

2. Gesundheitsbericht

zur medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung
obdachloser und/oder nicht krankenversicherter Menschen in Berlin



JOHANNITER
Regionalverband Berlin



Humanistischer Verband
Deutschlands | Berlin-Brandenburg



MEDIZIN HILFT e.V.



INHALT

1.	Zum Geleit	5
2.	Einleitung	7
3.	Behandlungszahlen 2023	10
3.1	Anzahl der Patient*innen sowie Konsultationen	11
3.1.1	Exkurs zu Patient*innenzahlen und Kontaktzahlen im Jahresvergleich	14
3.2	Staatsangehörigkeit der Patient*innen	16
3.3	Alter der Patient*innen	19
3.4	Versicherungsstatus der Patient*innen	22
3.5	Diagnosen und Maßnahmen – Ergebnisse der Stichtagserhebung 2023	24
4.	Soziodemografische Daten und Leistungsdaten der ISP-geförderten Einrichtungen	28
4.1	Allgemeine soziodemografische Angaben	29
4.2	Wohnsituation	32
4.3	Einkommen	34
4.4	Krankenversicherungsstatus	35
4.5	Problembereiche	36
4.6	Leistungsdaten der Einrichtungen	37
5.	Ehrenamt	40
6.	Schnittstellen	42
6.1	Aktueller Sachstand zur Nothelferproblematik	42
6.1.1	Erlösausfälle/Umfrage	42
6.1.2	Aktuelle politische Situation	42
6.1.3	Lage der Berliner Krankenhäuser	43
6.1.4	Verknüpfte Probleme	43
6.2	Entlassmanagement für obdachlose Menschen	44
6.3	Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen	44
7.	Praxisberichte und Fallbeispiele	46
7.1	Fallbeispiele	46
7.2	Allgemeine Probleme in der niedrigschwelligen Versorgung	49
8.	Fazit	50



PD Dr. med. Peter Bobbert

ist Internist, Oberarzt der Klinik für Innere Medizin des Evangelischen Krankenhauses Hubertus in Berlin, Präsident der Ärztekammer Berlin und Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer.



1. Zum Geleit

von Dr. Peter Bobbert, Präsident der Ärztekammer Berlin

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“. So steht es in Artikel 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland. Ich gehe davon aus, dass wir alle diesem Satz ohne Zögern zustimmen. Und doch wird die Würde von Menschen jeden Tag in unserem Land durch vielfältige Weise angetastet. Unter anderem dadurch, dass Menschen, die dringend medizinische Versorgung benötigen, diese nicht bekommen.

Dabei hat in Deutschland jeder Mensch nicht nur aufgrund konkreter Gesetze, sondern auch durch die Unterzeichnung einer Vielzahl internationaler Abkommen das Recht, die notwendige medizinische Behandlung zu erhalten. Doch noch wichtiger als Gesetze und Abkommen ist in meinen Augen die Tatsache, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist.

Die Realität sieht, wie erwähnt, oft anders aus. De facto ist vielen Menschen in Deutschland der Zugang zur Gesundheitsversorgung verwehrt. Nur durch ehrenamtliches Engagement außerhalb der Regelversorgung kann die medizinisch notwendige Versorgung von obdachlosen Menschen oder Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz überhaupt aufrechterhalten werden. Diese Situation ist nicht hinnehmbar.

Uns allen ist bewusst, dass wir in herausfordernden Zeiten leben, in denen auch gespart werden muss. Doch genau das sind auch die Zeiten, in denen wir als Gesellschaft zeigen können, für welche Werte wir einstehen. Und viele Menschen zeigen uns genau das: durch ihr beeindruckendes Engagement, mit dem sie – oft ehrenamtlich und unter größtem persönlichen Einsatz – dafür sorgen, dass auch die Ärmsten der Armen in unserer Stadt medizinisch versorgt werden. Doch es kann nicht sein, dass wir die Verantwortung auf dieses persönliche Engagement schieben. Vielmehr ist es die Aufgabe der Politik, dafür zu sorgen, dass allen in Deutschland lebenden Menschen die notwendigen Gesundheitsleistungen nicht nur theoretisch, sondern auch in der Praxis zur Verfügung stehen.

Wir benötigen eine sichere und dauerhafte Finanzierung der Projekte. Wir müssen die Gründe von Wohnungslosigkeit bekämpfen. Und wir benötigen eine Sockelfinanzierung für die Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in den Kliniken. Die Gesundheit und die Würde des Menschen dürfen nicht Sparzwängen zum Opfer fallen.

Die Stärke einer Gesellschaft zeigt sich darin, wie sie mit ihren ärmsten und schwächsten Mitgliedern umgeht – ganz besonders in Zeiten, in denen das Geld knapp ist. Ich glaube an diese Stärke unserer Gesellschaft.

2. Einleitung

Dieser Gesundheitsbericht will auf die anhaltend schwierige Situation der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser und nicht krankenversicherter Menschen in Berlin und der für sie tätigen Dienste aufmerksam machen.

Im Jahre 2018 veröffentlichte der Runde Tisch (zahn-) medizinische Versorgung obdachloser Menschen in Berlin erstmalig einen in der Folge viel beachteten Gesundheitsbericht zur Versorgungslage obdachloser und nicht krankenversicherter Menschen in Berlin, basierend auf Daten aus den Mitgliedseinrichtungen aus dem Jahr 2016 ([Link zum Gesundheitsbericht 2016: gesundheitsbericht_zahn-medizinische-versorgung-wohnungsloser-menschen_web.pdf](#)). Die Wohnungsnot in Berlin hat sich seither weiter verschärft, fast 50.000 wohnungslose Menschen sind ordnungsrechtlich untergebracht und auf den Straßen und in der Kältehilfe ist spätestens seit dem Ende der Corona-Pandemie wieder ein spürbarer Zuwachs obdachloser Menschen zu beobachten. Erfreulich ist, dass seit dem Erscheinen des ersten Gesundheitsberichtes das Thema der medizinischen, zahnmedizinischen und auch psychiatrischen Versorgung wohnungsloser Menschen deutlich stärker in den Fokus gerückt ist, u. a. bei der Neuarbeitung der Berliner Leitlinien zur Wohnungslosenpolitik und Wohnungslosenhilfe und den sich anschließenden Strategiekonferenzen. In Reaktion auf den ersten Gesundheitsbericht äußerte die damalige Senatorin für Gesundheit die Bitte, ein Konzept zu ambulanten Versorgungszentren für obdachlose und nicht krankenversicherte Menschen zu erstellen. Der Runde Tisch hat in der Folge ein solches Konzept erarbeitet und der Senatorin vorgestellt. Durch die Landesgesundheitskonferenz, an der sich der Runde Tisch maßgeblich beteiligt und in dessen Rahmen er auch intensiv an der Erarbeitung von im Jahre 2022 verabschiedeten Gesundheitszielen mitwirkte ([Link zu den Gesundheitszielen der Landesgesundheitskonferenz: Gesundheitsziele für Menschen ohne eigenen Wohnraum – Gesundheit und Teilhabe von Menschen ohne eigenen Wohnraum verbessern](#)), wurde die damalige Ausarbeitung als Grundlage für ein neues Konzept herangezogen, das Ende November 2024 im Lenkungsgremium der Landesgesundheitskonferenz verabschiedet wurde und damit in gewisser Weise handlungsleitend für das Land Berlin sein soll.

Positiv ist auch, dass sich die Refinanzierungen und Handlungsspielräume einzelner Projekte verbessert haben, dass es nunmehr eine Krankenwohnung für obdachlose Menschen und eine Clearingstelle für Menschen ohne Krankenversicherung (mit entsprechender Unterfütterung durch einen Nothilfefonds für nicht krankenversicherte Menschen) sowie Bemühungen um ein verbessertes Entlassmanagement für obdachlose Menschen aus Krankenhäusern gibt. Nicht zuletzt ist positiv hervorzuheben, dass sowohl die für Soziales als auch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung personell verstärkt sind und – in gemeinsamer Verantwortung – zu einer aktiven und engagierten Steuerung und Weiterentwicklung des Systems und zu einer übergreifenden Vernetzung aller Akteure beitragen.

Gleichwohl stellt sich die Arbeit in den Versorgungseinrichtungen vielfach unverändert schwierig dar und es ist zu befürchten, dass die gemeinschaftlichen Anstrengungen um die Neuaufstellung hin zu einem gut koordinierten, schlüssigen und effektiven System der (zahn-) medizinischen Versorgung der Zielgruppe in ambulanten Behandlungszentren, das für alle beteiligten Einrichtungen personelle, fachliche und ausstattungstechnische Grundstandards vorsieht, den aktuell diskutierten Einsparungen im Land Berlin zum Opfer fallen werden. Umso wichtiger erscheint es, gerade vor diesem Hintergrund auf die gestiegenen Bedarfe der Zielgruppen, deren Versorgung auch unabhängig vom Vorhandensein einer Krankenversicherung ein verbrieftes Menschenrecht ist, aufmerksam zu machen und im Bemühen um eine weitere Verbesserung der Versorgung dieser Menschen nicht nachzulassen.

Die Neuauflage des Gesundheitsberichtes ist nicht zuletzt deswegen erforderlich, weil der Bericht nach wie vor die einzige projektübergreifende Datenquelle zur gesundheitlichen Situation wohnungsloser Menschen in Berlin ist und dazu nach wie vor keine systematische Gesundheitsberichterstattung durch das Land Berlin existiert, obwohl dies auch ein von der Landesgesundheitskonferenz beschlossenes Ziel ist.

Basierend auf Zahlen aus 2023, welche die ambulanten Versorgungsstellen der Mitglieder des Runden Tisches erfasst haben, möchte dieser Bericht auf die weiterhin gestiegenen Bedarfe hinweisen.

Neben dem Zahlenmaterial aus 2023 kann diesmal auch ein nach einem statistisch fundierten Verfahren plausibilisierter Jahresvergleich herangezogen werden, der die Gesamtentwicklung seit der ersten Erhebung im Jahr 2016 und insbesondere auch das Anwachsen seit dem Auslaufen der Corona-Pandemie unterstreicht. Neu ist auch ein Exkurs zu Zahlen aus der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen. Anhand der zusätzlichen Erhebung aus einer Stichtagswoche werden diesmal zusätzlich diagnostische Angaben ausgewertet, die die gesundheitliche Belastung obdachloser und/oder nicht krankenversicherter Menschen in besonderer Weise unterstreichen. Die soziale bzw. soziodemografische Situation der betroffenen Menschen ist erneut Inhalt dieses Berichtes. Hier wurden mangels anderweitiger Verfügbarkeit wieder ausschließlich Daten aus den Projekten, die im Rahmen des Integrierten Sozialprogramms (ISP) gefördert werden, ausgewertet. Ein weiterer Berichtsteil wird wie bereits bei der Erstauflage den Beitrag des Ehrenamts anhand einer gesonderten Erhebung aus einem Stichmonat näher beleuchten. Wie bei der Erstauflage dieses Berichtes soll auch auf die Auswirkungen auf die stationäre Krankenhausversorgung aufmerksam gemacht werden. Diesmal hat sich die Berliner Krankenhausgesellschaft freundlicherweise bereit erklärt, Zahlen aus einer Umfrage unter ihren Mitgliedern zu Ausständen aus nicht refinanzierten Behandlungen nicht krankenversicherter Menschen zur Verfügung zu stellen. Ein weiteres Thema wird erneut das Entlassmanagement für obdachlose Menschen sein. Abermals sollen Praxisbeispiele die prekäre Versorgungssituation untermauern. In einem Fazit werden die Ergebnisse aus den verschiedenen Teilen dieses Berichtes abschließend einer Bewertung unterzogen und sich daraus ergebende Forderungen und Handlungsempfehlungen formuliert.

Am Runden Tisch (zahn-) medizinische Versorgung obdachloser Menschen, der im Jahre 2014 auf Initiative der GEBEWO pro gGmbH sowie des Caritasverbandes für das Erzbistum Berlin e. V. entstand, sind alle Dienste beteiligt, die direkt oder indirekt in der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser und nicht krankenversicherter Menschen tätig sind.

Im Einzelnen sind dies:

(nähere Angaben zu den Projekten findet man auf der Website des Runden Tisches: www.obdachlosigkeit-macht-krank.de)

- Caritas-Arztmobil, Caritas-Zahnmobil und Caritas-Ambulanz für Wohnungslose, Caritas-Krankenwohnung
- Praxis am Stralauer Platz der GEBEWO pro
- Obdachlosenpraxis und Tagestreff Weitlingstraße des HVD
- Malteser Hilfsdienst e. V. – Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung
- Ambulanz der Berliner Stadtmission (Ambulanz, Pflegezimmer, Straßenambulanz)
- Berliner Stadtmission – Versorgung in den Notübernachtungen Lehrter Straße und Am Containerbahnhof
- Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Regionalverband Berlin, Medizinische Versorgung in der Notübernachtung Ohlauer Straße
- Jenny De la Torre Stiftung
- open.med Berlin-Lichtenberg, Projekt von Ärzte der Welt e. V.
- open.med Steglitz-Zehlendorf, eine Kooperation von Medizin Hilft e. V. und milaa gGmbH
- Fixpunkt e. V. – Angebote für wohnungslose Menschen mit Drogenproblematik

Die meisten obdachlosen Menschen werden durch die Regelangebote der medizinischen Versorgung nicht oder nicht adäquat erfasst. Berlin hat deshalb in der Vergangenheit im Rahmen des Integrierten Sozialprogramms (ISP) ein Hilfenetz für obdachlose Menschen geschaffen, die aktuell keine Krankenversicherung haben und/oder nicht „wartezimmerfähig“ sind.

Hinzu kommen Refinanzierungen schwerpunktmäßig für nicht krankenversicherte Menschen im Rahmen des Integrierten Gesundheits- und Pflegeprogramms (IGPP), wobei es bei den Zielgruppen der obdachlosen und nicht krankenversicherten Menschen bei beiden Finanzierungssträngen große Schnittmengen gibt.

Über die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung sind seit einigen Jahren weitere Projekte sowie Anteile an Projekten refinanziert.

Einige Projekte haben eine reine Spendenfinanzierung.

Die einzelnen Projekte sind wie folgt finanziert:

Integriertes Sozialprogramm (ISP) – Zuwendungsmittel des Landes Berlin

- Caritas-Arztmobil (zusätzliche Spenden)
- Praxis am Stralauer Platz der GEBEWO pro (zusätzlich bezirkliche Mittel und Spenden und Mittel von SenWGP)
- Obdachlosenpraxis und Tagestreff Weitlingstr. des HVD (zusätzlich bezirkliche Mittel und Spenden)

Integriertes Gesundheits- und Pflegeprogramm (IGPP) – Zuwendungsmittel des Landes Berlin

- Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (zuzüglich überwiegender Spendenmittel)
- open.med Steglitz-Zehlendorf, eine Kooperation von Medizin Hilft e. V. und milaa gGmbH (zuzüglich Spendenmittel)

Mittel der Senatsgesundheitsverwaltung (SenWGP) – Zuwendungsmittel des Landes Berlin

- Caritas-Ambulanz für Wohnungslose
- Caritas-Krankenwohnung

Spendenmittel

- Jenny De la Torre Stiftung
- Ambulanz der Berliner Stadtmission
- Pflegezimmer der Berliner Stadtmission
- Straßenambulanz der Berliner Stadtmission
- Caritas-Zahnmobil
- open.med Berlin-Lichtenberg, Projekt von Ärzte der Welt e. V. (zusätzlich bezirkliche Mittel).
- Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Regionalverband Berlin, Medizinische Versorgung in der Notübernachtung Ohlauer Straße (zusätzlich Mittel von SenASGIVA als Pauschale für Medikamente und Verbandsmaterial)

3. Behandlungszahlen 2023

Die teilnehmenden Träger des Runden Tisches haben sich im Jahr 2014 darauf verständigt, in ihren allgemeinmedizinischen und zahnmedizinischen Einrichtungen nach vereinbarten Kategorien Jahresdaten zu erfassen. Die erfassten Daten werden im Rahmen des Runden Tisches zusammengeführt und gemeinsam ausgewertet. Jahresauswertungen liegen seit dem Jahr 2014 vor.

Abgefragt werden die Anzahl der behandelten Patient*innen sowie die Anzahl der durchgeführten Konsultationen sowohl in der medizinischen als auch in der zahnmedizinischen Versorgung, jeweils bezogen auf das Kalenderjahr. Seit 2016 wird auch die Staatsangehörigkeit der Patient*innen im Kalenderjahr erfasst, und zwar nach folgenden Kategorien: Deutsch, EU-Bürger*innen, Bürger*innen eines Mitgliedsstaates des Europäischen Fürsorgeabkommens (EFA), andere (sogenannte „Drittstaatler*innen“). Zusätzlich wurden auch die Merkmale Alter (unterteilt nach Altersgruppen), Geschlecht (m,w,d) und der Krankenversicherungsstatus (versichert, unversichert, ungeklärt, unbekannt) erhoben.

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne Patient*innen mehr als eine Versorgungsstelle im Jahr nutzen. Eine Bereinigung der Daten um „Mehrfachzählungen“, z. B. analog der ISP-Berichterstattung anhand der Merkmale Geburtsdatum, Geschlecht, Muttersprache, Staatsangehörigkeit und Haushaltsstand, kann hier nicht erfolgen, da diese Daten nicht in allen Versorgungsstellen erhoben werden. In der ISP-Berichterstattung für die Jahre 2021 und 2022 lag der Anteil von Personen, die mehr als eine niedrigschwellige Einrichtung der Wohnungslosenhilfe im jeweiligen Berichtsjahr genutzt haben, bei 17 % (2021) bzw. 21,8 % (2022) der Nutzer*innen. Im Hinblick darauf, dass die Einrichtungen, die Gegenstand der ISP-Berichterstattung sind, eine breite Palette von unterschiedlichen Angeboten aufweisen, die einander sinnvoll ergänzen (z. B. Beratungsstelle, medizinische Versorgung, Streetwork, Bahnhofsdienste, Notübernachtung), gehen wir davon aus, dass der Anteil der „Mehrfachzählungen“ in unserer Erhebung deutlich geringer ist als in der ISP-Berichterstattung.

Die beteiligten Versorgungseinrichtungen sind bezüglich der Angebotszeiten, der personellen Ausstattung und der Standards der statistischen Erfassung äußerst heterogen. Daher war es nicht allen Einrichtungen möglich, zu allen abgefragten Kategorien valide Zahlen zu erheben. Wir werden darauf jeweils gesondert hinweisen. Die nachfolgenden Jahresdaten wurden im Laufe des Jahres 2023 erfasst und im Zeitraum März bis April 2024 ausgewertet und zusammengefasst.

3.1 Anzahl der Patient*innen sowie Konsultationen

Medizinische Versorgung

Im Jahr 2023 haben zwölf medizinische Versorgungseinrichtungen Daten gemeldet. Neun Einrichtungen haben sowohl die Anzahl der Patient*innen als auch die Anzahl der Konsultationen erhoben. Drei Einrichtungen haben nur die Anzahl der Konsultationen erhoben. Acht Versorgungseinrichtungen waren einrichtungsgebundene Angebote (Medizinische Praxen für wohnungslose und/oder nichtkrankenversicherte Menschen) und vier Versorgungseinrichtungen waren aufsuchend tätig (1 Arztmobil, 1 Straßenambulanz, 2 Projekte aufsuchend in Notübernachtungen).

2023 wurden 8.222 Patient*innen erfasst. Der Großteil der erfassten Patient*innen (7.649; das entspricht 93 % der Gesamtzahl) wurden in Medizinischen Praxen für wohnungslose und/oder nichtkrankenversicherte Menschen behandelt. Es wurden 573 Patient*innen (7 % der Gesamtzahl) durch aufsuchend tätige Angebote behandelt.

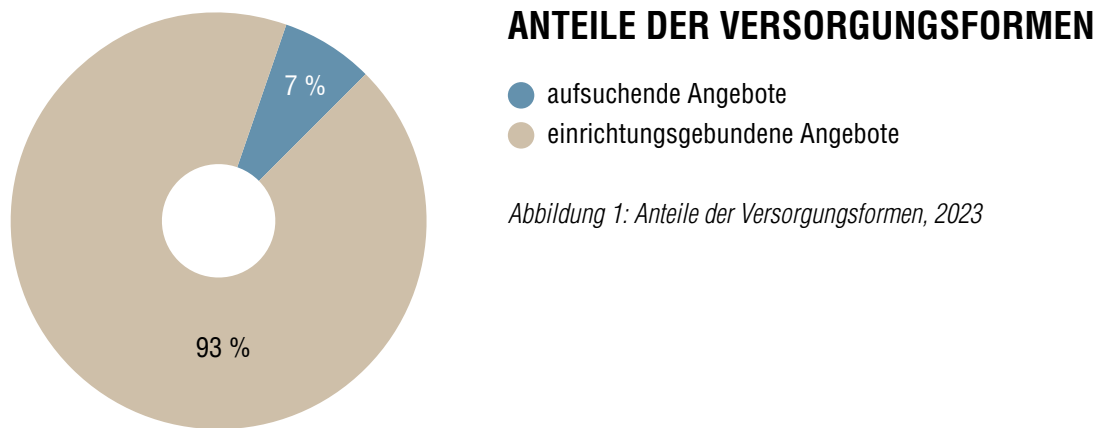


Abbildung 1: Anteile der Versorgungsformen, 2023

In den zwölf Versorgungseinrichtungen fanden im Jahr 2023 insgesamt 33.108 Konsultationen statt, davon 29.431 Konsultationen in den einrichtungsgebundenen Angeboten und 3.677 Konsultationen durch aufsuchend tätige Angebote. In den neun Angeboten, die sowohl Patient*innen und Konsultationen erhoben haben, bedeutet dies, dass durchschnittlich jede*r Patient*in 3,5 Konsultationen erhielt.

