

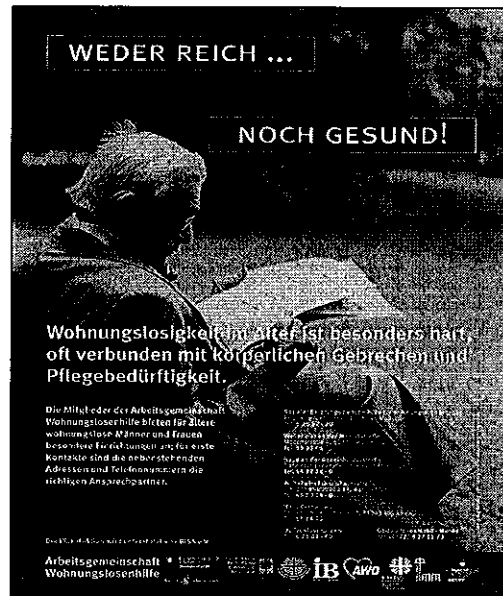
**Vortrag im Rahmen der Fachtagung der Wohnungslosenhilfe
in
Rheinland-Pfalz
„Wohnungslosigkeit – keine Frage des Alters“
26. Oktober 2007
Bad Kreuznach**

**Die Lebenssituation „alter“ wohnungsloser Menschen mit
Mehrfacherkrankungen
Situation und mögliche Auswege**

Dr. Gerd Reifferscheid
Katholischer Männerfürsorgeverein München e.V.

1. Einleitung

In einer Plakataktion der Arbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe in Süd-Bayern* wurde vor einigen Jahren auf die besondere Situation von älteren, wohnungslosen Menschen hingewiesen.



Quelle: Arbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe München; Thomas Duschinger

Deutlich wurde, dass wohnungslose Menschen weder reich, noch gesund, jedoch oft ausgegrenzt und arm sind.

Für wohnungslose, ältere Menschen bedeutet dies, dass sie in mehrfacher Hinsicht benachteiligt sind. So schreibt der Soziologe Anthony Giddens in der jüngsten Ausgabe seines Lehrbuches „Sociology“: „Homelessness is one of the extreme forms of exclusion.“ (Giddens, A: Sociology; S. 361; Polity Press, Cambridge 2006).

Auf der Folie dieser Vorbemerkung wollen wir uns nun dem gestellten Thema zuwenden.

Inhaltlich werden folgende Punkte besprochen:

- Wie hoch ist Zahl der älteren Wohnungslosen?
- Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen vor?
- Wie definieren sich die Bedarfslagen wohnungslosen Menschen?

Diese wird beispielhaft an zwei Münchner Einrichtungen dargestellt:

- Haus an der Gabelsbergerstraße
- Haus an der Knorrstraße
- Welche Entwicklungen lassen sich aus den Erkenntnissen ableiten?
- Wie gestaltet sich die Zukunft im Ausblick?

* Für wertvolle Anregungen danke ich Herrn Thomas Duschinger, München.

2. Zahl der wohnungslosen Menschen

Zunächst wollen wir uns der Anzahl der älteren wohnungslosen Menschen zuwenden.

Um es vorweg zu nehmen: Es gibt keine gesicherten Statistiken über die Anzahl wohnungsloser Menschen.

Nach Schätzung der BAG liegt die Zahl der Personen in Ein- und Mehrpersonenhaushalten in der Bundesrepublik für 2004 bei ca. 345.000. Dies sind 0,42% der Gesamtbevölkerung. Entsprechend lassen sich die Zahlen z.B. für Bayern auf ca. 25.000 Personen schätzen (Angaben der Koordinationsstelle Wohnungslosenhilfe Südbayern). Die Landeshauptstadt München schätzt die Zahl auf 7.700 Personen. Eine Befragung der Gemeinden im Landkreis München ergab eine Zahl von 106 wohnungslosen Menschen.

Hier zeigt sich das Stadt- Landgefälle. Die Versorgung wohnungsloser Menschen ist oft das Problem der größeren Zentren in den Regionen. Viele Faktoren spielen dabei eine Rolle (Anonymität der Stadt, vermeintliche Beschäftigungschancen, oft mangelnde Versorgungsstrukturen in den Gemeinden).

Es fehlt allerdings eine bundesweite Wohnungslosennotfallstatistik[#], die differenzierter Auskunft geben könnte.

In einem weiteren Schritt wollen wir uns nun den Münchner Verhältnissen nähern:

In München geht man bisher von folgenden Zahlen für alleinstehende (alleinlebende) wohnungslose Menschen aus:

- 600 Menschen leben auf der Straße.
- 1300 Männer sind in Einrichtungen untergebracht.
- 270 Frauen sind ebenfalls in Einrichtungen.
- 1000 Menschen leben in Pensionen, Notunterkünften, Notquartieren.
- **Insgesamt gibt es 3170 alleinstehende Menschen in der Wohnungslosenhilfe.**

Wie hoch ist nun der Anteil älterer Menschen an der Gesamtheit der Wohnungslosen? Nach Angaben der aufsuchenden Straßensozialarbeit und der ihr angeschlossenen „Teestube“ beträgt der Anteil der älteren, wohnungslosen Männer in München im Alterssegment von 40-59 Jahren, die auf der Straße leben, 68% (2006). Nach Angaben des Sozialen Beratungsdienstes im Städtischen Unterkunftshaus (Haus an der Pilgersheimerstraße) sind:

36% der wohnungslosen Männer im Alter von 45-60 Jahren (595 Personen),

6% im Alter von 60-65 Jahren (100 Personen),

7% über 65 Jahre (115 Personen).

Wenden wir uns nun den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu.

[#] Eine Anmerkung sei noch erlaubt: Das Statistische Bundesamt veröffentlicht z.B. jedes Jahr die Anzahl der deutschen Betriebe mit Gänsen. Das sind 2005 in Deutschland 6.500 Betriebe mit 329.500 Gänsen. Über die Anzahl wohnungsloser Menschen informiert das Statistische Bundesamt nicht!

3. Wissenschaftliche Erkenntnisse

3.1. Die sogenannte „Fichter-Studie“ 1994

Ab 1994 widmete sich in München der Psychiater und Nervenarzt Prof. Dr. Manfred Fichter, Leiter der Abteilung Epidemiologie und Evaluation an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Ludwig-Maximilian-Universität München, der Frage, inwieweit psychische Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen zu diagnostizieren sind. Die Untersuchung gliederte sich in mehrere Teiluntersuchungen, deren detailliertes Untersuchungsdesign und umfangreiche Ergebnisse hier im einzelnen nicht erörtert werden können. Zuletzt wurden noch im April 2000 weitere Ergebnisse zu dieser Studie veröffentlicht. Unbestreitbarer Vorteil dieser Studie lag in der hohen Untersuchungspopulation (N=267) und der methodischen Tiefe. Das Ergebnis der Studie, welches schon ab 1996 in unterschiedlichen Veröffentlichungen dargelegt wurde, war:

- **93,2 % der wohnungslosen Menschen auf der Straße leiden unter einer psychischen Erkrankung.**
- **72,7% der wohnungslosen Menschen sind alkoholabhängig.**
- **In München leben ca. 600 Menschen auf der Straße.**

In vielen Fachkreisen wurden die Ergebnisse kontrovers diskutiert. Manche empfanden die Prävalenzzahlen als zu hoch eingeschätzt, andere sahen in der Studie eine weitere Stigmatisierung der Wohnungslosen. Meistens jedoch wurden die Ergebnisse, auch nach kritischer Betrachtung, als zutreffend erkannt. Die Darstellung der Problemlage von wohnungslosen Menschen wurde erstmals in einer groß angelegten Studie adäquat und wissenschaftlich fundiert dargestellt.

