



Informationen aus dem NRW-Landesprogramm Wohnungslosigkeit vermeiden – dauerhaftes Wohnen sichern

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

im Mittelpunkt dieser Plattform stehen die *Aufsuchenden Hilfen zur Krankenpflege* für Menschen in Wohnungsnot. Dieses Themenfeld war Anfang 1998 schon einmal Schwerpunkt einer Plattform. Inzwischen sind zwei Jahre vergangen; vier Projekte der Aufsuchenden Krankenpflege haben ihre Arbeit im Rahmen des vom Sozialministerium NRW getragenen Landesprogramms abgeschlossen, sechs weitere sind neu in die Förderung aufgenommen worden. Erste Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Arbeit dieser „Pionierprojekte“ liegen mittlerweile vor. Anlass also, das Thema *Aufsuchende Krankenpflege* im Rahmen der Plattform nochmals aufzugreifen und einen Einblick in dieses Arbeitsfeld aus verschiedenen Perspektiven zu vermitteln.

Inhalt ...

Wege ebnen, Brücken bauen – Aufsuchende Krankenpflege als Teil einer sozialen Medizin für Menschen in Wohnungsnot	1
Projektsteckbriefe: Aufsuchende Krankenpflege in	8
„Hausbesuche auf der Straße“ – Das Konzept der wissenschaftlichen Begleitung von Projekten der „Aufsuchenden Hilfen zur Krankenpflege“ des Sozialministeriums NRW	10
Die wissenschaftliche Begleitung vor Ort – Hospitationen als Erhebungsinstrument	12
Das Interview: Aufsuchende Krankenpflege als weiterer notwendiger Baustein in der Hilfe für wohnungslose Menschen.....	15
Links zum Thema Armut, Wohnungsnot und Gesundheit.....	21
Streetwork in der Wohnungslosenhilfe	22
www.wohnungsnotfallhilfe.nrw.de – Das Landesprogramm im Netz.....	23
Hinweise	24
Ausblick.....	25
Impressum.....	26

Wege ebnen, Brücken bauen – Aufsuchende Krankenpflege als Teil einer sozialen Medizin für Menschen in Wohnungsnot

Wohnungslosigkeit als Lebenssituation, die krank macht – „nach drei Wochen ist keiner mehr gesund“
(Behnsen, S., 1995, S. 208)

Armut, Wohnungslosigkeit und Krankheit – dieser Zusammenhang rückt zunehmend stärker in die öffentliche Fachdiskussion. Tatsache ist nämlich, dass das Leben auf der Straße – als „ein Symptom der Lebenslage Armut“ – krank macht. Die gesundheitlichen Belastungen, die durch dieses Leben entstehen, stehen dabei in der Regel in unmittelbarer Beziehung zur Lebenssituation wohnungsloser Menschen. „Durch mangelnde Körperhygiene, Mangelernährung, erhöhten Alkoholkonsum, fehlenden Schutz vor Hitze, Kälte und Feuchtigkeit, (...), entstehen Krankheiten, verzögern sich Heilungen oder entwickeln sich chronische Krankheitsverläufe“ (Behnsen, S., 1995, S. 208). Nach Schätzungen besteht bei 80 bis 90 % aller wohnungslosen Menschen eine dringende ärztliche Behandlungsbedürftigkeit. In den meisten Fällen beschränkt sich diese nicht auf eine Erkrankung; zwei oder mehr Krankheiten sind bei Wohnungslosen die Regel. Es häufen sich (chronische) Beschwerden wie grippale Infekte, Atemwegserkrankungen, Erschöpfungszustände, Herzleiden, Hautkrankheiten und Unterschenkelgeschwüre. Darüber hinaus sind auch psychiatrische Störungen und akute Infektionskrankheiten sowie suchtbedingte Beeinträchtigungen und Verletzungen an der Tagesordnung. Verschärfend zu den genannten somatischen Belastungen kommen häufig psychosomatische wie eine individuelle Perspektivlosigkeit und die seelischen Folgen der gesellschaftlichen Ausgrenzung hinzu, die sich wiederum als erhöhte Krankheitsanfälligkeit bzw. Heilungsverzögerung auswirken können.

Ungeachtet der Tatsache, dass jeder Mensch in Deutschland einen Anspruch auf medizinische Versorgung hat, bestehen in der Realität in diesem Bereich de facto eklatante Versorgungslücken. Trotz der oft sehr schlechten gesundheitlichen Situation der von Wohnungslosigkeit bedrohten oder betroffenen Menschen lehnen diese häufig eine medizinische Regelversorgung ab. Das bedeutet, dass sie aus eigener Initiative weder niedergelassene Ärzte aufsuchen, noch – selbst bei gravierenden körperlichen Beschwerden – notwendige Krankenhausaufenthalte wahrnehmen. Ebenso werden angebotene Sprechstunden beim Gesundheitsamt oder sonstigen „offi-



ziellen Stellen“ abgelehnt. Denn die Betroffenen stehen häufig unterschiedlichen Zugangsbarrieren hinsichtlich der Regelversorgung gegenüber. Hierzu gehören z. B. ein unklarer Versicherungsstatus, Angst, Misstrauen, Scham vor dem medizinischen Personal und gegenüber anderen Patienten, Uneinsichtigkeit in die Krankheit, negative Erfahrungen mit dem bestehenden System oder/und psychische Erkrankungen. Darüber hinaus fühlen sich Wohnungslose oft als Menschen zweiter Klasse, die ihre Behandlung deswegen häufig nach kurzer Zeit vorzeitig abbrechen. Vor diesem skizzierten Hintergrund sind im Landesprogramm die *Aufsuchenden Hilfen zur Krankenpflege* als ein Arbeitsansatz einer weiterentwickelten Wohnungsnotfallhilfe entstanden.

Gesundheit für Menschen in Wohnungsnot – die Aufsuchende Krankenpflege im NRW-Landesprogramm

Bereits seit einiger Zeit existieren in ganz Deutschland Gesundheitsprojekte, die vor Ort medizinische und sozialarbeiterische Hilfen für Menschen in Wohnungsnot anbieten. Die medizinischen Hilfen reichen dabei vom Erkennen und der Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen bis zum Erstellen eines Therapie- und Pflegeplans zur weiteren Behandlung des Betroffenen. Die sozialarbeiterische Beratung und soziale Unterstützung begleitet die Klienten und bietet z. B. Hilfen zur Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen und zum Erlernen neuer Verhaltensmuster zur Alltagsbewältigung und Lebensgestaltung an. Auch eine Weitervermittlung und bei Bedarf Begleitung der Betroffenen zu Schuldnerberatungsstellen, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Bewährungshilfe, Behörden und sonstigen Stellen, die zu einer langfristigen sozialen und finanziellen Normalisierung und Stabilisierung der Betroffenen beitragen könnten, gehören zum Tätigkeitsfeld des Sozialarbeiters.

In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass einige Betroffene trotz des aufsuchenden Charakters der Angebote weiterhin mit Vorbehalten gegenüber den angebotenen Hilfen reagieren. Misstrauen, Angst und Zurückhaltung führen in diesen Fällen bei den Betroffenen zu einer Haltung, die den Zugang zu den Angeboten nach wie vor erschwert und die dringend erforderliche Hilfe verhindert. Darüber hinaus sind Defizite bei der Abdeckung pflegerischer Hilfen festzustellen.

Vor diesem Hintergrund hat es sich das NRW-Landesprogramm zum Ziel gesetzt, im Rahmen der *Aufsuchenden Hilfen zur Krankenpflege*, „die ambulante medizinische Versorgung von Menschen in Wohnungsnot zu ermöglichen, zu verbessern bzw. zu flankieren ...“ (Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie, 2000, S. 21).

Die Aufsuchende Krankenpflege leistet in diesem Sinne einen Beitrag dazu, bedarfsgerechte Zugänge zur medizinischen und pflegerischen Versorgung zu schaffen. Das Hilfeangebot folgt

dabei dem Grundsatz der Niederschwelligkeit, durch den der Kontaktaufbau zu den betroffenen Menschen ermöglicht werden soll. Es geht also darum, mit den Menschen ins Gespräch zu kommen und Vertrauen aufzubauen, um auf dieser Basis sowohl akute Hilfe zu leisten als auch über weitere bestehende Hilfeangebote zu informieren und bei Bedarf an diese zu vermitteln. Aufgabe und Anliegen der Projekte ist es damit, Formen und Wege des Zugangs zu Menschen in Wohnungsnot aufzuzeigen und zu erproben sowie die Hilfen im unmittelbaren Lebensumfeld der betroffenen Menschen anzubieten. In diesem Zusammenhang übernimmt die Projektarbeit auch die Rolle einer Brückenfunktion in der Zusammenarbeit mit anderen stationären und/oder ambulanten Hilfen und Akteuren. Dazu zählen in erster Linie Kliniken, niedergelassene Ärzte, Behörden, die Polizei sowie Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (vgl. zur Thematik Aufsuchende Hilfe- und Beratungsangebote auch Plattform 3/99).

Die Aufsuchende Krankenpflege als Anknüpfungspunkt und Weg zu den Menschen

Die Erfahrungen in der Praxis belegen, dass es sinnvoll ist, die Krankenpflege als elementaren Baustein der Gesundheitsversorgung für von Wohnungslosigkeit bedrohte und betroffene Menschen in aufsuchende Projekte einzubinden. Grundgedanke ist dabei die Tatsache, dass – neben der medizinischen Versorgung und sozialarbeiterischen Unterstützung der Betroffenen – die Pflege ein wesentliches Element in der Gesundheitsfürsorge darstellt. Wunden und Verletzungen werden versorgt und behandelt, Maßnahmen für eine verbesserte Gesundheitssituation durchgeführt, ohne dass daran Bedingungen oder Beschränkungen der Hilfe geknüpft wären. In der Regel erleben die Betroffenen darüber hinaus die Person der Krankenpflegekraft viel weniger als „Bedrohung“ oder „anonyme Autorität“ als dies im Hinblick auf einen Arzt häufig der Fall ist. Damit stellt die Aufsuchende Krankenpflege einen Zugangsweg dar, auf dem es möglich wird, Angst, Scham und Vorbehalte von Menschen in Wohnungsnot zu überwinden, indem durch die Pflege als Anknüpfungspunkt eine vorbehaltlose, direkte Hilfe erfahrbar wird.

Die Palette der Hilfen in der Aufsuchenden Krankenpflege ist breit gefächert und umfasst im wesentlichen folgende Bereiche:

Pflegerische Hilfen im engeren Sinne

- Verbandswechsel,
- Abgabe von Medikamenten und Verabreichung von Injektionen,
- Physikalische Therapien wie Wadenwickel, Rotlichtbehandlung, Fußbäder etc.,



- Anleitung zur allgemeinen Körperhygiene,
- Hilfe bei der Körperpflege – z. B. Bäder, Nagelpflege, Haare schneiden,

„Pflege“ als beratende und unterstützende Tätigkeit

- Ernährungsberatung,
- Beratung und Motivation zur Entwicklung eines verbesserten Gesundheitsbewusstseins,
- Erstellen eines Therapie- und Pflegeplans zur weiteren Behandlung/Pflege des Betroffenen – in Kooperation mit den Ärzten,
- Unterstützung des Betroffenen durch Vorbereitungen von Terminen, bei Krankenhausaufenthalten u. ä.,
- Begleitung zu Fachärzten, Krankenhäusern, Behörden und anderen Einrichtungen als Brückenfunktion.

Die genannten Handlungsfelder der Krankenpflegekraft zeigen auf, dass es in den Projekten um unterschiedliche Aufgabenbereiche geht. Deutlich ist, dass die Krankenschwester mehrere Funktionen übernimmt. Neben der medizinisch erforderlichen Versorgung der akuten körperlichen Beschwerden wie z. B. die Wundversorgung, spielen ebenso Aufgaben eine Rolle, die auf ein langfristig verändertes Verhalten der Betroffenen – z. B. hinsichtlich der Ernährung, der allgemeinen Körperhygiene und eines anderen Gesundheitsbewusstseins insgesamt – abzielen. Zusammenfassend betrachtet übernimmt die Pflegekraft sowohl Tätigkeiten, die aus dem Leistungsbereich der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung als auch des Bundessozialhilfegesetzes – als „Hilfen zur Pflege“ oder zur „Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“ – stammen. Gemeinsam ist den Tätigkeitsbereichen der Pflegekraft jedoch, dass in jedem Fall das „Bündnis“ zwischen Krankenschwester und Betroffenen die Basis der Arbeit bilden. Erst auf der Grundlage dieses Miteinanders gelingt es, die Einsicht des Betroffenen in seine Erkrankungen und die Notwendigkeit einer Behandlung zu erreichen sowie seine notwendige Mitarbeit zu sichern. Dahingehend ermöglicht erst die helfende Beziehung, die als wesentliches Merkmal durch Vertrauen gekennzeichnet ist, die Gewährleistung einer systematischen und kontinuierlichen medizinischen Behandlung bzw. Pflege. Zentraler Ansatzpunkt der Projekte Aufsuchender Krankenpflege ist also das Beziehungselement, dass – insbesondere im Hinblick auf den Aufbau von Vertrauen und die Kontinuität der Arbeit – im Mittelpunkt steht. Erst diese Rahmenbedingung als Grundvoraussetzung ermöglicht es, die Betroffenen zur Annahme von (weiteren) Hilfen zu motivieren. Die Tatsache, dass sich die Intervention des Helfenden nicht allein auf akute Eingriffe zur Wiederherstellung des Gesundheitszustandes richtet, sondern auch eine pflegerische „Beziehungs-Komponente“ beinhaltet, kann Ängste und Misstrauen der Betroffenen abbauen helfen.

In diesem Sinne sind die körperlichen Symptome der Anlass und der Anknüpfungspunkt zu den Betroffenen, um soziale, psychische sowie materielle Probleme überhaupt thematisieren zu können.

Neben der eigentlichen pflegerischen und beratenden Tätigkeit ist die Krankenschwester auch mit Aufgaben betraut, die dem Bereichen ‚Organisation‘, ‚Koordination‘ sowie ‚Kooperation‘ zuzuordnen sind.

Zur Veranschaulichung typischer Arbeitsinhalte, -orte und -zeiten einer Krankenpflegekraft in der Aufsuchenden Krankenpflege für Menschen in Wohnungsnot dient folgender fiktiver Wocheneinsatzplan (Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW, 2001, S. 137, siehe Tabelle S. 4):

Die ersten Ergebnisse – Erfolge und Grenzen in der Aufsuchenden Krankenpflege

Nach Abschluss der ersten Krankenpflegeprojekte des Landesprogramms lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt erste Erfahrungen und Erkenntnisse aufzeigen, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung der Projekte durch das Saarbrücker Institut für Sozialforschung, Praxisberatung und Organisationsentwicklung – iSPO – analysiert und verdichtet wurden:

Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau

In allen Projekten des Landesprogramms werden und wurden unterschiedliche Möglichkeiten erprobt, um Zugang zu den von Wohnungslosigkeit betroffenen oder bedrohten Menschen zu gewinnen und Kontakt aufzunehmen. Als sinnvoll und erfolgreich haben sich dabei folgende Wege erwiesen:

- Direktes Ansprechen der Klienten in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe – z. B. Wärmestuben, Suppenküchen, Unterkünften u. ä. – oder an bekannten Szene-Treffs;
- Hinweise von Mitarbeitern, die Kontakt zum Klienten haben und einen pflegerischen Unterstützungsbedarf feststellen. Hierbei kann es sich sowohl um Mitarbeiter aus dem Bereich der Wohnungslosenhilfe als auch um solche außerhalb dieses Unterstützungssystems handeln – z. B. Ärzte oder Behörden wie das Sozialamt, das Wohnungs- oder Gesundheitsamt;
- Kontaktaufnahme nach Hinweisen durch andere Wohnungslose oder die Bevölkerung.

