



# Krankenstube für obdachlose Menschen

## Tätigkeitsbericht 2020

In der Krankenstube für obdachlose Menschen bietet der Caritasverband für das Erzbistum Hamburg e.V. seit 1999 kranken obdachlosen Menschen stationäre und ambulante Pflege sowie soziale Beratung zur gesundheitlichen und psycho-sozialen Stabilisierung an. Die Einrichtung im Gesundheitszentrum St. Pauli stellt grundsätzlich 20 Betten zur Verfügung. Im Rahmen der Corona-Pandemie musste die Belegungszahl im Jahr 2020 allerdings mehrfach reduziert werden.

Seit September 2015 stehen 4 unserer Betten für Menschen bereit, die an einer geschlossenen TBC erkrankt sind.

### Zielgruppe

Das Angebot der Krankenstube richtet sich an kranke, obdachlose Menschen, die medizinisch-pflegerisch versorgt werden müssen und deren Erkrankungen nicht bedarfsgerecht ambulant, etwa durch das Caritas-Krankenmobil oder niedergelassene Ärzt\*innen, behandelt werden können.

Aufgenommen werden obdachlose Menschen unter anderem zur Nach- bzw. Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalten (57% aller Aufnahmen; 2019: 57%), da sie nicht in eine „Hauslichkeit“ entlassen werden können. Andere Menschen kommen über das Caritas-Krankenmobil (17%; 2019: 12%), direkt von der Straße (10%; 2019: 11%), aus Wohnunterkünften, Haftanstalten oder anderen Wohnformen.

Menschen, welche einer akuten medizinischen Behandlung in einem Krankenhaus bedürfen, kann die Krankenstube nicht aufnehmen.

Bei unklarem Behandlungsbedarf kann ein Aufenthalt in der Krankenstube zur Abklärung und gegebenenfalls zu einer Vermittlung in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung dienen.

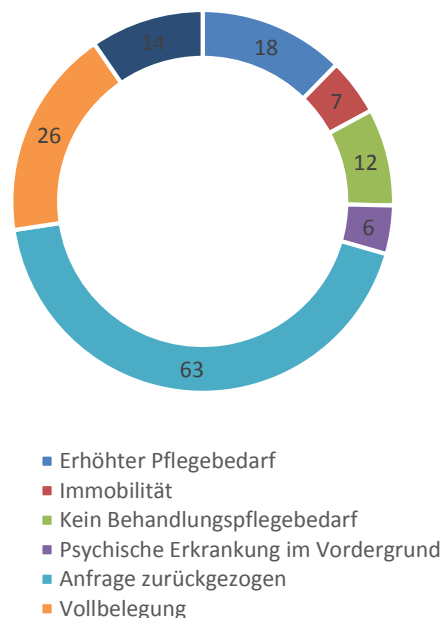
Die Aufnahme erfolgt in den meisten Fällen über eine Anfrage an das Team der Krankenstube. Aus diesem Grund wurde ein Aufnahmebogen entwickelt, um die wichtigsten Eckdaten der Patient\*innen zu erfassen, welche die Grundlage für eine eventuelle Aufnahme sind. Zudem wird bei Vermittlungen aus Krankenhäusern vermehrt ein vorläufiger Arztbrief angefordert, um detaillierter prüfen zu können, ob die Krankenstube die notwendige medizinische Versorgung anbieten kann.

Die Nachfrage nach einer Versorgung in der Krankenstube ist weiterhin hoch und nicht alle der angefragten Aufnahmen können realisiert werden. Die Gründe dafür sind unterschiedlich und werden seit 2018 detaillierter dokumentiert. Im Jahr 2019 wurden in der Krankenstube insgesamt 232 konkrete schriftliche Anfragen gestellt (2019: 259). In 80 Fällen kam es letztlich daraufhin zu einer stationären Aufnahme.

In 152 Fällen erfolgte keine Aufnahme. In 63 dieser Fälle wurden die Anfragen wieder zurückgezogen bzw. die Anfragenden meldeten sich im Verlauf nicht zurück. Häufig lag dies daran, dass Anfragen aufgrund der geringen Platzkapazität auf die Warteliste aufgenommen wurden und die vermittelnden Einrichtungen oder Kliniken die Nutzer\*innen dann entlassen oder sich nicht zurückgemeldet haben. In 18 Fällen überstieg der pflegerische Bedarf die Möglichkeiten der Einrichtung, in 14 Fällen waren die fehlenden Versorgungsmöglichkeiten/ Keimstatus Grund für die Ablehnung. In 7 weiteren Angelegenheiten konnten Personen aufgrund von Immobilität nicht aufgenommen werden. Bei weiteren 12 Anfragen wurde eine Aufnahme abgelehnt, da kein Behandlungsbedarfe bestand. In 6 Fällen stand eine psychische Erkrankung im Vordergrund. In 26 Fällen konnten die Personen wegen Vollbelegung nicht aufgenommen werden, 4 Anfragen wurden während des Aufnahmestopps im ersten Lockdown abgelehnt, zwei der angefragten Personen hatten ein bestehendes Hausverbot.

