

Niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote für wohnungslose Menschen im Gesundheitssystem etablieren und finanzieren

Eine Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe



- 1 Einleitung
- 2 Notwendige Schritte für eine gerechte Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen
- 3 Zugang zur gesundheitlichen Versorgung
 - 3.1 Systembedingte Hürden – Lücken im System
 - 3.2 Besondere Lebenslagen – Besondere Bedarfe
 - 3.3 Prekäre Zugänge – Folgen für Patient:innen
- 4 Merkmale von Niedrigschwelligkeit in der medizinischen Versorgung
 - 4.1 Idealtypische Kriterien
 - 4.2 Niedrigschwelligkeit in der Praxis – Beispiele
- 5 Im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Realität
 - 5.1 Entwicklung der medizinischen Versorgungsangebote
 - 5.2 Finanzierung der medizinischen Versorgungsangebote
 - 5.3 Herausforderungen bei der Etablierung niedrigschwelliger Angebote in das Regelsystem

1 Einleitung

In den letzten Jahren ist der Ausbau niedrigschwelliger Primärversorgungsstrukturen zur Schaffung eines diskriminierungssensiblen Zugangs zu gesund-

heitlicher Versorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen zunehmend in den Fokus der Politik gerückt. Diese Entwicklung bietet Anlass, dafür zu sorgen, dass die bestehenden niedrigschwelligen medizinischen Versorgungsangebote in der Wohnungsnotfallhilfe und die vorliegenden Expertisen auf die politische Agenda gesetzt werden. Das Ziel der niedrigschwelligen Dienste ist sowohl die Sicherstellung einer medizinischen Grundversorgung als auch die Unterstützung und Begleitung betroffener Personen bei der Inanspruchnahme regulärer Gesundheitsversorgung. Eine große Herausforderung niedrigschwelliger medizinischer Angebote ist die unzureichende Finanzierung. Sie können häufig nur durch Spenden sowie den Einsatz ehrenamtlicher Fachkräfte aus Medizin und Pflege aufrechterhalten werden.

Diese Angebote, die sich konzeptionell am Bedarf der Menschen in prekären Lebenslagen orientieren und von medizinischem Fachpersonal durchgeführt werden, müssen finanziell und strukturell in das Regelsystem integriert werden. Sie können dauerhaft eine wichtige Brückenfunktion innerhalb der bestehenden Primärversorgungsstrukturen übernehmen.

Diese Empfehlung beleuchtet die Entwicklung der medizinischen Versorgung für Menschen, die von der Regelversorgung ausgeschlossen sind. Es werden notwendige Rahmenbedingungen beschrieben, die



den Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglichen, sowie Kriterien und Qualitätsmerkmale für eine niedrigschwellige Arbeitsweise ausgeführt.

2 Notwendige Schritte für eine gerechte Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen

Ursprünglich zur „Überbrückung“ konzipierte niedrigschwellige medizinische Angebote sind heute für viele wohnungslose Menschen die einzige Möglichkeit, gesundheitliche Versorgung zu erhalten. Die Angebote haben sich zu einem gut funktionierenden und unverzichtbaren Bestandteil der Primärversorgung entwickelt. Sie müssen gestärkt sowie langfristig in das reguläre Gesundheitssystem integriert werden. Dafür sind – wie oben dargelegt – schrittweise strukturelle, finanzielle und organisatorische Anpassungen erforderlich.

Forderungen der BAG W für eine gerechte Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen:

Gesundheit als Menschenrecht anerkennen

- Gesundheitsversorgung für alle Menschen, unabhängig von Wohn-, Aufenthalts- oder Versicherungsstatus garantieren.
- Konsequente medizinische Versorgungsstandards für Patient:innen ohne eigenen Wohnraum umsetzen.

Nachhaltige medizinische Versorgung gewährleisten

- Zielgruppe in das reguläre Versorgungssystem als wichtigstes Prinzip integrieren.
- Niedrigschwellige, interdisziplinäre, medizinische Angebote für Menschen ohne eigene Wohnung als reguläre Bestandteile der Gesundheitsversorgung integrieren.
- Kooperative Strukturen zwischen den einzelnen Hilfesystemen und Bereichen, z. B. durch Förderung der Zusammenarbeit mit dem Entlassma-

nagement in Krankenhäusern weiterentwickeln und ausbauen.

- Bestehende Versorgungslücken, z. B. auf individueller Ebene mittels Case-Management oder übergeordnetem Care-Management schließen.

Zugangshürden abbauen

- Versorgung an den besonderen Bedarfen und Bedürfnissen wohnungsloser Menschen ausrichten.
- Bestehende Zugangsbarrieren abbauen, z. B.:
 - Begleitangebote für die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen, z. B. Gesundheitslotsen.
 - Sicherstellung des Einsatzes von Sprachmittler:innen, Dolmetscher:innen und digitalen Assistenzsystemen.
- Besondere Bedarfe, z. B. bei Suchterkrankungen oder der gendersensiblen Versorgung abdecken.
- Flächendeckender Ausbau von Clearingstellen zur Klärung des Krankenversicherungsstatus und zur Regulierung von Beitragsschulden sichern.

Niedrigschwellige Versorgungsangebote finanziell absichern

- Langfristige, strukturell gesicherte Finanzierungsmodelle für niedrigschwellige Versorgungsangebote entwickeln.
- Kommunale und bundesweite Versorgungsfonds für nicht krankenversicherte Menschen einrichten.
- Auskömmliche Vergütung für medizinische und soziale Fachkräfte in niedrigschwelligen Angeboten sicherstellen.

Aufsuchende medizinische Versorgung ausbauen

- Aufsuchende medizinische Angebote wie Arztmobile, Zahnarztmobile und Pflegedienste fördern, um schwer erreichbare Zielgruppen zu versorgen.
- Niedrigschwellige Versorgungsformen an das reguläre Gesundheitssystem strukturell und finanziell anbinden.

Qualität und kontinuierliche Verbesserung der Versorgung sichern

- Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Kooperation mit anerkannten Forschungseinrichtungen. Regelmäßiges monitoren und evaluieren.
- Wissenschaftliche Erkenntnisse in politische Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der Versorgungsangebote systematisch integrieren.
- Erfolgreiche Modellprojekte in die Regelversorgung überführen.

Palliativ- und Langzeitversorgung für wohnungslose Menschen sicherstellen

- Zugang zu Palliativ- und Hospizversorgung für wohnungslose Menschen unabhängig von Versicherungsstatus oder Aufenthaltsort verbessern.
- Krankenwohnungen und betreute Genesungsplätze zur medizinischen und pflegerischen Nachsorge ausbauen.
- Pflegeangebote für wohnungslose Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sicherstellen.

