



KONZEPT ZUR NIEDRIGSCHWELLEN AMBULANTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR MENSCHEN OHNE EIGENEN WOHNRAUM IN DER STRUKTUR VON GESUNDHEITZENTREN (KNAG)

Inhalt

1. Einleitung.....	2
2. Grundlagen.....	3
3. Leistungsangebot	6
4. Stellenplanmodell.....	8
5. Umsetzungsmodelle	11
6. Standards und Qualitätskontrolle	17
7. Nächste Schritte	18
8. Quellen	19
Anhang 1: Übersicht der Leistungsangebote mit Beispielen	20
Anhang 2: Stellenplanbeispiel Aufgaben und Anforderungsprofile.....	22
Anhang 3: Umsetzungsmodell mit Abrechnungsmöglichkeit über einen Fördertopf nach Hamburger Modell	35
Anhang 4: Umsetzungsmodell mit Abrechnungsmöglichkeit über ein Umsetzungskonzept nach NRW-Modell	37

1. Einleitung

Wohnungslosigkeit macht krank.

Wohnungslosigkeit in Deutschland führt häufig zu gesundheitlichen Problemen, da Betroffene oft keinen Zugang zu regelmäßiger medizinischer Versorgung haben, beispielsweise durch fehlende Krankenversicherung bzw. ungeklärten Versicherungsstatus, Diskriminierungserfahrungen oder persönliche Scham.¹ Überdurchschnittlich viele wohnungslose Menschen leiden unter chronischen Krankheiten und psychischen Störungen, die unbehandelt bleiben.² Zudem sind sie einem erhöhten Risiko für Gewalt und Suchtkrankheiten ausgesetzt.³ Die Lebensbedingungen auf der Straße verschlechtern den allgemeinen Gesundheitszustand weiter, was zu einer deutlich höheren Sterblichkeitsrate im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung führt.⁴

Eine Neuausrichtung des niedrigschwelligen gesundheitlichen Versorgungssystems ist notwendig.

Berlin braucht ein belastbares Versorgungssystem für Menschen, die (noch) nicht an das Regelsystem angebunden sind. Die Grundpfeiler hierfür bilden Versorgungsstellen, deren personelle und finanzielle Ressourcen eine bedarfsgerechte Versorgung der Zielklientel sicherstellen. Hierzu zählt nicht nur die bedarfsgerechte ambulante Versorgung, sondern auch die Weitervermittlung in die Regelstrukturen. Dies kann nur gelingen, wenn das Team aus festangestellten Mitarbeitenden besteht und ehrenamtliche Kolleg*innen ergänzend eingesetzt werden, anstatt die Versorgungsstruktur überwiegend auf ehrenamtliche Kräfte zu stützen. Anknüpfend an die bereits bestehenden Versorgungsstellen in Berlin soll eine Struktur etabliert werden, die niedrigschwellige ambulante medizinische Versorgung und langfristig eine Anbindung an bestehende Hilfesysteme bietet sowie eine strategische professionelle (Weiter-)Entwicklung einer berlinweiten Struktur ermöglicht.

Bereits 2020 wurde durch das Trägernetzwerk „Runder Tisch für die (zahn)medizinische Versorgung obdachloser Menschen in Berlin“ ein Konzept für „Gesundheitszentren für wohnungslose Menschen und nicht ausreichend krankenversicherte Menschen mit Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung“ vorgelegt. Im Auftrag der Berliner Landesgesundheitskonferenz wurde dieses Konzept von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Co-Federführung der Gesundheits- und der Sozialverwaltung weiterentwickelt. In die Konzeptionierung eingeflossen sind die Einschätzungen von Praktiker*innen verschiedener ambulanter Angebote aus Berlin und dem deutschsprachigen Raum, Erfahrungsexpert*innen und weiteren Fachexpert*innen aus der Verwaltung sowie Verbänden der freien Wohlfahrtspflege.

Es stellt damit eine erste konkrete Blaupause für ein an den Bedarfen der Zielgruppe orientiertes Versorgungsangebot dar und beantwortet die Frage: „Was wird benötigt, um eine bedarfsgerechte, krisenfeste ambulante Versorgungsstruktur für die Zielgruppe vorhalten zu können?“.

¹ Bertram et al. 2022; Schindel et al. 2021

² Bertram et al. 2022

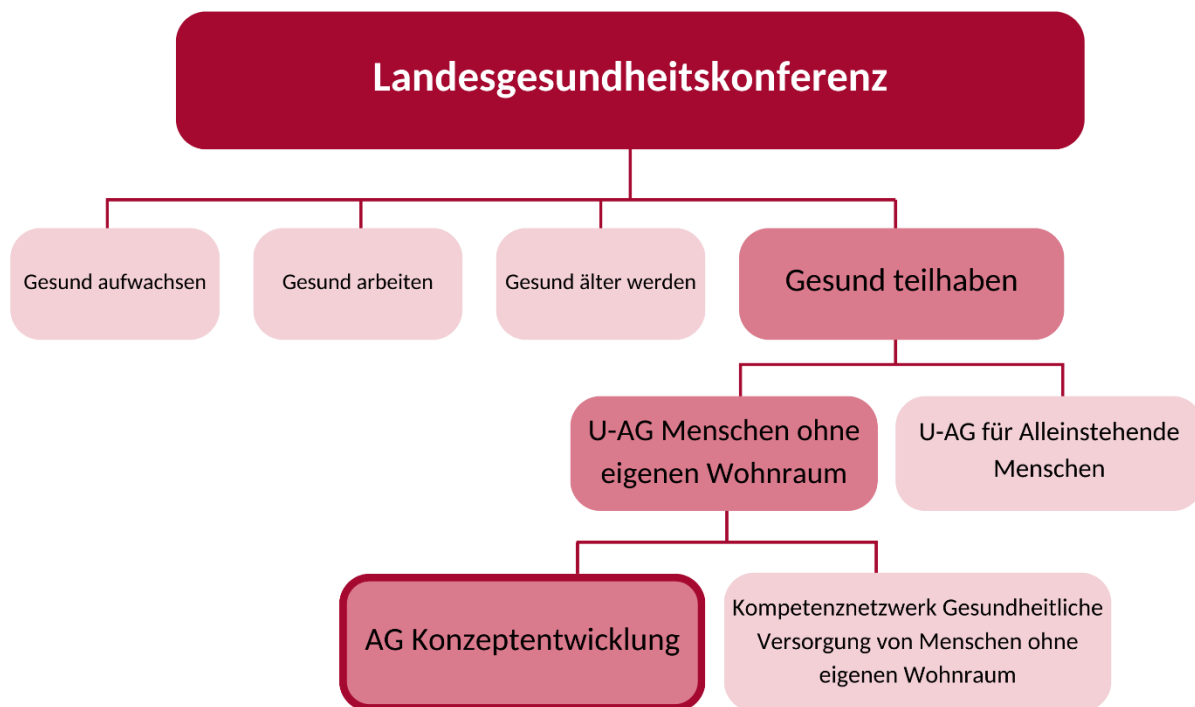
³ Busch-Geertsema et al. 2019

⁴ Aldridge et al. 2018

Für die praktische Umsetzung kann dieses Konzept nur Vorschläge liefern. Die Umsetzung dieser Vorschläge ist letztendlich Ergebnis eines gesamtgesellschaftlichen Entscheidungsprozesses.

2. Grundlagen

2.1 Rolle der Landesgesundheitskonferenz und Auftrag



Die Berliner Landesgesundheitskonferenz (LGK) ist ein Zusammenschluss von Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen, der Politik, der Verwaltung, dem Bildungswesen und weiteren relevanten Bereichen. Ziel der LGK ist es, die gesundheitlichen Lebensbedingungen in Berlin, die gesundheitliche Versorgung und die gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu verbessern. Zu diesem Zweck formuliert und verabschiedet die LGK-Gesundheitsziele, die alle beteiligten Akteur*innen im Zuge ihrer Selbstverpflichtung umsetzen sollen.

Im Rahmen des Gesundheitsziels „Gesund teilhaben“ werden Zielgruppen berücksichtigt, die in den bisherigen Gesundheitszieleprozessen gar nicht oder nicht ausreichend abgebildet waren. Im Rahmen der Unter-AG für Menschen ohne eigenen Wohnraum wurden im Jahr 2022 erste Gesundheitsziele erarbeitet.

Teilziel 1:

Die medizinische und zahnmedizinische Versorgung wohnungsloser Menschen ist verbessert.

Maßnahmenempfehlung:

Das Land Berlin erarbeitet gemeinsam mit Akteur*innen der Versorgung und involvierten Leistungsträger*innen ein Konzept zur med. und zahnmed.

Versorgung von wohnungslosen Menschen und Menschen ohne Krankenversicherung.

(Gesundheitsziele für Menschen ohne eigenen Wohnraum 2022)

Um diese Maßnahmenempfehlung umzusetzen, hat sich 2023 die „AG Konzeptentwicklung“ gegründet und das vorliegende Konzept erarbeitet. Die Expertise von Personen mit Selbsterfahrung wurde zur Erarbeitung des Konzepts hinzugezogen.