Dazu muss ergänzt werden, dass Selbstmeldungen und Aufnahmen über das Krankenmobil in der Statistik der Nicht-Aufnahmen nicht (oder nur teilweise) erfasst sind. Auch telefonische Anfragen von Kolleg\*innen der Wohnungslosenhilfe sind zum Teil nicht dokumentiert.

### Abgelehnte Anfragen





## **Pflege**

Die pflegerische Versorgung wird im Dreischichtensystem von medizinisch-pflegerischem Fachpersonal sichergestellt. Diese erfolgt in enger und kontinuierlicher Absprache mit niedergelassenen Fachärzt\*innen aus dem Stadtteil. Durch die Einstellung einer Hygienefachkraft hat nochmal eine deutliche Sensibilisierung in diesem Bereich stattgefunden und die Krankenstube befindet sich in einem entsprechenden kontinuierlichen Prozess.

Einmal wöchentlich findet eine Visite durch den in der Endo-Klinik ansässigen Arzt Dr. Lott statt. Unterstützt wird die wöchentliche Arztvisite durch den Dermatologen Dr. Noster. Nach jeweiligem Behandlungsbedarf erfolgen Überweisungen zu erforderlichen Facharztpraxen.

Die in der Krankenstube erbrachten pflegerischen Leistungen umfassen die Grundpflege sowie ärztlich verordnete pflegerischen Maßnahmen, u.a. folgende:

- Wundversorgung und Verbandswechsel
- Medikamentengabe und Verabreichung von Injektionen
- Kontrolle der Vitalfunktionen
- Anleitung zur Körperhygiene und Körperpflege
- Behandlung von Parasitenbefall
- Einleitung von Maßnahmen in Notfallsituationen
- Versorgung von Diabetes
- Anleitung zu einem gesünderen Lebensstil
- Dokumentation

Bei den Erkrankungen handelt es sich um Hauterkrankungen, offene, chronische Wunden, Erkrankungen der oberen Atemwege, Herz-/Kreislaufkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Gastritiden, Parasitenbefall, Knochenbrüche bis hin zu onkologischen Erkrankungen.

In zahlreichen Fällen werden während des Aufenthaltes in der Krankenstube chronische Erkrankungen bei eingehenden Untersuchungen zum ersten Mal diagnostiziert.

Eine Verbindung mit chronischen Suchterkrankungen ist bei einem großen Teil der Patienten\*innen gegeben. Weiterhin besteht ein hoher Behandlungsbedarf bei Patienten\*innen mit unbehandelten psychischen Erkrankungen. Sofern eine psychische Erkrankung vordergründig ist, wird eine Aufnahme in der Krankenstube aufgrund fehlender Fachlichkeit in aller Regel abgelehnt. Besonders für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz ist es in diesen Fällen nahezu unmöglich, eine adäquate Alternative zu finden, so dass viele unbehandelt bleiben müssen.

## **Sozialarbeit**

Neben der medizinisch-pflegerischen Versorgung stellt die Sozialarbeit mit Beratung und Unterstützung den zweiten zentralen Bereich im Hilfsangebot der Krankenstube dar.

Ziel dieser Arbeit ist die Sicherung der Existenz und Stabilisierung der psycho-sozialen Situation



der Nutzer\*innen. Im Vordergrund stehen hier die Realisierung von Sozialleistungsansprüchen und die Vermittlung an weiterführende Einrichtungen und Institutionen, um eine Rückkehr in die Obdachlosigkeit zu verhindern.

Angestrebt werden Vermittlungen in stationäre Einrichtungen, Unterkünfte der Wohnungslosenhilfe, Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Eine Vermittlung in eigenen Wohnraum ist in der Kürze der Zeit angesichts der wohnungspolitischen Gesamtsituation nahezu ausgeschlossen.

