierigen Rahmenbedingungen umgesetzt werden müsse (vgl. GD10).

Der vergütete Zeitaufwand einer rechtlichen Betreuung liegt bei 3,3 Stunden pro Monat (vgl. ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH 2017, S. 44f.). Demgegenüber weist die

KAPITEL 2 ERGEBNISSE

Studie auf einen tatsächlichen Zeitaufwand von durchschnittlich 4,1 Stunden pro Monat pro betreutem Menschen hin, den rechtliche Betreuer:innen selbst als ihren realen Arbeitsaufwand angeben (vgl. ebd.).

Eine rechtliche Betreuung wird gemäß § 1814 BGB entweder auf Anregung der volljährigen Person selbst oder durch Dritte beantragt. Im Rahmen unserer Feldforschung war häufiger letzteres der Fall (BP48). Nach erfolgter Beantragung wird das Betreuungsgericht von Amts wegen tätig. Die Bestellung einer rechtlichen Betreuung setzt grundsätzlich den freien Willen der betroffenen Person voraus. Eine Betreuung kann jedoch auch dann eingerichtet werden, wenn kein freier Wille feststellbar ist und sie zur Abwendung erheblicher Gefahren erforderlich erscheint. Rechtliche Betreuer:innen beschrieben diese Situationen als besonders anspruchsvoll, da sie häufig mit akuten gesundheitlichen Krisen und hohem Zeitdruck einhergingen und sie wichtige Entscheidungen für Menschen treffen mussten, die ihnen oftmals kaum bekannt waren (vgl. GD10). Zudem schilderten sie, dass insbesondere Übergangs- und Krisensituationen einen erheblichen zusätzlichen Koordinationsaufwand verursachten, der in diesem Zeitrahmen kaum abzubilden sei (vgl. ebd.).

Im Feld zeigte sich, dass insbesondere schwer kranke und pflegebedürftige

Menschen deutlich mehr Unterstützung benötigen. Die ungedeckten Bedarfe werden vielfach von Mitarbeitenden der Wohnungslosenhilfe aufgefangen, teilweise auch in enger Abstimmung mit den rechtlichen Betreuer:innen (vgl. GD10). Aus ihrer Sicht handelte es sich dabei um eine notwendige Zusammenarbeit, die jedoch stark von individueller Erreichbarkeit und kurzfristiger Abstimmung abhing (vgl. GD10).

Zudem äußerten viele Menschen, die gesetzlich betreut wurden, aber auch die Akteur:innen der Wohnungslosenhilfe oder des Gesundheitswesens in einzelnen Fällen Unzufriedenheit mit der Ausgestaltung der rechtlichen Betreuung, z. B. im Hinblick auf die telefonische Erreichbarkeit (vgl. BP03). Eine medizinische Fachkraft sagte, dass sich nach ihrer Wahrnehmung bei Menschen mit rechtlicher Betreuung nur ein Teil der Betreuer:innen tatsächlich kümmern (vgl. BP48). Rechtliche Betreuer:innen verwiesen in diesem Zusammenhang auf hohe Fallzahlen und begrenzte zeitliche Ressourcen, die eine kontinuierliche Präsenz erschwerten (vgl. GD10)

Ebenfalls stellt diese Fachkraft fest, dass die meisten der betreffenden Menschen den notwendigen Antrag auf eine rechtliche Betreuung nicht selbst stellen könnten (vgl. BP48). Darüber hinaus wurde das Verfahren zur Bestellung einer rechtlichen Betreuung als langwierig empfunden (vgl. GD03). Insbesondere

re bei einem schnell voranschreitenden Krankheitsverlauf vergehe dabei zu viel Zeit (vgl. BP48).

Auch Übergangssituationen verändern die Rahmenbedingungen einer rechtlichen Betreuung. Denn bei Ortswechseln des betreuten Menschen ergibt sich bei weiter örtlicher Distanz ein Wechsel der rechtlichen Betreuung, was aufgrund der geänderten örtlichen Zuständigkeit des Betreuungsgerichtes erneut dauern kann (vgl. IZG04, Pos. 103/113).

Eine sozialarbeiterische Fachkraft der Wohnungslosenhilfe wünscht sich allgemein eine intensivere Zusammenarbeit mit den rechtlichen Betreuer:innen. Im Falle des Umzugs eines Bewohners in eine stationäre Pflegeeinrichtung hatte sie den Eindruck, dass die Organisation und Koordination allein bei ihr und nicht bei der vorhandenen Betreuung liege (vgl. IWLH02).

Auch ergeben sich im Todesfall des betreuten Menschen Grenzen der rechtlichen Betreuung, da diese gemäß § 1870 BGB bei Tod des betreuten Menschen endet. Das führt dazu, dass die Fachkräfte der Einrichtungen die Verantwortung dafür übernehmen, die persönlichen Dinge der Menschen sowie ihr gegebenenfalls verbliebenes Geld auf dem Einrichtungskonto zu verwalten, obwohl sie formal ebenfalls nicht mehr zuständig waren und die Kostenübernahme ausgelaufen war (vgl. IWLH02).

Die Ausführungen machen deutlich, dass rechtliche Betreuungen ein wichtiger Baustein in der Gesundheitsversorgung schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen sind, wenn diese ihre Angelegenheiten nicht mehr selbstständig regeln können. Gleichzeitig arbeiten sie unter strukturellen und zeitlichen Rahmenbedingungen, die ihre Handlungsmöglichkeiten stark begrenzen.

KAPITEL 3 ZWISCHENFAZIT: VON DEN ERGEBNISSEN ZU DEN HANDLUNGSBEDARFEN UND LÖSUNGSANSÄTZEN

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse gebündelt dargestellt. Es bildet den Übergang von der feldnahen Ergebnisdarstellung zu den Handlungsbedarfen und Lösungsansätzen, die in Kapitel 4 beschrieben werden.

Die gesundheitlichen bzw. pflegerischen Unterstützungsbedarfe der Zielgruppe sind sehr vielfältig und komplex. Gleichzeitig sind die Möglichkeiten der Versorgung innerhalb der Wohnungslosenhilfe durch das jeweilige Setting limitiert.

Insgesamt zeigt sich, dass viele Fachkräfte durch zusätzliches Engagement versuchen, den entsprechenden Bedarfen gerecht zu werden. Allerdings bestehen hierfür nur begrenzte strukturelle Voraussetzungen. Aus diesem Grund kommt es wiederholt zu Versorgungsengpässen. Dabei erleben die schwer kranken und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen oftmals eine Betreuung, die nicht oder nur wenig auf ihre individuellen Bedürfnisse ausgerichtet ist. Zudem werden Fachkräfte wiederholt mit Situationen existenzieller Not konfrontiert, für die innerhalb der bestehenden Strukturen keine ausreichenden Lösungen zur Verfügung stehen. Hierdurch entstehen ethische Dilemmata und Momente der Überforderung.

Diese Situationen treten insbesondere dann auf, wenn akute oder kontinuierlich steigende Bedarfe eine intensivere

Versorgung erfordern, als sie im jeweiligen Setting leistbar ist. Dies zeigt sich vor allem bei zunehmenden Pflegebedarfen im Alter, der Verschlechterung chronischer Erkrankungen sowie in palliativen Situationen. Zugleich wird sichtbar, dass fehlende oder unzureichend abgestimmte Anschlussperspektiven den Übergang in weiterführende Versorgungs- oder Wohnangebote erschweren oder sogar verhindern können.

Außerdem zeigt sich, dass der Zugang zu Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung eine zentrale Voraussetzung für eine gleichberechtigte gesundheitliche und pflegerische Versorgung schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen ist. Insbesondere Leistungen der Pflegeversicherung haben dabei eine Schlüsselfunktion, so-

wohl in Bezug auf eine Intensivierung der Versorgung innerhalb der Einrichtungen als auch für einen Umzug in weiterführende Angebote. Gleichzeitig wird sichtbar, dass der Zugang zu Leistungen allein nicht ausreicht, wenn beispielsweise Faktoren wie das Wohnsetting, fehlende ambulante Dienste oder nicht vorhandene Anschlussperspektiven einer bedarfsgerechten Versorgung entgegenstehen.

Die Ergebnisse verdeutlichen insgesamt, dass gesundheitliche und pflegerische Unterstützungsbedarfe der Zielgruppe erst dann wirksam adressiert werden können, wenn auf System- und Organisationsebene entsprechende Rahmenbedingungen vorhanden sind und die Perspektiven der Menschen berücksichtigt werden (vgl. Abbildung 5).

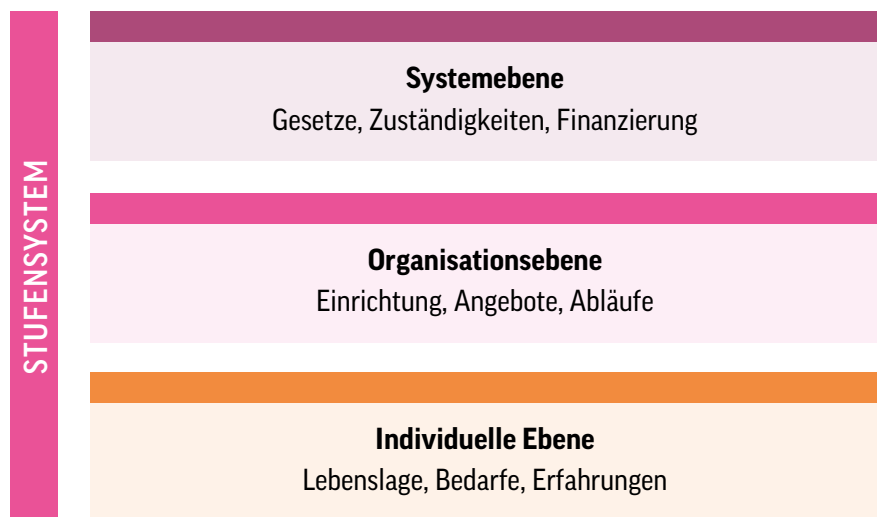


Abbildung 5: Drei Ebenen der praktischen Umsetzung

KAPITEL 4 HANDLUNGSBEDARFE UND LÖSUNGSANSÄTZE

Auf Basis der in Kapitel 2 dargelegten Ergebnisse wird deutlich, dass auch in einem differenzierten Hilfesystem wie in Münster Veränderungen notwendig sind, um den Zugang der Zielgruppe zu gesundheitlicher bzw. (palliativ-)pflegerischer Versorgung zu verbessern.

Als Konsequenz daraus wird ein Bedarf an einer koordinierenden Struktur sicht-

bar, die die betreffenden Menschen und das Hilfesystem an den Schnittstellen zwischen Wohnungslosenhilfe, Gesundheitswesen und Verwaltung gezielt unterstützt.

Im Rahmen von Cared.Wende werden daher modellhaft Ansätze erprobt, die wir sich entlang unserer drei geplanten Praxismodule in den Bereichen Wissen

vermitteln, Zugang ermöglichen und Lebensorte gestalten ausrichten (s. Kapitel 1.2).

Einzelne Vorschläge greifen dabei Anregungen aus Gesprächen und Beobachtungen im Feld auf.

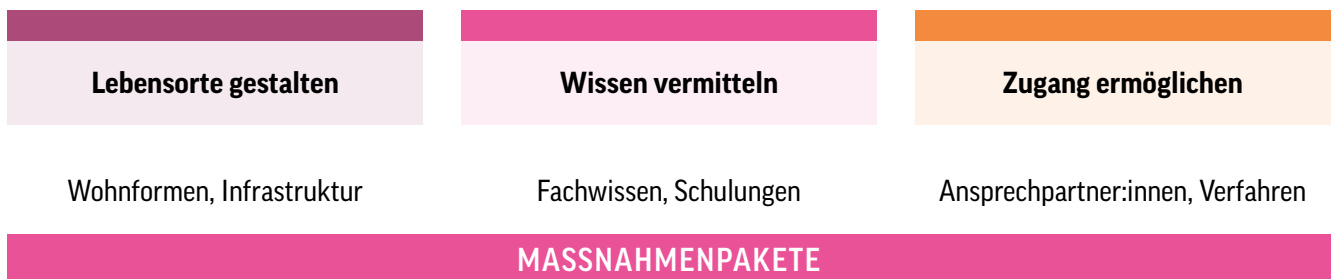


Abbildung 6: Praxismodule

4.1 WISSEN VERMITTELN

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass es Fachkräften der Wohnungslosenhilfe, des Gesundheitssystems und der Verwaltung mitunter an umfassendem Wissen zu den jeweils anderen Einrichtungen und Angeboten sowie den professionsübergreifenden Systemlogiken und Zuständigkeiten fehlt (s. Kapitel 2.6). Das führt zu eingeschränkten Zugängen und Unterversorgung. Insbesondere in Übergangssituationen wird deutlich,

dass Wissenslücken eine bedarfsgerechte Weitervermittlung schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen erschweren.

Darüber hinaus können Vorurteile und mangelnde Kenntnisse über die Lebenslagen, Bedürfnisse sowie die spezifischen Zugangsbarrieren der betroffenen Menschen zu Diskriminierung und Ausgrenzung führen (s. Kapitel 2.3).

Daraus ergeben sich Handlungsbedarfe, die identifizierten Wissenslücken zu schließen und das Versorgungsnetzwerk stärker auf die Bedarfe schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen auszurichten. Hierzu gehört insbesondere, den Akteur:innen der unterschiedlichen Hilfesysteme einen besseren Überblick über bestehende Angebote und Zuständigkeiten zu vermitteln.

KAPITEL 4 HANDLUNGSBEDARFE UND LÖSUNGSANSÄTZE

4.1.1 Wissenslücken schließen

Die folgenden Inhalte sollen helfen, die identifizierten Wissenslücken zu schließen.

Übersicht schaffen

Um die Übersicht über das System zu verbessern, empfiehlt sich die Bündelung und strukturierte Darstellung der relevanten Angebote und Ansprechpartner:innen.

1. Eine umfassende Einrichtungsübersicht führt die Institutionen in Münster auf, die gesundheitliche oder pflegerische Unterstützung für wohnungslose Menschen anbieten – ergänzt um Informationen zu Art und Umfang der Hilfen sowie zu den jeweiligen Kapazitäten.
2. Eine praxisorientierte Kontaktliste ermöglicht es Fachkräften, direkt die zuständigen Ansprechpartner:innen zu finden, um langwieriges Suchen oder Telefonketten zu vermeiden.

Cared.Wende möchte solche Arbeitshilfen erstellen und sie nach vorheriger Abstimmung in Netzwerk öffentlich verfügbar machen. Zudem wird Cared.Wende eine regelmäßige Aktualisierung sichern, um die dauerhafte Nutzbarkeit im Alltag zu gewährleisten.

Workshops gestalten

Workshops fördern neben strukturellem Wissen auch den Perspektivwechsel und die Sensibilisierung. Auf diese Weise wirken sie unbewussten Vorannahmen sowie diskriminierenden Zuschreibungen entgegen (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017, S. 482).

Theoretisch betrachtet lässt sich der Wissenstransfer in Workshops als Teil der reflexiven Professionalität nach Dewe verorten (vgl. Dewe 2009, S. 105f.). Workshops schaffen den Raum „Nicht-Wissen“ (ebd., S. 106) als Ausgangspunkt für Reflexion zu nutzen. Unsicherheiten werden dabei nicht ausgeblendet, sondern multiperspektivisch beleuchtet und aktiv für persönliches und fachliches Wachstum eingesetzt. Dabei stützen sie sich auf die demokratische Rationalität, die Dewe als Grundlage der reflexiven Professionalität ansieht (vgl. ebd., S. 105f.).

Es empfiehlt sich daher Workshops zu gestalten, in denen Fachkräfte mehr über die Lebensumstände der schwerkranken und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen erfahren können. So erhalten etwa Sozialdienste der Krankenhäuser Einblicke in die pflegerischen Möglichkeiten und Grenzen der Wohnungslosenhilfe. Dadurch können beispielsweise Entlassungen in

ungeeignete Settings vermieden werden. Darüber hinaus eröffnen Workshops auch für Fachkräfte der Wohnungslosenhilfe Räume zur Reflexion spezifischer Bedarfe schwerkranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen und helfen dabei, strukturelle Herausforderungen im Arbeitsalltag zu benennen und gemeinsam an Weiterentwicklungen zu arbeiten.

Auf Basis der gesammelten Erkenntnisse gestaltet möchte Cared.Wende spezifische Workshops gestalten, die auf die Schließung dieser Wissenslücken ausgerichtet sind.

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP)

Seitens der Fachkräfte bestehen vielfach Unsicherheiten im Umgang mit lebenslimitierenden Erkrankungen und plötzlichen Verschlechterungen des Gesundheitszustands schwerkranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen.

Um die Handlungssicherheit zu stärken, kann das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V (GVP) speziell für diese Zielgruppe einen geeigneten Rahmen bieten.

Die GVP ist ein zentrales Instrument zur Stärkung der Autonomie (vgl. Beu 2022, S. 8): Sie ermöglicht es den Menschen, aus einer eher passiven Empfängerrolle herauszutreten und in unterschiedlichen Gesprächsformaten ihre Wünsche, Vorstellungen und Entscheidungen frühzeitig zu thematisieren und festzuhalten. Es handelt sich dabei um einen Prozess aus wiederkehrenden Gesprächsangeboten, die an die jeweilige Situation der Menschen individuell angepasst werden können. Obwohl die gesetzliche Refinanzierung der GVP derzeit auf stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe beschränkt ist, wird die Übertragung dieses Instruments auf die Wohnungslosenhilfe zur Sicherstellung einer würdevollen, an den individuellen Wünschen des Menschen ausgerichteten Versorgung bei schwerer Krankheit und am Lebensende aus Perspektive von Cared.Wende als sehr sinnvoll erachtet.

Ethische Fallbesprechung

Die Fachkräfte, insbesondere der Wohnungslosenhilfe, sind regelmäßig mit ethischen Dilemmata konfrontiert. Instrumente der Ethikberatung können hier Entlastung bieten und zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.

„Ethikberatung im Gesundheitswesen stellt ein Instrument zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von kran-

ken, pflegebedürftigen und behinderten Menschen dar. Sie umfasst u. a.: Die Durchführung individueller ethischer Fallbesprechungen (Ethik-Fallberatung), die Erstellung von internen Leitlinien bzw. Empfehlungen (Ethik-Leitlinien) sowie die Organisation von internen und öffentlichen Veranstaltungen zu medizin- und pflegeethischen Themen (Ethik-Fortbildungen).“ (Akademie für Ethik in der Medizin 2019, S. 2)

Dabei hat sich insbesondere die ethische Fallbesprechung als Standard etabliert. In einem methodisch angeleiteten, interdisziplinären Austausch diskutieren alle beteiligten Akteur:innen die moralischen Fragestellungen eines spezifischen Falls, um einen Konsens für das weitere Handeln zu finden (vgl. Graßme 2024, S. 59).

