

# **Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen**

**Evaluation des Umsetzungskonzeptes**

**Abschlussbericht**

**Münster, Dezember 2009**

Autor:

Dr. Wilfried Kunstmann  
- Berlin -

unter Mitarbeit von:

Anke Follmann

Paul Ottenjann

Dr. Dr. Ulrich Schulze-Raestrup  
Ärztekammer Westfalen-Lippe –

PD Dr. Thomas Ostermann  
Universität Witten/Herdecke -

## Inhaltsverzeichnis

<b>A)</b>	<b>Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Evaluation mobiler medizinischer Dienste für Wohnungslose</b> .....	5
<b>B)</b>	<b>Die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen auf der Grundlage des Umsetzungskonzeptes der Kostenträger</b> .....	13
<b>1.</b>	<b>Die medizinische Versorgung Wohnungsloser in Deutschland</b> .....	13
1.1.	Sicherstellung der medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Nordrhein-Westfalen .....	15
1.2.	Das nordrhein-westfälische Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen .....	17
1.2.1.	Streetmed Bielefeld .....	19
1.2.2.	Mobiler Medizinischer Dienst Dortmund.....	20
1.2.3.	Arzt mobil Essen .....	20
1.2.4.	Mobiler Medizinischer Dienst Köln .....	22
1.2.5.	Mobiler Dienst der Bischof-Herrmann-Stiftung Münster .....	22
1.2.6.	Medizinischer Dienst zur Versorgung wohnungsloser Menschen in Hagen...	23
1.3.	Evaluation des nordrhein-westfälischen Umsetzungskonzeptes .....	24
1.4.	Datenbasis der vorliegenden Auswertung .....	25
<b>C)</b>	<b>Ergebnisse der begleitenden Evaluation des Umsetzungskonzeptes.</b>	27
<b>2.</b>	<b>Nutzung der mobilen medizinischen Dienste</b> .....	27
2.1.	Erreichung der vereinbarten Zielgrößen durch die mobilen medizinischen Dienste .....	29
2.2.	Quartalsbezogene Verläufe der Patientenzahlen .....	30
<b>3.</b>	<b>Patientenstruktur der mobilen medizinischen Dienste</b> .....	33
3.1.	Anteile männlicher und weiblicher Projektnutzer .....	34
3.2.	Altersstruktur der Projektpatienten.....	37
3.3.	Zusammensetzung der Projektpatienten nach Familienstand.....	41
3.4.	Zusammensetzung der Projektpatienten nach Staatsangehörigkeit.....	42
<b>4.</b>	<b>Zielgruppenerreichung der mobilen medizinischen Dienste</b> .....	45
4.1.	Der Anteil wohnungsloser Patienten in den medizinischen Projekten.....	46
4.1.1.	Besonderheiten der Dortmunder Patientenstruktur .....	50
4.1.2.	Die Unterkunftssituation der Projektpatienten im Vergleich zu Klienten der Wohnungslosenhilfe .....	51
4.2.	Erreichung Wohnungsloser im Stadtgebiet .....	53
4.3.	Erreichung der Patienten an unterschiedlichen Behandlungsorten .....	55
4.4.	Erreichung Wohnungsloser ohne Versorgung durch Vertragsärzte .....	57
<b>5.</b>	<b>Behandlungskontakte in den mobilen medizinischen Diensten</b> .....	59
5.1.	Behandlungskontakte an den Projektstandorten.....	61
5.2.	Behandlungskontakte bei Männern und Frauen .....	62

5.3.	Behandlungskontakte in den verschiedenen Altersgruppen.....	63
5.4.	Einfluss projektbedingter Faktoren auf die Zahl der Behandlungskontakte ...	65
5.5.	Kontaktanlässe der Patienten.....	67
<b>6.</b>	<b>Krankenversicherungsstatus der Projektpatienten .....</b>	<b>70</b>
6.1.	Standortbezogene Unterschiede des Krankenversicherungsstatus der Projektpatienten .....	71
<b>7.</b>	<b>Behandlungsbedarf der Projektpatienten.....</b>	<b>74</b>
7.1.	Akuter Behandlungsbedarf der Projektpatienten.....	74
7.1.1.	Akute Beschwerdebilder der Projektpatienten .....	75
7.1.2.	Behandlungsbedarf männlicher und weiblicher Projektpatienten .....	79
7.1.3.	Behandlungsbedarf in den verschiedenen Altersgruppen .....	80
7.2.	Chronische Erkrankungen der Projektpatienten .....	81
7.2.1.	Chronische Erkrankungen männlicher und weiblicher Projektpatienten ....	85
7.2.2.	Chronische Erkrankungen in den Altersgruppen.....	87
7.3.	Akute Behandlungsanlässe und chronische Erkrankungen.....	89
7.4.	Stationärer Behandlungsbedarf der Projektpatienten .....	92
<b>8.</b>	<b>Medizinische und pflegerische Leistungen der Projekte .....</b>	<b>95</b>
8.1.	Durchgeführte medizinische Maßnahmen.....	95
8.2.	Durchgeführte pflegerische Maßnahmen .....	96
8.3.	Überweisungen in Einrichtungen des Regelversorgungssystems .....	98
8.3.1.	Überweisungen in stationäre Einrichtungen.....	98
8.3.2.	Überweisungen an niedergelassene Ärzte .....	100
<b>9.</b>	<b>Reintegration der Patienten in das Regelversorgungssystem .....</b>	<b>103</b>
9.1.	„Reintegration“ oder „Assimilation“.....	103
9.2.	Bewertung der Reintegrationserfolge der mobilen medizinischen Teams anhand einer fünf-stufigen Zielhierarchie .....	104
<b>10.</b>	<b>Begleitende Befragung zur Projektausstattung, Zielgruppenerreichung, Projektvernetzung und Dokumentation.....</b>	<b>108</b>
10.1.	Ergebnisse der begleitenden Projektbefragung .....	108
10.2.	Ergebnisse der Befragung zur Behandlungsdokumentation.....	115
	Anhang: Fragebogen zur Projektbefragung.....	118
<b>Literatur</b>	.....	<b>123</b>

## **A) Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Evaluation mobiler medizinischer Dienste für Wohnungslose**

Im Frühjahr 2006 haben die Gesetzlichen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und kommunalen Spitzenverbände in NRW ein „Umsetzungskonzept zur Medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen“ unterzeichnet. Damit stellen sie pro Jahr ein Gesamtvolumen von 1,5 Mio. € für eine aufsuchende medizinische Versorgung Wohnungsloser zur Verfügung. Aufsuchende medizinische Projekte für Wohnungslose, die diesem Umsetzungskonzept beitreten möchten, müssen bestimmte Rahmenbedingungen erfüllen und pro Quartal eine vereinbarte Zielgröße wohnungsloser Patienten erreichen. Die Projektvergütung basiert auf einer Fallpauschale für jeden pro Quartal behandelten Wohnungslosen.

Seit Abschluss der Rahmenvereinbarung sind ihr 6 nordrhein-westfälische Städte beigetreten. In chronologischer Reihenfolge sind dies die Städte Essen, Köln, Bielefeld, Münster, Dortmund und seit dem 1. Juli 2009 auch die Stadt Hagen.

Um die Wirksamkeit des gewählten Ansatzes zu überprüfen, hat die vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW moderierte Lenkungsgruppe für das Umsetzungskonzept eine begleitende Evaluation der aufsuchenden medizinischen Hilfen in Auftrag gegeben. Diese wird über die Ärztekammer Westfalen-Lippe sichergestellt und orientiert sich an sieben, von der Lenkungsgruppe erarbeiteten Fragestellungen:

1. Wird mit den Projekten die eigentliche Zielgruppe Wohnungsloser erreicht?
2. Wie häufig nutzen die Patienten die medizinische Versorgung der Projekte?
3. In welchem Gesundheitszustand befinden sich die erreichten Wohnungslosen, sind sie akut behandlungsbedürftig?
4. Welche medizinischen und pflegerischen Behandlungen erhalten die Patienten in den Projekten?
5. Werden die Patienten parallel auch durch andere medizinische Einrichtungen versorgt?
6. Verfügen die Patienten über einen Krankenversicherungsschutz?
7. Gelingt mit den Projekten eine Reintegration Wohnungsloser in die medizinische Regelversorgung?

Basis für die Beantwortung der aufgeführten Fragestellungen sind die in den Projekten dokumentierten Behandlungsdaten, die von den Projektmitarbeitern über eine eigens für

die Projekte entwickelte Software bei jedem Patientenkontakt in das Dokumentationssystem eingegeben werden. Dabei bezieht sich die Mehrzahl der Ergebnisse auf einen 16-monatigen Vergleichszeitraum (1.4.2008 bis 30.6.2009), in dem alle fünf Standorte an der Datenerhebung teilnahmen.<sup>1</sup>

Zusammenfassend lassen sich die sieben Fragen anhand der seit Oktober 2007 sukzessive in den Projekten erhobenen Daten wie folgt beantworten:

### **1. Wird mit den Projekten die eigentliche Zielgruppe Wohnungsloser erreicht?**

Seit Abschluss der nordrhein-westfälischen Rahmenvereinbarung wurden an den 5 Projektstandorten, die in der begleitenden Evaluation berücksichtigt wurden, 5.276 Patienten behandelt. Auf die behandelten Patienten entfielen insgesamt 35.246 Behandlungskontakte, was im Durchschnitt 6,7 Kontakten pro Patient entspricht.

Der überwiegende Teil der Patienten der mobilen medizinischen Dienste sind Männer (75%). Allerdings liegt der Frauenanteil mit 25% über dem anderer Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, so dass wohnungslose Frauen durch den aufsuchenden Ansatz offensichtlich besonders gut erreicht werden können.

Ähnlich wie in anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind die männlichen im Vergleich zu den weiblichen Projektpatienten im Durchschnitt etwa 6 Jahre älter (41,9 Jahre vs. 35,5 Jahre).

Im Vergleich zur bundesdeutschen Wohnbevölkerung, in der 30% der Erwachsenen über 60 Jahre alt sind, macht diese Altersgruppe nur 7% der Wohnungslosen aus. Daraus lassen sich Rückschlüsse auf eine stark verringerte Lebenserwartung Wohnungsloser und einen entsprechend hohen ärztlichen Behandlungsbedarf ziehen.

Die einzelnen Standorte weisen eine sehr unterschiedliche soziodemografische Zusammensetzung ihrer Patienten auf. In ihrer Gesamtheit bilden die Projektpatienten allerdings weitgehend die Gesamtheit der Wohnungslosenpopulation in Deutschland ab.

---

<sup>1</sup> Es handelt sich dabei um die Städte Bielefeld, Dortmund, Essen, Köln und Münster, deren bis zum 30.6.09 erhobenen Behandlungsdaten für die vorliegende Evaluation herangezogen wurden. Die Hagener Projektdaten konnten aufgrund des erst am 1.7.09 erfolgten Beitritts zum Umsetzungskonzept nicht mehr berücksichtigt werden.

73% der Personen, die die Projekte aufsuchen, übernachten unter freiem Himmel, in Notunterkünften, Pensionen, bei Freunden oder anderen vorübergehenden Arrangements. Fast 27% der Patienten geben an, noch über eine Wohnung zu verfügen. Dabei fällt der überdurchschnittlich hohe Anteil Dortmunder Patienten mit einer Wohnung ins Gewicht, der auf Grundlage der Selbstauskünfte der Patienten hier bei 68% liegt. Ohne Einbeziehung der Dortmunder Ergebnisse reduziert sich der Anteil an Patienten mit einer Wohnung an den Standorten Bielefeld, Essen, Köln und Münster auf 11,3%.

Nur schwer lässt sich die Frage beantworten, in welchem Maße die Wohnungslosen innerhalb einer Stadt vom jeweiligen mobilen medizinischen Dienst erreicht werden können. I.d.R. fehlt es an validen bzw. vergleichbaren Daten zur lokalen Grundgesamtheit Wohnungsloser. Die Projektmitarbeiter selber schätzen, dass sie standortabhängig zwischen 30 und 80% der Wohnungslosen ihres Stadtgebietes erreichen.

Es ist jedoch festzuhalten, dass die vereinbarten Zielgrößen hinsichtlich der Zahl der Patienten, die pro Quartal zu behandeln sind, an allen Standorten von den mobilen medizinischen Teams stabil erreicht und lokal z.T. deutlich überschritten werden.

## **2. In welchem Gesundheitszustand befinden sich die erreichten Wohnungslosen, sind sie akut behandlungsbedürftig?**

Die geringe Lebenserwartung Wohnungsloser verweist auf einen enorm hohen medizinischen Behandlungsbedarf in dieser Bevölkerungsgruppe. Bei den Projektpatienten wurden im Behandlungsverlauf im Durchschnitt zwei chronische Grunderkrankungen bekannt. Hinzu kommen ein bis zwei akute Beschwerdebilder, mit denen die Patienten bei den Teams vorstellig werden.

Bei den akuten Behandlungsanlässen sind – neben Herz-Kreislauf- und Atemwegsbeschwerden – v.a. Hauterkrankungen und Verletzungen von Bedeutung.

Insgesamt wird das Krankheitsgeschehen von Suchterkrankungen dominiert – dies sowohl bei den akuten Behandlungsanlässen als auch bei den chronischen Erkrankungen. Vorherrschend ist die Alkoholabhängigkeit, die bei 23% der Patienten dokumentiert wurde, während bei den Patientinnen die Opiatabhängigkeit dominiert (22,7%).

Weibliche Patienten leiden im Vergleich zu männlichen unter einer größeren Anzahl chronischer Erkrankungen – dies obwohl sie im Durchschnitt deutlich jünger sind.

Bei den somatischen Erkrankungen wurden am häufigsten Hepatitis-Infektionen diagnostiziert (bei 15% der Patienten). Herz-Kreislauf-Erkrankungen müssen bei fast 10% aller Patienten als gesichert gelten und manifestieren sich mit zunehmendem Alter.

Auf das Quartal bezogen werden 5,5% der Patienten mindestens einmal stationär behandlungsbedürftig. Innerhalb eines für alle Standorte vergleichbaren Zeitraums (1.4.2008 – 30.6.2009) traf dies insg. für fast 10% der Patienten zu.

### **3. Werden die Patienten parallel auch durch andere medizinische Einrichtungen versorgt?**

90% der in den Projekten behandelten Patienten hatten bei ihrem ersten Kontakt mit den Projektteams keine Kontakte mehr zu niedergelassenen Ärzten. Ca. 8% werden noch punktuell von Fachärzten behandelt, wobei es sich hierbei v.a. um Methadonambulanzen oder ambulante psychiatrische Einrichtungen handelt.

### **4. Verfügen die Patienten über einen Krankenversicherungsschutz?**

Fast 2/3 aller Patienten können beim ersten Erscheinen in den Projekten keine Versicherungskarte vorlegen – sei es weil sie über keinen Versicherungsschutz verfügen oder der Nachweis unter den Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit verloren gegangen ist. Darüber hinaus besitzt etwa ein Viertel der Patienten (23,1%) nach eigenen Angaben keine Krankenversicherung bzw. ihr Versicherungsstatus ist bei Projekteintritt unbekannt. Die überwiegende Mehrheit der Projektpatienten (45,8%) ist hingegen über die AOK krankenversichert.

### **5. Wie häufig nutzen die Patienten die medizinische Versorgung der Projekte?**

Im Durchschnitt hat sich jeder Patient / jede Patientin innerhalb des Zeitraums zwischen dem 1.4.2008 und dem 30.6.2009 fast sechs Mal (5,7) in den Projekten behandeln lassen. Fast die Hälfte aller Patienten sucht die Projekte 3-mal oder häufiger auf, während der Rest die Projekte lediglich ein- oder zweimal kontaktiert. Dabei ist die Zahl der Behand-



lungskontakte stark mit dem Lebensalter korreliert: Mit zunehmendem Alter nimmt die Zahl der Behandlungskontakte deutlich zu.

## **6. Welche medizinischen und pflegerischen Behandlungen erhalten die Patienten in den Projekten?**

75% aller Patientenkontakte beinhalten eine körperliche Untersuchung der Patienten, in fast 20% der Kontakte ist eine Wundversorgung erforderlich. Bei der Hälfte aller Patientenkontakte werden auch pflegerische Maßnahmen durchgeführt.

In jedem 10. Patientenkontakt wird eine Überweisung an einen niedergelassenen Arzt veranlasst, 90% dieser Überweisungen erfolgen an niedergelassene Fachärzte. Dabei ist als besonders positiv zu vermerken, dass 78% der ambulanten Überweisungen erfolgreich verlaufen, d.h. der oder die Wohnungslose erscheint anschließend auch bei dem Facharzt zur Behandlung, zu dem er / sie überwiesen worden war.

Ca. 8% der Patienten wurden von den Projektärzten innerhalb des 16-monatigen Vergleichszeitraums zu einer stationären Behandlung eingewiesen. Hierbei überwogen Einweisungen in eine Drogenentgiftung (45,6%), gefolgt von Überweisungen in somatische Kliniken (31%) und in Alkoholentgiftungsmaßnahmen (14,8%).

Seit Abschluss der Rahmenvereinbarung haben die Projektärzte an allen fünf Standorten zusammen 155 Notfalleinsätze durchgeführt. Dadurch wurden den Kommunen etwa 70.000€ erspart, die ansonsten für den Einsatz von Rettungskräften angefallen wären.

## **7. Gelingt mit den Projekten eine Reintegration der Patienten in die Regelversorgung?**

Bei jedem 10. Patientenkontakt erfolgt eine Überweisung in die medizinische Regelversorgung. Diese dient in der überwiegenden Mehrheit einer rein konsiliarischen Abklärung von Erkrankungen oder einer punktuellen Weiterbehandlung des wohnungslosen Patienten.

Eine vollständige Reintegration in die hausärztliche Versorgung gelingt hingegen nur in wenigen Fällen, weshalb eine patientenbezogene, gestufte Zielsetzung zur Reintegration vorgeschlagen wird (s. Kap. 9).

## **8. Welche Schlüsse können aus den in den Projekten erhobenen Behandlungsdaten gezogen werden?**

Das nordrhein-westfälische Umsetzungskonzept zur Medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen hat zu einer Stabilisierung der mobilen medizinischen Dienste für Wohnungslose geführt. Sie konnten durch den darin vereinbarten Finanzierungsschlüssel ihre Arbeit sowohl quantitativ ausweiten als auch qualitativ intensivieren, in dem sie nun mehr Stellen mit potenziell behandlungsbedürftigen Wohnungslosen anlaufen und sich zudem mehr solchen Personen widmen können, die über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen. Damit wird die Zielgruppen-Genauigkeit der Projekte gesteigert.

Die vorliegenden Projektdaten belegen aber auch, dass durch die Projekte keine Parallelversorgung zu einer event. noch bestehenden hausärztlichen Versorgung geschaffen wird. Schließlich waren 90% der Patienten von jeglicher ambulanter medizinischer Versorgung entkoppelt.

Hingegen erscheint der Anteil an Patienten mit einer Wohnung mit über 25% zunächst hoch. Hierbei schlagen jedoch v.a. Besonderheiten der Versorgungslage in Dortmund durch, wo sich offensichtlich überdurchschnittlich viele Personen an die medizinischen Teams wenden, die sich in einer Grauzone zwischen Wohnung und Wohnungslosigkeit befinden.

Offensichtlich erfolgt mit dem Umsetzungskonzept eine Verstetigung der in den Projekten durchgeführten Behandlungen, ohne dass damit ein Versorgungssystem zweiter Klasse geschaffen wird. Die häufig durchgeführten und erfolgreich verlaufenen Überweisungen in Einrichtungen der medizinischen Regelversorgung können hierfür als Indiz herangezogen werden. Insgesamt bleiben aber sowohl die Anzahl der Projektkontakte als auch die der stationären Aufenthalte immer noch unter dem Durchschnitt in der Wohnbevölkerung. Zudem übernehmen die mobilen Teams bei Wohnungslosen medizinische Notfalleinsätze, die sonst von anderen Rettungskräften sichergestellt werden müssten.

Die für die Aufstellung des Mengengerüsts des Umsetzungskonzeptes zugrunde gelegte Eins-zu-Tausend-Regelung (für angenommene Schwerpunktgebiete 2 : 1.000), die von einem behandlungsbedürftigen Wohnungslosen pro 1.000 Einwohner ausgeht, wird in vielen Fällen der realen Situation der Wohnungslosigkeit vor Ort nicht gerecht. Es sollten

daher weitere Überlegungen zur Entwicklung eines validen Berechnungsschlüssels angestellt werden. Dabei ist allerdings auch darauf zu achten, durch diesen keine extensive Ausweitung der aufsuchenden Arbeit innerhalb des jeweiligen Stadtgebiets zu stimulieren. Denn eine solche birgt immer auch die Gefahr, mit einem Überangebot aufsuchender medizinischer Dienste zu einer weiteren Entwurzelung von Personen am Rande zur Wohnungslosigkeit beizutragen.

Die Ergebnisse zeigen für fast jede Fragestellung die lokalen Vielfältigkeiten in der Zusammensetzung der Wohnungslosenpopulation und der für sie angebotenen Dienste. Dies erschwert es, auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse standardisierte Empfehlungen für die Ausstattung der Projekte und die Strukturierung ihrer Arbeit zu geben. Generell ist allerdings zu empfehlen, dass die Projekte eine enge Kooperation mit allen lokalen Einrichtungen für Wohnungslose aufbauen, um in diesen auf regelmäßiger Basis Sprechstunden anzubieten. Behandlungsangebote direkt auf der Straße können immer nur einen Randbereich der Arbeit darstellen, sie sind zudem im starken Maße von der Ausstattung des Projektes mit einem Ambulanzbus abhängig.

Eine Mindestausstattung mit ärztlicher und pflegerischer Qualifikation im Team hat sich an den entsprechenden Standorten als nützlich erwiesen und sollte auch für weitere Projekte als Minimalstandard gelten. Auch sollten feste Vertretungsregelungen durch andere medizinische Dienste mit eingeplant werden, um eine Kontinuität der Behandlung in Krankheits- und Urlaubssituationen sicherzustellen.

Die Arbeit in den Projekten ist stark dominiert von den von den Patienten vorgetragenen Beschwerdebildern. Erst in längeren Behandlungsverläufen gelingt es den Projektärztinnen und –ärzten, auch dahinterliegende chronische Erkrankungen zu identifizieren und einer Behandlung zuzuführen. Dies setzt eine kontinuierlichere Bindung der Patienten wie auch eine gute Vernetzung der Projekte mit dem Regelsystem voraus.

Für die ärztlichen und pflegerischen Projektmitarbeiter sollten daher auf die Erkrankungen Wohnungsloser bezogene Fortbildungen aufgebaut und angeboten werden, die Möglichkeiten einer besseren Identifikation chronischer Krankheitsbilder bei wohnungslosen Patienten, Konzepte für deren Behandlung unter den Bedingungen der Wohnungslosigkeit, Vernetzungsmöglichkeiten mit dem Wohnungslosenhilfesystem und der medizinischen Regelversorgung sowie die Aufgabenprofile ärztlicher und pflegerischer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen thematisieren.

Die Zielsetzung, wohnungslose Patienten über die Projektarbeit wieder dauerhaft in die medizinische Regelversorgung zu integrieren, muss auf der Grundlage der Projektergebnisse modifiziert werden. Schließlich gelang eine solche innerhalb des Vergleichszeitraums nur bei 12 von 4.057 behandelten Patienten. Es wird daher im Kapitel 9 dieses Berichtes vorgeschlagen, gestufte Zielhierarchieebenen zu formulieren, die sich zunächst an einer möglichst flächendeckenden Erreichung unversorgter Wohnungsloser innerhalb des Stadtgebietes orientieren, um dann mit diesen kontinuierliche Behandlungskontakte aufzubauen, die zunehmend vom Patienten selber aktiv nachgefragt werden sollten. Darauf aufbauend sind vermehrt niedergelassene Fachärzte in die Behandlung einzubinden, bevor - in enger Kooperation mit einer Fachberatungsstelle - eine vollständige Reintegration des Patienten / der Patientin in die medizinische Regelversorgung angestrebt werden kann, nach Möglichkeit gekoppelt mit der Perspektive auf eine Reintegration in eine eigene Wohnung.

## **B) Die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen auf der Grundlage des Umsetzungskonzeptes der Kostenträger**

### **1. Die medizinische Versorgung Wohnungsloser in Deutschland**

Nach Berechnungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG) leben in Deutschland 132.000 Menschen, die alleinstehend sind und über keine eigene Wohnung verfügen. Während der Großteil dieser Personengruppe in Notunterkünften, Wohnheimen, Pensionen, bei Freunden oder in stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ein Obdach findet, versuchen immerhin 18.000 Personen, ohne jede Unterkunft auf der Straße zu überleben (BAG 2007). Auf Nordrhein-Westfalen mit seinen 18 Mio. Einwohnern entfallen somit 29.000 alleinstehende Wohnungslose, von denen 3.900 ohne jegliche Unterkunft sind.

In Deutschland haben Bürger unabhängig von ihrem Wohnstatus Anspruch auf eine umfassende medizinische Versorgung. Seit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 werden die Krankenbehandlungskosten von Sozialhilfeempfängern von den Krankenkassen getragen, lediglich bei Wohnungslosen ohne regelmäßigen Leistungsbezug kommt das Sozialamt weiterhin über die Krankenhilfe nach §48 SGB XII für die Kosten einer Behandlung auf.

Dennoch zeigt sich, dass nur wenige Wohnungslose von dem bestehenden Rechtsanspruch auf medizinische Behandlung aktiv Gebrauch machen. Eine im Jahr 2002 durchgeführte Studie zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Nordrhein-Westfalen förderte zutage, dass lediglich 10,6% der Wohnungslosen regelmäßig durch einen niedergelassenen Arzt versorgt werden (Kunstmann & Ostermann 2008). Inzwischen konnte anhand verschiedener Studien belegt werden, dass Wohnungslose sich in der Regel in einem äußerst schlechten Gesundheitszustand befinden. Bereits in den 70er Jahren hatte die BAG (damals noch „Bundesarbeitsgemeinschaft für Nichtsesshaftenhilfe“) 105 alleinstehende Wohnungslose in Bielefeld umfassend körperlich und psychiatrisch untersuchen lassen. Im Ergebnis wiesen über 75% der Untersuchten einen massiven Verschleiß der Wirbelsäule und der Gelenke auf, bei über 60% wurden ein Lungenemphysem und bei über 40% eine chronische Bronchitis diagnostiziert. Allein bei einem Drittel der untersuchten Wohnungslosen wurden Anzeichen für eine in der Vergangenheit durchlebte TBC entdeckt und bei einem vergleichbar großen Anteil konnte ein Magengeschwür diagnostiziert werden (Sperling 1985 / John 1988). Nachfolgende Studien aus den 80er und 90er

Jahren bestätigten die im Vergleich zur Wohnbevölkerung deutlich erhöhten Krankheitsprävalenzen (Locher 1990; Trabert 1995; Völlm, Becker, Kunstmann 2004).

Studien zur Untersuchung der psychischen Gesundheit alleinstehender Wohnungsloser stellten ebenfalls eine deutlich erhöhte Prävalenz an Suchterkrankungen und anderen psychiatrischen Krankheitsbildern fest: Abhängig vom jeweiligen Untersuchungskollektiv und vom eingesetzten diagnostischen Instrumentarium wiesen 55-80% der Wohnungslosen eine manifeste Alkoholabhängigkeit und 12-25% eine Abhängigkeit von illegalen Drogen auf. Auch alle anderen psychiatrischen Störungsbilder traten unter den Wohnungslosen deutlich gehäuft auf (Fichter et al 1989, Podschus & Dufeu 1995; Nouvertné 1996; Becker & Kunstmann 2001).

Durch die Lebensbedingungen auf der Straße ist somit das Erkrankungsrisiko für fast alle Krankheiten deutlich erhöht. Darüber hinaus verschlechtert sich auch der Zustand bereits bestehender Erkrankungen mitunter dramatisch. Hinzu kommt, dass unter den Bedingungen der Wohnungslosigkeit offensichtlich eine realistische Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und Bewertung körperlicher Symptome verloren geht. Die Folgen sind aufwändige Behandlungen akuter wie auch verschleppter Erkrankungen, kostenintensive stationäre Einweisungen sowie eine hohe Mortalitätsrate.

## **1.1. Sicherstellung der medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Nordrhein-Westfalen**

Zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungslage Wohnungsloser sind seit Ende der 80er Jahre in vielen deutschen Städten Initiativen entstanden, die die Betroffenen an ihren Aufenthaltsorten in Asylen, Notunterkünften, Tagestreffs und auf der Straße aufsuchen. Dort bieten sie eine medizinische Erstversorgung an und versuchen, die Wohnungslosen wieder an eine regelmäßige ärztliche Behandlung heranzuführen.

Diese Initiativen waren in ihrer Anfangsphase fast ausschließlich auf Spenden oder Mittel der freien Wohlfahrtspflege angewiesen, in einigen Städten kamen ergänzend finanzielle Zuwendungen der Kommunen hinzu. In der Folgezeit wurden die Projekte vermehrt über die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen mit Einzel- oder Institutsermächtigungen ausgestattet, so dass die durchgeführten ärztlichen Behandlungen auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgerechnet werden konnten. Doch auch unter diesen Modalitäten ließen sich in der Regel nicht mehr als ein Drittel der tatsächlichen Projektkosten abdecken (Kunstmann & Kimont 1999).

1996 konnten auf Initiative der Ärztekammer Westfalen-Lippe und gemeinsam mit dem nordrhein-westfälischen Landesministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit und dem Landesarbeitsamt 1996 in den Städten Bielefeld, Bochum, Dortmund und Münster über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen für Ärzte Modellprojekte für eine aufsuchende medizinische Hilfe Wohnungsloser eingerichtet bzw. bereits bestehende Projekte stabilisiert werden. Schon damals zeigte sich anhand der ausgewerteten Projektdaten, dass sich fast 80% der in den Projekten behandelten Wohnungslosen in einem mäßigen oder sogar schlechten gesundheitlichen Zustand befanden. Über 90% hatten keine regelmäßige medizinische Versorgung. Haut- und Atemwegserkrankungen sowie Verletzungen und Infektionserkrankungen dominierten das Krankheitsgeschehen (Ärztekammer Westfalen-Lippe 1998).

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse begann 1998 die in NRW eingerichtete Landesgesundheitskonferenz, nach Wegen für eine stabile und flächendeckende medizinische Versorgung Wohnungsloser sowie nach entsprechenden Finanzierungsmöglichkeiten zu suchen. Begleitet wurden diese Bemühungen durch eine zur gleichen Zeit durchgeführte Novellierung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG), das den Gesundheitsämtern seitdem die Möglichkeit einräumt,

aufsuchende medizinische Hilfen für Wohnungslose dort einzurichten, wo diese nicht durch die medizinische Regelversorgung sichergestellt werden können. Für die Kosten der subsidiär angebotenen Dienste können laut Gesetzestext die originär zuständigen Kostenträger herangezogen werden.

Die 10. nordrhein-westfälische Landesgesundheitskonferenz beschloss daraufhin im August 2001, zunächst anhand einer Studie den für eine wohnungslose Person pro Quartal durchschnittlich anfallenden medizinischen Versorgungsbedarfs zu ermitteln und diesen auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) in Behandlungskosten umzurechnen.

Im Rahmen dieser Studie wurde an 5 Projektstandorten (Bielefeld, Düsseldorf, Essen, Gelsenkirchen, Köln) jeder im Zeitraum zwischen dem 1.4. und 30.6.2002 (2. Quartal 2002) auftretende Patient einmalig erfasst und alle medizinischen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Maßnahmen, die während des Behandlungskontakts erforderlich wurden, auf einem Dokumentationsbogen detailliert festgehalten. Zudem wurden die ärztlichen Leistungen nach EBM codiert. Über zusätzliche Freitextangaben konnten die Besonderheiten einer medizinischen Versorgung auf der Straße lebender Menschen festgehalten werden, die sich nicht über die vorgegebene Codierung abbilden ließen.

Hingegen erlaubte die EBM-Codierung einen zumindest partiellen Vergleich der in den Projekten erbrachten medizinischen Leistungen mit denen einer niedergelassenen Hausarztpraxis. Dazu wurden die Daten des ADT-Panels<sup>2</sup> hinzugezogen, einer Stichprobenauswertung der Abrechnungsdatenträger niedergelassener Arztpraxen (Zentralinstitut 2002).

Im Ergebnis konnte gezeigt werden, dass für die Behandlung Wohnungsloser aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes ein deutlich höherer Untersuchungs- und Behandlungsaufwand erforderlich ist als für Patienten aus der Wohnbevölkerung. Zudem musste im Vergleich zu Patienten einer hausärztlichen Praxis in den Wohnungslosenprojekten durchschnittlich etwa doppelt soviel Zeit pro Patient aufgewendet werden (20 Min. vs. 10 Min.). Auf der Basis der dokumentierten EBM-Werte ergab sich an den fünf Projektstandorten ein Leistungsvolumen von 40€ pro Quartal und Patient (Kunstmann & Ostermann 2008).

---

<sup>2</sup> Die Abkürzung „ADT“ steht für Abrechnungs-Datenträger



## **1.2. Das nordrhein-westfälische Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen**

Anfang 2006 wurde unter Moderation des Ministeriums für Arbeit und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen und der Ärztekammer Westfalen-Lippe zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, den Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem Städte- und Landkreistag eine Rahmenvereinbarung zur Finanzierung mobiler medizinischer Dienste für Wohnungslose geschlossen („Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW“ - MAGS & ÄKW 2006).

Ziel dieser Vereinbarung ist es, „eine medizinische Erstversorgung gesundheitlich behandlungsbedürftiger und nicht anderweitig medizinisch versorgter wohnungsloser Menschen zu erreichen“ (Präambel des Umsetzungskonzeptes). Anzustreben ist eine „Vermittlung in die medizinische Regelversorgung“ (Umsetzungskonzept §2).

Das Konzept definiert Versorgungsregionen mit mindestens 100.000 Einwohnern, in denen mobile medizinische Teams eingerichtet werden können. Abhängig von der Größe der zu versorgenden Region und des medizinischen Teams wird zwischen dem Träger der aufsuchenden Hilfe und den beteiligten Kostenträgern eine Untergrenze der pro Quartal zu behandelnden Wohnungslosen vereinbart. Pro Quartal und Patient wird dem Träger des medizinischen Dienstes eine Fallpauschale von 157€ vergütet. Diese Pauschale setzt sich aus dem in der Vorläuferstudie berechneten EBM-Leistungsäquivalent in Höhe von 40€, der der Gesamtvergütung der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen entnommen wird, einem ergänzenden Anteil von 58,50€, der hälftig von GKV- und KV-Seite erbracht wird, sowie einer gleich hohen Fallpauschale der teilnehmenden Städte bzw. Landkreise zusammen. Die insgesamt für diesen Versorgungsbereich pro Jahr zur Verfügung stehende Summe beläuft sich auf 1.500.292 €, was 2.389 Behandlungsfällen pro Quartal entspricht.

Die Leistungen der mobilen medizinischen Dienste umfassen aufsuchende Arbeit auf der Straße (medical streetwork), Versorgung im Ambulanzfahrzeug, Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und in Ambulanzzimmern sowie nachgehende Behandlung und Pflege wohnungsloser Patienten in Krankenzimmern (Umsetzungskonzept §5 Abs. 1.2). Die Arbeit der Teams dient insbesondere der Sicherstellung einer Grund- und Erstversorgung Wohnungsloser, der Klärung erforderlicher weitergehender

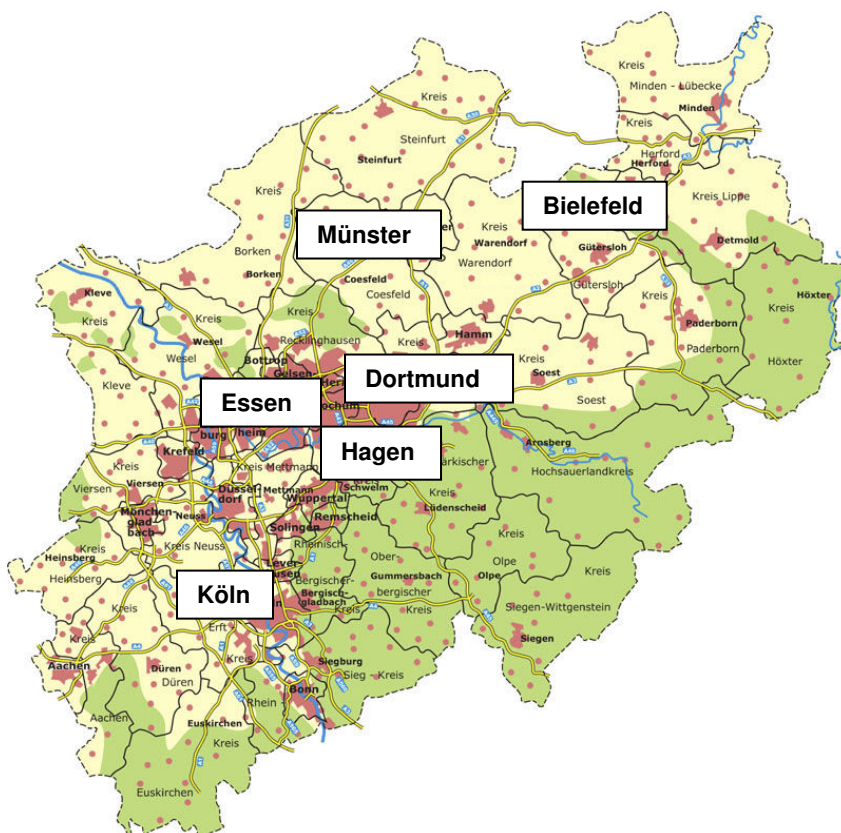
ärztlicher und pflegerischer Hilfen sowie der Motivierung der Patienten zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Regelversorgung sowie des Hilfesystems für Wohnungslose (Umsetzungskonzept §5 Abs. 3).

Die medizinischen Teams sollen mit mindestens einer Fachärztin bzw. einem Facharzt sowie mit einer examinierten Pflegekraft, in begründeten Fällen ersatzweise auch mit einer/m Angehörigen eines anderen nichtärztlichen Heilberufs ausgestattet sein (Umsetzungskonzept §5 Abs. 2).

Richtungsweisend für Deutschland schafft das Anfang 2006 verabschiedete Konzept eine Planungs- und Finanzierungssicherheit für die Initiativen, die sich der medizinischen Versorgung Wohnungsloser angenommen haben. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Oktober 2009) haben sich der nordrhein-westfälischen Rahmenvereinbarung die Städte Essen, Köln, Münster, Bielefeld, Dortmund und Hagen angeschlossen (s. Grafik 1.1).

### **Grafik 1.1**

#### **Städte mit mobilen medizinischen Teams gemäß NRW-Rahmenvereinbarung (Stand: 1.10.2009)**



Während das Essener Projekt am 1. Oktober 2006 als erstes dem Umsetzungskonzept beitrug, folgten das Gesundheitsamt Köln im April 2007 und das Bielefelder und Münsteraner Projekt zum 1. Oktober 2007. Zum 1. April 2008 kam es zu einer Vereinbarung mit dem Gesundheitsamt Dortmund, und als vorerst letzte Stadt ist Hagen zum 1. Juli 2009 der nordrhein-westfälischen Rahmenvereinbarung beigetreten.

## **Grafik 1.2**

### **Eintritt der Projektstädte in das nordrhein-westfälische Umsetzungskonzept**

Essen		Köln		Bielefeld Münster		Dort- mund		Hagen	
1. Okt. 2006		1. Apr. 2007		1. Okt. 2007		1. Apr. 2008		1. Juli 2009	

#### **1.2.1. Streetmed Bielefeld**

Das Bielefelder StreetMed-Projekt existiert seit 1996 und befindet sich in Trägerschaft des Stiftungsbereiches „Integrationshilfen“ der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel. Seit dem 1.10.2007 erfolgt die Finanzierung auf der Grundlage des nordrhein-westfälischen Umsetzungskonzeptes. Das Projekt beschäftigt eine Fachärztin für Allgemeinmedizin auf Vollzeit-Basis, die drei Stunden pro Woche von einem Krankenpfleger unterstützt wird.

Dem Projekt steht ein eigener Behandlungsraum zur Verfügung, zudem wurde in einem Tagesaufenthalt für Wohnungslose ein zusätzlicher Behandlungsraum eingerichtet. Mit einem als Ambulanz ausgebauten Bus werden im Bielefelder Stadtgebiet Einrichtungen und Angebote für Wohnungslose wie Notunterkünfte, Treffpunkte sowie der „Bielefelder Tisch“ aufgesucht. Für erforderliche Behandlungen kann auf den Ambulanzbus sowie z.T. auch auf entsprechende Räumlichkeiten in den Einrichtungen zurückgegriffen werden.