Die Hilfen umfassen:

- Abklärung von Leistungsansprüchen bei Sozialleistungsträgern insbesondere nach SGB II, XII und SGB III. Neben den Leistungen zum Lebensunterhalt, steht für den Behandlungserfolg vor allem auch die Realisierung eines uneingeschränkten Krankenversicherungsschutzes im Vordergrund.
- Unterstützung und Begleitung bei der Beantragung der benötigten Sozialleistungen: Begleitungen sind hier häufig unumgänglich, um eine rasche Bewilligung und Leistungsgewährung zu erreichen.
- Beschaffung von fehlenden oder verloren gegangenen Ausweispapieren, Dokumenten und von persönlichen Unterlagen
- Beratung und Unterstützung bei der Entwicklung neuer Perspektiven, um die bestehende Obdachlosigkeit zu überwinden
- Beratung und Unterstützung bei der Suche nach einer Unterkunft oder Wohnung
- Aufklärung und Sensibilisierung des Suchtverhaltens, Beratung und Motivation zur Behandlung von Suchterkrankungen, ggf. Vermittlung in eine stationäre Entgiftungsbehandlung.
- Beratung und Motivation zur Behandlung psychischer Erkrankungen
- Organisation benötigter Behandlungen und Hilfsmittel, insbesondere bei Nicht-versicherten Nutzer\*innen

Ehemalige Patienten\*innen wenden sich oft noch nach ihrem Aufenthalt mit Hilfeanfragen an die Krankenstube. Diese Möglichkeit der Rückkehr stellt die Krankenstube zur Verfügung, um den Nutzer\*innen eine verlässliche Ansprechpartnerin zu sein, sollte keine Anbindung an eine andere Institution zustande kommen. Nachgehende Beratung und Unterstützung ist zur Vermittlung und Realisierung der Anschlusshilfen oftmals erforderlich.



### **Sonstige Angebote**

- Versorgung mit Mahlzeiten: Frühstück, Mittagessen, Nachmittagskaffee/-Imbiss, Abendessen
- Reinigung und Pflege der Kleidung
- Versorgung der Patienten\*innen mit Bekleidung aus der eigenen Kleiderkammer

### **Patienten\*innenzahlen 2020**

Im Jahr 2020 gab es insgesamt 107 stationäre Aufenthalte von obdachlosen Menschen in der Krankenstube, die medizinisch-pflegerisch behandelt und durch Sozialberatung unterstützt wurden. In 15 Fällen handelte es sich um Mehrfachaufnahmen.

In 5 Fällen handelte es sich um Patientinnen und in zwei Fällen um trans\*Personen. Grund für die vergleichsweise geringe Zahl an Nutzerinnen ist unter anderem die Tatsache, dass in der Einrichtung lediglich zwei der Betten explizit für Frauen und trans\*Personen bereitgehalten werden. Eines der Einzelzimmer wurde zudem als mögliches Isolationszimmer für Patient\*innen mit (Corona-)Symptomen freigehalten.

Somit waren die vorhandenen Betten der Krankenstube im Jahr 2020 zu 93% ausgelastet (zugrunde liegt hier eine Verfügbarkeit von durchschnittlich 15,2 Betten aufgrund coronabedingter Einschränkungen). Die durchschnittliche Verweildauer betrug 48 Tage. Eine Überschreitung der anvisierten 6-Wochen-Frist gab es in 46 Fällen.

### **Altersstruktur der Patienten\*innen**

Der größte Anteil der aufgenommenen Patienten\*innen lag wie schon in den Vorjahren innerhalb der Altersspanne 50-60 Jahren (38%; 2019:39,8%). Mit den Spannen von 40-50 Jahren (27,2%; 2019:23,6%) und 60 Jahre und älter (25%; 2019:24,4%) ergibt sich hier der Hauptanteil.

### **Staatsangehörigkeit der Patient\*innen**

Mit 49% (2019: 47%) stellten 2020 Menschen aus dem EU-Ausland erneut den größten Teil der Patient\*innen dar, davon 31% polnische Bürger\*innen. Mit 35% (2019: 38,5%) stellten Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit den zweitgrößten Teil. Aus sogenannten Drittstaaten kamen 16% (2019: 10,5%) der Menschen.

2020 konnten Menschen mit 20 (2019: 16) unterschiedlichen Staatsangehörigkeiten in der Krankenstube versorgt werden.



