

# Medizinische Versorgung Wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Hannover



# Ziele

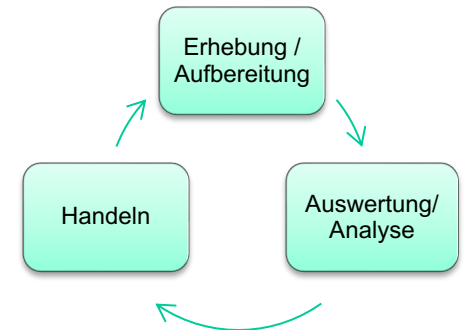
Versorgung



- Seit 1999 „Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose in Hannover“
- Angebot einer ganzheitlichen niedrigschwelligen Patientenversorgung
- Heranführung der Patienten an die Regelversorgung

Evaluation

- Seit 2000 kontinuierliche Evaluation des Projektes
- Systematische Erfassung der (gesamten) Versorgungssituation
- Analyse von Veränderungen, die den Patientenbedürfnissen entsprechen
- Bereitstellung konkreter Daten zu Lücken in der Versorgung



Erfassung der <u>medizinischen Betreuung</u> wohnungsloser Menschen in Hannover																																																																																															
Bitte verwenden Sie je Kontakt eine Karte. Die Antworten deutlich markieren bzw. lesbar eintragen. Die Dokumentationskarte am Behandlungsort sammeln und monatlich zur Auswertung an die Ärztekammer Niedersachsen schicken. Rückfragen unter Telefon 0511 / 380-2354.																																																																																															
<b>Quartal</b> _____  <b>1. Geschlecht</b> Männlich ..... <input type="radio"/> Weiblich ..... <input type="radio"/>  <b>2. Alter</b> Geburtsjahr _____ (ggf. geschätzt)	<b>8. Status der Regelversorgung (RV) und Wohnungslosenversorgung (WV)</b> Betreuung nur in WV ..... <input type="radio"/> Betreuung vom Hausarzt und in WV ..... <input type="radio"/> Im letzten halben Jahr regelmäßiger Wechsel zwischen RV und WV ..... <input type="radio"/> Unbekannt ..... <input type="radio"/>  <b>9. Straßenambulanz (mobil), bitte angeben:</b> _____  <b>10. Ortsgebundene Sprechstunde, bitte angeben:</b> _____  <b>11. Kontakt mit dieser Einrichtung</b> Erstkontakt mit dieser Einrichtung ..... <input type="radio"/> Wiederholungskontakt ..... <input type="radio"/>  <b>12. Behandelnde Person:</b> <b>Versorgung durch</b> (Mehrfachnennung möglich) Ärztin / Arzt ..... <input type="radio"/> Pflegefachkraft ..... <input type="radio"/>  <b>13. Grunderkr./ Bekannte Diagnosen</b> <small>bekannt in Behandlung</small> Psychische Erkrankung ..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Herz- / Kreislauferkrankung ..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Chronische Hepatitis ..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Karzinomerkrankung ..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> HIV ..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Suchtkrankheit ..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes) ..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Atemwegserkrankung ..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Andere _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Dissozialität („Verwahrlosung“) ..... <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>14. Hauptanlass des Besuchs</b> Organisatorischer Anlass ..... <input type="radio"/> weiter bei <b>A</b> Gesundheitsbezogener Anlass ..... <input type="radio"/> weiter bei <b>B</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kostenübernahme (KÜ)</th> <th>keine KÜ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>A „Organisatorische“ Anlässe primär wegen:</b></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Rezept(gebühr).....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Überweisung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Heil- / Hilfsmittel.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Krankenhaus(kosten).....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Häusliche Pflege.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Erstversorgung</th> <th>Fortsetzung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>B Gesundheitsbezogener Anlass für aktuelle Behandlung</b></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>1. Hauptgrund</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2. Weitere Gründe</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>selbst durchgeführt</th> <th>veranlasst</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>15. Therapie(n) / Maßnahmen</b></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Medizinische Untersuchung / Behandlung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Medizinisches Beratungsgespräch.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Soziales Beratungsgespräch.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Medikamentengabe / -applikation.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Wundversorgung(en).....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Augenärztliche Behandlung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Suchttherapie (Diakonie) und -beratung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Psychiatrische Sprechstunde.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Impfung(en).....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Welche? _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Postoperative Versorgung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>verordnet</th> <th>empfohlen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Facharztbehandlung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Zahnärztliche Behandlung (Zahnklinik, Zahnmobil).....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Krankenhausbehandlung.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Häusliche Pflege.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Andere _____</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		Kostenübernahme (KÜ)	keine KÜ	<b>A „Organisatorische“ Anlässe primär wegen:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rezept(gebühr).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Überweisung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heil- / Hilfsmittel.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krankenhaus(kosten).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Häusliche Pflege.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Erstversorgung	Fortsetzung	<b>B Gesundheitsbezogener Anlass für aktuelle Behandlung</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. Hauptgrund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. Weitere Gründe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		selbst durchgeführt	veranlasst	<b>15. Therapie(n) / Maßnahmen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medizinische Untersuchung / Behandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medizinisches Beratungsgespräch.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Soziales Beratungsgespräch.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamentengabe / -applikation.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wundversorgung(en).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Augenärztliche Behandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suchttherapie (Diakonie) und -beratung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychiatrische Sprechstunde.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Impfung(en).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche? _____			Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Postoperative Versorgung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		verordnet	empfohlen	Facharztbehandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zahnärztliche Behandlung (Zahnklinik, Zahnmobil).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krankenhausbehandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Häusliche Pflege.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Andere _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Kostenübernahme (KÜ)	keine KÜ																																																																																													
<b>A „Organisatorische“ Anlässe primär wegen:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Rezept(gebühr).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Überweisung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Heil- / Hilfsmittel.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Krankenhaus(kosten).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Häusliche Pflege.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
	Erstversorgung	Fortsetzung																																																																																													
<b>B Gesundheitsbezogener Anlass für aktuelle Behandlung</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
1. Hauptgrund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
2. Weitere Gründe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
	selbst durchgeführt	veranlasst																																																																																													
<b>15. Therapie(n) / Maßnahmen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Medizinische Untersuchung / Behandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Medizinisches Beratungsgespräch.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Soziales Beratungsgespräch.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Medikamentengabe / -applikation.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Wundversorgung(en).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Augenärztliche Behandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Suchttherapie (Diakonie) und -beratung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Psychiatrische Sprechstunde.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Impfung(en).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Welche? _____																																																																																															
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Postoperative Versorgung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
	verordnet	empfohlen																																																																																													
Facharztbehandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Zahnärztliche Behandlung (Zahnklinik, Zahnmobil).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Krankenhausbehandlung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Häusliche Pflege.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
Andere _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																													
<b>3. Bei ärztlicher Behandlung bitte angeben:</b>  Namensinitialen _____ (Vorname, Name) (der Patientin / des Patienten)  <b>4. Unterkunft / Wohnheim</b> Bei Freunden / Bekannten ..... <input type="radio"/> OFW (ohne festen Wohnsitz) ..... <input type="radio"/> Wohnungslosenunterkunft / -wohnheim ..... <input type="radio"/> Wohnung ..... <input type="radio"/> Andere _____ <input type="radio"/> Unbekannt ..... <input type="radio"/>  <b>5. Betreuung</b> <small>nein ja</small> Gesetzliche(r) Betreuer(in) ..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> Unbekannt ..... <input type="radio"/>  <b>6. Sozialer Hintergrund</b> (Mehrfachnennung möglich) ALG II - Empfängerin / Empfänger ..... <input type="radio"/> Rentnerin / Rentner ..... <input type="radio"/> Migrationshintergrund ..... <input type="radio"/> Herkunftsland _____ Andere _____ <input type="radio"/> Unbekannt ..... <input type="radio"/>  <b>7. Versicherungsstatus</b> In Deutschland gesetzlich versichert ..... <input type="radio"/> Sozialamt ..... <input type="radio"/> Nicht versichert ..... <input type="radio"/> Evtl. im Herkunftsland versichert ..... <input type="radio"/> <input type="radio"/> <small>nein ja</small>																																																																																															

