

*Annehmen*

*nicht  
aufgeben*

# Älterwerden auf der Straße

Die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Hilfe  
für ältere, wohnungslose Menschen

Dokumentation des Fachtages  
des Evangelischen Fachverbandes für Gefährdetenhilfe im Diakonischen  
Werk Bayern

am 15.07.2004 in Nürnberg

Diakonisches Werk  
der Evang.-Luth. Kirche in Bayern e.V.  
Pirckheimerstraße 6  
90408 Nürnberg

Ansprechpartner:  
Oliver Erhardt-Born  
Tel.: 0911 / 93 54 – 439  
Fax: 0911 / 93 54 – 471  
e-mail: [erhardt-born.oliver@diakonie-bayern.de](mailto:erhardt-born.oliver@diakonie-bayern.de)  
[www.diakonie-bayern.de](http://www.diakonie-bayern.de)

Stand: Dezember 2004

MIT LEIB UND SEELE

Ihre  
Diakonie



## Vorwort

Analog der Entwicklung in unserer Gesellschaft lässt sich in der Wohnungslosenhilfe eine stetige Zunahme von alten, kranken und teilweise pflegebedürftigen Frauen und Männern beobachten. Sowohl in ambulanten Diensten als auch in stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wird die Erfahrung gemacht, dass alte und vorzeitig gealterte Frauen und Männer in besonderen sozialen Schwierigkeiten einen spezifischen Bedarf vorweisen und hauswirtschaftliche, pflegerische und sozialpädagogische Hilfeleistungen benötigen.

Die vorliegende Dokumentation des Fachtages des Evangelischen Fachverbandes für Gefährdetenhilfe im Diakonischen Werk Bayern am 15. Juli 2004 in Nürnberg befasst sich mit den Herausforderungen an die Zukunft der Wohnungslosenhilfe und beschäftigt sich mit folgenden zentralen Fragestellungen:

- Welcher Bedarf liegt bei alten und vorzeitig gealterten Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten vor?
- Welche Wohnformen und welche Hilfeleistungen sind notwendig, um eine bedarfsgerechte Hilfe für alte und vorzeitig gealterte Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten zu gewährleisten?
- Welche Möglichkeiten und Grenzen sieht die Altenhilfe in der Versorgung von wohnungslosen Frauen und Männern?
- Welche Finanzierungsgrundlagen sind für eine spezifische Einrichtung von Bedeutung?

Der Evangelische Fachverband für Gefährdetenhilfe im Diakonischen Werk Bayern möchte mit der vorliegenden Dokumentation bei den Leserinnen und Lesern weitere Diskussionen anregen und die Notwendigkeit einer Weiterarbeit an dieser Thematik unterstreichen.

Peter Selensky

1. Vorsitzender des Evangelischen Fachverbandes für Gefährdetenhilfe

## Inhalt

Alt, wohnungslos und krank - Zahlen-Daten-Fakten Prof. Dr. Gerhard Trabert	4
„Älterwerden auf der Straße" - Möglichkeiten und Grenzen der Altenhilfe Dipl. Soz. päd. (FH) Margarete Falkner	12
Langzeithilfen für ältere, pflegebedürftige, wohnungslose Menschen Dr. Gerd Reifferscheid	17
Workshop 1 Spezifische Hilfen für ältere wohnungslose Frauen Ursula Köhler/Nadja Dobesch	21
Workshop 2 Suchtspezifische Hilfen für ältere wohnungslose Menschen Prof. Dr. Arno Drinkmann	24
Workshop 3 Gesundheit und Pflege älterer Wohnungsloser im Vergleich zur Pflugesituation im klassischen Altenheim Thomas Allgaier	26
Positionspapier für eine bedarfsgerechte Versorgung von älteren Menschen in der Wohnungslosenhilfe Peter Selensky	35

## Alt, wohnungslos und krank – Zahlen, Daten, Fakten

Zahl der alleinstehenden wohnungslosen Menschen in Deutschland

(Zahlen für 2002; Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe 2003):

- ca. 150.000 Menschen
- ca. 21 % (ca. 30.000) sind Frauen
- ca. 13 % (ca. 20.000) übernachten im Freien (machen „Platte“); darunter ca. 2.000 Frauen
- ca. 10% sind Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr

### Erkrankungsprävalenzquoten:

Erkrankung	Studien-Prävalenzquoten
Verdauungsorgane (u.a. Ulcus pepticum)	20 % – 45 %
Atmungsorgane (u.a. COLD)	25 % – 70 %
Herz-Kreislauf- Erkrankungen (u.a. Hypertonie)	28 % – 52,5 %
Lebererkrankungen	30 % – 38 %
Hauterkrankungen	8 % – 50 %
Verletzungen	44 % – 62,5 %

### Gründe für die Nichtinanspruchnahme medizinischer Versorgungseinrichtungen (Betroffenenbefragung):

1. Zu große Hemmschwelle in die Praxis zu gehen (Schamgefühl, Angst vor Abweisung)
2. „Kein Vertrauen zu Ärzten“, „nur Tabletten verschrieben“, generell negative Erfahrungen mit medizinischem Fachpersonal
3. „Krankenscheinbeschaffung zu umständlich“, „Rezeptgebühren zu hoch“, zu umständliche Bürokratie
4. „Weil ich gesund bin“, „keine Notwendigkeit“. (Trabert, 1994)

### **Wohnungslose Frauen**

- Hauterkrankungen
- Traumata (oft Misshandlungen)
- Alkoholassoziierte Erkrankungen
- Erkrankungen der Atmungsorgane
- Gynäkologische Erkrankungen
- Erkrankungen des Urogenitaltraktes

### **Gewalterfahrungen wohnungsloser Frauen**

- 56% ausgeraubt
- 34% körperlich angegriffen
- 2/3 sexuell missbraucht
- 1/3 vergewaltigt

### **Alkoholproblematik**

- 1/3 sind alkoholkrank
- 1/3 sind „alkoholgefährdet“
- 1/3 haben keine Alkoholprobleme

### **Im Alter stärkere Auswirkungen des Alkoholkonsums**

- Äthyltoxische Leberzirrhose
- Chronische Gastritis / Ulcus pepticum
- Chronische Pankreatitis
- Ösophagusvarizen (Speiseröhrenkrampfaden)
- Cerebrales Krampfleiden
- Demenz / Korsakow-Syndrom
- Polyneuropathien
- Herz- Kreislauferkrankungen

## Psychiatrische Erkrankungsproblematik

- Ca. 25 –30 % der wohnungslosen Menschen haben eine behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung (Nouvertné)
- US-amerikanische Studie: ca. 2/3 der psychisch kranken wohnungslosen Menschen waren schon vor ihrer Wohnungslosigkeit psychisch erkrankt, 1/3 erkrankt nach Eintritt der Wohnungslosigkeit

## Ursachen für die hohe Erkrankungsquote

### Multifaktorielles patho-genetisches Krankheitsmodell

- Soziale Lebenssituation
- Arbeitssituation (Arbeitsplatzbedingungen)
- Arbeitslosigkeit
- Individuelles Risikoverhalten (Zigaretten- und Alkoholkonsum)
- Life-Event, Coping-Strategien, Social support
- Gesellschaftsstrukturelle Bedingungen

### Alter und Armut:

Von je 1000 Rentnern bekommen eine monatliche Rente von

- 300 bis unter 450 € : 42 Männer und 131 Frauen
- 150 bis unter 300 € : 44 Männer und 187 Frauen
- Unter 150 € : 45 Männer und 112 Frauen

Klamser-Strass (1994):

„Alter (ist) bei Wohnungslosen noch weniger als bei anderen Menschen mit Lebensalter zu erfassen (...). Deutlich wird auch, dass bei diesen Menschen Alter nicht mit Geruhsamkeit, ruhigem Lebensabend zu assoziieren ist. Ältere Wohnungslose sehen sich nach wie vor mit den gleichen Dingen konfrontiert wie zu der Zeit, als sie noch widerstandsfähiger waren.“

## **Untersuchung zur Dauer der Wohnungslosigkeit der mindestens 60-Jährigen**

- Ein Drittel wurde erst in den letzten zwei Jahren zum ersten Mal („Neuauftritt“) oder erneut wohnungslos.
- Fast ein Viertel sind zwischen drei und zehn Jahren wohnungslos.
- Ein Drittel ist seit über zehn Jahren wohnungslos (fast ein Viertel hiervon über 20 Jahren).

