

## A6 Gesundheit

Antragsteller\*in: Marc Kersten & Jenny Brunner

Tagesordnungspunkt: 2. Beschlussfassung Eckpunktepapier Obdachlosigkeit

### Text

#### 1 Gesundheit

2 Armut macht krank und Krankheit macht arm, das gilt ganz besonders für  
3 obdachlose Menschen. Die Lebenserwartung von Menschen auf der Straße liegt etwa  
4 dreißig Jahre niedriger als von Menschen mit festem Wohnsitz<sup>1</sup>. Kein Wunder  
5 angesichts der Alltagsgefahren: Feuchtigkeit und Extremtemperaturen ausgesetzt,  
6 mit eingeschränkten und mehr als jede\*r andere den Risiken des Straßenverkehrs  
7 ausgesetzt, ebenso politisch motivierten Angriffen und durch Armutskonkurrenz  
8 erzeugten Raubversuchen. Obdachlose sind zudem oft nicht krankenversichert oder  
9 haben aufgrund von Beitragsrückständen eingeschränkten Versicherungsschutz, was  
10 einem nachhaltigen Behandlungserfolg im Wege steht. Für einige stellt schon das  
11 Einlösen eines Rezeptes eine Überforderung dar.

12 Obdachlosigkeit ist deshalb vor allem auch eine Herausforderung für unser  
13 Gesundheitssystem. Denn ihre Hilf- und Aussichtslosigkeit führt bei obdachlosen  
14 Menschen zu Wut und psychischen Problemen, wenn sie diese nicht schon vorher  
15 hatten. Eine ganz besondere Bedeutung kommt dabei der Gemeindepsychiatrie zu, da  
16 bei vielen Obdachlosen eine entsprechende Erkrankung diagnostiziert wird. Den  
17 Teufelskreis dieser Drehtür-Patienten müssen wir dringend durchbrechen.

18 Wer auf der Straße lebt, erlebt Leid am laufenden Band. Für viele hilft da nur  
19 Sucht als Bewältigungsstrategie, um den eigenen Frust zu betäuben. Manch einer  
20 landet durch Alkohol- und Drogenabhängigkeit auf der Straße, bei den meisten ist  
21 es umgekehrt.

22 Doch Sucht ist eine Krankheit und kein Verbrechen. Deshalb führt die  
23 Kriminalisierung von Drogenkonsum lediglich zu überfüllten Gefängnissen und  
24 dauerhaft gescheiterten Existenzen. Die Bekämpfung von Obdachlosigkeit ist somit  
25 auch ein wichtiger Beitrag zur Entlastung unserer Justiz und unseres  
26 Gesundheitssystems. Die Behandlung von chronischen Erkrankungen, psychischen  
27 Problemen und Drogenabhängigkeit braucht Zeit, flexible und realistische Ziele,  
28 das Einvernehmen der Betroffenen und getrennte, darauf abgestimmte  
29 Hilfsangebote.

30 Dafür haben wir einen Plan und fordern:

31 - die Überführung aller Betroffenen in die medizinische Regelversorgung,  
32 unabhängig von Krankenversicherungs- und Aufenthaltsstatus, im ersten Schritt  
33 mit einem anonymen Krankenschein wie in Köln<sup>2</sup>

34 - eine öffentliche Förderung von spezialisierten, niedrighschwelligen  
35 Behandlungsangeboten für Obdachlose, wie z.B. der CAYA-Ambulanz in Köln<sup>3</sup>

36

37 - eine Liberalisierung des Arzneimittelgesetzes, um eine kontrollierte  
38 Medikamentenabgabe zu ermöglichen

39

40 - mehr Krankenwohnungen und Projekte selbstbestimmten Lebens in der eigenen

- 41 Wohnung für obdachlose Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und  
42 Pflegebedarf wie in Münster<sup>4</sup>
- 43 - eine Behandlungspflicht von Obdachlosen in Arztpraxen und verbindliche  
44 Übernahme der Behandlungskosten durch die Sozialämter, analog zu  
45 Krankenhausbehandlungen
- 46 - deutlich mehr mobile und aufsuchende medizinische Angebote für Obdachlose<sup>5</sup>  
47
- 48 - mehr Sensibilität für psychische Erkrankungen/Phänomene, insbesondere auch  
49 Neurodiversität und eine entsprechende Schulung des Fachpersonals
- 50 - ein bedarfsgerechter Ausbau der Gemeindepsychiatrie, um Wartelisten zu  
51 vermeiden
- 52 - dass durch ein entsprechendes Entlassmanagement, verbindliche Schnittstellen  
53 mit den Kommunen und passende Anschlussangebote niemand nach  
54 Psychiatrieaufenthalten auf der Straße landet
- 55 - den Zugang zu Möglichkeiten zur Entgiftung niedrigschwellig zu gestalten, ohne  
56 übermäßige Kontaktpflichten vor der Therapie
- 57 - niedrigschwellige Angebote für Drug-Checking wie in Münster<sup>6</sup>, um  
58 Gesundheitsgefahren durch verunreinigte Substanzen zu vermeiden
- 59 - spezielle Angebote für suchtkranke Obdachlose, z.B. mit betreuten Wohngruppen  
60 wie in Duisburg<sup>7</sup>
- 61 - ergebnisoffene Angebote, von kaltem Entzug über Konsumreduzierung bis hin zu  
62 Substitution und kontrolliertem Konsum
- 63 - einen Therapieplatz direkt im Anschluss an eine Entgiftung, um Rückfälle zu  
64 vermeiden
- 65 - eine Förderung von Sucht-Selbsthilfeprojekten<sup>8</sup>  
66
- 67 - praxisgerechte Hausregeln zum Alkoholkonsum in Obdachloseneinrichtungen
- 68 - eine Unterbringung möglichst nur noch in Einzelzimmern, auch im Hinblick auf  
69 künftige Pandemien<sup>9</sup>
- 70 - Menschen mit Behinderung oder erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen  
71 müssen wir bei der Konzeption von Obdachlosenhilfeangeboten mitdenken
- 72
- 73 Fußnoten:
- 74 1 siehe [Deutsches Ärzteblatt](#) (2017)
- 75 2 [Allgemeine Infos](#) zum Anonymen Krankenschein; [Angebot in Köln](#)
- 76 3 [Konzept CAYA](#); ähnliche [Angebote der Malteser](#);
- 77 4 u.a. diverse Angebote der [Alexianer](#), für psychisch Kranke etc.
- 78 5 z.B. das [GSE-Arztmobil](#) in Essen

- 79 6 [INDRO in Münster](#) nimmt als einer von 10 deutschen Standorten mit einem  
80 Drogenkonsumraum am vom BMG geförderten Modellprojekt „Rapid Fentanyl Tests in  
81 Drogenkonsumräumen (RaFT)“ teil
- 82 7 siehe [Diakonie Duisburg](#)
- 83 8 wie z.B. [Vision e.V.](#) in Köln, [JES NRW](#) etc.
- 84 9 [Gemeinsame Empfehlungen](#) RKI, BAG W; [Erfahrungen aus Hamburg](#) mit  
85 Einzelzimmerunterbringung während der Pandemie