

# Pflegeeinrichtung für wohnungslose Menschen

**Konzept 2008**



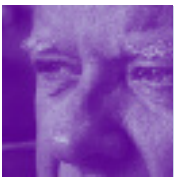




1



2



3



4



5

# Inhalt

<b>1 Einleitung</b> .....	3
<b>2 Ausgangslage</b> .....	4
<b>3 Thematische Bestandsaufnahme</b> .....	6
<b>4 Konzeptbausteine</b> .....	8
4.1 Zielgruppen .....	8
4.2 Einbindung der Pflegeeinrichtung in das Angebot der Hamburger Wohnungslosenhilfe .....	9
4.3 Pflegerische und medizinische Bedarfe .....	10
4.4 Sozialpädagogisches Konzept .....	12
4.5 Städtebauliche und bauliche Anforderungen .....	14
4.6 Personelle Anforderungen .....	16
4.7 Grundüberlegungen zur Finanzierung .....	16
<b>5 Zusammenfassung</b> .....	18
Anhang .....	20





# 1 Einleitung

Mit dem hier vorgelegten Konzept reagiert das Diakonie-Hilfswerk Hamburg der Nordelbischen Evangelisch-Lutherischen Kirche auf Erfahrungen aus den medizinischen Sprechstunden (Frau Dr. med. Ishorst-Witte) im Pik-As und in der Tagesaufenthaltsstätte Bundesstraße unter Berücksichtigung anderer mobiler Angebote der Gesundheitsversorgung für Obdachlose in Hamburg. In diesen Sprechstunden zeigt sich deutlich, dass es in der Hansestadt einen bisher ungedeckten Bedarf an stationärer Pflege für Menschen gibt, die auf der Straße oder in Unterkünften leben.

Diese Menschen entsprechen nicht dem Bild, das man sich von klassischen Pflegebedürftigen in Pflegeheimen macht: Sie sind in der Regel deutlich jünger, in vieler Hinsicht unangepasster und haben eine starke Aversion gegen den klassischen Pflegebetrieb. Umgekehrt sind die klassische Pflegewirtschaft und die Umsetzung der dahinter liegenden Gesetzgebung nicht auf diese Menschen ausgerichtet. Die Hilfebedarfe langfristig wohnungsloser Menschen unterscheiden sich von denen klassischer Pflegebedürftiger. Häufig werden sie wegen fehlender eigener Häuslichkeit von den Leistungen der Pflegeversicherung abgeschnitten.

Die zurzeit in Hamburg vorhandenen speziellen, mobilen, medizinischen und pflegerischen Angebote können aus zahlreichen unterschiedlichen Ursachen (z. B. konzeptionellen, finanziellen oder gesetzlichen Gründen, fehlenden Räumlichkeiten u. a.) keine angemessene dauerhafte Versorgung bieten. Es ergibt sich somit ein fachpolitischer Handlungsbedarf, um die Zielsetzung des § 1 SGB XII zu verwirklichen und offensichtliche Lücken, bezogen auf die speziellen Hilfebedarfe wohnungsloser Menschen, zwischen dem SGB XI und dem SGB XII zu schließen.

Dem soll mit dem vorgelegten Konzept einer Pflegeeinrichtung für 40 bis 50 wohnungslose Menschen in Hamburg begegnet werden. Das Diakonie-Hilfswerk im Diakonischen Werk Hamburg legt dafür ein Konzept vor, das unter fachlicher Begleitung durch die Stattbau Hamburg GmbH entstanden ist. Es basiert auf einer Bestandsaufnahme der Situation in Hamburg und einer bundesweiten und teilweise europäischen Recherche zu der untersuchten Thematik. Darauf aufbauend werden pflegerische und sozialpädagogische Anforderungen an ein solches Angebot formuliert sowie städtebauliche und bauliche Rahmenbedingungen für dessen Umsetzung erörtert. Abgerundet werden die Überlegungen durch pflegewirtschaftliche Annäherungen zum Betrieb einer solchen Einrichtung.



## 2 Ausgangslage

Wohnungslose Menschen haben schon in jungen Jahren einen schlechten Gesundheitszustand. Diese Beobachtung wurde in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts durch mehrere Studien belegt. Hier in Hamburg zeigte eine Untersuchung am Institut für Rechtsmedizin im Jahr 2001, dass die untersuchten Toten im Durchschnitt nur 44 Jahre alt geworden waren, in der Mehrzahl an mehreren chronischen und akuten Krankheiten gleichzeitig litten und dass die Erkrankungen, die letztlich zum Tode führten, häufig gut zu behandeln gewesen wären (zum Beispiel Lungenentzündung, akute Bronchitis, durchgebrochenes Magengeschwür etc.). Diese Aussage wurde in einer Studie 2006/2007 bestätigt<sup>1</sup>.

Verursacht wird dieser schlechte Gesundheitszustand durch mehrere Faktoren.

Das Leben auf der Straße ist anstrengend, erfordert viel Organisation und lässt für die Sorge um die eigene Gesundheit kaum Raum. Gleichzeitig ist es direkt krankheitsfördernd, denkt man beispielsweise an Kälte, mangelnde Entspannung ohne Schutzraum, Schlafen, ohne die Kleidung ablegen zu können, Gewalt durch Dritte und Suchterkrankungen. Machten schon Armuts- und Gesundheitsberichte in ganz Deutschland offenbar, dass arme Menschen einen schlechteren Gesundheitszustand haben als der Rest der Bevölkerung, so zeigt sich dies bei Wohnungslosen noch deutlicher. Das Gefühl für den eigenen Körper steht im Hintergrund, Leiden werden ins Körperschema integriert und ignoriert.

Vor diesem Hintergrund leben in den Übergangswohneinrichtungen und auf der Straße viele wohnungslose Menschen, die durch ihre Krankheiten einen Bedarf sowohl an Behandlungspflege (Verbände, Injektionen, Blutzuckerbestimmungen etc.) als auch an Grundpflege (z. B. Hilfe bei der Körperpflege) ha-





ben. Die Menschen, die direkt auf der Straße leben, können keine Hilfe durch Pflegedienste erhalten, da hierzu die räumlichen Voraussetzungen fehlen. Menschen, die in Übergangswohnrichtungen leben, wird diese Hilfe oft von den Krankenkassen wegen der fehlenden Häuslichkeit nicht genehmigt, wie beispielsweise von der AOK Hamburg/Rheinland, – ein rechtlich umstrittenes Vorgehen, da in der letzten Gesetzesänderung die häusliche Pflege ausdrücklich auch für Menschen in Wohnheimen geöffnet wurde. Der Bedarf an Grund- und Behandlungspflege allein ist auch kein Grund für eine Aufnahme in ein Krankenhaus. Im Gegenteil: Die Kliniken sind vor dem Hintergrund von Vergütungen in Form von Fallpauschalen gehalten, die Liegezeiten zu verkürzen, also möglichst früh zu entlassen. Wird ein/e wohnungslose/r PatientIn in einem Krankenhaus behandelt, kann es ihr/ihm – wie im übrigen jedem anderen Patienten/jeder anderen Patientin auch – passieren, dass er/sie entlassen wird, aber noch der pflegerischen Betreuung bedarf. Immer häufiger fragen die Sozialdienste der Krankenhäuser bei den KollegInnen in der Wohnungslosenhilfe um Unterstützung bei der Suche nach einer Unterkunft nach. Eine kurzfristige Lösung ist in solchen Fällen kaum möglich. Kommt der/die Betroffene zurück auf die Straße oder in eine Übergangseinrichtung, wird die Pflegeleistung wegen der fehlenden Häuslichkeit in der Regel nicht gewährt. Hier besteht eine Lücke im Versorgungssystem: Es fehlt die Möglichkeit einer vorübergehenden Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung, die gewährleistet, dass die zu behandelnde Erkrankung ausheilt. Die Krankenstube des Caritasverbandes hat 12 Betten und kann damit den Bedarf nicht abdecken.