## **Wohnungslosigkeit und Alter**

- Der Anteil der Älteren an der Neuauftrittquote nimmt zu.
- Die Reintegrationschance ist um so ungünstiger, je älter der Betroffene ist.
- Sinnvoll ist die Unterscheidung zwischen Langzeitwohnungslosen und Wohnungslosen, die erst kurz vor oder während des Rentenalters wohnungslos wurden.

## **Problembereich: Versorgung alter und kranker wohnungsloser Menschen**

- Zunahme von älteren wohnungslosen Menschen
- Zunahme erkrankter älterer wohnungsloser Menschen (Häufiges Diagnostizieren von fortgeschrittenen Erkrankungen, z.B. Krebserkrankungen, die nicht mehr kurativ, sondern palliativ behandelt werden müssen.)
- Zunahme der Pflegebedürftigkeit
- Versorgungs- und Unterbringungsproblem (Wohnheim, Altenheim, Krankenhaus)

## **Exkurs: GMG Gesundheitsmodernisierungsgesetz**

### **Kanadische Studie (1996):**

Nach Einführung von Zuzahlungen im Jahr 1996 sank die Einnahme lebenswichtiger Medikamente:

- bei älteren Patienten um 9,1 %
- bei Sozialhilfeempfängern um 14,4 %.

Dadurch erhöhte sich die Häufigkeit von medizinischen Zwischenfällen

- bei den älteren Patienten von 5,8 % auf 12,6 %
- bei Sozialhilfeempfänger von 14,2 % auf 27,6 % pro 10.000 Personen im Monat

Die Zahl der notärztlichen Akutbehandlungen aufgrund ausbleibender Versorgung mit notwendigen Medikamenten erhöhte sich

- bei älteren Menschen von 8,5 % auf 19,9 %.
- bei Sozialhilfeempfängern von 69,6 % auf 123,8 % pro 10.000 Personen im Monat

**Häusliche Krankenpflege §37b SGB V** findet bei wohnungslosen Menschen keine Anwendung,

... da sie keinen eigenen Haushalt besitzen und die Anwendung dieses § an diese Voraussetzung, laut Krankenkassenvertretern, gebunden ist.

§ 37b SGB V Abs.: Krankenpflege Wohnungsloser:

„Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs.2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach den Sätzen 1 bis 4 auch dann, **wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt** in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.“

**Ausnahme:**

„Dadurch, dass die Aufnahme vorübergehend und nur zur Durchführung der Behandlungspflege erfolgen muss, wird klargestellt, **dass bei Daueraufenthalt ohne eigenen Haushalt, z.B. in Heimen, weiterhin kein Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege besteht.**“

**Wer zählt als chronisch krank?**

- Wer wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und bei ihm zusätzlich eines der folgenden Merkmale zutrifft:
- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3
- Mindestens 60 % Schwerbehinderung oder mindestens 60 % Erwerbsminderung

- Nach ärztlicher Einschätzung eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne die aufgrund der ständig behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörung
- - eine lebensbedrohliche Verschlimmerung,
- - eine Verminderung der Lebenserwartung
- - oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

### Sozialhilfeempfänger

- Sozialhilfeempfänger in Einrichtungen besitzen zur Finanzierung von Zuzahlungen lediglich das „Schonvermögen“, soweit dies vorhanden ist, und den persönlichen Barbetrag nach §21, Abs.3 BSHG in Höhe von ca. 85 Euro monatlich.
- Regelsatz außerhalb von Einrichtungen ca. 290 Euro monatlich.
- In den erwähnten Sozialhilfesätzen sind aber bisher keine Zuzahlungen für Medikamente oder Heilmittel, Fahrtkosten usw. erfasst.
- Die neue Regelung führt also zu erheblichen Einkommenseinbußen.
- Die Gesundheits-Compliance wird hierdurch zusätzlich verringert.
- Es sind insbesondere diejenigen Sozialhilfeempfänger betroffen, die zum Arzt gehen und Medikamente verschrieben bekommen, also insbesondere kranke, alte, pflegebedürftige und behinderte Menschen.
- Sozial benachteiligte Menschen nehmen schon jetzt seltener teil an Früh- und Vorsorgemaßnahmen und besitzen einen unzureichenden Impfschutz, obwohl diese Leistungen kostenlos sind.
- Bei zusätzlich entstehenden Kosten wird dieser Defizitzustand zunehmen.
- Sozial benachteiligte Menschen zeigen schon jetzt eine niedrigere medizinische Versorgungcompliance (z.B. Medikamenten- Compliance).
- Bei zusätzlich entstehenden Kosten wird sich dieses Verhalten noch verstärken.

## Folgen des GMG

- Durch Armut wird die medizinische Versorgung in Zukunft noch schlechter sein.
- Erkrankungsprävalenzen werden zunehmen.
- Die Sterberate wird sich erhöhen, das Sterbealter für sozial benachteiligte Menschen wird sich senken. Schon jetzt sterben arme Menschen im Durchschnitt 7 Jahre früher als wohlhabende Bürger.

## Konsequenzen

- Stärkere Berücksichtigung des Themas „Armut und Krankheit“
- Vernetzung von Sozial-(Armut-) und Gesundheitsberichterstattung
- Integration des Themas „Armut und Krankheit“ in Forschung und Lehre
- Praktische Umsetzung der Forschungserkenntnisse
- Rechtlicher Einspruch von Betroffenen gegen strukturelle Benachteiligung unterstützen
- Fachöffentlichkeits- und generell Öffentlichkeitsarbeit
- Lobbyarbeit (Kirche, politische Parteien usw.)
- Niederschwellig angelegte medizinische Sprechstunden („vor Ort“) - Arzt geht zum Patienten („Geh-Struktur“)
- interdisziplinäre Versorgungskonzepte (Sozialarbeit & Medizin)
- Einbeziehung der Betroffenen (Ressourcennutzung)
- Reintegration in die medizinische Regelversorgung fördern; trotz Nutzung komplementärer Angebote (keine Etablierung einer „Armutsmmedizin“)
- Zusätzliche Benachteiligungen durch Gesetzesbestimmungen transparent machen; Öffentlichkeitsarbeit

## Mögliche Forderungen für alte, kranke und von Wohnungslosigkeit betroffene

### Menschen:

- Dezentrale Unterbringungsmöglichkeiten für jeweils nur eine kleinere Zahl von Wohnungslosen; generell keine Unterbringung in Massenwohnräumen

