

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den
Zugang in das Gesundheitssystem**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Ignaz Steiger

aus Düsseldorf

Gutachter/in: 1. Prof. Dr. A. Kuhlmei
 2. Prof. Dr. D. Groneberg
 3. Prof. Dr. M. Winter

Datum der Promotion: 19.03.2010

Meinen Eltern gewidmet

Danksagung

Mein Dank gilt Frau Professor Dr. Kuhlmeier die gute Betreuung,
Herrn Professor Dr. Winter und Frau Dr. Dräger für ihre richtunggebende Hin-
weise, Frau H.-M. Steiger, Frau P. Gies und Frau Dr. T. Pierre für die Hilfe bei
der Erfassung der Fragebögen und der Transskription der Interviews sowie
Frau L. Sonnenblume, Herrn A. Steiger und Frau Dr. R. Steiger für ihre morali-
sche Unterstützung.

Besonders dankbar bin ich allen Interviewpartnern.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	8
2	Stand der Forschung.....	10
2.1	BEGRIFFSKLÄRUNG UND STATISTISCHE DATEN.....	10
2.2	UNGLEICHHEIT IM GESUNDHEITZUSTAND WOHNUNGSLOSER.....	11
2.2.1	<i>Körperliche Erkrankungen.....</i>	11
2.2.2	<i>Psychische Erkrankungen.....</i>	13
2.3	SOZIOÖKONOMISCHE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT.....	15
2.3.1	<i>Empirischer Nachweis der Verbindung von sozioökonomischem Status und Gesundheitsstatus.....</i>	15
2.3.2	<i>Sozioökonomischer Status und Gesellschaftsstruktur.....</i>	16
2.3.3	<i>Zum kausalen Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Status und Gesundheitsstatus.....</i>	18
2.3.4	<i>Zur Wirkungsweise einzelner Faktoren bei der Entstehung der gesundheitlichen Ungleichheit und deren Bedeutung für die Gesundheit Wohnungsloser.....</i>	22
2.3.4.1	<i>Zur Bedeutung der Unterschiede im Gesundheitsverhalten.....</i>	23
2.3.4.2	<i>Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung.....</i>	26
2.3.4.3	<i>Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen.....</i>	31
2.3.4.3.1	<i>Belastung durch Stress.....</i>	31
2.3.4.3.2	<i>Belastung durch Schadstoffe.....</i>	34
2.3.4.3.3	<i>Belastung durch regionale Risikomerkmale.....</i>	35
2.3.4.3.4	<i>Belastung durch absolute Armut.....</i>	37
2.3.4.4	<i>Unterschiede in den Bewältigungsressourcen.....</i>	38
2.3.4.5	<i>Gesundheitsbedingte soziale Mobilität.....</i>	40
3	Forschungsbedarf und Forschungsfragen.....	41
4	Methoden.....	43
4.1	METHODEN DER DEUTSCHLANDWEITEN UMFRAGE MITTELS STANDARDISIERTER FRAGEBÖGEN.....	43
4.1.1	<i>Durchführung der Befragung.....</i>	43
4.1.2	<i>Auswertung der Daten.....</i>	45
4.2	METHODEN DER TEILSTRUKTURIERTEN INTERVIEWS.....	46
4.2.1	<i>Mögliche Nachteile standardisierter Fragebögen bei der Befragung von Wohnungslosen.....</i>	46
4.2.2	<i>Das problemzentrierte Interview.....</i>	47
4.2.3	<i>Die Stichprobenauswahl.....</i>	48
4.2.4	<i>Der Interviewleitfaden.....</i>	51
4.2.5	<i>Die praktische Durchführung der Interviews.....</i>	51
4.2.6	<i>Aufzeichnung und Transkription.....</i>	53
4.2.7	<i>Datenanalyse im Ansatz der Grounded Theory.....</i>	54
4.2.7.1	<i>Das Problemzentrierte Interview und Grounded Theory.....</i>	54
4.2.7.2	<i>Offenes Kodieren.....</i>	54
4.2.7.3	<i>Axiales Kodieren.....</i>	55
4.2.7.4	<i>„Code and Retrieve“-Software.....</i>	57
5	Ergebnisse.....	59
5.1	ZUGÄNGLICHKEIT DES GESUNDHEITSSYSTEMS FÜR WOHNUNGSLOSE: DEUTSCHLANDWEITE UMFRAGE.....	59
5.1.1	<i>Rücklaufquote.....</i>	59
5.1.1.1	<i>Rücklaufquote insgesamt.....</i>	59

5.1.1.2	Rücklaufquoten in den Bundesländer und nach siedlungsstrukturellen Kreistypen aufgeschlüsselt.....	59
5.1.2	<i>Charakteristika der antwortenden Einrichtungen</i>	60
5.1.2.1	Leistungstypen.....	60
5.1.2.2	Nutzung der Einrichtungen durch Wohnungslose, die Platte machen.....	61
5.1.2.3	Anteil der Platte machenden Klienten nach Bundesländern.....	62
5.1.2.4	Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe als Anbieter niederschwelliger medizinischer Versorgung.....	63
5.1.2.5	Erreichbarkeit niederschwelliger medizinischer Hilfeangebote.....	66
5.1.2.6	Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe als Vermittler in medizinische Behandlung.....	69
5.1.3	<i>Nutzung von Regelversorgung, Notfallversorgung und niederschwelliger medizinischer Versorgung</i>	72
5.1.3.1	Notfallversorgung und niedergelassene Allgemeinärzte.....	72
5.1.3.2	Zugänglichkeit der Regelversorgung und Nutzung der Notfallversorgung.....	73
5.1.3.3	Die Bedeutung niederschwelliger allgemeinmedizinischer Angebote zur Versorgung Wohnungsloser.....	75
5.1.4	<i>Zugang zu den einzelnen medizinischen Versorgungsangeboten</i>	77
5.1.4.1	Zugang zum regulären Gesundheitssystem.....	77
5.1.4.2	Zugang zu niederschwelligen medizinischen Angeboten.....	78
5.1.4.3	Zugänglichkeit der medizinischen Leistungserbringer für Platte machende Wohnungslose.....	81
5.1.4.4	Zugang zu niederschwelligen medizinischen Leistungen für Platte machende Wohnungslose.....	87
5.1.4.5	Zugang zu medizinischen Leistungen in den Bundesländern.....	92
5.1.4.6	Zugang zum Gesundheitssystem im Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern.....	94
5.1.4.7	Zugang zu medizinischen Leistungen und Siedlungsstruktur.....	96
5.1.4.8	Verfügbarkeit niederschwelliger medizinischer Hilfen und Zugänglichkeit der Regelversorgung.....	98
5.1.5	<i>Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes auf die medizinische Versorgung Wohnungsloser</i>	102
5.1.5.1	Zugangverschlechterung durch die „Praxisgebühr“.....	102
5.1.5.2	Übernahme der Praxisgebühr durch die Klienten.....	106
5.1.5.3	Strategien zur Bewältigung der durch die „Praxisgebühr“ aufgeworfenen Probleme.....	107
5.2	DIE PERSPEKTIVE DER BETROFFENEN: DIE AUSWIRKUNG DER WOHNUNGSLOSIGKEIT AUF GESUNDHEIT UND MEDIZINISCHE VERSORGUNG	110
5.2.1	<i>Wohnungslosigkeit und Gesundheit: Auswirkungen der Lebenssituation auf den Gesundheitsstatus</i>	110
5.2.1.1	Witterung und Gesundheit.....	110
5.2.1.2	Schlaf und Gesundheit.....	115
5.2.1.3	Hygiene und Gesundheit.....	121
5.2.1.4	Ernährung und Gesundheit.....	126
5.2.1.5	Die Auswirkung von Gewalt auf die Gesundheit.....	131
5.2.1.6	Auswirkungen des sozialen Kontexts auf die Gesundheit.....	136
5.2.1.7	Drogen und Gesundheit.....	146
5.2.2	<i>Das Gesundheitssystem aus der Sicht Wohnungsloser</i>	158
5.2.2.1	Wohnungsstatus und Nutzung des Gesundheitssystems.....	158
5.2.2.2	Die Interaktion mit medizinischem Personal aus der Sicht Wohnungsloser...	161

5.2.2.3Auf Wohnungslose spezialisierte medizinische Angebote in der Sicht der Nutzer.....	174
5.2.2.4Hürden vor dem Zugang in das Gesundheitssystem.....	181
6Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen.....	198
7Abstract.....	223
8Literatur.....	225
9Anhang.....	236
9.1FRAGEBOGEN DER DEUTSCHLANDWEITEN POSTALISCHEN UMFRAGE BEI EINRICHTUNGEN DER WOHNUNGSLOSENHILFE.....	236
9.2GESPRÄCHSLEITFADEN ZU DEN PROBLEMZENTRIERTEN INTERVIEWS MIT WOHNUNGSLOSEN.....	239
9.3ZUR VERBESSERUNG DER ÜBERSICHTLICHKEIT AUS DEM HAUPTTEXT ENTFERTE TABELLEN UND DIAGRAMME.....	240
10Lebenslauf.....	250
11Erklärung	250

1 Einleitung

Seit den achtziger Jahren haben mehrere in Deutschland durchgeführte Studien gezeigt, dass der Gesundheitszustand Wohnungsloser im Vergleich mit anderen Bevölkerungsgruppen besonders schlecht ist. Man ging davon aus, dass eine medizinische Unterversorgung der Betroffenen dafür zum erheblichen Teil verantwortlich ist, so dass hier und in den übrigen westlichen Industrieländern neben den bestehenden sozialpädagogischen Hilfeangeboten auch auf Wohnungslose spezialisierte medizinische Hilfen entstanden sind.

Die vorliegende Arbeit betrachtet die Auswirkungen der Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit. Einerseits wird die Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung untersucht, wobei sowohl die Angebote des regulären Gesundheitssystems als auch die niederschweligen medizinischen Hilfen für Wohnungslose berücksichtigt werden. Andererseits wird nach weiteren Faktoren gesucht, die den besonders schlechten Gesundheitszustand Wohnungsloser erklären können.

Die Arbeit enthält einen theoretischen und zwei empirische Teile. Zunächst wurde der Stand der Forschung zum Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen und Gesundheitszustand betrachtet. Dabei wurden sowohl Forschungen zur allgemeinen gesundheitlichen Unterschieden in Gesellschaften berücksichtigt, als auch Arbeiten, die sich mit der gesundheitlichen Ungleichheit Wohnungsloser im Besonderen befassen.

Im folgenden ersten empirischen Teil wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Wohnungslose quantifiziert. Dabei werden das reguläre Gesundheitssystem und die niederschweligen Angebote für Wohnungslose beachtet.

Im zweiten empirischen Teil folgt eine genaue Betrachtung der Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit. Dabei wird untersucht, durch welche Faktoren der Zugang in das Gesundheitssystem eingeschränkt wird und auf welche Weise sich die Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit außerdem auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken.

Im ersten empirischen Teil der Studie wurde eine quantitative Vorgehensweise gewählt. Dazu wurde ein Fragebogen angepasst, der sich in einer englischen Studie mit vergleichbarer Fragestellung [Pleace et al. 2000] bereits bewährt hatte. Mittels dieses Instruments wurden deutschlandweit Beurteilungen von in der Wohnungslosenhilfe Tätigen erfasst.

Für den zweiten empirischen Teil wurden ausführliche, teilstrukturierte Interviews mit Wohnungslosen durchgeführt. So soll die Sichtweise der Betroffenen zur Geltung gebracht wer-

den. Diese Vorgehensweise stützt sich in der Datenerhebung und der Auswertung auf die Tradition der Grounded Theory.

Abschließend werden die Ergebnisse der Studie zusammengestellt und auf ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung Wohnungsloser untersucht.

2 Stand der Forschung

2.1 Begriffsklärung und statistische Daten

In der deutschen Sprache existieren für die Beschreibung von Menschen, die über keinen hinreichenden Wohnraum verfügen, keine allgemein gültigen und von allen Fachleuten anerkannte Begriffe [Holtmannspötter 2002].

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe [Schröder 2005] unterteilt zwei Arten von „Wohnungsnotfällen“. Einerseits „aktuell wohnungslose“ Menschen, die ohne mietrechtlich abgesicherten Wohnraum sind, diese können nichtinstitutionell (z.B. bei Freunden), institutionell (z. B. in einem Heim) oder überhaupt nicht untergebracht sein, und andererseits „von Wohnungslosigkeit bedrohte“ Menschen, wenn etwa eine Räumungsklage vorliegt. Daneben werden Menschen gestellt, die in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben. Die Zahl der aktuell Wohnungslosen in Deutschland wird für 2003 auf 310.000 Personen geschätzt, davon etwa 143.000 alleinstehende Wohnungslose, die in Einpersonenhaushalten leben, von denen wiederum etwa 29% ohne jede Unterkunft auf der Straße leben. Der Frauenanteil unter den aktuell Wohnungslosen wird auf 23% geschätzt. Weiter schätzt die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, dass jährlich etwa 100.000 Haushalte unmittelbar vom Wohnungsverlust bedroht sind.

Andere Publikationen unterscheiden Menschen, die auf der Straße übernachten und Menschen, die in Notunterkünften und sonstigen Einrichtungen für Wohnungslose übernachten, meist werden diese beiden Gruppen als Wohnungslose zusammengefasst. Daneben werden Menschen, die vorübergehend bei Freunden und Verwandten übernachten als „von Wohnungslosigkeit Bedrohte“ bezeichnet [Eikelmann u. a. 2002, S. 43].

Anderswo wird zwischen auf der Straße lebenden „Obdachlosen“, in zur öffentlichen Hand gehörenden Unterkünften untergebrachten „Wohnungslosen“, „in Heimen Untergebrachten“ und aufgrund von Räumungsklagen oder unzumutbarem Wohnraum verursachten „Wohnungsnotfällen“ unterschieden [Deutscher Städtetag 1987].

Es wird deutlich, dass im deutschen Sprachraum mit gleich lautenden Begriffen inhaltlich verschiedene Gruppen bezeichnet werden.

In der vorliegenden Arbeit wird für alle Menschen ohne sicheren Wohnraum der Begriff „wohnungslos“ benutzt und wo es darauf ankommt wird die jeweilige Lebenslage spezifiziert.

So wird von „Wohnungslosen, die Platte machen“ oder „Wohnungslosen, die in der städtischen Übernachtungsstelle mit Wohnheim übernachten“ gesprochen.

Der Begriff „Platte machen“ bezeichnet das Übernachten in Hauseingängen, Grünanlagen sowie nicht dafür vorgesehenen Räumen wie Parkhäusern, Geräteschuppen oder Heizungskellern. Übernachtungsstellen der Wohnungslosenhilfe sind Einrichtungen mit Betten in Gemeinschaftsräumen, die häufig für einige Tage ohne Bedürftigkeitsnachweis benutzt werden dürfen. Wohnheime bieten längerfristigen Wohnraum, oft in Einzelzimmern, jedoch ohne mietvertraglichen Schutz.

Die Begriffe „Obdachloser“ und „Nichtsesshafter“ werden in dieser Arbeit nicht verwendet, da sie in der Vergangenheit im Zusammenhang mit überkommenen Vorstellungen, nach denen die Ursache der Wohnungslosigkeit in charakterlichen Mängeln der Betroffenen liegen sollte, benutzt wurden. Hilfeleistungen wurden mit wohlthätiger und erzieherischer Absicht vorgehalten, führten jedoch häufig zur Repression der Betroffenen. Im Ergebnis schreiben viele Institutionen der früheren Nichtsesshaftenhilfe den Status ihrer Nutzer als zum Leben in der Normalgesellschaft Unfähige fest [Schenk 2004].

2.2 Ungleichheit im Gesundheitszustand Wohnungsloser

2.2.1 Körperliche Erkrankungen

In Deutschland ist der körperliche Gesundheitszustand Wohnungsloser in den vergangenen Jahrzehnten wiederholt Gegenstand medizinischer Studien gewesen, in der Regel handelte es sich dabei um Dissertationen, die die Nutzer einer Institution der Wohnungslosenhilfe im Querschnitt betrachteten.

Locher [1990] wertete die Krankenakten von 342 männlichen Bewohnern der Diakonischen Heime in Kästorf aus. Bei der Einrichtung handelt es sich um ein Heim für „Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten“ nach § 72 des Bundessozialhilfegesetzes, das aus einer Arbeiterkolonie, einer vom Pastor Friedrich von Bodelschwingh in der Tradition der „Erziehung durch Arbeit“ initiierten Einrichtungsform der Wanderfürsorge hervorgegangen ist. Die diakonischen Heime Kästorf wiesen mit 2 angestellten Ärzten und einer 20 Betten umfassenden Krankenstation ein eigenes medizinisches Hilfeangebot auf, Behandlungen wurden ebenso wie die neuen Bewohnern empfohlene Aufnahmeuntersuchung in den Krankenakten dokumentiert. Lochers Untersuchung stützte sich auf eine Auswertung der Krankenakten aller an

einem Stichtag in der Institution wohnenden Menschen, wobei er sich auf chronische Erkrankungen beschränkte.

Trabert [1995] untersuchte in Mainz 40 männliche Nutzer einer Teestube mit Beratungsstelle, die er selbst nach einem Vergleich der soziodemografischen Daten seiner Probandengruppe mit denen repräsentativer Gruppen von Wohnungslosen [S. 90 f] als „typischen Querschnitt“ der in Mainz lebenden Wohnungslosen einschätzt. Neben Anamnese und körperlicher Untersuchung führte er auch Labordiagnostik von Urin- und Blutproben sowie Spirometrie, Elektrokardiografie und Lungenröntgen durch.

Völlm [2000] untersuchte 80 männliche Probanden, die sie unter den Nutzern einer Beratungsstelle für Wohnungslose, einer Übernachtungsstelle, mehrerer Tagesaufenthaltsbereiche und einer Drogenberatungsstelle in Dortmund rekrutierte. Aufgrund eines Vergleiches ihrer Stichprobe mit soziodemografischen Daten der Nutzer anderer Hilfeinrichtungen und aufgrund einer Straßenumfrage unter Wohnungslosen über die Nutzung der von ihr zur Rekrutierung verwendeten Hilfeinrichtungen bezeichnet sie ihre Stichprobe als repräsentativ. Sie führte bei den Probanden eine Anamnese und eine körperliche Untersuchung durch, auf apparative Untersuchungen wurde verzichtet.

Salize et al. [2002] untersuchten 86 Männer und 14 Frauen, die auf der Straße, im Sozialamt, Übernachtungsstellen, Wohnheimen und Verpflegungsstellen in Mannheim rekrutiert wurden. Die Stichprobe wurde bezüglich der institutionellen Anbindung und des Geschlechts repräsentativ ausgewählt. Durchgeführt wurden körperliche Untersuchung einschließlich der Erhebung des neurologischen Status, Blutentnahme und ein psychiatrisches Assessment. Schwerpunkt dieser Arbeit waren Alkoholfolgeerkrankungen.

Die Ergebnisse der vier Querschnittsuntersuchungen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Locher [1990, S. 95] kam zu dem Ergebnis, dass Wohnungslose verglichen mit der übrigen Bevölkerung einen wesentlich schlechteren Gesundheitszustand aufwiesen. Höchstens 15% von ihnen seien nicht krank oder nicht behandlungsbedürftig. Über 40% der von ihm untersuchten ordnete er mindestens drei chronische Erkrankungen zu. Locher verglich die von ihm festgestellten Krankheitshäufigkeiten mit Prävalenzen für gesetzlich Krankenversicherte, die er aus der Krankheitsarten-Statistik der AOK entnahm und fand für die Wohnungslosen in 10 von 13 betrachteten Krankheitsgruppen eine um mehr als den Faktor 2 erhöhte Morbidität.

Auch Trabert [1995, S. 121] stellte einen überdurchschnittlich hohen Krankheitsstand unter alleinstehenden wohnungslosen Menschen fest.

Studie	Locher 1990	Trabert 1995	Völlm 2000	Salize et al. 2002
Stichprobengröße	342 Männer	40 Männer	80 Männer	14 Frauen, 88 Männer
Prävalenzintervall	Punktprävalenz chronischer Erkrankungen	Punktprävalenz	Punktprävalenz	Punktprävalenz
Erhebungsverfahren	Auswertung von Aufnahmeuntersuchungen/ Krankenakten	Anamnese, körperliche und technische Untersuchungen	Anamnese und körperliche Untersuchung	Körperliche Untersuchung und Labor
Hautkrankheiten	8%	50%	34%	12%
Augenerkrankungen	23%	Nicht untersucht	34%	Keine Angabe
Ohrenerkrankungen	7%	48%	23%	1%
Zahnerkrankungen	21%	53%	82%	Keine Angabe
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	28%	53%	56%	13%
Atemwegserkrankungen	25%	48%	24%	12%
Magen-Darm-Erkrankungen	32%	20%	31%	13%
Lebererkrankungen	10%	30%	43%	31%
Muskel- und Skeletterkrankungen	40%	Keine Angabe	43%	7%
Verletzungsfolgen	44%	50%	Keine Angabe	1%
Neurologische Erkrankungen	11%	5%	33%	43%

Tabelle 1: Synopsis der Untersuchungen zum körperlichen Gesundheitszustand Wohnungsloser

Ebenso sah Völlm [2000, S. 118] die Morbidität der untersuchten Wohnungslosen als hoch an. Insbesondere findet sie erhöhte Erkrankungshäufigkeiten für Herzschwäche, Gefäßerkrankungen, Hypertonie und Lebererkrankungen. Sie vergleicht ihre Untersuchungsgruppe mit einer Kontrollgruppe ehemals Wohnungsloser, deren Gesundheitszustand als noch schlechter ermittelt wurde und führte dies auf die bei diesen Probanden in der Biografie bestehende längere Wohnungslosenkariere zurück.

Salize et al. [2002] fanden 62% der Teilnehmer zum Zeitpunkt der Studie somatisch krank bei häufigem Auftreten mehrerer Erkrankungen zugleich. Auch sie bewerten die Prävalenz körperlicher Erkrankungen als hoch.

2.2.2 Psychische Erkrankungen

Bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes Wohnungsloser tritt in Deutschland eine 146 Männer und 32 Frauen umfassende Prävalenzstudie [Fichtner 1996 und 1999] hervor, die in München durchgeführt wurde. Insgesamt zeigte sich eine Lebenszeitprävalenz für psychi-

sche Erkrankungen nach DSM-III in dieser repräsentativen Stichprobe von 94,5 % für Männer und von 100% für Frauen, und sind damit sehr hoch. Die über die Lebenszeit häufigsten psychischen Störungen waren bei beiden Geschlechtern Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit einer Lebenszeitprävalenz von 91%, die Sechs-Monats-Prävalenz für diese Störungen betrug jedoch nur 71% (Männer) bzw. 56% (Frauen).

Die Ergebnisse anderer Studien mit repräsentativ ausgewählten Stichproben, die ebenfalls standardisierte diagnostische Interviews verwendeten, sind mit Ergebnissen der deutschen Erhebungen in der Tabelle 2 zusammengestellt.

Studie	Koegel u.a. (1988)		Hermann u.a. (1989)		Vazques u.a. (1997)		Fichter u.a. (1996, Männer)		Fichter u.a. (1999, Frauen)	
Ort	Los Angeles (USA)		Melbourne (Australien)		Madrid (Spanien)		München (Deutschland)		München (Deutschland)	
Instrument	DIS/MMSE		DIS		CIDI		DIS		DIS/MMSE	
Stichprobengröße	328		382		261		146		32	
Männer (%)	95		82		79		100		0	
Prävalenzstrecke: L=Lebenszeit, M=Mo- nate	L	6 M	L	1 M	L	12 M	L	6 M	L	6 M
Schizophrenie (%)	14	12	13	12	4	2	12	10	11	11
Major Depression (%)	18	16	20	7	20	14	19	16	50	40
Dysthymia (%)	9	k.A.	0	4	17	13	6	6	6	6
Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit (%)	63	27	46	22	44	28	91	71	91	56
Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit (%)	31	10	20	10	13	10	18	10	41	22
Kognitive Beeinträch- tigung (%)	k.A.	3,4	k.A.	k.A.	k.A.	5	9	k.A.	0	k.A.
Mindestens eine psychiatrische Diagno- se (%)	69	k.A.	72	47	67	51	95	81	100	94

Tabelle 2: Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei Wohnungslosen, ermittelt aus repräsentativen Stichproben. Modifiziert und erweitert nach Eikelmann, Thomas, Zacharias [2002]

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Gesundheitszustand Wohnungsloser, wie auch von Menke et al. in ihrem Bericht über gesundheitliche Ungleichheit in Europa [2003] bemerkt wird, unter allen sozial benachteiligten Gruppen zu den schlechtesten zählt.

2.3 Sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheit

2.3.1 Empirischer Nachweis der Verbindung von sozioökonomischem Status und Gesundheitsstatus

Der Befund des unterdurchschnittlichen Gesundheitszustands Wohnungsloser steht im Einklang mit der Beobachtung, dass der Gesundheitsstatus einer Bevölkerungsgruppe umso schlechter ist, je niedriger deren sozioökonomischer Status ist, der sich nach Indikatoren wie Einkommen, Vermögen, Ausbildung und beruflicher Position bestimmen lässt. Vereinfachend lässt sich sagen, dass arme Menschen statistisch kränker sind und früher sterben als Reiche.

Die Whitehall-Studie [Rose, Marmot 1981] zeigte, dass die auf koronare Herzkrankheit zurückzuführende Mortalität bei Beschäftigten des öffentlichen Dienstes in London altersadjustiert in den unteren beruflichen Positionen ca. 3,6 mal so groß ist wie in der obersten Berufsgruppe.

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung wurde 1988 im Norden Englands eine deutlich ausgeprägte Abhängigkeit von Mortalität und entsprechend des beruflichen Status eingeteilten sozialen Klassen gefunden. Fast ebenso deutlich war der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit untergewichtiger Neugeborener und der sozialen Klasse ihrer Familie [Townsend 1988].

Im Rahmen einer finnischen Längsschnittstudie, die 2272 Männer im Alter zwischen 42 und 60 Jahren umfasste, zeigte sich das Mortalitätsrisiko der untersten Einkommensgruppe 3,14 mal so hoch wie das der obersten Einkommensgruppe. Das kardiovaskuläre Mortalitätsrisiko war bei der untersten Einkommensgruppe 2,66 mal so hoch, das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden war 4,34 mal so hoch wie das der obersten Einkommensgruppe. [Lynch et al 1996, S. 937 ff]

Auch in den USA ist eine regelhafte Verbindung von niedrigem Haushaltseinkommen und erhöhten Sterberaten dargestellt worden. [Wilkinson 2001]

In Deutschland fanden Helmert et al. [1997, S. 31] das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, bei Männern der Unterschicht um den Faktor 1,8, bei Frauen der Unterschicht um den Faktor 2,4 im Vergleich zur Oberschicht erhöht. Das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, fanden sie in der Unterschicht bei Männern um den Faktor 1,9, bei Frauen um den Faktor 2,1 gegenüber der Oberschicht erhöht.

Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie [Forschungsverbund DHP 1998] stellt „gravierende sozialschichtspezifische Unterschiede für die Prävalenz von kardiovaskulären Risikofaktoren in der Bundesrepublik Deutschland...“ [S. 256] fest. Übergewicht und Zigarettenrauchen nehmen bei beiden Geschlechtern umso mehr zu, je niedriger die soziale Schicht ist,

unter Hypercholesterinämie leiden Männer der Unterschicht und Frauen der Mittelschicht am meisten. Aber selbst nach statistischer Kontrolle der Risikofaktoren bleiben die Differenzen in der Morbidität entlang des sozialen Gefälles nachweisbar. Die DHP-Studie stellt über den Untersuchungszeitraum (1985-1992) sogar eine weitere Differenzierung des kardiovaskulären Risikos fest, das heißt, dass die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den sozialen Schichten zunehmen.

Lampert et al. [2005 S. 27] analysierten Daten einer repräsentativen Längsschnittbefragung (Sozio-ökonomisches Panel 1998-2003), und finden die Mortalität bei Männern im Vergleich von niedrigster und höchster Einkommensgruppe um den Faktor 2,5 zuungunsten der ökonomisch schlechter gestellten erhöht. Dabei konnte eine Beziehung zwischen niedrigem Einkommen und hohen Raten für Leberzirrhosen, Herzinfarkte, Diabetes, Chronische Bronchitis und Adipositas sowie für Lungenkrebs bei Männern dargestellt werden. Bei Frauen war die Mortalität in der untersten Einkommensgruppe um den Faktor 1,8 erhöht.

Für Deutschland ergibt sich zusammenfassend [Rossenbrock 2006, S. 375], dass das sozio-ökonomisch schlechtestgestellte Fünftel der Bevölkerung in jedem Lebensalter statistisch betrachtet ein etwa doppelt so hohes Risiko zu erkranken oder frühzeitig zu sterben trägt wie das bestgestellte Fünftel der Bevölkerung. Daraus ergibt sich die Frage, wie die soziale Ungleichheit, also die ungleiche Verteilung als wertvoll geltender Güter in der Gesellschaft und die gesundheitliche Ungleichheit kausal verknüpft sein können.

2.3.2 Sozioökonomischer Status und Gesellschaftsstruktur

Zunächst muss geklärt werden, aufgrund welcher Merkmale sich die gesellschaftlichen Gruppen voneinander unterscheiden, deren Gesundheitsstatus verglichen wird.

Die klassischen Konzepte von Marx, dessen Klassenmodell der Gegensatz zwischen den Produktionsmittelbesitzern und dem Proletariat zugrunde lag und auch das Modell der Sozialen Schichten nach Weber, dass die sozialen Gruppen nach Status, Prestige und Macht unterteilt, sind seit Mitte der 80er Jahre in Frage gestellt worden [Sperlich/Mielck 2000, S. 30]. Vor dem Hintergrund zunehmenden Wohlstands und des Zugangs breiterer Bevölkerungsschichten zu höherer Bildung und der beobachteten Zunahme an Freiheit wurden die alten Modelle als zu undifferenziert betrachtet, um die jetzt wahrgenommenen vielfältigen neuen Lebenslagen adäquat zu erfassen. Neue Ungleichheitsdimensionen wie Wohn- und Freizeitbedingungen, Geschlecht, Familienstand wurden identifiziert und immer weniger systematische Beziehungen zwischen den Ungleichheitsdimensionen gesehen, stattdessen eine Statusvielfalt mit den un-

terschiedlichsten Kombinationen aus Bevorzugung und Benachteiligung. Nachdem sich die Schichten- und Klassenmodelle vorwiegend auf strukturell bedingte Ungleichheiten konzentriert hatten, bezogen die neuen Modelle die handlungsbedingte Ungleichheit stärker mit ein. Die Pluralisierung der Lebenslagen bzw. Lebensweisen sowie die postulierte Unabhängigkeit von Lebenslage und Lebensweise (Entstrukturierung) stellen die Fundamente der Klassen- und Schichtenmodelle in Frage, deren Ausrichtung auf objektive Ungleichheitsdimensionen als zu alltagsfern und deterministisch angesehen wird [Sperlich/Mielck 2000, S. 29].

Beck [1986] sah unter der Überschrift „jenseits von Klasse und Schicht“ die alten Klassensolidaritäten in einem Prozess der Auflösung begriffen. Stattdessen gehe es einerseits allen besser („...der ‚Fahrstuhl-Effekt‘: die ‚Klassengesellschaft‘ wird insgesamt eine Etage höher gefahren...“) und andererseits komme es zu einer Diversifizierung von Lebenslagen und Lebensstilen, Individualisierung genannt, die „das Hierarchiemodell sozialer Klassen und Schichten unterläuft und seinen Wirklichkeitsgehalt in Frage stellt.“ [Beck 1986, S. 122] Dem Subjekt wird damit Strukturelevanz zugesprochen und die Ungleichheit als durch die Handlungsweise der Individuen verursacht interpretiert. Beck formuliert selbst, was das angesichts weiter bestehender und sogar wieder in erschreckendem Masse zunehmender sozialer Ungleichheit für die Individuen auf der Verliererseite bedeutet: „Individualisierung widerspricht nicht, sondern erklärt das Eigentümliche dieser ‚neuen Armut‘, die Massenarbeitslosigkeit wird unter den Bedingungen der Individualisierung den Menschen als persönliches Schicksal aufgebürdet. Sie werden nicht mehr sozial sichtbar und kollektiv, sondern lebensphasenspezifisch von ihr betroffen.“ [Beck 1986, S. 144] So wird dem Einzelnen die Verantwortung für seine Armut und Krankheit zugesprochen, während die alten Deutungsmuster von Armut als Resultat der Benachteiligung einer ganzen Klasse zerfallen. So kann das Individuum seine Armut immer weniger unter früher häufig zitierten Schlagworten wie „Ausbeutung“ external attribuieren, statt dessen wird sie als fehlende „Eigenverantwortung“ [vgl. Mielck 2008, S. 22] internal attribuiert, und damit schuldhaft. Die Kulpabilisierung von Armut fand sich aber auch schon in den mittelalterlichen Bettlerordnungen und den Arbeitshäusern der frühen Neuzeit, wie die Aufteilung der Armutsbevölkerung in die „wahrhaft Bedürftigen“ und „Verbesserungswürdigen“ zeigt [Schenk 2004, S. 23].

Mitte der Neunziger Jahre wird vor dem Hintergrund der Entwicklung der Massenarbeitslosigkeit zunehmend Kritik an den Thesen vom Bedeutungsverlust der vertikalen (schichtengebundenen) sozialen Ungleichheit laut [Zusammenfassend Mielck 2000]. Graham [2007] zeigt im Einzelnen auf, wie in der postindustriellen Gesellschaft neben materiellem Kapital auch kulturelles Kapital insbesondere im Rahmen der Kindererziehung über die Generationen wei-

tergegeben wird. Kulturelles Kapital, das über die Gesellschaftsschichten in unterschiedlicher Form verteilt ist, beinhaltet gewohnheitsmäßige Denk-, Empfindens- und Verhaltensweisen, die es dem Einzelnen erlauben, im Bildungssystem und auf dem Arbeitsmarkt erfolgreich zu sein und Einfluss in Wirtschaft und Politik zu erlangen. Insofern bindet der fortlaufende Schichtungsprozess das Verhalten der Individuen ein, dieses wird jedoch von der sozialen Struktur bestimmt, die die Ungleichheit reproduziert.

Auch im Gesundheitsbereich haben die Ergebnisse sozialepidemiologischer Forschung die These vom Bedeutungsverlust vertikaler gesellschaftlicher Strukturen (Schichten) in Frage gestellt. Wie im vorhergehenden Kapitel dargestellt wurde, ist die ungleiche Verteilung von Gesundheit entlang klassischer Schichtengrenzen auch in den letzten Jahren immer wieder empirisch nachgewiesen worden, was auch in dieser Hinsicht gegen das Ablaufen von Entstrukturierungsprozessen spricht.

2.3.3 Zum kausalen Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Status und Gesundheitsstatus

Die gesundheitliche Ungleichheit entlang der gesellschaftlichen Schichtung ist in der Vergangenheit so oft belegt worden, dass an ihrer Existenz nach Mielck [2008, S. 21] nicht mehr gezweifelt werden kann. Marmot bemerkt in einer Veröffentlichung zur Whitehall II-Studie [2004, S. 4], dass diese gesundheitliche Ungleichheit nicht von der gesellschaftlichen Ungleichheit getrennt werden könne, obwohl, so Marmot, diese Erkenntnis für manchen unangenehm sein mag. Damit stellt sich die Frage, wie sozioökonomischer Status und Gesundheitsstatus miteinander kausal verknüpft sein können. Hierzu sind modellartige Erklärungsansätze entwickelt worden, die im folgenden Abschnitt vorgestellt werden.

Siegrist [2004] widmet sich der Erklärung des sozialen Gradienten der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität. Er identifiziert fünf zusammenwirkende soziale Determinanten von Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Erstens bestünden in bezüglich ihrer Finanzen und ihres Bildungsstandes schwächeren Bevölkerungsgruppen geringere Zugangschancen zu medizinischer Versorgung. So werde der Arzt seltener und erst in späteren Phasen der Symptombelastung aufgesucht und die Patienten nähmen weniger häufig an Vorsorgeuntersuchungen teil. Zudem seien ihnen teure, Erfolg versprechende Therapien wie Herztransplantationen und Bypass-Operationen weniger zugänglich. Jedoch schränkt Siegrist ein, dass aufgrund der vorliegenden empirischen Daten maximal ein Fünftel der gesamten Varianz sozialer Ungleichverteilung von Herz-Kreislauf-Erkrankun-

gen im mittleren Lebensalter auf das medizinische Versorgungssystem zurückgeführt werden kann.

Zweitens könne der soziale Gradient die Folge eines Selektionseffekts darstellen. Das hieße, dass Personen mit subklinischen oder klinischen Koronarbefunden sozial absteigen. Aus Ergebnissen epidemiologischer Längsschnittstudien könne jedoch gezeigt werden, dass dieser Effekt lediglich für kleine Subpopulationen nachweisbar ist, und nicht geeignet ist, um den allgemeinen Trend zu erklären.

Drittens könne ein Kind bereits vor der Geburt durch schädigende Einflüsse wie Fehlernährung, Vitaminmangel und Suchtverhalten, die bei in niedrigen sozialen Schichten häufiger als in höheren vorlägen, zu einem niedrigen Geburtsgewicht kommen. Für Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht konnte in Längsschnittstudien nachgewiesen werden, dass sie später häufig zur Ausbildung von Übergewicht neigen, welches wiederum die Herz-Kreislauf-Gefährdung ansteigen lässt. Zudem träten in weniger privilegierten sozialen Schichten häufiger materielle Notlagen und emotionale Vernachlässigung von Kindern auf, was in der Folge zu gestörten affektiven Bindungsprozessen in der Mutter-Kind-Beziehung führe, welche ihrerseits zu Übergewicht und der Ausbildung depressiver Störungen führe. Für Depressionen konnte gezeigt werden, dass sie das Herz-Kreislauf-Risiko im mittleren Erwachsenenalter erhöhen.

Viertens führt Siegrist die sozial ungleiche Verteilung gesundheitsschädigenden Verhaltens auf. Rauchen, Bewegungsmangel, fettreiche Ernährung sowie Übergewicht treten in den unteren sozialen Schichten häufiger als in den oberen auf. Dabei sind manche gesundheitsschädigende Verhaltensweisen fest in den Gewohnheiten von statusniedrigen Bevölkerungsgruppen verankert und werden ohne eine Veränderung der sozialen Bedingungen, die diesen Lebensstil täglich verstärken, nicht dauerhaft zu beeinflussen sein. Zudem kann gesundheitsschädigendes Verhalten nur einen Teil der sozialen Ungleichheit der Herz-Kreislauf-Krankheiten erklären.