### **Einkommen der Patienten\*innen**

Bei Aufnahme in die Krankenstube verfügten 85% (2019: 75%) der Menschen über keinerlei eigenes Einkommen. Durch Unterstützung im Rahmen der Sozialarbeit konnten in mehreren Fällen Leistungen gesichert oder realisiert werden, so dass der Anteil der Menschen ohne Einkünfte bei Entlassung noch 58% betrug (1 Person Erwerbseinkommen; 15 Personen Rente; 13 Personen ALG II und 8 Personen Sozialhilfe). Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme waren u.a. die fehlende Realisierbarkeit (bei dem größten Teil aller Nutzer\*innen ohne deutsche Staatsangehörigkeit), die hohe Bearbeitungsdauer (bzw. kurze Verweildauer in der Krankenstube) oder in seltenen Fällen fehlende Mitwirkung der Betroffenen.

In anderen Fällen konnten Leistungsbezüge und Krankenversicherungen während des stationären Aufenthaltes auf den Weg gebracht und im direkten Anschluss realisiert werden.

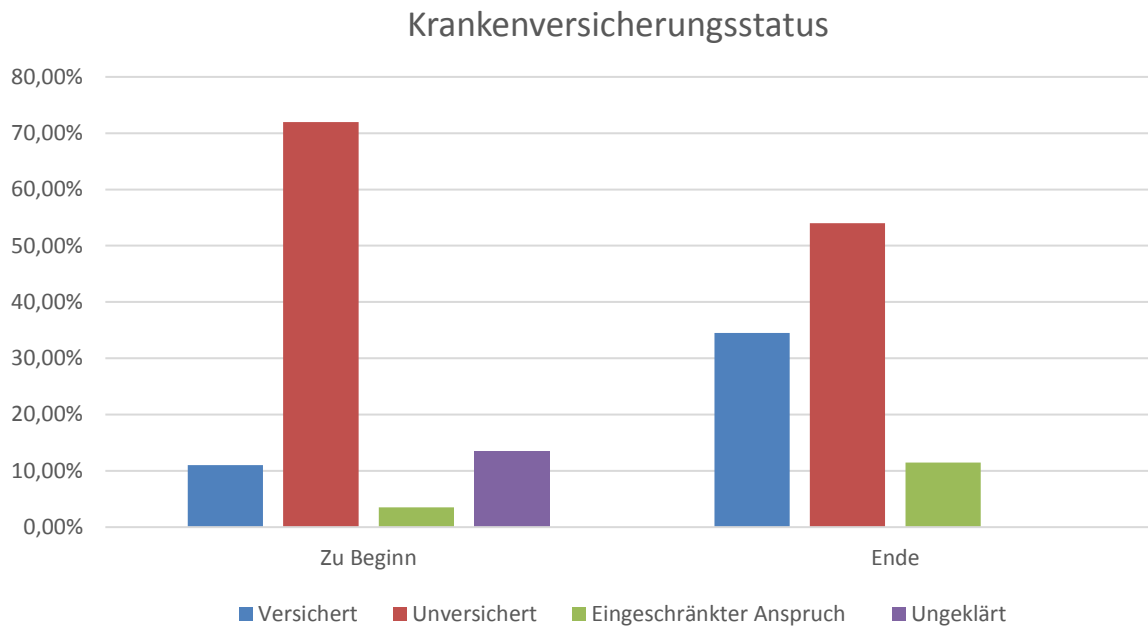
### **Krankenversicherung**

Bei Aufnahme in die Krankenstube konnten im vergangenen Jahr lediglich 9,52% der Menschen als uneingeschränkt krankenversichert gemeldet werden (weitere 3,5% verfügten über eingeschränkten Versicherungsschutz). Im Rahmen der angebotenen Sozialarbeit konnte der Anteil bis zur Entlassung aus der Einrichtung auf 34% erhöht werden (weitere 11,76% verfügten bei Entlassung über eingeschränkten Versicherungsschutz). Der Anteil der Menschen ohne jeglichen Krankenversicherungsschutz ist mit 42% (Vorjahr 50,9%) weiterhin hoch. In vielen Fällen war der Versicherungsstatus zunächst unklar und musste überprüft werden.

Berücksichtigt werden muss bei diesen Zahlen, dass es stets einen hohen Anteil von Menschen gibt, bei denen sich keinerlei Leistungsansprüche und die damit einhergehenden Versicherungen realisieren lassen.

Diese Fälle bedeuten stets besondere Herausforderungen. Es fehlen häufig die Möglichkeiten, Leistungen und Hilfsmittel über eine Krankenkasse zu organisieren und abzurechnen. Die fehlenden Optionen fachärztlicher Untersuchungen und Diagnosen erschweren die Arbeit. Oft gibt es nur spendenfinanzierte oder ehrenamtlich organisierte Wege für weiterführende Maßnahmen wie Krankengymnastik und Facharztbesuche. Letztlich erschwert die fehlende Perspektive nach dem stationären Aufenthalt die Arbeit und führt zu Frustration bei Betroffenen und Personal.