- Einrichtung von Pflegebetten in Institutionen der Wohnungslosenhilfe, unter Gewährleistung einer interdisziplinären (Sozialarbeit/Krankenpflege/Arzt) „häuslichen Versorgung“
- Erstellung eines speziellen Pflegekonzeptes
- Einführung eines Notrufsystems
- Stichwort „Menschenwürdiges Sterben“, Sterbebegleitung
- Betroffeneneinbeziehung - Ressourcenorientiertheit - Betroffenenkompetenz  
Einbeziehung von Betroffenen in Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse

Prof. Dr. Gerhard Trabert

Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule Nürnberg

## „Älterwerden auf der Straße" – Möglichkeiten und Grenzen der Altenhilfe

Soziodemographische Daten zu stationären Altenhilfeeinrichtungen in der BRD belegen, dass immer mehr hochaltrige, multimorbide und demenziell erkrankte Menschen in stationären Einrichtungen zu finden sind. Das z. Z. statistisch erfasste „Durchschnittseintrittsalter" in einem Altenpflegeheim liegt bei ca. 86 Jahren (Tendenz steigend!), die Bewohnerschaft ist durch einen hohen Frauenanteil gekennzeichnet (über 80 %), ca. 65 - 75 % der Bewohner sind verwitwet. Diese Zahlen decken sich auch in etwa mit einer Erhebung im Karl-Heller-Stift, die wir im Frühjahr 2003 durchgeführt haben.

Der Eintritt in ein Alten- und Pflegeheim erfolgt aufgrund von Pflegebedürftigkeit. Das bedeutet: Ein Mensch ist so hilflos, dass er für die gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe bedarf. Grundlage ist der Heimvertrag, der zwischen dem zukünftigen Bewohner/der Bewohnerin (oder dessen/deren Betreuer/in) und dem Träger, d.h. dem Erbringer der Pflegeleistungen abgeschlossen wird. Es ist Pflicht einer Einrichtung, diese Leistungen zu erbringen und zu dokumentieren. Gesetzlich verankert ist dies im SGB XI (Pflegeversicherung) und im Heimgesetz. Zudem gibt es „Kontrollinstanzen" wie den MDK und die Heimaufsicht, die jederzeit diese Leistungen ohne Vorankündigung überprüfen können.

Der zu diskutierende Personenkreis leidet nach meinen Erfahrungen in der Regel unter psychischen und durch Alkohol-Missbrauch hervorgerufenen Erkrankungen. Ein typisches Krankheitsbild ist das Korsakow-Syndrom. Es ist durch eine schwere Störung des Kurzzeitgedächtnisses gekennzeichnet, die oft mit Hilfe von Konfabulationen kaschiert wird. Meistens beginnt die Krankheit schleichend, sie kann aber auch plötzlich eintreten. Die Prognose ist häufig ungünstig, da die Betroffenen ihre Trinkgewohnheiten nur sehr ungern verändern.

In einem Alten- und Pflegeheim haben wir es für gewöhnlich mit anderen Krankheitsbildern tun, aber das Korsakow-Syndrom ist auch bei uns bekannt. Zur Zeit leben drei Bewohner mit dieser Erkrankung in unserer Einrichtung. In der Regel sind die (oft männlichen) Korsakowkranken beim Einzug in eine stationäre Einrichtung zwischen

60 - 70 Jahre alt, gehören somit zu der Bewohnergruppe, deren Gesamtanteil (bezogen auf das Durchschnittsalter) unter 10 % liegt. Im Vergleich zu den typischen Demenzerkrankungen nimmt das Korsakow-Syndrom einen kleinen Anteil ein, aber es lassen sich sehr deutlich und detailliert die Möglichkeiten und Grenzen der stationären Altenhilfe für das hier diskutierte Klientel aufzeigen.

Betrachten wir zunächst die Pflegeleistungen. Dazu gehört „Hilfe bei der Körperpflege“, wobei sich die Hilfe an den persönlichen Gewohnheiten des Pflegebedürftigen zu orientieren hat und die Intimsphäre zu schützen ist. Körperpflege umfasst: Waschen, Duschen und Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, das Rasieren. Aufgrund der persönlichen Lebensgeschichte entspricht der Bedarf nach Körperhygiene bei Korsakow-Kranken nicht immer den bürgerlichen Vorstellungen. Als Folge davon steht das Pflegepersonal im Spannungsfeld zwischen „Leistungserbringung“ und „persönlichen Gewohnheiten“ und hat häufig nerven- und zeitraubende Diskussionen über die Notwendigkeit von Körperpflege zu führen. Eine Einrichtung kollidiert somit einerseits mit den Bedürfnissen des Bewohners, andererseits haben wir vertragliche Vereinbarungen und auch die Verpflichtung, den anderen Mitbewohner/innen eine adäquate Wohnumgebung zu schaffen.

#### Hilfe bei der Ernährung

Eine ausgewogene Ernährung ist beim Korsakow-Syndrom selbstverständlich äußerst wichtig. Nach unseren Beobachtungen fällt es dem betroffenen Personenkreis jedoch sehr schwer, sich innerhalb der Einrichtung an Regeln wie z.B. Essenszeiten zu halten. Es passiert immer wieder, dass Korsakow-Kranke zur Essenszeit nicht auffindbar sind.

#### Hilfen bei der Mobilität sowie Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung

Eine stationäre Altenhilfeeinrichtung ist ein „offenes Haus“, für den beschützenden Wohnbereich benötigen wir eine richterliche Unterbringung. Zwei unserer Korsakow-Kranken nutzten diese Umstände, um sich in Gaststätten in der Nähe unserer Einrichtung mit Alkohol zu versorgen.

Die Folge: Alkoholmissbrauch mit Einlieferung ins Krankenhaus. Die Grenzen der „sozialen Betreuung“ sind in diesem Bereich sehr eng und aufgrund der Bedürfnislage von anderen Bewohner/innen auch nicht zu leisten. Der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung kann so nicht wahrgenommen werden, und es stellt sich die Frage, ob ein offener Pflegebereich die richtige Wohnform für einen Korsakow-Kranken darstellt.

Hilfen bei der persönlichen Lebensführung

Aufgrund meiner Erfahrungen zeigen die Betroffenen relativ wenig Interesse an der Umwelt, sie sind geistig eher träge und schwer zu motivieren. Sie sind Einzelgänger, die sich separieren, wenig Antrieb besitzen und am liebsten ihre „eigenen Wege“ gehen. Zu Gruppenangeboten des Sozialdienstes mit 85-jährigen Frauen sagen sie: „Nein danke“.

Aber was sollen sie auch erzählen, wenn es um eine biographieorientierte Gesprächsrunde geht, in der andere von Enkeln und Familie, Ausflügen und besonderen oder schönen Ereignissen aus ihrem Leben berichten? Das Verhalten der Erkrankten ist in diesem Fall gut nachvollziehbar.

Hier wären wir bei den Leistungen der sozialen Betreuung in unserer Einrichtung. Für unsere Bewohnerschaft gibt es von Montag bis Freitag ein umfassendes Betreuungsangebot. Neben den integrativen, also auf den Stockwerken durchgeführten Aktivierungsmaßnahmen (z.B. „Guten-Morgen“-Stunde, Gymnastikrunde, biographie-orientierte Gesprächsrunde, Sitztanz-Gruppen etc.) gibt es einen Heimchor, Kegelgruppen, Koch- und Backgruppen, Gedächtnistraining, Kreativgruppen und einen wöchentlich stattfindenden Cafétériabetrieb mit Livemusik. Jeder Wohnbereich macht einmal im Monat einen Ausflug.

