MEDICAL AID FOR HOMELESS PEOPLE

HANDBUCH DER STRASSENMEDIZIN

Praxiswissen, Erfahrungen und Handlungsempfehlungen für eine menschenwürdige Versorgung auf der Straße

MENSCHEN · MEDIZIN · HYGIENE · VERTRAUEN · PERSPEKTIVEN

Organisation: MED4HOPE · bok@med4hope.org
Stand: Oktober 2026 · Open-Access-Publikation

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 Einleitung & Grundlagen

1.1 An wen richtet sich dieses Buch? med4hope

1.2 Was bedeutet es, obdachlos zu sein? med4hope

Kapitel 2 Kommunikation & Beziehungsaufbau

2.1 Grundprinzipien für gelingende Kommunikation vor Ort med4hope

2.2 Herausfordernde Patient*innengruppen: Die Ablehnenden & Die Begehrlichen med4hope

2.3 Die Golden Rules der Straßenmedizin med4hope

2.4 Kommunikation ist mehr als Sprache med4hope

Kapitel 3 Dokumentation in der Praxis

3.0 Dokumentation in der Straßenmedizin & der med4hope Gesundheitspass med4hope

Kapitel 4 Medikamente, Ausrüstung & Tools

4.1 Medikamente in der Straßenmedizin: Spendenliste & Anwendungsregeln med4hope

4.2 Prävention: Schutzimpfungen & Vermeidung von Amputationen med4hope

4.3 Standard-Ausstattung für den Outreach-Einsatz med4hope

Kapitel 5 Häufigste Krankheitsbilder & Behandlung

5.1 Grundsätzliche Überlegungen zu Infektionskrankheiten & Antibiotika **[NOTFALL]** med4hope

5.2 Wundversorgung & Dermatologie: Grundlagen auf der Straße med4hope

5.2.1 Chronische Wunden, Fußbäder & evidenzbasierte Wundversorgung med4hope

5.2.2 Immersionsfuß („Schützengrabenfuß“) **[NOTFALL]** med4hope

5.2.6 Scabies (Krätze): Intensivversorgung & Ivermectin-Dosiertabelle **[NOTFALL]** med4hope

5.2.8 Kutane Diphtherie bei obdachlosen Menschen **[NOTFALL]** med4hope

5.3 Atemwege: COPD, Pneumonie, Tuberkulose & ABCDE-Schnellcheck **[NOTFALL]** med4hope

5.4 Gastroenterologie: Gastro-Enteritis, Obstipation & akute Pankreatitis **[NOTFALL]** med4hope

5.4.5 Leberschäden, Zirrhose, Aspirin-Gefahr & Mikronährstofftabellen **[NOTFALL]** med4hope

5.4.8 Diabetes mellitus in der Straßenmedizin: Risiken & Fußschutz med4hope

5.5 Hypertonie: Stressinduktion, Diuretika-Warnung & „License to touch“ med4hope

5.6 Psychiatrie, Sucht & Psychotraumatologie: Grundlagen & Haltung med4hope

5.6.1 Psychische Erkrankungen: Wahnhafte Störungen & rechtliche Grundlagen med4hope

5.6.3 Alkoholerkrankung: Harm Reduction, 6-Schritte-Modell & Entzugsmedikation med4hope

5.6.4 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) & Trauma-Informed Care (TIC-P) med4hope

5.7 Neurologische Erkrankungen: Epilepsie & Polyneuropathie **[NOTFALL]** med4hope

5.8 Urologische Erkrankungen: Zystitis, Inkontinenz & benigne Prostatahyperplasie med4hope

5.8.4 PRAXISKASTEN UROLOGIE: Medikamenten-Ampelsystem für die Straße med4hope

5.9 Akute Verletzungen, Trauma & Notfälle auf der Straße **[NOTFALL]** med4hope

5.9.1 Akute Verletzungen, Stürze & Traumaversorgung auf der Straße **[NOTFALL]** med4hope

5.9.11 Übergabe an Rettung/Spital & Umgang mit Verlustängsten der Verletzten med4hope

Kapitel 6 Epilog & Haltung

6.1 Epilog: Wie uns Straßenmedizin glücklich macht med4hope

6.2 Danksagung med4hope

Kapitel 7 Anhang & Praxishilfen

7.1 Ärztliche Überweisung zur Begutachtung im Krankenhaus med4hope

7.2 NOTFÄLLE IN DER STRASSENMEDIZIN – Kompakte Praxisanleitung **[NOTFALL]** med4hope

1.1 An wen richtet sich dieses Buch?

Zurück zu den Wurzeln des Arztberufs: Basismedizin auf Augenhöhe

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Erfahrungsbericht aus 25 Jahren praktischer Straßenmedizin und Einladung zur gemeinsamen Entwicklung verbindlicher Standards („Book of Knowledge in Street Medicine“).*

Wer kennt sie nicht – die klassische Frage: *„Was würdest du mitnehmen, wenn du nur fünf Dinge auf eine einsame Insel mitnehmen dürftest?“*

Auch wenn es etwas mehr als fünf Dinge sind, die in unsere Outreach-Rucksäcke passen, steht uns doch bei Weitem nicht das zur Verfügung, was wir aus unserer Ausbildung und bisherigen medizinischen Tätigkeiten gewohnt sind.

Was bleibt von einer Ärztin ohne Apparate und moderne Technik, wenn sie nur ihre fünf Sinne zur Verfügung hat – und an Werkzeugen sowie Medikamenten nur so viel mitnehmen kann, wie sie über längere Strecken zu Fuß zu tragen vermag?

> ● **Die Sinne in der Straßenmedizin**
>
> Grundsätzlich die bekannten: **Sehen, Hören, Fühlen, Riechen** – nur das Schmecken brauchen wir in der Medizin zum Glück selten als diagnostisches Werkzeug. Dafür tritt ein anderer, oft unterschätzter Sinn an dessen Stelle: der **sechste Sinn, unsere Intuition**. Gerade in der Straßenmedizin kann uns dieser Sinn enorm helfen – auch im nonverbalen Kontakt mit fremdsprachigen Patient*innen.

Rückbesinnung auf den ärztlichen Ursprung

Erinnern Sie sich noch an den Moment, als Sie beschlossen haben, Medizin zu studieren? An den ersten weißen Kittel, an Ihre erste Famulatur? Wissen Sie noch, was Ihre Motivation war – das Gefühl, nach bestandener Prüfung dem großen Ziel ein Stück näher gekommen zu sein?

Für mich war dieses Ziel immer, Leiden zu lindern, Menschen zu begegnen, ihre Geschichten zu hören – und wirklich helfen zu können. Das ist der Kern meines ärztlichen Selbstverständnisses. Im Laufe der Jahre haben sich – wie bei einer Zwiebel – viele Schichten um diesen Kern gelegt: Routinen, Zeitdruck, Bürokratie, Frust, Personalmangel. Der ärztliche Alltag wird zunehmend zur Dienstleistung, die sich dem System unterordnet.

> ***„Hier treffen wir auf Menschen, an die niemand mehr glaubt – und welche oft selbst nicht mehr an sich glauben. Hier helfen wir unmittelbar – ohne ICD-Codierung, Massenabfertigung und Bürokratie. Und oft haben wir nur unsere Augen, Ohren, Hände – und ein paar einfache Werkzeuge zur Verfügung. Das ist Medizin in ihrer ursprünglichsten Form!“***

Straßenmedizin als Entwicklungshilfe vor der Haustür

Viele Kolleg*innen gehen in die Entwicklungshilfe, um dort unmittelbare, kreative Basismedizin zu praktizieren – und das ist großartig. Doch nicht jede*r kann oder will in ein anderes Land gehen. Ich selbst bin Tochter zweier Entwicklungshelfer und war auch in der Westsahara ärztlich tätig – aber: **Auch in Wien, einer der Städte mit der höchsten Lebensqualität weltweit, habe ich Krankheitsstadien und Wunden gesehen, die in ihrer Ausprägung jenen in afrikanischen Ländern in nichts nachstehen.**

Einladung zum Book of Knowledge in Street Medicine

Dieses Buch versteht sich als erster Schritt und als Einladung, gemeinsam an der Entwicklung eines straßenmedizinischen Standards zu arbeiten. Wenn Sie Anmerkungen, andere Sichtweisen oder Ergänzungen haben, schreiben Sie bitte an:

■ **BOK@med4hope.org**

1.2 Was bedeutet es, obdachlos zu sein?

Definitionen, Ursachen, Risikofaktoren und die Würde des Gebens und Zurückgebens

Autor:in: DSA Susanne Peter

MEDICAL AID FOR HOMELESS PEOPLE

> **Kurzüberblick:** *Differenzierung zwischen Obdach- und Wohnungslosigkeit, Ursachenkomplexe und die Notwendigkeit, Betroffene als Experten auf Augenhöhe einzubeziehen.*

Von DSA Susanne Peter

Obdachlosigkeit

Bezeichnet das Leben ohne festen Wohnsitz, ohne sicheren Rückzugsort und ohne private Unterkunft:

- Schlafen im öffentlichen Raum (Parks, Bahnhöfe, Hauseingänge, Keller, WCs, Abbruchhäuser, Nachtbusse, Wälder)
- Leben in Notquartieren oder Notschlafstellen

Wohnungslosigkeit

Meint das Fehlen einer eigenen Wohnung. Betroffene leben temporär:

- Bei Freund*innen oder Bekannten („Couchsurfing“)
- In betreuten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (Übergangswohnen)

Keine homogene Gruppe

Obdachlose Menschen umfassen junge Erwachsene wie ältere Personen, Männer, Frauen, trans* und nicht-binäre Menschen, Personen mit akademischem Berufsabschluss ebenso wie Menschen mit Migrations-, Pflege- oder Suchterfahrung.

Ursachen von Obdachlosigkeit	Zentrale Risikofaktoren
• Arbeitslosigkeit, Schulden, akute Armut • Trennung, Scheidung, häusliche Gewalt • Psychische oder körperliche Erkrankungen • Suchterkrankungen • Migration aus existenzieller Not	• Fehlende Schul- oder Berufsausbildung • Gewalt- und Missbrauchserfahrungen in Kindheit • Heimaufenthalte in der Jugend • Ablehnung, Stigmatisierung • Frühere negative Erfahrungen im Gesundheitswesen

Von der Würde des Gebens – und des Zurückgebens

Obdachlose Menschen möchten nicht nur empfangen, sondern geben, mitgestalten und relevant sein. Sie wissen besser als wir, wonach sie sich sehnen und was in ihrem Alltag wirklich anwendbar ist.

