

Universität Leipzig
Fakultät für Mathematik und Informatik
Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie

ANALYSE UND BEWERTUNG DER
MEDIZINISCHEN DOKUMENTATION BEI
WOHNUNGSLOSEN AM BEISPIEL VON
LEIPZIGER HILFSANGEBOTEN

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science
(M. Sc.)

vorgelegt von

Robert Künzel
Studiengang Informatik M. Sc. mit Studienrichtung Medizinische Informatik

Leipzig, den 19.09.2023

AUTOR:

Robert Künzel

Geboren am 30.08.1998 in Wurzen, Deutschland

TITEL:

Analyse und Bewertung der medizinischen Dokumentation bei Wohnungslosen am Beispiel von Leipziger Hilfsangeboten

INSTITUT:

Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie
Fakultät für Mathematik und Informatik
Universität Leipzig

ERSTGUTACHTER:

Prof. Dr. Alfred Winter

ZWEITGUTACHTER:

Prof. Dr. Elske Ammenwerth

BETREUER:

Dr. Franziska Jahn

DANKSAGUNG

todo

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Gegenstand | 1 |
| 1.2 | Problemstellung | 2 |
| 1.3 | Motivation | 4 |
| 1.4 | Zielsetzung | 5 |
| 1.5 | Aufgabenstellung | 5 |
| 1.6 | Aufbau der Arbeit | 6 |
| 2 | Grundlagen | 7 |
| 2.1 | Begriffserklärungen | 7 |
| 2.2 | Lebenssituationen von Wohnungslosen | 8 |
| 2.2.1 | Allgemeine Daten | 9 |
| 2.2.2 | Gründe für Wohnungslosigkeit | 10 |
| 2.2.3 | Bildung und Berufsleben | 11 |
| 2.2.4 | Gesundheitliche Situation | 11 |
| 2.3 | Länderspezifische Situationen | 12 |
| 2.4 | Anforderungen an die medizinische Versorgung von vulnerablen Gruppen | 13 |
| 2.5 | Hilfsangebote in Leipzig | 14 |
| 2.5.1 | Leipziger OASE | 15 |
| 2.5.2 | CABL | 15 |
| 2.5.3 | Safe | 15 |
| 2.5.4 | Verbund Gemeindenahme Psychiatrie | 16 |
| 2.5.5 | Weitere Angebote | 16 |
| 2.6 | Methoden zur Informationsbeschaffung | 17 |
| 2.6.1 | Interview | 17 |
| 2.6.2 | weitere Methoden | 18 |
| 2.7 | Modellierungsformen | 19 |
| 3 | Stand der Forschung | 21 |
| 3.1 | Dokumentation in der Medizin | 21 |
| 3.1.1 | Literaturrecherche | 22 |
| 3.2 | Bestehende Lösungsansätze | 24 |
| 3.2.1 | Housing First | 24 |
| 3.2.2 | Safetynet | 24 |
| 3.2.3 | BHCHP | 25 |
| 3.2.4 | ALERT | 25 |
| 3.2.5 | Schwerpunktpraxen in Hamburg | 26 |
| 3.2.6 | Anonymer Behandlungsschein | 26 |
| 4 | Lösungsansatz | 29 |
| 4.1 | Interviewleitfäden | 29 |
| 4.2 | Überlegungen zur Modellierung | 30 |
| 4.3 | Vergleichskriterien | 31 |
| 5 | Ausführung der Lösung | 35 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.1 | Durchführung der Interviews | 35 |
| 5.1.1 | CABL und UVO | 35 |
| 5.1.2 | Ehrenamtliche Ärzt:innen | 37 |
| 5.1.3 | Verbund Gemeindenahme Psychiatrie | 38 |
| 5.1.4 | Krankenhauspersonal | 38 |
| 5.1.5 | Sozialarbeiter:innen | 39 |
| 5.2 | Aufbereitung der Audio-Aufnahmen | 40 |
| 6 | Ergebnisse | 43 |
| 6.1 | Stakeholder-Analyse | 43 |
| 6.2 | Kommunikationsmodelle | 45 |
| 6.2.1 | CABL-Sprechstunden | 45 |
| 6.2.2 | UVO-Koordination | 46 |
| 6.2.3 | Krankenhausumfeld | 46 |
| 6.2.4 | VGP und SpDi | 47 |
| 6.2.5 | Streetwork | 48 |
| 6.3 | Modell des Informationssystems | 49 |
| 6.3.1 | Fachliche Ebene | 50 |
| 6.3.2 | Logische Werkzeugebene | 51 |
| 6.3.3 | Physische Werkzeugebene | 52 |
| 6.4 | Stärken und Schwächen | 53 |
| 6.5 | Vergleich mit bestehenden Ansätzen | 54 |
| 7 | Diskussion | 57 |
| | Literatur | 59 |
| | Appendix | |
| A | Interviewleitfäden | 65 |
| A.1 | Ehrenamtliche Ärzt:innen | 65 |
| A.2 | Mitarbeiter von CABL | 66 |
| A.3 | VGP und sozialpsychiatrischer Dienst | 67 |
| A.4 | Stationäre und ambulante Behandlung | 68 |
| A.5 | Sozialarbeiter:innen | 69 |

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

| | | |
|---------------|---|----|
| Abbildung 2.1 | Altersstruktur von Wohnungslosen | 9 |
| Abbildung 2.2 | Berufsabschluss nach Alter | 11 |
| Abbildung 2.3 | Ärztekontakt nach Wohnungsnotfall | 12 |
| Abbildung 6.1 | Kommunikationsdiagramm CABL-Sprechstunde | 45 |
| Abbildung 6.2 | Kommunikationsdiagramm UVO-Angebote . | 46 |
| Abbildung 6.3 | Kommunikationsdiagramm UKL | 47 |
| Abbildung 6.4 | Kommunikationsdiagramm VGP | 48 |
| Abbildung 6.5 | Kommunikationsdiagramm Streetwork | 49 |
| Abbildung 6.6 | Fachliche Ebene - Teil 1 | 50 |
| Abbildung 6.7 | Fachliche Ebene - Teil 2 | 51 |
| Abbildung 6.8 | Logische Werkzeugebene | 51 |
| Abbildung 6.9 | Physische Werkzeugebene | 52 |

TABELLENVERZEICHNIS

| | | |
|-------------|--|----|
| Tabelle 2.1 | Auslöser für Wohnungslosigkeit | 10 |
| Tabelle 3.1 | Relevante Publikationen | 23 |
| Tabelle 6.1 | Stakeholder | 44 |

AKRONYME

| | |
|-------------------|--|
| 3LGM ² | Drei-Ebenen-Meta-Modell |
| ABS | Anonymer Behandlungsschein |
| AKST | Anonymer Krankenschein Thüringen e.V. |
| BAG W | Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V |
| CABL | Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Leipzig e.V. |
| PIA | Psychiatrische Institutsambulanz |
| Safe | Straßensozialarbeit für Erwachsene |
| SpDi | Sozialpsychiatrischer Dienst |
| TK | Tagesklinik |
| UKL | Uniklinikum Leipzig |

| | |
|-----|---|
| UML | Unified Modeling Language |
| UVO | Umfeldnahe Versorgung von Menschen ohne festen Wohnsitz |
| VGP | Verbund Gemeindenahe Psychiatrie |

EINLEITUNG

Die Aufgabe der Dokumentation ist in der heutigen Welt in vielen Bereichen ein essentieller Baustein im Ablauf von Prozessen. Insbesondere in der medizinischen Versorgung wird diesem Aspekt eine große Bedeutung zugeordnet. Sie dient nicht nur als Gedächtnisstütze für medizinische Fachkräfte sondern ist auch relevant bei der Weiterbehandlung von Patient:innen sowie in anderen Umfeldern wie Forschung oder Krankenversicherungen. Sie hat zudem eine gewisse Bedeutung, wenn es um den Nachweis von Behandlungsfehlern geht. Etwaige patientenbezogene Informationen müssen dahingehend sorgfältig erfasst, gespeichert und gepflegt werden. Die Anforderungen an ein zugehöriges medizinisches Dokumentationssystem sind dementsprechend hoch. (Merten, 2005, vgl.)

1.1 GEGENSTAND

Der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem ist für viele Bürger und Bürgerinnen allgemein klar: Man geht mit seinen Beschwerden bzw. seinem Anliegen in eine Arztpraxis, weist sich mit seiner Gesundheitskarte aus und wird anschließend beraten und behandelt. In kritischen Fällen geht man direkt zur zentralen Notaufnahme eines Krankenhauses oder ruft einen Krankenwagen. Unabhängig von der konkreten Situation ist ein Nachweis der Identität oder Krankenversicherung ein integraler Bestandteil dieses Prozesses, der den Verweis auf eine ggf. bestehende Dokumentation über den betroffenen Patienten erbringt.

Für viele Menschen stellt dies aber meist ein Problem dar und sie meiden den Gang zur Arztpraxis. Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von einer fehlenden bzw. nicht nachweisbaren Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse bis zu persönlichen und psychologischen Gründen, wie Scham oder Angst vor Diskriminierung, was mache veranlasst, ihren Namen nicht preisgeben zu wollen. (Kaduszkiewicz u. a., 2017, vgl.) Manche Krankheit oder Komplikation, die im Normalfall schnell erkannt und behandelt werden kann, wird ignoriert und hat das Risiko, ein Ernstfall zu werden. So ist eine Notaufnahme meist die erste Anlaufstelle für die Betroffenen, was ärztliches Personal und andere Mitarbeitende weiter belastet.

Obwohl die Grundprinzipien des deutschen Gesundheitssystems darauf abzielen, jedem Menschen eine Behandlung zu ermöglichen, gibt es eine nicht vernachlässigbare Menge an Menschen, denen der Zugang schwer fällt oder nicht möglich ist. Der Großteil dieser Grup-

pe besteht aus Wohnungslosen, was zum einen Menschen einschließt, die keine eigene Wohnung haben, zum anderen sind hierbei auch Personen gemeint, die keinen Aufenthaltsstatus haben und sich per se illegal in Deutschland aufhalten. Nach Angaben der BAG Wohnungslosenhilfe (2021) liegt die Jahresgesamtzahl aller wohnungslosen Menschen in Deutschland in 2020 bei geschätzt 417.000, wovon ca. 45.000 im Laufe eines Jahres ohne jegliche Unterkunft und somit auf der Straße leben.

Hinzu kommt, dass bei Personen in diesen Umfeldern sowohl somatische als auch psychische Erkrankungen stark prävalent sind. So werden kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Krankheiten der Leber und Lunge besonders häufig berichtet und etwa zwei Drittel der Menschen zeigen Hinweise für eine mögliche unbekannte psychische Störung. (Bertram u. a., 2022)

Um die medizinische Versorgung und den allgemeinen Kontakt zu Institutionen des Gesundheitswesens zu erleichtern, wurden in vielen Städten Deutschlands Hilfsangebote für Wohnungslose eingerichtet. In Leipzig organisiert der Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Leipzig e.V. (CABL) Möglichkeiten für Sprechstunden mit ehrenamtlich arbeitenden Ärzten und Ärztinnen. Hierzu werden nicht nur bereits bestehende Anlaufstellen wie z.B. die Leipziger OASE herangezogen, sondern auch mobile Optionen wie ein Behandlungsbus oder die privaten PKWs der Ärzt:innen bereitgestellt.

Die medizinische Dokumentation erfolgt in solchen Fällen jedoch meist nur rudimentär, wobei auch immer wieder Probleme mit der Identifikation der zu behandelnden Personen auftreten, da entsprechende Ausweisdokumente fehlen oder die Aussage aufgrund persönlicher Gründe verweigert wird. Um diesen Wunsch der Anonymität weitestgehend gerecht zu werden, soll mithilfe des anonymen Behandlungsscheins (ABS) jedem Patienten und jeder Patientin ein Pseudonym zugewiesen werden. Dieser Schein soll anschließend bei anderen Institutionen eine gleichwertige Ausweisfunktion wie z.B. ein Versicherungsnachweis tragen. (Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein e.V., 2022, vgl.)

1.2 PROBLEMSTELLUNG

Eine mangelhafte Dokumentation kann vor allem im medizinischen Bereich gravierende Folgen haben, die von Zeitproblemen bei den Prozessen bis hin zu gesundheitlichen Konflikten, z.B. im Zusammenhang mit Medikamenten, bei den beteiligten Patienten reichen. (Silvestre u. a., 2017, vgl.) Sollten wichtige Informationen fehlen, so müssen diese mithilfe von Doppeluntersuchungen erneut beschafft werden, was sowohl Kostenträger, Leistungserbringer und die betroffenen Patient:innen weiter belastet.

Der Grund für diese Notwendigkeit besteht darin, dass eine patientenspezifische Krankheitshistorie und Auflistung durchgeföhrter Prozeduren für die Diagnose und Therapieauswahl unerlässlich sind. Eine ungenaue bzw. fehlerhafte Aufzeichnung wichtiger Informationen kann dabei u.a. durch den Gebrauch suboptimaler Dokumentationssysteme geschehen.

Ein weiterer Punkt ist, dass bestehende Versorgungslücken im Gesundheitswesen, wie z.B. bei der Versorgung Wohnungsloser, zwar von verschiedenen gemeinnützigen Organisationen angegangen werden, diese jedoch meist nicht den vollen Versicherungsschutz ersetzen können, da sie neben Spendengeldern auch von den zeitlichen Kapazitäten ehrenamtlicher Mitarbeiter abhängig sind. (Zanders und Bein, 2022, S. 6)

Zur Entwicklung besserer und spezialisierter Dokumentationssysteme wird eine grundlegende Bibliothek an Wissen und Erfahrungsberichten benötigt. Diese ist jedoch genau in dem beschriebenen Fall meist unvollständig und lückenhaft, was das Erkennen von Problemmursachen und den generellen Überblick über das Themengebiet erschwert. Weiterhin muss bedacht werden, dass es eventuell bereits existierende Lösungen hierzu gibt, die zur Betrachtung mit hinzugezogen oder mittels kleinerer Erweiterungen an die Situation vor Ort angepasst werden können.

Eine solche Zusammenstellung relevanter Informationen muss vor Entwicklungsbeginn bereitliegen. Bezuglich dessen sollen in dieser Arbeit die folgenden Probleme behandelt werden:

- **P1: Unvollständige Informationen über die medizinische und sozialarbeitsbezogene Dokumentation bei Wohnungslosen**

Um Dokumentationssysteme entwickeln zu können, die den Bedürfnissen in diesem Umfeld gerecht werden, wird eine detaillierte Übersicht zu den Inhalten, Akteuren, Werkzeugen und Prozessen der Dokumentation benötigt, sowohl im medizinischen Sinne als auch im Kontext der Sozialberatung mit Personen von Hilfsorganisationen, in der die Anbindung an die Regelversorgung unterstützt wird. Nach aktuellem Stand sind die vorliegenden Informationen sehr lückenhaft.

- **P2: Unklarheit bezüglich etablierten Lösungen**

Es ist noch nicht klar, ob es außerhalb Leipzig bzw. international bereits etablierte Lösungen zur med. Dokumentation bei Wohnungslosen existieren, die eventuell als Grundlage verwendet werden könnten.

1.3 MOTIVATION

Die hier genannten Probleme stellen den Anlass für eine Entwicklung besserer Dokumentationssysteme im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung von wohnungslosen Menschen dar. Im weiteren Sinne kann diese Arbeit als einer der ersten Schritte in einem Projekt angesehen werden, das eine optimale Prozessgestaltung bei der Dokumentation für diese Personengruppen vorsieht und somit eine Entlastung des damit verbundenen Personals anstrebt.

Konkret sollen ärztliches Fachpersonal und Sozialarbeiter:innen Vorteile daraus ziehen können, indem Ihnen zur Entscheidungsfindung die relevanten Informationen zur benötigten Zeit am richtigen Ort zur Verfügung stehen. Dies ist nicht nur mit einer Zeiteinsparung verbunden, sondern bietet auch geringeren Spielraum für Fehlentscheidungen, insofern die patientenbezogenen Daten ausreichend vollständig und korrekt sind. Daraus folgt auch eine gewisse Sicherheit für die zu behandelnde Person, die mithilfe des ABS ihre Anonymität wahren kann und sich nicht der Belastung von unnötigen Doppeluntersuchungen stellen muss.

Eine erfolgreiche Projektdurchführung, in diesem Fall die Entwicklung besserer Dokumentationssysteme, hat eine detaillierte Wissensbasis bzw. eine Sammlung von Erfahrungsberichten als Voraussetzung. Unter der Betrachtung relevanter Informationen ist es möglich, etwaige Konfliktquellen und sonstige Schwierigkeiten im Voraus zu erkennen und in der Planung, Durchführung und Überwachung mit zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind weiterhin als Ergebnis einer Systemanalyse und -bewertung zu verstehen, sodass darauf aufbauende Projekte einen Nutzen ziehen können. Dies schließt nicht nur das angesprochene Projekt von verbesserten Dokumentationssystemen bei der Behandlung von Wohnungslosen ein, sondern generelle Vorhaben, die das Wohl von Patienten und die Entlastung von medizinischem Personal als Ziel haben.

Die auszuwählende Methodik bei der Informationsbeschaffung kann bei ausreichend detaillierter Beschreibung als Beispiel für ähnliche Arbeiten genommen werden, die sich mit einer gleichen Problematik konfrontiert sehen. Die Auswahl konkreter Fachdatenbanken bzw. der entsprechenden Suchverfahren sollte dabei nachvollziehbar erklärt werden.

1.4 ZIELSETZUNG

Um die oben genannten Probleme anzugehen, werden für diese Arbeit zu den einzelnen Punkten die folgenden Ziele definiert:

- **Ziel Z1** zum Problem P1: Im Rahmen einer Systemanalyse und -bewertung des Leipziger Informationssystems zur medizinischen und sozialarbeitsbezogenen Dokumentation bei Wohnungslosen soll ein Analysebericht angefertigt werden, der zudem aktuelle Stärken und Schwächen aufzeigt.
- **Ziel Z2** zum Problem P2: Es soll eine Gegenüberstellung des Leipziger Informationssystems mit eventuell bereits bestehenden Ansätzen erstellt werden, in der deren Umsetzung bzw. Übertragbarkeit diskutiert wird.

1.5 AUFGABENSTELLUNG

Die zentralen Fragen, mit der sich diese Arbeit beschäftigt, sind „Wie läuft die derzeitige medizinische Dokumentation bei Wohnungslosen ab?“ und „Wie lassen sich die Dokumentationssysteme in diesem Zusammenhang verbessern?“, wobei nochmals angemerkt werden muss, dass hierbei noch keine konkreten Systeme entwickelt oder implementiert werden sollen.

Zur Erreichung der gestellten Ziele, werden die anzugehenden Aufgaben wie folgt formuliert:

- Aufgaben zu Z1:
 - **Aufgabe A1.1:** Sammeln und Zusammenstellen von Informationen über das Leipziger Informationssystem der medizinischen Versorgung von Wohnungslosen
 - **Aufgabe A1.2:** Gegenüberstellung der Stärken und Schwächen des modellierten Systems
 - **Aufgabe A1.3:** Auflistung von Vorschlägen zur Verbesserung der Dokumentation bei Wohnungslosen
- Aufgaben zu Z2:
 - **Aufgabe A2.1:** Zielgerichtete Literaturrecherche über die Dokumentation bei Wohnungslosen und über eventuell bereits erprobte Dokumentationssysteme
 - **Aufgabe A2.2:** Gegenüberstellung der gesammelten Informationen mit dem Leipziger System sowie Diskussion der Praktikabilität in diesem Umfeld

1.6 AUFBAU DER ARBEIT

Dieses erste Kapitel soll zunächst eine Einführung in den Themenkomplex geben, wobei die bestehenden Probleme beschrieben und darauf aufbauend Ziele und Aufgaben formuliert werden, die den Rahmen dieser Arbeit darstellen. Die Grundlagen werden mit dem folgenden Kapitel behandelt. Hierbei sollen neben Begriffserklärungen auch Statistiken bzw. Publikationen hinzugezogen werden, die zum weiteren Verständnis erforderlich sind.