Mitglieder der AG Konzeptentwicklung

Vertreter*innen von:

- Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.
- Berliner Stadtmission
- Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.
- Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung
- Die Organisationseinheiten Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OE QPK) der Bezirke
- Die für Pflege zuständige Senatsverwaltung
- Die für Soziales zuständige Senatsverwaltung
- Fixpunkt gGmbH
- Gangway e.V.
- Gesundheitsamt Pankow
- GEBEWO pro gGmbH
- Housing First Berlin
- Johannesstift Diakonie gAG
- open.med Ambulanz Berlin-Zehlendorf (milaa gGmbH & Medizin Hilft e.V.)
- Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e.V.
- Psychologische Hochschule Berlin gGmbH
- Runder Tisch für die (zahn)medizinische Versorgung obdachloser und nicht krankenversicherter Menschen in Berlin
- Zahnärztekammer Berlin

2.2 Zielgruppen

Wohnungslose Menschen mit ambulanten medizinischen Bedarfen, die vom Regelsystem nicht erfasst werden und/oder mit erheblichen Zugangsbarrieren konfrontiert sind. Hierzu gehören auch akute, chronische oder palliative Bedarfe.

Es handelt sich um folgende Zielgruppen:

- Menschen ohne eigenen Wohnraum⁵
- Menschen ohne, mit ungeklärtem bzw. mit nicht ausreichendem Krankenversicherungsschutz⁶
Im Folgenden wird auch der Begriff „Nicht krankenversicherte Menschen“ als Sammelbegriff genutzt.

Alle Gesundheitszentren stehen grundsätzlich der gesamten Zielgruppe zur Verfügung. Gesundheitszentren können Schwerpunkte bzgl. der Versorgung spezifischer Bedarfe setzen (z. B. Schwerpunkt Gesundheitsangebote für Menschen mit Suchterkrankung, Psychotherapie oder fachärztliche Leistung wie Psychiatrie). Wichtig ist hierbei eine Abstimmung innerhalb der Gesamtstruktur und die Ausrichtung nach den jeweiligen Patient*innen und Klient*innen vor Ort.

2.3. Ziele des Konzepts

Mit dem vorliegenden Konzept soll eine fachlich fundierte Vorlage für eine bedarfsdeckende, ambulante gesundheitliche Versorgungsstruktur für die Zielgruppe dargelegt werden. Hierfür wird im Konzept ein Modell für **ein** Gesundheitszentrum inkl. benötigtem Personal, notwendiger Leistungen sowie möglicher (finanzieller) Umsetzungsmodelle vorgestellt.

Um eine bedarfsgerechte niedrigschwellige ambulante Versorgungsstruktur für die benannten Zielgruppen berlinweit vorhalten zu können, werden mehrere Gesundheitszentren an verschiedenen

⁵ Hier wird die Definition der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) genutzt: „Wohnungslos ist, wer nicht über einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum (oder Wohneigentum) verfügt.“

(<https://www.bagw.de/de/themen/zahl-der-wohnungslosen/wohnungsnotfalldefinition>. Letzter Zugriff: 1.8.2024).

⁶ Ein nicht ausreichender Krankenversicherungsschutz liegt bspw. im sog. „Notlagentarif“ der PKV vor. In diesen Tarif werden privat Krankenversicherte eingestuft, die ihre Beiträge im regulär vereinbarten Tarif nicht (mehr) zahlen können (vgl. § 193 Abs. 6-10 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)). In diesem Tarif haben die Versicherten lediglich Anspruch auf Behandlungen bei Schmerzzuständen und akuten Erkrankungen. Für Mitglieder der GKV kann beispielsweise im Falle des Ruhens der Mitgliedschaft gemäß § 16 Abs. 3 a SGB V bei Beitragsrückständen in Höhe von zwei Monatsbeiträgen, welche trotz Mahnung nicht entrichtet werden, der Krankenversicherungsschutz nicht ausreichend sein. In einem solchen Fall ist der Leistungsanspruch nach Maßgabe des § 16 Abs. 3 a SGB V auf Früherkennungsuntersuchungen nach §§ 25 und 26 SGB V sowie die Behandlung akuter Schmerz- und Krankheitszustände beschränkt.

Standorten in der Stadt benötigt, die ein wettbewerbsneutrales Netzwerk miteinander bilden. Hierbei sollen sich die Angebote gegenseitig ergänzen können, um als Gesamtstruktur gemeinsam ein breites gesundheitliches Versorgungsspektrum abbilden zu können.

Ob und in welcher Form das vorliegende Konzept umgesetzt wird, ist Teil eines politischen Entscheidungsprozesses und nicht Gegenstand dieser Ausarbeitung.

2.4 Ziele der Gesundheitszentren

Die Ziele eines Gesundheitszentrums auf Grundlage dieses Konzepts sind:

- Die Gewährleistung einer angemessenen ambulanten medizinischen Versorgung durch Bereitstellung ambulanter niedrigschwelliger gesundheitlicher Primärversorgung für alle Mitglieder der unter 2.2 beschriebenen Zielgruppe.
- Eine Brückenfunktion in das gesundheitliche und soziale Regelsystem bzw. zu weiteren Angeboten des Regelsystems zu schaffen und niedrigschwellige gesundheitliche Versorgungslücken zu schließen.

2.5 Diskriminierungssensibilität und Diversity-Kompetenz

Gesundheitszentren sollen eine grundsätzlich barrierefreie niedrigschwellig-zugängliche bedarfsorientierte Versorgungsstruktur bilden. Hierbei ist es wichtig, dass Zugangsbarrieren regelmäßig reflektiert und Ideen zu ihrer Überwindung generiert werden. Ein kompetenter Umgang mit Vielfalt soll durch regelmäßige Weiterbildung von medizinischem und nicht-medizinischem Personal nachhaltig verankert werden.

3. Leistungsangebot⁷

Im Gesundheitszentrum für wohnungslose Menschen arbeiten verschiedene Professionen interdisziplinär zusammen, um die bestmögliche Versorgung für die Patient*innen sicherzustellen. So kann es sich beispielsweise aus Ärzt*innen, medizinischem Fachpersonal, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Sprachmittler*innen, Heilerziehungspfleger*innen, Erzieher*innen und Verwaltungsfachangestellten zusammensetzen.

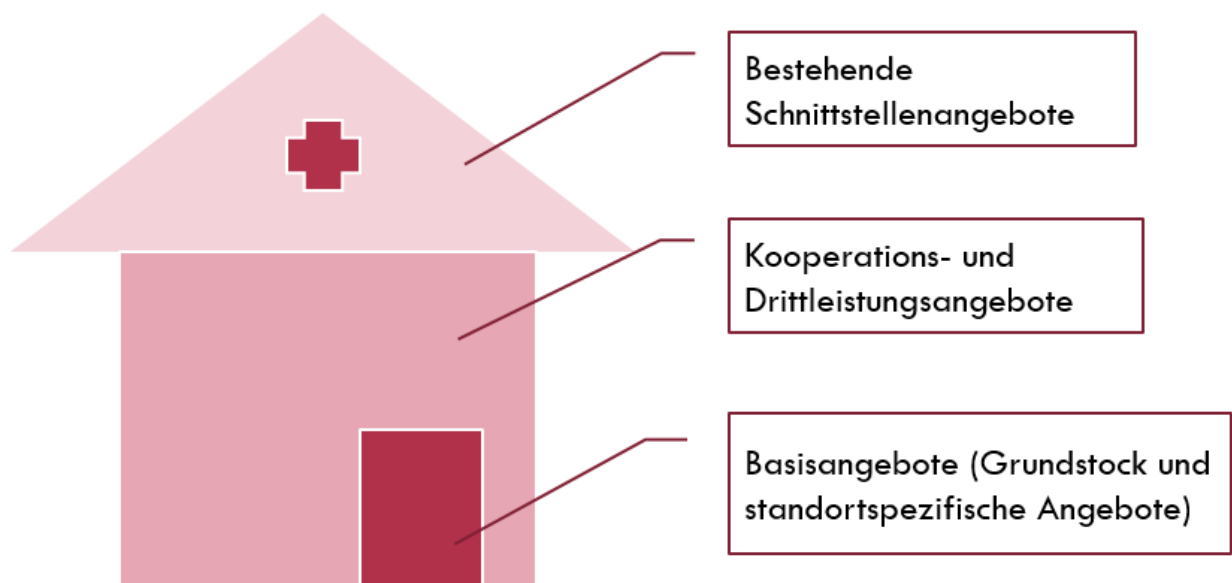
Das Personal kann direkt beim Gesundheitszentrum selbst oder über Kooperationspartner angestellt sein.

Das Versorgungsangebot der Gesundheitszentren gliedert sich strukturell in drei Ebenen. Die erste Ebene, das „Basisangebot“, stellt den Kern der Angebote dar, die das Gesundheitszentrum aus seiner eigenen Personalstruktur heraus leistet. Die zweite Ebene, die „Kooperations- und Drittleistungsangebote“, stellen Leistungen dar, die durch Kooperationen mit anderen Versorgungsakteur*innen

⁷ Für eine detaillierte Übersicht der Leistungsangebote, siehe Anhang 1.

nach Bedarf in das Zentrum geholt werden. Zusammen stellen das „Basisangebot“ und die „Kooperations- und Drittleistungsangebote“ die Gesamtheit der gesundheitlichen Versorgungsangebote eines einzelnen Gesundheitszentrums dar, die vor Ort aufgesucht werden können.