3.2. KMFV-interne „Fichter-Studie“ 1997

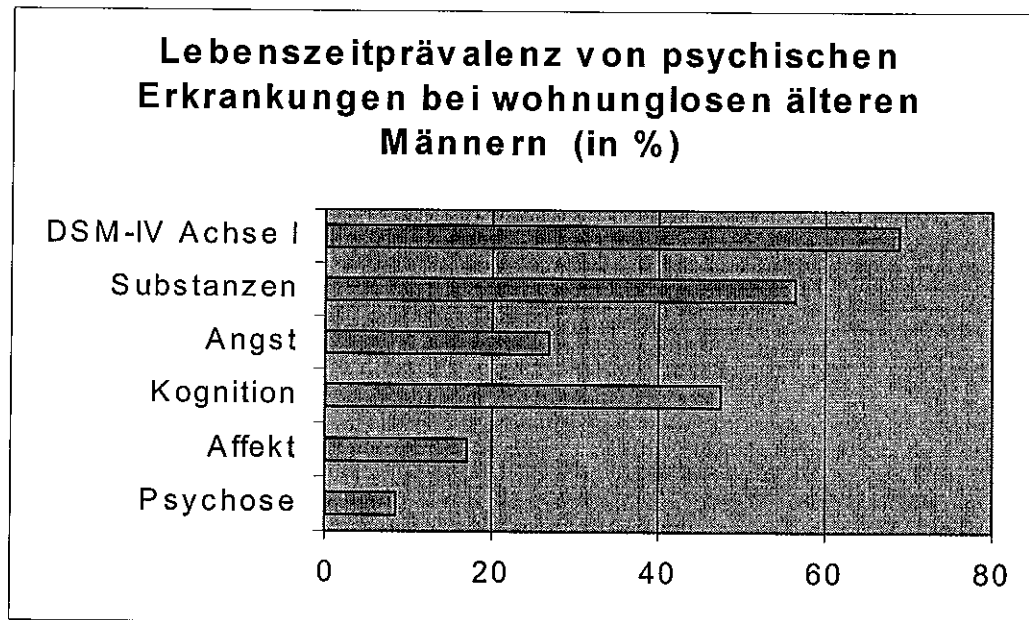
Angestossen durch diese Studie beauftragte der Katholische Männerfürsorgeverein die Forschungsgruppe von Prof. Fichter 1997 mit einer Vergleichsstudie zur Situation in den Einrichtungen des KMFV. Insgesamt wurde eine Zufallsstichprobe von 40% der betreuten Bewohner (N=276) untersucht.

Mit dieser Studie konnte der Vorwurf entkräftet werden, psychisch kranke Wohnungslose leben eher auf der Straße als in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Das Ergebnis war:

- **77,9% der betreuten Bewohner im KMFV weisen eine psychische Erkrankung auf.**
- **46,9% leider unter einer Alkoholabhängigkeit.**
- **Der Anteil der Menschen mit Mehrfachdiagnosen (Lifetime) liegt bei über 48 %.**

Die Verwaltungen bei Stadt und überörtlichen Kostenträger waren über solch hohe Prävalenzraten auch in den Einrichtungen eher überrascht als die Vertreter der Wohnungslosenhilfe selbst.

Bezogen auf ältere wohnungslose Menschen stellte sich das folgende Ergebnis dar:



Eigene Graphik nach Fichter 1997

Insbesondere Substanzabhängigkeit, aber auch Einschränkungen der Kognition und Angststörungen sind die Problemlagen, von denen ältere Menschen besonders betroffen sind.

3.3. Studie Langzeitfälle und Langzeithilfen Lutz 2001

In einer vom damaligen „Zentralverband sozialer Heim- und Werkstätten“ (ZHW) in Auftrag gegeben Studie über Langzeitfälle kam der Soziologe Prof. Dr. Ronald Lutz der Fachhochschule Erfurt zu folgenden Ergebnissen:

Hauptgründe für einen Aufenthalt in der Langzeithilfe sind:

- **Alkoholmissbrauch**
- **Psychische Erkrankung**
- **Fehlende Wohnfähigkeit**
- **Körperliche Krankheit**
- **Beeinträchtigung durch das Leben auf der Straße**
- **Zugehörigkeit zur „Szene“**
- **Verhaltensauffälligkeiten**

Die entsprechenden **Schwerpunkte der Hilfen** sind daher:

- **Persönliche Betreuung**
- **Hilfestellung im Alltag**
- **Arbeitshilfen**
- **Suchtberatung**
- **Freizeitbetreuung**

Weitere Gründe für einen Aufenthalt in der Langzeithilfe ergaben sich in Folge von Alter, Arbeitslosigkeit und auch durch Motivationsprobleme. Ein weiterer Grund für den Aufenthalt in der Langzeithilfe war die Zeit, die gebraucht wurde, um sich zu regenerieren.

Dementsprechend waren die **konzeptionellen Ziele der Einrichtungen** wie folgt angelegt:

- **Verhinderung der Verschlimmerung**
- **Beheimatung**
- **Schutz**
- **Wiedereingliederung**

3.4. Romaus/Gaupp Studie 2002

Im Jahre 2002 wurde die Gruppe für Sozialwissenschaftliche Forschung in München vom „Zentralverband sozialer Heim und Werkstätten Freiburg“ (ZHW) unter Beteiligung der Landeshauptstadt München und des Katholischen Männerfürsorgeverein München (KMFV) beauftragt, eine Studie zur qualitativen Beschreibung der Problemlage in der Versorgung von psychisch kranken Wohnungslosen zu erstellen. In Leitfaden gestützten qualitativen Interviews wurden sowohl Betroffene wie auch Personal zur Situation in den Einrichtungen befragt. Die Strukturanalyse und Befragung der Mitarbeiter führte der Psychologe Rolf Romaus, die Exploration der Bewohner übernahm die Psychiaterin Dr. Beate Gaupp.

Das Ergebnis der Studie stellte sich wie folgt dar:

- **Wesentliche strukturelle Verbesserungen sind gewünscht (Veränderung des Personalschlüssels, Einzelzimmer, tagesstrukturierende Angebote).**
- **Die Vernetzung des Hilfesystems als wichtiger Baustein in der Versorgung wird eingefordert, insbesondere die verlässliche Kooperation zwischen Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie.**
- **Forderung nach einer spezifischen Einrichtung für psychisch und/ oder suchtkranke wohnungslose Menschen.**

Zusammenfassend lassen sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse wie folgt beschreiben:

Der Anteil von psychischen Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen ist bei älteren Wohnungslosen sehr groß.

Hier bedarf es der spezifischen Ausrichtung der Einrichtung um adäquate Hilfe anzubieten.

Der Anteil wohnungsloser älterer Menschen wächst; dies entspricht auch der demographischen Entwicklung in der Normalbevölkerung.

Die Wohnungslosenhilfe muss sich insgesamt auf diese Situation einstellen.

Jenseits dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse wurde nun unserseits im Katholischen Männerfürsorgeverein die Bedarfslage für ältere wohnungslose Männer untersucht.

4. Der Blick in die Einrichtungen

4.1. Bedarfe im „Haus an der Gabelsbergerstraße“

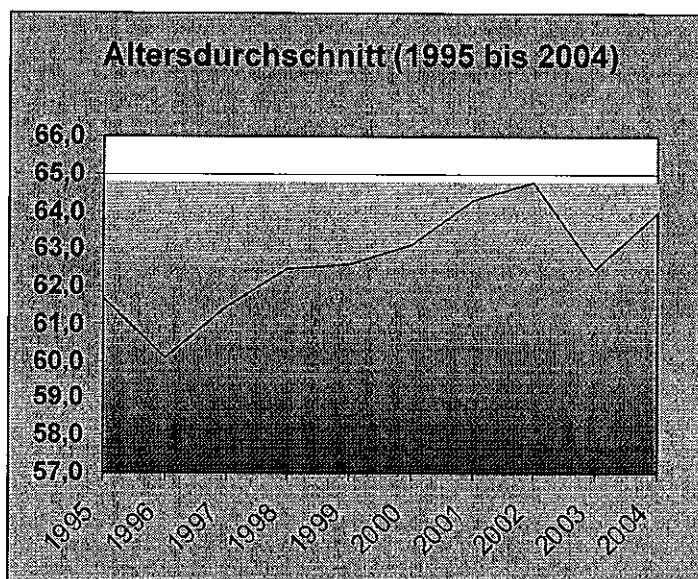
Am Beispiel des Hauses an der Gabelsbergerstraße werden nun einige strukturelle Daten, die für den Zeitraum 1995 bis 2004 erhoben wurden, erörtert. An dieser Stelle sei den Kolleg/Innen* und meinem Nachfolger Herrn Helmut Geier herzlich für die Unterstützung gedankt.

4.1.1. Strukturen und Bedarfe des Hauses an der Gabelsbergerstraße

Das Haus an der Gabelsbergerstraße ist eine Einrichtung des Katholischen Männerfürsorgevereins e.V. (KMFV) in München und verfügt über insgesamt 65 Betten. Die Einrichtung ist eine „nasse Einrichtung“, d.h. Alkoholkonsum wird in Grenzen toleriert. Die Einrichtung besteht seit 1987 und wurde für ältere, vormals wohnungslose Menschen gegründet.