Kapitel 3 beinhaltet den aktuellen Stand der Informationen bzgl. der Dokumentation bei Wohnungslosen. Hierzu soll im anschließenden Kapitel ein Lösungsansatz beschrieben werden, welcher entsprechend der gesetzten Ziele und Aufgaben Methoden zur Informationsbeschaffung und -aufbereitung einschließt. Details zur Durchführung sowie die letztendlich zusammengestellten Ergebnisse bilden den Inhalt der Kapitel 5 und 6.

Das letzte Kapitel dient der kritischen Betrachtung der vorangestellten Ergebnisse sowie zur Diskussion im Zusammenhang mit den Aufgaben A1.3 und A2.2.

2

GRUNDLAGEN

Um die genannten Ziele anzugehen, müssen zunächst die zugrundeliegenden Begriffe definiert und der zu untersuchende Bereich etwas näher beschrieben werden. Wie auch bei anderen Personengruppen in vulnerablen Situationen können auch die Lebenssituationen von Wohnungs- bzw. Obdachlosen verschieden vom bereits bekannten oder etablierten Alltagsgeschehen sein. Es ist demnach wichtig sich vor Augen zu führen, mit welchen Aufgaben oder Problemen sich diejenigen Personen konfrontiert sehen, die keinen festen Wohnsitz haben bzw. nur notdürftig untergekommen sind. Weiterhin sollten neben einigen länderspezifischen Situationen auch die Anforderungen an einen Umgang mit Personen in solch prekären Situationen näher beschrieben werden.

In Vorbereitung für praktischen Teil der Arbeit werden anschließend auch ausgewählte Mittel zur Informationsbeschaffung sowie eine Reihe von Modellierungsformen erklärt, die dabei von Relevanz sein können.

2.1 BEGRIFFSERKLÄRUNGEN

Der Begriff der Wohnungslosigkeit wird im Allgemeinen relativ weit gefasst und schließt eine verhältnismäßig große Gruppe von Personen ein. Die Lebenssituationen lassen sich jedoch im Hinblick auf die Vulnerabilität weiter abstufen, weshalb vom Verband FEANTSA (National Organisations Working with the Homeless, 2017) die Europäische Typologie der Wohnungslosigkeit (ETHOS) herausgegeben wurde. Diese definiert eine Wohnung mithilfe von drei Domänen: dem physischen Besitz, den sozialen Bereich für Privatheit und Beziehungen sowie einer rechtlichen Domäne mit legalem Rechtstitel. Darauf aufbauend werden vier Hauptkategorien von Lebenssituationen genannt:

1. Obdachlosigkeit (orig. *roofless*)

Dies schließt Menschen ein, die darauf angewiesen sind, auf öffentlichen Plätzen oder in Notschlafstellen und niederschwelligen Einrichtungen zu übernachten. Dies ist die Gruppe mit der höchsten Vulnerabilität, was auch meist mit einem begrenzten Ausschluss von der Gesellschaft verbunden wird.

2. Wohnungslosigkeit (orig. *houseless*)

Personen in dieser Kategorie besitzen allgemein keinen festen Wohnsitz und kommen meist in Notunterkünften unter. Dies schließt neben Wohnungsloseneinrichtungen und Frauenhäusern auch Auffangstellen für Migranten und Asylbewerber ein, wobei die Aufenthaltsdauer meist kurzfristig begrenzt ist.

3. Ungesichertes Wohnen (orig. *insecure*)

Menschen mit ungesicherten Wohnverhältnissen leben häufig bei Freunden, Bekannten oder Verwandten. Weiterhin werden hier auch Personen mit eingeschlossen, die von einer Delogierung/Zwangsräumung oder von häuslicher Gewalt bedroht werden.

4. Ungenügendes Wohnen (orig. *inadequate*)

Dies ist eine Zusammenfassung von physisch unzureichen den Wohnverhältnissen. Gemeint werden damit Behausungen, die nicht für konventionelles Wohnen geeignet sind wie z.B. Wohnwagen, Garagen oder Abbruchgebäude, sowie Wohnungen, in denen die Mindestquadratmeter pro Person unterschritten werden.

Es ist anzumerken, dass sich diese Typologie auf die konkreten Wohnsituationen der Betroffenen stützt, was nicht unbedingt mit weiteren Dimensionen wie z.B. Gesundheit oder Arbeitsverhältnis in Verbindung stehen muss. Im Folgenden wird weiterhin von Wohnungs- und Obdachlosigkeit gesprochen, es soll jedoch alle Menschen mit einschließen, die sich in solchen vulnerablen Situationen befinden und aus verschiedenen Gründen ihre Identität nicht eindeutig ausweisen können oder wollen.

2.2 LEBENSSITUATIONEN VON WOHNUNGSLOSEN

Um die Umstände von Wohnungs- und Obdachlosen besser zu verstehen, kann es hilfreich sein, sich mittels statistischer Auswertungen einen Überblick über die Zusammensetzung dieser Menschengruppe zu verschaffen sowie die jeweiligen Gründe für das Leben ohne Wohnsitz zu erkunden. Die Daten basieren hierbei auf einen Statistikbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V (BAG W) zum Berichtsjahr 2020. Es muss zudem ein besonderes Augenmerk auf die gesundheitliche Situation gelegt werden, wobei weitere Publikationen herangezogen werden sollten.

2.2.1 Allgemeine Daten

Die Menge an Menschen in Wohnungslosigkeit deckt so gut wie alle Altersgruppen ab, wobei sich die Verteilung in den vergangenen Jahren nur wenig geändert hat. Anzumerken ist, dass die Gruppe der akut Wohnungslosen mit 73% eine sehr große Teilmenge innerhalb aller Klient:innen im Dokumentationssystem für Wohnungslose ausmacht, weshalb die Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen sehr gering ausfallen können. Nichtsdestotrotz ist mit zu erkennen, dass akut Wohnungslose im Durchschnitt etwas jünger sind, als im gesamten Datensatz, welcher alle Personen mit einschließt, die Angebote der Arbeitsgemeinschaft unter Umständen präventiv mit in Anspruch genommen haben.

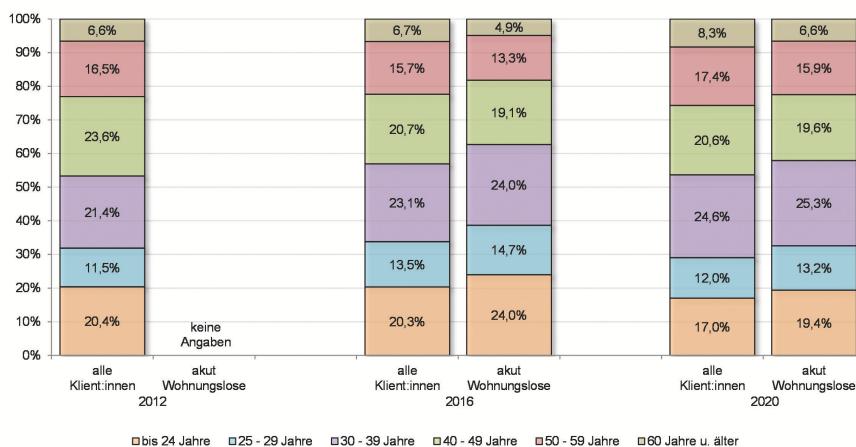


Abbildung 2.1: Die Altersstruktur von Wohnungslosen nach Berichtsjahren (BAG W, 2022)

Bei der Unterteilung nach biologischem Geschlecht ist auffällig, dass der Großteil (72,5%) der erfassten Personen männlich ist. Innerhalb der akut Wohnungslosen ist der Anteil mit 76,1% noch etwas höher. Dies liegt daran, dass Frauen vergleichsweise häufig „nur“ unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht werden oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben. Dies lässt vermuten, dass sie eher dazu bereit sind, vorsorgliche und nachträgliche Hilfsangebote in Anspruch nehmen.

In Sachen Staatsangehörigkeit und Migration wurde über eine längere Zeit ein Zuwachs von Personen aus anderen Staaten beobachtet, wobei sich die Verhältnisse nach aktuellen Bekanntgaben stabilisiert haben. Der Anteil akut Wohnungsloser mit deutscher Staatsangehörigkeit beläuft sich auf 69,4%. Den Rest stellen Personen aus anderen EU-Ländern (13,8%), Menschen aus der nicht-EU (16,6%) sowie eine kleine Gruppe, die alsstaatenlos erfasst wurden.

2.2.2 Gründe für Wohnungslosigkeit

Wie sich vermuten lässt, sind können sich die Gründe und Auslöser für Wohnungslosigkeit von Person zu Person stark unterscheiden. Es ist zudem möglich, dass ein Zusammenspiel von mehreren Aspekten zu solch einer drastischen Änderung der Lebenssituation führen kann. In Tabelle 2.1 sind die Gründe in einer Häufigkeitsverteilung angegeben, die 2020 von den betroffenen Personen als Hauptauslöser für eine drohende oder akute Wohnungslosigkeit mit angegeben wurden.

Bei der geschlechtlichen Unterscheidung sind in den meisten Punkten kaum bzw. nur geringe Unterschiede festzustellen. Lediglich bei Auslösern wie z.B. Haftantritt oder häuslicher Gewalt unterscheiden sich die Zahlen merkbar. Die Hauptauslöser bleiben weiterhin finanzieller oder zwischenmenschlicher Natur.

| Auslöser | männl. | weibl. | Gesamt |
|------------------------------------|--------|--------|--------------|
| Miet- bzw. Energieschulden | 17,5% | 18,6% | 17,8% |
| Trennung/Scheidung | 15,7% | 16,3% | 15,9% |
| Ortswechsel | 16,3% | 13,6% | 15,6% |
| Konflikte im Wohnumfeld | 16,8% | 16,0% | 16,6% |
| Auszug aus der elterlichen Wohnung | 7,7% | 8,5% | 7,9% |
| Haftantritt | 8,8% | 2,9% | 7,2% |
| Arbeitsplatzverlust/-wechsel | 6,1% | 3,3% | 5,4% |
| Veränderung der Haushaltsstruktur | 3,9% | 6,3% | 4,6% |
| Krankheit | 2,4% | 2,4% | 2,4% |
| Gewalt durch Partner:in | 0,5% | 7,3% | 2,4% |
| Krankenhausaufenthalt | 1,4% | 1,1% | 1,3% |
| höhere Gewalt | 1,1% | 1,1% | 1,1% |
| Gewalt durch Dritte | 1,0% | 1,8% | 1,2% |
| institutionelle Nichthilfe | 0,8% | 0,7% | 0,8% |

Tabelle 2.1: Auslöser für Wohnungslosigkeit (BAG W, 2022)

Laut BAG W ist bei etwas über die Hälfte aller Fälle der Wohnungsverlust von Seitens der vermieter Personen bzw. auf unfreiwillige Umstände zurückzuführen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der andere Teil freiwillig seinen festen Wohnsitz aufgibt. Viele kündigen einen bestehenden Betrag selbst oder ziehen ohne Kündigung aus, weil ihnen der Wohnungsverlust imminent erscheint, z.B. wenn Mietbeiträge nicht mehr tragbar sind.

2.2.3 Bildung und Berufsleben

In Hinsicht auf die Bildungssituation zeigt sich in diesem Umfeld im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein überproportionaler Anteil an Personen, die keine oder nur einen niedrig bewerteten Abschluss erreicht haben. Da laut BAG W in den letzten Jahren ein geringer Anstieg an Hilfesuchenden mit höheren Bildungsqualifikationen oder sonstigen, z.T. nicht-deutschen Abschlüssen, zu verzeichnen ist, haben sich die Verhältnisse etwas in diese Richtung verschoben. Dennoch ist die Gruppe mit niedrigen Abschlüssen mit rund 66% am meisten vertreten.

Eine weitere Erkenntnis lässt sich bei der Betrachtung der Berufsabschlüsse nach dem Alter (Abb. 2.2) herleiten: Der Anteil an Menschen ohne abgeschlossene berufliche Ausbildung nimmt mit dem Alter erwartungsgemäß ab. Da ältere Wohnungslose meist über einen praxis-, fachschul- oder (hoch-)fachschulbezogenen Berufsabschluss verfügen, lässt sich vermuten, dass generell das Alter oder eine eventuelle Altersarmut bedeutend zu Wohnungsverlusten beitragen könne.

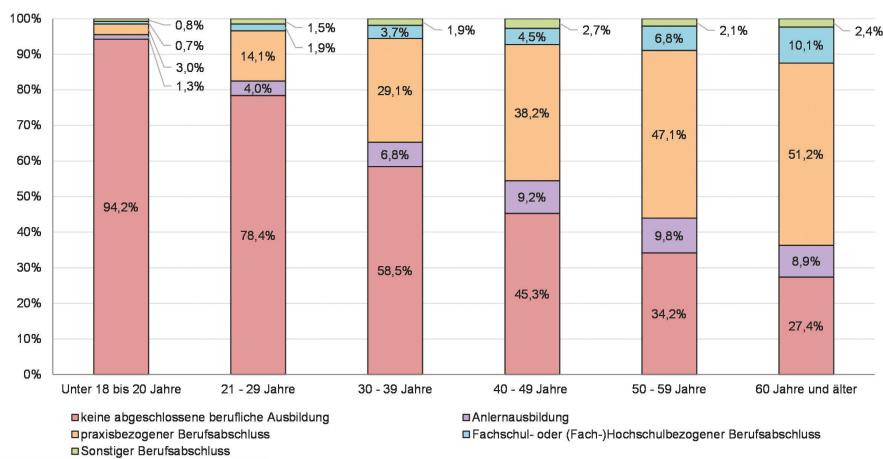


Abbildung 2.2: Berufsabschluss nach Altersklassen im Berichtsjahr 2020
(BAG W, 2022)

Ein weiterer Interessenspunkt ist die aktuelle Einkommenssituation bei akut Wohnungslosen. Dabei ist zu erkennen, dass über ein Drittel der Leute kein Einkommen haben und der überwiegende Teil auf Sozialleistungen angewiesen ist. Etwa jeder 10. Wohnungslose ist weiterhin berufstätig, was sich anteilig mit Beziehern von Rente oder Pension gleicht.

2.2.4 Gesundheitliche Situation

Im vorherigen Kapitel wurde erwähnt, dass bei wohnungslosen Menschen eine hohe Prävalenz von somatischen und psychischen Krankheiten beobachtet werden kann, was zu einer erhöhten Mortalität in

dieser Kohorte beizutragen scheint. Diese ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zwei- bis fünffach erhöht. (Bertram u. a., 2022, vgl.) Zu den Todesursachen gehören neben Infektionskrankheiten aber auch Verletzungen, Vergiftungen und Suizide. (Beijer u. a., 2011)

Trotz dieser Daten, haben Personen in akuter Wohnungs- und Obdachlosigkeit seltener Kontakt mit Ärzt:innen als andere, wobei ein verhältnismäßig großer Anteil im Zuge einer Notfallaufnahme oder über medizinische Hilfsangebote von Wohnungsnotfallhilfen geschieht. (Abb. 2.3)

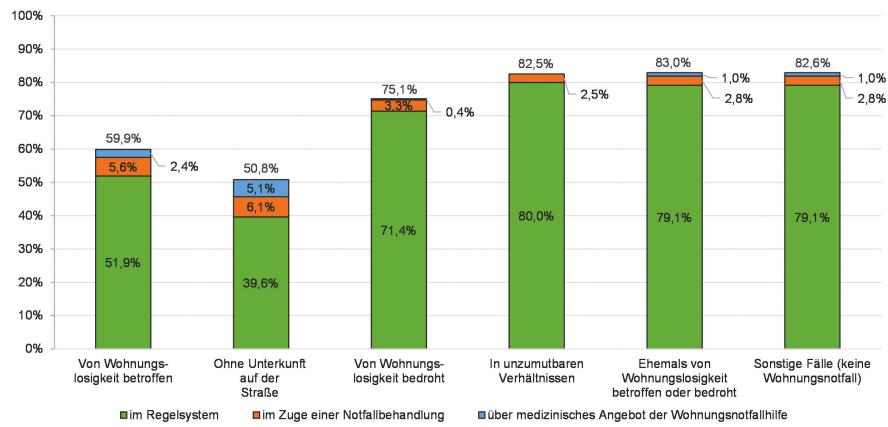


Abbildung 2.3: Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin in den letzten 6 Monaten nach Wohnungsnotfall (BAG W, 2022)

Diese Zurückhaltung in Bezug auf den Besuch von Institutionen im Gesundheitswesen kann zum einen mit den bereits erwähnten Gründen wie Angst vor Diskriminierung oder Scham (Kaduszkiewicz u. a., 2017) erklärt werden. Es ist weiterhin nicht auszuschließen, dass insbesondere Obdachlose ihre Prioritäten anders setzen müssen. So wird z.B. die Suche nach einem Schlafplatz oder der Schutz des persönlichen Besitzes wichtiger erachtet als das eigentliche gesundheitliche Befinden, wodurch zugehörige Angebote nur in Notfällen angenommen werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist für viele der eigene Krankenversicherungsstatus. Aus dem Statistikbericht kann entnommen werden, dass nur 67% der akut Wohnungslosen angaben, uneingeschränkten Zugang zu einer Krankenversicherung zu haben. Bei Obdachlosen liegt dieser Anteil sogar nur bei 59%.

2.3 LÄNDERSPEZIFISCHE SITUATIONEN

Zuerst sei gesagt, dass Wohnungs- und Obdachlosigkeit ein Problem ist, was eine Vielzahl von Ländern betrifft. Ein direkter Vergleich erscheint in vielen Fällen jedoch schwierig, da sich die verbreiteten Definitionen von dieser Art von Lebenssituation oftmals stark unterscheiden können. Während beispielsweise in Deutschland oder einigen

nordeuropäischen Ländern (Dänemark, Schweden, Finnland) fast alle Untergruppen der ETHOS-Light Typologie mit einbezogen werden, deckt sich im Süden und Osten Europas der Begriff der Wohnungslosigkeit oftmals mit dem der Obdachlosigkeit. Länder wie Großbritannien schließen sogar alle Menschen mit ein, denen der Wohnungsverlust erst bevorsteht oder derzeit in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben. Obgleich der Unterschiede ist ETHOS ein hilfreiches Werkzeug, wenn erkennbar gemacht werden soll, welche Personengruppen in länderspezifische Statistiken mit einfließen. (Busch-Geertsema, 2018)

Auf Ebene der EU erweist sich Finnland als Land von Interesse. Als einziger Mitgliedsstaat ist hierbei schon jahrelang ein kontinuierlicher Rückgang der Wohnungslosenquote zu verzeichnen, da schon seit 1987 mit einer Vielzahl und nationalen Strategien versucht wird, (Langzeit-)Wohnungslosigkeit zu bekämpfen und zu reduzieren. Busch-Geertsema (2012) listet die europaweiten Trends der nationalen Strategien folgendermaßen auf:

- Verstärkung und Optimierung von Prävention
- Beendigung von Wohnungslosigkeit bzw. bestimmter Formen als deutliches Ziel
- Vorgabe klarer Zielkriterien
- Reduzierung von Aufenthaltsdauern in Not- und Übergangunterkünften
- Verbesserung von Unterkünften und Hilfsangeboten

In einem Artikel von Lopez (2022) wird in Bezug auf die USA auf eine Krise der Wohnungslosigkeit aufmerksam gemacht. Aufgrund von Inflation und stetig steigenden Mietpreisen, sind Wohnungen für viele US-Amerikaner finanziell nicht mehr tragbar, was bei Unterkünften zu erhöhtem Andrang führt. Neben den längeren Wartelisten tauchen in Parks und anderen öffentlichen Plätzen immer weitere Lagerplätze mit Zelten auf.

2.4 ANFORDERUNGEN AN DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG VON VULNERABLEN GRUPPEN

Der Umgang mit vulnerablen Personengruppen ist schon länger ein Thema von bedeutendem Interesse und es wurden dahingehend auch Möglichkeiten untersucht, um den Zugang zu medizinischen Angeboten so einfach und niedrigschwellig wie möglich zu gestalten. Im Zuge von Behandlungen ist zwischenmenschlicher Kontakt unausweichlich, wodurch das Personal erwartungsgemäß eine wichtige Schlüsselrolle beim Patientenkontakt einnimmt.