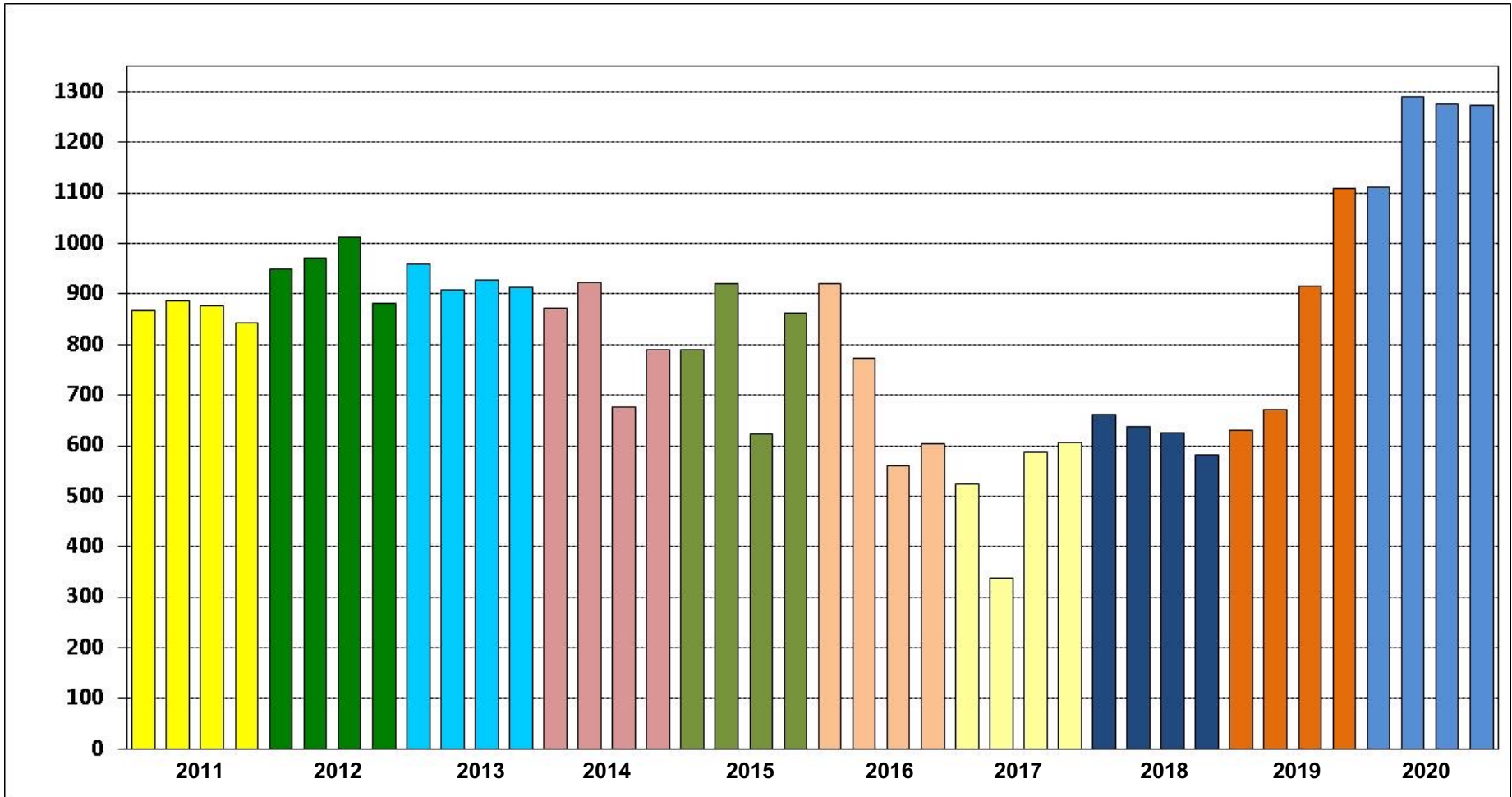
© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQM) 01.10.2020

