

Wer pflegt Herrn K.?

Pflege ohne Obdach: Wie Wohnungslosenhilfe und Pflegesystem besser kooperieren und damit obdachlosen Männern und Frauen helfen können

Eine Informationsschrift der Koordinierungsstelle
Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg



INHALT

Vorwort
5

EINLEITUNG

Für eine intensivere Zusammenarbeit.
Pflegesystem und Wohnungslosenhilfe
müssen sich für einander öffnen
6

KAPITEL 1
Stationäre Einrichtungen
Die Angst vor dem Pflegeheim
8

KAPITEL 2
Ambulante Versorgung
Benötigte Gesundheitsleistungen
kommen nicht immer an
11

KAPITEL 3
Grundpflege
„Das kann ich alles selbst!“
14

KAPITEL 4
Pflegezeit
Voraussetzung für die Pflege
wohnungloser Menschen
ist Vertrauen
16

KAPITEL 5
Neue Pflege
Wer nimmt Herrn K. jetzt auf?
19

KAPITEL 6
Unklarer Versicherungsstatus
Was tun, wenn alle Papiere fehlen
23

KAPITEL 7
Sterbebegleitung
Wohnungslose Menschen
nicht allein lassen
26

Impressum
30



Wer pflegt Herrn K.?

Pflege ohne Obdach:

Wie Wohnungslosenhilfe und
Pflegesystem besser kooperieren
und damit obdachlosen Männern
und Frauen helfen können

Eine Informationsschrift der Koordinierungsstelle
Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg



VORWORT

Seit einigen Jahren beschäftigt sich die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung mit dem Thema Gesundheitsförderung, medizinische Versorgung und Wohnungs- bzw. Obdachlosigkeit. Die Veranstaltung „Wer pflegt Herrn K.“, die am 20.11.2013 in Hamburg stattfand, hat die Brisanz des Themas verdeutlicht. Viele Akteure haben die Handlungsnotwendigkeit erkannt und sind bereit, sich für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Wohnungs- und Obdachlosen einzubringen. Wir wissen, dass Menschen, die auf der Straße leben, in der Mehrzahl an mehreren chronischen und akuten Krankheiten gleichzeitig leiden, bzw. sehr früh an Krankheiten versterben, die bei fachgerechter Versorgung zu behandeln wären. Menschen mit einem geringen sozialen Status, und dazu zählen Menschen ohne Wohnung bzw. Obdach, leben häufiger in gesundheitsschädlichen Umgebungen und verfügen über geringere Ressourcen zur Bewältigung psychischer und physischer Belastungen. Der Ist-Zustand der Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen in Deutschland ist selten an die Problem- und Lebenslagen angepasst. Dabei sind Menschen in sozialen Notlagen auf ein qualifiziertes und vernetztes Versorgungsangebot angewiesen. Die Ursachen bzw. Lebensereignisse, die einer Wohnungs- und Obdachlosigkeit vorausgehen, sind mannigfaltig und es bedarf eines multiprofessionellen Ansatzes, damit die Versorgung

der Menschen zwar als Herausforderung, aber nicht als Überlastung wahrgenommen werden kann. In Hamburg wurde bereits einiges zur Verbesserung der Gesundheit getan, aber weitere Maßnahmen, insbesondere in Hinblick auf die pflegerische Versorgung, sind notwendig. Konsens ist, dass eine fachgerechte Pflege für alle Gruppen von Menschen verfügbar sein sollte. Das erfordert eine abgestimmte und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen, so wie sie in Hamburg an vielen Stellen bereits gelebte Realität ist. Seit einiger Zeit wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit sehr kritisch diskutiert und neu definiert. Die Ausweitung bewirkt derzeit vor allem im Bereich der demenziellen Erkrankungen Veränderungen – das greift im Hinblick auf die Lebenslagen von wohnungslosen Menschen, die häufig auch suchtkrank oder psychisch krank sind eindeutig zu kurz. Es ist an der Zeit, den Zugang zur pflegerischen Versorgung für Wohnungs- und Obdachlose zu prüfen und dabei Prävention und Gesundheitsförderung mitzudenken. Alltagsnahe Beispiele in der Broschüre weisen auf die zahlreichen Problemlagen hin, geben aber gleichzeitig anwendungsnahe Hilfestellungen. In Hamburg wurde schon vieles erreicht, nun gilt es, weitere Verbesserungen einzuleiten und diese tatkräftig zu unterstützen!

Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

Vorsitzende der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)

Für eine intensivere Zusammenarbeit

Pflegesystem und Wohnunglosenhilfe müssen sich füreinander öffnen

Obdachlose pflegebedürftige Menschen sind im Durchschnitt jünger, ihre Ausgangsvoraussetzungen und Bedürfnisse andere als die von Menschen mit Obdach. Auf den ersten Blick passen sie weder in das Schema der Pflegestufen noch in das Bild eines „typischen“ Heimbewohners, einer Heimbewohnerin. Es scheint schwierig, sie mit ambulanter oder stationärer Pflege zu versorgen.

Diese Tatsache haben die Mitgliedseinrichtungen des Arbeitskreises „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ in der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg zum Anlass genommen, Fragen zu stellen, Lücken zu benennen und Gute Praxis-Ansätze aufzuzeigen. Ziel der vorliegenden Broschüre ist es, die Fachkräfte aus Gesundheitswesen, Pflege und Wohnungslosenhilfe für die besondere Situation von kranken, pflegebedürftigen, wohnungslosen Männern und Frauen zu sensibilisieren und Wege aufzuzeigen, wie Pflegesystem und Wohnungslosenhilfe gut zusammenarbeiten können.

Noch sind sich beide Systeme eher fremd: Fachkräfte in der Wohnungslosenhilfe berichten, dass es sehr schwierig sei, obdachlose Menschen beispielsweise in reguläre Pflegeeinrichtungen zu vermitteln. Stellen sie sich im Namen ihrer Einrichtung bei Pflegediensten oder in Pflegeheimen vor, so fallen durchaus Türen zu. Zu hoch scheint die gesellschaftliche Stigmatisierung wohnungsloser Menschen zu sein.

Hinzu kommt: Eine Erhebung über den Pflegebedarf wohnungsloser Menschen gibt es nicht. Was sicher gesagt werden kann ist, dass wohnungslose Menschen überdurchschnittlich häufig an mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden und wesentlich früher sterben. Wenn sie eine öffentliche Unterbringung aufsuchen, kann ihr schlechter gesundheitlicher Zustand beobachtet werden – behandelt wird er dann noch lange nicht.

Das liegt zum einen an den erkrankten Menschen selbst, an ihren hohen seelischen Belastungen, einer verzerrten Selbstwahrnehmung oder mangelnder Krankheitseinsicht. Auch Scham und Angst spielen eine große Rolle. Zum anderen aber fehlen die passgenauen Angebote.

Nicht zuletzt ist auch die medizinische Versorgung von Menschen, die öffentlich-rechtlich untergebracht sind, keine Selbstverständlichkeit. Sofern die Einrichtung nicht mit einem Pflegedienst oder einer Hausarztpraxis kooperiert, kann der gesundheitliche Zustand des Klienten, der Klientin nicht beurteilt werden. Die in der Einrichtung tätigen Fachkräfte sind dafür weder ausgebildet noch können sie es aufgrund des niedrigen Personalschlüssels zeitlich leisten.

Einrichtungen hingegen, die kontinuierlich mit Pflegediensten oder hausärztlichen Praxen kooperieren, können ihre Bewohnerinnen und Bewohner meist gut versorgen. Hilfreich ist auch, wenn zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gut aufgebaute und lohnende Kooperationen bestehen, so dass das Krankenhaus freie Plätze im Pflegeheim belegen kann. Solche Kooperationen sind aber nach wie vor selten.

In der Auseinandersetzung mit dem Thema „Pflege und Obdachlosigkeit“ wurde deutlich, wie wünschenswert und notwendig eine standardisierte Kooperation zwischen Wohnungslosenhilfe, Gesundheits- und Pflegesystem für eine gute pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen ist. Dass eine solche Kooperation möglich ist, zeigen die beschriebenen Beispiele. Sie verdeutlichen, dass beide Systeme einander brauchen und voneinander profitieren können. Mit der vorliegenden Broschüre sollen die Fachkräfte in ambulanten Pflegediensten und -einrichtungen, in der Gesundheits- und Wohnungshilfe ermutigt werden, sich für das jeweils andere System zu öffnen und gemeinsam die vorhandenen Möglichkeiten besser zu nutzen.

Der Arbeitskreis „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ in der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg

Der Arbeitskreis „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ ist ein Zusammenschluss von Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits- und Wohnungslosenhilfebereiches. Gemeinsam wird das Ziel verfolgt, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Wohnungslosenhilfe, der Hospiz- und Palliativarbeit und der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu fördern. Über den gemeinsamen Erfahrungs- und Wissensaustausch werden Bedarfe und Bedürfnisse thematisiert, Schnittmengen in der beruflichen Praxis aufgezeigt, Ressourcen mobilisiert und Handlungsansätze für eine lebensweltnahe Versorgung (schwerst-)kranker oder sterbender Wohnungsloser entwickelt.

Mitgliedseinrichtungen:

Asklepios Klinik St. Georg

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI)

Bundesverband der Berufsbetreuer/innen e.V., Landesgruppe Hamburg

Caritasverband für Hamburg e.V.

Diakonisches Werk Hamburg

fördern und wohnen, AÖR

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)

hoffnungsorte hamburg –
Verein Stadtmission Hamburg
Soziale Beratungsstelle Hamburg-Mitte

Hospiz & Palliativarbeit
Koordinierungsstelle Hamburg

Landesverband Hospiz und
Palliativarbeit Hamburg e.V. (LVHP)

MW Malteser Werke gGmbH,
Malteser Nordlicht

Die Koordinierungsstelle
Gesundheitliche Chancengleichheit
Hamburg ist in die Geschäftsstelle der
Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung e.V. (HAG) integriert. Sie wird gefördert von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), von den Hamburger Krankenkassen (GKV) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Weitere Informationen unter:
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
und www.hag-gesundheit.de

Stationäre Einrichtungen

Die Angst vor dem Pflegeheim

Trotz Hilfebedürftigkeit scheuen wohnungslose Menschen den Schritt in ein Pflegeheim

Für einen Großteil der pflegebedürftigen, wohnungslosen Menschen ist der Einzug in ein Pflegeheim undenkbar: Die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner sind in der Regel sehr viel älter als sie selbst und haben zumeist einen anderen sozialen Hintergrund. Aufgrund ihrer besonderen Lebensgeschichte und Lebenssituation fühlen sich wohnungslose Menschen häufig fehl am Platz, unerwünscht und ausgegrenzt. Sie fürchten den Verlust ihrer Autonomie und scheuen die Taschengeldregelung. Sind sie darüber hinaus suchtkrank, kommt die Angst vor Einschränkungen hinzu. Auch müssen viele Wohnungslose das Wohnen zunächst erst wieder lernen: Die Vorstellung, jeden Tag in einem geschlossenen Raum zu verbringen, kann für sie so beängstigend sein, dass sie lieber weiterhin auf der Straße leben.