Die ethische Fallbesprechung bietet eine wirksame Entlastung für Fachkräfte, die in der Arbeit mit schwer kranken und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen häufig Gefühle von Ohnmacht oder Überforderung erleben. Das Format ermöglicht es, komplexe Einzelfälle gemeinsam zu betrachten und die fachliche wie moralische Verantwortung auf mehrere Schultern zu verteilen. Dies kann den individuellen Druck reduzieren und der Entstehung von Moral Distress vorbeugen (vgl. ebd., S. 60; vgl. Stiftung ZQP 2020, S. 1). Zudem bietet sie

Raum, das Spannungsfeld zwischen Sorgeverantwortung und Hilfeablehnung zu reflektieren. Dies unterstützt Fachkräfte dabei, die Autonomie der Menschen zu wahren und gleichzeitig die Grenzen ihrer Einwirkung zu akzeptieren, ohne dies als persönliches Versagen zu werten.

KAPITEL 4 HANDLUNGSBEDARFE UND LÖSUNGSANSÄTZE

4.1.2 Netzwerkarbeit stärken

Für die Versorgung schwer kranker und pflegebedürftiger Menschen sind strukturübergreifende Netzwerke mit multiprofessioneller Beteiligung von zentraler Bedeutung. Eine im Rahmen der Forschung interviewte Fachkraft stellte fest, dass es essenziell sei „in Krisen Köpfe [zu] kennen“ (IGW02). Doch nicht nur in Krisen fehlen derzeit noch entsprechende Netzwerke oder sie grenzen sich aufgrund unterschiedlicher Logiken voneinander ab. Daraus ergibt sich der Handlungsbedarf, das Versorgungsnetzwerk insgesamt zu stärken.

Auch die Literatur untermauert, dass professionelle Netzwerke essenziell sind: Sie schaffen Zugänge zu Versorgungsangeboten für Klient:innen (vgl. Schierer/Hein 2024, S. 249). Außerdem eröffnen sie soziales Kapital im Hinblick auf Beziehungen und Ressourcen, die wiederum zur Zugangseröffnung notwendig sind (vgl. ebd.).

Auch Übergangsphasen zwischen zwei Angeboten werden durch funktionierende, ineinandergreifende Netzwerke koordiniert und damit sicher gestaltet. Forschung zeigt, dass Netzwerke und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit Chancen eröffnen, Übergänge zu gestalten und Schnittstellenprobleme zu vermeiden (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2019, S. 572). Denn gerade in

Übergangsphasen – etwa beim Wechsel in ein anderes bedarfsgerechtes Setting – werden kritische Schnittstellen auch in der Literatur deutlich: Zugänge werden nicht erschlossen und Menschen verbleiben ohne passgenaue Versorgung, weil Netzwerke nicht kooperieren (vgl. Engelmann/Mahler/Follmar-Otto 2020, S. 45).

Hier zeigt sich die enge Verbindung der Module Wissen vermitteln und Zugang ermöglichen.

Einen theoretisch fundierten Zugang zur Netzwerkstärkung bietet der Ansatz der Communities of Practice (CoP) nach Lesser und Prusak (vgl. Lesser/Prusak 1999, S. 3f.).

Communities of Practice (CoP)

CoP definieren sich als Gruppen von Personen, die durch informelle Beziehungen verbunden sind, ähnliche Arbeitsrollen haben und einen gemeinsamen Kontext teilen (vgl. ebd.). Nach Wenger bestehen sie aus drei Grundelementen (vgl. Abou-Zeid 2007, S. 260):

- **Gemeinsames Unternehmen:** gemeinsame Zielsetzung und gleiches Verständnis der Mitglieder einer Gemeinschaft über Situation
- **Gegenseitiges Engagement:** Bindungen innerhalb der Gemein-

schaft, durch die gemeinsames Lernen, Vertrauen und geteilte Normen über Zusammenarbeit entstehen

- **Gemeinsames Repertoire:** über die Zeit entwickeltes Wissen und gemeinsame Ressourcen

Für das Hilfesystem in Münster sind netzwerkorientierte Workshops zur Bildung von CoP ein zentrales Instrument: Als gemeinsame Unternehmung fördern sie die Bildung eines gemeinsamen Verständnisses über das aktuelle Hilfesystem und seine Barrieren.

Gegenseitiges Engagement fördert gemeinsame Lernprozesse und die Bildung einer vertrauensvollen Gemeinschaft, die durch Wissensvermittlung und Austausch ein gemeinsames Repertoire aufbaut.

Auf dieser Grundlage können sich die verschiedenen Akteur:innen des Hilfesystems in CoP über ihre Arbeitsbereiche austauschen. Der Einblick in verschiedene Systemlogiken und institutionelle Rahmenbedingungen fördert gegenseitiges Verständnis und erleichtert zukünftige Zusammenarbeit. Die Netzwerke werden durch die organisationsübergreifende Arbeit resilienter und bilden eine Grundlage zur Versorgungsoptimierung für die betroffenen Menschen.

Ein Beispiel hierfür ist die von Cared.Wende initiierte AG Gesundheit im gesamtstädtischen Konzept zur Neuausrichtung der Wohnungslosenhilfe in Münster (s. Kapitel 2.6).

Aufbauend auf den im Rahmen der AG Gesundheit während der Forschungs-

phase gemachten Erfahrungen wird Cared.Wende in der Praxisphase ihr Engagement in der AG fortführen. Außerdem möchte sie weitere Angebote zur Netzwerkstärkung schaffen. Hierzu gehören gegenseitige Praxisbesuche verschiedener Einrichtungen und Professionen, bei denen Bindungen

und persönliche Kontakte geknüpft werden können oder die Vernetzung von Pflegefachkräften in der Wohnungslosenhilfe.

4.2 ZUGANG ERMÖGLICHEN

Für eine bedarfsgerechte Versorgung schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen ist der Zugang zu entsprechender gesundheitli-

cher bzw. pflegerischer Unterstützung essenziell. Um die identifizierten strukturellen und administrativen Barrieren (s. Kapitel 2.6) zu überwinden, müssen

Antrags- und Zugangsverfahren vereinbart und die Systemlogiken der beteiligten Versorgungsbereiche besser aufeinander abgestimmt werden.

4.2.1 Verbesserte Koordination

Viele schwer kranke und pflegebedürftige Menschen bleiben, insbesondere durch mangelnde Schnittstellenkoordination, unterversorgt bzw. gänzlich unversorgt (s. Kapitel 2.6). Diese Schnittstellen können durch die zielgerichtete Koordination einer fallverantwortlichen Fachkraft verbindlicher gestaltet werden. Ein solches Vorgehen trägt dazu bei, Versorgungsabbrüche zu reduzieren und die betroffenen Menschen bei der Navigation durch das komplexe Hilfesystem zu unterstützen.

Die Aufgaben der Steuerung und Begleitung sind fachlich dem Case-Management-Ansatz zuzuordnen. Im

folgenden Exkurs wird das Case Management als methodischer Bezugsrahmen vorgestellt.

Case Management

„Case Management bezeichnet eine bedarfsorientierte Steuerung („Management“) einer Fallsituation („Case“) zur Bewältigung einer personenbezogenen Problematik. Es erfolgt innerhalb einer Organisation und im regionalen Versorgungsgefüge. Damit ist Case Management ein das organisierte Verfahren und das regionale Versorgungsgefüge veränderndes Handlungskonzept, an dem unterschiedliche Professionen und

Organisationen sektorenübergreifend beteiligt sein können.“ (Deutsche Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC) 2020, S. 2)

Demnach erhalten einzelne betroffene Menschen hauptsächlich durch Beratung einer bestimmten Fachkraft Unterstützung, um ihre Bedarfe zu erfüllen, die vorab gemeinsam erörtert werden (vgl. DGCC 2020, S. 2f.).

Die Methode verläuft in sechs Phasen sowie zwei begleitenden Bausteinen: Zugangseröffnung, Assessment, Planung, Linking, Monitoring, Evaluation und Rechenschaftslegung (vgl. in An-

KAPITEL 4 HANDLUNGSBEDARFE UND LÖSUNGSANSÄTZE

lehnung an Wendt 2024, S. 138ff.; DGCC 2020, S. 7f.):

1. Zugangseröffnung: Kontaktaufnahme, Angemessenheitsprüfung und ggf. Vereinbarung zur Einleitung von Case Management
2. Assessment: Beschreibung und Dokumentation der Versorgungs- und Lebenssituation (Ressourcen und Probleme) sowie der Bedarfslage des Personensystems
3. Planung: Festlegung der Ziele und Unterstützungsleistungen
4. Linking: Vermittlung in bedarfsgerechte Angebote
5. Monitoring: Sicherung, Prüfung und Bewertung der Unterstützungsangebote inklusive Fallsteuerung
6. Evaluation: Bewertung und Abschluss des Case Managements

Zusätzlich müssen zwei weitere Bausteine durchgehend beachtet werden, um die Qualität zu sichern, das Vorgehen zu legitimieren und

die Systemebene durch ein stabiles Netzwerk zu stärken (vgl. ebd.):

7. Rechenschaftslegung: fortlaufende Dokumentation zur Qualitätssicherung und Legitimierung
8. Systemarbeit: Netzwerkaufbau und -pflege erfolgen durchgängig

Die hier gezeigte durchgängige Versorgungsplanung ermöglicht ein „Continuum of Care“ (vgl. Wendt 2024, S. 47). Versorgungsabbrüche werden reduziert, da eine durchgehende Unterstützung gegeben ist: Durch die stetige Begleitung und den Beziehungsaufbau wird die Annahme von Hilfen möglich. Die in der Forschung herausgestellten negativen Auswirkungen, wie etwa Drehtüreffekte oder die Verelendung im öffentlichen Raum, lassen sich hierdurch abmildern.

Case Management agiert nicht nur auf der Einzelfallebene – die Systemebene wird ebenso mitgedacht (vgl. DGCC 2020, S. 3). Case Manager:innen bauen

ein Netzwerk mit den fallbezogen relevanten Akteur:innen auf (vgl. ebd., S. 7). Dieses Netzwerk bietet – wie in Kapitel 2.6.3 beschrieben – für die betroffenen Menschen soziales Kapital, das zur Deckung der Bedarfe beitragen kann.

Eine Implementierung dieser Strukturen in ein Hilfesystem führt zu Veränderungen der regionalen Versorgungslandschaft, da neue Netzwerke entstehen und andere Versorgungswege gegangen werden können (vgl. DGCC 2020, S. 7). Case Management bietet durch die Mehrebenenarbeit eine Möglichkeit, Einzelfallarbit zu leisten und gleichzeitig hinderliche Strukturen im Netzwerk zu ändern.

In Anlehnung an diese Erkenntnisse plant Cared.Wende modellhafte niedrigschwellige Unterstützung für die betreffenden Menschen zu leisten, damit sie einen Zugang zum Hilfesystem erhalten.

4.2.2 Verbesserter Zugang zu Leistungen aus der Pflegeversicherung

Schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen haben aus unterschiedlichen Gründen oftmals keinen Zugang zu Leistungen aus der Pflegeversicherung (s. Kapitel 2.2). Professionelle Pflegeberatung kann ein Instrument sein, den Zugang zu entsprechenden Leistungen zu ermöglichen.

Pflegeberatung

Das Bundesministerium für Gesundheit beschreibt Pflegeberatung als Unterstützung, die Bedarfe ermittelt und Versorgungspläne erstellt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2025). Rechtlich ist dieser Anspruch in § 7a SGB XI verankert.

Für schwer kranke wohnungslose Menschen mit Pflegebedarf zeigt sich ein besonderer Anpassungsbedarf der Pflegeberatung. Sie sollte vermehrt dort angeboten werden, wo die Menschen sich tatsächlich aufhalten. Dafür ist die Kooperation mit Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe notwendig. So werden

Zugangsbarrieren verringert und die betroffenen Menschen können niedrigschwellig erreicht werden.

Pflegegrad als Türöffner

Ein wesentliches Ziel dieser Beratung ist die Erlangung eines Pflegegrades. Ohne diesen bleiben viele Menschen in einem „Schwebezustand“: Gesundheitliche Einschränkungen sind sichtbar, werden jedoch leistungsrechtlich nicht berücksichtigt. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe können Orte sein, an denen Pflegebedürftigkeit erstmals wahrgenommen und Antragsverfahren angestoßen werden.

Unabhängig von der unmittelbaren Inanspruchnahme von Pflegeleistungen kommt dem Pflegegrad eine eigenständige Bedeutung zu. Er kann Zugänge zu

weiterführenden Versorgungsformen wie Kurzzeit- oder stationärer Pflege eröffnen und trägt zur Objektivierung von Unterstützungsbedarfen gegenüber Verwaltung und weiteren Leistungsträgern bei. Auch wenn (zunächst) keine Pflegeperson oder kein Pflegedienst zur Verfügung steht, besteht damit ein gesetzlich legitimierter Anspruchsstatus nach § 33 SGB XI.

Im Rahmen der einzelfallbezogenen Unterstützung möchte Cared.Wende schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen bei der Antragsstellung begleiten, Orientierung im Verfahren bieten.

Kooperation mit dem Medizinischen Dienst

Damit die Zielgruppe einen verbesserten

Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung erhalten kann, müssen die Bedarfe der Menschen unter Berücksichtigung der lebenslagenbezogenen Umstände vollständig erfasst werden. Dies ist bislang nicht durchgängig gewährleistet (s. Kapitel 2.2).

Hier wäre ein kooperatives Lernformat zwischen der Wohnungslosenhilfe und dem Medizinischen Dienst denkbar, mit dem Ziel in einem fachlichen Austausch die besonderen Lebenslagen wohnungsloser Menschen (wie z. B. konsumbedingte Hilfebedarfe oder instabile Wohnverhältnisse) sichtbar zu machen. Ziel ist eine wechselseitige Sensibilisierung. Der direkte Kontakt hilft dabei, Barrieren abzubauen und die Bedarfe der Menschen im Begutachtungsprozess besser zu berücksichtigen.

4.3 LEBENSORTE GESTALTEN

Der Zugang zu Leistungen allein garantiert noch keine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung der Zielgruppe sicherstellen. Auch bei erfolgter Zugangseröffnung fehlen vielfach geeignete Lebensorte (s. Kapitel 2.4). Zunächst

geht es daher um die Frage, inwiefern bestehende Lebensorte für schwer kranke und pflegebedürftige Menschen mit unterschiedlichen Bedarfen besser zugänglich gemacht werden können.

KAPITEL 4 HANDLUNGSBEDARFE UND LÖSUNGSANSÄTZE

4.3.1 Anpassung stationärer Pflegeeinrichtungen

In der Praxis gelingt eine Aufnahme wohnungsloser Menschen in stationäre Pflegeeinrichtungen auch trotz anfänglicher Vorbehalte, allerdings nur dann, wenn die Menschen den dortigen Anforderungen an Verhalten, Tagesstruktur und Kooperation entsprechen. Menschen mit besonders komplexen Problemlagen, insbesondere in Konstellationen mit erhöhten psychosozialen, psychiatrischen oder suchtabhängigen Unterstützungsbedarfen, bleiben hingegen häufig ausgeschlossen (vgl. Kapitel 2.4 & 2.5).

Es können nicht alle Pflegeeinrichtungen an alle Bedarfs- und Lebenslagen aller schwer kranken und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen angepasst werden. Trotzdem gibt es Ansatzpunkte, wie bestehende Zugangsbarrieren reduziert werden können.

Dies betrifft insbesondere die Anregung und Ermöglichung des Austauschs zwischen Pflegeeinrichtungen und Wohnungslosenhilfe, etwa im Rahmen des Moduls Wissen vermitteln (s. Kapitel 4.1). Formate wie Workshops zur Re-

flexion von Vorannahmen, Diskriminierung und institutionellen Routinen, die gemeinsame Besprechung konkreter Fallkonstellationen sowie die Bündelung und Weitergabe von Wissen zu typischen Bedarfen und Herausforderungen können dazu beitragen, Hürden abzubauen und Zugänge grundsätzlich zu erleichtern.

4.3.2 Begleitende Hilfen beim Umzug in Pflegeeinrichtungen

Viele schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen benötigen zur Aufrechterhaltung einer kontinuierlichen Versorgung Unterstützung beim Umzug in stationäre Pflegeeinrichtungen. Der mit dem Umzug verbundene bürokratische Aufwand wird dabei oft ebenso wenig berücksichtigt wie eine begleitende Unterstützung im Anschluss an den Umzug.

Laut einer Studie aus dem Jahr 2015 betreut eine Fachkraft des Sozialdienstes eine:n Bewohner:in durchschnittlich circa acht Minuten am Tag (vgl. GKV-Spitzenverband 2015, S. 98). Hierbei sind auch Freizeit- und Gruppenangebote

berücksichtigt. Es zeigt sich deutlich, dass der reguläre Sozialdienst in Pflegeheimen nicht ausreichend Zeit für eine individuelle Betreuung hat, die auf die komplexe Lebenslage der (ehemals) wohnungslosen Person zugeschnitten ist.

Die Fortsetzung einer Unterstützung durch sozialarbeiterisches Fachpersonal der Wohnungslosenhilfe während und nach dem Umzug in eine Pflegeeinrichtung kann eine Brückenfunktion übernehmen, etwa im Kontakt zu Mitbewohner:innen, Pflegepersonal, Ärzt:innen und Leistungsträgern. Die Hinzuziehung dieser Fachkraft böte mehr zeitliche

Spielräume für die individuelle Betreuung des betreffenden Menschen.

Derzeit gibt es keine strukturell verankerte Möglichkeit, die beschriebenen sozialarbeiterischen Unterstützungsleistungen der Wohnungslosenhilfe – etwa in Form begleitender Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten – regelhaft in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Entsprechende Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII werden in der Praxis überwiegend Menschen ohne Pflegegrad oder mit Pflegegrad 1 gewährt (vgl. Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz 2022, S. 8).

Denkbar wäre ebenfalls die Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe – allerdings gelingt dies in der Praxis wohnungslosen Menschen selten (vgl. Der Paritätische Berlin 2024, S. 3). Die Zugangsverfahren zur Eingliederungshilfe seien langwierig und die Voraussetzungen, insbesondere die Mitwirkungspflichten für die Klient:innen, zu hochschwellig (vgl. Brüchmann/Busch-Geertsema/Henke 2025, S. 66f.; s. Kapitel 2.2.3).

Die Bereitstellung einer sozialarbeiterischen Begleitung der betroffenen Menschen auch nach Einzug in eine Einrichtung mit Pflegefokus würde den Übergang für den Menschen und das System erleichtern. Eine dauerhafte zusätzliche Anbindung könnte die besonderen Bedarfe der Menschen in komplexen Lebenslagen adressieren, die derzeit zeitlich vom dortigen Personal nicht abgedeckt werden kann. So ließe sich ein Gegenentwurf zum Inverse Care Law ge-

stalten, damit Menschen mit komplexen Hilfebedarfen eine adäquate Versorgung durch weiteres soziales Kapital erhalten. Für die Umsetzung sind eine rechtliche Klärung und die Sicherstellung einer Finanzierung notwendig.

