Bundestagung 2011 der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.

Workshop 3:
„Medizinische Versorgung junger und alter Menschen in der Wohnungslosenhilfe“, 11. November 2011

Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose in Hannover

Jana Meidl, B.A.
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften in Wolfsburg

Paul Wenzlaff
Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ)
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Definition: Wohnungslosigkeit

1) ohne jegliche Unterkunft: „auf Platte lebend“
= OFW (ohne festen Wohnsitz)

2) bei Verwandten, Freunden/innen und Bekannten vorübergehend untergekommen

3) in Heimen, Anstalten, Notübernachtungen, Asylen, Frauenhäusern untergebracht

4) in Wohnungen untergebracht, wobei die Kosten übernommen werden (Sozialgesetzbuch II / XII)

Quelle: BAG Wohnungslosenhilfe e.V.

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Hintergrund und Ziele der medizinischen Versorgung Wohnungsloser

Hintergrund: Individuelle und gesellschaftliche **Zugangsbarrieren** führen dazu, dass das **Regelversorgungssystem nicht aufgesucht** wird

Seit 1999: **„Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose in Hannover“** (Ärztekammer Niedersachsen, Caritasverband Hannover e.V., Diakonisches Werk Stadtverband Hannover e.V.)

Ziele:

- Angebot einer **niedrigschwelligen medizinischen Betreuung** (Grundversorgung)
- Zugang zum Regelversorgungssystem: **Weiterleitung** der Patient/innen **an adäquate Versorgungsstrukturen**
- prospektive kontinuierliche **Evaluation**
  Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ)
  Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

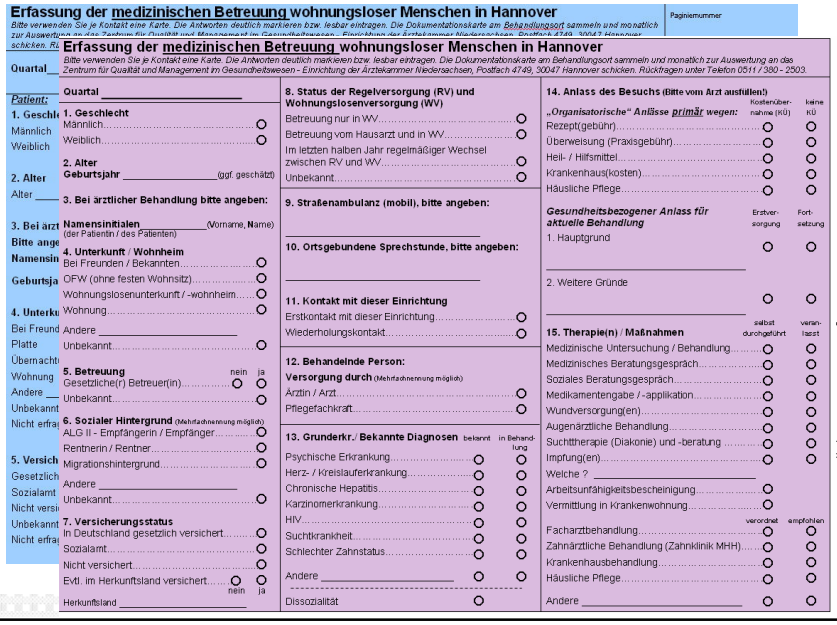
Evaluation

Systematische Erfassung der Versorgungssituation anhand einer prospektiven und kontinuierlichen Evaluation des Projekts:

- zielgerichtete bedarfsgerechte Weiterentwicklung des medizinischen Angebotes
- Umsetzung und Analyse von Veränderungen, die den Bedürfnissen der Patientengruppe entsprechen (Einrichtung einer niedrigschwelligen Suchtberatung und psychiatrischer Sprechstunden in 2010/2011)
- Bereitstellung konkreter Daten zu Lücken in der Versorgung für die Träger von Sozialeinrichtungen, die Politik, die Krankenkassen, die Ärztinnen und Ärzte und die Pflegefachkräfte

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Evaluation – Dokumentationskarten



Erfassung der medizinischen Betreuung wohnungsloser Menschen in Hannover

Paginiernummer

Bitte verwenden Sie je Kontakt eine Karte. Die Antworten deutlich markieren bzw. lesbar eintragen. Die Dokumentationskarte am Behandlungsort sammeln und monatlich zur Auswertung an das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen - Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen, Postfach 4749, 30047 Hannover schicken. Rückfragen unter Telefon 0511 / 380 - 2603.

