

23. Gesundheitspflege-
Kongress
Hamburg | 7. und 8.11.2025

 Springer Pflege

 Springer Pflege

www.gesundheitskongresse.de

Gesundheitliche, pflegerische und medizinische Bedarfe Wohnungsloser Menschen

Prof. Dr. Martina Hasseler

Michelle Madeleine Spörhase

 **Ostfalia**
Hochschule für angewandte
Wissenschaften

Gesundheitswesen

Diakonie 
in Niedersachsen

Projektvorstellung

Studie und Entwicklungsprojekt zu pflegerischen, gesundheitlichen und medizinischen Bedarfen von wohnungslosen Menschen

3 Projektstandorte

Projektlaufzeit

01.01.2025 – 31.12.2026



Diakonische Gesellschaft
Wohnen und Beraten



Herbergsverein

Winsen (Luhe) und Umgebung e.V.
Im Verbund der Diakonie



Projektvorstellung

Projekttablauf

Die Sozialarbeitenden der Mitgliedseinrichtungen erfassen die Bedarfe der Klient*innen (ambulant, stationär, Housing First, RE_StaRT) systematisch mittels **I.D.A.-App**.

Projektvorstellung

Projektziel

Versorgungsbedarfe der wohnungslosen Menschen innerhalb der Einrichtungen **systematisch erfassen**, um das **Hilfesystem** nach §67 SGB XII **bedarfsangemessen weiterentwickeln** zu können.

Projektvorstellung

I.D.A.-App

- App für die **Erfassung von pflegerischen und gesundheitlichen Bedarfen** von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen.
- Entstanden aus dem Forschungsprojekt EIBeMeB der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften
- App für Personen **ohne medizinisches Vorwissen**
- App für die Erfassung von **Bedarfen vulnerabler Bevölkerungsgruppen**



Projektvorstellung

Übersicht:

I.D.A: Information – Dokumentation – Assessment

zur Erfassung von pflegerischen und gesundheitlichen Bedarfen von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen

1. Information

- 1.1 Daten zur Person
- 1.2 Wohnform
- 1.3 Hilfebedarfsgruppe/n
- 1.4 Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch XI
- 1.5 Informationen zur Geschäftsfähigkeit, Einwilligungsfähigkeit u. rechtlichen Betreuung
- 1.6 Willenserklärungen
- 1.7 Art der finanziellen Unterstützung
- 1.8 Angaben zum Schwerbehindertenausweis
- 1.9 Biographische und persönlich bedeutsame Informationen
- 1.10 Tagesberichte

2. Dokumentation

- 2.1 Informationen zur Krankenversicherung
- 2.2 Bereitschafts-, Haus-, Fachärzte*innen u. zuständiges MZEB
- 2.3 Aufenthalte in Krankenhäusern, psychiatrischen Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen o.ä.
- 2.4 Vorerkrankungen
- 2.5 Zahn- u. Mundgesundheit
- 2.6 Allergien u. Unverträglichkeiten
- 2.7 Unterstützungsbedarf/e
- 2.8 Aspekte der Frauenheilkunde
- 2.9 Kritische Lebensereignisse
- 2.10 Lebensstil
- 2.11 Blutgruppe und Impfstatus
- 2.12 Prävention und Vorsorge
- 2.13 Hilfsmittel
- 2.14 Therapeutische Maßnahmen u. Beratungsangebote
- 2.15 Medikamentöse Therapien u. Wechselwirkungen

3. Assessment

(inkl. Planung v. Unterstützungsmaßnahmen)

- 3.1 Physiologische Vorgänge
- 3.2 Kognitive Fähigkeiten u. mentale Funktionen
- 3.3 Sinnesfunktionen
- 3.4 Bewegung u. Mobilität
- 3.5 Sprache u. Kommunikation
- 3.6 Psyche u. Verhalten
- 3.7 Grundlagen der Selbstversorgung
- 3.8 Selbständige Lebensführung
- 3.9 Soziale Beziehungen
- 3.10 Sexualität



Methodisches Vorgehen

Qualitative Forschung:

Leitfadengestützte Interviews mit
Klient*innen der Einrichtungen,
Sozialarbeitenden der Einrichtungen,
Einrichtungsleitungen, Politik und
Ministerien auf Länderebene,
Gesundheitsamt sowie medizinischem
Personal in der Versorgung

