

Tätigkeits- und Wirkungsbericht 2022:

„Pflegerische Betreuung suchterkrankter Obdachloser im Innenstadtbereich durch aufsuchende Arbeit“

Projektname kurz „*SIDA Mobil*“



„Dadurch, dass ich morgens zuerst meinen Pegel auffüllen muss schaff` ich`s später nicht mehr
wohin. SIDA kommt verlässlich und ich werd` besser versorgt als in anderen Einrichtungen.“

Nina wohnungslos

SIDA - steht für
**SOFORTHILFE UND
INFORMATION
DURCH
AMBULANTE VERSORGUNG**

Projektträger: SIDA e.V. Hannover
Projektzeitraum: 1.5.2020 – 31.12.2022

Hannover, im September 2022



Inhalt

Exkurs	3
1. Die Eckpunkte des Konzeptes	5
Der SIDA e.V.	5
Überleitung in andere Strukturen durch SIDA e.V.	5
Zielgruppe	7
Regionale Begrenzung	7
Zugangswege	7
Umsetzung	9
Dokumentation	9
Daten- und Persönlichkeitsschutz	9
2. Die Umsetzung	11
Rahmenbedingungen	11
Leistungsumfang	11
Ablauf eines „SIDA-Mobil“ Einsatzes	13
Die Touren:	15
3. Auswirkungen der Pandemie auf die Zielgruppe	16
4. Flexibilisierung der Einsätze & klimatische Einflüsse	17
5. Evaluation der „SIDA-Mobil“ Statistik	21
Statistikerhebung im Rahmen des „SIDA-Mobils“	22
Anteil pflegerisch versorgter Kontakte zu sonstigen Straßenkontakten	22
Verteilung Geschlecht	26
Versicherungsstatus	29
Besuche anderer Versorgungsstrukturen	31
Mögliche Gründe für ein Fernbleiben der Regelversorgung	32
Pflegebedürftigkeit	34
Psychische Auffälligkeiten	35
Einschränkungen der Mobilität	37
Allgemeinzustand	38
Wundsituation	40
Ausländische Wohnungslose & Suchtkranke	44
Rettungsdienst Einsätze	45
Fehlendes Entlassungsmanagement Wohnungsloser & Suchtkranker	47
6. Fazit 2022 Hannover braucht das „SIDA-Mobil“	48
7. Zukunftsperspektiven	50
Feedback von Wohnungslosen und Suchterkrankten	53
Feedback von Institutionen / Kooperationspartner*innen	55

Exkurs

In Zusammenarbeit mit der Stadt Hannover wurde das Projekt „Pflegerische Betreuung suchterkrankter Obdachloser im Innenstadtbereich durch aufsuchende Arbeit“ vom SIDA e.V. Ende Januar 2020 konzipiert. In der internen Kommunikation wird das Projekt als „SIDA Mobil“ bezeichnet, da die aufsuchende krankenpflegerische Arbeit mit einem Bollerwagen, dem „SIDA Mobil“, stattfindet.

SIDA e.V. ist aufgrund der Entstehungsgeschichte in der Szene von Suchterkrankten und Wohnungslosen seit 1989 eine etablierte Institution. Der Projektstart am 01.05.2020 fiel auf die Zeit des, durch SARS-CoV-2 bedingten, ersten Lockdowns. Das Projekt lief zunächst bis zum 31.12.2020 und wurde von der Stadt Hannover für 2 Jahre vom 01.01.2020 - 31.12.2022 verlängert und ist heute ein etabliertes Angebot für Wohnungslose und Suchtkranke in Hannover.

Ein großes Ziel der aufsuchenden Arbeit ist das Vermitteln in bestehende Versorgungsstrukturen für Suchterkrankte oder Wohnungslose in Hannover. Dies gelingt bei einem Teil der Wohnungslosen sehr gut, bei anderen, aufgrund eingeschränkter Compliance, schlechtem medizinischen und/oder pflegerischen Allgemeinzustand nicht mehr. Dennoch kann hier durch das „SIDA-Mobil“ eine Vertrauensbasis aufgebaut werden, die eine verlässliche krankenpflegerische Versorgung, Betreuung und Beratung durch Soforthilfe auf der Straße möglich macht.

Einen weiteren Schwerpunkt legt das Projekt „SIDA-Mobil“ auf die Wundversorgung von akuten und chronischen (oftmals seit Jahren bestehenden) Wunden. Die Lebenssituation der Wohnungslosen führt häufig zu suboptimalen Wundheilungsbedingungen und nicht selten auch zu Wundsituationen mit drohender Amputation von Gliedmaßen, Sepsis und akuter Lebensgefahr. Diese lebensbedrohlichen Zustände entstehen z.B. durch mangelnde Hygiene, ungünstige Witterungsverhältnisse, insbesondere durch durchnässte Füße / Beine durch Regen und Schnee, unpassende Kleidung / unpassende Schuhe und Begleiterkrankungen, die zu gestörter Durchblutung in den unteren Extremitäten führen wie pAVK, Diabetes uvm..

Die „SIDA-Mobil“ Tour findet jeden Montag, Donnerstag und Samstag von ca. 13-17 Uhr statt. Im Januar 2022 wurden in diesem Jahr mit 46 die wenigsten und im Mai 2022 mit 170 die meisten krankenpflegerischen Versorgungen bei Wohnungslosen und Suchtkranken pro Monat durchgeführt. Die Anzahl der Straßenkontakte gesamt lag im Februar 2022 am niedrigsten mit 419 und im Mai 2022 am höchsten mit 731 Wohnungslosen und Suchtkranken, die vom „SIDA-Mobil“ angefahren wurden.

Die Fachpflegekräfte agieren als Schnittstelle zum Gesundheitssystem und veranlassen bei Bedarf weitere notwendige Schritte, wie Erste Hilfe Maßnahmen, Krankenhauseinweisung, Vorstellung beim Haus- oder Facharzt, Vermitteln in andere Strukturen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe.

Im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie und den weitreichenden Einschränkungen für Wohnungslose und Suchterkrankte ist das „SIDA-Mobil“ mit seinen Krankenpflegekräften eine tatkräftige gesundheitliche Unterstützung geworden. Da das „SIDA-Mobil“ anonym und niedrigschwellig konzipiert ist, nehmen viele Menschen das Angebot an, die sonst das Hilfesystem aus oben genannten Gründen nicht beanspruchen. Dieser Erfolg zeigt, dass auch über die Pandemie hinaus, diese aufsuchende krankenpflegerische Versorgung ein unverzichtbares Projekt in der Stadt Hannover geworden ist.



Der „SIDA-Mobil“-Bollerwagen im Einsatz

1. Die Eckpunkte des Konzeptes

Der SIDA e.V.

Der Verein SIDA e.V. übernahm nach einer Phase des Bundesmodellprojekts (1989-1992) am 1. Juli 1992 seine Tätigkeit als Spezialpflegedienst für Menschen mit HIV und AIDS. Die enge Kooperation und Vernetzung von Medizin, Krankenpflege, Versorgung und Sozialarbeit zeichnet SIDA besonders aus. SIDA steht für „Soforthilfe und Information durch ambulante Versorgung“.

Schwerpunkt der aktuellen Arbeit ist die Versorgung von Wohnungslosen und Suchterkrankten u.a. durch Behandlungspflege z.B. Substitution, Pflege und Betreuung. Gemeinsam mit der Caritas betreiben wir eine Gesundheitssprechstunde für Wohnungslose und Suchterkrankte in der Straßenambulanz der Caritas. Darüber hinaus bietet SIDA e.V. kranken- / pflegebedürftigen Wohnungslosen und Suchterkrankten die Möglichkeit, in einer der 14 Wohnungen unseres Wohnprojektes „Shorty - Ambulantes Einzelwohnen“ selbstbestimmt zu wohnen und zu leben.

Überleitung in andere Strukturen durch SIDA e.V.

Eine Projektzielsetzung ist die Stabilisierung und Verbesserung der aktuellen Lebens- und Gesundheitssituation von Wohnungslosen und Suchterkrankten durch unmittelbare (krankenpflegerische) Hilfen, Beratung, sowie die Vermittlung und Anbindung in bestehende Versorgungsstrukturen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe.

Hier hat sich als besondere Synergie erwiesen, dass der SIDA e.V. dieselben Krankenpflegekräfte vom „SIDA-Mobil“ auch in den Versorgungsstrukturen der Caritas Straßenambulanz und der Gesundheitssprechstunde einsetzt. Viele Wohnungslose und Suchterkrankte mit mangelnder Compliance oder psychischen Erkrankungen fassten durch den regelmäßigen Kontakt auf der Straße Vertrauen zu einzelnen Mitarbeiter*innen, so dass diese nun auch regelmäßig Angebote der Straßenambulanz aufsuchen, wie die ärztliche Sprechstunde, die Gesundheitssprechstunde, den Tagestreff oder sozialarbeiterische Unterstützung. Die Pflegefachkraft schlägt hier eine Brücke von der Straße in die Straßenambulanz, wobei auch oft der Zugang zur Sozialarbeit, dem Tagestreff und der ärztlichen Sprechstunde erschlossen wird.

Auch konnten einige Wohnungslose direkt von der Straße in Krankenwohnungen der Caritas oder Diakonie, in Wohnungslosenunterkünften oder das vereinseigene Wohnprojekt „Shorty-Ambulantes Einzelwohnen“ aufgenommen werden. Dies war besonders vor und während des

kalten und schneereichen Winters 2021 ein großer Erfolg für die betroffenen Suchterkrankten und Wohnungslosen.

Eine zentrale Aufgabe der Projektbegleitung des "SIDA-Mobils" ist die Vernetzung und der stetige und auch kurzfristige Austausch mit anderen Hilfestrukturen der Wohnungslosen- und Suchthilfe, aber auch ärztlichen Kooperationspartner*innen. SIDA e.V. nimmt an folgenden Arbeitskreisen und Veranstaltungen teil:

- AK Sucht, Drogen und HIV,
- AK Aufsuchende Hilfen auf der Straße
- Runder Tisch Sucht und Drogen
- Workshop zur Sommerhilfe Wohnungsloser
- Workshop zur Winterhilfe zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser im Winter

Ein stets aktueller Wissensstand über die Angebote, Öffnungszeiten, Ansprechpartner*innen etc. sind für die Beratung auf der Straße unabdingbar. Es finden vor jedem Einsatz Briefings statt, bei welchen Informationen über besondere oder aktualisierte Angebote und Aktionen für Wohnungslose oder auch pflegfachliche Informationen zu besonders pflegebedürftigen Wohnungslosen und deren Versorgung besprochen werden. Die Wohnungslosen sind dringend auf diese stets aktuellen Informationen angewiesen.¹

SIDA e.V. initiierte 2020 auch einen Arbeitskreis für Pflegefachkräfte und medizinisches Fachpersonal, die Wohnungslose und Suchterkrankte versorgen, um Vernetzung und Austausch zu ermöglichen, da dieser in der Vergangenheit in diesen Berufszweigen nur rudimentär vorhanden war.

Vermittlung an geeigneten Wohnunterkunft drei Beispiele für eine erfolgreiche Vermittlung

1. Beispiel Haft Entlassung

Einem körperlich stark eingeschränkten Rollstuhlfahrer konnten wir nach seiner Entlassung aus der JVA den Einzug in eine barrierearme Wohnung ermöglichen. Glücklicherweise war gerade zu diesem Zeitpunkt eine Erdgeschosswohnung in unserem Wohnprojekt „Shorty-Ambulantes Einzelwohnen“ frei. Auch eine ärztliche Anbindung und eine körperpflegerische

¹ siehe Feedback Anna, 44 Jahre, wohnungslos, S. 34 f.

und hauswirtschaftliche Versorgung durch den Pflegedienst konnte bei diesem schwer kranken Mann in die Wege geleitet werden.

2. Beispiel Straße > Krankenwohnung > dann Housing First Einzug

Eine wohnungslose Frau konnte zunächst eine Zeit lang in die Krankenwohnung der Diakonie und anschließend in eine eigene Wohnung im Housing First umziehen.

3. Beispiel Krankenwohnung > dann in die eigenen vier Wände

Ein weiterer wohnungsloser älterer Mann konnte vom Alten Flughafen zunächst in einer Krankenwohnung unterkommen. Nun endlich hat er seine eigenen vier Wände bezogen.

Zielgruppe

Zielgruppe des Projektes sind kranke und pflegebedürftige Wohnungslose und Suchterkrankte, die nicht durch andere Maßnahmen erreicht werden. Häufig liegt eine Multimorbidität und fast immer eine mangelnde Compliance, bedingt durch psychische Erkrankungen, vor. Nur durch eine aufsuchende Arbeit kann diesen Menschen der Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem erschlossen werden.

Regionale Begrenzung

Das Angebot soll zunächst auf den Innenstadtbereich und bekannte Hotspots begrenzt werden. SIDA agiert aktuell ca. 1,5 km um den Bahnhof und fährt bestimmte Hotspots, wie z.B. die „Oettingerwiese“, den Weiße-Kreuz-Platz, die Schloss-Arkaden u.a., auf festen Touren an.

Aus anderen Institutionen erreichen uns regelmäßig Anfragen von Sozialarbeiter*innen von pflegebedürftigen Wohnungslosen im Innenstadtbereich. Vereinzelt erreichten uns ebenso Anfragen von Streetworker*innen von weiteren pflegebedürftigen Wohnungslosen auch außerhalb der Innenstadt (in den Stadtteilen Südstadt, Döhren, Nordstadt, List, Ahlem). Diese Patient*innen erreichten uns dann entweder auf der Tour in der Innenstadt oder kamen zur Beratung zu uns in die Dienststelle nahe des Hauptbahnhofs.

Zugangswege

Die Zielgruppe kann nicht in „Komm-Strukturen“ eingebunden werden, also Einrichtungen, zu denen man sich aktiv aufmachen muss. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Häufig liegt eine eingeschränkte Gehfähigkeit aufgrund von großflächigen Wunden vor. Manchmal sorgt auch

die psychiatrische Erkrankung für eine schlechte Compliance. Viele Wohnungslose ohne Krankenversicherung (insbesondere, wenn der Aufenthaltsstatus ungeklärt ist) suchen, wie auch Suchterkrankte mit starkem Suchtdruck, keine Versorgungsstrukturen mehr auf.

Daher ist nur eine aufsuchende Arbeit erfolgversprechend, um die Lebenssituation und den Gesundheitszustand zu verbessern. Das Projekt wurde aus oben genannten Gründen als aufsuchende Arbeit konzipiert. Um möglichst flexibel agieren zu können, wurde ein Bollerwagen angeschafft. Dieser Bollerwagen wird vor jeder Tour mit den für die pflegerischen Arbeiten notwendigen Materialien bestückt, z.B. Masken, Verbandsmaterial, Hygieneartikel, Wunddesinfektionsspray und Informationsmaterial der Hilfsstrukturen für die Zielgruppe.

Der Zugangsweg beinhaltet daher drei Komponenten:

- Erarbeitung einer Vertrauensbasis,
- Verlässlichkeit des Angebots,
- Anbieten der Leistung am Aufenthaltsort der Zielgruppe.

Umsetzung

Die Umsetzung erfolgt dadurch, dass die Pflegefachkräfte des SIDA e.V. mit dem Bollerwagen zu bestimmten Zeiten übliche Treffpunkte aufsuchen, dort mit den Patient*innen sprechen und die wesentlichen Probleme identifizieren. Im ersten Schritt wird, soweit möglich, direkt vor Ort „Erste Hilfe“ im Wortsinne geleistet. Im zweiten Schritt wird sich bemüht, behutsam die Patient*innen an bestehende Hilfestrukturen anzubinden.

Dokumentation

Eine Dokumentation über Inhalt und Umfang der Hilfen wird über eine Statistik anonymisiert gewährleistet. Im Rahmen eines Tätigkeits- und Wirkungsberichtes wird eine Bewertung der Statistikparameter vorgenommen. Daraus resultieren neue Ziele und Schwerpunktsetzungen für die Arbeit.

Daten- und Persönlichkeitsschutz

Zu der Schaffung von Vertrauen gehört bei der Umsetzung der Maßnahmen insbesondere auch, dass sowohl der Datenschutz als auch die Persönlichkeitsrechte gewahrt bleiben, da das Angebot auch die Möglichkeit einer anonymen Versorgung einschließt. Viele Wohnungslose und Suchterkrankte machen besonders zu Anfang von der anonymen Versorgung Gebrauch. Sobald es gelingt, diese Menschen an andere Versorgungsstrukturen einzubinden, geben diese oftmals ihre persönlichen Daten und sofern vorhanden, ihre Versicherung an.

Wie auf den Bildern zu sehen ist, führen wir zum Schutz vor neugierigen Blicken z.B. Regenschirme und/oder einen großen Anglerschirm mit Seitenwänden mit, mit denen wir die Patient*innen im wahrsten Sinne des Wortes auf Wunsch „abschirmen“. Auch ziehen sich die Mitarbeiter*innen vom „SIDA-Mobil“ oft mit den zu behandelnden Menschen an ruhigere Orte zurück, die bessere Arbeitsbedingungen und im Idealfall eine Sitzgelegenheit für den Wohnungslosen / Suchterkrankten bieten.

Der Aufbau des Vertrauensverhältnisses und die Versorgung durch feste Bezugspersonen ist für das Projekt essentiell und gelingt im zweiten Projektjahr noch besser als im ersten Jahr. ²

² siehe auch Feedback von Institutionen/Kooperationspartnern Katharina Straßensozialarbeit S. 35 f.



Anglerschirm zur Wahrung der Privatsphäre bei der Behandlung



Gelber Bügel am Hauptbahnhof dient als Sitzgelegenheit, hier werden Verbände etwas abseits des Geschehens durchgeführt

2. Die Umsetzung

Rahmenbedingungen

Bereits vor der SARS-CoV-2-Pandemie war ein grundlegendes Problem der Versorgung von Wohnungslosen und Suchterkrankten, dass diese bei gesundheitlichen Problemen die "Komm - Strukturen" nicht, nicht ausreichend oder nur in absoluten Notfällen aufsuchten. Die Gründe hierfür sind vielfältig, ohne dass auf dieses Verhalten eingewirkt werden kann.