Quartal _____

1. Geschlecht
Männlich ○
Weiblich ○

2. Alter
Geburtsjahr _____ (ggf. geschätzt)

3. Bei ärztlicher Behandlung bitte angeben:
Namensinitialen _____ (Vorname, Name) (der Patientin / des Patienten)

4. Unterkunft / Wohnheim
Bei Freunden / Bekannten ○
OFW (ohne festen Wohnsitz) ○
Wohnungslosenunterkunft / -wohnheim ○
Wohnung ○
Andere _____
Unbekannt ○

5. Betreuung (nein / ja)
Gesetzliche(r) Betreuer(in) ○ ○
Unbekannt ○

6. Sozialer Hintergrund (Mehrfachnennung möglich)
ALG II - Empfängerin / Empfänger ○
Rentnerin / Rentner ○
Migrationshintergrund ○
Andere _____
Unbekannt ○

7. Versicherungsstatus
In Deutschland gesetzlich versichert ○
Sozialamt ○
Nicht versichert ○
Evtl. im Herkunftsland versichert ○ ○ (nein / ja)
Herkunftsland _____

8. Status der Regelversorgung (RV) und Wohnungslosenversorgung (WV)
Betreuung nur in WV ○
Betreuung vom Hausarzt und in WV ○
Im letzten halben Jahr regelmäßiger Wechsel zwischen RV und WV ○
Unbekannt ○

9. Straßenambulanz (mobil), bitte angeben:
_____

10. Ortsgebundene Sprechstunde, bitte angeben:
_____

11. Kontakt mit dieser Einrichtung
Erstkontakt mit dieser Einrichtung ○
Wiederholungskontakt ○

12. Behandelnde Person:
Versorgung durch (Mehrfachnennung möglich)
Ärztin / Arzt ○
Pflegefachkraft ○

13. Grunderkr. / Bekannte Diagnosen (bekannt / in Behandlung)
Psychische Erkrankung ○ ○
Herz- / Kreislauferkrankung ○ ○
Chronische Hepatitis ○ ○
Karzinomerkrankung ○ ○
HIV ○ ○
Suchtkrankheit ○ ○
Schlechter Zahnstatus ○ ○
Andere _____ ○ ○
Dissozialität ○

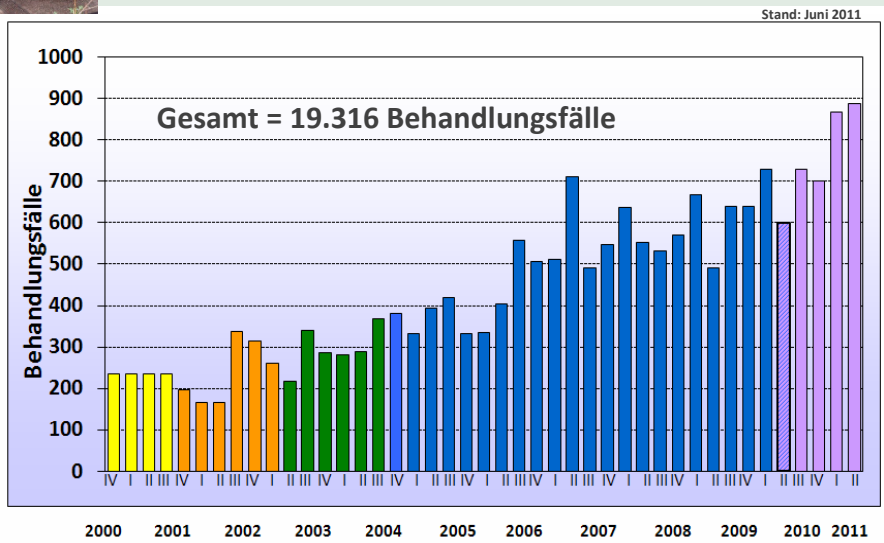
14. Anlass des Besuchs (Bitte vom Arzt ausfüllen!)
„Organisatorische" Anlässe primär wegen: (Kostenübernahme (KÜ) / keine KÜ)
Rezept(gebühr) ○ ○
Überweisung (Praxisgebühr) ○ ○
Heil- / Hilfsmittel ○ ○
Krankenhaus(kosten) ○ ○
Häusliche Pflege ○ ○