Netzwerke und Schnittstellen optimieren

- Vernetzung medizinischer, sozialer und behördlicher Akteure auf lokaler, regionaler und Bundesebene fortführen.
- Bedeutende Schnittstellen im lokalen und übergeordneten Kontext analysieren und optimieren.

Wissenstransfer und Ausbildung fördern

- Verankerung der Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen in Ausbildung und Studium (z. B. durch Famulaturen, Hospitationen, Lehrveranstaltungen) verstärken.
- Regelmäßige Fortbildungsangebote für Mitarbeitende, z. B. im Gesundheitssystem oder der Verwaltung anbieten.
- Interdisziplinären fachlichen Austausch fördern.

Fazit: Eine gerechte Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen kann nur durch strukturelle Anpassungen, gesicherte Finanzierung und verbesserte Zusammenarbeit der relevanten Akteure erreicht werden. Notwendig sind klare politische Entscheidungen auf allen föderalen Ebenen, um niedrigschwellige Angebote langfristig abzusichern und ihre Integration in das Gesundheitssystem voranzutreiben.

3 Zugang zur gesundheitlichen Versorgung

Menschen in Wohnungsnotfallsituationen haben aufgrund struktureller und lebenslagenbedingter Barrieren oft nur einen unzureichenden und zuweilen fehlenden Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung bzw. werden von den vorhandenen Versorgungsangeboten nur schwer erreicht.¹

3.1 Systembedingte Hürden – Lücken im System

Es gibt vielfältige Barrieren zur regulären Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen und insbesondere Menschen, die ohne jede Unterkunft auf der Straße leben. Sie sind besonders anfällig für gesundheitliche Ungleichheiten² (z. B. erhöhte Krankheitsrisiken durch schlechte Lebensbedingungen). Durch Stigmatisierung und Diskriminierung werden diese Ungleichheiten weiter verschärft, was häufig dazu führt, dass diese Menschen weniger Hilfe in Anspruch nehmen. Auch können bestimmte Bedingungen für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung zur besonderen Hürde werden (z. B. Termineinhaltung, Hygienezustand, Krankenversicherungsnachweis, Zeitdruck, Sprachkompetenz).

Eine wesentliche Barriere stellt der ungeklärte bzw. fehlende Krankenversicherungsschutz dar. Obwohl der Gesetzgeber seit dem Jahre 2007 Regelungen zu einem umfassenden Krankenversicherungsschutz erlassen hat, ist die Zahl der nicht krankenversicherten Menschen in Wohnungsnotfallsituationen trotz-



dem hoch.³ Schätzungsweise mehr als eine Million Menschen sind in Deutschland nicht oder nur eingeschränkt krankenversichert. Besonders betroffen sind Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, EU-Bürger:innen, Versicherte mit Beitragsschulden und nicht zuletzt wohnungslose Menschen.⁴ In den niedrigschwelligen medizinischen Angeboten sind oftmals bis zu 70 % der Patient:innen ohne Krankenversicherungsschutz. Diesen Menschen bleibt der Zugang zur bedarfsgerechten medizinischen Versorgung verwehrt. Hinzu kommen die Menschen, deren Versicherungsanspruch aufgrund von Beitragsschulden ruht und nur eingeschränkte Leistungen zur Akutversorgung zulässt.

In den letzten Jahren sind zwar immer mehr Clearingstellen zur Klärung des Krankenversicherungsschutzes auf kommunaler Ebene und teils auch durch die Bundesländer entstanden, allerdings sind sie nicht flächendeckend und verfügen meist nur über begrenzte Ressourcen.

Während niedrigschwellige Versorgungsangebote im ambulanten Bereich den Zugang zur Basisversorgung oft noch absichern können, erweist sich die Regelversorgung durch Krankenhäuser für wohnungslose Menschen oft als unzureichend. Hoher Verwaltungsaufwand und der steigende finanzielle Kostendruck auf Krankenhäuser führen zu Sparmaßnahmen, die den Zugang zu einer medizinisch angemessenen stationären Versorgung besonders für Menschen ohne Krankenversicherung erschweren.⁵ Wenn doch eine Behandlung im Krankenhaus erfolgt, kommt es danach regelmäßig vor, dass Standards des Entlassmanagements vom Krankenhaussozialdienst nicht angemessen durchgeführt werden. Dadurch werden nicht krankenversicherte, wohnungslose Menschen immer häufiger ohne Absprache zur medizinischen Weiterversorgung in niedrigschwellige ärztliche Praxen der Wohnungsnotfallhilfen, in das (ordnungsrechtliche) Notunterkunftssystem oder gar auf die Straße entlassen.⁶

Viele medizinische Leistungen sind trotz Krankenversicherung mit zusätzlichen Kosten verbunden,

die für Menschen in Wohnungsnotfallsituationen eine erhebliche Hürde darstellen können, so dass sie auf Spenden oder andere Unterstützungsangebote angewiesen sind. Hierzu gehören insbesondere Zuzahlungen zu Arznei- und Heilmitteln (z. B. Physiotherapie) sowie zu Hilfsmitteln (z. B. Brillen, Prothesen, Inkontinenzhilfen, Rollstühle). Auch ist die zahnmedizinische Versorgung oft kritisch, da die Festzuschüsse der gesetzlichen Krankenversicherungen häufig nur einen Teil der tatsächlichen Kosten abdecken. Wer sich die Zuzahlungen nicht leisten kann, muss entweder auf eine Behandlung verzichten oder auf möglicherweise qualitativ schlechtere Versorgungsoptionen ausweichen.

Häufiger als in der Gesamtbevölkerung finden sich in der Gruppe der wohnungs- und obdachlosen Menschen Mehrfacherkrankungen, die in der Regel ein multidisziplinäres Behandlungsmanagement erfordern, ebenso wie verschleppte, fortgeschrittene Erkrankungen, die einer zügigen, angemessenen Therapie bedürfen.

Studien belegen hinreichend die hohe Morbidität und das erhebliche Gesundheitsrisiko dieses gesundheitlich besonders vulnerablen Personenkreises.⁷

Alarmierend ist die zunehmende Verelendung obdachloser Menschen, die sich unter anderem in der immer häufiger berichteten Überlastung bestehender Hilfeangebote widerspiegelt. Insbesondere psychisch kranke und/oder suchtkranke Personen sind oft nur schwer durch bestehende Hilfeangebote zu erreichen. Diese Gruppe hat einen hohen Bedarf an medizinischen Primärversorgungsstrukturen. Diese Angebote müssen für sie zugänglich sein – bestenfalls, indem die Angebote aufsuchend tätig sind – und adäquate fachliche Hilfen bieten.