■ Ein weiteres großes Problem ist die bisher mangelnde Versorgung wohnungsloser Menschen, die nicht nur vorübergehend, sondern dauerhaft der Pflege bedürfen, die also auf der Straße oder in Übergangswohnrichtungen eigentlich nicht mehr leben können, dies aber häufig dennoch tun. Bisher verbleiben sie dort ohne Versorgung, ihr Zustand verschlechtert sich und nicht selten versterben sie dort.

■ Diese Menschen entsprechen in vielfacher Hinsicht nicht dem üblichen Bild eines Pflegeheimbewohners und sind deshalb dort auch nur schwer zu integrieren.

■ Das oben beschriebene Leben Obdachloser auf der Straße führt neben einer erhöhten Anfälligkeit für diverse Krankheiten zu einer frühzeitigen Alterung. So zeigt sich ein Bedarf nach einem Pflegeplatz bei Langzeitobdachlosen im Durchschnitt deutlich früher als bei der Mehrzahl der PflegeheimbewohnerInnen. In den ärztlichen Sprechstunden in der Bundesstraße und im Pik As sind eine Vielzahl von obdachlosen Menschen mittleren Lebensalters in Behandlung, die bereits einen Pflegebedarf aufweisen.

■ Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit sind meist nicht bereit, dauerhaft in eine Pflegeeinrichtung zu gehen, weil sie die nicht unberechtigte Sorge haben, dort nicht trinken zu können. In Hamburg gibt es nur eine Pflegeeinrichtung, in der Alkoholkonsum ausdrücklich gestattet ist. Hier bestehen Wartezeiten für die Aufnahme.

■ Wie in der gesamten Bevölkerung bestehen auch bei Menschen ohne Wohnung große Ressentiments gegenüber Pflegeheimen. Bei ihnen kommt jedoch hinzu, dass sie noch mehr den Verlust der vorher scheinbar vorhandenen Freiheit und vor allem der Selbstbestimmtheit fürchten, da sie das Gefühl haben, bislang ohne einengende Faktoren gelebt zu haben.

Zusammengefasst fehlt in Hamburg eine Pflegeeinrichtung, in der sowohl Kurzzeitpflege als auch dauerhafte Pflegeplätze für wohnungslose Menschen angeboten werden. Benötigt wird eine Pflegeeinrichtung für wohnungslose Menschen, die körperlich und/oder geistig nicht mehr in der Lage sind auf der Straße oder in Übergangswohnrichtungen zu leben, und die wegen des Versorgungsbedarfs nicht mehr, oder erst nach einem langen Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung wieder, in eigenen Wohnraum vermittelt werden können. Dieses Heim sollte Einzelzimmer haben und in den Pflegestandards auf die besonderen Bedürfnisse ehemals Wohnungsloser eingehen und gleichzeitig pflegerische Versorgung in der Grund- und Behandlungspflege bieten. Alkohol- und Nikotinkonsum sollte in Maßen möglich sein. Den Fähigkeiten des einzelnen Menschen angepasst, sollten seine Ressourcen gefördert und tagesstrukturierende Maßnahmen angeboten werden.

<sup>1</sup>Ishorst-Witte, F. (2001): Zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Hamburg unter Berücksichtigung einer Analyse von 388 Todesfällen. Med. Dissertation, Universität Hamburg; Grabs, J. (2006): Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg. Eine Analyse von 307 Todesfällen. Med. Dissertation, Universität Hamburg



## 3 Thematische Bestandsaufnahme

Um einen Überblick über Lösungsangebote in anderen bundesdeutschen Kommunen zu erhalten, wurden eine Internet- und eine Literaturrecherche durchgeführt sowie mehrere bundesdeutsche Projekte besichtigt, um die dortigen Erfahrungen für die Konzeptdiskussion in Hamburg nutzbar zu machen. Zusätzlich wurden die bundesdeutsche BAG Wohnungslosenhilfe und Feantsa, (la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri), der europäische Zusammenschluss nationaler Wohnungslosenhilfeorganisationen, kontaktiert.

### Im Internet

Die Recherche ergab, dass die Anzahl besonderer Angebote der dauerhaften Pflege für obdachlose Menschen niedrig ist. Die uns bekannt gewordenen Angebote sind in Tabelle 1 im Anhang aufgelistet. Bezogen auf die Bundesrepublik wurden vier Projekte in München und je eines in Düsseldorf, Bremen und Reken in Nordrhein-Westfalen identifiziert, die als Heim-einrichtungen dauerhafte Hilfen für obdachlose Menschen mit Pflegebedarf anbieten. In Wien gibt es vier Angebote, in Zürich und Südtirol jeweils eines, wobei die beiden letzteren vor allem auf ältere und pflegebedürftige Menschen mit einer Suchtproblematik abzielen.

Weitere Angebote, in denen obdachlose Menschen Pflege erhalten, wie Krankenstuben etc. wurden zwar erfasst, werden hier jedoch nicht weiter in Betracht gezogen. Das gilt für kleine Krankenstuben (in Hamburg, Hannover und Köln) ebenso wie für traditionelle Wohnheime, wie z. B. Arbeiterkolonien, in denen auch Pflege durch Inanspruchnahme externer Pflegedienste angeboten wird.



### In der Literatur

Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass es bis auf allgemeine Studien zur Lebenssituation von obdachlosen Menschen kaum weiterführende Literatur zum Thema pflegebedürftige obdachlose Menschen gibt. Allgemein kann verwiesen werden auf die Diplomarbeit von Ulrike Petersen „Altern ohne festen Wohnsitz, eine Untersuchung der Lebensbedingungen und Möglichkeiten der Hilfen für ältere wohnungslose Menschen“, Berlin 1996. Sie verweist auf die Aufgaben und auf die Lücken im Angebot für ältere wohnungslose Menschen, wie sie in der oben genannten Bestandsaufnahme auch formuliert worden sind (vgl. a.a.O. S. 44 - 60). Die Verhältnisse haben sich in den letzten zwölf Jahren nicht wesentlich verändert.

Im Juni 2006 hat es eine Tagung der AG Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. in Kassel unter dem Titel: „Kränker – Ärmer – Älter, Konzepte und Fragestellungen zur medizinischen Versorgung mehrfach erkrankter Wohnungsloser“ gegeben, in deren Mittelpunkt das Haus Benno in München sowie Erfahrungsberichte aus anderen Städten standen. Besonders zu erwähnen sind auch die Fachartikel aus der Zeitschrift Wohnungslosenhilfe 02/06, in denen das Thema Pflegebedarf wohnungsloser Menschen ausführlich behandelt wird. Außerdem ist auf die Ergebnisse des Instituts für Rechtsmedizin in Hamburg aus dem Jahr 2001 und 2006/2007 hinzuweisen, die zeigen, dass Menschen auf der Straße oft an Krankheiten sterben, die mit den Mitteln der modernen Medizin und mit qualifizierter Pflege gut heilbar wären.