Das Verhältnis Konsultation/Patient*in unterscheidet sich zwischen den einrichtungsgebundenen Angeboten (3,6 Konsultationen) und den aufsuchend tätigen Arztmobilen (2,4 Konsultationen) deutlich.

Die Gesamtzahl der erfassten Patient*innen hat sich im Vergleich zum Jahr 2022 um 825 erhöht (2022: 7.397), was einem Anstieg von über 10 % entspricht. Dies liegt zum Teil daran, dass ein weiteres Projekt im Juni 2023 eröffnet wurde (open.med Berlin-Lichtenberg). Grundsätzlich verzeichnen aber alle Einrichtungen, die Patient*innenzahlen erfasst haben, einen Zuwachs an Patient*innen und entsprechend an Konsultationen. Bei den Konsultationen ist ein Zuwachs um über 11 % von 29.409 auf 33.108 Konsultationen zu konstatieren.

Durch die Analyse der Patient*innen- und Konsultationszahlen durch Dres. Kirschner vom Forschungsinstitut pregive im Rahmen ihrer Begleitforschung zur Arbeit der Clearingstelle (*siehe unten – Exkurs*) lässt sich die Gesamtzahl von Patient*innen für das Jahr 2023 unter Berücksichtigung der drei Einrichtungen, die ausschließlich Konsultationszahlen erhoben haben, fiktiv erheben.

Dadurch ergibt sich die geschätzte Gesamtzahl von 9.932 Patient*innen.

Einrichtungen	Versorgungsart	Zeitraum des Angebots	Gesamtzahl der Konsultationen	Gesamtzahl der Patient*innen
GEBEWO pro	Praxis	02.01. – 29.12.2023	8.614	1.787
HVD	Praxis	01.01. – 31.12.2023	3.363	646
Jenny De la Torre-Stiftung	Praxis	02.01. – 21.12.2023	4.925	928
open.med Steglitz	Praxis	01.01. – 31.12.2023	2.794	1.054
Caritas-Ambulanz	Praxis	01.01. – 15.01.2023; 27.02. – 24.04.2023; 05.05. – 31.12.2023	4.130	1.389
open.med Berlin-Lichtenberg	Praxis	14.06. – 31.12.2023	323	198
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	Praxis	03.01. – 21.12.2023	3.780	1.647
BSM Ambulanz	Praxis	01.01. – 31.12.2023	1.502	
BSM Straßenambulanz	aufsuchend	01.01. – 31.12.2023	838	
BSM med. Versorgung in NÜ	aufsuchend	Nac 01.01. – 31.12.2023; NÜ Lehrter 01.01. – 15.04.2023; 01.11. – 31.12.2023	1.471	Gesamt BSM: 1.710*
Johanniter med. Versorgung in NÜ	aufsuchend	01.01. – 31.12.2023	185	116
Caritas-Arztmobil	aufsuchend	01.01. – 22.12.2023	1.183	457
Summe			33.108	9.932

Tabelle 1: Erfasste Gesamtzahl Patient*innen, Konsultationen medizinische Versorgung 2023
*Zahlen geschätzt ermittelt

Die weitere Ergebnisdarstellung bezieht sich auf die 8.222 erfassten Patient*innen.

Zahnmedizinische Versorgung

Im Jahr 2023 haben fünf zahnmedizinische Versorgungseinrichtungen Daten erhoben. Davon haben vier Einrichtungen sowohl die Anzahl der Patient*innen als auch die Anzahl der Konsultationen erhoben. Eine Einrichtung hat nur die Anzahl der Konsultationen erhoben. Es wurden 581 behandelte Patient*innen erfasst.

Der Großteil der Patient*innen (558; das entspricht 96 % der Gesamtzahl) wurde durch zahnmedizinische Anlaufstellen („Zahnmedizinische Praxen für wohnungslose und nicht krankenversicherte Menschen“) behandelt. Es wurden 23 Patient*innen (4 %) durch das aufsuchend tätige Zahnmobil behandelt.

In den fünf Einrichtungen, welche die Anzahl der Konsultationen erhoben haben, wurden 1.606 Konsultationen gezählt.

Der Großteil der Konsultationen (1.574 Konsultationen; 98 %) wurde durch zahnmedizinische Anlaufstellen („Zahnmedizinische Praxen für wohnungslose Menschen“) erbracht.

Es wurden 32 Konsultationen (2 % der Gesamtzahl) durch das aufsuchend tätige Zahnmobil durchgeführt.

In den vier Einrichtungen, die sowohl die Anzahl der Patient*innen als auch die der Konsultationen erfasst haben, erhielt im Jahr 2023 durchschnittlich jede*r Patient*in 2 Konsultationen.

Die Anzahl von Konsultationen je Patient*in unterscheidet sich zwischen den zahnmedizinischen Anlaufstellen und dem aufsuchend tätigen Zahnmobil deutlich. In den zahnmedizinischen Anlaufstellen kamen die Patient*innen im Durchschnitt auf 2,05 Konsultationen, beim aufsuchend tätigen Zahnmobil lediglich auf 1,4 Konsultationen. Die Einrichtung, die nur die Anzahl der Konsultationen erhoben hat, ist eine zahnmedizinische Anlaufstelle. Um die Gesamtzahlen von Patient*innen und Konsultationen für das Jahr 2023 fiktiv erheben zu können, wird daher das ermittelte Verhältnis Patient*in /Konsultation von 1: 2,05 zugrunde gelegt. Dadurch ergeben sich die geschätzten Gesamtzahlen von 790 Patient*innen.

Einrichtungen	Versorgungsart	Zeitraum des Angebots	Gesamtzahl der Konsultationen	Gesamtzahl der Patient*innen
GEBEWO pro	Praxis	02.01. – 29.12.2023	429	209*
HVD	Praxis	01.01. – 31.12.2023	455	146
Jenny De la Torre-Stiftung	Praxis	02.01. – 21.12.2023	180	140
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	Praxis	03.01. – 21.12.2023	510	272
Caritas-Zahnmobil	aufsuchend	01.06. – 31.12.2023	32	23
Summe			1.606	790

Tabelle 2: Erfasste Gesamtzahl Patient*innen, Konsultationen zahnmedizinische Versorgung 2023

*Zahlen geschätzt ermittelt

Die Gesamtzahl der Patient*innen hat sich im Vergleich zum Jahr 2022 (2022: 662 Patient*innen, Anstieg um 128 Patient*innen) deutlich erhöht, ebenso die Anzahl der Konsultationen (2022: 1.340 Konsultationen, Anstieg um 266 Konsultationen). Dies liegt nur zu einem geringen Teil daran, dass ein weiteres Projekt im Juni 2023 eröffnet wurde (Zahnmobil). Grundsätzlich verzeichnen alle beteiligten Einrichtungen einen Zuwachs an Patient*innen sowie an Konsultationen.

3.1.1 Exkurs zu Patient*innenzahlen und Kontaktzahlen im Jahresvergleich

Seit 2014 werden Daten der am Runden Tisch beteiligten Einrichtungen abgefragt. Veröffentlicht werden diese seit dem Jahr 2016.

Hinsichtlich der Datenqualität zeigte sich, dass allen Bemühungen, hier eine Einheitlichkeit der Erfassung und des Vorgehens der Erfassung zu erzielen, Grenzen gesetzt waren. Die Ursachen hierfür sind vielfältig; schlussendlich spiegelt sich aber in dieser Thematik die Vielfalt und auch die ganze Prekarität der jeweiligen Hilfeangebote wider. So vielfältig die Finanzierungsformen und damit verbundenen Anforderungen an eine statistische Dokumentation, so bunt stellt sich allein das Erfassen dar: das Spektrum reicht hier von der modernen Praxissoftware bis hin zur „Kühlschränkliste“. Die Erfordernisse einer Arbeit unter erschwerten Bedingungen, die auch unter den am besten ausgestatteten Einrichtungen keinem Vergleich mit einer gewöhnlichen kassenärztlichen Praxis standhält, der hohe Anteil an ehrenamtlicher Tätigkeit, Personalwechsel, Arbeiten unter krisenhaften Bedingungen (insbesondere auch während der Corona-Pandemie) und dies stets mit der Ausrichtung eines absoluten Vorrangs der unbürokratischen Hinwendung zu den Hilfesuchenden, seien Stichworte, die verdeutlichen, dass eine umfassende und einheitliche Dokumentation vielfach eher als ein Plus denn als Standard anzusehen ist. Umso beeindruckender ist die letztendlich doch recht konsistente Erfassung, die die vorliegenden Zahlen zu einer wertvollen Quelle macht. Dankenswerterweise haben Frau Dr. und Herr Dr. Kirschner vom Forschungsinstitut pregive im Rahmen ihrer Begleitforschung zur Arbeit der Clearingstelle eine Analyse der Zahlen des Runden Tisches vorgenommen und nach einem wissenschaftlich-statistisch plausiblen Verfahren die jeweiligen Jahreszahlen aufbereitet, die Grundlage für Jahresvergleiche und damit verbunden für mögliche Trends sind. Die Aufbereitung der Jahreszahlen vollzog sich in mehreren Schritten. Bei unplausiblen Angaben wurden Einrichtungen zur Überprüfung der Angaben aufgefordert, was in einigen Fällen zur Meldung konsistenter Zahlen führte. Danach blieben nur noch wenige unplausible Daten, die eine geringe Fallmenge betrafen, übrig. Es handelte sich hierbei um Unplausibilitäten im Verhältnis Anzahl der Patient*innen/Anzahl der Konsultationen in einzelnen Jahren, wobei die Zeitreihe aber über genügend plausible Angaben der jeweiligen Einrichtungen in den anderen Jahren verfügte. Daher konnten die Unplausibilitäten ausgeräumt werden, in dem das durchschnittliche Verhältnis Anzahl der Patient*innen/Anzahl der Konsultationen der „plausiblen“ Jahre für das „unplausible“ Einzeljahr angenommen wurde. In einem letzten Schritt mussten für die Jahre 2022 und 2023 die Patient*innenzahlen bei einem Träger geschätzt werden, der für diese Jahre in seinen Einrichtungen ausschließlich die Behandlungszahlen dokumentiert hatte. Hier wurde die Anzahl der Patient*innen mithilfe eines Anteilswertes der Patient*innenzahlen an den Behandlungszahlen für die zwei Jahre geschätzt, in denen in diesen Einrichtungen des Trägers sowohl Behandlungszahlen als auch Patient*innenzahlen dokumentiert waren.

Eine Auswertung erfolgte nur bei den ambulanten medizinischen Angeboten. Das medizinische Angebot von Fixpunkt e. V. existiert in der bisherigen Form nicht mehr, sodass keine Zahlen mehr erhoben werden; mit open.med Berlin-Lichtenberg ist jedoch inzwischen ein weiterer Akteur vertreten, sodass sich hier zahlenmäßig ein gewisser ausgleichender Effekt ergibt.

Auffällig ist auch, dass es innerhalb der versorgenden Angebote jahreweise teilweise zu Schwankungen oder auch zu Verschiebungen kam. Hierfür gibt es seinerseits verschiedene Gründe. Zum einen sind die Zugangsvoraussetzungen für nicht krankenversicherte Menschen innerhalb der ISP-Projekte nunmehr – im Vergleich zu früheren Jahren – keinen größeren Einschränkungen mehr unterzogen, aber es gab auch Schwankungen aufgrund der Etablierung einzelner Angebote, personeller oder technischer Engpässe, temporärer Umzüge und nicht zuletzt im Kontext der Corona-Pandemie.

	Patient*innen							
Einrichtungen	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
GEBEWO pro	642	674	671	664	666	854	1.325	1.787
HVD	262	251	306	367	286	304	549	646
Jenny De la Torre-Stiftung	910	1.079	754	960	617	568	717	928
Caritas-Arztmobil	703	618	616	622	444	417	388	457
Caritas-Ambulanz	1.498	1.310	1.246	1.697	1.762	1.538	1.675	1.389
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	1.445	2.348	2.740	2.787	1.413	1.705	1.542	1.647
open.med Steglitz-Zehlendorf	0	227	363	581	585	609	1.028	1.054
open.med Berlin-Lichtenberg (seit 2023)								198
Johanniter/med. Versorgung/ NÜ Ohlauer Straße	115	328	177	193	177	177	69	116
Projekte der BSM gesamt	3.848	3.884	3.561	1.242	1.068	2.754	1.488	1.710
Fixpunkt	213	287	339	406	470	532	0	0
Summe	9.636	11.006	10.773	9.519	7.488	9.458	8.781	9.932

	Behandlungsfälle							
Einrichtungen	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
GEBEWO pro	4.692	5.745	5.730	5.569	4.380	5.054	6.577	8.614
HVD	2.258	2.243	2.844	2.977	2.445	2.464	3.008	3.363
Jenny De la Torre-Stiftung	1.909	1.933	2.035	2.948	3.564	3.122	3.688	4.925
Caritas-Arztmobil	1.598	1.458	1.458	1.913	862	881	1.077	1.183
Caritas-Ambulanz	5.537	5.232	4.470	5.492	6.130	6.003	5.040	4.130
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	5.423	7.705	8.071	7.703	3.585	4.509	4.061	3.780
open.med Steglitz	0	384	1.269	1.946	1.877	2.213	2.660	2.794
open.med Berlin-Lichtenberg (seit 2023)								323
Johanniter/med. Versorgung/ NÜ Ohlauer Straße							110	185
Projekte der BSM gesamt	3.029	3.113	6.080	5.661	4.234	3.605	3.315	3.811
Fixpunkt	2.212	2.766	3.049	806	555			
Summe	26.658	30.579	35.006	35.015	27.632	27.851	29.466	33.108

Tabelle 3 und 4: Erfasste Gesamtzahl Patient*innen und Behandlungsfälle, 2016 – 2023

Im Jahr 2023 ist im Ergebnis von mindestens 9.900 Patient*innen in den Einrichtungen bei 33.100 Konsultationen auszugehen. Von 2016 bis 2023 wurden durchschnittlich pro Jahr 9.600 Patient*innen bei durchschnittlich 30.600 Konsultationen medizinisch behandelt.

Bei allen Verschiebungen und auch unter den erwähnten statistischen Einschränkungen zeigt sich, dass sich die Zahl der Patient*innen insgesamt auf einem Niveau oberhalb von 9.500 Patient*innen pro Jahr bewegt. Ausnahmen bilden die Jahre 2020 und 2021 aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen. In den Vor-Corona-Jahren lag die Patient*innenzahl zum Teil auch deutlich höher. Durch Corona gab es zunächst einen erheblichen Einbruch der Zahlen, weil viele Angebote nicht oder dann nur noch eingeschränkt arbeiten konnten. Gerade die Entwicklung der letzten zwei Jahre ist Beleg dafür, dass nicht nur die Einrichtungen wieder ihr Angebot in vollem Umfang anbieten können, sondern dass sich die Bedarfslage insgesamt auf hohem Niveau stabilisiert. Diese Entwicklung lässt sich insbesondere auch an den Kontaktzahlen gut nachvollziehen, die im Gegensatz zu den Patient*innenzahlen – abgesehen von absoluten Ausnahmen – bei allen Einrichtungen erfasst werden: waren es im Jahr 2016 noch ca. 26.650 Behandlungsfälle, so sind es jetzt ca. 33.100. Letzteres ist noch unter der Anzahl 2018/2019 vor Corona. **Insgesamt belegen sowohl die Patient*innenzahlen als auch die Behandlungszahlen den stabil hohen Bedarf an ambulanter medizinischer Versorgung für obdachlose und/oder nicht krankenversicherte Menschen. Dies ist umso bemerkenswerter, als mit der Krankenwohnung und der Clearingstelle in den letzten Jahren wichtige ergänzende Angebote hinzugekommen sind, die zu Entlastungseffekten für die ambulante medizinische Versorgung geführt haben.**

3.2 Staatsangehörigkeit der Patient*innen

Medizinische Versorgung

Neun medizinische Versorgungsstellen haben Angaben zur Staatsangehörigkeit ihrer insgesamt 8.222 Patient*innen gemacht. Die Patient*innen aus diesen Einrichtungen waren zu 23 % deutsch, 35 % stammten aus weiteren Ländern der EU und 40 % hatten eine andere Staatsangehörigkeit. Zu 2 % der Patient*innen aus den übermittelnden Einrichtungen lagen keine Angaben vor.

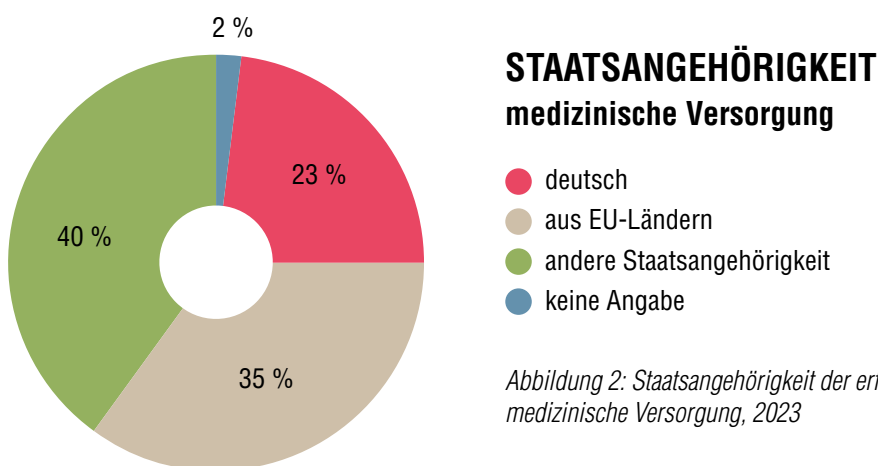


Abbildung 2: Staatsangehörigkeit der erfassten Patient*innen medizinische Versorgung, 2023

Die Anzahl der Patient*innen, die aus EU-Staaten des Europäischen Fürsorgeabkommens stammten, wurde in vier Einrichtungen erhoben. Der Anteil lag in den Einrichtungen zwischen 1,5 % und 9,8 % der Patient*innen. Betrachten wir die vier Einrichtungen insgesamt, liegt dieser Anteil bei 7,4 % der Patient*innen.

Die Verteilung der Patient*innen war in den Einrichtungen insgesamt sehr unterschiedlich:

Zwei medizinische Anlaufstellen der GEBEWO pro und Caritas verzeichneten einen Anteil deutscher Patient*innen in Höhe von 18,1 %. Der Anteil der EU-Bürger*innen lag hier bei 61 % der Gesamtpatient*innen beider Einrichtungen, der entsprechende Anteil von Drittstaatler*innen bei 20,9 %.

Drei weitere medizinische Anlaufstellen richten sich auch explizit an Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus (Malteser Medizin, open.med Berlin-Lichtenberg, open.med Steglitz). In diesen Versorgungsstellen ist der Anteil von Drittstaatler*innen mit 80,6 % der Patient*innen besonders hoch. Hier lag der Anteil deutscher Patient*innen bei 11,3 % der Patient*innen, der entsprechende Anteil von EU-Bürger*innen bei 8,1 %.

Die Verteilung in den aufsuchenden Versorgungsstellen ließ sich nicht aussagekräftig auswerten, da 3 von 5 Stellen keine Angaben zur Staatsangehörigkeit machen konnten.

Die Verteilung nach der Herkunft der versorgten Personen hat sich dabei leicht verschoben. Im Vergleich zu den Zahlen von 2016 hat der Anteil der erfassten Patient*innen aus sogenannten Drittstaaten deutlich zugenommen (2016: 1.283/ 25,8 %; 2023: 3.314/ 40 %). Der Anteil der Patient*innen aus EU-Ländern hat sich im Verhältnis zu den Gesamtzahlen prozentual verringert (2016: 2.295/ 46,1 %; 2023: 2.886/ 35 %). Patient*innen deutscher Herkunft bilden im Vergleich zu 2016 einen prozentual leicht geringeren Anteil ab mit 1.884/ 23 % (Vergleich 2016: 1.370/ 27,5 %).