3.2 Besondere Lebenslagen – Besondere Bedarfe

Die Bedarfe von Menschen in prekären Lebenslagen sind häufig geprägt durch besondere Herausforderungen und spezifische medizinische wie soziale Anforderungen.⁸ Unter den Menschen in Wohnungs-

notfallsituationen gibt es verschiedene Gruppen, die besondere oder besonders hohe Bedarfe in der niedrigschwelligen gesundheitlichen Versorgung aufweisen.

- **Frauen:** Sie sind häufiger von geschlechtsspezifischer Gewalt betroffen und benötigen neben Angeboten der gynäkologischen Versorgung und psychosoziale Betreuung auch sichere Räume (z. B. via Frauensprechstunden).⁹
- **Queere Menschen:** LGBTIQ+ Menschen erleben oft Diskriminierung, auch im Gesundheitssystem, und benötigen daher eine sensibilisierte Versorgung, die ihre Identität und spezifischen Bedürfnisse (z. B. hormonelle Behandlungen) berücksichtigt.¹⁰
- **Menschen mit Behinderungen:** Körperliche, kognitive oder sensorische Beeinträchtigungen erschweren den Zugang zu medizinischer Versorgung zusätzlich. Eine barrierefreie und inklusive Versorgung ist hier notwendig.
- **Menschen mit Doppeldiagnosen:** Personen, die z. B. gleichzeitig an einer psychischen Erkrankung und Sucht leiden, haben komplexe und intensive Behandlungsbedarfe, die eine enge Verzahnung unterschiedlicher Versorgungssektoren benötigen.
- **Menschen mit chronischen/langwierigen Krankheitsverläufen:** Sie benötigen eine kontinuierliche und langfristige medizinische Betreuung und Versorgung, die oftmals nicht vereinbar ist mit der Lebenswirklichkeit von wohnungslosen Menschen.
- **Ältere/pflegebedürftige/sterbende Menschen:** Diese Gruppe hat häufig altersbedingte Gesundheitsprobleme, die chronisch und/oder unheilbar sind, oftmals schwere Bewegungsbeeinträchtigungen und/oder andere – mitunter altersbedingte – körperliche Behinderungen wie Sehinderung oder Hörverlust. Viele wohnungslose Menschen im mittleren Lebensalter sind deutlich vorgealtert und leiden an mehreren Erkrankungen. Bei ihnen besteht ein teilweise aufwendiger Pflege- und Be-

treuungsbedarf sowie die Notwendigkeit palliativer Versorgung.¹¹

- **Junge Menschen:** Jugendliche und junge Erwachsene benötigen niedrigschwellige Präventions- und Interventionsangebote, die auf Problematiken junger Menschen (z. B. Entwicklungs- und Suchtproblematiken) abgestimmt und mit Angeboten der Jugendhilfe eng verzahnt sind.

3.3 Prekäre Zugänge – Folgen für Patient:innen

Die komplexen sozialrechtlichen Vorgaben machen es für wohnungslose Menschen fast unmöglich, selbst Ansprüche auf medizinische Leistungen geltend zu machen. Ohne Unterstützung durch Fachstellen bleiben sie oft ohne medizinische Hilfe. Die prekäre Finanzierung niedrigschwelliger medizinischer Angebote hat gravierende Folgen für die Patient:innen, da sie zu eingeschränkter Verfügbarkeit, langen Wartezeiten und fehlenden Ressourcen führt. Ohne ausreichende Mittel können wichtige Behandlungsangebote, Diagnostik, Medikamente und Verbandsmaterial nicht in vollem Umfang bereitgestellt werden. Dies bleibt auch nicht ohne finanzielle Folgen für das gesamte Gesundheits- und Sozialsystem. **Für die Patient:innen bedeutet dies,**

Einschränkungen in der Diagnostik und Behandlung:

- Wenn wichtige fachärztliche Diagnostik wie z. B. spezielle Röntgenaufnahmen, Herzkatheteruntersuchungen oder histologische Analysen nicht oder nur eingeschränkt durchgeführt werden, können chronische Erkrankungen, körperliche Einschränkungen und ein fortschreitender gesundheitlicher Verfall die Folge sein. Dies verschlechtert die Lebensqualität erheblich.
- Schlechte Heilungsverläufe und dauerhafte Schäden, wie Gelenkdeformationen, eingeschränkte Mobilität oder Organschäden, entstehen, wenn notwendige Operationen – z. B. bei komplizierten



Knochenbrüchen – mangels Krankenversicherung nicht durchgeführt werden.

- Erkrankungen, die mit rechtzeitiger Therapie gut behandelbar wären, schreiten ungebremsst fort und können zu schweren Komplikationen oder einem tödlichen Verlauf führen. Dazu zählen Erkrankungen wie HIV, Hepatitis B/C, frühe Krebserkrankungen sowie schwere rheumatische oder psychiatrische Erkrankungen. Aber auch gut therapierbare internistische Erkrankungen (wie z. B. Diabetes, Bluthochdruck) bleiben oft unentdeckt und daher unbehandelt.

Versorgungslücken bei besonderen Bedarfen:

- Ohne kontinuierliche therapeutische Unterstützung geraten Betroffene häufig in akute Krisen, landen in der Notfallmedizin oder der Psychiatrie, erhalten dort aber nur kurzfristige Hilfe. Psychische Erkrankungen verschlechtern sich, das Risiko für Selbstgefährdung, Suizidalität oder gewalttätiges Verhalten steigt.
- Bei Menschen mit Doppeldiagnosen, etwa Sucht und Psychose, erschweren fehlende Abstimmungen zwischen Fachkliniken und ein Mangel an Beratungs- sowie Sozialbetreuungsangeboten eine adäquate Versorgung. Ohne passende Unterstützungsangebote bleiben sie im Teufelskreis aus Sucht und gesundheitlichem Verfall gefangen.
- Für schwangere Frauen in prekären Lebenslagen bestehen kaum Hilfeangebote, was Komplikationen und gesundheitliche Schäden für Mutter und Kind begünstigt.