Die meisten Projektkosten werden über den vereinbarten Finanzierungsschlüssel der Kostenträger gedeckt, ausgenommen ist der erforderliche Sprechstundenbedarf an Medikamenten und Verbandsmitteln.

### **1.2.2. Mobiler Medizinischer Dienst Dortmund**

Der Mobile Medizinische Dienst für Wohnungslose des Dortmunder Gesundheitsamtes konnte durch den Beitritt der Stadt Dortmund zum Umsetzungskonzept am 1.4.2008 eingerichtet werden. Mit ihm wurden die bereits im Stadtgebiet bestehenden medizinischen und pflegerischen Angebote für Wohnungslose über Kooperationsverträge zusammengeführt sowie fachlich und personell ergänzt. Seit 2005 besteht in Dortmund ein auf ehrenamtlicher Basis organisiertes ärztliches Behandlungsangebot der Wohnungslosen-Initiative „Gast-Haus“ und seit 2001 ein aufsuchendes Krankenpflege-Angebot der Zentralen Beratungsstelle für Wohnungslose des Diakonischen Werkes. Letzteres war aus dem von der Ärztekammer Westfalen-Lippe 1996 angestoßenen ABM-Programm für Ärzte hervorgegangen, das nach Beendigung der Förderphase auf krankenpflegerischer Basis fortgeführt wurde.

Über die Finanzierungsvereinbarung der Kostenträger konnte der Mobile Medizinische Dienst mit einer ärztlichen Stelle im Umfang von 29,5 Stunden pro Woche sowie zwei halben Krankenpflege-Stellen ausgestattet und die Kontinuität der ärztlichen Arbeit im Gast-Haus sichergestellt werden. Erforderliche Medikamente und Untersuchungsgeräte werden über eingeworbene Spendenmittel finanziert.

Für ihre Arbeit steht den Projektmitarbeitern in einer Zweigstelle des Dortmunder Gesundheitsamtes ein eigener Behandlungsraum zur Verfügung, während die anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe – wie Städtisches Obdachlosenasyll, Suppenküche, offener Tagestreff, Street-Work-Café und Zentrale Beratungsstelle des Diakonischen Werkes für Wohnungslose - sowie Einrichtungen der Drogen- und der Prostituiertenhilfe nach einem festen Plan per PKW aufgesucht und für die Behandlung der Patienten vor Ort verfügbare Räumlichkeiten genutzt werden.

### **1.2.3. Arzt mobil Essen**

Das Projekt „Arzt mobil Essen“ existiert seit 1996. Es befindet sich in Trägerschaft der Gesellschaft für Soziale Dienstleistungen Essen (GSE) und wird in Kooperation mit der Essener „Suchthilfe direkt“, der Stadt und dem Gesundheitsamt Essen betrieben.

Dem medizinischen Team gehören ein Arzt und eine Arzthelferin an. Ergänzt wird es - je nach Bedarfslage - um eine Medizinisch-technische Assistentin (MTA), eine ehrenamtlich tätige Krankenschwester sowie in Urlaubs- und Krankheitszeiten durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin.

Mit einem von der Alfred-Krupp-Stiftung gespendeten Behandlungsbus („Arztmobil“) werden regelmäßig solche Orte aufgesucht, an denen Menschen mit dem „Lebensmittelpunkt Straße“ zusammenkommen, „um ihre elementaren Bedürfnisse wie Schlafen, Essen, Bekleidung und Kommunikation zu befriedigen“ (Projektbeschreibung „Arzt-mobil Essen“ vom Febr. 2006). Regelmäßig angefahren wird das „Sozialzentrum Maxstraße“, das verschiedene Dienste für Wohnungslose beherbergt. Dazu gehören insbesondere eine Wohnungslosen- und eine Suchtberatungsstelle, ein Tagestreff für Wohnungslose, eine Suppenküche und eine Kleiderkammer. Des Weiteren werden medizinische Sprechstunden in Übernachtungsstellen für Wohnungslose und für Drogenabhängige sowie in einem Café für drogenabhängige Frauen und einer Einrichtung für auf der Straße lebende Kinder und Jugendliche abgehalten. Es werden bewusst nur solche Stellen angefahren, an denen sich Personen ohne Kontakt zum medizinischen Regelsystem aufhalten.

Die medizinische Erstversorgung der Wohnungslosen erfolgt vorrangig in dem umfassend für diesen Zweck ausgerüsteten Arztmobil. Zur Durchführung weiterführender medizinischer Behandlungen wurde ein Netz mit niedergelassenen Fachärzten und Krankenhausabteilungen geknüpft.

Eine im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführte teilstandardisierte Befragung der mobilen medizinischen Dienste ergab, dass im Essener Projekt durch die Finanzierungsvereinbarung der nordrhein-westfälischen Kostenträger die anfallenden Personalkosten, die laufenden Büro- und Verwaltungskosten sowie allgemeine Projektumlagen finanziert werden können. Zur Deckung des Bedarfs an Medikamenten und Verbandsmitteln sind hingegen weiterhin zusätzliche Spendenmittel erforderlich. Ebenso wurde die Anschaffung eines Behandlungsbusses nur über eine großzügige Einzelspende möglich.

#### **1.2.4. Mobiler Medizinischer Dienst Köln**

Das Kölner Projekt besteht bereits seit 1993 und wird in Trägerschaft des städtischen Gesundheitsamtes geführt. In dem medizinischen Team sind zwei Ärzte und eine Ärztin sowie zwei Krankenschwestern auf Vollzeitbasis tätig.

Der mobile medizinische Dienst läuft im Kölner Stadtgebiet nach einem festgelegten Plan 15 unterschiedliche Einrichtungen für Wohnungslose an. Punktuell werden auch kleinere Einrichtungen mit einem hohen Anteil Wohnungsloser (z.B. Projekte für Straßenprostituierte oder für jugendliche Stricher) in die Versorgung mit einbezogen. Zur akuten Stabilisierung erkrankter Wohnungsloser kann auf eine vom Diakonischen Werk getragene Krankenwohnung zurückgegriffen werden, die über 6 Krankbetten verfügt. Die Wohnung wird von einem ehemaligen niedergelassenen Arzt auf ehrenamtlicher Basis betreut.

Im Gesundheitsamt der Stadt Köln verfügt das Projekt über eigene Behandlungsräumlichkeiten, für die aufsuchende Arbeit steht ein Behandlungsbus zur Verfügung, und in einigen Einrichtungen kann auf vorhandene Behandlungsräume zurückgegriffen werden.

#### **1.2.5. Mobiler Dienst der Bischof-Herrmann-Stiftung Münster**

Eine medizinische Versorgung für Wohnungslose wurde in Münster bereits Mitte der 90er Jahre eingerichtet. Seit dem 1.10.2007 wird das Projekt auf der Grundlage der nordrhein-westfälischen Rahmenvereinbarung finanziert. In ihm sind ein Arzt und eine Ärztin mit jeweils 6 Stunden pro Woche beschäftigt. Das medizinische Team wird durch eine Krankenschwester ergänzt, die wöchentlich mit 26,5 Std. in dem Projekt tätig ist und damit den Bedarf an pflegerischen Leistungen abdeckt. Das Projekt befindet sich in Trägerschaft der Bischof-Herrmann-Stiftung Münster.

Basis des Projektes ist das in Bahnhofsnähe gelegene Haus der Wohnungslosenhilfe, das 80 Notunterkunftplätze sowie Beratungsangebote vorhält. In dem Gebäude verfügt es über einen eigenen Behandlungsraum. Darüber hinaus steht dem mobilen Dienst ein PKW der Bischof-Herrmann-Stiftung zur Verfügung, mit dem andere Einrichtungen der Münsteraner Wohnungslosenhilfe nach einem Sprechstundenplan aufgesucht werden.

Durch die Finanzierungsvereinbarung der Kostenträger wurde es möglich, zusätzlich zur vorhandenen Pflegekraft einen Arzt und eine Ärztin im beschriebenen zeitlichen Umfang anzustellen. Allerdings übersteigt inzwischen die Zahl der das Projekt aufsuchenden Patienten das vereinbarte Patientenkontingent, weshalb derzeit eine Ausweitung bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung beantragt wird.

### **1.2.6. Medizinischer Dienst zur Versorgung wohnungsloser Menschen in Hagen**

Die Stadt Hagen ist zum 1.7.2009 dem Umsetzungskonzept beigetreten. Das medizinische Versorgungsprojekt wird von ihr in gemeinsamer Trägerschaft mit dem Diakonischen Werk betrieben und baut auf Vorgängerprojekte beider Träger auf.

In dem Medizinischen Dienst für wohnungslose Menschen sind 4 Ärzte mit insg. 8 Stunden pro Woche sowie zwei medizinisch-technische Assistentinnen und ein Krankenpfleger mit insg. 5 Stunden pro Woche tätig. Die Arbeit wird nach Bedarf durch ehrenamtliche Kräfte ergänzt.

Eine im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführte Befragung (s. Kap. 10) ergab, dass mit dem vorhandenen Personal das medizinische Angebot auf zwei Einrichtungen der Hagener Wohnungslosenhilfe („Luthers Waschsalon“ und Männerasyl) konzentriert werden muss. Auch begrenzt die vorhandene Ausstattung die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten vor Ort, so dass viele Überweisungen erforderlich werden.

### **1.3. Evaluation des nordrhein-westfälischen Umsetzungskonzeptes**

Für die Begleitung des nordrhein-westfälischen Umsetzungskonzeptes wurde eine Lenkungsgruppe eingerichtet, in der die beteiligten Kostenträger (KV Westfalen-Lippe, KV Nordrhein, Krankenkassen, Kreise und Kommunen), das nordrhein-westfälische Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) und die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe vertreten sind. Diese hat eine begleitende Evaluation implementiert, mit deren Hilfe die Wirksamkeit der aufsuchenden medizinischen Hilfen überprüft werden kann. Dazu wurden durch die Lenkungsgruppe 7 Themenbereiche identifiziert, die mit dem vorliegenden Bericht näher untersucht werden:

#### **Fragestellungen der begleitenden Evaluation:**

1. Wird mit den Projekten die eigentliche Zielgruppe Wohnungsloser erreicht?
2. Wie häufig nutzen die Patienten die medizinische Versorgung der Projekte?
3. In welchem Gesundheitszustand befinden sich die erreichten Wohnungslosen, sind sie akut behandlungsbedürftig?
4. Welche medizinischen und pflegerischen Behandlungen erhalten die Patienten in den Projekten?
5. Werden die Patienten parallel auch durch andere medizinische Einrichtungen versorgt?
6. Verfügen die Patienten über einen Krankenversicherungsschutz?
7. Gelingt mit den Projekten eine Reintegration Wohnungsloser in die medizinische Regelversorgung?

Um diesen Evaluationsfragen weiter nachgehen zu können, wurden die Projekte mit einer von der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Kooperation mit dem Mobilien Medizinischen Dienst des Gesundheitsamts Köln entwickelten Dokumentationssoftware ausgestattet, mit der sich sowohl die Stammdaten der Patienten als auch jeder einzelne Behandlungskontakt erfassen lässt. In dem elektronischen Stammdatenblatt werden die unveränderlichen Patientendaten eingetragen, während in Kontaktdatenblättern die pro Patientenkontakt anfallenden behandlungsrelevanten Daten eingegeben werden. Stammdatenrelevante Veränderungen - wie z.B. Veränderungen des Versicherungs- oder Wohnstatus – führen über das Kontaktdatenblatt zu automatischen Anpassungen des Stammdatensatzes. Alle anfallenden Daten werden von den Projekten quartalsweise und in anonymisierter Form an die Ärztekammer Westfalen-Lippe übermittelt und dort zentral ausgewertet.



#### **1.4. Datenbasis der vorliegenden Auswertung**

Basis der vorliegenden Auswertung sind die von den fünf beteiligten Projekten Bielefeld, Dortmund, Essen, Köln und Münster bis zum Ende des 2. Quartals 2009 (30. Juni 2009) in anonymisierter Form an die Ärztekammer Westfalen-Lippe übermittelten Daten. Da das Hagener Projekt erst seit dem 1.7.2009 an dem Umsetzungskonzept teilnimmt, konnten die dort in der Zwischenzeit erhobenen Behandlungsdaten noch nicht berücksichtigt werden.

Für den vorliegenden Abschlußbericht wurden drei getrennte Auswertungen durchgeführt: In der Auswertung RV (= Rahmenvereinbarung) werden alle Patienten bezogenen Daten berücksichtigt, die an den 5 Standorten seit Eintritt des jeweiligen Projektes in das Umsetzungskonzept erhoben wurden. Die Daten vermitteln somit einen Gesamtüberblick über die durch die Rahmenvereinbarung in den teilnehmenden Projektstädten geleistete Arbeit zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser, erlaubt jedoch wegen der unterschiedlich langen Teilnahmezeiten der einzelnen Projektstandorte keine vergleichenden Analysen. Andererseits ermöglicht der Datensatz eine Verlaufsbeobachtung von Patientenbehandlungen und damit zum Nutzen und Erfolg der mobilen medizinischen Hilfen.

In die Auswertung VZ (= Vergleichszeitraum) sind die Daten eingeflossen, die in einem vergleichbaren Zeitraum, in dem alle Projektstandorte unter den Bedingungen der Rahmenvereinbarung arbeiteten, erhoben wurden. Konkret betrifft dies den Zeitraum zwischen dem 1.4.2008, an dem das Dortmunder Projekt als letztes der 5 Projektstandorte dem Rahmenkonzept beitrug, bis zum 30.6.2009, an dem die vorliegende Auswertung endet. Durch diese Begrenzung des Zeitfensters können Verzerrungen der Ergebnisse zugunsten der schon länger unter den Bedingungen der Rahmenvereinbarung arbeitenden Projekte sowie saisonale Effekte weitgehend kontrolliert werden.

Eine dritte Auswertung beschränkt sich auf die Wohnungslosen, die innerhalb des Beobachtungszeitraums die Projekte erstmalig aufsuchten. Mit ihr wird der Datenpool somit um diejenigen Patienten bereinigt, die zum Zeitpunkt des Dokumentationsbeginns bereits durch die Projekte vorbehandelt waren. Diese Daten ermöglichen Aussagen darüber, mit welchem gesundheitlichen Behandlungsbedarf Wohnungslose die medizinischen Hilfen der Projekte aufsuchen und welche Veränderungen durch die Arbeit der Projekte bewirkt werden können.

Neben den über die beschriebenen Zeiträume aggregierten Daten sowie der Beschreibung der Patienten zum Zeitpunkt des Projekteintritts werden in diesem Bericht darüber hinaus Verlaufsdaten analysiert, die Aussagen über Veränderungen in der Zielpopulation über Zeit erlauben. Für diese Auswertungen werden entsprechend nur solche Patienten berücksichtigt, die mindestens zwei Projektkontakte aufweisen.

Grundsätzlich ist bei allen Auswertungen zu berücksichtigen, dass die teilnehmenden Projekte in unterschiedlich großen Städten mit einer sehr unterschiedlichen Einrichtungsstruktur tätig sind. Auch divergiert die Zusammensetzung der wohnungslosen Population aufgrund der unterschiedlichen soziodemografischen Zusammensetzung der jeweiligen Bevölkerung, lokal unterschiedlicher Strukturprobleme sowie der unterschiedlichen geografischen Lage mitunter stark, was sich in der Quantität und Qualität verfügbarer Hilfseinrichtungen widerspiegelt, die für die aufsuchende medizinische Versorgung genutzt werden können.

Darüber hinaus existieren die einzelnen Projekte unterschiedlich lange und sind entsprechend unterschiedlich gut in das lokale Hilfesystem integriert. Hinzu kommt, dass die personelle und materielle Ausstattung der einzelnen Projekte sehr stark variiert, so dass eine Vergleichbarkeit der einzelnen Standort-Ergebnisse nur begrenzt möglich ist, weshalb entsprechende Auswertungen in diesem Bericht nur punktuell durchgeführt werden.

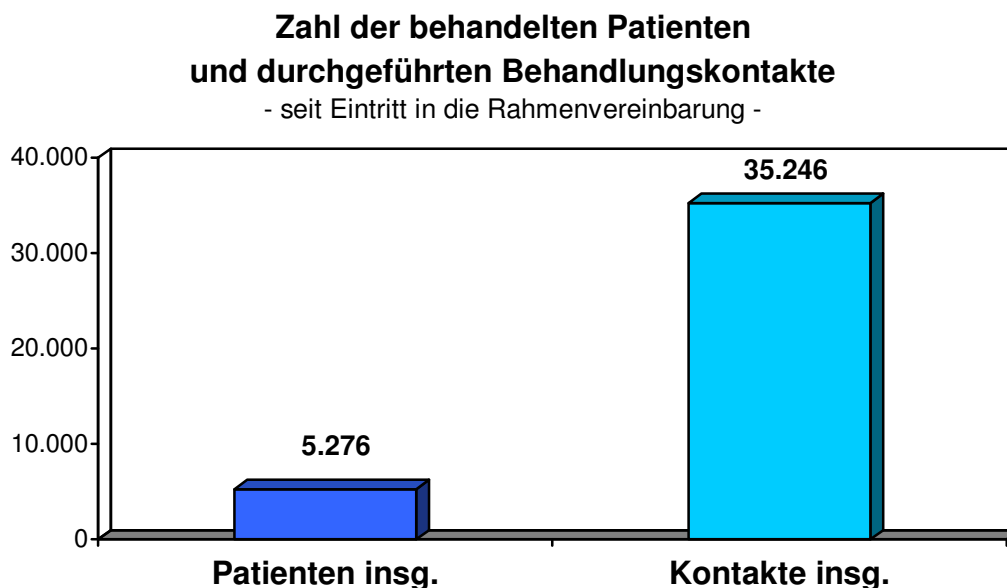
## C) Ergebnisse der begleitenden Evaluation des Umsetzungskonzeptes

Die nordrhein-westfälische Lenkungsgruppe der Kostenträger, Leistungserbringer und des MAGS hat 7 Fragenkomplexe für die begleitende Evaluation der nach dem Umsetzungskonzept arbeitenden Projekte formuliert. Bevor ihrer Beantwortung auf Grundlage der in den Projekten erhobenen Daten nachgegangen wird, soll im folgenden zunächst ein Gesamtüberblick über die soziodemografische Zusammensetzung der Projektpatienten sowie die Nutzung der Projekte gegeben werden.

### 2. Nutzung der mobilen medizinischen Dienste

Seit Abschluss der Rahmenvereinbarung<sup>3</sup> wurden in den fünf mobilen Diensten zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser bis einschließlich des 2. Quartals 2009 (30. Juni 2009) insgesamt 5.276 Patienten behandelt. Auf diese entfielen insgesamt 35.246 Behandlungskontakte, was im Durchschnitt 6,7 Kontakten pro Patient entspricht.

**Grafik 2.1**



Die Zahl der bislang in den Projekten behandelten Patienten verteilt sich auf die fünf Standorte wie folgt: Im Essener Projekt, das am 1.10.2006 als erstes Projekt der Rahmenvereinbarung beitrug, wurden seitdem 974 Patienten behandelt, in Köln waren es seit dem 1.4.2007 2.167 Patienten, in Münster und in Bielefeld, die beide seit dem 1.10.2007

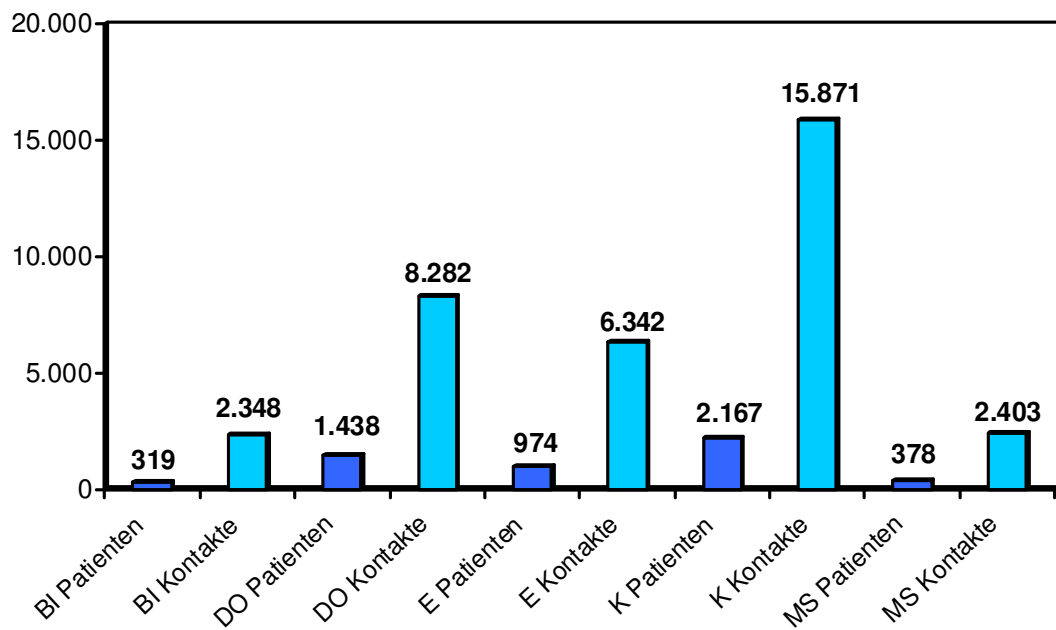
<sup>3</sup> Die unterschiedlichen Zeitpunkte, an denen die 5 Projektstädte der Rahmenvereinbarung (Umsetzungskonzept) beigetreten sind, sind den Kapiteln 1.2. zu entnehmen.

unter den Rahmenbedingungen des Umsetzungskonzeptes arbeiten, waren es 378 resp. 319 Patienten und in Dortmund, das seit dem 1.4.2008 der Rahmenvereinbarung beigetreten ist, 1.438 Patienten (s. Grafik 2.2).

**Grafik 2.2**

**Zahl der an den 5 Standorten behandelten Patienten  
und durchgeführten Behandlungskontakte**

- seit Eintritt in die Rahmenvereinbarung -



Die in Grafik 2.2 abgebildeten Zahlen zum Behandlungsaufkommen an den fünf Standorten haben rein deskriptiven Charakter und sind aufgrund der unterschiedlich langen Laufzeiten der Projekte, ihrer sehr unterschiedlichen personellen Ausstattung und lokalen Gegebenheiten, wie Stadtgröße, Struktur des lokalen Hilfesystems etc., nicht direkt miteinander vergleichbar.

## **2.1. Erreichung der vereinbarten Zielgrößen durch die mobilen medizinischen Dienste**

Um den unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten gerecht zu werden, wurden bei Eintritt in die Rahmenvereinbarung zwischen dem Projektträger und der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine pro Quartal zu erreichende Patienten-Zielgröße vereinbart, die die lokale Grundgesamtheit der Wohnungslosen im Stadtgebiet und die personelle Ausstattung des Projektes berücksichtigt. Dabei wird auf Grundlage früherer Berechnungen davon ausgegangen, dass sich in nordrhein-westfälischen Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern ein Wohnungsloser pro 1.000 Einwohner aufhält - in definierten Schwerpunktregionen 2 pro 1.000 - (ÄkWL 1997) und von diesen innerhalb eines Quartals potenziell ein Viertel einer medizinischen Versorgung bedarf (Umsetzungskonzept §5 Abs. 4 und Anlage 1a). Die lokal vereinbarte Zielgröße ist vom mobilen medizinischen Dienst innerhalb von zwei 6-Monats-Phasen nach Beitritt zur Rahmenvereinbarung zu erreichen. Während für die ersten sechs Projektmonate keine quantitativen Zielvorgaben gemacht werden, sind im 7. bis 12. Monat 50% der vereinbarten Zielgröße zu erreichen. Pro Vollzeitstelle im Projekt werden zudem 110 Patienten pro Quartal veranschlagt.

Auf dieser Grundlage soll im folgenden anhand der Patientenzahlen pro Quartal untersucht werden, ob die mit den Städten vereinbarten Zielgrößen an den fünf Standorten erreicht werden konnten. Des weiteren soll der Frage nachgegangen werden, ob es innerhalb der Projektverläufe zu saisonalen Schwankungen gekommen ist, die ggf. bei der Berechnung der Zielgrößen sowie hinsichtlich der Projektausstattung und der Planung des lokalen Versorgungsangebots zukünftig zu berücksichtigen sind. Tabelle 2.1 enthält die lokal mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vereinbarten Zielgrößen sowie die Zahl der an den Standorten durchschnittlich pro Quartal erreichten Patienten. Dazu wurde für jedes Projekt der gerundete Mittelwert über den Vergleichszeitraum 1.4.2008 – 30.6.2009 (Q II-2008 bis Q II-2009 einschl.) gebildet.

**Tabelle 2.1**

**Effizienzanforderungen an die Projektstandorte und Zielgrößenerreichung**

<b>Standort</b>	<b>Einwohnerzahl</b> (Stand: 31.12.2003)	<b>Wohnungslosenzahl</b> – Überschlagsrechnung - (1:1.000)	<b>Behandlungsbedarf Wohnungsloser / Quartal</b> - Mengengerüst Umsetzungs-konzept -	<b>vereinbarte Zielgröße / Quartal</b>	<b>durchschnittl. Patientenzahl pro Quartal</b> (VZ 1.4.08 -30.6.09)
Bielefeld	328.452	657 *	164	129	140
Dortmund	589.661	590	147	247	600
Essen	589.499	589	147	200	220
Hagen	200.039	200	50	50 (ab 01.08.2010)	entfällt
Köln	965.954	1.932 *	483	530	520
Münster	269.579	270	67	100	130

\* = definierte Schwerpunktregion mit 2 Wohnungslosen pro 1.000 Einwohner

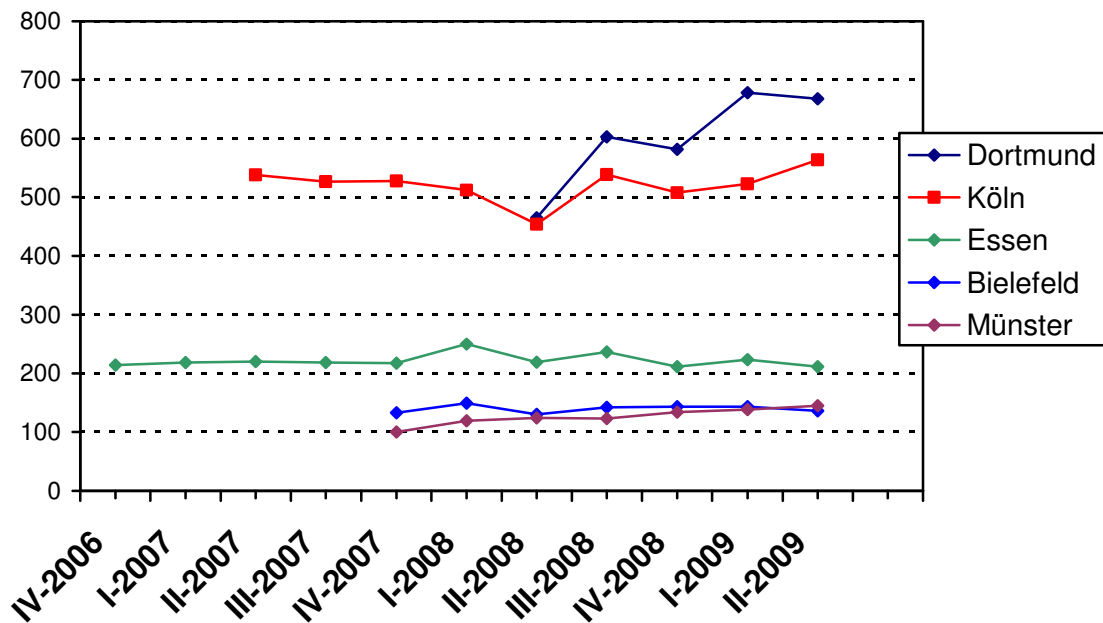
**2.2. Quartalsbezogene Verläufe der Patientenzahlen**

Die Verläufe der quartalsbezogenen Patientenerreichung an den fünf Standorten können Grafik 2.3 entnommen werden. Bielefeld und Essen warten demnach mit sehr stabilen Patientenzahlen auf, während das Münsteraner Projekt bei konstantem Verlauf eine leicht ansteigende Tendenz zeigt. Im Kölner Projekt erlitt die bis dato sehr stabile Zahl von ca. 530 pro Quartal behandelten Patienten im Frühjahr 2008 (Q II-2008) einen kurzfristigen Rückgang, was durch das Ausscheiden eines der drei Projektärzte bedingt war. Inzwischen haben sich die Kölner Patientenzahlen wieder auf dem alten Niveau stabilisiert und zeigen über die letzten zwei Quartale hinweg sogar einen leichten Zuwachs.

Seitdem in Dortmund durch den Beitritt zur Rahmenvereinbarung die Einrichtung einer zusätzlichen Arztstelle möglich wurde, ist es hier zu einem rapiden Anstieg der Zahl der behandelten Patienten gekommen, die die in der Vereinbarung festgelegte Zielgröße von 247 Patienten pro Quartal weit überschreitet.

**Grafik 2.3**

### Behandelte Patienten pro Quartal



Im Ergebnis ist festzustellen, dass alle Projekte die vorgegebenen Zielgrößen erreichen konnten und z.T. deutlich überschritten haben. Jahreszeitliche Schwankungen lassen sich an keinem der Projektstandorte feststellen. Aufgrund der in den meisten Projekten bestehenden dünnen Personaldecke dürften eher Urlaubs- und Krankheitszeiten einen Effekt auf die Erreichungszahlen zeigen, der sich in der vorliegenden Grafik jedoch nicht abbilden lässt.

In Kapitel 4.1 wird analysiert werden, in welchem Maße die von den Projekten erreichten Patienten auch mit der Zielgruppe der medizinisch unterversorgten Wohnungslosen identisch sind.

### **Resümee zur Projektnutzung und Zielgrößenerreichung**

- Insgesamt wurden an den 5 Projektstandorten in Nordrhein-Westfalen seit dem jeweiligen Beitrittstermin in die Rahmenvereinbarung der Kostenträger und Leistungserbringer 5.276 Patienten behandelt.
  - Auf die behandelten Patienten entfielen insgesamt 35.246 Behandlungskontakte, was im Durchschnitt 6,7 Kontakten pro Patient entspricht.
  - Die auf Grundlage des Mengengerüsts lokal vereinbarten Zahlen der pro Quartal zu versorgenden wohnungslosen Patienten konnten an den meisten Standorten stabil erreicht und z.T. deutlich überschritten werden.
- 
- Die mobilen medizinischen Dienste werden von den Wohnungslosen des jeweiligen Stadtgebietes sehr gut angenommen.
  - Standortbezogene Unterschiede sind v.a. in den unterschiedlich langen Laufzeiten der Projekte, den unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten – Einwohnerzahl, Zahl und Zusammensetzung der Wohnungslosen vor Ort, Struktur des lokalen Hilfesystems, personelle und materielle Ausstattung des Projektstandorts - begründet.
  - An den Standorten, an denen die Zielgrößen deutlich überschritten werden, sollten die dem Versorgungsvertrag zugrunde liegenden Annahmen aktualisiert und die vertraglichen Regelungen entsprechend angepasst werden.



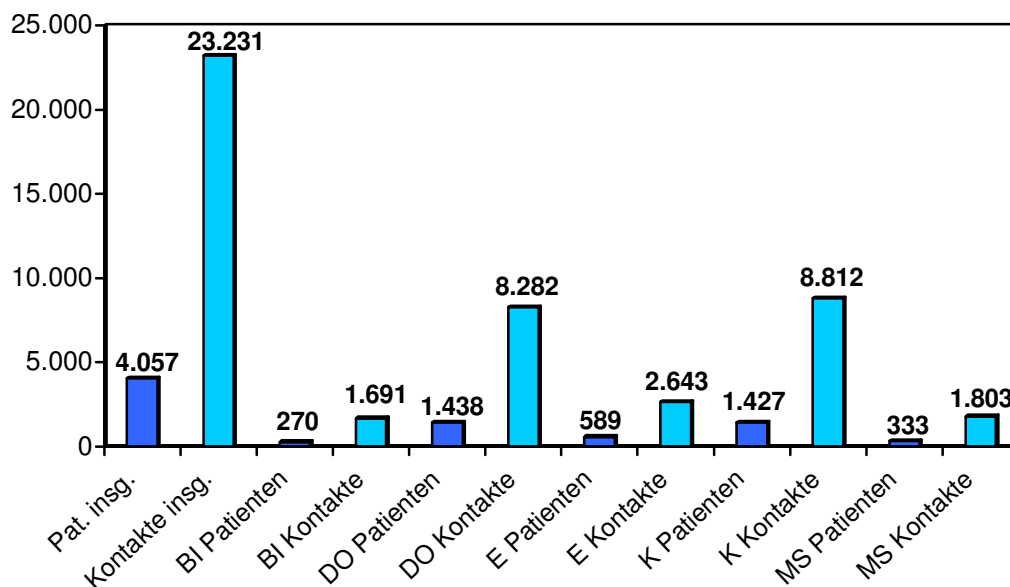
### 3. Patientenstruktur der mobilen medizinischen Dienste

Im folgenden Abschnitt werden die Patienten der Projekte hinsichtlich ihrer soziodemografischen Merkmale näher beschrieben. Dazu werden die Daten des Vergleichszeitraums (VZ) zwischen dem 1. April 2008 und dem 30. Juni 2009 herangezogen, in dem alle in diesem Bericht ausgewerteten Projekte unter den Rahmenbedingungen des Umsetzungskonzeptes arbeiteten. Durch diese Begrenzung des Auswertungszeitraums können Verzerrungen des Datensatzes, die ansonsten aufgrund unterschiedlich langer Laufzeiten der einzelnen Projekte entstünden, kontrolliert werden. Sie ermöglicht darüber hinaus einen besseren Vergleich der Projektdaten mit den Ergebnissen der bundesweiten Wohnungslosenstatistik, die im mehrjährigen Turnus von der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG) anhand einer repräsentativen Stichprobe ambulanter und stationärer Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nach §67 SGB XII (sog. „67-Einrichtungen“) erstellt wird. Die hier herangezogenen Daten sind dem letzten von der BAG vorgelegten Statistikbericht entnommen, der auf den Daten von 18.747 alleinstehenden Wohnungslosen basiert, die für das Jahr 2006 von 133 Einrichtungen der ambulanten und stationären Wohnungslosenhilfe an die BAG übermittelt wurden (BAG 2008).

Innerhalb des definierten Vergleichszeitraums zwischen dem 1.4.2008 und 30.6.2009 wurden an den 5 Standorten insgesamt 4.057 Patienten behandelt, auf die 23.231 Behandlungskontakte entfielen (s. Grafik 3.1).

**Grafik 3.1**

**Patienten und Behandlungskontakte an den 5 Standorten  
- Vergleichszeitraum 1.4.08 - 30.6.09 -**



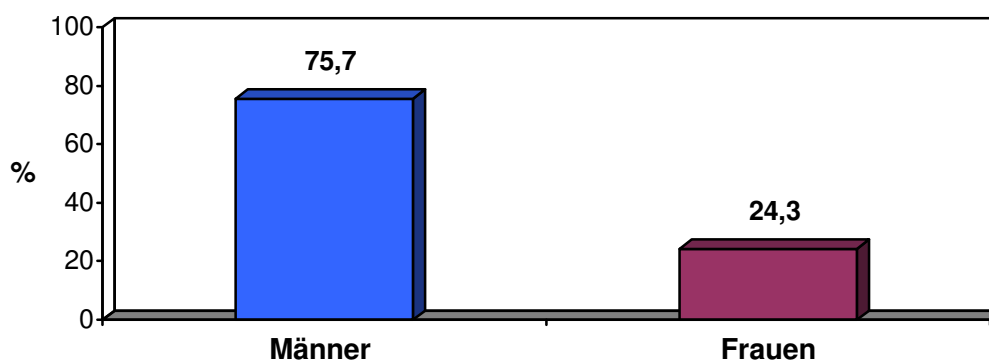
### 3.1. Anteile männlicher und weiblicher Projektnutzer

Das Bild der Wohnungslosigkeit ist gemeinhin von Männern geprägt, weibliche Wohnungslose scheinen daneben nur ein Randphänomen darzustellen. Allerdings gibt es gute Gründe anzunehmen, dass es unter Frauen einen hohen Anteil verdeckter Wohnungslosigkeit gibt, der weder öffentlich wahrnehmbar ist, noch über die offiziellen Statistiken adäquat erfasst wird. Als mögliche Ursache für dieses Phänomen wird in der Fachliteratur vor allem angeführt, dass es für Frauen besonders schwierig sei, auf der Straße zu überleben. Aus diesem Grunde suchten viele von ihnen den Kontakt zu Männern mit einer Wohnung, wodurch sie sich selber nicht mehr als wohnungslos erlebten und entsprechend auch keine Hilfen für Wohnungslose mehr nachfragten. Eine systematische Unter erfassung weiblicher Wohnungslosigkeit entsteht laut Rosenke zudem durch die Ausrichtung der meisten institutionellen Hilfsangebote auf wohnungslose Männer (Rosenke 1996, auch BAG 2008).

Von den im Vergleichszeitraum zwischen 1.4.2008 und 30.6.2009 an den fünf Projektstandorten behandelten Patienten waren 75,7% männlichen und 24,3% weiblichen Geschlechts (N = 4.057) (s. Grafik 3.2).

**Grafik 3.2:**

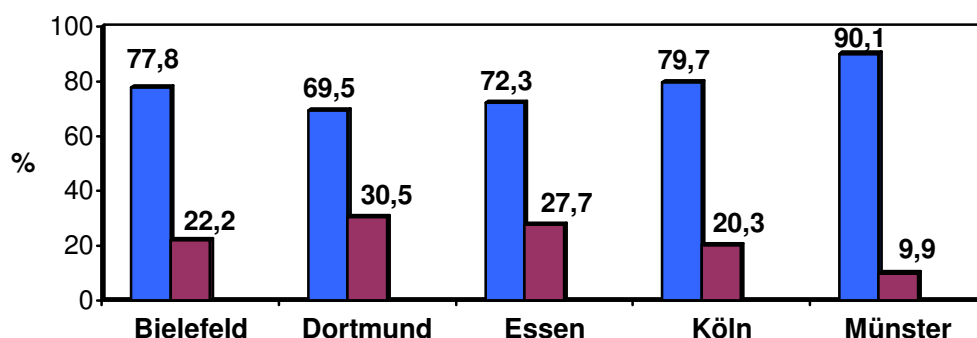
**Männliche und weibliche Patienten  
in den mobilen medizinischen Diensten  
(VZ - N = 4.057)**



Allerdings fällt die geschlechtsspezifische Verteilung standortbezogen sehr unterschiedlich aus: Während das Münsteraner Projekt nur zu einem sehr geringen Anteil von Frauen aufgesucht wird, machen sie in Dortmund fast ein Drittel aller Patienten aus (30,5%) (s. Grafik 3.3).

**Grafik 3.3**

**Männliche und weiblicher Patienten  
an den 5 Projektstandorten**



Die lokalen Unterschiede dürften sowohl in der Geschlechterverteilung in der jeweiligen Grundgesamtheit Wohnungsloser als auch in der vor Ort vorhandenen Einrichtungs- bzw. Angebotsstruktur begründet sein, auf die die medizinischen mobilen Dienste bei ihrem Behandlungsangebot zurückgreifen.