Fünftens finden sich in weniger privilegierten Schichten häufiger belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen, gleichzeitig stehen dort geringere materielle und psychosoziale Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung. Das führt zu chronischen Stresserfahrungen, die als Distress bezeichnet werden, und dieser über eine exzessive Aktivierung des autonomen Nervensystems und Stresshormonausschüttung zu einer nachweisbaren Schädigung von Gefäßen und Kreislauforganen (Diagramm 1). Die koronarschädigende Wirkung von chronischem Stress belegt Siegrist anhand tierexperimenteller Daten und anhand von epidemiologischen Forschungen.

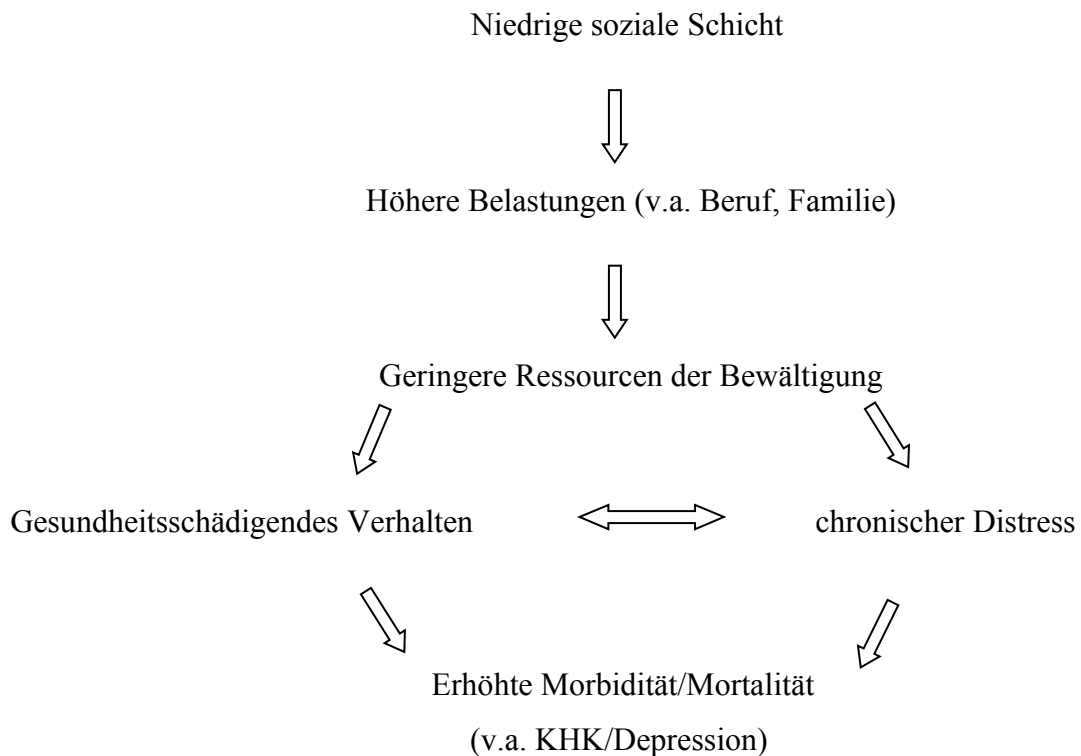


Diagramm 1: Soziale Ungleichheit und Krankheit im mittleren Erwachsenenalter. Erklärungsschema: Einflüsse auf niedrige soziale Schicht. [Siegrist 2004]

Für Distress am Arbeitsplatz sieht Siegrist einerseits hohe Anforderungen bei geringem Entscheidungsspielraum, andererseits ein Ungleichgewicht zwischen fortwährender Verausgabung bei nicht angemessen gewährter Belohnung. Die Belohnung (Gratifikation) kann dabei finanziellen, emotionalen oder statusbezogenen Charakter haben. Gering qualifizierte Arbeitnehmer sind, da sie keine Alternativen auf dem Arbeitsmarkt haben, besonders häufig von mangelnder Belohnung (Gratifikationskrisen) betroffen.

In einer späteren Publikation ergänzt Siegrist [2005], dass die vorgenannten Distress-Modelle (Anforderung-Kontroll-Modell und Modell der sozialen Gratifikationskrisen) zwar mit ausschließlichem Bezug auf die Berufsrolle entwickelt worden sind, sich jedoch auf andere Rollen übertragen lassen. Zudem führt er den sozialen Rückhalt als Protektivfaktor gegen andere Risikofaktoren ein, beziehungsweise das Fehlen sozialen Rückhalts als eigenständigen Risikofaktor.

Der Gesundheitsbericht für Deutschland [Statistisches Bundesamt 1998, S.111] nennt folgende Faktoren zur Erklärung des Zusammenhangs von Bildung und Gesundheit:

-Gesundheitliche Belastungen im Zusammenhang mit der Berufstätigkeit

- Verhaltensmuster bei der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen
- Fähigkeit zur Kommunikation mit Vertretern des Gesundheitswesens
- Möglichkeiten zur gesunden Lebensführung
- Möglichkeiten im Umgang mit Krankheit

Dieses Modell weist durch die Betonung der Fähigkeiten und Möglichkeiten des Einzelnen darauf hin, dass Angehörige sozialer Gruppen mit niedrigem Bildungsstand zur Bewältigung ihrer gesundheitlichen Belastungen befähigt werden müssen.

Mielck [2000, S. 171 ff.] unternimmt es, die verschiedenen sozial vermittelten Einflussfaktoren auf die Gesundheit in einem in mehrere Ebenen gegliederten Erklärungsmodell zu integrieren.

Er identifiziert zunächst vier Felder von sozial vermittelten Einflüssen auf die Gesundheit.

Erstens sieht er Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen. Hierunter summiert er die physischen und psychischen Belastungen am Arbeitsplatz einschließlich der weiter oben vorgestellten negativen Auswirkungen von hohen Anforderungen bei geringer Eigenkontrolle und hoher Verausgabung bei geringer Belohnung. Aber auch außerberufliche, von sozialer Schicht und finanzieller Ausstattung abhängige Einflüsse auf die Gesundheit wie Wohnsituation oder belastende Lebensereignisse werden hier zusammengefasst.

Zweitens werden über die soziale Ungleichheit vermittelte Unterschiede in den Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten genannt, wie soziale Unterstützung, Selbstbild, Weltbild und Wohnumfeld.

Drittens fasst Mielck die über die soziale Ungleichheit vermittelten Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung zusammen, wie etwa den Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems und die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Viertens führt er über soziale Ungleichheit vermittelte Unterschiede im Gesundheitsverhalten wie Ernährungsgewohnheiten, Nikotinkonsum und Compliance an.

Jedes der vier genannten Einflussfelder sozialer Ungleichheit wirkt direkt auf die Gesundheit ein. Zusätzlich wirken die drei Felder „Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen“, „Unterschiede in den Bewältigungsressourcen, Erholungsmöglichkeiten“ und „Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung“ auch auf indirektem Weg, nämlich über die Beeinflussung des vierten Feldes „Unterschiede im Gesundheitsverhalten“ auf die gesundheitliche Ungleichheit ein.

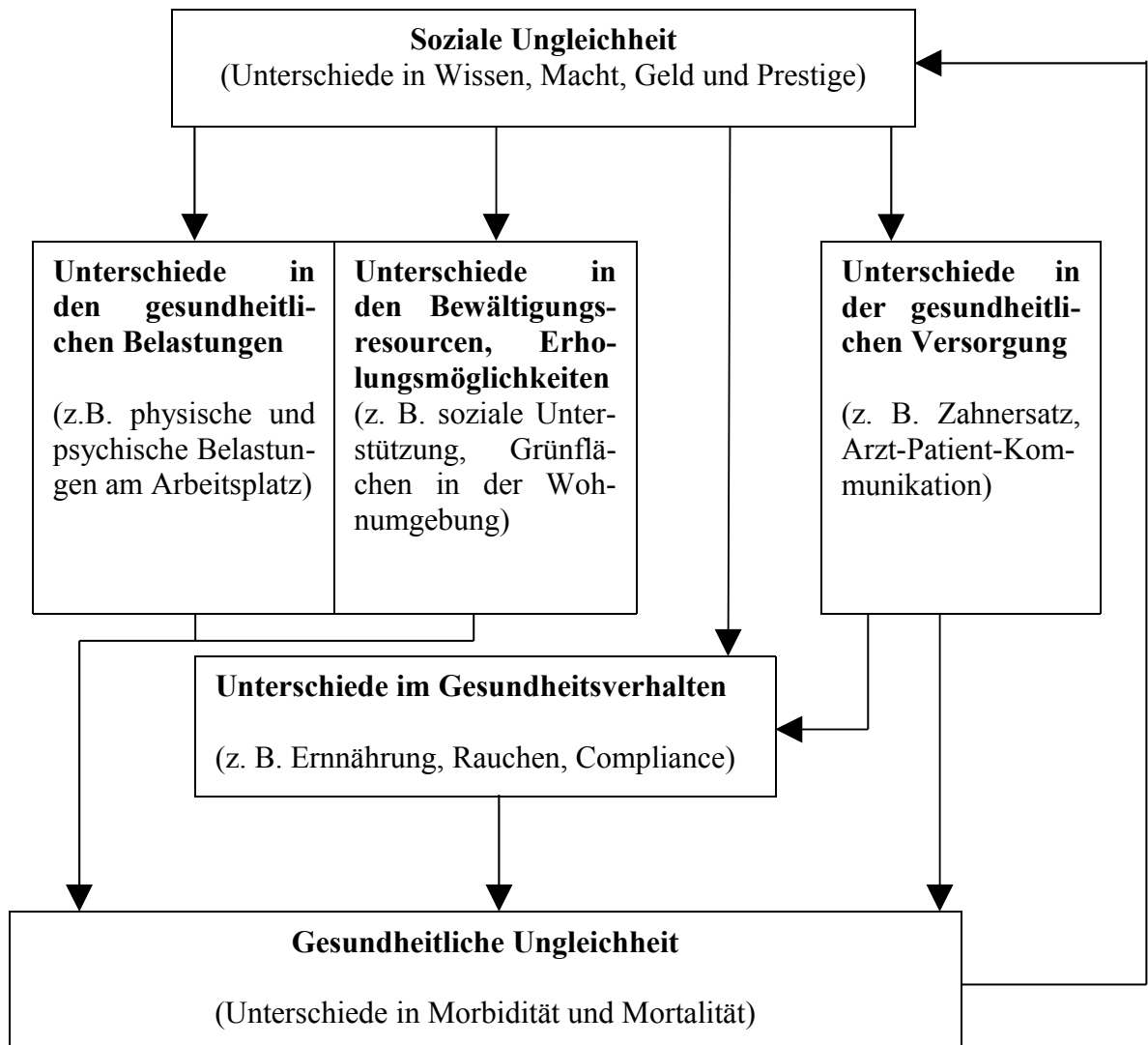


Diagramm 2: Erklärungsmodell zur Gesundheitlichen Ungleichheit nach Elkeles und Mielck [Mielck 2000]

Die gesundheitliche Ungleichheit wiederum wirkt dadurch, dass kranke Menschen sozial absteigen (Drift-Hypothese, Möglichkeit der gesundheitsbedingten sozialen Mobilität) verstärkend auf die soziale Ungleichheit zurück (Diagramm 2).

2.3.4 Zur Wirkungsweise einzelner Faktoren bei der Entstehung der gesundheitlichen Ungleichheit und deren Bedeutung für die Gesundheit Wohnungsloser

Die Wirkung einzelner sozioökonomischer Faktoren auf den Gesundheitsstatus einer Bevölkerungsgruppe siedelt Mielck [2000] in den Bereich einer „black box“ an, womit gemeint ist, dass darüber wenig bekannt ist. Auch Vagarö und Illsley [1995, S. 227] bemerkten, dass zu-

mindest die Mechanismen, mit denen relative Armut sich in Krankheit und Tod übertragen, bisher noch nicht spezifisch benannt und nicht diskutiert worden sind und beklagen die diesbezügliche Unklarheit („aetiological vagueness“) vieler Publikationen, die sich mit dem Thema befassen.

Dieser Meinung lassen sich eine Reihe von Publikationen gegenüberstellen, die einige mögliche Verbindungen von Armut und Krankheit konkretisieren. Die folgenden Abschnitte greifen das Mielck'sche Modell wieder auf. Zu jedem seiner vier Felder, die soziale Ungleichheit mit der gesundheitlichen Ungleichheit verbinden, werden Befunde, die den gesamtgesellschaftlichen gesundheitlichen Gradienten und die gesundheitliche Ungleichheit Wohnungsloser betreffen, zusammengestellt. Ebenso wird auf die im Mielck'schen Modell enthaltene Rückkopplung von gesundheitlicher Ungleichheit auf die soziale Ungleichheit (gesundheitsbedingte soziale Mobilität) eingegangen.

2.3.4.1 Zur Bedeutung der Unterschiede im Gesundheitsverhalten

Der Black-Report [Townsend 1988] ist der Bericht einer Expertenkommission, die Anfang der 80er Jahre in Großbritannien von der Regierung mit der Zusammenfassung und Bewertung der Forschungsergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit beauftragt worden war. Hier werden kulturelle und verhaltenszentrierte Erklärungen der gesundheitlichen Ungleichheiten identifiziert, in denen Einstellungen und Verhalten eine kausale Rolle in der Erklärung des Auftretens von Erkrankungen und Tod zugesprochen wird. Solche Erklärungsmodelle konzentrieren sich in ihrer Analyse, wenn sie in modernen Industriegesellschaften angewendet werden, häufig auf das Individuum und sie betonen Gedankenlosigkeit, verantwortungsloses Verhalten oder unvorsichtigen Lebensstil als die entscheidende Determinante eines schlechten Gesundheitszustandes. Das impliziert, dass Menschen sich selbst oder ihre Kinder durch ungesunde Ernährung, Tabak, Alkohol, Bewegungsmangel oder durch mangelnde Inanspruchnahme präventiver Gesundheitsleistungen, Impfungen, Schwangerschaftsuntersuchungen oder Schwangerschaftsverhütung schädigen [Townsend 1988, S. 110 ff].

Den verhaltenszentrierten Erklärungsansätzen stellen die Autoren unter anderem Erklärungsansätze gegenüber, die die materiellen Lebensbedingungen mit ihren direkten und indirekten Einflüssen auf den Gesundheitszustand ins Zentrum der Erklärung rücken.

Davey Smith et al. [1994] sehen in einer Folgepublikation des Black-Reports das Gesundheitsverhalten als in seiner Bedeutung häufig überschätzt an. Auch nach statistischer Kontrolle des Effekts verhaltensabhängiger Risikofaktoren (z. B. des Zigarettenrauchens) verbleibe

eine erhebliche gesundheitliche Ungleichheit bestehen, so dass dem Erklärungsansatz „materielle Lebensbedingungen“ die größte Aussagekraft zukomme. Zudem führen sie eine Reihe plausibler Gründe für die negative Auswirkung eines niedrigen Einkommens auf die Gesundheit an, etwa schlechte, feuchte Wohnungen, kritisieren aber gleichzeitig den Mangel an Forschungsarbeiten zu diesem Thema. Zudem zeigen sie, dass materielle Benachteiligung auch auf das Gesundheitsverhalten zurückwirkt, so etwa auf die Ernährungsweise oder auf das Zigarettenrauchen, das die materielle Benachteiligung erträglicher machen und für ihre Folgen entschädigen soll. [Davey Smith et al 1994, S. 444 ff.]

In seiner empirischen Untersuchung auf Grundlage von Daten der Lebenserwartungssurvey 1998 findet Hradil [2006] nur einen schwachen Zusammenhang zwischen Gesundheits-Lebensstil und selbst berichtetem Gesundheitszustand. In der Längsschnittuntersuchung zeigen sich jedoch Hinweise darauf, dass ein ungesunder Lebensstil sich erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung (hier über einen Zeitraum von 14 Jahren) auf den Gesundheitszustand auswirkt. Dabei war der anhand objektiver Kriterien erfasste Gesundheitszustand stärker in Mitleidenschaft gezogen als der in Selbsteinschätzung angegebene subjektive Gesundheitszustand.

In mehreren empirischen Studien sind die Einflüsse von kardio-vaskulären Risikofaktoren wie Serumcholesterinspiegel, Rauchen und arterielle Hypertonie statistisch kontrolliert worden, d.h. ihre unterschiedliche Prävalenz in den sozioökonomischen Gruppen wurde rechnerisch kompensiert. Die Whitehall-Studie aus Großbritannien zeigt eine 3,6 mal so hohe Mortalität durch koronare Herzkrankheit (7,5 Jahre Follow-up) in der untersten von vier hierarchisch gegliederten Berufsgruppen verglichen mit der obersten. Durch die bekannten Risikofaktoren (Cholesterin, Rauchen, Blutdruck etc.) kann aber nur weniger als die Hälfte des Mortalitätsunterschiedes erklärt werden. [Rose, Marmot, 1981]. Eine ähnliche Studie liegt aus Deutschland [Helmert et al 1997] vor, die die kardiovaskuläre Morbidität in 13 Berufsgruppen vergleicht. Gegenüber der statushöchsten Berufsgruppe wiesen alle anderen Berufsgruppen bei den Männern eine signifikant erhöhte Morbidität auf, auch nachdem die Daten für die Risikofaktoren Hypertonie, Hypercholesterinämie, Übergewicht, Zigarettenrauchen und Diabetes kontrolliert worden waren. [Helmert et al 1997, S. 34]

In der finnischen „Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study“ [Lynch et al. 1996] wurden bei 2272 Männern im Alter zwischen 42 und 60 Jahren folgende Gruppen von Risikofaktoren erhoben:

- biologische Risikofaktoren wie Blutfette, Gewicht und Blutdruck,
- verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Nikotinkonsum, körperliche Bewegung,

-psycho-soziale Risikofaktoren wie soziale Unterstützung, Depression und Familienstand.

Die Gesamtmortalität war in der untersten Einkommensgruppe 3,14 mal so hoch wie in der obersten. Wurden die „biologischen Risikofaktoren“ (Fibrinogen, HDL, Apolipoprotein B, Ferritin, Kupfer, Quecksilber, TGL, Leukozyten, Hb, Nüchtern glukose, Blutdruck, Kardiorespiratorische Fitness, BMI und Körpergröße) kontrolliert, sank dieser Unterschied auf 1,90, bei Kontrolle der „verhaltensbedingten Risikofaktoren“ (Rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Aktivität) auf 2,39 und nach Kontrolle der „psycho-sozialen Risikofaktoren“ (Depression, Hoffnungslosigkeit, Familienstand, Mitgliedschaft in Organisationen, Soziale Unterstützung) auf 2,03. Wurden alle Risikofaktoren zugleich kontrolliert, dann betrug der Faktor noch 1,32 und der Zusammenhang war nicht mehr signifikant.

Dieser Befund deutet darauf hin, dass die hier unter „biologische Risikofaktoren“ subsumierten Punkte den stärksten, die „psycho-sozialen“ den zweitstärksten und die „verhaltensbedingten Risikofaktoren“ den drittstärksten Einfluss auf die gesundheitliche Ungleichheit haben.

Eine niederländische Studie [Stronks et al. 1996] gewichtet, fußend auf der schriftlichen Befragung von 18.973 Teilnehmern, den Einfluss des Gesundheitsverhaltens (Nikotinkonsum, Alkoholkonsum, Adipositas, sportliche Aktivität) gegenüber Auswirkungen der Lebensbedingungen (Wohnbedingungen, Probleme in der Wohngegend, finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, Arbeitsbedingungen) auf die gesundheitliche Ungleichheit zwischen niedrigster und höchster Statusgruppe.

Indem die Autoren logistische Regressionsmodelle miteinander verglichen, die jeweils Einflüsse des Gesundheitsverhaltens oder Einflüsse der Lebensbedingungen oder Einflüsse von Gesundheitsverhalten und Lebensbedingungen berücksichtigten, ermittelten sie einen Anteil der durch Gesundheitsverhalten verursachten gesundheitlichen Ungleichheit, den sie als von den Lebensbedingungen unabhängig bezeichnen.

Für das Gesundheitsverhalten (von den Lebensbedingungen abhängig und von den Lebensbedingungen unabhängig zusammengenommen) ergab sich ein Anteil von 37% an der Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit, davon waren nur 14 Prozentpunkte durch von den Lebensbedingungen unabhängiges Gesundheitsverhalten verursacht und 23 Prozentpunkte durch die Lebensbedingungen bedingt, die sich über eine Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens auf die gesundheitliche Ungleichheit auswirkten. Der direkten Auswirkung der Lebensbedingungen konnten 33% der gesundheitlichen Ungleichheit zugeordnet werden. Es verblieb ein ungeklärter Rest von 30%.

Die Lebensbedingungen sind demnach also auf direktem und indirektem Weg für 56% der Ungleichheit verantwortlich, wogegen für das von den Lebensbedingungen unabhängige Gesundheitsverhalten lediglich ein Anteil von 14% nachgewiesen werden kann.

In seinen Überlegungen zu den Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit Wohnungsloser sieht Trabert [1995, S. 114] das individuelle Gesundheitsverhalten als krankmachenden Faktor, wobei er unter Gesundheitsverhalten nicht nur Alkohol- und Nikotinkonsum, sondern auch „Übernachtungsgewohnheiten“ zusammenfasst. Er stellt das Gesundheitsverhalten Wohnungsloser dann jedoch in Zusammenhang mit ihrer gesellschaftlichen Stellung, ihren beruflichen Erfahrungen und von Arbeitslosigkeit, so dass das Gesundheitsverhalten als in hohem Masse gesellschaftlich verursacht gesehen wird.

Tatsächlich ist das Übernachten auf der Straße bei Wohnungslosen so unmittelbar die Folge ihrer Lebensbedingungen, dass dessen Einordnung als individuelles Gesundheitsverhalten die Vordergründigkeit mancher verhaltenszentrierter Erklärungen gesundheitlicher Ungleichheit illustriert.

Die vorliegenden empirischen Studien stützen die These vom Primat der Lebensbedingungen über verhaltensbedingte Risikofaktoren in der Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit.

2.3.4.2 Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung

In der Literatur ist mehrfach die Auffassung vertreten worden, dass es Angehörigen der unteren gesellschaftlichen Schichten weniger effektiv gelingt, das Gesundheitssystem zu nutzen. Einerseits geschehe dies aufgrund eines schlechteren Zugangs, andererseits aufgrund einer weniger effektiven Kommunikation.

So sieht Mielck [2000, S. 172] eine geringere Verfügbarkeit von Leistungen des Gesundheitssystems in den weniger privilegierten Bevölkerungsschichten. Als Beispiel führt er die Zuzahlungsregelungen zu Medikamenten zum Zahnersatz auf (die Einführung der Praxisgebühr war zum Publikationszeitpunkt der Arbeit Mielcks noch nicht absehbar), die vermutlich zu einer geringeren Inanspruchnahme dieser Leistungen bei Patienten mit kleinerem Einkommen führen. Es sei zu befürchten, dass viele Anspruchsberechtigte aus Scham oder Unwissenheit keinen Gebrauch von der vollständigen oder teilweisen Befreiung von Zuzahlungen im Rahmen von Härtefallregelungen machen.

Im „Gesundheitsbericht für Deutschland“ [Statistisches Bundesamt 1998, S. 483] wird ebenfalls die Auffassung vertreten, dass Patienten mit geringerem Einkommen durch Selbstbehalte

im Verhältnis höher belastet werden und daher die Gefahr negativer gesundheitlicher Auswirkungen besteht.

Fiscella und Shin [2005] zeigen in ihrer Publikation „The Inverse Care Law“ auf, dass die Bevölkerungsgruppen, die den größten Bedarf nach Leistungen des Gesundheitssystems haben, häufig die am wenigsten angemessene Gesundheitsversorgung erhalten. Beispiele für solche Gruppen sind Menschen mit geringem Einkommen, Angehörige ethnischer Minderheiten und Wohnungslose. Sie stellen als mögliche Gründe unzureichende oder fehlende Krankenversicherung, Zeitmangel aufgrund von ungünstigen Arbeitszeiten oder aufgrund von Suchterkrankungen, Transportprobleme, Sprachprobleme, Ablehnung und Bevorzugung anderer Patienten durch den Leistungserbringer, mangelnde kulturelle Kompetenz der Leistungserbringer und das Fehlen von Leistungserbringern in benachteiligten Wohngebieten zusammen.

Mielck [2000] stellt außerdem die Hypothese auf, dass die Güte der Arzt-Patienten-Kommunikation vom sozioökonomischen Status des Patienten beeinflusst wird: den status-hohen Ärzten fällt es bei ebenfalls status-hohen Patienten besonders leicht, die Ursachen für deren gesundheitliche Beschwerden zu verstehen [Mielck 2000, S. 173].

Willems et al [2004] fassen in ihrer Übersicht zusammen, dass Patienten mit niedrigerem sozio-ökonomischem Status weniger positive Äußerungen von Ärzten empfangen, einem direkteren Kommunikationsstil mit weniger Teilhabe an den Entscheidungen ausgesetzt sind.

Van Ryn und Burke [2000] konnten in einer 618 Patienten umfassenden Studie in den USA nachweisen, dass der sozio-ökonomische Status von Patienten die Wahrnehmung des Patienten durch Ärzte beeinflusst. Dies betraf die Einschätzung der Intelligenz von Patienten, den Aufbau von Empathie, der Einschätzung von Patienten bezüglich Substanzmissbrauch und Compliance.

Alter et al [1999] konnten in einer 51591 Patienten umfassenden Studie in Ontario nachweisen, dass der sozio-ökonomische Status einen ausgeprägten Einfluss auf den Zugang zu kardiologischen Zentren und der Ein-Jahres-Mortalität nach Herzinfarkten hatte. Dies wurde nachgewiesen, obwohl Kanada ein für alle Einwohner zugängliches Gesundheitssystem hat.

Scott et al. [1995] wiesen in einer australischen, 469 Patienten umfassenden Studie nach, dass bei Patienten mit höherem sozio-ökonomischem Status bei im Rahmen von Allgemeinarztbesuchen häufiger Untersuchungen durchgeführt und häufiger Medikamente verschrieben wurden als bei Patienten mit niedrigerem sozio-ökonomischem Status.

In der Literatur zur Gesundheit Wohnungsloser wird die mangelnde Zugänglichkeit des Gesundheitssystems und dessen Ineffektivität in der Versorgung Wohnungsloser häufig als Grund für deren schlechten Gesundheitszustand genannt.

Locher [1990] berichtete, dass es schwer sei, Wohnungslose in medizinische Behandlung zu vermitteln. Viele Erkrankungen und Verletzungen blieben unbehandelt, was auf die große soziale Distanz, die zwischen den in extremer Armut lebenden alleinstehenden Wohnungslosen und dem System der medizinischen Versorgung liegt, und auf die Inkompatibilität der Lebensverhältnisse Wohnungsloser mit dem bestehenden medizinischen System zurückzuführen sei. Alleinstehende Wohnungslose würden, wenn sie schlecht riechen oder dreckig sind, ungern oder gar nicht behandelt.

Trabert [1995] sah die kurative Unter- und Fehlversorgung Wohnungsloser als besonders wichtige Ursache für ihren schlechten Gesundheitszustand an. „Das Gesundheitsversorgungssystem als gesellschaftsstrukturelle Einrichtung zeigt bezüglich der Betreuung und Versorgung von alleinstehenden Wohnsitzlosen eine mangelhafte, zum Teil diskriminierende und krankheitsfördernde Funktionsweise. Hier spielen u. a. die Art der Krankenscheinbeschaffung, die Verhaltensweisen der medizinischen Fachkräfte gegenüber den Betroffenen sowie die zur Verfügung stehenden Versorgungseinrichtungen eine wichtige Rolle.“ [Trabert 1995, S. 117 f] Er wies die medizinische Unterversorgung alleinstehender Wohnungsloser in seiner Studie auch nach. 47,5% seiner Probanden gaben an, keinen Hausarzt zu haben, 51,4% konsultieren selten oder nie einen Arzt. Er beschrieb die Beziehungsebene Arzt-alleinstehender Wohnungsloser als durch beiderseitige Kontaktängste und Vorurteile belastet und fordert neben besserer Ausbildung und Aufklärung auch zielgruppenspezifische medizinische Versorgung in der Wohnungslosenhilfe.

Kunstmann [1999] fand in seiner Untersuchung von Daten aus Projekten der aufsuchenden medizinischen Hilfen, dass 43% der Projektnutzer über keinerlei Kontakte zu niedergelassenen Ärzten verfügten, 9% suchten Arztpraxen regelmäßig auf. Der überwiegende Teil der Nutzer sei medizinisch unterversorgt und institutionell entkoppelt.

Völlm [2000] fand in ihrer Studie in Dortmund ein Drittel ihrer wohnungslosen Probanden ohne Hausarzt, hatten 13,8% während des vergangenen Jahres keinen Arztkontakt. 55% waren im vergangenen Jahr zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus aufgenommen worden. Vor diesem Hintergrund beurteilte sie die Rate hausärztlicher Versorgung und die Nutzung des Gesundheitssystems als hoch. Sie stellt die Frage, inwieweit ein paralleles System der medizinischen Versorgung für Wohnungslose zu einer Ausgrenzung aus dem regulären Gesundheitssystem beitragen könnte.

Brönner [2001] fand in ihrer Studie 36,6% der Probanden ohne Hausarzt, 9,8% gaben an, nur in Notfallsituationen oder nie zum Hausarzt zu gehen und kommt zu dem Ergebnis, dass alleinstehende wohnungslose Männer in München gut an das Gesundheitssystem angebunden seien. Trotzdem sei die Morbidität relativ hoch [Brönner 2001, S. 106]. Sie schlägt daher vor, weitere Maßnahmen zur Vermeidung von Wohnungslosigkeit und die Ausweitung der psychiatrischen bzw. sozialpsychiatrischen Versorgung anzustreben.

In Karlsruhe wurde untersucht, wie groß der Anteil von Wohnungslosen unter den in eine psychiatrische Klinik stationär aufgenommenen während des Jahres 2001 war. Es zeigte sich, dass Wohnungslose 3,8% der stationären Aufnahmen ausmachten, dagegen aber nur 0,08% der Gesamtbevölkerung der Stadt darstellten. Sie sind somit unter den Patienten dieser stationären psychiatrischen Einrichtung stark überrepräsentiert. [Harterer und Eikermann 2004] In Bielefeld stuften Wessel und Zechert [2002] unter den während eines Jahres stationär aufgenommenen Patienten einer psychiatrischen Klinik 153 als wohnungslos oder als Wohnungsnotfall ein. Auf diese entfallen 528 stationäre Behandlungsepisoden, was auf eine hohe Rate an zeitnahen Wiederaufnahmen hinweist. Dies führen sie auf eine „desolate Lebenslage“ und sehr geringe Anbindung an psychosoziale Betreuung im ambulanten Bereich zurück.

Für die geringe oder wenig effektive Nutzung des Gesundheitssystems durch Wohnungslose sind mehrere beeinflussende Faktoren genannt worden, die untereinander abhängig sind. Kunstmann [1999] erwähnt soziale Kontextfaktoren, etwa das Fehlen einer sozialen Rolle, die Gesundheit zwingend verlangen würde. Zudem stellt er dar, dass mit Gesundheit konkurrierende andere Bedürfnisse, wie etwa die Notwendigkeit, einen Schlafplatz oder die Nahrungsversorgung zu sichern, die Nutzung des Gesundheitssystems erschweren. Schließlich führt er Veränderungen in der Krankheitswahrnehmung auf, aufgrund derer Betroffene erst spät oder gar nicht nach medizinischer Hilfe suchen.

Bei Pleace et al. [2000] stehen geringes Selbstwertgefühl und die Angst, abgewiesen oder mit Verachtung behandelt zu werden auf der Seite der Wohnungslosen den Barrieren in der Zugänglichkeit des Gesundheitssystems gegenüber, die Griffith [2002] im Einzelnen nennt: Öffnungszeiten, bürokratischer Aufwand beim Organisieren von Terminen und Klärung der Kostenübernahme, mangelnde Vernetzung von Hilfsangeboten und Befürchtungen auf der Seite des Personals gegenüber Wohnungslosen bis hin zur Diskriminierung.

Woollscott [2008] betrachtet psychisch erkrankte Wohnungslose und stellt mehrere Barrieren zusammen, die ihnen den Zugang in das englische Gesundheitssystem erschweren könnten. Allgemeinartzpraxen vermieden es möglicherweise, die in England erforderliche Registrie-

rung des Patienten vorzunehmen, da sie eine „Lawine der Bedürftigkeit“ befürchten, die zu finanziellen Nachteilen für die Arztpraxis führen könnte. Auch ein befürchteter zeitnahe Wechsel des Patienten zu einem anderen Allgemeinarzt könnte sich finanziell negativ auf die Praxis auswirken. Auch könnten psychisch erkrankte Wohnungslose bei Leistungserbringern als „Problempatienten“ gelten und vom Zugang abgehalten werden. Woollscott [2008] befürchtet, dass Wohnungslose mit psychischen Erkrankungen, deren Behandlung möglicherweise mit größerem Aufwand verbunden sein könnte, als eine Belastung sowieso schon eingeschränkter Ressourcen gesehen werden könnten und daher abgelehnt werden.

Kim et al. [2007] befragten 154 psychisch erkrankte Wohnungslose in den USA unter Verwendung geschlossener Fragestellungen nach Gründen für einen Verzicht auf einen erforderlichen Arztbesuch. Die Befragten wählten unter den angebotenen Antworten zu 53% aus, dass sie das Problem selbst lösen wollten, 51% wollten warten, bis sich das Problem von selbst bessere. 38% gaben an, dass es keinen Zweck habe, Hilfe zu suchen. 34% gaben an, sich wegen der Kosten Sorgen zu machen und 28% gaben an, unsicher gewesen zu sein, wohin sie sich wenden sollten. 26% führten Transportprobleme an und 25% gaben an, der Aufwand an Zeit und Mühe sei zu hoch. 18% waren darüber besorgt, was andere denken könnten oder dass ihr Partner bzw. Familie von ihren Problemen erfahren könnten, wenn sie Hilfe suchten. Dieselben Fragen wurden auch in Bezug auf die Nutzung psychiatrischer Angebote gestellt. Unter Verwendung einer Faktorenanalyse schließen Kim et al., dass praktische Barrieren wie Kosten oder Transport im Zugang zu den somatisch orientierten Leistungen bedeutsam waren, wogegen die Furcht vor sozialer Zurückweisung aufgrund des mit psychischen Erkrankungen verbundenen Stigmas als Barrieren vor psychiatrischen Angeboten bedeutsam waren. Der Autor nennt Validität und Reliabilität der erhobenen Daten angesichts der sensiblen Natur der erfassten Daten als eine mögliche Schwäche der Studie.

Im Zuge der jüngsten Reformen im Gesundheitssystem ist die Anbindung Wohnungsloser an die allgemeinmedizinische Versorgung vermehrt in der Öffentlichkeit diskutiert worden, da es dieser Personengruppe vermutlich besonders schwer fällt, die „Praxisgebühr“ aufzubringen und die erhöhten Zuzahlungen auf verschriebene Medikamente zu leisten. Dies wird von zwei in Niedersachsen durchgeführten Studien bestätigt, an denen sich bis zu 95 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe beteiligten. Hier berichteten 74,1% bzw. 61,1% der befragten Einrichtungen von Klienten, die im Zusammenhang mit dem GKV-Modernisierungsgesetz auf Arztbesuche verzichteten [Arbeitsgemeinschaft der zentralen Beratungsstellen Niedersachsen 2005].

Pleace et al. [2000] untersuchen den Zugang Wohnungsloser zur medizinischen Versorgung in England flächendeckend und unter Einschluss der ländlichen Gebiete. Mitarbeiter von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wurden in einer postalisch durchgeführten Untersuchung mit einem standardisierten Fragebogen nach ihren Erfahrungen bei der Vermittlung von Zugang zu allgemeinmedizinischen Praxen und zu anderen Bereichen des Gesundheitssystems befragt. Die geografische Variation in der berichteten Zugangsmöglichkeit wurde nach Regionen dargestellt. Insgesamt war der Zugang zur allgemeinmedizinischen Versorgung für Wohnungslose schlecht, lediglich zu zielgruppenspezifischer medizinische Versorgung war der Zugang deutlich besser. Außerdem wurde in der Untersuchung gezeigt, dass die Einrichtungen von umso mehr Problemen mit dem Zugang zur allgemeinmedizinischen Versorgung berichten und umso mehr die medizinische Notfallversorgung gegenüber der Versorgung bei niedergelassenen Ärzten in Anspruch genommen wird, je mehr Klienten sie versorgen, die Platte machen

2.3.4.3 Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen

2.3.4.3.1 Belastung durch Stress

Eine 32.853 Personen im Alter von 25 bis 64 einschließende Längsschnittstudie mit einem Follow Up von 8 bis 14 Jahren zum Verhältnis von sozioökonomischer Lage und Mortalität in der Bevölkerung [Sundquist/Johansson 1997] findet, dass Personen, die alleine leben, ein erhöhtes Mortalitätsrisiko haben. Das relative Mortalitätsrisiko betrug für alleine lebende Männer 1,66 und für alleine lebende Frauen 1,28. Zudem wurde das Fehlen von Wohneigentum, also das „Wohnen zur Miete“ als mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko behaftet identifiziert. Das relative Risiko betrug hier für Männer 1,27 und für Frauen 1,43. Das legt für Mielck [2000, S. 255] die Vermutung nahe, dass Wohnen im eigenen Haus eine größere Sicherheit in der Lebensplanung vermittelt, und dass das Erkrankungsrisiko mit zunehmender Sicherheit und Planbarkeit abnimmt. Im Kontext der vorliegenden Arbeit wiederum kann vermutet werden, dass das völlige Fehlen sicheren Wohnraumes, wie er bei Wohnungslosen besteht, eine noch deutlichere Verbindung mit Morbidität und Mortalität haben dürfte. Wong und Piliavin [2001] konnten nachweisen, dass der psychologische Distress¹, unter dem Wohnungslose lit-

¹„psychological distress“ ist ein unscharf umrissener Begriff, der als der besondere, unangenehme emotionale Zustand definiert worden ist, der von einem Individuum aufgrund eines spezifischen Stressors oder einer Anforderung erlebt wird. Dabei sieht sich betroffene Person nicht in der Lage, dem Stressor ein effektives Bewältigungsverhalten entgegen zu setzen. In der Folge ändert sich der emotionale Zustand, es treten Angst, Depression, Demotivierung, Reizbarkeit, Aggressivität und Selbstentwertung auf, die vom Betroffenen als leidvoll empfunden werden [Ridner 2003]. Wong und Piliavin [2001] nutzten zur Erfassung von psychologischem Distress die

ten, nach dem Erhalt einer Wohnung zurückging. Außerdem leben Wohnungslose häufig alleine, was nach Sundquist und Johansson [1997] ebenfalls mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden ist.