FALLBEISPIEL

Herr S. lebte seit knapp dreißig Jahren in einem Bauwagen, den er nach seinen Vorstellungen ausgestattet und eingerichtet hatte. Es war sein Zuhause. Lange Zeit stand er damit auf einem Campingplatz in Hamburg, bis die Platzmiete für ihn unerschwinglich wurde. Er durfte mit seinem Wagen und dem dazugehörigen Trecker auf den Hinterhof einer sozialen Einrichtung ziehen.

Herr S., inzwischen über siebzig Jahre alt, war menschen scheu und miss-trauisch, seine Autonomie bedeutete ihm viel. Er wurde zunehmend kränker, musste am Herzen operiert werden, litt unter Schwindel. Er merkte, dass seine Selbstständigkeit dadurch gefährdet war, lehnte aber zunächst alle Hilfsangebote seiner besorgten Umgebung ab. In eine stationäre Pflegeeinrichtung oder ein betreutes Wohnen wollte er auf keinen Fall ziehen, der Bauwagen sei seine Heimat. Schließlich bat er von sich aus um eine gesetzliche Betreuung, die ihm bürokratische Dinge abnehmen sollte.

Die Hausärztin nahm Kontakt zum Pflegestützpunkt auf mit der Frage, wie Herr S. pflegerische oder hauswirtschaftliche Hilfe erhalten könne, um weiter allein zu leben. Die Mitarbeiterin des Pflegestützpunktes vereinbarte einen Termin für einen Hausbesuch im Bauwagen, beriet Herrn S. und schaltete mit seinem Einverständnis die bezirkliche Seniorenberatung ein. Er erhielt Hilfe im Haushalt (beispielsweise Waschen der Wäsche im Waschsalon) und Begleitung beim Einkauf und Arztgängen. Mit dieser Hilfe konnte er im Bauwagen weiter wohnen, bis er verstarb.

– Pflegestützpunkte in Hamburg – Ein Beratungsangebot rund um das Thema Pflege

In den Pflegestützpunkten finden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei Fragen und Problemen rund um die Pflege Unterstützung. Das Angebotspektrum reicht von der Ermittlung der zuständigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Leistungsanträge, über Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen bis zur Suche von geeigneten Einrichtungen oder Hilfsdiensten. Die Beratung wird auf den Einzelfall ausgerichtet. Die Beratungen sind kostenlos, neutral und unabhängig – im Büro oder außer Haus. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geben Informationen und Hilfestellungen beispielsweise zur Organisation häuslicher oder stationärer Pflege, Betreuung oder Rehabilitation. Für die besondere Situation wohnungsloser Menschen sind die Pflegestützpunkte offen.

Weitere Informationen über die Pflegestützpunkte in Hamburg unter: www.hamburg.de/pflegestuetzpunkte

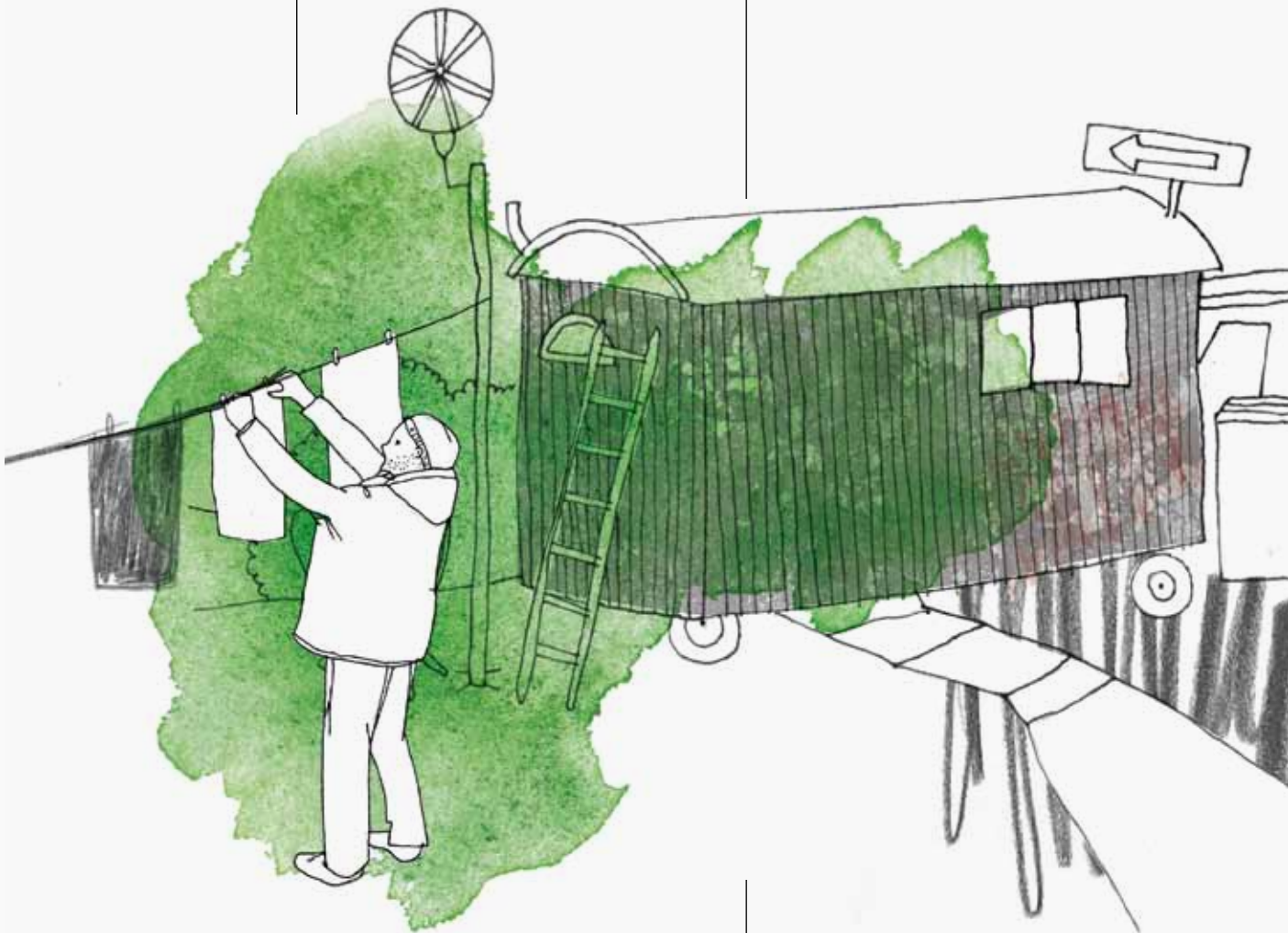
Die Sozialpädagogische Einzelfallhilfe
Das Angebot der Sozialpädagogischen Einzelfallhilfe (SPEH) richtet sich insbesondere an Menschen in öffentlicher Unterbringung, die einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben. Gründe hierfür können gesundheitliche Probleme, Angst vor Einsamkeit, psychische Erkrankungen und Folgen von Sucht sein. In jedem Bezirk unterstützen Kolleginnen und Kollegen der Sozialpädagogischen Einzelfallhilfe die Arbeit in den Wohnunterkünften. Sie besuchen die Bewohnerinnen und Bewohner in Krisenzeiten, begleiten sie bei Behördengängen, Arztbesuchen oder bei anderen Anliegen und unterstützen sie bei der Bewältigung formaler Aufgaben.

Ziel ihrer Tätigkeit ist die gesundheitliche und mentale Stabilisierung der von ihnen betreuten Menschen, so dass diese möglichst an eine Regelleistung wie Suchtberatung, ambulante und stationäre Hilfen oder die Bestellung einer gesetzlichen Betreuung herangeführt werden können.

Weitere Informationen über fördern und wohnen, f&w, unter:
www.foerdernundwohnen.de

Rechtliche Betreuung

Seit dem 1. Januar 1992 gilt das neue Betreuungsrecht, das die früher übliche Praxis der Entmündigung, Vormundschaft und Pflegschaft für Erwachsene abgelöst hat. Seither besteht die Möglichkeit, für einen Menschen, der aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung seine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann, eine rechtliche Betreuung einzurichten.



Jede Person, die dem wohnungslosen Menschen nahesteht oder mit ihm beruflich zu tun hat – der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin, der Sozialarbeiter, die Sozialarbeiterin, Angehörige, aber auch die Nachbarin und der Nachbar – kann die Einrichtung einer Betreuung anregen, so auch die Leitung der Obdachlosenunterkunft. Das Betreuungsgericht prüft dann, ob die Voraussetzungen für eine rechtliche Betreuung vorliegen. Ist dies der Fall, wird ein Betreuer, eine Betreuerin eingesetzt, die in genau definierten Aufgabenkreisen (z.B. Behördenangelegenheiten, Gesundheitsvorsorge usw.) tätig wird. Es ist grundsätzlich möglich, dass Angehörige die Betreuung übernehmen. Ist dies nicht möglich oder nicht gewünscht, werden professionelle, hauptberufliche Betreuungskräfte beauftragt.

Der Betreuer oder die Betreuerin übernimmt die gesetzliche Vertretung für den betreuten Menschen. Werden sie mit dem Aufgabenkreis „Behördenangelegenheiten“ betraut, können sie beispielsweise einen Weiterbewilligungsantrag bei der ARGE stellen oder bei der Pflegekasse eine Pflegestufe beantragen.

Welche Aufgaben im Rahmen der zugesprochenen Aufgabenkreise übernommen werden, hängt immer vom individuellen Hilfebedarf des betreuten Menschen ab, der in persönlichen Gesprächen abgeklärt werden sollte. Die Idee des Betreuungsrechts ist es, die Selbstständigkeit des betreuten Menschen zu erhalten und ihm nur in den Belangen behilflich zu sein, in denen er Schwierigkeiten hat.

Weitere Informationen beim Bundesverband der Berufsbetreuer/innen unter: www.bdb-ev.de



Ambulante Versorgung

B

enötigte Gesundheits- leistungen kommen nicht immer an

Fast jeder wohnungslose Mensch hat Anspruch auf Behandlungspflege – bekommt sie aber nicht

Der Großteil der (deutschen) wohnungslosen Menschen ist krankenversichert und hat daher Anspruch auf Behandlungspflege nach § 37 SGB V. Dennoch kommt die medizinische Hilfe nicht allen Patientinnen und Patienten zugute: Voraussetzung für die Beantragung der Grundpflege ist eine ärztliche Untersuchung. Hilfreich ist auch, wenn ein milieusensibler Pflegedienst die kontinuierliche Versorgung übernimmt. Beides zu organisieren ist nicht immer leicht. Wohnungslosen Menschen fehlt es oft an der notwendigen Krankheitseinsicht und der Bereitschaft, mit dem ärztlichen oder pflegerischen Personal zusammenzuarbeiten. Patientinnen und Patienten in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe können Zuzahlungen oder die Kosten für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente aus ihrem monatlichen Barbetrag nicht vorfinanzieren. Das Sammeln von Quittungen für Zuzahlungen aber fällt ihnen schwer, sodass häufig Kosten nicht entschädigt werden. In der Konsequenz suchen

viele Patientinnen und Patienten die medizinischen Hilfen nicht mehr auf und setzen die dringend notwendigen Medikamente gezwungenermaßen ab.