Die geschaffenen Alternativen und Projekte innerhalb des Hilfesystems können hierbei punktuell Abhilfe schaffen, jedoch nicht die strukturell indizierten Problemlagen nachhaltig verbessern.



### **Vermittlungen aus der Krankenstube**

In vielen Fällen (44%; 2019: 51,4%) konnte eine Rückkehr der Menschen auf die Straße bzw. die drohende Obdachlosigkeit (z.B. nach vorherigen Aufenthalten im Gesundheitssystem) verhindert werden. 20% der Menschen wurden von der Krankenstube direkt in Krankenhäuser verlegt. Die Lösungen, die im Rahmen des Aufenthaltes in der Regel gemeinsam von Betroffenen und Mitarbeitenden erarbeitet wurden, sind dabei sehr individuell und von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Eine Vermittlung in eigenen Wohnraum fand, trotz des häufig geäußerten Wunsches, nur in zwei Fällen statt, was vor allem der lokalen Wohnungsmarktsituation und der kurzen Aufenthaltsdauer in der Krankenstube geschuldet war. Die Menschen verließen die Krankenstube in sehr unterschiedliche Richtungen (Notunterkünfte, zu Verwandten und Bekannten, Wohnprojekte, stationäre Einrichtungen, medizinische Einrichtungen, Haft u.a.). Bei 36% liegt zum Teil keine gesicherte Angabe zum weiteren Aufenthalt vor, bei einem Großteil muss davon ausgegangen werden, dass die Personen wieder auf der Straße leben. Ein langjähriger Patient wurde zum Jahreswechsel ins Krankenhaus verlegt und ist dort Anfang 2021 verstorben.

### **TBC – Projekt**

Seit 2015 hält die Krankenstube 4 Betten für Patienten\*innen bereit, welche an einer geschlossenen TBC erkrankt sind. Somit kann die intensive und langwierige medikamentöse Versorgung in Verbindung mit einer ausgewogenen Ernährung organisiert und sichergestellt werden, um einen vollständigen Heilungsprozess zu gewährleisten. Im Jahr 2020 konnten 19 Menschen im Rahmen



des Projektes aufgenommen werden (2019: 13 Patient\*innen).

Die Vermittlung der Menschen fand stets in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Hamburg-Mitte statt. Nach Beendigung einer Anbehandlung in entsprechenden Fachkliniken wurden die Patient\*innen in der Krankenstube aufgenommen und umgehend an das Gesundheitsamt angebunden. Dort wurden diese im Rahmen regelmäßiger Kontrollen durch Fachärzt\*innen überwacht und dem Personal der Krankenstube mitgeteilt, welche Form der Medikation durchzuführen war.

Wenngleich die medikamentöse TBC-Versorgung vordergründig war, konnte der Aufenthalt stets auch für weiterführende medizinisch-pflegerische Behandlungen genutzt werden und der Gesundheitszustand in enger Kooperation mit dem Gesundheitsamt überwacht und verbessert werden. Darüber hinaus ermöglichte die vergleichsweise lange Aufenthaltsdauer in einigen Fällen eine deutlich intensivere pädagogische Betreuung und Begleitung. Die Verweildauer ergibt sich bei diesem Projekt aus der Dauer der Behandlung bzw. der ärztlich verordneten Medikamentengabe durch das Personal der Krankenstube. Bei entsprechender Notwendigkeit kam es so zu den außergewöhnlich langen Aufenthalten.

### **Hilfeleistungen für nicht stationär aufgenommene Patient\*innen**

Außerhalb der Dienstzeiten des Caritas-Krankenmobils wird die Krankenstube zusätzlich von ambulanten Patient\*innen aufgesucht. Die Pflegefachkräfte nehmen bei diesen Patient\*innen, die sich häufig in einem schlechten gesundheitlichen Zustand befinden, vor allem Wundversorgungen und Verbandwechsel vor.

Im Jahr 2020 wurde diese Form medizinischer Versorgung in deutlich reduziertem Maße in 192 (2019: 541) Fällen in Anspruch genommen. Dies lag nicht an einer gesunkenen Nachfrage, sondern daran, dass dieses Angebot aufgrund der Pandemie größtenteils ausgesetzt wurde, um die Mitarbeitenden und stationären Patient\*innen nicht zu gefährden. Nach Möglichkeit wurden die Hilfesuchenden an andere medizinische Projekte wie das Caritas Krankenmobil verwiesen.

