CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Studienabschlussbericht GIG 1+2

# Gesundheitliche und soziale Lage von Menschen in Wohnungslosigkeit in Berlin:

## Ergebnisse einer retrospektiven Sekundärdatenanalyse von zwei niedrigschwelligen Gesundheitsangeboten für die Jahre 2006 bis 2022

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Zurück zum Inhalt

# Inhalt


1 Hintergrund 3

Einleitung 3

2 Methodik 4

Zielstellung und leitende Forschungsfragen 4

Studiendesign, Datengrundlage, Ethikvotum 4

3 Ergebnisse 8

Beschreibung der Gesamtstichprobe 8

Soziodemografische Charakteristika 8

Medizinische Versorgung im ambulanten Setting 14

Medizinische Versorgung im stationären Setting 31

4 Einordnung der Befunde 36

5 Zentrale Ergebnisse und Handlungsfelder 40

Zielgruppenorientierte Versorgungsbedarfe 40

Soziodemografische Entwicklungen 47

Ausbau der Vernetzung in das Regelsystem 47

Methodische Reflexionen 49

6 Limitationen der Studie 50

7 Referenzen 51

Impressum 55

# 1 Hintergrund

## Einleitung

Menschen in Wohnungslosigkeit leben in sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung. Ihre hohe Krankheitslast und ihr erhöhtes Risiko, frühzeitig zu versterben, wurden bereits beschrieben (1, 2). Als ursächlich werden biografische, aber auch akute gesundheitlichen Belastungen sowie ein unzureichender Zugang zu medizinischer Versorgung angeführt. Überdurchschnittlich oft nehmen sie medizinische Hilfen außerhalb der im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgesehenen Versorgungsstrukturen in Anspruch. Diese Angebote außerhalb der sozialrechtlichen Regelversorgung dienen der Krisenintervention. Darunter finden sich Angebote in Trägerschaften der freien Wohlfahrt oder spendenfinanzierte Angebote. Die Behandlungsmöglichkeiten und fachlichen Kompetenzen dieser Hilfen sind vielfältig. Sie ermöglichen in der Regel eine primärärztliche Versorgung für Menschen, die aufgrund einer fehlenden Krankenversicherung, unklarem Aufenthaltstitel, Schulden, Diskriminierungserfahrungen oder Scham medizinische Versorgungsbedarfe nicht innerhalb des Regelsystems behandeln lassen (3, 4). Angebote der medizinischen Regelversorgung werden zumeist lediglich in Form von Akutversorgungen in Notaufnahmen oder psychiatrischen Kliniken in Anspruch genommen (5-7).

Der vorliegende Forschungsbericht gibt einen vertiefenden Einblick in die gesundheitliche Versorgung in zwei niedrigschwelligen Berliner Gesundheitszentren für Menschen in Wohnungslosigkeit und Bedürftigkeit. Den Behandlungszahlen des Berliner Runden Tisches zur zahn-/medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen folgend, wurde im Jahr 2023 fast jede:r fünfte Patient:in in einer der beiden ausgewählten Einrichtungen versorgt (8). Beide Angebote zusammen hatten einen Anteil von 24,3% an der dokumentierten Gesamtzahl ärztlicher Konsultationen. Aufgrund ihres Versorgungsumfangs erscheinen die Einrichtungen daher für eine exemplarische Darstellung des niedrigschwelligen Versorgungsgeschehens in Berlin geeignet.

Die bislang einmalige Datenbasis erlaubt es, ein differenziertes Bild der heterogenen Patient:innengruppe zu zeichnen und zudem den Wandel ihrer Versorgungsbedarfe im zeitlichen Verlauf von zehn Jahren abzubilden. Weiterhin können Aussagen über die in den Einrichtungen erfolgte und dokumentierte primärärztliche Versorgung hinaus getroffen werden, da die archivierten Patient:innenakten auch Entlassungsdokumente notfallmedizinischer und stationärer Versorgungseinrichtungen enthielten. Der Bericht schließt mit konkreten Handlungsempfehlungen für die präventive Versorgungspraxis und methodischen Reflexionen zur weitergehenden Nutzung derartiger Forschungsdaten.

# 2 Methodik

## Zielstellung und leitende Forschungsfragen

Anliegen der Studie ist es, die Nutzer:innen zweier niedrigschwelliger Berliner Gesundheitszentren möglichst umfassend zu charakterisieren hinsichtlich ihrer soziodemografischen Merkmale und medizinischen Bedarfe. Forschungsleitende Fragen waren:

1. Wer sucht die ausgewählten niedrigschwelligen Versorgungseinrichtungen auf?
2. Welche medizinischen Bedarfe werden in den Versorgungseinrichtungen versorgt?
3. Welche Informationen liegen zur medizinischen Versorgung innerhalb stationärer Versorgungseinrichtungen vor?
4. Gab es innerhalb des Beobachtungszeitraums Veränderungen in der Zusammensetzung der Patient:innenstruktur oder der medizinischen Versorgung?
5. Sind die gewählten Datenquellen für die Gesundheitsforschung und eine eventuelle Gesundheitsberichterstattung nutzbar?

## Studiendesign, Datengrundlage, Ethikvotum

Die retrospektive Sekundärdatenanalyse umfasste Patient:innenakten von zwei niedrigschwelligen Gesundheitseinrichtungen für Menschen in Obdach- und Wohnungslosigkeit in Berlin. Im ersten Teil der Studie wurden die Patient:innen des Gesundheitszentrums für Obdachlose der Jenny De la Torre Stiftung (GZO) in Berlin-Mitte untersucht (9). Das Gesundheitszentrum ist eine vollständig spendenfinanzierte Anlaufstelle, die Hilfe für Menschen in prekärer Wohnsituation bietet. Die Einrichtung bietet ein breites Spektrum an Hilfsangeboten. Neben sozialer Beratung und medizinischer Betreuung – einschließlich Allgemeinmedizin, Zahnheilkunde, Orthopädie, Augen- und Hautheilkunde – gibt es dort auch Friseurservices, Kleidung, Mahlzeiten sowie psychologische und rechtliche Beratung. Eingeschlossen wurden alle Patient:innenakten von Personen, die zwischen Januar 2006 und Juni 2020 mindestens einmal die Angebote des GZO in Anspruch genommen haben. Die Dateneingabe erfolgte durch drei geschulte Medizinstudierende vor Ort im GZO im Zeitraum von Juli 2020 bis Juli 2022. Hierfür wurde eine gesicherte Online-Datenbank innerhalb der Charité IT-Infrastruktur genutzt (RedCap).

Im zweiten Studienabschnitt wurde mit dem „TagesTreff" in Berlin-Lichtenberg ein niedrigschwelliges Versorgungsangebot des Humanistischen Verbands Deutschlands einbezogen. Die Einrichtung ist mischfinanziert durch einen anteiligen Kassenarztsitz (KV Berlin), Senatsverwaltung, Bezirk und Spenden. Die Angebote des TagesTreffs unterscheidet sich nur geringfügig von jenen des GZO. Geboten werden ebenfalls eine soziale Beratung und medizinische Beratung. Letztere umfasst eine allgemeinmedizinische wie auch zahnmedizinische Versorgung. Daneben können Patient:innen Mahlzeiten und Kleidung erhalten. Auch ist ein Duschangebot für die Patient:innen nutzbar. Auswahlgesamtheit der Daten des TagesTreffs sind die Akten aller Patient:innen, die mindestens einen Besuch zwischen den Jahren 2006 bis 2022 aufwiesen. Die Dateneingabe im TagesTreff erfolgte von Januar 2022 bis August 2024. Hierfür wurde ebenfalls eine gesicherte Online-Datenbank innerhalb der Charité IT-Infrastruktur genutzt (RedCap). Nach abgeschlossener Überprüfung der Datenqualität und Plausibilität wurden die Stichproben aus GZO und TagesTreff zusammengeführt und gemeinsam ausgewertet.

Ergänzend zu der quantitativen Untersuchung der Patient:innenakten wurde ein Gruppeninterview zur Finanzierungsstruktur und den sich daraus ergebenden Herausforderungen durchgeführt.

### Datengrundlage

Die gesamte Untersuchung basierte auf analogen Patient:innenakten (Papierakten). Zentrale Datenquelle waren die in beiden Einrichtungen, wenn auch in unterschiedlichem Umfang, erhobenen medizinischen und Sozialanamnesen. Regelhaft werden bei Erstkotakt in einer Einrichtung

Angaben zum Geschlecht, Geburtsdatum, Geburtsort, Krankenversicherungsstatus, sozialer Lage (Wohnsituation, Einkommen, Familienstand), Vorerkrankungen und Art der akuten Hilfeleistung (z. B. ärztliche Konsultation) erfasst. Darüber hinaus enthalten die Akten Kopien von in den Einrichtungen selbst ausgestellten Ärzt:innenbriefen, Psycholog:innenberichten, psychiatrischen Akten, Attesten sowie von den Patient:innen mitgebrachten Dokumente ebenfalls in Anspruch genommener anderer Gesundheitseinrichtungen (z. B. Krankenhausentlassungsdokumente).

**Erfasste Merkmale**

| | Stichprobe GIG 1 (GZO) | Stichprobe GIG 2 (TagesTreff) |
|---|---|---|
| **Soziodemografische Merkmale** | Alter (in Jahren), Geschlecht (weiblich, männlich, divers), Staatsangehörigkeit (Liste von 202 Ländern), ggf. Aufenthaltsstatus (Visum, befristete Aufenthaltserlaubnis, Blaue Karte EU, Niederlassungserlaubnis, Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU, Asylsuchend, Asylbewerber:in, anerkannte:r Geflohene:r, ohne Aufenthaltstitel, sonstiges), Bundesland (16 Bundesländer), Sprache, Ausweisstatus (vorhanden nein/ja), Telefonische Erreichbarkeit (nein/ja), Krankenversicherungsstatus (vorhanden nein/ ja), Art der Krankenversicherung (Private KV, AOK, TK, BARMER, DAK, KKH, IKK, BKK, sonstige), Vorstellungsgrund erste Konsultation (von Wohnungslosigkeit bedroht, ärztliche Konsultation, zahnärztliche Konsultation, augenärztliche Konsultation, psychologische Beratung, rechtliche Beratung, soziale Beratung, Essen, Kleidung, Duschen, Friseur:in, sonstiges), Wohnsituation (ofW, eigene Wohnung/WG, Wohnheim, bei Bekannten/Partner:in, Notübernachtung, Trägerwohnung, auf der Straße, sonstige Wohnsituation), Betreuungsverhältnis (Bezirksamt, Sozialarbeiter:in, Sachbearbeiter:in, sonstiges), Schulbildung (Anzahl der Schuljahre), Berufsausbildung (un-/angelernt, dreijährige Lehre, Fachschulabschluss, Universitätsabschluss), Familienstand (verheiratet (zusammenlebend), verheiratet (getrennt lebend), ledig, geschieden, verwitwet), Anzahl an Kindern, Familienkontakt (nein/ja), Kontaktperson aus der Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, sonstige), (Ohne)Beschäftigung (Jahre der Arbeitslosigkeit), letztes Arbeitsverhältnis (nie berufstätig, Arbeiter:in, Angestellte:r, Beamter/ Beamtin, Selbstständige:r, Rentner:in), Grund für Wohnungslosigkeit (Arbeitsplatzverlust, Scheidung, Schulden, psychische Erkrankung, Ortswechsel, Inhaftierung, Mietpreis, Flucht aus dem Elternhaus, Mietvertrag ausgelaufen, sonstiges), Dauer der Wohnungslosigkeit (in Jahren), Einkommensquelle (Sozialhilfe, Grundsicherung, Arbeitslosengeld, Rente, Zeitungsverkauf, Flaschensammeln, Betteln, sonstiges), Inhaftierungserfahrungen (nein/ja) | Alter (in Jahren), Geschlecht (weiblich, männlich, divers), Staatsangehörigkeit (Liste von 202 Ländern), Sprache, Krankenversicherungsstatus (vorhanden nein/ ja), Art der Krankenversicherung (Private KV, AOK, TK, BARMER, DAK, KKH, IKK, BKK, sonstige), Vorstellungsgrund erste Konsultation (von Wohnungslosigkeit bedroht, ärztliche Konsultation, zahnärztliche Konsultation, soziale Beratung, Essen, Kleidung, Duschen, sonstiges), Vermittelt von (Ambulanter Arzt/Ärztin, Krankenhaus, Bekannte, Verwandte, Betreutes Wohnen gem. SGB XII, Internet, Bezirksämter, Beratungsstellen, Polizei, niedrigschwellige Einrichtungen (NÜ, Tagestreff etc.), Selbstmelder, Sonstiges, keine Angabe) Wohnsituation (ofW, eigene Wohnung/WG, Wohnheim, bei Bekannten/Partner:in, Notübernachtung, Trägerwohnung, auf der Straße, Nicht (mehr) bewohnbare Gebäude, Fahrzeuge, Entgeltliche Unterkünfte (Hostels etc), Seniorenheim, Sonstige Wohnsituation) Dauer der Wohnungslosigkeit (in Jahren), ), Einkommensquelle (Hartz IV / ALG II, ALG I, Grundsicherung, Rente, Sozialhilfe, Andere staatliche Unterstützung (Kindergeld etc), Zeitungsverkauf, Flaschen sammeln, Betteln, Legale Arbeit, Illegale Arbeit (zB Schwarzarbeit), Unterstützung durch Umfeld (Freunde, Familie), Nicht staatliche Hilfseinrichtungen (Wärmestuben, Suppenküchen etc), Sonstiges), Familienstand (verheiratet (zusammenlebend), verheiratet (getrennt lebend), ledig, geschieden, verwitwet), Anzahl an Kindern, höchster Schulabschluss (Haupt- oder Volksschulabschluss, Realschulschulabschluss/Mittlere Reife/Fachschulreife, POS (Polytechnische Oberschule) bzw. 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse), Fachhochschulreife / Abschluss einer Fachoberschule, Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, Anderen Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben), Schule beendet ohne Schulabschluss, Sonstiges), Berufsausbildung (un-/angelernt, dreijährige Lehre, Fachschulabschluss, Universitätsabschluss) |

| | Stichprobe GIG 1 (GZO) | Stichprobe GIG 2 (TagesTreff) |
|---|---|---|
| **Medizinische Merkmale** | Diagnosen (3-stelligem ICD-10-GM-Code (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Deutsche Modifikation)), Datum der medizinischen Konsultationen, Medikation (7-stelliger Code zur Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Einordnung von Wirkstoffen und Arzneimitteln (ATC-Code)), Infektionskrankheiten (Hepatitis A, B, C, HIV, sexuell übertragbare Krankheiten), Psychiatrische Vorerkrankungen (nein/ja), Art der psychiatrischen Vorerkrankungen (Multiple Choice Liste F00-F99), Allergien (keine Allergie, Pollen/ Heuschnupfen, Medikamente, Nüsse, Meeresfrüchte, Obst, Laktoseintoleranz, sonstige), Tetanusstatus (Impfstatus aktuell nein/ja), Suchterkrankungen (Alkoholkonsumstörung (nein/ja), Nikotinkonsumstörung (nein/ja), Drogenkonsumstörung (nein/ja), Spielsucht (nein/ja), sonstige), Entzugstherapie (nein/ja), Substanz von der entzogen wurde (Alkohol, Nikotin, Drogen, sonstige), letzter Ärzt:innenbesuch (Jahre), Zahnprobleme (nein/ja), Konsultation eines/einer Zahnarztes/ Zahnärztin (nein/ja), Konsultation eines/einer Augenarztes/Augennärztin (nein/ja) | Diagnosen (ICD-10-GM-Code (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Deutsche Modifikation)), Datum der medizinischen Konsultationen, Medikation (7-stelliger Code zur Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Einordnung von Wirkstoffen und Arzneimitteln (ATC-Code)), Voroperationen (nein/ja), Art der Voroperation (Freitext), Somatische Vorerkrankungen (nein/ja), Art der somatischen Vorerkrankungen (ICD-10-GM-Code (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Deutsche Modifikation)), Suchterkrankungen (nein/ja), Art der Suchterkrankungen (Multiple Choice Liste F10 - F19, F55, F63, F99, Sonstige Sucht), Entzugstherapie (nein/ja), Substanz von der entzogen wurde (Multiple Choice Liste F10 - F19, F55, F63, F99, Sonstige Sucht), Psychiatrische Vorerkrankungen (nein/ja), Art der psychiatrischen Vorerkrankungen (Multiple Choice Liste F00-F99 exklusive F10 - F19, F55, F63, F99), Allergien (keine Allergie, Pollen/ Heuschnupfen, Medikamente, Nüsse, Meeresfrüchte, Obst, Laktoseintoleranz, Metalle, Tierhaare, Glutenunverträglichkeit, Sonstige), letzte Tetanusimpfung (<10 Jahre, > 10 Jahre), Covid-Impfung (nein/ja), Zahnprobleme (nein/ ja), Konsultation eines/einer Zahnarztes/ Zahnärztin |
| **Weitere Merkmale** | Anzahl der Konsultationen des GZO insgesamt, Anzahl medizinischer Konsultationen, Vorstellungsgründe insgesamt (von Wohnungslosigkeit bedroht, Ärztliche Versorgung, Zahnärztliche Konsultation, Augenärztliche Konsultation, Psychologische Beratung, Rechtliche Beratung, Soziale Beratung, Essen, Kleidung, Duschen, Friseur, Sonstige Gründe), Behandlungsdauer (Datum erste Konsultation sowie letzte Konsultation), Änderungen im Krankenversicherungsstatus über den gesamten Behandlungszeitraum (nein/ja), Änderungen im Wohnungslosigkeitsstatus über den gesamten Behandlungszeitraum (nein/ja), Hinweise auf Verschuldung (nein/ja), Hinweise auf die Beteiligung des/der Sozialarbeiter:in vor Ort (nein/ja) | Anzahl der Konsultationen des TagesTreffs insgesamt, Anzahl medizinischer Konsultationen, Vorstellungsgründe insgesamt (Von Wohnungslosigkeit bedroht, Ärztliche Versorgung, Zahnärztliche Konsultation, Soziale Beratung, Essen, Kleidung, Duschen, Sonstige Gründe), Behandlungsdauer (Datum erste Konsultation sowie letzte Konsultation), Änderungen im Krankenversicherungsstatus über den gesamten Behandlungszeitraum (nein/ja), Änderungen im Wohnungslosigkeitsstatus über den gesamten Behandlungszeitraum (nein/ja), Problemfelder (rechtliche Situation, Schulden, materielle Absicherung, psychosoziale Stabilität, soziale Kontakte, Umgang mit Behörden, Gewaltbereitschaft, Gewalterfahrung, sonstiges) |

**Ethikvotum und Dateneingabe**

Vor Beginn der Dateneingabe beider Studienabschnitte erfolgte jeweils eine Begutachtung und Freigabe des Studiendesigns mit zugehörigem Datenschutzkonzept durch die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin (EA1/058/20). Daneben wurde die Studie im Deutschen Register Klinischer Studien registriert: DRKS00021172.

**Datenanalyse**

Die Auswertung erfolgte sowohl für die gesamte erhobene Stichprobe von n=4.422 Personen als auch in Subgruppenanalysen. Für die Bildung einzelner Subgruppen wurden sowohl zeitliche als auch soziodemografische Merkmale angewandt. Es wurden dabei deskriptive Vergleiche der Jahre 2012/2013, 2016/2017 sowie 2019/2020 durchgeführt. Ebenfalls erfolgte eine Stratifizierung anhand der soziodemografischen Merkmale Alter (<30, 30-44 Jahre, >44 Jahre), Geschlecht (weiblich, männlich, divers), Staatsangehörigkeit (deutsch, Mitgliedsland der europäischen Union und des europäischen Wirtschaftsraums (EU), Drittstaat (Nicht-EU)) sowie Wohnsituation bei Erstkontakt (obdachlos, wohnungslos, ungesichertes, unzureichendes Wohnen nach ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion, (10)). Nominal und ordinal skalierte Variablen wurden mithilfe von absoluten und relativen Häufigkeiten berichtet. Aufgrund der fehlenden Normalverteilung der Daten wurden metrische Variablen mithilfe von Medianen und Quartilen (25. Quartil, 75. Quartil) dargestellt. Gruppenvergleiche wurden mithilfe von Chi-Quadrat-Test, Mann-Whitney-U-Test, Kruskal-Wallis-Test durchgeführt. Alle Berechnungen erfolgten mit der Software SPSS 29.0, dabei lag das festgelegte Signifikanzniveau bei $\alpha = 0{,}05$.

# 3 Ergebnisse

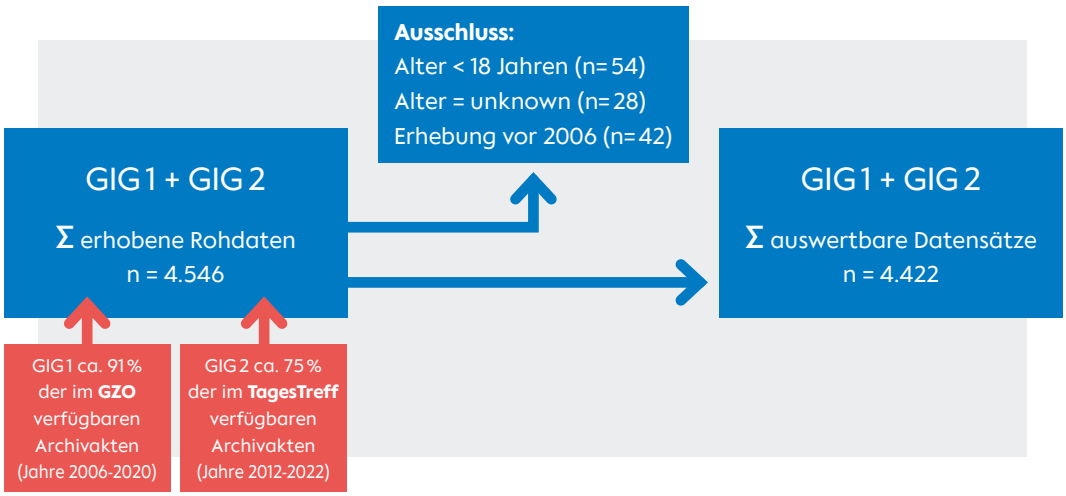



**Abbildung 1: Zusammensetzung der Stichprobe**

## Beschreibung der Gesamtstichprobe

In Summe konnten im Erhebungszeitraum insgesamt 4.546 analoge Patient:innenakten digitalisiert werden. Im GZO wurden 91%, im TagesTreff 75% der verfügbaren Patient:innenakten in die Datenbank aufgenommen. Aufgrund von unklarem Alter oder Minderjährigkeit mussten die Akten von 82 Patient:innen ausgeschlossen werden. 42 Akten wurden wegen eines ersten Besuches vor dem Jahr 2006 ausgeschlossen. In den Analysen konnten damit 4.422 Patient:innenakten berücksichtigt werden.

## Soziodemografische Charakteristika

Die Auswertung soziodemografischer Charakteristika ermöglicht eine detaillierte Beschreibung der Gesamtstichprobe, aber zugleich auch die Identifikation zeitlicher Veränderungen. Das Durchschnittsalter innerhalb der Gruppe lag bei 41 Jahren. Im Jahresvergleich zeigte sich eine statistisch bedeutsame Veränderung in der Altersstruktur (p=0,002) (Tabelle 1). Der Anteil von Personen unter 30 Jahren nahm in den beiden Einrichtungen im Laufe der Zeit ab, während der Anteil der 30- bis 44-Jährigen insbesondere im Zeitraum 2019/2020 anstieg, womit die Nutzer:innen insgesamt etwas älter wurden. Personen über 44 Jahre machten einen konstant hohen, jedoch zuletzt leicht rückläufigen Anteil unter den Erstkontakten aus. In der Geschlechterverteilung zeigten sich im Beobachtungszeitraum keine signifikanten Unterschiede (p=0,378). Die Mehrheit der Stichprobe war männlich (80,2%). Der Anteil von Frauen lag bei 19,8%. Ein nicht-binärer Geschlechtseintrag wurde einmal erfasst. Hinsichtlich der Schulbildung zeigten sich im zeitlichen Verlauf keine statistisch signifikanten Veränderungen (p=0,229). Der Anteil der Personen mit weniger als 9 Jahren Schulbildung war mit 17,5% am geringsten. Die Mehrheit der Stichprobe gab mindestens 10 Schuljahre an (58,7%). Ein Anteil von 12,3% gab an die Schulbildung abgebrochen zu haben. Die Verteilung der beruflichen Ausbildungsabschlüsse blieb über die Zeit hinweg konstant (p=0,813). Häufigster Bildungsabschluss war die dreijährige Berufsausbildung mit 46,4%. Hinsichtlich des angegebenen Familienstandes zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Veränderungen im Beobachtungszeitraum (p=0,730). Die Mehrheit der Personen gab an ledig zu sein (63%). In Bezug auf den aktuellen Krankenversicherungsstatus zeigte sich, dass eine Minderheit (38 %) der Personen versichert war. Die Mehrheit (62%) verfügte über keine Krankenversicherung. Der Anteil der Nicht-Versicherten stieg im Jahresvergleich leicht an (p=0,291) (Tabelle 1). Eine deutliche Veränderung war in der Häufigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Konsultationen zu verzeichnen. Während in den Jahren 2012/13 knapp 43% der Patient:innen das ärztliche Angebot nur einmalig aufsuchten, waren es in den Jahren 2019/2020 fast 55% (p <0,001). Die Abnahme an Mehrfachkonsultationen pro Jahr deutet auf eine Abnahme der Betreuungsintensität innerhalb der Gruppe hin.

**Tabelle 1: Soziodemografische Charakteristika im Jahresvergleich**

| | | 2006 - 2022 | | 2012 / 2013 | | 2016 / 2017 | | 2019 / 2020 | | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| **Gesamtstichprobe** | | 4422 | 100 | 567 | 100 | 564 | 100 | 603 | 100 | |
| **Alter** | < 30 Jahre | 903 | 20,4 | 136 | 24,0 | 96 | 17,0 | 103 | 17,1 | .002 |
| | 30-44 Jahre | 1689 | 38,2 | 214 | 37,7 | 223 | 39,5 | 273 | 45,3 | |
| | > 44 Jahre | 1830 | 41,4 | 217 | 38,3 | 245 | 43,4 | 227 | 37,6 | |
| | *(Fehlende Werte)* | *0* | - | - | - | - | - | - | - | |
| **Geschlecht** | divers | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | .378 |
| | weiblich | 870 | 19,8 | 108 | 19,2 | 97 | 17,3 | 123 | 20,5 | |
| | männlich | 3527 | 80,2 | 455 | 80,8 | 465 | 82,7 | 478 | 79,5 | |
| | *(Fehlende Werte)* | *24* | - | - | - | - | - | - | - | |
| **Staatsange-hörigkeit** | Deutsch | 2694 | 71,7 | 358 | 76,5 | 311 | 70,7 | 247 | 53,8 | <.001 |
| | EU | 750 | 20,0 | 79 | 16,9 | 89 | 20,2 | 130 | 28,3 | |
| | Drittstaat | 311 | 8,3 | 31 | 6,6 | 40 | 9,1 | 82 | 17,9 | |
| | *(Fehlende Werte)* | *667* | - | - | - | - | - | - | - | |
| **Schulbildung** | < 9 Jahre | 304 | 17,5 | 40 | 17,5 | 22 | 15,8 | 4 | 5,9 | .229 |
| | 9 Jahre | 413 | 23,8 | 60 | 26,3 | 37 | 26,6 | 21 | 30,9 | |
| | min. 10 Jahre | 1020 | 58,7 | 128 | 56,1 | 80 | 57,6 | 43 | 63,2 | |
| | *(Fehlende Werte)* | *2685* | - | - | - | - | - | - | - | |
| **Schulabbruch** | ja | 277 | 12,3 | 43 | 13,9 | 36 | 13,6 | 33 | 19,5 | .184 |
| | nein | 1978 | 87,7 | 267 | 86,1 | 228 | 86,4 | 136 | 80,5 | |
| | *(Fehlende Werte)* | *2167* | - | - | - | - | - | - | - | |
| **Ausbildung** | un- oder angelernt | 6960 | 37,0 | 144 | 39,9 | 105 | 36,1 | 74 | 39,6 | .813 |
| | 3-jährige Berufsausbildung | 1464 | 56,4 | 192 | 53,2 | 169 | 58,1 | 101 | 54,0 | |
| | Fachschulabschluss | 43 | 1,7 | 6 | 1,7 | 6 | 2,1 | 2 | 1,1 | |
| | abgeschlossenes Studium | 131 | 5,0 | 19 | 5,3 | 11 | 3,8 | 10 | 5,3 | |
| | *(Fehlende Werte)* | *1824* | - | - | - | - | - | - | - | |
| **Familienstand** | verheiratet, zusammenlebend | 563 | 2,4 | 3 | 0,8 | 7 | 2,4 | 4 | 2,2 | .730 |
| | verheiratet, getrennt lebend | 122 | 4,6 | 14 | 3,9 | 11 | 3,7 | 6 | 3,2 | |
| | ledig | 1893 | 71,3 | 259 | 71,7 | 216 | 73,5 | 142 | 76,3 | |
| | geschieden | 527 | 19,8 | 76 | 21,1 | 55 | 18,7 | 30 | 16,1 | |
| | verwitwet | 50 | 1,9 | 9 | 2,5 | 5 | 1,7 | 4 | 2,2 | |
| | *(Fehlende Werte)* | *1767* | - | - | - | - | - | - | - | |
| **Kranken-versicherung** | ja | 1566 | 38,0 | 213 | 39,9 | 192 | 36,2 | 202 | 35,6 | .291 |
| | nein | 2560 | 62,0 | 321 | 60,1 | 338 | 63,8 | 365 | 64,4 | |
| | *(Fehlende Werte)* | *296* | - | - | - | - | - | - | - | |
| **Anzahl ärztl. Konsulationen** | 1 | 1809 | 47,3 | 216 | 42,9 | 237 | 46,7 | 262 | 54,7 | <.001 |
| | >2 | 2018 | 52,7 | 287 | 57,1 | 271 | 53,3 | 217 | 45,3 | |
| *(pro Jahr)* | *(Keine ärztl. Konsultation)* | *595* | - | - | - | - | - | - | - | |

Abkürzungen: n= Fallzahl, %= Gültige Spaltenprozente.

## Staatsangehörigkeit

Insgesamt enthielten 3.716 Patient:innenakten Informationen zur Staatsangehörigkeit der jeweiligen Person. Menschen aus insgesamt 108 Ländern stellten sich in den beiden Versorgungszentren vor. Sieben von zehn Personen gaben die deutsche Staatsangehörigkeit an (vgl. Tabelle 1, Abbildung 2). Jede:r fünfte Patient:in kam aus dem europäischen Ausland. Die zweitgrößte nationalstaatliche Gruppe in den beiden Einrichtungen bildeten Nutzer:innen aus Polen. Danach folgten Personen aus Rumänien, Bulgarien und Lettland (Abbildung 2). Im Jahresvergleich zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede in der Zusammensetzung der Patient:innengruppe. Während der Anteil deutscher Staatsangehöriger über die Jahre hinweg abnahm (76,5% in 2012/2013 versus 53,8% in 2019/2020), stieg der Anteil von EU-Bürger:innen von 16,9% auf 29% um mehr als 10 Prozentpunkte. Bei dem Anteil von Menschen aus Drittstaaten zeigten sich ebenfalls Veränderungen. Dieser lag insgesamt bei 8%, nahm jedoch im zeitlichen Verlauf zu (vgl. Tabelle 1). Im Vergleich von 2012/2013 zu 2019/2020 war ein Anstieg von 7% auf 18% zu beobachten. Die Befunde verdeutlichen Umfang und Dynamik der Diversität in der Population.

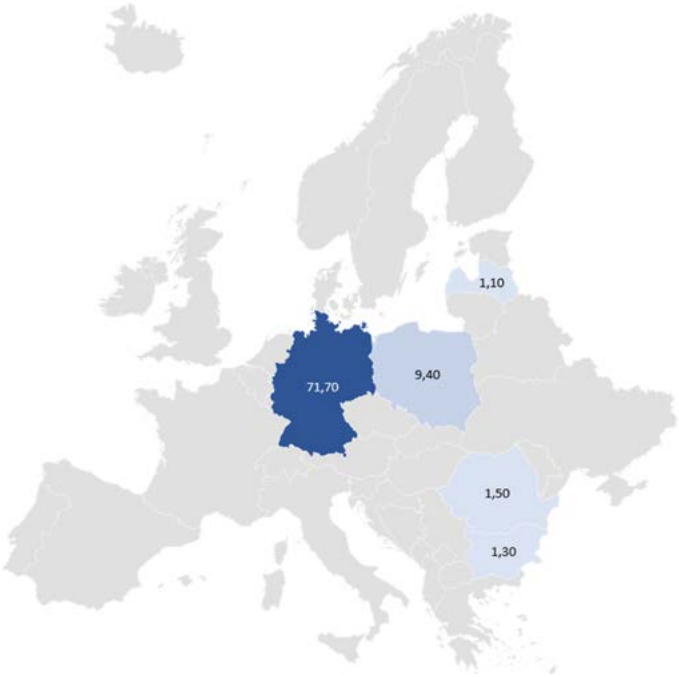



**Abbildung 2: Top-5 Staatsangehörigkeit (in %, n=3.755)**

## Betreuungsintensität

Intensive Beziehungen zwischen Behandelnden und Patient:innen begünstigt eine vertrauensvolle und offene Zusammenarbeit, die eine erfolgreiche Anamnese, Diagnosestellung, Behandlungsplanung und Therapietreue ermöglichen. In dem der Studie zugrunde liegenden Beobachtungszeitraum wurde eine Abnahme der mittleren Kontakthäufigkeit verzeichnet (Tabelle 1). Auch die Inan-

**Tabelle 2: Betreuungsintensität (Personen mit mindestens 2 Besuchen)**

| | 2006 - 2022 | | | | 2012 / 2013 | | | | 2019 / 2020 | | | | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | M | Q 25 | Q 75 | n | M | Q 25 | Q 75 | n | M | Q 25 | Q 75 | |
| **Anzahl Besuche** | 2759 | 5 | 3 | 12 | 365 | 5 | 3 | 11 | 300 | 4 | 2 | 8 | 0.056 |
| **Anzahl ärztl. Konsultationen** | 2754 | 3 | 2 | 8 | 365 | 4 | 2 | 8 | 298 | 2 | 1 | 5 | <0.001 |
| **Zeitliche Differenz zwischen Konsultationen** (in Tagen) | 1108 | 4,5 | 1,5 | 15,5 | 221 | 4 | 1,5 | 15 | 167 | 6,5 | 2 | 18,5 | 0.173 |
| **Dauer aktuelle Wohnungslosigkeit** (in Monaten) | 1721 | 12 | 2 | 36 | 221 | 6 | 2 | 24 | 133 | 12 | 4 | 36 | 0.048 |

Abkürzungen: n= Fallzahl, M= Median, P= p-Wert Jahresvergleich 2012/2013 mit 2019/2020. Die Angabe bzgl. der zeitlichen Differenz zwischen den ärztlichen Konsultationen bezieht sich auf das erste Jahr der Betreuung.

spruchnahme von Personen mit mehr als einem Kontakt zu den Einrichtungen verändert sich im zeitlichen Verlauf (Tabelle 2). So wurde nicht nur eine abnehmende Inanspruchnahme der ärztlichen Sprechstunden je Patient:in pro Jahr registriert, auch andere Angebote der Einrichtungen (Kleiderkammer, Mahlzeiten, etc.) wurden von der Mehrheit der Besucher:innen etwas weniger regelmäßig genutzt. Kam die Mehrzahl der Patient:innen in den Jahren 2012/2013 noch mindestens fünfmal in die Einrichtungen, so sank die Anzahl der Besuche im Median auf 4 Besuche in den Jahren 2019/2020. Zum Zeitpunkt des Erstkontakt zu den Einrichtungen bestand die aktuelle Wohnungslosigkeit bei der Mehrheit der Patient:innen in den Jahren 2012/2013 seit 6 Monaten. In den Jahren 2019/2020 lag der Wohnraumverlust bereits ein Jahr zurück.

**Wohnsituation bei Erstkontakt nach ETHOS**

Die überwiegende Mehrheit (66,4%) der Besucher:innen beider Einrichtungen gab zum Zeitpunkt des Erstkontakts an „obdachlos“ zu sein. Dies entspricht den ETHOS Kriterien (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion, (10)) folgend der prekärsten Wohnform. Bei Personen, die unter die Kategorie „ungesichertes Wohnen“ fallen, lagen beide Einrichtungen in etwa gleich auf (12,4% der Personen im GZO, 11,0% der Personen im TagesTreff). Der Anteil von Personen, die „unzureichend wohnten“, war in beiden Stichproben mit jeweils 1,5% gleich groß. Unterschiede zwischen den Einrichtungen wurden in den ETHOS-Kategorien „wohnungslos“ sowie bei Personen, die eine eigene Wohnung bewohnten oder in einer Wohngemeinschaft unterkamen, deutlich. Insgesamt waren 10,4% der Gesamtzahlpopulation „wohnungslos“, wobei der TagesTreff einen deutlich höheren Anteil an wohnungslosen Personen aufwies (18,8% versus 7,5% im GZO). Das GZO versorgte einen höheren Anteil an Personen mit eigener Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft lebenden Menschen (11,3% versus 4,7%).

**Tabelle 3: Ungünstigste Wohnsituation nach ETHOS (Gesamtstichprobe stratifiziert nach Einrichtung)**

| | | Stichprobe GIG 1 | Stichprobe GIG 2 | Gesamt |
|---|---|---|---|---|
| obdachlos | n | 2099 | 682 | 2781 |
| | % von jeweiliger Stichprobe | 67.3% | 63.9% | 66.4% |
| wohnungslos | n | 234 | 201 | 435 |
| | % von jeweiliger Stichprobe | 7.5% | 18.8% | 10.4% |
| ungesichertes Wohnen | n | 387 | 117 | 504 |
| | % von jeweiliger Stichprobe | 12.4% | 11.0% | 12.0% |
| unzureichendes Wohnen | n | 46 | 16 | 62 |
| | % von jeweiliger Stichprobe | 1.5% | 1.5% | 1.5% |
| eigene Wohnung/WG | n | 352 | 50 | 402 |
| | % von jeweiliger Stichprobe | 11.3% | 4.7% | 9.6% |
| Gesamt | n | 3118 | 1066 | 4184 |
| | % von jeweiliger Stichprobe | 100% | 100% | 100% |
| | % der Gesamtzahl | 74.5% | 25.5% | 100.0% |

Hinweise: n=Fallzahl, Prozent=Prozentangabe bezogen auf Gesamtzahl der Antworten (Mehrfachantworten, es wurde die ungünstigste Wohnform dabei ausgewertet)

### Gründe für Wohnungslosigkeit (Stichprobe GIG1)

In Summe nannten 877 Personen im Rahmen der Sozialanamnese im GZO Gründe für ihre aktuelle Wohnungslosigkeit. Als ursächlich für den Verlust der Wohnung wurden am häufigsten Verschuldung, Haftantritt und Trennung/Scheidung angeführt. Knapp jede:r Zehnte nannte die Miethöhe seines letzten Mietvertrages als Grund (Tabelle 4). Neben den auf dem Anamnesebogen genannten Antwortkategorien gaben 263 Personen „sonstige Gründe" für ihre Wohnungsnotlage an. Innerhalb dieser Gruppe wurden interpersonelle Konflikte mit Familienangehörigen, Vermietern und Nachbarn am häufigsten angeführt (n=81). In 25 Fällen wurde von institutioneller Nichthilfe berichtet. Dies beschreibt Situationen, in denen Hilfen durch zuständige Stellen (Sozialamt, Jobcenter etc.) trotz Nachfrage der betreffenden Person nicht angeboten wurden, und dies maßgeblich zum Wohnungsverlust beiträgt[1]. Flucht vor Gewalt innerhalb der Familie oder Partnerschaft gaben 16 Personen als Grund für ihre Wohnungslosigkeit an.

### Aktuelle Problemfelder (Stichprobe GIG2)

Im Rahmen der Sozialanamnese im TagesTreff wurden die Gründe für die aktuelle Wohnungslosigkeit nicht dokumentiert. Die für die Förderung durch das Integrierte Sozialprogramm der Stadt Berlin (ISP) obligatorische Dokumentation erfordert jedoch die Erfassung aktueller Problemfelder der Patient:innen. Schulden und materielle Absicherung wurden mit 26% und 24% am häufigsten genannt. Knapp 14% der Patient:innen gaben die Bearbeitung von Gewalterfahrungen als aktuelles Problemfeld an. Auch der Umgang mit Behörden und die Förderung psychosozialer Stabilität wurden dokumentiert.

1 | Definition der „Institutionellen Nichthilfe" gemäß Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Online unter: https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA_Statistikbericht_2022_DzW-Manual2022.pdf (abgerufen: 05.01.2023)

**Tabelle 4: Gründe für Wohnungslosigkeit (Stichprobe GZO)**

| | n | Prozent | Prozent der Fälle |
|---|---|---|---|
| Arbeitsplatzverlust/-wechsel | 63 | 5,7 | 7,2 |
| Trennung / Scheidung | 124 | 11,2 | 14,1 |
| Verschuldung | 146 | 13,2 | 16,6 |
| psychiatrische Erkrankung | 85 | 7,7 | 9,7 |
| Ortswechsel | 70 | 6,3 | 8,0 |
| Haftantritt | 134 | 12,1 | 15,3 |
| Tod Familienangehöriger | 27 | 2,4 | 3,1 |
| Miethöhe | 102 | 9,2 | 11,6 |
| Flucht vor Elternhaus | 42 | 3,8 | 4,8 |
| Mietvertrag ausgelaufen / keine neue Wohnung gefunden | 50 | 4,5 | 5,7 |
| Sonstige Gründe (interpersonelle Konflikte, institutionelle Nichthilfe, etc.) | 263 | 23,8 | 30,0 |
| | 1.106 | 100 | 126,1 |

Hinweise: n=Fallzahl, Prozent=Prozentangabe bezogen auf Gesamtzahl der Antworten (Mehrfachantwort möglich). Prozent der Fälle= Prozentangabe bezogen auf gültige Fälle der Gesamtstichprobe (n=877).

**Tabelle 5: Problemfelder der Patient:innen (Stichprobe TagesTreff)**

| | n | Prozent | Prozent der Fälle |
|---|---|---|---|
| Rechtliche Situation | 13 | 3,0 | 7,7 |
| Schulden | 114 | 26,4 | 67,5 |
| Materielle Absicherung | 105 | 24,3 | 62,1 |
| Psychosoziale Stabilität | 44 | 10,2 | 26,0 |
| Soziale Kontakte | 12 | 2,8 | 7,1 |
| Umgang mit Behörden | 53 | 12,3 | 31,4 |
| Gewaltbereitschaft | 21 | 4,9 | 12,4 |
| Gewalterfahrung | 60 | 13,9 | 35,5 |
| Sonstiges | 10 | 2,3 | 5,9 |
| | 432 | 100 | 255,6 |

Hinweise: n=Fallzahl, Prozent=Prozentangabe bezogen auf Gesamtzahl der Antworten (Mehrfachantwort möglich). Prozent der Fälle=Prozentangabe bezogen auf gültige Fälle der Gesamtstichprobe (n=169).

### Inanspruchnahme der jeweiligen Einrichtungen

Die Mehrheit der Personen nutzte die untersuchten Einrichtungen aufgrund des Bedarfs einer ärztlichen Versorgung (siehe Tabelle 6). Auch die soziale Beratung war in beiden Gruppen ein häufig genutztes Angebot - mit nahezu jedem zweiten Aufsuchen des GZO (44,7%) sowie mit mehr als jedem dritten Aufsuchen des TagesTreffs (35,7%). Unterschiedliche Bedarfe zeigen sich bei den Kategorien Duschen und zahnärztliche Konsultation: das Duschangebot wurde im TagesTreff in 30,2% der Fälle genutzt, im GZO hingegen nur von 14,7% der Nutzer:innen. Ähnlich verhielt es sich mit den Zahnärzt:innenkonsultationen, die im TagesTreff nahezu ein Viertel (24,0%) der Besuche ausmachten, im GZO aber lediglich von knapp jeder zehnten Person (8,9%) in Anspruch genommen wurden. Eine Erklärung für die Abweichungen liegt in den Angebotsstrukturen der Einrichtungen. Im TagesTreff war das Angebot in der Regel an vier, im GZO nur an zwei Tagen verfügbar. Die Inanspruchnahmen verdeutlichen in jedem Fall die starke Nachfrage nach basaler hygienischer und zahnärztlicher Versorgung. Im GZO war etwa jeder dritte Besuchsanlass (33,3% bzw. 32,4%) eine Mahlzeit oder ein Bedarf an neuer Kleidung. Im TagesTreff wurden die Bedarfe Essen und Kleidung unabhängig von den medizinischen Bedarfen dokumentiert, sie spielten mit 1,8% bzw. 2,9% der Fälle eine untergeordnete Rolle in dieser Auswertung. Spezifischere Leistungen wie Augenärzt:innenkonsultationen (7,1% im GZO) oder psychologische Beratung (6,4% im GZO) waren nicht Teil des medizinischen Angebotes im TagesTreff und wurden deshalb nicht dokumentiert.

**Tabelle 6a: Gründe für das Aufsuchen der Einrichtung (Gesamtstichprobe GIG 1 - GZO)**

| Versorgungsangebote (Stichprobe GZO) | n | Prozent | Prozent der Fälle |
|---|---|---|---|
| ärztliche Versorgung | 2657 | 33.7% | 82.0% |
| Soziale Beratung | 1449 | 18.4% | 44.7% |
| Essen | 1080 | 13.7% | 33.3% |
| Kleidung | 1051 | 13.3% | 32.4% |
| Duschen | 478 | 6.1% | 14.7% |
| Zahnarztkonsultation | 290 | 3.7% | 8.9% |
| Augenarztkonsultation | 230 | 2.9% | 7.1% |
| Psychologische Beratung | 208 | 2.6% | 6.4% |
| Rechtliche Beratung | 149 | 1.9% | 4.6% |
| Friseur | 143 | 1.8% | 4.4% |
| Sonstige Gründe | 129 | 1.6% | 4.0% |
| Beratung bei drohendem Wohnungsverlust | 29 | 0.4% | 0.9% |
| Gesamt | 7893 | 100.0% | 243.5% |

Hinweise: n=Fallzahl, Prozent=Prozentangabe bezogen auf Gesamtzahl der Antworten (Mehrfachantwort möglich).
Prozent der Fälle=Prozentangabe bezogen auf gültige Fälle der Gesamtstichprobe (n=3241).

**Tabelle 6b: Gründe für das Aufsuchen der Einrichtung (Gesamtstichprobe GIG 2 - TagesTreff)**

| Versorgungsangebote (Stichprobe TagesTreff) | n | Prozent | Prozent der Fälle |
|---|---|---|---|
| ärztliche Versorgung | 1099 | 49.7% | 97.3% |
| Soziale Beratung | 403 | 18.2% | 35.7% |
| Duschen | 341 | 15.4% | 30.2% |
| Zahnarztkonsultation | 271 | 12.3% | 24.0% |
| Sonstige Gründe | 36 | 1.6% | 3.2% |
| Kleidung | 33 | 1.5% | 2.9% |
| Essen | 20 | 0.9% | 1.8% |
| Beratung bei drohendem Wohnungsverlust | 8 | 0.4% | 0.7% |
| Gesamt | 2211 | 100.0% | 195.8% |

Hinweise: n=Fallzahl, Prozent=Prozentangabe bezogen auf Gesamtzahl der Antworten (Mehrfachantwort möglich).
Prozent der Fälle=Prozentangabe bezogen auf gültige Fälle der Gesamtstichprobe (n=1129).

## Medizinische Versorgung im ambulanten Setting

**Akute Behandlungsanlässe (Gesamtstichprobe)**

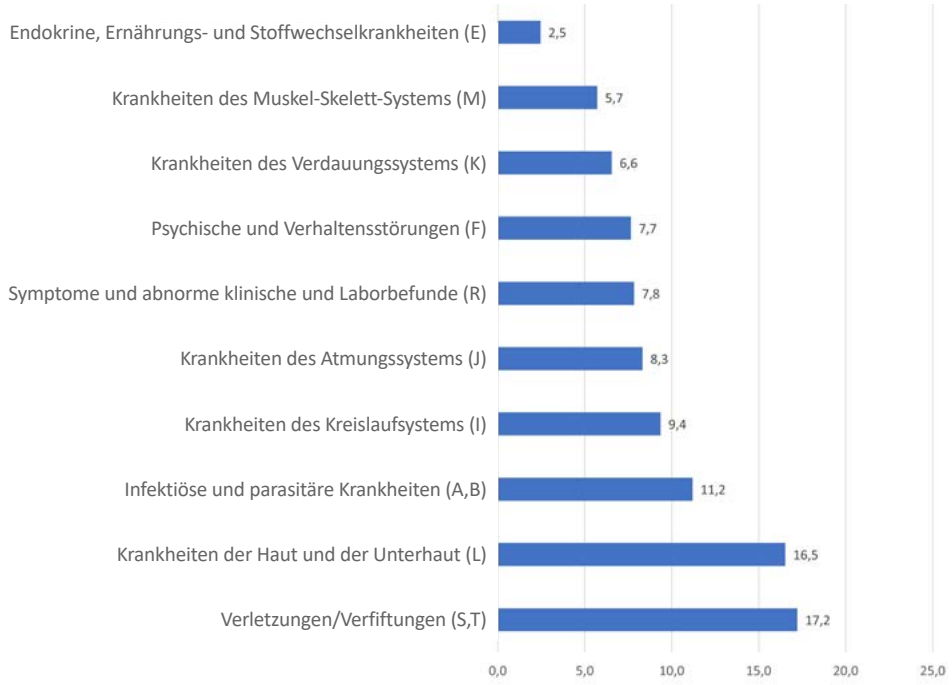



**Abbildung 3: Behandlungsanlässe (Gesamtstichprobe, in %, n=25.660)**

Die beiden häufigsten Behandlungsanlässe in beiden Versorgungseinrichtungen nach ICD-10-Kategorien waren mit 17,2% Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10 Kapitel „S“ und „T“), gefolgt von Krankheiten der Haut sowie der Unterhaut (ICD-10 Kapitel „L“), die 16,5% der akuten Behandlungsanlässe ausmachten. Etwa jede sechste Person stellte sich aufgrund einer der beiden Diagnosekategorien zur ärztlichen Behandlung vor. Mehr als jede zehnte Person musste aufgrund infektiöser und parasitärer Erkrankungen therapiert werden. Infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD-10 Kapitel A, B) waren damit mit 11,2% der dritthäufigste Behandlungsanlass. Darauf folgen Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Kapitel I00-I99) mit einem Anteil von 9,4%. Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10 Kapitel J) waren mit 8,3% ebenfalls häufig vertreten.

**Akute Behandlungsanlässe nach Altersgruppen (Gesamtstichprobe)**

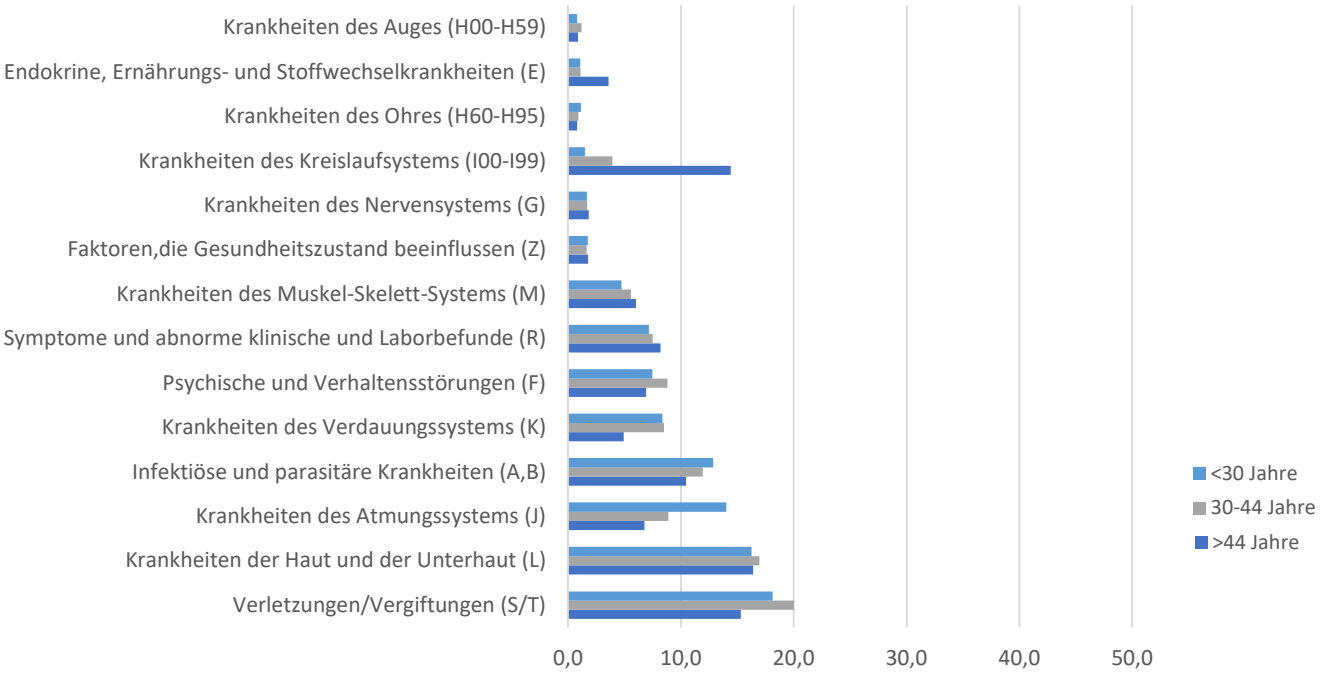



**Abbildung 4: Behandlungsanlässe nach Altersgruppen (Gesamtstichprobe, in %, n=25.580)**

Bei Betrachtung der Verteilung von Behandlungsanlässen nach ICD-10-Kategorien und Altersgruppen zeigt sich, dass Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10 Kapitel S/T) in den Altersgruppen unter 30 Jahre und 30-44 Jahre die häufigste Diagnosekategorie darstellen. Besonders in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen waren Verletzungen und Vergiftungen mit einem Anteil von einem Fünftel der Behandlungsanlässe die häufigste Diagnosekategorie. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (ICD-10 Kapitel L) waren ebenfalls besonders häufige Behandlungsanlässe. Mit Anteilen von 16,3% (unter 30 Jahre), 16,9% (30–44 Jahre) und 16,4% (über 44 Jahre) waren sie nahezu paritätisch verteilt. Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10 Kapitel J) waren bei den unter 30-Jährigen mit 14,0% häufiger ein Grund einer medizinischen Konsultation, während sie in den höheren Altersgruppen (30–44 Jahre: 8,9%, über 44 Jahre: 6,8%) seltener zur medizinischen Behandlung führten. Ebenfalls waren infektiöse und parasitäre Krankheiten (A, B) bei den unter 30-Jährigen mit 12,8% etwas häufiger im Vergleich mit den anderen Altersgruppen ein Behandlungsanlass. Krankheiten des Verdauungssystems (ICD-10 Kapitel K) nehmen bei allen Altersgruppen vergleichbare Anteile ein, mit 8,8% bei den unter 30-Jährigen und 10,4% bei den über 44-Jährigen. Bei Personen über 44 Jahren dominierten chronische Erkrankungen deutlich stärker. Ein markanter Unterschied zeigte sich bei Kreislauferkrankungen (I00–I99), die mit 14,4% eine bedeutende Rolle als Behandlungsgrund spielten und damit bei älteren Personen um ein Vielfaches häufiger versorgt wurden als bei den Jüngeren. Auch die endokrinen Erkrankungen waren häufiger ein Grund einer medizinischen Versorgung bei den über 44-Jährigen.

**Akute Behandlungsanlässe nach Altersgruppen (Jahresvergleich)**

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich in Hinblick auf die Hauterkrankungen eine konstante Entwicklung. Die Häufigkeit der Behandlungsanlässe in diesem Bereich bleibt über die Jahre hinweg weitgehend gleich. Dagegen sind Veränderungen bei den Verletzungen und psychischen Erkrankungen, insbesondere unter den jüngeren Altersgruppen zu beobachten. Bei den unter 30-Jährigen ist ein deutlicher Anstieg der Verletzungen um etwa 5 Prozentpunkte zu verzeichnen. Gleichzeitig steigen psychische Erkrankungen fast doppelt so stark, von 6,5% im Jahr 2012/2013 auf 12,8% im Jahr 2019/2020. Atemwegserkrankungen zeigen in allen Altersgruppen einen Anstieg, wobei der größte Anstieg bei den 30-44-Jährigen zu verzeichnen ist. Die Zahl der Behandlungsanlässe in dieser Gruppe verdoppelt sich nahezu, von 5,2% auf 10,4%. Für die Gruppe der über 44-Jährigen ist zu beobachten, dass die Behandlungsanlässe insgesamt relativ konstant bleiben.

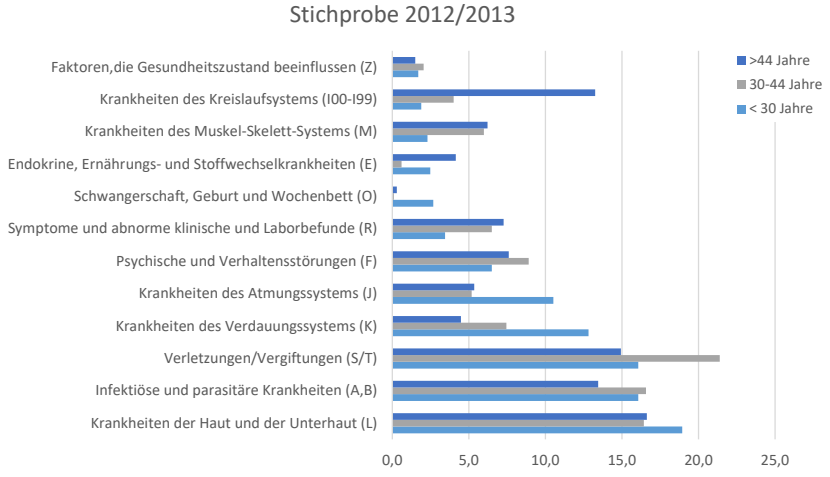



**Abbildung 5a: Behandlungsanlässe nach Altersgruppen (Jahre 2012/2013, in %, n=3.969)**

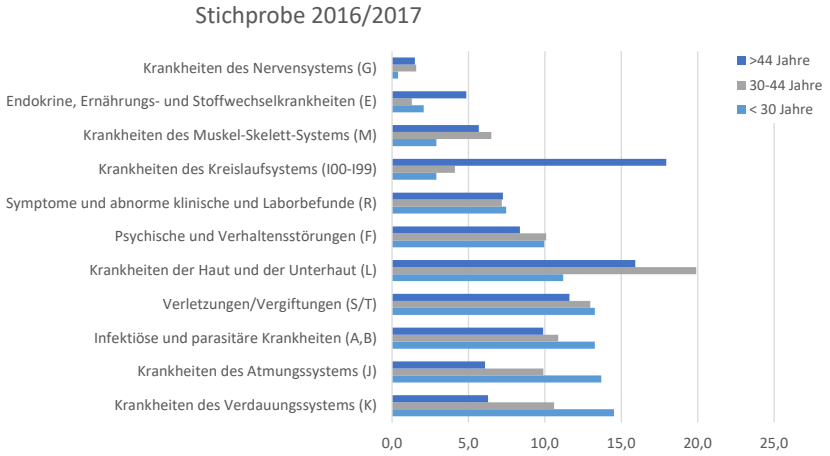



**Abbildung 5b: Behandlungsanlässe nach Altersgruppen (Jahre 2016/2017, in %, n=3.353)**

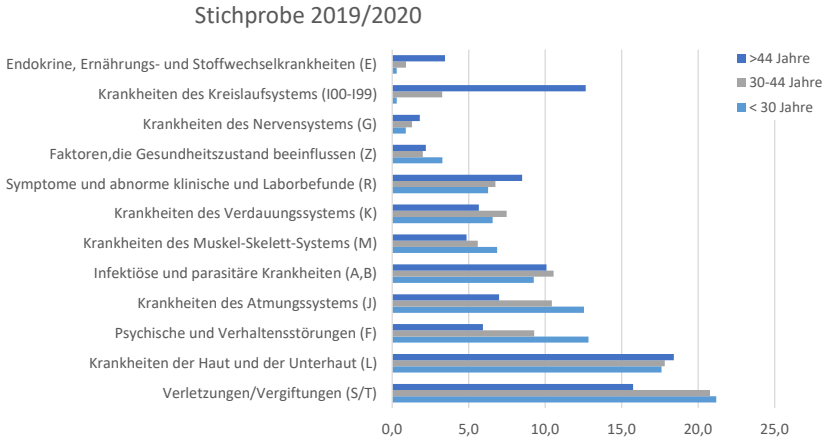



**Abbildung 5c: Behandlungsanlässe nach Altersgruppen (Jahre 2019/2020, in %, n=2.413)**

## Akute Behandlungsanlässe nach Geschlecht (Gesamtstichprobe)

Im Vergleich der Behandlungsanlässe der beiden Geschlechter zeigen sich geringfügige Unterschiede. Von Hauterkrankungen (ICD-10 Kapitel L) sind Männer mit einem Anteil von 17,5% deutlich häufiger betroffen als Frauen, bei denen der Anteil bei 12,1% liegt. Mit 15,7% verzeichnen Frauen einen etwas geringeren Anteil an Behandlungsanlässen aufgrund von Verletzungen im Vergleich zu Männern, bei denen dieser Anteil 17,5% ausmacht. Verletzungen und Unfälle sind somit bei beiden Geschlechtern eine häufige Ursache für Konsultationen. Infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD-10 Kapitel A, B) waren für männliche Patienten zudem geringfügig häufiger ein Grund die Versorgungseinrichtung aufzusuchen (11,6% versus 9,3%). Deutliche Unterschiede zeigten sich im Geschlechtervergleich bei Erkrankungen der Atemwege sowie Kreislauferkrankungen. Frauen suchen mit 13,3% fast doppelt so oft die Einrichtungen aufgrund von Atemwegserkrankungen auf wie Männer, bei denen der Anteil bei 7,4% liegt. Erkrankungen des Kreislaufs wurden wiederum häufiger für Männer als Grund einer ärztlichen Konsultation dokumentiert. Mehr als jede zehnte Behandlung (10,2%) erfolgte aufgrund von Kreislauferkrankungen bei männlichen Patienten, bei weiblichen war es dagegen nur jede 20. Behandlung (5,0%).

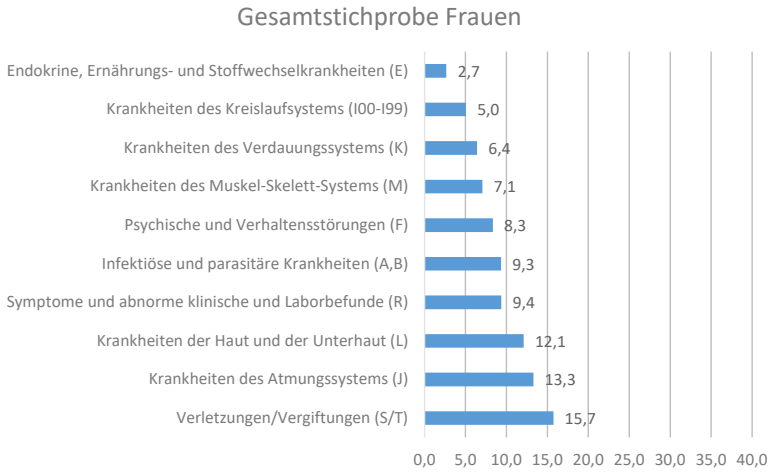



**Abbildung 6a: Behandlungsanlässe nach Geschlecht (Gesamtstichprobe Frauen, in %, n=4.199)**

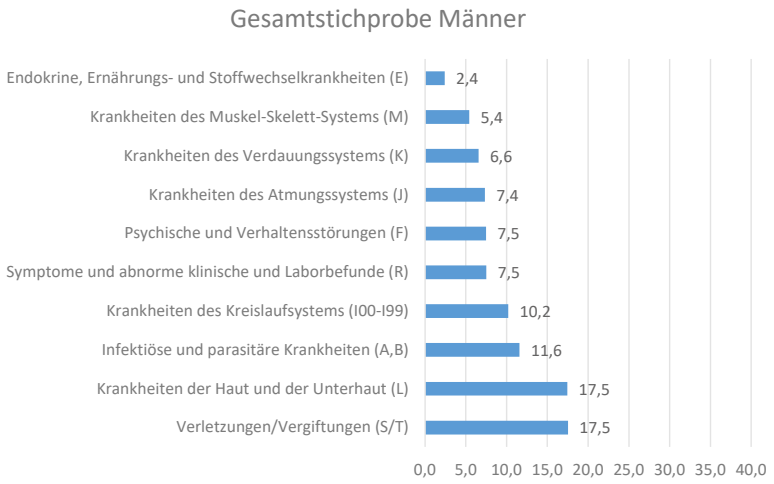



**Abbildung 6b: Behandlungsanlässe nach Geschlecht (Gesamtstichprobe Männer, in %, n=21.349)**

## Akute Behandlungsanlässe nach Geschlecht (Jahresvergleich)

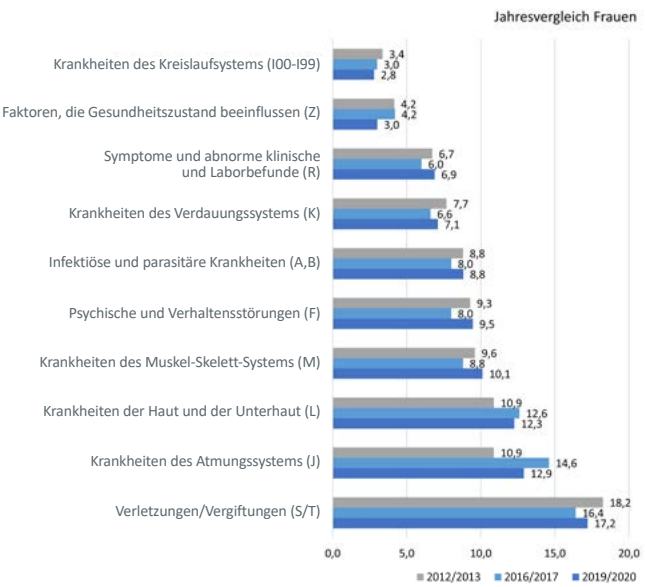



**Abbildung 7a: Behandlungsanlässe Frauen über die Jahre (in %, n=1,950)**

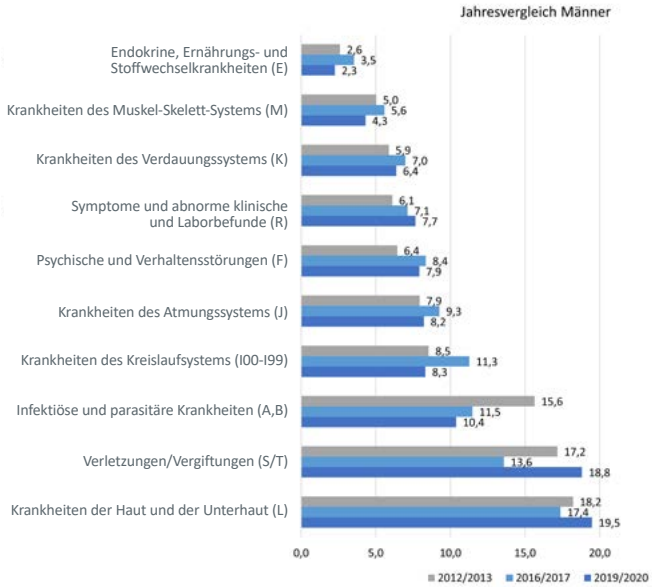



**Abbildung 7b: Behandlungsanlässe Männer über die Jahre (in %, n=8.135)**

Die häufigsten Behandlungsanlässe unter weiblichen Patientinnen waren Verletzungen und Vergiftungen (S/T). Diese blieben zwischen 18,2% und 17,2% an den Behandlungsanlässen im zeitlichen Verlauf ähnlich. Erkrankungen des Atmungssystems (ICD-10 Kapitel J) zeigten eine leichte Zunahme von 10,9 % in 2012/2013 auf 12,9 % in 2019/2020, wobei der größte Anstieg zwischen den ersten beiden Zeiträumen zu verzeichnen war. Erkrankungen der Haut und des Unterhautgewebes (ICD-10 Kapitel L) nahmen unter weiblichen Patientinnen ebenfalls zu. Machten sie 2012/2013 etwas mehr als jede zehnte Behandlung (10,9%) aus, war es 2019/2020 bereits jede achte Behandlung (12,3%). Behandlungsanlässe aufgrund muskuloskelettaler Erkrankungen (ICD-10 Kapitel M) zeigten hingegen eine weitgehend konstante Verteilung, die ebenfalls etwa jede zehnte Behandlung bestimmte. Daneben blieben auch Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10 Kapitel F) stabil bei knapp über 9 % sowie infektiöse und parasitäre Krankheiten (A/B) bei über 8 %.

Hauterkrankungen und Verletzungen waren bei männlichen Patienten fast gleich häufig Grund einer medizinischen Behandlung und zeigten im zeitlichen Verlauf nur geringfügige Veränderungen. Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10 Kapitel S/T) wiesen einen minimalen Anstieg auf 18,8 % (+ 1,6 Prozentpunkte) im Zeitraum 2019/2020 (Vergleich zu 2012/2013) auf und blieben damit ein häufiger Behandlungsanlass. Hauterkrankungen und Erkrankungen des Unterhautgewebes (ICD-10 Kapitel L) nahmen mit ähnlich hohen Anteilen bei 18,2 % (2012/2013) bis 19,5% minimal zu. Infektiöse und parasitäre Erkrankungen (ICD-10 Kapitel A/B) zeigten eine Abnahme um etwa 5 Prozentpunkte im Jahr 2019/2020 im Vergleich zu 2012/2013. Dennoch blieben sie konstant die dritthäufigste Ursache einer medizinischen Behandlung unter Männern. Erkrankungen des Atmungssystems (ICD-10 Kapitel J) sowie des Kreislaufs blieben insgesamt relativ unverändert. Sie machten sowohl 2012/2013 als auch 2019/2020 circa jede

**Akute Behandlungsanlässe nach Staatsangehörigkeit (Gesamtstichprobe)**

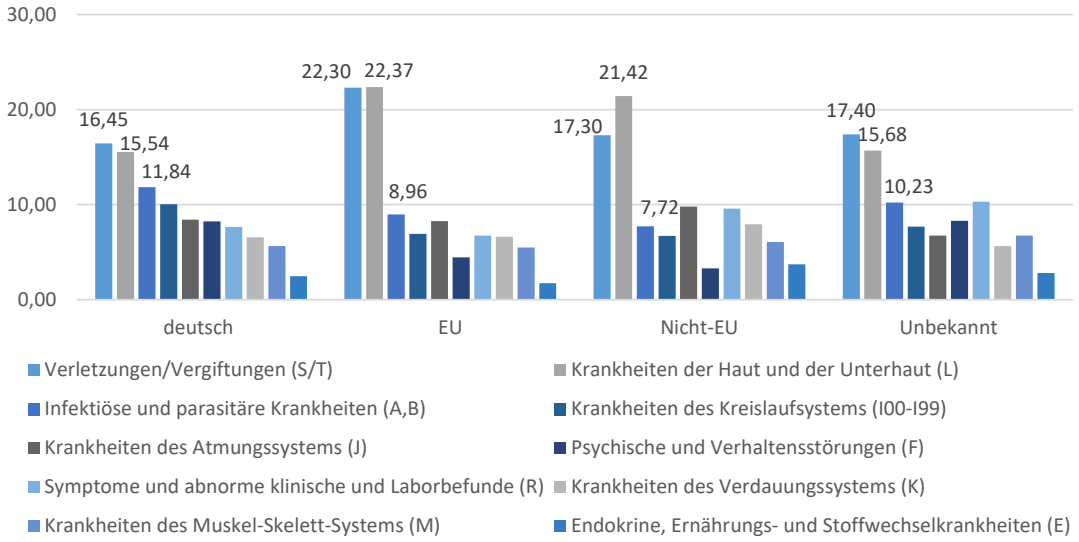



**Abbildung 8: Behandlungsanlässe nach Staatsangehörigkeit (Gesamtstichprobe, in %, n=25.580)**

Bei Personen, die die deutsche Staatsangehörigkeit in der Anamnese angaben, waren die häufigsten Behandlungsanlässe Verletzungen/ Vergiftungen (ICD-10 Kapitel S/T) mit 16,5 %, gefolgt von Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L) mit 15,5 %. Etwa jede sechste Behandlung erfolgte aufgrund einer der beiden Erkrankungskategorien. Infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD-10 Kapitel A, B) machten unter deutschen Staatangehörigen mehr als jede zehnte ärztliche Versorgung und damit etwas mehr Behandlungen im Vergleich mit den beiden anderen Gruppen (EU, Nicht-EU) aus. Im Vergleich zu Patient:innen anderer Staatangehörigkeit hatten Deutsche ebenfalls häufiger Behandlungen aufgrund von Kreislauferkrankungen sowie psychischen Erkrankungen. Bei den Behandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind sprachbedingte Selektionseffekte allerdings relevant zu betonen.

Patient:innen aus der EU wiesen dagegen häufiger sowohl Verletzungen/ Vergiftungen (S/T) (22,3 %) als auch Hauterkrankungen (22,4%) als Behandlungsanlass auf. Jede fünfte Behandlung unter EU-Bürger:innen entfiel auf eine der beiden Diagnosegruppen. Analog fanden sich bei Personen aus Nicht-EU-Ländern hohe Raten an Behandlungen aufgrund von Hauterkrankungen, auch hier waren es etwa ein Fünftel der Behandlungen. Auf dem zweiten Rang unter Patient:innen aus Nicht-EU-Ländern folgten Verletzungen/ Vergiftungen (S/T) (17,3 %). Bemerkenswert erscheint auch der hohe Anteil an Behandlungen aufgrund von Atemwegserkrankungen in der Gruppe der Nicht-EU-Büger:innen mit knapp einem Zehntel der Behandlungen.

## Akute Behandlungsanlässe nach Staatsangehörigkeit (Jahresvergleich)

Verletzungen/Vergiftungen (ICD-10 Kapitel S/T) gehören in allen Zeiträumen zu den häufigsten Behandlungsanlässen unter deutschen Patient:innen. Sie stabilisieren sich nach einem Rückgang um circa 5 Prozentpunkte im Zeitraum 2016/2017 wieder bei mehr als 17% im Zeitraum 2019/2020. Hauterkrankungen (L) zeigen bei deutschen Patient:innen ebenfalls eine relativ stabile Verteilung und schwanken zwischen 14,5 % (2012/2013) auf 16,3% (2019/2020). Behandlungen aufgrund von infektiösen und parasitären Erkrankungen nahmen geringfügig (etwa 5 Prozentpunkte) unter deutschen Patient:innen ab. Dagegen nahmen Kreislauferkrankungen und psychische sowie Verhaltensstörungen innerhalb dieser Gruppe in geringem Umfang zu. In Summe lässt sich allerdings unter Patient:innen deutscher Staatsangehörigkeit eine relativ konstante Verteilung der jeweiligen Behandlungsanlässe feststellen.

Bei Patient:innen aus EU-Staaten war im Zeitraum 2012/2013 der Anteil der Hauterkrankungen mit 29,7% auffällig hoch. Das machte diesen Behandlungsanlass zu dem häufigsten in dieser Gruppe und führte zu beinahe einem Drittel der Behandlungen in dieser Zeit. In den darauffolgenden Jahren sank der Anteil jedoch deutlich auf 16,7%. Der Wiederanstieg im Zeitraum

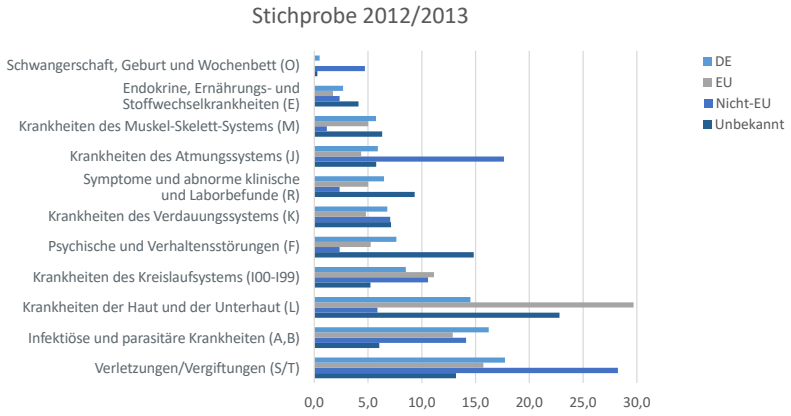



**Abbildung 9a: Behandlungsanlässe nach Staatsangehörigkeit (Jahre 2012/2013, in %, n=3.969)**

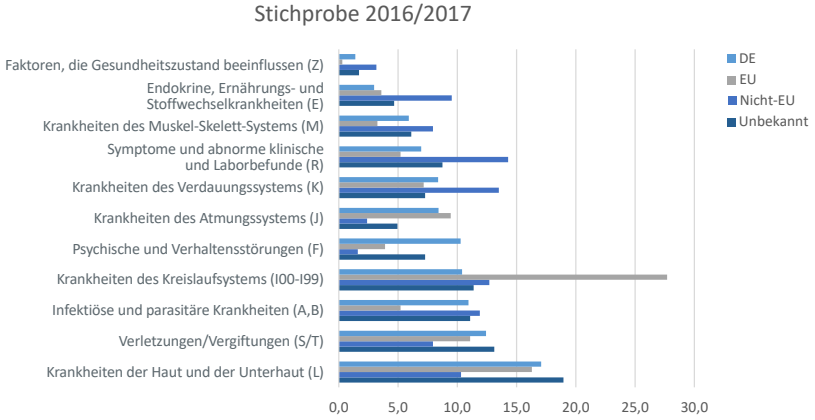



**Abbildung 9b: Behandlungsanlässe nach Staatsangehörigkeit (Jahre 2016/2017, in %, n=3.353)**

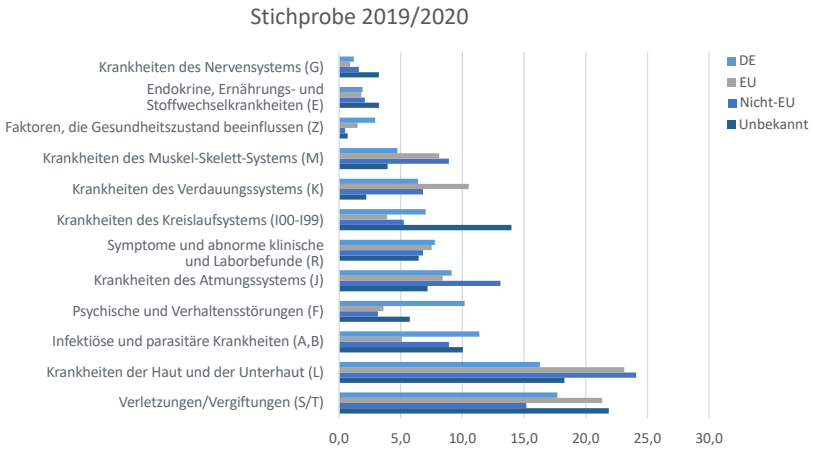



**Abbildung 9c: Behandlungsanlässe nach Staatsangehörigkeit (Jahre 2019/2020, in %, n=2.413)**

2019/2020 auf 23,1% verdeutlich jedoch die kontinuierliche Relevanz von Hauterkrankungen innerhalb dieser Gruppe. Eine ausgeprägte Relevanz zeigte sich auch für Verletzungen bei EU-Bürger:innen, diese steigen kontinuierlich über die Zeit an (circa 6 Prozentpunkte). Insgesamt stieg auch der Anteil an Behandlungen aufgrund von Atemwegserkrankungen. Auffällig oft (27,7%) wurden Patient:innen aus der EU im Zeitraum 2016/2017 aufgrund von Kreislauferkrankungen behandelt.

Verletzungen und Vergiftungen stellten auch unter Nicht-EU Bürger:innen durchgehend einen der häufigsten Behandlungsanlässe dar. Im Zeitraum 2012/2013 lag der Anteil bei 28,2%, sank im Zeitraum 2016/2017 und stieg im Zeitraum 2019/2020 wieder auf 15,2%. Hauterkrankungen stiegen dagegen kontinuierlich bei Nicht-EU-Bürger:innen an. Vergleicht man die Zeiträume 2012/2013 und 2019/2020 war ein Anstieg um den Faktor sechs zu vermerken (5,9% auf 24,1%). Infektiöse und parasitäre Erkrankungen zeigten eine abnehmende Entwicklung. Atemwegserkrankungen zeigten dagegen eine diskontinuierliche Entwicklung und schwankten zwischen 2,4% bis 17,6%.

**Ambulante Behandlungsanlässe nach Wohnsituation bei Erstkontakt (Gesamtstichprobe)**

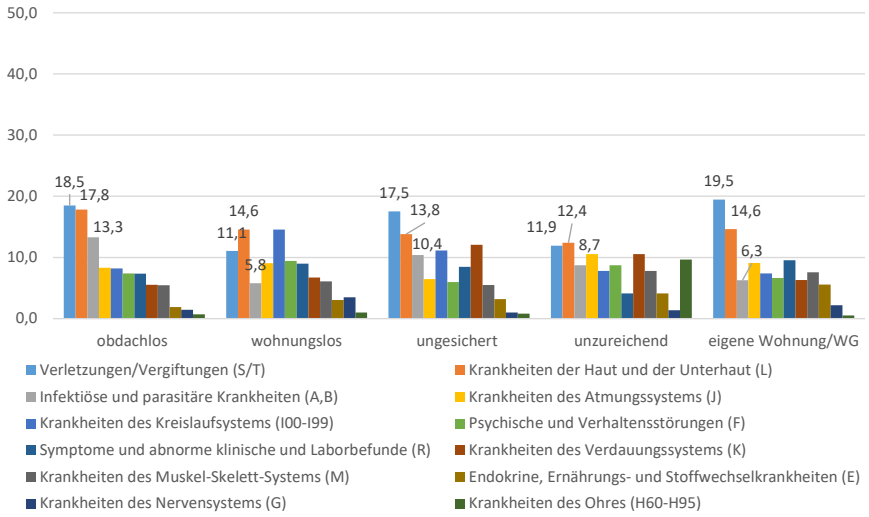



**Abbildung 10: Behandlungsanlässe nach Wohnsituation bei Erstkontakt (Gesamtstichprobe, in %, n=24.947)**

Bei der Auswertung der einzelnen Behandlungsanlässe in Bezug auf die Unterkunftssituation nach ETHOS zeigte sich, dass Personen in prekären Wohnverhältnissen wie Menschen in Obdach- oder Wohnungslosigkeit, besonders häufig bestimmte Erkrankungen aufwiesen, während Personen mit einer eigenen Wohnung/ WG insgesamt niedrigere Anteile für einige Behandlungsanlässe zeigten. Eine auffällige Ausnahme bildeten Verletzungen/Vergiftungen (ICD-10 Kapitel S/T), welche am häufigsten bei Personen mit eigener Wohnung (19,5%) behandelt wurden. Ähnlich relevant waren Verletzungen bei Menschen in Obdachlosigkeit (18,7%). Daneben wurden Hauterkrankungen (ICD-10 Kapitel L) bei Personen, die obdachlos lebten, versorgt, sie machten in dieser Gruppe fast jede sechste Behandlung aus (17,8%). Aber auch unter Patient:innen in anderen Wohnsituationen waren sie für 12,4% bis 14,6% Grund einer Behandlung. Patient:innen, die obdachlos waren, befanden sich weiterhin infolge infektiösen und parasitären Erkrankungen vergleichsweise oft in Behandlung. Mehr als doppelt so viele Behandlungen erfolgten hier in der Gruppe der Patient:innen in Obdachlosigkeit im Vergleich zu Patient:innen in eigener Wohnung (13,3% versus 6,3%). Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems wurden am häufigsten in der Gruppe der Patient:innen in Wohnungslosigkeit versorgt (14,5%).

Im nachfolgenden Abschnitt sind die beiden prekärsten Wohnformen (obdachlos, wohnungslos) exemplarisch im zeitlichen Verlauf dargestellt.

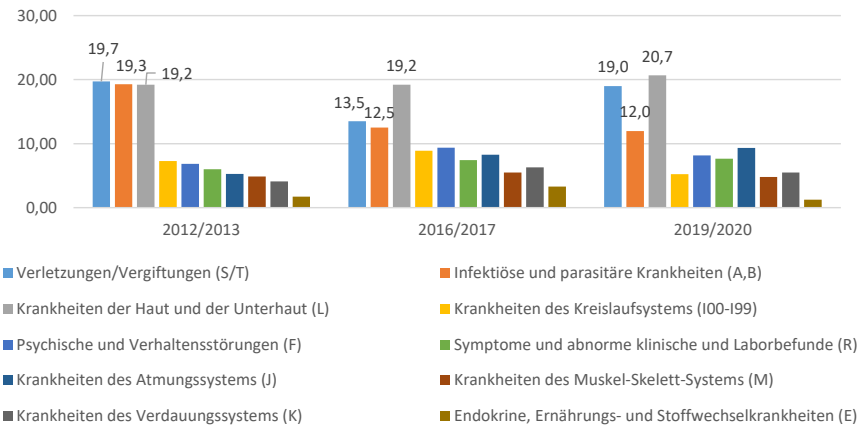



**Abbildung 11a: Behandlungsanlässe nach Wohnsituation (obdachlos) bei Erstkontakt im Jahresvergleich (in %, n=16.535)**

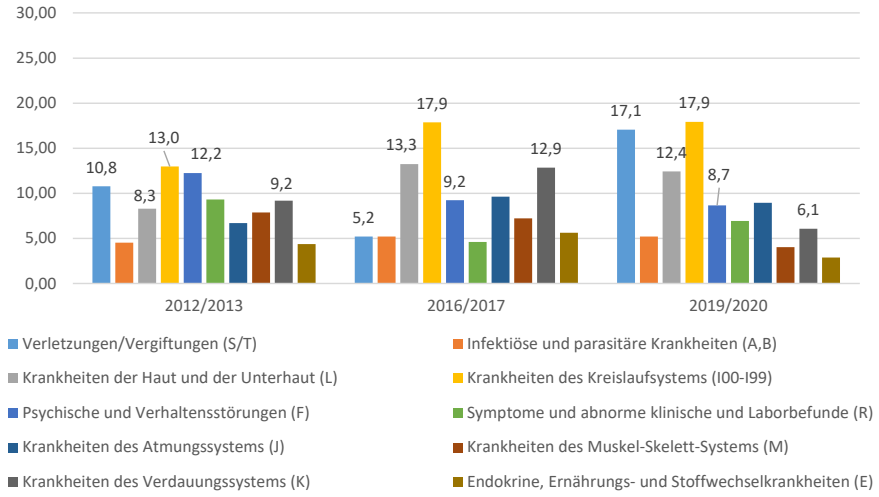



**Abbildung 11b: Behandlungsanlässe nach Wohnsituation (wohnungslos) bei Erstkontakt im Jahresvergleich (in %, n=3.983)**

Die Betrachtung der einzelnen Behandlungsanlässe im Zeitverlauf zeigt, dass Verletzungen und Hauterkrankungen die häufigsten Behandlungsanlässe bei Patient:innen in Obdachlosigkeit über die Jahre hinweg blieben. Dabei war der Anteil an behandelten Verletzungen nahezu konstant (lediglich mit einem leichten Rückgang in 2016/17) und machte ein Fünftel der Behandlungen aus (19,7 % im Zeitraum 2012/2013, 19,0 % im Zeitraum 2019/2020). Auch der Anteil an Hauterkrankungen bewegte sich über die Jahre hinweg auf einem ähnlich hohen Niveau und machte ein weiteres Fünftel der Behandlungen aus. Atemwegserkrankungen (ICD-10 Kapitel J) stiegen leicht an. Machten sie 2012/2013 etwa jede 20. Behandlung aus (5,29%), war es 2019/2020 etwa jede zehnte Behandlung (9,32%).

Bei Patient:innen in Wohnungslosigkeit nahmen Hauterkrankungen (ICD-10 Kapitel L) über die Zeit leicht zu. Während 2012/2013 etwa jede 12. Behandlung aufgrund einer Hauterkrankung erfolgte (8,31%), war es im Zeitraum 2019/2020 bereits jede Achte (12,43%). Dies deutet auf eine zunehmende Relevanz von Hauterkrankungen bei Patient:innen in Wohnungslosigkeit hin. Verletzungen/Vergiftungen (ICD-10 Kapitel S/T) zeigten über die Jahre hinweg eine etwas diskontinuierliche Tendenz innerhalb der Gruppe der

Patient:innen in Wohnungslosigkeit. Der Anteil fiel von 10,8% (2012/2013) auf 5,2% (2016/2017). Erhöhte sich jedoch um mehr als das Dreifache auf 17,5% im Zeitraum 2019/2020. Dies zeigt, dass Verletzungen bei Patient:innen in Wohnungslosigkeit ein wachsendes Problem darstellen. Infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD-10 Kapitel A, B) blieben über die Zeit relativ konstant und machten jeweils jede 20. Behandlung aus. Kreislauferkrankungen (I00-I99) nahmen hingegen stetig zu. Ihr Anteil stieg um circa 5 Prozentpunkte auf 17,9 % in 2016/2017 und blieb im Zeitraum 2019/2020 weiterhin so hoch. Atemwegserkrankungen (J) stiegen in Summe leicht an und waren in den Jahren 2019/2020 für gerundet 9% der ärztlichen Konsultationen in der Gruppe der Patient:innen in Wohnungslosigkeit

## Akute Behandlungsanlässe im Detail

### Die häufigsten Behandlungsanlässe über alle Diagnosekapitel (Top Ten)

| *ICD-Code und Bezeichnung der Erkrankung* | n | % |
|---|---|---|
| I10: Essentielle (primäre) Hypertonie | 1365 | 5,1 |
| T79: Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas | 1147 | 4,3 |
| F10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | 983 | 3,7 |
| B35: Dermatophytose | 895 | 3,3 |
| L01: Impetigo | 832 | 3,1 |
| K08: Sonstige Krankheiten der Zähne und ihres Stützgewebes | 794 | 3,0 |
| L97: Ulcus cruris ohne nähere Angabe | 760 | 2,8 |
| J06: Akute Infektionen der oberen Atemwege, mehrere und nicht näher bezeichnete Lokalisationen | 701 | 2,6 |
| B86: Krätze (Scabies) | 682 | 2,5 |
| L30: Sonstige Dermatitis | 557 | 2,1 |

### Diagnosekapitel: Hauterkrankungen (Top Ten)

| *ICD-Code und Bezeichnung der Erkrankung* | n | % |
|---|---|---|
| L01: Impetigo | 832 | 19,3 |
| L97: Ulcus cruris ohne nähere Angabe | 760 | 17,7 |
| L30: Sonstige Dermatitis | 557 | 12,9 |
| L03: Phlegmone | 361 | 8,4 |
| L02: Hautabszess, Furunkel und Karbunkel | 328 | 7,6 |
| L40: Psoriasis | 255 | 5,9 |
| L29: Pruritus | 158 | 3,7 |
| L84: Hühnerauge und Hornschwiele | 155 | 3,6 |
| L85: Sonstige Epidermisverdickungen | 138 | 3,2 |
| L08: Sonstige lokale Infektionen der Haut und des Unterhautzellgewebes | 103 | 2,4 |

### Diagnosekapitel: Verletzungen (Top Ten)

| *ICD-Code und Bezeichnung der Erkrankung* | n | % |
|---|---|---|
| T79: Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas | 1147 | 25,1 |
| S61: Offene Wunde an Handgelenk und Hand | 308 | 6,7 |
| T14: Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion | 291 | 6,4 |
| S90: Oberflächliche Verletzung des Sprunggelenks und des Fußes | 290 | 6,3 |
| S01: Offene Wunde des Kopfes | 227 | 5,0 |
| S60: Oberflächliche Verletzung der Handgelenkregion und der Hand | 221 | 4,8 |
| S00: Oberflächliche Verletzung des Kopfes | 212 | 4,6 |
| S81: Offene Wunde des Unterschenkels | 154 | 3,4 |
| S91: Offene Wunde des Sprunggelenks und des Fußes | 148 | 3,2 |
| S80: Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels | 135 | 3,0 |

### Diagnosekapitel: Atemwegserkrankungen (Top Ten)

| *ICD-Code und Bezeichnung der Erkrankung* | n | % |
|---|---|---|
| J06: Akute Infektionen der oberen Atemwege, mehrere und nicht näher bezeichnete Lokalisationen | 701 | 31,8 |
| J45: Asthma bronchiale | 322 | 14,6 |
| J20: Akute Bronchitis | 191 | 8,7 |
| J00: Akute Nasopharyngitis (Erkältungsschnupfen) | 188 | 8,5 |
| J03: Akute Tonsillitis | 156 | 7,1 |
| J40: Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet | 102 | 4,6 |
| J02: Akute Pharyngitis | 98 | 4,5 |
| J44: Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit | 97 | 4,4 |
| J18: Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 59 | 2,7 |
| J30: Vasomotorische und allergische Rhinitis | 59 | 2,7 |

### Diagnosekapitel: Infektiöse und parasitäre Erkrankungen (Top Ten)

| *ICD-Code und Bezeichnung der Erkrankung* | n | % |
|---|---|---|
| B35: Dermatophytose | 895 | 30,5 |
| B86: Krätze (Scabies) | 682 | 23,2 |
| B85: Pedikulose und Phthiriasis | 432 | 14,7 |
| A09: Sonstige gastrointestinale Infektionen und Durchfälle unbekannter Ursache | 270 | 9,2 |
| A46: Erysipel | 270 | 9,2 |
| B36: Sonstige oberflächliche Mykosen | 77 | 2,6 |
| B00: Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex] | 45 | 1,5 |
| B07: Viruswarzen | 39 | 1,3 |
| B37: Candidose | 34 | 1,2 |
| B18: Chronische Virushepatitis | 18 | 0,6 |

### Diagnosekapitel: Kreislauferkrankungen (Top Ten)

| *ICD-Code und Bezeichnung der Erkrankung* | n | % |
|---|---|---|
| I10: Essentielle (primäre) Hypertonie | 1365 | 51,8 |
| I83: Varizen der unteren Extremitäten | 341 | 12,9 |
| I25: Chronische ischämische Herzkrankheit | 171 | 6,5 |
| I50: Herzinsuffizienz | 145 | 5,5 |
| I87: Sonstige Krankheiten der Venen | 71 | 2,7 |
| I48: Vorhofflimmern und Vorhofflattern | 55 | 2,1 |
| I95: Hypotonie | 51 | 1,9 |
| I70: Atherosklerose | 47 | 1,8 |
| I20: Angina pectoris | 46 | 1,7 |
| I89: Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert | 43 | 1,6 |

**Ambulant verwendete Medikation[2] (Gesamtstichprobe)**

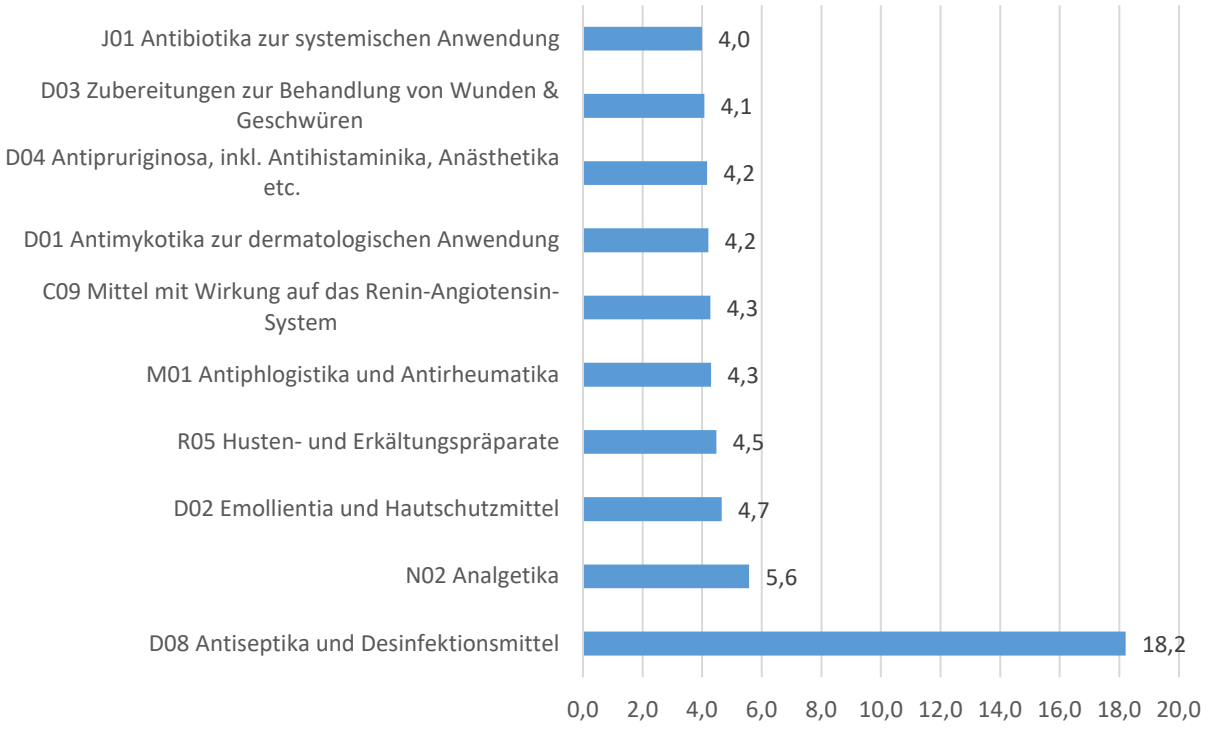



**Abbildung 12: Abgegebene Medikation (Gesamtstichprobe, in %, n=19.439)**

Bei Betrachtung der einzelnen Medikamentengruppen wurde deutlich, dass besonders der Anteil an Antiseptika und Desinfektionsmitteln (ATC-Code D08) sehr hoch war. Antiseptika und Desinfektionsmittel (D08) machten mit 18,2% fast jedes fünfte abgegebene Medikament aus. Diese hohe Abgabequote verdeutlicht den großen Bedarf an Produkten zur Wundbehandlung und Infektionsprävention. Analgetika (N02), die zur Schmerzbehandlung eingesetzt werden, stellten mit 5,6% etwa jedes 18. Medikament dar und lagen damit auf dem zweiten Rang. Emollientia und Hautschutzmittel (D02), die vor allem zur Pflege trockener oder geschädigter Haut eingesetzt werden, machten 4,7% der abgegebenen Medikamente aus. Husten- und Erkältungspräparate (R05) wurden in 4,5% der Fälle verschrieben. Antiphlogistika und Antirheumatika (M01) sowie Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09), die häufig zur Behandlung von Bluthochdruck eingesetzt werden, stellten jeweils 4,3 % der abgegebenen Medikamente dar. In Summe ließ sich feststellen, dass mit Ausnahme der Gruppe der Antiseptika und Desinfektionsmittel, die übrigen abgegebenen Medikamente nahezu paritätisch verteilt waren (4,0% bis 5,6%).

2 | Dabei handelt es sich in den Einrichtungen bei den häufigsten Medikamenten um überwiegend selbstständig finanzierte Medikation.

**Verwendete Medikation nach Altersklasse (Gesamtstichprobe)**

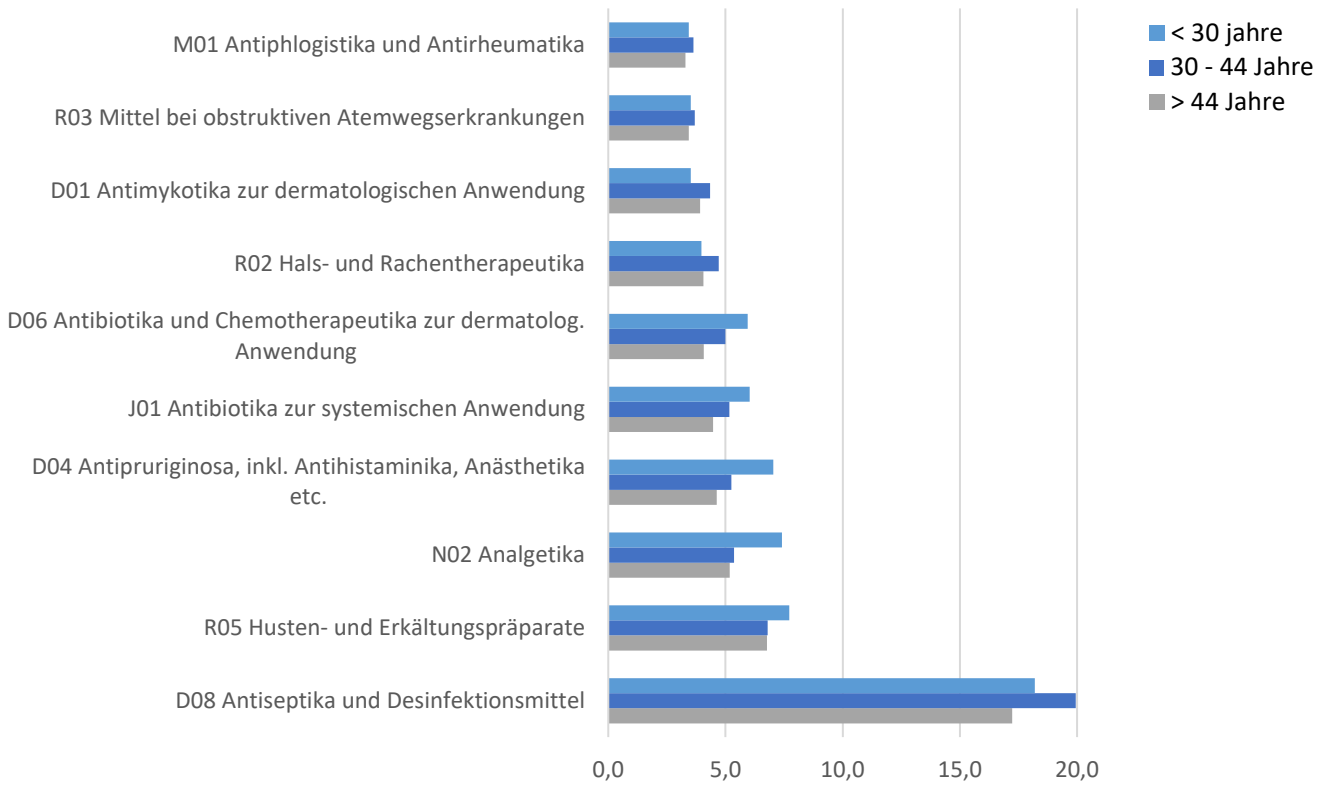



**Abbildung 13: Abgegebene Medikation nach Altersklasse (Gesamtstichprobe, in %, n=19.403)**

Antiseptika und Desinfektionsmittel (ATC-Code D08) wurden in allen Altersgruppen am häufigsten abgegeben, mit dem höchsten Anteil bei den über 30 bis 44-Jährigen (19,9%). Husten- und Erkältungspräparate (R05) präsentierten ebenfalls ein relativ gleiches Ausgabemuster zwischen den einzelnen Altersgruppen. Die Anteile lagen hier bei etwa 7% mit einem leichten Vorrang bei jüngeren Patient:innen (< 30 Jahre). Analgetika, Antipruriginosa, systemische und topische Antibiotika wurden ebenfalls eher an Patient:innen jüngeren Alters ausgegeben.

**Verwendete Medikation nach Geschlecht (Gesamtstichprobe)**

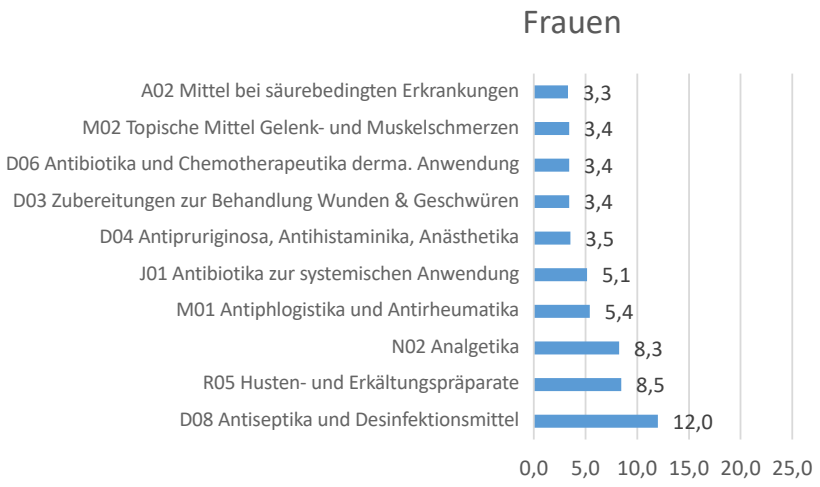



**Abbildung 14a: Abgegebene Medikation nach Geschlecht (Gesamtstichprobe Frauen, in %, n=3.053)**

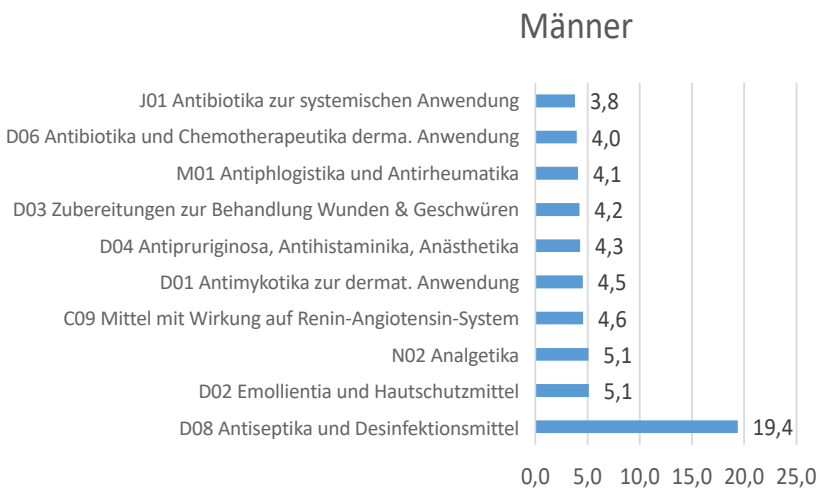



**Abbildung 14b: Abgegebene Medikation nach Geschlecht (Gesamtstichprobe Männer, in %, n=16.361)**

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind Antiseptika und Desinfektionsmittel (ATC-Code D08) die am häufigsten abgegebene Medikamente. Der Anteil beträgt bei Frauen 12,0%, während er bei Männern mit 19,4 % deutlich höher liegt. Auch Schmerzmittel (N02 Analgetika) sind in beiden Gruppen weit verbreitet: Bei Frauen liegt der Anteil bei 8,3%, bei Männern bei 5,1%. Diese Medikamente gehören in beiden Gruppen zu den drei meistgenutzten Medikamenten. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich bei den Erkältungspräparaten (R05): Diese haben bei Frauen einen Anteil von 8,5%, sind jedoch bei Männern nicht unter den häufigsten Medikamenten vertreten. Ebenso sind Antiphlogistika und Antirheumatika (M01) bei Frauen mit 5,4% stärker vertreten als bei Männern (4,1%). Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) werden ebenfalls bei Frauen (5,1%) etwas häufiger abgegeben als bei Männern (3,8%). Auf der anderen Seite zeigt sich bei Männern eine stärkere Nutzung von Hautschutzmitteln und Emollientien (ATC-Code D02) mit einem Anteil von 5,1%, während diese Kategorie bei Frauen nicht unter den häufigsten Medikamenten auftaucht. Auch Antimykotika für dermatologische Anwendungen (D01) und Medikamente mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09) sind bei Männern stärker vertreten.

**Verwendete Medikation nach Staatsangehörigkeit (Gesamtstichprobe)**

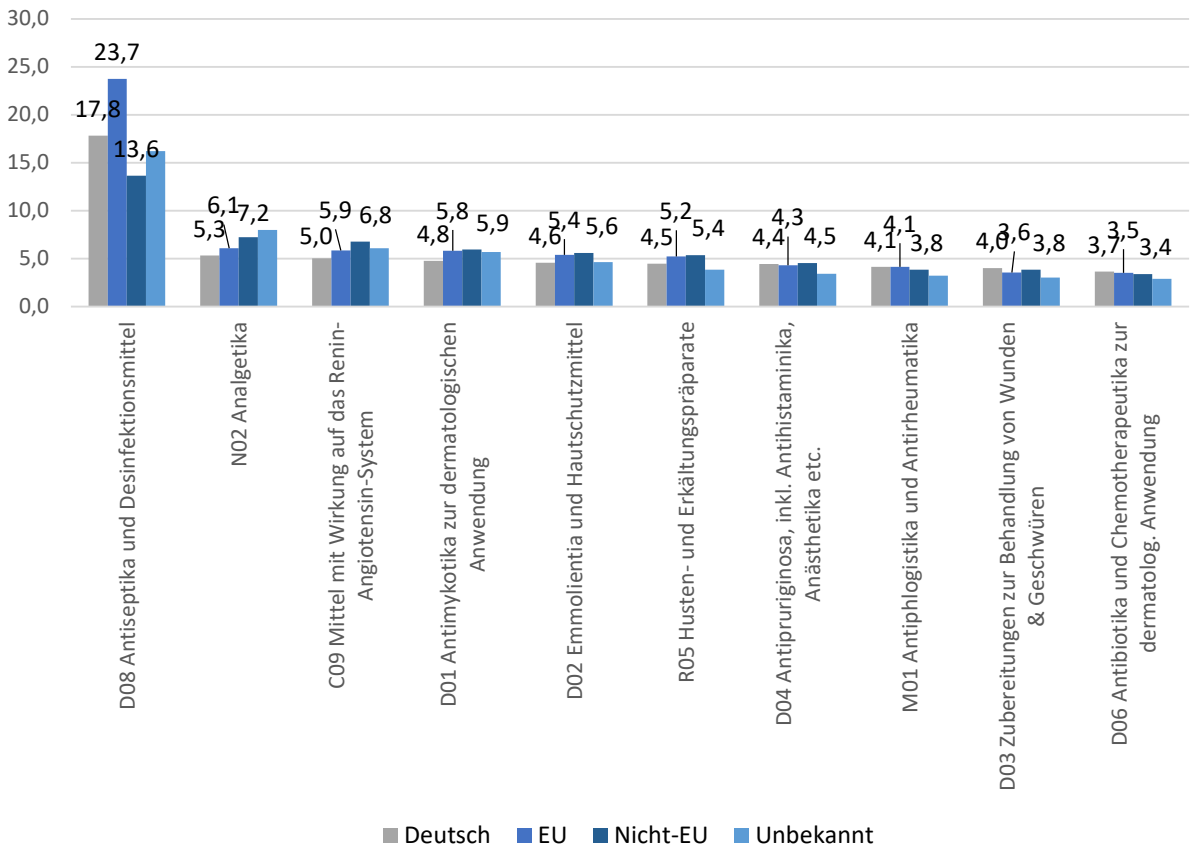



**Abbildung 15: Abgegebene Medikation nach Staatsangehörigkeit (Gesamtstichprobe, in %, n=19.403)**

Antiseptika und Desinfektionsmittel (D08) sind in allen Gruppen die am häufigsten abgegebene Medikamenten-Kategorie. EU-Bürger:innen erhalten diese Medikamente mit 23,7% besonders häufig, während der Anteil bei Deutschen bei 17,8% und bei Nicht-EU-Bürger:innen bei 13,6% liegt. Schmerzmittel (N02 Analgetika) sind ebenfalls in allen Gruppen verbreitet. Hier zeigen EU-Bürger mit 7,2% die höchste Abgabequote. Medikamente, die auf das Renin-Angiotensin-System wirken (C09) (Blutdruckmedikamente), weisen dagegen mit 6,8% bei Nicht-EU-Bürger:innen die höchste Abgabequote auf. Antimykotika zur dermatologischen Anwendung weisen ebenfalls leicht höhere Abgaben an Nicht-Deutsche (EU, Nicht-EU) auf. Eine minimal höhere Abgabe an Bürger:innen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit erfolgt auch in der Medikamenten-Kategorie Hautschutzmittel und Emollientien (D02) sowie Husten- und Erkältungspräparate (R05). Insgesamt ließ sich jedoch feststellen, dass die Unterschiede in den abgegebenen Medikamenten marginal waren. Mit Ausnahme der Antiseptika und Desinfektionsmittel, die etwa jedes sechste bis siebte Medikament ausmachten, lag die Ausgabe der restlichen Medikamente zwischen 3,4% – 7,2%.

**Verwendete Medikation nach Wohnform (bei Erstkontakt, Gesamtstichprobe)**

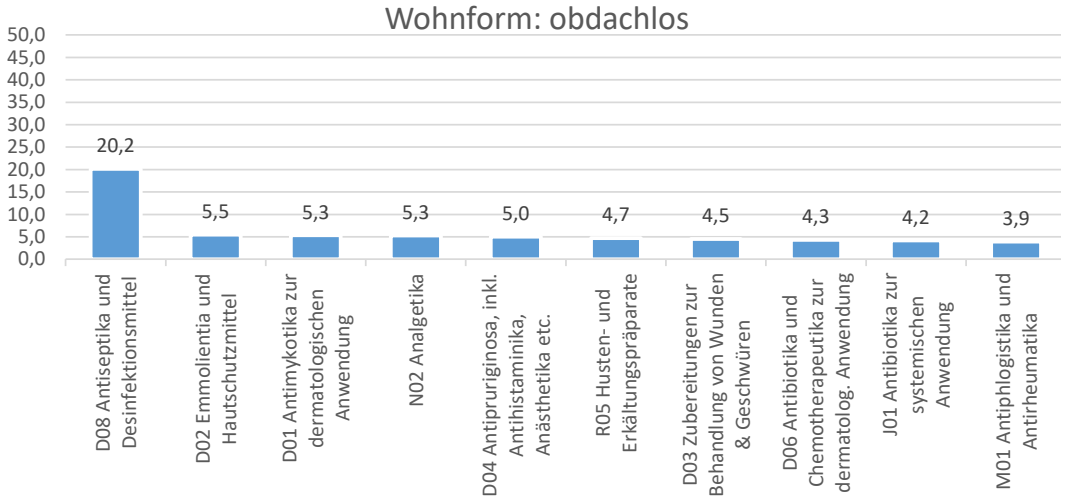



**Abbildung 16a: Abgegebene Medikation nach Wohnform (Gesamtstichprobe obdachlos, in %, n=12.410)**

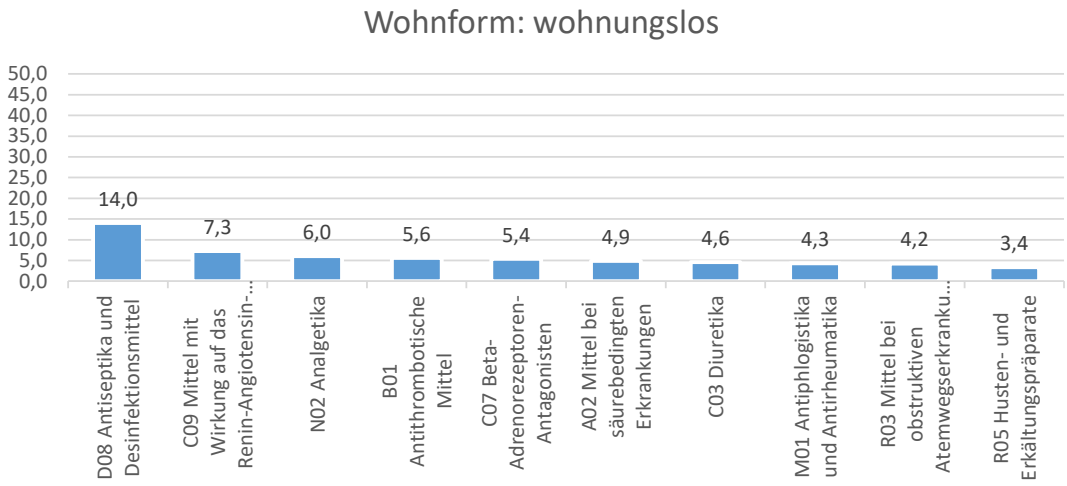



**Abbildung 16b: Abgegebene Medikation nach Wohnform (Gesamtstichprobe wohnungslos, in %, n=3.275)**

In beiden Gruppen sind Antiseptika und Desinfektionsmittel (ATC Code D08) die am häufigsten abgegebene Medikamente. Bei Patient:innen in Obdachlosigkeit machten sie ein Fünftel der abgegebenen Medikation aus (20,2 %), während sie bei Patient:innen in Wohnungslosigkeit in etwa jedes siebte Medikament ausmachten (14,0 %). Bei Schmerzmitteln (ATC N02, Analgetika) sind die Anteile relativ ähnlich: 5,3 % bei Patient:innen in Obdachlosigkeit und 6,0 % bei Patient:innen in Wohnungslosigkeit. Leichte Unterschiede zeigen sich bei der häufigen Abgabe von Erkältungspräparaten (R05), die bei Patient:innen in Wohnungslosigkeit mit 3,4 % im Vergleich zu Patient:innen in Obdachlosig mit 4,7% leicht niedriger war. Deutlichere Unterschiede ergeben sich jedoch in anderen Kategorien. C09 Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System werden bei Patient:innen in Wohnungslosigkeit mit 7,3% besonders häufig abgegeben und liegen auf dem zweiten Rang innerhalb dieser Gruppe, während diese Medikation bei Patient:innen in Obdachlosigkeit nicht zu den Führenden gehört. Auf der anderen Seite sind D02 Emollientia und Hautschutzmittel bei Patient:innen in Obdachlosigkeit mit 5,5% prominent, kommen aber bei Patient:innen in

**Exkurs: Finanzierung niedrigschwelliger Versorgungsstrukturen**

Niedrigschwellige medizinische Versorgungstrukturen sind Einrichtungen der Krisenintervention, sie ermöglichen Menschen in Wohnungslosigkeit, unversicherten Menschen und Bedürftigen eine zeitnahe und kostenfreie primärärztliche Versorgung. Häufig stellen sie auch weitergehende Angebote, wie soziale Beratung, Kleiderkammern und Mahlzeiten. Die Finanzierung erfolgt in der Regel aus verschiedenen Quellen (Mischfinanzierungen).

In den beteiligten Einrichtungen erfolgt die Finanzierung der vielfältigen Angebote in einem Fall spendenfinanziert und im anderen gegenwärtig aus mindestens 6 Finanzierungsquellen. Im Detail sind dies, ein anteiliger Sitz der kassenärztlichen Vereinigung, sowie Projektfinanzierungen des Bezirksamts Lichtenberg, des Berliner Landesamts für Gesundheit und im Falle von EU-Bürger:innen deren Heimatländer dem Europäischen Fürsorgeabkommen angehören, Ausgleichsmöglichkeiten über das Bezirksamt Pankow. Im Besonderen die Erstattung/Abrechnung osteuropäischer Patient:innen ohne bestehenden Krankenversicherungsschutz gestaltet sich in der Praxis häufig als Herausforderung. In Kooperation mit der Berliner Clearingstelle können diese in einigen Fällen gelöst werden. Neben finanziell nicht ausreichend gedeckten Leistungen kennzeichnen jährlich zu verlängernde Projektfinanzierungen die Versorgungsstrukturen. Diese stellen in der Beantragung, Dokumentation und Verlängerung einen erheblichen administrativen Aufwand für die Einrichtungen dar. Weitere Herausforderung für die Arbeit stellen die beengten Räumlichkeiten und der akute Personalmangel dar. Keine der sozialarbeiterischen, pflegerischen oder medizinischen Positionen verfügt über eine Vertretung im Krankheitsfall oder bei anderer Abwesenheit.

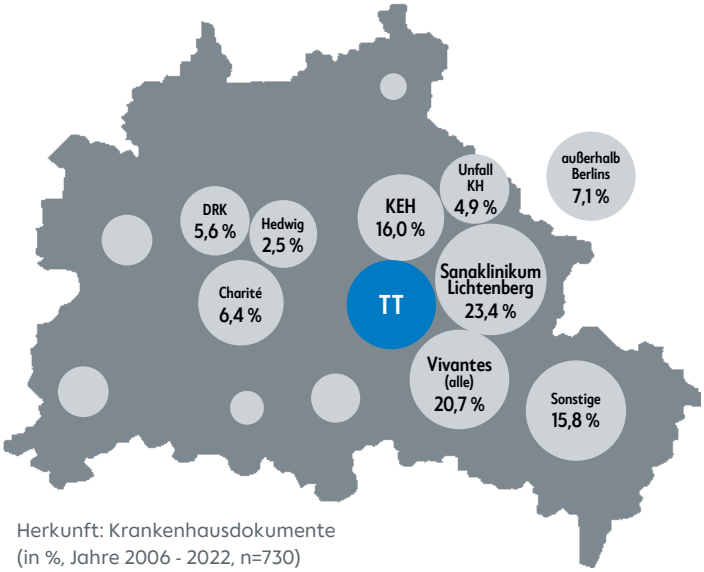
Weitere Potentiale zur Verbesserung der medizinischen Versorgung werden im Ausbau der Vernetzung niedrigschwelliger und stationärer Krankenversorgung gesehen. Entlassungen aus den umliegenden Krankenhäusern stellen weiterhin ein ungelöstes Versorgungsproblem dar. Ein Ausbau der Kapazität von Krankenwohnungen wird für die Sicherstellung der pflegerischen Nachsorge als dringend erforderlich betrachtet. Eine Ausweitung der Öffnungszeiten von Notunterkünften könnte für Patient:innen mit Ruhebedarf bereits Abhilfe schaffen. Aber auch gezielte Schulungen der Sozialen Dienste in den Krankenhäusern bzgl. der Vernetzbarkeit mit den Sozialen Wohnhilfen oder anderen lokalen Akteuren der Wohnungsnotfallhilfe erscheinen geeignet um die soziale und gesundheitliche Versorgung für die betroffenen Menschen zu verbessern.

## Medizinische Versorgung im stationären Setting

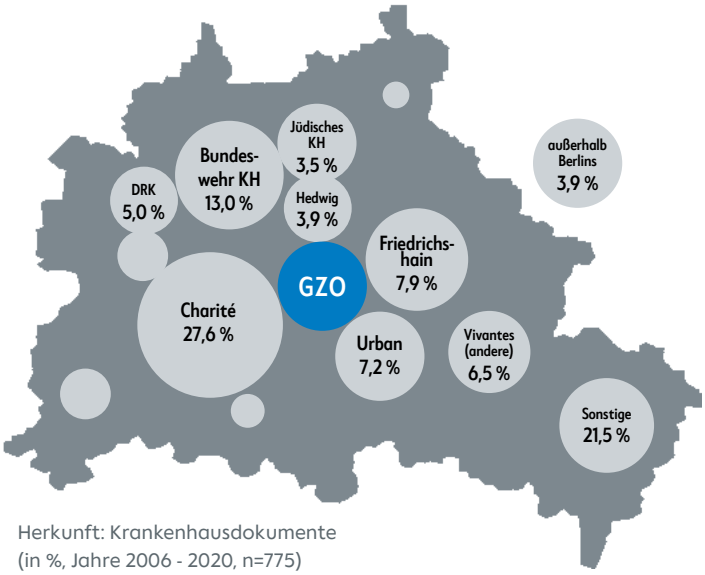
Für Patient:innen des TagesTreffs war das Sana Klinikum Lichtenberg mit einem Anteil von nahezu einem Viertel (23,4%) aller Krankenhausdokumente häufigster Anlaufort für eine notfallmedizinische oder stationäre Versorgung. Danach folgten die Vivantes Kliniken mit 20,7% und das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) mit 16,0%. Weitere Krankenhäuser, wie die Charité (6,4%), das Unfallkrankenhaus Berlin Marzahn (4,9 %) und das DRK-Klinikum (2,5 %), hatten kleinere, aber dennoch relevante Anteile an der Versorgung. Auf „sonstige" Berliner Kliniken entfielen 15,8%. Aus Kliniken außerhalb Berlins stammten immerhin 7,1% der Entlassungsdokumente.

Für die zweite Versorgungseinrichtung, das GZO in Berlin Mitte, zeigte sich ebenfalls ein durch die räumliche Nähe zu umliegenden Kliniken geprägtes Bild. Auch aufgrund ihres Versorgungsauftrages wurden die Patient:innen am häufigsten in der Charité versorgt (27,6%). Danach folgte das Bundeswehrkrankenhaus mit 13%. Weitere Entlassdokumente stammen aus dem Vivantes Friedrichshain (7,9 %) und Vivantes Urban (7,2 %). Dokumente außerhalb Berlins machen 3,9 % aus. Auf andere Berliner Krankenhäuser („Sonstige") entfiel knapp ein Fünftel der Dokumente (21,5 %).

**An der Versorgung beteiligte Krankenhäuser**




Herkunft: Krankenhausdokumente
(in %, Jahre 2006 - 2022, n=730)




Herkunft: Krankenhausdokumente
(in %, Jahre 2006 - 2020, n=775)

**Abbildung 17a und 17b: Herkunft Krankenhausbriefe je nach Einrichtung (oben: TagesTreff des HVD in Lichtenberg (TT), unten: Gesundheitszentrum der Jenny De la Torre Stiftung in Mitte (GZO))**

**Tabelle 7: Krankenhausversorgung (Gesamtstichprobe)**

| | | KH Aufenthalte | | Aufnahme als Notfall | | Verweildauer (in Tagen) | | | | Empfehlung zur Weiterbehandlung | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | n | % | n | % | M | 25. Quartil | 75. Quartil | Max. Dauer | n | % |
| | **Gesamt** | 1535 | 100 | 1230 | 84.7 | 1 | 0 | 8 | 182 | 1096 | 71.4 |
| **Alter** | < 30 Jahre | 127 | 8.3 | 102 | 85.0 | 0 | 0 | 4 | 93 | 90 | 70.9 |
| | 30-44 Jahre | 547 | 35.6 | 454 | 87.6 | 1 | 0 | 7 | 182 | 380 | 69.5 |
| | > 44 Jahre | 861 | 56.1 | 674 | 82.7 | 2 | 0 | 8 | 146 | 626 | 72.7 |
| | *(fehlend)* | 0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **Geschlecht** | weiblich | 176 | 11.5 | 152 | 89.9 | 0 | 0 | 5 | 51 | 127 | 72.7 |
| | männlich | 1358 | 88.5 | 1077 | 83.9 | 1 | 0 | 8 | 182 | 969 | 71.4 |
| | divers | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - | - | 0 | 0 |
| | *(fehlend)* | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **Staatsangehörigkeit** | Deutsch | 1147 | 74.7 | 906 | 83.8 | 1 | 0 | 8 | 146 | 795 | 69.3 |
| | EU | 198 | 12.9 | 172 | 89.1 | 2 | 0 | 7 | 135 | 152 | 76.8 |
| | Drittstaat | 53 | 3.5 | 43 | 91.5* | 1 | 0 | 7.5 | 182 | 43 | 81.1* |
| | unbekannt | 137 | 8.9 | 109 | 82.6 | 2 | 0 | 7.5 | 92 | 106 | 77.4 |
| | *(fehlend)* | 0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **Krankenversicherung** | nein | 757 | 50.8 | 629 | 86.2* | 1 | 0 | 7 | 146 | 562 | 74.2* |
| | ja | 733 | 49.2 | 563 | 82.7 | 1 | 0 | 8 | 182 | 502 | 68.5 |
| | *(fehlend)* | 45 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

Hinweis: *=statistisch signifikante Gruppenunterschiede (p<0.05), 0 Tage entspricht einer taggleichen Entlassung, n=absolute Personenzahl, %=Prozent bezogen auf Anzahl der gültigen Fälle

**Krankenhausversorgung im Überblick**

Von den 1.535 analysierten Krankenhausaufenthalten wurden 84,7 % als Notfallaufnahmen registriert, nur 15,3% der Behandlungen waren geplant. Die mediane Verweildauer betrug einen Tag, mit einem 25. Quartil von 0 Tagen und einem 75. Quartil von 8 Tagen. Die maximale Verweildauer lag bei 182 Tagen. In 71,4 % der Fälle wurde bei Entlassung eine Empfehlung zur ambulanten oder stationären Weiterbehandlung ausgesprochen.

**Outcomes nach Alter**

Die größte Altersgruppe bildeten Patient:innen über 44 Jahre (56,1%), gefolgt von der Altersgruppe 30–44 Jahre (35,6%) und in deutlich geringerem Umfang Patient:innen unter 30 Jahren (8,3%). Notfallaufnahmen waren in der Gruppe der 30-44-Jährigen am häufigsten (87,6 %). Die Verweildauer stieg mit zunehmendem Alter linear an. Bei den über 44-Jährigen wurde in 72,7% der Fälle eine Weiterbehandlung empfohlen. In den jüngeren Gruppen war dieser Anteil ähnlich hoch (unter 30 Jahre: 70,9 %, 30–44 Jahre: 69,5 %).

**Outcomes nach Geschlecht**

Männliche Patienten erhielten häufiger eine notfallmedizinische oder stationäre Krankenhausbehandlung (88,5% der Fälle). Nur 11,5% der ausgewerteten Entlassungsdokumente entfielen auf Patientinnen, dabei hatten sie einen Anteil von ca. 20% an der Gesamtstichprobe (vgl. Tabelle 1). Notfallaufnahmen waren in der Gruppe der Frauen etwas häufiger (89,9%) als in der Gruppe der Männer (83,9%). Die Verweildauern im Krankenhaus waren bei den Männern

länger (75. Quartil: 8 Tage) als bei den Frauen (75. Quartil: 5 Tage). Empfehlungen zur Weiterbehandlung wurden dagegen bei den Frauen etwas häufiger formuliert (72,7%) als bei den Männern (71,4%).

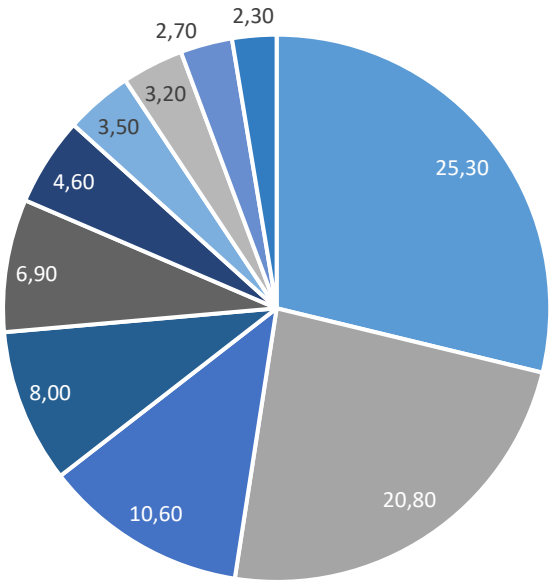
### Outcomes nach Staatsangehörigkeit

Deutsche Staatsbügrer:innen stellen die Mehrheit der Patient:innen (74,7%) in den Entlassungsdokumenten, gefolgt von EU-Bürger:innen (12,9%) und Menschen aus Drittstaaten (3,5 %). Dem folgend nahmen nicht deutsche Staatsangehörige gemessen an ihren Anteilen an der Gesamtstichprobe (vgl. Tabelle 1) weniger häufig notfallmedizinische und stationäre Behandlungen in Anspruch oder gelangten ihre Entlassungsdokumente weniger häufig in ihre Akten in den niedrigschwelligen Einrichtungen. Menschen aus Drittstaaten (Nicht-EU-Ländern) hatten die höchste Rate an Einweisungen als Notfall (91,5 %), während Deutsche die niedrigste Rate (83,8 %) aufwiesen. Zudem wurden für Menschen aus Drittstaaten in 81,1% der Fälle Empfehlungen zur ambulanten oder stationären Weiterbehandlung formuliert. Damit lagen sie 10% über dem Durchschnitt der Gesamtstichprobe. Ebenfalls überdurchschnittlich erhielten EU-Bürger:innen eine solche Empfehlung (76,8%). Die Gruppe der deutschen Patient:innen lag im Mittel leicht unterhalb des Durchschnitts (69,3%).

### Outcomes nach Krankenversicherung

Die Hälfte der notfallmedizinisch oder stationär versorgten Patient:innen (50,8 %) war nicht krankenversichert. In der Gruppe der nicht versicherten Patient:innen war der Anteil an Einweisungen als Notfall mit 86,2% signifikant höher als bei versicherten Patient:innen (82,7%). Die Verweildauer war bei Versicherten leicht höher (75. Quartil: 8 Tage) als bei Nichtversicherten (75. Quartil: 7 Tage). Empfehlungen zur Weiterbehandlung wurden dagegen bei nicht versicherten Patient:innen häufiger ausgesprochen (74,2%) als bei Versicherten (68,5%).

**Notfallmedizinische und stationäre Einweisungsdiagnosen**




- Verletzungen/Vergiftungen (S/T)
- Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)
- Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L)
- Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A,B)
- Krankheiten des Nervensystems (G)
- Psychische und Verhaltensstörungen (F)
- Krankheiten des Verdauungssystems (K)
- Krankheiten des Atmungssystems (J)
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (M)
- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E)

**Abbildung 18: Einweisungsdiagnosen nach Diagnose-Kapitel (ICD-10, Gesamtstichprobe, n=1.528)**

Häufigster Anlass für eine notfallmedizinische oder stationäre Versorgung waren Verletzungen (ICD-10 Kapitel „S“ und „T“). Jede vierte Aufnahme erfolgte verletzungsbedingt. Besonders häufig wurden Kopfplatzwunden, Verletzungen an Händen sowie Frakturen versorgt. Dieser Befund verdeutlicht die zentrale Rolle akuter Verletzungen in der Gruppe der Menschen in Wohnungslosigkeit. Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10 Kapitel „F“) waren mit 20,8% die zweithäufigste Ursache für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) folgen mit mehr als jeder zehnten Einweisung (10,6%) auf dem dritten Rang. Daneben führten Krankheiten des Verdauungssystems (K) zu etwa jeder 13. Einweisung (8,0%), während Erkrankungen des Atmungssystems (J) mit 6,9% ebenfalls einen weiteren nicht unerheblichen Anteil einnahmen. Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A, B) sowie Hauterkrankungen (L) waren mit Anteilen von 4,6% bzw. 3,5% dagegen weniger häufig als Einweisungsgrund vertreten.

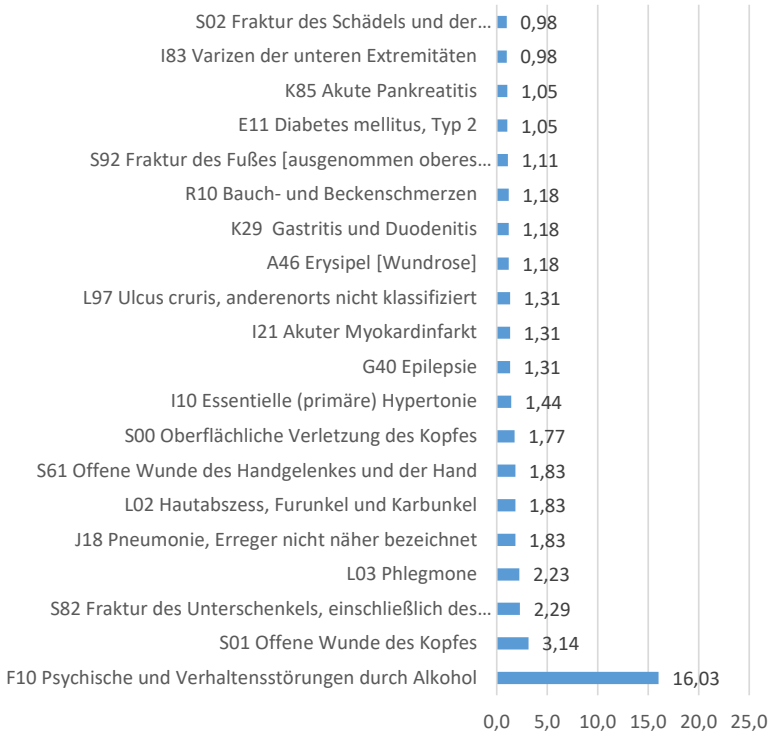


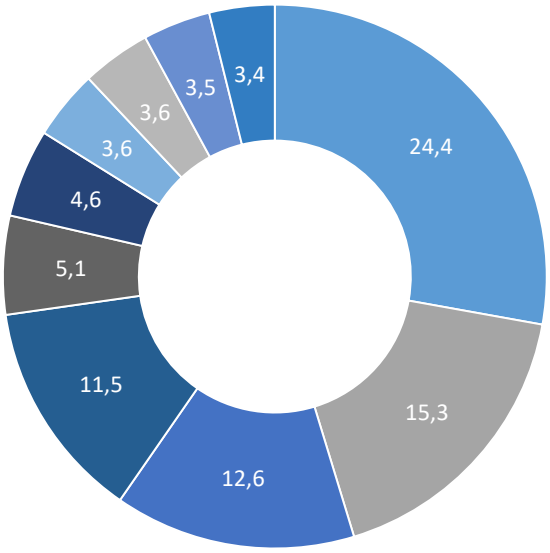

**Abbildung 19: Top-20 Einweisungsdiagnosen (ICD-3-Steller, in %, n=1528)**

Die häufigsten Einweisungsdiagnosen geben einen detaillierten Einblick in die zentralen Gründe für die Krankenhausaufenthalte. Die größte Gruppe unter den Einzeldiagnosen waren alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörungen (F10) mit einem Anteil von 16%. Diese Einzeldiagnose war mit Abstand die am häufigsten dokumentierte Einweisungsursache und verdeutlicht die große Bedeutung alkoholbedingter Erkrankungen bei Menschen in Wohnungslosigkeit. An zweiter Stelle folgen Verletzungserkrankungen, wie die offene Wunde des Kopfes (S01) mit 3,1 % oder die Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des Sprunggelenks (S82) mit einem Anteil von 2,3%. Mit 2,2% war die Phlegmone (L03) die vierthäufigste Diagnose. Diese tiefe bakterielle Hautinfektion erfordert in der Regel eine stationäre Behandlung. Die Pneumonie (J18), eine Lungenentzündung, nahm mit einem Anteil von 1,8% den fünften Platz ein. Auf den weiteren Plätzen folgten Hauterkrankungen, wie Abszesse, Furunkel und Karbunkel (L02) mit einem Anteil von 1,8% sowie weitere Verletzungen, wie offene Wunden des Handgelenks und der Hand (S61) und Kopf-

**Diagnosen Insgesamt**

In Summe beinhalteten die 1.535 Krankenhausentlassungsdokumente nicht nur die zur Einweisung führenden Diagnosen, sondern auch jene, die sich im Verlauf der Behandlung ergaben oder als Komorbiditäten dokumentiert wurden. Insgesamt wurden 5.757 Diagnosen inklusive der Einweisungsdiagnosen gestellt. Damit wurden pro Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt 3,75 Diagnosen gestellt. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht dabei die häufigsten Diagnose-Kapitel nach ICD-10.

Zusammenfassend dominierten psychische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Verletzungen das Gesamtbild der Krankenhausdiagnosen. Die häufigsten Diagnosen entfielen auf psychische und Verhaltensstörungen (F), die mit einem Anteil von 24,4% nahezu jede vierte Diagnose ausmachten. Dies verdeutlicht die enorme Bedeutung psychischer Erkrankungen in der klinischen Versorgung von Menschen in Wohnungslosigkeit. Auf Platz zwei folgten Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99), die mit 15,3% etwa jede sechste Diagnose betrafen. Verletzungen und Vergiftungen (S/T) standen mit 12,6% an dritter Stelle. Mit einem Anteil von 11,5% rangierten Krankheiten des Verdauungssystems (K) auf Platz vier und stellen somit etwa jede neunte Diagnose dar. Diese Erkrankungen umfassen eine Vielzahl von Beschwerden, von akuten Magenentzündungen bis hin zu chronischen Leiden wie zum Beispiel die Leberzirrhose oder auch Pankreaserkrankungen. Weitere relevante Diagnosekapitel umfassen endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E), die mit 5,1% einen kleineren Anteil ausmachten. Darunter fallen Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes Mellitus.




- Psychische und Verhaltensstörungen (F)
- Verletzungen/Vergiftungen (S/T)
- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E)
- Krankheiten des Atmungssystems (J)
- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R)
- Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)
- Krankheiten des Verdauungssystems (K)
- Faktoren,die Gesundheitszustand beeinflussen (Z)
- Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A,B)
- Krankheiten des Nervensystems (G)

**Abbildung 20: Krankenhausdiagnosen nach Diagnose-Kapiteln (ICD-10, Anteil an der Gesamtstichprobe in %, n=5.757)**

# 4 Einordnung der Befunde

## Soziodemografie

Die untersuchte Population war männlich geprägt, mehrheitlich mit deutscher Staatsangehörigkeit und verfügte über keine Krankenversicherung. Das ungleiche Geschlechterverhältnis überrascht nicht, auch vorhergehende Studien beschrieben ein ähnliches (11, 12). In den beiden eingeschlossenen Einrichtungen fiel der Männeranteil im Vergleich zu vorherigen Untersuchungen jedoch noch einmal höher aus. In der Wohnungslosenberichterstattung des Bundes des Jahres 2022 waren nur knapp zwei Drittel der Personen (68 %) männlich und ein Drittel (31 %) weiblich (13). Etwas geringere Frauenanteile beschrieben die BAG W und der Berliner Runde Tisch für die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen. Die Frauenanteile lagen ebenda bei zirka einem Viertel (25,6 % bzw. 27,2 %) (8, 11).

In Bezug auf die Altersstruktur zeigte sich im direkten Vergleich zur vorhandenen Studienlage ein höheres Durchschnittsalter in der hier untersuchten Stichprobe. Zwar war die Gruppe der 30 bis 49-Jährigen im Statistikbericht der BAGW, in den Zahlen des Berliner Runden Tisches und in der Wohnungslosenberichterstattung des Bundes ebenfalls die anteilig größte, allerdings berichtet sowohl die BAGW als auch der Runde Tisch mit etwa jeder dritten (32,5%) bis jeder vierten (25,2%) Person unter 30 Jahren gleichzeitig von einem weit höheren Anteil an jüngeren Menschen in Wohnungslosigkeit (8, 11). Im Falle untergebrachter wohnungsloser Menschen berichtete das Statistische Bundesamt sogar einen Anteil von 40% unter 25-Jähriger (14). Im Verlauf des Beobachtungszeitraumes der GIG-Studie zeigte sich eine Verschiebung der Altersverteilung hin zu der Altersgruppe 30-44 Jahre, während der Anteil der über 44-Jährigen sowie der unter 30-Jährigen abnahm (10).

Niedrigschwellige Einrichtungen versorgen qua Auftrag einen großen Anteil von Menschen ohne Zugang in die medizinische Regelversorgung. Vergleichbar mit den Versorgungszahlen des Berliner Runden Tisches waren im Jahr 2023 die Mehrheit der Patient:innen unversichert. Der Anteil lag mit 82,1% deutlich über dem Durchschnitt der hier untersuchten Stichprobe (8). Im Gesundheitsreport des Ärzte der Welt e.V. waren 94% der versorgten Menschen ohne Krankenversicherung, Tendenz steigend (15). Der geringer ausfallende Anteil in der hier vorliegenden Studie ist mutmaßlich mit der Versorgung bedürftiger, jedoch nicht obdachloser Menschen zu begründen, die in den beiden Einrichtungen mit versorgt werden (bspw. armutsbetroffene Rentner:innen). Der etwas geringere Anteil unversicherter Menschen hängt auch mit dem vergleichsweise hohen Anteil deutscher Patient:innen zusammen. EU-Bürger:innen oder Drittstaatler:innen verfügen häufiger über keine Krankenversicherung. Hierzu trug zuletzt eine Gesetzesnovelle des § 7 des SGB II im Jahr 2016 bei (16). Seither sind EU-Bürger:innen als „Ausländerinnen und Ausländer, deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitsuche ergibt, und ihre Familienangehörigen“ vom Zugang zu Leistungen des Zweiten Sozialgesetzbuches ausgeschlossen und haben damit häufig nicht die Möglichkeit in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen zu werden. Auch in einer aktuellen bundesweiten Studie wurde ein Zusammenhang zwischen Herkunft und dem Vorhandensein einer Krankenversicherung beobachtet (17).

Ähnlich wie der Versicherungsstatus, variieren auch die Verteilungen der Staatsangehörigkeiten stark mit den Erhebungskontexten. Abhängig vom konkreten Versorgungsauftrag der Einrichtung besteht ein hohes Selektionsrisiko im Falle monozentrischer und nicht-zufälliger Studienstichproben. Dies zeigt sich auch in Bundesstatistiken zu untergebrachten wohnungslosen Menschen im Jahr 2022, die einen Anteil von 60,1% Nicht-Deutschen auswiesen. Andere Studien berichteten eine Mehrheit von deutschen Staatsbüger:innen mit 71% in verdeckter Wohnungslosigkeit und Straßenobdachlosigkeit (13, 14). Die Behandlungszahlen des Berliner Runden Tisches des Jahres 2023 zeigten ein deutlich diverseres Patient:innenklientel. Ebenda besaß weniger als jeder vierte eine deutsche Staatsbürgerschaft. Mehr als 40% der Patient:innen stammten nicht aus der EU (Drittstaaten) (8). In Versorgungseinrichtungen von Ärzte der Welt waren im Jahr 2023 knapp 81% der Neu-Patient:innen EU-Bürger:innen bzw. stammten aus Ländern des europäischen Wirtschaftsraums. Nur 6% hatten die deutsche Staatsbürgerschaft, 13% stammten aus Drittstaaten (15).

Im Verlauf der Jahre veränderte sich die Zusammensetzung der eingeschlossenen GIG-Population. Der Anteil nicht-deutscher Patient:innen nahm im Betrachtungszeitraum zu. Während der Anteil der Menschen aus EU-Staaten zwischen 2012/2013 und 2019/2020 um mehr als 10 Prozentpunkte anstieg, verdreifachte sich der Anteil von Personen aus Drittstaaten. Die Mehrheit aller nicht-deutschen Personen stammte aus osteuropäischen Nachbarländern. Besonders häufig vertreten waren Menschen aus Polen, die nahezu jeden Zehnten ausländischen Patient:in ausmachen. Weitere häufige Herkunftsländer waren Rumänien, Bulgarien und Lettland. Diese Befunde decken sich mit denen im Wohnungslosenbericht des Bundes. Unter nicht deutschen Personen kam die Mehrheit ebenso aus den genannten EU-Staaten: Polen, Rumänien und Bulgarien (13).

In Bezug auf die Unterkunftssituation der Nutzer:innen zeigte sich in den beteiligten Einrichtungen ein eindeutiges Bild. Insgesamt waren etwa zwei Drittel der Gruppe obdachlos, mehr als jeder Zehnte wohnungslos. Damit gehörten mehr als drei Viertel der Patient:innen den zwei prekärsten Unterkunftsformen gemäß der europäischen ETHOS Typologie an. Die Unterkunftssituation derjenigen Menschen, die laut Berliner Rundem Tisch 2016 medizinische Versorgung suchte, glich der Verteilung der versorgten Patient:innengruppe - auch hier war die überwiegende Mehrheit mit 71,6% als obdachlos zu beschreiben, wohnungslos waren etwa 7% (18).

Diese Beobachtungen können wichtige Hinweise auf Veränderungen in der Nutzer:innenstruktur und den sich daraus abzuleitenden veränderten Bedarfen geben. Beispielweise könnte die Neuimplementierung weiterer Versorgungsangebote im räumlichem Umfeld zu einer Verlagerung der Patient:innen geführt haben. Die beobachtete zunehmende Internationalisierung der versorgten Menschen erfordert eine migrationssensible Gestaltung der Angebote. Digitale Lösungen zur Sprachmittlung werden in allen Einrichtungen an Bedeutung gewinnen. Bereits bestehende migrationsspezifische Angebote, wie die der Malteser oder open.med Berlin-Lichtenberg, werden demnach weiter an Bedeutung gewinnen.

Ein weiterer Trend zeigte sich in der Betreuungsintensität: im zeitlichen Verlauf nahm der Anteil singulärer Inanspruchnahmen zu. Einer der wenigen wissenschaftlichen Übersichtsarbeiten zur medizinischen Versorgung von Menschen in Wohnungslosigkeit folgend gab die Mehrheit der Befragten an, in den letzten 6 Monaten keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Falls sie dies taten, gaben sie an, häufiger Behandlungen im klinischen Setting als im ambulanten wahrzunehmen (19). Entgegen dieser Beobachtungen erscheint eine medizinische Betreuung aufgrund der aktuellen Lebenssituation, häufig bestehender akuter und chronische Erkrankungen zur Vermeidung weiterer gesundheitlicher Verschlechterungen essentiell. Die Entwicklung einer fortlaufenden Behandlungsbeziehung birgt daher ein kuratives, aber zugleich auch ein großes präventives Potential.

## Ambulante Versorgung

Die am häufigsten in der hier untersuchten Gruppe versorgten Erkrankungen waren Hauterkrankungen, Verletzungen, infektiöse und parasitäre Erkrankungen, Atemwegserkrankungen sowie Kreislauferkrankungen. In nationalen wie internationalen Übersichtsarbeiten wurden diese Erkrankungen ebenfalls als hochprävalent in der Gruppe beschrieben (1, 12). Dabei zeigten sich Abweichungen im Auftreten nach Wohnsituation und Herkunft der Patient:innen. Menschen in Obdachlosigkeit wurden häufiger aufgrund von Erkrankungen der Haut und Unterhaut sowie infektiösen und parasitären Erkrankungen behandelt. Verletzungen dagegen traten bei Menschen mit einer eigenen Wohnung am häufigsten auf. Schindel et al. (2020) berichteten geringe Unterschiede in Abhängigkeit von der Unterkunftssituation. Jedoch wurde von einem geringeren Anteil von Verletzungen unter den Patient:innen mit eigener Wohnung berichtet (12). In den Angeboten von Ärzte der Welt hingegen wurden nur 17% der obdachlosen Patient:innen aufgrund von Verletzungen versorgt (15). Deutlich häufiger erfolgten Inanspruchnahmen wegen nicht-übertragbarer Erkrankungen (69%), wie Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Erkrankungen des Verdauungssystems sowie übertragbarer Erkrankungen (21%), wie beispielsweise Atemwegserkrankungen und infektiösen Erkrankungen (15). Weitere Differenzen in den Versorgungsbedarfen zeigen sich zwischen deutschen und nicht-deutschen Patient:innen. Patient:innen nicht-deutscher Herkunft zeigten einen höheren Versorgungbedarf bei Hauterkrankungen, Verletzungen und Atemwegserkrankungen, während bei Patient:innen deutscher Herkunft infektiöse und parasitäre Erkrankungen, Kreislauferkrankungen und psychische Erkrankungen häufiger zum Aufsuchen der ärztlichen Angebote führten. Im Vergleich mit einer Hamburger Studie unter Menschen in Wohnungslosigkeit aus acht deutschen Städten, die den Fokus auf selbstberichtete, chronische Erkrankungen legte sowie mittels klinischer und laborchemischer Assessments Erkrankungen als Punktprävalenz schätzte, zeigte sich ein signifikant erhöhtes Auftreten somatischer Erkrankungen bei Personen mit Herkunft aus EU-Staaten. Gleichzeitig wurde bei nicht-deutschen Personen (EU und Drittstaaten) eine Diskrepanz zwischen berichteter und gemessener Krankheitslast beobachtet. Nicht-deutsche Patient:innen hatten ein höheres Risiko für bisher unentdeckte Erkrankungen (17). Bertram et al. (2022) beobachteten zudem eine erhöhte Prävalenz von psychischen Erkrankungen unter Menschen in Wohnungslosigkeit deutscher Herkunft (17). Hierfür erscheinen Sprachbarrieren ursächlich die Diagnostik und Zugang in die Versorgung für nicht Muttersprachler erschweren.

Trotz vorbekannter hoher Prävalenzen der Infektionskrankheiten HIV, Hepatitis B und C sowie psychiatrischen Erkrankungen, waren diese in den akuten Behandlungsanlässen der untersuchten Einrichtungen wenig vertreten. Die Häufigkeit für Behandlungsanlässe aufgrund von chronischen Virushepatitiden (inklusive Hepatitis B und C) lag bei lediglich 0,6%. Dies entspricht nicht vorangegangen Studien zu Infektionserkrankungen innerhalb dieser Population. So berichten Fazel et al. (2014) eine Prävalenz von bis 30 % für Hepatitis B sowie 36 % für Hepatitis C (20). Analog werden für psychiatrische Erkrankungen Prävalenzen von bis zu 76,2 % berichtet (21). Eine wichtige Erklärung kann in der Spezifität der medizinischen Angebote in den untersuchten Einrichtungen liegen. Beide Einrichtungen haben einen akutmedizinischen und primärärztlichen Fokus und können keine regelhaften psychiatrischen Assessments oder serologischen Screenings durchführen.

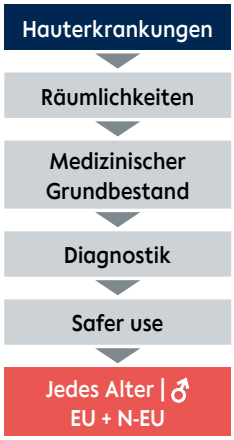
## Stationäre Versorgung

Bei der Versorgung im Krankenhaus waren besonders die hohen Raten von Einweisungen als Notfall bei Menschen in Wohnungslosigkeit auffällig. Die mediane Verweildauer von einem Tag entspricht einer kurzen Behandlungsdauer, ein Viertel der Personen wurde noch am selben Tag entlassen. Dennoch erscheint die medizinische und psychosoziale Betreuung noch nicht gänzlich abgeschlossen, was sich anhand der ebenfalls hohen Raten an Weiterbehandlungsbedarfen in dieser Gruppe zeigt. Hierbei offenbarten sich signifikante Gruppenunterschiede in Bezug auf die Staatsangehörigkeit sowie den Krankenversicherungsstatus. Personen, die aus Nicht-EU-Staaten kamen, hatten die höchste Rate an Krankenhauseinweisungen als Notfall und auch den höchsten Weiterbehandlungsbedarf. Selbiges konnte für die Gruppe der Personen ohne Krankenversicherung beobachtet werden. Als häufigste Einweisungsdiagnosen wurden Verletzungen, aber auch psychische Erkrankungen dokumentiert, darunter insbesondere psychische Erkrankung aufgrund von Alkoholkonsum. Bisher ist wenig zu der Krankenhausversorgung von Menschen in Wohnungslosigkeit in Deutschland bekannt. Einer Übersichtsarbeit internationaler Studien von Vohra et al. aus dem Jahr 2022 sind die vorgelegten Ergebnisse jedoch ähnlich. Hier rangierten die Verletzungen zwischen 7,8% und 55%. Alkoholbezogene Erkrankungen wurden zwischen 8% und 34% ebenfalls häufig innerhalb der Notaufnahme versorgt. Auch nicht substanzbezogene psychiatrische Erkrankungen waren mit bis zu einem Drittel der Behandlungen (36%) hoch prävalent (22). Die Berliner Feuerwehr berichtete in einer Untersuchung ihrer Einsätze innerhalb des Jahres 2020 bei Personen ohne eigenen Wohnraum von in Summe mehr als einem Drittel (35%) psychiatrischen Beschwerden, inklusive Vergiftungen und Überdosierungen (23). Das Phänomen der höheren Raten an Einweisungen als Notfall per Krankenwagen ist in Studien aus den USA vielfach beschrieben (24). Beachtenswert ist hierbei die hohe Rate an Einsätzen von Rettungsdiensten welche durch Umstehende, also nicht die hilfsbedürftigen Personen selbst, initiiert werden (24). Auch die Berliner Feuerwehr benannte in ihrer Untersuchung die Alarmierung von Rettungsdienste durch Umstehende als einen Grund für gehäufte Einsätze (23).

Im Falle alkoholassoziierter Einweisungen, zielt die Behandlung häufig primär auf die Reduktion der Intoxikation ab. Dies begründet die im Durchschnitt eher kurzen Verweildauern im Krankenhaus, ebenso wie die häufig versorgten Verletzungen (oberflächliche Verletzungen von Kopf und Händen). In der Literatur werden vielfache Wiedereinweisungen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen beschrieben. Eine gezieltere Anbindung an das psychiatrische Hilfssysteme, weitere stationäre Entwöhnungs- und Entzugsbehandlungen sowie akut sozialarbeiterische Angebote wären wünschenswert, um eine nachhaltiger Versorgung anzubieten und Menschen in die medizinische Regelversorgung zu re-integrieren (25-27).

# 5 Zentrale Ergebnisse und Handlungsfelder

## Zielgruppenorientierte Versorgungsbedarfe




**Hauterkrankungen** zeigten sich unter allen untersuchten Subgruppen als dominierender Behandlungsanlass. Unter den Hauterkrankungen waren die fünf häufigsten Behandlungsanlässe: Borkenflechte (Impetigo contagiosa), Geschwüre der Beine (Ulcera cruris), unspezifische Entzündungen der Haut (Dermatitis), bakterielle Infektionen der Weichteile (Phlegmone) und Hautabszesse.

### Borkenflechte und bakterielle Infektionen der Weichteile

Impetigo contagiosa (Borkenflechte/Grindflechte) ist eine hoch ansteckende bakterielle Hautinfektion. Sie wird durch die Bakterien Staphylococcus aureus oder β-hämolysierende Streptokokken verursacht. Die Infektion betrifft meist das Gesicht, kann jedoch auch an Händen und anderen Körperstellen auftreten. Die Erkrankung kann sehr unangenehm sein bedingt durch offene Hautstellen sowie Juckreiz. Die Ausbreitung erfolgt schnell, insbesondere in Gemeinschaftseinrichtungen wie beispielsweise Notunterkünften. Impetigo contagiosa breitet sich über direkten Hautkontakt mit infizierten Personen aus. Ein weiterer Weg ist der indirekte Kontakt mit kontaminierten Gegenständen wie Handtüchern, Kleidung oder Bettwäsche, auf denen die Bakterien eine Zeit lang überleben können. Auch die Selbstübertragung spielt eine Rolle, da das Kratzen an betroffenen Hautstellen die Bakterien auf andere Körperbereiche verschleppen kann. Verletzungen, wie kleine Hautläsionen durch Kratzer, bieten dabei eine Eintrittspforte für die Erreger. Besonders warme und feuchte Umgebungen fördern die Vermehrung der Bakterien und erleichtern die Ansteckung.

In der **Therapie** kommen in erster Linie topische Antiseptika (Bspw. Povidon-Iod, Octenidin, Chlorhexidin etc.) zum Einsatz sowie topische Antibiotika (1.Wahl: Fusidinsäure). Insgesamt ist für die Therapie sowie **Prävention** eine gute Hygiene entscheidend. Regelmäßiges und gründliches Händewaschen mit Seife verringert das Risiko einer Ansteckung erheblich. Antibakterielle Seifen in Gemeinschaftseinrichtungen erscheinen sinnvoll. Persönliche Gegenstände wie Handtücher, Kleidung oder Bettwäsche sollten nicht geteilt werden, um eine Verbreitung zu verhindern und regelmäßig bei hohen Temperaturen (min. 60°C) gewaschen werden. Wichtig ist auch, Fingernägel kurz zu halten, um Kratzen und die Weiterverbreitung der Bakterien zu minimieren. Oberflächen und häufig berührte Gegenstände, wie Türgriffe, sollten regelmäßig desinfiziert werden. Verhältnispräventiv wirksam ist das Vorhalten ausreichenden Raumes, beispielsweise in Notübernachtungsstellen mit ausreichend Platzangebot für jede Person. Daneben ist ein Hygiene-Standard in den Unterkünften zu fordern und zu diskutieren, ob spezifische Medikamente, insbesondere Antiseptika und Desinfektionsmittel nicht regelhaft vorgehalten werden sollten, um das Ansteckungsrisiko zu reduzieren und die Genese zu beschleunigen. Auch die bakterielle Erkrankung der tieferliegenden Hautanteile bis hin zu Faszien und Muskulatur (=**Phlegmone**) bedarf präventiv unbedingt die sorgfältige Pflege von Wunden. Jede kleine Hautverletzung, sei es ein Schnitt, eine Schürfwunde oder ein Insektenstich, sollte umgehend gereinigt und desinfiziert werden, um das Eindringen sowie Ausbreiten von Bakterien in tiefere Weichteile zu vermeiden.

### Geschwüre der Beine und unspezifische Entzündungen der Haut

Ein Ulcus cruris (Geschwür des Beins), auch als „offenes Bein“ bezeichnet, ist eine chronische, schlecht heilende Wunde der Haut, die typischerweise im Bereich der Unterschenkel auftritt. Die Hauptursachen für ein Ulcus cruris sind venöse oder arterielle Durchblutungsstörungen. Ein Ulcus cruris venosum ist mit etwa 70–80 % der Fälle die häufigste Form und entsteht aufgrund einer chronisch-venösen Insuffizienz. Eine chronisch-venöse Insuffizienz kann wiederum Ursache einer länger anhaltenden Stase des Blutes der Beine sein. Häufig dadurch bedingt, dass die Personen ihre Beine nicht ablegen können zur Nacht und beispielswiese im Sitzen schlafen. Ein Ulcus cruris arteriosum hingegen wird durch arterielle Durchblutungsstörungen wie Atherosklerose verursacht. Ein wichtiger Risikofaktor der Atherosklerose ist der Nikotinabusus. Es können

auch Mischformen auftreten, bei denen sowohl venöse als auch arterielle Faktoren eine Rolle spielen. Symptome eines Ulcus cruris ist eine offene, nässende Wunde, die mitunter sehr schmerzhaft sein kann. Neben den Schmerzen können die Geschwüre auch Bewegungseinschränkungen verursachen. Um die genaue Ursache zu ermitteln, muss die Gefäßsituation diagnostisch abgeklärt werden. Dies geschieht in der Regel durch eine Doppler-Sonografie (Ultraschall).

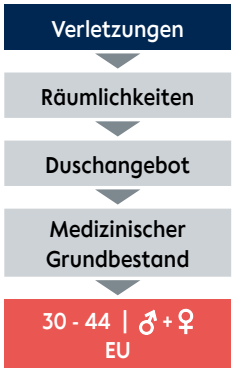
Die **Therapieplanung** erfolgt orientiert an den ermittelten Ursachen. Im Falle eines Ulcus cruris venosum steht die Kompressionstherapie im Vordergrund, die den venösen Rückfluss verbessert. Daneben wird das Abheilen der Wunde selbst gefördert. Die Wunde wird regelmäßig gereinigt und mit Wundauflagen versorgt. Unter den prekären Umständen ist es für die Patient:innen häufig schwierig, die Kompression sowie die Wundauflage entsprechend der Notwendigkeit aufrecht zu erhalten. Bei einem Ulcus cruris arteriosum ist es wichtig, die Durchblutung wiederherzustellen, was durch medikamentöse Therapie oder interventionelle Eingriffe wie Katheterinterventionen erreicht werden kann. Begleitend sollten Grunderkrankungen wie der Bluthochdruck optimal eingestellt und Risikofaktoren wie der Nikotinabusus adressiert werden. Zusammenfassend bedarf es primär einer umfassenderen Diagnostik, um die Grunderkrankung(en) und auch Risikofaktoren zu ermitteln und zielgerecht zu therapieren. Dazu braucht es eine bessere Vernetzung zu Kliniken, die diese diagnostischen Möglichkeiten besitzen.

**Präventiv** wäre der Ausbau von Schlafstätten essenziell, um die Stase des Blutflusses zu minimieren und einen Liegeplatz für mehr Personen zur Nacht zu garantieren, aber auch die medizinische Ausstattung mit Verbänden und desinfizierenden Mitteln zur Wundversorgung könnte hilfreich sein. Damit könnten die Wunden schneller abheilen und weniger häufig chronifizieren. Ein Vorhalten von Hautpflegecremes mit Beispielweise Panthenol oder Zink könnte zudem der Therapie und Prävention von sonstigen nicht-infektiösen Hautentzündungen (**Dermatitis**) dienen.

### Hautabszesse

Ursache eines Hautabszesses ist meist eine bakterielle Infektion. Häufig tritt sie infolge von intravenösem Drogenabusus auf. Erfolgen Injektionen unter unsterilen Bedingungen, können Krankheitserreger in das Gewebe gelangen. Hautabszesse bilden sich dann zumeist an den Einstichstellen, insbesondere an Armen, Händen oder anderen häufig genutzten Injektionsorten. Neben der mechanischen Reizung durch unsachgemäße Injektionstechnik begünstigen verunreinigte Nadeln, Drogen oder Lösungsmittel sowie mangelnde Hygiene die Entwicklung von Infektionen und Abszessen. Risikofaktoren bei intravenösem Drogenabusus umfassen schlechte persönliche Hygiene, wiederholte Injektionen in dieselben Körperstellen, die Verwendung nicht steriler oder gebrauchter Nadeln, Verunreinigungen im Drogenmaterial sowie eine geschwächte Immunabwehr, die häufig durch schlechte Ernährung, gleichzeitige Infektionen oder chronische Krankheiten wie HIV oder Hepatitis begünstigt wird.

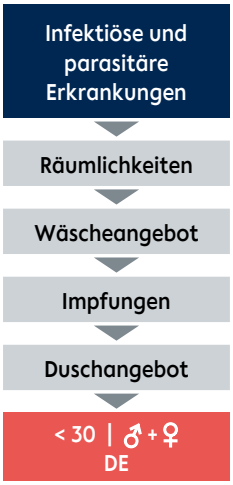
Bei der **Therapie** von Abszessen kommen wiederum insbesondere topische Antiseptika wie Povidon-Iod oder Octenidin zum Einsatz. Die **Prävention** von Hautabszessen bei intravenösem Drogenabusus erfordert in erster Linie eine Verbesserung der Hygiene während des Konsums. Die Verwendung von sterilen Einmalspritzen und -nadeln ist essenziell, um das Risiko einer Infektion zu minimieren. Vor jeder Injektion sollte die Haut an der Einstichstelle mit einem alkoholhaltigen Desinfektionsmittel gründlich gereinigt werden. Nadeln dürfen niemals mehrfach verwendet werden, da sie stumpf werden und das Gewebe stärker verletzen, was das Risiko für Infektionen erhöht. Der Zugang zu Drogenkonsumräumen oder Programmen zur Ausgabe von sterilen Spritzen, wie sogenannten Needle Exchange Programs, könnte dabei helfen, das Risiko von Infektionen zu senken. In solchen Einrichtungen stehen sterile Materialien zur Verfügung, und medizinisches Personal kann bei Bedarf eingreifen. Zudem ist es entscheidend, Patient:innen über die Risiken unsauberer Injektionen und die Bedeutung von Hygienemaßnahmen aufzuklären. Schließlich können Entzugsprogramme und psychosoziale Unterstützung dazu beitragen, den Drogenkonsum langfristig zu reduzieren und damit auch das Risiko für Hautabszesse zu minimieren. Besonderen Bedarf Hauterkrankungen vorzubeugen bzw. diese adäquat zu versorgen haben dabei Personen jeden Alters, männlichen Geschlechtes und nicht-deutscher Herkunft.




### Verletzungen

Unter den Verletzungen wurde mit einem Viertel der Behandlungsanlässe am häufigsten die Diagnose „Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas“ dokumentiert (ICD-10 Code T79). Diese Bezeichnung meint zumeist **Infektionen von offenen Wunden**. Daneben wurden häufig **nicht-infizierte offene Wunden** und **oberflächliche Verletzungen der Extremitäten und des Kopfes** versorgt. In Anbetracht der prekären Wohnformen unter denen Menschen in Wohnungslosigkeit leben kann es sehr leicht zu Wunden und deren Infektion kommen. Auch Intoxikationen mit Alkohol oder Drogen erhöhen das Verletzungsrisiko durch Stürze, unkoordinierte Bewegungen und physische Auseinandersetzungen.

**Therapeutisch** werden die Wunden mit Antiseptika versorgt. **Präventiv** wirksam erscheinen verhältnisorientierte Maßnahmen, wie die Schaffung von sicheren Schlafstätten mit ausreichend persönlichem Platz, um das interpersonelle Konfliktpotenzial zu reduzieren, aber auch Verletzungen beispielsweise durch das Schlafen auf hartem und unsicherem Untergrund zu minimieren. Um das Infektionsrisiko von Verletzungen so gering wie möglich zu halten, sollte daneben das bestehende Duschangebot sowohl kapazitativ als auch in Bezug auf die Öffnungszeiten erweitert werden. Durch ein garantiertes Mindestmaß an Hygiene könnten auftretende Verletzungen keimarm gehalten werden. Zudem erscheint auch ein Vorhalten von desinfizierenden Mitteln an häufig frequentierten Orten sinnvoll und auch eine Ausstattung mit einem Grundbedarf an Verbandsmaterialen sollte diskutiert werden. Im Besonderen die Patient:innengruppe der 30 bis 44 Jährigen EU-Bürger:innen würde hiervon profitieren.




### Infektiöse und parasitäre Erkrankungen

#### Pilzerkrankungen

Nahezu jede dritte infektiöse und parasitäre Erkrankung, die in den beiden Einrichtungen versorgt wurde, war eine ***Dermatophytose***. Bei der Dermatophytose handelt es sich um eine Pilzerkrankung, die Haut, Haare und Nägel betreffen kann. Typische Körperregionen sind unter anderem neben der gesamten Körperhaut (Tinea corporis), die Kopfhaut (Tinea capitis) oder häufig die Füße (Tinea pedis, auch bekannt als Fußpilz). Symptome sind gerötete, schuppige Hautareale, die häufig jucken oder brennen. Die Erkrankung ist ansteckend und kann durch direkten Kontakt mit infizierten Personen, kontaminierten Oberflächen oder kontaminierten Gegenständen wie Handtüchern oder Schuhen übertragen werden.

Die **Therapie** der Dermatophytose erfolgt in der Regel mit antimykotischen Medikamenten (beispielsweise Clotrimazol, Miconazol, Terbinafin). Diese können lokal (topisch) oder über den Blutkreislauf (systemisch) verabreicht werden, abhängig von der Schwere der Infektion und der betroffenen Körperregion.

Zur **Prävention** der Dermatophytose ist es wichtig, eine gute Basishygiene aufrecht zu erhalten. Dazu bedarf es auch ausreichender Duschangebote. Das Vermeiden von gemeinsam genutzten Hygieneartikeln wie Handtüchern oder Schuhen helfen, einer Infektion vorzubeugen. Daneben wäre ein Tragen von Badeschuhen in öffentlichen Sanitäranlagen wie den Gemeinschaftsunterkünften nützlich, um die Ausbreitung zu miniminieren sowie ein gutes Abtrocknen der Haut nach dem Duschen, da sich Pilze in feuchten Umgebungen gut vermehren. In Analogie zu der Erkrankung Impetigo contagiosa ist ein Waschen der Bettwäsche und Kleidung bei über 60 Grad wichtig.

Infizierte Kleidung, Schuhe und persönliche Gegenstände sollten gründlich gereinigt oder ersetzt werden, um eine erneute Infektion zu verhindern. Dazu wäre eine Ausweitung des bestehenden Wäscheangebotes förderlich. Da diese Erkrankung ebenfalls durch die engen räumlichen Verhältnisse gefördert wird unter denen Menschen in Wohnungslosigkeit leben, wäre es auch hierbei vor allem wichtig, mehr Notunterkünfte und Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen, um die Übertragungswahrscheinlichkeit zu reduzieren.

### Krätze und Läuse

Auf dem zweiten und dritten Rang der infektiösen und parasitären Erkrankungen folgten die beiden parasitären Erkrankung ***Skabies (Krätze)*** sowie die ***Pedikulose (Kopf-, Kleider-, Filzläuse)***. Die Übertragungswege dieser Erkrankungen ähneln sehr stark denen der Dermatophytose sowie Impetigo contagiosa. Durch engen Hautkontakt oder Kontakt mit kontaminierten Gegenständen breiten sich auch Läuse bzw. die Krätze aus.

Die Behandlung (**Therapie**) der Krätze erfolgt in der Regel topisch mittels Permethrin. Enge Kontaktpersonen sollten ebenfalls behandelt werden, auch ohne Symptome. Bettwäsche, Kleidung und Handtücher sind bei 60 Grad zu waschen. Für die äußerliche Behandlung der Läuse wird als erste Wahl Dimeticon verwendet. Kopfkissen, Bettwäsche und Kleidung sollte bei 60 Grad gewaschen werden. Symptomlindernd in Bezug auf den Juckreiz bei beiden Erkrankungen ist eine Behandlung mit Antipruriginosa wie Crotamiton.

**Präventiv** wirksam wäre eine Ausweitung des bestehenden Dusch-, Wäsche und Übernachtungsangebots. Erkrankte sollten frühzeitig isoliert sowie Räume und Gegenstände gründlich desinfiziert werden. Die Nutzung von Gemeinschaftstextilien (z. B. geteilte Handtücher, Kleidung oder Bettwäsche) sollte vermieden werden.

### Hepatitiden

Obwohl nicht explizit untersucht, sind neben den parasitären Erkrankungen Infektionserkrankungen wie ***Hepatitis B*** und ***C*** sowie ***HIV*** ein wichtiger Versorgungsschwerpunkt der Menschen in Wohnungslosigkeit. Zur **Prävention** dieser Erkrankungen sollte neben den bereits im Absatz Hauterkrankungen beschriebenen Safer-Use-Maßnahmen bei intravenösem Drogenabusus präventiv aufsuchende Impfprogramme zur Vermeidung von Hepatitis B-Infektionen in Erwägung gezogen werden. Dabei sind potenzielle Allgemeinreaktionen wie Fieber und Schwäche nach der Impfung mitzudenken. Nach einer Impfung sollten Personen nicht wieder in die Straßenobdachlosigkeit gehen, sondern beispielsweise kurzzeitig in Unterkünften mit medizinischem Fachpersonal überwacht werden.

Besonders der Gruppe der jüngeren (<30 Jahre) Personen in Wohnungslosigkeit mit deutscher Staatsangehörigkeit könnten die Maßnahmen in Bezug auf infektiöse und parasitäre Erkrankungen allgemein zugutekommen.

Atemwegs-erkrankungen
Räumlichkeiten
Medizinischer Grundbestand
Impfungen
< 30 | ♀ N-EU

### Unspezifische und spezifische Atemwegserkrankung

Beinahe jede dritte versorgte Atemwegserkrankung war eine ***akute unspezifische Infektion der oberen Atemwege***. Aber auch spezifische Atemwegserkrankungen wie die ***akute Bronchitis***, Erkältung (***akute Nasopharyngitis***) und Mandelentzündung (***akute Tonsillitis***) wurden häufig versorgt. Bei akuten Infekten der Atemwege spielen die Lebensumstände eine herausragende Rolle. Da Personen teils aufgrund einer zu hohen Auslastung der Notunterkünfte gänzlich ohne Obdach im Winter nur behelfsmäßige Schlafstätten auf der Straße finden, unterkühlen und erkälten sie sich. Notunterkünfte sind zudem mitunter überfüllt, was eine Übertragung von Viren und Bakterien begünstigt.

Bei der Behandlung werden symptomatische **Therapien** eingesetzt, wie abschwellende Nasensprays, pflanzliche Expektoranzien mit Thymian und Efeu oder Lutschtabletten gegebenfalls mit Lokalanästhetika bei Halsschmerzen. Daneben kommen je nach Indikation (z. B. bei der Angina tonsillaris durch Streptokokken) Antibiotika wie Penicillin zum Einsatz. Auch bei bakteriellen Bronchitiden oder einer akuten Verschlimmerung von chronischen Bronchitiden finden Antibiotika wie Amoxicillin ihren Einsatz. Eine **präventive Maßnahme** könnte die Ausweitung der Kapazitäten von Notunterkünften darstellen, um den engen Kontakt mit Erkrankten zu reduzieren. Regelmäßiges Händewaschen wie auch regelmäßiges Desinfizieren von Oberflächen und geteilten Gegenständen ist ebenfalls angezeigt. Weiterhin könnte sich ein Grundbestand an freiverkäuflichen Erkältungsmitteln (z. B. Erkältungssalben oder pflanzliche Expektoranzien) in niedrigschwelligen Einrichtungen unterstützend auswirken.

Vielversprechend erscheinen auch Angebote d**er Influenza-(Grippe) und Corona-Impfung**. Hierbei muss stets das Risiko von (schwerwiegenden) Allgemeinsymptomen nach einer Impfung mitgedacht werden. Eine zeitweise Übernachtungsstätte mit medizinischer Betreuung der Patient:innen müsste hierbei ähnlich wie bei der Impfung gegen Hepatitis B ermöglicht werden.

### Asthma und COPD

An chronischen Erkrankungen der Atemwege dominierte mit jeder siebten Versorgung das ***Asthma bronchiale,*** aber auch die ***COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)*** wurde behandelt. Asthma bronchiale ist eine multifaktoriell bedingte Hyperreagibilität der Bronchialwände mit genetischer Prädisposition. Auch in der nicht-wohnungslosen deutschen Wohnbevölkerung ist die Prävalenz von Asthma hoch. Die 12-Monats-Prävalenz bei Erwachsenen lag laut Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts im Jahr 2019 bei 8%. Bei der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung handelt es sich um einen Umbau der Atemwege meistens hervorgerufen durch einen langjährigen Nikotinkonsum.

Die **Bedarfstherapie** von Asthma und COPD inkludiert Salbutamol inhalativ, welches bei akuter Atemnot zum Einsatz kommt. Dieses erweitert kurzfristig die Atemwege. Als Dauermedikamente kommen je nach Schweregrad verschiedene langfristige Bronchodilatatoren und entzündungshemmende Kortikosteroide inhalativ zur Anwendung (z. B. als Kombipräparat Budesonid - Formoterol).

Für die **Asthmaprävention** ist die Reduktion von Belastungen durch Rauchen und Passivrauchen, andere umweltbedingte Schadstoffe (Feinstaub, Ozon) und Allergene (Pflanzenpollen) von Bedeutung. Es erscheint wichtig sowohl auslösende als auch exazerbierende (=verschlimmernde) Einflussfaktoren zu reduzieren. Die Verbesserung der persönlichen Unterkunftssituation ist hierbei essentiell, da vor allem das Leben in Straßenobdachlosigkeit das Erkrankungsrisiko erhöht.

Da die Pathogenese der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) hingegen zu 90% mit dem Nikotinabusus assoziiert ist, wäre der Ausbau von unterstützenden Hilfsangeboten zur Therapie dieser Suchterkrankung im Sinne sekundärer Prävention ebenfalls wichtig. Weiterhin wäre **sekundärpräventiv** ein frühzeitiges Erkennen der Erkrankung zur Vermeidung einer weiteren Verschlimmerung wirksam. Hierfür benötigen Versorgungseinrichtungen Möglichkeiten für Lungenfunktionstests, wie Spirometrie, oder aber die verbesserte Vernetzung in das Regelsystem hinein, indem solche diagnostischen Möglichkeiten ohnehin bestehen.

Insgesamt sollten aufgrund der beobachteten Behandlungshäufigkeiten im Besonderen Männer unter 30 Jahren, die keine deutsche Staatsangehörigkeit haben, bei der Planung von Präventions- und Therapiemaßnahmen von Atemwegserkrankungen adressiert werden.

## Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems

### Bluthochdruck

Bei den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems dominierte mit mehr als jeder zweiten versorgten Erkrankung die ***Hypertonie*** (Bluthochdruck). Die Hypertonie war über den gesamten Beobachtungszeitraum mit jeder zwanzigsten Behandlung die häufigste Diagnose in beiden Versorgungszentren. Dabei handelt es sich um eine chronische Erkrankung, bei der der Blutdruck dauerhaft erhöht ist. Mit einem dauerhaft erhöhten Blutdruck steigt das Risiko für schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall.

In der **Therapie**, aber auch **Prävention** sind im Anfangsstadium unter anderem eine gesunde Lebensweise mit einer ausgewogenen Ernährung und der Verzicht auf Nikotin sowie übermäßigen Alkoholkonsum entscheidend (Lebensstilveränderungen). Nahrungsmittelangebote sollten sich aus diesem Grund an medizinischen Empfehlungen orientieren. Offizielle Leitlinien wie die der Deutschen kardiologischen Fachgesellschaft (DKG) oder der Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) können hierzu genutzt werden und wichtige Hinweise geben. In Bezug auf die Ernährung können ein reduzierter Salzkonsum und eine mediterrane Ernährung förderlich sein. Risikofaktoren wie Alkoholkonsumstörungen und Nikotinabusus erfordern gezielte psychosoziale Beratungsangebote und gegebenenfalls psychotherapeutische Begleitung. Niedrigschwellige Zugänge zu Sucht- und Psychiatrieangeboten sowie ausreichend Unterkünfte sind essenziell, um Rückfälle nach Entzugsbehandlungen zu vermeiden und Menschen nachhaltig zu begleiten. **Therapeutisch** werden die Veränderungen des Lebensstils ergänzt durch blutdrucksenkende Medikamente. Unter den blutdrucksenkenden Therapeutika finden sich dabei beispielsweise Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (bspw. ACE-

Hemmer), Calciumantagonisten, aber auch Diuretika. Eine ausreichende Ausstattung mit diesen Medikamenten ist wichtig in niedrigschwelligen medizinischen Versorgungsangeboten. Regelmäßige Blutdruckkontrollen sind im Interesse einer **Sekundärprävention** essenziell, um Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, den Therapieerfolg zu monitoren und langfristige Schäden zu vermeiden. Dazu bedarf es einen regelmäßigeren Kontakt zu den medizinischen Versorgungseinrichtungen.

### Krampfadern

Krampfadern (***Varizen der unteren Extremitäten***) sind dauerhaft erweiterte, geschlängelte Venen, die durch eine Schwäche der Venenklappen und der Venenwände entstehen. Eine Varikosis ist idiopathisch, eine genetische Prädisposition wird vermutet.

**Therapeutisch** kommen in niedrigschwelligen primärärztlichen Versorgungseinrichtungen konservative Maßnahmen, wie Kompressionstherapien zum Einsatz. Interventionelle und operative Therapien zur Behandlung ausgeprägter Krampfadern können trotz des bestehenden Bedarfs nicht durchgeführt werden.

**Primärpräventiv** sollte langes Stehen und Sitzen vermieden werden, da dadurch das venöse Blut am Zufluss zum Herzen erschwert werden kann. Dies ist für Menschen in Wohnungslosigkeit oft schwer zu verhindern, da eine Unterkunft mit einem Liegeplatz nicht immer gefunden werden kann. Ebenso wären Kompression und gezielte Bewegungstherapien wichtig, um das Krampfaderleiden an einer Exazerbation zu hindern. Die ***chronisch-venöse Insuffizienz*** (siehe oben bei Hauterkrankungen) ist eine Folgeerscheinung, die sich im Rahmen einer schlecht behandelten, chronischen Varikosis der unteren Extremität einstellen kann. Wie bereits beschrieben, bildet sie den Boden für venöse Ulzera, die wiederum die häufigsten Hauterkrankungen darstellen unter Menschen in Wohnungslosigkeit.

### Chronische ischämische Herzkrankheit

Die chronische ischämische Herzkrankheit (koronare Herzkrankheit, KHK) ist eine dauerhafte Durchblutungsstörung des Herzens, die durch eine Verengung der Herzkranzgefäße (Koronararterien) entsteht. Die **Therapie** muss hier Lebensstilmaßnahmen wie die Gewichtsreduktion und Reduktion des Rauchens neben regelmäßiger Bewegung umfassen. In der medikamentösen Therapie werden insbesondere Statine (Blutfettsenker) und Thrombozytenaggregationshemmer (Blutverdünnung) verwendet. **Präventiv** gilt in Analogie zu dem Hypertonus (Bluthochdruck), der selbst einen signifikanten Risikofaktor darstellt, eine gesunde Ernährung sowie der Verzicht auf Nikotin und Alkohol.