4.3.3 Umbau von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

Die meisten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind nicht barrierefrei und für mobilitätseingeschränkte Menschen daher nur begrenzt geeignet.

Um eine bedarfsgerechte Versorgung mobilitätseingeschränkter – und damit häufig auch unterstützungsbedürftiger – Menschen in den Unterkünften möglichst lange zu gewährleisten, sind bauliche Umgestaltungen erforderlich. Diese können etwa dazu beitragen, die

Selbstständigkeit der Bewohner:innen aufrechtzuerhalten, Stürze zu vermeiden und letztlich den Verbleib in den Einrichtungen längerfristig zu ermöglichen, als es bisher der Fall ist.

Denkbar wären z. B. der nachträgliche Anbau von geeigneten Fahrstühlen oder die Angleichung an den Bürgersteig. Hierfür müssen allerdings die Rahmenbedingungen stimmen und eine enge Abstimmung mit den Behörden erfolgen.

Kleinere Anpassungen in den Einrichtungen selbst – wie Handgriffe und bodentiefe Duschen (vgl. Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) 2020, S. 17) – sind i.d.R. einfacher zu realisieren. Dennoch müssen auch bei diesen Maßnahmen die baurechtlichen Vorschriften sowie der Bestandsschutz gewahrt bleiben, was in der praktischen Umsetzung eine frühzeitige fachliche Prüfung und enge Abstimmung mit den Kostenträgern erfordert.

4.3.4 Konzeption von Krankenwohnungen

Es gibt verschiedene Bedarfe schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen, für die es in Münster aktuell keine Versorgungsoptionen gibt. Wie am Beispiel der unkoordinierten Krankenhausesentlassungen deutlich wurde, fehlt in Münster eine Möglichkeit, die Zielgruppe an den

Übergängen zwischen Krankenhaus und weiterer Versorgung zu stabilisieren. Hier setzt das Konzept der Krankenwohnung an.

Übergängen zwischen Krankenhaus und weiterer Versorgung zu stabilisieren. Hier setzt das Konzept der Krankenwohnung an.

KAPITEL 4 HANDLUNGSBEDARFE UND LÖSUNGSANSÄTZE

Im Folgenden werden verschiedene Konzepte von Krankenwohnungen in Deutschland thematisiert, die sich in ihrer Ausgestaltung stark unterscheiden (vgl. z.B. Schiffer 2017, S. 68 ff.; Doering et al. 2002, S. 375 ff.). Differenzierungskriterien sind die z. B. die Zimmerstruktur (Einzel-/Mehrbettzimmer), der Grad der Selbst- bzw. Fremdversorgung, der Leistungsbezug sowie die Barrierefreiheit.

Ursprünglich entstand das Konzept der Krankenwohnung am Institut für Krankenhausbau an der TU Berlin (vgl. Kliemke 2015, S. 17). Es sieht vor, dass kranke Menschen mit einem akuten Pflegebedarf in einem Zeitraum von circa drei Wochen in einer Krankenwohnung nahe ihrer eigentlichen Wohnung gepflegt werden (vgl. ebd.). Durch den Erhalt der sozialen Infrastruktur der Menschen soll die Rückführung in die eigene Häuslichkeit erleichtert werden. Folgende Pflege kann in diesen Einrichtungen laut Konzept geleistet werden:

- **ausgelagerte häusliche Pflege (§ 37 SGB V) zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten,**
- **häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI),**
- **Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und**
- **Palliativpflege (§ 39a SGB V).**

Ziel ist die Stabilisierung von akut kranken Menschen mit einem aktuell erhöh-

ten Pflegeaufwand, damit sie anschließend in ihre Häuslichkeit zurückkehren können (vgl. Kruse/Nikolaus 1992, S. 31).

In Hannover wurde 1999 eine erste Krankenwohnung für wohnungslose Menschen installiert (vgl. Hackmann 2005, S. 208 f.). Die Evaluation der ersten 1,5 Jahre dieser Krankenwohnung zeigt die Auswirkungen auf die Menschen, die das Angebot genutzt haben:

- **eine einfachere Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe**
- **eine genaue Feststellung des Gesundheitszustandes**
- **bei einem Drittel die Ausstiegsmöglichkeit aus der Wohnungslosigkeit**
- **die Verhinderung von Krankenhausaufenthalten (vgl. Doering et al. 2002, S. 381).**

Analog der positiven Ergebnisse weiterer Krankenwohnungen mit Fokus auf Sucht (vgl. Schiffer 2017, S. 74), zeigt sich, dass die Implementierung ein entsprechendes Angebot auch in Münster sinnvoll sein könnte.

Krankenwohnungen schaffen für schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen einen geschützten Rahmen, in dem sie „in Ruhe krank sein“ (Schiffer 2017, S. 76) dürfen. Sie dienen als Bindeglied zwischen Gesundheitswesen und Wohnungslosenhilfe, deren Zusammenarbeit derzeit

lückenhaft ist. Durch eine solche Ergänzung des Hilfesystems kann eine Struktur geschaffen werden, die notwendige Erholungs- und Genesungsprozesse nach Krankenhausaufenthalten unterstützt. Zudem würden Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe entlastet, indem akut kranke Menschen mit hohem Weiterbehandlungsbedarf nicht unmittelbar zurückkehren.

Der Aufenthalt in der Krankenwohnung bietet die Chance, Bedarfe zu ermitteln, Weiterbehandlungen einzuleiten und eine passende Unterbringungsmöglichkeit zu suchen. Dadurch ergäbe sich die Möglichkeit zur bedarfsorientierten Weitervermittlung, wenn sich im Verlauf zeigt, dass eine Rückkehr in die bisherige Unterkunft nicht möglich ist oder noch gar keine Anbindung an eine Unterkunft vorlag, z. B. bei vormalig obdachlosen Menschen. So können Übergänge aktiv gestaltet und Drehtüreffekte vermieden werden.

4.3.5 Weiterentwicklung des Gruppenwohnkonzepts

Über die akute Stabilisierung hinaus braucht es jedoch auch dauerhafte, bedarfsgerechte Wohnformen. Konzepte wie Pflege-Wohngemeinschaften oder Clusterwohnungen zeigen hierbei mögliche Wege auf, wie Pflege und Selbstbestimmung in kleinteiligen und dezentralen Strukturen kombiniert werden können. Solche „shared Housing Arrangements“ (Doetter/Schmid 2017, S. 1), also ambulant betreute Wohngemeinschaften, ermöglichen den betreffenden Menschen das „ageing in place“ (Bolster-Foucault 2024, S. 2), also das Verbleiben am vertrauten Lebensort auch bei zunehmendem Pflegebedarf. Diese Ansätze bieten insbesondere für Menschen eine Lösung, die in klassischen Pflegeheimen aufgrund ihrer

Lebensgeschichte auf Barrieren stoßen. Gleichzeitig ist festzustellen, dass entsprechende Angebote bislang nur begrenzt verfügbar sind und sozial benachteiligten Menschen oftmals nicht offenstehen (vgl. ebd.).

Ein konkreter Ansatzpunkt in Münster ist hierbei die Weiterentwicklung des Gruppenwohnkonzeptes im Wohnen60plus. Dabei könnte ein Teil der intensiv ambulant betreuten Appartements in seiner Form erhalten bleiben. Ein kleiner Teil der Wohneinheiten könnten als Pflegeappartements umgestaltet werden. Auf diese Weise könnten betreffende Menschen, die über die Zeit im Wohnen60plus pflegebedürftiger werden, in die gesonderten pflegeintensive-

ren Appartements umziehen und damit an ihrem Lebensort im Alter verbleiben.

Die beschriebenen Maßnahmen zeigen praktische Wege auf, wie Versorgung durch die Weiterentwicklung bestehender Angebote gelingen kann. Cared.Wende kann im Modul Lebensorte gestalten als Impulsgeberin fungieren, die das in der Forschungsphase gewonnene Wissen dafür einsetzt, um gemeinsam mit den Akteur:innen vor Ort passgenaue Lösungen für Münster anzuregen.

KAPITEL 5 RESÜMEE

In diesem Resümee führen wir die zentralen Erkenntnisse des Forschungsberichts zusammen, ordnen sie mit Blick auf die unterschiedlichen Ebenen und

Akteur:innen ein und bündeln die daraus resultierenden Implikationen für die Praxis.

5.1 SITUATION IN MÜNSTER

Die vorliegende Situationsanalyse ermöglicht erstmals eine systematische, gesundheitsbezogene Betrachtung der Versorgung schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen im lokalen Kontext von Münster. Sie zeigt, dass die Stadt über differenzierte Angebote und engagierte Akteur:innen verfügt. Zugleich wird deutlich, dass trotz tragfähiger Strukturen weiterhin relevante Versorgungslücken bestehen und die vorhandenen

Einrichtungen die besonderen Bedarfe der Zielgruppe bislang nicht durchgängig verlässlich adressieren können.

Die Weiterentwicklung der Versorgung erfordert daher die gezielte Ergänzung bestehender Angebote, eine engere Vernetzung vorhandener Strukturen sowie eine eindeutige systemübergreifende Übernahme von Verantwortung für komplexe Verläufe. Im Vordergrund stehen dabei insbesondere der

gleichberechtigte Zugang zu gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung für die betreffenden Menschen sowie eine verbindliche Koordination zwischen den beteiligten Akteur:innen. Ziel muss die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung sein – unabhängig von der Wohnform und jenseits systemischer Zuständigkeitsgrenzen.

5.2 ZIELGRUPPE

Ein erheblicher Teil der schwer kranken und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen ist im Alltag regelmäßig auf gesundheitliche und pflegerische Unterstützung angewiesen, dies schließt palliative Bedarfe ausdrücklich mit ein. Pflegebedürftigkeit wird im Kontext der Wohnungslosenhilfe häufig über konkrete Unterstützungsbedarfe und nicht über einen formell festgestellten Pflegegrad definiert, da beim Zugang zu

Leistungsansprüchen erhebliche Barrieren bestehen.

Im Feld wurde deutlich, dass für die Zielgruppe respektvolle Kommunikation, verständliche Informationen und das Vorhandensein von Bezugspersonen eine zentrale Voraussetzung für die Annahme von Unterstützung darstellen. Ebenso wichtig ist die Berücksichtigung der individuellen Situation der Menschen und der von ihnen

als notwendig erachteten gesundheitlichen und pflegerischen Unterstützung. Außerdem sollte ihre Vorstellung von angemessenem Wohnen Beachtung finden. Dies schließt die Möglichkeit zur Mitsprache bei der vorausschauenden Planung der eigenen Versorgung und die Berücksichtigung persönlicher Wünsche für Krisensituationen ausdrücklich mit ein.

Die Lebenslage der Menschen ist – unabhängig vom Geschlecht – prekär, häufig instabil und mit hohen Belastungen verbunden.

Aus den beschriebenen Befunden ergibt sich die Notwendigkeit einer aufsuchenden, niedrighwelligen Unterstützung, die Vertrauen aufbaut,

verlässliche Beziehungen ermöglicht und individuelle Lebenslagen berücksichtigt.

5.3 WOHNUNGSLOSENHILFE

Mitarbeitende der Wohnungslosenhilfe leisten täglich gesundheitliche und pflegerische Unterstützung, teils auch ohne entsprechende pflegfachliche Qualifikation. Die Situation ist durch strukturelle Rahmenbedingungen wie z. B. Personalknappheit und beengte Räumlichkeiten sowie durch die komplexen Unterstützungsbedarfe der zu versorgenden Menschen geprägt. Die Mitarbeitenden, insbesondere die Pflegefachkräfte, erleben regelmäßig ethische Konfliktsituationen, z. B. wenn die vorherrschenden Bedingungen aus

ihrer Sicht nicht mit ihrem professionellen Anspruch und geltenden Qualitätsstandards vereinbar sind.

Die bestehenden Strukturen sind allein nicht geeignet, vorhandene Zugangsprobleme zur regelhaften gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung systematisch aufzufangen. Sie wirken vielfach kompensatorisch und sind stark vom Engagement einzelner Personen und teils prekären Einzelfalllösungen abhängig. Darin wird deutlich, dass die Rolle der Pflege in der Woh-

nungslosenhilfe bislang nicht in allen Einrichtungen ausreichend strukturell abgesichert ist und systematischer Entwicklungsbedarf besteht. Ziel einer Weiterentwicklung muss es sein, die Mitarbeitenden zu entlasten und die Versorgungsqualität dauerhaft zu sichern. Dies erfordert sowohl eine tragfähige Refinanzierung gesundheitlicher und pflegerischer Leistungen als auch eine stärkere Verzahnung mit dem Regelsystem.

5.4 GESUNDHEITSWESEN

Für schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen ist der Zugang zu regelhafter gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung aus unterschiedlichen Gründen vielfach erheblich eingeschränkt.

Im Feld wurde sichtbar, dass Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe dadurch häufig Versorgungsaufgaben

übernehmen, die originär dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind. Strukturell ist die Wohnungslosenhilfe jedoch nicht darauf ausgerichtet, diese Anforderungen umfassend zu bewältigen.

Eingeschränkte Zugänge tragen dazu bei, dass die Zielgruppe im Gesundheitswesen oft erst im Rahmen gesundheitlicher Krisen – etwa beim

Rettungsdienst oder in Notaufnahmen – sichtbar wird.

Wenn schwer kranke wohnungslose Menschen im Krankenhaus behandelt werden, zeigen sich im Anschluss häufig weitere Schwierigkeiten. Entlassungen aus Einrichtungen des Gesundheitswesens zurück in die Wohnungslosenhilfe verlaufen häufig nicht

KAPITEL 5 RESÜMEE

zufriedenstellend, da es z. B. an Absprachen zwischen den beiden Systemen mangelt. Übergänge bleiben auch deshalb vielfach unkoordiniert, weil unter hohem Kosten- und Zeitdruck gearbeitet werden muss und Zuständigkeiten nicht eindeutig geklärt sind. Daher werden schwer kranke wohnungslose Menschen mit Pflegebedarf nicht selten in die Obdachlosigkeit oder in instabile Situationen entlassen.

Zur Stabilisierung bedarf es niedrigschwelliger Überbrückungsangebote, etwa in Form von Krankenwohnungen, die eine zeitlich begrenzte Versorgung zwischen Krankenhaus und weiterführender Unterstützung ermöglichen. Darüber hinaus wird eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Wohnungslosenhilfe benötigt.

Daneben bedarf es langfristiger Lösungen. Langfristig sollte das reguläre Pflegesystem personell und konzeptionell so ausgestattet werden, dass auch Menschen mit herausforderndem Verhalten oder Suchterkrankungen aufgenommen werden können. Da dies im klassischen Pflegeheim oft an Vorbehalten gegenüber der Zielgruppe und strikten Hausordnungen scheitert, müssen gezielt Pflegeplätze geschaffen werden, die eine fachgerechte Versorgung der Menschen garantieren.

5.5 ZUGANG ZU LEISTUNGEN

Verwaltungsverfahren, die der Zugangseröffnung zur Regelversorgung dienen – etwa die Beantragung eines Pflegegrades – sind oft auf stabile Lebenssituationen zugeschnitten. Viele schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen sind aufgrund ihrer instabilen Lebenslage jedoch auf zusätzliche Unterstützung angewiesen, um Leistungen überhaupt beantragen und aufrechterhalten zu können. Diese Unterstützung ist jedoch vielfach nur begrenzt verfügbar, da rechtliche Betreuer:innen und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe häufig überlastet sind und nur begrenzte Kapazitäten vorhalten können. Die vorgesehenen Stundensätze erlauben es vielfach nicht, eine dezidierte Hilfeplanung durchzuführen

und die notwendige engmaschige Begleitung zu gewährleisten.

Gleiches gilt für die Sozialdienste des Gesundheitswesens. Häufig kommen notwendige Leistungen gar nicht oder verspätet bei den Menschen an. In der Folge kann es wiederholt zu kostenintensiven Notversorgungen, etwa durch Einsätze des Rettungsdienstes oder Krankenhausaufenthalte kommen.

Es zeigt sich die Notwendigkeit einer strukturellen Absicherung durch einrichtungsübergreifende, aufsuchende Arbeit, die die Menschen gezielt bei Antrags- und Begutachtungsverfahren begleitet.

Zudem ist es im Sinne aller beteiligten Akteur:innen erforderlich, die Verwaltungsstrukturen stärker an den tatsächlichen Lebenslagen der Zielgruppe auszurichten – etwa durch vereinfachte Antragsverfahren und lebensweltorientierte Begutachtungen. Hierzu gehören insbesondere niederschwellige Pflegeberatungsangebote, die direkt an den Lebensorten der Zielgruppe verankert sind.

5.6 NETZWERK UND KOORDINATION

In der Praxis verläuft die einzelfallbezogene Zusammenarbeit zwischen den relevanten Akteur:innen der Wohnungslosenhilfe, des Gesundheitswesens und der Verwaltung – gegebenenfalls unter Einbezug weiterer Stellen wie dem Rettungsdienst und der Justiz – nicht ausreichend strukturiert und ist vielfach vom Einsatz einzelner Personen abhängig.

Über die sektoralen Übergänge hinaus ist eine dauerhafte, gesamtstädtische Vernetzung notwendig. Ein solches Netzwerk verbessert die Erreichbarkeit bestehender Angebote und sichert

die Kontinuität der Unterstützung über Einrichtungsgrenzen hinweg. Dazu bedarf es klar definierter Kommunikationswege und verbindlicher Kooperationsvereinbarungen, die Zuständigkeiten an den Schnittstellen zwischen den Hilfesystemen festlegen und den Wissenstransfer zwischen Fachkräften sicherstellen.

Die im Rahmen des gesamtstädtischen Konzepts zur Neuausrichtung der Wohnungslosenhilfe in Münster angestoßenen Prozesse zeigen exemplarisch, dass eine verbesserte Vernetzung sowohl die strukturelle

Zusammenarbeit stärkt als auch die einzelfallbezogene Versorgung erleichtert. Cared.Wende könnte dazu beitragen, die spezifischen Bedarfe schwer kranker wohnungsloser Menschen stärker in das Bewusstsein der beteiligten Akteur:innen zu rücken, um gemeinsam mit ihnen passgenaue Versorgungswege zu entwickeln.

KAPITEL 6 AUSBLICK

Den Abschluss unseres Forschungsberichts bildet der Ausblick auf die Praxisphase von Cared.Wende und Entwicklungsperspektiven auf systemischer Ebene.