Hinsichtlich der möglichen Zugangswege zeigen die Erfahrungen der Projekte, dass die Bandbreite der Reaktionen der Klienten erheblich schwankt. Je nach bisheriger Erfahrung



	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8:00 bis 10:00	Anbieten pflegerischer Leistungen in der Trägereinrichtung: z. B. Körperpflege wie Duschen, Hygienemaßnahmen wie Kleiderwechsel/Verbände	Anbieten pflegerischer Leistungen in der Trägereinrichtung	Anbieten pflegerischer Leistungen in einer Notunterkunft (Kooperationseinrichtungen)	Anbieten pflegerischer Leistungen in der Trägereinrichtung	Anbieten pflegerischer Leistungen in anderen Kooperationseinrichtungen (z. B. Mittagstisch, Kontaktcafé): Information, Beratung Einschätzen des Pflegebedarfs, Verbände
10:00 bis 11:00	Ausgabe von Medikamenten, Körperpflege-mitteln und Kleidung	Gemeinsame Sprechstunde mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes	Anbieten pflegerischer Leistungen in ??/Einschätzen des pflegerischen und medizinischen Hilfebedarfs, Motivation, diese in Anspruch zu nehmen, Verbände	Gemeinsame Sprechstunde mit Hausarzt Kooperationspartner): Durchführen ärztlicher Verordnungen, Ausgabe von Medikamenten, Gesundheitsberatung: Ernährungs-, Hygiene-, Suchtberatung	Sprechstunde in einer Kooperationseinrichtung: Beratung/Information/Kooperation
11:00 bis 12:00	Gemeinsame Sprechstunde mit Kollegen der Sozialarbeit: Beratung, Information, gemeinsame Fallbearbeitung				Gemeinsame Besprechung mit Mitarbeitern der Kooperationseinrichtung: Kontaktpflege/Fallbesprechung
nachmittags Je nach Bedarf – ggf. täglich unterschiedlich: <ul style="list-style-type: none"> • Aufsuchen der Klienten an typischen Anlaufstellen im Stadtgebiet/Nachgehen/Rundgänge • Gemeinsame Rundgänge mit aufsuchender Sozialarbeit und/oder Medizin • Rundgänge bei verschiedenen Kooperationspartnern (Kliniken, Ärzten, Behörden u. a.), Kontaktpflege • Begleitung von Klienten zu Ärzten/Behörden/Kliniken • Leistungs- und Klientendokumentation • Team- bzw. Fallbesprechungen in der Trägereinrichtung/bei Kooperationspartnern • Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit/Spendeakquisition 					

des Betroffenen sowie dessen individueller körperlicher und insbesondere psychischer Konstitution, gelingt es z. T. erst nach zahlreichen Versuchen, den Klienten zu motivieren, Kontakt zuzulassen. In anderen Fällen wiederum scheitert jeder Versuch einer Annäherung der Krankenschwester bereits im Vorfeld. Hier bleibt es Aufgabe der Pflegekraft, trotz der ablehnenden Haltung des Betroffenen, immer wieder Bereitschaft und Offenheit gegenüber dem Hilfebedürftigen zu signalisieren.

Nach einer erfolgreichen Kontaktaufnahme beginnt der manchmal langwierige Prozess des Vertrauensaufbaus, der in manchen Fällen wiederum auch durch Rückschläge gekennzeichnet ist.

Pflegerische Erfolge – gesundheitliche Verbesserungen

In den Projekten des Landesprogramms konnte insbesondere die Verwahrlosung der Klienten wesentlich reduziert werden. Der Befall mit Parasiten und Hauterkrankungen ging deutlich zurück, das Erscheinungsbild der betreuten Menschen ist immer weniger durch ungepflegte Kleidung gekennzeichnet. Darüber hinaus ist es im Rahmen der Projekte ebenso gelungen, sowohl eindeutig und leicht identifizierbare Krankheitsbilder wie Brüche, Wunden u. ä. als Folge von Alkoholismus als auch diagnostisch schwerer zu erfassende Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) zu erkennen und deren Ursachen wirkungsvoll zu behandeln. Die kontinuierliche Betreuung durch die Krankenpflegekräfte hat es insgesamt auch



ermöglicht, krisenhafte Entwicklungen frühzeitiger zu erkennen und auf diese Weise präventiv die Krise abzuwenden bzw. zu mildern.

Kooperation als Dreh- und Angelpunkt

Als unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen der Projekte wird von den Mitarbeitern übereinstimmend das Element der Kooperation als Dreh- und Angelpunkt einer effektiven Arbeit genannt. Die Aufsuchende Krankenpflege ist in diesem Zusammenhang oft die Schnittstelle zwischen den Menschen in Wohnungsnot, den Angeboten der Wohnungsnotfallhilfe und dem regulären Gesundheitssystem. In der Projektarbeit hat sich gezeigt, dass im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit aller Beteiligten optimale Ergebnisse erzielt werden und die Arbeit der einzelnen Hilfeinstanzen effektiviert wird. Beispielhaft für die Realisierung von Kooperationsbeziehungen ist zu nennen, dass in allen Projekten mit Ärzten kooperiert wird, die Wohnungslosen als „Hausärzte“ zur Verfügung stehen. So werden z. B. besondere Zeiten reserviert, die ausschließlich für die wohnungslosen Patienten zur Verfügung stehen, so dass deren Schamgefühl und Angst vor Diskriminierung durch andere Patienten respektiert und damit der Zugang erleichtert wird. Ein anderes Beispiel ist ein regelmäßiger fachlicher Austausch mit den sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter und eine geregelte Informationsweitergabe von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe an die Krankenpflegekräfte. Neben der genannten externen Kooperation zeigen die Erfahrungen der Projekte auch, dass für den Erfolg der Aufsuchenden Krankenpflege eine trägerinterne Zusammenarbeit eine ebenso wichtige Rolle spielt. Zusammenfassend betrachtet spielt sich diese trägerinterne Kooperation auf zwei Ebenen ab: erstens als klientenzentrierte Zusammenarbeit im „Einzelfall“. Hierbei wird durch die Einbindung der Pflegekräfte in ein multiprofessionelles Team – bestehend aus Sozialarbeitern, Ärzten, Psychiatern, hauswirtschaftlichen Mitarbeitern, Artzhelferinnen u. a. – die Arbeit zielgerichteter und wirkungsvoller. Außerdem ist in diesem Rahmen ein häufig notwendiges Fallmanagement gewährleistet, das auf den individuellen Hilfebedarf des Klienten abgestimmte Interventionen möglich macht. Die zweite Ebene der trägerinternen Kooperation erstreckt sich auf „systematische und regelmäßige Kontakte auf der Grundsatz- und Strukturebene“ (Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW, 2001, S. 48). Hierzu zählen etwa das Entwickeln von Konzepten und gemeinsamen Strategien des Trägers, eine abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit oder das Erschließen von Finanzierungsmöglichkeiten.

Grenzen der Aufsuchenden Krankenpflege

Trotz aller Bemühungen, diejenigen Menschen durch aufsuchende Krankenpflege zu erreichen, die ungeachtet dringen-

den Bedarfs keinen Zugang zu ärztlicher und pflegerischer Versorgung haben, stößt die Arbeit auch an Grenzen. Als zwei wesentliche Ursachen dieser Schwierigkeiten sind – neben möglichen individuellen Barrieren seitens der Betroffenen – insbesondere zu sehen:

- Die Einschränkung von Aufenthaltsmöglichkeiten im zentralen öffentlichen Raum für wohnungslose Menschen und die damit verbundene Verdrängung der Betroffenen in periphere Randlagen. Diese Situation führt in der Folge häufig dazu, dass die Gruppen für die soziale Arbeit (erneut) schwer ausfindig zu machen sind und darüber hinaus weiteres Misstrauen gegenüber „offiziellen Stellen“ aufbauen. Auf diese Art und Weise verschärfen sich die ohnehin bereits bestehenden Zugangsschwellen zu den Zielgruppen weiter.
- Schwierigkeiten bei der Finanzierbarkeit Aufsuchender Krankenpflege: Obwohl ein Teil der Leistungen, die die Pflegekräfte erbringen, sowohl der ambulanten Pflege nach der Kranken- und Pflegeversicherung sowie den Regelungen des Bundessozialhilfegesetzes zuzuordnen sind, ist die Abdeckung der entstehenden Kosten durch die zuständigen Kostenträger bislang mit Schwierigkeiten behaftet. Dies liegt u. a. darin begründet, dass die Voraussetzungen, die für eine Übernahme der Kosten gegeben sein müssen, häufig nicht erfüllt sind. Hierzu zählen beispielsweise bestimmte Vorversicherungszeiten des Versicherten in der Pflegeversicherung sowie eine „eigene Häuslichkeit“ des Patienten. Eine andere Bedingung für die Durchführung einer häuslichen Krankenpflege ist z. B. die Notwendigkeit einer ärztlichen Anordnung, die von einem Kassen- oder Vertragsarzt ausgesprochen werden muss. Aber auch auf Seiten des Leistungserbringers sind formelle Bedingungen – vor allem Vertragsvereinbarungen mit den Pflege- bzw. Krankenversicherungen – zu erfüllen, die häufig nicht gegeben sind. Die Tatsache, dass in der Praxis sowohl auf Seiten des Betroffenen als auch seitens der Projektträger die leistungsrechtlichen Voraussetzungen nicht vorliegen, hat dazu geführt, dass in den Projekten des Landesprogramms bislang lediglich in Einzelfällen eine Kostenübernahme durch die Kranken-/ Pflegeversicherung bzw. das Sozialamt stattgefunden hat.

Veränderte Aufgaben, neue Qualifikationen! – Anforderungen an die Aufsuchende Krankenpflege

Sowohl die erläuterten Aufgabenbereiche der Pflegekraft als auch die für den Pflegeberuf untypischen Arbeitsorte, -zeiten und -inhalte machen deutlich, dass einige wesentliche Unterschiede zum herkömmlichen Tätigkeitsprofil in der Krankenpflege bestehen sowie spezifische Voraussetzungen für eine erfolgreiche Arbeit erfüllt sein müssen. Hierzu zählen insbesondere:



- Die personelle Kontinuität in der Aufsuchenden Krankenpflege. Sie stellt eine unabdingbare Voraussetzung dar, um das einmal gewonnene Vertrauen, das die Grundlage für die regelmäßige medizinische Versorgung bildet, nicht zu gefährden und damit den Gesundungsprozess sowie die Motivation und Mitarbeit des Betroffenen grundsätzlich in Frage zu stellen.
- Eine spezifische Aus- und Weiterbildung für die Pflegekräfte in der Aufsuchenden Krankenpflege für Menschen in Wohnungsnot ist notwendig. Dabei geht es um ein Anforderungsprofil, das über die klassische Krankenpflege hinausgeht. Es gilt dabei ein professionelles Grundverständnis zu entwickeln, das – über die Fachkompetenz im Bereich „Pflege“ erweitert – folgende Aspekte gewährleistet:
 - eine positive, akzeptierende Haltung der Pflegekraft gegenüber wohnungslosen Menschen;
 - eine hohe Frustrationstoleranz, da immer wieder Rückschläge die Arbeit in Frage stellen und einige Betroffene trotz aller Bemühungen „unerreichbar“ bleiben;
 - Flexibilität hinsichtlich der tätigkeitsspezifischen Arbeitszeiten und -inhalte – Orientierung am Bedarf;
 - Kenntnisse zu sozialen Hintergründen und Lebenssituationen wohnungsloser Menschen sowie zu sozialräumlichen Rahmenbedingungen;
 - die Fähigkeit, enge strukturelle Vernetzung mit bestehenden Einrichtungen und Diensten aufzubauen und zu verstetigen.

Neben diesen Voraussetzungen, die in der Person der Pflegekraft begründet liegen, bedarf es nach den Erfahrungen in der Praxis weiterer Bedingungen, die bei der Gestaltung des neuen Arbeitsgebietes Aufsuchende Krankenpflege berücksichtigt werden müssen. Hierzu zählen beispielsweise die Entwicklung einer Rahmenarbeitsplatzbeschreibung für die Stelle ‚Krankenschwester/-pfleger im Bereich der Aufsuchenden Hilfen zur Krankenpflege‘, weiterhin ein spezifisches Berichtswesen, einheitliche Dokumentationen zur Leistungsbeschreibung der geleisteten Arbeit sowie Konzepte zur systematischen Hilfeplanung. Eine Aufgabe wird zukünftig auch das Erproben unterschiedlicher Modelle zur Finanzierung der Aufsuchenden Krankenpflege darstellen. Mischfinanzierungen, die sowohl Sponsorenmittel und Spenden als auch öffentliche Gelder und Eigenanteile des Trägers beinhalten, könnten durch eine klientenbezogene Abrechnung einzelner Leistungen nach den Regelungen der Kranken- und Pflegeversicherungen sowie nach dem Bundessozialhilfegesetz ergänzt werden. Die Eignung verschiedener Finanzierungsmodalitäten auf ihre Praxis-tauglichkeit befindet sich noch in den Anfängen und muss in der Realität noch überprüft werden.

Zusammenfassung

Obschon es seit einigen Jahren unterschiedliche Projekte zur aufsuchenden Gesundheitsfürsorge für Menschen in Wohnungsnotfällen gibt, besteht nach wie vor ein akuter Bedarf, diese Ansätze zu modifizieren und zu erproben. Die Praxis hat gezeigt, dass nicht allein die ärztliche Behandlung von Krankheiten oder die sozialarbeiterische Begleitung der Betroffenen eine effektive und nachhaltige Verbesserung der Gesundheits- und Lebenssituation wohnungsloser Menschen gewährleistet. Deutlich geworden ist, dass das Element der Pflege – im Sinne einer Brückenfunktion – eine zentrale Rolle dabei spielt, als Grundlage für weitere Schritte Zugänge zu den Menschen zu eröffnen. Vertrauen und Kontinuität heißen hier die grundlegenden Voraussetzungen. Daraus ist die Forderung abzuleiten, auf der Basis der Erkenntnisse um strukturelle Barrieren sowie individuelle Hemmungen der Betroffenen, neue Versorgungsstrategien zu konzipieren und umzusetzen – und zwar niederschwellig, d. h., an den Orten und in den Einrichtungen, an denen sich die Zielgruppen in der Regel aufhalten. Die Betreuung sollte in der Folge im Rahmen eines interdisziplinär angelegten Versorgungskonzeptes – Sozialarbeit, Medizin und Pflege – erfolgen. Denn insbesondere die Verknüpfung aus sozialer Beratung und Begleitung, ärztlich-therapeutischer Unterstützung sowie pflegerischer Maßnahmen gewährleistet, dass die betroffenen Menschen tatsächlich erreicht, adäquat versorgt, kontinuierlich begleitet sowie langfristig in ihren Lebensverhältnissen stabilisiert werden können. Dabei spielt die Kooperation und Vernetzung der aufsuchenden Krankenpflegeprojekte mit anderen relevanten Akteuren eine wichtige Rolle. Dies gilt sowohl für trägerinterne als auch trägerexterne Kooperationen, die eine unabdingbare Voraussetzung für eine effektive und abgestimmte Arbeit in der Aufsuchenden Krankenpflege darstellen.

In den bereits abgeschlossenen Projekten des NRW-Landesprogramms ist es in großem Umfang gelungen, die Zielgruppe der kranken Menschen in Wohnungsnot zu erreichen. Unterschiedliche Zugangswege konnten erprobt, Beziehungen aufgebaut werden. In vielen Fällen ist eine effektive Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Betroffenen erreicht worden.