Herausforderungen in der Therapie und Nachsorge:

- Langfristige Behandlungen, etwa bei chronischen Wunden, parasitären Erkrankungen wie Krätze oder Infektionen sowie bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Herz-/Niereninsuffizienz, erfordern regelmäßige Termine. Aufgrund der Lebensumstände ist das Einhalten von Terminen

für manche Personen jedoch erschwert (Adherence vs. Non-Compliance).

- Viele wohnungslose Menschen haben Wunden, deren Versorgung auf hochwertiges und oft kostspieliges Verbandsmaterial angewiesen ist. Bleiben diese Wunden unversorgt, kann dies zu schweren Infektionen, chronischen Entzündungen und im schlimmsten Fall zu Sepsis oder Amputationen führen.
- Chronisch kranke Menschen mit hohem Pflegebedarf (z. B. bei Inkontinenz, eingeschränkter Mobilität oder neurologischen Erkrankungen) werden nur selten in stationäre Einrichtungen vermittelt. Ohne Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen – z. B. nach einem Herzinfarkt oder Unfall – verlängern sich Erholungszeiten und dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen drohen.
- Wohnungslose, sterbende Menschen verbringen ihre letzten Lebensmonate oft ohne ausreichende Schmerztherapie, medizinische Betreuung und würdevolle Unterbringung. Trotz positiver Ansätze in einigen Städten fehlt es an flächendeckenden palliativmedizinischen Angeboten.

Mangel an Prävention und Schutzmaßnahmen:

- Durch Drogengebrauch, Sexarbeit oder ungeschützten Sex besteht für einen Teil der wohnungslosen Menschen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko. Wohnungslose Menschen mit einem erhöhten Risiko für sexuell und durch Blut übertragbare Infektionen (durch z. B. Drogengebrauch, Sexarbeit) haben oftmals einen eingeschränkten oder fehlenden Zugang zu Prävention (z. B. Hepatitis-B-Impfung, Harm-Reduction-Angebote, Kondome), Diagnostik (kostenlose und anonyme Testangebote) und Therapie.
- Durch das Leben in Unterkünften, Notunterkünften oder auf der Straße haben wohnungslose Menschen oft engen Kontakt zu anderen, was die Verbreitung von Krankheiten fördert. Wohnungslose Menschen haben oft geschwächte Immunsysteme

durch schlechte Ernährung, Stress und fehlende medizinische Versorgung. Ohne Impfungen sind sie anfälliger für schwere Krankheitsverläufe, etwa bei Grippe, COVID-19, Hepatitis oder Pneumokokken-Infektionen.

- Viele sexuell übertragbare Krankheiten bleiben zunächst symptomlos. Ohne regelmäßige Tests bleiben Infektionen wie HIV, Syphilis oder Chlamydien unentdeckt. Fehlendes Wissen über kostenlose Angebote und Hemmnisse bei der Inanspruchnahme begünstigen ihre Verbreitung.

Die bestehenden Einrichtungen und Dienste zur medizinischen Versorgung kranker Menschen in Wohnungsnot werden täglich mit diesen Herausforderungen konfrontiert und versuchen, durch den Einsatz von medizinischem Fachpersonal ambulant und überbrückend eine gesundheitliche Verschlechterung zu verhindern. Dass dies nur unzureichend und nicht dauerhaft gelingen wird, liegt auf der Hand – so besteht immer wieder die Gefahr, dass sich wohnungslose Menschen aufgrund der begrenzten Ressourcen dennoch im Bereich der medizinischen Unterversorgung befinden.

4 Merkmale von Niedrigschwelligkeit in der medizinischen Versorgung

Niedrigschwellige Angebote zeichnen sich durch ein **hohes Maß an Flexibilität** aus, indem sie sich bestmöglich an die Bedürfnisse der Menschen in Not richten, z.B. räumlich, zeitlich, administrativ, baulich, fachlich, personell oder sprachlich. Niedrigschwellige medizinische Versorgung in der Wohnungsnotfallhilfe ist längst als notwendige Ergänzung zur klassischen Gesundheitsversorgung etabliert.¹²

4.1 Idealtypische Kriterien

Die folgende Auflistung beschreibt die Kriterien der niedrigschwelligen medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen idealtypischerweise. In der Praxis (siehe Abschnitt 3.2) unterscheiden sich die

Umsetzungskonzepte der Dienste und Einrichtungen je nach Ressourcen, Bedarfen und strukturellen Möglichkeiten.

Bedingungslose Versorgung: Die niedrigschwellige medizinische Hilfe sollte ohne Vorbedingungen oder Anforderungen an die hilfesuchenden Menschen angeboten werden. Die Angebotsnutzung orientiert sich an den **Bedarfen und Bedürfnissen** der Patient:innen, sie wird immer **freiwillig** in Anspruch genommen und ist **frei von Sanktionen**. Krankheitseinsicht und/oder Veränderungsmotivation werden nicht zur Bedingung gemacht.¹³

Sichergestellte Zugänge: Es gilt, die Schwelle für den Zugang zu senken. Zum einen durch **gute Erreichbarkeit** im räumlichen Sinne, durch **aufsuchende Arbeit** (wie Arzt-/Pflege- oder Zahnmobile) oder **Präsenz in Praxen vor Ort** an jenen Standorten, an denen sich wohnungslose Menschen aufhalten. Auch kann es nötig sein, Raum zur Verfügung zu stellen, um für die Hilfesuchenden das Lagern persönlicher Gegenstände (z. B. große Gepäcktaschen oder Einkaufswagen) zu ermöglichen. **Verlässliche und wiederkehrende Öffnungszeiten** sind unerlässlich. Unterstützend ist in den meisten Angeboten eine **Komm- und Geh-Struktur** verankert sowie **offene Sprechstunden**. Der Zugang zu den Leistungen soll **unabhängig vom sozial- oder aufenthaltsrechtlichen Status** garantiert sein und **Sprachbarrieren bestmöglich gesenkt** werden. Unbürokratische und, wenn nötig, anonyme Hilfe ist hierbei essentiell.