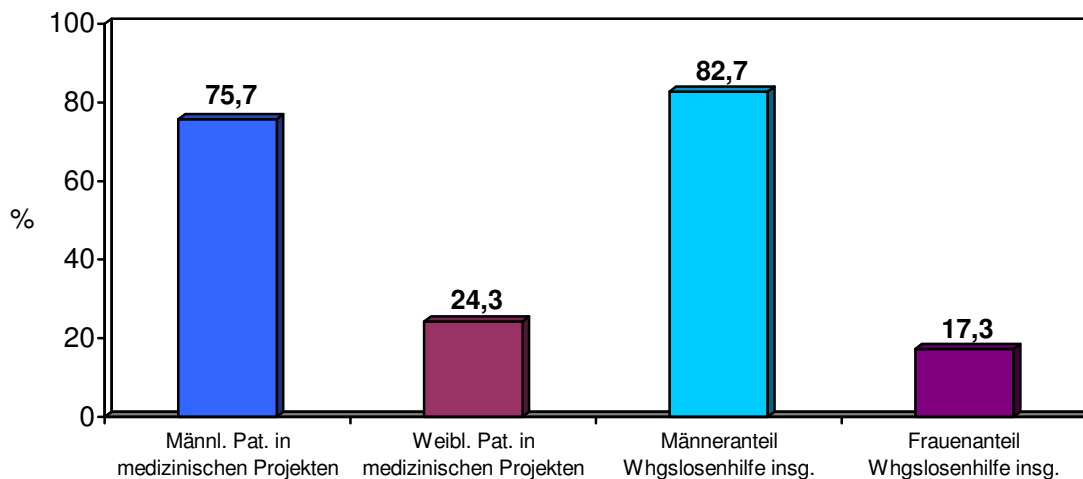
Ein weiterer Zusammenhang könnte im Geschlecht des medizinischen Personals des jeweiligen Projekts zu suchen sein. Es wäre denkbar, dass durch Ärzte eher eine männliche, durch Ärztinnen hingegen eher eine weibliche Patientenschaft an die Projekte gebunden werden kann. Daraus wären dann ggf. Folgerungen für die zukünftige personelle Ausstattung der Projekte zu ziehen. Diese Hypothese wurde daraufhin ebenfalls überprüft, konnte jedoch nicht validiert werden. So hat das Bielefelder Projekt trotz einer fast ausschließlich dort tätigen Projektärztin in ihrer Patientenschaft einen vergleichsweise geringen Frauenanteil, während dieser im Essener wie auch im Dortmunder Projekt mit ausschließlich männlichem Arztpersonal überdurchschnittlich hoch ausfällt. Ein inverser Zusammenhang, nämlich dass Ärzte v.a. von Patientinnen und Ärztinnen von Patienten aufgesucht würden, lässt sich aus den vorliegenden Daten allerdings ebenfalls nicht ableiten.

Vergleicht man die Anteile männlicher und weiblicher Patienten in den aufsuchenden medizinischen Projekten mit den bundesweiten Daten der Wohnungslosenhilfe, wird deutlich, dass erstere in wesentlich stärkerem Maße von Frauen genutzt werden, als dies in anderen Einrichtungen des Wohnungslosenhilfesystems der Fall ist (s. Grafik 3.4).

**Grafik 3.4**

### **Männer und Frauen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe**

- Vergleich der Daten der medizinischen Projekte (N=4.057) mit bundesweiten Daten der Wohnungslosenhilfe (N=18.747)-



Der BAG-Statistikbericht für das Jahr 2006 weist für die ambulanten und stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe einen Anteil von 82,7% Männern und 17,3% Frauen aus. Da unter den meldenden Einrichtungen solche für wohnungslose Frauen unterrepräsentiert sind, wenden die Autoren des BAG-Berichts einen Gewichtungsfaktor an, aufgrund dessen der Frauenanteil in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe insg. mit 21,4%, der der Männer entsprechend mit 78,6% ausgewiesen wird.

Der Vergleich der Projektdaten mit den bundesweiten Daten der BAG ergibt, dass mit den mobilen medizinischen Diensten deutlich mehr Frauen erreicht werden, als es in anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe der Fall ist. Mit 24,4% liegt der Frauenanteil in den Projekten auch deutlich über den gewichteten BAG-Daten. Er entspricht damit in etwa dem Anteil, den die BAG aufgrund einer hohen Dunkelziffer wohnungsloser Frauen als Wert für ihren tatsächlichen Anteil unter den Wohnungslosen annimmt (25% an den Wohnungslosen insg., 23% unter den alleinstehenden Wohnungslosen) (BAG 2008, auch BAG-Schätzung 2006).

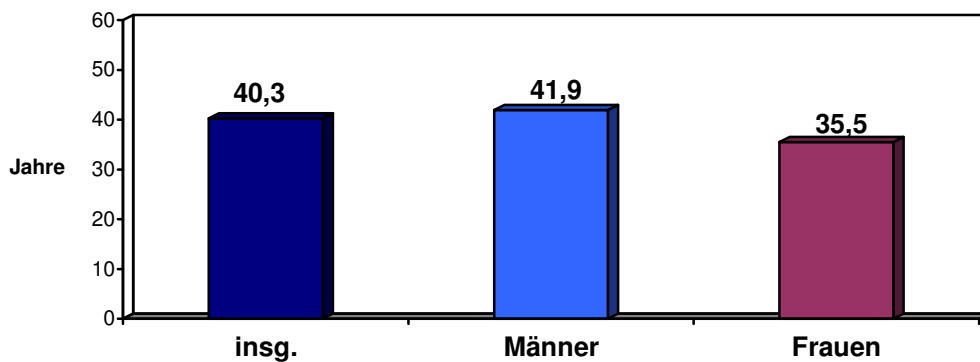
### 3.2. Altersstruktur der Projektpatienten

Das Durchschnittsalter der in den medizinischen Projekten behandelten Patienten beträgt 40,3 Jahre. Allerdings zeigen sich deutliche Altersunterschiede zwischen Männern und Frauen: Während das Durchschnittsalter der männlichen Projektpatienten bei 42 Jahren liegt, beträgt das der Frauen 35,5 Jahre (s. Grafik 3.5).

**Grafik 3.5**

#### Durchschnittsalter der männlichen und weiblichen Patienten

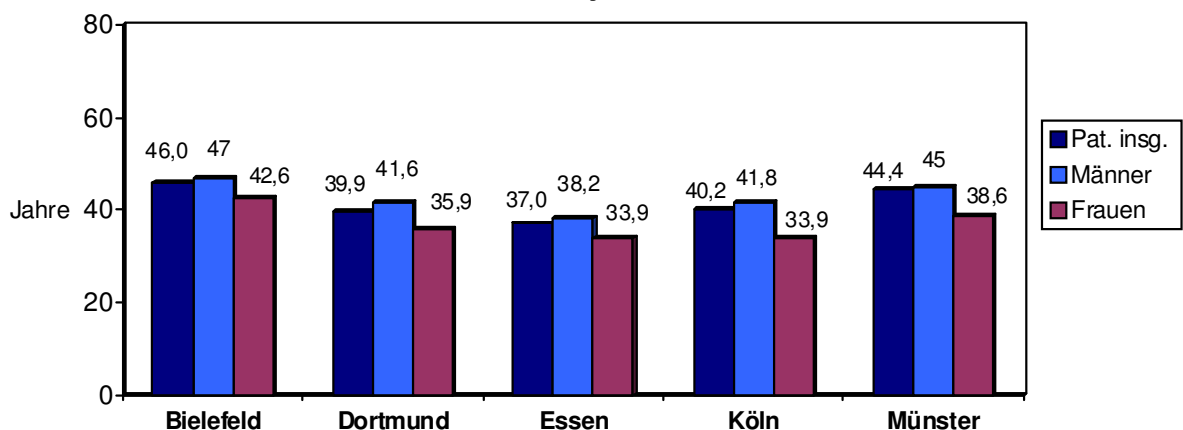
N = 4.057



Dabei zeigen sich zwischen den einzelnen Standorten durchaus erhebliche Unterschiede: So liegt z.B. das Durchschnittsalter der Patienten in Essen bei 37 und das in Bielefeld bei 46 Jahren. Diese lokalen Unterschiede sind v.a. auf unterschiedlich hohe Anteile weiblicher und männlicher Patienten zurückzuführen. Grafik 3.6 verdeutlicht aber auch, dass sich die Varianz innerhalb der Geschlechtergruppen fortsetzt. So liegt z.B. das Durchschnittsalter der männlichen Patienten in Bielefeld bei 47 Jahren im Vergleich zu 38,4 Jahren in Essen, während sich die Altersspannbreite bei den Frauen von 34 Jahren in Köln und Essen bis zu über 42 Jahren in Bielefeld erstreckt.

**Grafik 3.6**

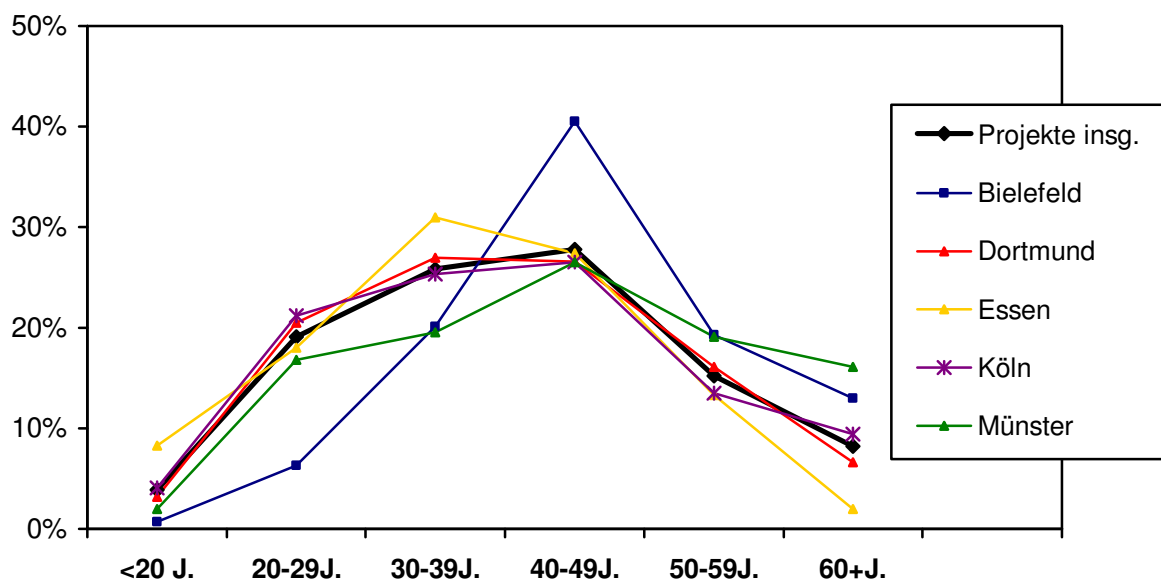
#### Durchschnittsalter der Patienten an den Projekt-Standorten



Vergleicht man die Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Altersgruppen miteinander (s. Grafik 3.7), werden auch hierbei z.T. starke Unterschiede zwischen den fünf Standorten deutlich: Während die Alterszusammensetzung der Patienten des Dortmunder und des Kölner Projektes weitgehend dem Mittelwert aller Projekte entspricht, weist das Essener Projekt mit einem Anteil der unter 20-Jährigen von 7,9% eine überdurchschnittlich hohe Zahl junger Patienten auf (insg. 3,9%). Im Kontrast hierzu wird in Münster wie auch in Bielefeld ein überdurchschnittlich hoher Prozentsatz älterer Wohnungsloser versorgt: So liegt der Anteil der über 60-Jährigen in Münster mit 16,1% fast doppelt so hoch wie im Durchschnitt der Projekte (8,2%). In Bielefeld erreicht er mit 13,0% ebenfalls überdurchschnittlich hohe Werte, hinzu kommt hier ein hoher Anteil 40 – 49-Jähriger (40,5% im Vgl. zu 27,8% in der Gesamtheit).

**Grafik 3.7**

**Alterszusammensetzung der Projektpatienten  
an den 5 Standorten**



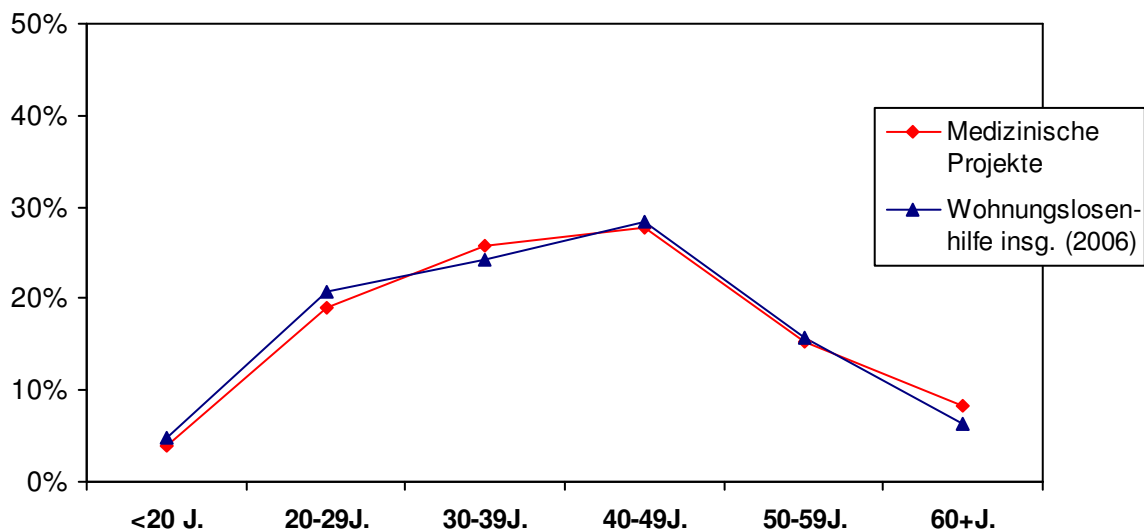
In den unterschiedlichen Alterszusammensetzungen der Projektnutzer an den verschiedenen Standorten spiegeln sich v.a. die unterschiedliche Verteilung der Geschlechteranteile wider: So ist der hohe Altersdurchschnitt im Münsteraner Projekt v.a. auf den dort überdurchschnittlich hohen Männeranteil zurückzuführen, während in Essen mit 27,7% der Frauenanteil überdurchschnittlich stark ausgeprägt ist, was eine insg. jüngere Patientenstruktur zur Folge hat.

Im Vergleich zu den bundesweiten Daten der Wohnungslosenhilfe lässt sich analysieren, in wie weit die in den Projekten behandelten Patienten eine Miniatur der Grundgesamtheit Wohnungsloser in Deutschland darstellen oder ob in der medizinischen Versorgung eigene Zugangsfaktoren – wie z.B. Alter oder Geschlecht - zum Tragen kommen, die für die Ausrichtung der mobilen medizinischen Dienste zu berücksichtigen sind.

Die Verteilung der Projektpatienten auf die verschiedenen Altersgruppen sowie die Vergleichsdaten der Wohnungslosenhilfe insgesamt können Grafik 3.8 entnommen werden.

**Grafik 3.8**

**Alterszusammensetzung der Projektpatienten  
im Vgl. zu den Klienten der Wohnungslosenhilfe**

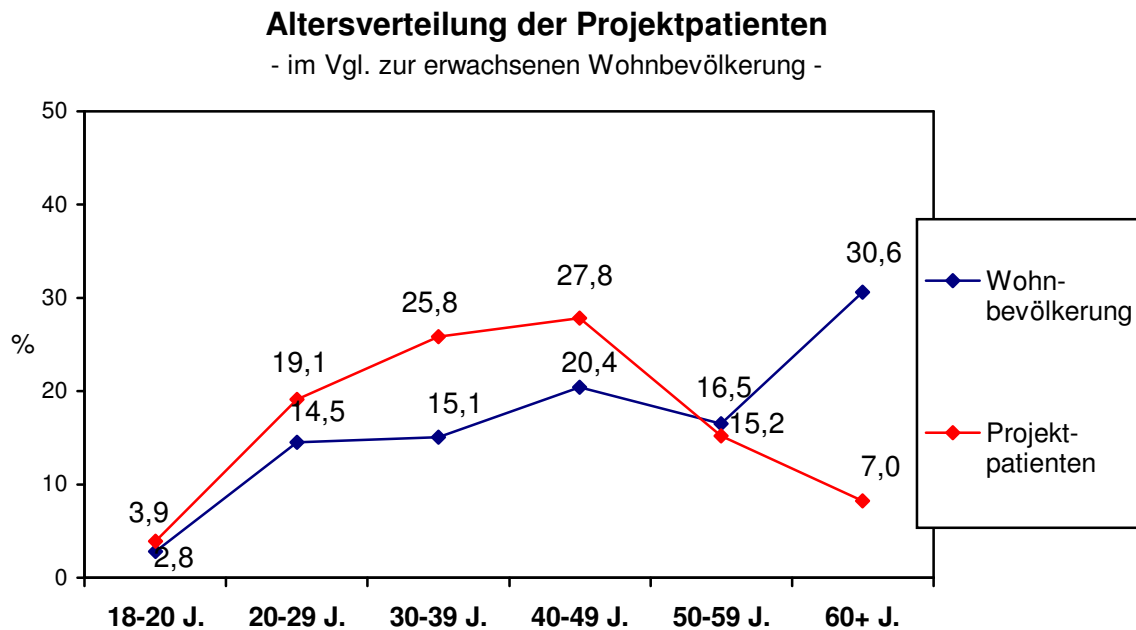


Im Ergebnis ist festzustellen, dass trotz aller lokalen Unterschiede die Alterszusammensetzung der fünf Projekte in ihrer Gesamtheit fast exakt der der Klienten der sonstigen Wohnungslosenhilfe-Einrichtungen entspricht. Offensichtlich ist die im Vergleichszeitraum an den 5 Projektstandorten erreichte Zahl von 4.000 Patienten bereits groß genug, um ein gültiges Abbild Wohnungsloser in Deutschland widerzuspiegeln.

Vergleicht man die Altersstruktur der Projektpatienten hingegen mit der der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands, ergibt sich ein völlig anderes Bild, wie in Grafik 3.9 dargestellt ist. Die Besetzung der einzelnen Altersgruppen weicht demnach in der Wohnungslosenspopulation deutlich von der in der Wohnbevölkerung ab. Während nach dem 50. Lebensjahr der Anteil der Patienten in den mobilen Diensten stark zurückgeht und die

Gruppe der über 60-Jährigen nur noch 7% der behandelten Patienten ausmacht, ist in der Wohnbevölkerung ein fast gegenläufiger Trend festzustellen: Hier nimmt der Anteil der höheren Altersgruppen beinahe kontinuierlich zu mit dem Ergebnis, dass die über 60-Jährigen etwa 30% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland stellen.

**Grafik 3.9**



Dieses Phänomen dürfte weder darauf zurückzuführen sein, dass ältere Patienten von den Projekten nicht mehr erreicht würden oder diese aufgrund einer gelungenen Reintegration in die Wohnbevölkerung nicht mehr in Erscheinung träten. Hingegen müssen diese Zahlen als deutliches Indiz für eine stark verminderte Lebenserwartung von Menschen in der Wohnungslosigkeit gewertet werden.

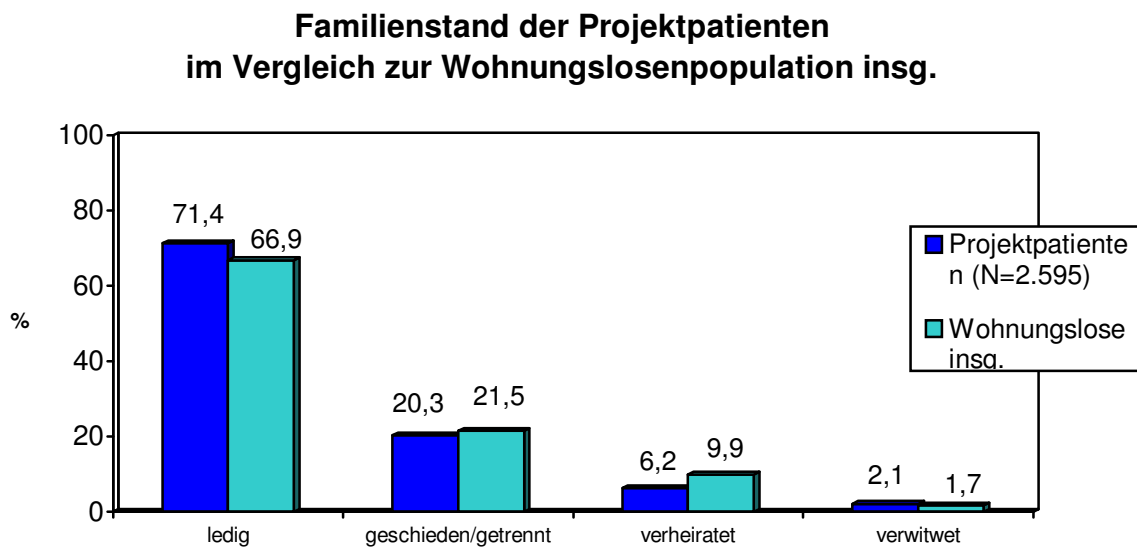


### 3.3. Zusammensetzung der Projektpatienten nach Familienstand

Wohnungslosigkeit ist Resultat sozialer Entwurzelung, bei der Arbeitslosigkeit, körperliches und geistiges Leistungsvermögen sowie soziale Integration bzw. Desintegration die zentralen Kausalfaktoren darstellen (Albrecht et al. 1990). Ein Merkmal sozialer Integration bzw. Desintegration stellt der Familienstand dar.

Die entsprechenden Daten aus den fünf mobilen medizinischen Diensten bestätigen, dass der Großteil der Wohnungslosen auch hinsichtlich einer festen Partnerschaft entwurzelt ist: 71,4% geben als Familienstand „ledig“ an, etwa 20% sind geschieden oder leben von ihrem Partner / ihrer Partnerin getrennt. Lediglich 6,2% geben an verheiratet zu sein, während 2,1% verwitwet sind (s. Grafik 3.10). Bei 34,4% liegen in der Patientendokumentation keine Angaben über den Familienstand des Patienten vor.

**Grafik 3.10**



Bundesweit sind 2/3 aller Wohnungslosen (66,9%) ledig, 21,5% geschieden und 1,7% verwitwet. Knapp 10% (9,9%) geben an, verheiratet zu sein (BAG 2008). Damit weisen die bundesweiten Daten lediglich hinsichtlich des Anteils lediger bzw. verheirateter Wohnungsloser leichte Abweichungen von den Projektdaten auf. Dies könnte darin begründet sein, dass mit den mobilen medizinischen Diensten ein größerer Anteil stark entwurzelter Wohnungsloser erreicht wird, als durch die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, unter denen ein großer Anteil stationärer Einrichtungen meldet.

### **3.4. Zusammensetzung der Projektpatienten nach Staatsangehörigkeit**

Die mobilen medizinischen Dienste richten sich an Personen, die über keine eigene Wohnung verfügen und einer ärztlichen Behandlung bedürfen – unabhängig von ihrer Nationalität. Sie wollen insbesondere die Wohnungslosen erreichen, die keine Ärzte des Regelversorgungssystems mehr aufsuchen, keinen Versicherungsschutz mehr besitzen oder zumindest über keine entsprechenden Unterlagen mehr verfügen. Sie können damit grundsätzlich auch von solchen Menschen genutzt werden, die sich in Deutschland ohne Aufenthaltsstatus aufhalten und eine medizinische Behandlung benötigen. Asylbewerber, die auf Grundlage des Asylbewerber-Leistungsgesetzes in Deutschland leben, haben Anspruch auf Leistungen bei akuter Erkrankung, bei Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Geburt (AsylbLG §4).

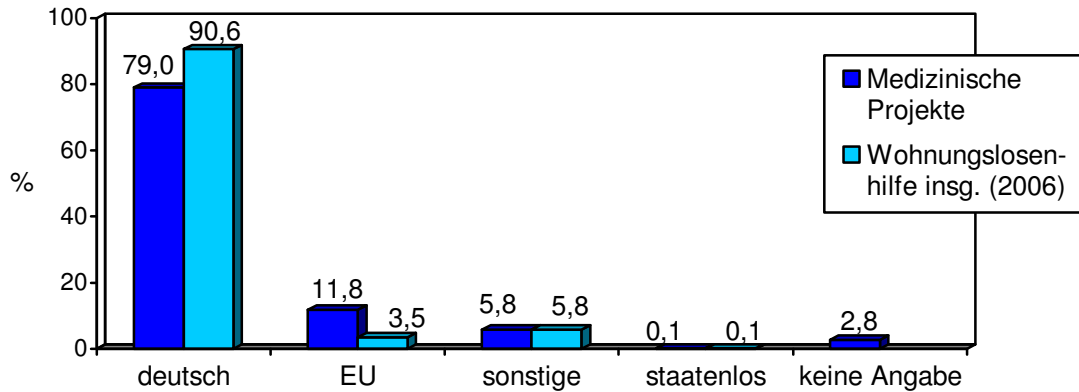
79,0% der Projektnutzer sind deutscher und 17,6% ausländischer Herkunft. Mit 11,8% Patienten aus Ländern der EU liegt deren Anteil deutlich über dem in anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (3,5%). Der Anteil an Patienten, die entweder keinem EU-Land angehören oder staatenlos sind, beträgt in den Projekten 5,9%. Dieser Wert entspricht exakt dem Anteil in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe insgesamt (BAG 2008). Angaben zur Staatsbürgerschaft fehlen bei 3,3% der Projektnutzer (s. Grafik 3.11).

Unterschiede zwischen den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und den medizinischen Projekten dürften v.a. auf zwei Faktoren zurückzuführen sein:

1. In die Statistik der BAG fließen zu einem großen Prozentsatz Meldungen stationärer Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ein, die fast ein Drittel der meldenden Einrichtungen ausmachen (33 von insg. 133 Einrichtungen). Da stationäre Einrichtungen jedoch eine hohe Barriere für ausländische Wohnungslose darstellen, dürften diese dort deutlich seltener versuchen unterzukommen.
2. Die Niederschwelligkeit der Projekte ermöglicht ausländischen Wohnungslosen auch im Vergleich zu anderen ambulanten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe einen leichteren Zugang.

**Grafik 3.11**

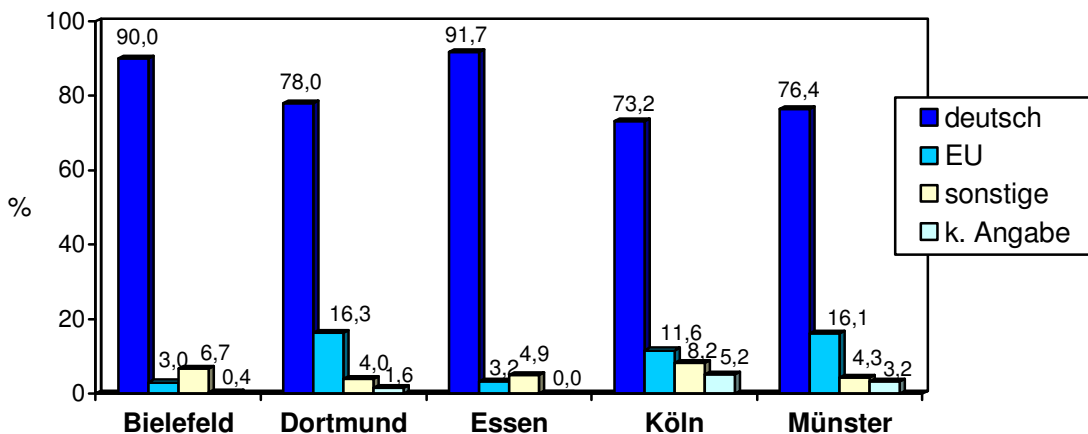
**Anteile ausländischer Patienten in den medizinischen Projekten im Vgl. zu Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe**



Zwischen den einzelnen Projektstandorten zeigen sich auch hinsichtlich der Zusammensetzung der Patientenschaft nach Nationalität größere Unterschiede (s. Grafik 3.12): So liegt z.B. der Anteil der Patienten, die nicht aus Deutschland oder anderen Staaten der Europäischen Union stammen bzw. angeben staatenlos zu sein, in Dortmund und Münster bei etwa 4%, in Köln hingegen bei über 8%, während er in Bielefeld mit 6,7% in einem mittleren Bereich liegt.

**Grafik 3.12**

**Anteile ausländischer Patienten nach Standort**



\* Der Anteil Staatenloser liegt an allen Standorten unter 0,2% und wird daher in der Grafik vernachlässigt.

Über den Anteil illegal in Deutschland lebender Ausländer unter den Projektpatienten kann auf Grundlage der vorliegenden Daten nur soviel ausgesagt werden, dass dieser deutlich unter 9,2% liegen muss – nämlich dem Anteil der Patienten, die angeben, entwe-

der einem Land außerhalb der EU anzugehören, staatenlos zu sein oder über die keine weiteren Angaben zu ihrer Nationalität vorliegen.

Es ist zudem zu bedenken, dass es zum Grundverständnis einer aufsuchenden, niederschwellig arbeitenden medizinischen Versorgung gehört, keine hilfeschendenden Patienten abzuweisen, da damit der Arbeitsansatz als solcher in Frage gestellt wäre.

### **Resümee zur soziodemografischen Zusammensetzung der Projektpatienten:**

- Die mobilen medizinischen Dienste werden zu 75% von Männern und zu 25% von Frauen aufgesucht (Verhältnis 3:1).
  - Die männlichen Patienten in den Projekten sind im Durchschnitt um etwa 6 Jahre älter als die weiblichen (Altersdurchschnitt Männer: 41,9 Jahre / Frauen: 35,5 Jahre).
  - Über die verschiedenen Standorte hinweg variiert die Verteilung der Männer- und Frauenanteile wie auch die Altersstruktur der Patienten mitunter stark.
  - Im Vergleich zu den bundesweiten Daten zur wohnungslosen Bevölkerung weisen die mobilen medizinischen Dienste einen erhöhten Frauenanteil, einen höheren Anteil Lediger sowie einen höheren Ausländeranteil aus.
  - Während in der Wohnbevölkerung 30% der Erwachsenen über 60 Jahre alt ist, beträgt dieser Anteil unter den Wohnungslosen nur 7%.
- 
- Die fünf Projektstandorte weisen hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale ihrer Nutzer große Unterschiede auf, die auf die Einrichtungsstruktur vor Ort sowie sonstige regionale Unterschiede zurückzuführen sind.
  - In seiner Gesamtheit entspricht das soziodemografische Profil der Projektpatienten dennoch weitgehend dem der Wohnungslosenpopulation in Deutschland.
  - Wohnungslose Frauen werden mit den mobilen medizinischen Teams besser erreicht als mit anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.
  - Durch den niederschweligen Ansatz der Projekte liegt auch der Anteil ausländischer Nutzer über dem anderer Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.
  - Der deutlich höhere Anteil Lediger in den medizinischen Projekten kann als Indiz für einen höheren Entwurzelungsgrad in den Städten lebender Wohnungsloser – insb. im Vergleich zu denen in stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe - bewertet werden.
  - Ausstattung und Struktur der mobilen medizinischen Teams müssen sich eng an den lokalen Gegebenheiten orientieren und auf diese ausgerichtet sein.

## 4. Zielgruppenerreichung der mobilen medizinischen Dienste

Eine der Kernfragen zur Bewertung der Wirksamkeit des zwischen den Kostenträgern vereinbarten Umsetzungskonzeptes ist, ob mit den mobilen medizinischen Diensten die anvisierte Zielgruppe tatsächlich erreicht werden kann. Laut §1 des Umsetzungskonzeptes richtet sich das Angebot der Projekte „an Menschen, die gesundheitlich behandlungsbedürftig sind und nicht anderweitig medizinisch versorgt werden und wohnungslos sind.“

Für die Beantwortung der Frage sind somit drei Teilaspekte zu berücksichtigen:

- A) Erreichen die mobilen medizinischen Hilfen primär wohnungslose Menschen?
- B) Welcher Anteil der sich insgesamt im Stadtgebiet aufhaltenden Wohnungslosen wird durch die mobilen medizinischen Hilfen erreicht?
- C) Sind die erreichten Wohnungslosen tatsächlich von einer ärztlichen Versorgung durch das medizinische Regelsystem abgekoppelt?

Fragestellung A) kann anhand des von den Projektärzten dokumentierten Wohnstatus der Patienten beantwortet werden.

Zur Beantwortung von Frage B) lässt sich auf Basis verfügbarer lokaler Daten berechnen, in welchem Umfang die Projekte die sich in ihrem Stadtgebiet aufhaltenden Wohnungslosen erreichen können.

Um Frage C) beantworten zu können, werden der Versicherungsstatus sowie der ärztliche Versorgungsstatus der Patienten beim Erstkontakt mit den Projekten einer näheren Analyse unterzogen.

#### **4.1. Der Anteil wohnungsloser Patienten in den medizinischen Projekten**

Die bewusst niederschwellige Ausrichtung der Projekte ermöglicht es grundsätzlich auch Personen, die noch über eine Wohnung verfügen, deren medizinische Hilfsangebote zu nutzen, ohne dass sie zur eigentlichen Zielgruppe der mobilen Dienste gemäß Umsetzungskonzept gehören. Es soll daher im folgenden zunächst der Frage nachgegangen werden, nämlich in welchem Maße die medizinischen Hilfen auch von Personen genutzt werden, die selber angeben, noch über eine eigene Wohnung zu verfügen.

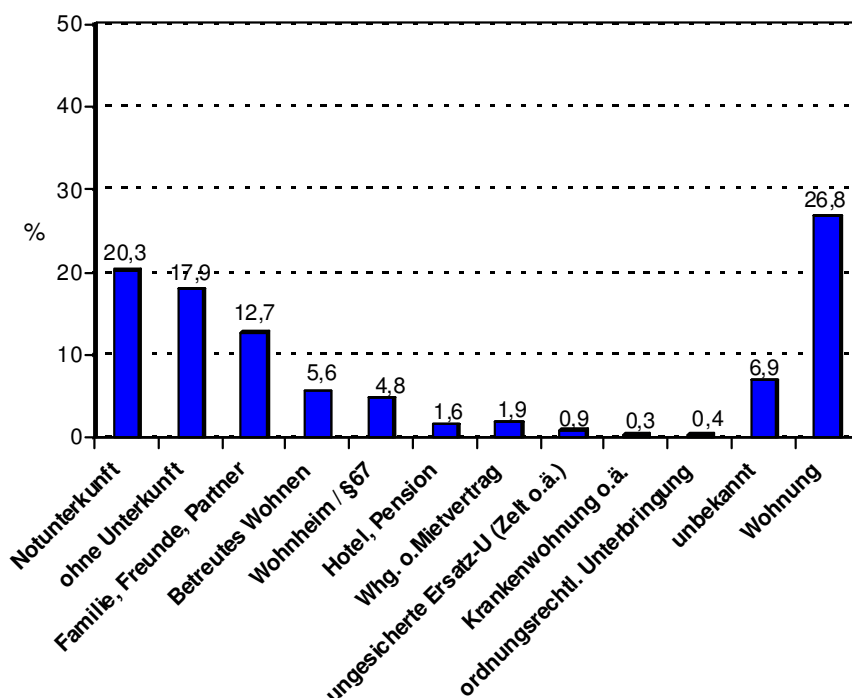
In der Patientendokumentation wird von den Projektmitarbeitern bei jedem Behandlungskontakt u.a. auch der aktuelle Wohnstatus des Patienten vermerkt. Dabei ist bei der Datenanalyse zu berücksichtigen, dass dieser im Behandlungsverlauf häufiger wechseln kann. Gerade Wohnungslose oder Personen, die am Rande der Wohnungslosigkeit leben, sind oftmals dazu gezwungen, sich situativ wechselnde Unterkunftsmöglichkeiten zu organisieren. Dabei kann es sich um eine Schlafstelle unter freiem Himmel, in einem leerstehenden Gebäude, einem Zelt oder Bauwagen, einem Bett bei Freunden oder einem Partner oder auch um eine Notunterkunft handeln, wie sie von städtischen oder freien Trägern vorgehalten wird. Hinzu kommen Obdachlosensiedlungen, Wohngruppen oder Wohnheime sowie Hotel- oder Pensionszimmer, die von den Kommunen auf der Grundlage des Ordnungsrechts bereit gestellt werden.

Die von den Projektmitarbeitern dokumentierte Unterkunftssituation basiert auf Selbstauskünften der Patienten. In Grafik 4.1 ist der Unterkunftsstatus der Patienten auf der Grundlage des ersten Behandlungskontakts nach Eintritt des Projektes in die Rahmenvereinbarung abgebildet. Da diese Patienten häufig jedoch schon vorher in den Projekten behandelt wurden, wurde ihr Unterkunftsstatus mit dem derjenigen Patienten verglichen, die seit Abschluss der Rahmenvereinbarung die Projekte erstmals aufsuchten. Es stellte sich heraus, dass zwischen beiden Untersuchungskollektiven nur marginale Unterschiede bestehen, die in keiner Kategorie mehr als 2% betragen und somit für die weiteren Analysen vernachlässigbar sind.

**Grafik 4.1**

### Unterkunftssituation der Projektpatienten

- bei 1. Kontakt nach RV (N = 3.134) -



Etwa 18% der Patienten geben an unter freiem Himmel zu schlafen. Ein Fünftel (20,3%) übernachtet in einer Notunterkunft, weitere 13,7% haben eine vorübergehende Unterkunft bei einem Freund / einer Freundin bzw. Partner / Partnerin gefunden und 5,6% sind in einer betreuten Wohneinrichtung untergebracht. Etwa ein Viertel gibt an, noch über eine eigene Wohnung zu verfügen (26,8%)<sup>4</sup>. Alle anderen Unterkunftsarrangements (Wohnheim, Hotel / Pension, Krankenwohnung, ordnungsrechtliche Unterbringung) machen jeweils weniger als 5% aus.

Die Verteilung auf die verschiedenen Unterkunftsformen variiert an den fünf Standorten jedoch stark: Während in Münster fast die Hälfte aller Patienten in Notschlafstellen untergebracht ist (49,6% - in Dortmund und Bielefeld liegt der entsprechende Anteil z.B. bei 9,8 resp. 10,6%), wird in Essen und Bielefeld ein vergleichsweise hoher Anteil an Wohnungslosen behandelt, die bei Freunden oder Bekannten untergekommen sind (24,1% resp. 20,6% - an anderen Standorten zwischen 1,6% in Münster und 10,4% in Köln). In Bielefeld wiederum befindet sich etwa ein Viertel der Patienten in betreuten Wohnarrangements (26,6%), während dieser Anteil an allen anderen Standorten unter 7% liegt.

<sup>4</sup> Hierbei fällt v.a. der hohe Anteil Dortmunder Patienten ins Gewicht, der angibt, noch über eine eigene Wohnung zu verfügen (67,9%). Ohne diesen Anteil läge der Anteil an Patienten mit Wohnung an den anderen 4 Projektstandorten im Durchschnitt lediglich bei 11,3% (s. auch S.48).

Die Varianz in der Verteilung auf die verschiedenen Unterkunftsarten weist auf starke Unterschiede in den lokal verfügbaren Einrichtungen für Wohnungslose hin, an die sich die mobilen medizinischen Teams in ihrer Arbeit andocken. Entsprechend fällt in Münster, wo die Projekträume in das dortige Haus der Wohnungslosenhilfe integriert sind, der Anteil in Notunterkünften untergebrachter Patienten hoch aus. Umgekehrt verfügt Bielefeld aufgrund der dort ansässigen von Bodelschwingschen Anstalten über eine gute Betreuungsstruktur, was sich in den Projektzahlen ebenfalls widerspiegelt.

Ein Viertel der Projektpatienten (26,3%) gibt an, über eine eigene Wohnung zu verfügen, Dieser Anteil liegt nur geringfügig über dem Anteil der Klienten, die in anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe versorgt werden (23,7%). Bei diesen Angaben ist zu berücksichtigen, dass Personen, die sich am Rande zur Wohnungslosigkeit befinden oder ihr wieder zu entkommen versuchen, oftmals nur auf einen grauen Wohnungsmarkt zurückgreifen können. Dieser umfasst Wohnungen, die zwar formal ein Mietrecht begründen, bei denen es sich aber entweder um Schlafstellen in Mehrraumwohnungen, die mit Fremden geteilt werden müssen, oder um Wohnungen handelt, die deutlich unterhalb üblicher mietrechtlicher Standards liegen.

Des Weiteren ist bei Frauen, die das Hilfesystem aufsuchen, der Anteil derjenigen, die angeben über eine eigene Wohnung zu verfügen, bekanntermaßen deutlich gegenüber dem der Männer erhöht. Ersterer beträgt z.B. in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe 37,9% und liegt damit um fast das Doppelte über dem männlicher Nutzer (20,7%) (BAG 2008). Es ist allerdings zu vermuten, dass sich hinter den entsprechenden Angaben von Frauen oftmals eine (nicht selten temporäre) Unterkunft bei einem Mann verbirgt, durch die das Stigma einer „Frau von der Straße“ abgelegt und das subjektive Gefühl von Normalität vermittelt werden kann.

Da die medizinischen Projekte – wie in Kapitel 2.2.1. gezeigt - einen überdurchschnittlich hohen Anteil weiblicher Patienten aufweisen, schlägt sich dies statistisch auch in einem höheren Gesamtanteil von Patienten mit eigener Wohnung nieder.