Die Lebenslage der Wohnungslosigkeit ist nicht nur von den Effekten der materiellen Armut wie unsicherer und schlechter Wohnsituation, dem Fehlen von nennenswertem Besitz und dem Konsum minderwertiger Lebensmittel geprägt, sondern auch von dem Gefühl, in der gesellschaftlichen Hierarchie einen sehr niedrigen Platz einzunehmen. Diese als „relative Deprivation“ [Wilkinson 1997] bezeichnete Situation kann für sich genommen eine psychische Belastung darstellen, die sich unter anderem über erhöhte Cortisol-Ausschüttung, erhöhte Blutdruckwerte und ein ungünstigeres Blutfett-Verteilungsmuster negativ auf den Gesundheitszustand auswirkt.

Brunner [1997] geht davon aus, dass die prolongierte Aktivierung der Kampf- und Fluchtreaktionen des Körpers durch Stress, die sich vor allem in einer Überaktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse zeigt, durch psychosoziale Faktoren konditioniert wird, die ungleich über die sozialen Klassen verteilt sind. Eine ausgeprägte Stressantwort sieht er als charakteristisch für ein tatsächliches oder antizipiertes Versagen beim Bewältigen einer auftretenden Bedrohung an. Als mögliche Stressoren sieht er soziale Belastungen, Unsicherheit des Arbeitsplatzes, Eintönigkeit und wenig Kontrolle über die Aufgabe, mit Stress verbundene Lebensereignisse (Life Events) und schwache soziale Netzwerke, schwaches Selbstbewusstsein und Fatalismus an. Weiter führt er Beobachtungen an Primaten an, bei denen ein niedriger Status mit ungünstigeren Blutfettwerten (HDL) und einer erheblich erhöhten Wachstum arteriosklerotischer Plaques einherging. In der menschlichen sozialen Hierarchie und Arbeitswelt sieht Brunner die soziale Kontrolle über die eigene Aufgabe im Sinne geringer Autonomie und geringer Entscheidungsspielräume als besonders prädisponierend für die Entwicklung degenerativer Erkrankungen, insbesondere der koronaren Herzkrankheit an. Die Kontrolle im Sinne von Entscheidungsspielräumen könnte, da sie sozial ungleich verteilt ist, so einen Beitrag zur Erklärung des sozialen Gradienten im Gesundheitszustand leisten.

Stronks et al [1997] untersuchen in einer niederländischen Studie mit 2802 Teilnehmern zwei Hypothesen zum Beitrag von Stressfaktoren zur gesundheitlichen Ungleichheit.

Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), die unter anderem depressiven Affekt, körperliche Depressionssymptome und das Fehlen von Wohlbefinden erfragt.

Die Hypothese der schichtspezifischen Exposition geht davon aus, dass Angehörige der unteren sozialen Schichten vermehrt „Life events“ wie dem Verlust des Arbeitsplatzes oder Gewaltkriminalität ausgesetzt sind und mehr dauerhafte Stressbelastungen durch finanzielle Probleme, soziale Isolierung, ungünstige Verhältnisse im Stadtviertel, Gesundheitsprobleme nahe stehender Personen oder Beziehungsprobleme auf sie einwirken.

Die Hypothese der schichtspezifischen Vulnerabilität geht davon aus, dass bei gleicher Belastung mit Stressfaktoren über alle sozialen Schichten die unteren Schichten eine vermehrte negative Auswirkung auf ihren Gesundheitszustand verzeichnen, zum Beispiel auf Grund eines schlechteren Copings.

Im Ergebnis bestätigte sich die Hypothese der schichtspezifischen Exposition, durch die unterschiedliche Exposition gegenüber Stressfaktoren ließen sich etwa 10 bis 15 % der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen den sozioökonomischen Gruppen erklären. Es zeigte sich jedoch kaum ein Hinweis auf eine vermehrte Vulnerabilität gegenüber Stressoren in den unteren sozioökonomischen Schichten, so dass die Hypothese der schichtspezifischen Vulnerabilität von den Autoren verworfen wurde.

Eine andere Studie konnte keinen Zusammenhang zwischen selbst eingeschätzter Stressbelastung und Mortalität sowie kardiovaskulärer Erkrankungshäufigkeit feststellen. In der 5606 Männer umfassenden Längsschnittstudie [Macleod et al. 2002] mit einem Follow-Up von 21 Jahren wurde „Stress“ mit einer Selbsteinschätzungsskala aus den 60er Jahren (Reeder stress inventory) erfasst. Während der so erfasste Skalenwert positiv mit den von den Probanden berichteten Symptomen für koronare Herzkrankheit zusammenhing, konnte kein Zusammenhang zwischen der selbsteingeschätzten Stressbelastung und objektivierbaren Erkrankungshäufigkeiten (Mortalität, Inzidenz von Herzinfarkten) gefunden werden. Die Autoren folgern, dass der Zusammenhang zwischen selbst eingeschätzter Stressbelastung und selbst beobachteten Symptomen der koronaren Herzkrankheit als methodisches Artefakt zu werten sind. Die Studie verwendete jedoch ein veraltetes Instrument zur Messung Stressbelastung, das auch erhöhte Klagsamkeit unter „Stress“ subsumieren dürfte. So war die im Reeder stress inventory ermittelte Belastung in den oberen sozialen Klassen der Studienpopulation am ausgeprägtesten.

In seine Überlegungen zum Gesundheitszustand Wohnungsloser bezieht Trabert [1995, S. 113] auch die Life-Event-Forschung mit ein und bemerkt, dass sich anamnestisch bei allein stehenden Wohnungslosen sehr häufig belastende Lebensereignisse, insbesondere Tod des Ehepartners, Scheidung, eheliche Trennung, Gefängnis, Tod eines nahen Angehörigen, Ver-

letzung/Krankheit und Kündigung feststellen lassen. Diese werden in der Life-Event-Forschung als die Anpassungsfähigkeit des Individuums potentiell überfordernd gesehen. Daher wird ihnen eine potentiell gesundheitsschädigende Wirkung zugeordnet, insbesondere, wenn mehrere dieser belastenden Lebensereignisse in zeitlichem Zusammenhang auftreten.

Dass Wohnungslose in deutlich erhöhtem Maß belastenden Lebensereignissen ausgesetzt sind, kann ist durch Studien zur Gewalterfahrung Wohnungsloser gezeigt worden. Munoz et al [1999] zeigten unter 262 Wohnungslosen aus Madrid, dass diese im Durchschnitt insgesamt 9,1 belastende Lebensereignisse erlebt hatten. Besonders häufig waren Arbeitslosigkeit, Mittellosigkeit, schwere Erkrankungen oder Verletzungen, Tod eines nahen Angehörigen. Wong und Piliavin [2001] fanden in ihrer 430 Wohnungslose umfassenden Studie, die in Nordkalifornien durchgeführt wurde, dass 65% der befragten im vergangenen Jahr überfallen, beraubt, geschlagen oder vergewaltigt worden waren. Daher und aufgrund der verheerenden körperlichen Entbehrungen („devastating physical deprivation“) und der mit Wohnungslosigkeit verbundenen sozialen Isolation sei schwerwiegender psychologischer Distress unter Wohnungslosen weit verbreitet.

Aichhorn et al. [2008] finden unter 40 wohnungslosen Jugendlichen in Innsbruck, dass 58% in ihrer Familie fortdauernder Gewalttätigkeit ausgesetzt waren. Diese Gewalterfahrungen waren ein wichtiger Grund, der zum Wohnungsverlust geführt hatte. Henny et al. [2007] beschreiben in ihrer 644 Wohnungslose aus US-amerikanischen Großstädten umfassenden Untersuchung, dass 80,3% der Studienteilnehmer im Verlauf ihres Lebens und 16,1% innerhalb der letzten 6 Monate Opfer einer Gewalttat geworden waren.

Taylor und Sharpe [2008] fanden bei 70 Wohnungslosen in Sydney, dass 98% als traumatisch bewertete Ereignisse in ihrem Leben erlebt hatten. Im Durchschnitt hatten die Teilnehmer sechs Traumata erlebt. Die 12-Monats-Prävalenz für post-traumatische Belastungsstörung war mit 41% unter den Wohnungslosen 27 mal höher als in der Allgemeinbevölkerung (1,5%).

2.3.4.3.2 Belastung durch Schadstoffe

Vielfach wurde nachgewiesen, dass Personen mit niedrigem sozialen Status häufiger an vielbefahrenen Straßen wohnen und damit vermehrt unter störendem Verkehrslärm und Luftschmutzung leiden, wie Bolte und Kolhuber [2006, S. 97 f.] in ihrer Übersicht bemerken. In einer 7.509 Kinder aus München umfassenden Studie [Nicolai et al 2003] hatten 59,3% der Kinder, die in weniger als 50 Metern Entfernung von vielbefahrenen Straßen lebten, einen

niedrigen sozioökonomischen Status, hingegen hatten nur 44,3% der Kinder, die mehr als 300 Meter von vielbefahrenen Straßen entfernt lebten, einen niedrigen sozioökonomischen Status. Chaix et al [2006] konnten in einer 29.133 Kinder aus Malmö umfassenden Studie nachweisen, dass Kinder aus Wohngebieten mit niedrigem sozioökonomischem Status höheren Stickstoffdioxidkonzentrationen in der Atemluft ausgesetzt waren als Kinder aus besser gestellten Wohngebieten, sowohl an ihrem Wohnort als auch in der Schule.

In München [Nicolai et al 2003] konnte eine signifikante Verbindung von Verkehrsbelastung im Umkreis von 50 Metern um den Wohnort und dem Auftreten von Husten und asthmatischer Symptomatik im Sinne einer Dosis-Wirkungs-Beziehung gefunden werden. Die Verbindung wurde mit zunehmendem Abstand des Wohnortes von verkehrsreichen Straßen abgeschwächt, die Assoziation von Verkehrsbelastung und Husten blieb aber bis zu einem Abstand von 300 Metern von einer verkehrsreichen Straße signifikant.

Für die Feinstaubkonzentration konnte aus Messungen aus den 20 größten US-amerikanischen Städten eine annähernd lineare Dosis-Wirkungs-Beziehung der Feinstaubkonzentration zu Steigerungen der Mortalität nachgewiesen werden [Daniels et al 2006].

Zudem konnte gezeigt werden, dass es zu einer bezüglich der Luftverschmutzung zu einer Effektmodulation durch sozioökonomische Faktoren kommt. Der mit einer bestimmten Feinstaubkonzentration verbundene Anstieg der Mortalitätsrate in einer weiteren 20 US-amerikanischen Städte umfassenden Studie [Zenka et al 2006] war in der untersten Bildungsgruppe mehr als doppelt so hoch wie in der höchsten Bildungsgruppe. Die Autoren vermuten als Gründe für diesen Unterschied schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem, schlechtere Ernährung, psychologischen Stress und Gewalttätigkeit sowie die erhöhte Schadstoffexposition in den unteren sozioökonomischen Gruppen.

2.3.4.3.3 Belastung durch regionale Risikomerkmale

Es ist in der Vergangenheit vermutet worden, dass ein Teil der gesundheitlichen Ungleichheit durch regionale Risikomerkmale erklärbar ist, das heißt, dass sozioökonomisch verschieden gestellte Gebiete unterschiedliche gesundheitliche Belastungen für ihre Einwohner bedeuten. Zum Beispiel könnte das Leben in einem Stadtteil mit hoher Arbeitslosenquote auch für die Bewohner belastend sein, die selbst nicht arbeitslos sind [Mielck 2000].

Sundquist et al [2004] konnten in einer 25.319 schwedische Personen umfassenden Längsschnittstudie mit einem Follow-Up von 4 bis 11 Jahren einen über die Auswirkungen der individuellen sozioökonomischen Lage hinausgehenden Einfluss der sozioökonomischen Situati-

on in der Wohngegend auf die Inzidenz der koronaren Herzkrankheit nachweisen. Dabei war das Risiko, an koronarer Herzkrankheit zu erkranken nach Adjustierung der individuellen sozioökonomischen Faktoren in den Wohngegenden mit dem geringsten Bildungsdurchschnitt noch 1,25 mal so hoch wie in den Wohngegenden mit dem höchsten Bildungsdurchschnitt.

Eine 341.048 Einwohner der schwedischen Region Scania einschließende Längsschnittstudie [Chaix et al 2007] mit einem Follow Up von über 7 Jahren konnte eine Verbindung von sozioökonomischer Umwelt und Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit zeigen, auch nachdem die Daten für individuelle sozioökonomische Faktoren adjustiert worden waren. In der gesamten Region Scania war die Mortalität an koronarer Herzkrankheit in Gegenden mit niedrigem sozioökonomischem Status in der Gruppe der 50 bis 64-jährigen 1,81 mal so hoch wie in Gegenden mit hohem sozioökonomischem Status. Wurden nur die Städtischen Gebiete betrachtet, war dieser Effekt verstärkt nachweisbar. Die Mortalität an koronarer Herzkrankheit war hier in Gegenden mit niedrigem sozioökonomischem Status 2,16 mal höher als in Gegenden mit hohem sozioökonomischem Status. Die Autoren vermuten, dass die Versammlung benachteiligter Personen auf engem Raum Bedingungen schafft, die das Gesundheitsverhalten verschlechtern und die Armut aufgrund sichtbarer Zeichen der Benachteiligung in den Stadtvierteln tiefer spürbar werden lassen. Zudem gehen die Autoren davon aus, dass Umweltfaktoren wie Lärm und Luftverschmutzung in den benachteiligten Stadtvierteln eine Rolle spielen. Außerdem konnte vor dem Hintergrund einer allgemein abnehmenden Sterblichkeit durch koronare Herzkrankheit durch Vergleich zweier Kohorten, die 1986 und 1996 definiert worden waren nachgewiesen werden, dass sich die durch den sozioökonomischen Status der Wohngegend bedingten Unterschiede in der durch koronare Herzkrankheit verursachte Mortalität in den vergangenen Jahrzehnten noch deutlich verschärft haben [Chaix et al 2007 b] .

Eine weitere Studie [Cubbin und Winkleby 2005] betrachtet 8.197 Personen in vier nord-kalifornischen Städten bezüglich ihres Wissen zur koronaren Herzkrankheit und die damit verbundenen Verhaltensänderungen. Es zeigten sich bei in ärmeren Stadtvierteln lebenden Personen weniger gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen als bei Personen in wohlhabenderen Stadtvierteln, wobei dieser Effekt auch nach Adjustierung für den sozioökonomischen Status der Einzelpersonen nachweisbar blieb. Die Autoren folgern, dass der Sozioökonomische Status eines Wohngebietes das Gesundheitsverhalten der Einwohner beeinflussen kann. Weiter vermuten sie, dass dieser Effekt über eine geringere soziale Kohäsion (d. h. das Gefühl von Vertrauen und Solidarität zwischen Nachbarn) in ärmeren Stadtvierteln vermittelt werden könnte.

Eine weitere, 7.791 Personen einschließende Längsschnittstudie [Chaix et al 2008] mit einem Follow-up von drei Jahren und 9 Monaten verwendete Fragen zur sozialen Interaktion in den jeweiligen Wohngebieten und verglich diese mit der Mortalität aufgrund akuter Herzinfarkte im Verlauf. Nach Adjustierung für individuelle Gesundheitsmerkmale und individuellen sozioökonomischen Status der Teilnehmer zeigte sich eine erhöhte Mortalität aufgrund akuter Herzinfarkte in Wohngebieten mit geringer sozialer Kohäsion. Unter Kohäsion in einer Wohngegend versteht man soziale Beziehungen, die durch ein ausgedehntes und verflochtenes Netzwerk von Nachbarn gekennzeichnet sind, wechselseitige unterstützende Beziehungen und die Möglichkeit, als Gemeinschaft zur Sicherung des Allgemeinwohls tätig zu werden [Chaix et al 2008]. Dabei war die erhöhte Mortalität nicht auf eine höhere Inzidenz von Herzinfarkten, sondern auf eine erhöhte Sterblichkeit nach dem Infarkt zurückzuführen.

Das Konzept des sozialen Kapitals kann sowohl auf Einzelpersonen und Familien als auch, in ähnlicher Weise wie soziale Kohäsion, auf Wohngebieten und Bevölkerungsgruppen bezogen werden. Es wurde als Netzwerke und gemeinsame Normen, Werte und Verständnis beschrieben, die Zusammenarbeit in oder zwischen Gemeinschaften oder Gruppen im Sinne von Nachbarschaftlichkeit und bürgerschaftlichem Engagement fördern. Gegenseitiges Vertrauen und wechselseitige Unterstützung befördern die Entstehung und Aufrechterhaltung sozialen Kapitals [Lauder, Kroll, Jones 2007]. In einer US-amerikanischen Studie konnten Unterschiede in der Gesamtmortalität zwischen Bundesstaaten mit der unterschiedlichen Ausprägung des sozialen Kapitals in den Bundesstaaten in Verbindung gebracht werden, wobei soziales Kapital invers mit der bestehenden Einkommensungleichheit korrelierte [Kawachi et al. 1997]. Eine englische Studie konnte eine Verbindung von sozialem Kapital und selbst-berichtetem Gesundheitszustand nachweisen [Poortinga 2006]. Auch die inverse Verbindung von sozialem Kapital und dem Auftreten psychischer Erkrankungen ist in mehreren Studien nachgewiesen worden [zur Übersicht: De Silva, McKenzie, Harpham, Huttly 2005].

2.3.4.3.4 Belastung durch absolute Armut

In der Lebenssituation der Wohnungslosigkeit kann die materielle Deprivation ein solches Ausmaß erreichen, dass sie in den Bereich absoluter Armut fällt. Das heißt, dass die zur Verfügung stehenden materiellen Ressourcen nicht ausreichen, die minimalen Bedürfnisse für bloße körperliche Funktionsfähigkeit („the minimum necessities of merely physical efficiency“ [Rowntree 1901]) zu decken.

Absolute Armut verursacht oder begünstigt zahlreiche Erkrankungen über spezifische Pathomechanismen wie Mangelernährung, verminderte physische und psychische Widerstandskraft, Wachstumsverzögerung und Verminderung der Immunkompetenz.

Absolute Armut ist immer noch eine bedeutende Todesursache, hauptsächlich in den Entwicklungsländern, aber nicht ausschließlich dort. Krankheit und Tod aufgrund absoluter Armut sind in der Vergangenheit in Westeuropa immer weiter zurückgegangen, bei in großen Teilen des sozialen Spektrums fallenden Einkommen könnte jedoch, auch bei einer gleich bleibenden Zahl von durch relative Armut Betroffener, die Zahl von in absoluter Armut lebender Menschen wieder ansteigen.

Dabei ist es schwierig, absolute Armut klar zu definieren, zum Beispiel hinsichtlich der erforderlichen Kalorienzufuhr. Die Ernährungswissenschaft kann keine präzisen Grenzen des Bedarfs angeben, da es einen breiten Übergangsbereich gibt, in dem die körperliche Funktionsfähigkeit mit abnehmender Kalorienzufuhr abnimmt. Ebenso wenig ist sie in der Lage, den Nährstoffbedarf für bestimmte Lebensabschnitte, vom Fötalstadium bis zum hohen Alter zu nennen [Vagerö und Illsley 1995, S.225f.].

Im Gegensatz zur absoluten Armut bezeichnet das Konzept der relativen Armut Bevölkerungsgruppen im Vergleich mit einem gesellschaftlichen Standard als arm. Townsend [1979] bezeichnete entsprechend Armut als das Fehlen von Ressourcen, die es ermöglichen, die Nahrungsmittel zu erhalten, an den Aktivitäten teilzunehmen, der Lebensbedingungen und Annehmlichkeiten teilhaftig zu werden, die in der betreffenden Gesellschaft üblich sind oder zumindest weitverbreitet empfohlen und für gut gehalten werden. Ob, wie Vagerö und Illsley [1995, S.226] vermuten, absolute und relative Armut, da sie konzeptionell verschieden sind, ebenso in ihren Konsequenzen für Gesundheit und das Leben völlig verschieden sind, oder ob in relativer Armut ein Kern absoluter Armut erhalten bleibt (wie etwa der absolute Mangel an sauberer Luft in der Nachbarschaft vielbefahrenen Straßen oder eine mangelhafte Nährstoffversorgung durch minderwertige Nahrungsmittel), ist bislang nicht geklärt.

2.3.4.4 Unterschiede in den Bewältigungsressourcen

Das von Antonovsky [1987] vorgeschlagene salutogene Konzept des Sense of Coherence beschreibt eine allgemeine Einstellung einer Person, die sie daran glauben lässt, dass (1.) die aus ihrer inneren und äußeren Umwelt auf sie einwirkenden Reize strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind, (2.) sie die Ressourcen zur Verfügung hat, um die sich ergebenden Anforder-

rungen zu bewältigen und (3.) diese Anforderungen Herausforderungen sind, die es wert sind, sie engagiert anzunehmen.

Antonovsky [1987] geht davon aus, dass die Faktoren, die das Entstehen eines starken Sense of Coherence fördern, ungleich über die gesellschaftlichen Schichten verteilt sind [Antonovsky 1987, S, 94]. Die daraus resultierende ungleiche Verteilung des gesundheitsfördernden Faktors Sense of Coherence könnte somit zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen.

Poppius et al [1999] untersuchen in einer Längsschnittstudie an 4405 (Follow-up über 8 Jahre) den Zusammenhang zwischen beruflicher Position, Sense of Coherence und der Inzidenz von koronarer Herzkrankheit. Das Ergebnis der Gesamtauswertung war inkonsistent, zwar wiesen die Beschäftigten mit dem höchsten Werten für Sense of Coherence die niedrigste Inzidenz für koronare Herzkrankheit auf, die bezüglich des Sense of Coherence nächstniedrigere Quintile wies jedoch das höchste koronare Risiko auf. Erst nach Aufspaltung der Studienpopulation in Angestellte und Arbeiter zeigte sich für die Angestellten eine signifikant protektive Wirkung von hohen und mittleren Sense of Coherence-Werten gegen koronare Herzkrankheit. Das Risiko für Angestellte mit hohem Sense of Coherence, an koronarer Herzkrankheit zu erkranken war nur etwa halb so groß wie in der Gruppe von Angestellten mit den niedrigsten Sense of Coherence-Werten.

Bezogen auf Wohnungslose findet Nyamathi [1991] in Los Angeles, dass innerhalb einer Stichprobe von wohnungslosen oder drogenabhängigen Frauen diejenigen, die ein höheres Maß an Sense of Coherence und Selbstwertgefühl aufwiesen auch weniger Hochrisikoverhalten für eine HIV-Infektion zeigten und ihre eigene Stressbelastung als geringer einschätzten. Der gekürzte 13-Punkte Sense of Coherence-Fragebogen wurde für die Untersuchung in seiner Skala verändert, so dass ein Vergleich der Ergebnisse mit Stichproben aus anderen gesellschaftlichen Gruppen nicht möglich ist.

Wong und Piliavin [2001] erfassten in ihrer Studie mittels geschlossener Fragen die Auswirkung sozialer Ressourcen auf den von Wohnungslosen empfundenen psychologischen Distress. Sie fragten dazu nach der Häufigkeit von Kontakten zum sozialen Netzwerk der Studienteilnehmer und erfragten die Größe dieses Netzwerkes als die Anzahl vertrauter Verwandter oder Freunde. Für die Größe des sozialen Netzes konnte ein unabhängiger, direkter mäßigender Effekt auf psychologischen Distress ermittelt werden, der jedoch eher klein war. Für die Kontakthäufigkeit zum sozialen Netzwerk konnte nur eine indirekte mäßigende Wirkung auf den psychologischen Distress ermittelt werden.

2.3.4.5 Gesundheitsbedingte soziale Mobilität

Das Konzept der gesundheitsbedingten soziale Mobilität („natural and social selection“, [Townsend 1988, S. 105]) geht vom sozialen Abstieg kranker Menschen beziehungsweise dem Aufstieg der Gesunden aus und könnte so zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen. Gesundheit wird als die unabhängige Variable gesehen, die soziale Klasse dagegen als abhängige Variable. Der Klassenstruktur der Gesellschaft käme nach diesem Modell eine Filterfunktion zu, wobei eines der wichtigsten Auswahlkriterien für den sozialen Aufstieg gute Gesundheit wäre. So würde sich die geringere Morbidität und Mortalität der obersten Klasse erklären, weil sie aus den stärksten und robustesten Individuen der Gesellschaft bestünde. In der untersten Klasse hingegen fänden sich die schwächsten und gebrechlichsten Menschen ein [Townsend 1988, S. 105]. Für den Ansatz der gesundheitsbedingten sozialen Mobilität lässt sich nach Davey Smith et al [1994] ein Einfluss auf das Entstehen der gesundheitlichen Ungleichheit belegen, jedoch ist dieser nur gering ausgeprägt, da vertikale soziale Mobilität (Auf- oder Abstieg) hauptsächlich im jungen Erwachsenenalter nachweisbar ist, chronische Erkrankungen, die einen Wechsel der sozialen Klasse nach sich ziehen könnten, aber meist erst nach dem 45. Lebensjahr auftreten.

Demgegenüber kommt eine schwedische Zwillings- und Adoptionsstudie an 724 Zwillingspaaren [Lichtenstein 1992] jedoch zu dem Ergebnis, dass gesundheitsbedingte soziale Mobilität eine ebensogroße Rolle wie die Lebensbedingungen in der Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen sozioökonomischen Statusgruppen spielt.

Locher [1990] betont die Bedeutung der gesundheitsbedingten sozialen Mobilität für die gesundheitliche Ungleichheit Wohnungsloser. Er weist nach, dass Wohnungslose unter Verschleißerkrankungen leiden, die ihrer vorherigen beruflichen Tätigkeit entsprechen. Durch diese gesundheitliche Beeinträchtigung steige ihr Risiko, schlechtere Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit in Kauf nehmen zu müssen, wodurch die gesundheitliche Belastung erneut zunimmt, einschließlich des Auftretens von Alkoholismus und psychischen Erkrankungen. Am Ende des Ausgliederungsprozesses aus dem Arbeitsmarkt könne nicht selten die Wohnungslosigkeit stehen [S.192].

3 Forschungsbedarf und Forschungsfragen

Wie im vorhergehenden Kapitel dargestellt wurde die gesundheitliche Ungleichheit ist für die Gesamtgesellschaft überzeugend nachgewiesen. Mehrere Faktoren, die zu ihrer Entstehung beitragen, konnten benannt und teilweise auch empirisch belegt werden. Auch der besonders schlechte Gesundheitszustand der wohnungslosen Bevölkerung ist in der Vergangenheit nachgewiesen worden. Zu den Gründen für diese gesundheitliche Ungleichheit ist dazu in Deutschland bisher nur wenig geforscht worden.

Die erste Forschungsfrage lautete: „Wie gut ist der Zugang Wohnungsloser in das Gesundheitssystem?“ Hierzu wurde erstmals eine deutschlandweite Befragung durchgeführt, die mit quantitativen Mitteln ausgewertet wurde. Beachtet wurden dabei auch folgende Teilfragen:

- a) Unterscheidet sich der Zugang Platte machender Wohnungsloser von dem nicht Platte machender Wohnungsloser?
- b) Unterscheidet sich der Zugang zum regulären Gesundheitssystem vom Zugang zu niederschweligen medizinischen Angeboten?
- c) Unterscheidet sich der Zugang Wohnungsloser zu Gesundheitsleistungen zwischen städtisch und ländlich geprägten Gebieten?
- d) Wirken sich aktuelle gesundheitspolitische Maßnahmen (wie die Einführung der „Praxisgebühr“) auf die Gesundheitsversorgung Wohnungsloser aus?

Die zweite und dritte Forschungsfrage lauteten: „was behindert die Nutzung des Gesundheitssystems durch Wohnungslose im Einzelnen?“ und „welche Faktoren tragen außerdem zum schlechten Gesundheitszustand Wohnungsloser bei?“ Zur zweiten und dritten Forschungsfrage sollte eine Untersuchung mit qualitativen Methoden durchgeführt werden, in deren Rahmen von Wohnungslosigkeit Betroffene befragt werden sollten. Die Themenbereiche „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“, „Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit“, „Zugang zum Gesundheitssystem“, „Qualität der Versorgung“, „reguläres Gesundheitssystem oder niederschwellige Angebote“, hatten sich aus dem theoretischen Teil der Studie und dem quantitativen Forschungsschritt ergeben und sollten besprochen werden. Die Vorgehensweise sollte aber inhaltlich flexibel bleiben und sich auch an den Relevanzsetzungen der Interviewteilnehmer orientieren. Eine derartige Untersuchung ist in Deutschland zu diesem Thema bisher ebenfalls nicht durchgeführt worden.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die gesundheitliche Ungleichheit Wohnungsloser unter Verwendung quantitativer und qualitativer Methoden zu erklären. Im Ergebnis soll gezeigt werden, wie zur einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation Wohnungsloser beigetragen werden kann.

4 Methoden

Die vorliegende Studie wurde in zwei Schritten durchgeführt. Zunächst wurde mit quantitativem Vorgehen ein deutschlandweiter Überblick über den Zugang Wohnungsloser in das Gesundheitssystem in Deutschland geschaffen.

Der zweite Schritt der Studie verwendet qualitative Methoden, um den Zugang in die Gesundheitsversorgung und die Auswirkungen der Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit aus der Sicht Wohnungsloser zu erforschen.

4.1 Methoden der deutschlandweiten Umfrage mittels standardisierter Fragebögen

4.1.1 Durchführung der Befragung

Befragte Einrichtungen

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurden Fragebögen an alle im Verzeichnis „Wo + Wie“ [Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe 2004] erfassten Einrichtungen gesandt. Das Verzeichnis „Wo + Wie“ erfasst alle ambulanten, teilstationären und stationären Hilfeangebote für Personen ohne Wohnung und Unterkunft, die neben materieller und finanzieller Unterstützung auch persönliche Beratung anbieten können [Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe 2004, S. 1]. Es erscheint jährlich neu.

Die Rolle der befragten Einrichtungen beim Zustandekommen von Kontakten mit dem Gesundheitssystem

Die meisten der befragten Einrichtungen spielen regelmäßig eine Rolle dabei, ihren Klienten im Rahmen der von ihnen durchgeführten Existenzsicherung und Beratungstätigkeit bei der Erlangung medizinischer Versorgung zu helfen. Eine erhebliche Anzahl unter ihnen bietet selbst niederschwellige medizinische Versorgung an. Diese Rolle haben die Einrichtungen aufgrund des besonders schlechten Gesundheitszustandes vieler Wohnungsloser übernommen [Pleace et al 2000 S. 11]. Von den meisten Einrichtungen wird die Vermittlung medizinischer Hilfe an wohnungslose Personen also regelmäßig durchgeführt, somit sind die Mitarbeiter dieser Einrichtungen besonders gut in der Lage, den Zugang Wohnungsloser in das Gesundheitssystem vor Ort zu beurteilen.

Der Fragebogen

Der Fragebogen wurde im Wesentlichen aus der Untersuchung von Pleace et al [2000] übernommen. Dieser erfasste die in den befragten Einrichtungen angebotenen Leistungstypen, Charakteristika des Klientels, etwa den Anteil Platte machender Wohnungsloser, die Rolle der Einrichtung bei der Vermittlung medizinischer Hilfe, die Rolle der Einrichtung bei der Vorkhaltung niederschwelliger medizinischer Hilfen, Angaben zur Nutzung medizinischer Hilfeangebote durch die Klienten, die Möglichkeit der in England erforderlichen Registrierung bei einem Allgemeinarzt und die Zugänglichkeit regulärer und niederschwelliger medizinischen Angebote für Klienten.

Die Genehmigung zur Nutzung des Fragebogens wurde von Herrn Professor Pleace freundlicherweise erteilt. Nach Übersetzung aus dem Englischen konnten eine Fragen zur Registrierung Wohnungsloser bei Allgemeinärzten weggelassen werden, da diese im Bereich des allgemeinen Gesundheitssystems (NHS) erforderliche Prozedur, die für den Patienten unter anderem gegebenenfalls einen Anruf bei einer Zentralstelle beinhaltet, von der aus ihm ein Allgemeinarzt mit freien Kapazitäten zugewiesen wird, in Deutschland in dieser Form nicht erforderlich ist. Stattdessen wurden drei Fragen zur Praxisgebühr und ihrer Auswirkung auf die Gesundheitsversorgung Wohnungsloser in den Fragebogen integriert.

Im nächsten Schritt wurde der Fragebogen insgesamt acht Mitarbeitern der Wohnungslosenhilfe vorgelegt, und danach im persönlichen Gespräch die Verständlichkeit und die Relevanz der Fragen diskutiert. Als Ergebnis wurde eine Frage, die Charakteristika des Klientels betraf, weggelassen. Der in der Untersuchung verwendete Bogen enthielt 34 Fragen. Davon verwendeten 27 Fragen drei- oder vierteilige Ordinalskalen zur Bewertung der Ausprägung der Items. Eine Kopie des Fragebogens befindet sich im Anhang.

Unmittelbar vor dem Beginn des Hauptteils der Befragung wurde im Februar 2005 ein 85 Einrichtungen umfassender postalischer Pre-Test durchgeführt, um die zu erwartende Rücklaufquote abzuschätzen. Da der Fragebogen zum Hauptteil der Untersuchung nicht wesentlich verändert wurde, gingen die Antworten der im postalischen Pre-Test angeschriebenen Einrichtungen direkt in die Endauswertung ein, ohne dass sie im Hauptteil der Untersuchung erneut befragt wurden.

Durchführung der Befragung

Für den Hauptteil der schriftlichen Umfrage wurden vom 28.02.2005 bis zum 08.03.2005 612 Fragebögen versandt. Zusammen mit den 85 Fragebögen des postalischen Pre-Tests wurden 697 Fragebögen an Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe verschickt. Mit dem Fragebogen wurde den Einrichtungen ein Anschreiben, das die Fragestellung der Untersuchung erläuterte, zugestellt. Das Anschreiben war an die im Verzeichnis der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe [2004] unter Leitung / Ansprechpartner genannte Person adressiert, bei mehreren dort aufgeführten Personen an die an erster Stelle genannte. Außerdem lag ein frankierter und adressierter Rückumschlag bei. Nicht antwortende Einrichtungen wurden nicht erneut angeschrieben.

4.1.2 Auswertung der Daten

Die Auswertung der Daten der schriftlichen Umfrage in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wurde ausschließlich deskriptiv vorgenommen. Inferentielle Statistik, wie z. B. die Ermittlung von Wahrscheinlichkeitswerten für die Signifikanz der gefundenen Zusammenhänge wurde vermieden, da diese Maßzahlen eine Aussage über die Verallgemeinerbarkeit der anhand einer Stichprobe getroffenen Aussage auf eine Grundgesamtheit machen.

In der vorliegenden Untersuchung hingegen wurden hingegen alle Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe angeschrieben, die im Verzeichnis Wo + Wie der Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe aufgeführt sind. Dieses Verzeichnis führt sämtliche Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Deutschland auf, in denen neben praktischen Hilfen auch Beratungsleistungen angeboten werden können.

Hier wurde also die Grundgesamtheit befragt, wobei die Antwortrate 68% betrug. Signifikanzwerte könnten hier also lediglich eine Aussage über die Verallgemeinerbarkeit der Aussagen auf die nicht antwortenden Einrichtungen machen, wozu sie deswegen nicht geeignet sind, weil eine Voraussetzung für die Bestimmung von Signifikanzwerten die zufällige Auswahl der Stichprobe aus einer Grundgesamtheit ist².

² „Hypothesentestverfahren oder statistische (Signifikanz-) Tests sind darauf ausgelegt, Annahmen bzw. Hypothesen über den wahren Parameter der Grundgesamtheit oder aber den Verteilungstyp mit den beobachteten Stichprobenergebnissen zu vergleichen. Praktisch wird es immer einen Unterschied geben. Das Ergebnis eines statistischen Tests legt mit einem bestimmten Sicherheitsgrad fest, ob dieser Unterschied bedeutsam (signifikant) ist oder nur zufallsbedingt durch die konkrete Stichprobe hervorgerufen wurde und deshalb als unbedeutend einzustufen ist.“ [Hippmann 2003, S. 293]

Die erhobenen Daten wurden in kodierter Form in ein Spreadsheet (Microsoft Excel) eingetragen. Die weitere Verarbeitung der Daten erfolgte mit SPSS in der Version 11.0 [2001]. Fragebögen mit fehlenden Angaben wurden für Berechnungen, bei denen eine oder mehrere Variablen nicht vorhanden waren, ausgeschlossen. Die Diagramme wurden direkt in SPSS erstellt.

Acht Einrichtungen antworteten mit mehr als einem, zum Teil kopierten Fragebögen. In diesen Fällen wurde einer der Fragebögen durch Zufall ausgewählt und in die Auswertung eingeschlossen, die übrigen Fragebögen dieser Einrichtung wurden nicht berücksichtigt.

Zwei Einrichtungen, die nicht angeschrieben worden waren, sandten kopierte Fragebögen ein, und wurden in die Auswertung eingeschlossen.

Sechs Einrichtungen antworteten im Volltext, der sorgfältig gelesen wurde. Für die Auswertung wurden diese Fragebögen als zurückgesendet, jedoch in allen Antworten ohne Eintrag gewertet.

Zwei Einrichtungen antworteten anonym. Sie wurden anhand des Poststempels einem Bundesland, nicht jedoch einem siedlungsstrukturellen Kreistyp zugeordnet und in die Auswertung eingeschlossen.

4.2 Methoden der teilstrukturierten Interviews

Die postalische Umfrage im ersten Teil dieser Arbeit betrachtet den Zugang in das Gesundheitssystem für Wohnungslose aus der Sicht von in der ambulanten und stationären Hilfe für Wohnungslose Beschäftigten. Die Perspektive der Betroffenen wird dagegen im zweiten empirischen Teil dieser Arbeit in den Mittelpunkt gerückt. Im Folgenden wird die Methodik von Durchführung und Auswertung dieses sich auf teilstrukturierte Interviews stützenden Abschnitts der Arbeit erläutert.