Als Leitlinie für dieses Projekt haben wir aus unserer langjährigen Erfahrung aus dem HIV/AIDS-Bereich gewählt:

„Wer Menschen unterstützen will, muss ihnen begegnen.“

Leistungsumfang

Die examinierten Fachkräfte der Krankenpflege mit jahrelanger Erfahrung bieten im Rahmen des niedrigschwelligen Angebots Pflege, Betreuung, Krankenbeobachtung und Beratungsgespräche zu vielfältigen Themen an (siehe Statistikauswertung). Im Rahmen der krankenschwangerischen Versorgung erfolgen z.B. Messung von Vitalwerten, komplexe fachgerechte Wundversorgung von akuten (z.B. Stichverletzung, Verbrennung) und chronischen Wunden (z.B. Ulcus Cruris, Wundrose/Erysipel), Verteilung von Masken, Wasser, Hygieneartikeln, sowie Informationen zu Corona und anderen Erkrankungen, Flyer zu diversen Versorgungsstrukturen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe.

Neben diesen „handfesten“ Tätigkeiten hat unsere Arbeit auf der Straße einen ebenso großen Anteil an psychosozialen Komponenten. Vielfach öffnen sich die Menschen, die wir auf der Straße versorgen, wenn sie Vertrauen gefasst haben. Hierfür hat es sich als hilfreich erwiesen, dass nur ein kleiner Kreis von festen Krankenpflegekräften diesen Personenkreis versorgt. Zurzeit werden 4 feste Mitarbeiter*innen im „SIDA-Mobil“ Projekt eingesetzt und 2 Mitarbeiter*innen springen ein, wenn es z.B. zum Personalausfall kommt. Die Pflegefachkräfte suchen die Wohnungslosen und Suchterkrankten in ihrer Lebenswelt auf. Ein „bekanntes Gesicht“ kommt regelmäßig in Zeiten der Pandemie zu ihnen zu Besuch. So wird die Krankenpflegefachkraft zur* zum Vertrauten und übernimmt fast schon eine Art „Anwaltschaft“ für die Interessen der Wohnungslosen und Suchterkrankten.

Beratungsgespräche erfolgen u.a. zu:

- Erkrankungen: Apoplexverdacht, Epilepsie / Krampfanfälle, Multiple Sklerose, Krebserkrankungen, Abklärung Mamma-Ca Verdacht
- Wundbehandlung
- Gesundheitsförderung, Vorsorgeuntersuchungen, Krebsvorsorge
- Unterkünfte/ Unterbringungsmöglichkeiten, Kleiderkammer, Essensausgabe
- Besondere Winterhilfsangebote in Hannover, Kältebus, Winter Schlafplätze
- Suchtberatung /-hilfstrukturen /-Entzug / Substitution / Drogentestungen / Diamorphin
- Zahnschmerzen / Zahnmobil / Schmerzmedikation

„SIDA-Mobil“ krankenflegerische Behandlungen u.a.:

- Erfrierungen nach der Kältewelle 2021
- Polytoxikomanie mit und ohne Bewusstseins Einschränkungen häufig mit RTW Einsatz
- Chronische Wunden z.B. Erysipel, tiefer Fistelgang am Gesäß, Infizierte Oberschenkelamputation, Abszesse
- Diverse Beratungen nach Operationen und Krankenhausentlassungen ohne ausreichende Nachsorge (“blutige Entlassungen”)
- Durchfall, Inkontinenz
- Allergie / allergische Reaktion, Asthmaanfall
- Beratung Kachexie, Dehydration, Ernährungsberatung
- Drohender Fingerverlust bei mumifizierten Fingern
- Befall mit Krätzmilben oder Läusen, Vermittlung der Behandlung in weiterführenden Strukturen wie Straßenambulanz
- Akute Verletzungen durch Hundebiss, Glasscherben, Schlägerei, Stich- und Schnittverletzungen, Verbrennung, Verbrühung, Nahtmaterial entfernen
- Hitzeschlag, Exsikkose
- COVID-19-Impfberatung, COVID-19-Prävention, COVID-19-Abklärung
- Fußpilz, Nagelbettentzündung, Blasen (oft durch unpassendes oder fehlendes Schuhwerk)
- Hauterkrankungen wie Neurodermitis oder Psoriasis
- RTW Einsatz z.B. nach Sturz, Schädelhirntrauma, Bewusstseinsstörungen, Krampfanfällen, nach Intoxikation
- Psychosen, Schizophrenien, Neurosen und andere schwere psychische Störungen
- Stauungsdermatitis, Polyneuropathien
- Stoma Versorgung
- Tumor Nachsorge
- Vigilanz Kontrolle bei Bewusstseinsstörungen
- Zahn-OP Nachsorge

Ablauf eines „SIDA-Mobil“ Einsatzes

Im Laufe der Zeit haben sich die Pflegefachkräfte des SIDA e.V. das Vertrauen der Betroffenen erarbeitet. Die gelben Warnwesten werden von der Zielgruppe bereits von weitem erkannt und einige Wohnungslose kommen uns mittlerweile auch entgegen bzw. einige halten sich zu den angegebenen Tourzeiten an ihren üblichen Lagerplätzen auf.



Versorgungssituation bei einem Verbandswechsel

SIDA-Mobil Ablauf kurz und knapp:

- Einsatz Briefing
- Packen des Bollerwagens
 - Tour Route wird abgelaufen
 - Kontaktaufnahme, Begrüßung
 - „Door Opener“ Angebot von Masken, Wasser und Hygieneartikeln
 - Erkundigen nach dem allgemeinen Gesundheitszustand
 - Anamnese zu vorliegenden Erkrankungen und bisheriger Versorgung
 - krankenpflegerisches Beratungsgespräch

- gezielte Nachfragen, ob offene Hautdefekte / Wunden bestehen
- ggf. Vitalzeichen ermitteln (Blutdruck, Puls, Temperatur, Blutzucker)
- ggf. Wundversorgung
- Überleitungsgespräch in andere Versorgungsstrukturen
- Informationen zur Pandemie-Situation, geänderte Verordnungen, Corona Präventionsmaßnahmen
- Verweis auf nächste Tour
- Verabschiedung
- Statistik über versorgten Kontakt führen
- Bollerwagen aufräumen und -füllen

Verteilen von Materialien beim „SIDA-Mobil“ Einsatz

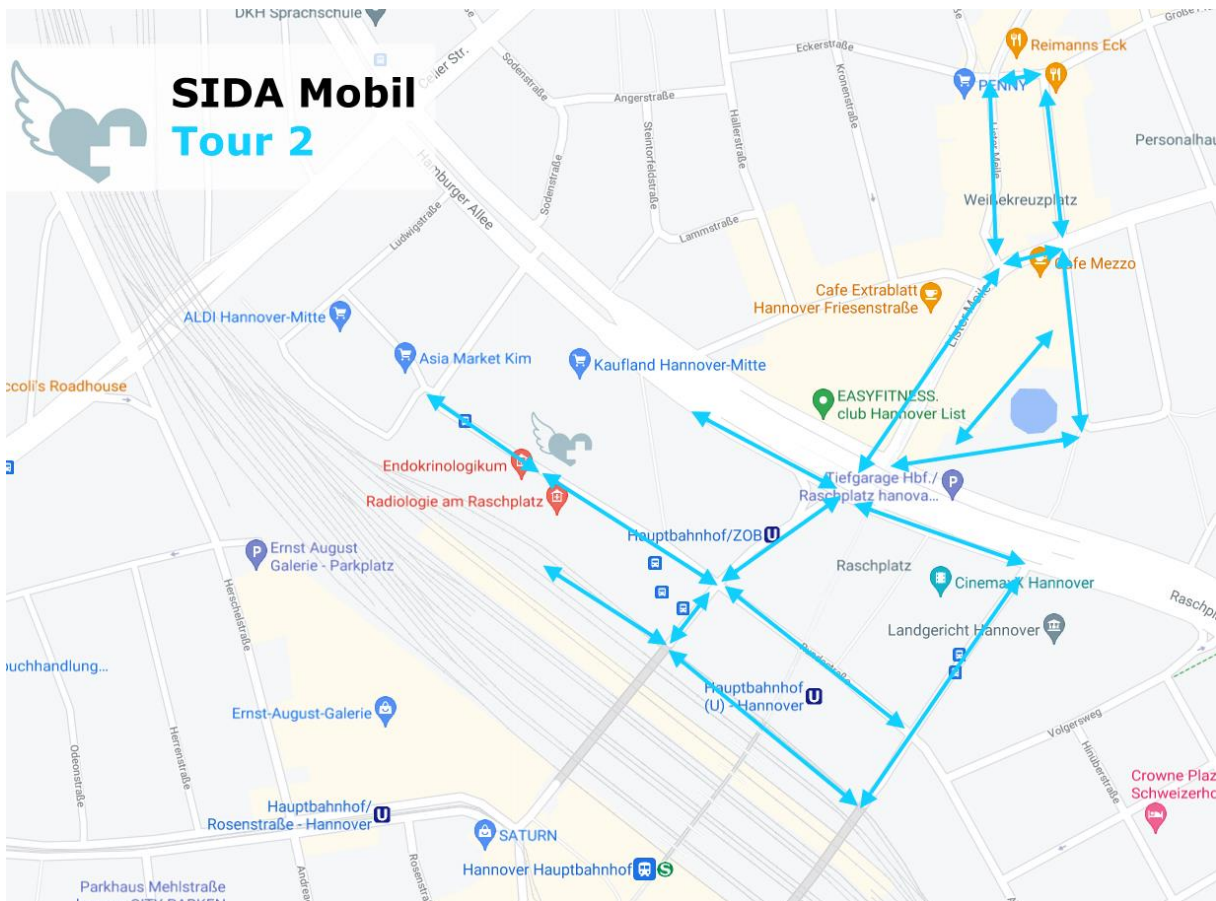
- nicht verschreibungspflichtige Schmerzmedikamente
- Hygieneartikel z. B. Kondome, Binden, Tampons, Taschentücher, Salben, Cremes, Lotion
- Inkontinenzmaterial und Krankenunterlagen
- Informationsmaterial der Sucht- und Wohnungslosenhilfe, Beratungs- und Versorgungsangebote
- Notfallkleidung wie trockene Socken, Hose, Schuhe insbesondere nach Verbandswechseln
- Medizinische Masken / FFP2 Masken
- Pflaster / Wundversorgungsmaterialien / Kompressionsbinden
- Saisonal angepasst: Kleidung,

Die Touren:

Die „SIDA-Mobil“ Tour findet jeden Montag, Donnerstag und Samstag von ca. 13-17 Uhr statt und wird von 2 erfahrenen Krankenpflegefachkräften unseres Pflegedienstes besetzt. Es finden 9 krankenpflegerische Arbeitsstunden mit 2 Mitarbeiter*innen pro Woche statt, diese werden je nach Wetterlage flexibel auf 3 Tage aufgeteilt und orientieren sich am Bedarf und den angetroffenen Menschen bei den Touren.

Gelegentlich begleiten zusätzlich Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und angehende Pflegefachmänner und -frauen aus dem Ausbildungsverbund der Kliniken Hannovers die Touren. Die Touren werden manchmal leicht abweichend gefahren, denn mittlerweile sind feste Lagerplätze von pflegebedürftigen Menschen bekannt und werden gezielt aufgesucht.





3. Auswirkungen der Pandemie auf die Zielgruppe

Aufgrund der prekären Lebensverhältnisse, Armut, dem eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung und bestehenden Vorerkrankungen haben Wohnungslose und Suchterkrankte ein erhöhtes Risiko sowohl für eine Infektion mit dem SARS-CoV-2, als auch für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf.

Daher wurden auch präventive krankpflegerische Maßnahmen mit ins Projekt integriert:

- Verteilen von medizinischen Masken sowie FFP2 Masken
- Temperaturkontrollen, Abfragen von Infektanzeichen, Weiterleitung zur Abklärung
- Sicherstellung des Zugangs zu niedrigschwelligen aktuellen Informationen zum Infektionsgeschehen, zu Präventionsmöglichkeiten und geltenden Infektionsschutzmaßnahmen besonders im Lockdown
- Schaffung niedrigschwelliger Zugangsmöglichkeiten zur SARS-CoV-2-Testung und COVID-19-Impfung durch Vermitteln von Impfterminen beim Mecki, bei der Straßenambulanz, beim Stellwerk / Impfbus Angebot

Von den Maßnahmen und Einschränkungen zur Bekämpfung der Pandemie, wie z.B. dem Lockdown, sind Wohnungslose und Suchterkrankte sehr hart getroffen gewesen. Durch regelmäßiges Verteilen von FFP2- und medizinischen Masken konnte z.B. den Wohnungslosen zumindest der zeitweilig nur mit FFP2-Maske zugängliche Hauptbahnhof oder das Nutzen der öffentlichen Verkehrsmittel wieder erschlossen werden.

Die Wohnungslosen und Suchterkrankten waren in dieser Zeit auch von Schließungen oder zumindest drastisch reduzierten Angeboten der Sucht- und Wohnungslosenhilfe (wie Reduzierung der Konsumplätze in Einrichtungen der Suchthilfe, verkürzte Aufenthaltszeiten der Tagestreff-Einrichtungen) betroffen, welche zum Teil durch das „SIDA Mobil“ aufgefangen oder zumindest abgemildert werden konnten.

4. Flexibilisierung der Einsätze & klimatische Einflüsse

„SIDA-Mobil“ Einsätze im Winter

Die kalte auch sehr nasse Jahreszeit zeigt, dass eine Flexibilisierung des „SIDA-Mobil“ Angebots unabdingbar ist. So erwies es sich z.B. in den Wintermonaten beim Kälteeinbruch insbesondere im Februar 2021 als sehr schwierig mit dem Bollerwagen über die schwer passierbaren Gehwege zu kommen. In Zeiten starken Schneefalls waren die Mitarbeiter*innen mit abgespeckter Ausrüstung in Rucksäcken zu Fuß unterwegs, da der Bollerwagen nur schwer die zu geschneiten Fußwege passieren kann.

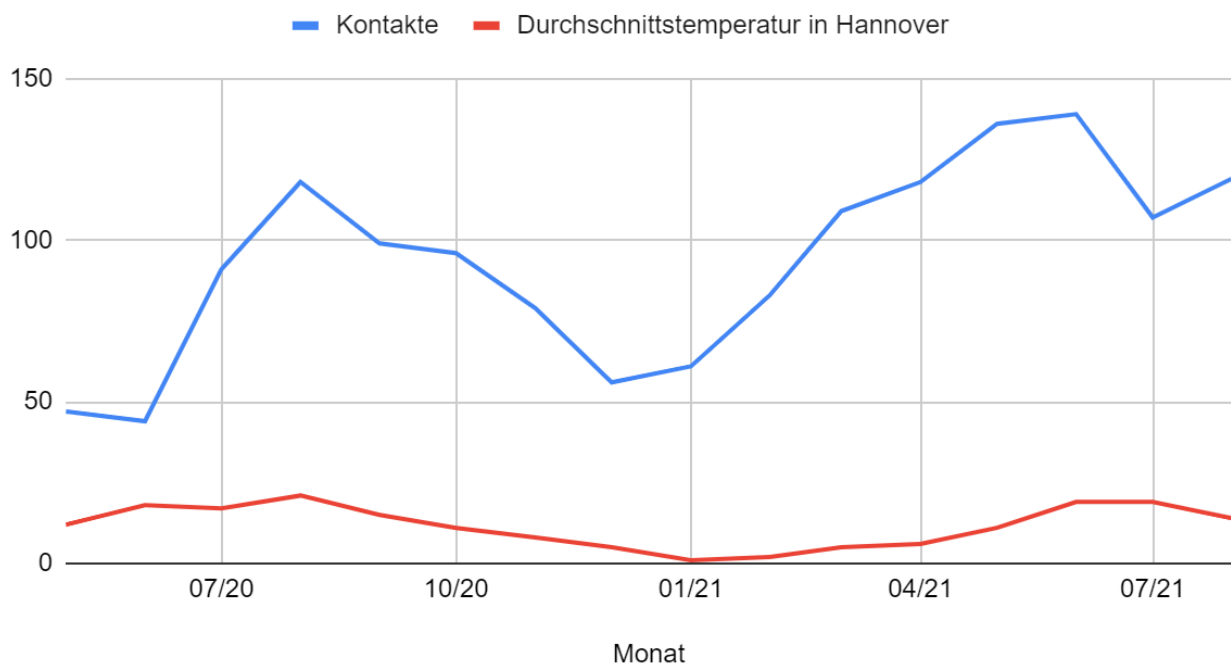
Auch im Winter 2021/2022 wurden die Einsätze flexibel auf die Witterungsverhältnisse angepasst. Die Materialien auf dem Bollerwagen werden mittlerweile an das Wetter angepasst. So wird die Notfallkleidung z.B. angepasst oder mehr Wechselsocken bei nassem Wetter eingepackt. Außerdem wurden an sehr kalten Tagen, die zum Glück größtenteils verlassenem Schlaflager täglich kontrolliert. Der Winter 2021/2022 erwies sich glücklicherweise als weniger heftig als der Winter zuvor und wir haben weniger Erfrierungen an Händen und Füßen gesehen als im Winter 2020/2021.



Verlassene Winterschlaflager am Pavillion

Die zusätzlichen Winterangebote der Stadt wurden von Wohnungslosen und Suchtkranken gut angenommen. Kurzfristig konnten warme und trockene Schlafplätze organisiert werden. Einige Verbandswechsel führten wir in der kalten, nassen und schneereichen Zeit ausnahmsweise in unseren Diensträumen durch. Hier erreichten uns auch Hilfesuche der Bahnhofsmision von wohnungslosen Menschen mit durchnässten Schuhen und Verbänden, auf die spontan reagiert wurde. Ein wohnungsloser Pflegebedürftiger konnte diesen Winter erfolgreich in einer Krankenwohnung der Diakonie einziehen, anderen konnte vor dem Kälteeinbruch kurz- oder auch längerfristig eine Unterkunft vermittelt werden.

Versorgte Kontakte in Korrelation zur Temperatur in Hannover



Nach dem nun zweiten Winter mit unserem Projekt können wir sagen, dass die „SIDA Mobil“ Arbeit eine wetterbedingte Flexibilität und ein undogmatisches Reagieren auf die Bedarfe der Wohnungslosen und Suchterkrankten erfordert. So werden in Einzelfällen auch Wundversorgungen bedarfsorientiert häufiger als 3x wöchentlich vorgenommen oder auf spontane Hilfesuche reagiert und Versorgungen außerhalb der festgelegten Einsatztage (Mo, Do, Sa) vorgenommen. Insbesondere nasses Wetter oder Frost reduzieren die Anzahl der angetroffenen und zu versorgenden Personen bei den Einsätzen, da viele Wohnungslose dann Schutz suchen.