Allerdings weisen die fünf Projektstandorte bzgl. ihrer Anteile an Patienten mit eigener Wohnung eine große Varianz auf: Während im Kölner Projekt lediglich 3,0% der Patienten angeben eine eigene Wohnung zu haben, sind es im Essener Projekt immerhin fast 28% und im Dortmunder Projekt sogar 68,2%. In Bielefeld und Münster machen die Patienten mit eigener Wohnung 13,6% resp. 12,1% aus (s. Grafik 4.2). Ohne die weit überdurch-

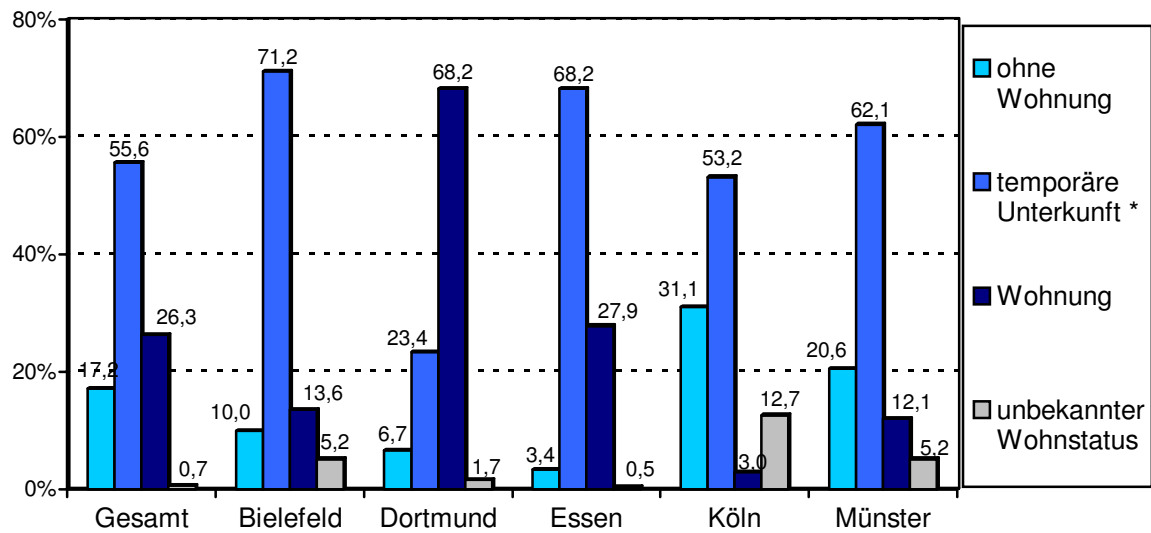


schnittlichen Werte des Dortmunder Projektes läge der Anteil von Patienten mit eigener Wohnung an den anderen 4 Standorten insgesamt lediglich bei 11,3%.

**Grafik 4.2**

### Unterkunftsstatus

- nach Standorten -



\* hierunter sind Notunterkünfte / ordnungsrechtliche Unterbringungen, Bauwagen/Zelte, Krankenwohnungen, Wohnheime/Wohngruppen subsummiert.

#### 4.1.1. Besonderheiten der Dortmunder Patientenstruktur

Im Dortmunder Projekt liegt der Anteil der Projektnutzer, die über eine Wohnung verfügen, mit 67,9% weit über den Werten der anderen Städte (zw. 3 und 28%). Aus diesem Grunde wurde die Dortmunder Population im Rahmen der vorliegenden Studie näher analysiert.

Dazu wurden zunächst die Dortmunder Patienten mit und ohne eigene Wohnung hinsichtlich ihrer soziodemografischen Struktur sowie ihres ärztlichen Versorgungs- sowie Krankenversicherungsstatus miteinander verglichen (s. Tab. 4.1).

**Tabelle 4.1**

##### Vergleich der Dortmunder Patienten mit und ohne Wohnung

	DO-Patienten ohne Wohnung	DO-Patienten mit Wohnung
Anzahl	460 = 32,1%	975 = 67,9%
Anteil Männer	61,5%	73,4%
Anteil Frauen	38,5%	26,6%
Alter (Mittelwert) insg.	35,5 J.	42,0 J.
Alter (Mittelwert) Männer	38,6 J.	42,8 J.
Alter (Mittelwert) Frauen	30,5 J.	39,6 J.
Anteil ausländischer Nationalität	35,8%	19,1%
ohne Versicherungskarte bei Erstkontakt	59,8%	21,5%
ohne hausärztliche Versorgung	94,3%	92,7%
ohne fachärztliche Versorgung	77,6%	84,3%

Insgesamt zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen beiden Subpopulationen: So liegt in Dortmund das Durchschnittsalter von Patienten mit Wohnung deutlich über dem derjenigen ohne Wohnung, was besonders stark in der Untergruppe der weiblichen Patienten auffällt (39,6 J. mit Wohnung vs. 30,5 J. ohne Wohnung). Im Ergebnis ist festzustellen, dass das Dortmunder Versorgungsangebot in starkem Maße von älteren Männern mit Wohnung genutzt wird.

Allein hinsichtlich ihrer hausärztlichen Versorgung sind beide Subgruppen miteinander vergleichbar. Diese fehlt sowohl bei Patienten mit als auch solchen ohne Wohnung weitgehend. Interessanterweise sind die wohnungslosen Patienten in Dortmund offensichtlich besser fachärztlich versorgt als diejenigen mit eigener Wohnung, was möglicherweise auf

eine parallele Versorgung durch Methadonambulanzen oder ambulante psychiatrische Dienste hinweist.

Während in der Gesamtheit der medizinischen Projekte Frauen wesentlich häufiger als Männer angeben, über eine eigene Wohnung zu verfügen, ist unter den Dortmunder Patienten ein entgegen gesetztes Phänomen festzustellen: Hier ist in der Gruppe der Patienten ohne Wohnung mit 38,5% ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Frauen vertreten, während dieser in der Subpopulation mit Wohnung nur 26,6% ausmacht.

Im Jahresbericht des Dortmunder Projektes stellt sich die Situation der Patienten mit eigener Wohnung wie folgt dar:

„Viele Wohnungen sind sehr unordentlich und vermüllt. Die Wohnung wird nur als Schlafstelle benutzt und nicht in Ordnung gehalten.“  
(Harbig & Lauterborn 2009)

In einer begleitend zur vorliegenden Datenauswertung durchgeführten Befragung der Projekte (s. Kap. 10) zu ihrer materiellen und personellen Ausstattung, zur Zielgruppenerreichung und lokalen Vernetzung antwortete die Dortmunder Projektleitung:

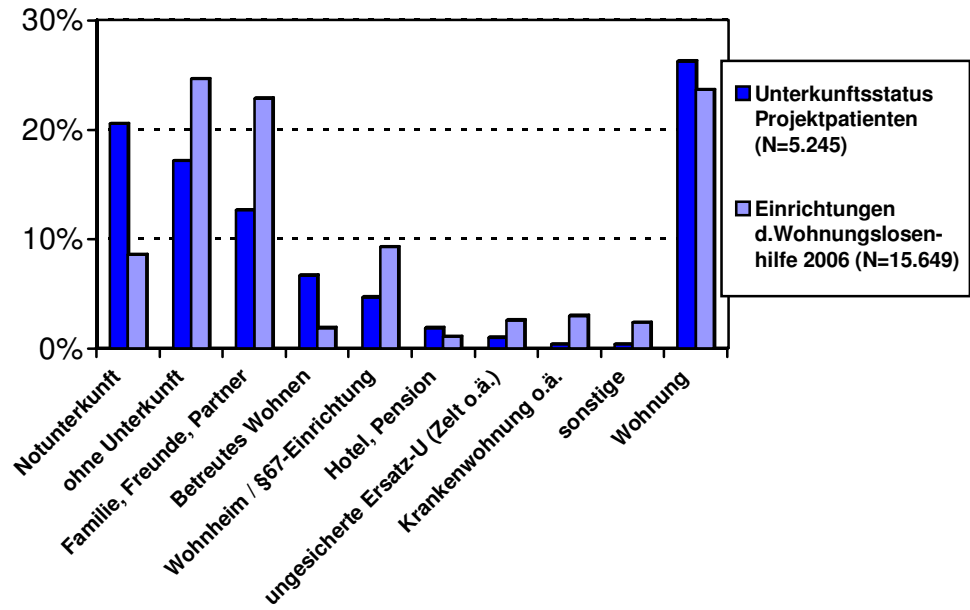
„Mehrheitlich werden Patienten erreicht, die sich subjektiv der ofW-Szene [offenen Wohnungslosen-Szene, WK] zugehörig fühlen und/oder desolate Wohnverhältnisse (überdachte Obdachlosigkeit) aufweisen.“

#### **4.1.2. Die Unterkunftssituation der Projektpatienten im Vergleich zu Klienten der Wohnungslosenhilfe**

Im Vergleich zu anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe befindet sich unter den Patienten der medizinischen Projekte ein größerer Anteil von Personen, die in einer Notunterkunft untergebracht sind. Umgekehrt liegt in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe der Anteil derjenigen Personen höher, die unter freiem Himmel oder bei Freunden oder Bekannten übernachten. Während unter den Klienten der Wohnungslosenhilfe 23,7% über eine eigene Wohnung verfügen, liegt dieser Anteil in den medizinischen Projekten mit etwa 25% leicht darüber. Allerdings ist hierbei die in Kap. 4.1.1. beschriebene Dortmunder Sondersituation zu berücksichtigen.

Grafik 4.3

### Unterkunftssituation der Projektpatienten - im Vgl. mit and. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe -



## 4.2. Erreichung Wohnungsloser im Stadtgebiet

In Kapitel 2.1. wurde bereits dargestellt, dass an allen Projektstandorten die vereinbarten quartalsbezogenen Patienten-Zielgrößen stabil erreicht werden. Im folgenden soll untersucht werden, ob sich darüber hinaus Aussagen zur prozentualen Erreichung der sich im jeweiligen Stadtgebiet aufhaltenden Wohnungslosen machen lassen (s. Kap. 4, Frage B).

Eine entsprechende Berechnung setzt allerdings voraus, dass sich die lokale Grundgesamtheit Wohnungsloser bestimmen lässt bzw. entsprechende Daten verfügbar sind. Für alle am Umsetzungskonzept teilnehmenden Städte liegen zwar Zahlen zur Wohnungslosigkeit vor, bzgl. ihrer Vergleichbarkeit stellen sich jedoch folgende Probleme:

- Bei den vorliegenden lokalen Zahlen zur Wohnungslosigkeit wird z.T. nicht näher unterschieden, ob es sich bei ihnen ausschließlich um alleinstehende Wohnungslose oder auch um ordnungsrechtlich untergebrachte Obdachlose handelt.
- Die Zahlen bilden sowohl kumulierte Jahresdaten (ohne Einberechnung von Zu- und Abgängen) als auch Stichtagsdaten ab.
- Die Daten basieren sowohl auf Meldedaten, auf Leistungsdaten der Sozialämter, auf Nutzerdaten des Hilfesystems als auch auf lokalen Expertenschätzungen.
- Das Erhebungsjahr für die angegebene Zahl Wohnungsloser ist mitunter nicht transparent.
- Die vorliegenden Daten erfassen nicht den Anteil medizinisch behandlungsbedürftiger Wohnungsloser oder der Wohnungslosen, die noch über eine ärztliche Versorgung im Regelsystem verfügen.

Bezüglich der in den Projekten erfassten Patientendaten wiederum kann der jeweils angegebene Wohnstatus nicht näher bewertet werden (s. auch Diskussion der Dortmunder Projektdaten in Kap. 4.1.1.). Darüber hinaus liegen die Daten zur Zahl erreichter Patienten immer nur für definierte Zeitfenster vor (z.B. seit Eintritt des Projekts in die Rahmenvereinbarung / für den Vergleichszeitraum vom 1.4.2008 – 30.6.2009 / wahlweise zu definierende Zeitfenster / Patienten pro Quartal).

Die für jeden Projektstandort verfügbaren Daten zur Grundgesamtheit Wohnungsloser im Stadtgebiet sowie die zu den in den Projekten innerhalb des Vergleichszeitraums bzw. eines Quartals behandelten wohnungslosen Patienten sind in Tabelle 4.2 aufgeführt, ergänzt um die Selbsteinschätzung der Projektmitarbeiter zur Zielgruppenerreichung im Stadtgebiet, die von ihnen in der begleitenden Befragung genannt wurden (s. Kap. 10).

**Tab. 4.2****Grundgesamtheit Wohnungsloser und behandelte Wohnungslose nach Städten**

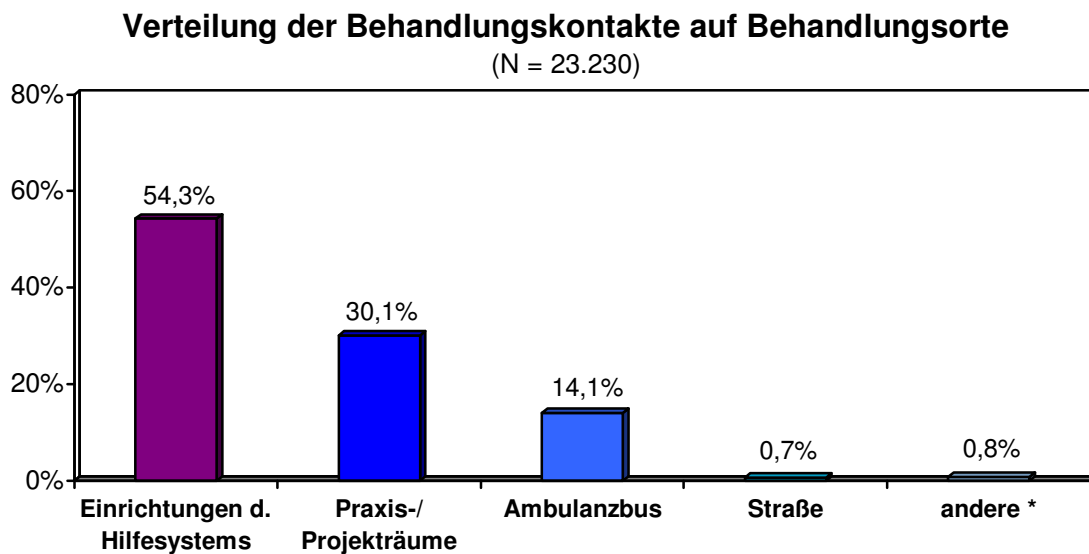
<b>Stadt</b>	<b>Zahl alleinstehender Wohnungsloser im Stadtgebiet</b> (Bezugsgröße / Quelle)	<b>Zahl der im VZ erreichten Patienten</b> (Anteil Whgsl.)	<b>Ø-Zahl der pro Quartal erreichten Patienten</b> (Anteil Whgsl.)	<b>Erreichungsgrad gemäß Projekt-Selbsteinschätzung</b>
<b>Bielefeld</b>	550 (Stichtagsbezug – Projekthochrechnung)	270 (233)	140 (120)	70%
<b>Dortmund</b>	1.000 (Klientenzahlen Whgsl.-Beratungsstelle 2008)	1.438 (461)	600 (200)	50%
<b>Essen</b>	998 (Meldedaten 2008)	589 (424)	220 (160)	80%
<b>Köln</b>	3.700 p.a. (städt. Zahlen)	1.427 (1.384)	520 (505)	30%
<b>Münster</b>	350 – 400 p.a. (Schätzzahlen Sozialamt + AG Whgsgelöshilfe)	333 (293)	130 (115)	30%

Im Ergebnis ist festzustellen, dass sich aufgrund der Schwierigkeiten, die Grundgesamtheit Wohnungsloser in einem Stadtgebiet nach einheitlichen Kriterien zu bestimmen, der Erreichungsgrad behandlungsbedürftiger Wohnungsloser nur schwer bestimmen lässt. Nach der vorliegenden Datenlage besteht in jeder Stadt jedoch noch Potenzial, die Tätigkeit der mobilen Teams weiter auszuweiten. Dabei sollte allerdings bedacht werden, dass mit einer Intensivierung aufsuchender Angebote auch bestehende, gut funktionierende Versorgungsstrukturen durch niedergelassene Vertragsärzte erodiert werden können, womit Entwurzelungsprozesse eher beschleunigt als aufgehalten würden. Eine entsprechende Analyse sollte somit jeder Ausweitungstätigkeit mobiler medizinischer Dienste vorausgehen.

### 4.3. Erreichung der Patienten an unterschiedlichen Behandlungsorten

Um aufzuzeigen, an welchen Orten die Zielgruppe von den mobilen medizinischen Teams am häufigsten erreicht wurde, wird im folgenden dargestellt, wie sich die innerhalb des Vergleichszeitraums durchgeführten Behandlungen (N = 23.230) auf die vier zentralen Behandlungssettings Praxis- bzw. Projekträume, Straße, Behandlungsbus und Einrichtungen des Hilfesystems verteilen (s. Grafik 4.3).

**Grafik 4.3**



\* unter „andere“ sind v.a. Krankenhäuser und Fremdwohnungen subsumiert

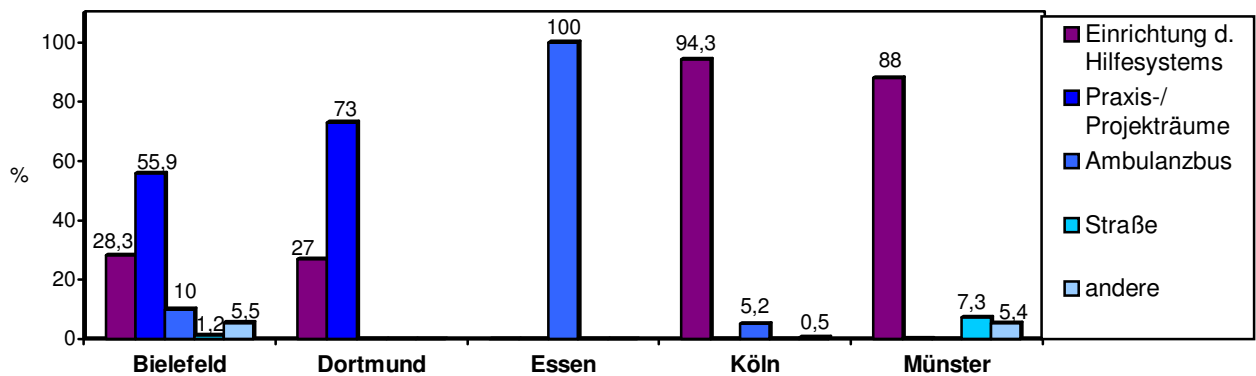
Die Auswertung der Projektdaten verdeutlicht, dass die meisten Patienten in den Einrichtungen des Hilfesystems – wie Beratungsstellen, Tagestreffs oder Übernachtungsstellen – erreicht werden konnten (54,3% aller Kontakte), in denen die mobilen Teams idR. auf der Grundlage fester Wochenpläne ihre Sprechstunden anbieten. Ein knappes Drittel der Behandlungskontakte erfolgt in den eigenen Projekträumen (30,1%), während Behandlungen unmittelbar auf der Straße nur selten durchgeführt werden (0,7%). Hinter der Kategorie „andere“ verbergen sich insbesondere Behandlungen von Patienten in Krankenhäusern oder Fremdwohnungen. Sie machen mit 0,8% ebenfalls nur einen geringen Anteil der Gesamtzahl durchgeführter Behandlungen aus. 14,1% aller Behandlungen entfallen auf den Ambulanzbus, wobei zu berücksichtigen ist, dass nur das Bielefelder, Essener und Kölner Projekt über einen solchen verfügen. Entsprechend fällt die Verteilung der Behandlungskontakte an den fünf Standorten sehr unterschiedlich aus: Während im Essener Projekt alle Behandlungen ausnahmslos im Ambulanzbus durchgeführt werden,

trifft dies für Bielefeld und Köln nur für einen geringen Prozentsatz zu (10% bzw. 5,2% aller Behandlungen). An allen fünf Standorten besteht grundsätzlich die Möglichkeit, die Patienten auch in eigenen Projekträumen zu behandeln. Hiervon wird jedoch sehr unterschiedlich Gebrauch gemacht: In Dortmund und Bielefeld finden 73% resp. 55,4% aller Behandlungen in eigenen Praxisräumen statt, hingegen greifen die Mobilen Dienste in Köln und Münster fast ausschließlich auf Räumlichkeiten in den von ihnen aufgesuchten Einrichtungen des Hilfesystems zurück (94,3 resp. 88%) (s. Grafik 4.4).

**Grafik 4.4**

### Verteilung der Behandlungskontakte auf Behandlungsorte

(N = 23.230)



Die Ergebnisse zeigen somit ein sehr heterogenes Bild, das deutlich von den lokalen Gegebenheiten sowie von der Ausstattung der Projekte (Ambulanzbus oder eigene Behandlungsräume vorhanden/nicht vorhanden?) geprägt ist. Insofern lassen sich aus den Ergebnissen auch keine Empfehlungen ableiten, über welche Settings sich die Zielgruppe am besten zu erreichen lässt. Aufgrund der dargestellten Vielfalt lässt sich nur folgern, dass die von den Projekten offerierten Behandlungsangebote ortsunabhängig gut angenommen werden. In wie weit die räumlichen Möglichkeiten allerdings eine Behandlungskontinuität begrenzen oder befördern, kann anhand der folgenden Auswertungen zur Kontakthäufigkeit und zu den erforderlichen Überweisungen näher untersucht werden.

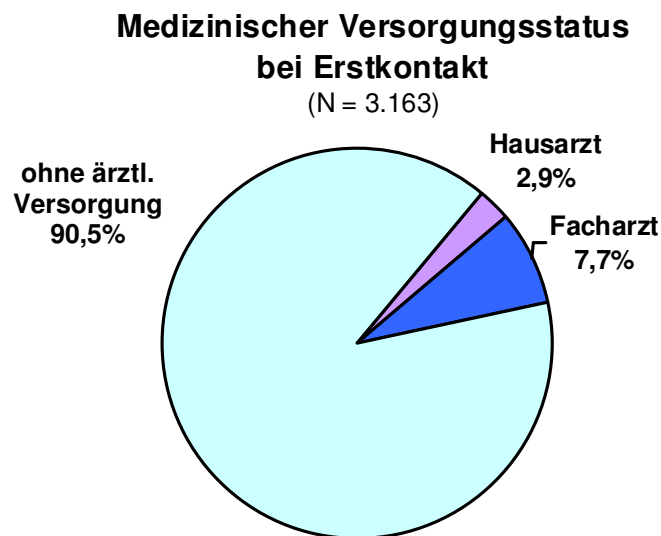


#### 4.4. Erreichung Wohnungsloser ohne Versorgung durch Vertragsärzte

Zielgruppe der mobilen medizinischen Hilfen sind wohnungslose Menschen, die andernorts keine ärztlichen Behandlungen mehr wahrnehmen. Zur Beantwortung von Frage C (s. Kap. 4.), ob die Patienten parallel noch über Ärzte des medizinischen Regelsystems versorgt werden, wenn sie sich an die Projekte wenden, stehen ihre Selbstangaben zu einer bestehenden hausärztlichen oder anderen fachärztlichen Versorgung zur Verfügung, die von den Projektärzten/innen abgefragt und dokumentiert werden.

Es zeigt sich, dass 97,1% der Personen, die die Projekte aufsuchen, beim ersten Kontakt mit den mobilen medizinischen Teams keine hausärztliche Versorgung mehr wahrnehmen. 92,3% werden auch nicht durch andere Fachärzte versorgt, so dass insgesamt 90,5% der Patienten bei ihrem ersten Behandlungskontakt in den Projekten völlig von einer Versorgung durch das ambulante medizinische Regelsystem abgekoppelt sind (s. Grafik 4.5).

**Grafik 4.5**



Die Ergebnisse zeigen allerdings auch, dass eher noch eine fachärztliche Anbindung als eine hausärztliche Versorgung besteht (bei 7,7% vs. 2,9% der Patienten). Rückmeldungen aus den Projekten lassen vermuten, dass es sich bei ersterer vorrangig um eine Versorgung durch Ärzte in Methadonambulanzen oder ambulante psychiatrische Dienste handelt. Entsprechend merkten die Münsteraner Ärzte in der begleitenden Projektbefragung an:

„Ein beachtlicher Teil der Wohnungslosen in Münster hat eigene Ärzte des Vertrauens oder sie sind an Ärzte und

Ambulanzen durch Substitution angebunden oder andere spezifische medizinische Angebote“.

### **Resümee zur Zielgruppenerreichung durch die Projekte:**

- A) Zielgruppenerreichung nach Wohnstatus:  
Der Anteil der Patienten, die angeben noch über eine Wohnung zu verfügen, beträgt im Durchschnitt der Projekte BI, E, K und MS 11,3%, liegt jedoch durch den überdurchschnittlich hohen Anteil in Dortmund (68%) auf alle Standorte bezogen bei fast 27%. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es z.T. ausgeprägte Graubereiche zwischen dem Status „eigene Wohnung“ und „ohne festen Wohnsitz“ gibt.
  - B) Erreichung Wohnungsloser im Stadtgebiet:  
Wg. Unschärfen in der Bestimmung der Grundgesamtheit Wohnungsloser lässt sich der Erreichungsgrad der mobilen Dienste innerhalb ihres Stadtgebietes nicht näher bestimmen. Ein Vergleich der Standorte miteinander ist aus denselben Gründen nicht möglich.
  - C) Erreichung Wohnungsloser ohne Anbindung an Ärzte/-innen der Regelversorgung:  
Die in den Projekten behandelten Patienten verfügen i.d.R. über keine Versorgung über Vertragsärzte mehr (90,5%). Ein begrenzter Anteil von ca. 8% wird noch über Fachärzte, insb. in Methadonambulanzen oder ambulanten psychiatrischen Einrichtungen, versorgt.
- 
- Die vereinbarten quartalsbezogenen Zielgrößen werden von den Projekten deutlich erreicht.
  - An einigen Standorten sind die vertraglichen festgelegten Zielgrößen auf Grundlage der vorliegenden Daten zu überprüfen und entsprechend anzupassen.
  - Die Dortmunder Sondersituation ist mit den Beteiligten weiter zu diskutieren und die Projektausrichtung ggf. entsprechend nachzujustieren.
  - Eine Ausweitung der Tätigkeiten der mobilen medizinischen Dienste innerhalb des jeweiligen Stadtgebiets sollte nicht ohne genaue Analyse der Bedarfsstruktur erfolgen, da sie auch zu einer weiteren Entwurzelung von Personen am Rande zur Wohnungslosigkeit beitragen kann.

## 5. Behandlungskontakte in den mobilen medizinischen Diensten

Die Zahl der Behandlungskontakte, die die Patienten in den Projekten haben, gibt Aufschluss darüber, ob es den mobilen medizinischen Teams gelingt, behandlungsbedürftige Wohnungslose wieder an eine kontinuierliche gesundheitliche Versorgung heranzuführen. Sie ist somit ein Indikator dafür, ob wohnungslose Patienten durch das Angebot motiviert werden können, ihre Krankheiten wieder kontinuierlich behandeln zu lassen.

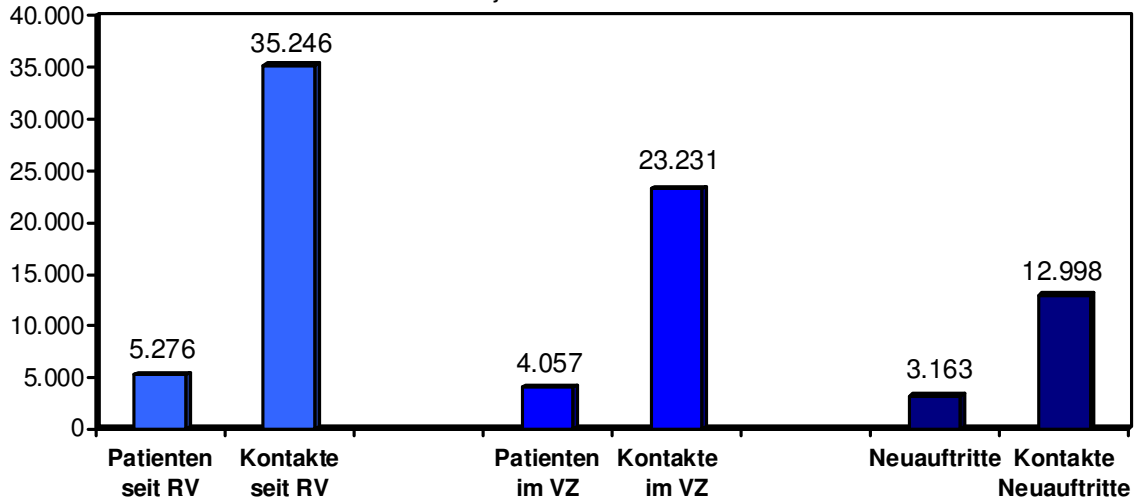
An den fünf Standorten wurden seit Abschluss der Rahmenvereinbarung 5.276 Patienten behandelt, die die Projekte insgesamt 35.246 mal aufsuchten. Damit entfielen auf jeden Patienten im Durchschnitt 6,7 Behandlungskontakte. Auf die einzelnen Standorte bezogen ist die Häufigkeit der Kontakte v.a. von der Dauer abhängig, die das Projekt bereits existiert bzw. die es an dem Umsetzungskonzept und damit auch an der Datendokumentation teilnimmt. Um dadurch bedingte Verzerrungen zwischen den Standorten zu kontrollieren, beziehen sich die folgenden Auswertungen überwiegend auf die Ergebnisse des Vergleichszeitraums (1.4.2008 – 30.6.2009), in dem alle fünf Projekte an dem Umsetzungskonzept teilnahmen. Ergänzend lässt sich die Gruppe der neu in den Projekten behandelten Patienten analysieren, die von ihrem ersten Kontakt an nachverfolgt werden kann.

Innerhalb des Vergleichszeitraums wurden an den fünf Projektstandorten 4.057 Patienten behandelt, auf die 23.231 Kontakte entfielen, was 5,7 Kontakten pro Patient entspricht. In den Projekten wurden seit dem jeweiligen Eintritt in die Rahmenvereinbarung 3.163 Patienten erstmalig behandelt, auf die insgesamt 12.998 Behandlungskontakte entfielen (4,1 Kontakte / Pat. - s. Grafik 5.1).

**Grafik 5.1**

### Zahl der behandelten Patienten und durchgeführten Behandlungskontakte

- Patienten seit Beginn der Rahmenvereinbarung (RV)  
- Patienten innerhalb des Vergleichszeitraums (VZ - 1.4.08 - 30.6.09) -  
- neu in den Projekten behandelte Patienten -

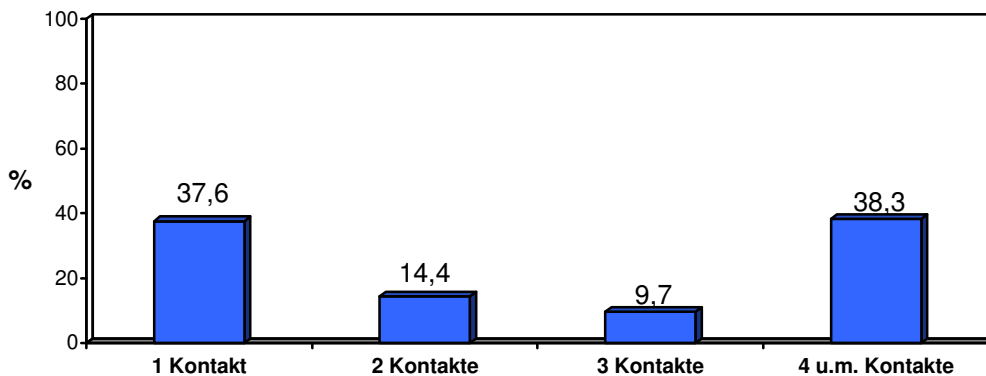


Die Kontakthäufigkeit innerhalb der Patientenschaft ist jedoch sehr unterschiedlich verteilt. (s. Grafik 5.2): Ein gutes Drittel der Patienten (37,6%) ließ sich nur einmal in den Projekten behandeln, fast 15% hatten zweimal Kontakt mit ihnen, während etwa die Hälfte der Patienten die medizinischen Teams dreimal oder häufiger aufsuchten.

**Grafik 5.2**

### Behandlungskontakte der Projektpatienten

- VZ 1.4.08 - 30.6.09 -

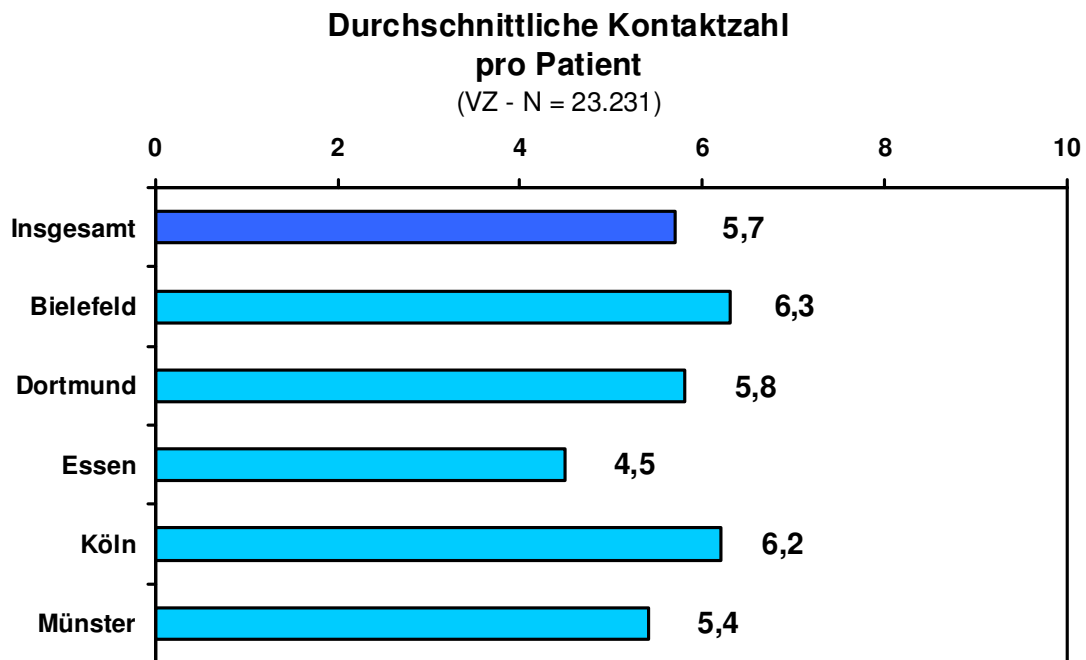


Die Klientel der mobilen medizinischen Dienste erscheint somit zwei geteilt: Neben denen, die sich lediglich einmalig wegen eines gesundheitlichen Anliegens behandeln lassen, gibt es eine vergleichbar große Gruppe, die relativ kontinuierlich (4 und mehr Kontakte) die Projekte aufsucht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der prozentuale Anteil derjenigen mit nur einem Projektkontakt abschmilzt, je größer das Beobachtungsfenster gewählt wird.

## 5.1. Behandlungskontakte an den Projektstandorten

Allerdings weisen die Projektstandorte auch hinsichtlich der Häufigkeit der Patientenkontakte durchaus Unterschiede auf: Während in Bielefeld jeder Patient innerhalb des Vergleichszeitraums durchschnittlich 6,3 Behandlungskontakte aufwies, waren es in Essen 4,5 Kontakte (s. Grafik 5.3).

**Grafik 5.3**

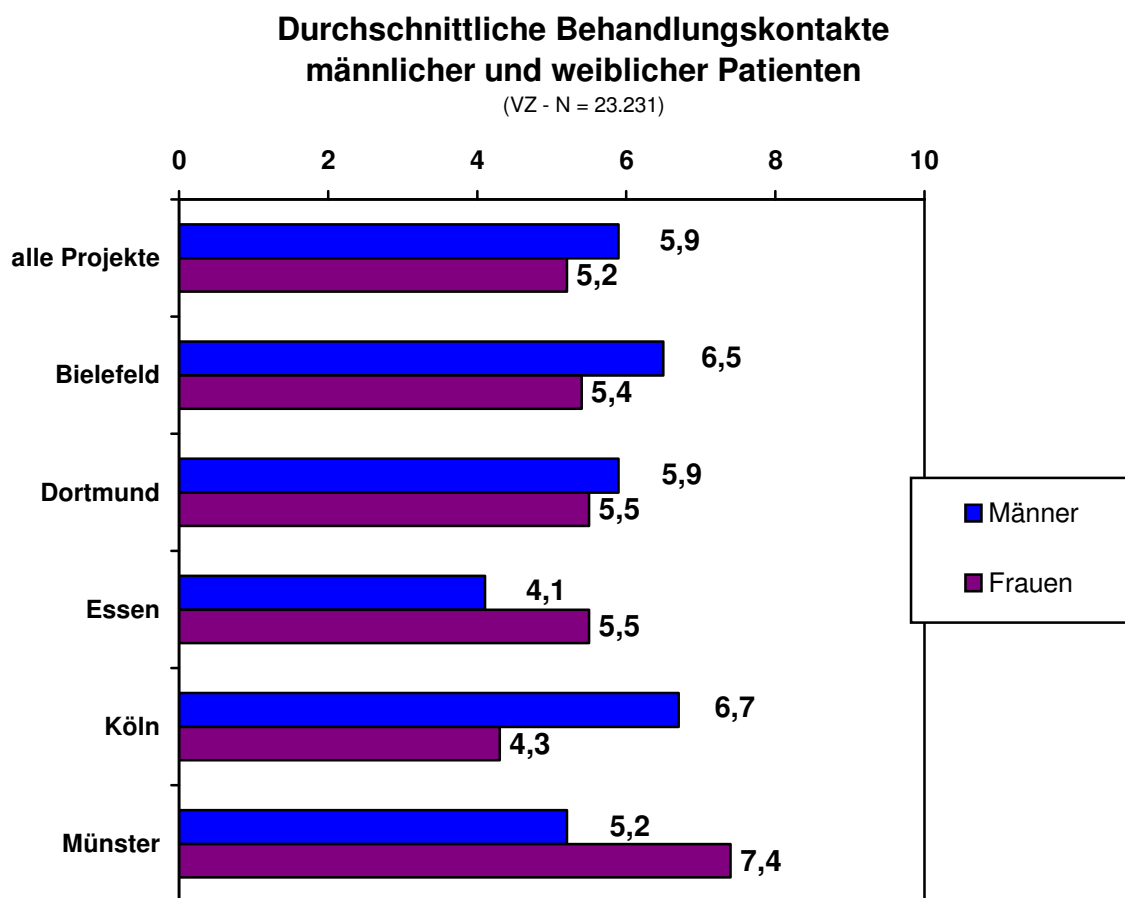


Es stellt sich somit die Frage, durch welche Faktoren die Kontakthäufigkeit der Patienten in den mobilen medizinischen Diensten beeinflusst wird. Es ist zu vermuten, dass Unterschiede sowohl in der soziodemografischen Zusammensetzung der jeweiligen Klientel als auch in der Struktur der Projekte begründet sind.

## 5.2. Behandlungskontakte bei Männern und Frauen

Vergleicht man männliche und weibliche Patienten hinsichtlich der Zahl ihrer Behandlungen in den Projekten miteinander, so lassen sich auf die Gesamtheit aller Standorte bezogen nur geringe Unterschiede feststellen (5,9 vs. 5,2 Kontakte). Allerdings zeigen sich zwischen den einzelnen Städten erneut mitunter sichtbare Unterschiede: Während in Essen und Münster z.B. weibliche Patienten wesentlich häufiger als männliche die Projekte aufsuchen, sieht es in Bielefeld und Köln genau umgekehrt aus (s. Grafik 5.4).