4.2.1 Mögliche Nachteile standardisierter Fragebögen bei der Befragung von Wohnungslosen

In der Vergangenheit ist das Gesundheitsverhalten Wohnungsloser mehrfach mittels standardisierter Fragebögen untersucht worden. Möglicherweise ist die Vorgehensweise eines standardisierten Interviews aber nur bedingt geeignet ist, brauchbare Daten zu einem Thema zu erheben, dass die Betroffenen vermutlich als besonders intim erleben, weil es mit Hoffnungen, Befürchtungen, Schuldgefühlen und Verdrängung besetzt ist. Wohnungslose sind wahrscheinlich mehr als wohlhabendere, in abgesicherteren Verhältnissen lebende Menschen von

einer guten Gesundheit abhängig. Die Verschlechterung von Gesundheitszustand und Mobilität, das Entstehen und das sich Eingestehen von Hilfsbedürftigkeit stellt ihre Existenz wohl noch mehr in Frage als dies bei besser abgesicherten und unterstützten Menschen der Fall ist. Dazu kommt die Möglichkeit, dass sich viele Wohnungslose Gesundheitsbelastungen, die aus ihren Lebensbedingungen resultieren, als eigenes Versagen zuschreiben könnten.

Die durch ein weitgehend stereotypes und unflexibles Frage- und Antwortspiel geprägte Interviewsituation einer Fragebogenuntersuchung fördert vermutlich nicht das Entstehen eines Vertrauensverhältnisses und würde es daher den Studienteilnehmern erheblich erschweren, den Forscher an ihren Erfahrungen teilhaben zu lassen. Der Forscher wäre dann weniger in der Lage, ein tieferes Verständnis für die untersuchten Phänomene zu entwickeln.

Zum Beispiel hat Trabert [1995] im Rahmen seiner Dissertation den Versuch unternommen, Wohnungslose standardisiert nach den Gründen für die Nichtinanspruchnahme ärztlicher Hilfe zu befragen [vgl. Trabert 1995, S. 30]. Nur ein kleiner Teil (12,5%) der Befragten gab konkrete Gründe (mangelndes Vertrauen zu Ärzten, hohe Rezeptgebühren, umständliche Krankenscheinbeschaffung) an. Ein großer Teil der Befragten (40%) beantwortete die Frage nicht, und der größte Teil (47,5%) der Teilnehmer behauptete, gesund zu sein. Die letztgenannte Behauptung wurde von Trabert in derselben Studie aber eindrucksvoll widerlegt.

4.2.2 Das problemzentrierte Interview

Diese von Witzel [1982] entwickelte Methode bedient sich eines Interviewleitfadens, der das Hintergrundwissen des Forschers thematisch organisiert, um zu einer kontrollierten und vergleichbaren Herangehensweise an den Forschungsgegenstand zu kommen [vgl. Witzel 1982, S.90]. Er soll es ermöglichen, die Breite und Tiefe des Vorgehens zu kontrollieren, indem der Forscher die Themenbereiche, auf die das Gespräch kommt, in seinem Geiste „abhakt“. Außerdem kann er den Leitfaden nutzen, um sich bei stockendem Gespräch oder unergiebigem Thema inhaltliche Anregungen zu holen, die dann ad hoc entsprechend der Gesprächssituation formuliert in das Interview eingebracht werden können. Es werden also lediglich „Fragerichtungen“ [vgl. Witzel 1982, S.91] vorgegeben.

Im Mittelpunkt des Gespräches steht aber der „Gesprächsfaden“ des Interviewten, an den der Forscher flexibel anknüpft, indem er durch „materialgenerierende Fragen“ [vgl. Witzel 1982, S.98] Interesse für die Problemsicht des Befragten zeigt, und durch „verständnisgenerierende

Fragen“ [vgl. Witzel, S. 100] versucht, das vom Informanten Gesagte zu präzisieren und nachvollziehbar werden zu lassen.

Witzel empfiehlt die Tonbandaufzeichnung des Interviews, um den gesamten Gesprächskontext einschließlich der Rolle, die der Interviewer spielt, zu erfassen. Als Voraussetzung für eine anschließende adäquate Analyse sieht er dann die vollständige Transkription der akustischen Aufzeichnung.

Zudem soll der Interviewer nach jedem Gespräch eine Postkommunikationsbeschreibung (kurz: Postskriptum) anfertigen, um vom Interviewskript nur unvollständig zum Ausdruck gebrachte Ereignisse vor dem Interview (z. B. Kontaktaufnahme), Beobachtungen, und Situationseinschätzungen festzuhalten.

4.2.3 Die Stichprobenauswahl

Bei der Auswahl der Stichprobe für diesen Teil der Studie wurden Alter und Geschlecht als Kriterien hinzugezogen, um die einseitige Betonung bestimmter Lebenslagen und Biografien (z. B. von Männern im Alter von über 50 Jahren mit langjährig bestehender Wohnungslosigkeit und Alkoholproblematik) nicht zu begünstigen. Es sollten jeweils 4 Teilnehmer aus den Altersgruppen 18-25 Jahre, 26-35 Jahre, 36-45 Jahre und 4 Teilnehmer mit einem Alter von mehr als 45 Jahren einbezogen werden. Dies entspräche der Altersverteilung bei Shiner [1995].

Außerdem sollte für die vorliegende Untersuchung ein Teilnehmer in jeder Altersgruppe weiblich sein, was einem Anteil von 25% entspricht. Shiner [1995] war es nicht gelungen, weibliche Studienteilnehmer zu rekrutieren.

Die tatsächlich für diese Studie ausgewählte Stichprobe entspricht weitgehend diesen Vorgaben. Lediglich in der Altersgruppe über 45 Jahre konnte keine Teilnehmerin gewonnen werden. Anstatt der 16 geplanten Interviews wurden 17 durchgeführt (Tabelle 3).

Altersgruppe	geplante Stichprobe		tatsächlich rekrutierte Teilnehmer	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
18-25 Jahre	3	1	3	1
26-35 Jahre	3	1	3	1
36-45 Jahre	3	1	3	2
über 45 Jahre	3	1	4	0

Tabelle 3: Alter und Geschlecht der Studienteilnehmer.

Eine weitere Vorgabe war es, Teilnehmer einzuschließen, die zur Zeit des Interviews auf der Straße schliefen, solche, die Erfahrungen mit dem Schlafen auf der Straße gemacht hatten, und jetzt in einer Institution oder einer eigenen Wohnung untergebracht waren, und Informanten, die in Institutionen den Wohnungslosenhilfe untergebracht waren, aber niemals auf der Straße geschlafen hatten. So sollte möglichst das Spektrum von Problemlagen bei Nutzern der stationären Hilfe über Teilnehmer in unsicheren Wohnverhältnissen mit drohendem Wohnungsverlust bis hin zu Wohnungslosen, die Platte machen, abgedeckt werden. Dabei wurde darauf geachtet, ausreichend Wohnungslose, die Platte machten zu rekrutieren, da sich im ersten, deutschlandweiten Teil der Studie deutliche Hinweise auf besonders ausgeprägte Schwierigkeiten bei der Gesundheitsversorgung dieser Gruppe ergeben hatten.

Zum Zeitpunkt des Interviews machten sieben Informanten Platte, vier übernachteten bei Freunden oder Angehörigen, drei lebten in einer eigenen Wohnung. Davon müssen zwei dieser Mietverhältnisse als unsicher bezeichnet werden, ein weiteres war bereits fristlos gekündigt worden. Zwei der Informanten lebten seit längerer Zeit in einer Einrichtung, die gleichzeitig als Wohnheim und als Übernachtungsstelle dient.

Sieben der Informanten hatten Erfahrungen mit stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe gemacht. Elf gaben an, in der Vergangenheit Platte gemacht zu haben oder gegenwärtig Platte zu machen (Tabelle 4).

Namen ³	Erfahrung mit Schlafen auf der Straße	Altersgruppe (Jahre)
Werner	Macht derzeit Platte	26-35
Bertram	Macht derzeit Platte	36-45
Mathilde	Macht derzeit Platte	36-45
Volker	Macht derzeit Platte	36-45
Karl	Macht derzeit Platte	Über 45
Thomas	Macht derzeit Platte	Über 45
Wolfgang	Macht derzeit Platte	Über 45
Anne	Hat in der Vergangenheit Platte gemacht	18-25
Markus	Hat in der Vergangenheit Platte gemacht	18-25
Bernd	Hat in Vergangenheit Platte gemacht	26-35
Daniela	Hat in der Vergangenheit Platte gemacht	36-45
Jürgen	Hat nie Platte gemacht	18-25
Patrick	Hat nie Platte gemacht	18-25
Dorothea	Hat nie Platte gemacht	26-35
Martin	Hat nie Platte gemacht	26-35
Ralf	Hat nie Platte gemacht	36-45
Hans	Hat nie Platte gemacht	Über 45

Tabelle 4: Erfahrungen mit dem Schlafen auf der Straße und Alter der Studienteilnehmer

Alle Informanten besaßen einen deutschen kulturellen Hintergrund, so dass das Fehlen von Wohnungslosen mit ausländischem kulturellen Hintergrund als eine Schwäche der Stichprobe gesehen werden muss. Eine der beiden zur Kontaktaufnahme genutzten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wurde gelegentlich auch von Klienten mit osteuropäischem kulturellem Hintergrund genutzt, es gelang jedoch nicht, ein Mitglied dieser Gruppe für ein Interview zu gewinnen, da die Mitglieder dieser Gruppe meist nur wenige Minuten anwesend waren und die Sprachbarriere die Kontaktaufnahme erschwerte.

³Alle Namen von Studienteilnehmern wurden geändert.

4.2.4 Der Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden, der nach Witzel [1982] als Orientierungsrahmen und Gedächtnisstütze für den Forscher dienen soll, in dessen Rahmen auch sein Hintergrundwissen thematisch organisiert wird, beinhaltete zu Beginn einen biografischen Abschnitt, der sich auf die Wohnsituation, institutionelle Anbindung und die medizinische Anamnese des Teilnehmers bezog. Dann folgte ein Abschnitt, der sich auf die Auswirkungen der Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Einstellungen sowie Zugang in das Gesundheitssystem, die Qualität der medizinischen Versorgung und niederschwellige medizinische Angebote bezog. Diese Themen wurden zum Teil in den Leitfaden aufgenommen, da sie in Untersuchungen mit vergleichbaren Fragestellungen eine Rolle gespielt hatten [Shiner 1995, Pleace et al 2000], zum Teil resultierten sie aus der zeitlich vorhergegangenen Planung, Durchführung und Auswertung der deutschlandweiten Fragebogenuntersuchung. Ein dritter Abschnitt wurde dem Leitfaden noch hinzugefügt, nachdem die ersten Interviews bereits durchgeführt waren, dieser bezieht sich auf die Bewertung des Forschungsprojekts durch die Teilnehmer der Studie bezüglich dessen Relevanz und möglicher Auswirkungen.

Im ersten durchgeführten Interview wurde bei stockendem Gesprächsfluss der Leitfaden unmittelbar genutzt, und es wurden darin enthaltene Themenbereiche sozusagen abgelesen. Da sich dies jedoch negativ auf die Interviewsituation und den Gesprächsfluss auswirkte, wurde in darauf folgenden Interviews der Gesprächsleitfaden erst am Ende hervorgeholt, und dann überprüft, ob alle vorgesehenen Themen angesprochen worden waren. Mit zunehmender Vertrautheit des Interviewers mit den Themen wurde der Interviewleitfaden überhaupt nicht mehr hervorgeholt. Es reichte in der Regel aus, die Narration des Teilnehmers durch Einwerfen eines Stichwortes (z. B. „Hygiene auf der Straße“) oder einer kurzen offenen Frage (z. B. „Wie ist es für die Gesundheit, wenn man wohnungslos ist?“) anzuregen um ausreichend Material zu generieren.

Der Interviewleitfaden kann im Anhang dieser Arbeit eingesehen werden.

4.2.5 Die praktische Durchführung der Interviews

Den Teilnehmern der Studie wurde zugesichert, weder ihren Namen noch den Namen der Stadt, in der sie sich aufhalten, preiszugeben.

Alle Interviews wurden vom Autor in einer westdeutschen Großstadt durchgeführt.

Um Teilnehmer für die Studie zu gewinnen, wurden zwei Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe aufgesucht. Zunächst wurden die anwesenden Sozialpädagogen über das Forschungsvorhaben informiert und um Einverständnis für die Rekrutierung der Studienteilnehmer gebeten.

Bei einer der Einrichtungen handelte es sich um eine Beratungsstelle mit angeschlossener Teestube. Das Hilfeangebot umfasst die Vermittlung von materieller Hilfe, Unterstützung bei der Bewältigung persönlicher Angelegenheiten, Hilfe bei der Wohnraumbeschaffung sowie die Vermittlung in andere Hilfeformen. Täglich wurden Frühstück und Mittagessen angeboten, und die Einrichtung wurde stark genutzt. Der Aufenthaltsraum war gegen Mittag häufig mit etwa 30 Klienten voll besetzt. Eine Dusche, Waschmaschine, Postfächer, Schließfächer und eine Kleiderkammer stehen den Benutzern außerdem zur Verfügung.

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer wurde zunächst mit Hilfe der Sozialpädagogen versucht. Fünf Euro wurden als Honorar für jedes Interview in Aussicht gestellt und Anonymität zugesichert. Der Forscher und sein Projekt wurden im vollbesetzten Aufenthaltsraum vorgestellt, und dann um freiwillige Meldungen zum Interview gebeten. Von den 30 anwesenden Klienten erklärte sich jedoch auch nach namentlicher Aufforderung durch einen Sozialpädagogen keiner zum Interview bereit.

Auf Vermittlung des Sozialpädagogen kam am folgenden Tag ein Interview mit einem gerade in eine stationäre Therapieeinrichtung vermitteltem Klienten zustande, das sich jedoch durch einen zähen Gesprächsverlauf mit unergiebigem Frage- und Antwortspiel und vielfach ausweichendem stereotypen Antwortverhalten des Interviewpartners auszeichnete.

Der Verfasser bemühte daraufhin, durch offen teilnehmende Beobachtung Vertrauen bei den Klienten der Einrichtung zu gewinnen. Er verbrachte über einen Zeitraum von fünf Monaten mehrere Tage wöchentlich in der Teestube der Beratungsstelle, nahm dort das Mittagessen mit den Klienten ein, begleitete sie zu ihren Aufenthaltsorten außerhalb der Einrichtung und übernachtete auch mehrfach in einer von der Beratungsstelle unabhängigen Einrichtung der Wohnungslosenhilfe, in der zwei weitere Studienteilnehmer gewonnen werden konnten. Nach Möglichkeit wurden potentielle Teilnehmer erst um ein Interview gebeten, wenn zuvor bereits ein persönlicher Kontakt aufgebaut werden konnte. Insgesamt wurden 24 Personen um ein Interview gebeten, 18 stimmten zu, 17 Interviews wurden durchgeführt, ein Interview konnte zunächst aus organisatorischen Gründen nicht durchgeführt werden, dann war die Person nicht mehr auffindbar. 13 Teilnehmer wurden in der Teestube rekrutiert, zwei Teilnehmer aus einem Wohnheim mit Übernachtungsstelle und zwei Teilnehmer direkt aus der Fußgängerzone, die beide keine Angebote der Wohnungslosenhilfe nutzten.

Etwa die Hälfte der Interviews kam durch Vermittlung und Empfehlung bereits interviewter Studienteilnehmer zu Stande. Das erste, durch einen Sozialpädagogen vermittelte Interview wurde im Büro der Beratungsstelle durchgeführt, alle übrigen unter freiem Himmel, meist in einem durch eine Hecke abgetrenntem Teil einer städtischen Parkanlage. Ein Interview wurde in einem Straßencafé durchgeführt, ein anderes in einem ungenutzten Teil einer Einrichtung des öffentlichen Nahverkehrs. Es wurde darauf geachtet, dass die Interviews nicht von Passanten mitgehört werden konnten.

Die Dauer der Interviews betrug zwischen 40 Minuten und drei Stunden.

4.2.6 Aufzeichnung und Transkription

Entsprechend der von Witzel [1982] gegebenen Empfehlung wurden sämtliche Interviews vollständig auf Tonband mitgeschnitten. Die Informanten wurden zuvor um Erlaubnis hierfür gebeten, die in jedem Fall gegeben wurde. Es wurde ein kompaktes Kassettengerät verwendet, dass offen vor dem Informanten platziert wurde. Das Postskriptum wurde jeweils unmittelbar nach dem Interview, jedoch ohne Beisein des Informanten auf das Tonband diktiert.

Jedes Interview und das Postskriptum wurden vollständig unter Verwendung eines Textverarbeitungsprogramms transkribiert. Milieuspezifische Ausdrücke wurden uneingeschränkt übernommen und wörtlich im vorliegenden Text wiedergegeben, Abweichungen vom Hochdeutschen im Dialekt wurden zunächst transkribiert, jedoch schließlich als Zitat im Text der Arbeit hochdeutsch wiedergegeben. Dies soll einen künstlich erzeugten Eindruck von Unbeholfenheit vermeiden, der durch die schriftliche Fixierung von in der gesprochenen Sprache gut angemessenen Redewendungen entstehen kann.

Fast alle Zitate entstammen den während der Interviews angefertigten Tonbandaufnahmen. Ein geringer Teil der Schilderungen und der Zitate wurde als Gedächtnisprotokoll aus Feldnotizen übernommen und bezieht sich nicht auf die Interviews. Solchen Zitaten wurde der Hinweis „Gedächtnisprotokoll“ oder „Feldnotiz“ angefügt.

Alle Namen von Personen wurden geändert, um deren Anonymität zu gewährleisten. Wenn in Interviews intime Details besprochen werden, wird auf eine Namensnennung gänzlich verzichtet. Ortsangaben wurden durch mit eckigen Klammern gekennzeichnete Umschreibungen ersetzt.

4.2.7 Datenanalyse im Ansatz der Grounded Theory

4.2.7.1 Das Problemzentrierte Interview und Grounded Theory

Die in den Problemzentrierten Interviews gewonnenen Texte wurden in der Tradition der Grounded Theory aufgebrochen, konzeptualisiert und wieder zusammengesetzt. Dieser Vorgang wird als „Kodieren“ bezeichnet [Strauss 1996]. Die Kombination beider Verfahren (problemzentriertes Interview und Grounded Theory) hat sich in der Vergangenheit vielfach bewährt [vgl. Badawia 2002, Tagmat 2003, von der Lippe 2003].

Auch Witzel selbst sieht das von ihm entwickelt Problemzentrierte Interview als weitgehend an die Verfahrensweise der Grounded Theory angelehnt, indem es sich kritisch sowohl kritisch von der hypothetico-deduktiven Vorgehensweise abgrenzt, die Daten nur durch ex ante festgelegte Operationalisierungsschritte erfassen und überprüfen will. Genauso grenzt es sich aber auch gegen naiv-induktivistische Positionen ab, die den Forscher als von theoretischem Vorwissen unbelastet sehen wollen, gewissermaßen als Tabula rasa gegenüber der Empirie. Stattdessen sieht die Grounded Theory den Erkenntnisgewinn im induktiv-deduktiven Wechselverhältnis. Vorwissen wird als unvermeidbar angesehen, muss aber offen gelegt werden. Das Offenheitsprinzip wird gleichzeitig realisiert, indem die spezifischen Relevanzsetzungen der Informanten durch Narration angeregt werden, und dann in die Auswertung eingehen [vgl. Witzel 2000].

4.2.7.2 Offenes Kodieren

Der Prozess der Datenanalyse wurde durch offenes Kodieren [Strauss 1996 S.44ff.] begonnen. Zunächst wurde dazu der Text dazu konzeptualisiert, d. h. das Interview wurde in Abschnitte unterteilt und für die darin enthaltenen Vorfälle und Phänomene ein Name vergeben. Abschnitte, die ähnliche Phänomene enthielten, wurden mit demselben Namen versehen.

Beispielsweise wurde Interviewabschnitten, in denen Drogen erwähnt wurden, zunächst der Name der betreffenden Substanz zugeordnet.

In einem zweiten (noch zum offenen Codieren gerechnetem) Schritt wurden die Phänomene kategorisiert, indem die Konzepte zu Gruppen zusammengefasst wurden, die dasselbe Phänomen zu repräsentieren schienen. „Worum scheint es dort zu gehen?“ ist dabei die zur Kategorienbildung verwendete Frage. Die Kategorien sind auf einer abstrakteren Ebene als die Kon-

zepte angesiedelt. Name und Inhalt einer Kategorie konnte aus dem Fundus der Fachliteratur „geborgt“ werden, vom Forscher neu erstellt werden oder aus dem Sprachgebrauch des Interviewpartners entnommen werden (in vivo Codes).

Als Kategorien wurden beispielsweise Drogenbeschaffung, Drogenkonsum oder Entzug gewählt. Die im Text der vorliegenden Arbeit enthaltenen Beschreibungen des entsprechenden Verhaltens von Interviewpartnern gehen auf das offene Codieren zurück.

Während des Kodierens wurden in „Memos“ Auffälligkeiten der Phänomene notiert, die den entsprechenden Textstellen zugeordnet blieben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch offenes Kodieren Konzepte identifiziert und in Bezug auf ihre Eigenschaften entwickelt werden. Das wird durch Vergleichen der Phänomene (Aussagen, Ereignisse, Vorfälle) hinsichtlich Ähnlichkeiten und Unterschieden erreicht. Ähnliche Ereignisse werden zu Kategorien gruppiert [vgl. Strauss 1996 S.54f].

4.2.7.3 Axiales Kodieren

Nachdem die Kategorien durch offenes Kodieren identifiziert und benannt worden waren, wurde in einem zweiten Schritt durch axiales Kodieren versucht, die Bedingungen zu identifizieren, die das Phänomen verursachen, den Kontext zu verstehen, in den es eingebettet ist. Handlungs- und interaktionale Strategien sollten erkannt werden und hinsichtlich ihrer Konsequenzen untersucht werden.

Manchmal wiesen die Studienteilnehmer selbst im Interview auf ihre Motive hin, manchmal reflektierten sie diese lediglich durch Handlungen oder Aussagen. Der Forscher bildete provisorische Hypothesen, die er beim Durchforsten weiterer Daten entweder gestützt oder widerlegt wurden. Der Fokus lag auf dem Versuch, die Bedingungen zu spezifizieren, die das Phänomen verursachen, den Kontext, in den es eingebettet ist, die Handlungs- und interaktionalen Strategien, durch die es bewältigt wird und die Konsequenzen dieser Strategien. Diese (Bedingungen, Kontext, Strategien und Konsequenzen) werden als Subkategorien bezeichnet, weil sie der Kategorie als spezifizierende Kennzeichen zugeordnet sind und ihr Präzision verleihen [vgl. Strauss 1996, S. 76].

Die Grounded Theory richtet ihre Vorgehensweise am paradigmatischen Modell aus, das um das Phänomen die ursächlichen (sachlichen) Bedingungen für das Entstehen des Phänomens, den genauen Kontext der Entstehung des Phänomens, die intervenierenden (zeitlichen, räumlichen, kulturellen, sozialökonomischen, technologischen, geschichtlichen, karrierebezogenen,

individuell-biografischen) Bedingungen gruppiert, also den breiteren strukturellen Kontext, der sich auf die Handlung und die Interaktion auswirkt [vgl. Strauss 1996 S.82].

Dann werden die Handlungs- und interaktionalen und Strategien selbst betrachtet, oder gegebenenfalls deren Ausbleiben. Diese entwickeln sich, sind also prozessual, und einige sind ziel- und zweckgerichtet, dabei wohlüberlegt, werden also mittels Strategien und Taktiken vollzogen, andere werden unbeabsichtigt ausgeführt.

Schließlich wurden die Konsequenzen der Handlungen beziehungsweise die Folgen des Unterlassens von Handlungen aufgespürt. Diese Konsequenzen können ihrerseits wieder Bedingungen zu einem späteren Zeitpunkt sein [Strauss S.85].

Die Verknüpfung und Entwicklung der Kategorien im Rahmen des axialen Kodierens mit Hilfe des paradigmatischen Modells geschieht durch das Stellen von Fragen und das Anstellen von Vergleichen. Dabei werden simultan vier analytische Schritte getan: das hypothetische In-Beziehung Setzen von Kategorien und Subkategorien, das Verifizieren dieser Hypothesen anhand der vorliegenden Daten, die fortgesetzte Suche nach Eigenschaften der Kategorien und die Untersuchung auf Variation von Phänomenen.

Dabei „pendelt“ der Forscher fortwährend zwischen induktivem und deduktivem Denken. Es werden deduktiv beim Arbeiten mit den Daten Aussagen über Beziehungen gemacht und Vermutungen über mögliche Eigenschaften und ihre Dimensionen angestellt, um dann das Abgeleitete anhand der Daten zu verifizieren, indem Ereignis mit Ereignis verglichen wird. Aus diesem Wechselspiel zwischen Aufstellen und Überprüfen ergibt sich die Gegenstandsverankerung der Grounded Theory. Getroffene Aussagen sollen sich also auf solche Beziehungen, die in den Daten tatsächlich bestehen beschränken, Beziehungen, die vom Forscher allein auf Grund theoretischer Überlegungen für gegeben gehalten werden, aber in den Daten nicht auftauchen, sollen sich im Rahmen der Grounded Theory nicht darstellen lassen [Strauss 1996 S.89f.].

Als Beispiel kann die durch offenes Kodieren identifizierte Kategorie Drogenkonsum herangezogen werden. Im Schritt des axialen Kodierens wurden die darin enthaltenen Textstellen auf die Beweggründe der Gesprächspartner und die äußeren Bedingungen untersucht, die den Drogengebrauch verursachen und aufrechterhalten. Diese sind in der vorliegenden Arbeit in die Abschnitte über Witterung, Schlaf, Gewalt, sozialen Kontext sowie Drogenkonsum dargestellt. Strategien im Umgang der Gesprächspartner mit Drogen und dem mit ihnen verbundenen Stigma werden am Ende des Abschnitts über Drogenkonsum dargestellt. Ebenfalls dort

und auch im Abschnitt über die Interaktion mit medizinischem Personal werden die Folgen des Drogenkonsums behandelt.

4.2.7.4 „Code and Retrieve“-Software

Die für diese Arbeit analysierten Interviewtranskripte umfassen einschließlich der 17 Postskripte 307 Seiten. Dazu kommen noch 30 Texte mit Feldnotizen. Traditionellerweise wird die Verarbeitung dieser Daten in der Qualitativen Sozialforschung mittels Papier, Schere, Kleband, Notizbuch und farbigen Stiften durchgeführt. Dabei soll sich das Bild eines in mit Papier bedeckten Schreibtisches und Zimmerbodens ergeben, wobei Blätter des Transkripts schließlich jede verfügbare Oberfläche des Zimmers bedecken. Aus diesem Chaos sollte der Forscher nun eine Ordnung erschaffen. Darin wurde Kreativität und eine Abgrenzung von der quantitativen Analyse gesehen [vgl. Stroh 2000, S.226f.].

Daneben gibt es die Auffassung, dass eine Vorgehensweise, die abstrakte Kategorien eher aus den tatsächlich vorhandenen Daten und weniger a priori entwickeln will, von Ordnung und Rigidität profitiert. Dabei sollte nicht darum gehen, die ursprünglich ungeordneten qualitativen Daten zu ordnen, sondern darum, ein System zu finden, das mit der chaotischen Natur qualitativer Daten arbeiten kann und nicht gegen sie ankämpfen muss [vgl. Stroh 2000, S.228].

Zur Unterstützung der Datenanalyse wurde in der vorliegenden Arbeit ein „Code and Retrieve“-Programm [The Ethnograph, 2001] gewählt, mit dem der Forscher Textabschnitte frei auswählen und mit Kodewörtern kennzeichnen konnte. Das Überlappen von Kodes und das Variieren der Größe der Textabschnitte waren problemlos möglich.

Die Kodes wurden im Kodebuch jeweils mit Definition und Erläuterungen versehen. Den Kodes konnten hierarchisch Konzepte und Kategorien zugeordnet werden. Außerdem bot das Programm die Möglichkeit, nach Durchführung der Kodierung mit bestimmten Kodewörtern gekennzeichnete Textabschnitte zusammenzustellen. Schließlich war es noch möglich, beim Kodieren Notizen (Memos) zu verfassen, die auf Ähnlichkeiten, Unterschiede und vermutete Zusammenhänge hinwiesen, und diese den entsprechenden Textstellen zuzuordnen. Diese Möglichkeiten sind auf das Arbeiten in der Tradition der Grounded Theory abgestimmt [vgl. Stroh 2000, S. 233].

Das ausgewählte Programm The Ethnograph bietet keine weitergehenden Funktionen, etwa zur Inhaltsanalyse oder zur Theoriebildung. Es ist in seiner Funktion mit einem einfachen und flexiblen elektronischen Zettelkasten vergleichbar.

5 Ergebnisse

5.1 Zugänglichkeit des Gesundheitssystems für Wohnungslose: deutschlandweite Umfrage

Im Rahmen der postalisch durchgeführten Umfrage unter allen mit der Versorgung Wohnungsloser befasster Einrichtungen, die im Verzeichnis der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe [2004/2005] erfasst sind, wurde diesen ein Fragebogen zum Zugang Wohnungsloser in das Gesundheitssystem vorgelegt. Das Vorgehen ist im Einzelnen im Kapitel „Methoden der deutschlandweiten Umfrage mit standardisierten Fragebögen“ beschrieben.

5.1.1 Rücklaufquote

5.1.1.1 Rücklaufquote insgesamt

Von den 697 bis zum 08.03.2005 versandten Fragebögen konnten 684 zugestellt werden. Bis zum 11.05.2005 hatten 468 Einrichtungen geantwortet, das entspricht einer Rücklaufquote von 68,4%.

5.1.1.2 Rücklaufquoten in den Bundesländer und nach siedlungsstrukturellen Kreistypen aufgeschlüsselt.

Die Rücklaufquoten betragen in den einzelnen Bundesländern zwischen 50% (Brandenburg) und 87,5% (Thüringen). 68,0% (434 Einrichtungen) der Einrichtungen in den alten Bundesländern⁴ und 68,8% (22 Einrichtungen) aus den neuen Bundesländern antworteten. Aus Berlin antworteten 85,7% (12 Einrichtungen).

Die in Kernstädten⁵ gelegenen Einrichtungen antworteten zu 66,8% (246 Einrichtungen), die in verdichteten Kreisen gelegenen Einrichtungen antworteten zu 70,3% (149 Einrichtungen) und die in ländlich geprägten Kreisen gelegenen Einrichtungen antworteten zu 69,6% (71 Einrichtungen). Zwei der antwortenden Einrichtungen, die ihre Adresse nicht angegeben hatten, konnten keinem siedlungsstrukturellen Kreistyp zugeordnet werden.

⁴ Berlin wurde bei der Klassifizierung in alte und neue Bundesländer nicht berücksichtigt.

⁵ Die Klassifizierung wurde nach Daten des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung [2002] vorgenommen. Kernstädte sind kreisfreie Städte mit mehr als 100.000 Einwohnern, verdichtete Kreise weisen eine Bevölkerungsdichte von über 150 Einwohnern pro Quadratkilometer (Kernstädte sind ausgenommen) auf, und die Bevölkerungsdichte der ländlichen Kreise liegt unter 150 Einwohnern pro Quadratkilometer.

5.1.2 Charakteristika der antwortenden Einrichtungen

5.1.2.1 Leistungstypen

Der Begriff „Leistungstyp“ bezeichnet den Charakter des Hilfeangebots einer Einrichtung näher. Dabei kann es sich um eine Tagesstätte, eine Übernachtungsstelle, eine Beratungsstelle, ein Wohnheim oder betreutes Wohnen handeln. Unter den antwortenden Einrichtungen boten 64,7 % lediglich einen Leistungstyp an, 19,9 % boten zwei Leistungstypen an, 13,5 % mehr als zwei Leistungstypen. 1,9 % der antwortenden Einrichtungen machten keine Angaben zu den angebotenen Leistungstypen. Die durchschnittliche Anzahl der von einer Einrichtung angegebenen Leistungstypen betrug 1,51, es zeigten sich nur geringe Unterschiede zwischen Kernstädten (1,39 Leistungstypen pro Einrichtung), verdichteten Kreisen (1,70 Leistungstypen pro Einrichtung) und dem ländlich geprägten Kreisen (1,54 Leistungstypen pro Einrichtung).

Von den antwortenden Einrichtungen boten 27,4 % einen Tagesaufenthalt an, 19,7 % eine Übernachtungsstelle, 48,7 % eine Beratungsstelle, 39,3 % ein Wohnheim, 12,2 % betreutes Wohnen. Andere Leistungstypen, wie ein Arbeits- und Beschäftigungsprojekt oder eine Notfallambulanz wurden von 3,6 % der antwortenden Einrichtungen angegeben.

49,8% der Einrichtungen boten lediglich die niederschwelligen Leistungstypen Tagesstätte, Übernachtungsstelle oder Beratungsstelle an, 32,6 % der antwortenden Einrichtungen boten ausschließlich die höherschwelligen Leistungstypen Wohnheim oder betreutes Wohnen an. Eine Kombination aus nieder- und hochschwelligen Leistungstypen wurde von 14,2 % der Einrichtungen angeboten.

Die Leistungstypen waren gleichmäßig über städtische bzw. ländliche Kreise verteilt, mit Ausnahme der Beratungsstellen, die in ländlichen Kreisen und in verdichteten Kreisen häufiger vertreten waren (60,4 % beziehungsweise 62,0 %) als in Kernstädten (38,2 %), und der Wohnheime, die in Kernstädten 41,9 %, in verdichteten Kreisen 38,3 % und in ländlichen Kreisen 31,0 % der Einrichtungen ausmachten. Beratungsstellen machen in ländlichen Gebieten damit einen überdurchschnittlich großen Anteil der antwortenden Einrichtungen aus, Wohnheime dagegen machen in ländlichen Gebieten einen unterdurchschnittlich kleinen Teil der antwortenden Einrichtungen aus.

5.1.2.2 Nutzung der Einrichtungen durch Wohnungslose, die Platte machen

Ein Teil der wohnungslosen Bevölkerung hat zeitweise oder dauerhaft keinerlei Unterkunft und verbringt die Nächte notdürftig oder gar nicht geschützt auf der Straße. Diese Verhaltensweise wird als „Platte machen“ bezeichnet.

Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe betreuen sowohl den Personenkreis, der derzeit Platte macht, als auch Personen in Institutionen wie Notunterkünften, Heimen und anderen unsicheren Wohnverhältnissen. Unter den antwortenden Einrichtungen betreuten 31,0% zum Zeitpunkt der Umfrage keine Wohnungslosen, die in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation Platte machten, 49,8% der Einrichtungen gaben an, derzeit Platte machende Wohnungslose zu betreuen, die allerdings weniger als ein Drittel ihrer Klienten ausmachten, und 10,5% der Einrichtungen hatten mehr als ein Drittel Platte machender Wohnungsloser unter ihren Klienten. Von 8,8 % (41 Einrichtungen) der antwortenden Einrichtungen wurden hierzu keine Angaben gemacht.

Einrichtungen mit einem Tagesaufenthalt im Leistungsangebot gaben durchschnittlich⁶ an, dass 20,4 % ihrer Klienten derzeit Platte machten, Einrichtungen mit Übernachtungsstellen durchschnittlich 19,7 %, Einrichtungen mit Beratungsstellen durchschnittlich 16,5 %, Einrichtungen mit Wohnheimen durchschnittlich 7,2 % und Einrichtungen mit betreutem Wohnen durchschnittlich 8,9 %.

Es zeigt sich, dass Einrichtungen mit Tagesstätten, Übernachtungsstellen und Beratungsstellen mehr von Platte machenden Wohnungslosen frequentiert werden als Wohnheime und Einrichtungen mit betreutem Wohnen. Das ist einerseits durch die andere Lebenssituation der Klienten in Heimen oder in Betreutem Wohnen zu erklären, in der sie Wohnraum zur Verfügung gestellt bekommen. Andererseits ist dies auf die niedrigere Zugangsschwelle der Tagesstätten, Übernachtungsstellen und Beratungsstellen zurückzuführen, die häufig ohne vorhergehende Klärung der Kostenübernahme oder sogar unter Wahrung der Anonymität der Klienten genutzt werden können. In diesen Einrichtungen bestehen im Allgemeinen weniger Erwartungen hinsichtlich der Befolgung von Verhaltensregeln und sie werden daher von Personen genutzt, die ansonsten eher institutionell entkoppelt sind wie die „Platte machenden“ und andere besonders stark marginalisierte Wohnungslose.

⁶ Zur besseren Übersicht wurden aus den von den einzelnen Einrichtungen angegebenen Anteilen von Platte machenden Wohnungslosen unter ihren Nutzern das arithmetische Mittel gebildet, die jeweils unterschiedlichen Größen der einzelnen Einrichtungen, zu denen keine Daten vorlagen, wurden dabei vernachlässigt.

In Kernstädten liegt der Durchschnitt der Angaben der Einrichtungen über den Anteil Platte machender Klienten bei 9,9 %, in verdichteten Kreisen bei 15,7 % und in den Ländlichen Kreisen bei 19,1 %.

Auch für die einzelnen Leistungstypen, gilt, dass Einrichtungen in ländlichen Gebieten und in verdichteten Kreisen einen höheren Anteil Platte machender Wohnungsloser unter ihren Klienten haben als Einrichtungen in Großstädten, wie die Tabelle 5 zeigt:

Durchschnittlicher Anteil Platte machender Klienten in Einrichtungen mit:	In Kernstädten	In verdichteten Kreisen	In ländliche Kreisen
Tagesaufenthalt	17,4% (n=53)	20,5% (n=44)	27,1% (n=23)
Übernachtungsstelle	13,5% (n=39)	23,8% (n=32)	28,2% (n=13)
Beratungsstelle	14,4% (n=88)	16,7% (n=86)	20,9% (n=40)
Wohnheim	3,7% (n=93)	13,0% (n=50)	10,1% (n=21)
betreutem Wohnen	3,4% (n=31)	16,7% (n=20)	15,0% (n=2)

Tabelle 5: Durchschnittlicher Anteil Platte machender Wohnungsloser unter den Klienten nach Leistungstypen im Angebot der teilnehmenden Einrichtungen und siedlungsstruktureller Lage der teilnehmenden Einrichtungen aufgeteilt. In Klammern ist jeweils die Anzahl der antwortenden Einrichtungen angegeben.

Einrichtungen verdichteten Kreisen und mehr noch Einrichtungen in ländlichen Kreisen versorgen also einen höheren Anteil von Platte machenden Klienten als Einrichtungen in Kernstädten. Dies kann als deutlicher Hinweis darauf gedeutet werden, dass Platte machende Wohnungslose in ländlich geprägten Gebieten überrepräsentiert sind.

5.1.2.3 Anteil der Platte machenden Klienten nach Bundesländern

Die Aufschlüsselung der Angaben der Einrichtungen zum Anteil Platte machender Wohnungsloser fällt zunächst eine ausgeprägte Ungleichheit zwischen den alten und den neuen Bundesländern auf.

