



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin
Direktor: Prof. Dr. med. Martin Scherer

Evaluation der Schwerpunktpraxen für Wohnungslose in Hamburg – Abschlussbericht

Hamburg, den 30. September 2015

Autor/-innen:**Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf:**

Dipl.-Psych. Carolin Lange

Dipl.-Dok. (FH) Sigrid Boczor (Biowissenschaften)

B.A. Med. Dok. Anja Rakebrandt (Bioninformatik)

M.A. Musiktherapie Tina Posselt

Prof. Dr. med. Martin Scherer

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel:

Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz

Danksagung

Die Evaluation der ärztlichen Versorgung in den Schwerpunktpraxen wäre ohne das große Engagement der Firma Medatixx nicht möglich gewesen. Wir danken der gesamten Firma und insbesondere Herrn Fuchs für die kontinuierliche und zuverlässige Beratung bei Installation und Betrieb des Programms sowie für sein Engagement bei der Datenextraktion. Auch Frau Andresen danken wir für die Schulung und die vielen hilfreichen Tipps sowie Herrn Neumann für die aufwändige Extraktion der Daten.

Ein besonderer Dank gilt Artem Semykras (Institut für Allgemeinmedizin, UKE), der die technische Ausstattung verantwortet und mit großem Einsatz weiterhin an Hard- und Softwareproblemen arbeitet.

Im Namen der Projektmitarbeiter/-innen möchten wir auch dem Hamburger Spendenparlament für die finanzielle Unterstützung bei der Ausstattung der Praxen danken.

Kontakt

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin

Martinstraße 52

20246 Hamburg

Tel. 040 7410 56065

Fax. 040 7410 5368

car.lange@uke.de

www.uke.de/institute/allgemeinmedizin

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
0 Vorwort	7
1 Einleitung	8
1.1 Projektbeschreibung	8
1.2 Beschreibung der Standorte	10
1.2.1 Schwerpunktpraxis Pik As	10
1.2.2 Schwerpunktpraxis Achterdwars	10
1.2.3 Schwerpunktpraxis Johanniswall	11
1.3 Ziele der Evaluation	13
2. Methodik der Evaluation	13
2.1 Erhebung quantitativer Daten	13
2.1.1 Hardwareausstattung der Praxen	13
2.1.2 Datenerhebung mittels Praxissoftware	14
2.1.3 Datenerhebung mittels Fragebögen	15
2.1.4 Einverständniserklärung	16
2.2 Erhebung qualitativer Daten	16
2.3 Datenaufbereitung und -analyse	17
2.3.1 Quantitative Daten	17
2.3.2 Qualitative Daten	20
3. Ergebnisse	21
3.1 Daten der medizinischen Versorgung der Schwerpunktpraxen	21
3.1.1 Stichprobe	21
Patientinnen und Patienten pro Praxisstandort	22
Anteile hausärztlicher und psychiatrischer Erstkonsultationen	23
Alter der Patientinnen und Patienten	23
Geschlechterverteilung	24
Kontaktierungsmöglichkeit der Patientinnen und Patienten	24
Nationalität der Patientinnen und Patienten	26
Geburtsland der Eltern	27
Staatsbürgerschaft/Aufenthaltsstatus der Patientinnen und Patienten	27
Versicherungsstatus	28
Dauer der Wohnungslosigkeit	28
Wo leben/schlafen die Patientinnen und Patienten?	30

3.1.2	Behandlungsdaten	30
3.1.2.1	Symptome und Befunde	30
3.1.2.2	Medizinische Diagnosen nach ICD-10	32
3.1.2.3	Therapeutische Maßnahmen bei der Erstkonsultation	35
	Medikation	35
	Verschriebene Medikamente	36
	Mitgegebene Medikamente	37
	Durchgeführte Prozeduren	38
3.1.2.4	Inanspruchnahme medizinischer Versorgung vor Konsultation der Schwerpunktpraxis	40
	Inanspruchnahme des Regelversorgungssystems in den 6 Monaten vor Aufsuchen der Schwerpunktpraxis	40
	Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe im Wohnungslosenhilfesystem in den 6 Monaten vor Aufsuchen der Schwerpunktpraxis	41
	Generelle Inanspruchnahme der mobilen Hilfe (Fremderhebung)	42
	Gründe für das Nicht-Aufsuchen des Regelversorgungssystems am Tag der Konsultation in der Schwerpunktpraxis	43
	Inanspruchnahme regelmäßiger Arztkonsultationen durch die Patientinnen und Patienten	44
3.2	Interviews mit den Mitarbeitern	45
3.2.1	Die konkrete Arbeit in den Schwerpunktpraxen	46
3.2.1.1	Annahme durch die Patientinnen und Patienten im ersten Jahr	46
3.2.1.2	Annahme durch die Patientinnen und Patienten im zweiten Jahr	47
3.2.1.3	Veränderungen im zweiten Jahr	48
3.2.1.4	Interdisziplinäre Zusammenarbeit im ersten wie im zweiten Jahr	48
	Rolle der sozialen Arbeit	49
	Rolle der Pflegekräfte bzw. des medizinischen Personals	51
	Krankenmobil „Mobile Hilfe“ des Caritasverbandes	52
3.2.1.3	Kommunikation	53
	Kommunikation unter den Beteiligten des Projektes	53
	Kommunikation mit dem weiteren Wohnungslosenhilfesystem	55
	Kommunikation mit den Initiatoren	57
3.2.1.4	Eigenengagement über das Projekt hinaus	58
3.2.1.5	Haltung der Beteiligten	60
3.2.1.6	Gefahrensituationen	62
3.2.2	Problembereiche	63

3.2.2.1	Rahmenbedingungen an den einzelnen Praxisstandorten	63
3.2.2.2	Probleme mit der EDV	64
3.2.2.3	Fehlende Informationen	65
3.2.2.4	Außendarstellung des Projektes	66
3.2.2.5	Kostenübernahme/Nicht-Versicherte	67
3.2.2.6	Überweisung zu Spezialisten	69
3.2.2.7	Nutzung von Krankenhäusern/ Notaufnahmen	70
3.2.3	Psychiatrische Sprechstunde im Pik As	72
3.2.4	Versorgung von Wohnungslosen im Regelversorgungssystem: Möglichkeiten und Barrieren	81
3.2.4.1	Struktur des Regelversorgungssystem passt nicht zu Wohnungslosen	81
3.2.4.2	Scham	83
3.2.4.3	Angst/ Fehlendes Vertrauen	84
3.2.4.4	Nicht versichert/ Finanzielle Gründe	84
3.2.4.5	Keine Krankheitseinsicht/keine Körperwahrnehmung	85
3.2.4.6	Räumliche Nähe	85
3.2.4.7	Weitere Gründe für das Nicht-Aufsuchen des Regelversorgungssystems	86
3.2.4.8	Wie das Überführen in das Regelversorgungssystem gelingen könnte	86
3.2.4.9	Erfahrungen des zweiten Jahres: Versorgung von Wohnungslosen im Regelversorgungssystem	88
3.2.5	Nutzen des Projektes	89
4	Diskussion	93
	Wichtigste Ergebnisse	93
4.1	Besonderheiten der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen im Vergleich zur Regelversorgung	94
4.1.1	Alter	94
4.1.2	Geschlechterverteilung	95
4.1.3	Beratungsanlässe	95
4.1.4	ICD-10 Diagnosen	97
4.1.5	Medikamente	99
4.1.6	Psychiatrische Sprechstunde	100
4.2	Die Arbeit der Schwerpunktpraxen aus Sicht der direkt Beteiligten	102
4.3	Barrieren und Chancen der Integration von Wohnungslosen in das medizinische Regelversorgungssystem	105
4.4	Stärken und Schwächen der Studie	106
4.5	Implikationen für weitere Forschung	107

5.	Zusammenfassung	108
	Anlage 1 - Fragebogen: „Basisdokumentation zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung“	111
	Anlage 2 - ICPC2-Übersicht	114
	Anlage 3 – ICD10 Kapitel – Übersicht	115
	Anlage 4 – ATC – Medikamente - Wirkstoffgruppen	117

0 Vorwort

Die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) der Stadt Hamburg hat das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf beauftragt, das Projekt „Schwerpunktpraxen für Wohnungslose“ wissenschaftlich zu evaluieren. Bei dem vorliegenden Bericht handelt es sich um den Abschlussbericht nach zwei Jahren Projektlaufzeit. Grundlage für den Bericht sind einerseits die in den Praxen dokumentierten Behandlungsdaten, andererseits qualitative Interviews mit den am Projekt beteiligten Ärzten, Pflegekräften, Mitarbeitern der Behörde und der Mobilen Hilfe sowie Sozialarbeitern¹.

¹ Zwecks einer besseren Lesbarkeit sind in diesem Bericht Berufsbezeichnungen in der männlichen Form dargestellt. Diese gelten grundsätzlich für beide Geschlechter. Sind diese Berufsbezeichnungen auf konkrete Personen bezogen, werden sie geschlechtsspezifisch verwendet.

1 Einleitung

1.1 Projektbeschreibung

Die Idee zu den Schwerpunktpraxen für Wohnungslose entstand aus der Diskussion über die Ergebnisse der „Untersuchung obdachloser, auf der Straße lebender Menschen“ aus dem Jahr 2009². Im Anschluss an die Auswertungsgespräche zwischen der BASFI und der Freien Wohlfahrtspflege wurde das Projekt „Wege aus der Obdachlosigkeit“ gegründet, in dessen Rahmen zu vielen Schwerpunktthemen Arbeitsgruppen entstanden, die sich mit der Verbesserung der Situation obdachloser Menschen in ihren verschiedenen Lebensbereichen beschäftigten. Im Rahmen der AG Gesundheitshilfen für Wohnungslose unter der Patenschaft von Frau Dr. Ishorst-Witte entstand unter anderem im März 2011 das erste Konzept zu den Schwerpunktpraxen für Wohnungslose. In der Folge wurde das Projekt konkretisiert und gemeinsam mit den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg weiterentwickelt und im Rahmen des Vertrages zur Evaluation des Projektes zwischen BASFI und UKE wie folgt beschrieben:

„Die AG [BASFI, *Anmerkung. der Autoren*] wird gemeinsam mit den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg sogenannte Schwerpunktpraxen für Wohnungslose (3 Praxisstandorte mit jeweils wöchentlicher Praxissprechstunde) einrichten, die eine hausärztliche und an zwei Standorten eine psychiatrische Behandlung dieser Personengruppen [*wohnungsloser Menschen*] gewährleisten. Hintergrund der Maßnahme, die jenseits der medizinischen Regelversorgung angeboten wird, ist die besondere Problematik der zu behandelnden Wohnungslosen (insb. Nichtwahrnehmung des Regelsystems, Hochschwelligkeit der bislang angebotenen medizinischen Leistungen, Ausgrenzung der Personengruppe, Fehleinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und besondere gesundheitliche Gefährdung aufgrund der Lebensumstände). Ziel der Maßnahme ist – neben der regelhaften medizinischen Betreuung – die Integration in das medizinische Regelsystem und die Entlastung des medizinischen Notfallsystems. Die Maßnahme ist als Projekt mit einer Laufzeit von 24 Monaten geplant und soll in dieser Zeit im Hinblick auf die Zielerreichung und die Wechselwirkung zum bestehenden Wohnungslosenhilfesystem und dem medizinischen Regelsystem evaluiert werden.“ (§ 1 Abs. 1 des Vertrages zwischen BASFI und UKE v. 11.6.13)

² Schaak, T. (2009) Obdachlose, «auf der Straße» lebende Menschen in Hamburg - Eine empirische Untersuchung über die soziale Lage «auf der Straße» lebender Menschen in Hamburg. Eine Untersuchung im Auftrag der Freien und Hansestadt Hamburg, vertreten durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, in Kooperation mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, Hamburg

Die Einrichtung der Schwerpunktpraxen beinhaltet in Übereinstimmung mit allen beteiligten Stellen als wesentliche Bestandteile:

- 1) Es werden alle hilfeschenden Patientinnen und Patienten behandelt (zumindest Akutbehandlungen), unabhängig davon, ob sie krankenversichert sind oder nicht. Bei denen, die keinen Anspruch auf Krankenversicherung herstellen können, wird die Zuständigkeit der Clearingstelle geprüft bzw. an diese Stelle verwiesen.
- 2) Die Ärzte sind professionell tätig und haben eigene Praxiserfahrungen und/oder eigene Praxisstandorte und können die medizinische Grundversorgung weitestgehend selbst leisten.
- 3) Sowohl Ärzte als auch Arzthelfer bzw. Pflegekräfte werden auf Stundenbasis honoriert, nicht über erbrachte Leistungen oder Kostenpauschalen.

Wohnungslose Menschen haben grundsätzlich einen Anspruch auf medizinische Versorgung über das Regelversorgungssystem, sofern sie krankenversichert sind bzw. einen Anspruch auf Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung haben oder durch eine Krankenkasse betreut werden (§ 264 SGB V). Aufgrund ihrer spezifischen Lebensumstände, Präferenzen und Besonderheiten in der Krankheitsverarbeitung nehmen sie die Angebote des Regelversorgungssystems jedoch wenig in Anspruch (Grabs et al., 2008³). Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. hat in ihrem Statistikbericht 2010 insgesamt 23.921 Personen erfasst, die als Hilfesuchende mit 166 Einrichtungen und Diensten der Wohnungslosenhilfe freier Träger Kontakt hatten. Zwei Fünftel aller erfassten Personen hatten, wie bereits in den Jahren zuvor, im letzten halben Jahr vor Beginn der Hilfe keinen Hausarzt konsultiert – dies trifft auf Männer (44,9%) deutlich häufiger zu als auf Frauen (26,6%; BAG Wohnungslosenhilfe e.V., 2010⁴). Die geringe Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung trotz hoher Morbidität führt dazu, dass Kontakte mit der Regelversorgung häufiger als notwendig in Form von kostenintensiven Notfällen stattfinden. Daten zu dieser Frage liegen allerdings nicht vor.

Geplant war der Beginn des Projektes zum 01.01.2013. Gestartet ist die Arbeit in den Schwerpunktpraxen Pik As und Achterdwars am 01.06.2013 und der Praxisbetrieb am

³ Grabs, J, Ishorst-Witte F, Püschel K (2008): „Krank bin ich, wenn nichts mehr geht!“ - Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg, Hamburger Ärzteblatt 05/08, Hamburg

⁴ BAG Wohnungslosenhilfe e.V., Statistikbericht 2010, Kurzfassung

Johanniswall am 01.07.2013. Die Einrichtung der Praxisstandorte wurde durch den Einsatz des Spendenparlaments finanziert. Vorgesehen war eine Laufzeit von 24 Monaten.

1.2 Beschreibung der Standorte

Für das Projekt wurden drei Schwerpunktpraxen für die hausärztliche und psychiatrische Versorgung von Wohnungslosen eingerichtet.

1.2.1 Schwerpunktpraxis Pik As

Das Pik As ist eine Übernachtungsstätte für Obdachlose des Trägers fördern & wohnen – Anstalt öffentlichen Rechts (f & w) - in der Hamburger Neustadt. Im Pik As gab es im vorgelagerten Pavillon Räumlichkeiten, die bereits vor Einrichtung der Schwerpunktpraxis zur medizinischen Behandlung benutzt wurden. Diese wurden für die hausärztlichen Sprechstunden zur Verfügung gestellt. Die Räume für die psychiatrischen Sprechstunden wurden in Räumlichkeiten des Verwaltungstraktes für die Mitarbeiter der sozialen Arbeit der Übernachtungsstätte angesiedelt, um eine enge Kommunikation gewährleisten zu können. Die hausärztliche Versorgung war in den letzten Jahren von einer Hausärztin gewährleistet worden, die von der Diakonie finanziert wurde. Nachdem diese Hausärztin aufgehört hatte, engagierte sich ein Hausarzt ehrenamtlich. Ein geregelter psychiatrischer Versorgungsangebot gab es nicht.

Das Besondere an diesem Standort ist, dass mit einem etablierten Pflorgeteam zusammen gearbeitet werden kann, das schon seit Jahren die medizinische Pflege im Pik As verantwortet. Die Pflege steht allen Bewohnern des Pik As zur Verfügung. Sie wurde zu Beginn vom Freundeskreis Pik As e.V. finanziert. Inzwischen wird die Finanzierung der Maßnahme durch die BASFI geleistet. In der allgemeinmedizinischen Schwerpunktpraxis arbeiten im Rahmen des Schwerpunktpraxen-Projektes zwei Fachärztinnen für Allgemeinmedizin und zwei examinierte Krankenpfleger, die jeweils die Sprechstunden vorbereiten und begleiten. In der psychiatrischen Praxis arbeiten eine Fachärztin und ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Alle Ärzte bieten wöchentlich jeweils eine 3-stündige Sprechzeit an. Im Rahmen des Projektes finden im Pik As also 6 Stunden hausärztlicher und 6 Stunden psychiatrischer Sprechstunden statt.

1.2.2 Schwerpunktpraxis Achterdwars

Das Männerwohnheim Achterdwars in Hamburg-Bergedorf ist auch eine Einrichtung des Trägers f & w. Hier gab es vor Beginn des Projektes keine bestehende Praxis. Es gab und gibt

eine examinierte Pflegekraft, die seit Jahren in der Unterkunft tätig ist. Die Bewohner des Wohnheimes, die Pflegeleistungen bekamen, wurden regelmäßig (etwa alle 6 Wochen) von einer Hausärztin aufgesucht.

Bis zum Beginn der Schwerpunktpraxis zum 01.06.2013 gab es über das eben genannte Engagement hinaus im Männerwohnheim keine niedrighschwellige, medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen durch einen Arzt in Bergedorf und Umgebung. Sozialarbeiter bemühten sich, Klienten an das bestehende Regelversorgungssystem anzubinden, was aber aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen nicht intensiv betrieben werden konnte.

Die Schwerpunktpraxis am Standort Achterdwers wurde für das Projekt neu eingerichtet. In der Schwerpunktpraxis arbeiteten eine Fachärztin für Allgemeinmedizin und im ersten Jahr des Projektes ein Arzt. Beide boten wöchentlich jeweils eine 3-stündige Sprechzeit an und wurden in ihren Sprechstunden von einer Pflegekraft begleitet und unterstützt. Im zweiten Jahr gab es nur noch eine wöchentliche 3-stündige Sprechzeit. Eine psychiatrische Sprechstunde war an diesem Standort nicht vorgesehen.

1.2.3 Schwerpunktpraxis Johanniswall

Die Räume für die Schwerpunktpraxis Johanniswall in der Hamburger Altstadt wurden zu Beginn dieses Projektes neu angemietet, umgebaut und eingerichtet. Auf der Rückseite des Gebäudes der Schwerpunktpraxis Johanniswall befindet sich der Stützpunkt für Obdachlose des Caritasverbandes, in dem wohnungslose Menschen morgens ihre Habe einschließen lassen können, um sie abends wieder abzuholen. Dort wird auch soziale Beratung geleistet. Die Öffnungszeiten der Schwerpunktpraxis und des Stützpunktes überschneiden sich nicht, so dass kein direkter Austausch der Besucher der Einrichtungen stattfinden kann. In der Schwerpunktpraxis Johanniswall arbeitet ein Arzt für Allgemeinmedizin mit Hilfe einer medizinischen Fachangestellten aus seiner Hausarztpraxis in einer wöchentlichen Sprechstunde à 3 Stunden. Die zweite Sprechstunde (ebenfalls wöchentlich, 2-stündig) wird von einer Fachärztin für Allgemeinmedizin und einer examinierten Kinderkrankenschwester, die jahrelange Erfahrung im Bereich der Wohnungslosenversorgung hat, durchgeführt. Ursprünglich wurde an diesem Standort auch eine psychiatrische Sprechstunde eingerichtet, die aber im Gegensatz zu den Sprechstunden im Pik As in deutlich größeren zeitlichen Abständen angeboten wurde (14-tägig) und nach einem halben Jahr wegen mangelnder Frequentierung eingestellt wurde.

Tabelle 1: Übersicht über alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schwerpunktpraxen

Beruf/ Relevante Ausbildungen	Ge- schlecht	Alter in Jahren	Tätig in diesem Beruf seit Jahren	Relevante Zusatzqualifikation/ Erfahrungen
Fachärztin für Allgemeinmedizin	w	50	19	Palliativmedizin
Arzt	m	50	7	Psychosomatische Grundversorgung
Fachärztin für Allgemeinmedizin	w	52	21	Psychosomatische Grundversorgung
Facharzt für Allgemeinmedizin	m	k.A.	28	Examiniertes Krankenpfleger
Fachärztin für Allgemeinmedizin	w	56	15	Psychosomatische Grundversorgung
Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie	m	51	15	Suchtmedizin
Fachärztin für Psychiatrie & Psychotherapie	w	k.A.	k.A.	Neurologie
Diplom-Sozialpädagoge	m	38	8	Keine
Diplom-Sozialarbeiter	m	56	27	Keine
Diplom-Sozialpädagoge	m	45	19	Suchttherapeutische Zusatzqualifikation i.A.
Examiniertes Krankenpfleger	m	49	23	Keine
Examinierte Altenpflegerin	w	53	14	Keine
Examiniertes Altenpfleger	m	53	24	Keine
Examiniertes Altenpfleger	m	44	10	Fachpfleger Sozialpsychiatrie und Fachpfleger Palliativmedizin, Palliativausbildung für Seelsorger und Sozialpädagogen
Kinderkrankenschwester	w	56	35	Wundmanagerin
Medizinische Fachangestellte	w	41	22	Keine
Diplom-Sozialpädagogin	w	51	25	18 Jahre Psychiatrieerfahrung
Diplom-Sozialpädagogin	w	43	16	Arztshelferin, Erzieherin

k.A. = keine Angabe

Die Ärzte sowie das medizinische Personal der drei Schwerpunktpraxen werden für ihre Arbeit auf Stundenbasis entlohnt. Die beiden Sozialpädagoginnen sind im Pik As angestellt und werden für die Projektarbeit, insbesondere für die Durchführung der psychiatrischen Sprechstunden im Pik As nicht zusätzlich finanziert.

1.3 Ziele der Evaluation

Die BASFI hat das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf beauftragt, das Projekt zu evaluieren.

Das primäre Ziel der Evaluation der Schwerpunktpraxen ist eine Deskription der geleisteten Arbeit getrennt für das erste und zweite Jahr des Projektes und differenziert nach hausärztlicher und psychiatrischer Versorgung.

Sekundäre Forschungsziele betreffen die Untersuchung

- der Gründe für gelingende und nicht gelingende Überführungen in das Regelversorgungssystem und
- der Effekte der Schwerpunktpraxen auf die Notfallversorgung der Betroffenen sowie auf das weitere derzeitige niedrigschwellige medizinische Hilfesystem für Wohnungslose.

2. Methodik der Evaluation

Für die Evaluation der Arbeit der Schwerpunktpraxen wurden zweierlei Arten von Daten erhoben: quantitative und qualitative.

Die Analyse der geleisteten Arbeit in den Praxen basiert überwiegend auf quantitativen Daten, d.h. der Routinedokumentation der Schwerpunktpraxen und zusätzlichen Fragebögen zur Erfassung der Nutzung des Regelversorgungssystems.

Für einen tieferen Einblick in die Arbeit der Praxen wurden alle an der Versorgung in den Schwerpunktpraxen beteiligten Ärzte sowie sämtliches medizinisches Personal inklusive der Sozialarbeiter im 2. Quartal 2014 und 2. Quartal 2015 leitfadengestützt qualitativ befragt. Zusätzlich gab es ein Gruppeninterview mit Mitarbeitern der Mobilen Hilfe, da diese in enger Zusammenarbeit mit den Schwerpunktpraxen stehen.

2.1 Erhebung quantitativer Daten

2.1.1 Hardwareausstattung der Praxen

Zwecks Dokumentation der Versorgungsdaten war es notwendig, die Praxen mit Hard- und Software auszustatten. Die Verantwortung dafür oblag dem das Projekt evaluierenden Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Eine besondere Herausforderung stellte die Ausstattung der Schwerpunktpraxen mit einer zuverlässigen LAN-Verbindung dar, da die technischen Voraussetzungen zu Beginn des Projektes nicht erfüllt

waren, z.B. gab es keinen Internet-Anschluss in der Umgebung des Behandlungsraumes. Die technische Ausstattung ging sowohl zeitlich als auch finanziell deutlich über das enge Budget des Evaluationsprojektes hinaus und war nur durch viel persönliches Engagement der Beteiligten möglich.

Da die Bereitstellung der Rechner und des Internets sich deutlich verzögerten, mussten die Ärzte die Behandlung der Patientinnen und Patienten sowie die Antworten auf zusätzliche Fragen zunächst auf Papierbögen dokumentieren.

Als die technische Ausstattung funktionsfähig war, konnte die Dokumentation – wie ursprünglich geplant – von den Ärzten elektronisch fortgesetzt werden. Alle Daten, die bis dahin auf Papier dokumentiert worden waren, wurden von Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin in den Datenbanken nachgetragen. Auch, wenn im Folgenden das Internet gelegentlich ausfiel und kein Zugriff auf die Datenbanken bestand, wurde auf Papier dokumentiert und dann nachgetragen, so dass letztendlich alle Daten zur Auswertung zur Verfügung standen.

2.1.2 Datenerhebung mittels Praxissoftware

Die Dateneingabe sollte ausschließlich elektronisch erfolgen, um doppelte Dokumentationen und zusätzliche zeitliche Belastungen zu vermeiden. Eingesetzt wurde die Praxissoftware x.vianova der Firma Medatixx. Diese Software erlaubt es, die Behandlungsdaten für Analysezwecke zu extrahieren. Gleichzeitig entspricht sie den gängigen Anforderungen an Praxissoftware und ist von den Ärzten leicht zu bedienen. Die Software wurde nach den Vorgaben des Instituts für Allgemeinmedizin an einigen Stellen an die Bedarfe der Evaluation angepasst. Eintragungen in der Praxissoftware sollten, wie es üblicherweise der Fall ist, bei jeder Konsultation vorgenommen werden. Die medizinischen Mitarbeiter der Praxen wurden im Umgang mit der Software geschult.

Für die Nutzung der Praxissoftware ist ein funktionierender Internetzugang notwendig. Um auf die Software x.vianova sicher zugreifen zu können und gleichzeitig einen hohen Datenschutz zu gewährleisten, wurde die Software auf einem zentralen Server installiert, der im Pik As platziert wurde. Von allen drei Praxen kann man mittels einer VPN-Verbindung (Virtual Private Network) auf den Server und somit auf die Praxissoftware zugreifen. Alle Patientinnen und Patienten haben in der Praxissoftware eine Krankenakte, so dass sie sich auch in zwei Praxen behandeln lassen können und den Ärzten alle Informationen zur Verfügung stehen.

Mittels der Praxissoftware wurden sämtliche Behandlungsdaten dokumentiert. Für die Evaluation waren folgende patientenbezogenen Daten von Interesse:

- Einverständniserklärung zur Auswertung
- Konsultation im Rahmen der hausärztlichen oder psychiatrischen Sprechstunde
- Alter
- Geschlecht
- Aufenthaltsorte/Kontaktierungsmöglichkeiten
- Herkunftsland
- Versicherungsstatus
- Konsultationsanlass, bzw. -anlässe
- Befunde (inklusive psychopathologischer Befund)
- Diagnosen (kategorisiert nach ICD-10)
- verordnete bzw. mitgegebene Medikamente
- Therapien/Prozeduren (sämtliche erbrachten medizinischen und pflegerischen Leistungen)

2.1.3 Datenerhebung mittels Fragebögen

Über die in der Praxissoftware dokumentierten Behandlungsdaten hinaus war die Dokumentation weiterer Daten von Interesse, insbesondere von Daten zur Nutzung der medizinischen Regelversorgung. Da es nicht möglich war, Fragebögen in die Praxissoftware zu integrieren, wurden sie mittels der professionellen Befragungssoftware EFS Survey (Unipark) der Firma Questback programmiert. Die Fragebögen konnten elektronisch für jeden Patienten beantwortet werden.

Der erste Fragebogen „Basisdokumentation: Inanspruchnahme medizinischer Versorgung“ (siehe Anhang 1) sollte bei jeder Erstkonsultation von Patientinnen und Patienten erhoben werden.

Der Fragebogen „Basisdokumentation zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung“ erfasst, ob und ggf. welche Hilfe(n) die Patientinnen und Patienten im Regelversorgungssystem oder im Wohnungslosenhilfesystem in Anspruch genommen haben. Auch die Beweggründe, das Regelversorgungssystem in Anspruch oder nicht in Anspruch zu nehmen, werden erfasst sowie einige demographische Daten, für die in der Praxissoftware kein Platz war.

2.1.4 Einverständniserklärung

Das Studienprotokoll und die Studienunterlagen wurden vor Projektbeginn der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg zur Begutachtung vorgelegt, die dem Vorhaben zustimmte (Bearbeitungsnummer PV4354).

Alle Patientinnen und Patienten wurden zu Beginn der Behandlung gefragt, ob sie der Auswertung ihrer Daten durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin, zustimmen. Bei Zustimmung wurde ein Informationsblatt über die Evaluation ausgehändigt und zwei Einverständniserklärungen (ein Exemplar für die Patientinnen und Patienten, ein Exemplar für das UKE) unterzeichnet.

2.2 Erhebung qualitativer Daten

Zusätzlich zur Erhebung der quantitativen Daten wurden insgesamt 29 Interviews mit Mitarbeitern der Schwerpunktpraxen für Wohnungslose, einem Behördenmitarbeiter und Mitarbeitern des Krankenmobils des Caritasverbandes geführt. Die Interviews erfolgten sowohl nach Abschluss des ersten als auch nach Abschluss des zweiten Jahres. Die Leitfragen der qualitativen Interviews behandelten zwei Themenbereiche: Zunächst sollten die Interviewpartner in Form eines Jahresrückblicks ihre konkreten Erfahrungen mit der Praxisarbeit beschreiben, dann sollten sie explizit zur Frage der Integration von Wohnungslosen in das medizinische Regelversorgungssystem Stellung nehmen.

Folgende Fragen wurden den Mitarbeitern jeweils nach Abschluss des ersten und zweiten Jahres gestellt.

Jahresrückblick über die konkrete Arbeit in den Praxen:

- Was ist in der Schwerpunktpraxis gut gelaufen, wo gibt es Verbesserungsbedarf?
- Wie wurde die Zusammenarbeit mit der BASFI wahrgenommen?

- Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern bzw. anderen Institutionen, die einbezogen wurden?
- Wie wurde das Angebot von der Zielgruppe angenommen?
- Inwiefern traten Gefahrensituationen auf?
- Was müsste verändert werden, um die Versorgung Wohnungsloser in den Schwerpunktpraxen zu optimieren?
- Zeigten sich Veränderungen im zweiten Jahr des Projektes gegenüber dem ersten Jahr?

Das Problem der Integration von Wohnungslosen in die Regelversorgung:

- Für welche Gruppen von Patientinnen und Patienten gelingt die Überführung in das Regelhilfesystem, für welche eher nicht?
- Welches sind aus Sicht der Mitarbeiter Gründe dafür, dass die Wohnungslosen das Regelhilfesystem nicht aufsuchen?
- Wie müsste aus der Sicht der Befragten das Regelversorgungssystem verändert werden, um von Wohnungslosen in Anspruch genommen zu werden?
- Wie waren die Erfahrungen mit der Integration in das Regelversorgungssystem nach dem zweiten Jahr?

2.3 Datenaufbereitung und -analyse

2.3.1 Quantitative Daten

Die Daten der Patientinnen und Patienten mit Einverständniserklärung wurden mit Datum vom 31.05.2014 und vom 31.05.2015 von der Firma Medatixx extrahiert und an das Institut für Allgemeinmedizin übermittelt. Die Extraktion der Daten des Zusatzfragebogens erfolgte durch das Institut für Allgemeinmedizin mittels der Befragungssoftware EFS Survey (Unipark) zu den gleichen Zeitpunkten. Anschließend wurden die beiden Datensätze mit Hilfe von dem Programm SPSS gematched.

Da die Daten zum Teil als Freitextangaben vorlagen, mussten sie zwecks einer quantitativen Auswertung in kategoriale Angaben umgewandelt werden. Im Folgenden werden die wichtigsten Arbeitsschritte beschrieben.

Symptome und Befunde

Sämtliche anamnestischen Angaben zu Symptomen, ärztlichen Befunden und erbrachten therapeutische Leistungen (Prozeduren) lagen als Freitexte vor. Sie wurden mittels der ICPC-2-Klassifikation codiert. Die ICPC (International Classification of Primary Care) ist eine von der WHO (World Health Organisation) anerkannte, medizinische Klassifikation, die speziell für die Belange der Primärversorgung und der Allgemein- und Familienmedizin entwickelt wurde. Aktuell ist die zweite Ausgabe (ICPC-2) von 2003. Ein Fokus liegt auf der Codierung von Beratungsanlässen und Symptomen.

Die ICPC-2 ist zweiachsig aufgebaut. Sie umfasst 17 Kapitel (A–Z) für die Organsysteme, die jeweils in sieben Komponenten unterteilt sind, die den Beratungsanlass beschreiben.

Folgenden 17 Kapiteln können die Beratungsanlässe zugeordnet werden:

- A. Allgemein, unspezifisch
- B. Blut und blutbildende Systeme
- D. Verdauung
- F. Auge
- H. Ohr
- K. Herz-Kreislauf
- L. Muskuloskeletal
- N. Neurologisch
- P. Psychologisch
- R. Atmung
- S. Haut
- T. Endokrines System, Stoffwechsel, Ernährung
- U. Urologisch
- W. Schwangerschaft, Kindererziehung, Familienplanung
- X. Gynäkologisch
- Y. Männliches Genitale
- Z. Soziale Probleme

Jedes Kapitel besteht aus den folgenden 7 Rubriken (Komponenten):

1. Prozeduren-Codes
2. Symptome
3. Infektionen
4. Neubildungen
5. Verletzungen
6. Fehlbildungen
7. Andere Diagnosen

Die zur Codierung verwendete Kurzfassung des ICPC-2 befindet sich in Anhang 3.

Medizinische Diagnosen

Die Diagnosen wurden von den Ärzten mittels der Praxissoftware direkt als ICD-10-Diagnosen vergeben. Handschriftlich erfasste Diagnosen wurden nachträglich als ICD-10-Diagnosen codiert. Die ICD-10-Klassifikation (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben. Im Programm hinterlegt und benutzt wurde die ICD-10-GM, Version 2012 [1]. Eine Übersicht der Kapitel befindet sich in Anhang 4.

Medikamente

Die verordneten oder verschriebenen Medikamente wurden in der Praxissoftware als Freitext erfasst und nachträglich anhand der ATC-Klassifikation codiert. Das Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem (ATC), offiziell Anatomical Therapeutic Chemical / Defined Daily Dose Classification, ist eine von der European Pharmaceutical Market Research Association (EPHRA) entwickelte, dann von der Weltgesundheitsorganisation adaptierte und offiziell herausgegebene internationale Klassifikation für Arzneistoffe. Die Klassifikation codiert Wirkstoffe, nicht Handelspräparate. Eine Übersicht über die ATC-Klassifikation befindet sich im Anhang dieses Berichtes (vgl. Anhang 5).

Auswertungen

Die Daten wurden deskriptiv und getrennt für die Erhebungsjahre 1 und 2 analysiert und dargestellt. Wenn die Fallzahlen es erlaubten und das Risiko für Verzerrungen z.B. durch fehlende Daten gering war, wurden Tests auf statistisch signifikante Unterschiede vorgenommen. Dies ist an den jeweiligen Stellen genauer erläutert.

