

**Evaluation des Modellprojekts
„Verbesserung der medizinischen Versorgung wohnungsloser
und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen“ (MeWo)**

Gefördert durch:
Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
(Laufzeit der Evaluation: 1.1.2017 – 28.02.2019)

**Ergebnisbericht
April 2019**

Korrespondenzadresse und Projektleitung:

Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker
Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung
Institut für Medizinische Biometrie und Statistik
Telefon: +49 761 270-74430
Fax: +49 761 270-73310
Mail: erik.farin@uniklinik-freiburg.de
Homepages: www.uniklinik-freiburg.de

Projektmitarbeiterinnen:

Rieka von der Warth	(Ab April 2018)
Caroline Broichhagen	(August 2017-März 2018)
Kathrin Woitha	(Januar 2017-August 2017)

Anmerkung:

Aus Gründen der Lesbarkeit wird im gesamten Text die männliche Form in ihrer generischen Bedeutung für alle Geschlechter gebraucht. Mit Klienten sind also immer auch Klientinnen gemeint, mit Mitarbeiter immer auch Mitarbeiterinnen.

Inhalt

Kurzzusammenfassung	2
1. Hintergrund	5
1.1 Hintergrund der Studie	6
1.2 Theoretische Basis	7
1.3 Fragestellungen	8
2. Methodik.....	10
2.1 Teilnehmende Einrichtungen.....	11
2.2 Quantitative Methoden	15
2.2.1 Erstkontaktbogen.....	15
2.2.2 Nutzerfragebogen	16
2.3 Qualitative Forschung	17
3. Ergebnisse	19
3.1 Quantitativer Teil	20
3.1.1 Erstkontaktfragebogen – Version 1.....	20
3.1.2 Erstkontaktfragebogen – Version 2.....	25
3.1.3 Nutzerfragebogen	33
3.2 Qualitativer Teil	34
3.2.1 Interviews Stadt- / Landkreise.....	34
3.2.2 Interviews Einrichtungsmitarbeiter zu Beginn des Projekts (t1)	44
3.3.3 Interviews Einrichtungsmitarbeiter zum Ende des Projekts (t2)	56
3.3.4 Interviews Nutzer	66
4. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	78
4.1 Beantwortungen der Fragestellungen	79
4.1.1 Sozioökonomische Situation.....	79
4.1.2 Gesundheitsbezogene Situation	80
4.1.3 Anteil nicht krankenversicherter Personen	81

4.1.4	Hürden bei der Herstellung eines Versicherungsverhältnisses.....	82
4.1.5	Kooperation zwischen Einrichtung & Stadt- / Landkreis	83
4.1.6	Bewertung der medizinischen Sprechstunde.....	83
4.2.	Weitere Ergebnisse	84
4.3	Diskussion der Ergebnisse.....	85
4.3.1	Stärken und Limitationen.....	85
4.4	Empfehlungen für die Praxis.....	86
	Literaturverzeichnis	88
	Abbildungsverzeichnis.....	90
	Tabellenverzeichnis.....	91
	Anhänge.....	92
	Anhang 1: Erstkontaktfragebogen Version 1	92
	Anhang 2: Erstkontaktfragebogen 2	94
	Anhang 3: Nutzerfragebogen.....	96
	Anhang 4: Leitfaden Stadt- / Landkreise.....	98
	Anhang 5: Leitfaden Mitarbeiter zu Projektbeginn	99
	Anhang 6: Leitfaden Mitarbeiter zum Projektende	101
	Anhang 7: Leitfaden Nutzer	103

Kurzzusammenfassung

Das Projekt „Verbesserung der medizinischen Versorgung wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen“ umfasste die modellhafte Implementierung bzw. Ausweitung von medizinischen Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Baden-Württemberg. Dieser Prozess wurde im Rahmen einer Implementierungs- und Evaluationsstudie durch das Universitätsklinikum Freiburg wissenschaftlich begleitet.

Dazu wurde in einer Mixed-Methods Studie ein Erstkontaktfragebogen zur Erfassung der versorgungs- und gesundheitsbezogenen Situation eingesetzt, welcher durch die am Projekt beteiligten Ärzte ausgefüllt wurde. Eine Bewertung des Angebots erfolgte durch die Nutzer der medizinischen Sprechstunde über einen weiteren kurzen Fragebogen. Des Weiteren wurden leitfadengestützte Interviews mit Mitarbeitern der zuständigen Stadt- und Landkreise, Mitarbeitern und Ärzten der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sowie den Nutzern der medizinischen Sprechstunde geführt. Die Interviews mit den Mitarbeitern der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe erfolgten an zwei Messzeitpunkten, zu Beginn des Projekts und zum Ende des Projekts, um eine abschließende Bewertung des Projekts zu ermöglichen. Das Evaluationsprojekt erstreckte sich über 26 Monate.

Die Analyse der Daten ergab, dass die meisten der in die Studie einbezogenen wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen in der Wohnungslosenunterkunft selbst wohnten. Fast die Hälfte aller Teilnehmer erhielt Arbeitslosengeld 2.

In Übereinstimmung zu früheren Studien zeigte sich eine erhöhte Prävalenz an körperlichen wie psychischen Störungen. Bis zu 50% der Teilnehmer litten an einer Suchterkrankung. In den Interviews mit den Nutzern der medizinischen Sprechstunde wurde ebenfalls vermehrt von Suchterkrankungen gesprochen. Bei den primär somatischen Erkrankungen ist insbesondere der hohe Anteil koronarer Herzerkrankungen auffallend.

In der Fragebogenerhebung zeigte sich ein Anteil von nicht krankenversicherten Personen von bis zu 10%. In den Interviews sprachen einige Interviewpartner von einem höheren Anteil. Grund für die unterschiedliche Einschätzung des Anteils der nicht krankenversicherten Personen könnten die unterschiedlichen Strukturen

der teilnehmenden Einrichtungen sein. Barrieren für den Eintritt in die Krankenversicherung wurden auf intrapersoneller Ebene sowie gesundheitssystemischer Ebene gefunden. Die Kooperation zwischen den Einrichtungen und dem zuständigen Stadt- bzw. Landkreis zur Wiederherstellung einer Krankenversicherung, wurde als weitestgehend gut beschrieben.

Die Bewertung der medizinischen Sprechstunde in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe war positiv. Das Angebot sei „ersatzlos“ für die wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen, da die Zielgruppe sonst oft keinen Zugang zur medizinischen Versorgung hätte.

Die Studie hat eine multiperspektivische Beschreibung der medizinischen Versorgungssituation Situation von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen sowie der medizinischen Sprechstunde ermöglicht. Besonders die hohen Prävalenzen bei Suchterkrankungen und koronaren Herzerkrankungen machen die Notwendigkeit einer niedrighschwelliger medizinischen Sprechstunde deutlich. Auch der Anteil der nicht versicherten Personen ist angesichts einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht bedenklich.

Aus den Ergebnissen werden am Ende des Berichts Empfehlungen für die weitere Praxis gezogen.

1. Hintergrund

1.1 Hintergrund der Studie

Bei wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen bestehen, auch bei vorhandener Krankenversicherung Barrieren, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg konnte durch die Studie „Gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg“ die Versorgungsmöglichkeiten für wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen im Land Baden-Württemberg darstellen. In der Folge schrieb das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg einen Förderaufruf aus, um die Gesundheitsversorgung von wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen im Land zu verbessern (vgl. Förderaufruf vom 6.9.2016). In Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, den gesetzlichen Krankenkassen im Land Baden-Württemberg, dem Landkreistag Baden-Württemberg, dem Städtetag Baden-Württemberg und der Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V. wurde ein Modellprojekt konzipiert, bei der medizinische Sprechstunden an bis zu zwölf Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe des Landes implementiert werden sollten. Hierfür konnten sich die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe beim Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg bewerben und für die Ausstattung eines ärztlichen Behandlungszimmers einmalige Fördermittel beantragen. Voraussetzung für die Teilnahme am Modellprojekt war der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit dem zuständigen Stadt- bzw. Landkreis. Die Kassenärztliche Vereinigung unterstützte die Modellstandorte dabei u.a. mit der Gewinnung von Ärzten. Mit der Teilnahme am Modellprojekt verpflichteten sich die teilnehmenden Einrichtungen die wissenschaftliche Evaluation des Projektes zu unterstützen.

Mit der wissenschaftlichen Evaluation wurde die Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA) des Universitätsklinikums Freiburg beauftragt. Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation wurde eine Prozess- und Ergebnisevaluation durchgeführt, um die Implementation der medizinischen Sprechstunden wissenschaftlich zu begleiten. Insgesamt nahmen neun Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe teil.

Ziel des Modellprojektes war es, die Gesundheitsversorgung von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen im Land Baden-Württemberg - unabhängig vom jeweiligen Status der Krankenversicherung - zu verbessern und eine dauerhafte Reintegration in das Regelsystem zu ermöglichen. Zielgruppe waren primär Personen, die in besonderen sozialen Schwierigkeiten leben, welche nicht durch eigene Kraft bewältigt werden können und die nicht über einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügen. Personen auf die diese Definition zutrifft, werden im vorliegenden Bericht als wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen bezeichnet.

Das in diesem Bericht beschriebene Evaluationsvorhaben erstreckte sich über 26 Monate (01.01.2017-29.02.2019); es liegt ein positives Votum der Ethikkommission des Universitätsklinikums Freiburg vor (Votum Nr.: 187/17).

1.2 Theoretische Basis

Nach der Schätzung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. waren im Jahr 2016 ca. 860.000 Menschen in Deutschland ohne Wohnung. Dies sei ein Anstieg von 150% im Vergleich zu 2014 (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2017).

Laut der vom Ministerium in Auftrag gegebenen und 2015 veröffentlichten Studie „Wohnungslosigkeit in Baden-Württemberg - Untersuchung zu Umfang, Struktur und Hilfen für Menschen in Wohnungsnotlagen“ gibt es in Baden-Württemberg etwa 22.800 Personen, die von Städten und Gemeinden ordnungsrechtlich untergebracht sind oder bei den öffentlichen und freien Trägern Hilfe nach den Paragraphen 67 ff. SGB XII in Anspruch nahmen (Stichtag 1. Oktober 2014). Die Studie wurde von der Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung aus Bremen erstellt.

Wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen zählen aufgrund ihrer Lebensumstände zu einer vulnerablen Gruppe (Meidl, Wenzlaff, Sens, & Goesmann, 2012). So würden psychische Störungen bei ca. 8-15% der wohnungslosen Menschen auftreten (Kaduszkiewicz, Bochon, van den Bussche, Hansmann-Wiest, & van der Leeden, 2017). Die Lebenszeitprävalenz von psychi-

schen Erkrankungen bei wohnungslosen oder bei von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen lag in einer Münchener Studie bei 93,3 % (Jahn & Brönnner, 2013). Auch körperliche Erkrankungen traten mit einer erhöhten Prävalenz auf (Meidl u. a., 2012). So hatten 20% der Wohnungslosen, die eine medizinische Sprechstunde in Hannover in Anspruch nahmen, eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems (Meidl u. a., 2012).

Seit 2007 gilt die allgemeine Versicherungspflicht, bei der auch Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten über Transferleistungen der Sozialhilfeträger versichert sind (SGB V §5; SGB XII §67). Dennoch waren 2015 noch etwa 80.000 Menschen in Deutschland ohne Krankenversicherung (Statistisches Bundesamt, 2016). Bei wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen in Deutschland schätzt die BAG Wohnungslosenhilfe e.V., dass 19% ohne Krankenversicherung sind. Bei weiteren 6,5% sei der Versicherungsstatus ungeklärt (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2015). Gründe warum wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen gehäuft keine Krankenversicherung haben, sind bisher nicht weitreichend bekannt. Gerhard Trabert (Trabert, 2016) nennt gesellschaftsstrukturelle Bedingungen im Gesundheitsversorgungssystem als mögliche Gründe. So müssten Personen, welche lange Zeit ihre Krankenkassenbeträge nicht gezahlt haben, die Beiträge rückwirkend zahlen. Dies würde entweder direkt eine Verhinderung des Eintritts in die Krankenkasse bewirken oder eine Leistungseinschränkung ergeben (Trabert, 2016).

1.3 Fragestellungen

Die Evaluation des Modellprojekts „Verbesserung der medizinischen Versorgung wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen“ wurde in Kooperation mit dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg durchgeführt. Im Rahmen einer Implementierungs- und Evaluationsstudie wurde die Akzeptanz sowie Wirkung von medizinischen Sprechstunden in Einrichtungen

der Wohnungslosenhilfe in Baden-Württemberg bewertet. Folgende Fragestellungen wurden im Detail untersucht:

1. Wie ist die sozioökonomische Situation von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen in Baden-Württemberg?
2. Wie ist die gesundheitsbezogene Situation von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen in Baden-Württemberg?
3. Wie hoch ist der Anteil der nicht krankenversicherten Personen in der Gruppe der wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen in Baden-Württemberg?
4. Welche Hürden bei der Herstellung eines Krankenversicherungsverhältnisses für wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen können identifiziert werden?
5. Welche Kooperationen zwischen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und den lokalen Stadt- und Landkreisen bestehen, um ein Krankenversicherungsverhältnis bei wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen herzustellen?
6. Wie bewerten wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen sowie die Mitarbeiter in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe die Effektivität der medizinischen Sprechstunden in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe?

2. Methodik

Ziel der Evaluation war es, die Implementierung des Modellprojekts systematisch zu erfassen und zu evaluieren. Von Bedeutung sind dabei z.B. Themen wie die Erreichung der Zielgruppe sowie die Bewertung des Angebots durch die Nutzer und die beteiligten Einrichtungen.

Mit einem mehrperspektivischen partizipativen Ansatz wurde auf Grundlage qualitativer und quantitativer Methoden eine Feldstudie durchgeführt, die die Wohnungslosen, ihre Behandler in den Einrichtungen und Mitarbeiter der Stadt- und Landkreise einbezog. Es fand eine informierte Einwilligung statt, da alle Teilnehmer über das Projekt umfänglich aufgeklärt wurden und ihre Teilnahme verweigern konnten. Im qualitativen Teil der Interviewführung wurden schriftliche Einwilligungen von den Teilnehmern eingeholt, da hier personenbezogene Daten vorliegen. Im quantitativen Teil hingegen liegen für die Analyse anonyme Daten vor.

2.1 Teilnehmende Einrichtungen

An den neun am Modellprojekt teilnehmenden Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wurden regelmäßige ärztliche Sprechstunden implementiert oder bestehende ausgeweitet. Alle teilnehmenden Einrichtungen können in Tabelle 1 eingesehen werden. Aufgrund der örtlich verschiedenen Gegebenheiten konnte kein Standardverfahren zur Implementierung der Sprechstunde gewählt werden. Vielmehr wurde in gemeinsamer Arbeit von Einrichtung, örtlicher Stadt- und Landkreise und involvierter Allgemeinärzte eine regionale Lösung gefunden. Zu Beginn des Projekts wurden alle Einrichtungen durch Mitarbeiter des Evaluationsteams besucht, um einen Eindruck über die Arbeit vor Ort zu erhalten.

In Tabelle 1 ist ebenso eine Übersicht über die Rücklaufzahlen über die drei durchgeführten quantitativen Datenerhebungen zu finden. Die erwähnten Fragebögen werden in Kap. 2.2 näher beschrieben. Die Rücklaufzahlen schwanken stark zwischen den Einrichtungen, was zum Teil auf die unterschiedlichen Hilfeformen der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zurückzuführen ist. Da in Einrichtungen der ambulanten Hilfe in der Regel ein höheres Klientenaufkommen

besteht als in stationären Hilfen, konnten in den Einrichtungen der ambulanten Hilfe höhere Rücklaufzahlen erreicht werden.

Während mancherorts bereits eine hausärztliche Sprechstunde vorgehalten wurde, musste diese in anderen Einrichtungen erst noch entwickelt werden. Dort wo bereits eine Sprechstunde seit längerem bestand, konnte die vorgehaltene medizinische bzw. räumliche Ausstattung der Lokalität der Sprechstunde durch das Modellprojekt verbessert werden. Wurde in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe bislang keine medizinische Sprechstunde vorgehalten, so wurde diese im Rahmen des Projektes eingerichtet. Allen Einrichtungen wurden hierfür nach Beantragung finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Insgesamt haben zwei Einrichtungen die medizinische Sprechstunde im Rahmen des Projekts neu implementiert.

So konnte eine allgemeinmedizinische Grund- und Erstversorgung der Betroffenen in allen teilnehmenden Einrichtungen vorgehalten werden. Die neun teilnehmenden Einrichtungen waren in ihrer Struktur und der Durchführung der Sprechstunde heterogen, da die medizinische Sprechstunde an örtliche Gegebenheiten angepasst ist. Im Schnitt fand die medizinische Sprechstunde ein bis zwei Mal wöchentlich statt. Die Einrichtungen nutzten verschiedene Abrechnungsmodelle der gesetzlichen Krankenkassen zur Finanzierung der medizinischen Sprechstunde (siehe Tabelle 2).

Einrichtungsname	Adresse	Rücklaufzahlen der Fragebögen		
		Erstkontakt- fragebögen V.1	Erstkontakt- fragebögen V.2	Nutzer- fragebögen
Erich-Reisch-Haus; Wohnungslosenhilfe im Landkreis Lörrach	Wallbrunnstraße 77 79539 Lörrach	28	20	3
Pflasterstub´	Herrenstr. 6 79098 Freiburg im Breisgau	214	82	0
Ferdinand-Weiß-Haus	Ferdinand-Weiß-Str. 9a 79106 Freiburg im Breisgau	9	22	6
Soziales Zentrum Spittelmühle	Neckartal 4 78628 Rottweil	0	17	0
SKM Heidelberg Woh- nungslosenhilfe im Karl-Klotz-Haus	Kaiserstr. 88-92 69115 Heidelberg	24	64	57
Dornahof - Männer- wohnheim Tübingen	Eberhardstraße 53 72072 Tübingen	118	12	11
Dornahof - Friedrichshafen	Keplerstraße 7 88045 Friedrichshafen	0	5	5
Jakobushof	Bodenseestraße 61 78315 Radolfzell am Bodensee	26	14	14
Erlacher Höhe	Erlach 5 71577 Großerlach	19	16	9

Tabelle 1: Teilnehmende Einrichtungen

Einrichtung	Implementierung der Sprechstunde	Frequenz der Sprechstunde	Anzahl der beteiligten Ärzte	Anzahl der beteiligten Pflegekräfte	Abrechnung
Erich-Reisch-Haus; Wohnungslosenhilfe im Landkreis Lörrach	2013	1 x wöchentlich	1	1	Zweigstelle der Praxis
Pflasterstub´	1995	2x wöchentlich	2	0	Abrechnung als Hausbesuche
Ferdinand-Weiß-Haus	1994	2x wöchentlich	1	0	Abrechnung als Hausbesuche
Soziales Zentrum Spittelmühle	1999	1x wöchentlich	1	0	Abrechnung als Hausbesuche
SKM Heidelberg Wohnungslosenhilfe im Karl-Klotz-Haus	ca. 2000	3x wöchentlich	1	unterschiedlich	Ehrenamtlich
Dornahof - Männerwohnheim Tübingen	2014	1x wöchentlich	ca. 4	ca. 12	Sonderzulassung der KVBW
Dornahof - Friedrichshafen	2017 (im Modellprojekt)	1x wöchentlich	5	1	Zweigstelle der Praxis
Jakobushof	2017 (im Modellprojekt)	2 x monatlich	2	1	n.a.
Erlacher Höhe	2005	2 x monatlich	1	1	Zweigstelle der Praxis

Tabelle 2: Struktur der Sprechstunde in den teilnehmenden Einrichtungen

Um das Mixed-Methods-Design entsprechend des Projektantrags umzusetzen, wurden sowohl für den qualitativen als auch für den quantitativen Teil entsprechende Erhebungsinstrumente erarbeitet und eingesetzt. Diese sollen nachfolgend vorgestellt werden. Ein Überblick über alle Erhebungsmethode ist in Tabelle 3 zu finden.

	Zielgruppe		
	<i>Wohnungslose</i>	<i>Einrichtungs- mitarbeiter</i>	<i>Mitarbeiter der Stadt- /Landkreise</i>
Quantitative Erhebungsinstrumente			
<i>Erstkontaktfragebogen Version 1</i>	X		
<i>Erstkontaktfragebogen Version 2</i>	X		
<i>Nutzerfragebogen</i>	X		
Qualitative Erhebungsinstrumente			
Interviews Stadt-/Landkreise			X
Interviews Einrichtungsmitarbeiter zu Projektbeginn		X	
Interviews Einrichtungsmitarbeiter zu Projektende		X	
Interviews Nutzer	X		

Tabelle 3: Überblick der genutzten Instrumente

2.2 Quantitative Methoden

2.2.1 Erstkontaktbogen

Der Erstkontaktbogen diente der Erfassung der Bedarfe der wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen, welche die medizinische Sprechstunde in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nutzten. Angelehnt war der Fragebogen zunächst an die bereits seit 10 Jahren immer wieder angepasste Dokumentationskarte aus dem Projekt „Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen in Hannover“ (Meidl u. a., 2012). In dieser werden neben demographischen Daten, wie Alter und Ge-

schlecht, auch der Besuchsanlass und der Versicherungsstatus erfasst (siehe Anhang 1). Nach Implementierung des Fragebogens im April 2017 kam Kritik an dem Erstkontaktfragebogen seitens der hier am Projekt beteiligten Einrichtungen auf. Daher wurde gemeinsam mit den Mitarbeitern in den Einrichtungen ein neuer Fragebogen entwickelt. Dieser war angelehnt an die erste Version, enthielt jedoch die Verbesserungen zu den Kritikpunkten seitens der Einrichtungen (siehe Anhang 2). Der Erstkontaktfragebogen Version 2 wurde im April 2018 implementiert. Ausgefüllt wurde der Erstkontaktbogen von dem betreuenden Arzt bzw. dem anwesenden Pflegepersonal oder dem Mitarbeiter der Sozialen Arbeit jeweils für eine wohnungslose Person. Die Auswertung war deskriptiv und erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (IBM Corp., 2017).