## Projektbesichtigungen

Mehrere Pflegeeinrichtungen für wohnungslose Menschen wurden besichtigt: drei in München, eine in Bremen, eine in Düsseldorf sowie eine in Reken, NRW. Die Besuche waren sehr hilfreich, um die Vorstellungen von einer in Hamburg zu gründenden Einrichtung sowohl auf der konzeptionellen, der finanziellen als auch der baulichen Ebene zu präzisieren. Zu allen besuchten Projekten wurden Portraits erstellt.

Deutlich wurde bei der Auswertung der Ortstermine, dass diese Einrichtungen nur vor den Zielen und Instrumenten der jeweiligen lokalen oder regionalen Wohnungslosenhilfe zu verstehen sind. Sie sind daher nicht unverändert auf Hamburg und sein Hilfesystem zu übertragen. Dennoch lassen sich ein paar grundlegende Ideen für Hamburg ableiten.

- 1** Die Projekte in München, Düsseldorf und Reken gehen auf die katholische Tradition der Arbeiter- bzw. Obdachlosenfürsorge zurück. Die Einrichtung in Bremen ist ein Ausnahmefall, weil dort erst in jüngster Zeit ein schlecht vermarktbares Altenheim von einem klassischen Heimbetreiber zu einer Obdachlosenpflegeeinrichtung umgewandelt worden ist.
- 2** Alle Projekte haben gezeigt, dass es bei einem verbindlichen und auf den Bedarf der Menschen angepassten professionellen Betreuungs- und Pflegekonzept – nach Aussage der Betreiber und deren Pflegediensten – ver-

gleichsweise gute gesundheitliche Stabilisierungen und hygienisch zufriedenstellende Allgemeinsituationen der dort lebenden Menschen geben kann. Dies erfordert jedoch eine ausgesprochen vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen SozialarbeiterInnen, Pflegeeinrichtungen und pflegebedürftigen Menschen. Bei einem Verbleib auf der Straße sind derartige Stabilisierungen unmöglich.

- 3** Alkohol wird in allen Angeboten toleriert.
- 4** Mit ihren unterschiedlichen Größen zeigen die besichtigten Projekte, dass es größere und kleinere Einheiten gibt. Kleinere bieten den Vorteil, sich besser in eine „normale“ Wohnumgebung einzupassen. Dort, wo es Synergieeffekte mit anderen Einrichtungen gibt, sollten diese genutzt werden.
- 5** Bedenkenswert sind auch Erfahrungen, die in den unterschiedlichen Einrichtungen mit der Pflegeversicherung gemacht worden sind. Die Kriterien, nach denen üblicherweise Pflegebedarf konstatiert wird und Pflegestufen anerkannt werden, passen nicht auf die Bedarfe von Menschen, die lange Zeit auf der Straße gelebt haben. Darauf wiesen alle Betreiber hin.

Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass es in Hamburg eine Lösung geben sollte, die die Erfahrungen der besichtigten Einrichtungen nutzt, die aber auf das spezielle Hilfesystem in Hamburg und dessen Zielsetzungen angepasst ist.



## 4 Konzeptbausteine

### 4.1 Zielgruppen

Das geplante Hamburger Projekt soll folgende Zielgruppen erreichen, für die es in Hamburg keine oder nicht ausreichende Angebotskapazitäten gibt:

- ▶ ältere Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf, bei denen frühere Leistungen ambulanter oder stationärer Einrichtungen nicht zur dauerhaften Wiedereingliederung geführt haben,
- ▶ Wohnungslose mit einem krankheitsbedingten höheren Pflege- und Betreuungsaufwand,
- ▶ Wohnungslose, die nach einem Krankenhausaufenthalt eine längere Genesungsphase benötigen,
- ▶ Wohnungslose, die chronisch krank sind, ein ausgeprägtes Suchtverhalten aufweisen und/oder psychisch erkrankt sind und nicht, oder nicht umgehend, in anderen Einrichtungen untergebracht werden können,
- ▶ Personen aus dem Kreis der Wohnungslosen, die in eine akute gesundheitliche Krise geraten sind.



## 4.2 Einbindung der Pflegeeinrichtung in das Angebot der Hamburger Wohnungslosenhilfe

Das folgende Schaubild zeigt, wie das geplante Angebot in die Vernetzung der Wohnungslosenhilfe eingebunden sein könnte und über welche Institutionen die pflegebedürftigen Personen Zugang zur Pflegeeinrichtung erhalten sollten. Eine Vernetzung mit den Angeboten der Wohnungslosenhilfe und dem allgemeinen medizinischen Versorgungssystem ist vorgesehen. In der Sprechstunde wird nach Abstimmung mit dem Krankenhaus oder anderen Einrichtungen die weitere Behandlung festgelegt und die voraussichtliche Aufenthaltsdauer bestimmt. Dort wird auch in Zusammenarbeit mit der Einrichtungsleitung ein geregeltes Auszugsverfahren in eine Wohnung, ein Alters- oder Pflegeheim, Krankenhaus oder Hospiz organisiert.

Welche besonderen und für Hamburg neuen Anforderungen ein solches Angebot erfüllen soll, wird in den folgenden fünf Unterkapiteln dargelegt.

- **Pflegerische und medizinische Bedarfe**
- **Sozialpädagogisches Konzept**
- **Städtebauliche und bauliche Anforderungen**
- **Personelle Anforderungen**
- **Grundüberlegungen zur Finanzierung**

Schaubild 1: **Pflegeeinrichtungen im Hamburger Angebot der Wohnungslosenhilfe**



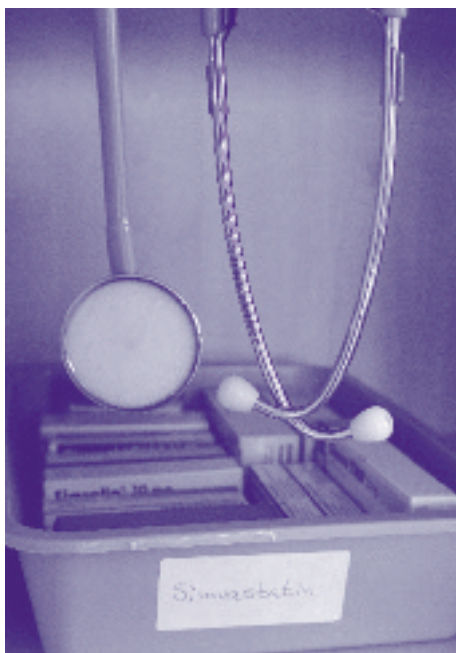


### 4.3 **Pflegerische und medizinische Bedarfe**

Die Problemlagen pflegebedürftiger Wohnungsloser und ihre Bedarfe sowie die sich daraus ergebenden Pflegebesonderheiten gehen Hand in Hand. Daher ist es sinnvoll, zunächst auf ihre spezielle Lebenssituation einzugehen.

Pflegebedürftige Wohnungslose sind mehrheitlich erheblich jünger als der/die klassische PflegeheimbewohnerIn und häufig suchtmittelabhängig und/oder psychisch krank.