FALLBEISPIEL

Herr B. lebt in der Übernachtungsstätte Pik As. Er ist alkoholkrank, mangelernährt und kognitiv eingeschränkt. Er hat sich eine Verletzung am Unterschenkel zugezogen, die nun infiziert ist. Erschwerend kommt hinzu, dass er unter Krampfadern leidet. Er findet die Entzündung in seinem Bein nicht schlimm. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung sehen das anders und bringen ihn in die hausärztliche Sprechstunde. Schnell wird klar, dass Herr B. einen Wundverband braucht, der alle zwei Tage gewechselt werden muss. Zudem ist die Entzündung so ausgedehnt, dass er ein Antibiotikum benötigt. Wegen seiner mangelnden Mitwirkungsfähigkeit müssen ihm die Tabletten verabreicht werden. Der Mitarbeiter des externen Pflegedienstes, der im Auftrag der Stadt Hamburg das Pik As betreut, ist zweimal wöchentlich vor Ort und bietet eine niedrigschwellige Versorgung an. Er sucht die Menschen in ihren Zimmern auf, spricht sie an und pflegt sie bei Bedarf.

Diese Versorgung ist für Herrn B. in der Frequenz jedoch nicht ausreichend, er braucht eine Verordnung für Behandlungspflege nach § 37 SGB V. Damit könnte der Pflegedienst alle zwei Tage die Verbände wechseln und täglich das Medikament geben. Herr B. sieht die Notwendigkeit dafür nicht. Das Bein sei nicht schlimm, die Tabletten könne er selbst nehmen. Er würde sich zwar auf die Versorgung einlassen, wenn der Pflegedienst ihn aufsuchen würde, aber er ist nicht bereit, Zuzahlungen für die Verordnung zu leisten.

Herr B. erhält somit einen Verbandswechsel, wenn der Pflegedienst im Haus ist, aber kein Antibiotikum, weil die kontinuierliche Einnahme nicht gewährleistet ist. Eine Indikation für eine Krankenhauseinweisung besteht zunächst nicht, Herr B. wäre dazu auch nicht bereit. Eine Unterbringung in der Krankenstube für Obdachlose ist auch nicht möglich, da aktuell kein Bett frei ist. Im Verlauf der Erkrankung bekommt Herr B. Fieber. Die Entzündung verschlimmert sich derart, dass er mit dem Rettungswagen in die Klinik gebracht werden muss.

Gesundheitsflur im Pik As

In der Notübernachtung Pik As wurden in einem abgeschlossenen Flur fünf Zimmer mit sechs Krankenbetten eingerichtet, dazu eine Teeküche und behindertenfreundliche Sanitäreinrichtungen. Der Zugang zur Einrichtung ist allerdings nicht barrierefrei. Im Pik As ist der milieusensible, ambulante Pflegedienst „Kreusel“ tätig. Dieser versorgt Bewohner und Bewohnerinnen, die noch gehen können, aber krank sind. Er genießt eine hohe Akzeptanz und trägt zu einem ausgeglichenen Klima in der Einrichtung bei. Aktuell werden im Haus rund zwanzig Bewohnerinnen und Bewohner mit Grund- und Behandlungspflege versorgt. Die Finanzierung dieser Leistung stellt inzwischen die Hamburger Sozialbehörde sicher, soweit die Krankenkassen sie nicht vergüten. Müssen die wohnungslosen Menschen medizinisch versorgt werden, so kooperiert der Pflegedienst eng mit der ansässigen Schwerpunktpraxis.

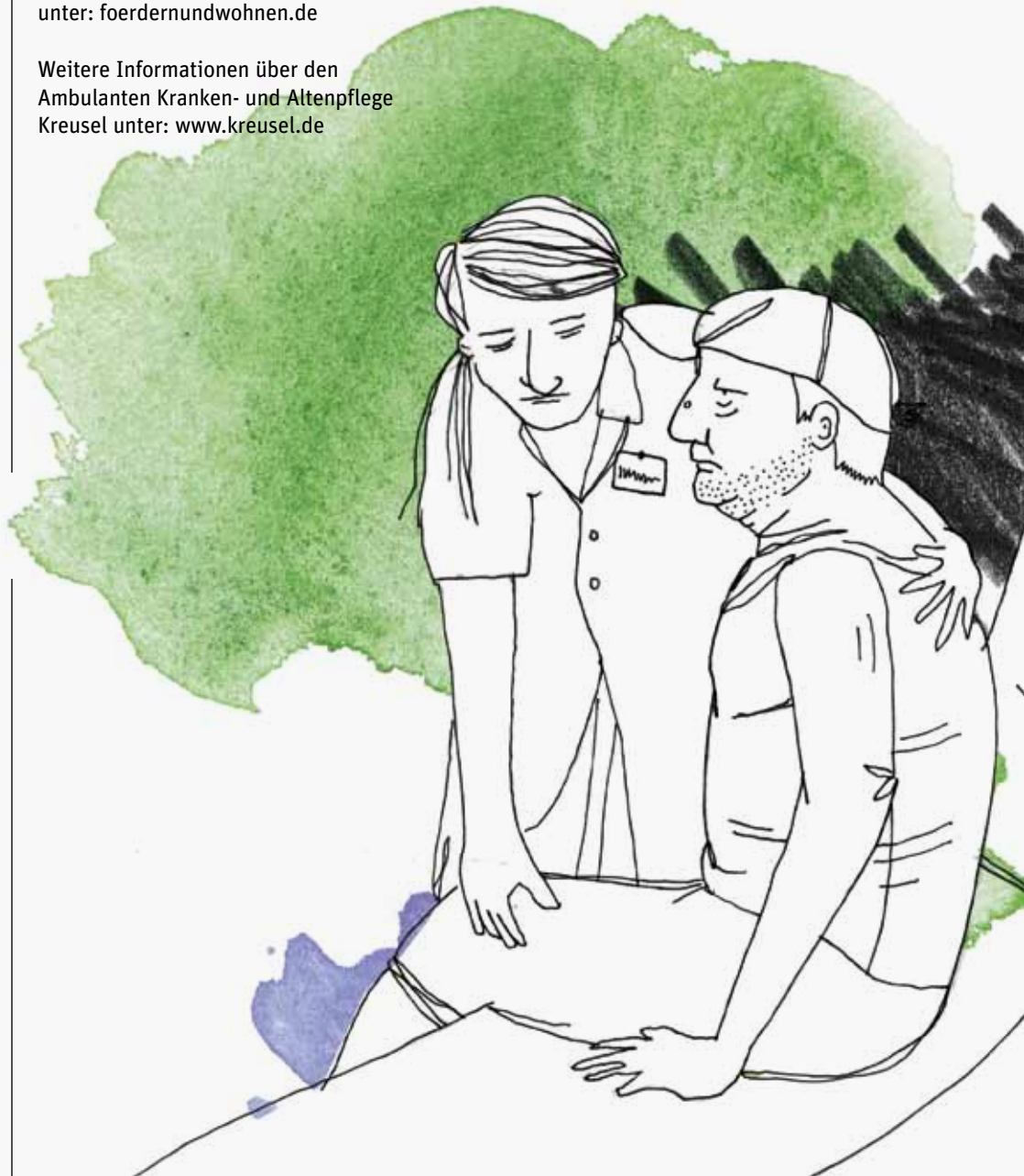
Weitere Informationen über das Pik As unter: foerdernundwohnen.de

Weitere Informationen über den Ambulanten Kranken- und Altenpflege Kreusel unter: www.kreusel.de

Kooperation mit dem ambulanten Pflegedienst vor Ort

In der Wohnunterkunft Achterdwarz des Unterkunftsträgers fördern und wohnen in Hamburg Bergedorf leben bis zu 178 wohnungslose Männer. Auf dem Grundstück befindet sich eine Außenstelle des Pflegedienstes „Diakoniestation Bergedorf Vierlande gGmbH“, der die ambulante Pflege für die Bewohner übernimmt. Die Präsenz vor Ort ermöglicht eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und Wohnunterkunft, einen niedrigschwelligen Zugang und eine zielgruppensensible Behandlung der wohnungslosen Männer.

Weitere Informationen über die Wohnunterkunft Achterdwarz unter: www.foerdernundwohnen.de



Behandlungspflege in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

Obdachlose, für die weder ein eigener Haushalt besteht noch eine dauerhafte Aufnahme in einer stationären Pflege- oder sonstigen Einrichtung (z.B. einem Männerwohnheim) vorliegt, erhalten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V auch dann, wenn ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

Bundessozialgericht stärkt häusliche Krankenpflege für obdachlose Menschen

Das Bundessozialgericht in Kassel hat die häusliche Krankenpflege im Kontext stationärer Hilfen gestärkt.

Am 25. Februar 2015 erging der Beschluss, dass Krankenkassen häusliche Krankenpflege auch in Heimen für obdachlose Menschen gewähren müssen, die als Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII betrieben werden.

Solche Heime können „sonst geeignete Orte“ im Sinne des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V sein; Personen die sich dort aufhalten, sollen nicht schlechter stehen als Menschen, die in ihrem eigenen Haushalt leben. Die Leistungspflicht der Krankenkasse setzt ein, wenn und soweit die Einrichtung nicht selbst verpflichtet ist, die Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege zu gewähren, auf die die Betroffenen in der Einrichtung konkret angewiesen sind.

Weitere Informationen unter:
Bundessozialgericht: Az.: B 3 KR 10/14 R und B 3 KR 11/14 R

Wohnen 60 Plus

Das Projekt „Wohnen 60 Plus“ gibt älteren wohnungslosen Menschen einen barrierefreien Mietraum, der nach Bedarf ambulante Pflegeleistungen und hauswirtschaftliche Unterstützung bietet. Zielgruppe sind wohnungslose Menschen, die einen festgestellten hauswirtschaftlichen und pflegerischen Unterstützungsbedarf aufweisen und nicht mehr dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Eine Pflegestufe ist nicht Voraussetzung. Neben einzelnen Appartements steht ein Gemeinschaftswohnbereich zur Verfügung, der den Mietern Raum für Aktivitäten bietet. In diesem Rahmen können auch die Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers miteinbezogen werden, um so die Integration des Wohnprojektes zu fördern. Finanziert wird das Projekt über das Sozialamt der Stadt Münster, die Sozialarbeit anteilig durch einen städtischen Zuschuss, einen Zuschuss durch die Franz Bröcker Stiftung und aus Eigenmitteln des Fördervereins für Wohnhilfen e. V.