In Hwang und Burns (2014) wurden in Bezug auf die Arbeit mit Wohnungslosen einige Schlüsselpunkte zusammengestellt, die bei Gesundheitsdienstleistern mit beachtet werden sollten:

- **Interpersonelle Beziehungen**

Beim Umgang mit Wohnungslosen sollte immer entsprechender Respekt gezeigt werden, um die Würde des Gegenüber nicht zu verletzen. Man sollte den Menschen mit Wärme und Fürsorge entgegentreten und versuchen, gegenseitiges Vertrauen aufzubauen. In diesem Sinne könnten auch Peer-Beratungen, also Beratungen durch Menschen in (ehemals) ähnlichen Situationen, von Bedeutung sein.

- **Gemeinschaftsmittel**

Dienstleister müssen mit den Hilfsprogrammen und Ressourcen vertraut sein, die den Patienten zur Verfügung stehen, oder in enger Zusammenarbeit mit Personal sein, die entsprechenden Vorkenntnisse besitzen.

- **Klinische Versorgung**

Angepasste Richtlinien sollen den Dienstleistern helfen, den physischen und mentalen Gesundheitsbedürfnissen von Menschen in Wohnungslosigkeit gerecht zu werden. Dabei sollen Systeme etabliert werden, die Nachuntersuchungen sicherstellen und eine beiderseitige Kommunikation zwischen Krankenhäusern und gemeindenahen Anbietern erleichtern. Weiterhin sollten sogenannte Outreach-Programme mit hinzugezogen werden, um die Menschen aktiv zu erreichen.

- **Interessenvertretung**

Dienstanbieter im Gesundheitswesen können sich für die Durchführung und Erhaltung von Maßnahmen einsetzen, die Verbesserungen der gesundheitlichen Situation von Wohnungslosen vorsehen.

2.5 HILFSANGEBOTE IN LEIPZIG

Not und Konflikte können viele Formen annehmen, weswegen sich mit der Zeit eine große Anzahl an Organisationen und Verbänden gebildet hat, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, diese weitverbreiteten Probleme anzugehen. Nachfolgend ist eine Auswahl der Hilfsangebote aufgelistet, die in der Stadt Leipzig eine Anlaufstelle für Wohnungs- und Obdachlose bieten.

2.5.1 *Leipziger OASE*

Wie auch in anderen Teilen Deutschlands ist die Diakonie als Wohlfahrtsorganisation und sozialer Dienst der evangelischen Kirchen auch in Leipzig vertreten und bietet nach dem Leitbild der Nächstenliebe zahlreiche Hilfsangebote für Menschen in Notsituationen an. Zusammen mit anderen Verbänden wie Caritas und AWO gehört sie zur Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, welche sich mit zentralen Problemen wie Armut, Arbeit, Gesundheit und Pflege, sowie Migration und Integration befassen.

In Bezug auf die Wohnungslosenhilfe wird zusammen mit dem Caritasverband die „Leipziger Oase“ angeboten, die neben ihrer Funktion als erste Anlaufstelle auch als Ergänzung zu Übernachtungshäusern angesehen wird. Nach eigenen Angaben kommen täglich zwischen 70 und 90 Personen, denen neben grundlegenden Angeboten wie Essensversorgung, Duschmöglichkeit und Wäschесervice auch Beratungen, Begleitungen und Vermittlungen in verschiedenen Formen zur Auswahl stehen. Seit November 2019 ist zudem das Team der Straßensozialarbeit tätig, welches aktiv auf Obdachlose zugeht und somit auch Menschen in entlegenen Gebieten erreichen kann. (Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V., [2023](#))

2.5.2 *CABL*

Der Verein „Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Leipzig“ befasst sich damit, notdürftigen Personen den Zugang zum Gesundheitssystem und die Suche nach Kostenträgern zu erleichtern. Dies ist von besonderer Bedeutung, sollte kein Versicherungsschutz bestehen, da ärztliche Behandlungen vertraulich, kostenfrei und vor allem anonym organisiert werden können. Entstanden ist CABL aus einer Initiative von Medinetz Leipzig und wird seit 2019 zudem von der Stadt gefördert.

Als zentrales Angebot steht neben den Sozialberatungen der anonyme Behandlungsschein im Zentrum, und fungiert ähnlich wie eine Erklärung der Kostenübernahme. Als bestehender Lösungsansatz wird dieser nochmals im entsprechenden Kapitel beschrieben. (Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein e.V., [2022](#))

2.5.3 *Safe*

„Straßensozialarbeit für Erwachsene“ - abgekürzt Safe - ist ein Projekt des Suchtzentrums Leipzig. Ähnlich dem Streetwork-Projekt der Diakonie suchen die Mitarbeitenden öffentliche Plätze auf, um aktiv auf die Menschen zuzugehen, Kontakte zu knüpfen und Hilfe vor Ort anzubieten. Dafür werden zwei Teams bereitgestellt:

- **Team „Konsum“**

Als Hauptziel soll den Menschen dabei geholfen werden, Kontakte zu knüpfen und ihren Alltag aktiv zu gestalten. Das Team ist im Westen von Leipzig unterwegs.

- **Team „Wohnen“**

Dieses Team konzentriert sich auf den Leipziger Norden und bietet Unterstützung und Hilfe bei unklaren oder heiklen Wohnsituationen.

Als Erweiterung kommt in Absprache mit den Teams auch der Hilfebus mit zum Einsatz. Im Zuge einer mobilen Grundversorgung, kann so den obdachlosen Menschen Essen, Getränke, Kleidung und Decken gegeben werden. Der Bus bietet zudem die Möglichkeit durch Kooperation mit ehrenamtlich arbeitenden Ärzten und Ärztinnen, als Anlaufstelle für Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden zu fungieren. (SZL Suchtzentrum gGmbH, 2023)

2.5.4 Verbund Gemeindenahe Psychiatrie

Zugehörig zum Krankenhaus St. Georg konzentriert sich der Verbund Gemeindenahe Psychiatrie auf die Behandlung von Menschen, die unter psychischen Erkrankungen bzw. psychosozialen Problemen leiden. Mit insgesamt fünf Standorten vereint das teilstationäre und ambulante Behandlungs- und Beratungszentrum die drei Betreuungsebenen Instanzambulanz, Tagesklinik und sozialpsychiatrischer Dienst und bietet zudem auch eine Peerberatung an, also Gespräche mit Menschen, die bereits Psychiatrieerfahrung haben. (Klinikum St. Georg gGmbH, 2023b)

2.5.5 Weitere Angebote

Dies ist nur ein kleiner Ausschnitt aus der Vielzahl an Hilfsangeboten. Es gibt dementsprechend noch weitere Anlaufstellen, die sich unterschiedlich spezialisiert haben.

Beispielsweise hat der Verein „TiMMi ToHelp“ mehrere aktive Projekte, die sich allgemein mit den Themen Wohnungs- und Obdachlosigkeit, Armut und Wiedereingliederung befassen. Eine Tätigkeit ist die wöchentliche Verteilung von Care Bags, also von Lebensmitteln und Hygieneartikeln an hilfebedürftige Menschen. In dieser Hinsicht können dem Verein verschiedene Sachspenden gegeben werden, die dann ihren Weg zu Menschen auf der Straße finden. (TiMMi ToHelp e.V., 2023)

2.6 METHODEN ZUR INFORMATIONSBESCHAFFUNG

Im Folgenden soll auf die verschiedenen Methoden eingegangen werden, die im Rahmen der Arbeit zum Zweck der Informationsbeschaffung von Bedeutung sind. Dies beinhaltet neben einer Beschreibung der zielgerichteten Literaturrecherche auch Grundlagen, die zur Findung eines Lösungsansatzes relevant sind.

2.6.1 Interview

Interviews werden für den praktischen Teil dieser Arbeit von besonders wichtigem Wert sein, da nach aktuellem Stand kaum Daten über das Leipziger Informationssystem zur medizinischen Behandlung von Wohnungs- und Obdachlosen vorliegen oder bereits vorhandene Dokumente nicht vollständig genug sind. Damit neue Daten möglichst realitätsgerecht sind, ist es naheliegend eine weitreichende Auswahl an Akteuren im genannten Umfeld zu befragen.

Nach Döring und Bortz (2015) bieten Interviews zahlreiche Vorteile gegenüber anderen Methoden. Zum Beispiel werden bei dieser Befragungsform subjektive bzw. nicht direkt beobachtbare Verhaltensweisen und Ereignisse zugänglich gemacht. Als Live-Situation können zudem bestimmte Hintergrundinformationen über die befragten Personen, wie Klarheit oder Zügigkeit der Antwort, mit aufgenommen werden, wobei die direkte Möglichkeit für eventuelle Rückfragen besteht. Auf diese Weise können in kurzer Zeit viele Informationen gesammelt werden, die sowohl quantitativ als auch qualitativ ausreichend sind.

Zu den Nachteilen zählen u.a. ein erhöhter Zeitaufwand bei der Vorbereitung, da neben dem konkreten Inhalt des Interviews die Befragungspersonen einzeln und persönlich kontaktiert werden müssen. Die geringere Anonymität als beispielsweise bei einer schriftlichen Befragung sowie die Reaktivität der Methode durch das generelle Wissen, dass man sich in einem Interview befindet, stellen außerdem mögliche Verzerrungsquellen dar.

Um den möglichen Problemquellen vorzubeugen, müssen somit zuvor einige Fragen beantwortet werden:

- Wer soll befragt werden?
- Auf welche Weise erfolgt das Interview (persönlich, telefonisch, online)?
- In welcher Reihenfolge sollen die Kandidaten interviewt werden?
- Sind Gruppeninterviews möglich? Bringt sie einen Mehrwert?
- Wie wird strukturiert? Gibt es einen Leitfaden?

- Kann das Interview aufgezeichnet werden?
- Was sind mögliche Komplikationen?

Als Interviewform bietet sich ein sogenanntes halbstrukturiertes Interview an. Hierbei bedient man sich eines Leitfadens, damit die befragten Personen zwar die gleichen Fragen gestellt bekommen, diese aber dennoch aufgrund ihrer Offenheit mit eigenem Wortlaut beantworten können. Um auf das Gesprochene später zurückgreifen zu können, kann von einem Interview eine Audio-Aufnahme erstellt werden mit der Möglichkeit, davon ein Transkript anzufertigen.

Um das aufgenommene Gespräch in Textform zu bringen, gibt es mehrere Herangehensweisen, die sich in Aufwand und Ergebnisqualität unterscheiden. So stehen für diese Aufgabe Methoden der manuellen und automatischen Transkription sowie die Hilfe durch Schreibkräfte zur Auswahl, wobei letztere Möglichkeit mit höherem Kostenaufwand einhergeht.

Eine manuelle Transkription kann im einfachsten Fall ohne zusätzliche Tools erfolgen, indem die Audioaufnahme abgespielt wird, um per Hand das Gesagte aufzuschreiben. Da das Sprechen und Schreiben eines bestimmten Inhalts mit unterschiedlicher Geschwindigkeit geschieht, muss die Wiedergabe oft pausiert bzw. zurückgespult werden. Allein das mehrmalige Abspielen einzelner Passagen führt dazu, dass für diese Methode ein signifikanter Zeitbedarf anfällt, der durch Korrekturlesen und dem Setzen von Zeitmarken weiter erhöht wird.

Um den Aufwand zu verringern, werden von verschiedenen Herstellern Tools angeboten, mit denen das manuelle Transkribieren vereinfacht werden soll. So können die Audiodateien in anpassbarer Geschwindigkeit wiedergegeben und Zeitmarken per Knopfdruck eingesetzt werden. Diese Anwendungen sind zumeist kostenfrei und können sowohl webbasiert über einen Browser als auch als eigenständiges Programm bedient werden.

Bei einer automatischen Transkription wird versucht, Gesprochenes via Spracherkennung bzw. Speech-to-Text in eine lesbare Form zu bringen. Die dabei verwendeten Sprachmodelle schaffen diese Umwandlung in relativ kurzer Zeit, sind aber anfällig für Dialekte oder unbekannte/unverständliche Worte, zumal nicht jedes Modell für die deutsche Sprache eingesetzt werden kann. Viele der Anbieter bieten diese Option als kostenpflichtige Alternative zur manuellen Transkription an, da der Rechenaufwand auf ihrer Seite hierbei um einiges höher ist.

2.6.2 weitere Methoden

Neben einer allgemeinen Literaturrecherche und den Interviews gibt es noch einige weitere Methoden, die im Zuge der Arbeit von Bedeutung sein könnten. Beispielsweise wäre es vorstellbar, bestehende

Vorgänge und Routinen mittels Beobachtungen zu untersuchen. Da hier nicht in die natürlichen Abläufe eingegriffen wird können neben einer realitätsgetreuen Darstellung der Prozesse auch unbewusste Verhaltensweisen der Beteiligten mit erfasst werden.

Sollte es erforderlich sein, eine Mehrzahl von Personen gleichzeitig zu bestimmten Punkten zu befragen, könnte auch ein Fragebogen ausgearbeitet werden. Je nach Grad der Standardisierung sind die Antworten untereinander vergleichbar und bieten die Möglichkeit, subjektive Meinungen und Unterschiede zu erfassen. Im Vergleich zu einem Interview ist ein Fragebogen zudem etwas diskreter und anonymer, sodass die Befragten eher dazu bereit sind, heikle Fragen zu beantworten.

Zuletzt kann bei bereits vorhandenen Dokumenten und Daten eine Dokumentenanalyse durchgeführt werden. Im Vergleich zu den anderen Methoden ist der Aufwand zwar geringer, jedoch kann nicht garantiert werden, dass relevante Informationen daraus gewonnen werden können, da die Dokumente, auf die zugegriffen wird, für andere Zwecke erstellt wurden. (Döring und Bortz, 2015)

2.7 MODELLIERUNGSFORMEN

Um Informationen verständlich und anschaulich darzustellen, müssen bestehende Rohdaten zunächst aufbereitet werden. Hierbei bedient man sich oft an verschiedenen Modellen, die dabei helfen sollen, einen untersuchten Ausschnitt aus der Realität detailliert abzubilden. Im Zusammenhang mit dieser Arbeit soll in den ausgewählten Modellen bzw. Diagrammen deutlich werden, welche Akteure wann und in welcher Form miteinander kommunizieren.

Die Unified Modelling Language (UML) bietet eine Vielzahl an unterschiedlichen Struktur- und Verhaltensdiagrammen, sodass für die meisten Aufgabenstellungen auch ein passendes gefunden werden kann. Der erstere Diagrammtyp befasst sich dabei mit der statischen Struktur eines Systems, während sich der zweite auf das dynamische Verhalten der Objekte in einem System konzentriert und dadurch Veränderungen im Laufe der Zeit beschreibt. (Object Management Group, 2017)

Des Weiteren findet zur Darstellung von allgemeinen Prozessen die Spezifikationssprache BPMN Verwendung. Mit den darin bereitgestellten Symbolen können gesamte Geschäftsprozesse und Arbeitsabläufe modelliert werden. Im Gegensatz zur objektorientierten UML-Notation ist BPMN prozessorientiert. (Object Management Group, 2011)

In Winter u. a. (2023) wird zur Modellierung von Informationssystemen das Drei-Ebenen-Meta-Modell (3LGM²) vorgestellt. Hierbei wird das zu untersuchende Informationssystem anhand einer fachlichen Ebene sowie einer logischen und physischen Werkzeugebene darge-

stellt (siehe Abbildung ??). Durch diese Unterteilung ist zunächst eine relativ simple Beschreibung der Beziehungen zwischen Aufgaben und behandelten Objekttypen sowie Schnittstellen bzw. Verbindungen der Anwendungs- oder der physischen Datenverarbeitungsbau-steinen möglich. Betrachtet man anschließend die Ebenen als Ganzes, so erschließt sich ein Gesamtbild, aus dem zu erkennen ist, welche Elemente der fachlichen Ebene durch welche Anwendungssysteme, papierbasiert oder digital, unterstützt werden und welche physischen Bausteine die Basis dafür legen.

3

STAND DER FORSCHUNG

Medizinische Versorgung kann wie bereits erwähnt für viele Menschen ein heikles Thema sein. Insbesondere für Personen in Wohnungslosigkeit kann der Gang zum Arzt schon aufgrund von negativen Erfahrungen viel Überwindung kosten. Entsprechend müssen etwaige Hilfsangebote auf die Situation und die konkreten Personengruppen angepasst sein, damit ihr Angebot auch in Anspruch genommen wird. Die medizinische Dokumentation ist ebenfalls von diesen Umständen betroffen und muss entsprechend gestaltet werden.

3.1 DOKUMENTATION IN DER MEDIZIN

Medizinische Dokumentation erfüllt eine unabdingbare Rolle in der Gesundheitsversorgung und ist bei der Erfüllung einer Mehrzahl an Zielen beteiligt. In Leiner u. a. (2012) werden diese wie folgt aufgelistet:

- Unterstützung der Patientenversorgung
- Erfüllen rechtlicher Erfordernisse
- Unterstützung der Administration
- Verbesserung der Informationsströme und des Betriebsablaufes
- Unterstützung des Qualitätsmanagements
- Unterstützung der klinisch-wissenschaftlichen Forschung
- Unterstützung der klinischen Aus- und Fortbildung

Diese Auswahl an Zielen verdeutlicht zunächst, dass medizinische Dokumentation nicht nur als Gedächtnisstütze dienen soll, sondern auch Einfluss auf zahlreiche andere Teilbereiche innerhalb einer Gesundheitseinrichtung nimmt. In Bezug auf die Versorgung von Wohnungslosen sind die Anforderungen an ein etwaiges Dokumentationssystem an diese Ziele angelehnt und sollten regelmäßig mit diesen abgeglichen werden.

Ähnlich dem Buch, geht es bei dieser Arbeit um den Bereich der klinischen Dokumentation. Dabei handelt es sich primär um die Handhabung von Informationen und Daten, die bei der medizinischen Versorgung konkreter Patienten und Patientinnen anfallen. Dazu gehören beispielsweise Anamnesebögen, Befunde, Diagnosen und Therapiepläne sowie generell Arztbriefe.

Es ist weiterhin festzuhalten, dass bei Überlegungen sowohl auf rechnergestützte als auch auf papierbasierte Methoden mit eingegangen werden sollte, da beide Vor- und Nachteile besitzen, die situationsbedingt von Relevanz sind. Der Einsatz von Rechnern kann z.B. eine weitestgehend ortsunabhängige Verfügbarkeit der Daten ermöglichen und Zeit bei der Verarbeitung der Daten einsparen, geht aber zumeist mit höheren Kosten und unter Umständen einer mühsameren Bedienung einher.

3.1.1 Literaturrecherche

Um entsprechende Publikationen und Statistiken zu erhalten, wurden verschiedene Suchmethoden verwendet. Dabei sind neben einfachen Websuchmaschinen auch Literaturdatenbanken wie z.B. PubMed zum Einsatz gekommen, um erste Publikationen zu finden, die als Quelle in Frage kommen. Während Einträge in etablierten Datenbanken bereits weitestgehend als seriös eingestuft werden können, sollten Ergebnisse aus allgemeineren, internetweiten Suchalgorithmen dahingehend näher untersucht werden.

Als Schlüsselwörter, die bei der Suche verwendet wurden, sind neben den folgenden Wörtern auch verschiedene Kombinationen miteinander sowie den Umständen entsprechend auch deren englischen Übersetzungen zu Einsatz gekommen:

- Wohnungslose, Obdachlose, Wohnungs- und Obdachlosigkeit (engl. *homelessness*)
- medizinische Dokumentation (engl. *medical documentation*)
- elektronische Patientenakte (engl. *electronic medical record*)
- Hilfsangebote, Wohnungslosenhilfe in Leipzig
- Umgang mit vulnerablen Gruppen
- Ansätze, Strategien, Interventionen

Gefundene Dokumente wurden zudem als Anhaltspunkte genommen, um mithilfe des Schneeballverfahrens weitere mögliche Quellen ausfindig zu machen. Dies ist vor allem hilfreich, da hierbei nicht nur verschiedene Studien zitiert werden, sondern auch auf Pressemitteilungen und Graue Literatur von verschiedenen relevanten Organisationen verwiesen wird.

Zuletzt konnten auch die Webseiten von Hilfsorganisationen, die auf einen der bereits genannten Wege gefunden wurden, auf weiterführende Links untersucht werden, denn viele nutzen diese Möglichkeit, um anzugehende Probleme oder zu erreichende Ziele besser zu beschreiben oder zu untermalen.