Nikotin- und Alkoholmissbrauch sowie das Leben in der Wohnungslosigkeit führen zu einer Vielzahl akuter, vor allem aber chronischer Erkrankungen. Genannt seien an dieser Stelle chronische Bronchitiden, Bläh-Lungen, Bluthochdruck, Magen- und Speiseröhren-erkrankungen, Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, Herz-erkrankungen, Durchblutungsstörungen, Krebserkrankungen, demenzielle Krankheiten u. a. m. Die Beschwerden dieser Krankheitsbilder bestehen typischerweise über längere Zeit und werden ins Körperschema integriert und somit selten als bedrohlich wahrgenommen. Entsprechend gering wird die Notwendigkeit einer Behandlung eingestuft, zumal die regelmäßige Einnahme von Medikamenten schwer in den aufwändigen Tagesablauf zu integrieren und zudem mit Beschwerlichkeiten wie Arztkontakten, Zuzahlungen etc. verbunden ist.



Hinzu kommt, dass Sucht und das Leben in der Wohnungslosigkeit ein Wahrnehmen des eigenen Körpers und seiner Bedürfnisse erschweren. Die eigene Gesundheitsfürsorge und Prävention wurden nicht erlernt oder verlernt. Dies erstreckt sich häufig auch auf die gesundheitsfördernde Körperhygiene. Daraus folgt, dass das Gefühl, Hilfe von außen bei Gesundheit und Hygiene zu benötigen, gering ist, der Bedarf gleichzeitig aber hoch.

Auf Grund des Alters empfinden die PatientInnen den Gedanken an eine Heimunterbringung als kränkend, fürchten einen Verlust der Freiheit. In diesem Zusammenhang sei die Taschengeldregelung angeführt, die zu einer Einschränkung an Unabhängigkeit führt, auch und besonders im Suchtverhalten.

Zusammengefasst ergibt sich folgender Konflikt: Ein schlechter Gesundheitszustand, der mit Defiziten in der eigenverantwortlichen Gesundheitsvorsorge bis hin zur allgemeinen Verwahrlosung einhergeht, steht dem subjektiven Gefühl der PatientInnen gegenüber, die die Situation anders wahrnehmen und obendrein ein Heim als abschreckend empfinden. Dieser Zwiespalt kann durch ein konventionelles Heim nicht aufgelöst werden und führt zu einer grundsätzlichen Überlegung. Wenn in Hamburg die Lebenssituation der pflegebedürftigen Wohnungslosen menschenwürdig gestaltet werden soll, muss ein Heim den Bedarfen dieser Menschen gerecht werden, um eine Akzeptanz zu erreichen. Gleichzeitig müssen bestehende Pflegestandards eingehalten bzw. sinnvoll angepasst werden.

Im Folgenden sollen medizinisch-pflegerische Bedarfe aufgeführt werden, die sich von denen eines konventionellen Pflegeheims unterscheiden.

- **Körperhygiene** muss individuell angepasst sein. Ein regelmäßiges Gespräch mit dem Erfolg eines beispielsweise wöchentlichen Waschens oder Duschens ist eine Pflegeleistung, ebenso wie die Frage des regelmäßigen Wäschewechsels.
- Zur Körperpflege gehört die **regelmäßige Untersuchung** auf Läusebefall bei PatientInnen, die mobil sind und sich gelegentlich in der Wohnungslosenszene aufhalten.
- **Duschen und Waschen** erfolgt mit Hilfestellung und respektiert die vorhandenen Fähigkeiten des Patienten.
- Wichtig ist neben der Körper- die Anleitung zur **Zimmerhygiene**, vor allem bei PatientInnen, die zur Vermüllung neigen.
- **Inkontinenzen** müssen nach Möglichkeit abgeklärt werden und bedürfen in der Folge einer Motivierung zur besonderen Hygiene.
- Es muss durch das Pflegepersonal in Zusammenarbeit mit Haus- und FachärztInnen versucht werden, ein **Bewusstsein für die bestehenden Krankheiten und Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit** zu wecken. Dieser Prozess benötigt Zeit, da häufig Beschwerden verdrängt und damit als normal empfunden werden, die Behandlung aber einen Gewinn an Lebensqualität bedeuten kann. Als Beispiel sei die Luftnot bei chronischer Bronchitis genannt. Die inhalative Therapie muss im Ablauf erlernt werden. Wird sie schließlich regelmäßig und korrekt durchgeführt, bessert sich die Luftnot und der/die PatientIn wird körperlich belastbarer. Beide Aspekte (das Erlernen und die Einsicht, dass die regelmäßige Einnahme gut tut) sind ein Lernprozess, der Zeit braucht.
- **Alkohol- und Nikotinkonsum** müssen in begrenztem Umfang möglich sein. Eine Einrichtung mit Abstinenzgebot wird sich keiner großen Akzeptanz erfreuen. Eine gewisse Steuerung des Konsums wird durch die Taschengeldregelung stattfinden. Dennoch wird es auch die Notwendigkeit der Intervention bei alkoholischen Exzessen geben, die wiederum auch zu besonderen Pflegesituationen führen kann.
- **Intervention bei psychischen Krisen:** Neben den demenziellen Störungen leiden Wohnungslose häufiger als andere PflegepatientInnen unter psychischen Erkrankungen, häufig verbunden mit einem geringen Krankheitsgefühl und einer fehlenden Behandlungsbereitschaft. Das führt immer wieder zu krisenhaften Zuspitzungen, die einer engmaschigen Zusammenarbeit mit einem/einer PsychiaterIn bedür-

fen. Neben den psychiatrischen Symptomen (beispielsweise Wahnvorstellungen, maniformen oder depressiven Symptomen etc.) kann es dabei auch um einen erhöhten Bedarf an Anleitung und Überzeugung zur Hygiene gehen.

- Das **Pflegepersonal muss** dazu **motivieren**, das Medizinsystem im notwendigen Ausmaß in Anspruch zu nehmen. Wegen des fehlenden Krankheitsgefühls und der Schwellenängste braucht dies Zeit. Zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonal muss ein intensiver und engmaschiger Austausch erfolgen.

Neben diesen Besonderheiten, die sich aus den Bedürfnissen der wohnungslosen PatientInnen ergeben, stehen im medizinisch-pflegerischen Bereich die in jeder Pflegeeinrichtung notwendigen Tätigkeiten an.

- ▶ Erhebung des pflegerischen Bedarfs
- ▶ Pflegedokumentation einschließlich der Pflegeplanung
- ▶ Koordination der pflegerischen Maßnahmen
- ▶ tägliche Versorgung der Bewohner in grundpflegerischer Hinsicht
- ▶ Mobilitätstraining
- ▶ Pflege und Begleitung sterbender Bewohner
- ▶ Begleitung zu Arztbesuchen
- ▶ Behandlungspflege nach ärztlicher Verordnung
- ▶ Versorgung mit Medikamenten
- ▶ Notfallversorgung
- ▶ Hilfe beim Kleiderkauf und bei der Kleiderhygiene

Diese Betrachtung zeigt, dass es eine große Schnittmenge an Aufgabenstellungen gibt, die nicht zu den klassischen Aufgaben der Pflege zählen, die dennoch geleistet werden müssen, um die betroffenen Menschen an einen für die Gesundheit förderlichen Umgang mit sich selbst heranzuführen. Die genannten Aufgaben fallen üblicherweise in der Pflege von Personen ohne besondere, in ihrer individuellen Lebenskarriere begründeten, Hilfebedarfe nicht an, werden also auch nicht als klassische Pflegeleistungen anerkannt. Das betrifft insbesondere notwendige Hilfestellungen zur Alltagsorientierung, zur regelhaften Auseinandersetzung mit und zur Akzeptanz von rehabilitativen Angeboten, die Grundvoraussetzungen für die Akzeptanz und damit Wirksamkeit von Pflegemaßnahmen sind.