> ***„Viel zu oft bauen wir Nester in Baumkronen für Vögel mit gebrochenen Flügeln. Wenn wir Angebote entwickeln, die nachhaltig sind, müssen wir die Betroffenen fragen und ihnen zuhören!“***

Was wünschen sich Betroffene wirklich? (Aussagen von ExPEERten):

- Einen Rückzugsort mit einer Tür, die man von innen zusperren kann
- Die Möglichkeit, sich selbst und die Kleidung regelmäßig zu waschen und zu wechseln
- Eine sinnvolle, gebrauchte Aufgabe im Alltag
- Jemanden zum vorurteilslosen Zuhören
- Ein Gespräch auf Augenhöhe statt Sanktionen bei unvermeidbaren Regelverstößen

2.1 Grundprinzipien für gelingende Kommunikation vor Ort

Begegnung auf Augenhöhe, Trigger vermeiden und Beziehung gestalten

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Wie Vertrauen im öffentlichen Raum entsteht: Hinsetzen auf Augenhöhe, Vermeidung traumatisierender Trigger und respektvolle innere Haltung.*

Die erste Begegnung mit obdachlosen Menschen an ihren Aufenthaltsorten erfordert höchste Sensibilität. Viele haben traumatische Erfahrungen mit Behörden, Polizei oder medizinischem Personal gemacht.

1. Langsam & präsent

Keine überstürzten Schritte. Beobachten und höflich fragen, wie viel Nähe im Moment passend ist.

2. Reale Augenhöhe

Im wörtlichen Sinne: **Dazu setzen!** Niemals auf eine liegende oder sitzende Person stehend herabreden.

3. Fluchtwege wahren

Kein Einengen. Sowohl für die Klient*innen als auch für die Helfenden muss der Fluchtweg jederzeit frei bleiben.

▲ Trauma-Trigger unbedingt vermeiden!

- **Schlüsselklimpern:** Assoziiert unweigerlich Gefängnis und Zwang.
- **Voreiliges Handschuhe-Anziehen:** Erweckt Ekel-Gefühle oder Erinnerungen an Zwangsmaßnahmen.
- **Plötzliche Berührungen oder schnelle Bewegungen:** Können akute Flashbacks auslösen.

Innere Haltung für Helfende

Beziehung beginnt mit Haltung. Wenn verbale Kommunikation durch Sprachbarrieren erschwert ist, wird die emotionale Grundhaltung instinktiv wahrgenommen:

- □ *„Wir sind beide als Menschen geboren – ich hatte in meinem Leben bisher einfach mehr Glück.“*
- □ *„Ich bin kompetent, professionell und begegne dir mit absolutem Respekt.“*
- □ *„Was auch immer mir entgegenschlägt – es richtet sich gegen das System oder die Not, nicht gegen mich persönlich.“*

2.2 Herausfordernde Patient*innengruppen: Die Ablehnenden & Die Begehrlichen

Umgang mit Scham, forderndem Verhalten, Grenzen setzen und Nummernvergabe

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Scham als zentrales Hindernis („Erst die Würde behandeln“) sowie klare Grenzen, Dosisarbeit und strukturierte Warteraum-Organisation bei fordernden Patienten.*

In der Straßenmedizin begegnen uns zwei Patientengruppen besonders häufig, die Helfende an ihre Grenzen bringen können: **Die Ablehnenden** („Ich brauche nichts“) und **Die Begehrlichen** („Ich will alles. Jetzt.“).

Gruppe 1: Die Ablehnenden – SCHAM immer mitdenken!

Scham greift tiefer als bloße Verlegenheit. Aus dem Gedanken *„Meine Kleidung ist dreckig, ich stinke“* wird in der Obdachlosigkeit rasch die existenzielle Überzeugung: **„Ich bin Schmutz. Ich bin nichts wert.“**

Diese Scham führt dazu, dass Menschen Notaufnahmen fluchtartig verlassen oder die Rettung verweigern – nicht weil sie keine Hilfe wollen, sondern weil sie es emotional nicht ertragen, nackt oder eingenässt im hellen Warteraum begafft zu werden.

> **Appell an Rettungsteams & Ambulanzen:**
> **„Beginnen Sie nicht mit der Infusion – beginnen Sie mit der Würde!“**
> Ein warmer Waschlappen, eine Decke, frische Kleidung und ein freundliches Lächeln schaffen das Vertrauen, das jede weitere medizinische Maßnahme erst ermöglicht.

Gruppe 2: Die Begehrlichen – „Ich will alles. Jetzt.“

Fordernde Patienten erwarten sofortige Medikamentenausgabe (auch für Freunde), verlangen gezielt Opiate/Benzodiazepine oder stellen die fachliche Kompetenz lautstark infrage. Dahinter steckt oft jahrelange Frustration, Angst vor Entzug oder Kontrollverlust.

Strategie	Praktische Umsetzung
Dosisarbeit & Selbstfürsorge	Einsätze bewusst planen (z.B. 1x pro Woche). Wer sich überfordert, brennt emotional schnell aus. Balintgruppen/Supervision nutzen!
Professionelle Gründlichkeit	Gerade fordernde Patient*innen gründlich untersuchen (Abhören, Blutdruck). Das vermittelt Autorität, Sorgfalt und beruhigt.
Verstehen statt Verurteilen	Nachfragen: *„Woher kennen Sie das Medikament? Wer hat es Ihnen verordnet? Bei welchen Symptomen hat es geholfen?“*
Struktur & Nummernvergabe	In Ambulanzen Nummern ziehen lassen. Bei Vordrängeln: *„Wenn du schreist, kann ich dich nicht behandeln. Ich spreche gerne mit dir, wenn du dich beruhigst.“*

2.3 Die Golden Rules der Straßenmedizin

„Treat first what creates trust“, „License to touch“ und Stolperfallen im Spital

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Leitsätze für die Praxis: Beziehung vor Therapie, 1-2 Anliegen pro Termin, Berührung als Medizin und die 11 Fragen vor jeder Verordnung.*

Der **goldene Schlafsack** symbolisiert den unschätzbaren Wert jedes einzelnen Menschen, der darin liegt. Aus 25 Jahren Praxiserfahrung leiten sich folgende Golden Rules ab:

Rule 1: Behandlungsreihenfolge

1. **„Treat first what kills first“** (Notfall-Priorität)
2. **„Treat first what creates trust“** (Vertrauens-Priorität)

Ein Patient bringt oft 10 Anliegen mit. Behandeln Sie max. 1–2 Dinge pro Termin. Beginnen Sie mit Schmerzlinderung (z.B. Ibuprofen bei Kreuzschmerzen), bevor Sie den Diabetes oder Blutdruck ansprechen!

Rule 2: „License to touch“

Berührung ist Medizin!

Blutdruckmessen, Gelenke einreiben, Fußbäder: Körperlicher Kontakt signalisiert: *„Du bist kein Ausgestoßener. Ich sehe dich.“* Viele obdachlose Menschen werden im Alltag von niemandem mehr berührt.

11 Fragen, die Sie vor JEDER Therapieentscheidung stellen müssen

Die beste Therapie ist nutzlos, wenn sie im Alltag auf der Straße nicht umsetzbar ist:

1. Wird der Patient die Medikamente auch bei Alkoholkonsum einnehmen und welche Wechselwirkungen drohen?
2. Gibt es einen trockenen und diebstahlsicheren Aufbewahrungsort für Medikamente und Verbände?
3. Besteht eine reale Möglichkeit zur regelmäßigen Einnahme (z.B. nur 1x morgens)?
4. Hat die Person Kleidung zum Wechseln (essenziell bei Diuretika oder Laxantien)?
5. Wo schläft die Person heute Nacht (Straße, Bank, Notunterkunft)?
6. Gibt es freien Zugang zu Toilette und sauberem Wasser?
7. Gibt es jemanden im Umfeld, der beim Verbandwechsel helfen kann?
8. Versteht die Person meine Sprache und Anweisungen?
9. Kann mein Gegenüber lesen und schreiben (Analphabetismus beachten!)?
10. Wie kommt die Person an den Ort, an den wir sie überweisen (Fahrschein, Begleitung)?
11. Wie kann sich die Person ohne Uhr oder Kalender den Kontrolltermin merken?

Probleme im Krankenhaus & Medical Respite (Tierney House)

Nach stationärer Behandlung droht oft die direkte Entlassung auf die Straße („discharge to the streets“), was zu Re-Hospitalisierungen und Amputationen führt. Das Modell **Tierney House** (St Vincent's Hospital, Sydney) zeigt den Ausweg: Eine 12-Betten-Übergangseinrichtung zur Rekonvaleszenz, Wundheilung und sozialen Stabilisierung zwischen Spital und Straße.

2.4 Kommunikation ist mehr als Sprache

Sprachbarrieren, Permanentmarker auf Blistern, Dolmetscher-Pools & Körpersprache

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Praxistipps zur Überwindung von Sprachbarrieren und Analphabetismus: Einnahmezeiten auf Blister zeichnen, Übersetzungs-Apps und offene Körpersprache.*

Viele obdachlose Patient*innen sprechen weder Deutsch noch Englisch, einige sind Analphabet*innen. Diese Situation lässt sich jedoch hervorragend für den Beziehungsaufbau nutzen!

Der Trick mit dem Permanentmarker

Schreiben Sie Schlüsselbegriffe in der Muttersprache des Patienten mit wasserfestem Stift direkt auf den Blister:

- *„früh“ – „mittags“ – „abends“* (oder Sonnensymbole)
- *„Schmerzen“ / „zum Schlafen“*
- Bei Analphabetismus: Striche für Tage zeichnen („Kommen Sie in 3 Tagen wieder“ = 3 Striche).

Dolmetsch-Netzwerke & Tools

Organisatorische Maßnahmen für Sprachvielfalt:

- Dolmetscherlisten anderer NGOs im Obdachlosenbereich teilen
- Eigene Ehrenamtlichen-Dolmetschpools aufbauen
- Übersetzungs-Apps im Notfall (KI-Tools, Langogo)
- **Datenschutz beachten:** Niemals Namen oder sensible Diagnosen am Telefon nennen!

3.0 Dokumentation in der Straßenmedizin & der med4hope Gesundheitspass

Kontinuität sichern, Datenschutz vs. Behandlungsqualität, Blister als Verlaufskontrolle

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Vorteile des mehrsprachigen Gesundheitspasses für den Klienten, Umgang mit anonymen Patienten („Billy vom Hauptbahnhof“) und Aufbewahrung von Blistern.*

Dokumentation sorgt im Praxisalltag oft für Frust. In der Straßenmedizin ist sie jedoch kein Selbstzweck oder bürokratische Bürde, sondern das **zentrale Werkzeug zur Therapiekontinuität**.