Einrichtungen	Versorgungsart	Gesamtzahl der Patient*innen	Staatsangehörigkeit					
			Deutsch	EU	davon EFA	andere	unbekannt	
GEBEWO pro	Praxis	1.787	362	1.034	176	391	0	
HVD	Praxis	646	299	258	28	89	0	
Jenny De la Torre-Stiftung	Praxis	928	577	214	n.e.	137	0	
open.med Steglitz	Praxis	1.054	211	63	n.e.	780	0	
Caritas-Ambulanz	Praxis	1.389	214	905	n.e.	270	0	
open.med Berlin-Lichtenberg	Praxis	198	24	9	3	159	6	
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	Praxis	1.647	94	155	109	1.398	0	
BSM Ambulanz	Praxis	Staatsangehörigkeit nicht erhoben						
BSM Straßenambulanz	aufsuchend	Staatsangehörigkeit nicht erhoben						
BSM med. Versorgung in Notübernachtungen	aufsuchend	Staatsangehörigkeit nicht erhoben						
Johanniter med. Versorgung in NÜ Ohlauer Straße	aufsuchend	116	15	12	n.e.	41	48	
Caritas-Arztmobil	aufsuchend	457	88	236	n.e.	49	84	
Summe		8.222	1.884	2.886	316	3.314	138	

Tabelle 5: Staatsangehörigkeit der Patient*innen medizinische Versorgung 2023

* Zahlen geschätzt ermittelt, n.e.: nicht erhoben, EFA: Europäisches Fürsorgeabkommen

Zahnmedizinische Versorgung

Vier Zahnmedizinische Versorgungsstellen haben die Staatsangehörigkeit ihrer Patient*innen vollständig erfasst. Die vier Versorgungsstellen haben im Jahr 2023 insgesamt 581 Patient*innen behandelt. 25,5 % der Patient*innen (148 Patient*innen) waren deutsch, 21,2 % stammten aus anderen Staaten der Europäischen Union (123 Patient*innen), 53,4 % (310 Patient*innen) aus Drittstaaten.

Im Vergleich zu den Zahlen aus dem Gesundheitsbericht von 2016 gibt es eine deutliche Verschiebung bei den angegebenen Staatsangehörigkeiten. Waren hierunter 2016 noch 206 Personen (81,7 %) deutscher Herkunft, sind es 2023 nur noch 148 Patient*innen mit einem prozentualen Anteil von 26 %. Personen aus Drittstaaten bilden 2023 die größte Gruppe mit 310 Patient*innen und einem prozentualen Anteil von 53 %. Unionsbürger*innen bilden 2023 die kleinste Gruppe mit 21 % (Vergleich 2016: 14,3 %).

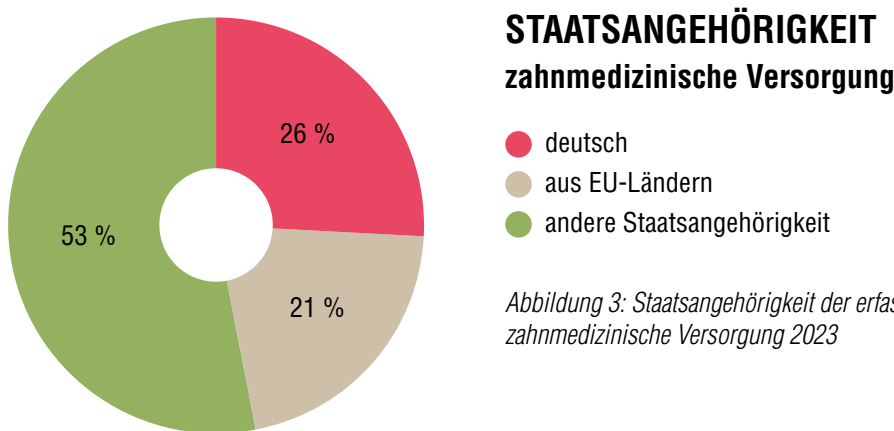


Abbildung 3: Staatsangehörigkeit der erfassten Patient*innen Zahnmedizinische Versorgung 2023

Einrichtungen	Versorgungsart	Gesamtzahl der Patient*innen	Staatsangehörigkeit				
			Deutsch	EU	davon EFA	andere	unbekannt
GEBEWO pro	Zahnarztpraxis	214 *	Staatsangehörigkeit nicht erhoben				
HVD	Zahnarztpraxis	146	83	36	6	27	0
Jenny De la Torre-Stiftung	Zahnarztpraxis	140	38	48	n. e.	54	0
Malteser Medizin	Zahnarztpraxis	272	22	37	33	213	0
Caritas Zahnmobil	aufsuchend	23	5	2	n. e.	16	0
Summe		581	148	123	39	310	0

Tabelle 6: Staatsangehörigkeit der erfassten Patient*innen Zahnmedizinische Versorgung 2023

*Zahlen geschätzt ermittelt, n. e.: nicht erhoben

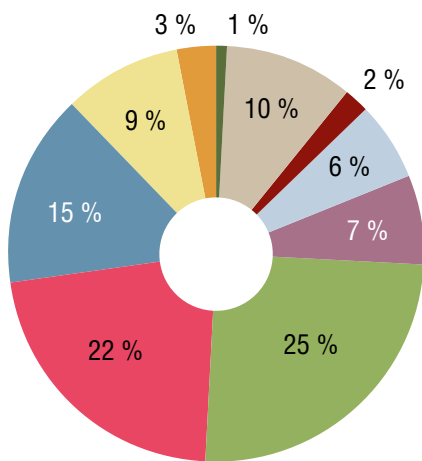
3.3 Alter der Patient*innen

Medizinische Versorgung

Neun medizinische Versorgungsstellen haben Angaben zum Alter ihrer Patient*innen gemacht. Insgesamt wurden 8.222 Patient*innen erfasst. Davon waren 835 Patient*innen unter 18 Jahren alt (10,2 %), 147 Personen zwischen 18 – unter 20 Jahren (1,8 %), 505 Personen zwischen 20 – unter 25 Jahren (6,1 %), 604 zwischen 25 – unter 30 Jahren (7,3 %), 2.047 zwischen 30 – unter 40 Jahren (24,9 %), 1.856 zwischen 40 – unter 50 Jahren (22,6 %), 1.244 zwischen 50 – unter 60 Jahren (15,1 %), 705 zwischen 60 – unter 70 Jahren (8,2 %), 249 zwischen 70 Jahren und älter (3 %), 67 Personen haben keine Angabe zum Alter gemacht (0,8 %). Die größte Gruppe bilden die 30 – bis unter 60-Jährigen mit insgesamt 62,6 %.

Einrichtungen	Gesamtzahl der Patient*innen	Alter in Jahren									
		unter 18	18 – unter 20	20 – unter 25	25 – unter 30	30 – unter 40	40 – unter 50	50 – unter 60	60 – unter 70	70 und älter	unbekannt
GEBEWO pro	1.787	11	13	87	173	558	474	318	115	35	3
HVD	646	0	4	21	53	148	187	137	71	25	0
Jenny De la Torre-Stiftung	928	0	6	33	33	252	269	190	121	22	2
Caritas-Arztmobil	457	0	1	6	19	88	116	109	62	25	31
Caritas-Ambulanz	1.389	3	53	102	18	467	422	180	107	37	0
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	1.647	339	41	139	189	348	227	187	131	46	0
BSM Ambulanz		Alter nicht erhoben									
BSM Straßenambulanz		Alter nicht erhoben									
BSM med. Versorgung in Notübernachtungen		Alter nicht erhoben									
Johanniter med. Versorgung in NÜ Ohlauer Straße	116	0	1	7	10	22	32	7	8	1	28
open.med Berlin-Lichtenberg	198	6	13	24	20	49	33	28	14	8	3
open.med Steglitz	1.054	476	15	86	89	115	96	88	45	44	0
Summe	8.222	835	147	505	604	2.047	1.856	1.244	674	243	67

Tabelle 7: Alter der erfassten Patient*innen medizinische Versorgung 2023



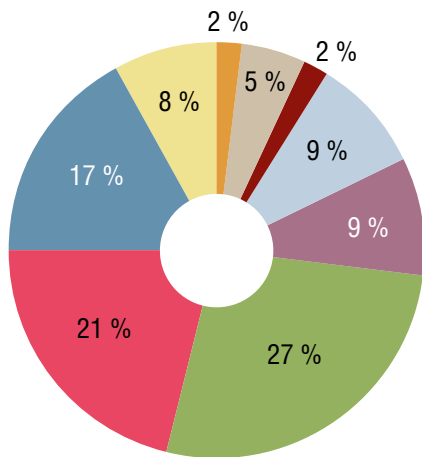
ALTER medizinische Versorgung

- keine Angabe
- unter 18
- 18 – unter 20
- 20 – unter 25
- 25 – unter 30
- 30 – unter 40
- 40 – unter 50
- 50 – unter 60
- 60 – unter 70
- 70 und älter

Abbildung 4: Alter der erfassten Patient*innen
medizinische Versorgung 2023

Zahnmedizinische Versorgung

Vier zahnmedizinische Versorgungsstellen haben Angaben zum Alter ihrer Patient*innen gemacht. Insgesamt wurden 581 Patient*innen erfasst. Davon waren 30 Patient*innen unter 18 Jahre alt (5,2 %), 13 Personen zwischen 18 – unter 20 Jahren (2,2 %), 50 Personen zwischen 20 – unter 25 Jahren (8,6 %), 51 zwischen 25 – unter 30 Jahren (8,8 %), 156 zwischen 30 – unter 40 Jahren (26,9 %), 122 zwischen 40 – unter 50 Jahren (21 %), 97 zwischen 50 – unter 60 Jahren (16,7 %), 48 zwischen 60 – unter 70 Jahren (8,3 %) und 14 Patient*innen waren 70 Jahre und älter (2,3 %). Die größte Gruppe bilden auch hier die 30 – bis unter 60-Jährigen mit insgesamt 64,6 %. Im Gesundheitsbericht 2016 wurden keine Zahlen zum Alter der Patient*innen erhoben, daher lassen sich hier keine Vergleiche auswerten.



ALTER zahnmedizinische Versorgung

- unter 18
- 18 – unter 20
- 20 – unter 25
- 25 – unter 30
- 30 – unter 40
- 40 – unter 50
- 50 – unter 60
- 60 – unter 70
- 70 und älter

Abbildung 5: Alter der erfassten Patient*innen zahnmedizinische Versorgung 2023

Einrichtungen	Gesamtzahl der Patient*innen	Alter in Jahren									
		unter 18	18 – unter 20	20 – unter 25	25 – unter 30	30 – unter 40	40 – unter 50	50 – unter 60	60 – unter 70	70 und älter	unbekannt
GEBEWO pro		Alter nicht erhoben									
HVD	146	0	3	11	6	37	27	37	19	6	0
Jenny De la Torre-Stiftung	140	1	0	10	14	45	48	18	3	1	0
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	272	29	9	26	30	69	41	37	25	6	0
Caritas Zahnmobil	23	0	1	3	1	5	6	5	1	1	0
Summe	581	30	13	50	51	156	122	97	48	14	0

Tabelle 8: Alter der Patient*innen zahnmedizinische Versorgung 2023

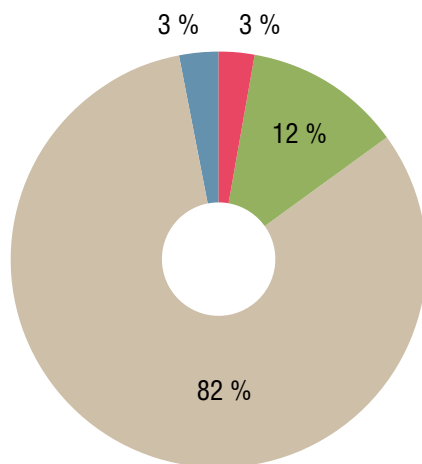
3.4 Versicherungsstatus der Patient*innen

Medizinische Versorgung

Acht medizinische Versorgungsstellen haben Angaben zum Versicherungsstatus ihrer Patient*innen gemacht. Insgesamt wurden 6.833 Patient*innen erfasst. Davon waren 797 Patient*innen krankenversichert (11,7 %), 5.642 Patient*innen nicht krankenversichert (82,6 %), bei 180 Patient*innen war der Versicherungsstatus ungeklärt (2,6 %) und 214 Patient*innen haben keine Angabe gemacht (3,1 %). Die größte Gruppe bilden hier mit Abstand die unversicherten Personen.

Einrichtungen	Gesamtzahl der Patient*innen	krankenversichert			
		kranken-versichert	nicht kranken-versichert	ungeklärt	unbekannt
GEBEWO pro	1.787	149	1.618	16	4
HVD	646	159	487	0	0
Jenny De la Torre-Stiftung	928	384	524	20	0
Caritas-Arztmobil	457	41	276	55	85
Caritas-Ambulanz	1.389	Versicherungsstatus nicht erhoben			
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	1.647	24	1.495	12	116
BSM Ambulanz		Versicherungsstatus nicht erhoben			
BSM Straßenambulanz		Versicherungsstatus nicht erhoben			
BSM med. Versorgung in Notübernachtungen		Versicherungsstatus nicht erhoben			
Johanniter med. Versorgung in NÜ Ohlauer Straße	116	0	110	0	6
open.med Berlin-Lichtenberg	198	40	78	77	3
open.med Steglitz	1.054	0	1.054	0	0
Summe	8.222	797	5.642	180	214

Tabelle 9: Versicherungsstatus der Patient*innen medizinische Versorgung 2023



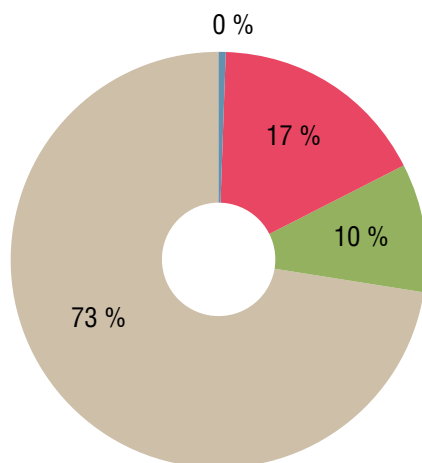
VERSICHERUNGSSTATUS medizinische Versorgung

- krankenversichert
- nicht krankenversichert
- ungeklärt
- unbekannt

Abbildung 6: Versicherungsstatus der erfassten Patient*innen medizinische Versorgung 2023

Zahnmedizinische Versorgung

Vier Zahnmedizinische Versorgungsstellen haben Angaben zum Versicherungsstatus ihrer Patient*innen gemacht. Insgesamt wurden 581 Patient*innen erfasst. Davon waren 57 Patient*innen krankenversichert (9,8 %), 426 Patient*innen nicht krankenversichert (73,3 %), bei 2 Patient*innen war der Versicherungsstatus ungeklärt (0,3 %) und 96 Patient*innen haben keine Angabe gemacht (16,6 %). Auch im Bereich der Zahnmedizinischen Versorgung ist die Mehrheit der versorgten Patient*innen nicht krankenversichert.



VERSICHERUNGSSTATUS zahnmedizinische Versorgung

- krankenversichert
- nicht krankenversichert
- ungeklärt
- unbekannt

Abbildung 7: Versicherungsstatus der erfassten Patient*innen Zahnmedizinische Versorgung 2023

Im Gesundheitsbericht 2016 wurden keine Zahlen zum Versicherungsstatus der Patient*innen erhoben, daher lassen sich hier keine Vergleiche auswerten.

3.5 Diagnosen und Maßnahmen – Ergebnisse der Stichtagserhebung 2023

Methodik

In insgesamt sechs Versorgungsstellen wurde an einem Stichtag (12.12.2023) erhoben, inwieweit Patient*innen von bestimmten Diagnosen betroffen sind und welche ärztlichen Maßnahmen während der Sprechzeit erfolgten. In diesen Organisationen haben 101 Hilfesuchende der Nutzung ihrer Daten für diesen Bericht zugestimmt. Sie bilden die Grundgesamtheit der folgenden Ergebnisse. Davon waren 74 männliche und 27 weibliche Patient*innen.

Bei den sechs Versorgungsstellen handelte es sich um 5 medizinische Anlaufstellen (100 hilfesuchende Personen) und eine aufsuchende Versorgungsstelle (eine hilfesuchende Person). Drei der Versorgungsstellen wenden sich ausdrücklich an die Zielgruppe der wohnungslosen Menschen (58 hilfesuchende Personen), die anderen drei Versorgungsstellen an die Zielgruppe der nicht-krankenversicherten Personen (43 hilfesuchende Personen). Die Erhebung erfolgte mit der International Classification of Primary Care – 2nd Edition (ICPC-2).

Anhand eines standardisierten Bogens konnte der*die behandelnde Arzt*Ärztin folgende Informationen festhalten:

- Alle Symptome und Beschwerden, die zur Konsultation führen
- Alle medizinischen Diagnosen, die mit diesen Symptomen/Beschwerden in Zusammenhang stehen
- Alle Maßnahmen zur Diagnose und Therapie ihrer Beschwerden

Zusätzlich wurde das Geschlecht der Patient*innen erfasst.

Weitere soziodemografische Daten wurden nicht erfasst.

Die Erhebung und Auswertung erfolgten anonymisiert.

Wir stellen im Weiteren die Ergebnisse zu den Diagnosen und Maßnahmen vor.

Diagnosen

Die medizinischen Versorgungsbedarfe der Patient*innen deckten fast alle ICPC-Kapitel ab (siehe Abbildung 8 und 9).

Bei männlichen Patienten wurden am häufigsten Verletzungen und Infektionen der Haut diagnostiziert. Diagnosen mit Bezug zum Atmungs- oder Herz-Kreislauf-System waren bei männlichen und weiblichen Patient*innen verbreitet. Dabei handelte es sich vor allem um akute Atemwegsinfektionen, chronische Atemwegs-erkrankungen wie COPD, Asthma und chronische Bronchitis sowie um Bluthochdruck.

Bei weiblichen Patienten wurden häufig auch ernährungs- oder stoffwechselbezogene Diagnosen gestellt. Hierzu gehörten vor allem Erkrankungen der Schilddrüse und Diabetes mellitus. Allgemeine und unspezifische Diagnosen waren bei männlichen und weiblichen Patienten verbreitet. Dabei handelte es sich vor allem um Kodierungen für präventive und gesundheitsfördernde Leistungen sowie um infektiöse Erkrankungen, die andernorts nicht klassifiziert werden konnten. Neben körperlichen Beschwerden wurden bei einigen Patient*innen auch psychische Erkrankungen und Störungen festgestellt. Hierzu gehörten unter anderem depressive Störungen, Angststörungen und Schizophrenie.