#### 4.4 Sozialpädagogisches Konzept

In der Hamburger Wohnungslosenpolitik gilt das grundlegende Paradigma der Integration wohnungsloser Menschen in reguläre Wohnbedingungen als Zielvorstellung sozialpädagogischer Hilfestellungen. Dem will sich das vorliegende Konzept nicht entziehen. Es will vielmehr für die oben unter Punkt 4.1 beschriebenen Zielgruppen unterschiedliche Perspektiven eröffnen: Denen, die psychisch und körperlich so destabilisiert sind, dass sie ohne eine langfristige medizinische und pflegerische Betreuung auf der Straße oder in Unterkünften nicht mehr leben sollten, sollte eine angemessene und dauerhafte Unterkunft gesichert werden, wo sie in einer vertrauten Atmosphäre bis an ihr Lebensende verbleiben können. Die Personen, die einen vorübergehenden Pflegebedarf aufweisen, können in der geplanten Einrichtung Beratung, Information und Hilfestellungen erhalten, um sie wieder in die Gesellschaft zu integrieren.

Aus diesem Grunde bietet die Pflegeeinrichtung für wohnungslose Menschen neben den beschriebenen Pflegeleistungen eine sozialpädagogische/psychologische Beratung und Betreuung an. Die Ziele der Beratung und Betreuung orientieren sich an den Leistungsanforderungen des SGB XII, § 67ff – Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten.

Die in der Pflegeeinrichtung angebotenen Leistungen umfassen demnach alle Maßnahmen, die notwendig sind, besondere soziale Schwierigkeiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Dies geschieht in Form einer persönlichen Beratung und Betreuung, die auf den jeweiligen Einzelfall individuell mit dem Klienten/der Klientin in einem Hilfeplan abgestimmt wird. Die Beratungsschwerpunkte liegen in der Regel in den Bereichen:







- **Sicherung der materiellen Existenz**
- **Teilhabe am Sozialleistungssystem**
- **Klärung der konkreten Lebenssituation**
- **Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung**
- **Bildungsangebote zur Erlangung einer Grundbildung (lesen, schreiben, rechnen)**
- **Erlangung und Sicherung eines Platzes im Arbeitsleben/Ausbildung**
- **Hilfen bei der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen**
- **Aufklärung über eine gesundheitsbewusstere Lebensweise**
- **Das Erlernen einer eigenen Haushaltsführung**
- **Teilhabe an den Möglichkeiten, die eine moderne Gesellschaft in den Bereichen Freizeit, Kultur, Sport und Unterhaltung bietet.**

Die sozialpädagogischen Angebote werden nach Absprache mit der Pflegeleitung und dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin, je nach dem individuellen Gesundheitszustand des/der Betroffenen, bereits während der Pflege begonnen. Es wird mit jedem Klienten/jeder Klientin gemeinsam ein auf seine/ihre Situation bezogener Hilfeplan erarbeitet. Die Beratung in Form von Einzelgesprächen beginnt bereits am „Krankenbett“ und begleitet den gesamten Genesungsprozess. Die individuellen Beratungen werden je nach Bedarf durch Gruppenangebote ergänzt. Sollten weitergehende therapeutische Maßnahmen z. B. im Bereich Sucht/psychische Erkrankungen erforderlich sein, werden diese in Absprache mit den KlientInnen zeitnah organisiert.

Im Laufe der Genesung werden mit den KlientInnen die Wohnmöglichkeiten nach der Entlassung besprochen und eingeleitet. Je nach der prognostizierten auch weiterhin notwendigen Unterstützung kann der pflegebedürftige Mensch in der Pflegeeinrichtung verbleiben oder ein Umzug in eine eigene Wohnung oder in eine andere Alten- und Pflegeeinrichtung vorbereitet werden. Der Prozess des Umzugs wird intensiv begleitet. Eine Anbindung an z. B. ambulante Hilfeinrichtungen erfolgt je nach Bedarf. Eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung mit den zuständigen Behörden und den verschiedenen ambulanten und stationären Hilfeinrichtungen ist die Voraussetzung dafür, dass niemand aus der Pflegeeinrichtung auf die „Straße“ entlassen wird.



## 4.5 Städtebauliche + bauliche Anforderungen

Die geplante Pflegeeinrichtung für wohnungslose Menschen soll eine Kapazität von ca. 40 bis 50 Plätzen bereithalten. Davon sind ca. 40 Plätze für eine Langzeitpflege und 10 Plätze für eine „Pflege auf Zeit“ (Finanzierung nach SGB XII) vorgesehen. Ein möglicher Ausbau, um einen größeren Bedarf zu decken, sollte nicht ausgeschlossen sein. Eine solche Einrichtung sollte also ca. 2.000 bis 2.500 qm Brutto-Wohnfläche umfassen. Das entspricht einem rechnerischen Bedarf von ca. 50 qm pro Person inklusive aller Wirtschafts-, Erschließungs- und Gemeinschaftsflächen.

### Qualitäten von Grundstücken

Bestimmte Lagequalitäten können das Leben der pflegebedürftigen Menschen sehr beeinflussen – zum Positiven wie zum Negativen. Bei den Projektbesichtigungen in den angeführten Städten wurden unterschiedliche städtebauliche Einbindungen der Pflegeeinrichtungen in das umgebende Gemeinwesen vorgefunden. Es gab solche auf dem Lande mit großen, weitläufigen Grundstücken und solche in den Städten mit sehr enger Bebauung. Als besonders ansprechend erscheint dabei das Bremer Projekt, das in der Innenstadt – mitten im Steintorviertel – liegt und unmittelbar in die Wohnbebauung integriert ist. Von außen ist der Charakter einer besonderen Unterbringung nur bei sehr genauem Hinsehen zu erkennen.

Eine derartige Lagequalität ist besonders wichtig für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen, wenn man möchte, dass sie weiter am allgemeinen Leben teilnehmen können. Man sollte daher möglichst Grundstücke mit Gebäuden suchen, die „mittendrin“ liegen, um den BewohnerInnen des Heims die Möglichkeit zu geben, dieses aus eigenen Kräften zu verlassen, um Kontakte außerhalb des Heimes zu pflegen. Die Anbindung an den ÖPNV ist für die BewohnerInnen generell von hoher Bedeutung, gerade auch für den Besuch von ÄrztInnen. Andererseits birgt eine zu große Nähe zur sonstigen Bevölkerung die Gefahr, dass es zu Abgrenzungsreaktionen und Gegenöffentlichkeit kommt.