Gesundheitsbezogener Anlass für aktuelle Behandlung (Ersterversorgung / Fortsetzung)
1. Hauptgrund ○ ○
_____
2. Weitere Gründe ○ ○
_____

15. Therapie(n) / Maßnahmen (selbst durchgeführt / veranlasst)
Medizinische Untersuchung / Behandlung ○ ○
Medizinisches Beratungsgespräch ○ ○
Soziales Beratungsgespräch ○ ○
Medikamentengabe / -applikation ○ ○
Wundversorgung(en) ○ ○
Augenärztliche Behandlung ○ ○
Suchttherapie (Diakonie) und -beratung ○ ○
Impfung(en) ○ ○
Welche ? _____
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ○
Vermittlung in Krankenwohnung ○
(verordnet / empfohlen)
Facharztbehandlung ○ ○
Zahnärztliche Behandlung (Zahnklinik MHH) ○ ○
Krankenhausbehandlung ○ ○
Häusliche Pflege ○ ○
Andere _____ ○ ○

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ), 30.06.2010

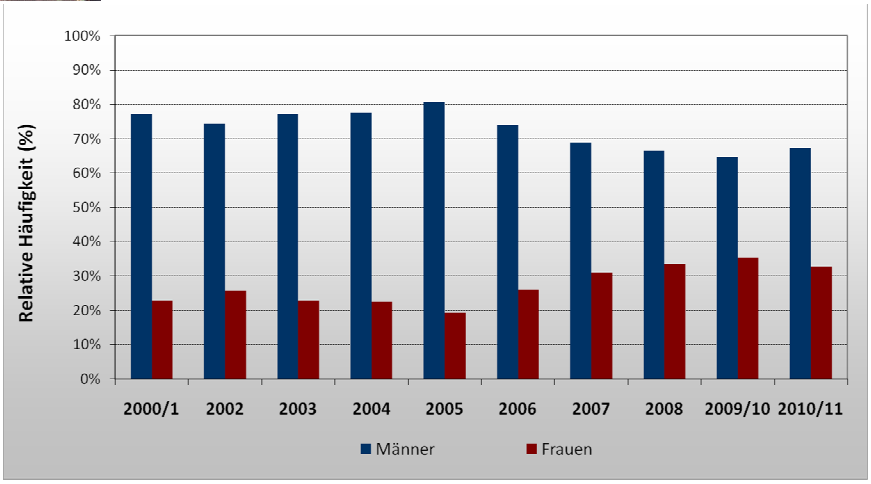
Anzahl Behandlungsfälle IV/2000 – II/2011



Zahl der Behandlungsfälle hat sich in 10 Jahren von 1.200 Fällen (2004) auf 2.700 Fälle (2010) pro Jahr mehr als verdoppelt

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

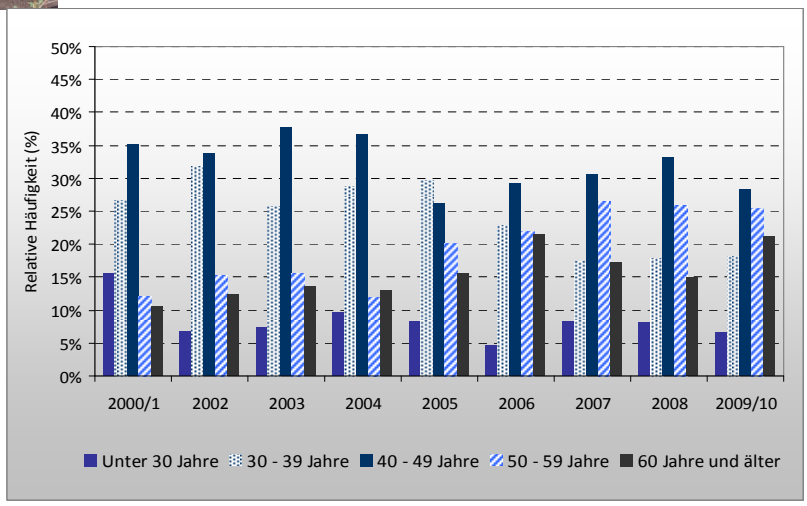
Geschlechterverteilung



- **Anteil der Frauen** an allen Behandlungsfällen ist von 23 % (2000) auf 35 % (2009/10) **angestiegen**.
- **Grund:** mehr Frauen kommen in die Behandlungsorte und dies wiederholt