In den alten Bundesländern beträgt der Durchschnitt der Angaben der Einrichtungen über den Anteil Platte machender Klienten 13,8 % (n=394), in den neuen Bundesländern 4,0 % (n=21)⁷.

⁷ Die 12 Einrichtungen in Berlin wurden bei der Unterteilung in alte und neue Bundesländer nicht berücksichtigt. 41 der antwortenden Einrichtungen, die keine Angaben zum Anteil Platte machender Wohnungsloser in ihrem Klientel gemacht hatten, wurden ebenfalls nicht berücksichtigt.

Auch in den Stadtstaaten fallen die Durchschnittswerte geringer aus als in den Flächenstaaten. Diese Beobachtung steht im Einklang mit der bereits im vorhergehenden Abschnitt dargestellten Überrepräsentierung von Platte machenden Wohnungslosen im Klientel der Einrichtungen in ländlichen Gebieten. Nordrhein-Westfalen, als bevölkerungsreichstes Bundesland weist entsprechend seinem hohen Verstärterungsgrad unter den Flächenländern einen niedrigen Wert auf (Tabelle 6).

Bundesland	Durchschnitt der Angaben zum Anteil Platte machender Wohnungsloser im Klientel der Einrichtungen	N (Anzahl der Einrichtungen)
Baden-Württemberg	12,9 %	73
Bayern	15,1 %	36
Berlin	7,2 %	12
Brandenburg	4,0 %	2
Bremen	6,7 %	3
Hamburg	5,7 %	17
Hessen	22,7 %	35
Mecklenburg-Vorpommern	5,0 %	6
Niedersachsen	18,7 %	67
Nordrhein-Westfalen	9,3 %	126
Rheinland-Pfalz	22,9 %	19
Saarland	20,0 %	4
Sachsen	3,2 %	6
Schleswig-Holstein	8,0 %	14
Thüringen	3,9 %	7

Tabelle 6: Durchschnitt der Angaben zum Anteil Wohnungsloser von der Platte unter den Klienten der Einrichtungen nach Bundesländern. (41 Einrichtungen, die keine Angaben zum Anteil Platte machender Wohnungsloser unter ihren Klienten machten, wurden nicht berücksichtigt)

5.1.2.4 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe als Anbieter niederschwelliger medizinischer Versorgung

Die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe spielen eine Schlüsselrolle bei der niederschweligen medizinischen Versorgung Wohnungsloser. Sie bieten allgemeinärztliche Sprechstunden, die speziell auf Wohnungslose ausgerichtet sind, an, oder beherbergen mobile medizinische Angebote. Bei aufsuchender medizinischer Hilfe handelt es sich häufig um Ärzte oder Pfleger, die, teilweise in Begleitung von Sozialpädagogen die bekannten Aufenthaltsorte Wohnungsloser aufsuchen, um dort einige allgemeinmedizinische Leistungen anzubieten und ge-

gebenfalls an weiterführende medizinische Angebote zu verweisen. Diese und weitere verbreitete Angebote aus dem medizinischen Bereich sind in der Tabelle 7 aufgelistet.

Insgesamt bieten 42,4% der Einrichtungen niederschwellige medizinische Hilfe in irgendeiner Form innerhalb der Einrichtung an oder werden von mindestens einem niederschweligen medizinischem Angeboten aufgesucht (n=455, 13 Einrichtungen machten überhaupt keine Angaben zur Verfügbarkeit niederschwelliger medizinischer Angebote).

Niederschwelliges medizinisches Angebot (n: Anzahl der auf die Frage antwortenden Einrichtungen)	Anteil der Einrichtungen, die diese medizinische Leistung selbst anbieten	Anteil der Einrichtungen, von diesem Angebot aufgesucht werden	Summe
Allgemeinarztpraxis/Sprechstunden (n=443 Einrichtungen)	12,0%	9,9%	21,9%
Aufsuchende medizinische Hilfe (n=425 Einrichtungen)	5,9%	5,2%	11,1%
Krankenwohnung (n=423 Einrichtungen)	5,4%	-	5,4%
Fußpflege (n=419 Einrichtungen)	5,5%	3,8%	9,3%
Optiker (n=416 Einrichtungen)	0,2%	0%	0,2%
Zahnarzt (n=416 Einrichtungen)	0,5%	0,7%	1,2%
Psychiatrische Beratung (n=426 Einrichtungen)	3,5%	9,2%	12,7%
Suchtberatung (n=433 Einrichtungen)	15,7%	4,6%	20,3%

Tabelle 7: Anteil der antwortenden Einrichtungen, die auf Wohnungslose spezialisierte medizinische Angebote im Haus oder in erreichbarer Nähe haben. (Zwischen 25 und 52 der teilnehmenden Einrichtungen machten zur Verfügbarkeit einzelner niederschwelliger medizinischer Angebote keine Angaben, diese wurden aus der jeweiligen Berechnung ausgeschlossen.)

Allgemeinärztliche Sprechstunden und Suchtberatung werden in über 20% der Einrichtungen angeboten und erreichen damit die höchsten Anteile. Die Suchtberatung kann in über 15% der Fälle von den Einrichtungen selbst angeboten werden, dies entspricht dem höchsten Anteil aller niederschweligen medizinischer Hilfeangebote, die von den Einrichtungen selbst angeboten werden. Aufsuchende medizinische Hilfe, medizinische Fußpflege und psychiatrische Beratung sind in etwa zehn Prozent der Einrichtungen verfügbar. Etwa jede 20. Einrichtung bietet eine Krankenwohnung an. Dagegen wird die Versorgung durch niederschwellig arbeitende

Optiker oder Zahnärzte kaum innerhalb der Einrichtungen angeboten, ein Grund dürfte die aufwändige und damit immobile technische Ausstattung von Optikern und Zahnärzten sein.

Niederschwelliges medizinisches Angebote	Kernstädte	Verdichtete Kreise	Ländliche Kreise
Allgemeinarztpraxis/ Sprechstunden	26,2% (n= 229)	21,0% (n= 143)	8,7% (n= 69)
Aufsuchende medizinische Hilfe	17,3% (n= 220)	4,3% (n= 139)	4,7% (n= 64)
Krankenwohnung	6,8% (n= 219)	4,3% (n= 138)	4,7% (n= 64)
Fußpflege	13,6% (n= 213)	4,3% (n= 138)	4,5% (n= 66)
Optiker	0% (n= 211)	0,7% (n= 137)	0% (n= 66)
Zahnarzt	1,4% (n= 209)	1,4% (n= 120)	0% (n= 67)
Psychiatrische Beratung	15,5% (n= 219)	9,4% (n= 138)	10,4% (n= 67)
Suchtberatung	21,3% (n= 225)	17,1% (n= 140)	24,2% (n= 66)

*Tabelle 8: Anteil der Einrichtungen, die niederschwellige medizinische Hilfe **selbst anbieten** oder von niederschwelligen medizinischen Hilfen **aufgesucht werden** (Summe). (Zwischen 25 und 52 der teilnehmenden Einrichtungen machten zu einzelnen niederschwelligen medizinischen Angeboten keine Angaben und zwei Einrichtungen hatten ihre Adresse nicht angegeben. Diese wurden aus den betroffenen Auswertungen ausgeschlossen.)*

Einrichtungen im großstädtischen Umfeld bieten im Allgemeinen häufiger medizinische Leistungen innerhalb der Einrichtung an, als dies Einrichtungen in ländlichen Gebieten tun. So werden Allgemeinmedizinische Sprechstunden, aufsuchende medizinische Hilfe und medizinische Fußpflege in großstädtischen Einrichtungen dreimal so häufig angeboten wie in Einrichtungen in ländlich geprägten Gebieten. Eine Ausnahme von dieser Regel stellt die Suchtberatung da, die in den verschiedenen siedlungsstrukturellen Kreistypen mit vergleichbarer Häufigkeit angeboten wird. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass diese Leistung nicht auf medizinisches Fachpersonal angewiesen ist, sondern von dafür qualifizierten Sozialpädagogen durchgeführt wird (Tabelle 8).

5.1.2.5 Erreichbarkeit niederschwelliger medizinischer Hilfeangebote

Oben (s. 5.1.2) wurden bereits die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe als Anbieter niederschwelliger medizinischer Hilfen innerhalb der Einrichtungen dargestellt. Im Folgenden soll untersucht werden, inwieweit niederschwellige medizinische Hilfeangebote für die Klienten der Einrichtungen erreichbar sind. In jedem Fall sind niederschwellige medizinische Einrichtungen für die Klienten von deutlich mehr Einrichtungen erreichbar, da nicht nur Angebote in der antwortenden Einrichtung genutzt werden können, sondern auch solche, die sich in erreichbarer räumlicher Nähe befinden. Die im Folgenden unter der Bezeichnung Erreichbarkeit aufgeführten Zahlen fassen also Einrichtungen, die medizinische Leistungen im Haus anbieten, und solche, für deren Klienten niederschwellige medizinische Angebote in erreichbarer Nähe liegen, zusammen.

Insgesamt war für die Klienten von 75,8% der Einrichtungen niederschwellige medizinische Hilfe in irgendeiner Form erreichbar, entweder in der Einrichtung selbst oder in erreichbarer Nähe. (n=455 Einrichtungen, 13 machten überhaupt keine Angaben zur Verfügbarkeit niederschwelliger medizinischer Angebote und wurden nicht berücksichtigt.)

Niederschwelliges medizinisches Hilfeangebot	Anteil der Einrichtungen, für deren Klienten erreichbar	Datenbasis n (Einrichtungen)
Niederschwellige Allgemeinpraxis/Sprechstunden	53,7%	443
Aufsuchende medizinische Hilfe	29,6%	425
Krankenwohnung	18,9%	423
Fußpflege	17,7%	419
Optiker	8,9%	416
Zahnarzt	18,5%	416
Psychiatrische Beratung	41,5%	426
Suchtberatung	58,7%	433

Tabelle 9: Erreichbarkeit niederschwelliger medizinischer Hilfen. Erreichbarkeit bedeutet hier, dass die medizinische Leistung entweder von der Einrichtung selbst angeboten wird oder die Einrichtung von dem entsprechenden Angebot besucht wird, oder die medizinische Leistung in einer für die Klienten der Einrichtung erreichbaren Nähe angeboten wird (Summe).

Speziell auf Wohnungslose ausgerichtete allgemeinmedizinische Sprechstunden waren für die Klienten von mehr als der Hälfte der antwortenden Einrichtungen erreichbar. Noch weiter verbreitet ist nur die niederschwellige Suchtberatung, die von 58,7% der Einrichtungen aus erreichbar war. Aufsuchende medizinische Hilfe konnte von knapp 30% der Einrichtungen

aus in Anspruch genommen werden. Psychiatrische Beratung ist für die Klienten von mehr als 40% der antwortenden Einrichtungen erreichbar, Krankenwohnung, niederschwellige Fußpflege und Zahnärzte von weniger als einem Fünftel. Niederschwellig arbeitende Optiker waren nur in knapp 9% der Einrichtungen für die Klienten erreichbar und stellen somit das am wenigsten verbreitete niederschwellige medizinische Angebot dar (Tabelle 9).

Niederschwelliges medizinisches Hilfeangebot	Kernstädte	Verdichtete Kreise	Ländliche Kreise
Niederschwellige Allgemeinpraxis/Sprechstunden	66,8% (n= 229)	41,3% (n= 143)	36,2% (n= 69)
Aufsuchende medizinische Hilfe	50,9% (n= 220)	7,2% (n= 139)	4,7% (n= 64)
Krankenwohnung	30,1% (n= 219)	7,2% (n= 138)	6,3% (n= 64)
Fußpflege	23,5% (n= 213)	10,1% (n= 138)	13,6% (n= 66)
Optiker	7,6% (n= 211)	7,3% (n= 137)	15,2% (n= 66)
Zahnarzt	21,1% (n= 209)	13,0% (n= 138)	20,9% (n= 67)
Psychiatrische Beratung	49,8% (n= 219)	31,2% (n= 138)	34,3% (n= 67)
Suchtberatung	67,1% (n= 225)	48,6% (n= 140)	50,0% (n= 66)

Tabelle 10: Anteil der Einrichtungen, die niederschwellige medizinische Hilfen im Haus oder in erreichbarer Nähe hatten. (2 Einrichtungen konnten keinem siedlungsstrukturellem Kreistyp zugeordnet werden, zwischen 25 und 52 der antwortenden Einrichtungen hatten zur Verfügbarkeit einzelner niederschwelliger medizinischer Angebote keine Angaben gemacht. Diese Einrichtungen wurden in der jeweiligen Auswertung nicht berücksichtigt.)

Im Vergleich von städtisch und ländlich geprägten Regionen zeigt sich hier, dass Klienten städtischer Einrichtungen häufig niederschwellige medizinische Angebote nutzen können, die von anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe angeboten werden und in erreichbarer Nähe gelegen sind. Dies zeigt sich insbesondere bei der aufsuchenden medizinischen Hilfe

und bei Krankenwohnungen, die in Großstädten um ein Vielfaches häufiger erreichbar sind als in ländlich geprägten Gebieten, aber auch bei niederschweligen allgemeinmedizinischen Sprechstunden und Fußpflege, die in Großstädten annähernd doppelt so häufig für die Klienten erreichbar waren wie in ländlichen Gebieten. Gegen diesen Trend stehen hier die niederschweligen Optiker, deren Angebot die Klienten in ländlichen Gebieten doppelt so häufig nutzen können wie in Großstädten oder verdichteten Kreisen (Tabelle 10).

Die Unterschiede in der Erreichbarkeit von niederschweligen medizinischen Leistungen, die sich im Vergleich der Bundesländer zeigen, lassen sich nur zum Teil auf die unterschiedliche Siedlungsstruktur zurückführen. So wäre anzunehmen, dass die Erreichbarkeit in den Stadtstaaten deutlich häufiger berichtet würde als in den Flächenländern. Dem entspricht zum Beispiel die seltenere Erreichbarkeit fast aller niederschweliger medizinischer Angebote in Schleswig Holstein. Die auffällig selten berichtete Erreichbarkeit von niederschweligen Arztpraxen oder Sprechstunden in Berlin lässt sich damit nicht erklären. Die im Vergleich auch mit anderen Flächenstaaten seltene Erreichbarkeit von aufsuchender medizinischer Hilfe in Baden-Württemberg, Niedersachsen und den neuen Bundesländern dürften auf regionale konzeptionelle Faktoren zurückzuführen sein, die sich mit den in den Fragebogen erhobenen Daten jedoch nicht erhellen lassen. Auffällig ist auch, dass niederschwellige psychiatrische Beratung nur für die Klienten von knapp 25% der niedersächsischen Einrichtungen erreichbar ist, wogegen dieser Wert in allen anderen Bundesländern (mit Ausnahme von Schleswig-Holstein) bei mindestens 40% liegt (Tabelle 11).

Niederschwel- liges medizini- sches Hilfean- gebot	Baden- Würt- tem- berg	Bayern	Berlin	Ham- burg	Hessen	Nie- der- sach- sen	Nord- rhein- Westf.	Rheinl. Pfalz	Schles w.- Hol- stein	Neue Bundes- länder
Niederschw. Allgemein- praxis/ Sprech- stunde	58,4% (n= 77)	66,7% (n= 39)	40,0% (n= 10)	82,4% (n= 17)	68,4% (n= 38)	32,4% (n= 68)	51,9% (n= 132)	77,8% (n= 18)	20,0% (n= 15)	54,5% (n= 22)
Aufsuchende medizinische Hilfe	9,7% (n= 72)	57,5% (n= 40)	30,0% (n= 10)	73,3% (n= 15)	31,6% (n= 38)	8,8% (n=68)	41,4% (n= 128)	28,6% (n= 14)	14,3% (n= 14)	5,3% (n= 19)
Krankenwoh- nung	25,3% (n= 75)	23,1% (n= 39)	60,0% (n= 11)	53,3% (n= 15)	28,9% (n= 38)	8,8% (n= 68)	14,2% (n= 127)	7,7% (n= 13)	0% (n= 14)	16,7% (n= 18)
Niederschw. Fußpflege	20,5% (n= 73)	25,6% (n= 39)	n< 10	20,0% (n= 15)	32,4% (n= 37)	13,2% (n= 68)	13,6% (n= 125)	7,7% (n= 13)	0% (n= 14)	19,0% (n= 21)
Niederschwel- liger Optiker	8,5% (n= 71)	12,8% (n= 39)	n< 10	13,3% (n= 15)	2,6% (n= 38)	8,7% (n= 69)	9,0% (n= 122)	15,4% (n= 13)	0% (n= 14)	15% (n= 20)
Zahnarzt	14,1% (n= 71)	31,6% (n= 38)	20,0% (n= 10)	46,7% (n= 15)	23,7% (n= 38)	10,3% (n= 68)	14,8% (n= 122)	23,1% (n= 13)	7,1% (n= 14)	22,7% (n= 22)
Niederschw. Psychiatrische Beratung	43,4% (n= 76)	47,5% (n= 40)	40% (n= 10)	82,4% (n= 17)	44,4% (n= 36)	24,6% (n= 69)	43,1% (n= 123)	42,9% (n= 14)	21,4% (n= 14)	47,6% (n= 21)
Niederschw. Suchtberatung	57,9% (n= 76)	51,3% (n= 39)	75,0% (n= 12)	82,4% (n= 17)	60,0% (n= 35)	45,7% (n= 70)	62,0% (n= 129)	42,9% (n= 14)	42,9% (n= 14)	86,4% (n= 22)

Tabelle 11: Anteil der Einrichtungen, die niederschwellige medizinische Angebote im Haus oder in erreichbarer Nähe hatten, nach Bundesländern aufgegliedert. (Nur Bundesländer mit mehr als 10 Antworten wurden berücksichtigt. Die neuen Bundesländer wurden zusammengefasst, um mehr als 10 Antworten zu erreichen. In Klammern hinter den Prozentwerten ist die Zahl der auf die jeweilige Frage antwortenden Einrichtungen angegeben.)

5.1.2.6 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe als Vermittler in medizinische Behandlung

Die Funktion der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe als Vermittler medizinischer Versorgung hat sich aufgrund des schlechten Gesundheitszustandes vieler Wohnungsloser entwickelt. Sie erfolgt in das reguläre Gesundheitssystem sowie an im Haus angebotene oder in erreichbarer Nähe gelegene niederschwellige medizinische Hilfeangebote.

56,9 % der Einrichtungen geben an, dass sie Klienten häufig dabei behilflich sind, medizinische Versorgung zu erhalten, 31,9 % tun dies manchmal, 9,8 % selten und 1,3 % nie (n=448 Einrichtungen, 20 der teilnehmenden Einrichtungen machten zu diesem Punkt keine Angaben).

57,3% der Einrichtungen mit Tagesaufenthalt geben an, ihren Klienten häufig dabei behilflich zu sein, medizinische Betreuung zu erhalten, 58,9% der Einrichtungen mit Übernachtungsstellen, 49,1% der Einrichtungen mit Beratungsstellen, 73,1% der Einrichtungen mit Wohnheim und 53,7% der Einrichtungen mit betreutem Wohnen.

Die vermehrte Vermittlung in medizinische Betreuung aus Wohnheimen lässt sich dadurch erklären, dass a) für Wohnungslose die Möglichkeit, medizinische Hilfen zu nutzen dort größer ist, da die gesundheitlichen Belangen vorgeordneten Bedürfnisse wie Unterkunft und Nahrung bereits gesichert sind. b) Mit der Stabilisierung der Lebenssituation ergeben sich für die in der Wohnungslosenhilfe Tätigen bessere Voraussetzungen zur nachhaltigen Vermittlung in medizinische Versorgung. c) Wohnungslose in Institutionen haben häufig bereits eine längere Karriere in der Wohnungslosigkeit gemacht, und weisen deswegen einen schlechteren Gesundheitszustand auf [Völlm 2000].

Einrichtungen ohne Platte machende Klienten vermitteln etwas häufiger in medizinische Versorgung als Einrichtungen mit Platte machenden Klienten, wie aus der Tabelle 12 hervorgeht.

Vermittlung in medizinische Versorgung	Einrichtungen ohne Platte machenden Klienten	Einrichtungen mit 1-33% Platte machenden Klienten	Einrichtungen mit mehr als 33% Platte machenden Klienten
Häufig	63,2%	52,4%	54,2%
Manchmal	22,8%	36,7%	39,6%
selten	11,8%	10,0%	6,3%
Nie	2,2%	0,9%	-

Tabelle 12: Häufigkeit der Vermittlung in medizinische Versorgung nach Anteil Platte machender Klienten

Dieser Befund stimmt mit der Beobachtung überein, dass Wohnheime (mit wenig Platte machenden Klienten) mehr in medizinische Versorgung vermitteln als andere Leistungstypen.

Einrichtungen in Kernstädten und verdichteten Kreisen geben etwas öfter (56,3% bzw. 61,0%) an, dass sie häufig Hilfe beim Zugang zur medizinischen Versorgung leisten als Einrichtungen in ländlichen Kreisen (49,3%) (n=446 Einrichtungen, 20 Einrichtungen machten keine Angaben zur Vermittlung medizinischer Hilfe und 2 Einrichtungen konnten keinem siedlungsstrukturellen Kreistyp zugeordnet werden). Die Bedeutung dieses Befunds wird durch die Beobachtung, dass es in Städten mehr Wohnheime gibt, die häufiger in medizinische Behandlung vermitteln als andere Leistungstypen, jedoch relativiert.

Die Erreichbarkeit niederschwelliger medizinischer Angebote hängt positiv mit der Häufigkeit zusammen, mit der Einrichtungen Klienten Hilfe beim Zugang zu medizinischer Versorgung leisten. Von den 109 Einrichtungen, für deren Klienten keinerlei niederschwellige medizinische Hilfeangebote erreichbar waren, weder innerhalb der Einrichtung noch in erreichbarer Nähe, gaben nur 43,1% an, dass sie ihren Klienten häufig beim Zugang zu medizinischer Versorgung Hilfe leisten. Von den 335 Einrichtungen, die niederschwellige medizinische Hilfe in irgendeiner Form entweder im Haus oder in erreichbarer Nähe hatten, waren es hingegen 60,9%, die ihren Klienten häufig Hilfe beim Zugang zu medizinischer Versorgung leisteten. Betrachtet man nur die 121 Einrichtungen, die mindestens ein niederschwelliges medizinisches Hilfeangebot im Haus haben oder von einem solchen Angebot besucht werden, so geben diese sogar zu 69,5% an, dass sie ihren Klienten häufig Hilfe beim Zugang zu medizinischer Versorgung leisten. (Datenbasis (n) waren 444 Einrichtungen, 24 der antwortenden Einrichtungen machten überhaupt keine Angaben zur Erreichbarkeit niederschwelliger medizinischer Einrichtungen oder zur Häufigkeit, mit der sie Hilfe zum Zugang zur medizinischen Versorgung leisten und wurden nicht berücksichtigt.).

Mögliche Erklärungen für diese Beobachtung sind a), dass niederschwellige medizinische Angebote dort eingerichtet worden sind, wo besonders hoher Versorgungsbedarf besteht b), dass Einrichtungen mit angeschlossenen medizinischen Angeboten vermehrt von Wohnungslosen aufgesucht werden, die medizinische Behandlung benötigen, und c), dass Einrichtungen mit angeschlossenen medizinischen Hilfeangeboten Wohnungslose einfacher und effektiver vermitteln können, und daher von dieser Möglichkeit häufiger Gebrauch machen.

Insgesamt ergibt sich das Bild, dass die meisten niederschwelligen medizinische Leistungen auf dem Land deutlich weniger erreichbar sind als in den Städten, dass hochschwellige Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wie Wohnheime häufiger in medizinische Leistungen vermitteln als niederschwellige Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (wie Tagesstätten oder Beratungsstellen), und dass Einrichtungen, die niederschwellige medizinische Leistungen erreichen können, sei es in der eigenen Einrichtung oder außerhalb, häufiger Klienten in medizinische Versorgung vermitteln als Einrichtungen ohne Zugang zu niederschwelligen medizinischen Angeboten.

5.1.3 Nutzung von Regelversorgung, Notfallversorgung und niederschwelliger medizinischer Versorgung

5.1.3.1 Notfallversorgung und niedergelassene Allgemeinärzte

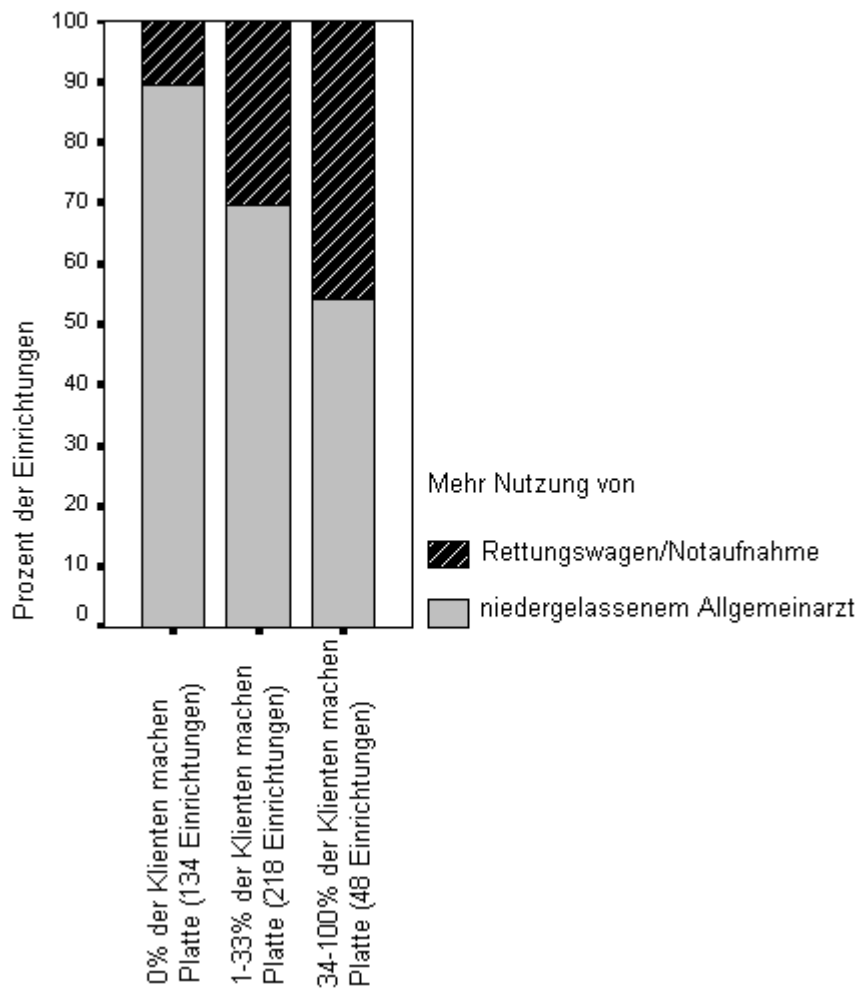


Diagramm 3: Nutzung von Allgemeinärzten und Notfallversorgung als erste Anlaufstelle bei Gesundheitsproblemen (n=400 Einrichtungen, 68 der antwortenden Einrichtungen machen zum Stellenwert der Notfallversorgung oder dem Anteil Platte machender Klienten keine Angaben)

Es ist häufig die Vermutung geäußert worden, dass Wohnungslose vermehrt die Notfallversorgung, also Rettungstransportwagen, Notarzt und Notaufnahme der Krankenhäuser, in Anspruch nehmen, da es ihnen nicht gelänge, zum regulären Versorgungssystem Zugang zu erhalten [Pleace 2000].

Insgesamt gaben 25,6% der Einrichtungen an, dass ihre Klienten bei Gesundheitsproblemen Rettungswagen und Notaufnahme häufiger nutzen als einen niedergelassenen Allgemeinarzt,

74,4% der Einrichtungen geben an, dass ihre Klienten die niedergelassenen Allgemeinärzte häufiger nutzen (N=429 Einrichtungen, 39 der antwortenden Einrichtungen machten hierzu keine Angaben und wurden nicht berücksichtigt).

Schlüsselt man den Anteil der Einrichtungen, deren Klienten die Notfallversorgung mehr nutzen als niedergelassene Allgemeinärzte, nach dem Anteil der Platte machenden Wohnungslosen unter den Klienten der Einrichtungen weiter auf, dann zeigt sich deutlich, dass die Notfallversorgung eine umso größere Rolle bei der medizinischen Versorgung spielt, je mehr Platte machende Klienten eine Einrichtung unter ihren Nutzern hat (Diagramm 3). Der Korrelationskoeffizient nach Spearman⁸ für diesen Zusammenhang beträgt 0,269.

Betrachtet man die Nutzung der Notfallversorgung danach aufgeschlüsselt, welche Leistungstypen eine Einrichtung anbietet, dann zeigt sich dass Einrichtungen mit niederschweligen Leistungstypen häufiger angeben, dass ihre Klienten die Notfallversorgung mehr als reguläre Allgemeinarztpraxen nutzen. Unter 120 Einrichtungen mit Tagesaufenthalt, die hierzu Angaben machten, nutzten 38,3% die Notfallversorgung häufiger als niedergelassene Allgemeinärzte, von 89 Einrichtungen mit Übernachtungsstelle 25,8%, von 212 Einrichtungen mit Beratungsstellen 30,7% gegenüber 15,2% der 171 Einrichtungen mit Wohnheim und 22,6% der 53 Einrichtungen mit betreutem Wohnen.

Es kann also gesagt werden, dass Klienten aus niederschweligen Einrichtungen, die häufiger Platte machen, im Verhältnis häufiger die Notfallversorgung benutzen als Klienten aus Einrichtungen mit einem geringeren Anteil Platte machender Patienten. Ob dies überwiegend auf ein Ausweichen der Klienten in besonders unsicheren Lebenssituationen zurückzuführen ist, die sich keinen Zugang zu allgemeinärztlichen Praxen verschaffen können, oder ob es unter diesen Klienten mehr medizinische Notfälle gibt, ist anhand der in den Fragebögen erfassten Angaben nicht festzustellen.

5.1.3.2 Zugänglichkeit der Regelversorgung und Nutzung der Notfallversorgung

Wie weiter unten beschrieben wird, ist der Zugang zu medizinischen Leistungen des Regelsystems in jedem Fall vom Anteil Platte machender Klienten einer Einrichtung abhängig. Je mehr Platte machende Wohnungslose betreut werden, desto schlechter beurteilen die Einrich-

⁸ Zwischen 0 und +1 bezeichnet der Betrag des Koeffizienten die Regelmässigkeit, mit der Einrichtungen mit mehr Platte machenden Wohnungslosen unter ihren Klienten die Notfallversorgung mehr nutzen gegenüber Einrichtungen mit weniger Wohnungslosen, die Platte machen, unter ihren Klienten. [Kühnel 2002, S. 297]

tungen regelmäßig den Zugang zu medizinischen Angeboten. Daher lässt sich auch ein Zusammenhang zwischen der Zugänglichkeit des Gesundheitssystems und der Nutzung von Notfallversorgung gegenüber den niedergelassenen Allgemeinärzten als erste Anlaufstelle bei Gesundheitsproblemen feststellen, wie das Diagramm 4 verdeutlicht. Die Notfallversorgung, das heißt Krankenwagen und Notaufnahme der Krankenhäuser werden umso eher der regulären Versorgung vorgezogen, je schwieriger sich der Zugang zu den Allgemeinarztpraxen des regulären Gesundheitssystems gestaltet.

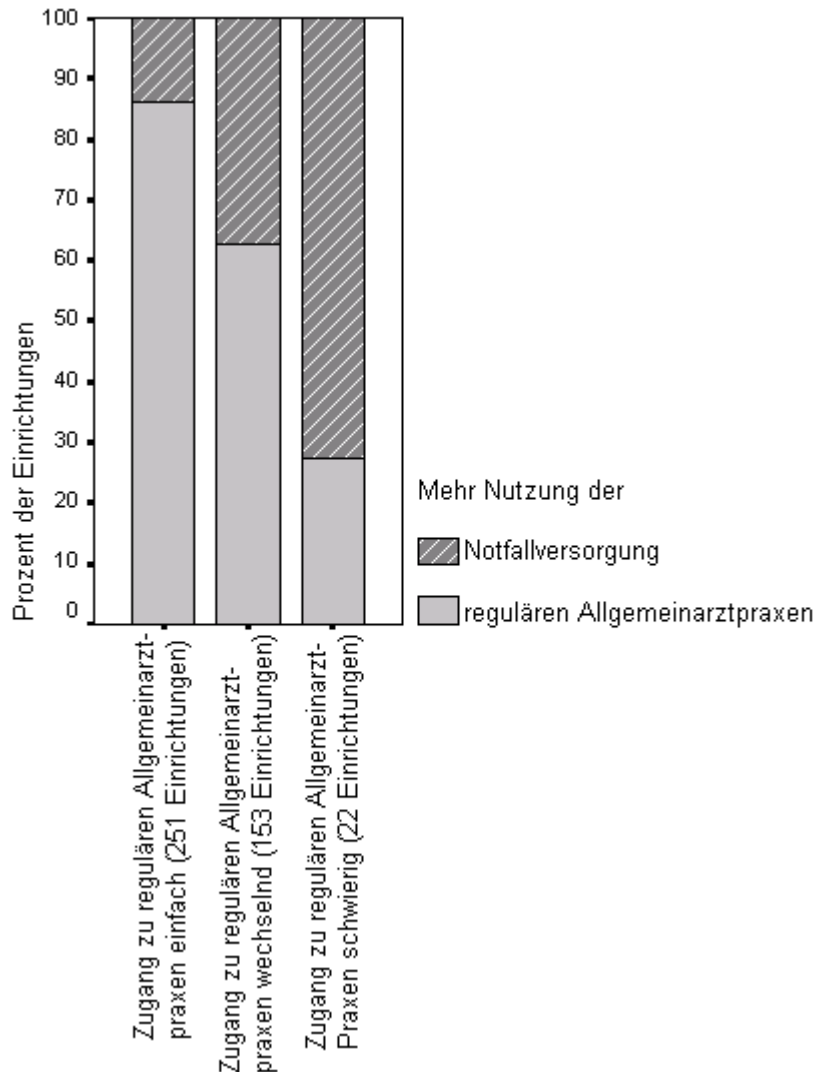


Diagramm 4: Überwiegende Nutzung von Notfallversorgung oder regulärer medizinischer Versorgung nach Zugang zu regulären Allgemeinarztpraxen aufgegliedert. (N=426 Einrichtungen, Einrichtungen, die keine Angaben zum Stellenwert der Notfallversorgung oder über den Zugang zu Allgemeinarztpraxen machten, wurden nicht berücksichtigt.)

Dieser Zusammenhang ist im Diagramm 4 exemplarisch für den Zugang zu Allgemeinärztlichen Praxen dargestellt (Korrelationskoeffizient nach Spearman⁹ 0,339). Er lässt sich eben-

⁹ Zwischen 0 und +1 bezeichnet der Betrag des Koeffizienten die Regelmässigkeit mit der Einrichtungen mit schlechterem Zugang zu den Angeboten der regulären Gesundheitsversorgung die Notfallversorgung mehr nutzen gegenüber Einrichtungen mit besserem Zugang zum den Angeboten der regulären Gesundheitsversorgung.

falls für den Zugang zu Facharztpraxen (Korrelationskoeffizient 0,351), allgemeinen Krankenhäusern (Korrelationskoeffizient 0,237), Fußpflege (Korrelationskoeffizient 0,149), Optikern (Korrelationskoeffizient 0,247) und Zahnarztpraxen (Korrelationskoeffizient 0,260) nachweisen. Für die Zugänglichkeit psychiatrischer Leistungen ist dieser Zusammenhang mit der Bevorzugung der Notfallversorgung dagegen kaum nennenswert ausgeprägt: Psychiatrische Beratungsstelle (Korrelationskoeffizient 0,052), Stationäre Psychiatrie (Korrelationskoeffizient 0,049), Suchtberatung (Korrelationskoeffizient) 0,085 und stationäre Entwöhnung (Korrelationskoeffizient 0,049).

5.1.3.3 Die Bedeutung niederschwelliger allgemeinmedizinischer Angebote zur Versorgung Wohnungsloser

Die niederschweligen medizinischen Hilfeangebote spielen dort, wo sie erreichbar sind, eine wichtige Rolle als Anlaufstelle Wohnungsloser bei Gesundheitsproblemen. So waren sie bei 34,6% der Einrichtungen, für deren Klienten niederschwellige Allgemeinarztpraxen, Sprechstunden oder aufsuchende medizinische Hilfe erreichbar waren¹⁰, das am häufigsten genutzte Hilfeangebot bei Gesundheitsproblemen.

Gliedert man die Einrichtungen mit niederschweligen allgemeinmedizinischen Hilfeangeboten in erreichbarer Nähe nach Leistungstypen auf (Tabelle 13), so zeigt sich, dass niederschwellige medizinische Angebote in den eher niederschweligen Einrichtungstypen Tagesaufenthalt, Übernachtungsstelle und Beratungsstelle eine deutlich größere Rolle spielen als in den eher hochschweligen Wohnheimen und auch Einrichtungen mit betreutem Wohnen. Dort war wiederum die Versorgung durch niedergelassene Allgemeinärzte wichtiger. Der im Vergleich zu den Wohnheimen etwas größere Bedeutung niederschwelliger medizinischer Hilfe in Einrichtungen mit Betreutem Wohnen ist darauf zurückzuführen, dass dieser Leistungstyp in fast 90% der Einrichtungen in Kombination mit den eher niederschweligen Leistungstypen wie Tagesaufenthalt, Übernachtungsstelle oder Beratungsstelle angeboten wird, wobei in der Datenerfassung bei nur je einem Fragebogen je Einrichtung nicht differenziert werden konnte.