Weitere Informationen unter:
www.wohnhilfen-muenster.de

Grundpflege

„Das kann ich alles selbst!“

Wie wohnungslose Menschen mit Grundpflege versorgt werden können

Voraussetzung für einen Antrag auf Grundpflege nach der Pflegeversicherung ist eine ärztliche Diagnose, die den Pflegebedarf als unabwendbar und dringlich einstuft. Dieser Bedarf ist bei wohnungslosen Menschen nicht immer offensichtlich, da sie in der Regel jünger sind als Pflegebedürftige, die normalerweise Grundpflege beantragen. In ihrem Bestreben nach Unabhängigkeit vermitteln sie häufig das Bild, sie könnten sich noch selbst versorgen – auch wenn die Beobachtungen der Umwelt das Gegenteil aussagen. Viele wohnungslose Patientinnen und Patienten erhalten dann keine oder eine zu niedrige Pflegestufe und somit keine Grundpflege. Rein physisch wäre ein Teil der Betroffenen sicherlich in der Lage, sich selbst zu pflegen, nicht aber psychisch. Es wäre daher sehr hilfreich, wenn bei der Ermittlung des Pflegebedarfs die psychischen Erkrankungen – wie gesetzlich vorgeschrieben – stärker berücksichtigt würden.

FALLBEISPIEL

Frau M. nutzt das Angebot der öffentlichen Unterbringung seit elf Jahren. Seit 2007 nennt Frau M. die Notübernachtung ihr Zuhause, jedes andere Angebot ist ihr zu eng.

Sie ist 57 Jahre alt und wird zusehends schwächer. Die morgendliche Begrüßung ist ein kurzes Update im Stil des Smalltalks, weiter geht es nicht.

Der gesundheitliche Zustand ist schwankend. Die tägliche Last, die für sie lebensnotwendigen Utensilien zu tragen, haben Spuren hinterlassen. Frau M. droht zu verwaschen: Die Kleidung ist in einem sehr schlechten Zustand, der wahrzunehmende Körpergeruch resultiert aus mangelnder Hygiene und unbehandelten Hauterkrankungen.

Innerhalb eines halben Jahres verschlechtert sich ihr Allgemeinzustand zusehends. Jeden Morgen erklärt sie, heute gehe sie zu ihrer Ärztin, den Weg geht sie jedoch nie. Eine verlässliche hausärztliche Versorgung nutzt Frau M. nicht. Sie fühlt sich durch eine solche Anbindung verfolgt. Die bestehende rechtliche Betreuung kooperiert mit der Einrichtung, ohne die klare Aufforderung von Frau M. sind aber auch ihr die Hände gebunden. Bei sehr starken Schmerzen nutzt Frau M. das Angebot des hausärztlichen Notdienstes. Hier ist keine lange Vordiagnostik gefordert, es werden nur die momentanen Beschwerden behandelt. Die verschriebenen Medikamente holt sich Frau M. ab und hortet diese. Folgeuntersuchungen lehnt sie vehement ab.

Eine psychische Erkrankung wurde nie diagnostiziert, da sie nie fachärztlich untersucht wurde. Ihr Lebensweg, ihre Ängste und ihr Verhalten im alltäglichen Umgang aber lassen auf eine hohe seelische Belastung schließen. Wird sie mit dieser Annahme konfrontiert, reagiert sie wütend und versteht die dahinter liegende Sorge nicht. Gespräche, Begleitungen (wenn diese eingerichtet werden können) oder ähnliches lehnt Frau M. grundsätzlich ab.

Das einzige, was die Einrichtung bieten kann, ist ein Bett, wahrscheinlich bis zu ihrem letzten Tag.

Hausärztliche Schwerpunktpraxis
Wohnungs- und obdachlose Frauen und Männer, die medizinische Betreuung benötigen, können in den Schwerpunktpraxen eine medizinische Grundversorgung erhalten. Die Praxen sind integriert in die Übernachtungsstätte Pik As in der Neustadt und in der Wohnunterkunft Achterdwers in Bergedorf, eine dritte Praxis befindet sich am Johanniswall in der Nähe des Hauptbahnhofs. Hier werden hausärztliche Sprechstunden, an einem Standort zusätzlich eine psychiatrische Sprechstunde angeboten. Alle dort Tätigen sind niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater.

Die Schwerpunktpraxen sind ein Kooperationsprojekt der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, der Krankenkassen und der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration in Zusammenarbeit mit fördern und wohnen und dem Caritasverband für Hamburg e.V.

Weitere Informationen zu den Schwerpunktpraxen unter: www.hamburg.de/obdachlosigkeit/4114052/schwerpunktpraxen-wohnungslose

Eilantrag nach Aktenlage

Soll ein Patient, eine Patientin aus einer akuten Situation heraus in ein Pflegeheim verlegt werden, so können die Übernachtungsstätten Pik As und FrauenZimmer sowie die Krankenstube einen Eilantrag nach Aktenlage stellen. Das Verfahren ist identisch mit dem Verfahren für Kliniken oder Reha-Einrichtungen. Um Verzögerungen bei der Verlegung in ein Pflegeheim oder eine Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst zu vermeiden, haben sich die Landesverbände und Pflegekassen auf ein Verfahren geeinigt, welches dem MDK ermöglicht, innerhalb eines Werktages eine Pflegestufe auch ohne persönliche Begutachtung des Antragstellers, der Antragstellerin festzustellen.

Wichtig: Im Antrag sollte deutlich werden, dass es sich bei dem Patienten, der Patientin um einen obdachlosen Menschen handelt, der im Pik As oder im FrauenZimmer untergebracht ist oder in der Krankenstube für Obdachlose behandelt wird.

Weitere Informationen über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen unter: www.mdk.de

Kurzzeitpflege

Eine Kurzzeitpflege kommt in Frage, wenn jemand im Sinne des Pflegeversicherungsrechtes unerwartet pflegebedürftig geworden ist, beispielsweise durch einen Sturz, der Knochenbrüche zur Folge hat. Kann die betroffene Person nach der Behandlung im Krankenhaus oder in der Reha-Klinik nicht nach Hause entlassen werden, so bewilligt die Pflegekasse im Kalenderjahr bis zu vier Wochen Kurzzeit-Pflege in einer Wohn- und Pflegeeinrichtung.

www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegebeduerftigkeit.html

www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/k/kurzzeitpflege.html



Pflegezeit

Voraussetzung für die Pflege wohnungsloser Menschen ist Vertrauen

Für den Aufbau einer tragfähigen Pflege-Beziehung brauchen beide Seiten Zeit

Pflegekräfte sind im Nahbereich eines Menschen tätig. Pflege ist Beziehungsarbeit, eine bedarfsgerechte Pflege braucht Zeit, um sich gegenseitig kennenzulernen und Vertrauen aufbauen zu können. Es wäre wünschenswert, wenn bei der Bewilligung der Pflegebedarfsminuten dieser wichtige Beziehungsaufbau berücksichtigt werden könnte. Die Chance, dass die wohnungslose Patientin, der wohnungslose Patient mitwirkt, zu vereinbarten Terminen erscheint und sich nicht gegen notwendige Pflegemaßnahmen wehrt, sind umso höher, je vertrauensvoller die Beziehung zwischen beiden Seiten ist.

–

FALLBEISPIEL

Frau V. wird von Freunden zum Krankenmobil gebracht. Sie leidet akut an Schwindelanfällen, Atemnot und dick angeschwollenen Beinen. Ihr ganzer Körper juckt und auf ihrer Haut sind diverse entzündete Stellen sichtbar. Ihre Freunde sind besorgt. Sie ist 68 Jahre alt.

Frau V. schildert, dass sie Platte mache und total erschöpft sei. In ein Krankenhaus möchte sie nicht – davor hat sie große Angst. Frau V. hat keinen Personalausweis, keine Krankenversicherungskarte und kein Einkommen. Sie lebt schon seit vielen Jahren ohne eigene Wohnung. Sie kommt mal bei Bekannten unter, aber meist schläft Frau V. schutzlos auf der Straße.

Das Team des Krankenmobils findet den Zustand von Frau V. beunruhigend und verweist sie an die Krankenstube. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter helfen bei der Beantragung neuer Ausweispapiere und Dokumente. Nach intensiver Recherche kann ein Rentenanspruch für Frau V. geltend gemacht und die Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung erreicht werden. Es wird eine gesetzliche Betreuung sowie die Eingruppierung in eine Pflegestufe angeregt. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen stimmt innerhalb von 24 Stunden einer vorläufigen Pflegestufe 1 zu.

Frau V. will nicht mehr auf die Straße zurück. In der Sozialvisite berät das Team der Krankenstube, welche Unterbringungs- bzw. Wohnform für Frau V. geeignet sein könnte und vereinbart im Einvernehmen mit ihr ein Probewohnen in einer Kurzzeitpflege-Einrichtung. Dort bezieht Frau V. ein Einzelzimmer im Erdgeschoss, so dass sie das Haus für kleinere Erledigungen verlassen und so weiterhin ein selbstbestimmtes Leben führen kann.

Dennoch hat Frau V. anfangs große Schwierigkeiten, sich anzupassen. Im ersten halben Jahr verweigert sie häufig die Grund- und Behandlungspflege, sie zur Einnahme der verordneten Medikamente zu bewegen, stellt die Beschäftigten immer wieder vor große Herausforderungen.

Es dauert fast zwei Jahre bis Frau V. die vollständige Unterstützung bei der Grund- und Behandlungspflege annehmen und ihre Mahlzeiten im Gemeinschaftsraum einnehmen kann.

Wenn Frau V. auf ihr altes Leben auf der Platte angesprochen wird, erinnert sie sich nicht mehr.



Krankenstube für Obdachlose
Mitten im Herzen von St. Pauli, in den Räumlichkeiten des ehemaligen Hafenkrankehauses, befindet sich seit 1999 die Krankenstube für Obdachlose. Hier erhalten obdachlose Menschen medizinische Hilfen mit dem Ziel der gesundheitlichen Stabilisierung. Gerade für pflegebedürftige Obdachlose, die nach einem Aufenthalt im Krankenhaus wieder auf die Straße müssten, ist die Krankenstube ein Ort um weiter genesen zu können. Ein Teil der Menschen wird über das Krankenmobil direkt von der Straße in die Krankenstube vermittelt. Der Bedarf ist groß, die 14 regulären und 2 Notbetten sind daher fast immer ausgelastet. Rund um die Uhr erhalten die Patienten Pflege und Unterstützung von professionellen Pflegekräften. Ein niedergelassener Arzt aus St. Pauli bietet einmal wöchentlich Visite direkt in der Krankenstube an.

Beratung und Unterstützung erhalten die Patientinnen und Patienten durch einen Sozialarbeiter. Dieser hilft bei der Beschaffung verloren gegangener Papiere, begleitet zu Terminen zur Klärung von Ansprüchen bei Behörden und Krankenkassen. Die Rückkehr auf

die Straße zu verhindern, indem ein Platz in einer Unterbringung, einer Pflegeeinrichtung oder sogar eine eigene Wohnung gefunden werden kann, ist das zentrale Ziel der Hilfe.