Trotz aller Anstrengungen der Ärzte, Krankenpflegekräfte und Sozialarbeiter stoßen aufsuchende Gesundheitsprojekte für Menschen in Wohnungsnotfällen jedoch auch an Grenzen. Dies trifft insbesondere dann verstärkt zu, wenn – neben den ohnehin bestehenden individuellen Barrieren seitens der von Wohnungslosigkeit bedrohten oder betroffenen Menschen – die z. T. in der Praxis zu beobachtende Vertreibungspolitik mancher Kommunen die Arbeit behindern. Auch zukünftig wird es in diesem Zusammenhang eine wichtige Aufgabe sein, durch intensive Öffentlichkeitsarbeit aufzuklären, Vorbehalte abzubauen und damit Türen für eine soziale Medizin für Menschen in Wohnungsnotfällen zu öffnen. Eine weitere wichtige



Aufgabe für die Zukunft von Krankenpflegeprojekten wird die Erprobung unterschiedlicher Finanzierungsmodelle sein, die so konzipiert und verankert sein sollten, dass eine dauerhafte Realisierung Aufsuchender Krankenpflege gewährleistet wird. Eine wesentliche Voraussetzung zur Umsetzung einer qualifizierten, effektiven aufsuchenden Krankenpflege für Menschen in Wohnungsnot betrifft außer dem die Anforderungen, die an die Krankenpflegekraft – in der Regel handelt es sich um Krankenschwestern – zu stellen sind. Weil das komplexe Aufgabengebiet der pflegerischen Gesundheitsfürsorge für wohnungslose Menschen – wie angesprochen – noch relativ „neu“ ist und um den besonderen Bedürfnissen der Zielgruppe Rechnung tragen zu können, wird es zukünftig erforderlich sein, eine adäquate Ausbildung der Pflegekräfte und die Entwicklung von Qualitätsstandards für ihre Arbeit zu realisieren. In Zusammenhang hiermit steht auch die Notwendigkeit, die Aufsuchende Krankenpflege für Menschen in Wohnungsnot als neues eigenständiges Profil zu etablieren. (bp)

Verwendete und weiterführende Literatur

- Ärzte-Zeitung: Mobiler Medizinischer Dienst - KVNo unterstützt Gesundheitshilfe für Obdachlose, Neu-Isenburg, 09. 07. 1998
- Ärzte-Zeitung: Mediziner, Apotheker und Sozialarbeiter wollen Arbeit von Obdachlosen-Ärztin finanzieren – Modellprojekt zuende – was jetzt?, Neu-Isenburg, 15. 01. 1998
- Behnsen, Sönke: Wege zu einer sozialen Medizin für Wohnungslose, in: Lutz, Ronald (Hrsg.): Wohnungslose und ihre Helfer, Bielefeld 1995, S. 203 - 218
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Gesundheitsversorgung in Deutschland, März 2000
- Hollstein, Walter: Häufig krank und isoliert, in: Sozialmagazin, 25. Jg. 6/2000, S. 58 - 60
- Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.): Auf die Straße entlassen - obdachlos und psychisch krank, Bonn 1996
- Koch, Sannah: Eine ungewöhnliche Krankenstation, in: Sozialmagazin, 25. Jg. 11/2000, S. 22 - 25
- Kölner Stadt-Anzeiger: Rollende Praxis für Obdachlose, Köln 22. 09. 1998
- Kunstmann, Wilfried: Medizinische Versorgungskonzepte für Wohnungslose – Ursachen und Konzepte, in: wohnungslos, Jg. 38/3, S. 103 - 112
- Kunstmann, Wilfried: Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Obdachlose - Ergebnisse der begleitenden Evaluation, in: Westfälisches Ärzteblatt, 5/98, S. 31 - 33
- Kunstmann, Wilfried: Abdruck des Referats „Bedarfsgerechte Wohnungslosenhilfe im Raum Dortmund, Hagen, Ennepe-Ruhr-Kreis aus der Sicht der Gesundheitssituation“ auf dem Workshop „Bedarfsgerechte Wohnungslosenhilfe im Raum Dortmund, Hagen, Ennepe-Ruhr-Kreis“ am 6./7. Mai 1997 in Dortmund
- Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW (Hrsg.): Förderkonzept Wohnungslosigkeit vermeiden - dauerhaftes Wohnen sichern, Düsseldorf; Aktualisierter Nachdruck Oktober 2000
- Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW (Hrsg.): „Hausbesuche auf der Straße“ – Zukunftsweisende Projekte der aufsuchenden Krankenpflege im Rahmen des Landesprogramms „Wohnungslosigkeit vermeiden – dauerhaftes Wohnen sichern, 2001
- Münstersche Zeitung: Haus der Wohnungslosenhilfe: Neues medizinisches Konzept – Umfassende ärztliche Betreuung, Münster 11. 12. 1989
- Münstersche Zeitung: Mediziner beklagen mangelhafte Versorgung – Aufsuchende ärztliche Hilfe für Obdachlose, Münster 25. 10. 1998
- Programmgeschäftsstelle Wohnraumversorgung für Wohnungsnotfälle (Hrsg.): Plattform – Informationen aus dem Landesmodellprogramm Wohnungslosigkeit vermeiden – dauerhaftes Wohnen sichern, Ausgabe 1/98, Dortmund
- Programmgeschäftsstelle Wohnraumversorgung für Wohnungsnotfälle (Hrsg.): Plattform – Informationen aus dem Landesmodellprogramm Wohnungslosigkeit vermeiden – dauerhaftes Wohnen sichern, Ausgabe 3/99, Dortmund
- Reker, Thomas; Eikermann, Bernd: Wohnungslosigkeit, psychische Erkrankungen und psychiatrischer Versorgungsbedarf, in: Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 21, 5/97, S. 7 - 9
- Trabert, Gerhard: Wohnungslose Menschen in Deutschland – Gesundheitszustand und medizinische Versorgungskonzepte, in: Mabase 111, 1/2 1989, S. 61 - 63
- Westfälische Rundschau: Niemand wird hinten angestellt: Pflege und Hilfe rund um die Uhr, Dortmund, 24. 03. 1999
- Wuppertaler Rundschau: „Medi-Mobil“ gewinnt den Gesundheitspreis der AOK – Medizinisches Hilfsprogramm für Obdachlose überzeugte die Jury, Wuppertal 02. 09. 1998



Projektsteckbriefe: Aufsuchende Krankenpflege in ...

Bielefeld	Mülheim	Dortmund
Projektträger		
Gebal gGmbH – Sozialdienst – Streetmed	Diakonisches Werk im Evg. Kirchenkreis an der Ruhr	Aufsuchende medizinische Hilfe für wohnungslose Menschen in Dortmund e. V.
Einbindung / wesentliche Kooperationspartner		
<ul style="list-style-type: none"> • integrierter Bestandteil der medizinisch-pflegerischen Akut- und Grundversorgung durch das Projekt Streetmed • die medizinische Versorgung erfolgt durch eine „projekt-eigene“ Ärztin 	<ul style="list-style-type: none"> • integrierter Bestandteil des trägereigenen Angebotes für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten (§ 72 BSHG): Fachberatungsstelle, Streetwork • geplante räumliche Anbindung des Projekts in einer Hygiene- und Pflegestation 	<ul style="list-style-type: none"> • enge Anbindung an die Einrichtungen und Hilfeangebote des Diakonischen Werkes: Streetwork am Dortmunder Nordmarkt, Fachberatungsstelle für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten (§ 72 BSHG), Frauenübernachtungsstelle, Sozial- und Suchtberatungsstelle, Schuldnerberatung, stationäre Einrichtungen für wohnungslose Männer und Frauen sowie Suchtranke, Gemeinwesenarbeit am Dortmunder Nordmarkt • Zusammenarbeit mit der kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Apothekerkammer Westfalen
Arbeitsorte der Aufsuchenden Krankenpflege		
<ul style="list-style-type: none"> • auf der Straße • in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wie z. B. Beratungsstellen • in Notunterkünften • Anbieten von festen Pflegesprechstunden 	<ul style="list-style-type: none"> • in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wie z. B. Übernachtungsstellen • in Notunterkünften und Wohncontainern • in Wohnungen 	<ul style="list-style-type: none"> • insbesondere auf der Straße • am Dortmunder Nordmarkt • in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe • in Wohnungen
Tätigkeitsschwerpunkte		
<ul style="list-style-type: none"> • Grund- und Behandlungspflege • Hygieneberatung • Selbstfürsorge • Vermittlung weiterführender Hilfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Grund- und Behandlungspflege • Hygieneberatung • Motivationsarbeit zur Einsicht in verändertes Gesundheitsverhalten und in die Annahme kontinuierlicher Hilfen • Vermittlung weiterführender Hilfen • Begleitung der Patienten zu niedergelassenen Ärzten 	<ul style="list-style-type: none"> • Weitervermittlung an Angebote des regulären Hilfe- und Versorgungssystems • Betreuung im Krankheitsfall, • Begleitung zu niedergelassenen Ärzten, in Krankenhäuser und Ämter • Pflegerische Versorgung in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe • dauerhafte Etablierung des medizinisch-pflegerischen Leistungsangebotes durch eine Regelfinanzierung
Ansprechpartnerin		
Gebal gGmbH Sozialdienst-Streetmed Petra Neunemann Herbergsweg 10 33617 Bielefeld Tel.: (05 21) 1 44 54 21	Diakonisches Werk im Kirchenkreis An der Ruhr Marlies Wilke Hagdorn 1a 45468 Mülheim a.d.R. Tel.: (02 08) 30 03-2 51	Aufsuchende Hilfen für Wohnungslose Menschen in Dortmund e. V. Margarete Streib Jägerstraße 5 44145 Dortmund Tel.: (02 31) 8 63 10 59



Düsseldorf	Köln	Mönchengladbach
Projektträger		
Care 24 Pflegeservice gGmbH	Ohne festen Wohnsitz e. V.	Diakonisches Werk Mönchengladbach e. V.
Einbindung / wesentliche Kooperationspartner		
<ul style="list-style-type: none"> • integrierter Bestandteil der trägereigenen ambulanten Dienste und Angebote: somatische Krankenpflege, psychiatrische Pflege, hauswirtschaftliche Hilfen und psychosoziale Betreuung für AIDS-Kranke, Schwerstkranke, psychische Kranke, Suchtkranke, wohnungslose Menschen; Streetwork • ausgeprägte Vernetzung der Projektarbeit mit dem Verein Medizinischer Hilfen für wohnungslose Menschen e. V. und mit anderen relevanten Anbietern von ambulanten Hilfen für die Zielgruppe sowie tlw. mit den stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe 	<ul style="list-style-type: none"> • ergänzender Bestandteil des Hilfeangebotes durch den mobilen medizinischen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Köln, enge Kooperation mit der mobilen medizinischen Versorgung z. B. durch regelmäßige Teamgespräche • enge Zusammenarbeit zwischen Krankenpflege und Streetwork als trägereigenem Angebot • Kooperation mit dem Projekt „Bauen-Wohnen-Arbeiten“, in dem die betreuten Wohnungslosen durch eigene Arbeit ihren Wohnraum schaffen 	<ul style="list-style-type: none"> • integrierter Bestandteil des trägereigenen Angebotes: Betreutes Wohnen (gem. § 72 BSHG), Straßenzitungsprojekt „fiftyfifty“, Fachberatungsstellen für alleinstehende Wohnungslose (§ 72 BSHG), Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebote, Angebote in den Bereichen Alten- und Jugendhilfe • enge Zusammenarbeit zwischen Krankenpflege und Streetwork als trägereigenem Angebot • Aufbau eines Ärztee pools zur Unterstützung der Pflegekraft
Arbeitsorte der Aufsuchenden Krankenpflege		
<ul style="list-style-type: none"> • auf der Straße • an Szenetreffs in der Düsseldorfer Innenstadt in Kooperation mit dem Arztmobil • in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe 	<ul style="list-style-type: none"> • systematisches Ausfindigmachen der meist unbekanntesten Schlafplätze und Aufenthaltsorte • auf der Straße • an Szenetreffs • Wohnprojekt auf dem Gelände der ehem. Kaserne Klerken 	<ul style="list-style-type: none"> • auf der Straße • an Szenetreffs in den Zentren von Mönchengladbach und Rheydt • insbesondere im „Kontaktladen“
Tätigkeitsschwerpunkte		
<ul style="list-style-type: none"> • Grund- und Behandlungspflege • Motivationsarbeit zur Einsicht in verändertes Gesundheitsverhalten und in die Annahme kontinuierlicher Hilfen • Betreuung im Krankheitsfall • Begleitung zu niedergelassenen Ärzten, in Krankenhäuser und Ämter • dauerhafte Etablierung des medizinisch-pflegerischen Leistungsangebotes durch eine Regelfinanzierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufspüren von wohnungslosen Menschen und Wege des Zugangs für weitergehende Hilfen finden • psychosoziale und medizinische Hilfen • pflegerische Grundversorgung • Begleitung zu Ärzten, Krankenhäusern und Ämtern 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische Erstversorgung • Grund- und Behandlungspflege • Notfallhilfe • HIV-/Aids-/Hepatitis-Prophylaxe • Information über das bestehende Hilfesystem • Motivation zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen • Begleitung zu niedergelassenen Ärzten, in Krankenhäuser und Ämter
Ansprechpartnerin		
Care 24 Pflegeservice gGmbH Iris Ousen-Foltz / Dagmar Franke Borsigstraße 34 40227 Düsseldorf Tel.: (02 11) 72 01 86	Ohne festen Wohnsitz e. V. Eveline Kiffer Postfach 10 04 24 50444 Köln Tel.: (02 21) 50 10 01	Diakonisches Werk Mönchengladbach e. V. Christina Jung / Ilona Oellers Jenaer Straße 5 41065 Mönchengladbach Tel.: (0 21 61) 48 00 43



**„Hausbesuche auf der Straße“ –
Das Konzept der wissenschaftlichen Begleitung
von Projekten der „Aufsuchenden Hilfen zur
Krankenpflege“ des Sozialministeriums NRW**
von Heike Lauer, iSPO

„Hausbesuche auf der Straße“ bestimmen den Alltag der Pflegekräfte, die im Modellbereich „Aufsuchende Hilfen zur Krankenpflege“ tätig sind. Ihre Arbeit unterstützt die ambulante, pflegerische und medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen. Die Pflegekräfte sind als neue, niederschwellige Instanz in bestehende Hilfesysteme integriert. Sie suchen Wohnungslose an ihren Aufenthaltsorten auf, so dass ein Zugang zur Zielgruppe entsteht, der sich von den anderen Akteuren wie Ärzten und Sozialarbeitern unterscheidet. Es kommt leichter zu ersten Kontakten und Aktivitäten des Vertrauensaufbaus und dies ist eine gute Grundlage um im kontinuierlichen Unterstützungs- und Behandlungsprozess das Ziel der Wiederherstellung der physischen und psychischen Gesundheit der Betroffenen zu erreichen. Die Pflegekräfte übernehmen eine Vermittlerrolle („Brückenfunktion“) in der Zusammenarbeit mit anderen ambulanten und stationären Hilfen.

Im Dezember 2000 wurden sechs neue Projekte der Aufsuchenden Krankenpflege in das Landesprogramm *Wohnungslosigkeit vermeiden - dauerhaftes Wohnen sichern* in Bielefeld, Dortmund, Düsseldorf, Köln, Mönchengladbach und Mülheim aufgenommen. In allen Diensten sind Krankenschwestern zur Umsetzung der Modellziele beschäftigt.

Zur wissenschaftlichen Begleitung der Modellvorhaben wurde das iSPO Institut herangezogen, das bereits die ersten vier Projekte der Aufsuchenden Krankenpflege wissenschaftlich begleitet und evaluiert hat. Der Abschlussbericht unter dem Arbeitstitel „Hausbesuche auf der Straße“ kann sowohl über die Internetpräsentation des MASQT¹ als auch über die Programmgeschäftsstelle bezogen werden. Ergebnisse, Beteiligte, Praxismaterialien und Empfehlungen – auch für Dienste, die das Angebot neu in ihr Leistungsspektrum integrieren wollen – sind darin anschaulich dokumentiert.

Neben der wissenschaftlichen Begleitung übernimmt iSPO auch die Fachberatung der sechs neuen Modellprojekte. Aufbauend auf den Ergebnissen der ersten Krankenpflege-Projekte geht es um die Förderung des systematischen Erfahrungsaus-

tauschs sowie um das Entwickeln von Strategien zur Umsetzung der Modellziele. Im Rahmen des Projektmanagements hat iSPO gegenüber den Modellprojekten eine Steuerungsfunktion mit dem Ziel, den Modellverlauf zeitlich und inhaltlich abzustimmen. Darüber hinaus evaluiert die wissenschaftliche Begleitung das Projektgeschehen in den beteiligten Diensten nach Kriterien, die auf den Erkenntnissen der ersten Phase aufbauen. Interessante Aspekte sind dabei insbesondere

- der Aufwand, die Effizienz und Effektivität,
- das Spektrum der erbrachten Leistungen,
- der Zugang zur Zielgruppe,
- die Übernahme der Brückenfunktion,
- Möglichkeiten und Grenzen der aufsuchenden Pflege,
- Qualitätsstandards,
- die Formen der Kooperation (auch mit Kostenträgern),
- die erreichte Verminderung bzw. Verkürzung stationärer Aufenthalte,
- die Einbindung in die Trägerstrukturen,
- Erkenntnisse zur Weiterentwicklung des Ansatzes sowie
- Finanzierungsfragen / Regelungen zu abrechnungsfähigen Leistungen.



¹ Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW.



Zwei Zwischenberichte im Verlauf des Forschungsvorhabens dienen der internen Information von MASQT und Programmgeschäftsstelle sowie der inhaltlichen Steuerung des Forschungsprojektes. Ein Abschlussbericht soll die Ergebnisse der gesamten Modellzeit zusammenfassen und weiterführende Perspektiven für die Aufsuchenden Hilfen zur Krankenpflege formulieren.