Sommer 2022 – Hitze und viele Dehydrierungen

Diesen Sommer hatten wir nicht selten an Einsatztagen weit über 30 Grad, ja sogar Werte um 35 Grad gehörten diesen Sommer zu den Herausforderungen des „SIDA -Mobils“. Unter der Hitze leiden viele Wohnungslose und Suchtkranke besonders stark. An vielen Einsatztagen waren völlig exsikierte Wohnungslose sowie Suchtkranke anzutreffen, welche ohne ausreichend Sonnenschutz schutzlos ausgeliefert waren. Insbesondere in der Mobilität stark eingeschränkte Wohnungslose finden oft nicht genügend sonnengeschützte Lagerplätze. Bei Hitze haben wir daher auch vermehrt Wasser und Sonnenschutz Materialien wie Cappys und Sonnencreme verteilt. In seltenen Fällen kann eine Exsikkose auch mit Kreislaufproblemen

und Bewusstseinsstörungen einhergehen, so dass der Rettungsdienst hinzugezogen werden muss.

Auch zeigt sich, dass an sehr heißen Tagen die Einsatzzeit von 3 Stunden oft nicht ausreicht und die Touren häufig auf 4 oder selten 5 Stunden ausgeweitet werden muss. Das gleicht sich momentan mit Arbeitstagen aus, an denen wetterbedingt etwas weniger los ist und die Tour entsprechend kürzer gefahren werden kann.

5. Evaluation der „SIDA-Mobil“ Statistik

Krankenpflegerisch versorgte Wohnungslose werden anonym in einem Tagesprotokoll dokumentiert. Es werden sowohl statistische Daten als auch notwendige Versorgungs- und Behandlungen aufgeführt.

Statistik SIDA Mobil		Gesamt Straßenkontakte: <u>78</u> alle die man anspricht	
Datum: <u>05.09.22</u>		2022	
<input checked="" type="checkbox"/> Tour 1 Mo Richtung Weißekreuzplatz <input type="checkbox"/> Tour 2 Do Richtung Kröpke <input type="checkbox"/> Flex Tour 3			
Mitarbeiter: <input checked="" type="checkbox"/> ASP <input type="checkbox"/> AM <input checked="" type="checkbox"/> WT <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/> MW <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> SS			
<input type="checkbox"/> Azubi			
<input type="checkbox"/>			
Personenangaben: Wetter: <input checked="" type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Regen <input type="checkbox"/> Wind <input checked="" type="checkbox"/> Hitze <u>30</u> C <input type="checkbox"/> Kälte _____ C <input type="checkbox"/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> Schwanger ca. SSW _____	männlich weiblich divers	
	Versicherungsstatus	versichert nicht versichert unbekannt: akut krank chron. Krank	
Pflegesituation <input type="checkbox"/> RTW Einsatz wegen: <u>KONKONTE</u> <u>Styropfen</u> <u>Oxerisept</u> <u>Bepanthen</u> <u>Einlegesohle</u> <u>Chlorox</u> mind. PG 1 <u>Pantozol</u> <u>Chlorzol</u> <u>Salzbl.</u> <u>Bea cream</u>	besucht andere Versorgungsstruktur	sporadisch regelmäßig nein	
	Wunde:	chron. akut	
	Ulcus cruris (Strichliste) Abzess Schlägerei Verletzung Stich-/ Schnittverletzung Op Wunde / Naht / Fixateur Andere Wundart		
	psychiatrisch :	auffällig unauffällig	
	Mobilität:	voll teil immobil	
	pflege notwendig :	ja nein	
	Allgemeinzustand:	mittel schlecht	
Verteilt: <input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> Hygienetücher <input type="checkbox"/> Pantlen	<input checked="" type="checkbox"/> Masken <input checked="" type="checkbox"/> Getränke <input checked="" type="checkbox"/> Taschentücher <input checked="" type="checkbox"/> Infolyer deutsch, polnisch	Infogespräch: (Thema) <input checked="" type="checkbox"/> Entgiftung II <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ärztliche Sprechstunde <input checked="" type="checkbox"/> Patientbefragung <input checked="" type="checkbox"/> Kompressionsverband <input checked="" type="checkbox"/> Bürgerinfo
Besonderheiten kurz und knapp Nagel abgelöst Oedeme III Erzen Limonogenisches Bydosyndrom Schilddrüsenknoten Hypertonus Schmerzmittel vermittelt (russisch) Adipositas KATZ WUNDEN		Schneidmützenzündung Blagebraue aufplatzen Dehydrierung II Diabetes Depressionen Va Schulterfraktur/Haematom Vitalzeichenkontrolle II ZAHNSCHMERZEN KOPFSCHMERZEN	

Statistikerhebung im Rahmen des „SIDA-Mobils“

Betrachtet werden in diesem Bericht zwei Zeiträume von September 2020 –August 2021 und September 2021 – August 2022. Der Zeitraum Mai 2020-August 2020 wird in dieser Auswertung der Übersichtlichkeit wegen nicht betrachtet. Diesen finden Sie aber im Tätigkeits- und Wirkungsbericht 2021.

Die Behandlung der Patient*innen auf der Straße erfolgt anonym und die Auskunft für die Statistik ist freiwillig. Auch wurden Personen angetroffen und versorgt, die für eine Kommunikation zu stark berauscht waren oder weder Deutsch noch Englisch sprachen. Daher gibt es Dateninkonsistenzen in der Erfassung. Nicht jeder konnte oder wollte Auskünfte erteilen oder konnte beurteilt werden. Daher haben unterschiedliche Fragen unterschiedliche Grundgesamtheiten. Die Auswertung und Interpretation der Daten geben erste Erkenntnisse über den Erfolg des Projektes an die Hand.

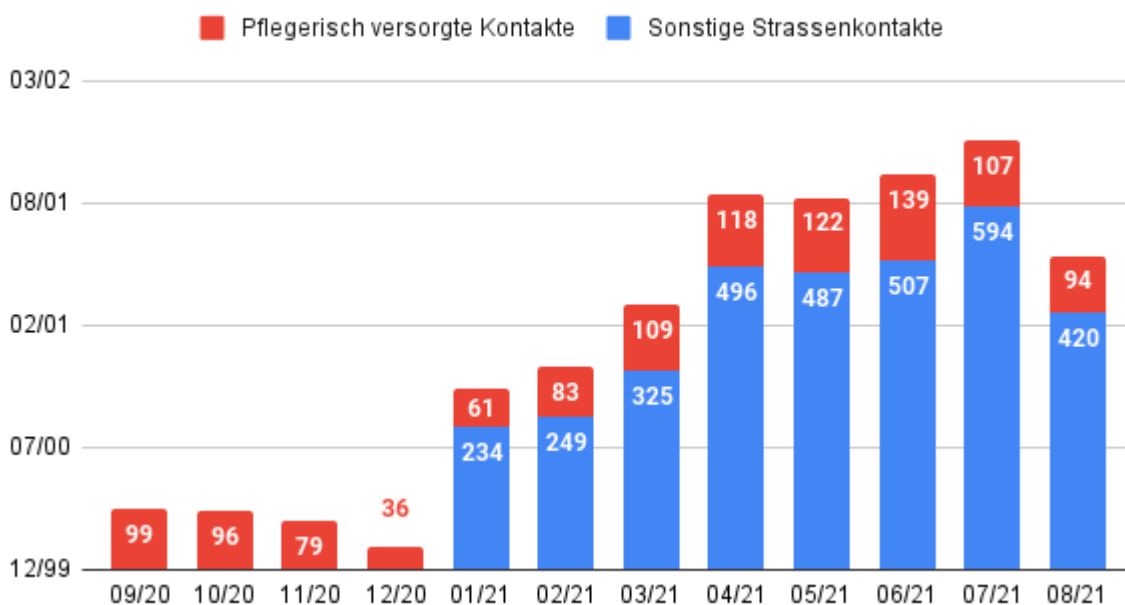
Anteil pflegerisch versorgter Kontakte zu sonstigen Straßenkontakten

Es werden auf einer SIDA Mobil Tour viele Personen auf der Straße angesprochen. Wer das Angebot einer krankenpflegerischen ambulanten Versorgung durch die SIDA-Mitarbeiter annimmt, wird als krankenpflegerisch versorgter Kontakte geführt. Nur die krankenpflegerisch Versorgten werden im Protokoll und in der späteren Statistik erfasst.

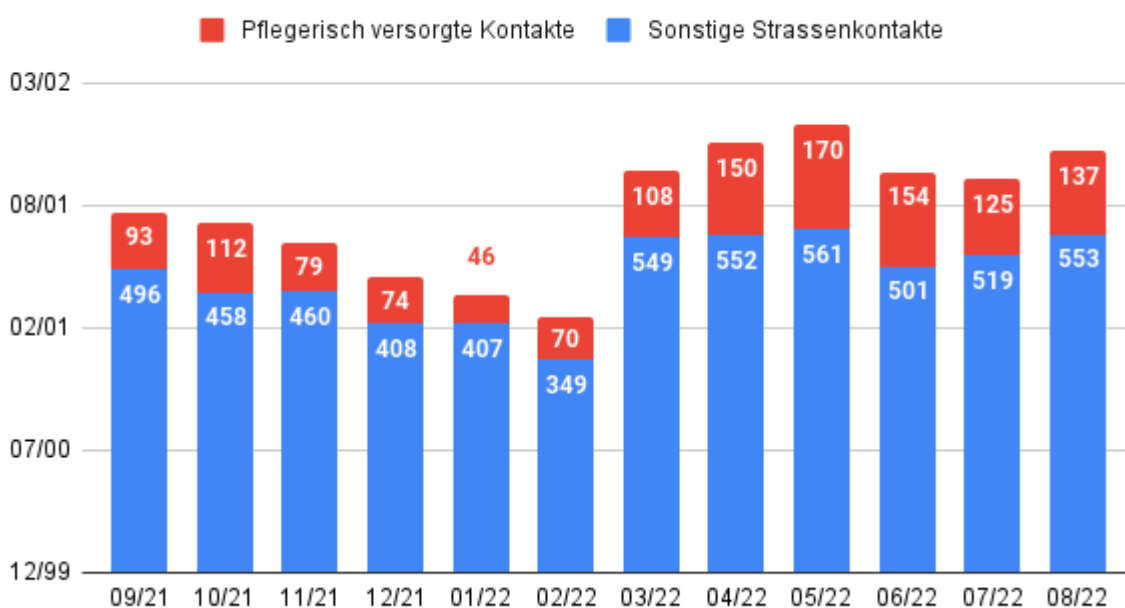
Sonstige Straßenkontakte sind Wohnungslose und Suchterkrankte, denen ein Hilfsangebot gemacht wird, dies ist üblicherweise häufig nur ein Ansprechen und zum Teil ein Angebot von Wasser, Hygieneartikel oder Maske, auch kurze Informationsweitergabe erfolgt hier. Danach wird vom sonstigen Kontakt aber signalisiert, dass keine krankenpflegerische Hilfe benötigt wird oder diese abgelehnt wird. Seit Januar 2021 erheben wir die Anzahl der sonstigen Kontakte mittels Handzähler. Die Anzahl der Gesamtkontakte variieren von rund 419-731 pro Monat (09/21-08/22) und sind stark von der Wetterlage / Jahreszeit abhängig.

Wir erheben die allgemeinen Straßenkontakte erst seit 01/21 daher ist hier ein Vergleich zwischen beiden Grafiken nur eingeschränkt möglich. Im Zeitraum 01/20-08/21 waren es 3312 (hier 4 Monate weniger!) und 09/21-08/22 5813 Straßenkontakte. Im (gekürzten!) Zeitraum 01/22-08/22 waren es 3584 also 272 Straßenkontakte mehr, was einem leichten Anstieg von 7,58 % entspricht.

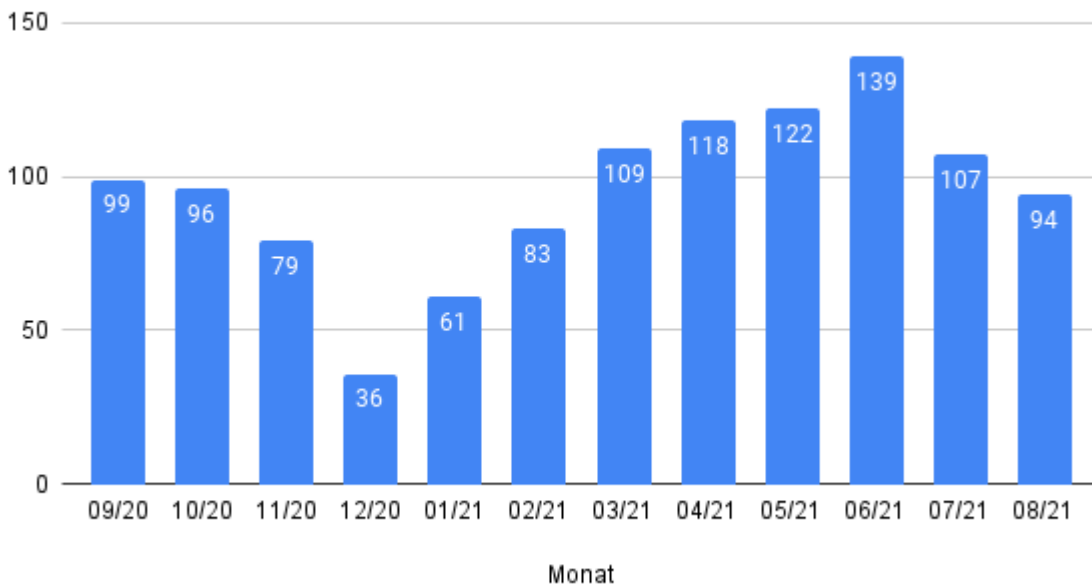
Anteil pflegerisch versorgter Kontakte zu anderen



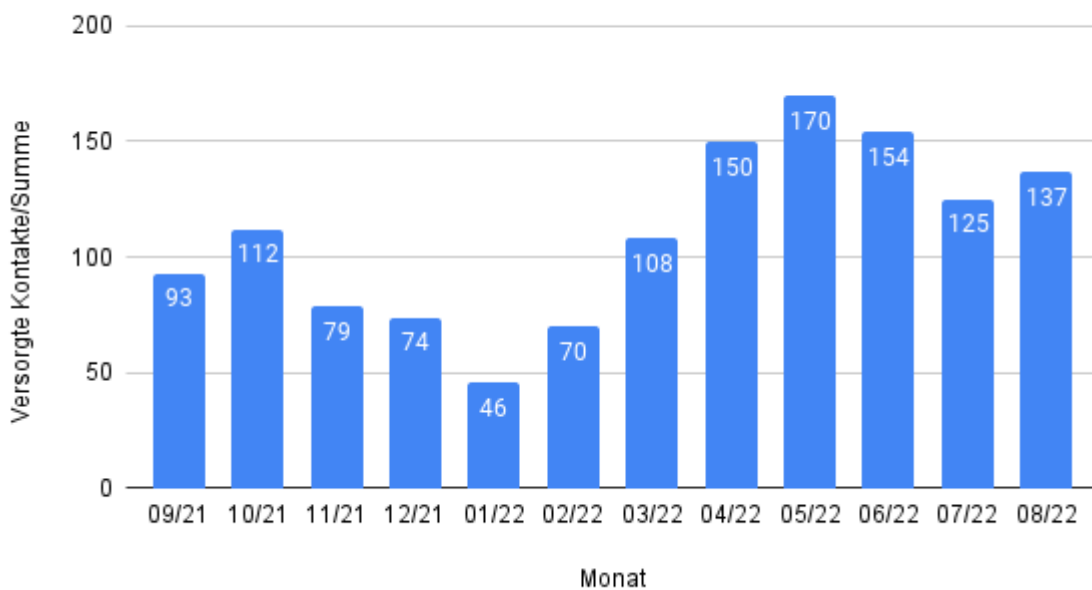
Anteil pflegerisch versorgter Kontakte zu anderen



Krankenpflegerisch versorgte Kontakte



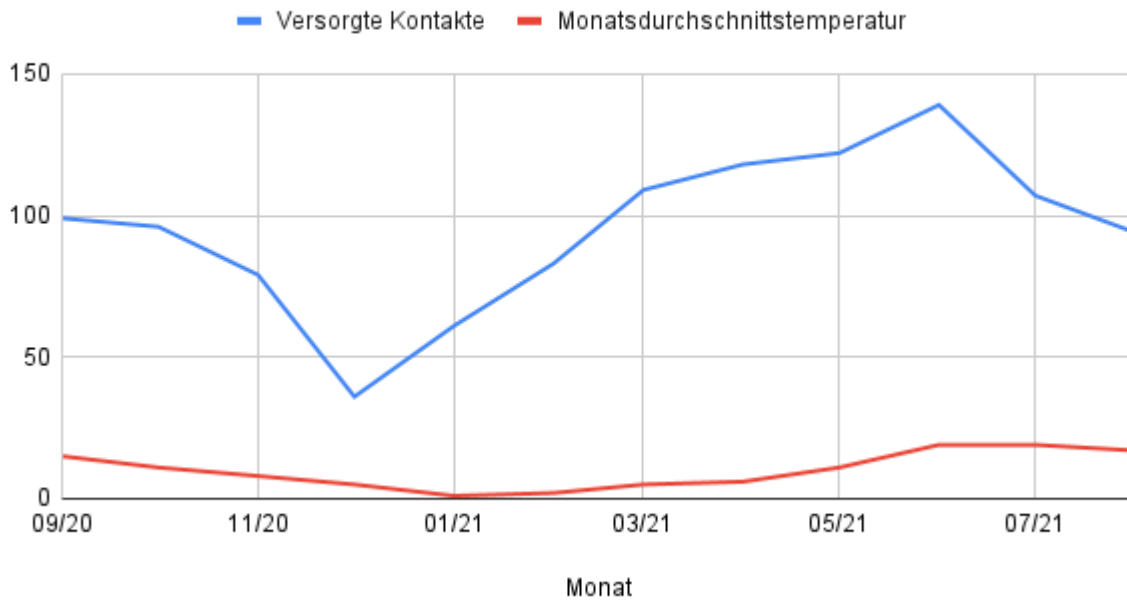
Krankenpflegerisch versorgte Kontakte



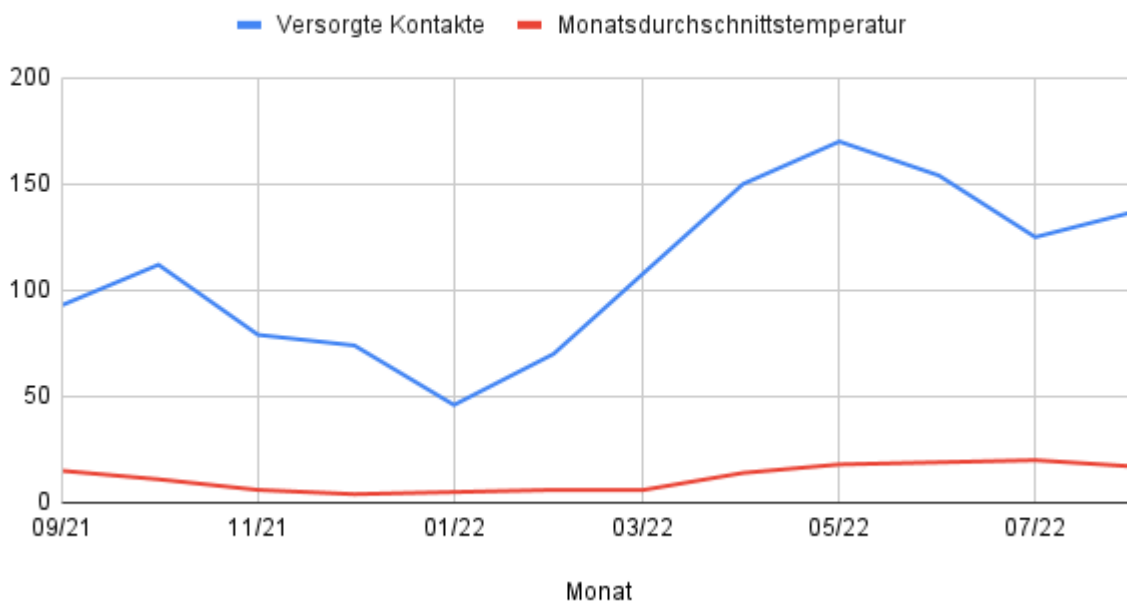
Korrelation Kontaktzahlen zur Temperatur & Öffnung Flughafen

In den Wintermonaten sehen wir einen Rückgang der krankenpflegerischen Versorgung, die tagesaktuell insbesondere von Witterung und Temperatur abhängen. Die Anzahl der Wohnungslosen um den Hauptbahnhof ist dann generell geringer, da viele Schutz im Warmen suchen.