Weitere Informationen über die Krankenstube unter: www.caritas-hamburg.de

Pflege für alkoholranke Wohnungslose
In der Pflegeeinrichtung PFLEGEN & WOHNEN ÖJENDORF dürfen alkoholranke Menschen weiter trinken: Sie ist damit hamburgweit die einzige stationäre Einrichtung, in der der Verzicht auf Alkohol bzw. ein kontrollierter Konsum von Alkohol keine Voraussetzung für den Aufenthalt ist. Die Einrichtung bietet rund 130 alkoholranken Menschen Pflege, Hilfe und soziale Betreuung, 70 Plätze ermöglichen Sozialtherapeutisches Arbeiten mit mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken (SAMGA).

Weitere Informationen über PFLEGEN & WOHNEN ÖJENDORF unter: www.pflegenundwohnen.de/standorte/öjendorf



Die Münze – Wohnprojekt für psychisch erkrankte wohnungslose Menschen

Die Münze ist ein betreutes Wohnprojekt, das psychisch erkrankten, wohnungslosen Menschen Unterstützung bietet. Das Problem der Wohnungslosigkeit wird vorrangig und – nach Kostenübernahme durch das Grundsicherungsamt bzw. durch das Jobcenter – möglichst niedrigschwellig gelöst. Die Bereitstellung eines festen Appartements mit unbefristetem Mietvertrag bewirkt bei den meisten Bewohnerinnen und Bewohnern bereits eine psychosoziale Stabilisierung, die als positive Veränderung ihres Lebens empfunden wird. Die Einrichtung im Stadtteil Hammerbrook bietet Männern und Frauen Einzelappartements mit eigenem Bad sowie Gemeinschaftsküchen. Parallel zum Wohnangebot mit regelmäßigen betreuenden Vermietersprechstunden kann von den Bewohnerinnen und Bewohnern die ambulante Einzelbetreuung der Rautenberggesellschaft in Anspruch genommen werden.

Weitere Informationen über die Münze unter: www.hoffnungsorte-hamburg.de

Sachsenwaldau – ein Angebot für Frauen und Männer mit einer langjährigen Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten

Sachsenwaldau ist eine Einrichtung von fördern und wohnen. Sie bietet ein sozialtherapeutisches Angebot für Frauen und Männer, die langjährig suchtabhängig sind, suchtmittelfrei leben wollen und sich Grundlagen für ein zufriedenes, abstinentes Leben erarbeiten möchten. Die Maßnahme beinhaltet eine individuelle bedarfsgerechte Begleitung und eine alltagsorientierte Unterstützung.

Weitere Informationen über die Einrichtung Sachsenwaldau unter: www.foerdernundwohnen.de

Altenheim für chronisch suchtkranke Menschen

Da Altenheime auf die Bedarfe von alternden chronifiziert drogenabhängigen Menschen nicht eingestellt sind, wurde 2005 in Unna eine stationäre Einrichtung der Wiedereingliederungshilfe (im Rahmen des SGB XII § 53) als Dauerwohneinrichtung speziell für diese Gruppe eröffnet: Das Angebot DAWO (Dauerwohneinrichtung) wendet sich an mehrfach schwerstgeschädigte erkrankte und alternde, chronisch drogenabhängige Menschen, die nicht mehr in der Lage sind eine Verselbständigung zu erreichen, die es ihnen ermöglicht, mit dem Hilfeangebot „Ambulantes Betreutes Wohnen“ selbstbestimmt und selbständig leben zu können. Das DAWO bietet 14 Frauen und Männern einen Lebensraum; sie können hier bis zur letzten Lebensphase bleiben (Ausnahme: intensiver Pflegebedarf).

Das DAWO ist ein Angebot des Projekts LÜSA (Langzeitüberbrückungs und Stützungsangebot). Das Projekt LÜSA ist eine Einrichtung des Vereins zur Förderung der Wiedereingliederung Drogenabhängiger e.V. (VFWD e.V.) Unna.

Weitere Informationen über das DAWO unter: www.luesa.de

AUCH GUT ZU WISSEN!



Neue Pflege

Wer nimmt Herrn K. jetzt auf?

Wie sich Pflegeeinrichtungen für obdachlose Menschen öffnen können

Sobald die Grundpflege einschließlich niedriger Pflegestufe bewilligt ist, muss eine stationäre Pflegeeinrichtung gefunden werden. Manche Häuser betrachten wohnungslose pflegebedürftige Menschen trotz des möglicherweise höheren Arbeitsaufwandes als Gewinn für ihre Bewohnerschaft. Sie sind in der Regel jünger, haben ein nicht alltägliches Leben gelebt und können auf einen großen Erfahrungsschatz zurückblicken. Sie sind im positiven Sinne „anders“. Zwar kann ihr „Anderssein“ bedeuten, dass beispielsweise ein Personenfeststellungsverfahren oder ein gesetzliches Betreuungsverfahren eingeleitet werden oder das Pflegeheim zunächst finanziell in Vorleistung gehen muss. Eine unterstützende Unternehmenskultur hilft aber über diese Hürden hinweg.

–

FALLBEISPIEL

Man kennt B. nur beim Vornamen. Er ist jung, erst 27 Jahre. In seiner Kindheit hatte er einen Unfall, in dessen Folge er einen Hirnschaden erlitt. Sein geistiges Niveau ist das eines 12-Jährigen. Seine körperliche Behinderung bindet ihn an einen Rollstuhl, er leidet an einer Stuhl- und Harninkontinenz. Er ist drogenabhängig und lebt seit zehn Jahren auf der Straße.

Am Hauptbahnhof, in der Drogenambulanz und der Notaufnahme des Krankenhauses ist er bekannt wie ein bunter Hund. Immer wieder verkauft er seinen Rollstuhl und seine wenigen Habseligkeiten. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in allen Institutionen und auf der Straße gelingt es nur bedingt, eine Beziehung zu ihm aufzubauen. So nimmt B. zwar inzwischen am Substitutionsprogramm teil, betreibt jedoch Beikonsum – was immer wieder zu Einweisungen in die Notaufnahme führt. Auch der gesetzliche Betreuer bekommt keinen verbindlichen Kontakt. B. entwischt einfach immer wieder.

B. hat infizierte offene Wunden an den Beinen und verbringt deshalb mehr als eine Woche im Krankenhaus. Diesmal ist B. zugänglicher. Der Sozialarbeiterin gelingt es, durch tägliche Besuche und ruhige Gespräche in einfacher Sprache mit ihm eine Perspektive für die nächste Zukunft zu entwickeln. Klar ist: B. braucht dringend Pflege. Er kotet und nässt sich ein, die Wunden verschmutzen und infizieren sich. Er braucht Methadon, eine barrierefreie, sichere Umgebung und saubere Kleidung. Außerdem braucht er eine Beschäftigung. Fernsehen zu können ist ihm wichtig. Wenn er fernsehen kann, wird er ruhig. B. kann sich eine Unterkunft vorstellen, die einen Fernseher für ihn hat und kein Altenheim ist. Die Krankenhausmitarbeitenden denken: eine Einrichtung, die umfänglich Grund- und Behandlungspflege leistet für einen Patienten mit Pflegestufe II – das sollte doch kein Problem sein.

Die Sozialarbeiterin macht sich für ihn auf die Suche nach einem Heimplatz. Auch Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen, öffentliche Unterkünfte – alles wird angefragt. Die Kolleginnen und Kollegen des Pflegestützpunktes und der Drogenberatungsstellen helfen mit. Aber B. fällt immer aus dem Rahmen, er passt in kein Konzept: zu jung für das Pflegeheim, zu pflegedürftig für die Wohngemeinschaft. Schnell eine substitionsärztliche Versorgung zu finden, macht die Aufgabe noch schwieriger. Zudem braucht B. besondere Ansprache und ein Haus mit viel Toleranz für Individualisten.

Vier Tage und rund dreißig Anfragen später findet sich eine Pflegeeinrichtung, die sich der Herausforderung stellt. Ein konventionell geführtes Haus eines kirchlichen Trägers. Die Heimleitung kommt B. im Krankenhaus besuchen.

B. versteht nicht, was sie meint, wenn sie von „zielgruppengerechter ergonomischer Ausstattung“ spricht. Er fragt, ob er fernsehen darf und will es versuchen. Das Heim kennt sich nicht aus mit Menschen wie ihm, aber die Finanzierung ist sicher und auch sie wollen es versuchen.

Seit einigen Monaten wohnt B. im Pflegeheim. Wenn man ihn jetzt am Hauptbahnhof trifft, hat er gegessen, seine Beine sind verbunden, er trägt eine Schutzhose, saubere Kleidung und manchmal sogar Schuhe. Er erzählt, man lasse ihn ausschlafen. Er müsse nichts mit den anderen machen. Spät abends fahre er mit dem Zug zurück zum Schlafen. Fast immer.

–
**„Ja, Herr K. kann zu uns kommen!“
 – Wie ein stationäres Pflegeheim
 sich für die Pflege obdachloser
 Menschen fit machte**

Der Artikel einer Stadtmission in den Kieler Nachrichten ließ die Beschäftigten der stationären Pflegeeinrichtung „Domizil zum Husaren“ der Hamburger Senioren Domizile nachdenklich werden: „Das Methadon-Programm kommt in die Jahre – die Betroffenen auch“.

Die Einrichtung hatte bereits in den zurückliegenden Jahren einzelne jüngere Bewohner mit dieser Problematik und ihren Folgeerkrankungen aufgenommen. Auch lebten bereits mehrfach pflegebedürftige Menschen unterschiedlichen Alters aus zum Teil desolaten oder nicht vorhandenen Wohnverhältnissen im Haus. Als die Belegschaft 2013 sich jedoch öffentlich dazu bekannte, sich dieser Herausforderung zu stellen, begannen die vorausgesehenen Probleme: Es kamen Menschen mit anderen „Ecken und Kanten“ als die Beschäftigten es bisher gewohnt waren. Und es waren viele.

Der Weg bis alles geklärt ist, ist für die künftigen Bewohnerinnen und Bewohner lang, für ein Alten- und Pflegeheim noch länger. Leitung und Beschäftigte mussten sich beispielsweise mit neuen Krankheitsbildern und der Angst vor sozialen Auffälligkeiten auseinandersetzen, sie mussten das Zusammenleben von Alt und Jung neu organisieren und bürokratische Hürden aus unklarer Finanzierung, unklarer Kranken- und Pflegeversicherung oder nicht vorhandenen Papieren überwinden:

Neue Krankheitsbilder

Für die Beschäftigten fanden Schulungen und Fortbildungen zu den neuen Krankheitsbildern und der umfangreicheren Wundversorgung statt. Das Team wurde durch einen Sozialarbeiter verstärkt, der den hohen sozialrechtlichen Klärungsbedarf für die neuen Bewohnerinnen und Bewohner übernahm: die Feststellung der Zuständigkeiten, Recherche nach fehlenden Unterlagen und Dokumenten, Klärung von Kranken- und Pflegeversicherung etc.

Teamentwicklung

Die Beschäftigten aus Pflege, Hauswirtschaft und Sozialer Betreuung hatten und haben unterschiedliche Ansichten und Erfahrungen. Es gab Berührungsängste, auch Vorurteile. Das ist normal – und eine große Herausforderung und Chance zugleich: Das Zusammenwachsen zu einem Team mit einheitlicher Konzeption ist ein Prozess von mehreren Jahren.