# Evaluationsergebnisse 2011 - 2020



Quelle: Archiv Caritasverband Hannover e.V. (Jan Lieske)

# Anzahl Behandlungsfälle 2011-2020



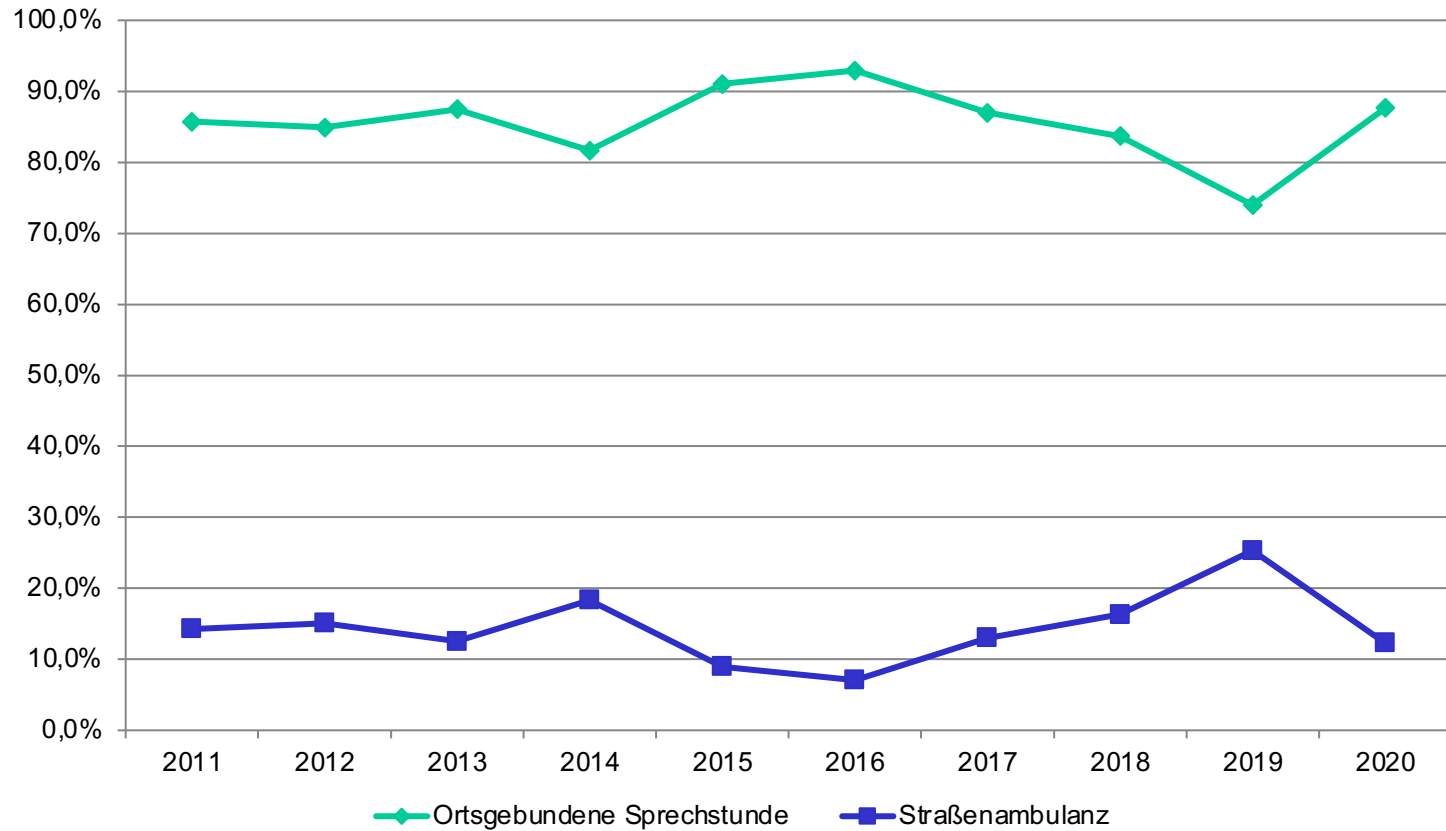
**Gesamt = 33.154 Behandlungsfälle („Dokumentationen“)**