4.1.2. Altersstruktur und Sterbealter

Altersstruktur der Bewohner



Es zeigt sich, dass sich über die Jahre hinweg das durchschnittliche Alter der Bewohner im Haus an der Gabelsbergerstraße stetig erhöht hat. Im Jahr 1996 konnte der Altersschnitt kurzzeitig gesenkt werden. Mit der Eröffnung des Hauses St. Benno in Oberschleißheim für auch z.T. pflegebedürftige Männer erhofften wir uns im KMFV eine „Entlastung“ der Wohnheime für ältere Menschen. Mittlerweile liegt der Altersdurchschnitt höher als vor dieser „Entlastung“. Der stetige Anstieg des Durchschnittsalters weist auf den Versorgungsbedarf hin. Mit zunehmendem Alter wird auch der Pflegebedarf höher. In seltenen Fällen müssen Bewohner, falls Bedarf an einer Intensivpflege besteht, auch bei Abwägung aller Bedenken, ins klassische Pflegeheim gebracht werden. Um dies zukünftig zu vermeiden sind mittelfristig kleinere Einheiten für Intensivpflegefälle im Rahmen der

* Besonderer Dank bei der Erhebung der Daten gilt den KollegInnen aus der Sozialpädagogik Veronika Dennhauser, Ursula Giuliani und Bodo Wolff und stellvertretend für die KollegInnen der Pflege Herrn Harald Lang.

Wohnungslosenhilfe zu planen. Auch im Bereich der klassischen Intensivpflege ist die adäquate Versorgung von suchtkranken Menschen nicht immer gewährleistet.

4.1.3. Sterbealter der Bewohner

Das durchschnittliche Sterbealter ist gegenüber der Gesamtbevölkerung sehr niedrig. Hierzu ist anzumerken, dass in der Einrichtung insbesondere Betreute leben, die durch das lange Leben auf der Straße und in ungesicherten sozialen Verhältnissen in ihrer körperlichen Konstitution geschwächt sind. Die Lebenserwartung sinkt deutlich ab. Das Sterbealter liegt oft im Altersbereich von 60 bis 70 Jahren (durchschnittliches Sterbealter ca. 65 Jahre).

4.1.4. Darstellung der Bedarfe

Im Mittelpunkt der Arbeit in der Langzeithilfe steht der persönliche Kontakt zwischen den Bewohnern und Mitarbeitern in den unterschiedlichen Lebensbereichen.

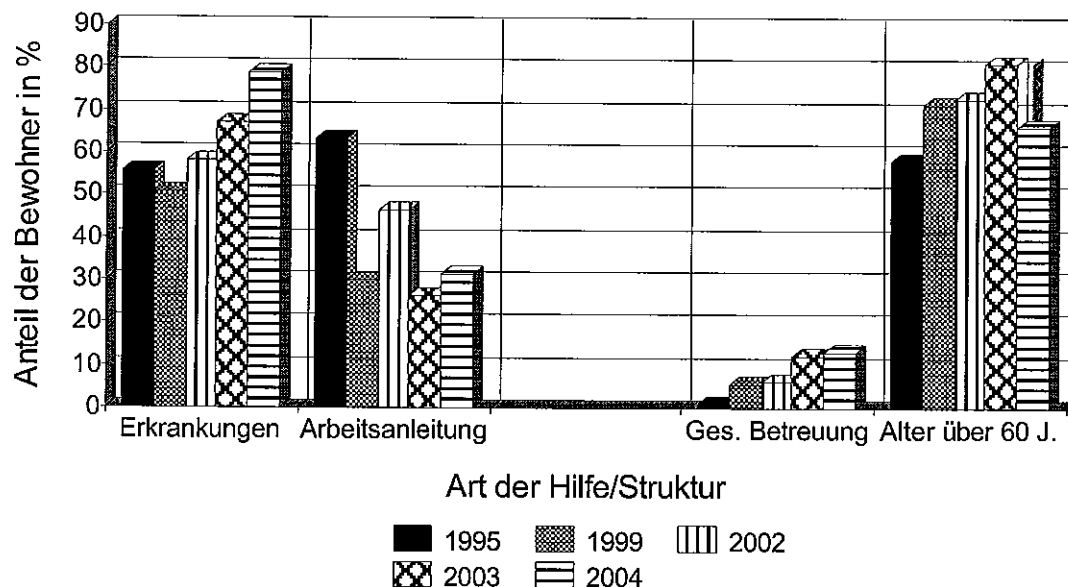
Die Bedürfnisse der Bewohnerschaft haben sich in den letzten Jahren sehr verändert.

Um diese Veränderungen auch messbar zu machen, haben wir in den letzten Jahren versucht, den spezifischen Bedarf sowohl in pflegerischer, als auch in sozialpädagogischer Hinsicht zu operationalisieren und zu dokumentieren.

Pflegerischer Bedarf und Anleitung

Zunächst soll die Entwicklung der pflegerischen Bedarfe und die sich daraus ergebenden Hilfen dargestellt werden:

Strukturen und Hilfe I



Aus dem oben abgebildeten Diagramm (Hilfen und Struktur 1) lässt sich erkennen, dass der Anteil der über 60jährigen (**Alter über 60 J.**)[#] im Laufe der Jahre in der Einrichtung zugenommen hat. Dies ist auch gleichbedeutend mit einem erhöhten pflegerischen Versorgungsbedarf der Bewohner in der Einrichtung. Der Anteil der gesetzlich betreuten Bewohner (**Ges. Betreuung**) stieg ebenfalls an. Die gesetzliche Betreuung umfasst in der Regel die Vermögensverwaltung und die Sorge um die medizinische Versorgung, ggf. das Aufenthaltsbestimmungsrecht.

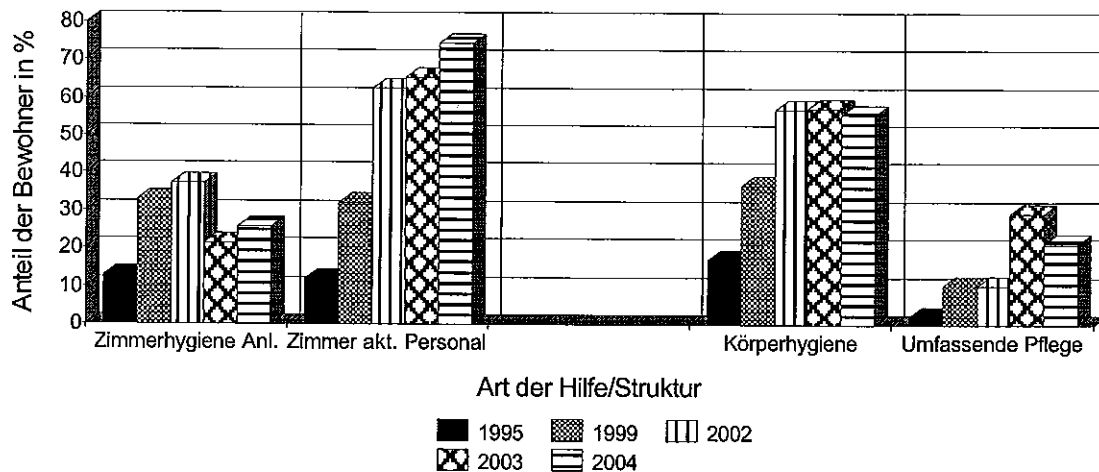
Der Anteil der Bewohner, die aufgrund ihrer Erkrankung in ärztlicher Behandlung oder unter der pflegerischen Betreuung in der Einrichtung stehen (**Erkrankungen**) hat sich deutlich erhöht. Lag dieser Anteil 1995 noch bei 56 % der Gesamtbewohnerschaft, so lag er 2004 bei 78 %. Gleichzeitig nahmen auch die Schwere der Erkrankungen und der individuelle Versorgungsbedarf zu. Diese Betreuung drückt sich beispielsweise in Maßnahmen wie Verbandswechsel, Gabe von Medikamenten, Begleitung zum Arzt, Blutdruckmessung, Gabe von Insulin, Einreibungen etc. aus. Viele der Bewohner bedürfen durch ihre Erkrankung der täglichen pflegerischen Betreuung und müssen, so z.B. im Rahmen der Inkontinenzpflege, auch nachts versorgt werden. Seit der Untersuchung zur psychischen Situation unserer Betreuten (*Fichter et al. 1997*) ist auch der Versorgungsbedarf durch psychische Erkrankungen in unseren Einrichtungen bekannt. Insbesondere kognitive Beeinträchtigungen, aber auch affektive Störungen und Angsterkrankungen haben einen hohen Anteil innerhalb der Bewohnerschaft unserer Einrichtung. Aus dieser Erkenntnis heraus wurde die personelle Ausstattung im pflegerischen Bereich erhöht. Die intensive Betreuung während des Tages und in der Nacht hat sich mittlerweile sehr bewährt.