### Herzinsuffizienz

Die **chronische Herzinsuffizienz** (Herzmuskelschwäche oder Herzschwäche) bezeichnet eine Pumpschwäche des Herzens. Das Herz ist nicht mehr in der Lage den Körper ausreichend mit Blut zu versorgen. Dies kann zu Flüssigkeitsretention (Flüssigkeitseinlagerungen), Luftnot und Leistungsminderung führen. Ihr geht in 70 bis zu 90% der Fälle ätiologisch die koronare Herzkrankheit und die arterielle Hypertonie voraus.

In der **Therapie** sind Lebensstiländerungen, aber auch Arzneimittel indiziert. Die Basistherapie der Herzinsuffizienz besteht aus Lebensstilmaßnahmen, die die Arbeitslast des Herzens reduzieren sollen. Hierzu zählen Gewichtsreduktion und regelmäßig Gewichtskontrolle, die Vermeidung von Alkohol und Nikotin. Die medikamentöse Therapie erfolgt abhängig von der Schwere der Herzinsuffizienz und Begleiterkrankungen. Zur Anwendung kommen beispielsweise ACE-Hemmer, Betablocker und Diuretika.

Zur **Prävention** ist die Therapie der chronisch ischämischen Herzkrankheit (KHK) bzw. Hypertonie (Bluthochdruck) zentral. Die chronische Herzinsuffizienz hat unbehandelt eine 1-Jahresletalität (Sterblichkeit) bei fortgeschrittener Erkrankung von etwa 50%. Besonderes Augenmerk sollte bei der Prävention und Therapie von Erkrankungen des Herzkreislaufsystems dabei auf der Gruppe der älteren Männer liegen.

## Soziodemografische Entwicklungen

Für die Gestaltung von verbesserten medizinischen und sozialen Unterstützungsangeboten ist es neben dem Wissen um die Erkrankungen erforderlich, die Entwicklung und Veränderungen soziodemografischer Merkmale zu berücksichtigen. Innerhalb des Beobachtungszeitraums nahmen vermehrt Menschen nicht deutscher Herkunft die niedrigschwelligen Versorgungen in Anspruch. Dies verdeutlich die künftig zunehmende Bedeutung migrationssensibler Ansätze. Eine umfassende Anamnese ist Grundlage einer jeder therapeutischen Beziehung. Die Möglichkeit, diese in verschiedenen Sprachen zu führen, hängt aktuell von den Sprachkenntnissen der versorgenden Personen vor Ort ab. Überlegungen zur Integration professioneller Dolmetschleistungen sollten daher unbedingt bedacht werden. Förderlich wäre beispielsweise der Einsatz von Sprachmittler:innen (per Video). Daneben könnten App-basierte Programme zum Einsatz kommen. Diese erweisen sich bereits heute als nützliche Unterstützer in der Versorgung. Die Finanzierung qualifizierter Sprachmittlung stellt niedrigschwellige Versorgungseinrichtungen allerdings vor eine zusätzliche Herausforderung. Derzeit können die Kosten auf individuellen Antrag bei den zuständigen Leistungsbehörden der Patient:innen übernommen werden. Eine Ausweitung von Sprachangeboten verspricht zur Vertiefung der Behandlungsbeziehungen beizutragen und Versorgungsangebote nachhaltiger und präventiver gestalten zu können. Ergänzende nicht-medizinische Angebote wie die Bereitstellung von Mahlzeiten, eine Kleiderkammer, Möglichkeiten zur Körperhygiene oder auch kostenfreie Zugänge zu WLAN und Computern als Teil der Versorgung fördern zudem die Bindung zwischen Einrichtung und Patient:in. In beiden untersuchten Einrichtungen waren neben den ärztlichen Konsultationen die sozialen Beratungen zweithäufigster Anlass für das Aufsuchen. Die zunehmende Internationalisierung der Nutzer:innen verändert die Anforderungen an die Soziale Arbeit, da Leistungsansprüche beispielsweise im europäischen Ausland oder Drittstaaten zu klären sind. Es erscheint essentiell die sozialen Dienste in den niedrigschwelligen Versorgungszentren auszubauen, fortlaufend zu qualifizieren und dauerhaft zu sichern. Sozialberatung ist ein unverzichtbares Element für die erfolgreiche gesellschaftliche Reintegration (vgl. auch (28)).

## Ausbau der Vernetzung in das Regelsystem

In der untersuchten Gruppe wurden komplexe Bedarfe an primärärztlicher, notfallmedizinischer und stationärer Versorgung sowie sozialer Beratung dokumentiert. Bedarfe deren Versorgung in den niedrigschwelligen durch Spenden (mit)finanzierte und zu Teilen ehrenamtlich organisierten Einrichtungen akut, jedoch oft weder ausreichend noch nachhaltig versorgt werden können. Der Forderung nach einer besseren Vernetzung niedrigschwelliger Hilfen und medizinischer und sozialer Regelversorgung muss die Entwicklung gemeinsamer Zielvisionen vorausgehen. Für einen Teil der Gruppe kann dies die Re-Integration in die bestehenden Sozialsysteme sein. Für andere Teile der Gruppe ohne Leistungsansprüche erscheint dies auch mittelfristig nicht realisierbar. Für ebenjene braucht es daher weiterhin Strukturen niedrigschwelliger wohlfahrtsstaatlicher oder öffentlicher Versorgungsangebote.

In den analysierten Versorgungsbiografien wurde die Vielzahl der an der Versorgung beteiligten niedrigschwelligen und stationären Akteure innerhalb der Stadt deutlich. Diese Beobachtungen zeigen die unter den gegebenen politischen Rahmenbedingungen realisierten Inanspruchnahmemuster. Es erscheint vielversprechend die Vernetzung der Akteure vom Nutzungsverhalten ausgehend zu denken und beispielsweise über die Entlassungsdokumente hinausgehende Kommunikationswege zu etablieren. Mehr als jede achte von zehn Personen kam als Notfall in die Krankenhäuser, gleichzeitig war der Weiterbehandlungsbedarf zum Zeitpunkt der Entlassung sehr hoch in der Gruppe. Daraus lässt sich der Bedarf für eine Etablierung von Kommunikationsstrukturen zwischen Notaufnahme oder Krankenhaus, niedrigschwelliger Versorgungseinrichtung und ambulanter Regelversorgung (trilaterale Dialoge) ableiten.

Besonders eindrücklich sind die vorgelegten Ergebnisse für Menschen nicht deutscher Staatsangehörigkeit und ohne Krankenversicherung. Für beide Gruppen ist die medizinische Versorgung häufig erschwert, da der Zugang in die ambulante Regelversorgung nur mit Krankenver-

sicherung möglich ist. Aufgrund des fehlenden Zuganges werden Krankheiten teilweise bis zu einem Maximum der Symptomausprägung erduldet, sodass Erkrankungen notfallmedizinisch therapiert werden müssen. Die Umsetzung präventiver Maßnahmen in den gegebenen Bedingungen ist nahezu nicht denkbar.

Für Menschen in Wohnungslosigkeit ist das Krankenhaus oft der einzige Ort innerhalb der Regelversorgung dessen Inanspruchnahme möglich ist (19, 29). Niedrigschwellige Einrichtungen können dem Problem verspäteter Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (bspw. aufgrund einer fehlenden Krankenversicherung) nur in gewissem Maße begegnen. Ihre Angebote sind determiniert durch limitierte finanzielle und personelle Ressourcen sowie diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Aktuell existiert ein Nebeneinander beider Versorgungssysteme. Offen bleibt die Frage wie systemübergreifende Versorgungspfade gestaltet werden können. Dies sollte auch Überlegungen zum Transport von Patient:innen von niedrigschwelligen Einrichtung zum Krankenhaus einschließen. Eine regelhafte Einweisung, wie sie für Personen mit Krankenversicherung existiert, gibt es in der Form nicht. In Einzelfällen werden Transporte mittels Spenden finanziert. Häufiger erfolgt lediglich die unverbindliche Empfehlung zur Vorstellung im Krankenhaus.

Eine verbesserte Kommunikation mit Akteuren des Rettungsdienstes birgt ein doppeltes Potential. Zum einen die Entlastung der Dienste und Notaufnahmen durch die Verringerung immer wiederkehrender Einweisungen (30) von Patient:innen, welche die Behandlungen vor Ort zum Teil bereits vor einem ärztlichen Kontakt wieder abbrechen (31, 32). Es fehlt aktuell an Strukturen zur Reaktion auf vorrangig soziale, nicht notfallmedizinische Bedarfe. Modellhaft widmet sich die Berliner Feuerwehr dem Phänomen wiederholter Notrufe in kurzen zeitlichen Abständen die dieselben Menschen betreffen und reagiert mithilfe eines sozialarbeiterisch-gestütztem Case Management (33). Neben den in den niedrigschwelligen Versorgungseinrichtungen vorgehaltenen medizinischen Informationen liegen auch Informationen aus der sozialen Beratung durch Sozialarbeitende vor. Eine Vernetzung der Akteure könnte die Versorgung erleichtern, da Informationen nicht aufwendig recherchiert und doppelt erhoben werden müssten.

Im Krankenhaus angekommen wäre eine zeitnahe Beteiligung eines Sozialdienstes wünschenswert, um zu vermeiden, dass Patient:innen nach der Krankenhausbehandlung keine Unterkunft zur Genesung finden. Der Austausch zwischen den Sozialdiensten der Krankenhäuser und den Sozialen Wohnhilfen der Bezirke, aber auch lokalen niedrigschwelligen Versorgungseinrichtungen benötigt Zeit und vor allem Wissen um die bestehenden Versorgungsansprüche.

Patient:innen in Wohnungslosigkeit verlassen die Notaufnahme häufig taggleich oder am folgenden Tag. Ein Kontakt mit dem Krankenhaussozialdienst findet in der Regel nicht statt. Ein in die Strukturen der Notaufnahmen hineinreichender „Akutsozialdienst“, welcher psychosoziale Bedürfnisse frühzeitig erkennt und adressiert, wäre förderlich. Dies könnte auch die Weiterleitung bzw. Koordination in andere (weiterführende) Angebote gewährleisten, die potenziell spezifischere Hilfsangebote bereithalten (z. B. Clearing-Stelle zur Erlangung einer Krankenversicherung). Bei dem hohen festgestellten Weiterbehandlungsbedarf dieser Gruppe, ist nicht zuletzt der Ausbau von pflegerischen Nachsorgeangeboten von zentraler Bedeutung! Ansätze könnten dabei der Ausbau von niedrigschwelligen Krankenwohnungen für Menschen in Wohnungslosigkeit sein. Notwendig ist aber auch eine stärkere Vernetzung von Strukturen der Wohnhilfe mit beispielsweise Pflegediensten. Ein weiteres Ziel könnte die Anbindung von Pflegediensten an Notunterkünfte und Wohnheime darstellen. Die beschriebenen Strukturen könnten dazu beitragen, die aktuelle medizinische Lage von Menschen ohne eigenen Wohnraum behelfsweise zu verbessern. Für den Großteil der Mensch bleibt die Reintegration in das medizinische Regelsystem fokussierte Zielstellung. Eine Selbstreflexion des Regelsystems und der bestehenden Versorgungsbarrieren könnten dazu beitragen Menschen schneller zu re-integrieren.

## Methodische Reflexionen

Leitend für den folgenden Abschnitt waren Fragen nach der Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Sekundärdaten aus niedrigschwelligen Versorgungseinrichtungen für die Gesundheitsforschung und Gesundheitsberichterstattung.

Forschungsprojekte zur gesundheitlichen Situation der sehr heterogenen Gruppen sind häufig selektiv und nur bedingt generalisierbar (11, 12). In einzelnen Versorgungskontexten, vor allem im Rahmen der stationären Regelversorgung gelingt empirische Forschung bereits, da auf bestehende Forschungsinfrastrukturen zur Erhebung von Primärdaten zurückgegriffen werden kann (34, 35). Die in der Gesundheitsforschung etablierte Nutzung von Routinedaten (36) in Krankenhäusern oder auch Rehabilitationskliniken, welche zur Abrechnung gegenüber Kostenträgern oder der eigenen Dokumentation erhoben werden, können bisher nicht für die Forschung zur Gesundheit von Menschen in Wohnungslosigkeit genutzt werden. Es mangelt in der Regel an geeigneten Identifikatoren >Wohnungslosigkeit< abzubilden. Sekundärdaten liegen jedoch auch in niedrigschwelligen Versorgungseinrichtungen vor. Ihre Nutzung ist wertvoll. Anders als bei Primärdaten müssen sie nicht aufwendig erhoben werden und sind damit prinzipiell schneller und kostengünstiger verfügbar. Für Patient:innen entstehen keine Mehrbelastungen durch Befragungen oder zusätzliche Untersuchungen. Aufgrund der vielfältigen Angebotsstruktur variieren Datenquantität und –qualität zwischen niedrigschwelligen Einrichtungen jedoch stark. Einheitliche Dokumentationsstandards wie sie gesetzliche Kostenträger fordern existieren nicht in jeder Einrichtung. Auch sind Dokumentationslücken denkbar, sofern unversicherte Menschen mitversorgt werden. Andere Einrichtungen dokumentieren Versorgungsparameter bereits gemäß förderungsbedingter Auflagen, wie beispielsweise in Berlin durch das Integrierte Sozialprogramm des Landes Berlin (ISP) geförderte Angebote. Durch Spenden oder freie Wohlfahrtsträger finanzierte Versorgungsangebote dokumentieren ihre Versorgung in der Regel zweckbezogen und nutzen diese im Kontext der Qualitätssicherung, aber nicht für Forschungszwecke. Das Versorgungssetting erlaubt häufig keine umfassende medizinische oder Sozialanamnese, daraus resultierend besteht das Risiko, Erkrankungshäufigkeiten (Bsp. psychiatrischer Erkrankungen) zu unterschätzen. In der Gesamtschau besteht eine große Vielfalt hinsichtlich Dokumentationstiefe und -formen. Der Aufwand für die Erhebung und Aufbereitung derartiger Daten zur Nutzung für Forschungszwecke, im Besonderen, wenn sie in Papier vorliegen, ist erheblich. Grundsätzlich erfordert die Erhebung von Daten jeder Art eine intensive Auseinandersetzung mit der Umsetzbarkeit forschungsethischer Standards (Aufklärung, Datenschutz). Darüber hinaus ist eine (selbst-)kritische Reflexion der Forschungs- und Methodenangemessenheit geboten. Primäres Anliegen niedrigschwelliger Einrichtungen ist die medizinische und soziale Versorgung der Patient:innen. Zusätzliche Assessments, eine vertiefte Dokumentation oder Schritte zur Datenaufbereitung würden Validität und Nutzbarkeit potentieller Sekundärdaten erhöhen, stehen wohl aber dem formulierten Versorgungsauftrag und den vorhandenen Ressourcen entgegen.

Voraussetzung für den Aufbau einer gültigen Gesundheitsberichterstattung ist die Berücksichtigung sektoren- und systemübergreifender Akteure. Ein „one fits all“ Ansatz erscheint aufgrund der Heterogenität der Gruppe ungeeignet. Es sollte Anspruch sein sowohl institutionell angebundene, als auch nicht-angebundene Menschen zu erfassen. Einrichtungen der Akutversorgung und niedrigschwellige Angebote werden in geringerem Umfang zu einer gemeinsamen Datenbasis beitragen können, als stationäre Einrichtungen und Angebote der Regelversorgung. Mit der Einführung geeigneter Identifikatoren können die Sekundärdaten dieser Einrichtungen einen wichtigen Beitrag für ein Versorgungsmonitoring und die Schätzung von Prävalenzen leisten. Zur Vermeidung zusätzlicher Dokumentationsaufwände in niedrigschwelligen Einrichtungen sollte die Adaptation bestehender Datenerfassungen (z. B. ISP) geprüft werden. Die hohe räumliche Mobilität der Gruppe sowie Möglichkeiten anonymer Inanspruchnahmen erhöhen das Risiko von Doppelerfassungen. Durch Setzung eines Stichtages bzw. einer Stichtagswoche für die Erhebung der Daten könnte dieses Risiko verringert werden.

# 6 Limitationen der Studie

Die vorliegende Studie geht hinsichtlich ihres Stichprobenumfangs, der Breite der erfassten Patient:innenmerkmale und ihres Beobachtungszeitraums deutlich über bisherige deutschsprachige Forschungsarbeiten im Feld hinaus. Dennoch ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse begrenzt. Zum einen wurde die Studie lokal begrenzt in Berlin durchgeführt, zum anderen erfolgte die Auswahl der eingeschlossenen Einrichtungen nicht zufällig. Niedrigschwellige Gesundheitseinrichtungen zeichnen sich durch ihre hohe Anpassungsfähigkeit an ihre spezifischen Zielgruppen, ihren Sozialraum sowie diffuse und hochdynamische Förderstrukturen aus. Die hieraus erwachsene Heterogenität erschwert die Vergleichbarkeit von Einrichtungen und auch die Generalisierbarkeit von Forschungsergebnissen. Weiterhin handelt es sich bei der vorliegenden Studie um eine retrospektive Sekundärdatenanalyse. Die verwendeten Patient:innendaten wurden ursprünglich nicht zu Forschungszwecken, sondern im Rahmen der akuten medizinischen Versorgung erhoben. Im Besonderen der Umgang mit fehlenden Werten ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, da nicht dokumentiert ist, ob diese beispielsweise auf eine verkürzte Anamnese, Sprachbarrieren oder ein Nichtvorliegen einer Erkrankung zurückzuführen sind. Die Ableitung von Prävalenzen von Erkrankungen aus den Daten erscheint daher nicht möglich, da keine standardisierten Assessments und keine regelhaften Screenings in der Population durchgeführt wurden.

# 7 Referenzen


1. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2018;391(10117):241-50.

2. Barry R, Anderson J, Tran L, Bahji A, Dimitropoulos G, Ghosh SM, et al. Prevalence of Mental Health Disorders Among Individuals Experiencing Homelessness: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Psychiatry. 2024;81(7):691-9.

3. Gunner E, Chandan SK, Marwick S, Saunders K, Burwood S, Yahyouche A, et al. Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK. Br J Gen Pract. 2019;69(685):e526-e36.

4. Kaduszkiewicz H, Bochon B, van den Bussche H, Hansmann-Wiest J, van der Leeden C. [The Medical Treatment of Homeless People]. Dtsch Arztebl International. 2017;114(40):673-9.

5. Moore DT, Rosenheck RA. Factors Affecting Emergency Department Use by a Chronically Homeless Population. Psychiatric Services. 2016;67(12):1340-7.

6. McCormick B, White J. Hospital care and costs for homeless people. Clin Med (Lond). 2016;16(6):506-10.

7. Paudyal V, Ghani A, Shafi T, Punj E, Saunders K, Vohra N, et al. Clinical characteristics, attendance outcomes and deaths of homeless persons in the emergency department: implications for primary health care and community prevention programmes. Public Health. 2021;196:117-23.

8. Runder Tisch zur medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser Menschen. Behandlungszahlen Allgemeinmedizin im Jahr 2023 2024 [Available from: https://www.obdachlosigkeit-macht-krank.de/media/behandlungszahlen/obdachlosigkeit-macht-krank_behandlungszahlen_2023.pdf.

9. Lech S, Schenk L, De la Torre Castro J, Schindel D. A retrospective analysis of the health and social situation of homeless people in Berlin: study protocol. Archives of Public Health. 2021;79(1):28.

10. FEANTSA. European Federation of National Organisations Working with the Homeless. ETHOS Typology on Homelessness and Housing Exclusion. 2017.

11. Lotties S. Statistikbericht. Zu Lebenslagen wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland - Lebenslagenbericht. Berichtsjahr 2021. 2023 [Available from: https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA_Statistikbericht_2021.pdf.

12. Schindel D, Kleyer C, Schenk L. [Somatic diseases of homeless people in Germany. A narrative literature review for the years 2009-2019]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2020;63(10):1189-202.

13. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Ausmaß und Struktur von Wohnungslosigkeit. Der Wohnungslosenbericht 2022. Bonn2022 [Stand 12/2022:[Available from: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Soziale-Sicherung/wohnungslosenbericht-2022.pdf?__blob=publicationFile&v=4.

14. (Destatis) SB. Statistik untergebrachter wohnungsloser Personen 2022 2022 [Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Wohnungslosigkeit/_inhalt.html

15. Ärzte der Welt e.V. Gesundheitsreport 2024 - Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland. 2024.

16. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Gesetz zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und in der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch. Gesetz (22.12.2016). 2016.

17. Bertram F, Hajek A, Dost K, Graf W, Brennecke A, Kowalski V, et al. The Mental and Physical Health of the Homeless. Dtsch Arztebl Int. 2022;119(50):861-8.

18. Hayner E, Venske KG, Obst L, Gleißner T. Gesundheitsbericht zur Lage der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser Menschen 2016 Berlin: Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V., GEBEWO – Soziale Dienste – Berlin gGmbH; 2018 [Available from: https://humanistisch.de/sites/humanistisch.de/files/tagestreff-fuer-wohnungslose-und-beduerftige/docs/2018/03/gesundheitsbericht_zahn-medizinische-versorgung-wohnungsloser-menschen_web.pdf.

19. Kaduszkiewicz H, Bochon B, van den Bussche H, Hansmann-Wiest J, van der Leeden C. The Medical Treatment of Homeless People. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(40):673-9.

20. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet. 2014;384(9953):1529-40.

21. Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. PLoS Med. 2021;18(8):e1003750.

22. Vohra N, Paudyal V, Price MJ. Homelessness and the use of Emergency Department as a source of healthcare: a systematic review. Int J Emerg Med. 2022;15(1):32.

23. Florian Breuer CP, Lisa Wollenhaupt, Stefan Poloczek. Alarmierungen der Berliner Notfallrettung zu obdachlosen Frequent Usern. Notarzt. 2ß2ß;36:16-23.

24. Salhi BA, White MH, Pitts SR, Wright DW. Homelessness and Emergency Medicine: A Review of the Literature. Acad Emerg Med. 2018;25(5):577-93.

25. Lam CN, Arora S, Menchine M. Increased 30-Day Emergency Department Revisits Among Homeless Patients with Mental Health Conditions. West J Emerg Med. 2016;17(5):607-12.

26. Lin WC, Bharel M, Zhang J, O'Connell E, Clark RE. Frequent Emergency Department Visits and Hospitalizations Among Homeless People With Medicaid: Implications for Medicaid Expansion. Am J Public Health. 2015;105 Suppl 5(Suppl 5):S716-22.

27. Zhang L, Norena M, Gadermann A, Hubley A, Russell L, Aubry T, et al. Concurrent Disorders and Health Care Utilization Among Homeless and Vulnerably Housed Persons in Canada. J Dual Diagn. 2018;14(1):21-31.

28. Radlbeck D, Brohl-Zubert U. Hürden des Hilfesystems senken: Paritätische Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung von wohnungslosen Menschen mit seelischen Erkrankungen 2024 [21.05.2024]. Available from: https://www.paritaet-berlin.de/fileadmin/user_upload/redaktion/pdf/2024/05_24/20240522_Positionspapier_Huerden_des_Hilfesystems_senken.pdf.

29. Currie J, Stafford A, Hutton J, Wood L. Optimising Access to Healthcare for Patients Experiencing Homelessness in Hospital Emergency Departments. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(3).

30. Hichisson AD. Experiences of homeless individuals using ambulance services: a narrative review. Journal of Paramedic Practice. 2024;16(7):284-95.

31. Marco CA, Bryant M, Landrum B, Drerup B, Weeman M. Refusal of emergency medical care: An analysis of patients who left without being seen, eloped, and left against medical advice. Am J Emerg Med. 2021;40:115-9.

32. Lee CA, Cho JP, Choi SC, Kim HH, Park JO. Patients who leave the emergency department against medical advice. Clin Exp Emerg Med. 2016;3(2):88-94.

33. Moll J. Bewältigung sozialer Notlagen: Beispiele für kommunale Versorgungsangebote. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen eV (DVSG); 11.10.2024; Erfurt2024.

34. Schreiter S, Heidrich S, Zulauf J, Saathoff U, Brückner A, Majic T, et al. Housing situation and healthcare for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany: a cross-sectional patient survey. BMJ Open. 2019;9(12):e032576.

35. Haussleiter IS, Lehmann I, Ueberberg B, Heinz J, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E, et al. Homelessness among psychiatric inpatients in North Rhine-Westphalia: a retrospective routine data analysis. BMC Psychiatry. 2022;22(1):132.

36. March S, Swart E, Hoffmann F. Es geht voran! Aber Geschichte wird noch nicht gemacht. Gesundheitswesen. 2024;86(S 03):S183-S5.

# Notizen

# Impressum

**Herausgeber**
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1 | 10117 Berlin | www.charite.de
Geschäftsbereich Unternehmenskommunikation
unternehmenskommunikation@charite.de

Diese Publikation ist lizenziert unter einer CC BY-NC-ND-4.0-Lizenz. Das Werk darf unter angemessener Nennung der Urheberschaft und Nennung der Lizenz weiterverbreitet werden. Es darf nicht verändert und nicht für kommerzielle Zwecke genutzt werden. Von der Lizenzierung ausgenommen ist das Titelfoto. Die urheberrechtlichen Angaben dazu finden sich im Bildnachweis.

**Studienleitung**
Prof. Dr. Daniel Schindel, Prof. Dr. Liane Schenk
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

**Projektmitarbeit**
Renate Karpenko, Dr. Sonia Lech, Elke Matheis, Christine Kleyer, Christoph Poggendorf, Lucia Christians, Emma Sartori, Franziska Ehlers

**Zitiervorschlag**
Schindel, D., Karpenko, R., Poggendorf, C., Lech, S., Matheis, E., Christians, L., Ehlers, F., Kleyer, C., Sartori, E., & Schenk, L. (2025). Gesundheitliche und soziale Lage von Menschen in Wohnungslosigkeit in Berlin: Ergebnisse einer retrospektiven Sekundärdatenanalyse von zwei niedrigschwelligen Gesundheitsangeboten für die Jahre 2006 bis 2022 (Studienabschlussbericht). Charité – Universitätsmedizin Berlin. DOI: 10.17169/refubium-46521

**Gefördert durch**
Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e.V.

**Gestaltung**
Zentrale Mediendienstleistungen (ZMD)
Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Druck**
K+L DruckenPlus GmbH Berlin

**Bildnachweis**
(Titel) © Jenny De la Torre Stiftung
Pflugstraße 12 | 10115 Berlin

Stand: 03/2025