Warum Dokumentation hier lebensrettend ist:

- Patient*innen wechseln häufig zwischen Versorgungsstellen und verlieren Entlassungsbriefe.
- Ohne Dokumentation werden belastende und teure Untersuchungen (z. B. CCTs) in Notaufnahmen sinnlos wiederholt.
- Schutz vor Fehl- oder Doppelmedikationen.

Der med4hope Gesundheitspass

Elektronische Krankenakten sind meist nur innerhalb der eigenen Organisation einsehbar. Geben Sie den Patient*innen daher immer den **papierbasierten, mehrsprachigen med4hope-Gesundheitspass** mit:

- Enthält: Basisdaten/Pseudonym, chronische Diagnosen, aktuelle Medikamente, Allergien, Impfstatus, Blutdruck- und Blutzuckerwerte.
- **Datenschutz-Lösung:** Die Datenhoheit liegt beim Patienten: *„Sie entscheiden selbst, wem Sie Ihren Gesundheitspass zeigen.“*
- **Praxistipp:** Gesundheitspass in Brust- oder Bauchtaschen übergeben – das schützt vor Diebstahl und Nässe!

Praxistipps: Leere Blister & Anonyme Behandlungen

Leere Blister als Dokument

Bitten Sie die Klient*innen, leere Blister bis zum nächsten Termin aufzubewahren und mitzubringen. So lässt sich exakt nachvollziehen, was eingenommen wurde.

Anonyme Patienten dokumentieren

Bei Misstrauen oder Paranoia: Pseudonym aus Vorname + erstem Behandlungsort vereinbaren (z. B. *„Billy vom Hauptbahnhof“*). Keine Behandlung verweigern, nur weil kein Name genannt wird!

4.1 Medikamente in der Straßenmedizin: Spendenliste & Anwendungsregeln

„Keep it simple“, Depot-Antibiotika Tabelle, Fallbeispiel „Bitte Schmerztabletten“

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Standardisierte Spendenliste, Einmalgaben, Risiken ungeeigneter Arzneien und das bewährte Vorgehen bei verlangten Schmerzmitteln.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Ibuprofen, Metamizol, Tramadol (kurz), Tardocillin, Retarpen, Fosfomycin, Doxycyclin, Azithromycin, Gabapentin, Levetiracetam, Tamsulosin

In der Straßenmedizin gilt: **„Keep it simple!“** Obdachlose Menschen haben keinen Medizinschrank im Badezimmer. Medikamente gehen verloren, werden gestohlen oder nass.

4 goldene Regeln der Medikamentenabgabe:

- **Immer regenfest verpacken** (Zip-Gefrierbeutel oder kleine Täschchen).
- **Wasserfeste Beschriftung** mit Einnahmezeit und Indikation.
- **Gestempelten Medikationsplan beilegen** (schützt vor polizeilichen Kontrollen bei Sucht- oder Schmerzmitteln!).
- **Einmal täglich bevorzugen** (am besten morgens).

Die med4hope Spendenmedikamentenliste

Eine klare Bedarfsliste verhindert die Flut unbrauchbarer oder abgelaufener Spenden:

Kategorie	Bewährte Wirkstoffe & Praxisregeln
Schmerztherapie	**Lokal:** Antirheumatische Salben (in kleine 10–20ml Tiegel mit Holzspatel abfüllen!). **Oral:** Ibuprofen, Metamizol, kurzfristig Tramadol 50–100mg. NSAR bevorzugt mit PPI kombinieren.
Atemwege / Husten	Nasensprays, Lutschtabletten, Hustensäfte (**keine Tropfen/alkoholfrei!**). Paracodin nur max. 7 Tabletten für die Nacht. **Dosieraerosole statt Pulverdiskus** (verklumpen bei Nässe!).
Magen & Darm	PPIs, Metoclopramid, Pankreatin, Butylscopolamin, Loperamid, Aktivkohle. **Keine Suppositorien!**
Vitamine & Mineralstoffe	Multivitaminpräparate, Magnesium (gegen Wadenkrämpfe), Vitamin B-Komplex (Thiamin!), hochkalorische Trinknahrung.
Neurologie & Psyche	Escitalopram, Sertralin, Risperidon, Olanzapin, Quetiapin, Levetiracetam, Gabapentin (renal eliminiert, leberschonend!). **Oropax (!)**
Blutdruck	Bisoprolol, Propranolol (auch bei Tremor/Angst), Sartane. **Diuretika nur bei kardialer Genese – NIE bei venöser Stauung ohne Toilette!**

Fallbeispiel: „Bitte Schmerztabletten“

Ausgangslage: Mann, 45 J., ungarischsprachig, zeigt Zettel „Bitte Schmerztabletten“.

Falscher Verlauf: Schmerzmittel ohne Inspektion übergeben → Patient geht, Diagnose verpasst.

Richtiges Vorgehen: Patient bitten, Schmerzort zu zeigen. Befund: Unterschenkel massiv gerötet, erhitzt, Fieber 38°C → **Verdacht auf Erysipel!**

Intervention: Fußbad mit warmer medizinischer Seife, Clotrimazol + Pflegesalbe, saubere Socken mitgeben, Penicillin/Doxycyclin starten und Gesundheitspass ausstellen.

4.2 Prävention: Schutzimpfungen & Vermeidung von Amputationen

Diphtherie, Tetanus, FSME, Hepatitis A/B sowie Dusch- und Fußhygiene

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Niederschwellige Impfangebote auf der Straße, Tetanusschutz bei Verletzungen und Fußpflege/Schuhversorgung zur Verhinderung von Amputationen.*

Vor der Krankheit kommt die Prävention. Obdachlose Menschen sind Witterungsextremen und Infektionsrisiken in überfüllten Notquartieren schutzlos ausgesetzt.

Prioritäre Schutzimpfungen

- **Tetanus & Pertussis:** Höchste Priorität! Laufen mit kaputten Schuhen durch Schmutz, Scherben und Erde.
- **Diphtherie:** Schützt zuverlässig vor den tödlichen Folgen des Diphtherietoxins bei kutanen Wundinfektionen.
- **Hepatitis A & B:** Extrem hohe Prävalenz in Gemeinschaftsunterkünften und bei Drogengebrauch.
- **Influenza & Pneumokokken:** Schutz vor schweren Pneumonien bei fehlender Möglichkeit zum Auskurieren im Bett.
- **FSME:** Unverzichtbar für Menschen, die in Parks, Gebüschen und Wäldern schlafen.

Prävention von Amputationen

Oft ist der Ausgangspunkt eine banale Schürfwunde oder Blase, die sich mangels Hygiene infiziert, unbehandelt bleibt und über Phlegmonen zur Amputation führt.

Überleben auf der Straße mit einem amputierten Bein – oft im Rollstuhl, der zugleich zum Schlafplatz wird – ist ein unermessliches Leid, das durch **Fußbäder, saubere Socken und frühzeitige Wundversorgung** fast immer verhinderbar ist!

4.3 Standard-Ausstattung für den Outreach-Einsatz

Diagnostik, Wundmaterial, persönliche Zuwendung und Must-Haves

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Vollständige Packliste für den mobilen Rucksack: Notfall-Equipment, Wundauflagen, Damenbinden, Manner-Schnitten, Oropax und Hygieneartikel.*

Was gehört in den Straßenmedizin-Rucksack? Eine erprobte Zusammenstellung aus medizinischer Diagnostik, Lokaltherapeutika und unentbehrlichen Brückenbauern.

Diagnostik & Notfall

- • Ambubeutel mit Maske & Spacer
- • FFP2-Masken & Einmalhandschuhe
- • Blutdruckmanschette & Stethoskop
- • Pulsoxymeter (SpO_2 < 90% = Alarm)
- • Blutzuckermessgerät + Teststreifen
- • Ohrthermometer & Otoskop
- • Urinteststreifen & sterile Becher

Wundversorgung & Lokal

- • Octenisept & Betaisodona (Salbe/Lösung)
- • Wasserfeste Pflaster & Leukoplast
- • Mulltupfer, Mullbinden, Peha-Haft
- • Superabsorber Sachets & Gazeverbände
- • **Damenbinden** (stark saugend!)
- • Pinzette, Schere, Mundspatel
- • Zinksalbe / Babywundcreme

Zuwendung & Hilfen

- • **Zigaretten & Feuerzeug** (Eisbrecher!)
- • **Manner-Schnitten** & Traubenzucker
- • Oropax & Feuchttücher
- • Frische Socken & Unterwäsche
- • Lesebrillen & Zahnputzsets
- • Gesundheitspässe & Terminzettel
- • Wasserfester Permanentmarker

5.1 Grundsätzliche Überlegungen zu Infektionskrankheiten & Antibiotika

„You might only get one shot“ – Dosierschemata & C. difficile / Diarrhoe-Risiko

Autor:in: Dr. Monika Stark

AKUT-NOTFALLPROTOKOLL // SCHNELLZUGRIFF FELDEINSATZ

Kurzüberblick: *Pragmatische Antibiotikatherapie bei Obdachlosigkeit: Einmalgaben (Fosfomycin), Azithromycin, Doxycyclin, C. difficile-Risikotabelle und Probiotika-Pflicht.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Fosfomycin (Single-Shot), Azithromycin (3 Tage), Doxycyclin (200mg 1x tgl. morgens), Moxifloxacin; CAVE: Clavulansäure & Clindamycin wegen Diarrhoe

In der Straßenmedizin gilt das Prinzip: **„You might only get one shot.“** Patient*innen kommen oft nicht zum Kontrolltermin. Daher müssen Einnahmeschemata so kurz und unkompliziert wie möglich gehalten werden.

Diarrhoe ist eine Katastrophe auf der Straße!

Wer keine eigene Toilette und keine Wechselhose besitzt, gerät durch medikamentös induzierten Durchfall in eine lebensgefährliche Notlage (Unterkühlung, Scham, Verlust des Notschlafstellen-Platzes). **Vermeiden Sie daher Antibiotika mit hoher Durchfallquote (besonders Amoxicillin/Clavulansäure und Clindamycin) bzw. geben Sie immer sofort Probiotika dazu!**

Bewährte Antibiotika in der Straßenmedizin

Wirkstoff	Indikation & Einnahme	Vorteil auf der Straße
Fosfomycin	Unkomplizierter HWI (v. a. Frauen)	**Single Shot:** Direkt vor Ort im Becher auflösen und trinken lassen!
Azithromycin	STDs, atypische Pneumonie, GI-Infekte	Nur 3 Tage Therapiedauer, hohe Gewebekonzentration.
Doxycyclin	Pneumonie, Hautinfekte, Impetigo, Borreliose	200mg **1x täglich morgens** (vor der Alkoholisierung im Tagesverlauf).
Moxifloxacin	Wundinfekte, diabetischer Fuß, Osteomyelitis	Breites Spektrum bei schweren Mischinfektionen.

