



BAG Wohnungslosenhilfe e.V.

Wenzlaff, P.¹; Meidl, J.¹; Goesmann, C.²

Wandel der Wohnungslosenmedizin: Evaluationsergebnisse aus 10 Jahren aufsuchender Gesundheitsfürsorge in Hannover

¹ Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen,

² Vorsitzende Bezirksstelle Hannover der Ärztekammer Niedersachsen

Hintergrund

Im Jahr 1999 richteten die Ärztekammer Niedersachsen, der Caritasverband Hannover e. V. und das Diakonische Werk Stadtverband Hannover e. V. ein gezieltes niedrigschwelliges Versorgungsangebot ein, um die medizinische Versorgung für Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Hannover zu verbessern. Die für die Wohnungslosen kostenlosen ärztlichen Sprechstunden finden in festen Anlaufstellen, überwiegend in Wohnheimen für Wohnungslose, statt, und zusätzlich fährt ein Behandlungsmobil verschiedene Plätze an, wo sich wohnungslose Personen häufig aufhalten. Von Beginn an wurde das Angebot mit dem Ziel evaluiert, es bedarfsgerecht zu steuern und zu analysieren, in wie weit die angestrebten Ziele erreicht werden, und wie der Fortbestand (=Ressourcenbedarf) überhaupt gesichert werden kann. Seit dem Jahr 2000 führt das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ), Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen, diese Evaluation durch.

Ziele

Vorrangiges Ziel des Angebotes war und ist es, Wohnungslose niedrigschwellig medizinisch zu behandeln. Für die Betroffenen soll grundsätzlich erst einmal eine Anlaufstelle geschaffen werden, an die sie sich wenden können. Unterschiedliche Hemmschwellen, wie Scham und die fehlende gesellschaftliche Akzeptanz, hindern viele Menschen in Armut und Wohnungslosigkeit daran, das medizinische Regelversorgungssystem aufzusuchen. Durch das Versorgungsangebot soll den Patienten/innen langfristig wieder ein Zugang zur Regelversorgung vermittelt werden. Allein die Kontaktaufnahme zu dieser Klientel ist schwierig und stellt an alle Beteiligten in Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern/innen vor Ort hohe Anforderungen. Das Angebot, das auf der Eigeninitiative der Beteiligten beruht und auf Spendengelder angewiesen ist, hat wenige Ressourcen zur Verfügung, die sehr genau kalkuliert werden müssen. Somit ist es wichtig, regelmäßig den Bedarf für das Versorgungsangebot zu ermitteln. Die sich ändernden Anforderungen an die Versorgungseinrichtungen durch die ursprünglich adressierte Zielgruppe von Patienten/innen und auch neuerdings durch sich ändernde Patienten/innen-Gruppen werden durch die Evaluation systematisch erfasst, und das Projekt kontinuierlich und zielgerichtet gelenkt.

Methodik

Die Evaluation beruht auf einer Datenerhebung (= kompakte übersichtliche DIN A5 Karte zur Dokumentation vor Ort), kontinuierlicher Datenanalyse und Bewertung. Die Evaluationsergebnisse werden in jährlichen Treffen allen Projektbeteiligten vorgestellt und diskutiert. Die subjektiven Wahrnehmungen vor Ort können durch Daten objektiviert und ergänzt werden. Anschließend werden konkrete Maßnahmen abgeleitet, umgesetzt und später wiederum bewertet. Hier wird nach dem PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) verfahren. Dies ist die klassische Herangehensweise des Qualitätsmanagements, mit der eine Steuerung und Planung dieser medizinischen Versorgung und ihrer Ressourcen möglich ist.

10-Jahres-Ergebnisse (Auswahl)

Über einen Zeitraum von zehn Jahren wurde die niedrigschwellige Gesundheitsfürsorge anhand der erhobenen Daten evaluiert und im Mai 2011 ein 10-Jahres-Bericht veröffentlicht, der detaillierte Daten zur Verfügung stellt. Die Ergebnisse auf der Basis von ca. 16.000 Behandlungsfällen zeigen, dass sich die Anforderungen an das Projekt im Laufe der letzten Jahre stark verändert haben und das Versorgungsangebot daher kontinuierlich weiterentwickelt werden musste und wurde.

Inanspruchnahme / Akzeptanz:

- Die Zahl der Behandlungsfälle ist in den Jahren 2000 bis 2010 von knapp unter 1.000 Besuchen pro Jahr auf ca. 2.300 Besuche pro Jahr gestiegen (*ergänzend hierzu: für 2011 derzeit ca. 800 pro Quartal*). Dabei ist auch die Zahl der Patienten/innen von 600 auf 900 pro Jahr angestiegen.
- Immer mehr Patienten/innen erscheinen wiederholt zur Behandlung. Mittlerweile kommen 12 % der Patienten/innen deutlich häufiger als fünfmal im Jahr in die Behandlungsorte (= 44 % aller Behandlungsfälle pro Jahr). Im Mittel sind 2-3 Besuche im Jahr pro Patient/in für die Jahre 2007 bis 2009 zu verzeichnen (*ergänzend hierzu: für 2011 derzeit schon über 3 Besuche*).