Das Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung

Im Rahmen des Projektmanagements – zur Begleitung und Unterstützung sowie zur Umsetzung der Steuerungsfunktion gegenüber den beteiligten Diensten – wurden Methoden ausgewählt, die ein zielorientiertes Arbeiten im Modellverlauf – in der Kooperation zwischen den Modellprojekten, dem MASQT und der Programmgeschäftsstelle – ermöglichen:

• Steuernder Input

Den Projekten der zweiten Modellphase stehen die übertragbaren Ergebnisse der ersten vier evaluierten Krankenpflegeprojekte zur systematischen Anwendung und Erprobung zur Verfügung; sie dienen den neuen Diensten zudem als Orientierung. Das Ziel ist die gemeinsame Weiterentwicklung und Optimierung praxiserprobter Materialien sowie die Identifikation neuer Erkenntnisse.

• Durchführen von Vor-Ort-Besuchen

Besuche und Beratungen der wissenschaftlichen Begleitung vor Ort in den teilnehmenden Projekten zielen auf die adäquate Anpassung und Umsetzung der Modellziele. Eine Evaluation der Vor-Ort-Beratungen zeigt Spielräume, aber auch den Handlungsbedarf auf – und ermöglicht damit ggf. eine zeitnahe Modifikation oder Fortschreibung der Projektumsetzung. In jedem Modellprojekt sind zwei Vor-Ort-Besuche vorgesehen. Der Zeitpunkt wird individuell mit den Diensten verabredet. Erste Besuche fanden inzwischen statt; in den nächsten Wochen und Monaten sind weitere vorgesehen.

• Systematische Dokumentation mit Hilfe einer eigens entwickelten Software

In der jetzigen Modellphase stützt sich die wissenschaftliche Begleitung zunächst auf die systematische Klientenerfassung und auf die Dokumentation der Projektaktivitäten. Dabei geht es vermehrt auch um quantitative Daten, die aus der Arbeit der ersten vier Krankenpflegeprojekte nur ansatzweise verfügbar



waren. Wie erwähnt wurde bereits als Ergebnis der ersten Modellphase ein Dokumentationsinstrument entwickelt, das den Diensten als Formularsystem zur Verfügung stand. Neben Vorlagen zur kontinuierlichen Falldokumentation umfasste es auch Materialien zum Controlling und Berichtswesen.

Inzwischen wurde im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durch iSPO auch eine erste Software-Version zur computergestützten Dokumentation „Aufsuchende Hilfen zur Krankenpflege“ entwickelt. Die Software enthält die folgenden Elemente:

- Dokumentation aller klientenrelevanten Daten sowie
- aller Verlaufsdaten,
- Transport, Auswahl und Ablage der Informationen in der entsprechenden Klientenakte,
- Dokumentation aller weitergehenden, modellrelevanten Daten („strukturbezogene Daten“),
- Verknüpfung aller Daten zu Statistiken, wie sie modellbezogen, im Alltag der Dienste und ggf. für Kostenträger sowie für ein systematisches Berichtswesen benötigt werden,
- Kompatibilität mit der parallel in der Programmgeschäftsstelle für den gesamten Bereich in der Entwicklung befindlichen Software.

Die neue Software wird in ihrer 1.0 Version derzeit erprobt und von der Praxis als Arbeitserleichterung erlebt. Sie unterstützt die systematische Entwicklung der Aufsuchenden Krankenpflege als neuem Arbeitsbereich in der Wohnungslosenhilfe und deren lückenlose und zeitnahe Dokumentation.



• Workshops

Neben den bereits genannten Aufgaben nimmt die wissenschaftliche Begleitung eine Beratungsfunktion gegenüber den Modellprojekten wahr. Zudem sieht sie sich als Vermittler zwischen den Diensten, dem MASQT und der Programmgeschäftsstelle. Forum für diese Intentionen sind Workshops, die im Verlauf der Begleitforschung zu verschiedenen Themen durchgeführt werden. Dies fördert die Kommunikation zwischen den Beteiligten und unterstützt ein innovatives Modellklima mit neuen Ideen und mutigen Visionen.

Am ersten Workshop – in der Frühphase der aktuellen Laufzeit – nahmen Vertreter/innen aller Modellprojekte und Mitarbeiterinnen der Programmgeschäftsstelle teil. Neben dem Kennenlernen konnten erste Erfahrungen ausgetauscht und Detailabstimmungen initiiert werden.

• Qualitätszirkelarbeit

Die Begleitung der ersten vier Krankenpflegeprojekte zeigte, dass zur Verortung und dauerhaften Finanzierung des Ansatzes fachtheoretische Inhalte definiert und weiterentwickelt werden müssen. Darüber hinaus herrschte übereinstimmend die Meinung, dass der kontinuierliche Erfahrungsaustausch der Projekte wichtig ist. Deshalb wurde jetzt in der zweiten Modellphase ein zentraler Qualitätszirkel (zQz) „Aufsuchende Hilfen zur Krankenpflege“ installiert. Er unterstützt den Qualitätsentwicklungsprozess des Arbeitsansatzes, indem relevante Themen gemeinsam mit den Projektbeteiligten bearbeitet werden. Der zQz trifft sich derzeit alle vier bis sechs Wochen abwechselnd an den Standorten der Dienste. Die Treffen werden von iSPO moderiert sowie vor- und nachbereitet.

Bisher konzentrierten sich die Themen auf die Bereiche „Softwareentwicklung“ und „Leistungsbeschreibungen“. Beides ist wichtig, wenn es in Zukunft zu besonderen Vergütungsverhandlungen bzw. -vereinbarungen mit relevanten Kostenträgern wie Kranken- und Pflegekassen oder den Kassenärztlichen Vereinigungen kommen soll. Mit der Qualitätszirkelarbeit sind alle Akteure in die (Weiter-)Entwicklung des Ansatzes aktiv einbezogen.

Fazit

Trotz aller Planung und Strukturierung entwickeln Modelle – wie auch dieses – ihre Eigendynamik; sie lassen sich nur bedingt in ein Korsett zwingen. Dies macht die Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung spannend und verlangt gleichzeitig ein großes Maß an Flexibilität. Die bisherige Zusammenarbeit zeigt aber auch, dass alle Beteiligten inzwischen zu einem guten Team geworden sind – und die unterschiedlichen Sichtweisen sowie der engagierte Diskussionsprozess lassen noch viele interessante Ergebnisse hinsichtlich des gemeinsamen Zieles erwarten: den Ansatz „Aufsuchende Hilfen

zur Krankenpflege“ als festen Bestandteil der regionalen Unterstützungssysteme für wohnungslose Menschen zu etablieren.

Die wissenschaftliche Begleitung vor Ort – Hospitationen als Erhebungsinstrument

von Heike Lauer, iSPO

Die Pflegefachkräfte der „Aufsuchenden Hilfen zur Krankenpflege“ halten Kontakt zur Zielgruppe durch regelmäßige „Hausbesuche auf der Straße“. Die wissenschaftliche Begleitung tut dies in ihrem Bereich u. a. durch Hospitationen in den Modellprojekten. Als eine Variante teilnehmender Beobachtung geht es u. a. darum, einen Einblick in die Binnenstrukturen der Modellprojekte zu erhalten sowie die Alltagsarbeit der Pflegefachkräfte und ihre Arbeitsbedingungen vor Ort kennen zu lernen. Die Besuche finden an regulären Arbeitstagen statt; es soll „kein Sonderprogramm“ für die wissenschaftliche Begleitung zusammengestellt werden. In allen Modelldiensten erfolgte bisher eine erste Hospitation.

Im Vorfeld der Besuche wird regelmäßig betont, dass es um das Miterleben eines üblichen Arbeitstages der Pflegekräfte geht. Trotzdem ist das Hospitationsprogramm meist dicht gedrängt. Möglichst viel will man der wissenschaftlichen Begleitung zeigen; die Bandbreite an Aufgaben und Anforderungen soll deutlich werden. Dadurch gerät der übliche Tagesablauf dann doch durcheinander, obwohl gerade dies eigentlich vermieden werden soll, denn die Mitarbeiterin der wissenschaftlichen Begleitung will einen Arbeitstag möglichst authentisch miterleben. Vor allem hinsichtlich des Umgangs mit Klienten sind die Dinge – gerade in der Anfangsphase der Projekte, wenn es zu einem guten Teil darum geht, Beziehungen zu Klienten aufzubauen, deren Vertrauen zu gewinnen – sensibel zu handhaben.

In der Annäherung zwischen Pflegefachkraft und Wohnungslosen geht es in einer längeren Phase zu Beginn der Arbeit in einem behutsamen und geduldigen Prozess um den Vertrauensaufbau und gegenseitige Akzeptanz. Wird der – etwa durch die Anwesenheit Dritter – gestört, könnte es Rückschläge geben, zu einer Unterbrechung oder gar dem endgültigen Abbruch der Beziehung kommen.

Von der Krankenpflegekraft ist deshalb Einfühlungsvermögen gefordert: Einerseits will sie ihre Arbeit – und auch sich selbst – sowie ihren Träger gut präsentieren; andererseits darf sie die Belange ihrer Klientel nicht außer Acht lassen. Somit gilt es zu entscheiden, welche Klienten gemeinsam aufgesucht werden können, wer zur entsprechenden Tageszeit in der Verfassung ist, mit Außenstehenden in Kontakt zu treten. Es ist nötig, die Betroffenen vorher zu fragen und auf das Treffen zusammen mit der Kollegin von der wissenschaftlichen Begleitung vorzubereiten.



Durch solche unmittelbaren Kontakte der wissenschaftlichen Begleitung zu Klienten werden deren unterschiedliche Lebenslagen und Problemsituationen sowie die erforderlichen Interventionen der Pflegefachkräfte nacherlebbar und ein Einblick in das Anforderungsprofil und Aufgabenspektrum der Krankenpflegekraft möglich. Das folgende Fallbeispiel des Kontaktes zu Helga K. (50), einer Klientin, die an der Zugangsschwelle zum Hilfeprozess steht, verdeutlicht dies:²

Helga K. (50): Eine Wohnungslose, die jede Unterstützung ablehnt:

Helga K. ist 1950 geboren: Nach eigenen Angaben lebte sie bis 1994 mit ihrer Mutter in deren Wohnung in D, nach deren Tod verließ sie die Stadt.

Bereits vor drei Jahren erhielten die Mitarbeiter der Wohnungslosenhilfe einen Hinweis aus der Bevölkerung. Wenig später lieferten ein Pfarrer und eine Mitarbeiterin des städtischen Sozialamtes weitere Informationen. Vor einiger Zeit erhielt auch die Pflegefachkraft der „Aufsuchenden Hilfen zur Krankenpflege“ einen Tipp aus der Bevölkerung.

Nach dem Erstkontakt ergibt sich folgende Situation:

- *Frau K. ist mittellos; sie bestreitet ihren Lebensunterhalt durch Betteln; sie will keine Sozialhilfe in Anspruch nehmen.*
- *Sie hält sich in einem alten Wartehäuschen der Deutschen Bahn auf und übernachtet – mit Duldung des dortigen Personals – in einer baufälligen Baracke. Ihre Habseligkeiten bestehen aus „10 Plastiktüten“, die sie stets bei sich trägt.*
- *Der Gesundheitszustand: Frau K. betont auch in diesem Gespräch, dass sie keinerlei Probleme hat. Es gibt aus ihrer Sicht weder einen pflegerischen noch einen medizinischen Handlungsbedarf.*
- *Ihr Erscheinungsbild ist „nicht auffällig verwahrlost“. Offenkundige Erkrankungen sind nicht erkennbar.*
- *Frau K. spricht ununterbrochen. Sie geht auf Äußerungen der Gegenüber nur bedingt ein und redet häufig zusammenhanglose Dinge, lässt einen Kontakt lediglich oberflächlich zu.*

In der Folge zeigt sich, dass es ihr nicht möglich ist Termine und Absprachen einzuhalten. Frau K. ist zeitlich und örtlich orientiert; sie kennt die in Frage kommenden Hilfeangebote (die Namen und Telefonnummern der entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat sie nachweislich im Kopf). Eine Inanspruchnahme erfolgt aber nicht.

² Der Name ist beliebig gewählt; die Fallschilderung berücksichtigt die Vorgaben des Datenschutzes.

Sie hält Distanz und verweigert jedes Unterstützungsangebot. Auch den Vorschlag der Pflegefachkraft, ihr ein Zelt oder einen Wohnwagen zu besorgen, lehnt sie entschieden ab.

Durch den Abriss der Baracke verschlechtern sich später die Lebensumstände von Frau K. deutlich. Nach wie vor lässt sie Kontakte kaum zu. Ein Betreuungsverhältnis kann immer noch nicht aufgebaut werden.

Zum Zeitpunkt des Besuchs mit der Mitarbeiterin der wissenschaftlichen Begleitung sind die Kontakte der Pflegefachkraft die einzigen Anknüpfungspunkte an das Hilfesystem.

Die Strategie der Projektmitarbeiterin: Kontakt halten und eine Verschlechterung verhindern bzw. rechtzeitig erkennen. Im Krisenfall kann dann ein Arzt hinzugezogen werden. Das „zarte“ Vertrauensverhältnis zur Pflegefachkraft könnte, so die Hoffnung, irgendwann einmal dazu führen, dass Frau K. weiterführende Hilfen annimmt.

Im Kontakt mit der Klientin und dem nachfolgenden Auswertungsgespräch mit der Pflegefachkraft fällt auf, dass Frau K. den Helferinnen und Helfern der Wohnungslosenarbeit zwar seit Jahren bekannt ist und auch immer wieder von den verschiedenen Hilfeinstanzen angesprochen wurde. Zu einer zielgerichteten Intervention bzw. einem kontinuierlichen Unterstützungsprozess kam es bislang jedoch nie. Frau K. verwendet viel Kraft darauf Distanz zu allen zu halten. In Kontakt mit ihr zu stehen bedeutet noch nicht viel. Eine üblicherweise anzustrebende gegenseitige – häufig stillschweigende – Vereinbarung zu bestimmten Unterstützungsleistungen gibt es nicht. Für die Krankenschwester der „Aufsuchenden Hilfen zur Krankenpflege“ geht es eher darum, mit langem Atem dranzubleiben, Geduld zu haben, die bewusst gewählten Lebensumstände der Klientin zu respektieren – und trotzdem für den Fall bereitzustehen, dass sie ohne Unterstützung nicht mehr zurechtkommt.

Modellziel der Aufsuchenden Krankenpflege ist es den Zugang zu dieser Teilgruppe der Wohnungslosen zu erschließen und ein möglichst niedrigschwelliges Unterstützungsangebot bereitzuhalten sowie – in der Folge – die Klienten einer Regelversorgung zuzuführen. Vor diesem Hintergrund ist die bisherige Arbeit mit der Klientin als erfolgreich zu werten. Ob sich daraus im späteren Verlauf greifbare Effekte im Sinne wahrnehmbarer Stabilisierungen entwickeln lassen, muss zunächst offen bleiben. Zielgerichtetes Handeln der Pflegefachkraft heißt nicht nur bei dieser Klientengruppe: Den Kontakt aufrecht zu erhalten und die Bemühungen nicht aufzugeben.

Im Rahmen der Vor-Ort-Besuche und der Klientenkontakte sowie deren Reflexion werden immer auch die Rahmenbedingungen besprochen, die für die tägliche Praxis der Pflegefachkräfte bestimmend sind. Dabei müssen die Beteiligten die



Gratwanderung zwischen einem offenen Austausch und Dingen, die als trägerinterne Belange nicht nach außen dringen sollen, wagen. Es zeigt sich deutlich, dass sich hier – im Umgang mit der Zielgruppe – ein Prozess des Beziehungsaufbaus vollzieht: Die Projektmitarbeiterinnen – und die Trägervertreter/innen – müssen die wissenschaftliche Begleitung näher kennen lernen; man muss voneinander wissen, wie weit Offenheit und Authentizität gehen können. Immerhin hat die wissenschaftliche Begleitung die Projektarbeit zu evaluieren und damit zu beurteilen und zu veröffentlichen.

In der Regel gestaltet sich dieser Prozess derart, dass Erfahrungen, Gefühle, auch persönliche Betroffenheit und hin und wieder Unzufriedenheit und Unsicherheit offen angesprochen werden. Man hofft auf Verständnis und Unterstützung, will u. U. Vermittlung und diskrete Intervention der wissenschaftlichen Begleitung. Dies wird auch dadurch unterstützt, dass die Hospitation nicht „in den ersten Tagen nach Projektbeginn“ durchgeführt wird und wechselseitig bereits Erfahrungen und Eindrücke vorliegen.