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Altersverteilung

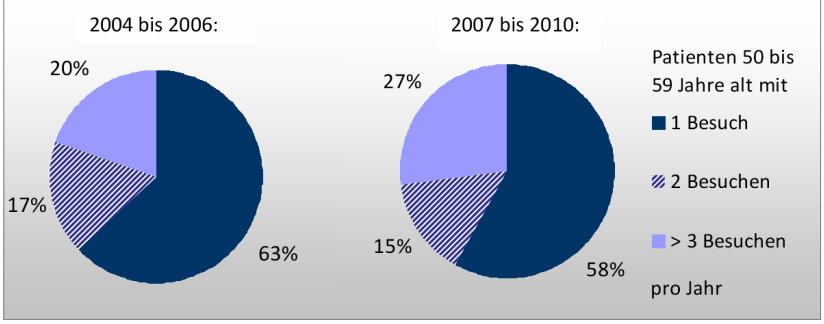


- Anteil **50- bis 59-Jähriger** an den Behandlungsfällen von 12 % auf 26 % angestiegen, Anteil 30- bis 39-Jähriger von 27 % auf 17 % gesunken
- Behandlungsfälle der **unter 30-Jährigen** schwanken zw. 5 % und 10 %

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Inanspruchnahme: > 50 Jahre

Besuche pro Jahr von Patienten im Alter von 50 Jahren und älter in den Jahren 2004 bis 2006 und 2007 bis 2010:



- Anteil der Patienten/innen mit drei und mehr Besuchen pro Jahr hat von durchschnittlich 20 % in 2004 bis 2006 auf 27 % in 2007 bis 2010 zugenommen

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Akzeptanz des Projektes

Über die Jahre zeigt sich eine zunehmende Akzeptanz des Projektes und der Versorgungsangebote:

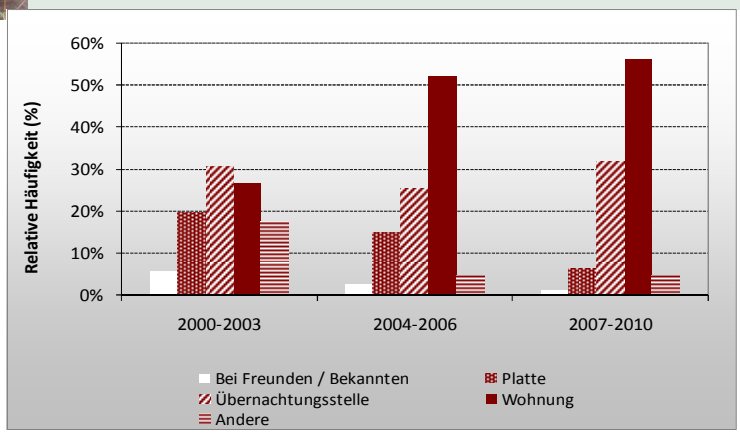
- Anstieg der Behandlungsfälle
  - mehr Patienten/innen
  - Zunahme der Besuchsfrequenz

wobei

- Zunahme des Frauenanteils (schon immer höhere Besuchsfrequenz), speziell ältere Frauen
- Steigerung der Besuchsfrequenz bei Männern
- *Klientel ändert sichert*