Versorgte Kontakte in Korrelation zur Temperatur in Hannover



Versorgte Kontakte in Korrelation zur Temperatur in Hannover



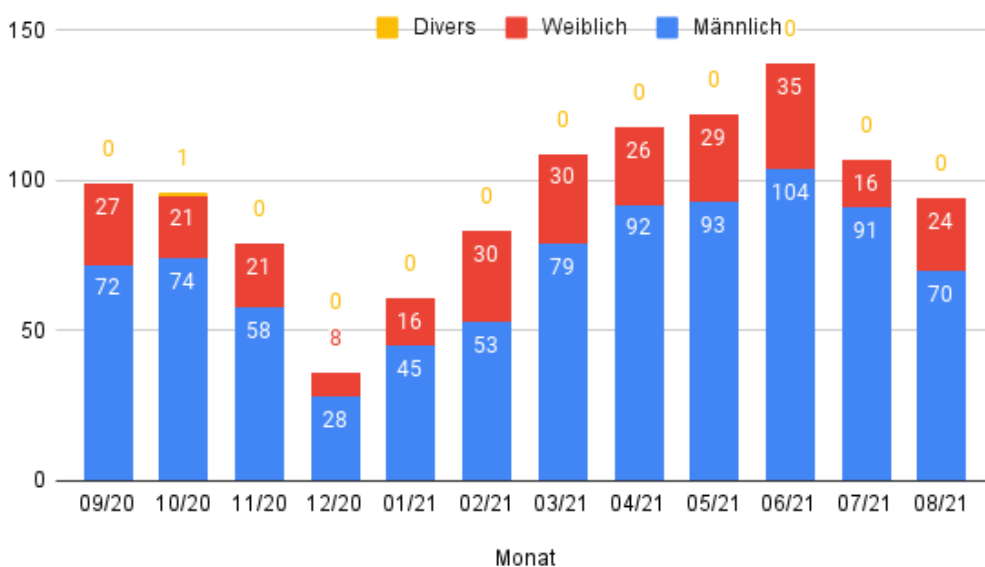
Wir sehen im vergangenen Winter auch einen deutlichen Rückgang der Versorgungsbedürftigen, insbesondere in den Monate 01/22 und 02/22, was wir auf die Öffnung der „Notschlafstelle Alten Flughafen“ auch am Tage zurückführen. Dort konnte in den Monaten 02 und 03 auch einmal wöchentlich eine Gesundheitsprechstunde durch einen „SIDA-Krankenschwester“ in Anspruch genommen werden. Besonders die pflege- und hilfsbedürftigen Wohnungslosen profitierten sehr durch dies Öffnung auch am Tage. Ab 03/22 erreichten die Versorgungen bei steigenden Temperaturen wieder das Vorjahresniveau.

Im Durchschnitt wurden 09/2020-08/2021 1143 und 09/2021-08/2022 1318 krankenpflegerische Versorgungen mit dem „SIDA-Mobil“ auf der Straße durchgeführt. Das entspricht einer Steigerung von 15,31 % mehr krankenpflegerischen Versorgungen in der zweiten Zeitspanne.

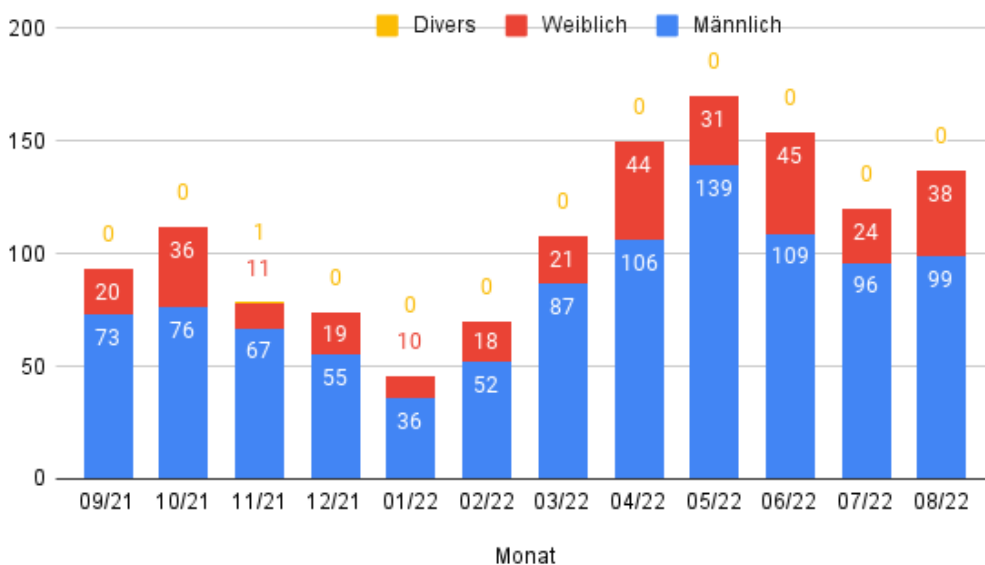
Verteilung Geschlecht

Krankenpflegerisch versorgte Kontakte nach Geschlecht und Monat:

Geschlecht



Geschlecht



Die Geschlechterverteilung bei unseren Nutzer*innen hat sich kaum verändert. Sie liegt bei 24,1% Frauen im ersten Zeitraum und bei 24,8 % im zweiten Zeitraum. Bei den Männern liegt sie bei 75,2 % im ersten und bei 75,8 im zweiten Zeitraum.

Der Anteil an genderdiversen Personen liegt unverändert bei 0,1 % in beiden Zeiträumen.

Frauenspezifische Bedarfe

Wir haben 09/20-08/21 283 und 09/21-08/22 317 Frauen krankenpflegerisch versorgt. Dabei haben wir bei der aufsuchenden Arbeit auf der Straße die Erfahrung gemacht, dass insbesondere Frauen mehr Intimsphäre bei der Versorgung und selbst bei beratenden Gesprächen benötigen als Männer. Daher versuchen wir bei Verbandswechseln geeignete Maßnahmen zur Wahrung der Intimsphäre zu ergreifen und gehen mit Frauen etwas abseits des Geschehens um über gesundheitliche Probleme zu sprechen. Bei Verbandswechseln wie z.B. einer Op Nachsorge mit Verbandswechsel suchen wir in der Nähe einen geeigneten Schutzraum wie in unsere Räume im Ärztehaus am Raschplatz, im Container des Neuen Lands oder auch den Räumen der Clearingstelle.

Frauen in potenziellen Abhängigkeitsverhältnissen

Schwieriger gestaltet es sich, wenn wir eine einzelne Frau in einer Gruppe von Männern vorfinden, wo die Frau zwar nach Aussage der Männer geschützt wird, aber wir häufig den Eindruck haben, dass die Frauen nicht ganz frei mit uns sprechen sollen. Wir versuchen dann diesen Frauen Anlaufstellen zu vermitteln oder auch eine Begleitung dorthin anzubieten, was sich aber nicht selten als schwierig gestaltet. Insbesondere wenn Frauen Verletzungen oder Hämatome aufweisen, ist es schwer diese aus ihren Männergruppen herauszubekommen. Häufig reagieren die Männer uns gegenüber verbal aggressiv und wir müssen aus Eigenschutzgründen den Rückzug antreten. In diesen Fällen wäre ein sofortiges hinzurufen weiterer Hilfen vor Ort auch am frühen Abend sinnvoll. Problematisch ist es allerdings, dass die meisten Frauen Hilfe vehement ablehnen und uns bitten zu gehen. Zusätzlich erschwert bei vielen insbesondere osteuropäischen Frauen noch die sprachliche Barriere die Kommunikation.

Schwangere Frauen

Wir haben im Zeitraum 09/21-08/22 drei schwangere Frauen beraten, von denen sich eine Frau zu einem Schwangerschaftsabbruch entschied. Wir haben für diese Frau ein Hygiene- und Intimpflege Päckchen zusammen gestellt mit Damenbinden in unterschiedlichen Stärken sowie Intimpflegetüchern, Einmalwaschlappen sowie Einmallips für die Zeit nach ihrem Abort zusammen gestellt.

Schwangere Bulgarin

In mehreren Einsätzen fiel uns in der Innenstadt eine Hochschwangere (SSW 32 ++) auf, die längere Zeit knieend bettelte und von 2 Männern beaufsichtigt wurde. Auf Ansprache von uns reagierte die Frau sehr ablehnend und die Kommunikation gestaltete sich schwierig. Es wurde Kontakt zur Frauen Straßensozialarbeit sowie der Straßenarbeit Osteuropa der Stadt Hannover hergestellt.

Frauen Hygiene Material

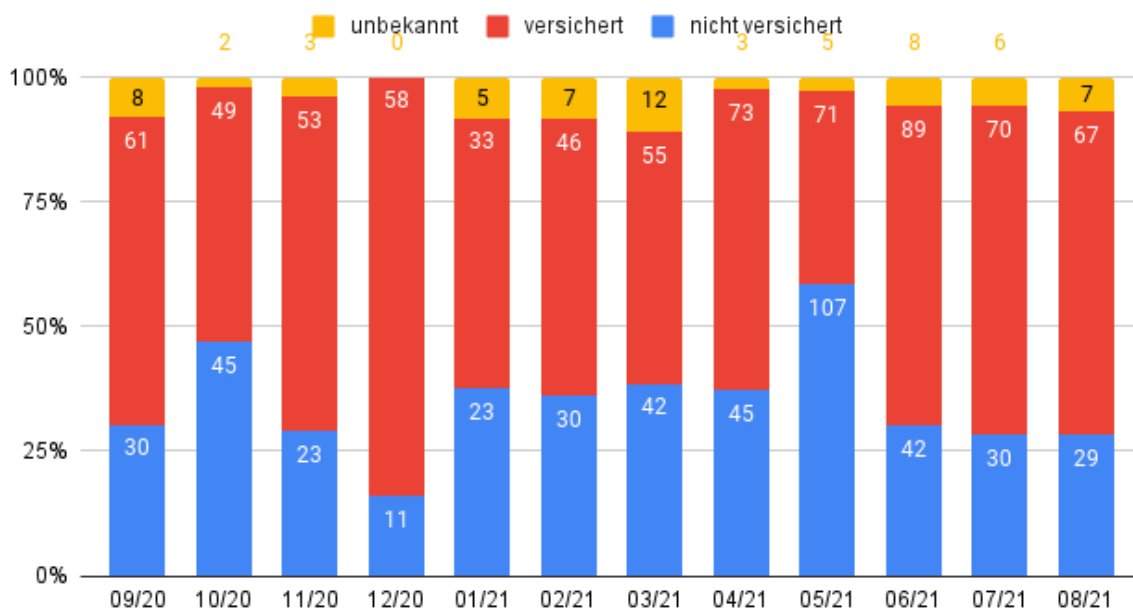
Unser „SIDA-Mobil“ Bollerwagen ist routinemäßig mit Damenhygienematerial ausgestattet wie Tampons, Binden, Intimpflegetüchern und immer auch Kondomen, die uns auch in diesem Jahr von La Strada gespendet wurden.

Versicherungsstatus

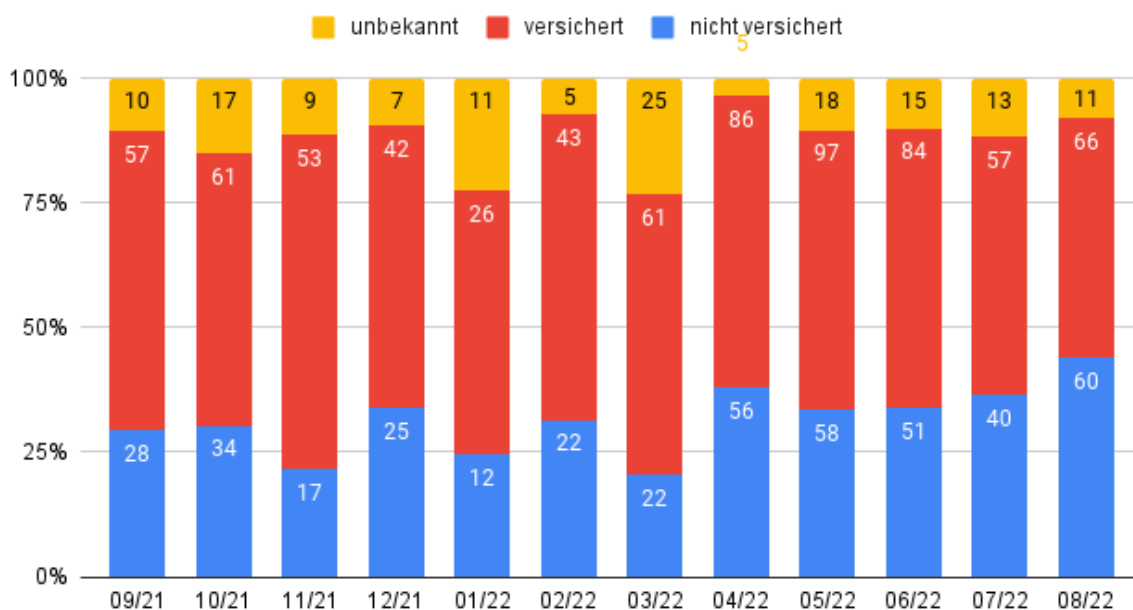
Der Anteil an Nutzer*innen ohne Versicherung lag von 09/20-08/21 bei 58,1 % und 09/21-08/22 bei 56,2 %. Nutzer*innen mit Versicherung lagen 09/20-08/21 bei 36,6% und 09/21-08/22 bei 32,6 %.

Der Anteil an unbekanntem Versicherungsstatus hat sich mehr als verdoppelt. Er lag 09/20-08/21 bei 5,3% und 9/21-08/22 bei 11,2 %.

Versicherungsstatus



Versicherungsstatus



Insbesondere bei uns unbekanntem Osteuropäern ist die Erhebung des Versicherungsstatus nicht immer möglich. Gründe hierfür sind zum einen Sprachbarrieren, zum anderen ist die Kommunikation aber auch aufgrund von Alkohol- oder anderem Substanzkonsum oftmals sehr schwierig. Bei dieser Nutzer*innen-Gruppe herrscht zudem auch eine gewisse Fluktuation, der Versicherungsstatus kann nicht immer konkret ermittelt werden.

Eine fehlende Sozialversicherung hält viele, insbesondere osteuropäische Wohnungslose, davon ab, Versorgungsangebote der Kranken- und Pflegeversicherung oder auch der Wohnungslosen- und Suchthilfe in Anspruch zu nehmen. Wir bemühen uns darum, die Nichtversicherten in Strukturen der Wohnungslosenhilfe anzubinden, um dort, wenn möglich, eine Sozialversicherung zu initiieren. Einige nehmen unser Angebot aber auch bewusst anonym wahr und meiden Versorgungsstrukturen, in denen dies nicht möglich ist. Eine Hospitation und Vernetzung mit der Clearingstelle Gesundheitsversorgung ist in diesem Jahr erfolgt.

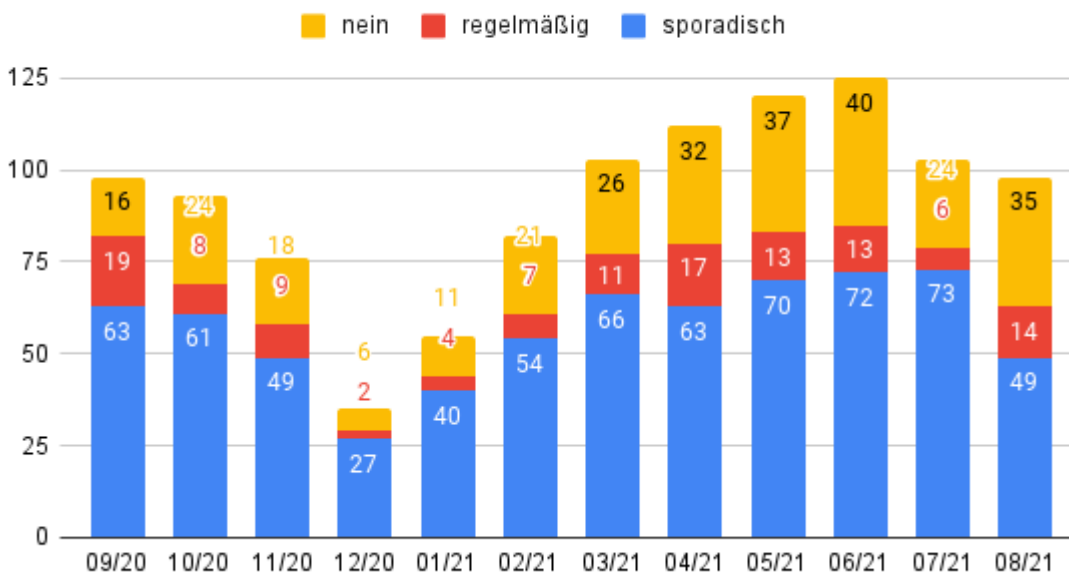
Besuche anderer Versorgungsstrukturen

Im Zeitraum 09/20-08/21 suchten 687 Nutzer*innen sporadisch Versorgungseinrichtungen auf, von 09/21-08/22 713 Nutzer*innen, was einem Anstieg von 3,65 % entspricht.