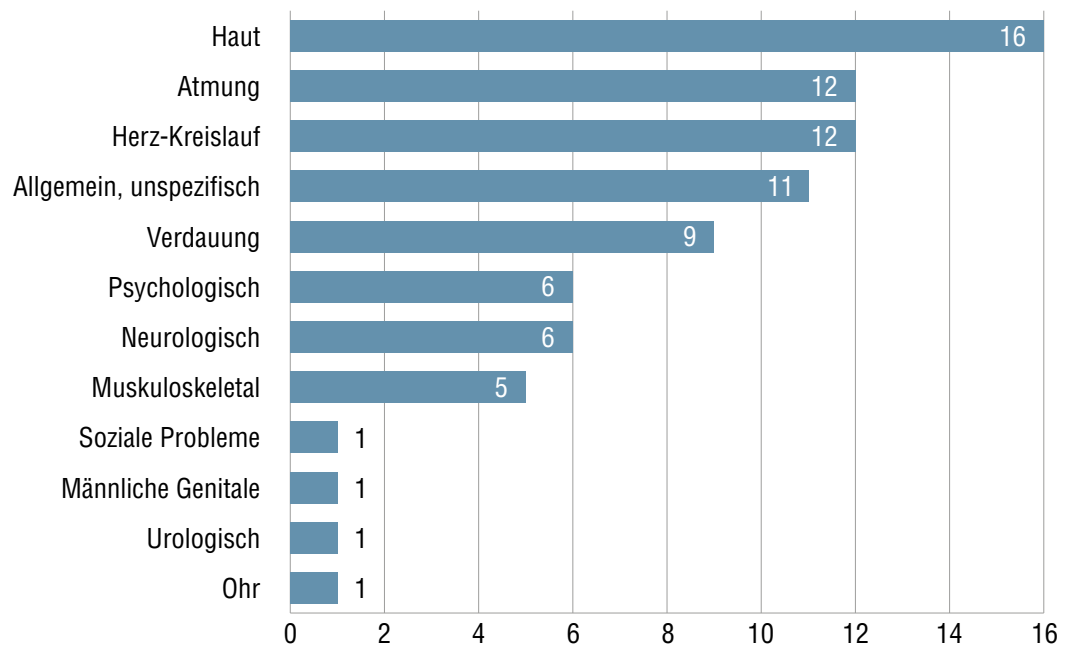


Abbildung 8: Männliche Patienten nach Diagnosegruppen (n=74; ICPC-2-Kodierung; Mehrfachangaben möglich)

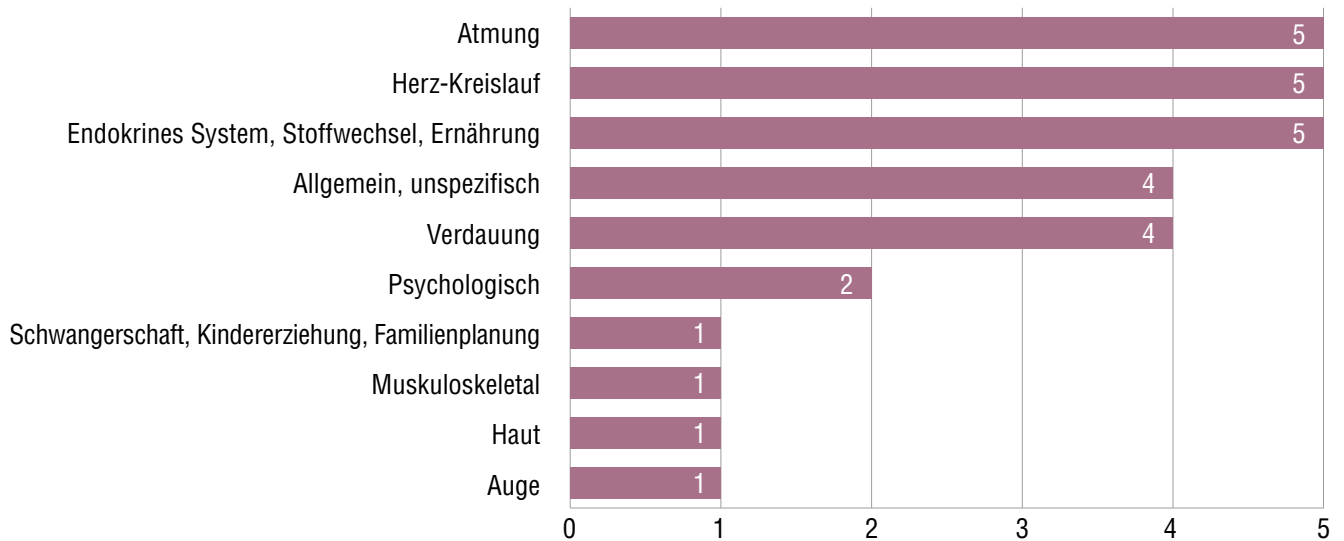


Abbildung 9: Weibliche Patienten nach Diagnosegruppen (n=27; ICPC-2-Kodierung; Mehrfachangaben möglich)

Exkurs: Dokumentation von psychischen Erkrankungen

Auffällig ist die geringe Nennung psychologischer/psychiatrischer Diagnosen.

Berichte aus der Praxis sprechen von einer hohen Prävalenz von Suchterkrankungen und psychiatrischen Krankheitsbildern unter wohnungslosen Menschen.

Bezüglich dieser Krankheitsbilder zeigen sich die Schwächen der Erhebungsmethode: Zwar sind wohnungslose Menschen häufig von psychischen Erkrankungen und Störungen betroffen, diese stellen jedoch meist nicht den Behandlungsanlass dar. Sind die Patient*innen der behandelnden Person nicht schon länger bekannt, finden sich diese Hintergrunddiagnosen oft nicht in der Diagnoseerhebung wieder. Die Untererfassung psychiatrischer Diagnosen ist vermutlich auch dem Setting geschuldet. Das Stellen psychiatrischer Diagnosen erfordert ein Assessment und ein ausführliches Gespräch, für das vor Ort aufgrund der wenigen Ressourcen kein Raum ist. Auch Sprachbarrieren sind hinderlich. Zudem sind die Diagnoseangaben an einem Stichtag immer auch abhängig davon, welche Fachrichtung die erfassende ärztliche Person vertritt. Ein*e Orthopäd*in wird größere Schwierigkeiten bei der sicheren Erstellung einer psychiatrischen Diagnose haben, ähnlich wie ein*e Psychiater*in bei der Behandlung eines Knochenbruchs. Hier hätte eine Erhebung unter Beteiligung aller Versorgungsstellen über einen längeren Zeitraum validere Ergebnisse erzielen können. Dies hätte aber die Ressourcen der Versorgungsstellen überfordert.

Um sich der tatsächlichen Prävalenz psychiatrischer und Suchterkrankungen unter den wohnungslosen Menschen zu nähern, lassen sich andere Erhebungen heranziehen:

In der im folgenden Kapitel aufgeführten Erhebung in den 3 Berliner Versorgungsstellen, die über das ISP-Programm gefördert werden, wurde von medizinischen und sozialpädagogischen Fachkräften eingeschätzt, ob bei den einzelnen hilfebedürftigen Personen Suchtprobleme oder Probleme mit der psychosozialen Stabilität bestehen (vgl. S.X). Dabei betrug für das Versorgungsjahr 2023 bei einer Grundgesamtheit von 2.938 hilfesuchenden Personen der Anteil von Personen mit Suchtproblemen ca. 45 %, der Anteil von Personen mit Problemen mit der psychosozialen Stabilität ca. 34 %.

Im September 2022 wurde in der open.med Ambulanz Berlin-Zehlendorf eine 1-monatige Erhebung von Risiken einer Traumatisierung durchgeführt. Alle Patient*innen, die sich in den Sprechstunden der Ambulanz vorstellten, wurden mit einem Fragebogen anonym befragt. Der Fragebogen erhebt die Häufigkeit des Auftretens verschiedener Symptome. Anhand dieser Häufigkeiten kann das Risiko eingeschätzt werden, dass die Menschen traumatisiert sind, wodurch sie ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Traumafolgestörungen, wie z. B. der posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) tragen. Das Ergebnis der Erhebung zeigte, dass 51 % aller Befragten ein mittleres bis hohes Risiko einer Traumatisierung aufwiesen.

Maßnahmen

Entsprechend der vielfältigen medizinischen Versorgungsbedarfe der Patient*innen wurden am Erhebungstag diagnostische und therapeutische Maßnahmen aus fast allen ICPC-Kategorien durchgeführt. Bei männlichen und weiblichen Patienten handelte es sich am häufigsten um ärztliche Untersuchungen, Medikationen und therapeutische Beratungen (siehe Grafik X und X). Darüber hinaus wurden bei einigen Patient*innen auch Blutuntersuchungen zur diagnostischen Abklärung eingesetzt.

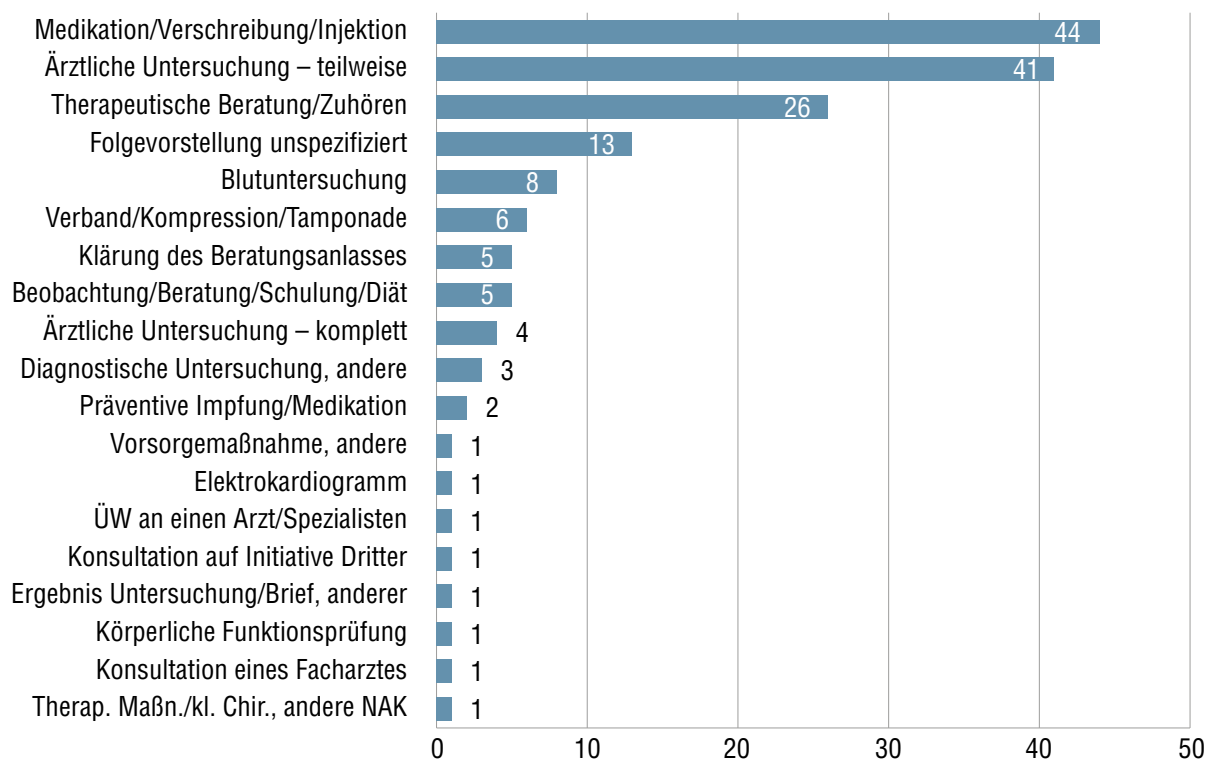


Abbildung 10: Männliche Patienten nach diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (n=74; ICPC-2-Kodierung; Mehrfachangaben möglich)

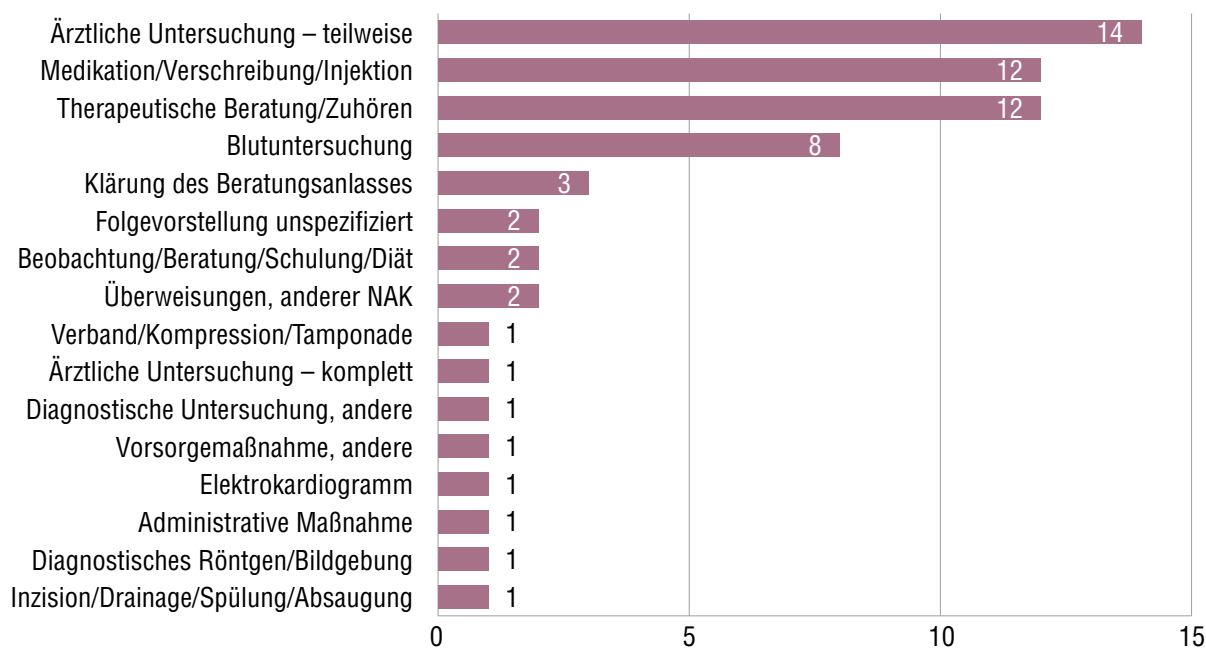


Abbildung 11: Weibliche Patienten nach diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (n=27; ICPC-2-Kodierung; Mehrfachangaben möglich)

4. Soziodemografische Daten und Leistungsdaten der ISP-geförderten Einrichtungen

Im Integrierten Sozialprogramm (ISP) fördert der Berliner Senat durch die Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung (SenASGIVA) niedrigschwellige Angebote der Wohnungsnotfallhilfe. Die Angebote richten sich vorwiegend an Menschen, die auf der Straße leben, wohnungslos sind oder denen der Verlust des Wohnraums droht. Drei dieser vom ISP finanzierten Einrichtungen dienen der medizinischen Versorgung. Sie sind Teilnehmer des Runden Tisches medizinische und zahnmedizinische Versorgung obdachloser Menschen und ihre Behandlungszahlen sind in die o. g. Ergebnisse eingegangen.

Es handelt sich um folgende ISP-geförderte Einrichtungen:

- Arztmobil des Caritasverbandes für das Erzbistum Berlin e. V.
- Praxis am Stralauer Platz der GEBEWO pro gGmbH und
- Ambulanz Weitlingstraße des HVD (Humanistischer Verband Deutschlands).

Die Einrichtungen leisten zum einen sehr niedrigschwellige medizinische und zahnmedizinische Versorgung, sodass sowohl Menschen mit fehlender bzw. ungeklärter Krankenversicherung als auch Personen mit Ausgrenzungserfahrungen bzgl. der bestehenden medizinischen Versorgungslandschaft die erforderlichen medizinischen Hilfen erhalten. Zum anderen halten die Einrichtungen ein zusätzliches sozialpädagogisches Beratungsangebot vor, welches den Weg hin zu weiteren Unterstützungsangeboten und zurück in die Regelversorgung ebnen soll.

Im Rahmen der ISP-Förderung werden regelmäßig soziodemografische Daten in einem Umfang und einer Qualität erhoben und ausgewertet, wie es im Rahmen rein ehrenamtlicher Einrichtungen kaum möglich wäre. Die drei genannten Einrichtungen haben dem Runden Tisch ihre im Rahmen des ISP erhobenen Daten des Jahres 2023 zur Verfügung gestellt, die im Folgenden zusammengefasst werden. Dabei beziehen sich die prozentualen Angaben jeweils auf die Gesamtzahl der versorgten Personen in den 3 Einrichtungen.

4.1 Allgemeine soziodemografische Angaben

Im Jahr 2023 wurden in den drei Einrichtungen insgesamt 2.983 Personen versorgt, wovon der überwiegende Teil (91,0 %) alleinstehend war. 3,8 % lebten als Paar ohne Kind und ein Anteil von 1,4 % lebte mit minderjährigen Kindern (alleinerziehend oder als Paar mit Kind/Kindern).

HAUSHALTSSTRUKTUR n=2.938

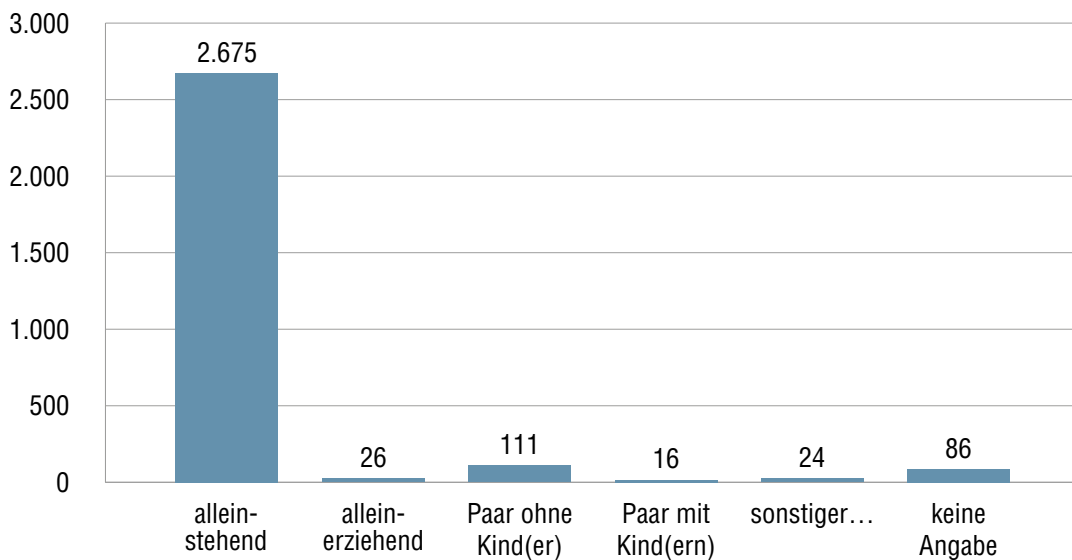


Abbildung 12: ISP-Einrichtungen – Haushaltsstand der Patient*innen 2023

Der Anteil der Frauen lag in allen drei Einrichtungen unter 20 %. In der Gesamtheit der Einrichtungen lag er bei 17,0 %, während der Anteil der Männer bei 81,4 % lag.

GESCHLECHT DER PATIENT*INNEN n=2.938

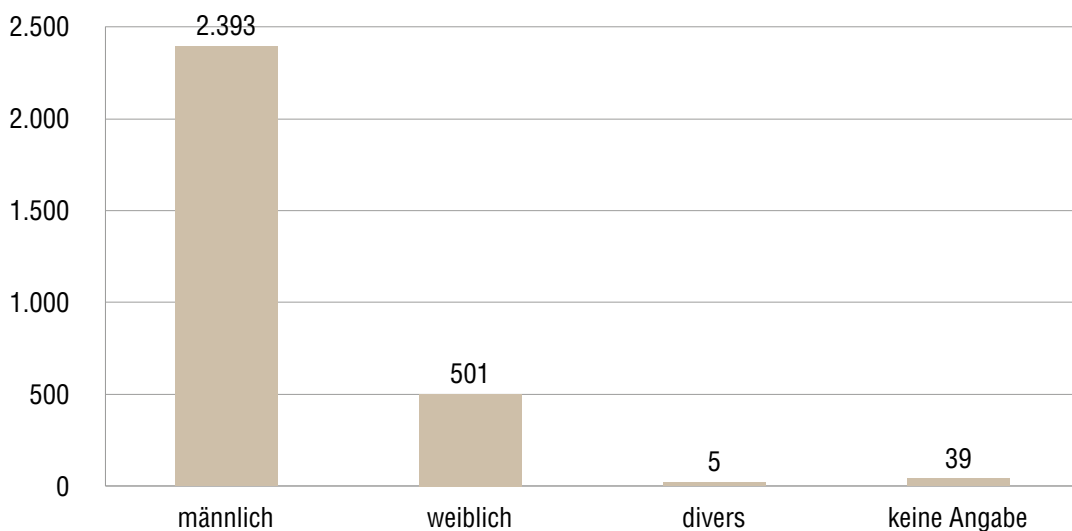


Abbildung 13: ISP-Einrichtungen – Geschlecht der Patient*innen 2023

54,7 % der Nutzer*innen waren in der Altersgruppe von 30 – 49 Jahre, 27,7 % der Nutzer*innen waren in der Altersgruppe 50 – 69 Jahre. Immerhin waren 2,9 % der Nutzer*innen (in absoluten Zahlen: 84 Personen) 70 Jahre und älter. 0,4 % der Nutzer*innen waren minderjährig, während die Gruppe der jungen Erwachsenen (18 – 29 Jahre) einen Anteil von 13,2 % ausmachte.

ALTER DER PATIENT*INNEN n=2.938

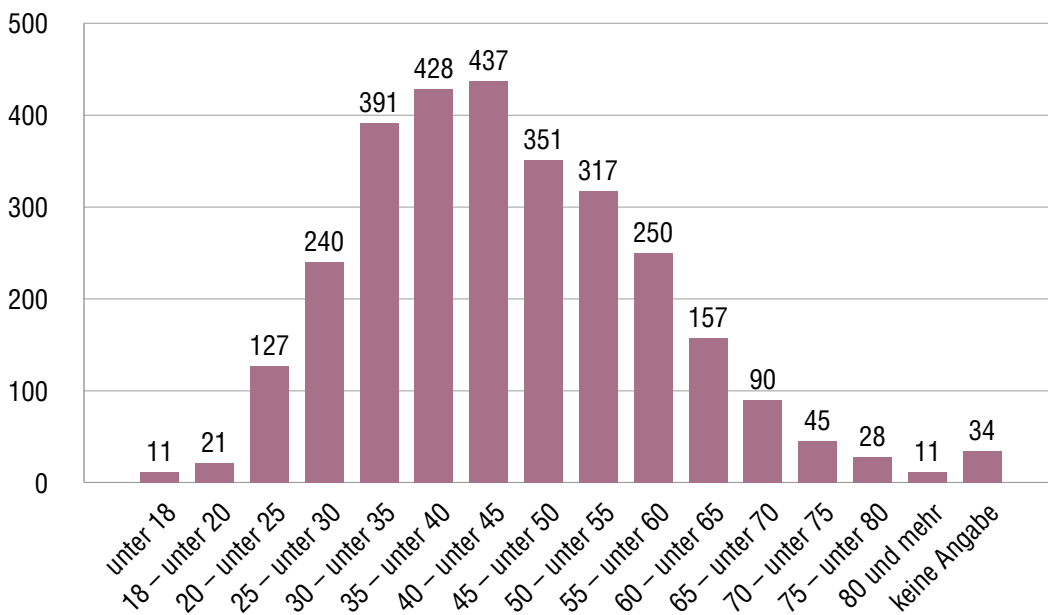


Abbildung 14: ISP-Einrichtungen – Alter der Patient*innen 2023

25,4 % der Nutzer*innen hatte die deutsche Staatsbürgerschaft. Die Mehrzahl der Hilfesuchenden (53,2 %) hatte die Staatsbürgerschaft eines anderen EU-Landes. 15,7 % hatten eine andere Staatsbürgerschaft (Drittstaaten), während 3,3 % der Nutzer*innen staatenlos waren.