Gruppenangebote haben den Vorteil, dass sich mehrere Bewohner/innen gleichzeitig treffen und somit auch die Kommunikation angeregt werden kann.

Einzelbetreuung erhalten vor allem unsere bettlägerigen Bewohner/innen (Angebote: Vorlesen, Basale Stimulation, Gespräche etc.) und Rollstuhlfahrer/innen. Bei 105 Bewohner/innen hat der Sozialdienst alle Hände voll zu tun, denn die Bedürfnisse der Bewohnerschaft sind z.T. sehr groß. Unsere Korsakow-Kranken, die sich von Gruppen distanzieren, aber sonst häufig noch sehr mobil sind, fallen da leicht durch das „Raster“.

Von einer guten Erfahrung mit einem Korsakow-Kranken möchte ich aber auch berichten: Herr X, mit richterlichem Beschluss im „Beschützenden Wohnbereich“ untergebracht, konnte sich aufgrund der intensiven sozialen Tagesbetreuung in dieser Wohngruppe gut integrieren. Er ist zwar auf Distanz zu seinen Mitbewohner/innen, beteiligt sich aber – wenn auch aus einem gewissen Abstand heraus – regelmäßig an den Aktivitäten der Tagesbetreuung. Gegenüber seinen Mitbewohner/innen ist er hilfsbereit. Unkontrolliertes Trinken ist aufgrund der Wohnform nicht mehr möglich. Mit Hilfe einer guten Tagesstrukturierung, gleichbleibenden Ritualen und sinnvollen Beschäftigungen, wie z.B. gemeinsam kochen und backen, aber auch Feste feiern haben wir einen Rahmen geschaffen, in dem es ihm gut geht und er alt werden kann.

Abschließend möchte ich jedoch nochmals betonen, dass Herr X die Ausnahme darstellt. In einem „normalen“, offenen Pflegebereich untergebrachte Korsakow-Kranke bereiten in der Integration, Pflege und Betreuung häufig große Schwierigkeiten. Die Chance, die Einrichtung verlassen zu dürfen, verleitet oft auch zum Trinken.

Die Möglichkeiten einer stationären Altenhilfeeinrichtung zur Unterbringung von Korsakow- bzw. psychisch Kranken sind beschränkt. Unsere Bewohnerschaft ist in der Regel 20 bis 30 Jahre älter. Viele Bewohner/innen kommen aus dem bürgerlichen Milieu, d.h. sie haben eine andere Sozialisation durchlaufen als Korsakow-Kranke und dementsprechend andere Werte, Normen, Wünsche und Bedürfnisse.

Meines Erachtens müssen für diese problematischen Personengruppen, für deren Unterbringung und Betreuung andere Lösungen gesucht werden.

Dipl. Soz. päd. (FH) Margarete Falkner

Leitung des Sozialdienstes im Alten- und Pflegeheim Karl-Heller-Stift, Röthenbach

Träger: Stadtmission Nürnberg

## Langzeithilfen für ältere, pflegebedürftige, wohnungslose Menschen

Es zeichnet sich für die Zukunft ab, dass in den Einrichtungen die Zahl der älteren Wohnungslosen wachsen wird. Schon heute stehen viele Einrichtungen der klassischen Hilfe nach § 72 vor dem Problem, dass ihr Klientel immer älter wird, die Bedingungen des Arbeitsmarktes den Prozess der Reintegration schwieriger machen und sie plötzlich für Menschen zuständig sind, die dem eigentlichen Ziel der 72er Hilfe nicht mehr entsprechen.

### Entwicklungen in der Langzeithilfe

Immer häufiger kommen Menschen aus sogenannten „normalen“ Wohnverhältnissen ins Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe.

Die alternde Klientel entwickelt entsprechende Krankheitsmuster (Zunahme von typischen Alterserkrankungen) und es kommt zu einem erhöhten Pflegebedarf. Die Integration von „unseren“ Bewohner/innen in allgemeinen Pflegeeinrichtungen scheitert an der „72-Problemik“ (Alkoholabhängigkeit, soziale Probleme im Umgang mit Mitmenschen, Lebensbiographie). Das Scheitern liegt auch darin begründet, dass die in den Langzeiteinrichtungen lebenden Bewohner/innen in der Regel 15 bis 20 Jahre jünger sind als die Bewohner/innen in den Altenheimen und dadurch Konflikte z.T. vorprogrammiert sind. Die Integration der Menschen aus der Langzeithilfe in die klassische Altenhilfe scheitert ebenfalls oft am Alkoholkonsumverhalten.

Im Kollegenkreis wurde jüngst im Rahmen der Konferenz der Wohnungslosenhilfe in Bayern diskutiert, inwieweit die Wohnungslosenhilfe sich auf die Situation einstellen muss, unter verschlechterten Bedingungen Langzeithilfe zu leisten, die nicht mehr unter dem § 72, sondern unter § 11 zu subsumieren ist.

Diese Grundannahme halte ich für völlig falsch. Es gilt gegenüber den Kostenträgern deutlich zu machen, welche spezifischen Hilfeleistungen notwendig sind, ältere Wohnungslose adäquat zu versorgen, oder anders formuliert: Das Aufstellen einer Pflegebadewanne und die Anschaffung eines Medikamentenschrankes allein reichen für eine adäquate Versorgung in der Langzeithilfe nicht aus.

Die nachfolgenden Bedingungen beschreiben die Probleme der Langzeithilfe:

1. Auch ältere Wohnungslose müssen weiter die Folgen Ihrer sozialen Schwierigkeiten tragen, als da wären soziale Isolation, Ausgrenzung in der Gesellschaft, spezifische Verhaltensmuster.
2. Die pflegerische und medizinische Versorgung von Wohnungslosen stellt die Pflegekräfte vor besondere Aufgaben (Zimmerhygiene, Körperhygiene).
3. Die Compliance in der medizinischen Versorgung ist oft unzureichend.
4. Sozialpädagogische Begleitung im Rahmen tagesstrukturierender Angebote, insbesondere aber auch bei der Durchsetzung von Rechtsansprüchen gegenüber Renten- und Kostenträgern, ist dringend angezeigt.
5. Es zeigt sich, dass immer häufiger Menschen aus „normalen“ Lebensverhältnissen, die in Stadtwohnungen vereinsamen und verwaarlosten, in der Wohnungslosenhilfe landen und hier Hilfe suchen.
6. Auf einen massiv ansteigenden Pflegebedarf der Betreuten ist die Langzeithilfe nicht eingerichtet. Häufig ist die Bausubstanz der Einrichtungen ein großes Problem (enge Türen, keine behindertengerechten Zugänge, Raummangel).
7. Die Eingliederung der Betreuten in ein normales Pflegeheim scheitert oft an der Abhängigkeit vom Alkohol und der „72er-Problematik“.

Viele Probleme sind bisher ungelöst. Insbesondere die spezifische demographische Entwicklung stellt die Wohnungslosenhilfe vor besondere Aufgaben.

Immer häufiger treten Krankheiten, die früher eine Seltenheit waren, beim versorgten Personenkreis gehäuft auf. Karzinomerkrankungen nehmen unserer Beobachtung nach sehr stark zu.

Hier müssen Lösungen für die Versorgung gefunden werden. Die Kooperation mit Hospizen bietet sich hier an und ist unserer Erfahrung nach sehr erfolgreich.