Antibiotika-Risiko für Clostridioides difficile & Diarrhoe

Substanzgruppe	Durchfall-Risiko	Besonderheiten
Clindamycin	**Sehr hoch**	Starke Dysbiose → hohes C. difficile-Risiko
Amoxicillin / Clavulansäure	**Hoch**	Häufigster Auslöser; Clavulansäure treibt Peristaltik
Doxycyclin / Makrolide	Mäßig	Deutlich besser verträglich im Straßenkontext

5.2 Wundversorgung & Dermatologie: Grundlagen auf der Straße

Klinische Inspektion, Hygienebarrieren, Wundarten & Präventionsstufen

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Einführung in die dermatologische Versorgung und Wundbehandlung bei Wohnungslosigkeit: Typische Erscheinungsbilder, Barrieren im Alltag und Überblick über die nachfolgenden Vertiefungsthemen.*

Dermatologische Erkrankungen und chronische Wunden gehören zu den häufigsten Gründen für den Erstkontakt im Straßenalltag. Durch ständige Witterungseinflüsse, unpassendes oder feuchtes Schuhwerk, mangelnde Waschmöglichkeiten und Mangelernährung ist die Hautbarriere obdachloser Menschen permanent kompromittiert.

Die 4 Grundregeln der Straßen-Dermatologie

1. **Immer beide Schuhe und Socken ausziehen:** Wunden verstecken sich oft an Fersen oder Zehenzwischenräumen, während der Patient über ein anderes Leiden klagt.
2. **Schwere Komplikationen früh abfangen:** Phlegmonen, Erysipeln und Osteomyelitiden führen unbehandelt rasch zu Sepsis oder Amputationen.
3. **Lokaltherapie an die Straßenrealität anpassen:** Keine Verbände verordnen, die täglich sterile Wechsel verlangen, wenn kein Wasser verfügbar ist.
4. **Vertrauensaufbau nutzen:** Wundversorgung ist Beziehungsmedizin. Ein warmes Fußbad eröffnet oft den Zugang zu weiteren Behandlungen.

Die Themenbereiche dieses Kapitels im Überblick

5.2.1 Chronische Wunden & Fußbäder

Ulcus cruris venosum/arteriosum, Kompressionstherapie mit Strümpfen statt Binden, enzymatisches Debridement und Damenbinden als Superabsorber.

5.2.2 Immersionsfuß („Trench Foot“)

Kälteschäden durch dauerfeuchtes Schuhwerk, Nervenschädigungen, Schmerztherapie und Prävention durch trockene Ersatzsocken.

5.2.6 Scabies (Krätze)

Diagnostik, Ivermectin-Dosiertabelle nach Gewicht, Permethrin-Lokaltherapie und Organisation der Kleidungswäsche in Notunterkünften.

5.2.8 Kutane Diphtherie

Erkennung toxischer Wundbeläge, Abstrichdiagnostik, Antibiose und Schutzimpfungen im Umfeld von Gemeinschaftsunterkünften.

5.2.1 Chronische Wunden, Fußbäder & evidenzbasierte Wundversorgung

Kompressionstherapie, enzymatisches Debridement, Verbandstoffe & Damenbinden-Tipp

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Ursachen chronischer Ulzera, Fußbäder als Beziehungsbrücke, Kompressionsstrümpfe statt Kurzzugbinden, Wundbeläge lösen und pragmatische Verbandstoffe.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Kollagenase (Santyl), Hydrogele (Purilon, Nu-Gel), Prontosan Gel, Flamazine, Medihoney, Octenisept, Zinksalbe

Wundheilung ist ein natürlicher Vorgang – unser Körper braucht uns dazu im Grunde nicht. Unsere Aufgabe in der Straßenmedizin ist es, die Störfaktoren zu beseitigen: **Schmutz, mechanische Reizung und Ödeme**.

Das Fußbad als therapeutisches Element & Beziehungsbrücke

Unter freiem Himmel möglich: Trinkwasser aus Flaschen/Brunnen, Tupperware-Gefäß oder aufblasbares Babyplanschbecken, medizinische Flüssigseife und ein sauberes Handtuch. **Die Betroffenen lieben und genießen Fußbäder ihrer geschundenen Füße!** Es weicht alte, verkrustete Verbände schmerzfrei ab und erhöht die Wahrscheinlichkeit des Wiedersehens um 100%.

Kompressionstherapie: Strümpfe statt Binden!

Bei chronisch venösen Ulzera ist Kompression die wichtigste Maßnahme (vorher arterielle Ursache ausschließen!).

- **Kurzzugbinden sind ungeeignet:** Verrutschen, schnüren ein, werden schmutzig und können auf der Straße nicht gewaschen werden.
- **Kompressionskniestrümpfe als Spenden:** Sammeln Sie gebrauchte, gewaschene Strümpfe. Sie können unten bei den Zehen abgeschnitten werden – trennen sich nicht auf und sind selbstständig anziehbar.
- **Extra-Tipp:** Fuß und Unterschenkel vor dem Anziehen gut mit Pflegecreme eincremen – das erleichtert das Hineingleiten und pflegt rissige Haut!

Wundbeläge lösen & Debridement

Chirurgisches Debridement ist auf der Straße schmerzhaft und hygienisch heikel. Besser: Autolytische oder enzymatische Gele:

- **Hydrogele (Purilon®, Nu-Gel®):** Weichen trockene Fibrinbeläge auf und halten die Wunde feucht.
- **PHMB-Gele (Prontosan®):** Reinigen, desinfizieren und lösen Biofilm.
- **Silber- & Honigpräparate (Flamazine®, Medihoney®):** Bei infizierten, übelriechenden Wunden.
- **Wundränder schützen:** Zinksalbe oder preiswerte Babywundcreme mit Zink verhindert Mazeration!

Praxistipp: Damenbinden bei stark sezernierenden Wunden

Einzeln verpackte Damenbinden sind extrem saugfähig, hygienisch, überall günstig erhältlich, verkleben nicht mit der Wunde und sind ein perfekter Notfall-Superabsorber im Rucksack!

5.2.2 Immersionsfuß („Schützengrabenfuß“)

Kälte-Nässe-Schaden ohne Erfrieren: Stadien, Diagnostik & passive Aufwärmung

Autor:in: Dr. Monika Stark

AKUT-NOTFALLPROTOKOLL // SCHNELLZUGRIFF FELDEINSATZ

> ● **Kurzüberblick:** *Pathophysiologie bei Nässe (0–15°C), Phasen (Früh-, Reperfusions-, Spätphase), strikte Vermeidung aktiver Hitze, Schmerztherapie und Lagerung.*

Der sogenannte Schützengrabenfuß ist eine Kälte-Nässe-Schädigung, die nicht durch Gefrieren, sondern durch das Zusammenspiel von **Feuchtigkeit und 0° bis 15°C** über 12–48 Stunden entsteht.

Stadium	Klinische Symptome	Gefahr
1. Frühphase	Taubheit, Juckreiz, Gefühlsverlust, Gangunsicherheit	Verletzungen werden nicht bemerkt
2. Reperfusion	Nach Erwärmung: Massive Schmerzen, Rötung, Schwellung	Gehunfähigkeit (Pat. wirkt oft fälschlich „betrunken“)
3. Spätphase	Blasen, offene Wunden, Gewebenekrosen	Sekundärinfektion, Sepsis, Amputation

WICHTIG: Keine direkte Hitze!

Niemals heiße Fußbäder, Heizstrahler oder Wärmflaschen anwenden! Die geschädigten Gewebe verbrennen sofort. **Nur passive Erwärmung bei Raumtemperatur**, Beine hochlagern, an der Luft trocknen lassen, nicht reiben. Patient darf nicht laufen!

Therapie:

- **Schmerztherapie:** Ibuprofen 600–800mg (1-0-1), Amitriptylin 25mg oder Gabapentin 300mg bei neuropathischem Brennen.
- **Pflege:** Antiseptische Wundbehandlung bei Blasen, trockene Socken und wasserdichte Schuhe organisieren.
- **Praxistipp gegen Geruch:** Ein Tupfer Tigerbalsam unter der Nase der Behandelnden neutralisiert den beißenden Geruch.

5.2.6 Scabies (Krätze): Intensivversorgung & Ivermectin-Dosiertabelle

Prädeliktionsstellen, Umfeldmanagement, Scabies crustosa & Notquartier-Kooperation

Autor:in: Dr. Monika Stark

AKUT-NOTFALLPROTOKOLL // SCHNELLZUGRIFF FELDEINSATZ

Kurzüberblick: *Ganzkörpertherapie, Ivermectin-Dosierungstabelle nach Körpergewicht, 2. Dosis nach 7–10 Tagen, frisches Gewand/Schlafsack und Schutz des Schlafplatzes.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Ivermectin (Scabioral 3mg Tabletten, 0,2 mg/kg), Permethrin 1% oder 5% Salbe, Antihistaminika (Dibondrin)

Mit Permethrin-Creme allein ist es nicht getan! Scabies-Behandlung bei Obdachlosigkeit ist eine komplexe logistische Herausforderung aus medizinischer, sozialer und menschlicher Unterstützung.

Typische Prädilektionsstellen:

Finger- und Zehenzwischenräume, Handgelenke, Achselfalten, Leiste, Genitalien, Bauchnabel. *(Bei Erwachsenen typischerweise Kopf und Gesicht ausgespart).*

Ivermectin-Dosierung nach Körpergewicht (0,2 mg/kg)

Körpergewicht	Gesamtdosis	Tabletten à 3 mg
36 – 50 kg	9 mg	**3 Tabletten**
51 – 65 kg	12 mg	**4 Tabletten**
66 – 79 kg	15 mg	**5 Tabletten**
≥ 80 kg	18 mg	**6 Tabletten**

Einnahmeschema & Umfeld:

- **Einnahme Tag 1:** Tabletten auf nüchternen Magen unzerkaut schlucken.
- **Wiederholung Tag 8–10:** Zwingend notwendig, um nachgeschlüpfte Larven abzutöten!
- **Schlafplatz sichern:** Notquartier informieren („*Patient ist behandelt und hygienisch unbedenklich*“), damit der Schlafplatz nicht verloren geht! Bettwäsche wechseln, frische Kleidung und Schlafsack mitgeben.