Zudem sollte das Gesundheitszentrum als zentrale Schnittstelle in ein Netzwerk bestehender Angebote eingebunden sein, die eine Zusammenarbeit und eine Vermittlung in die Regelstruktur ermöglicht. Hierfür ist eine enge Kooperation der Gesundheitszentren mit den bereits bestehenden Akteur*innen und Angeboten der gesundheitlichen Versorgung für die Zielgruppe vorgesehen. Dieses Kooperationsnetzwerk wird unter der Bezeichnung „bestehende Schnittstellenangebote“ als dritte Ebene im Versorgungsangebot benannt.



3.1 Basisangebot

Alle Gesundheitszentren verfügen über ein „Basisangebot“, das verlässlich vorgehalten wird und durch das Kernteam geleistet werden kann. Dieses „Basisangebot“ setzt sich aus Leistungen zusammen, die in allen Gesundheitszentren gleichermaßen angeboten werden (wie bspw. Allgemeinmedizin, soziale Beratung), dem „Grundstock“, und solchen, die standortspezifisch auf die Bedürfnisse der Patient*innen und Klient*innen vor Ort angepasst wurden, den „standortspezifischen Angeboten“ (z. B. zahnärztliche und fachärztliche Leistungen wie, Orthopädie, Psychiatrie, Gynäkologie, Chirurgie oder Leistungen wie Psychotherapie und psychologische Beratung). Der Begriff „Basisangebot“ soll verdeutlichen, dass für eine adäquate gesundheitliche Versorgung weitere, ergänzende Leistungen notwendig sind. Die Aufgliederung des Begriffs „Basisangebot“ trägt der Heterogenität der Zielgruppe der wohnungslosen Menschen Rechnung, da die medizinischen Versorgungsprojekte je nach Standort unterschiedliche Patient*innengruppen versorgen und ihre Angebote diesen angepasst haben. So gibt es bspw. aktuell einzelne Versorgungsstellen, die zu einem großen Teil von Familien aufgesucht werden oder andere, die sich auf die Bedarfe von Patient*innen mit substanzbezogener

Suchterkrankung spezialisiert haben. Diese Spezialisierung soll erhalten bleiben und sich in dem jeweilig vorgehaltenen Basisangebot der Gesundheitszentren widerspiegeln.

3.2 Kooperations- und Drittleistungsangebote

Dieser Begriff beschreibt die weiteren notwendigen Leistungen der Gesundheitszentren. Auch sie sollen vor Ort, das heißt in den Gesundheitszentren selbst, angeboten werden bspw. im Rahmen von Kooperationen und Dienstleistungen Dritter.

Die „Kooperations- und Drittleistungsangebote“ ermöglichen dem Gesundheitszentrum, ergänzende Leistungen anzubieten, die nicht durch das Kernteam im Zentrum abgedeckt werden können. Neben einer weiteren fachlichen Spezialisierung kann so auch auf andere (neue) Bedarfe der Patient*innen reagiert werden, indem diese Angebote durch Kooperationen mit niedergelassenen Praxen, Beratungsangeboten der Bezirke oder Angeboten weiterer Projekte in das Gesundheitszentrum geholt werden.

Vorgesehen sind an dieser Stelle eine strategische Abstimmung sowie enge Kooperation der verschiedenen Zentren untereinander, um die Bedarfe als Struktur gemeinsam abzudecken und das eigene Versorgungsangebot zu ergänzen.

3.3 Bestehende Schnittstellenangebote

Die Gesundheitszentren können und sollen eine adäquate Regelversorgung nicht ersetzen. Daher ist es über das Leistungsangebot der Gesundheitszentren hinaus unerlässlich, Schnittstellen zur Regelversorgung und zu anderen Stakeholdern im Versorgungssystem aus- und aufzubauen. Die Gesundheitszentren arbeiten aktiv an der engen Vernetzung und Etablierung von Vermittlungswegen und Kooperationen. Dieses Netzwerk stellt die dritte Ebene in der Versorgungsstruktur der Gesundheitszentren dar und kann bspw. bedeuten, dass Zentren sich mit den lokalen Akteur*innen vor Ort vernetzen (z. B. Krankenhäuser und Rettungsstellen, niedergelassenen Ärzt*innen, Beratungsangebote und Angebote der Wohnungsnotfallhilfe) als auch mit Akteur*innen, die berlinweit agieren (bspw. Pflegediensten, der Berliner Clearingstelle o. ä.)

4. Stellenplanmodell⁸

Der Stellenplanentwurf ist im engen Austausch mit Praktiker*innen bestehender ambulanter Versorgungstellen für die Zielgruppe in Berlin, Köln und Wien entstanden. Ihre Erfahrungen und qualifizierten Hinweise sind in die Konzeption geflossen. Für die Erstellung des Stellenplankonzepts wurde sich an der folgenden Leitfrage orientiert: „Wie müsste ein Stellenplan aussehen, um die Zielgruppe bedarfsdeckend versorgen zu können?“ **Der Entwurf stellt daher explizit den Bedarf an Personalstellen**

⁸ Für die Darstellung der Stellenprofile siehe Anhang 2.

aus fachlicher Sicht dar. Fragen der Realisier- oder der Finanzierbarkeit müssen an anderer Stelle geklärt und entschieden werden und sind für die fachliche Einschätzung der Frage einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung der Zielgruppe an diesem Punkt nicht relevant.

Ein Gesundheitszentrum für die Zielgruppe muss personell und fachlich auf eine teilweise sehr komplexe Bedarfsdeckung vorbereitet sein. Die gesundheitliche Versorgung der Zielgruppe kann nicht auf die rein medizinische Versorgung beschränkt werden, da die gesundheitliche Verfassung einer Person in erheblichem Maße abhängig von ihrer (psycho-)sozialen Situation ist und durch sie bestimmt wird.⁹

Neben einer ambulanten medizinischen bzw. gesundheitlichen Versorgung soll daher eine gut aufgestellte Sozialberatung sicherstellen, dass Personen in die Regelversorgung wechseln und weitere Hilfsangebote wahrnehmen können. Darüber hinaus stellt die Versorgung mit Mahlzeiten, das Vorhalten von Hygieneangeboten und die Bereitstellung von Kleidung für einen großen Teil der bestehenden Versorgungsstellen den Grundstein zur bedarfsgerechten Komplementierung des Angebotes einer Ambulanz für die Zielgruppe dar. Darauf aufbauend sind auch diese Angebote im Stellenplan berücksichtigt, wohlwissend, dass Umfang und Notwendigkeit dieser Leistungen je nach Standort sehr variieren können.

Die verschiedenen Angebote der gesundheitlichen Versorgung in Berlin sind historisch gewachsen und sehr divers aufgestellt, sie haben sich auf die aktuellen Bedarfe der Patient*innen und Klient*innen spezialisiert. Diese unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkte und die damit verbundene Fachexpertise sollen strukturell erhalten bleiben. Ebenso sollen die Zentren die Möglichkeit haben, sich auf verändernde Bedarfe ein- bzw. umzustellen. Im Stellenplan sind daher neben den allgemeinmedizinischen und sozialarbeiterischen Personalstellen auch Positionen für Fachärzt*innen bzw. Fachpersonal vorgesehen. Damit ist jedem Gesundheitszentrum die Option gegeben, eine erhöhte Nachfrage nach fachmedizinischer Versorgung mit entsprechendem Personal im eigenen Stellenplan abzudecken. Weitere fachspezifische Versorgung kann dann bspw. in Kooperation mit anderen Versorgungsstellen, durch den ÖGD oder durch Ehrenamt im Zentrum angeboten werden (siehe dazu auch 3. Leistungsangebot der Gesundheitszentren).

4.1 Generelles

Der Stellenplan umfasst eine wöchentliche Öffnungszeit von 40 Stunden, wobei 30 Stunden für Sprechstunden vorgesehen sind. Bei den Öffnungszeiten des Zentrums ist einzuplanen, dass ein regelmäßiges Angebot auch an Nachmittagen vorgehalten werden muss, damit auch arbeitende Personen das Angebot wahrnehmen können. Die Aufstellung des Stellenplans orientiert sich außerdem an einem Gesundheitszentrum mit einer eigenen großen Küche zur Zubereitung von mehreren Mahlzeiten täglich sowie einem umfangreichen Hygiene- und Kleiderkammerangebot. Hier wird das Gesundheitszentrum mit allen Angeboten beschrieben, jedoch werden voraussichtlich nicht alle Angebote

⁹ Hoebel und Müters 2024.

überall benötigt.¹⁰ Ehrenamtliche Mitarbeitende sowie Studierende oder auszubildende Personen werden in diesem Konzept ergänzend eingesetzt und vervollständigen das interdisziplinäre Team eines jeden Zentrums. So können bspw. Personal-Ressourcen für die Begleitung von Personen zu Ämtern oder weiteren Anbietern medizinischer Angebote sichergestellt werden und so die Anbindung an die Regelversorgung nachhaltig unterstützen.

4.2 Leitung

Der Stellenplan sieht vor, dass ein Gesundheitszentrum von einer dualen Leitung aus einer sozialarbeitenden und einer medizinisch-fachlichen Person geführt wird, die sich in ihren Kompetenzen ergänzen. Die Doppelspitze verankert die interdisziplinäre multiprofessionelle Zusammenarbeit strukturell. Darüber hinaus stellt die strukturelle Verschränkung der beiden Fachrichtungen sicher, dass das Gesundheitszentrum beide Bedarfsbereiche gleichwertig wahrnehmen kann. Die Stelle der medizinisch-fachlichen Person mit Leitungsfunktion ist dabei für die Mitarbeitenden der medizinischen Versorgung zuständig¹¹ und die leitende sozialarbeitende Person für das beratende Personal und das Personal im Hausmanagement/Verwaltung.