2.3.2 Qualitative Daten

Alle Interviews wurden auf Tonträger aufgenommen und wörtlich transkribiert. Die Auswertung des Interviewmaterials erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Für das konkret praktische Vorgehen entwirft Mayring ein „allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell“ (Mayring, 2010⁵), das alle Tätigkeiten der qualitativen Inhaltsanalyse systematisch gliedert und eingängig erläutert. Im Einzelnen umfasst das Ablaufmodell folgende Schritte:

1. Festlegung des Materials
2. Analyse der Entstehungssituation
3. Formale Charakterisierung des Materials
4. Festlegung der Analyserichtung
5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung
6. Bestimmung der Analysetechnik
7. Definition der Analyseeinheiten
8. Durchführung der Materialanalyse

Die Materialanalyse erfolgte mit Hilfe der Software für qualitative Datenanalyse MAXQDA. Die Daten der Interviewten wurden anonymisiert.

⁵ Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2010

3. Ergebnisse

Der Abschlussbericht stellt die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Analysen dar. Er umfasst eine Darstellung der geleisteten Arbeit in den Schwerpunktpraxen für den Zeitraum vom 01.06.2013 bis zum 31.05.2015 sowie eine Analyse der Aussagen der Interviewpartner.

3.1 Daten der medizinischen Versorgung der Schwerpunktpraxen

3.1.1 Stichprobe

In den drei Schwerpunktpraxen wurden in den zwei Jahren insgesamt 1310 Patientinnen und Patienten behandelt. Im Zeitraum vom 1. Juni 2013 bis zum 31. Mai 2014 wurden 559 Patientinnen und Patienten versorgt und deren Behandlung dokumentiert. Im Zeitraum vom 1. Juni 2014 bis zum 31. Mai 2015 waren es 751 Patientinnen und Patienten.

Von den 559 Patientinnen und Patienten des ersten Jahres haben 388 (69%) eine schriftliche Einverständniserklärung zur Auswertung ihrer Daten gegeben und sind über 18 Jahre alt. Im zweiten Jahr waren es 452⁶ (60%) Patientinnen und Patienten, die diese Kriterien erfüllten, d.h. statistisch signifikant weniger ($p < 0,001$ im χ^2 -Test). Es wurden nur die Daten der Patientinnen und Patienten mit Einverständniserklärung ausgewertet.

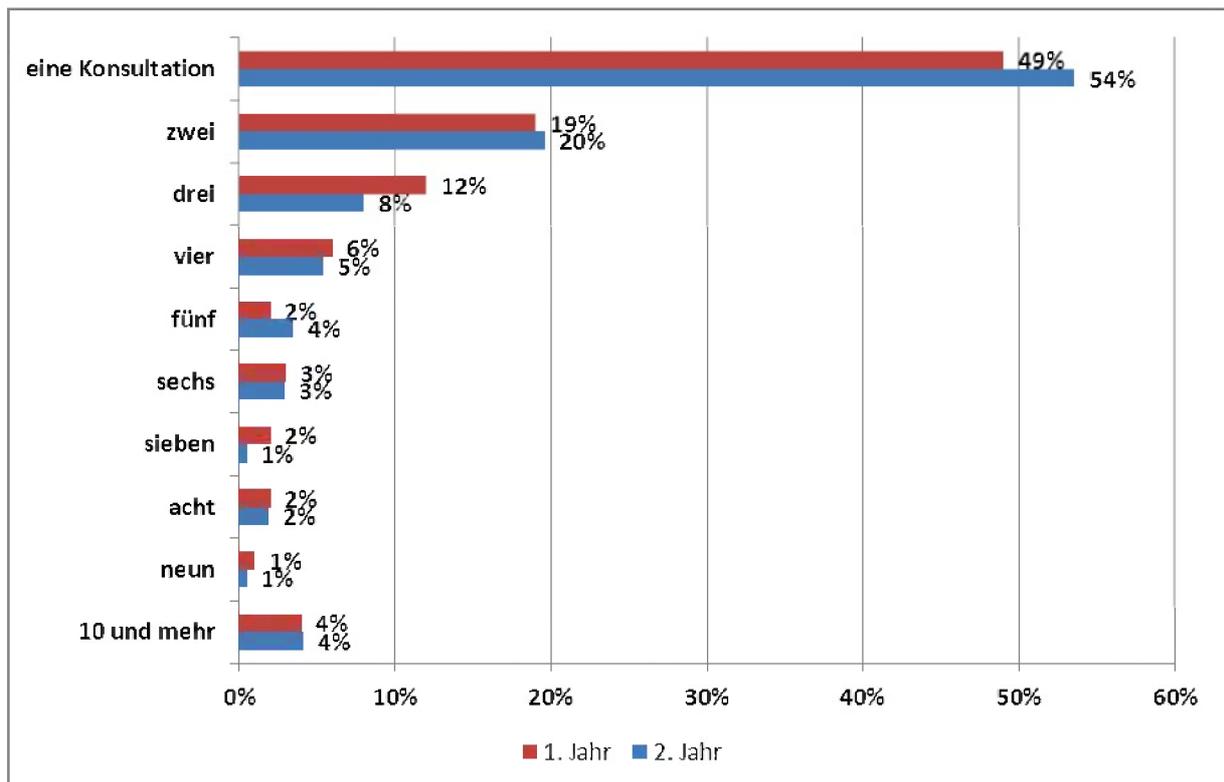
Die 388 Patienten des ersten Jahres haben die Praxen zwischen 1 und 24-mal aufgesucht. Bei 49% dieser Patientinnen und Patienten wurde im beobachteten Zeitraum nur eine Konsultation dokumentiert, im Durchschnitt und im Median waren es 2 Konsultationen pro Patient/pro Patientin, das Maximum betrug 24 Konsultationen. Die Behandlung dieser 388 Patientinnen und Patienten führte innerhalb des Beobachtungszeitraums von einem Jahr zu insgesamt 1.049 Konsultationen.

Im zweiten Jahr haben die Patientinnen und Patienten der Schwerpunktpraxen die Ärzte zwischen 1 und 26-mal konsultiert, 54% hatten nur eine einmalige Konsultation. Im Durchschnitt waren es wie im ersten Jahr 2 Konsultationen pro Patient/pro Patientin. Insgesamt gab es im zweiten Erhebungsjahr bei den 452 Patientinnen und Patienten mit Einverständnis zur Auswertung der Daten 933 Konsultationen. Im χ^2 -Test zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Anteilen von Patientinnen und Patienten mit Erstkonsultation in Jahr 1 und 2 des Projektes.

⁶ Bei den 452 Patientinnen und Patienten liegen nicht zu allen Variablen vollständige Angaben vor. Zwischenzeitlich wird daher mit einer Grundgesamtheit von $N=373$ gerechnet, da bei 79 Fällen bestimmte Angaben fehlen.

In Grafik 1 ist dargestellt, welche Anteile von Patientinnen und Patienten die Schwerpunktpraxen wie häufig im ersten und im zweiten Jahr konsultierten.

Grafik 1: Anteile von Patientinnen und Patienten mit einer und mehreren Konsultationen in den Schwerpunktpraxen, getrennt für das erste und zweite Jahr



1. Jahr N=388 Patientinnen und Patienten, 2. Jahr N=452 Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten pro Praxisstandort

Die meisten Patientinnen und Patienten des ersten Erhebungsjahres wurden im Pik As behandelt (75% der Erstkonsultationen⁷, n=291 Patientinnen und Patienten), gefolgt vom Standort Achterdwarz mit 56 Patientinnen und Patienten (14% der Erstkonsultationen) und Johanniswall mit 38 dokumentierten Erstkonsultationen und einem Anteil von rund 10% aller Patientinnen und Patienten.

⁷ Als Erstkonsultation ist die erste Konsultation eines Patienten bzw. einer Patientin in einer Schwerpunktpraxis definiert, d.h. als Erstkonsultationen im 2. Jahr konnten nur Patientinnen und Patienten gezählt werden, die im ersten Beobachtungsjahr keine der drei Schwerpunktpraxen aufgesucht hatten.

Im zweiten Jahr verteilten sich die Patientinnen und Patienten stärker auf die drei Standorte, wobei das Pik As mit 59% der Erstkonsultationen immer noch der am stärksten frequentierte Standort war. Der Standort Johanniswall folgte mit 15% und Achterdwars mit 14% der dokumentierten Erstkonsultationen.

Tabelle 2: Verteilung der Erstkonsultationen auf die drei Praxisstandorte – Vergleich erstes und zweites Jahr

	Erstkonsultationen 1. Jahr	Prozent	Erstkonsultationen 2. Jahr	Prozent
Pik As	291	75	219	48
Johanniswall	38	10	68	15
Achterdwars	56	14	65	14
Nicht zuzuordnen	3	1	100*	22
Gesamtsumme	388	100	452	100

* Der im Vergleich zum ersten Jahr deutlich höhere Anteil von Erstkonsultationen, die keinem Standort zuzuordnen sind, ist darauf zurück zu führen, dass im zweiten Jahr eine Ärztin an zwei Standorten arbeitete.

Anteile hausärztlicher und psychiatrischer Erstkonsultationen

Von allen dokumentierten Erstkonsultationen im ersten Jahr fanden 86% in einer hausärztlichen und 14% in der psychiatrischen Sprechstunde statt. Im zweiten Jahr fand sich eine Verteilung von 96% hausärztlichen und 4% psychiatrischen Erstkonsultationen. Dieses Ergebnis ist laut Berichten der Psychiater und Sozialarbeiter auf die mangelnde Einwilligungsfähigkeit der psychiatrischen Patientinnen und Patienten zur Datenauswertung zurückzuführen, was zur Folge hatte, dass nur sehr wenige Erstkonsultationen in den psychiatrischen Sprechstunden zur Evaluation herangezogen werden durften.

Alter der Patientinnen und Patienten

Im ersten Jahr waren die Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 78 Jahre alt. Der Mittelwert lag bei 44 ($\pm 12,9$) Jahren, der Median ebenfalls bei 44 Jahren. Im zweiten Jahr betrug die Altersspanne 18 bis 83 Jahre. Der Mittelwert lag bei 43 ($\pm 12,7$) und der Median bei 43 Jahren.

Frauen waren im ersten Erhebungsjahr im Mittelwert 39 Jahre alt, Männer 45 Jahre. Im zweiten Jahr waren Frauen im Mittel 44 Jahre und Männer 43 Jahre. Die Altersspanne des ersten Jahres unterscheidet sich nicht zwischen Frauen und Männern.

Geschlechterverteilung

Von den 388 Patientinnen und Patienten des ersten Jahres waren rund 13% Frauen und 87% Männer. Im zweiten Jahr gab es eine leichte Steigerung der Anzahl von Patientinnen auf einen Anteil von 18%. Der Anteil der Männer lag bei 82%⁸.

Kontaktierungsmöglichkeit der Patientinnen und Patienten

In den Schwerpunktpraxen wurden die Patientinnen und Patienten im ersten Jahr gefragt, ob es einen „Aufenthaltort“ gäbe, über den sie zu kontaktieren seien. Von 388 Befragten machten 190 Personen keine Angabe. Die Angaben der restlichen 190 (49%) Patientinnen und Patienten sind in Tab. 3.1 dargestellt.

Tabelle 3.1: Kontaktierungsmöglichkeit bzw. Aufenthaltsort der behandelten Patientinnen und Patienten – erstes Jahr

	Anzahl gesamt	Anzahl Frauen	Anzahl Männer	Angabe in % gesamt
Pik As	120	9	111	31%
Achterdwers	17	0	17	4%
Andere Unterkunft des Wohnungslosenhilfe- systems	19	2	17	5%
Auf der Straße, bei Freunden, ohne festen Wohnsitz usw.	27	4	23	7%
Adresse	15	3	12	4%
Fehlende Angaben	190	31	159	49%
Gesamtsumme	388	49	339	100%

Auch im zweiten Jahr wurden die Patientinnen und Patienten um Angabe ihrer Kontaktierungsmöglichkeit gebeten. Es machten 220 Patientinnen und Patienten (49% der auswertbaren Grundgesamtheit von 452) dazu eine Aussage (vgl. Tabelle 3.2).

⁸ p=0,04 im χ^2 -Test, d.h. dieser Unterschied ist wahrscheinlich kein Zufallsergebnis.

Der Anteil derer, die angaben auf sich auf der „Straße, bei Freunden oder ohne festen Wohnsitz“ aufzuhalten/kontaktierbar zu sein, ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen (von 7% auf 29 %). Viele Patientinnen und Patienten machten keine Angaben. Die übrigen Patienten und Patienten machten folgende Angaben:

Tabelle 3.2: Kontaktierungsmöglichkeit bzw. Aufenthaltsort der behandelten Patientinnen und Patienten – 2. Jahr

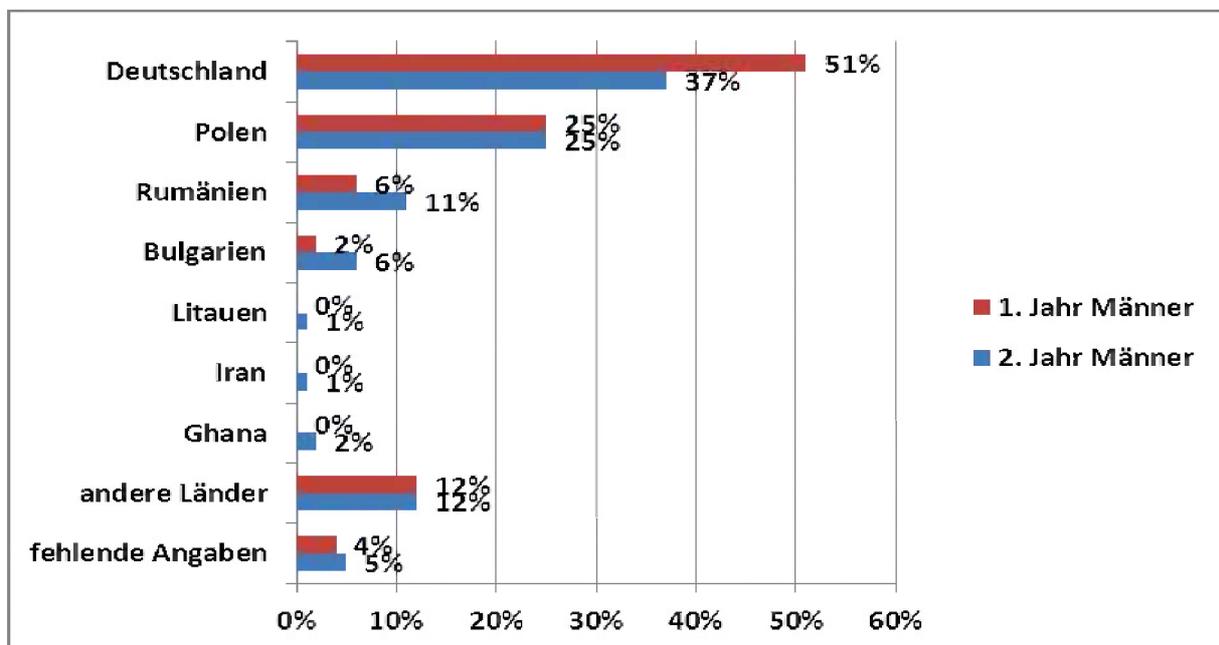
	Anzahl gesamt	Anzahl Frauen	Anzahl Männer	Anzahl Geschlecht nicht erfasst	Angabe in % gesamt
Pik As	79	4	54	21	17%
Achterdwars	15	1	9	5	3%
Andere Unterkunft des Wohnungslosenhilfesystems	39	10	20	9	9%
Auf der Straße, bei Freunden, ohne festen Wohnsitz usw.	129	24	72	33	29%
Adresse	35	6	20	9	8%
Fehlende Angaben	155	22	131	2	34%
Gesamtsumme	452	67	306	79	100%

Nationalität der Patientinnen und Patienten

Die Befragten des ersten Erhebungsjahres kamen aus insgesamt 41 Ländern. 48% der Patientinnen und Patienten stammen aus Deutschland, 9% der Befragten machten keine Angabe. Auffallend war eine große Anzahl von Patientinnen und Patienten aus Polen (18%), gefolgt von 5% Patientinnen und Patienten aus Rumänien. Aus allen anderen Ländern kamen jeweils maximal 8 Patientinnen und/oder Patienten. Die Frauen dieser Stichprobe kamen aus 10, die Männer aus 38 verschiedenen Nationen. Von den Patientinnen kam fast ein Viertel aus Polen.

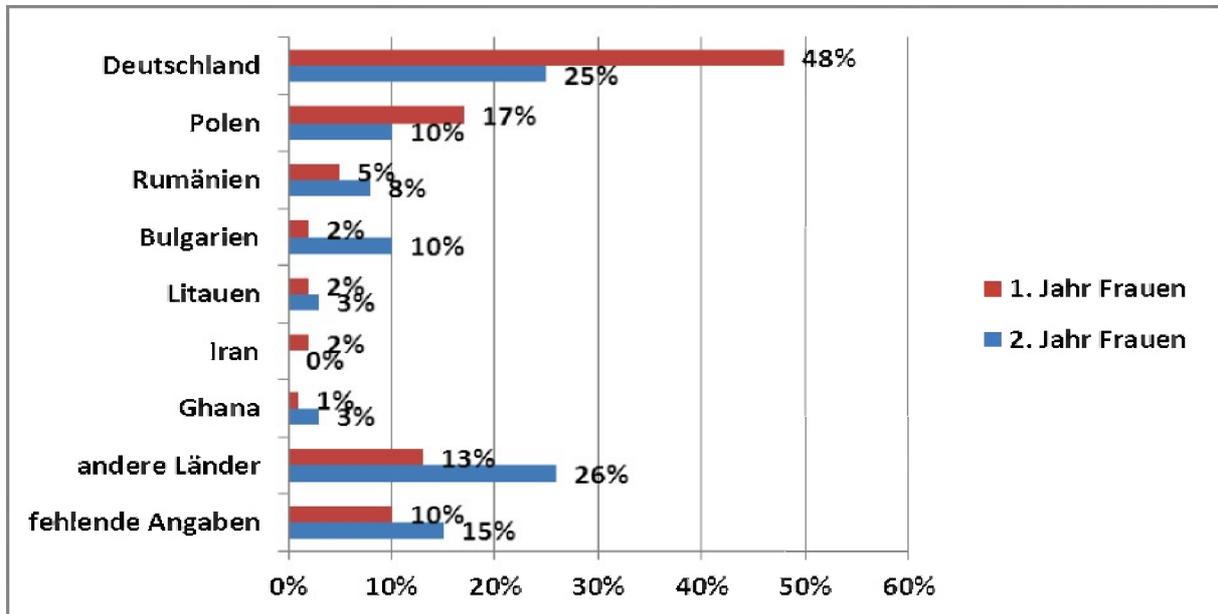
Die Befragung des zweiten Jahres zeigt ein verändertes Bild. Von den 452 Befragten gaben 30% an, in Deutschland und 68% in einem anderen Land geboren zu sein, die übrigen Personen machten keine Angabe. Damit zeigt sich eine deutliche Steigerung Anteils der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Die Patientinnen und Patienten kamen im zweiten Jahr aus 53 verschiedenen Nationen. Wie auch im vorherigen Jahr kamen viele Patientinnen und Patienten aus Polen (22%), Rumänien (10%) und Bulgarien (6%).

In Grafik 2.1. Nationalität der männlichen Patienten vergleichend für das erste und zweite Erhebungsjahr



1. Jahr N=338 männliche Patienten; 2. Jahr N= 306 männliche Patienten

In Grafik 2.2. Nationalität der Patientinnen vergleichend für das erste und zweite Erhebungsjahr



1. Jahr N=50 Patientinnen; 2. Jahr N=67 Patientinnen

Geburtsland der Eltern

Im Verlauf des ersten Jahres gaben 50% der Patientinnen und Patienten an, dass ihre Mutter und 49%, dass ihr Vater in Deutschland geboren sei. 47% der befragten Patientinnen und Patienten sagten, dass ihre Mutter in einem anderen Land geboren sei und 46% machten diese Angabe über ihren Vater.

Im zweiten Erhebungszeitraum zeigt sich auch hier eine deutliche Steigerung des Anteils der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund im Vergleich zum Vorjahr. 30% der Patientinnen und Patienten gaben an, dass ihre Mutter und 29%, dass ihr Vater in Deutschland geboren sei – entsprechend waren 69% der Mütter und 70% der Väter nicht in Deutschland geboren.

Staatsbürgerschaft/Aufenthaltsstatus der Patientinnen und Patienten

Von 308 Patientinnen und Patienten des ersten Jahres liegen Angaben hierzu vor. 52% gaben an, eine deutsche Staatsbürgerschaft zu haben, 13% berichteten, einen unbefristeten und 8% einen befristeten Aufenthaltsstatus zu haben. 27% der Patientinnen und Patienten machten zu dieser Frage explizit keine Angabe.

Von den 452 Patientinnen und Patienten mit Erstkonsultation im zweiten Jahr berichteten 32% eine deutsche Staatsbürgerschaft zu besitzen, 45% gaben an, einen unbefristeten und 14% einen befristeten Aufenthaltsstatus in Deutschland zu haben. 9% der Befragten haben zu dieser Frage keine Angabe gemacht.

Zwischen den Erhebungsjahren zeigen sich hier deutliche Unterschiede. Es kann aber nicht sicher bestimmt werden, ob tatsächlich ein weit größerer Anteil der Patientinnen und Patienten einen unbefristeten Aufenthaltsstatus hatte oder ob die Veränderungen in Bezug auf Staatsbürgerschaft und Aufenthaltsstatus auf den größeren Anteil von Patientinnen und Patienten zurückzuführen sind, die auf diese Fragen geantwortet haben. Der größere Anteil von Patientinnen und Patienten, die auf diese juristisch sehr relevanten Fragen geantwortet haben, kann immerhin als ein Ausdruck größeren Vertrauens in die Mitarbeiter der Schwerpunktpraxen interpretiert werden.

Versicherungsstatus

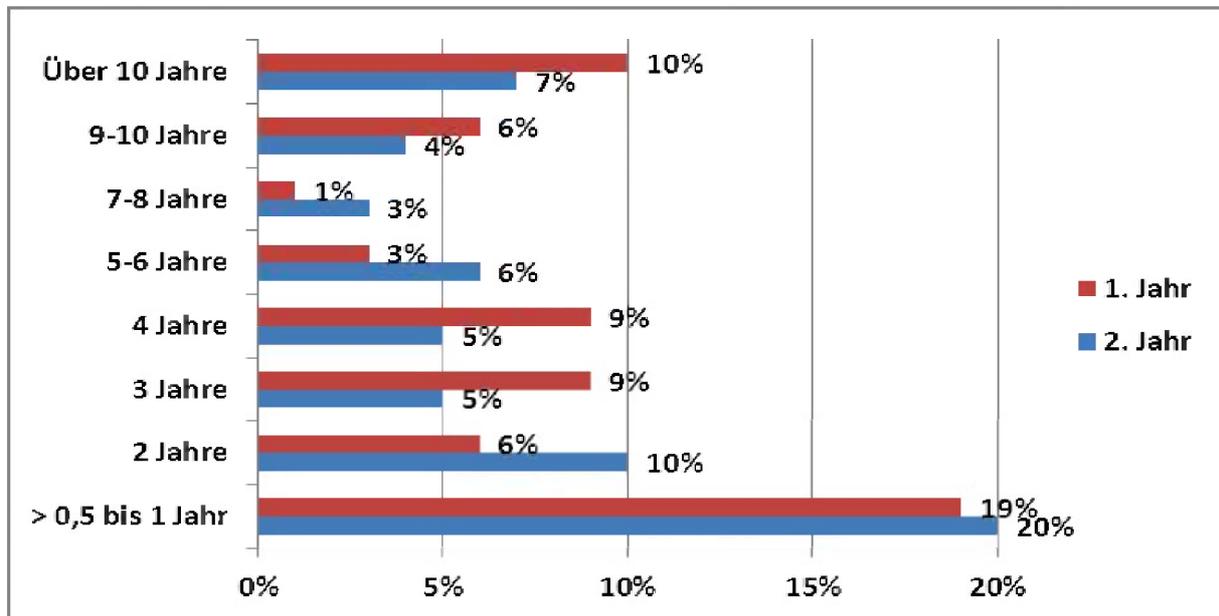
Unter den Patientinnen und Patienten des ersten Jahres war etwas mehr als die Hälfte versichert (54%, n=208). Der Unterschied zwischen versicherten Frauen und Männern ist minimal: 49% der Frauen (n=24) und 54% der Männer (n=184) waren versichert.

Im zweiten Erhebungsjahr hatten nur 27% (n=120) der Patientinnen und Patienten eine Krankenversicherung. Bei den Frauen waren es 20% (n=14), bei den Männern waren es 35% (n=106). Der Anteil der Versicherten unter den Patientinnen und Patienten hat sich im Jahreszeitraum also halbiert. Das ist statistisch signifikant (χ^2 -Test: $p < 0,001$).

Dauer der Wohnungslosigkeit

Die Dauer der Wohnungslosigkeit konnte in der Erhebung des ersten Jahres nur mit großer Unsicherheit beschrieben werden, da sie nur für 67 Patientinnen und Patienten valide dokumentiert wurde. Über die Hälfte der Patientinnen und Patienten, für die ein Wert vorlag, war bis max. ein Jahr wohnungslos (vgl. Grafik 3). Im zweiten Jahr machten 248 Patientinnen und Patienten Angaben zu dieser Frage, also wesentlich mehr als im Vorjahr, dennoch „nur“ 55% der Patientinnen und Patienten, die einer Auswertung ihrer Daten zugestimmt hatten. Die meisten dieser Patientinnen und Patienten (42%) gaben an, weniger als ein halbes Jahr wohnungslos zu sein, 30% waren zwischen einem halben Jahr und zwei Jahren ohne festen Wohnsitz. Die Angabe „über 10 Jahre“ umfasst eine Spanne von 11 bis zu 40 Jahren Wohnungslosigkeit.

Grafik 3: Dauer der Wohnungslosigkeit im Vergleich - erstes und zweites Jahr

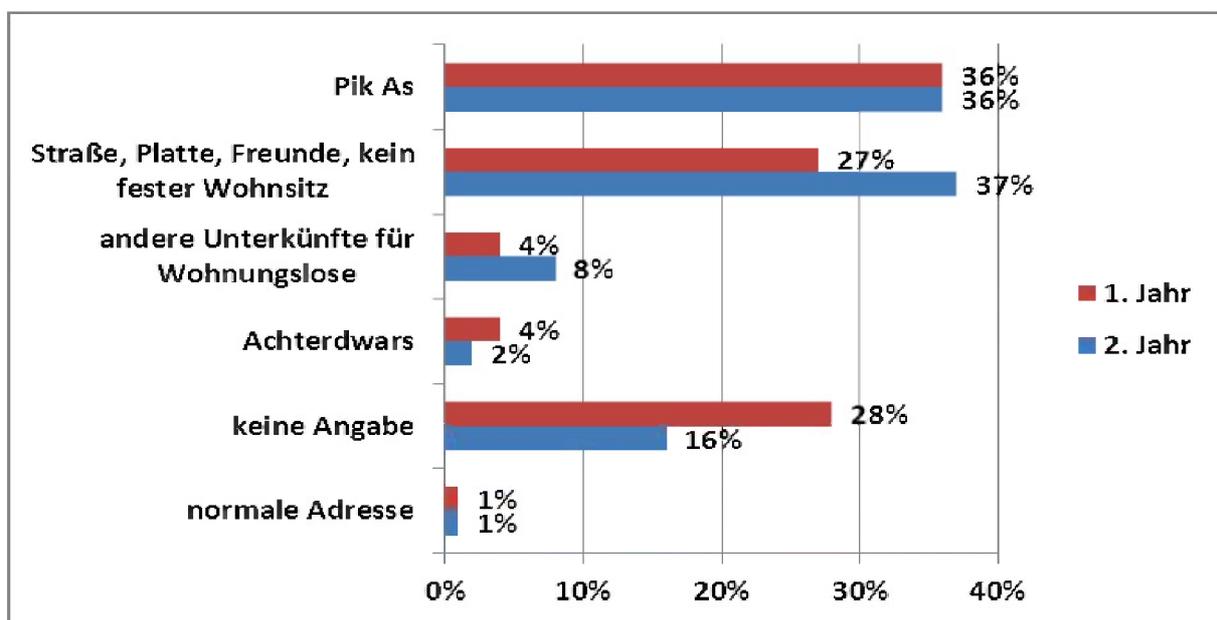


1. Jahr N=67 Patientinnen und Patienten, es liegen nur von 17% der Patientinnen und Patienten Daten zu dieser Fragestellung vor, daher sind diese Angaben unzuverlässig; 2. Jahr n=248, entspricht 55% der Patientinnen und Patienten, die ihr Einverständnis zur Datenauswertung gegeben haben.

Wo leben/schlafen die Patientinnen und Patienten?

Die Patientinnen und Patienten wurden gefragt, wo sie leben bzw. schlafen. Am häufigsten wurde in den Befragungen des ersten Jahres das Pik As genannt (36%), danach mit 27% „Straße, Platte, Freunde, kein fester Wohnsitz“ usw. Im zweiten Jahr machten 416 Befragte Angaben zu ihrem „Wohnort“. Etwa 36% gaben an, im Pik As zu nächtigen und 37% machten die Angabe „Straße, Platte, Freunde, kein fester Wohnsitz“.

Grafik 4: Lebens-/Schlafort der Patientinnen und Patienten – erstes und zweites Jahr



1. Jahr N=388 Patientinnen und Patienten, 2. Jahr N=452 (92%) Patientinnen und Patienten. Da sich der Anteil von Patientinnen und Patienten, die diese Frage beantwortet haben, zwischen Jahr 1 und 2 deutlich geändert hat ($p < 0,001$ im chi2-Test), lässt sich nicht beurteilen, ob zwischen Jahr 1 und 2 eine Veränderung erfolgt.

3.1.2 Behandlungsdaten

Die im Folgenden dargestellten Behandlungsdaten der Patientinnen und Patienten beziehen sich immer auf die jeweilige Erstkonsultation.

3.1.2.1 Symptome und Befunde

Im Rahmen der Konsultationen haben die Ärzte vielfältige Informationen zu Symptomen und relevanten Befunden als Freitext dokumentiert. Gelegentlich flossen in diese Freitexte auch Diagnosen ein, die für die Behandlung relevant waren, z.B. Diabetes mellitus. Diese

heterogenen Informationen wurden nach ICPC-2 kategorisiert (vgl. Anlage 3), Mehrfachnennungen waren möglich.

Bei den 388 Patientinnen und Patienten mit Erstkonsultation im ersten Jahr wurden insgesamt 588 Symptome, Befunde und ggf. Eingangsdagnosen dokumentiert - pro Patient/pro Patientin bis zu vier, im Durchschnitt 1,5. Im zweiten Jahr wurden bei den 452 Patientinnen und Patienten 592 Symptome, Befunde usw. dokumentiert, im Durchschnitt 1,3.

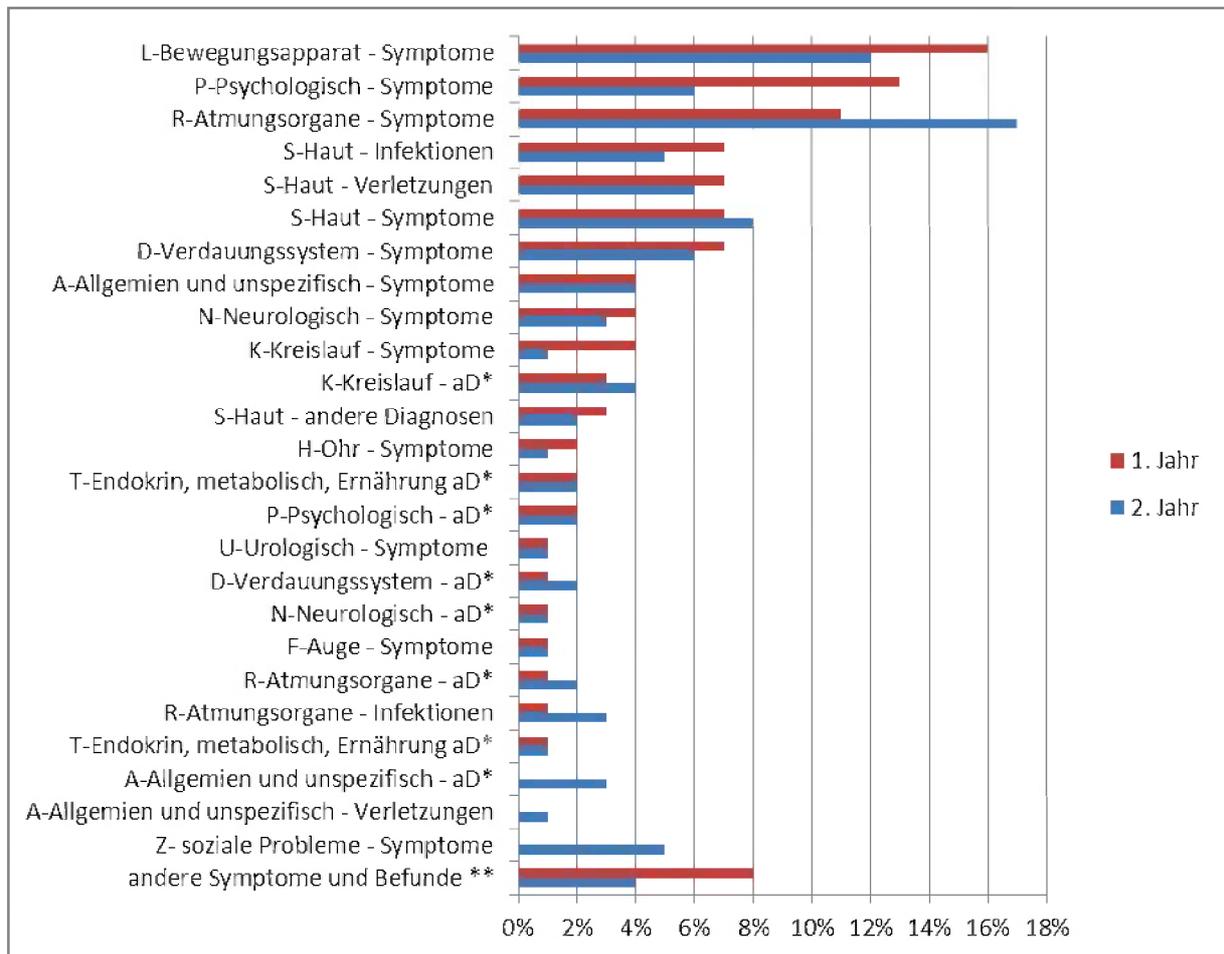
Eine komplette Auflistung aller Symptome und Befunde befindet sich im Anhang 6.

Am häufigsten klagten die Patientinnen und Patienten im ersten Jahr über Symptome des Bewegungsapparates. Innerhalb dieser Kategorie wurden am häufigsten die Symptommatiken L03 „untere Rückensymptome/-beschwerden“ und L17 „Fuß/-Zehensymptom./-beschwerden“ dokumentiert. Am zweithäufigsten wurden psychische Symptome erfasst. In diesem Bereich stechen besonders die Symptommatiken P15 und P16 heraus: „Chronischer Alkoholmissbrauch“ und „Akuter Alkoholmissbrauch“. Allerdings war für die wenigsten Patientinnen und Patienten der Alkoholmissbrauch der Grund der Konsultation, er war eher ein Nebenbefund. Am dritthäufigsten waren Symptome der Atmungsorgane, innerhalb dieser Kategorie das Symptom R05 „Husten“. Eine Übersicht über die häufigsten Symptome und Befunde findet sich in der folgenden Grafik 5. In der Kategorie „andere Symptome und Befunde“ finden sich Beschwerden aus allen Bereichen des ICPC-2 – mit Ausnahme der Kategorie Z (Soziale Probleme).