# Behandlungsfälle pro Jahr

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Fälle	3.474	3.814	3.708	3.263	3.196	2.860	2.054	2.505	3.321	<b>4.952</b>

2019 auf 2020: Anstieg um mehr als 1600 Behandlungsfälle

# Behandlungsorte



# Behandlungsorte

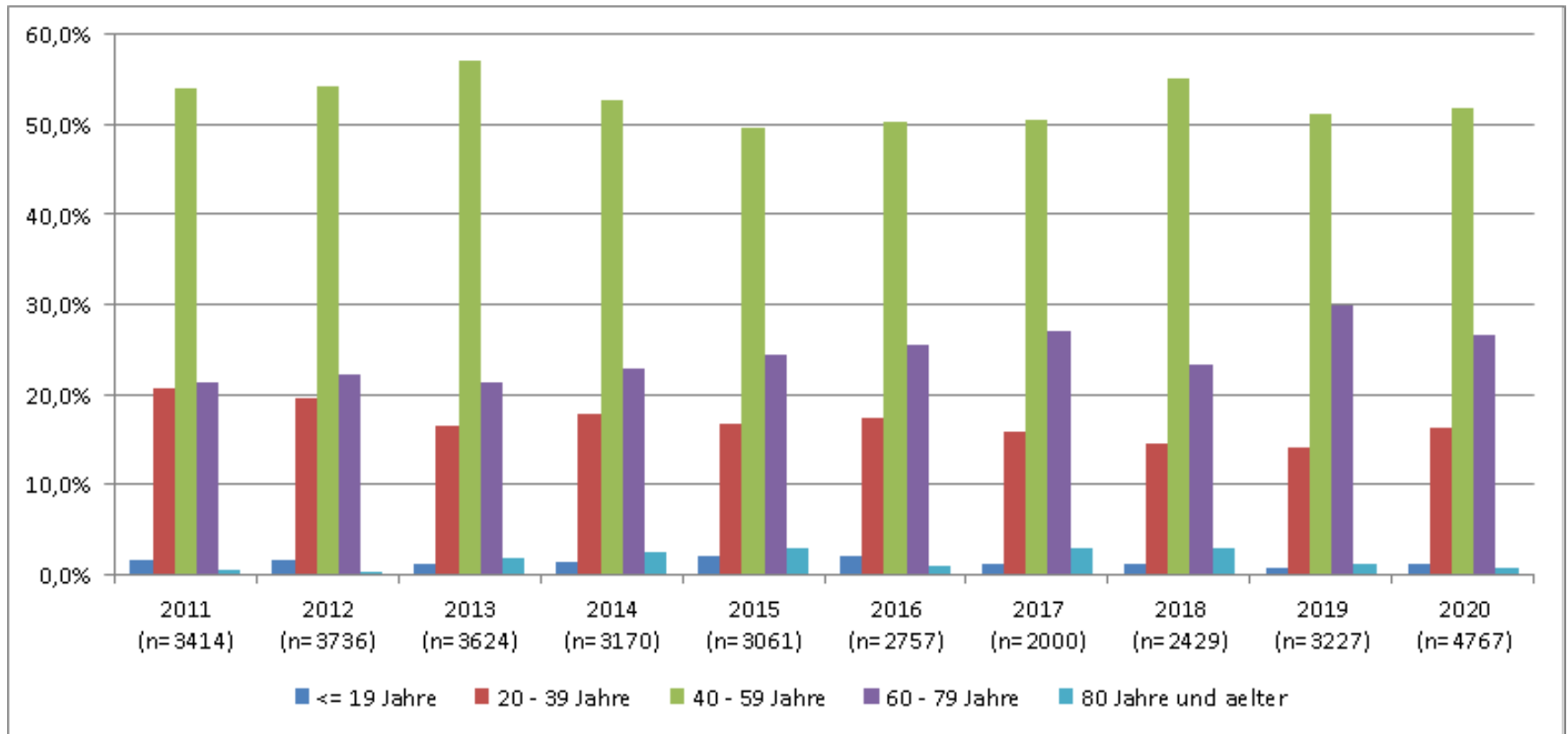
<b>ortsgebundene Sprechstunde</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Caritas-Tageswohnung Leibnizufer	11.149	33,63
Tagestreff Nordbahnhof	6.541	19,73
Kontaktladen Mecki (Raschplatz)	5.928	17,88
Frauenunterkunft Vinnhorster Weg	1.687	5,09
Unterkunft Wörthstraße	1.048	3,16
Schulenburger Straße	928	2,80
Laatzen	755	2,28
Andere Stelle	179	0,54
Rampenstraße	135	0,41
Langensalzastraße	18	0,05
Krankenwohnung Herthastraße	11	0,03
Alte Peiner Heerstraße	1	0,00