### Zusammenfassende Bewertung

Es zeigt sich deutlich, wie sich der Hilfebedarf hin zur pflegerischen Versorgung und sozialpädagogischen Rundumbetreuung mit zunehmendem Alter der Bewohner verändert hat. Der geänderte Hilfebedarf in der Einrichtung und die geringer werdende Möglichkeit zur Mithilfe der Bewohner/innen im Haus machen deutlich, dass eine entsprechende Verstärkung des Personals dringend erforderlich erscheint.

Statt der Mithilfe der Bewohner/innen im täglichen Arbeitsablauf werden auch weiterhin tagesstrukturierende Maßnahmen im Mittelpunkt der betreuenden Arbeit stehen. Tagesstrukturierende Maßnahmen haben wesentliche Bedeutung in der Einrichtung und wirken sich positiv aus. Regelmäßige Ausflüge, Spiele- und Kegelnachmittage, kleinere Festivitäten und die Festtage wie Ostern, Pfingsten und Weihnachten sind willkommene Anlässe in der Freizeitgestaltung. Dazu müssen die Bewohner/innen jedoch qualifiziert angeleitet werden, wie es bei uns auch durch die Sozialpädagogen geschieht.

Es gilt trotzdem folgendes: Das Personal muss auf die Probleme der Arbeit mit psychisch kranken Wohnungslosen fachlich vorbereitet werden (Weiterbildung).

Die räumlichen Bedingungen müssen den neuen Anforderungen angepasst werden. So hat sich das Altenpflegezimmer in unserer Einrichtung in hohem Maße bewährt. Die sich wandelnden Bedürfnisse in sozialpädagogischer und pflegerischer Hinsicht werden entsprechende Veränderungen in der Einrichtung nach sich ziehen müssen.

Insgesamt wird sich die Wohnungslosenhilfe dem Problem der älteren Wohnungslosen stellen und eine adäquate Versorgung anbieten müssen.

Folgende Bedingungen sind in der Langzeithilfe zu verbessern:

auf personeller Ebene:

- Pflege als integrativer Bestandteil der Gesamtversorgung
- Hauswirtschaft/Hausmeisterei als Bestandteil der Gesamtversorgung im Rahmen der Beschäftigung und Arbeitsanleitung.
- Sicherstellung der Versorgung „rund um die Uhr“
- Schulung des nichtpädagogischen Personals einschließlich der Ärzteschaft
- Begleitung der Konsiliardienste in der Einrichtung

auf struktureller Ebene:

- Duldung von Alkoholkonsum und gleichzeitige Hilfestellung
- 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.

Dr. Gerd Reifferscheid

Katholischer Männerfürsorgeverein München e.V.

Haus an der Knorrstraße

Knorrstraße 26

80807 München

gerd.reifferscheid@kmfv.de

## Workshop 1

### Spezifische Hilfen für ältere wohnungslose Frauen

#### Die Klärung des Hilfebedarfs

erfolgt beispielhaft an Fällen, mit denen die Workshop-Teilnehmer/innen in ihren Arbeitsfeldern besonders befasst sind.

Es ergibt sich folgende **Struktur**:

Wohnungslosigkeit, die nicht, wie bei Frauen oft üblich, durch „Unterschlüpfen“ verdeckt wird

Alter der Frauen: 40 bis 85 Jahre

#### Offensichtliche Problemlagen der Frauen:

- somatische Erkrankungen
- psychische Erkrankungen
- Alkoholerkrankungen
- besonders starke Vermüllung

#### Dahinterliegende Probleme/Erfahrungen der Frauen:

- Gewalt- und Missbrauchserfahrungen
- Traumatisierungen
- Abhängigkeitserfahrungen
- Ausgrenzung und Missachtung

#### Notwendige Hilfen, vorrangig aus der Sicht der Betreuenden:

Langzeitwohnmöglichkeiten, verbunden mit:

- medizinischer Versorgung für körperliche Erkrankungen
- pflegerischer Betreuung
- psychiatrischer Versorgung
- Unterstützung im hauswirtschaftlichen Bereich
- Fachlicher Beratung und menschlicher Zuwendung

## Hilfebedarf, vorrangig aus Sicht der wohnungslosen Frauen:

Wohnmöglichkeiten, die

- großen Freiraum,
- Akzeptanz der persönlichen Eigenheiten,
- ein "zur Ruhe kommen"
- und Ansprechpartnerinnen

bieten.

Es stellt sich die Frage, welche Wohnform diesen Hilfebedarfen gerecht werden kann.

Als Referenz wird das Haus Bethanien in München in Trägerschaft des Sozialdienstes katholischer Frauen e. V. vorgestellt. Es ist ein Heim für ältere, ehemals obdachlose oder von Obdachlosigkeit bedrohter Frauen, die nicht mehr alleine leben können und auf Grund ihrer Mehrfachbelastungen sozialpädagogische, medizinische, pflegerische, psychiatrische und lebenspraktische Hilfen benötigen.

Diesem Hilfebedarf werden ein multiprofessionelles Team und die baulichen Möglichkeiten der Einrichtung (Langzeitwohnen) gerecht.

Es gibt 23 Einzelappartements, eine Gemeinschaftsküche und Gemeinschaftsräume. Somit besteht für jede Bewohnerin sowohl die Möglichkeit des Rückzugs, wie auch das Erleben der Gemeinschaft.

Kostenträger ist der Bezirk Oberbayern.

## Zusammenfassung

**Ältere obdachlose Frauen benötigen niederschwellige Wohnformen,**  
in denen sie Schutz und Ruhe haben, das bedeutet,  
spezielle Einrichtungen nur für Frauen;

in denen sie Hilfen im psychosozialen, medizinischen und hauswirtschaftlichen Bereich erhalten, das bedeutet, eine gute, multiprofessionelle personelle Ausstattung;

in denen sie alt werden und auf Dauer wohnen bleiben können, das bedeutet ein Umdenken bei den Kostenträgern der Wohnungslosenhilfe, die in der Regel die Wohn- und Hilfeangebote nur befristet vorsehen.

Ursula Köhler

Sozialdienst Katholischer Frauen, München

Nadja Dobesch

Evangelischer Beratungsdienst für Frauen, München

## Workshop 2

### Suchtspezifische Hilfen für ältere wohnungslose Menschen

Projektgruppe „Kontrolliertes Trinken“ (J. Körkel, A.Drinkmann, U.Gehring, D.König)

#### **Begriffsklärung:**

Kontrolliertes Trinken bedeutet, seinem Trinkverhalten eigenständig Grenzen zu setzen. Eigens entwickelte Programme sollen dafür systematische Unterstützung bieten. Auf diese Weise sollen auch eingeschliffene Trinkgewohnheiten geändert werden.