[Kühnel 2002, S. 297]

¹⁰ n=257 Einrichtungen, die niederschwellige allgemeinmedizinische Hilfe im Haus oder in erreichbarer Nähe hatten. 20 Einrichtungen, die überhaupt keine Angaben zum Stellenwert medizinischer Leistungserbringer gemacht hatten, wurden nicht in die Auswertung einbezogen

Einrichtung mit:	Niederschwellige medizinische Hilfe am wich- tigsten	Notfallversorgung am wichtigsten	Reguläre Allgemein- arztpraxis am wichtigsten
Tagesaufenthalt (n=74)	60,8%	8,1%	31,1%
Übernachtungsstel- le (n=61)	41,0%	14,8%	44,3%
Beratungsstelle (n=111)	49,5%	11,7%	38,7%
Wohnheim (n=110)	19,1%	9,1%	71,8%
Betreutem Wohnen (n=32)	34,6%	0%	65,6%

Tabelle 13: Wichtigste erste Anlaufstelle bei medizinischen Problemen nach in den Einrichtungen angebotenen Leistungstypen aufgegliedert. (Datenbasis=257 Einrichtungen, die niederschwellige allgemeinmedizinische Angebote im Haus oder in erreichbarer Nähe hatten. 20 Einrichtungen machten überhaupt keine Angaben zum Stellenwert medizinischer Leistungserbringer und wurden nicht in die Auswertung einbezogen. Mehrfachnennungen des Leistungstyps der Einrichtung, z. B. Tagesaufenthalt und Beratungsstelle, waren möglich)

Wichtigste Anlauf- stelle bei med. Pro- blemen	0% der Klienten ma- chen Platte (n= 82)	1-33% der Klienten machen Platte (125= Einrichtungen)	34-100% der Kli- enten machen Platte (n= 29)
Niederschwellige medizinische Versor- gung ist am wichtigs- ten	11,0%	44,8%	65,5%
Notfallversorgung ist am wichtigsten	6,1%	13,6%	17,2%
Reguläre Allgemein- arztpraxis ist am wichtigsten	82,9%	41,6%	17,2%

Tabelle 14: Wichtigste erste Anlaufstelle bei medizinischen Problemen nach Anteil Platte machender Klienten in den Einrichtungen aufgegliedert. (Datenbasis=236 Einrichtungen, die niederschwellige allgemeinmedizinische Angebote im Haus oder in erreichbarer Nähe hatten. 41 Einrichtungen, die keine Angaben zum Anteil Platte machender Klienten oder zum Stellenwert medizinischer Leistungserbringer machten, wurden nicht in die Auswertung einbezogen.)

Die Bedeutung der niederschweligen allgemeinmedizinischen Versorgungsangebote hängt von dem Anteil Platte machender Klienten einer Einrichtung ab. Niederschwellige Angebote werden umso häufiger die wichtigste Anlaufstelle der Klienten einer Einrichtung, je mehr Wohnungslose von der Platte unter den Nutzern dieser Einrichtung sind (siehe Tabelle 14).

5.1.4 Zugang zu den einzelnen medizinischen Versorgungsangeboten

5.1.4.1 Zugang zum regulären Gesundheitssystem

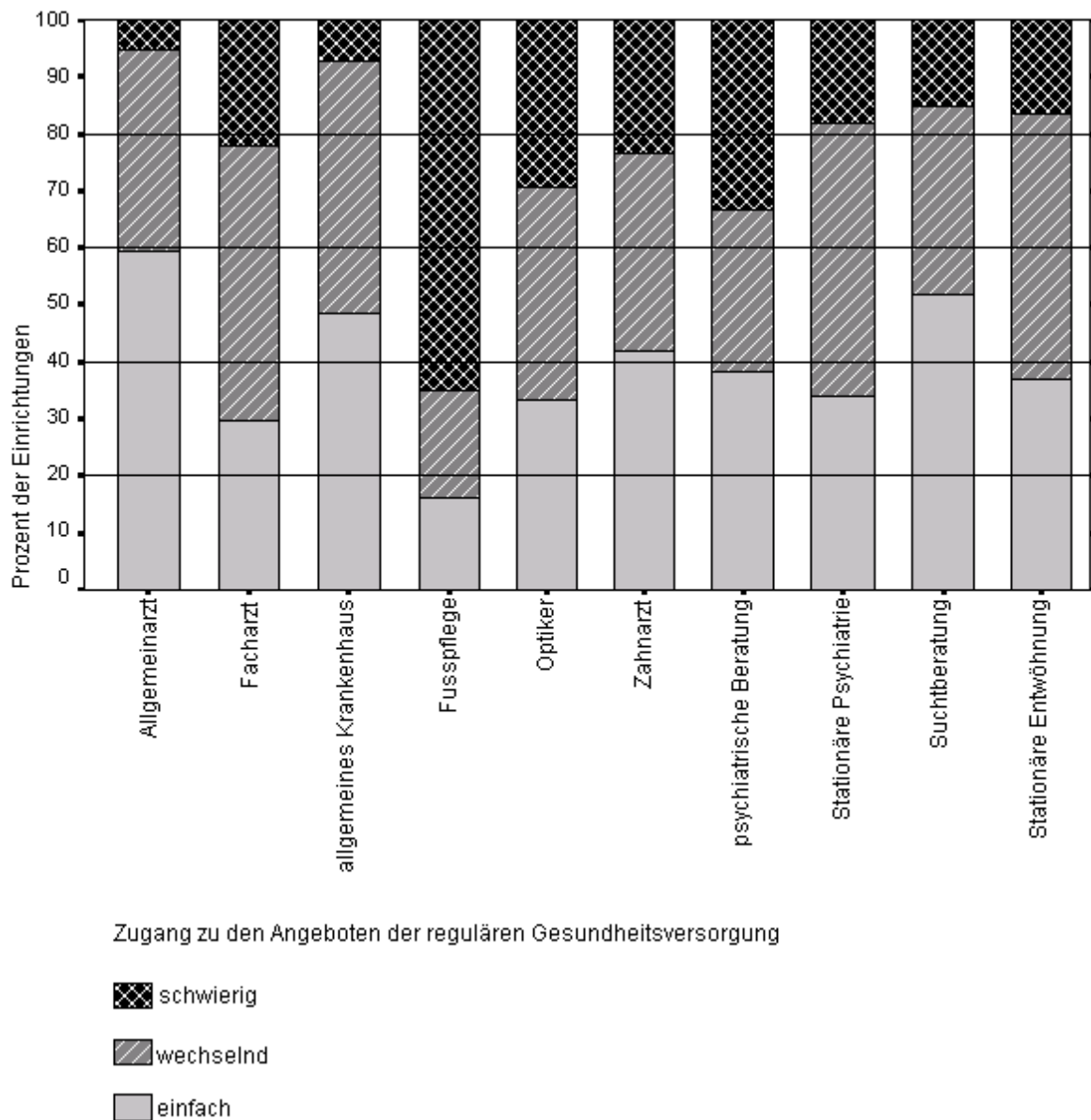


Diagramm 5: Zugang zur regulären medizinischen Versorgung¹¹

Anzahl der wertenden Einrichtungen: $N(\text{Allgemeinarzt})=454$, $N(\text{Facharzt})=442$, $N(\text{allgemeines Krankenhaus})=448$, $N(\text{Fußpflege})=373$, $N(\text{Optiker})=410$, $N(\text{Zahnarzt})=442$, $N(\text{psychiatrische Beratung})=422$, $N(\text{stationäre Psychiatrie})=437$, $N(\text{Suchtberatung})=447$, $N(\text{stationäre Entwöhnung})=448$

¹¹In Zahlenform sind diese Daten im Anhang (Tabelle 23) wiedergegeben.

Von Seiten der in der Wohnungslosenhilfe Tätigen wurde bewertet, wie leicht oder schwer es für die Nutzer der Einrichtung ist, sich zu den einzelnen medizinischen Hilfeangeboten Zugang zu verschaffen. Die Frage zielte also auf die im System, liegenden strukturellen Hürden ab, die Wohnungslosen den Zugang ins Gesundheitssystem erschweren. Das Diagramm 5 gibt den Anteil der antwortenden Einrichtungen wieder, die den Zugang als einfach, wechselnd oder schwierig bewerteten.

Die Bewertungen differieren stark zwischen den einzelnen medizinischen Leistungserbringern. Für den Bereich des regulären Gesundheitssystems wird die Zugänglichkeit der allgemeinärztlichen Praxen noch am besten bewertet, aber auch hier sind es nur knapp 60 Prozent, die es als einfach für die Klienten bezeichnen, sich zu allgemeinärztlichen Praxen Zugang zu verschaffen.

Bereits etwas schlechter bewertet wurde der Zugang zur Suchtberatung, dieser wurde von etwas mehr als der Hälfte der Einrichtungen als einfach befunden, beim Zugang zu allgemeinen Krankenhäusern (mit diesem Begriff wurde nach der stationären somatischen Versorgung gefragt) waren es knapp die Hälfte.

Die stationären psychiatrischen Einrichtungen werden nur von einem Drittel als leicht zugänglich bewertet, aber nur 18,1% bezeichnen die Zugänglichkeit als schwierig. Ganz ähnlich wird der Zugang zur stationären Entwöhnung gesehen.

Auffällig schlecht wird die Zugänglichkeit psychiatrischer Beratung beurteilt, hier gibt ein Drittel der wertenden Einrichtungen an, dass der Zugang für ihre Klienten schwierig sei.

Der Zugang zu niedergelassenen Fachärzten wird von nur 29,9% der Einrichtungen als einfach bewertet, und liegt damit deutlich unter dem Durchschnitt. Die schlechteste Zugänglichkeit bekommt die Fußpflege attestiert. Nur 16,1 Prozent werteten hier mit „einfach“, dagegen 64,9% mit „schwierig“.

5.1.4.2 Zugang zu niederschweligen medizinischen Angeboten

Im Vergleich dieser der Zugänglichkeit der niederschweligen Angebote mit der Zugänglichkeit der Angebote des Regelsystems in Diagramm 6 zeigen (bis auf die zahnmedizinische Versorgung) alle niederschweligen Angebote eine deutlich bessere Zugänglichkeit für Wohnungslose als die entsprechenden Angebote der Regelversorgung.

Über 80 % der wertenden Einrichtungen attestieren einen einfachen Zugang zu niederschweligen allgemeinärztlichen Angeboten. Das ist die beste Zugänglichkeit einer medizinischen Leistung, die in dieser Studie festgestellt werden konnte. Aber auch der Zugang zu niederschwelliger Suchtberatung wird ähnlich gut eingeschätzt. Von fast 76% der wertenden Ein-

richtungen wird er als einfach bezeichnet, bei der regulären Suchtberatung waren dies nur knapp 52%.

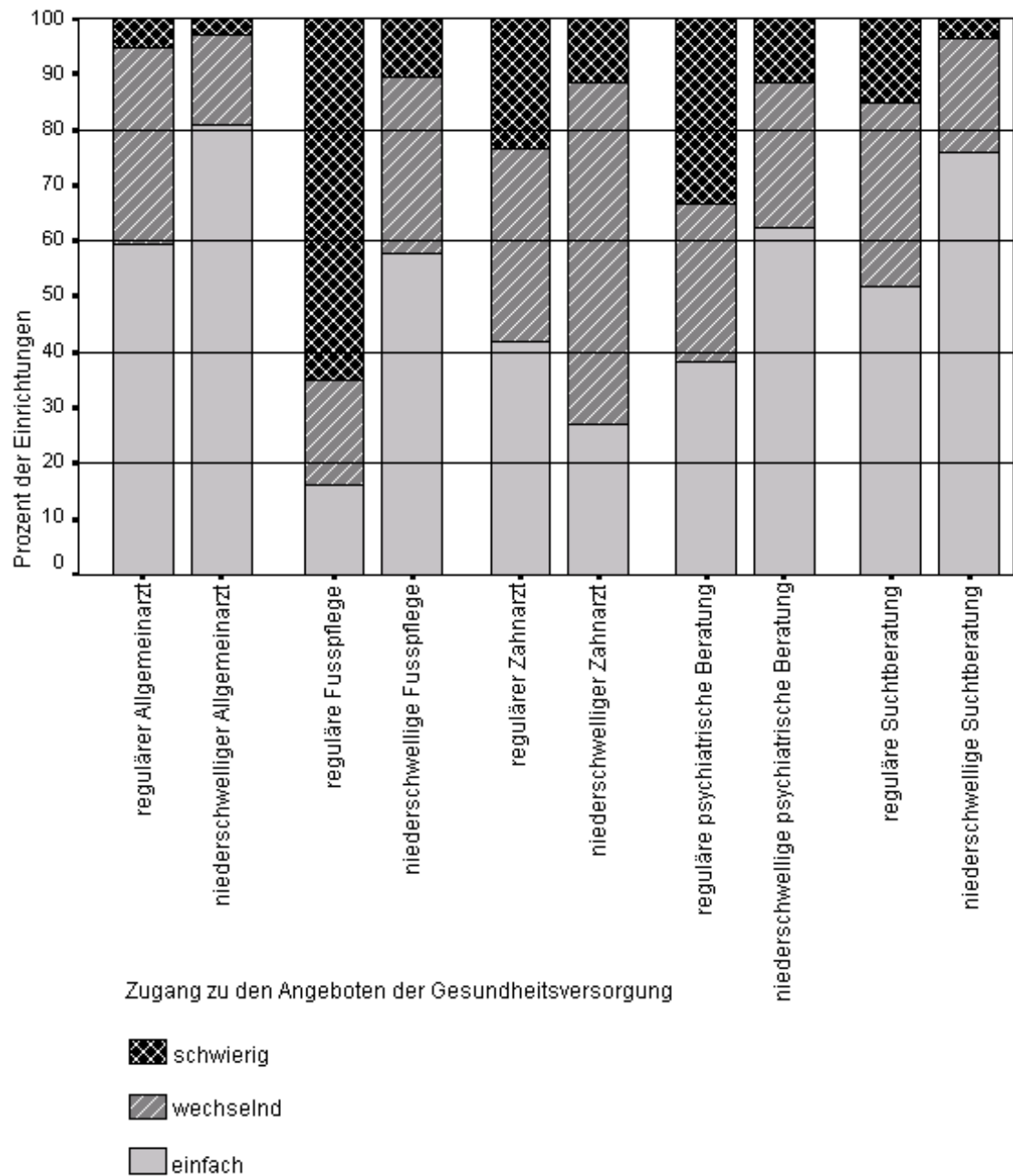


Diagramm 6: Zugang zu den Angeboten der regulären und der niederschweligen Gesundheitsversorgung im Vergleich¹²

Anzahl der werten wertenden Einrichtungen: $N(\text{reg. Allgemeinarzt})=454$, $N(\text{nied. Allgemein- arzt})=131$, $N(\text{reg. Fußpflege})=373$, $N(\text{nied. Fußpflege})=38$, $N(\text{reg. Zahnarzt})=442$, $N(\text{nied. Zahnarzt})=26$, $N(\text{reg. psychiatrische Beratung})=422$, $N(\text{nied. psychiatrische Beratung})=69$, $N(\text{reg. Suchtberatung})=447$, $N(\text{nied. Suchtberatung})=112$

Die niederschwellige psychiatrische Beratung ist mit knapp 12% der wertenden Einrichtungen, die ihre Zugänglichkeit als schwierig bezeichnen deutlich besser bewertet als die reguläre

¹²In Zahlenform sind die Daten Daten zur niederschweligen Gesundheitsversorgung im Anhang (Tabelle 24) wiedergegeben

psychiatrische Beratung, bei der über 33% der wertenden Einrichtungen einen schwierigen Zugang sahen. So erreicht die Zugänglichkeit niederschwelliger psychiatrischer Beratung ein Niveau, dass mit der Zugänglichkeit von Allgemeinarztpraxen der Regelversorgung vergleichbar ist.

Die Zugänglichkeit niederschwelliger Fußpflege wird nur von 10% der wertenden Einrichtungen als schwierig bezeichnet, hingegen bezeichnen fast 65% der wertenden Einrichtungen den Zugang zur regulären Fußpflege als schwierig. Damit kann auch in der Fußpflege durch die Einrichtung niederschwelliger Angebote eine ausgeprägte Besserung des Zugangs erreicht werden.

Die Bewertung des Zugangs¹³ zu den niederschwelligen Angeboten korreliert mit deren räumlicher Erreichbarkeit, die gesondert erfragt wurde. Beispielsweise bewerteten 91,9% der Einrichtungen, in denen niederschwellige allgemeinärztliche Sprechstunden angeboten wurden den Zugang als einfach, Einrichtungen, die dieses Angebot lediglich in erreichbarer Nähe hatten aber nur zu 72,6%. Der Korrelationskoeffizient nach Spearman beträgt für diesen monotonen Zusammenhang 0,211. Für die übrigen niederschwelligen medizinischen Angebote fällt der Zusammenhang mit Korrelationskoeffizienten nach Spearman zwischen 0,231 und 0,327 noch etwas deutlicher aus.

Die erhobenen Daten für den Zugang zu niederschwelligen zahnärztlichen Angeboten sind aufgrund der geringen Zahl von nur 26 wertenden Einrichtungen nur begrenzt aussagekräftig. Der Zugang zu diesem Angebot wird nicht besser bewertet als der Zugang zu Zahnärzten der Regelversorgung. Insgesamt fällt die Bewertung der Zugänglichkeit dieses Angebots von allen niederschwelligen medizinischen Hilfen aber am schlechtesten aus. Die Beurteilung der Zugänglichkeit von niederschwelligen Fachärzten und niederschwelligen Optikern wurde bei jeweils nur neun wertenden Einrichtungen nicht ausgewertet.

Es zeigt sich, dass niederschwellige arbeitende medizinische Angebote eine deutliche Verbesserung des Zugangs Wohnungsloser zu medizinischen Leistungen bewirken können. Dabei trifft dies sowohl für die Angebote mit im Regelsystem mittelschwer eingeschränkter Zugänglichkeit für Wohnungslose wie Allgemeinärzte und Suchtberatung zu, als auch für Angebote, für die im Regelsystem der Zugang für Wohnungslose schwer eingeschränkt ist wie Fußpflege und psychiatrische Beratung.

¹³Die zur Erfassung des Zugangs im Fragebogen gewählte Formulierung zielte auf die Erfassung der Hürden insgesamt ab, die den Zugang erschweren. Transportprobleme auf dem Weg zum Arzt sind hier nur eine von zahlreichen möglichen (vgl. Abschnitte 5.2.2.2 und 5.2.2.4)

Insgesamt beantworteten verhältnismäßig wenige der befragten Einrichtungen die Fragen zur Zugänglichkeit niederschwelliger medizinischer Angebote. Beispielsweise bewerteten von 238 Einrichtungen, die niederschwellige Allgemeinmedizinische Hilfen in erreichbarer Nähe hatten nur 131 Einrichtungen den Zugang zu diesem Angebot.

5.1.4.3 Zugänglichkeit der medizinischen Leistungserbringer für Platte machende Wohnungslose

Die Aufgliederung der Zugänglichkeit der Leistungen des regulären Gesundheitssystems für jede Leistung zeigt, dass die Zugänglichkeit von Einrichtungen mit Wohnungslosen von der Platte unter den Klienten schlechter bewertet wird als von Einrichtungen ohne Wohnungslose von der Platte unter den Klienten.

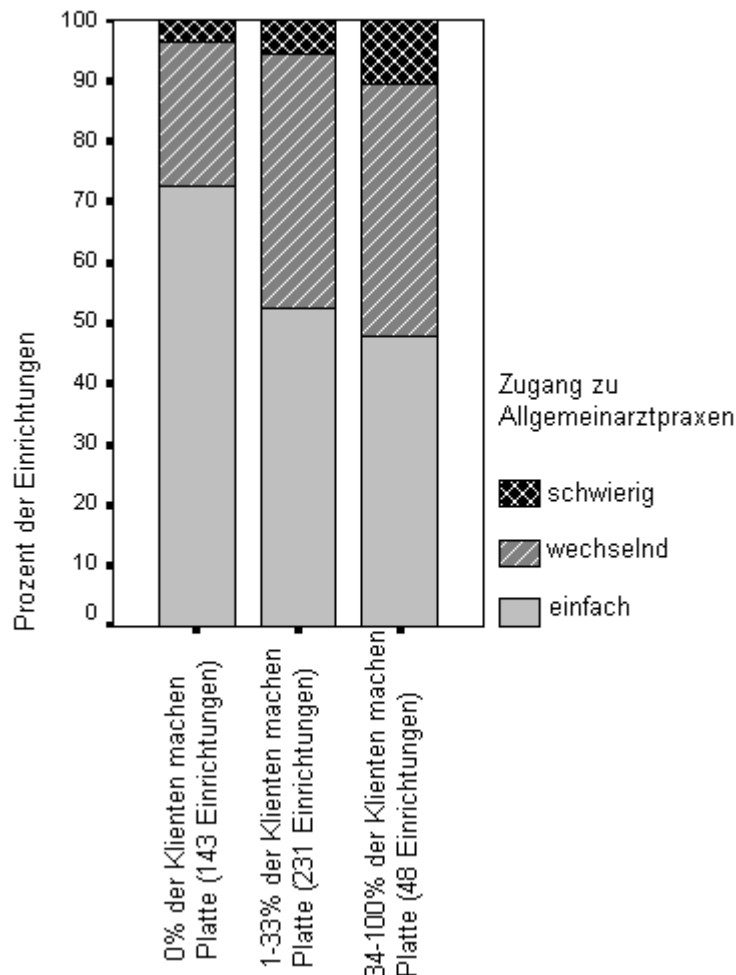


Diagramm 7: Zugang zu Praxen niedergelassener Allgemeinmediziner nach dem Anteil Platte machender Klienten der Einrichtungen aufgegliedert. (N=422 Einrichtungen, 46 der antwortenden Einrichtungen machten keine Angaben zur Zugänglichkeit von Allgemeinarztpraxen oder zum Anteil Platte machender Klienten und wurden nicht berücksichtigt.)

Das Diagramm 7 verdeutlicht, dass 72,7% der Einrichtungen ohne Platte machende Wohnungslose die Zugänglichkeit der Allgemeinarztpraxen als gut bewerteten, gegenüber 47,9% der Einrichtungen mit mehr als jedem dritten Klienten von der Platte. Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman für diesen Zusammenhang beträgt 0,199.

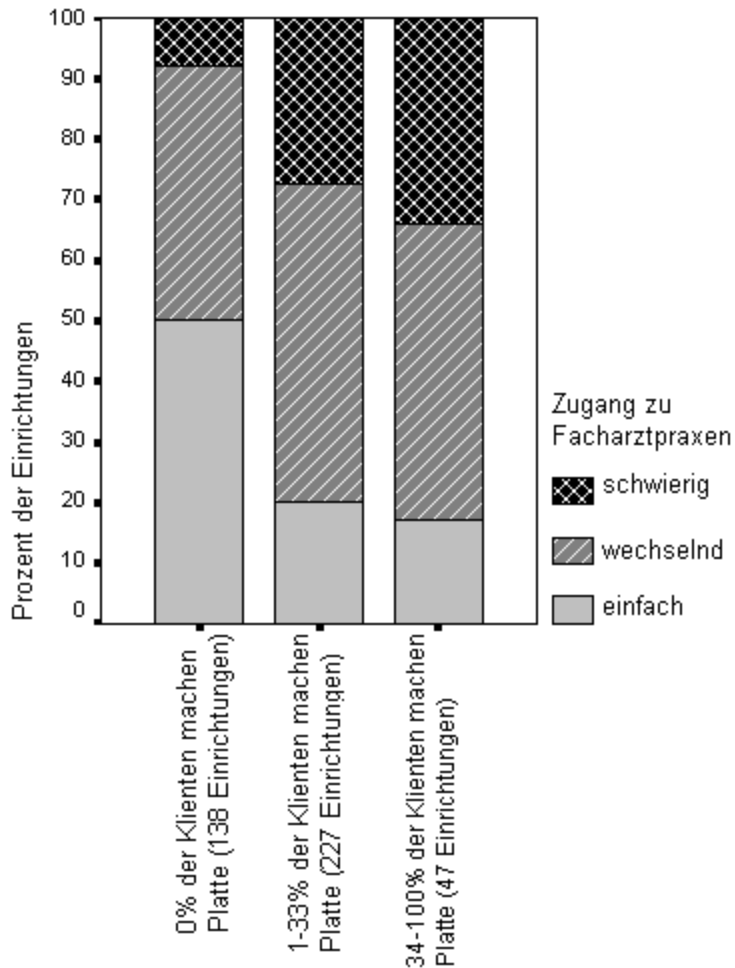


Diagramm 8: Zugang zu Praxen niedergelassener Fachärzte, nach Anteil Platte machender Klienten der Einrichtungen aufgegliedert. (N=412 Einrichtungen, 56 der antwortenden Einrichtungen machten keine Angaben zur Zugänglichkeit von Facharztpraxen oder zum Anteil Platte machender Wohnungsloser in ihrem Klientel, diese wurden nicht berücksichtigt.)

Das Diagramm 8 macht anschaulich, dass Einrichtungen, die keine Platte machenden Wohnungslosen betreuen, zu 50% den Zugang zu Facharztpraxen als einfach bewerteten. Einrichtungen hingegen, die mehr als 33% Platte machende Wohnungslose betreuen, bewerteten den Zugang zu Facharztpraxen nur zu 17% als einfach. Je mehr Wohnungslose von der Platte eine Einrichtung also betreut, desto schwieriger ist es für ihre Klienten, sich Zugang zu einer Facharztpraxis zu verschaffen. Dieser Zusammenhang ist von allen Leistungserbringern bei den Facharztpraxen am ausgeprägtesten nachweisbar. Der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffi-

zient von 0,327 für diese Beziehung deutet auf einen deutlichen monotonen Zusammenhang hin.

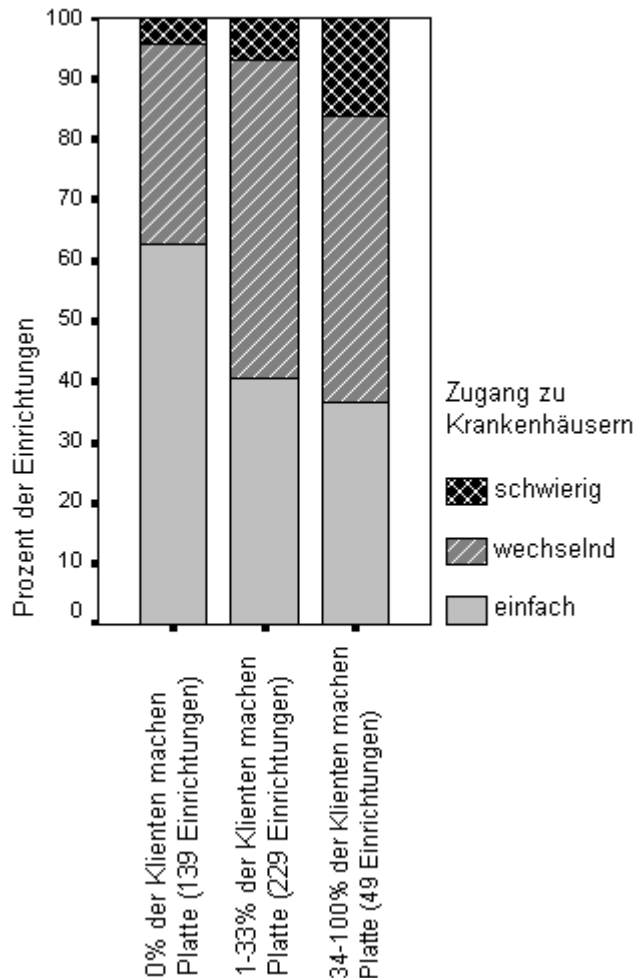


Diagramm 9: Zugang zu allgemeinen Krankenhäusern, nach Anteil Platte machender Klienten der Einrichtungen aufgegliedert. (N=417 Einrichtungen, 51 der antwortenden Einrichtungen machten keine Angaben zur Zugänglichkeit von Krankenhäusern oder zum Anteil Platte machender Wohnungsloser in ihrem Klientel, diese wurden nicht berücksichtigt.)

Das Diagramm 9 verdeutlicht, dass 62,6% der Einrichtungen ohne Klienten von der Platte den Zugang zu allgemeinen, d.h. somatischen Krankenhäusern mit „einfach“ bezeichnen, gegen 36,7% der Einrichtungen mit mehr als jedem Dritten Klienten von der Platte. Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman beträgt 0,215.

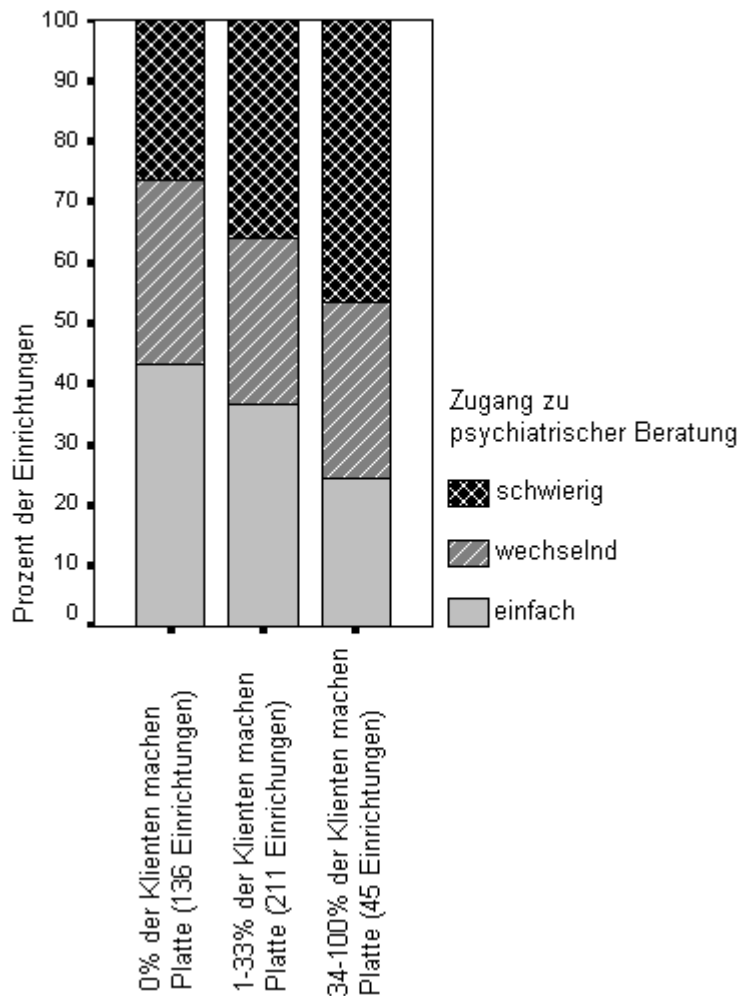


Diagramm 10: Zugang zu psychiatrischer Beratung, nach Anteil Platte machender Klienten der Einrichtungen aufgliedert. (N=392 Einrichtungen, 76 der antwortenden Einrichtungen machten keine Angaben zur Zugänglichkeit von psychiatrischer Beratung oder zum Anteil Platte machender Wohnungsloser in ihrem Klientel, diese wurden nicht berücksichtigt.)

43,4% der Einrichtungen ohne Platte machende Wohnungslose bezeichneten den Zugang zu psychiatrischen Beratungsstellen als „einfach“ gegen 24,4% der Einrichtungen mit mehr als 33% der Klienten von der Platte (Diagramm 10). Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman für diesen Zusammenhang beträgt 0,138.

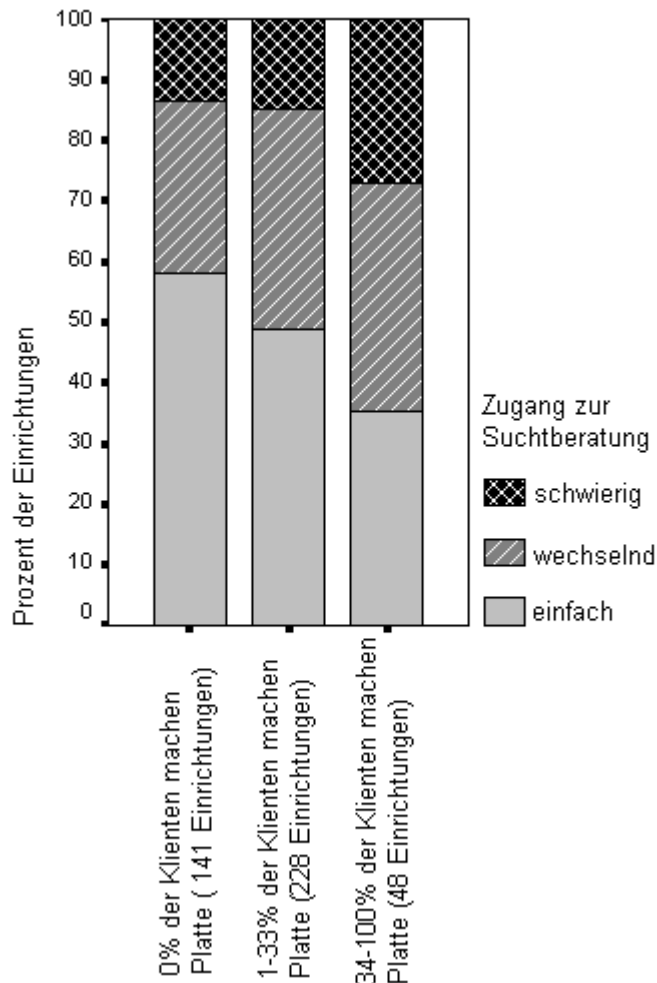


Diagramm 11: Zugang zur Suchtberatung, nach Anteil Platte machender Klienten der Einrichtungen aufgliedert. (N=417 Einrichtungen, 51 der antwortenden Einrichtungen machten keine Angaben zur Zugänglichkeit von Suchtberatung oder zum Anteil Platte machender Wohnungsloser in ihrem Klientel, diese wurden nicht berücksichtigt.)

Das Diagramm 11 zeigt, dass 58,2% der Einrichtungen ohne Wohnungslose von der Platte unter ihren Klienten den Zugang zur Suchtberatung als „einfach“ bezeichnen, hingegen nur 35,4% der Einrichtungen mit mehr als 33% der Klienten, die Platte machen.

Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman beträgt 0,136.

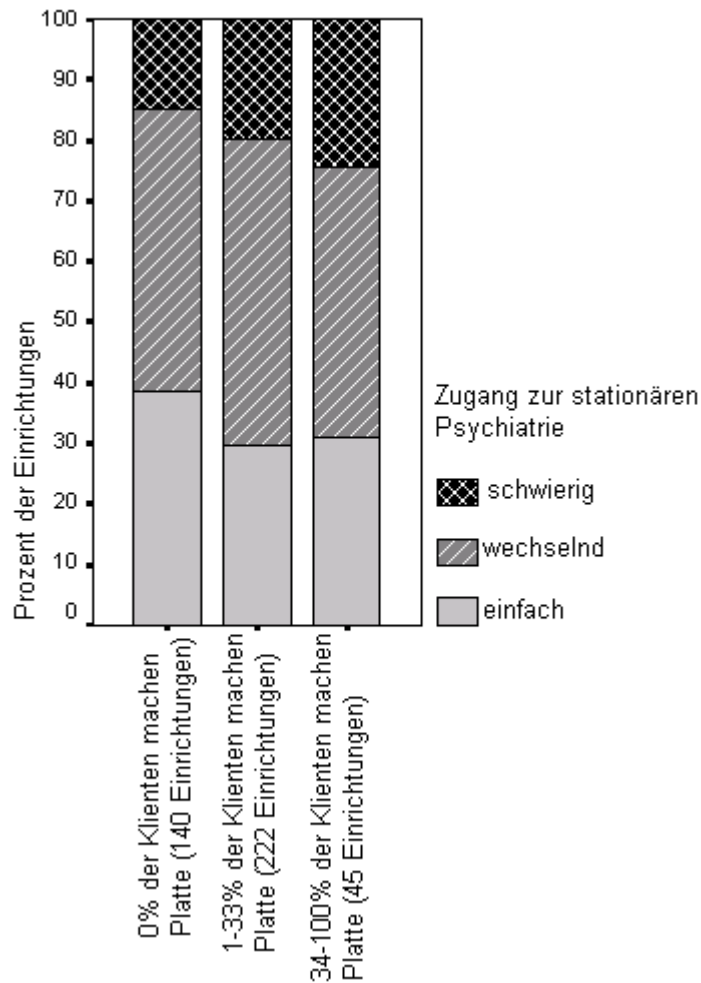


Diagramm 12: Zugang zur stationären Psychiatrie, nach Anteil Platte machender Klienten der Einrichtungen aufgliedert. (N=407 Einrichtungen, 61 der antwortenden Einrichtungen machten keine Angaben zur Zugänglichkeit der stationären Psychiatrischen Versorgung oder zum Anteil Platte machender Wohnungsloser in ihrem Klientel, diese wurden nicht berücksichtigt.)

Der Zugang zur stationären psychiatrischen Versorgung hing von allen medizinischen Hilfeangeboten am wenigsten vom Anteil Platte machender Klienten einer Einrichtung ab (Diagramm 12). 15% der Einrichtungen ohne Platte machende Klienten bewerteten den Zugang als schwierig, von den Einrichtungen mit mehr als 33% Platte machende Klienten waren dies knapp 25%. Der Rangreihenkorrelationskoeffizient nach Spearman war mit 0,093 daher verhältnismäßig klein.

Leistung der Regelversorgung	Rangreihen-Korrelationskoeffizient nach Spearman (zur Korrelation des Anteils Platte machender Klienten mit dem Zugang zum medizinischen Angebot)
Allgemeinarztpraxis	0,199
Facharztpraxis	0,327
Fußpflege	0,212
Optiker	0,218
Zahnarzt	0,201
Psychiatrische Beratung	0,138
Stationäre Psychiatrie	0,093
Suchtberatung	0,136
Stationäre Entwöhnung	0,103
Allgemeines Krankenhaus	0,215

*Tabelle 15: Rangreihenkorrelationskoeffizienten nach Spearman zwischen dem Anteil Platte machender Klienten (in 3 Merkmalsausprägungen aufgeteilt) und dem Zugang zum betreffenden medizinischen Angebot. (Zwischen 0 und +1 bezeichnet der Betrag des Koeffizienten die Regelmäßigkeit mit der Einrichtungen mit Klienten von der Platte den Zugang **schlechter** bewerten als Einrichtungen ohne Wohnungslose von der Platte. Zwischen 0 und -1 würde der Betrag des Koeffizienten die Regelmäßigkeit bezeichnen, mit der Einrichtungen mit Klienten von der Platte den Zugang **besser** bewerten als Einrichtungen ohne Wohnungslose von der Platte. [Kühnel 2002, S. 297])*

Aus der Beobachtung, dass Einrichtungen von umso schlechterem Zugang zu den Einrichtungen des Gesundheitssystems berichten, je mehr Wohnungslose von der Platte sie unter ihren Klienten haben, kann gefolgert werden, dass die stärker marginalisierten und institutionell mehr entkoppelten Wohnungslosen, die auf der Straße schlafen, besonders große Probleme beim Zugang zum regulären Gesundheitssystem haben. Dabei betrifft diese im Verhältnis noch schlechtere Zugänglichkeit für besonders marginalisierte Wohnungslose die somatischen Leistungserbringer des regulären Gesundheitssystems im Durchschnitt stärker als die psychiatrischen und suchtmmedizinischen Angebote des Gesundheitssystems, wie die Tabelle 15 im Überblick darstellt.