Praxisphase von Cared.Wende

Cared.Wende versteht die Praxisphase als einen modellhaften Beitrag zur Schließung der in der Analyse beschriebenen Versorgungslücken: Dort, wo Wissen fehlt, Zugänge nicht gelingen oder passende Wohnangebote fehlen, soll Unterstützung und Orientierung angeboten, die Koordination gestärkt sowie die Weiterentwicklung der Praxis angestoßen werden. Dabei fokussiert sich Cared.Wende im Rahmen der drei Praxismodule auf die folgenden Maßnahmen:

- **Wissen vermitteln:** Workshops, Einrichtungsübersicht und Netzwerkstärkung
- **Zugang ermöglichen:** Einzelfallbezogene Unterstützung zur Zugangerschließung
- **Lebensorte gestalten:** Impulsgebung bezüglich der Anpassung von Einrichtungen und Anregung der Etablierung einer Krankenwohnung

Die bedarfsgerechte gesundheitliche und (palliativ-)pflegerische Versorgung der Menschen soll nicht vom Zufall einzelner Kontakte oder Einzelfalllösungen abhängen, sondern für

alle gleichermaßen erreichbar werden. Durch ein verbindliches Schnittstellenmanagement und eine verlässliche zentrale Koordination könnten belastende und kostenintensive Drehtüreffekte verringert werden. Außerdem können die Maßnahmen dazu beitragen, dass die geschilderten instabilen Übergangsphasen verkürzt oder vermieden werden. Das entlastet die Menschen ebenso wie das System.

In welchem Umfang dies gelingt, wird im weiteren Projektverlauf evaluiert. Die modellhafte Umsetzung der beschriebenen Maßnahmen bildet die Grundlage für eine mögliche Verstetigung von Cared.Wende im Anschluss an die derzeitige Förderung durch das Aktionsprogramm „Hilfen in Wohnungsnotfällen“ des MAGS NRW.

Verbesserung der Strukturen

Während das Projekt Zugänge schaffen und Schnittstellen überbrücken kann, bleibt die nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Zielgruppe eine gemeinschaftliche Aufgabe von Wohnungslosenhilfe, Gesundheitswesen und Verwaltung.

Erforderlich sind dabei insbesondere eine grundsätzliche Offenheit regulärer Versorgungsstrukturen – auch für Menschen mit komplexen Problemlagen –, kleinere und flexiblere Angebotsformen sowie Strukturen, die Menschen

ohne gesicherten Krankenversicherungsschutz auffangen können.

Zudem braucht es innovative Finanzierungs- und Förderkonzepte, die eine sektorübergreifende Kooperation ermöglichen und Ressourcen aus unterschiedlichen Leistungssystemen bündeln. Nur durch das Aufbrechen starrer Zuständigkeits- und Finanzierungsgrenzen lässt sich die Versorgung schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen – nicht nur in Münster – dauerhaft verbessern.

Die folgenden beiden Kapitel bilden den Abschluss des Berichts und beschreiben den wissenschaftlichen und reflexiven Rahmen, vor dessen Hintergrund die dargestellten Ergebnisse entstanden sind.

Kapitel 7 erläutert die handlungsleitenden ethischen Prinzipien und die Rolle der Forschenden im Feld. Kapitel 8 stellt detaillierte Informationen zum methodischen Vorgehen bei der Datenerhebung und Auswertung dar.

KAPITEL 7 ETHISCHE GRUNDLAGEN UND ROLLE ALS FORSCHENDE

In diesem Abschnitt betrachten wir die ethischen Grundlagen, die für unser Vorgehen während der Situationsana-

lyse im Kontakt mit schwer kranken und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen handlungsleitend waren.

Zudem reflektieren unsere Rolle als Forschende im Feld.

7.1 ETHISCHE GRUNDLAGEN

Die ethischen Grundlagen für unser Vorgehen bildeten die forschungsethischen Leitlinien aus dem Forschungsethikkodex der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA).

Respekt und Würdigung

Im Rahmen unserer Forschung achten wir auf eine respektvolle, sachliche und nicht-stigmatisierende Darstellung. Es ist uns ein Anliegen, Menschen nicht durch Sprache auf ihre vermeintlichen Defizite zu reduzieren (vgl. DGSA 2020, S. 3f.). Maßgeblich ist dabei die Anerkennung der Gleichwertigkeit aller Menschen – unabhängig von Hintergründen, Fähigkeiten oder persönlichen Merkmalen.

Berücksichtigung von Lebenslage und besonderen Belastungen

Die Situationsanalyse bezog sich auf Menschen, deren Lebenslagen durch komplexe Belastungen geprägt sind (vgl. Kapitel 1.10). Um zusätzliche Belastungen im Zusammenhang mit der Forschung zu vermeiden, wählten wir eine aufsuchende Vorgehensweise und führten Beobachtungen an Orten durch, an denen sich die Menschen ohnehin aufhielten (vgl. DGSA 2020, S. 4f.). Damit wurde die Forschung an die Lebenswelt der Betroffenen angepasst und nicht umgekehrt.

Achtung der Autonomie

Ein zentraler Aspekt unserer ethischen

Haltung war die Achtung der Autonomie der Zielgruppe. In Anlehnung an das Konzept der Lebensweltorientierung (vgl. Thiersch 2014, S. 22) bedeutete dies für unser Vorgehen, die Perspektiven und Entscheidungen der Menschen als deren individuelle Bewältigungsstrategien in einer extrem belasteten Lebenslage zu respektieren. Unser Ziel war es, die Realität der Betroffenen zu verstehen, ohne einen Veränderungsdruck aufzubauen. Wir achteten die Autonomie als das Recht, die eigene Situation nach den eigenen Prioritäten und Möglichkeiten zu bewältigen (vgl. ebd.).

KAPITEL 7 ETHISCHE GRUNDLAGEN UND ROLLE ALS FORSCHENDE

Transparenz

Unser Ziel war es darüber hinaus, den Forschungsprozess partnerschaftlich und transparent zu gestalten. Vor Beginn der Feldforschung informierten wir die Menschen über unser Projekt und dessen Ziele und standen für Rückfragen zur Verfügung.

Freiwilligkeit und informierte Zustimmung

Das transparente Vorgehen schuf – in Hinblick auf die informierte Zustimmung – einen geschützten Rahmen mit selbstbestimmten Handlungsoptionen (vgl. DGSA 2020, S. 6). Die Zustimmung haben wir jeweils mündlich eingeholt. Wir machten deutlich, dass es den Beteiligten jederzeit freistand, die Teilnahme ohne Angabe von Gründen zu beenden.

Schutz der Privatsphäre

Für den vorliegenden Bericht gilt: Alle erhobenen Daten wurden auf geschützten Systemen datenschutzkonform gesichert. Die am Forschungsprozess beteiligten Menschen nennen wir ausschließlich anonymisiert. Kontextangaben wurden auf ein Minimum reduziert, um Rückschlüsse auf Einzelpersonen zu verhindern (vgl. DGSA 2020, S. 8f.).

7.2 ROLLE ALS FORSCHENDE

Im Forschungsprozess bewegten wir uns als Fachkräfte mit beruflicher Erfahrung in der Wohnungslosenhilfe und im Gesundheitswesen in einem Spannungsfeld aus unserem beruflichen Anspruch und der gewohnten Praxis einerseits und der notwendigen Zurückhaltung als Forschende andererseits. Dieses Spannungsfeld reflektierten wir im Team und leiteten daraus unsere Rolle als Beobachter:innen im Feld ab. Diese Rolle machten wir gegenüber den beteiligten Einrichtungen und Menschen vor Beginn der Feldforschung transparent.

Ein unterstützendes Eingreifen erfolgte ausschließlich in Situationen akuter gesundheitlicher Gefährdung, in denen ein Nicht-Handeln ethisch nicht vertretbar gewesen wäre.

Die berufliche Expertise und Vertrautheit mit dem Feld und seinen Akteur:innen erleichterten einerseits den Zugang und die Kommunikation, andererseits konnte dieser Umstand zu Wahrnehmungsverzerrungen führen.

Dabei wurde deutlich, dass unsere Wahrnehmung einzelner Situationen durch berufliche Routinen und Erwartungen geprägt sein konnte. Solche Verzerrungen reflektierten wir in Teamgesprächen und Evaluationsterminen mit der GISS, mit dem Ziel, ihren Einfluss im Feld zu begrenzen und sie in der späteren Auswertung systematisch zu bedenken.

Unser Erkenntnisinteresse richtet sich grundsätzlich auf die Versorgung aller schwer kranken und pflege-

bedürftigen wohnungslosen Menschen in Münster und damit auf die gesamte Versorgungslandschaft. Gleichzeitig ist das Projekt in der Trägerstruktur der BHST verortet und damit in einen konkreten institutionellen Kontext eingebunden. Diese Rahmenbedingungen können Wahrnehmungen und Zugänge beeinflussen.

Um eine möglichst unabhängige Analyse sicherzustellen, reflektierten wir diese Einflussfaktoren sowohl im Vorfeld der Feldforschung als auch bei der anschließenden Auswertung und Einordnung der Ergebnisse.

KAPITEL 8 METHODISCHES VORGEHEN

Die folgenden Abschnitte erläutern die verwendete Methodik. Wir begründen die Auswahl der genutzten Methoden

und erklären die Auswertung vor einem theoretischen Hintergrund, um die Herleitung der Ergebnisse transparent

zu machen. Unser Vorgehen wird in Abbildung 7 veranschaulicht.

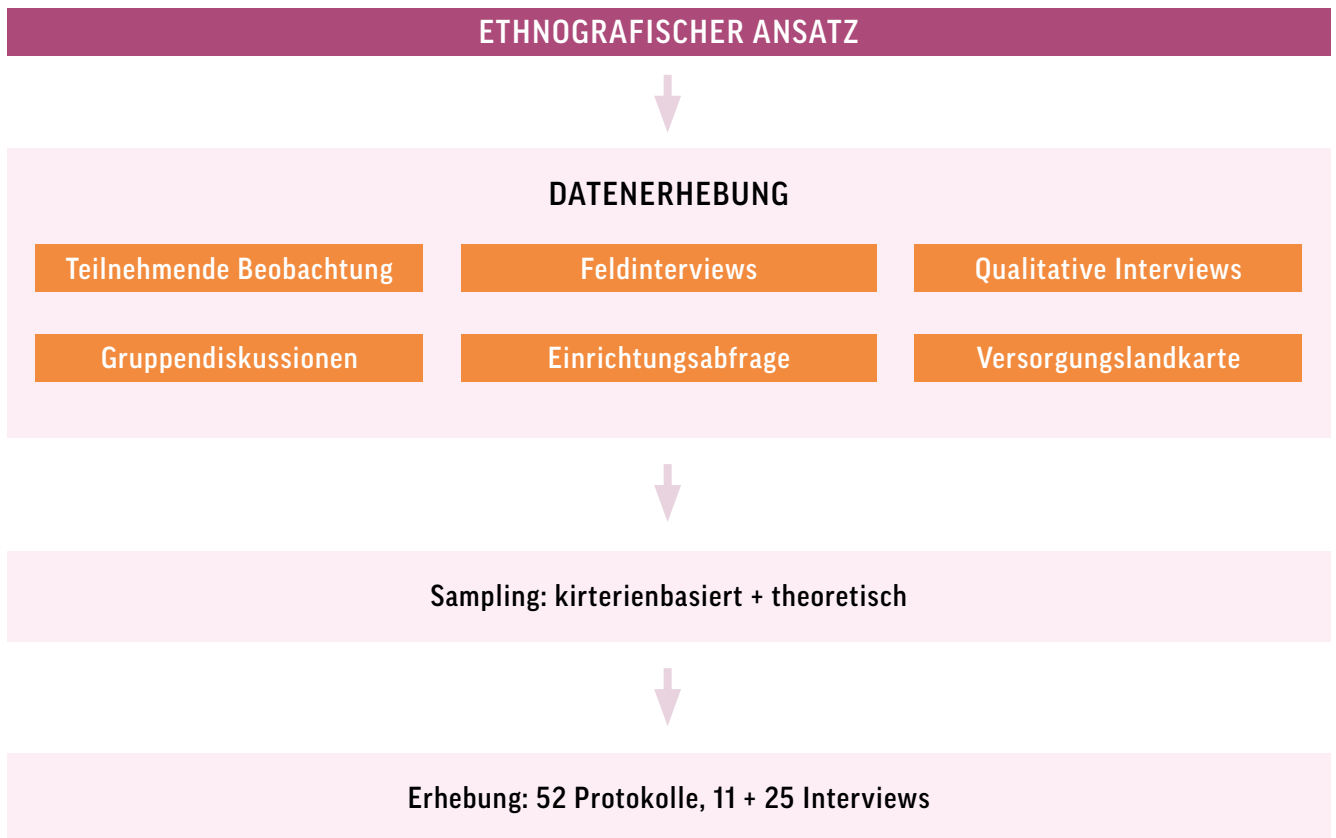


Abbildung 7: Datenerhebung

8.1 FORSCHUNGSDESIGN UND METHODENAUSWAHL

Für die Forschung wählten wir einen ethnografischen Ansatz, da der Forschungsgegenstand soziale Situationen betrifft. Um diese zu erfassen, ist eigenes Miterleben ideal (vgl. Breidenstein et al. 2020, S. 37f.). Durch den von uns genutzten Strang der

ethnografischen Alltagssoziologie können laut Begründer Schütz soziale Praktiken – wie die pflegerische Versorgung – erst im Alltag der Menschen erkannt und verstanden werden (vgl. ebd., S. 29f.). Dabei ist es zentral, die Perspektive der betreffenden Men-

schen aktiv zu erschließen, ohne sie als selbstverständlich voraussetzen – durch Präsenz, Beobachtung und Dialog (vgl. ebd., S. 30). Der ethnografische Blick dieses Forschungsstrangs ermöglichte uns eine distanzierte Betrachtung, indem Abstand

KAPITEL 8 METHODISCHES VORGEHEN

zum Vertrauten gewonnen wurde, um Routinen sowie implizites Wissen beschreibbar zu machen (vgl. ebd.).

Die Darstellung der Lebenswelten erfolgte auf diese Weise nicht durch Zuschreibungen, sondern durch die „dichte Beschreibung“ der erlebten Situation. Aus diesem Grund entschieden wir uns für diese Forschungsmethode, da wohnungslose Menschen und ihre Lebenslage oft beschrieben werden, ohne die Menschen selbst anzuhören (vgl. Szynga 2021, S. 118f.). Die Ethnografie bot die Möglichkeit, die Versorgungssituation vor Ort miterleben, zu beschreiben und die Menschen selbst zu Wort kommen zu lassen. Außerdem ließen sich durch die direkte Beobachtung implizite Ausschlüsse der Zielgruppe aus der Versorgung erfassen – die in retrospektiven Erzählungen häufig nicht thematisiert werden.

Da die Ethnografie keine Methode an sich, sondern vielmehr eine Forschungsstrategie ist, stützt sie sich auf verschiedene Instrumente (vgl. Kergel 2018, S. 89). Folgend werden diese dargestellt.

Teilnehmende Beobachtungen

Als zentrales Instrument nutzten wir die teilnehmende Beobachtung. Durch sie entsteht ein unmittelbarer Zugang zum sozialen Geschehen. Der Fokus liegt nicht auf dem gesprochenen

Wort, sondern auf dem beobachtbaren Handeln (vgl. Döring/Bortz 2016, S. 324). Die Dokumentation der Beobachtungen erfolgt systematisch in Form von Beobachtungsprotokollen (vgl. ebd., S. 334).

Dieses Vorgehen bot sich für unser Projekt an, da hierdurch unmittelbare Begegnungen mit der Zielgruppe stattfinden konnten. Die Beobachtung machte dabei Versorgungsabläufe und Routinen sichtbar, die oftmals unbewusst ablaufen und demnach nicht sprachlich artikuliert werden (vgl. Döring/Bortz 2016, S. 325). Zudem ließen sich auch die Ausschlüsse von Versorgung beschreiben, die in retrospektiven Berichten der Zielgruppe oder von Fachkräften ausgeblendet werden.

Wichtig ist die Einnahme einer zurückhaltenden Rolle bei der teilnehmenden Beobachtung – also, trotz der Anwesenheit das Geschehen so wenig wie möglich zu beeinflussen (vgl. Krell/Lamnek 2024, S. 550). Grundlegend ist dabei sowohl die Involviertheit zum Verständnis der Situation als auch die nötige Distanz zum Geschehen, damit eine objektive Analyse möglich ist.

Die analytische Distanz haben wir durch die regelmäßige Dokumentation der Beobachtungen hergestellt, die durch analytische und reflexive Kommentare erfolgt (vgl. Breidenstein

et al. 2020, S. 120). In einem mehrstufigen Prozess erhielten die im Feld aktiven Forschenden nach der Erstellung von Beobachtungsprotokollen systematische Rückfragen zur Präzision und Objektivität durch eine nicht direkt im Feld tätige Kollegin. Diese konnte durch ihre distanzierte Perspektive die Nachvollziehbarkeit der Daten stärken.

Ethnografische Feldinterviews

Das ethnografische Feldinterview ergänzt die Beobachtung, indem Forschende situativ entstandene Fragen im Feld stellen (vgl. Döring/Bortz 2016, S. 358). Das bietet die Möglichkeit, implizites Wissen und Erklärungen bezogen auf bestimmte Handlungen zu erschließen. Außerdem kann dieses Material zur Analyse der Beobachtungen hinzugezogen werden, um das Gesamtbild der Forschung zu verdichten (vgl. Breidenstein et al. 2020, S. 96).

Für unsere Forschung war dieses Instrument eine geeignete Ergänzung: Zwar lassen sich Versorgungssituationen durch eigenes Erleben beschreiben, jedoch spiegelt das nicht zwangsläufig die Perspektive der Zielgruppe wider, sondern die der Forscher:innen. Betreffende Menschen haben zumeist eine klare Vorstellung davon, welche Hilfe sie benötigen. Sie wissen am besten, was ihre Lebenssituation bedingt hat und was sie unterstützen

kann (vgl. Szczepanek 2021, S. 90f.). Außerdem erfolgt die Beschreibung der beobachteten Situationen durch die forschende Person immer subjektiv – eine Bedingung der Wirklichkeitskonstruktion (vgl. Breidenstein et al. 2020, S. 120). Diese Subjektivität lässt sich durch Einschätzungen und Befragungen von Beteiligten einordnen und vergrößert das Spektrum des Gegenstandes (vgl. ebd., S. 93).

Liegt das Einverständnis des befragten Menschen vor, zeichnen die Forschenden das Gespräch für die vollständige Auswertung auf und fertigen eine geglättete Transkription an (vgl. ebd., S. 103f.). Sollte dies aufgrund situativer Begrenzungen oder Bedenken des befragten Menschen nicht möglich sein, ist die Notiz der wichtigsten Aussagen notwendig (vgl. Döring/Bortz 2016, S. 358).

In unserer Forschung war eine geglättete Transkription ausreichend, da Pausen oder emotionale Färbungen zu vernachlässigen sind. Sie sind für den Forschungsgegenstand nicht relevant, da Versorgungssituationen von Interesse sind und keine psychologisch tiefgreifenden Erkenntnisse (vgl. Döring/Bortz 2016, S. 367). Außerdem konnten wir nicht jedes Interview aufzeichnen, da manche Menschen hierzu nicht eingewilligt haben oder die Situation unpassend erschien. Anstelle der Aufnahme wurde in diesen Fällen,

in Absprache mit den befragten Menschen, wie vorgesehen Gesprächsnotizen angefertigt.