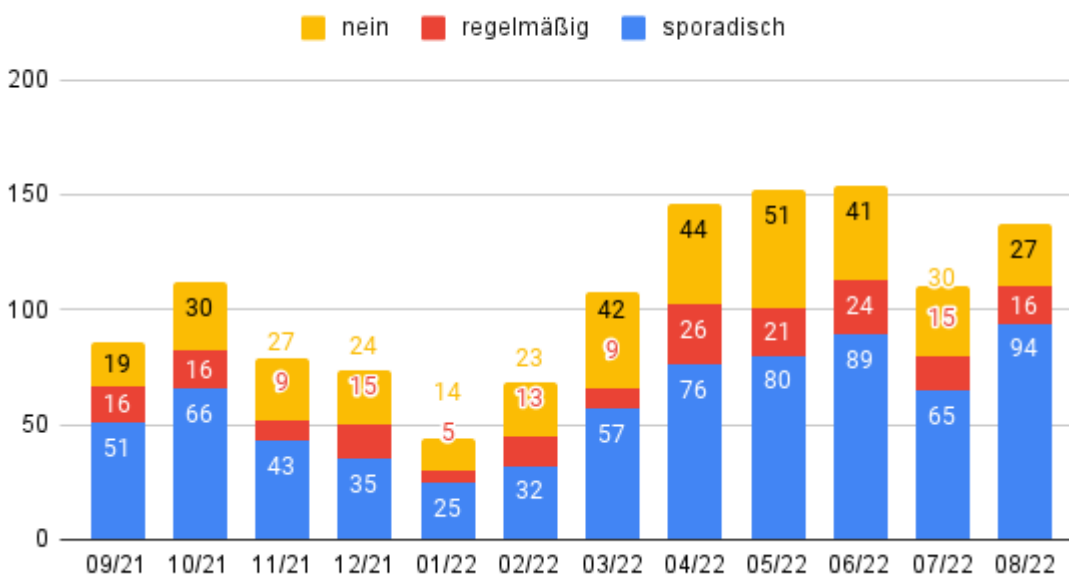
Im Zeitraum 09/20-08/21 suchten 290 Nutzer*innen keinerlei Versorgungseinrichtungen auf, von 09/21-08/22 372 Nutzer*innen, was einem Anstieg von 22,04 % entspricht.

Im Zeitraum 09/20-08/21 suchten 123 Nutzer*innen regelmäßig Versorgungseinrichtungen auf, von 09/21-08/22 185 Nutzer*innen, was einem Anstieg von 33,51 % entspricht.

Besucht andere Versorgungseinrichtungen



Besucht andere Versorgungseinrichtungen



Wir weisen darauf hin, dass einige erfolgreich angebundene Wohnungslose und Suchtkranke allerdings auch keiner Versorgung mehr bedürfen und deshalb nur noch unter den Straßenkontakten allgemein auftauchen und hier gar daher nicht mehr in der Statistik auftauchen.

Mögliche Gründe für ein Fernbleiben der Regelversorgung

Aus den Statements, die Obdachlose uns gegeben haben und Gesprächen mit den Betroffenen haben wir folgende Hauptgründe für das Fernbleiben von der Regelversorgung ermitteln können:

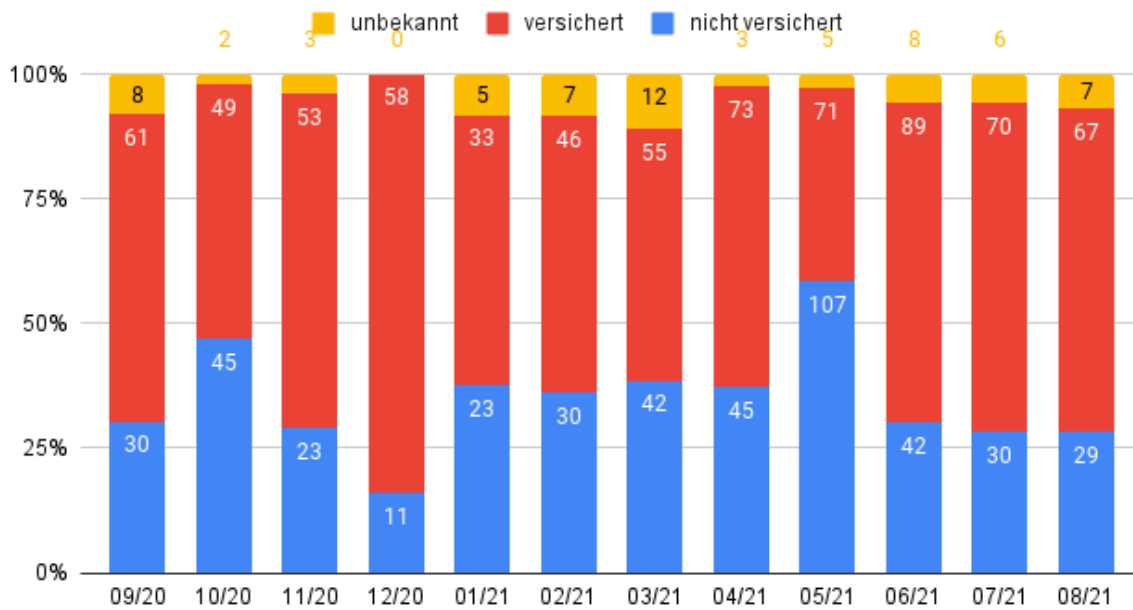
- Suchterkrankung bestimmt das Leben³
- Psychische Erkrankungen⁴
- Verlust des optimalen Lagerplatzes auf der Straße
- Angst vorm Eingesperrt sein in der Klinik
- Zurücklassen von Tier/en
- Verlust des gesamten „Hab und Gut`s“
- Ablehnung und schlechte Erfahrungen in den Kliniken⁵
- Reduzierung auf die bestehende Sucht
- oder gar das „andere Aussehen“
- Kosten des Krankenhaustagegeldes
- Angst vor Corona Infektion

³siehe Feedback von Wohnungslosen/Suchterkrankten Schrotti, 56 Jahre, wohnungslos, S. 34 f.

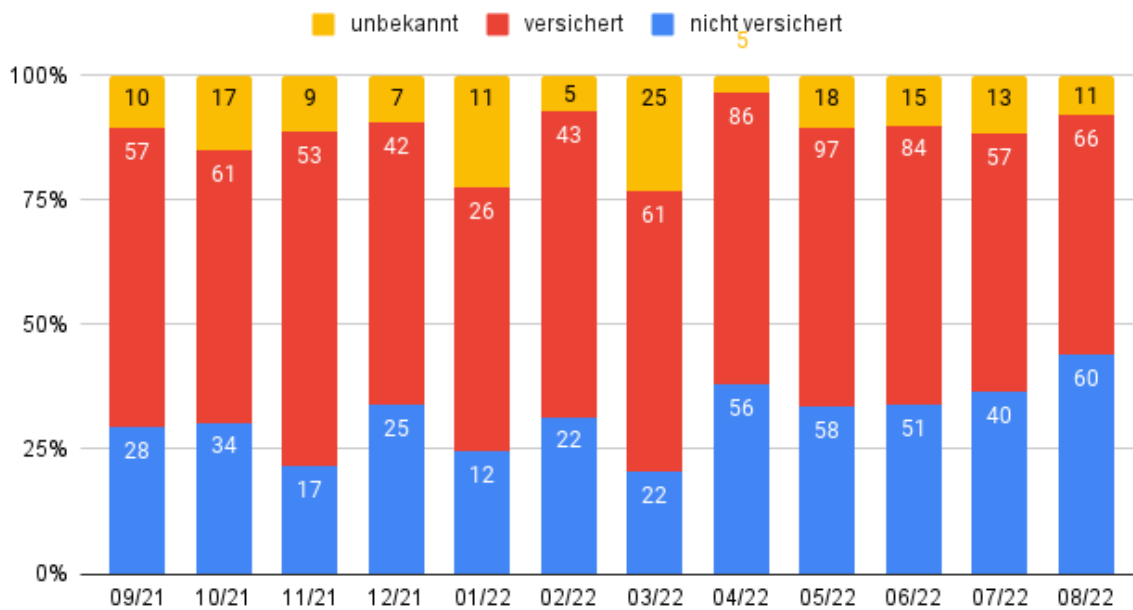
⁴siehe Feedback von Wohnungslosen/Suchterkrankten Micha, 44 Jahre, wohnungslos, S. 34 f.

⁵ siehe Feedback von Wohnungslosen/Suchterkrankten Toni, 36 Jahre, wohnungslos, S. 34 f.

Versicherungsstatus



Versicherungsstatus



Im Zeitraum 09/20-08/21 waren 58,1 % nicht versichert. Im Zeitraum 09/21-08/22 56,2 %.

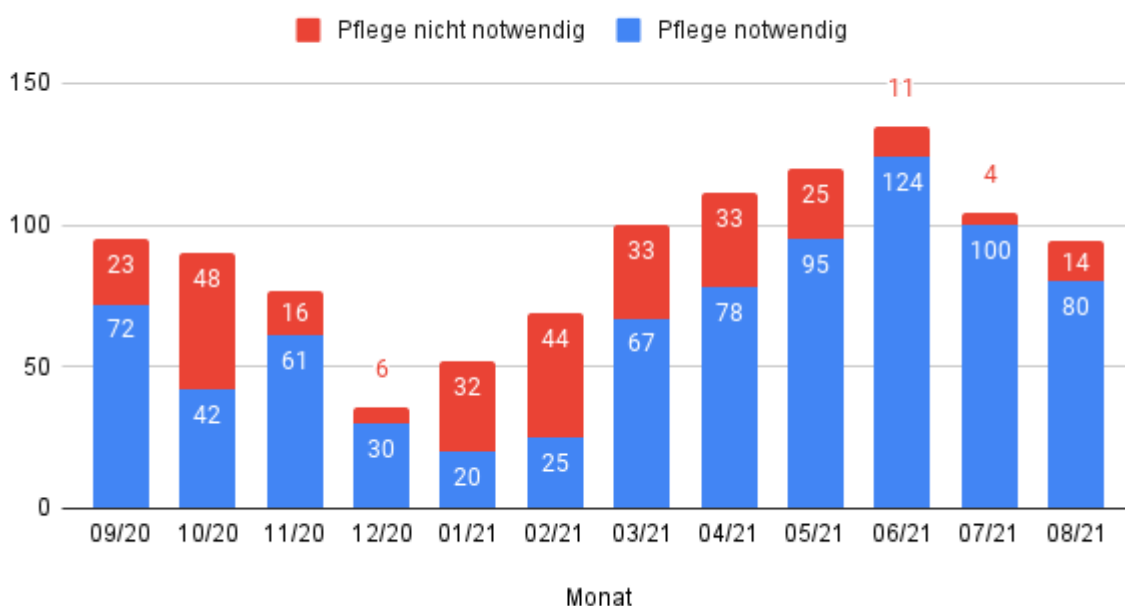
Im Zeitraum 09/20-08/21 waren 36,6 % versichert. Im Zeitraum 09/21-08/22 32,6 %.

Im Zeitraum 09/20-08/21 war bei 5,3% und von 09/21-08/22 11,2 der Nutzer*innen mit unbekanntem Versicherungsstatus. Hier hat sich der Wert mehr als verdoppelt.

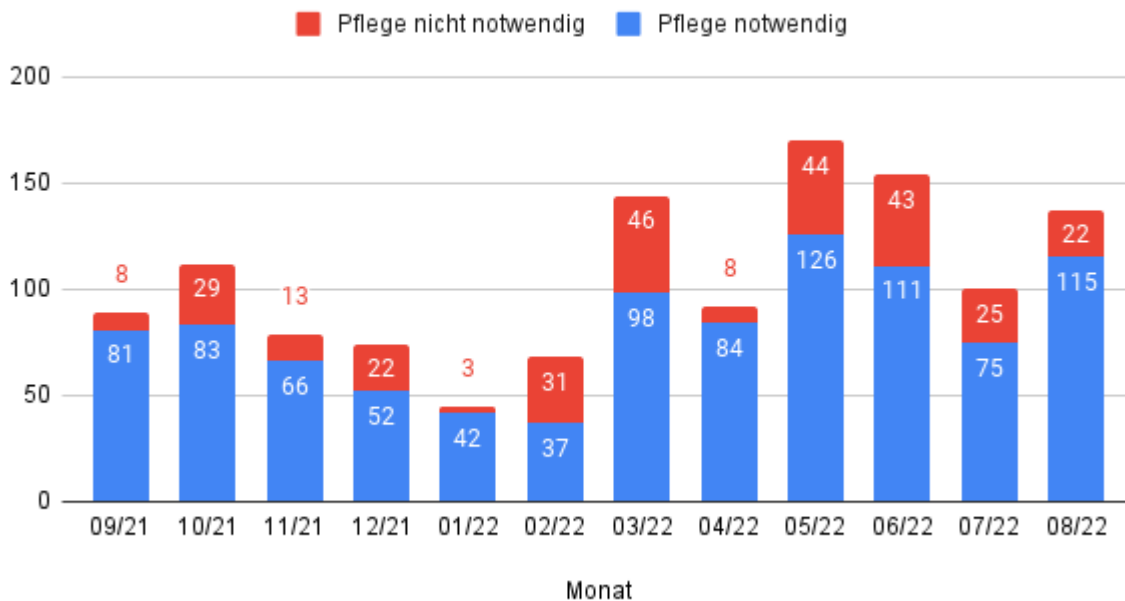
Pflegebedürftigkeit

Nach der Einschätzung der Pflegefachkräfte ergibt sich für die Notwendigkeit einer Pflege/ Betreuung für die Behandelten folgendes Bild. Die langjährig erfahrenen Pflegefachkräfte schätzen die Pflegebedürftigkeit, angelehnt an den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach SGB XI, ein und orientieren sich an den Pflegegraden 1-5 der Pflegeversicherung. Eine genaue Differenzierung nach Pflegegraden ist bisher nicht erfolgt. Alle hier als pflegebedürftig Erfassten entsprechen aber nach pflegefachlicher Einschätzung mindestens dem Pflegegrad 1.

Notwendigkeit der Pflege



Notwendigkeit der Pflege



Im Zeitraum 09/20-08/21 wurden 794 und von 09/21-08/22 970 Nutzer*innen von unseren Pflegefachkräften als pflegebedürftig (mind. Pflegegrad 1) eingestuft. Es gab einen Anstieg von 176 Pflegebedürftigen, was einem Anstieg um 18,14 % entspricht. Unser/e Krankenschwestern/pfleger orientieren sich dabei am Pflegebedürftigkeitsbegriff des MDK und den Pflegegraden.

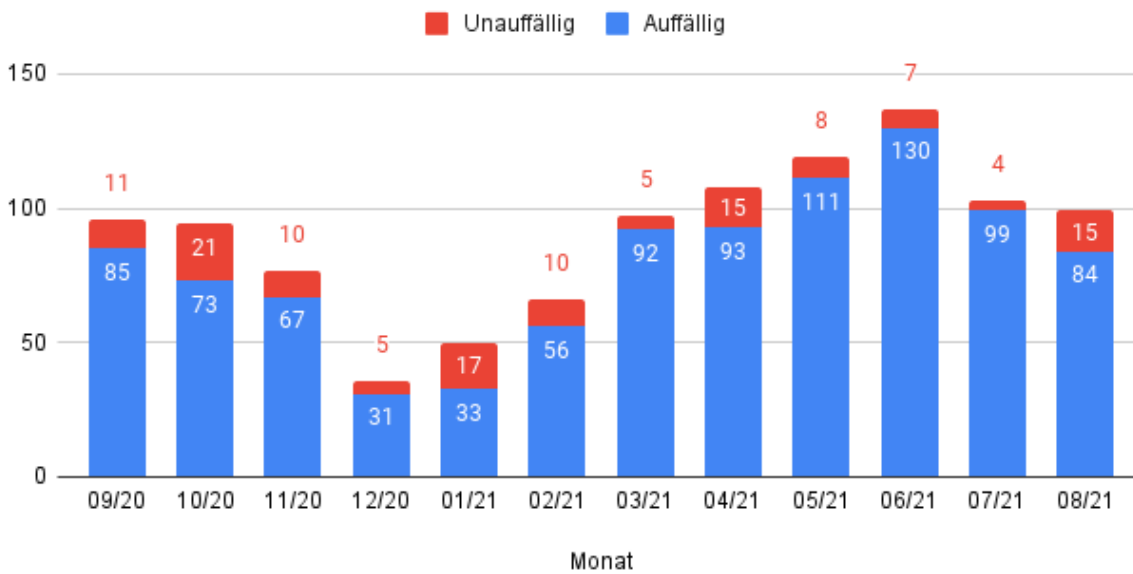
In einigen wenigen Fällen liegt bei den Wohnungslosen zeitweise eine Durchfallerkrankung oder dauerhafte Harn- oder sogar Stuhlinkontinenz vor, so dass das "SIDA-Mobil" seit einiger Zeit auch mit diversem Inkontinenzmaterial ausgestattet ist, wie Erwachsenenwindelhosen, Inkontinenzbinden sowie Einmalwaschlappen und einem Set Notfallkleidung. Auch ein Wohnungsloser mit einem künstlichen Darmausgang (Anus preter) wurde versorgt und die Kommunikation und Betreuung mit einer Stomatherapeutin wurde koordiniert.