5.1.4.4 Zugang zu niederschweligen medizinischen Leistungen für Platte machende Wohnungslose

Betrachtet man den Zugang zu niederschweligen Allgemeinarztpraxen und Sprechstunden (Diagramm 13), dann wird deutlich, dass der Zugang zur niederschweligen allgemeinmedizinischen Versorgung von den Institutionen als einfacher eingeschätzt wird, die Wohnungslose versorgen, die Platte machen. Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman beträgt für die-

sen schwach ausgeprägten inversen Zusammenhang $-0,128$. Dies weist darauf hin, dass niederschwellige allgemeinärztliche Versorgung für die Platte machenden und andere besonders stark marginalisierte Wohnungslose, die ansonsten wenig Kontakt zu Institutionen haben, besser zugänglich sind.

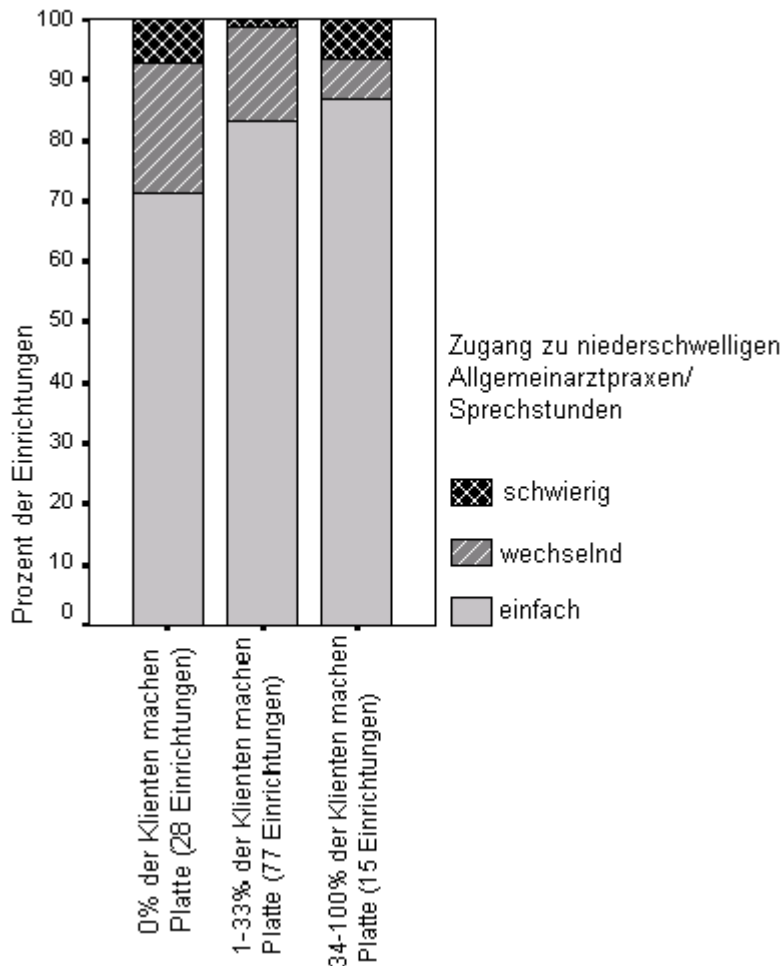


Diagramm 13: Zugang zu niederschwelligen Allgemeinarztpraxen oder Sprechstunden, nach Anteil Platte machender Klienten der Einrichtungen aufgegliedert. (N=120 Einrichtungen, 248 der antwortenden Einrichtungen machten keine Angaben zur Zugänglichkeit von allgemeinmedizinischen Sprechstunden oder hatten dieses Angebot nicht in erreichbarer Nähe, oder es fehlte die Angabe zum Anteil Platte machender Wohnungsloser im Klientel. Diese Einrichtungen wurden nicht berücksichtigt.)

Auch bei der niederschwelligen Fußpflege (Diagramm 14) findet sich mit einem Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizient von $-0,124$ ein schwacher inverser Zusammenhang zwischen Anteil der Platte machenden Wohnungslosen im Klientel einer Einrichtung und deren Bewertung des Zugangs zur niederschwelligen Fußpflege, was ebenfalls auf eine bessere Zugänglichkeit für diese besonders stark marginalisierte Gruppe schließen lässt.

Die Zugänglichkeit der niederschweligen zahnmedizinischen Versorgung wurde nur von 26 Einrichtungen bewertet, deren Antworten keinen Zusammenhang zwischen dem Anteil Platte machender Klienten und dem Zugang zu diesem Angebot zeigten.

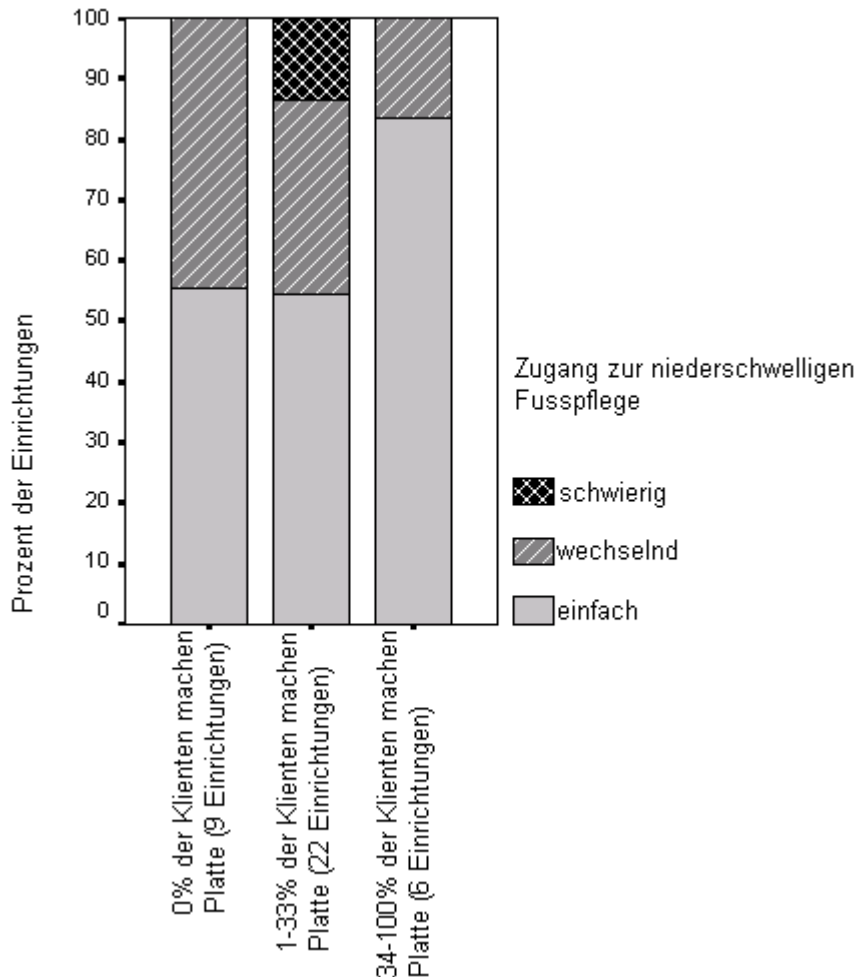


Diagramm 14: Zugang zu niederschweligen Fußpflege, nach Anteil Platte machender Klienten der Einrichtungen aufgliedert. (N=37 Einrichtungen, 431 der antwortenden Einrichtungen machten keine Angaben zur Zugänglichkeit von niederschwelliger Fußpflege oder hatten dieses Angebot nicht in erreichbarer Nähe, oder es fehlte die Angabe zum Anteil Platte machender Wohnungsloser im Klientel. Diese Einrichtungen wurden nicht berücksichtigt.)

Der Zugang zur niederschweligen psychiatrischen Beratung (Diagramm 15) und zur niederschweligen Suchtberatung (Diagramm 16) wird, verglichen mit den entsprechenden Angeboten der Regelversorgung, als deutlich einfacher bewertet. Das gilt sowohl für die Bewertung durch Einrichtungen, die Platte machende Wohnungslose versorgen, als auch für Einrichtungen, die keine Platte machenden Wohnungslosen unter ihren Klienten haben. Trotzdem zeigt sich, dass diese Leistungen in Einrichtungen mit Wohnungslosen, die Platte machen, als schlechter zugänglich bewertet werden als in Einrichtungen ohne Platte machende Klienten. Dies unterscheidet niederschwellige psychiatrische Beratung und niederschwellige Suchtbera-

tung von den niederschweligen allgemeinmedizinischen Angeboten und der niederschweligen Fußpflege, die in Einrichtungen mit Platte machenden Wohnungslosen als leichter zugänglich bewertet worden waren als in Einrichtungen ohne Platte machende Wohnungslose. Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman beträgt für den Zusammenhang von Zugänglichkeit von psychiatrischer Beratung und dem Anteil Platte machender Wohnungsloser im Klientel 0,173 und entsprechend für die Suchtberatung 0,188.

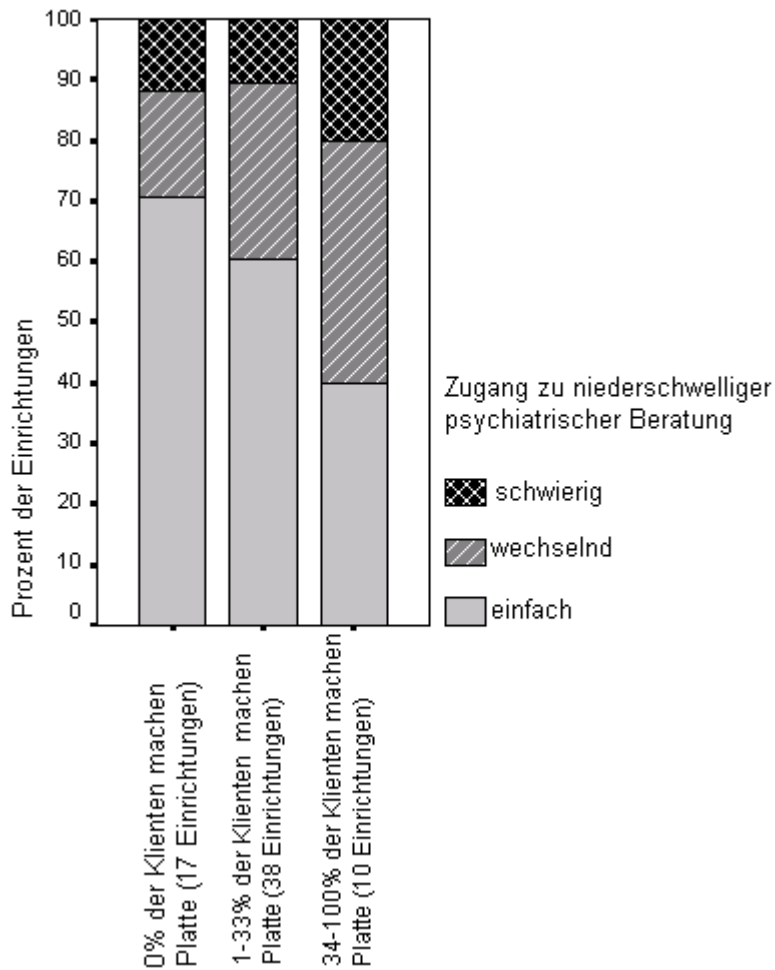


Diagramm 15: Zugang zu niederschwelliger psychiatrischer Beratung, nach Anteil Platte machender Klienten der Einrichtungen aufgegliedert. (N=65 Einrichtungen, 403 der antwortenden Einrichtungen machten keine Angaben zur Zugänglichkeit von niederschwelliger psychiatrischer Beratung oder hatten dieses Angebot nicht in erreichbarer Nähe, oder es fehlte die Angabe zum Anteil Platte machender Wohnungsloser im Klientel. Diese Einrichtungen wurden nicht berücksichtigt.)

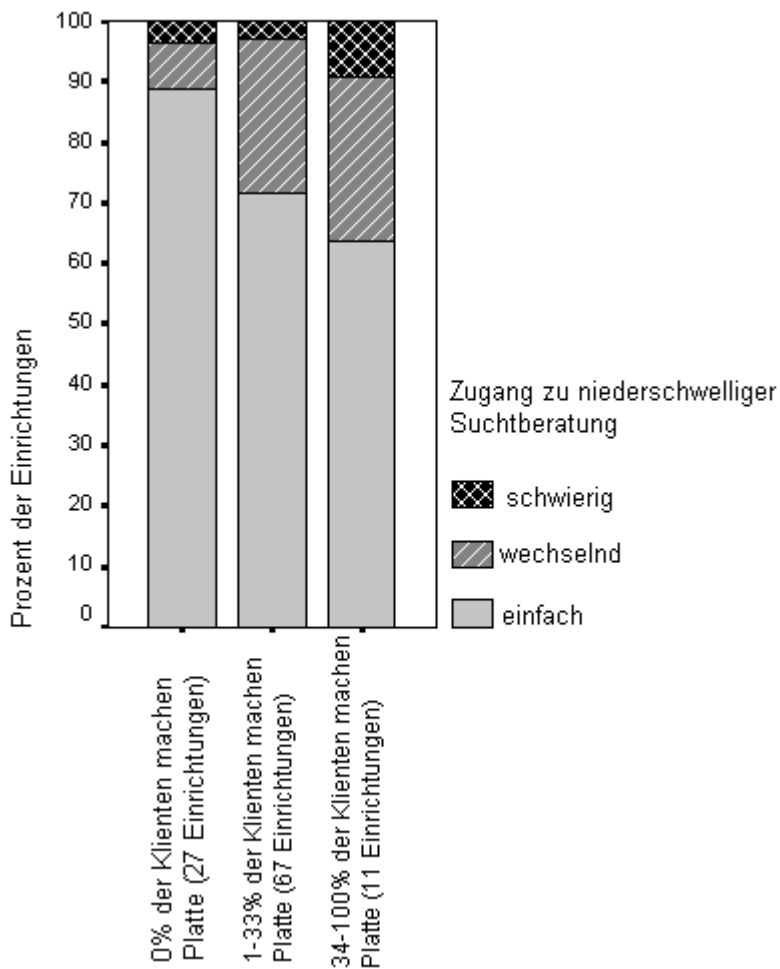


Diagramm 16: Zugang zu niederschwelliger Suchtberatung, nach Anteil Platte machender Klienten der Einrichtungen aufgegliedert. (N=105 Einrichtungen, 363 der antwortenden Einrichtungen machten keine Angaben zur Zugänglichkeit von niederschwelliger Suchtberatung oder hatten dieses Angebot nicht in erreichbarer Nähe, oder es fehlte die Angabe zum Anteil Platte machender Wohnungsloser im Klientel. Diese Einrichtungen wurden nicht berücksichtigt.)

Die vorliegende Untersuchung kann also für praktisch alle Formen der niederschweligen medizinischen Hilfe zeigen, dass sie für Wohnungslose besser zugänglich sind als die Angebote des regulären Gesundheitssystems. Für die allgemeinmedizinische niederschweligen Praxen und Sprechstunden sowie die niederschwellige Fußpflege ergibt sich zusätzlich, dass sie besonders gut für die stark marginalisierten Wohnungslosen, die Platte machen, zugänglich sind. Die Tabelle 16 zeigt dies zusammenfassend.

Niederschwelliges medizinisches Angebot	Rangreihen-Korrelationskoeffizient nach Spearman (zur Korrelation des Anteils Platte machender Klienten mit dem Zugang zum medizinischen Angebot)
Niederschwellige allgemeinmedizinische Sprechstunde/ Praxis	-0,128
Niederschwellige Fußpflege	-0,124
Niederschwelliger Zahnarzt	-0,007
Niederschwellige psychiatrische Beratung	0,173
Niederschwellige Suchtberatung	0,188

Tabelle 16: Spearmansche Rangreihnekorrelationskoeffizienten zwischen dem Anteil Platte machender Klienten (in 3 Merkmalsausprägungen aufgeteilt) und dem Zugang zum betreffenden niederschwelligen medizinischen Angebot. (Zwischen 0 und +1 bezeichnet der Betrag des Koeffizienten die Regelmäßigkeit mit der Einrichtungen mit Klienten von der Platte den Zugang schlechter bewerten als Einrichtungen ohne Wohnungslose von der Platte. Zwischen 0 und -1 bezeichnet der Betrag des Koeffizienten die Regelmäßigkeit mit der Einrichtungen mit Klienten von der Platte den Zugang besser bewerten als Einrichtungen ohne Wohnungslose von der Platte. [Kühnel 2002, S. 297])

5.1.4.5 Zugang zu medizinischen Leistungen in den Bundesländern

Der folgende Abschnitt betrachtet die Bewertung der Zugänglichkeit einzelner Leistungen des regulären Gesundheitssystems durch Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nach Bundesländern aufgeteilt. Die Auswertung beschränkt sich dabei auf die Darstellung in Balkendiagrammen, da die Bildung eines Wertungsscores, der über eine Verrechnung von guten und schlechten Bewertungen die Erstellung einer Rangliste der Bundesländer zugelassen hätte¹⁴, bei nur ordinalem Skalenniveau der Bewertungen (Zugang schwierig/wechselnd/einfach) nicht ausreichend aussagekräftig ist.

Das die Allgemeinarztpraxen betreffende Diagramm 17 wurde diesem Abschnitt direkt angefügt, die die übrigen Leistungen des regulären Gesundheitssystems betreffenden Diagramme 39 bis 47 sind im Anhang einsehbar.

Insgesamt ist auffällig, dass die Einrichtungen in der Bundeshauptstadt im Vergleich mit den anderen Bundesländern bei jedem medizinischen Angebot des regulären Gesundheitssystems zum geringsten Teil den Zugang als gut bewerten. Einzige Ausnahme war die Fußpflege, die in drei anderen Bundesländern noch seltener als einfach zugänglich bewertet wurde. Hier erreichte Berlin aber nicht die zur Aufnahme in das Diagramm erforderliche Anzahl von 10

¹⁴ In der Untersuchung von Pleace (1999) wurde so vorgegangen.

wertenden Einrichtungen¹⁵. Die Gründe für dieses festgestellte Defizit können durch die mittels der Fragebögen erhobenen Daten nicht erhellt werden.

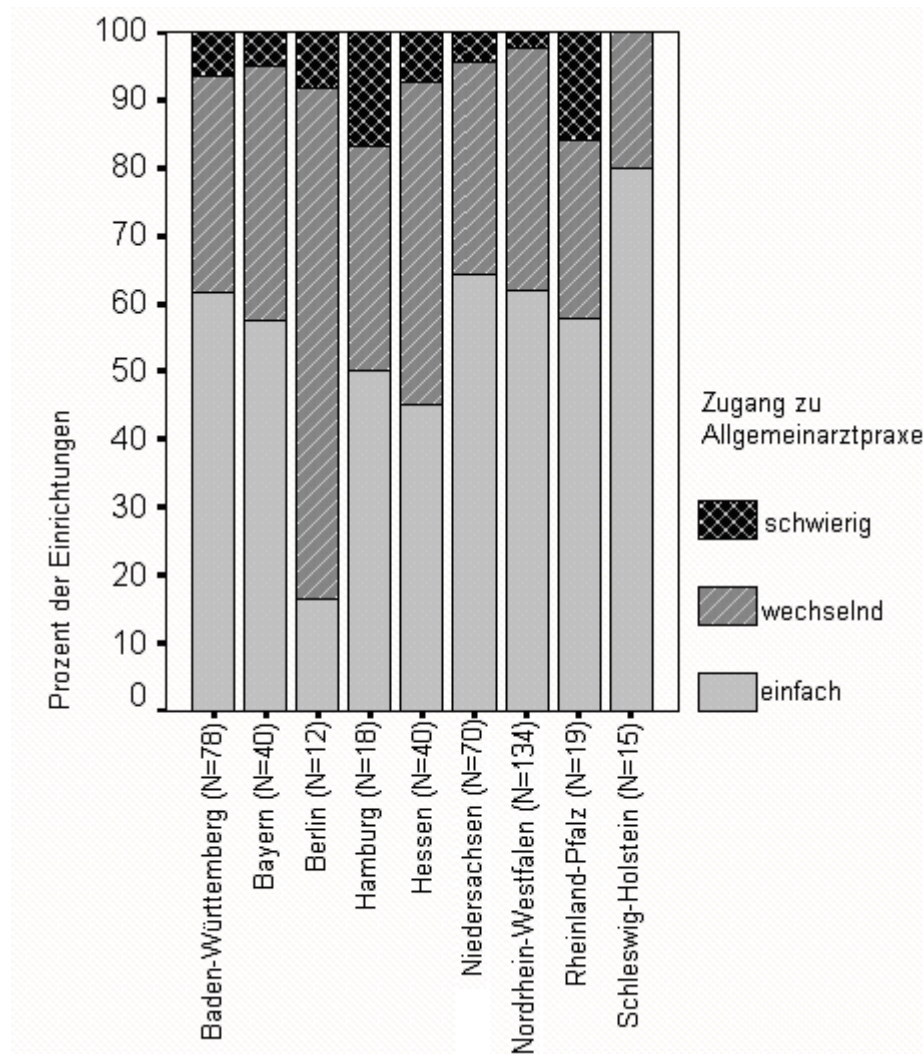


Diagramm 17: Zugang zu regulären Allgemeinarztpraxen nach Bundesländern aufgliedert. (Einrichtungen aus Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland, Sachsen und Thüringen wurden bei weniger als 10 antwortenden Einrichtungen je Bundesland nicht dargestellt.)

Auffällig ist die gegenüber den anderen Leistungen des Gesundheitssystems größere Inhomogenität der Bewertungen des Zugangs zur stationären Psychiatrie. Diesen bewerten neben den Einrichtungen Berlin und Hamburg in einem geringeren Ausmaß auch die niedersächsischen Einrichtungen als schlechter.

Positiv fällt hingegen Schleswig-Holstein auf. Bei Allgemeinarztpraxen, niedergelassenen Fachärzten, Optikern, Zahnärzten, stationärer Psychiatrie und allgemeinen Krankenhäusern

¹⁵ Daten über Gruppen von weniger als 10 Einrichtungen wurden grundsätzlich nicht veröffentlicht, um die Zuordnung von Bewertungen zu einzelnen Einrichtungen nicht zu ermöglichen.

bewertete ein höherer Anteil von Einrichtungen den Zugang in Schleswig-Holstein mit „einfach“ als in jedem anderen Bundesland. Anders fiel jedoch die Bewertung des Zugangs zu psychiatrischer Beratung in Schleswig-Holstein aus. Hier wurde der Zugang nach Berlin am zweithäufigsten mit „schwierig“ bewertet.

Bemerkt werden muss, dass die auffälligsten Abweichungen von den eher homogen anmutenden Ergebnissen mit Berlin und Schleswig-Holstein in den beiden kleinsten Gruppen auftraten, die die Mindestzahl von 10 wertenden Einrichtungen, die für die Aufnahme in die Ergebnisdarstellung als notwendig festgesetzt wurde, noch erreichten.

5.1.4.6 Zugang zum Gesundheitssystem im Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern

Um eine Aussage über die Zugänglichkeit regulärer Allgemeinarztpraxen in den ostdeutschen, ehemals zur DDR gehörenden Bundesländern machen zu können, obwohl keines dieser Länder die zur Auswertung erforderliche Zahl von 10 antwortenden Einrichtungen erreichte¹⁶, wurden diese zusammengefasst und mit den zusammengefassten Daten der westdeutschen, bereits vor der Wiedervereinigung zur BRD gehörenden Bundesländer verglichen (Tabelle 17). Die Einrichtungen in Berlin wurden dabei nicht berücksichtigt, da eine Zuordnung als altes oder neues Bundesland nicht ohne weiteres möglich wäre.

Im Vergleich zeigt sich, dass die Facharztpraxen, allgemeine Krankenhäuser und stationäre psychiatrische Behandlung in den neuen Bundesländern von etwas weniger Einrichtungen als leicht zugänglich beurteilt werden als in den alten Bundesländern. Für alle anderen medizinischen Angebote wird eine bessere Zugänglichkeit von den Einrichtungen der neuen Bundesländer attestiert. Berücksichtigt man, dass im Osten der Anteil von Platte machenden Wohnungslosen unter den Klienten der Einrichtungen um ein Mehrfaches geringer ist als im Westen, und dass, wie weiter oben bereits dargestellt worden ist, der Zugang zu medizinischen Leistungen, insbesondere zu den somatischen Leistungen des Gesundheitssystems, für Wohnungslose, die Platte machen, besonders erschwert ist, so entspricht eine bessere Beurteilung der Zugänglichkeit der medizinischen Leistungen in Ostdeutschland den Erwartungen.

¹⁶ Daten über Gruppen von weniger als 10 Einrichtungen wurden grundsätzlich nicht veröffentlicht, um die Zuordnung von Bewertungen zu einzelnen Einrichtungen nicht zu ermöglichen.

Medizinisches Angebot	Neue/alte Bundesländer	Zugang einfach	Zugang wechselnd	Zugang schwierig	Datenbasis (Einrichtungen)
Allgemeinarzt-praxen	neue	66,7%	33,3%	-	21
	alte	60,2%	34,4%	5,5%	421
Facharztpraxen	neue	19,0%	57,1%	23,8%	21
	alte	30,8%	47,4%	21,8%	409
Fußpflege	neue	27,8%	11,1%	61,1%	18
	alte	15,6%	19,3%	65,1%	347
Optiker	neue	47,6%	23,8%	28,6%	21
	alte	33,0%	37,7%	29,3%	379
Zahnarzt	neue	45,5%	36,4%	18,2%	22
	alte	42,2%	33,8%	24,0%	408
Psychiatrische Beratung	neue	50,0%	20,0%	30,0%	20
	alte	38,3%	28,8%	32,9%	392
Stationäre Psychiatrie	neue	23,8%	47,6%	28,6%	21
	alte	35,1%	48,1%	16,8%	405
Suchtberatung	neue	72,7%	4,5%	22,7%	22
	alte	51,7%	33,6%	14,7%	414
Stationäre Entwöhnung	neue	40,9%	50,0%	9,1%	22
	alte	37,5%	46,0%	16,6%	415
Allgemeines Krankenhaus	neue	38,1%	61,9%	-	21
	alte	50,0%	42,5%	7,5%	416

Tabelle 17: Zugänglichkeit der Leistungen des regulären Gesundheitssystems in den alten und neuen Bundesländern. (12 Einrichtungen in Berlin wurden, da sie nicht eindeutig alten oder neuen Bundesländern zugeordnet werden konnten, nicht berücksichtigt. Zwischen 0 und 4 der Einrichtungen in den neuen Bundesländern und zwischen 13 und 87 der Einrichtungen in den alten Bundesländern machten keine Angaben über den Zugang zu einzelnen medizinischen Angeboten, diese wurden ebenfalls nicht berücksichtigt.)

5.1.4.7 Zugang zu medizinischen Leistungen und Siedlungsstruktur

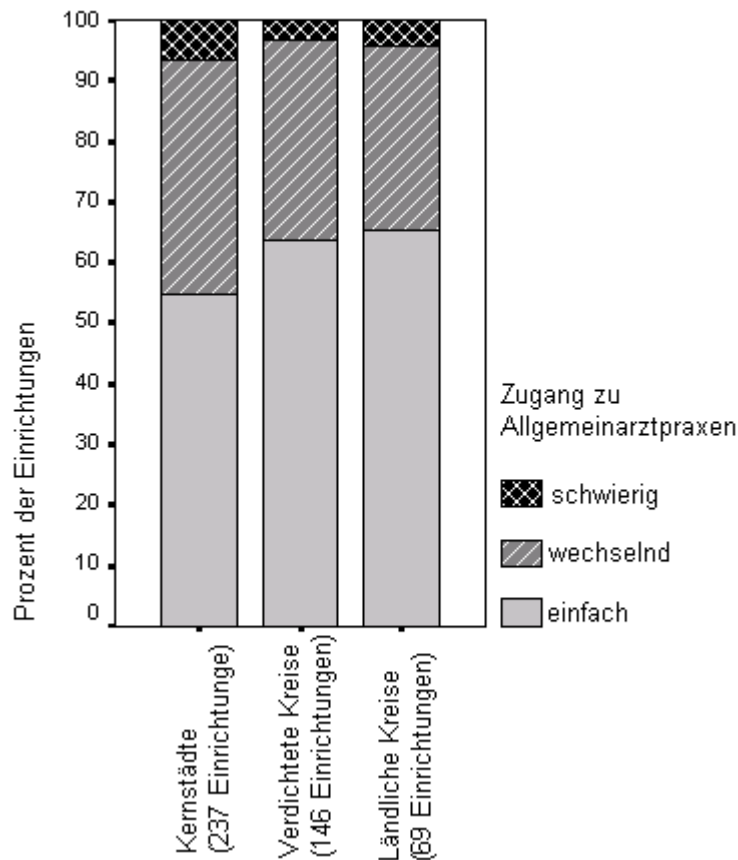


Diagramm 18: Zugang zu niedergelassenen Allgemeinärzten, nach siedlungsstruktureller Umgebung der Einrichtungen aufgeteilt. (N=452 Einrichtungen, 2 Einrichtungen konnten keinem siedlungsstrukturellen Kreistyp zugeordnet werden, 14 Einrichtungen machten keine Angaben zur Zugänglichkeit von Allgemeinarztpraxen, diese Einrichtungen wurden nicht berücksichtigt.)

Beim Vergleich der Zugänglichkeit der Leistungen des regulären Gesundheitssystems ergeben sich kaum Unterschiede zwischen ländlichem und städtischem Umfeld. Als Beispiel ist im Diagramm 18 die Zugänglichkeit der Allgemeinarztpraxen nach Kreistypen aufgeschlüsselt dargestellt. Es zeigt eine geringfügig bessere Zugänglichkeit in verdichteten und ländlichen Kreisen im Vergleich mit den Kernstädten. Der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient für diesen schwachen Zusammenhang beträgt -0,096. Die Rangkorrelationskoeffizienten zur Beziehung zwischen Zugänglichkeit aller Leistungen des regulären Gesundheitssystems und Siedlungsstruktur sind in der folgenden Tabelle 18 aufgeführt. Es zeigen sich - wenn überhaupt - nur schwache Beziehungen. Neben den Allgemeinarztpraxen werden auch die allgemeinen Krankenhäuser im ländlichen Raum als etwas besser zugänglich bewertet, Facharztpraxen sind dagegen auf dem Land geringfügig schlechter zugänglich.

Medizinische Leistung	Korrelationskoeffizient nach Spearman zur Beziehung zwischen Zugänglichkeit und Siedlungsstruktur (Kernstadt/verdichteter Kreis/ländlicher Kreis)	Datenbasis (Einrichtungen)
Allgemeinarztpraxis	-0,098	452
Facharztpraxis	0,057	440
Fußpflege	0,004	371
Optiker	-0,039	408
Zahnarzt	0,005	440
Psychiatrische Beratung	-0,042	420
Stationäre Psychiatrie	0,014	435
Suchtberatung	0,041	445
Stationäre Entwöhnung	0,000	446
Allgemeines Krankenhaus	-0,086	446

*Tabelle 18: Stärke der Beziehung zwischen Zugänglichkeit medizinischer Leistungen und Siedlungsstruktur. (Zwischen 0 und +1 bezeichnet der Betrag des Koeffizienten die Regelmäßigkeit mit der Einrichtungen in ländlicheren den Zugang **schlechter** bewerten als Einrichtungen in städtischeren. Zwischen 0 und -1 bezeichnet der Betrag des Koeffizienten die Regelmäßigkeit mit der Einrichtungen in ländlicheren Gebieten den Zugang **besser** bewerten als Einrichtungen in städtischeren Gebieten [Kühnel 2002, S. 297]. Zwischen 14 und 95 der antwortenden Einrichtungen, die keine Angaben zur Zugänglichkeit einzelner medizinischer Leistungen machten, und zwei Einrichtungen die keinem siedlungsstrukturellen Kreistyp zugeordnet werden konnten, wurden nicht berücksichtigt.)*

5.1.4.8 Verfügbarkeit niederschwelliger medizinischer Hilfen und Zugänglichkeit der Regelversorgung

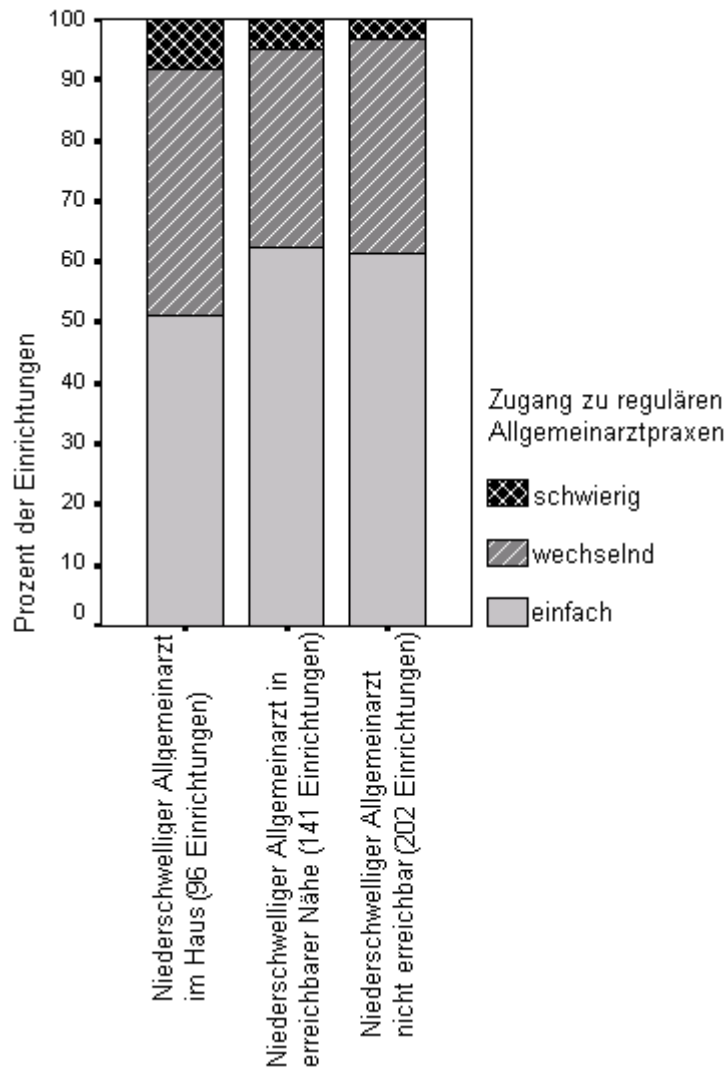


Diagramm 19: Zugänglichkeit regulärer Allgemeinarztpraxen nach Verfügbarkeit niederschwelliger Allgemeinmedizinischer Hilfen aufgegliedert. (N=439 Einrichtungen, Einrichtungen, die keine Angaben zur Verfügbarkeit niederschwelliger allgemeinmedizinischer Hilfen oder über den Zugang zu regulären allgemeinmedizinischen Praxen machten, wurden nicht berücksichtigt.)

Ein Ziel der niederschwelligen medizinischen Versorgung sollte es sein, die Klienten im Sinne einer Normalisierung der Lebensumstände und auch im Interesse einer umfassenderen medizinischen Betreuung dem regulären Gesundheitssystem zuzuführen [Kunstmann 1999]. Die in dieser Studie erhobenen Daten geben keinen Hinweis darauf, dass dort, wo niederschwellige allgemeinmedizinische Hilfe verfügbar ist, die Zugänglichkeit des regulären Gesundheitssystems besser ist als dort, wo keine niederschwellige allgemeinmedizinische Hilfe vorhanden ist (Diagramm 19, Spearman'scher Rangkorrelationskoeffizient $-0,075$).

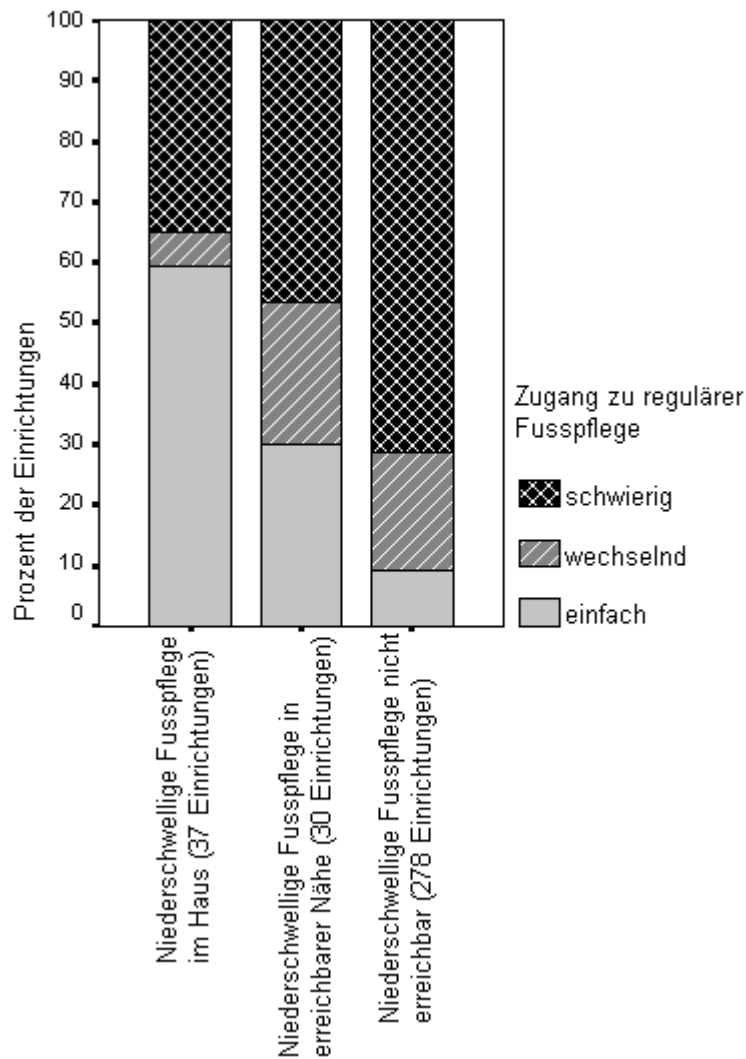


Diagramm 20: Zugang zu regulärer Fußpflege nach Verfügbarkeit niederschwelliger Fußpflege aufgegliedert. (N=345. Einrichtungen, Einrichtungen, die keine Angaben zur Verfügbarkeit niederschwelliger Fußpflege oder über den Zugang zu regulärer Fußpflege machten, wurden nicht berücksichtigt.)