Im zweiten Jahr wurden am häufigsten Symptome der Atmungsorgane dokumentiert (17%). R05 „Husten“ und R21 „Hals/-Rachensymptome“ waren die häufigsten Beschwerden in diesem Bereich. Die zweithäufigste Kategorie (12%) waren Symptome des Bewegungsapparates mit der Symptomatik L15 „Kniebeschwerden“ und L12 „Hand- und Fingerbeschwerden“. Als dritthäufigste Kategorie (8%) wurden Symptome der Haut verzeichnet. In dieser Kategorie wurden vor allen Dingen S02 „Juckreiz“ und S19 „Hautverletzungen“ dokumentiert.

Aus Grafik 5 wird ersichtlich, dass die Breite der Symptome und Befunde von Jahr 1 zu Jahr 2 praktisch unverändert geblieben ist. Statistisch signifikante Unterschiede gab es hinsichtlich des Rückgangs der Symptome und Befunde am Bewegungsapparat und bei den psychologischen Symptomen sowie hinsichtlich einer Zunahme an (akuten) Beschwerden der Atmungsorgane, hier ursächlich infektiöser Genese. Diese drei Unterschiede sind statistisch signifikant ($p < 0,05$ im χ^2 -Test).

Grafik 5: Häufigkeiten der Symptome und Befunde, codiert nach ICPC-2



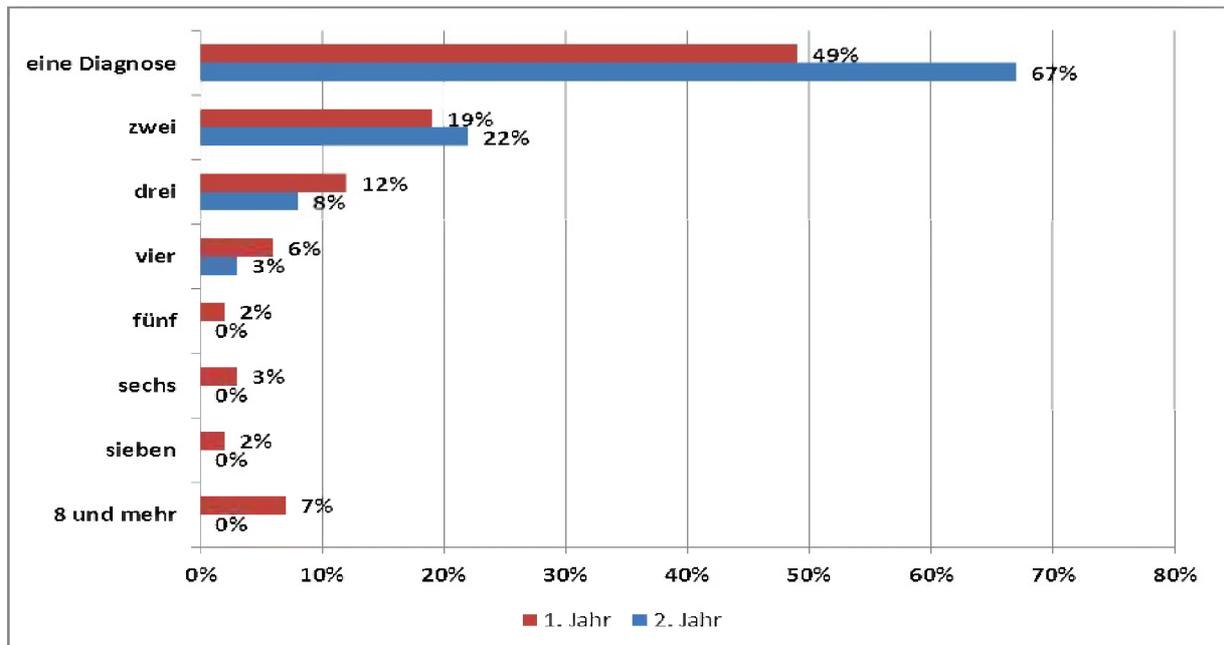
Mehrfachnennungen möglich, ICPC-2=International Classification of Primary Care - 2nd Edition, 1. Jahr N=588 Symptome und Befunde bei 388 Patientinnen und Patienten; 2. Jahr N=587 Symptome und Befunde bei 452 Patientinnen und Patienten; aD*= andere Diagnosen; ** aus 19 weiteren Kategorien, alle jeweils <1% Häufigkeit.

3.1.2.2 Medizinische Diagnosen nach ICD-10

Neben den oben ausgewerteten Freitextangaben zu Symptomen, Befunden und ggf. Eingangsd Diagnosen haben die Ärzte die finalen Diagnosen der Patientinnen und Patienten nach ICD-10 kategorisiert.

Insgesamt wurden im ersten Jahr 553 ICD-10 Diagnosen gestellt - pro Patient/pro Patientin zwischen 1 und 7. Für 49 Patientinnen und Patienten, d.h. in rund 13% aller Fälle, wurde keine Diagnose gestellt/dokumentiert. Im zweiten Jahr wurden insgesamt 451 Diagnosen gestellt – pro Patient/pro Patientin 1-4 Diagnosen. Bei 146 Patientinnen und Patienten wurde keine Diagnose dokumentiert, d.h. in rund 32% der Fälle.

Grafik 6: Anzahl von ICD-10 Diagnosen pro Patient/pro Patientin – erstes und zweites Jahr im Vergleich



1. Jahr: N=388 Patientinnen und Patienten, 2. Jahr: N=452 Patientinnen und Patienten

Im ersten Jahr wurden am häufigsten Diagnosen aus dem Bereich „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ vergeben (14%). Innerhalb dieses Kapitels (XIX) wurden insgesamt 22 verschiedene Diagnosen vergeben, wobei T79 („Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert“) mit 12 mal und T14 („Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion“) mit 10 mal am häufigsten vergeben wurde.

Analog zu den in den Freitexten codierten Symptomen und Befunden wurden am zweithäufigsten Diagnosen aus dem Bereich (V) „Psychische und Verhaltensstörungen“ gestellt. Das häufigste Störungsbild ist das der „Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol“.

Gleichauf mit jeweils 10% aller Diagnosen waren Diagnosen aus den Bereichen (I+XIII): „Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten“ mit den häufigsten Diagnosen „Dermatophytose (Tinea)“, „Skabies“ sowie „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des

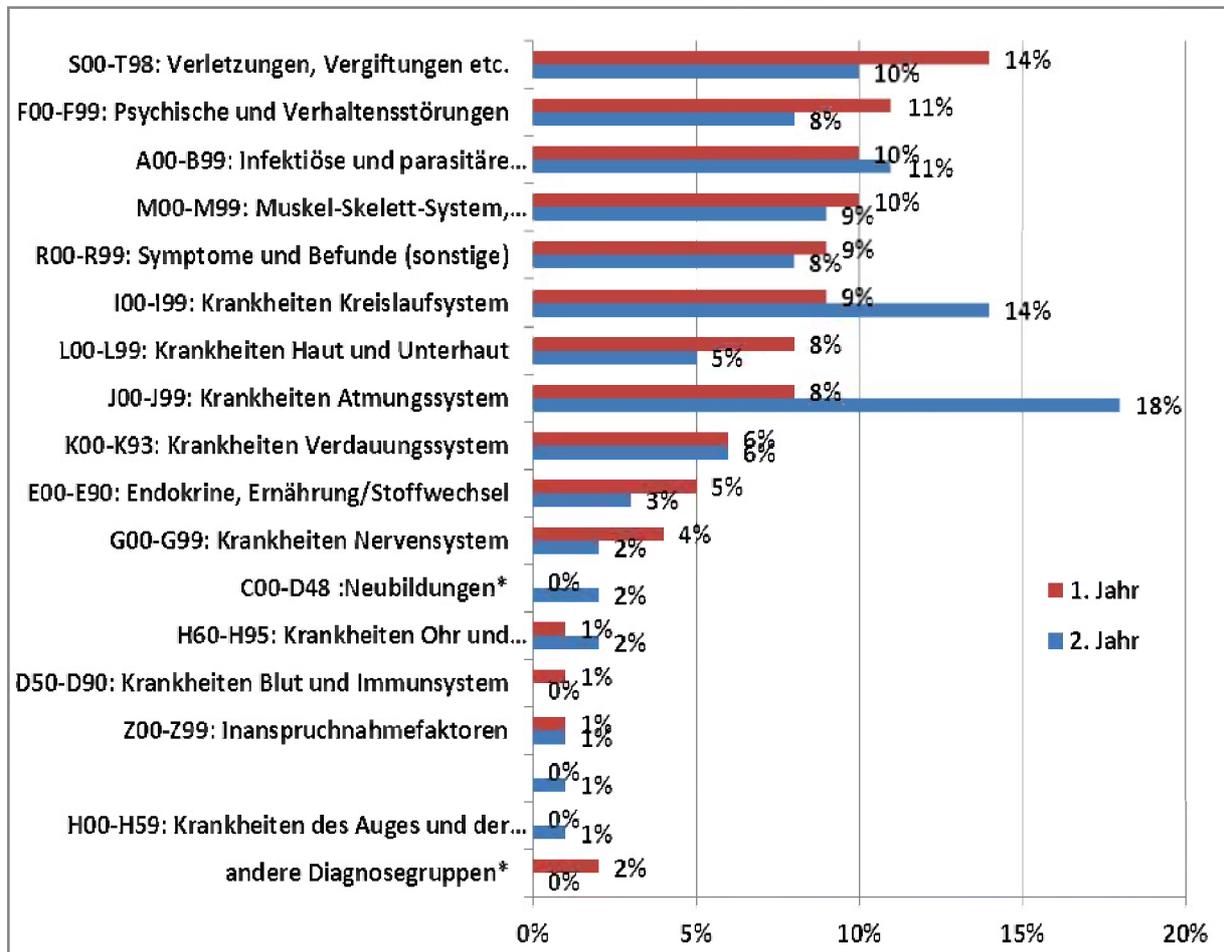
Bindegewebes“ mit den Diagnosen „Gelenkrankheiten“ und „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes“.

Im zweiten Beobachtungsjahr stammten die häufigsten Diagnosen aus dem Kapitel (X) „Krankheiten des Atmungssystems“ (18%). J06 (Akute Infektion der oberen Atemwege) war in diesem Kapitel die häufigste (22 mal) und J40 (Bronchitis, akut oder chronisch) die zweithäufigste (12 mal) Diagnose.

Etwa 14% der vergebenen Diagnosen waren aus dem ICD10-Kapitel IX „Krankheiten des Kreislaufsystems“, mit der häufigsten Diagnose I10 „Essentielle Hypertonie“. In etwa 11% der Fälle stammte die Diagnose aus Kapitel I „Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen“ mit der, in diesem Bereich am häufigsten vergebenen Diagnose „Pedikulose (Läusebefall)“.

Rund 10% der in der Praxissoftware dokumentierten Diagnosen gehören dem Kapitel XIX „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen an“. Diese Kategorie führte im letzten Jahr die Statistik der Diagnosen an.

Grafik 7: Diagnosen der behandelten Patientinnen und Patienten nach ICD-10 – erstes und zweites Jahr im Vergleich



Mehrfachnennungen möglich, n=553 Diagnosen bei 388 Patientinnen und Patienten; n=451 Diagnosen bei 452 Patientinnen und Patienten

*=5 weitere Diagnosegruppen, jeweils <1%

3.1.2.3 Therapeutische Maßnahmen bei der Erstkonsultation

Medikation

Im Folgenden werden die Medikamentenverordnungen nach Medikamenten, die den Patientinnen und Patienten mitgegeben oder verschrieben wurden, differenziert. Die Medikamente, die weder verschrieben, noch mitgegeben, sondern vor Ort angewendet wurden, werden hier nicht beschrieben. Diese Maßnahmen finden sich im Kapitel Therapien (vgl. Kapitel 3.1.2.3. Durchgeführte Prozeduren).

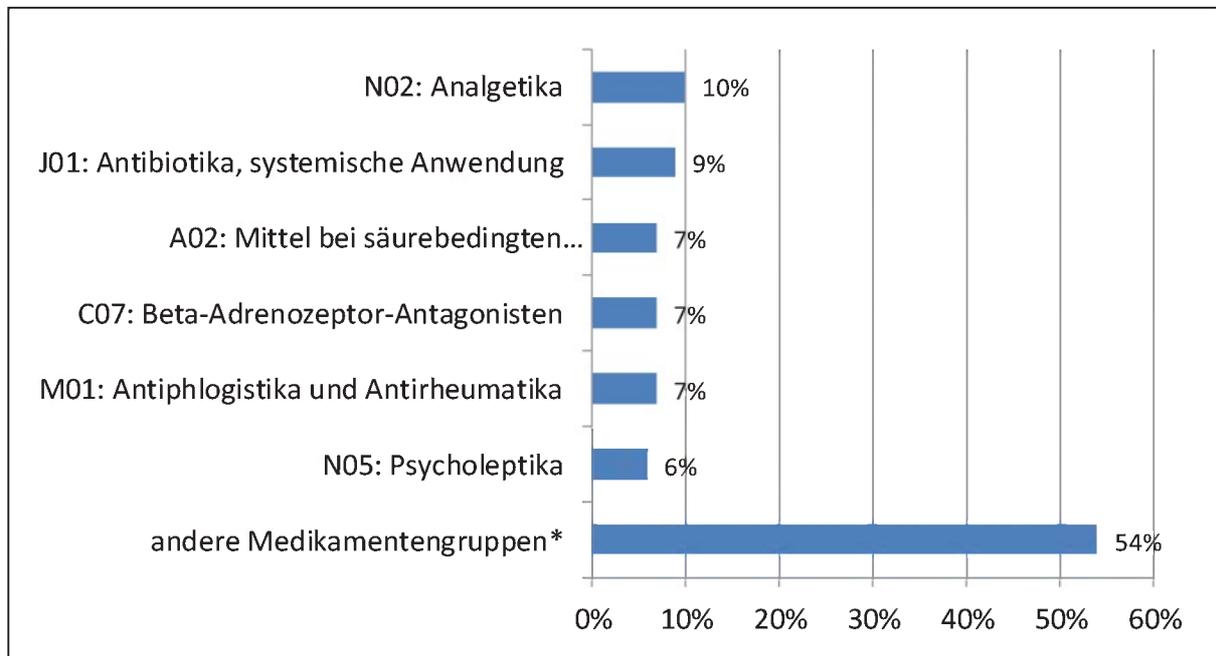
Pro Patient/pro Patientin wurden in beiden Erhebungsjahren 0-4 Medikamente verschrieben oder mitgegeben. Insgesamt wurden im ersten Jahr 107 Medikamente verschrieben und 140 Medikamente mitgegeben. Im zweiten Jahr gab es eine deutliche Verschiebung in der Verteilung von verschriebenen und mitgegebenen Medikamenten. Es gab nur 23 dokumentierte Verschreibungen, aber 286 mitgegebene Medikamente.

Verschriebene Medikamente

Bei den verschriebenen Medikamenten findet sich im ersten wie im zweiten Jahr eine sehr breite Streuung über die Wirkstoffgruppen. Im ersten Jahr wurden am häufigsten Schmerzmittel verschrieben (10% aller verschriebenen Medikamente), gefolgt von Antibiotika (9%) und Mitteln bei säurebedingten Erkrankungen (7%). Beta-Blocker (7%), Antiphlogistika und Antirheumatika (7%) sowie Psycholeptika (6%) sind die weiteren drei Wirkstoffgruppen, deren Anteil mindestens 5% an allen verschriebenen Medikamenten beträgt. Medikamente aus 30 Wirkstoffgruppen fließen in die Kategorie „andere Medikamentengruppen“ ein, die 54% der verschriebenen Medikamente ausmacht. Im zweiten Jahr zeigt sich ein etwas anderes Bild, wobei sich die Angaben auf eine sehr kleine Stichprobe beziehen (N=23). 17% der verschriebenen Medikamente waren Husten- und Erkältungspräparate, 13% waren Medikamente der Schilddrüsenthherapie. Mittel bei säurebedingten Erkrankungen, Antidiabetika, Analgetika, Mittel mit der Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System und Analgetika wurden alle jeweils zwei Mal verschrieben, was einem Prozentsatz von je 9% entspricht.

Da die Anzahl der Verschreibungen im zweiten Jahr so gering ist, ist ein Vergleich der beiden Jahre nicht möglich. Zur Illustration der im ersten Jahr verordneten Medikamentengruppen wird daher in Grafik 8 nur die Verteilung des ersten Jahres dargestellt.

**Grafik 8: Am häufigsten verschriebene Medikamentengruppen, gemäß ATC-Klassifikation
– erstes Jahr**

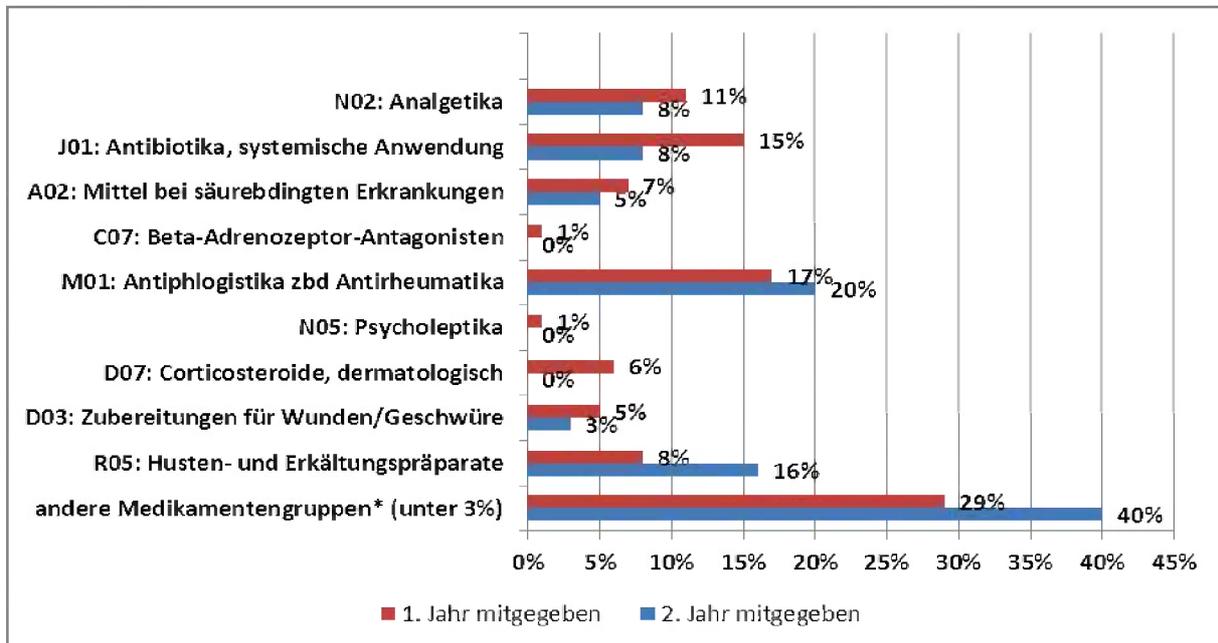


1. Jahr: N=107 verschriebene Medikamente, * = Kategorie „andere Medikamentengruppen“ speist sich aus 30 Wirkstoffgruppen

Mitgegebene Medikamente

Am häufigsten wurden im ersten Jahr entzündungshemmende und antirheumatische Mittel (17%), gefolgt von Antibiotika (15%) und Schmerzmitteln (11%) mitgegeben. Insgesamt zeigt sich bei der Verteilung der verschriebenen und mitgegebenen Medikamentengruppen ein ähnliches Bild. Bei den mitgegebenen Medikamenten zeigt sich ein etwas größerer Anteil von Antiphlogistika/Antirheumatika und Antibiotika. Husten- und Erkältungspräparate wurden nur mitgegeben, nicht verschrieben. Im zweiten Jahr wurden am häufigsten Antiphlogistika/Antirheumatika (20%) mitgegeben, gefolgt von Husten- und Erkältungspräparaten (16%) und mit jeweils 8% Antibiotika und Analgetika. 5% der mitgegebenen Medikamente waren Mittel bei säurebedingten Erkrankungen. Entzündungshemmende und antirheumatische Mittel wurden in beiden Jahren am häufigsten mitgegeben. Insgesamt wurde das Spektrum der mitgegebenen Medikamente im 2. Beobachtungsjahr größer.

Grafik 9: Am häufigsten mitgegebene Medikamentengruppen gemäß ATC-Klassifikation - erstes und zweites Jahr im Vergleich



1. Jahr N=140 mitgegebene Medikamente *=Kategorie „andere Medikamentengruppen“ speist sich aus 46 Wirkstoffgruppen, 2. Jahr N=286 mitgegebene Medikamente *=Kategorie „andere Medikamentengruppen“ speist sich aus 67 Wirkstoffgruppen

Durchgeführte Prozeduren

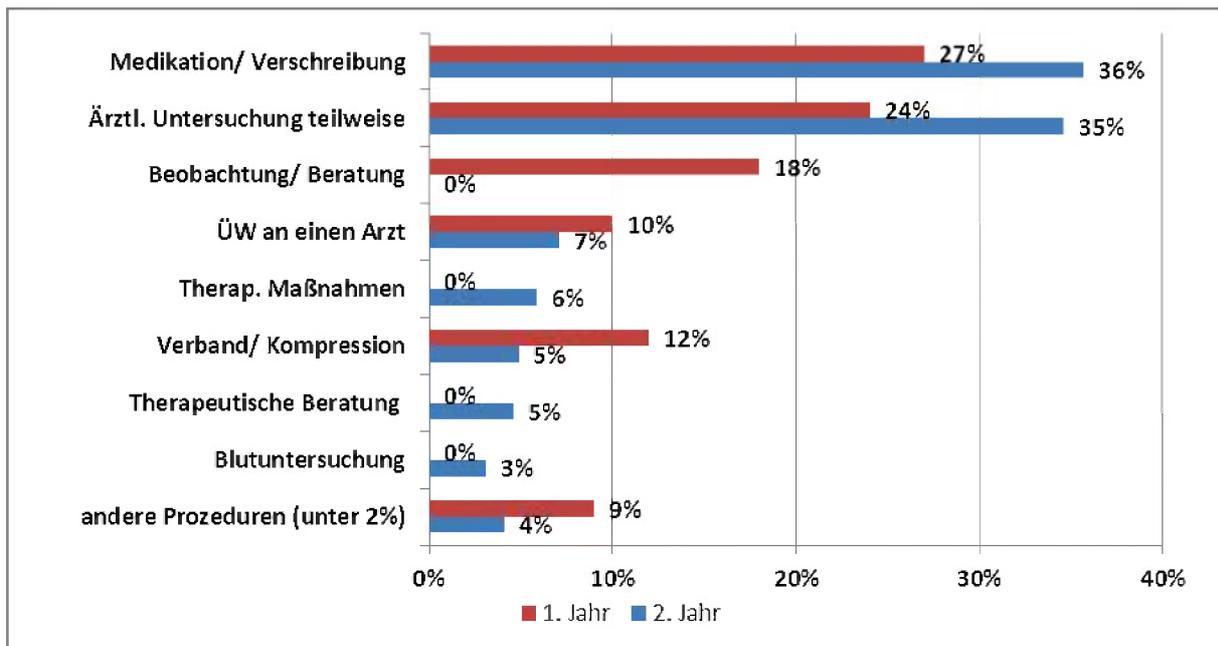
Die Ärzte haben die durchgeführten Prozeduren in Freitextkommentaren dokumentiert. Diese wurden im Rahmen der Analyse nach ICPC-2 kategorisiert.

Insgesamt wurden bei den Erstkonsultationen der 388 Patientinnen und Patienten im ersten Jahr 620 Prozeduren erfasst (im Durchschnitt 1,6 pro Patient/pro Patientin). Die am häufigsten dokumentierte Prozedur ist „Medikation/Verschreibung/Injektion“ (27% aller Prozeduren), gefolgt von „ärztliche Untersuchung“ (24%). Auch häufig durchgeführt und dokumentiert wurden die Prozeduren „Beobachten/Schulung/Beratung/Diät“ (18%) sowie „Verband/Kompression/Tamponade“ (12%). Überweisungen machten 10% aller Prozeduren aus.

In der Dokumentation des zweiten Jahres finden sich bei 452 Patientinnen und Patienten 546 Prozeduren (durchschnittlich 1,2 pro Patient/pro Patientin). Wie im Vorjahr auch wurden die Prozeduren „Medikation/Verschreibung/Injektion“ (36%) und „ärztliche Untersuchung“ (35%) am

häufigsten dokumentiert. Mit Abstand folgen dann „Überweisung an einen Arzt“ (7%) und „Therapeutische Maßnahmen“ (6%).

Grafik 10: Von den Ärzten dokumentierten Prozeduren nach ICPC-2 – Vergleich erstes und zweites Jahr



1. Jahr N=620 Prozeduren bei 388 Patientinnen und Patienten, * die Kategorie „andere Prozeduren“ speist sich aus 14 weiteren Prozeduren, die jeweils <2% aller Prozeduren ausmachen 2. Jahr N=546 Prozeduren bei 452 Patientinnen und Patienten, * die Kategorie „andere Prozeduren“ speist sich aus 12 weiteren Prozeduren, die jeweils <2% aller Prozeduren ausmachen.

3.1.2.4 Inanspruchnahme medizinischer Versorgung vor Konsultation der Schwerpunktpraxis

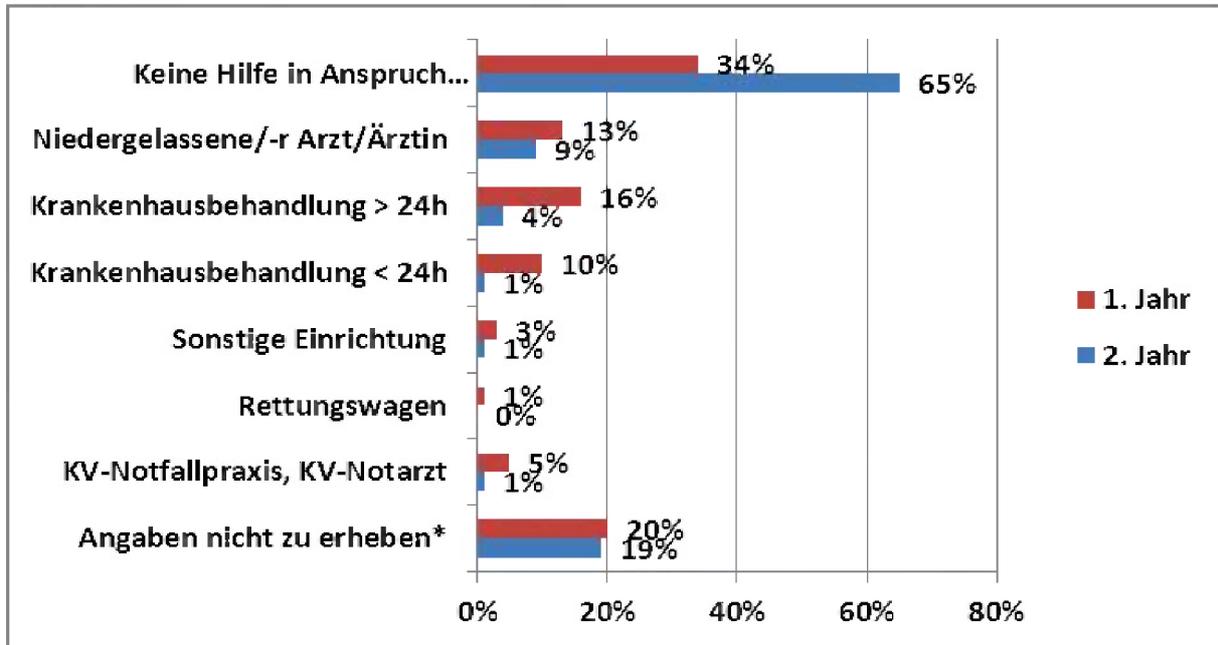
Insgesamt wurde im ersten Jahr für 308 von 388 Patientinnen und Patienten, die ihre Einverständniserklärung zur Auswertung der Daten gegeben haben, die Basisdokumentation zur Inanspruchnahme des Regelversorgungssystems ausgefüllt. Das entspricht einem Anteil von 79%. Gemessen an allen 559 Patientinnen und Patienten, deren Behandlung in den Schwerpunktpraxen dokumentiert worden ist, lagen im ersten Jahr also von 55% Inanspruchnahmedaten vor. 12% (N=36) waren Frauen, 88% Männer (N=272), damit ergibt sich eine ähnliche Verteilung wie die Geschlechterverteilung der Grundgesamtheit (vgl. Kapitel 3.1.1). Im zweiten Jahr haben erfreulicherweise 100% der Patientinnen und Patienten, die ihre Einverständniserklärung zur Auswertung der Daten gegeben hatten, die Befragung zwecks Basisdokumentation der Inanspruchnahme des Regelversorgungssystems mitgemacht.

Inanspruchnahme des Regelversorgungssystems in den 6 Monaten vor Aufsuchen der Schwerpunktpraxis

Rund 34% der Patientinnen und Patienten, des ersten Jahres, gaben an, keinerlei andere medizinische Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Rund 13% hatten in den letzten 6 Monaten einen niedergelassenen Arzt aufgesucht, 16% berichteten, länger als 24 Stunden im Krankenhaus gewesen zu sein und 10% berichteten von einer Notfallbehandlung im Krankenhaus, die unter 24 Stunden dauerte. Mehrfachnennungen waren möglich.

Im zweiten Jahr beantworteten 366 Patientinnen und Patienten die Frage nach der Inanspruchnahme des Regelversorgungssystems in den letzten 6 Monaten. Etwa 65% der Befragten gaben an, keinerlei medizinische Hilfe in Anspruch genommen zu haben, ein Anteil, der fast doppelt so hoch wie im Vorjahr ist. Rund 4% gaben einen Krankenhausaufenthalt, länger als 24 Stunden, und 1% einen Aufenthalt unter 24 Stunden an, was ein deutlich geringerer Anteil als im Vorjahr ist. Etwa 9% gaben an, einen niedergelassenen Arzt außerhalb der Schwerpunktpraxis konsultiert zu haben. Die Angaben zur Nutzung des Regelversorgungssystems des ersten und zweiten Jahres sind in Grafik 11 zusammengefasst.

Grafik 11: Inanspruchnahme der medizinischen Regelversorgung in den letzten 6 Monaten vor Aufsuchen der Schwerpunktpraxis - Vergleich erstes und zweites Jahr



Mehrfachnennungen möglich, Erstes Jahr: N=388 Patientinnen und Patienten,; 2. Jahr N=452 Patientinnen und Patienten;
*z.B. aufgrund fehlender Sprachkenntnisse oder kognitiver Einschränkungen der Patientinnen und Patienten.

Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe im Wohnungslosenhilfesystem in den 6 Monaten vor Aufsuchen der Schwerpunktpraxis

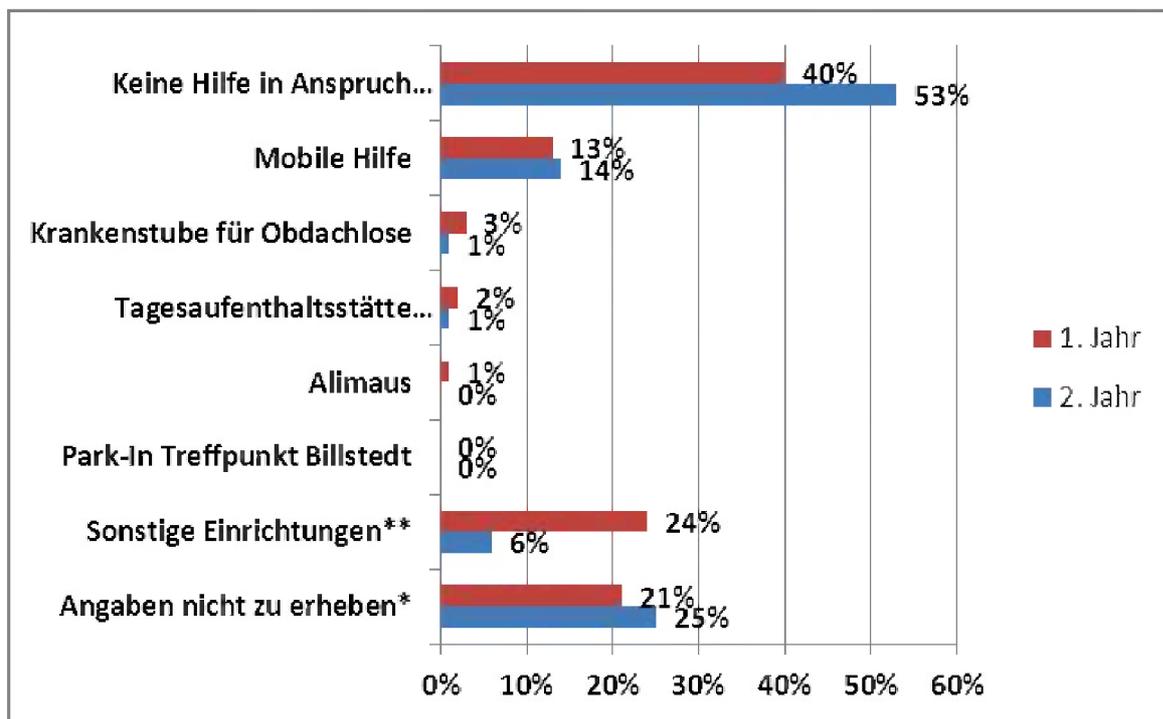
Zu dieser Frage lagen nach Abschluss des ersten Jahres Angaben von 266 Patientinnen und Patienten vor. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

40% der Befragten gaben an, keinerlei Hilfe in Anspruch genommen zu haben, 13% hatten die Mobile Hilfe genutzt. Rund 24% der Patientinnen und Patienten gaben an, sonstige medizinische Hilfe im Wohnungslosenhilfesystem (z.B. „Praxis ohne Grenzen“ o.ä.) in Anspruch genommen zu haben.

Die Befragung des zweiten Jahres mit Angaben von 452 Patientinnen und Patienten (Mehrfachnennungen möglich) zeigen eine Steigerung im Anteil derer, die keinerlei anderweitige Hilfe im Wohnungslosenhilfesystem in Anspruch genommen haben. Dieser beläuft sich auf 53%. Ähnlich wie im Vorjahr ist die Frequentierung der Mobilien Hilfe mit 14%. Etwa 6% haben anderweitige medizinische Hilfe im Wohnungslosenhilfesystem in Anspruch genommen.

Die Angaben zur Nutzung der medizinischen Hilfe im Wohnungslosenhilfesystem im Jahresvergleich sind in Grafik 12 zusammengefasst.

