

*Dr. Maria Goetzens*

---

## **Medizinische Versorgung Wohnungsloser**

### **Möglichkeiten zur Vernetzung und Unterstützung durch Lehre und Forschung aus Sicht der Elisabeth-Straßenambulanz**

Die nachfolgenden Ausführungen und Überlegungen basieren auf meiner inzwischen 25-jährigen Erfahrung als Allgemeinärztin in einem niedrighschwelligem medizinischen Versorgungsangebot in der Stadt Frankfurt. Diese Einrichtung ist inzwischen angesiedelt im Zentrum für Wohnungslose der Caritas und arbeitet eng vernetzt mit den dort ansässigen Beratungsdiensten und Angeboten.

Gemäß den, von der AG Medizinische Versorgung Wohnungsloser und dem Fachausschuss Gesundheit der BAGW erarbeiteten Standards für solch niedrighschwellige Einrichtungen und Projekte, ist neben einer Grundausstattung an Räumen, medizinischen und pflegerischen Angeboten und einer vernetzten Arbeitsweise im Zentrum und darüber hinaus mit verschiedenen Diensten der Wohnungslosenhilfe, eine Komm- und Gehstruktur wesentlich konzeptionell verankert.

Die Mitarbeit an verschiedene Positionspapieren der BAGW zur gesundheitlichen Versorgung Wohnungsloser und die Vorbereitung und Durchführungen verschiedener Fachtagungen hat im interdisziplinären Austausch zum einen die bedarfsorientierte Gesamtentwicklung der Elisabeth-Straßenambulanz mit beeinflusst, andererseits konnten so immer wieder eigene Erfahrungen und Beobachtungen aus der Praxis mit einbezogen und veröffentlicht werden.

Daraus ergibt sich zunehmend die Frage, inwieweit nicht regelmäßig und sicher auch von der medizinischen Fachwelt, Lehrenden wie Auszubildenden eine „Großstadtmedizin“ oder die Erfahrungen in der medizinischen Versorgung Ausgegrenzter oder dem medizinischen Regelsystem Fernbleibender mit einbezogen und „nutzbar“ gemacht werden kann.

### **Was könnte Wissenschaft und Lehre interessieren?**

Sicher steht der Personenkreis, über den wir heute hier reden müssen, nicht primär oder gar regelhaft im Interesse von Wissenschaft, Forschung oder Lehre (z.B. in der Ausbildung zum/zur Gesundheits- oder Krankenpfleger/-in oder in der Mediziner/-innen Ausbildung. Sonst hätte sich dieser Impuls bereits erübrigt. Auch die prekäre, besondere Lebenslage vieler Menschen in Wohnungsnot oder in Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit ist meist nur jene bekannt, die sich von Berufswegen mit diesen Menschen befassen. Aus medizinischer Sicht wäre hier das Thema „Resilienz“ durchaus ebenso eine Erhebung wert, wie die bereits in Teilbereichen erfolgte Erfassung von Multimorbidität und Mortalität oder Erklärungsversuche zum gehäuften Auftreten psychiatrischer Erkrankungen innerhalb dieses Personenkreises.

Weitere Themen, die zumindest aus Sicht der „Praktiker“ sinnvoll zu erforschen wären, da sich ggf. andere Handlungsstrategien und politische Forderungen ableiten ließen, wären z.B. der Zusammenhang von Wohnungsnot/Obdachlosigkeit und Morbidität; oder der Einfluss der täglich zu

beobachtenden Zugangsbarrieren zur medizinischen Regelversorgung und ihre mittel- und längerfristigen Folgen.

Gleichzeitig könnten aber auch erfolgversprechende Ansätze wie z.B. im niedrighwelligen psychiatrischen Behandlungsangebot oder die Bedeutung eines zunächst gelingenden Beziehungsaufbaus für eine tragfähige Behandlungsbasis bei des Fachkolleginnen und –kollegen dokumentiert und ausgewertet werden und so vielleicht zu nachhaltigen Änderungen in Ausbildung und Lehre bei medizinischem Fachberufen führen.

Auch die Erforschung von Gewalterfahrungen und anderen Traumatisierungen oder Life-events und ihr Einfluss auf eine Verfestigung einer prekären Lebenslage könnte hilfreich sein, hinsichtlich präventiver oder sonstiger Hilfsangebote und therapeutischer Ansätze.