Quantitative Forschung:

Deskriptive Analyse der erfassten Daten
mittels I.D.A.-App

Zugangsbarrieren - Interpersonelle Faktoren

- Angst vor schlechten Nachrichten und gesicherten Diagnosen
 - Folge = Vermeidung medizinischer Versorgung
- Unerfüllte Grundbedürfnisse und konkurrierende Prioritäten
- Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes
 - Fehleinschätzung der Dringlichkeit - geht einher mit Funktionsfähigkeit
 - Mangelnde Gesundheitskompetenz (Unklarheit über Zuständigkeiten)
- Resignation, Selbststigmatisierung, Scham
- Verstecken ihrer Situation (Wollen nicht als Wohnungs- und Obdachlose erkannt werden) – Verschweigen der Probleme
- Fehlender Versicherungsstatus oder finanzielle Mittel

Zugangsbarrieren - Intrapersonelle Faktoren

- Angst (Arzt-Patienten-Beziehung, Machtungleichheiten)
- Misstrauen gegenüber Behörden und dem öffentlichen Gesundheitssystem
 - Folge = Ablehnung von Behandlung durch Betroffene selbst
- Forderndes Verhalten und Aggressivität gegenüber medizinischem Personal kann zu Ablehnung von Seiten der Institutionen führen
- Vorurteile und mangelnder Respekt von Seiten des Gesundheitspersonals
- Annahme des Personals von gewissen Grad an Eigenverantwortung der Betroffenen

Zugangsbarrieren - Institutionelle Faktoren

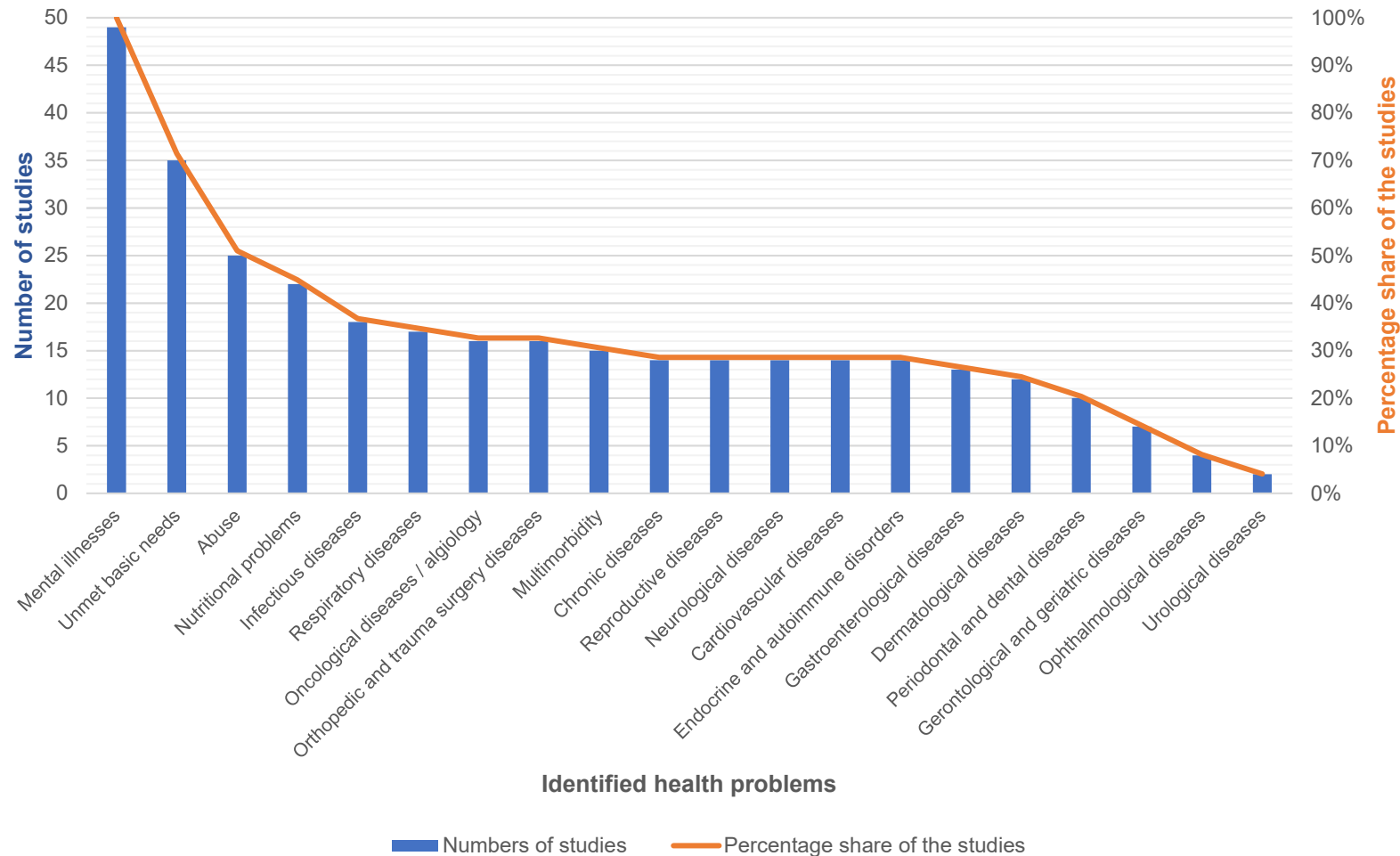
- Multimorbidität und Komplexe Versorgungsbedarfe
- Kostenintensive Akut- und Notfallbehandlung
- Hoher Zeit- und Verwaltungsaufwand
- Fehlende Ausweisdokumente und Krankversicherungsstatus (Kostendeckung)
- Fehleinschätzung der Lebensrealitäten (Kognitive Fehlschlüsse)
- Räumliche Entfernung von Einrichtungen zueinander
- Mangel an erforderlichen Fachkenntnissen unter dem Personal
- Schnittstellenproblematik
- Aufbewahrungsmöglichkeiten für private Gegenstände (Hund, Kleidung...)