# Behandlungsorte

<b>Straßenambulanz (mobil)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Köthnerholzweg	1.615	4,87
Dunkelberggang	1.182	3,57
Männerwohnheim Schulenburger Landstraße	1.034	3,12
St. Clemens	355	1,07
Anderer Ort	176	0,53
Wörthstraße	162	0,49
Winkelriede	84	0,25
Weddiganufer	72	0,22
DRK Rampenstraße	64	0,19
Türkstraße	2	0,01
Markuskirche	1	0,00

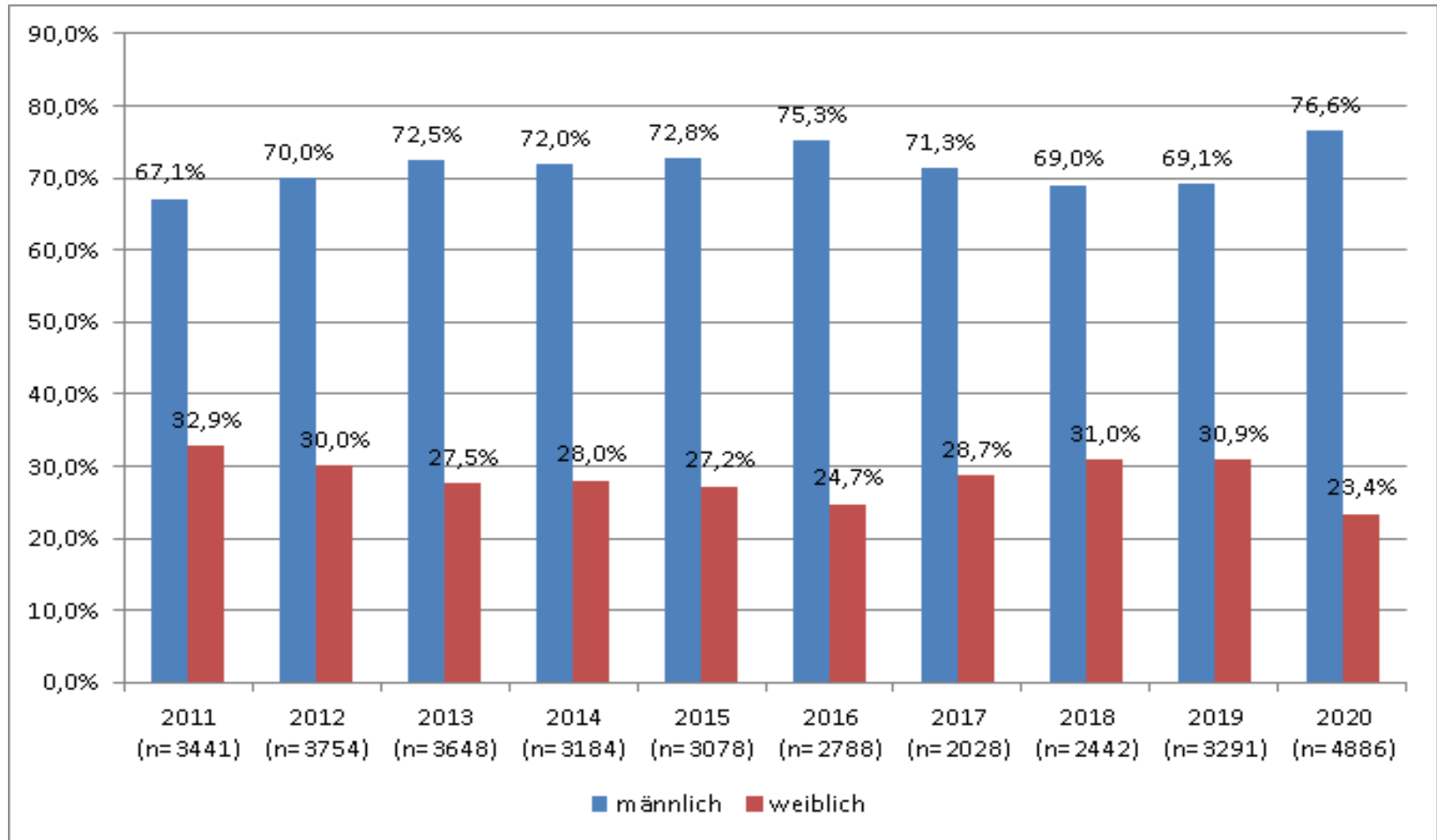
# Altersverteilung



# Altersverteilung

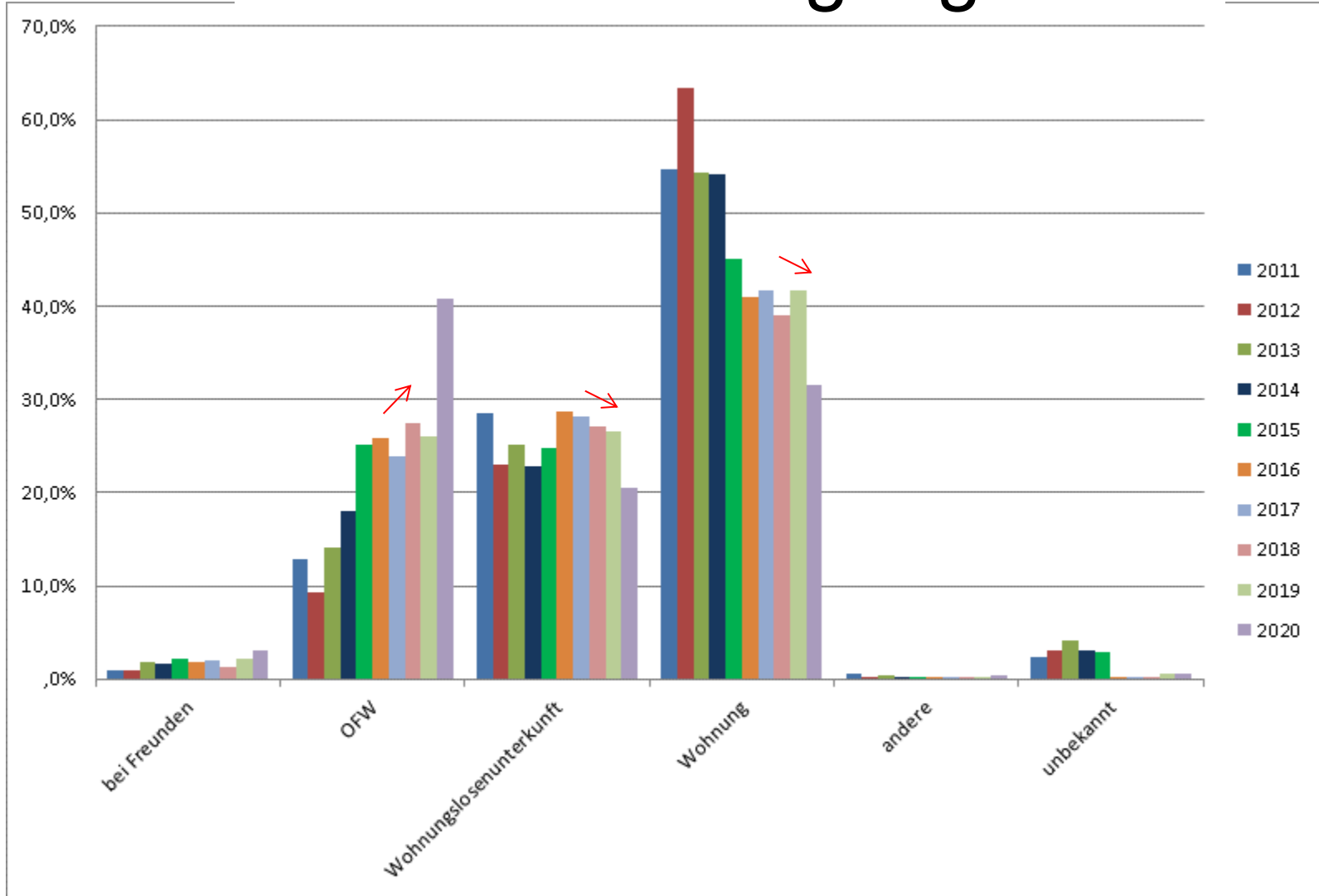
	<= 19 Jahre	20 - 39 Jahre	40 - 59 Jahre	60 - 79 Jahre	<= 80 Jahre	keine Angabe
2011 (n=3414)	1,6%	20,8%	54,1%	21,3%	,5%	1,7%
2012 (n=3736)	1,5%	19,6%	54,3%	22,3%	,2%	2,0%
2013 (n=3624)	1,1%	16,6%	57,1%	21,3%	1,7%	2,3%
2014 (n=3170)	1,3%	17,8%	52,8%	22,8%	2,5%	2,9%
2015 (n=3061)	2,1%	16,7%	49,7%	24,4%	2,9%	4,2%
2016 (n=2757)	2,0%	17,4%	50,3%	25,6%	1,0%	3,6%
2017 (n=2000)	1,2%	15,9%	50,4%	27,0%	2,9%	2,6%
2018 (n=2429)	1,2%	14,4%	55,1%	23,4%	2,8%	3,1%
2019 (n=3227)	,8%	14,2%	51,2%	29,8%	1,1%	3,0%
2020 (n=4767)	1,1%	16,2%	51,8%	26,5%	,6%	3,7%