#### **Beispiel:**

Zieloffene Suchtarbeit mit wohnungslosen Alkoholabhängigen beim KMFV-Katholischen Männerfürsorgeverein München

#### **Die Klienten:**

Lifetimeprävalenzen

- Alkoholmissbrauch: 17,9 % bei Heimbewohnern, 12,5 % der Bevölkerung
- Alkoholabhängigkeit: 46,9 % bei Heimbewohnern, 20,1 % der Bevölkerung

#### **Ausgangslage:**

- Inkompatibilität zwischen der Lebenssituation der Klienten und dem Suchthilfesystem
- Mangelnde Suchthilfekompetenz in der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe
- Aggression und Gewalt als Begleiterscheinung

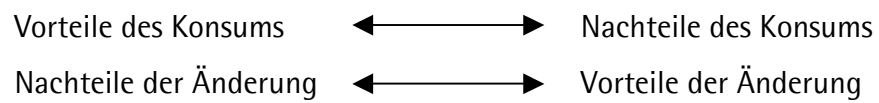
Organisationsentwicklung: 4 Phasen

- Workshop auf Leitungsebene und mit den Projektverantwortlichen
- Einführungsschulung für Mitarbeiter/innen der beteiligten Einrichtungen
- Einführung der Programme in den Einrichtungen
- Supervision der Mitarbeiterinnen

### KT-Programme:

- 10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens
- Ambulantes Gruppenprogramm zum Erlernen des kontrollierten Trinkens - Akt
- Ambulantes Einzelprogramm zum Erlernen des kontrollierten Trinkens - EkT
- Programme für früh chronisch-mehrfachgeschädigte Alkoholabhängige mit adaptierten Materialien: kT-Walk

Grundannahme: Innere Ambivalenz



Prof. Dr. Arno Drinkmann

Evangelische Fachhochschule Nürnberg

arno.drinkmann@evfh-nuernberg.de

## Workshop 3

### Gesundheit und Pflege älterer Wohnungsloser im Vergleich zur Pflegesituation im klassischen Altenheim

Der 4. Altenbericht des Bundesministeriums belegt die demografische Entwicklung, nach der die Zahl der Bürger/innen im dritten Lebensalter überproportional ansteigt und die Zahl der Hochbetagten in den Einrichtungen der Altenhilfe zunimmt.

Senior/innen ziehen dann in ein Altenheim oder in ein Pflegeheim (meist sind die Einrichtungen mit beiden Elementen der Unterbringung und pflegerischen Betreuung konzipiert), wenn sich ihre gesundheitliche Situation verschlechtert und ein Bedarf an Pflegeleistungen entsteht, der im häuslichen Umfeld nicht mehr bewältigt werden kann. Senior/innen erwarten durch die Übersiedlung ins Altenheim eine bessere soziale Einbindung, und insbesondere eine medizinische und pflegerische Betreuung, die ihre Angehörigen von dieser Belastung befreit.

Liegt das Durchschnittsalter der Altenheimbewohner/innen bei weit über 80 Jahren und sind die pflegerischen Leistungen der wesentliche Kernprozess der Institution, mit dem Ziel, somatische Erkrankungen (Demenz, Herz- und Kreislaufbeschwerden, Frakturen) zu behandeln und zum körperlichen, geistigen und seelischen Wohlbefinden beizutragen, zeigt das Bewohnerprofil in der stationären Langzeithilfe ein deutlich anderes Gesicht.

Während die Führungsprozesse und die unterstützenden Prozesse in der Altenhilfe und in der Langzeithilfe der Wohnungslosenhilfe sich entsprechen, ist das Kerngeschäft durch die Bedarfslage der Betroffenen eine andere und dahingehend auf die Steuerung der Hilfeprozesse ausgelegt.

Der Workshop hat das Ziel, vom Leistungsprozess der Pflege ausgehend, die spezifische Bedarfssituation der Langzeithilfe herauszuarbeiten, die Kernprozesse (Leistungsprozesse) der Langzeithilfe zu benennen, und auf der Grundlage der

angesprochenen Möglichkeiten und Grenzen Bausteine für die Weiterentwicklung des Leistungstyps anzudiskutieren.

## I. Der Leistungsprozess: Pflege

Konstitutiv in der Altenhilfe sind die durch die Kostenträger und gesetzlichen Grundlagen (SGB XI, SGB V, SGB II, Heimgesetz) geregelten infrastrukturellen und personellen Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung.

Die Pflegeabteilungen der Altenheime wissen sich in der Ausgestaltung ihrer Hilfe zumeist einem Pflegeleitbild, einem Pflegemodell und einem geschlossenen System an hintereinander ablaufenden Pflegeprozessen verpflichtet.

Während das Pflegeleitbild, dem/der Bewohner/in und dem/der Mitarbeiter/in die Identität des Pflegebereichs, das Wesen des Gesamtprozesses nahe bringt, sind im Pflegemodell wesentliche wissenschaftliche Erkenntnisse mit Komponenten der Pflege zusammengeführt und mit einer ethischen Grundhaltung versehen. Ein in der Altenhilfe häufig angewandtes Pflegemodell ist das Bedürfnismodell von M. Krowinkel, das auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse als Voraussetzung fürs Wohlbefinden/Gesundheit abzielt. Dieses Modell findet Anwendung in der Langzeithilfe der Einrichtung Franziskanerstraße in München.

Der Pflegeprozess selbst verläuft in sechs unterschiedlichen Schritten, in einem wiederkehrenden Kreislauf: Ausgehend von der Pflegeanamnese, der Erkennung der Pflegeprobleme/Ressourcen, der Festlegung von Pflegezielen, der Ableitung von Pflegemaßnahmen, der Pflegedurchführung/Pflegedokumentation, wird der Pflegeprozess einer Erfolgskontrolle unterzogen und beginnt danach wieder von vorne.

Während in der Altenhilfe auf einen reibungslosen Ablauf der Prozesse Wert gelegt wird und dieses System „Störer“ nicht vorsieht, sind gerade in der Langzeithilfe unangepasste und unkonventionelle Verhaltensweisen pflegerische Herausforderungen, die flexibles Handeln und sozialarbeiterisches Know-How erfordern. Hier werden in klassischen

Altenheimen die Grenzen der Leistungsprozesse deutlich, die in einer nur geringen personellen Ausstattung der Sozialarbeit und der ungenügenden Vernetzung der Pflege zur Sozialarbeit liegen.

## II. Stationäre Langzeithilfe

Epidemiologische Untersuchungen über die psychischen Erkrankungen bei (ehemals obdachlosen) Bewohnern in Heimen des Katholischen Männerfürsorgevereins in München belegen hohe Prävalenzraten bei der untersuchten Stichprobe gegenüber der Gesamtpopulation (Studien von Prof. Manfred Fichter, 1998, und Rolf Romaus/Dr. Beate Gaupp).

38,9 % der Personen hatten zum Zeitpunkt der Befragung (4-Wochen-Prävalenz) eine psychische Erkrankung, viele davon eine von Alkohol unabhängige. Neben diesen Doppeldiagnosen gab es auch eine hohe Rate an Mehrfachdiagnosen (4-Wochen-Prävalenz = 20 %).

Ein Vergleich zwischen den unterschiedlichen Einrichtungstypen macht deutlich, dass vor allem kognitive Beeinträchtigungen für die Wohnheime für Ältere signifikant hoch sind.

Die Frage nach der Zielgruppe der Langzeithilfe beantwortet sich sehr schnell, sobald man zu den epidemiologischen Erhebungen statistische Daten der Einrichtung hinzuzieht. Hier zeigt sich, dass der aufgenommene Personenkreis stark vorgealtert ist (durchschnittliches Sterbealter: 64-65 Jahre) und dieser durch das harte Leben auf der Straße und den Bewältigungsstrategien bei einer Suchtmittelabhängigkeit (Alkoholismus) und unter zahlreichen somatischen Erkrankungen (Erkrankungen der Atmungsorgane/Verdauungsorgane/des Herz-Kreislaufsystems/Hautkrankheiten) leidet.