### **Weshalb „als Basis“ den Kontakt zu Forschung und Lehre suchen?**

Für mich persönlich legt des nicht zuletzt in zwei wesentlichen „Pfeilern“ meines Handelns als Ärztin für Wohnungslose Menschen begründet:

1. Oberstes Ziel ist und muss bleiben: Die INCLUSION aller in unser medizinisches Versorgungsangebot, denn Gesundheit ist ein Menschenrecht!
2. Im Hippokratischen Eid, in dem es heißt: *„I will share my medical knowledge for the benefit of the patient and the advancement of healthcare.“*  
*„I will attend to my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard.“*

Also das, was wir tagtäglich erleben an unzureichender Behandlung, an beachtlichen Heilungsverläufen trotz widriger Umstände, an neuen Wegen in der interdisziplinären Zusammenarbeit, usw. will weiter eingesetzt werden zum Wohl der Patienten und deren Gesundheitsförderung! Damit kann sich Wissenschaft und Lehre dem auch nicht entziehen. Schließlich geht es auch nicht darum, sich selbst zu „entlasten und zu lernen, „besser“ mit allem umzugehen und selbst gesund zu bleiben – das sicher auch aber im Mittelpunkt stehen die Menschen, die sich uns anvertrauen und ihnen gegenüber sind wir einer „gesundheitlichen Versorgung auf höchstem Niveau“ verpflichtet!

### **Vernetzungen und Kooperationen erweitern**

Einrichtungen wie die ESA gibt es viele bundesweit und die meisten, die ich kenne, arbeiten eng vernetzt mit den verschiedenen Akteuren die sich um die Betroffenen kümmern. Aber es ist mir wenig bis gar nicht bekannt, dass es nachhaltige Vernetzungen (über einzelne Promotionen, Erhebungen, Studien hinaus) zwischen niedrighwelligen Einrichtungen, die sich um die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen kümmern und Universitäten, Hochschulen, Fachhochschulen gibt.

Ich denke da tatsächlich an ein gegenseitiges Geben und Nehmen und ein gemeinsames Grundanliegen, das – zugegebenermaßen- zunächst definiert werden müsste!

### **Was könnte also geschehen, wenn wir solche Vernetzungen und Kooperationen aktiv suchen?**

1. *Dokumentieren – Kommunizieren – Analysieren, was ist*

Gemeinsam, bereichert um den Blickwinkel, die Methodik und mit vielen könnten wir z.B. dokumentieren, analysieren und kommunizieren, was sich hinsichtlich einer Exclusion von bestimmte Personenkreisen aus unserer medizinischen Regelversorgung an Konsequenzen für Betroffene wie für Hilfesystem und andere ergibt.

2.) *Aufgreifen und Entwickeln von neuen Ansätzen in Behandlung und Pflege*

(Pflege- u. Behandlungsstandards in niedrighschwelligen medizinischen Einrichtungen als „best practice“)

Viele bewährte „best practice“ z.B. im Umgang mit psychiatrischen Klienten, könnten gesammelt, systematisch aufgearbeitet und nutzbar gemacht werden in Ausbildung und Lehre.

3.) *Erkennen gesellschaftlicher Veränderungen, die sich in Krankheitsbildern und –verläufen widerspiegeln (Ausbildung)*

Regelhafte Ausbildung in niedrighschwelligen medizinischen Einrichtungen von medizinischem Personal und umgekehrt ein regelhafter Austausch mit Kolleginnen und Kollegen im Regelsystem könnte bestenfalls dazu führen, sich als gemeinsame Akteure des gleichen Systems zu begreifen, problemanzeigen gemeinsam anzugehen und geeignete Lösungsstrategien zu entwickeln.

4.) *Publikationen – Öffentlichkeitsarbeit – politische Einflussnahme auf allen Ebenen und mit Gleichgesinnten*

Wenn reine „Erfahrungswerte“ eine wissenschaftliche Fundierung erfahren und in einen gemeinsamen gesellschaftlichen Kontext gestellt werden, könnte dies durch Veröffentlichungen und Diskussionen (z.B. an runden Tischen) nachhaltig Politik und Gesellschaft positiv verändern.

**Welche Aspekte gilt es dabei im Blick zu halten?**

Inhaltlich

z.B. Was bedeuten Erfahrungen von Exclusion aus dem medizinischen Regelsystem auf einen Heilungsverlauf, Morbidität und Mortalität?

Wie erreichen wir jene, die „draußen bleiben“ und nicht unsere Sprache sprechen? ( Sprache und Kommunikation im Gesundheitswesen)

Strukturen

z.B. an welchen bedarfsgerechten Angeboten fehlt es wirklich oder wo müsste sich ein vorhandenes stationäres Angebot (Alten- und Seniorenheime, Suchtkliniken, ambulante Therapieangebote) auch für die Menschen in prekären Lebenslagen öffnen? Welche finanziellen und politische Rahmenbedingungen gibt es, die eine Verbesserung verhindern?