Qualitative Interviews

Die Beobachtungen erfahren durch die qualitativen Interviews eine Komplementierung: Geplante Interviews mit einzelnen oder mehreren Menschen vertiefen das Verständnis zum Forschungsgegenstand. Sie machen nicht direkt beobachtbare Ereignisse und Hintergrundinformationen – wie institutionelle Entscheidungsprozesse – erfahrbar (vgl. Döring/Bortz 2016, S. 356f.).

Fachkräfte werden mithilfe von “Expert:inneninterviews” befragt (vgl. Döring/Bortz 2016, S. 375). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die befragten Fachkräfte lediglich über spezifisches Rollenwissen bezüglich des Systems verfügen. Für die Lebenswelt der Zielgruppe sind Fachkräfte nie im gleichen Maße die Expert:innen, wie die Menschen selbst. Zwar erbringen die Fachkräfte in Ko-Produktion soziale Dienstleistungen und werden somit zum Teil der Situation, jedoch verbleibt die Deutungshoheit über die Wahrnehmung der Realität bei den betreffenden Menschen selbst (vgl. Mennemann/Dumann 2022, S. 80f.). So haben wir den Wahrnehmungen der betreffenden Menschen bewusst mehr Gewicht beigemessen als den Urteilen von Fachkräften über die Ein-

zelpersonen betreffende Versorgungssituationen.

Für uns ist dieses Instrument essenziell, da die Fachkräfte aus Wohnunglosenhilfe, Gesundheitswesen und Verwaltung zentrale Akteur:innen im Versorgungssystem sind. Durch die Expert:inneninterviews kann ihr Wissen expliziert und ausgewertet werden. Zwar steht die Perspektive der betreffenden Menschen im Vordergrund, allerdings ergänzt das Wissen der Fachkräfte die Situationsanalyse.

Fachkraftinterviews werden in unserer Forschung mithilfe eines halbstandardisierten Leitfadens geführt (vgl. Helfferich 2011, S. 164). Die Erstellung des Interviewleitfadens erfolgt anhand der strukturierten Methode zur Leitfadengestaltung nach Helfferich (vgl. ebd., S. 182). Dabei werden zunächst alle relevanten Fragen gesammelt und diese schrittweise zusammengefasst und reduziert. Dies geschieht so lange, bis lediglich präzise und offene Fragen vorhanden sind (vgl. ebd.). Durch das Format des halbstrukturierten Interviews werden Fragen oder Themenblöcke vorab formuliert – eine situative Anpassung der Reihenfolge und Gesprächstiefe ist erlaubt (vgl. Döring/Bortz 2016, S. 358).

Wir haben im gesamten Team und auf Basis der vorliegenden Literatur expert:innenspezifische Fragen ge-

KAPITEL 8 METHODISCHES VORGEHEN

sammelt, die sich beispielsweise auf die Versorgungssituation der Einrichtung und identifizierte Systemlücken bezogen haben. Anschließend wurden diese Fragen zu Themenblöcken zusammengeführt und konsensuell verdichtet, erweitert und/oder gestrichen.

Die Befragung der schwer kranken Menschen mit Pflegebedarf erfolgt ebenfalls durch halbstrukturierte Interviews, die durch ihre Flexibilität die individuelle Lebenssituation – wie psychische Belastungen – berücksichtigen (vgl. Helfferich 2011, S. 24). Somit ließen sich auch unerwartete Perspektiven erfassen, die durch die Unbekanntheit der individuellen Einstellungen weniger bekannt sind, als die der Fachkräfte.

Auch hier waren die auditive Aufnahme und anschließende geglättete Transkription die Grundlage zur ganzheitlichen Auswertung (vgl. Döring/Bortz 2016, S. 358). Wenn eine Person nicht der Aufnahme zugestimmt hat oder die Situation dies nicht zuließ, haben wir in Absprache mit dem Menschen Gesprächsnotizen erstellt.

Dieses Instrument haben wir speziell für unsere Forschung gewählt, um individuelle Deutungsmuster und institutionelle Rahmungen zu rekonstruieren. Die Beobachtung fokussiert immer einen flüchtigen Ausschnitt der

Realität. Durch die Interviews konnten wir Vorgänge zugänglich machen, die uns als Forscher:innen beispielsweise aus organisatorischen Gründen verschlossen blieben (vgl. Breidensstein et al. 2020, S. 95). Zudem können auf diese Weise Hintergrundinformationen zu Systemstrukturen oder subjektive Wahrnehmungen der betreffenden Menschen zugänglich gemacht werden (vgl. ebd.). Für uns konnten so vorab beobachtete Erkenntnisse eingeordnet werden, z. B. die Klärung von Nachfragen, wie:

Warum möchte ein schwer kranker Mensch mit Pflegebedarf bestimmte Versorgungsstrukturen nicht in Anspruch nehmen? Oder: Weshalb grenzt sich eine Institution bei bestimmten Fallkonstellationen ab?

Gruppendiskussionen

Hierbei handelt es sich um geplante Diskussionen, deren Ziel es ist, Meinungen und Erfahrungen zum Forschungsgegenstand hervorzubringen (vgl. Vogl 2022, S. 913). Es sollen nicht nur Argumente ausgetauscht, sondern einem alltäglichen Gespräch ähnelnd, auch Erzählungen und Ergänzungen stattfinden. Durch die gegenseitige Beeinflussung können sich Meinungen im Verlauf der Diskussion verändern. Sie erfahren im Gegensatz zur Befragung in einem Einzelinterview eine Validierung durch die Reaktion der anderen Teilnehmenden (vgl.

ebd.). Auch wird durch die gemeinsame Gesprächsführung Wissen hervorgebracht, welches lediglich durch den gemeinsamen Prozess dargelegt wird. Neben der Validierung von Einzelmeinungen entsteht zumeist ein Konsens in der Gruppe, der den inhaltlichen Kern herausstellt. Denn auch gerade in der Auseinandersetzung und im Austausch mit anderen Personen wird die eigene Meinung geschärft (vgl. ebd., S. 914).

Für unser Forschungsprojekt diente dieses Instrument als Ergänzung, um die Perspektive der Fachkräfte zu verstehen. Die Erörterung der kollektiven Meinung zeigte sich als nützlich, um einen komprimierten Überblick über die derzeitige Ausgestaltung des Systems zu erhalten (vgl. Vogl 2022, S. 914). So konnten Fachkräfte gleicher oder verschiedener Professionen ihre Ansichten austauschen. Im gemeinsamen Gespräch zeigten sich dadurch sowohl Gemeinsamkeiten als auch unterschiedliche Systemlogiken, die für die Analyse der Schnittstellenproblematik von zentraler Bedeutung waren.

Ergänzendes Erhebungsinstrument: Einrichtungsabfrage

Die Einrichtungsabfrage orientiert sich an der Methodik der standardisierten schriftlichen Online-Befragung (vgl. Steiner/Benesch 2018, S. 45). Der Fragebogen wurde über ein Online-Tool erstellt und im Frühjahr 2025 an

die Einrichtungen verschickt. Alle Teilnehmenden erhielten dieselben Fragen, damit ein Vergleich möglich war (vgl. Reinecke 2022, S. 951).

Wir haben uns für dieses Instrument als Ergänzung entschieden, damit auch zahlenbasierte Analysen möglich wurden. Hierdurch ließen sich Informationen über Ressourcen und Merkmale der beteiligten Einrichtungen erheben, die nicht über teilnehmende Beobachtungen, Interviews und Gespräche erfasst werden konnten. Eine deskriptive Darstellung und Beleuchtung von Tendenzen des Hilfesystems in Form von Zahlen wurde auf diese Weise möglich (vgl. Köstner 2022, S. 117). Die Angaben beruhen zum Teil auf Schätzwerten der Fachkräfte, z. B. wenn es um die Frage geht, bei wie vielen Bewohner:innen ohne formal festgestellten Pflegegrad sie eine Pflegebedürftigkeit vermuten. Aus diesem Grund sind die Angaben nicht repräsentativ. Dennoch liefern sie wichtige Hinweise zur Einschätzung von Bedarfen in den beteiligten Einrichtungen. Neben geschlossenen Fragen enthielt der Fragebogen auch offene Fragen, die den Einrichtungen die Möglichkeit gaben, die spezifischen Charakteristika der jeweiligen Einrichtung zu beschreiben (vgl. Züll/ Menold 2022, S. 1128).

Die Antworten, etwa zur Kapazität der Einrichtungen und zur Anzahl von Kli-

ent:innen mit Pflegebedarf, unterstreichen die herausgestellten Ergebnisse. Denn, wie beschrieben, verfügen nicht alle betreffenden Menschen über einen Pflegegrad, auch wenn sie einen Bedarf aufweisen. Die Einschätzungen der Fachkräfte sind entscheidend, um die Versorgungssituation quantitativ zu bewerten. Auf dieser Grundlage haben wir die Möglichkeit, die derzeitige Hilfelandschaft und ihre ungedeckten Bedarfe auch statistisch darzustellen. Diese Daten koppeln wir mit den qualitativen Erkenntnissen, um ein umfassendes Verständnis der Versorgung in Münster zu erhalten.

Erstellung einer Übersicht der Versorgungslandschaft

Zur Orientierung über die Versorgungslandschaft in Münster wurde eine Übersichtstabelle der relevanten Akteur:innen und Angebote für schwer kranke und pflegebedürftige wohnungslose Menschen erstellt. Sie dient dazu, die bestehenden Versorgungsstrukturen in ihrer Vielfalt darzustellen und einen strukturierten Überblick über das Hilfesystem zu ermöglichen.

Die Übersicht basiert auf Erkenntnissen aus den ethnografischen Beobachtungen und Interviews, ergänzenden Informationen aus der Einrichtungsabfrage sowie öffentlich zugänglichen Informationen.

In Kapitel 1.9 wird die Übersicht in komprimierter Form zur Einordnung und Orientierung herangezogen. Eine ausführliche Darstellung der Versorgungslandschaft findet sich im Anhang (Kapitel 9).

Triangulation

Wie beschrieben, haben wir verschiedene Instrumente genutzt, um den Forschungsgegenstand aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten zu können. Dieses Vorgehen bezeichnet man als Triangulation (vgl. Flick 2011, S. 12). Dabei werden verschiedene Datenquellen und Methoden kombiniert, um ein umfassendes Verständnis des Forschungsgegenstandes zu erlangen (vgl. ebd., S. 13ff.). Dies ist besonders in der ethnografischen Forschung von Bedeutung, um die Vielschichtigkeit des sozialen Phänomens zu erfassen (vgl. ebd., S. 57). Idealerweise validieren sich die unterschiedlich erhobenen Ergebnisse gegenseitig und erhöhen so die Aussagekraft der einzelnen Befunde. Dadurch kann eine vielschichtige Konstruktion der sozialen Wirklichkeit erfolgen (vgl. ebd.). Verzerrungen durch subjektive Wahrnehmungen können dadurch teilweise ausgeglichen werden (vgl. ebd., S. 16f.).

In unserer Forschung sind die verschiedenen Blickwinkel durch die Beobachtung und Befragung verschiedener Personengruppen (Zielgruppe, Fachkräfte) abgedeckt. Dass alle

KAPITEL 8 METHODISCHES VORGEHEN

Mitglieder unseres Forschungsteams Interviews und Beobachtungen durchgeführt haben, spiegelt ebenfalls verschiedene Perspektiven wider. Mithilfe der Einrichtungsabfrage konnten wir zudem zahlenbasierte Einblicke gewinnen.

Zudem ist die Kombination mehrerer Auswertungsverfahren ebenfalls als Triangulation zu verstehen. Die Darlegung unserer diesbezüglichen Strategien erfolgt weiter unten (s. Kapitel 7.3).

Vorgehen beim Sampling

Als Sampling wird die Strategie bezeichnet, wie die zu beforschenden Menschen ausgewählt werden. Beim gezielten bzw. kriteriengeleiteten Sampling erfolgt die Erschließung des Forschungsfeldes durch die bewusste Ansprache von Menschen, die dem Forschungsthema und den zugehörigen Kriterien entsprechen (vgl. Schaffer/Schaffer 2014, S. 240).

Wir haben uns für diese Art von Sampling entschieden, da die Kriterien der Wohnungslosigkeit und Pflegebedürftigkeit Bestandteil des Forschungsthemas sind. Die Kriterien helfen bei der Wahl der Personen, sind aber nicht ausreichend. Denn nicht alle pflegebedürftigen Menschen verfügen aufgrund von Zugangsbarrieren über einen Pflegegrad. Deswegen ist die Zielgruppe anhand der subjektiven

Wahrnehmung der forschenden Person einzuschätzen. Das macht die Zielgruppe besonders, da trotz vorhandener Einteilungsmöglichkeiten (z. B. Pflegegrad) keine konsequent kriteriengeleitete Zuordnung möglich ist.

Neben der Auswahl auf Basis von Kriterien können Forschende im Sinne des "Theoretical Sampling" (vgl. Schaffer/Schaffer 2014, S. 240) aufgeschlossen für neue Kontakte und Situationen während des Forschungsprozesses bleiben. Dieses Offenheitsprinzip der qualitativen Forschung erlaubt es adaptiv relevante Aspekte und Menschen während des Forschungsprozesses aktiv miteinzubeziehen (vgl. Strübing et al. 2018, S. 86).

Das Theoretical Sampling ermöglichte den Einbezug weiterer Forschungspartner:innen, die erst im Feld bekannt wurden oder nach den ersten Analyseschritten relevant erschienen. Besonders Fachkräfte des Gesundheitssystems und der Verwaltung, die vorab nicht gänzlich bekannt waren, erwiesen sich im Forschungsprozess als relevant.

Damit die „ausgewählten“ Menschen auch erreicht werden, ist ein vorheriger Beziehungsaufbau notwendig. Hierbei war es wichtig, die Rolle der forschenden Person deutlich zu kommunizieren. Wohnungslose Menschen

haben oft negative Erfahrungen mit Sozialarbeitenden und anderen Institutionen gemacht und sind vorab oft misstrauisch (vgl. Steckelberg 2023, S. 103). Die Akzeptanz der forschenden Person im Feld ist aber essenziell, damit die alltäglichen Praktiken trotz der Anwesenheit stattfinden. Dies gelingt beispielsweise durch das „Impression Management“ (vgl. Breidenschein et al. 2020, S. 76). Hierbei kleidet und verhält sich die forschende Person für das Feld angemessen und fügt sich hierdurch ein. Deshalb mussten wir auf ein angemessenes Auftreten im Feld achten. Denn gerade in der Wohnungslosenhilfe ist beispielsweise ein sehr schickes Auftreten eher ungewöhnlich und auffällig.

8.2 DATENERHEBUNG

Die im Feld forschenden Kolleg:innen haben unabhängig voneinander Einrichtungen kontaktiert und anschließend dort Beobachtungen durchgeführt, bis eine theoretische Sättigung erreicht wurde. Das bedeutet, dass neue Beobachtungen in derselben Einrichtung keine neuen Erkenntnisse geliefert hätten (vgl. Krell/Lamnek 2024, S. 185). Die Interviews haben sich durch die gezielte Ansprache von betreffenden Menschen und Fachkräften während der Beobachtungen ergeben.

Weitere Diskussionsrunden mit Fachkräften verschiedener Professionen sind durch die gezielte Ansprache dieser entstanden. Durch die gleichzeitige Anwendung der verschiedenen Instrumente konnten aufkommende Fragen in weiteren Interviews aufgegriffen und der Blickwinkel für weitere Beobachtungen geschärft werden.

Insgesamt haben wir elf Interviews mit schwer kranken und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen und

25 Gespräche mit Fachkräften der Verwaltung, des Gesundheitswesens und der Wohnungslosenhilfe geführt. Außerdem haben wir 52 Beobachtungsprotokolle erstellt. Die Beobachtungsprotokolle wurden im Anschluss an die Kontakte verschriftlicht und die eigenen analytischen Gedanken kenntlich im Dokument vermerkt. Die Interviews wurden ausschließlich DSGVO-konform durch den Anbieter „Transkripto“ transkribiert.

8.3 AUSWERTUNG

Unser auswertungsbezogenes Vorgehen wird in der Abbildung 8 veranschaulicht. Wir nutzten die Codierschritte der Grounded Theory von

Strauss und Corbin. Dabei wird das verschriftlichte Material ergebnisoffen, Sinneinheit für Sinneinheit, markiert bzw. kodiert (vgl. Bischof/Wohl-

rab-Sahr 2018, S. 79). Im Anschluss verdichteten wir das Material und arbeiteten es systematisch auf.

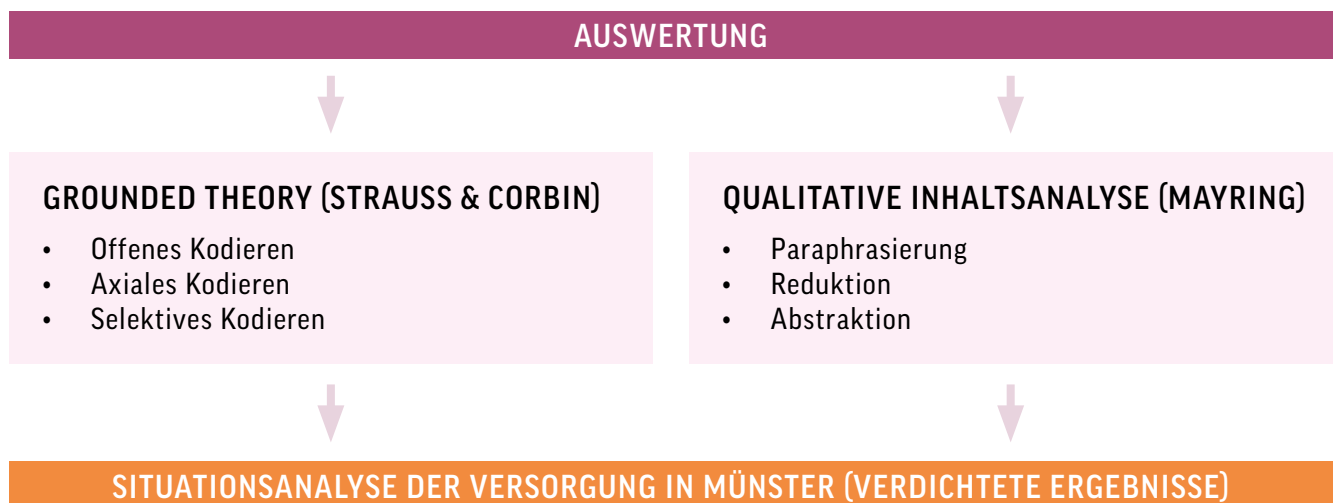


Abbildung 8: Auswertung

Im ersten Schritt der Grounded Theory, dem offenen Kodieren, wird nach Wörtern oder Sätzen gesucht, die für die Beantwortung der Forschungsfrage von Bedeutung sind (vgl. Bischof/Wohlrab-Sahr 2018, S. 82). Die gefundenen Indikatoren in Form von wiederkehrenden inhaltlichen Konstellationen lassen sich zu höherwertigen Konzepten abstrahieren (vgl. ebd., S. 84).