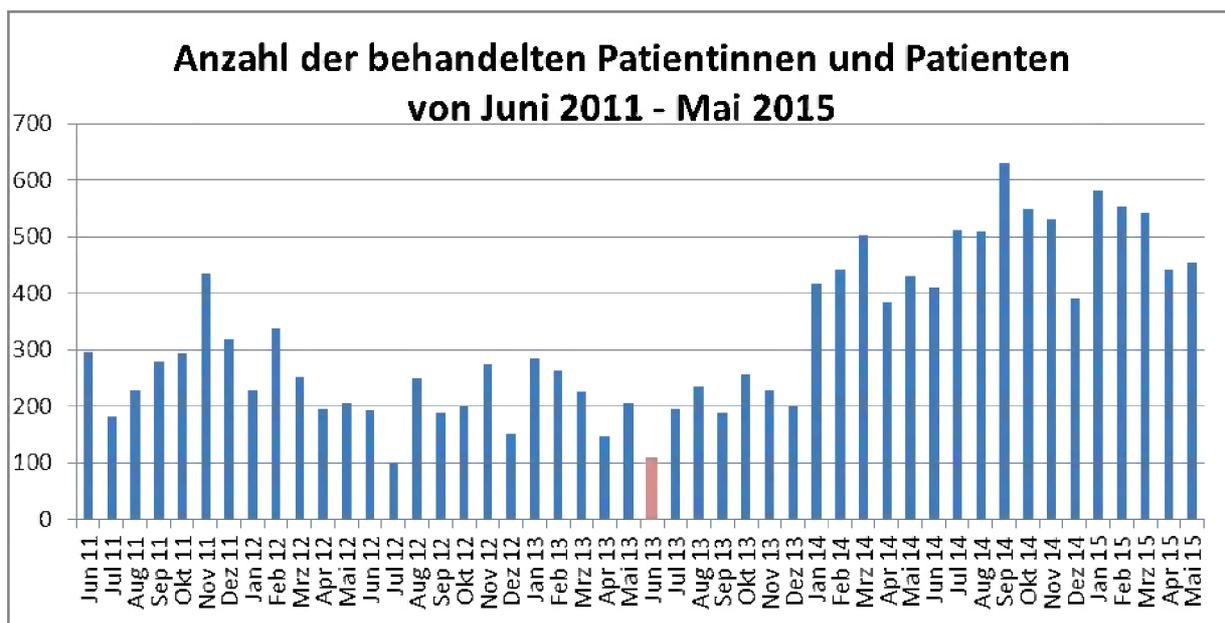
Grafik 12: Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe im Wohnungslosenhilfesystem in den letzten 6 Monaten vor Aufsuchen der Schwerpunktpraxis - erstes und zweites Jahr im Vergleich



N=266 Patientinnen und Patienten (1. Jahr), 275 Angaben; N=447 Patientinnen und Patienten (2. Jahr), 452 Angaben; Mehrfachnennungen möglich; *z.B. aufgrund fehlender Sprachkenntnisse oder kognitiver Einschränkungen der Patientinnen und Patienten; **Der Versorgungssektor "Kemenate Tagestreff für wohnungslose Frauen" wurde abgefragt, aber nicht in Anspruch genommen.

Generelle Inanspruchnahme der mobilen Hilfe (Fremderhebung)

Das Krankenmobil des Caritasverbandes war vor Eröffnung der Schwerpunktpraxen im Juni 2013 einer der wichtigsten Anlaufpunkte zur medizinischen Versorgung der Wohnungslosen. Interessant ist es daher zu betrachten, ob sich die Anzahl der in der Mobilen Hilfe behandelten Patientinnen und Patienten seit Start der Schwerpunktpraxen verändert hat. Hierfür hat uns die BASFI (Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration) die Behandlungszahlen zur Verfügung gestellt. Es erfolgt eine monatliche Darstellung für den Zeitraum Juni 2011 - Juni 2015.



Zahlen des Caritas Krankenmobils, Anzahl Patientinnen und Patienten pro Monat, rote Markierung: Beginn der Schwerpunktpraxen

Insgesamt lässt sich über den Zeitraum von 4 Jahren eine deutliche Steigerung der Anzahl der in der Mobilen Hilfe behandelten Patientinnen und Patienten verzeichnen. Der Start der Schwerpunktpraxen scheint darauf keinerlei Einfluss zu haben. Die vergleichsweise niedrige Behandlungszahl im Juni 2013 lässt sich vermutlich eher mit dem sommerbedingten Besuchertief erklären, wie er auch in den Vorjahren sichtbar war. Wohnungslose Patientinnen und Patienten haben sowohl die Mobile Hilfe als auch die Schwerpunktpraxen aufgesucht (siehe vorheriger Abschnitt). Eine detaillierte Darstellung der Bedeutung der Zusammenarbeit und des parallelen Bestehens beider Angebote findet sich in Abschnitt (3.2.1.4).

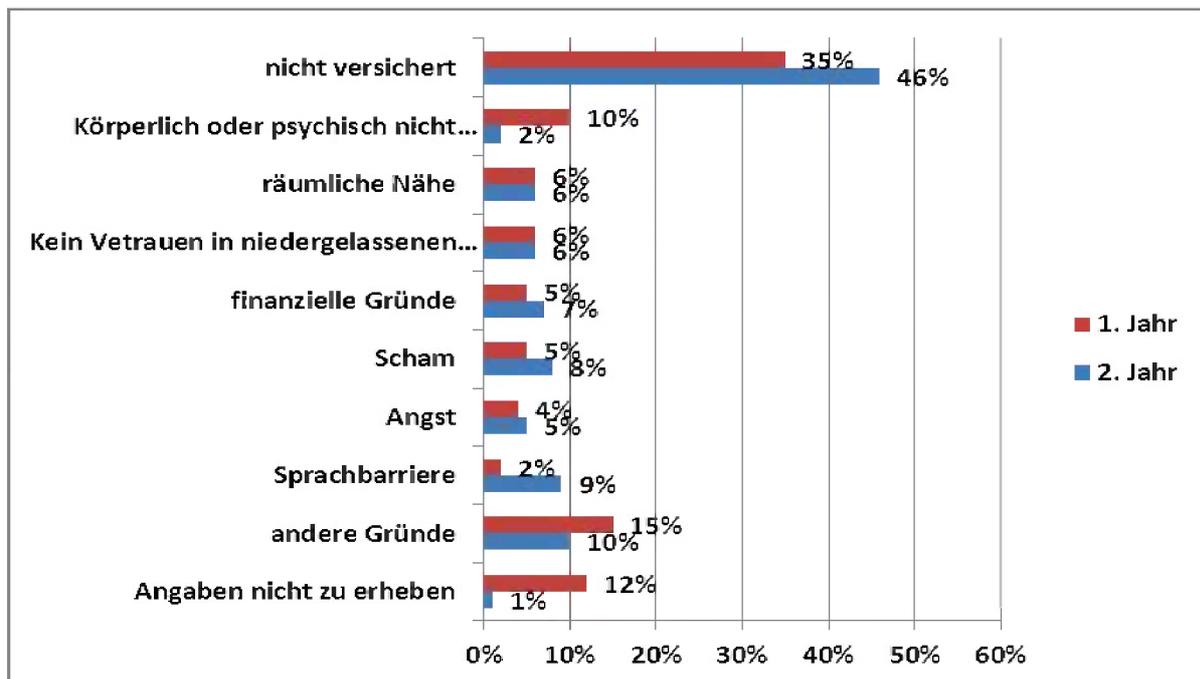
Gründe für das Nicht-Aufsuchen des Regelversorgungssystems am Tag der Konsultation in der Schwerpunktpraxis

Die Patienten und Patientinnen wurden mittels des Fragebogens „Inanspruchnahme medizinischer Versorgung im Regelversorgungssystem“ befragt, was der Grund dafür sei, dass sie am Tag der Konsultation in der Schwerpunktpraxis, keine Hilfe im Regelversorgungssystem in Anspruch nehmen. 35% der 308 Patientinnen und Patienten des ersten Jahres gaben eine fehlende Versicherung als Grund an, das Regelversorgungssystem nicht aufzusuchen. 10% berichteten, körperlich oder psychisch nicht in der Lage zu sein, eine Praxis im Regelversorgungssystem aufzusuchen. 6% der Befragten gaben die räumliche Nähe der Schwerpunktpraxis als Beweggrund an, 5% Scham und 5% finanzielle Gründe.

Im zweiten Jahr zeigt sich eine deutliche Steigerung der Anzahl der Patientinnen und Patienten, die angaben, auf Grund einer fehlenden Krankenversicherung das Regelversorgungssystem nicht zu nutzen: 452 Patientinnen und Patienten machten Angaben zu den Gründen (Mehrfachnennungen möglich). Nach der fehlenden Versicherung (46%) zeigt sich vor allen Dingen die sprachliche Barriere (9%) als Hinderungsgrund und wurde damit deutlich häufiger genannt als im Vorjahr. Als weitere Gründe für das Nicht-Aufsuchen des Regelversorgungssystems gaben 8% der Patientinnen und Patienten Scham, 7% finanzielle Gründe und 6% kein Vertrauen in niedergelassene Ärzte an.

Eine Übersicht über alle Antworten im Vergleich der beiden Erhebungsjahre findet sich in Grafik 13.

Grafik 13: Gründe für das Nicht-Aufsuchen des Regelversorgungssystems am Tag der Konsultation in der Schwerpunktpraxis – erstes und zweites Jahr im Vergleich



1. Jahr N=308 Patientinnen und Patienten mit 262 Angaben, 2. Jahr N=452 Patientinnen und Patienten mit 609 Angaben; Mehrfachnennungen waren möglich.

Inanspruchnahme regelmäßiger Arztkonsultationen durch die Patientinnen und Patienten
 Von den 308 im ersten Jahr Befragten machten 230 eine Angabe dazu, ob sie regelmäßig einen Arzt im Regelversorgungssystem konsultieren. 181 Patientinnen und Patienten (79%) verneinten

die Frage und 49 Patientinnen und Patienten (21%) gaben an, regelmäßig einen Arzt im Regelversorgungssystem zu sehen.

Im zweiten Jahr machten von den 452 Befragten mit Einverständnis zur Auswertung der Daten 439 Patientinnen und Patienten Angaben zur regelmäßigen Arztkonsultation außerhalb der Schwerpunktpraxen. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl derer, die angaben, keinen anderen Arzt aufgesucht zu haben. 405 Patientinnen und Patienten (90%) sagten, dass sie nicht regelmäßig einen anderen Arzt konsultiert haben, 34 (8%) gaben an, regelmäßig einen anderen Arzt zu konsultieren, 3% machten keine Angabe zu dieser Frage.

3.2 Interviews mit den Mitarbeitern

Für die Erstellung dieses Evaluationsberichtes wurden insgesamt 29 qualitative Interviews mit Mitarbeitern der Schwerpunktpraxen für Wohnungslose sowie ein Gruppeninterview mit 5 Mitarbeitern der mobilen Hilfe geführt. Die Interviews wurden jeweils nach Abschluss des ersten und zweiten Jahres geführt. Es wurden 10 weibliche und 8 männliche Mitarbeiter befragt (vgl. Tabelle 1: Mitarbeiter/-innen der Schwerpunktpraxen).

Die qualitativen Interviews verfolgten das Ziel, einen genauen Einblick in die Sichtweisen und Erfahrungen derjenigen Projektbeteiligten zu erhalten, die im Rahmen dieses Projektes direkt an der Versorgung der Wohnungslosen beteiligt sind. Obwohl es subjektive Aussagen sind, zeigen sie doch das Spektrum der Sichtweisen gut auf. Quantifizieren lassen sich die Aussagen qualitativer Interviews nicht.

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews werden analog zu den beiden Hauptthemen der Interviews in zwei Abschnitten dargestellt: zunächst erfolgt der **Jahresrückblick getrennt für das erste und zweite Jahr**, der die konkrete Arbeit in den Schwerpunktpraxen darstellt (siehe 3.2.1), Problembereiche (siehe 3.2.2) und Lösungsmöglichkeiten (3.2.4.8) aufzeigt und als Besonderheit die Arbeit im Rahmen der psychiatrischen Sprechstunde im Pik As skizziert. Zusätzlich gibt es einen Abschnitt (3.1.2.4.) der die Verknüpfung und Zusammenarbeit mit dem Krankenmobil „Mobile Hilfe“ des Caritas Verbandes beschreibt.

Dann werden die Aussagen der Interviewpartner zur Frage der Möglichkeiten und Barrieren der **Überführung der Wohnungslosen in das medizinische Regelversorgungssystem** dargestellt.

Im Ergebniskapitel werden die Sichtweisen und Erfahrungen unkommentiert dargestellt. Die Diskussion der Befunde erfolgt im Diskussionskapitel.

3.2.1 Die konkrete Arbeit in den Schwerpunktpraxen

3.2.1.1 Annahme durch die Patientinnen und Patienten im ersten Jahr

Alle Mitarbeiter haben berichtet, dass die Praxen durchweg sehr gut von den Wohnungslosen angenommen wurden. Zwischen den drei Standorten gab und gibt es allerdings deutliche Unterschiede (siehe auch Patientenzahlen pro Standort in Tabelle 2): am Pik As war die Inanspruchnahme ab der ersten Sprechstunde sehr gut und deutlich intensiver als an den neu etablierten Standorten Johanniswall und Achterdwers. Aktuell scheint die Frequentierung an allen Standorten stetig zu steigen. Die Beteiligten berichteten, dass es immer wieder Phasen extremer Frequentierung gab, z.B. in der Allergiesaison.

Für die Patientinnen und Patienten war aus Sicht der Interviewpartner offenbar von großer Bedeutung, dass es in den Praxen eine ihnen bekannte, vertraute Person gab, die sie ermutigte, sich behandeln zu lassen.

I7 39-39 1. Jahr

Befragter: „Also ich habe das so wahrgenommen, man kannte sich ja. Also mit „man“ meine ich jetzt [...] die Bewohner [...]. Ich sage ja, wir haben jetzt was Neues. Es gibt jetzt eine ärztliche Sprechstunde. Ich bin dann mit bei. Und wenn ihr irgendwas habt, scheut euch nicht. Kommt einfach. Und dann haben wir eben den Satz gesagt: „Frau Doktor hat schon vieles gesehen und beißt nicht“.“

I13 11-11 1. Jahr

Befragter: „Nein, ich denke, das wird ganz gut angenommen. [...] Also, die sind immer sehr froh, dass jemand da ist, wo sie hingehen können. Sind auch eben sehr dankbar, wenn sie dann behandelt werden.“

3.2.1.2 Annahme durch die Patientinnen und Patienten im zweiten Jahr

Die Mitarbeiter berichteten Unterschiedliches von der Annahme der Praxen durch die Klientel. Viele sagten, dass gemäß ihres subjektiven Empfindens mehr Patientinnen und Patienten in die Praxen kämen, andere nahmen eher eine gleichbleibende Frequentierung war. Insgesamt war die Annahme durch die Klientinnen und Klienten aus Sicht der Interviewpartner nach wie vor sehr gut. Die Patientinnen und Patienten fassten im zweiten Jahr zunehmend mehr Vertrauen zu den Kollegen in den Praxen, zeigten sich zuverlässiger, hielten Terminabsprachen besser ein und konnten besser für Folgebehandlungen motiviert werden. Lediglich die Multiplikatoren seien spürbar mehr geworden. Zum einen seien Infolyer verteilt worden, zum anderen schickten auch u.a. Bahnhofsmision, Kirche, Sozialarbeiter anderer Einrichtungen Patientinnen und Patienten. Viele wurden auch von Mitarbeitern der Mobilen Hilfe geschickt, wenn eine ausreichende Versorgung im Krankenmobil nicht möglich war. Es wurde berichtet, dass die Patientinnen und Patienten sehr dankbar über das Angebot und die Hilfe seien und dies oft an die Akteure zurückmeldeten. Besonders viele Patientinnen und Patienten kämen auf die Empfehlung von anderen Patientinnen und Patienten,

I17 3-3 2. Jahr

Befragter: „So mein Gefühl, und das ist auch so, ist, dass die Zahlen angestiegen sind der Patienten, die dann hier her kommen. Und auch dass die Patienten regelmäßiger kommen. Nicht nur für eine Behandlung, sondern auch richtig die Folgebehandlung einhalten.“

I12 77-77 2. Jahr

Befragter: „[...]also einige kommen auch relativ regelmäßig, holen sich ihre Medikamente, auch auf Rezept. Also sind hier schon so ein bisschen angebunden. Und ja, man kennt sich schon. Das ist irgendwie auch so ganz nett.“

I5 8-8 2. Jahr

Befragter: „Und wenn es dann gut läuft, dann gibt es eine Mund zu Mund Propaganda, und die Leute kommen dann einfach, weil sie es hören, da könnt ihr hingehen, da wird gute Arbeit gemacht, da wird euch geholfen. Ganz niedrigschwellig.“

3.2.1.3 Veränderungen im zweiten Jahr

Das erste Jahr der Schwerpunktpraxen war geprägt von einer Findungsphase, Überwinden von Schwierigkeiten und Entwicklung einer Praxisroutine. Im zweiten Jahr zeigten sich Veränderungen in verschiedenen Bereichen. Von vielen Befragten wurde der Praxisalltag als „eingespielt“ bezeichnet. Dies bezog sich zum einen auf den Kontakt mit den Patientinnen und Patienten, aber auch auf deren Anbindung an die Praxen. Die Absprachefähigkeit sei dadurch höher, es könnten teilweise feste Termine an Patientinnen und Patienten vergeben und somit eine bessere Versorgung gewährleistet werden. Diese Praxisanbindung sorgte dafür, dass viele Patientinnen und Patienten gesundheitlich stabilisiert werden konnten. Eine weitere Verbesserung zeigte sich in der Routine bei der Beschaffung von Ressourcen, was nach wie vor großes Eigenengagement der Beteiligten fordere. Es konnten mehr Medikamente beschafft werden und auch die Ausstattung der Praxen sei minimal verbessert worden.

I11 21-21 2. Jahr

Befragter: „Die Arbeit hat sich dahingehend verändert, dass ich richtig feste Termine benennen kann, [...] dass Leute wesentlich schneller versorgt werden. Dass das, zum Beispiel Wundversorgung, kontinuierlich stattfinden kann [...]. Dass eine gute Vernetzung zu anderen Professionen stattfindet. [...] Und dadurch, dass wir auch zwei Richtungen, Somatik und Psychiatrie, abdecken können, ist das natürlich ein toller Zustand.“

I5 9-9 2. Jahr

Befragter: „Wir haben [...] eine Pflasterspende bekommen. Da mussten wir erstmal uns einen Schrank organisieren, um das ganze unterzubringen.“

3.2.1.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im ersten wie im zweiten Jahr

Alle Mitarbeiter gaben an, sich in den Praxen sehr wohl zu fühlen und die Arbeit gern zu machen. Bis auf einzelne definierte Problembereiche (vgl. Kapitel 3.2.2) waren die Antworten auf die Frage, wie die Arbeit in der Praxis bewertet würde, durchweg positiv.

Deutlich wurde in den Interviews, wie wichtig der interdisziplinäre Ansatz für den Erfolg der Behandlung der Wohnungslosen ist. Sowohl die Arbeit und das Engagement der Sozialarbeiter als auch die der Medizinischen Fachangestellten, Pflegekräfte und Krankenschwestern spielte

laut Aussagen der Interviewpartner eine große Rolle für den Erfolg dieses Projektes. In den Interviews des zweiten Jahres wurde noch einmal deutlich der Bedarf nach enger Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern sowie auch die Verknüpfung mit dem Wohnungslosenhilfenetzwerk hervorgehoben. Besonders hilfreich fanden viele Befragte die enge Zusammenarbeit mit den Psychiatern.

Rolle der sozialen Arbeit

Die Bedeutung der sozialen Arbeit für das Gelingen des Projekts wurde von allen Beteiligten besonders häufig erwähnt. Dabei ging es insbesondere um den gegenseitigen Nutzen, den die Schwerpunktpraxen und der Bereich Soziale Arbeit jeweils aus der Tätigkeit der anderen ziehen. Die ansässigen Sozialarbeiter machen die Praxen nicht nur unter den Wohnungslosen bekannt, sondern motivieren auch gezielt einzelne Patientinnen und Patienten zur Behandlung und Weiterbehandlung. Sie haben das Fachwissen und das Netzwerk, um Klienten, denen nicht umfassend in den Schwerpunktpraxen geholfen werden kann, an die notwendigen Stellen zu verweisen, z.B. Weiterbehandlung ohne Versicherung, Beschaffen von Unterkünften, Übersetzern usw. Diese notwendige Arbeit ist von den Ärzten und Mitarbeitern in den Praxen allein nicht zu leisten.

Zudem verfügen die Mitarbeiter der sozialen Stützpunkte über Erfahrungswerte im Umgang mit Menschen dieses Milieus, die die Behandler teilweise noch nicht haben.

Laut den Aussagen der Mitwirkenden des Projektes profitieren die sozialen Einrichtungen ihrerseits von den Praxen, denn ohne die Praxen ist die Sicherstellung einer notwendigen medizinischen Versorgung mitunter sehr zeitaufwändig. Des Weiteren wurde durch die psychiatrische Sprechstunde die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung deutlich erleichtert. Die Sozialarbeiter gaben an, einerseits von den Praxen zu profitieren, aber in der Folge – aus subjektiver Sicht - auch deutlich mehr Arbeit zu haben. Die hierfür benötigten Arbeitskapazitäten wurden – allerdings ggfs. unter Hintanstellung anderer Aufgaben - über das vorhandene Sozialmanagement der Einrichtungen abgedeckt.

I4 133-135 1. Jahr

Befragter: „ [...] eigentlich müsste in jeder Praxis konstant ein Sozialarbeiter zur Verfügung stehen. Genau. Mit einem bestimmten Stundenkontingent, weil man einfach auch noch mal

dazu muss sagen, der Arzt guckt sich, sage ich mal, die Schnittwunde an. Und delegiert die Therapie. So. Wir Sozialarbeiter, wir haben dann oftmals irgendwie den Klienten mit dem Problem und brauchen dann teilweise eine halbe bis dreiviertel Stunde, um überhaupt einen großen Teil erstmal eintüten zu können. Und [?] eben halt immer wieder dran bleiben und nachfassen. Und noch mal gucken. Und das ist eben halt nicht mit fünf Minuten Draufsicht getan.“

I9 4-4 1.Jahr

Befragter: „Also hier ist sie [die Praxis] insofern gut angelaufen, weil wir hier eine extrem gute Unterstützung bekommen von den Sozialarbeitern. Also ohne diese Unterstützung würde die wahrscheinlich gar nicht stattfinden können, diese Sprechstunde...“

Nach Abschluss des zweiten Jahres gaben die Befragten vermehrt an, dass die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern sehr gut laufe. Die Meisten sprachen sich dafür aus, dass es mehr sozialarbeiterische Kapazitäten bräuchte. Besonders positiv wurden Fortschritte in Bezug auf Vernetzung mit den Kollegen der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe beschrieben, obwohl keine der Sozialarbeiter explizit einen Stellenanteil für die Unterstützung dieses Projektes hätten. Die Mitarbeiter der Praxen seien mit vielen Fragen der Patientinnen und Patienten konfrontiert, die sie nicht beantworten könnten und wären froh, wenn eine direkte Weitervermittlung an die kompetenten Kollegen möglich sei.

I2 17-17 2. Jahr

Befragter: „[...] So den einen oder anderen haben wir dann auch untergebracht, wenn dann ein Sozialarbeiter vor Ort war, dass der in verschiedenen Wohneinrichtungen untergebracht wurde. Es gibt auch welche, die dann auf Grund der Beratung hier dann Krankenkasse beantragt haben und dann in den normalen medizinischen Bereich gekommen sind.“

I15 77-85 2. Jahr

Befragter: „Also das kann, aus meiner Sicht, nicht laufen, wenn nicht jemand das Sozialarbeiterische macht. [...] Also das was alles in der Praxis anfällt, bitte mach mal ein Befreiungsantrag. Oder guck mal hier oder da. [...] Das kann ja die Pflegekraft nicht machen,

die Ärztin ja schon mal gerade gar nicht. Also eine zuführende Person muss sein.“

Rolle der Pflegekräfte bzw. des medizinischen Personals

Als zentral in den Interviews des ersten Jahres wurde immer wieder die Bedeutung der pflegerischen Tätigkeit hervorgehoben. Deutlich wurde hierbei, dass es extremen pflegerischen Mehraufwand im Vergleich zu konventionellen Hausarztpraxen gibt. Oft sind Patientinnen und Patienten erst behandlungsfähig wenn ein Bad, Fußbad oder eine partielle Säuberung durch die Pflegekräfte vorgenommen wurde. Des Weiteren gibt es bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten einen großen Bedarf an pflegerischen Handlungen wie Eincremen und Verbinden, aber auch Kleiderwechsel etc. Auch hier profitieren die Wohnungslosen von der engen Zusammenarbeit der Akteure, in dem das Pflegepersonal z.B. auch über die Sprechstunden hinaus ärztliche Anordnungen weiter ausführt.

I1 177-177 1. Jahr

Befragter: „Und das wäre eben schön, gerade auch in solchen Projekten, dass eben dieses Pflegerische vielleicht auch noch ein bisschen mehr mit integriert wird. Weil das ist eigentlich im Grunde genommen auch eine zentrale Aufgabe. Wenn die merken, dass sich da auch in der Pflege ihr Zustand verbessert, wenn sie so ein bisschen da bleiben [...] dann müssen die nichts ins Krankenhaus.“

Bei den Befragungen im zweiten Jahr zeigte sich keinerlei Veränderung bezüglich der Bedeutung des medizinischen Fachpersonals. Deutlich wurde, dass die Teams aus Ärzten, medizinischen Fachangestellten und Pflegern perfekt eingespielt seien und nach wie vor gegenseitig von den Erfahrungen und Lernprozessen profitierten. Der pflegerische Mehraufwand, den der Bedarf des Klientenkreises mit sich brächte, sei unverändert. In den Interviews des zweiten Jahres wurde insgesamt von einem routinierteren Umgang der medizinischen Fachangestellten und Pfleger in Bezug auf die Vermittlung an Fachärzte gesprochen. Auch die Vernetzung mit Sozialarbeitern würde vom Praxisteam unterstützt.

I6 81-81 2. Jahr

Befragter: „Dafür haben wir Listen erstellt mit Ärzten, die von hier aus [...] relativ leicht erreichbar sind, im Innenstadtbereich. Und da schicken wir regelmäßig hin, melden die vorher an und machen auch Termine aus teilweise für Leute, die es kognitiv vielleicht nicht schaffen. Und dann versuchen wir die da zu integrieren in Facharztpraxis, insbesondere onkologische Praxen. Oder eben auch zum Ultraschall.“

Krankenmobil „Mobile Hilfe“ des Caritasverbandes

Die Mobile Hilfe, eine fahrbare „Praxis“ zur Versorgung von Wohnungslosen in Hamburg, ist zu einem festen Partner in der Zusammenarbeit mit den Schwerpunktpraxen geworden. Aus diesem Grund wurde nach dem zweiten Erhebungsjahr ein Gruppeninterview mit 5 Mitarbeitern der Mobilen Hilfe geführt. Leider haben nicht alle Interviewten dem Abdruck der Zitate zugestimmt, sodass es im Folgenden eine schriftliche Zusammenfassung des Gesagten gibt. Ergänzt wird diese Zusammenfassung um Zitate der Mitarbeiter der Schwerpunktpraxen zum Thema Mobile Hilfe.

Die Mobile Hilfe steht nicht nur aufgrund der Mitarbeit einer Gesundheits- und Krankenpflegerin in Schwerpunktpraxis und Krankenmobil in enger Zusammenarbeit. Vielmehr zeigte sich bei dem Gruppeninterview, dass gerade die Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten der Mobilen Hilfe eine entscheidende Rolle spielt. Viele Wohnungslose, die medizinische Hilfe suchen, seien nicht versichert. Eine Weiterbehandlung nach der Erstversorgung konnte vor Eröffnung der Schwerpunktpraxen nur schwer gewährleistet werden. Heute, so berichten die Mitarbeiter der Mobilen Hilfe, kommen geschätzte 75% der Patientinnen und Patienten, die in die Schwerpunktpraxen geschickt werden, auch dort zur Weiterbehandlung an. Die Praxis stelle somit eine wichtige Ergänzung dar, weil viele Prozeduren und ausführliche Diagnostik im Krankenmobil nicht geleistet werden könnten. So geht es vor allen Dingen darum, in den Schwerpunktpraxen Blutentnahmen, Verschreibungen und gründliche Untersuchungen vorzunehmen. Ein entscheidender Aspekt seien dabei pflegerische Behandlungen, die in den Schwerpunktpraxen durchgeführt werden könnten. Auch die Möglichkeit der Aufbewahrung von kühlpflichtigen Medikamenten und Impfstoffen eröffne Möglichkeiten, die die Mobile Hilfe nicht habe. Immer wieder betonten die Mitarbeiter, dass Schwerpunktpraxen und Mobile Hilfe keinerlei Konkurrenz zueinander darstellten, sondern eine wichtige Ergänzung seien. Die Mobile Hilfe biete mit ihrer aufsuchenden Arbeit Menschen Zugang zu medizinischer Versorgung, die

sonst keine hätten. Die Weiterbehandlung dieser Menschen in den Schwerpunktpraxen stabilisiere den gesundheitlichen Zustand, da eine Anbindung an medizinische Versorgung in geschützten Räumen, mit mehr Platz, Zeit und Materialien stattfinden könne. Auch der Kontakt zu Sozialarbeitern könne in den Praxen leichter hergestellt werden.

Auch die Mitarbeiter der Schwerpunktpraxen schätzten die gute Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Mobilen Hilfe.

I5 8-8 2. Jahr

Befragter: „Und ich kann sagen, [...] für unsere Patienten ist das ganz wichtig, die Schwerpunktpraxis einfach als zweites Standbein zu haben, für die Dinge, die die einfach auf dem Wagen nicht leisten können.“

I13 13-13 2. Jahr

Befragter: „ Also einige kommen dann und sagen [...], dass sie entweder bei der mobilen Hilfe waren oder dass sie dann eben irgendwie irgendwo [...] einen Zettel in die Hand gedrückt bekommen haben. [...] Also die meisten [...] sagen, ich war bei der mobilen Hilfe, die haben gesagt, ich soll hier her kommen. Und wir kümmern uns dann um die Leute.“

3.2.1.3 Kommunikation

Kommunikation unter den Beteiligten des Projektes

Fast alle Interviewten berichteten in den Interviews des ersten Jahres, sich mehr Kommunikation unter den Mitarbeitern des Projekts zu wünschen. Die Kommunikation innerhalb der Standorte wurde als sehr gut und extrem hilfreich im Hinblick auf vorhandene Erfahrungen beschrieben. Es wurde allerdings der Wunsch nach einer größeren Vernetzung zwischen den Mitarbeitern der drei Standorte geäußert, z.B. durch ein turnusmäßiges Treffen. Dies fördere den Austausch und schaffe die Möglichkeit, von den Erfahrungen und dem Wissen der Kollegen zu profitieren. Gewünscht wurde zudem eine verstärkte Vernetzung im Hinblick auf die pharmakologische Versorgung (benötigte Medikamente etc.). Die Kommunikation und Interaktion mit den Wohnungslosen wurde als unproblematisch geschildert. Als erschwerend wurde geschildert, dass viele Patientinnen und Patienten kein Deutsch sprechen und so nur eine Verständigung

„mit Händen und Füßen“ möglich sei. Teilweise kämen Begleiter als Übersetzer mit. Die medizinische Versorgung sei nur eingeschränkt möglich, wenn die Verständigung aufgrund sprachlicher Barrieren unmöglich sei.

I8 32-32 1. Jahr

Befragter: „[...] Ich glaube, ich würde mir einfach noch ein bisschen mehr Kontakt unter uns Kollegen wünschen, ja? [...] Also dass da noch ein bisschen mehr - Ja, ein bisschen mehr Austausch stattfindet. Ich glaube, das fände ich ganz gut.“

I14 72-72 1. Jahr

Befragter: „[...] Die Häuser an sich, das läuft prima. Und dann haben die mal einen Wunsch oder kommen sie, wenn ich jemanden einweisen kann. Oder wo sie Sorge haben. Und dann überlegen wir gemeinsam, was wir machen können. Das läuft super.“

Die Ergebnisse der Interviews des zweiten Jahres zeigten ein heterogenes Bild. Einerseits gab es sehr gute Kommunikationsstrukturen. Diese zeigten sich in besonders positiver Weise in der Kommunikation mit den Mitarbeitern der Pflege, die über die Sprechstunden hinaus eine Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten ermöglichten. Außerdem gäbe es eine hervorragende Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Psychiatern und den Sozialarbeitern des Pik As. Einige Ärzte und medizinische Fachangestellte/Pfleger telefonierten regelmäßig oder bei Bedarf miteinander, um beispielsweise über Patientinnen und Patienten, Medikamentenvorräte oder Praxisbedarf zu sprechen. Andererseits wurde von einigen Interviewten geäußert, dass es kaum Kommunikation unter den Beteiligten gäbe, dieser aber sehr gewünscht sei. Viele Mitarbeiter würden sich ein quartalsmäßiges Treffen zum Austausch wünschen.

I8 49-49 2. Jahr

Befragter: „Also ich würde mir - das hatte ich aber auch schon gesagt, auch die Kollegen haben das wohl gesagt -. Also dass wir Kollegen untereinander uns auch ein bisschen mehr

kürzer schließen. [...] Also das finde ich deutlich zu wenig. Und ich hätte auch gerne Kontakt noch zu denen in den andern Schwerpunktpraxen. Also da würde ich mir wenigstens ein Mal im Quartal immer ein Treffen wünschen, dass man sich austauscht. Also mit den Ärzten und mit den Pflegekräften. Also das fände ich schon sinnvoll.“

Kommunikation mit dem weiteren Wohnungslosenhilfesystem

Die meisten Befragten gaben an, im ersten Jahr in irgendeiner Weise in Kontakt mit anderen Einrichtungen des Wohnungslosenhilfesystems gestanden zu haben. Besonders deutlich wurde, dass der Kontakt meist von Seiten der Schwerpunktpraxis gesucht wurde, wenn beispielsweise eine Weiterbehandlung sichergestellt werden sollte (Krankenstube, Gesundheitsamt, andere Wohnungslosenärzte).

Einrichtungen, die nicht direkt (lokal) mit den Schwerpunktpraxen verbunden sind, treten selten in Kommunikation mit den Praxen. Bei den Fragen zur Kommunikation wurde deutlich, dass es von großer Wichtigkeit ist, das Wohnungslosenhilfesystem zu kennen, um den Patientinnen und Patienten bestmöglich zu helfen. Laut eigenen Angaben fühlt sich nur ein Teil des medizinischen Personals ausreichend informiert. Diese Akteure gaben an, dass sie sich mehr und einheitliche Informationen vor Beginn des Projekts gewünscht hätten.

In den Interviews des zweiten Jahres wurde deutlich, dass sich die Zusammenarbeit mit dem Wohnungslosenhilfesystem verbessert habe. Viele Interviewte gaben an, dass die Schwerpunktpraxen bekannter geworden seien und daher eine verbesserte Vermittlung zwischen den Praxen und dem Wohnungslosenhilfesystem laufen könne. Fehlende Informationen, so die meisten Befragten, hätten sich die Mitarbeiter selbstständig besorgt und wüssten mittlerweile, wo man sich für bestimmte Fragen hinwenden könne. Auch die enge und gute Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern spiele dabei eine entscheidende Rolle. Besonders die Zusammenarbeit mit der Caritas Krankenstube liefere sehr gut und sei ungemein wichtig. Des Weiteren gäbe es eine besonders gut funktionierende Zusammenarbeit mit der Mobilen Hilfe.

