

Wohnungslose: Ganz schön krank!

Behandlungskonzepte für eine vulnerable Personengruppe

**3. Kooperationsveranstaltung
der Ärztekammer Hamburg und des Regionalen Knotens
„Wohnungslosigkeit und Gesundheit“
der HAG (5.November 2008)**

Dokumentation



**ÄRZTEKAMMER
HAMBURG**
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Inhalt

| | Seite |
|---|-------|
| Begrüßung | 2 |
| Klaus Schäfer, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg | |
| Begrüßung | 3 |
| Petra Hofrichter, Regionaler Knoten in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) | |
| Einführungsvortrag: | |
| Kooperation und Verantwortung | 5 |
| <i>Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung – insbesondere bei der Versorgung von vulnerablen Gruppen</i> | |
| Prof. Dr. Uwe Flick, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin | |
| Behandlungskonzepte und Hilfsangebote für Wohnungslose in Hamburg: | |
| Psychisch kranke Wohnungslose | 12 |
| Dr. Dorothee Freudenberg, Caritasverband für Hamburg e. V. | |
| Alkoholranke wohnungslose Patienten | 15 |
| Dr. Nicolas Countouris, PARK IN | |
| Umgang mit polytoxikomanen Wohnungslosen | 19 |
| <i>Angebote und Erfahrungen der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll</i> | |
| Dieter Ameskamp und Bernd Köpke | |
| Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen | |
| Drogenabhängige Mädchen und junge Frauen in der Wohnungslosen-Szene | 25 |
| Dr. med. Karin Wirtz, Anlauf- und Beratungsstelle „Sperrgebiet“ der Diakonie | |
| Tuberkulose –Ansteckungswege, Erkennung und Behandlung | 29 |
| Marie von Heinz, TBC Bekämpfungsstelle Gesundheitsamt Hamburg-Mitte | |
| Behandlung von chronischen Wunden bei wohnungslosen Patienten | 34 |
| Dr. med. Frauke Ishorst-Witte ,Internistin | |
| Kontakt | 36 |

Begrüßung

Klaus Schäfer, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich begrüße Sie sehr herzlich im Namen der Ärztekammer Hamburg.

Wir alle treffen uns hier und heute, um in einem wichtigen Thema voran zu kommen.

Alle, die heute hier sind, setzen sich für Menschen ein, die wohnungslos sind. Die auf der Straße leben oder in Unterküften, in denen sie zwar schlafen, aber nicht wirklich wohnen. Für Menschen, die kein Zuhause mehr haben.

Obwohl unser Staat Hilfe anbietet, geht es doch ganz schnell: Das Schicksal katapultiert jemanden aus seiner normalen Umlaufbahn. Oft ist Tod oder Trennung ein Einschnitt, der einsam macht. Zu der Einsamkeit kommen Alkohol oder andere Drogen. Der Job ist nicht mehr zu machen, die Miete nicht mehr zu bezahlen. Und obwohl es Stellen gibt, die versuchen, genau dies zu verhindern, sitzt da plötzlich jemand auf der Straße, der eben noch ein ganz normales Leben geführt hat.

Die Geschichten wohnungsloser Menschen sind vielfältig. Diese Männer und Frauen, die mit uns in dieser reichen Stadt leben, sind nur zum Teil sichtbar. Viele von ihnen verstecken sich vor unseren Augen, weil sie für das schämen, was ihnen passiert ist. Besonders Frauen verstehen es auf oft erstaunliche Weise, so gepflegt zu erscheinen, dass niemand auf den ersten Blick sehen würde, dass sie obdachlos sind.

Armut hat ganz unterschiedliche Gesichter. Dass wir sie als solche oft nicht wahrnehmen, hat auch damit zu tun, dass immer neue Worte erfunden werden, um das Wort „Armut“ zu vermeiden. Da sprechen Politiker beispielsweise von Prekariat oder schönfärberisch sogar von „prekärem Wohlstand“ und meinen damit Menschen, die knapp oberhalb der Armutsgrenze leben – oft sogar trotz Arbeit.

Wohnungslose Männer und Frauen haben Hilfe besonders nötig, denn sie befinden sich gleich in mehreren Teufelskreisen. Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit. Je ärmer, desto kränker, lässt sich kurz zusammenfassen, was man auch sehr viel differenzierter sagen könnte. Wohnungslosen Menschen fällt es beispielsweise schwer, sich gesund zu ernähren. Es fehlt ihnen an Geld, an Möglichkeiten, oft auch an Bewusstsein.

Ungesunde und unregelmäßige Ernährung, mangelnde Hygiene sowie nicht adäquate – also beispielsweise viel zu dünne – Kleidung machen krank. Doch wer keine Chipkarte hat, traut sich nicht in die Arztpraxis. Gerade diese besonders kranke Patientengruppe wartet oft viel zu lange, sich behandeln zu lassen und verkompliziert damit die Erkrankungen enorm.

Ein weiterer Teufelskreis ist die Einsamkeit. Oft ist sie es, die diese Menschen an den Rand der Gesellschaft geführt hat. Je ausgegrenzter sie sich fühlen, desto weiter stellen sie sich an den Rand – und desto einsamer werden sie.

Es sollte uns allen eine Herausforderung sein, diese Menschen vom Rand der Gesellschaft wieder in ihre Mitte zu bringen. Das ist häufig nicht leicht, es ist von Rückschlägen und nicht immer von Dankbarkeit begleitet. Aber wie dürfen diese Menschen nicht einfach aufgeben, dürfen uns nicht damit abfinden, dass es sie eben gibt, in ihrer Armut, ihrer Krankheit und ihrer Einsamkeit.

Wir müssen zu ihnen gehen, wenn sie nicht zu uns kommen. Wir müssen Geduld haben, wenn sie da sind. Und wir müssen miteinander darüber reden, was wir tun können, um alle gemeinsam für diese Männer und Frauen etwas zu erreichen.

Deshalb bin ich so froh über diese heutige Veranstaltung. Der einzelne Arzt, der einzelne Ärztin oder Psychologin, der einzelne Pfleger oder Betreuer ist mit dieser Patientengruppe leicht überfordert. Deshalb ist es so wichtig, dass wir uns miteinander abstimmen, unsere Erfahrungen austauschen, gemeinsam neue Wege finden – für die Menschen, um die es heute Abend geht.

Dafür wünsche ich Ihnen und mir einen informativen, erkenntnis- und vielleicht sogar ideenreichen Abend.

Begrüßung

Petra Hofrichter, Regionaler Knoten in der Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG)

Sehr geehrter Herr Schäfer, sehr geehrter Herr Dr. Leffmann, sehr geehrte Referentinnen und Referenten, und Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

ich möchte Sie im Namen der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung und dem Regionalen Knoten „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ zu dieser Veranstaltung begrüßen. Menschen mit niedrigem Einkommen, geringer Bildung, ohne bezahlte Arbeit oder in prekären Beschäftigungsverhältnissen haben eine deutlich geringere Lebenserwartung und tragen ein wesentlich höheres Krankheitsrisiko als andere Bevölkerungsgruppen.

Besonders hart davon betroffen sind wohnungslose oder obdachlose Frauen und Männer. Laut Gutachten des Sachverständigenrates weisen obdachlose Männer ca. zwei bis drei Mal so viele psychische Erkrankungen auf wie Männer der Allgemeinbevölkerung; bei Frauen ist das Risiko psychisch zu erkranken ca. viermal so hoch. Was die körperliche Gesundheit betrifft, so lässt sich feststellen, dass Wohnungslose prinzipiell nicht unter anderen Erkrankungen leiden als die Allgemeinbevölkerung – einzelne Krankheitsbilder treten bei ihnen gehäuft auf und was das entscheidende ist: in einem vergleichsweise sehr jungen Lebensalter.

Und was das dramatische daran ist: sie sterben auch sehr früh daran! Das durchschnittliche Sterbealter, so hat es auch wieder die letzte Auswertung des gerichtsmedizinischen Instituts des UKE gezeigt, liegt bei Wohnungslosen bei 46 Jahren.

Woran liegt das? Und was können wir tun?

Der schlechte Gesundheitszustand von wohnungslosen Frauen und Männern ist zum einen auf die krankmachenden Lebensbedingungen, zum anderen auf ihr risikoreiches Gesundheitsverhalten zurückzuführen. Aus unterschiedlichen Gründen nimmt diese Bevölkerungsgruppe das medizinische Versorgungssystem nicht genügend in Anspruch oder wird nicht ausreichend versorgt.

Der Regionale Knoten hat sich das Ziel gesetzt Lücken in der gesundheitlichen Versorgung aufzudecken und die Zusammenarbeit der Hilfesysteme zu verbessern. Das versuchen wir über die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen, Veröffentlichungen (z. B. „Hamburger Geschichten aus dem letzten Jahr) oder auch mit innovativen Angeboten, wie z.B. das Angebot für Mediziner/innen der Hospitation in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, welches wir ganz aktuell mit der Akademie für „Ärztliche Fortbildung entwickelt haben.

Ziel ist zum einen den Medizinerinnen und Medizinerinnen einen Einblick in die Lebenswelt der armen, wohnungslosen Bevölkerung zu ermöglichen und das soziale Unterstützungssystem kennen zu lernen, um die medizinische Behandlung/Versorgung zielgruppengerechter zu gestalten. Zum anderen ermöglicht dieses Angebot den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Kooperationen mit Ärzten aus dem Sozialraum aufzubauen.

Im Rahmen einer halbtägigen Hospitation in medizinischen Sprechstunden der Wohnungslosenhilfe erhält der Arzt und die Ärztin Informationen über

- zielgruppenspezifische Behandlungsmethoden (z. B. Wundbehandlung, Diabetikerschulungen, Erkrankungen der oberen Luftwege u. a.) und gesundheitliche Stabilisierung
- Überweisungsmöglichkeiten zur Mitbehandlung
- Informationen über Kooperationspartner(innen) vor Ort
- Einblick in eine völlig andere Lebenswelt
- Förderung der Compliance bei obdachlosen Menschen

Die Ärztekammer hat dieses Angebot mit vier Fortbildungspunkten bewertet.

Der Knoten ist eine Koordinierungsstelle für die Stärkung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und wurde im Rahmen des Bundesprojektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gegründet. Dieses Projekt wird von einem Kooperationsverbund unterstützt, zu

den Partnern zählen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, Krankenkassen und Ärzteverbände, Wohlfahrtsverbände und weitere Partnerorganisationen. Wenn Sie weitere Informationen wünschen sprechen Sie mich gerne an oder besuchen Sie das Internetportal www.gesundheitliche-chancengleichheit.de Seit 2008 wird der Regionale Knoten aus Mitteln der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) und Hamburger Krankenkassen und Krankenkassenverbänden (GKV) finanziert.

Im Rahmen dieses Projektes haben wir einen Arbeitskreis gegründet, Mitglieder dieses AK sind:

- die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)
- der Caritasverband für Hamburg e. V.
- das Diakonische Werk Hamburg
- die Feuerwehr Hamburg
- fördern und wohnen AÖR
- Hude e. V.
- der Kemenate-Tagestreff für wohnungslose Frauen
- Malteser Nordlicht
- und die Stadtmission Hamburg

Wir sind der Meinung, dass die wachsenden Lücken in der medizinischen Versorgung von wohnungslosen Frauen und Männern nur durch eine gemeinsame Anstrengung aller Beteiligten behoben werden können.

Ärztinnen und Ärzte, ob niedergelassen, im öffentlichen Gesundheitsdienst oder in den unterschiedlichen Abteilungen der Krankenhäuser tätig, sind wichtige Akteure für die Gesundheit der Wohnungslosen – um bei dieser Zielgruppe jedoch erfolgreich zu sein, bedarf es einer guten Abstimmung und einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen Versorgungs- und dem sozialen Hilfesystem.

Ich freue mich daher, dass wir heute einen weiteren Schritt in Richtung mehr Kooperation gehen. Dafür haben wir heute Institutionen der Wohnungslosenhilfe und Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder der Asklepios Klinik eingeladen ihr Behandlungsangebote und -konzepte vorzustellen und aufzuzeigen wie eine Zusammenarbeit mit dem medizinischen Regelsystem gelingen kann.

Bevor wir nun mit den Beiträgen beginnen, möchte ich mich noch bei Herrn Dr. Leffmann bedanken, dass wir heute die dritte Fortbildungsveranstaltung in diesem Rahmen durchführen können und dass auch er nicht müde wird, dieses Thema gemeinsam mit uns voranzubringen.

Mein Dank geht auch an alle Referentinnen und Referenten und an alle Ausstellerinnen und Aussteller, die beide mit ihrer Beteiligung an dieser Fortbildung ihren Kooperationswunsch bekräftigt haben. Und bedanken möchte ich mich selbstverständlich auch bei den Mitglieder des Regionalen Knotens, die diese Fortbildung geplant und vorbereitet haben.