Diese multimorbide Bedarfslage erfordert ein Hilfesystem, das in den stationären Einrichtungen ganzheitlich auf die Problemlagen antwortet und fehlende fachliche Kompetenzen dem Hilfeprozess zuführt.

## 1. Die Steuerung der Hilfemaßnahme

Ein Hilfeprozess, der auf die komplexe Bedarfslage der Bewohner antwortet, setzt ein planerisches Zusammenführen der Einzelprozesse in einer Hilfeplanung voraus.

Dabei werden die verschiedenen Professionen der Einrichtung (Pflege, Hauswirtschaft, Küche, Sozialarbeit, Hausmeisterei, Verwaltung/Leitung) in den Gesamtprozess mit eingebunden und machen Synergien möglich. Die Sozialarbeit leistet in diesem Prozess die Moderation und hat die Federführung in der Dokumentation.

Unterstützend können hier Klientendatenverwaltungsprogramme genutzt werden.

## 2. Das Interaktionsmuster Klient – Profession/Umgang mit sozialen Auffälligkeiten

Die Sozialarbeit leistet hier einen wichtigen Beitrag zur Bearbeitung der Interaktionsmuster, die im Alltag (als Ausdruck psychischer Erkrankung) auftreten und das Personal, insbesondere der Pflege, und ihr „funktionierendes“ System herausfordern. Der Umgang mit Widerstand, Rückzug und Isolation, Verwahrlosung/Vermüllungs-tendenzen, Distanzlosigkeiten/Belästigungen und Aggressivität machen fachkompetente Sozialarbeit und Intervention notwendig. Die personelle Ausstattung der Einrichtung mit einem funktionierenden Sozialdienst trägt wesentlich dazu bei, dass die Probleme bearbeitet werden können, soziale Kompetenz an Mitarbeiter/innen (und Bewohner/innen) vermittelt wird und sich bei den Bewohner/innen die Akzeptanz von Hilfestellung erhöht. Wichtig in diesem Prozess sind vertrauensbildende Maßnahmen, die den Bewohner/innen teilweise die Sicherheit im Umgang mit dem Hilfesystem zurückgeben und erste Schritte zu einer Akzeptanz der Hilfeleistung einleiten.

## 3. Motivation

Wie können wir unser Klientel auf bestimmte Ziele hin motivieren?

Diese Fragestellung begleitet die Mitarbeiter/innen täglich von neuem in der Begegnung mit dem/der Bewohner/in der Einrichtung. Motivation setzt Beziehung und Wahrnehmung der ganzen Person voraus.

In der Einrichtung Franziskanerstraße unterstützen die Dienstplanung (rollierend, keine Dauernachtwachen in der Pflege) und eine Bezugspflege diesen Ansatz .

Methodisch wird dieser Prozess getragen durch den personenzentrierten Ansatz von C. Rogers und dessen Beratungskonzept. Dieser Ansatz stellt einfache, klare Postulate auf (Empathie, Akzeptanz, Kongruenz). Die Anwendung dieser Methode wird vom Berater/von der Beraterin im Alltag als sehr anstrengend erlebt, doch eröffnet sie beim Klienten, dem man „auf gleicher Augenhöhe“ begegnet, die Möglichkeit zur Reifung, Entwicklung und Verhaltensänderung.

#### 4. Umgang mit Sucht

Chronifizierter Alkoholismus wirft die Frage nach einem geeigneten Instrumentarium für einen Personenkreis auf, der seit langen Jahren abhängig ist und bei dem eine Entweder–Oder–Struktur die Kompetenzen übersteigt. In der Regel ist die klassische Suchttherapie mit ihrer Mittelschicht-Orientierung nur wenig geeignet, hier nachhaltig zu einer Veränderung beizutragen.

Neben dem Ansatz der klassischen Suchttherapie findet der Ansatz eines selbst kontrollierten Trinkens („KT“) in den Einrichtungen des Katholischen Männerfürsorgevereins Anwendung, das im Setting der Einzelberatung im Wohnheim Franziskanerstraße durchgeführt wird. Eine Auswertung der Reichweite dieser Angebotsstruktur wird 2005 erfolgen.

Als flankierende Maßnahme sind sinngebende Beschäftigungsangebote Bestandteil des Umgangs mit der Suchtmittelabhängigkeit. In der Zeit der Beschäftigung, so zeigen die Beobachtungen in der Praxis, wird weniger getrunken.

#### 5. Umgang mit psychiatrischer Erkrankung

Langzeithilfe ist in verschiedenen Bereichen auf Fachkompetenz von außen angewiesen. Gerade im Blick auf psychische Erkrankungen setzt das Wohnheim Franziskanerstraße auf die Vernetzung mit der psychiatrischen Versorgungsstruktur.

Durch gezielte Maßnahmen der Personalentwicklung (Fort- und Weiterbildung/Teamberatung) versucht die Einrichtung die Kompetenz aller Mitarbeitenden zu erweitern. Dies schließt die reflektierte Nutzung bestehender psychiatrischer Systeme mit ein.

Durch die Kooperation mit dem Gemeindepsychiatrischen Krisendienst München–Ost ist eine Versorgung ortsnahe vorhanden. Die wirtschaftlichen Einschnitte im Sozialhaushalt der Landeshauptstadt haben dazu geführt, dass diese sektorale Versorgung durch den gemeindepsychiatrischen Verbund zeitlich nur mehr begrenzt angeboten werden kann.

Durch die seit 2004 bestehende Kooperation der Einrichtung mit der Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Haar wird eine Sprechstunde bei einem Psychiater im 4–Wochen–Turnus in der Einrichtung angeboten. Es wird versucht, durch das Zugehen auf den Personenkreis jene zu erreichen, für die der Besuch eines niedergelassenen Facharztes eine zu hohe Schwelle darstellt. Die Kooperation der Versorgungssysteme Sucht und Wohnungslosenhilfe, so zeigt sich am Beispiel München, ermöglicht im Zusammenwirken der Kompetenzen ein auf das Klientel abgestimmtes Versorgungsangebot.

### III. Die Frage nach der Identität der Langzeithilfe

Das Thema des Workshops „Gesundheit und Pflege – im Gegensatz zum klassischen Altenheim“ führt immer wieder zurück zur Frage danach, was Langzeithilfe eigentlich ausmacht.

Was bedeutet Langzeithilfe und welches sind ihre rechtlichen Grundlagen? Definiert man die Zielgruppe als ältere, alleinstehende, wohnungslose Menschen mit erheblichen sozialen Schwierigkeiten sowie mit geistigen, psychischen und/oder somatischen Erkrankungen bzw. Behinderungen, bildet den rechtlichen Rahmen §§ 11,39,(72) des BSHG.

Richtet man den Blick auf ein akutes Bedarfssymptom aus den genannten Problemlagen Wohnungslosigkeit–Behinderung–Soziale Schwierigkeiten, steht nicht mehr die gesamte

Bedarfssituation im Mittelpunkt, und man fragt gleichzeitig nach einer eigenständigen Rechtsgrundlage für die Langzeithilfe. Die Kostenträger sind hier aufgerufen, zur Klärung beizutragen.

#### IV. Bausteine für die Zukunft

Wie soll sich die Langzeithilfe weiterentwickeln – angesichts der dargestellten Situation der stationären Einrichtungen für ältere, ehemals wohnungslose Bewohner im Großraum München? Einige Bausteine sollen an dieser Stelle benannt sein zur weiteren Diskussion.