Der Anteil von Bewohnern, die im Rahmen der Tagesstrukturierung zur Arbeit oder Mithilfe im Haus angeleitet werden (**Arbeitsanleitung**) nahm kontinuierlich ab. So wurden beispielsweise im Küchendienst nur Männer beschäftigt, die ohne Anleitung nicht mithelfen konnten. Damit übernahm das Personal der Küche innerhalb der Arbeitsanleitung auch pädagogische und betreuende Aufgaben. Die Arbeiten werden gegen Mehraufwandsentschädigung erbracht und stellen eine Ergänzung des persönlichen Barbetrages dar.

Das nun folgende Diagramm stellt die weitere Entwicklung der unterstützenden Hilfen im Haus dar.

[#] Die in Klammern gesetzte Bezeichnung verweist auf die Legende in der Graphik.

Strukturen und Hilfe II



Ein wichtiger Teil der Arbeit in der Einrichtung ist die Anleitung der Bewohner zur eigenen Körperhygiene (**Körperhygiene**). Dies ist oftmals mit langen Gesprächen und umfassender Motivationsarbeit verbunden. Die Regelmässigkeit der Anleitung zur Körperhygiene wird durch entsprechende „Badepläne“ gesichert. Dabei wird vom Personal auch darauf geachtet, dass die Kleider ggf. gewechselt werden. Deutlich wird in der Graphik, dass der Anteil der Betreuten, die zur Pflege angeleitet werden müssen, innerhalb der letzten Jahre stark zugenommen hat. Mittlerweile muss etwa die Hälfte der Bewohner zur Hygiene angeleitet werden.

Der Anteil der Bewohner, der umfassender Pflege bedarf, lag im Jahr 2004 bei 21% (**Umfassende Pflege**). Dies bedeutet täglichen Bettwäschewechsel, Inkontinenzpflege, umfassende Körperpflege, Begleitung zu Arzt- und Behandlungsterminen, teilweise Versorgung der Bewohner mit Essen (d.h. Darreichen der Verpflegung bis hin zum „Füttern“). Aber auch andere komplexe Aufgaben gehören zur umfassenden Pflege: die Erfassung des pflegerischen Bedarfs, ggf. die Beschaffung von medizinischen Hilfsmitteln und die Unterstützung und Motivation der Bewohner bei der Akzeptanz und Nutzung der Hilfsmittel.

Die Zimmerhygiene ist eine weitere wesentliche Betreuungsaufgabe der Pflegekräfte im Haus. Dieser Arbeitsbereich ist allerdings weitaus komplexer, als er zunächst erscheint. Die eigentliche Hygiene des Zimmers ist nur ein Teil der zu erfüllenden Aufgabe. Neben den Säuberungsarbeiten werden, oft zusammen mit den Bewohnern, die Schränke aufgeräumt oder alte, angesammelte Vorräte von Essensresten etc. entsorgt. Das Sammeln von Speiseresten oder Getränke- und Getränkeresten ist bei vielen Bewohnern, auch bedingt durch die frühere Situation des Lebens auf der Straße, sehr oft zu beobachten. Hier sind komplexe Verhaltens- und Angstmuster die Beweggründe für das gezeigte Tun. Entsprechend sensibel muss mit diesem Verhalten umgegangen werden. Wenn wir also beobachten, dass der Anteil der Bewohner, die zur Zimmerhygiene angeleitet werden müssen, angestiegen ist, bedeutet dies oft mehr als nur die Aufforderung des Personals an den Bewohner, das Zimmer aufzuräumen (**Zimmerhygiene Anl.**). Dahinter steht oft die Unfähigkeit der Bewohner, sich von Dingen zu trennen und die teilweise differente Wahrnehmung. Allerdings sehen wir uns in der Arbeit bestätigt, denn in nahezu allen Fällen fühlen sich die Betreuten entlastet, wenn das Zimmer nochmals

aufgeräumt wurde. Dazu ist auch anzumerken, dass viele Bewohner ihre Zimmer mit sehr viel Liebe und Engagement wohnlich gestalten.

Wesentlich höher geworden ist der Anteil der Bewohner, deren Zimmer im Abstand von 7 bis 14 Tagen oder deren Zimmer in 3 bis 4-tägigen Abständen vom Personal grundgereinigt und ggf. entmüllt werden muss (**Zimmer akt. Personal**). Anders formuliert: Der Bedarf an Betreuung ist massiv angestiegen, gleichzeitig ist es aber auch durch die erhöhte Personalausstattung möglich, frühzeitiger Bedürfnisse der Bewohner zu erkennen und zu erfüllen. Die gemeinsame Arbeit (z.B. beim Zimmerputz) bedeutet oft auch eine wichtige Naht- und Kontaktstelle zwischen Personal und Betreuten und schafft häufig eine Vertrauensbasis. Es zeigt sich jedoch, dass der Anteil der Bewohner, die bei der Zimmerhygiene aktiv unterstützt werden müssen, innerhalb von 8 Jahren von 10% auf über 75% angestiegen ist.

Insgesamt zeigt sich für den Pflegebereich, dass die vor einigen Jahren durch den Kostenträger gewährte Personalaufstockung die Versorgung auf dem notwendigen Niveau sichert. Sehr bewährt hat sich die Einrichtung des permanenten Nachtdienstes, der sowohl die Versorgung wie auch die Sicherstellung der Betreuung in der Nacht darstellt. Gerade kognitiv eingeschränkte Bewohner, die nachts im Haus umherirren, bedingt auch durch psychische Erkrankungen, können nun betreut und begleitet werden.

Die weitere Entwicklung für die pflegerische Hilfe muss für die nächsten Jahre weiter beobachtet und dokumentiert werden. Immer stärker tritt das Ziel der Verhütung von Verschlimmerung in den Vordergrund.

Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzten

Von nicht unerheblicher Bedeutung in der Versorgung älterer Wohnungsloser ist die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Mitarbeitern der Pflege.

Die oft mangelnde Compliance der Bewohner in der Langzeithilfe stellt die Pflege vor besondere Probleme.

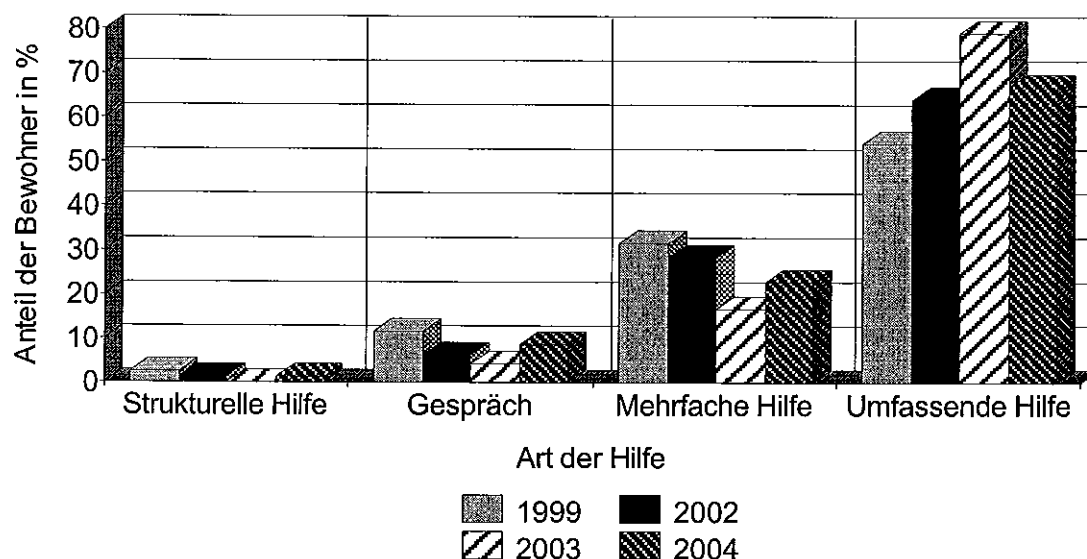
In der ärztlichen Versorgung steht der direkte Kontakt zwischen Patient und Arzt im Mittelpunkt. Diese Dyade Arzt-Patient gilt gemeinhin als die Basis des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Oft werden die im direkten Arzt-Patient-Kontakt vereinbarten Maßnahmen nur unzureichend vom Patient durchgeführt. Konkret heißt das, dass der Patient angibt, die vereinbarten Maßnahmen im Heilungsprozess durchzuführen (Verbandswechsel, Medikamenteneinnahme). Gleichzeitig stellt der Arzt jedoch fest, dass der Heilungsprozess nicht den erwarteten Stand erreicht hat. Hier gilt es, will man die Compliance in der Langzeithilfe spürbar verbessern, die Pflegekräfte in die Besprechungen zwischen Arzt und Patient mit einzubeziehen. Diese Arzt-Patient-Dyade muss in bestimmten Fällen zum Wohl des Patienten erweitert werden. Der informelle und formelle Austausch zwischen Arzt und Pflegekraft ist dringend angezeigt.