Im Beispiel des folgenden Stellenplanmodells wird die medizinisch-fachliche Leitung durch eine medizinisch fachangestellte Person (MFA) übernommen. Sofern das Gesundheitszentrum eine Institutsermächtigung erhalten möchte, wird eine ärztliche Leitung benötigt (für weitere Informationen siehe dazu Umsetzungsmodell 5.1.).

4.3 Stellenplan

gesundheitliche Versorgung

- 2 x Allgemeinmediziner*innen, Stellenanteil jeweils 0,75
- Medizinische*r Fachangestellte*r mit Leitungsfunktion, Stellenanteil 1
- 2 x medizinische*r Fachangestellte*r, Stellenanteil jeweils 1¹²
- 2 x Fachärzt*in, Zahnärzt*in Psychotherapeut*innen oder Psycholog*in, Stellenanteil jeweils 0,5 beratende und koordinierende Mitarbeitende
- Sozialarbeiter*in mit Leitungsfunktion, Stellenanteil 1
- 2 x Sozialarbeiter*in, Stellenanteil jeweils 1

¹⁰ Da der Versorgungsbedarf aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe je nach Standort variieren kann (z.B. Kleiderkammer und Hygieneangebot wird nicht an jedem Standort im selben Umfang benötigt), muss es dem Gesundheitszentrum möglich sein das Angebot den Bedarfen seiner Zielgruppe anzupassen.

¹¹ Die Weisungsfreiheit des Ärzt*innen-Kollegiums bleibt hiervon unberührt.

¹² Wenn ein*e Zahnärzt*in im Gesundheitszentrum arbeitet, werden die Stellenanteile (MFA) anteilig bedarfsbezogen in Stellenanteile für zahnmedizinische Fachangestellte überführt.

- Ehrenamtskoordination, Stellenanteil 0,5
- Inreach-Manager*in, Stellenanteil 0,75

Hausmanagement

- 2 x Verwaltungsfachkraft, Stellenanteil jeweils 1
- Facilitymanagement, Stellenanteil 0,75
- Security, Stellenanteil 0,75
- Reinigungskraft, Stellenanteil 0,4

Küche, Kleiderkammer und Hygieneangebot

- 2 x Mitarbeitende der Kleiderkammer, Stellenanteil jeweils 0,5
- Koch*Köchin (Hauswirtschaftsfachkraft mit Berechtigung zum Anleiten), Stellenanteil 0,75
- 4 x Küchenhilfen, Stellenanteil jeweils 0,75
- Betreuung des Hygieneangebots, Stellenanteil 0,75

5. Umsetzungsmodelle

Um die Gesundheitsversorgung für Menschen ohne eigenen Wohnraum kostendeckend und auf einem gleichbleibenden Niveau zu gewährleisten, sind ein nachhaltiges Umsetzungskonzept sowie die Sicherstellung medizinischer und sozialarbeiterischer Leistungen unabhängig vom ehrenamtlichen Engagement erforderlich.

Hierfür wurden verschiedene, im deutschsprachigen Raum existierende Versorgungsmodelle für die Zielgruppe ausgewertet. Im Folgenden werden die Funktionsweisen der drei Modelle vorgestellt, die bundesweit an verschiedenen Orten bereits umgesetzt werden und dort einen maßgeblichen, positiven Einfluss auf die Versorgungssituation leisten. Die Modelle dienen der Veranschaulichung verschiedener Optionen, die für eine Sicherstellung der Versorgungsleistungen bestehen. Sie sollen eine Orientierung für ein Umsetzungskonzept für Berlin und eine zusammenfassende Übersicht über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Ansätze geben.

Die Umsetzungsmodelle bieten Möglichkeiten, Einnahmen zu generieren und ggf. die Personalkosten für medizinisches Personal¹³ zu refinanzieren. Eine Rechtsgrundlage im SGB V besteht zum Zeitpunkt der Konzepterstellung nicht. Die Personalkosten für nicht-medizinisches Personal sowie für Infrastruktur- und Sachkosten müssen in allen Modellen über Zuwendung, Spenden, Stiftungsgelder o. ä. finanziert werden.

Alle Umsetzungsmodelle sollen ohne Rückgriff auf ehrenamtlich tätiges Personal funktionieren. Hierfür wird medizinisches und nicht-medizinisches Personal im Hauptamt angestellt.

¹³ Hierunter fällt auch psychotherapeutisches Personal.

Die Finanzierung von Medikamenten ist in den Umsetzungsmodellen nicht aufgeführt und stellt weiterhin eine signifikante Versorgungslücke dar. Hierfür müssen im ggf. weiteren Umsetzungsprozess Lösungen gefunden werden.

5.1 Umsetzungsmodell mit Zuwendung und individueller Abrechnungsmöglichkeit in der Praxis

- Infrastruktur (Miete, Betriebskosten, weitere Sachkosten)
 - Landeszuwendung, Spenden o. ä.
- Personalkosten nicht-medizinisches Personal
 - Landeszuwendung, Spenden o. ä.
- Personalkosten medizinisches Personal
 - Landeszuwendung
 - Institutsermächtigung zur Abrechnung mit der KV Berlin für krankenversicherte Patient*innen, Refinanzierung der Behandlung krankenversicherter Patient*innen über die Institutsermächtigung
 - Keine Refinanzierung der Behandlung nicht krankenversicherter Menschen möglich

Das Umsetzungsmodell basiert zu großen Teilen auf Landeszuwendung, über die die Sach- und nicht-med. Personalkosten finanziert werden. Durch eine Institutsermächtigung¹⁴ wird die Möglichkeit geschaffen, die Behandlung krankenversicherter Patient*innen mit der KV Berlin abzurechnen.

Grundsätzlich bestünde in diesem Modell die Möglichkeit, Behandlungen für Patient*innen ohne Krankenversicherung, aber mit entsprechenden Ansprüchen gemäß SGB XII (z. B. Patient*innen mit deutscher Staatsangehörigkeit ohne Krankenversicherung, Patient*innen aus EFA-Staaten) per Behandlungspauschale über das Bezirksamt Pankow abzurechnen. Da es sich aber auch hier um Landesmittel handelt, sollte im Sinne des sparsamen Einsatzes von (bürokratischen) Ressourcen geprüft werden, ob auf die Abrechnung mit dem BA Pankow verzichtet werden kann.

¹⁴ Notwendig für eine Institutsermächtigung: Ärztliche Leitung im Hauptamt mit 10h/Woche.



Stärken

Das Umsetzungskonzept orientiert sich am Status-Quo und wäre ohne großen Aufwand für die bestehenden Versorgungsstellen zeitnah umsetzbar.



Schwächen

Die Finanzierung läuft fast ausschließlich über Landeszuwendung – das bedeutet eine hohe Abhängigkeit von politischer Ebene und Haushaltssituation.

Bei Anwendung der Abrechnung über das BA Pankow entsteht erhöhter Personalbedarf und bürokratischer Aufwand im Gesundheitszentrum.



Möglichkeiten

Die Abrechnungsmöglichkeit für krankenversicherte Patient*innen bietet die Chance, Eigenmittel zu generieren, die in die Finanzierung des med. Personals fließen können.



Risiken

Eine Ärztliche Leitung ist nötig für Institutsermächtigung, d.h. Leitungsteam aus Ärzt*in, MFA und SozArb.

5.2 Umsetzungsmodelle mit einem Fördertopf

5.2.1 Orientierung am Hamburger Umsetzungsmodell¹⁵

- Infrastruktur (Miete, Betriebskosten, weitere Sachkosten)
 - Landeszuwendung, Spenden o.ä.
- Personalkosten nicht-medizinisches Personal
 - Landeszuwendung, Spenden o.ä.
- Personalkosten medizinisches Personal
 - Die Behandlung von krankenversicherten und nicht krankenversicherten Menschen kann in den Versorgungsstellen anhand einer Stundenpauschale für das med. Personal (Ärzt*innen, Pflegekräfte und medizinische Fachkräfte) mit einem Fördertopf abgerechnet werden.
 - Der Fördertopf ist gedeckelt und setzt sich zusammen aus Beiträgen der GKV, KV und des Landes.

¹⁵ Aufschlüsselung Funktionsweise und Zusammensetzung des Fördertopfs am Beispiel des Hamburger Umsetzungsmodells siehe Anhang 3.

In diesem Umsetzungsmodell wird ein gedeckelter Fördertopf, in den das Land, GKV und KV zu jeweils festen Anteilen einzahlen, eingerichtet. Die jeweiligen Finanzierungsanteile am Fördertopf richten sich nach der Statistik des Vorjahres – die GKV und KV zahlen in Höhe des Anteils krankenversicherter Patient*innen in den med. Versorgungsstellen ein, das Land in Höhe des Anteils nicht-krankenversicherter Patient*innen. Die Versorgungsstellen können die **Stundenpauschalen** der med. Fachkräfte über den Fördertopf abrechnen. Eine separate Abrechnung mit der KV über Institutsermächtigung besteht nicht. Aufgrund der Deckelung des Fördertopfs ist die Stundenanzahl, die maximal aus dem Fördertopf rückerstattet werden kann, von vornherein fest definiert.