**Grafik 5.4**



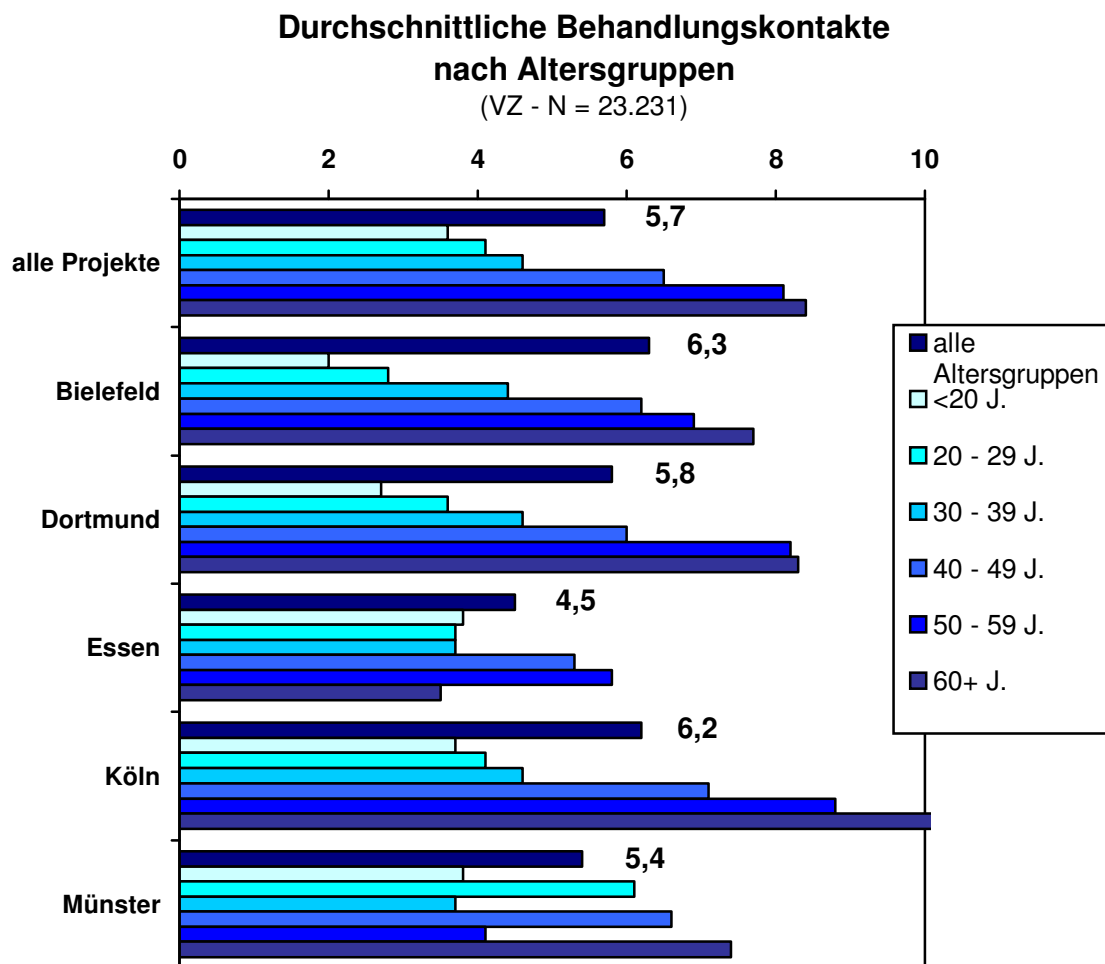
Eine mögliche Ursache für diese Unterschiede könnte die unterschiedliche Alterszusammensetzung der jeweiligen männlichen und weiblichen Patientengruppen an den verschiedenen Standorten darstellen. So liegt das Durchschnittsalter der weiblichen Patienten in Essen mit 42 Jahren deutlich über dem in Köln (34 Jahre).

### 5.3. Behandlungskontakte in den verschiedenen Altersgruppen

Es ist anzunehmen, dass sich mit zunehmendem Alter auch der Behandlungsbedarf der Patienten erhöht, sowohl hinsichtlich der Zahl der zu behandelnden Erkrankungen als auch hinsichtlich der Behandlungsdauer, hier abgebildet über die Anzahl der Behandlungskontakte.

In der Tat zeigt sich an fast allen Standorten, dass die Häufigkeit der Behandlungskontakte mit dem Alter der Patienten zunimmt. Lediglich im Münsteraner Projekt stellt sich dieser Zusammenhang nicht in gleicher Weise dar (s. Grafik 5.5).

**Grafik 5.5**



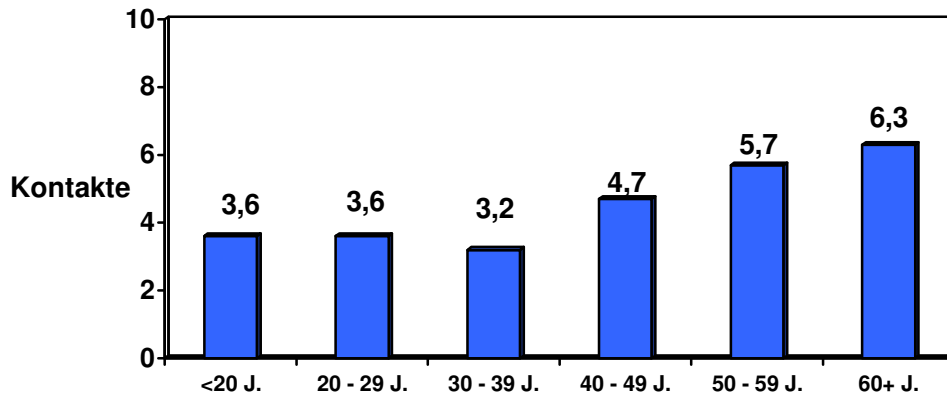
Der dargestellte Zusammenhang zwischen Alter und Kontaktzahl bestätigt sich auch bei den Patienten, die seit der Rahmenvereinbarung erstmals in den Projekten behandelt wurden: Weisen in dieser Subgruppe die unter 40-Jährigen im Durchschnitt etwa 3,5 Kontakte pro Patient auf, schnellst diese Zahl in der Gruppe der 40- bis 50-Jährigen bereits auf

4,7 Kontakte, in der Gruppe der 50- bis 60-Jährigen auf 5,7 und bei den 60-Jährigen und Älteren sogar auf 6,3 Behandlungskontakte pro Patient hoch (Grafik 5.6).

**Grafik 5.6**

### Kontakthäufigkeit der Patienten

- neue Patienten / N = 3.163 -



Es sollte daher versucht werden, auch die jüngeren Altersgruppen über kontinuierliche Kontakte stärker an die Projekte zu binden, um frühzeitig ihr Gesundheitsverhalten zu stärken. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass bei jüngeren Menschen immer ein stärkerer Glaube an ihre Unverletzlichkeit als bei älteren anzutreffen ist. Zudem ist die Motivierung zu einer stärkeren Gesundheitspflege und Behandlung von Erkrankungen immer auch in einem starken Maße davon abhängig, welche Perspektive der bzw. die Betroffene für sich sieht, der Wohnungslosigkeit kurz- oder mittelfristig wieder entfliehen zu können. Aus diesem Grunde sollten medizinische Angebote immer auch von einem psychosozialen Betreuungsangebot begleitet werden, wie es v.a. durch die entsprechenden Fachberatungsstellen vorgehalten wird. Die Behandlung von Krankheiten kann nur dann nachhaltige Wirksamkeit entfalten, wenn Patienten nicht umgehend wieder in die Verhältnisse entlassen werden müssen, die sie zuvor haben erkranken lassen.



#### **5.4. Einfluss projektbedingter Faktoren auf die Zahl der Behandlungskontakte**

Es ist durchaus denkbar, dass die durchschnittliche Zahl an Behandlungskontakten pro Patient auch von strukturellen Faktoren, wie z.B. die Ausstattung des Projektes mit einem Ambulanzbus oder dessen personeller Ausstattung gesteuert wird. Eine entsprechende Untersuchung dieser Faktoren auf die Kontakthäufigkeit erbrachte allerdings keine eindeutigen Ergebnisse.

Einen gewissen Einfluss auf die durchschnittliche Kontaktzahl pro Patient hat möglicherweise auch das Selbstverständnis der Projektmitarbeiter zur Funktion ihrer aufsuchenden Angebote innerhalb eines medizinischen Versorgungsnetzes. So äußerten z.B. die Essener Mitarbeiter in der parallel zur Datenerhebung durchgeführten Befragung (s. Kap. 10) hinsichtlich ihrer vorrangigen Projektziele, dass es ihnen v.a. um eine Reintegration ihrer Patienten in die medizinische Regelversorgung ginge, während ihnen deren Bindung ans Projekt „weniger wichtig“ sei, da sie mit ihrer Arbeit keine Armenmedizin etablieren wollten. Den Dortmunder Projektärzten hingegen ist v.a. eine Bindung ihrer Patienten an das Projekt „sehr wichtig“. Hinsichtlich einer Reintegration in die medizinische Regelversorgung müssten sie häufig feststellen, dass sie Patienten zu niedergelassenen Kollegen überwiesen, wo sie aber nicht ankämen bzw. die Wartezeit nicht überstünden. Viele von ihnen seien zudem nicht „wartezimmerfähig“.

Auch den im Kölner Projekt arbeitenden Ärztinnen und Ärzten ist die Projektbindung der Patienten „wichtig“. Sie verstehen sich als eine Art „Hausarzt der Wohnungslosen“, wenngleich sie Bemühungen um eine Reintegration ihrer Patienten in die Regelversorgung ebenfalls als „wichtig“ bewerten. Die Projektärzte in Bielefeld wie auch in Münster erachten eine Reintegration ihrer Patienten als wichtiger als deren Bindung ans Projekt – allerdings mit unterschiedlichen Auswirkungen auf die durchschnittliche Kontaktzahl ihrer Patienten (s. Tabelle 5.2).

Während in Köln und Essen das vorgetragene Selbstverständnis konsistent mit dem Grad der Bindung der Patienten ans Projekt ist – gemessen an der durchschnittlichen Zahl der Kontakte pro Patient -, laufen in Bielefeld Projektziel und Patientenbindung tendenziell in entgegengesetzte Richtungen. Offensichtlich müssen weitere Faktoren hinzutreten, um die formulierten Ziele in die Realität umsetzen zu können. Ein möglicher Faktor ist die

lokale Vernetzung des Projektes mit anderen medizinischen Einrichtungen, die im weiteren Verlauf noch einer näheren Untersuchung unterzogen werden wird.

**Tab. 5.2**

**Durchschnittliche Behandlungen pro Patient und Zielprioritäten der Projektärzte**

<b>Standort</b>	<b>durchschnittliche Kontaktzahl</b>	<b>Bindung der Pat. ans Projekt</b>	<b>Reintegration der Pat. i.d. Regelversorgung</b>	<b>Zusammenhang zw. Zielen u. Zahlen</b>
<b>Bielefeld</b>	<b>6,3</b>	<b>-</b>	<b>++</b>	<b>--</b>
<b>Dortmund</b>	<b>5,8</b>	<b>++</b>	<b>-</b>	<b>+-</b>
<b>Essen</b>	<b>4,5</b>	<b>-</b>	<b>++</b>	<b>++</b>
<b>Köln</b>	<b>6,2</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>
<b>Münster</b>	<b>5,4</b>	<b>++</b>	<b>+</b>	<b>+-</b>

++ = „sehr wichtig“; + = „wichtig“; - = „weniger wichtig“; -- = „nicht wichtig“

In dem Umsetzungskonzept für die medizinische Versorgung Wohnungsloser in Nordrhein-Westfalen werden als zentrale Aufgaben der Projekte formuliert (§5, Abs. 3):

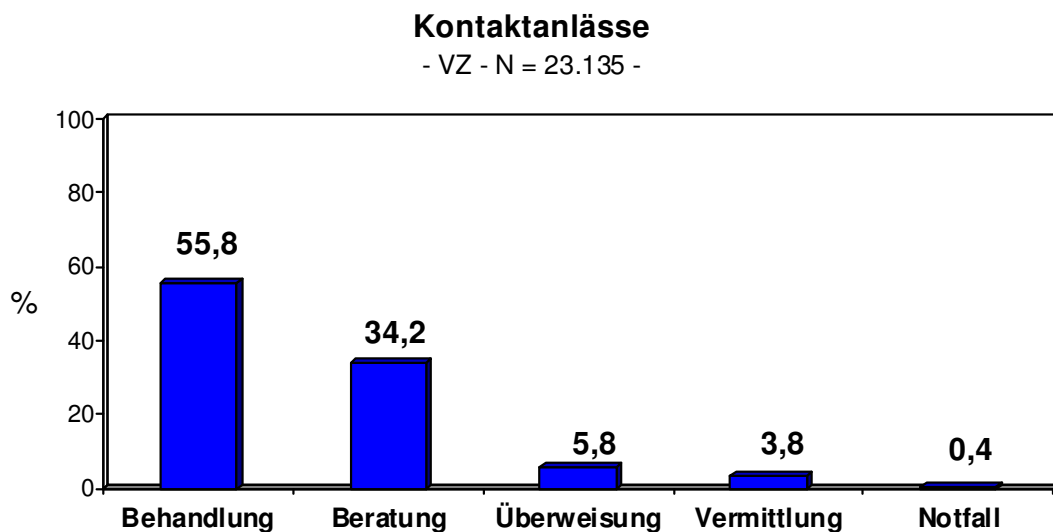
- Übernahme einer zentralen Klärfunktion für angemessene ärztliche und pflegerische Hilfen (Abs. 3.2).
- Leistung medizinischer Grund- und Erstversorgung mit allgemeinmedizinischem Behandlungsspektrum (Abs. 3.2).
- Heranführen der Patienten an und Motivation zur Inanspruchnahme ärztlicher und pflegerischer Versorgung (Abs. 3.3).
- Initiierung und Sicherstellung einer weitgehenden Versorgung durch das Regelsystem (Abs. 3.4).
- In den Fällen, „in denen wohnungslose Menschen keine weitergehenden, ambulanten oder stationären Hilfen des Regelversorgungssystems in Anspruch nehmen, ist das vorzuhaltende Angebot an Diagnostik und Behandlung darauf ausgelegt, eine Grundversorgung zu gewährleisten.“ (Abs. 3.4)
- Schaffung eines hohen Vernetzungsgrades mit sozialen, medizinischen und pflegerischen Einrichtungen (Abs. 3.5).

## 5.5. Kontakianlässe der Patienten

Um die Anliegen näher untersuchen zu können, mit denen Wohnungslose die Projekte aufsuchen, werden diese von den medizinischen Teams für jeden Kontakt dokumentiert. Dabei wird in „Beratungs-“ und in „Behandlungsanlässe“, in „Überweisungen“ an eine andere medizinische Einrichtung, in „Vermittlungen“ in eine andere Einrichtung des Hilfesystems sowie in „Notfälle“ unterschieden.

In mehr als der Hälfte aller Kontakte ist das Anliegen der Patienten, von den Projektärzten medizinisch behandelt zu werden (in 55,8% aller Kontakte innerhalb des VZ). In 34,2% der Fälle geht es primär um den Wunsch nach einem Beratungsgespräch, in 5,8% der Fälle um eine Überweisung in einen anderen medizinischen Versorgungsbereich, 3,8% der Kontakianlässe sind vom Wunsch einer Vermittlung in eine andere Einrichtung des Hilfesystems geprägt. 0,4% der Kontakte kommen aufgrund einer akuten Notfallsituation zustande (s. Grafik 5.7).

**Grafik 5.7**



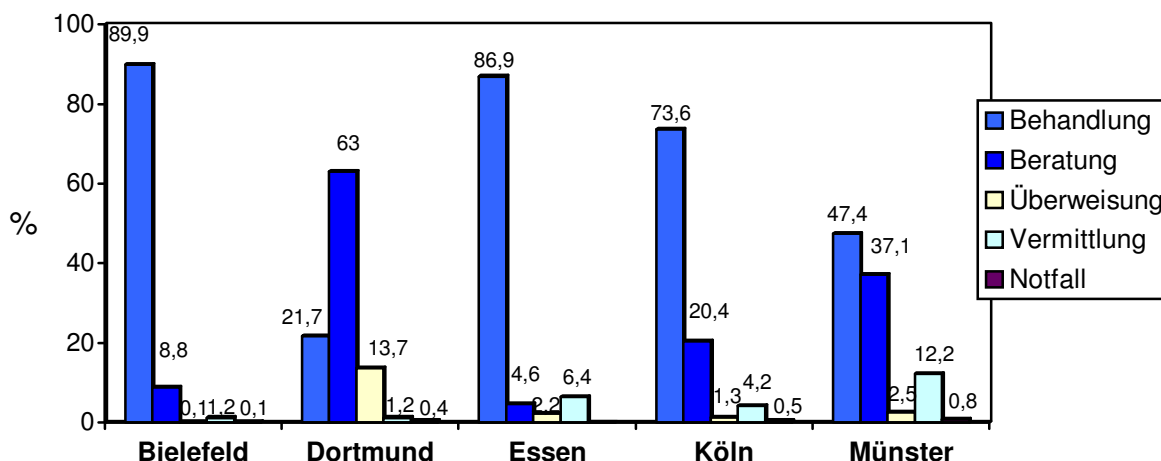
Allerdings verteilen sich die Kontakianlässe an den fünf Standorten sehr unterschiedlich: So dominiert in Bielefeld, Essen und Köln der Wunsch nach ärztlicher Behandlung die Kontakianlässe der Patienten, während hingegen in Münster bei mehr als einem Drittel und in Dortmund sogar bei fast zwei Drittel aller Kontakte Beratungsanliegen im Vordergrund stehen. Auffällig ist zudem der vergleichsweise hohe Anteil an Überweisungswünschen unter den Dortmunder Patienten (13,7% aller Kontakte), während in Münster

(12,2% aller Kontakte) überdurchschnittlich oft der Wunsch nach Vermittlung in eine Einrichtung des Hilfesystems Anlass des Projektkontaktes ist (s. Grafik 5.8).

**Grafik 5.8**

### Standort bezogene Kontaktanlässe

- VZ - N = 23.135 -



Die Ergebnisse machen deutlich, dass die überwiegende Zahl der Projektkontakte aus medizinischen Anlässen heraus entsteht. Dabei steht erwartungsgemäß der Wunsch nach einer Behandlung durch die Projektärzte im Vordergrund, aber auch Überweisungswünsche in eine andere medizinische Einrichtung spielen eine Rolle. Im Dortmunder Projekt fällt hingegen ein überdurchschnittlich hoher Beratungsanteil auf, während das Anliegen einer ärztlichen Behandlung hier nur bei einem Fünftel der Patienten Grund für die Konsultation der Projekte ist.

Die Zahl der Notfalleinsätze, zu denen die medizinischen Teams gerufen wurden, mag mit einem Anteil von 0,4% an allen Kontakten gering erscheinen. Dahinter stehen jedoch fast 100 (91) Einsätze, die an den 5 Standorten allein im Zeitraum vom 1.4.2008 bis 30.6.2009 durchgeführt wurden. Seit Abschluss der Rahmenvereinbarung waren es an allen Standorten zusammen 155 Notfalleinsätze, die ohne die mobilen medizinischen Dienste von anderen Einsatzkräften hätten übernommen werden müssen. Die Rettungsdienstgebührensatzung der Stadt Essen z.B. sieht für einen Notarzteinsatz, bei dem ausschließlich eine Krankenbehandlung ohne Krankentransport anfällt, einen Gebührensatz von 459 € pro Einsatz (Stadt Essen 2005) vor. Legt man diesen Betrag für die in den Projekten durchgeführten Notfälle zugrunde, dann wurden mit der Rahmenvereinbarung in den 5 Städten durch die Projektteams Kosten in Höhe von 71.145 € (innerhalb des VZ: 41.769 €) eingespart, die ansonsten an anderer Stelle angefallen wären.

## **Resümee zur Kontaktierung der Projekte durch die Patienten:**

- Im Durchschnitt wurden die Projekte innerhalb des 16-monatigen Vergleichszeitraums von jedem Patienten 5,7 mal aufgesucht.
  - Bei einer Mehrzahl der Patienten gelingt es, kontinuierliche Behandlungskontakte aufzubauen: Fast die Hälfte aller Patienten sucht die Projekte 3-mal oder häufiger auf, während die übrigen die Projekte lediglich ein- oder zweimal kontaktieren.
  - Die Zahl der Behandlungskontakte steht im engen Zusammenhang zum Lebensalter der Patienten: Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Zahl der Behandlungskontakte deutlich zu.
  - Zwischen männlichen und weiblichen Patienten zeigen sich hinsichtlich der Kontakthäufigkeit nur geringe Unterschiede (5,9 vs. 5,2 Kontakte), die v.a. aus dem unterschiedlichen Durchschnittsalter beider Patientengruppen resultieren.
  - Die durchschnittliche Kontaktzahl wird auch von den Zielprioritäten der Projektmitarbeiter hinsichtlich einer Reintegration der Patienten in die medizinische Regelversorgung beeinflusst.
  - Medizinische Behandlungsanliegen stehen bei der Kontaktaufnahme mit den mobilen medizinischen Diensten im Vordergrund.
  - Die Übernahme von Notfalleinsätzen durch die Projektteams hat Einsparungen in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung zur Folge.
- 
- Den Projekten gelingt bei einem Großteil der Patienten, sie wieder an eine kontinuierliche medizinische Versorgung heranzuführen.
  - Bei jüngeren Patienten sollte versucht werden, sie über wiederholte Projektkontakte stärker an eine medizinische Versorgung heranzuführen.
  - Eine Erhöhung der Haltequote in den Projekten muss von einer psychosozialen Betreuung durch die entsprechenden Fachberatungsstellen flankiert werden. Sie muss mit der Perspektive einhergehen, der Wohnungslosigkeit auch wieder entgegenkommen zu können.

## 6. Krankenversicherungsstatus der Projektpatienten

Neben dem in Kap. 4.4. untersuchten ärztlichen Versorgungsstatus gibt das Fehlen oder Vorhandensein eines Krankenversicherungsschutzes Aufschluss über den Grad der Einbindung der Projektpatienten in das medizinische Regelsystem. Die Zuordnung der Patienten zu verschiedenen Krankenversicherungen illustriert zudem die originäre Zuständigkeit für die in den Projekten geleistete medizinische Versorgung.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 wurde eine formale Gleichstellung von Sozialhilfeempfängern und GKV-Versicherten angestrebt. Seitdem werden bei Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach SGB XII die Kosten der Krankenbehandlung zunächst von den Krankenkassen übernommen, die anschließend quartalsweise vom zuständigen Sozialhilfeträger unter Anrechnung einer Aufwandsentschädigung zurückerstattet werden<sup>5</sup>. Sozialhilfeempfänger müssen sich bei Beginn des Leistungsbezugs für eine Krankenkasse entscheiden und erhalten von dieser eine Krankenversicherungskarte. Hingegen werden die Behandlungskosten für Wohnungslose, die nicht im laufenden Leistungsbezug stehen, weiterhin direkt vom Sozialamt auf der Grundlage des §48 SGB XII „Hilfe bei Krankheit“<sup>6</sup> getragen.

Insgesamt verteilen sich die Projektpatienten, deren Versicherungsstatus innerhalb des Vergleichszeitraums erfasst wurde, wie folgt auf die verschiedenen Krankenversicherungen: Mit 45,8% ist der überwiegende Teil von ihnen über die AOK versichert. Weit dahinter folgen die Ersatzkassen mit 12,8%, die IKK mit 8,1%, die BKK mit 6,2% und schließlich die Bundesknappschaft mit 1,5%. Bei 2,2% wären die Behandlungskosten unmittelbar durch das Sozialamt über die Krankenhilfe zu tragen gewesen, während bei fast einem Viertel der Patienten (23,1%) der Versicherungsstatus entweder ungeklärt ist oder dazu keine Angaben vorliegen (s. Grafik 6.1).

---

### **5 §264, Abs.2 SGB V:**

„Die Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt ... und von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen..., die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen,...“

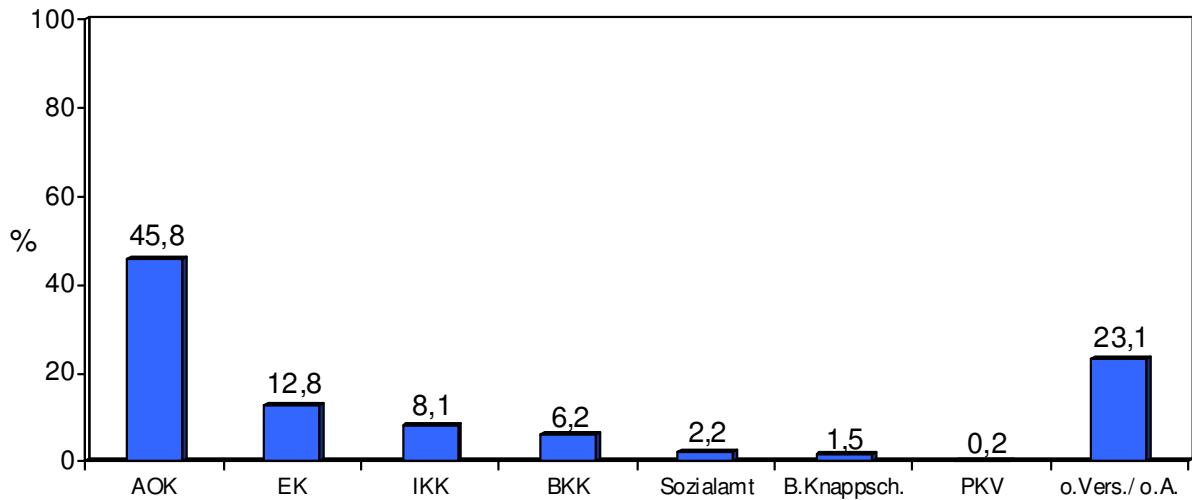
### **6 § 48 SGB XII: Hilfe bei Krankheit**

"Um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Titel des Fünften Buches erbracht. Die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 des Fünften Buches gehen den Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach Satz 1 vor."

**Grafik 6.1**

### Krankenversicherungsstatus der Projektpatienten

(VZ 1.4.08 - 30.6.09 / N = 4.012)

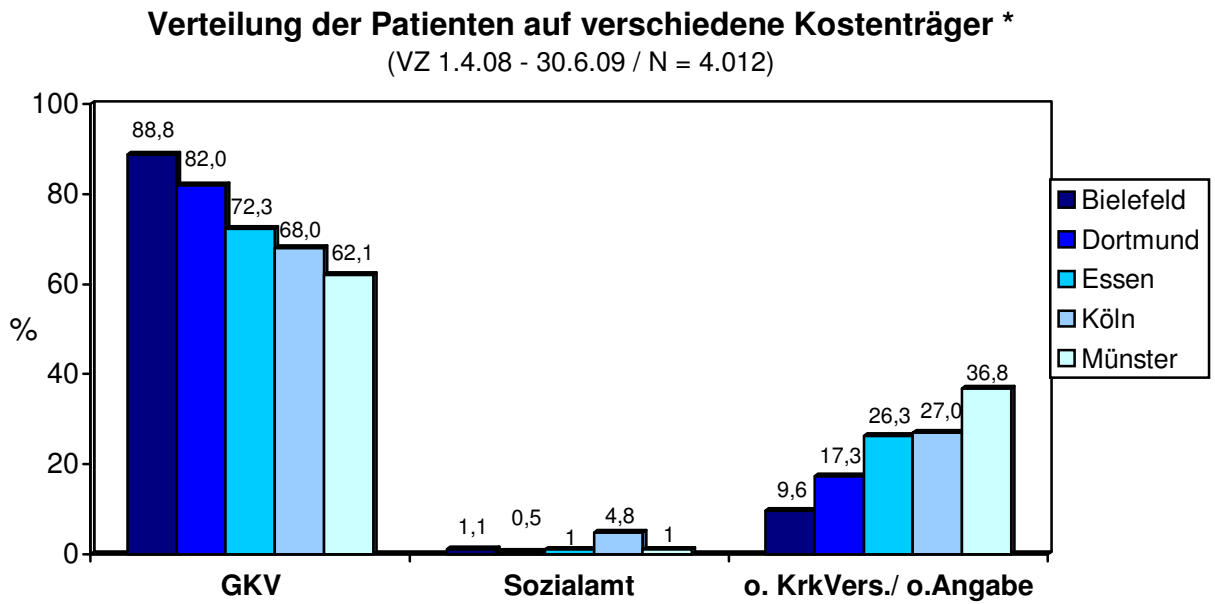


#### 6.1. Standortbezogene Unterschiede des Krankenversicherungsstatus der Projektpatienten

In bezug auf die Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Krankenkassen sind ebenfalls lokale Unterschiede zu beobachten: So liegt in Bielefeld der Anteil der AOK-Versicherten mit 64,4% deutlich über dem Durchschnitt, während in Münster wiederum BKK-Versicherte nur 1,3% aller Patienten stellen (Durchschnitt: 6,2%). Versicherte der Bundesknappschaft sind fast ausschließlich nur noch unter den Patienten in Dortmund und Essen anzutreffen (2,9 bzw. 2,2%). In Köln liegt hingegen der Anteil der Sozialamts-Patienten mit 4,8% deutlich über dem Durchschnitt.

Die größten standortbezogenen Unterschiede zeigen sich bzgl. der Anteile der Patienten, die über keine Krankenversicherung verfügen bzw. bei denen der Versicherungsstatus ungeklärt ist oder entsprechende Angaben nicht vorliegen: Dies trifft für 36,8% der Patienten in Münster, hingegen aber nur für 17,3% der Patienten in Dortmund und 9,6% in Bielefeld zu, während Essen und Köln mit 26,3 bzw. 27,0% durchschnittliche Anteile aufweisen.

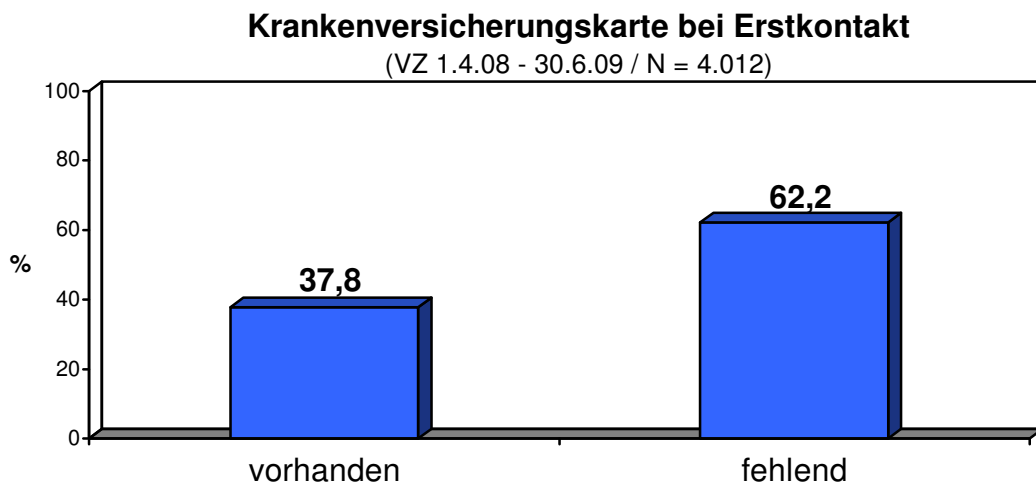
**Grafik 6.2**



\* Da der Anteil der PKV-Versicherten an allen Standorten unter 0,5% liegt, wurde er in dieser Aufstellung vernachlässigt.

Fast 2/3 aller Patienten (62,2%) können beim ersten Behandlungskontakt allerdings keine Versicherungskarte vorlegen (s. Grafik 6.2).

**Grafik 6.3**





### **Resümee zum Krankenversicherungsstatus der Projektpatienten:**

- Fast 2/3 aller Patienten können beim 1. Kontakt mit den Projekten keine Versicherungskarte vorlegen.
  - Fast die Hälfte der Projektpatienten (45,8%) ist über die AOK versichert.
  - Bzgl. der Verteilung auf die verschiedenen Krankenversicherungen zeigen sich deutliche lokale Unterschiede.
  - Gleichermaßen gilt dies für die Verteilung der Patienten, die über keine Krankenversicherung verfügen bzw. deren Versicherungsstatus unbekannt ist.
  - Der Anteil an Patienten ohne bzw. mit unbekanntem Versicherungsstatus beträgt durchschnittlich 23,1%.
- Die Tatsache, dass bei einem Viertel der Patienten der Versicherungsstatus ungeklärt ist und 2/3 keine Krankenversicherungskarte bei sich führen, verdeutlicht, wie schwierig es unter den Bedingungen der Wohnungslosigkeit ist, die für eine Krankenbehandlung erforderlichen Unterlagen zu sichern.

## **7. Behandlungsbedarf der Projektpatienten**

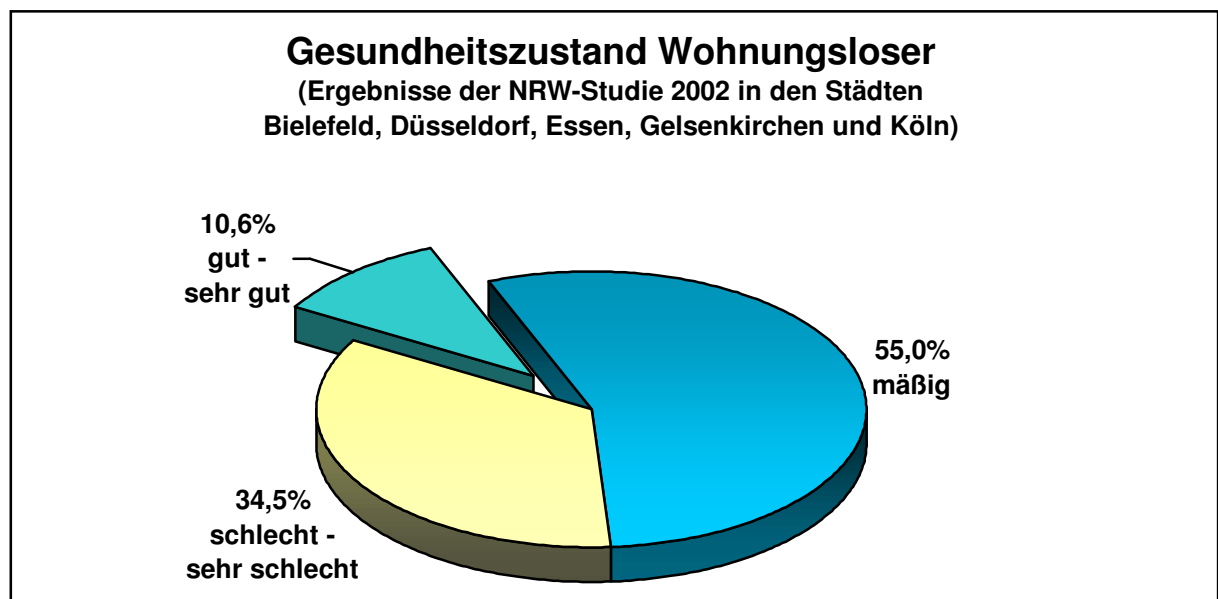
Die Behandlungsbedarf der Projektpatienten lässt sich sowohl anhand ihres allgemeinen Gesundheitszustandes, anhand des akuten Behandlungsbedarfs wie er sich bei Kontakt mit den Projektärztinnen und –ärzten darstellt, als auch anhand der chronischen Erkrankungen, mit denen sie belastet sind, beschreiben. Zudem kann sie quantitativ anhand der Anzahl der zu behandelnden Erkrankungen als auch qualitativ über die vorliegenden Erkrankungen selber dargestellt werden.

### **7.1. Akuter Behandlungsbedarf der Projektpatienten**

Inzwischen konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass die Mehrzahl Wohnungsloser unter einer Vielzahl von Erkrankungen leidet. So wiesen die 40 wohnungslosen Männern, die Ende der 80er Jahre in einer Mainzer Studie untersucht worden waren, jeweils etwa zur Hälfte Hauterkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, des Stütz- und Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Verletzungen auf (Trabert 1989). In einer 1996 an 82 wohnungslosen Männern in Dortmund durchgeführten Studie war - neben einer Vielzahl körperlicher Erkrankungen - bei zwei Dritteln der Teilnehmer (67,1%) zusätzlich auch eine Suchterkrankung festgestellt worden (Becker, Kunstmann, Völlm 1996).

Darüber hinaus liegen inzwischen mehrere Evaluationsstudien zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser vor, die den Behandlungsbedarf Wohnungsloser in mobilen medizinischen Diensten abbilden. In einer nordrhein-westfälischen Studie aus dem Jahre 2002 war z.B. bei jedem neuen Patienten, der in den Städten Bielefeld, Düsseldorf, Essen, Gelsenkirchen und Köln die mobilen medizinischen Dienste für Wohnungslose aufsuchte, von den Ärzten zunächst dessen allgemeiner Gesundheitszustand dokumentiert worden. Im Ergebnis stellten die Ärzte bei etwa einem Drittel (34,5%) der insg. 906 wohnungslosen Patienten einen schlechten (29,6%) bzw. sehr schlechten (4,9%) gesundheitlichen Allgemeinzustand fest. Bei mehr als der Hälfte der behandelten Wohnungslosen (55%) fanden sie einen nur mäßigen Gesundheitszustand vor (s. Grafik 7.1) (Kunstmann & Ostermann 2008).

**Grafik 7.1**



In der vorliegenden Evaluationsstudie wurde von einer Dokumentation des allgemeinen Gesundheitszustandes der Patienten abgesehen. Hingegen wurden von den Projektärzten bei jedem Kontakt die akuten Behandlungsanlässe sowie chronische Erkrankungen der Patienten detailliert dokumentiert.

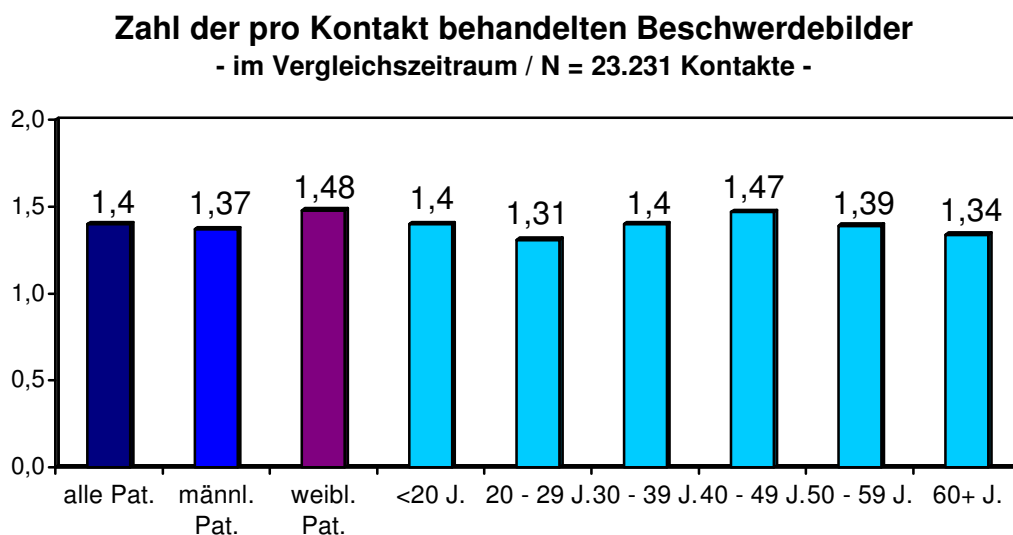
### **7.1.1. Akute Beschwerdebilder der Projektpatienten**

Die akuten Beschwerdebilder der Patienten wurden mit einem dreistelligen ICD-Code im Dokumentationssystem festgehalten („Kontakt Diagnosen“). Darüber hinaus wurden die im Behandlungsverlauf festgestellten chronischen Erkrankungen („Dauerdiagnosen“) in den Stammdaten der Patienten ebenfalls per ICD-Code hinterlegt. Anhand beider Diagnosekategorien lässt sich der Behandlungsbedarf der Projektpatienten sowohl quantitativ als auch qualitativ abbilden.

Die Daten zeigen, dass bei jedem Kontakt in der Regel mehr als ein akutes Beschwerdebild zu behandeln ist (im Durchschnitt 1,4 Beschwerdebilder pro Patient und Kontakt,  $SD \pm 0.93$ ). Dabei liegt die durchschnittlich Zahl der Kontakt Diagnosen bei weiblichen Patienten geringfügig über der der männlichen (Frauen: 1,48,  $SD \pm 1,17$  vs. Männer: 1,37,  $SD \pm 0.86$ ), was in Anbetracht des deutlich geringeren Durchschnittsalters der Patientinnen überrascht.

Es ist zu erwarten, dass die gesundheitlichen Belastungen - insbesondere unter den Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit - mit höherem Alter deutlich zunehmen. Über die Altersgruppen hinweg weist die durchschnittliche Zahl pro Kontakt zu behandelnden Beschwerdebilder mit Werten zwischen 1,31 und 1,47 nur eine relativ geringe Schwankungsbreite auf. Interessanterweise erreicht sie bereits in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen ihren Höhepunkt und zeigt in den höheren Altersgruppen sogar wieder einen leichten Abwärtstrend (s. Grafik 7.2). Möglicherweise überleben in der Wohnungslosigkeit die Gesunden am längsten (vergleichbar dem sog. „healthy worker effect“ in der Epidemiologie), oder es hat sich diese Gruppe am stärksten mit ihrem Schicksal arrangiert und wendet sich nur noch wegen gravierendster Beschwerden an die Projektärzte.