Sozialpädagogischer Hilfebedarf

Ein weiterer wichtiger Teil der Arbeit in der Langzeithilfe ist die sozialpädagogische Betreuung. Alleinige Pflege und Sauberkeit lösen die Probleme und die Aufgaben, vor die uns die Bewohner stellen, nicht. Der betreute Personenkreis ist insgesamt deutlich dem Kreis von Mitmenschen

zuzuordnen, die der Gesetzgeber als Menschen bezeichnet, bei denen besondere Lebensverhältnisse, die mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, vorliegen (vgl. SGB XII § 67). Dies bedeutet, dass die pädagogischen Hilfen wesentlichen Anteil an der Arbeit haben. Im Einzelnen wollen wir nachfolgend die Bedarfe darstellen und interpretieren. Um den Grad der pädagogischen Unterstützung zu präzisieren wurde je nach Bedarf unterschieden in **Strukturelle Hilfe**, **Gespräch**, **Mehrfache Hilfe** und **Umfassende Hilfe**. Diese Operationalisierung des Unterstützungsbedarfs wurde auch für die nachfolgenden Erhebungen verwendet.

Unterstützung bei Behördengängen Pädagogischer Hilfebedarf

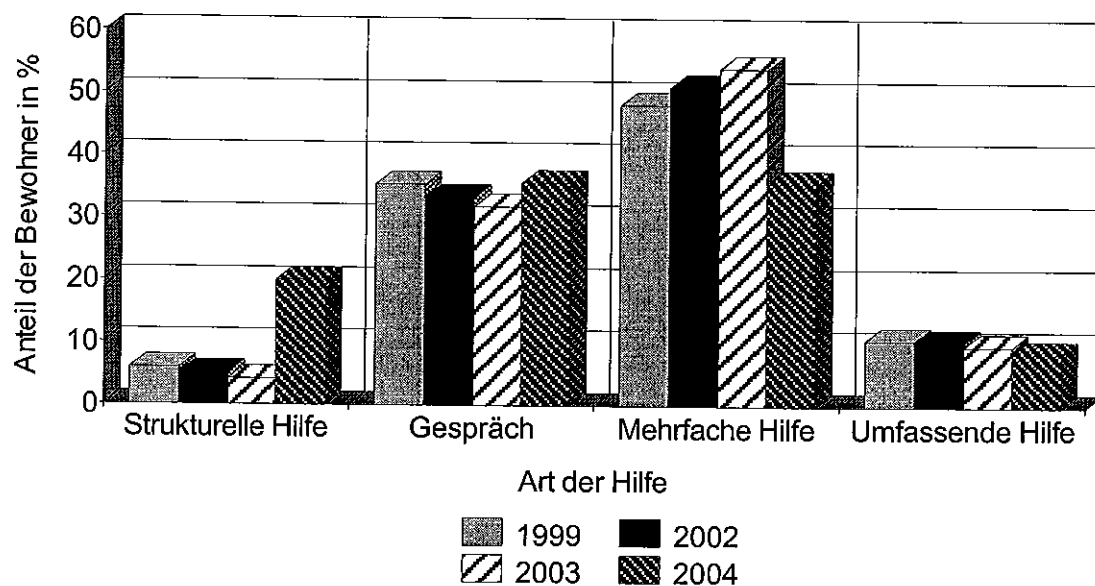


Behördengänge sind für viele Bewohner ein nahezu unüberwindliches Hindernis. Oftmals liegen hier negative Erfahrungen zugrunde. Schon das Ausfüllen amtlicher Formulare bereitet vielen Bewohnern große Schwierigkeiten, sodass sie alleine ohne Hilfe nicht zu Recht kämen. Die Inanspruchnahme von Beratungsstellen bei Behörden oder die Rückfrage bei den Behörden direkt wird ebenfalls vermieden. Es zeigt sich, dass Bewohner, die in unserer Einrichtung nach vielen Jahren auf der Straße hier einen festen Wohnsitz finden, oft genau ab dem Zeitpunkt der polizeilichen Meldung wieder mit den Behörden, sei es im Rahmen von Klärung der Rentenansprüche, Schuldentilgung oder durch Versicherungsfragen, in Kontakt kommen. In dieser Situation müssen viele Betreute durch die Sozialpädagogen begleitet werden. Nur in wenigen Fällen ist die Lebenssituation soweit stabilisiert, dass die Bewohner nur durch den Umstand, dass sie in unserer Einrichtung leben, soviel Stabilität erreichen, die Probleme mit den Behörden aus eigener Kraft zu lösen (**Strukturelle Hilfe**). In vielen Fällen ist wenigstens ein (Beratungs-)Gespräch (**Gespräch**) durch die Sozialpädagogen vor Ort angezeigt. Häufiger bedarf es noch der gezielten Koordination und Anleitung (**Mehrfache Hilfe**); zumeist ist eine **Umfassende Hilfe** mit der Übernahme von Aufgaben und Regelung der Vorgänge durch die Fachkräfte notwendig.

Dabei wird der jeweilige Bewohner, soweit es möglich ist, am Prozess beteiligt. Ziel der Arbeit ist es, die Bewohner im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten bei der Besorgung der Angelegenheiten (z.B.

Zahlungsverpflichtungen etc.) möglichst lange zu beteiligen und ihre Selbständigkeit und damit auch das Selbstwertgefühl zu unterstützen. Es ist die Erwartung, dass sich die Bewohner an der Regelung ihrer Angelegenheiten beteiligen. Dies steht im Mittelpunkt der Bemühungen, nicht die ausschließliche Versorgung. Erst wenn die Bewohner nicht mehr in der Lage sind, im erwarteten, oft trotzdem sehr geringem Umfang ihre Angelegenheiten mit zu regeln, werden Aufgaben von uns vollständig übernommen und ggf. z.B. bei ungeklärten Vermögensfragen, die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers beantragt. Letztlich stellen wir in unserer Einrichtung fest, dass der Bedarf an **umfassender Hilfe** in diesem Bereich immer mehr ansteigt und inzwischen fast 70% der Bewohner betrifft.

Unterstützung der Tagesstrukturierung Pädagogischer Hilfebedarf



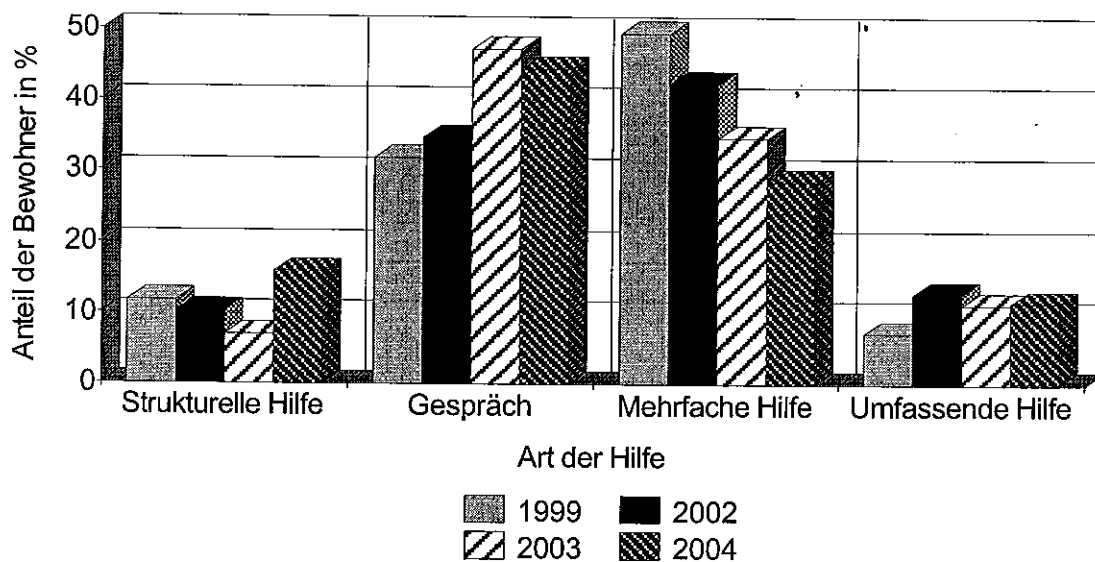
In den letzten Jahren sind im Bereich der Langzeithilfen die **Tagesstrukturierende Maßnahmen** in den Vordergrund gerückt. Hinter diesen Maßnahmen verbirgt sich mehr als nur bspw. die Organisation eines Ausfluges oder die Teilnahme an einem Spielenachmittag mit Kaffee und Kuchen. Ein wesentlicher Ansatzpunkt der Hilfe ist es, die Bewohner zunächst überhaupt an die mögliche Teilnahme beim Ausflug heranzuführen. Das entsprechende Angebot muss auf die Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnitten sein und muss keinesfalls dem Freizeitverhalten eines „Normalbürgers“ entsprechen. Wesentlich ist es auch, homogene Gruppen für die Freizeitmaßnahme zu bilden und das geeignete Angebot (Zeitrahmen, Freizeitwert, Begleitpersonal etc.) zu finden. Im Vorfeld ist es häufig notwendig, die Bewohner vorzubereiten. Ideen für den nächsten Ausflug entstehen oft während der vorausgehenden Aktivität. Ähnliches gilt für Maßnahmen im Haus. Mit großem Erfolg führen wir mittlerweile Bastelnachmittage im Haus durch, die gerne angenommen werden. Sinn der Angebote insgesamt ist es, der Langeweile und dem daraus entstehenden erhöhten Alkoholkonsum vorzubeugen. Allerdings machen wir auch die Feststellung, dass manche Bewohner letztendlich ihre Ruhe haben wollen und den Tag selbst gestalten. Trotzdem ist der Bedarf an „organisierter“ Freizeitgestaltung in der Einrichtung sehr hoch. Dadurch steigt, wie wir aus den Äußerungen der Teilnehmer hören, auch die Lebenszufriedenheit. Ausflüge in den Biergarten ohne Bierkonsum sind