Daher können – wenn nicht anders möglich – auch stadträumliche Insel- und Mischlagen zwischen Wohnlage und Gewerbelage interessant sein. Mit Insellagen sind Grundstücke gemeint, die zwar mittendrin in einem Wohnquartier liegen, aber dennoch etwas Abstand zur umliegenden Wohnbevölkerung haben. Das typische Beispiel dafür sind Kirchengrundstücke, die nicht selten mit viel „Grünausstattung“ versehen und mit etwas Abstand zur Wohnbevölkerung gebaut sind. Kirchliche Liegenschaften können auch deswegen interessant sein, weil sie mit symbolischen



Konnotationen behaftet sind. Über eine Nutzung als innovative Pflegeeinrichtung für heute immer noch ausgegrenzte Menschen kann an alte kirchliche Traditionen angeknüpft werden. Dabei kann jedoch gleichzeitig als selbstverständlich gelten, dass auch für kirchliche Immobilien marktgerechte Preise aufgebracht werden müssen.

Mit stadträumlichen Mischlagen sind Lagen gemeint, in denen die Wohnbebauung in Gewerbebebauung oder Parknutzung übergeht, so wie es bei der alten Villa in Düsseldorf der Fall ist: Diese liegt zwar noch in der Stadt und hat eine Straßenbahnhaltestelle direkt vor der Tür, aber ein Übergang zur offenen Landschaft ist gegeben. Hamburg hat eine Struktur als aggregierte Metropole, die aus ursprünglich selbstständigen großstädtischen und vielen mittel- und kleinstädtischen stadträumlichen Milieus zusammengewachsen ist. In vielen Stadtteilen und Bezirken finden sich Lagen, in denen Wohngebiete an alte Gewerbegebiete mit Freiflächen und Abstand zur angrenzenden Wohnbebauung stoßen.

Ein dritter Aspekt ist ebenfalls wichtig: Wie ist die Nachbarschaft des geplanten Wohn- und Pflegeheims strukturiert? Ist diese zu einer sozialverträglichen Kooperation bereit, oder sieht man von vornherein, dass Konflikte zu erwarten sind? Andererseits kann es Quartiere geben, in denen durch ähnliche Einrichtungen im direkten Umfeld Synergien entstehen, z. B. ein teilgenutztes Krankenhaugelände (mit seinem klassischen Bezug zur Pflege) oder ein Altenheim in der unmittelbaren Nachbarschaft mit Service-Angeboten im Bereich Verpflegung, Reinigung, Hausmeister-tätigkeiten, die man kostengünstig mitnutzen könnte.

Die bisherigen Erfahrungen bei der Suche nach geeigneten Grundstücken zeigen darüber hinaus, dass das Nutzungsziel einer Pflegeeinrichtung für wohnungslose Menschen die Türen bei potenziellen Akteuren nicht gerade öffnet.

## Welche baulichen und räumlichen Grundbedarfe gibt es?

Grundsätzlich sollte bei einem Neubau von einem Gebäude mit moderner Technik und aktuellem Wärmebedarf (KfW 40 Standard) ausgegangen werden. Es soll keinerlei bauliche Standards geben, die unterhalb von vergleichbaren Einrichtungen der Pflege für andere Personenkreise gelten. Generell gilt noch die Heimmindestbauverordnung als untere Grundlage für die baulichen Standards.

Das Gebäude sollte schwellenfrei ausgestattet sein und die DIN 18025 Teil II (behindertenfreundlich/schwellenfrei) und in Teilen auch Teil I (behindertengerecht/rollstuhlbefahrbar) erfüllen. **Individualräume** für eine Person sollten ca. 20 qm Wohnfläche haben und dürfen 12 qm – auch im Altbau – nicht unterschreiten (Heimmindestbauverordnung). Sie sollten (zusätzlich) über eine eigene Nasszelle mit eigenem WC und bodengleicher Dusche verfügen. Tandem-Sanitärzellen für zwei Individualräume sollten vermieden werden. Doppelzimmer sind im allgemeinen modernen Heimbau nicht mehr üblich. Sie sollten eine Ausnahme – z. B. für die Kurzzeitpflege – darstellen. Bei den Grundrissen der Individualräume ist darauf zu achten, dass die Betten so aufgestellt werden können, dass Pflegekräfte von drei Seiten Zugang haben. Lange **Flure**, die klassischen Heimcharakter vermitteln, sollten vermieden werden. Als positives Beispiel kann die Anlage in Reken gelten, wo auf einem überschaubaren Flur 10 bis 12 Personen untergebracht waren. Das vermittelt eine gewisse Übersichtlichkeit. Auch ein Öffnen der Flure zu kleinen offenen Gemeinschaftsflächen mit Sitzgelegenheiten kann auflockernden Charakter haben. Die hier vorliegenden Planungen für eine Einrichtung mit 50 Plätzen sehen möglichst selbstständig geführte Wohngruppen zu jeweils ca. 12 BewohnerInnen mit entsprechend gestalteten Räumlichkeiten vor. An **Gemeinschaftsräumen** sollte es einen großzügigen Speisesaal, ein Café und kleine Gemeinschaftsräume geben, darunter auch einen, in dem Alkoholkonsum nicht gestattet ist. Für **Pflegemaßnahmen** sind ausreichend Räumlichkeiten vorzusehen: Zwei Behandlungszimmer und mindestens ein Pflegebad mit verschiedenen Typen von Personenliftern sind sinnvoll. Weiterhin werden ausreichende Kapazitäten für Vorratshaltung von Hygieneartikeln und Medikamenten benötigt. Für die **Mitarbeitenden** müssen Umkleide- und Duschkmöglichkeiten sowie WCs vorgehalten werden; zudem ein Mitarbeiterraum für Teamsitzungen und ungestörte Pflegedokumentation an Terminals. Ein bis zwei Gäste-WCs sind angemessen. Für die **hauswirtschaftlichen Tätigkeiten** (Reinigung, Essenszu-

bzw. -aufbereitung und Austeilung sowie Vorratshaltung) müssen je nach Konzept (eigene Küche oder Verteilerküche) ausreichend Räumlichkeiten vorgehalten werden. Wird die gesamte Wäsche vor Ort gewaschen oder auch nur bestimmte Teile, sind entsprechende Räumlichkeiten für die dafür benötigte Technik vorzuhalten. Für schmutzige und saubere Wäsche sind getrennte Räume nötig. **Freiflächen**, die zum Gebäude gehören, erhöhen die Wohnqualität vor allem auch für die pflegebedürftigen Menschen sehr, deren Mobilität eingeschränkt ist. Aber auch andere nutzen sie gerne, z. B. für gemeinsame Außenaktivitäten im Sommer.