Eine Auflistung relevanter Publikationen, auf die in den einzelnen Kapiteln zurückgegriffen wird, ist in Tabelle 3.1 zu finden.

| Titel | Inhalt | Kapitel | Verweis |
|--|---|---------|----------------------------|
| The Medical Treatment of Homeless People | Gesundheitliche Situation von Wohnunglosen | 1.1 | Kaduszkiewicz u. a. (2017) |
| Psychische und somatische Gesundheit von wohnungslosen Menschen | Gesundheitliche Situation von Wohnunglosen | 1.1 | Bertram u. a. (2022) |
| Statistikbericht 2020: Zu Lebenslagen wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland – Lebenslagenbericht | Aktuelle Statistiken zur Situation in Deutschland | 2.2 | BAG W (2022) |
| Health interventions for people who are homeless | Anforderungen an medizinische Versorgung von Wohnunglosen | 2.4 | Hwang und Burns (2014) |
| Wohnungslosigkeit in Deutschland aus europäischer Perspektive | Länderspezifische Situationen von Wohnunglosen | 2.3 | Busch-Geertsema (2018) |
| Wohnungslosenpolitik in Europa. Nationale und europäische Strategien gegen Wohnunglosigkeit | Länderspezifische Situationen | 2.3 | Busch-Geertsema (2012) |
| Der anonyme Behandlungsschein – von der Idee zur Umsetzung. Ein Handlungssleifaden | Konzept zum ABS | 3.2 | Zanders und Bein (2022) |
| Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care | Ansatz von ALERT | 3.2 | Davies und Wood (2018) |
| Specialist medical centres for the homeless in Hamburg - diagnoses and reasons for treatment compared to general practice system (regular care system) | Schwerpunktpraxen in Hamburg | 3.2 | Leeden u. a. (2023) |
| Safetynet Strategic Plan 2022 - 2024 | Ansatz von Safetynet | 3.2 | Safetynet (2022) |
| Electronic medical record implementation for a healthcare system caring for homeless people | Ansatz des BHCHP | 3.2 | Angoff u. a. (2019) |

Tabelle 3.1: Eine Auflistung gefundener Publikationen von Relevanz

3.2 BESTEHENDE LÖSUNGSANSÄTZE

Dokumentation ist ein essentieller Bestandteil des Aufgabenspektrums der verschiedenen Hilfsorganisationen, welche sich mit den Problemen und Anliegen von wohnungslosen Personen befassen. Im Folgenden werden einige Ansätze aufgelistet, die sich mit der medizinischen Versorgung dieser Personengruppe befassen sowie Methoden und Lösungen, die von einigen Organisationen in Hinblick auf die medizinische Dokumentation implementiert wurden.

3.2.1 *Housing First*

Die Korrelation zwischen einer stabilen Unterkunft und der persönlichen Gesundheit steht im Kern des Ansatzes „Housing first“, der seinen Ursprung in den USA hat. Hierbei wird eine nicht vorhandene Behausung auf gleiche Ebene mit Krankheiten gesetzt, d.h. im Falle einer medizinischen Behandlung, sollte der Patient zunächst irgendwo unterkommen, um letztendlich die Erfolgsschancen zu erhöhen.

Dieser eher allgemein formulierte Ansatz setzt noch keine konkreten Vorgaben oder Ziele bezüglich des eigentlichen Vorgehens oder der entstehenden bzw. benötigten Daten. Für weitere Systeme, die darauf aufbauen oder diesen Aspekt mit berücksichtigen, ist eine vorhergehende medizinische Dokumentation dennoch wichtig, um beispielsweise die Notwendigkeit einer Behausung adäquat einschätzen zu können. (Srebnik, Connor und Sylla, 2013)

3.2.2 *Safetynet*

Der Wohlfahrtsverband „Safetynet“ versucht Menschen, die am Rande der Gesellschaft stehen, eine hochwertige medizinische Versorgung zu ermöglichen und fördert dahingehend auch ein Netzwerk von Gesundheitsdiensten, die mit wohnungs- und obdachlosen Personen arbeiten. Dafür werden mehrere Teams bereitgestellt, die medizinische Angebote in Dublin für diese Personengruppe anbieten. Diese werden zusammen mit den Zielen in einem entsprechenden Strategieplan vorgestellt. (Safetynet, 2022)

Ein „In-Reach Primary Care Team“ versucht die gesundheitlichen Dienste näher an die Menschen zu bringen. Es arbeitet daher eng mit dem St. James oder der Notaufnahme des Mater Krankenhauses zusammen und kann dadurch hausärztliche sowie pflegerische Angebote fördern, die auch in den Notunterkünften oder bestimmten Drop-In-Zentren fortgeführt werden.

Für Obdachlose und generell Menschen, die keinen Zugang zu den Angeboten der Regelversorgung besitzen, ist außerdem ein mobiles Out-Reach-Team zuständig. Bestehend aus in Dublin ansässigen Allgemeinmedizinern und einigen Krankenschwestern, die zu Safety-

net gehören, ist diese Einheit mit einem umgebauten Krankenwagen dreimal die Woche an Abenden unterwegs, um Leute auf der Straße aufzusuchen, zu beraten und zu betreuen.

Weitere Gruppierungen umfassen ein Team, welches den Housing-First-Ansatz verfolgt und halb-akute Behandlungen und Betreuungen mit unterstützt sowie mehrere Open-Access Kliniken, die Hilfe und Unterstützung für alle Menschen anbieten, die ansonsten keinen Zugang zu der primären Versorgung haben, wodurch auch ein großer Anteil der medizinischen Fachbereiche abgedeckt wird, um die unterschiedlichsten gesundheitlichen Anliegen behandeln zu können.

Zur Dokumentation wird auf ein webbasiertes Krankenaktenystem zurückgegriffen, im Einsatz ist dafür das sogenannte „Socrates Praxisverwaltungssystem“. Das dahinterliegende Ziel ist es, die Gesundheitsversorgung qualitativ hochwertig zu gestalten, indem die Risiken für Mehrfachbehandlungen oder Fragmentierung der Dienste möglichst reduziert werden. Dies ist von besonderer Bedeutung, da Menschen, die in prekären Lagen leben, meist keine regulären Besuche bei z.B. Hausärzt:innen machen. Eine medizinische Vorgeschichte oder eine Auflistung verschriebener Medikamente müssen somit unabhängig vom jeweiligen behandelnden Arzt oder Ärztin vorliegen.

3.2.3 BHCHP

Das „Boston Healthcare for the Homeless Program“ (BHCHP) ist eines der größten freistehenden Gesundheitsversorgungsprogramme für Wohnungs- und Obdachlose und stellt für genau diese Bevölkerungsgruppe der US-amerikanischen Stadt Boston Präventions-, Behandlungs- und Betreuungsangebote bereit. Dazu werden an einer Großzahl an Standorten Kliniken betrieben, die sowohl medizinische als auch zahn-, verhaltens- und suchtmedizinische Leistungen anbieten.

Bereits 1996 wurde hier ein Patientenverwaltungssystem implementiert, welches ausschließlich mit Hinblick auf die wohnungslose Bevölkerung ausgerichtet war. Im Jahr 2015 entschied man sich dazu, zu einem neuen Anwendungssystem zu wechseln, namentlich „Epic“. Über einen Zwischenhändler konnte mit dem Hersteller ein kollaboratives Angebot zu gemeinsamen Nutzung ausgehandelt werden, so dass auch andere medizinische Hilfsorganisationen davon profitieren konnten.

Das Ziel dabei war es, sowohl die Funktionalität zu erhöhen und eine intraoperative Kommunikation innerhalb dieser flächendeckenden Implementierung zu ermöglichen. (Angoff u. a., 2019)

3.2.4 ALERT

Das Assessment, Liaison and Early Referral Team (ALERT) des Krankenhauses St. Vincent's in Melbourne, Australien gehört zum klini-

kinternen Hospital Admission Risk Programm (HARP), welches eine allgemeine Reduzierung der Inanspruchnahme der Notfallaufnahme anstrebt. ALERT spezialisiert sich dabei auf die Untergruppe der Patienten, die komplexe psychosoziale und medizinische Bedürfnisse aufweisen.

Das Team sah sich mit dem Problem konfrontiert, dass viele Termine für z.B. Nachuntersuchungen nicht eingehalten wurden, weil einige betroffene Personen keine festen Kontaktadressen bzw. -möglichkeiten wie E-Mail oder Telefon vorweisen konnten. Als relativ simple Lösung wurden günstige Mobiltelefone beschafft, indem auf bestimmte Brokerage-Fonds zugegriffen wurde. Diese wurden anschließend an die Patienten verteilt, was die Einhaltung von Terminen merkbar verbesserte. (Davies und Wood, 2018)

3.2.5 Schwerpunktpraxen in Hamburg

Ein konkreter Ansatz, der seit 2013 in Hamburg verfolgt wird, ist die medizinische Versorgung von Wohnungs- und Obdachlosen über sogenannte Schwerpunkt-Praxen. An bestimmten Tagen der Woche werden dort hausärztliche Sprechstunden angeboten, die speziell für vulnerable Gruppen bzw. Personen ohne Versicherungsschutz ausgerichtet sind. An zwei der insgesamt drei Standorten können Betroffene zudem auch eine psychiatrische Beratung in Anspruch nehmen.

Die dort tätigen Hausärzte und Psychiater sind in Hamburg niedergelassen und arbeiten in den dortigen Praxen. Da sie in diesem Zusammenhang nur die Grundversorgung übernehmen, wird für Fälle, die weiteren Maßnahmen bedürfen, ein Kontakt mit den Institutionen der Regelversorgung hergestellt. (Leeden u. a., 2023)

3.2.6 Anonymer Behandlungsschein

Wie bereits angemerkt, wird zudem der Einsatz des anonymen Behandlungsscheins (ABS) weiter vorangetrieben. Der zentrale Kerngedanke dabei ist es, den Zugang zum hiesigen Gesundheitssystem für jeden zu ermöglichen, unabhängig von der jeweiligen Situation, in der sich die betroffenen Personen befinden.

Es handelt sich hierbei jedoch meist nur um einen kurzfristigen Zugang zum Gesundheitssystem in Deutschland. Die ausstellenden Clearingstellen, z.B. CABL oder der Anonymer Krankenschein Thüringen e.V. (AKST), versuchen dies für die Betroffenen auch langfristig möglich zu machen, weshalb beim Clearing versucht wird, einen anderen Kostenträger ausfindig zu machen oder die Personen über eine Krankenkasse abzusichern. Der ABS ist damit nur ein Ansatzpunkt bei dem Versuch, medizinische Versorgung niedrigschwellig zur Verfügung zu stellen.

Zur Evaluation dieses Projektes werden dabei auch Daten zu Fallzahlen oder Kosten erhoben, wobei auch eine Dokumentation typischer sowie problematischer Fälle in Betracht gezogen wird. (Zanders und Bein, 2022)

4

LÖSUNGSANSATZ

Das folgende Kapitel befasst sich mit den Methoden und Lösungsansätzen, die zum Erreichen der Ziele dieser Arbeit verwendet werden. Dazu gehören neben dem Erstellen von Interviewleitfäden und der Auswahl der Kontaktpersonen auch die Überlegungen hinsichtlich der anschließenden Modellierung. Um die Erkenntnisse mit den gefundenen Ansätzen gegenüber stellen zu können, werden zudem einige Kriterien definiert, die hierbei als Vergleichspunkte dienen.

4.1 INTERVIEWLEITFÄDEN

Als Methode zur Informationsbeschaffung werden hauptsächlich Interviews geführt. Wie zuvor beschrieben sollen gesammelte Informationen nicht nur detailliert, sondern auch vergleichbar sein. Aus diesem Grund sind halbstrukturierte bzw. Leitfaden-Interviews hierbei von besonderem Interesse, wobei in Vorbereitung auf die eigentliche Durchführung zunächst die jeweiligen Interviewleitfäden erarbeitet werden müssen. (siehe Anhang A)

Bei der Auswahl der zu befragenden Personen wäre zunächst das Umfeld von CABL interessant, was zum einen organisatorische Mitarbeiter:innen als auch die ehrenamtlich arbeitenden Ärzt:innen mit einschließt. Weiterhin sollte auch medizinisches Personal befragt werden, was in Krankenhausbereichen arbeitet, die von wohnungslosen Menschen regelmäßig aufgesucht werden (z.B. Psychotherapie). Zuletzt können auch die Sozialarbeiter:innen der verschiedenen Hilfsorganisationen einen Einblick in die Routinen und Verfahrensweisen bei gesundheitlichen Anliegen von Hilfesuchenden geben.

Damit das Themengebiet besser eingeordnet werden kann, wird für die **ehrenamtlichen Ärzt:innen** zunächst angemerkt, dass sich die aufgeführten Fragen auf die medizinische Versorgung von (wohnungslosen) Menschen beziehen, die keinen Zugang zum Regelsystem bzw. keine Krankenversicherung besitzen. Der Leitfaden hierbei wird mit den Gedanken erstellt, um herauszufinden, wie die einzelnen Ärzt:innen bei einer Behandlung vorgehen, welche Tools sie dabei benutzen und ob sie eigene Notizen erstellen.

Die Fragen für die **Mitarbeiter von CABL** ähneln inhaltlich dem vorherigen Fragebogen, wobei die Fragen zur Dokumentation etwas generischer sind. Es vor allem herausgefunden werden, ob der Verein selber Dokumente zur medizinischen Versorgung anlegt oder erhält und wie gegebenenfalls damit umgegangen wird. Neben den Verfahrensweisen mit dem ABS wäre es auch wissenswert, wie der Kontakt

zu anderen Institutionen im Gesundheitswesen oder dem Sozial- bzw. Gesundheitsamt aussieht.

Bei der Befragung des **medizinischen Krankenhauspersonals** steht im Vordergrund, wie mit der oben genannten Personengruppe umgegangen wird und welche Dokumente zur Behandlung benötigt werden. Als Teil der Regulärversorgung muss dahingehend auch untersucht werden, über welche Schnittstellen mit den Hilfsorganisationen kommuniziert wird und wie der Kontakt mit den wohnungslosen Personen aufgebaut wird und erhalten bleibt.

Die Fragen für die **Sozialarbeiter:innen** haben den gleichen Bezug wie die der Mediziner, jedoch steht hier mehr die Kommunikation mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens im Vordergrund. Idealerweise sollte die Befragung dieser Personengruppe nach den Interviews mit dem medizinischen Personal geschehen. Da sich die einzelnen Hilfsangebote einer breiten Auswahl an Aufgaben und Zielen annehmen, sollte man sich hier explizit auf die medizinische Versorgung beschränken.

Die Interviews werden sofern von den Teilnehmern nicht anders gewünscht einzeln und in persönlicher Weise / vor Ort durchgeführt. Dies erleichtert zum einen die Wahl eines möglichen Zeitraumes, da nicht auf terminliche Verpflichtungen von mehreren Personen geachtet werden muss. Zum anderen ist anzunehmen, dass das persönliche Aufsuchen der Befragten mit einer geringeren Störung ihres Arbeitstages verbunden ist.

Zusätzlich zu den bereits aufgeführten Fragen, kann auch um Zustimmung gebeten werden, eine Audio-Aufnahme vom Interview anzufertigen, um zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal auf das Gesagte zurückgreifen zu können bzw. dieses zu transkribieren. Eventuell ist es auch möglich, dass Modelle bzw. Diagramme, die auf dieser Grundlage erstellt werden, von den befragten Personen auf Korrektheit und Verständlichkeit überprüft werden.

4.2 ÜBERLEGUNGEN ZUR MODELLIERUNG

Modelle eignen sich, um ein System so zu beschreiben, dass die relevanten Informationen einfach zu erkennen sind. Da es unterschiedliche Formen und Arten gibt, die sich in ihrem Fokus und ihrer Aussagekraft stark unterscheiden können, sollte zuvor eine Entscheidung getroffen werden, welche Modelle man konkret erstellen möchte, sodass die Fragen in den Interviews daraufhin angepasst werden können.

Als erstes würde sich zur besseren Beleuchtung des Umfelds eine Stakeholder-Analyse anbieten. Hierbei werden sämtliche Interessensparteien gesucht sowie deren Erwartungen und Einstellungen zu dem Sachverhalt näher analysiert. Dies sollte sich anschließend auch in den Anforderungen an ein entsprechendes Dokumentationssystem wider-

spiegeln, sodass die einzelnen Interessen weitestgehend abgedeckt sind.

Das zu untersuchende System soll nicht nur auf seine Struktur, sondern auch auf Veränderungen über Zeit untersucht werden. Aus den Verhaltensdiagrammen der UML bieten sich hierfür das Informationsflussdiagramm und das Kommunikationsdiagramm als mögliche Darstellungsformen an. Ersteres stellt den Informationsaustausch zwischen den einzelnen Entitäten in abstrahierter Form dar und eignet sich somit als genereller Überblick über das untersuchte Umfeld. Es ist jedoch in seiner Ausdruckskraft ziemlich limitiert, da keine konkreten Details über die übermittelten Informationen erbracht werden.

Ein Kommunikationsdiagramm ähnelt zunächst einem Sequenzendiagramm in der Hinsicht, dass es ebenfalls die Interaktionen zwischen Objekten oder Lebenslinien (engl. *lifelines*) darstellt. Es legt den Fokus jedoch nicht auf das zeitliche Geschehen bzw. die Abfolge der einzelnen Interaktionen, sondern wird hierbei besser aufgezeigt, welche Elemente miteinander kommunizieren. Da in dieser Arbeit mehr Wert auf die einzelnen Akteure sowie deren Kommunikation untereinander gelegt wird, ist dieses Diagramm dem Sequenzendiagramm vorzuziehen.

Zur Visualisierung von Prozessen kann als Modell und Notation BPMN herangezogen werden. Dies ist von Relevanz, sollte ein konkreter Ablauf innerhalb des Informationssystems näher untersucht werden, wobei beispielsweise der Umgang mit dem ABS interessant erscheint. Weiterhin könnte man damit aufzeigen, wann in einem Prozess bestimmte Daten oder Dokumente erstellt bzw. diese benötigt werden. Um die Anzahl der angestrebten Modellarten zu begrenzen, wird in dieser Arbeit jedoch auf BPMN verzichtet, zumal es sich in seiner Aussagekraft teilweise mit dem Kommunikationsdiagramm überschneidet.

Zuletzt kann das System in seiner Gesamtheit mithilfe des 3LGM² Metamodells abgebildet werden. Anhand der fachlichen, logischen und physischen Ebene werden nicht nur die Beziehungen zwischen Aufgaben, Objekttypen und Organisationseinheiten dargestellt, sondern auch die darunterliegenden Anwendungsbausteine sowie letztendlich die physischen Datenverarbeitungsbausteine aufgezeigt. Da in dieser Arbeit das Informationssystem der medizinischen Dokumentation bei Wohnungslosen als Ganzes untersucht und aufgezeigt werden soll, biete dieses Metamodell die ideale Grundlage, um ein solches System zu visualisieren.

4.3 VERGLEICHSKRITERIEN

Im Folgenden wird eine Auswahl an Kriterien definiert, die eine Vergleichbarkeit zwischen bestehenden Ansätzen und dem Leipziger System ermöglichen soll. Dabei muss zunächst unterschieden werden, für

welche Anwendungsfälle die einzelne Kriterienmenge gedacht ist. Ein späterer Vergleich kann beispielsweise auf der Ebene einer konkreten Software oder des umliegenden Informationssystems geschehen, welches alle Bausteine dieses soziotechnischen Systems mit einschließt.

Für den Vergleich von Informationssystemen kann auf Winter u. a. (2023) zurückgegriffen werden, wobei man hier die einzelnen Kriterien anhand von drei Ebenen unterteilt, welche auch den Grundbaustein für das 3LGM²-Metamodell darstellen:

In der **fachlichen Ebene** geht es darum, dass die richtigen Informationen zur richtigen Zeit am richtigen Ort den richtigen Personen in der richtigen Form zur Verfügung stehen, damit diese die richtigen Entscheidungen treffen können. Weiterhin sind in Bezug auf Datenqualität die Integrität, Authentizität und Korrektheit der Daten von Bedeutung, welche in möglichst standardisierter Form erfasst werden sollten.