möglich, manch einer besucht zum ersten Mal im Leben ein Schloss oder einen botanischen Garten und entdeckt seine Heimatstadt oder die veränderte Umgebung in der unmittelbaren Nähe der Einrichtung.

Die Entwicklung zeigt, dass die Bewohner stärker die Maßnahmen der Tagesstrukturierung mitgestalten und Wünsche äußern.

Die Unterstützung des **Selbstwertgefühls** ist eher unabhängig von äußeren Einflüssen. Krisen mit vermehrtem Alkoholkonsum sind bedingt durch eine immer wieder auftretende Lebensunzufriedenheit, Verlustängste oder mangelndes Selbstbewusstsein. Gehäuft treten solche Ereignisse vor Festtagen oder in der Weihnachtszeit auf. Oft flüchten sich die Bewohner dann in ihre Zimmer, isolieren sich und greifen zum Alkohol. Die Unterstützung des Selbstwertgefühls, die Aufforderung mehr auf sich selbst zu achten, die Herauslösung aus der Isolation ist dann Aufgabe der Sozialpädagogen.

Unterstützung des Selbstwertgefühls Pädagogischer Hilfebedarf

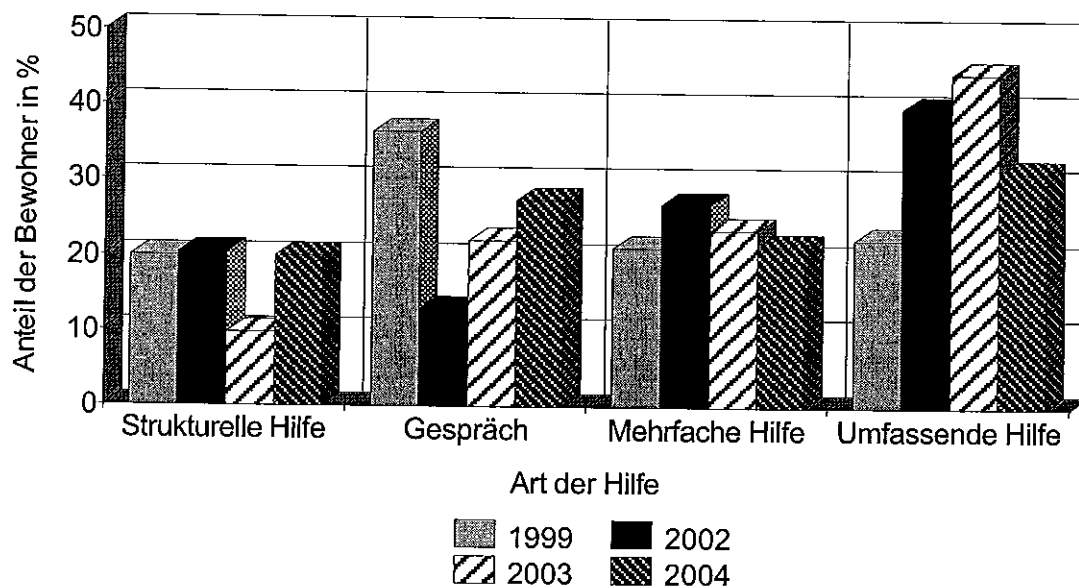


In der Gesamtentwicklung zeigt sich, dass die Stabilisierung des Selbstwertgefühls bei vielen Bewohnern weiterhin zunimmt. Immer häufiger gelingt es, das Selbstwertgefühl durch Gespräche zu unterstützen. Letztlich ist dies auch eine Folge der personellen Absicherung in der Einrichtung (Ansprechpartner sind immer vor Ort).

Die Unterstützung in **Lebenspraktischen Dingen** ist ebenfalls von pädagogischer Bedeutung. Wie bereits geschildert, stellt die Hygiene in den Zimmern und die eigene Körperhygiene einen wesentlichen Punkt der pflegerischen Versorgung dar. Hier ist jedoch auch die Zusammenarbeit der Pflegekräfte mit den Sozialpädagogen wichtig. Die gemeinsame Intervention bei den Bewohnern, die

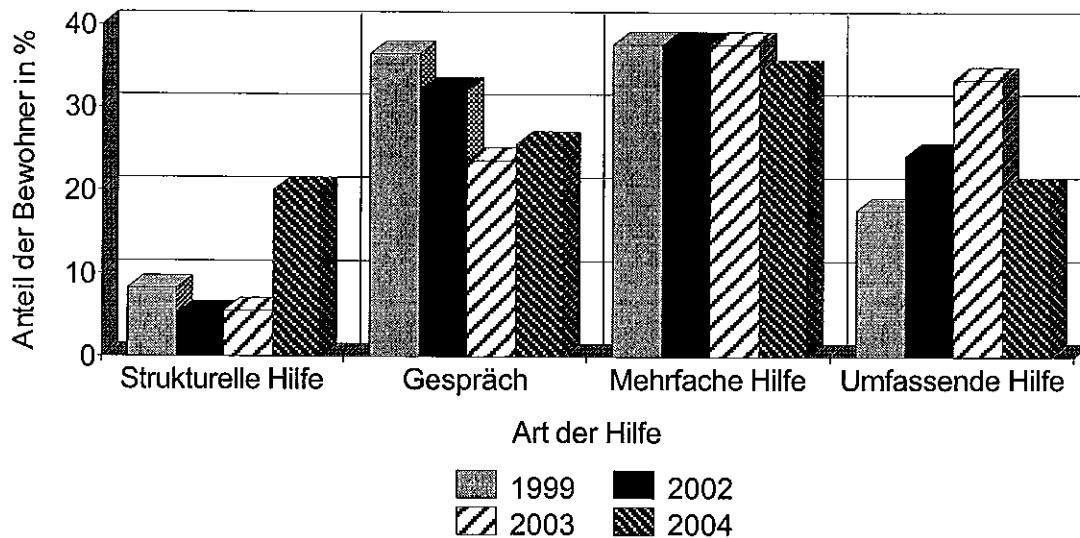
gemeinsame klare Linie im Umgang mit den Bewohnern und auch die Begleitung z.B. bei Kleidereinkäufen sind von großer Bedeutung. Aufgrund solcher Aktivitäten lernen die Bewohner wieder ihre Bedürfnisse zu artikulieren, ein Handlungsspektrum zu erkennen und Entscheidungen zu treffen. Ähnliche Anleitung ist bei den Bewohnern im Umgang mit Werbesendungen durch die Post zu leisten. Immer wieder stellen wir fest, dass sie den Versprechungen von Werbetreibenden glauben und über die Maßen hinaus Artikel bestellen. Nur durch die Gespräche mit den Sozialpädagogen kann den betroffenen Bewohnern klargemacht werden, welche Auswirkungen diese Einkäufe haben. Im Rahmen der lebenspraktischen Hilfen sind auch die Ausflüge und tagesstrukturierende Maßnahmen zu sehen. Lebenspraxis heißt für viele Betreute auch die Teilnahme am sog. „normalen Leben“, ohne als Wohnungsloser stigmatisiert und erkannt zu werden. Auch hierzu leisten wir sozialpädagogische Hilfe.