Zugangsbarrieren- Systemische Faktoren

- Homogenisierung der Bevölkerungsgruppe
- Infrastruktur und Transportmöglichkeiten
- Öffnungszeiten der Versorgungseinrichtungen
- Nachsorgemöglichkeiten
- Keine Anpassung von Präventions- und Gesundheitsangeboten für diese Menschen
- Aufteilung der Zuständigkeiten (Psychisch, Somatisch) – Mangel an Koordination zwischen den Sektoren
- Geografische Isolation durch Vertreibungen
- Verdeckte oder unsichtbare Wohnungslosigkeit

Medizinische, pflegerische und gesundheitliche Bedarfe – Ergebnisse der Literatur

Frequency of the identified issues within the analyzed studies



Psychische Erkrankungen

- Hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Obdachlosen (77–98 %)
- Häufig: Substanzbezogene Störungen, Angststörungen, Depression, Schizophrenie, PTBS
- Selbstverletzungen und Suizid weit verbreitet
- Psychische Erkrankungen sowohl Ursache als auch Folge von Obdachlosigkeit
- Viele Diagnosen wahrscheinlich unterschätzt (fehlende Offenheit, fehlender Zugang zu Diagnostik)

Substanzkonsum

- Alkohol: 8–59 %, Drogen: 5–54 %; oft Doppelabhängigkeit
- Häufigster Konsum: Alkohol → Crack → Heroin → Cannabis
- Konsum steigt mit Dauer der Obdachlosigkeit
- Folgen: vorzeitige Mortalität, Verschlechterung psychischer Erkrankungen, längere Obdachlosigkeit
- Barrieren: Unterkünfte mit Alkoholvorgaben, begrenzte medizinische Versorgung
- Schadensminderung („Harm Reduction“) als Ansatz

Missbrauch und Gewalt

- Gewalt und Missbrauch sehr häufig; Frauen besonders gefährdet
- Formen: physische & sexuelle Gewalt, Gewalt unter Obdachlosen, „Reinigung“ öffentlicher Räume
- Folge: Trauma, psychische Erkrankungen, körperliche Verletzungen
- Gehirnverletzungen fördern kognitive und neurologische Beeinträchtigungen

Ernährung, Malnutrition und Zahngesundheit

- Häufige Mangelernährung trotz teilweise Übergewicht (paradoxe Adipositas)
- Ursachen: energie- und nährstoffarme, stark verarbeitete Lebensmittel
- Mikronährstoffdefizite, Auswirkungen auf Immunfunktion und chronische Erkrankungen
- Schlechte Zahngesundheit erschwert Nahrungsaufnahme
- Barrieren: fehlende Kühlmöglichkeiten, Kochutensilien, unregelmäßige Versorgung