I4 75-75 1. Jahr

Befragter: „[...] Die ist ein alter Hase im Geschäft, und vernetzt bis zum geht nicht mehr. Und

die weiß genau, wen sie wann anrufen muss, um irgendwas zu bekommen. Und das heißt, der Mensch, der auf der Mobilen Hilfe auftaucht, der wird auch versorgt. Es wird niemand weg geschickt.“

I13 91-91 1. Jahr

Befragter: „ [Verweisen] eben auf bestimmte Sachen, wo sie eben hingehen können. Also wenn sie in die Krankenstube gehen können oder so. Wo wir dann eben auch schon angerufen haben und gesagt haben, der kommt jetzt am Freitag dann noch mal zum Verbinden und so.“

I4 111-111 1. Jahr

Befragter: „[...] Und das ist etwas, was Arzt und Arzthelferin, oder Krankenschwester gar nicht in der Form leisten können. Und dann fehlt einfach auch das Netzwerk, weil die Wohnungslosenszene ist groß, das Hilfsangebot ist groß in Hamburg. Aber wenn man nicht weiß, wohin man schicken soll oder wer der Ansprechpartner ist oder woher ich eine Leistung bekomme, dann nützt mir das gar nichts.“

Kommunikation mit den Initiatoren

Einige Mitarbeiter gaben nach dem ersten Jahr an, sich seitens der Behörde und Kassenärztlichen Vereinigung gut betreut gefühlt und auf Fragen schnelle Antworten bekommen zu haben. Allerdings wurde auch kritisiert, dass einige wichtige Informationen gefehlt hätten und für entscheidende Fragestellungen im Vorweg keine einheitliche Lösung kommuniziert worden sei. Beispiele sind die Verschreibung von Medikamenten, wenn klar ist, dass der Patient oder die Patientin die entsprechende Zuzahlung nicht leisten kann oder die Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. Wichtig wäre aus Sicht der Befragten für die Zukunft eine zentrale Projektleitungsfunktion.

I12 123-123 1. Jahr

Befragter: „Ja. Also da war nicht viel Zusammenarbeit, nicht? Also, ich sage mal, wir hatten anfänglich Treffen. Und dann [...] war noch ein Treffen angesetzt, aber das war mitten in meiner Sprechstundenzeit -. Das war es dann. Vielleicht verhindert man so, dass jemand den Mund aufmacht. Weiß ich nicht [lacht]. [...]. Gut. Aber ich habe sonst eigentlich mehr das Gefühl nun haben wir uns alle Mühe gegeben, da was aus der Erde zu stampfen und nun soll das mal von selber laufen. [...] Die Planung war suboptimal“

I8 52-52 1. Jahr

Befragter: „[...] betreut, also -. Betreut ja gar nicht, aber dass es also zumindest keine Hemmnisse gibt irgendwie auch von denen. Also das - ja.“

I4 127-127 1. Jahr

Befragter: „[...] Wo sich auch immer wieder die Frage stellt, was will Behörde eigentlich wirklich.“

Auch im zweiten Jahr hat sich diesbezüglich wenig geändert. Die meisten Befragten gaben an, mit den Initiatoren wenig, aber ausreichend Kontakt zu haben. Bestimmte Fragen, wie Kostenübernahme für Medikamente ließen sich nicht nachhaltig klären. Konkrete Fragen, wie die Beschaffung von Praxisbedarf oder eine einmalige Regressandrohung konnten kurzfristig geklärt werden. Fast alle Interviewten gaben an, dass sie aktuell auch ohne regelmäßige Kommunikation mit den Initiatoren gut und routiniert arbeiten könnten, sich aber einen regelmäßigeren Austausch wünschen würden. In diesem Zusammenhang wurde nochmals mehrfach der Wunsch nach verbesserter Öffentlichkeitsarbeit seitens der Behörde geäußert. Das, im Januar 2015 stattgefunden, gemeinsame Gespräch zwischen Mitarbeitern der Schwerpunktpraxen wurde als sehr positiv gewertet und der Wunsch nach Wiederholung geäußert.

3.2.1.4 Eigenengagement über das Projekt hinaus

In den Interviews nach dem ersten Jahr wurde deutlich, dass sich die Beteiligten über das Projekt bzw. über die Arbeitszeit hinaus mit großem persönlichen Einsatz für die Versorgung der Wohnungslosen engagierten. Erkennbar wurde hierbei, dass eine erfolgreiche Versorgung der Patientinnen und Patienten ohne diese Mehrarbeit nicht möglich wäre. Dazu gehören einerseits vertrauensbildende Maßnahmen, um die Patientinnen und Patienten zu motivieren, sich in Behandlung zu begeben. Auch konkrete Vorbereitungen der Sprechstunde sind wichtig: das Abholen von Patientinnen und Patienten und Begleiten zum Warteraum oder die Versorgung mit Fußbädern, weil dies in der Sprechstundensituation zu viel Zeit kosten würde. Fast alle Mitarbeiter gaben an, sich in Apotheken, bei Pharmaunternehmen oder in der eigenen Praxis um Spenden von Medikamenten, Verbandsmaterial etc. zu bemühen. Außerdem sei für die hygienisch einwandfreie Versorgung der Patientinnen und Patienten ein Vorrat an Kleidung und Handtüchern notwendig, der in Eigenregie organisiert werde. Bemerkenswert ist auch, dass fast alle Beteiligten angaben, private Kontakte und Netzwerke zu nutzen, um bestimmte medizinische Maßnahmen sicher zu stellen z.B. Facharztbesuche, notwendige medizinische Untersuchungen und Klinikaufenthalte.

I4 127-127 1. Jahr

Befragter: „[...] Und habe ich da eine Pharmazie, die mit mir bereit ist auf Grund so eines besonderen Falls auch eben [?]material kostenlos zur Verfügung zu stellen. Nicht? [...] Unsere Obdachlosen, die sitzen auf der Straße und betteln. Und wir betreiben nichts anderes. Wir betteln professionell, bei anderen Firmen irgendwie hier irgendwelche Sachen zusammen zu kriegen, um die Leute zu versorgen. Wo sich auch immer wieder die Frage stellt, was will Behörde eigentlich wirklich.“

An zwei Standorten gaben die Behandler an, dass in Notfällen, aber auch bei immobilen Patientinnen und Patienten zusätzlich zu den Sprechstunden aufsuchende Arbeit notwendig sei, die ebenfalls erledigt werde. Im Rahmen der psychiatrischen Sprechstunde im Pik As werden sogar regelmäßig Hausrundgänge gemacht.

An vielen Stellen gibt es auch ein Engagement im „Kleinen“, wie beispielsweise die Nutzung des eigenen Handys und das Beschaffen von fehlenden Informationen, welches für das Funktionieren der Praxen enorm wichtig ist.

I2 341-349 1. Jahr

Befragter: „[...] also ich denke -. Na ja gut, aber es sind bestimmt drei, vier Stunden [pro Woche], die ich mindestens noch nebenbei mache.“

I5 239-243 1. Jahr

Befragter: „[...] und das muss man dann leider selber organisieren. Also, dass die Patienten noch ein paar neue Schuhe -. Fragt man den Nachbarn, hast du [Schuhgröße] 39? Kannst du mir mal Schuhe geben? Die bringt man dann beim nächsten Mal mit. Also man muss einfach -. Nein, andersrum -. Warten, dass was passiert. Das kann man sich bei dieser Arbeit abschminken. Man muss da einfach selbst tun.“

In den Interviews des zweiten Jahres zeigt sich ein identisches Bild. Alle Mitarbeiter engagierten sich deutlich über die reine Arbeitszeit hinaus. Der einzige Unterschied zum Vorjahr sei, dass die Mitarbeiter im zweiten Jahr deutlich mehr Routine in der Beschaffung von Ressourcen hätten. Nach wie vor sei es unabdingbar für die Sicherstellung einer funktionierenden Behandlung der Patientinnen und Patienten, dass die Mitarbeiter Medikamentenspenden über Apotheken, Pharmareferenten oder aus der eigenen Praxis organisierten. Auch die enge Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern sei notwendig. Vor allen Dingen würden aber auch nach wie vor private Netzwerke genutzt, um Medikamente, Socken, Schuhe, Handtücher und die Versorgung durch einen Facharzt zu organisieren. Leider ließe sich nicht alles Benötigte über Spenden organisieren, was von den Beteiligten sehr bedauert wurde.

I5 93-93 2. Jahr

Befragter: „[...] Wir finden eigentlich immer eine Lösung des Problems. Wir bleiben sozusagen nicht drauf sitzen.“

I17 105-105 2. Jahr

Befragter: „Spenden, Spenden, Spenden. Also der Schrank ist der Schlafzimmerschrank von meiner Großmutter, Rollcontainer ist auch mein alter. Und Medikamentenspenden bekomme ich immer vom Sanitätshaus [...], die sammeln für uns Medikamente. Von Menschen, die verstorben sind oder die zu viel gekauft haben. [...] Also das ist im Prinzip alles do-it-yourself. Und [...] wir schließen das eigentlich schon aus, dass wir da irgendwas bekommen, sondern organisieren das alles selber.“

3.2.1.5 Haltung der Beteiligten

In den Interviews des ersten Jahres wurde sehr deutlich, dass die Haltung der Akteure und Akteurinnen gegenüber den Wohnungslosen bei dem gesamten Behandlungskonzept eine tragende Rolle spielt. Eine annehmende, positive und respektvolle Haltung, Einfühlungsvermögen, Offenheit und Empathie gegenüber den Patientinnen und Patienten seien von zentraler Bedeutung. Ohne diese Haltung, mit denen ihnen in den Schwerpunktpraxen begegnet wird, würden sich die Wohnungslosen nicht in Behandlung begeben. Dazu gehört

auch, sich Zeit zu nehmen und die Patientinnen und Patienten mit ihren Anliegen ernst zu nehmen. Wie oben bereits geschildert, sind nach Angaben der Behandler unter den Patientinnen und Patienten viele Personen mit Migrationshintergrund. Auch hier zeigt sich das Bemühen, dass jeder versorgt wird, der in die Praxis kommt - auch wenn die Verständigung nur unter großen Mühen gelingt. Gleiches gilt für die Akzeptanz des sehr häufigen Substanzmittelgebrauchs: so lange Patientinnen und Patienten nicht aggressiv sind, werden sie behandelt.

I4 83-147 1. Jahr

Befragter: „Und Ruhe, Empathie für die Menschen. Also den Mensch auch so sein zu lassen, wie er ist. [...] Und auch würdevoll und respektvoll zu behandeln [...] Wenn ich die wirklich erreichen will, dann muss ich mich einlassen. Und wenn ich mich nicht einlasse, dann kann ich auch nicht erwarten, dass ich da irgendwas verändere.“

Auch im zweiten Jahr zeigte sich, dass die Haltung der Beteiligten einen entscheidenden Beitrag zum Erfolg der Schwerpunktpraxen habe. Besonders häufig sprachen die Interviewten von der Wichtigkeit, den Patientinnen und Patienten auf „Augenhöhe“ zu begegnen und ihnen niedrigschwellig Hilfe anzubieten. Dabei sei es besonders wichtig, sich auf die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe, aber auch auf die psychische Ausgangslage der Menschen einzulassen.

I17 75-75 2. Jahr

Befragter: „Jeder wird behandelt, egal woher er kommt, warum, wieso, weshalb. Und ich glaube nur so ist das möglich. Aber ich glaube in dem Moment, wo ich schon wieder Einschränkungen mache, da brauchen wir den Namen usw. [...] ist das, glaube ich, nicht machbar.“

3.2.1.6 Gefahrensituationen

Alle Interviewten wurden gefragt, ob sie in den Praxen Gefahrensituationen erlebt hätten und ob sie es für nötig erachteten, weitere Sicherheitsmaßnahmen zu ergreifen.

Die Antworten variierten an den Standorten. Die Mitarbeiter der Praxis Johanniswall und Achterdwarz gaben an, dass es für sie noch keinerlei Gefahrensituationen gegeben habe. Es hätte unter den Patientinnen und Patienten Konfliktsituationen gegeben und es würde zuweilen ein „ruppiger Ton“ herrschen; dies stelle aber keine Bedrohung für das Personal dar. Alle Befragten gaben an, keinerlei zusätzliche Sicherheitsmaßnahmen zu benötigen.

In der Praxis Pik As gab es eine konkrete Gefahrensituation, in der ein Pfleger von einem Patienten, der keine Betäubungsmittel bekam, getreten wurde. Solche Patientinnen und Patienten bekommen Hausverbot. Seit dem Vorfall gäbe es neben dem schon länger bestehenden Polizeiruf-Knopf im Behandlungszimmer für jeden Behandler ein Funkgerät, mit dem die Möglichkeit besteht, jederzeit den Sicherheitsdienst oder Mitarbeiter des Pik As zu rufen. Des Weiteren gibt es die strikte Sicherheitsmaßnahme, immer zu zweit in einem Raum zu sein. Dieser Übergriff sei eine absolute Ausnahme gewesen. Neben „Pöbeleien“ gehe es die meiste Zeit sehr friedlich zu.

17 123-123 1. Jahr

Befragter: „[...] Nur noch zu zweit. Und sie haben ja hier auch einen Sicherheitsdienst. Wenn uns irgendwas spanisch vorkommt, dann Sicherheitsdienst. Oder da, wo Sie jetzt sitzen, ein bisschen darunter ist ein roter Knopf. Das heißt, wenn wir da drauf drücken, kommen drei Funkwagen der Polizei.“

Die Ergebnisse des zweiten Jahres zeigen, dass sehr wenige Gefahrensituationen erlebt wurden. Fünf Interviewte berichteten von Auseinandersetzungen mit Patientinnen und Patienten. Diese seien im Zusammenhang mit Substanzmittelmissbrauch oder einer psychischen Störung auf Seiten der Patientinnen und Patienten entstanden. In zwei Fällen gab es sexuelle Belästigung. Alle Situation konnten aber ohne Schaden für die Mitarbeiter und ohne Zutun von äußeren Instanzen geklärt werden. Alle Mitarbeiter gaben an, sich nicht unsicher oder in Gefahr zu fühlen.

I12 145-145 2. Jahr

Befragter: „[...] ja gut, es gibt einen, der ist immer so ein bisschen subaggressiv. Aber das gehört zu seinem Suchtverhalten. Also ich sage mal ich sehe ganz viel immer auch unter dem Aspekt, dass das zu deren Krankheit gehört. Und weniger so als Persönlichkeitsstörung oder -. Ja, wie soll ich sagen? Ich sage den Leuten hier ich kann nichts weiter für sie tun. Und dann pöbeln die ein bisschen und dann gehen die auch. Dann stehe ich auf und dann ist auch gut.“

3.2.2 Problembereiche

3.2.2.1 Rahmenbedingungen an den einzelnen Praxisstandorten

Nahezu alle Beteiligten berichteten bei den Interviews des ersten Jahres davon, dass das Projekt mit 6-monatiger, bzw. 7-monatiger Verspätung gestartet ist und alle Standorte Anlaufschwierigkeiten hatten. Einige Probleme sind mittlerweile beseitigt: alle Standorte wurden mit einem EKG und Sterilisator ausgestattet und haben Anbindung an ein Labor etc.

Die Schwerpunktpraxen hatten auch nach einem Jahr nach wie vor Schwierigkeiten zu bewältigen. Alle Helfenden berichteten von einem konstanten Mangel an Verbandsmaterialien, Medikamenten und Salben. Einiges könnte zwar über den Praxisbedarf bestellt werden, der Bedarf sei aber größer und müsse über selbstorganisierte Spenden ausgeglichen werden. Es wurde immer wieder gesagt, dass man mit dem, „was da sei“, gut zurecht käme und froh sei, dass es diese Praxen überhaupt gäbe. Für eine professionelle Versorgung wären aus Sicht der Beteiligten allerdings mehr Gerätschaften (z.B. Ultraschall) und Zusatzräume von Nöten. Zusätzliche und besser ausgestattete Räumlichkeiten waren auch bei vielen Interviewten des zweiten Jahres ein Thema. Gerade für Beratungszwecke durch medizinische Fachangestellte, Pflege und Sozialarbeiter wäre ein abgeschlossener Raum wünschenswert.

I4 95-95 1. Jahr

Befragter: „[...] Dass die Räume auch so getrennt sind, dass man parallel von der Untersuchung auch ein EKG machen könnte. Uns fehlt so was wie ein kleines Labor. [...]. Und auch eine Urinuntersuchung machen können. Und und und und. Also alles das, was eigentlich eine gut ausgestattete Praxis auch mit sich bringt. Also wobei man das nicht falsch verstehen darf. Also wir haben hier ein humanitäres Projekt. Eine humanitäre Hilfe, die niedrigschwellig ist. Und wir können schon eine ganze Menge anbieten. Aber wenn es darum geht, dass die Menschen kommen mit Erkrankungen, die noch mal anders abgeklärt werden müssten, kommen wir hier ganz schnell an unsere Grenzen.“

Am Praxisstandort Johanniswall wird von nahezu allen Beteiligten die fehlende Anbindung an eine soziale Einrichtung und die fehlende Zusammenarbeit mit einer Fachkraft der sozialen Arbeit bemängelt. Als räumlich äußerst schwierig wurden von allen Mitarbeitern die Einsehbarkeit des Behandlungszimmers, die fehlende Belüftung und der mangelnde Stauraum bezeichnet. Lange hätte die Arbeit in der Praxis „einem Leben auf der Baustelle“ geglichen. Auch im zweiten Jahr wurden eben genannte Punkte kritisiert. Außerdem wurde der Wunsch nach einer Lüftungsmöglichkeit für den Behandlungsraum und einer äußerlich sichtbaren Beschilderung der Praxis geäußert.

Der Standort Achterdwars wird von den Mitarbeitern als mittlerweile gut ausgestattet empfunden. Allerdings wird die Standortwahl - auch von den Mitarbeitern des umliegenden Wohnungslosenhilfesystems - als nicht ideal bezeichnet. Die Klientel des Männerwohnheims würde wohnungslose Frauen abschrecken und auch Wohnungslose aus dem Umkreis würden eher nicht an den Standort kommen. Vielmehr wäre es nach Ansicht einiger Befragter von Vorteil, einen Standort zu haben, der zentral in Bergedorf gelegen ist, denn die Mitarbeiterkapazitäten an anderen Wohnungslosenhilfe-Standorten seien zu gering, um erkrankte Personen in die Schwerpunktpraxis Achterdwars zu bringen. Ideal angesiedelt wäre die Praxis dort, wo sich die meisten Wohnungslosen tagsüber aufhalten. Dieses Bild spiegelt sich gleichermaßen in den Interviews des zweiten Jahres wieder.

3.2.2.2 Probleme mit der EDV

Alle Interviewten gaben an, dass sie die EDV-Situation als problematisch empfunden haben. Die durch die anfangs fehlenden Computer verursachte Dokumentation auf Papier war für alle

Beteiligten eine große Belastung. Auch die Unzuverlässigkeit der Internetverbindung wurde stark bemängelt. Im zweiten Jahr berichteten die Interviewten, dass sie bis auf kleinere Ausfälle gut mit der EDV zu Recht kämen.

I3 3-3 1. Jahr

Befragter: „Das war ja durchaus geprägt mit Anlaufschwierigkeiten. Also eigentlich insbesondere was die EDV angeht.“

I1 69-69 1. Jahr

Befragter: „Was würden ich mir wünschen was hier noch besser organisiert ist? Also natürlich Computer, laufende Computer, et cetera.“

3.2.2.3 Fehlende Informationen

In den Interviews des ersten Jahres zeigte sich, dass vielen Beteiligten wichtige Informationen fehlten, um in den Praxen optimal arbeiten zu können. Gerade in den Sprechstunden, in denen nicht direkt Mitarbeiter/-innen aus dem Wohnungslosenhilfesystem zur Verfügung standen, wurde deutlich, dass wichtige einheitliche und formelle Informationen fehlten. Dabei geht es beispielsweise darum, an wen man bestimmte Patientinnen und Patienten für bestimmte Anliegen verweisen kann, z.B. für wichtige Übersetzungen. Es fehlten also Handlungsanweisungen und Ansprechpartner.

I4 113-119 1. Jahr

Befragter: „Das heißt, es müsste so was ... wie einen Katalog geben, wo man guckt, wen kann ich mit dem und dem Problem wohin schicken.“

I12 123-123 1. Jahr

Befragter: „Also da war nicht viel Zusammenarbeit, nicht? [...] Aber ich habe sonst eigentlich mehr das Gefühl, nun haben wir uns alle Mühe gegeben, da was aus der Erde zu stampfen und nun soll das mal von selber laufen.“

Im zweiten Jahr gaben die Befragten an, dass sie sich die meisten fehlenden Informationen selbst besorgt hätten. Positiv wurde gewertet, dass es ein Treffen mit der Behörde gab, wo Anliegen seitens der Mitarbeiter geäußert werden konnten. Es gäbe nach wie vor noch dringende Anliegen wie eine bessere Öffentlichkeitsarbeit und eine aktivere Kommunikationskultur seitens der Behörde, um optimal arbeiten zu können.

I5 79-79 2. Jahr

Befragter: „Also angefangen von der Flyergeschichte bis hin zum was machen wir mit Klinikeinweisungen mit Notfällen mit chronisch Kranken.“

3.2.2.4 Außendarstellung des Projektes

Die Eröffnung der Standorte verzögerte sich teilweise, so dass nicht alle Schwerpunktpraxen zur selben Zeit zur Verfügung standen. Die Situation in der Stadt war zu Beginn der Maßnahme durch die Diskussion um die sogenannten Lampedusa-Flüchtlinge geprägt. Aus diesem Grund vermied man es, für die Schwerpunktpraxen große öffentliche Werbung zu machen, um nicht von vorneherein die Hauptzielgruppe der obdachlosen und wohnungslosen Menschen aus dem Auge zu verlieren. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass viele der Interviewten im ersten Jahr über die Außendarstellung des Projektes nicht glücklich waren. Sowohl die Öffentlichkeitsarbeit als auch das fehlende (bzw. für einen kurzen Zeitraum nur in geringen Mengen vorhandene) Informationsmaterial wurde von den Mitarbeitern kritisiert. Zum einem wäre den Befragten eine Bekanntmachung des Projektes wichtig gewesen, um beispielsweise die Einwerbung von Spenden zu unterstützen; zum anderen wurde die Bedeutung des Informationsmaterials für potenzielle Patientinnen und Patienten wie auch für Einrichtungen, die von den Wohnungslosen frequentiert werden, hervorgehoben.

I12 99-99 1. Jahr

Befragter: „Und eine deutlich verbesserte Öffentlichkeitsarbeit [...] Und als Öffentlichkeitsarbeit meine ich sowohl, dass man eben das auch publik macht, dass es so was gibt, und dass Menschen dafür auch spenden können. [...] Oder die einzelnen

Mitarbeiter [...] von Bahnmissionsmission und so weiter, doch noch ein bisschen besser informiert sind und dann auch sagen können, geh dahin, dann und dann ist da ein Doktor.“

I4 11-11 1. Jahr

Befragter: „ Und es gab ja auch keine Flyer von der Behörde. Das war auch ein Riesenproblem. Also dass man den en auch nicht wirklich was in die Hand geben konnte. Also ich weiß noch, dass ich anfänglich selber über Google Map[s] irgendwie einen Stadtplan ausgedruckt habe mit den Öffnungszeiten drauf. Und mit einem Wegweiser, wie man hier überhaupt her kommt. Und die waren dann auch im kompletten Umlauf, diese Zettel.“

Nach dem zweiten Jahr herrscht immer noch das Bedürfnis nach verbesserter Außendarstellung und Bekanntheit des Projektes. Zum einen sollten die Patientinnen und Patienten auf die Möglichkeit der Versorgung aufmerksam gemacht werden und die Praxen auch finden können. Zum anderen bringe eine öffentliche Darstellung, laut einiger Befragter, mehr Spenden und auch eine höhere Bekanntheit im Regelversorgungssystem, was eine Vernetzung erleichtere.

I5 101-101 2.Jahr

Befragter: „Also die Krankenhäuser könnten mit unserer Adresse mehr anfangen, wenn auch die Behörde sozusagen das noch mal wirklich als Standbein der medizinischen Versorgung publik machen würde, nicht? Damit auch eine Rückmeldung mal kommt.“

3.2.2.5 Kostenübernahme/Nicht-Versicherte

Ein Problem, das von allen Behandlern im ersten Jahr deutlich hervorgehoben wurde, ist das der Kostenübernahme. Ein Großteil der Patientinnen und Patienten ist nicht versichert oder verfügt nicht über das Geld für den Kauf oder die Zuzahlung von Medikamenten. In der Sprechstunde gibt es nicht ausreichende zeitliche Kapazitäten für sämtliche Patientinnen und Patienten eine Klärung mit der Clearingstelle in die Wege zu leiten. So kommt es, dass viele Patientinnen und Patienten nicht optimal versorgt werden können, da eine Kostenübernahme für Verschreibungen, Krankentransporte, die Versorgung chronisch Kranker und Dauermedikation

nicht gewährleistet oder geklärt werden können. Die Mitarbeiter versuchen in Eigenregie mit Spenden die nötigsten Bedarfe zu decken und geben aber an, sehr unzufrieden über die Situation zu sein und wünschen sich eine Veränderung. Die Projektmitarbeiter verstehen das Projekt als ein soziales Projekt und versuchen, die medizinische Versorgung auch der nicht Versicherten zu gewährleisten.

I8 93-93 1. Jahr

Befragter: „Ich finde es auch problematisch, zum Beispiel, dass wir kein Insulin verschreiben dürfen. Also für einen Diabetiker, den hatten wir hier einen, der eigentlich insulinpflichtig ist. Und den habe ich dann mit Medikamenten -. Also dass man einigermaßen sagen kann, es ist tolerabel geworden, seine Werte. Aber gut sind sie immer noch nicht. Es ist ein polnischer älterer Mann. Das finde ich problematisch. Und das würde ich mir auch anders wünschen. Das kann ich ganz klar sagen. Ja.“

I12 99-99 1. Jahr

Befragter: „Ganz konkret –erwarte ich von der Behörde wenigstens, dass sie eine bestimmte Summe zur Verfügung stellen für Medikamente, die lebensnotwendig sind.“

I3 49-49 1. Jahr

Befragter: „Aber problematisch finde ich insgesamt bei der Aktion einfach, dass es nur versicherte Patienten angeht. Also offiziell. Ich meine wir machen natürlich was wir können. Wenn jetzt jemand kommt, der nicht versichert ist, ist uns das völlig wurscht. Und behandeln den natürlich so gut es geht mit den Bordmitteln. Aber praktisch, wenn jemand eine Überweisung braucht oder ein Kassenrezept oder so, dann geht das nicht. Bei Leuten, die nicht versichert sind.“

I4 27-27 1. Jahr

Befragter: „Na ja, das Problem ist, dass die Lampedusa Flüchtlinge ihre wahre Identität nicht wollen, aus Sorge dass sie in Abschiebehaft gehen. Weil sie einen illegalen Zustand hier haben. Was dann natürlich schwierig ist, das ist wo die Behörde auch einfach so ein bisschen so diesen Erpressungsmoment nutzt -. Also dieses wenn du dich offiziell meldest wer du bist, mit deinem Geburtsdatum, dann können wir mal gucken, ob du einen Leistungsanspruch

beziehungsweise eine Krankenversicherung bekommst. Und da ist aber ein riesengroßer Unsicherheitsfaktor drin. Nämlich wenn sie aus einem Land kommen, wo es gerade keinen Krieg oder keine politische Unruhe oder keine Verfolgung gibt...“

Im zweiten Jahr sagten die Befragten, dass sich diesbezüglich leider nicht viel geändert habe. Gerade die Handlungsunfähigkeit in Bezug auf chronische Kranke sowie die schwierige rechtliche Lage der Einrichtung einer Krankenkassenmitgliedschaft stellten die Befragten als Problembereich dar. Des Weiteren wünschten sich die Mitarbeiter regelmäßige finanzielle Mittel, um z.B. Hilfsmittel wie Gehhilfen, Bruchbänder etc. und Praxisbedarf wie Handtücher und Strümpfe anschaffen zu können. Besonders geäußert wurde der Bedarf nach größeren Mengen an Medikamenten.

I5 101-101 2. Jahr

Befragter: „[...] dass man nicht jemandem zwei Tabletten Ibuprofen gibt, weil man weiß man hat nur noch einen Blister für den Tag, so dass man auch mal ein bisschen für drei Tage im voraus - das wäre schön. Nicht?“

3.2.2.6 Überweisung zu Spezialisten

Besonders die Ärzte gaben in den Interviews des ersten Jahres an, dass die Überweisung zu Spezialisten besonders schwierig sei. Dies funktioniere nur in Einzelfällen und durch Unterstützung von Sozialarbeitern. Zum einen hätten Spezialisten oft monatelangen Vorlauf in der Terminvergabe. Zum anderen seien die Patientinnen und Patienten oft nicht in der Lage, diese Termine einzuhalten. In den Interviews wurde deutlich, dass es aber auch ein Problem seitens der Spezialisten gäbe, Wohnungslose und den mit ihnen einhergehenden zeitlichen Aufwand in der eigenen Praxis zu akzeptieren. Die Ärzte wünschten sich ein festes Netzwerk an Spezialisten, das bereit wäre, Wohnungslose - und im Zweifel auch Nicht-Versicherte - zu behandeln. Zum jetzigen Zeitpunkt basiere eine erfolgreiche Überweisung ausschließlich auf persönlichem Engagement und dem Nutzen persönlicher Kontakte.

I14 52-152 1. Jahr

Befragter: „Alleine wenn man hört, ich kriege in acht Wochen erst einen Termin. Beim Kardiologen. Das ist ja wie eine Abweisung. Damit kann ein Intellektueller, sage ich mal, ja noch eventuell umgehen. Ein Wohnungsloser kann mit solchen Aussagen überhaupt nicht umgehen.“

I4 99-99 1. Jahr

Befragter: „Also das Netzwerk bezieht sich, zum Beispiel, auf das Netzwerk von Herrn [...]. Also dass der einfach auch weiß Kollegen, wo er jemanden auch hinschicken kann. Und welcher Kollege auch mal von der Gebührenordnung abweicht. Und jemand noch behandeln würde, der nicht versichert ist. [...]Eine Arztpraxis auf St. Pauli, mit der wir auch immer gut zusammen gearbeitet haben. Also wo wir auch hinschicken.“

Bezüglich der Anbindung an Spezialisten habe es im zweiten Jahr eine leichte Verbesserung gegeben. Die Vernetzung sei gewachsen und durch die verbesserte Absprachefähigkeit der Patientinnen und Patienten sei in Einzelfällen eine Anbindung an Spezialisten möglich gewesen. Nach wie vor erforderte die Anbindung Eigenengagement der Beteiligten und das Nutzen privater Kontakte.

I6 81-81 2. Jahr

Befragter: „Und dann versuchen wir die da zu integrieren in die Facharztpraxis [...].Oder eben auch zum Ultraschall.“

3.2.2.7 Nutzung von Krankenhäusern/ Notaufnahmen

Die Erfahrungen der Mitarbeiter bezüglich der Nutzung von Krankenhäusern durch Wohnungslose differieren stark. Einerseits wird in den Interviews des ersten Jahres beschrieben, dass viele Wohnungslose auch bei akut bedrohlichen Erkrankungen unter keinen Umständen zur Behandlung in ein Krankenhaus wollen. Als Gründe hierfür vermuten die Mitarbeiter unter anderem Angst, aber auch das als einschränkend empfundene Alkohol- und

Drogenkonsumverbot. Andererseits wird auch berichtet, dass es für einige Wohnungslose der schnellste und bequemste Weg zu sein scheint, eine medizinische Behandlung zu bekommen - und das recht „unbürokratisch“. Gemeinsam ist den meisten Schilderungen, dass Wohnungslose zu schnell aus Kliniken entlassen werden und die Möglichkeiten zur Genesung und Regeneration auf der Straße denkbar schlecht sind. Nicht selten wenden sich die Patientinnen und Patienten nach Krankenhausaufenthalten mit der Bitte um Weiterbehandlung und Medikation an die Schwerpunktpraxen. Besonders hervorgehoben wurde von den Befragten, dass es ein großes Problem sei, Patientinnen und Patienten nach Krankenhausaufenthalten gut zu versorgen, denn es fehlten oft die finanziellen Mittel für eine adäquate Weiterbehandlung. Des Weiteren wäre bei vielen Patientinnen und Patienten nach der Klinikentlassung eine tägliche Behandlung notwendig, die nicht zu leisten sei. Die Krankenstube⁹ sei hierfür der einzige mögliche Ort – doch auch hier mangle es an den erforderlichen Kapazitäten.

I5 223-227 1. Jahr

Befragter: „Also es ist wirklich erstaunlich, dass Leute nach großen Magen-OPs nach zehn Tagen wieder auf der Straße schlafen und gesund werden sollen. [...] Also einige werden sozusagen zur Nachbetreuung zu uns geschickt. Wenn Platz ist, dann auch erst den Umweg über die Krankenstube. Aber viele kommen häufig wirklich mit dicken Arztbriefen und Bitte um Weiterbehandlung und Medikamentenbehandlung. Das ist schon -. Viel ist einfach auch nicht zu gewährleisten auf der Straße.“

I6 63-63 1. Jahr

Befragter: „Und die können halt keine Suchtstoffe nehmen im Krankenhaus, das wird sofort zu einem Hausverbot führen.“

In den Erfahrungen des zweiten Jahres kristallisierte sich besonders die Problematik mit chronisch kranken Patientinnen und Patienten heraus. Diese würden von Kliniken auch bei dringendem Behandlungsbedarf abgewiesen. Auch die zu frühe Entlassung und

⁹ Die Krankenstube für Obdachlose ist ein stationäres Hilfeangebot des Caritasverbandes Hamburg e.V. für kranke und obdachlose Frauen und Männer im ehemaligen Hafenkrankehaus auf St. Pauli.

Rund um die Uhr stellt die Krankenstube für Obdachlose 14 Betten für diesen Personenkreis zur Verfügung. Neben der gesundheitlichen Pflege soll die sozialpädagogische Betreuung die Rückkehr der obdachlosen Männer und Frauen auf die Straße verhindern.

Weiterversorgung seien ungeklärte Themen. Ein weiteres Problem stelle für die Behandler die fehlende Kommunikation mit den Kliniken dar. Oft kämen die Patientinnen und Patienten nach dem stationären Aufenthalt ohne Arztbriefe und Behandlungsanweisungen in die Schwerpunktpraxen.

I5 31-31 2. Jahr

Befragter: „Also zum Beispiel insulinpflichtige Diabetiker mit dem nötigen Insulin [...] zu versorgen - Patienten berichten, dass sie in Kliniken abgewiesen werden. Ohne Insulin wieder auf die Straße geschickt werden. [...] Das ist fahrlässig!“

3.2.3 Psychiatrische Sprechstunde im Pik As

In diesem Abschnitt wird die psychiatrische Sprechstunde im Pik As gemäß den Befragungen des ersten und zweiten Jahres ausführlicher beschrieben, weil die wenigsten psychiatrischen Patientinnen und Patienten eine schriftliche Einverständniserklärung zur Auswertung ihrer Daten gegeben haben. Das hat zur Folge, dass keinerlei quantifizierbare Aussagen zu diesem Patientenkreis gemacht werden können.

Gründe für die fehlenden Einverständniserklärungen seien, dass die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Erkrankungen oft nicht einwilligungsfähig oder einwilligungswillig wären.

Arbeit in der Sprechstunde

Die Arbeit der Psychiaterin und des Psychiaters sei nach Angaben aller an der psychiatrischen Sprechstunde Beteiligten, so zeigen die Interviews beider Jahre, nur durch die enge Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern im Pik As möglich. Beide Seiten profitierten vom Wissen und der Erfahrung des jeweils anderen. Die Sprechstunde bestehe etwa zur Hälfte aus aufsuchender Arbeit, bei der der behandelnde Arzt mit den Sozialarbeitern durch die Zimmer des Pik As gehe und versuche, ins Gespräch zu kommen. Die restlichen Sprechstunden seien „normale“ Sprechzeit, zu denen einige Patientinnen und Patienten selbständig kämen, aber auch von Sozialarbeitern gebracht würden. Es ginge primär darum, Vertrauen zu schaffen, Kontakt aufzubauen und zur Behandlung zu motivieren. Manchmal müsse auch eingeschätzt

werden, ob jemand eine gesetzliche Betreuung oder eine Einweisung in eine Klinik benötige. Medikationen, so die Ärzte, spielten eine untergeordnete Rolle.