Da in der **logischen Werkzeugebene** mit Anwendungssystemen als Komponenten gearbeitet wird, gibt es hier einen gewissen Grad an Überschneidung mit der Qualität von Softwareprodukten, da diese durch Customizing letztendlich als ein solches System angesehen werden. Aus diesem Grund werden auch hier Kriterien wie Funktionalität, Portabilität bzw. Anpassbarkeit, Zuverlässigkeit und Nutzerfreundlichkeit aufgeführt, wobei zusätzlich auch Zertifizierung und Interoperabilität mit genannt werden.

Die Qualität auf der **physischen Werkzeugebene** wird vordergründig anhand von drei Aspekten untersucht. So ist nicht nur die Verfügbarkeit und die Sicherheit von datenverarbeitenden Systemen von Bedeutung, sondern auch deren multiple Verwendbarkeit.

In Anbetracht, dass nicht alle der aufgeführten Kriterien betrachtet werden können, da der Umfang der Interviews und die Menge der gewonnenen Informationen nicht auf eine solche Detailtiefe ausgelegt sind, werden nachfolgend diejenigen aufgelistet, die mithilfe von Interviews und den daraus erstellten Modellen eindeutig bestimmt oder abgeschätzt werden können:

K₁ Verfügbarkeit

Dieses Kriterium gibt an, ob ein Anwendungssystem in allen Situationen verwendet werden kann, in denen es benötigt wird.

K₂ Zeitaufwand

Hierbei wird die abgeschätzte Zeitdauer untersucht, die für einen bestimmten Prozess benötigt wird.

K₃ Interoperabilität

Dies bezeichnet die Fähigkeit von zwei Anwendungssystemen, Informationen untereinander auszutauschen und diese anschließend auch benutzen zu können. Um dieses

Kriterium zu erfüllen, müssen sie über Schnittstellen verfügen, mit denen sie Daten senden und empfangen können.

K₄ Medienbrüche

Medienbrüche entstehen, wenn Informationen zwischen zwei unterschiedlichen informationsverarbeitenden Bausteinen ausgetauscht werden müssen und sind eine Quelle für Übermittlungsfehler.

K₅ Datenschutz und -sicherheit

Da bei der medizinischen Dokumentation auch patientenbezogene Daten gehandhabt werden, müssen diese entsprechend geschützt werden, sowohl vor eventuellen Missbrauch als auch vor möglichen Verlust.

5

AUSFÜHRUNG DER LÖSUNG

Nach der Erarbeitung des Lösungsansatzes soll es nun um die Einzelheiten gehen, die sich bei der Durchführung ergeben haben. Dazu steht primär die Abwicklung der Interviews sowie die Aufarbeitung der daraus entstehenden Rohdaten im Vordergrund. Es soll erklärt werden, welche Erkenntnisse aus den einzelnen Gesprächen gewonnen wurden.

5.1 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS

In der ursprünglichen Planung wurden insgesamt fünf Kontaktpersonen ausfindig gemacht, welche die bereits genannten Bereiche abdecken. Dazu gehören:

- ehrenamtliche Ärzt:innen
- Mitarbeiter:in von CABL bzw. dem Projekt Umfeldnahe Versorgung von Menschen ohne festen Wohnsitz (UVO)
- Fachärzt:in aus dem Krankenhausumfeld
- Sozialarbeiter:in des Streetworkprojektes Straßensozialarbeit für Erwachsene (Safe)

Mit Fortschreiten der Gespräche wurden weitere Bereiche angeprochen, die in diesen Überlegungen von Relevanz sein könnten. Dies wären zum einen eine weitere Fachabteilung in einem Krankenhaus, die im höheren Maße mit Wohnungslosen bzw. Menschen, die den ABS benutzen, in Kontakt kommt und zum anderen auch andere Streetworkprojekte (z.B. der Diakonie) sowie der sozialpsychiatrische Dienst, welcher dem Verbund Gemeindenaher Psychiatrie unterstellt ist und ebenfalls über ein mobiles Kontakt- und Beratungsteam verfügt.

Schlussendlich wurden insgesamt sechs Interviews durchgeführt, die in den folgenden Unterkapiteln zusammengefasst werden. Sämtliche Gespräche wurden auf persönlicher Weise durchgeführt und audiotechnisch aufgezeichnet sowie anschließend transkribiert, sodass darauf basierende Modelle erstellt werden konnten.

5.1.1 *CABL und UVO*

Der Verein CABL ist mit der Umsetzung des Projektes UVO beauftragt, welches im Auftrag der Stadt Leipzig steht. An mehreren Anlaufstel-

len sollen ehrenamtlich arbeitende Ärzte Sprechstunden und Beratungsmöglichkeiten anbieten, um die niedrigeschwellige Versorgung für medizinische Hilfsangebote besser zugänglich zu machen. Die Ansätze untergliedern sich hierbei in einzelne Sprechstunden sowie aufsuchende Angebote.

Nach aktuellem Stand werden durch das Projekt wöchentliche Sprechstundenangebote in vier Übernachtungshäusern organisiert, davon eine Notunterbringung, eine Notschlafstelle für wohnungslose Frauen und zwei Zentren für Drogenhilfe. Weiterhin werden diese in ähnlicher Weise und ebenfalls nach Bedarf in zwei Leipziger Tagestreffs, namentlich der „Insel“ und der „Oase“, angeboten, welche übergeordnet jeweils vom Suchtzentrum und gemeinsam von der Diakonie und dem Caritasverband getragen werden.

Bei den aufsuchenden Angeboten sind zwei Teams bestehend aus ehrenamtlich arbeitenden Ärzten jeweils mittwochs und sonntags mit privaten und nicht-privaten Fahrzeugen unterwegs und gehen aktiv auf betroffene Personen zu. Typische Standorte, die dabei aufgesucht werden, sind z.B. der Hauptbahnhof oder die Umgebung um Kirchen, also von Wohnungslosen stark besuchte Orte. Diese Angebote geschehen oftmals in Zusammenarbeit mit anderen Streetworkprojekten. So arbeitet das Sonntagsteam mit dem Hilfebus von Safe, welcher wöchentlich am Sonntag am Hauptbahnhof hält.

Die Zeiten, in denen die Teams tätig sind, sind in der Regel auch den hilfesuchenden Personen bekannt, wodurch sich diese an den üblichen Orten einfinden, um anschließend eine medizinische Beratung oder eine akute Behandlung ihrer Beschwerden zu suchen.

Von seitens CABL bzw. der Projektkoordination werden hierbei keine verpflichtenden Vorgaben hinsichtlich der Dokumentation der Begegnungen und Behandlungen gemacht. Auf freiwilliger Basis kommt die sogenannte Kobo-Toolbox zum Einsatz: Den Ärzt:innen wird ein Weblink bereitgestellt, welcher zu einem webbasierten Formular führt, in dem fallbezogene Daten zu den Umständen erhoben werden können. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass weder patientenbezogene Informationen noch andere Daten erfasst werden, die für eine weitere Behandlung benötigt werden.

Dieses Tool dient einzig dem Zweck der statistischen Auswertung und der Bestätigung gegenüber dem Sozial- bzw. Gesundheitsamt, dass Ziele des Projektes UVO aktiv angegangen werden. Die Formulare unterschieden sich demnach nur geringfügig zwischen den ehrenamtlichen Sprechstunden und der aufsuchenden Versorgung. Genauer gesagt, wird bei den Angeboten in Übernachtungshäusern und Tagestreff lediglich gefragt, ob die Person nur wegen dem Angebot gekommen ist, oder ob sie bereits an dem Ort ansässig ist.

5.1.2 Ehrenamtliche Ärzt:innen

Wie bereits erwähnt, ist dem ärztlichen Personal im Ehrenamt keine verpflichtende Dokumentation seitens UVO auferlegt. Es steht dementsprechend jedem Arzt und jeder Ärztin persönlich zu, in welchem Umfang er oder sie die Informationen über die behandelten Personen erfasst und welche Tools dabei eingesetzt werden. Bei den entsprechenden Interviews wurden einige Gründe mit angegeben, warum man sich patientenbezogene Daten mit notiert oder warum man dies unterlässt.

Im ersten Gespräch wurde im Bezug zu den aufsuchenden Angeboten erklärt, dass außer dem freiwilligen Ausfüllen des UVO-Formulars keine weiteren Notizen gemacht werden. Die Hauptbedenken hierbei waren größtenteils aus datenschutztechnischen Gründen, zumal man als Ärzt:in einer Verschwiegenheitserklärung unterliegt und somit Dokumente oder generell patientenbezogene Daten nicht ohne Weiteres mit anderen teilen kann.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der auch von seitens UVO mit angemerkt wurde, ist, dass man schon froh darüber ist, dass manche Ärzte und Ärztinnen bereit sind, ehrenamtlich zu arbeiten und man aus diesem Grund deren Last nicht unnötig erhöhen möchte. Diese freiwillige Herangehensweise führt jedoch auch dazu, dass für die Sprechstunden in einem konkreten Übernachtungshaus gar keine Daten, beispielsweise zur Anzahl behandelter Patienten oder der durchgeführten Beratungen, vorliegen.

Wenn sich Ärzt:innen Notizen machen, dann dienen diese zumeist ausschließlich als persönliche Gedächtnissstütze und werden mit keiner weiteren Person oder Institution geteilt. Es werden in dieser Hinsicht auch keinerlei Dokumente, wie z.B. Arztbriefe oder Überweisungen erstellt, da sie hierbei nicht als Institution agieren.

Jegliche Kommunikation in diesem Umfeld erfolgt fallbezogen und zumeist auf persönlicher Ebene über Chatgruppen, telefonische Absprachen und E-Mail. Zu diesem Zweck wurden eine Vielzahl an Gruppen vorwiegend über die App „Signal“ erstellt, jeweils mit unterschiedlichen Zusammensetzungen aus Ärzt:innen und Streetworker:innen sowie den dazugehörigen Teams.

Hierüber erfolgen Absprachen zur allgemeinen Organisation sowie zum erneuten Aufsuchen von behandelten oder beratenen Personen. Auf identifizierende Daten wie vollständiger Name oder Geburtsdatum wird weitestgehend verzichtet, häufig bedient man sich hier Spitznamen oder Pseudonymen, unter denen die jeweilige Person auf der Straße bekannt ist. Unter Zustimmung werden auch Foto-Aufnahmen von Wunden oder Ähnlichem erstellt, um über die genannten Gruppen eine Zweitmeinung einzuholen.

5.1.3 Verbund Gemeindenahe Psychiatrie

Der Verbund Gemeindenahe Psychiatrie (VGP) versteht sich als „ein teilstationäres und ambulantes Behandlungs- und Beratungszentrum für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder psychosozialen Problemen im Erwachsenenalter“ (Klinikum St. Georg gGmbH, 2023a) und behandelt bzw. berät Menschen unabhängig davon, ob sie krankenversichert sind. Um die Zugänglichkeit zu erhöhen und Sprachbarrieren abzubauen, besteht zudem die Möglichkeit, Dolmetscher zu bestellen, sodass auch mit Personen gearbeitet werden können, die kein Deutsch sprechen.

Es erfolgt eine Unterteilung in drei Betreuungsebenen: Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) bietet an insgesamt fünf Standorten in Leipzig eine ambulante Betreuung und Behandlung für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, in psychischen Stresssituationen oder mit einem komplexen und mehrschichtigen Hilfebedarf. Zum Leistungsspektrum gehören unter anderem die psychische und psychiatrische Diagnostik sowie Physio- und Ergotherapie.

Als Alternative zu einer vollstationären psychiatrischen Behandlung gibt es die Tagesklinik (TK) mit vier Standorten, an denen zusammen 60 Plätze in Anspruch genommen werden können. 7 davon sind der Gerontopsychiatrie zuzuordnen, welche sich mit der Gruppe älterer Klient:innen befasst. Zu den Aufnahmeveraussetzungen gehört neben einem Vorgespräch mit einem Psychologen auch ein gültiger Einweisungsschein, welcher durch einen entsprechenden Facharzt bzw. -ärztin, beispielsweise aus der Institutsambulanz, oder Hausärzt:in ausgestellt werden kann.

Für diese Arbeit von höherem Interesse ist der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi). Dieser ist als Pflichtaufgabe der Stadt Leipzig zu verstehen und ist gleich der PIA an fünf Standorten aktiv, besitzt aber zusätzlich ein mobiles Kontakt- und Beratungsteam, welches ein aufsuchendes Angebot für wohnungs- bzw. obdachlose Menschen ist. Dieses Team ist generell täglich verfügbar, wird aber nur aktiv, wenn Personen gemeldet werden, z.B. durch Streetworker, Ordnungsamt oder Polizei, die psychische Hilfe benötigen. Die Zusammensetzung ist dahingehend variabel und kann aus Sozialarbeiter:innen, Ärzt:innen sowie begleitendes Personal bestehen.

5.1.4 Krankenhauspersonal

Im stationären und ambulanten Krankenhausumfeld sollen alle Personen unbedingt ihrer Lebenssituation und Herkunft gleich behandelt werden. Für viele wohnungs- bzw. obdachlose Personen ist in diesem Zusammenhang die Notfallaufnahme der erste Kontaktpunkt im Krankenhaus, nachdem Passanten, Streetworker:innen oder Ärzt:innen der aufsuchenden Versorgung einen Krankenwagen gerufen haben.

Für die Personen wird dabei im Patientenverwaltungssystem jeweils ein neuer Fall angelegt, in dem die verfügbaren Daten eingetragen werden. Sollten die Informationen unvollständig sein, werden lediglich Anmerkungen verfasst und Pseudonyme verwendet. Auch ein fehlender Nachweis einer Krankenversicherung soll die Behandlung nicht beeinträchtigen, wobei die anfallenden Kosten vom Sozialamt getragen werden, sollte kein anderer Kostenträger gefunden werden.

Es ist zudem zu unterscheiden, auf welchem Weg die betroffenen Personen in die jeweilige Fachabteilung eingewiesen werden. Im Fall der Psychiatrie und Psychotherapie, werden die meisten über den Rettungsdienst vorstellig. Ein anderer Weg wäre, wenn sich jemand selbstständig meldet und sich um einen Einweisungstermin kümmert. Da hierbei jedoch ein konkreter Einweiser (z.B. Hausärzt:in) benötigt wird, wird bei den Fällen, wo diese Instanz fehlt, eine Notfallvorstellung durchgeführt.

5.1.5 *Sozialarbeiter:innen*

In Bezug auf Sozialarbeiter:innen und Streetworker:innen sei zunächst gesagt, dass diese das Ziel verfolgen, die allgemeine Situation von Wohnungslosen bzw. Menschen aus vulnerablen Gruppen soweit es geht zu verbessern. Die medizinische Versorgung ist daher nur ein Teilgebiet, welches hierbei angegangen wird.

Im Zuge ihrer Arbeit bauen sie ein persönliches und vertrauensvolles Verhältnis zu Personen auf, die sich von der Gesellschaft ausgeschlossen fühlen. Dies ist mit Bezug auf die in Kapitel 2.4 genannten Anforderungen an den Umgang mit vulnerablen Gruppen auch von besonderer Wichtigkeit, da die betroffenen Menschen sich sonst nur bei größter Dringlichkeit an die Hilfsangebote wenden, was schlussendlich die eigentlichen Ziele wieder untermauern würde.

Der Aufgabenbereich, den die Sozialarbeiter:innen beim Streetwork angehen, umfasst dabei allgemeine Unterstützung wie z.B. die Ausgabe von Essen, Kleidung oder Hygieneartikel, aber auch die Möglichkeit, die Personen auf dem Weg zu einem Amt oder zu einem Arzt / einer Ärztin zu begleiten.

Für das Projekt Safe kommen insgesamt drei Teams zum Einsatz:

- Team "Konsum"

Aktiv im West Leipzigs versucht das Team Kontakte zu Wohnungslosen aufzubauen und zu erhalten. Des Weiteren steht es den Bedürftigen bei Problemen im Alltag oder z.B. bei Suchtfragen unterstützend zur Seite.

- Team "Wohnen"

Diese Team ist vorwiegend im Leipziger Norden unterwegs und hat die erweiterte Aufgabe, auch Menschen in ungeklärten oder schwierigen Wohnsituationen zu helfen.

- Hilfebus

Der Hilfebus des Suchtzentrums ist im gesamten Stadtgebiet aktiv und arbeitet eng mit den bisher genannten Teams sowie anderen Streetwork-Projekten z.B. von der Diakonie zusammen. An bestimmten Schwerpunkten hält der Bus auch länger und bietet allgemein eine mobile Grundversorgung und Verweisberatung.

Bei den Teams erfolgt ähnlich wie bei den Angeboten des Projektes UVO eine interne anonyme Evaluierung, welche über KoboToolbox erfolgt. Als Grund wurde dabei angeführt, dass eine quantitative Aufführung der erbrachten Leistungen und der angetroffenen Personen für die Geldgeber von enormer Wichtigkeit ist. Diese Evaluationsdaten werden mittlerweile in allen Erwachsenen-Streetworkprojekten erhoben und der daraus entstehende Basisdatensatz kann anschließend z.B. von Drogen- oder Suchtbeauftragten der Stadt Leipzig abgerufen werden, um verschiedene Berichte daraus anzufertigen.

Die Kommunikation zwischen den einzelnen Personen und zusammengestellten Teams findet wie bereits erwähnt auf verschiedener Weise statt. Vorrangig werden neben E-Mail und Telefonie auch Chat-Apps wie Signal oder Telegram eingesetzt, in denen für die unterschiedlichen Zusammensetzungen (Hilfebus mit Team "Wohnen", Hilfebus mit Streetwork der Diakonie, ...) Chatgruppen erstellt wurden. Weiterhin finden auch Austauschrunden in Person oder online statt.

Der Kontakt zu medizinischem Personal besteht außerhalb der einzelnen Gruppen nur vereinzelt. Sollte eine Person ein medizinisches Anliegen haben, so wird primär versucht, dieses akute Problem zu lösen, was von erster Hilfe über eine Begleitung zu einem ärztlichen Termin bis hin zum Rufen eines Rettungswagens reicht. Bei diesem Fokus auf die Notversorgung gehen chronische Beschwerden wie psychische Krankheiten, Bluthochdruck oder Diabetes sehr oft unter.

Ein weiteres Problem, was in diesem Zusammenhang auch auftreten kann, sind bestimmte Grenzfälle, bei denen die Personen nicht als Notfall eingestuft werden aber dennoch soweit verletzt oder krank sind, dass sie nicht ohne Weiteres in Notschlafstellen aufgenommen werden können. Diese werden aufgrund der geringen Dringlichkeit aus den Notaufnahmen entlassen, bräuchten aber dennoch einen Ort, wo sie über längere Zeit liegen und medizinisch bzw. pflegerisch versorgt werden können, wofür die Notschlafstellen jedoch nicht ausgerüstet sind.

5.2 AUFBEREITUNG DER AUDIO-AUFGNAHMEN

Durch die Interviews sind jeweils zwei Arten an Rohdaten entstanden: Zum einen gehören sämtliche Notizen dazu, die während des Interviews per Hand verfasst wurden. Zum anderen wurden mit Erlaubnis

der Beteiligten Audioaufnahmen der Gespräche mithilfe eines Smartphones erstellt. Die handschriftlichen Notizen dienen dabei zunächst nur als Gedankenstütze und werden nach der Bearbeitungszeit durch die Transkripte der m4a-Dateien als Grundlage abgelöst. Die meisten Aufnahmen hatten eine Länge von rund 30 Minuten, wobei es eine Ausnahme gab, welche knapp 55 Minuten erreichte.

Als Möglichkeit zur Unterstützung der Transkription wurde nach einer kostengünstigen automatischen Variante gesucht. Dabei wurde das allgemeine Sprachmodell **Whisper** von OpenAI entdeckt, welches unter der MIT-Lizenz frei zugänglich ist und mit Python unter Verwendung der Bibliothek PyTorch trainiert und getestet wurde. Es besitzt daneben noch weiter Abhängigkeiten von bestimmten Python-Paketen, wie z.B. tiktoken, mit dem Text in Tokens aufgeteilt werden kann, die anschließend von verschiedenen Modellen verwendet werden können.