# Geschlechterverteilung

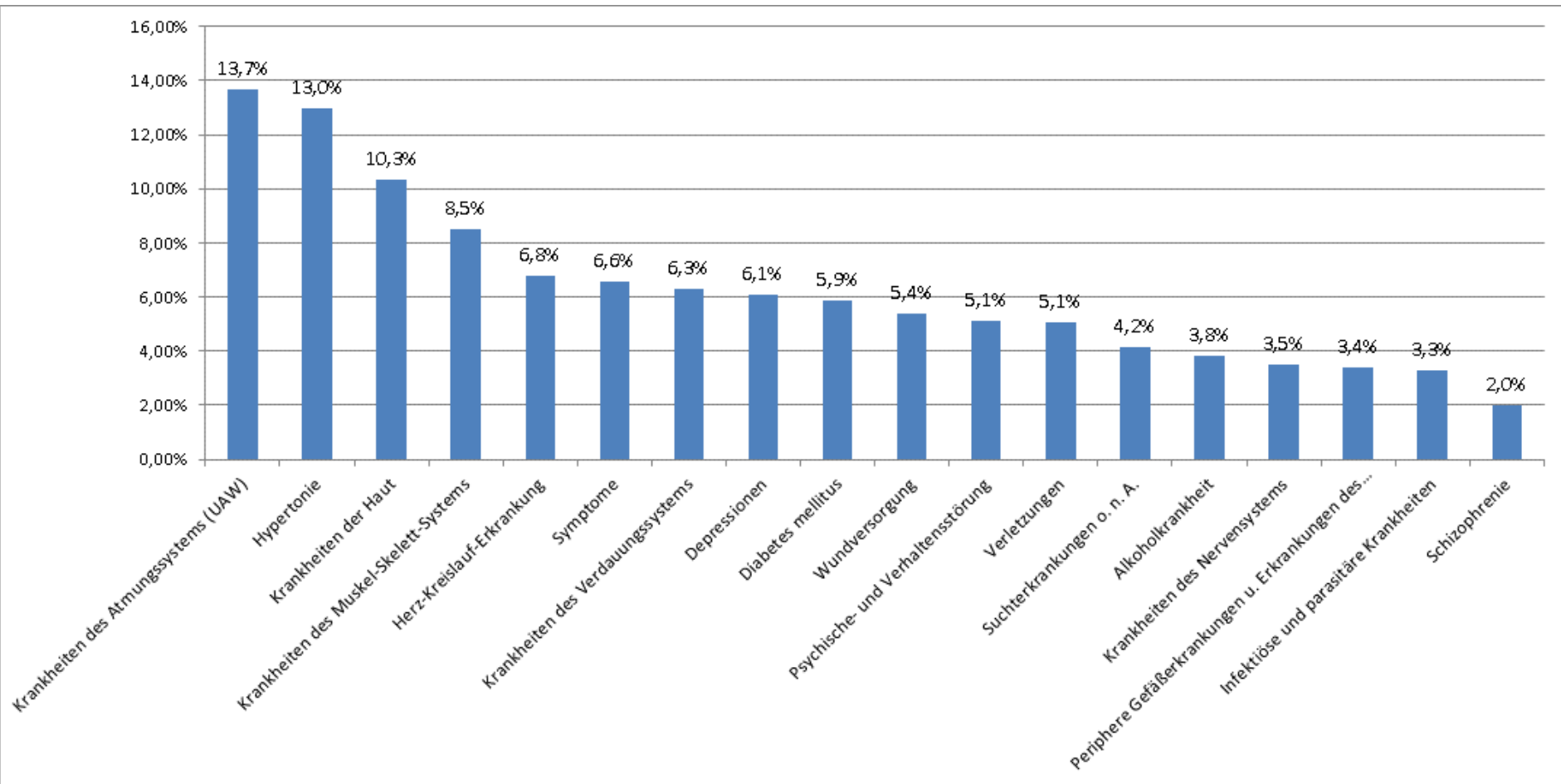


Seit mehr als 10 Jahren eine fast gleichmäßige Verteilung von 70% Männer zu 30% Frauen