Im zweiten Jahr haben sich keine signifikanten Änderungen ergeben, es wurden nur neue Konzepte angedacht, wie man die gesundheitliche Lage der Wohnungslosen verbessern könnte (siehe Abschnitt Psychiatrische Sprechstunde/ Bedarfe und Wünsche).

I18 29-29 2. Jahr

Befragter: „Und dass man sie hier erstmal so in ihrer ganzen Krankheit so belässt, und erstmal auch Kontakt aufbaut so. Und dann anfängt, Krankheit zu thematisieren, und Möglichkeiten der Behandlung aufzuzeigen. Aber sehr sensibel und das sind ganz feine Schraubchen, die da gedreht werden, und auch langsam gedreht werden. Und da gibt es auch echt positive Rückmeldungen von den Klienten...“

I10 36-36 2. Jahr

Befragter: „Also das heißt Gespräche führen, dann in der Tat Betreuungen mit einrichten, wo man dann oft einen Vorlauf hat. Also dass man versucht, die Leute zu motivieren, zu sehen und dann sitzen die doch stumm vor einem und sagen nichts, sie wollen nichts und dann muss man halt diesen Weg gehen. Dann, wie gesagt, ein Stück Beratung. Auch für das Umfeld. Wie könnt ihr da in der Einrichtung besser miteinander klar kommen und wie kann das gehen.“

Überführung in die Regelversorgung

In den Interviews des ersten Jahres mit den Mitarbeitern des Pik As und den Ärzten wurde deutlich, welche wichtige Rolle die psychiatrische Sprechstunde spielt. Es sei sehr hilfreich, auf kurzem Wege einen Psychiater erreichen zu können, wo man im Regelversorgungssystem häufig mehrere Monate auf einen Termin warten müsse. Zum anderen würde man es oft „nicht schaffen“, Wohnungslose ohne Krankheitseinsicht, aber mit einem akuten Behandlungsbedarf an einen Spezialisten anzubinden. Mit den Psychiatern vor Ort sei es eher möglich, zu einer Behandlung zu motivieren. Ein zentraler Nutzen sei ferner die schnellere Möglichkeit der

Einrichtung von gesetzlichen Betreuungen. Diese würden oft ehrenamtlich außerhalb der regulären Sprechstunden erstellt.

I11 79-79 1. Jahr

Befragter: „Psychiatrisch ganz klar, mangelnde Krankheitseinsicht, deshalb keine Kontaktaufnahme mit niedergelassenen Psychiatern. Angst vor Psychiatern. Schwerst chronifiziert, hospitalisiert [...] Teilweise auch abgeschreckt durch bestehende Vorurteile. Ein Psychiater kann einem ja in den Kopf gucken. Und das sind Barrieren, die wir ganz gut abbauen konnten. Und unser großer Pluspunkt ist es, ich sage mal, bei einem niedergelassenen [Psychiater] warten sie drei Monate und bei uns 45 Minuten. Das ist ein Argument, was überzeugt und wirklich -. Was auch gut ist für die Leute, weil die wirklich an dem Tag dran kommen, wenn sie hier sitzen, nicht abgewiesen werden. Und auch - das ist den Ärzten zu verdanken, die recht unbürokratisch sind, die einen nahbaren Eindruck machen. So. Und eine sehr positive Haltung gegenüber unserem Klientel haben.“

I10 35-35 1. Jahr

Befragter: „Also das heißt, dann setzen wir hier einen Grundstein, dass überhaupt noch mal ein Stück Vertrauen in dieses Therapiesystem aufgebaut werden kann.“

I9 12-12 1. Jahr

Befragter: „Das heißt, sie müssen überhaupt konfrontiert werden mit den Problemen, die sich auf Grund der psychischen Erkrankung ergeben. Und die würden gar nicht irgendeine Bereitschaft sehen...“

Die Interviews des zweiten Jahres verfestigen den Eindruck des ersten Jahres. Alle an der psychiatrischen Sprechstunde beteiligten Mitarbeiter gaben an, dass die psychiatrische Sprechstunde als extreme Bereicherung in der Versorgung der Wohnungslosen empfunden wird. Im Fokus stand hierbei die Frage, ob und wie eine Anbindung an die Regelversorgung möglich ist. In den Interviews zeigte sich die Einschätzung, dass für einen großen Teil des Klientels, keinerlei Anbindung an die Regelversorgung möglich sei. Bei dieser Gruppe ginge es vielmehr darum, durch aufsuchende Arbeit überhaupt eine Motivation zu schaffen, sich

behandeln zu lassen. Die Schwere der psychischen Erkrankung der Klientel sei so massiv und chronifiziert, dass es oft nur darum ginge, die Menschen vor Verschlimmerung der Erkrankung oder in Folge vor dem Versterben zu schützen. Für einen anderen, kleinen Teil der Klienten gelänge eine Überführung in das Regelversorgungssystem, da erstmalig wieder Vertrauen in eine psychiatrische Behandlung geschaffen werden könnte. Nach wie vor stelle die Hochschwelligkeit des Regelversorgungssystems ein enormes Problem dar.

I9 128-128 2. Jahr

Befragter: „Na ja, der Prozentsatz (derer die ans Regelversorgungssystem angebunden werden können) ist ja nicht so hoch, weil wenn ich mir angucke wenn ich jetzt von den, sagen wir mal, 15 Kontakte, da habe ich sicherlich zehn Kontakte dabei, wo keine Anbindung stattfindet, wo es wirklich nur solche niedrigschwelligen Motivationsgespräche sind, wo es eben nicht weiter geht.“

I10 92-92 2. Jahr

Befragter: „Und das Problem hier ist, dass man sich wirklich hüten muss, an irgendwelchen Erfolgen zu messen. Es geht hier, das, was ich anfangs sagte, erst mal Leute überhaupt wieder in einen Kontakt zu bringen. Und in eine irgendwie geartete positive Beziehung wieder zu Behandlung überhaupt. Und es geht, wie gesagt, einfach um die Herstellung von menschenwürdigen Situationen.“

I9 104-104 2. Jahr:

Befragter: „Wo halt eine entsprechende Haltung und Verständnis für die Suchtproblematik da ist, und wenn er auf die geschlossene [...] kommt, dann ist das dort eine Art Abfertigung, natürlich würde da sozusagen körperlich erstmal das Notwendigste gemacht. Aber da kann ich ziemlich sicher davon ausgehen, dass dann nach drei, vier Tagen der dann wieder entlassen wird. Und dann wieder hier ist und dann wieder anfängt, zu trinken.“

Aufsuchende Arbeit

Die Interviews des ersten und zweiten Jahres zeigen, dass die psychiatrische Sprechstunde nur durch die aufsuchende Arbeit gelingen könne. Viele der Klienten (gerade mit schweren

Suchterkrankungen) müssten in ihrem Zimmer aufgesucht werden. Nur durch die gute Teamarbeit von Ärzten und Sozialarbeitern gelänge eine erfolgreiche Anbindung an die Sprechstunde. Zukünftig, so die Ärzte, könnte es auch Sinn machen, die Klienten außerhalb des Pik As aufzusuchen (siehe Abschnitt Psychiatrische Sprechstunde/Bedarfe und Wünsche).

I9 132-134 1. Jahr

Befragter: „[...] Im Prinzip sagt der Sozialarbeiter wir fangen an mit denen, und wenn wir die gemacht haben, dann können wir nächste Woche den nächsten machen. Im Prinzip könnte die Liste - . Jedes Mal wenn ich komme, könnten wir das ganze Haus durch...“

I9 184-184 1. Jahr

Befragter: „ Wenn die Rahmenbedingungen wären, dass die Behörde sagt hier, ich mache eine Komm-Sprechstunde[?], und warte, sitze hier. Und warte bis jemand kommt. Und würde nicht bereit sein, zum Beispiel, hier im Haus durchzulaufen und in völlig verdreckte Zimmer rein zu gehen und so weiter. Dann würde das unsinnig sein.“

I10 148-148 2. Jahr:

Befragter: „... das hat sich einfach noch mal bestätigt und verdichtet. Und - klar. Das ist aber, wie überall, auch anders - ohne Team geht nichts.“

Psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit

Die Patientinnen und Patienten leiden an vielfältigen psychischen Symptomen und Erkrankungen. Nahezu alle Erkrankungen des Spektrums der psychischen Störungen kommen laut Behandlern vor. Besonders häufig seien Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen, aber auch Psychosen, posttraumatische Belastungsstörungen und wahnhafte Störungen.

Im Rahmen der psychiatrischen Sprechstunde sei es nicht möglich, Psychotherapie anzubieten. So würden stützende Gespräche angeboten und Motivationsarbeit für stationäre Behandlungen geleistet, insbesondere Entzugsbehandlungen.

Besonders deutlich wurde in den Interviews des ersten und zweiten Jahres die enge Verknüpfung von psychischer Erkrankung und Wohnungslosigkeit. Man könnte davon ausgehen, dass 90% der Wohnungslosen psychisch krank seien. Besonders wäre, dass die Erkrankungen oft chronifiziert seien, so dass eine Rückkehr in ein „geregeltes Leben“ oft nicht möglich wäre. Die Behandlung dieser Menschen sei Prävention, um die Sterblichkeit zu verringern oder hinauszuzögern.

I9 100-100 1. Jahr

Befragter: „Ich sage mal, es ist ein bisschen schwierig. Ja, wenn wir sagen, Alkoholabhängigkeit ist die häufigste psychiatrische Diagnose hier - die Alkoholabhängigkeit ist meistens nicht eine Folge der Obdachlosigkeit.“

I10 167-171 1. Jahr

Befragter: „Aber es ist natürlich so, dass wir, wenn wir genauer hingucken, Menschen die hier oder in der Obdachlosigkeit landen, sind eigentlich nie ohne, auch fassbare psychische Erkrankungen. Das muss man ganz klar sagen. Ob die dann die Ursache auch für die Wohnungslosigkeit ist, oder ob sich das sozusagen gegenseitig hochgeschaukelt hat, oder ob es erst die Folge ist - das sind natürlich andere Fragen.“

I6 131-131 1. Jahr

Befragter: „Weil ich glaube eigentlich, dass wenn ein Mensch wenigstens neun Monate obdachlos war, ist er seelisch zerbrochen. Und wird nicht mehr in die Gesellschaft so zurück zu integrieren sein, dass er selbst und eigenständig lebt. Wird immer Hilfe brauchen [...]“

I9 178-178 2. Jahr

Befragter: „Also wo die Obdachlosigkeit einen ganz ganz [sic] massiven Zusammenhang mit der psychischen Problematik. Wo natürlich jetzt in diesem Fall auch das therapeutisch überhaupt erst aufgearbeitet werden musste, damit das Soziale wieder ins Lot kommt, nicht?“

I 10 92-92 2. Jahr

Befragter: „Und es geht, wie gesagt, einfach um die Herstellung von menschenwürdigen Situationen. Also dass die Leute eben nicht hier verrecken müssen. Auf Grund ihrer

psychischen Erkrankung. Die sterben zwar dann an einem Krebs oder an einer Vergiftung, Blutvergiftung oder sonst was. Aber das ist ja weil sie seit vielen vielen Jahren völlig verrückt sind. Und wenn man da nichts tut, dann nimmt man das billigend in Kauf, dass die Leute wirklich auch unter unwürdigsten Bedingungen leben und letztlich auch versterben.“

Haltung der Beteiligten

Von den Mitarbeitern des Pik As wurde die Bedeutung des respektvollen Umgangs mit den Wohnungslosen in den Interviews des ersten Jahres, hervorgehoben. Gerade gegenüber Psychiatern gäbe es unter Wohnungslosen Vorbehalte; dieses Misstrauen zu überwinden sei den Psychiatern in vielen Fällen gelungen. Von Seiten der Mitarbeiter des Pik As wurde deutlich hervorgehoben, wie positiv die Haltung der Psychiater sei und wie gut die Zusammenarbeit laufe. Dieses Bild zeigte sich auch im zweiten Jahr. Die Haltung gegenüber den Klienten leiste einen entscheidenden Beitrag zum Erfolg der psychiatrischen Sprechstunde.

I11 5-5 2.Jahr:

Befragter: „Die Klienten untereinander kommunizieren auch über die Thematik Psychiatrie so. Es hat sich herum gesprochen, dass das unsere Psychiater beide eigentlich auf Augenhöhe arbeiten und niedrigschwellig arbeiten, erreichbar sind, nicht gleich den Koffer mit den Pillen rausholen, sondern da auch auf Gespräche, auf Kontakte setzen. Und das hat sich eigentlich positiv herum gesprochen.“

I10 128-128 2. Jahr

Befragter: „Und habe da erfahren, dass man mit einem persönlichen Engagement und gar nicht so viel Aufwand sehr viel erreichen kann an Stabilität für die Menschen. Weil die einfach, wenn sie eine Konstanz erfahren, wenn sie eine Wertschätzung erfahren, natürlich auch die rechtzeitige Hilfe mit Medikamenten oder sonst etwas dann lassen sich selbst schwere psychiatrische Erkrankungen für viele gut händeln.“

Wünsche /Bedarfe

In den Interviews des ersten Jahres zeigte sich, dass das zeitliche Kontingent der Ärzte und Sozialarbeiter eher zu gering für die vielen Menschen sei, die psychiatrischer Behandlung bedürften. Eine Quantifizierung der notwendigen ärztlichen Zeit für eine ausreichende psychiatrische Versorgung des Pik As ist im Rahmen dieser Studie allerdings nicht möglich. Dieser Aspekt wird in der Diskussion aufgegriffen.

I9 136-146 1. Jahr

Befragter: „Wir schaffen nie alle. Weil eigentlich müsste jeder gesehen werden. Aber das ist völlig unmöglich. Deshalb gucken wir immer, was sind die schlimmsten Fälle gerade.“

Bei den Befragungen des zweiten Jahres wurden verschiedene Themenbereiche angesprochen, wo es Bedarf nach Veränderung gibt. Zum einem sagten die Beteiligten, dass sie sich eine perspektivische Planungssicherheit wünschten und nicht die Sorge haben wollten, dass das Projekt jederzeit wieder beendet werden könnte. Ein weiterer Punkt war der Wunsch nach einer besseren finanziellen Ausstattung der Praxen, um z.B. ein wirklich adäquates Sprechstundenzimmer anbieten zu können. Aber auch der Wunsch nach einer faireren Bezahlung der Ärzte wurde geäußert, denn mit allem, was zusätzlich anfiel, käme man auf einen Stundenlohn, der etwa der Hälfte der üblichen Bezahlung entspräche.

Ein weiterer wichtiger Punkt war die Forderung nach einem Alkoholverbot im Pik As, um die Klienten gesundheitlich zu stabilisieren. Entscheidend sei dabei, dass dieses Ziel mit einer großen Umstrukturierung verbunden ist und dazu mehr Personal benötigt werde, um die Durchführung überhaupt leisten zu können. Außerdem müssten Trinkerräume eingerichtet werden, sodass Klienten einen Ort zum Ausweichen hätten. Die Gefahr dieses Vorhabens sei, dass eine Verlegung des Alkoholkonsums in den öffentlichen Raum stattfände und der Stadtteil dadurch belastet würde. Zudem könnte eine Verdrängung schwer alkoholabhängiger Menschen aus dem Pik As eine Folge sein. Das Vorhaben eines alkoholfreien Hauses wird von den Sozialarbeitern grundsätzlich befürwortet. Ein entsprechendes Konzept soll in naher Zukunft vorgelegt werden.

I9 32-32 2. Jahr

Befragter: „Hier gibt es, zum Beispiel, die Regelung, dass diese Menschen das Recht haben, weil das ihre einzige Wohnmöglichkeit ist auch, in ihrem Zimmer zu rauchen, zu trinken und so weiter. Und aus meiner Sicht ist das eigentlich etwas, was geändert werden müsste. Nur das beutetet, dass man wirklich überhaupt anfangen muss, einen Diskurs auch mit den Verantwortlichen zu führen.“

I10 52-56 2. Jahr

Befragter: „Und ich finde, man muss zumindest einen Anfang in der Richtung machen. Indem man drüber spricht und Ideen dazu entwickelt. Es ist ja so, dass es eigentlich kaum vorstellbar ist. Natürlich könnte man sagen na gut, wir machen die Tür zu und es kommt kein Alkohol mehr rein. Aber so einfach ist es natürlich nicht, weil wir haben ja auch einen Auftrag, dass die Leute hier wohnen und leben sollen. [...] Aber dennoch muss man sicherlich angehen in irgendeiner Form, weil sonst kann es hier auch zu einer Anleitung zum sterben werden.“

I9 44-60 2. Jahr

Befragter: „Also das heißt die ganzen Überlegungen, wie demjenigen geholfen werden kann, die können nicht greifen, so lange der nur alkoholisiert im Bett liegt. [...] Wenn er hier einfach trinken kann, dann gibt es kein Problembewusstsein. [...] Ja, wir nehmen ja eigentlich hin, dass sie sich selber zerstören dürfen. Und das sogar auch noch mit unserer Unterstützung.“

Nutzen der psychiatrischen Sprechstunde

Der Nutzen der psychiatrischen Sprechstunde liege, wie bei der allgemeinmedizinischen Sprechstunde darin, dass Menschen überhaupt einen Zugang zur Versorgung hätten. Außerdem würden das Regelversorgungssystem und die Gesellschaft durch die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten entlastet. Auch in der psychiatrischen Sprechstunde ginge es darum, Patientinnen und Patienten gesundheitlich zu stabilisieren und die Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung zu reduzieren. In einigen Fällen ginge es darum, ein verfrühtes Streben abzuwenden. Letztendlich ginge es um humanitäre Hilfe.

118 51-51 2. Jahr

Befragter: „Na ja Sinn ist sozusagen, kann man alles erdenklich Mögliches tun sollte, um Menschen, wo wir sagen das ist nicht normal, den zu helfen. Ob das einen ökonomischen Sinn macht, das wage ich zu bezweifeln irgendwie. Aber ich habe da einfach einen Anspruch an mich selbst irgendwie und an die Arbeit und auch, glaube ich, was Psychologie oder Sozialarbeit machen sollte. Sondern dem Menschen helfen. Und das in allen erdenklichen Lagen. Ob das Sinn macht oder man nicht sagt "pffff", kann man hier weiter verwalten - kann man aus einer ökonomischen Sichtweise sagen. Aber aus menschlicher Sicht unbedingt notwendig.“

110 48-48

Befragter: „Da sind doch so einige Kandidaten, wo es um ganz andere Dinge geht. Also wo es darum geht, dass der nicht hier stirbt. Wo es so gar nicht mehr richtig um Behandlung geht.“

3.2.4 Versorgung von Wohnungslosen im Regelversorgungssystem: Möglichkeiten und Barrieren

Ein erklärtes Ziel der Installation der Schwerpunktpraxen für Wohnungslose ist die Einbindung bzw. Überführung der Wohnungslosen in das medizinische Regelversorgungssystem. Aus diesem Grunde wurde dieser Bereich in den Interviews des ersten Jahres explizit thematisiert. Dargestellt werden in einem ersten Teil dieses Kapitels die von den Interviewpartnern auf Basis ihrer Erfahrung vermuteten Gründe für das Nicht-Aufsuchen des Regelversorgungssystems. Die Gründe werden entsprechend der Häufigkeit ihrer Nennung aufgelistet und beschrieben. Anschließend werden Voraussetzungen skizziert, unter denen das Überführen in das Regelversorgungssystem gelingen könnte (vgl. Kapitel 3.2.4.8.).

3.2.4.1 Struktur des Regelversorgungssystem passt nicht zu Wohnungslosen

Auf die Frage, warum Wohnungslose nicht das Regelversorgungssystem nutzen, wurde am häufigsten die Struktur des Regelversorgungssystems selbst genannt. Das Regelversorgungssystem sei nicht auf die Behandlung Wohnungsloser eingestellt. Hervorgehoben wurde hierbei der Zeitaufwand, der für die Versorgung Wohnungsloser erforderlich sei. Zum einen gäbe es einen enormen pflegerischen Mehraufwand, z.B.

hygienische Ausgangsbedingungen schaffen, aufwändige Verbandswechsel, zum anderen seien oft bürokratische Dinge zu klären (Ermittlung des Versicherungsstatus, Anforderung von Arztbriefen, Diagnosen usw.). Vor allen Dingen bedürfe aber das Gespräch mit dem Patientinnen und Patienten mehr Zeit.

Dies sei in einer Praxis insofern nicht zu leisten, da es klare Zeit-Kosten-Kalkulationen gäbe. Beispielsweise sei eine durchschnittliche Hausarztpraxis durch eine Hamsterrad-artige Drucksituation gekennzeichnet, zu der immer kürzere Konsultationszeiten und Honorarzwänge beitrügen. Die Interviewten schätzten, dass die Behandlung eines Wohnungslosen durchschnittlich etwa 3-5-mal so lange dauere wie eine durchschnittliche Konsultation in der Regelversorgung.

Ein entscheidender Punkt sei ferner, dass Ärzte und/oder deren Personal Wohnungslose nicht in ihren Praxen haben wollten, da die teilweise vorhandene Geruchsbelästigung oder Belästigung durch Alkoholisierung eine Zumutung für die Mitpatienten und Mitpatientinnen darstelle.

I6 63-63 1. Jahr

Befragter: „Also hier kommen Leute rein, die -. Ja, extrem stinken, die alkoholisiert sind. Die unter Drogeneinfluss stehen. Im medizinischen Regelsystem, bei einer hausärztlichen Praxis, wäre sofort das Wartezimmer des entsprechenden Arztes leer.“

I10 12-12 1. Jahr

Befragter: „[...] ist das so, dass das Regelsystem natürlich extrem wenig Luft bietet. Also das heißt, wir haben ja auch in der Praxis erstens Terminsprechstunde. Also das heißt im Regelfall kann man nicht mal eben hingehen. [...] Und damit kommt man bei einer Reihe von Patienten, die, zum Beispiel, hier sind, einfach nicht weit. Und das erleben die natürlich, wenn sie in der Praxis sind. Und bleiben dann weg, weil sie das Gefühl haben, das kann mir ja gar nicht helfen. Also das heißt, ein Teil auf Grund der Erkrankung kaum möglich, selbst wenn sich das Regelsystem etwas verändern würde. Und das Andere ist, das Regelsystem ist halt doch sehr eng gestrickt.“

Einige der Interviewpartner nannten auch die mangelnde Eigenorganisation der Wohnungslosen als Grund für die Inkompatibilität mit dem Regelversorgungssystem. Die Patientinnen und Patienten seien teilweise nicht absprachefähig, nicht strukturiert und könnten nicht soweit planerisch denken, dass beispielsweise das Verabreden und Einhalten eines Arzttermins machbar wäre. Die starke Überforderung könne auf psychische Ursachen und Suchtproblematiken zurückgeführt werden. Die Patientinnen und Patienten kämen aufgrund vielfältiger psychischer Störung nicht mehr mit sich dem sie umgebenden System klar.

I3 141-141 1. Jahr

Befragter: „Also das ist ja ein Ausmaß, das ist ja eigentlich das sich um einen Arzttermine kümmern weit hinaus geht irgendwie. Also wenn das schon nicht klappt, wie sollen die sich dann selbst organisieren und sich einen Arzt suchen oder dahin zu gehen.“

I6 131-131 1. Jahr

Befragter: „Weil ich glaube eigentlich, dass wenn ein Mensch wenigstens neun Monate obdachlos war, ist er seelisch zerbrochen. Und wird nicht mehr in die Gesellschaft so zurück integrieren sein, dass er selbst und eigenständig lebt. Wird immer Hilfe brauchen und das Regelsystem würde wahrscheinlich auch immer zu hochschwellig sein.“

3.2.4.2 Scham

Ein weiterer häufig genannter Grund für das Nicht-Aufsuchen des Regelversorgungssystems ist Scham. Alle Befragten gingen davon aus, dass sich die Patientinnen und Patienten zu sehr schämten, um ins Regelversorgungssystem zu gehen. Als mögliche Gründe für die Scham wurden immer wieder der unzureichende Pflegezustand, Körpergeruch, der schlechte Allgemeinzustand, die Art der Erkrankung, die desolate Lebenssituation und Substanzabhängigkeiten genannt.

I8 69-69 1. Jahr

Befragter: „Dann sind die natürlich teilweise in einem Pflegezustand, der katastrophal ist. Das

ist denen durchaus selber auch bewusst. Die riechen, die sind verdreckt [...] Ja, das ist denen auch klar. Nicht? Oder sie sind verlaust. [...] Und haben selber von sich aus natürlich schon Hemmungen dann in so eine Praxis zu gehen.“

3.2.4.3 Angst/ Fehlendes Vertrauen

Ebenso häufig wie Scham wurden Angst und mangelndes Vertrauen bei den Patientinnen und Patienten als Beweggrund vermutet. Die Wohnungslosen hätten Angst vor Ablehnung, Diskriminierung und Abweisung im Regelversorgungssystem. Diese Ängste beruhten auf Erfahrungen mit Ablehnung und Abweisung auch in anderen Bereichen und resultierten in einem generellen Misstrauen.

I6 23-23 1. Jahr

Befragter: „Und da ist es nun so, dass man einen [...] Aufbau von Vertrauen von Menschen hat, [...], ein Teil deren Welt einfach auch wird. Und so an die Leute durchaus ran kommen kann. Und das gleiche ist das auch mit den Ärzten. Die wissen ganz genau, ich sehe die und die Ärztin, die hört mir auch mal zu. Da gehe ich dann hin. Das ist aber ein Prozess, der braucht eine Weile. Dieser Vertrauensaufbau.“

I8 69-69 1. Jahr

Befragter: „Das ist einfach teilweise die Angst vor Diskriminierung. Oder auch tatsächlich erlebte Diskriminierung...“

3.2.4.4 Nicht versichert/ Finanzielle Gründe

In der Wahrnehmung der Mitarbeiter der Schwerpunktpraxis ist ein großer Teil der Patientinnen und Patienten nicht versichert oder hat aus verschiedenen Gründen keine Krankenversicherungskarte, womit ein Teilnehmen am Regelversorgungssystem ausgeschlossen ist. Oft fehlten auch die finanziellen Mittel, um die Zuzahlung für ein Medikament zu leisten, ein freiverkäufliches Medikament zu erwerben oder mit dem Nahverkehr zum nächsten niedergelassenen Arzt zu gelangen.

I12 95-95 1. Jahr

Befragter: „Na ja, das Ziel ist, die Leute in die Regelversorgung zu führen. Wenn ich 80 bis 90 % habe, die keine Krankenkassenkarte haben, wie sollen die in Regelversorgung? Ja? Das ist einfach so.“

I2 23-23 1. Jahr

Befragter: [...], wenn die Leute nicht versichert sind und wir schreiben dann Rezepte, die kaufen das nicht. Weil die haben kein Geld.“

3.2.4.5 Keine Krankheitseinsicht/keine Körperwahrnehmung

Dass Patientinnen und Patienten den Weg in die Schwerpunktpraxen finden, aber nicht ins Regelversorgungssystem wird von den Interviewten mit mangelnder Krankheitseinsicht/Körperwahrnehmung begründet. In die Schwerpunktpraxen kommen sie teilweise, weil sie immer wieder erinnert und motiviert werden und weil im Notfall auch mal ein Mediziner oder ein Pfleger zu ihnen geht. Den meisten Patientinnen und Patienten würde es an Eigenwahrnehmung und Selbstfürsorge fehlen, sie würden erst kommen „wenn nichts mehr geht“ und wären generell wenig bereit, etwas für ihre Gesundheit zu tun. Bei Suchtmittelerkrankten sei dieses Phänomen besonders ausgeprägt.

I6 23-23 1. Jahr

Befragter: „Das heißt, ganz viele Menschen sehen die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung überhaupt gar nicht mehr, weil sie ihren Körper nämlich nicht mehr wahrnehmen.“

3.2.4.6 Räumliche Nähe

Einige Interviewpartner vermuteten, dass die räumliche Nähe der Schwerpunktpraxen die Patientinnen und Patienten einerseits motiviere, überhaupt in Behandlung zu gehen, sie aber auch davon abhalte, andere Praxen aufzusuchen.

I3 121-121 1. Jahr

Befragter: „Also die räumliche Nähe ist halt, glaube ich, schon ein ganz wichtiger Faktor.“

3.2.4.7 Weitere Gründe für das Nicht-Aufsuchen des Regelversorgungssystems

Als weitere mögliche Beweggründe wurden die mangelnden Sprachkenntnisse vieler Patientinnen und Patienten genannt. Ferner auch, dass die medizinische Behandlung hinter anderen Bedürfnissen, wie dem Beschaffen von Nahrung und einem Schlafplatz zurück stünde – ebenso die Beschaffung von Drogen.

I14 108-108 1. Jahr

Befragter: „Einmal wegen der Sprachschwierigkeit -. Also jemand, der nicht deutsch spricht und jemand der wohnungslos ist, der braucht wesentlich mehr Zeit, das ist ja auch ein psychologisches Gespräch, was man dann führt. Einführen und darf ich mal und hätten sie was dagegen, wenn wir die Hose jetzt aufschneiden.“

3.2.4.8 Wie das Überführen in das Regelversorgungssystem gelingen könnte

Ein Überführen von Wohnungslosen in das Regelversorgungssystem könne laut den Interviewpartnern dann gelingen, wenn die Patientinnen und Patienten versichert seien und ein gewisses Maß an Strukturiertheit mitbrächten. Das heißt, wenn Sie einigermaßen organisiert, kognitiv leistungsfähig, psychisch stabil und vor allen in einem akzeptablem Allgemein-und Pflegezustand seien.

I12 203 1. Jahr

Befragter: „Das sind, erstens, nur welche, die krankenversichert sind. Und, zweitens, welche, die -. Ja, ich sage mal so, in Anführungsstrichen, ein bisschen normal aussehen. Weil das,

denke ich mal, ist in Arztpraxen so, dass dann -. Ja, dass leider auch meine Kollegen teilweise wenig Kinderstube haben.“

In der Gesamtheit äußerten sich die Interviewpartner allerdings dahingehend, dass die meisten wohnungslosen Patientinnen und Patienten nicht in das Regelversorgungssystem zu integrieren. Je ausgeprägter die Faktoren mangelnde Krankheitseinsicht, fehlende Strukturiertheit, Suchterkrankungen und schlechter Allgemein- und Pflegezustand seien, desto weniger könne man die Wohnungslosen an das Regelversorgungssystem anbinden.

I4 159-159 1. Jahr

Befragter: „Aber ich glaube, sich in ein Wartezimmer zu setzen mit normalen Patienten, die ganz normal zu einem niedergelassenen Arzt gehen und die Gala lesen, ich glaube, das geht gar nicht.“

Die Interviewpartner hatten sehr unterschiedliche Vorstellungen, welche Änderungen des Regelversorgungssystems notwendig wären, um die Einbindung von Wohnungslosen zu ermöglichen.

Zum einen wurde vorgeschlagen, zentrale Versorgungszentren für Wohnungslose im Regelversorgungssystem einzurichten, wie ein MVZ, eine Poliklinik oder Ambulanzen in Schwerpunktkrankenhäusern. Von Bedeutung sei es hierbei, verschiedene Fachrichtungen anzugliedern, um die Facharztproblematik zu bewältigen.

Eine weitere Idee war eine verpflichtende oder freiwillige Sprechstunde niedergelassener Ärzte für Wohnungslose, beispielsweise einmal im Monat und optimalerweise pauschal von der KV vergütet und/oder mit zusätzlichen finanziellen Anreizen. Wichtig sei die räumliche Nähe der Angebote zu den Aufenthaltsorten der Wohnungslosen.

Andere Vorschläge setzten bei der Reduzierung des bürokratischen Aufwands an. Wenn Patientinnen und Patienten keine KV-Karte hätten, sollte es eine einfache Art der Pauschalvergütung in den Praxen geben. Auch sollte für diese Patientengruppe auf

Terminvergaben verzichtet und die Möglichkeit zur schnellen Konsultation im Rahmen einer offenen Sprechstunde geschaffen werden.

Gemeinsam ist diesen Vorschlägen, dass das Regelversorgungssystem sich dieser Menschengruppe anpassen und auf sie zugehen müsse. Die Wohnungslosen müssen eingeladen und angesprochen werden. Auch die Forderung nach extra Raum und Zeit ist in all den Vorschlägen enthalten – und das persönliche Engagement der Ärzte, ohne das es nicht ginge.

I9 160-160 1. Jahr

Befragter: „Es müssten Praxen dezidiert niedrigschwelliger arbeiten. Das heißt, es müsste eine Praxis geben, wo Leute einfach hingehen können ohne Termin, zum Beispiel [...]. Das geht in dem System, was wir haben, eigentlich nicht. Es sei denn, man hätte jetzt quasi das im Rahmen, zum Beispiel, so einer Art Ambulanz oder so was.“

I4 189-189 1. Jahr

Befragter: „Dass ein Schild dran steht Mittwoch von 14 Uhr bis 16 Uhr ist die Praxis für Wohnungslose geöffnet.“

3.2.4.9 Erfahrungen des zweiten Jahres: Versorgung von Wohnungslosen im Regelversorgungssystem

Die Arbeit des zweiten Jahres zeige, so die Beteiligten, dass die Anbindung an das Regelversorgungssystem nur für einen kleinen Prozentsatz der Patientinnen und Patienten gelänge. Dennoch würde einigen Patientinnen und Patienten durch die Wiederaufnahme der Krankenversicherung der Zugang zum Regelversorgungssystem ermöglicht. Die meisten Patientinnen und Patienten, so die vielfachen Erfahrungen der Befragten, gingen aber nicht ins Versorgungssystem, da sie entweder nicht versichert seien oder schwere chronifizierte, psychische Erkrankungen hätten. Damit verbunden seien die bekannten Hürden wie Scham, Angst und fehlende Krankheitseinsicht. Aber auch die Überforderung des Regelversorgungssystems selbst und sprachliche Hürden wurden als vielfacher Grund genannt,

das Regelversorgungssystem nicht aufzusuchen. Die Mitarbeiter der Praxen bemühten sich sehr um die Anbindung der Patientinnen und Patienten an das Regelversorgungssystem.

I5 133-133 2. Jahr

Befragter: „Die brauchten eine gute Sozialarbeit an ihrer Seite. Das ist ganz ganz wichtig. Und den Zuspruch, dass auch im Regelsystem es Ärzte gibt, die diese Patienten auch gerne in ihren Praxen sehen.“

I41 9-9 2. Jahr

Befragter: „Ich würde sagen das Verhältnis Versicherte, Nicht-Versicherte blieb. [...] Ich weiß jetzt nicht wie viele, aber ich hatte den Eindruck auch durch dieses kommen sich irgendwie mehr gekümmert haben an Versicherungsschutz. Das fand ich auch erstaunlich..“

I5 125-125 2. Jahr

Befragter: „Mit gut zureden und viel Engagement. Unsererseits auch den Leuten zu vermitteln, dass es gut ist. Und wir machen die Praxistür dann ja nicht zu. Die können immer wieder zurückkommen. Aber bei einigen wenigen gelingt es und das ist gut. [...] Die, denen es gelingt, die kommen und geben uns auch eine Rückmeldung. Und sagen ich habe jetzt einen Hausarzt gefunden...“

3.2.5 Nutzen des Projektes

Aus Sicht der Interviewpartner am Ende des ersten Jahres profitierten in erster Linie die Patientinnen und Patienten vom Projekt. Viele Menschen hätten ohne das Schwerpunktpraxenprojekt keinerlei Zugang zu medizinischer Versorgung, es würde mehr Notfälle und eine höhere Sterblichkeit unter den Wohnungslosen geben. Die geregelte Versorgung könne teilweise kostenträchtige Notfälle abwenden.