### Vorläufig ermittelter Raumbedarf zusammengefasst

- ▶ 40 Einzelzimmer à ca. 20 qm mit eigener Dusche/Toilette
- ▶ 5 Doppelzimmer à ca. 25 qm mit Hygienebereich
- ▶ 1 Küche à ca. 20 qm, Größe je nach Konzept der Essenszubereitung, zusätzlich Räumlichkeiten für Vorratshaltung
- ▶ 4 kleine Küchen für die Selbstversorgung à ca. 40 qm
- ▶ 4 offene Sitzecken in den Fluren à ca. 15 qm
- ▶ 1 Speise/Gemeinschaftssaal à ca. 60 qm
- ▶ 1 großes Badezimmer à ca. 14 qm mit Pflegewanne und Personenliftern
- ▶ Gemeinschaftsräume à ca. 25 qm
- ▶ Raum für Mitarbeitende/Zivildienstleistende à ca. 15 qm
- ▶ Mitarbeiter Toilette/Dusche ca. à 10 qm
- ▶ Mitarbeiterinnen Toilette/Dusche à ca. 10 qm
- ▶ Gäste WCs à ca. 6 qm
- ▶ Behandlungszimmer à ca. 20 qm
- ▶ Büros/Pflege à ca. 15 qm
- ▶ Lager Verschiedenes à ca. 15 qm
- ▶ Lager Behandlungsmaterial à ca. 15 qm
- ▶ Wäscheräume à ca. 20 qm, schmutzige und saubere Wäsche getrennt
- ▶ Fäkalienräume
- ▶ Allgemeinflächen (Flur, Eingangsbereich, usw.) ca. 230 qm
- ▶ Fitnessraum optional, ggf. im gut belichteten und belüfteten Kellerraum
- ▶ Gesamtfläche ca. 2.500 qm

Genauere Flächenangaben müssen durch im Heimbau erfahrene Baufachleute vor den vorhandenen baulich-räumlichen Bedingungen ermittelt werden.



## 4.6 Personelle Anforderungen

Die Pflegeeinrichtung für wohnungslose Menschen benötigt voraussichtlich folgendes Personal:

- **Einrichtungsleitung 1 Stelle**
- **Stellvertretung 0,5 Stelle (Pflegeleitung)**
- **8 Pflegekräfte**
- **2 SozialpädagogInnen**
- **2 HauswirtschafterInnen**
- **1 HausmeisterIn**
- **Nachtbereitschaft / geringfügig Beschäftigte**
- **2 Zivildienststellen**
- **Die medizinische Versorgung wird von den umliegenden HausärztInnen und der Ärztin der medizinischen Sprechstunde in der TAS gewährleistet.**
- **Die Reinigung wird an eine entsprechende Firma vergeben.**
- **Die Verpflegung wird ebenfalls von außen geliefert und ggf. in der Einrichtung warm gehalten/aufbereitet.**



## 4.7 Grundüberlegungen zur Finanzierung

Kosten entstehen insgesamt für Personal, Gebäude/Miete, Sachmittel, Verpflegung und Behandlungsmaterial. Die genauen Kosten sind noch zu ermitteln.

Die von uns geplante Einrichtung stellt ein Angebot für unterschiedliche Bedarfe bereit, die, wenn überhaupt, bisher von sehr unterschiedlichen Kostenträgern finanziert wurden. Eine Mischfinanzierung aus Mitteln des SGB XI und SGB XII wird für notwendig und sinnvoll gehalten. Sie ermöglicht der geplanten Einrichtung, flexibel auf die unterschiedlichen Bedarfe einzugehen und die Finanzierung dort abzurufen, wo der Gesetzgeber finanzielle Mittel für unterschiedliche Leistungsbereiche bereitstellt: medizinische Pflege und/oder sozialpädagogische Begleitung und Hilfestellung. Gleichzeitig bleibt die Möglichkeit offen, je nach Bedarf, auch den Kostenträger zu wechseln, wenn KlientInnen darauf vorbereitet werden sollen, wieder selbstständig in eigenem Wohnraum zu leben oder in vertrauter Umgebung betreut und gepflegt zu werden.

## Finanzierungsmöglichkeiten:

### ■ Pflegekasse

(Einstufung nach Pflegestufen 0 bis 3)

### ■ BSG – Öffentliche Mittel SGB XII

(Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten §§67 – 69 SGB XII, § 53 SGB XII Eingliederungshilfe, § 73 Hilfe in sonstige Lebenslagen, § 48 Hilfe bei Krankheit u. a. m.)

### ■ Spenden

### ■ Eigenmittel

Als Grundfinanzierung dient die als Anlage beigefügte Berechnung der Pflegevergütung nach §§ 85, 87 SGB XI sowie § 75 SGB XII. Bei der Berechnung wurde von folgender Struktur des zu betreuenden Personenkreises ausgegangen: Danach gibt es in der Pflegestufe 0 eine 40%ige, in der Pflegestufe 1 eine 55%ige, in der Pflegestufe 2 eine 4%ige und in der Stufe 3 eine 1%ige Belegung.

Der geplanten personellen Ausstattung liegen die Personalrichtwerte des Rahmenvertrages gem. § 75 SGB XI zu Grunde. Die ausführlichere Berechnung ist der beigefügten Anlage zu entnehmen.

Aufgrund der beschriebenen Problemlagen der Pflege wohnungsloser Menschen erscheint für zehn Plätze eine Pflege-satzvereinbarung nach SGB XII, §§ 67ff anstrebenswert.



## 5 Zusammenfassung

Die Situation von pflegebedürftigen wohnungslosen Menschen, die entweder auf der Straße, in Wohnheimen oder sonstigen Wohnangeboten leben, macht deutlich, dass es einen Handlungsbedarf gibt: bundesweit und in Hamburg. Was für Menschen in Wohnungen gilt, ist bei Wohnungslosigkeit entweder gar nicht oder nur unzureichend einzulösen, obwohl es gesetzliche Regelwerke gibt, die Ansprüche begründen. Die Befriedigung von Bedarfen zur Inanspruchnahme von Leistungen der Pflege aus dem SGB XI oder von Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII ist bei wohnungslosen Menschen nicht zufriedenstellend gelöst.

In der Praxis tut sich hier eine Lücke auf, durch die diese Menschen mit ihren speziellen Anforderungen fallen. Sie sind keine klassischen Pflegebedürftigen, sondern in vielfacher Hinsicht auffällig und lehnen das Angebot klassischer Pflegeheime ab. Umgekehrt sind klassische Pflegeheime in der Regel mit der Betreuung und Pflege wohnungsloser Menschen überfordert. Menschen, die langjährig auf der Straße oder in

Unterkünften leben, verweigern oft pflegerische Angebote oder können diese wegen ihrer sehr instabilen Lebenslage ohne Normalisierung ihrer Wohnsituation nicht umsetzen. Die Gewährung dieser Hilfestellung würde ihnen aufgrund fehlender Häuslichkeit oft verweigert. In der Praxis heißt das zuge-spitzt: keine Wohnung – keine Pflege. Deswegen sterben Wohnungslose oft früher an Krankheiten, die bei medizinischer Behandlung und bei angemessener Pflege gut heilbar wären.

Erfahrungen, die in der medizinischen Betreuung von Obdachlosen in Hamburg gemacht werden, wurden durch die Recherchen bei den wenigen existierenden Pflegeheimen für wohnungslose Menschen in der Bundesrepublik bestätigt. Es bedarf besonderer Ansprache, die sich erst einmal auf die Lebenswelt der Menschen auf der Straße und ihre verfestigten Symptomatiken beziehen muss: auf die Furcht vor dem Freiheitsverlust in Heimen inklusive der dort zwangsweisen Abstinenz, auf die von den Betroffenen meist ignorierte dauerhafte Extremlast und dem damit zusammenhängenden körperlichen und psychischen Verschleiß durch das Leben auf der Straße und auf den Verlust an Zukunftsperspektiven jenseits der Straße.