Psychische Auffälligkeiten

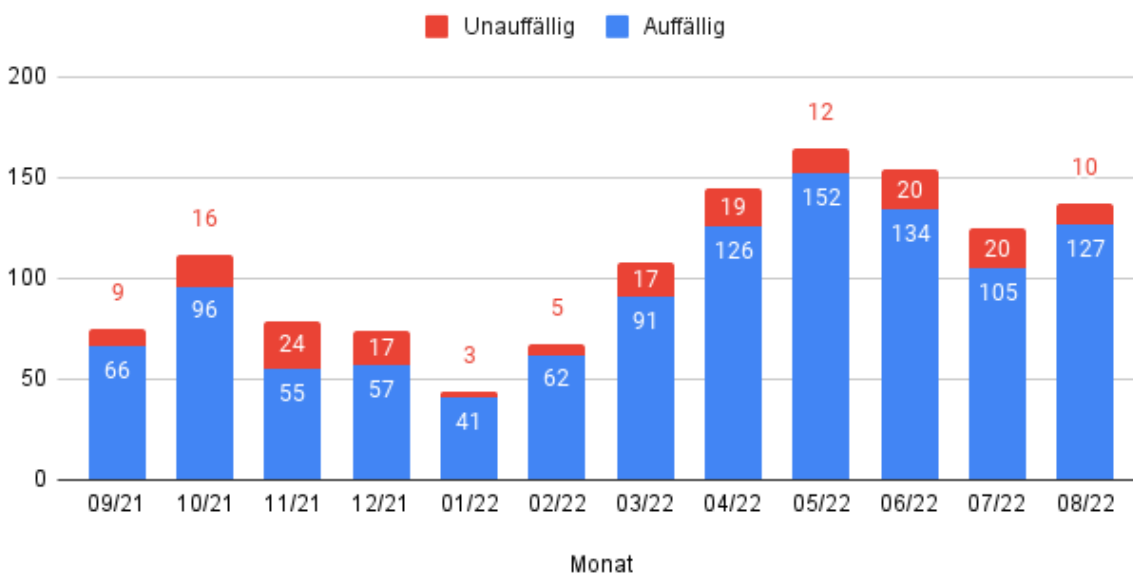
Bei 87% der Nutzer*innen wurde, einer pflegefachlichen Einschätzung nach, eine psychische und/oder psychiatrische Auffälligkeit mit eingeschränkter Alltagskompetenz von den examinierten Pflegefachkräften beobachtet. Einige Suchterkrankte gaben zudem an, dass ihr Suchtdruck so stark sei, dass die Sucht den Alltag diktiert und sie es nicht zu Ärzt*innen oder in andere Einrichtungen der Suchthilfe schaffen würden⁶.

⁶siehe Feedback von Wohnungslosen/Suchterkrankten *Isabell, 23 Jahre, wohnungslos, S. 34 f.*

Psychiatrische Auffälligkeit



Psychiatrische Auffälligkeit



Im „SIDA-Mobil“ Projekt erleben wir eine Vielzahl an psychisch erkrankten Nutzer*innen. Einige suchen keine oder nicht ausreichend Hilfe auf und sind auch bei unserem Hilfsangebot zunächst ablehnend und nicht zugänglich.

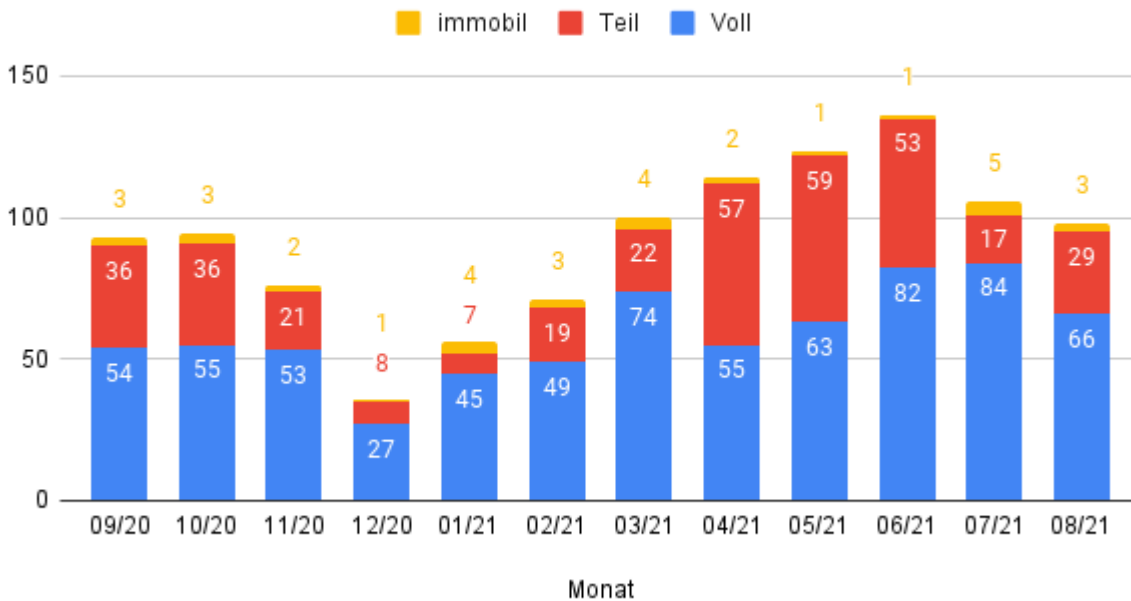
Im Zeitraum 09/20-08/21 waren 954 (entspricht 88,2%) und im Zeitraum 09/21-08/22 1112 (entspricht 86,60%) Nutzer*innen psychisch auffällig.

Im Zeitraum 09/20-08/21 waren 128 (entspricht 11,8%) und im Zeitraum 09/21-08/22 172 (entspricht 13,4%) Nutzer*innen psychisch unauffällig.

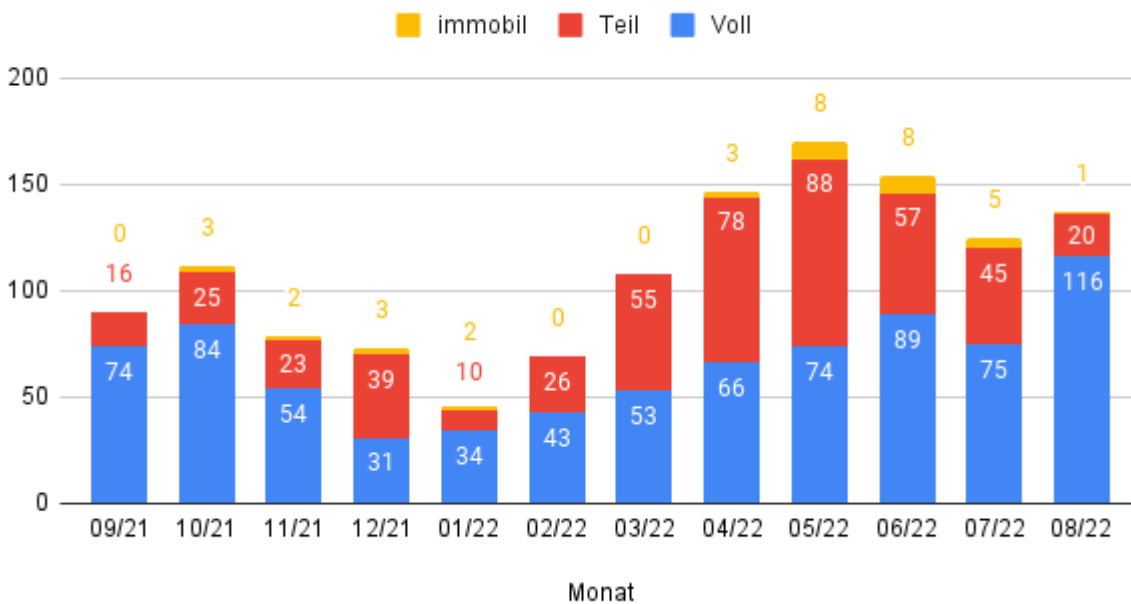
Einschränkungen der Mobilität

Ein weiterer Grund für die Nichtinanspruchnahme der "Komm-Strukturen" ist, die mangelnde Mobilität von Wohnungslosen und Suchterkrankten, die sich aus physischen oder psychischen Gründen ergeben kann.

Mobilität



Mobilität



Im Zeitraum 09/20-08/21 waren 32 und im Zeitraum 09/21-08/22 35 Nutzer*innen immobil. Das entspricht einem Anstieg von 9,38 %.

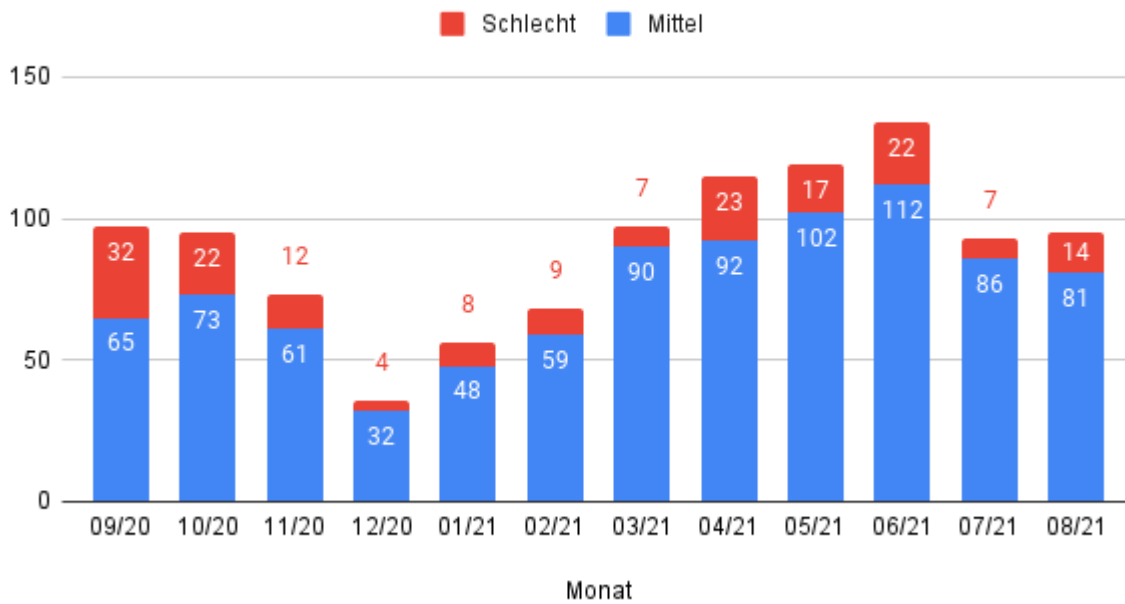
Im Zeitraum 09/20-08/21 waren 707 und im Zeitraum 09/21-08/22 793 Nutzer*innen voll mobil. Das entspricht einem Anstieg von 12,26 %.

Im Zeitraum 09/20-08/21 waren 364 und im Zeitraum 09/21-08/22 482 Nutzer*innen voll mobil. Das entspricht einem Anstieg von 32,42 %.

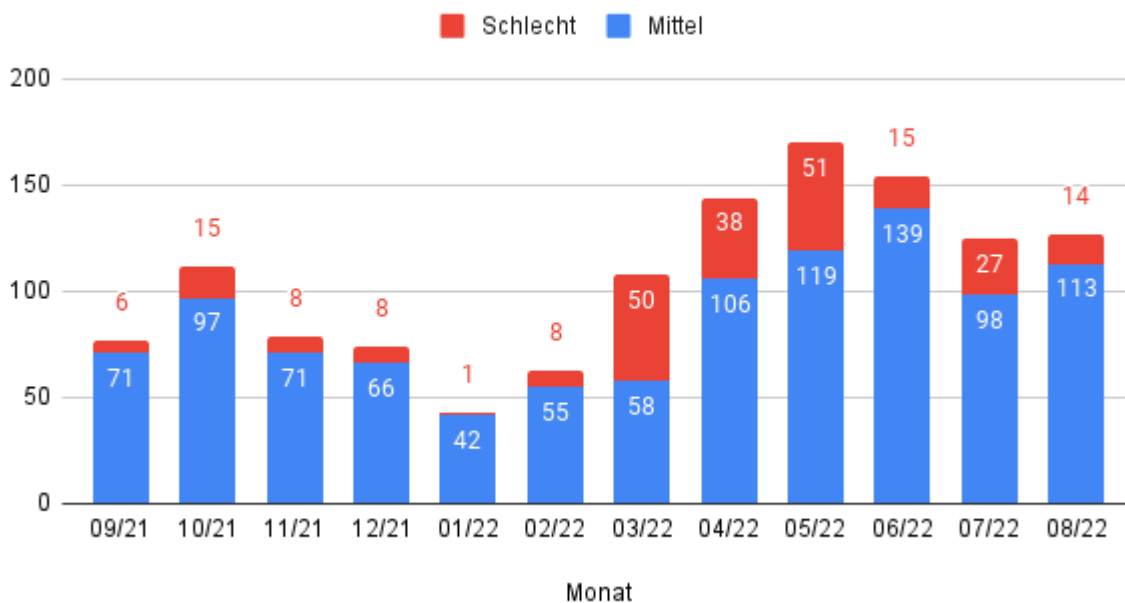
Allgemeinzustand

Aus den Lebensumständen und der mangelnden medizinischen/ pflegerischen/ psychosozialen Versorgung leitet sich eine Einschätzung des Allgemeinzustandes ab, der aber vor dem Hintergrund der Gruppe der Behandelten gesehen werden muss. Einschätzt wurden hier nur die krankenpflegerisch versorgten Kontakte.

Allgemeinzustand



Allgemeinzustand



Im Zeitraum 09/20-08/21 waren 117 und im Zeitraum 09/21-08/22 241 Nutzer*innen in schlechtem Allgemeinzustand. Das entspricht einem Anstieg von 36,16 %.

Im Zeitraum 09/20-08/21 waren 901 und im Zeitraum 09/21-08/22 1035 Nutzer*innen in mittlerem Allgemeinzustand angesprochen worden. Das entspricht einem Anstieg von 14,87 %.

Wundsituation

Eine wesentliche Aufgabe ist die Versorgung von Wunden, bei denen die examinierten Pflegefachkräfte mit zum Teil schwersten Verletzungen und Wunden konfrontiert sind. Diese können in die Kategorien chronisch⁷ und akut⁸ eingeteilt werden.

Die häufigsten Wundarten wurden ebenfalls erfasst. Dabei tritt der Ulcus Cruris⁹ am häufigsten auf und benötigt bei der Wundversorgung die aufwendigste Wundreinigung und reichlich Wundversorgungsmaterial. Wir wählen für die Wundversorgung stets hochwertige Materialien, die der Wundphase und -situation angepasst werden. Moderne Wundauflagen¹⁰ können auch für mehrere Tage auf den Wunden verbleiben und eignen sich daher besonders gut für die Versorgung von Wohnungslosen und Suchterkrankten, bei denen keine tägliche Wundversorgung gewährleistet werden kann.

Auch durch die Versorgung von kleineren Verletzungen, wie einer Blase oder Abschürfung, kann vermieden werden, dass sich Wunden entzünden und es zu Wundheilungsstörungen oder weiteren Komplikationen kommt. Unsere Krankenpflegefachkräfte verfügen über Fortbildungen in der modernen Wundtherapie und versorgen eine große Bandbreite an akuten und chronischen Wunden.

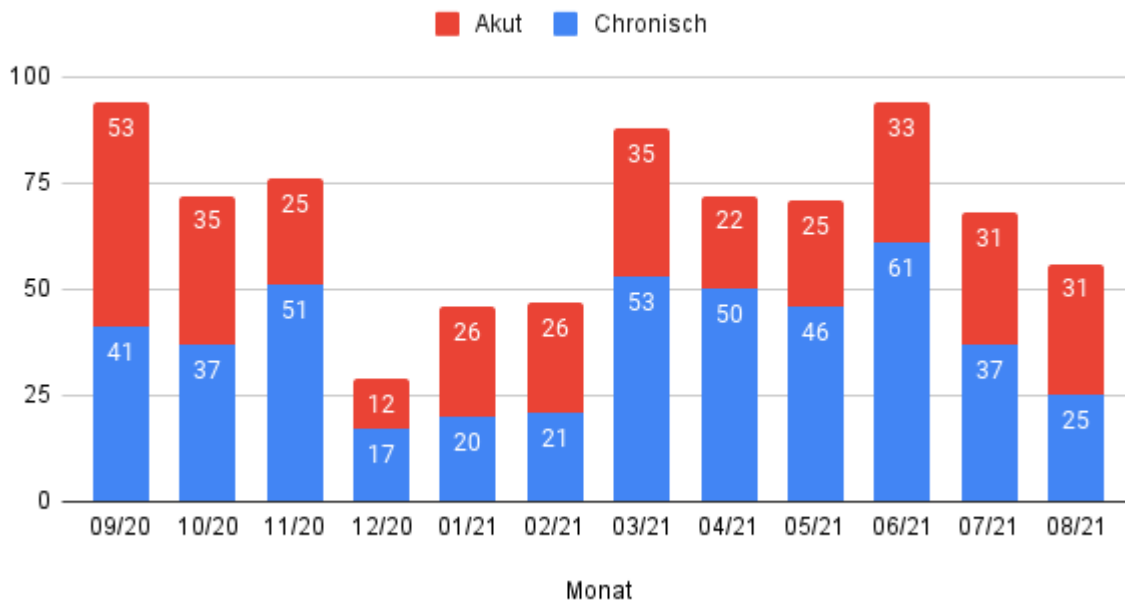
⁷ Eine Wunde, die nach acht Wochen nicht abgeheilt ist, wird als chronisch bezeichnet. Darüber hinaus sind einige Wunden von Beginn an als chronisch anzusehen, weil ihnen eine Grunderkrankung vorausgeht, die ebenfalls behandelt werden muss z. B. bei Diabetes oder Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK).

⁸ Akute Wunden entstehen durch Verletzungen von außen, zum Beispiel durch mechanische Gewalt, Hitze, Kälte oder chemische Stoffe. Sie verheilen in der Regel ohne größere Komplikationen und innerhalb kurzer Zeit. Bei Wohnungslosen führen allerdings die hygienischen Zustände nicht selten dazu, dass eine akute Wunde auch chronisch werden kann.