Neben der vielfältigen medizinischen Versorgung habe das Projekt nach Meinung der Mitarbeiter der Schwerpunktpraxen weitere große Vorteile. Es sei z.B. von großem Interesse langfristig Zugang zu milieuspezifischen Informationen zu haben. Dazu gehöre nicht nur der Zugriff auf quantifizierbare Informationen und medizinische Daten (vorausgesetzt, die

Patientinnen und Patienten stimmen der Datenauswertung zu), sondern auch die Sichtbarmachung meldepflichtiger Erkrankungen wie Tuberkulose und Skabies. Nach Meinung einiger Interviewten habe auch die Professionalisierung der medizinischen Versorgung große Vorteile gegenüber dem Ehrenamt, da Kontinuität, Zuverlässigkeit, aber auch persönliche Abgrenzung besser zu bewerkstelligen seien.

I6 155-155 1. Jahr

Befragter: „Also ich denke einfach, dass die Behörden jederzeit einen Zugriff haben auf Informationen. Das ist sehr wichtig, genau wissen, was in der Obdachlosigkeit abläuft. Mit welchen Erkrankungen wir hier zu tun haben. Mit welchen meldepflichtigen Erkrankungen, zum Beispiel auch ein sehr großes Thema [...] Ist es momentan noch nicht, aber wird sein, die Erkrankung Lungentuberkulose.“

I12 19-19 1. Jahr

Befragter: „Also heute war ein Diabetiker da, der hatte kein Insulin mehr, habe ich aufgeschrieben. Weil das für den lebenswichtig, sonst ist landet der im Krankenhaus und die Kosten sind zig Mal höher.“

I6 147-147 1. Jahr

Befragter: „Ehrenamt ist Ehrenamt, und muss nicht bezahlt werden. So. Und ich persönlich sehe es problematisch, weil ich glaube, dass es nicht unser Ziel sein kann, dass wir amerikanische charity Verhältnisse bekommen in diesem Milieu. Dafür ist das Milieu einfach zu schwierig. Und ich denke, es gibt ja ganz viele Leute, die ja auch jahrelang in das System einbezahlt haben, bevor sie dann gesellschaftlich raus gefallen sind. ...Ehrenamt ... kompetente Leute, gar keine Frage. Aber man merkt doch, dass man mit ehrenamtlichen doch sehr schnell auch an Grenzen stößt.“

Die Erfahrungen des zweiten Jahres festigen den Eindruck des ersten Jahres. Der Nutzen des Projekts teile sich, so die Befragten, in zwei Teile: Nutzen für die Patientinnen und Patienten und Nutzen für das System.

Primär sei das Projekt sinnvoll, weil Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen kaum Zugang zum Regelversorgungssystem hätten, niedrigschwellig medizinische Versorgung bekämen. Das Projekt habe, so viele Interviewte, einen humanitären Nutzen. Vor allen Dingen konnte im zweiten Jahr verzeichnet werden, dass eine zunehmende Zahl an Patientinnen und Patienten gesundheitlich stabilisiert werden konnte. Es gab in Folge subjektiv weniger Notfälle und Erkrankte konnten nach frühzeitiger Entlassung aus dem Krankenhaus (auch dank der guten Zusammenarbeit mit der Krankenstube und Mobilien Hilfe) mittels schneller medizinischer Versorgung vor der Neuaufnahme in Kliniken bewahrt werden.

17 3-3 2. Jahr

Befragter: „Die Vertrauen und die Compliance ist erstaunlicherweise mindestens mit gut zu bewerten. [...] Die Menschen warten nicht mehr so lange, wenn sie ein Problem haben, sondern kommen schneller zu uns [...] und die Behandlungsdauer verkürzt sich.“

Doch der Nutzen ergäbe sich laut der Mitarbeiter, nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für das System selber. Die aufwendige pflegerische und organisatorische Betreuung von Wohnungslosen könne im Regelversorgungssystem aufgrund des Zeitdrucks in Praxen und Krankenhäusern kaum geleistet werden, besonders nicht nach frühzeitiger Entlassung aus Kliniken. Aber auch die Krankenkassen würden entlastet, da kostspieligen Notfällen und Klinikaufenthalten vorgebeugt würde. Zudem würde die Mehrzahl der Medikamente den Patientinnen und Patienten kostenlos mitgegeben und nicht verschrieben, sodass Kassen finanziell entlastet würden. Auch durch die bessere Nutzung der Netzwerke des Wohnungslosenhilfesystems im zweiten Jahr sei das Regelversorgungssystem und die Kassen stärker entlastet worden. Des Weiteren, so einige Interviewte, sei ein wichtiger Nutzen des Projekts der Einblick in die medizinischen Bedarfe der Wohnungslosen.

114 57-69 2. Jahr

Befragter: „ Und es spart Geld. Und es spart Krankenhauseinweisungen. Und ein Tag im Krankenhaus wissen wir alle, was das kostet, 700 Euro oder irgend so einen

Schnickschnack. Das ist viel Geld. Und wir überlegen uns hier immer sehr gründlich, wen wir nun mit Krankenwagen [...] irgendwo hinschicken. [...] Und was man vor allen Dingen spart, das sind die Medikamente.“

4 Diskussion

Wichtigste Ergebnisse

Das Projekt Schwerpunktpraxen für Wohnungslose wird von allen Beteiligten als eine positive und sinnvolle Maßnahme wahrgenommen. Die Ärzte, Pflegekräfte, Medizinischen Fachangestellten, die Sozialarbeiter und weitere Berufsgruppen des Wohnungslosenhilfesystems erleben die medizinische Grund- und Akutversorgung in den Schwerpunktpraxen als sehr hilfreich für die Patientinnen und Patienten und als Entlastung des Regelversorgungssystems, das den spezifischen Anforderungen bei der Versorgung Wohnungsloser wie z.B. Niedrigschwelligkeit des Zugangs, hoher pflegerischer Aufwand, Umgang auf Augenhöhe trotz Geruchsbelästigung und Drogenkonsum, meist nicht gerecht werden könne. Alle Befragten plädieren für eine Fortführung des Projektes und eine weitere Professionalisierung.

Die Praxen werden von der Klientel gut angenommen, die Zahl der Konsultationen erhöhte sich im zweiten Jahr des Projektes gegenüber dem ersten Jahr. Besonderheiten in der Versorgung Wohnungsloser zeigen sich in der Art der Behandlungsanlässe, z.B. den Folgen von Traumata, Hautverletzungen und Infektionen. Innerhalb des Projektzeitraums lässt sich eine Veränderung des Klientels der Schwerpunktpraxen feststellen. Etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten des ersten Jahres und rund ein Drittel der Patientinnen und Patienten des zweiten Jahres sind deutsche Staatsbürger. Gemäß dem höheren Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund im zweiten Jahr sank der Anteil von Menschen mit Krankenversicherung von 54% im ersten Jahr auf 27% im zweiten Jahr. Entsprechend dieser Veränderungen und der finanziellen Not der Patientinnen und Patienten, zeigt sich vom ersten zum zweiten Jahr eine Veränderung der Behandlung dahin gehend, dass Medikamente meistens mitgegeben und nicht verordnet werden. Ein weiterer Effekt der Veränderung der Klientel könnte die geringere Inanspruchnahme der Regelversorgung sein. Gerade die Klientel mit Migrationshintergrund zeigen andere Charakteristika als der „klassische Wohnungslose“. So könnte die Tatsache, dass es Veränderungen im Diagnosespektrum gab, wie z.B. weniger Diagnosen pro Patient und weniger Diagnosen aus dem Bereich „Psychische- und Verhaltensstörungen“ als im ersten Jahr, auf die

Veränderung der Klientel zurück zu führen sein. Auch die Zunahme der mitgegebenen gegenüber den verschriebenen Medikamenten könnte mit diesem Fakt zusammenhängen.

Aus Sicht der Mitarbeiter sei durch die Etablierung der Praxen eine bessere medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten erzielt worden und viele Patientinnen und Patienten zeigten sich absprachefähiger. Der Gesundheitszustand der Wohnungslosen sei vielfach stabilisiert worden. Dies zeigt sich auch in dem Ergebnis, dass über 50% der Patientinnen und Patienten mehrmalige Behandlungen in den Schwerpunktpraxen hatten

Auch zeigen die Ergebnisse und Beobachtungen der Mitarbeiter, dass die Notfallversorgungssystem seltener in Anspruch genommen würde. Dies kann aber auch ein Effekt der Veränderung der Klientel der Schwerpunktpraxen sein. Denkbar ist, dass die große Zahl der Patienten und Patienten mit Migrationshintergrund, generell keine Hilfe im Regelversorgungssystem in Anspruch nimmt aus Gründen der sprachlichen Barrieren oder der fehlenden Krankenversicherung.

Generell zeigt sich aus den vorliegenden Daten und den Eindrücken der Mitarbeiter, dass eine Einbindung der meisten Wohnungslosen in das Regelversorgungssystem nicht möglich ist.

4.1 Besonderheiten der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen im Vergleich zur Regelversorgung

4.1.1 Alter

Das Alter der wohnungslosen Patientinnen und Patienten entspricht dem Alter von Patientinnen und Patienten in Hausarztpraxen. Grundlage des Vergleichs ist eine groß angelegte Studie zur hausärztlichen Versorgungsforschung¹⁰ der Universität Heidelberg (CONTENT-Studie). Die 3-Jahres-Kontaktgruppe, die Basis der Heidelberger Auswertung ist, besteht aus 104.065 Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2006 und dem 30.09.2009 ihren Hausarzt mindestens einmal kontaktierten. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten am

¹⁰ Projekt CONTENT (CONTInuous morbidity registration Epidemiologic NeTwork) - Forschungsnetzwerk zur kontinuierlichen Morbiditätsregistrierung und -analyse in der Hausarztpraxis - <http://www.content-info.org/>

Ende der Beobachtungsperiode betrug 45,3 Jahre (Laux et. al., 2010)¹¹. Dies unterscheidet sich praktisch nicht vom Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten der Schwerpunktpraxen von 44,2 Jahren (43 Jahren im zweiten Jahr).

4.1.2 Geschlechterverteilung

59% der in der Heidelberger Studie registrierten Patientinnen und Patienten waren weiblich, 41% männlich¹². Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zu der Geschlechterverteilung der Patientinnen und Patienten der Schwerpunktpraxen, von denen nur 13% Frauen und 87% Männer (beziehungsweise 18% Frauen und 82% Männer) waren. Diese Geschlechterverteilung beruht auf der Tatsache, dass deutlich weniger Frauen als Männer wohnungslos sind. „Der Anteil der erwachsenen Männer unter den Wohnungslosen liegt bei 75%, der Frauenanteil liegt 25%.“ (BAG-Wohnungslosenhilfe e.V., 2012)¹³. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist es nicht möglich zu beurteilen, ob tatsächlich weniger Frauen die medizinische Versorgung aufgesucht haben, als ihrem Anteil an den Wohnungslosen entspricht – oder ob das Verzerrungseffekte sind. Es liegt nahe, die Lokalisation der Schwerpunktpraxen an eher von Männern frequentierten Orten mit der geringen Inanspruchnahme durch Frauen in Zusammenhang zu bringen.

4.1.3 Beratungsanlässe

In Bezug auf die Beratungsanlässe ist ein Vergleich mit der Stichprobe der Heidelberger CONTENT-Studie aus dem Jahr 2007 (Kühlein et al., 2008)¹⁴ möglich.

Wie die Grafik 14 zeigt, sind die häufigsten Beschwerden der Patientinnen und Patienten der Schwerpunktpraxen den Kapiteln S (Haut: 24% bzw. 21% aller Beratungsanlässe), L (Bewegungsapparat: 16% bzw. 12%) und P (Psychologisch: 14%) zuzuordnen. Die Beratungsanlässe in regulären Hausarztpraxen beruhen am häufigsten auf Beschwerden aus den Kapiteln L (Bewegungsapparat: 26%) sowie mit jeweils 14% der Beschwerden aus den Kapiteln D (Verdauungssystem) und R (Atmungsorgane). Im zweiten Jahr ist eine deutliche Steigerung der Beschwerden der Atmungsorgane in den Schwerpunktpraxen zu verzeichnen.

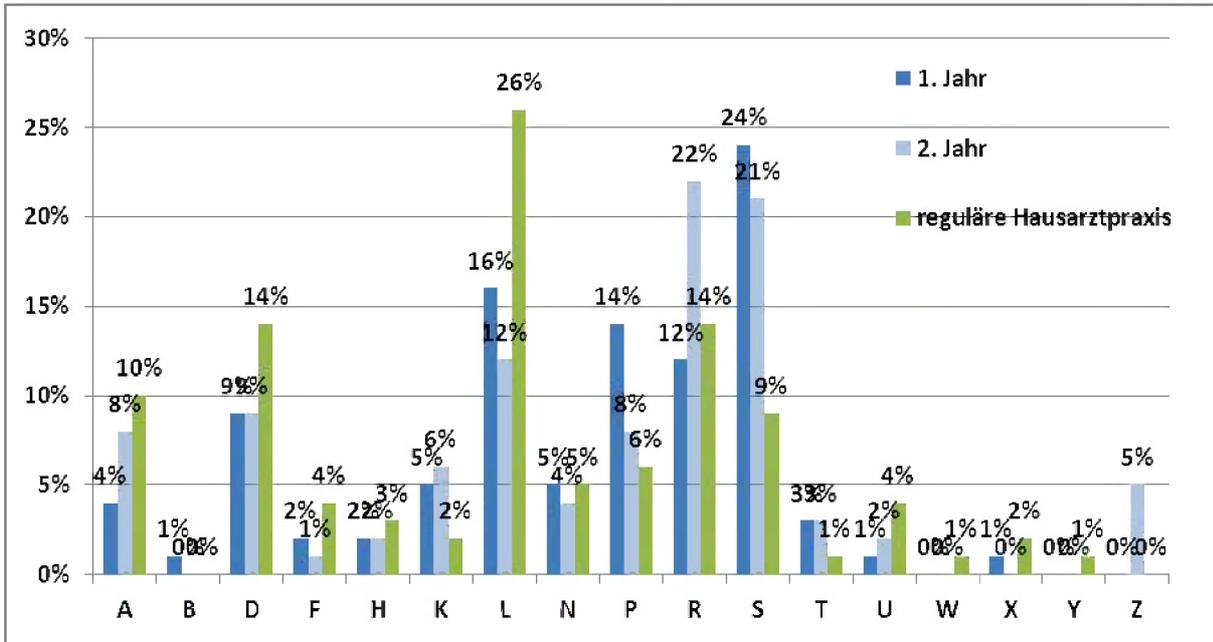
¹¹ Laux G, Kühlein T, Gutscher A, Szecsenyi J (2010): Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis, Ergebnisse aus dem CONTENT- Projekt 2006–2009, Springer Medizin, München, S.9

¹² http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/

¹³ http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/

¹⁴ Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J (2008): Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis. Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. CONTENT Berichtsband 1, Springer Medizin, München, S.47

Grafik 14: Beratungsanlässe in den Schwerpunktpraxen für Wohnungslose (1. Und 2. Jahr) im Vergleich zu regulären Hausarztpraxen*, codiert nach ICPC-2



*Schwerpunktpraxen: 1. Jahr N=388 Patientinnen und Patienten mit 588 Beratungsanlässen; 2. Jahr N=452 Patientinnen und Patienten mit 592 Beratungsanlässen, Reguläre Hausarztpraxen aus der CONTENT-Studie (Kühnlein et al., 2008): 31.525 Beratungsanlässe; Die Zuordnung der Buchstaben zu körperlichen Systemen findet sich in Kapitel 2.3.1.

Bezogen auf dreistellig codierte Beschwerden zeigt sich, dass Husten und Hals- und untere Rückensymptome gleichermaßen in regulären Hausarztpraxen wie auch in den Schwerpunktpraxen unter den TOP-10 Beschwerden zu finden sind. Die weiteren Beratungsanlässe bzw. Beschwerden unterscheiden sich deutlich. Alkohol- und Drogenmissbrauch, traumatische und infektiöse Hautbeschwerden sowie Beschwerden an den Extremitäten, vor allem den Füßen und Beinen stehen in den Schwerpunktpraxen für Wohnungslose im Vordergrund.

Tabelle 4: Die 10 häufigsten Beratungsanlässe im Vergleich

Nr.	Die 10 häufigsten Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis	Die 10 häufigsten Beratungsanlässe in den Schwerpunktpraxen 1. Jahr	Die 10 häufigsten Beratungsanlässe in den Schwerpunktpraxen 2. Jahr
1.	R05 Husten	R05 Husten	R05 Husten
2.	L03 Untere Rückensymptome	P15 Chronischer Alkoholmissbrauch	R21 Hals-/Rachensymptome/-beschwerden
3.	L01 Nackensymptome/-beschwerden	P16 Akuter Alkoholmissbrauch	S02 Juckreiz
4.	L02 Rückensymptome/-beschwerden. BWS	S02 Juckreiz	S19 Hautverletzung, andere
5.	A23 Risikofaktoren nicht näher bez.	L03 Untere Rückensymptome/-beschwerden	A03 Fieber
6.	R21 Hals-/Rachensymptome/-beschwerden	S19 Hautverletzung, andere	N01 Kopfschmerz
7.	D11 Durchfall	S18 Risswunde/Schnittverletzung	K85 Erhöhter Blutdruck
8.	N17 Schwindel/Benommenheit	L17 Fuß-/Zehensymptome/-beschwerden	P15 Chronischer Alkoholmissbrauch
9.	D01 Bauchschmerzen/-krämpfe	L14 Beinsympt./-beschwerden	L15 Kniebeschwerden
10.	L15 Kniesymptomatik/-beschwerden	P19 Drogenmissbrauch	S73 Pedikulose

*Schwerpunktpraxen: 1. Jahr N=388 Patientinnen und Patienten mit 588 Beratungsanlässen; 2. Jahr N=452 Patientinnen und Patienten mit 592 Beratungsanlässen, Reguläre Hausarztpraxen aus der CONTENT-Studie (Kühnlein et al., 2008): 31.525 Beratungsanlässe; Die Zuordnung der Buchstaben zu körperlichen Systemen findet sich in Kapitel 2.3.1.

4.1.4 ICD-10 Diagnosen

Für einen Vergleich der ICD-10 Diagnosen, die in den Schwerpunktpraxen vergeben wurden, mit der Regelversorgung bieten sich Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung an. Das Zentralinstitut erhält jedes Vierteljahr pseudonymisierte Abrechnungsdaten der Quartalsabrechnungen niedergelassener Ärzte von den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Brandenburg. Die Daten stammen aus einer geschichteten Zufallsstichprobe von 450 elektronisch abrechnenden Praxen mit rund 1,2 Mio. behandelten Patientinnen und Patienten und vier Millionen Diagnosen. Für den Vergleich werden die 10 häufigsten Diagnosen herangezogen, die in Hausarztpraxen vergeben wurden (Stand 2012)¹⁵.

¹⁵ Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppenaus dem ADT-Panel des Zentralinstituts - Jahr 2012, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Berlin 2013, S.4

Analog zu den Symptomen ist eine Besonderheit bei den Patienten der Schwerpunktpraxen die Diagnose „Psychische Verhaltensstörung durch Alkohol“. Die zweit- und dritthäufigste Diagnose im ersten Jahr in den Schwerpunktpraxen (Rückenschmerzen und Diabetes) finden sich auch unter den Top 5-Diagnosen der hausärztlichen Regelversorgung wieder. „Hypertonie“ findet sich im ersten wie im zweiten Jahr auf Platz 2 der häufigsten Erkrankungen der Schwerpunktpraxen. Im zweiten Jahr sind deutlich mehr Lungenerkrankungen zu verzeichnen. Milieuspezifisch und unüblich in der hausärztlichen Praxis sind Frühkomplikation eines Traumas (T79), Verletzungen (T14) sowie die Hauterkrankungen Tinea (B35), Läusebefall (B85) und Krätze (B86). Diese Diagnosen finden sich nicht einmal innerhalb der 50 häufigsten Diagnosen in der regulären Hausarztpraxis.

Tabelle 5: Die 10 häufigsten Diagnosen im Vergleich

Nr.	Die 10 häufigsten Diagnosen in der Hausarztpraxis	Die 10 häufigsten Diagnosen in den Schwerpunktpraxen 1. Jahr	Die 10 häufigsten Diagnosen in den Schwerpunktpraxen 2. Jahr
1.	I10 Essentielle (prim.) Hypertonie	F10 Psych. Verhaltensstörung d. Alkohol	J06 Akute Infektion der Atemwege
2.	E78 Störungen d. Lipoproteinstoffwechs	I10 Essentielle (prim.) Hypertonie	I10 Essentielle (prim.) Hypertonie
3.	M54 Rückenschmerzen	E11 Diabetes mellitus, Typ 2	F10 Psych. Verhaltensstörung d. Alkohol
4.	E11 Diabetes mellitus, Typ 2	T79 Frühkomplikationen eines Traumas	J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
5.	I25 Chronische ischämische Herzkrankh.	M54 Rückenschmerzen	J20 Akute Bronchitis
6.	E04 Sonstige nichttoxische Struma	B35 Dermatophytose [Tinea]	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
7.	E66 Adipositas	T14 Verletzung n.n. bez. Körperregion	M54 Rückenschmerzen
8.	K76 Sonstige Krankheiten der Leber	B85 Pedikulose/Phthiriasis	E11 Diabetes mellitus, Typ 2
9.	F32 Depressive Episode	B86 Skabies	F32 Depressive Episode
10.	I83 Varizen der unteren Extremitäten	K29 Gastritis und Duodenitis	B35 Dermatophytose [Tinea]

*Schwerpunktpraxen: 1. Jahr N=553 Diagnosen, 2. Jahr N=451 N=4.000.000 Diagnosen ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppenaus dem ADT-Panel des Zentralinstituts - Jahr 2012, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Berlin

Von diesen Unterschieden in den häufigsten Beratungsanlässen (Kapitel 4.3.3) und ICD-10 Diagnosen abgesehen, muss jedoch festgestellt werden, dass das Spektrum der Konsultationsanlässe und Diagnosen in den Schwerpunktpraxen genauso breit ist wie in regulären Hausarztpraxen: die Symptome und Diagnosen sind äußerst vielfältig.

4.1.5 Medikamente

In Bezug auf die Medikation ist wieder ein Vergleich mit der Jahreskontaktgruppe 2007 der Heidelberger CONTENT-Studie mit 265.478 verschriebenen Medikamenten¹⁶ möglich.

Unter den 10 am häufigsten verordneten Medikamentengruppen finden sich sowohl in Hausärztlichen Praxen wie auch in den Schwerpunktpraxen Blutdrucksenkende Mittel (Beta-Adrenozeptor-Antagonisten und ACE-Hemmer), Mittel gegen Schmerzen und Entzündungen (NSAR, Analgetika und Antipyretika) sowie Mittel bei säurebedingten Erkrankungen des Magens (Mittel bei peptischem Ulkus). An erster Stelle in den Schwerpunktpraxen stehen allerdings Antibiotika, was deutlich macht, dass häufig akute Infektionen Grund für das Aufsuchen der Schwerpunktpraxis sind. Weiterhin findet sich passend zu den Beschwerden und Diagnosen der wohnungslosen Patienten eine Häufung von dermatologischen Präparaten zur Behandlung von Hautentzündungen, Wunden und Geschwüren. Insgesamt muss aber festgehalten werden, dass sowohl in der regulären Hausarztpraxis und auch in den Schwerpunktpraxen nur einen geringen Anteil des gesamten Medikamentenspektrums. Es wird also die gesamte Breite der Medikamente benötigt.

¹⁶ Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J (2008): Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis. Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. CONTENT Berichtsband 1, Springer Medizin, München, S.75

Tabelle 6: Die 10 häufigsten Medikamentengruppen

Nr.	Die 10 häufigsten Medikamentengruppen in der Hausarztpraxis	Die 10 häufigsten Medikamentengruppen in den Schwerpunktpraxen 1. Jahr	Die 10 häufigsten Medikamentengruppen in den Schwerpunktpraxen 2. Jahr
1.	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	Antibiotika, systemisch	Antiphlogistika/Antirheumatika (NSAR)
2.	Antiphlogistika/Antirheumatika (NSAR)	Nichtsteroidale Antiphlogistika/Antirheumatika (NSAR)	Husten- und Erkältungspräparate
3.	Mittel bei peptischem Ulkus	Andere Analgetika und Antipyretika 2	Antibiotika zur systemischen Anwendung
4.	ACE-Hemmer	Mittel bei peptischem Ulkus	Analgetika
5.	Antithrombotische Mittel	Corticosteroide, dermatolog. Anwendung	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen
6.	Schilddrüsenpräparate	Husten- und Erkältungspräparate	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System
7.	Andere Analgetika und Antipyretika	ACE-Hemmer	Antimykotika zur dermat. Anwendung
8.	Opioide	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	ACE-Hemmer
9.	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	Dermatologika (Wunden/Geschwüre)	Antiseptika
10.	Orale Antidiabetika (exkl. Insulin)	Diuretika	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen

*Schwerpunktpraxen: 1. Jahr N=247 verordnete oder mitgegebene Medikamente, 2. Jahr N= 309 verordnete oder mitgegebene Medikamente in den Schwerpunktpraxen, N=265.478 verordnete Medikamente in der CONTENT-Studie (Kühnlein et al., 2008).

4.1.6 Psychiatrische Sprechstunde

Die Bedeutung der Arbeit in der psychiatrischen Sprechstunde wird vor dem Hintergrund der größten deutschen Studie zu seelischen Erkrankungsraten von Wohnungslosen sehr deutlich.

Die SEEWOLF-Studie (Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München)¹⁷ untersuchte seit 2010 die Häufigkeit, die Art und

¹⁷ Bröner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G., Jahn, T., Bäuml, J. (2013). Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München: Die SEEWOLF-Studie. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 1/2013, S. 65-71.

das Ausmaß psychischer Erkrankungen bei Münchner Wohnungslosen. Dabei wurden aktuelle Erkrankungen, Vorgeschichten der Erkrankungen und deren Verläufe erfasst.

Es wurden 232 zufällig ausgewählte Bewohnern von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München geschichtet nach Geschlecht, Einrichtungsträgern und Unterbringungsart an jeweils drei Terminen untersucht. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich über knapp zwei Jahre. Bestandteil der Erhebung war ein soziobiografisches und klinisch-anamnestisches Interview mit standardisierter psychopathologischer Untersuchung, eine psychometrische Untersuchung kognitiver Leistungen, eine internistisch-neurologische Untersuchung sowie die Bearbeitung ergänzender, standardisierter Fragebögen.

Die Ergebnisse der Münchner Studie decken sich mit den geschilderten Eindrücken aus den Schwerpunktpraxen in Hamburg. Fast jeder Wohnungslose leidet unter einer psychischen Störung. In der Münchner Studie hatten 93,3% der Befragten im Laufe ihres Lebens mindestens eine sogenannte Achse-I-Störung (alle psychiatrischen Erkrankungen außer Persönlichkeitsstörungen) erlitten. Ob diese psychische Störung Ursache oder Folge der Wohnungslosigkeit ist, ist häufig nicht zu klären. Nur 6,7% der Befragten waren bis zum Befragungszeitpunkt immer frei von psychopathologischen Beeinträchtigungen gewesen.

Dieser Lebenszeitprävalenz von 93,3% steht eine 1-Monats-Prävalenz aktuell behandlungsbedürftiger psychiatrischer Störungen von 74,0% gegenüber. Beide Prävalenzen replizieren fast exakt die Ergebnisse einer vergleichbaren Studie von Fichter et al von 1996¹⁸.

In der SEEWOLF-Studie hatten 22,9% der Untersuchten eine Achse-I-Lebenszeitdiagnose, 31,8% zwei Diagnosen sowie 38,6% drei und mehr psychiatrische Diagnosen (bis zu sieben). Insofern ist auch eine hohe psychiatrische Komorbidität festzustellen. Die höchsten Lebenszeit-Prävalenzen fanden sich für substanzinduzierte Störungen (73,5%), was auch die Erfahrung aus den Schwerpunktpraxen in Hamburg wieder spiegelt. Unter den substanzinduzierten Störungen waren Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit und Alkoholfolgeerkrankungen die mit Abstand häufigsten suchtasoziierten Störungen. Die substanzinduzierten Störungen werden gefolgt von affektiven Störungen (44,8%), neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (21,1%) sowie Störungen aus dem schizophrenen Spektrum (13,5%).

Neben den Achse I-Störungen haben die Münchner Forscher auch das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen (sogenannte Achse-II-Störungen) untersucht. 44,9% wiesen keine

¹⁸ Fichter M et al. (1996). Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 246: S. 185-196

solche Störung auf, 34,7% genau eine Persönlichkeitsstörung, insgesamt 20,3% erfüllten die diagnostischen Kriterien für zwei oder mehr (bis zu sechs) Persönlichkeitsstörungen zugleich. Die drei mit Abstand häufigsten Persönlichkeitsstörungen, die diagnostiziert wurden, waren die Antisoziale Persönlichkeitsstörung (18,8%), die Schizoide Persönlichkeitsstörung (17,9%) und die Borderline-Störung (14,4%).

Über Suizidgedanken irgendwann in ihrem Leben berichteten 43,8% der Befragten, über Suizidversuche 16,4% und 12,8% gaben selbstverletzendes Verhalten an.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Eindruck der an der psychiatrischen Sprechstunde Beteiligten mit den zur Verfügung stehenden Daten aus anderen Studien übereinstimmt: Rund 75% der wohnungslosen Menschen benötigen aktuell eine psychiatrische Behandlung. Ein Problem dabei ist die mangelnde Krankheitseinsicht: wie Amador et al.¹⁹, in einer amerikanischen Studie mit 412 Patienten mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen zeigte, waren 27,3% der Befragten nicht krankheitseinsichtig. Dies unterstreicht die Notwendigkeit der Arbeit der psychiatrischen Schwerpunktpraxen, die Motivationsarbeit leisten und einen niedrigschwelligen Zugang zu psychiatrischer Versorgung bieten. Ein Ausbau des Angebots erscheint sinnvoll. Wie viele Arbeitsstunden von Psychiatern notwendig sind, wurde für diesen Zwischenbericht nicht ermittelt. Der Erfolg der Arbeit der Psychiater hängt ganz wesentlich davon ab, ob der Zugang zu den Wohnungslosen durch andere Mitarbeiter aus dem Wohnungslosenhilfesystem gebahnt und unterstützt werden kann.

4.2 Die Arbeit der Schwerpunktpraxen aus Sicht der direkt Beteiligten

Das Projekt Schwerpunktpraxen für Wohnungslose wird von allen Beteiligten als eine positive und sinnvolle Maßnahme wahrgenommen. Die Ärzte, Pflegekräfte, Medizinischen Fachangestellten, die Sozialarbeiter und weitere Berufsgruppen des Wohnungslosenhilfesystems erleben die medizinische Versorgung in den Schwerpunktpraxen als sehr hilfreich für die Patienten.

Alle Befragten plädieren für eine Fortführung des Projektes und eine weitere Professionalisierung. Die in den Interviews geäußerten Kritikpunkte zeigen Wege auf, auf denen eine weitere Professionalisierung erreicht werden kann. Die Kritik der Projektbeteiligten bezieht

¹⁹ Amador XF et al. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Archives of General Psychiatry 51: 826-836

sich zum Teil aber auch auf rechtliche Rahmenbedingungen, die unklar oder von den Projektbeteiligten (inklusive der Behörde) nicht veränderbar sind.

Die Ärzte sowie die medizinischen Hilfsberufe in den Schwerpunktpraxen erhalten eine pauschale Entlohnung ihrer Arbeit auf Stundenbasis. Im Unterschied zur üblichen Abrechnung ambulanter Leistungen erfolgt die Abrechnung also nicht patientenweise. Dieses System ermöglicht, dass auch nicht versicherte Patienten behandelt wurden. Sie machten im ersten Jahr etwa die Hälfte, im zweiten Jahr über zwei Drittel aller behandelten Patienten aus.

Explizit wünschen sich alle Beteiligten eine einheitliche Regelung für die Kostenübernahme von Medikamenten, um alle Patienten ausreichend medizinisch versorgen zu können. Gleiches gilt für die Möglichkeit einer Übernahme von Kosten für Nicht-Versicherte, z.B. auch von Klinikaufenthalten, Konsultationen von Spezialisten etc. Eine standardisierte Anbindung an Spezialisten wird als unabdingbar gesehen, weil in den Praxen maximal eine Grundversorgung möglich ist. Wichtig ist hierfür eine Bereitstellung von einheitlichen Informationen, wie bei bestimmten Fragen vorzugehen ist. Drängende Fragen sind:

- Welches Vorgehen wird für nicht krankenversicherte Patienten empfohlen?
- Welche Möglichkeiten gibt es für Patienten, die sich Zuzahlungen nicht leisten können?
- Was könnte eine Lösung für die benötigten Medikamente sein?
- Welche Möglichkeiten gibt es zur Einbindung von Übersetzern?
- Welche Spezialisten sind bereit, Wohnungslose zu behandeln?
- Welche Versorgungsmöglichkeiten gibt es für Patienten, die vorzeitig aus dem Krankenhaus entlassen wurden?
- An welche Ansprechpartner können Patienten mit komplexen sozialen Problemen verwiesen werden?

Mehrere Befragte wünschen sich einen zentralen Ansprechpartner für die schnelle Klärung von Problemen, wie z.B. einen Sozialarbeiter, der für alle Schwerpunktpraxen zuständig ist. Des Weiteren wurde zwecks Professionalisierung des Projektes die Einrichtung regelmäßiger Treffen unter den Beteiligten zum Austausch von Wissen und Erfahrungen gewünscht.

An den Kritikpunkten lässt sich erkennen, dass die Beteiligten den Patienten eine Versorgung zukommen lassen wollen, die möglichst nah an die Regelversorgung herankommt. Gleichzeitig sehen die Beteiligten das Projekt als ein soziales Projekt und leisten medizinische Versorgung unabhängig von Herkunft und Versicherungsstatus. Es scheint notwendig, im Rahmen einer Auswertung diese Punkte mit allen Projektbeteiligten, also auch Vertretern der BASFI, der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung aufzugreifen. Einen ersten Austausch

dazu hat es nach Veröffentlichung des Zwischenberichtes zur Evaluation der Schwerpunktpraxen, bei einem gemeinsamen Treffen aller Beteiligten gegeben. Bisher konnten aber keine sichtbaren Veränderungen erzielt werden, da die Behörde bei bestimmten Themen auch nur sehr begrenzte Handlungsoptionen hat (siehe Beispiel: dauerhafte Versorgung chronisch Kranker).

In den Interviews wird deutlich, wie wichtig die Einbindung der Schwerpunktpraxen in das bestehende Wohnungslosenhilfesystem ist. So wird die Praxis am Pik As, im ersten und zweiten Jahr am stärksten frequentiert, weil das Pik As ein zentraler Anlaufpunkt für Wohnungslose ist – und auch, weil die Sozialarbeiter den Weg in die Schwerpunktpraxis bahnen, indem sie ihre Klienten an Termine erinnern, zur Behandlung motivieren oder sogar persönlich hinbringen. Auch ist es durch den eingebundenen Pflegedienst im Pik As und Achterdwers und die Mitarbeiterin der mobilen Hilfe im Johanniswall, den Ärzten möglich, Behandlungen zu delegieren und damit eine Behandlungskontinuität über die Sprechzeiten hinaus zu gewährleisten. Nach Ansicht der Beteiligten wäre die psychiatrische Arbeit ohne die Sozialarbeiter, zu denen die Klienten Vertrauen haben, gar nicht möglich. Denn die meisten Klienten müssen zum Aufsuchen eines Psychiaters motiviert werden. Von allein kommen sie nicht.

Vor diesem Hintergrund werden die Anlaufschwierigkeiten der Praxis am Johanniswall sehr gut verständlich – insbesondere die ungenügende Frequentierung der psychiatrischen Sprechstunden. Bei der Praxis am Johanniswall wäre eine Synchronisierung der Öffnungszeiten mit dem Stützpunkt der Caritas sinnvoll. Im Verlauf des zweiten Jahres zeigte sich, dass besonders die Schwerpunktpraxis Johanniswall eine enge Zusammenarbeit mit der Mobilen Hilfe gelang. Außerdem hat der Caritasverband den Sozialarbeiter des anliegenden Stützpunkts enger an die Praxis Johanniswall angebunden, obwohl dafür keine zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden konnten. Auch die Praxis am Achterdwers bedarf einer stärkeren sozialarbeiterischen Unterstützung, damit die wohnungslosen Patienten aus dem Hamburger Osten die Praxissprechstunden auch nutzen. Denkbar wäre auch eine Verlegung des Standortes an einen zentraleren Ort der Wohnungslosenszene in Bergedorf, wo wiederum eine enge Kooperationsmöglichkeit mit dem Wohnungslosenhilfesystem strukturell gegeben sein müsste.

An allen drei Standorten ist aus Sicht der Befragten eine entsprechende sozialarbeiterische Unterstützung der Arbeit der Schwerpunktpraxen dringend notwendig. Denn das Engagement

der Sozialarbeiter wird als eine Zusatzaufgabe wahrgenommen, durch die für andere Arbeiten weniger Zeit zur Verfügung steht oder für die sogar Freizeit geopfert wird. Bisher war im Rahmen des Schwerpunktpraxenprojektes eine Finanzierung von Sozialarbeitern nicht vorgesehen, weil die BASFI davon ausging, dass die sozialarbeiterische Unterstützung im Rahmen der bestehenden Arbeitsvolumina geschafft werden könne. In welchem Umfang das Schwerpunktpraxenprojekt zusätzliche Sozialarbeiterstunden benötigt, muss in einem Klärungsprozess mit den Beteiligten ermittelt werden.

Von zentraler Bedeutung ist für die Beteiligten eine breite Öffentlichkeitsarbeit. Einerseits muss das gesamte Wohnungslosenhilfesystem systematisch über die Existenz der Schwerpunktpraxen informiert werden, damit mehr Patienten den Weg in die Praxen finden. Öffentlichkeitsarbeit könnte aber auch dazu genutzt werden, Spenden zu sammeln. Diese Forderung besteht auch nach wie vor nach Beendigung des zweiten Jahres. Besonders, so zeigen die Zahlen, wäre dies hilfreich zur Beschaffung von Medikamenten. Die deutliche Mehrzahl der Medikamente wird den Patienten kostenfrei mitgegeben. Die Zahl der mitgegebenen Medikamente ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen.

Die Beteiligten sind überzeugt, dass durch die ambulante Behandlung der Wohnungslosen stationär behandlungsbedürftige Notfälle und langfristig Sterbefälle vermieden werden können. Deutlich wurde durch die Daten des zweiten Jahres, dass eine gesundheitliche Stabilisierung der Patienten erreicht werden konnte. Erfreulicherweise zeigt die Versorgung in den Schwerpunktpraxen einen deutlich positiven Effekt. Der Prozentsatz derer, die einen Krankenhausaufenthalt unter und über 24 Stunden hatten ist jeweils um 6% zurückgegangen. Die Zahl der Patienten die außerhalb der Praxen keine Hilfe in Anspruch genommen haben ist um 25% im Vergleich zum Vorjahr gestiegen.

4.3 Barrieren und Chancen der Integration von Wohnungslosen in das medizinische Regelversorgungssystem

Die Einbindung der Wohnungslosen in das Regelversorgungssystem ist aus Sicht der Befragten unter den bestehenden Bedingungen wenig bis gar nicht möglich. Voraussetzung für eine gelungene Anbindung an die Regelversorgung sei eine Reduzierung des bürokratischen Aufwands. Denkbar wären unterschiedliche Konzepte, die gemeinsam haben, dass das Angebot im Regelversorgungssystem für die Wohnungslosen dezidiert niedrigschwelliger gestaltet

werden müsste. Ein Vorschlag ist, dass Spezialisten für eine z.B. mit der KV vereinbarte Pauschalvergütung ihre Praxis im Rahmen festgelegter Sprechstunden für Wohnungslose öffnen.

Eine weitere Idee wäre langfristig die Planung eines MVZ, einer Poliklinik, Ambulanz oder die Erweiterung der Caritas Krankenstube um einen ambulanten Bereich, in dem die Klientel unbürokratisch versorgt und angebunden werden könnte. Bei der Planung seien die Besonderheiten der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen zu berücksichtigen.

4.4 Stärken und Schwächen der Studie

Eine Stärke der Studie ist die routinemäßige Erhebung von Behandlungsdaten, die für den Bereich der Versorgung Wohnungsloser in Deutschland einmalig ist. Eine weitere Stärke ist die enge Kooperation mit den Mitarbeitern, die tiefe Einblicke in das Projekt ermöglichte. Allerdings stellt die gute Einbindung in das Projekt auch einen Nachteil dar, weil die Position des neutral-nüchternen Evaluators schwieriger einzuhalten ist.

Positiv zu werten ist, dass es sich um eine Vollerhebung handelt, die eigentlich dem Selektions-Bias vorbeugen soll. Die Behandlungsdaten müssen dennoch mit Vorsicht interpretiert werden, da die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, ihr Einverständnis zur Auswertung der Daten zu geben, sehr unterschiedlich war und hier eine Verzerrung vermutet werden muss. Auch haben die Ärztinnen und Ärzte im Verlauf des Projektes weniger intensiv dokumentiert.

Kritisch ist auch zu betrachten, dass es sich nicht um ein kontrolliertes Studiendesign handelt. Denkbar wäre ein kontrolliertes Studiendesign mit zwei Gruppen gewesen (Fallgruppe: bekommen Intervention/ärztliche Behandlung, Kontrollgruppe: bekommt keine Intervention/ärztliche Behandlung). Aus ethischer Sicht ist ein solches Studiendesign nicht machbar, da alle Patienten und Patientinnen, die in die Schwerpunktpraxen kommen medizinische Hilfe benötigen.

Hilfreich wäre auch der Vergleich mit den Daten von anderen Schwerpunktpraxen gewesen. Dies war insofern nicht möglich, als dass andere medizinische Hilfsangebote völlig andere Strukturen haben und daher ein Vergleich nicht möglich ist.

4.5 Implikationen für weitere Forschung

Es zeigt sich, dass Wohnungslose häufig im stationären Bereich des Regelversorgungssystems behandelt werden. Hierzu gibt es kaum wissenschaftliche Untersuchungen, was, wie und in welchem Umfang gemacht wird. Diesen Bereich zu beleuchten könnte die praktisch nicht stattfindende Kooperation zwischen stationärem und ambulantem Sektor verbessern.

Auch eine weitere Beschreibung und Analyse der psychiatrischen Versorgung ist notwendig.

Ein möglicher Forschungsansatz wäre auch die detaillierte Betrachtung des Versicherungsstatus der Patienten. In dieser Studie wird nur zwischen Versichert/Nicht-Versichert unterschieden. Denkbar wäre eine Erhebung der genauen Gründe für die fehlende Versicherung.

5. Zusammenfassung

Die BASFI hat das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf beauftragt, das Projekt „Schwerpunktpraxen für Wohnungslose“ zu evaluieren. Mit diesem Dokument liegt der Abschlussbericht nach 24 Monaten medizinischer Versorgung durch die Schwerpunktpraxen vor.

Es wurden, im Rahmen einer Vollerhebung, die Daten von drei Schwerpunktpraxen erhoben. Die Daten wurden mittels routinemäßiger Patientendokumentation und zusätzlichem Fragebogen zur „Nutzung des Regelversorgungssystems durch die Wohnungslosen“, gesammelt und statistisch ausgewertet. Zusätzlich wurden 29 Interviews mit den Mitarbeitern der Schwerpunktpraxis geführt und qualitativ ausgewertet.

Das Projekt Schwerpunktpraxen für Wohnungslose wird von allen Beteiligten als eine positive und sinnvolle Maßnahme wahrgenommen. Die Ärzte, Pflegekräfte, Medizinischen Fachangestellten, die Sozialarbeiter und weitere Berufsgruppen des Wohnungslosenhilfesystems erleben die medizinische Grund- und Akutversorgung in den Schwerpunktpraxen als sehr hilfreich für die Patientinnen und Patienten und als Entlastung des Regelversorgungssystems, das den spezifischen Anforderungen bei der Versorgung Wohnungsloser wie z.B. Niedrigschwelligkeit des Zugangs, hoher pflegerischer Aufwand, Umgang auf Augenhöhe trotz Geruchsbelästigung und Drogenkonsum, meist nicht gerecht werden könne. Alle Befragten plädieren für eine Fortführung des Projektes und eine weitere Professionalisierung.

Die Praxen werden von der Klientel gut angenommen, die Zahl der Konsultationen erhöhte sich im zweiten Jahr des Projektes gegenüber dem ersten Jahr. Besonderheiten in der Versorgung Wohnungsloser zeigen sich in der Art der Behandlungsanlässe, die sich von einer üblichen Hausarztpraxis bzw. einer psychiatrischen Praxis deutlich unterscheiden und einem erkennbaren pflegerischen Mehrbedarf. Innerhalb des Projektzeitraums lässt sich eine Veränderung der Klientel der Schwerpunktpraxen feststellen. Etwa die Hälfte der Patienten des ersten Jahres und rund ein Drittel der Patienten des zweiten Jahres sind deutsche Staatsbürger. Gemäß des höheren Anteils von Menschen mit Migrationshintergrund im zweiten Jahr sank der Anteil von Menschen mit Krankenversicherung von 54% im ersten Jahr auf 27% im zweiten Jahr. Ein ungelöstes Problem stellt der Umgang mit dem Bedarf nach Medikamenten oder mit der Weiterbehandlung im Regelversorgungssystem dar, die von den Patientinnen und Patienten

finanziell nicht getragen werden können. Das Sammeln von Medikamentenspenden und die Kooperation mit Spezialisten seien im Verlauf des Projektes zwar besser geworden, aber weiterhin noch zu sehr von der Eigeninitiative der Mitarbeiter abhängig.

Aus Sicht der Mitarbeiter sei durch die Etablierung der Praxen eine bessere medizinische Versorgung der Patienten erzielt worden und viele Patienten zeigten sich absprachefähiger. Der Gesundheitszustand der Wohnungslosen sei vielfach stabilisiert worden. Auch beobachteten die Mitarbeiter, dass dadurch das Notfallversorgungssystem seltener in Anspruch genommen würde.

Es zeigt sich, dass die drei Praxen unterschiedlich ausgelastet sind und zwecks Erhöhung der Inanspruchnahme der Standorte Johanniswall und Achterdwars eine bessere Vernetzung mit dem Wohnungslosenhilfesystem notwendig ist. Aus Sicht der Beteiligten ist eine offizielle (und damit finanziell entschädigte) Einbindung von Sozialarbeitern in das Projekt notwendig, um die Patientinnen und Patienten zu informieren und zu motivieren, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, aber auch, um sozialrechtliche Fragen, insbesondere die des Versicherungsschutzes zu klären. Bisher unterstützen die Sozialarbeiter die Praxisarbeit mit Zeitkontingenten, die dann in ihrer regulären Arbeit fehlen bzw. auf Kosten der Freizeit gehen. Der konkrete Bedarf an zu finanzierenden Stunden für Sozialarbeit muss noch ermittelt werden. Die Mitarbeiter der Schwerpunktpraxen wünschen sich eine intensivere und verbesserte Kommunikation unter den Beteiligten - zum Wissensaustausch und zur weiteren Professionalisierung.

Alle Mitarbeiter der „Schwerpunktpraxen für Wohnungslose“ teilen die Auffassung, dass nur ein geringer Teil der Patienten in das Regelversorgungssystem integrierbar ist. Hauptgrund dafür sei, dass nur etwa die Hälfte im ersten Jahr und nur knapp ein Viertel der Patienten des zweiten Jahres krankenversichert ist und viele Wohnungslose zu ängstlich oder schamhaft seien, das Regelversorgungssystem aufzusuchen. Viele wären auch davon überfordert, Termine zu vereinbaren und einzuhalten. Zudem scheinen sie im Regelversorgungssystem aufgrund ihres Pflegezustandes und psychischen Problematik auch nicht willkommen zu sein. Favorisiert werden besondere, niedrighschwellige medizinische Hilfsangebote, deren Leistungsspektrum möglichst nah an das der Regelversorgung heranreicht. Die im Rahmen dieses Projektes aufgebauten Schwerpunktpraxen werden als sehr gute Initiative der Professionalisierung der medizinischen Hilfe für Wohnungslose wahrgenommen.

Das erste Projektziel, d.h. die erfolgreiche Akut- und Grundversorgung der Wohnungslosen durch die Schwerpunktpraxen wird erfolgreich umgesetzt.

Das zweite Projektziel, die Integration der Wohnungslosen in das medizinische Regelversorgungssystem stößt auf Schwierigkeiten, die sowohl auf Seiten der Wohnungslosen, als auch auf Seiten des Regelversorgungssystems zu suchen sind. Schließlich gibt es für die Versorgung von ausländischen Wohnungslosen, die nicht versichert sind, bisher keine (aus medizinisch-humanitärer Sicht) befriedigenden Lösungen.

Insgesamt sind alle Projektbeteiligten davon überzeugt, dass die hausärztliche und psychiatrische Versorgung von obdachlosen Menschen durch das Projekt verbessert wird.

Anlage 1 - Fragebogen: „Basisdokumentation zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung“

Fragebogen

1 Basisdokumentation Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Schwerpunktpraxen für Wohnungslose

Liebe Ärzte und Ärztinnen und medizinische Fachangestellte,

der folgende kurze Fragebogen dient der Evaluation der Schwerpunktpraxen und muss pro Patient nur einmal ausgefüllt werden. Bitte tragen Sie die entsprechenden Angaben und in jedem Fall die Chiffre-Nr. des Patienten ein.

Herzlichen Dank

Carolin Lange

Institut für Allgemeinmedizin, UKE

2 Regelversorgungssystem

Nachname der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes - Bitte immer ausfüllen!

Patienten-Chiffre

Bitte geben Sie die Chiffre-Nr. des Patienten an. Die Chiffre-Nummer besteht aus dem ersten Buchstaben des Vornamens, dem ersten Buchstaben des Nachnamens des Patienten und dem 8-stelligen Geburtsdatum, z.B. Clemens Schulz geb. 25.06.1944 hätte die Chiffre-Nr.: CS25061944

Hat der Patient in den letzten 6 Monaten medizinische Hilfe im Regelversorgungssystem in Anspruch genommen? Bitte Versorgungssektor ankreuzen und die Zahl der Kontakte dokumentieren. Mehrfachnennungen möglich.

- Niedergelassener Arzt
- Notfallbehandlung im Krankenhaus (Aufenthalt bis 24 h)
- Krankenhausaufenthalt (Aufenthalt über 24 h; wie häufig, wie lange)
- KV-Notfallpraxis, KV-Notarzt
- Rettungswagen
- Notarztwagen
- Sonstiges (Was und wie häufig?)
- Keine Hilfe in Anspruch genommen
- Angaben nicht zu erheben

Hat der Patient in den letzten 6 Monaten medizinische Hilfe im Wohnungslosenhilfesystem in Anspruch genommen? Bitte Versorgungssektor ankreuzen und die Zahl der Kontakte dokumentieren. Mehrfachnennungen möglich.

- Mobile Hilfe
- Tagesaufenthaltsstätte Bundesstrasse
- Krankenstube für Obdachlose
- Kernenate Tagestreff für wohnungslose Frauen
- Park-In Treffpunkt Billstedt
- Alimaus
- Sonstiges (Was und wie häufig?)
- Keine Hilfe in Anspruch genommen
- Angaben nicht zu erheben

Warum sucht der Patient heute nicht einen niedergelassenen Arzt auf? Was sind die Gründe dafür?

Seit wann ist der Patient wohnungslos?

Wie und wo lebt der Patient? (Platte, überwiegend Wohnheim, bei Bekannten etc.)

Gibt es einen Arzt, den der Patient regelmäßig sieht (Hausarzt, Spezialist)?

In welchem Land ist der Patient geboren?

- Deutschland
- In einem anderem Land:

In welchem Land ist die Mutter des Patienten geboren?

- Deutschland
- In einem anderem Land:

In welchem Land ist der Vater des Patienten geboren?

Deutschland

In einem anderem Land:

Der Patient hat:

die deutsche Staatsbürgerschaft

einen unbefristeten Aufenthaltstatus

einen befristeten Aufenthaltstatus

Bitte stellen Sie dem Patienten folgende Frage:

"Sind Sie bereit, mit Ihren gesundheitlichen Beschwerden das nächste Mal eine "normale" Arztpraxis aufzusuchen?"

Ja

Nein. Wenn nein, warum nicht?

3 Endseite

Vielen Dank!

Anlage 2 - ICPC2-Übersicht

ICPC-2 Deutsch/German International Classification of Primary Care – 2 nd Edition	Blut, blutbild. Organe, Immunsystem	B	Auge	F	Bewegungsapparat	L
<p>Wonca International Classification Committee (WICC)</p> <p>Prozeduren-Codes</p> <p>30 Ärztliche Untersuchung - komplett 31 Ärztliche Untersuchung - teilweise 32 Allergie-/Sensitivitätstestung 33 Mikrobiol./Immunol. Untersuchung 34 Blutuntersuchung 35 Urinuntersuchung 36 Stuhluntersuchung 37 Histozytologische Untersuchung 38 Labordiagnostik, andere NAK 39 Körperliche Funktionsprüfung 40 Diagnostische Endoskopie 41 Diagnostisches Beratungsgespräch 42 Elektrokardiogramm 43 Diagnostische Untersuchung, andere 44 Präventive Impfung/Medikation 45 Beobachtung/Schulung/Behandlung/Diät 46 Konsult. eines and. Grundversorgers 47 Konsultation eines Facharztes 48 Klärung des Beratungsinhaltes 49 Vorsorgeuntersuchung 50 Medikation/Verschreibung/Injektion 51 Inzision/Drainage/Spülung/Absaugung 52 Exzision/Biopsie 53 Instr. Manipulation/Katheter/Intubation 54 Verschluss/Fixation/Nah-/Fernsehe 55 Lokale Injektion/Infiltration 56 Verbandkompression/Tamponade 57 Physikalische Therapie/Rehabilitation 58 Therapeutische Beratung/Zuhören 59 Therap. Maßn. d. Chr., andere NAK 60 Testres. Ergebnis eigene Maßnahme 61 Ergebnis Untersuchung/Brief, anderer 62 Administrative Maßnahme 63 Folgebewertung unspezifiziert 64 Konsult. auf Initiative Leistungser. 65 Konsultation auf Initiative Dritter 66 ÜW an and. Leistungser. Pflegekraft 67 ÜW an einem Arzt/Spezialisten 68 Überweisungen, andere NAK 69 Beratungsinhalt, anderer NAK</p> <p>Allgemein und unspezifisch</p> <p>A</p> <p>A01 Schmerz generalisiert/mehrere Stellen A02 Fieber A03 Schwäche/allgemeine Müdigkeit A05 Unwohlsein A06 Ohnmacht/Synkope A07 Koma A08 Schwellung A09 Übermäßiges Schwitzen A10 Blähung/Bindevorgänge NNB A11 Brustschmerz A13 Besorgnis ü. Angst vor med. Behandl. A16 Unruhiges Kleinkind A18 Besorgnis über äußere Erscheinung A20 Gespräch über/dritte um Sterbehilfe A21 Risikofaktoren bösartige Neubildung A23 Risikofaktoren NNB A25 Angst vor dem Tod / Sterben A26 Angst vor Krebserkrankung NNB A27 Angst vor anderer Krankheit NNB A28 Funktionseinschr./Behinderung (A) A29 Allgemeinsympt./beschw. andere A30 Tuberkulose A31 Masern A32 Windpocken A33 Malaria A34 Röteln A37 Infektiöse Mononukleose A38 Virales Exanthem NNB, andere A39 Infektiöse Erkrankung NNB, andere A41 Meningitis NNB A80 Trauma/Verletzung NNB A81 Polytrauma/Verletzungen A82 Sekundäreffekte eines Traumas A84 Verletzung durch medizin. Substanz A85 Unerwünschte Wirk. e. Medikaments A86 Toxischer Effekt nichl med. Substanz A87 Komplicationsm. Behandlung A88 Schädli. Folge physikal. Einwirkung A89 Kompl./Auswirk. Prothesenversorgung A90 Angeborene Anomalie/NNB A91 Patiol. Befund e. Untersuchung NNB A92 Allergische Reaktion NNB A93 Unreifes Neugeborenes A94 Perinatale Erkrankung, andere A95 Perinataler Tod A96 Tod A97 Keine Erkrankung A98 Gesundheitsförderung/Preventiv. Med. A99 Erkrankung o. bek. Ursache/Lokalis.</p> <p>B</p> <p>B02 Lymphknoten vergrößert/schmerzhaft B04 Blutsymptomatik / Beschwerden B05 Angst vor HIV/AIDS B26 Angst vor bösart. Blut-/Lymphkranke. B27 Angst v. anderer Blut-/Lymphkranke. B28 Funktionseinschr./Behinderung (B) B29 Beschw. Lymph-/Immunsystem, andere B70 Lymphadenitis, akute B71 Lymphadenitis, chron./unspezifische B72 Morbus Hodgkin/Lymphom B73 Leukämie B74 Maligne Blutkrankung, andere B75 Benigne/unspezifische Blutneubildung B76 Milzruptur, traumatische B77 Verletzung Blut-/Lymphk. Milz, andere B78 Verdächtige hämolytische Anämie B79 Angew. Anomale Blut-/Lymphsystem B80 Eisenmangelanämie B81 Anämie Vitamin B12/Folsäuremangel B82 Anämie unspezifisch, andere B83 Purpura/Blutergussbildung B84 Ungeklärte abnorme Leukozyten B87 Splenomegalie B88 HIV-Infektion/AIDS B89 Blut-/Lymph-/Milzkrankung, andere</p> <p>PROZEDUREN-CODES</p> <p>SYMPTOME</p> <p>INFEKTIONEN</p> <p>NEUBILDUNGEN</p> <p>VERLETZUNGEN</p> <p>FEHLBILDUNGEN</p> <p>ANDERE DIAGNOSEN</p> <p>Verdauungssystem</p> <p>D</p> <p>D01 Bauchschmerzen/Krämpfe, general. D02 Bauchschmerzen, epigastrische D03 Sodbrennen D04 Rektale/Anale Schmerzen D05 Perianaler Juckreiz D06 Bauchschmerzen, andere Lokalisation D07 Dyspepsie/Verdauungsstörung D08 Flatulenz/Blähungen D09 Übelkeit D10 Erbrechen D11 Durchfall D12 Verstopfung D13 Gelbsucht D14 Blutbrechen/Hämatemesis D15 Meläna/Teerstuhl D16 Rektale Blutung D17 Stuhlinkontinenz D18 Veränderung Stuhlgröße/Verdauung D19 Zahn-/Zahnteilschmerz/-beschwerde D20 Mund-/Zungen-/Lippenbeschwerden D21 Schluckbeschwerden D22 Hepatomegalie D24 Abdom. Tastbefund/Resistenz NNB D25 Aufgeblähtes Abdomen/Steifheit D26 Angst vor Krebs Verdauungsorgane D27 Angst v. Erkrank. Verdauungss., and. D28 Funktionseinschr./Behinderung (D) D29 Beschw. Verdauungssystem, andere D70 Gastrointest. Infekt., Erreger gesichert D71 Mumps D72 Virushepatitis D73 Gastroenteritis vermutlich infektiös D74 Bösartige Neubildung Magen D75 Bösartige Neubildung Colon/Rektum D76 Bösartige Neubildung Pankreas D77 Bösartige Neubild., andere NNB (D) D78 Neubild. Verdauungssyst., benignis. D79 Fremdkörper im Verdauungssystem D80 Verletzung des Verdauungssystems D81 Angeb. Anomalie d. Verdauungssyst. D82 Zahn-/Zahnteilscherkrankung D83 Mund-/Zungen-/Lippenkrankung D84 Speiseröhrenkrankung D85 Duodenalulcus D86 Pepsisches Ulkus, anderes D87 Magenfunktionsstörung D88 Appendizitis D89 Leistenhernie D90 Hiatushernie D91 Abdominelle Hernie, andere D92 Divertikulose/Divertikulitis D93 Reizdarmsyndrom D94 Chron. entzündl. Darmerkr./Colitis D95 Analisspross/Perianaler Abszess D96 Würmer/andere Parasiten D97 Lebererkrankung NNB D98 Cholezystitis/Cholelithiasis D99 Erkrankung Verdauungssyst., andere</p> <p>Ohr</p> <p>H</p> <p>H01 Ohrschmerz H02 Hörstörung H03 Tinnitus/Klingeln, Brummen H04 Ausfluss Ohr H05 Blutung Ohr H13 Verstopfungsgefühl Ohr H15 Besorg. ü. äußere Erscheinung Ohr H27 Angst vor Ohrenerkrankung H28 Funktionseinschr./Behinderung (H) H29 Ohrschmerz, beschw., andere H70 Otitis externa H71 Akute Mittelohrentzündung H72 Muko-/Serosympanon, Paukenerg. H73 Tubenkatarrh/-ventilationsstörung H74 Chronische Mittelohrentzündung H75 Neubildung im Ohr H77 Perforation Trommelfell H78 Oberflächliche Verletzung Ohr H79 Ohrenverletzung, andere H80 Angeborene Anomalie Ohr H81 Übermäßige Ohrschmalzabgabe H82 Schwindelsyndrom H83 Otitis serosa H84 Altersschwerhörigkeit H85 Akustisches Trauma H86 Taubheit/ Schwerhörigkeit H89 Ohr-/Mastoidenkrankung, andere</p> <p>Kreislauf</p> <p>K</p> <p>K01 Herzschmerz K02 Druck/Engengefühl des Herzens K03 Herz-/Gefäßschmerzen, NNB K04 Palpitation K05 Unregelmäßigk. Herzschlag, and. K06 Auffälliges venös/kapillär K07 Geschwollene Knöchel/Ödeme K22 Risiko Herz-/Gefäßkrankung K24 Angst vor Herzerkrankung K25 Angst vor Bluthochdruck K27 Angst vor anderer Erkrankung (K) K28 Funktionseinschr./Behinderung (K) K29 Herz-/Gefäßbeschwerden, andere K70 Infektion des Herz-/Kreislaufsst. K71 Rheumat. Fieber/Herzerkrank. K72 Neubildung Herz/Gefäßsystem K73 Angeb. Anomalie Herz/Gefäßsystem K74 ischäm. Herzerkrankung mit Angina K75 Akuter Myokardinfarkt K76 ischäm. Herzerkrank. ohne Angina K77 Herzschwäche K78 Vorhofflimmern/-flattern K79 Paroxysmale Tachykardie K80 Herzrhythmusstörung NNB K81 Herz-/Atrienelles Geräusch NNB K82 Pulmonale Herzerkrankung K83 Herzklappenerkrankung NNB K84 Herzerkrankung, andere K85 Erhöhter Blutdruck K86 Bluthochdruck, unkomplizierter K87 Bluthochdruck, komplizierter K88 Orthostatische Dysregulation K89 Transiente zerebrale Ischämie K90 Schlaganfall/zerebrovasc. Insult K91 Zerebrovaskuläre Erkrankung K92 Atherosklerose, pAVK K93 Lungenembolie K94 Phlebitis/Thrombose K95 Vaskulitis der Beine K96 Hämorrhoiden K99 Herz-/Gefäßkrankung, andere</p> <p>Neurologisch</p> <p>N</p> <p>N01 Kopfschmerz N03 Gesichtsschmerz N04 Restless legs N05 Kribbeln/Fingerr./Füße/ Zehen N06 Empfindungsstörung, andere N07 Krampfartige neurologische Anfälle N08 Abnorme unwillkürliche Bewegungen N15 Geruchs-/Geschmacksstörung N17 Schwindel/Benommenheit N18 Lähmung/Schwäche N19 Sprachstörung N26 Angst vor Krebs des Nervensystems N27 Angst vor anderem Neuroleiden N28 Funktionseinschr./Behinderung (N) N29 Neurolog. Beschwerden, andere N70 Poliomyelitis N71 Meningitis/Enzephalitis N72 Tetanus N73 Neurologische Infektion, andere N74 Bösartige Neubildung Nervensystem N75 Gutartige Neubildung Nervensystem N76 Neubild. Nervensystem nicht spez. N79 Gehirnschwellung N80 Kopfverletzung, andere N81 Verletzung Nervensystem, andere N86 Angeborene Anomalie Nervensystem N87 Multiple Sklerose N88 Morbus Parkinson N89 Epilepsie N89 Migräne N90 Cluster-Kopfschmerzen N91 Fazialisparese N92 Trigeminusneuralgie N93 Cephalalgie N94 Periphere Neuropathie/Neuropathie N96 Spannungskopfschmerz N99 Neurologische Erkrankung, andere</p>						



Geleitet durch das BMBF

Universitätsklinikum Heidelberg
Allgemeinmedizin u. Versorgungsforschung
Voltsstrasse 2, Gebäude 37
D-69115 Heidelberg

www.content-info.org

Anlage 3 – ICD10 Kapitel – Übersicht

Nummer	Kapitel ICD-10	Code ICD_10	Beschreibung
1.	I.	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
2.	II.	C00-D48	Neubildungen
3.	III.	D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
4.	IV.	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
5.	V.	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
6.	VI.	G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
7.	VII.	H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
8.	VIII.	H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
9.	IX.	I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
10.	X.	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
11.	XI.	K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
12.	XII.	L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
13.	XIII.	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
14.	XIV.	N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
15.	XV.	O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
16.	XVI.	P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
17.	XVII.	Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
18.	XVIII.	R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
19.	XIX.	S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
20.	XX.	V01-Y84	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
21.	XXI.	Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
22.	XXII.	U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Anlage 4 – ATC – Medikamente - Wirkstoffgruppen

	ATC CODE	BEDEUTUNG
1	A01	STOMATOLOGIKA
2	A02	MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN
3	A03	MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN
4	A04	ANTIEMETIKA UND MITTEL GEGEN ÜBELKEIT
5	A05	GALLEN- UND LEBERTHERAPIE
6	A06	LAXANZIEN
7	A07	ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA
8	A08	ABMAGERUNGSMITTEL, EXKL. DIÄTETIKA
9	A09	DIGESTIVA, INKL. ENZYME
10	A10	ANTIDIABETIKA
11	A11	VITAMINE
12	A12	MINERALSTOFFE
13	A13	TONIKA
14	A14	ANABOLIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
15	A15	APPETIT STIMULIERENDE MITTEL
16	A16	ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL
17	B01	ANTITHROMBOTISCHE MITTEL
18	B02	ANTIHÄMORRHAGIKA
19	B03	ANTIANÄMIKA
20	B05	BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN
21	B06	ANDERE HÄMATOLOGIKA
22	C01	HERZTHERAPIE
23	C02	ANTIHYPERTONIKA
24	C03	DIURETIKA
25	C04	PERIPHERE VASODILATATOREN
26	C05	VASOPROTEKTOREN
27	C06	ANDERE HERZ- UND KREISLAUFMITTEL
28	C07	BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN
29	C08	CALCIUMKANALBLOCKER
30	C09	MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM
31	C10	LIPID SENKENDE MITTEL
32	D01	ANTIMYKOTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG
33	D02	EMOLLIENTIA UND HAUTSCHUTZMITTEL
34	D03	ZUBEREITUNGEN ZUR BEHANDLUNG VON WUNDEN UND GESCHWÜREN
35	D04	ANTIPRURIGINOSA, INKL. ANTIHISTAMINIKA, ANÄSTHETIKA ETC.
36	D05	ANTIPSORIATIKA
37	D06	ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG
38	D07	CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN
39	D08	ANTISEPTIKA UND DESINFIZIATIONSMITTEL
40	D09	MEDIZINISCHE VERBÄNDE
41	D10	AKNEMITTEL
42	D11	ANDERE DERMATIKA
43	G01	GYNÄKOLOGISCHE ANTIINFEKTIVA UND ANTISEPTIKA
44	G02	ANDERE GYNÄKOLOGIKA
45	G03	SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS
46	G04	UROLOGIKA
47	H01	HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA
48	H02	CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
49	H03	SCHILDDRÜSENTHERAPIE

50	H04	PANKREASHORMONE
51	H05	CALCIUMHOMÖOSTASE
52	J01	ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
53	J02	ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
54	J04	MITTEL GEGEN MYKOBAKTERIEN
55	J05	ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
	ATC CODE	BEDEUTUNG
56	J06	IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE
57	J07	IMPFSTOFFE
58	L01	ANTINEOPLASTISCHE MITTEL
59	L02	ENDOKRINE THERAPIE
60	L03	IMMUNSTIMULANZIEN
61	L04	IMMUNSUPPRESSIVA
62	M01	ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA
63	M02	TOPIISCHE MITTEL GEGEN GELENK- UND MUSKELSCHMERZEN
64	M03	MUSKELRELAXANZIEN
65	M04	GICHTMITTEL
66	M05	MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN
67	M09	ANDERE MITTEL GEGEN STÖRUNGEN DES MUSKEL- UND SKELETTSYSTEMS
68	N01	ANÄSTHETIKA
69	N02	ANALGETIKA
70	N03	ANTIEPILEPTIKA
71	N04	ANTIPARKINSONMITTEL
72	N05	PSYCHOLEPTIKA
73	N06	PSYCHOANALEPTIKA
74	N07	ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM
75	P01	MITTEL GEGEN PROTOZOEN-ERKRANKUNGEN
76	P02	ANTHELMINTIKA
77	P03	MITTEL GEGEN EKTOPARASITEN, INKL. ANTISCABIOSA, INSEKTIZIDE UND REPELLENZIEN
78	R01	RHINOLOGIKA
79	R02	HALS- UND RACHENTHERAPEUTIKA
80	R03	MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN
81	R04	<i>BRUSTEINREIBUNGEN UND ANDERE INHALATE</i>
82	R05	HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE
83	R06	ANTIISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG
84	R07	ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT
85	S01	OPHTHALMIKA
86	S02	OTOLOGIKA
87	S03	OPHTHALMOLOGISCHE UND OTOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN
88	V01	ALLERGENE
89	V03	ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL
90	V04	DIAGNOSTIKA
91	V06	ALLGEMEINE DIÄTETIKA
92	V07	ALLE ÜBRIGEN NICHTTHERAPEUTISCHEN MITTEL
93	V08	KONTRASTMITTEL
94	V09	RADIOLOGIKA
95	V10	RADIODIAGNOSTIKA
96	V20	RADIOTHERAPEUTIKA
96	V60	<i>HOMÖOPATHIKA UND ANTHROPOSOPHIKA</i>
97	V70	<i>REZEPTUREN</i>
98	V90	<i>SONDERGRUPPEN</i>