2.2.2 Nutzerfragebogen

Die Bewertung der medizinischen Sprechstunde in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe aus Sicht der Nutzer wurde über einen Kurzfragebogen erhoben. Der Kurzfragebogen wurde im Evaluationsteam entwickelt. Dieser umfasste drei Items, um eine möglichst hohe Akzeptanz bei den Befragten und damit hinreichende Rücklaufquoten zu erreichen. Für den Fragebogen gab es zusätzlich eine Übersetzung auf Englisch, sodass auch Personen ohne Deutschkenntnisse an der Studie teilnehmen konnten. Die drei Items umfassten die Fragen, woher Nutzer die medizinische Sprechstunde kennen, ob es sich um einen Erstkontakt handelte und inwiefern die Nutzer zufrieden waren mit der medizinischen Sprechstunde (siehe Anhang 3). Die Auswertung war deskriptiv und erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (IBM Corp., 2017).

2.3 Qualitative Forschung

Im Rahmen des Projektes wurden Leitfaden gestützte Interviews mit drei verschiedenen Zielgruppen durchgeführt, um einen möglichst umfangreichen Überblick über das Erleben sowie die subjektive Bewertung der Befragten im Hinblick auf das Modellprojekt und seinen Erfolg zu erhalten.

Zunächst wurden Interviews mit Vertretern der Stadt- bzw. Landkreise durchgeführt. Ziel dieser Interviews war es, die Beteiligung der Behörden bei der Herstellung eines Versicherungsverhältnisses bzw. das Verfahren der Kostenerstattung zu klären. Der genutzte Interviewleitfaden war angelehnt an den Leitfaden für die Einrichtungsmitarbeiter, aber auf das spezielle Arbeitsfeld eines Verwaltungsmitarbeiters angepasst (siehe Anhang 4).

Zudem wurden Interviews sowohl mit den Mitarbeitern der kooperierenden Einrichtungen als auch mit den in den Einrichtungen praktizierenden Ärzten geführt. Der dafür genutzte Leitfaden wurde im Evaluationsteam anhand der identifizierten Fragestellungen erstellt (siehe Anhang 5). Diese wurden zu zwei Messzeitpunkten geführt, einmal zu Beginn des Projektes und zum Ende. Zum ersten Messzeitpunkt wurden die Interviews zum Teil vor Ort in den Einrichtungen durchgeführt, zum anderen aus terminlichen Gründen als Telefoninterviews. Des Weiteren wurden zu diesem Zeitpunkt bei einigen Einrichtungen mehrere Personen zugleich, in einem Gruppensetting, interviewt. Erfasst wurde der derzeitige Status der medizinischen Versorgung von wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen sowie die Implementation der medizinischen Sprechstunde in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.

Für die Interviews zum Projektende wurde der Interviewleitfaden um die Ergebnisse aus den ersten Interviews sowie den ersten quantitativen Ergebnissen aus den Erstkontaktfragebögen Version 1 ergänzt (siehe Anhang 6). Die Interviews zum zweiten Messzeitpunkt fanden im Oktober 2018 als Telefoninterviews statt.

Die dritte Zielgruppe bestand aus wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen, welche das Angebot der medizinischen Sprechstunden genutzt haben. Der hier verwendete Leitfaden wurde gemeinsam mit den Einrichtungen entwickelt (siehe Anhang 7). Die Interviews wurden in den Einrichtungen durchgeführt. Die Durchführung der Interviews und Teil der Auswertung wurden

im Rahmen eines mit diesem Projekt assoziierten medizinischen Promotionsvorhabens durchgeführt.

Die Auswertung war in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gestaltet (Mayring, 2008). Alle Interviews wurden wörtlich transkribiert und in einem iterativen Kodierprozess ausgewertet. Hierbei wurden inhaltstragende Aussagen in Kategorien einsortiert, welche später zusammengefasst werden. Die Kategorien wurden zunächst deduktiv den Leitfäden entnommen und dann induktiv anhand des Materials angepasst.

3. Ergebnisse

3.1 Quantitativer Teil

Nachfolgend werden die Ergebnisse des Erstkontaktfragebogens – Version 1 und Version 2 dargestellt. Aufgrund der inhaltlichen Unterschiede werden die Ergebnisse der beiden Versionen zunächst getrennt dargestellt und erst später (Kapitel 4) vergleichend interpretiert.

Des Weiteren werden unter 3.1.3. die Ergebnisse der Nutzerfragebögen dargestellt.

3.1.1 Erstkontaktfragebogen – Version 1

Insgesamt wurde der Erstkontaktfragebogen in der ersten Version für N = 438 Klienten ausgefüllt. Davon waren insgesamt 86,7% Männer (n = 370) und 13,3% Frauen (n = 57). Bei 2,5% der Fragebögen (n=11) fehlten Angaben zum Geschlecht. Im Durchschnitt waren die teilnehmenden Personen 49,1 Jahre alt mit einer Standardabweichung von 11,9 Jahren. Hierbei zeigte sich, dass die teilnehmenden Frauen im Schnitt 5 Jahre jünger waren, mit einem Durchschnittsalter von 44 Jahren (Standardabweichung = 14,2).

In Version 1 des Erstkontaktbogens wurde die Unterkunftsart zum Zeitpunkt der Erhebung erfasst (siehe Anhang 1). Insgesamt wohnten die meisten der Teilnehmer (n = 147) in der jeweiligen Wohnungslosenunterkunft, davon waren n = 127 Männer. Die weiblichen Teilnehmer wohnten zu 36,8% in einer eigenen Wohnung, bei der ein offizieller Mietvertrag vorlag. Weitere Details können Tabelle 4 entnommen werden.

Unterkunft	Geschlecht		Gesamt N (%)
	Männlich N (%)	Weiblich N (%)	
Bei Freunden / Bekannten	8 (2,2)	--	8 (1,8)
Ohne festen Wohnsitz	108 (30,4)	12 (21,19)	124 (29,1)
Wohnungslosenunterkunft	127 (35,4)	16 (28,1)	147 (34,5)
Wohnung + Mietvertrag	71 (19,8)	21 (36,8)	94 (22,1)
Auf der Straße	29 (8,1)	4 (7)	34 (8)
Andere	1 (0,3)	2 (3,5)	3 (0,7)
Unbekannt	14 (3,9)	2 (3,5)	16 (3,8)
Gesamt	359 (100)	57 (100)	426 (100)

Tabelle 4: Unterkunftsarten in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 1

Neben der Art der Unterkunft war die Feststellung der finanziellen Bezüge der wohnungslosen Menschen von besonderer Bedeutung, da diese in der Regel mit der Feststellung des Krankenversicherungsstatus zusammenhängt. So sind Personen, welche finanzielle Bezüge aus dem Bereich SGB II/III oder XII erhalten, in der Regel in einem durch die zuständige Behörde hergestellten Versicherungsverhältnis mit einer gesetzlichen Krankenversicherung, sofern das letzte Krankenversicherungsverhältnis vor Bezug bereits mit einer gesetzlichen Krankenversicherung bestand.

Mit 50% erhielten die meisten wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen in dieser Stichprobe Leistungen aus dem Bereich SGB II in Form von Arbeitslosengeld II (Hartz IV). Der Anteil der Frauen in den Bezügen des SGBs (70,2%) war im Verhältnis höher als der Anteil der Männer (45,9%). Bei 14% der Befragten waren die finanziellen Bezüge unbekannt. Hierbei lässt sich nicht differenzieren, ob ein unbekannter Leistungsbezug gleichbedeutend mit keinem Leistungsbezug ist oder ob der Befragte keine Auskunft geben konnte. Ein detaillierter Überblick ist in Tabelle 5 zu finden.

Bezüge	Geschlecht		Gesamt N (%)
	Männlich N (%)	Weiblich N (%)	
SGB II Leistungen (ALG II)	151 (45,9)	40 (70,2)	195 (49,5)
SGB III Leistungen (ALG I)	5 (1,6)	3 (5,3)	8 (2)
SGB XII Leistungen	71 (21,6)	2 (3,5)	74 (18,8)
Teilzeitarbeit	4 (1,2)	--	4 (1,)
Minijob	1 (0,3)	1 (1,8)	2 (0,5)
Rente	37 (11,2)	2 (3,6)	40 (10,2)
Herkunftsland / Migrationshintergrund	5 (1,5)	2 (3,6)	7 (1,8)
Andere	8 (2,4)	1 (1,8)	9 (2,3)
Unbekannt	47 (14,3)	6 (10,5)	55 (14)
Gesamt	329 (100)	57 (100)	394 (100)

Tabelle 5: Finanzielle Bezüge in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 1

Insgesamt waren 8% der befragten Personen nicht krankenversichert. Dabei wurden sowohl Personen einbezogen die keinen deutschen Versicherungsschutz vorweisen konnten als auch Personen die keinen Versicherungsschutz in ihrem

individuellen Herkunftsland haben. Eine detaillierte Übersicht kann in Tabelle 6 gefunden werden.

Versicherungsstatus	Geschlecht		Gesamt N (%)
	Männlich N (%)	Weiblich N (%)	
GKV	304 (88,1)	50 (89,3)	361 (88)
Sozialamt	7 (2)	2 (3,6)	9 (2,2)
Nicht versichert	27 (7,8)	4 (7,1)	32 (7,8)
Im Herkunftsland versichert	6 (1,7)	--	7 (1,7)
Nicht im Herkunftsland versichert	1 (0,3)	--	1 (0,2)
Gesamt	345 (100)	56 (100)	410 (100)

Tabelle 6: Versicherungsstatus in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 1

Insgesamt wurden n=221 Angaben gemacht, welcher Krankenversicherung der wohnungslose bzw. der von Wohnungslosigkeit bedrohte Mensch angehörte. Eine Übersicht ist in Tabelle 7 zu finden.

Versicherung	Gesamt N (%)
Allgemeine Ortskrankenkassen AOK	158 (71,5)
Barmer GEK	22 (10,0)
Betriebskrankenkassen BKK	8 (3,6)
DAK-Gesundheit	5 (2,3)
Hanseatische Krankenkasse HKK	6 (2,7)
Innungskrankenkasse IKK classic	7 (3,2)
Kaufmännische Krankenkasse KKH	3 (1,4)
Knappschaft	1 (0,5)
Techniker Krankenkasse TK	5 (2,3)
Andere	6 (2,7)
Gesamt	221 (100)

Tabelle 7: Versicherungsangehörigkeit in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 1

Im Rahmen der Erhebung wurden ebenfalls die bei den Wohnungslosen vorliegenden Grunderkrankungen miterhoben. Hierbei waren Mehrfachantworten möglich. Bei 49,1% der Teilnehmenden wurde eine Grunderkrankung angegeben, das Maximum lag bei drei angegebene Grunderkrankungen. Bei 50% der Teilneh-

menden wurde eine psychische Erkrankung erfasst, gefolgt von einer Suchterkrankung mit 47,6%. Tabelle 8 bietet eine detaillierte Übersicht.

Sofern im Fragebogen „Andere Grunderkrankung“ angegeben wurde, konnte diese über eine Freitextangabe spezifiziert werden. Die drei am häufigsten angegebenen Grunderkrankungen waren Diabetes mellitus (9-mal), chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (7-mal) und Bandscheibenvorfall (6-mal).

Auch bei den, in der Einrichtung der Wohnungslosenhilfe geleisteten (Therapie-) Maßnahmen waren Mehrfachantworten möglich. Die höchste Anzahl an geleisteten Therapiemaßnahmen betrug $n=8$ Maßnahmen (bei 0,3% der Teilnehmenden). Am häufigsten wurden zwei Maßnahmen durchgeführt, und zwar bei 36% der Wohnungslosen. Bei 73,4% der Teilnehmer wurde ein medizinisches Beratungsgespräch durchgeführt. Während bei 30,1% eine Überweisung als Besuchsanlass angegeben wurde, bekamen lediglich 5% eine Überweisung zum Facharzt. Häufig genannte Fachärzte waren Psychiater und Kardiologen. Weitere 5% erhielten eine Überweisung in ein Krankenhaus.

	Geschlecht		Gesamt N (%)
	Männlich N (%)	Weiblich N (%)	
Grunderkrankung			
Chronische Hepatitis	20 (7)	-	20 (6,1)
Karzinomerkrankungen	9 (3,2)	1 (2,4)	10 (3)
Suchterkrankungen	145 (50,9)	10 (24,4)	157 (47,6)
Schlechter Zahnstatus	13 (4,6)	-	13 (3,9)
Koronare Herzerkrankungen	89 (31,2)	6 (14,6)	96 (29,1)
Dissozialität	2 (0,7)	-	2 (0,6)
Psychische Erkrankungen	136 (47,9)	28 (68,3)	165 (50)
Andere	52 (18,2)	10 (24,4)	63 (19,1)
(Therapie-) Maßnahmen			
Medizinische Behandlung	168 (57,9)	20 (44,4)	190 (55,7)
Medizinische Beratung	219 (75,3)	30 (66,7)	251 (73,4)
Soziale Beratung	106 (36,4)	21 (46,7)	129 (37,7)
Medikamentengabe	108 (37,1)	14 (31,1)	123 (36)
Wundversorgung	46 (15,8)	6 (13,3)	55 (16,1)
Augenärztliche Behandlung	3 (1)	-	3 (0,9)
Suchttherapie	6 (1,6)	1 (1,8)	7 (1,6)
Impfungen	4 (1,4)	1 (2,2)	5 (1,5)
AU-Bescheinigungen	4 (1,4)	2 (4,4)	6 (1,8)
Zahnärztliche Behandlung	2 (0,7)	-	2 (0,6)
Krankenhausbehandlung	15 (5,2)	2 (4,4)	17 (5)
Häusliche Pflege	11 (3)	-	11 (2,5)
Überweisung Facharzt	19 (5,1)	3 (5,3)	22 (5)
Andere	2 (0,7)	-	2 (0,6)

Tabelle 8: Grunderkrankungen & (Therapie-) Maßnahmen in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 1

Bei der Angabe des Besuchsanlass waren ebenfalls Mehrfachnennungen möglich. Das Maximum betrug in dieser Stichprobe drei Besuchsanlässe. Insgesamt war für 55,3% der Teilnehmer die Ausstellung eines Rezeptes bzw. die Klärung einer Rezeptgebühr Anlass für den Besuch der Sprechstunde. Ein Überblick ist in Abbildung 1 zu finden.

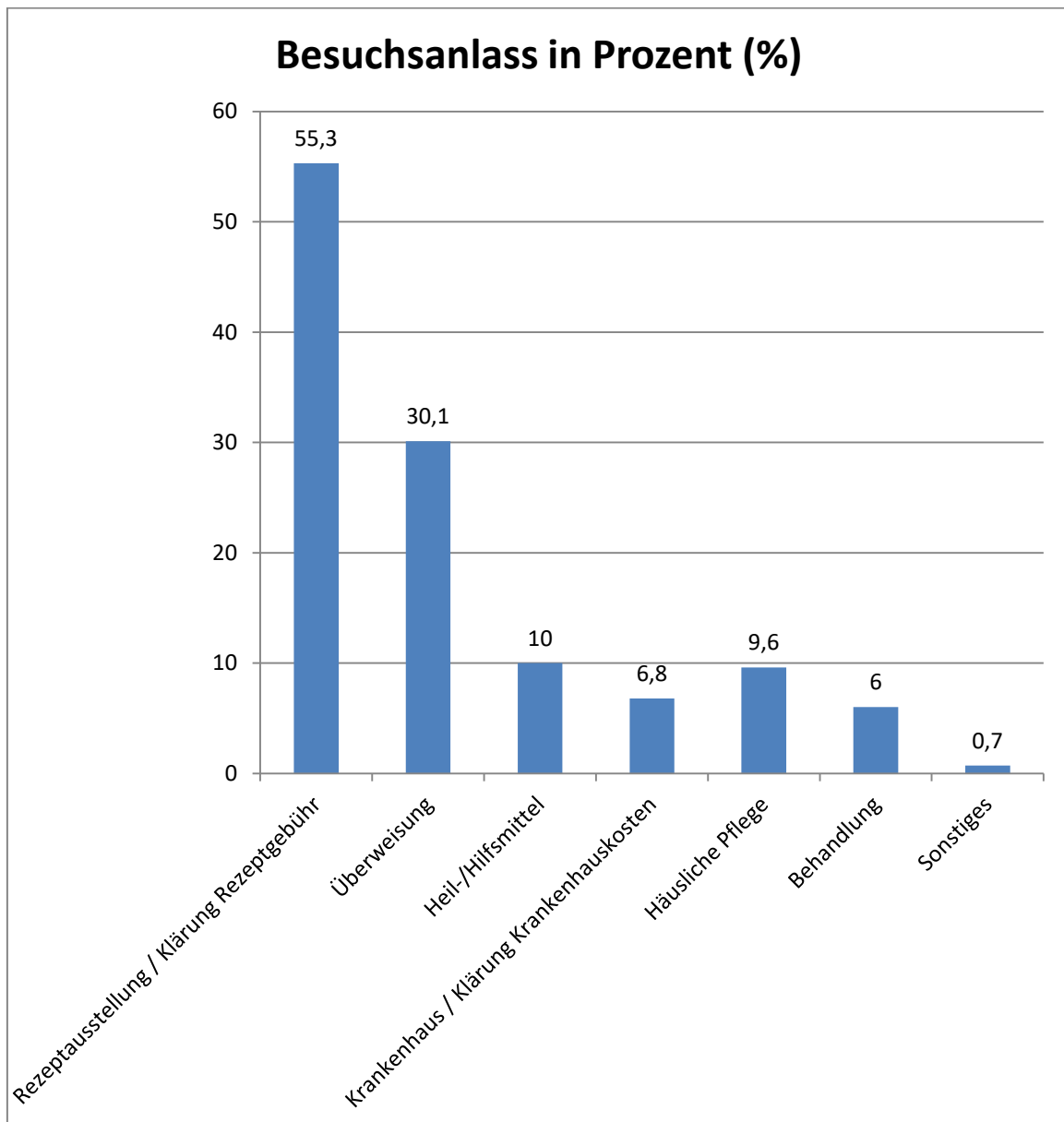


Abbildung 1: Häufigkeit der Besuchsanlässe / Erstkontaktfragebogen 1

3.1.2 Erstkontaktfragebogen – Version 2

Insgesamt wurde der Erstkontaktfragebogen in der zweiten Version für N = 252 Klienten ausgefüllt. Davon waren insgesamt 84,5% Männer (n = 213) und 15,1% Frauen (n = 38). Eine Person gab als Geschlechtsidentität divers an¹. Im Durchschnitt waren die teilnehmenden Personen 49 Jahre alt mit einer Standardabweichung von 12,5 Jahren.

¹ Da nur eine Person die Geschlechtsidentität divers angab, werden aus Datenschutzgründen keine gesonderten Daten für dieses Geschlecht dargestellt. Die Daten der Person werden jedoch in den Gesamtzahlen aufgenommen. Eine Darstellung nach männlich und weiblich erfolgt analog zum Erstkontaktfragebogen Version 1.

chung von 12,8 Jahren. Hierbei zeigte sich, dass die teilnehmende Frauen im Schnitt 8 Jahre jünger waren, mit einem Durchschnittsalter von 42,4 Jahren (Std.-Abweichung = 13,3).

In Version 2 des Erstkontaktbogens wurde die vorwiegende Unterkunftsart der vorangegangenen sechs Monate erhoben. Insgesamt wohnten die meisten der Teilnehmer (n = 83) in der Wohnungslosenunterkunft selbst, davon waren n = 75 Männer. Die weiblichen Teilnehmer wohnten zu 37,1% vorwiegend auf der Straße. Weitere Details können Tabelle 9 entnommen werden.

Unterkunft	Geschlecht		Gesamt N (%)
	Männlich N (%)	Weiblich N (%)	
Bei Freunden / Bekannten	6 (3)	2 (5,7)	8 (3,4)
Wohnungslosenunterkunft	75 (37,3)	7 (20)	83 (35)
Wohnung + Mietvertrag	26 (12,9)	10 (28,6)	36 (15,2)
Auf der Straße	64 (31,8)	13 (37,1)	77 (32,5)
Andere	13 (6,5)	0 (0)	13 (5,5)
Unbekannt	17 (8,5)	3 (8,6)	20 (8,4)
Gesamt	201 (100)	35 (100)	237 (100)

Tabelle 9: Unterkunftsart in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 2

Zusätzlich wurde in Version 2 des Erstkontaktbogens die gesetzliche Betreuungssituation der wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen erhoben. Insgesamt waren etwa 11,4% der Teilnehmer in der gesetzlichen Betreuung. Allerdings war der Status bei 15,9% unbekannt. Weitere Details können Tabelle 10 entnommen werden.

Gesetzliche Betreuung	Geschlecht		Gesamt N (%)
	Männlich N (%)	Weiblich N (%)	
Ja	25 (12,1)	3 (7,9)	28 (11,4)
Nein	151 (72,9)	27 (71,1)	179 (72,8)
Unbekannt	31 (15)	8 (21,1)	39 (15,9)
	207 (100)	38 (100)	246 (100)

Tabelle 10: Gesetzliche Betreuung in absoluten Zahlen (%)

In Erstkontaktfragebogen 2 wurden zudem die Herkunftsregion (n=219) als auch die Staatsangehörigkeit (n=148) der wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit

bedrohten Menschen erfasst. Hierbei zeigte sich, dass die Mehrheit der Teilnehmer sowohl eine deutsche Herkunft hat (73,5%) als auch die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt (79,7%). Eine genauere Übersicht ist in Tabelle 11 zu finden.

Herkunftsregion	Gesamt N (%)
Deutschland	161 (73,5)
Europäische Union	35 (16,0)
Europäische Länder ohne EU Mitgliedschaft	4 (1,8)
MENA Staaten + Türkei	9 (4,1)
Osteuropäisch - Zentralasiatisch	6 (2,8)
Afrika	4 (1,8)
Gesamt	219 (100)

Staatsangehörigkeit	
Deutschland	118 (79,7)
Europäische Union	21 (14,2)
Europäische Länder ohne EU Mitgliedschaft	1 (0,7)
MENA Staaten + Türkei	5 (3,4)
Osteuropäisch - Zentralasiatisch	2 (1,4)
Afrika	1 (0,7)
Gesamt	148 (100)

Tabelle 11: Herkunftsregion sowie Staatsangehörigkeit in absoluten Zahlen (%)

MENA Staaten = Mittlerer Osten (Middle East) und Nordafrika

Osteuropäisch – Zentralasiatisch = u.a. Russland, Kasachstan, Kaukasus Staaten

Personen die ab März 2018 an der Studie teilgenommen haben waren mit 41,1% in den Bezügen aus dem Bereich SGB II in Form von Arbeitslosengeld II (Hartz IV). In Version 2 lag der Anteil der Männer, die Leistungen aus dem Bereich des SGBs erhielten höher (50,7%) als der Anteil der Frauen (40,5%). Bei 25,8% der Befragten waren die finanziellen Bezüge unbekannt. Ein detaillierter Überblick ist in Tabelle 12 zu finden.

Bezüge	Geschlecht		
	Männlich N (%)	Weiblich N (%)	Gesamt N (%)
SGB II Leistungen (ALG II)	82 (41,1)	14 (37,8)	97 (41,1)
SGB III Leistungen (ALG I)	3 (1,5)	0 (0)	3 (1,3)
SGB XII Leistungen	16 (8,1)	1 (2,7)	17 (7,2)
Teilzeitarbeit	8 (4,0)	2 (5,4)	10 (4,2)
Minijob	2 (1)	0 (0)	2 (0,8)
Rente	28 (14,1)	2 (5,4)	30 (12,7)
Unbekannt	47 (23,7)	14 (37,8)	61 (25,8)
Keine Ansprüche	8 (4)	3 (8,1)	11 (4,7)
Keine	4 (2)	1 (2,7)	5 (2,1)
Gesamt	198 (100)	37 (100)	236 (100)

Tabelle 12: Finanzielle Bezüge in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 2

Insgesamt waren 9,8% der befragten Personen nicht krankenversichert. Dabei wurden sowohl Personen einbezogen die keinen deutschen Versicherungsschutz vorweisen konnten als auch Personen die keinen Versicherungsschutz in ihrem individuellen Herkunftsland haben. Eine detaillierte Übersicht kann in Tabelle 13 gefunden werden.

Versicherungsstatus	Geschlecht		
	Männlich N (%)	Weiblich N (%)	Gesamt N (%)
GKV	161 (77,4)	28 (75,7)	190 (77,2)
PKV	1 (0,5)	0 (0)	1 (0,4)
Sozialamt	11 (5,3)	1 (2,7)	12 (4,9)
Nicht versichert	20 (9,6)	4 (10,8)	24 (9,8)
Im Herkunftsland versichert	1 (0,5)	0 (0)	1 (0,4)
Unbekannt	11 (6,7)	4 (10,5)	18 (7,3)
Gesamt	208 (100)	37 (100)	246 (100)

Tabelle 13: Versicherungsstatus in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 2

Insgesamt wurden n=74 Angaben gemacht, welcher Krankenversicherung der wohnungslose bzw. der von Wohnungslosigkeit bedrohte Mensch angehört. Eine Übersicht ist in Tabelle 14 zu finden.

Versicherung	Gesamt N (%)
Allgemeine Ortskrankenkassen AOK	48 (64,9)
Barmer GEK	5 (6,8)
Betriebskrankenkassen BKK	3 (4,1)
DAK-Gesundheit	7 (9,5)
Innungskrankenkasse IKK classic	5 (6,8)
Kaufmännische Krankenkasse KKH	2 (2,7)
Techniker Krankenkasse TK	1 (1,4)
Andere	3 (4,0)
Gesamt	74 (100)

Tabelle 14: Versicherungsangehörigkeit in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 2

Die Mehrheit der wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen, welche an dem Modelprojekt teilnahmen wurden medizinisch hauptsächlich in der Wohnungslosenversorgung betreut. Dies geschah zuweilen in Kombination mit einem niedergelassenen Hausarzt (insgesamt etwa 72,9%). Weitere Details sind Tabelle 15 zu entnehmen.

Medizinischer Versorgungsstatus	Geschlecht		Gesamt N (%)
	Männlich N (%)	Weiblich N (%)	
Betreuung in Wohnungslosenversorgung (WV)	68 (34,9)	12 (33,3)	81 (34,9)
Betreuung von Hausarzt und in WV	72 (36,9)	13 (36,1)	85 (36,6)
Regelmäßiger Wechsel im letzten halben Jahr zwischen Regelversorgung und WV	10 (5,1)	1 (2,8)	11 (4,7)
Unbekannt	45 (23,1)	10 (27,8)	55 (23,7)
Gesamt	195 (100)	36 (100)	232 (100)

Tabelle 15: Medizinischer Versorgungsstatus in absoluten Zahlen (%)

Im Rahmen der Erhebung wurden auch in Version 2 die, bei den Wohnungslosen vorliegenden, Grunderkrankungen miterhoben. Hierbei waren Mehrfachantworten möglich. Bei 62,3% der Teilnehmer wurde eine Grunderkrankung angegeben, das Maximum lag bei sechs angegebenen Grunderkrankungen. Bei 34,6% der Teilnehmer wurde eine psychische Erkrankung erfasst, gefolgt von einer stoffgebun-

denen Suchterkrankung bei 31,3%, welche in Erstkontaktfragebogen Version 2 gesondert erhoben wurden. Auffällig ist hier der erhöhte Anteil an stoffgefundenen Süchten bei männlichen Teilnehmern. Tabelle 16 bietet eine detaillierte Übersicht.

Sofern im Fragebogen „Andere Grunderkrankung“ (73-mal) angegeben wurde, konnte diese über eine Freitextangabe spezifiziert werden. Die häufigsten Erkrankungen waren hierbei Schmerzstörungen (z.B. Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, HWS-Syndrom). Aber auch Asthma oder chronisch obstruktive Lungenerkrankungen waren verbreitet.

Auch bei geleisteten (Therapie-) Maßnahmen waren Mehrfachantwort möglich. Bei einem Teilnehmer wurden zehn Maßnahmen durchgeführt, dies war die höchste Anzahl an durchgeführten Maßnahmen. Am häufigsten wurden zwei Maßnahmen durchgeführt, bei 32,5% der Wohnungslosen. Bei 58,4% der Teilnehmenden wurde ein medizinisches Beratungsgespräch durchgeführt und bei 59,7% eine medizinische Behandlung. Bei 18,5% wurde eine Überweisung als Besuchsanlass angegeben. Hier wurde am häufigsten der Psychiater oder eine psychiatrische Klinik als Überweisungsziel genannt. Weitere 4,8% erhielten eine Überweisung in ein Krankenhaus.

	Geschlecht		Gesamt N (%)
	Männlich N (%)	Weiblich N (%)	
Grunderkrankung			
Chronische Hepatitis	6 (3,3)	0 (0)	6 (2,8)
Karzinomerkrankungen	4 (2,2)	1 (3,7)	5 (2,4)
Sucht stoffgebunden	61 (33,3)	5 (18,5)	66 (31,3)
Sucht nicht-stoffgebunden	8 (4,4)	0 (0)	8 (3,8)
Schlechter Zahnstatus	25 (13,7)	1 (3,7)	26 (12,3)
Koronare Herzerkrankungen	38 (20,8)	3 (11,1)	41 (19,4)
Offene Wunden	23 (12,6)	7 (25,9)	30 (14,2)
Psychische Erkrankungen	60 (32,8)	12 (44,4)	73 (34,6)
Andere	65 (35,5)	8 (29,6)	73 (34,6)
(Therapie-) Maßnahmen			
Medizinische Untersuchung	119 (63)	16 (44,4)	135 (59,7)
Medizinische Beratung	116 (61,4)	15 (41,7)	132 (58,4)
Soziale Beratung	67 (35,4)	18 (50)	86 (38,1)
Medikamentengabe	58 (30,7)	4 (11,1)	62 (27,4)
Wundversorgung	37 (19,5)	11 (30,6)	48 (21,2)
Augenärztliche Behandlung	1 (0,5)	0 (0)	1 (0,4)
Suchttherapie	13 (6,9)	0 (0)	13 (5,8)
Impfungen	2 (1,1)	0 (0)	2 (0,9)
AU-Bescheinigungen	4 (2,1)	0 (0)	4 (1,8)
Zahnärztliche Behandlung	4 (2,1)	0 (0)	4 (1,8)
Krankenhausbehandlung	11 (5,8)	0 (0)	11 (4,8)
Häusliche Pflege	8 (4,2)	0 (0)	8 (3,5)
Überweisung Facharzt	32 (16,8)	9 (25)	42 (18,5)
Andere	3 (1,6)	1 (2,8)	4 (1,8)

Tabelle 16: Grunderkrankungen & (Therapie-) Maßnahmen in absoluten Zahlen / Erstkontaktfragebogen 2

Bei der Angabe des Besuchsanlass waren ebenfalls Mehrfachnennungen möglich. Das Maximum betrug in dieser Stichprobe fünf Besuchsanlässe. Insgesamt war für 57,5% der Teilnehmer die Ausstellung eines Rezeptes bzw. die Klärung einer Rezeptgebühr Anlass für den Besuch der Sprechstunde. Ein Überblick ist in Abbildung 2 zu finden.

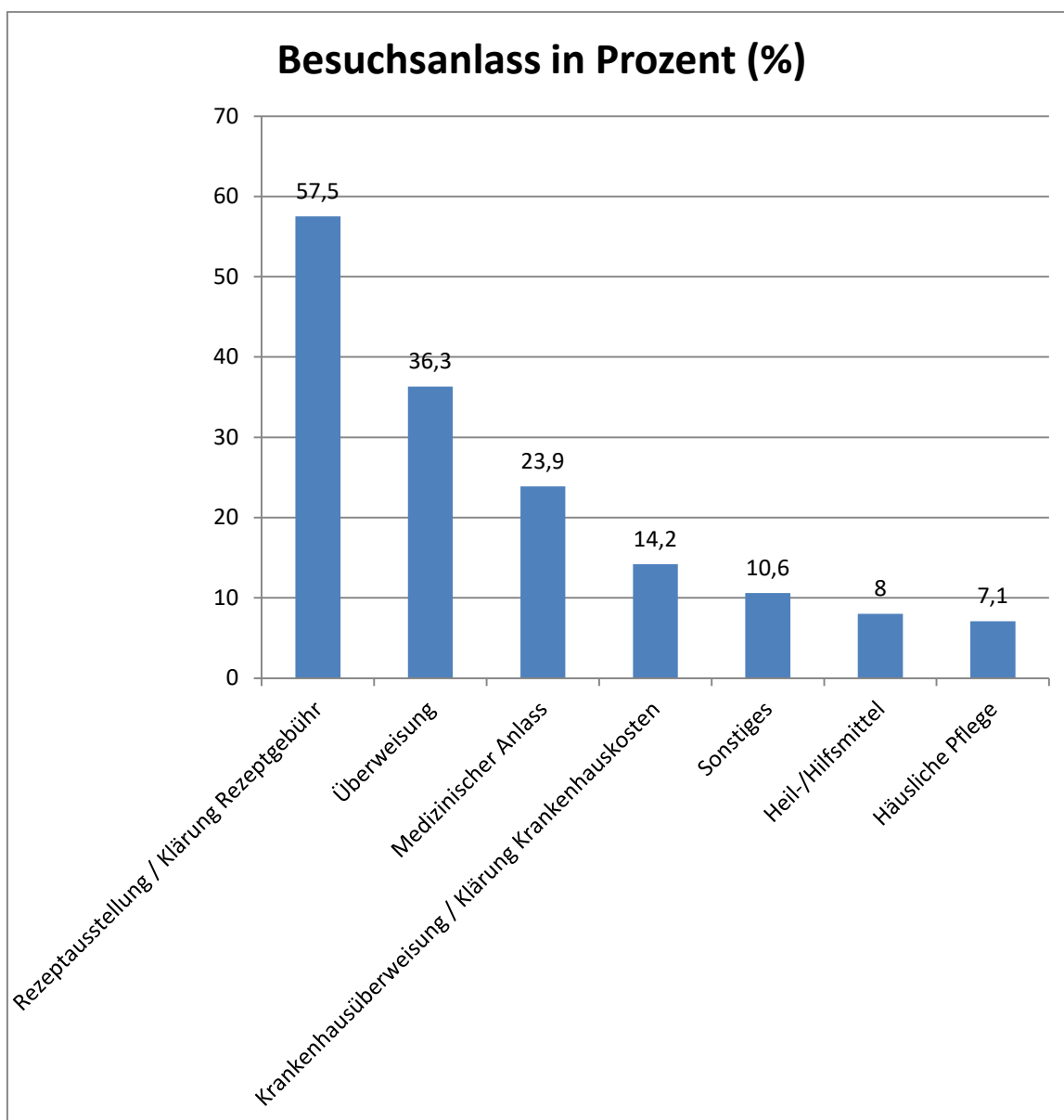


Abbildung 2: Häufigkeit der Besuchsanlässe / Erstkontaktfragebogen 2

3.1.3 Nutzerfragebogen²

Der Nutzerfragebogen wurde gemeinsam mit der Version 2 des Erstkontaktfragebogens im April 2018 implementiert. Er beinhaltete drei Fragen. Insgesamt füllten N=105 wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen den Fragebogen aus.

Gefragt danach, woher die Befragten von dem Angebot der Sprechstunde wüssten, gaben 38,1% an, dies von Freunden und/oder Bekannten zu wissen. Weitere 21% wussten durch Aushänge in der individuellen Einrichtung von dem Hilfeangebot. Etwa 10,5% der Teilnehmer gab mehrere Informationsquellen an; so gaben sechs Teilnehmer an, sowohl von Aushängen in der Einrichtung von der Sprechstunde erfahren zu haben sowie von dem örtlichen Streetworker. Eine detaillierte Übersicht ist in Tabelle 17 zu sehen.

Bei den 22 Teilnehmer, welche als Informationsquelle Andere angegeben haben, wurden insbesondere Sozialarbeiter als Quelle genannt.

		Häufigkeit	Prozent (%)
Informationsquelle (N=105)	Freunde/Bekannte	40	38,1
	Aushänge in der Einrichtung	22	21
	Streetworker	11	10,5
	Andere	22	21
	Kombinationen	10	9,6

Tabelle 17: Informationsquelle über die medizinische Sprechstunde

Etwa die Hälfte aller Nutzer (47,1%), die den Fragebogen ausgefüllt haben, war laut eigener Aussage zum ersten Mal in der medizinischen Sprechstunde in einer der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (siehe Tabelle 18).

² Ergebnisse aus den Nutzerfragebögen sind auch in einer an dieses Projekt angelehnte Dissertation zu finden. Da die Datenerhebung über das Dissertationsvorhaben hinausging, weichen die Stichprobengrößen voneinander ab.

Beyer, M. (vsl. 2019) *Gesundheitsstatus und Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen aus der Sicht der Betroffenen in Baden-Württemberg (Dissertation)*.

		Häufigkeit	Prozent (%)
Erstkontakt (N=102)	Ja	48	47,1
	Nein	54	52,9

Tabelle 18: Häufigkeit der Erstkontakte

Eine Mehrheit von etwa 85,6% der Teilnehmer war zufrieden mit dem Sprechstundenangebot und gab an, dass die Sprechstunde „sehr hilfreich“ gewesen sei. Weitere 12,4% empfanden die Sprechstunde als „weitgehend hilfreich“. Lediglich ein Nutzer gab an nicht zufrieden mit dem Angebot der medizinischen Sprechstunde zu sein. Als Grund dafür wurde angegeben, dass man zu einem anderen Arzt gehe (siehe Tabelle 19).

		Häufigkeit	Prozent (%)
Zufriedenheit mit dem Angebot (N=97)	Sehr hilfreich	83	85,6
	Weitgehend hilfreich	12	12,4
	Weder hilfreich noch nicht hilfreich	1	1
	Weniger hilfreich	0	0
	Nicht hilfreich	1	1

Tabelle 19: Zufriedenheit mit dem Angebot

3.2 Qualitativer Teil

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews dargestellt. Zunächst wird Bezug genommen auf die Interviews mit den Vertretern der Stadt- und Landkreise. Danach werden die Interviews mit den Mitarbeitern der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe dargestellt. Dies geschieht getrennt nach den zwei Messzeitpunkten zu Beginn der Evaluationsstudie sowie zum Ende, um das Projekt abschließen bewerten zu können. Zuletzt werden die Ergebnisse der Interviews mit den Nutzern der medizinischen Sprechstunde dargestellt.

3.2.1 Interviews Stadt- / Landkreise

Insgesamt wurde 7 Telefoninterviews mit Mitarbeitern der Stadt- und Landkreise geführt. Der Leitfaden ist in Anhang 4 zu finden. Zusätzlich beantwortete ein Stadt- bzw. Landkreis die Fragen aus dem Leitfaden per Mail, da es aus zeitlichen Gründen nicht möglich war ein persönliches Gespräch zu führen. Damit wurden

alle teilnehmenden Stadt- bzw. Landkreise erfasst, da in einer Stadt zwei teilnehmende Einrichtungen ansässig sind.

Im Durchschnitt dauerten die Interviews etwa 25-30 Minuten. Im Fokus der Befragung stand die Häufigkeit zu Vorgängen der Herstellung eines Versicherungsverhältnisses. Außerdem wurden Erfahrungen der Beteiligten zum Umgang mit der Klientel abgefragt und erfasst, welche behördlichen Mechanismen bekannt sind bzw. genutzt werden um schnelle Hilfen zu gewährleisten.

Insgesamt wurden in den Aussagen der Befragten 7 inhaltliche Oberkategorien gefunden, welche die wesentlichen in den Interviews angesprochenen Themen abdecken. Dazu wurden 4 Unterkategorien gefunden, welche besondere Aspekte einer Oberkategorie beinhalten. Alle inhaltlichen Aussagen zur Beantwortung der Fragestellungen wurden in eine der Ober- oder Unterkategorien einsortiert. Die Kategorien wurden iterativ sowohl deduktiv aus dem Leitfaden entwickelt, als auch induktiv aus dem Material heraus. Eine Übersicht über das Kategoriensystem ist in Abbildung 3 zu finden.

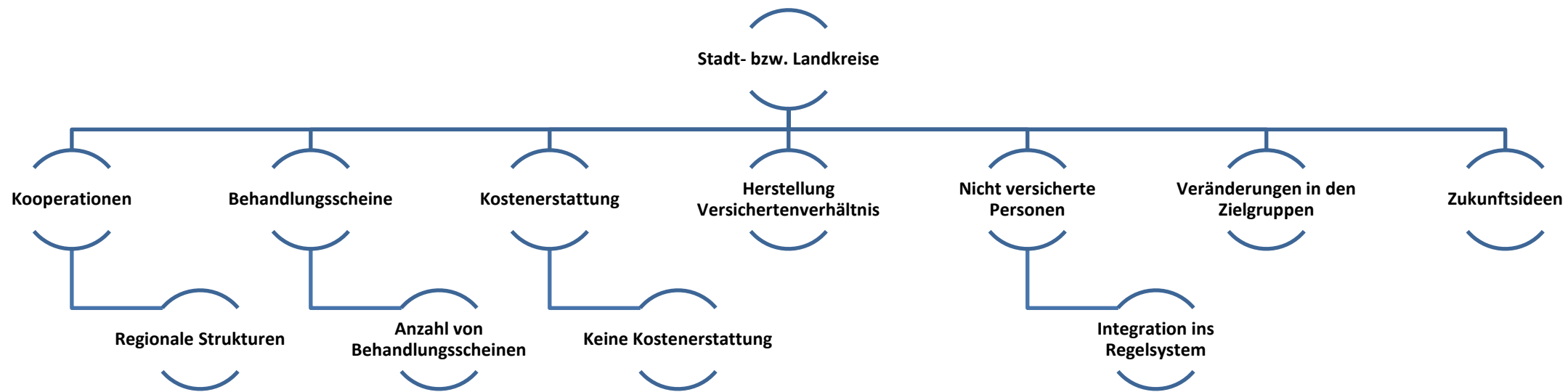


Abbildung 3: Kategoriensystem der Interviews mit der Stadt-/ Landkreise

Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der Kategorien zusammengefasst. Um die Kategorien beispielhaft zu belegen, werden Zitate aus den Interviews mit aufgenommen. Diese wurden pseudonymisiert; nach den Zitaten ist die Interviewnummer in Klammern angegeben (Bspw.: MW3392). Zudem wurden Aussagen, die Namen, Hinweise auf Orte oder ähnliches beinhalten anonymisiert. Die entsprechende Textstelle wurde beispielsweise *Name oder *Einrichtung ersetzt.

Kooperationen

In der Kategorie „Kooperationen“ wurden Aussagen kodiert, die darauf hinweisen, wie die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe funktioniert, wenn ein Klient ohne Krankenversicherung erscheint. Zumeist wäre zunächst die Sozialarbeit vor Ort verpflichtet den Schutz wieder herzustellen. Sollte dies nicht möglich sein, weil die wohnungslose Person beispielsweise keine finanziellen Leistungen tätigen kann, so würde die zuständige Behörde – meist telefonisch – kontaktiert. In der Regel würde dies jedoch im Kontext der Beantragung mit anderen Leistungen stehen.

*„Ja, also außerhalb ist unser Ansprechpartner immer der Mitarbeiter der Soziale Dienst kann ich sagen des Maßnahmeträgers, das ist bei uns die *Einrichtung1 und der informiert uns, wo – also nicht nur im Rahmen der Hilfeplanung, was sind Bedarfe – sondern informiert uns selbstverständlich auch darüber wie die Einkommens und Vermögenssituation ist, welcher Krankenversicherungsschutz besteht.“ (MW3392)*

Regionale Strukturen

Einige Befragte berichteten von speziellen Strukturen im eigenen Stadt- bzw. Landkreis, um bei Bedarf schnell ein Krankenversicherungsverhältnis wieder herzustellen. Dazu gehören bspw. spezielle Antragsformulare, Mitarbeiter der Behörde vor Ort oder ein erhöhter Stellenanteil für Sozialarbeiter, um eine engmaschige Betreuung im Bedarfsfall zu garantieren.

*„Wir haben, also hier in *Stadt1, haben wir, und das ist relativ einzigartig in der Form, mh Job Center Mitarbeiter direkt vor Ort und zwar nicht nur als Mitarbeiter sondern auch mit deren Computersystem. Und man kann einen deutlichen Unterschied mh aufzeigen, es gab vor der *Einrichtung2 eine sogenannte zentrale Fachberatungsstelle und da hat die Antragsberatung des JobCenters mh 3 bis 4 Wochen gedauert. Wir sind, wenn die notwendigen Unterlagen mh vorhanden sind, brauchen wir in der Regel 90min bis wir eine Zusage, also eine Klärung und eine Zusage für eine Leistung also mh vorgenommen haben.“ (MW3692)*

Behandlungsscheine

Behandlungsscheine sind in den Stadt- bzw. Landkreisen ein Instrument, um kurzfristig eine medizinische Behandlung zu gewährleisten, auch wenn kein Versicherungsverhältnis besteht. In der Regel werden Behandlungsscheine, laut Interviewpartner, nur für einen Zeitraum von maximal einem Quartal ausgestellt. Einige Kommunen sichern sich bereits im Vorfeld ab, in dem eine Begutachtung durch das Gesundheitsamt erfolgt. Nur so könne der Stadt- bzw. Landkreis gewährleisten, dass später eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen erfolgt, da eine Notwendigkeit der Behandlung bescheinigt wurde.