Neue Kommunikations- und
Angebotskultur

Die Kommunikation mit den neuen Bewohnerinnen und Bewohnern muss klar und eindeutig sein. Ihr Hilfebedarf und die Alltagsbegleitung unterscheiden sich von denen anderer Heimbewohnerinnen und -bewohner, da sie häufig jünger und mobiler sind. Die Begleitung zu Ämtern und Behörden sowie Hilfestellungen beim Besuch von An- und Zugehörigen oder Veranstaltungen sind notwendig und mittlerweile selbstverständlich.

Miteinander von Alt und Jung

Das Miteinander der unterschiedlichen Bewohnerinnen und Bewohner im Hause ist manchmal nicht einfach. Es bedarf gegenseitiger Achtung und Rücksichtnahme. In der Einrichtung wurde ein „Patenprojekt“ für Alt und Jung gegründet.

Netzwerk notwendig

Die Einrichtung konnte Kooperationspartnerinnen und -partner in der Verwaltung, der Ärzteschaft und in Apotheken finden, die die spezifischen Hilfebedarfe der Bewohnergruppe erfüllen. Ohne diese Unterstützung ist aus Sicht der Einrichtung das Angebot „Junge Pflege“ nicht möglich.

Unklare Finanzierung

Da sich die Klärung der sozialen Sicherung und damit die Zahlung der Heimkosten manchmal über Monate hinziehen können, ist es absolut notwendig, dass Träger und Geschäftsführung hinter dem Konzept „Junge Pflege“ stehen. Das gilt umso mehr, als dass die Wirtschaftlichkeit eines solchen Konzeptwandels nicht sicher vorhergesagt werden kann.

Weitere Informationen über das Konzept „Junge Pflege“ im Domizil zum Husaren unter: www.hamburger-senioren-domizile.de

Pflege für Wohnungslose –

Empfehlungen der Stadt Hamburg

„Die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration hat ein Gesamtkonzept der Wohnungslosenhilfe in Hamburg erstellt. Gemäß diesem Konzept sollen künftig im Rahmen der öffentlich rechtlichen Unterbringung bei f & w sogenannte Lebensplätze für alleinstehende Menschen in dafür geeigneten Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dabei soll es vorwiegend ältere oder erheblich vorgealterte Menschen betreffen, die aus gesundheitlichen (psychischen wie physischen) bzw. aus anderen sozialen Gründen heraus dauerhaft keine Möglichkeit der (Re-)Integration in Wohnraum herstellen können oder wollen. Dafür sollen geeignete Standorte der öffentlichen Unterbringung ausgesucht werden, in denen neben günstigen Rahmenbedingungen (z.B. der Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten) gegebenenfalls auch Einzelzimmerunterbringungen realisiert werden können.“



Perspektivisch sollten diese Plätze, z.B. über Umwandlungen der Unterkünfte in Wohnraum, den Menschen einen dauerhaften Wohnort bieten. Es wird dazugehören, unter Zuhilfenahme von ambulanten Diensten (Pflegediensten, Diensten der Behindertenhilfe etc.) über die notwendige medizinische, pflegerische und integrative Versorgung den Bedarfen der Menschen gerecht zu werden. Dabei handelt es sich nicht um Menschen, die stationärer Pflegeleistungen bedürfen. (...) Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die laufenden Planungen darauf gerichtet sind, das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu verbessern, die Hilfeangebote gestuft an die individuellen Hilfebedarfe anzupassen, und mit fachlich engagierten Trägern für den Personenkreis der stationär pflegebedürftigen Wohnungslosen geeignete Angebote nach den oben genannten Kriterien zu entwickeln und zu realisieren.“ (Quelle: Drucksache 20/2170)

Die Einrichtung der beschriebenen Lebensplätze befindet sich in der Entwicklungsphase.

–

Neue Angebote in Hamburg in Planung

Wohnpflegeeinrichtung des Diakonischen Werks

Das Diakonische Werk Hamburg plant eine Wohnpflegeeinrichtung für pflegebedürftige wohnungslose Menschen. Sie soll speziell auf die Lebenslage und Bedürfnisse dieser Zielgruppe ausgerichtet sein. Die Einrichtung richtet sich an Personen, die direkt auf der Straße leben oder in der öffentlichen Unterbringung untergebracht sind. Geplant ist eine Einrichtung für dreißig Menschen, die in drei Gruppen leben sollen.

Die Bewohnerinnen und Bewohner leben in Einzelzimmern mit Küchenbereich und Bad. Es wird Gemeinschaftsräume für die Bewohnerschaft und das Personal geben. Neben der pflegerischen Betreuung werden die Menschen auch sozialpädagogisch begleitet. Die Einrichtung wird die Vorgaben des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz erfüllen und damit barrierefrei und in Teilen rollstuhlgerecht sein. Da die zukünftigen Bewohnerinnen und Bewohner im Durchschnitt deutlich jünger und mobiler sein werden als herkömmliche Pflegeheimbewohner, sollte die Einrichtung zentral im städtischen Bereich liegen:

mit Zugang zu Naherholungsgebieten, Einkaufsmöglichkeiten, öffentlichen Einrichtungen und einer Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr.

Zurzeit führt das Diakonische Werk Gespräche mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz sowie der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, um das Projekt schnellstmöglich umzusetzen. Ein geeignetes Grundstück bzw. Gebäude wird noch gesucht.

Das Hartwig-Hesse-Quartier

Die Servicewohnanlage „Hartwig Hesse’s Witwen-Stift“ in Hamburg St. Georg wird im Rahmen der Umsetzung eines neuen inhaltlichen und architektonischen Konzepts ersetzt. Zum Ende 2017/Anfang 2018 soll hier das „Hartwig-Hesse-Quartier“ mit einer Wohn-/Nutzfläche von über 8.000 qm entstehen. Hier entsteht ein integratives Quartier für den Stadtteil, neben einer Servicewohnanlage für Senioren (90% öffentlich gefördert), einer Senioren-WG, einer Baugemeinschaft für Familien, einer Kindertagesstätte wird hier auch eine Wohn-Pflege-Gemeinschaft für 10 Menschen mit Demenz und Wohnraum für pflegebedürftige ehemalige Obdachlose angeboten. Neben barrierefreien Gemeinschaftsräumen werden die Bewohnerinnen und Bewohner auch auf ergänzende Angebote wie ein Café, Fußpflege oder Physiotherapie zurückgreifen können.

Weitere Informationen über das Hartwig-Hesse-Quartier unter: www.hartwig-hesse-stiftung.de

–

Haus St. Benno

Das Haus St. Benno steht unter der Trägerschaft des Katholischen Männerfürsorgevereins München e.V. und ist eine Einrichtung nach § 53 SGB XII. Zielgruppe sind Menschen mit psychiatrisch nachgewiesener Diagnose, die auch die Suchterkrankung beinhaltet. Im Haus St. Benno leben derzeit 57 Menschen. Es ist behindertengerecht gebaut und eingerichtet. Ein Team von Sozialpädagogen, Pflegekräften und einer Kunsttherapeutin sorgen für eine individuelle und umfassende psychosoziale und pflegerische Betreuung, die speziell auf die Zielgruppe mit ihren sozialen, seelischen und körperlichen Beeinträchtigungen in einem wesentlich niedrigeren Lebensalter ausgerichtet ist.

Weitere Informationen über das Haus St. Benno unter: www.kmfv.de

Unklarer Versicherungs- status

Was tun, wenn alle Papiere fehlen

Die Anzahl der Menschen ohne geklärten Versicherungsstatus wächst

Der Pflegebedarf ist da, aber es gibt keine Krankenversicherung. Dokumente und Papiere fehlen, manchmal auch die Erinnerung. Lücken und Brüche im Lebenslauf sind schwer zu schließen. Ohne Versicherung aber wird die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes oder einer Pflegeeinrichtung fast zur Unmöglichkeit.

–

FALLBEISPIEL

Herr S. ist 38 Jahre alt, slowenischer Abstammung und spricht kein Deutsch.

Bei einem Unfall, bei dem er stark alkoholisiert in einen PKW gerannt war, zieht er sich mehrere Knochenbrüche zu. Diese werden im Rahmen der Nothilfe im Krankenhaus chirurgisch versorgt. Eine Krankenversicherung kann Herr S. weder in Deutschland noch in Slowenien angeben.



Schon ganz zu Beginn seines Aufenthaltes im Krankenhaus wird klar, dass eine Suchterkrankung vorliegt. Bei der Erhebung der Sozialanamnese, bei der der hausinterne Dolmetscher hilft, gibt er an, in Deutschland zu sein, um Arbeit zu finden. Er schlage sich als schwarzarbeitender Tagelöhner durch. Er sei drogenabhängig gewesen und nehme nun ein Substitut ein, das er sich selbst „beschaffe“. Er sei ohne festen Wohnsitz und lebe auf der Straße.

In den nächsten Tagen zeigt sich eine akute Psychose mit Eigengefährdung, worauf Herr S. vorübergehend in eine psychiatrische Klinik verlegt wird.

Nach seiner Rückkehr in das Krankenhaus wird er weiterhin substituiert. Wegen eingeschränkter Mitwirkung muss er mit einem externen Fixateur versorgt werden, damit der Unterschenkelbruch heilen kann. Damit ist er für mindestens sechs Wochen an den Rollstuhl gebunden, danach soll das Material entfernt werden.

Eine Krankenhaus-Behandlungsbedürftigkeit ist nach vier Wochen nicht mehr gegeben, die mittlere Verweildauer in dieser Fallpauschale ist lange erreicht. Das Bett wird gebraucht. Bei immer noch unklarem Kostenträger ist an eine Deckung der Behandlungskosten schon lange nicht mehr zu denken.

Nun muss der Sozialdienst im Krankenhaus eine adäquate Lösung zur nachstationären Weiterbehandlung mit dem Patienten entwickeln. Es gilt, die Behandlungspflege für den Fixateur und die Grundpflege für Herrn S. sicherzustellen sowie ihn in ein Substitutionsprogramm einzugliedern. Eine Umgebung, in der Fachkräfte im Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen geschult sind und keine Berührungängste haben, muss gefunden werden. Der Patient zeigt sich nunmehr kooperativ und einsichtig.

Dieser Prozess zieht sich zu Lasten des Krankenhauses sehr in die Länge. In der Krankenstube für Obdachlose, in der Herr S. bereits betreut wurde, hat er wegen Missachtung der Hausregeln Hausverbot erhalten. Eine Anbindung an die Drogenambulanz für die Ausgabe

des Substituts scheitert am fehlenden Versicherungsschutz. Herr S. müsste in Vorleistung gehen, besitzt aber keinen Cent. Eine Heimpflegebedürftigkeit müsste beantragt werden aber solange möglicherweise noch Versicherungsschutz im Heimatland besteht, lehnt das Sozialamt die Zuständigkeit ab.