Für Whisper stehen insgesamt fünf Modellgrößen zur Auswahl, die sich in ihrer Parameteranzahl und Geschwindigkeit unterscheiden. Die kleinste Option ist „tiny“ mit 39 Millionen Parametern, welche in der Spracherkennung etwa 32-mal schneller ist als das größte Modell „large“ mit 1550 Millionen Parametern. Die Wahl fiel letztendlich auf die Größe „medium“, da es einen guten Kompromiss zwischen Ressourcen- bzw. Zeitaufwand und Ergebnisqualität darstellt.

Zur Verwendung von Whisper wurde in der Python-Distribution „Anaconda“ eine neue Umgebung mit Python 3.9.5 erstellt, in der das Spracherkennungsmodell sowie die Pakete „ffmpeg“ und „setup-tools_rust“ installiert wurden. Als Argumente wurde neben der zu verwendenden Modellgröße auch die Sprachoption für Deutsch übergeben, sodass sich der Befehl zum Ausführen der Spracherkennung folgendermaßen zusammensetzt:

```
whisper "Interview.m4a" --language German --model medium
```

Die benötigte Dauer richtete sich neben der Länge der jeweiligen Datei auch an der Qualität der Aufnahme bzw. der Verständlichkeit des Gesprochenen, wobei dennoch mehrere Stunden einzuplanen waren. Die einzelnen Aufnahmen konnten auf diesem Weg „im Hintergrund“ in Textform gebracht werden und wurden in verschiedenen Dateiformaten gespeichert, beispielsweise für Untertitel (.vtt, .srt), welche bereits Zeitstempel enthielten.

Zur manuellen Korrektur und Formatierung wurde der Inhalt der erstellten .vtt-Dateien kopiert und mittels Word im .docx-Format abgespeichert. Die Interview-Aufnahme wurde bei der Korrektur mit variabler Wiedergabegeschwindigkeit abgespielt, sodass schlussendlich ein Transkript mit guter Lesbarkeit erstellt werden konnte.

6

ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die auf Grundlage der durchgeführten Interviews und der bisherigen Überlegungen erstellten Modelle und Diagramme vorgestellt. Dabei werden zunächst die einzelnen Interessengruppen aufgelistet, die in dem Umfeld der medizinischen Versorgung von Wohnungslosen Einfluss ausüben. Mithilfe von Kommunikationsdiagrammen der Unified Modeling Language (UML) werden einige konkrete Angebote oder Gegebenheiten näher beleuchtet und anhand des 3-Ebenen-Metamodells (3LGM^2) wird ein Gesamtbild des Leipziger Informationssystems für die medizinische Dokumentation bei dieser Personengruppe beschrieben.

6.1 STAKEHOLDER-ANALYSE

In Vorbereitung auf einen Vergleich und zusammenhängend mit den zuvor definierten Kriterien werden zunächst die Interessen näher untersucht, die von den einzelnen Parteien an die medizinische Versorgung von Wohnungslosen gestellt werden. Die Anforderungen an ein Dokumentationssystem, welches hierbei eine unterstützende Funktion besitzt, sollten im Einklang mit diesen Punkten gewählt werden. Die durchgeführte Stakeholder-Analyse ist in Tabelle 6.1 zu finden.

Es ist anzumerken, dass sich die Gruppe der Betroffenen auf diejenigen Personen bezieht, die nach aktuellem Stand die Angebote der verschiedenen Hilfsorganisationen in Anspruch nehmen. Sie besteht dahingehend nicht nur aus Wohnungs- und Obdachlosen, sondern beinhaltet auch EU-Bürger oder Drittstaatler, die beispielsweise bei der regulären medizinischen Versorgung vernachlässigt werden, wenn keine Anbindung an eine Krankenversicherung möglich ist. Das Hauptinteresse ist deswegen der Zugang zu medizinischen Angeboten, die qualitativ möglichst identisch mit denen der Regelversorgung ist, wobei es einige Personen vermeiden wollen, ihre Identität preiszugeben.

Für den allgemeinen Bürger bzw. Einwohner, welcher über eine Krankenversicherung abgesichert ist, ist es wichtig, dass bestehende Möglichkeiten für eine medizinische Versorgung nicht eingegrenzt werden und die terminliche und örtliche Verfügbarkeit weiterhin gewährleistet wird.

Die verschiedenen Hilfsorganisationen und Projekte verfolgen nach wie vor die Ziele, die (medizinische) Versorgung bzw. Lebenssituation der Betroffenen zu verbessern und würden auf Änderungen, die diese angehen, positiv gegenüberstehen. Es wäre in diesem Zusam-

| Stakeholder | Interessen |
|----------------------|---|
| Betroffene | einfacher Zugang zu medizinischer Versorgung Vermeidung von Fehl- oder Mehrfachbehandlungen / -untersuchungen ggf. Wahrung der Anonymität |
| Einwohner | keine Beeinträchtigung ihrer med. Versorgung |
| CABL und UVÖ | Verbesserung der med. Versorgung von Wohnungslosen möglichst vollständige Dokumentation zu Fallzahlen u.ä. |
| Safe | Verbesserung der Lebenssituation von Wohnungslosen |
| Sozialarbeiter:innen | Beibehaltung der persönlichen Kontakte |
| Ärzt:innen | Belastungsreduzierung verfügbare Dokumentation für Diagnose und Behandlung Belastungsreduzierung / kein wesentlicher Mehraufwand |
| Sozialamt | Erfüllung der Aufgaben zur Sozialhilfe Kostenminimierung |
| Gesundheitsamt | Erfüllung der Aufgaben zur Gesundheitsverwaltung Kostenminimierung |

Tabelle 6.1: Übersicht der Stakeholder

menhang auch wünschenswert, dass bestimmte Grunddaten wie z.B. Fallzahlen mit erfasst werden können, um statistische Auswertungen durchzuführen.

Bei sozialarbeitendem und medizinischem Personal wird eine Reduzierung der Belastung angestrebt, was insbesondere von Bedeutung ist, wenn es sich um ehrenamtliche Tätigkeiten handelt, da dabei der entstehende Mehraufwand möglichst verringert werden sollte. Angeichts ihrer menschennahen Tätigkeit, ist es für Sozialarbeiter:innen bzw. explizit Streetworker:innen von Bedeutung, dass die aufgebauten Kontakte zu Wohnungslosen bestehen bleiben.

Das Sozial- sowie das Gesundheitsamt streben zunächst eine Erfüllung der ihnen aufgetragenen Aufgaben an, wobei als sekundärer Betrachtungspunkt eine Minimierung der anfallenden Kosten hinzugezogen wird. Die Tätigkeitsschwerpunkte sind dabei breit gefächert, beispielsweise setzt sich das Aufgabenspektrum des Gesundheitsam-

tes aus Verpflichtungen gegenüber der Bevölkerungs- und Individualmedizin zusammen. Mit anderen Worten erfolgt nicht nur eine Einschätzung und Überwachung der allgemeinen gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, sondern auch die Koordination von verschiedenen medizinischen Hilfsangeboten.

6.2 KOMMUNIKATIONSMODELLE

Die nachfolgenden Kommunikationsmodelle stellen den Informationsfluss in den ausgewählten Angeboten dar, die Wohnungslosen und Menschen, die nicht über eine Krankenkasse abgesichert sind, als Möglichkeit einer medizinischen Versorgung zur Verfügung stehen. Da diese Art von Diagramm in enger Verbindung mit dem Sequenzdiagramm steht, wird hierbei auch ein zeitlicher Ablauf mit dargestellt. Es ist dennoch anzumerken, dass primär die Informationsflüsse und die übermittelten Daten im Vordergrund stehen und dadurch im Fokus der Erklärungen stehen.

6.2.1 CABL-Sprechstunden

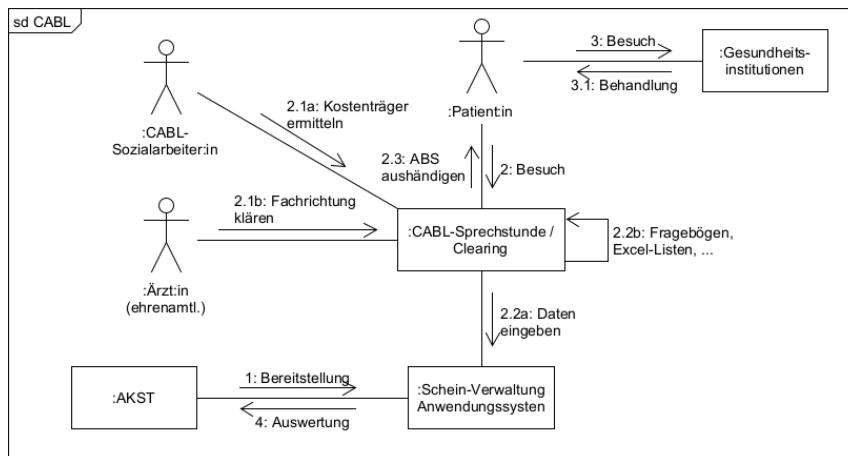


Abbildung 6.1: Kommunikationsdiagramm CABL-Sprechstunde

Die Sprechstunden von CABL gehören zu dem Versuch, hilfesuchende Personen unabhängig ihrer Umstände den Zugang zu Gesundheitsdiensten zu ermöglichen. Bei dem Clearing sind neben den jeweiligen Betroffenen auch ein Sozialarbeiter oder eine Sozialarbeiterin des Vereins sowie jemand aus dem ärztlichen Ehrenamt mit anwesend. Der Verein AKST stellt dafür das Anwendungssystem „Schein-Verwaltung“ zur Verfügung.

Wenn eine Person die Sprechstunde aufsucht, so wird zum einen versucht, ein zuständiger Kostenträger zu ermitteln oder anderweitig eine Absicherung über eine Krankenkasse zu erreichen. Zum anderen

wird mittels Anamnese die Fachrichtung des jeweiligen Falls ermittelt. Die Daten, die während der Sprechstunde anfallen, werden in die Schein-Verwaltung eingetragen sowie mittels verschiedener einfacher Tools wie Excel-Listen oder Fragebögen dokumentiert.

Kann kein Kostenträger ausfindig gemacht werden oder ist das Anliegen von Dringlichkeit, so wird das Clearing abgeschlossen, ein ABS erstellt und ausgehändigt. Die betroffene Person kann anschließend bei einer Gesundheitsinstitution mit dem Fachbereich, für den der ABS ausgestellt wurde, vorstellig werden, wobei sich das Verfahren ab diesen Punkt mit dem eines Krankenkassenpatienten gleicht. Zuletzt kann der AKST, da dieser das Tool dafür bereitstellt, auch eine Auswertung der Schein-Verwaltungs-Daten durchführen.

6.2.2 UVO-Koordination

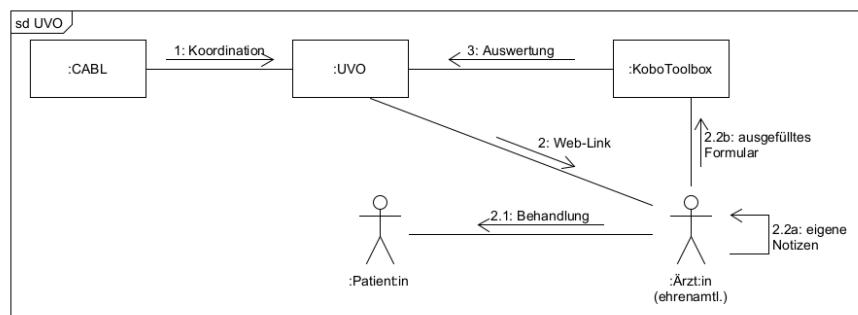


Abbildung 6.2: Kommunikationsdiagramm zu den UVO-Angeboten

Das Projekt UVO, welches dem Verein CABL unterstellt ist, bietet wie bereits erwähnt aufsuchende Angebote und feste Sprechstunden mit ehrenamtlichen Ärzt:innen an. Um die Inanspruchnahme und die allgemeine Wirkung dieser Aktionen adäquat einschätzen zu können, wird das behandelnde Personal darum gebeten, bestimmte Informationen zu den Beratungs- und Behandlungsvorgängen zu erfassen.

Zu diesem Zweck wird ein Web-Link geteilt, welcher zu einem Online-Formular der Plattform KoboToolbox führt. Werden bei den Angeboten Patient:innen beraten oder behandelt, so kann vom Personal auf freiwilliger Basis dieses Formular ausgefüllt und abgesendet werden. Diese Datensätze werden anschließend von Seitens UVO ausgewertet, um für bestimmte Treffen oder Versammlungen Statistiken zur aktuellen Lage geben zu können.

6.2.3 Krankenhausumfeld

Im stationären und ambulanten Krankenhausumfeld gibt es bei dem Umgang mit wohnungslosen Personen zunächst keine grundlegenden Unterschiede im Vergleich zu Krankenkassenpatienten. Eine vor-

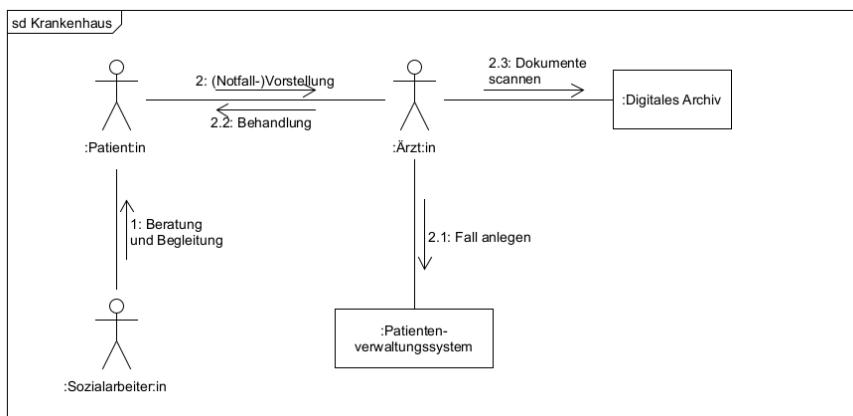


Abbildung 6.3: Kommunikationsdiagramm zu einem Krankenhausumfeld am Beispiel des UKL

geschaltete Instanz können dabei jedoch die Sozialarbeiter:innen sein, welche die jeweiligen Patient:innen mit ihren gesundheitlichen Anliegen an diese Gesundheitsinstitution verwiesen haben.

Demnach ist der Ablauf wie folgt: Der oder die Patient:in kommt zur Vorstellung und bringt dabei evtl. vorhandene Dokumente oder einen Überweisungsschein mit. Eine alternative Situation wäre im Rahmen einer Notfallvorstellung, das heißt die jeweilige Person kommt mittels des Rettungsdienstes oder wird zu späterer Uhrzeit vorstellig. In beiden Fällen wird wie gewohnt ein neuer Fall im Patientenverwaltungssystem angelegt, ggf. unter Verwendung von Pseudonymen oder sonstigen Platzhaltern.

Es erfolgt eine Behandlung und es wird mit dem oder der Patient:in abgesprochen, ob Folgetermine für eine Weiterbehandlung nötig oder gewünscht sind. Die physischen Dokumente der Patientenakte werden nach Abschluss eingescannt und in das digitale Archiv überführt.

6.2.4 VGP und SpDi

Der VGP umfasst die drei Angebote Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) und Tagesklinik (TK). Im Falle des SpDi kann der erste Kontakt auf verschiedener Weise stattfinden: Das mobile Kontakt- und Beratungsteam erhält eine Meldung, meist vom Ordnungsamt oder von der Polizei, über eine Person auf der Straße, die sich psychisch auffällig verhält. Das Team macht sich auf den Weg und schätzt die Situation vor Ort ein, berät die gemeldete Person und vermittelt ggf. an eine passende Institution wie z.B. die PIA. Anschließend erfolgt eine Rückmeldung über die durchgeführten Maßnahmen an die meldende Instanz. Andernfalls bietet der Dienst auch an fünf Standorten psychosoziale Sprechstunden an,

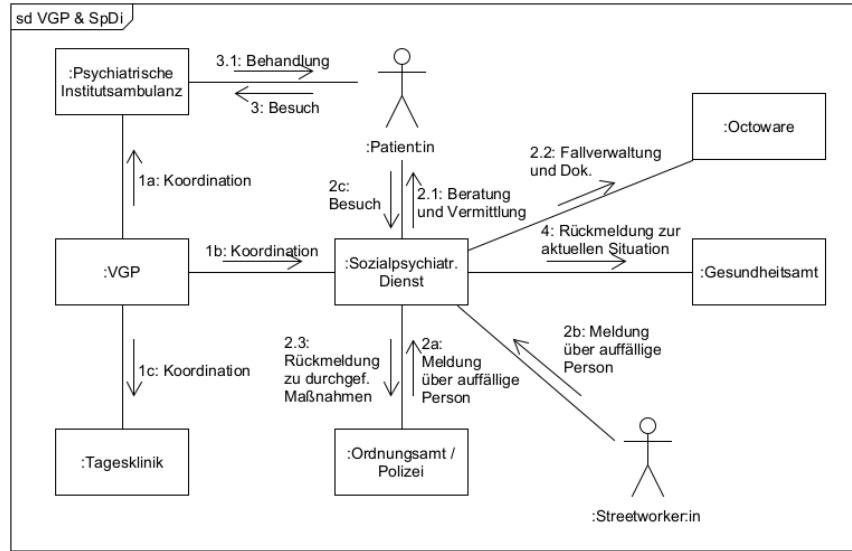


Abbildung 6.4: Kommunikationsdiagramm für den Verbund Gemeindenahme Psychiatrie

zu denen die Personen selbstständig gehen können, wenn sie Hilfe benötigen.

Die Dokumentation erfolgt über „Octoware“, ein Anwendungssystem, welches auch beim Gesundheitsamt Einsatz findet, hierbei jedoch mit einem Modul speziell für SpDis ausgestattet ist und sachsenweit von diesen benutzt wird. Die Beratungszeiten werden dabei als Episoden angelegt, in deren Lauf eine Dokumentation von soziodemografischen und Verwaltungsdaten sowie Diagnosen, Kontakten und evtl. vorhandenen Dokumenten erfolgt. Eine Behandlung erfolgt erst in der PIA, wo die vorstelligen werdenden Personen als eigener Fall angelegt und dokumentiert werden.

6.2.5 Streetwork

Da sich Streetworker:innen primär um die allgemeinen Lebenssituationen von Wohnungs- und Obdachlosen kümmern, sind sie außerhalb von Behandlungen im Rahmen der ersten Hilfe, also Pflaster und Verbände für kleinere Verletzungen, auf den Rat und die Mitarbeit von medizinischem Personal angewiesen, wenn es um gesundheitliche Anliegen der Klient:innen geht. Eine Dokumentation im medizinischen Sinne erfolgt dabei nur sehr eingeschränkt im Austausch der Parteien untereinander.

Es bildet sich damit ein Dreieck bestehend aus den Informationsflüssen zwischen diesen drei Eckpunkten, in dem die Gruppe des ärztlichen Personals sich mit der medizinischen Versorgung der Betroffenen befasst und abhängig von der jeweiligen Situation - ehrenamtliche Angebote, in einer Praxis oder im Umfeld eines Krankenhauses - ei-

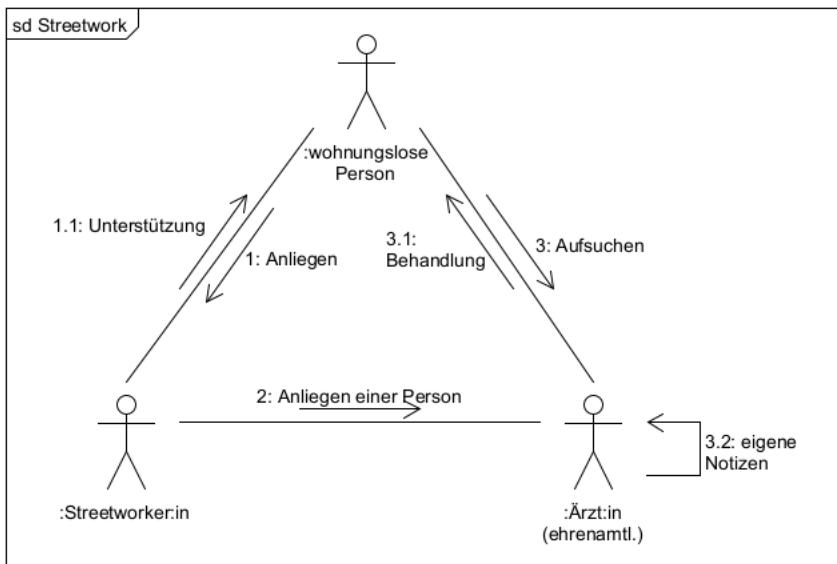


Abbildung 6.5: Kommunikationsdiagramm für Streetwork-Projekte

genständig dokumentiert. Der Austausch zwischen wohnungslosen Personen und den Streetworker:innen besteht neben den allgemeinen Unterstützungsangeboten auch darin, dass sie die Menschen auch zu Besuchen bei Ärzt:innen begleiten oder die relevanten Dokumente wieder an sie aushändigen.