Dort, wo es spezielle Angebote für pflegebedürftige wohnungslose Menschen gibt, waren Erfolge sichtbar. Vormalig wohnungslose Menschen konnten in der nach unten offenen Spirale des physischen und psychischen Verschleißes zumindest aufgefangen und auf einem Niveau stabilisiert werden, das bei einem Verbleib auf der Straße oder in dafür ungeeigneten Wohnmöglichkeiten nicht hätte erreicht werden können.

Der Vorschlag, ein Pflegeheim für obdachlose und wohnungslose Menschen in Hamburg auf den Weg zu bringen, will nicht von dem in der Hansestadt sehr hoch angesehenen Prinzip der sozial integrativen Ausrichtung von Hilfen nach SGB XII für die Zielgruppe absehen. In der geplanten Pflegeeinrichtung für wohnungslose Menschen sollen für unterschiedliche Bedarfe der in Frage kommenden Menschen spezielle Hilfestellungen angeboten werden: medizinische, pflegerische und sozialpädagogische.

Für alle soll die Akzeptanz von Pflege und medizinischer Hilfe durch zugewandte, vorurteilsfreie und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen SozialarbeiterInnen, Pflegenden und Pflegebedürftigen geschaffen werden. Das bedeutet, dass zunächst bei den KlientInnen/PatientInnen die Bereitschaft zur Mitarbeit an der Pflege geweckt werden muss. Hilfen zur Alltagsbewältigung sind weitere wichtige Bausteine für eine wirksame Stabilisierung des Allgemeinbefindens. Das sind keine klassischen Pflegeleistungen, aber dennoch notwendige Voraussetzungen für deren Wirksamkeit.

Um auf unterschiedliche Anforderungen zielgerichtet reagieren zu können, müssen spezielle Strategien entwickelt werden. Für Menschen mit einem erkennbaren Kurzzeit-Pflegebedarf soll parallel zur medizinischen und pflegerischen Betreuung nach einem persönlichen Hilfeplan eine sozialpädagogische Begleitung angeboten werden, die mit geeigneten Maßnahmen das Ziel der Integration in Erwerbsarbeit und die eigene

Wohnung verfolgt. Dafür wird das in Hamburg existierende Hilfesystem in Anspruch genommen. Das gleiche Ziel soll auch für Personen angestrebt werden, die langfristig pflegebedürftig sind, wenn sich ihr gesundheitlicher und Allgemeinzustand wieder auf einem akzeptablen Niveau stabilisieren lässt. Für andere, die so beeinträchtigt sind, dass sie dauerhaft pflegebedürftig sind und nicht mehr in einer eigenen Wohnung leben können, sollen bei Bedarf alle – wie auch sonst in klassischen Pflegeeinrichtungen – verfügbaren Angebote ggf. bis zum Tode gewährt werden.

Um ein solches Konzept umzusetzen, wird eine Immobilie benötigt, die bei einer angenommenen Kapazität von 40 Langzeit- und 10 Kurzzeit-Pflegeplätzen einen grob geschätzten Wohnflächenbedarf von ca. 2.500 qm hat. Sie sollte möglichst in einer städtebaulichen Lage mit einer guten Infrastruktur liegen, um keine Ghettosituation entstehen zu lassen. Sie muss behutsam ausgewählt werden, weil eine Akzeptanz der umgebenden Nachbarschaft förderlich für das störungsfreie Gelingen des Projektes in der Planung und im Betrieb ist.

Wenn nicht anders möglich, eignen sich dafür auch städtische Insel- und Übergangslagen. Insellagen sind dadurch gekennzeichnet, dass sich eine Pflegeeinrichtung innerhalb einer Wohnbebauung leicht absetzt (Beispiel Kirchengrundstücke), aber dennoch integriert errichtet werden kann, wohingegen Übergangslagen durch den Übergang von Wohnbebauung in Gewerbegebiete gekennzeichnet sind. Davon gibt es in Hamburg mit seiner vielfältigen Stadtstruktur viele in Frage kommende Lagen. Gegebenenfalls sollte auf Synergien geachtet werden, die sich aus benachbarten Nutzungen ergeben können, z. B. von Krankenhäusern oder Altenheimen.

Baulich sollte sich eine Pflegeeinrichtung für wohnungslose Menschen keine Substandards erlauben, sondern strikt an den allgemein geltenden Maßstäben für klassische Pflegeheime ausgerichtet sein: also im Regelfall Einzelzimmer mit eigener Sanitärzelle (die jedoch keineswegs an langen Flure aufgereiht sein sollten) sowie ausreichende Ausstattung mit Gemeinschaftsflächen und Räumlichkeiten für die Pflege. Geplant ist die Einrichtung in vier möglichst selbstständig geführte Wohngruppen für jeweils ca. 12 Personen aufzuteilen.

Für die Finanzierung muss berücksichtigt werden, dass es – wie aufgezeigt – neben klassischen Pflegeleistungen solche der Hinführung zur Pflege und der sozialpädagogischen Begleitung bedarf, das heißt eine Re-Finanzierung des Betriebes muss aus Mitteln des SBG XI und des SGB XII erfolgen, so wie es bei anderen Personenkreisen auch der Fall ist.

Tabelle 1: **Pflege-Angebote für vormals obdachlose Menschen**

<b>Land</b>	<b>Stadt</b>	<b>Projekt</b>	<b>Träger</b>
Bundesrepublik Deutschland	München	Haus Waakirchener Straße	Katholischer Männer-Fürsorgeverein e. V.
		Haus Franziskaner Straße	Katholischer Männer-Fürsorgeverein e. V.
		Haus Benno	Katholischer Männer-Fürsorgeverein e. V.
	Bremen	Haus am Dobben	Haus am Dobben GmbH & Co. KG
	Düsseldorf	Alte Villa	Ordensgemeinschaft der armen Brüder des heiligen Franziskus, Sozialwerk e. V.
	Reken	Haus Maria Veen	Altenpflegeheim Maria Veen GmbH
Österreich	Wien	Rupert Mayer-Haus, Wohnheim	Caritas der Erzdiözese Wien
		Haus Allerheiligen	Caritas der Erzdiözese Wien
		Haus Jona	Caritas der Erzdiözese Wien
		4 Häuser der IFO	Initiative für Obdachlose
Italien	Leiffers, Südtirol	Haus Emmaus	Caritas der Diözese Brixen
Schweiz	Zürich	Angebot für drogenabhängige Menschen	Sozialdepartment Zürich





**Herausgeber:**

Diakonie Hilfswerk Hamburg  
Königstraße 54  
22767 Hamburg

**Ansprechpartner:**

Peter Ogon, Fachbereichsleiter Integration und soziale Beratung  
Telefon: 040 / 306 20 309, E Mail: ogon@diakonie hamburg.de

Peter Schröder Reineke, Stabsstelle Projektentwicklung  
Telefon: 040 / 306 20 289, E Mail: schroeder.reineke@diakonie hamburg.de

**Dank freundlicher Unterstützung von:** Lehmann & Voss & Co

**Gestaltung:** fri design | karen friedrichs jöhnk

**Fotos:** Frederika Hoffmann: 7, 8, 12, 16, 18 / Uwe Martiny: 2, 4 / Jens Goldbeck: 10, 13 /  
DW Archiv: 19 / fri design Archiv: Titel, 6, 8, (fond), 14, Umschlag Innenseite)