All diese Schwierigkeiten führen dazu, dass Herr S. fast drei Monate im Krankenhaus verbleibt. Schließlich wird er von einem Pflegeheim aufgenommen, das mit Hilfe seines Sozialarbeiters die Situation von Herrn S. klären will. Der Fixateur kann später entfernt werden. Dem Pflegeheim gelingt es, eine Ärztin und eine Apotheke dafür zu gewinnen, die Substitution auch ohne sicheren Kostenträger zu gewährleisten.

Sechs Monate nach seiner Erstaufnahme im Krankenhaus wurde Herr S. von einer Krankenversicherung aufgenommen. Er konnte aus dem Pflegeheim entlassen werden und wird nunmehr vom dortigen Sozialarbeiter soweit begleitet, dass eine Unterkunft und weitere medizinische ambulante Versorgung, z. B. in der psychiatrischen Schwerpunktpraxis, gesichert ist.

Fachstelle für EU-Bürgerinnen und Bürger aus Osteuropa

Aufgabe der Beratungsstelle „Zuwanderung Osteuropa“ der Diakonie Hamburg ist die Unterstützung von Menschen aus den östlichen EU-Staaten, die in Hamburg ihren Lebensmittelpunkt haben und sich in schwierigen Lebenssituationen befinden. Neben der Erarbeitung von Perspektiven geht es auch um Fragen der Existenzsicherung. Hierzu zählen insbesondere die Bereiche Wohnen, Gesundheitsversorgung, Arbeit und soziale Sicherung, Integration und Krankenversicherungsschutz.

Das Angebot umfasst: Perspektivberatung, Beratung und Unterstützung bei der Klärung von Rechtsansprüchen, insbesondere im Bereich SGB XII und SGB II, Hilfe bei der Beantragung von Sozialleistungen, Klärung der Ansprüche auf Mitgliedschaft in einer gesetzlichen

oder privaten Krankenversicherung, Unterstützung bei der akuten Krankenversorgung, bei der Vermittlung eines Sprach-/Integrationskurses und Hilfen zur Existenzsicherung. Die Fachstelle ist in der Trägerschaft des Diakonischen Werks Hamburg.

Weitere Informationen über die Fachstelle für EU-Bürgerinnen und Bürger unter: www.diakonie-hamburg.de

Clearingstelle zur medizinischen Versorgung von Ausländern

Die Clearingstelle zur medizinischen Versorgung von Ausländerinnen und Ausländern im Flüchtlingszentrum Hamburg unterstützt Menschen ohne Aufenthaltstitel, die in Hamburg leben, Zugang zu medizinischer Versorgung zu erhalten. Zu den Angeboten zählt die Beratung zum Aufenthaltsstatus, zum Sozialleistungssystem und zum Krankenversicherungsschutz. Wenn kein Krankenversicherungsschutz besteht oder hergestellt werden kann, verweist die Einrichtung an ärztliche Praxen, deren Behandlungskosten gegebenenfalls aus einem dafür eingerichteten Notfallfonds honoriert werden. Auch EU-Bürgerinnen und -Bürger ohne Krankenversicherung können sich an die Clearingstelle wenden und werden an Kooperationspartnerinnen und -partner vermittelt, die sie bei der Aufnahme

in die Krankenkasse unterstützen. Liegt ein unabweisbarer medizinischer Bedarf vor, besteht die Möglichkeit eines Antrags auf vorläufige Leistungen beim zuständigen Grundsicherungsamt.

Seit Juli 2015 ist die Clearingstelle um ein mobiles Angebot erweitert.

Weitere Informationen über die Clearingstelle unter: www.fz-hh.de

plata – Hilfe für EU-Bürger aus Südosteuropa

Das Projekt plata der Stadtmission Hamburg ist ein niedrighschwelliges Angebot für obdachlose Menschen aus Osteuropa. Ziel des Projektes ist es, die Auswirkungen von sozialer, psychischer und physischer Verelendung aufzuhalten oder abzuschwächen und die Menschen in das deutsche Hilfesystem zu integrieren. Das Projekt berät ebenfalls Menschen, die in ihre Heimatländer zurückkehren möchten. Dazu unterstützt plata die Rückkehrwilligen bei der Vorbereitung, Umsetzung und Inanspruchnahme der Hilfesysteme im Heimatland. Die plata Beschäftigten sprechen polnisch, bulgarisch, rumänisch, russisch, tschechisch, slowakisch, englisch und italienisch.

Weitere Informationen über Projekt plata unter: www.hoffnungsorte-hamburg.de



Sterbe- begleitung

Wohnungs- lose Menschen nicht allein lassen

Ihnen stehen die gleichen palliativen Versorgungsangebote zu wie anderen Menschen

Auch wohnungslose Menschen müssen sterben. In den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ist es nicht immer leicht, diese letzte Zeit würdevoll und so wie die Betroffenen es sich wünschen zu gestalten. Es herrschen besondere Lebensbedingungen in den Wohnunterkünften: die Bewohnerinnen und Bewohner leben in Mehrbettzimmern und nutzen sanitäre Gemeinschaftseinrichtungen, sie sind in einer schlechten bis sehr schlechten körperlichen und seelischen Verfassung. Vereinzelt werden die Einrichtungen von einer ambulanten Sterbebegleitung unterstützt. Damit ein würdevolles Sterben in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe möglich wird, müssen die strukturellen Rahmenbedingungen so verändert werden, dass Menschen begleitet werden und sich die Einrichtungen mit anderen Diensten vernetzen können.

–

FALLBEISPIEL

Ein Jahr habe ich Paul, 65 Jahre, begleitet. Er lebte in einem Zimmer in einer Wohnunterkunft, das er sich mit einem anderen Mann teilte. Paul hatte Zungenkrebs. Durch die Operation konnte man ihn

beim Sprechen nicht mehr so gut verstehen. Er ernährte sich über flüssige Nahrung, da er feste Nahrung nicht mehr zu sich nehmen konnte.

Der Kontakt zum Hospizverein kam über eine Mitarbeiterin der Sozialpädagogischen Einzelfallhilfe (SPEH) zustande, die Paul in der Unterkunft betreute. Ich lernte Paul im Krankenhaus nach seiner Operation kennen. Die Mitarbeiterin, die ihn einige Male dort besucht hatte, stellte fest, dass Paul viele Fragen zu seinem jetzigen Gesundheitszustand und der lebensbedrohlichen Krankheit hatte und sie nicht genug Zeit hatte, mit ihm diese Fragen zu besprechen.

Paul gab seine Zustimmung, von mir besucht zu werden. Wir fanden uns sympathisch und so kam es zu regelmäßigen Besuchen und vielen Gesprächen über seine Gedanken zum Tod, seinen Lebensrückblick und was zukünftig sein wird. Wir haben auch viel darüber gesprochen, wie einschränkend es ist, nichts mehr essen zu können. Paul hat sehr darunter gelitten. Ich besuchte ihn im Pflegeheim, in dem er nach dem Krankenhausaufenthalt für mehrere Wochen lebte. Da er schlecht sprechen konnte und mittlerweile über die Magensonde ernährt wurde, hatte er nur wenig Kontakt zu anderen Bewohnern und Bewohnerinnen.

Mit Unterstützung eines Pflegedienstes konnte er dann wieder zurück in sein Zimmer in die Wohnunterkunft. Das war sein größter Wunsch gewesen. Auch dort besuchte ich ihn regelmäßig. Als sich sein Gesundheitszustand verschlechterte, bat er mich von weiteren Besuchen abzusehen. Ich sollte seine zunehmende körperliche Schwäche nicht miterleben.

So erfuhr ich erst recht spät, dass er immer wieder im Krankenhaus lag. Ich nahm abermals Kontakt mit ihm auf. Nach einem Besuch, mir kam es vor wie eine Verabschiedung, ist Paul dort gestorben.

Paul wurde begleitet vom ambulanten Hospizdienst OMEGA – Mit dem Sterben leben e.V. aus Hamburg.

Weitere Informationen über OMEGA – Mit dem Sterben leben e.V. unter: www.omega-ev.de

FALLBEISPIEL

Wolfgang macht sich Sorgen, ob er es bei uns aushalten kann. Er sagt, er brauche Freiraum. Seine Zimmertür und sein Fenster sollen immer geöffnet sein, er möchte rauchen und will kein Alkoholverbot.

Wir machen die Erfahrung, dass Menschen wie Wolfgang trotz ihrer Erkrankung nicht von Zigaretten und Alkohol lassen wollen. Dass es irgendwie auch unerheblich ist, ob „auf den letzten Metern“

noch geraucht wird oder nicht. Häufig ist das Rauchen und Trinken das letzte, was dem Menschen verbleibt, was ihm Genuss bereitet, was er sich selbst gönnen und geben kann. Bei Alkoholika holen wir ärztliche Beratung ein, da es Wechselwirkungen mit Medikamenten geben kann. Gleichwohl ist bei uns Alkohol nicht per se verboten.

Wolfgang vertraut nicht darauf, dass er bei uns regelmäßig etwas zu essen bekommt. Zum einen hortet er eigene Vorräte im Kleiderschrank, zum anderen



will er nicht aufgegessene Mahlzeiten nicht aus dem Zimmer lassen. Wir verabreden, dass die alte Mahlzeit aus dem Zimmer muss, sobald die neue Mahlzeit kommt. Auf diese Abmachung lässt er sich ein. Dennoch schmuggelt er immer mal wieder belegte Brötchen oder Kuchen in seine Nachttischschublade, um sie später zu essen oder sie einfach in Reserve zu haben.

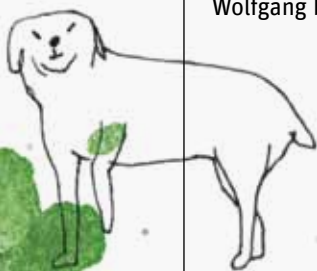
Als es ihm körperlich schlechter geht, kommen wir mit ihm ins Gespräch über Duschen und Körperpflege, Hilfe beim An- und Ausziehen. Er lehnt alles ab, er hat ganz andere Vorstellungen davon, was notwendig ist und was nicht.

Wir können und wollen uns mit unseren Hilfs- und Hygienevorstellungen nicht durchsetzen, können aber mit Wolfgang aushandeln, dass wir im Zimmer sind, wenn er im separaten Bad duscht, und ihm Kleidung durch die Tür anreichen.

Individuelles Aushandeln von pflegerischer Versorgung von Tag zu Tag, von Schicht zu Schicht ist mühsam, schafft aber Vertrauen, indem die Eigenständigkeit und die Selbstbestimmtheit des anderen respektiert werden. Gleichwohl werden Ablehnungen gut dokumentiert, auch zu unserem Schutz.

Als er dann beim Duschen das Gleichgewicht verliert und ein Kollege ihm gerade noch rechtzeitig zur Seite springt, darf dieser ihm helfen. Dieser „auffangende“ Pfleger hat ab sofort sein Vertrauen und darf mehr als andere. Und so betreut dieser Pfleger Wolfgangs Zimmer immer, wenn er da ist. Dadurch festigt sich die Beziehung und ein klein wenig Vertrauen wächst.