Atemwegserkrankungen

- Häufig: Asthma, COPD, Pneumonie, Tuberkulose
- Ursachen: Umweltverschmutzung, Feinstaub, Infektionen, Tabak, schlechte Ernährung
- COVID-19-Risiko erhöht bei obdachlosen Personen
- Therapieadhärenz oft problematisch

Infektionskrankheiten

- Häufig: HIV/AIDS, Syphilis, Hepatitis B & C, Tuberkulose
- Ursachen: ungeschützter Geschlechtsverkehr, intravenöser Drogengebrauch
- Weitere Probleme: Lepra, hohe Besiedlungsrate mit Staphylococcus aureus
- Therapieeinschränkungen durch mangelnde Compliance

Onkologische Erkrankungen, Schmerzen und Palliativversorgung

- 50 % leiden an chronischen Schmerzen → häufigster Grund für das Aufsuchen von Notaufnahmen
- Palliativversorgung oft unzureichend, fokussiert auf körperliche Pflege
- Herausforderungen: unvorhersehbarer Krankheitsverlauf, eingeschränktes Mitspracherecht, fehlende psychosoziale Betreuung

Orthopädie, Traumatologie und dermatologische Probleme

- Häufig: Osteoarthritis, Haut- und Fußprobleme, Mobilitätseinschränkungen, Erfrierungen
- Ursachen: langes Stehen/Gehen, ungeeignetes Schuhwerk, Wetterexposition, Drogen, Diabetes
- Häufig: Wunden, Parasitenbefall, Fußschmerzen → Multimorbidität, Krankenhausaufenthalte

Multimorbidität und chronische Erkrankungen

- Häufig gleichzeitiges Auftreten mehrerer Krankheiten → komplexe Versorgung
- verspätete Diagnosen, schlechte Nachsorge, geringe Therapieadhärenz, häufige Notfallbehandlungen

Reproduktive Gesundheit und sexuell übertragbare Erkrankungen

- Ungedeckter Bedarf: Schwangerschaftsvorsorge, Verhütung, STI-Behandlung, eingeschränkter Zugang zu medizinischer Versorgung
- Höheres Risiko für Frauen: sexuelle Gewalt, ungewollte Schwangerschaften, mehrere Partner

Neurologische Erkrankungen und kognitive Beeinträchtigungen

- Häufig: Demenz, Alzheimer, neuropathische Syndrome, Epilepsie, Migräne
- Ursachen: Substanzgebrauch, Traumata, Gehirnverletzungen
- Diagnostik erschwert: fehlende Anamnese, fehlende Angehörige, Missinterpretation kognitiver Probleme von Seiten des Personals

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- 1/3 betroffen; Risikofaktoren: Rauchen (69–87 %), Bluthochdruck, Stress, schlechte Ernährung
- Weitere Probleme: Ödeme, Gefäßkrankheiten, Herzinfarkte, Thrombosen

Endokrine und Autoimmunerkrankungen

- Häufig: Diabetes, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Lupus erythematodes, polymyalgia rheumatica
- Ursachen: Multimorbidität, ungesunde Lebensbedingungen, Stress, Substanzgebrauch

Gastroenterologische Erkrankungen

- Häufig: Leberzirrhose, Pankreatitis, Intoxikationen, makrozytäre Anämie
- Ursachen: Alkohol- und Drogenkonsum, ungesunde Ernährung