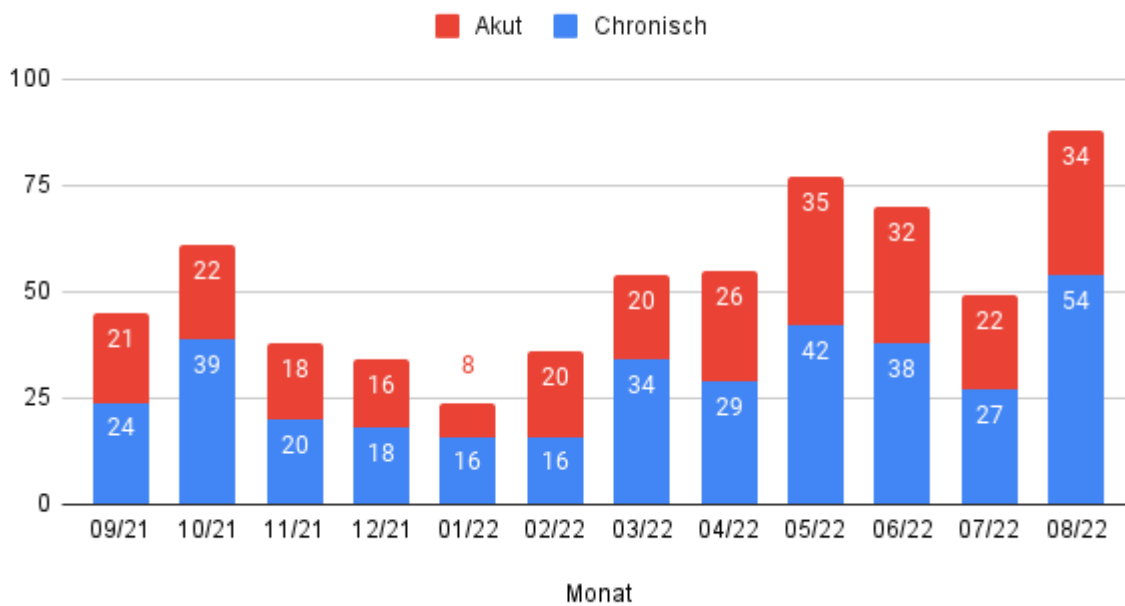
⁹ Tiefe, meist nässende Wunde im Bereich des Unterschenkels. Ein Ulcus cruris entsteht in den meisten Fällen auf Grundlage von drei Grunderkrankungen: Chronisch venöse Insuffizienz (Venöses Ulcus cruris, CVI); Periphere arterielle Verschlusskrankheit (Arteriellulcus cruris, pAVK) Diabetes mellitus (Diabetischer Fuß

¹⁰ z.B. Hydrokolloidverbände - eine Wundaufgabe in der feuchten Wundbehandlung, dieser besteht aus mehreren Anteilen. Der äußere Teil ist meist eine Folie oder eine halbdurchlässige Membran, die keim- und wasserdicht ist. Im Inneren des Verbands befindet sich eine Matrix aus Hydrokolloiden, welche meist aus Zellulose oder einem anderen quellfähigen Gelmittel (Alginate, Gelatine, Pektin) besteht. Eine zusätzliche Klebeschicht stellt die Verbindung zur Haut bzw. zum Wundgrund her und sorgt dafür, dass der Verband nicht auf der Wunde verrutscht.

Wundart



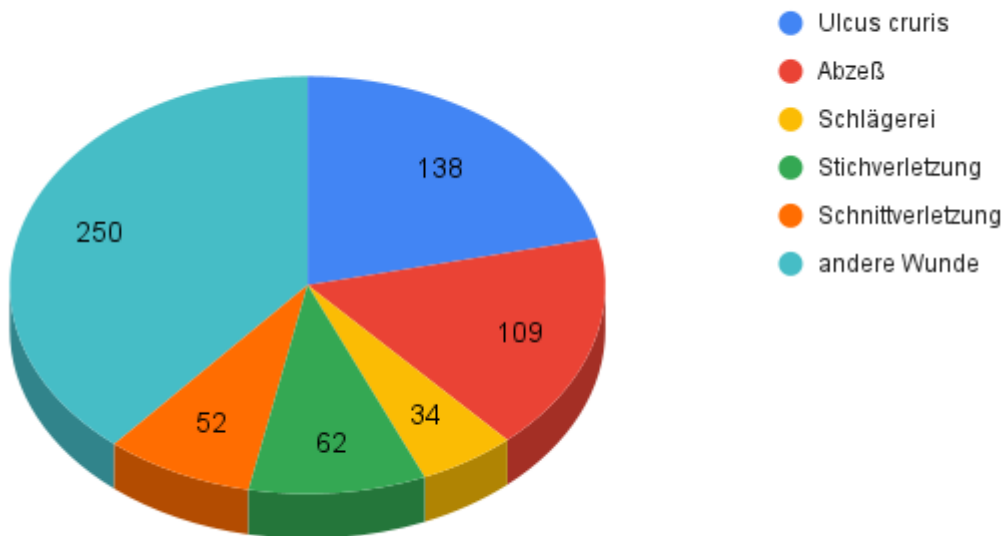
Wundart



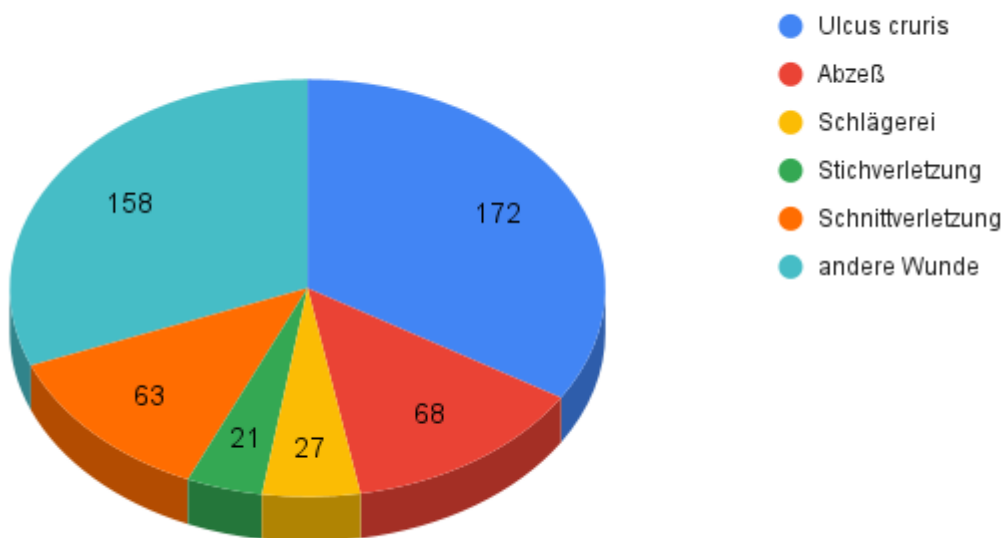
Im Zeitraum 09/20-08/21 hatten 354 und im Zeitraum 09/21-08/22 274 Nutzer*innen eine akute Wunde. Das entspricht einem Rückgang von 22,60 %.

Im Zeitraum 09/20-08/21 waren 469 und im Zeitraum 09/21-08/22 357 Nutzer*innen voll eine chronische Wunde. Das entspricht einem Rückgang von 22,22 %.

Verteilung der Wundarten 09/21 bis 08/22



Verteilung der Wundarten 09/20 bis 08/21



Anstieg an Wundversorgungen allgemein

Die Anzahl der Wundversorgungen lagen im Zeitraum 09/20-08/21 bei 509 und 09/21-08/22 bei 645. Es wurden im zweiten Zeitraum demnach 136 Wunden mehr versorgt, was einem Anstieg von 27% entspricht, dieser erklärt sich größtenteils aus dem Anstieg an Versorgungen in der zweiten Zeitspanne.

Signifikante Abnahme Nutzer*innen mit Ulcus cruris

Ein Rückgang konnte erfreulicherweise bei der Wundart Ulcus cruris erreicht werden. So waren es 09/20-08/21 noch 172 Ulcus cruris Wundversorgungen und 09/21-08/22 nur noch 138. Es wurden 34 Ulcus cruris weniger versorgt, das entspricht einem Rückgang von 20%.

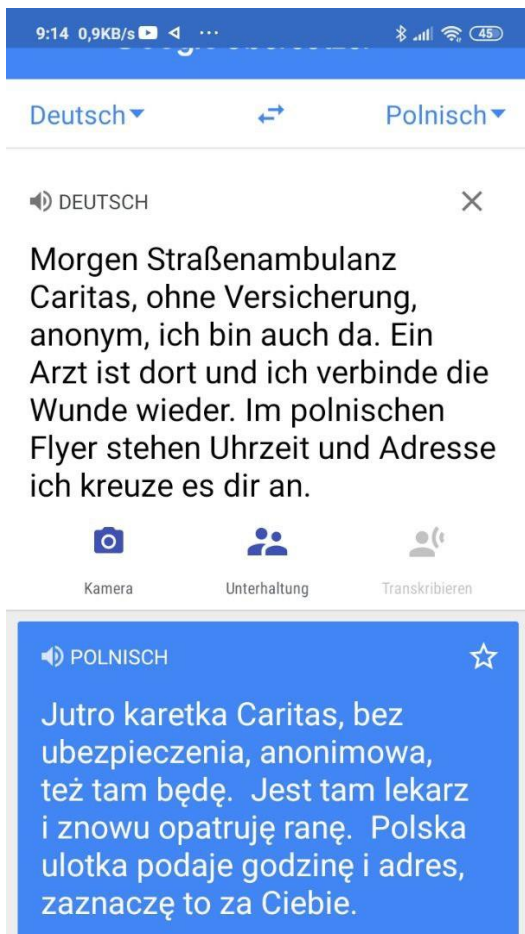
Beim Ulcus cruris handelt es sich um ein sehr komplexes chronisches Krankheitsbild, das regelmäßiger ärztlicher und pflegerischer Versorgung bedarf. Menschen mit Ulcus cruris können häufig schwerwiegende Komplikationen erleiden wie das Absterben von Gewebe (Nekrose), in schweren Fällen kann dies zum Verlust von Zehen oder Beinamputationen oder gar eine Sepsis mit Todesfolge führen. Wir sehen diese schweren lebensbedrohlichen Komplikationen leider besonders häufig bei Menschen, die auf der Straße leben und zusätzlich stark in der Compliance eingeschränkt sind. Einige sind deswegen leider bereits dauerhaft auf Hilfsmittel wie Rollstuhl, Rollator oder andere Gehhilfen angewiesen und in der Mobilität und der Möglichkeit den Lagerplatz zu verlassen, um regelmäßig Hilfe aufzusuchen eingeschränkt.

Durch unsere Arbeit konnten wir einen Teil der Wohnungslosen mit Ulcus cruris an eine regelmäßige Versorgungsstruktur. Unsere „SIDA-Mobil“ Krankenschwestern sehen z.B. diese Patienten dann in der ärztlichen und krankenschwesterlichen Sprechstunde der Caritas Straßenambulanz regelmäßig. Ein wohnungsloser Mensch mit einer Oberschenkelamputation aufgrund eines Ulcus Cruris wird auf lange Sicht in einem Pflegeheim versorgt werden müssen und verursacht dort ein Vielfaches an Kosten. Selbstverständlich ist auch für die Lebensqualität der wohnungslosen und suchtkranken Menschen auf der Straße die körperliche Unversehrtheit ein großer Gewinn und ein Hauptziel unserer Arbeit. Unsere Mitarbeiter treffen vermehrt auf Nutzer*innen mit Ulcus cruris, die ihre Wundversorgung nun regelmäßig im Meckiladen, dem Stellwerk oder der Straßenambulanz durchführen lassen.

Dies ist ein enormer Erfolg und an diesem Beispiel wird deutlich, dass wir auch durch die gelungene Anbindung dem Gesundheits- und Pflegeversicherungssystem langfristig enorme Kosten einsparen.

Ausländische Wohnungslose & Suchtkranke

Unter den Behandelten sind auch viele Osteuropäer. Man kann wohl davon ausgehen, dass unter den nicht Krankenversicherten auch eine erhebliche Schnittmenge mit osteuropäischen Wohnungslosen und Suchterkrankten vorhanden ist. Diese Gruppe ist im Allgemeinen besonders misstrauisch. Hier ist es unseren Pflegefachkräften gelungen, allmählich Vertrauen herzustellen. Einzelne Wohnungslose und Suchterkrankte haben für sich und andere ein „Hilfesystem im Hilfesystem“ geschaffen. Mit Ihren bilingualen Sprachkenntnissen übersetzen sie für andere, so dass eine Kommunikation auch mit denjenigen aufgebaut und aufrecht erhalten werden kann, die über keine deutschen Sprachkenntnisse verfügen. Alkohol- und Drogenkonsum führen hier nicht selten dennoch zu weiteren Verständigungsschwierigkeiten. Manchmal kann über Englisch ausreichend gut kommuniziert werden. Gelingt dies nicht, nutzen unsere Mitarbeiter*innen auch die Funktionen von Google Translate und übersetzen so medizinische Sachverhalte, andere Versorgungsangebote und wichtige Informationen in russisch, polnisch, rumänisch, spanisch und vereinzelt andere Sprachen.



Beispiel aus der Praxis für die Kommunikation mit Google Translate. Die Übersetzungen können mehrfach als Audio abgespielt werden oder zum Lesen überreicht werden bis sichergestellt ist, dass die Informationen verstanden wurden.

Die polnischen Wohnungslosen können häufig gut an die Straßenambulanz angebunden werden, da es dort polnischsprachige Mitarbeiter*innen gibt und auch Nichtversicherte dort sehr umfassend betreut werden. Sehr hilfreich erweisen sich die Flyer der Stadt „Angebote und Unterstützung für obdachlose Menschen in Hannover“ in unterschiedlichen Sprachen.

Erfahrungen mit Ukraine Flüchtlingen im „SIDA-Mobil“

Besonders im Frühjahr 2022 nach Ausbruch des Krieges und dem Ankommen der ersten Ukraine Flüchtlinge hatten wir zunehmend auch Ukrainer auf der Straße angetroffen, die noch keine Unterkunft hatten oder nicht in die Messehalle wollte oder aus anderen Gründen zunächst in Hannover gestrandet waren. Diesen Menschen konnte aber durch einfach Informationsweitergabe oder Vermittlung an andere Helfer am Hauptbahnhof geholfen werden.

Seit Sommer 2022 sind sowohl unter den Suchterkrankten als auch unter den Wohnungslosen vereinzelt auch ukrainische Nutzer*innen. Wie bei anderen Osteuropäern gestaltet sich die Kommunikation oft sehr schwierig, da nur selten und oft rudimentär auf Englisch ausgewichen werden kann.

Rettungsdienst Einsätze

Nur zehn RTW Einsätze waren von 09/20-08/21 und **sechs RTW Einsätze** 09/21-08/22 an „SIDA-Mobil“ Tagen (rund 160/Jahr) notwendig. Im vorherigen Projektbericht Zeitraum waren es 10 RTW Einsätze .

Sechs Mal mussten unsere „SIDA-Mobil“ Mitarbeiter den Rettungsdienst zu Wohnungslosen und Suchtkranken rufen. Gründe für die RTW Einsätze waren stets lebensbedrohliche Gesundheitszustände:

10/21 Intoxikation mit Bewusstlosigkeit,

01/22 epileptischer Anfall mit anschließender Bewusstseinsstörung,

02/22 Intoxikation mit Bewusstlosigkeit,

06/22 Bewusstlose Person,

08/22 V.a. Myokardinfarkt ,

08/22 hohes Fieber, Rippenfellentzündung u. A.

Wohnungslose und Suchterkrankte gehören zu einer besonders vulnerablen Gruppe, die sehr häufig mit gesundheitlichen Problemen kämpft. Häufig kumulieren diese z.B. wenn zur Suchterkrankung noch infektiologische Erkrankungen wie Hepatiden, HIV / AIDS und zusätzlich noch psychiatrische und körperliche Erkrankungen hinzukommen. Bei akuter gesundheitlicher Gefährdung rufen die "SIDA-Mobil" Fachkräfte ein RTW hinzu und falls erforderlich, werden Erste Hilfe Maßnahmen eingeleitet. So werden bewusstlos aufgefundene Menschen in stabiler Seitenlage gelagert und die Atemwege gesichert, sowie die Vitalzeichen überprüft und bei Pulslosigkeit oder fehlender Atmung eine Herz-Lungen-Wiederbelebung eingeleitet. Etwa alle 1-2 Monate ist ein RTW-Einsatz aufgrund einer lebensbedrohlichen Situation notwendig.



Fehlendes Entlassungsmanagement Wohnungsloser & Suchtkranker

Entlassungsmanagement nach Krankenhausaufenthalten

Nach Krankenhausaufenthalten kommen viele Wohnungslose mittlerweile mit ihren Entlassungsbriefen auf uns zu und bitten uns diese zu erläutern und eine Nachsorge zu organisieren. Nicht selten haben die Wohnungslosen dann eine Operation gehabt oder eine schwere lebensbedrohliche Erkrankung wie einen Apoplex oder Myokardinfarkt erlitten. Wir lesen mit den Nutzer*innen die Arztbriefe gemeinsam und bemühen uns um eine ärztliche Anbindung und kümmern uns um die Nachsorge wie z.B. Verordnung von Medikamenten, Hilfsmitteln oder Therapien.

In wenigen Fällen (09/21-08/22 waren es 2 Fälle), wenn wir die Wohnungslosen in desolatem Gesundheitszustand vorfinden, können wir diese nicht auf der Straße belassen und müssen eine Wiedereinweisung veranlassen. Telefonate mit dem Entlassungsmanagement ergeben häufig, dass die mangelnde Compliance der wohnungslosen Person häufig zu einer vorzeitigen Entlassung gegen ärztlichen Rat erfolgte. Wohnungslose Menschen würden von einem sektorenübergreifende/n „Case Manager/in“ der ihre Compliance Störung und ihre Lebenswelt auf der Straße versteht beim Übergang von einem Sektor in den anderen sehr profitieren. Hier könnten unsere Krankenschwestern/-pfleger aus dem „SIDA-Mobil“ Fachwissen und -kompetenzen sehr gut nutzen und die Schnittstelle ambulant-stationär bzw. Entlassungen im Sinne der Wohnungslosen enorm verbessern.

Versorgung mit Rollstühlen, Rollatoren und anderen Pflegehilfsmitteln aus Sachspenden

In einigen Fällen konnten wir pflegebedürftigen Wohnungslosen mit einem Rollstuhl, Rollator oder anderen Pflegehilfsmitteln versorgen, die uns als Sachspende von Privatpersonen zur Verfügung gestellt wurden. Die Wohnungslosen gewannen dadurch an Mobilität und Lebensqualität. Bei einem Rollstuhl haben wir den Transport in eine Klinik organisiert für einen Wohnungslosen ohne Versicherung.

6. Fazit 2022 Hannover braucht das „SIDA-Mobil“

SIDA e.V. verfügt leider über keine öffentlich finanzierten Stellen und für den Verein ist es nicht möglich wesentliche Personalkosten für die sehr **zeitintensive Vernetzung und Überleitung in die Wohnungslosen- und Suchthilfe** zu refinanzieren. In Zukunft muss dieser Teil der Personalkosten **in die Finanzierungsstruktur mit aufgenommen werden**.