# Unterbringung

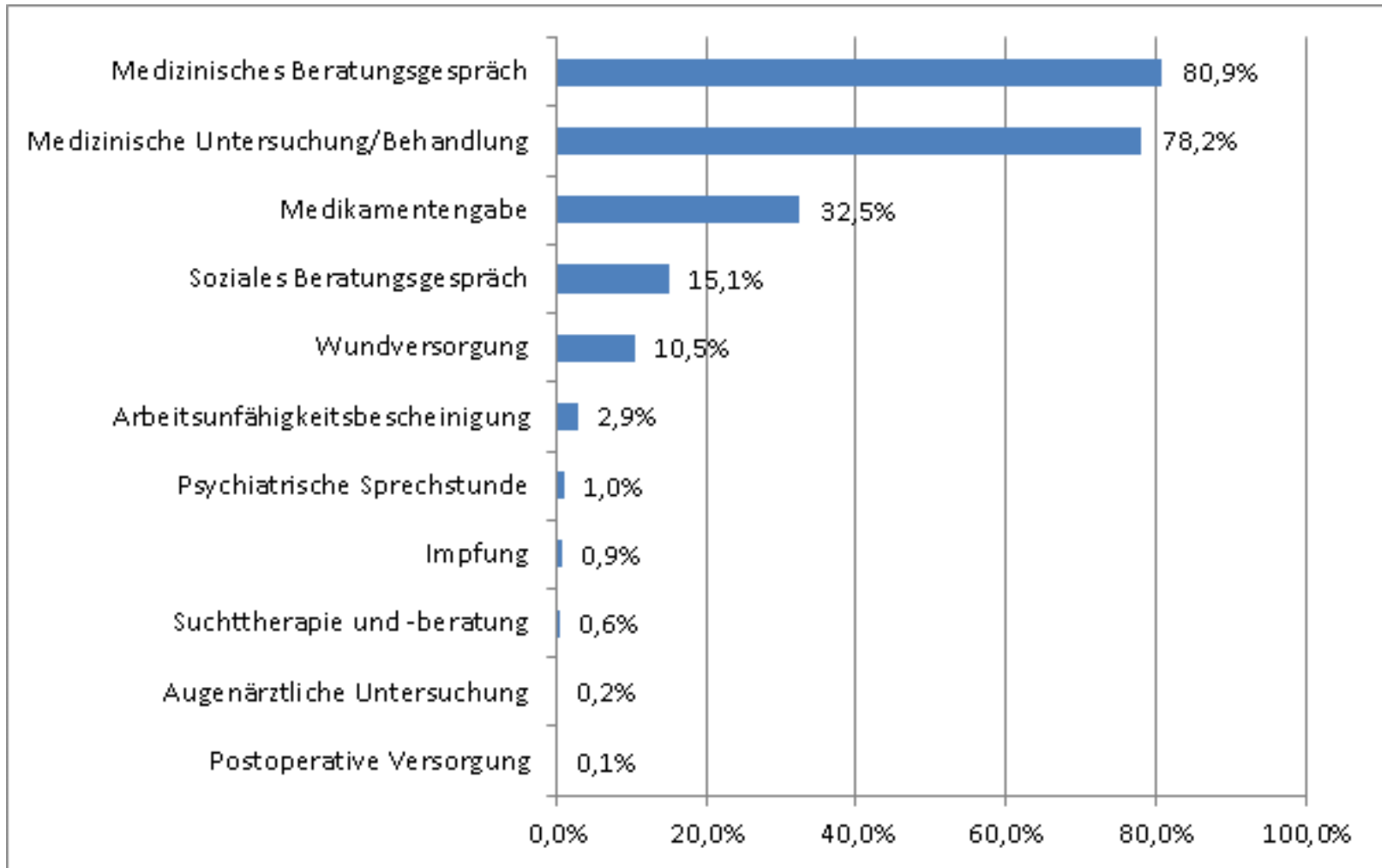


# Med. Behandlungsanlässe 2011 - 2020



\* Mehrfachnennungen möglich

## Therapien/Maßnahmen 2011-2020



Oftmals keine Therapie/Maßnahme angegeben, Anzahl der angegebenen Therapien/Maßnahmen pro Behandlungsfall ist zurückgegangen

\* Mehrfachnennungen möglich

# Zusammenfassung

- Der Anteil älterer Patienten in die Wohnungslosenversorgung ist weiterhin gestiegen (ca. 32% sind 60 Jahre und älter).
- Vor allem Männer suchen die Versorgung auf. Der Anteil der Frauen liegt bei ca. 30%.
- Ca. 82% der Patienten sind gesetzlich versichert.
- Eine auffällige Entwicklung ist, dass der Versorgungsanteil der „auf Platte“ lebenden Personen in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist (von 9,6% in 2012 auf 40,9% in 2020).
- Der Anteil der Patienten, die erstmalig zur Behandlung erscheinen, liegt bei ca. 14%; mittlerweile kommen ca. 81% wiederholt in einem Jahr in die Behandlungsorte.





# Politische Forderungen

- Einführung einer obligatorischen, bezahlbaren Krankenversicherung.
- Abschaffung der bisherigen Zuzahlungen von 1% und 2% zu Verordnungen. Ein lokaler Fonds der Region sollte zunächst die Zuzahlungen übernehmen.
- Wiedereinführung des Modellprojekts „Anonymer Krankenschein für Illegalisierte“ in Niedersachsen.
- Die Region Hannover sollte für die Sprechstunden des Projekts Gelder zur Verfügung stellen und Ärzte fest anstellen
- Die Versorgung der von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen ist eine staatliche Aufgabe.