„...ja dann werden wir auch teilweise eben kurz das Gesundheitsamt fragen ob man das braucht, zum Beispiel ob eine Reha nach einer medizinischen Behandlung, die Kostenfrage ist noch unklar also wir wissen noch nicht ob eine Versicherung zustande kommt, weil wir noch nicht wissen zum Beispiel ob er im Ausland versichert war, was dieser Versicherungsschutz im Ausland für ein Typus war, privat versichert oder gesetzlich versichert., vom Charakter her. Und da können wir ja noch gar nicht groß was tun, das müssen wir erst aufklären und er muss weiterbehandelt werden in der Reha, dann lassen wir das immer intern im Gesundheitsamt prüfen ist es notwendig oder nicht ja.“ (MW3592)

Anzahl von Behandlungsscheinen

Die Befragten berichteten davon, dass nur sehr wenige Behandlungsscheine im Bereich der Wohnungslosenhilfe ausgestellt werden müssten. Allerdings würde es immer mal wieder vorkommen, dass einzelne Klienten eine erhöhte Anzahl von Behandlungsscheinen in Anspruch nehmen.

„Einer pro Jahr vielleicht. Ja genau einer pro Jahr würde ich jetzt einfach mal so sagen und der dann auch immer noch befristet.“ (MW3592)

„...dass wir in diesen spektakulären Einzelfällen, wo ich ja vorher ihnen geschildert hab, da kommt eine enorme Anzahl zusammen.“ (MW3692)

Kostenerstattung

Die Befragten berichten vereinzelt über den Prozess der Kostenerstattung ohne dabei Details zu nennen. Insgesamt scheint dies selten vorzukommen, da viele Personen bereits in einer regulären Krankenversicherung seien. Eine Kostenerstattung erfolgt nur, wenn die Behörde in Vorleistung getreten ist und eine Versicherung erst im späteren Behandlungsverlauf zustande kommt.

„Das kommt selten vor, also. Die Fallzahlen sind ohnehin gering und natürlich haben wir nicht in jedem Fall recht, also oftmals ist es so, dass wir die Auffassung vertreten Versicherung wäre möglich, weil dann die Krankenversicherung, weil sie ja doch eigentlich es eigentlich besser wissen müssten, dann doch nicht die Möglichkeit haben, das kann natürlich vorkommen, dass wir dann im Endeffekt auf den Kosten sitzen bleiben aber in einer nicht zu vernachlässigen Zahl der wenigen Fälle sag ich jetzt mal, ist es dann doch so, dass wir dann doch mit unserem Anliegen durchkommen und dann die rückwirkende, wenn wir jetzt da in Vorleistung gegangen sind,

*die rückwirkende Kostenerstattung mit den Krankenkassen haben.“
(MW3492)“*

Keine Kostenerstattung

Insgesamt käme die Nichtbewilligung einer Kostenerstattung selten vor. Einige Befragte konnten sich an keinen Fall innerhalb der letzten Jahre erinnern. Wie hoch die Kosten sind, konnte nicht gesagt werden, da dies je nach Behandlungsfall unterschiedlich sei. Wer die Kosten übernimmt erscheint regionalen Unterschieden zu unterliegen. Während in den meisten Stadt- bzw. Landkreisen der Kreisetat tangiert werden würde, gibt es auch Stadt- bzw. Landkreise in denen die Kosten beim gesundheitlichen Leistungserbringer bleiben. Meist würde eine nicht bewilligte Kostenerstattung entstehen, wenn die Klienten nach der Behandlung nicht mehr auffindbar sind.

„Ja bestimmt aber das kann – also jetzt sag ich einfach mal wo es eher der Fall ist wo wir drauf sitzen bleiben das sind so Personen die im Krankenhaus landen. In den Notfällen und dann verschwinden sie ins Ausland wieder – da bleiben wir natürlich hängen und das sind dann natürlich etwas höhere Kosten.“ (MW3392)

Herstellung Versicherungsverhältnis

Zwei Faktoren, die bei der Wiederherstellung eines Krankenversicherungsschutzes immer wieder genannt wurden, sind folgende:

- Die wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Person sollte in der Lage sein, aktiv mitzuwirken. Hierfür ist es wichtig, dass er genaue Auskünfte über den Lebenslauf und die Versicherungshistorie geben kann. Denn nur so kann die zuständige Krankenkasse ermittelt werden.

*„Und genauso ist es dann natürlich auch, je lückenloser die Kollegen von *Ort1 in den Erstgesprächen mit den Klienten da Lebensläufe und da gehört auch der Versicherungsstatus dazu, erfassen können umso verkürzter funktioniert oder umso reibungsloser läuft das dann auch.“ (MW3492)*

- Die Krankenkassen würden häufig die Aufnahme der Personen verweigern. Hierbei war interessant, dass einige Befragte von Gerichtsverfahren berichteten, um die seit 2007 bestehende Versicherungspflicht durchsetzen zu können. Andere hingegen nehmen unter solchen Umständen die Personen eher in die gesetzliche Betreuung auf, um den Arbeitsaufwand zu verringern.

„Die Krankenkassen nehmen solche schlechten Risiken, so wie sie es immer wieder ausdrücken, nicht gerne auf.“ (MW3592)

Weiterhin ist die Sorge um Schulden bei den Klienten an diesem Punkt aufgetaucht. Häufig würden ehemals bereits versicherte Personen keine Krankenversicherung in Anspruch nehmen wollen, da sie sich ob der Beitragsschulden fürchten.

„...diese Schwierigkeit oder das Problem auch immer wieder artikuliert, dass wenn jemand im Versicherungssystem drin ist und dann quasi über eine gewisse Zeit keine Beiträge bezahlt hat aber auch keine Leistungen in Anspruch genommen hat, wenn er dann quasi wieder in das System zurück geht, dass dann auch dann oft mit einer Nachforderung von quasi den aufgelaufenen Beiträgen einhergehen könnte bzw. die Sorge bei den Menschen dann besteht.“ (MW3192)

Nicht versicherte Personen

Laut Aussagen der Befragten gibt es nur einzelne nicht versicherte Personen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Nur ein Befragter berichtete von einer „relevanten Gruppe“, von psychisch Kranken und EU-Migranten die nicht im System sind.

„Was wiederum dazu führt, dass wenn ich diese Gruppen zusammennehme gibt es schon eine relevante Anzahl von Menschen die eben keine Krankenversicherung haben und dann nur immer wieder in Krisensituation ins Gesundheitssystem reinfallen.“ (MW3692)

Ein Befragter konnte Zahlen von 2017 zu 2018 vergleichen und damit bereits ein erstes Resümee über das Projekt ziehen– seit Eintreten des Projektes gäbe es keine ungeklärten Versicherungsverhältnisse mehr.

„Und wir hatten dann 2-18 [2018], wenn ich dann in die Statistik gehe, die lassen sie mir dann auch zukommen, eben noch null ungeklärte Krankenversicherungsverhältnisse.“ (MW3292)

Integration ins Regelsystem

Insgesamt lassen sich zwei verschiedene Definitionen von „Integration ins Regelsystem“ erkennen. Während für einige Befragte die Integration dann vollzogen ist, wenn ein Krankenversicherungsschutz gewährleistet ist, bedarf es für andere Befragte der aktiven Nutzung des Leistungsangebotes. Hierfür sei eine langjährige Betreuung und „Beziehungsarbeit“ notwendig, da Integration nur durch ein Vertrauensverhältnis mit dem Behandler möglich sei. Bei vielen wohnungslosen Personen sei zudem die Sorge vor Ablehnung in den Praxen groß, hierbei fiel das Stichwort „Wartezimmerkompatibilität“. Dies umschreibt, dass wohnungslose Menschen aufgrund diverser Gründe die Wartezimmersituation nicht aushalten,

beispielsweise aus Angst aufzufallen und angestarrt zu werden oder, da das Warten an sich schwierig sei.

„...wenn wir Behandlungsscheine sag ich jetzt mal geleistet haben, und dann aber zum Punkt kommen, ne eine Regelversorgung muss aber über uns stattfinden, der kommt nicht in die gesetzliche Krankenversicherung rein, wenn die dann als Betreuungsfall laufen kriegen die ihr Kärtchen von der Krankenversicherung“ (MW3492)

„...dass ich vielleicht auch gerade bei dem Klientel der Beziehungsaspekt ganz wichtig wäre. Also nicht jedes Mal, wenn man kommt dann jemand anderes vor sich zu haben, dem man die ganze Geschichte im Zweifel nochmal erzählen muss.“ (MW3192)

Veränderungen in der Zielgruppen

Die Wahrnehmung über die Veränderungen in den Zielgruppen ist regional unterschiedlich. So berichten manche Befragte, dass die Zielgruppe zunehmend jünger werden, häufig auch gepaart mit psychischen Erkrankungen. Auch das Thema wohnungslose Frauen steht im Fokus einiger Befragten, sodass mancher Ort bereits mit der Etablierung einer speziellen Einrichtung für Frauen reagiert wurde. Im Zuge des demografischen Wandels wird auch das Thema pflegebedürftiger älterer Wohnungsloser mit langen Liegezeiten präsenter, sodass zum Teil bereits mit Pflegediensten kooperiert wird. EU-Migranten scheinen ebenfalls eine wachsende Gruppe zu sein. Die „klassischen Toppelbrüder“³ gibt es laut Aussage mehrerer Befragten nicht mehr.

„Und da natürlich auch, insbesondere das Thema der wohnungslosen jungen Frauen mal thematisiert wurde, die ja dann eher oder oftmals in der Si-

³ Toppelbrüder: veraltet für umherziehender Obdachloser oder Handwerksgeselle

tuation sind, dass sie bei irgendwelchen Freunden, ja in Beziehungen oder wie auch immer dann auch wohnlich unterkommen und das natürlich dann auch wieder Abhängigkeiten mit sich bringt, die, ja, als schwierig gesehen werden“ (MW3192)“

Zukunftsideen

Unter dem Punkt „Zukunftsideen“ wurden Ideen für den Ausbau der medizinischen Versorgung von Obdachlosen zusammengefasst. Insgesamt hatten drei Befragte hierzu Ideen, welche alle im Kern die Verstärkung der medizinischen Sprechstunde in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe beinhalten. Wünschenswert wäre, nach Aussage der Interviewpartner, die medizinische Sprechstunde in das Gesundheitssystem zu integrieren und eine dauerhafte Finanzierung sicherzustellen. So hätten sowohl Personen ohne Krankenversicherung die Chance sich behandeln zu lassen, als auch Personen mit Krankversicherung einen geschützten Raum.

„Also mit einer Schwerpunktpraxis für Obdachlose, das würde, aber da sehe ich halt die Kassenärztliche Vereinigung in der Pflicht, weil die ja die Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung sicher stellen muss und da muss man einfach sagen, in dem Bereich ist es nicht sicher gestellt.“ (MW3692)

3.2.2 Interviews Einrichtungsmitarbeiter zu Beginn des Projekts (t1)

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Leitfaden gestützten Interviews mit den Mitarbeitern der kooperierenden Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zu Beginn des Projekts dargestellt.

Insgesamt wurde 21 Interviews mit Mitarbeitern, Ärzten sowie Pflegepersonal der Einrichtungen der Wohnungslosen Hilfe geführt. In einigen Einrichtungen wurde mit mehreren Mitarbeitern zur gleichen Zeit gesprochen, d.h. es wurden Gruppeninterviews durchgeführt.

Im Durchschnitt dauerten die Interviews etwa 30-45 Minuten. Im Fokus der Befragung standen der Ablauf der Sprechstunde sowie die Ausstattung und die genutzten Ressourcen. Zudem wurden die Interviewpartner nach Kooperationspartnern im Hinblick auf die medizinische Sprechstunde befragt. Außerdem sollte eingeschätzt werden, wie die wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen das Angebot annehmen.

Insgesamt wurden 7 Oberkategorien gefunden, in die man die Aussagen anhand der Interviews einordnen konnte. Für die Kategorie „Barrieren beim Eintritt in die Versorgung“ wurden zusätzlich die beiden Unterkategorien „Unterstützende Faktoren beim Personal“ sowie „Überweisung an Fachärzte gefunden“. Bevor die kategorisierten Themen inhaltlich beschrieben werden ist in Abbildung 4 ein Überblick über die Kategorien dargestellt.

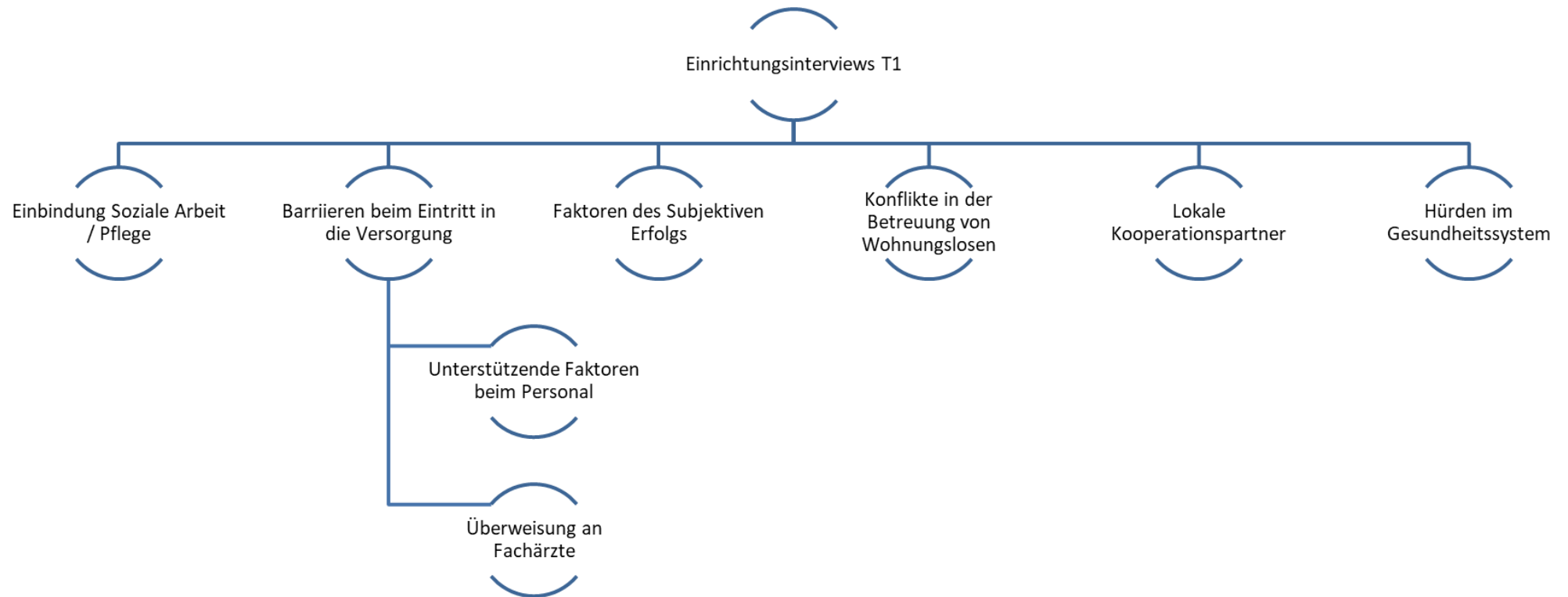


Abbildung 4: Kategoriensystem der Interviews mit den Einrichtungsmitarbeitern zu Beginn des Projekts (t1)

Um die Kategorien beispielhaft zu belegen werden Zitate aus den Interviews mit aufgenommen. Diese wurden pseudonymisiert; nach den Zitaten ist die Interviewnummer in Klammern angegeben (Bspw: MW3392). Zudem wurden Aussagen, die Namen, Hinweise auf Orte oder ähnliches beinhalten anonymisiert. Die entsprechende Textstelle wurde beispielsweise *Name oder *Einrichtung ersetzt.

Einbindung Soziale Arbeit/Pflege

In dieser Kategorie wurden Aussagen kategorisiert, bei der die Zusammenarbeit zwischen den Sozialarbeitern, der Pflege und der Ärzteschaft im Rahmen der Sprechstunde thematisiert wurde. Insgesamt gibt es zwei Standpunkte, die an dieser Stelle vertreten wurden. So gibt es Einrichtungen, in denen Sozialarbeiter zwar die medizinische Sprechstunde bewerben, jedoch selber nicht weiter daran beteiligt sind.

„Also, da sind wir außen vor. Die Sprechstunde, da sitzen wir ja nicht dabei. Das kriegen wir dann nicht so mit.“ (MW3694_1)

Zum anderen gibt es jedoch auch Einrichtungen, bei der die Sozialarbeiter einen erheblichen Teil der medizinischen Sprechstunden übernehmen. So gehen die Sozialarbeiter z.B. mit in die Sprechstunde hinein, um die nachfolgende Behandlung besser koordinieren zu können. So berichtete ein Mitarbeiter, dass die Wohnungslosen Anweisungen des Arztes häufig nicht verstehen würden oder nicht die Motivation bzw. Kraft hätten diese später ohne Assistenz durchzuführen.

„Und da sehe ich auch ein Stückchenweit auch die Verantwortung der Sozialarbeit, dass das...dass das dann praktisch weitergeht. Das war, das was da, dass das nicht eine Eintagsfliege braucht, sondern dass die Leute tatsächlich, tatsächlich dran bleiben. Und deswegen ist es auch so wichtig, in meinen Augen, dass auch der Sozialarbeiter weiß, was ist, was ist denn jetzt eigentlich da medizinisch weiterhin angezeigt.“ (MW32399)

Aber auch die Ärzte würden vom gegenseitigen Informationsaustausch profitieren, da diese so anamnestische Informationen über die wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen erführen.

Des Weiteren würden die Soziale Arbeit sowie die Pflege häufig kleinere Aufgaben, wie den Verbandswechsel, übernehmen. Die Pflege sei besonders bei der aufsuchenden Sozialen Arbeit wichtig, da so eine erste Versorgung sichergestellt werden kann. Außerdem sei die psychosoziale Arbeit sowie Vertrauensarbeit ein wichtiger Bestandteil der Sprechstunde, hier wurde von einigen Mitarbeitern die besondere Rolle der Pflegekräfte betont. Nur durch ein gutes Vertrauensverhältnis könne eine langfristige Behandlung und Reintegration in das Gesundheitssystem gelingen.

Barrieren beim Eintritt in die Versorgung

Unter der Kategorie „Barrieren beim Eintritt in die Versorgung“ wurden Aussagen zusammengefasst, die kodiert wurden, wenn Erklärungsansätze dafür formuliert wurden, warum wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen nicht zu einem regulären niedergelassenen Arzt gehen.

Hierbei wurden ganz unterschiedliche Ansätze gefunden. So gäbe es viele wohnungslose Menschen, bei denen Gesundheit keinen Stellenwert habe. Damit einhergehend fehle die Motivation, um die Entscheidung zu treffen zu einem niedergelassenen Arzt zu gehen.

„Wir haben von sehr jungen Menschen, für die die eigene Gesundheit nicht so einen großen Stellenwert spielt und die Motivation einen Arzt aufzusuchen einfach dadurch sehr gering ist...“ (MW3994_2)

Zudem hätten viele der wohnungslosen Menschen eine Skepsis gegenüber dem Gesundheitssystem. Man habe Stigmatisierungserfahrungen gemacht oder empfinde Scham, z.B. aufgrund einer psychischen Erkrankung. Daher sprachen einige Interviewpartner davon, dass ein Erstkontakt alleine nicht ausreichen würde, um

eine Reintegration zu gewährleisten. Vielmehr bedarf es längerer, kontinuierlicher Arbeit, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.

„Habe ich ja jetzt schon öfters betont...das geht eben oft unter und eine Wiedereingliederung ins Regelsystem besteht eben nicht im Erstkontakt. Und dann hat man ein Arzt kennengelernt und dann ist das erledigt. Sondern das hat mit viel Begleitung, mit der Verantwortung, dass die wieder Verantwortung übernehmen für die Gesundheit, das ist ein Prozess eben...“ (MW339369)

Zudem hätten viele wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen eine geringe Frustrationstoleranz oder hätten Probleme eine strukturierte Organisation ihres Alltags durchzuführen. Dies würde dazu führen, dass Termine nicht eingehalten werden, insbesondere wenn diese weit in der Zukunft liegen. Des Weiteren wurde auch hier von mehreren Interviewpartnern das Wort „Wartezimmerkompatibilität“ genutzt.

„Die wissen ja dann auch, wenn sie dann zum Beispiel auch körperlich sich vernachlässigt haben, ja und wir haben hier viele Probleme. Viele Leute mit einfach...sagen wir mal die auch andere hygienische Ansprüche an ihr, an ihr eigenes Auftreten haben. Äh da ist auch eine große Hemmschwelle bei den Leuten, wenn sie wissen „Ich bin körperlich jetzt nicht so attraktiv“ Ich kriege es vielleicht auch gar nicht hin, sich vielleicht auch in ein Wartezimmer zu setzen, wo ich sag mal normale Patienten sind...“ (MW329399)

Unterstützende Faktoren beim Personal

Es gibt bestimmte Faktoren beim Personal der Einrichtungen der wohnungslosen Hilfe, welche dabei helfen würden die Barrieren zu überwinden. Diese Faktoren seien insbesondere auch bei den mitwirkenden Ärzten von Bedeutung, da so eine langfristige vertrauensvolle Beziehung zum Klienten aufgebaut werden könne. Zu

diesen Faktoren gehöre, dass das Personal den Klienten offen gegenüber tritt und die „Leute nehmen wie sie sind“ (MW3694_2). Man bräuchte bei der Klientel besonders viel Geduld und Empathie und müsse vermeiden, negative Emotionen wie z.B. Ekel zu zeigen.