5.2.8 Kutane Diphtherie bei obdachlosen Menschen

Erreger, Klinik, Wundabstrich, 14-Tage-Standardtherapie & Antitoxin-Indikation

Autor:in: Dr. Monika Stark

AKUT-NOTFALLPROTOKOLL // SCHNELLZUGRIFF FELDEINSATZ

Kurzüberblick: *Häufung kutaner Diphtherie-Ausbrüche in Europa, Corynebacterium diphtheriae/ulcerans, schmierige Ulzera, Azithromycin/Penicillin und Infektionsschutz.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Azithromycin, Penicillin V, Erythromycin, Clarithromycin (14 Tage); Diphtherie-Antitoxin bei Toxin-Stämmen > 2cm²

In mehreren europäischen Ländern traten in den letzten Jahren gehäuft Ausbrüche kutaner Diphtherie bei obdachlosen Menschen auf. Die chronischen Hautläsionen sind schmerzhaft und stellen ein wichtiges Erregerreservoir dar.

Klinisches Bild:

Chronische, schlecht heilende, schmierig belegte oder übelriechende Hautulzera mit ausgestanzten Rändern und Krusten, häufig überlagert von Staphylokokken oder Streptokokken.

Diagnostik & Therapie

- **Wundabstrich:** Gezielt mikrobiologische Diphtheriediagnostik (inkl. Toxinnachweis) anfordern!
- **Systemische Antibiose (14 Tage):** Mittel der Wahl sind Azithromycin, Penicillin oder Clarithromycin.
- **Diphtherie-Antitoxin:** Nur erforderlich bei toxinbildenden Stämmen mit großen Läsionen (> 2 cm²) oder systemischen/kardialen Symptomen.
- **Eradikationskontrolle:** Mikrobiologischer Kontrollabstrich nach Therapieabschluss.
- **Prävention:** Impflücken sofort durch Td-Auffrischungsimpfung schließen!

5.3 Atemwege: COPD, Pneumonie, Tuberkulose & ABCDE-Schnellcheck

Inhalationsschulung, Risikofaktoren, TBC-Inzidenzen in Europa und Notfall-Triage

Autor:in: Dr. Monika Stark

AKUT-NOTFALLPROTOKOLL // SCHNELLZUGRIFF FELDEINSATZ

Kurzüberblick: *Dosieraerosole statt Pulverdiskus, Empathie statt Nikotinkarenz-Belehrung, Tuberkulose-Screening und ABCDE-Algorithmus bei akuter Dyspnoe.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Dosieraerosole LAMA/LABA/ICS mit Spacer; Doxycyclin 200mg, Prulifloxacin 500mg; CAVE: Pulverinhalatoren verklumpen bei Nässe

Atemwegserkrankungen sind unter obdachlosen Menschen extrem weit verbreitet. Leben unter freiem Himmel, Passiv- und Aktivrauch sowie überfüllte Notschlafstellen begünstigen schwere Verläufe.

COPD in der Praxis

Rauchen ist oft das einzige verbliebene Luxusgut. Belehrende Verbote („*Sie müssen sofort aufhören!*“) wirken kontraproduktiv. Besser: Empathie und heiße Getränke.

Wichtig: Nur Dosieraerosole verordnen! Pulverdiskus-Inhalatoren verklumpen durch Nässe und Feuchtigkeit im Freien sofort.

Tuberkulose (TBC) nicht vergessen!

Husten > 3 Wochen, Nachtschweiß, Gewichtsverlust: Frühzeitige Zuweisung zur öffentlichen TBC-Fürsorgestelle (Lungenröntgen ist für Notquartiere ohnehin Pflicht und kostenlos!).

Schutzmaßnahmen: FFP2-Maske für Helfende und Patient*in!

Ersteinschätzung bei akuter Atemnot – Schnellcheck ABCDE

A (Airway): Freie Atemwege? Ist Sprechen in ganzen Sätzen möglich?
B (Breathing): Atemfrequenz > 14/min? Rasselgeräusche? SpO_2 < 90% (kritisch!)
C (Circulation): Pulsfrequenz, Rekapillarisierungszeit, Zyanose der Lippen?
D (Disability): Bewusstseinslage, Reaktion auf gezielte Ansprache?
E (Environment): Schutz vor Wind und Kälte, Dreipunktlagerung unterstützen.

5.4 Gastroenterologie: Gastro-Enteritis, Obstipation & akute Pankreatitis

Loperamid-Gefahren, AGA/ACG Obstipations-Algorithmus, Thiamin vor Glukose

Autor:in: Dr. Monika Stark

AKUT-NOTFALLPROTOKOLL // SCHNELLZUGRIFF FELDEINSATZ

Kurzüberblick: *Praxisleitfaden für GI-Erkrankungen: Macrogol vs. Bisacodyl bei Opioiden, Metronidazol-Verbot bei Alkohol und Notfall-Hospitalisierung bei Pankreatitis.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Macrogol (Pulver mit Wasser!), Bisacodyl (Dulcolax Dragées), Pankreatin 25.000, Ringer-Laktat iv., Thiamin 100mg; CAVE: Metronidazol

Verdorbenes Essen aus Mülleimern, fehlende Kühlmöglichkeiten und chronischer Alkoholkonsum machen Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts zu täglichen Begleitern.

Obstipations-Algorithmus auf der Straße

Obstipation entsteht durch Opioidkonsum (Methadon), Ballaststoffmangel und willentliches Unterdrücken des Stuhlgangs (Koprostase), weil keine Toilette verfügbar ist:

Stufe	Maßnahme & Wirkstoff	Straßenmedizinische Besonderheit
1. Basistherapie	Macrogol / PEG Pulver	**Nur geben, wenn verlässlich Trinkwasser vorhanden ist!** Pulver muss gelöst werden.
2. Motilitätssteigerung	Bisacodyl (Dulcolax® Dragées)	Sehr praktisch im Streetwork: klein, braucht kaum Wasser, Wirkung nach 6–12h planbar.
3. Opioidinduziert	Kombination Macrogol + Bisacodyl	Nicht warten – bei Opioiden/Substitution frühzeitig kombinieren.
4. Kotstau / Impaktion	Klysma / Suppositorium	**Nie auf der Straße durchführen!** Nur in geschützter Umgebung (Tageszentrum/Ambulanz mit WC).

Akute & Chronische Pankreatitis

Akute Pankreatitis = Immer Hospitalisierung!

Auf der Straße sterben Menschen an unerkannten Pankreasnekrosen. Bei anhaltendem Erbrechen, gürtelförmigen Schmerzen, Fieber oder Tachykardie sofort Notruf verständigen.

Lebenswichtig: Bei Alkoholikern immer **Thiamin (Vitamin B1) VOR Glukoseinfusionen** verabreichen (Risiko einer Wernicke-Enzephalopathie!).

5.4.5 Leberschäden, Zirrhose, Aspirin-Gefahr & Mikronährstofftabellen

Spironolacton/Furosemid, Lactulose/Rifaximin, ASS-Kontraindikation & Vitamine B/C/D/Zink

Autor:in: Dr. Monika Stark

AKUT-NOTFALLPROTOKOLL // SCHNELLZUGRIFF FELDEINSATZ

Kurzüberblick: *Therapie von Aszites, Varizenblutungsprophylaxe, Warnung vor 500mg Aspirin bei Leberbelastung und ausführliche Tabellen der durch Alkohol verbrauchten Mikronährstoffe.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Spironolacton 100mg + Furosemid 40mg, Carvedilol, Lactulose, Rifaximin (Colidimin 3x400mg), Thiamin, Zink; ASS 500mg strikt KONTRAINDIZIERT

Leberschäden durch chronischen Alkoholabusus und virale Hepatitiden sind auf der Straße extrem häufig. Viele Medikamente des Praxisalltags können hier lebensbedrohliche Blutungen oder Vergiftungen auslösen.

Aspirin (ASS 500mg) ist auf der Straße kontraindiziert!

Aspirin ist rezeptfrei und beliebt bei Erkältungen. Wegen der massiv erhöhten Sturz- und Verletzungsgefahr sowie unbemerkter Ösophagusvarizen oder Gastritis führt die 5-fache Thrombozytenaggregationshemmung regelmäßig zu tödlichen Blutungen!

Vitamine, die durch Alkohol verstärkt verbraucht werden

Mikronährstoff	Funktion	Folgen des Mangels auf der Straße
Vitamin B_1 (Thiamin)	Nervenzellen, Glukosestoffwechsel	Wernicke-Enzephalopathie, schwere Polyneuropathie
Vitamin B_6 & B_{12}	Neurotransmitter, Myelinschutz	Krämpfe, Gangunsicherheit, megaloblastäre Anämie
Magnesium	Muskel- und Nervenfunktion	Schwere Wadenkrämpfe (durch Stehen potenziert!), Tremor
Vitamin C & Zink	Kollagensynthese, Immunsystem	Skorbut (Zahnausfall!), chronische Wundheilungsstörung

5.4.8 Diabetes mellitus in der Straßenmedizin: Risiken & Fußschutz

Vergleichstabelle Standard vs. Straße, Metformin-Diarrhoeproblem, Insulinlagerung

Autor:in: Dr. Monika Stark

● **Kurzüberblick:** *Fatale Trias aus Diabetes, Polyneuropathie und offenen Füßen; warum Metformin ohne Toilette ungeeignet ist und praxistaugliche Schuh- und Socken-Konzepte.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Metformin CAVE Diarrhoe! Bevorzugt: SGLT2-Hemmer, DPP4-Hemmer (Gliptine); Insulin nur als Basal-Regime 1x tgl.

Diabetes auf der Straße unterscheidet sich fundamental von der Standardpraxis. Die Kombination aus **schlechter Durchblutung, diabetischer Polyneuropathie (Sensibilitätsverlust) und unpassenden Schuhen** ist die Hauptursache für Amputationen und Sepsis.

Achtung bei Metformin!

Metformin ist in Leitlinien First-Line, hat jedoch als häufige Nebenwirkung **Diarrhoe**. Für Menschen ohne verlässlichen Toilettenzugang und ohne Wechselkleidung ist dies inakzeptabel! Bevorzugen Sie daher Substanzen mit minimalem Hypoglykämie- und Durchfallrisiko (z. B. SGLT2-Hemmer oder DPP-4-Inhibitoren).

Vergleich: Standardversorgung vs. Straßenmedizin

Bereich	Standardpraxis	Anpassung auf der Straße
Insulintherapie	ICT mit mehreren Injektionen nach BE-Berechnung	**Vereinfachtes Regime:** z.B. nur 1x tgl. Basalinsulin. Thermotaschen zur Kühlung!
Ernährung	Geregelte Mahlzeiten, Ernährungsberatung	Unregelmäßige Suppenküchen-Verpflegung → hohe Hypo-/Hyper-Gefahr.
Fußpflege	Regelmäßige podologische Praxisbesuche	**Street Nurse Fußcheck bei jedem Kontakt**, Schuh- und Sockenspenden.
Notfall-Tools	CGM-Sensoren, Smart-Apps	„Dry Kit“ mit Mullkompressen, Pflastern und Traubenzucker im Rucksack.

