

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

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	8
2.2.2	Gründe für Wohnungslosigkeit	9
2.2.3	Bildung und Berufsleben	10
2.2.4	Gesundheitliche Situation	11
2.3	Länderspezifische Situationen	12
2.4	Methoden zur Informationsbeschaffung	13
2.4.1	Literaturrecherche	13
2.4.2	Interview	14
2.4.3	weitere Methoden	15
3	Stand der Forschung	17
3.1	Anforderungen an die medizinische Versorgung von vulnerablen Gruppen	17
3.2	Hilfsangebote in Leipzig	18
3.2.1	Diakonie	18
3.2.2	CABL	18
3.2.3	Safe	18
3.2.4	Weitere Angebote	18
3.3	Bestehende Lösungsansätze	18
	Literatur	19

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 2.1	Altersstruktur von Wohnungslosen	9
Abbildung 2.2	Berufsabschluss nach Alter	11
Abbildung 2.3	Ärztekontakt nach Wohnungsnotfall	12

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 2.1	Auslöser für Wohnungslosigkeit	10
-------------	--	----

AKRONYME

ABS	anonymer Behandlungsschein
BAG W	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.
CABL	Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Leipzig e.V.

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 manche 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 werden 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 zugeteilt 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 Krankheitsgeschichte und Auflistung durchgeführter 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 Problems Ursachen 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. Bezüglich 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 die 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 Systems 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 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.

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.

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 unzureichenden Wohnverhältnissen. Gemeint werden damit Behausungen, die nicht für konventionelles Wohnen geeignet sind wie z.B. Wohnwägen, 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.

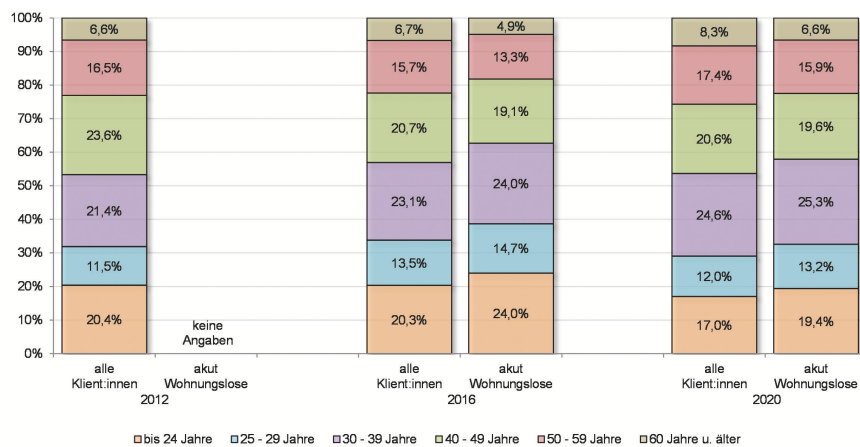


Abbildung 2.1: Die Altersstruktur von Wohnungslosen nach Berichtsjahren (BAG W, 2022)

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 als staatenlos 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 vermietenden 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 imminently 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.

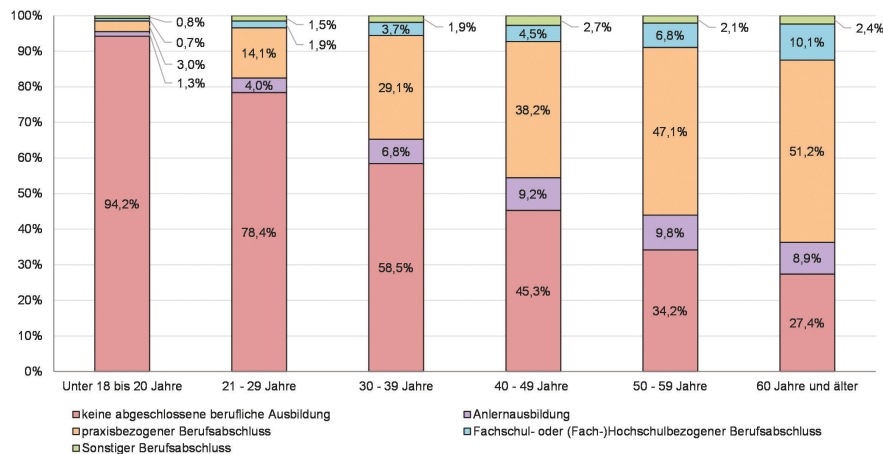


Abbildung 2.2: Berufsabschluss nach Altersklassen im Berichtsjahr 2020 (BAG W, 2022)

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)

Diese Zurückhaltung im Bezug auf den Besuch von Institutionen im Gesundheitswesen kann zum einen mit den bereits erwähnten Grün-

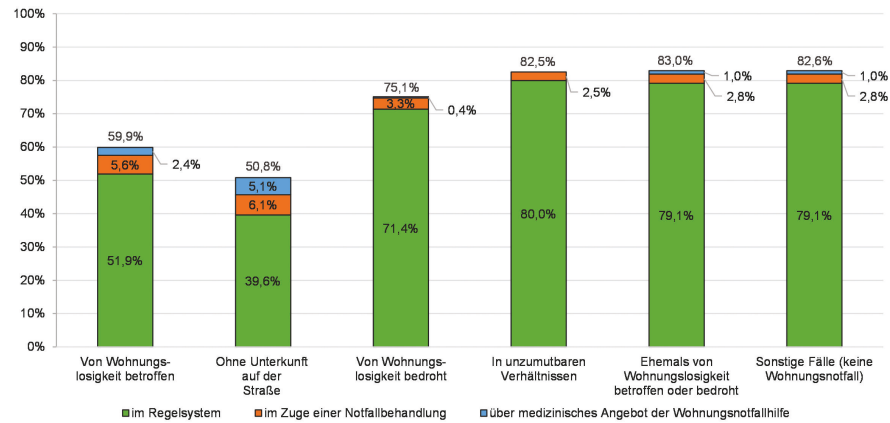


Abbildung 2.3: Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin in den letzten 6 Monaten nach Wohnungsnotfall (BAG W, 2022)

den 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. Bei einer Befragung dazu, gaben nur 67% der akut Wohnungslosen an, 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 den nordischen Europaländern (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 kontinuier-

licher Rückgang der Wohnungslosenquote zu verzeichnen, da schon seit 1987 mit einer Vielzahl an 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 Übergangsunterkünften
- Verbesserung von Unterkünften und Hilfsangeboten

USA, ...

2.4 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.

2.4.1 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.

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.

Suchbegriffe

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

2.4.2 Interview

Interviews werden für den praktischen Teil dieser Arbeit von besonders wichtigem Wert sein, da nach aktuellem Stand kaum Daten über das konkrete Informationssystem zur medizinischen Behandlung von Wohnungs- und Obdachlosen vorliegen oder bereits vorhandene Dokumente nicht vollständig genug sind. Damit neue Daten möglichst realitätstreu 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? Bringen 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.

2.4.3 *weitere Methoden*



Beobachtung,
Fragebogen,
Datenbe-
standsana-
lyse

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.

3.1 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 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.

3.2 HILFSANGEBOTE IN LEIPZIG

Aufgaben,
Ziele, Orga-
nisation; Wie
ausführlich?

3.2.1 *Diakonie*

3.2.2 *CABL*

3.2.3 *Safe*

3.2.4 *Weitere Angebote*

3.3 BESTEHENDE LÖSUNGSANSÄTZE

Housing first,
ALERT, ABS

LITERATUR

- 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.
- BAG Wohnungslosenhilfe (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.
- 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 Wohnungsnot 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/270882/wohnungslosigkeit-in-deutschland-aus-europaeischer-perspektive/>.
- Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein e.V. (2022). aufgerufen am 26.02.2023. URL: <https://cab-leipzig.de/wp/presse-2/>.
- 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).
- 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>.
- 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).
- 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).