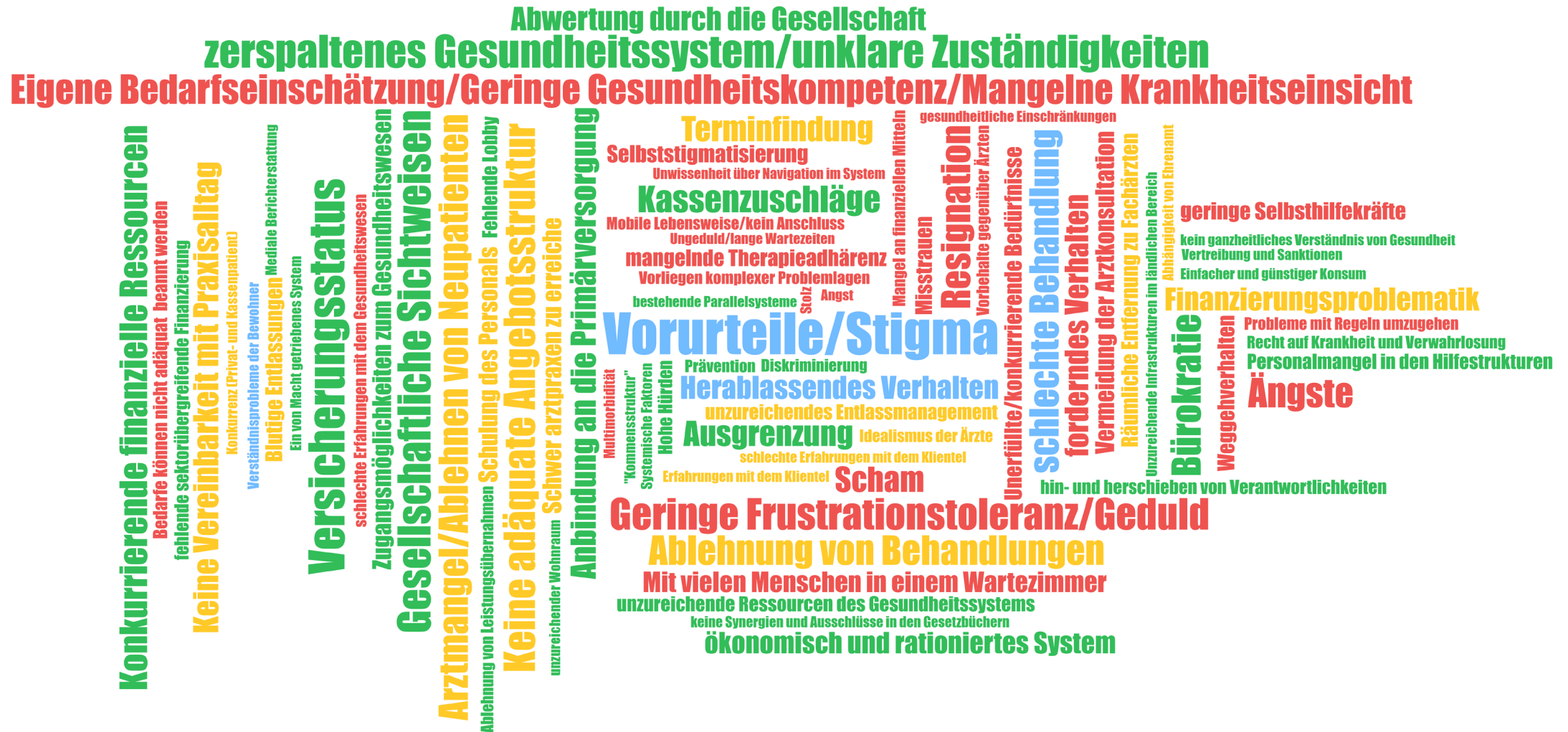
Geriatrische und gerontologische Erkrankungen

- Frühe Alterungserscheinungen: Frailty, kognitive Beeinträchtigungen
- Herausforderungen: eingeschränkter Zugang zu altersgerechten Diensten, Unterdiagnostik
- Kognitive Fehlschlüsse des Personals

Augen- und Urologische Erkrankungen

- Augen: Kurz- & Weitsichtigkeit; eingeschränkter Zugang zu Sehhilfen
- Urologie: Harnwegsinfektionen, akutes & chronisches Nierenversagen

Vorläufige Ergebnisse – Qualitative Inhaltsanalysen



Take-Home Message

Die gesundheitliche Versorgung wohnungs- und obdachloser Menschen kann nur dann nachhaltig verbessert werden, wenn **Maßnahmen über rein medizinische Interventionen hinausgehen** und in ein **ganzheitliches, intersektorales Versorgungskonzept** eingebettet werden. Vorrangig erscheint der Aufbau **niedrigschwelliger, multiprofessioneller Versorgungsstrukturen**, die **medizinische, pflegerische, psychologisch, somatisch sowie soziale Angebote bündeln**.

23. Gesundheitspflege-
Kongress
Hamburg | 7. und 8.11.2025

 Springer Pflege

 Springer Pflege

www.gesundheitskongresse.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Ostfalia
Hochschule für angewandte
Wissenschaften

Gesundheitswesen

Diakonie 
in Niedersachsen