Lebenspraktische Hilfe Pädagogischer Hilfebedarf



Die **Motivationshilfe zur Annahme von Pflege** soll hier die Unterstützung und Begleitung zur Annahme von ärztlicher und/oder pflegerischer Hilfe sein. Viele betreute Bewohner müssen von Mitarbeitern unterstützt und begleitet werden, sollen sie pflegerische Hilfen annehmen. Die Einsicht in die Notwendigkeit der Hilfe ist oft nicht vorhanden. Die Konsultation eines Arztes wird, ebenso wie ein drohender Krankenhausaufenthalt, oft sehr lange herausgezögert. Hier muss die Angst vor dem Arzt oder dem Krankenhaus genommen und Sicherheit vermittelt werden. Die Furcht, den Heimplatz zu verlieren oder nicht mehr in das angestammte Zimmer zurückzukehren ist bei vielen Betreuten, wenn auch unbegründet, vorhanden. Über die Folgen einer unbehandelten Wunde oder den verschobenen Arztbesuch muss ebenfalls aufgeklärt und fachlich interveniert werden.

Motivation zur Annahme von Pflege Pädagogischer Hilfebedarf

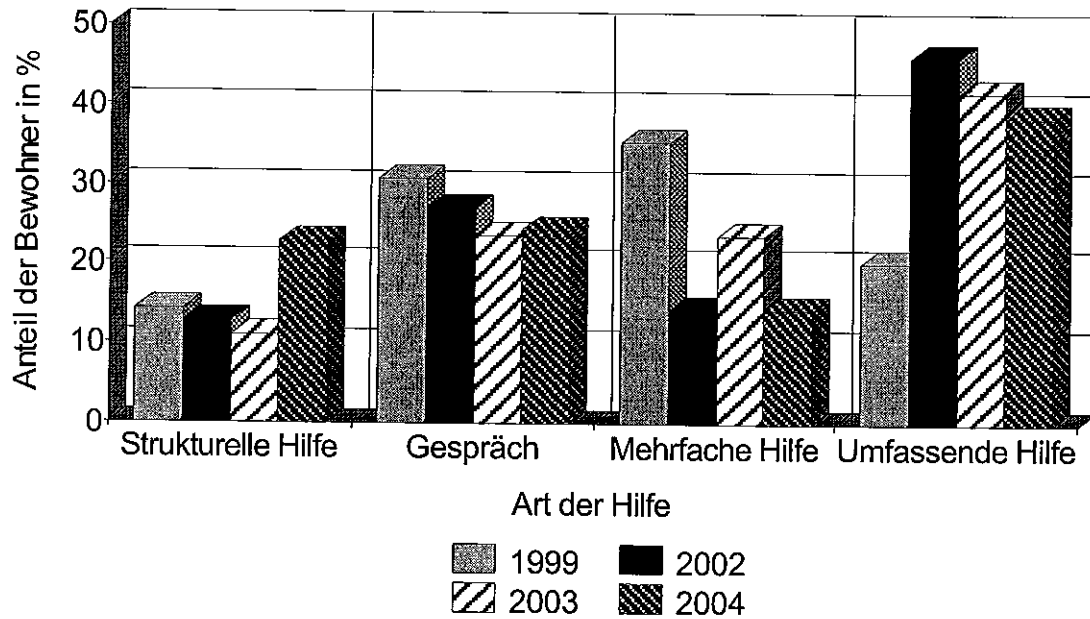


In ähnlichem Zusammenhang ist auch die **Hilfe bei Psychischer Erkrankung** zu werten.

Psychische Erkrankungen haben ebenfalls große Bedeutung in unserer Einrichtung. Die Beobachtung des Verhaltens bestimmter Bewohner kann Hinweise auf die psychische Gesundheit geben. Hier wird dann so früh wie möglich der Facharzt zu Rate gezogen. Die Vermittlung in die ärztliche Behandlung bedarf dann oft der intensiven pädagogischen Zuwendung.

Der **Umgang mit Alkohol** ist in der Einrichtung, die als sog. „nasse Einrichtung“ konzipiert ist, ein tägliches Problem im Umgang mit den Betreuten. Wesentlich hierbei ist, aus medizinischen Gründen, Trinkexzesse zu verhindern. In regelmäßigen Gesprächen, aber auch durch Maßnahmen wie Einteilung des „Taschengeldes“ (in Absprache mit den Bewohnern) wird versucht, dem Suchtverhalten entgegenzuarbeiten. Der Griff zum Alkohol bei vielen Betreuten durch aktuelle, individuell belastend empfundene Situationen geprägt. Gerade hier ist die Hilfe der Sozialpädagogen von Bedeutung, wobei auch andere Bezugspersonen, insbesondere aus der Pflege, Einfluss auf das Trinkverhalten der Bewohner nehmen. In seltenen Fällen können Bewohner auch zum Alkoholentzug vermittelt werden. Leider ist die Prognose für eine weiterführende Therapie mit dem Ziel eines „trockenen Lebens“ aufgrund der persönlichen Biographien und der langen Alkoholabhängigkeit eher schlecht. Hier zeigt das Programm des „Kontrolliertes Trinken“ im Rahmen der zieloffenen Suchtarbeit neue Wege auf.

Unterstützung beim Umgang mit Alkohol Pädagogischer Hilfebedarf

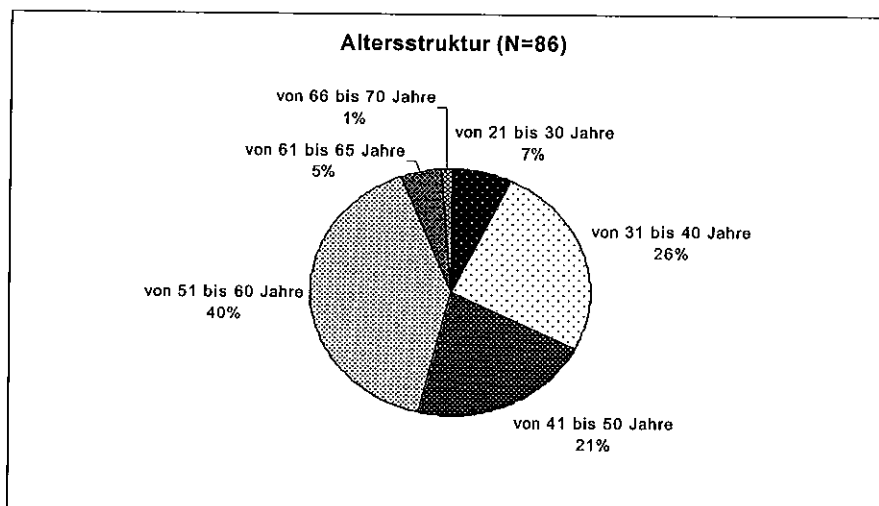


Ergänzend soll nun auch die Situation im Haus an der Knorrstraße erörtert werden

4.2. Bedarfe im „Haus an der Knorrstraße“

Das Haus an der Knorrstraße wurde 2004 als Einrichtung für psychisch kranke wohnungslose Männer mit 51 Plätzen eröffnet. Es soll der besonderen Bedarfslage von psychisch kranken wohnungslosen Menschen entgegenkommen. Der Konsum von Alkohol ist erlaubt.

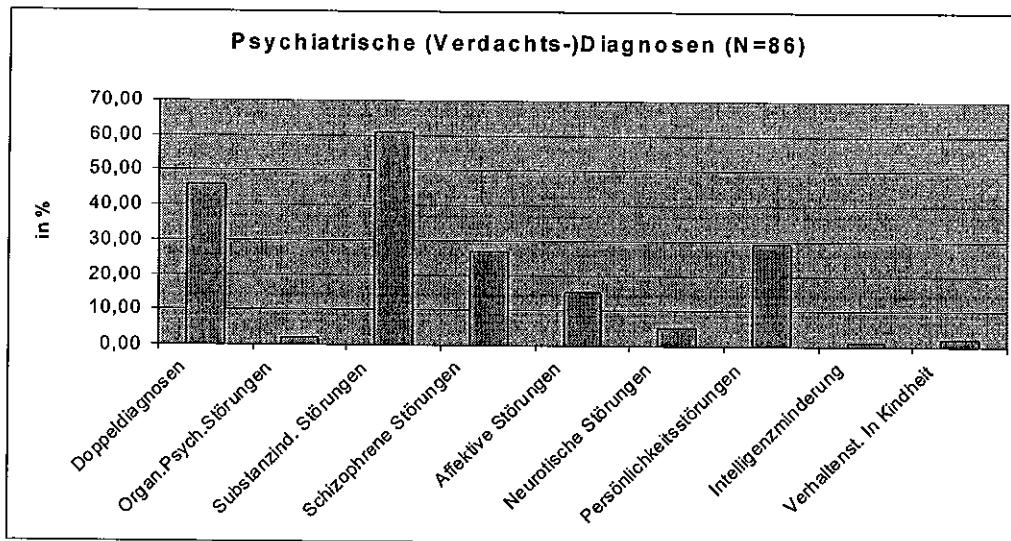
Die Altersstruktur wies folgendes aus:



Entnommen Jahresbericht Haus an der Knorrstraße 2006

Das Durchschnittsalter lag 2006 bei 44,8 Jahren (2005: 47,1 Jahre; 2004: 44,2 Jahre). Der Anteil der älteren, wohnungslosen Männer (51 bis 70 Jahre) betrug 46%. Hier wird deutlich, dass die Versorgung älterer Menschen nicht nur ein Problem der sog. Langzeithilfe ist, sondern auch die „vorgeschalteten“ Hilfesysteme erreicht hat.