„Ein großes Stück Gelassenheit, denke ich mal. Ähm, keine Abneigung gegen irgendwelche optischen, oder, äh, Gerüche dann, und glaube ich einfach, äh, viel, viel Ruhe und viel, ja, Gelassenheit denke ich ist ganz wichtig. Jemanden so halt zu lassen wie er ankommt und, äh, nix überstülpen. Also ich glaub so dieses Gefühl, dass man so unglaublich viel verändern kann, das muss man irgendwie an der Haustür lassen dann, und dann finde ich, dann klappt das ganz gut, ja, ja.“ (MW3993)

Überweisung an Fachärzte

Neben den bereits genannten Faktoren bedürfe es zudem noch weiterer Unterstützung, damit die wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen zu Fachärzten überwiesen werden können. Dies sei besonders schwierig, da man häufig keine Kooperationen mit Fachärzten habe und Wartezeiten für einen Termin lange seien. Um hier die Überweisungen erfolgreich zu machen, bedarf es nach Aussage einiger Interviewpartner einer engmaschigen Betreuung durch Ärzte und Sozialarbeiter. So würden zum Teil bereits die Ärzte in der Sprechstunde einen Termin für die wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen machen. Zudem sei es wichtig, wann immer es geht neue Kooperationen mit Fachärzten aufzubauen. Überweisungen an Kliniken und Ambulanzen würden in der Regel funktionieren.

„Also, eigentlich ist das Ziel schon, dass sie das alleine machen. Nee, es passiert jetzt nicht häufig, dass wir mit denen dahin gehen. Ähm, aber, wir versuchen, ähm, sie so zu unterstützen, dass – dass sie es selber schaffen

können, und zur Not gehen wir auch mal mit jemandem irgendwo hin, aber es ist nicht der Regelfall. Ja.“ (MW3794)

Faktoren des Subjektiven Erfolgs

Frage man die Interviewpartner, ob sie den Eindruck haben die Sprechstunde habe Erfolg, so wurden verschiedene Dinge genannt, die dies bestätigen. Zum einen wurden rationale Gründe genannt, die zum Teil sogar durch eigene Statistiken belegbar wären, zum anderen wurde ein subjektiver Eindruck des Erfolgs angeführt.

Zu den rationalen Gründen zählen unter anderen Fallgeschichten von Einzelfällen, bei den eine schwerwiegende Erkrankung oder sogar der Tod verhindert werden konnten. Zudem nannten die Interviewpartner auch, dass die Krankenhausaufenthalte ihrer Klientel reduziert werden konnten, insbesondere wegen der kurzfristigen Behandlungsmöglichkeiten in der Sprechstunde vor Ort.

„Wenn ich dann davon ausgehe, dass 3 Leute ähm sozusagen durch die Initiative der Ärzteschaft sich in Therapie begeben haben – in die Entgiftung, und in die Anschlusstherapie, dann ist das für mich ein Erfolg.“ (MW329399)

Zudem hatten die Interviewpartner den Eindruck, dass die Klienten sich in den Sprechstunden wohlfühlen und Vertrauen zu den Ärzten haben. Dies mache sich besonders bemerkbar, da ein Teil der Klienten die medizinische Sprechstunde als ihre Hausarztpraxis ansähe und sogar nach Terminen fragen würden. Hierbei sei insbesondere die Niedrigschwelligkeit des Angebots ein Erfolgsfaktor.

„Na, dass die Leute so wiederkommen und das eigentlich der Hausarzt für sie ist. Also für die große Masse der Menschen, die hier auch in der Ta-

gestätte sind, ist das der Hausarzt. Ja. Und auch der – für viele auch der einzige Arzt, den sie wirklich kennen, zu dem sie gehen.“ (MW3794)

Konflikte in der Betreuung von Wohnungslosen

Immer wieder berichteten Interviewpartner von Schwierigkeiten mit der Klientel. Insgesamt sei die Klientel „schwierig“ (MW3493). Insbesondere Klienten mit einer Abhängigkeitssymptomatik seien mitunter fordernd.

Bei den anderen hatte ich zum Teil das Gefühl, die wollen einfach nur ein Rezept für irgendetwas, was sie meinen zu brauchen. Wobei ich nicht immer so überzeugt war, dass sie es wirklich brauchen. Zum Teil auch meinen sie es zu brauchen, aufgrund von Abhängigkeitssymptomatik. In einem Fall war das mindestens so. Als sie das nicht bekamen waren sie nicht ganz glücklich. Ja die haben jetzt nicht glaube ich den medizinischen oder ärztlichen Kontakt gesucht sondern einfach wo sie ihre Wünsche erfüllt kamen. (MW329399)

Zum Teil sei es dann Aufgabe der Ärzte den Klienten zu signalisieren, dass es kein Behandlungsbedarf gäbe. Man müsse die Klienten in solchen Fällen zum Gehen auffordern.

„Also, das mach ich natürlich weder aggressiv noch fordernd, weil das ist das Letzte was die Leute brauchen, da achte ich immer drauf an. Sondern das mach ich mit meiner Körpersprache, mit meiner Körpersprache und einem netten Lob am Schluss.“ (MW3493)

In einer Einrichtung wurde berichtet, dass sich eine der Ärztinnen bei einigen Klienten wohler fühlt, wenn ein Mitarbeiter der Sozialarbeit vor der Tür steht.

Also wir haben manchmal, wir haben manchmal eine Situation, das betrifft auch die Frau Dr. X, äh das sie...wir hatten da jetzt schon zwei, zweimal Patienten die dann alkoholisiert kamen, [...], wo Frau Dr. X mir signalisiert hat, dass sie mh, dass es ihr wichtig ist, dass ich mich vor dem Sprechzimmer aufhalte ne..(MW329399)

Lokale Kooperationspartner

Um die medizinische Versorgung von wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen über die Grundversorgung bzw. allgemeinärztliche Versorgung in der Sprechstunde hinaus zu gewährleisten, gehen die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Kooperationen mit anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ein. Dies ist zwar zwischen den Einrichtungen unterschiedlich, kann jedoch trotzdem auf zwei Gemeinsamkeiten zusammengefasst werden, welche immer wieder auftauchen. Insgesamt seien die in der Sprechstunde tätigen Ärzte gut vernetzt und könnten Fachärzte bei Bedarf kontaktieren.

Zu einem seien Krankenhäuser immer eine Anlaufstelle, insbesondere für eine kurzfristige Behandlung. Von besonderer Bedeutung sind hierbei auch die Psychiatrischen Ambulanzen, die in einzelnen Einrichtungen auch Sprechstunden anbieten.

„Dann natürlich die ganzen Krankenhäuser, Kliniken, insbesondere auch das Zentrum für Psychiatrie, wo auch viele immer wieder auch in Behandlung gehen. Mh ja, das sind so die Haupt-...“ (MW339369)

Zudem haben viele Einrichtungen Kooperationen mit örtlichen Apotheken. Da viele Klienten die Zuzahlungen bei verordneten Medikamenten oder Hilfsmitteln nicht leisten könnten oder gar nicht versichert seien, würden einige Apotheken einmal im Monat eine Rechnung an die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe stellen. Diese Rechnung würde dann durch Spenden bezahlt werden.

„Mh die Doktoren hatten mit den nächstliegenden Apotheke, hier am Stammplatz ähm die Absprache, dass da so eine Art, also in der Kneipe würde ich sagen Deckel ja, ein Deckel eingerichtet wurde äh so dass man Patienten die in der Sprechstunde schon sagen „Ich will keine Medikamente, ich kann die Zuzahlung nicht leisten“, dass man die trotzdem hinschicken konnte. Und die dann eben auf diesen Deckel notiert wurde und am Ende des Monats komplett bezahlt wurde die Rechnung da.“ (MW3194)

Hürden im Gesundheitssystem

Neben den bereits erwähnten Barrieren für wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen diese in die Regelversorgung zu überführen, gebe es auch Hürden innerhalb des Gesundheitssystems. Diese würden zu einem den Eintritt in eine Krankenversicherung verhindern oder die Versorgung erschweren. In den Interviews gab es unterschiedliche Angaben, wie viele Personen ohne Krankenversicherung sind. So wurde in einigen Interviews von einem sehr geringen Teil gesprochen, in zwei anderen Interviews wurde von einem Anteil von 25-30% gesprochen.

Ein häufig angesprochener Faktor seien die Beitragsschulden, die sich bei einer Phase der Nichtversicherung anhäuferten. Diese würden nicht vom Sozialamt übernommen. Somit würde entweder kein Versicherungsverhältnis zustande kommen oder die Leistungen ruhen, bis die Schulden abbezahlt seien.

„Wenn der jetzt wieder rein will, muss dieser Betrag nachgezahlt werden. Und die Nachzahlung erfolgt nicht durch das Sozialamt, was dieses Geld ja gespart hat, sondern durch den Betroffenen. Und das hat der leicht nie und nimmer. Der hat keine 2000€ zum Nachzahlen. Und deshalb bleibt der draußen. Jetzt sagt man mir beim Sozialamt, ja das könnte man dann ja richten, da muss man einen Antrag stellen und dann übernimmt das Sozialamt die Kosten und das wird ihm halt als Schulden gut geschrieben. Aber jetzt muss man sagen: Zu einem ist er halt akut trotzdem unversorgt. Zum

anderen jemand eine Schuld zuschreiben, die er dann Lebenslang haben wird, weil da kommt er ja nicht mehr raus.“ (MW3193)

Innerhalb des Gesundheitssystems sei die Abrechnung schwierig, da die klassische Abrechnung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht sinnvoll sei. Wohnungslose seien häufig chronisch krank, multimorbid und würden aufgrund ihrer psychosozialen Situation in der Sprechstunde viel Zeit beanspruchen. Zudem sei eine stabile Versorgung der chronisch Kranken nicht möglich, da die Wohnungslosen nicht regelmäßig kommen würden. Daher sprachen sich einige Interviewpartner für ein anderes Abrechnungssystem aus.

Damit einhergehend sei die fehlende Finanzierung für die Sprechstunden. Insgesamt sei es schwierig mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Finanzierung zu klären. Habe man diese Hürde überwunden, würde hinzukommen, dass der Arzt zwar Leistungen abrechnen könne, damit aber nicht der Mehraufwand an Personalkosten für Pflege und Verwaltung in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe abgedeckt sei. Dabei würden diese Faktoren in der Versorgung von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen essenziell sein, um eine stabile Versorgung zu gewährleisten.

„Denke ja auch an die Wohnungslosen Hilfe und das große Problem ist ja, dass es keine Regelfinanzierung von...also das pflegerisches Personal gibt. Wir haben hier im Landkreis wirklich das große Glück, aufgrund von viel Lobbyarbeit und Öffentlichkeitsarbeit, dass wir Zuschüsse kriegen für ihre Stelle von der Stadt und vom Landratsamt, aber lange nicht kostendeckend und sind da einfach regelmäßig auf Spenden angewiesen.“ (MW339369)

3.3.3 Interviews Einrichtungsmitarbeiter zum Ende des Projekts (t2)

Zum Ende des Modellprojekts wurden noch einmal Interviews mit den Einrichtungen durchgeführt, um das Projekt abschließend bewerten zu lassen. Der Leitfaden stützte sich auf die Ergebnisse der Erstkontaktfragebögen, der Interviews mit den Vertretern der Stadt- und Landkreise sowie der ersten Einrichtungsinterviews. Angesprochen wurden außerdem die konkreten Veränderungen durch das Modellprojekt sowie die Zukunft der medizinischen Sprechstunde in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Auch wurden die Interviewpartner nach Vorschlägen gefragt, um die Versorgung von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohter dauerhaft zu verbessern. Der Leitfaden ist in Anhang 6 einsehbar.

Die Interviews wurden im Oktober 2018 als Telefoninterviews geführt. Von acht Einrichtung wurde ein Mitarbeiter befragt. Bei einer Einrichtung war die im Projekt tätige Pflegekraft Interviewpartner, während bei den anderen Einrichtungen der für das Projekt zuständige Sozialarbeiter interviewt wurde. Die Interviews dauerten im Schnitt 10-30 Minuten.

Insgesamt wurden bei der inhaltsanalytischen Auswertung sechs Oberkategorien sowie drei Unterkategorien gefunden, in welche die Aussagen während der Interviews eingeordnet werden können. Ein Überblick über das Kategoriensystem ist in Abbildung 5 zu finden.

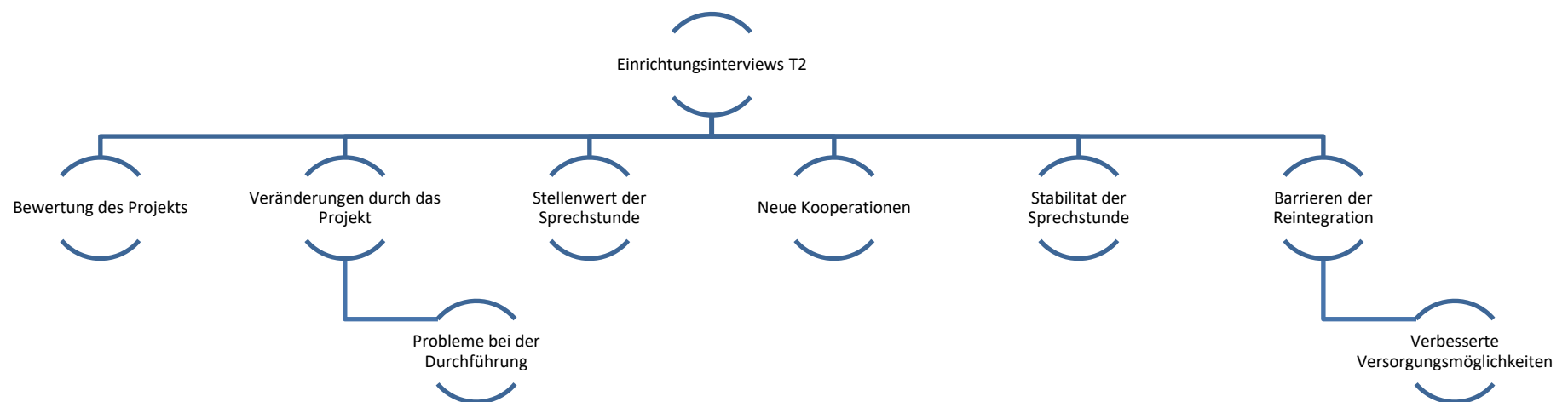


Abbildung 5: Kategoriensystem der Interviews mit Einrichtungsidearbeitern zum Ende des Projekts (t2)

Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse in den Kategorien zusammengefasst. Um die Kategorien beispielhaft zu belegen werden Zitate aus den Interviews mit aufgenommen. Diese wurden pseudonymisiert; nach den Zitaten ist die Interviewnummer in Klammern angegeben (Bspw: MW3392). Zudem wurden Aussagen, die Namen, Hinweise auf Orte oder ähnliches beinhalten anonymisiert. Die entsprechende Textstelle wurde beispielsweise *Name oder *Einrichtung ersetzt.

Bewertung des Projektes

Insgesamt wurde das Projekt als positiv von den Interviewpartnern bewertet. So habe es die eigenen Mitarbeiter bei der Umsetzung und Unterstützung der medizinischen Sprechstunde in der Einrichtung motiviert sowie die Versorgung von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen „beflügelt“.

Außerdem habe man es positiv aufgefasst, dass die Landesregierung sich mit dem Thema befasse. Man erhoffe sich so eine langfristige Wirkung auf die Politik.

*„Also grundsätzlich bewerte ich das positiv, ja, also ich finde es sehr positiv, dass das Land Geld in die Hand genommen hat, um die medizinische Versorgung von Wohnungslosen ein Stück weit zu verbessern und das Ganze auch noch wissenschaftlich zu evaluieren. Ich glaube auch, dass die Effekte jetzt bei uns im Großen und Ganzen als positiv zu werten sind.“
(MW3594_2)*

Man gab allerdings auch zu bedenken, dass die teilnehmenden Einrichtungen sehr unterschiedlich seien und daher das Projekt nach Auffassung eines Interviewpartners nicht alle Bedürfnisse abgedeckt habe.

„Aber auf der anderen Seite erfasst es sicherlich nicht alle Bedürfnisse oder die Bedürfnisse aller Einrichtungen, die an dem Modellprojekt teilgenommen haben. Da gibt es eben große Unterschiede, wie bei uns zum Beispiel. Und dadurch habe ich den Eindruck gewonnen, dass das Projekt

nicht flexibel genug ist und irgendwie so mehr als statisch empfunden wurde, sodass ich sagen muss, also teils, teils waren wir damit zufrieden.“
(MW3994_2)

Veränderungen durch das Projekt

Die meisten der Interviewpartner berichteten von einer qualitativen Verbesserungen durch das Projekt, da durch die finanziellen Mittel die Ausstattung verbessert wurde; insbesondere bei den Einrichtungen die erst mit dem Projektbeginn die medizinische Sprechstunde eingerichtet haben. Die Art der Anschaffungen war divers. So haben viele Einrichtungen medizinische Produkte und medizinische Einrichtungsgegenstände angeschafft. In zwei Einrichtungen konnte ein eigenes Zimmer für die medizinische Sprechstunde eingerichtet werden und, laut Aussage eines Interviewpartners, erst dadurch eine angemessene Behandlung ermöglicht werden. Zudem wurde in einer Einrichtung ein Zugang zum Computersystem der Praxis des in der Einrichtung tätigen Arztes geschaffen; damit wurden Abrechnung und Dokumentation professionalisiert.

„Und wir konnten durch das Projekt natürlich auch erst mal überhaupt uns etwas besser ausstatten. Das Wichtigste war zum Beispiel auch, dass unsere Ärzte oder hauptsächlich ein Arzt jetzt mit seiner Praxis verbunden ist per Internet, sage ich jetzt mal, aber nicht per Internet, sondern per Intranet heißt das, glaube ich, ich weiß nicht genau, wie es heißt, sodass unser Arzt jetzt hier vor Ort all das machen kann, was er in seiner Praxis auch machen kann.“ (MW3694_2)

Von wenigen Interviewpartnern wurde benannt, dass es keine qualitativen Veränderungen der medizinischen Sprechstunde gab. Dies waren Einrichtungen, in denen die medizinische Sprechstunde schon bereits vor dem hier beschriebenen Projekt bestand.

Probleme bei der Durchführung des Projektes

Bei der Durchführung des Projektes sind sowohl in der Intervention als auch im Rahmen der Evaluation Probleme in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe aufgetaucht, die hier kurz beschrieben werden sollen.

So gebe es in der Nachfrage für die medizinische Sprechstunde von Seiten der Klienten starke Schwankungen, sodass die Ärzte zum Teil in die Einrichtung kommen würden ohne jemanden zu behandeln. Da die Ärzte auf ehrenamtlicher Basis arbeiten würden und man daher die Zeit effektiv nutzen wollen, hätte man in einer Einrichtung versucht mit einer Art Terminsprechstunde zu reagieren. Dies sei jedoch von den Klienten nicht gut angenommen worden.

*„Und das ist ein bisschen das Problem auch für die Ärzteschaft, weil, wenn zum Beispiel keine Nachfrage da ist, sie dann im Grunde genommen sich hier aufhalten in der Einrichtung, ja, und eigentlich so ein bisschen auch ihre Zeit absitzen und dann ja eigentlich auch bedauern, dass sie während der Zeit keine anderen, ja, also Termine wahrnehmen können.“
(MW3294_2)*

Zudem wurde die Fragebogenerhebung mit den Erstkontaktfragebögen als problematisch empfunden. Neben Schwierigkeiten mit der praktischen Umsetzung aufgrund von mangelndem Personal, wurde auch bemängelt, dass die Fragebögen nicht auf die Bedürfnisse der Einrichtungen zugeschnitten seien.

Stellenwert der Sprechstunde

Insgesamt seien die Klienten sehr dankbar für das niedrigschwellige Angebot in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Dies merke man insbesondere durch die Nachfragen nach der Sprechstunde. Für einige Klienten sei die medizinische Sprechstunde ein Ersatz für die klassische hausärztliche Versorgung. Damit sei das Angebot für viele Klienten „ersatzlos“, da sie sonst in keiner Versorgungsstruktur integriert seien.

*„Also das wird durchweg positiv empfunden, weil es einfach sehr niederschwellig ist. Wenn die Arztsprechstunde ist, kann man einfach reingehen in die Sprechstunde ohne Termin, ohne Wartezeiten im Arztzimmer. Man lernt den Arzt ganz niederschwellig kennen, kann dann entscheiden.“
(MW3394_2)*

Es wurde jedoch auch zu bedenken gegeben, dass es nichts destotrotz immer noch wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen gebe, die nicht erreicht würden.

„...wir wissen schon, dass es viele unversicherte Personen gibt, die aber einfach auch hierher nicht kommen, in diese, wie soll ich sagen, in diese Beratungssituation und Praxissituation und das ist eigentlich natürlich schade.“ (MW3594_2)

Neue Kooperationen

Gefragt nach Kooperationen im Bereich der medizinischen Versorgung, die entweder im Rahmen des Projektes entstanden sind oder für die Zukunft geplant sind, wurde vermehrt der Wunsch nach psychologisch-therapeutischen Kooperationen genannt. In wenigen Einrichtungen gibt es eine psychologisch-therapeutisch oder psychiatrische Sprechstunde, für die meisten befragten Einrichtungen war dies jedoch eine Versorgungslücke. Ein Interviewpartner berichtete von gescheiterten Bemühungen Kooperationen einzugehen.

„Ja, also was uns dringend auf dem Pelz brennt, ist eigentlich, dass die psychiatrische Geschichte also überhaupt nicht abgedeckt ist. Das heißt, das liegt mir auch schon eine Weile im Hinterkopf und jetzt auch mit unserem Arztzimmer hätten wir ja auch die Gelegenheit, die psychiatrische Insti-

tutsambulanz eventuell noch an Land zu ziehen, haben wir aber noch nicht. Und die Wahrscheinlichkeit, dass sie es machen, ist auch gering oder, also weil die auch unglaublich überlastet zu sein scheinen oder das jedenfalls nach außen hin transportieren.“ (MW3894_2)

Insgesamt müsse man aber auch Kooperationen fallbezogen und klientenspezifisch aufbauen. So sehen einige Einrichtungen als Aufgabe für die nächsten Jahre ein Netzwerk von Fachärzten aufzubauen, um eine umfangreiche Versorgung zu gewährleisten.

Stabilität der Sprechstunde

Die medizinische Sprechstunde wird laut Aussage aller teilnehmenden Einrichtungen zunächst so fortgeführt. Eine Thematik, die dabei jedoch in allen Einrichtungen eine Rolle spielte, war das Wegfallen von Personal. Durch eine fehlende vertragliche Bindung der Ärzte an die medizinische Sprechstunde, und zum Teil altersbedingt, gäbe es die Angst, dass die Ärzte wegfallen und dann keine neuen Ärzte gefunden würden. Dann könnten die Einrichtungen die medizinische Sprechstunde so nicht fortführen. Auch in den Einrichtungen, in denen das Pflegepersonal ein Honorar bekäme, hätte man ständig Sorge, da das Honorar aus Spenden bezahlt würde und somit nicht zeitlich stabil sei.

„...würden wir sagen, das würden wir absolut immer weitermachen, das ist keine Frage, aber es ist natürlich von der Person der Ärztin abhängig, wenn sie irgendwann mal sagt: „Ich habe jetzt eine andere Lebensplanung“ und möchte vielleicht was anderes machen, dann können ... werden wir das so nicht ohne Weiteres fortsetzen können und das ist uns einfach auch bewusst, ja.“ (MW3594_2)“

Barrieren der Reintegration

Wie bereits in den Interviews davor, wurden auch hier verschiedene Barrieren genannt, welche die Reintegration ins Regelversorgungssystem verhindern. Hierbei sind Aspekte angesprochen worden, die in den bisherigen Interviews keine Erwähnung fanden. Diese sollen hier nun aufgeführt werden.

So sprach eine Interviewpartnerin davon, dass Klienten immer wieder aus dem Krankenversicherungsschutz rausfallen, da die Tagessatzanmeldung und -Auszahlungsmodalitäten bei einzelnen der zuständigen Stadt- bzw. Landkreise zeitversetzt zu den Zahlungen bei der Krankenkasse seien. So müssten die Klienten sich monatlich bei der Krankenkasse mit einem Bewilligungsschein melden, um weiterhin versichert zu sein.

„Ja, wir haben wenige, die gar nicht versichert sind, aber wir haben das Problem bei der Tagessatzauszahlung, dass die vom Jobcenter immer an- und abgemeldet werden, weil das nachträglich bezahlt wird und die eigentlich versichert sind, aber bei der Krankenkasse immer als abgemeldet gelten und dann muss man halt den Bewilligungsbescheid hinbringen und so. Das kommt immer häufiger vor.“ (MW3394_2)

In den vorherigen Interviews wurden bereits die Beitragsschulden angesprochen, die bei einer Phase der Nichtversicherung entstehen. Als neuer Aspekt ist angesprochen worden, dass die Krankenkassen zur Berechnung der Beitragsschulden die Beitragsbemessungsgrenze nach §6 (7) SGB V sowie §223 (3) SGB V zu Grunde legen. Damit würden die Schulden künstlich hoch sein und die Chance der Rückzahlung verringert für die Klienten.

„Und wir haben aber viele Menschen, die dann sozusagen diese Vermögensauskunft nicht geben oder es einfach vergessen haben, da eine Vermögensauskunft zu geben, und dann fangen die Krankenkassen automatisch an, weil die brauchen ja irgendwie eine Berechnungsgrundlage ...

fangen die an, die mit den Höchstbeträgen zu belasten, ne also. Und das finde ich ein wenig unangemessen, weil dann sind ... da laufen solche Beitragsschulden auf nachher, die dann kaum zu stemmen sind von den Betroffenen.“ (MW3294_2)

Zudem wurde immer wieder betont, dass Klienten bei niedergelassenen Ärzten stigmatisiert und diskriminiert werden. Zum Teil durch andere Patienten in der Wartezimmersituation, da die Klienten aufgrund ihres äußeren Erscheinungsbildes auffallen würden. Zum anderen aber auch durch die Ärzteschaft selbst. Dies würde zu Frustrationen bei der Klientel führen und damit einen weiteren Besuch verhindern.

„Eine Ursache ist eben das Verhalten der niedergelassenen Ärzte, die sehr wenig Verständnis zeigen ob der, ja ich sage mal, Ursache bzw. dem Zustand dieser Menschen, die dann eben um Hilfe ersuchen. Ja, ich gebe da mal ein Beispiel. Wenn wir die Menschen dann zum Hausarzt schicken, kommen sie sehr frustriert wieder, weil sie erstens sehr lange warten müssen, es wird die Nase gerümpft über sie und der Arzt hat sehr wenig bis gar keine Zeit für diese Menschen, die werden behandelt wie Menschen dritter Klasse. Das ist also sehr ungünstig. Sie fühlen sich diskriminiert, sie fühlen sich nicht ernst genommen in ihren Beweggründen, jetzt zum Arzt zu gehen, und sie fühlen sich dadurch auch nicht angenommen.“ (MW3994_2)

Zudem hätten viele Klienten keine Krankheitseinsicht. Dadurch würden die Klienten auch nicht an ihrer Genesung und Reintegration in das Gesundheitssystem mitarbeiten. Des Weiteren hätten viele Klienten keine Gesundheitskompetenz und würden Informationen zu ihrer Erkrankung und Behandlung nicht verstehen. Auch dies sei ein Grund, warum die Klienten die Reintegration nicht selbstständig verfolgen könnten.

Möglichkeiten der verbesserten Versorgung

Die Interviewpartner wurden zudem gefragt, welche Möglichkeiten sie sehen, die Versorgung für Wohnungslose zu verbessern. Die am meisten genannte Maßnahme bzw. der häufigste Wunsch war, die medizinische Sprechstunde in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in die Regelversorgung zu überführen. So wäre eine Finanzierung gesichert und die Suche nach Ärzten erleichtert. Zudem sei es dann möglich, die Sprechstunde zeitlich stabil anzubieten. In einem Fall wurde außerdem die Finanzierung einer Gesundheits- und Krankenpflegerin („Krankenschwester“) gewünscht, da diese bisher nur durch Spenden finanzierbar sei.

„...dass Einrichtungen wie die unsere und auch in anderen Städten und Landkreisen, dass es da zumindest einen kleinen Sockelbetrag als Pauschalfinanzierung gibt für die medizinische Ambulanzen.“ (MW3694_2)

Es sei außerdem wichtig, dass ein einheitliches System über alle Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe hinweg geschaffen würde, um so flächendeckende medizinische Versorgung gewährleisten zu können.

„Also es wäre schön, wenn es eine Regelversorgung gäbe für diese niederschweligen medizinischen Projekte. Genau. Also das sind ja oft, oder bei uns ja auch, ich bin ja auch zum Teil spendenfinanziert, und ich finde das aber so eine wichtige Einrichtung für Wohnungslose für die Versorgung und auch die nachhaltige Begleitung und Versorgung, dass es eigentlich schön wäre, wenn man da nicht auf Spenden angewiesen ist.“ (MW3394_2)

Neben diesen zwei immer wieder genannten Maßnahmen wurden von einzelnen Personen auch andere Maßnahmen genannt. So wäre es für Wohnungslose selten tragbar die Zuzahlung zu Rezepten zu leisten, auch nicht bis zur Befreiungs-

grenze. Hier wünschte sich ein Interviewpartner eine Befreiungsmöglichkeit zu der Zuzahlung zu Rezepten auch unter der regulären Befreiungsgrenze nach §62 SGB V.

Angesprochen wurde zudem der Versicherungsstatus von EU-Migranten. Hier wünschten sich zwei Interviewpartner eine neue Regelung, sodass diese im Rahmen der europäischen Freizügigkeit einfachere Möglichkeiten haben auch ohne Erwerbstätigkeit in Deutschland einen Versicherungsstatus zu haben bzw. zu erhalten.

Es wurde auch der Wunsch nach mehr Personal im Bereich der Sozialen Arbeit und Pflege geäußert, um neben den medizinischen Sprechstunden in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe vermehrt aufsuchende medizinische Versorgung anbieten zu können. Denn es gäbe auch Personen, welche in den Einrichtungen selbst nicht ankommen.

3.3.4 Interviews Nutzer⁴

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Leitfaden gestützten Interviews mit den Nutzern der Medizinischen Sprechstunde in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe dargestellt. Es wird an dieser Stelle ausdrücklich von Nutzern gesprochen, da sich bei der Rekrutierung herausstellte, dass nicht alle Nutzer Wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen sind. Zum Teil sind die Nutzer und damit die Interviewpartner ehemalige wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen, welche das Angebot weiterhin nutzen. Es gab jedoch auch andere Gründe für die Nutzung der Sprechstunde, die hier aus Datenschutzgründen jedoch nicht weiter genannt werden.

Insgesamt wurden 43 Interviews geführt. Die Interviews wurden vor Ort in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, in einer für die Nutzer vertrauten Umgebung durchgeführt. Die Interviewpartner wurden zum Teil vor Ort zum Zeitpunkt der medizinischen Sprechstunde angesprochen und rekrutiert, um bei den Inter-

⁴ Ergebnisse dieses Kapitels sind auch in einer an dieses Projekt angelehnte Dissertation zu finden.

Beyer, M. (vsl. 2019) *Gesundheitsstatus und Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen aus der Sicht der Betroffenen in Baden-Württemberg (Dissertation)*.

viewpartnern eine kognitive Verknüpfung zwischen medizinischer Sprechstunde und Interview zu gewährleisten.

Im Durchschnitt dauerten die Interviews etwa 15 Minuten. Im Fokus der Befragung standen die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands sowie die Bewertung der medizinischen Sprechstunde in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.

Insgesamt wurden bei der inhaltsanalytischen Auswertung 7 Oberkategorien mit insgesamt 3 Unterkategorien gefunden. Einen Überblick über die Kategorien ist in Abbildung 6 zu finden. Nachfolgend werden die Kategorien zusammenfassend beschrieben.

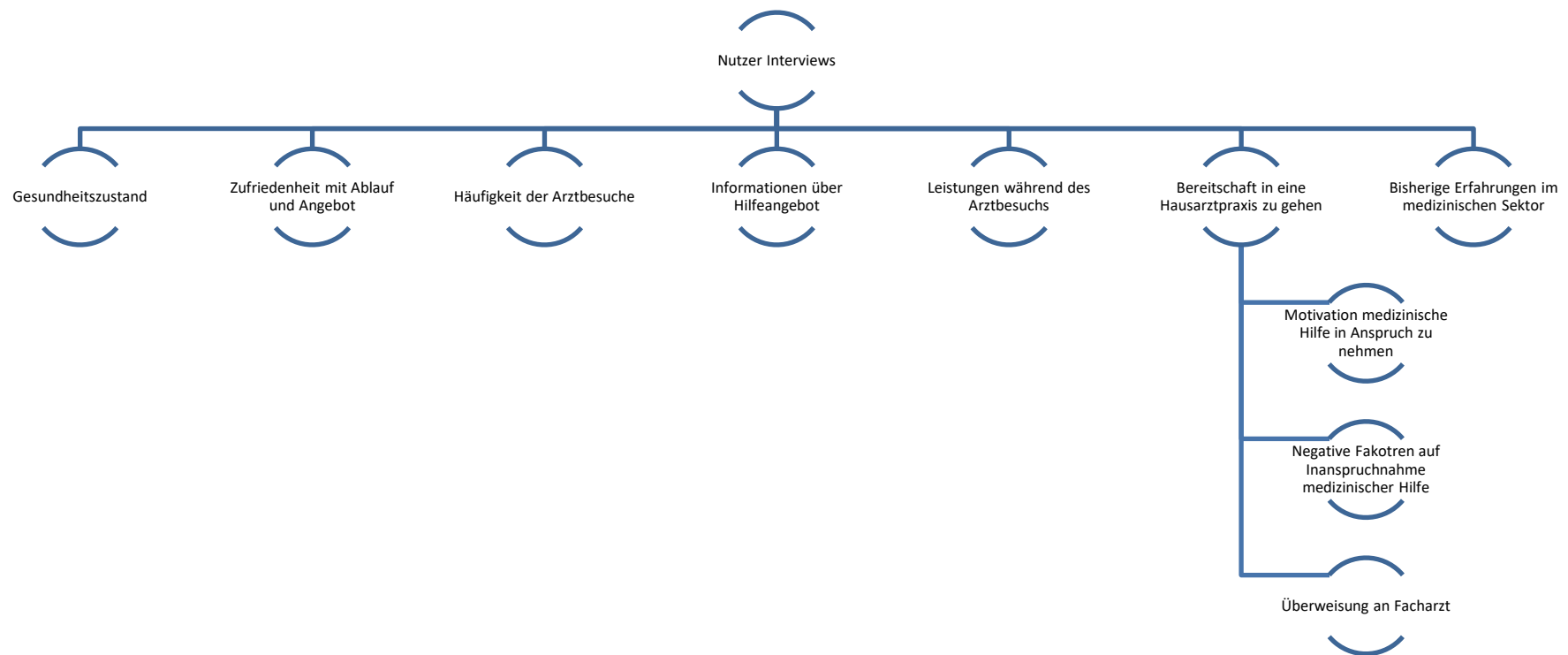


Abbildung 6: Kategoriensystem der Interviews mit den Nutzern

Um die Kategorien beispielhaft zu belegen, werden Zitate aus den Interviews mit aufgenommen. Diese wurden pseudonymisiert; nach den Zitaten ist die Interviewnummer in Klammern angegeben (Bspw: MW3392).

Gesundheitszustand

Die Beschreibung des Gesundheitszustands durch die Nutzer lässt sich unterteilen in Aspekte der physischen und psychischen Gesundheit. Insgesamt gaben die meisten Interviewpartner (38 von 42) mehr als eine Erkrankung an; sowohl physisch als auch psychisch.

Im Bereich der physischen Gesundheit wurde von diversen Erkrankungen berichtet. So hatten je zwei Nutzer eine Hepatitis C bzw. eine HIV Infektion. Des Weiteren wurde von gesundheitlichen Faktoren berichtet, die selbst keine Erkrankung darstellen. Zu diesen gehörten beispielsweise Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen. Sechs Personen berichteten von einer Erkrankung des Kreislaufsystems. Neun Personen gaben an eine Verletzung und/oder eine Vergiftung zu haben.

Es gab auch Interviews, in den die Nutzer ihre Erkrankung nicht benennen konnten.

I: Was sind die gesundheitlichen Beschwerden, weswegen Sie zum Arzt gehen?

B: Ja, ich habe halt damals (unv.) vier Lendenwirbel gebrochen, bin knapp am Rollstuhl vorbei, ne?

I: Bei einem Sturz?

B: Ja, ja. Ja, ja. Und dann viermal Rippen gebrochen gleichzeitig und äh habe Beschwerden mit dem Herz, habe öfters Herzrasen und Herzrhythmusstörungen. Und eben mit der Lunge. Luft und so weiter. (MW9635)

Etwa ein Drittel der Nutzer gab an, eine psychische Erkrankung zu haben. Nach Aussagen in den Interviews befinden sich 20 nikotinabhängige Personen, 15 alkoholabhängige Personen und fünf Nutzer illegaler Drogen in der Stichprobe. Ei-

nige weitere Personen gaben an, in der Vergangenheit Nutzer von entsprechenden Substanzen gewesen zu sein. In diesem Zusammenhang wurde von diversen Substanzentzügen und Rückfällen berichtet.

*„Ja, ich habe ganz früher mal getrunken. Vom 13. Lebensjahr/ Also vom 13. Lebensjahr bis zum 20. Und da habe ich gesagt/ Da hat der Arzt schon gesagt, aber nicht der Herr *Arzt1, ein anderer Arzt, wo ich gelebt habe in *Stadt2, und der hat zu mir gesagt, wenn ich jetzt noch weiter saufe, dann mache ich es nicht mehr lange und dann sterbe ich. Und da hat es Klick gemacht bei mir im Kopf.“ (MW9628)*

Weitere acht Personen berichteten von einer anderen psychischen Erkrankung. Darunter waren Psychosen, Depressionen und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

„Ja also ich habe halt eine Psychose eine ganz schlimme und habe mich davor halt nie zum Arzt getraut oder irgendwo hin, weil ich Angst davor hatte und seitdem ich hier bin, war ich dann das erste Mal HIER beim Arzt und bei der Schwester und die haben mich dann halt/ mir geholfen. [...] Davor ich konnte nicht mal irgendwie aus dem Zimmer manchmal gehen und (schnieft) es war halt ganz schlimm, also hat mir schon geholfen.“ (MW9610)

Zufriedenheit mit Ablauf und Angebot

Insgesamt äußerten die Nutzer der medizinischen Sprechstunde in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, dass sie mit dem Angebot zufrieden seien. Häufiger wurde eine Dankbarkeit geäußert, dass man diese Form der Versorgung in Anspruch nehmen könnte. Insbesondere die personelle Stabilität und das Engagement bei den Ärzten wurden hervorgehoben.

„...wir haben diesen Hausarzt hier und das ist super toll eigentlich, ganz ehrlich. Der kommt dann am montags und alle Leute wissen Bescheid und

dann kommst du daher, du musst nicht irgendwo hin, weil seine Praxis ist auch vier Kilometer weit weg. Und also ich wüsste auch keinen besseren; wo wir finden können so, auch von der Lebenserfahrung und so her und jeder vertraut ihm da auch und deshalb nimmt man das auch/ das ist ein super Service im Endeffekt (unv.), dass er hier ist vor Ort.“ (MW9636)

Vereinzelt wurden von Interviewpartnern Wünsche geäußert, die medizinische Sprechstunde zu verbessern. Hierfür wurden konkrete Vorschläge von den Nutzern gemacht. Der häufigste Vorschlag war die Verlängerung der Sprechstundenzeiten, da laut Aussage der Nutzer zum Teil nicht genügend Zeit wäre, um alle Nutzer zu behandeln.

Darüber hinaus wurden kostenlose Medikamente, insbesondere Schmerztabletten, gewünscht oder ein barrierefreier Zugang zum Sprechstundenzimmer.

Häufigkeit der Arztbesuche

Von den 43 befragten Nutzer gaben 6 Personen an, die medizinische Sprechstunde in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ein bis maximal dreimal in Anspruch genommen zu haben. Genauso viele Personen gaben an nur selten die Sprechstunde zu besuchen. 21 Nutzer gaben an die Sprechstunde regelmäßig in Anspruch zu nehmen. Gründe für eine seltene Nutzung waren divers, so benannten zwei der Interviewpartner, dass sie regelmäßig Kontakt zu Fachärzten oder anderen niedergelassenen Hausärzten hätten. Somit wäre das Angebot in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nicht notwendig für sie.

*„In der Vergangenheit und am Anfang sehr regelmäßig. Im Moment hat sich das ein bisschen verlagert, weil ich einen regelmäßigen Termin hier bei dem Kardiologen habe in *Stadt1.“ (MW9620)*

Informationen über das Hilfsangebot

Gefragt danach, wie die Nutzer von dem Angebot der medizinischen Sprechstunde erfahren haben, gaben die meisten Personen an die Information direkt in der Einrichtung erhalten zu haben. Dies geschah entweder durch Mitarbeiter der Sozialen Arbeit oder durch Aushänge.

„Das hat mir meine Sozialarbeiterin gesagt, dass es hier irgendeine Krankenschwester gibt und dass man jederzeit vorbeikommen kann, wenn was (schnieft) zu besprechen gibt.“ (MW9608)

„Weil vorne an der Tafel halt immer ein Plan hängt wann der Arzt kommt oder/ genau steht dann da halt immer dran um wieviel Uhr und bis wieviel Uhr und dann kann man sich halt hier melden.“ (MW9610)

Doch auch andere Informationswege, wie beispielsweise Hinweise von Freunden, wurden genannt. Ein Interviewpartner berichtete davon, dass die Substitutionspraxis in der er angegliedert ist, ihn auf das Angebot hingewiesen hätte.

Ebenfalls gab es Interviewpartner, welche keine Aussage darüber machen konnten, woher sie von dem Angebot der medizinischen Sprechstunde wüssten.

Leistungen während des Arztbesuchs

Die in Anspruch genommenen Leistungen lassen sich unterteilen in akute Hilfen und Langzeitbetreuung.

Zu den akuten Hilfen werden schnelle Behandlungen bei beispielsweise Verletzungen und Alkoholintoxikationen gezählt. Aber auch Behandlungen bei leichteren Erkrankungen, wie einer Erkältung, zählen zu akuten Hilfen und wurden von Interviewpartnern genannt.

Die Leistungen die im Bereich Langzeitbetreuung zusammengefasst werden können sind divers. So berichteten Interviewpartner von regelmäßigen Rezeptausgaben, Blutabnahmen oder Blutdruckmessungen bei chronischen Erkrankungen.

„B: Ja, ich brauche halt immer mal Medikamente und so. Und die muss man ja verschreiben. Ja und das war es eigentlich.

I: Und die hören auch ab und zu dann drauf aufs Herz wahrscheinlich, oder? Und machen mal ein EKG vielleicht?

B: Ja. Nein, halt Blutdruck messen und so.

I: Einfach so kucken, dass es dem Herz weiterhin quasi gut geht.

B: Ja und dann wird Blut abgenommen und untersucht.“ (MW9602)

Hinzu kommen regelmäßige Check-ups und Beratungen hinsichtlich der Medikamenteneinstellung. Wenn nötig, werden Überweisungen und Hilfsmittelverschreibungen getätigt, um eine kontinuierliche Behandlung zu gewährleisten.

Außerdem wird in den medizinischen Sprechstunden in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe die Nachsorge, beispielsweise nach Operationen, gewährleistet.

Neben medizinischen, kurativen Leistungen berichteten die Interviewpartner auch mehrmals von Beratungsleistungen. So wurde manchen Nutzern geholfen eine Sozialwohnung zu beantragen oder einen Facharzttermin auszumachen. In einem Fall wurde von einer Form der psychosozialen Beratung gesprochen, da dem Interviewpartner bei einer belastenden Lebenssituation geholfen wurde.

*„Ich habe damals einen Mann gehabt, der kam aus *Land1. Und der hat mich beklaut und belogen, betrogen und Doktor *Arzt hat dann auch gemeint: „Wenn du Probleme hast, kommst du zu mir, dann reden wir darüber.“ Er hat gut zugehört.“ (MW9623)*

Bereitschaft in eine Hausarztpraxis zu gehen

Die Mehrheit der Interviewpartner konnte sich vorstellen auch außerhalb der medizinischen Sprechstunde in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe eine

Hausarztpraxis aufzusuchen. Einige Interviewpartner gaben jedoch an, dass sie lediglich den Arzt aufsuchen, der die medizinische Sprechstunde in der Einrichtung der Wohnungslosenhilfe anbietet. Insgesamt können sich acht Nutzer nicht vorstellen einen anderen Arzt aufzusuchen. Einige andere Nutzer würden laut eigener Aussage auch niedergelassene Hausärzte in ihren Praxen aufsuchen, zögen es aus praktischen Gründen jedoch vor in der Einrichtung zu verweilen. Man sehe zudem keinen Anlass in eine andere Praxis zu gehen.

B: *„Ja. Und ich bin ja hier im Haus und da kommt ja der Arzt ins Haus. Der hat dahinter seine Praxis und warum soll ich da irgendwo anders hingehen, wenn der eh hier ist. Und die sind eigentlich nicht schlecht.“*

I: *„Das heißt, Sie würden prinzipiell schon zu einem anderen, also normalen Hausarzt quasi gehen, aber es ist einfach viel praktischer hier?“*

B: *„Ja.“ (MW9602)*

Als Grund für das Verweilen in der Einrichtung wurde auch die Angst vor Stigmatisierung genannt.

Überweisungen an Facharzt

Etwa die Hälfte der Interviewpartner gab an schon einmal an einen Facharzt überwiesen worden zu sein. Hierzu zählen insbesondere psychiatrische Kliniken und Entzugskliniken. Aber auch andere Fachrichtungen wie die Kardiologie, Gastroenterologie oder Direkteinweisungen in ein Krankenhaus wurden mehrmals genannt.

Aus den Interviews selbst lässt sich nicht entnehmen, ob die Überweisungen wahrgenommen wurden. Lediglich zwei Nutzer sprachen davon, dass sie die Termine beim Facharzt genutzt haben. Ein Interviewpartner gab an aus Terminfindungsschwierigkeiten, auf Seiten der Ärzteschaft, die Überweisung nicht genutzt zu haben.

*„Problematik ist, weil wenn ich hier/ Ich hatte eine neue Brille gebraucht und bei Bluthochdruck sollte man ja auch ab und zu mal den/ so alle zwei Jahre den Augeninnendruck untersuchen lassen, hat mir die Frau Dr. auch eine Überweisung unterschrieben. Aber sie kriegen/ Es gibt drei niedergelassene Augenärzte in *Stadt1, die sagen ihnen ganz klar "Wir nehmen keine neuen Patienten mehr an, außer es sind Privatpatienten.“ (MW9620)*

Motivation medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen

Nur wenige Interviewpartner berichteten von einer eigenen Motivation medizinische Hilfe außerhalb der Einrichtungssprechstunde in Anspruch zu nehmen. Mehrere Interviewpartner berichteten davon, dass sie erst in Notfallsituationen medizinische Behandlung in Anspruch nähmen. Zum Teil würde eine medizinische Behandlung so lange hinausgezögert werden, bis eine schwere Erkrankung oder ein Notfall entstände.

„Und der ausschlaggebende Punkt war eigentlich mein Partner, weil bei mir war es schon kurz vor knapp also kurz vor dem Ausbruch von AIDS und da war halt wirklich der ausschlaggebende Punkt mein Partner, dass der halt nicht plötzlich alleine dasteht ohne mich. Ja und da habe ich mir gedacht jetzt machst du endlich mal was dagegen.“ (MW9625)

Negative Faktoren auf Inanspruchnahme medizinischer Hilfe

In den Interviews wurden verschiedene Gründe angegeben, warum die Nutzer der medizinischen Sprechstunde ungern oder nur selten medizinische Hilfe in Anspruch nehmen.

So hätten einige Interviewpartner resigniert und hätten keine Hoffnung, dass sich ihre Lebensumstände und ihr Gesundheitszustand verbessern. Damit eng verbunden ist eine nicht vorhandene Krankheitseinsicht. So werden Beschwerden und Symptome zum Teil negiert oder ignoriert. Man habe aber auch Angst vor

einer Diagnose und damit den Zwang sich mit seinem Gesundheitszustand auseinander zusetzen.

„Und dann graut es mir schon wieder hier vor dem Krankenhaus. Ja? Wer macht so was? Wo kann man das besser machen? Ich habe Muffe. (MW9606)“

Vereinzelt lehnten Interviewpartner eine medizinische Behandlung aus persönlichen Gründen ab. Es gab jedoch auch Nutzer, welche insbesondere aus Angst vor einer finanziellen Last keine medizinische Hilfe in Anspruch nahmen. So wäre bereits eine Rezeptgebühr eine Belastung für die Nutzer. Es wurde von einer Person ebenfalls angesprochen, dass er aufgrund von Beitragsschulden zurzeit ein ruhendes Versicherungsverhältnis hat und daher keine medizinische Behandlung in Anspruch nimmt.

Ein weiterer Interviewpartner gab an, dass er keine medizinische Hilfe in Anspruch nähme, da er in der Regel die Inhalte der Sprechstunde nicht verstehe. So könne er keinen Anweisungen folgen und ginge nicht mehr hin.

Bisherige Erfahrungen im medizinischen Sektor

Die bisherigen Erfahrungen der Interviewpartner im medizinischen Sektor waren sehr unterschiedlich. Etwa ein Viertel aller Befragten machten bisher eher positive Erfahrungen, ein anderes Viertel berichtete von negativen Erfahrungen. Als Beispiel für eine negative Erfahrung wurde genannt, dass Patienten aufgrund ihres Wohnorts, in der Einrichtung der Wohnungslosenhilfe die Behandlung abgelehnt wurde oder – in ihrer Wahrnehmung - schlechter behandelt wurden. Ebenfalls genannt wurde eine unpersönliche oder unfreundliche Behandlung von Ärzten.

*„Wenn, ich bin dann hier in, wie gesagt, in, das ist ja glaube ich ein Kreis-
krankenhaus hier in der *Stadt1, in das Kreiskrankenhaus gekommen und*

hatte da schon den Eindruck, also die Adresse hier angeben, sind sie A erstmal als Alkoholiker abgestempelt. Gehen die davon aus, dass sie ein Alkoholproblem haben. Die Fragen bei der Anamnese, die deuten dann auch/ gehen dann auch in diese Richtung "Haben Sie offene Wunden am Körper? Haben Sie AIDS? Leberprobleme?" so ne Geschichten. Also ziemlich erniedrigend.“ (MW9620)

Berichtete positive Erfahrungen waren insbesondere mit freundlichem Personal, sowohl bei niedergelassenen Ärzten als auch im Krankenhaus, verbunden.

4. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Das Projekt „Verbesserung der medizinischen Versorgung wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen“ umfasste die Implementierung bzw. Ausweitung von medizinischen Sprechstunden in neun Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Baden-Württemberg. Dieser Prozess wurde im Rahmen einer Implementierungs- und Evaluationsstudie durch das Universitätsklinikum Freiburg wissenschaftlich begleitet.

Dem Mixed-Methods Design der Studie entsprechend wurden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden eingesetzt, um die Akzeptanz sowie die Wirkung der medizinischen Sprechstunden zu erfassen. Die Ergebnisse der beiden Methoden werden nachfolgend zusammengefasst, so dass eine Beantwortung der Fragestellungen des Projekts erfolgen kann.

4.1 Beantwortungen der Fragestellungen

Die Fragestellungen werden anhand der in Kapitel 1.3 dargestellten Reihenfolge beantwortet.

4.1.1 Sozioökonomische Situation

Es sollte die Frage geklärt werden, wie die sozioökonomische Situation von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen in Baden-Württemberg ist. Zur Erhebung wurden die Erstkontaktfragebögen Version 1 (N=438) und – später im Projektverlauf, als überarbeiteter Bogen – Version 2 (N=252) eingesetzt. Es wurden dabei sowohl die primäre Unterkunftsform als auch die finanziellen Bezüge der wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen erfasst. Zusätzlich wurde in Erstkontaktfragebogen Version 2 der gesetzliche Betreuungsstatus erfragt.

Insgesamt wohnten die meisten wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen in der Wohnungslosenunterkunft selbst, gefolgt von der Gruppe von Personen ohne festen Wohnsitz. Der Anteil der Menschen, welche in der Wohnungslosenunterkunft wohnte, ist mit etwa 35% in beiden Versionen des Erstkontaktfragebogens vergleichbar. Insgesamt waren die meisten teilnehmen-

den wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen im Leistungsbezug des SGBs. In beiden Versionen des Erstkontaktfragebogens erhielten etwa 40-50% aller Teilnehmer Arbeitslosengeld II. Personen, welche im öffentlichen Leistungsbezug sind, sind in der Regel über die gesetzliche Krankenversicherung versichert. Hervorzuheben ist der Anteil an Personen, welche einen unbekanntem Leistungsbezug haben, welcher zwischen 14-25% schwankt. Es ist hierbei nicht klar zu differenzieren, ob insgesamt kein Anspruch auf Leistungen besteht, keine Leistungen bezogen werden oder ob der wohnungslosen Person die eigenen finanziellen Bezüge unbekannt sind.

In Version 2 des Erstkontaktfragebogens wurde zusätzlich der gesetzliche Betreuungstatus der wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen erhoben. Insgesamt waren 11,4% in der gesetzlichen Betreuung, bei 15,9% war der Status unbekannt. Es ist für diese Personengruppe eine Schnittmenge mit den Personen aus dem Leistungsbezug des SGBs zu erwarten.

4.1.2 Gesundheitsbezogene Situation

Es sollte die Frage geklärt werden, wie die gesundheitsbezogene Situation von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen ist. Hierfür wurden erneut die Erstkontaktfragebögen Version 1 und 2 eingesetzt und zusätzlich die selbstberichtete gesundheitliche Situation der Nutzer der medizinischen Sprechstunde analysiert.

In Übereinstimmung zu früheren Studien zeigte sich bei dem teilnehmenden wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen eine hohe Prävalenz von psychischen Störungen (Jahn & Brönnner, 2013; Kaduszkiewicz u. a., 2017). Suchterkrankungen, nicht weiter differenziert, hatten hierbei eine Prävalenz von 48% in der ersten Version des Erstkontaktbogens. In der zweiten Version des Erstkontaktbogens wurde zwischen stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Süchten unterschieden. Beide Suchtformen zusammen zeigten eine Prävalenz von 35,1%.

Wie bereits in einer Studie in Hannover, gab es einen hohen Anteil von koronaren Herzerkrankungen (29%) (Meidl u. a., 2012). Hierbei interessant ist, dass sowohl bei den Suchterkrankungen als auch bei den koronaren Herzerkrankungen männliche wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Personen einen etwa doppelt so hohen Anteil aufwiesen wie weibliche.

Auch die Interviews mit den Nutzern der medizinischen Sprechstunde geben Hinweis auf eine hohe gesundheitliche Belastung von wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen. Fast alle Nutzer sprachen in den Interviews von mindestens zwei Erkrankungen. Auch in den Interviews wurden Suchterkrankungen in hohem Maß berichtet.

Besuchten die wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen die medizinische Sprechstunde, stand die medizinische Untersuchung oder Beratung in Vordergrund. Insbesondere in der im späteren Projektverlauf eingesetzten Version 2 des Erstkontaktfragebogens wurden jedoch auch Überweisungen an Fachärzte bzw. Weitervermittlungen berichtet. Ob diese erfolgreich waren, lässt sich dem vorliegenden qualitativen und quantitativen Material nicht entnehmen. In den Interviews mit den Einrichtungsmitarbeitern und Ärzten in den medizinischen Sprechstunden wurden jedoch Hinweise darauf gefunden, dass die Weitervermittlung schwierig sei. Gründe hierfür sind mitunter fehlende „Wartezimmerkompatibilität“ der wohnungslosen Menschen und die langen Wartezeiten auf einen Termin.

4.1.3 Anteil nicht krankenversicherter Personen

Im Zuge der Evaluation sollte erhoben werden, wie hoch der Anteil der nicht krankenversicherten Personen ist. Hierfür wurden erneut die Erstkontaktfragebögen genutzt. Aber auch die Interviews mit den Vertretern der Stadt- bzw. Landkreise sowie mit den Einrichtungsmitarbeitern geben Hinweis auf den Anteil von nicht krankenversicherten Personen.

Im Vergleich zu Hochrechnungen der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. gab es in dieser Studie mit 8-10% in beiden Versionen des Erstkontaktfragebogens einen geringen Anteil an Personen ohne Krankenversicherungsschutz. Die Ergebnisse zum Krankenversicherungsschutz erscheinen jedoch glaubwürdig, da die Ergebnisse zu den Leistungsbezügen auf deskriptiver Ebene vergleichbar mit der Stich-

tagserhebung 2016, der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. sind. Nichts desto trotz sind 8-10% ein relevanter Anteil an nicht versicherten Personen in der Gruppe der wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Personen. Kaduszkiewicz et al. betonten hierbei bereits die besondere Rolle von Sozialarbeitern und Nichtregierungsorganisationen (NGOs), um trotz fehlender Krankenversicherung einen Zugang zu medizinischer Versorgung zu gewährleisten (Kaduszkiewicz u. a., 2017).

In den Interviews wurde insgesamt ebenfalls von wenigen Fällen ohne Krankenversicherung berichtet. Zwar gab es einzelne Interviewpartner, die von einem erheblichen Anteil ohne Krankenversicherung sprachen, doch über alle Interviews hinweg wurde der Eindruck aus den Erstkontaktfragebögen bestätigt. Möglicher Grund für die Diskrepanzen sind die verschiedenen Einrichtungsarten, welche am Projekt teilnahmen. Während Tagesstätten ein höheres und auch fluktuierendes Klientenaufkommen haben, können stationäre Wohnheime eine engmaschigere Betreuung bereitstellen und so langfristig einen Krankenversicherungsschutz für ihre Klienten herstellen.

4.1.4 Hürden bei der Herstellung eines Versicherungsverhältnisses

Zur Feststellung der Barrieren für den Eintritt in eine Krankenversicherung wurden Interviews mit den behandelnden Ärzten, den Mitarbeitern der teilnehmenden Einrichtung sowie den Vertretern der Stadt- bzw. Landkreise geführt. Hier zeigten sich schon, wie bei den Ausführungen Traberts, Barrieren im Gesundheitssystem selbst. So wurden einerseits die bürokratischen Hürden im Umgang mit den Krankenkassen genannt, andererseits die sich aufhäufenden Beitragsschulden, welche bereits von Trabert besonders hervorgehoben worden (Trabert, 2016).

Allerdings zeigten sich auch Barrieren bei den wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen selbst. So gebe es bisweilen kein Wunsch für eine Krankenversicherung oder der Versicherungsstatus sei nicht prioritär für die wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen.

4.1.5 Kooperation zwischen Einrichtung & Stadt- / Landkreis

Informationen zu dem Kooperationsverhältnis zwischen der Einrichtung und dem Stadt- bzw. Landkreis lassen sich insbesondere aus den Interviews mit den Vertretern der Stadt- und Landkreise entnehmen.

Insgesamt sei die Kooperation zwischen der einzelnen Einrichtung und dem Stadt- bzw. Landkreis gut. Wolle man ein Krankenversicherungsverhältnis für einen wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen wieder herstellen, so würden zunächst die Sozialarbeiter in den Einrichtungen tätig werden. Erst wenn Schwierigkeiten auftauchen oder finanzielle Leistungen zunächst beantragt werden müssen, würde der Stadt- bzw. Landkreis kontaktiert werden. In einigen Kommunen werden spezielle Strukturen vorgehalten, um die Kooperationen im Sinne der medizinischen Versorgung zu verbessern.

4.1.6 Bewertung der medizinischen Sprechstunde

Zuletzt sollte noch die Frage geklärt werden, wie Nutzer sowie Mitarbeiter der Einrichtung die medizinische Sprechstunde bewerten. Hierfür können Informationen aus den Einrichtungsgesprächen, den Nutzerinterviews sowie den Nutzerfragebogen gezogen werden.

Die Einrichtungsmitarbeiter bewerteten die Sprechstunden durchweg als sinnvoll. Für die Einrichtungsmitarbeiter sei die Sprechstunde sehr wichtig und „ersatzlos“, um die Versorgung von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen zu gewährleisten. Belegt wurde dies anhand von Fallbeispielen, bei dem Krankheit oder Schaden abgewendet werden konnte.

Auch die Nutzer zeigten sich in den Interviews dankbar für das Angebot. Man wünschte sich sogar länger Sprechstundenzeiten, um der Nachfrage an medizinischer Versorgung gerecht zu werden. Die Notwendigkeit der Sprechstunden wurde auch daran deutlich, dass einige Interviewpartner verneinten, einen niedergelassenen Arzt in seiner Praxis aufzusuchen. Unterstrichen werden diese Ergebnisse zudem dadurch, dass 85,5% der Nutzer die Sprechstunde als „sehr hilfreich“ bewerteten. Diese Resultate sprechen für den Erfolg des Modellprojekts.

4.2. Weitere Ergebnisse

Auch zusätzlich zu den für die Studie zentralen Fragestellungen konnten interessante Erkenntnisse gewonnen werden:

So wurde deutlich, dass es unterschiedliche Möglichkeiten der Abrechnung von medizinischen Leistungen zwischen den verschiedenen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe gibt. So gab es auch in diesem Projekt eine Einrichtung, welche die Finanzierung auf Spendenbasis organisierte. Unbekannt sind die Gründe dafür.

Zudem zeigte sich in den Besuchsanslässen, dass die Ausstellung von Rezepten bzw. die Klärung von Rezeptgebühren der wichtigste Besuchsanlass war. Den Daten lässt sich nicht entnehmen, wie hoch der Anteil derjenigen ist, welche die Zahlung der Rezeptgebühr klären wollten. Aber auch in den Ergebnissen der Interviews war ersichtlich, dass Kosten für Rezepte und Medikamente eine Belastung für wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen darstellen. So wurde eine einfachere Befreiung von Gebühren, auch vor Erreichen der Belastungsgrenze, gewünscht.

Beide Beispiele zeigen, dass die Gesundheitsversorgung von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen auf gesundheitssystemischer Ebene komplex ist und daher strukturelle Informationen über die Organisations- und Entlastungsmöglichkeiten wichtig sind.

Des Weiteren zeigte sich, dass die in den Einrichtungen tätige Ärzte durchaus Überweisungen an Fachärzte ausstellen. Es wurde in den Interviews jedoch angemerkt, dass die Wahrnehmung der Überweisung oder von Facharztterminen durch die Wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Personen schwierig sei. Diese würde vor allem funktionieren, wenn Sozialarbeiter und/oder Ärzte diese organisieren würden. Es scheinen sich zudem drei Faktoren, auf die Bereitschaft, Facharzttermine wahrzunehmen, auszuwirken:

1. Zu einem sei Vertrauen zu den Ärzten wichtig. Dabei ist sowohl Vertrauen zu dem möglichen Facharzt wichtig, als auch Vertrauen zu dem Arzt der medizi-

nischen Sprechstunde. Wenn die wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Person dem Arzt in der medizinischen Sprechstunde vertraue, dann sei die Person auch eher geneigt den Empfehlungen zu folgen.

- 2 Des Weiteren sei es für viele wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Personen schwierig, eine langfristige Terminplanung durchzuführen. So sei die Wahrscheinlichkeit einen Facharzttermin wahrzunehmen, höher, wenn der Termin noch am gleichen Tag sei. Daher wären auch Überweisungen an Kliniken und Ambulanzen eher erfolgreich.
- 3 Außerdem sei die wahrgenommene, subjektive Dringlichkeit des Gesundheitsproblems wichtig für die Bereitschaft, einen Facharztbesuch vorzunehmen.

Alle drei Faktoren erschließen sich bisher nur aus den in diesem Projekt geführten Interviews. Weitere Untersuchungen scheinen nötig, um diese Thesen auch mit quantitativen Erhebungen zu bestätigen.

4.3 Diskussion der Ergebnisse

Durch die steigende Zahl an wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen in Deutschland und deren Vulnerabilität ist eine Erfassung sowie die Verbesserung der medizinischen Versorgung von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen von hoher Relevanz.

4.3.1 Stärken und Limitationen

Durch einen Mixed-Methods-Ansatz war es in dieser Studie möglich, die Bedarfe der wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Bei den quantitativen Methoden konnte eine hohe Fallzahl erreicht werden. Diesen Stärken stehen einige Studienlimitationen gegenüber:

Zum einen ist nicht bekannt, wie hoch der Anteil der Studienverweigerer ist bzw. wie häufig eine Teilnahme durch Sprachbarrieren oder psychische Erkrankungen nicht möglich war.

Wenngleich die Fallzahl der Interviews für eine qualitative Teilstudie relativ hoch ist, kann im Rahmen einer qualitativen Erhebung nicht von Repräsentativität im statistischen Sinne ausgegangen werden. Zudem wurde bei den Auswertungen der Interviews nicht nach den Teilgruppen der Ärzte und Sozialarbeiter getrennt. Darüber hinaus war es im Rahmen der Studienplanung nicht vorgesehen, dass weitere Systemakteure, wie Vertreter der Krankenkassen, sich zu den Versicherungsverhältnissen von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen und deren Herstellung äußern.

Die Studie hat eine multiperspektivische Beschreibung der medizinischen Versorgungssituation von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen ermöglicht. Besonders die hohen Prävalenzen bei Suchterkrankungen und koronaren Herzerkrankungen machen die Notwendigkeit einer niedrighschwelligen medizinischen Sprechstunde deutlich. Auch der Anteil der nicht versicherten Personen ist angesichts einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht bedenklich. Sollten die Barrieren zur Herstellung eines Versichertenverhältnisses aufgelöst werden, so wäre eine Reintegration in die Regelversorgung erleichtert.

Weiterer Forschung bedarf es besonders bei der Klärung der Geschlechterunterschiede. Sollten sich die Ergebnisse bestätigen, dass weibliche wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen andere gesundheitliche Herausforderungen haben, wäre über ein differenzierendes medizinisches Angebot bzw. Spezialisierung der Angebote, wie sie in einigen Einrichtungen bereits bestehen, nachzudenken.

4.4 Empfehlungen für die Praxis

Aus den vorliegenden Ergebnissen können Implikationen und Empfehlungen für die Praxis gezogen werden, welche nachfolgend dargelegt werden sollen.

Den Ergebnissen kann entnommen werden, dass die niedrighschwellige medizinische Versorgung von wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen von allen Studienteilnehmern positiv bewertet wurden und unter den aktuellen Bedingungen wohl eine ersatzlose Alternative für die Regelversorgung bei niedergelassenen Ärzten darstellt.

- Zur Verstetigung der medizinischen Versorgung empfiehlt sich daher eine Weiterführung des Angebots über die Projektlaufzeit hinaus. Die dazu erforderliche Finanzierung bedarf einer Klärung.
- In dieser Studie zeigten sich verschiedene Modelle zur Abrechnung von erbrachten ärztlichen Leistungen (Hausbesuche, Zweigstelle). Da es jedoch weiterhin Einrichtungen gibt, welche die medizinischen Leistungen auf Spendenbasis finanzieren, so dass ein Informationsdefizit vermutet werden kann, sollte es einen strukturellen Informationsaustausch über die Möglichkeiten der Abrechnungen geben.
- Angeregt wurde in den Interviews ebenfalls ein eigenes Abrechnungssystem, da die Vergütung im Sinne des GoÄ bzw. EBMs nicht sinnvoll sei für wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Patienten. Die Möglichkeit eines alternativen Systems sollte im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben geprüft werden.
- Wie die Ergebnisse außerdem zeigen, sind wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen häufig multimorbid. Daher sollte das Bemühen der Einrichtungen, fachärztliche Kooperationen aufzubauen unterstützt werden. Denkbar wären finanzielle Anreize für Fachärzte, wenn diese die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in der medizinischen Versorgung unterstützen.
- Zudem sollte die Problematik des Krankenversicherungsschutzes geklärt werden. Zwar war es in dieser Studie nicht vorgesehen, Vertreter der Krankenkassen zu befragen, doch zeigte sich über alle teilnehmenden Stichproben hinweg, dass es gehäuft zu Schwierigkeiten kommt, wenn bspw. Beitragsschulden vorliegen. Um diese Problematik zu lösen, sollte in einem gemeinsamen Prozess von Vertretern der Politik, Krankenkassen, Verwaltung und der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe eine Lösung gefunden werden, um zukünftig die Versicherungspflicht flächendeckend umzusetzen.

Literaturverzeichnis

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2015). Aktuelle Daten zur Lebenslage von Menschen in Wohnungsnot und sozialen Schwierigkeiten. ausgewählte Ergebnisse der Jahreserhebung 2015. Abgerufen 26. Juni 2018, von BAG Wohnungslosenhilfe e.V. website: http://bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/index.html

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2017, November 14). Zahl der Wohnungslosen. Abgerufen 26. Juni 2018, von BAG Wohnungslosenhilfe e.V. website: http://bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/

Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V. (2015). *Wohnungslosigkeit in Baden-Württemberg. Untersuchung zu Umfang, Struktur und Hilfen für Menschen in Wohnungsnotlagen*. Bremen/Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg.

IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0*. Armonk, NY: IBM Corp.

Jahn, T., & Brönner, M. (2013). Die SEEWOLF-Studie - eine Zusammenfassung. Abgerufen 27. Juni 2018, von <https://idw-online.de/de/attachmentdata37253.pdf>

Kaduszkiewicz, H., Bochon, B., van den Bussche, H., Hansmann-Wiest, J., & van der Leeden, C. (2017). The Medical Treatment of Homeless People. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(40), 673–679. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0673>

- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Meidl, J., Wenzlaff, P., Sens, B., & Goesmann, C. (2012). [Requirements for the provision of healthcare to socially disadvantaged population groups: evaluation of 10 years of medical care provided to the homeless in Hanover]. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 106(9), 631–638. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.09.002>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2016, April 10). *Rund 80 000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz*. Abgerufen von https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2016/PD16_40_p002pdf.pdf;jsessionid=6BF676723230DC5E5A9F75DD80B57978.InternetLive2?__blob=publicationFile
- Trabert, G. (2016). [Medical Care for Homeless People - Individual Right and a Social Duty for an Inclusive Society]. *Gesundheitswesen (Bundesverband Der Arzte Des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 78(2), 107–112. <https://doi.org/10.1055/s-0041-111011>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeit der Besuchsanlässe / Erstkontaktfragebogen 1	25
Abbildung 2: Häufigkeit der Besuchsanlässe / Erstkontaktfragebogen 2	32
Abbildung 3: Kategoriensystem der Interviews mit der Stadt-/ Landkreise	36
Abbildung 4: Kategoriensystem der Interviews mit den Einrichtungsmitarbeitern zu Beginn des Projekts (t1)	46
Abbildung 5: Kategoriensystem der Interviews mit Einrichtungsmitarbeitern zum Ende des Projekts (t2)	57
Abbildung 6: Kategoriensystem der Interviews mit den Nutzern	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilnehmende Einrichtungen	13
Tabelle 2: Struktur der Sprechstunde in den teilnehmenden Einrichtungen	14
Tabelle 3: Überblick der genutzten Instrumente	15
Tabelle 4: Unterkunftsarten in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen	1 20
Tabelle 5: Finanzielle Bezüge in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 1	21
Tabelle 6: Versicherungsstatus in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 1	22
Tabelle 7: Versicherungsangehörigkeit in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 1	22
Tabelle 8: Grunderkrankungen & (Therapie-) Maßnahmen in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 1	24
Tabelle 9: Unterkunftsart in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 2	26
Tabelle 10: Gesetzliche Betreuung in absoluten Zahlen (%)	26
Tabelle 11: Herkunftsregion sowie Staatsangehörigkeit in absoluten Zahlen (%)	27
Tabelle 12: Finanzielle Bezüge in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 2	28
Tabelle 13: Versicherungsstatus in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 2	28
Tabelle 14: Versicherungsangehörigkeit in absoluten Zahlen (%) / Erstkontaktfragebogen 2	29
Tabelle 15: Medizinischer Versorgungsstatus in absoluten Zahlen (%)	29
Tabelle 16: Grunderkrankungen & (Therapie-) Maßnahmen in absoluten Zahlen / Erstkontaktfragebogen 2	31
Tabelle 17: Informationsquelle über die medizinische Sprechstunde	33
Tabelle 18: Häufigkeit der Erstkontakte	34
Tabelle 19: Zufriedenheit mit dem Angebot	34

Anhänge

Anhang 1: Erstkontaktfragebogen Version 1

Angaben zu dem Nutzer der medizinischen Versorgung

1. Geschlecht

- Männlich
 Weiblich

2. Alter _____ (ggf. schätzen)

3. Geburtsjahr _____ (ggf. schätzen)

4. Bei ärztlicher Behandlung bitte angeben:

Namensinitialen _____

5. Unterkunft/Wohnheim

Mehrfachnennung möglich.

- OFW (ohne festen Wohnsitz)
 auf der Straße
 Wohnungslosenunterkunft/-wohnheim
 Bei Freunden/Bekanntem
 Wohnung (Mietvertrag vorhanden)
 Unbekannt
 Andere _____

6. Gesetzliche Betreuung

- Ja
 Nein
 Unbekannt

7. Sozialer Hintergrund

- Empfänger von SGB II-Leistungen (ALG II)
 Empfänger von SGB III-Leistungen (ALG I)

Empfänger von SGB XII-Leistungen

- Erwerbstätig
 Teilzeit
 Minijobber

Rentner/in

Herkunftsland _____

Staatsangehörigkeit _____

Unbekannt

8. Versicherungsstatus

In Deutschland gesetzlich versichert
 (Krankenversichertenkarte vorhanden)
 Krankenkasse _____

privat versichert
 Krankenkasse _____

Sozialamt

Nicht versichert

Im Herkunftsland versichert
 Herkunftsland _____

9. Status der Regelversorgung (RV) und Wohnungslosenversorgung (WV)

- Betreuung in WV
 Betreuung vom Hausarzt und in WV
 Im letzten halben Jahr regelmäßig Wechsel
 zwischen RV und WV
 Unbekannt

10. Im Falle einer Straßenambulanz (mobil), geben Sie bitte die Örtlichkeit an:

11. Im Falle einer ortsgebundenen Sprech-stunde: Wo fand diese statt?

- In der Einrichtung
- Extern: _____

Andere _____

Angaben zur Behandlung und dem Behandler**13. Grunderkrankung/Bekannte Diagnose****Mehrfachnennung möglich.**

- Psychische Erkrankung
- Herz-/Kreislaufkrankung
- Chronische Hepatitis
- Karzinomkrankung
- HIV
- Suchtkrankheit
- Schlechter Zahnstatus
- Dissozialität
- Andere: _____

14. Anlass des Besuchs**(Bitte vom Arzt / Krankenschwester ausfüllen)**

Organisatorische Anlässe primär wegen:

- Rezept(gebühr)
- Überweisung
- Heil-/Hilfsmittel
- Krankenhaus(kosten)
- Häusliche Pflege

Gesundheitsbezogener Anlass für aktuelle Behandlung

1. Hauptgrund _____

2. Weitere Gründe

12. Kontakt mit dieser Einrichtung

- Erstkontakt mit dieser Einrichtung
- Wiederholungskontakt

15. Therapie(n)/Maßnahmen

- Medizinische Untersuchung/Behandlung
- Medizinisches Beratungsgespräch
- Soziales Beratungsgespräch
- Medikamentengabe/-applikation
- Wundversorgung
- Augenärztliche Behandlung
- Suchttherapie (Diakonie) und -beratung
- Impfungen
- Welche? _____
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Zahnärztliche Behandlung (Zahnklinik)
- Krankenhausbehandlung
- Häusliche Pflege
- Weitervermittlung an anderen Arzt bzw. Facharzt
- Wenn ja, welcher: _____
- Andere _____

16. Versorgung durch (Mehrfachnennung möglich)

- Arzt/Ärztin
- Pflegefachkraft

Anhang 2: Erstkontaktfragebogen 2

Angaben zu dem Nutzer der medizinischen Versorgung

1. Geschlecht

- Männlich
 Weiblich
 Geschlechtsidentität _____

2. Alter _____ Jahre (ggf. schätzen)

3. Überwiegende Unterkunft

in den letzten 6 Wochen

- Bei Freunden/Bekanntem
 Wohnungslosenunterkunft/-wohnheim
 Wohnung (Mietvertrag vorhanden)
 Auf der Straße
 Andere _____
 Unbekannt

4. Gesetzliche Betreuung

- Ja
 Nein
 Unbekannt

5. Überwiegendes Einkommen

- Empfänger von SGB II-Leistungen (ALG II)
 Empfänger von SGB III-Leistungen (ALG I)
 Empfänger von SGB XII-Leistungen
 Erwerbstätig Teilzeit
 Erwerbstätig Minijobber
 Rentner/in
 Unbekannt

Keine Ansprüche

Keine

6. Herkunft

Herkunftsland _____

Staatsangehörigkeit _____

Unbekannt

7. Versicherungsstatus

In Deutschland versichert

gesetzliche Krankenkasse _____

private Krankenkasse _____

Sozialamt

Nicht versichert

Im Herkunftsland versichert

Versichert ohne Nachweis

(Verlust der KV-Karte)

Eingeschränkte Leistungen durch
Beitragsschulden

Unbekannt

8. Status der Regelversorgung (RV) und Wohnungslosenversorgung (WV)

Betreuung in WV

Betreuung vom Hausarzt und in WV

Im letzten halben Jahr regelmäßig Wechsel
zwischen RV und WV

Unbekannt

Angaben zur Behandlung und dem Behandler

9. Grunderkrankung/Bekannte Diagnose

Mehrfachnennung möglich

- Psychische Erkrankung
- Herz-/Kreislaufkrankung
- Chronische Hepatitis
- Karzinomkrankung
- HIV
- Sucht stoffgebunden
- Sucht nicht-stoffgebunden
- Schlechter Zahnstatus
- Offene Wunde/n
- Andere: _____

10. Anlass des Besuchs

Mehrfachnennung möglich

Organisatorische Anlässe primär wegen:

- Rezept / Rezeptgebühr
- Überweisung
- Heil-/Hilfsmittel
- Krankenhaus / Krankenhauskosten
- Häusliche Pflege

Gesundheitsbezogener Anlass für aktuelle Behandlung

3. Hauptgrund

4. Weitere Gründe

11. durchgeführte und empfohlene

Therapie(n)/Maßnahmen

Mehrfachnennung möglich

- Medizinische Untersuchung/Behandlung
- Medizinisches Beratungsgespräch
- Soziales Beratungsgespräch
- Medikamentengabe/-applikation
- Wundversorgung
- Augenärztliche Behandlung
- Suchttherapie und -beratung
- Impfungen
Wenn ja, welche? _____
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Zahnärztliche Behandlung (Zahnklinik)
- Krankenhausbehandlung
- Häusliche Pflege
- Weitervermittlung an anderen Arzt/Facharzt
Wenn ja, welcher? _____
- Andere _____

12. Versorgung durch

- Arzt/Ärztin
- Pflegefachkraft

Anmerkung:

Der Fragebogen wurde in Anlehnung an die bereits seit 10 Jahren immer wieder angepasste Dokumentationskarte aus dem Projekt: 10 Jahre Evaluation- Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen in Hannover gestaltet.

Anhang 3: Nutzerfragebogen

Helfen Sie mit unser medizinisches Angebot zu verbessern!

Woher wussten Sie, dass Sie hier Unterstützung / medizinische Unterstützung finden können?

 Freunde/Bekannte **Aushänge in der Einrichtung** **Streetworker** **Andere**  _____

Sind Sie heute das erste Mal hier in der medizinischen Sprechstunde?

 Ja **Nein**

Wie hilfreich fanden Sie den Besuch?

sehr hilfreich
**weitgehend
hilfreich**
**weder hilf-
reich noch
nicht hilf-
reich**
**weniger hilf-
reich**
**nicht hilf-
reich**

Bitte sagen Sie uns, woran es lag?

 _____

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Help us to improve our medical services!

How did you find out that you could receive help and/or medical support from us here?

friend/acquaintance

notice posted in the department

social worker

other  _____

Is this your first medical consultation here?

yes

no

How helpful did you find the consultation?

very helpful

helpful over-
all

neither hel-
pful nor
pointless

mostly point-
less

pointless

Please tell us why you are dissatisfied:

 _____

Thank you for your cooperation!

Anhang 4: Leitfaden Stadt- / Landkreise

1. Kooperationen

- a) wie bewerten Sie die Kontaktaufnahme / die Vernetzung seitens der Einrichtung mit den regionalen Strukturen bezüglich eines ungeklärten Versicherungsverhältnisses, der Klärung des Versicherungsverhältnisses und der Ausstellung eines Behandlungsscheines?
- b) wie funktioniert der Kontakt entsprechend der Vereinbarung konkret in den Einzelfällen?

2. Kommunikationsstrukturen

- a) mit welchen Partnern/Angestellten der kooperierenden Einrichtungen treten Sie in Kontakt, um die medizinische Versorgung eines Wohnungslosen zu organisieren, z.B die Organisation der Kostenübernahme?

3. Kostenerstattung

- a) wie läuft der Prozess der Kostenerstattung ab? Einfach, kompliziert,...
- b) was hat eine nicht bewilligte Kostenerstattung für Folgen?
- c) wie oft erfolgt eine nachträgliche Kostenerstattung durch die Krankenkassen?
- d) wie oft und in welcher Höhe hat/hatte der Stadt- bzw. der Landkreis Kosten zu tragen

4. Behandlungsscheine

- a) wie hoch ist die Anzahl der Behandlungsscheine?
- b) welche Rückmeldungen zu Behandlungsscheinen erhalten Sie?

5. Arbeitsaufwand

- a) welche Faktoren verkürzen, verlängern den Arbeitsaufwand?
- b) in welchen Fällen ist eine Einschätzung des Arbeitsaufwands schwierig?

6. Verwaltung

- a) wie sieht die Entwicklung in den Tätigkeitsfeldern der verschiedenen Einrichtungen in der Kommune aus?
- b) wie gelingt Ihnen die Überleitung ins Regelversorgungssystem, spezifisch die Ausstellung der Behandlungsscheine?
- c) was sind Schwerpunkte bzw. wesentliche Anteile Ihrer Arbeit?

7. Generelle Fragen

- a) ist die Versorgungsstruktur für wohnungslose Menschen Ihrer Einschätzung nach transparent genug?
- b) Gibt es Ihrer Einschätzung nach eine Veränderung im Bedarf der wohnungslosen Menschen bedingt durch den demographischen Wandel?

8. Abschließende Fragen

- a) Gibt es noch etwas, das Sie ergänzen möchten? Das Ihnen wichtig ist/besonders am Herzen liegt, aber nicht angesprochen wurde?

Anhang 5: Leitfaden Mitarbeiter zu Projektbeginn

Themengebiete	Interviewleitfragen
Intervieweinstieg Beschreiben der Funktion im Projekt	Erzählen Sie bitte aus Ihrer Position: Was haben Sie für einen Hintergrund? Wie erleben Sie Ihren Alltag hier in dieser Einrichtung? Was sind hier Ihre Aufgaben, wofür sind Sie zuständig?
Beschreibung der Ablaufprozesse	Erzählen Sie doch bitte, welche konkreten Ablaufprozesse in Ihrer Einrichtung festgelegt sind? Schildern Sie mir doch bitte, wie ich mir den Ablauf der medizinischen Versorgung eines Wohnungslosen vorstellen darf in Ihrer Einrichtung! Wer ist verantwortlich? Wer trifft die Entscheidungen? Was für eine Rolle haben Sie in diesem Ablauf? Zuständigkeiten?
Beschreibung der Kommunikation und Koordination (bottom-up/top-down)	Mit welchen Partnern treten Sie in Kontakt, um die medizinische Versorgung eines Wohnungslosen zu organisieren? (Partner, Fachärzte, Träger, Krankenkasse, Sozialdienst, Gemeindeebenen) Was ist Inhalt der Gespräche? Wer kommuniziert mit wem: intern/extern?
Beschreibung der Probleme der Implementation	Gibt es Dinge, die nicht gut laufen? Wie/Wo entstehen/kommt es zu Schwierigkeiten? Gibt es Faktoren, die die Implementation/medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen erschwert? Wie gehen Sie hier an Ihrem Standpunkt mit Schwierigkeiten/Barrieren in der Implementation/medizinischen Versorgung Wohnungsloser um?
Beschreibung der Akzeptanz	Wie schätzen Sie kommt Ihr Angebot bei den Wohnungslosen an? Was vermittelt Ihnen den Eindruck, dass die Wohnungslosen gerne zu Ihnen kommen? An welchen Faktoren können Sie festmachen, dass die Wohnungslosen von Ihrem

	Angebot profitieren?
Beschreibung von Interessenkonflikten	<p>Gibt es in Ihrem Team intern sowie extern mit den anderen Standpunkten Interessenskonflikte?</p> <p>Können Sie bitte Punkte beschreiben, an denen die Interessen intern, wie extern auseinandergehen.</p> <p>Wie sehen Ihre Lösungsstrategien aus?</p> <p>Wie wird mit Problemen umgegangen?</p>
Beschreibung des Personals/Ressourcen	<p>Wie sind Sie personell in Ihrem Standpunkt ausgestattet?</p> <p>Wie sehen Ihre Lösungsstrategien aus?</p> <p>Schildern Sie mir doch bitte, welche Personen sich in Ihrem Standpunkt engagieren. Sind diese dafür qualifiziert? Ausgebildet? Was ist deren Motivation?</p>
Beschreibung der Zielerreichung	<p>Was würden Sie als einen Erfolg in Ihrem Standort beschreiben?</p> <p>Existieren Zielvorgaben in Ihrem Standort?</p>
Ausklang	<p>Gibt es Dinge, die nicht so gut gelaufen sind?</p> <p>Gibt es Dinge, die Sie heute anders machen würde?</p> <p>Gibt es noch etwas, was Ihnen wichtig ist?</p>

Anhang 6: Leitfaden Mitarbeiter zum Projektende

Interviewleitfaden Einrichtungen T2

Konkrete Frage	Eventuelle Nachfrage
Kurze zusammenfassende Beschreibung des Modellprojekts und des aktuellen Stand der Evaluation; Ziel des jetzigen Interviews	
<ul style="list-style-type: none"> Vorstellung 	Name, Position, Einrichtung
<ul style="list-style-type: none"> Bewertung des Modellprojektes 	
a. Wie bewerten Sie das Modellprojekt insgesamt?	<ul style="list-style-type: none"> Welche Vorteile hat Ihnen das Modellprojekt für ihren Standort gebracht?
b. Welche konkreten Veränderungen kamen mit dem Modellprojekt in ihrer Einrichtung?	
c. Welche Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Projektes gab es?	<ul style="list-style-type: none"> Wie haben Sie diese Überwunden? Welche Ressourcen haben sie dafür aktiviert?
<ul style="list-style-type: none"> Wohnungslose Menschen 	
a. Welches Feedback haben sie von den Wohnungslosen zu den Veränderungen erhalten?	
b. Hat Ihr Klientel von dem Projekt profitiert? Wenn ja, woran machen Sie das persönlich fest?	
c. In den Auswertungen haben wir einen geringen Anteil an nicht versicherten Personen gefunden. Deckt sich das mit ihren Erfahrungen?	<ul style="list-style-type: none"> Wie können Sie sich die Diskrepanz erklären?
d. Was benötigt es ihrer Meinung nach, dass in Zukunft alle Wohnungslosen versichert sind.	
e. Trotz Versicherung gehen viele Wohnungslose Menschen nicht zu niedergelassenen Ärzten. Wie erklären Sie sich das?	<ul style="list-style-type: none"> Welche Maßnahmen könnten Sie sich vorstellen, damit mehr Wohnungslose in die Regelversorgung übergehen?

<ul style="list-style-type: none"> • Zukunft der Sprechstunde 	
a. Wie sieht bei Ihnen die Zukunft der medizinischen Sprechstunde aus?	<ul style="list-style-type: none"> • Wird die Sprechstunde verstetigt? • Wird es noch einmal Änderungen geben?
b. Gibt es Partner, mit denen sie die Kooperation ausbauen bzw. aufbauen wollen?	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wollen sie dies konkret tun?
c. Welche Unterstützung erwarten Sie vom Gesetzgeber, um die medizinische Versorgung der Wohnungslosen zu gewährleisten?	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie unterscheiden, ob sie die Unterstützung durch das Land BW oder durch ihr zuständiges Landratsamt benötigen?
<ul style="list-style-type: none"> • Sonstiges 	
a. Welches Feedback geben Sie uns als Evaluationsteam?	
b. Gibt es sonst noch etwas, was sie sagen wollen?	

Anhang 7: Leitfaden Nutzer

Themengebiete	Leitfragen
Beschreiben der Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung	<p>Sie waren ja heute in der Sprechstunde hier. Können Sie mir erzählen, wie Ihre gesundheitlichen Probleme begannen?</p>
Beschreiben des Hilfesuchens/Unterstützungsangebots	<p>Haben Sie mit jemanden darüber gesprochen? Wo haben Sie sich Hilfe geholt?</p> <p>Woher wussten Sie, dass es solche Unterstützung gibt?</p> <p>Was hat Sie veranlasst, diese Hilfe/medizinische Versorgung anzunehmen?</p> <p>Welche Faktoren haben die Suche nach Unterstützung vereinfacht/verschlechtert?</p> <p>Warum sind Sie nicht in eine Arztpraxis gegangen?</p> <p>Können Sie mir schildern, wie der Arztkontakt abgelaufen ist?</p> <p>Hat Ihnen der Arztkontakt etwas gebracht?</p> <p>Wurden Sie weiterverwiesen?</p> <p>Sind Sie zufrieden, wie Ihnen geholfen wurde?</p>
Ausklang des Interviews	<p>Gibt es noch etwas, was Ihnen wichtig ist?</p>