Maßnahme:

Aufgrund der steigenden Akzeptanz des Angebotes wurden mehr ortsgebundene Anlaufstellen (aus zwei wurden sieben Standorte) eingerichtet und es wurden mehr Ärztinnen und Ärzte für das Projekt gewonnen.

Patientinnen und Patienten:

- Der Anteil der Frauen unter den Behandlungsfällen ist von 23 % in 2000 auf 35 % in 2010 angestiegen. Es kommen mehr Frauen, aber Frauen suchen diese medizinische Versorgung auch häufiger auf. Generell kommen immer mehr ältere Personen wiederholt in die Sprechstunden.
- Der Versorgungsanteil der „auf Platte“ lebenden Patienten/innen ist von 17 % in 2000 auf 6 % im Jahr 2010 gesunken. Diese Veränderung in der Wohnsituation der Patienten/innen lässt auf eine Veränderung der Bevölkerungsgruppen, die das Angebot in Anspruch nehmen, schließen.

Behandlungsanlässe:

- Der Versorgungsbedarf der Patienten/innen hat sich deutlich hin zu chronischen Erkrankungen verschoben (2010: Herz-Kreislaufkrankungen (17 %), psychiatrischen Krankheitsbilder (13 %) und Muskel-Skeletterkrankungen (12 %)). Die typischen Krankheitsbilder, die mit einem Leben auf der Straße verbunden sind, wie Hauterkrankungen (2010: 9 %) oder Verletzungen (2010: 7 %), waren in 2000 noch die häufigsten Behandlungsanlässe.

Maßnahme:

Durch zusätzliche Angebote ist auf diese neuen Herausforderungen reagiert worden. Um die Patienten/innen adäquat behandeln zu können, wurden mittlerweile eine niedrigschwellige Suchtberatung und psychiatrische Sprechstunden für Wohnungslose eingerichtet. Darüber hinaus werden die Patienten/innen verstärkt an die Regelversorgung weitergeleitet. Um den Zugang zu erleichtern, gibt es eine Zusammenarbeit mit Fachärzten/innen in Hannover, die Sprechstunden für wohnungslose Personen anbieten. Dabei werden Kosten für die Taxifahrten dorthin übernommen. Die Zahl der Facharztüberweisungen wurde von 4 % auf 18 % gesteigert.

Gesundheitspolitische Ergebnisse:

- Wenn man die Evaluationsergebnisse miteinander verknüpft, zeigt sich ein Wechsel der Klientel, die diese Gesundheitsversorgung in Anspruch nimmt. Mehr ältere Menschen, speziell ältere Frauen, die in einer festen Wohnung leben und unter chronischen Erkrankungen leiden, kommen in die ärztlichen Sprechstunden. Erste Analysen weisen darauf hin, dass neben wohnungslosen Personen oder Menschen in einer prekären Wohnsituation auch vermehrt Patienten/innen aus sozial schwachen Gruppen in die Behandlungsorte kommen. Neben medizinischen Anlässen sind Kostenübernahmen (Rezept- und Praxisgebühren, etc.) immer häufiger ein Grund (2010: 40 %) für die Inanspruchnahme dieses Versorgungsangebots. Diese Entwicklung ist eine neue große Herausforderung für das Angebot und wird zukünftig noch weiter analysiert werden (müssen).

Schlussfolgerung

Gerade auch bei niedrigschwelligem Versorgungsangeboten mit wenigen zur Verfügung stehenden Ressourcen sollten Managementwerkzeuge (Evaluation, PDCA-Zyklus, etc.) genutzt werden, um ein solches Projekt kontinuierlich weiter zu entwickeln. Es geht dabei darum, welche medizinische Versorgung innerhalb des Projektes umgesetzt werden kann, unbedingt angeboten werden muss und was nicht zu leisten ist. Aktuelle Ergebnisse weisen auf ein sich änderndes Klientel hin, d. h. weniger „klassische“ Wohnungslose, dafür aber mehr Personen aus einer sogenannten „Armutbevölkerung“. Diese Erkenntnisse gehen über das unmittelbare Projektmanagement hinaus und zeigen die gesellschaftliche Relevanz der Thematik. Es stellt sich die Frage, in welchem Umfang die geleistete Versorgung Aufgabe des Staates oder des Ehrenamtes sein sollte. Langfristig wird es nicht mehr leistbar sein, einen immer größeren Versorgungsanteil zu übernehmen und ein solches Projekt mit immer mehr Ressourcen auszustatten, sodass das medizinische Angebot an seine (u. a. auch ökonomischen) Grenzen stößt. Die Daten sind somit nicht nur für eine projektinterne Steuerung bedeutend, sondern liefern wichtige Informationen für politische Entscheidungen.