Die psychischen und suchtspezifischen Problemlagen stellten sich, wie im Diagramm aufgezeigt, dar:



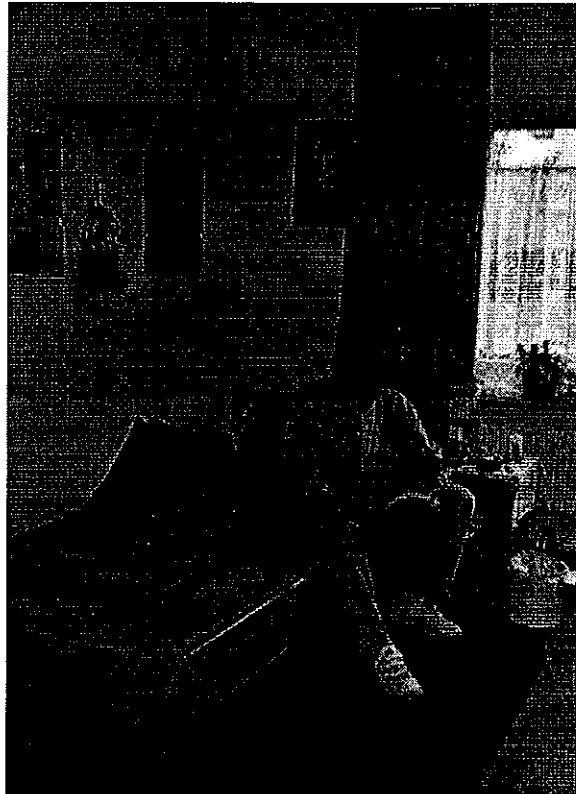
Entnommen Jahresbericht Haus an der Knorrstraße 2006

Insbesondere teilweise unbehandelte Doppeldiagnosen und substanzinduzierte Störungen unter den Klienten prägen den Ansatz der pädagogischen Arbeit.

Viele Bewohner (45%) siedelten nach dem Auszug wieder in eine nachgehende Einrichtung über. Dies waren häufig Einrichtungen der Langzeithilfe, in einigen Fällen Suchttherapeutische Einrichtungen.

5. Abgeleitet Erkenntnisse, Ausblick und Zusammenfassung

Im Rahmen der Ausdifferenzierung der Hilfe wurden in der Langzeithilfe neue Standards entwickelt. Soll adäquate Hilfe greifen, muss bspw. eine adäquater Rückzugsraum, aufgrund der besonderen Problemlagen, idealerweise das Einzelzimmer gewährt werden. Diese Entwicklung wurde durch die wissenschaftlichen Erkenntnisse, aber auch durch den offensichtlichen Hilfebedarf von älteren wohnungslosen Menschen forciert.



Einzelzimmer (Haus an der Knorrstraße)

Dies stellt unter anderem die Voraussetzung dafür dar, dass entsprechende Hilfe im Rahmen der (zieloffenen) Suchtarbeit, der Tagesstrukturierung, der pflegerischen Versorgung und der Beschäftigung gewährt werden kann.

Erfolge in der Projektarbeit auch mit älteren wohnungslosen Menschen heben der Motivation und Zuversicht.



Gartenbauprojekt (Haus an der Knorrstraße)

Langzeithilfe ist fester Bestandteil in der Wohnungslosenhilfe und bietet adäquate Hilfestellung, wenn die Versorgung der betreuten Klienten in anderen Hilfesystemen scheitert.

Wichtig erscheint mir allerdings, dass nicht die Finanzierungsgrundlage das entscheidende Kriterium ist, sondern der individuelle Hilfebedarf. Hier muss der Kostenträger entsprechend einbezogen werden.

Langzeithilfe für ältere Wohnungslose hat sich auf veränderte **strukturelle Bedingungen** einzustellen, d.h. konkret:

- **Duldung von Alkoholkonsum bei gleichzeitiger Hilfestellung (z.B. zieloffene Suchtarbeit)**
- **Vernetzung mit anderen Versorgungseinrichtungen**
- **Verbesserung der baulichen Situation**
- **Orientierung am Heimgesetz/Integration der Heimaufsicht**
- **Positionierung der erbrachten Leistungen gegenüber dem Kostenträger**
- **Entwickeln von Visionen, wie Langzeithilfe in der Zukunft gestaltet werden soll.**

Auf der **personellen Ebene** sind ebenfalls veränderte Bedingungen festzustellen:

Die **Pflege sollte integrativer Bestandteil der Gesamtversorgung** sein.

Hauswirtschaft/Hausmeisterei sind Bestandteil der Gesamtversorgung im Rahmen der **Beschäftigung und Arbeitsanleitung**.

Die **Sicherstellung der Versorgung „rund um die Uhr“** ist zu gewährleisten.

Die besonderen Probleme der Klientel machen eine Schulung des nichtpädagogischen Personals und Ärzteschaft notwendig, damit auch schwierige Situationen bewältigt werden können.

Aus den Erfahrungen zeigt sich, dass die Begleitung der Konsiliardienste in der Einrichtung sehr wichtig ist; das alleinige Angebot einer „ärztlichen“ oder „psychiatrischen“ Sprechstunde erreicht die Menschen oft nicht. Hier ist zugehende Arbeit notwendig.

Unter diesen strukturellen und personellen Bedingungen fällt die Einrichtung oft unter die Kontrolle der Heimaufsicht. Hier gilt es gegenüber der Behörde aufklärend tätig zu sein. Die stringente Übertragung von Pflegestandards und Anforderungen des Heimgesetzes aus dem Altenheimbereich in die Langzeithilfe in der Wohnungslosenhilfe ist oft nicht möglich und sinnvoll. Die Reduktion der Versorgung auf reine pflegerische Versorgung ist ebenfalls nicht zielführend. Wie dargestellt, bedarf es der komplementären pflegerischen und sozialpädagogischen Begleitung in der Arbeit mit wohnungslosen älteren Menschen.

Letztlich gilt es folgende Ziele in Auge zu fassen:

- **Neue konzeptionelle Wege gehen.**
- **Freizeitangebote und sinnvolle Beschäftigung anbieten.**
- **Ggf. mit „Zieloffener Suchtberatung“ arbeiten.**
- **Die Bewohner am Heimaltag beteiligen (z.B. Heimbeirat).**
- **Die pädagogische Begleitung sicherstellen.**
- **Adäquate, qualifizierte Personalausstattung mit dem Kostenträger verhandeln und sicherstellen.**

6. Literatur

Fichter, M., Quadflieg, N.: Psychische Erkrankungen bei (vormals obdachlosen) Bewohnern von Heimen des Katholischen Männerfürsorgevereins in München. Eine epidemiologische Studie, München 1997, unveröffentlicht

Fichter, M., Quadflieg, N., Cuntz, U.: Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer, Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 17, 28. April 2000

Giddens, A.: Sociology; Cambridge 2006

Materialien zur Wohnungslosenhilfe Heft 43: Facetten der Wohnungslosigkeit- Zur Gesundheit Wohnungsloser, Bielefeld 2000

Materialien zur Wohnungslosenhilfe Heft 49: Lutz, R.: Langzeitfälle und Langzeithilfen, Bielefeld 2001

Materialien zur Wohnungslosenhilfe Heft 54: Romaus, R.; Gaupp, B.: Psychisch kranke in der Wohnungslosenhilfe, Bielefeld 2003

Münster, V.; Reifferscheid, G.: Es soll alles bleiben wie es ist! Soll es? in: Materialien zur Wohnungslosenhilfe: Und morgen ohne stationäre Hilfen? Band 50, Bielefeld.2001.

Reifferscheid, G.: Langzeithilfe für ältere, (pflegebedürftige), wohnungslose Menschen in: Wohnungslos 2/2006, Bielefeld

Reifferscheid, G.: Jahresbericht 2006, Haus an der Knorrstraße; München

Dr. Gerd Reifferscheid
Katholischer Männerfürsorgeverein München e.V.
Haus an der Knorrstraße
Knorrstraße 26
80807 München

gerd.reifferscheid@kmfv.de