5.5 Hypertonie: Stressinduktion, Diuretika-Warnung & „License to touch“

Blutdruckmessen als Beziehungsbrücke, Risikofaktoren & wasserfeste Dokumentation

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Extreme Verbreitung von Bluthochdruck durch Überlebensstress; warum Diuretika ohne Toilette und Kleidung schaden; Blutdruckpass und Beziehungsaufbau.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Bisoprolol 5-10mg, Propranolol (Inderal), Sartane, ACE-Hemmer; Diuretika strikt vermeiden bei rein venöser Stauung!

Hypertonie ist unter obdachlosen Menschen durch permanenten Überlebensstress (*„Wo schlafe ich heute? Wo bekomme ich Essen her?“*) extrem verbreitet, bleibt jedoch jahrelang unbemerkt.

▲ Keine Diuretika bei venöser Stauung!

Die allgegenwärtigen Knöchelödeme sind fast immer Folge von chronischem Stehen und fehlender Liegemöglichkeit – **keine Herzinsuffizienz!** Wer hier Diuretika verordnet, ohne dass die Person Zugang zu Toiletten oder Wechselkleidung hat, schadet massiv.

„License to touch“ – Vertrauen durch Blutdruckmessen

Blutdruckmessen ist mehr als Diagnostik: Es bietet die Gelegenheit zur achtsamen Berührung. Die Manschette anlegen, den Arm stützen, das Stethoskop auflegen – das signalisiert Aufmerksamkeit und Wertschätzung bei Menschen, die sonst isoliert leben.

5.6 Psychiatrie, Sucht & Psychotraumatologie: Grundlagen & Haltung

Integrierte Begleitung bei psychischen Störungen, Substanzgebrauch und Traumafolgen

Autor:in: Dr. Monika Stark

● **Kurzüberblick:** *Grundlagen der psychiatrischen und suchtspezifischen Straßenmedizin: Vertrauensaufbau, Harm Reduction und die Verknüpfung von wahnhaften Störungen (5.6.1), Alkoholabhängigkeit (5.6.3) und PTBS (5.6.4).*

Psychische Erkrankungen, Traumatisierungen und Substanzgebrauchsstörungen treten bei wohnungslosen Menschen selten isoliert auf. Häufig handelt es sich um komplexe Triade-Konstellationen (körperliche Multimorbidität, psychotische oder affektive Störung und komorbide Sucht), die eine integrierte, wertfreie Haltung erfordern.

Haltung: Begegnung ohne Vorbedingungen

In der klassischen Versorgungslandschaft scheitern Betroffene oft an starren Zugangskriterien (z. B. Abstinenzgebot vor psychiatrischer Aufnahme). Straßenmedizin setzt an der aktuellen Lebenswirklichkeit an: **Schadensminimierung (Harm Reduction), Beziehungsaufbau und Stabilisierung vor Heilungserwartung.**

Die Schwerpunkte dieses Kapitels im Überblick

5.6.1 Psychosen & Wahn

Umgang mit akuter wahnhafter Verkennung, Deeskalation, rechtliche Voraussetzungen für Unterbringungen und Schutz von Behandelnden und Klient*innen.

5.6.3 Alkoholerkrankung

Harm Reduction, das 6-Schritte-Modell, medikamentöse Entzugssicherung bei Delirgefahr und Vermeidung von lebensgefährlichen kalten Entzügen auf der Straße.

5.6.4 PTBS & Trauma

Trauma-Informed Care (TIC-P), Erkennung von Triggerfaktoren im Untersuchungsablauf und Methoden zur Re-Stabilisierung bei Dissoziation.

5.6.1 Psychische Erkrankungen: Wahnhafte Störungen & rechtliche Grundlagen

Vergleichstabelle Haldol/Risperidon/Olanzapin/Aripiprazol, § 24 ABGB & UbG

Autor:in: Dr. Monika Stark

● **Kurzüberblick:** *Umgang mit Verfolgungswahn, Schutzmechanismus „Ich brauche nichts“, Differenzierung akute vs. chronische Selbstgefährdung und Beantragung einer Erwachsenenvertretung.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Haloperidol (Akut), Risperidon (Wahn), Olanzapin (Sedierung/Agitation), Aripiprazol; CAVE: Psychose-Stempel vermeiden

Psychische Erkrankungen sind in der Obdachlosigkeit allgegenwärtig – teils als Ursache, sehr oft aber als direkte Folge existenzieller Überforderung, Gewalt und Traumata.

Vorsicht vor dem schnellen „Psychose-Stempel“!

Wer auf der Straße lebt, wird real bestohlen, bedroht oder vertrieben. Das ist kein Verfolgungswahn! Zudem schützt sich die Psyche oft durch Verdrängung: Ein *„Ich brauche nichts, mir geht es gut“* ist ein Schutzschild, um die unerträgliche Realität überhaupt aushalten zu können.

Antipsychotika im Vergleich

Wirkstoff	Positivsymptome	Sedierung	Eignung auf der Straße
Haloperidol (Haldol)	Sehr gut	Nein	**Hervorragend im Notfall/Akutdelir** (Tropfen im Rucksack). Keine Dauertherapie (EPS-Gefahr!).
Risperidon	Sehr gut	Wenig	Gute Dauertherapie, auch als Depot verfügbar.
Olanzapin	Gut	Stark (Ja)	Ideal bei Agitation, Schlafstörung, Inappetenz. CAVE: Leberbelastung!
Aripiprazol	Gut	Kaum	Patienten bleiben klar im Kopf; kaum Gewichtszunahme, lange Halbwertszeit.

Rechtliche Grundlagen & Erwachsenenvertretung (§ 24 ABGB)

Verweigert ein schwerkranker Patient ohne Krankheitseinsicht lebensnotwendige Hilfe (z.B. bei Wundmadenbefall oder Sepsis), kann ein Antrag auf **einstweilige Erwachsenenvertretung** beim Bezirksgericht gestellt werden.

Wichtig: Eine Erwachsenenvertretung kann auch für nicht versicherte Menschen ohne Aufenthaltstitel eingerichtet werden! Bei akuter Selbstgefährdung greift das Unterbringungsgesetz (UbG).

5.6.3 Alkoholerkrankung: Harm Reduction, 6-Schritte-Modell & Entzugsmedikation

„Beziehung vor Forderung“, Mini-Ziele, Benzodiazepin-Regeln, Kontraindikationen-Tabelle

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *6 Schritte zum kontrollierten Trinken, Entzugsbegleitung auf der Straße, Thiamin vor Glukose und umfangreiche Tabelle gefährlicher Wechselwirkungen mit Alkohol.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Thiamin (Vit B1) vor Glukose! Oxazepam / Lorazepam (leberschonend, nur kurz), Propranolol bei Tremor; CAVE: Metronidazol (Disulfiram-Reaktion), Paracetamol

Alkohol dient obdachlosen Menschen oft als Betäubung gegen Kälte, Angst, Schmerz und Einsamkeit. Eine Forderung nach sofortiger Abstinenz ohne Wohnraum und Sicherheit führt unweigerlich zu Behandlungsabbrüchen.

Perspektivenwechsel: „Beziehung vor Forderung“

Nicht: *„Sie müssen aufhören zu trinken!“*
Sondern: *„Was wäre heute ein bisschen sicherer? Was brauchen Sie, was kann ich für Sie tun?“*
Erfolg bedeutet hier: weniger Stürze, weniger Gewalt, Essen vor dem Trinken, Wundversorgung zugelassen.

Die 6 Schritte des Kontrollierten Trinkens

1. **Kontakt herstellen & Konsum verstehen:** Nach Stürzen, Krampfanfällen, Zittern und Blutungen fragen.
2. **Motivation & persönliche Mini-Ziele erfragen:** Kleine Schritte: *„Heute trinke ich erst nach dem Essen.“*
3. **Sicherheitsziele vereinbaren:** Zwischen zwei Getränken Wasser trinken, keinen Industrie-Spiritus konsumieren.
4. **Ablenkung & Würde des Gebens nutzen:** Tätigkeiten (Kochen, Malen, Übersetzen, Peer-Aufgaben).
5. **Umgebung & Schutzzonen mitdenken:** Alkoholfreie Bereiche in Notquartieren für Abstinenzphasen.
6. **Entzug richtig einschätzen:** Schwerer Entzug gehört ins Krankenhaus – niemals kalten Entzug auf der Straße erzwingen!

Gefährliche Medikamente bei Alkoholkonsum:

- **Metronidazol / Tinidazol:** Löst schwere Disulfiram-Reaktion aus (Erbrechen, Tachykardie, Kollaps)!
- **Benzodiazepine & Opioide:** Potenzieren Atemdepression und Sturzgefahr tödlich.
- **Paracetamol:** Akute Hepatotoxizität bei vorgeschädigter Leber.
- **ASS (Aspirin 500mg):** Hohe Blutungsgefahr (Ösophagusvarizen, Magenulzera).

5.6.4 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) & Trauma-Informed Care (TIC-P)

SAMHSA-Prinzipien, ressourcenorientierte Beispielfragen, Peer Support & SSRIs

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Traumafolgen erkennen, die 6 TIC-P-Säulen (Sicherheit, Transparenz, Peer Support, Zusammenarbeit, Empowerment, Kultur), Fragekatalog zur Ressourcenaktivierung.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Sertralin, Paroxetin (offiziell zugelassen bei PTBS); CAVE: Benzodiazepine kontraindiziert bei Traumata

Fast jeder obdachlose Mensch hat traumatische Erfahrungen gemacht: Krieg, Flucht, häusliche Gewalt, Missbrauch oder körperliche Übergriffe auf der Straße. Trauma-Informed Care (TIC-P) verhindert Retraumatisierungen durch medizinisches Personal.

1. Sicherheit & Transparenz

Jeden Schritt ankündigen: *„Ich öffne jetzt vorsichtig den Verband. Wenn etwas wehtut, sagen Sie sofort Stopp."* Keine überraschenden Berührungen.