Stärken

Abrechnungsmöglichkeit für alle Patient*innen ist gegeben, es gibt keine unterschiedlichen Verfahren je nach Krankenversicherungsstatus.



Schwächen

Abhängig von der maximal abrechenbaren Stundenanzahl je Standort: die aktuelle Abrechnung nach Stundenpauschale deckt nicht Behandlungsaufwand in der Sprechstunde ab, es besteht eine starke Abhängigkeit vom Umsetzungswillen aller beteiligten Akteur*innen.



Möglichkeiten

Die Umsetzung ist tendenziell bürokratiearm und ermöglicht eine niedrighschwellige Versorgung.



Risiken

Der Betrag im Fördertopf ist gedeckelt und muss ggf. nachjustiert werden, was im Haushaltsverfahren problematisch sein kann.

5.2.2 Orientierung am NRW-Umsetzungskonzept¹⁶

- Infrastruktur (Miete, Betriebskosten, weitere Sachkosten)
 - Zuwendung über Kommune oder Spenden o.ä.
- Personalkosten nicht-medizinisches Personal
 - Zuwendung über Kommune oder Spenden o.ä.
- Personalkosten medizinisches Personal
 - Die Behandlung von krankenversicherten und nicht krankenversicherten Menschen kann in den Versorgungsstellen anhand einer Behandlungspauschale für das med. Personal (Ärzt*innen, Pflegekräfte und medizinische Fachkräfte) mit einem Fördertopf abgerechnet werden.





¹⁶ Aufschlüsselung Funktionsweise und Zusammensetzung des Fördertopfs am Beispiel des Umsetzungs konzepts NRW siehe Anhang 2.

- Neben der Refinanzierung med. Personalkosten über den Fördertopf besteht auch die Möglichkeit, dass die Kommunen das med. Personal bereitstellen und finanzieren.

Ein gedeckelter Fördertopf, in den die Kommune¹⁷, GKV und KV zu jeweils festen Anteilen einzahlen, wird eingerichtet. Die jeweiligen Finanzierungsanteile am Fördertopf sind vertraglich verankert und variieren nicht. Die Höhe der kostendeckenden und erstattungsfähigen **Behandlungspauschale** pro Quartal ist ebenfalls vertraglich verankert.

Die Versorgungsstellen können pro Behandlung eine Behandlungspauschale geltend machen, die in die Refinanzierung des medizinischen Personals fließt.

Aufgrund der Deckelung des Fördertopfs ist die maximale Anzahl erstattungsfähiger Behandlungen von vornherein fest definiert.

 <h3>Stärken</h3> <p>Die Versorgung ist kostendeckend, weil eine fest definierte Behandlungspauschale statt einer Stundenpauschale genutzt wird.</p>	 <h3>Schwächen</h3> <p>Es besteht eine starke Abhängigkeit vom Umsetzungswillen aller beteiligten Akteur*innen. Ob die Behandlungspauschale pro Quartal kostendeckend ist, ist abhängig von der Anzahl der Behandlungen pro Quartal.</p>
 <h3>Möglichkeiten</h3> <p>Beteiligung der Kommunen/Bezirke</p>	 <h3>Risiken</h3> <p>Der Betrag im Fördertopf ist gedeckelt und muss ggf. nachjustiert werden, was im Haushaltsverfahren problematisch sein kann.</p>

¹⁷ Im Umsetzungskonzept NRW zahlen teilnehmende Städte bzw. Kommunen in den Fördertopf ein. Am Beispiel Berlins wäre zu überlegen, ob Bezirk oder Land bzw. Bezirk und Land in den Fördertopf einzahlen.

5.3 Umsetzungsmodell mit mobilem medizinischem Dienst des Gesundheitsamtes am Beispiel Köln (Modell aus NRW in Kombination mit ÖGD)

- Infrastruktur (Miete, Betriebskosten, weitere Sachkosten)
 - Landeszuwendung, Spenden o. ä.
- Personalkosten nicht-medizinisches Personal
 - Landeszuwendung, Spenden o. ä.
- Personalkosten medizinisches Personal
 - Ärzt*innen, Pflegekräfte und MFA sind fest angestellt über Gesundheitsamt
 - Refinanzierung der Personalkosten für medizinisches Personal über Behandlungspauschale/Fördertopf im NRW-Umsetzungsmodell

Das Kölner Umsetzungsmodell funktioniert in einem Zusammenwirken zwischen niedrighschwelligen Versorgungsstellen der Wohnungsnotfallhilfe, der Suchthilfe und dem Gesundheitsamt Köln. Das medizinische Personal (Ärzt*innen, Pflegekräfte und medizinische Fachkräfte) ist in einem zuständigen Gesundheitsamt fest angestellt und arbeitet als aufsuchender mobiler medizinischer Dienst (MMD), der eine Grundversorgung in den verschiedenen ambulanten Versorgungsstellen anbietet. Die Behandlung krankensversicherter und nicht-krankensversicherter Patient*innen wird über den unter 2b) beschriebenen Fördertopf, in den KV, GKV und die öffentliche Hand zu festen Beträgen einzahlen, refinanziert. Hier gibt es feste Behandlungspauschalen pro Patient*in/pro Quartal – die Einnahmen aus den Behandlungspauschalen fließen an das Gesundheitsamt zurück und werden zur Finanzierung der Stellen des med. Personals genutzt. Der MMD verfügt über eine Institutsermächtigung. Sie wird ausschließlich genutzt, um versicherten Patient*innen Rezepte, Überweisungen, Einweisungen o. ä. auszustellen.



Stärken

Der ÖGD wird durch im Gesundheitsamt ange-dockte Stellen fest eingebunden. Feste Einbin-dung bezirklicher Strukturen in die Versorgung vulnerabler Gruppen: Schnittstellen-Probleme werden verhindert und es besteht keine Abhän-gigkeit von jährlicher Finanzierung/Zuwendung beim medizinischen Personal.



Schwächen

Die Zuständigkeit des ÖGD wird unterschiedlich bewertet, ggf. kommt es zu Akzeptanzproble-men und Umsetzung ist abhängig vom Engage-ment der Gesundheitsämter.



Möglichkeiten

Der Übergang in die Regelversorgung ist nied-rigschwelliger, da der ÖGD eine direkte Schnitt-stelle zu den restlichen Behörden des Bezirks darstellt, ggf. ist eine Änderung des Gesund-heitsdienstgesetzes Berlin nötig.



Risiken

Die Schaffung von Stellen für mobilen medizini-schen Dienst im Gesundheitsamt ist nicht kurz-fristig umsetzbar.

6. Standards und Qualitätskontrolle

Die Gesundheitszentren sollen sich auf die verschiedenen Bedarfe ihrer Patient*innen und Klient*in-nen spezialisieren. Dabei ist sicherzustellen, dass es gültige Qualitätsstandards für alle Standorte gibt. Auch bei unterschiedlichen Versorgungsangeboten der Zentren soll die Gleichwertigkeit der Leistun-gen gewährleistet bleiben.

6.1 Beirat der Gesundheitszentren

Um die Entwicklung der Gesundheitszentren fachlich zu begleiten, wird die Etablierung eines Beirats fachlich empfohlen. Ein Beirat kann sicherstellen, dass die Entwicklung der einzelnen Zentren auch durch einen berlinweiten Blick und eine strukturelle Perspektive ergänzt wird. Darüber hinaus sollten im Rahmen eines Beirats folgende Aufgaben bearbeitet werden:

- Entwicklung von Qualitätsstandards der Gesundheitszentren
- Evaluation und Qualitätskontrolle der Gesundheitszentren
- Rückkopplung und Überprüfung der Einhaltung der Gesundheitsziele der Berliner Landesgesundheitskonferenz für die Zielgruppe
- Anpassung und Weiterentwicklung der Datenerfassung

Die Mitglieder des Beirats sollten sich neben Erfahrungsexpert*innen¹⁸ aus möglichst diversen Akteur*innen der Wohnungsnotfallhilfe, der niedrigschwelligen gesundheitlichen Versorgung sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zusammensetzen, um ein breites Fachwissen abbilden zu können. Die fachlichen Synergien aus den Bereichen Gesundheit sowie Soziales sind dabei grundlegend für ein gelingendes Monitoring und sollten bei der Besetzung mitgedacht werden. Der Beirat sollte sich konstituieren, bevor die Gesundheitszentren ihre Arbeit aufnehmen, damit der Prozess fachlich entsprechend begleitet werden kann.

6.2 Datenerhebung

Um das Angebot der Gesundheitszentren möglichst genau an den Bedarfen der Patient*innen und Klient*innen ausrichten und weiterentwickeln zu können, ist die systematische und möglichst einheitliche Erfassung von Daten grundlegend. Hierbei sollen, unter strikter Einhaltung des Datenschutzes, sowohl Angaben zum Krankheitsspektrum, als auch soziodemografischen Angaben der erreichten Personengruppe erfasst werden. Dies entspricht ebenso den 2022 verabschiedeten Empfehlungen der Berliner Landesgesundheitskonferenz zur Etablierung einer Gesundheitsberichterstattung für wohnungslose Menschen. Bei der Entwicklung eines entsprechenden Konzeptes kann auf Vorarbeiten und Kooperationen des Runden Tisches aufgebaut werden.