Dementsprechend gaben 25,4 % der Nutzer*innen Deutsch als ihre Muttersprache an. 72,5 % der Nutzer*innen hatte eine andere Muttersprache.

Die Anzahl der versorgten Personen hat sich in den 3 Einrichtungen im Vergleich zum letzten Gesundheitsbericht 2016 deutlich vergrößert (2016: 1.607 Personen). Da die Ressourcen der Einrichtungen nicht im gleichen Maße mitgewachsen sind, deutet sich hier eine deutliche Mehrbelastung für die Versorgungsstellen an.

Während sich die Verteilung auf Altersgruppen, Geschlechter, Haushaltsstruktur ähnlich darstellt wie im Jahre 2016, haben sich die Verhältnisse bei den Themen Staatsbürgerschaft und Muttersprache erheblich verändert. Besaßen im Jahr 2016 58,7 % der hilfesuchenden Personen die deutsche Staatsbürgerschaft, beträgt dieser Anteil im Jahr 2023 lediglich 25,4 %. Der Anteil der anderen EU-Bürger*innen (2016: 35,3 %) und der Drittstaatler*innen (2016: 5,2 %) ist hingegen erheblich gestiegen. Entsprechend hoch ist der Anteil von nichtdeutschen Muttersprachler*innen. Diese Thematik spiegelt sich im Alltag der Einrichtungen durch erhebliche Verständigungsprobleme sowie einen hohen Bedarf an Sprachmittlungen wider.

STAATSANGEHÖRIGKEIT DER PATIENT*INNEN n=2.938

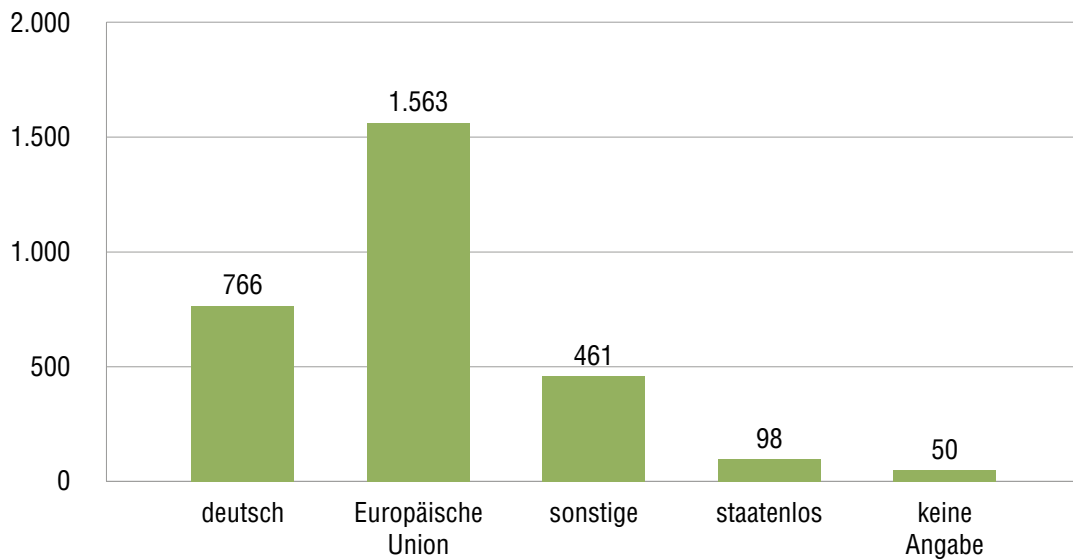


Abbildung 15: ISP-Einrichtungen – Staatsangehörigkeit der Patient*innen 2023

MUTTERSPRACHE DER PATIENT*INNEN n=2.938

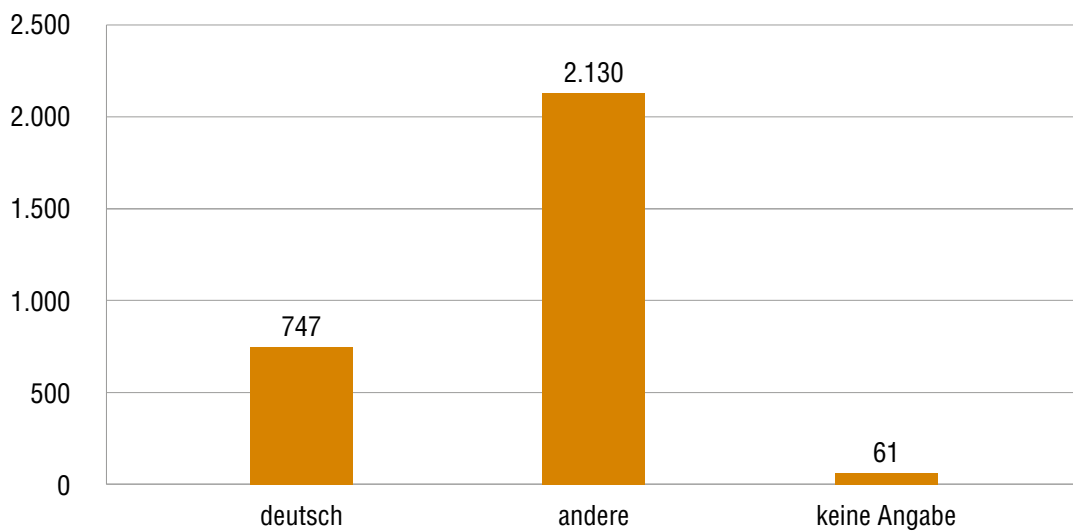


Abbildung 16: ISP-Einrichtungen – Muttersprache der Patient*innen 2023

4.2 Wohnsituation

Bei lediglich 2,25 % der Hilfesuchenden lag kein Wohnungsnotfall vor. Insgesamt 93,6 % waren aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen, davon der weitaus kleinere Teil (3,6 % der Hilfesuchenden) institutionell untergebracht. 0,6 % waren unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht und 0,5 % lebten in unzumutbaren Wohnverhältnissen.

WOHNUNGSNOTFALL (in den letzten vier Wochen vor Hilfebeginn) n=2.938

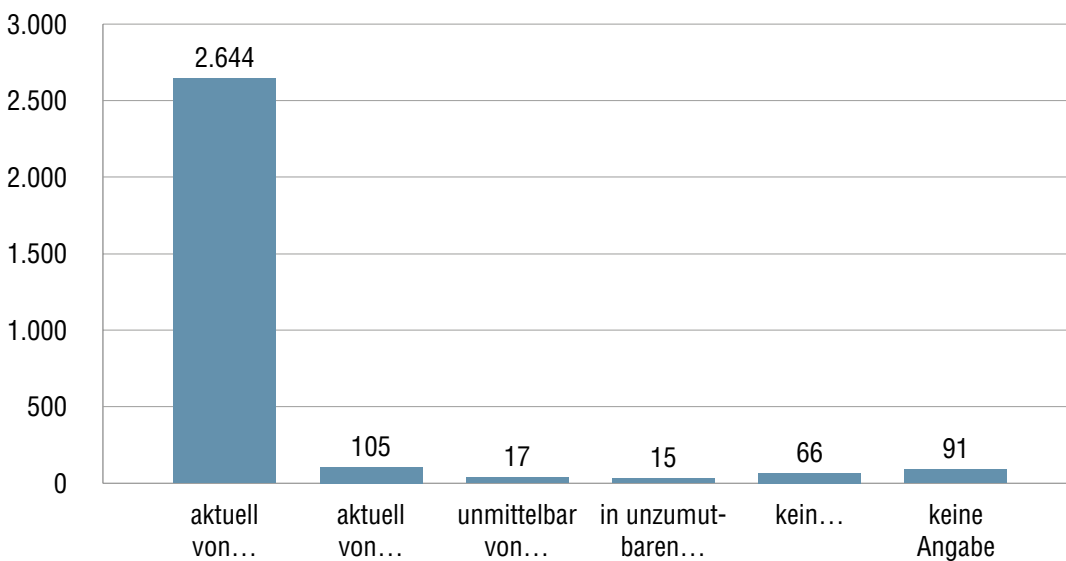


Abbildung 17: ISP-Einrichtungen – Wohnungsnotfall 2023

Die Mehrzahl der Personen (56,3 %) lebte auf der Straße, verfügte also noch nicht einmal über eine Notbehausung. 23,9 % waren in einer Notunterkunft und 3,7 % nach dem Allgemeinen Sicherheits- und Ordnungsgesetz (ASOG) von Berlin untergebracht. 3,6 % lebten in einer Ersatzunterkunft in Form von Gartenlauben, Wohnwagen u. ä.

Lediglich 1,9 % verfügten über eine Wohnung, 0,6 % lebte bei Familie oder Partner und 5,0 % waren vorübergehend bei Bekannten untergekommen. Nur ein sehr geringer Anteil von 0,8 % der Personen lebte in einer qualifizierten Unterkunft mit flankierenden Hilfemaßnahmen wie stationären Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, Betreutem Wohnen, Frauenhaus u. ä.

UNTERKUNFTSSITUATION DER PATIENT*INNEN n=2.938

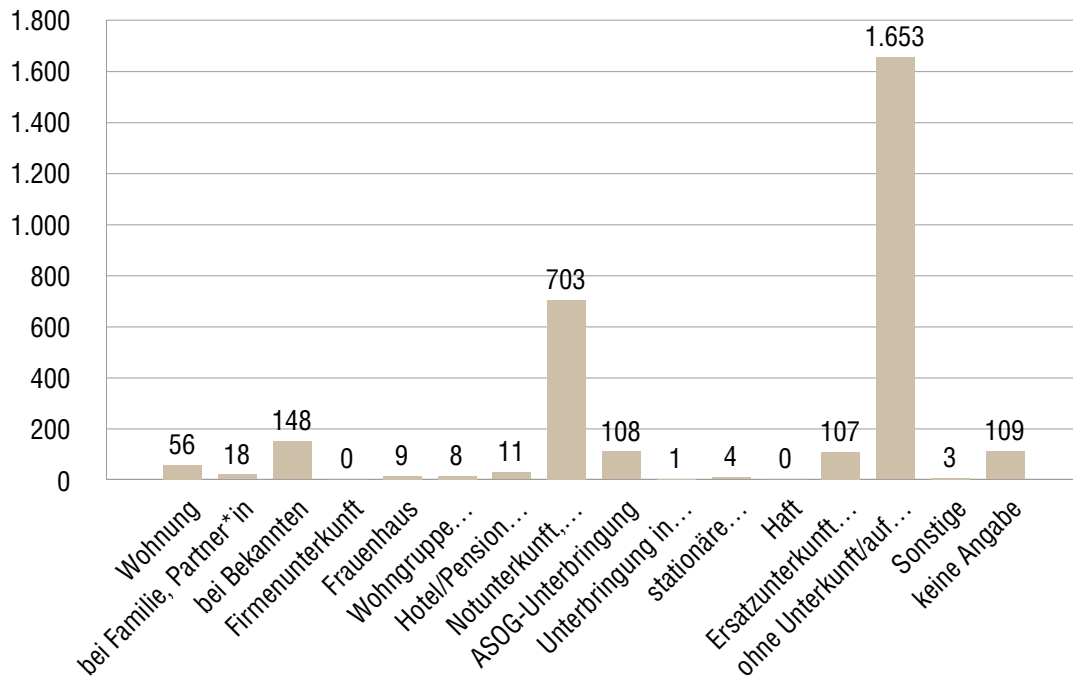


Abbildung 18: ISP-Einrichtungen – Unterkunftssituation der Patient*innen 2023

4.3 Einkommen

Angesichts der äußerst prekären Lebensumstände wundert es nicht, dass 95,8 % der Hilfesuchenden keiner Erwerbstätigkeit nachging. So bestritten auch nur 0,3 % der Hilfesuchenden ihr Haupteinkommen durch Erwerbs- oder Berufstätigkeit. 0,1 % erhielten ALG I nach dem SGB III, waren also kurz zuvor sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen.

79,1 % der Hilfesuchenden verfügte über keinerlei Einkommen. Ca. jede*r Achte (12,1 %) bezog ALG II bzw. Sozialgeld nach dem SGB II, 0,7 % Sozialhilfe nach dem SGB XII. 1,9 % der Hilfesuchenden bezogen eine Rente oder Pension.

Die Zahlen zur Wohnsituation und zum Einkommen zeigen, dass die Einrichtungen die Zielgruppe der stark marginalisierten wohnungslosen Personen erreicht. Im Vergleich zu den Zahlen der ISP-Projekte im Gesundheitsberichts 2016 sind die Anteile der wohnungslosen Personen und der Personen ohne Einkommen nochmals deutlich gestiegen. Die Zahlen deuten auf äußerst prekäre Lebenssituationen der hilfesuchenden Personen und fehlende materielle Selbsthilfepotentiale hin.

EINKOMMEN DER PATIENT*INNEN n=2.938

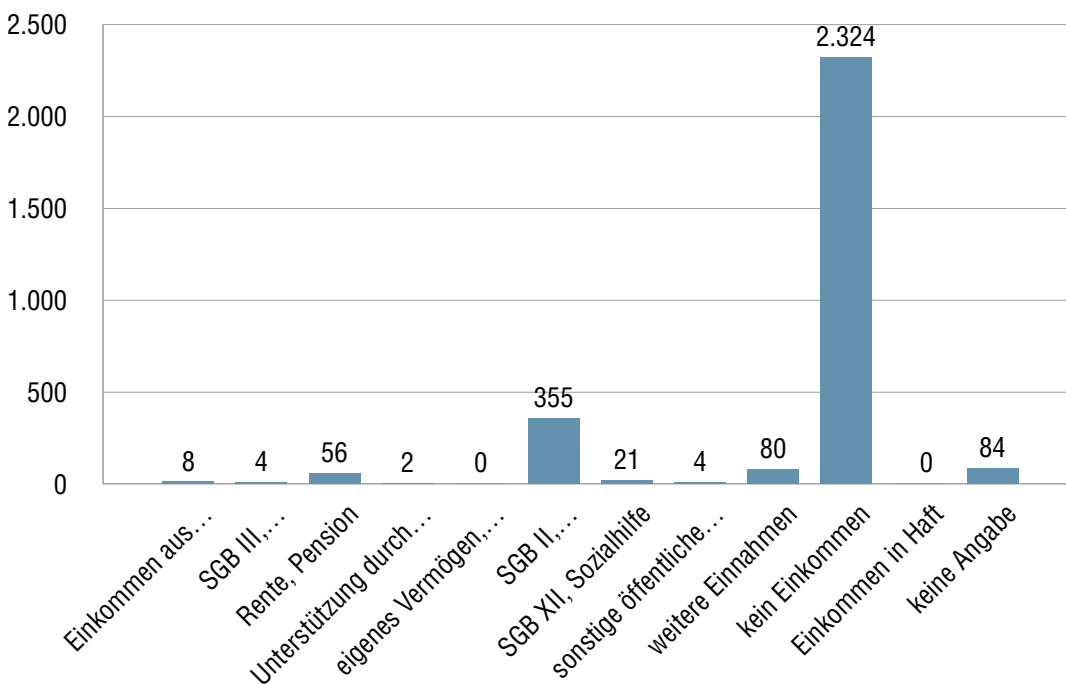


Abbildung 19: ISP-Einrichtungen – Einkommenssituation der Patient*innen 2023

4.4 Krankenversicherungsstatus

KRANKENVERSICHERUNGSSTATUS n=2.938

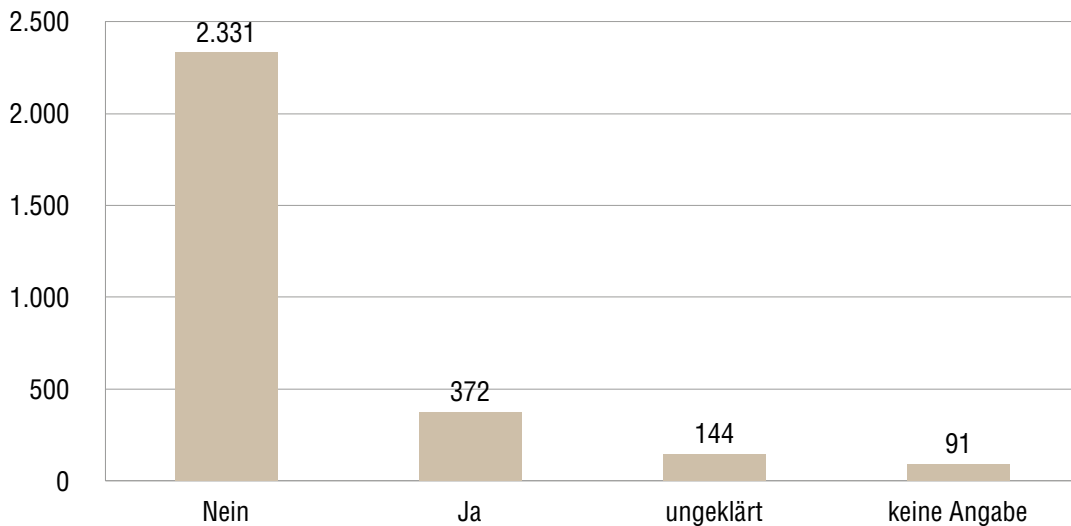


Abbildung 20: ISP-Einrichtungen – Krankenversicherungsstatus der Patient*innen 2023

Nur 12,7 % der Hilfesuchenden hatte eine Krankenversicherung.

79,3 % verfügten über keine Krankenversicherung, bei 4,9 % war der Krankenversicherungsstatus ungeklärt.

Die Zahlen zum Krankenversicherungsstatus machen deutlich, dass die hilfesuchenden Personen das medizinische Regelsystem i. d. R. nicht nutzen können und auf die Versorgungseinrichtungen für wohnungslose Personen angewiesen sind. Auch Vermittlungen in das Gesundheitssystem sind kaum möglich. Gleichzeitig wird damit die Notwendigkeit dokumentiert, in den Versorgungsstellen kompetente soziale Beratung zur Erlangung einer Krankenversicherung vorzuhalten.

4.5 Problembereiche

Aus Sicht der Fachkräfte wurden die relevanten Problembereiche der Hilfesuchenden erhoben. Dabei wurden im Durchschnitt bei jeder hilfesuchenden Person 5,4 Problembereiche erfasst.

Folgende Problemfelder wurden festgestellt:

- Mit Abstand am meisten wurden die Problembereiche Wohnsituation (98,7 % der Hilfesuchenden) und Gesundheit (96,7 %) genannt.
- Ebenfalls sehr häufig wurde die materielle Absicherung (75,3 %) und die Ausbildungs-/Arbeitssituation (68,2 %) als problematisch eingeschätzt.
- Migrationsspezifische Probleme wurden bei 54,0 % der Hilfesuchenden konstatiert.
- Probleme mit Sucht (45,1 %) und psychosoziale Stabilität (34,0 %) bilden weitere Schwerpunkte.
- Bei 13,8 % der hilfesuchenden Personen bestanden Probleme beim Umgang mit Behörden und bei 6,9 % stellten die sozialen Kontakte einen Problembereich dar. Weitere Problemfelder waren bei 7,7 % Gewalterfahrung und bei 1,1 % Gewaltbereitschaft.
- Bei 8,4 % der Hilfesuchenden wurde die Schuldenituation und bei 2,7 % die rechtliche Situation als problematisch eingeschätzt.

Schon die Anzahl der Nennungen macht deutlich, dass die meisten hilfesuchenden Personen unter komplexen und miteinander verbundenen Problemen leiden. Neben den existenziellen und sozialen Problemen (Wohnen, Arbeiten, materielle Absicherung) bestehen massive und zum Teil chronifizierte Gesundheitsprobleme (siehe die Nennungen zur Gesundheit, zu Sucht- und psychosozialen Problemen). Gerade die hohen Nennungen von Sucht- und psychosozialen Problemen zeigen den massiven Bedarf von psychiatrischen und Suchthilfen im Bereich der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen, der von den Versorgungsstellen nicht gedeckt werden kann. Bei über der Hälfte der hilfesuchenden Personen bestehen migrationsspezifische Probleme. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, benötigt es in den Versorgungsstellen interkultureller Beratungskompetenz und Möglichkeiten zur Vermittlung in Integrationsberatungen.