Die Berücksichtigung der Lebenslage: Hilfeangebote sollten nicht nur örtlich und zeitlich dort ansetzen, wo sich rat- und hilfesuchende Menschen aufhalten, sondern die Ausgestaltung der Angebote sollte auch generell so konzipiert sein, dass psychologische, körperliche und/oder emotionale Barrieren, wie Scham oder Angst, überwunden werden können. Eine angepasste Versorgung sollte diese **Lebensrealitäten in den Mittelpunkt** stellen und Bedürfnisse sowie **(Behandlungs-)Wünsche der Klient:innen respektieren** – frei von Schuldzuweisungen



und Urteilen. Die niedrigschwelligen medizinischen Versorgungsangebote in der Wohnungsnotfallhilfe orientieren sich konzeptionell am Bedarf der Menschen in prekären Lebenslagen (siehe Abschnitt 2.1). Hinzu kommt, dass wohnungs- und obdachlose Patient:innen beispielsweise aufgrund von Hygienezustand, substanzbedingten und/oder psychischen Auffälligkeiten, Geruchsentwicklung oder Ungeduld im Wartebereich die Mitarbeitenden des Regelsystems überfordern und daher häufig die Versorgung nicht in Anspruch nehmen können. Akteur:innen der niedrigschwelligen Dienste sind diese lebenslagenbedingten Besonderheiten bekannt und vertraut.

Konzeptioneller Ansatz: Für niedrigschwellige medizinische Angebote ist die Arbeit auf der Beziehungsebene unerlässlich, um das Vertrauen der Menschen in die medizinische Unterstützung zu gewinnen. Im Vergleich zu den Angeboten des Regelsystems stehen daher unkonventionelle Handlungsräume zur Verfügung. Gleichzeitig sind die Angebote auch **Schutzräume**. Abgesehen von der Abwesenheit von Gewalt gibt es i. d. R. nur **wenige Verhaltensanforderungen**, die in einem klaren strukturellen Rahmen eingebunden sind. Es gibt **wenige, aber klare Regeln**, die leicht verständlich und einhaltbar sind.

Auch müssen **zeitliche Ressourcen** vor Ort an die Bedarfe der Zielgruppe ausgerichtet sein: Dies bedeutet zum einen mehr Zeit bei Behandlung und Beratung, beispielsweise aufgrund von Sprachbarrieren, aber auch als Zeichen der Wertschätzung. Ein interdisziplinäres Team aus Mediziner:innen, Pflegekräften, Physiotherapeut:innen und Sozialarbeiter:innen bildet die Grundlage für eine umfassende Versorgung. Dabei soll besonders Wert gelegt werden auf:

- Hohe Variabilität und individuelle Lösungsansätze: Die Teams bemühen sich, individuelle und flexible Wege zu finden, um Patient:innen die Annahme von Behandlungen zu erleichtern.
- Spezifische Kommunikationsstrukturen: Dazu gehören u. a. Sprachmittlung, Piktogramme, Buchstaben- oder Kommunikationstafeln, der Einsatz

einfacher Sprache oder kurze und informelle Tür- und-Angel-Gespräche.

- Einfühlsamer und professioneller Umgang mit Grenzen und Entgrenzung: Dies umfasst die Schulung von Mitarbeitenden in Deeskalation, Sensibilisierung und Selbstabgrenzung, unterstützt durch Supervision.
- Gendersensible Angebote, z. B. Sprechzeiten, die ausschließlich für Frauen¹⁴ und/oder für trans* und inter* Menschen¹⁵ reserviert sind.
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen und existenzsichernde Angebote: Die Versorgung orientiert sich ganzheitlich an den grundlegenden Bedürfnissen der Klient:innen. Neben einer medizinischen Basisversorgung bestehen oft flankierende Angebote zur Existenzsicherung, wie beispielsweise Sozialberatung, Übernachtungs- oder Duschmöglichkeiten, Kleiderausgabe und Verpflegung.¹⁶
- Schnelle Anpassungsfähigkeit: Die Konzeption der Angebote wird flexibel an sich ändernde Bedarfe der Klient:innen angepasst. Dazu zählen beispielsweise die Einstellung von Muttersprachler:innen bzw. mehrsprachigen Mitarbeiter:innen oder die Vernetzung mit anderen Hilfeformen wie der Drogenhilfe bei lokal neuen Herausforderungen.¹⁷

Brücke zu anderen Hilfen: Die niedrigschwellige Versorgung soll eine Brücke zu anderen medizinischen und sozialen Hilfen bieten. Die Einrichtungen und Dienste sollten daher mit dem Regelsystem gut vernetzt sein und ihre Patient:innen motivieren und unterstützen, weiterführende Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies kann auch **Begleitung in andere Hilfen** bedeuten (Fahrt und/oder Transport sicherstellen, bspw. ins Krankenhaus oder zu anderen Ärzt:innen). Viele Klient:innen verbleiben jedoch aufgrund struktureller, sozialrechtlicher oder persönlicher Gründe im niedrigschwelligen System. Um die Kooperation mit anderen Hilfesystemen zu fördern, ist eine professionelle Arbeit in Gremien, regionalen Netzwerken und Arbeitskreisen unerlässlich, sowie eine effektive Öffentlichkeitsarbeit und

eine gute Vernetzung mit relevanten Partnern und Institutionen.¹⁸

Einhaltung der Qualitätsstandards: Die Behandlung in den niedrigschwelligen Angeboten erfolgt nach geltenden medizinischen und gesellschaftlich gültigen ethischen Standards.

4.2 Niedrigschwelligkeit in der Praxis – Beispiele

Niedrigschwellige medizinische Angebote weisen eine große Vielfalt in ihrer Gestaltung auf, da sie an lokale Gegebenheiten und vorhandene Versorgungsangebote angepasst sind. Die Angebote reichen von medizinisch-pflegerischer aufsuchender Arbeit über Sprechstunden in Ambulanzfahrzeugen, in Behandlungszimmern ambulanter oder stationärer Angebote der Wohnungsnotfallhilfe sowie in Notunterkünften oder in eigenen Praxisräumen, bis hin zur medizinisch-pflegerischen Versorgung in Krankenwohnungen.¹⁹

Im Folgenden wird auf verschiedene Ansätze verwiesen, um die Bandbreite niedrigschwelliger medizinischer Versorgung in der Praxis zu verdeutlichen.

Frankfurt am Main:

Elisabeth-Straßenambulanz

Die Elisabeth-Straßenambulanz in Frankfurt bietet allgemein-ärztliche sowie pflegerische, psychiatrische und zahnärztliche Versorgung.



<https://www.caritas-frankfurt.de/ich-suche-hilfe/wege-finden/obdach-und-wohnen/wohnungslos-oder-von-wohnungslosigkeit-bedroht/medizinische-versorgung/elisabeth-strassenambulanz>

Stuttgart: MedMobil

Das MedMobil in Stuttgart stellt eine mobile medizinische Versorgung sicher, indem es mit einem Fahrzeug direkt zu den



Menschen fährt und sie vor Ort behandelt.