Wolfgang erhält bei uns eine kontinuierliche Versorgung, Wundversorgung, Medikamentengabe, regelmäßige Mahlzeiten. Sein Allgemeinzustand verschlechtert sich nur wenig: Nicht, weil die Krankheit auf dem Rückzug wäre, sondern weil die Beschwerden gelindert werden. Wolfgang bleibt somit mobil.



Für uns allerdings wird es dadurch schwierig, die Finanzierung seines Hospizaufenthaltes sicherzustellen. Stabilisiert sich der gesundheitliche Zustand eines Patienten, einer Patientin, so verlangt die Krankenkasse vor der Weiterbewilligung des Hospizaufenthaltes, dass andere Versorgungsformen wie eine ambulante oder stationäre Betreuung geprüft werden müssen.

Auch deshalb dokumentieren wir die Pflege für Wolfgang sehr sorgsam: Häufig wirkt er nicht mit, hat grobe Umgangsformen, wütende Ausfälle, er neigt zu Beschimpfungen, Handgreiflichkeiten und trinkt viel. Die Dokumentation soll vor allem belegen, dass eine Überstellung in ein Pflegeheim schwierig wäre, somit die jetzige Versorgungssituation die einzig mögliche ist.

Menschen von der Straße sind oft sehr selbstbestimmt, was die Medikamenteneinnahme betrifft: Sie sind misstrauisch, da sie lange Zeit nur auf sich selbst bauen konnten und daher auch jetzt glauben, immer die Kontrolle über sich behalten zu müssen. Also lieber kein Morphin nehmen! Sie sorgen sich, abhängig zu werden. Für Wolfgang ist es immer wichtig, jederzeit auf und davon gehen zu können. Er fürchtete daher, die Medikamente auf der Straße nicht besorgen zu können und dann auf Entzug zu kommen.

Da wir ihn jedoch sehr vorsichtig und wertschätzend begleiten, glaubt er uns, wenn wir ihm sagen, dass er die Tablette für sein Herz nicht nehmen bräuchte, wohl aber die gegen die Krampfanfälle.

Dann kommt er plötzlich nicht mehr aus dem Bett, er ist zu schwach. Der Lieblingspfleger, der ihn das erste Mal waschen und anziehen durfte, ist zum Glück im Dienst. Dieser holt kommentarlos ein Bier für ihn und ein alkoholfreies für sich selbst. Reden tun die beiden kaum etwas, Wolfgang äußert nur den Wunsch, der Junge solle beim nächsten St. Pauli Heimspiel ein richtiges Bier auf ihn trinken. Er schläft ein und erwacht nicht mehr. Mehrere Tage liegt er im Bett, reagiert kaum noch auf Ansprache. Wolfgang stirbt im stationären Hospiz Hamburg Leuchttfeuer.

Weitere Informationen über das Hospiz Hamburg Leuchttfeuer unter: www.hamburg-leuchttfeuer.de

Landeskoordinierungsstelle Hospiz & Palliativarbeit

Die Landeskoordinierungsstelle Hospiz & Palliativarbeit ist eine zentrale und neutrale Anlauf- und Informationsstelle, die unter der Trägerschaft des gemeinnützigen Landesverbandes Hospiz und Palliativarbeit Hamburg arbeitet und durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz gefördert wird. Ziel ist die Verbesserung der Versorgungssituation von schwerstkranken Menschen sowie ihren An- und Zugehörigen. Hierzu fördert die Koordinierungsstelle die Vernetzung von ambulanten und stationären Einrichtungen der Hospiz- und Palliativmedizin/Pflege sowie die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Regelversorgung. Darüber hinaus setzt sich die Koordinierungsstelle für einen bewussten und sensiblen Umgang mit den Themen Sterben, Tod und Trauer ein, organisiert Veranstaltungen, hält Kontakt zu Medien, Wissenschaft sowie Politik und bringt Gesprächspartnerinnen und -partner zusammen. Zudem wird über Versorgungsstrukturen und weitere Planungen informiert sowie aktuelle Daten und Fakten zu Gesetzes- und Kostenregelungen bereitgestellt.

Weitere Informationen unter:
www.koordinierungsstelle-hospiz.de

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V ist eine aufsuchende, medizinische und pflegerische Leistung eines qualifizierten ärztlichen und pflegerischen Teams. Die Versorgungsform richtet sich an Menschen, die an einer Erkrankung leiden, deren Heilung nach dem wissenschaftlichen Stand der Medizin nicht zu erwarten ist, die weit fortgeschritten und fortschreitend ist und deren Lebenserwartung begrenzt ist. Dabei steht die Beherrschung von besonders schweren Ausprägungen von Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit oder Angstzuständen im Vordergrund. Auch ein besonders hoher Koordinationsaufwand für den Aufbau einer angemessenen, tragfähigen und entlastenden Versorgung rechtfertigt

die Initiierung von SAPV. Durch die Linderung belastender Symptome und anderer Begleitumstände soll erreicht werden, dass die Lebensqualität und Selbstbestimmung während des Krankheitsprozesses erhalten, gefördert und verbessert werden, so dass ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod ermöglicht werden kann. Dabei wird auch das Umfeld in den Blick genommen und gestützt. Dem Betroffenen soll es auf dessen Wunsch hin ermöglicht werden, auch bei schwersten Krankheitsverläufen bis zum Lebensende oder doch so lange wie möglich in seiner gewohnten Umgebung bleiben zu können. Das können die eigene Wohnung sein, aber auch stationäre Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Die SAPV wird von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder Krankenhausärztinnen und -ärzten verordnet (Formular 63). Die Leistung hingegen wird ausschließlich durch sogenannte Palliative Care Teams (PCT) erbracht, die aus palliativ weitergebildeten Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachkräften bestehen. Die Kosten werden von den Krankenkassen getragen.

Das Palliative Care Team arbeitet multiprofessionell vernetzt, beispielsweise mit Ambulanten Hospizdiensten, Hospizen, Apotheken, psychoonkologischen und physiotherapeutischen Praxen. Das PCT hält eine 24-stündige Rufbereitschaft bei krankheitsbedingten Krisen vor. Dadurch sollen Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen des schwerstkranken und sterbenden Menschen vermieden werden.

SAPV kann als Teil- oder Vollversorgung, aber auch als Beratungsleistung von Hausärztinnen, Hausärzten oder Pflegekräften erfolgen und ergänzt damit die ärztliche und pflegerische Grundversorgung. Sie setzt da an, wo die allgemeine ambulante Palliativversorgung durch hausärztliche Praxen und Pflegedienste an ihre Grenzen stößt. In Hamburg gibt es acht PCTs für Erwachsene. Die Versorgung wird möglichst wohnortnah erbracht. Informationen zu SAPV und ihren Einsatzgebieten unter www.koordinierungsstelle-hospiz.de

Herausgeberin: Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg (KGC) in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG). Die Broschüre ist ein Gemeinschaftsprodukt folgender Mitgliedseinrichtungen des Arbeitskreises Wohnungslosigkeit und Gesundheit in der KGC:

Asklepios Klinik St. Georg | Katrin Matthaei | Lohmühlenstraße 5 | 20099 Hamburg
E-Mail: k.matthaei@asklepios.com

Bundesverband der Berufsbetreuer/innen e.V., Landesgruppe Hamburg | Elke Klement
Schmiedestraße 2, 20095 Hamburg | E-Mail: info@bdb-ev.de

Caritasverband für Hamburg e.V. | Andrea Hniopek, Ingrid Kieninger und Nikolas Borchert
Danziger Straße 66, 20099 Hamburg | E-Mail: hniopek@caritas-hamburg.de
kieninger@caritas-hamburg.de | borchert@caritas-hamburg.de

Diakonisches Werk Hamburg | Peter Ogon
Königstraße 54, 22767 Hamburg | E-Mail: ogon@diakonie-hamburg.de

f & w fördern und wohnen AöR | Ina Ratzlaff, Katrin Wollberg und Carsten Baltés
Grüner Deich 17, 20097 Hamburg | E-Mail: ina.ratzlaff@foerdernundwohnen.de
katrin.wollberg@foerdenundwohnen.de | carsten.baltes@foerdernundwohnen.de

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG),
Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg | Petra Hofrichter
Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg | E-Mail: petra.hofrichter@hag-gesundheit.de

hoffnungsorte hamburg – Verein Stadtmission Hamburg | Ulrich Hermannes und Hartmut Leinert
Repsoldstr. 46, 20097 Hamburg
E-Mail: hermannes@stadtmission-hamburg.de | leinert@wohnungsnotfallhilfe-hamburg.de

Hospiz & Palliativarbeit | Koordinierungsstelle Hamburg | Heike Bartels
Winterhuder Weg 29, 22085 Hamburg, E-Mail: kontakt@koordinierungsstelle-hospiz.de

MW Malteser Werke gemeinnützige GmbH, Malteser Nordlicht | Waltraut Campen
Hogenfeldweg 2, 22525 Hamburg | E-Mail: waltraut.campen@malteser.org

Redaktion: Petra Hofrichter, Ingrid Kieninger, Katrin Matthaei, Ina Ratzlaff

Beiträge: Antje Cordes, Susanne Fischer, Petra Hofrichter, Dr. Frauke Ishorst-Witte,
Stefanie Janssen, Ingrid Kieninger, Elke Klement, Babette Lange, Lisa Maarzahl,
Katrin Matthaei, Dorothee Nieder, Ina Ratzlaff, Wolfgang Schürmann

Redaktionelle Überarbeitung: Petra Bäurle, www.klartext-kommunikation.de

Koordination: Petra Hofrichter

Gestaltung: MedienMélange: Kommunikation, Hamburg, www.medienmelange.de
Illustrationen: Fides Velten

Schutzgebühr: 5 Euro

1. Auflage: 4.000 Januar 2016

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg (KGC) wird gefördert von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), von den Hamburger Krankenkassen (GKV) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die KGC Hamburg ist Teil des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ – ein Verbundprojekt von BZgA, Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, Krankenkassen und Ärzteverbänden, Wohlfahrtsverbänden und weiteren Partnerorganisationen.

Informationen zur Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg unter www.hag-gesundheit.de/lebenswelt/soziale-lage/koordinierungsstelle und www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/hamburg



Die Anzahl der wohnungslosen Menschen steigt. Und damit auch die Anzahl derer, die krank und pflegebedürftig sind. Wohnungslose Männer und Frauen leiden bereits in jungen Jahren häufig an mehreren Erkrankungen gleichzeitig, die durch geeignete Pflegeleistungen gelindert oder geheilt werden könnten. Sie sind meist jünger oder mobiler, manchmal auch suchtmittelabhängig oder psychisch krank – und scheinen weder in das System der Pflegestufen noch in die Abläufe eines Pflegedienstes oder Pflegeheimes zu passen.

Noch aber sind Pflegesystem und Wohnungslosenhilfe zu wenig miteinander verzahnt. Die Broschüre „Wer pflegt Herrn K.“ will die Fachkräfte aus Gesundheitswesen, Pflege und Wohnungslosenhilfe für das Thema sensibilisieren. Gute Praxisbeispiele geben Anregungen für integrierende Konzepte.