Diese Konzepte werden schließlich beim axialen Kodieren im Hinblick auf eine Theorieentwicklung in einen Zusammenhang gesetzt, bei dem die Abstufung von unter- und übergeordneten Konzepten deutlich wird (vgl. ebd., S. 87ff.).

Im letzten Schritt des selektiven Kodierens wird nach einer Schlüsselkategorie gesucht (vgl. ebd., S. 92). Diese Schlüsselkategorie integriert die meisten Konzepte, die in den vorherigen Schritten erkannt wurden. Diese Kategorie dient als Fokus, um Textstellen erneut selektiv durchzu-

schauen und zentrale Aspekte systematisch zu untersuchen (vgl. ebd.). Besonders in diesem Schritt ist die zirkuläre Rückkehr zu den Anfängen der Forschungsbemühungen notwendig: Auf diese Weise wird die zu Beginn erarbeitete theoretische Fundierung vor dem Hintergrund der neuen Erkenntnisse reflektiert (vgl. ebd., S. 93). Auch erfolgt in diesem Schritt eine Überprüfung der theoretischen Sättigung und der Schlüssigkeit, da Unstimmigkeiten und Lücken durch die Zusammenführung der Konzepte sichtbar werden. Fehlt Material zur Beantwortung der Forschungsfragen, müssen weitere Beobachtungen und Interviews stattfinden (vgl. Krell/Lamnek 2024, S. 185).

Die Verdichtung des Materials erfolgt auf Basis des kontrastiven Vergleichens (vgl. Weydmann/Iwan 2025, S. 66f.). Dabei sollen im gesamten Forschungsprozesses Ähnlichkeiten und Unterschiede im Material herausgestellt werden. Dies kann sich auf Kategorien, ebenso wie auf einzelne Fälle beziehen.

In unserer Forschung verglichen wir die Inhalte der Codes miteinander und konnten somit typische Aussagen und Phänomene herausarbeiten. Diese wurden durch Ankerbeispiele gestützt.

Die Grounded Theory war für uns passend, da zu dem Thema – insbesondere im lokalen Kontext – keine ausreichenden Konzepte und Erkenntnisse vorlagen. So konnten wir offen an das Material herantreten und trotzdem die vorliegenden theoretischen Konzepte einfließen lassen, ohne sie als feste Grundlage nehmen zu müssen. Außerdem ermöglichte die theoretische Sättigung, die ebenfalls im Sinne der Grounded Theory steht – den flexiblen Einbezug verschiedener Akteur:innen im Forschungsprozess.

KAPITEL 9 LITERATURVERZEICHNIS

Aboud-Zeid, El-Sayed (2007): A Theory-Based Approach to the Relationship between Social Capital and Communities of Practice. In: Electronic Journal of Knowledge Management. Vol. 5. Is. 3. 257-264.

Akademie für Ethik in der Medizin (2019): Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen. aem-online.de/fileadmin/user_upload/Curriculum_Ethikberatung_im_Gesundheitswesen_2019-06-24.pdf (Abfrage 21.01.2026)

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2017): Diskriminierung in Deutschland. Dritter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages. antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/BT_Bericht/gemeinsamer_bericht_dritter_2017.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (Abfrage 11.11.2025)

Arbeiter-Samariter-Bund (2020): Wegweiser Sturzvermeidung. Unfallrisiken erkennen und reduzieren. asb.de/application/files/5815/9188/4590/Sturz_Broschuere_02.pdf (Abfrage 12.01.2026)

Bachert, Robert/Schmidt, Andrea (2010): Finanzierung von Sozialunternehmen. Theorie, Praxis, Anwendung.

Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Berger, Bianca/Graeb, Fabian (2022): Bewegtes Altern oder Altern in Bewegung?! In: Berger, Bianca et al. (Hrsg.): Förderung und Erhaltung der Mobilität in der Pflege alter Menschen Empfehlungen für die Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 11-43.

Beu, Catrin (2022): Projektbericht. Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) nach § 132g SGB V im regionalen Netzwerk. alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2023/02/gvp_doku_final_ds_web-komprimiert.pdf (Abfrage 11.02.2026)

Bischof, Andreas/Wohlrab-Sahr, Monika (2018): Theorieorientiertes Kodieren, kein Containern von Inhalten! Methodologische Überlegungen am Beispiel jugendlicher Facebook-Nutzung. In: Pentzold, Christian/Bischof, Andreas/Heise, Nele (Hrsg.): Praxis Grounded Theory. Theoriegenerierendes empirisches Forschen in medienbezogenen Lebenswelten. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 73-104.

Bischof-Hermann-Stiftung (2023): Projektskizze Cared.Wende [unveröffentlichtes internes Dokument]. Münster.

Breidenstein, Georg/Hirschauer, Stefan/Kalthoff, Herbert/Nieswand, Boris (2020): Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung. 3. Aufl. München: UVK Verlag.

Brüchmann, Katharina/Busch-Geertsema, Volker/Henke, Jutta (2025): Evaluation der Hilfen nach §§ 67ff. SGB XII. Bericht. giss-ev.de/filestorage/publikationen/giss_evaluation_berlin_hilfen_nach_67_sgbxii_abschlussbericht.pdf (Abfrage 11.11.2025)

Bundesministerium für Gesundheit (2025): Pflegeberatung. bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/pflegeberatung.html (Abfrage 10.11.2025)

Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (2024): Wohnungslosenbericht der Bundesregierung. Ausmaß und Struktur von Wohnungslosigkeit. bmwsb.bund.de/SharedDocs/downloads/Webs/BMWSB/DE/veroeffentlichungen/wohnen/wohnungslosenbericht-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=7 (Abfrage 21.05.2025)

Bundesregierung (2021): 6. Armuts- und Reichtumsbericht. Kurzfassung. armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/sechster-armuts-reichtumsbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Abfrage 26.01.2026)

KAPITEL 9 LITERATURVERZEICHNIS

- Busch, Martin/Haas, Sabine/Weigl, Marion/Wirl, Charlotte/Horvath, Ilonka/Stürzlinger, Heidi (2007): Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger. portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta146_bericht_de.pdf (Abfrage 26.01.2026)
- Busch-Geertsema, Volker (2011): „Housing First“. Ein vielversprechender Ansatz zur Überwindung von Wohnungslosigkeit. In: Widersprüche: Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich. VI. 121. Is. 31. S. 39-54.
- Busch-Geertsema, Volker (2017): Housing First. Innovativer Ansatz, gängige Praxis oder schöne Illusion? In: wohnungslos. Jg. 59. Is. 2/3. S. 75-80.
- Busch-Geertsema, Volker (2023): Housing First. Ein Versorgungskonzept und sein Beitrag für eine bedarfsgerechte Versorgung wohnungsloser Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: Daßler, Henning (Hrsg.): Wohnungslos und psychisch erkrankt. Köln: Psychiatrie Verlag. S. 144-152.
- Dauer, Lisa/Scheller, Gitta (2018): Niedrigschwellige Soziale Arbeit. Eine Illusion? In: Soziale Arbeit und Gesundheit im Gespräch. 2018. Is. 11. S. 1-118.
- Deutsche Gesellschaft für Case und Care Management (2020): Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Heidelberg: medhochzwei.
- Der Paritätische Berlin (2024): Hürden des Hilfesystems senken. Paritätische Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung von wohnungslosen Menschen mit seelischen Erkrankungen. paritaet-berlin.de/fileadmin/user_upload/redaktion/pdf/2024/05_24/20240522_Positionspapier_Huerden_des_Hilfesystems_senken.pdf (Abfrage 11.11.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2005): Was ist Palliativmedizin? dgpalliativmedizin.de/images/stories/Was_ist_Palliativmedizin_Definitionen_Radbruch_Nauck_Sabatowski..pdf
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (2020): Forschungsethische Prinzipien und wissenschaftliche Standards für Forschung der Sozialen Arbeit. Forschungsethikkodex der DGSA. dgsa.de/fileadmin/Dokumente/Service/Forschungsethikkodex_DGSA.pdf (Abfrage 21.10.2025)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (o.J.): Ammoniak. Wässrige Lösung. gestis.dguv.de/data?name=001750 (Abfrage 21.01.2026)
- Dewe, Bernd (2009): Reflexive Sozialarbeit im Spannungsfeld von evidenzbasierter Praxis und demokratischer Rationalität. Plädoyer für die handlungslogische Entfaltung reflexiver Professionalität. In: Becker-Lenz, Roland et al. (Hrsg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 89-112.
- Diakonie Michaelshoven (2018): Rahmenkonzept. <https://www.diakoniemichaelshoven.de/fileadmin/default/downloads/angebote/menschen-in-krisen/wohnhilfen-oberberg/rahmenkonzept-obk-systemsprenger.pdf> (Abfrage 24.11.2025)
- Doering, Thorsten et al. (2002): Gesundheitliche Situation von Wohnungslosen in einer Krankenwohnung für Wohnungslose. In: Gesundheitswesen 2002. Is. 64. S. 375-381.
- Döring, Nicole/Bortz, Jörg (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Aufl. Berlin und Heidelberg: Springer Medizin.
- Engelmann, Claudia/Mahler, Claudia/Follmar-Otto, Petra (2020): Von der Notlösung zum Dauerzustand. Recht und Praxis der kommunalen Unterbringung wohnungsloser Menschen in Deutschland. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.

- Engels, Dietrich (2008): Lebenslagen. In: Maelicke, Bernd (Hrsg.): Lexikon der Sozialwirtschaft. Baden-Baden: Nomos-Verlag. S. 643-646.
- Esser, Klaus (2021): Systemsprenger zeigen auf, wo das Jugendhilfesystem reformbedürftig ist. In: Kieslinger, Daniel/Dressel, Marc/Haar, Ralph (Hrsg.): Systemsprenger:innen. Ressourcenorientierte Ansätze zu einer defizitären Begrifflichkeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- European Homelessness Counts (2024): Ergebnisse [Unveröffentlichtes Dokument]. Bremen.
- Fazel, Seena/Geddes, John/Kushel, Margot (2014): The health of homeless people in high-income countries. Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. In: Lancet 384, H. 9953, S. 1529-1540.
- Fengler, Janne (2017): Pädagogisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Flick, Uwe (2011): Triangulation. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Land Niedersachsen (2025): Stationäre Unterbringung als Leistung der Wohnungslosenhilfe. In: Fundstelle Niedersachsen. VI. 87, Is. 18. S. 566-569.
- Gahleitner, Silke Brigitta/Homfeldt, Hans Günther (2019): Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und soziale(s) Netzwerke(n). In: Fischer, Jörg/Kosollek, Tobias (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen. 2. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Gerull, Susanne (2016): Wege aus der Wohnungslosigkeit. opus4.kobv.de/opus4-ash/frontdoor/deliver/index/docId/158/file/Wege_aus_der_Wohnungslosigkeit_Gerull.pdf (Abfrage 27.01.2026)
- Gerull, Susanne (2022): Wohnungslos in unsicheren Zeiten. Ergebnisse der 2. Lebenslagenuntersuchung wohnungsloser Menschen. nbn-resolving.org/html/urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-4961 (Abfrage 21.01.2026)
- Germain, Carel/Gitterman, Alex (1999): Praktische Sozialarbeit. Das „Life Model“ der Sozialen Arbeit Fortschritte in Theorie und Praxis. 3. Aufl. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforchung (2016): Struktur des Pflegemarktes in Deutschland und Potentiale seiner Entwicklung. Kurzfassung der Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/forschungsvorhaben-struktur-des-pflegemarktes-in-deutschland-und-potentiale-seiner-entwicklung.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Abfrage 27.01.2026)
- Giffhorn, Benjamin (2017): Ältere wohnungslose Menschen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (Hrsg.): Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen. Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslagenbezogener Hilfeansätze. Berlin/Düsseldorf: BAG W-Verlag. S. 371-382.
- GKV-Spitzenverband (2015): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_13.pdf (Abfrage 11.11.2025)
- Graßme, Hendrik (2024): Ethikberatung im Gesundheitswesen. Erfolgversprechende Einflüsse. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Hackmann, Mathilde (2005): Lehren und Lernen in der ambulanten Pflege. Ein Arbeitsbuch für die Ausbildungspraxis. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Helfferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. 4. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Henke, Jutta (2023): An den Grenzen der Hilfesysteme. Wie lassen sich

KAPITEL 9 LITERATURVERZEICHNIS

- „Systemsprenger“ versorgen? In: Dassler, Henning (Hrsg.): Wohnungslos und psychisch erkrankt. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Herrmann, Franz/Müller, Bettina (2019): Qualitätsentwicklung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen, Methoden, Umsetzung. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (2017): Qualität in der rechtlichen Betreuung. bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachpublikationen/2_Zwischenbericht_Qualitaet_Betreuung.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Abfrage 20.01.2026)
- Kaduskiewicz, Hanna/Bochon, Benjamin/van den Bussche, Hendrik/Hansmann-Wiest, Julia/van der Leeden, Carolin (2017): Medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen. In: Deutsches Ärzteblatt 114, H. 40, S. 673-679.
- Kergel, David (2018): Qualitative Bildungsforschung. Ein integrativer Ansatz. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kliemke, Christa (2015): Das Netzwerk aus Krankenwohnung und anderen Elementen wohngebietsbezogener Gesundheitsversorgung. In: Public Health. VI. 12. Is. 1. S. 17-18.
- Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (2022): Neue Bausteine in der Wohnungslosenhilfe 2019-2021. kvjs.de/fileadmin/publikationen/soziales/2022-11-15_Wolo-Abschlussbericht_BF.pdf (Abfrage 20.01.2026)
- Köstner, Harriet (2022): Empirische Forschung in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Krell, Claudia/Lamnek, Siegfried (2024): Qualitative Sozialforschung. 7. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kruse, Wolfgang/Nikolaus, Thorsten (1992): Geriatrie. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Laudien, Caroline/Püschel, Klaus/Lohner, Larissa/Friedrich, Peter/Ondruschka, Benjamin (2024): Sterbefälle wohnungsloser Menschen vor und während der COVID-19-Pandemie in Hamburg. In: Rechtsmedizin 2024, H. 34. S. 425-431.
- Lesser, Eric/Prusak, Larry (1999): Communities of Practice, Social Capital and Organizational Knowledge. In: Information Systems Review. Vol. 1. Is. 1. S. 3-9.
- Lotties, Sarah (2023): Statistikbericht. Zu Lebenslagen wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland. Lebenslagenbericht. bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA_Statistikbericht_2023.pdf (Abfrage 27.01.2026)
- Löcherbach, Peter (2020): Vernetzung im Gesundheitswesen. In: Löcherbach, Peter/Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Care und Case Management. Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Lutz, Ronald/Sartorius, Wolfgang/Simon, Titus (2017): Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- MAGS NRW (2019): Handreichung Wohnungsnotfallhilfen im SGB II. mags.nrw/system/files/media/document/file/handreichung_sgb_ii_wohnungslosigkeit.pdf (Abfrage 20.01.2026)
- Maio, Giovanni (2023): Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. 4. Auflage. Berlin: Suhrkamp.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2022): Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundla

gen/19-05-20_NBI_Pflegebeduerftigkeit_Fach-Info_22_12_16.pdf (Abfrage 12.01.2026)

Mennemann, Hugo/Dumann, Jörn (2022): Einführung in die Soziale Arbeit. 4. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Oette, Mark (2022): Medizin für Menschen ohne Wohnung. In: Repschläger, Uwe/Schulte, Claudia/Osterkamp, Nicole (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2022. bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2022/GWA%202022%20Oette.pdf (Abfrage 21.01.2026)

Positionspapier Arbeitskreis Systemsprenger (2025): Positionspapier zum Begriff "Systemsprenger*innen" in der Wohnungslosenhilfe. [Internes Dokument]

Reinecke, Jost (2022): Grundlagen der standardisierten Befragung. In: Baur, Nina/Blasius Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer. S. 601-618.

Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz (2022). Beratungsstandpunkt zu den Leistungen aus dem SGB XII in der Pflegeberatung. alter-pflege-demenz-nrw.de/wp-content/uploads/2022/09/25-01-01_Beratungsstandpunkt_Leistungen-SGB-XII_allgemein_2.Auflage.pdf (Abfrage 11.11.2025)

Riedel, Annette/Goldbach, Magdalene/Lehmeyer, Sonja (2023): Moralische Belastungserleben und moralische Resilienz. Begriffliche Darlegungen und theoretische Einordnungen zur Einführung. In: Riedel, Annette/Goldbach, Magdalene/Lehmeyer, Sonja (Hrsg.): Moralische Belastung von Pflegefachpersonen. Hintergründe – Interventionen – Strategien. Berlin: Springer-Verlag. S. 3-34.

Schaffer, Hanna/Schaffer, Fabian (2014): Empirische Sozialforschung für soziale Berufe. Eine anwendungsorientierte Einführung in die qualitative und quantitative Sozialforschung. 3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Scheu, Bringfriede/Autrata, Otger (2017): Das Mensch-Sein verstehen. Basis für die Niedrigschwelligkeit. In: Arnold, Helmut/Hölmüller, Hubert (Hrsg.): Niedrigschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Schierer, Elke/Hein, Lara (2024): Relevanz und Gelingensbedingungen professioneller Netzwerke in der Wohnungslosenhilfe. In: Sowa, Frank/Heinrich, Marco/Heinzelmann, Frieda: Obdach- und Wohnungslosigkeit in pandemischen Zeiten. Interdisziplinäre Perspektiven. Bielefeld: transcript Verlag.

Schiffer, Peter (2017): Ältere Abhängige illegaler Drogen in einer Krankenzimmern. In: Hoff, Tanje/Kuhn, Ulrike/Isfort, Michael (Hrsg.): Sucht im Alter. Maßnahmen und Konzepte für die Pflege. Berlin: Springer. S. 67-76.

Schönig, Werner/Motzke, Katharina (2016): Netzwerkorientierung in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Schweer, Thomas (2003): Die Verbreitung des Crackkonsums in Nordrhein-Westfalen aus der Sicht von Rauschgiftfahndern. Eine explorative Studie. nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-111637 (Abfrage 21.01.2026)

Seddig, Nadine/Holz, Gerde/Landes, Benjamin (2017): Die subjektive Wahrnehmung von Armut und sozialer Ausgrenzung. Stand der Forschung und Perspektiven für vertiefende Erhebungen. nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-67294-9 (Abfrage 21.01.2026)

Seithe, Mechthild (2025): Soziale Arbeit und Neoliberalismus heute. Wiesbaden: Springer VS.

Stadt Münster (2025): Zielgruppe der Wohnungslosenhilfe in Münster. Wohnungslose Menschen nach Unterbringungsform und Art [unveröffentlichtes Dokument]. Münster.