7. Nächste Schritte

Das vorliegende Konzept bietet einen Überblick über notwendige Ressourcen sowie Vorschläge, um die in Berlin bestehenden Bedarfe an niedrigschwelliger ambulanter medizinischer Versorgung in Verbindung mit sozialen Beratungsangeboten zu adressieren. Die Umsetzung des Konzepts ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig – darunter der politische Willen, zur Verfügung stehende Haushaltsmittel, Kooperationspartner*innen etc. – und ist per Definition nicht Bestandteil der Konzeption.

7.1 Aufklärung und Information

Um die Versorgungsstruktur in Berlin zu verbessern, muss das Bewusstsein gestärkt werden, dass die medizinische und sozialarbeiterische Betreuung der Zielgruppe eine eigene Fachrichtung mit spezifischem Wissen ist. Dieses Fachwissen kann sich jedoch nur schwer in einer Struktur entfalten, die den ansteigenden Herausforderungen nicht gewachsen und häufig defizitär ausgestattet ist. Es ist wichtig, Wissen weiterzugeben und aufzuklären, um die positiven Entwicklungsansätze in der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne eigenen Wohnraum fortzusetzen. Eine Professionalisierung im

¹⁸Der Begriff „Erfahrungsexpert*innen“ umfasst in diesem Kontext Menschen, die selbst Wohnungslosigkeit erleben bzw. erlebt haben und dieses Wissen beratend einbringen.

Sinne von nachhaltiger Finanzierung, inhaltlicher Steuerung und langfristigen Strategien der bestehenden Versorgungsbedingungen sind notwendig, um eine angemessene Struktur zu schaffen. Dafür braucht es gezielte Aufklärung, Sensibilisierung und Information.

7.2 Wirtschaftliche Kennzahlen

Die wirtschaftlichen Kennzahlen können in Anlehnung an die im Konzept festgehaltenen Eckpunkte modellhaft berechnet werden und eine erste Orientierung der benötigten Mittel bieten. Da die Datenlage zur Zielgruppe zur Zeit der Erarbeitung dieses Konzepts sehr lückenhaft und unzureichend ist, kann die Modellrechnung nur eine erste Einschätzung bieten, die analog der Verbesserung der Datenlage in Zukunft belastbarer sein wird.

8. Quellen

Aldridge, Robert W.; Story, Alistair; Hwang, Stephen W.; Nordentoft, Merete; Luchenski, Serena A.; Hartwell, Greg et al. (2018): Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries. A systematic review and meta-analysis. *Lancet* 391 (10117), S. 241–250. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31869-X.

Bertram, Franziska; Hajek, André; Dost, Katharina; Graf, Wiebke; Brennecke, Anna; Kowalski, Veronika et al. (2022): Psychische und somatische Gesundheit von wohnungslosen Menschen. Evidenz aus dem National Survey on Psychiatric and Somatic Health of Homeless Individuals (NAPSHI-Studie). *Deutsches Arzteblatt international* 119 (50), S. 861–868. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0357.

Busch-Geertsema, Volker; Henke, Jutta; Steffen, Axel; Reichenbach, Marie-Therese; Ruhstrat, Ekke-Ulf; Schöpke, Sandra; Krugel, Nadine (2019): Entstehung, Verlauf und Struktur von Wohnungslosigkeit und Strategien zu ihrer Vermeidung und Behebung. Endbericht. Bremen: Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bd. FB534).

Hoebel, Jens; Müters, Stephan (2024): Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Datenlage, Befunde und Entwicklungen in Deutschland. *WSI Mitteilungen* 77 (3), S. 172–179. DOI: 10.5771/0342-300X-2024-3-172.

Schindel, Daniel; Lech, Sonia; Radlbeck, Daniela; Schlimper, Gabriele; Schenk, Liane (2021): Sozialpolitik: Wohnungslos und krank. *Deutsches Arzteblatt* 118 (3), A96-A99. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/217458/Sozialpolitik-Wohnungslos-und-krank>.

Anhang 1: Übersicht der Leistungsangebote mit Beispielen

Basisangebot

- Grundstock - Leistungen, die in allen Gesundheitszentren angeboten werden:
 - Allgemeinmedizinische Behandlung (inkl. allgemeine Ambulante Palliativbehandlung)
 - Sozialarbeiterische Beratung und Unterstützung
 - Medikamentenvergabe
 - Wundmanagement
 - Behandlungspflegerische Primärversorgung
 - Infektionsdiagnostik und Infektionsschutz
- Standortspezifische Basisangebote = Leistungen, die je nach Bedarf in den Gesundheitszentren angeboten werden und dem Bedarf der Patient*innen/Klient*innen angepasst werden.
- Leistungen, die in diesem Rahmen angeboten werden können, wären **zum Beispiel**:
 - Entwesung
 - Essensangebote
 - Zahnmedizinische Behandlung
 - Kinder- und jugendmedizinische Angebote, Frauengesundheit
 - Hygienische Versorgungsangebote (Duschen, Kleiderausgabe)
 - Niedrigschwellige psychologische Beratung

Kooperations- und Drittleistungsangebote

- Ergänzende notwendige Leistungen der Gesundheitszentren, die nicht durch das Kernteam im Stellenplan, sondern im Rahmen von Kooperationen und Dienstleistungen Dritter angeboten werden.
- Da diese Leistungen das Basisangebot ergänzen, variieren sie je nach dem, was bereits durch das Basisangebot abgedeckt wird.
- Leistungen, die in diesem Rahmen angeboten werden können, wären **zum Beispiel**:
 - ergänzende fachmedizinische Behandlung
 - Sprachmittlung
 - gerätemedizinische diagnostische Verfahren
 - niedrigschwellige psychologische Beratung
 - pflegerische Zusatzleistungen (bei Diabetes, Sucht etc.)

- spezialisierte ambulante Palliativversorgung, ambulante Hospizdienste
- geschlechtsspezifische Angebote
- Prävention, Vorsorge, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung

Bestehende Schnittstellenangebote

- Schnittstellen zur Regelversorgung und zu anderen Stakeholdern im Versorgungssystem.
- Akteur*innen und Projekte, die auf dieser Organisationsebene relevant sein könnten, wären **zum Beispiel:**
 - Krankenhäuser, Rettungsstellen und Regelsystem außerhalb der Gesundheitszentren
 - Zentrum für tuberkulosekranke und gefährdete Menschen
 - Gesundheitsämter, insbesondere Sozialpsychiatrischer Dienst, Infektionsschutz
 - Drogen- und Suchthilfe
 - Hospize und ambulante Hospizdienste/spezialisierte ambulante und stationäre Palliativversorgung
 - Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen
 - Krankenwohnung oder (Kurzzeit-)Pflegeeinrichtungen
 - Ambulante Pflegedienste, Stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen
 - Soziale Wohnhilfen der Bezirksämter
 - Teilhabefachdienste der Bezirke

Anhang 2: Stellenplanbeispiel Aufgaben und Anforderungsprofile

Allgemeinmedizin	Gesundheitliche-/Facharztversorgung/1 (hier am Beispiel Zahnmedizin)	Beratung	Küche	Kleiderkammer	Hausmanagement
2 x Ärzt*in Allgemeinmedizin	Zahnärzt*in	Sozialarbeiter*in (inkl. Leitung des Zentrums)	Köch*in (Hauswirtschaftskraft, muss anleiten dürfen)	2 x Mitarbeiter*in	2 x Verwaltungsfachkraft
Medizinische*r Fachangestellte*r (inkl. Leitung des Zentrums)	Zahnmedizinische*r Fachangestellte*r	2 x Sozialarbeiter*in	4 x Küchenhilfen		Facilitymanagement
Medizinische*r Fachangestellte*r	Gesundheitliche-/Facharztversorgung/2 (hier am Beispiel Psychotherapie)	Ehrenamtskoordination			Security
	Psychotherapeut*in				Reinigungskraft
					Inreach-Manager*in
					Betreuung der Duschen

Darstellung hier ohne Ehrenamtliche MA, Peer-MA oder Studierende

Gesundheitliche Versorgung

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
2 x Ärzt*in Allgemeinmedizin (je 30 h)	<ul style="list-style-type: none"> • medizinische Versorgung der Patient*innen im Gesundheitszentrum • Fallbezogenes Schnittstellenmanagement im Gesundheits- und Sozialsystem • Fachliche Vernetzung und enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Sozialarbeiter*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, etc.) • Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Teammeetings 	<ul style="list-style-type: none"> • Abgeschlossene Ausbildung zum*r Allgemeinmediziner*in • Interesse an der medizinischen Betreuung vulnerabler Personengruppen • Interesse an der Arbeit in interdisziplinären Teams • Idealerweise Erfahrung im Wundmanagement • Substitutionsausbildung und Notärzt*innen-Diplom von Vorteil • Hohe Kommunikationsfähigkeit und Lösungskompetenz • Strukturierte und organisierte Arbeitsweise • Sehr gute EDV Anwender*innenkenntnisse 	E 14