Finanzierung:

Die Sorge um kranke Wohnungslose oder andere Randgruppen findet nicht leicht „offene Türen“, wenn es um nachhaltige Finanzierungsmodelle geht. Vielleicht könnten einzelne „Pilotprojekte“ aufzeigen, worin sich eine dauerhafte Investition mit Blick auf die Menschen tatsächlich lohnt ( Kostensparnis durch präventive Maßnahmen)

Ethische Verantwortung und Rechte

Und schließlich: „Gesundheit ist ein Menschenrecht“

Ermutigend sind einzelne Initiativen und Vorstöße von Wissenschaft und „Akteuren an der Basis“, die schon jetzt Fachdiskussionen anregen, öffentliche Diskussionen stattfinden lassen und vor allem

die kranken Menschen am Rand oder außerhalb unseres Gesundheitssystems in den Blick nehmen. Gleichzeitig wird das so wichtige Thema „Gesundheit“ auch mehr und mehr selbstverständlicher Bestandteil in der Sorge um Menschen in Wohnungsnotfall und Wohnungsnot.

**Aber von einem selbstverständlichen Miteinander sind wir meiner Meinung nach noch weit entfernt.**

### **Gelungenes – Zu Verstärkendes – Verbesserungspotentiale**

Breits heute sind manche Einrichtungen der niedrigschwelligen medizinischen Versorgung „Lernorte“ für zukünftiges medizinisches Personal

- Dies könnte regelhaft geschehen
- Entsprechende Module in den diversen Ausbildungsgängen könnte eingeführt werden

Erfahrungen aus den bereits vorhandenen interdisziplinärer und multiprofessionelle Handlungsansätzen

- Könnten im regelhaften Dialog zwischen stationärem und ambulanten Versorgungsangebot weiterentwickelt, übernommen und etabliert werden
- Die Erarbeitung z.B. eines geeigneten Entlass Management, einer ambulanten palliativen Versorgung könnte die Wohnungslosenhilfe stärker im Blick haben

Suchtkrankenhilfe – Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe

- Arbeiten schon jetzt punktuell zusammen
- Daraus könnten sich neue standardisierte Handlungskonzepte entwickeln lassen

### **Was könnte neu in den Blick genommen werden?**

**Vorhandene Dokumentationen** in den niedrigschwelligen Einrichtungen werden genutzt und wissenschaftlich ausgewertet (auf kommunaler oder überregionaler/bundesweiter Ebene)  
*- dabei ist das Problem der Heterogenität des Datenmaterials zu berücksichtigen*

Möglichkeiten des **Innovationsfonds oder andere Finanzierungswege** für Forschung und Entwicklung können weiter ausgelotet werde und bestenfalls Anwendung finden

**Der Dialog mit und Zusammenarbeit zwischen der DGPH** (Dt. Gesellschaft für Public Health), Wohnungslosenhilfe und Ausführenden einer niedrigschwelligen Medizinischen Versorgung sollte gesucht und genutzt werden.

### **Schlussbemerkung**

Damit es nicht zu einer „schleichenden Zerstörung eines solidarischen Gesundheitswesens „ kommt, sind Plattformen wie dieser Kongress gute Ansätze. Bis hin zu einer Realität wie z.B. in London/UK, wo es die „ Faculty for Homeless and Inclusion Health“ \*(in UK) gibt, ist es noch ein weiter Weg. Aber ein Weg, der sich aus meiner Sicht absolut lohnt!

### **Literatur- und Quellenangaben:**

Caritasverband Frankfurt e.V. (2019): Jahresbericht der Elisabeth-Straßenambulanz

BAG W e.V. (2018): Gesundheit ist ein Menschenrecht. Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation. Positionspapier Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) e.V., Berlin

<https://www.pathway.org.uk/faculty/>

---

### **Kontakt**

Dr. Maria Goetzens

Zentrum für Wohnungslose, Elisabeth-Straßenambulanz, Caritasverband Frankfurt

Klingerstraße 8

60313 Frankfurt

069-2982-2990

[Dr.Maria.Goetzens@caritas-frankfurt.de](mailto:Dr.Maria.Goetzens@caritas-frankfurt.de)

[elisabeth-strassenambulanz@caritas-frankfurt.de](mailto:elisabeth-strassenambulanz@caritas-frankfurt.de)