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Wohnung / Unterkunft

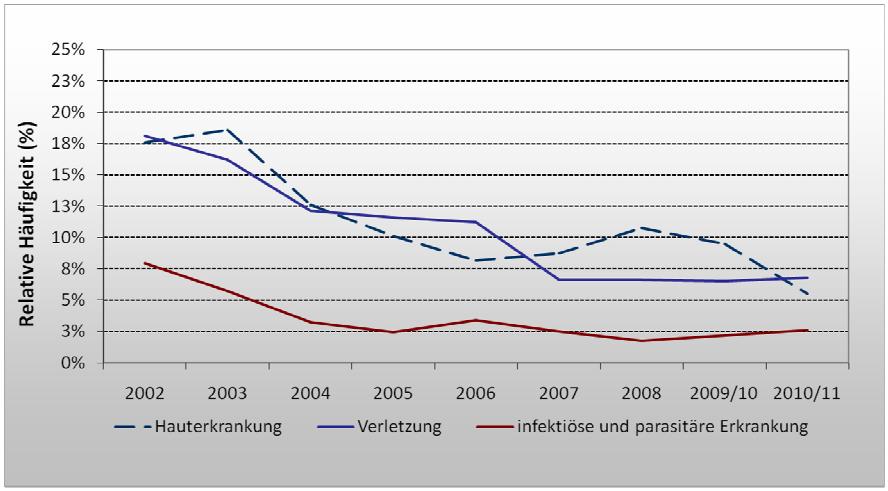


- Anteil der Behandlungen **"auf Platte" lebender Patienten/innen** von 17 % (2000) auf 6 % (2010) **gesunken**
- Versorgungsanteil der in einer **Wohnung lebenden Patienten/innen** hat sich fast **verdoppelt** (29 % 56 %)
- **2010/11:** Versorgungsanteil "auf Platte" lebender Patienten/innen auf ca. 10% gestiegen, dabei hoher Anteil polnischer Patienten (auf Durchreise =?)

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Behandlungsanlässe

typische/ erwartete Anlässe

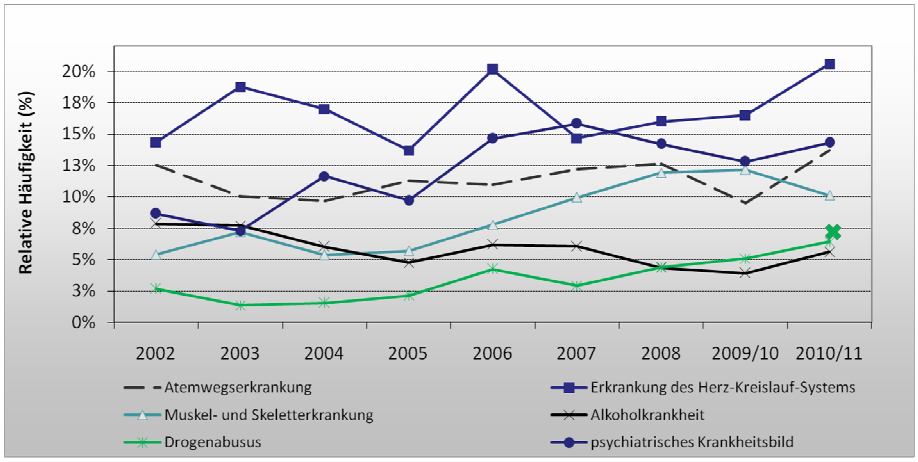


- Der Anteil von **Hauterkrankungen, Verletzungen und infektiösen/parasitären Erkrankungen** an allen versorgten Fällen ist **stark rückläufig**.

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Behandlungsanlässe

häufige Anlässe



- 2010/11: Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems (21 %) und psychiatrische Krankheitsbilder (15 %) sind weiter angestiegen
- 2010/11: geänderte (detailliertere) Dokumentation für Suchterkrankungen

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Ärztliche Versorgung (2000-2010)

Aufgrund der geänderten Krankheitsbilder hat sich auch das Spektrum der Behandlungen geändert.

- **Wundversorgungen:** ↓
  (24% 7%)
- **Soziale Beratungsgespräche:** ↓
  (65% 17%)
- **Medizinische Untersuchungen / Behandlungen:** ↑
  (0% 55%)
- **Überweisungen an einen Facharzt:** ↑
  (7% 19%)
- **Medizinische Beratungsgespräche:** →
  (82% 80%)
- **Medikamentengabe:** →
  (54% 53%)

d.h. verstärkter Zugang zur Regelversorgung

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Änderung des Patientenklientels

- Zunahme der Patienten/innen, die wiederholt zur Behandlung erscheinen (bis zu 5 mal/ Jahr)
- Zunahme älterer Patienten/innen
- Steigender Anteil der in einer Wohnung lebenden Patienten/innen
- Änderung der Krankheitsbilder

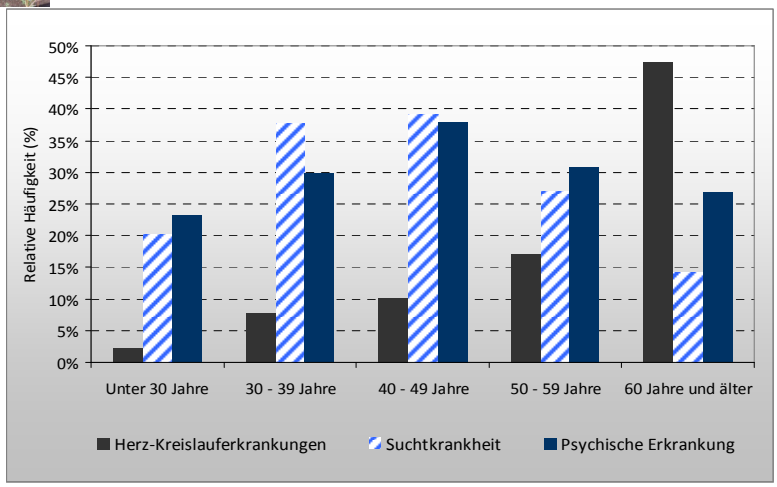
⇨ Aufgrund der Änderung des Klientels (Vermutung: hin zur „Armutsbevölkerung“) wurden neue Parameter für die zielgerichtete Evaluation aufgenommen.