PROBLEMFELDER (Mehrfachnennungen möglich) n=2.938

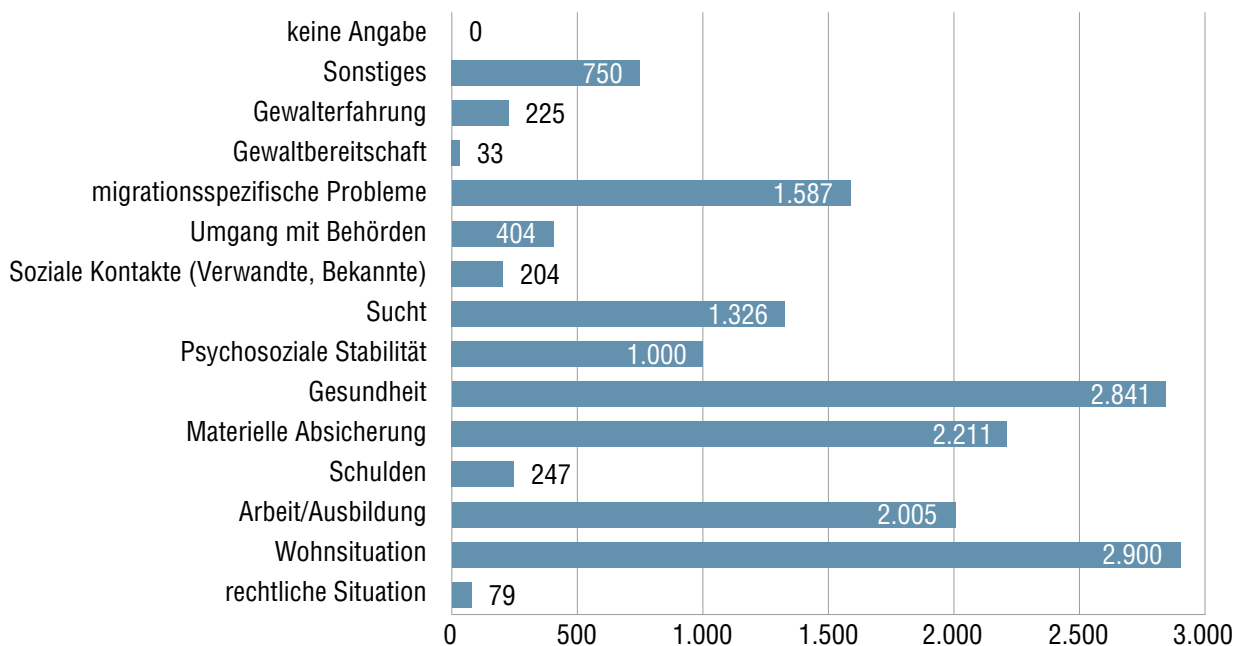


Abbildung 21: ISP-Einrichtungen – Problemfelder der Patient*innen 2023

4.6 Leistungsdaten der Einrichtungen

Von den 2.938 Personen wurden mit 98,9 % fast alle sozialarbeiterisch beraten und beinahe ebenso viele ärztlich oder pflegerisch versorgt (98,2 %). Es fanden 9.074 sozialarbeiterische Beratungen, 13.155 ärztliche Behandlungen, 1.143 pflegerische Behandlungen und 311 Parasitenbehandlungen statt.

Durchschnittlich wurde jede hilfeschuchende Person im Jahr 2023 mehr als dreimal sozialarbeiterisch beraten (3,09-mal) und mehr als viermal ärztlich behandelt (4,48-mal). 61,3 % der ärztlichen Behandlungen fanden ohne Abrechnung statt.

Weitere Leistungen waren Vermittlungen ins Gesundheitssystem (n=324), Vermittlungen zu sozialen Diensten/ Institutionen (n=293), Angebote zur Körperpflege bzw. Hygiene (n=7.267), Ausgabe von Bekleidung/Unterwäsche (n=9.043) sowie Begleitungen zu sozialen Diensten/Institutionen (n=123).

Hinzu kommen noch Leistungen, die in der Statistik nicht erfasst wurden: Mahlzeiten, Ausgabe von Sachspenden etc. Bei 41,3 % der Hilfeschuchenden dauerte die Hilfe bis zu drei Tagen an, hier dürfte es sich weitgehend um einmalige Hilfen/Behandlungen handeln. Für 22,3 % der Hilfeschuchenden dauerte die Hilfe bis zu drei Monate. Immerhin 13,7 % der Patient*innen nahmen die Hilfe länger als ein Jahr in Anspruch, 4,8 % sogar länger als drei Jahre. Angaben zur Zielerreichung wurden in 220 Fällen (also bei ca. 7,5 % der Hilfeschuchenden) gemacht. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Einrichtungen hier nur dann Angaben machten, wenn die Vermittlung erfolgreich bewertet werden konnte; d. h. das Angebot wurde von der hilfeschuchenden Person tatsächlich genutzt. In 73 Fällen konnte eine gültige Krankenversicherung hergestellt werden, was den Personen die Nutzung der medizinischen Regelangebote eröffnete. In 103 Fällen konnten die Personen in Angebote des Gesundheitssystems vermittelt werden. In 44 Fällen konnten die Personen in soziale Dienste/Institutionen/Einrichtungen (Beratungsstellen, Wohnheime, Notübernachtungen etc.) vermittelt werden.

Die verbundene Erbringung medizinischer Leistungen und sozialarbeiterischer Beratung wird von den meisten hilfeschuchenden Personen intensiv genutzt. Dass mehr als 60 % der ärztlichen Leistungen nicht über eine Krankenversicherung oder über Hilfe bei Krankheit (Sozialhilfe) abgerechnet werden konnte, zeigt, dass die Versorgungsangebote, bei denen auch nicht krankenversicherte Personen behandelt werden können, unbedingt benötigt werden. Mit der sozialarbeiterischen Unterstützung vor Ort kann in Einzelfällen der Krankenschutz hergestellt werden, wie die Ergebnisse zeigen. Das unterstreicht die Notwendigkeit dieser Beratung. Die Vermittlungszahlen in Angebote des Gesundheitssystems und zu sozialen Diensten/Einrichtungen/Institutionen machen deutlich, dass zwar in Einzelfällen immer wieder individuelle Lösungen gefunden werden können, der Großteil der hilfeschuchenden Personen jedoch nicht weitervermittelt werden kann und in der Versorgung der Einrichtungen verbleibt.

Daher ist die verlässliche Erbringung der begleitenden Überlebenshilfen wie Hygieneangebote, Bekleidungs- ausgaben, Essenausgaben für die Zielgruppe enorm wichtig. Der Großteil der Körperpflege/Hygieneleistungen sowie der Bekleidungs- ausgaben fanden in der Praxis am Stralauer Platz statt, die über ein Duschangebot und eine Kleiderkammer verfügt. In dieser Praxis wurden zudem im Jahr 2023 mit insgesamt 28.420 Mahlzeiten mehr Mahlzeiten ausgegeben als jemals zuvor. Leider gehört zur Realität der Versorgungseinrichtungen, dass die Praxis mit dieser außergewöhnlich starken Nutzung organisatorisch, räumlich und personell an ihre Grenzen kommt und das Essenangebot im Jahr 2024 drastisch reduzieren musste.

ERBRACHTE LEISTUNGEN (Mehrfachnennungen möglich) n=2.938 Nutzer*innen

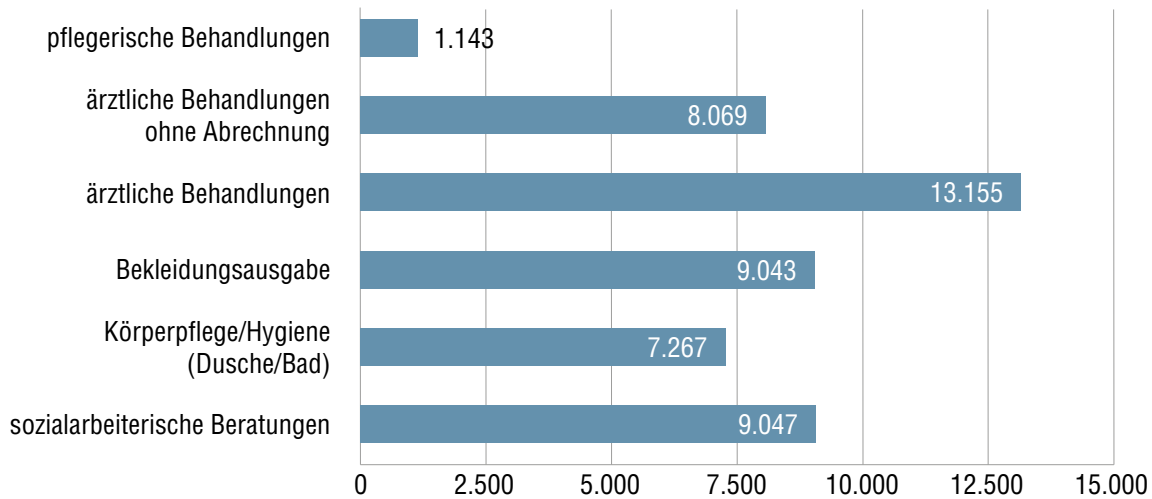


Abbildung 22: ISP-Einrichtungen – Erbrachte Leistungen 2023

ANZAHL NUTZER*INNEN VON LEISTUNGEN n=2.938 Nutzer*innen

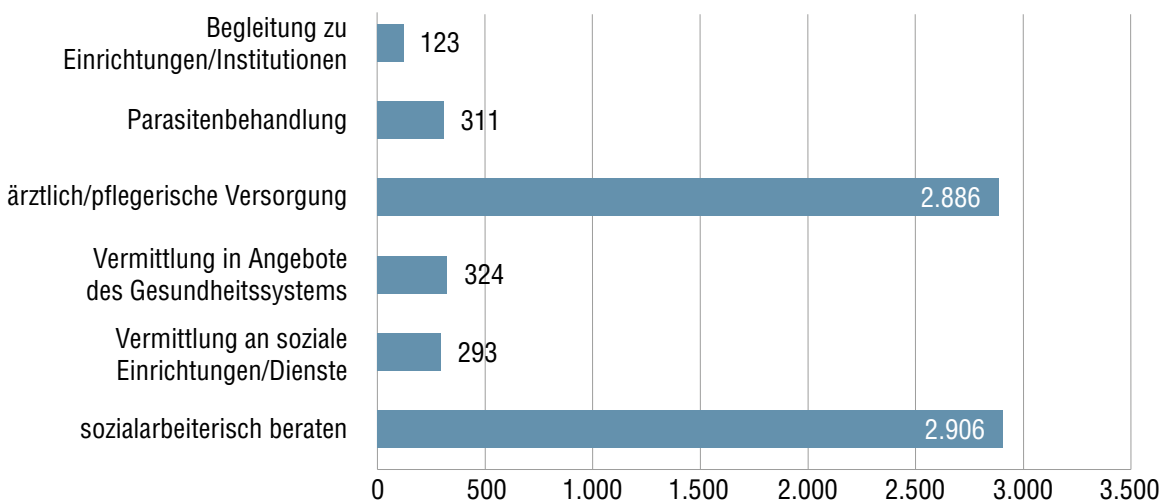


Abbildung 23: ISP-Einrichtungen – Nutzer*innen von Leistungen 2023

DAUER DER HILFE n=2.938

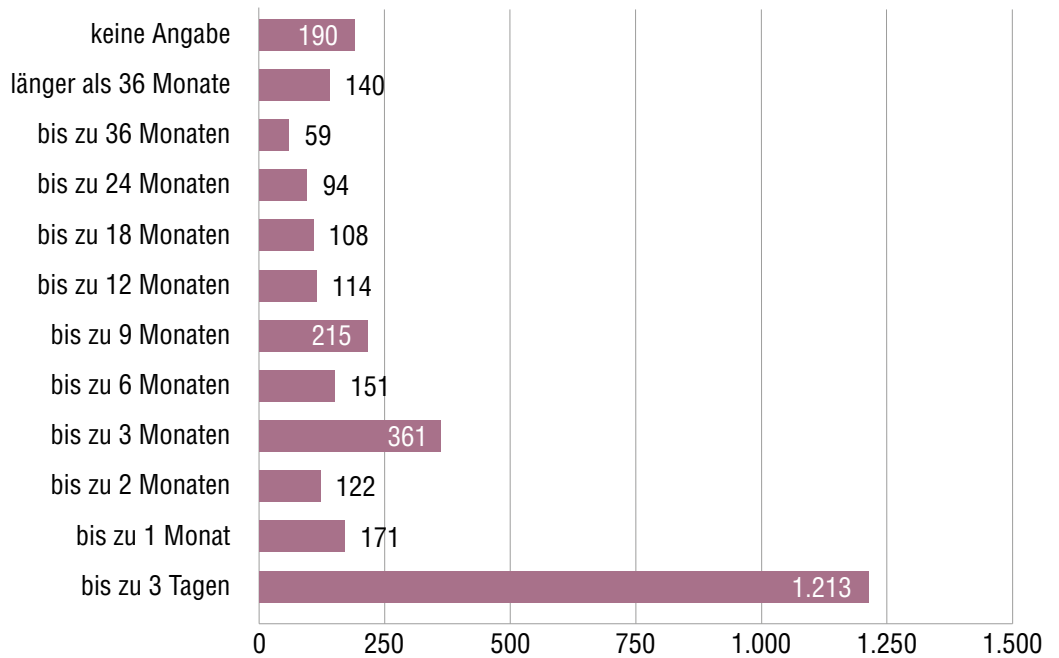


Abbildung 24: ISP-Einrichtungen – Dauer der Hilfe 2023

ZIELERREICHUNG (Personenanzahl) n=220

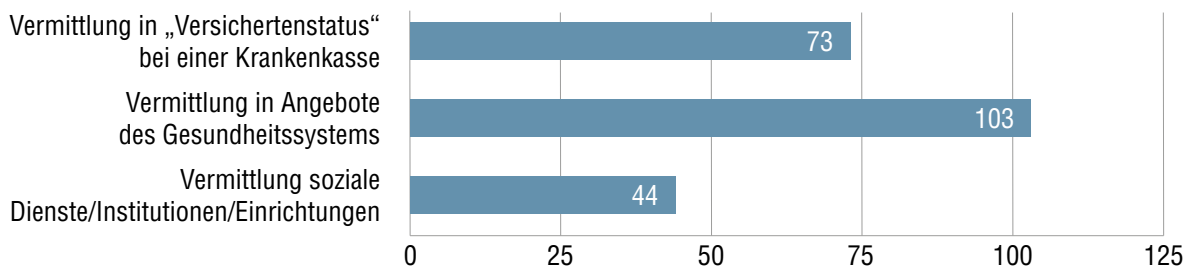


Abbildung 25: ISP-Einrichtungen – Zielerreichung 2023

5. Ehrenamt

Beim Runden Tisch medizinischer und zahnmedizinischer Versorgung obdachloser Menschen sind aktuell 13 Dienste organisiert. Sieben von ihnen erfahren eine finanzielle Unterstützung durch den Berliner Senat aus Mitteln des Integrierten Sozialprogramms ISP, des Integrierten Gesundheitsprogramms IGPP oder anderen Förderansätzen (siehe Einleitung).

Ohne den Einsatz zusätzlicher Sach-, Geld- und Zeitspenden kommen aber auch diese Angebote nicht aus. Nur durch das freiwillige Engagement von unterstützenden Personen wird es möglich, den obdachlosen und nichtversicherten Menschen in unserer Stadt im Krankheitsfall helfen zu können.

Um das Ausmaß des bürgerschaftlichen Engagements darstellen zu können, haben sieben Einrichtungen des Runden Tisches (Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung, Caritas-Arztmobil, Caritas-Ambulanz, GEBEWO pro-Praxis am Stralauer Platz, Johanniter, open.med Berlin-Lichtenberg, open.med Zehlendorf) im Dezember 2023 neben ihren Öffnungszeiten auch die Einsatzzeiten der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen erfasst. So waren die sieben Einrichtungen im Dezember 2023 für ärztliche Leistungen insgesamt 382 Stunden geöffnet, für zahnärztliche Behandlungen waren es 43 Stunden. Ermöglicht wurde das durch 367 Stunden ehrenamtlicher ärztlicher Einsatzzeit, 50,5 Stunden ehrenamtlicher zahnärztlicher Einsatzzeit sowie 173,75 Stunden ehrenamtlicher Einsatzzeit für Pflegepersonal, medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte (MFA/ZFA). Die an die medizinischen Angebote angeschlossenen Angebote wie Kleiderkammern, Essenausgaben oder Hygieneangebote hatten in den sieben Einrichtungen im Dezember 2023 insgesamt 157 Stunden geöffnet. Dies wurde ermöglicht durch 322 Einsatzstunden ehrenamtlicher Einsatzkräfte sowie 440 Einsatzstunden von MAE-Kräften o. ä. Einsatzkräften. Eine Einrichtung organisierte neben dem medizinischen Angebot einen Notübernachtungsbetrieb, der stark durch ehrenamtliche Einsatzkräfte unterstützt wurde.

Für den Dezember 2023 zeigt die folgende Abbildung eine Übersicht über die geleisteten Einsatzstunden der in den Diensten ehrenamtlich tätigen Berufsgruppen bzw. den Arbeitsfeldern, in denen ehrenamtlicher Dienst geleistet wird.

Ehrenamtliche Tätigkeit im Dezember 2023 (in Stunden)		Ärztliche Leistungen	Zahnärztliche Leistungen	andere medizinische Leistungen	weitere Leistungen	
Tätigkeit		behandelnde Ärzt*innen	behandelnde Zahnärzt*innen	Krankenschwestern, Arzthelfer*innen, Pfleger*innen, Medizinstudierende	Kleiderkammer, Essensbereitung, Hygieneangebote, Empfang	
					Ehrenamtliche	MAE o. ä. Maßnahmen (Soziale Teilhabe etc.)
Gesamtstundenzahl	Malteser Migranten Medizin	101	22,5	73,75	0	0
	Caritas Ambulanz	67	0	23	18	0
	Caritas Arztmobil	64	0	0	10	0
	Johanniter	16	0	16	1.000	0
	open.med Zehlendorf	65	0	31	8	0
	open.med Lichtenberg	20	0	20	0	0
	GEBEWO pro	34	28	10	286	440
Gesamtstunden alle	2.353,25	367	50,5	173,75	1.322	440

Tabelle 10: Übersicht der ehrenamtlichen Einsatzstunden der verschiedenen Aufgabenfelder in den Diensten des Runden Tisches zur medizinischen/zahnmedizinischen Versorgung obdachloser Menschen in Berlin im Dezember 2023

Wie in allen Bereichen, in denen Ehrenamt zur Erfüllung von Leistungen erforderlich ist, steht und fällt das Angebot mit der Bereitschaft von Menschen, sich ohne Vergütung – in der Freizeit oder im Ruhestand – für andere zu engagieren.

Daher kommt es immer wieder zu Engpässen, schlimmstenfalls zu Einstellungen des Angebotes, bis sich wieder jemand zur Mitwirkung bereiterklärt. Beispielsweise zählten während der Corona-Pandemie viele ehrenamtlich Mitarbeitende zu Hochrisikogruppen und fielen damit langfristig aus.

Was aber, wenn die zurzeit größtenteils ehrenamtlich angelegte Arbeit in den Einrichtungen der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung als reguläre Erwerbstätigkeit angelegt wäre?

Die im Dezember 2023 geleisteten 417,5 ehrenamtlichen Einsatzstunden der Ärzt*innen unterschiedlicher Disziplinen bzw. Zahnärzt*innen entsprechen der Arbeitszeit von ca. 3,0 Vollzeitstellen.¹

Gleiches wäre für die nichtärztlichen medizinischen Berufsgruppen zu berechnen. Hier schlagen 173,75 ehrenamtlich geleistete Stunden zu Buche, was ca. 1,3 Vollzeitstellen gleichkommt.

Für die Zusatzangebote wie Kleiderkammer oder Essen wurden ehrenamtlich 322 Stunden geleistet, umgerechnet ca. 2,3 Vollzeitstellen für Hauswirtschaft oder entsprechendes Berufsbild.

Die angegebenen Bezugsgruppen finden sich auch im Konzept der Landesgesundheitskonferenz zu den medizinischen Versorgungszentren. In dem Konzept wird von einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung dieser Mitarbeitenden ausgegangen. Wenn man für die Berufsgruppen beispielhafte tarifliche Entgelte² zu Grunde legt und die entsprechenden Stellenanteile berücksichtigt, wären für die ehrenamtliche Arbeit in den sieben medizinischen Versorgungseinrichtungen inkl. Arbeitgeberanteil 432.819,40 € Gehalt pro Jahr zu zahlen.