Kooperation und Verantwortung

Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung – insbesondere bei der Versorgung von vulnerablen Gruppen

Prof. Dr. Uwe Flick, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Kooperation und Verantwortung

Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung – insbesondere bei der Versorgung von vulnerablen Gruppen

Uwe Flick & Gundula Röhsch
Alice-Salomon-FH, Berlin
flick@asfh-berlin.de

05.11.2008 Uwe Flick & Gundula Röhsch 1

Definition von Wohnungslosigkeit

- Wohnungslosigkeit: begriffliche Unklarheiten
- Definition des Deutschen Städtetages von 1987: ‚Wohnungsnotfall‘
 - akuter Wohnungsverlust
 - unmittelbares Bedrohtsein durch Wohnungsverlust
 - Leben in unzumutbaren Wohnverhältnissen (Baracken, Wohnwagen, bei Freunden/ Bekannten/ Verwandten, in kommunalen Not- oder Sozialeinrichtungen)

05.11.2008 Uwe Flick & Gundula Röhsch 2

Statistik

- Angaben zur Betroffenenanzahl: inoffizielle Schätzungen - keine bundeseinheitliche Erfassung
- BAG Wohnungslosenhilfe: 2006: bundesweit 265.000 Betroffene (122.000 in Mehr-, 132.000 in Einpersonenhaushalten, 11.000 Aussiedler)
- ohne jegliche Unterkunft ‚auf der Straße‘: ca. 18.000 Betroffene
- Altersstruktur: zunehmend jüngere Betroffene
- Anteil der über 50-Jährigen seit Jahren sinkend

05.11.2008 Uwe Flick & Gundula Röhsch 3

Anteile der Altersgruppen (Schröder 2004)

| Altersgruppe | Anteil |
|---------------|--------|
| bis 39 Jahre | 39% |
| 30-39 Jahre | 27% |
| 40-49 Jahre | 28% |
| 50-59 Jahre | 11% |
| über 60 Jahre | 5% |

05.11.2008 Uwe Flick & Gundula Röhsch 4

Geschlechtsspezifik

- starke Geschlechtsspezifik: Frauenanteil bei ca. 23%-25% (inkl. Dunkelziffer)
- Frauen meist jünger als betroffene Männer
- Wohnungslosigkeit: kürzere Dauer (< 2 Mon.)
- Frauenanteil ‚auf der Straße‘ nochmals geringer als der von Männern
- Wohnungsnot: Leben in prekären Wohnverhältnissen (sexuelle Ausbeutung bei Bekannten)
- wesentliche Ursachen der Wohnungslosigkeit für beide Geschlechter: Mietschulden, Arbeitslosigkeit

05.11.2008 Uwe Flick & Gundula Röhsch 5

Determinanten der Gesundheit von Wohnungslosen I

- Geldknappheit → Kauf billiger Nahrungsmittel (Fertigprodukte: hoher Fett- und Zuckergehalt)
- Leben ohne feste Wohnung: von Gegebenheiten abhängig (Möglichkeiten zur Körperpflege und Nahrungszubereitung eingeschränkt)
- fehlende Rückzugsmöglichkeiten – Opfer von Gewalt und verbaler Ablehnung des Umfeldes
- erhöhte Anfälligkeit für Krankheiten – häufig schwerer Verlauf (Infekte ‚verschleppt‘)

05.11.2008 Uwe Flick & Gundula Röhsch 6

Determinanten der Gesundheit von Wohnungslosen II

- Verlust von Beziehungen zum sozialen Umfeld – durch Szene nur bedingt abgefangen (intensiver Substanzgebrauch – eigennützige Beziehungen)
- Verlust des Vertrauens zu Anderen: Einsamkeitsgefühle und Depressionen
- Konsum von Alkohol und Drogen funktional (Trost, ‚Medikament‘, Nahrungersatz)
- Folgen: zahlreiche (auch) alkoholbedingte Krankheiten, riskantes Gesundheitsverhalten

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

7

Epidemiologie: Häufigkeit von Krankheiten unter Wohnungslosen

- kaum abgesicherte epidemiologische Aussagen – vorhandenes Datenmaterial oft sehr widersprüchlich
- geringe Vergleichbarkeit der Ergebnisse im Hinblick auf Stichprobe, Datenerhebung und -auswertung sowie der Diagnosefindung, abweichende Klassifikationsschemata
- repräsentative Studien zur psychischen Gesundheit von Wohnungslosen (Fichter et al. 2000; Greifenhagen/ Fichter 1998)

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

8

Physische Erkrankungen

- einzelne Erkrankungen ‚auf der Straße‘ häufig (prinzipiell dieselben wie Allgemeinbevölkerung)
- Schätzungen: ca. 60-70 % der Betroffenen mindestens zwei Erkrankungen, 40 % der Wohnungslosen drei und mehr Krankheiten
- erhöhte Unfallrate
- hohe Mortalitätsrate: 9% der wohnungslosen, aber 20% der erwachsenen Durchschnittsbevölkerung älter als 60 Jahre
- durchschnittliches Sterbealter: 44,5 Jahre

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

9

Prävalenz physischer Erkrankungen

| Erkrankungen | Anteil in Studien |
|----------------------------------|-------------------|
| Atemwegserkrankungen | 19,3 bis 70,6 % |
| Erkrankungen im Verdauungssystem | 20,0 bis 32,2% |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | 22,0 bis 52,5 % |
| Erkrankungen im Bewegungsapparat | 39,8 bis 58,5 % |
| Verletzungen | 44,2 bis 62,6 % |
| Hauterkrankungen | 8,2 bis 50,0 % |

Zusammenstellung der einschlägigen Untersuchungen durch das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MF-JFG 2000)

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

10

Psychische Erkrankungen

- hohe Prävalenzraten für substanzbezogene und affektive Erkrankungen sowie für Psychosen
- unter wohnungslosen Männern: Lebenszeitprävalenz für Psychosen bei mehr als 10%, bei Durchschnittsbevölkerung unter einem 1%
- wohnungslose Frauen: im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt 3,7-fach erhöhtes Risiko für psychische Erkrankung
- Wohnungslose beider Geschlechter: psychiatrische Komorbidität häufig

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

11

Prävalenz psychischer Krankheiten: wohnungslose Männer (Fichter et al. 2000)

| Erkrankung | Prozentanteil: gewicht., Mehrfachnennung | |
|-------------------------|--|------------------|
| | derzeit (1 Monat) | im Lebensverlauf |
| Psychotische Erkrankung | 6,6 | 9,8 |
| Angsterkrankung | 11,6 | 15,9 |
| Affektive Störung | 16,3 | 32,8 |
| Abhängigkeitserkr. | 63,0 | 79,6 |

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

12

Versorgungssituation

- hoher Versorgungsbedarf der Zielgruppe (80-90% bedürfen dringender Behandlung)
- ca. 60% der Betroffenen: kein Arzt als Ansprechpartner vorhanden oder „seltene“ Konsultation (Selbstaussagen)
- Unterversorgung in Bezug auf bestimmte somatische Erkrankungen (KHK, Bluthochdruck) bzw. im Hinblick auf psychische Beeinträchtigungen
- wenig angemessene Behandlung innerhalb medizinischen Regelsystems (hohe Erkrankungsprävalenz trotz Arztbesuche)

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

13

Gesundheit und Krankheit wohnungsloser Jugendlicher: Zugänge

- **Teilnehmende Beobachtung:** Gesundheitsbezogene Handlungen und Interaktion
- **Episodische Interviews:** Gesundheitsvorstellungen und Behandlungserfahrungen der Jugendlichen
- **Experteninterviews:** Wahrnehmung und Versorgung der Betroffenen

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

14

Samples

| Alter (in Jahren) | Wohnungslose Jugendliche | | |
|-------------------|--|----------|--------|
| | Männlich | Weiblich | Total |
| 14 - 17 | 5 | 9 | 14 |
| 18 - 20 | 7 | 3 | 10 |
| Durchschnitt | 17,5 | 16 | 16,75 |
| | Chronische kranke wohnungslose Jugendliche | | |
| | N = 6 | N = 6 | N = 12 |
| 14-17 | 1 | 3 | 4 |
| 18-25 | 5 | 3 | 8 |
| Durchschnitt | 21,5 | 16,8 | 19,2 |

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

15

Untersuchungsbereiche

- Einstieg in das Straßenleben
- subjektive Gesundheitsdefinitionen
- Lebenssituation (Wohnen, Geld, Ernährung)
- Folgen für Gesundheit
- Umgang mit gesundheitlichen Risiken (Drogen, Alkohol, Sexualität) und Beschwerden
- Inanspruchnahmeerfahrungen



05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

Vergleichsdimensionen zum Inanspruchnahmeverhalten

- Unter welchen Bedingungen suchen wohnungslose Jugendliche um ärztliche Hilfe nach?
- Welche Erwartungen verbinden sie damit?
- Welche Erfahrungen haben sie mit der Inanspruchnahme gemacht?
- Wie sind die Jugendlichen Ärzten gegenüber eingestellt?
- Welche subjektiven Hindernisse stehen dem Arztbesuch entgegen?

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

17

Muster der Inanspruchnahme

| Muster | Chronisch kranke Jugendliche | | |
|---------------------------------------|------------------------------|----------|--------|
| | männlich | weiblich | total |
| | N = 6 | N = 6 | N = 12 |
| Arztbesuch als Selbstverständlichkeit | 2 | 1 | 3 |
| Arztbesuch als ferne Möglichkeit | 1 | 2 | 3 |
| Arztbesuch als Risiko | 3 | 3 | 6 |

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

18

Experten – Berufe und Arbeitsfelder

| Arbeitsfelder | Experten | | |
|---|----------|----------------|--------|
| | Ärzte | Sozialarbeiter | Total |
| | N = 5 | N = 7 | N = 12 |
| Basisversorgung (Straßensozialarbeit und Obdachlosenarztpraxen; niedergelassene Ärzte) | 3 | 3 | 6 |
| Medizinische und soziale Betreuung spezieller Gruppen (z.B. Prostituierte, Stricher, Hepatitis C-Kranke, Drogenkonsumenten – i. v.) | 2 | 4 | 6 |

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhnisch

19

Versorgungsdefizite

| Defizit (Mehrfachnennungen) | Ärzte | Sozialarbeiter | Total |
|---|-------|----------------|--------|
| | N = 5 | N = 7 | N = 12 |
| Unterversorgung bestimmter Teilgruppen | 3 | 2 | 5 |
| ungeeignete Arbeitsweise/ Struktur bestehender Angebote | – | 4 | 4 |
| Mangel an Institutionen oder Kompetenzen | 3 | 4 | 7 |
| Zugang zu gesundheitlichen Angeboten | 1 | 1 | 2 |
| Kein Defizit | 1 | -- | 1 |

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhnisch

20

Einflussfaktoren auf Inanspruchnahmeverhalten: strukturell

- Inkrafttreten des GMG 2004 sowie des SGB II: Integration in medizinisches Regelsystem
- Zugangsschwellen: Praxisgebühr, Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln: Sinken ohnehin geringer Behandlungsbereitschaft
- Chipkarte ‚auf der Straße‘ wenig praktikabel (verloren/gestohlen; komplizierte Beantragung)
- Schwierigkeiten beim Antrag auf Zuzahlungsbefreiung und Nachweis eigener Bedürftigkeit

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhnisch

21

Einflussfaktoren auf Inanspruchnahmeverhalten: personell (I)

- Gesundheitsbewusstsein, Krankheitseinsicht, Akzeptanz professioneller Hilfen sind jeweils von Lebensbedingungen abhängig
- Gesundheitsbelastungen ‚auf der Straße‘ relativ
- Betäuben von Schmerzen durch Alkohol und Drogen - ‚Gewöhnung‘ an den Schmerz
- Sicherung täglicher Existenz oft vorrangig gegenüber Arztbesuchen
- unrealistisch optimistische Einschätzung eigener Gesundheit

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhnisch

22

Einflussfaktoren auf Inanspruchnahmeverhalten: personell (II)

- Verständnis der Betroffenen: Krankheit identisch mit völligem (körperlichen) Zusammenbruch
- Kontakte zu Ärzten ‚in Notfällen‘
- Selbstbehandlung von Gesundheitsproblemen
- Therapie: größere Belastung als Krankheit
- Verzicht auf Arztbesuche aus Scham
- Widerspiegelung der arztmeidenden Haltung in Einstellung der Professionellen: Unkenntnis über die Lebenslage von Wohnungslosen und bestehende Vorurteile und Abneigungen
- Hilfebedarf nicht erkannt, ungenügend artikuliert

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhnisch

23

Zielgruppenspezifische Anforderungen an Prävention und Gesundheitsförderung

- Formal
- Inhaltlich

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhnisch

24

Formale Anforderungen an Prävention/ Gesundheitsförderung I

- Verknüpfung von primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen
- Kontextorientierung: Bezugnahme präventiver Maßnahmen auf Lebenslage Wohnungslosigkeit
- Ressourcen für eine autonome Lebensgestaltung begrenzt – Empowerment eingeschränkt, Umsetzung zielgruppenspezifischer Bedürfnisse durch Fachleute
- Settingansatz präventiver Maßnahmen – ‚auf der Straße‘ möglich? (Straße als Setting?)

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

25

Formale Anforderungen an Prävention/ Gesundheitsförderung II

- Szene als wesentliche Bezugsgruppe in präventive Angebote einbeziehen
- Dokumentation zentraler Daten: Morbiditäts- und Mortalitätsmuster; Nutzung gesundheitlicher Angebote; Versorgungslücken; systematische Erfassung projektbezogener Daten im Sinn der Qualitätssicherung

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

26

Inhaltliche Anforderungen an Prävention/ Gesundheitsförderung

- Maßnahmen der Überlebenssicherung (Ziel: Reduzierung gesundheitsgefährdender Umweltbedingungen – Schaffung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen)
- Verbesserung der präventiven und kurativen Gesundheitsversorgung
- Verbesserung des Gesundheitsverhaltens
- Verbesserung der beruflichen und finanziellen Absicherung im Krankheitsfall

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

27

Maßnahmen der Überlebenssicherung I

- Akuthilfen: Möglichkeiten, soziale Kontakte zu ‚schwer Erreichbaren‘ (wieder-) herzustellen
- Basis für weitergehende gesundheitspräventive und -versorgende Angebote
- Unterbringung in angemessenem Wohnraum, Verbesserung materieller, sozialer und physischer Existenzgrundlagen (Wasch- und Duschgelegenheiten, Bereitstellung kostengünstiger Mahlzeiten)

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

28

Maßnahmen der Überlebenssicherung II

- Grundlage: Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung (NAP)
- Vermeidung von Wohnungsverlust
- Übernahme von rückständigen Mieten durch Sozialhilfe
- Abwendung von Räumungsklagen wegen Zahlungsverzugs
- Vergabe von Unterkünften aus dem sozialen Wohnungsbau an die Zielgruppe

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

29

Verbesserung der präventiven und kurativen Gesundheitsversorgung I

- Verbesserung der ärztlichen Nachsorge und Stärkung gemeindepsychiatrischer Angebote zur Verhinderung des Wohnungsverlusts bei psychisch Kranken
- stärkere Verknüpfung präventiver Maßnahmen
- Schaffen von Schnittstellen auf versorgungspraktischer Ebene
- Schaffen von Schnittstellen im administrativen Bereich: Fortbildungen und Arbeitskreise
- Case-Management in der Wohnungslosenhilfe

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

30

Verbesserung der präventiven und kurativen Gesundheitsversorgung II

- flexiblere Handhabung beruflicher Prinzipien
- niedrigschwellige Versorgung: unbürokratische, kostenlose und an keine Vorbedingungen geknüpfte Grundversorgung
- Vertrauensverhältnis durch regelmäßige und beständige Arbeit
- medizinische Grundversorgung als Türöffner für Inanspruchnahme sozialer Hilfen
- gesellschaftliche Entstigmatisierung Betroffener

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

31

Verbesserung der präventiven und kurativen Gesundheitsversorgung III

- abgestuftes Behandlungsmodell - Berücksichtigung individueller Zugangsvoraussetzungen:
- Medical Streetwork: medizinisch-pflegerische Grundversorgung ‚vor Ort‘
- Einsätze einer fahrbaren Ambulanz
- Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
- Behandlungen in Krankenzimmern
- Integration in medizinisches Regelsystem → Rechtsanspruch auf Behandlung

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

32

Verbesserung des Gesundheitsverhaltens

- Beratung zu risikoärmeren Mustern des Umgangs mit Alkohol und (illegalen) Drogen
 - Motivierung zu risikomeidendem Sexualverhalten (kostenlose Vergabe von Kondomen)
 - Vermittlung von Kenntnissen über gesunde Ernährung und Unterstützung bei der Umsetzung dieses Wissens in den Alltag
- sekundäre Effekte: Stärkung der Genussfähigkeit, zwischenmenschliche Kompetenzen

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

33

Implikationen für eine zielgruppenspezifische Versorgung

- gesundheitliche Angebote ausreichend niedrigschwellig und lebensweltnah
- integrierte Versorgung – medizinische **und** soziale Hilfen ‚aus einer Hand‘
- interdisziplinär ausgerichteter Arbeitsansatz
- Gesundheit als mögliches Aufgabenfeld der Sozialarbeit
- Medizin/Public Health: Öffnung für Belange gesellschaftlicher ‚Randgruppen‘

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

34

„Vor dem Hintergrund dieser besonderen gesundheitlichen Situation der Obdachlosen empfiehlt der Rat, dass

- Angebote zur gesundheitlichen Versorgung der Wohnungslosen ausreichend niedrigschwellig sind, dementsprechend größtenteils aufsuchend arbeiten und sich untereinander sowie mit sozialen Institutionen stärker als bisher vernetzen,
- strukturelle Barrieren (z. B. in Form von Praxisgebühr und Zuzahlungen) für die Zielgruppe fallen, da sie der Inanspruchnahme ‚regulärer‘ medizinischer Leistungen entgegenstehen und somit die Integration ins Regelsystem erschweren,

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

35

„Vor dem Hintergrund dieser besonderen gesundheitlichen Situation der Obdachlosen empfiehlt der Rat, dass

- weitere Forschungen durchgeführt werden zum Gesundheitszustand sowie zur medizinischen Versorgung von Obdachlosen, um die oft lückenhafte und teilweise in sich widersprüchliche Datenlage zu erhellen,
- Angebote der Gesundheitsversorgung mit arbeits- und unterbringungsbezogenen Maßnahmen kombiniert werden, die darauf hinauslaufen, Wohnungslosigkeit zu verhindern oder in zeitlicher Hinsicht zu begrenzen und den Betroffenen öffentlich geförderte Beschäftigungsmöglichkeiten zu bieten,
- dazu die besonderen Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes stärker zu nutzen“ (SVR 2007).

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhrsch

36

Literatur

- Fichter, M./Quadflieg, N./Cuntz, U. (2000): Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen, Daten einer repräsentativen Stich-probe obdachloser Männer. Dt. Ärzteblatt, 97, (17), A-1148-1154
- Flick, U./ Röhnsch, G. (2008): Gesundheit auf der Straße, Vorstellungen und Erfahrungsweisen obdachloser Jugendlicher. Weinheim und München: Juventa.
- Greifenhagen, A./ Fichter, M. (1998): Verrückt und obdachlos – psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen. Wohnungslos, 40, (3), 89-97
- MFJFG (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen) (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000
- Schröder, H. (2004): Immer mehr jüngere Wohnungslose in der BRD? Zur Altersstruktur der Wohnungslosen in der BRD. Wohnungslos, 46, (2), 55-58
- SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 (<http://www.svr-gesundheit.de>)

05.11.2008

Uwe Flick & Gundula Röhnsch

37

Psychisch kranke Wohnungslose

Dr. Dorothee Freudenberg, Caritasverband für Hamburg e. V.

Die Häufigkeit psychischer Störungen bei Obdachlosen ist sehr hoch, was mehrere internationale Studien aus den letzten 20 Jahren belegen. Die bekannteste deutsche Untersuchung ist die von Manfred Fichter aus 2000. Demnach finden sich bei 70-95% der untersuchten wohnungslosen Menschen Auffälligkeiten, die mindestens einer psychiatrischen Diagnose gemäß ICD-10 oder DSM IV entsprechen. Am häufigsten ist Alkoholsucht, gefolgt von Depressionen. Bei etwa 33% besteht Komorbidität, also das Vorliegen von mindestens 2 psychischen Erkrankungen, meist handelt es sich dabei um die Kombination einer Suchterkrankung mit einer Angststörung und/oder einer depressiven oder schizophrenen Psychose. Wenn die Suchtmittelabhängigkeit (knapp 66% der Betroffenen) nicht mitgezählt wird, ist noch bei über 33% der Obdachlosen eine psychische Erkrankung festzustellen. Bei den Frauen, die nur ca. 15-20% der Obdachlosen ausmachen, wird der Anteil psychisch Kranker ohne bestehende Sucht noch höher geschätzt.

Dieser sehr hohe Anteil von psychisch Kranken unter den Obdachlosen zeigt, dass das romantische Bild des selbst bestimmten obdachlosen „Tippelbruders“ verharmlosender Unsinn ist. Bei den meisten Obdachlosen handelt es sich vielmehr um seelisch kranke Menschen, denen unser psychiatrisches Versorgungssystem nicht gerecht wird. Viele von ihnen haben psychiatrische Behandlungserfahrungen. Sie konnten jedoch von den therapeutischen Angeboten nicht profitieren bzw. nicht ausreichend kooperieren und wurden schließlich ausgegrenzt. Sie gelten als „therapie-resistent“ oder als ablehnend und besonders „uneinsichtig“, wobei Krankheitsuneinsichtigkeit nun einmal ein Kernsymptom von vielen psychischen Erkrankungen ist und nicht etwa Ausdruck eines schlechten Charakters, der sich böseartig und undankbar gegen uns Ärztinnen und Ärzte und die anderen Helfer/innen richtet.

Durch solche Ausgrenzungen kommt es, dass ein großer Teil der psychisch kranken Menschen der Region nicht im psychiatrischen Versorgungssystem ist, keine Leistungen aus der Krankenversicherung oder der Eingliederungshilfe erhält und sich im personell sehr viel schlechter ausgestatteten System der Wohnungslosenhilfe findet. Die Mitarbeiter/innen in den Wohnunterkünften wissen um die Problematik, mit der sie jedoch alleine gelassen werden. Offensichtlich reicht es nicht aus, dieser großen Gruppe chronisch psychisch Kranker ein Bett und soziale Beratung anzubieten. Ich halte es für notwendig, dass in allen Einrichtungen gem. § 67 ff SGB XII psychiatrische Sprechstunden und qualifizierte Teamberatung stattfinden und dass Leistungen der Eingliederungshilfe auch in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe einsetzen können. Die Trennung der Systeme, nämlich Eingliederungshilfe nach § 53ff für die Motivierten und „Krankheitseinsichtigen“ und die viel geringeren Hilfen gem. § 67ff für die „Schwierigen“, verfestigt die Ausgrenzung vieler psychisch schwer kranker Menschen aus dem Gesundheitssystem und ist ein wesentlicher Faktor ihrer Verelendung.

Leider halten sich auch die PIA's (Psychiatrische Institutsambulanzen der Kliniken) und die sozial-psychiatrischen Dienste fast nie für zuständig. Es gibt ein paar Ausnahmen: In Hamburg werden in ein paar wenigen Obdachlosenunterkünften von den Institutsambulanzen des Asklepios Klinikum Nord und des Bethesda Krankenhauses Bergedorf psychiatrische Sprechstunden angeboten und ein Kollege vom SpD Eimsbüttel führt regelmäßig eine Sprechstunde im Diakoniezentrum für Wohnungslose (der alten TAS) durch.

Die anfangs genannten epidemiologischen Untersuchungen wurden bei Obdachlosen durchgeführt, die fast alle in Wohnunterkünften leben. Entsprechende Untersuchungen von Menschen, die auf der Straße leben, gibt es bisher meines Wissens nicht.

Über diese Menschen möchte ich nun sprechen:

Seit Mai dieses Jahres arbeite ich als Psychiaterin im Rahmen der „Straßensivite“ mit Obdachlosen,

die in der Hamburger City auf der Straße leben und möchte Ihnen nun über die bisherigen Erfahrungen berichten. Bei der „Straßenvsiste“ handelt es sich um ein Projekt des Runden Tisches St. Jacobi und des City-Managements, finanziert aus der Spendenaktion „Ein Dach für Obdachlose“ und koordiniert von der Caritas. Mit fünf-sechs Wochenstunden suche ich gemeinsam mit den Straßensozialarbeitern Claudia Nickel und Thomas Kanehl die offensichtlich psychisch kranken Obdachlosen auf, die sich in der Region westlich des Hauptbahnhofs bis zum Rathaus und in den umliegenden Straßen aufhalten und dort „Platte machen“. Auch die Kennedy-Brücke bzw. der Raum unter ihr, zählt zu unserem Revier.

Wir haben bisher 62 psychisch kranke Obdachlose in der Hamburger City mehr oder weniger gut kennen gelernt. Es sind 48 Männer und 14 Frauen. Von den meisten wissen wir das Geburtsjahr, sonst haben wir es geschätzt. Bei der Altersverteilung erstaunt der relativ hohe Anteil alter Menschen: 13 der 62 Menschen sind älter als 60 Jahre, davon sind sechs sogar über 68 Jahre alt. Acht Menschen unserer Gruppe sind unter 30; drei von ihnen erst 25 Jahre oder jünger.

Wir wollen uns nun diese 62 Menschen unter zwei Gesichtspunkten anschauen, nämlich dem medizinischen und dem sozialen Hilfe- und Interventionsbedarf. Dabei stellen wir zwei Fragen:

1. Liegt eine psychische Störung, Sucht oder körperliche Erkrankung vor, die so schwer scheint, dass dringender medizinischer Behandlungs- oder Pflegebedarf besteht?
2. Erhalten die Betroffenen irgendwelche Sozialleistungen und/oder nehmen sie die speziellen Hilfeangebote für Obdachlose in Anspruch?

Bei 38 der 62 Personen besteht offensichtlich eine behandlungsbedürftige psychische Störung. Nur bei 22 Personen, also einem guten Drittel, steht im Vordergrund eine schwere Suchterkrankung, nämlich ein Alkoholismus, wobei sie oft weitere psychische Auffälligkeiten von Krankheitswert haben.

Von 20 dieser 62 identifizierten Menschen, also bei einem knappen Drittel, wissen wir, dass sie sozial unversorgt sind, sie beziehen also keine Sozialleistungen und sind nicht krankenversichert. Der fehlende Bezug von Sozialleistungen ist wie die Obdachlosigkeit Folge der psychischen Erkrankung und ihrer unzureichenden Behandlung. Sie sind durch alle Maschen des Hilfesystems gefallen und das elende Leben auf der Straße verstärkt die psychische Störung.

Auch bei der vorhandenen guten sozialarbeiterischen Unterstützung setzt das Stellen der für den Leistungsbezug erforderlichen Anträge ein Mindestmaß an Kontakt- und Kooperationsbereitschaft voraus, die bei ihnen wegen ihrer psychotischen Ängste und Verworrenheit nicht besteht. Ein positives Beispiel für die Lösung: Bei einem Mann, der einen gesetzlichen Betreuer hat, gelang es uns mittlerweile, den Leistungsbezug zu organisieren. Die Behörde war bereit, ihm wieder Sozialleistungen zu gewähren, nachdem ich bescheinigt hatte, dass er auf Grund seiner Psychose nicht auf der Dienststelle erscheinen und sich auch nicht photographieren lassen kann.

Von den 22 Personen mit schwerer Sucht beziehen nur zwei keine Sozialleistungen und sind nicht krankenversichert. Diese beiden sind auch erheblich psychisch krank, d. h. sie wirken wahnhaft und scheinen sich verfolgt zu fühlen und wahrscheinlich trinken sie auch Alkohol, um ihre psychotischen Ängste zu dämpfen. Insgesamt scheinen die obdachlosen Suchtkranken vom Hilfesystem besser erreicht zu werden als die auf der Straße lebenden Menschen, die unter anderen schweren psychischen Störungen leiden. Die obdachlosen Suchtkranken haben auch deutlich mehr soziale Kontakte untereinander und halten sich oft in der Gruppe auf. Sie sind auch eher bereit, das Winternotprogramm anzunehmen und sie kennen sich meist recht gut im sozialen Hilfesystem aus. Dennoch ist es sehr schwer, sie zu einer Änderung ihrer Lebensweise zu motivieren. Wir alle freuen uns, dass der stadtbekannt 69jährige „Hotte“ endlich überzeugt werden konnte, das harte Leben auf der Straße aufzugeben. Seit Ende Juli lebt er in der „Neuen Wohnung“ in Barmbek und er ist dort zufrieden, wie Sie in der neuesten Ausgabe von Hinz & Kunzt lesen können.

Es ist ein entsetzliches Elend, wenn psychisch schwer kranke Menschen obdachlos, unversorgt und isoliert in der Hamburger City leben. Als Kernsymptomatik besteht oft eine lähmende An-

triebslosigkeit, Ambivalenz und Entscheidungsunfähigkeit in Verbindung mit diffuser Angst. In der psychiatrischen Diagnostik entspricht dies dem schizophrenen Residualsyndrom. Ich denke, dass die extreme Ausprägung der Krankheitsbilder die Folge der elenden Lebensbedingungen ist. Diese Menschen sind in einem Teufelskreis gefangen und sie sperren sich trotz ihres Elends ängstlich gegen jegliche Veränderung ihrer Situation. Diejenigen, die es krankheitsbedingt nicht schaffen, die niedrigschwelligen und unentgeltlichen Angebote mit Duschen und Kleiderwechsel aufzusuchen, sind in einem jämmerlichen körperlichen Zustand, schwer verwahrlost und von Ungeziefer befallen. Manche sind so scheu, dass sie nicht einmal einen Kaffee oder ein belegtes Brot von Schwester Petra auf dem Gerhard-Hauptmann Platz annehmen. Sie suchen sich Essensreste aus den Mülltonnen und leben von dem, was ihnen mitleidige Passanten hinstellen. Bei der Straßenvsitere begegnen uns also Menschen, die psychisch so schwer gestört sind, dass sie von sich aus weder ärztliche noch sozialarbeiterische Hilfe in Anspruch nehmen, auch wenn die Hilfe ganz niedrigschwellig ist.

Primär geht es darum, ihr Überleben zu sichern. Vorrang hat die materielle Absicherung, erst später kann, wenn überhaupt, die psychiatrische Krankheitsbewältigung einsetzen. Dies alles geht nur im Team und ich bin sehr froh über die gute Zusammenarbeit mit den beiden Straßensozialarbeiter/innen und den Mitarbeiter/innen der Hilfeinrichtungen.

Lassen Sie mich kurz an ein paar Beispielen unsere Arbeitsweise schildern:

Mit autoritär-mütterlichen Nachdruck erreichte ich vor 3 Wochen bei der 64jährigen Frau D., die völlig hilflos, stark verwahrlost und mit entzündeten, stark nässenden Beinen an der Bushaltestelle vor der Bahnhofsmmission saß, dass sie ihre anfängliche Ablehnung aufgab und dem Transport in die Caritas- Krankenstube für Obdachlose zustimmte. Drei Tage später habe ich sie dort besucht und sie zeigte sich glücklich über die erhaltene Pflege und Versorgung, u. a. über ihr Bett. Es stellte sich heraus, dass sie vor drei Jahren schon einmal eine Betreuerin hatte. Die Betreuung wurde vom Amtsgericht jedoch bald wieder aufgehoben, weil die Betreuerin die Frau nicht hatte erreichen können, d. h. man gab die schon damals als schwer verwahrlost und völlig hilflos beschriebene Frau einfach auf. Ich habe erneut eine Betreuung angeregt und es wurde vom Amtsgericht Mitte in Rekordzeit bereits eine neue Betreuerin bestellt. Es geht jetzt darum, mit ihr gemeinsam für Frau D. eine gute Wohnmöglichkeit zu finden.

Diese maternalistische Vorgehensweise ist jedoch meist nicht machbar. Manche der hilfsbedürftigen psychisch kranken Obdachlosen laufen jedes Mal weg, wenn wir sie ansprechen und bei Fragen insistieren. So auch zwei Männer (48 und 69 Jahre alt), die in der Nähe des Hauptbahnhofs leben und mit denen bisher nur ein kurzer unverbindlicher small-talk möglich ist, was einer von ihnen anfangs auch nicht aushalten konnte. Sie sind extrem verwahrlost und ihr körperlicher Zustand ist so schlecht, dass die Gefahr besteht, dass sie den Winter nicht überleben. Um für sie handeln zu können, bedarf es der Legitimation und diese bietet das Betreuungsrecht mit der Möglichkeit der Unterbringung zum Zweck der Heilbehandlung nach § 1906 BGB. Das Betreuungsrecht ist eigentlich wie für diesen Personenkreis geschaffen, denn es ist unbestreitbar, dass sie auf Grund ihrer psychischen Erkrankung ihre Angelegenheiten nicht regeln und nicht selbst für sich Sorge tragen können. Leider tun sich die Amtsgerichte und Betreuungsstellen mit der Einrichtung von rechtlichen Betreuungen für Menschen auf der Straße schwer und die Verfahren dauern viel zu lang. Für die beiden genannten Männer laufen bzw. kriechen die Verfahren seit Mitte August. Für eine Unterbringung gem. PsychKG scheint mir ihre Situation noch nicht eindeutig akut lebensbedrohlich.

Die hilflose Handlungsunfähigkeit angesichts des Elends dieser Menschen macht mir und auch meinen Sozialarbeiterkollegen schwer zu schaffen und wir hoffen, dass die heutige Veranstaltung zu Lösungsansätzen führt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Alkoholranke wohnungslose Patienten

Dr. Nicolas Countouris, PARK IN

Allgemeines:

Die Einrichtung PARK IN befindet sich im Hamburger Osten im Stadtteil Billstedt. Sie liegt in zentraler Lage zum sozialen Brennpunkt Sonnenland und besteht seit 1993. Träger der Einrichtung ist das Sozialwerk der Heilsarmee in Deutschland. Die Heilsarmee in Deutschland besitzt den Rechtsstatus einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts (R.d.ö.R.). Sie ist unter anderem Mitglied des Diakonischen Werkes der evangelischen Kirche in Deutschland.

Die Arbeit des PARK IN ist geprägt durch das Leitbild des Sozialwerkes der Heilsarmee. Finanziert wird die Einrichtung im Rahmen einer Vollfinanzierung des Zuwendungsrechts der Freien und Hansestadt Hamburg. Als fachliche Grundlage dient das derzeit gültige Konzept.

Zielgruppe:

Das PARK IN ist eine Kontakt- und Beratungsstelle, die wegen ihrer Niedrigschwelligkeit häufig erster Zugang in das Hamburger Suchthilfesystem ist. Die Angebote des PARK IN richten sich an erwachsene Menschen, die dem Personenkreis des §53 SGB XII zuzuordnen sind; schwerpunktmäßig sind dies suchtkranke und suchtgefährdete Personen mit der Hauptdiagnose Alkohol sowie deren Angehörige. Neben der Suchtproblematik zeichnet sich dieser Personenkreis durch eine Vielzahl weiterer sozialer Probleme aus, die da wären:

Arbeitslosigkeit, drohender Wohnungsverlust bzw. Wohnungslosigkeit, finanzielle Probleme und Schulden, chronische Mehrfachabhängigkeit und sonstige gesundheitliche Probleme, Perspektiv- und/oder Orientierungslosigkeit, soziale Vereinsamung und Isolierung.

Aufgrund dieser Vielzahl an gesundheitlichen und sozialen Problemen sowie häufig mangelnder Krankheitseinsicht sind diese Menschen meist noch nicht in der Lage von den höherschwelligeren Angeboten der Hamburger Suchtkrankenhilfe, z. B. ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, erreicht zu werden.

Um diese Menschen adäquat zu erreichen und ihnen die nötige Unterstützung und Hilfe geben zu können, gliedert sich unsere Einrichtung in folgende Arbeitsfelder: Beratungsstelle mit Basishilfen, aufsuchende Arbeit und ärztliche Versorgung. Diese Arbeitsfelder sind das Fundament unserer Arbeit.

Ärztliche Versorgung :

Um für die Zielgruppe insbesondere die Gruppe der chronisch mehrfach beeinträchtigten Suchtmittelabhängigen (Schwerpunkt Alkohol) ein adäquates niedrigschwelliges Hilfeangebot zu gewährleisten ist die ärztliche Versorgung ein feststehender Qualitätsstandard dieser Suchtarbeit. Die ärztliche Versorgung findet in Form von Behandlung (Notfall- und Erstversorgung) sowie suchtorientierter medizinischer Beratung statt.

Durch ein differenziertes und individuum-zentriertes Behandlungskonzept soll sowohl eine Früherkennung und -behandlung als auch Sekundär- und Tertiärprävention ermöglicht werden, um die Motivation zur Annahme weiterer spezifischer Hilfsangebote zu fördern und dadurch zur Begrenzung der aus der Abhängigkeit von legalen oder illegalen Drogen entstandenen Schäden beitragen.

Ziele im Rahmen der hier gegebenen Möglichkeiten dieser Behandlung sind zum einen die Klärung der Diagnose der Abhängigkeit, die Diagnose von Begleit- und Folgeerkrankungen, eventuell die Überwindung des körperlichen Entzugssyndroms, die Besserung und Heilung von Begleit- und

Folgeerkrankungen sowie die Besserung und Wiederherstellung von körperlicher und psychischer Leistungsfähigkeit.

Das Behandlungsangebot umfasst folgende Aspekte:

- die Teamarbeit aller an der Behandlung Beteiligten
- somatisch-medizinische Diagnostik
- Diagnostik zur Erfassung kognitiver und anderer Defizite
- somatisch-medizinische Behandlung
- nahtlose Anschlussbehandlungen
- Förderung und Herstellung eines Kontaktes zu weiterführenden Behandlungseinrichtungen.

Um das niederschwellige adäquate Hilfeangebot sinnvoll durchzusetzen, ist meine Präsenz an allen Öffnungstagen erforderlich. Im Unterschied zu den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten kann in der Einrichtung die ärztliche Versorgung unbürokratisch (ohne Versicherungsnachweis) und zeitnah erfolgen. Dies beinhaltet auch meine Erreichbarkeit mittwochnachmittags und samstags. Zum Abbau der Schwellenängste wird viel Wert auf Kontaktaufnahme meinerseits im offenen Bereich unserer Einrichtung und in den offenen Szenepunkten gelegt, wodurch der Zugang zur ärztlichen Versorgung erleichtert wird.

Krankheitsbilder und Folgeschäden des Alkohols:

Bei Personen, die über längere Zeit alkoholische Getränke im Übermaß zu sich genommen haben, treten in der Regel individuell verschiedene Krankheitssymptome auf.

Nachfolgend einen kurzen Einblick in die am häufigsten anzutreffenden Krankheitsbilder:

- mittelschwere bis schwere Rauschzustände durch Alkoholkonsum
- Alkoholentzugssymptom bei Unterbrechung oder abrupter Verminderung der Alkoholfuhr als Hinweis auf eine körperliche Abhängigkeit

In diesem Zusammenhang sind außerdem zu beobachten:

- internistische Erkrankungen im Verdauungstrakt wie chronische Gastritiden, Ulzera, chronische Diarhoen kombiniert vielleicht mit Spätfolgen wie Fettleber bzw. Zirrhose, Diabetes, Mangelernährung usw., Herz- u. Kreislaufbeschwerden wie Hypertonus, Koronargefäßerkrankungen etc., rezidivierende chronische Infekte durch herabgesetzte Abwehrkräfte oder falsch eingenommenen Antibiotika usw.
- chirurgisch bedingte Erkrankungen wie Hauterkrankungen durch schlechte Durchblutung, infizierte Wunden durch mangelnde Hygiene mit Spätfolgen chronische Ulzerationen (Ulzera cruris) etc.
- neurologische Erkrankungen wie Polyneuropathie, epileptische Anfälle, Gedächtnisstörungen etc.
- psychiatrische Erkrankungen wie Angstzustände, depressive Verstimmungen, psychotische Zustände mit Suizidgefährdung usw.

Angebote der ärztlichen Versorgung

Meine ärztliche Tätigkeit wird in drei Aufgabenbereiche unterteilt:

A. Medizinische Notfall- und Erstversorgung

Dazu gehören:

1. Untersuchung der Patienten hinsichtlich ihrer aktuellen Beschwerden.
2. Erstellen von Diagnosen, insbesondere im Hinblick auf durch die allgemeinen Lebensumstände entstandenen gesundheitlichen Defizite.
3. Versorgung und Behandlung inklusive medikamentöser Therapie.

B. Suchtorientierte medizinische Beratung und Behandlung

Darunter verstehe ich:

1. Aufklärung über gesundheitliche und sozialmedizinische Risiken und Schäden.

2. Aus der Anamnese abgeleiteter und auf die Besonderheiten des Einzelfalles abgestimmter Therapievorschlag inkl. Prophylaxenaufklärung.
3. Abstimmung der Medikation (ggf. kontrollierte Verabreichung) bei kontinuierlicher Weiterbehandlung.
4. Therapiefördernde und -vorbereitende Patientengespräche mit Motivationshilfe ggf. unter Einbeziehung von sozial vertrauten Personen (u. a. Berater aus dem PARK IN, bzw. Institutionen).
5. Bei Bedarf Einweisung zur stationären Behandlung im Zusammenhang mit dem Alkoholabusus (Entzugsbehandlung).
6. Akupunktur Angebot nach dem NADA Protokoll.

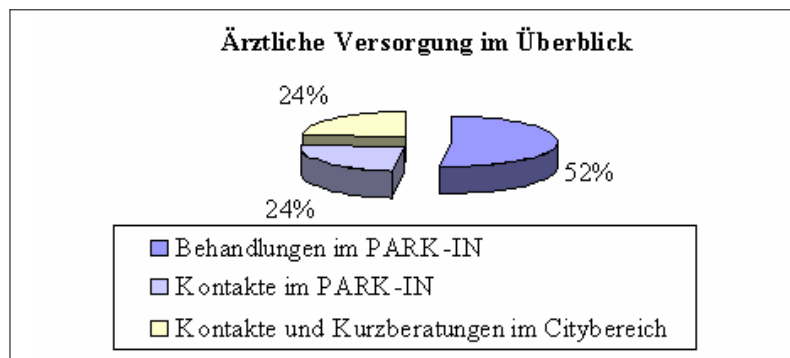
C. Kooperation / Weitervermittlung:

Um eine gezielte individuelle Weitervermittlung vornehmen zu können, ist die Kooperation mit anderen im Suchtbereich tätigen ambulanten und stationären Hilfeeinrichtungen (Beratungs- und Therapiestellen) ein wesentlicher Bestandteil der suchtorientierten medizinischen Beratung und Behandlung. In Kooperation mit dem Team kann unter Berücksichtigung der medizinischen Aspekte ein individueller suchtspezifischer Hilfeplan erarbeitet werden.

Ferner wird die Reintegration der Patienten in das Gesundheitssystem durch die Weitervermittlung an Fach- und Hausärzte angestrebt und ausgeübt.

Die ärztliche Versorgung findet, wie bereits erwähnt, sowohl im PARK IN als auch außerhalb der Einrichtung statt. In der Statistik wird deshalb wie folgt unterschieden:

1. Patientenbehandlungen im PARK IN (z. B. Akutversorgung, suchtspezifische Hilfe, Erstuntersuchung für die Teilnahme an der Akupunktur).
2. Patientenkontakte inkl. kurzer medizinischer Beratung im Aufenthaltsraum.
3. Patientenkontakte und medizinische Kurzberatungen im Rahmen der Arzttrunde im Citybereich, wobei außer Informationen bzw. Kurzberatungen keine Behandlungen stattfinden.



In

der Regel kommen die Patientinnen und Patienten mit Beschwerden, die aus ihrer Sicht nicht in Verbindung mit ihrem Alkoholmissbrauch stehen. Hier greife ich intervenierend ein und verdeutliche der Patientin/dem Patienten den Zusammenhang seiner Beschwerden in Verbindung mit seiner Alkoholproblematik.

Ich motiviere die Patientin/den Patienten, die Angebote im PARK IN in Anspruch zu nehmen – sofern noch nicht erfolgt – und biete meine medizinische Unterstützung in Bezug auf die suchtorientierte Beratung und Behandlung an.

Diese erfolgt in Kooperation mit der Beraterin/dem Berater und ist eine wichtige Unterstützung in der Vermittlung der Krankheitseinsicht und der Motivation weiterführende Hilfen in Anspruch zu nehmen. Um die Reintegration in das Gesundheitssystem (Fachärzte, Hausärzte) anstreben zu können sind folgende Schritte angezeigt:

1. Vermittlung einer positiven Einstellung unserer Klientel für das bestehende Gesundheitssystem, z. B. in den medizinischen Kurzberatungen. Hierbei kommt es u. a. darauf an, den Patienten/

innen die Scham zu nehmen, wenn sie längere Zeit nicht mehr bei ihrem Hausarzt waren und/oder Termine verstreichen lassen oder versäumt haben. Schaffen sie es nach wie vor nicht aus eigenem Antrieb einen Termin zu vereinbaren und einzuhalten werde ich ihnen Hilfestellung und Unterstützung gewähren.

2. Für den Fall das der Patient keinen Hausarzt hat, werde ich für ihn tätig, indem ich einen geeigneten Hausarzt in Wohnortnähe ausfindig mache. Hierfür gilt wie oben, bei fehlender Eigeninitiative, dass ich ggf. Kontakt zur Sprechstundenhilfe und/oder dem Arzt/der Ärztin direkt aufnehme.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass ein beträchtlicher Teil der Klienten/innen, die durch die ärztliche Versorgung erreicht wurden, auf Grund ihrer mehrfachen sozialen Beeinträchtigungen keinen Versicherungsnachweis vorweisen konnten und somit aus der bestehenden Gesundheitsvorsorge ausgeschlossen sind.

Daher motiviere und unterstütze ich die Patientinnen und Patienten sich einen Versicherungsstatus zuzulegen. Nachdem die Frage des Versicherungsstatus geklärt war, wurde es mir möglich diese Patienten/innen an die örtlichen Arztpraxen zu vermitteln.

Abschließende Bemerkung

Trotzdem wird deutlich, dass die Anstrengung der Reintegration in das Gesundheitssystem das „Anbinden“ an einen Hausarzt schwierig ist.

Ein Weg für die erfolgreiche Integration könnte nach dem Modellprojekt aus Mecklenburg-Vorpommern die Schaffung von „Suchtmedizinischen Schwerpunktpraxen“ sein. Der Verein Suchtmedizinische Schwerpunktpraxen e. V. (gegründet am 01.05.03 in Berlin) hat sich zum Ziel gemacht, die Schaffung von Suchtschwerpunktpraxen auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin, Psychiatrie bzw. Neurologie, der Inneren Medizin und anderen Fachdisziplinen. Aber auch hier stoßen die Spezialisten auf die gleichen Probleme wie andere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte; ihre Praxen werden für viele andere Patienten/innen unattraktiver und diesen Imageverlust gleicht keine Krankenkasse aus.

Ferner stellen wir uns die Frage: Können sich unsere Klienten Praxisgebühren pro Quartal und die Medikamentenzahlung noch leisten oder lehnen sie aus Kostengründen den Arztbesuch ab?

Umgang mit polytoxikomanen Wohnungslosen

Angebote und Erfahrungen der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll

Dieter Ameskamp und Bernd Köpke

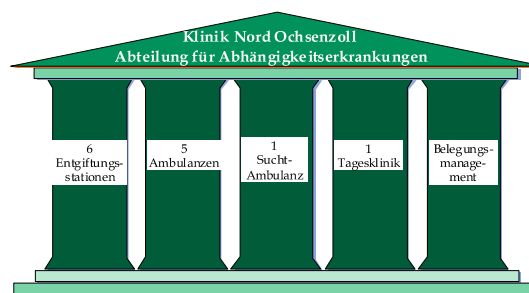
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen

Im Rahmen dieses kurzen Vortrages werden wir versuchen, Ihnen einen Überblick über die Angebote der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen zu geben. Im zweiten Teil des Vortrages wird exemplarisch anhand eines Fallbeispiels der Umfang der Behandlungen vorgestellt.

Die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen verfügt über 120 stationäre Betten auf sechs Stationen. Multiprofessionelle Teams betreuen und behandeln die Patienten/innen in zeitstrukturierten Tages- und Wochenplänen, die verschiedene Programm- und Behandlungselemente beinhalten. Die Suchtaufnahmestation nimmt Abhängigkeitserkrankte von legalen und illegalen Drogen zeitdurchgängig an allen Wochen- und Wochenendtagen auf. Die Aufnahme erfolgt auf freiwilliger Basis.

Die Station PSY 71 nimmt ausschließlich Konsumenten von legalen Drogen oder Glückspielsüchtige auf. Die Station mit dem Schwerpunkt Sucht und Persönlichkeitsstörungen (PSY 76) nimmt wie die Suchtaufnahmestation Konsumenten von legalen und illegalen Drogen auf. Im illegalen Bereich gibt es Stationen mit den Schwerpunkten: Somatische Erkrankungen, Schwangere / Mutter mit Kind (PSY 74), Therapievorbereitung (PSY 72) und eine Station für Patienten mit einer Doppeldiagnose (PSY 75). Durch die Schwerpunktsetzung kann effektiver auf die speziellen gesundheitlichen Probleme der Patienten eingegangen werden.

Arbeitsfeld



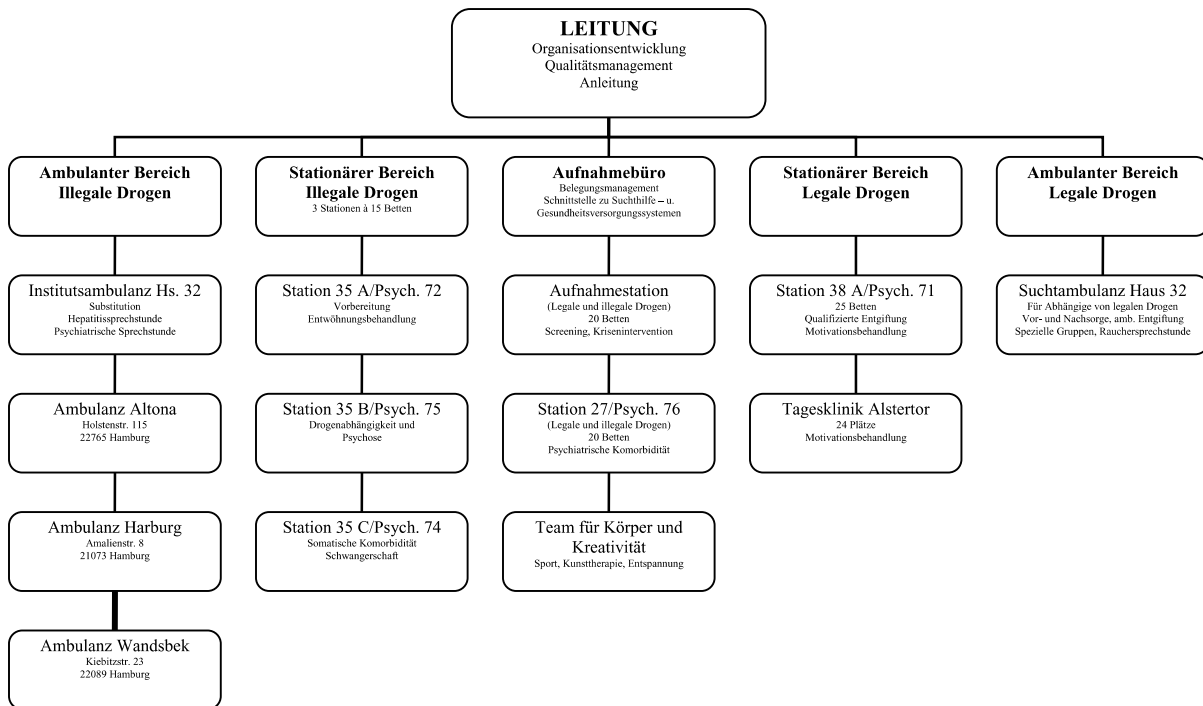
Fünf Ambulanzen

In diesen Ambulanzen erhalten die Patienten/innen eine ambulante Substitutionsbehandlung mit hausärztlicher und psychiatrischer Betreuung. Die Standorte sind: Harburg, Wandsbek, Ochsenzoll und eine Kombiambulanz in Altona. Kombiambulanz deshalb, da hier neben der ambulanten Substitutionsbehandlung auch die Heroinvergabe erfolgt. In den Ambulanzen werden ca. 1200 Patienten versorgt / behandelt. In der Heroinvergabe sind derzeit ca. 70 Patienten.

Die Suchtambulanz und die Tagesklinik bieten ambulante therapeutische Angebote für Alkohol-, Medikamenten- und Glückspielsüchtige und sind von daher eher seltener mit der Behandlung von Obdachlosen befasst.

Das Belegungsmanagement / Aufnahmebüro steuert die externen Aufnahmen (u. a. die Warteliste) und die Verlegung der Patienten der Suchtaufnahmestation in die Peripherie. Die Aufnahmen erfolgen aufgrund von Einweisungen niedergelassener Ärzte, Verlegungen aus anderen Krankenhäusern, über die Warteliste, oder durch Selbsteinweisungen über die Suchtaufnahmestation. Notwendig bzw. wünschenswert ist es, wenn die Patienten über eine bestehende Krankenversicherung verfügen.

ORGANIGRAMM der Abteilung



somatische...

Alle Patienten erhalten bei der Aufnahme ein Screening (Urinwerte, Blutwerte etc.) und werden im Rahmen ihrer gesundheitlichen Notwendigkeiten behandelt. Oftmals steht die Behandlung von körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen (insbesondere auf der Station mit dem Schwerpunkt Doppel-Diagnosen und somatische Erkrankungen) im Vordergrund – das gilt insbesondere für wohnungslose Patienten. Sollte notwendige Diagnostik und oder Behandlung in unserem Rahmen nicht möglich sein, gibt es eine enge Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachabteilungen der Asklepios Klinik Nord. Zu nennen sind hier z. B. CCT / MR / Röntgen / Sono / Spezielle Wundkonsile, Chirurgische Eingriffe, Beratung bei der Einstellung auf ART. Ebenso besteht eine enge Zusammenarbeit mit der geburts-hilflichen Abteilung und der Kinderstation.

Leistungsangebot

- **somatische und psychiatrische ärztliche Diagnostik und Behandlung**
- **psychologische Diagnostik und Psychotherapie**
- **pflegerisches Bezugspersonensystem (primary nursing)**
- **individuelle soziale Problemlösung**

psychologische Diagnostik...

Die Psychiater und Psychologen der Abteilung bieten regelhaft psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche an. Sollten die psychiatrischen Erkrankungen im Vordergrund stehen (z. B. Schizophrenie / Depressionen) kann auch eine Verlegung in die jeweiligen psychiatrischen Fachabteilungen erfolgen.

pflegerische ...

Jeder Patient erhält am Aufnahmetag eine Bezugsperson aus der Pflege. Diese ist während des gesamten Aufenthaltes Ansprechpartner/in und (mit-) verantwortlich für den Behandlungsablauf. Konzeptionelle Vorgabe für die Bezugspflege ist „Primary Nursing“.

individuelle ...

Es ist das erklärte Ziel der Abteilung keinen Patienten in die Obdachlosigkeit zu entlassen. Deshalb führen wir ab dem Aufnahmetag regelmäßige Gespräche mit den Patienten. Ziel ist es mit dem Patienten zusammen eine Perspektive für die Zeit nach der Entgiftung zu entwickeln und umzusetzen. Es werden Anträge gem. 53/54 SGB XII für die Aufnahme in Übergangseinrichtungen oder Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe gestellt. Bei Bedarf und Wunsch werden Anträge für stationäre Entwöhnungsbehandlungen erstellt. Inzwischen werden immer öfter Patienten in Pflegeeinrichtungen vermittelt. Sollte der Patient in eigenen Wohnraum zurückkehren (wollen), vermitteln wir auf Wunsch ambulante Anbindungen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppe) etc.

Offensichtlich ist auch ein sehr großer Bedarf bei der Unterstützung der Klärung von justiziellen, finanziellen und sozialen Problemen.

Die Klärung des Krankenversicherungsschutzes ist bei vielen Patienten notwendig und in der Regel sehr zeitaufwendig.

Durch das Angebot der Suchtaufnahmestation sind wir in der Lage Patienten an sieben Tage in der Woche rund um die Uhr aufzunehmen. Dieses Angebot richtet sich insbesondere an Patienten in Krisensituationen.

Wir bieten den Patienten eine qualifizierte Entwöhnungsbehandlung.

Psychische und körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen der Abhängigkeit werden berücksichtigt und behandelt. Im Sinne einer **Ganzheitlichkeit der Behandlung** und der Berücksichtigung von körperlichen, seelischen und sozialen Problemen wird die Behandlung von einem interdisziplinär arbeitenden Team, d. h. unter Nutzung von ärztlichen, pflegerischen, psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Angeboten durchgeführt. Ebenso bieten wir den Patienten Angebote wie z. B. psychoedukative Gruppen, kunsttherapeutische Angebote, Akupunktur nach dem NADA-Protokoll.

Kompetenzen

- **24 Stunden Kriseninterventionsangebot der Suchtaufnahmestation**
- **Stationärer oder teilstationärer qualifizierter Entwöhnung mit Motivationsbehandlung und psychosozialer Unterstützung**
- **Ambulante Substitutionsbehandlung mit hausärztlicher und psychiatrischer Betreuung**

In den Suchtambulanzen bieten wir:

- Umfassende suchtmmedizinische Versorgung von Patienten, die illegale Drogen konsumieren
- Substitution mit Methadon/Polamidon und Subutex
- Ambulanten Entwöhnung und Krisenintervention
- Diagnostik und Behandlung von körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen
- Vor- und nachstationäre Behandlung
- Gruppenangebote für Patienten mit einer Psychose oder einer Persönlichkeitsstörung (z. B. Borderline)
- Beratung und Behandlung von drogenabhängigen Patienten mit einer Hepatitis-C-Infektion und/oder einer HIV-Infektion
- Behandlungsangebote speziell für Migrantinnen und Migranten, die illegale Drogen konsumieren
- Psychosoziale Betreuung (in Kooperation mit dem Träger „Jugend hilft Jugend“)

Im Jahr 2007 erfolgten in der Abteilung 2925 stationäre Aufnahmen. 10% (297) der Patienten gaben bei Aufnahme an, dass sie Wohnungslos sind. Patienten, die bei Aufnahme z. B. bei Freunden schliefen, in Hotels übernachteten, sind in dieser Statistik nicht als „wohnungslos“ erfasst, so dass

davon auszugehen ist, dass die reale Zahl der wohnungslosen Patienten wesentlich höher ist. Deutlich ist auch, dass Konsumenten von illegalen Drogen wesentlich früher wohnungslos werden, und auch wesentlich jünger ernsthaft erkranken.

Bei den 27 Patienten mit einer zusätzlichen psychiatrischen Diagnose, handelt es sich um Patienten bei denen diese Erkrankung klar diagnostiziert ist. Patienten bei denen nur ein Verdacht auf eine bestimmte psychiatrische Diagnose bestand, wurde hier nicht erfasst. Ebenso keine Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung.

Bei den somatischen Erkrankungen handelte es sich häufig um Infektionskrankheiten (HIV, HEP C), Ulcera, Erkrankungen des Magen-Darmbereiches, Kardiologische Erkrankungen (z. B. Herzklappenersatz).

Das folgende Fallbeispiel zeigt anhand eines realen „Falles“ die Betreuung, Begleitung und Behandlung eines wohnungslosen Patienten.

Wohnungslose Patienten 2007



| | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------|---|
| Aufnahmen insgesamt 2925 | | | |
| Anzahl der Wohnungslosen Patienten: 297 | | | |
| Durchschnittsalter | Dauer der Abhängigkeit | Suchterkrankung und Psychose | Suchterkrankung und mehr als 3 somatische Diagnosen |
| 34,06 (17 - 67 Jahre) | 14,68 Jahre (1 - 40 Jahre) | 27 Patienten | 23 Patienten |

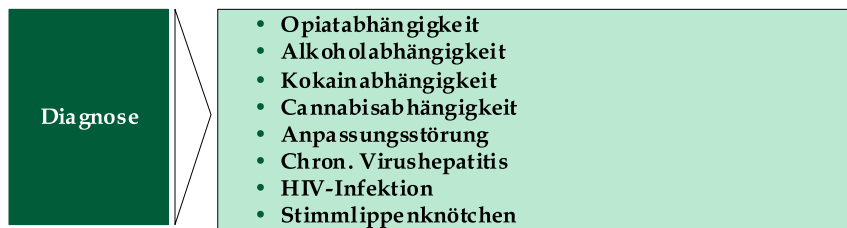
siehe Präsentation:

„Umgang mit polytoxikomanen Wohnungslosen“

Fallbeispiel Max H.



Max H. * 1968
 Aufnahme am 24.08.2008: Zentrale Notaufnahme Heidelberg, Übernahme Psy 75
 Zahlreiche Hämatome und Wunden an Kopf, Gesicht, Rumpf, Atemalkohol 4,6

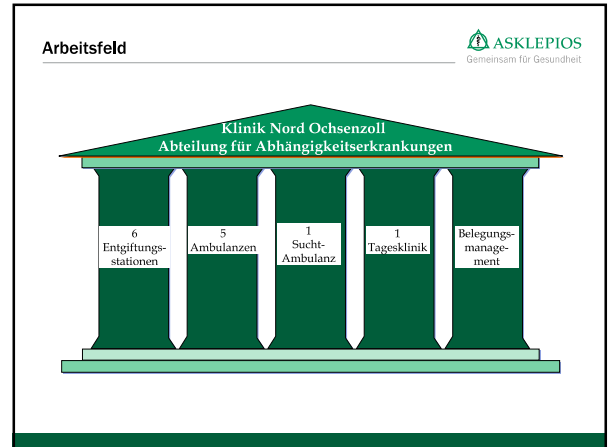


ASKLEPIOS
Gemeinsam für Gesundheit

Umgang mit polytoxikomanen Wohnungslosen

Angebote und Erfahrungen der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
Dieter Ameskamp (Dipl. Soz.päd.)
Bernd Köpke (Case Manager)

05.11.2008



ASKLEPIOS
Gemeinsam für Gesundheit

Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen

| Leistungsangebot | Kompetenzen |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> somatische und psychiatrische ärztliche Diagnostik und Behandlung psychologische Diagnostik und Psychotherapie pflegerisches Bezugspersonensystem (primary nursing) individuelle soziale Problemlösung | <ul style="list-style-type: none"> 24 Stunden Kriseninterventionsangebot der Suchtaufnahmestation Stationärer oder teilstationärer qualifizierter Entzug mit Motivationsbehandlung und psychosozialer Unterstützung Ambulante Substitutionsbehandlung mit hausärztlicher und psychiatrischer Betreuung |

ASKLEPIOS
Gemeinsam für Gesundheit

Wohnungslose Patienten 2007

Aufnahmen insgesamt 2925

Anzahl der Wohnungslosen Patienten: 297

| Durchschnittsalter | Dauer der Abhängigkeit | Suchterkrankung und Psychose | Suchterkrankung und mehr als 3 somatische Diagnosen |
|--------------------------|-------------------------------|------------------------------|---|
| 34,06 (17 - 67 Jahre) | 14,68 Jahre (1 - 40 Jahre) | 27 Patienten | 23 Patienten |

ASKLEPIOS
Gemeinsam für Gesundheit

Fallbeispiel Max H.

Max H. * 1968

Aufnahme am 24.08.2008: Zentrale Notaufnahme Heidberg, Übernahme Psy 75
Zahlreiche Hämatome und Wunden an Kopf, Gesicht, Rumpf, Atemalkohol 4,6

Diagnose

- Opiatabhängigkeit
- Alkoholabhängigkeit
- Kokainabhängigkeit
- Cannabisabhängigkeit
- Anpassungsstörung
- Chron. Virushepatitis
- HIV-Infektion
- Stimm lippenknötchen


ASKLEPIOS
Gemeinsam für Gesundheit

Fallbeispiel Max H.


Anamnese:
Aufgewachsen mit der Mutter und dem Stiefvater, leiblicher Vater C2-abhängig und gewalttätig. OP nach Blutgerinnsel im Kopf 1970.
Schulbesuch bis zum HS-Abschluss, Lehre zum Maler/Lackierer abgeschlossen.

Suchtverlauf

- Alkohol ab dem 16. Lj.
- Heroin ab dem 21. Lj.
- Kokain ab dem 22. Lj.
- Benzodiazepine ab dem 25. Lj.


Fallbeispiel Max H. 

- 21 stationäre Entzugsbehandlungen (1. Entzug 1989 im AKO)
- 3 begonnene Reha-Behandlungen, keine abgeschlossen
- Mehrfache Suicidversuche
- 14 Jahre in Haft verbracht (BTM- und Gewaltdelikte)
- Zwischenzeitliche Partnerschaft endete durch Tod (Überdosis) der Partnerin

Fallbeispiel Max H. 

- Blutentnahme mit Viruslastbestimmung Hepatitis und HIV
- Röntgen Thorax mit fraglichen Infiltraten
- Zahnsanierung mit Extraktion von vier Zähnen
- CCT des Schädels
- Coloskopie ohne pathologischen Befund
- Entgiftung mit Distraneurin
- Einleitung einer antiviralen Therapie
- Stimmband-OP


Medizinische Diagnostik und Behandlung

Fallbeispiel Max H. 

- Aufenthaltsrecherche der letzten Monate
- Keine Krankenversicherung
- Kein Leistungsbezug nach SGB II oder SGB XII

Adresse: „Atlantik-Hotel – Unter den Linden“

Sozialpädagogischer Interventionsbedarf

Fallbeispiel Max H. 

- Absicherung der Krankenversicherung durch die ARGE Hamburg
- Zuständigkeit für Leistungsbezug blieb unklar
- das Sozialamt Kiel übernimmt die Kosten für die Eingliederungsmaßnahme AHORNHOF
- Nach 41 Behandlungstagen Verlegung in den Ahornhof

Telefonat 10 Tage später:
ES GEHT MIR GUT UND ICH FÜHLE MICH WOHL !!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:
D. Ameskamp/B. Köpke
Tel. 040/18 18-87 27 40
Fax 040/18 18-84 2274
d.ameskamp@asklepios.com
b.koepke@asklepios.com



Drogenabhängige Mädchen und junge Frauen in der Wohnungslosen-Szene

Dr. med. Karin Wirtz, Anlauf- und Beratungsstelle „Sperrgebiet“ der Diakonie

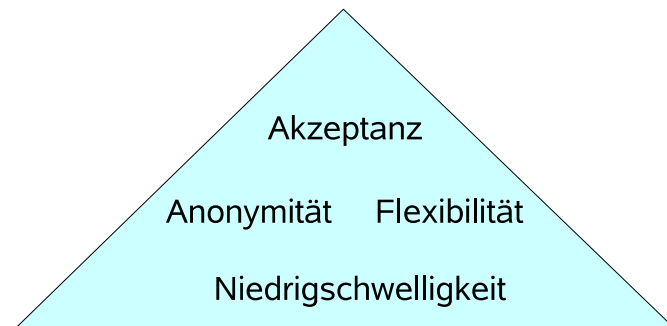
Das „Sperrgebiet“

Zielgruppe der Anlauf- und Beratungsstelle „Sperrgebiet“ in St. Georg sind Mädchen und junge Frauen im Alter von 13 bis 26 Jahren, die zum größten Teil drogenabhängig sowie wohnungslos sind und sich aus finanzieller Notlage prostituieren.

A
N
G
E
B
O
T
E

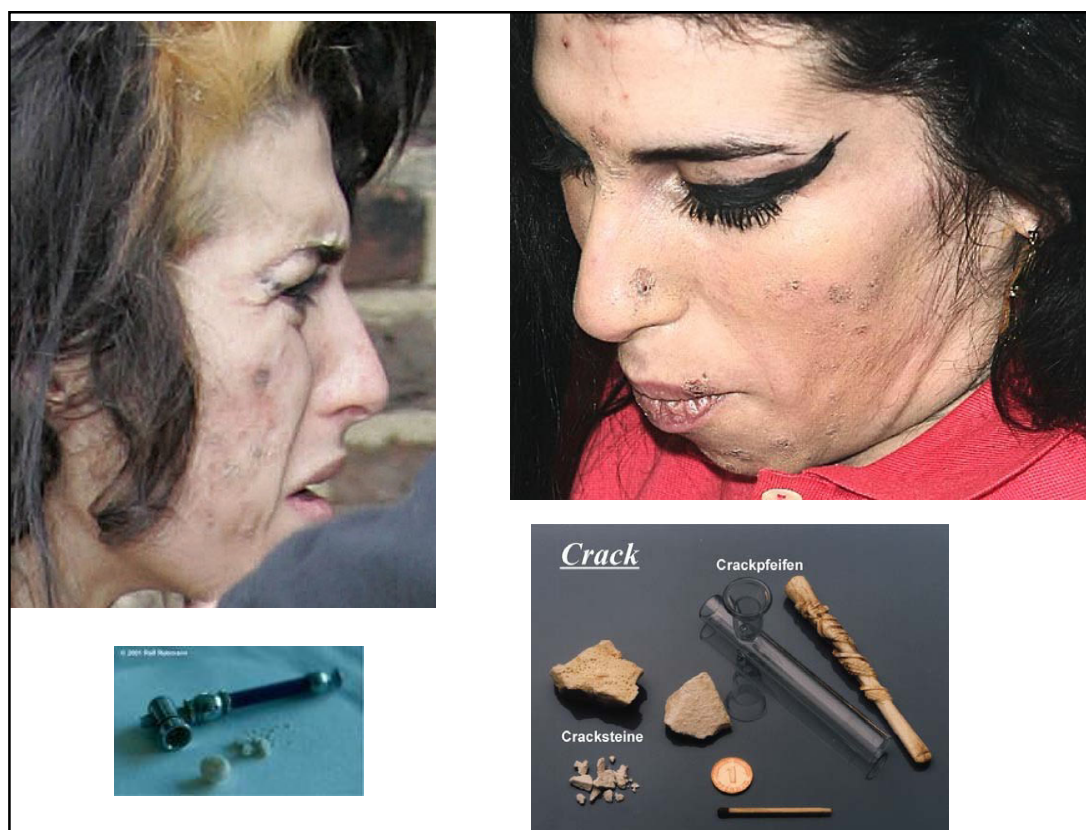
- Schutzraum vor gewalttätigen Übergriffen durch Anonymität
- Überlebenshilfe
- Kontakt- und Gruppengespräche im offenen Cafe-Bereich
- Einzelberatung und Information
- Aufklärung und Prävention
- Straßensozialarbeit
- Wohnung für drei Monate
- als Hilfe zur Veränderung / zum Ausstieg ab 18. Lj.
- Allgemeinmedizinische Grundversorgung / Akupunktur nach NADA Protokoll

Das Behandlungskonzept - wichtigste Aufgaben -



Zugang zu traumatisierten / oder intoxikierten Patientinnen

Ängste und „Arztscheu“ abbauen, erste Behandlungsschritte einleiten
ggf. Vermittlung in Kliniken oder zu Fachärzten → „Türen öffnen“
Präventionsarbeit einfließen lassen



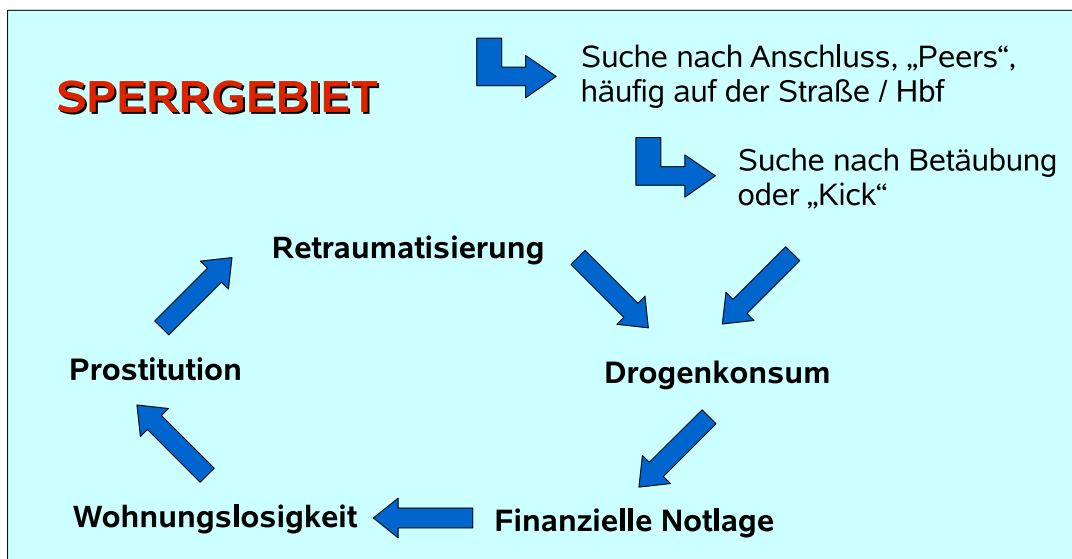


Anlauf- und Beratungsstelle
„Sperrgebiet“
Rostocker Str. 4
20099 Hamburg

Trauma / Missbrauch

↳ weg von Zuhause

↳ häufig Heimunterbringungen, z.T. Zwangsweise, Flucht von vorgegebenen Strukturen

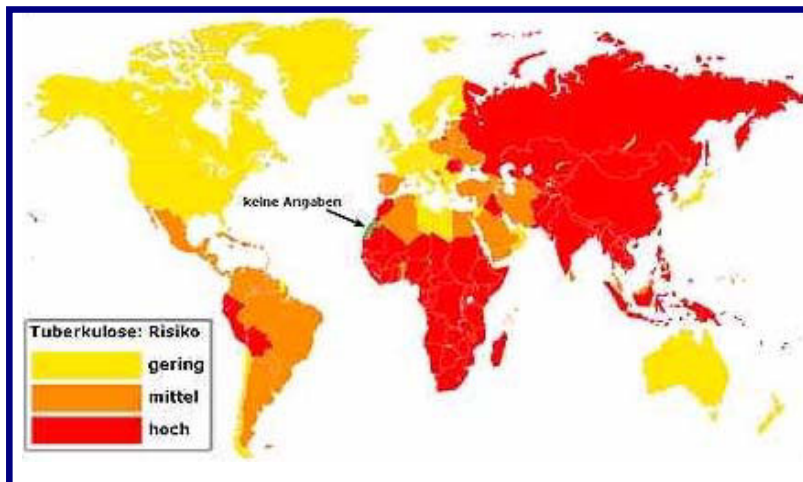


**Das Behandlungsspektrum im Sperrgebiet:
Von der Laus bis HIV...**

- Erkrankungen durch Wohnungslosigkeit und mangelnde Hygiene:
Infektionen durch Parasiten, Bakterien und Viren
Verstärkung durch engeren Körperkontakt i. R. der Prostitution
- Erkrankungen durch Prostitution:
ungewollte Schwangerschaften, gynäkologische Erkrankungen, STD's, Pilze, Analfissuren etc.
Augenmerk für Hinweise auf Misshandlungen und Vergewaltigungen
- Erkrankungen durch Konsum:
Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen (Impetigo), Abszesse,
Kachexie, HIV, HCV, drogeninduzierte Psychosen, Krampfanfälle

Tuberkulose. Ansteckungswege, Erkennung und Behandlung

Marie von Heinz, TBC Bekämpfungsstelle Gesundheitsamt Hamburg-Mitte



1. Epidemiologie der Tuberkulose:

Weltweit:

- am häufigsten zum Tode führende behandelbare Infektionskrankheit
- ca 1/3 der Weltbevölkerung ist infiziert
- 5-10% der Betroffenen entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Tuberkulose
- 8-9 Millionen Menschen erkranken jährlich neu an einer aktiven Tuberkulose
- fast 2 Millionen Menschen sterben daran
- weitere Probleme sind:
Koinfektion HIV und Tuberkulose und die Entstehung multiresistenter Stämme

In Deutschland ist die Situation nach wie vor günstig:

- Inzidenz von 6,1 Neuerkrankungen / 100.000 Einwohner (5402 Im Jahr 2006)
- Hamburg ist das Bundesland mit der höchsten Inzidenz (9,1 / 100.000)
- die Inzidenz ist insgesamt seit Jahren rückläufig

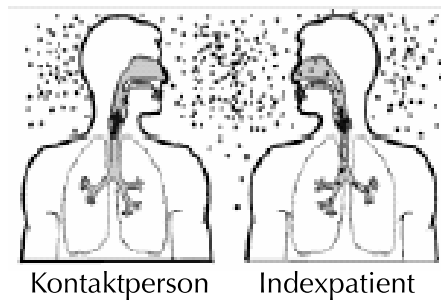
2. Ansteckungswege:

Der häufigste und wichtigste Übertragungsweg ist die Übertragung von Mensch zu Mensch durch Inhalation bakterienhaltigen Aerosols (Tröpfcheninfektion)!

Das größte Infektionsrisiko geht von unbehandelten bzw. unentdeckten Patienten mit offener Lungen-TBC aus!

Das Infektionsrisiko für Exponierte ist abhängig von:

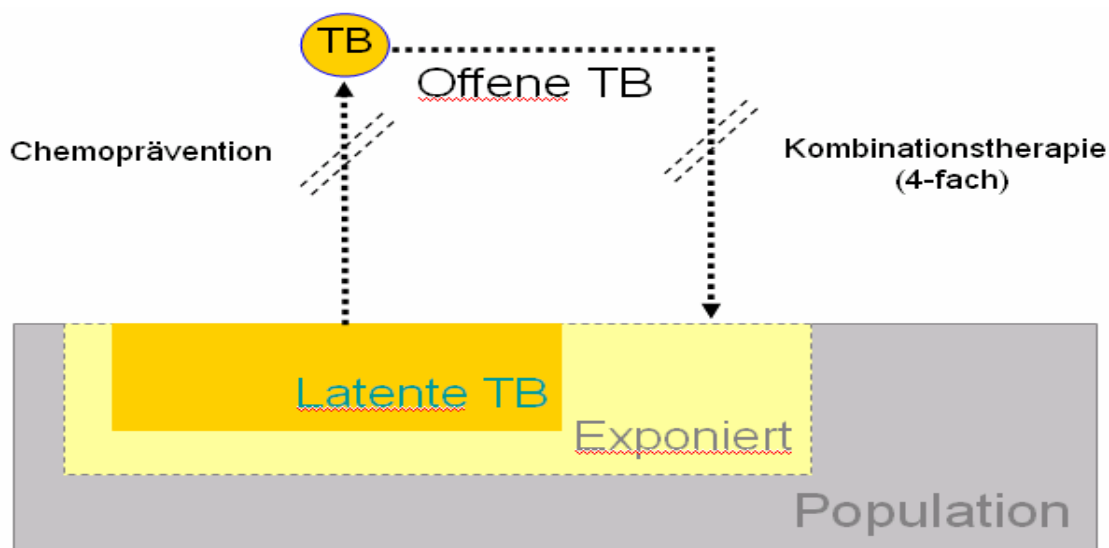
- Massivität der Bakterienausscheidung (mikroskopisch > kulturell offene TB)
- Kontaktinsensitivität
- Verhalten des Patienten („Hustendisziplin“)
- Individuelle Empfänglichkeit des Exponierten
- Expositionsdauer



Das Erkrankungsrisiko für infizierte Personen ist erhöht bei:

- älteren Menschen und Kindern < 5 Jahren
- Organtransplantierte
- Personen mit chronischem Nierenversagen
- Diabetikern
- Therapie mit TNF- α -AK, Zytostatika, Kortikoiden
- HIV-Positiven
- i. v.-Drogenabhängigen
- Alkoholikern/innen
- Leben in Armut und unter ungünstigen Wohnbedingungen

Tuberkuloseinfektion („Latente Tuberkulose“) \neq Erkrankung an Tuberkulose!!!



3. Aufgaben des Gesundheitsamtes in der Tuberkulosebekämpfung

Die Aufgaben der Abteilung für Tuberkulosebekämpfung stützen sich auf das Infektionsschutzgesetz und richten sich nach den „Empfehlungen für Umgebungsuntersuchungen bei Tuberkulose“ des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK).

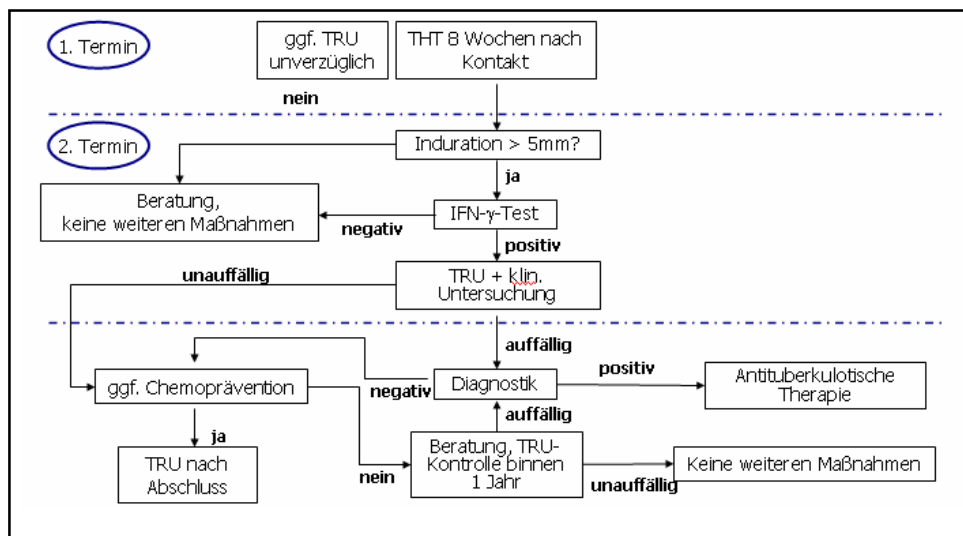
Sie beinhalten:

- Ansteckungsquellen aufspüren
- Frischinfizierte erfassen
- Vorbeugende Maßnahmen veranlassen
- Folgefälle frühzeitig entdecken
- Infektionsketten unterbrechen

Beratung der Kontaktpersonen:

- Art, Dauer u. Intensität des Kontaktes zum Indexfall erfragen
- Empfänglichkeit bzw. Risikofaktoren für eine TB erheben
- Angaben zu BCG, früherer LTBI/TB sowie THT; Schwangerschaft
- Faktoren, die zu falsch negativem THT-Ergebnis führen können
- Tuberkulose typische Symptome erfragen
- Prinzipien des THT oder IGRA erläutern, Hinweis auf Duldungspflicht
- Aufklärung über Chemoprophylaxe/Chemoprävention
- Erläuterung des mit der LTBI verbundenen, lebenslangen TB-Risikos
- Information über die noch nach Jahren auftretenden typischen Symptome der Tuberkulose

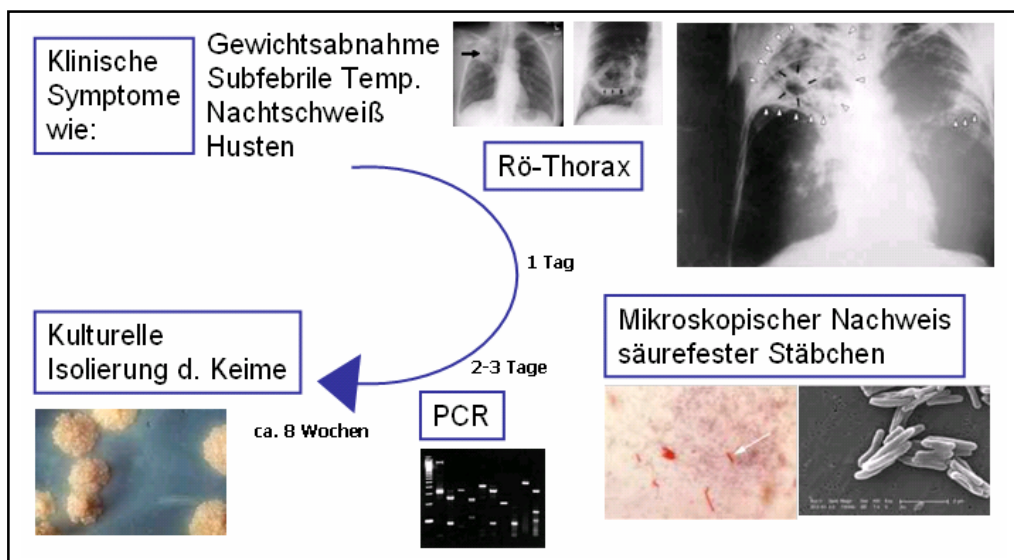
Umgebungsuntersuchung bei Erwachsenen („gezielt“):



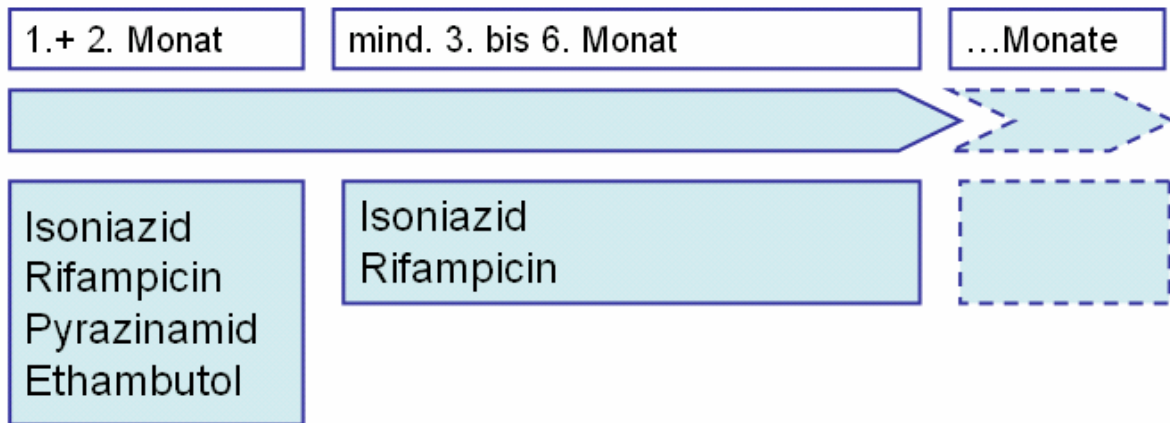
Screening-Untersuchungen („ungezielt“):

Nach §36 Absatz 4 des Infektionsschutzgesetzes haben Personen, die in ein Heim aufgenommen werden, ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer aktiven Lungentuberkulose vorhanden sind. Bei Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber muss sich das Zeugnis bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, auf eine Röntgenaufnahme der Lunge stützen.

Diagnostik der Tuberkulose:



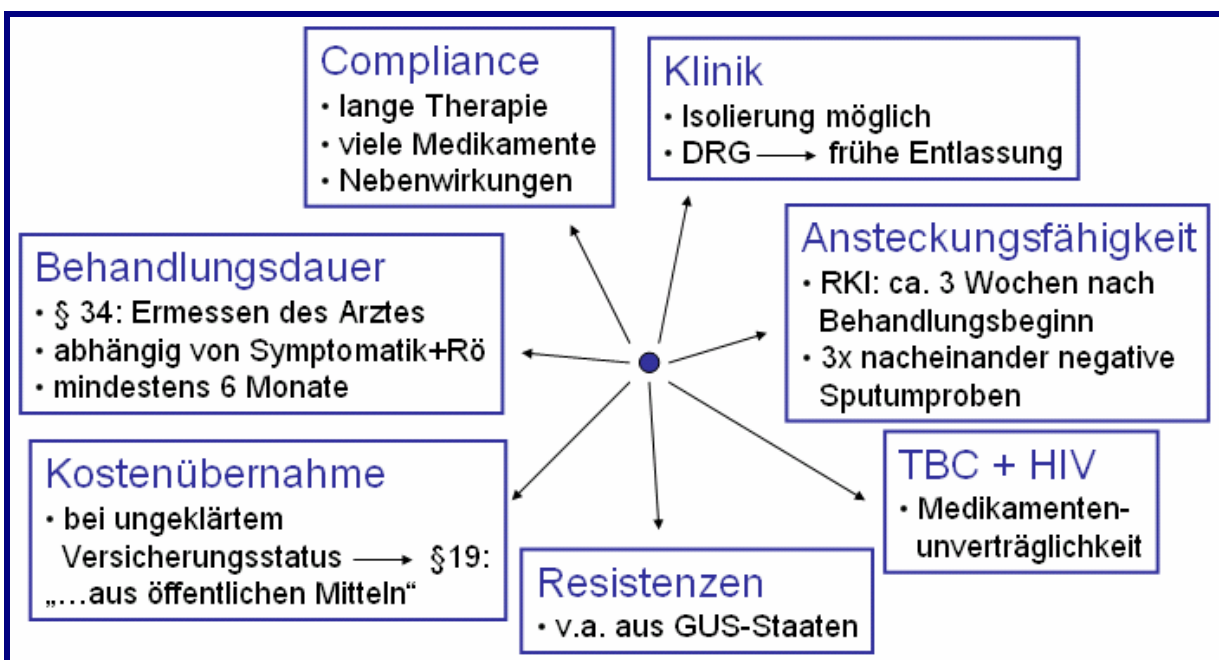
Therapie der Tuberkulose:



Strategie: jede aktive und/oder kulturell positive TBC wird behandelt zur Vermeidung von Resistenzen: immer Kombinationstherapie um Übertragung auf andere reduzieren: anfangs Isolation um Rezidive zu verhindern: Behandlungsdauer mind. 6 Monate

Die Compliance des Erkrankten ist essentiell!!!

4. Häufige Probleme (u. a. bei Patienten aus schwierigen sozialen Verhältnissen):



**§19 des Infektionsschutzgesetzes
Aufgaben des Gesundheitsamtes in besonderen Fällen
(z. B. bei ungeklärtem Versicherungssatatus)**

(1)...im Einzelfall die ambulante Behandlung durch einen Arzt des Gesundheitsamtes..., soweit dies zur Verhinderung der Weiterverbreitung...erforderlich ist.

(2) Kostenübernahme

1. Krankenkasse der betr. Person

2. ...aus öffentlichen Mitteln, falls die Person die Kosten der Untersuchung oder Behandlung selbst nicht tragen kann...oder die Gefahr besteht, dass die Inanspruchnahme anderer Zahlungspflichtiger die Durchführung der Untersuchung oder Behandlung erschweren würde.

Hilfestellung der Sozialarbeiter/innen des Gesundheitsamtes für den Erkrankten:

Da es sich häufig um Patienten handelt, die in schwierigen sozialen Verhältnissen leben, ist die aufsuchende Arbeit der Sozialarbeiter unerlässlich um eine kontinuierliche Behandlung sicherzustellen und eine Weiterverbreitung der Tuberkulose zu verhindern.

- Vermittlung von wirtschaftlicher Hilfe
- Unterstützung bei der Regelung der häuslichen Versorgung
- Unterstützung bei Antragsstellungen
- psychosoziale Beratung
- Begleitung in persönlichen und familiären Fragen
- Hilfe bei der Suche nach geeignetem Wohnraum
- Begleitung zu Ärzten und Ämtern
- Hilfe bei der Suche nach einer Sozialstation, bei der Vermittlung einer Schuldnerberatung oder zum Alkohol- oder Drogenentzug
- Vermittlung von Verhaltensregeln zur Vermeidung einer Weiterverbreitung der Erkrankung
- Sicherstellung der Medikamenteneinnahme
- Ermittlung der Kontaktpersonen des Indexpatienten

Behandlung von chronischen Wunden bei wohnungslosen Patienten

Dr. med. Frauke Ishorst-Witte

Internistin

Warum benötigen wohnungslose Menschen eine zielgruppengerechte Behandlung ihrer chronischen Wunden?

Die Lebensumstände erschweren häufig einen adäquaten Umgang mit den Wunden.

So ist das Lebensumfeld geprägt von schwierigen hygienischen Verhältnissen, so dass Verbände schneller verschmutzen. Duschmöglichkeiten sind nicht immer zu koppeln an einen anschließenden Verbandwechsel.

Der tägliche Druck, im öffentlichen Raum ohne echte Rückzugsmöglichkeit zu leben, führt dazu, dass die Gesundheit eine geringere Priorität hat.

Wohnungslose Patienten haben häufig ein schlechtes Körpergefühl, Wunden oder Beschwerden werden ins Körperschema integriert und als normal oder dazugehörig empfunden. Verbreitet besteht der Eindruck, „das geht von allein wieder weg und ist auch schon besser geworden“.

Die Patienten leiden unter Ängsten. Häufig formuliert wird die Sorge vor Interaktionen zwischen Medikamenten und Suchtmitteln, beispielsweise Alkohol.

Viele Patienten haben Angst vor dem körperlichen Kontakt und natürlich vor den eventuell damit verbundenen Schmerzen.

In der Kommunikation entstehen schnell Missverständnisse. Äußern Arzt oder Pflegekraft beispielsweise, der Zustand der Wunde habe sich verbessert, versteht der Patient nicht selten, alles sei schon fast wieder gut und zieht daraus den Schluss, der Rest heile von allein.

Häufig ist das Behandlungsverhältnis beeinflusst durch eine geringe Frustrationstoleranz, insbesondere bei langen Heilungsverläufen, und es entsteht ein vorübergehender Behandlungsabbruch.

Beispiele von bedarfsgerechter Behandlung chronischer Wunden

Impetigo contagiosa

Bakterieller (Streptokokken oder auch Staphylokokken)Infekt der Haut, Inkubationszeit zwei-zehn Tage. Auftreten endemisch auch in Schulklassen oder Kindergärten, ansteckend.

Ursache bei Wohnungslosen ist fast immer entweder eine oberflächliche Verletzung der Haut (Schnittwunde, Riss Verbrennung etc.), die nicht adäquat behandelt wurde und sich infiziert oder aber Kratzeffekte durch Parasiten, die sich infizieren. Initial tritt die Erkrankung isoliert an einer Stelle auf. Es bilden sich typische gelbe Krusten, die wenig schmerzhaft sind und unter denen entweder wenig Eiter ist oder auch lediglich eine kleine offene Stelle. Meist werden die Krusten vom Patienten mit dem Fingernagel entfernt, da die Hand anschließend nicht gewaschen wird, werden die Bakterien am eigenen Körper weiter getragen und es entstehen neue Infektionsherde. In der Wohnungslosenszene wird die Krankheit daher "Schleppe" genannt. Unbehandelt breitet sich die Erkrankung über den gesamten Körper aus, wobei die einzelnen Herde sich auch in der Fläche vergrößern können.

Therapie: Krustenentfernung und lokal desinfizierende Maßnahmen, Abdeckung der Wunden, um erneutes Kratzen zu verhindern.

Im Bereich des Gesichtes (Bart, Nase) können die Krusten gut mit Schwarzteebeuteln (aufgebrüht, abgekühlt) abgeweicht werden.

Hat der Patient Herde an unterschiedlichen Stellen und / oder von größerer Ausdehnung, ist ein

Antibiotikum indiziert. Gut wirksam ist Amoxycillin (3x1g für sieben-zehn Tage), bei Allergie Erythrocin. Andere Antibiotika sind mit deutlich mehr Nebenwirkungen behaftet (beispielsweise Amoclav bei Alkoholkrankheit und fehlender Möglichkeit, die Leberwerte zu kontrollieren).

Chronische Geschwüre

Verursacht durch inadäquate Behandlung von Verletzungen (Schnitte, Risse, Quetschungen, Verbrennungen, insbesondere betroffen sind die oberen Extremitäten) oder Durchblutungsstörungen venöser oder arterieller Ätiologie (an den Unterschenkeln).

Häufigste Ursache sind Varizen oder postthrombotische Syndrome, gefolgt von Mischulzera (arteriell/ venös) und rein arteriell verursachten Ulzera.

Eine konsequente Ursachenforschung ist fast immer wegen der Compliance der Patienten nicht möglich, damit entfällt auch meist eine ursächliche Therapie.

Therapeutisch sind moderne Wundauflagen in der Ulcusbehandlung empfehlenswert, bestehend aus Alginatgel (zur Befeuchtung der Wunde und Auflösung von abgestorbenem Gewebe), einer Silberauflage bei Infektion der Wunde und einer Abdeckung aus einem Vlies mit Hydropolymer-schaum. Diese Wundauflagen werden unter unterschiedlichen Namen von verschiedenen Firmen vertrieben.

Vorteile dieser Wundauflagen für Wohnungslose liegen in der Reinigung der Wunde (konsequentes Abtragen von Nekrosen wird nicht von allen Patienten toleriert, viele Wunden sind zudem initial infiziert), der kompletten Abdeckung der Wunde bei gleichzeitiger Atmungsaktivität der Auflage (kein Schmutz gelangt in die Wunde, sie muss, vorausgesetzt sie klebt gut, nach dem Duschen nicht entfernt werden) und der längeren Verweildauer (bei geringer Wundsekretion kann er, sofern keine Inspektion nötig ist, bis zu sieben Tage verbleiben).

In unserem Patientengut konnten so selbst hartnäckige Wunden zur Abheilung gebracht werden. Die höheren Kosten pro Wundverband erwiesen sich durch die o. g. Vorteile als wirtschaftlich und gerechtfertigt.

Einzigster Nachteil der Wundauflagen ist die gelegentliche Lokalreaktion der umliegenden Haut auf die Klebefläche der Abdeckung. In diesen Fällen können nichtklebende Hydropolymere verwendet werden, allerdings um den Preis, dass sie angewickelt werden müssen und dass dadurch der Vorteil der kompletten Wundabdeckung entfällt.

Flankiert werden muss die Behandlung bei der Varikosis von einer konsequenten Kompressions-therapie (Binden oder Strümpfe).

Kontakt

Dieter Ameskamp
Asklepios Nord, Station Psy 74
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg

Dr. Nicolas Countouris
PARK IN
Oststeinbeker Weg 2h
22117 Hamburg

Prof. Dr. Uwe Flick
Alice Salomon FH, University of Applied Sciences
Alice Salomon Platz 5
12627 Berlin

Dr. Dorothee Freudenberg
Caritasverband für Hamburg e. V.
Danziger Str. 62
20099 Hamburg

Marie von Heinz
Gesundheitsamt Hamburg-Mitte - Abteilung für Tuberkulosebekämpfung
Besenbinderhof 41
20097 Hamburg

Petra Hofrichter
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
Repsoldstr. 4
20097 Hamburg

Bernd Köpke
Asklepios Nord, Station Psy 75
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg

Klaus Schäfer
Ärztchamber Hamburg
Humboldtstr. 56
22083 Hamburg

Dr. med. Karin Wirtz
Sperrgebiet Hamburg
Rostocker Str. 4
20097 Hamburg

Dr. med. Frauke Ishorst-Witte
Tagesaufenthaltsstätte Bundesstraße
Bundesstr. 101
20144 Hamburg



Impressum

Herausgeber: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) macht sich für Gesundheitsförderung und Prävention stark. Sie ist eine landesweit arbeitende Vereinigung und verbindet Akteure aus allen entscheidenden Sektoren und Arbeitsfeldern miteinander. Die HAG will die Gesundheitschancen von sozial Benachteiligten fördern, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten verbessern und die psychische Gesundheit stärken. Dazu koordiniert und vernetzt sie gesundheitsfördernde Aktivitäten und Projekte. Die HAG ist unabhängig und gemeinnützig. Sie wird gefördert von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz und den Hamburger Krankenkassen (GKV).

Geschäftsstelle:
 HAG, Repsoldstr. 4
 20097 Hamburg
www.hag-gesundheit.de
 Tel: 040 – 632 22 20

Redaktion: Petra Hofrichter, Regionaler Knoten in der HAG

Der Regionale Knoten ist ein Teil des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ – ein Verbundprojekt von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, Krankenkassen und Ärzteverbänden, Wohlfahrtsverbänden und weiteren Partnerorganisationen.

Der Regionale Knoten Hamburg wird 2009 aus Mitteln der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) und der Hamburger Krankenkassen und Krankenkassenverbänden (GKV) finanziert.

Satz und Layout: Christine Orlt, HAG

April 2009