Einfühlungsvermögen wird somit zu einer zentralen Kompetenz, die von der wissenschaftlichen Begleitung gefordert ist. Es gilt auszuloten, was – vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses und Auftrags – dokumentiert und evaluiert, was als persönliche Information zu werten und ggf. als Inhalt für eine persönliche Beratung anzusehen ist. Darüber hinaus gibt es Dinge, die im Rahmen des Projektmanagements und der Projektsteuerung durch die wissenschaftliche Begleitung womöglich Inhalte für ein Gespräch auf Trägerebene oder in der Steuerungsgruppe des projekttragenden Ministeriums sind.

Demnach gehören zu den Hospitation der wissenschaftlichen Begleitung meist auch Gespräche mit Vorgesetzten und Kolleginnen und Kollegen der Pflegefachkräfte. Neben dem Informationsaustausch und der Reflexion der Eindrücke im Verlauf der Hospitation werden in der Regel das gesamte Arbeitsfeld der „Aufsuchenden Hilfen zur Krankenpflege“ und die Einbindung des Modells in die Trägerstrukturen sowie die Abgrenzung zu bzw. die Verflechtung mit anderen Arbeitsbereichen des Trägers und auch im örtlichen Unterstützungsnetzwerk erörtert.

Dabei zeigt sich, dass für den Erfolg des Modellvorhabens und die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen regelmäßige – professionsübergreifende – Gespräche im Arbeitsalltag, meist in Form von Team- und teilweise auch als Fallbesprechungen, wichtig sind. Die Reflexion der Rahmen-

bedingungen und Effektivität von Arbeitsabläufen, so zeigen die Erfahrungen, kommt dabei leicht zu kurz. Im Zuge der teilnehmenden Beobachtung während der Hospitation können hierzu nicht selten wichtige Rückmeldungen gegeben werden. Es gelingt miteinander die Dinge zu reflektieren und ggf. zu neuen Absprachen zu kommen.

Die Vor-Ort-Besuche enden nicht mit dem Einsteigen in den Zug zur Rückfahrt ins Institut. Während der mehrstündigen Fahrt klingen die Eindrücke nach; Notizen werden vervollständigt, Fakten und Gefühle sortiert. Immer geht es dabei auch um das Auspendeln von Nähe und Distanz, die Unterscheidung von Details und Generellem, zwischen Innensicht und allgemeinen Projektabsprachen – und nicht zuletzt um die Anbindung der Eindrücke an das Konzept der wissenschaftlichen Begleitung und das Erkenntnisinteresse.

Im Institut werden die Ergebnisse der Hospitation dokumentiert und – ganz wichtig – im Gespräch mit den Kollegen reflektiert. Eine Dimension dieser Gespräche ist immer auch das persönliche Feedback und die Erörterung der Frage: Was ist subjektive Wahrnehmung und was objektives Faktum, welche Interpretation erfolgt vor welchem Hintergrund und ist wie plausibel.

Der Gefahr des Distanzverlustes durch das unmittelbare Erleben der Praxis wird auf diesem Weg begegnet. Es ist iSPO-Profil, die Nähe zu den Praxisfeldern zu suchen, ohne dabei die Objektivität des Sozialwissenschaftlers zu verlieren. Aus iSPO-Sicht ist es daher wichtig, den engen Kontakt zu den Praxisakteuren – und auch zu den Zielgruppen der untersuchten Projekte – zu pflegen, da sich die Ergebnisse der wissen-





schaftlichen Arbeit neben der Akzeptanz in der Fachöffentlichkeit und beim Auftraggeber immer auch an der Rückmeldung der Praxiskolleginnen und -kollegen und der Relevanz für deren Arbeitsarbeit messen lassen müssen.

Das Interview: Aufsuchende Krankenpflege als weiterer notwendiger Baustein in der Hilfe für wohnungslose Menschen

Unsere Interviewpartnerin, Hildegard Erber, vereint zwei Funktionen in ihrer Person: zum einen arbeitet sie seit 1994 als Krankenschwester im Mobilien Medizinischen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Köln, zum anderen ist sie Mitglied des Sprecherrates der bundesweiten AG *Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen*, die sich 1998 unter dem Dach der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. gegründet hat. Dieses Interview gibt sie in ihrer Funktion als Sprecherratsmitglied.

Bitte geben Sie uns einen kurzen Einblick in Ihre Arbeit beim Mobilien Medizinischen Dienst der Stadt Köln.

H. Erber: Den mobilen medizinischen Dienst gibt es seit 1993. Er entstand damals im Rahmen der vom Rat der Stadt Köln beschlossenen Sofortmaßnahmen zur Drogenproblematik. Zunächst stand eine Arztstelle zur Verfügung, die aus Mitteln des Drogenetats der Stadt Köln finanziert wurde. Im Bereich der Wohnungslosenhilfe waren Ärzte und Pflegekräfte des Vereins *Gesundheit für Wohnungslose Köln e. V.* ehrenamtlich tätig. Es wurde immer offensichtlicher, dass eine Pflegekraft benötigt wurde. 1993 wurde dann durch den Rat der Stadt Köln die Schaffung einer solchen Stelle beschlossen. Ich habe dann im Juni 1994 meinen Dienst als Pflegekraft im Bereich der Versorgung Drogenabhängiger begonnen. Mittlerweile arbeiten in der drogentherapeutischen Ambulanz eine Krankenschwester und ein Arzt im Umfang einer halben Stelle und im Bereich der Wohnungslosenhilfe vier Ärzte und zwei Krankenpflegekräfte. Diese beiden Bausteine ergeben den mobilen medizinischen Dienst. Insgesamt sind also im mobilen medizinischen Dienst drei Krankenschwestern angestellt.

Zu unserem Arbeitsalltag gehört, dass wir mit dem Behandlungsbus an bestimmte Treffpunkte hier in Köln fahren. Vorzugsweise sind wir aber in festen Einrichtungen der Wohnungslosen- und der Drogenhilfe tätig. An unseren Arbeitsbedingungen dort hat sich in den letzten Jahren einiges verändert. Als ich angefangen habe, standen uns die Sozialarbeiterbüros, ausgestattet mit einigen Medikamenten und ein bisschen Verbandsmaterial, zur Verfügung. Dies erschwerte die Kontaktaufnahme zu den Klienten erheblich, denn es war natürlich sehr störend, wenn das Telefon für den Sozialarbeiter schellte

oder dieser aus anderen Gründen während der Behandlung in den Raum kam. Mittlerweile haben die Mitarbeiter der Einrichtungen erkannt, dass wir mit unserem Dienst eine weitere Zugangsmöglichkeit für ihr Klientel bedeuten. Für die Patienten, die sich auch anonym behandeln lassen können, ist unser Dienst mittlerweile ein feststehender Begriff. Neue Patienten kommen heute meist durch Mundpropaganda.

In den Einrichtungen, in denen wir tätig sind, haben wir zunehmend geeignetere Räumlichkeiten bekommen, Räume, die unseren Bedürfnissen angepasst sind. Einrichtungen, in denen wir neu tätig werden, planen Räumlichkeiten für uns im Voraus mit ein. Ein Beispiel ist das Projekt „Gulliver“, ein Treffpunkt für Wohnungslose – gleich ob Drogen- oder Alkoholabhängig –, Jugendliche, junge Erwachsene und Punks am Hauptbahnhof in Köln. Wir wurden bereits in der Planungsphase angefragt, ob wir dort Sprechstunden anbieten können. Vorgesehen waren die Räumlichkeiten für die ärztlich/pflegerische Versorgung im Erdgeschoss direkt am Eingang. Der Cafébereich befindet sich jedoch im Obergeschoss. Wir haben darauf hingewiesen, dass einer medizinischen Intervention eine sehr lange Kennenlernphase vorausgeht und dass daher der unmittelbare Kontakt zu den Besuchern von zentraler Bedeutung für unsere Arbeit ist. Wir sind jetzt oben – nahe des Cafés – nach unseren Vorstellungen angesiedelt. Wir haben dort unseren Behandlungsraum, der nach unseren Wünschen eingerichtet worden ist. In diesem Projekt lief es so, wie wir es uns vorgestellt haben. Wir haben dort die Erfahrungen, die wir im Laufe der Jahre gesammelt haben, optimal einbringen können.

Besonderen Wert legen wir bei unserer Arbeit auf feste Sprechzeiten. Die Patienten wissen, dass wir an bestimmten Tagen zu bestimmten Zeiten in der Einrichtung sind. Zu Beginn unserer Arbeit hatten wir nicht ausreichend Personal, so dass wir in einigen Einrichtungen zweimal in der Woche, höchstens dreimal in der Woche anwesend waren. Dadurch war die Kontinuität des Angebotes unterbrochen. Wir haben aber gemerkt, dass die Klienten es zumeist nicht schaffen, dem Angebot zu „folgen“, also in die jeweilige Einrichtung zu kommen, in der wir gerade behandeln. Es hat zwar sehr lange gedauert, aber wir sind inzwischen in einigen Einrichtungen jeden Tag mit festen Sprechstunden anwesend. Jede Veränderung wird von den Patienten sofort registriert. Wenn ich mich nur um zehn Minuten verspäte, werde ich mit wenig Wohlwollen darauf angesprochen. Ähnlich ist es bei Urlaub oder Krankheit. Hier wird sofort nachgefragt, wann wir wieder kommen. Zu Beginn unserer Tätigkeit hätte sich kein Mensch für An- oder Abwesenheiten interessiert. Daran merke ich, dass wir wahrgenommen werden.

Wir haben in Köln ein sehr gut ausgebautes Hilfesystem mit sehr gut funktionierenden Kooperationen. Daher ist es nur noch in Einzelfällen erforderlich, dass wir pflegerisch/ärztliche Versorgung auf der Strasse durchführen. Auch die Patienten



ten haben mittlerweile erkannt, dass sie deutlich besser und vor allem unter Ausschluss der Öffentlichkeit in geschützten Einrichtungen behandelt werden können. Wir arbeiten in Köln in enger und sehr guter Kooperation mit dem Verein *Gesundheit für Wohnungslose Köln e. V.* zusammen. Die Mitarbeiter, u. a. eine Fachkrankenschwester für Psychiatrie, gehen regelmäßig bekannte Stellen ab bzw. erfahren von ebenfalls Betroffenen, aber auch von Kölner Bürgern wo sich ein Mensch aufhält, der medizinische oder psychosoziale Hilfe benötigt. Diese Stellen werden dann gezielt „nachgeschaut“ und wenn weiterführende Hilfe erforderlich ist, werden wir informiert. Unser Dienst wird jedoch auch von Kölner Bürgern direkt informiert oder selbst Betroffene informieren uns während unserer Sprechstunden.

Wenn Sie zurückblicken – was ist aus Ihrer Sicht wichtig, um den Zugang zu wohnungslosen Patienten zu finden?

H. Erber: Zeit! Als neue Mitarbeiterin in diesem Bereich musste ich sehr schnell erfahren, dass ich einen sehr sehr langen Atem benötige. Ich war vorher 15 Jahre auf einer chirurgischen Intensivstation tätig und bin Fachschwester für Anästhesie- und Intensivmedizin. Ich war es gewohnt zu handeln. Warten auf Arbeit war ich nicht gewohnt. Plötzlich war ich nicht gefragt. Mit meinem ganzen Tatendrang habe ich mich zu Anfang mehr oder weniger „platt gesessen“. Es kamen zunächst Fragen wie „Machst Du das ehrenamtlich?“, „Was hast Du bisher gemacht?“ und „Hast Du denn nichts besseres gefunden?“ Es war für mich eine völlig neue Erkenntnis, dass die Klienten andere ebenso abwerten wie sich selber. Ich sah also schwer kranke Menschen, durfte aber nicht handeln und wurde auch noch in Frage gestellt.

Da ich chirurgisch orientiert war, hatte ich auch keine Ahnung von z. B. Krätze, „Schleppe“ usw. Für die Patienten alltägliche Dinge, die ich jedoch nicht kannte. Wie ich später aus dem Verhalten der Patienten entnommen habe, hat man es mir hoch angerechnet, das ich dieses „Nichtwissen“ zugegeben habe. Durch meine langjährige Erfahrung habe ich mein Wissensdefizit erfolgreich ausgeglichen und bin mittlerweile anerkannte „Expertin“. Die Ehrlichkeit, in diesem Fall zuzugeben: „Ich weiß es nicht“ war sicherlich ein ganz wichtiger Schritt um Vertrauen bei ihnen zu erlangen. Zum Vertrauensaufbau sind lange Zeiträume nötig und da liegt auch das Problem bei der Einstellung von Personal. Wir versuchen, Mitarbeiter einzustellen, die längerfristig bei uns arbeiten wollen.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich als Krankenschwester einen leichteren Zugang zu vielen Patienten habe. Viele Patienten haben unangenehme Vorerfahrungen in Praxen und Krankenhäusern mit Ärzten gemacht, sei es durch Unfreundlichkeit oder das Ärzte zwangsläufig schmerzhaft Eingriffe vornehmen mussten. Diese ich sage mal „Buhmannfunktion“ hat der Arzt/die Ärztin auch in unserem Bereich. Kommt z. B. ein Patient mit einem Abszess, wählt er mich als erste Ansprechpartnerin, denn erstens darf ich nicht schneiden und es besteht Hoffnung, dass ich sage „das bekommen wir auch mit Salbe wieder hin“. Ich habe dann die Aufgabe den Patienten die Auswirkungen einer Nichtbehandlung zu erklären, damit die Behandlung durchgeführt werden kann. Hätte ich zu diesem Zeitpunkt keinen Arzt in unmittelbarer Nähe, weiß ich aus Erfahrung, dass der Patient sich nicht zu einem ihm nicht bekannten Arzt vermitteln lassen würde, auch auf die Gefahr hin eine Extremität zu verlieren. Die Mittlerfunktion ist also sehr wichtig.

Was hat Sie als Krankenschwester dazu bewogen in der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft *Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen* mitzuarbeiten?

H. Erber: Ich bin seit der Gründung der Arbeitsgemeinschaft im Jahre 1998 Mitglied. Ich bin damals zur Gründungsveranstaltung nach Mainz mitgefahren, weil es mir um Erfahrungsaustausch ging, auch überregional. Ich wollte andere Pflegekräfte kennen lernen, weil ich in Köln diese Möglichkeit nicht hatte. Es gab zwar die Kommunikation zwischen Dr. Kiemont, unserem Arzt, und mir, aber das ist eine andere, wenn natürlich auch wichtige Form des Austausches. In Mainz wurde der





Workshop „Pflege in der Wohnungslosenhilfe“ angeboten. Ich war begeistert, dass hier speziell das Thema Pflege angesprochen wurde, habe mich aber während des Workshops gefragt, warum sich hier fast ausschließlich Ärzte zu Wort gemeldet haben und kaum Pflegepersonal.

Ich hatte teilweise ganz andere Erfahrungen während meiner Arbeit gemacht, so dass ich zu verschiedenen Aspekten eine andere Meinung vertrat. Ich war damals vier Jahre in diesem Bereich tätig und stellte schnell fest, dass es große Unterschiede zwischen Theorie und Praxis gab. Dies brachte ich auch zum Ausdruck. Ich war sehr überrascht und habe mich sehr gefreut, als ich in den Sprecherrat der AG *Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen* gewählt wurde.

Als Krankenschwester in diesem Gremium will ich den Stellenwert der Krankenpflege in der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen verbessern. Unsere Berufsgruppe hat leider die Angewohnheit, wenig über ihre Arbeit zu sprechen. Es wird nach dem Motto „Tue Gutes und rede **nicht** darüber“ gehandelt. Nur so ist es zu erklären, dass in der Vergangenheit meist nur von der ärztlichen Versorgung in diesem Bereich gesprochen wurde. Es kann aber nicht darum gehen den Arzt durch die Krankenschwester in diesem Bereich zu ersetzen, wie aus Kostengründen bereits diskutiert wurde. Nur der Arzt kann und darf Diagnosen stellen, der Arzt hat die Anordnungsverantwortung. Die Krankenpflegekraft hat die Durchführungsverantwortung für pflegerische Maßnahmen.

Es wurde mittlerweile der Arbeitskreis Pflege gebildet, der aus sieben Mitgliedern besteht. Wir haben den „Leistungskatalog aufsuchende Pflege wohnungsloser Patienten“ erarbeitet, den wir am 22. und 23. November 2001 auf der Fachtagung in Bielefeld vorstellen wollen. Ich hoffe, dass dies ein Anreiz für viele Krankenpflegekräfte sein wird, an dieser Tagung teilzunehmen, auch um diesen Leistungskatalog noch zu erweitern.