In diesem Zusammenhang sprechen sich die Leistungserbringer untereinander ab, wobei es meist darum geht, dass sich eine der Parteien mit den Betroffenen in Verbindung setzt, um nach deren Wohlergehen zu schauen oder um Folgetermine für eine Behandlung zu vereinbaren. In anderer Sache informieren Streetworker:innen die ehrenamtliche Ärzt:innen auch, wenn sie jemanden mit gesundheitlichen Beschwerden an sie verwiesen haben.

6.3 MODELL DES INFORMATIONSSYSTEMS

Das nachfolgende Modell zielt darauf ab, das Informationssystem in Bezug auf die medizinische Dokumentation von Wohnungslosen als Ganzes darzustellen. In der fachlichen Ebene werden einige Aufgaben und Objekttypen auftauchen, die in ähnlicher Form bereits in den Kommunikationsdiagrammen zu finden sind. In diesem Fall wird jedoch verdeutlicht, bei welchen Aufgaben die entsprechenden Objekte entstehen bzw. welche Informationen dafür benötigt werden. Dies wird durch die zwei darunter liegenden Ebenen erweitert, indem gezeigt wird, welche Anwendungssysteme die einzelnen Elemente unterstützen oder tragen sowie auf welchen physischen Bausteinen diese wiederum bereitgestellt werden.

6.3.1 Fachliche Ebene

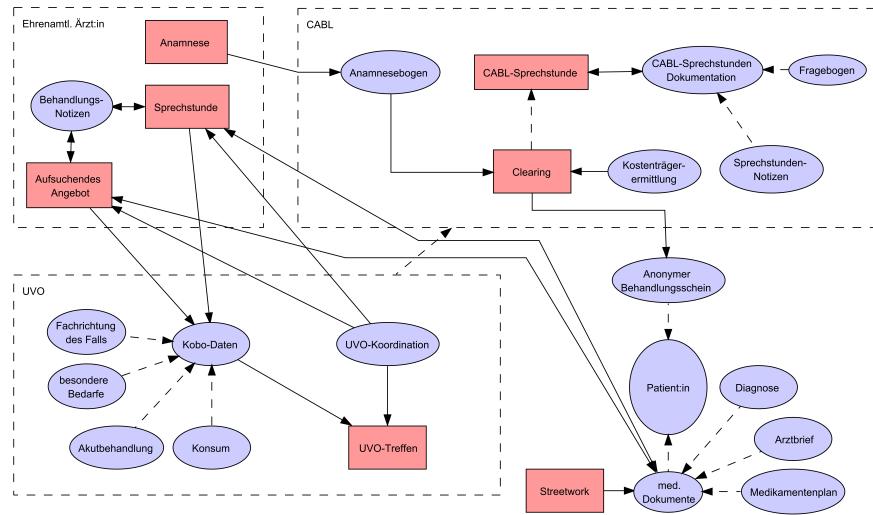


Abbildung 6.6: Die fachliche Ebene der ehrenamtlichen Versorgung von Wohnungslosen

In der fachlichen Ebene (Abbildungen 6.6 und 6.7) sind die bereits genannten Elemente so gruppiert, dass zu erkennen ist, welche Personen für diese zuständig sind. Eine essentielle Personengruppe sind die ehrenamtlichen Ärzt:innen, welche die Angebote des Projektes UVO als Aufgabe haben. Der damit einhergehende Objekttyp „Kobo-Daten“ beschreibt sämtliche Daten, die mittels der KoboToolbox erfasst werden. Die medizinisch relevanten Details sind diesem Element untergeordnet.

Ein weiterer Objekttyp, der in diesem Zusammenhang relevant ist, sind Pläne bzw. generell Informationen die vom Projekt UVO ausgehen. Diese werden neben der Koordination der Angebote auch für die UVO-Treffen verwendet, in denen sich die einzelnen Interessenparteien austauschen können.

Die andere Aufgabe der Ärzt:innen ist die Anamnese während den CABL-Sprechstunden, wodurch die Fachrichtung des jeweiligen Falls geklärt wird. Die Kostenträgerermittlung wird ebenfalls für das Clearing benötigt. Der ausgehändigte ABS kann anschließend bei der administrativen Aufnahme bei einer entsprechenden Gesundheitsinstitution verwendet werden.

Die verschiedenen medizinisch relevanten Dokumente, die einige Patient:innen bei sich tragen und mitbringen, sind oft von Bedeutung, um sich einen Überblick über das Befinden der Person zu verschaffen. Unter Umständen kann es auch sein, dass die Dokumente von Streetworker:innen getragen werden, um sie von einem Arzt / einer Ärztin zu der jeweiligen Person oder andersherum zu bringen.

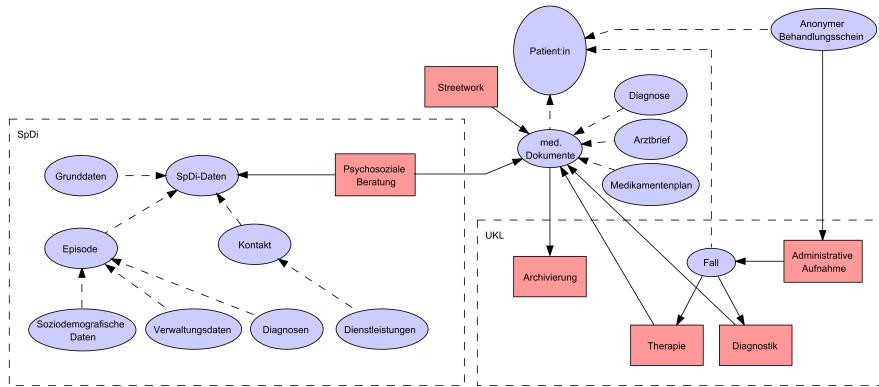


Abbildung 6.7: Die fachliche Ebene mit dem Krankenhausumfeld und dem sozialpsychiatrischen Dienst

Die letzte Gruppe enthält die Aufgabe und die Objekttypen, die gegenüber dem SpDi anfallen. Diese beziehen sich auf die beratenden und unterstützenden Angebote, die von dem Dienst ausgehen, und sind in ihrer Struktur ähnlich einer Fall- oder Patientenakte aufgebaut.

6.3.2 Logische Werkzeugebene

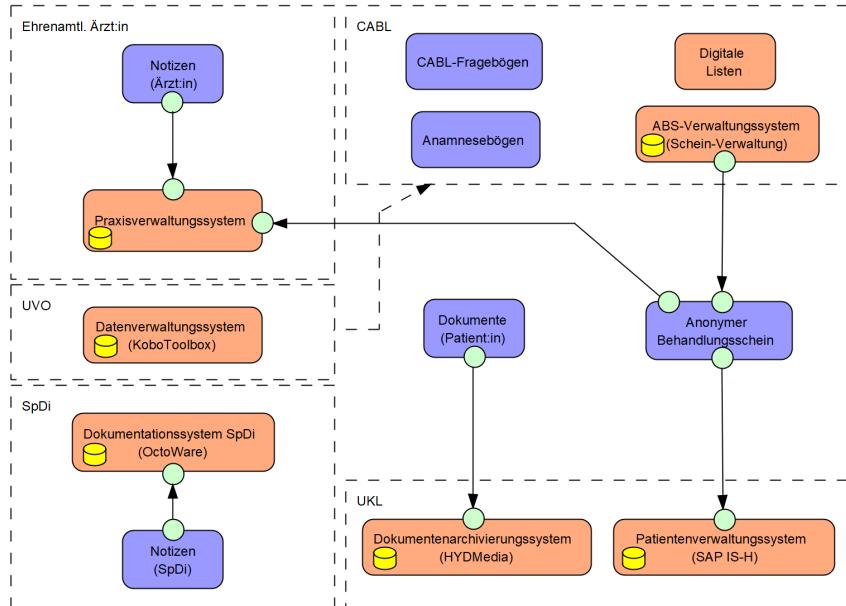


Abbildung 6.8: Die logische Werkzeugebene

In dieser Werkzeugebene (Abbildung 6.8) ist zunächst auffällig, dass die Anzahl an Schnittstellen sehr begrenzt ist und die Verbindungen meist mit papierbasierten Anwendungsbausteinen realisiert werden.

Beispielsweise werden die Notizen, welche von ehrenamtlichen Ärzt:innen während den Behandlungen erstellt werden, zwar meist nur als Gedächtnissstütze genutzt, jedoch können diese auch per Transkription in ein Praxisverwaltungssystem überführt werden, um dort einen entsprechenden Fall anzulegen. Die ist zumindest der Fall, wenn versucht wird, die behandelten Personen an eine Arztpraxis anzubinden.

Im Falle von CABL und UVÖ sind die Bausteine in sich geschlossen und tauschen im Normalfall keine Daten miteinander aus. Über den ABS als papierbasierter Baustein wird eine Verbindung mit dem Patientenverwaltungssystem, hier als Beispiel des Uniklinikum Leipzig (UKL), realisiert, wobei angemerkt werden muss, dass dieses weitere Schnittstellen zu anderen Anwendungssystemen besitzt, die für die Erfüllung von Aufgaben der Gesundheitsversorgung von Nöten sind. Dies wären beispielsweise ein Labor- oder ein Radiologieinformationsystem, die hierbei jedoch im Sinne der Anschaulichkeit weggelassen wurden.

Ein weiteres alleinstehendes Anwendungssystem wird zur Dokumentation der Arbeit des SpDis verwendet und basiert auf der Software „Octoware“. Obwohl diese auch beim Gesundheitsamt eingesetzt und bei dieser Seite auch ein Interesse an einigen bestimmten Episoden oder sonstigen Daten besteht, existiert keine etablierte Schnittstelle zwischen diesen Instanzen.

6.3.3 Physische Werkzeugebene

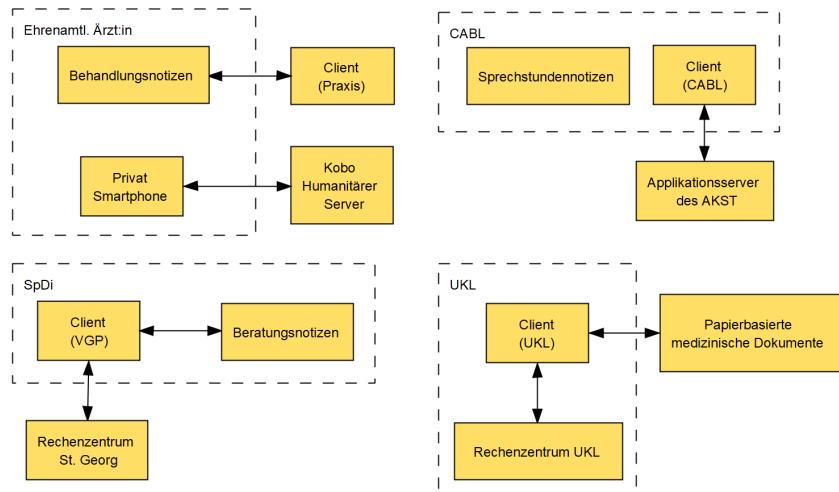


Abbildung 6.9: Die physische Werkzeugebene

Die unterste Ebene (Abbildung 6.9) beschreibt die physischen Bausteine, auf denen die Anwendungssysteme laufen, und deren Verbin-

dungen zueinander. Auch hier ist zu erkennen, dass die einzelnen Komponenten ziemlich losgelöst voneinander arbeiten und Kommunikation hauptsächlich zwischen Clients, die auf eine Anwendung zugreifen wollen, und Servern / Rechenzentren, die diese bereitstellen, stattfindet.

Der humanitäre Server von KoboToolbox stellt beispielsweise die Plattform dar, auf die jene zugreifen können, die den entsprechenden Web-Link besitzen. In ähnlicher Weise wird die zur Ausstellung des ABS benötigte Schein-Verwaltung auf den Servern des AKST gehostet. In Bezug auf den VGP oder einem Krankenhaus wie dem UKL, werden die Anwendungen durch die eigene oder übergeordnete Institution bereitgestellt.

6.4 STÄRKEN UND SCHWÄCHEN

Diese Herangehensweise an medizinische Angebote bildet in Bezug auf die dazugehörige Dokumentation ein heterogenes Bild, bestehend aus einer Vielzahl an Tools, die den jeweiligen Situationen entsprechend gewählt wurden und eingesetzt werden. Am Beispiel des SpDis ist sogar eine Software im Einsatz, welche extra für die Dokumentation in diesem Aufgabenfeld vorgesehen ist.

Die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern findet meist persönlich per Telefonat, E-Mail oder in Chatgruppen verschiedener Apps statt, wodurch ein Austausch sowohl zu medizinischen sowie zu sozialarbeitsbezogenen Themen auch kurzfristig stattfinden kann. Die Tools, welche im Zusammenhang mit der akuten Behandlung von Wohnungslosen eingesetzt werden, wie es z.B. bei den aufsuchenden Angeboten oft der Fall ist, wurden zudem so gewählt, dass dokumentarische Zeitaufwand für die behandelnden und beratenden Personen minimal ist.

Die Tatsache, dass einige Angebote (z.B. im Projekt UVO) auf die Mithilfe von ehrenamtlich arbeitenden Ärzt:innen angewiesen sind, stellt gleichzeitig auch ein Nachteil in Bezug auf die medizinische Dokumentation dar. Da man die Ehrenamtler:innen nicht mehr belasten möchte als nötig, werden keine verpflichtenden Vorgaben zum Umfang und Inhalt gestellt. Somit ist es auch möglich, dass in einigen Fällen gar keine Informationen zu den Patient:innen oder den durchgeföhrten Leistungen vorliegen. Für spätere Behandlungen kann man sich anschließend nur auf Eigenaussagen der Betroffenen oder halt auf eigene Notizen stützen.

In Bezug auf die im Kapitel 4.3 definierten Kriterien, können auch weitere negative Eigenschaften des Leipziger Informationssystems erkannt werden. Im Modell 6.8 ist zu erkennen, dass zwischen den einzelnen Anwendungssystemen so gut wie keine rechnerbasierten Schnittstellen existieren, über die Informationen ausgetauscht werden

können, weshalb die Interoperabilität hierbei als niedrig eingestuft werden kann.

Zudem ist die Verfügbarkeit einzelner Anwendungen nicht immer gewährleistet, wie am Beispiel von Octoware, dem Dokumentations-tool des SpDi, welches nur an den festen Standorten verwendet werden kann. Auf Papier geschriebene Notizen werden in solchen Fällen genutzt, um diese zu einem späteren Zeitpunkt in das jeweilige Anwendungssystem zu überführen oder um den generellen Informationsfluss zwischen zwei solcher Systeme zu ermöglichen. In Bezug auf Kriterium K4, können hierbei relativ häufig Medienbrüche festgestellt werden.

Der andere Ansatzpunkt ist es, die Leute durch Behandlungsscheine, entweder durch das Sozialamt ausgestellt oder der ABS, der von den Clearingstellen koordiniert wird, an die Regelversorgung anzubinden, was zu Folge hat, dass in den entsprechenden Institutionen eine Dokumentation, ggf. mit Pseudonym, von der Person hinterlegt wird. Aber auch hier gibt es den Nachteil, wenn eine pseudonymisierte Patientenakte bzw. die gespeicherten Daten eventuell nicht mehr einer vorstellig gewordenen Person zugeordnet werden können zumal die Scheine nur kurzfristig den Zugang zum Gesundheitssystem ermöglichen.

6.5 VERGLEICH MIT BESTEHENDEN ANSÄTZEN

In Kapitel 3.2 wurden Lösungsansätze aufgeführt, von denen einige in Vergleich mit dem Leipziger Informationssystem zur medizinischen Dokumentation bei Wohnungs- und Obdachlosen gesetzt werden können. Die Gegenüberstellung mit der Wohlfahrt Safetynet und dem Hilfsprogramm BHCHP scheint hierfür besonders geeignet, da die Angebote beider Ansätze ebenfalls in der Größenordnung einer Stadt Anwendung finden.

Mit Dublin als Sitz, stellt Safetynet einen zentralen Knotenpunkt bei der medizinischen Versorgung von Menschen dar, die sich außerhalb der Gesellschaft befinden. Das BHCHP nimmt für die Stadt Boston eine ähnliche Rolle ein, wobei dessen Ansatz auch die Verbesserung der Kooperation mit anderen Hilfsorganisationen vorsieht. Dem gegenüber besitzt Leipzig mehrere eigenständige Anlaufstellen, zu denen wohnungslose Personen mit gesundheitlichen Beschwerden gehen können, welche sich jedoch den jeweiligen Situationen entsprechend in ihren Anwendungssystemen und Verfahrensweisen unterscheiden können.

Eine zentrale Verwaltung hat auf einer übergeordneten fachlichen Ebene den Vorteil, dass ausgetauschte Daten einen gewissen Grad an Standardisierung haben. Im Falle von Safetynet wird ein webbasiertes Gesundheitsaktensystem eingesetzt, welches von sämtlichen Teams zur Dokumentation verwendet wird. Solange es keine Einschränkun-

gen beim Betrieb des Tools gibt, kann sichergestellt werden, dass anfallende oder benötigte Daten an den relevanten Orten zur richtigen Zeit zur Verfügung stehen, ggf. auch über eine Schnittstelle mit den Anwendungssystemen eines Krankenhauses oder einer Arztpraxis.

BHCHP hat bei seinem Ansatz den Vorteil einer guten Interoperabilität. Da auf einen flächendeckenden Einsatz eines Patientenverwaltungssystems gesetzt wird, können die einzelnen Standorte bei entsprechender Anbindung frei und standardisiert miteinander kommunizieren. Dies führt ebenfalls zu einer Minimierung von Medienbrüchen, wodurch wiederum das Risiko für Übermittlungsfehler verringert wird.

Wie in den obigen Modellen aufgezeigt, sind im Leipziger Informationssystem eine Vielzahl alleinstehender Anwendungen zu finden, die darauf abzielen, den Bedürfnissen der Akteure möglichst gerecht zu werden. Zum Austausch mit den Anwendungssystemen anderer Gesundheitsinstitutionen wird häufig auf papierbasierte Bausteine wie handschriftliche Notizen, Behandlungsscheine oder Anamnesebögen zurückgegriffen, welche zwar eine gewisse Flexibilität aufweisen, aber dennoch für Leistungserbringer zu einem Mehraufwand führen, weil diese zunächst transkribiert werden müssen, damit sie in einem rechnerbasierten Anwendungssystem vor Ort verwendet werden können.

In Bezug auf die Qualität der Daten wäre sicherlich ein rechnerbasiertes Anwendungssystem mit entsprechenden Schnittstellen gut geeignet, um sowohl die Integrität und Authentizität als auch die generelle Korrektheit der Daten zu prüfen. Zwar gibt es auch bei papierbasierten Methoden Möglichkeiten, dies sicherzustellen, jedoch gehen sie auch mit einer erhöhten Belastung für die Leistungserbringer einher.

Mit Fokus auf die unterliegende logische Werkzeugebene zeigen sich beim Leipziger Informationssystem einige Vorteile gegenüber einem zentralisierten Ansatz, wie es bei Safetynet der Fall ist: Die Tatsache, dass kein Anwendungssystem allein für die Aufrechterhaltung des Informationsflusses zuständig ist, bedeutet auch, dass bei einem eventuellen Ausfall nur wenige Bereiche davon betroffen sind. Für solche Fälle sollte jedoch ohnehin ein entsprechendes Konzept vorliegen, um mit den einhergehenden Einschränkungen umzugehen.