Die **Straßenkontakten** insgesamt stiegen im letzten Jahr um **7,58 %**, die **krankenpflegerischen Versorgungen um 15,31 %** an. Uns ist es gelungen, sowohl Vertrauen mit den versorgten Personen aufzubauen als auch viele von ihnen an die vorhandenen Hilfestrukturen anzubinden. Sie nehmen nun regelmäßig Angebote der Wohnungslosen- und/oder Suchthilfe sowie andere Hilfeleistungen unseres Gesundheitssystems in Anspruch. Vielfach haben sich der **Gesundheitszustand und die Lebensumstände der Betroffenen durch das „SIDA-Mobil“ erheblich stabilisiert**.

Bei anderen ist diese Anbindung leider weiterhin nicht möglich. Dies liegt vor allem an der mangelnden Compliance und oft auch an fehlendem Versicherungsschutz bzw. auch der Angst davor, nicht anonym versorgt zu werden. Diese Gruppe benötigt die aufsuchende Soforthilfe des „SIDA-Mobils“ vor Ort. Für die kranken und pflegebedürftigen Wohnungslosen und Suchterkrankten, die nicht durch „Komm-Strukturen“ erreicht werden, ist die **aufsuchende Arbeit mit dem „SIDA Mobil“ oft der einzige Zugangsweg zum Gesundheits- und Hilfesystem**.

Aufsuchende **Krankenpflege** ist ein **fehlendes Bindeglied** – Krankenschwestern /-pfleger **bringen Kompetenzen mit, die in anderen Berufsgruppen fehlten** z.B. körpernahe Hilfen, Prävention, Gesundheitsförderung, med. Fachwissen, Gesundheitssystem Wissen. Das „Anpacken vor Ort“ – die Soforthilfe - führt bei den Nutzer*innen eine deutliche Verbesserung ihrer Lebenssituation herbei und reduziert die Verwahrlosung dieser Menschen. Selbst körpernahe Hilfen wie eine Teilwäsche und Kleidungswechsel sind (eingeschränkt) auf der Straße möglich. Menschen, die keine Komm-Strukturen aufsuchen brauchen eine **„Brücke“ ins System**. Sie können diese nicht selbst schlagen. Die **dauerhafte Soforthilfe vor Ort**, für Menschen, die sonst „durchs Raster fallen“ **kann die Lebensqualität, den Gesundheits- und Pflegezustand der Menschen merklich verbessern**.

Die aufsuchende Arbeit kann den Rettungsdienst entlasten, insbesondere Einsätze wegen hilfsbedürftigen / verwahrlosten Wohnungslosen und Suchkranken, können durch unser niedrigschwelliges Angebot vermeiden werden! Durch die krankenschwägerische Soforthilfe vor Ort kann oftmals eine sofortige Verbesserung im Pflege- und Gesundheitszustand

herbeigeführt werden. Bei einigen Wohnungslosen und Suchtkranken kann eine ärztliche Versorgung im Regelsystem in die Wege geleitet werden.

Wohnungslose ohne Versicherungsschutz werden niedrigschwellig und auf Wunsch **anonym** erreicht, viele insbesondere osteuropäische Wohnungslose und Suchtkranke benötigen eine Brücke und Vertrauensperson, um Hilfen aus dem Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen.

Prävention und Gesundheitsförderung kann in einer sehr schwer zu erreichenden Zielgruppe niedrigschwellig angeboten werden. Folgeschwere gesundheitliche Komplikationen können vermieden werden.

Pflegebedarf von Wohnungslosen und Suchtkranken kann vor Ort erkannt und eingeschätzt werden. Ein Antrag auf Pflegeeinstufung kann gestellt werden (bei vorliegendem Versicherungsschutz) und eine Überleitung an geeignete Einrichtungen veranlasst werden wie Krankenwohnung, Pflegeheim, Wohnunterkunft oder eigenen Wohnraum etc.

Unsere **zentrale Lage direkt am Hauptbahnhof inmitten der Szene eignet sich hervorragend** für die Umsetzung des Projekts und hilft uns immer wieder auf die individuellen Bedürfnisse der Nutzer*innen eingehen zu können.

Wegfall dieses Angebots würde wieder zu einer **Zunahme der Verwahrlosung von Wohnungslosen und Suchterkrankten im Innenstadtbereich** führen würde.

Sowohl die **Wohnungslosen und Suchtkranken als auch andere Akteure aus der Wohnungslosen- und Suchthilfe Hannovers sprechen sich sehr für das „SIDA-Mobil“ Angebot aus** (siehe Statements)

7. Zukunftsperspektiven

für das „SIDA Mobil“ und die Versorgung pflegebedürftiger Wohnungsloser & Suchterkrankter:

Das „Gemeindeschwester“ Modell würde sich für die Zielgruppe eignen auch für weitere Stadtteile und Unterkünfte. Eine Finanzierung über Regelleistungen der PV und RV ist aufgrund des hohen Anteils an Wohnungslosen ohne Versicherung nur für 32 % der Nutzer*innen (mit Versicherungsschutz) möglich. Bei diesen kann Körper- sowie Behandlungspflege in den meisten Unterkünften über einen ambulanten Pflegedienst realisiert werden. In den stationären Wohnungslosenunterkünften bzw. Einrichtungen der Eingliederungshilfe wären die Unterkünfte selbst für die Gewährleistung der Pflege zuständig. Erfahrungsgemäß müssen einige Wohnungslose leider ausziehen, sollten sie pflegebedürftig werden. Diese gängige Praxis sollte dringend abgeschafft werden und eine nachhaltige Lösung sollte hier initiiert werden. Mit einer struktur- und einrichtungsübergreifend arbeitenden Gemeindeschwester für Wohnungslose & Suchtkranke könnte diese Problematik im Sinne der Pflegebedürftigen, der Einrichtungen und sogar kostensparend für das Gesundheitssystem gelöst werden.

Das BMG macht sich seit kurzem für „Gesundheitskioske“ stark, in denen Pflegefachkräfte mit entsprechendem Know How deutschlandweit neue Beratungsangebote für Patientinnen und Patienten in sozial benachteiligten Regionen aufbauen sollen. Langfristig sollen 1.000 Gesundheitskioske bundesweit aufgebaut werden. Initiiert werden sollen die Anlaufstellen von den Kommunen, finanziert mehrheitlich von den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, die Kommunen beteiligen sich. Hauptaufgabe der Kioske ist es, den Zugang zur Versorgung der Patientinnen und Patienten mit besonderem Unterstützungsbedarf zu verbessern und die Versorgung zu koordinieren. Hier könnte das „SIDA-Mobil“ seine Projekterfahrungen hervorragend nutzen und ein Gesundheitskiosk **für Wohnungslose und Suchtkranke wäre langfristig eine durchaus denkbare Weiterentwicklung des „SIDA-Mobils“**. Diese Gesundheitskioske sollen von

Pflegefachkräften geleitet werden¹¹.

Ausweitung aufsuchende Krankenpflege insbesondere für Nicht Versicherte auch an anderen Orten erforderlich z.B., immer wieder auch Anfragen aus zentrumfernen Stadtteilen und weiteren Unterkünften. Auch haben die Sozialarbeiter am Alten Flughafen in der Vergangenheit einen Bedarf an krankenpflegerischer Versorgung und Gesundheitsförderung bei ihren Nutzer/innen formuliert, so entstand in diesem Jahr das Projekt „krankenpflegerische Gesundheitsprechstunde und Körperpflege am Alten Flughafen“, das leider nur vom 01.02.-31.03.2022 eine Finanzierung erhielt.

Die krankenpflegerische Versorgung wäre auch übertragbar auf pflegebedürftige Ukrainer z.B. in Unterkünften. Hier könnte sich SIDA e. V. auch vorstellen sich an einer task force zu beteiligen.

Eine **Vernetzung mit der Clearingstelle Gesundheitsversorgung** ist in diesem Jahr erfolgt zur Klärung, ob eine Krankenversicherung möglich ist, insbesondere bei den osteuropäischen Nutzer*innen.

¹¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk.html>

Eckpunkte Gesetzesinitiative:

- **Gesundheitskioske** bieten insbesondere in sozial benachteiligten Regionen und Stadtteilen **niedrigschwellige Beratung** an.
- Die Krankenkassen fördern zusammen mit den Kommunen mit Hilfe der Gesundheitskioske **insbesondere die Gesundheitskompetenz** von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf und bieten diesen im Bedarfsfall individuelle Beratung zur Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils. Ferner bieten die Krankenkassen und das „**GKV-Bündnis für Gesundheit**“ in den Gesundheitskiosken Informationen für Kommunen und andere interessierte Stellen über Projekte zur Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Menschen.
- **Weitere Aufgaben sind insbesondere:**
 - Die **Vermittlung von Leistungen** der medizinischen Behandlung, Prävention und Gesundheitsförderung und Anleitung zu deren Inanspruchnahme;
 - **allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen** zur medizinischen und sozialen Bedarfsermittlung;
 - die **Koordinierung** der erforderlichen Gesundheitsleistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme;
 - die **Unterstützung** bei der Klärung gesundheitlicher und sozialer Angelegenheiten;
 - die **Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerkes**;
 - Durchführung einfacher **medizinische Routineaufgaben** wie z.B. Blutdruck und Blutzucker messen, Verbandswechsel, Wundversorgung und subkutane Injektionen – veranlasst von Ärztinnen und Ärzten;
 - perspektivisch: Erweiterung um ergänzende Beiträge zur Sicherstellung der Primärversorgung
- **Leitung/Personal des Gesundheitskiosks:**
 - examinierte Pflegefachkräfte

*„Gesundheit ist eine der wichtigsten sozialen Fragen des 21. Jahrhunderts. Auch unter wirtschaftlichem Druck muss es uns gelingen, in einer alternden Gesellschaft das Solidarsystem zusammenzuhalten. **Deshalb darf in Deutschland weder der Geldbeutel noch der Wohnort über die Behandlung von Patientinnen und Patienten entscheiden.** Gesundheitskioske können dabei einen entscheidenden Unterschied machen. Selbst in strukturell schwachen Gebieten sollen alle die Möglichkeit haben, schnell und kompetent in Gesundheitsfragen beraten zu werden und unbürokratisch Hilfe zu erhalten. Beratung, Vermittlung und vorbeugende Maßnahmen sind Beispiele für die Lücken im System, die so in benachteiligten Regionen geschlossen werden sollen.“*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

Anbindung an telemedizinische Strukturen

Ein weiterer Schritt zur Verbesserung und Optimierung des Projektes wäre es, einen Arzt oder eine Ärztin im Hintergrund zu haben, der*die in besonderen Fällen über moderne Telekommunikationsmedien live vor Ort hinzu geschaltet werden kann. Diese Form der Telemedizin zu praktizieren, wäre für die Suchterkrankten und Wohnungslosen ein großer Gewinn für ihre Lebenssituation und würde noch mehr zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes beitragen:

Das Einbinden von telemedizinischen Anwendungen wie Videosprechstunden bringt eine Reihe an Vorteilen mit sich:

- **Ärztliche Anbindung würde** ermöglicht, Erstkontakt niedrigschwellig
- **Versorgungsmöglichkeiten** werden **qualitativ verbessert**
- **Leistungsspektrum der PFK** kann erweitert werden
- **Verschreibungspflichtige Medikamente** können zeitnah ärztlich angeordnet werden
- Spätere Übertragbarkeit für **interprofessionelles und trägerübergreifendes Arbeiten** – Hinzuschalten anderer Berufsgruppen Streetworker, Clearingstelle, Unterkünften, Suchtmedizinern, Institutsambulanzen etc.
- **Sektorenübergreifendes Arbeiten effizient ermöglichen** z.B. Entlassungsmanagement der Kliniken, niedergelassene Ärzte z.B. Substitutionsarzt vermitteln, Wohnunterkünfte, Tagesaufenthalte

Feedback von Wohnungslosen und Suchterkrankten

„Tolles Projekt. Danke für eure Hilfe. Ihr seid ja fachlich 1 A. Toll, dass es noch Menschen mit Herz gibt und mich als vollwertigen Mensch sehen und nicht wie Abschaum.“

Toni, 36 Jahre, wohnungslos

„Macht weiter so! Ihr helft mir sehr, vielen Dank.“

Nicole, 43 Jahre, wohnungslos

„Ich wüsste nicht was ich ohne euch tun würde.“

Fred, ca. 50 Jahre, wohnungslos

„Sehr gut für uns arme Menschen. Wir bzw. ich werden endlich gesehen. Macht bitte auf jeden Fall weiter. Für die ärmeren Menschen wird nichts gemacht, wir sterben wie die Fliegen. Hauptsache die Stadt macht die Raschplatzhochbrücke zu und da wird gefeiert. Dafür ist Geld da. Ich bin stinksauer. Der Winter war sehr hart für uns.“

Anonym, 64 Jahre, wohnungslos

„Suchtdruck zu hoch. Kann zu keinem Arzt mehr kommen.“

Schrotti, 56 Jahre, wohnungslos

„Toll, dass es euch gibt. Danke, dass ihr da seid. Man bekommt Informationen, an die man so auf der Straße nicht rankommt: Adressen, Hilfsorganisationen, Gesundheitssprechstunde, Uhrzeiten. Ich hab kein Handy. Danke auch für die Flyer mit Öffnungszeiten, gerade in der Coronazeit beim Lockdown war das eine sehr wichtige Information, was ist noch auf.“

Anna, 44 Jahre, wohnungslos

„So wichtig bei Krankenhaus Phobie oder wenn man zu keinem Arzt mehr kann. Suche keine Institution mehr auf.“

Micha, 44 Jahre, wohnungslos

„Hilfsbereit und immer da, wenn ihr gebraucht werdet.“

Bow, 42 Jahre, wohnungslos



„Wenn im Meckiladen keiner da, ihr kommt immer zuverlässig vorbei.“

Anonym, ca. 35 Jahre, wohnungslos

„Bei Verletzungen an Ort und Stelle“

Christian, 54 Jahre, wohnungslos

„Dass Ihr die Grundbedürfnisse und
Notversorgung mit Herz macht“

Anonym, ca. 45 Jahre, wohnungslos



Feedback von Institutionen / Kooperationspartner*innen

„Seit dem Mai 2019 kooperiert die Caritas Hannover mit SIDA e.V. bei der krankenflegerischen Versorgung von Wohnungslosen. Die aufsuchende Arbeit des „SIDA Mobil“ Projekts für wohnungslose und suchterkrankte Menschen wird als sehr wichtiges Angebot gesehen und es werden seit Beginn des Projektes immer wieder Hilfesuchende an unsere Straßenambulanz vermittelt, insbesondere den Tagestreff, die ärztliche Sprechstunde, Gesundheitssprechstunde und in die Caritas Krankenwohnung. Seit 2020 / 2021 steigt die Anzahl der Hilfesuchende in der Straßenambulanz. Wir bedanken uns für die gute Zusammenarbeit!“

Monika Nordhorn, Caritasverband Hannover

„Die Fachkräfte von „SIDA Mobil“ erschaffen im öffentlichen Raum eine Nische der Privatheit, die es Menschen erlaubt, Vertrauen zu fassen. Das ist häufig die Voraussetzung für die Annahme von Unterstützung, im Speziellen einer höchstpersönlichen, wie der aufsuchenden krankenflegerischen Versorgung. Ein wichtiges Angebot!“

Katharina Pätzold, Streetworkerin Fachbereich Soziales, Straßensozialarbeit O.E. 50.24.2

„Auch in der Krankheit werden insbesondere obdachlose Menschen abgehängt, allein gelassen. Die tradierte ambulante und stationäre Medizin ist nur im Rahmen des Allernotwendigsten aufnahmebereit.

Kranke Menschen, die gezwungen sind, auf der Straße zu leben, haben meistens große Scheu, Praxen oder Krankenhausambulanzen aufzusuchen. Und dieses, obwohl ca. 75% Ansprüche an die Krankenkassen nach dem SGB V oder anderen Leistungsgesetzen haben.

Lokale Bemühungen freier Träger sind eher als Zusatzleistung zur Sozialarbeit zu sehen, nicht als eigenständiges und ausreichendes medizinisches Angebot. Dieses minimale Angebot ist fast total spendenfinanziert; die Leistungen basieren fast ausschließlich auf ehrenamtlichem Einsatz älterer Ärztinnen und Ärzte. Solange die Betroffenen sich nicht in die Strukturen der ambulanten und stationären Medizin einfügen (lassen), gibt es keine Zahlungsbereitschaft der Krankenkassen. Die Politik hat sich dieses Problems nicht angenommen.

Dennoch leben Menschen auf der Straße in teilweise großer körperlicher und seelischer Not. „SIDA-Mobil“ ist Notruf und Nothilfe zugleich. Neben der direkten Versorgung der Menschen auf der Straße kann „SIDA-Mobil“ eine Brückenfunktion haben, wenn die obdachlosen Menschen noch über die Kraft verfügen, über diese Brücke zu gehen. Die fachkundigen,

angestellten Mitarbeitenden dieses Projekts leisten nicht nur 1. Hilfe. Sie informieren, zeigen Auswege. Sie helfen, insbesondere durch die Nachsorge, Leben zu erhalten.

StiDU e.V. - Stimme der UngeHÖRTen, Ombudsstelle für wohnungs- und obdachlose Menschen, fordert eine dauerhafte auskömmliche Finanzierung dieser Basisleistung - und basierend auf den Erfahrungen von Sida und anderer Träger deren Zusammenarbeit bei einem zielgruppengerechten medizinischen Angebot, öffentlich und nicht durch Spenden finanziert.“

Reinhold Fahlbusch, Vorsitzender, StiDU- Stimme der UngeHÖRTen e.V.

„Im Januar 2021 haben wir als Notversorgung einen wohnungslosen Mann vom “SIDA Mobil” Team an unsere Krankenwohnung vermittelt bekommen.“

Corinna Genz, Sozialarbeiterin in der Krankenwohnung Kurve II, Diakonie

„Ich empfinde das “SIDA-Mobil” als wertvolle Bereicherung, sowohl für mich als Azubi, als auch für die Menschen, die damit Versorgung erhalten. Beim “SIDA-Mobil” konnte ich sehen, dass es zwar schon verschiedene Versorgungsstrukturen gibt, diese aber von einigen nicht genutzt werden, da die Eigeninitiative fehlt. Das “SIDA-Mobil” greift genau hier an und sucht die Menschen selbst auf. Gelernt habe ich auch, dass nicht jeder, der auf der Straße lebt, auch danach aussieht, bei vielen ist es durchaus schwer erkennbar. Der Umgang mit Krisen, psychischen Erkrankungen und Gewalt sind wichtige Dinge, die ich hier lernen durfte, dies wird mir gewiss in meinen weiteren Ausbildungsjahren eine Hilfe sein.“

Antonia Hirt, 20 Jahre, Auszubildende Pflegefachfrau im Kinderkrankenhaus an der Bult