<https://www.ambulantehilfestuttgart.de/index.php/medmobil/medmobil-in-stuttgart>

Hannover: Krankenwohnungen

Die Krankenwohnungen „Die Kurven“ bieten wohnungslosen Menschen, die krank und behandlungsbedürftig sind, eine Zeit zur Genesung in wohnungsähnlicher Umgebung.



<https://www.diakonisches-werk-hannover.de/hilfe-finden/krankenwohnung-ricarda-und-udo-niedergerke-stiftung-die-kurve/>

Münster: Der Mobile Dienst

Der mobile Dienst begibt sich dorthin, wo sich wohnungslose Menschen aufhalten, um medizinische Erstversorgung zu leisten und sozialarbeiterische Beratung anzubieten.



<https://hdw-muenster.de/leistungen/hilfsangebote>

5 Im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Realität

Viele niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote für wohnungslose Menschen wurden als „Übergangslösung“ geschaffen, um akute Versorgungslücken für Personen ohne Zugang zum regulären Gesundheitssystem zu schließen. Statt jedoch im Zuge einer strukturellen Verbesserung überflüssig zu werden, haben sie sich in vielen Fällen als dauerhaft notwendig erwiesen und stellen heute oftmals die einzige medizinische Anlaufstelle für wohnungslose Menschen dar. Trotz ihrer Weiterentwicklung und hohen fachlichen Standards bleiben diese Angebote meist unterfinanziert und strukturell nur unzureichend abgesichert. Die Versorgungsangebote sind dadurch weiterhin stark von ehrenamtlichem



Engagement, projektbezogenen Fördermitteln und Spenden abhängig, was ihre langfristige Stabilität gefährdet.

5.1 Entwicklung der medizinischen Versorgungsangebote

Als Reaktion auf die prekäre gesundheitliche Situation wohnungsloser Menschen und die Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung im Gesundheitssystem sind Anfang der 1990er Jahre innerhalb der Wohnungsnotfallhilfe aufsuchende medizinische Angebote – beispielsweise angegliedert an ambulante Fachberatungsstellen oder Tagesaufenthalte – entstanden. Hierbei wurden niedrigschwellige und präventiv orientierte Versorgungsangebote der Suchthilfe für wohnungslose Menschen adaptiert, die Ende der 1980er Jahre im Hinblick auf die steigende Anzahl verstorbener HIV-positiver und drogengebrauchender Menschen entstanden sind.²⁰ Daneben haben sich in den 1990er und 2000er Jahren auch außerhalb der Wohnungsnotfallhilfe medizinische Versorgungsangebote entwickelt, die ihren Fokus auf die medizinische Versorgung von illegalisierten Menschen bzw. von Menschen ohne Krankenversicherung legen.²¹ Aufgrund der vielfältigen Expertise dieser Versorgungsangebote werden diese heute auch oft im Bereich der Lehre nachgefragt. Sie spielen eine zunehmende Rolle in der Ausbildung von medizinischem Fachpersonal, weshalb vielfältige Kooperationen zu ausbildenden Institutionen und Universitäten bestehen.

5.2 Finanzierung der medizinischen Versorgungsangebote

Die Finanzierung ist je nach Kontext unterschiedlich, selten regelhaft und häufig nicht langfristig gesichert. Daher decken die Angebote in der Regel eine Grundversorgung ab, die Weiterbehandlung durch Fachärzte und -ärztinnen ist nicht grundsätzlich sichergestellt. Häufig fehlt es insbesondere an zahnmedizinischen und anderen fachärztlichen (Basis-) Angeboten. Ebenfalls kaum abgedeckt ist eine

niedrigschwellige psychotherapeutische, psychiatrische und suchtmmedizinische Versorgung.²²

Beispielhaft seien einige Finanzierungsmodelle beschrieben.

In Nordrhein-Westfalen gibt es ein Versorgungskonzept, dem im Jahr 2025 sechs Kommunen beigetreten sind. Die Abrechnung erfolgt über Behandlungspauschalen, die von der kassenärztlichen Vereinigung, den gesetzlichen Krankenkassen und Zuschüssen der Städte und Gemeinden finanziert werden. In anderen Bundesländern werden entsprechende Finanzierungen durch das Land und die Gemeinden mit Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung sichergestellt. Teilweise finanzieren sich ärztliche Angebote auch nur durch Spenden sowohl in der ärztlichen Versorgung als auch in der medikamentösen Versorgung. In anderen Finanzierungsmodellen übernehmen sog. Schwerpunktpraxen die Versorgung, die sich den besonderen Bedürfnissen wohnungsloser Menschen annehmen.²³

Die Finanzierung der Versorgung nicht krankenversicherter Menschen kann auch über entsprechende Versorgungsfonds erfolgen: Einige Großstädte stellen auf freiwilliger Basis derartige Fonds für nicht versicherte Menschen, die sog. „Nicht Anspruchsberechtigten“, zur Verfügung (z. B. Hamburg, München).

Ohne das Engagement der öffentlichen Hand, der Kirchen und weiteren Trägern der Hilfe könnte die ärztliche Versorgung wohnungsloser Menschen nicht sichergestellt werden. Viele medizinische Angebote sind allein auf die ehrenamtliche Hilfe von Ärzt:innen, Pfleger:innen, Sozialarbeiter:innen, Sprachmittler:innen und weiteren Freiwilligen angewiesen. Weitere Unterstützung bietet die Kooperation mit Apotheken.

Selbstverständlich beteiligen sich in Einzelfällen auch Praxen aus der kassenärztlichen Versorgung an der Versorgung wohnungsloser Menschen. Gleichwohl ist die Finanzierung der medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen und die Anknüpfung an das Regelsystem nicht gewährleistet.