**Grafik 7.2**



Insgesamt sollte die Zahl der pro Kontakt vorgetragenen Beschwerdebilder aufgrund ihrer geringen Varianz als Indikator für den Krankheitsgrad jedoch nicht überbewertet werden. Möglicherweise drückt sie mehr darüber aus, wie viele Beschwerdebilder seitens der in den Projekten tätigen Ärztinnen und Ärzte pro Kontakt behandelbar sind.

In Tabelle 7.1 sind die akuten Beschwerdebilder aufgeführt, die am häufigsten zu einem Behandlungskontakt in den Projekten führen. Einbezogen wurden alle vorgetragenen Beschwerdebilder, die bei den Behandlungskontakten innerhalb des Vergleichszeitraums von den Ärzten dokumentiert wurden.

In Spalte 3 ist die prozentuale Verteilung der häufigsten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen ausgewiesen, jeweils bezogen auf alle dokumentierten Kontaktdiagnosen

(N = 31.363). Wären hier alle im Vergleichszeitraum dokumentierten Kontaktdiagnosen aufgelistet, würde ihre Summe 100% ergeben.

In Spalte 4 hingegen wird der Anteil aufgeführt, den die jeweilige Diagnosegruppe an der Gesamtzahl der in diesem Zeitraum stattgefundenen Behandlungskontakte stellt (N = 23.231). Da pro Kontakt und Patient mehrere Beschwerdebilder gleichzeitig behandelt worden sein können, liegt ihre Summe über 100%.

Weil viele Patienten pro Kontakt mehrere Erkrankungen gleichzeitig vortragen, sie zudem wegen derselben Erkrankung häufig mehrmals in den Projekten vorsprechen, dürfen die Zahlen nicht als Krankheitsprävalenzen innerhalb der Population interpretiert werden. Sie können allerdings einen Eindruck über die vorrangigen Behandlungsanliegen in den Projekten vermitteln und erlauben somit Rückschlüsse auf die fachlichen Anforderungen der in den Projekten Tätigen sowie auf die erforderliche Ausstattung der Projekte.

Vorherrschende Beschwerdebilder in den mobilen medizinischen Diensten sind die Abhängigkeitserkrankungen mit einem Anteil von 12,9% an allen Kontaktdiagnosen (F10 - 19). Dabei dominieren die alkoholbedingten Störungen (F10) vor den Störungen, die infolge eines multiplen Substanzmissbrauchs oder Opiatgebrauchs auftreten (F19 + F11). Die zweitgrößte Gruppe unter den Kontaktdiagnosen stellen mit 10,7% die Hauterkrankungen (L00-99 - Abzesse, Geschwüre an den Beinen sowie Hautentzündungen und Ekzeme), gefolgt von Erkrankungen des Kreislaufsystems (I00 – 99), hier v.a. der Hypertonie (I10 - 7,0%), Atemwegserkrankungen (J00 – 99 - 5,8%) und Verletzungen (S00 – T98 - 5,3%). Dass jedes Beschwerdebild prozentual nur einen relativ geringen Anteil stellt, weist auf die Vielfalt der in den Projekten vorgetragenen Krankheitsbilder hin, wodurch sich der prozentuale Anteil pro Diagnosegruppe zwangsläufig verringert.

Die überwiegende Zahl der Krankheitsbilder, die zu einem Behandlungskontakt führen, steht in direktem Zusammenhang mit den Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit, die von Suchtmittelgebrauch, Witterungsexposition, fehlender Hygiene und einem hohen Verletzungsrisiko geprägt sind.

Tab. 7.1

<b>Akute Beschwerdebilder der Projektpatienten</b> („Kontakt Diagnosen“ innerhalb des Vergleichszeitraums)			
ICD-Code	Beschwerdebilder nach Diagnosegruppen	Anteil an allen Kontakt Diagnosen (N=31.363)	Anteil an allen Patientenkontakten (N=23.231)
F00-F19	<b>1. Abhängigkeitserkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alkoholbedingte Störungen (F10)</li> <li>durch multiplen Substanzmissbrauch bedingte Störungen (F19)</li> <li>durch Opiatgebrauch bedingte Störungen (F11)</li> </ul>	<b>12,9%</b> 5,6% 3,8% 3,0%	<b>17,3%</b> 7,5% 5,1% 4,1%
L00-L99	<b>2. Krankheiten der Haut und der Unterhaut</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hautabszesse (L02)</li> <li>Ulcus cruris (L97)</li> <li>Dermatitis / Ekzem (L30)</li> <li>lokale Hautinfektionen (L08)</li> </ul>	<b>10,7%</b> 4,9% 2,1% 1,3% 0,8%	<b>14,5%</b> 6,6% 2,8% 1,7% 1,1%
I00-I99	<b>3. Krankheiten des Kreislaufsystems</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hypertonie (I10)</li> <li>Varizen (I89)</li> <li>Phlebitis (I80)</li> </ul>	<b>7,0%</b> 4,1% 0,9% 0,6%	<b>9,4%</b> 5,6% 1,3% 0,8%
J00-J99	<b>4. Krankheiten des Atmungssystems</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bronchitis (J20+40)</li> <li>Asthma bronchiale (J45)</li> <li>Akute Rhinopharyngitis (J00)</li> </ul>	<b>5,8%</b> 2,7% 1,0% 0,7%	<b>7,8%</b> 3,6% 1,4% 1,0%
S00-T98	<b>5. Verletzungen / Vergiftungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>nicht näher bez. Verletzung (T14)</li> <li>Handverletzungen (S60+61)</li> <li>Fußverletzungen (S90-93)</li> </ul>	<b>5,3%</b> 2,1% 0,9% 0,9%	<b>7,2%</b> 2,9% 1,2% 1,2%
M00-M99	<b>6. Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rückenschmerzen (M54)</li> <li>Gonarthrose (M17)</li> </ul>	<b>4,7%</b> 3,7% 0,6%	<b>6,3%</b> 5,0% 0,8%
F20-F29	<b>7. sonstige psychiatrische Erkr.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Schizophrenie (F20)</li> <li>nicht näher bez. Psychose (F29)</li> <li>Depression (F32)</li> </ul>	<b>4,3%</b> 1,6% 1,4% 0,3%	<b>5,7%</b> 2,1% 1,8% 0,4%
K00-K93	<b>8. Krankheiten d. Verdauungssystems</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gastritis (K29)</li> <li>Zahnkaries (K02)</li> <li>alkoholische Leberkrankheit (K70)</li> </ul>	<b>3,4%</b> 2,2% 0,4% 0,3%	<b>4,4%</b> 2,9% 0,5% 0,4%

## 7.1.2. Behandlungsbedarf männlicher und weiblicher Projektpatienten

Wohnungslose Frauen übernachteten laut BAG-Statistik zu einem höheren Anteil als wohnungslose Männer in einer Wohnung bzw. in der Wohnung eines Partners. Zudem sind sie im Durchschnitt deutlich jünger als männliche Wohnungslose. Es kann daher angenommen werden, dass sich ihr quantitativer wie auch qualitativer Behandlungsbedarf deutlich von dem wohnungsloser Männer unterscheidet. Wie jedoch bereits gezeigt, hat sich diese Hypothese bzgl. der durchschnittlichen Zahl der Beschwerdebilder nach Geschlecht bislang bei den Projektpatienten nicht bestätigt. Im folgenden soll daher die Verteilung der verschiedenen Beschwerdebilder unter den männlichen und weiblichen Patienten miteinander verglichen werden (s. Tab. 7.2).

Tab. 7.2

<b>Akute Behandlungsanlässe männlicher und weiblicher Patienten</b> (%-Anteile an allen Beschwerdebildern der jew. Gruppe)			
ICD-Code	Beschwerdebilder nach Diagnosegruppen	Kontaktdiag. bei männl. Patienten (N = 24.195 Diagn.)	Kontaktdiag. bei weibl. Patienten (N = 7.168 Diagn.)
F00-F19	<b>1. Abhängigkeitserkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alkoholbedingte Störungen (F10)</li> <li>durch multiplen Substanzmissbrauch bedingte Störungen (F19)</li> <li>durch Opiatgebrauch bedingte Störungen (F11)</li> </ul>	<b>13,0%</b> 6,3% 3,9% 2,9%	<b>10,7%</b> 3,0% 3,7% 3,5%
L00-L99	<b>2. Krankheiten der Haut und der Unterhaut</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hautabszesse (L02)</li> <li>Ulcus cruris (L97)</li> <li>Epidermisverdickungen (L85)</li> <li>lokale Hautinfektionen (L08)</li> <li>Dermatitis / Ekzem (L30)</li> </ul>	<b>10,5%</b> 5,4% 2,3% 0,9% 0,7%	<b>3,0%</b> 0,5% 1,2%  0,8%
I00-I99	<b>3. Krankheiten d. Kreislaufsystems</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hypertonie (I10)</li> <li>Varizen (I83)</li> <li>Phlebitis (I80)</li> </ul>	<b>8,1%</b> 4,5% 1,3% 0,6%	<b>4,4%</b> 2,8% 0,4% 0,5%
S00-T98	<b>4. Verletzungen / Vergiftungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>nicht näher bez. Verletzung (T14)</li> <li>Handverletzungen (S60+61)</li> <li>Fußverletzungen (S90-93)</li> <li>Unterschenkelwunden (S81)</li> </ul>	<b>5,3%</b> 2,2% 0,9% 0,8% 0,3%	<b>3,9%</b> 1,5% 0,8% 0,9%
J00-J99	<b>5. Krankheiten d. Atmungssystems</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bronchitis (J20+40)</li> <li>Asthma bronchiale (J45)</li> <li>chron. obstrukt. Lungenerkr. (J44)</li> <li>Akute Rhinopharyngitis (J00)</li> </ul>	<b>4,8%</b> 1,9% 0,9% 0,7%	<b>7,5%</b> 3,7% 1,4% 0,9%

Tatsächlich zeigen sich hinsichtlich der von männlichen und weiblichen Patienten vorgebrachten akuten Beschwerdebilder durchaus Unterschiede: Zwar wird die Rangliste in beiden Gruppen von den Abhängigkeitserkrankungen angeführt (13,0% vs. 10,7%), allerdings überwiegen bei den Männern alkoholbedingte Störungen (F10), während es bei den Frauen eher Störungen sind, die auf den Konsum illegaler Substanzen zurückzuführen sind (F11 = Opiatbedingte Störungen, F13 = Störungen durch Sedativa / Hypnotika, F14 = Störungen durch Kokain, F19 = multipler Substanzgebrauch). Während bei den Männern an 2. Stelle der Behandlungsanlässe Hauterkrankungen stehen (L00 - 99 - 10,5%), sind es bei den Frauen die Atemwegserkrankungen (J00 – 99 - 7,5%).

### 7.1.3. Behandlungsbedarf in den verschiedenen Altersgruppen

Gesundheitliche Belastungen verändern sich mit dem Alter. Im folgenden soll untersucht werden, ob sich mit zunehmendem Alter bestimmte Beschwerdebilder herausbilden und in den Vordergrund treten.

**Tab. 7.3**

Akute Behandlungsanlässe nach Altersgruppen - %-Anteil an Diagnosen der Altersgruppe –							
ICD-Code	Diagnosegruppe	<20 Jahre (N <sup>1</sup> =206) (N <sup>2</sup> =272)	20 – 29 Jahre (N = 980) (N=1.287)	30 – 39 Jahre (N=1.358) (N=1.839)	40 – 49 Jahre (N=1.359) (N=1.853)	50 – 59 Jahre (N=757) (N=1.066)	60 u.m. Jahre (N=432) (N=594)
F00-F19	1. Abhängigkeitserkrankungen	9,6%	18,5%	22,6%	22,1%	13,3%	6,6%
L00-L99	2. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	6,6%	8,6%	9,6%	7,3%	6,0%	3,2%
I00-I99	3. Krankheiten des Kreislaufsystems	0,7%	1,7%	2,5%	3,5%	7,2%	15,0%
S00-T98	4. Verletzungen / Vergiftungen	8,1%	6,5%	7,6%	4,6%	4,7%	2,4%
J00-J99	5. Krankheiten des Atmungssystems	20,2%	9,7%	3,9%	5,5%	5,4%	5,7%

N<sup>1</sup> = Zahl der Patienten / N<sup>2</sup> = Gesamtzahl der Diagnosen in der entsprechenden Altersgruppe

Abhängigkeitserkrankungen dominieren alle Altersgruppen - mit einer besonders deutlichen Ausprägung im mittleren Alter. Eine Ausnahme stellt lediglich die Gruppe der unter



20-Jährigen dar: In dieser herrschen Atemwegsbeschwerden als Behandlungsanliegen vor. Hauterkrankungen sind in fast allen Altersgruppen gleichermaßen vertreten. Herz-Kreislauf-Beschwerden nehmen mit dem Alter deutlich zu, während Verletzungen bei den Behandlungsanlässen mit zunehmendem Alter irrelevanter werden.

## **7.2. Chronische Erkrankungen der Projektpatienten**

Von den akuten Behandlungsanlässen zu unterscheiden sind chronische Erkrankungen der Patienten, die nicht zwangsläufig bei jedem Arztkontakt behandlungsrelevant werden. Hierbei geht es insbesondere um Vorerkrankungen, die den Projektärzten oftmals nur zufällig bekannt werden, sei es durch eine akute Symptomatik, über Information durch andere Einrichtungen des Gesundheitswesens bzw. der Wohnungslosenhilfe oder durch bloße Erwähnung des Patienten im Behandlungsverlauf. Das in den Projekten eingesetzte Dokumentationssystem ermöglicht die Erfassung von bis zu fünf ICD-codierten chronischen Erkrankungen („Dauerdiagnosen“) pro Patient.

Insgesamt wurden bei den 4.057 Patienten, die innerhalb des Vergleichszeitraums an den 5 Standorten behandelt wurden, 6.487 Krankheitsdiagnosen im Dokumentationssystem vermerkt. Damit wurden bei jedem Projektpatienten im Durchschnitt 1,6 chronische Erkrankungen dokumentiert ( $SD \pm 1,3$ ).

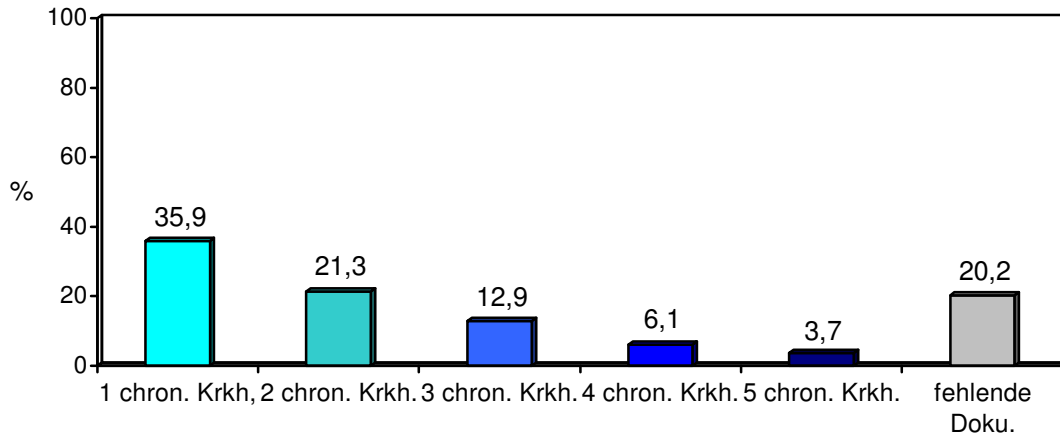
Bei einem Fünftel der Patienten (20,2%) wurden allerdings keine Erkrankungen dokumentiert. Dass es sich bei dieser Gruppe um besonders gesunde Wohnungslose handelt, dürfte für die meisten Fällen nicht zutreffen. Es ist vielmehr anzunehmen, dass dies v.a. Patienten sind, die entweder lediglich einmal Kontakt mit den Projektärzten hatten oder intoxikiert die Projekte aufsuchten, so dass in beiden Fällen keine vollständige Krankheitsanamnese erhoben werden konnte. Erschwerend kommt hinzu, dass bei vielen Patienten aufgrund der Lebensumstände in der Wohnungslosigkeit behandlungsrelevante Unterlagen nicht vorliegen und nur schwer beizubringen sind.

Bezieht man die beschriebene Patientengruppe aus den genannten Gründen nicht in die Berechnung der Krankheitsdiagnosen mit ein, liegt die durchschnittliche Krankheitslast bei 2 chronischen Erkrankungen pro Patienten ( $SD \pm 1,15$ ).

Die individuelle Krankheitslast ist unter den Patienten sehr unterschiedlich verteilt (s. Grafik 7.3): 35,9% der Patienten leiden unter mindestens zwei chronischen Erkrankungen, bei einem Fünftel der Patienten (22,7%) sind es sogar drei oder mehr Erkrankungen, die den Projektärzten im Behandlungsverlauf bekannt geworden sind.

**Grafik 7.3**

**Zahl der pro Patient dokumentierten chronischen Erkrankungen**  
 - innerhalb des Vergleichszeitraums / N = 4.057 Pat. -



Die bei den Patienten der mobilen medizinischen Dienste vorherrschenden chronischen Krankheiten sind in Tab. 7.4 aufgeführt. Dabei handelt es sich um die Krankheiten, die im Zeitraum vom 1.4.2008 bis 30.6.2009 an den 5 Projektstandorten am häufigsten bei den behandelten Patienten festgestellt wurden. Spalte 3 bezieht sich auf den Anteil der jeweiligen Krankheitsentität an der Gesamtheit der dokumentierten Diagnosen (N = 6.487). In Spalte 4 wurden für die Berechnung der diagnostizierten Prävalenz auch die Patienten einbezogen, bei denen keine Erkrankungen dokumentiert wurden, so dass die tatsächliche Prävalenz über den aufgeführten Werten liegt.

Tab. 7.4

Chronische Erkrankungen Wohnungsloser			
ICD-Code	Diagnosegruppe	Anteil an allen diagnostizierten Erkrankungen (N = 6.487)	Anteil betroffener Patienten (N = 4.057)
F00- F19	<b>1. Abhängigkeitserkrankungen</b>	<b>42,8%</b>	<b>68,3% *</b>
	• Alkoholabhängigkeit (F10)	13,9%	22,9%
	• Opiatabhängigkeit (F11)	13,1%	21,0%
	• multipler Substanzmissbrauch (F19)	8,9%	14,2%
	• Abhängigkeit v. Sedativa od. Hypnotika (F13)	2,4%	3,8%
	• Kokainabhängigkeit (F14)	2,4%	3,8%
A00- B99	<b>2. infektiöse und parasitäre Krankheiten</b>	<b>9,5%</b>	<b>15,2% *</b>
	• Hepatitis A,B,C (B15-19)	8,0%	12,6%
	• HIV-Krankheit (B24)	0,7%	1,0%
I00- I99	<b>3. Krankheiten des Kreislaufsystems</b>	<b>6,0%</b>	<b>9,7% *</b>
	• essentielle Hypertonie (I10)	2,6%	4,1%
	• Chron. ischämische Herzkrankheit (I25)	0,7%	1,1%
	• Varizen (I83)	0,6%	0,9%
F20- F99	<b>4. Psychische und Verhaltensstörungen</b>	<b>5,9%</b>	<b>9,4% *</b>
	• Schizophrenie (F20)	1,3%	2,0%
	• Persönlichkeitsstörungen (F60)	1,3%	2,0%
	• Depressionen (F32+33)	1,2%	1,9%
	• Psychosen (F29)	1,2%	1,9%
J00- J99	<b>5. Krankheiten des Atmungssystems</b>	<b>4,6%</b>	<b>7,3% *</b>
	• Asthma bronchiale (J45)	2,2%	3,5%
	• Bronchitis (J40)	1,4%	2,2%
	• chron. obstruktive Lungenkrankheit (J44)	0,9%	1,4%

\* mögliche Doppeldiagnosen konnten bei der Berechnung der Prävalenzen nicht berücksichtigt werden

Ähnlich wie bei den akuten Behandlungsanlässen wird auch das Bild der chronischen Erkrankungen von der Gruppe der Abhängigkeitserkrankungen dominiert (F00 - 19). Insgesamt wurde bei max. 68,3% aller Patienten eine Suchterkrankung festgestellt<sup>7</sup>. Bei 22,9% wurde eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert (F10), während eine Abhängigkeit von Opiaten (F11) bei 21,0% gesichert ist. An 2. Stelle rangieren mit 15,2% infektiöse und parasitäre Erkrankungen (A00 – B99), unter denen die Virushepatitiden mit 12,6% den Großteil ausmachen (B15 – 19). HIV-Infektionen (B24) sind hingegen nur bei 1% der Projektpatienten bekannt. Unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden 9,7% der Patienten (I00 – I99), einen vergleichbar großen Anteil stellen mit 9,4% die nicht suchtbefragten

<sup>7</sup> Da die hier erfolgte statistische Auswertung aggregierter Daten keine Differenzierung nach event. vorliegenden Doppeldiagnosen innerhalb einer Krankheitsgruppe ermöglicht, liegt die auf alle Patienten bezogene Prävalenzzahl tatsächlich unter den hier angegebenen Werten.

psychischen Erkrankungen (F20 – 99). Chronische Atemwegserkrankungen sind bei 7,3% der Patienten bestätigt (J00 – 99).

Die Mehrzahl der von den Projektärzten dokumentierten chronischen Erkrankungen ist eng mit den Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit assoziiert, wenngleich die Daten keine Aussagen darüber zulassen, ob die Erkrankungen erst in der Wohnungslosigkeit erworben wurden oder bereits vorher bestanden, möglicherweise sogar an der Entstehung der Wohnungslosigkeit mit beteiligt waren. Insbesondere in bezug auf die psychiatrischen Erkrankungen besteht ein wissenschaftlicher Meinungsstreit, ob diese Ursache oder Wirkung der Wohnungslosigkeit sind (Kunstmann & Becker 1998; Reker & Eikelmann 1997; Rössler 1994).

Allerdings lassen die in Tabelle 7.4 aufgeführten Ergebnisse nur begrenzte Rückschlüsse auf die jeweilige Krankheitsprävalenz in der Wohnungslosen-Population zu. Schließlich beziehen sie sich ausschließlich auf solche Wohnungslose, die sich entweder selber als krank definieren oder von anderen als krank definiert werden. Darüber hinaus sind die berechneten Prävalenzen nicht Ergebnis eines systematischen Krankheits-Screenings innerhalb der Zielgruppe, sondern Resultat der Informationen, die die Ärzte während der Behandlung akuter Beschwerdebilder vom Patienten selber oder über andere erhalten.

Die prozentualen Anteile der in den Projekten dokumentierten chronischen Erkrankungen zeigen deutliche Diskrepanzen zu den in systematischen wissenschaftlichen Untersuchungen bei Wohnungslosen festgestellten Prävalenzzahlen. So waren z.B. in einer 1996 in Dortmund an 82 wohnungslosen Männern durchgeführten Studie bei 54,9% eine Alkoholabhängigkeit und bei 31,7% eine Drogenabhängigkeit diagnostiziert worden. Herz-Kreislaufkrankungen lagen bei 56,3% und Atemwegserkrankungen bei 23,8% der Untersuchten vor (Becker & Kunstmann 2001; Völlm, Kunstmann, Becker 1996). Diese Unterschiede zu den Projektergebnissen verdeutlichen, dass der Ansatz der mobilen medizinischen Teams vorrangig dazu dient, Vertrauen zur Zielgruppe aufzubauen und sie langsam wieder an einen bewussteren Umgang mit ihrer Gesundheit zu gewöhnen. Sie zeigen aber auch, dass viele Erkrankungen für Wohnungslose längst zur Normalität geworden sind und sie nicht als weiter behandlungsbedürftig erachten. Unter diesem Blickwinkel muss bereits jede diagnostizierte Erkrankung als ein Teilerfolg bewertet werden.

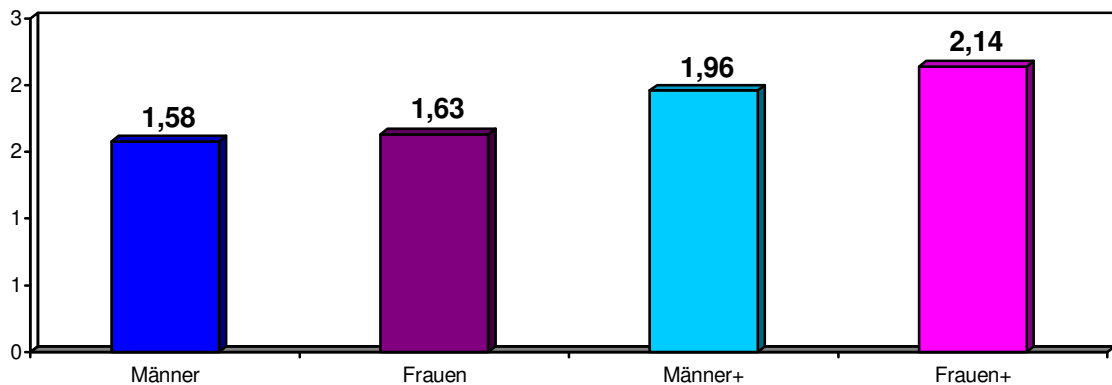
### 7.2.1. Chronische Erkrankungen männlicher und weiblicher Projektpatienten

Schaut man sich die quantitative Krankheitslast männlicher und weiblicher Projektpatienten an, die die mobilen medizinischen Dienste aufsuchen, zeigt sich auch hier – ähnlich wie bei den akuten Behandlungsanlässen – eine etwas stärkere Belastung der in den Projekten behandelten Frauen. Bei ihnen wurden im Mittel 1,62 chronische Krankheiten dokumentiert, bei den Männern im Vergleich hierzu 1,58. Die Werte für die Patienten, bei denen Krankheiten dokumentiert wurden, betragen 2,13 (Frauen,  $SD \pm 1,1$ ) bzw. 1,96 (Männer,  $SD \pm 1,3$ ) (s. Grafik 7.6).

**Grafik 7.6**

#### Durchschnittliche Zahl chronischer Erkrankungen bei Männern und Frauen \*

- im Vergleichszeitraum / N = 4.057 / N+ = 3.239 -



\* Es wird die Gesamtzahl der Dauerdiagnosen a) auf alle Patienten / b) nur auf Patienten mit dokumentierten Diagnosen bezogen (+).

Auch hinsichtlich der Verteilung der diagnostizierten chronischen Erkrankungen zeigen sich in einigen Krankheitskategorien Unterschiede zwischen den Geschlechtern (s. Tab. 7.5). Z.B. weisen Männer deutlich häufiger als Frauen eine Alkoholabhängigkeit auf, während Frauen in stärkerem Maße von einer Abhängigkeitserkrankung als Folge des Konsums illegaler Drogen oder psychotrop wirksamer Medikamente betroffen sind (F11, 13, 14, 19).

Unterschiede zeigen sich darüber hinaus bei den Erkrankungen der Atemwege, die in den Projekten bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern diagnostiziert werden (J00 – J99). Insbesondere liegt bei den weiblichen Patienten vergleichsweise häufiger ein Asthma bronchiale oder eine Bronchitis vor (J45 + 40).

Tab. 7.5

Chronische Erkrankungen Wohnungsloser			
ICD-Code	Diagnosegruppe	Anteil erkrankter männl. Patienten (N = 3.073)	Anteil erkrankter weibl. Patienten (N = 984)
F00-F19	<b>1. Abhängigkeitserkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alkoholabhängigkeit (F10)</li> <li>Opiatabhängigkeit (F11)</li> <li>multipler Substanzmissbrauch (F19)</li> <li>Kokainabhängigkeit (F14)</li> <li>Abhängigkeit v. Sedativa/Hypnotika (F13)</li> </ul>	<b>71,1% *</b> 25,5% 20,4% 14,4% 3,7% 3,5%	<b>60,3% *</b> 11,8% 22,7% 13,5% 4,7% 4,7%
A00-B99	<b>2. infektiöse und parasitäre Krankheiten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hepatitis A,B,C (B15-19)</li> <li>HIV-Krankheit (B24)</li> </ul>	<b>14,8% *</b> 12,3% 1,1%	<b>16,0% *</b> 14,6% 0,8%
I00-I99	<b>3. Krankheiten des Kreislaufsystems</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>essentielle Hypertonie (I10)</li> <li>Chron. ischämische Herzkrankheit (I25)</li> <li>Varizen (I83)</li> </ul>	<b>9,9% *</b> 3,9% 1,2% 1,0%	<b>9,4% *</b> 4,6% 0,6% 0,7%
F20-F99	<b>4. Psychische und Verhaltensstörungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Schizophrenie (F20)</li> <li>Persönlichkeitsstörungen (F60)</li> <li>Depressionen (F32+33)</li> <li>Psychosen (F29)</li> </ul>	<b>11,0% *</b> 2,2% 1,3% 1,7% 2,0%	<b>13,5% *</b> 1,5% 4,2% 2,8% 1,6%
J00-J99	<b>5. Krankheiten des Atmungssystems</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asthma bronchiale (J45)</li> <li>Bronchitis (J40)</li> <li>chron. obstruktive Lungenkrankheit (J44)</li> </ul>	<b>6,4% *</b> 2,7% 1,8% 1,6%	<b>10,8% *</b> 5,9% 3,6% 0,8%

\* mögliche Doppeldiagnosen konnten bei der Berechnung der Prävalenzen nicht berücksichtigt werden

## 7.2.2. Chronische Erkrankungen in den Altersgruppen

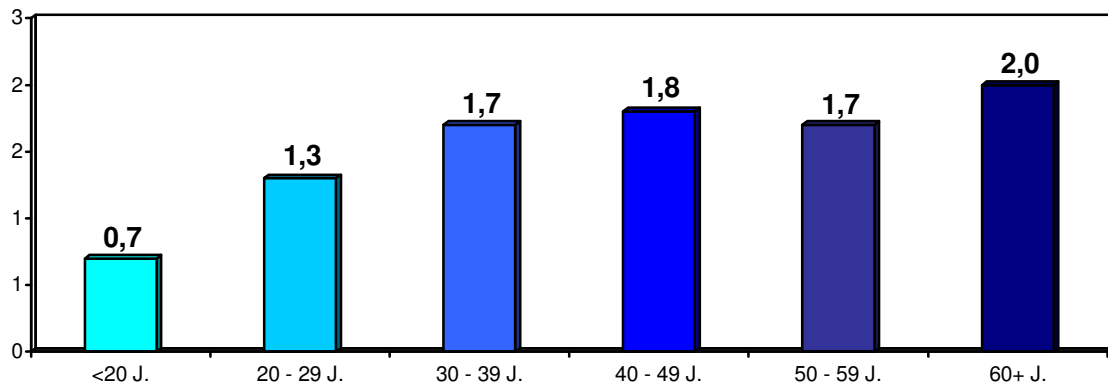
Die altersbezogene Analyse der akuten Beschwerdebilder der Projektpatienten hatte eine besondere Belastung der mittleren Altersgruppen ergeben. Auch für die chronischen Erkrankungen lässt sich die Krankheitslast anhand der durchschnittlichen Anzahl der Krankheitsdiagnosen pro Altersgruppe bestimmen.

Im Ergebnis weisen die mittleren Altersgruppen mit durchschnittlich 1,7 bzw. 1,8 chronischen Krankheiten / Patient die stärkste Morbidität auf. Anders als bei den akuten Behandlungsanlässen entfallen die meisten chronischen Erkrankungen hier jedoch auf die Gruppe der über 60-Jährigen. Dies spiegelt zum einen eine erhöhte Morbidität im Alter wider, zum anderen ergibt sie sich aber auch dadurch, dass ältere Patienten im Durchschnitt die Projekte öfters als jüngere kontaktieren, wodurch auch die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass Erkrankungen entdeckt und entsprechend dokumentiert werden.

**Grafik 7.7**

### Durchschnittliche Zahl chronischer Erkrankungen in den Altersgruppen \*

- im Vergleichszeitraum / N = 4.057 Pat. -



\* einbezogen wurden auch die Patienten ohne dokumentierte chronische Erkrankungen (N = 818)

Es ist davon auszugehen, dass auch bei Wohnungslosen mit zunehmendem Alter bestimmte Krankheitsbilder vermehrt auftreten. Wie sich die in den Projekten diagnostizierten Erkrankungen auf die verschiedenen Altersgruppen verteilen, ist Tab. 7.6 zu entnehmen. Bezugsgröße ist die Zahl der Patienten der jeweiligen Altersgruppe.

Tab. 7.6

<b>Chronische Erkrankungen nach Altersgruppen (N = 4.057)</b>							
ICD-Code	Diagnosegruppe	unter 20 Jahre (N = 158)	20 – 29 Jahre (N = 749)	30 – 39 Jahre (N = 1.018)	40 – 49 Jahre (N = 1.083)	50 – 59 Jahre (N = 598)	60 u.m. Jahre (N = 315)
F00-F19	6. Abhängigkeits- erkrankungen	26,0%	64,0%	86,5%	81,5%	58,4%	33,0%
A00-B99	7. infektiöse und parasitäre Krkh.	5,7%	13,9%	24,3%	19,0%	9,5%	2,5%
I00-I99	8. Krankheiten des Kreislaufsystems	0,6%	2,0%	3,5%	8,5%	19,6%	48,3%
F20-F99	9. Psychische und Verhaltens- störungen	11,4%	13,1%	10,4%	14,4%	8,4%	10,8%
J00-J99	10. Krankheiten des Atemwegsystems	8,2%	6,3%	6,6%	8,4%	9,2%	12,4%

Die Übersicht zeigt, dass Abhängigkeitserkrankungen (F10 – 99) am häufigsten in den mittleren Altersgruppen anzutreffen sind – mit einer Prävalenz von über 80% - und sowohl zu den älteren wie auch jüngeren Patienten hin wieder abflacht. Ein ähnliches Verteilungsmuster zeigen die infektiösen und parasitären Erkrankungen – allerdings auf deutlich geringerem Niveau (A00 – B99). Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00 – I99) nehmen mit dem Alter deutlich (3,5% in der Gruppe der 30-39-Jährigen, 48,3% in der Gruppe der über 60-Jährigen), die Atemwegserkrankungen (J00 – 99) in einem geringeren Maße zu (6,6% in der Gruppe der 30-39-Jährigen, 12,4% in der Gruppe der über 60-Jährigen), während die psychischen Erkrankungen (F20 – 99) sich relativ stabil über alle Altersgruppen hinweg erstrecken.

Anhand dieser Verläufe der Krankheitsprävalenzen kann vermutet werden, dass insbesondere die Alkoholerkrankungen und zu einem geringeren Teil auch die Hepatitisinfektionen, einen entscheidenden Einfluss auf die Frühsterblichkeit Wohnungsloser haben (s. Kap. 3.2.). Damit ließe sich dann auch der starke quantitative Abfall dieser Krankheitsgruppen in den höheren Altersgruppen und die entsprechend prozentual starke Zunahme der Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie – wenn auch im vergleichsweise geringeren Maße - der Atemwegserkrankungen erklären.



### 7.3. Akute Behandlungsanlässe und chronische Erkrankungen

Im folgenden soll analysiert werden, in welchem Maße die bei den Patienten vorherrschenden chronischen Erkrankungen sich auch in den Behandlungskontakten widerspiegeln. Wenn man das akute Behandlungsgeschehen („Kontakt Diagnosen“) mit den bei den Projektpatienten diagnostizierten chronischen Erkrankungen („Dauerdiagnosen“) vergleicht, fallen für einige Krankheitsbilder deutliche Divergenzen auf. So spielen insbesondere die Hauterkrankungen und Verletzungen zwar im Behandlungsgeschehen eine große Rolle, ohne jedoch einen entsprechenden Niederschlag in den Dauerdiagnosen zu finden. Umgekehrt sind infektiöse (v.a. Hepatitiden) wie auch die psychische Erkrankungen bei den chronischen Erkrankungen prävalent, ohne jedoch in den Behandlungskontakten entsprechend zum Tragen zu kommen (s. Tab. 7.7 und Grafik 7.8).

**Tab. 7.7**

<b>Rangliste akuter Behandlungsanlässe und chronischer Erkrankungen Wohnungsloser</b>	
<b>Behandlungsanlässe</b>	<b>chronische Krankheitsdiagnosen</b>
<b>1. Abhängigkeitserkrankungen</b>	<b>1. Abhängigkeitserkrankungen</b>
<b>2. Krankheiten der Haut und der Unterhaut</b>	<b>2. infektiöse u. parasitäre Krankheiten</b>
<b>3. Krankheiten des Kreislaufsystems</b>	<b>3. Krankheiten des Kreislaufsystems</b>
<b>4. Verletzungen / Vergiftungen</b>	<b>4. Psychische u. Verhaltensstörungen</b>
<b>5. Krankheiten des Atmungssystems</b>	<b>5. Krankheiten des Atmungssystems</b>

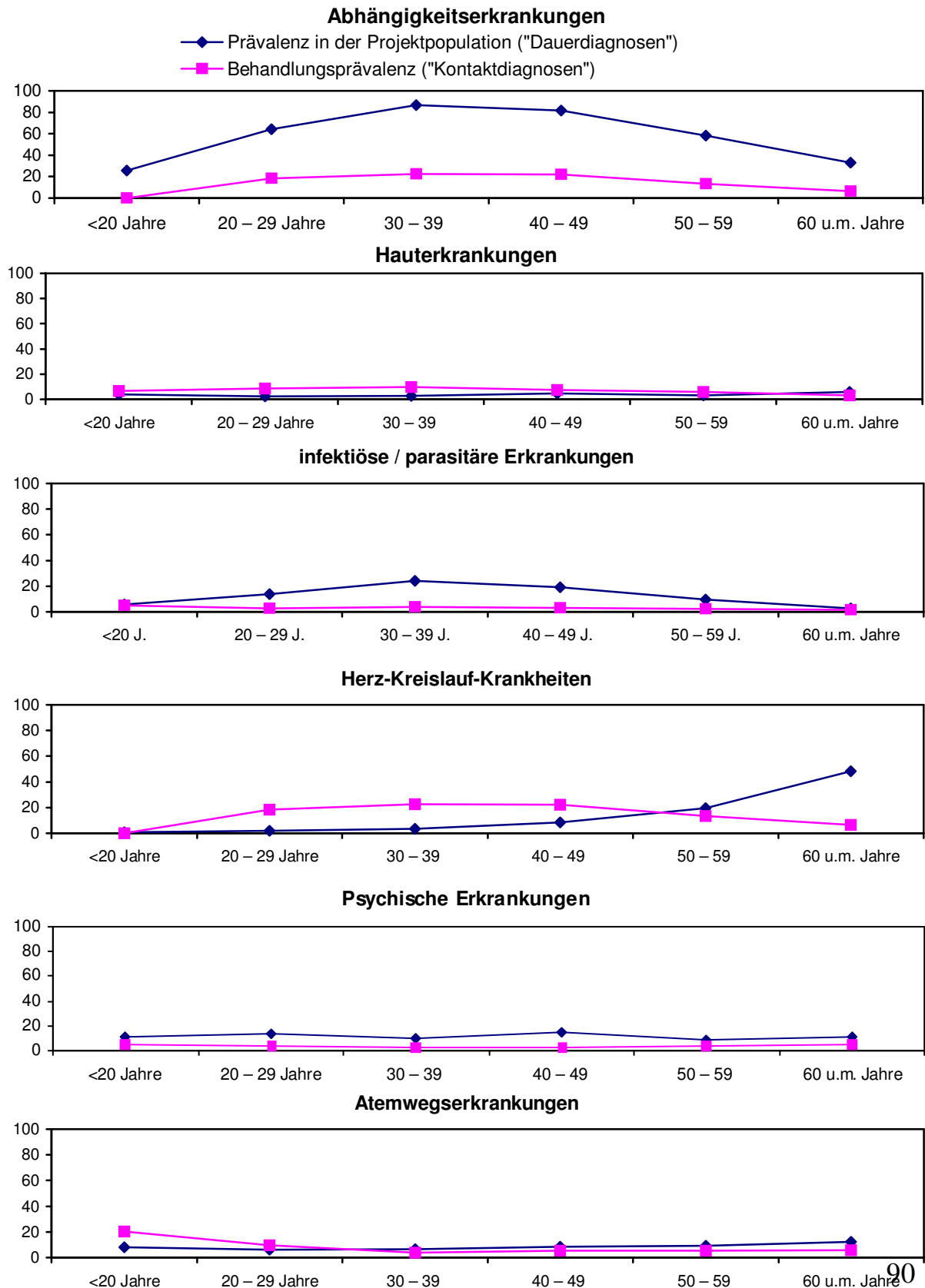
farbig abgehoben sind die Krankheitsgruppen, die in der jeweils anderen Kategorie (Behandlungsanlässe resp. Diagnosen) nur eine vergleichsweise geringe Rolle spielen

Die Konvergenzen und Divergenzen zwischen Krankheits- und Behandlungshäufigkeit sind in Grafik 7.8 visualisiert. Daraus ist zu ersehen, dass sich das Behandlungsgeschehen bei den Abhängigkeitserkrankungen wie auch den Atemwegserkrankungen in etwa entlang der tatsächlichen Prävalenz in der Population entwickelt, während insbesondere die bestehenden Hepatitis-Infektionen in den Behandlungen nur vergleichsweise wenig Niederschlag finden. Einen paradoxen Verlauf zeigt die Behandlung von Herz-Kreislauf-

Erkrankungen: Deren Bedeutung nimmt im Behandlungsgeschehen gerade in den Altersgruppen ab, in denen die Zahl manifestierter Erkrankungen zunimmt.