### **Kostenbeteiligung der Krankenversicherer**

Im Jahr 2008 konnte eine Beteiligung der Krankenversicherer an den Behandlungskosten in der Krankenstube erreicht werden.

Mit der AOK Rheinland/Hamburg und den Ersatzkassen wurde eine Verfahrensregelung getroffen. Auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung kann für die dort versicherten Patient\*innen eine Tagespauschale für die Krankenpflege für 6 Wochen abgerechnet werden. Im Jahr 2020 wurde die Regelung nun überarbeitet, unter anderem können von nun an in begründeten Einzelfällen auch Abrechnungen über längere Zeiträume erfolgen. Die Beteiligung der Krankenversicherer führt zu einer Kostenentlastung der Sozialbehörde.





## **Bettenpatenschaften, Spenden und Öffentlichkeitsarbeit**

Neben einmaligen Spenden kann für einen frei wählbaren Betrag die symbolische Patenschaft für ein Bett in der Krankenstube übernommen werden. Im Jahr 2020 hatte die Krankenstube 207 solcher Patenschaften. Die Bett-Patenschaften und das Werben um Spenden gehören zum Finanzierungskonzept der Krankenstube für obdachlose Menschen. Nur dank ausreichender externer Unterstützung war es der Einrichtung möglich, auch in den vergangenen Monaten umfangreiche Renovierungsarbeiten vorzunehmen und die Räumlichkeiten wohnlicher zu gestalten. Außerdem ermöglichten Stiftungsgelder der Krankenstube im Jahr 2019 die Anschaffung einer Fahrradrickscha, die nach wie vor intensiv zum Transport von Patient\*innen genutzt wird.

Einher mit der Spendenakquise geht das gesamte Jahr auch die Öffentlichkeitsarbeit, das Informieren über unsere Arbeit, das Sensibilisieren für die Problemlagen der Nutzer\*innen und der Projekte selbst, sowie letztlich die Bitte um Unterstützung in Form von Geld- und Sachspenden. Auch dieser Bereich litt jedoch spürbar unter den Einschränkungen, die Corona mit sich brachte. Fast das gesamte Jahr über herrschte ein Betretungsverbot für externe Besucher\*innen. Es fanden weder die üblichen Besuche von Schul- und Pflegeschulklassen noch Termine für Spendende in den Räumlichkeiten statt. Alternativ gab es die Möglichkeiten, an anderen Stellen öffentlich über den Stand der Station und den Umgang mit Corona berichten zu können.

## **Corona**

Auch die Arbeit der Krankenstube wurde im Jahr 2020 maßgeblich von der Corona-Pandemie bestimmt. Sowohl unter Mitarbeitenden und Patient\*innen bestand eine große Unsicherheit über den Umgang und die Auswirkungen. Zu Gute kam der Einrichtung dabei besonders zu Beginn, dass ohnehin schon hohe Hygienestandards in der alltäglichen Arbeit bestanden, ausschließlich geschultes und professionelles Fachpersonal tätig ist und eine gewisse Expertise im Umgang mit übertragbaren Krankheiten bereits vorhanden war.

Schnell wurde deutlich, dass wir bei der üblichen Vollbelegung aller 20 Pflegebetten weder ausreichende Abstände in den Zimmern noch im Essens- und Aufenthaltsraum gewährleisten können. Die Belegungen der großen Mehrbettzimmer wurden entsprechend reduziert. Eines der Einzelzimmer wurde zu einem Isolationszimmer umfunktioniert, in das Patient\*innen umgehend verlegt werden konnten, wenn sie Symptome zeigten, die auf eine Erkrankung mit Covid-19 hindeuten. Einrichtungsspezifische Hygienepläne wurden über das gesamte Jahr den aktuellen Entwicklungen angepasst.

Ein ohnehin bekanntes Dilemma der Einrichtung spitzte sich weiter zu: jedes freistehende Bett (bzw. Einzelnutzung eines Zimmers) bedeutete auf der einen Seite etwas mehr Sicherheit für die Nutzer\*innen und Mitarbeitenden der Einrichtung, auf der anderen Seite reduzierten wir das ohnehin knappe Angebot stationärer Pflege für obdachlose Menschen mit zum Teil dramatischen Folgen für bedürftige Personen. Im Jahresschnitt standen durchschnittlich nur 15,2 Plätze pro Tag zur Verfügung.