Geplant ist, weitere Lösungen für Probleme zu entwickeln, die unsere Arbeit erschweren und eine Pflegedokumentation zu erarbeiten.

Welche Ziele setzt sich die bundesweite AG *Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen* und welchen Stellenwert nimmt die Pflege dabei ein?

H. Erber: Bislang haben sich der AG ca. 32 Initiativen, Institutionen und Einzelpersonen angeschlossen, die sich zum Erfahrungsaustausch und zur Erarbeitung gemeinsamer Konzepte nicht nur auf der jährlich stattfindenden Bundestagung treffen, sondern darüber hinaus auch in sog. Regionalgruppen. Organe der AG *Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen* sind die Mitgliederversammlung und der Sprecherrat. Die Mitglieder des Sprecherrates sind in verschiedenen Gremien vertreten, z. B. im Gesamtvorstand der BAG Wohnungslosenhilfe e. V., im Fachausschuss der BAG für Beratung, Therapie und Versorgung, der Nationalen Armutskonferenz etc.

Ziel der Arbeitsgemeinschaft ist die Verbesserung der medizinischen Versorgungssituation für wohnungslose Menschen und in diesem Sinne die Weiterentwicklung des bestehenden Hilfesystems. Dazu gehören aus unserer Sicht die Erarbeitung von Konzepten der niedrigschwelliger Versorgung, die (Re-) Integration in die regulären Versorgungssysteme, eine die Lebenslagen von Wohnungslosen berücksichtigende Pflege, Diagnostik und Therapie, die Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen, Erfahrungsaustausch und Vernetzung sowie Qualitätsentwicklung und -sicherung und in diesem Kontext die Entwicklung einheitlicher Dokumentationsstandards und eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit. Bisher haben wir für interessierte Träger und Initiativen ein Einsteigerpaket „geschnürt“, das über Voraussetzungen und Bedingungen für die Neueinrichtung eines medizinischen Versorgungsangebotes informiert. Außerdem haben wir auf der letzten Tagung eine Basis-Dokumentation verabschiedet, an der sich die Projekte beteiligen wollten. Bei der nächsten Tagung wird es dann erste Ergebnisse geben.

Es ist wünschenswert, dass sich die Sozialarbeit mehr mit dem Thema „Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen“ befasst. Die Sozialarbeit nimmt sich ansonsten eine gute Möglichkeit, die Medizin als weitere Zugangsmöglichkeit zu ihren Klienten zu nutzen.

Ich persönlich wünsche mir, dass einfach mehr Ärzte und Pflegepersonal diese Arbeit in ihre Ausbildung mit einbeziehen. Pflegedienste oder Schwesternschulen die ich anfrage, finden meine Tätigkeit sehr interessant. Auf die Frage, ob sie ihre Mitarbeiter oder Schüler/innen nicht für kurze Zeit in diesem Bereich weiterbilden wollen, bekomme ich jedoch immer eine negative Antwort. Anders sieht es bei Medizinstudenten aus. Hier sind regelmäßig Anfragen und sie machen mit viel Freude ein Praktikum bei uns. Die Mitarbeiter in den Krankenhäusern klagen über die vielfältigen Probleme, die sie mit dieser Patientengruppe haben. Studenten, die ein mehrwöchiges Praktikum bei uns absolviert haben, waren immer sehr überrascht, wie zugänglich die Patienten sind, und dass sie in den seltensten Fällen aggressiv sind. Auch dass normale Gespräche möglich sind und diese Menschen sehr dankbar sind war vielfach etwas Neues. Es sind also ganz normale Patienten, nur ist ihre Versorgung deutlich aufwendiger.

Das Engagement für wohnungslose Menschen im Bereich der ärztlich/pflegerischen Versorgung reicht zurück bis in die 90er Jahre. Was hat sich aus Ihrer Sicht seit Beginn der Aktivitäten in diesem Bereich getan? Inwieweit haben sich Veränderungen im Umgang mit dem Thema *Medizinische Versorgung Wohnungsloser* ergeben?

H. Erber: In der Gesellschaft ist das Thema kaum existent. Ich merke, dass, wenn ich von meiner Arbeit erzähle, diese als sehr spannend, aber ansonsten eher überflüssig empfunden wird.



Bei unserer letzten Tagung in Köln in 2000 war lediglich ein Vertreter der Presse anwesend. Vielleicht sollte man eine solche Tagung am 24. Dezember jeden Jahres durchführen, dann wäre die Resonanz wahrscheinlich größer als an einem normalen Tag. Über unsere Arbeitsgemeinschaft wirken wir darauf hin, dass die ärztlich/pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen zunehmend ins Gespräch kommt und diese Arbeit auch transparenter wird. Durch die größere Fachöffentlichkeit wird das Problem anders wahrgenommen und die AG ist inzwischen zu einer Plattform geworden.

Was ist an neuen Hilfeformen und -angeboten in diesem Bereich in den letzten Jahren entstanden? Wo sehen Sie noch Defizite?

H. Erber: Entstanden sind bspw. Krankenwohnungen. Der in diesem Bereich geschaffene Bestand muss allerdings ausgebaut werden, denn der Bedarf ist größer. Berlin hat mehrere Krankenwohnungen, in Köln haben wir bis jetzt eine. Dort können Wohnungslose ihre Erkrankungen auskurieren, wenn sie zu gesund sind, um ins Krankenhaus aufgenommen zu werden und zu krank um auf der Strasse versorgt zu werden. Eine schwere Lungenentzündung z. B. sollte diese Krankenwohnung allerdings nicht betreuen, denn sie ist kein Krankenhausersatz.

Die zahnärztliche Versorgung ist auch ein Punkt, bei dem wir Handlungsbedarf sehen. Viele Wohnungslose haben schlechte Zähne, kaum jemand geht zum Zahnarzt. Wir haben zwar mittlerweile zwei Zahnärzte, zu denen wir unsere Patienten schicken können. Es wäre sinnvoller, hier Möglichkeiten, ähnlich dem des mobilen medizinischen Dienstes, also ein mobilen zahnärztlichen Dienst zu schaffen. Diese Arbeit ist kaum ehrenamtlich zu machen.

Ärztlich/pflegerische Hilfen sind ein Aspekt in der Versorgung für Menschen in Wohnungsnot. Um sowohl diese wirkungsvoll einsetzen zu können aber auch um den meist vorliegenden komplexeren Problemlagen gerecht zu werden bedarf es der Kooperation und der Zusammenführung aller erforderlichen Hilfen. Was sind für Sie die relevanten Kooperationspartner, welche Anforderungen und Wünsche haben Sie für die Zusammenarbeit?

H. Erber: Unsere Zielgruppe sind Menschen, die mit der medizinischen Regelversorgung vielfach negative Erfahrungen gemacht haben. Aufgrund ihrer momentanen Lebenssituation machen sie sich wenig Gedanken zu ihrer gesundheitlichen Situation. Sie haben andere Sorgen, wie z. B. „Wo schlafe ich heute Nacht, wo erhalte ich mein Essen“. Trotz bestehender Krankenversicherung gehen sie nicht zum Arzt. Dies führt dazu, dass Erkrankungen chronisch werden. Ein chronisch Kran-

ker verliert oftmals jegliche Motivation, überhaupt etwas in seinem Leben zu verändern. Jeder von uns hat dies sicherlich schon selbst erfahren. Wer von uns kommt auf die Idee oder hat die Kraft, sich z. B. bei akuten Schmerzen eine neue Wohnung anzuschauen oder Behörden aufzusuchen. Wir müssen also die Patienten in ihrem momentanen Lebensumfeld aufsuchen, auf der Strasse, in Einrichtungen der Wohnungslosen- und Drogenhilfe, in Notschlafstellen, in „Bauwagen“ usw. Wie bereits erwähnt, können wir die notwendigen pflegerisch/ärztlichen Maßnahmen erst beginnen, wenn die sehr zeitaufwendige und ungewohnte Beziehungsarbeit abgeschlossen ist. Wenn der Patient dann Hilfe erfahren hat, also Beschwerden deutlich gelindert sind, taucht bei vielen der Wunsch nach weiteren Veränderungen auf. Dann müssen Möglichkeiten gegeben sein, z. B. mit Sozialarbeitern zusammenzuarbeiten. Das funktioniert bei uns in Köln gut. Wir besprechen nach Rücksprache mit dem Patienten das Problem mit dem Sozialarbeiter. Manche Patienten möchten zunächst anonym bleiben. Wir werden im Rahmen unserer Sprechstunden aber auch darum gebeten den Sozialarbeiter in den Behandlungsraum zu bitten, um miteinander bekannt gemacht zu werden. Wenn wir in Einrichtungen arbeiten, ist dies kein Problem. Für Patienten auf der Strasse halten wir entsprechende Möglichkeiten vor. Es gibt also eine ganz enge einzelfallbezogene Zusammenarbeit.

Die verschiedenen Disziplinen müssen sich in ihrer Funktion gegenseitig ergänzen, ihre Aufgaben müssen gemeinsam geplant und als integrierte Einheit und nicht als eine Anzahl unzusammenhängender Tätigkeiten angeboten werden! Es ist kein Feld für Einzelkämpfer.

Wichtig ist eine Kooperation mit niedergelassenen Ärzt/innen und Zahnärzt/innen. Unser Ziel ist die Rückführung ins Regelsystem. In Köln, wie auch in anderen Städten, gibt es Ärzt/innen, die ohne Probleme unsere Patienten behandeln. Es wird jedoch schwieriger. Ich erlebe, dass Patienten telefonisch einen Arzttermin vereinbaren möchten, wobei für dieses Telefonat sehr lange Vorarbeit geleistet werden musste, ihre Personalien angeben und sobald sie als Krankenversicherung das Sozialamt angeben, kein Termin mehr frei ist. Für Patienten ohne Versicherung ist fast keine Möglichkeit gegeben. Nun haben wir in Köln die Möglichkeit – da wir in enger Kooperation mit den Sozialarbeitern arbeiten – sofort einen Sozialarbeiter mit einzubeziehen und den Anspruch auf eine Krankenversicherung abzuklären. Wenn jedoch kein Anspruch besteht, haben wir ein echtes Problem, das sich auch schon mal gar nicht oder nur sehr unbefriedigend lösen lässt. Ich glaube, dass dieses Problem noch zunehmen wird. Arztpraxen sind Wirtschaftsunternehmen. Mit zu vielen Patienten, die alleine für das Entkleiden eine halbe Stunde benötigen, die ihre Krankengeschichte auch nur sehr langatmig erzählen und sich ansonsten auch nicht unbedingt an landläufige Regeln halten, kann sich keine Praxis über Wasser halten.



Krankenhäuser gehören zu unseren wichtigsten Kooperationspartnern. Die Probleme sind hier jedoch ähnlich. Wenn wir Patienten begleiten, mache ich jedoch die Erfahrung, dass sich gerade in den Krankenhäusern sehr um die Patienten bemüht wird.

Bei Tagungen taucht häufig das Thema „Psychiatisierung der Patienten“ auf. Damit ist die Befürchtung gemeint, dass Wohnungslose in die Kategorie psychisch krank eingeordnet werden, sobald sich ein Psychiater mit ihnen beschäftigt. Unsere Erfahrung in der Praxis ist allerdings eine andere. Beispielsweise bietet eine Psychiaterin, die in einer stationären Einrichtung arbeitet, einmal in der Woche in der Annostraße – der größten Unterkunft für Wohnungslose in Köln – eine Sprechstunde an. Die Patienten wissen ganz genau, dass sie eine Psychiaterin ist. Sie verordnet unter Umständen auch eine Medikation. Unser mobiler medizinischer Dienst sieht zu, dass die Patienten regelmäßig ihre Medikation nehmen oder unter Umständen ihre Injektionen bekommen.

Die wohnungslosen Menschen sehen erst mal ihre körperlichen Beschwerden, dass sie nachts nicht mehr schlafen können, weil sie z.B. husten oder weil sie Krätze haben. In der Zusammenarbeit mit den Psychiatern haben wir eine gute Möglichkeit, auch Erkrankungen zu erkennen, die nicht so vordergründig sind.

Wir reden bisher immer von wohnungslosen Menschen. Diese Zielgruppe ist ja auch im Namen Ihrer AG als Adressat der Hilfen benannt. Aus den Erfahrungen unserer aufsuchend arbeitenden Projekte heraus ist festzustellen, dass neben der Gruppe der tatsächlich ohne jegliche Unterkunft lebenden Menschen die Gruppe der von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen eine zunehmende Rolle spielt. Wie sehen Ihre Erfahrungen aus?

H. Erber: Der Wohnungsmarkt in Deutschland hat sich etwas entspannt – das zeigen die Zahlen – so dass vermehrt auch unsere Patienten eine Wohnung haben. Dies bedeutet aber nicht, dass die Personen sich nicht mehr in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe einfinden, denn dort haben sie ihre Kontakte. Wenn jemand eine Wohnung bekommt, ist er damit zunächst überfordert; er kommt in ein komplett neues Umfeld. Eine Wohnung, und wenn sie zudem vielleicht fünf oder zehn Kilometer von seinem gewohnten Umfeld entfernt ist, nimmt ihm seine Kontakte und die gewohnte Tagesstruktur. Hier muss es Übergangsangebote geben. Zu unseren Patienten zählen daher sowohl Menschen, die aktuell wohnungslos sind oder es waren. Wir führen deshalb auch Hausbesuche durch. Wir suchen die Leute in ihrem zu Hause auf, wobei das auch ein Wohnwagen sein kann. Ich denke, dass dies noch ein Arbeitsfeld werden wird, das zunimmt.

Die Frage der Finanzierung ist besonders spannend, wenn es um die Implementierung oder Weiterentwicklung von Angeboten der Gesundheitsversorgung und -fürsorge für wohnungslose Menschen geht. Welche Möglichkeiten, welche Strategien sind Ihnen aus Ihrer Tätigkeit und aus der Mitarbeit in der AG Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen bekannt?

H. Erber: Die Finanzierung ist sicherlich nach wie vor ein Problem. In Köln wird der mobile medizinische Dienst seit 1993 von der Stadt finanziert, seit 1998 wird die Hälfte der Kosten von der Kassenärztlichen Vereinigung übernommen. Dass es zu dieser Lösung gekommen ist, hat viel Arbeit gekostet. Wir haben von Anfang an unsere Arbeit sehr detailliert dokumentiert, so dass wir mit unseren Zahlen argumentieren konnten. Keiner konnte mehr sagen, dass es sich bei unserer Patientengruppe um ein Randproblem handelt. Doch wir müssen uns immer weiter darum sorgen, dass die Finanzierung gesichert bleibt, denn es gibt keine definitiven Vereinbarungen, die ein für alle mal regeln, wie unsere Arbeit finanziert wird. Das merken auch andere Initiativen, die große Probleme haben, mit der üblichen Einzelleistungsabrechnung der Kassenärzte ihre Arbeit zu finanzieren. Unsere Patienten brauchen viel mehr Zeit, der Kontakt zu ihnen ist sehr viel schwerer zu bekommen und auch zu halten - all das ist bei anderen Patienten nicht so ein Problem und taucht deshalb auch nicht in der Abrechnung auf.

Mit einer sogenannten Poolfinanzierung haben wir in Köln eine Lösung, die erstrebenswert ist. Aus der Zahl der von uns betreuten Patienten errechnet sich ein Gesamtbetrag, der uns von der Kassenärztlichen Vereinigung überwiesen wird. Die andere Hälfte wird nach wie vor vom Sozialamt der Stadt Köln bezahlt. Es ist dadurch natürlich eine Obergrenze angegeben. Diese Lösung hat den Vorteil, dass wir uns wirklich die Zeit für die Patienten nehmen können und diese nicht unter Druck setzen müssen. Ich kann zwar sagen, dass sich der Klient schneller ausziehen soll, was aber unter Umständen dazu führt, dass er sich wieder anzieht und geht und davon haben wir überhaupt nichts.

Effektiver wäre, wenn die Gesundheitsämter der Städte eine Bedarfsermittlung durchführen würden, denn nur dann wird der tatsächliche Bedarf offensichtlich. Es mag Städte geben, in denen es keinen Bedarf für eigens einzurichtende Angebote gibt. Mit dem NRW-Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst sind die Gesundheitsämter aufgerufen, bedarfsgerechte Gesundheitshilfen für wohnungslose Menschen vorzuhalten, wo diese Versorgung anderweitig nicht gesichert ist oder auch deren Gesundheitssituation im Rahmen kommunaler Gesundheitsberichterstattungen vorrangig zu betrachten. Wir bekommen viele Anfragen von Gesundheitsämtern zu unserem Projekt, gerade zum Thema Finanzierung.