**Grafik 7.8**

**Relevanz vorherrschender Krankheitskomplexe im Behandlungsgeschehen im Vergleich zur Prävalenz in der Projektpopulation**



Als mögliche Gründe für die festgestellten Unterschiede zwischen der Verteilung chronischer Erkrankungen und akuter Behandlungsanlässe sind zu diskutieren:

- Einige relevante chronische Erkrankungen werden von akuten Behandlungsbedarfen wie Infektionen oder Verletzungen überdeckt. Letztere verursachen akuten Leidensdruck und Einschränkungen in der Verrichtung alltäglicher Lebensvollzüge und werden daher vorrangig behandelt.
- Etwa die Hälfte der Patienten kontaktiert die Projekte nur ein- oder zweimal. In diesen Fällen können die behandelnden Ärzte in der Regel nur auf die vorgebrachten Beschwerdebilder eingehen, weshalb eine nachgehende Behandlung chronischer Erkrankungen dahinter zurücktreten muss. Die Diagnostik und Behandlung chronischer Erkrankungen erfordert einen größeren Kontaktvorlauf, um das nötige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient aufzubauen.
- Die Projekte zielen darauf ab, über eine zunächst v.a. symptomorientierte Behandlung Wohnungslose für ihre Gesundheit wieder zu sensibilisieren. Entsprechend sind sie nicht so sehr auf die Behandlung chronischer Erkrankungen ausgelegt, die einer längerfristigen fachärztlichen Behandlung bedürfen. Entsprechend werden diese Patienten an zuständige Fachärzte oder Kliniken überwiesen.

Als Konsequenz sollten verstärkt Fortbildungen für die in den mobilen medizinischen Diensten tätigen Ärztinnen und Ärzte angeboten werden, in denen auch die dargestellten Divergenzen zu thematisieren wären. In der Folge sollten angemessene Behandlungsregimes für Hepatitis-infizierte Wohnungslose entwickelt werden, die auch frühzeitige fachärztliche Überweisungen und stationäre Behandlungsoptionen berücksichtigen. Ähnliches gilt für vorgetragene Herz-Kreislauf-Beschwerden, die möglicherweise einer frühen fachärztlichen Überweisung bedürfen.

## 7.4. Stationärer Behandlungsbedarf der Projektpatienten

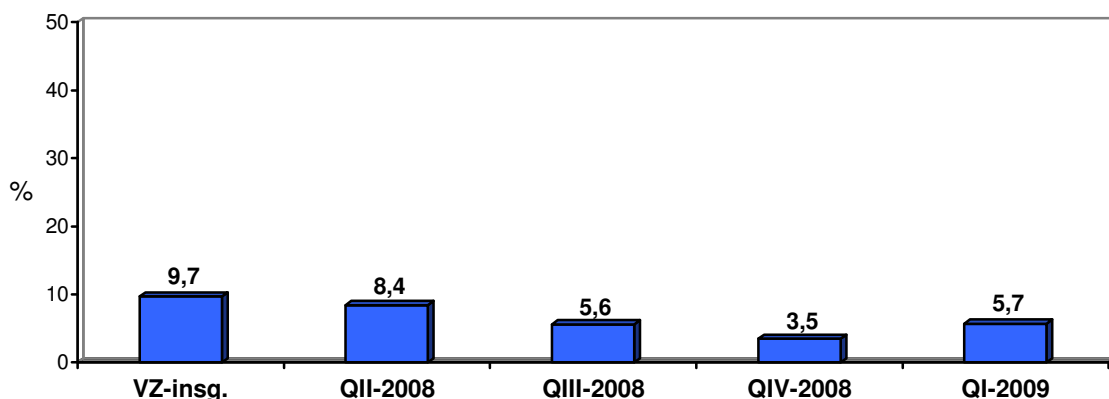
Neben den akuten und chronischen Erkrankungen der Patienten wird von den Projektärzten auch dokumentiert, wie oft die Patienten pro Quartal stationär versorgt werden mussten.

Die Auswertung der von den Mitarbeitern der mobilen medizinischen Dienste dokumentierten Krankenhausaufenthalte ergab für die 4.057 in den fünf Quartalen des Vergleichszeitraums behandelten Patienten insg. 479 Krankenhausaufenthalte<sup>8</sup>. Im Durchschnitt wurden pro Quartal 5,5% der Projektpatienten stationär behandelt. Bei 393 der insg. 4.057 behandelten Patienten (9,7%) wurde innerhalb des Vergleichszeitraums mindestens eine stationäre Behandlung (somatische oder psychiatrische Klinik, Entgiftungsbehandlung oder Unterbringung in einer Krankenwohnung) dokumentiert. Es ist aber davon auszugehen, dass die tatsächliche Prävalenz deutlich über diesem Wert liegt, da insbesondere bei nur einmal die Projekte kontaktierenden Patienten komplexere Informationen über zurückliegende stationäre Behandlungen i.d.R. nicht abfragbar sind. Unter Berücksichtigung der in der Klientel vorliegenden hohen Prävalenz von Suchterkrankungen dürfte sich der Anteil valider Angaben selbst bei einer möglichen Befragung deutlich beschränken.

**Grafik 7.9.**

### Patienten mit Krankenhausbehandlungen

- VZ insg. und Quartale II-2008 + II-2009 -



Die seitens der in den Projekten tätigen Ärztinnen und Ärzten vorgenommenen stationären Einweisungen werden in Kap. 9.1. näher analysiert.

<sup>8</sup> Diese Zahl beinhaltet in einigen Fällen auch Mehrfach-Aufenthalte pro Patient.

### **Resümee zum Behandlungsbedarf der Projektpatienten:**

- Im Durchschnitt ist jeder Projektpatient/ jede -patientin mit zwei chronischen Erkrankungen belastet.
  - Hinzu kommen davon unabhängige akute Beschwerdebilder, die eine sofortige Behandlung erforderlich machen.
  - Das Krankheitsgeschehen wird von Suchterkrankungen dominiert – sowohl bei den akuten Behandlungsanlässen als auch bei den chronischen Erkrankungen.
  - Vorherrschend ist die Alkoholabhängigkeit, während eine Abhängigkeit von illegalen Drogen bei Frauen tendenziell etwas häufiger als bei Männern vorhanden ist.
  - Bei den akuten Behandlungsanlässen sind zudem Hauterkrankungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten sowie Atemwegsbeschwerden und Verletzungen von Bedeutung.
  - Weibliche Patienten leiden im Vergleich zu Männern unter einer größeren Anzahl chronischer Erkrankungen, obwohl sie im Durchschnitt deutlich jünger sind.
  - Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Zahl chronischer Erkrankungen zu.
  - Infektiöse Erkrankungen, insb. Hepatitis-Infektionen, wurden bei 15% der Patienten diagnostiziert, bei etwa 10% liegt eine gesicherte psychiatrische Erkrankung vor.
  - Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegen ebenfalls bei fast 10% der Patienten vor, sie manifestieren sich mit zunehmendem Alter.
  - Pro Quartal werden 5,5% der Patienten stationär behandlungsbedürftig.
  - Innerhalb des Vergleichszeitraums wurde bei fast 10% der Patienten mind. eine stationäre Behandlung dokumentiert.
- 
- Bei jedem Patientenkontakt sind die Ärzte im Durchschnitt mit drei Krankheitsbildern (akuten wie chronischen) konfrontiert, die i.d.R. von einer Abhängigkeitserkrankung und einem schlechten hygienischen Zustand begleitet werden.
  - Alkoholerkrankungen – wie im geringeren Maße auch Hepatitisinfektionen – sind vermutlich Hauptursachen für die verringerte Lebenserwartung Wohnungsloser.
  - Die akuten Beschwerdebilder der Patienten dominieren das Behandlungsgeschehen, hingegen können chronische Leiden oftmals erst über mehrere Patientenkontakte hinweg entdeckt werden.
  - Eine längerfristige Bindung der Patienten erhöht die Chance einer Identifikation des tatsächlich vorhandenen Behandlungsbedarfs.
  - An der Diskrepanz zwischen den in Studien bekannten Krankheitsprävalenzen bei Wohnungslosen und den Projektergebnissen wird deutlich, dass die Projekte primär

dazu dienen, Wohnungslose, die sich bereits weitgehend mit ihren Erkrankungen abgefunden haben, wieder für einen bewussteren Umgang mit diesen zu sensibilisieren.

- Es sollten Möglichkeiten für umfassendere gesundheitliche Untersuchungen der Projektpatienten geschaffen werden, die dann auch adäquate nachgehende Behandlungen ermöglichen müssen.
- Darüber hinaus bedarf es der Entwicklung auf die Bedingungen in der Wohnungslosigkeit abgestimmter Behandlungskonzepte, die in eigenen Fortbildungsveranstaltungen an die Projektmitarbeiter/-innen vermittelt werden sollten.

## 8. Medizinische und pflegerische Leistungen der Projekte

Nachdem in Kapitel 7 die vorherrschenden Erkrankungen der Patienten dargestellt wurden, die die mobilen medizinischen Dienste aufsuchen, soll in diesem Kapitel verdeutlicht werden, welche medizinischen und pflegerischen Leistungen, aber auch welche weitergehenden Abklärungen und Überweisungen zu ambulanten und stationären Einrichtungen der Regelversorgung in der Folge erforderlich werden.

### 8.1. Durchgeführte medizinische Maßnahmen

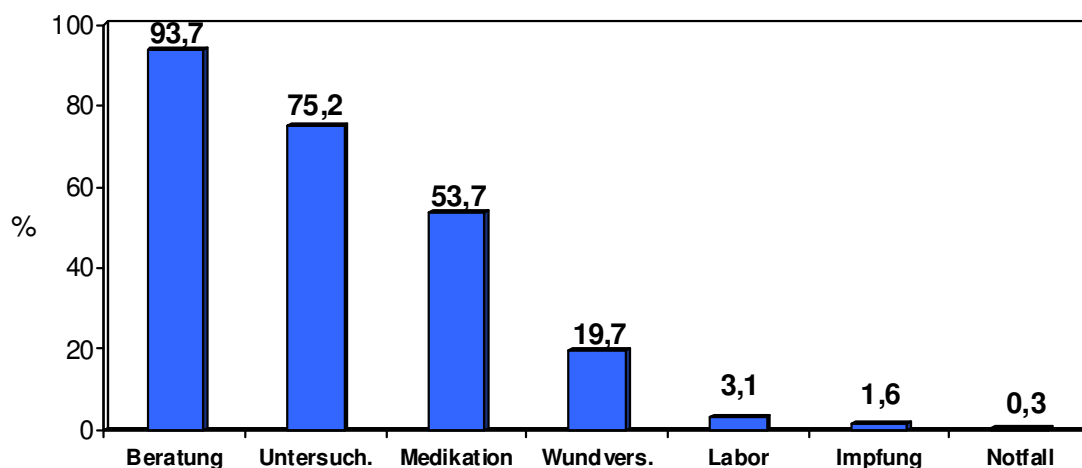
Um darzustellen, welche Maßnahmen die bei den Patienten vorherrschenden Krankheitsbilder erfordern, wurde in den Projekten für jeden Patientenkontakt dokumentiert, ob eine Beratung, eine ärztliche Untersuchung, eine Wundversorgung, eine medikamentöse Versorgung, eine Impfung oder eine Laboruntersuchung durchgeführt werden musste. Auch wurde angegeben, ob es sich um einen Notfall handelte, eine Überweisung zu einem Allgemeinarzt oder sonstigen Facharzt oder eine Einweisung in eine stationäre Behandlung erforderlich wurde. Ergänzend wurden zudem alle pflegerischen Maßnahmen (Grund-, Behandlungs- oder fördernde Pflege) dokumentiert. Pro Kontakt konnten entsprechend mehrere Maßnahmenarten angegeben werden.

Fast jeder Patientenkontakt ging mit einem Beratungsgespräch einher (93,7%). Eine körperliche Untersuchung erfolgte in 75,2% der Fälle, in über der Hälfte der Behandlungsfälle (53,7%) wurden Medikamente verabreicht und bei knapp einem Fünftel der Patienten (19,7%) war eine Wundversorgung erforderlich (s. Grafik 8.1).

**Grafik 8.1:**

#### Durchgeführte medizinische Maßnahmen

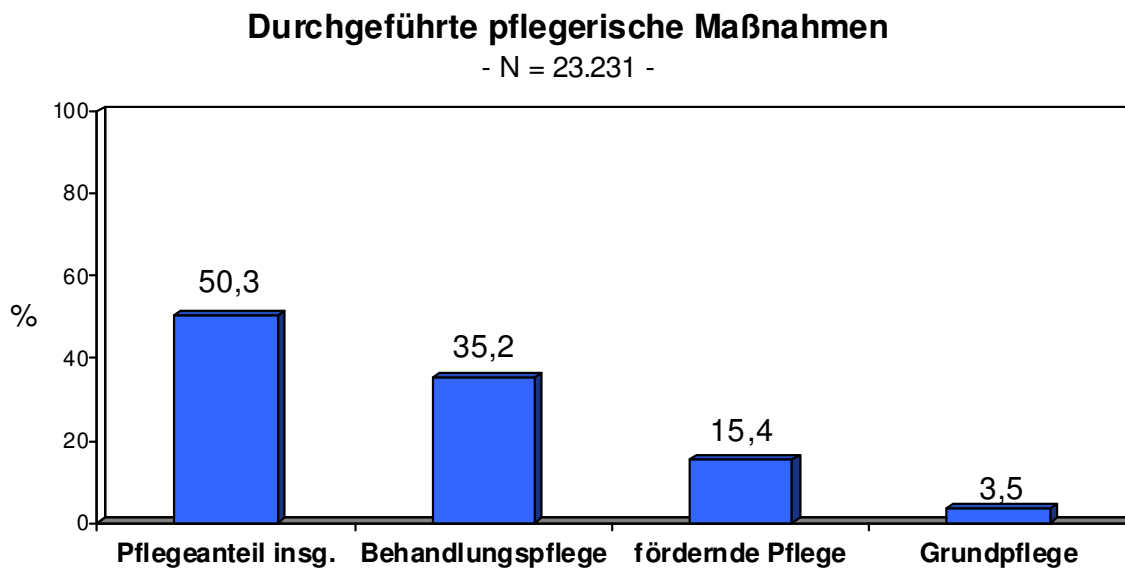
- N = 23.231 Kontakte -



## 8.2. Durchgeführte pflegerische Maßnahmen

In der Hälfte aller Patientenkontakte (50,3%) waren neben der medizinischen Behandlung auch pflegerische Leistungen erforderlich. Eine Behandlungspflege, wie Verbandswechsel oder Wundversorgung, fand bei einem Drittel (35,2%) aller Kontakte statt. Eine fördernde Pflege zur Stärkung eigener Kompetenzen des Patienten im Umgang mit seinen gesundheitlichen Problemen wurde in jedem 6. Behandlungsfall durchgeführt (s. Grafik 8.2). Grundpflegerische Maßnahmen wie z.B. Hilfen beim Essen, Trinken, Ankleiden oder Waschen waren lediglich in 3,5% aller Patientenkontakte erforderlich.

**Grafik 8.2**



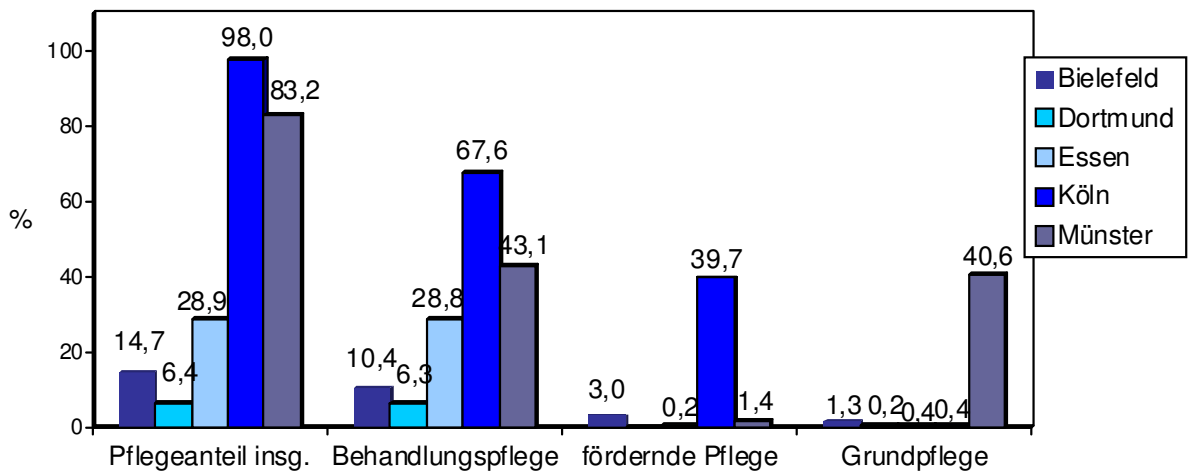
Auch die Verteilung der in den Projekten erbrachten pflegerischen Leistungen fällt standortspezifisch sehr unterschiedlich aus: So sind z.B. am Standort Köln 93,9% und in Münster 83,2% aller Patientenkontakte mit pflegerischen Leistungen assoziiert, in Bielefeld jedoch nur 14,7% und in Dortmund sogar nur 6,5% (s. Grafik 8.3).



**Grafik 8.3**

**Durchgeführte pflegerische Maßnahmen an den 5 Standorten**

- N = 23.231 -



Aufgrund der großen standortspezifischen Varianz besitzen die für die Gesamtheit aller Projekte aufgeführten Durchschnittswerte nur einen begrenzten Aussagewert. Vielmehr reflektieren die Ergebnisse v.a. bestehende Unterschiede in der personellen Ausstattung der Projekte. So ist der hohe Pflegeanteil im Kölner Projekt auf die Ausstattung mit zwei krankenpflegerischen Vollzeitstellen zurückzuführen (Verhältnis Arzt / Pflege 2 : 1), das Münsteraner Projekt ist vom Zeitumfang her 26,5 Std./Woche mit einer Pflegekraft, jedoch nur insg. 12 Std./Woche mit einem Arzt bzw. einer Ärztin versorgt (Verh. Arzt / Pflege: 1 : 2,2). Im Dortmunder Projekt schlägt sich die Ausstattung mit zwei halben Krankenpflege-Stellen rechnerisch in einem vergleichsweise geringen Anteil an pflegerischen Leistungen pro Patientenkontakt nieder (Verh. Arzt / Pflege: 1 : 1,3). Hier sind jedoch die zusätzlich von ehrenamtlich tätigen Ärzten erbrachten medizinischen Leistungen mit zu berücksichtigen. In Bielefeld steht der Projektärztin lediglich für 3 Std./Woche eine Pflegekraft zur Seite, während der Projektarzt in Essen Vollzeit von einer Arzthelferin (Medizinischen Fachangestellten) unterstützt wird, was sich in den Dokumentationsdaten entsprechend niederschlägt.

### **8.3. Überweisungen in Einrichtungen des Regelversorgungssystems**

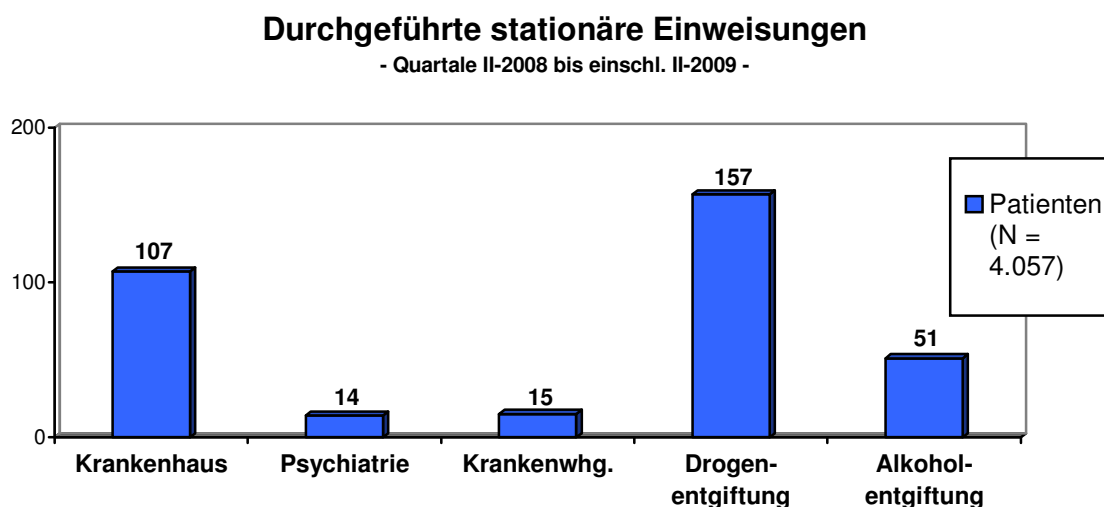
Von den Ärztinnen und Ärzten der mobilen Teams werden alle Überweisungen an ambulante oder stationäre Einrichtungen der medizinischen Regelversorgung dokumentiert. Darüber hinaus wird nachgehalten, ob der Patient der eingeleiteten Überweisung auch nachgekommen ist. Dies erfordert mitunter aufwändige Nachforschungen, da Überweisungen entweder nicht umgehend bestätigt werden können oder Rückmeldungen der Einrichtungen, an die überwiesen wurde, zunächst ausbleiben.

#### **8.3.1. Überweisungen in stationäre Einrichtungen**

Eine Zielsetzung der medizinischen Projekte für Wohnungslose ist die frühzeitige ambulante Behandlung Wohnungsloser, wodurch sich möglicherweise kostenintensive stationäre Aufnahmen vermeiden lassen. Entsprechend wurden von den Projektärzten sowohl die von ihnen eingeleiteten Überweisungen in stationäre Behandlungen einschließlich Suchtbehandlungen, als auch ambulante Überweisungen zu Hausärzten und anderen Fachärzten einschl. Zahnärzten, in Krankenwohnungen oder betreute Wohnarrangements, in Methadonambulanzen, ambulante Suchtbehandlungen sowie in Einrichtungen des Gesundheitsamtes dokumentiert.

Die Daten aus den Projekten weisen für den Vergleichszeitraum bei 4.057 behandelten Patienten insgesamt 344 stationäre Einweisungen (einschl. Krankenwohnung) aus (s. Grafik 8.4). Am häufigsten wurde eine Überweisung in eine Drogenentgiftung erforderlich (N=157, 45,6% aller Überweisungen), gefolgt von Einweisungen in somatische Kliniken (N=107, 31%) und Maßnahmen zur stationären Alkoholentgiftung (N=51, 14,8%). Ohne Berücksichtigung möglicher Mehrfacheinweisungen wurde innerhalb des Vergleichszeitraums bei knapp 8% der Patienten eine stationäre Versorgung erforderlich.

**Grafik 8.4**



Vergleicht man die durch die Projekte veranlassten stationären Einweisungen (N=344) mit der Zahl der im gleichen Zeitraum erfolgten stationären Behandlungen (N=479) (s. Kap. 7.4.), so werden 72% der bei den Wohnungslosen erforderlichen Krankenhausbehandlungen (einschl. Krankenwohnung) über die Projektärzte veranlasst.

Die Frage, ob mit den Projekten stationäre Behandlungen vermieden werden können oder diese erst wegen des durch die Projektärzte festgestellten Behandlungsbedarfs erforderlich gemacht werden, lässt sich anhand der in den Projekten dokumentierten Daten nicht beantworten.

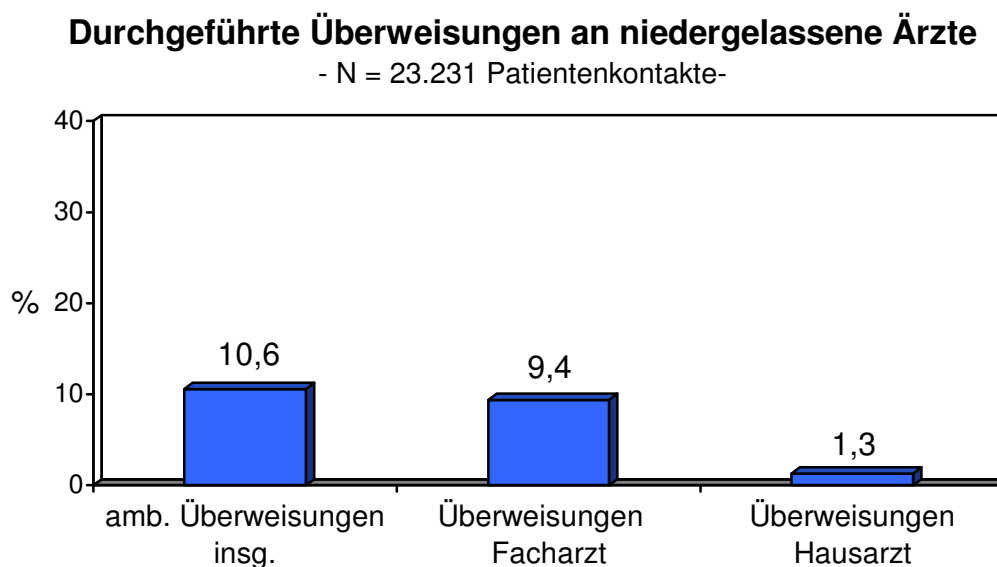
Nach Daten des Statistische Bundesamt wird jeder 5. Bundesbürger einmal im Jahr stationär aufgenommen (Statistisches Bundesamt 2008) . Auf 100.000 Personen der hier relevanten Altersgruppe der 18 – 65-Jährigen entfallen pro Jahr etwa 16.000 Krankenhausaufenthalte. Ohne mögliche Mehrfachbehandlungen zu berücksichtigen, würde sich demnach in dieser Altersgruppe jeder sechste Bundesbürger einmal im Jahr in stationäre Behandlung begeben (=15%)(Klauber, Robra, Schellschmidt 2008). Damit wird deutlich, dass der Anteil stationärer Aufenthalte Wohnungsloser deutlich unter dem in der Wohnbevölkerung bleibt. Selbst eine Altersstandardisierung, bei der die quantitative Verteilung auf die Altersgruppen in beiden Populationen berücksichtigt würde, würde dieses Ergebnis kaum umkehren können.

### 8.3.2. Überweisungen an niedergelassene Ärzte

Von ihrer Ausstattung und den Rahmenbedingungen der mobilen medizinischen Dienste her kann nur ein begrenzter Teil der erforderlichen Behandlungen durch die Projektärzte selber durchgeführt werden. Überweisungen an weiterbehandelnde Fachärzte ermöglichen oftmals erst eine umfassende Untersuchung und Behandlung des Patienten und können eine schrittweise Reintegration ins medizinische Regelversorgungssystem bahnen. Ihr Erfolg ist nicht nur in hohem Maße abhängig von der Vernetzung der Projekte innerhalb des lokalen Versorgungssystems, sondern auch von der Behandlungcompliance der Patienten.

Die Ergebnisse zeigen, dass in 10% aller Behandlungskontakte eine Überweisung an einen niedergelassenen Arzt veranlasst wurde. 90% dieser Überweisungen gingen an andere Fachärzte, 10% an hausärztlich tätige Kollegen. Im Umkehrschluss heißt dies, dass 90% aller Behandlungsanliegen innerhalb der Projekte selber bewältigt wurden (s. Grafik 9.4).

**Grafik 8.5**



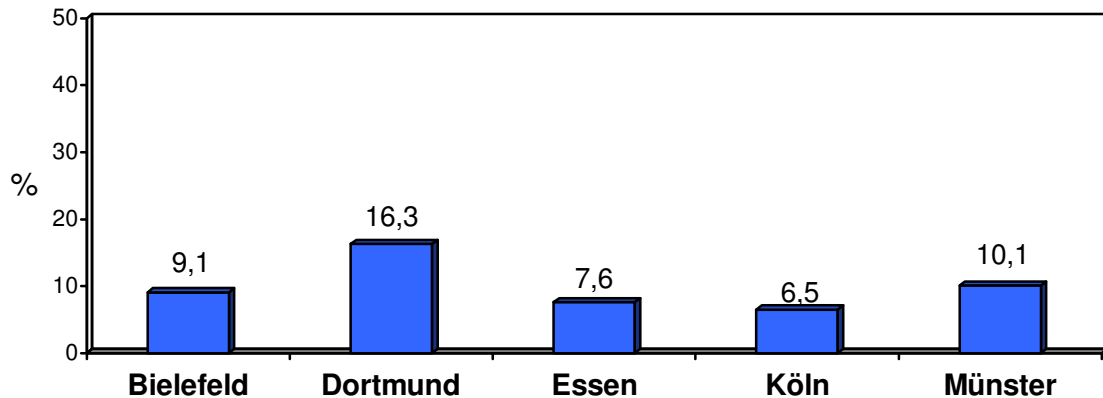
Auch bei den ambulanten Überweisungen zeigen sich lokale Schwankungen, die sich jedoch innerhalb einer relativ schmalen Bandbreite von 6,5% in Köln und 10,1% in Münster bewegen. Lediglich in Dortmund liegt der Anteil der Überweisungen mit 16,3% deutlich über dem Durchschnitt der anderen Projektstädte (s. Grafik 9.5). Diese Unterschiede dürften in lokalen Unterschieden der soziodemografischen Zusammensetzung der Patienten,

der lokalen Struktur niedergelassener Fachärzte sowie der Vernetzung der mobilen medizinischen Dienste mit ihnen, der jeweiligen fachärztlichen Qualifikation der in den Projekten tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie der medizinischen Ausstattung des Projekts begründet sein.

**Grafik 8.6**

**Durchgeführte Überweisungen an niedergelassene Ärzte**

- N = 23.231 -

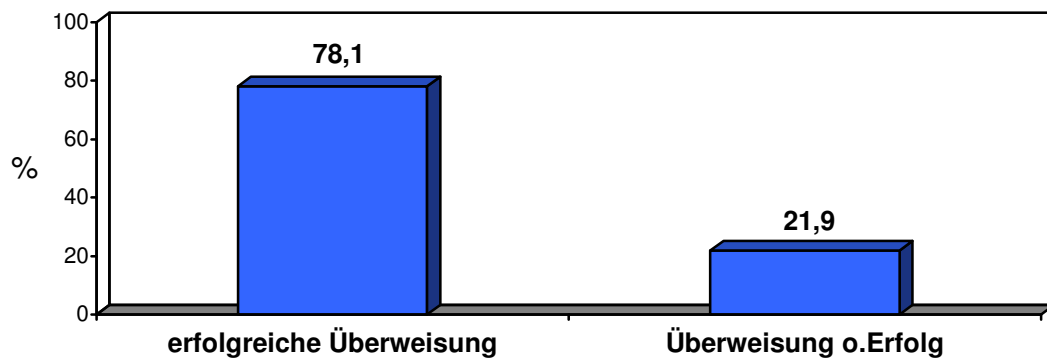


In der Hälfte aller Überweisungen konnte von den Projektärzten überprüft werden, ob der Patient bzw. die Patientin anschließend auch beim niedergelassenen Kollegen vorstellig geworden war. In 78,1% wurde dies von der vertragsärztlichen Praxis bestätigt (s. Grafik 8.7). Selbst wenn die Fälle mit einberechnet werden, in denen eine Überprüfung entfiel bzw. nicht möglich war, liegt die Erfolgsquote noch bei 42,0%.

**Grafik 8.7**

**Erfolgreich durchgeführte Überweisungen**

- N = 697 -



### **Resümee zu den durchgeführten medizinischen und pflegerischen Leistungen in den Projekten:**

- 75% aller Patientenkontakte beinhalten eine körperliche Untersuchung des Patienten durch den Arzt/ die Ärztin, in fast 20% der Kontakte ist eine Wundversorgung erforderlich.
  - Bei der Hälfte aller Patientenkontakte wurden pflegerische Maßnahmen durchgeführt.
  - Die Pflegeanteile zeigen standortbezogen große Unterschiede und spiegeln somit die unterschiedliche personelle Ausstattung der jeweiligen Projekte wider.
  - In 10% aller Patientenkontakte wurde eine Überweisung an niedergelassene Ärzte eingeleitet, 90% davon erfolgten an Fachärzte.
  - 78% der ambulanten Überweisungen wurden von den Wohnungslosen auch wahrgenommen.
  - Innerhalb des Vergleichszeitraums wurde bei ca. 8% der Patienten eine stationäre Überweisung erforderlich.
  - Dabei dominierten Überweisungen in eine Drogenentgiftung (45,6%), gefolgt von Überweisungen in somatische Kliniken (31%) und in Alkoholentgiftungen (14,8%).
  - Der prozentuale Anteil Wohnungsloser, der stationär behandelt wird, liegt trotz der durch die Projekte durchgeführten Einweisungen noch unter den jährlichen Durchschnittswerten in der Wohnbevölkerung.
- 
- Körperliche Untersuchungen und Wundversorgungen bei Wohnungslosen können unter den hygienischen Bedingungen in der Wohnungslosigkeit i.d.R. nur mit erheblichem Aufwand durchgeführt werden.
  - Leiten die Projektärzte eine erforderliche Weiterbehandlung durch Fachärzte ein, verlaufen entsprechende Überweisungen in hohem Maße erfolgreich (78% aller Fälle).
  - Neben Drogenentgiftungsmaßnahmen sollten verstärkt auch für andere Krankheitsbilder stationäre Behandlungsmaßnahmen abgeklärt werden.
  - Die Projektergebnisse verdeutlichen, dass in der Patientenschaft ein umfänglicher Bedarf an pflegerischen Leistungen besteht.
  - Es lassen sich anhand der vorliegenden Daten keine konkreten Rückschlüsse auf den erforderlichen Umfang einer Ausstattung der Projekte mit ärztlichem und pflegerischem Personal ziehen.
  - Ärztliche und pflegerische Tätigkeitsprofile in den Projekten sollten näher beschreiben und für die Mitarbeiterqualifikation nutzbar gemacht werden.

## 9. Reintegration der Patienten in das Regelversorgungssystem

Eines der erklärten Ziele des Umsetzungskonzeptes stellt die Reintegration wohnungsloser Patienten in die medizinische Regelversorgung dar

„Ein wesentlicher Arbeitsauftrag ist ... die Vermittlung in die medizinische Regelversorgung (Reintegration), wo immer dies möglich ist.“ (§2 Abs.1 Umsetzungskonzept NRW)

Der Begriff der Reintegration wird allerdings nicht näher definiert. Meistens wird mit ihm eine umfassende und dauerhafte Behandlung Wohnungsloser durch einen niedergelassenen Hausarzt und entsprechende Fachärzte assoziiert. Der Begriff „Vermittlung“ kann aber auch auf eine lediglich punktuelle, fachlich gebotene Einbeziehung von Fachärzten und medizinischen Einrichtungen der Regelversorgung hinweisen.

### 9.1. „Reintegration“ oder „Assimilation“

Die hinter dem Begriff „Reintegration“ stehenden Intentionen sind politischer wie auch fachlicher Natur: Politisch soll vermieden werden, dass durch den Aufbau eines Netzwerkes mobiler medizinischer Dienste für Wohnungslose eine zweitklassige Versorgungsebene eingezogen wird, die dazu führt, gesetzlich gewährleistete Rechte auf eine umfassende medizinische Versorgung durch das Regelsystem zu unterminieren und bereits sozial destabilisierte Personengruppen weiter aus normalen Lebensbezügen herauszudrängen und auf Sonderdienste zu verweisen. In dieser Perspektive soll einer möglichen Sogwirkung nach unten, die durch die alleinige Existenz der Projekte in Gang gesetzt werden könnte, mit einer möglichst vollständigen Reintegration der wohnungslosen Patienten in die Regelversorgung entgegengewirkt werden.

Fachlich soll über „Reintegration“ sicher gestellt werden, dass Wohnungslose, die von einer medizinischen Versorgung bislang weitgehend abgekoppelt waren, wieder Zugang zu einer adäquaten und umfassenden medizinischen Versorgung erhalten, die in den aufsuchenden medizinischen Teams selber nicht vollumfänglich bereitgehalten werden kann.

„Reintegration“ kann aber auch punktuell erfolgen, ohne dass dies gleich eine vollständige Anbindung an einen Hausarzt der Regelversorgung bedeuten muss. In diesem Sinne soll Wohnungslosen, die von allen normalbürgerlichen Bezügen abgekoppelt sind, situativ über die mobilen Teams eine möglichst umfassende medizinische Versorgung durch Akti-

vierung fachärztlicher Versorgungseinrichtungen erschlossen werden, sobald dies fachlich geboten erscheint. In Abgrenzung zu der oben beschriebenen vollständigen Reintegration wohnungsloser Patienten in die Regelversorgung handelt es sich bei letzterer Perspektive eher um „Assimilation“, nämlich dem Versuch, mobile Dienste einer hausärztlichen Regelversorgung möglichst ähnlich werden zu lassen und den Hausarzt damit zu ersetzen.

Insofern verbindet sich mit der Reintegrations-Perspektive als Zielsetzung für die Projekte eine Begrenzung der Patientenkontakte, um die Wohnungslosen möglichst schnell an eine hausärztliche und ergänzende fachärztliche Versorgung heranzuführen und ein dauerhaftes Verweilen in einer Wohnungslosenmedizin zu verhindern, während die Assimilations-Perspektive zu einem gewissen Grade eine bereits stattgefundene Entkoppelung wohnungsloser Patienten von der medizinischen Regelversorgung akzeptiert. Sie versucht, über die mobilen medizinischen Teams auch unter den Lebensumständen der Wohnungslosigkeit eine weitgehende Behandlungskontinuität sicherzustellen. Dazu wird, wo fachlich geboten, ambulante oder stationäre fachärztliche Kompetenz aus dem Regelsystem punktuell einbezogen. Eine vollständige Reintegration in die medizinische Regelversorgung kann in diesem Verständnis nur parallel zu einer vollständigen Reintegration in den Wohnungsmarkt erfolgen.

## **9.2. Bewertung der Reintegrationserfolge der mobilen medizinischen Teams anhand einer fünf-stufigen Zielhierarchie**

Je nach eingenommener Perspektive fällt die Erfolgsbewertung der Arbeit der fünf hier untersuchten mobilen medizinischer Teams sehr unterschiedlich aus:

Bedeutet aus der Reintegrations-Perspektive nur eine dauerhafte Überführung des wohnungslosen Patienten in eine hausärztliche Versorgung eine Erreichung des angestrebten Ziels, ist aus der Assimilations-Perspektive bereits eine möglichst zahlreiche Einbeziehung medizinischer Dienste der Regelversorgung in den Behandlungsablauf als Erfolg zu bewerten.

Das Dokumentationssystem der mobilen medizinischen Teams sieht – wie in Kapitel 8.3. beschrieben – eine Nachverfolgung aller Überweisungstätigkeiten vor. Dies umfasst auch eine ggf. erfolgte „Definitive Vermittlung ins Regelsystem“. Eine solche konnte bei den im Vergleichszeitraum behandelten 4.057 Patienten insgesamt allerdings nur bei 12 Patienten, also 0,3%, erreicht werden.