Rund um den ersten Lockdown im März des Jahres entschieden wir uns, sowohl Aufnahmen als



auch Entlassungen (in Ermangelung akzeptabler Vermittlungsmöglichkeiten) auszusetzen. In Zeiten großer Unklarheit erschien dies der Weg größtmöglicher Verantwortung für Team und Patient\*innen zu sein. Für einige Wochen versuchten wir für die versorgten Menschen die Notwendigkeit zum Verlassen des Geländes auf ein Minimum zu reduzieren. Sämtliche externen Besuche wurden untersagt und die Strukturen im Team so verändert, dass persönliche Kontakte auf ein Minimum begrenzt wurden (u.a. Dienstbesprechungen in Form von Videokonferenzen). Auch im weiteren Verlauf des Jahres galt bei Aufnahmen und Kontakten eine erhöhte Sensibilität und nach Möglichkeit wurden vorherige Tests veranlasst bzw. auf der Station durchgeführt, dies galt auch für alle Verdachtsfälle.

Der zwischenzeitliche Mangel an Schutzkleidung, Masken und Desinfektionsmitteln führte wiederholt zu Engpässen und spürbaren Preiserhöhungen. Hilfreich waren hier immer wieder die unterstützenden Lieferungen, die durch die Sozialbehörde erfreulich unbürokratisch organisiert wurden und dafür sorgten, dass stets alle Standards eingehalten werden konnten. Diese Zusammenarbeit setzte sich bis zum Jahresende fort und ermöglichte letztlich auch regelmäßige Testungen von Mitarbeitenden.

Nur an einem Punkt stand die Krankenstube kurz vor einer temporären Schließung: eine Mitarbeiterin der Abteilung und eine stationäre Patientin wurden positiv auf das Corona Virus getestet und ein Großteil des Teams musste als Kontaktpersonen unterschiedlicher Grade eingestuft werden. Mehrere Mitarbeitende kamen in Quarantäne, der Dienstplan konnte nur noch unter größter Not aufrecht gehalten werden und erstmals musste die Möglichkeit einer Schließung in Betracht gezogen werden. Dabei wurde schnell deutlich, wie alternativlos die Versorgung in der Krankenstube in mehreren Fällen zu sein schien. Zumindest konnte nicht geklärt werden, wohin die Menschen mit ihren unterschiedlich intensiven Pflegebedarfen (bei gleichzeitig fehlendem Krankenversicherungsschutz) vermittelt hätten werden können. Dass es nicht zu einer weiteren Übertragung und der damit verbundenden Schließung kam, ist dem schnellen Handeln der Mitarbeitenden zu verdanken.

### **Entwicklungen und Prognosen**

Im Jahr 2020 hat sich die Gesamtsituation erkrankter obdachloser Menschen nicht nur verfestigt, sie hat sich durch die Pandemie verschlechtert. Die zahlreichen Maßnahmen, denen sich die gesamte Gesellschaft unterordnen musste, wirkten häufig dramatisch auf die ohnehin prekäre Lebenslage obdachloser Menschen. Die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten, Unterbringungen in Massenunterkünften, das Ausbleiben zahlreicher (häufig ehrenamtlich organisierter oder knapp ausgestatteter) Hilfsangebote, ausbleibende Einkunftsmöglichkeiten etc. sorgten für teils dramatische Zustände. Deutlich wird, dass das System der Wohnungs- und insbesondere Obdachlosenversorgung nicht krisen- bzw. pandemieresilient ist, was nicht an der Arbeit der haupt- und ehrenamtlich Tätigen, sondern dem strukturellen Fehlen von Rückzugs- und Erholungsräumen für von Obdachlosigkeit Betroffenen liegt. Der beste Schutz gegen die Pandemie, gegen die Unbilden des Wetters, die Chronifizierung von Armut und die Krise der Obdachlosigkeit bleibt die eigene, selbstbestimmte Wohnung.



Die Nachfrage nach stationärer Versorgung war, wie die Zahlen belegen, trotzdem weiterhin über das gesamte Jahr hoch und das Team bestrebt, die Kapazitäten der Einrichtung bestmöglich auszunutzen. Erschwerend kam nun jedoch hinzu, dass der Zugang zur Krankenstube temporär erschwert war (siehe Punkt „Corona – Umgang und Auswirkungen“).

Weiter stellen wir fest, dass älter werdende oder vorgealterte Patient\*innen mehr Betreuung im Alltag benötigen und besonders pflegeintensive Einzelfälle erhebliche Ressourcen binden.