Die ambulante Pflege ist natürlich ein Thema in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, die zur Abrechnung der Leistungen eine eigene Häuslichkeit voraussetzen. Wenn diese Häuslichkeit nicht attestiert werden kann, kann auch keine häusliche Pflege verordnet werden. Ganz unabhängig davon haben jedoch auch die Pflegedienste das Problem, den enormen Zeitaufwand erstattet zu bekommen. Im Bundesgesundheitsministerium befasst sich die Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ mit dem Thema, aber ich denke mir, dass wir von einer Lösung dieses Problems noch weit entfernt sind. Die Kassen verweisen auf den engen gesetzlichen Rahmen. Ein Programmpunkt in der AG Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen ist also eine dauerhaft gesicherte Finanzierung der einzelnen Projekte. Im Moment sieht es so aus, dass viele Projekte personell mit ABM Kräften oder ehrenamtlichen Kräften besetzt sind oder nur befristete Stellen zur Verfügung haben. Dies ergibt keine Verbindlichkeit in der Form, dass Mitarbeiter langfristig eingesetzt werden können. Alles, was kurzfristig angelegt ist, verspricht in diesem Bereich keinen Erfolg. Dabei nutzen uns sicherlich die vor einem Jahr vereinbarten Qualitätsstandards, die vor Ort umzusetzen sind und eine Qualität sicherstellen, die auch Kostenträger überzeugt.

Was sind die nächsten Meilensteine in der Arbeit der BAG? Welche Themen- und Aufgabenschwerpunkte setzen Sie sich im Bereich der Gesundheitspolitik und medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen? Wo geht es zukünftig hin?

H. Erber: Was wir erreicht haben, ist die medizinischen Hilfen an der tatsächlichen Bedarfslage auszurichten. Wir haben auf Bundesebene durch die Beteiligung an Gremien wie der Nationalen Armutskonferenz und ministerialen Arbeitsgruppen direkt oder über die in unserer Arbeitsgemeinschaft organisierten Institutionen mehr Einfluss bekommen. Über eine intensivere Öffentlichkeitsarbeit wollen wir aber nicht nur in Fachkreisen auf unser Thema aufmerksam machen, sondern auch in der Bevölkerung eine Sensibilität dafür wecken, dass unsere Gesellschaft für die Menschen Verantwortung übernimmt, die auf der Straße leben. Ausgrenzung und soziale Isolierung tragen erheblich zu den Krankheiten bei, unter denen unsere Patienten leiden.

Eine Patientengruppe, die mir besonders am Herzen liegt, sind Kinder und Jugendliche. Dieses Thema findet meiner Meinung nach zu wenig Erwähnung. Wir haben beim mobilen medizinischen Dienst Drogenabhängige, Punks, alkoholabhängige Wohnungslose und eben auch Kinder und Jugendliche. Ich kenne z. T. Jugendliche, die waren zwölf Jahre alt, als ich sie kennen gelernt habe, und sie sind jetzt neunzehn und leben immer noch auf der Straße. Das macht mich persönlich sehr betroffen. Die Kinder und Jugendlichen haben eine viel zu geringe Lobby. Wir als Arbeitsgemeinschaft können auf diese



Entwicklungen keinen direkten Einfluss nehmen, aber ich denke, dass wir uns viel mehr um dieses Thema kümmern und auch auf diese Problematik aufmerksam machen müssen. In diesem Zusammenhang darf ich alle zu unserer 4. Fachtagung der AG *Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen* einladen, die diesmal nach Mainz, Münster und Köln am 22. und 23. November 2001 in Bielefeld stattfinden wird.

Frau Erber, wir danken Ihnen für dieses Gespräch, wünschen Ihnen für Ihre Arbeit viel Kraft und alles Gute und für Ihre 4. Bundestagung gutes Gelingen.

Das Interview führten Mirjam Goerrig und Jürgen Wixforth.



Links zum Thema Armut, Wohnungsnot und Gesundheit

<http://www.gesundheitberlin.de/>

Gesundheit Berlin e. V.

Tucholskystr. 11
10117 Berlin
Fon: 0 30 / 28 04 08 06
Fax: 0 30 / 28 04 07 96

Als Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung veranstaltet Gesundheit Berlin e.V. seit 1995 – jeweils am ersten Dezemberwochenende – den bundesweiten Kongress „Armut und Gesundheit“ als Forum für Fachleute aus den Bereichen Medizin, Sozialarbeit, Krankenversicherung, Wissenschaft, Freie Träger und Öffentliche Gesundheitsdienst sowie Betroffenen in Berlin. Themenschwerpunkt ist stets auch die gesundheitliche Situation und Versorgung von wohnungslosen Menschen.

<http://www.dialog-gesundheit.de>

In Kooperation zwischen Gesundheit Berlin e. V. und dem Bundesministerium für Gesundheit dokumentiert der Dialog Gesundheit auf seinen Internetseiten Lebenslagen armer Menschen, die mit dem Thema Gesundheit in enger Verbindung stehen. Es geht dabei in erster Linie um Einkommensarmut und ihre Ausprägungen wie z. B. Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und die Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit. Daneben werden auch andere schwierige Lebenslagen, die Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation haben können, thematisiert – z. B. Migration, Alter, allein Erziehende, Behinderung und familiäre Gewalt gegen Kinder. Es werden beispielhaft Projekte vorgestellt, die mit innovativen Ideen Betroffenen in ihrer besonderen Notsituation helfen. Seit Dezember 2000 gibt es jeden Monat Informationen zu einem neuen Thema.

<http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/>

BAG Wohnungslosenhilfe e. V.

Postfach 13 01 48
33544 Bielefeld
Fon: 05 21 / 1 43 96-0
Fax: 05 21 / 1 43 96-19
E-Mail: Info@bagw.de

Unter dem Dach der BAG Wohnungslosenhilfe e. V. hat sich – wie bereits in unserem Interview erläutert – die bundesweite Arbeitsgemeinschaft *Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen* gegründet, der bislang ca. 32 Initiativen und Institutionen angehören. Die 4. bundesweite Fachtagung der AG setzt sich mit dem Thema „Sprengkraft Bedürfnisorientierung“ auseinander und findet am 22. Und 23. November 2001 in Bielefeld statt.

<http://home.main-rheiner.de/armut.gesundheit/>

Armut und Gesundheit in Deutschland e. V.

Karolingerstraße 7
55130 Mainz
Fon: 0 61 31 / 87 09 87
Fax: 0 61 31 / 88 32 42
E-Mail: armut.gesundheit@main-rheiner.de

Zu seinen Aufgaben zählt der Verein *Armut und Gesundheit in Deutschland e. V.* insbesondere die Entwicklung und Unterstützung von Initiativen, Modellen und Projekten zur Gesundheitsversorgung armer und sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Hauptschwerpunkt ist hierbei die Gesundheitssituation und die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen. Der Verein selbst ist Träger des sog. Mainzer Modells, einem der ersten innovativen Modelle zur Verbesserung des Angebotes im Bereich der Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen. Bausteine des Modells sind regelmäßige ärztliche Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, ein Arztmobil als fahrende Ambulanz im Bereich medical streetwork und eine Krankenwohnung.

<http://www.karthago.de/wj/>

Wirtschaftsjunioren Rheinhessen

c/o IHK Bingen
Postfach 14 33
55384 Bingen/Rhein

Das „Netzwerk für Wohnungslose“ wirbt für Akzeptanz für Wohnungslose und mehr Menschlichkeit sowie Sachspenden von Toilettenartikeln über Kleidung bis hin zu Haushaltsgegenständen. Verschiedene Einrichtungen und Initiativen arbeiten im Netzwerk kooperativ mit dem Hauptziel zusammen, Mainzer Unternehmen und Organisationen zum Mit- und Nachmachen anzuregen. Ergänzend bietet der Verein „Armut und Gesundheit in Deutschland e. V.“ ambulante medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen auf der Straße an.



<http://www.bundeskongress-soziale-arbeit.de>

Initiativkreis Bundeskongress Soziale Arbeit

Organisationsbüro: Dr. Helga Luckas,
Pädagogisches Institut, Universität Mainz
55099 Mainz
Fon: 0 61 31 / 3 92 29 16
Fax: 0 61 31 / 3 92 59 95
E-Mail: buko.sa2001@uni-mainz.de

Gestaltung des Sozialen – eine Herausforderung für Europa: Das ist Thema des diesjährigen 4. Bundeskongresses der Sozialen Arbeit, der im September 2001 stattfand. Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit bzw. Krankheit ist dabei ein Aspekt, der Bedeutung in den einzelnen europäischen Staaten zunehmend an Bedeutung gewinnt. Gerade die Lebenssituation wohnungsloser Menschen stellt eine Extremform von Armut in Europa dar. Die Erkrankungs- und Sterblichkeitsquote Wohnungsloser ist deutlich erhöht und der Zugang zur medizinischen Regelversorgung ist oft erschwert (zu „hoch-schwellig“). Im Rahmen des Bundeskongresses wurden daher in der AG Wohnungslosenhilfe neue Versorgungskonzepte interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeit und Medizin im europäischen Vergleich exemplarisch reflektiert.

<http://www.med.uni-muenchen.de/mfv/>

Forschungsverbund PublicHealth

Forschungs- und Koordinierungsstelle
Tegernseer Landstraße 243
81549 München
Fon: 0 89 / 6 93 49-1 00
Fax: 0 89 / 6 93 49-1 04
E-Mail: bfv@ibe.med.uni-muenchen.de

Public Health kümmert sich im Sinne einer Bevölkerungsmedizin um die Gesundheit aller Menschen und/oder um die Gesundheit bestimmter Risikogruppen, zu denen auch wohnungslose Menschen gezählt werden. Für Public Health spielt der Präventionsgedanke eine wichtige Rolle. Die Vorsorge zur Verhütung von steht ebenso im Vordergrund wie die Chancengleichheit und die Förderung benachteiligter Gruppen. Wesentliche Grundlage des Handelns im Rahmen von Public Health spielt die bevölkerungsbezogene Forschung, mit dem Ziel, die Gesundheitssituation der Bevölkerung zu analysieren und Risiken zu erkennen, um zielgenau und bedarfsgerecht Versorgungsstrukturen und Therapieprogramme zu planen, zu gestalten und zu evaluieren. In diesem Rahmen sind zwei Forschungsprojekte mit Bezug zur Wohnungslosigkeit durchgeführt worden:

- Psychische Erkrankungen alleinstehender Wohnungsloser und
- Erkrankungsverlauf und Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischpsychiatrischen Versorgung von Obdachlosen in München.

<http://gesundheitsparlament.de/>

Gesundheitsparlament

E-Mail: info@gesundheitstag.de

Das derzeit noch im Aufbau befindliche Gesundheitsparlament versteht sich als eine partizipatorische Versammlung, die sich aus Delegierten von Gruppen, Organisationen, Vereinen und Verbänden (Nichtregierungsorganisationen) zusammensetzt, die in ihrer Arbeit dem Gemeinwohl und der Gesundheitsförderung verpflichtet sind. Das Gesundheitsparlament bildet ein Netzwerk von Interessenorganisationen, die die nationale Selbstorganisation gesundheitlicher Bedürfnisse zum Ziel hat und in dem die kreative Entfaltung von Ressourcen zur Herstellung, Förderung und Aufrechterhaltung einer nachhaltigen Neuentwicklung des Gesundheitswesens von der Basis her stattfinden soll. In der Berliner Charta für ein soziales Gesundheitswesen stellt das Gesundheitsparlament unter anderem die Forderung an die Politik, auf die Situation Wohnungsloser mit einer besseren Rechtstellung im Gesundheits- und Sozialbereich zu reagieren.



Streetwork in der Wohnungslosenhilfe

von Rainer Zimpel, Diakonisches Werk Dortmund

Das aufsuchende Element wurde in der Wohnungslosenhilfe lange Zeit vermisst. Beratungsstellen aber auch stationäre Einrichtungen übten zwar Streetwork aus, sie wurde aber fast ausschließlich mit einem in der Regel unzureichenden Stundenkontingent versehen. Streetwork wurde nebenbei „mitgemacht“. Viele Jahre hindurch lebten die traditionellen Dienste von einer ausgeprägten „Komm-Struktur“. Gut funktionierende „Zuliefereinrichtungen“ wie z. B. die Bahnhofsmissionen, aber auch die Sozialhilfeträger machten eine andere als die bisherige Verfahrensweise überflüssig.

Wenn insbesondere von Beratungsstellen der Wohnungslosenhilfe seit Mitte der 90-er Jahre stagnierende bis sinkende Fallzahlen gemeldet wurden, bedurfte dies dringlichst der Ursachenforschung:

Die Personen, die zu den drei großen Randgruppenszenen gehören – Alkoholiker, Punker, Drogenabhängige – sind nicht weniger geworden. Eher das Gegenteil ist der Fall – an etlichen Stellen und Plätzen prägen sie „störend“ das Bild. Da ist sicherlich die von einigen Beratungsstellen vehement beklagte restriktive Sozialhilfegewährungspraxis (Sozialhilfe nur für Ortsansässige), die es verhindert, dass betroffene Personen die Beratungsstellen überhaupt erreichen (Fahrkarte zurück zum bisherigen vermeintlichen Lebensmittelpunkt).

Weiter konnte im Verlauf der letzten sechs bis acht Jahre festgestellt werden, dass zunehmend mehr Menschen aus dem gesellschaftlichen Kontext ausgegliedert wurden. Die Folge davon ist eine geringe Kenntnis bzw. Nichtkenntnis von professioneller Hilfe bei den Hilfesuchenden und dass die Hilfeangebote nicht in Anspruch genommen werden.

Die vom Land Nordrhein-Westfalen im Rahmen des Programms *Wohnungslosigkeit vermeiden – dauerhaftes Wohnen sichern* finanzierten und in Kooperation mit Trägern der Wohlfahrtspflege sowie kommunalen Trägern durchgeführten Modellprojekte sollten diesem Trend entgegenwirken. Unter der Bezeichnung „Modellhafte Projekte aufsuchender Beratung“ sollten bestehende Angebote verbessert und neue ausprobiert werden. Neben der Umsetzung der für die Arbeit vor Ort wichtigen Zieldefinitionen bot sich im Rahmen des Dortmunder Projektes aber auch anderer Modellvorhaben die Möglichkeit, sich überregional mit dem Thema „Streetwork“ zu befassen.

So wurde 1998 mit Kollegen aus neun Städten – Hannover, Köln, München, Offenbach, Chemnitz, Kiel, Braunschweig, Dortmund und Offenburg – im Rahmen der BAG Wohnungslosenhilfe e. V. die Arbeitsgemeinschaft „Streetwork“ neu initiiert. Erstes Ergebnis waren die 1999 veröffentlichten „Qualitätsstandards für Streetwork in der Wohnungslosenhilfe“. Die

positiven Reaktionen gaben Anlass zu weiterer Arbeit auf überregionaler Ebene. Das Thema Dokumentation als Ergänzung zu den Qualitätsstandards wurde bearbeitet; ein EDV-Programm hierzu wird derzeit in München erprobt.