Aus diesem Grund kann man auch hier davon ausgehen, dass die positiven Merkmale von Ansätzen, wie sie z.B. in Dublin eingesetzt werden - vor allem in Sachen Funktionalität und Nutzerfreundlichkeit - den erhöhten Risiken überwiegen, die mit einem zentralen Knotenpunkt für Kommunikation einhergehen, zumal es Vorkehrungen gibt, um diese zu minimieren.

Unter Betrachtung der physischen Ebene treten die Kriterien der Verfügbarkeit und Sicherheit mit in den Vordergrund. Diese sind im Leipziger Umfeld für die einzelnen Anwendungssysteme zu betrach-

ten, sodass es einige positive Beispiele gibt, wie z.B. KoboToolbox, welche webbasiert abgerufen und somit auch über die privaten Mobilgeräte von Ärzt:innen vor Ort bedient werden kann. Die Daten werden dabei in einem für humanitäre Projekte dedizierten Rechenzentrum unter bestimmten Sicherheitsvorkehrungen gespeichert.

Jedoch ist dies nicht bei allen Tools der Fall. So wird häufig bei mobilen Einsätzen des SpDis oder bei Angeboten, die durch ehrenamtliche Ärzt:innen betreut werden, auf handschriftliche Notizen zurückgegriffen, um diese zu einem späteren Zeitpunkt in das zuständige Anwendungssystem, z.B. Octoware oder ein Praxisverwaltungssystem, zu übertragen. Die Verwendung papierbasierter Elemente führt insbesondere im wohnungslosen Umfeld zu Bedenken hinsichtlich Datensicherheit und -schutz, vor allem, wenn obdachlose Personen für ihre medizinischen Dokumente zuständig sind, die in solch prekären Situationen schnell verloren gehen können.

DISKUSSION

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Informationen zum Leipziger Informationssystem gesammelt, welches sich mit der medizinischen und sozialarbeitsbezogenen Dokumentation bei Wohnungslosen befasst. Die Entscheidung, hierfür halbstrukturierte Interviews als Methode zu verwenden, scheint für diesen Zweck sehr gut geeignet gewesen zu sein. Im Gespräch mit Personen, welche die unterschiedlichen Aufgaben im Umfeld der Versorgung wohnungs- und obdachloser Menschen erfüllen, konnten Erkenntnisse über die Verfahrensweisen und den Fluss an Informationen gewonnen werden. Aufgetretene Probleme waren minimal und meist organisatorische Natur, wodurch sie relativ schnell gelöst werden konnten.

Die Aufnahme und anschließende Transkription des Gesprochenen war für das Anfertigen der Modelle äußerst hilfreich. Zwar konnte durch die Verwendung des Sprachmodells „Whisper“ der Arbeitsaufwand effizient eingeteilt werden, dennoch wurde für das Erstellen der Transkripte eine nicht unwe sentliche Menge an Zeit benötigt. Die verwendeten Modelle eigneten sich gut, um die Eigenschaften des Leipziger Informationssystems sowie dessen Stärken und Schwächen zu beleuchten, wobei man den zeitlichen Aspekt der Kommunikationsdiagramme unter Umständen als redundant ansehen könnte.

Das erste Ziel, welches mit dieser Arbeit angestrebt wurde, namentlich die Systemanalyse und -bewertung des oben genannten Systems, kann damit als vollständig erreicht angesehen werden. Die erzielten Ergebnisse sollten sich für etwaige Projekte, die sich in diesem Umfeld bewegen, als hilfreich erweisen.

Bezüglich des zweiten Ziels, der Gegenüberstellung mit bestehenden Ansätzen, kam es zu dem Umstand, dass Informationen bezüglich der Dokumentation meist nicht sehr detailliert waren, wodurch ein Vergleich nur mit einigen ausgewählten Ansätzen sinnvoll erschien. Die Anzahl der Vergleichskriterien musste auf ähnliche Weise begrenzt werden, da viele Punkte ein tieferes Verständnis über die Verfahrensweisen erfordern, als hierbei angedacht war. Schlussendlich konnte dennoch ein passender Vergleich gezogen werden.

Nach erfolgter Analyse des Leipziger Informationssystems in Bezug auf die medizinische Versorgung von Wohnungslosen und anderen Personen aus vulnerablen Gruppen, sowie der damit verbundenen Dokumentation, erschließt sich ein Gesamtbild von einer Mehrzahl verschiedener Hilfsangebote, die unterschiedliche Tools und Anwendungen im Einsatz haben, welche je nach vorliegender Situation gewählt wurden. Diese Angebote sind auf die spezifischen Bedürfnisse

der Zielgruppe angepasst, indem den Hilfesuchenden aufsuchend oder an mehreren Standorten verteilt Kontakte zur Verfügung gestellt werden, die ihnen bei vielfältigen Problemen zu Seite stehen.

Allerdings bauen einige dieser Angebote, vor allem in Bezug auf die Behandlung somatischer Beschwerden, auf die Mithilfe von ehrenamtlichen Ärzt:innen auf. Diese Abhängigkeit und die daraus resultierende Notwendigkeit, diese zusätzliche Arbeitslast möglichst zu reduzieren, damit die Personen weiterhin zur Unterstützung bereit sind, führt zu der Annahme, dass die Aufgabe der Dokumentation in diesem Umfeld eher eine untergeordnete Rolle spielt. Daten, die in diesem Zusammenhang erfasst werden, dienen in einigen Fällen primär dem Zweck der statistischen Auswertung, sodass beispielsweise konkrete Angaben zu Fallzahlen gemacht werden können.

Bei der Implementierung eines neuen Dokumentationssystems sind die Punkte Verfügbarkeit und Benutzerfreundlichkeit besonders wichtig. Es sollte nicht nur an den unterschiedlichsten Orten abrufbar sein, sondern auch ein Gleichgewicht zwischen Umfang und Aufwand der Dokumentation finden. Webbasierte Ansätze, wie sie bereits beschrieben wurden, sollten sich für diesen ersten Punkt gut eignen, da hierbei unterschiedliche (Mobil-)Geräte zum Zugriff verwendet werden können. Medizinisch relevante Dokumente können dann über einen Cloud-Service abgespeichert werden, damit sie an den richtigen Orten und zu den richtigen Zeiten einsehbar sind.

LITERATUR

- Angoff, Gerald H., James J. O'Connell, Jessie M. Gaeta, Denise de Las Nueces, Michael Lawrence, Sanju Nembang und Travis P. Baggett (2019). „Electronic medical record implementation for a healthcare system caring for homeless people“. In: *JAMIA Open* 2.1, S. 89–98. DOI: [10.1093/jamiaopen/ooy046](https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooy046).
- BAG W (2022). *Statistikbericht 2020: Zu Lebenslagen wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland – Lebenslagenbericht*. URL: https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA_Statistikbericht_2020.pdf (besucht am 24.03.2023).
- BAG Wohnungslosenhilfe (21. Dez. 2021). *Steigende Zahl Wohnungsloser im Wohnungslosensektor, Wohnungslosigkeit anerkannter Geflüchteter sinkt*. [Pressemitteilung]. URL: https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/PRM/PRM_2021_12_21_BAGW_Schaetzung.pdf (besucht am 26.02.2023).
- Beijer, Ulla, Sven Andreasson, Gunnar Ågren und Anna Fugelstad (2011). „Mortality and causes of death among homeless women and men in Stockholm“. In: *Scandinavian Journal of Public Health* 39.2. PMID: 21247970, S. 121–127. DOI: [10.1177/1403494810393554](https://doi.org/10.1177/1403494810393554). eprint: <https://doi.org/10.1177/1403494810393554>. URL: <https://doi.org/10.1177/1403494810393554>.
- Bertram, Franziska u. a. (2022). „Psychische und somatische Gesundheit von wohnungslosen Menschen“. In: *Dtsch Arztebl International* 119.50, S. 861–868. DOI: [10.3238/arztebl.m2022.0357](https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0357).
- Busch-Geertsema, Volker (2012). „Wohnungslosenpolitik in Europa. Nationale und europäische Strategien gegen Wohnungslosigkeit“. In: *Bürger oder Bettler: Soziale Rechte von Menschen in Wohnungsnutznot im Europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung*. Hrsg. von Rolf Gillich Stefan and Keicher. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 233–247. ISBN: 978-3-531-94200-1. DOI: [10.1007/978-3-531-94200-1_19](https://doi.org/10.1007/978-3-531-94200-1_19). URL: https://doi.org/10.1007/978-3-531-94200-1_19.
- Busch-Geertsema, Volker (2018). „Wohnungslosigkeit in Deutschland aus europäischer Perspektive“. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte/bpb.de*. URL: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/27088/2/wohnungslosigkeit-in-deutschland-aus-europaeischer-perspektive/> (besucht am 11.04.2023).
- Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein e.V. (2022). URL: <https://cab-leipzig.de/wp/presse-2/> (besucht am 26.02.2023).
- Davies, Andrew und Lisa J. Wood (2018). „Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care“. In: *The Medical journal of Australia* 209.5, S. 230–234. DOI: [10.5694/mja17.01264](https://doi.org/10.5694/mja17.01264).

- Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. (2023). *Wohnungslosenhilfe - Leipziger Oase*. URL: https://www.diakonie-leipzig.de/angebote_fuer_menschen_in_not_wohnungslosenhilfe_-_leipziger_oase_de.html (besucht am 19.04.2023).
- Döring, Nicola und Jürgen Bortz (2015). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. Aufl. Springer Berlin, Heidelberg. DOI: [10.1007/978-3-642-41089-5](https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5).
- Hwang, Stephen W. und Tom Burns (2014). „Health interventions for people who are homeless“. In: *Lancet (London, England)* 384.9953, S. 1541–1547. DOI: [10.1016/S0140-6736\(14\)61133-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61133-8).
- Kaduszkiewicz, Hanna, Benjamin Bochon, Hendrik van den Bussche, Julia Hansmann-Wiest und Carolin van der Leeden (2017). „The Medical Treatment of Homeless People“. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 114.40, S. 673–679. DOI: [10.3238/arztebl.2017.0673](https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0673).
- Klinikum St. Georg gGmbH (16. März 2023a). *Verbund Gemeindenaher Psychiatrie (VGP)*. URL: https://www.sanktgeorg.de/fileadmin/Partner_und_Einweiser/Unternehmenskommunikation/Aktuelles/2023/2023_07/2023_03_16_VGP_Flyer_2023_10PRINT.PDF (besucht am 12.08.2023).
- Klinikum St. Georg gGmbH (2023b). *Verbund Gemeindenaher Psychiatrie Leipzig*. URL: <https://www.sanktgeorg.de/patienten-besucher/verbund-gemeindenaher-psychiatrie.html> (besucht am 22.04.2023).
- Leeden, Carolin van der, Hanna Kaduszkiewicz, Sigrid Boczor, Benjamin Lohmann, Thomas Kloppe, Tina Mallon, Anja Rakebrandt und Martin Scherer (3. Feb. 2023). „Specialist medical centres for the homeless in Hamburg - diagnoses and reasons for treatment compared to general practice system (regular care system)“. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2529604/v1>. URL: <https://www.researchsquare.com/article/rs-2529604/latest> (besucht am 02.08.2023).
- Leiner, F., W. Gaus, R. Haux, P. Knaup-Gregori, K.P. Pfeiffer und J. Wagner (2012). *Medizinische Dokumentation: Grundlagen einer qualitätsgesicherten integrierten Krankenversorgung Lehrbuch und Leitfaden*. 6. Aufl. Stuttgart: Schattauer. ISBN: 9783794567089.
- Lopez, German (15. Juli 2022). „Homeless in America. The homelessness crisis is getting worse.“ In: *The New York Times: The Morning*. URL: <https://www.nytimes.com/2022/07/15/briefing/homelessness-america-housing-crisis.html> (besucht am 17.04.2023).
- Merten, Martina (2005). „Medizinische Dokumentation: Sinnvolles Basiswerkzeug““. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 102.11, A-726-. eprint: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=45930>. URL: <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=45930>.
- National Organisations Working with the Homeless, European Federation of (2017). *ETHOS Typology on Homelessness and Housing Exclusion*. URL: <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>.

- Object Management Group (3. Jan. 2011). *Business Process Model And Notation*. Version 2.0. URL: <https://www.omg.org/spec/BPMN/2.0/PDF> (besucht am 09.09.2023).
- Object Management Group (5. Dez. 2017). *Unified Modeling Language*. Version 2.5.1. URL: <https://www.omg.org/spec/UML/2.5.1/PDF> (besucht am 09.09.2023).
- Safetynet (29. Sep. 2022). *Safetynet Strategic Plan 2022 - 2024*. URL: https://www.primarycaresafetynet.ie/_files/ugd/06ce29_dc5f56b336a2463ea37735c13f3e6bdf.pdf (besucht am 21.08.2023).
- Safetynet (2023). *Safetynet Primary Care*. URL: <https://www.primarycaresafetynet.ie/> (besucht am 21.08.2023).
- Silvestre, Carina Carvalho, Lincoln Marques Cavalcante Santos, Alfredo Dias de Oliveira-Filho und Divaldo Pereira de Lyra (2017). „'What is not written does not exist': the importance of proper documentation of medication use history“. In: *International journal of clinical pharmacy* 39.5, S. 985–988. DOI: [10.1007/s11096-017-0519-2](https://doi.org/10.1007/s11096-017-0519-2).
- Srebnik, Debra, Tara Connor und Laurie Sylla (2013). „A Pilot Study of the Impact of Housing First-Supported Housing for Intensive Users of Medical Hospitalization and Sobering Services“. In: *American Journal of Public Health* 103.2. PMID: 23237150, S. 316–321. DOI: [10.2105/AJPH.2012.300867](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300867). eprint: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300867>. URL: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300867>.
- SZL Suchzentrum gGmbH (2023). *Safe - Straßensozialarbeit für Erwachsene*. URL: <https://www.suchzentrum.de/safe> (besucht am 22.04.2023).
- TiMMi ToHelp e.V. (2023). URL: <https://timmithelp.de/> (besucht am 22.04.2023).
- Winter, Alfred, Elske Ammenwerth, Reinhold Haux, Michael Marschollek, Bianca Steiner und Franziska Jahn (2023). *Health Information Systems*. Cham: Springer International Publishing. ISBN: 978-3-031-12309-2. DOI: [10.1007/978-3-031-12310-8](https://doi.org/10.1007/978-3-031-12310-8).
- Zanders, Theresa und Laura Eleana Bein (2022). *Der anonyme Behandlungsschein – von der Idee zur Umsetzung. Ein Handlungsleitfaden*. DOI: [10.25643/BAUHAUS-UNIVERSITAET.4716](https://doi.org/10.25643/BAUHAUS-UNIVERSITAET.4716).

APPENDIX

A

INTERVIEWLEITFÄDEN

A.1 EHRENAMTLICHE ÄRZT:INNEN

- Unter welchen Umständen wird dokumentiert?
 - Gibt es ggf. Unterschiede zwischen den einzelnen Situationen? (auf der Straße, in Notunterkünften, ...)
- Erfolgt eine Feststellung der Identität?
 - Wenn ja, mit welchen Mitteln? (Ausweis, Eigenaussage, ...)
- Kann auf bestehende Dokumentation zurückgegriffen werden?
- Was wird alles dokumentiert?
 - Welche Daten werden erfasst?
 - Welche Dokumente werden erstellt?
- Wer dokumentiert bzw. ist hierfür verantwortlich?
- Mit welchen Personen/Institutionen werden die Daten geteilt?
- In welcher Form erfolgt die Kommunikation? (Brief, E-Mail, Telefonat, ...)
- [falls relevant] Fragen zum Einsatz der Kobo Tool Box:
 - Wie wird das Tool gehandhabt?
 - Welche Daten werden dabei erfasst?
 - In welcher Form und Struktur werden diese abgelegt?
- Sind weitere Tools bzw. Anwendungen im Einsatz?
 - Wenn ja, welche?
 - Wie werden diese eingesetzt?

A.2 MITARBEITER VON CABL

- Unter welchen Umständen wird dokumentiert? (Einzelsprechstunden, auf der Straße, in Notunterkünften, ...)
 - Gibt es Unterschiede (Umfang oder Inhalt der Dokumentation) zwischen den einzelnen Situationen?
- Wird unter Umständen die Identität der Personen erfasst?
- Was wird alles dokumentiert?
 - Welche Daten werden erfasst?
 - Welche Dokumente werden erstellt?
- Wer dokumentiert bzw. ist hierfür verantwortlich?
- Mit welchen Personen/Institutionen werden die Daten geteilt?
- In welcher Form erfolgt die Kommunikation (Brief, E-Mail, Telefonat, ...)
 - mit den genannten Personen/Institutionen?
 - mit dem Sozial- bzw. Gesundheitsamt?
- Fragen zum anonymen Behandlungsschein:
 - Wie erfolgt die Ausstellung?
 - Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?
 - Gibt es auch eine digitale Variante?
 - Wie wird der ABS verwendet bzw. wie wird damit umgegangen?
 - Wie wird die Behandlung finanziert?
 - Wie ist die Zusammensetzung der Gruppe, die den ABS benutzen? (Obdachlose, LGBTQ, ...)

A.3 VGP UND SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST

- Über welche Angebote des VGP wird ein Kontakt zu Wohnungslosen bzw. Menschen ohne Krankenversicherung hergestellt?
- Unter welchen Umständen wird dokumentiert?
 - Gibt es Unterschiede (Umfang oder Inhalt der Dokumentation) zwischen den einzelnen Situationen?
 - Wie oft ist das mobile Kontakt- und Beratungsteam unterwegs? Wer ist dabei?
- Was wird alles dokumentiert?
 - Erfolgt eine Feststellung der Identität? Wenn ja, wie?
 - Welche Daten werden erfasst?
 - Welche Dokumente werden erstellt?
 - Wer dokumentiert bzw. ist hierfür verantwortlich?
- Welche Tools / Anwendungen werden genutzt?
- Mit welchen Personen / Institutionen werden die Daten geteilt?
- In welcher Form erfolgt die Kommunikation?

A.4 STATIONÄRE UND AMBULANTE BEHANDLUNG

- Gibt es konkrete Vorgaben zum Umgang mit wohnungslosen Menschen?
- Welche Tools/Anwendungen werden zur Dokumentation eingesetzt?
- Gibt es im Vergleich zum Standardvorgehen Unterschiede bei der Dokumentation, wenn
 - der Patient oder die Patientin seine/ihre Identität nicht nachweisen will oder kann?
 - kein Krankenversicherungsnachweis vorliegt?
 - ein anonymer Behandlungsschein vorliegt?
 - Wie wird mit diesem umgegangen?
- Über welchen Weg werden Patient:innen an Sie verwiesen?
 - Besteht Kontakt zu Hilfsorganisationen für Wohnungslose? (z.B. CABL, Safe, TiMMi ToHelp, ...)
 - Wenn ja, in welcher Form findet der Austausch statt? (Brief, E-Mail, Telefonat, ...)
- Wie werden Termine zur Weiterbehandlung organisiert?
 - Wie werden die Betroffenen informiert bzw. kontaktiert?
 - Wie ist das Vorgehen beim Fernbleiben von Behandlungsterminen?

A.5 SOZIALARBEITER:INNEN

- Werden medizinische Daten dokumentiert?
 - Wenn ja, welche Dokumente und in welcher Form?
 - Unter welchen Umständen?
- Wie ist das Vorgehen bei medizinischen Vorfällen, wenn kein Arzt oder keine Ärztin vor Ort ist?
 - Wie oft ist med. Personal bei Einsätzen (z.B. bei dem Hilfebus) mit dabei?
- An wen bzw. welche Institution werden Wohnungslose mit gesundheitlichen Beschwerden verwiesen?
- Gibt es (Beratungs-) Angebote, um hilfsbedürftige Menschen wieder in die Regelversorgung zu überführen?
 - Wenn ja, wie erfolgreich zeichnen sich diese aus?
- Besteht außerhalb der konkreten Fälle regelmäßiger Kontakt zu med. Personal?
 - Wenn ja, in welcher Form? (Brief, E-Mail, Telefonat, . . .)

ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe, insbesondere sind wörtliche oder sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet.

Mir ist bekannt, dass Zuwiderhandlung auch nachträglich zur Aberkennung des Abschlusses führen kann.

Ich versichere, dass das elektronische Exemplar mit den gedruckten Exemplaren übereinstimmt.

Leipzig, 19.09.2023

Robert Künzel