- Stadt Münster (2024): Kommunaler Pflegebedarfsplan für Münster 2024-2027. stadt-muenster.de/fileadmin/user_upload/stadt-muenster/50_sozialamt/pdf/Pflegeplanung/Pflegebedarfsplan_2024-2027_barrierearm.pdf (Abfrage 10.02.2026)
- Statista (2025): Verteilung der Wohnungslosen in Deutschland nach Geschlecht und Art der Wohnungslosigkeit zu Jahresbeginn 2024. de.statista.com/statistik/daten/studie/1320323/umfrage/untergebrachte-wohnungslose-personen-nach-geschlecht/ (Abfrage 12.01.2026)
- Stiftung ZQP (2020): Ethische Fallbesprechung. zqp.de/wp-content/uploads/zqp-pflegecharta-methode-fallbesprechung.pdf (Abfrage 21.01.2026)
- Steckelberg, Claudia (2023): Wohnungslosigkeit. Grundlagen und Handlungswissen für die Soziale Arbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Steiner, Elisabeth/Benesch, Michael (2018): Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. 5. Aufl. Wien: facultas.
- Strübing, Jörg/Hirschauer, Stefan/Ayaß, Ruth/Krähnke, Uwe/Scheffer, Thomas (2018): Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. Zeitschrift für Soziologie. Jg. 42. H. 2. S. 83-100.
- Szczepanek, Stephanie (2021): Ergebnisse des Aktionsforschungstages. In: Borstel, Dierk/Sonnenberg, Tim/Szczepanek, Stephanie (Hrsg.): Die „Unsichtbaren“ im Schatten der Gesellschaft. Forschungen zur Wohnungs- und Obdachlosigkeit am Beispiel Dortmund. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 77-92.
- Szynka, Peter (2021): Wohnungshilfe und Partizipation. In: Sozial Extra. VI. 45. S. 117-121.
- Thiersch, Hans (2014): Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben – Konzepte – Handlungsfelder. 9. Aufl. Weinheim und Basel: Juventa.
- Tudor Hart, Julian (1971): The Inverse Care Law. In: The Lancet. Jg. 297, H. 7696. S. 405-412.
- Ullmer, Victoria-Fabiola/Rached, Imane Henni/Ledtermann, Ivonne/Anderl-Doliwa, Brigitte (2025): Wahrgenommene Belastungen in stationären psychiatrischen Einrichtungen im Zusammenhang mit Mehrbettzimmern. Eine qualitative Sekundäranalyse. In: Pflege. VI. 38. Is. 5. S. 266-273.
- Voges, Wolfgang/Jürgens, Olaf/Mauer, Andreas/Meyer, Eike (2003): Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes. Endbericht. [bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/forschungsprojekt-a350-methoden-](https://bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/forschungsprojekt-a350-methoden-und-grundlagen-des-lebenslagenansatzes.pdf?__blob=publicationFile&v=1)
- und-grundlagen-des-lebenslagenansatzes.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Abfrage 21.01.2026)
- Vogl, Susanne (2022): Gruppendiskussion. In: Baur, Nina/Blasius Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer. S. 581-586.
- Weltgesundheitsorganisation (2020): Palliative Care. [who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care) (Abfrage 11.02.2026)
- Wendt, Wolf Rainer (2024): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 8. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Weydmann, Nicole/Iwan, Miriam (2025): Grounded Theory. Grundlagen für die Forschungspraxis. In: Gras, Juliana/Schieferdecker, Ralf (Hrsg.): Einführung in Qualitative Sozialforschung. Grundlagen für Studierende pädagogischer Studiengänge. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt. S. 59-76.
- Züll, Cornelia/Menold, Natalja (2022): Offene Fragen. In: Baur, Nina/Blasius Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer. S. 1127-1134.

ANHANG

Die folgenden Tabellen bieten eine detaillierte Übersicht über die in Kapitel 1 genannten Einrichtungen und Angebote der Wohnungslosenhilfe, des Gesundheitswesens und weiterer Träger, die für die gesundheitliche bzw. pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen in Münster relevant sind. Sie ergänzen die Kurzfassung im Kapitel 1.8 und dienen der Einordnung der im Ergebnisteil beschriebenen Beobachtungen. Die Tabellen enthalten jeweils Angaben zu Versorgungsbereich, Träger, Zielgruppen, Möglichkeiten gesundheitlicher bzw. pflegerischer Unterstützung, vorhandenen Plätzen sowie formalen und faktischen Zugangsvoraussetzungen. Die Darstellung ist rein beschreibend und bildet den Stand des Erhebungszeitraums ab.

Die Inhalte stammen aus öffentlich zugänglichen Informationen der Träger und wurden durch unsere Beobachtungen sowie Gespräche und Interviews im Feld ergänzt.

Die Darstellung ist nach fünf Versorgungsbereichen gegliedert.

1. Wohnungslosenhilfe – ohne Unterkunft
2. Wohnungslosenhilfe – Notunterkünfte
3. Wohnungslosenhilfe – weiterführende ambulante und stationäre Wohnangebote

4. Gesundheitswesen

5. Weitere gesundheitliche bzw. pflegerische Angebote

Zur übersichtlichen Darstellung der Unterstützungsleistungen wurden bestimmte Punkte thematisch zusammengefasst. Einschränkungen werden nachstehend in Klammern dargestellt.

Medikamentenmanagement umfasst die Organisation der ärztlichen Verordnung, die Beschaffung, Lagerung, das Richten, die Ausgabe und die Einnahme von Medikamenten.

Terminmanagement umfasst die Vereinbarung, Koordination, Erinnerung, Begleitung sowie ggf. die Nachbereitung medizinischer Termine.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Wohnungslosenhilfeeinrichtungen keine Pflegeeinrichtungen sind. Sie halten jedoch pflegerische Unterstützung im Sinne einer Basispflege vor. Diese kann Leistungen entsprechen, wie sie nach SGB V oder XI vorgesehen sind, wird jedoch nicht darüber abgerechnet und ist nicht durchgehend verfügbar.

Situativ möglich meint gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung, die im Einzelfall geleistet werden kann, sofern Mitarbeitende vor Ort sind, die diese Aufgaben übernehmen können und zeitliche Kapazitäten zur

Verfügung stehen. Dabei erfolgt die Unterstützung nicht zwingend durch Pflegefachkräfte.

Regulär vorgesehen beschreibt gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung, die in der Einrichtung institutionell verankert ist und durch Pflegefachkräfte erbracht wird.

Unterstützung nur zu Dienstzeiten beschreibt, dass die gesundheitliche und pflegerische Unterstützung durch die Einrichtung lediglich zu den regulären Öffnungszeiten zur Verfügung steht. Zeiträume wie spätnachmittags, nachts oder die Wochenenden sind nicht durch das (Fach-)Personal abgedeckt. Unter Umständen können hier externe ambulante Dienste eine Versorgung leisten.

1. Wohnungslosenhilfe – ohne Unterkunft

Versorgungsbereich	Einrichtung, Träger	Zielgruppen	Gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung	Plätze	Formale Zugangsvoraussetzungen und faktische Bedingungen
1.1 Angebote mit gesundheitlichem Fokus	Mobiler Medizinischer Dienst (BHST)	<ul style="list-style-type: none"> - Wohnungslose Menschen mit und ohne Krankenversicherung - Menschen ohne reguläre Anbindung an das Gesundheitssystem - Alleinstehende Menschen, Paare, Familien 	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeinmedizinische Sprechstunden - Psychiatrische Sprechstunden - Gesundheitliche Beratung - Pflegerische Unterstützung regulär vorgesehen - Verordnung von Medikamenten - Terminmanagement (Begleitung nach Kapazitäten) - Anbindung an reguläre Versorgung - Verweisberatung - Zugang zum Notfallfonds 	Entfällt ⁹	<p>Formal: keine Voraussetzungen</p> <p>Faktisch: niedrigschwellig, auch aufsuchend, ärztliche Versorgung nur während der Sprechstunden, Unterstützung nur zu Dienstzeiten</p>
	Wund/Mobil (Johanniter)	Volljährige Menschen mit Wunden, die anderweitig nicht versorgt werden können oder schwer erreichbar sind	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitliche Beratung - Wundversorgung - Anbindung an reguläre Versorgung 	Entfällt	<p>Formal: keine Voraussetzungen</p> <p>Faktisch: niedrigschwellig, aufsuchende Hilfe auf dem Bremer Platz</p>
1.2 Angebote mit beratendem Fokus	Aufsuchende Hilfe (SKF und BHST)	<ul style="list-style-type: none"> - Volljährige wohnungslose Menschen im öffentlichen Raum - getrennte Angebote für Frauen (SKF) und Männer (BHST) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufsuchende Straßensozialarbeit - Gesundheitliche Beratung - Kontaktpflege und Vermittlung - Bei Bedarf Kooperation mit Mobilem Dienst 	Entfällt	<p>Formal: keine Voraussetzungen</p> <p>Faktisch: niedrigschwellig, aufsuchende Hilfe im Stadtgebiet</p>

Tabelle 8: Bereich 1: Wohnungslosenhilfe – ohne Unterkunft

⁹ „Entfällt“ wird in der Spalte „Plätze“ verwendet, wenn für das Angebot keine feste oder begrenzte Platzzahl vorgesehen ist.

2. Wohnungslosenhilfe – Notunterkünfte						
Versorgungsbereich	Einrichtung, Träger	Zielgruppen	Gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung	Plätze	Formale Zugangsvoraussetzungen und faktische Bedingungen	
2. Notunterkünfte	Ü-Stelle (SKF)	Volljährige wohnungslose Frauen ab 21 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> · Gesundheitliche Beratung · Im Notfall pflegerische Unterstützung situativ möglich · Hauswirtschaftliche Unterstützung situativ möglich · Medikamentenmanagement im Einzelfall · Terminmanagement (Begleitung nach Kapazitäten) 	32	Formal: keine Voraussetzungen Faktisch: Mehrbettzimmer, nicht barrierefrei, Unterstützung nur zu Dienstzeiten	
	HuK (BHST, Caritas)	Volljährige wohnungslose Männer	<ul style="list-style-type: none"> · Gesundheitliche Beratung · Pflegerische Unterstützung regulär vorgesehen · Hauswirtschaftliche Unterstützung · Medikamentenmanagement · Terminmanagement (Begleitung nach Kapazitäten) 	37	Formal: keine Voraussetzungen Faktisch: Mehrbettzimmer, nicht barrierefrei, Unterstützung nur zu Dienstzeiten	
	Winter-nothilfe ¹⁰ (BHST)	Volljährige wohnungslose Männer	<ul style="list-style-type: none"> · Keine gesundheitliche oder pflegerische Unterstützung · Hauswirtschaftliche Unterstützung 	60	Formal: keine Voraussetzungen Faktisch: Mehrbettcontainer, nicht barrierefrei	
	Winter-nothilfe 2 (BHST, Caritas)	Volljährige wohnungslose Männer und Frauen mit Hausverboten in anderen Einrichtungen	Keine gesundheitliche oder pflegerische Unterstützung	Entfällt	Formal: Hausverbot in anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Faktisch: Einzelbettcontainer, nicht barrierefrei, Sicherheitsdienst	
	HdW (BHST)	Volljährige wohnungslose Männer	<ul style="list-style-type: none"> · Gesundheitliche Beratung · Pflegerische Unterstützung regulär vorgesehen · Hauswirtschaftliche Unterstützung · Medikamentenmanagement · Terminmanagement (Begleitung nach Kapazitäten) 	69	Formal: Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII Faktisch: Mehrbettzimmer, nicht barrierefrei, Unterstützung nur zu Dienstzeiten	

Tabelle 9: Bereich 2: Wohnungslosenhilfe – Notunterkünfte

¹⁰ Die Winternothilfe 1 und 2 sind in der Regel von Anfang November bis Ende März geöffnet.

3. Wohnungslosenhilfe – weiterführende ambulante und stationäre Wohnangebote

Versorgungsbereich	Einrichtung, Träger	Zielgruppen	Gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung	Plätze	Formale Zugangsvoraussetzungen und faktische Bedingungen
3.1 Langzeitwohnen, stationäres Wohnen nach § 35 SGB XII	Langzeitwohnen BHST (Kettelerhaus, Christophorus-haus)	Ältere wohnungslose Männer	<ul style="list-style-type: none"> · Gesundheitliche Beratung · Pflegerische Unterstützung regulär vorgesehen · Hauswirtschaftliche Unterstützung · Bei PG pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung über ambulante Dienste möglich · Medikamentenmanagement · Terminmanagement · Hausärztliche und psychiatrische Sprechstunde im Haus 	64	<p>Formal: dauerhafter stationärer Hilfebedarf, Kostenübernahme bis Pflegerad 2 (Absprache mit Kostenträger)</p> <p>Faktisch: Einzelzimmer, nicht barrierefrei, Unterstützung nur zu Dienstzeiten, fortgeschrittenes Alter</p>
3.2 Stationäre Hilfe nach § 67 SGB XII	Christophorus-haus (BHST)	Volljährige wohnungslose Männer	<ul style="list-style-type: none"> · Gesundheitliche Beratung · Pflegerische Unterstützung regulär vorgesehen · Hauswirtschaftliche Unterstützung · Bei PG pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung über ambulante Dienste möglich · Medikamentenmanagement · Terminmanagement (Begleitung nach Kapazitäten) · Hausärztliche und psychiatrische Sprechstunde im Haus 	51	<p>Formal: Anspruch auf Leistungen nach §§ 67ff. SGB XII</p> <p>Faktisch: Einzelzimmer, nicht barrierefrei, Unterstützung nur zu Dienstzeiten</p>
	Gertrudenhaus (SKF)	Volljährige wohnungslose Frauen	<ul style="list-style-type: none"> · Gesundheitliche Beratung · Pflegerische Unterstützung regulär vorgesehen · Hauswirtschaftliche Unterstützung · Bei PG pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung über ambulante Dienste möglich · Medikamentenmanagement · Terminmanagement 	25	<p>Formal: Anspruch auf Leistungen nach §§ 67ff. SGB XII</p> <p>Faktisch: Einzelzimmer, nicht barrierefrei, Unterstützung nur zu Dienstzeiten</p>
3.2 Ambulante Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII	Langzeitwohnen (SKF)	Ältere wohnungslose Frauen	<ul style="list-style-type: none"> · Gesundheitliche Beratung · Pflegerische Unterstützung situativ möglich · Hauswirtschaftliche Unterstützung · Bei PG pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung über ambulante Dienste möglich · Medikamentenmanagement · Terminmanagement 	6	<p>Formal: Anspruch auf Leistungen nach §§ 67ff. SGB XII</p> <p>Faktisch: Einzelzimmer, nicht barrierefrei, Unterstützung nur zu Dienstzeiten, fortgeschrittenes Alter</p>

Tabelle 10: Bereich 3: Wohnungslosenhilfe – weiterführende ambulante und stationäre Wohnangebote

3. Wohnungslosenhilfe – weiterführende ambulante und stationäre Wohnangebote					
Versorgungsbereich	Einrichtung, Träger	Zielgruppen	Gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung	Plätze	Formale Zugangsvoraussetzungen und faktische Bedingungen
	Ambulant betreutes Wohnen der Caritas (Caritas)	Volljährige wohnungslose Männer und Frauen	<ul style="list-style-type: none"> · Gesundheitliche Beratung · Hauswirtschaftliche Unterstützung situativ möglich · Bei PG, pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung über ambulante Dienste möglich · Terminmanagement (Begleitung nach Kapazitäten) 	106	Formal: Anspruch auf Leistungen nach §§ 67ff. SGB XII Faktisch: Einzelzimmer, nicht barrierefrei
3.3 Intensiv ambulant betreutes Wohnen	Pension Plus (BHST, Caritas und FSP)	Volljährige wohnungslose Männer mit psychiatrischer Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> · Gesundheitliche Beratung · Hauswirtschaftliche Unterstützung · Medikamentenmanagement · Terminmanagement · (Psychiatrische) pflegerische Unterstützung regulär vorgesehen 	16	Formal: diagnostizierte psychiatrische Erkrankung, Zustimmung des LWL Faktisch: Einzelzimmer, nicht barrierefrei, Unterstützung nur zu Dienstzeiten
	Wohnen 60 Plus Yorkhöfe (Y) und Dreifaltigkeitskirche (D) (beide BHST)	Volljährige wohnungslose Männer und Frauen	<ul style="list-style-type: none"> · Hauswirtschaftliche Unterstützung · Terminmanagement · Pflegerische Unterstützung situativ möglich · Bei PG pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung auch durch ambulante Dienste möglich 	Y: 11 D: 8	Formal: Anspruch auf Leistungen nach §§ 67ff. SGB XII, mind. PG 1 oder MdE mind. 50% Faktisch: Einzelapartment, barrierefrei, Unterstützung nur zu Dienstzeiten
	Wohngruppe an der Meerwiese (BHST)	Volljährige wohnungslose Männer und Frauen	<ul style="list-style-type: none"> · Hauswirtschaftliche Unterstützung · Terminmanagement · Pflegerische Unterstützung situativ möglich · Bei PG pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung auch durch ambulante Dienste möglich 	6	Formal: Anspruch auf Leistungen nach §§ 67ff. SGB XII, mind. PG 1 oder MdE mind. 50% Faktisch: Einzelzimmer, nicht barrierefrei, Unterstützung nur zu Dienstzeiten

Tabelle 10: Bereich 3: Wohnungslosenhilfe – weiterführende ambulante und stationäre Wohnangebote

4. Gesundheitswesen						
Versorgungsbereich	Einrichtungsträger	Zielgruppen	Gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung	Plätze	Formale Zugangsvoraussetzungen und faktische Bedingungen	
4.1 Krankenhaus	Fünf somatische Kliniken in Münster (diverse Träger)	Menschen mit akuten somatischen Erkrankungen oder med. Notfällen	<ul style="list-style-type: none"> · Ambulante und stationäre somatische Behandlung, Diagnostik und Therapie · Pflegerische Versorgung im stationären Rahmen · Notfallversorgung 	Gesamt ca. 3100	<p>Formal: somatische Indikation, elektiv (Vor Anmeldung/Wartzeit), Notfall, Nachweis Krankenversicherung (entfällt im Notfall)</p> <p>Faktisch: Verweildauer i. d. R. auf Akutphase beschränkt</p>	
	Zwei Psychiatrische Kliniken (LWL, UKM)	Menschen mit akuten psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> · Ambulante und stationäre psychiatrische Diagnostik und Behandlung · Pflegerische Versorgung im stationären Rahmen · Krisenintervention · Tagesklinische Angebote · Spezifisch LWL: Suchtambulanz 	376 ¹¹ 64 ¹²	<p>Formal: psychiatrische Indikation, elektiv (Vor Anmeldung/Wartzeit), Notfall, Nachweis Krankenversicherung (entfällt im Notfall)</p> <p>Faktisch: Verweildauer i. d. R. auf Akutphase beschränkt</p>	
4.2 Kurzzeitpflege	Diverse Träger (3 Einrichtungen solitär ¹¹ , 29 Einrichtungen eingestreut ¹²)	Menschen mit einem vorübergehend erhöhten Pflegebedarf, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> · Zeitlich befristete stationäre Pflege · Grund- und Behandlungspflege · Unterstützung bei Mobilität und Alltagsbewältigung · Überbrückung bis zur Klärung weiterer Versorgung 	Gesamt 282 (69 ¹³ , 213 ¹⁴)	<p>Formal: Pflegegrad 2-5 Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI Optionale Kombination mit Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI (Umnwidmung nicht genutzter Mittel) Versicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung Max. 56 Tage pro Kalenderjahr</p> <p>Faktisch: Einrichtungen häufig ausgelastet; vorherige Anmeldung und Koordination erforderlich</p>	

Tabelle 11: Bereich 4: Gesundheitswesen

¹¹Stationäre Plätze

¹² Plätze in der Tagesklinik

¹³ Solitär (fein für die Kurzzeitpflege bestimmt, 3 Einrichtungen)

¹⁴ Eingestreut (temporär für die Kurzzeitpflege nutzbar, meist zur Überbrückung einer Dauerversorgung, nicht primäre Kurzzeitpflege, 29 Einrichtungen)

4. Gesundheitswesen						
Versorgungsbereich	Einrichtung, Träger	Zielgruppen	Gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung	Plätze	Formale Zugangsvoraussetzungen und faktische Bedingungen	
4.3 Ambulante Pflegedienste	Diverse Träger (41 Dienste)	Menschen mit Bedarf an Grundpflege, Behandlungspflege oder hauswirtschaftlicher Unterstützung im häuslichen Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> · Pflegeberatung und Anleitung · Grundpflege (SGB XI) · Behandlungspflege nach ärztlicher Verordnung (SGB V) · Hauswirtschaftliche Unterstützung (SGB XI) 	Entfällt	<p>Formal: Ärztliche Verordnung, für Grundpflege und hauswirtschaftliche Sachleistungen: Pflegegrad 2-5 (§ 36 SGB XI) – Leistungsumfang abhängig von Pflegegrad</p> <p>Für hausnahe Unterstützung über Entlastungsbetrag: Pflegegrad 1 (§ 45b SGB XI)</p> <p>Für Behandlungspflege: ärztliche Verordnung (§ 37 SGB V)</p> <p>Zulassung des Pflegedienstes nach § 72 SGB XI bzw. HKP-Zulassung Kranken- bzw. Pflegeversicherung</p> <p>Faktisch: Regelmäßige Erreichbarkeit erforderlich, Zeitvorgabe durch die Dienste, hohe Auslastung, Wartezeiten möglich</p>	
4.4 Ambulante betreute Pflege-Wohngemeinschaften	Diverse Träger (28 Einrichtungen)	Menschen mit Bedarf an Grundpflege, Behandlungspflege oder hauswirtschaftlicher Unterstützung, die eine 24h-Betreuung benötigen, teils auf bestimmte Zielgruppe spezialisiert	<ul style="list-style-type: none"> · Pflegeberatung · Über ambulante Dienste: Grund- und Behandlungspflege · Hauswirtschaftliche Unterstützung · Medikamentenmanagement · Tagesstruktur 	295	<p>Formal: Ärztliche Verordnung, für Grundpflege und hauswirtschaftliche Sachleistungen: Pflegegrad 2-5 (§ 36 SGB XI) – Leistungsumfang abhängig von Pflegegrad</p> <p>Teils spezialisierte Zielgruppe</p> <p>Für Behandlungspflege: ärztliche Verordnung (§ 37 SGB V)</p> <p>Zulassung des Pflegedienstes nach § 72 SGB XI bzw. HKP-Zulassung Kranken- bzw. Pflegeversicherung</p> <p>Faktisch: Regelmäßige Erreichbarkeit erforderlich, Zeitvorgabe durch die Dienste, hohe Auslastung, Wartezeiten möglich</p> <p>Ggf. Eigenbeteiligung an Pflegesachkosten</p>	
4.5 Pflegeheime	Diverse Träger (32 + 1 ¹⁵ Einrichtungen)	Menschen mit langfristigem Pflegebedarf, die eine vollstationäre Versorgung benötigen	<ul style="list-style-type: none"> · Vollstationäre Pflege · Grund- und Behandlungspflege · Unterstützung bei Alltagsbewältigung und Mobilität · Soziale Betreuung 	2601 +18 ¹⁵	<p>Formal: Pflegegrad 2-5 (SGB XI)</p> <p>Kostenübernahme durch Pflegeversicherung bzw. Sozialamt (Hilfe zur Pflege nach SGB XI)</p> <p>Faktisch: In vielen Einrichtungen Abstinenzgebot</p> <p>Einrichtungen entscheiden über Aufnahmen abhängig von Kapazitäten und Einrichtungsprofil</p>	

Tabelle 11: Bereich 4: Gesundheitswesen

¹⁵ Intensivpflege

4. Gesundheitswesen

Versorgungsbereich	Einrichtung, Träger	Zielgruppen	Gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung	Plätze	Formale Zugangsvoraussetzungen und faktische Bedingungen
4.6 Pflegeheime mit besonderem Zugang für wohnungslose Menschen	LWL Pflegezentrum	Menschen mit langfristigem Pflegebedarf und psychiatrischen Erkrankungen, die eine vollstationäre Versorgung benötigen	<ul style="list-style-type: none"> · Vollstationäre Pflege · Grund- und Behandlungspflege · Unterstützung bei Alltagsbewältigung und Mobilität · Soziale Betreuung · Psychiatrische Pflege 	Ca. 80	<p>Formal: Pflegegrad 2-5 (SGB XI)</p> <p>Kostenübernahme durch Pflegeversicherung bzw. Sozialamt (Hilfe zur Pflege nach SGB XII)</p> <p>Faktisch: Konsum legaler Substanzen und Substitution möglich</p> <p>Aufnahme abhängig von Kapazitäten und Bedarfen, Wartezeiten</p>
4.7 Stationäre Palliativpflege	Haus Maria Veen (Verein katholischer Arbeiterkolonien)	Menschen mit langfristigem Pflegebedarf, die eine vollstationäre Versorgung benötigen	<ul style="list-style-type: none"> · Vollstationäre Pflege · Grund- und Behandlungspflege · Unterstützung bei Alltagsbewältigung und Mobilität · Soziale Betreuung · Pflegerische Versorgung mit Schwerpunkt auf (ehemals) wohnungslose Menschen 	116	<p>Formal: Pflegegrad 2-5 (SGB XI)</p> <p>Kostenübernahme durch Pflegeversicherung bzw. Sozialamt (SGB XII)</p> <p>Faktisch: Konsum legaler Suchtmittel und Substitution möglich</p>
4.7 Stationäre Palliativpflege	Vier Palliativstationen in Krankenhäusern	Menschen mit unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankungen und komplexen palliativmedizinischen und -pflegerischen Bedarfen mit Bedarf an stationärer Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> · Medizinische und pflegerische Palliativversorgung · Psychosoziale und spirituelle Begleitung · Psychoonkologie · Koordination der weiteren Versorgungssplangung · Einbeziehung der Angehörigen 	Gesamt ca. 35	<p>Formal: Notfall oder Krankenhausweisung</p> <p>Faktisch: begrenzte Kapazitäten und Wartezeiten, Substitution möglich</p>

Tabelle 11: Bereich 4: Gesundheitswesen

4. Gesundheitswesen					
Versorgungsbereich	Einrichtung, Träger	Zielgruppen	Gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung	Plätze	Formale Zugangsvoraussetzungen und faktische Bedingungen
4.8 Hospize	Zwei Hospize in Münster: Lebenshaus und Johannes-hospiz	Menschen mit unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankungen, begrenzter Lebenserwartung (Prognose < drei Monate) und komplexen palliativmedizinischen und -pflegerischen Bedarfen, Notwendigkeit stationärer Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> Medizinische und pflegerische Palliativversorgung Psychosoziale und spirituelle Begleitung Alltagsgestaltung Einbeziehung der Angehörigen 	20 ¹⁶	<p>Formal: ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung, im Ausnahmefall auch bei fehlender Kranken- bzw. Pflegeversicherung</p> <p>Faktisch: begrenzte Kapazitäten und Wartezeiten, Substitution möglich</p>
4.9 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	Ambulante Palliativversorgung, (Palliativnetz)	Menschen mit unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankungen, begrenzter Lebenserwartung und komplexen palliativmedizinischen und -pflegerischen Bedarfen mit Notwendigkeit an Betreuung im häuslichen Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> Ärztliche und pflegerische Palliativversorgung Psychosoziale und spirituelle Begleitung Koordination / Krisenintervention Einbeziehung der Angehörigen 	Entfällt	<p>Formal: ärztliche Verordnung, Anspruch unabhängig vom Pflegegrad, in Münster im Einzelfall auch ohne Krankenversicherung möglich (Einzelfallentscheidung Palliativnetz)</p> <p>Faktisch: Aufnahme abhängig von der Symptomlast, Substitution möglich, Kapazitätsgrenzen, Wartezeiten</p>
4.10 Ambulante Hospizdienst	Ambulanter Hospizdienst, Johannes-hospiz, Hospizbewegung Münster	Menschen in der letzten Lebensphase mit Bedarf an psychosozialer und spiritueller Begleitung im häuslichen Umfeld oder in Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> Psychosoziale und spirituelle Begleitung durch ehrenamtliche, geschulte Hospizbegleiter:innen Gespräche und Präsenz im Alltag Entlastung von Angehörigen und Bezugspersonen Unterstützung im Umgang mit der Lebenssituation 	Entfällt	<p>Formal: keine Kosten, keine Verordnung</p> <p>Faktisch: Wartezeiten möglich</p>

Tabelle 11: Bereich 4: Gesundheitswesen

¹⁶ Jeweils 10 Plätze

4. Gesundheitswesen

Versorgungsbereich	Einrichtung, Träger	Zielgruppen	Gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung	Plätze	Formale Zugangsvoraussetzungen und faktische Bedingungen
4:11 Gesundheitsamt	Sozialpsychiatrischer Dienst	Menschen mit psychischen Erkrankungen oder psychosozialen Krisen mit Bedarf an kommunaler Beratung und Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Krisenintervention • Einschätzung des psychischen Zustands • Ärztliche Sprechstunden • Hausbesuche und aufsuchende Unterstützung • Vermittlung in passende Hilfen und Behandlungsangebote • Kooperation mit Kliniken, niedergelassenen Ärztinnen und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe 	Entfällt	<p>Formal: kostenfrei, keine Verordnung, Freiwilligkeit der betreffenden Menschen (Ausnahme: Gefährdungsbeurteilung im Rahmen des PsychKG NRW)</p> <p>Faktisch: Termin- und Kapazitätsgrenzen, Unterstützung nur zu Dienstzeiten</p>
4:12 Gesetzliche Krankenkassen und Pflegekassen	Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe	Menschen mit Bedarf an gutachterlicher Einschätzung zu Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit • Medizinische und pflegerische Stellungnahmen • Prüfungen im Zusammenhang mit Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung 	Entfällt	<p>Formal: Antragstellung durch den betreffenden Menschen bei der Kranken- oder Pflegekasse</p> <p>Beauftragung des MD durch die Kasse, nicht durch die Person selbst, kostenfrei</p> <p>Faktisch: Erstbegutachtung vor Ort, Folgebegutachtungen ggf. nach Aktenlage, Terminierung binnen zwei Wochen nach Antragsingang, postalische Erreichbarkeit muss gegeben sein</p>
4:13 Ambulante medizinische Versorgung	Hausärztliche Versorgung	Menschen aller Altersgruppen mit akuten oder chronischen gesundheitlichen Problemen	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärztliche Diagnostik und Behandlung • Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln • Mundversorgung (nach Kapazitäten) • Überweisungen an Fachärzt:innen • Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen • Koordination weiterer medizinischer Leistungen 	Entfällt	<p>Formal: Krankenversicherung, Aufnahmeentscheidung der Praxis</p> <p>Faktisch: Terminvergabe, teils begrenzte Kapazitäten</p>

Tabelle 11: Bereich 4: Gesundheitswesen

4. Gesundheitswesen					
Versorgungsbereich	Einrichtung, Träger	Zielgruppen	Gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung	Plätze	Formale Zugangsvoraussetzungen und faktische Bedingungen
	Substitutionspraxen (niedergelassene Vertragsärzt:innen)	Menschen mit Opioidabhängigkeit	<ul style="list-style-type: none"> · Substitutionsgestützte Behandlung · Medizinische Beratung · Einfache Diagnostik und Behandlung akuter gesundheitlicher Probleme · Verordnung notwendiger Medikamente · Verweis in weiterführende Hilfen, wie SpDi, Suchtberatung, medizinische Regelversorgung 	Entfällt	<p>Formal: Krankenversicherung (ggf. Kostenübernahme in Einzelfällen über Clearingstrukturen), Indikation nach Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMG, BtMVV), Aufnahmeentscheidung durch substituierende Ärzt:in</p> <p>Faktisch: tägliche Vergabezeiten, feste Abläufe, Kapazitätsgrenzen</p>

Tabella 11: Bereich 4: Gesundheitswesen

5. Weitere Angebote					
Versorgungsbereich	Einrichtung & Träger	Zielgruppen	Gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung	Plätze	Formale Zugangsvoraussetzungen und faktische Bedingungen
5.1 Drogenhilfe	Drogenhilfezentrum mit integriertem Konsumraum INDR0 e.V.	<ul style="list-style-type: none"> · Volljährige Menschen, die illegale Substanzen konsumieren · Substituierte · Ex-Konsumierende 	<ul style="list-style-type: none"> · Kontakt- und Beratungsmöglichkeiten · Aufsuchende Hilfe · Überwachung beim Konsum im geschützten Rahmen · Harm-Reduction-Angebote, wie Safer-Use-Materialien, Spritzenaustausch, Notfallmanagement · Ambulant betreutes Wohnen · Vermittlung in medizinische, psychiatrische und soziale Hilfen · Wundversorgung · Orientierung und Unterstützung im Alltag · Beratung zu Auslandsreisen mit Substitution 	Entfällt	<p>Formal: Anonym und kostenfrei, keine Verordnung</p> <p>Faktisch: niedrigschwellig, Kapazitätsgrenzen aufgrund begrenzter Plätze im Konsumbereich, kein Konsum bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung</p>
	Drogenberatungsstellen (Caritas, Diakonie, Stadt Münster)	<ul style="list-style-type: none"> · Suchterkrankte Personen, An- und Zugehörige, Arbeitgeber · Soziale Dienste 	<ul style="list-style-type: none"> · Anonyme Beratung und Unterstützung zu den Themen Sucht, Substitution, Therapie · Psychosoziale Beratung · Therapievermittlung · Offene Angebote und Sprechstunden · Haftvermeidung (Stadt Münster) · Sozialtherapeutische Gruppenangebote (Caritas & Diakonie) · Informationsformate zu Sucht und Abhängigkeit · Fachberatung 	Entfällt	<p>Formal: kostenfrei, anonym, freiwillig</p> <p>Faktisch: niedrigschwellig, zentral gelegen, auch telefonische oder Online-Beratung</p>
5.2 Angebote für Menschen mit ungeklärtem Krankenversicherungs-schutz	Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung, MMM (Malteser)	Menschen ohne Krankenversicherung oder mit ungeklärtem Leistungsanspruch, die medizinische Basis- oder Akutversorgung benötigen.	<ul style="list-style-type: none"> · Erstuntersuchung · Einfache Diagnostik, wie Vitalwerte, Basisuntersuchungen · Behandlung akuter Beschwerden · Wundversorgung · Ausgabe und Verordnung von Medikamenten (auf Spendenbasis) · Vermittlung an Haus- und Fachärzt:innen (Kostenübernahme zum einfachen Satz) · Verweisberatung zu weiterführenden Hilfen · Zugang zum Notfallfonds 	Entfällt	<p>Formal: kostenfrei, ggf. anonym, keine Verordnung nötig</p> <p>Faktisch: niedrigschwellig, Lage außerhalb der Innenstadt, feste Sprechstunden, keine Begleitung, Kostenübernahmen begrenzt</p>

Tabelle 12 Übersicht über die Versorgungslandschaft, Bereich 5: Weitere Angebote

5. Weitere Angebote					
Versorgungsbereich	Einrichtung, Träger	Zielgruppen	Gesundheitliche bzw. pflegerische Unterstützung	Plätze	Formale Zugangsvoraussetzungen und faktische Bedingungen
	Beratungsstelle Klar für Gesundheit (GGUA, BHST)	Menschen ohne Krankenversicherung oder mit ungeklärtem Leistungsanspruch	<ul style="list-style-type: none"> · Klärung des Versicherungsstatus · Unterstützung bei der Wieder- oder Neuaufnahme in eine Krankenversicherung · Beratung zu Leistungsansprüchen · Vermittlung in passende medizinische Angebote in Kooperation mit dem Mobilen Dienst oder der MMM · Zugang zum Notfallfonds 	Entfällt	<p>Formal: kostenfrei, ggf. anonym, keine Verordnung nötig</p> <p>Faktisch: teils langwierige Verfahren</p>

Tabelle 12 Übersicht über die Versorgungslandschaft, Bereich 5: Weitere Angebote

Anmerkung: Der ASB betreibt den Mobilen Dusch- und Beratungstreff (MoDuBe), ein niedrigschwelliges Angebot mit Durchlässigkeit und Verweisberatung für Menschen in Wohnungslosigkeit. Da das Angebot während unserer Datenerhebung noch nicht aktiv wurde, ist es nicht tabellarisch dargestellt.



BISCHOF-HERMANN-STIFTUNG

Münster

WIE GELINGT PFLEGERISCHE VERSORGUNG, WENN MENSCHEN KEINEN EIGENEN WOHNRAUM HABEN?

Dieser Bericht ist im Rahmen des Modellprojekts Cared.Wende entstanden. Er untersucht die gesundheitliche und pflegerische Versorgung schwer kranker und pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen in Münster.

Grundlage ist eine mehrmonatige Feldforschung vor Ort. Wir haben Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und des Gesundheitswesens besucht, Versorgungsprozesse beobachtet und mit schwer kranken und pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen sowie mit Fachkräften aus Wohnungslosenhilfe, Gesundheitswesen und Verwaltung gesprochen.

Der Bericht zeigt, wo Versorgung gelingt, wo sie an Grenzen stößt und was sich verändern muss, damit sie verlässlicher wird.

Er richtet sich an Fachkräfte, Politik, Verwaltung und weitere Akteur:innen im Versorgungssystem.

Er soll als Grundlage dienen, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen in Münster weiterzuentwickeln – und kann dabei auch für andere Städte Anknüpfungspunkte bieten.

Bischof-Hermann-Stiftung
Schillerstraße 46
48155 Münster

Telefon: 0251 / 60 63 100
Telefax: 0251 / 60 63 130

Bischof-Hermann-Stiftung@bhst.de
www.bhst.de