##### Baustein: Methodisches Arbeiten

Professionelles Arbeiten spiegelt sich in der Qualität von Führung, Planung und Organisation wider. Die Qualität der Dienstleistung kommt beim Klienten dann an, wenn sie auf einem transparenten und verlässlichen Hilfesystem beruht. So ist die Wohnungslosenhilfe aufgerufen, ihre Hilfeprozesse zu steuern und in Hilfeplänen zu dokumentieren.

Das Klientel, die Bedarfsstruktur und die Motivation, Hilfe anzunehmen, legen den Professionellen im operativen Bereich eine Gehstruktur nahe, um die Reichweite des Hilfeangebots zu erhöhen.

##### Baustein: Kooperation

Multiprofessionelles Zusammenarbeiten bestimmt die Organisation der Langzeithilfe in München. Die Abteilungen Pflege, Sozialarbeit und Hauswirtschaft/Küche arbeiten zum Wohle des Klientels vernetzt zusammen. Diese Kooperation muss auch außerhalb der stationären Einrichtungen umgesetzt werden, das heißt, die unterschiedlichen Versorgungssysteme des Sozial- und Gesundheitswesens sollten stärker vernetzt werden. Beispielsweise könnten vertraglich vereinbarte Kooperationen mit der Suchthilfe, der

Psychiatrie und Pflegeeinrichtungen/Hospiz das bestehende Hilfesystem nachhaltig verbessern.

Einrichtungen haben insbesondere bei erheblich pflegebedürftigen Bewohner/innen Probleme bei der Verlegung. Die verschiedenen Hilfsangebote könnten zum Wohle der Klienten besser miteinander kooperieren und sich gegenseitig unterstützen. Möglicherweise wären Altenheime bereit, wenn die entsprechende Kompetenz der Sozialarbeit zur Verfügung stünde, eine Pflegestation für das Klientel der Wohnungslosenhilfe einzurichten.

Baustein: Niedrigschwellige Therapieangebote

Innovative Ansätze in der Beratung und Therapie müssen Fragen des Settings, des Regelwerks, der sozialen Dichte und der Behandlungsmotivation im Blick auf das Klientel der Wohnungslosenhilfe beantworten. Der Ansatz des „KT“ in der Suchthilfe ist für die Einzelfallberatung ein hoffnungsvoller Ansatz, den es auch für ein älteres alkoholkrankes Klientel weiterzuentwickeln gilt.

Baustein: Standort/bauliche Rahmenbedingungen

Neu entstehende Einrichtungen sind oft an einen engen Finanzierungsrahmen gebunden, doch sollte zum Wohle der Klient/innen der Standort der Einrichtung(Land-Stadt) und deren bauliche Infrastruktur besondere Beachtung erhalten. Maßstab für die Qualitätssicherung der Infrastruktur sind in der Heimmindestbauverordnung niedergelegt.

Baustein: Spezielle stationäre Einrichtungen

Die Wohnungslosenhilfe in München zeigt eine starke Ausdifferenzierung, um das sehr heterogene Klientel möglichst optimal versorgen zu können. In Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe finden sich oftmals einige wenige Bewohner/innen mit komplexer

psychischer Störung, die einer besonderen psychiatrischen Betreuung bedürfen. Älteren Bewohner/innen ist zudem eine pflegerische Betreuung zur Seite zu stellen.

Der Bedarf einer weiteren Ausdifferenzierung muss sich allerdings an den Fallzahlen orientieren, diese erheben und auf dieser Basis angemessene Versorgungsstrukturen schaffen.

Die genannten Bausteine sind Entwicklungsschritte, die in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe um München langsam implementiert werden und sich sukzessive in Strukturen festschreiben, die der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen dienen.

Die Evaluation der eingeleiteten (Kern-)Prozesse wird in den folgenden Jahren eine der Hauptaufgaben der stationären Langzeithilfe sein und diese weiter beeinflussen und weiterentwickeln.

Thomas Allgaier

Einrichtungsleiter

Haus an der Franziskanerstraße

Katholischer Männerfürsorgeverein München

## **Positionspapier für eine bedarfsgerechte Versorgung von älteren Menschen in der Wohnungslosenhilfe**

Der Evangelische Fachverband für Gefährdetenhilfe des Diakonischen Werkes Bayern hat am 15.07.2004 einen Fachtag zum Thema "Älterwerden auf der Straße – die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Hilfe für ältere wohnungslose Menschen" in Nürnberg veranstaltet, der auf breites Interesse gestoßen ist.

Hintergrund war die Tatsache, dass parallel zur Entwicklung in unserer Gesellschaft, auch in der Wohnungslosenhilfe, die Zahl alter, kranker und teilweise pflegebedürftiger Frauen und Männer steigt.

Die Fachkräfte der ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe berichten, dass alte und vorzeitig gealterte Frauen und Männer in besonderen sozialen Schwierigkeiten einen spezifischen Bedarf aufweisen und umfassende hauswirtschaftliche, pflegerische und sozialpädagogische Hilfeleistungen benötigen.

Die Ergebnisse des Fachtages waren:

- Ältere, wohnungslose Menschen werden bereits ab dem 55. Lebensjahr als vorzeitig gealtert erlebt. Sie weisen in hohem Maß Doppel- und Mehrfachdiagnosen, kognitive Beeinträchtigungen und Suchterkrankungen auf.
- Mangelnde Gesundheitspflege und krankmachende Lebensbedingungen führen dazu, dass wohnungslose Menschen im Durchschnitt 10 Jahre früher sterben als die übrige Bevölkerung.
- Das Hilfesystem der Altenhilfe ist mehr auf einen reibungslosen Ablauf der einzelnen pflegerischen Hilfeprozesse hin ausgelegt und reagiert mit schneller Ausgrenzung auf unangepasstes Verhalten. In der klassischen Altenhilfe sind die Bewohner/innen in der Regel um 15 bis 20 Jahre älter. Die Integration von älteren, wohnungslosen Menschen in Altenheimen gelingt aufgrund ihrer

besonderen Lebenslage und sozialen Schwierigkeiten kaum. Gerade in der Langzeithilfe stellen auffällige Verhaltensweisen Herausforderungen an pflegerisches und hauswirtschaftliches Handeln dar, die ein hohes Maß an Flexibilität und fundiertes sozialarbeiterisches Know-how erfordern.

- Dauerhafte Hilfe gemäß § 72 BSHG zu begründen, erwies sich gegenüber den Kostenträgern bisher als schwierig. Die Kostenübernahme der Hilfen gemäß § 72 BSHG ist in der Regel zeitlich befristet. Langzeithilfen für ältere wohnungslose Menschen bedürfen jedoch einer klaren und sicheren Finanzierungsgrundlage, die entsprechend den Bedarfslagen auch eine adäquate Versorgung im Alter sicherstellt.

Daher fordert der Evangelische Fachverband für Gefährdetenhilfe den überörtlichen Kostenträger auf die mangelhafte Versorgung von älteren, wohnungslosen Menschen zu thematisieren, um gemeinsam mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege Lösungen zu finden. Der Evangelische Fachverband wirkt bei seinen Mitgliedern darauf hin, dass die Dienste und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe bedarfsgerechte Versorgungsangebote für ältere, wohnungslose Menschen konzipieren und den Auf- und Ausbau geeigneter Hilfeangebote voranzutreiben.

Peter Selensky

1. Vorsitzender des Evangelischen Fachverbandes für Gefährdetenhilfe