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
Medizinische*r Fachangestellte*r und Co-Leitung des Zentrums (40 h)	<ul style="list-style-type: none"> • Fachliche und disziplinäre Leitung des medizinischen Teams (MFAs, Ärzt*innen, Studierende, medizinische Ehrenamtliche) • Aufbau und Pflege externer Netzwerke auf operativer Ebene • Organisation und Moderation von Teamsitzungen • Organisation und Koordination von Fort- und Weiterbildungen • Förderung und Gestaltung interdisziplinärer Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum • Qualitätssicherung und Definition von Standards und Prozessen • Operative Mitarbeit im niederschweligen Setting 	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss in einem relevanten Fachgebiet (community health nurse, MFA, Arzthelfer*innen) • Idealerweise bereits (Projekt-) Leitungserfahrung bzw. Erfahrung in der Leitung von Gruppen • Interesse an sozial- und gesundheitspolitischer Arbeit • Hohe Gestaltungs- sowie Umsetzungskompetenz • Hohe Eigenverantwortung und Selbstorganisation • Ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit und Teamfähigkeit 	E9
2 x (Zahn-)Medizinische*r Fachangestellte*r (je 40h)	<ul style="list-style-type: none"> • Praxismanagement • Unterstützung der Ärzt*innen • Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss in einem relevanten Fachgebiet (Gesundheits- und Krankenpfleger*in, MFA, Arzthelfer*innen) 	E6

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
	<ul style="list-style-type: none"> eigenständige Tätigkeit in Erweiterung des ärztlichen Teams 	<ul style="list-style-type: none"> Interesse an sozial- und gesundheitspolitischer Arbeit Hohe Gestaltungs- sowie Umsetzungskompetenz Ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit und Teamfähigkeit 	
Je einmal Zahnarzt*in/ Psychotherapeut*in (je 20h)	<ul style="list-style-type: none"> (zahn-)ärztliche/ psychotherapeutische Versorgung obdachloser oder nicht versicherter Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> abgeschlossene (zahn-)med. bzw. psychotherapeutische Ausbildung Regelmäßige Verfügbarkeit 	E14

Beratung

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
Sozialarbeitende*r (inkl. Co-Leitung des Zentrums) (40h)	<ul style="list-style-type: none"> Fachliche und disziplinäre Leitung eines multiprofessionellen Teams (Sozialarbeiter*innen, Köch*in, Inreach-Manager:in, MA Kleiderkammer, 	<ul style="list-style-type: none"> Abgeschlossene Ausbildung der Sozialarbeit (BA oder Diplom) 	S13

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
	<p>Studierende, MA Ehrenamtskoordination)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachliche Verantwortung für die Planung und Umsetzung sozialarbeiterischer und pädagogischer Maßnahmen sowie die Einrichtungsorganisation • Personalmanagement und effiziente Personaleinsatzplanung • Organisation und Koordination von Fort- und Weiterbildungen • Förderung und Gestaltung interdisziplinärer Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum • Qualitätssicherung und Definition von Standards und Prozessen • Operative Mitarbeit im niederschweligen Setting • Vernetzung mit weiteren Akteur*innen der Hilfesysteme (Gremienarbeit) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr gute Rechtskenntnisse (insbesondere SGB II, SGB IX, SGB XII, AsylbLG) • Berufserfahrung in der Wohnungslosenhilfe bzw. im Umgang mit obdach- und wohnungslosen Menschen bzw. in niederschweligen Angeboten • Idealerweise bereits (Projekt-) Leitungserfahrung bzw. Erfahrung in der Leitung von Gruppen • Interesse an sozial- und gesundheitspolitischer Arbeit • Hohe Gestaltungs- sowie Umsetzungscompetenz • Hohe Eigenverantwortung und Selbstorganisation • Ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit und Teamfähigkeit 	

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
2 x Sozialarbeitende*r (je 40h)	<ul style="list-style-type: none"> • Niedrigschwellige und individuelle und persönliche Unterstützung wohnungsloser Menschen • Erstberatung und Sozial-Anamnese und ggf. Koordinierung der weiteren Hilfeplanungen • Verweisberatung • Durchführung von Beratungsgesprächen, Unterstützung zum Erhalt berechtigter Leistungen, Vermittlung zu Fachstellen und ggfs. Begleitung der Klient*innen • Vermittlung der Klient*innen in weiterführende Hilfeangebote • Übernahme diverser organisatorischer Tätigkeiten • Aktive Teilnahme an Teamsitzungen, Gremien und Supervisionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr gute Rechtskenntnisse (insbesondere SGB II, SGB IX, SGB XII, AsylbLG) • Abgeschlossene Ausbildung der Sozialarbeit (BA oder Diplom) • Berufserfahrung in der Wohnungslosenhilfe bzw. im Umgang mit obdach- und wohnungslosen Menschen bzw. in niederschweligen Angeboten • Interesse an sozial- und gesundheitspolitischer Arbeit • Hohe Gestaltungs- sowie Umsetzungskompetenz • Ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit und Teamfähigkeit 	S12

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
Ehrenamtskoordination (20h)	<ul style="list-style-type: none"> • Anleitung der EA • Akquise EA • Wertschätzungskultur ggü. den EA • Vernetzung mit weiteren Akteur*innen der Hilfesysteme (Gremienarbeit) 		E8
Ehrenamtliche Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitung zu anderen Facharztversorgungen, Trägern oder Ämtern • Unterstützung in der Kleiderkammer • Unterstützung bei der Betreuung der Duschen • Unterstützung bei der Essens-Ausgabe 		
Inreach-Manager*in (30h)	<ul style="list-style-type: none"> • Erste Ansprechperson für Besuchende • Begrüßung und Erstberatung der ankommenden Personen • Abbau von Zugangsbarrieren und Zugangsängsten 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgeprägte soziale Kompetenz, insbesondere Kommunikationsstärke, Erfahrung in Deeskalation • Berufserfahrung im Bereich Sekretariat und Empfang (gerne im medizinischen Versorgungskontext) 	E4

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr gute Vernetzung innerhalb der Strukturen und Mitarbeitenden des Gesundheitszentrums 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr gute MS Office Kenntnisse • Sehr gute Deutschkenntnisse sowie gute Englischkenntnisse • Strukturierte und selbstständige Arbeitsweise • Organisationsstärke • Flexibilität, Serviceorientierung und Einsatzbereitschaft in einem multiprofessionellen Team 	

Hausmanagement

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
2 x Verwaltungsfachkraft (je 40h)	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortung für die gesamte Büroorganisation (u.a. Bestellung von div. Büromaterialien, Terminkoordination etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Abgeschlossene Ausbildung • Mehrjährige relevante Berufserfahrung – idealerweise im Assistenz-/Sekretariatsbereich 	E6

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
	<ul style="list-style-type: none"> • Führen der Post- und Rechnungseingangslisten • Unterstützung bei Rechnungsablage und Freigabeprozess • Betreuung der Office Mail Adressen sowie des Büro Festnetztelefons • Eintragung und Pflege von Kontaktdaten in die Datenbank, Datenerhebung • Administrative Unterstützung der Teams bei Bedarf • Abrechnungen • Personalverwaltung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gute MS Office Anwenderkenntnisse (Word, Excel) • Fähigkeit zu strukturiertem, genauem Arbeiten sowie Hands-on-Mentalität • Offene, kommunikative Persönlichkeit und Freude an der Zusammenarbeit mit dem Team und externen Stellen • Interesse an der Zielgruppe wohnungsloser, armutsbetroffener Menschen sowie sozialpolitischen Themen • Sehr gute Deutschkenntnisse 	
Manager*in des Hygiene-Angebots (30 h)	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellen und Monitoren des Duschablaufs • Helfen und Unterstützen der duschenden Personen beim Waschen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe soziale und kommunikative Kompetenz • Erfahrung mit pflegerischer Arbeit 	E2
Hausmeister*in Facilitymanagement (30h)	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Kontrollen und technische Inspektionen der Immobilientechnik 	<ul style="list-style-type: none"> • abgeschlossene handwerkliche oder technische Ausbildung vorzugsweise aus dem Bereich Gas- und 	E5

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine Reparaturen, Instandsetzungsarbeiten und Störungsbehebung • Koordination von Fremdfirmen bei Wartungs- und Reparaturarbeiten 	<p>Wasserinstallateur*in oder als Anlagenmechaniker*in für Sanitär-, Heizungs- und Lüftungstechnik</p> <ul style="list-style-type: none"> • idealerweise bereits Berufserfahrung im Facility Management oder in der Gebäudetechnik • freundlicher Umgang mit Mitmenschen selbstverständlich und/oder Erfahrung mit sozialen Projekten 	
Reinigungskraft (Umfang abhängig von qm)	<ul style="list-style-type: none"> • Reinigung der Flächen der gesamten Einrichtung, der Praxis- und Beratungsräume, der Sanitäranlagen und der Duschen 	<ul style="list-style-type: none"> • erste Berufserfahrungen als Reinigungskraft • gerne selbständig und im Team arbeiten • hohe Verlässlichkeit, Engagement sowie gute Umgangsformen • freundlicher Umgang mit Mitmenschen selbstverständlich und/oder Erfahrung mit sozialen Projekten 	E2