Das sind 432.819,40 €, die für eine Zuverlässigkeit der sieben Angebote sorgen könnten und die Einstellungen von Mitarbeiter*innen in sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse ermöglichen würden.

¹ Eine Vollzeitstelle wurde mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 Stunden berechnet. Bei jeder Stelle wurde die Notwendigkeit einer Vertretung von Abwesenheitszeiten mit zusätzlichen 18 % des Stellenumfangs berechnet.

² Die Entgeltberechnung erfolgt auf der Grundlage der Arbeitsvertraglichen Richtlinien des Diakonischen Werks Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (AVR-DWBO). Die Referenzentgelte berechnen sich für die einzelnen Berufsgruppen folgendermaßen:

Hauswirtschaftler*innen – EG 3 Basisstufe
monatliches Arbeitnehmer-Brutto 2.529,46 € – jährliches Arbeitgeber-Brutto 39.459,58 €;

medizinisches Fachpersonal – EG 7 Basisstufe
monatliches Arbeitnehmer-Brutto 3.443,98 € – jährliches Arbeitgeber-Brutto 53.726,09 €;

Fachärzt*innen – Entgeltgruppe A2 Basisstufe
monatliches Arbeitnehmer-Brutto 6.979,96 € – jährliches Arbeitgeber-Brutto 90.739,48 €.

Im Jahresgehalt (Arbeitgeber-Brutto) ist die Jahressonderzahlung gemäß AVR-DWBO sowie ein Arbeitgeberanteil an den Sozialversicherungen von 20 % vom Arbeitnehmer-Brutto enthalten.

6. Schnittstellen

Im folgenden Abschnitt wird auf die Versorgung wohnungsloser Menschen in den Krankenhäusern (Nothelferproblematik) sowie auf das Entlassmanagement aus Berliner Krankenhäusern eingegangen. Weiterhin gibt es einen Beitrag der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen.

Im ersten Gesundheitsbericht wurden exemplarisch die finanziellen Ausfälle der katholischen Krankenhäuser dargestellt, die bei der Notversorgung nichtkrankenversicherter Menschen entstanden. Inzwischen existiert eine noch umfassendere Erhebung durch die Berliner Krankenhausgesellschaft – BKG e. V. zu diesem Problemkomplex. Wir danken der BKG für die nun folgende Darstellung unter dem Titel:

6.1 Aktueller Sachstand zur Nothelferproblematik

6.1.1 Erlösausfälle/Umfrage

Berliner Krankenhäuser versorgen Jahr für Jahr eine Vielzahl an unversicherten notleidenden Patient*innen ohne festen Wohnsitz. In den allermeisten Fällen erhalten sie dafür keine Vergütung. Die für Eilfälle vorgesehenen Ansprüche der Krankenhäuser an die Sozialämter aus der Nothelferregelung des § 25 SGB XII lassen sich in der Regel nicht durchsetzen. Aus der Nothelfer-Umfrage, die im Jahr 2023 von der Berliner Krankenhausgesellschaft – BKG durchgeführt wurde, ergaben sich im Ergebnis insgesamt nicht erstattete Kosten der Berliner Krankenhäuser aufgrund des Tätigwerdens als Nothelfer i. H. v. 10 Millionen €/Jahr. Die Ausfälle belaufen sich bei einem größeren Haus auf ca. 1,6 Millionen € jährlich. Die Umfrage führte weiter zu folgenden Erkenntnissen:

86 % der von den Berliner Krankenhäusern gestellten Anträge an die Sozialämter der Bezirke auf Kostenerstattung nach der Nothelferregelung werden abgelehnt. In fast 30 % der Fälle bleibt eine Reaktion gänzlich aus. Hinzu kommt, dass der Arbeitsaufwand in keinem Verhältnis zur Kostenübernahme steht. Sofern Reaktionen erfolgen, entstehen für die Krankenhäuser unüberwindbare Nachweishürden, wenn die Sozialämter einen Identitätsnachweis verlangen. Denn bei den Patient*innen, die ohne festen Wohnsitz und ohne Ausweisdokumente in der Klinik als stationärer Notfall aufgenommen werden, ist eine Identitätsfeststellung oftmals unmöglich. Viele Betroffene scheuen sich aus Angst vor Behörden, Angaben zu ihrer Person zu machen.

6.1.2 Aktuelle politische Situation

Im Koalitionsvertrag 2023 – 2026 von CDU und SPD „Das Beste für Berlin“ heißt es auf S. 90:

„Die gesundheitliche Versorgung nicht-krankenversicherter Menschen bedeutet für Träger ein hohes wirtschaftliches Risiko. Deshalb werden wir eine faire Praxis zur „Nothelfer-Regelung“ mit den Bezirken finden.“

Vor diesem Hintergrund und aufgrund drängender Probleme beim Tätigwerden der Berliner Krankenhäuser als Nothelfer bei der gesundheitlichen Versorgung obdachloser Patient*innen sucht die BKG nach möglichen Lösungen mit den Bezirksämtern und der SenASGIVA. Hierbei wird eine Vereinbarung über die Vergütung der Behandlungskosten auf Grund des Tätigwerdens als Nothelfer mit abgesenkten Nachweisobliegenheiten angestrebt. Zudem wurde seitens der BKG in Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten verschiedener Berliner Krankenhäuser ein neuer Fragebogen entwickelt, der ein entsprechendes Antragsformular mit abgesenkten Nachweisobliegenheiten enthält. Dieser könnte Bestandteil der geplanten Vereinbarung werden.

6.1.3 Lage der Berliner Krankenhäuser

Die Berliner Krankenhäuser sind in dem Nothelferantragstellungsverfahren mit überbordender Bürokratie konfrontiert. Die BKG hat hierzu zahlreiche Gespräche mit den Sozialdiensten, dem Patientenmanagement und den Abrechnungseinheiten der Berliner Krankenhäuser geführt.

Manche Krankenhäuser haben selbstfinanzierte Sozialfonds eingerichtet, um den Notleidenden beispielsweise die Beantragung eines Personalausweises zu finanzieren. Denn die Berliner Behörden werden in der Regel ohne einen solchen überhaupt nicht tätig. Obdach- und mittellose Menschen haben aber auch kein Geld, um für einen Personalausweis aufzukommen.

Gelebte Realität ist, dass die Berliner Krankenhäuser für ihre Patient*innen Jobcenteranträge stellen, Kontakte zu Ausländerberatungsstellen und Botschaften pflegen und Plätze in Obdachloseneinrichtungen und Wärmestuben organisieren. Keine dieser Tätigkeiten ist originäre Aufgabe eines Krankenhauses und wird nicht refinanziert. Diese Aufgaben werden faktisch von den Berliner Behörden auf die Krankenhäuser abgewälzt.

Bedauerlicherweise zeigt das Verhalten der Berliner Sozialämter, dass sie Anträge regelhaft auf Grundlage angeblich erforderlicher und nicht gelieferter Unterlagen ablehnen. Insbesondere die Anforderung einer Ausweiskopie (Identitätsnachweis) wird seitens der Sozialämter zur notwendigen Voraussetzung für die Bewilligung eines Antrags auf Kostenerstattung gemacht. Nach der Rechtsprechung müssten aber die Sozialämter im Rahmen der Amtsermittlung weitergehende Nachforschungen zur Identität anstellen.

Zu prüfen wäre auch, ob eine planwidrige Regelungslücke für die Fälle besteht, dass die obdachlose Person bewusstlos, nicht ansprechbar ist oder sich schlicht weigert, auch nur ihren Namen zu nennen. Denn hier ist es den Krankenhäusern unmöglich, Versichertenstatus oder Umstände der Kostensicherheit zu klären. So verhält es sich auch in dem häufig auftretenden Fall, dass die obdachlosen Notleidenden ohne Versicherungsschutz anonym bleiben möchten.

6.1.4 Verknüpfte Probleme

Bei der Lösung der Nothelferproblematik müssen die auf gerichtlichen Beschluss untergebrachten obdachlosen und unversicherten Personen mitgedacht werden. Hier werden psychisch kranke Patient*innen in Berliner Krankenhäusern behandelt, teilweise für Monate. Auch hier müssen die Krankenhäuser im Zweifel Nothelferanträge stellen, die systematisch abgelehnt werden. In diesen Fällen der staatlichen Aufgabenwahrnehmung auf Grundlage eines gerichtlichen Beschlusses muss aber eine vollständige Kostenerstattung – nicht nur über die Nothelferregelungen – gesichert sein. Denn regelhaft kommt es zu einer längeren Verweildauer der Patient*innen, auch deshalb, weil eine adäquate Anschlussversorgung für unversicherte obdachlose Menschen fehlt. Hier sollte auf politischer Ebene eine Lösung gefunden werden.

6.2 Entlassmanagement für obdachlose Menschen

Für die Krankenhäuser ergibt sich neben der ungeklärten Finanzierung der Behandlungen ein weiteres Problem – zumal durch die Entwicklungen im Gesundheitssystem die Menschen im Krankenhaus nicht mehr bis zur vollständigen Genesung verbleiben.

Normalerweise werden Patient*innen in ihr häusliches Umfeld entlassen. Dort erwarten sie ein Bett, ein Sessel, vielleicht Angehörige, auf jeden Fall aber ein geschützter Bereich. Dort können sie sich ausruhen, schonen, vielleicht kommt auch ein Pflegedienst oder eine Nachbarin bzw. ein Nachbar, die den rekonvaleszenten Menschen unterstützen. Das gilt bei obdachlosen Menschen nicht, denn diese verfügen nicht über einen solchen geschützten Bereich, in dem sie sich erholen und schonen können.

Das ist sicherlich auch den Krankenhäusern bewusst und stellt sie vor erhebliche ethische und auch rechtliche Probleme, nicht zuletzt im Hinblick auf das seit dem 1. Oktober 2017 vorgeschriebene Entlassmanagement (das aber rechtlich nur bei versicherten Menschen greift, soweit diese dies wünschen). Dieses umfasst die Organisation der Anschlussversorgung inkl. Medikamenten oder die Organisation einer angemessenen weiteren Wohnversorgung. Zwar gibt es seit November 2017 ein Schreiben der Senatsverwaltungen für Integration, Arbeit und Soziales sowie Gesundheit, Pflege und Gleichstellung über das auch wohnungs- und obdachlosen Menschen zustehende Entlassmanagement. Dieses enthält Hinweise zum Umgang mit der Zielgruppe, in dem u. a. auf die grundsätzliche Entlassung in das Regelsystem und den Einbezug der zuständigen Bezirksämter hingewiesen wird. Die Umsetzung dieser Anmerkungen erscheint aber bislang wenig praktikabel.

Faktisch begegnet man immer wieder Situationen, in denen Krankenhäuser obdachlose Menschen mit weitergehenden Pflegebedarfen in Wohnheime für Obdachlose, Notübernachtungen oder gar in Einrichtungen der Kältehilfe entlassen. Diese Einrichtungen sind aber weder personell noch sächlich für die stationäre Weiterversorgung ausgestattet, sind meist nicht barrierearm und haben keine Möglichkeit, bettlägerige Menschen zu versorgen. Nach wie vor ist zu beobachten, dass Krankenhäuser oft genug keine andere Möglichkeit sehen, als obdachlose Menschen wieder auf die Straße zu entlassen und die Nachsorge den medizinischen Versorgungstellen für obdachlose und nicht krankenversicherte Menschen zu überlassen. Dieser bereits seit vielen Jahren zu beklagende Missstand wurde im April 2023 im Rahmen eines vielbeachteten Fachtages, der von Caritasverband und St. Hedwig-Kliniken organisiert wurde, thematisiert. Seitdem wurden im Rahmen einer Arbeitsgruppe, an der Vertreter*innen der Berliner Krankenhäuser, der zuständigen Senatsverwaltungen, der Bezirke sowie der Trägerlandschaft der Wohnungsnotfallhilfe beteiligt sind, Vorschläge für optimierte Prozessabläufe entwickelt, die das Zusammenspiel der beteiligten Akteure verbessern sollen. Auch die nach Erscheinen des ersten Gesundheitsberichtes neu geschaffene Krankenwohnung für obdachlose Menschen des Caritasverbandes übernimmt in einzelnen Fällen im Rahmen ihrer begrenzten Kapazitäten die Versorgung von Menschen, die ansonsten gänzlich durch alle Roste fallen würden. Eine umfassende Lösung des Problems erscheint jedoch trotz dieser ersten Fortschritte und Lösungsansätze nach wie vor in weiter Ferne. Dies gilt in besonderer Weise für die Rettungsstellen, die weder unmittelbar zum Krankenhausbetrieb gehören noch dem Entlassmanagement verpflichtet sind. Die grundsätzlichen Probleme an dieser Schnittstelle zeigen sich nach wie vor in aller Deutlichkeit.

6.3 Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen

Die Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen nimmt regelmäßig an den Sitzungen des Runden Tisches teil und hat für diesen Gesundheitsbericht den folgenden Beitrag bereitgestellt.

Die Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen der Berliner Stadtmission ist keine Behandlungseinrichtung, sondern eine Beratungs- und Vermittlungsstelle für Menschen ohne Krankenversicherung mit dem Ziel, Betroffene in ein reguläres Absicherungssystem (Krankenversicherung, Sozialamt etc.) zu integrieren. Ist dies nicht möglich, kann die Clearingstelle Personen, welche die Voraussetzung für eine Kostenübernahme erfüllen (Bedürftigkeit, Lebensmittelpunkt Berlin, kein Zugang zur Krankenversicherung), eine Kostenübernahme bei einer kooperierenden medizinischen Einrichtung (alle Berliner Hausarztpraxen, ca. 40 Facharztpraxen, ca. 5 Krankenhäuser bzw. -netzwerke) ausstellen. Betroffene Personen werden mittels Kostenübernahme in regulären Arztpraxen/Krankenhäusern behandelt und die Kosten dafür übernimmt die Clearingstelle.

Die Clearingstelle übernimmt auch Kosten für Laborleistungen und Medikamente. Der Leistungsumfang richtet sich nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4, 6) und umfasst medizinisch notwendige Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzen sowie Leistungen, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. In der Clearingstelle arbeiten keine Ärzt*innen, sondern die Clearingstelle versteht sich als Brücke zum Regelsystem. Die Clearingstelle erfasst keine Diagnosen der Personen, sondern dokumentiert die angefragten Fachrichtungen anhand der ausgestellten Kostenübernahmen. Die Clearingstelle arbeitet eng mit niedrigschwelligen medizinischen Ambulanzen zusammen, insbesondere um bei bestimmten (z. B. chronischen oder schwerwiegenden) Erkrankungen eine Behandlung, z. B. mit teuren Medikamenten oder aufwendiger Labordiagnostik, oder stationäre Therapien in die Wege zu leiten, da diese aufgrund von nicht ausreichenden Ressourcen in den Ambulanzen oftmals nicht durchgeführt werden können.

Jahresdaten der Clearingstelle aus dem Jahr 2023		
Staatsangehörigkeit	Deutsch	155
	EU	370
	andere	992
	unbekannt	46
Geschlecht	männlich	986
	weiblich	564
	divers	12
	unbekannt	1
Versicherungsstatus	krankenversichert	191
	nicht krankenversichert	985
	Krankenversicherung ungeklärt	103
	Status unbekannt	284
Alter	unter 18 Jahre (Pat.)	42
	18 – unter 30 Jahre (Pat.)	270
	30 – unter 40 Jahre (Pat.)	421
	40 – unter 50 Jahre (Pat.)	334
	50 – unter 60 Jahre (Pat.)	232
	60 – unter 70 Jahre (Pat.)	263
	70 Jahre und älter (Pat.)	0
	Alter unbekannt (Pat.)	1
Gesamtzahl der Patient*innen		1.563
Gesamtzahl der Beratungen		5.997
Gesamtzahl der ausgestellten Kostenübernahmen		2.719

Tabelle 11: Daten der Clearingstelle zu Staatsangehörigkeit, Geschlecht, Versicherungsstatus und Alter der Patient*innen 2023

7. Praxisberichte und Fallbeispiele

Die folgenden Fallbeispiele, die von Mitarbeiter*innen aus Versorgungseinrichtungen, die am Runden Tisch vertreten sind, dargestellt wurden, sollen die konkreten Herausforderungen beispielhaft illustrieren.

7.1 Fallbeispiele

Herr T.

Herr T. ist seit 12 Jahren Teil der Szene am Brennpunkt nahe der Einrichtung und beinahe so lange Gast in der Einrichtung. Herr T. konsumiert hochpromillig Alkohol. Im Verlauf der Jahre hat sich sein Gesundheitszustand auf Grund der Lebensbedingungen deutlich verschlechtert. Er hat eine Herzinsuffizienz, eine chronische Pankreatitis und eine Fettleber erworben. Er hat sich auf Grund von Stürzen Brüche an Schulter und Hüfte zugezogen, die ihn auch nach Heilung beeinträchtigen. Herr T. hat in zahlreichen ASOG-Unterkünften und anderen niedrighschwelligigen Übernachtungs- und Genesungseinrichtungen verhaltensbedingt Hausverbot. Er lässt sich in unserer Einrichtung medizinisch versorgen, nutzt das Hygieneangebot und hat ein Vertrauensverhältnis zur Sozialarbeiterin aufgebaut, welches es ihm ermöglicht, sich an die Hausordnung zu halten und somit im Kontakt zu bleiben. Zu Beginn des Kontaktes musste mit anwaltlicher Hilfe der ALG-II-Bezug eingeklagt werden. Dieses Verfahren war für Herrn T. erfolgreich. Er ist seitdem durchgängig im SGB II-Bezug. In Zusammenarbeit mit der Straßensozialarbeit laufen für ihn seit vielen Jahren mehrere Fäden in der Einrichtung zusammen. Bspw. gibt er Kontaktdaten der Sozialarbeitenden der Einrichtung in jeder Klinik als Notfallkontakt an. Er ließ den Kontakt nie abreißen. Auf Grund dieser Zuverlässigkeit konnte in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Straßensozialarbeit bspw. eine rechtliche Betreuung installiert werden. Die Begutachtung zur Betreuung, der Kontakt zur Betreuerin und die Geldauszahlung lief über die Einrichtung. Mittlerweile konnte Herr T. in eine stationäre Hilfe nach § 67 SGB XII vermittelt werden. Den Kontakt zur Einrichtung lässt er weiterhin nicht abreißen.

Lukas, 31 Jahre

Lukas wurde in Berlin geboren. Als er 9 Jahre alt war, wanderten seine Eltern mit ihm nach Italien aus. Dort wurde er mit Diabetes und einer Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, zudem ist er auf einem Auge blind. Lukas ist in Italien krankenversichert und wurde dort regelmäßig behandelt. Aufgrund seiner Diagnosen ist er als 75 % schwerbehindert eingestuft und gilt als erwerbsunfähig. Deshalb bekam er in Italien eine Invalidenrente und Bürgergeld, zudem wurde ihm vom Sozialdienst eine Wohnung organisiert. Durch eine Gesetzesänderung der rechten Regierung in Italien im Jahr 2023 wurde ihm jedoch diese Existenzgrundlage genommen. Nach der Abschaffung des Bürgergeldes kann Lukas sein Leben dort nicht mehr bezahlen und kommt im April 2024 nach Deutschland.

In Berlin ist er bei einer Bekannten untergekommen. Obwohl er sich bereits seit Monaten um die Antragstellung für Sozialhilfe und eine Krankenversicherung bemüht, konnte er bisher nichts erreichen. Er berichtet von verschiedenen Ämtern immer wieder abgewiesen worden zu sein: es fühle sich niemand zuständig, Anspruch auf Hilfe habe er nicht.

Lukas hat daher keine Möglichkeit sein lebenswichtiges Insulin zu erhalten oder psychiatrisch betreut zu werden. Als letzte Möglichkeit stellt er sich in der open.med Ambulanz Zehlendorf vor, wo er allgemeinmedizinisch und psychiatrisch versorgt wird, seine Medikation erhält und durch Sozialberatung im Prozess der Antragsstellung unterstützt wird.