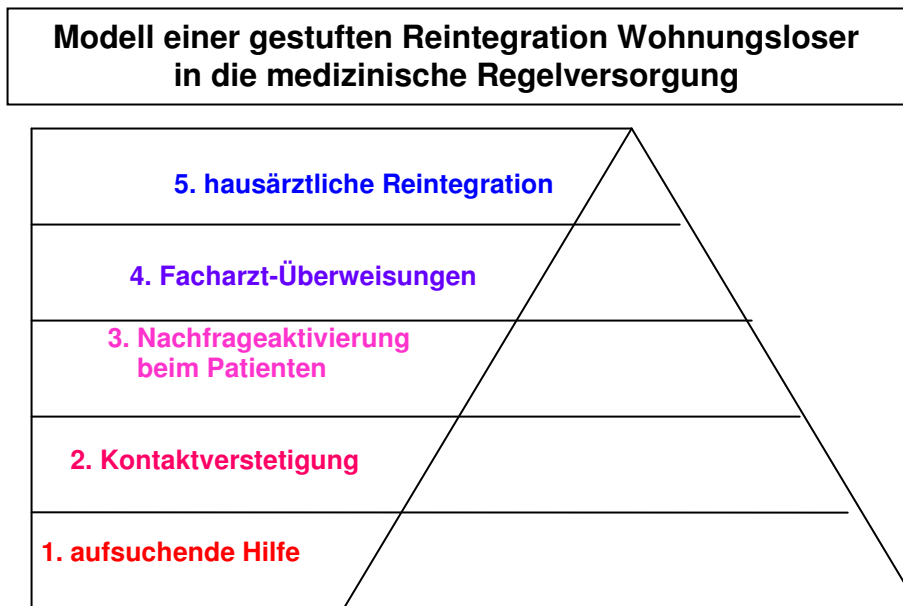
Eine Weiterleitung an medizinische Dienste der Regelversorgung erfolgte hingegen vergleichsweise häufig. Wie in Kap. 8.3.1. gezeigt wurden innerhalb des Vergleichszeitraums 344 Überweisungen in stationäre Einrichtungen veranlasst. Darüber hinaus wurden in 10% aller Behandlungen Kontakte zu niedergelassenen Fachärzten hergestellt, die in 78% der Fälle von den wohnungslosen Patienten auch wahrgenommen wurden.

Eine vollständige Reintegration erfolgt somit nur in vergleichsweise wenigen Fällen. Es ist daher zu diskutieren, ob dieses Ziel unter den gegebenen Bedingungen aufrechterhalten werden kann, oder es möglicherweise nur in Verbindung mit einer parallel erfolgenden Stabilisierung der Lebensverhältnisse des/der Wohnungslosen zu erreichen ist. Dazu wären dann auch unterstützende Maßnahmen des Wohnungslosenhilfesystems erforderlich, die in den Behandlungsprozess eng einzubinden wären.

In Würdigung der vorliegenden Projektergebnisse soll an dieser Stelle ein modifiziertes, fünfstufiges Zielmodell der medizinische Versorgung Wohnungsloser entwickelt und zur Diskussion gestellt werden (s. Grafik 9.1). Dieses definiert Teilziele, die aufeinander aufbauen und schrittweise - in Abhängigkeit vom jeweiligen Status des Patienten - anzustreben sind:

1. Erreichung bislang nicht medizinisch versorgter Wohnungsloser durch aufsuchende medizinische Teams,
2. Verstetigung von Behandlungskontakten durch regelmäßige Präsenz und Ansprache,
3. Wechsel von einem Angebot von Behandlung durch die Teams hin zu einer Nachfrage nach Behandlung durch die Wohnungslosen,
4. Punktuelle Überweisungen an weiterbehandelnde Fachärzte im ambulanten und stationären Bereich,
5. Reintegration in die hausärztliche Regelversorgung – begleitende Reintegration in eigene Wohnung und Wohnumfeld über Beratungsstellen der Wohnungslosenhilfe .

**Grafik 9.1**



Entsprechend lässt sich eine Erfolgsbewertung der Arbeit der aufsuchenden Teams entlang der fünf Zielebenen formulieren:

zu 1) Mit den mobilen medizinischen Teams werden überwiegend wohnungslose Patienten erreicht. Der Anteil der Patienten, die angeben noch über eine Wohnung zu verfügen, beträgt in den Projekten 11,3% - ohne Hinzuziehung der Dortmunder Daten, die hier einen Sonderfall darstellen. Ob die potenzielle Zielgruppe an den fünf Standorten damit bereits hinreichend erreicht wird, lässt sich aufgrund nicht miteinander vergleichbarer Daten zur jeweiligen lokalen Grundgesamtheit unversorgter Wohnungsloser sowie aufgrund von Schwierigkeiten bei der Bewertung des von den Patienten angegebenen Wohnstatus nicht näher bestimmen. Die vorgegebenen Zielgrößen werden allerdings an allen Projektstandorten stabil erreicht.

Zudem ist festzustellen, dass fast alle Projektnutzer (97%) über keine hausärztliche Versorgung mehr verfügen, dabei besteht bei durchschnittlich zwei akuten Erkrankungen und zusätzlichen chronischen Krankheitsbildern pro Patient ein hoher Behandlungsbedarf, der anderweitig nicht gedeckt wird. Bei fast einem Viertel der Projektpatienten ist der Versicherungsstatus ungeklärt bzw. es besteht kein Krankenversicherungsschutz.

zu 2) Inzwischen konnte eine gute Bindung der meisten Patienten an die Projekte erreicht werden. Die durchschnittliche Kontaktzahl liegt inzwischen bei 5,7 und korreliert stark mit

dem Alter. Die Hälfte der Patienten weist nur einen oder zwei Kontakte auf, wobei dieser Anteil entsprechend in den jüngeren Altersgruppen höher ausfällt, so dass in besonderem Maße versucht werden sollte, diese Patientengruppen kontinuierlicher an eine medizinische Behandlung heranzuführen.

zu 3) Mittlerweile wenden sich 55% der Patienten aktiv mit einem Behandlungsanliegen an die Projekte. In Köln, Essen und Bielefeld liegt dieser Anteil sogar deutlich über 70%. Ein Drittel der Patienten sucht die Projekte wegen einem Beratungsanliegen auf.

zu 4) In 10% aller Behandlungskontakte wird ein niedergelassener Facharzt mit einbezogen. In 78% der Fälle verläuft die Überweisung an den fachärztlichen Kollegen/ die fachärztliche Kollegin erfolgreich.

zu 5) Eine vollständige Reintegration in die Praxis eines niedergelassenen Hausarztes gelingt nur in weniger als 1% der Fälle.

#### **Resümee zur Reintegration wohnungsloser Patienten in die medizinische Regelversorgung:**

- Eine dauerhafte Reintegration von Patienten der Projekte in die medizinische Regelversorgung gelang innerhalb des Zeitraums zwischen 1.4.2008 und 30.6.2009 nur bei 12 von 4.057 behandelten Patienten.
- Hingegen verlaufen 78% der eingeleiteten fachärztlichen Überweisungen erfolgreich.
- Das Ziel einer dauerhaften Reintegration der Patienten erweist sich in der Regel als nicht realistisch.
- Solange die medizinische Behandlung nicht von einer Reintegration in eine eigene Wohnung flankiert wird, nehmen die mobilen Teams für ihre wohnungslosen Patienten die Rolle eines Hausarztes ein, dessen Funktionen sie assimilieren.
- Es sollten daher gestufte Zielhierarchieebenen formuliert werden, die die Erreichung unversorgter Wohnungsloser, deren Einbindung in einen kontinuierlichen Behandlungskontakt, der vom Patienten zunehmend aktiv nachgesucht wird, und eine punktuelle Einbindung von Fachärzten einschließt, bevor eine vollständige Reintegration in enger Kooperation mit einer Fachberatungsstelle angestrebt wird.

## **10. Begleitende Befragung zur Projektausstattung, Zielgruppenerreichung, Projektvernetzung und Dokumentation**

Begleitend zur Datendokumentation und –auswertung wurde von der Studienleitung gemeinsam mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe eine Befragung der Projektmitarbeiter und –mitarbeiterinnen durchgeführt. Diese basierte auf einem teilstandardisierten Fragebogen sowie einer ergänzenden Befragung vor Ort.

Die Befragung umfasste folgende Themenkomplexe (s. Anlage)

1. Auswirkungen des Umsetzungskonzeptes auf die Arbeit des mobilen medizinischen Dienstes, insb. hinsichtlich der Projektfinanzierung, der personellen und materiellen Ausstattung sowie der Zielgruppenerreichung,
2. Verfügbare personelle, räumliche und medizinische Ausstattung des Projektes,
3. Vernetzung mit lokalen Einrichtungen für Wohnungslose,
4. Erreichung Wohnungsloser außerhalb von Einrichtungen,
5. Zahlen zur Grundgesamtheit Wohnungsloser im jeweiligen Stadtgebiet,
6. Erreichungsgrad von Wohnungslosen im Stadtgebiet,
7. Vernetzung des mobilen Dienstes mit Einrichtungen der medizinischen Regelversorgung,
8. Zielsetzungen für die Projektarbeit,
9. Zufriedenheiten mit den Möglichkeiten der Versorgung Wohnungsloser durch das Projekt,
10. Mündliche Befragung zur Behandlungsdokumentation in den Projekten.

### **10.1. Ergebnisse der begleitenden Projektbefragung**

An der Fragebogenbefragung sowie dem begleitenden Interview beteiligten sich alle 6 derzeit am NRW-Umsetzungskonzept teilnehmenden Projekte (Bielefeld, Dortmund, Essen, Hagen, Köln und Münster). Die Beantwortung der Fragen erfolgte i.d.R. durch die Projektärztinnen und –ärzte, z.T. zusammen mit der Projektleitung bzw. Vertretern des Projektträgers. In Münster nahm zudem die im Projekt tätige Krankenschwester an der Befragung teil. Im folgenden werden die Ergebnisse der Befragung bezogen auf die verschiedenen Fragekomplexe zusammengefasst und ausgewertet.

## **1. Auswirkungen des Beitritts zum Umsetzungskonzept auf die Projektarbeit**

Der Beitritt des jeweiligen Projektträgers zum Umsetzungskonzept hat sich für die Projekte insgesamt sehr positiv ausgewirkt (s. Frage 1). Lediglich für das Kölner Projekt hat sich durch das Umsetzungskonzept nichts im Vergleich zur vorherigen Situation verändert, was darin begründet ist, dass das Kölner Projekt als erstes Projekt in NRW pauschaliert über die KV Nordrhein und die Stadt Köln finanziert wurde. Die dort vereinbarte Regelung stand Pate für die Finanzierungsregelung, die seitens der Kostenträger im Rahmen des Umsetzungskonzeptes getroffen wurde.

V.a. in finanzieller Hinsicht hat sich das Umsetzungskonzept sehr positiv auf die Situation der Projekte ausgewirkt (s. Frage 1a). Bielefeld, Essen und Münster begrüßen ausdrücklich die damit eingetretene Finanzierungs- und somit auch Planungssicherheit.

Positive Auswirkungen auf die Personalausstattung (Frage 1b) hat das Umsetzungskonzept v.a. für das Dortmunder Projekt, das dadurch eine Arztstelle (29,5h/W.) und eine halbe Krankenpflegestelle einrichten konnte. In Münster konnten zusätzlich zur bereits im Projekt arbeitenden Krankenschwester nun zwei ärztliche Teilzeitstellen à 6h/W. eingerichtet werden.

Die materielle Ausstattung (Frage 1c) hat sich insb. für das Dortmunder Projekt verbessert, in Bielefeld hat sie sich eher verschlechtert, da die mit dem Umsetzungskonzept getroffene Regelung keine Finanzierung des Praxisbedarfs vorsieht. Dortmund und Essen weisen ebenfalls darauf hin, dass v.a. für die Anschaffung von Medikamenten und Verbandsmitteln weiterhin Spendengelder erforderlich seien. Auch war die Anschaffung eines neuen Behandlungsbusses nur über eine private Spende möglich.

Mit Ausnahme des Standorts Köln äußern alle Projekte, dass der Beitritt zur Rahmenvereinbarung positive bzw. sehr positive Auswirkungen auf die Patientenerreichung in ihrem Stadtgebiet zur Folge gehabt hätte (Frage 1d). Bielefeld und Essen heben hervor, dass über das Umsetzungskonzept nun vermehrt auch nicht versicherte Patienten erreicht werden könnten. Dadurch, dass mit dem Umsetzungskonzept die Projektfinanzierung auch für die Zukunft gesichert sei, können in Essen nun vermehrt auch kleinere Projekte aufgesucht und solche Patienten versorgt werden, bei denen der Versicherungsstatus ungeklärt ist, ohne dass Kostenerwägungen eine Rolle spielen müssen.

## **2. Gegenwärtige personelle, räumliche und medizinische Ausstattung des mobilen Dienstes**

Die personelle Ausstattung des Projektes, die im einzelnen der unten angefügten Tabelle entnommen werden kann, in der alle Antworten der Projektstandorte systematisch aufgelistet sind (Tab. 10.1), wird von allen Projekten – mit Ausnahme des Bielefelder Projektes - als ausreichend bewertet (Frage 3). Im Bielefelder Projekt wird die aufsuchende medizinische Versorgung fast ausschließlich über eine Arztstelle geleistet, die lediglich für 3h/W. durch einen Krankenpfleger unterstützt wird. Insofern meldet Bielefeld Bedarf an einer besseren pflegerischen Ausstattung sowie der Schaffung ärztlicher Vertretungsmöglichkeiten an.

Alle Projekte verfügen - neben Behandlungsräumen in den von ihnen aufgesuchten Einrichtungen - auch über Behandlungsmöglichkeiten in eigenen Räumen (Frage 4).

Bis auf Dortmund und Münster, wo lediglich ein PKW für die aufsuchende Arbeit zur Verfügung steht, ist an allen Projektstandorten ein eigener Behandlungsbus vorhanden (Frage 6). Essen unterstreicht die durch den Behandlungsbus geschaffenen Möglichkeiten, flexibel neue bzw. erforderliche Orte aufsuchen zu können, an denen sich Wohnungslose mit medizinischem Behandlungsbedarf aufhalten.

### **3. Erreichung der Wohnungslosen im Stadtgebiet**

Alle Projekte nutzen bei ihrer aufsuchenden medizinischen Arbeit ein umfassendes Netz an Einrichtungen für Wohnungslose (Frage 7). Dies geschieht in der Regel auf Basis eines strukturierten Sprechstundenplans, der den Patienten die Möglichkeit gibt, sich auf das Behandlungsangebot zeitlich und räumlich einzustellen. Lediglich das Dortmunder und das Hagener Projekt geben an, dass es im Stadtgebiet noch weitere Einrichtungen für Wohnungslose gibt, die derzeit aufgrund fehlender Kapazitäten noch nicht regelmäßig aufgesucht werden können (Frage 8).

Der Hauptanteil der medizinischen Behandlungen wird in Einrichtungen der Wohnungshilfe geleistet, der Anteil an Behandlungen, die auf der Straße erfolgen, fällt hingegen vergleichsweise gering aus (Frage 9). Im Essener Projekt werden alle erforderlichen Behandlungen im Bus selber durchgeführt.

Wie bereits ausgeführt, liegen aus den Städten sehr unterschiedliche Angaben zu der Zahl Wohnungsloser innerhalb des Stadtgebietes vor (Frage 10). V.a. basieren die Zahlen auf sehr unterschiedlichen Datenquellen, was ihre Vergleichbarkeit erschwert (s. Kap.

4.2). Auf die Frage, wie viel Prozent der lokalen Wohnungslosen die Projekte nach eigener Einschätzung mit ihrer Arbeit erreichen können, variieren die Angaben der Mitarbeiter/-innen zwischen 30% in Köln und Münster auf der einen Seite, und 70-80% in Bielefeld bzw. Essen auf der anderen Seite. Die Dortmunder Projektärzte vermuten, 50% der Zielgruppe erreichen zu können (Frage 11). Die hier genannten Selbsteinschätzungen stehen allerdings z.T. in Diskrepanz zu den Antworten, die auf die Frage, wie umfassend die lokalen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in die aufsuchende Versorgung einbezogen werden können, gegeben wurden (Frage 8).

#### **4. Vernetzung mit anderen Einrichtungen des lokalen Hilfesystems**

Die Vernetzung mit den ambulanten und stationären medizinischen Versorgungseinrichtungen innerhalb des Stadtgebietes wird von den Projekten i.d.R. als gut, in einigen Fällen auch als sehr gut bewertet. Fast durchweg als sehr gut bewertet wird die Vernetzung mit dem lokalen Wohnungslosenhilfesystem.

#### **5. Zielsetzungen für die eigene Arbeit**

Als vorrangige Ziele für die Arbeit werden von den Projekten die Stabilisierung und Wiederherstellung der Gesundheit ihrer wohnungslosen Patienten genannt. Als gleichermaßen wichtig wird daneben das Case Management für die Patienten im Hilfesystem bewertet. Die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins der Patienten wird ebenfalls als wichtig erachtet. Größere Unterschiede gibt es allerdings hinsichtlich der Bewertung des Ziels, ob eine hohe Bindung der Patienten an das eigene Projekt erstrebenswert sei, sowie auch zur Frage ihrer Reintegration (s. auch Kap. 9).

#### **6. Zufriedenheiten mit den Möglichkeiten der Versorgung Wohnungsloser durch das Projekt**

Alle Projekte äußern sich zufrieden über die Möglichkeiten, über die sie zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser bietet.

#### **7. Zusammenfassung der Befragungsergebnisse**

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass das Umsetzungskonzept sich an allen Standorten positiv auf die Arbeit ausgewirkt hat. Auch für das Kölner Projekt hat es keine Veränderungen für die schon vorher sehr stabile und finanziell abgesicherte Projektstruktur bewirkt. Durch die getroffene Finanzierungsregelung ist Planungssicherheit in die Projekte eingekehrt, so dass nun auch die Behandlung von Patienten ohne Krankenversicherung

intensiv verfolgt werden kann. Damit haben die Projekte an Zielgruppengenauigkeit gewonnen. Darüber hinaus konnten an mehreren Orten nach Beitritt zur Rahmenvereinbarung zusätzliche Stellen eingerichtet werden, wodurch die Arbeit auch quantitativ ausgeweitet werden konnte. Erfreulich ist zudem die gute Vernetzung mit den Einrichtungen der medizinischen Regelversorgung sowie mit den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Divergenzen zeigen sich im Selbstverständnis der Projekte, welchen Stellenwert sie einer Reintegration ihrer Patienten in die Regelversorgung beimessen.



Tab. 10.1

Frage	Inhalt	Projektantwort				
		sehr positiv	eher positiv	kein Unterschied	eher negativ	sehr negativ
<b>1</b>	<b>Auswirkungen des Beitritts insg.</b>	BI, DO, E, HA, MS		K		
1a	bzgl. Projektfinanzierung	BI, DO, E, HA, MS	K			
1b	bzgl. Personalausstattung	MS	DO	BI, E, HA, K		
1c	bzgl. materieller Ausstattung		DO	E, HA, K, MS	BI	
1d	bzgl. Patientenerreichung	BI, DO, MS	E, HA	K		
<b>2</b>	<b>derzeitige Personalausstattung des Projektes</b>	<b>Ärztliche Stellen</b>	<b>Medizinische Fachberufe</b>	<b>Stundenumfang/ Woche</b>		
	Bielefeld	1 Ärztin	1 Krankenpfleger	38,5h/W. 3h/W.		
	Dortmund	1 Arzt 3 ehrenamtl. Ärzte	2 Krankenschwestern 5 ehrenamtl. Hilfskräfte	29,5h/W. zus. 9-12h/W. zus. 9-12h/W.		
	Essen	1 Arzt 1 Vertretungsarzt	1 Arzthelferin 1 MTA 1 Krankenschwester	38,5h/W. 38,5h/W. 8h/W. 4h/W.		
	Hagen	2 Ärzte 2 ehrenamtl. Ärzte	2 MTA's 1 ehrenamtl. Krkpfleger	zus. 8h/W. zus. 5h/W.		
	Köln	2 Ärzte 1 Ärztin	2 Krankenschwestern	2x39h/W. 39h/W. 2x39h/W.		
	Münster	1 Ärztin 1 Arzt	1 Krankenschwestern	6h/W. 6h/W. 26,5h/W.		
		<b>völlig ausreichend</b>	<b>etwa ausreichend</b>	<b>nicht ausreichend</b>		
<b>3</b>	<b>vorhandene Personalausstattung</b>	K	DO, E, HA, MS	BI		
		eigene Projekträume m. eig. Behandlungsmöglichkeit	eigene Projekträume o. eig. Behandlungsmöglichkeit	keine eigenen Projekträume		
<b>4</b>	<b>Räumliche Ausstattung des Projektes</b>	BI, DO, E, HA, K, MS				
<b>5</b>	<b>medizinische Projektausstattung</b>	sehr detaillierte heterogene Antworten				
		<b>ja, eigener Behandlungsbus</b>	<b>ja, Fahrzeug o. integrierte Behandl.</b>	<b>nein, kein Fahrzeug</b>		
<b>6</b>	<b>Ausstattung mit Fahrzeug</b>	BI, E, HA, K	DO, MS			
<b>7</b>	<b>Regelmäßiger Einbezug v. Einrichtungen d. lokalen Hilfesystems ins med. Angebot</b>	sehr detaillierte heterogene Antworten				

Frage	Inhalt	Projektantwort					
		ja			nein		
8	Einrichtungen, die bislang nicht aufgesucht werden konnten	DO, HA			BI, E, K, MS		
9	Verh. Zeitaufwand Einricht./ Straße	BI: 21h : 10h (67% . 33%) DO: 100% : 0% E: v.a. Bus, 2h Einr., 3h Straße			HA: o.A. K: 90% : 10% MS: 24h : 13,5h (60% : 40%)		
10	Zahl Wohnungsloser im Stadtgebiet + Grad der Erreichung	Ort	Zahl	Erreichg (Selbsteinsch.)	Ort	Zahl	Erreichg (Selbsteinsch.)
11		BI	550	70%	HA	o.A.	o.A.
		DO	o.A.	50%	K	3.700	30%
		E	998	80%	MS	350-400	30%
12	Vernetzung mit and. Einrichtungen	sehr gut		gut	mäßig		schlecht
12a	stat. medizinische Einricht.	BI, K		DO, E, HA, MS			
12b	amb. medizinische Einr.	BI, MS		DO, E, HA, K			
12c	lokales Hilfesystem	BI,DO,E, K,MS		HA			
13	Vorrangige Projektziele	sehr wichtig		wichtig	weniger wichtig	nicht wichtig	
13a	Bindung Wohnungsloser	DO, HA,		K, MS	BI, E,		
13b	gesundheitliche Stabilisierung Wloser	BI, DO, E, K, MS		HA,			
13c	Wiederherstellung d. Gesundheit	BI,DO, E, MS		HA, K			
13d	Case Management im Hilfesystem	BI, DO, HA, K, MS		E,			
13e	Reintegration in Regelversorgung	BI, E, HA, MS		K	DO		
13f	Stärkung des Gesundheitsbewußtsein	BI, K, MS		DO, E, HA,			
		sehr zufrieden		zufrieden	mäßig zufrieden		nicht zufrieden
14	Zufriedenheit mit Projektmöglichkeiten	K		BI, DO, E, HA, MS			

## **10.2. Ergebnisse der Befragung zur Behandlungsdokumentation**

Die begleitende Evaluation des Projektes erfordert eine Dokumentation der Patientenbehandlungen durch die Projekte, die über rein ärztliche oder pflegerische Informationen hinausgeht. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) hat daher vor dem Hintergrund des § 7 Abs. 3 des Umsetzungskonzeptes zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW gemeinsam mit dem Gesundheitsamt Köln (Herrn Dr. Kimont) ein eigenes Dokumentationssystem entwickelt, das die Dokumentation der medizinischen Behandlungen vor Ort ermöglicht und darüber hinaus die benötigten Daten für die begleitende Evaluation des Umsetzungskonzeptes liefert. Das Dokumentationssystem wurde erstmalig 2005 eingesetzt und ist seitdem kontinuierlich fortgeschrieben worden. Da das Dokumentationssystem den medizinischen Diensten in NRW bereits frühzeitig und unabhängig vom Beitritt zum Umsetzungskonzept vorgestellt und zum Testen angeboten wurde, konnten wertvolle Anregungen und Impulse aus der Praxis in seine Entwicklung einfließen.

Im Rahmen einer begleitenden qualitativen Befragung der sechs bislang am Umsetzungskonzept beteiligten Mobilen Dienste im September 2009 wurden auch drei Fragen zur Dokumentationspraxis gestellt, deren Beantwortung im Folgenden dargestellt wird:

### **1. Wie wird bei Ihnen dokumentiert?**

Lediglich ein Mobiler Dienst dokumentiert ausschließlich - auch vor Ort - in elektronischer Form, bei den anderen Diensten wird weiterhin auch in Papierform, in der Regel im Karteikartensystem, dokumentiert. Insbesondere bei Behandlungen vor Ort (z.B. auf der „Platte“) wird zunächst auf Papier dokumentiert, es findet dann anschließend ein Übertrag in die elektronische Behandlungsdokumentation statt. Alle Dienste benutzen das System zur begleitenden Projektevaluation durch die ÄKWL. Ein Dienst gibt an, das System ausschließlich für die begleitende Evaluation zu nutzen und daneben für die Patientenbehandlung eine eigene Praxissoftware einzusetzen.

### **2. Nutzen Sie eine Praxissoftware (ja/nein), wenn ja welche?**

Zwei der Mobilen Dienste benutzen auch eine kostenpflichtige Praxissoftware unterschiedlicher Anbieter. Die Kosten belaufen sich auf ca. 1000-1200 € pro Jahr. Einer der Mobilen Dienste wickelt seine komplette Patientenverwaltung mit der Praxissoftware ab. Als Vorteile werden angegeben, dass über sie auch Rezepte und Überweisungen ausge-

druckt werden können, die Laborverwaltung elektronisch erfolgen kann und eine aktuelle Medikamentenliste hinterlegt ist. Die vier anderen Mobilen Dienste benutzen keine Praxissoftware und planen z. Z. auch keinen Einsatz in der Zukunft.

### **3. Wer dokumentiert bei Ihnen?**

Die konkrete Dokumentation erfolgt bei den Mobilen Diensten sehr unterschiedlich. In einem der Dienste wird die Dokumentation ausschließlich die Projektärztin geleistet. An einem weiteren Standort dokumentieren sowohl Ärzte als auch Mitarbeiter, wobei letztere ausschließlich auf Anweisung der Projektärzte die Eingaben bzw. Eintragungen vornehmen. Bei einem Mobilen Dienst dokumentieren die Ärzte handschriftlich im Karteikartensystem, während es Aufgabe der dort tätigen Krankenschwester ist, die Informationen in das elektronische Dokumentationssystem zu übertragen. Pflegerische Dokumentationen werden von ihr direkt in das elektronische System eingegeben. In zwei Mobilen Diensten dokumentieren Ärzte und Mitarbeiter gleichermaßen (Karteikarten und elektronisches System) ihre jeweiligen ärztlichen resp. pflegerischen Tätigkeiten. Schließlich wird überwiegend über die nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen dokumentiert. In einem Mobilen Dienst dokumentiert der Projektarzt ausschließlich seine Behandlungen über die Praxissoftware, während die nicht-ärztliche Mitarbeiterin die für die Evaluation benötigten Daten anschließend in das Dokumentationssystem der ÄKWL überträgt.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass - bis auf eine Ausnahme alle beteiligten Mobilen Dienste sowohl in Papierform als auch in elektronischer Form dokumentieren - in einem Projekt parallel in zwei Systemen. Die Erwartung, den Diensten mit der zur Verfügungstellung eines elektronischen Dokumentationswerkzeuges eine Erleichterung bzw. Vereinheitlichung der notwendigen Dokumentation zu verschaffen, hat sich somit nicht erfüllt. Vielmehr wird das Dokumentationssystem der ÄKWL vor allem deshalb benutzt, weil es eine Verpflichtung des Umsetzungskonzeptes darstellt.

Bei einer Fortsetzung des Umsetzungskonzeptes sollte daher das Dokumentationssystem der ÄKWL in der Weise überarbeitet bzw. weiterentwickelt werden, dass es sich parallel auch als Praxissoftware einsetzen lässt. Dazu wird es ggf. auch der Kooperation mit einem Praxissoftware-Hersteller bedürfen. Eine Anpassung und Weiterentwicklung ist allein deshalb notwendig, um eine Nutzung im Rahmen der vor Ort bestehenden und verpflichtenden Netzwerke zu ermöglichen. Nur die kontinuierliche Anpassung an die formulierten Wünsche der Nutzer wird dazu führen, dass sich dieses System als einheitliches und von allen an der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW beteiligten

Institutionen benutztes Behandlungsdokumentationssystem etabliert. Dies würde die Benutzung mehrerer Systeme in der Praxis überflüssig machen und zu einer Entlastung der beteiligten Ärzte und Ärztinnen wie auch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Projekten führen.

**Anhang: Fragebogen zur Projektbefragung**

**Fragen zur aufsuchenden medizinischen Hilfe für Wohnungslose  
in NRW an den Projektstandorten**

Name des Projektes:	
Projektort:	
Träger des Projektes:	
Gründungsdatum:	
Diese Fragen werden beantwortet von (Name / Funktion im Projekt)	

**1. Wie hat sich der Beitritt Ihrer Stadt zum Umsetzungskonzept zur Finanzierung mobiler medizinischer Dienste für Wohnungslose insgesamt auf Ihr Projekt und Ihre Arbeit ausgewirkt?**

sehr positiv <input type="checkbox"/>	eher positiv <input type="checkbox"/>	keinen Unterschied <input type="checkbox"/>	eher negativ <input type="checkbox"/>	sehr negativ <input type="checkbox"/>
Erläuterungen:				

**1a) bzgl. der Projektfinanzierung:**

sehr positiv <input type="checkbox"/>	eher positiv <input type="checkbox"/>	keinen Unterschied <input type="checkbox"/>	eher negativ <input type="checkbox"/>	sehr negativ <input type="checkbox"/>
Erläuterungen:				

**1b) bzgl. der Personalausstattung:**

sehr positiv <input type="checkbox"/>	eher positiv <input type="checkbox"/>	keinen Unterschied <input type="checkbox"/>	eher negativ <input type="checkbox"/>	sehr negativ <input type="checkbox"/>
Erläuterungen:				

**1c) bzgl. der materiellen Ausstattung:**

sehr positiv <input type="checkbox"/>	eher positiv <input type="checkbox"/>	keinen Un- terschied <input type="checkbox"/>	eher negativ <input type="checkbox"/>	sehr negativ <input type="checkbox"/>
Erläuterungen:				

1d) bzgl. der Patientenerreichung:				
sehr positiv <input type="checkbox"/>	eher positiv <input type="checkbox"/>	keinen Unterschied <input type="checkbox"/>	eher negativ <input type="checkbox"/>	sehr negativ <input type="checkbox"/>
Erläuterungen:				

2. Über welche personelle Ausstattung verfügt Ihr Projekt derzeit? (Mitarbeiterzahl, Std.-Anteile, berufliche Qualifikationen)	
Mitarbeiter/in (Qualifikation)	Std./Woche
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

3. Ist diese Personalausstattung für Ihre Projektarbeit ausreichend?		
völlig ausreichend <input type="checkbox"/>	etwa ausreichend <input type="checkbox"/>	nicht ausreichend <input type="checkbox"/>
➤ falls nicht ausreichend: Welches zusätzliche Personal würde für Ihr Projekt zur Erledigung welcher Aufgaben benötigt?		

4. Wie sieht die räumliche Ausstattung Ihres Projektes derzeit aus?		
eigene Projekträume mit eigener Behandlungsmöglichkeit	eigene Projekträume ohne eigene Behandlungsmöglichkeit	keine eigenen Projekträume, lediglich Mitnutzung anderer Räumlichkeiten
vorhanden <input type="checkbox"/>	vorhanden <input type="checkbox"/>	Räumlichkeiten <input type="checkbox"/>
Erläuterungen:		

**5. Über welche medizinische Ausstattung verfügt Ihr Projekt?**  
 (z.B. EKG, Röntgengerät, BD-, LuFu-Meßgeräte, Labor, Arznei- und Verbandsmittel, sonst. Hilfsmittel)

Erläuterungen:

**6. Verfügt Ihr Projekt über ein eigenes Fahrzeug?**

ja,  
eigener Behandlungsbus  
  
ist vorhanden

ja, Fahrzeug ohne integrierte  
Behandlungsmöglichkeit  
  
ist vorhanden

nein,  
kein Projektfahrzeug  
  
vorhanden

Erläuterungen:

**7. Welche Einrichtungen des lokalen Hilfesystems vermögen Sie regelmäßig im Rahmen Ihrer Projektarbeit aufzusuchen?**

Regelmäßig aufgesuchte Einrichtungen des Hilfesystems (Ergänzung gerne auch über Projektstundenplan):

**8. Gibt es relevante Einrichtungen des Hilfesystems für Wohnungslose, die Sie bislang nicht regelmäßig aufsuchen können?**

ja

nein

➤ Falls ja: Welche Gründe verhindern eine regelmäßige Einbeziehung dieser Einrichtungen?



**9. Wenn Sie die medizinische Versorgung Wohnungsloser in Einrichtungen mit der Wohnungsloser auf der Straße vergleichen: Wie verhält sich der Zeitaufwand für beide Bereiche in Ihrem Projekt in etwa zueinander?**

medizinische Versorgung Wohnungsloser in Einrichtungen ca. .... Std./Woche	medizinische Versorgung Wohnungsloser auf der Straße ca. .... Std./Woche
---	---

Erläuterungen:

**10. Verfügen Sie über offizielle (Schätz-)Zahlen darüber, wie viele Wohnungslose sich in Ihrem Stadtgebiet durchschnittlich aufhalten? (Auf der Straße sowie in entspr. Unterkünften - Bitte mit Hinweis, ob pro Tag / pro Quartal / pro Jahr)**

ja, und zwar => ..... pro .....	nein, keine Zahlen verfügbar <input type="checkbox"/>	lediglich eigene Schätzzahlen, und zwar: ..... pro .....
---------------------------------------	--	--

Falls Sie nicht über entsprechende Zahlen verfügen: Über wen könnten diese in Erfahrung gebracht werden?

**11. Wie viel Prozent der Gesamtheit Wohnungsloser, die sich in Ihrem Stadtgebiet aufhält, können Sie Ihres Erachtens mit Ihrem Projekt derzeit erreichen?**

ca.....%

Erläuterungen:

**12. Wie bewerten Sie Ihre bestehenden Vernetzung mit**  
**- anderen medizinischen Einrichtungen (amb./ stat. bzgl. Überweisungsmöglichkeiten, konsiliarische Beratungen, Weiterbehandlungen),**  
**- mit dem lokalen Wohnungslosenhilfesystem?**

mit stationären mediz. Einrichtungen	sehr gut	gut	mäßig	schlecht
mit ambulanten mediz. Einrichtungen / niedergel. Ärzten	sehr gut	gut	mäßig	schlecht
mit lokalem Wohnungslosenhilfesystem	sehr gut	gut	mäßig	schlecht

Erläuterungen:

➤ falls Probleme in der Vernetzung bestehen: Worin bestehen die größten Probleme für eine Vernetzung mit anderen Einrichtungen zur Versorgung Ihrer Patienten?

Erläuterungen:

**13. Was sind die vorrangigen Ziele, die Sie mit Ihrer ärztlichen Arbeit im Projekt zu erreichen versuchen?**

	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	nicht wichtig
Bindung der Whgslosen ans Projekt				
Stabilisierung ihrer Gesundheit				
Wiederherstellung ihrer Gesundheit				
Case management im Hilfesystem				
Reintegration in die mediz. Regelversorgung				
Stärkung des Gesundheitsbewußtseins				

**14. Wie zufrieden sind Sie insg. mit den Möglichkeiten Ihres Projektes zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser?**

sehr zufrieden <input type="checkbox"/>	zufrieden <input type="checkbox"/>	mäßig zufrieden <input type="checkbox"/>	nicht zufrieden <input type="checkbox"/>
---	------------------------------------	--	--

Erläuterungen:

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme an der Befragung!

## Literatur

- Ärzttekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) (1995). Rahmenkonzept für ein Modellprojekt Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Obdachlose. Münster: Ärztekammer Westfalen-Lippe
- Ärzttekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) (1998). Modellprojekt "Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Obdachlose" - Abschlußbericht. Münster
- Albrecht G (1990). Erscheinungsweisen, Verlaufsformen und Ursachen der „Nichtseßhaftigkeit“ – eine theoretische Einführung. In: Albrecht G/ Specht T/ Goergen G/ Großkopf H (1990). Lebensläufe - Von der Armut zur "Nichtseßhaftigkeit" oder wie man "Nichtseßhafte" macht. Bielefeld: Verlag Soziale Hilfe
- Becker H & Kunstmann W. (2001): The Homeless Mentally Ill in Germany; in: International Journal of Mental Health, Vol.30, pp.57-73
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG) (2007). Schätzung der Zahl der Wohnungslosen 2006. Bielefeld: BAG
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG) (2008). Statistikbericht 2004 – 2006. Bielefeld: BAG 2008
- Eikermann B et al. (1992). Psychische Störungen bei nicht-seßhaften Männern - Defizite in der psychiatrischen Versorgung ? Sozialpsychiatrische Informationen 2/92, S.29-32
- Fichter MM et al. (1996). Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 246, p.185-196
- Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG) 1998
- Harbig & Lauterborn (2009). Tätigkeitsbericht Gast-Haus Über die Kooperation mit dem Mobilen Medizinischen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Dortmund,
- John W (1988)....ohne festen Wohnsitz... Bielefeld: Verlag Soziale Hilfe
- Klauber, J; Robra, B; Schellschmidt, H (2008). Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart: Schattauer-Verlag
- Kunstmann, W; Becker, H (1998). Methodische Probleme der Erhebung psychiatrischer Krankheitsprävalenzen unter Wohnungslosen. wohnungslos, Jg.40, 3, S.106-113
- Kunstmann W (2000). Psychische Erkrankungen wohnungsloser Männer und Frauen – eine kritische Analyse aktueller Forschungen; in: Ärztekammer Niedersachsen (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsförderung Bd.1: Leben auf der Straße; Hannover, S.7-16
- Kunstmann W, Gerling S, Becker H (1996). Medizinische Versorgungsprojekte für Wohnungslose - Ursachen und Konzepte. wohnungslos, Jg.38, 3, S.103-112
- Kunstmann W, Becker H (1998). Methodische Probleme der Erhebung psychiatrischer Krankheitsprävalenzen unter Wohnungslosen. wohnungslos, Jg.40, 3, S.106-113
- Kunstmann W, Kimont H (1999). Struktur der medizinischen Hilfen für Wohnungslose – Ergebnisse einer Fragebogenumfrage bei 72 Initiativen – Vortrag gehalten auf der

Fachtagung „Stand und Perspektiven der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen“ am 1.10.99 in Münster

- Kunstmann W, Ostermann T (2008). Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen - Abschlußbericht der wissenschaftlichen Studie. Düsseldorf: MAGS
- Landesgesundheitskonferenz (2001). Soziale Lage und Gesundheit – Entschließung der 10. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen am 31.8.2001. Düsseldorf: MFJFG
- Locher G (1990). Gesundheits-/ Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von alleinstehenden Wohnungslosen. Bielefeld: Verlag Soziale Hilfe
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) / Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) (2006). Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen
- Nouvertné U (1996). Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen. In: Institut für Kommunale Psychiatrie (Hg.). Auf die Straße entlassen - obdachlos und psychisch krank (S.39-52). Bonn: Psychiatrie Verlag
- Podschus J, Dufeu P (1995). Alkoholabhängigkeit unter wohnungslosen Männern in Berlin. Sucht 41(5), S.348-354
- Reker T., Eikermann B., Folkerts H(1997). Prävalenz psychischer Störungen und Verlauf der sozialen Integration bei wohnungslosen Männern. Das Gesundheitswesen 59, S.79-82
- Rössler W (1994). Wohnsitzlosigkeit unter psychisch Kranken - eine neue Problemdimension. Psychiatrische Praxis, 21, S.171-172
- Rosenke, W (1996). Weibliche Wohnungsnot, Ausmaß - Ursachen – Hilfeangebote. In: wohnungslos, Jg.38, 4, S.140-145
- Sperling F-M (1985). Medizinische Untersuchungen an 109 nichtseßhaften Männern. Med.Diss., Münster
- Statistisches Bundesamt (2008). GBE-Bund. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2003). Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE). Wiesbaden
- Trabert G (1995). Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. Med.Diss. Bielefeld: Verlag Soziale Hilfe
- Völlm B, Becker H, Kunstmann W. (2004). Psychiatrische Morbidität bei alleinstehenden wohnungslosen Männern – eine Querschnittsuntersuchung; in: Psychiatrische Praxis 31, S. 236 - 241
- Völlm B, Becker H, Kunstmann W (2004). Die Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und die Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: Eine Querschnittsuntersuchung; in: Sozial- und Präventivmedizin 49, S. 42 - 50