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
Security (30h)	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring des Eingangs • Schlichtendes Eingreifen bei Konflikten • Präventives Erkennen von potentiellen Konfliktsituationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Abgeschlossene einschlägige Berufsaus- oder Weiterbildung, z. B. als Fachkraft für Schutz und Sicherheit oder als geprüfte Schutz- und Sicherheitskraft sind wünschenswert • Uneingeschränkte körperliche Einsatzfähigkeit (Gehen, Stehen, Sitzen, Sehen, Hören) • Gute Umgangsformen, gewandtes und verbindliches Auftreten • Verantwortungsbewusstsein, Zuverlässigkeit • Teamfähigkeit • Grundkenntnisse in der englischen Sprache sind erforderlich, weitere Fremdsprachenkenntnisse erwünscht 	E3

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
Koch/Köchin (Hauswirtschaftsfachkraft, muss anleiten dürfen) (30h)	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung rechtlicher Grundlagen und Sicherung der Anforderungen: Europäische und nationale Lebensmittelhygieneverordnungen, Gefahrstoffverordnung, Biostoffverordnung, Arbeitssicherheitsgesetz, Infektionsschutzgesetz, Allergenkennzeichnung, Lebensmittelkennzeichnung • Fachliche Anleitung, Schulung und Einarbeitung ungelernter Mitarbeiter/innen, Nahrungszubereitung und Planung von Mahlzeiten, Einkäufen und Material • Ernährungsmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Abgeschlossene Ausbildung als Köchin/Koch, Hauswirtschafter*in o.ä. • Erfahrung in sozialen Projekten 	E5
4 x Küchenhilfen	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung des Kochs/der Köchin bei der Küchenarbeit • Zubereitung von Mahlzeiten • Versorgung der Gäst*innen mit den Mahlzeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviceorientiert • zuverlässige und gewissenhafte Arbeitsweise • Präzision und Sorgfalt 	E2

Stelle	Aufgaben	Anforderungsprofil	Eingruppierung nach TV-L
	<ul style="list-style-type: none"> Reinigung der Küche und der Arbeitsflächen 	<ul style="list-style-type: none"> Team- und Kommunikationsfähigkeit 	
2 x Mitarbeitende in der Kleiderkammer (je 20h)	<ul style="list-style-type: none"> Organisation des Ordnungssystems Ausgabe der Kleidung Lieferungsannahme und Inventur Überblick über notwendige Artikel und Nachbestellungen Bereitschaft auch in anderen Bereichen auszuhelfen, wenn notwendig ggf. Aufbereitung von gespendeter Kleidung 	<ul style="list-style-type: none"> Hohe soziale Kompetenz und Freude an der Arbeit mit Menschen Logistisches Talent 	E2

Anhang 3: Umsetzungsmodell mit Abrechnungsmöglichkeit über einen Fördertopf nach Hamburger Modell

Funktionsweise und Zusammensetzung des Fördertopfs

Grundlage: *Umsetzungskonzept zur Einrichtung von Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg*¹⁹.

Welche Leistungen werden über dieses Modell finanziert?

- Abrechnung von medizinischer Versorgung in spezifischen Ambulanzen in Hamburg.
- Vergütung der Ärzt*innen über eine Stundenpauschale (Stundensatz 70 €/h) und der MFA (Stundensatz 25 €/h).
- Vergütung von Sprechstundenbedarf (Medikamente, Verbandsmaterialien). SSB kann über die Sprechstundenbedarfsvereinbarung bezogen werden. Die hierdurch entstandenen Kosten werden der KV Hamburg in Rechnung gestellt und aus dem Finanzvolumen der Finanzierungspartner vergütet.
- Es gibt ein jährliches Finanzvolumen, das vorab fest definiert ist (Maximalsumme). Das Finanzvolumen des Fördertopfs wird jährlich unter den Finanzierungspartnern aufgeteilt.

Kostenaufteilung des Umsetzungsmodells

Leistungen für alle Patient*innen werden über einen Fördertopf abgerechnet.

Zusammensetzung des Fördertopfs:

- Anteil der Krankenkassen und der KV Hamburg berechnet sich nach dem prozentualen Anteil der GKV-versicherten Patient*innen der Ambulanzen für wohnungslose Menschen. Dieser gemeinsame Anteil wird zu 29,4 Prozent von den Kassen und zu 70,6 Prozent von der KV Hamburg getragen.
- Anteil des Landes Hamburg ergibt sich aus prozentualen Anteil der nicht-krankenversicherten Patient*innen der Ambulanzen für wohnungslose Menschen. Das Land Hamburg trägt diesen Anteil in vollem Umfang.

Berechnung der Förderanteile in Hamburg

- Die Finanzierungsanteile der Vertragspartner*innen werden jeweils auf Basis der Quartalsstatistik des Vorjahres ermittelt. Das Land ist zuständig, den Vertragspartner*innen

¹⁹ Abrufbar hier in der Fassung von 2016:

https://www.kvhh.net/Resources/Persistent/a/0/c/e/a0ceed5a5a56bc23d2ba9109d6e9835dcb9513f7/schwerpunktpraxen_lesefassung.pdf (Letzter Aufruf: 06.08.2024).

jährlich bis 15.2. die GKV-Quoten des Vorjahres und die sich daraus ergebenden Finanzierungsanteile der einzelnen Vertragspartner mitzuteilen.

Funktionsweise der Abrechnung mit dem Fördertopf

- Die Vertragspartner zahlen ihren Anteil auf Grundlage der Quoten des Vorjahres in den Fördertopf. (Vorleistung)
- Die Ambulanzen für wohnungslose Menschen, rechnen im laufenden Jahr ab (Abrechnung erfolgt über KV Hamburg).
- Nach Abschluss des Behandlungsjahres werden durch die KV Hamburg die tatsächlich angefallenen Vergütungen mit den Finanzierungspartnern abgerechnet. Die Finanzierungspartner zahlen ihren Anteil an der Vergütung nach Rechnungstellung an die KV Hamburg, soweit sie nicht schon in Vorleistung gegangen sind.

Anhang 4: Umsetzungsmodell mit Abrechnungsmöglichkeit über ein Umsetzungskonzept nach NRW-Modell

Funktionsweise und Zusammensetzung des Umsetzungskonzepts

Grundlage: *Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen*²⁰.

Welche Leistungen werden über dieses Umsetzungskonzept finanziert?

- Das Umsetzungskonzept gibt Kommunen oder Städten mit mehr als 100.000 Einwohner*innen die Möglichkeit, das Modell zu nutzen, um als Versorgungsregion einen mobilen medizinischen Dienst zu finanzieren. Eine Versorgungsregion muss mindestens 110 Personen pro Versorgungsregion je Quartal versorgen.
- Vergütung der ärztlichen und pflegerischen Leistungen über Behandlungspauschalen pro Quartal.
- Es gibt ein jährliches Finanzvolumen, das vorab fest definiert ist mit einer Obergrenze von 1.500.292,00 € (maximal 9.556 Behandlungspauschalen, wenn die Obergrenze des jährlichen Finanzvolumens durch den Betrag der Behandlungspausche geteilt wird).
- Das maximale jährliche Finanzvolumen stellt das Gesamtvolumen dar, das zur Verfügung stehen würde, wenn alle Städte und Landkreise in NRW am Umsetzungskonzept teilnehmen würden.

Kostenaufteilung des Umsetzungskonzepts

Leistungen für krankenversicherte und nicht-versicherte Patient*innen werden über eine Behandlungspauschale abgerechnet. Die teilnehmenden Städte und Landkreise sowie die Gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe (Finanzierungspartner) tragen die Behandlungspauschale. Ihre Zusammensetzung wird nachfolgend aufgeschlüsselt:

Zusammensetzung der Behandlungspauschale (157 € im Quartal pro Person)

- 40 EUR durch Kassenärztliche Vereinigungen des beteiligten Landesteils
- verbleibende 117 EUR:
 - 29,25 EUR GKV-Finanzierungspartner
 - 29,25 EUR KV-Finanzierungspartner
 - 58,50 EUR teilnehmende Städte und Landkreise

²⁰ Abrufbar hier in der Fassung vom 01.01.2011:

<https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/umsetzungskonzept.pdf>. (Letzter Aufruf: 06.08.2024)

- Anzahl der Behandlungspauschalen
 - Mindestens 110 Pauschalen pro Quartal (pro Versorgungsregion)

Berechnung der Förderanteile in NRW

- Die Höhe des jeweiligen Förderanteils der Finanzierungspartner, der in Vorleistung in den Fördertopf eingezahlt wird, ist abhängig davon, wie viele Kommunen insgesamt am Umsetzungsmodell teilnehmen. Nehmen alle Kommunen NRWs teil, steht zur Finanzierung des Fördertopfs ein Gesamtvolumen von 1.500.292 €²¹ zur Verfügung. Pro Kommune bzw. Versorgungsregion wird mit 110 Pauschalen pro Quartal kalkuliert. Das Mengengerüst berechnet sich aus allen in Frage kommenden Kommunen (2389 Kommunen).

Funktionsweise der Abrechnung im Umsetzungskonzept

- Die Rechnungslegung gegenüber den Finanzierungspartner*innen erfolgt für den jeweiligen Landesteil durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung.
- Die Kostenanteile werden durch die KV auf die einzelne Kassenart umgelegt und jährlich vor dem Zahlungstermin den zuständigen Finanzierungspartnern in Rechnung gestellt.
- Werden die Finanzierungsmittel nicht ausgeschöpft, sind diese anteilig an die Finanzierungsträger zurückzuführen.

²¹ Das entspräche der Versorgung von 2389 Patient*innen pro Quartal.