Viele Menschen müssen vor Ort, d. h. auf der Straße aufgesucht werden, um sie zu versorgen. Auch diese Leistungen werden in der Regel nicht von den kassenärztlichen Vereinigungen oder Krankenkassen übernommen. So beteiligt sich in München der Krankenhausträger der „Barmherzigen Brüder“ neben dem Katholischen Männerfürsorgeverein am Arztmobil. Die Zahnarztmobile in Hamburg und München werden durch Konzerne der Pharmaindustrie unterstützt.²⁴

In verschiedenen Städten (z. B. Berlin, Hannover, Hamburg, München, Köln, Frankfurt) gibt es Konzepte wie die sog. „Krankenwohnungen“ bzw. „Genesungszimmer“, die Menschen ohne Wohnsitz – und vielfach ohne Krankenversicherungsschutz bzw. Leistungsanspruch – im Rahmen der Genesung ein Bett anbieten. Auch die Finanzierung dieser Plätze ist in der Regel nur durch freiwillige Zuschüsse der Kommunen, Kirchen und Spendenakquise zu gewährleisten.²⁵

Pflegeleistungen in der Folge von Krankenhausbehandlungen oder auch der Übergang in stationäre Angebote der Wohnungsnotfall- oder der Altenhilfe sind ebenfalls bei nicht anspruchsberechtigten wohnungslosen Menschen nicht finanziert. Gleiches gilt für Rehammaßnahmen im Rahmen einer möglichen Anschlussheilbehandlung.²⁶

5.3 Herausforderungen bei der Etablierung niedrigschwelliger Angebote in das Regelsystem

Bei der Etablierung der medizinischen Versorgungsangebote für wohnungslose Menschen in das Regelsystem muss der niedrigschwellige Ansatz berücksichtigt werden. Eine Integration kann nur gelingen, wenn die Brückenfunktion dieser Angebote erhalten bleibt. Daher braucht es ein Aufeinanderzugehen beider Systeme, um eine nachhaltige, neue Versorgungsstruktur zu schaffen. Niedrigschwellige medizinische Angebote erfüllen zwar alle fachlichen Standards, berücksichtigen jedoch auch zusätzliche Bedarfe, für die gezielte Lösungen entwickelt werden müssen.

Eine Verankerung im medizinischen Regelsystem erfordert die Erfüllung diverser Voraussetzungen. Zu diesen Voraussetzungen zählen u. a.:

- Bewerbung und Finanzierung eines Kassensitzes und/oder einer (Instituts-) Ermächtigung,
- Einsatz von qualifiziertem Fachpersonal mit entsprechenden digitalen Kompetenzen,
- ständige Weiterentwicklung der Systeme gemäß aktuellen medizinischen, technischen und rechtlichen Anforderungen,
- Entwicklung telemedizinischer Angebote,
- Aufbau und Anwendung der erforderlichen technischen Infrastruktur (z. B. Telematikinfrastruktur, adäquate Software) sowie
- Digitalisierung insgesamt (z. B. E-Rezepte, elektronische Akte, mobiles Kartenlesegerät) bei gleichzeitiger Wahrung analoger Zugänge.

All diese Faktoren sind mit erheblichen Zusatzkosten verbunden. Für einzelne Projekte stellt das eine große Herausforderung dar, denn der Aufwand steht oft in keinem Verhältnis zur finanziellen Gegenleistung, da begrenzte Abrechnungsziffern und strikte Budgetierung die Umsetzung erschweren.

In der bundesweiten Hilfelandschaft gibt es bereits Einrichtungen und Dienste, die analog zum Regelsystem abrechnen können. Da die Vergütungslogik der KV/KZV die Lebensrealität obdachloser Patient:innen nicht ausreichend berücksichtigt, können auch diese Einrichtungen ihren Bedarf aus den erwirtschafteten Einnahmen nicht decken. Dies soll im Folgenden anhand zweier Beispiele veranschaulicht werden:

1. Das notwendige Zusatzangebot der Dienste (bspw. Pflegebad, Kleiderkammer, Sozialarbeit) kann über den Abrechnungsweg nicht refinanziert werden. Gleichzeitig sind die räumlichen und konzeptionellen Besonderheiten der Praxen für wohnungslose Menschen nötig, um der Lebenssituation der Menschen gerecht zu werden und eine adäquate Behandlung anbieten zu können.
2. Die Vergütung ärztlicher Leistungen berücksichtigt nicht die intensive Behandlungsrealität wohnungs-

loser Patient:innen, die aufgrund chronischer und schwerer Krankheitsverläufe häufig medizinische Angebote aufsuchen. Da die Vergütung pauschal erfolgt und den tatsächlichen Aufwand nicht abbildet, riskieren Ärzt:innen, die überdurchschnittlich aufwendige Behandlungen durchführen, von der Kassenärztlichen Vereinigung finanziell benachteiligt oder zur Rückzahlung aufgefordert zu werden.

Um eine bedarfsgerechte Vergütung sicherzustellen, sind Anpassungen und/oder Sonderregelungen erforderlich, die den tatsächlichen Aufwand dieser Versorgung berücksichtigen.

Erarbeitet vom Fachausschuss Gesundheit der BAG W und vom Vorstand der BAG W am 03.04.2025 verabschiedet.

Anmerkungen

- ¹ Hierzu: BAG W (2010): Auswirkungen zunehmender Kostenbeteiligung und Eigenverantwortung auf die Gesundheitsversorgung wohnungsloser und armer Patienten, https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_10_Kostenbeteiligung_Eigenverantwortung.pdf (abgerufen am 20.08.2024), BAG W (2003): Sicherstellung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen – Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_03_Sicherstellung_med_Versorgung_Wohnungsloser.pdf (abgerufen am 20.08.2024), Deutscher Verein (2014): Zugänge zu gesundheitlichen Hilfen für wohnungslose Menschen verbessern. Empfehlungen des Deutschen Vereins für eine Kooperation sozialer und gesundheitsbezogener Hilfen, <https://www.deutscher-verein.de/empfehlungen-stellungnahmen/detail/zugaenge-zu-gesundheitlichen-hilfen-fuer-wohnungslose-menschen-verbessern-empfehlungen-des-deutschen-vereins-fuer-eine-kooperation-sozialer-und-gesundheitsbezogener-hilfen/> (abgerufen am 20.08.2024).
- ² Informationen zu gesundheitlicher Ungleichheit unter: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/sozialbericht-2024/553325/gesundheitsliche-ungleichheit/> und https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Sozialer-Status/gesundheitsliche_ungleichheit_lebensphasen.pdf?__blob=publicationFile&v=1.
- ³ Näheres zu den Ursachen fehlenden Krankenversicherungsschutzes hier: BAG W (2010): Handreichung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. zu Fragen aus dem Gebiet der Krankenversicherung, https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_10_Handreichung_Krankenversicherungsrecht.pdf (abgerufen am 18.02.2025).
- ⁴ Vgl. Dickmann, Anke et al. (2024): The Health and Medical Care of People Without Regular Health Insurance – An Exploratory Cross-Sectional Study, in: Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 851–2. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0169, online abrufbar unter: <https://di.aerzteblatt.de/int/archive/article/242072> (abgerufen am 25.02.2025).
- ⁵ Vgl. Lang, Sarah Alexandra; Tinnemann, Peter; Zöllner, Rebecca (2022): Gesundheit und soziale Ungleichheit, in: Policy Paper Nr. 01/12, Gesundheitsamt Frankfurt am Main.
- ⁶ Vgl. Lenniger, Peter Franz; Reifferscheid, Gerd; Richter, Vera (2023): Neue Wege in der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung wohnungsloser Menschen, S. 279 ff. in: BAG W (UN)BEDINGT SYSTEMRELEVANT: Gemeinsam gegen Existenznot und Wohnungslosigkeit, H. 69, Reihe Materialien zur Wohnungslosenhilfe, S. 279 – 292, Berlin.
- ⁷ Vgl. Bertram, Franziska; van Rühl, Victoria (2023): Ein kurzer Überblick über die psychische und körperliche Gesundheit wohnungsloser Menschen in Deutschland – Ergebnisse des National Survey on Psychiatric and Somatic

Health of Homeless Individuals (NAPSHI-Studie), in: wohnungslos, H. 3, S. 65-67, Berlin u. Speck, Carmen et al. (2023): Frailty of Homeless People – Partial Publication of the Faho Study, in: Dtsch Arztebl Int. 2023 Oct 6;120(40):677-678. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0162. PMID: 37937542; PMCID: PMC10644956, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10644956/> (abgerufen am 25.02.2025).

- ⁸ Vgl. Schreiter et al (2025): Psychosoziale Versorgung wohnungsloser Menschen – Positionspapier des Einstein-Zirkel 'Improving (Mental) Health Care in Homelessness', Charité-Universitätsmedizin Berlin, S. 6, https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/45985/2025_Schreiter_et_al.pdf?sequence=3&isAllowed=y (abgerufen am 18.02.2025).
- ⁹ Hierzu: BAG W (2019): Sicherstellung bedarfsgerechter Hilfen für Frauen in einer Wohnungsnotfallsituation, S. 4f., https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_19_Sicherstellung_bedarfsgerechter_Hilfen_fuer_Frauen.pdf (abgerufen am 25.11.2024) u. Bitzan, Maria et al. (2021): Gesundheitliche Versorgung für Menschen in Wohnungsnot. Zugänge zum Gesundheitswesen – exemplarische Fallstudien unter Berücksichtigung von Gender- und Diversitätsaspekten. Ein Forschungsbericht. In: Tübingen: Schriftenreihe des Forschungsinstituts tifs e.V. (Hrsg.), Gender- und diversitätsbewusste Theorie und Praxis 2021, Nr. 3, https://www.tifs.de/fileadmin/dateien/veroeffentlichungen/tifs_2021_-_Gesundheitliche_Versorgung_fuer_Menschen_in_Wohnungsnot_21_12-1.pdf (abgerufen am 25.11.2024).
- ¹⁰ Vgl. BAG W (2021): Empfehlung zur Ausgestaltung der Angebote für trans* und inter* Menschen in der Wohnungsnotfallhilfe, S. 4f., https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_21_BAGW_inter_trans_Menschen_final.pdf (abgerufen am 25.11.2024).
- ¹¹ Vgl. BAG W (2013): Prinzipien einer normalitätsorientierten gemeindenahen Versorgung älterer und / oder pflegebedürftiger wohnungsloser Männer und Frauen, S. 3f., https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_13_Versorgung_aelterer_pflegebeduerftiger_Wohnungsloser.pdf (abgerufen am 25.11.2024).
- ¹² Vgl. Gattermann, Dörthe (2022): Niedrigschwellige Angebote und Leistungen, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit, Baden-Baden, S.614f.
- ¹³ Vgl. Stark, Christian (2012): Methodisches Arbeiten in niederschweligen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, in: soziales_kapital – wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschulstudiengänge soziale arbeit, Nr. 8, <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view-File/231/380.pdf> (abgerufen am 17.10.2024).
- ¹⁴ Vgl. Anm. 9 BAG W (2019).
- ¹⁵ Vgl. Anm. 10.
- ¹⁶ Konkrete Empfehlungen zu Standards, ebd., S. 4f.
- ¹⁷ Ausführlicher zum konzeptionellen Ansatz Konter, Astrid (2019): Niedrigschwelligkeit, in: Kapitel 8 Konzeptionelle Aspekte und Verfahren, Lexikoneintrag auf Socialnet, <https://www.socialnet.de/lexikon/Niedrigschwelligkeit> (abgerufen am 25.11.2024).
- ¹⁸ Vgl. BAG W (2018): Gesundheit ist ein Menschenrecht – Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation, https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_18_Empfehlung_Sicherstellung_medizinische_Versorgung.pdf (abrufen am 20.08.2024).
- ¹⁹ Vgl. Rosenke, Werena (2017): Gesundheit. In: Specht, Thomas et al.: Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen. Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslagenbezogener Ansätze, S. 219-247, Berlin / Düsseldorf u. Anm. 18.
- ²⁰ Vgl. Kunstmann, Wilfried (2014): Medizinische Versorgung Wohnungsloser – von der Geschichte bis zur Gegenwart – Teil II: Von den Anfängen der Bundesrepublik Deutschland bis zur Gegenwart. In: wohnungslos, H. 1, S. 16-22, Berlin.
- ²¹ Vgl. Medinette und Medibüros (www.medibueros.org), Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (www.malteser.de), Ärzte der Welt (www.aerztederwelt.org).
- ²² Vgl. Anm. 18.
- ²³ Vgl. Anm. 19 S. 233ff.
- ²⁴ Siehe auch kmfv (2024): Münchner Zahnmobil, <https://kmfv.de/was-wir-tun/zahnmobil/> (abgerufen am 25.10.2024).
- ²⁵ Zu dieser komplexen Thematik verweisen wir auf die entsprechenden Ausführungen der BAG W und anderer Träger, vgl. hierzu auch Anm. 6.
- ²⁶ Die mangelnde Absicherung der Finanzierung führt auch bei Reha-Leistungen dazu, dass Patienten ohne Anspruchsberechtigung nicht versorgt werden. Eventuell können Rechtsansprüche geprüft werden, vgl. BAG W (2018): Sozialrechtliche Grundlagen der Erschließung von gesundheitlichen Hilfen nach § 6 DVO zu § 69 SGB XII – Eine Handreichung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V., https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_19_Sozialrechtliche_Grundlagen_der_Erschliessung_medizinischer_Hilfen.pdf (abgerufen am 12.02.2025).