Unverändert besteht auch im Jahr 2020 die Notwendigkeit, deutlich hervorzuheben, dass das Team der Krankenstube die Gruppe von Menschen, die gegenwärtig in Deutschland keine Sozialleistungen realisieren können, besonders intensiv beschäftigt. In Anbetracht der Tatsache, dass im Rahmen der Sozialarbeit nahezu keine Angebote oder Perspektiven entwickelt werden können und kaum Aussicht auf eine Unterkunft, ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis, feste Einkünfte oder einen Krankenversicherungsschutz besteht, macht es im Grunde unmöglich, eine mittel- oder langfristige Verbesserung der Lebensbedingungen zu erreichen. Dies ist nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Kolleg\*innen zunehmend belastend. Die Kolleg\*innen sind in diesen Fällen dazu gezwungen, den Menschen, mit denen sie tagtäglich zu tun haben, dabei zuzusehen, wie diese verelenden. Diese Form der strukturellen Ausgrenzung von Unionsbürger\*innen ist nicht nur in der Krankenstube, sondern auch in den mit uns kooperierenden Kliniken zunehmend problematisch. Immer wieder stellen die Kliniken Anfragen an uns für Patient\*innen mit hohen Versorgungsbedarfen und Bedarf nach Palliativversorgung. Es benötigt weiterhin eine Klärung wie und wo Personen, die seit langer Zeit in Hamburg ohne Perspektive auf Integration ins System der Sozialleistungen leben, versorgt und beim Sterben begleitet werden können.

Wir beobachten, dass die Lebensumstände der Nutzer\*innen unseres Angebotes zunehmend prekär sind. Im letzten Jahr hatten 85% der Nutzer\*innen bei Aufnahme kein Einkommen. Die materielle Situation unserer Klient\*innen ist auf einem aus unserer Perspektive historischen Tiefstand und mehr als desolat. Diese Gruppe besteht insbesondere aus polnischen Staatsbürger\*innen, die seit vielen Jahren prekär in Hamburg leben und in zunehmend schlechten Gesundheitszuständen sind. Dass es kaum Angebote gibt, die den Bedarf dieser Gruppe decken können, schlägt sich auch in unserer Jahresstatistik wieder. 1/3 der Patient\*innen waren polnische Staatsbürger\*innen. Die von der Bundesregierung forcierten Ausgrenzungs- und Rückführungsstrategien gegenüber diesen Gruppen führen im Ergebnis nicht zu einer Rückreise in die Herkunftsländer, sondern, wie weiterhin offensichtlich bleibt, zu massiven Einschränkungen und Angriffen auf das Recht auf Gesundheit und die Würde so vieler verarmter und ausgegrenzter Mitbürger\*innen. Die Krankenstube wird im Ergebnis zunehmend eine Anlaufstelle für Personen, die nirgendwo anders mehr hinkönnen, weil sie in dieser Gesellschaft keine strukturelle Unterstützung erfahren.

Trotz der besonderen Umstände im Jahr 2020 konnte die Krankenstube ohne Unterbrechung eine hoch qualifizierte Hilfe in der Pflege und der Sozialarbeit anbieten. Das leidenschaftlich arbeitende Team hat neben den alltäglichen Aufgaben weiterhin an einer stetigen Verbesserung der Bedingungen für die Nutzer\*innen der Einrichtung gearbeitet und versucht, die Abläufe stets so zu ge-



stalten, dass die Freiheiten derer, die temporär bei uns wohnen, nur so weit eingeschränkt werden, wie es für die Arbeit und das Miteinander notwendig ist. Die Tatsache, dass diverse Menschen, die innerhalb des Hilfesystems als „schwierig“ gelten und bisher kaum Angebote annehmen konnten, nicht selten bis zum Ende der Behandlung in der Einrichtung blieben, ermutigt alle Beteiligten, den eingeschlagenen Weg weiterzugehen.

### **Danksagung**

Danken möchten wir zum einen den vielen Spenderinnen und Spendern, die unsere Arbeit durch Geld- und Sachspenden mit ermöglicht haben. Besonderen Dank möchten wir außerdem unserem außergewöhnlich engagierten Team und unseren unermüdlichen Ärzten Dr. Lott und Dr. Noster aussprechen, die unsere Arbeit mit Ihrem Fachwissen in Rat und Tat unterstützen und seit vielen Jahren begleiten.

Thorsten Eikmeier  
Einrichtungsleitung

Sören Kindt  
stellv. Einrichtungsleitung