2. Empowerment & Wahlmöglichkeiten

Kontrolle zurückgeben: *„Möchten Sie lieber links oder rechts sitzen? Möchten Sie erst ein Glas Wasser trinken?"*

Ressourcenorientierte Fragen im Erstkontakt

- *„Was hat Ihnen in der Vergangenheit geholfen, schwere Zeiten zu überstehen?"*
- *„Gibt es etwas in Ihrem Leben, worauf Sie trotz allem stolz sind?"*
- *„Was gibt Ihnen im Alltag heute noch Halt oder Kraft?"*
- *„Gibt es einen Ort, an dem Sie sich sicher fühlen?"*

5.7 Neurologische Erkrankungen: Epilepsie & Polyneuropathie

Levetiracetam-Vorteile, Anfallsmanagement, Gabapentin-Schmerztherapie & Fußpflege

Autor:in: Dr. Monika Stark

AKUT-NOTFALLPROTOKOLL // SCHNELLZUGRIFF FELDEINSATZ

Kurzüberblick: *Schädel-Hirn-Traumata und Alkoholentzugskrämpfe; Levetiracetam als Street-Standard; Polyneuropathie als unterschätzte Amputationsursache durch Schmerzunempfindlichkeit.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Levetiracetam 500-1000mg (Street-Standard: leberschonend, kein Spiegel nötig!), Gabapentin 300mg (1-1-1 bei Nervenschmerz), Pregabalin; Carbamazepin

Epilepsie ist bei Obdachlosen um ein Vielfaches häufiger als in der Normalbevölkerung (5–15% vs. 0,5%), bedingt durch **Schädel-Hirn-Traumata (Stürze, Schläge) und Alkoholentzugskrämpfe**.

Medikament der 1. Wahl: Levetiracetam

Levetiracetam ist der ideale Straßenstandard: Keine Lebertoxizität, kein Laborspiegelmonitoring erforderlich, kaum Wechselwirkungen mit Alkohol und schnelle Wirksamkeit. Medikamente immer in Bauchtaschen mitgeben, um Diebstahl zu verhindern!

Polyneuropathie: Die lautlose Gefahr

Die größte Gefahr der Polyneuropathie liegt paradoxerweise nicht in den Schmerzen, sondern im **Verlust des Schmerzempfindens**! Patienten laufen mit Glasscherben im Schuh oder massiven Druckstellen herum, ohne es zu spüren.

- **Symptome:** Brennen der Fußsohlen, Kribbeln, Taubheit, Gangunsicherheit.
- **Therapie:** Gabapentin 300mg (vorwiegend renal eliminiert, leberschonend!).
- **Zentral:** Tägliche Schuhe- und Fußinspektion verhindert Amputationen!

5.8 Urologische Erkrankungen: Zystitis, Inkontinenz & benigne Prostatahyperplasie

Kontinenz bedeutet Menschenwürde, Fosfomycin 2-Gaben-Schema, Kondomurinale

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Schambehaftete urologische Leiden aufdecken; Behandlung der Zystitis bei Frauen mit verlässlichem Imbissbuden-Folgetermin; Inkontinenz als Wärmeverlust- und Obdachlosigkeitsfaktor.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Fosfomycin 3g (2 Dosen im Abstand von 48-72h), Metamizol 500-1000mg; Kondomurinale mit Beinbeutel

Kontinenz bedeutet Menschenwürde. Nasse Kleidung im Winter führt rasch zu lebensbedrohlicher Unterkühlung. Der Uringeruch führt zum Ausschluss aus Notquartieren und verschärft die Isolation.

Harnwegsinfekt & der „Würschtlstand-Trick“

Fosfomycin als Einzeldosis sofort vor Ort auflösen und trinken lassen. Bei hohem Rezidivrisiko eine 2. Dosis nach 48h vereinbaren:

Treffpunkt an einem Imbiss oder einer Bäckerei vereinbaren („Dort suchen wir uns etwas zu essen aus“) – das erhöht das Erscheinen zum Kontrolltermin um ein Vielfaches!

Inkontinenz & Prostatahyperplasie

Nicht jeder Uringeruch ist Alkohol! Dahinter steckt oft eine benigne Prostatahyperplasie (Nykturie zwingt zum Aufstehen in der Kälte).

Hilfsmittel: Kondomurinale mit Beinbeutel, Inkontinenzeinlagen und warme Wechselunterwäsche sind echte Medizin!

5.8.4 PRAXISKASTEN UROLOGIE: Medikamenten-Ampelsystem für die Straße

Grün/Gelb/Rot Empfehlungen: Tamsulosin, Mirabegron, Alfuzosin, Finasterid, Oxybutynin

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Übersichtliche Ampel-Tabelle mit Dosierungen und klaren Vor- und Nachteilen für den Einsatz bei urologischen Erkrankungen wohnungsloser Patienten.*

Medikamente & Dosierungsempfehlungen

Tamsulosin 0,4mg (1x tgl.), Mirabegron 25-50mg (1x tgl.), Alfuzosin 10mg, Finasterid 5mg, Metamizol; CAVE: Oxybutynin (Delir!), Desmopressin

Urologische Probleme (Harnverhalt, Dranginkontinenz, Prostatahyperplasie) bedrohen die Existenz obdachloser Menschen. Dieses Ampelsystem gibt Orientierung für eine sichere Verordnung.

Status	Medikament & Dosis	Empfehlung für die Straßenmedizin
🟢	**Tamsulosin (Omnic®)** **0,4 mg 1× täglich**	**1. Wahl bei Prostatahyperplasie.** Rascher Wirkungseintritt, einfache 1x tägliche Einnahme. Auf Schwindel und Blutdruck achten.
🟢	**Mirabegron (Betmiga®)** **25–50 mg 1× täglich**	**Beste Wahl bei Dranginkontinenz.** Keine anticholinergen Nebenwirkungen (kein Delirrisiko!). Blutdruck kontrollieren.
🟢	**Alfuzosin (Xatral®)** **10 mg 1× täglich**	Gute Alternative zu Tamsulosin. Blutdruckabfall möglich.
🟢	**Finasterid (Proscar®)** **5 mg 1× täglich**	Nur sinnvoll bei großer Prostata und langfristiger Betreuung. Wirkung erst nach Monaten ein.
🟢	**Metamizol (Novalgin®)** **500–1000 mg bis 4x tgl.**	Sehr gute Schmerztherapie bei schmerzhaftem Harnwegsinfekt oder Nierenkolik.
🔴	**Oxybutynin**	**Meiden!** Hohe anticholinerge Nebenwirkungen: Sturz-, Delir- und Harnverhaltsrisiko!
🔴	**Desmopressin (Minirin®)**	**Ungeeignet:** Hohes Hyponatriämierisiko und erforderliche Laborkontrollen auf der Straße nicht machbar.

5.9 Akute Verletzungen, Trauma & Notfälle auf der Straße

Erstbeurteilung bei Stürzen, Gewalteinwirkung und Wundtraumata im Feldeinsatz

Autor:in: Dr. Monika Stark

AKUT-NOTFALLPROTOKOLL // SCHNELLZUGRIFF FELDEINSATZ

> ● **Kurzüberblick:** *Kompakter Leitfaden zur Erstversorgung akuter Verletzungen und Gewalttraumata auf der Straße sowie Indikationen zur Notaufnahme-Zuweisung und Begleitung (5.9.1 und 5.9.11).*

Wohnungslose Menschen sind einem massiv erhöhten Risiko für Unfälle, Gewalttaten und Stürze ausgesetzt. Häufig vergehen Tage oder Wochen zwischen dem Traumaereignis und dem Erstkontakt mit medizinischem Personal.

▲ Akut-Gefahren auf der Straße

Verletzungen werden durch Intoxikation oder Kälte oft unterschätzt. Ein gedecktes Schädel-Hirn-Trauma (SHT) oder eine Milzruptur können maskiert sein. Bei Bewusstlosigkeit, neurologischen Ausfällen oder Schocksymptomen gilt: **Unverzüglich Notruf 144 / Rettungsdienst alarmieren!**

Die Themenbereiche dieses Abschnitts

5.9.1 Akute Verletzungen & Stürze

Erstversorgung von Schnitt- und Platzwunden, Frakturverdacht, Schienung vor Ort, Tetanusschutz und Ausschluss von Kompartmentsyndromen.

5.9.11 Übergabe an Spital & Rettung

Strukturierte Patientenübergabe (SBAR), Begleitung bei Angst vor Besitzverlust oder Haustier-Trennung und Vermeidung von vorzeitigen Behandlungsabbrüchen.

5.9.1 Akute Verletzungen, Stürze & Traumaversorgung auf der Straße

Sturzabklärung, Aspirin-Gefahr, Kopfverletzung, Frakturen, Schienung & Tetanus

Autor:in: Dr. Monika Stark

AKUT-NOTFALLPROTOKOLL // SCHNELLZUGRIFF FELDEINSATZ

> ● **Kurzüberblick:** *Ersteinschätzung bei Notfällen, Gefahren von Kopfverletzungen im Freien, improvisierte Schienung (Sam-Splint, Karton), Wundversorgung und Tetanus-Sofortimpfung.*

Stürze, Platzwunden, Frakturen und Verbrennungen sind auf der Straße alltäglich. Ziel vor Ort ist nicht die vollständige chirurgische Versorgung, sondern **Schmerzlinderung, Blutstillung, provisorische Stabilisierung und Triage**.

Sofortige Notrufindikation:

Bewusstlosigkeit, Atemnot, unstillbare Blutung, Schock, Krampfanfall, neu aufgetretene Lähmung, Verdacht auf Wirbelsäulenverletzung oder Gehunfähigkeit.

Kopfverletzungen & Intrakranielle Blutungen

Kopfverletzungen werden auf der Straße häufig bagatellisiert. Da Betroffene danach wieder alleine am Schlafplatz liegen, sind verzögerte Blutungen lebensgefährlich:

- Grobe neurologische Prüfung: Pupillen, Sprache, Symmetrie, Händedruck, Beinhebung.
- **Wichtige Frage an Umfeld/Streetworker:** *„Ist der Mensch jetzt so wie sonst oder irgendwie langsamer/anders?“*
- **Blutverdünnung aktiv abfragen:** *„Haben Sie in den letzten 48 Stunden Aspirin genommen?“* (Wird oft fälschlich als harmlos eingeschätzt).

Improvisierte mechanische Stabilisierung

Bei Frakturverdacht niemals reponieren oder gewaltsam bewegen. Extremität in der vorgefundenen Stellung ruhigstellen mit: Sam-Splint, Dreiecktuch, gerollter Decke, Schal, Gehstock oder gepolstertem Karton. Vor und nach Anlage Durchblutung, Motorik und Sensibilität prüfen!

5.9.11 Übergabe an Rettung/Spital & Umgang mit Verlustängsten der Verletzten

Hund, Schlafplatz & Habseligkeiten sichern; Empathie statt Bevormundung

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Warum verletzte obdachlose Menschen die Rettung oft ablehnen (Angst um Hund, Schlafplatz, Diebstahl der Habe) und wie medizinisches Personal diese Ängste löst.*

Warum lehnen verletzte Patient*innen den Rettungstransport oft ab, obwohl er medizinisch dringend indiziert ist? Hinter scheinbarer Unvernunft stecken existenzielle Ängste:

„Was passiert mit meinen Sachen?“ → *Das Plastiksackerl ist der gesamte Besitz. Wird es weggeworfen, ist die Existenz vernichtet.*
„Wer kümmert sich um meinen Hund?“ → *Der Hund ist oft der einzige loyale Lebenspartner.*
„Ich verliere meinen Schlafplatz!“ → *In der Nische schläft heute Nacht ein anderer.*
„Ich brauche bald Alkohol/Benzos, sonst geht’s mir dreckig und das kriege ich im Spital nicht.“

Erst wenn wir diese Sorgen hören, ernst nehmen und gemeinsam mit Streetworkern Lösungen finden (Hund unterbringen, Rucksack deponieren), willigen die Menschen in die notwendige Behandlung ein.