Zusätzliche Erfassung von:

- Grunderkrankungen
- sozialer Hintergrund
- organisatorische Gründe des Besuchs

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Grunderkrankungen nach Alter



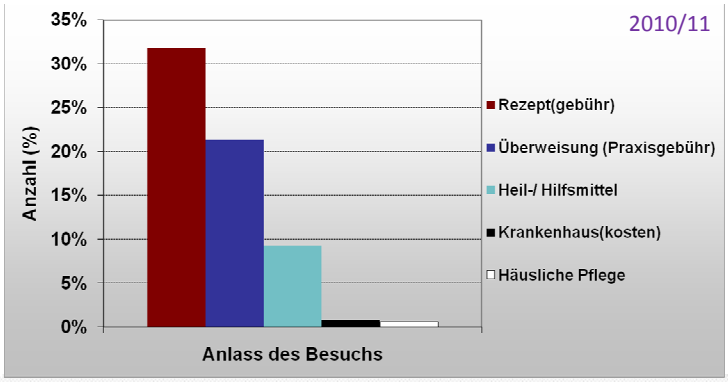
- **unter 30-Jährige:** in 39 % der Behandlungsfälle, bei denen eine Sucht-erkrankung vorliegt, wird auch eine psychische Erkrankung angegeben
- **über 60-Jährige:** bei 59 % der Behandlungsfälle ist eine Suchterkrankung mit einer psychischen Erkrankung verbunden

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Erste Ergebnisse 2010/11 (n=4.045)

Anlass des Besuchs

- in **48%** der Fälle sind unter anderem **„organisatorische“ Gründe** (Kostenübernahmen) Anlass des Besuchs
- bei 7% der Patienten/innen ist dies der einzige Anlass
- **2010/11:** 32% der behandelten Personen kommen wegen Rezepten und 21% wegen Überweisungen in die Behandlungsorte



© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Forderungen aus dem Projekt

- **Abschaffung der Praxisgebühr**, die keine steuernde Wirkung hat, Arztpraxen belastet und Mittellose zu alternativer Versorgung zwingt!
- **Abschaffung** aller sonstigen **Zuzahlungen** ohne 1 % - und 2 % - Hürde für Mitbürger mit geringem Einkommen!
- Die Gesundheitspolitik muss **Konzepte** umsetzen, die **alle Bevölkerungs-gruppen** einschließen. Langfristig ist ein Ausschluss bestimmter Gruppen nicht nur inhuman, sondern ggf. auch kostenintensiver.
- Aufgabe an unsere Gesundheitspolitiker:
  - Der so genannten „Armutsbevölkerung“ **gleichberechtigten Zugang** zum medizinischen Regelversorgungssystem zu ermöglichen.
  - Eine **bessere Versorgung** für Mittellose, Arme, Illegalisierte, Asylbewerber und Gestrandete im angeblich allen zugänglichen Gesundheitssystem zu schaffen.

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Resumée

- Das **Projekt** (inklusive Evaluation) wird auf Initiative der Ärztekammer in der konkreten Krankenversorgung umgesetzt.

- Das medizinische Angebot orientiert sich kontinuierlich an dem **Versorgungsbedarf**. Im Mittelpunkt steht **langfristiges, nachhaltiges** und **zielgerichtetes** Arbeiten.
- Durch die **prospektive Evaluation** des Projektes wird die Möglichkeit geschaffen, den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechende, Veränderungen vorzunehmen und diese zu analysieren.
- Die **Träger von Sozialeinrichtungen, die Politik, die Krankenkassen, die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte** erhalten Daten zu Veränderungen des Versorgungsbedarfs, auf die reagiert werden müssen.
- Dies zeigt die **große Bedeutung** von **Evaluation** für alle Bereiche im Gesundheitswesen (auch für Randgruppen).

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen