

Gesundheitsbericht

zur Lage der medizinischen und zahnmedizinischen
Versorgung obdachloser Menschen 2016



Betreuen
Beraten
Informieren



Fixpunkt



DIE JOHANNITER
Aus Liebe zum Leben



MEDIZIN HILFT e.V.

Datenerhebung des Runden Tisches medizinische und
zahnmedizinische Versorgung obdachloser Menschen in Berlin

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Behandlungszahlen 2016	4
» Anzahl der Patientinnen und Patienten sowie Konsultationen	5
» Medizinische Versorgung	5
» Zahnmedizinische Versorgung	6
» Staatsangehörigkeit der Patientinnen und Patienten	8
» Medizinische Versorgung	8
» Zahnmedizinische Versorgung	10
» Diagnosen 2016	11
» Hauterkrankungen	11
» Krätze	13
» Läusebefall	14
» TBC-Infektion	15
» Psychische Erkrankungen	16
» Suchterkrankungen	18
3. Soziodemografische Daten	20
» Haushaltsstruktur	20
» Umfang der Hilfen	21
» Wohnsituation	21
» Einkommen	22
» Ausbildung	23
» Problembereiche	23
4. Schnittstelle Krankenhausbehandlung	24
5. Ehrenamt	27
6. Praxisberichte und Fallbeispiele	29
» Fallbeispiele	29
» Allgemeine Probleme in der niedrigschwelligen Versorgung	30
» Möglichkeiten zur Verbesserung	31
7. Fazit	32

1. Einleitung

Dieser Gesundheitsbericht will auf die Situation der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser Menschen in Berlin und der für sie tätigen Dienste aufmerksam machen.

Berlin gilt als Hauptstadt der Obdachlosen. Es ist deutlich zu spüren, dass ihre Zahl stetig im Steigen begriffen ist. Zum 31.12.2016 gab es schätzungsweise 4.000 – 6.000 Obdachlose in Berlin. Hauptursachen hierfür sind die angespannte Lage auf dem Wohnungsmarkt und die EU-Binnenmigration.

Die meisten obdachlosen Menschen werden durch die Regelangebote der medizinischen Versorgung nicht oder nicht adäquat erfasst. Berlin hat deshalb in der Vergangenheit im Rahmen des Integrierten Sozialprogramms (ISP) ein Hilfenetz für obdachlose Menschen geschaffen, die aktuell keine Krankenversicherung haben und/oder nicht „wartezimmerfähig“ sind. Die hierüber geförderten Projekte dürfen jedoch dem Grunde nach keine Menschen ohne versicherungsrechtliche Ansprüche (i.d.R. zugewanderte EU-Migrantinnen und EU-Migranten) behandeln, was nicht nur zu ethischen Problemen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern auch zu einer erheblichen Bedarfsdeckungslücke führt. Es gibt demgemäß weitere Angebote in der Stadt, die spendenfinanziert oder überwiegend spendenfinanziert agieren, um diese Versorgungslücke, die weder ethisch noch – mit Blick auf die hohen Folgekosten – ökonomisch wirklich vertretbar ist, zu schließen. Es ist davon auszugehen, dass wenigstens zwei Drittel aller Behandlungsfälle außerhalb der Einrichtungen, die der bisherigen Förderlogik des

Berliner Senates entsprechen, behandelt werden – und auch dies nur notdürftig und in der Regel durch ehrenamtliche, insbesondere pensionierte Ärzte.

2/3 aller Behandlungen finden außerhalb der Förderlogik des Berliner Senates statt.

Diese unbefriedigende Situation hat dazu geführt, dass alle Einrichtungen, die in der medizinischen Versorgung obdachloser Menschen tätig sind, 2014 **einen Runden Tisch zur medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdach-**

loser Menschen gegründet haben. Das bestehende Hilfesystem, soweit es öffentliche Zuwendungen erhält, wird von den Beteiligten nicht mehr als bedarfsgerecht angesehen; es besteht (gemäß einem gemeinsamen Positionspapier, das 2014 an alle Parteien und die zuständigen Staatssekretäre versandt wurde) die politische Forderung, ein neues Finanzierungssystem, das Bedarfsgerechtigkeit fördert, zu schaffen. Hierfür gibt es trotz verschiedener Aktivitäten des Runden Tisches und der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Berlin bislang wenig positive Resonanz seitens des Landes Berlin, zumal es einen grundsätzlichen Dissens über Zuständigkeiten bei den Ressorts (Soziales vs. Gesundheit) und darüber hinaus (z. B. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen [KV]) gibt.

Weitere Ziele des Runden Tisches sind u. a. eine bessere interne Vernetzung und die Stärkung einer bedarfsgerechten, koordinierten Versorgung, der Einsatz für den bedarfsgerechten Ausbau (Sozialarbeit, Verknüpfung mit weiteren existenzsichernden Angeboten) sowie die Schaffung neuer bedarfsgerechter Angebote (Krankenwohnung).

Fernziel für den Runden Tisch ist ein neu aufgestelltes, bedarfsgerechtes, niedrighschwelliges Hilfesystem für obdachlose Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, das eine weitgehende Ausfinanzierung der hierin tätigen Dienste mit einschließt.

Am Runden Tisch, der auf Initiative der GEBEWO – Soziale Dienste – Berlin gGmbH sowie des Caritasverbandes für das Erzbistum Berlin e.V. entstand, sind alle Dienste beteiligt, die direkt oder indirekt in der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser Menschen tätig sind.

Im Einzelnen sind dies:

- » Caritas-Arztmobil und Caritas-Ambulanz für Wohnungslose
- » Praxis am Stralauer Platz der GEBEWO pro
- » Obdachlosenpraxis und Tagestreff Weitlingstraße des HVD
- » Malteser Hilfsdienst e.V. – Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung
- » Ambulanz der Berliner Stadtmission (Ambulanz, Pflegezimmer, Straßenambulanz)
- » Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Regionalverband Berlin, Kälteambulanz
- » Medibüro. Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen
- » Fixpunkt e.V., basismmedizinische Angebote für Menschen mit Drogen- und Suchtproblemen
- » Jenny De la Torre Stiftung
- » Open.med Berlin/Eine Kooperation von Medizin Hilft e.V. und Ärzte der Welt e.V.

Die einzelnen Projekte sind wie folgt finanziert:

Integriertes Sozialprogramm (ISP)

Zuwendungsmittel des Landes Berlin

- » Caritas-Arztmobil (zusätzliche Spenden)
- » Praxis am Stralauer Platz der GEBEWO pro (zusätzlich bezirkliche Mittel und Spenden)
- » Obdachlosenpraxis und Tagestreff Weitlingstr. des HVD (zusätzlich bezirkliche Mittel und Spenden)

Integriertes Gesundheitsprogramm (IGP)

Zuwendungsmittel des Landes Berlin

- » Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (zuzüglich überwiegender Spendenmittel)
- » Fixpunkt e.V. – basismmedizinische Versorgung (Gesundheitsmobil, Drogenkonsummobile, Kontaktstelle SKA mit Drogenkonsumraum, HIV/Virushepatitis/STI-Diagnostik)

Spendenmittel

- » Caritas-Ambulanz für Wohnungslose
- » Ambulanz der Berliner Stadtmission
- » Pflegezimmer der Berliner Stadtmission
- » Straßenambulanz der Berliner Stadtmission
- » Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Regionalverband Berlin, Kälteambulanz

- » Medibüro. Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen
- » Jenny De la Torre Stiftung
- » Open.med Berlin/Eine Kooperation von Medizin Hilft e. V. und Ärzte der Welt e. V.
- » Fixpunkt e. V., Zahn-Sprechstunde

Der Runde Tisch veröffentlichte im Jahre 2014 ein Positionspapier und wandte sich damit an die damaligen Staatssekretäre sowie die sozial- und gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher der politischen Parteien im Abgeordnetenhaus. Er unterstützte u. a. eine öffentlichkeitswirksame Aktion der GEBEWO (Pflegebett auf dem Alexanderplatz), die – von der GEBEWO initiierte und verwaltete – Website **Obdachlosigkeit-macht-krank.de**, wirkte in 2016 bei ersten Gesprächen der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege mit der Senatsverwaltung für Soziales zur gesundheitlichen Versorgung obdachloser Menschen sowie beim Kongress Armut und Gesundheit mit.

Auf Empfehlung des ehemaligen Präsidenten der Ärztekammer, Ellis Huber, erarbeitete der Runde Tisch nun Grundlagen für einen Gesundheitsbericht, indem Zahlen aus allen am Runden Tisch beteiligten Diensten erhoben werden. Es wurde bereits über einige Jahre hinweg Zahlenmaterial erhoben, das es vergleichsweise sonst kaum irgendwo in Deutschland gibt und somit in gewisser Weise Pionierarbeit auf diesem Gebiet darstellt.

Diese Zahlen sollen sowohl hinsichtlich der medizinischen als auch der zahnmedizinischen Angebote im kommenden Abschnitt 2 vorgestellt werden.

Die soziale bzw. soziodemografische Situation der betroffenen Menschen ist Inhalt des dritten Abschnittes. Hier wurden mangels anderweitiger Verfügbarkeit ausschließlich Daten aus den Projekten, die im Rahmen des ISP gefördert werden, ausgewertet.

Im vierten Abschnitt soll auf die Situation an der Schnittstelle zu den Krankenhäusern und hier insbesondere auf die wachsenden Außenstände bei der medizinischen Versorgung nicht-versicherter Personen sowie auf die Probleme bei der Versorgung obdachloser Menschen aufmerksam gemacht werden.

Der fünfte Abschnitt nimmt Bezug auf die hohe Bedeutung des Ehrenamtes und liefert hierfür Zahlenmaterial, indem eine Quantifizierung des ehrenamtlichen Einsatzes anhand einer Stichmonatserhebung vorgenommen wird.

Da sich hinter den vorgestellten „nackten“ Zahlen nicht selten dramatische Einzelschicksale verbergen, wurden im sechsten Abschnitt Darstellungen von einzelnen Verläufen als Fallbeispiele und darüber hinaus Wünsche an ein verbessertes System durch unmittelbar in der Praxis Tätige als Praxisbericht integriert. Diese dienen der besseren Veranschaulichung der Problematik.

Schließlich endet dieser Bericht im siebenten Kapitel mit einem Fazit, in dem auch noch einmal die grundlegenden Forderungen des Runden Tisches zur medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser Menschen in Berlin enthalten sind.

2. Behandlungszahlen 2016

Die teilnehmenden Träger haben sich im Jahr 2014 darauf verständigt, in ihren allgemeinmedizinischen und zahnmedizinischen Einrichtungen nach vereinbarten Kategorien Jahresdaten zu erfassen. Die erfassten Daten wurden im Rahmen des Runden Tisches zusammengeführt und gemeinsam ausgewertet. Jahresauswertungen liegen seit dem Jahr 2014 vor.

Abgefragt werden die Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten sowie die Anzahl der durchgeführten Konsultationen sowohl in der medizinischen als auch in der zahnmedizinischen Versorgung, jeweils bezogen auf das Kalenderjahr.

Zudem werden im Bereich der medizinischen Versorgung einzelne Erkrankungsschwerpunkte erfasst: Hauterkrankungen, Krätzeinfektion, Läusebefall, TBC-Erkrankung, psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen. Es wird dabei erhoben, wie viele Patientinnen und Patienten im Kalenderjahr diese Erkrankungsschwerpunkte aufwiesen und wie viele Konsultationen zu den einzelnen Erkrankungsschwerpunkten im Kalenderjahr durchgeführt wurden.

Ab dem Kalenderjahr 2016 wird auch die Staatsangehörigkeit der Patientinnen und Patienten im Kalenderjahr erfasst, und zwar nach folgenden Kategorien: Deutsch, EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, Bürgerinnen und Bürger eines Mitgliedsstaates des Europäischen Fürsorgeabkommens (EFA), andere (sogenannte „Drittstaatler“).

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne Patientinnen und Patienten mehr als eine Versorgungsstelle im Jahr nutzen. Eine Bereinigung der Daten um „Mehrfachzählungen“, z. B. analog der ISP-Berichterstattung anhand der Merkmale Geburtsdatum, Geschlecht, Muttersprache, Staatsangehörigkeit und Haushaltsstand, kann hier nicht erfolgen, da diese Daten nicht in allen Versorgungsstellen erhoben werden. In der ISP-Berichterstattung für die Jahre 2015 und 2016 lag der Anteil von Klientinnen und Klienten, die mehr als eine niedrigschwellige Einrichtung der Wohnungslosenhilfe im jeweiligen Berichtsjahr genutzt haben, bei 15 % (2015) bzw. 19 % der Klientinnen und Klienten (2016). Im Hinblick darauf, dass die Einrichtungen, die Gegenstand der ISP-Berichterstattung sind, eine breite Palette von unterschiedlichen Angeboten aufweisen, die einander sinnvoll ergänzen (z. B. Beratungsstelle, medizinische Versorgung, Streetwork, Bahnhofsdienste, Notübernachtung), gehen wir davon aus, dass der Anteil der „Mehrfachzählungen“ in unserer Erhebung geringer ist als in der ISP-Berichterstattung.

Die beteiligten Versorgungseinrichtungen sind bezüglich der Angebotszeiten, der personellen Ausstattung und der Standards der statistischen Erfassung äußerst heterogen. Daher war es nicht allen Einrichtungen möglich, zu allen abgefragten Kategorien valide Zahlen zu erheben. Wir werden darauf jeweils gesondert hinweisen.

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt auf deskriptivem Niveau. Inferenzstatistische Auswertungen erfolgten nicht.

ANZAHL DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN SOWIE KONSULTATIONEN

Medizinische Versorgung

Im Jahr 2016 haben zehn medizinische Versorgungseinrichtungen Daten zu den Patientinnen und Patienten sowie zu den Konsultationen erhoben. Davon waren sechs Versorgungseinrichtungen medizinische Anlaufstellen („Arztpraxen für wohnungslose Menschen“) und vier Versorgungseinrichtungen waren aufsuchend tätig (3 Arztmobile, 1 Straßenambulanz).

In 2016 wurden 6.634 Patientinnen und Patienten behandelt. Der Großteil der Patientinnen und Patienten (5.503; das entspricht 83,0 % der Gesamtzahl) wurde durch medizinische Anlaufstellen („Arztpraxen für wohnungslose Menschen“) behandelt. Es wurden 1.131 Patientinnen und Patienten (17,0 % der Gesamtzahl) durch aufsuchend tätige Versorgungseinrichtungen behandelt.

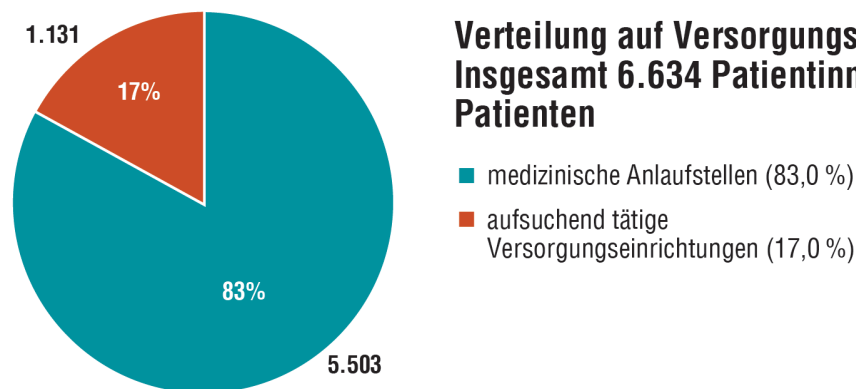


Abbildung 1: Versorgungsformen, 2016

In den zehn Versorgungseinrichtungen fanden in 2016 insgesamt 26.857 Konsultationen statt, davon 22.512 Konsultationen in den medizinischen Anlaufstellen und 4.345 Konsultationen durch aufsuchend tätige Versorgungseinrichtungen. Das bedeutet, dass durchschnittlich jede Patientin bzw. jeder Patient 4,0 Konsultationen erhielt.

*2016 fanden ca. 27.000
Konsultationen statt.*

Das Verhältnis Konsultation/Patientin bzw. Patient unterscheidet sich zwischen den medizinischen Anlaufstellen (4,1 Konsultationen) und den aufsuchend tätigen Arztmobilen (3,8 Konsultationen) nur geringfügig.

Die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten hat sich im Vergleich zum Jahr 2015 (8.989 Patientinnen bzw. Patienten) deutlich verringert. Dies kann zum Teil der Verfeinerung der Erhebung geschuldet sein, die zu einer verbesserten Erhebung von mehrfach behandelten Patientinnen bzw. Patienten geführt hat.

Hingegen ist die Anzahl der Konsultationen im Vergleich zum Jahr 2015 (27.504 Konsultationen) kaum gesunken.

Projekte	Versorgungsart	Zeitraum	Gesamtzahl der Patientinnen/ Patienten	Gesamtzahl der Konsultationen
BSM Ambulanz	Arztpraxis	01.01.-31.12.	746	2.693
Caritas-Ambulanz	Arztpraxis	02.01.-23.12.	1.498	5.537
Jenny De la Torre Stiftung	Arztpraxis	03.01.-23.12.	910	1.909
GEBEWO pro	Arztpraxis	04.01.-30.12.	642	4.692
HVD	Arztpraxis	01.01.-31.12.	262	2.258
Malteser Medizin	Arztpraxis	01.01.-31.12.	1.445	5.423
BSM Straßenambulanz	aufsuchend	01.01.-31.12.	100	420
Caritas-Arztmobil	aufsuchend	02.01.-23.12.	703	1.598
Fixpunkt	aufsuchend	01.01.-31.12.	213	2.212
Johanniter-Unfallhilfe	aufsuchend	01.01.-31.03. 01.11.-31.12.	115	115
Summe			6.634	26.857

Tabelle 1: Erfasste Gesamtzahl Patientinnen bzw. Patienten, Konsultationen medizinische Versorgung 2016

Zahnmedizinische Versorgung

Im Jahr 2016 haben fünf zahnmedizinische Versorgungseinrichtungen Daten zu den Patientinnen bzw. Patienten und zu den Konsultationen erhoben.

Davon haben drei Einrichtungen sowohl die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten als auch die Anzahl der Konsultationen erhoben. Die beiden anderen Einrichtungen haben entweder die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten oder die Anzahl der Konsultationen erhoben. Es wurden 498 Patientinnen bzw. Patienten behandelt.

In den vier Einrichtungen, welche die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten erhoben haben, wurden 498 Patientinnen bzw. Patienten gezählt.

Der Großteil der Patientinnen bzw. Patienten (394; das entspricht 79,1 % der Gesamtzahl) wurde durch zahnmedizinische Anlaufstellen („Zahnarztpraxen für wohnungslose Menschen“) behandelt. Es wurden 104 Patientinnen bzw. Patienten (20,9 %) durch aufsuchend tätige Zahnarztmobile behandelt.

In den vier Einrichtungen, welche die Anzahl der Konsultationen erhoben haben, wurden 1.684 Konsultationen gezählt.

Der Großteil der Konsultationen (1.580 Konsultationen; 93,8%) wurde durch zahnmedizinische Anlaufstellen („Zahnarztpraxen für wohnungslose Menschen“) erbracht.

Es wurden 104 Konsultationen (6,2% der Gesamtzahl) durch ein aufsuchend tätiges Zahnarztmobil durchgeführt.

In den drei Einrichtungen, die sowohl die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten als auch die der Konsultationen erfasst haben, erhielt in 2016 durchschnittlich jede Patientin bzw. jeder Patient 2,6 Konsultationen.

Das Verhältnis Konsultation/Patientin bzw. Patient unterscheidet sich zwischen den zahnmedizinischen Anlaufstellen und dem aufsuchend tätigen Zahnarztmobil erheblich: Bei den zahnmedizinischen Anlaufstellen erhielt durchschnittlich jede Patientin bzw. jeder Patient 3,2 Konsultationen, beim aufsuchend tätigen Zahnarztmobil 1,0 Konsultationen.

Die beiden Einrichtungen, die entweder die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten oder die Anzahl der Konsultationen erhoben haben, sind zahnmedizinische Anlaufstellen. Um die Gesamtzahlen von Patientinnen bzw. Patienten und Konsultationen für das Jahr 2016 fiktiv erheben zu können, wird daher das ermittelte Verhältnis Patientin bzw. Patient/Konsultation von 1:3,2 zugrunde gelegt.

Dadurch ergeben sich die fiktiven Gesamtzahlen von 741 Patientinnen bzw. Patienten und 2.138 Konsultationen.

Projekte	Versorgungsart	Zeitraum	Gesamtzahl der Patientinnen/Patienten	Gesamtzahl der Konsultationen
GEBEWO pro	Zahnarztpraxis	04.01.-30.12.	150	501
HVD	Zahnarztpraxis	04.01.-30.12.	102	304
Jenny De la Torre Stiftung	Zahnarztpraxis	01.01.-30.12.	142	nicht erhoben
Malteser Medizin	Zahnarztpraxis	01.01.-31.12.	nicht erhoben	775
Fixpunkt	aufsuchend	01.01.-31.12.	104	104
Summe			498	1.684

Tabelle 2: Erfasste Gesamtzahl Patientinnen bzw. Patienten, Konsultationen zahnmedizinische Versorgung 2016

Ein Vergleich mit dem Zahlen aus 2015 kann aufgrund der Struktur der erhobenen Daten nicht in der Gesamtheit vorgenommen werden. Es deutet sich jedoch an, dass die Anzahl der behandelten Patientinnen bzw. Patienten und der durchgeführten Konsultationen relativ stabil geblieben ist.

STAATSANGEHÖRIGKEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Medizinische Versorgung

Acht medizinische Versorgungsstellen haben Angaben zur Staatsangehörigkeit ihrer Patientinnen bzw. Patienten gemacht. Eine Versorgungsstelle (Fixpunkt) hat dabei die Staatsangehörigkeit bezogen auf die Konsultationen erfasst. Um diese Zahlen nutzbar zu machen, wurde das Verhältnis von Gesamtzahl der Konsultationen zur Gesamtzahl der Patientinnen bzw. Patienten der Einrichtung ermittelt und dieses Verhältnis jeweils bei der fiktiven Ermittlung der Gruppe der Patientinnen und Patienten verwendet. Diese fiktiv ermittelte Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten geht mit 4,3 % in die Grundgesamtheit der Patientinnen bzw. Patienten ein, zu denen Angaben zur Staatsangehörigkeit vorliegen.

Die acht Einrichtungen, die Angaben zur Staatsangehörigkeit gemacht haben, haben im Jahr 2016 insgesamt 4.978 Patientinnen bzw. Patienten behandelt.

Davon waren 1.370 Patientinnen bzw. Patienten deutsch (27,5 %), 2.295 Patientinnen bzw. Patienten stammten aus anderen Ländern der EU (46,1 %) und 1.283 Patientinnen bzw. Patienten hatten andere Staatsangehörigkeiten (25,8 %). Zu 30 Patientinnen bzw. Patienten lagen keine Angaben vor (0,6 %).

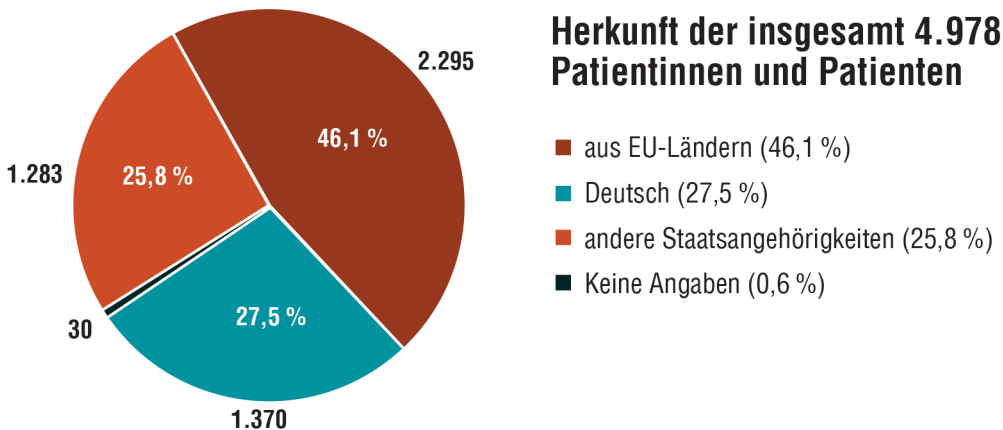


Abbildung 2: Herkunftsländer, 2016

Die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten, die aus EU-Staaten des Europäischen Fürsorgeabkommens stammten, wurde in vier Einrichtungen erhoben. Der Anteil lag in den Einrichtungen zwischen 1,0 % und 3,5 % der Patientinnen bzw. Patienten. Betrachten wir die vier Einrichtungen insgesamt, liegt dieser Anteil bei 3,0 % der Patientinnen bzw. Patienten.

Die Verteilung der Patientinnen und Patienten war in den Einrichtungen insgesamt sehr unterschiedlich:

Die beiden medizinischen Anlaufstellen, die über das Integrierte Sozialprogramm (ISP) des Landes Berlin gefördert werden (GEBEWO pro, HVD), verzeichneten einen Anteil deutscher

Patientinnen bzw. Patienten in Höhe von 82,0%. Der Anteil der EU-Bürgerinnen bzw. EU-Bürger lag hier bei 13,8% der Gesamtpatientinnen bzw. -patienten der beiden Einrichtungen, der entsprechende Anteil von Drittstaatlerinnen bzw. Drittstaatlern bei 4,2%.

Eine weitere medizinische Anlaufstelle richtet sich auch explizit an Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus (Malteser Medizin). In dieser Versorgungsstelle ist der Anteil von Drittstaatlerinnen bzw. Drittstaatlern mit 67% der Patientinnen bzw. Patienten besonders hoch. Hier lag der Anteil deutscher Patientinnen bzw. Patienten bei 2,4% der Patientinnen bzw. Patienten, der entsprechende Anteil von EU-Bürgerinnen bzw. EU-Bürgern bei 30,4%.

Am höchsten liegt der Anteil von behandelten EU-Bürgerinnen bzw. EU-Bürgern in der medizinischen Anlaufstelle des Caritasverbandes: 73,6% der Patientinnen bzw. Patienten, bei gleichzeitigen Anteilen deutscher Patientinnen bzw. Patienten in Höhe von 16,4% und Drittstaatlerinnen bzw. Drittstaatlern in Höhe von 10,1%.

Die aufsuchend tätigen Versorgungseinrichtungen erreichten Patientinnen bzw. Patienten folgender Staatsbürgerschaften: 30,9% deutsche Staatsbürgerinnen bzw. -bürger, 55,5% EU-Bürgerinnen bzw. EU-Bürger, 11,0% Drittstaatlerinnen bzw. Drittstaatler.

Projekte	Art der Versorgung	Gesamtzahl der Patientinnen/ Patienten	Davon Deutsch	Davon EU	EU und EFA	Davon andere	Keine Angabe
BSM Ambulanz	Arztpraxis	Staatsangehörigkeit nicht erhoben					
Caritas-Ambulanz	Arztpraxis	1.498	245	1.102	53	151	0
Jenny De la Torre Stiftung	Arztpraxis	Staatsangehörigkeit nicht erhoben					
GEBEWO pro	Arztpraxis	642	509	98	15	35	0
HVD	Arztpraxis	262	232	27	6	3	0
Malteser Medizin	Arztpraxis	1.445	35	440		970	0
BSM Straßenambulanz	aufsuchend	100	34	65	1	1	0
Caritas-Arztmobil	aufsuchend	703	201	446		45	11
Fixpunkt*	aufsuchend	213	85*	48*		61*	19*
Johanniter Kälteambulanz**	aufsuchend	115	29**	69**		17**	0**
Summe		4.978	1.370	2.295	75	1.283	30

Tabelle 3: Staatsangehörigkeit der Patientinnen bzw. Patienten medizinische Versorgung 2016

* Zahlen fiktiv ermittelt

** Zahlen beruhen auf Schätzung

Zahnmedizinische Versorgung

Zwei zahnmedizinische Versorgungsstellen (GEBEWO pro, HVD) haben die Staatsangehörigkeit ihrer Patientinnen bzw. Patienten vollständig erfasst. Die beiden Versorgungsstellen haben im Jahr 2016 insgesamt 252 Patientinnen bzw. Patienten behandelt.

81,7% der Patientinnen bzw. Patienten (206 Patientinnen bzw. Patienten) waren deutsch, 14,3% stammten aus anderen Staaten der Europäischen Union (36 Patientinnen bzw. Patienten), 4,0% aus Drittstaaten. Von den nichtdeutschen EU-Bürgerinnen bzw. EU-Bürgern stammten 5 Patientinnen bzw. Patienten aus Mitgliedsstaaten des Europäischen Fürsorgeabkommens (EFA).

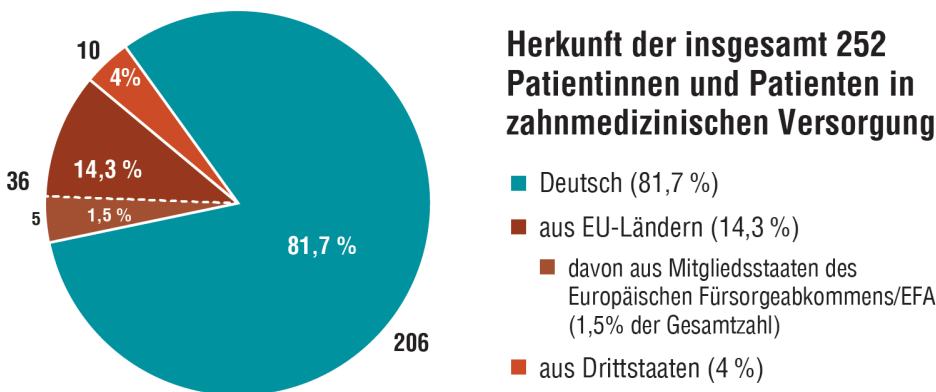


Abbildung 3: Staatsangehörigkeit der Patientinnen bzw. Patienten zahnmedizinische Versorgung 2016

Eine weitere zahnmedizinische Versorgungsstelle (Fixpunkt) – ein aufsuchend tätiges Zahnarztmobil – hat die Staatsangehörigkeit seiner Patientinnen bzw. Patienten lediglich nach dem Merkmal „Drittstaatlerinnen bzw. Drittstaatler“ erhoben. Diese Versorgungsstelle hat im Jahr 2016 insgesamt 104 Patientinnen bzw. Patienten (49% der Patientinnen bzw. Patienten) sogenannte Drittstaatlerinnen bzw. Drittstaatler.

Projekte	Art der Versorgung	Gesamtzahl der Patientinnen/ Patienten	Davon Deutsch	Davon EU	EU und EFA	Davon andere	Keine Angabe	
GEBEWO pro	Zahnarztpraxis	150	130	18	2	2	0	
HVD	Zahnarztpraxis	102	76	18	3	8	0	
Jenny De la Torre Stiftung	Zahnarztpraxis	Staatsangehörigkeit nicht erhoben						
Malteser Medizin	Zahnarztpraxis	Staatsangehörigkeit nicht erhoben						
Fixpunkt	aufsuchend	104				51	53	
Summe		356	206	36	5	61	53	

Tabelle 4: Staatsangehörigkeit der Patientinnen bzw. Patienten zahnmedizinische Versorgung 2016

DIAGNOSEN 2016

In den Versorgungsstellen wurde erhoben, inwieweit Patientinnen bzw. Patienten von bestimmten Krankheitsbildern betroffen sind.

Es werden folgende Krankheitsbilder abgefragt:

- » Hauterkrankungen
- » Läusebefall
- » Krätzeinfektion
- » Tuberkulose (TBC)
- » Psychische Erkrankungen
- » Suchterkrankungen

Die Angaben beziehen sich darauf, ob die jeweiligen Krankheitsbilder diagnostiziert werden können.

In den Diensten wurde entweder die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten gezählt, bei denen das jeweilige Krankheitsbild diagnostiziert wurde, oder die Anzahl der Konsultationen, die sich auf Patientinnen bzw. Patienten bezogen, bei denen das jeweilige Krankheitsbild diagnostiziert wurde. Um die Ergebnisse einordnen zu können, werden daher in den Tabellen bei der Gesamtzahl der Patientinnen bzw. Patienten bzw. der Konsultationen jeweils nur die Einrichtungen berücksichtigt, die zu der jeweiligen Diagnose die Anzahl der Patientinnen/Patienten bzw. der Konsultationen angegeben haben.

Hauterkrankungen

Zu den häufigsten Hauterkrankungen in den medizinischen Versorgungsstellen gehören

- » akute und chronische Wunden (z. B. Diabetisches Fußsyndrom, Ulcus Cruris)
- » Wundinfektionen
- » Erfrierungen
- » Pilzinfektionen

Fünf Einrichtungen haben die Anzahl der Konsultationen erhoben, die sich auf Patientinnen bzw. Patienten bezogen, bei denen Hauterkrankungen diagnostiziert wurden. Bei diesen Einrichtungen wurden im Jahr 2016 insgesamt 15.005 Konsultationen durchgeführt. Davon bezogen sich 4.082 Konsultationen (27,2 % der Gesamtzahl) auf Patientinnen bzw. Patienten, die Hauterkrankungen aufwiesen.

Projekte	Art der Versorgung	Gesamtzahl der Patientinnen/ Patienten	Gesamtzahl der Konsultationen	Hauterkrankungen	
				Patientinnen/ Patienten	Konsultationen
BSM Ambulanz	Arztpraxis		Hauterkrankungen nicht erfasst		
Caritas-Ambulanz	Arztpraxis		Hauterkrankungen nicht erfasst		
Jenny De la Torre Stiftung	Arztpraxis	910		640	
GEBEWO pro	Arztpraxis		4.692		1.586
HVD	Arztpraxis	262	2.258	42	755
Malteser Medizin	Arztpraxis		5.423		284
BSM Straßenambulanz	aufsuchend		420		80
Caritas-Arztmobil**	aufsuchend	703		351**	
Fixpunkt	aufsuchend		2.212		1.377
Johanniter Kälteambulanz	aufsuchend	115		9	
Summe		1.990	15.005	1.042	4.082

Tabelle 5: Diagnose „Hauterkrankung“ medizinische Versorgung 2016

** Zahlen beruhen auf Schätzung

Dabei war die Verteilung in den Einrichtungen sehr unterschiedlich:

Ein Arztmobil (Fixpunkt), das sich vorwiegend an wohnungslose Drogenkonsumentinnen bzw. Drogenkonsumenten richtet, verzeichnete 62,2% seiner Konsultationen für Patientinnen bzw. Patienten mit Hauterkrankungen (1.377 von insgesamt 2.212 Konsultationen).

Bei zwei Arztpraxen für wohnungslose Menschen lag der Anteil bei 33,8% (1.586 von insgesamt 4.692 Konsultationen) bzw. 33,4% (755 von insgesamt 2.258 Konsultationen).

Die beiden anderen Dienste wiesen deutlich geringere Anteile auf: Bei einer Straßenambulanz lag der Anteil bei 19,0% (80 von insgesamt 420 Konsultationen). Bei der Anlaufstelle der Malteser Medizin, die sich auch explizit an Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus wendet, lag der Anteil bei lediglich 5,2% (284 von insgesamt 5.423 Konsultationen).

Vier Einrichtungen haben die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten erhoben, bei denen Hauterkrankungen diagnostiziert wurden.

Diese Einrichtungen haben 1.990 Patientinnen bzw. Patienten behandelt. Davon wurden bei 1.042 Patientinnen bzw. Patienten (52,4% der Gesamtzahl) Hauterkrankungen diagnostiziert.

Auch hier sind die entsprechenden Anteile in den jeweiligen Einrichtungen sehr unterschiedlich:

Bei einem aufsuchend tätigen Arztmobil lag der Anteil bei 49,9 % (351 von insgesamt 703 Patientinnen bzw. Patienten). Bei einem anderen aufsuchend tätigen Arztmobil lag der Anteil lediglich bei 7,8 % (9 von insgesamt 115 Patientinnen bzw. Patienten)

Auch bei zwei Arztpraxen für wohnungslose Menschen lag der jeweilige Anteil weit auseinander. Bei einer Arztpraxis lag er bei 70,3 % (640 von insgesamt 910 Patientinnen bzw. Patienten), bei der anderen lediglich bei 16,0 % (42 von insgesamt 262 Patientinnen bzw. Patienten).

Es kann resümiert werden, dass Hauterkrankungen in einigen Versorgungsstellen einen sehr hohen Stellenwert einnehmen.

Krätze

„Krätze (Scabies) ist eine durch die Krätzmilbe verursachte ansteckende Hautkrankheit des Menschen. Verursacht wird sie durch winzige, mit einer Größe von nur 0,3 bis 0,5 mm kaum sichtbare Krätzmilben, die sich in die obere Hautschicht des Menschen eingraben. (...) Besonders dort, wo Menschen auf engem Raum zusammen leben, können sich Krätzmilben verbreiten. Daher kommt es gelegentlich zu Krankheitshäufungen, vor allem in Gemeinschafts- oder Pflegeeinrichtungen.“

(Quelle BZgA: <https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/kraetze-skabies/>)

Bezüglich der Diagnose „Krätzeinfektion“ zeigt sich folgendes Bild:

Sechs Einrichtungen haben die Anzahl der Konsultationen erhoben, die sich auf Patientinnen bzw. Patienten bezogen, bei denen eine Krätzeinfektion diagnostiziert wurde.

Bei diesen Einrichtungen wurden im Jahr 2016 insgesamt 17.509 Konsultationen durchgeführt. Davon bezogen sich 225 Konsultationen (1,3 % der Gesamtzahl) auf Patientinnen bzw. Patienten, die eine Krätzeinfektion aufwiesen.

Dabei lagen die jeweiligen Anteile in den Einrichtungen zwischen 0,3 % (Caritas-Ambulanz) und 4,2 % der Gesamtkonsultationen (Jenny De la Torre Stiftung).

Vier Einrichtungen haben die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten erhoben, bei denen eine Krätzeinfektion diagnostiziert wurde. Diese Einrichtungen haben 2.621 Patientinnen bzw. Patienten behandelt. Davon wurde bei 109 Patientinnen bzw. Patienten (4,2 % der Gesamtzahl) eine Krätzeinfektion diagnostiziert.

Dabei lagen die jeweiligen Anteile in den Einrichtungen zwischen 0,5 % (Caritas-Arztmobil) und 8,8 % der Patientinnen bzw. Patienten (Jenny De la Torre Stiftung). Auffällig ist hier, dass in den meisten medizinischen Anlaufstellen der Anteil von Patientinnen bzw. Patienten mit Krätzeinfektion höher ist als in den Einrichtungen, die aufsuchend arbeiten.

Projekte	Art der Versorgung	Gesamtzahl der Patientinnen/ Patienten	Gesamtzahl der Konsultationen	Krätzeinfektionen	
				Patientinnen/ Patienten	Konsultationen
BSM Ambulanz	Arztpraxis	746	2.693	10	12
Caritas-Ambulanz	Arztpraxis		5.537		16
Jenny De la Torre Stiftung	Arztpraxis	910	1.909	80	80
GEBEWO pro	Arztpraxis		4.692		58
HVD	Arztpraxis	262	2.258	16	55
Malteser Medizin	Arztpraxis		Krätzeinfektionen nicht erfasst		
BSM Straßenambulanz	aufsuchend		420		4
Caritas-Arztmobil**	aufsuchend	703		4**	
Fixpunkt	aufsuchend		Krätzeinfektionen nicht erfasst		
Johanniter Kälteambulanz	aufsuchend		Krätzeinfektionen nicht erfasst		
Summe		2.621	17.509	110	225

Tabelle 6: Diagnose „Krätzeinfektion“ medizinische Versorgung 2016

** Zahlen beruhen auf Schätzung

Läusebefall

Sieben Einrichtungen haben die Anzahl der Konsultationen erhoben, die sich auf Patientinnen bzw. Patienten bezogen, bei denen ein Läusebefall diagnostiziert wurde.

Bei diesen Einrichtungen wurden im Jahr 2016 insgesamt 19.721 Konsultationen durchgeführt. Davon bezogen sich 419 Konsultationen (2,1 % der Gesamtzahl) auf Patientinnen bzw. Patienten, die einen Läusebefall aufwiesen.

Dabei lagen die jeweiligen Anteile in den Einrichtungen zwischen 0,1 % (Fixpunkt) und 5,4 % der Gesamtkonsultationen (Jenny De la Torre Stiftung).

Projekte	Art der Versorgung	Gesamtzahl der Patientinnen/ Patienten	Gesamtzahl der Konsultationen	Läusebefall	
				Patientinnen/ Patienten	Konsultationen
BSM Ambulanz	Arztpraxis	746	2.693	101	138
Caritas-Ambulanz	Arztpraxis		5.537		77
Jenny De la Torre Stiftung	Arztpraxis	910	1.909	104	104
GEBEWO pro	Arztpraxis		4.692		54
HVD	Arztpraxis	262	2.258	17	23
Malteser Medizin	Arztpraxis		Läusebefall nicht erfasst		
BSM Straßenambulanz	aufsuchend		420		21
Caritas-Arztmobil**	aufsuchend	703		42**	
Fixpunkt	aufsuchend	213	2.212	2	2
Johanniter Kälteambulanz	aufsuchend		Läusebefall nicht erfasst		
Summe		2.834	19.721	266	419

Tabelle 7: Diagnose „Läusebefall“ medizinische Versorgung 2016

** Zahlen beruhen auf Schätzung

Fünf Einrichtungen haben die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten erhoben, bei denen ein Läusebefall diagnostiziert wurde.

Diese Einrichtungen haben 2.834 Patientinnen bzw. Patienten behandelt. Davon wurde bei 266 Patientinnen bzw. Patienten (9,4 % der Gesamtzahl) ein Läusebefall festgestellt.

Dabei lagen die jeweiligen Anteile in den Einrichtungen zwischen 0,9 % (Fixpunkt) und 13,5 % der Patientinnen bzw. Patienten (BSM Ambulanz).

Auffällig ist hier, dass der prozentuale Anteil der Patientinnen bzw. Patienten höher ist als der der Konsultationen. Das kann damit zusammenhängen, dass eine Läusebekämpfung mit durchschnittlich zwei Behandlungsterminen vergleichsweise wenige Konsultationen erfordert.

TBC-Infektion

Fünf Einrichtungen haben die Anzahl der Konsultationen erhoben, die sich auf Patientinnen bzw. Patienten bezogen, bei denen eine TBC-Infektion diagnostiziert wurde.

Bei diesen Einrichtungen wurden im Jahr 2016 insgesamt 11.491 Konsultationen durchgeführt. Davon bezogen sich sieben Konsultationen (0,06 % der Gesamtzahl) auf Patientinnen bzw. Patienten, die eine TBC-Infektion aufwiesen.

Projekte	Art der Versorgung	Gesamtzahl der Patientinnen/ Patienten	Gesamtzahl der Konsultationen	TBC-Infektionen	
				Patientinnen/ Patienten	Konsultationen
BSM Ambulanz	Arztpraxis			TBC-Infektionen nicht erfasst	
Caritas-Ambulanz	Arztpraxis			TBC-Infektionen nicht erfasst	
Jenny De la Torre Stiftung	Arztpraxis	910	1.909	3	3
GEbewo pro	Arztpraxis	642	4.692	0	0
HVD	Arztpraxis	262	2.258	0	0
Malteser Medizin	Arztpraxis			TBC-Infektionen nicht erfasst	
BSM Straßenambulanz	aufsuchend		420		0
Caritas-Arztmobil**	aufsuchend	703		4**	
Fixpunkt	aufsuchend	213	2.212	4	4
Johanniter Kälteambulanz	aufsuchend	115		2	
Summe		2.845	11.491	13	7

Tabelle 8: Diagnose „TBC-Infektion“ medizinische Versorgung 2016

** Zahlen beruhen auf Schätzung

Sechs Einrichtungen haben die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten erhoben, bei denen eine TBC-Infektion diagnostiziert wurde.

Diese Einrichtungen haben 2.845 Patientinnen bzw. Patienten behandelt. Davon wurde bei 13 Patientinnen bzw. Patienten (0,5% der Gesamtzahl) eine TBC-Infektion diagnostiziert.

TBC-Infektionen treten demnach in den Versorgungsstellen eher selten auf. Auffällig ist, dass die Infektionen häufiger in den aufsuchenden Diensten diagnostiziert wurden. Eventuell werden durch die aufsuchenden Dienste verstärkt Menschen angetroffen, die in einem sehr schlechten gesundheitlichen Zustand sind.

Psychische Erkrankungen

In den Versorgungseinrichtungen können kaum gezielte Befunderhebungen bei psychischen Erkrankungen stattfinden, weswegen gesicherte Diagnosen häufig nicht vorliegen. Dennoch können Symptome von Psychosen, depressiven Erkrankungen, Suchterkrankungen oder Schizophrenie festgestellt werden.

Drei Einrichtungen haben die Anzahl der Konsultationen erhoben, die sich auf Patientinnen bzw. Patienten bezogen, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde.

Bei diesen Einrichtungen wurden im Jahr 2016 insgesamt 9.162 Konsultationen durchgeführt. Davon bezogen sich 3.025 Konsultationen (33,0% der Gesamtzahl) auf Patientinnen bzw. Patienten, die eine psychische Erkrankung aufwiesen.

Projekte	Art der Versorgung	Gesamtzahl der Patientinnen/ Patienten	Gesamtzahl der Konsultationen	Psychische Erkrankung	
				Patientinnen/ Patienten	Konsultationen
BSM Ambulanz	Arztpraxis		Psychische Erkrankungen nicht erfasst		
Caritas-Ambulanz	Arztpraxis		Psychische Erkrankungen nicht erfasst		
Jenny De la Torre Stiftung	Arztpraxis		Psychische Erkrankungen nicht erfasst		
GEBEWO pro	Arztpraxis		4.692		1.002
HVD	Arztpraxis	262	2.258	96	2.021
Malteser Medizin	Arztpraxis		Psychische Erkrankungen nicht erfasst		
BSM Straßenambulanz	aufsuchend		Psychische Erkrankungen nicht erfasst		
Caritas-Arztmobil**	aufsuchend	703		527**	
Fixpunkt	aufsuchend	213	2.212	2	2
Johanniter Kälteambulanz	aufsuchend	115		30	
Summe		1.293	9.162	655	3.025

Tabelle 9: Diagnose „Psychische Erkrankung“ medizinische Versorgung 2016

** Zahlen beruhen auf Schätzung

Dabei lagen die Anteile in einer Einrichtung (Fixpunkt) mit 0,1% der Konsultationen sehr niedrig und in den anderen beiden Einrichtungen wesentlich höher: 21,4% (GEBEWO pro) bzw. 89,5% (HVD) der Konsultationen.

Vier Einrichtungen haben die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten erhoben, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde. Diese Einrichtungen haben 1.293 Patientinnen bzw. Patienten behandelt. Davon wurde bei 655 Patientinnen bzw. Patienten (50,7% der Gesamtzahl) eine psychische Erkrankung diagnostiziert.

Dabei waren die Anteile in den Einrichtungen sehr unterschiedlich: 0,9% (Fixpunkt), 26,1% (Johanniter), 36,6% (HVD) und 75% (Caritas-Arztmobil) der Patientinnen bzw. Patienten.

In den meisten Einrichtungen, die hier Angaben gemacht haben, ist ein hoher Anteil der Patientinnen bzw. Patienten psychisch erkrankt. Die Art der psychischen Erkrankungen wurde nicht erhoben. Es kann vermutet werden, dass die häufige Nennung von psychischen Erkrankungen sich auf die Nebendiagnose „Psychische Erkrankung“ bezieht. D.h., dass die Patienten und

Patientinnen in diesen Fällen wegen anderer Beschwerden in den medizinischen Versorgungseinrichtungen anfragen. Bei diesen Konsultationen wird dann häufig die betreffende Nebendiagnose gestellt, ohne dass eine Behandlung der psychischen Erkrankung erfolgen kann. Meist fehlt es hier an Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft der Patientinnen bzw. Patienten, ganz abgesehen von den limitierten Behandlungsmöglichkeiten.

Suchterkrankungen

Vier Einrichtungen haben die Anzahl der Konsultationen erhoben, die sich auf Patientinnen bzw. Patienten bezogen, bei denen eine Suchterkrankung diagnostiziert wurde. Bei diesen Einrichtungen wurden im Jahr 2016 insgesamt 10.313 Konsultationen durchgeführt. Davon bezogen sich 3.299 Konsultationen (32,0% der Gesamtzahl) auf Patientinnen bzw. Patienten, die eine Suchterkrankung aufwiesen.

Bei der Malteser Medizin ist der entsprechende Anteil gering (2,0% der Konsultationen), bei den anderen Einrichtungen liegt der Anteil wesentlich höher: zwischen 62,8% (HVD) und 80,0% (BSM Straßenambulanz).

Drei Einrichtungen haben die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten erhoben, bei denen eine Suchterkrankung diagnostiziert wurde. Diese Einrichtungen haben 1.019 Patientinnen bzw. Patienten behandelt. Davon wurde bei 655 Patientinnen bzw. Patienten (64,3% der Gesamtzahl) eine Suchterkrankung diagnostiziert.

Dabei waren die Anteile in den Einrichtungen unterschiedlich hoch: 25,6% der Patientinnen bzw. Patienten in der Praxis des HVD, 64,3% in der aufsuchenden Versorgung der Johanniter und 80,0% der Patientinnen bzw. Patienten in der Praxis der GEBEWO pro.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass eine große Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten der medizinischen Versorgungseinrichtungen suchtkrank sind.

Die Angaben beziehen sich auch hier regelmäßig auf die Nebendiagnose „Suchterkrankung“, da eine Suchtbehandlung in den Einrichtungen in der Regel nicht stattfindet.

Projekte	Art der Versorgung	Gesamtzahl der Patientinnen/ Patienten	Gesamtzahl der Konsultationen	Suchterkrankung	
				Patientinnen/ Patienten	Konsultationen
BSM Ambulanz	Arztpraxis		Suchterkrankung nicht erfasst		
Caritas-Ambulanz	Arztpraxis		Suchterkrankung nicht erfasst		
Jenny De la Torre Stiftung	Arztpraxis		Suchterkrankung nicht erfasst		
GEBEWO pro**	Arztpraxis	642		514**	
HVD	Arztpraxis	262	2.258	67	1.417
Malteser Medizin	Arztpraxis		5.423		111
BSM Straßenambulanz	aufsuchend		420		336
Caritas-Arztmobil**	aufsuchend		Suchterkrankung nicht erfasst		
Fixpunkt	aufsuchend		2.212		1.435
Johanniter Kälteambulanz	aufsuchend	115		74	
Summe		1.019	10.313	655	3.299

Tabelle 10: Diagnose „Suchterkrankung“ medizinische Versorgung 2016 | ** Zahlen beruhen auf Schätzung

3. Soziodemografische Daten

Integriertes Sozialprogramm (ISP)

Im Integrierten Sozialprogramm (ISP) fördert der Berliner Senat durch die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales niedrigschwellige Angebote der Wohnungslosenhilfe. Die Angebote richten sich vorwiegend an Menschen, die auf der Straße leben, wohnungslos sind oder an Menschen, denen der Verlust des Wohnraums droht. Drei dieser vom ISP finanzierten Projekte dienen der medizinischen Versorgung. Sie sind Teilnehmer des Runden Tisches medizinische und zahnmedizinische Versorgung obdachloser Menschen. Dabei handelt es sich um:

1. das Caritas-Arztmobil des Caritasverbandes für das Erzbistum Berlin e. V.
2. die medizinische Betreuung obdachloser Menschen – Praxis am Stralauer Platz der GEBEWO pro gGmbH und
3. die Ambulanz Weitlingstraße des HVD (Humanistischer Verband Deutschlands).

Das Besondere dieser Projekte besteht nicht nur in der Niedrigschwelligkeit der medizinischen Versorgung, sodass sowohl Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus als auch Personen mit Ausgrenzungserfahrungen bzgl. der bestehenden medizinischen Versorgungslandschaft erforderliche medizinische Hilfen erhalten. Das Besondere liegt zudem in dem zusätzlichen Beratungsangebot, das den Weg hin zu weiteren Unterstützungsangeboten und zurück in die Regelversorgung ebnen soll.

Im Rahmen der ISP-Förderung werden regelmäßig soziodemografische Daten in einem Umfang und einer Qualität erhoben und ausgewertet, wie es im Rahmen rein ehrenamtlicher Projekte kaum möglich wäre. Die drei genannten Projekte haben dem Runden Tisch ihre im Rahmen des ISP-Projektes erhobenen Daten für 2015 und 2016 zur Verfügung gestellt, die im Folgenden zusammengefasst werden. Dabei beziehen sich die prozentualen Angaben jeweils auf die Gesamtzahl der versorgten Personen. Da in der Regel weder der Anteil derjenigen, die hinsichtlich eines Fragenkomplexes keine Angaben gemacht haben, noch der Anteil an Antworten, die nur von sehr wenigen gegeben wurden, jeweils eigens ausgewiesen sind, ergibt die Summe der prozentualen Angaben nur selten die erwarteten 100 %.

Leichter Zugang zu medizinischer Versorgung sowie weiterführende Hilfen machen diese Projekte so besonders.

HAUSHALTSSTRUKTUR

In 2016 wurden in den drei Projekten insgesamt 1.607 Personen (2015: 1.514) versorgt, wovon der überwiegende Teil (90,2%; 2015: 94,8%) alleinstehend war. 2,9% (2015: 2,3%) lebten als Paar ohne Kind und sowohl 2016 als auch 2015 war ein Anteil von 0,7% allein-erziehend.

Der Anteil der Frauen lag in allen drei Projekten unter 20 %, im Durchschnitt bei 17,1 % (2015: 12 %), während der Anteil der Männer bei 81,8 % (2015: 87,8 %) lag. Das Durchschnittsalter lag bei 44,4 Jahren, wobei 88,1 % der Personen zwischen 25 bis unter 65 Jahren alt waren und lediglich 6,5 % älter. Dabei zeigt sich in der Altersgruppe von 30 bis 60 Jahren eine sehr gleichmäßige Verteilung. Immerhin waren 49 (2015: 53) Personen 70 Jahre und älter, davon 6 (2015:14) Personen sogar 80 Jahre und älter.

Die Mehrzahl der Hilfesuchenden (58,7 %, 2015: 64,5 %) hatte die deutsche Staatsbürgerschaft, gefolgt von sonstigen EU-Bürgern mit 35,3 % (2015: 30,3 %) und weiteren Staatsangehörigkeiten mit 5,2 % (2015: 4,1 %). Dementsprechend gaben 58,3 % (2015: 63,8 %) Deutsch als ihre Muttersprache an.

UMFANG DER HILFEN

Von den 1.607 (2015: 1.514) Personen wurden mit 1.603 (2015: 1.512) fast alle sozialarbeiterisch beraten und beinahe ebenso viele (1.599, 2015: 1.513) ärztlich oder pflegerisch versorgt. Dabei fanden insgesamt 3.750 (2015: 3.554) Beratungen, 6.607 (2015: 1.548) ärztliche Behandlungen und 1.806 (2015: 1.915) pflegerische Behandlungen statt. 67 (2015: 70) Patienten erhielten eine Parasitenbehandlung und 675 (2015: 724) Mal wurden die Angebote zur Körperpflege bzw. Hygiene, insbesondere durch die Möglichkeit zum Duschen in der Arztpraxis am Stralauer Platz, in Anspruch genommen.

Bei einem Drittel der Hilfesuchenden dauerte die Hilfe bis zu drei Tagen an, für ein weiteres Drittel dauerte die Hilfe bis zu drei Monaten. Immerhin 19,3 % der Patienten nahmen die Hilfe länger als ein Jahr in Anspruch, 7,8 % sogar länger als drei Jahre.

WOHNSITUATION

Bei lediglich 5 % (2015: 9,7 %) der Hilfesuchenden lag kein Wohnungsnotfall vor. 82,1 % (2015: 74,9 %) waren aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen, 6,7 % (2015: 7,5 %) institutionell untergebracht, 2,3 % (2015: 3,6 %) unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht und 1,1 % (2015: 1,8 %) lebten in unzumutbaren Wohnverhältnissen.

Die Mehrzahl der Personen (55,7 %, 2015: 53,8 %) lebte auf der Straße, verfügte also noch nicht einmal über eine Notbehausung. 15,9 % (2015: 13 %) waren in einer Notunterkunft und 5 % (2015: 5,5 %) nach dem Allgemeinen Sicherheits- und Ordnungsgesetz (ASOG) von Berlin untergebracht. 5,5 % (2015: 5,7 %) lebten in einer Ersatzunterkunft in Form von Gartenlauben, Wohnwagen u.ä.

Lediglich 4,1 % (2015: 7,5 %) verfügten über eine Wohnung, 1 % (2015: 1,2 %) lebte bei Familie oder Partner und 7,9 % (2015: 7,4 %) waren vorübergehend bei Bekannten untergekommen. Nur ein sehr geringer Anteil von 2 % (2015: 2,9 %) der Personen lebte in einer qualifizierten Unterkunft mit flankierenden Hilfemaßnahmen wie stationären Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, Betreutem Wohnen, Frauenhaus u.ä.

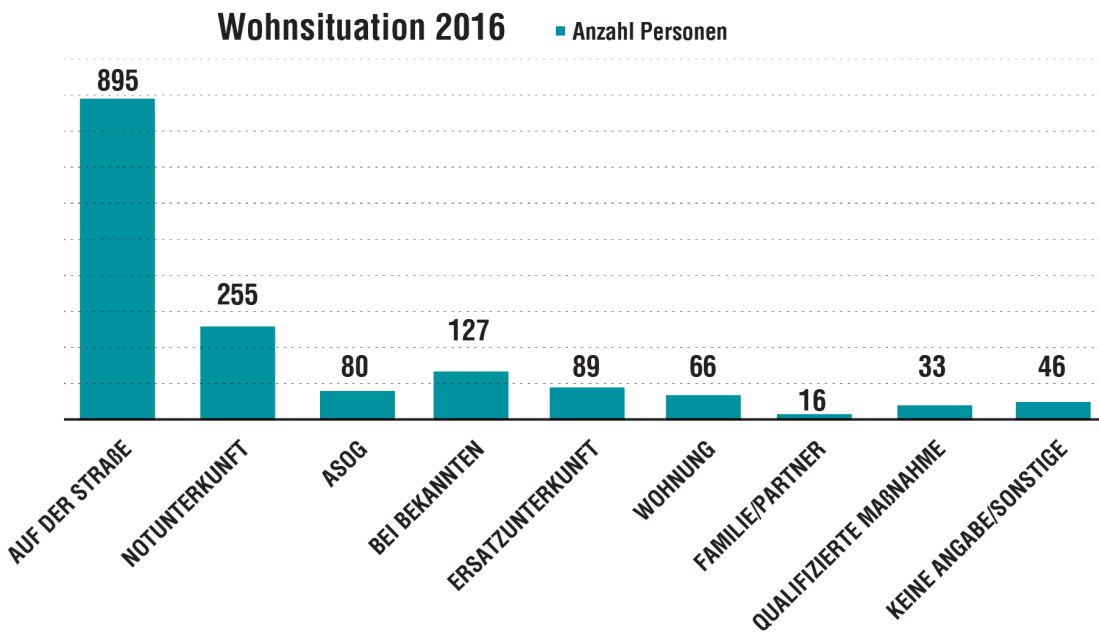


Abbildung 4: ISP-Projekte – Wohnsituation der Klientinnen und Klienten 2016

EINKOMMEN

Angesichts der äußerst prekären Lebensumstände wundert es nicht, dass 98,9 % (2015: 98,2 %) der Hilfesuchenden keiner Erwerbstätigkeit nachging. So bestritten auch nur 0,4 % (2015: 0,2 %) der Hilfesuchenden ihr Haupteinkommen durch Erwerbs- oder Berufstätigkeit und 0,2 % (2015: 0,3 %) erhielten ALG I nach dem SGB III, waren also zuvor sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Die Mehrheit (68,3 %, 2015: 64,6 %) verfügte über gar kein Einkommen. Immerhin jeder Fünfte (19,9 %, 2015: 24 %) bezog ALG II bzw. Sozialgeld nach dem SGB II, aber nur 1,4 % (2015: 1,2 %) Sozialhilfe nach dem SGB XII. 3,7 % (2015: 5,2 %) der Hilfesuchenden bezogen eine Rente oder Pension.

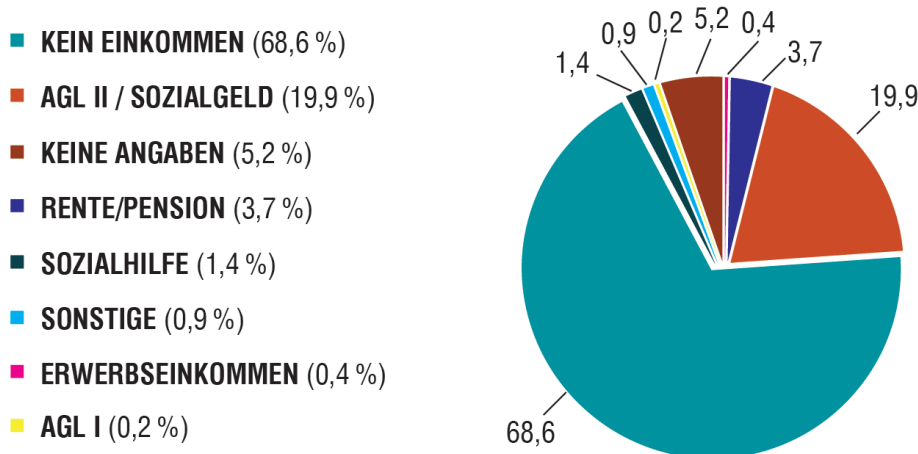


Abbildung 5: ISP-Projekte – Einkommenssituation der Klientinnen und Klienten 2016

AUSBILDUNG

Zur schulischen Ausbildung machte über ein Viertel der Befragten keine Angabe. 16,2 % (2015: 4,5 %) verfügten über keinen Schulabschluss, 3,2 % (2015: 3,5 %) über einen Sonderschulabschluss, 40,8 % (2015: 53,5 %) über einen Volksschul- bzw. Hauptschulabschluss, 10,6 % (2015: 16,4 %) über die Mittlere Reife und 1,7 % (2015: 2,2 %) über die Hochschulreife.

Zur Berufsausbildung machte fast jeder Dritte (2015: jeder Fünfte) der Befragten keine Angabe. 13,5 % (2015: 15,3 %) der Befragten verfügten über keine abgeschlossene Ausbildung, 22,1 % (2015: 22,7%) über eine Anlernausbildung und 29,6 % (2015: 38,4 %) über einen praxisbezogenen Berufsabschluss. 23 (2015: 34) Personen verfügten über einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss, was einem Anteil von 1,4 % (2015: 2,2 %) entspricht.

PROBLEMBEREICHE

Aus Sicht der Fachkräfte wurden die relevanten Problembereiche der Hilfesuchenden erhoben. Dabei wurden im Durchschnitt bei jedem Befragten 4,8 (2015: 5,2) Problembereiche erfasst. Folgende Problemfelder wurden festgestellt: Mit Abstand am meisten wurden die Problembereiche Gesundheit (98,1 %, 2015: 99,7%), Wohnsituation (90,4 %, 2015: 85,7%) und Arbeit/Ausbildung (73,6 %, 2015: 67,6%) konstatiert. Die Materielle Absicherung (55,3 %, 2015: 63,1%), die Psychosoziale Stabilität (49,2 %, 2015: 59,2%) und Sucht (47,2 %, 2015: 54,1%) bildeten weitere Schwerpunkte. Migrationsspezifische Probleme wurden bei 28,3 % (2015: 21,9%) der Befragten festgestellt.

Bei 18,3 % (2015: 33 %) der Befragten bestanden Probleme beim Umgang mit Behörden und bei 12,3% (2015: 22,2%) stellten die sozialen Kontakte einen Problembereich dar. Weitere Problemfelder waren bei 4,2 % (2015: 7,3%) Gewalterfahrung und bei 1,7 % (2015: 2,6%) Gewaltbereitschaft. Mit lediglich 2,7 % (2015: 5,7%) wurde das Problemfeld Schulden bei nur sehr wenigen Hilfesuchenden festgehalten.

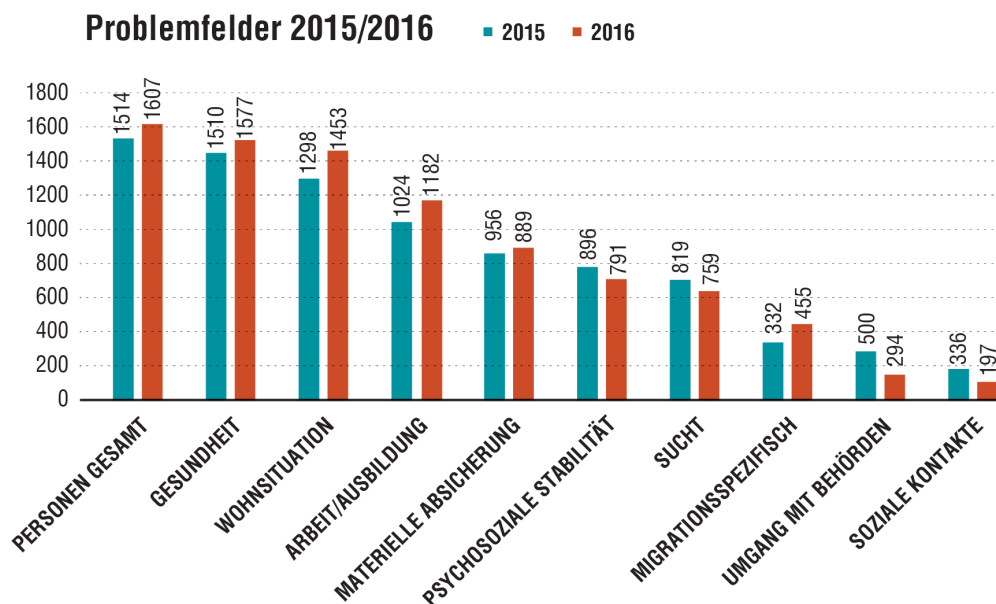


Abbildung 6: ISP-Projekte – Problemfelder der Klientinnen und Klienten 2016

4. Schnittstelle Krankenhausbehandlung

Menschen, die auf Grund fehlender Versicherung nicht durch das Regelsystem versorgt werden können, erfahren – wenn überhaupt – nur eine minimale medizinische Versorgung.

Dieses und das in der Regel fehlende sorgende Umfeld der betroffenen Personen verursachen nicht selten Krankheitsverläufe, die nur noch in Kliniken aufzufangen und zu behandeln sind, wo man die bedürftigen Menschen nicht abweisen kann, darf und will.

Gleichermaßen erkranken jedoch nichtversicherte oder obdachlose Menschen auch an nur in Krankenhäusern zu therapierenden Erkrankungen, ohne dass ihre spezielle Situation als Ursache zu nennen ist.

Was bedeutet das für die Häuser?

Stellvertretend für alle Berliner Kliniken haben die katholischen Krankenhäuser Datenmaterial über ihre Außenstände zur Verfügung gestellt, die durch nichtversicherte und mittellose Patienten bzw. Patientinnen entstanden sind.

Diese Zahlen lassen eine Zunahme der jährlich auflaufenden Außenstände von 2012 bis 2016 um das Dreifache erkennen.

Wo in 2012 noch knapp über 500.000 Euro durch die Behandlung nichtversicherter Menschen als offene Posten zu vermerken waren, stieg der Betrag bis 2016 auf mehr als 1,5 Mio. Euro an. Die unbezahlten Fälle von Flüchtlingen spielen im Vergleich dazu nur eine geringe Rolle (knapp über 300.000 Euro in 2016).

Außenstände der katholischen Krankenhäuser in €

	2012	2013	2014	2015	2016
ohne Flüchtlinge	503.357	735.797	1.374.391	1.542.579	1.587.696
nur Flüchtlinge	1.300	65.400	153.060	185.995	303.064
Summe	504.657	801.197	1.527.451	1.728.574	1.890.760

Tabelle 11: Jährliche Außenstände der katholischen Krankenhäuser durch nichtversicherte, mittellose Patientinnen bzw. Patienten in den Jahren 2012 bis 2016

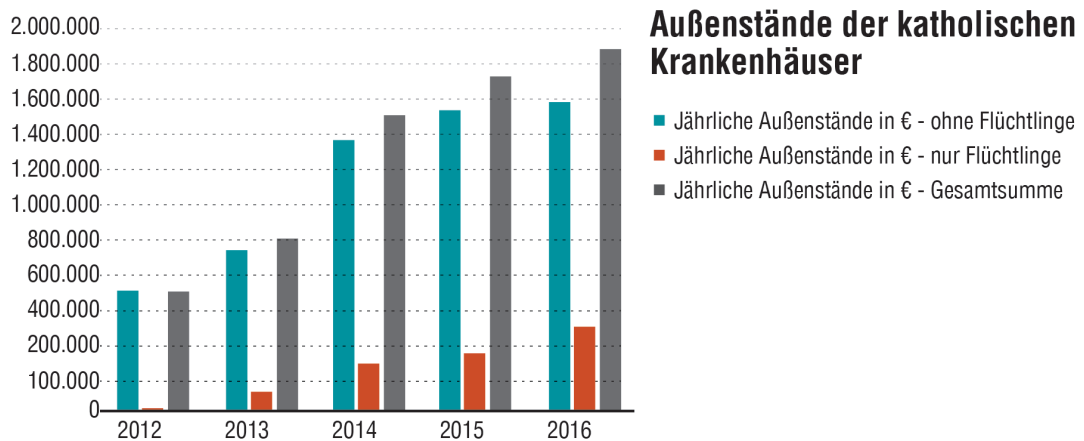


Abbildung 7: Jährliche Außenstände der katholischen Krankenhäuser

Für die Krankenhäuser ergibt sich neben der ungeklärten Finanzierung der Behandlungen ein weiteres Problem – zumal durch die Entwicklungen im Gesundheitssystem die Menschen im Krankenhaus nicht mehr bis zur vollständigen Genesung verbleiben.

Normalerweise werden Patientinnen und Patienten in ihr häusliches Umfeld entlassen. Dort erwarten sie ein Bett, ein Sessel, vielleicht eine Angehörige bzw. ein Angehöriger, auf jeden Fall aber ein geschützter Bereich. Dort kann sie/er sich ausruhen, schonen, vielleicht kommt auch ein Pflegedienst oder eine Nachbarin bzw. ein Nachbar, die den rekonvaleszenten Menschen unterstützen. Das gilt bei obdachlosen Menschen nicht.

Was bedeutet es, einen obdachlosen Menschen auf die Straße zu entlassen? Kein Bett, kein Sessel, höchstens ein Kumpel, aber keinesfalls ein geschützter Bereich, in dem sich die obdachlose Person erholen und schonen kann.

Obdachlose haben keinen geschützten Bereich, in dem sie sich auskurieren können.

Das ist sicherlich auch den Krankenhäusern bewusst und stellt sie vor erhebliche ethische und auch rechtliche Probleme, nicht zuletzt im Hinblick auf das seit dem 1. Oktober 2017 vorgeschriebene Entlassmanagement. Dieses umfasst die Organisation der Anschlussversorgung inkl. Medikamenten oder die Organisation einer angemessenen weiteren Wohnversorgung. Zwar gibt es seit November 2017 ein Schreiben der Senats-

verwaltungen für Integration, Arbeit und Soziales sowie Gesundheit, Pflege und Gleichstellung über das auch wohnungs- und obdachlosen Menschen zustehende Entlassmanagement. Dieses enthält Hinweise zum Umgang mit der Zielgruppe, in dem u. a. auf die grundsätzliche Entlassung in das Regelsystem und den Einbezug der zuständigen Bezirksämter hingewiesen wird. Die Umsetzung dieser Anmerkungen erscheint aber bislang wenig praktikabel.

Faktisch begegnet man immer wieder Situationen, in denen Krankenhäuser obdachlose Menschen in Wohnheime für Obdachlose, in Einrichtungen der Kältehilfe oder sogar in die

Versorgungsstellen für Obdachlose entlassen. Diese Einrichtungen sind aber weder personell noch sächlich für die stationäre Weiterversorgung ausgestattet, sind meist nicht barrierearm und haben keine Möglichkeit, bettlägerige Menschen zu versorgen. Bislang sehen die Krankenhäuser jedenfalls oft genug keine andere Möglichkeit, als obdachlose Menschen wieder auf die Straße zu entlassen und die Nachsorge den medizinischen Versorgungsstellen für obdachlose und nicht versicherte Menschen zu überlassen.

5. Ehrenamt

Beim Runden Tisch medizinischer und zahnmedizinischer Versorgung obdachloser Menschen sind aktuell elf Dienste organisiert. Nur fünf von ihnen erfahren eine finanzielle Unterstützung durch den Berliner Senat aus Mitteln des Integrierten Sozialprogramms ISP oder des Integrierten Gesundheitsprogramms IGP.

Ohne den Einsatz zusätzlicher Spendenmittel kommen aber auch diese Angebote nicht aus. Nur durch das freiwillige Engagement von Berlinerinnen und Berlinern wird es möglich, den obdachlosen und nichtversicherten Menschen in unserer Stadt im Krankheitsfall helfen zu können.

Die medizinische bzw. zahnmedizinische Versorgung nichtversicherter Menschen ist derzeit nur durch Ehrenamt möglich!

Um das Ausmaß des bürgerschaftlichen Engagements darstellen zu können, haben die Einrichtungen des Runden Tisches im März 2017 neben ihren Öffnungszeiten auch die Einsatzzeiten der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfasst.

So waren alle Einrichtungen im März 2017 für ärztliche Leistungen für 988 Stunden geöffnet, für zahnärztliche Behandlung waren es 228 Stunden. Ermöglicht wurde das durch 818 Stunden ehrenamtlicher ärztlicher Einsatzzeit und 131 Stunden ehrenamtlicher zahnärztlicher Einsatzzeit.

Weiteres ehrenamtliches Engagement wird durch Pflegepersonal, medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte (MFA/ZFA) erbracht, aber auch in angeschlossenen Kleiderkammern, Essenausgaben oder Hygieneangeboten, die das Angebot der medizinischen Versorgung ergänzen und nur deren Klientel zur Verfügung stehen.

Für den März 2017 zeigt die folgende Abbildung eine Übersicht über die geleisteten Einsatzstunden der in den Diensten ehrenamtlich tätigen Berufsgruppen bzw. den Arbeitsfeldern, in denen ehrenamtlicher Dienst geleistet wird.

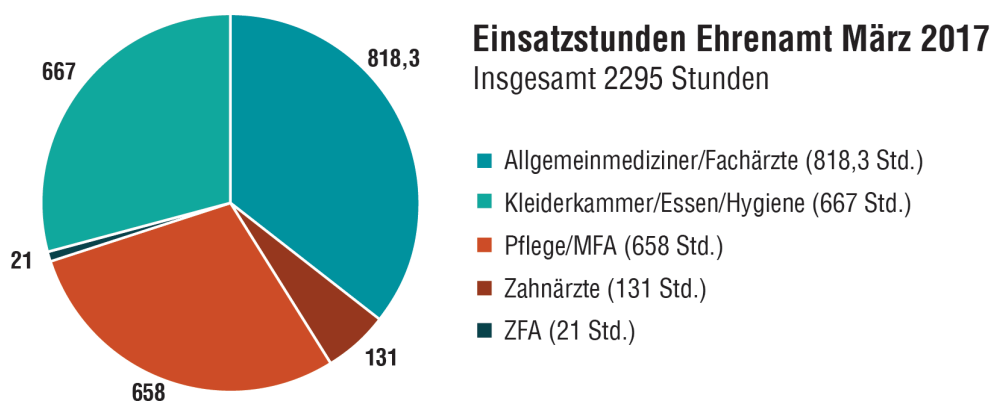


Abbildung 8: Übersicht der Einsatzstunden der verschiedenen Aufgabengebiete in den Diensten des Runden Tisches zur medizinischen/zahnmedizinischen Versorgung obdachloser Menschen in Berlin im März 2017

Wie in allen Bereichen, in denen Ehrenamt zur Erfüllung von Leistungen erforderlich ist, steht und fällt das Angebot mit der Bereitschaft von Menschen, sich ohne Vergütung – in der Freizeit oder im Ruhestand – für andere zu engagieren.

Daher kommt es immer wieder zu Engpässen, schlimmstenfalls zu Einstellungen des Angebotes, bis sich wieder jemand zur Mitwirkung bereit erklärt.

Was aber, wenn die zurzeit größtenteils ehrenamtlich angelegte Arbeit in den Einrichtungen der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung als reguläre Erwerbstätigkeit angelegt wäre?

Die im März 2017 geleisteten 949 ehrenamtlichen Einsatzstunden der Ärzte und Ärztinnen unterschiedlicher Disziplinen bzw. Zahnärzte und Zahnärztinnen entsprechen der Arbeitszeit von 5,7 Vollzeitstellen.

Gleiches wäre für die nichtmedizinischen Berufsgruppen zu berechnen. Hier schlagen 679 ehrenamtlich geleistete Stunden zu Buche, was vier Vollzeitstellen gleichkommt.

Für die Zusatzangebote wie Kleiderkammer oder Essen wurden ehrenamtlich 667 Stunden geleistet, umgerechnet vier Vollzeitstellen für Hauswirtschaft oder entsprechendes Berufsbild.

Wenn man für die angegebenen Berufsgruppen Durchschnittsgehälter¹ zu Grunde legt und die entsprechenden Stellenanteile berücksichtigt, wären für die ehrenamtliche Arbeit in den medizinischen Versorgungseinrichtungen inkl. Arbeitgeberanteil 750.000 Euro Gehalt pro Jahr zu zahlen, unter Berücksichtigung von 18 % für Ausfallzeiten wie Urlaub, Fortbildung u. ä. wären es jährlich etwa 885.000 Euro.

*885.000 Euro pro Jahr
würden zu einer zuverlässigen
Versorgung beitragen.*

885.000 Euro, die für eine Zuverlässigkeit der Angebote sorgen könnten, die den Ehrenamtlichen ein entsprechendes Einkommen gewährleisten könnten oder sogar zu Einstellungen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse führen könnten.

¹ Unter Verwendung der in www.gehaltsvergleich.com angegebenen Zahlen, Stand 12.10.2017

6. Praxisberichte und Fallbeispiele

FALLBEISPIELE

Marek S., 45 Jahre

Seit etwa fünf Jahren wird Marek von einem Arztmobil versorgt. Er sitzt in einem gespendeten Rollstuhl. Da er diesen nicht verlassen kann, ist er permanent auf Hilfe angewiesen. Oft verrichtet er seine Notdurft im Rollstuhl und bleibt darin sitzen. Die Wunden im Sitzbereich werden vom Arztmobil versorgt, auch benötigte Medikamente erhält er hier. Wie viele andere Menschen auf der Straße ist Marek vor sechs Jahren Opfer eines Gewaltverbrechens geworden, dessen Folge ein schweres Schädel-Hirn-Trauma war. Die Notfallversorgung erhielt er im Krankenhaus, eine Reha erfolgte nicht.

Vor etwa 10 Jahren kam Marek aus seiner Heimat in Polen nach Berlin, um hier zu arbeiten. Anfangs übernachtete er bei Bekannten, seit acht Jahren ist er obdachlos. Da er nicht im Besitz wichtiger persönlicher Unterlagen ist, kann er seine Arbeitsjahre in Deutschland nicht belegen und bekommt somit auch keine Sozialleistungen. Dies bedeutet für Marek, dass er ohne Einkommen auf der Straße lebt, nicht krankenversichert ist und dass aufgrund der derzeitigen Berliner Praxis keine ordnungsrechtliche Unterbringung erfolgt. Seinem Zustand nach bräuchte Marek eine Unterkunft mit regelmäßiger pflegerischer Versorgung. Immer wieder machen Passanten und Passantinnen verschiedene Hilfsorganisationen auf das schlechte Erscheinungsbild und die Geruchsbelastung aufmerksam.

Felix M., 57 Jahre

Auch Felix kam vor einigen Jahren mit einem Freund aus Österreich nach Berlin, um zu arbeiten. Mittlerweile ist sein Freund verstorben, Felix lebt allein auf der Straße. Hier machen ihm diverse schwerwiegende Erkrankungen zu schaffen: Durchblutungsstörungen und Wassereinlagerungen in den Beinen, Bluthochdruck, Depression und Alkoholabhängigkeit. Mit Medikamenten und Stützstrümpfen wird er von einer Ambulanz und dem Arztmobil versorgt, die Depression kann auf der Straße nicht adäquat medikamentös eingestellt werden.

Vor zwei Jahren wurde Felix von einem Sozialarbeiter dabei unterstützt, Anträge auf Sozialleistungen zu stellen. Trotz Europäischem Fürsorgeabkommen (EFA) wurden die Anträge abgelehnt, der Klageweg sicherte ihm dann die Sozialhilfeansprüche. Felix wurde nun ordnungsrechtlich in einem 2-Bett-Zimmer untergebracht. Mit der mangelnden Privat- und Intimsphäre konnte er nicht umgehen, auch nicht mit der Freizügigkeit seines Mitbewohners. Felix wurde rückfällig und verließ die Unterkunft. Seitdem baut er zunehmend körperlich ab und sucht auch das Arztmobil nur noch sporadisch auf.

Maria B., 27 Jahre, verstorben

Eine Freundin von Maria stellte den Kontakt zum Arztmobil her, besonders, als sich ihr Gesundheitszustand akut verschlechterte. Sie war kaum noch ansprechbar und musste schnellstens ins Krankenhaus.

Es war nur wenig über Maria bekannt, obwohl sie bereits zwei Jahre obdachlos und alkoholabhängig in Berlin lebte. Sie kam aus Litauen, auf der Flucht vor massiven familiären Konflikten. Während ihres Aufenthalts im Krankenhaus konnte über ihre Freundin der Kontakt zur Familie hergestellt werden. Die Familie besuchte Maria. Einige Tage später ist sie an den Folgen ihrer Alkoholabhängigkeit gestorben.

Maria hatte in Deutschland keine Ansprüche auf Sozialhilfe. Sie war daher auch nicht krankenversichert. Es ist bekannt, dass sie sich in Tagesstätten und Suppenküchen aufhielt. Professionelle Hilfe, die ihr hätte helfen können, aus ihrer Sucht und/oder Obdachlosigkeit herauszukommen, gab es nicht. Das Leben auf der Straße hatte Maria sehr zugesetzt, ihr Körper konnte die Strapazen nicht verkraften. Das Arztmobil wurde erst sehr spät dazugerufen. Die niedrigschwellige medizinische Hilfe, die das Arztmobil im Angebot hat, war für sie nicht ausreichend. Maria ist auch gestorben, weil das Hilfesystem für Menschen wie sie verschlossen ist.

Peter S., ca. 50 Jahre

Derzeit ist Peter seit mindestens sechs Jahren obdachlos und schläft mit anderen unter einer Brücke. Solche Situationen ziehen sich durch seine gesamte Biografie: Gewalterfahrungen in der Kindheit, Abbruch der Berufsausbildung, mehrere Gefängnisaufenthalte, immer wieder Obdachlosigkeit. Aktuell bezieht Peter aus unbekanntem Gründen keine Sozialleistungen. Das bedeutet auch, dass er nicht krankenversichert ist.

Auch Peter ist von verschiedenen chronischen Erkrankungen betroffen wie Alkoholabhängigkeit, Polyneuropathien in den Beinen mit daraus resultierenden Gangschwierigkeiten sowie einem insulinpflichtigen Diabetes. Außerdem sind seine Beine mit behandlungsbedürftigen Wunden übersät. Aufgrund seiner Lebenssituation kommt es immer wieder zu Verwahrlosungszuständen mit Parasitenbefall wie Läuse und Krätze. Immer wieder wird Peter in einer niedrigschwelligen Ambulanz mit Wundpflege, frischer Kleidung und Insulin versorgt. Insgesamt kann der Diabetes jedoch auf der Straße nicht gut eingestellt werden, deshalb wird Peter häufig wegen Stoffwechsellage im Krankenhaus behandelt.

Sollte sich nichts an Peters Situation ändern, wird sich sein Gesundheitszustand weiter verschlechtern und chronifizieren. Es kann passieren, dass er auf der Straße zum Pflegefall wird, ein vorzeitiger unnötiger Tod kann die Folge sein.

ALLGEMEINE PROBLEME IN DER NIEDRIGSCHWELLEN VERSORGUNG

Die Versorgung, die die Ambulanzen und Arztmobile in Berlin anbieten, ist nicht optimal. Die Einrichtungen sind in allen Bereichen auf Spenden angewiesen. Daher steht nicht immer das Passende zur Verfügung, wie z. B. Insulin, Medikamente, Verbandmaterial, Hosen und Schuhe. Da die meisten Ärztinnen und Ärzte überwiegend ehrenamtlich arbeiten, können nicht immer alle Sprechzeiten ärztlich abgedeckt werden. Auch eine Weitervermittlung an Fachärztinnen bzw. Fachärzte oder eine Einweisung ins Krankenhaus ohne Notfallindikation ist aufgrund der fehlenden Versicherung oft nicht möglich.

Die Finanzierung der Entwesung zur Behandlung von Parasitenbefall, zur Verhinderung von chronischen Hauterkrankungen und zum Schutz der Gesamtbevölkerung vor Infektionen

müssen die Einrichtungen selbst tragen. Eine umfassende aufsuchende Arbeit sowie Begleitung von Patienten, die weniger compliant sind, kann von den Kapazitäten der Ambulanzen nicht abgedeckt werden.

Daraus resultiert eine medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen, die dauerhaft als Mangelversorgung charakterisiert werden muss. Eine Verschlechterung der Gesundheitszustände sowie frühzeitiges Versterben können so nicht verhindert werden.

MÖGLICHKEITEN ZUR VERBESSERUNG

Aus den genannten Problemen in der Versorgung wird deutlich, dass eine bessere Zusammenarbeit mit dem Regelsystem notwendig ist. Das bedeutet, dass eine adäquate Behandlung im Krankenhaus oder bei Fachärzten möglich sein sollte. Es wäre günstig, beim Entlassungsmanagement aktiv auf die Lebenssituation des obdachlosen Menschen einzugehen. Auch eine multidisziplinäre Besetzung aus festangestellten Teams in den niedrighwelligen Ambulanzen ist zu empfehlen. Eine gut ausgebaute Möglichkeit zum Auskurieren bestimmter Erkrankungen wie Infektionen oder Wunden wäre wünschenswert. Auch der Ausbau der aufsuchenden Arbeit und der Abbau von Schwellen im Hilfesystem könnten eine Rückführung in das Regelsystem und in gesundheitsförderliche Lebensbedingungen begünstigen.

7. Fazit

Der Runde Tisch medizinische und zahnmedizinische Versorgung obdachloser Menschen in Berlin liefert als Zusammenschluss aller in der niedrigschwelligen Versorgung obdachloser Menschen tätigen Dienste mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht erstmalig umfassende Daten und Fakten zur medizinischen Versorgungssituation dieser Menschen. Er will damit einen Beitrag zur aktuellen Strategiebildung bei der politischen Neuausrichtung der Berliner Wohnungslosenhilfe leisten. Zugleich sollen Akteure aus dem Bereich der medizinischen Regelversorgung für die Bedarfslagen von obdachlosen Menschen erreicht und sensibilisiert werden.

Die meisten obdachlosen Menschen werden durch die Regelangebote der medizinischen Versorgung nicht oder nicht adäquat erfasst.

Das in diesem Bericht dokumentierte medizinische Versorgungssystem für obdachlose Menschen erbringt verlässlich wichtige medizinische und zahnmedizinische Leistungen. Das belegt die über die Jahre stabil hohe Anzahl an Konsultationen.

Für die Versorgungsstandorte, an denen neben den allgemeinmedizinischen Leistungen auch Zahnmedizin angeboten wird, dokumentieren die Patienten- und Konsultationszahlen, dass diese Kombination Medizin/Zahnmedizin von der Zielgruppe gut angenommen wird. In den 10 teilnehmenden Versorgungseinrichtungen fanden in 2016 insgesamt ca. 27.000 Konsultationen statt, davon ca. 22.500 in den medizinischen Anlaufstellen und ca. 4.500 durch aufsuchend tätige Versorgungseinrichtungen. Die Gesamtzahl der Konsultationen entspricht damit ungefähr der aus dem Jahr 2015.

Durchschnittlich erhält jede Patientin bzw. jeder Patient 4,0 Konsultationen im Jahr. Das zeigt, dass das niedrigschwellige Versorgungssystem von der Zielgruppe regelmäßig genutzt wird.

Deutlich wird, dass der Finanzierungsrahmen der Einrichtungen die Zusammensetzung der jeweiligen Patientinnen- bzw. Patientengruppe beeinflusst. Es ist davon auszugehen, dass wenigstens zwei Drittel aller Behandlungsfälle außerhalb der Einrichtungen, die der bisherigen Förderlogik des Berliner Senates entsprechen, behandelt werden.

So liegt der Anteil von EU-Bürgerinnen bzw. EU-Bürgern sowie Menschen aus Drittstaaten in den ISP-finanzierten Einrichtungen deutlich niedriger als in spendenfinanzierten Einrichtungen. In der Praxis zeigt sich, dass die ISP-finanzierten Einrichtungen von EU-Bürgerinnen bzw. -Bürgern, die nicht aus EFA-Staaten kommen und von Menschen aus Drittstaaten nicht regelmäßig genutzt werden können. Dieser Effekt verhindert medizinisch notwendige Überweisungen zwischen den Einrichtungen und damit tendenziell eine Ausfächerung des Angebots nach medizinischen Versorgungskriterien (z. B. Etablierung von Facharztsprechstunden).

Bei der Erfassung der Erkrankungen zeigt sich eine hohe Gesundheitsbelastung der Zielgruppe: hohe Anteile von Hauterkrankungen, von psychischen Erkrankungen, von Suchterkrankungen.

Die Erfassung der Diagnosen muss dringend weiterentwickelt werden, um die gesundheitliche Situation der Zielgruppe genauer beleuchten zu können. Eine Schwierigkeit der konsistenten Erfassung liegt auch darin begründet, dass Ärztinnen und Ärzte unterschiedlichster Fachrichtungen die Diagnostik in den Einrichtungen übernehmen.

Im Hinblick auf die Schnittstelle zum öffentlichen Gesundheitsdienst sind die Zahlen zu Krätzeinfektion, Läusebefall und TBC von Belang. Hier muss im Sinne einer guten Versorgung der Zielgruppe und im Hinblick auf Infektionsgefahren dringend das niedrigschwellige Versorgungssystem entlastet werden. Zur Behandlung der Infektionen und des Schädlingbefalls sind oft teure Medikamente nötig, die von der Zielgruppe nicht bezahlt werden können. Hier ist eine öffentliche Unterstützung dringend erforderlich.

Soziodemografische Daten aus den drei bislang über das ISP geförderten Projekten belegen die hohe soziale Belastung der Betroffenen.

Dem steht eine medizinische Versorgungslandschaft in den Versorgungseinrichtungen gegenüber, die unabhängig von der bisherigen Finanzierungsform von den Praktikerinnen und Praktikern vor Ort angesichts der Rahmenbedingungen alles andere als optimal erlebt wird, wie den Praxisberichten unschwer zu entnehmen ist.

Diese Versorgung ist allenfalls notdürftig und wird in der Regel durch ehrenamtliche, nicht selten bereits pensionierte Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte getragen, ohne deren unermüdlichen Einsatz dieses Hilfesegment zum Erliegen käme. Der gesellschaftliche Nutzen dieser ehrenamtlichen Tätigkeit ist nicht hoch genug einzuschätzen, monetär ausgedrückt erspart er im Vergleich zu regelhaften Angeboten hochgerechnet nahezu 885.000 € pro Jahr, wie die Stichtagserhebung der Einrichtungen belegte.

Last but not least leisten die ambulanten Notversorgungsangebote dieses Hilfesegmentes auch mit Blick auf die Entlastung des stationären Bereiches einen wesentlichen Beitrag und verdienen nicht zuletzt mit Blick auf die dort dramatisch anwachsenden, nicht refinanzierten und medizinisch sicherlich auch häufiger vermeidbaren Behandlungen einen weiteren sinnvollen Ausbau, der allerdings in ein fachliches und auch finanzielles Gesamtkonzept eingebettet werden müsste. Hierzu würde neben dem Aufbau von Krankenwohnungen für obdachlose Menschen auch die Schaffung eines sinnvollen und situationsgerechten Entlassmanagements für obdachlose Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt gehören.

Die in diesem Gesundheitsbericht gewonnenen Erkenntnisse unterstreichen die Forderungen, die der Runde Tisch medizinische und zahnmedizinische Versorgung obdachloser Menschen in Berlin bereits 2014 in seinem Positionspapier erhoben hat. Diese lauten:

1. Benötigt wird ein gut ausgestattetes niedrigschwelliges medizinisches und zahnmedizinisches Versorgungssystem, in dem alle Bedürftigen einen leichten Zugang zu allen vorgehaltenen Leistungen haben und in dem es den Helfenden frei von Anspruchsprüfungen möglich ist, nach dem Prinzip „Not sehen und handeln“ tätig zu werden.
2. Die Beschränkungen für zuwendungsfinanzierte (zahn-)medizinische Versorgungseinrichtungen müssen reduziert bzw. aufgehoben werden. Dies betrifft die eingeschränkten Zugangsmöglichkeiten für EU-Bürger/innen aus Nicht-EFA-Staaten sowie die Notwendigkeit der Vorhaltung von KV-/KZV-Ärzten/innen.
3. Die vorhandenen Angebote sollten übersichtlich visualisiert, der regelmäßige Fachaustausch gefördert und die Einrichtungen in ihrem Qualitätsmanagement unterstützt werden. Zu überlegen wäre zudem, eine Koordinierungsstelle für das niedrigschwellige medizinische Angebot einzurichten.
4. Die vorhandenen Einrichtungen benötigen Geldmittel und Beratung, um zweckmäßige ergänzende Angebote einzurichten und zu erhalten.
5. Eine niedrigschwellige medizinische Versorgung erfordert ein unbürokratisches Verfahren hinsichtlich der Behandlung der Patienten und der jeweiligen Abrechnungsmodalitäten. Die Notwendigkeit der Bereitstellung von KV-Ärzten, der Teilabrechnung über die KV und die entsprechend individuelle Vorprüfung der Anspruchsberechtigungen durch geschulte Fachkräfte stehen dem entgegen. Die vorhandenen Angebote benötigen eine verlässliche und besser planbare Finanzierung.
6. Im Land Berlin wird eine Krankenstation (ohne das Erfordernis einer individuellen Kostenübernahme mit vorgeschalteter Anspruchsprüfung) benötigt, in welche behandelnde Ärzte/-innen der niedrigschwelligen Einrichtungen kranke obdachlose Menschen kurzfristig einweisen können, um Krankheiten auszukurieren.
7. Die Rolle der Sozialarbeit als Schlüssel zur Integration in die medizinische Versorgung ist vor Ort zu stärken. Sozialpädagogische Fachkräfte müssen ggf. eingestellt und finanziert werden.

Mit dieser Vorlage eines Gesundheitsberichtes möchte der Runde Tisch durch eine verbesserte Faktenlage wesentliche Anstöße liefern und zur Diskussion und Umsetzung der beschriebenen Forderungen beitragen. Es bleibt zu hoffen, dass im Zuge dessen eine umfassende Analyse und Verbesserung des bestehenden Hilfesystems und seiner Ausfinanzierung erfolgt, um für alle hilfeschuchenden obdachlosen Menschen in Berlin – auch unabhängig von ihrem Aufenthalts- und Versicherungsstatus – eine angemessene und menschenwürdige medizinische Basisversorgung sicherzustellen und gleichzeitig Wege in die Systeme der Regelversorgung zu öffnen.

Herausgeber:

Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Residenzstraße 90 | 13409 Berlin
Telefon: (030) 6 66 33 - 0
www.caritas-berlin.de

GEBEWO – Soziale Dienste – Berlin gGmbH
Geibelstraße 77/78 | 12305 Berlin
Telefon: (030) 70 78 44 90
www.gebewo.de

Herausgegeben im März 2018

Redaktion

Ekkehard Hayner, GEBEWO – Soziale Dienste – Berlin gGmbH
Kai-Gerrit Venske, Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Lena Obst, GEBEWO – Soziale Dienste – Berlin gGmbH
Thomas Gleißner, Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.

Gestaltung

medienzauber.de

Diese Broschüre
wurde ermöglicht durch:



Wohnen
Beraten
Betreuen



Fixpunkt



DIE JOHANNITER
Aus Liebe zum Leben