Frau. A

*Frau A. kommt aus einem Drittstaat, hätte aber realistische Chancen, als Flüchtling in Deutschland anerkannt zu werden. Sie ist nicht in der Lage, den erforderlichen Weg zu bestreiten und hält sich daher ohne gültigen Aufenthaltstitel in Deutschland auf. Sie lebt obdach- und gänzlich mittellos auf der Straße. Sie konsumiert hochpromillig Alkohol. Ihr Hygienezustand ist verwahrlost. In ihrem Sozialverhalten ist sie durch die Zeit auf der Straße verroht. Frau A. hat eine große Wunde am Fuß, diese wird von uns versorgt. Termine nimmt sie nur sporadisch wahr, die Wunde verschlimmert sich, häufig finden die Mediziner*innen einen Madenbefall vor. Es kommt häufig zu Konflikten mit dem Personal, weil Frau A. sich weigert zu duschen. Es kam zu einem notfallmäßigen Krankenhausaufenthalt, wo ein Teil des Vorfußes amputiert werden musste. Die weitere Versorgung erfolgt bei uns, allerdings unter den beschriebenen Vorbedingungen – sie nimmt Termine nur sporadisch wahr und weigert sich zu duschen. Die Wunde am Fuß verschlimmert sich weiter, es ist damit zu rechnen, dass der Fuß perspektivisch amputiert werden muss. Frau A. könnte durch die Obdachlosenlotsen des Projektes zum Ankunftszentrum nach Tegel begleitet werden, lehnt dies aber ab. Der Antrag auf Asyl wäre ihre einzige Chance, in ein Sozialversicherungsverhältnis zu kommen oder eine Unterbringung nach ASOG zu erhalten.*

Amir, 33 Jahre

Amir ist Ende letzten Jahres aus Afghanistan geflüchtet, wo er für die Unicef als Übersetzer gearbeitet hat. Auf seinem Fluchtweg nach Deutschland über Bulgarien wurde er in einen Autounfall verwickelt, bei dem seine Daten aufgenommen wurden. Er wurde in Bulgarien als Flüchtling anerkannt. Zugang zu medizinischer Versorgung erhielt er dort aber nur sehr rudimentär. Darüber hinaus wurde er Opfer von rassistischer Diskriminierung. Er entschloss sich nach Deutschland weiterzureisen, wo er keinerlei Zugang zu Sozialleistungen und medizinischer Versorgung hat.

Er wohnt aktuell bei wechselnden Bekannten und versucht nebenbei Deutsch zu lernen. Ihn plagen große Ängste vor der möglicherweise bevorstehenden Abschiebung nach Bulgarien. Er würde lieber zu seiner Schwester ziehen, die bereits in Berlin ist. Die ehrenamtliche Psychiaterin diagnostiziert eine posttraumatische Belastungsstörung und eine schwere depressive Episode. Eine medikamentöse Behandlung wird angeordnet und Amir erhält eine engmaschige psychiatrische ambulante Versorgung.

Unbekannter Mann

Am nahegelegenen Brennpunkt Bahnhof fällt uns seit ca. 2 Jahren wiederkehrend ein obdachloser Mann auf. Der Mann ist in einem sehr verwahrlosten Zustand. Seine Haare sind ungepflegt, seine Bekleidung hängt ihm in Fetzen vom Körper. Er trägt nie Schuhe. Seine Füße wirken geschwollen, sie sind tiefschwarz und haben sehr lange Zehennägel. Mitarbeitende der Einrichtung haben ihn mehrmals angesprochen und auf das nahegelegene Angebot aufmerksam gemacht. Der Mann ist leider nicht in der Lage, das Angebot anzunehmen. Würde es ein niedrigschwelliges und aufsuchendes psychiatrisches Angebot geben, bestünde aus unserer Sicht die Chance, dass der Mann perspektivisch Hilfe in Anspruch nehmen würde.

Liem

Liem wurde in Deutschland als Sohn einer vietnamesischen Mutter und eines deutschen Vaters geboren. Seine Mutter ist im Asylverfahren. Liem ist mittlerweile 10 Monate alt. Seit seiner Geburt warten seine Eltern auf seine Geburtsurkunde, über die sie das Kind versichern könnten. Da Liems Mutter Leistungen über das LAF erhält, verweigert das zuständige Sozialamt eine eigene Krankenversicherung für das Kind und verweist stattdessen auf eine Familienversicherung über den Kindesvater. Bevor die Eintragung des Kindesvaters in die Geburtsurkunde erfolgen kann, ist jedoch eine langwierige Prüfung des Familienstandes der Kindesmutter notwendig.

So verzögert sich die Beurkundung der Geburt bereits über mehrere Monate.

In seinen ersten Lebensmonaten hat Liem daher keinen Zugang zu medizinischer Versorgung. In der open.med Ambulanz Zehlendorf erhält er die vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen sowie wichtige Impfungen. Dabei wird festgestellt, dass Liem eine starke Kopfasymmetrie aufweist und dringend Physiotherapie benötigt. Nach zahlreichen Telefonaten und Absagen kann für Liem eine Physiotherapiepraxis gefunden werden, die sich bereit erklärt, das Kind zu behandeln. Nun ist bereits eine leichte Besserung zu verzeichnen, die Kopfasymmetrie besteht jedoch weiterhin und ohne Krankenversicherung ist eine Behandlung im Regelsystem nicht möglich.

Herr E.

Herr E. lebte im Wohnheim. Er berichtet in der Rückschau, dass er sich im Wohnheim verfolgt gefühlt und es deshalb verlassen hat. Er stellt sich in unserer Einrichtung vor, da lebt er bereits seit einigen Wochen auf der Straße. Das Jobcenter hat wegen Nichterreichbarkeit die Leistungen eingestellt. Herr E. sucht wegen gesundheitlicher Beschwerden (Erkältungssymptome) die Arztpraxis auf und wird über die Möglichkeit der Sozialberatung in der Einrichtung informiert. Es finden Beratungsgespräche statt, in deren Folge eine postalische Erreichbarkeit eingerichtet wurde und der Leistungsbezug nach dem SGB II wieder hergestellt werden konnte. Der Krankenversicherungsschutz wurde durch Gespräche mit der Krankenkasse und durch den Leistungsbezug des Jobcenters wieder hergestellt. In einer medizinischen Notsituation fand eine Zusammenarbeit mit dem Regelsystem statt. Es musste ein ambulanter, operativer Eingriff vorgenommen werden. Der Krankenversicherungsschutz bestand zu diesem Zeitpunkt noch nicht, konnte aber glaubhaft in Aussicht gestellt werden. Ein Medikament, welches für den Eingriff mitgebracht werden sollte, wurde dem Klienten aus Spendenmitteln finanziert. Der Klient schien sich weiter zu stabilisieren. Er nutzte zur Existenzsicherung das gesamte Angebot der Einrichtung – Duschen, Kleiderkammer, Aufenthaltsraum, medizinische und zahnmedizinische Versorgung und Sozialberatung. Im Verlauf der Beratungsbeziehung informierten wir ihn über die Möglichkeit einer ambulanten oder stationären Hilfe nach § 67 SGB XII, deren Voraussetzungen er unserer Ansicht nach erfüllte. Eine erfolgreiche Vermittlung fand nicht statt. Aktuell besteht kein Kontakt mehr zu dem Betroffenen.

7.2 Allgemeine Probleme in der niedrigschwelligen Versorgung

Im ersten Gesundheitsbericht aus dem Jahre 2018 schilderten die Einrichtungen und Dienste neben Fallbeispielen die folgenden Probleme. Diese bestehen nahezu unverändert fort und haben sich aufgrund der steigenden Auslastungen eher noch verschärft. Wir haben uns deshalb entschieden, den Text aus dem ersten Gesundheitsbericht unverändert zu übernehmen:

Die Versorgung, die die Ambulanzen und Arztmobile in Berlin anbieten, ist nicht optimal. Die Einrichtungen sind in allen Bereichen auf Spenden angewiesen. Daher steht nicht immer das Passend Benötigte zur Verfügung, wie z. B. Insulin, Medikamente, Verbandmaterial, Hosen und Schuhe. Da die meisten Ärzt*innen überwiegend ehrenamtlich arbeiten, können nicht immer alle Sprechzeiten ärztlich abgedeckt werden. Auch eine Weitervermittlung an Fachärzt*innen oder eine Einweisung ins Krankenhaus ohne Notfallindikation ist aufgrund der fehlenden Versicherung oft nicht möglich.

Die Finanzierung der Entwesung zur Behandlung von Parasitenbefall, zur Verhinderung von chronischen Hauterkrankungen und zum Schutz der Gesamtbevölkerung vor Infektionen müssen die Einrichtungen selbst tragen. Eine umfassende aufsuchende Arbeit sowie Begleitung von Patient*innen, die weniger compliant sind, kann von den Kapazitäten der Ambulanzen nicht abgedeckt werden.

Daraus resultiert eine medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen, die dauerhaft als Mangelversorgung charakterisiert werden muss. Eine Verschlechterung der Gesundheitszustände sowie frühzeitiges Versterben können so nicht verhindert werden.

Aus den genannten Problemen in der Versorgung wird deutlich, dass eine bessere Zusammenarbeit mit dem Regelsystem notwendig ist. Das bedeutet, dass eine adäquate Behandlung im Krankenhaus oder bei Fachärzt*innen möglich sein sollte. Es wäre günstig, beim Entlassungsmanagement aktiv auf die Lebenssituation des obdachlosen Menschen einzugehen. Auch eine multidisziplinäre Besetzung aus festangestellten Teams in den niedrigschwelligen Ambulanzen ist zu empfehlen. Eine gut ausgebaute Möglichkeit zum Auskurieren bestimmter Erkrankungen wie Infektionen oder Wunden wäre wünschenswert. Auch der Ausbau der aufsuchenden Arbeit und der Abbau von Schwellen im Hilfesystem könnten eine Rückführung in das Regelsystem und in gesundheitsförderliche Lebensbedingungen begünstigen.

8. Fazit

Der Runde Tisch medizinische und zahnmedizinische Versorgung obdachloser Menschen in Berlin liefert als Zusammenschluss aller in der niedrigschwelligen Versorgung obdachloser und/oder nicht krankenversicherter Menschen tätigen Dienste mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht erneut umfassende Daten und Fakten zur medizinischen Versorgungssituation dieser Menschen. Ziel ist es, durch Bereitstellung dieser Zahlen und Fakten sowie verschiedener Perspektiven die sozial- und gesundheitspolitischen Diskurse der vergangenen Jahre zu diesem Themenfeld zu unterstützen und die Notwendigkeit praktischer Veränderungen hin zu einem zielgruppengerechten, an den Kriterien der Menschenwürde ausgerichteten und gut ausfinanzierten System zu belegen.

Nach wie vor gilt: Die meisten obdachlosen Menschen und ganz besonders die nicht krankenversicherten Menschen werden durch die Regelangebote der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung nicht oder nicht adäquat erfasst. Dies wird umgekehrt durch die vorliegenden Zahlen dieses Berichtes dahingehend bestätigt, dass nur 23 % deutsche Patient*innen medizinisch versorgt wurden und dass insgesamt gerade einmal 12 % aller Patient*innen einen gesicherten Krankenversicherungsstatus aufwiesen. Auch durch das inzwischen etablierte und sehr hilfreiche Angebot der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen, das zudem einen weiteren Ausbau bräuchte, lassen sich die Probleme nicht auflösen, beispielsweise indem versucht wird, für alle Menschen eine Krankenversicherung zu organisieren.

Das in diesem Bericht dokumentierte medizinische Versorgungssystem für obdachlose und/oder nicht krankenversicherte Menschen ist unersetzbar und erbringt verlässlich wichtige medizinische und zahnmedizinische Leistungen. Ohne ein solches niedrigschwelliges Brückensystem, das über viele Jahre hinweg in unterschiedlichsten Finanzierungsformen existiert, aber auch trotz aller Kooperation und Zusammenarbeit ein Stück weit flickenteppichartig erscheint, würden – wie auch die Praxisberichte dokumentieren – viele Menschen völlig unversorgt bleiben bzw. könnten – bei dann in der Regel weitaus verschlechtertem gesundheitlichen Zustand – nur noch auf stationäre medizinische Nothilfe hoffen. Wie der Beitrag der Berliner Krankenhausgesellschaft aufzeigt, bestehen bereits zum jetzigen Zeitpunkt massive Defizite in der Refinanzierung solcher Krankenhausaufenthalte. Umso wichtiger wäre ein sinnvoller und vglw. finanziell leistbarer Ausbau und eine Neustrukturierung der Hilfeangebote im Sinne der kürzlich von der Landesgesundheitskonferenz verabschiedeten Konzeption hin zu ambulanten Gesundheitszentren.

In den am Runden Tisch organisierten Versorgungseinrichtungen fanden in der medizinischen Versorgung im Jahr 2023 etwas mehr als 33.000 Konsultationen statt. Es wurden hochgerechnet fast 10.000 Patient*innen versorgt. Gegenüber dem Jahr 2022 entspricht das einem Anstieg der Konsultationen um über 11 Prozent, was den innerhalb eines Jahres gestiegenen Bedarf ebenso dokumentiert wie der Anstieg der tatsächlich erfassten Patient*innen um über 10 %. Diese Entwicklung wird im zahnmedizinischen Bereich nicht nur bestätigt, sondern durch Anstiege von über 16 % noch bekräftigt. Übereinstimmende Berichte aus den Einrichtungen belegen, dass auch in 2024 mit der Fortsetzung dieser Tendenz zu rechnen sein wird.

Die Zeitreihenanalyse der für die Jahre 2016 bis 2023 aufbereiteten Zahlen belegt – und dies auch unter Berücksichtigung des „Corona-Lochs“ – zum einen die durchschnittliche jährliche Versorgung von 9.600 Patient*innen mit 30.600 Konsultationen. Zudem ist ein Anstieg gegenüber dem Jahr 2016 von fast 20 % mehr Konsultationen erkennbar, wobei nicht nur bereits vor Corona wachsende Bedarfe erkennbar waren, sondern insbesondere auch wieder seit dem Ende der Pandemie.

Die in sechs Einrichtungen durchgeführte Stichtagserhebung von Behandlungsanlässen und durchgeführten Prozeduren ermöglicht einen Einblick in die Bedarfslagen der Patient*innen, aber auch die Möglichkeiten der Einrichtungen selbst. Deutlich wurde, dass Erkrankungen der Haut, der Atmung, von Herz- und Kreislauf sowie Stoffwechselerkrankungen die häufigsten Behandlungsanlässe darstellten, wobei geschlechtsspezifisch auffällige Unterschiede zu verzeichnen waren. Sucht- und psychische Erkrankungen spielen faktisch eine deutlich höhere Bedeutung, als in der Stichprobe aufgrund der methodischen Beschränkungen erkennbar wurde, was durch die Erhebung aus den im ISP geförderten Angeboten verdeutlicht werden konnte.

Die Anzahl der versorgten Personen hat sich in den drei im ISP geförderten Einrichtungen im Vergleich zum letzten Gesundheitsbericht 2016 deutlich vergrößert.

Während sich die Verteilung auf Altersgruppen, Geschlechter, Haushaltsstruktur ähnlich darstellt wie im Jahre 2016, haben sich die Verhältnisse bei den Themen Staatsbürgerschaft und Muttersprache erheblich verändert; sicherlich auch bedingt durch eine zwischenzeitlich eingetretene Öffnungsmöglichkeit der Projekte hinsichtlich dieser Klientel. Besaßen im Jahr 2016 58,7 % der hilfesuchenden Personen die deutsche Staatsbürgerschaft, beträgt dieser Anteil im Jahr 2023 lediglich 25,4 %. Der Anteil der anderen EU-Bürger*innen (2016: 35,3 %) und der Drittstaatler*innen (2016: 5,2 %) ist mit 53,2 % bzw. 19 % hingegen erheblich gestiegen. Entsprechend hoch ist der Anteil von nichtdeutschen Muttersprachler*innen. Diese Thematik spiegelt sich im Alltag der Einrichtungen durch erhebliche Verständigungsprobleme sowie einen hohen Bedarf an Sprachmittlungen wider. Alle Zahlen aus diesen soziodemografischen Erhebungen deuten auf die in jeder Hinsicht – insbesondere die materielle und gesundheitliche Absicherung – äußerst prekäre Situation dieser zumeist wohnungs- bzw. obdachlosen Menschen hin, wobei sich gegenüber 2016 eine negative Tendenz abzeichnet.

Nicht nur die detailreichen soziodemografischen Angaben aus dem ISP, sondern auch die Praxisbeispiele vermitteln einen Eindruck der extrem hohen Belastungen der Klientel. Zugleich sind sie Beleg dafür, dass nicht nur medizinisch, sondern sozialarbeiterisch bzw. durch die Bereitstellung flankierender Hilfen alles nur Denkbare unternommen wird, um wirksame Hilfe zu leisten – ein Unterfangen, das im bestehenden System, aber auch bei den betroffenen Personen selbst nicht selten an seine Grenzen stößt.

Schaut man in die personelle Ausstattung der Einrichtungen, fällt der sehr hohe Anteil an ehrenamtlichem Engagement auf, wie auch die Erhebung in sieben Einrichtungen bezogen auf einen Stichmonat belegt. Umgerechnet in übliche tarifliche Mittel ergab eine Berechnung des ehrenamtlichen Einsatzes in diesen Einrichtungen im Stichmonat fast 450.000 €.

Ohne die Arbeit insbesondere ehrenamtlicher Ärztinnen und Ärzte würden viele der bestehenden Angebote schlichtweg nicht existieren. Zugleich zeigte gerade auch die Corona-Pandemie, wie fragil dies ist, da von einem Tag auf den anderen viele der damals ehrenamtlich Tätigen plötzlich selbst zu Hochrisikogruppen gehörten und nicht mehr einsatzfähig waren. Auch wenn künftig Ehrenamt eine feste Säule bleiben soll und wird, bedarf es zumindest stabilisierender hauptamtlicher Anteile, wie es auch das Konzept der Landesgesundheitskonferenz zu ambulanten Gesundheitszentren aufgegriffen hat. Würden die ermittelten 450.000 € künftig in dieser Höhe in das System der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Versorgung der Zielgruppen investiert, würden sie erheblich zur Stabilisierung der Angebote beitragen und Ehrenamt entlasten. Das wäre – nicht nur vor dem Hintergrund sich immer häufiger abzeichnender Sparhaushalte – zwar eine erhebliche Investition. Bekanntermaßen schlagen jedoch alle – nicht selten vermeidbare – stationäre Maßnahmen sehr viel stärker zu Buche. Es wäre nicht nur aus menschlicher, sondern auch aus ökonomischer Sicht gut investiertes Geld.

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Auch zu erwartende Sparhaushalte dürfen Menschenrechte nicht aushebeln.

Die Verpflichtung, Menschen adäquat gesundheitlich zu versorgen, ist somit auch dann gegeben, wenn keine Krankenversicherung besteht oder der Krankenversicherungsschutz nicht geklärt ist. Das bestehende System der niedrigschwelligen ambulanten Versorgung für obdachlose Menschen und/oder Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz, ergänzt durch Krankenwohnung und Clearingstelle, leistet dabei einen unverzichtbaren Anteil. Es gilt, dieses System nicht nur vor möglichen Kürzungen zu schützen, sondern den in diesem Bericht nachgewiesenen gestiegenen Bedarfen Rechnung zu tragen. Dabei ist nicht nur ein quantitativer Ausbau nötig, sondern eine fachlich fundierte qualitative Weiterentwicklung, wie sie im kürzlich von der Landesgesundheitskonferenz (LGK) verabschiedeten Konzept zu den ambulanten Versorgungszentren vorgesehen ist. Das im letzten Jahr gegründete Kompetenznetzwerk, das ebenfalls auf einer Forderung aus den Zielen der LGK beruht, kann hierbei ergänzend einen wichtigen Beitrag leisten, weil es vor allem die Perspektive der Praktiker*innen zur Geltung bringen kann.

Dies alles ist nur möglich, wenn auch entsprechend finanzielle Mittel für eine Umsetzung bereitgestellt werden. Das gilt auch für das von der LGK im Dezember 2022 verabschiedete Gesundheitsziel einer Gesundheitsberichterstattung durch die öffentliche Hand. Im dazugehörigen Maßnahmenplan war verankert, dass ein erster Bericht 2025 erscheinen solle. Da dies u. a. aufgrund der bislang hierfür nicht eingeplanten finanziellen Mittel nicht realisierbar schien, hat sich der Runde Tisch entschieden, hiermit noch einmal einen eigenen Gesundheitsbericht zur Versorgung obdachloser Menschen bzw. Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz vorzulegen. Es ist zu hoffen, dass dieser – bei aller Anerkennung der Fortschritte, die seit dem Erscheinen des ersten Berichtes im Jahre 2018 konstatiert werden können – dazu beitragen kann, dass Defizite auf dem Weg zu einer stabilen und menschenwürdigen Versorgung der Zielgruppen ausgeräumt werden und dass sich alle Akteur*innen, insbesondere auch in Politik und Verwaltung, aufgefordert fühlen, zeitnah Mittel und Wege zu einer nachhaltigen Verbesserung zu finden.

Herausgeber:

Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Residenzstraße 90 | 13409 Berlin
Telefon: (030) 6 66 33 - 0
www.caritas-berlin.de

GEBEWO – Soziale Dienste – Berlin gGmbH
Lahnstraße 86A | 12055 Berlin
Telefon: (030) 70 78 44 90
www.gebewo.de

Herausgegeben im März 2025

Redaktion:

Ekkehard Hayner, GEBEWO – Soziale Dienste – Berlin gGmbH,
Kai-Gerrit Venske, Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.,
Christin Fritzsche, GEBEWO – Soziale Dienste – Berlin gGmbH

Gestaltung:

www.die-artisten.com

Foto Seite 5: Maurice Weiss/Ärzttekammer Berlin