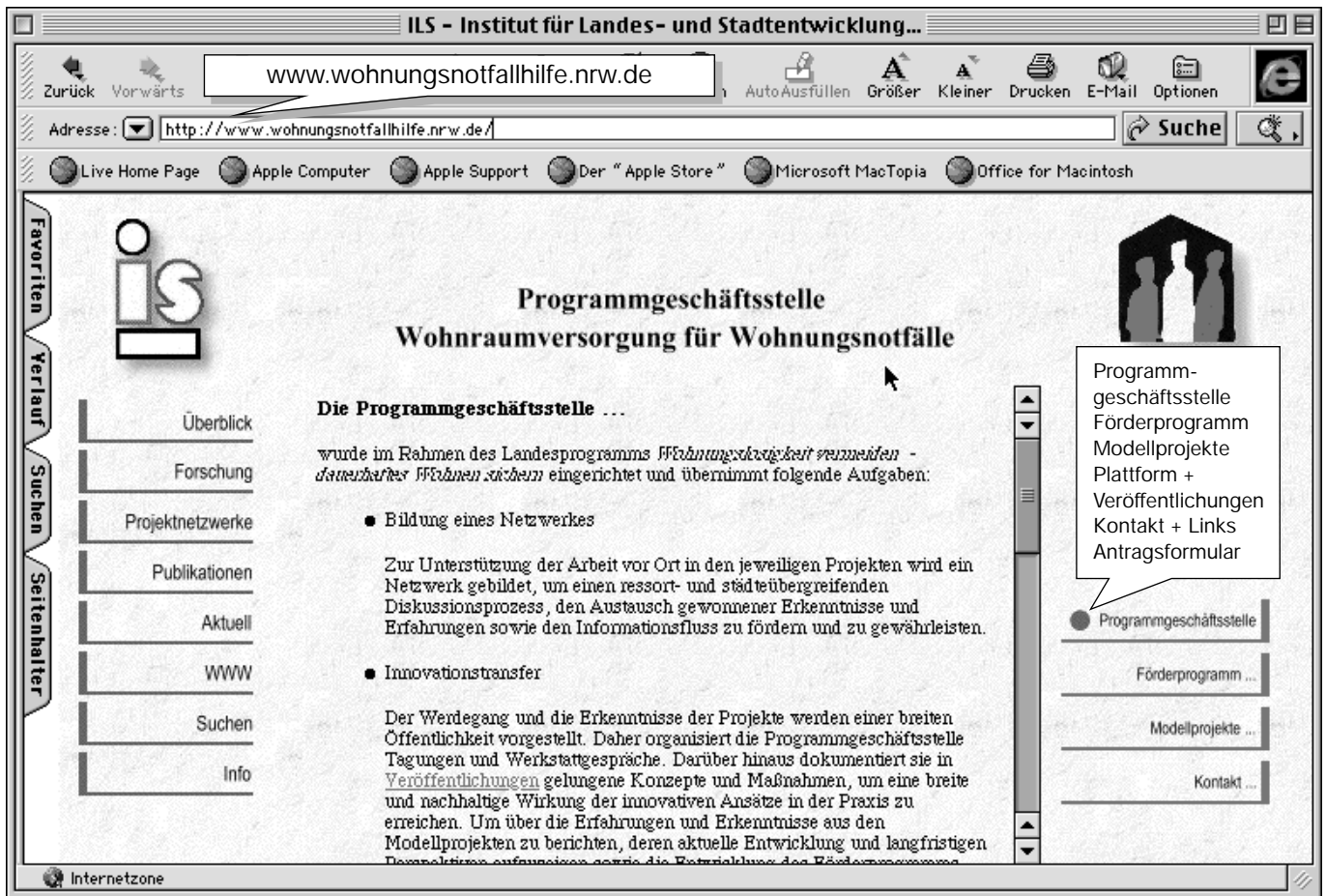
Die auf Bundesebene gemachten Erfahrungen und die in der Zeit des Dortmunder Modellprojektes entstandenen Kontakte zu entsprechenden Dienststellen in Nordrhein-Westfalen waren Anlass zur Bildung einer Arbeitsgemeinschaft auf Landesebene, wie es sie in der Jugend- und Drogenhilfe schon lange gibt. Der Wunsch nach Erfahrungsaustausch, Information, Fortbildung und Reflexion der Arbeit von Kolleginnen und Kollegen im Streetwork-Bereich führte zu regelmäßigen Treffen von Trägern der Wohnungslosenhilfe aus Köln, Ratingen, Düsseldorf, Aachen, Arnsberg, Detmold, Dortmund, Mülheim, Münster, Wuppertal, Siegburg, Bonn und Bielefeld im Turnus von sechs bis acht Wochen. Interessant sind dabei auch die in Dortmund, Münster, Mülheim und Köln gemachten Erfahrungen im Bereich der Kombination von Aufsuchender Sozialarbeit und Aufsuchender Krankenpflege. Nach einem Zeitraum von über einem Jahr hat sich dieser Arbeitskreis konsolidiert. Als Kontaktadresse sowohl für das Dortmunder Modellprojekt der aufsuchenden Beratung als auch für Informationen zur bundes- und landesweiten Arbeitsgemeinschaft Streetwork gilt bis auf weiteres folgende Anschrift:

Diakonisches Werk Dortmund
Aufsuchende Hilfen
Rainer Zimpel
Alsenstraße 110
44145 Dortmund
Fon: 02 31 / 8 63 10 59
Fax: 02 31 / 8 63 11 89

www.wohnungsnotfallhilfe.nrw.de – Das Landesprogramm im Netz

Nachdem sich die Programmgeschäftsstelle virtuell lange hinter den Seiten ihres Heimatinstitutes, dem Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes NRW (www.ils.nrw.de), verbarg eröffnet sich nun die homepage auf direktem Weg unter www.wohnungsnotfallhilfe.nrw.de.

Hier finden sich neben dem Förderkonzept und den Förderbedingungen zu allen Bausteinen des Landesprogramms auch die entsprechenden Beschreibungen der Modellprojekte mit ihren Kontaktadressen. An den Themen des Landesprogramms Interessierte haben nun auch per Internet die Möglichkeit, sich über Förderansätze und -ziele zu informieren, etwas über andere Modellprojekte zu erfahren und sich schließlich die Antragsunterlagen herunterzuladen. Auf den Seiten finden Sie aber auch Wissenswertes über die Arbeit der Mitarbeiter/innen der Programmgeschäftsstelle und können per Mausclick Ein-



blick in die Veröffentlichungen zum Landesprogramm nehmen. Last but not least sind alle Ausgaben der Plattform einzeln als pdf.Datei zu beziehen.

Die Idee „Landesprogramm im Netz“ ist für die Programmgeschäftsstelle auch zukünftig eine wichtige und herausfordernde Aufgabe. Deswegen schauen Sie mal vorbei und teilen Sie uns Ihre Anregungen oder Ihre Kritik mit.

Doch zunächst: Viel Spaß beim Surfen !

Hinweise

Aufsuchende Krankenpflege – Abschlussbericht „Hausbesuche auf der Straße“ ist da

„Hausbesuche auf der Straße“ – das ist das Aufgabenfeld von Krankenpflegekräften, die für und mit Menschen in Wohnungsnot arbeiten. Der gleichnamige nun vom Sozialministerium NRW veröffentlichte Abschlussbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung der ersten vier Krankenpflegeprojekte des Landesprogramms gibt einen umfassenden Überblick über die bisherigen Ergebnisse und Erkenntnisse in der Auf-

suchenden Krankenpflege. Grundlage sind die Erfahrungen aus den Modellvorhaben in Bonn, Dortmund, Köln und Münster. Das iSPO Institut für Sozialforschung, Praxisberatung und Organisationsentwicklung aus Saarbrücken bescheinigt den Projekten des Landesprogramms in dem Bericht einen guten Zugang zu der Zielgruppe und eine hohe Akzeptanz für pflegerische und medizinische Maßnahmen durch die aufsuchende Arbeit der Projektmitarbeiterinnen. Der Bericht ist sowohl über das Internet als auch über die Programmgeschäftsstelle zu beziehen. Ansprechpartnerin ist Frau Marion Küchenmeister (02 31 / 9 05 11 80).

Das Landesprogramm *Wohnungslosigkeit vermeiden - dauerhaftes Wohnen sichern* auf der Bundestagung der BAG Wohnungslosenhilfe

Im Rahmen der diesjährigen Bundestagung der BAG Wohnungslosenhilfe vom 18. bis 20. Juni 2001 in Köln präsentierte sich auch das NRW-Landesprogramm Wohnungslosigkeit vermeiden – dauerhaftes Wohnen sichern. Bereits in seinem Grußwort zur Eröffnung der Veranstaltung wies Harald Schartau, Minister für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie NRW, auf die von seinem Haus getragene Landesinitiative hin. In einem Workshop konnten sich die bun-



desweit angereisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer vertiefend über die Ziele und Inhalte des NRW-Landesprogramms und die Aufgaben der programmbegleitenden Geschäftsstelle *Wohnraumversorgung für Wohnungsnotfälle* informieren. Das Interesse am Programm und seinen Projekten war ausgesprochen rege. Die vielfältigen positiven Rückmeldungen und kritischen Anregungen nimmt die Programmgeschäftsstelle gerne auf.

Neuer Leiter des ILS

Seit dem 15. Oktober 2001 leitet Herr Dr. Rainer Danielzyk das Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes NRW (www.ils.nrw.de). Unter dem Dach des ILS in Dortmund-Eving begleitet die Programmgeschäftsstelle *Wohnraumversorgung für Wohnungsnotfälle* seit 1996 das Landesprogramm *Wohnungslosigkeit vermeiden – dauerhaftes Wohnen sichern*.

Lachen ist gesund – Cartoons in der Plattform

Wenn Lachen gesund ist dann sind Cartoons zum Thema Aufsuchende Krankenpflege genau das richtige um das Lesen der Plattform „bekömmlicher“ zu gestalten. Die Cartoons in dieser Ausgabe wurden von Susanne Drabe gezeichnet. Die diplomierte Sozialpädagogin aus Bochum arbeitete bereits für das Straßenmagazin BODO und den MieterInnenexpress des Mietervereins Dortmund.

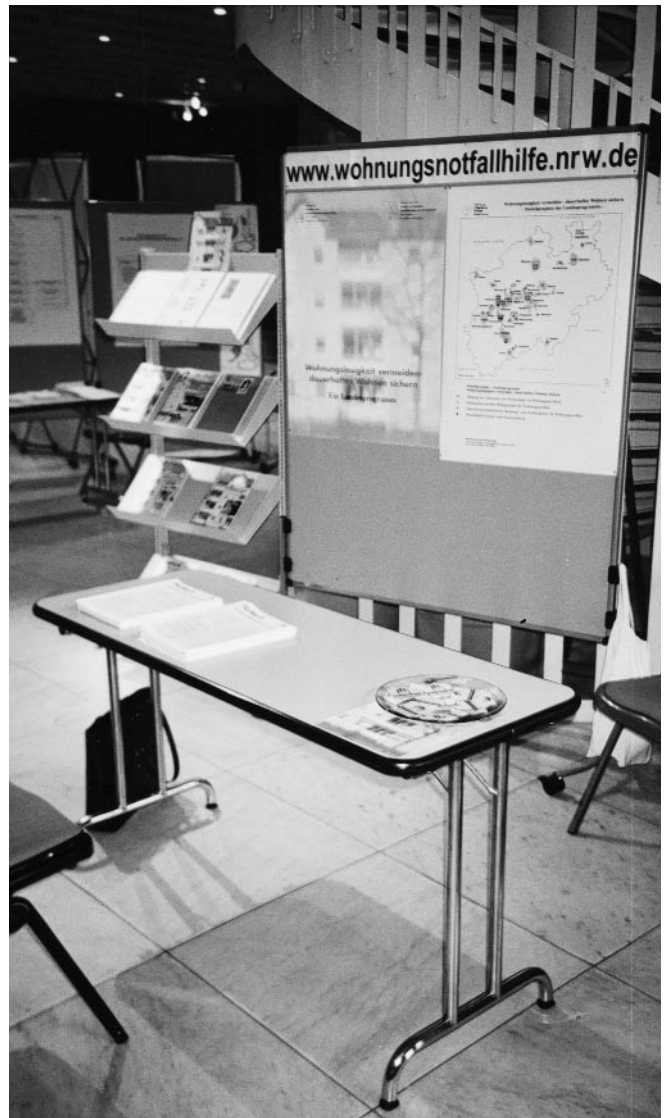
Personelle Veränderungen in der Programmgeschäftsstelle

Seit dem 01. September 2001 arbeitet Stefan Siebel als neuer studentischer Mitarbeiter in der Programmgeschäftsstelle. Er löst Ralf Beckmann ab, der zum 31. Juli 2001 aus der Programmgeschäftsstelle ausschied.

Mireille Monkos hat nach knapp fünf-jähriger Mitarbeit das Team der Programmgeschäftsstelle zum 31. September 2001 verlassen. Marion Küchenmeister ist seit dem 01. Oktober 2001 Ansprechpartnerin im Sekretariat der Programmgeschäftsstelle.

In der nächsten Plattform ...

greifen wir das Thema Dokumentation in der Wohnungsnotfallhilfe auf. Vorgestellt werden verschiedene Beispiele und Ansätze der Dokumentation, die in den Modellvorhaben des NRW-Landesprogramms angewendet werden. In Vorbereitung dieser Ausgabe hat sich die Programmgeschäftsstelle in einer Fragebogenaktion an die Modellprojekte gewandt, um einen Überblick über den Stand der neuen Medien vor Ort zu erhalten. Wir hoffen auf eine gute Resonanz und viel Interesse an diesem wichtigen Thema.



Auf dem Podium bei der BAGW (von rechts: Gudrun Schmidt, Sofie Eichner, Stefanie Böhm, Mirjam Goerrig)



Impressum

Plattform wird herausgegeben von der *Programmgeschäftsstelle Wohnraumversorgung für Wohnungsnotfälle*. Die Programmgeschäftsstelle ist im Rahmen des vom Sozialministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen aufgelegten Landesprogramms *Wohnungslosigkeit vermeiden – dauerhaftes Wohnen sichern* im Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen eingerichtet worden. Zu den Aufgaben der Programmgeschäftsstelle gehört die Koordination des Landesprogramms, die Beratung aller am Landesprogramm Interessierten und Beteiligten, Transfer der Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Modellprojekten in die Praxis und die Begleitforschung der Modellprojekte.

Mitarbeit an dieser Ausgabe

Sofie Eichner (se), Mirjam Goerrig (mg), Barbara Paul (bp), Jürgen Wixforth, Mireille Monkos, Marion Küchenmeister. Wir danken Heike Lauer, Dipl. Pfl egewirtin, vom iSPO Institut für Sozialforschung, Praxisberatung und Organisationsentwicklung GmbH, Saarbrücken, Rainer Zimpel, Diakonisches Werk Dortmund sowie unserer Interviewpartnerin Hildegard Erber für die Mitarbeit an dieser Plattform.

Redaktionsschluss: 31. Oktober 2001

© ILS/Programmgeschäftsstelle

Deutsche Straße 5

44339 Dortmund

Fon: 02 31 / 90 51-1 80

Fax: 02 31 / 90 51-1 85

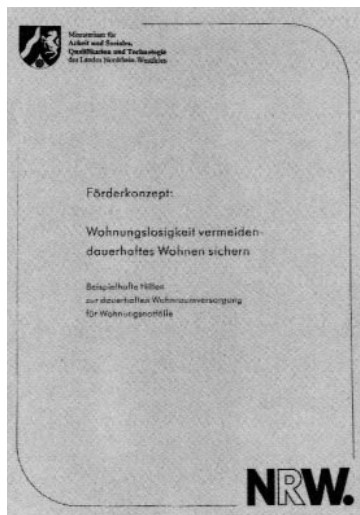
E-Mail: programmgeschaeftsstelle@ils.nrw.de

Internet: www.wohnungsnotfallhilfe.nrw.de

Die bisherigen Schwerpunktthemen der Plattform

- 1/97: Frauen in Wohnungsnotfällen
- 1/98: Gesundheit und Wohnungslosigkeit
- 2/98: Wohnungsnotfallhilfe (auch !) im Stadtteil
- 3/98: Das Modell Zentrale Fachstelle
- 1/99: Junge Menschen in Wohnungsnotfällen
- 2/99: Wohnraum für Wohnungsnotfälle
- 3/99: Aufsuchende Hilfe- und Beratungsangebote für Wohnungsnotfälle
- 1/00: Stadt ohne Obdach – Zur Auflösung und Umwandlung kommunaler Notunterkünfte
- 1/01: Den Wandel gestalten?! – Hilfen für allein stehende von Wohnungslosigkeit betroffene und bedrohte Männer

Bisher erschienene Veröffentlichungen



**Förderkonzept:
Wohnungslosigkeit vermeiden - dauerhaftes Wohnen sichern**

Beispielhafte Hilfen zur dauerhaften Wohnraumversorgung für Wohnungsnotfälle

Düsseldorf 1996



Wohnungslosigkeit vermeiden - dauerhaftes Wohnen sichern

Beispielhafte Pressemeldungen zum Landesprogramm

Dortmund 2000



Wohnungslosigkeit vermeiden - dauerhaftes Wohnen sichern

Ein Landesmodellprogramm

Düsseldorf 1998



Zentrale Fachstellen zur Hilfe in Wohnungsnotfällen

Ein Handbuch zur Umsetzung in den Kommunen

Düsseldorf 1999



Wohnungslosigkeit vermeiden - dauerhaftes Wohnen sichern

Dokumentation der Fachtagung vom 18. März 1999 zur Zwischenbilanz des Landesprogramms

Dortmund 2000



Zentrale Fachstellen: Prävention, Wohnraumversorgung und Quartiersmanagement

„Sozialpolitische Perspektiven der wohnungspolitischen Steuerung und des Quartiersmanagements“ Workshop vom 18. Februar 2000 in Köln

Düsseldorf 2000