6.1 Epilog: Wie uns Straßenmedizin glücklich macht

Sinnerfüllung, Dankbarkeit & Einladung zum Book of Knowledge in Street Medicine

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Reflexion über Menschlichkeit, Sinnerfüllung und Dankbarkeit; Einladung zur Mitarbeit und Weiterentwicklung der Standards über BOK@med4hope.org.*

Straßenmedizin ist mehr als medizinische Hilfe auf der Straße. Sie ist Begegnung auf Augenhöhe. Sie ist das Teilen von Menschlichkeit unter schwierigsten Bedingungen. Sie ist ein Ort der Sinnhaftigkeit – und für viele von uns auch eine Quelle von tiefem Glück.

Wir erleben Dankbarkeit:

- ... für eine Hilfe, mit der niemand mehr gerechnet hat.
- ... für das einfache Gesehenwerden.
- ... für das aufrichtige Zuhören.

Wir erleben Dankbarkeit auch in uns selbst. Für das, was wir haben – ein Bett, eine warme Wohnung, Menschen, die wir lieben, Essen und Zugang zu medizinischer Versorgung. Dinge, die so selbstverständlich scheinen – bis man beginnt, sie durch die Augen derer zu sehen, die sie nicht haben.

Werden Sie Teil dieser Bewegung!

Wenden Sie sich an Organisationen in Ihrer Stadt oder teilen Sie Ihre Erfahrungen und Praxisunterlagen für die nächste Auflage des Handbuchs mit uns.

6.2 Danksagung

Mein besonderer Dank für Lektorat, digitale Umsetzung sowie fachliche Beratung und Unterstützung

Autor:in: Dr. Monika Stark

● **Kurzüberblick:** *Danksagung an das Redaktions- und Entwicklungsteam sowie an ausgewiesene Expertinnen und Experten aus Psychiatrie, Neurologie, Sozialarbeit, Notfallmedizin, Chirurgie, Infektiologie, Urologie und Medizinrecht für ihre fachliche Prüfung und Mitwirkung.*

Mein besonderer Dank gilt zunächst:

Lektorat & digitale Umsetzung

Gustav und Michaela Rittler und **Martin Mühl** für das Lektorat und die digitale Umsetzung des Buches.

Fachliche Beratung und Unterstützung

Straßenmedizin ist ein interdisziplinäres Fachgebiet. Die medizinische Versorgung obdachloser und wohnungsloser Menschen erfordert neben allgemeinmedizinischem Wissen auch besondere Kenntnisse aus zahlreichen medizinischen Fachrichtungen sowie aus der Psychiatrie, der Sozialarbeit, der Notfallmedizin und dem Medizinrecht.

Dieser Leitfaden ist aus meiner langjährigen praktischen Erfahrung in der aufsuchenden medizinischen Versorgung entstanden. Die darin behandelten Fragestellungen reichen jedoch weit über das Fachgebiet der Allgemeinmedizin hinaus.

Umso wertvoller war für mich die Unterstützung ausgewiesener Expertinnen und Experten, die ihre jeweiligen Fachkapitel kritisch durchgesehen, fachlich überprüft, ergänzt und mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung wesentlich bereichert haben.

Ao. Univ.-Prof. Dr. Otto-Michael Lesch
Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, langjähriger Leiter des Alkoholschwerpunkts der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, MedUni Wien; Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Suchtmedizin

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Prim. Dr. Gottfried Kranz
Facharzt für Neurologie, Ärztlicher Direktor des Neurologischen Rehabilitationszentrums Rosenhügel, Wien; assoziierter Professor an der Medizinischen Universität Wien

FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc
Professor für Soziale Arbeit an der FH St. Pölten, Studiengangsleiter Master Soziale Arbeit, Gesundheitswissenschaftler, Sozialarbeiter und Notfallsanitäter; Lehrtätigkeit im Rettungsdienstmanagement an der Universität für Weiterbildung Krems

Prim. Priv.-Doz. Dr. Martin Bauer
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin; Ärztlicher Leiter des Sozialpsychiatrischen Ambulatoriums Meidling sowie des Instituts für Psychiatrische Frührehabilitation der Psychosozialen Dienste in Wien (PSD)

DSA Susanne Peter
Diplomsozialarbeiterin, Leitung Caritas Streetwork und Kältetelefon Wien; systemische Familientherapeutin und Traumatherapeutin

Univ.-Ass. Mag. Leon Seller

Universitätsassistent, Abteilung Medizinrecht am Institut für Staats- und Verwaltungsrecht, Universität Wien; Forschungsschwerpunkt Anwendung von Zwang in der Medizin; Notfallsanitäter

Dr. Heila Elisabeth Rexeisen

Fachärztin für Chirurgie mit Schwerpunkt Wundbehandlung

Dr. Andrea Lenger

Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin, ehemalige Leiterin der Krankenhaushygiene im Donauspital, Expertin für Infektiologie und Infektionsprävention.

Dr. Marc Witkowski

Oberarzt der Urologischen Abteilung der Klinik Ottakring, Wien

Durch ihre Bereitschaft, ihr Fachwissen einzubringen, Inhalte kritisch zu hinterfragen und praxisrelevante Ergänzungen vorzuschlagen, haben sie wesentlich zur fachlichen Fundierung und Qualität dieses Leitfadens beigetragen.

Ihre Mitwirkung trägt dazu bei, dass die Empfehlungen dieses Buches nicht allein auf meiner persönlichen klinischen Erfahrung beruhen, sondern auch die Expertise unterschiedlicher medizinischer und psychosozialer Fachgebiete widerspiegeln.

> ***„Dafür danke ich ihnen von Herzen – nicht zuletzt auch im Namen jener Menschen, denen dieser Leitfaden zugutekommen soll.“***
>
> **– Dr. Monika Stark**

7.1 Ärztliche Überweisung zur Begutachtung im Krankenhaus

Rechtsgrundlagen (§ 22/23 KAKuG, § 36 WKaG) & druckfertige Formularvorlage

Autor:in: Dr. Monika Stark

> ● **Kurzüberblick:** *Juristische Begründung der unaufschiebbaren Behandlung nicht versicherter Patienten in öffentlichen Krankenhäusern und Überweisungsformular mit Schweigepflichtentbindung.*

Wenn nicht versicherte, obdachlose Menschen ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen, hilft eine fundierte schriftliche Überweisung, Abweisungen an der Pforte zu verhindern.

Rechtliche Hinweise für die Einweisung:

Die Person ist obdach-/wohnungslos, nicht krankenversichert und nicht in der Lage, Behandlungskosten selbst zu tragen. Eine Begutachtung ist aus ärztlicher Sicht jedoch unaufschiebbar indiziert.

In öffentlichen Krankenanstalten darf niemandem eine unbedingt notwendige ärztliche Hilfe verweigert werden (§ 22 Abs. 2–4, sowie § 23 Abs. 1 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz KAKuG; § 36 Abs. 3, 4 und 8 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987).

Ärztliche Überweisung zur Begutachtung im Krankenhaus med4hope Vorlage

Datum / Uhrzeit / Ort: _____
Patientenname / Geburtsdatum: _____
Sprache / Dolmetschkontakt: _____
Notquartier / Kontaktperson: _____
Erwachsenenvertretung (falls bek.): _____
Unfallhergang / Symptombeginn: _____

Einweisungsgrund & durchgeführte Maßnahmen vor Ort:

Konkrete Fragestellung an das Spital:

> **Rückmeldebitte:** Wir ersuchen um Kontaktaufnahme bei Entlassung zurück auf die Straße, damit die notwendige Nachbetreuung und Wundversorgung über med4hope organisiert und Drehtüreffekte vermieden werden.

Schweigepflichtentbindung: „Ich entbinde die Krankenanstalt und deren Behandler von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Organisation med4hope zum Zweck der weiteren Betreuung."

Unterschrift Patient: _____ Unterschrift Arzt: _____

7.2 NOTFÄLLE IN DER STRASSENMEDIZIN – Kompakte Praxisanleitung

Rettungskette, Bewusstlosigkeit, Intoxikation, Hypothermie, Sepsis & Trauma

Autor:in: Dr. Monika Stark

AKUT-NOTFALLPROTOKOLL // SCHNELLZUGRIFF FELDEINSATZ

> ● **Kurzüberblick:** *Kompakte Leitfaden-Tabelle für den schnellen Zugriff im Notfall auf der Straße: Sofortmaßnahmen, Dosierungen, Triage.*

Kompakter Spickzettel für Akutsituationen im Feldeinsatz. Im Zweifel gilt immer: **Sofortiger Notruf (144) und Verbleib beim Patienten bis zum Eintreffen der Rettung!**

Notfallbild	Sofortmaßnahmen vor Ort	Wichtige CAVE-Hinweise
Bewusstlosigkeit / Koma	Atemwege frei? Stabile Seitenlage, Blutzucker messen (Hypoglykämie?), Sauerstoff/Beutelatmung, Notruf 144.	Aspirationsgefahr! Nicht vorschnell als „nur betrunken“ abtun (SHT, Sepsis, Blutung?).
Opiat-Überdosierung	Trias: Koma, Stecknadelpupillen, Atemdepression. **Naloxon** (intranasal oder i.m.), Beatmung via Ambubeutel.	Halbwertszeit von Naloxon ist oft kürzer als die des Opiats → Re-Narkotisierung nach 30–60 Min möglich!
Schwere Hypothermie	Wärmeerhalt (Rettungsdecke), nur Rumpf/Leiste sanft wärmen, Patient darf nicht gehen/laufen!	**Bergungstod!** Extremitäten nicht aktiv wärmen oder bewegen (kaltes Blut strömt zum Herzen → Kammerflimmern).
Epileptischer Anfall	Kopf polstern, Verletzungen verhindern, nicht festhalten, keine Beißkeile! Nach Anfall stabile Seitenlage.	Status epilepticus (> 5 Min oder Serie): Sofort Notarzt, Midazolam bukkal / Lorazepam.
Akute Blutung / Trauma	Direkter Druck mit steriler Kompresse, Druckverband, Hochlagerung, Ruhigstellung (Sam-Splint).	Aspirin-Einnahme abfragen! Eingedrungene Fremdkörper nie vor Ort herausziehen.