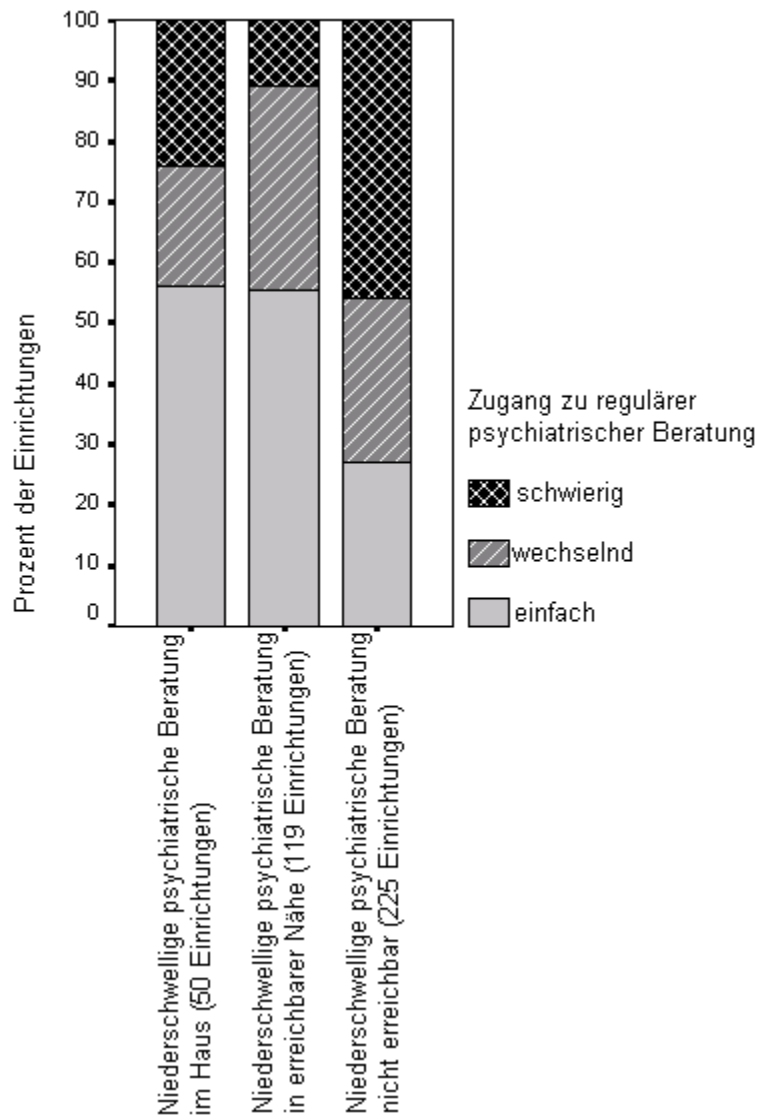


Diagramm 21: Zugang zu regulärer psychiatrischer Beratung nach Verfügbarkeit niederschwelliger psychiatrischer Beratung aufgegliedert. (N=394 Einrichtungen, Einrichtungen, die keine Angaben zur Zugänglichkeit regulärer psychiatrischer Beratung oder zur Erreichbarkeit niederschwelliger psychiatrischer Beratung machten, wurden nicht berücksichtigt.)

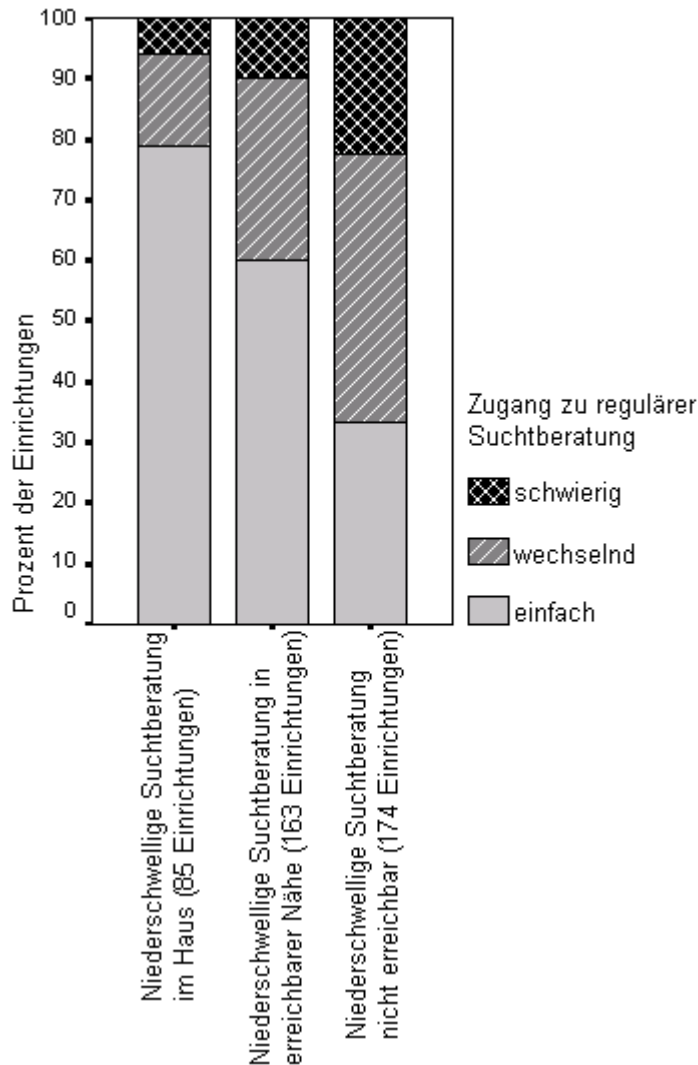


Diagramm 22: Zugang zu regulärer Suchtberatung nach Verfügbarkeit niederschwelliger Suchtberatung aufgegliedert. (N=422 Einrichtungen, Einrichtungen, die keine Angaben zur Zugänglichkeit regulärer Suchtberatung oder zur Erreichbarkeit niederschwelliger Suchtberatung machten, wurden nicht berücksichtigt.)

Dagegen zeigt sich dass dort, wo niederschwellige Fußpflege verfügbar ist, die Verfügbarkeit von Fußpflege aus dem regulären Gesundheitssystem besser ist (Diagramm 20, Spearman'scher Rangkorrelationskoeffizient 0,322). Dasselbe gilt für psychiatrische Beratung (Diagramm 21, Korrelationskoeffizient 0,326) und Suchtberatung (Diagramm 22, Korrelationskoeffizient 0,354). Die Begründung für diesen Unterschied ist darin zu vermuten, dass diese niederschwelligen Angebote im Regelfall gleichzeitig Funktion des regulären Gesundheitssystems und des niederschwelligen Systems sind.

5.1.5 Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes auf die medizinische Versorgung Wohnungsloser

5.1.5.1 Zugangsverschlechterung durch die „Praxisgebühr“

In Deutschland wurde zum 1. Juli 2004 für in gesetzlichen Krankenkassen versicherte Patienten die so genannte „Praxisgebühr“ neu eingeführt, die niedergelassene Ärzte und Krankenhausambulanzen verpflichtet, beim jeweils ersten Arztbesuch im Quartal einen Betrag von 10 Euro vom Patienten einzuziehen. Dabei handelt es sich, wie auch von mehreren der antwortenden Einrichtungen auf den Fragebögen angemerkt wurde, nicht um die einzige Gebühr, die die Patienten tragen müssen, Zuzahlungen werden auch bei Krankenhausaufenthalten sowie Arznei-, Heilmittel- und Hilfsmittelverordnungen verlangt. Bei der Konzeption des Fragebogens wurden, um den Umfang in Grenzen zu halten, nur Fragen zur „Praxisgebühr“ eingeschlossen, die als wohl prominenteste Gebühr zudem in besonders engem Zusammenhang mit dem Zugang in das Gesundheitssystem steht.

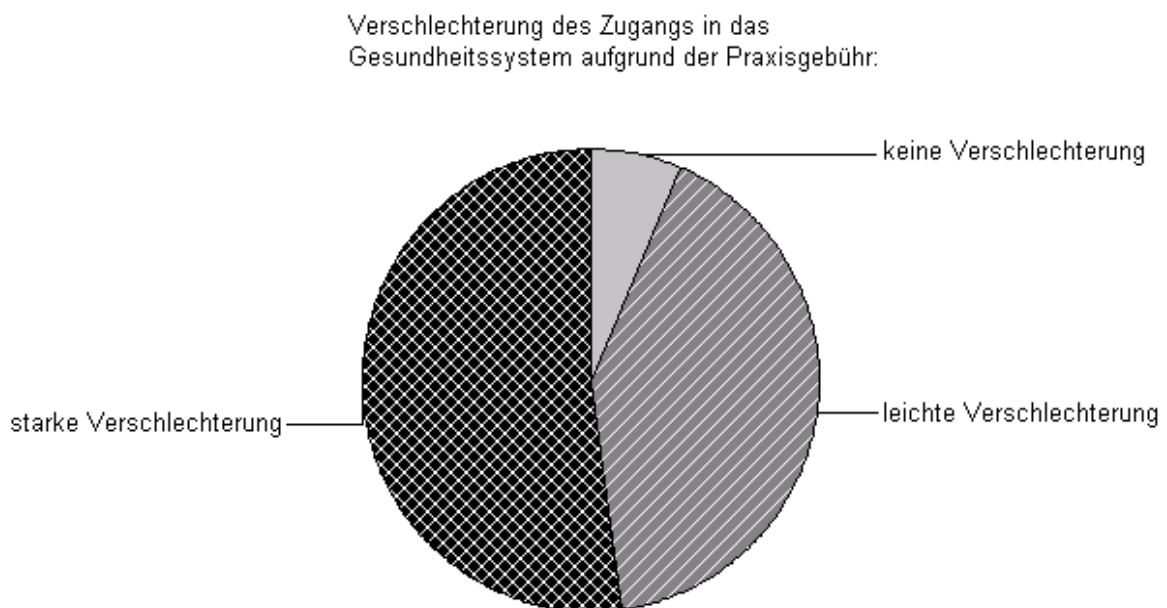


Diagramm 23: Verschlechterung des Zugangs in das Gesundheitssystem aufgrund der Einführung der „Praxisgebühr“. (N=451 Einrichtungen. 17 Einrichtungen, die keine Angaben zur Veränderung des Zugangs durch die „Praxisgebühr“ gemacht hatten, wurden nicht berücksichtigt.)

Fast alle der antwortenden Einrichtungen sehen eine Verschlechterung des Zugangs Wohnungsloser in das Gesundheitssystem auf Grund der Einführung der „Praxisgebühr“. 52,1% der Einrichtungen geben an, der Zugang habe sich stark verschlechtert, 41,5% bewerten die

Verschlechterung mit „leicht“. 6,4% der Einrichtungen geben an, dass sich der Zugang nicht verändert habe (Diagramm 23).

Die Aufschlüsselung der Auswirkungen der „Praxisgebühr“ nach Bundesländern (Diagramm 24) lässt besondere Schwierigkeiten in Hamburg erkennen. In Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein stellt sich die Situation tendenziell etwas besser im Vergleich zu den übrigen Bundesländern dar.

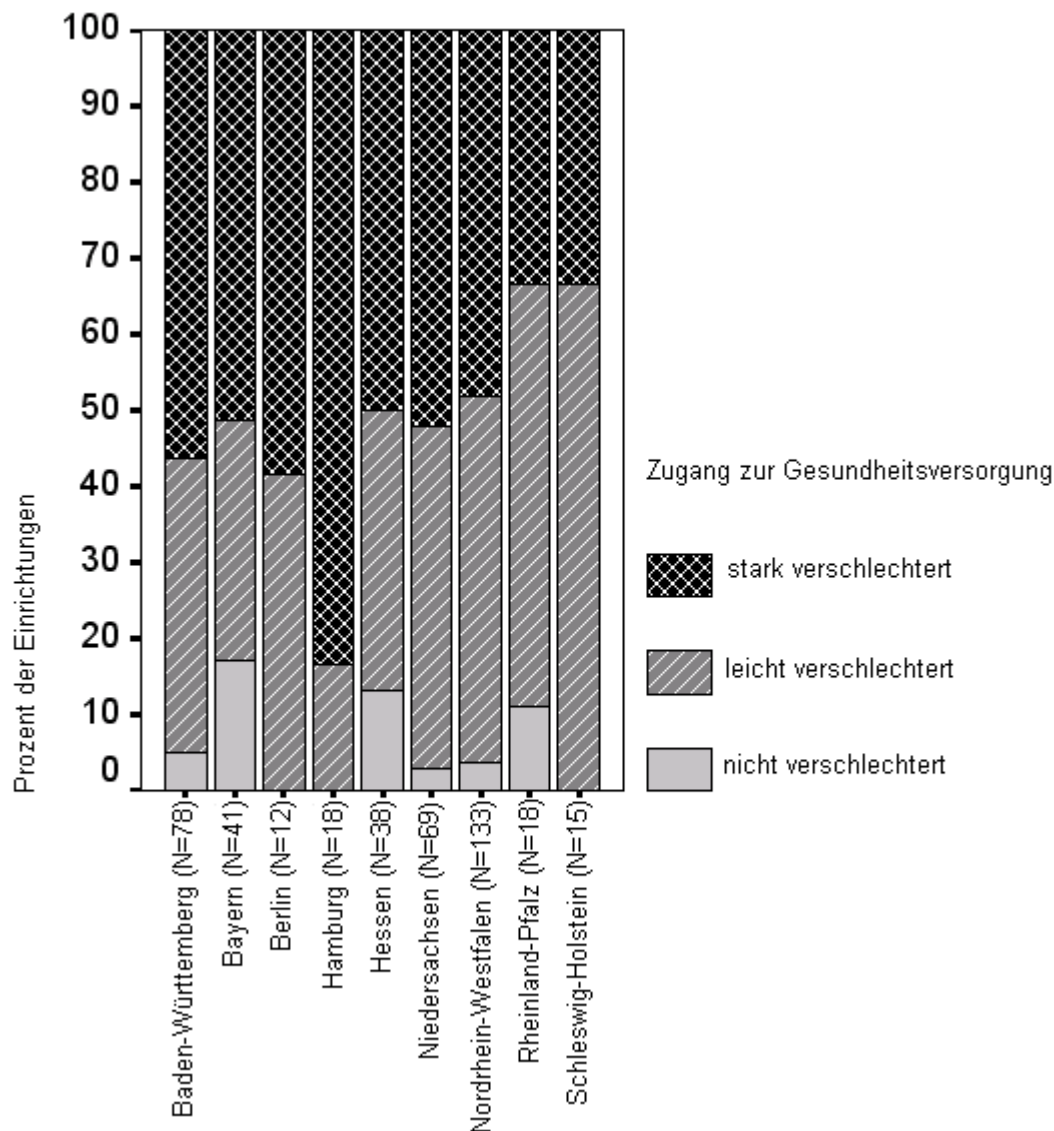


Diagramm 24: Verschlechterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung durch Einführung der „Praxisgebühr“ nach Bundesländern aufgeteilt. (N=422 Einrichtungen, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, das Saarland, Sachsen und Thüringen wurden bei weniger als 10 antwortenden Einrichtungen nicht ausgewertet. Einrichtungen ohne Angaben zur Verschlechterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung wurden nicht berücksichtigt.)

Die in Niedersachsen für Wohnungslose Versicherte der AOK Ende 2003 beschlossene Befreiung von der „Praxisgebühr“ [Arbeitsgemeinschaft der Zentralen Beratungsstellen Nieder-

sachsen 2005] hatte sich bis zum Zeitpunkt der vorliegenden Erhebung (Anfang 2005) noch keine im Vergleich mit den anderen Bundesländern nachweisbaren Auswirkungen gehabt.

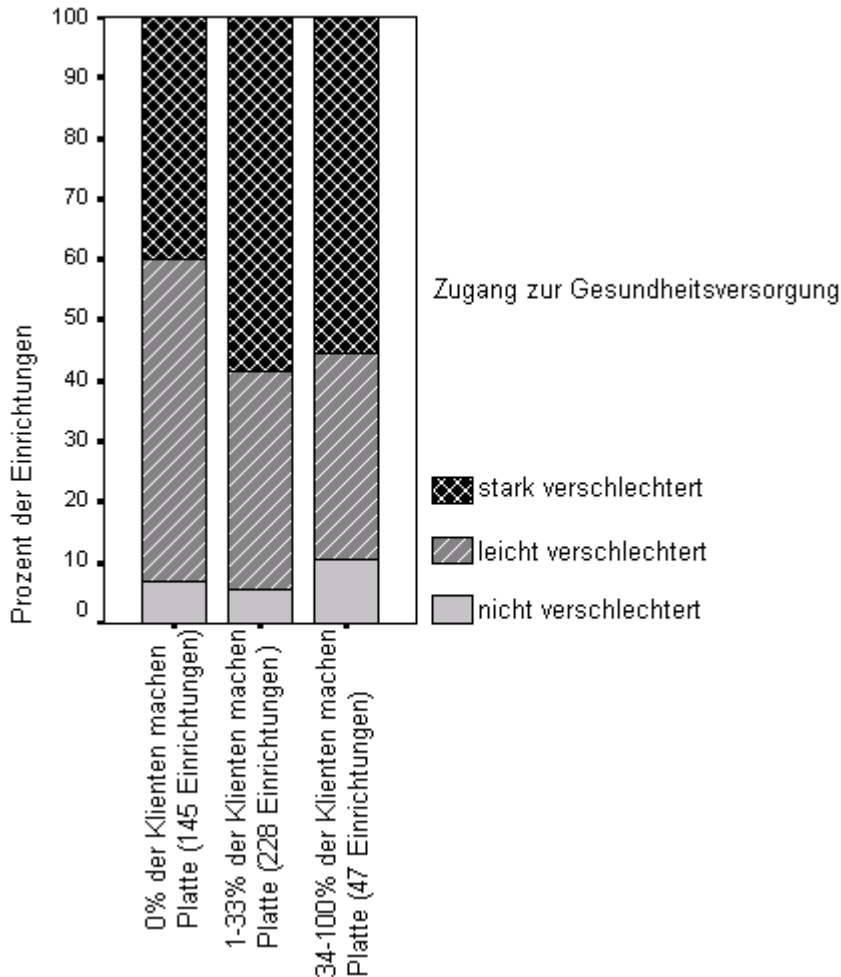


Diagramm 25: Verschlechterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung durch Einführung der Praxisgebühr nach Anteil Platte machender Klienten aufgegliedert. (N=420 Einrichtungen, Einrichtungen ohne Angabe zur Verschlechterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung oder zum Anteil Platte machender Klienten wurden nicht berücksichtigt.)

Die Aufschlüsselung nach Anteil Platte machender Wohnungsloser unter den Klienten der Institutionen zeigt, dass Einrichtungen ohne Platte machende Wohnungslose die Verschlechterung weniger stark sehen als solche mit Platte machenden Wohnungslosen (Diagramm 25). Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman deutet mit einem Wert von 0,132 auf einen eher schwach ausgeprägten monotonen Zusammenhang hin.

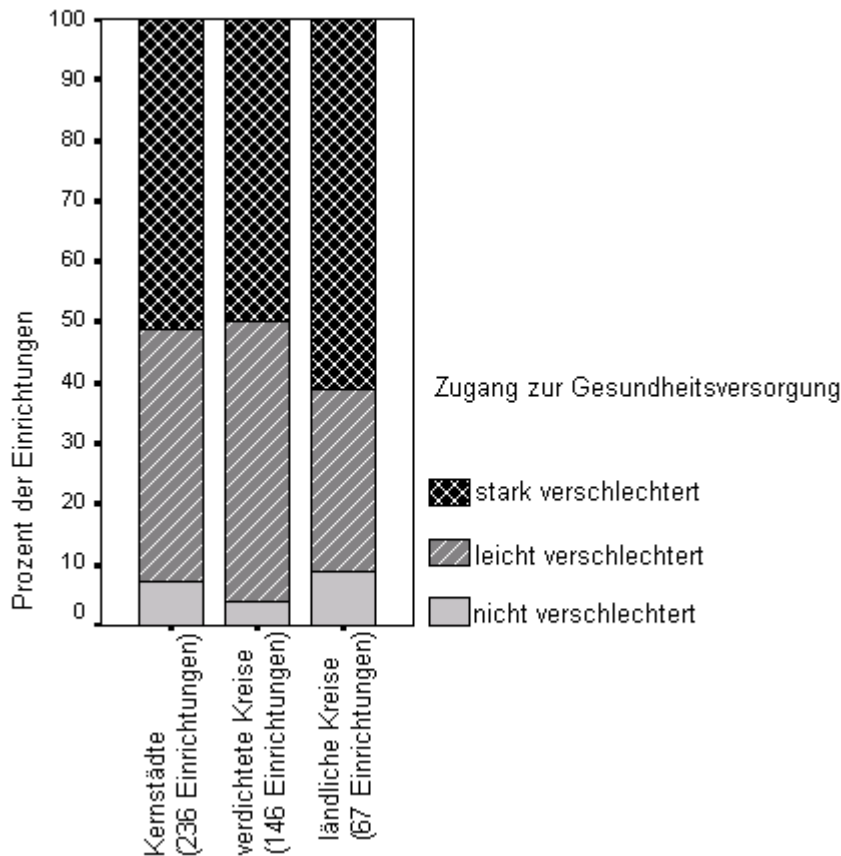


Diagramm 26: Verschlechterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung durch Einführung der Praxisgebühr. (N=449 Einrichtungen, Einrichtungen ohne Angaben zur Veränderung des Zugangs zum Gesundheitssystem und Einrichtungen, die keinem Kreistyp zugeordnet werden konnten, wurden nicht berücksichtigt.)

Der Einfluss der Praxisgebühr auf den Zugang zum Gesundheitssystem wird unabhängig von der Lage der Einrichtungen in städtischem oder ländlichem Umfeld ähnlich bewertet (Diagramm 26). Der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient von 0,041 deutet nicht auf einen nennenswerten monotonen Zusammenhang hin.

Ebenso wenig ist der Einfluss der „Praxisgebühr“ mit dem Vorhandensein niederschwelliger medizinischer Leistungen korreliert. Beispielsweise beträgt der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient für einen Zusammenhang zwischen Verfügbarkeit niederschwelliger allgemeinnärztlicher Sprechstunden und Verschlechterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung durch die Praxisgebühr nur 0,016, was gegen das Bestehen eines monotonen Zusammenhangs spricht.

5.1.5.2 Übernahme der Praxisgebühr durch die Klienten

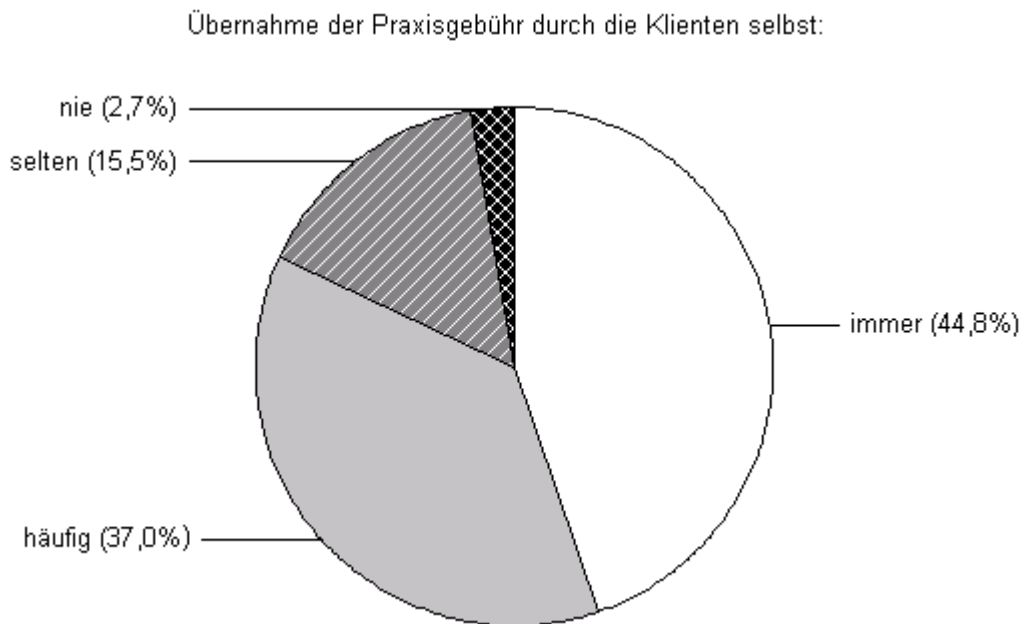


Diagramm 27: Häufigkeit der Übernahme der Praxisgebühr durch die Klienten selbst. (N=451 Einrichtungen, 17 Einrichtungen, die keine Angaben zur Häufigkeit der Übernahme der Praxisgebühr durch die Klienten machten, wurden nicht berücksichtigt.)

Insgesamt geben mehr als 80% der Einrichtungen an, dass ihre Klienten die „Praxisgebühr“ immer oder häufig selbst tragen (Diagramm 27).

Je mehr Klienten einer Einrichtung Platte machen, desto seltener tragen sie die Praxisgebühr selbst (Diagramm 28). Der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient für diesen Zusammenhang beträgt 0,401 und deutet damit auf einen deutlich ausgeprägten monotonen Zusammenhang hin.

Dem entsprechend geben 33,6% der Einrichtungen mit Tagesaufenthalt, 35,9% derer mit Übernachtungsstelle und 33,2% derer mit Beratungsstelle an, dass ihre Klienten die „Praxisgebühr“ immer selber tragen, dagegen 58,6% der Wohnheime und 60,7% der Einrichtungen mit betreutem Wohnen. In den Einrichtungen mit hochschwelligeren Leistungstypen sind die Klienten also vermehrt in der Lage, die Praxisgebühr aufzubringen.

Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Übernahme der „Praxisgebühr“ und der Lage einer Einrichtung im städtischen oder ländlichen Umfeld. Der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient beträgt hier nur 0,064 und deutet damit nicht auf das Bestehen eines nennenswerten monotonen Zusammenhangs hin.

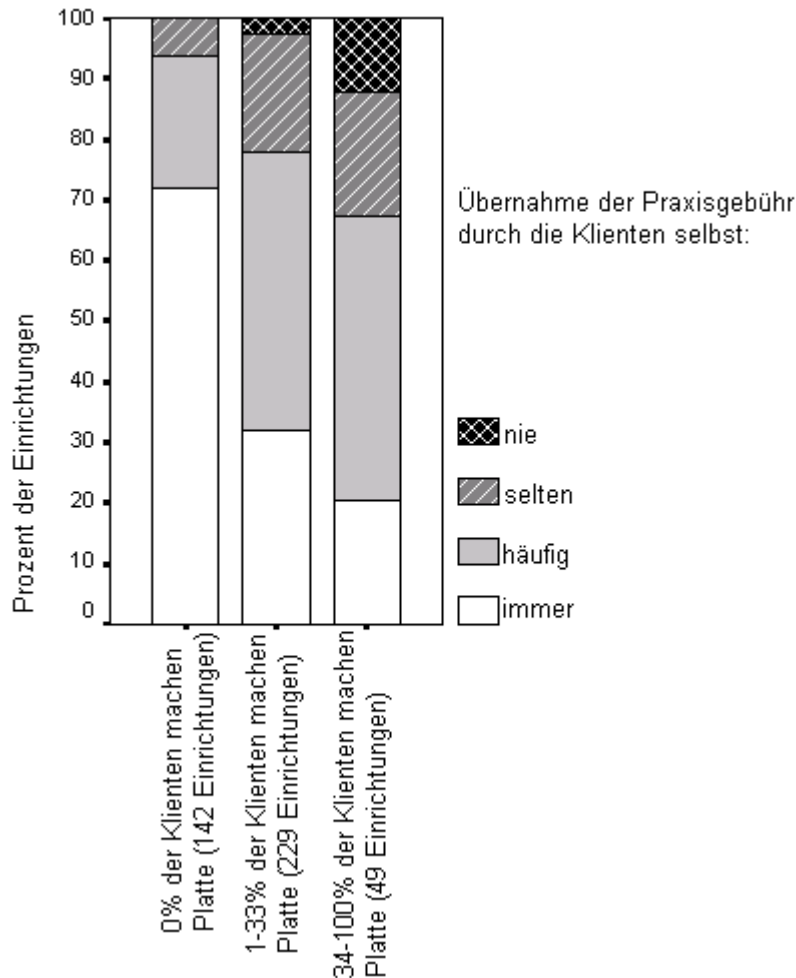


Diagramm 28: Häufigkeit der Übernahme der Praxisgebühr durch die Klienten nach Anteil Platte machender Klienten aufgeteilt. (N=420 Einrichtungen, 48 Einrichtungen, die keine Angaben zur Häufigkeit der Übernahme der Praxisgebühr oder dem Anteil Platte machender Klienten machten, wurden nicht berücksichtigt.)

5.1.5.3 Strategien zur Bewältigung der durch die „Praxisgebühr“ aufgeworfenen Probleme

Zu den Strategien, mit denen auf die „Praxisgebühr“ reagiert wurde erfragt, was in der Regel geschehe, wenn der Klient die Gebühr nicht aufbringe. Fünf Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben (Verzicht auf Arztbesuch/ Übernahme der Gebühr durch eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe/ Anrechnung der Gebühr auf Bezüge/ Ausweichen auf niederschwellige medizinische Angebote/ Übernahme der Gebühr durch den Arzt). Daneben bestand die Möglichkeit, im Freitext weitere Strategien zu benennen. Drei Viertel der Einrichtungen gaben an, dass Klienten auf Arztbesuche aufgrund der „Praxisgebühr“ verzichten (Tabelle 19). Fast ein Viertel der Einrichtungen berichtet, dass Klienten auf niederschwellige medizinische Angebote ausweichen, und die „Praxisgebühr“ auf diesem Weg umgehen. Das entspricht mehr als ei-

nem Drittel der Einrichtungen, für deren Klienten niederschwellige medizinische Angebote erreichbar waren und dokumentiert, dass Patienten aus finanziellen Gründen aus dem regulären Gesundheitssystem in niederschwellige Angebote abgedrängt werden. In knapp einem Drittel der Einrichtungen wird die „Praxisgebühr“ in verschiedener Weise auf die Bezüge von Klienten umgelegt. Die übrigen Antworten beziehen sich auf die Übernahme der Gebühr durch Institutionen oder durch informelle Spenden.

Antwort	Anteil der Einrichtungen, die diese Strategie beobachteten
Klient verzichtet auf den Arztbesuch	75,0%
Einrichtung der Wohnungslosenhilfe übernimmt die „Praxisgebühr“	38,7%
Anrechnung der Gebühr auf das Arbeitslosengeld II/Sozialhilfe, Darlehen, Vorschuss	32,1%
Klient weicht auf niederschwellige Angebote ohne „Praxisgebühr“ aus	23,1%
Arzt übernimmt die „Praxisgebühr“	6,0%
Übernahme der Gebühr aus Spendenmitteln (spontane Nennung auf offene Frage)	6,0%
Sonstige (spontane Nennungen auf offene Frage): Übernahme durch Sozialamt, Landkreis, Pfarrämter, Klöster, Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkasse; Selbstbehandlung, Rechnung mit Mahnverfahren et c.	9,5%

Tabelle 19: Vorgehen, wenn der Klient die Praxisgebühr nicht aufbringt. (N= 468 Einrichtungen, Mehrfachnennungen waren möglich.)

Einrichtungen, deren Klienten Zugang zu niederschwelligen allgemeinmedizinischen Angeboten (Arztpraxis, Sprechstunden oder aufsuchende medizinische Hilfe) haben, geben nur zu 19,8% an, dass ihre Klienten aufgrund der Praxisgebühr auf niederschwellige medizinische Angebote ausweichen, wenn sie keine Plätze machenden Wohnungslosen betreuen. Jedoch beobachten dies über 40% der Einrichtungen mit Zugang zu niederschwelligen allgemeinmedizinischen Leistungen, die auch Klienten betreuen, die Plätze machen (siehe Diagramm 29).

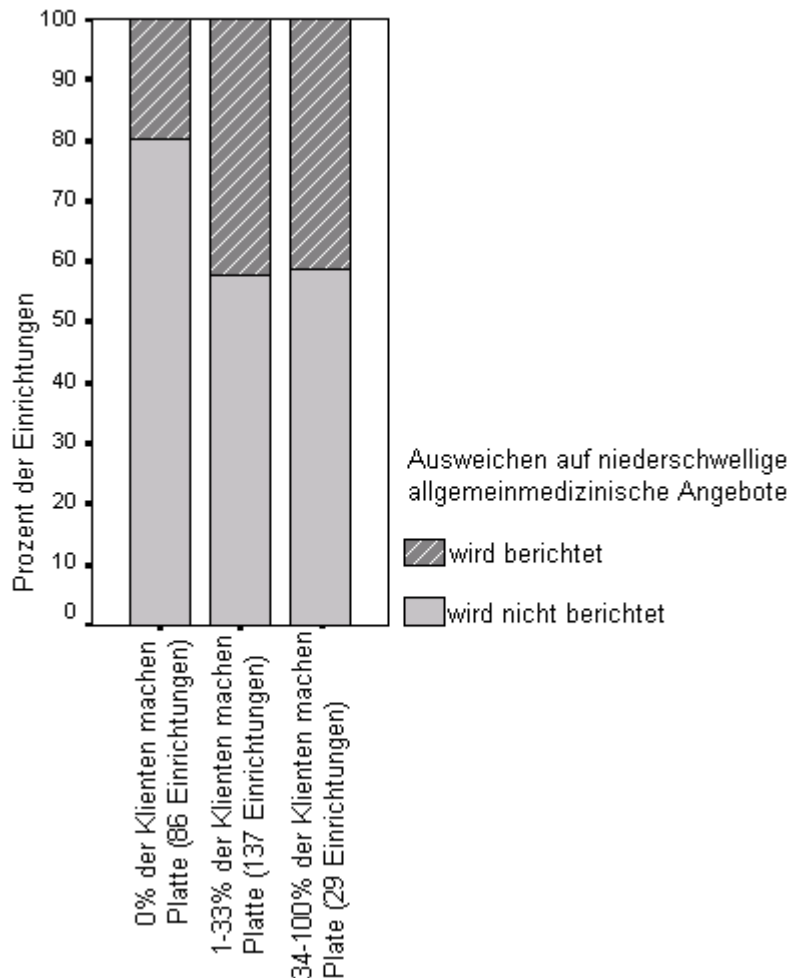


Diagramm 29: Ausweichen von Klienten aufgrund der Praxisgebühr auf niederschwellige allgemeinmedizinische Angebote, nach Anteil Platte machender Wohnungsloser aufgegliedert. (N=252, 191 Einrichtungen, deren Klienten keinen Zugang zu niederschweligen allgemeinmedizinischen Angeboten hatten, und 25 Einrichtungen, die keine Angaben zum Anteil Platte machender Klienten machten, wurden nicht berücksichtigt.)

Das Instrument der „Praxisgebühr“ hält Wohnungslose von regulären Arztbesuchen ab. Ein Teil der Wohnungslosen wird in die niederschwellige medizinische Versorgung abgedrängt, womit dem Ziel der Anbindung an reguläre Versorgungsstrukturen entgegengewirkt wird. Besonders stark ist dieser Effekt für die besonders marginalisierten Wohnungslosen, die Platte machen.

5.2 Die Perspektive der Betroffenen: Die Auswirkung der Wohnungslosigkeit auf Gesundheit und medizinische Versorgung

5.2.1 Wohnungslosigkeit und Gesundheit: Auswirkungen der Lebenssituation auf den Gesundheitsstatus

Der folgende Abschnitt betrachtet die Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit und deren Konsequenzen für die Gesundheit aus der Sicht von 17 wohnungslosen Interviewpartnern. Jeder der Befragten hatte zu Themen wie Kälte, Nässe, Schlaf und Gewalt viel zu sagen. Diese Themen nahmen einen breiten Raum ein. Einige Informanten berichteten auch über die Auswirkungen der Wohnungslosigkeit auf ihre psychische Lage.

Weiter unten geht es um Drogenkonsum, dessen Bedingtheit in und dessen Verflechtung mit der Lebenssituation in der Wohnungslosigkeit und seine Auswirkungen auf die Gesundheit.

5.2.1.1 Witterung und Gesundheit

Die Teilnehmer der Studie berichten ausführlich darüber, wie sie die Ausgesetztheit gegenüber der Witterung wahrnehmen. Vor allem Kälte, Wind und Nässe sind eine Belastung.

Mathilde: „Nur, es wird mir jetzt nachts zu kalt, denn der Hochsommer ist vorbei und ich weiß nicht, warum wir nachts so eine Kälte haben.“

Bernd: „[...]wenn es so langsam anfängt, in Winter überzugehen, dann ist es kalt, und wenn die Klamotten dann auch noch nass und klamm sind, die kriegt man nicht mehr trocken, dann ist man ewig unterkühlt, und dann ist man nur am Frieren.“

Werner: „Ist es kalt und ist es am regnen, dann friere ich wie ein Schneider, ja, es ist unangenehm.“

Die Teilnehmer der Studie berichten, dass Kälte und Nässe nachteilig für die Gesundheit sind:

Interviewer: „Ist es denn gut für die Gesundheit, wenn man so nass wird?“

Karl: „Das ist Scheiße.“

Interviewer: „Das ist Scheiße, ne.“

Karl: „[Lacht] Wir haben ja letzte Zeit Regen gehabt, zum Kotzen ist das.“

Interviewer: „Ja, woher kommt der Schnupfen?“

Bertram: „Von Witterung, von Wetter.“

Interviewer: „Ja.“

Bertram: „Kalt, nasskalt, wenn man einmal durchnässt ist wird das nicht so schnell trocken und dann, so wird chronischer Schnupfen, das hab ich meistens. Jetzt geht das, aber sonst immer, erkältet, die Nase am Laufen, und noch am Husten, am Niesen und Spucken.“

Bernd: „Da ist ja Luft, da ist der Abluftschacht, da ist es schön warm, da geht es. Aber wenn man so Plätze nicht hat, man wird auch schnell krank, holt sich Pilzinfektionen oder sonst was.“

Dorothea: „Ja und dann kann man zu so Parkhäuser oder so Lüftungsdingen, dass man draußen so, aber sonst, ja würde ich mal sagen, dass man schnell krank wird, irgendwie.“

Daniela: „[...] aber ich denk als Obdachloser auf der Straße, du kannst um diese Jahreszeit Dir so eine Verköhlung abholen, Du kannst davon kaputt gehen.“

Anne: „Also mir ist das einmal passiert, also bin ich, also im Wald, hab ich da gelegen, mitten auf einer Parkbank, und dies im Winter, und es hat halt vorher auch tierisch geregnet, und dann fing es auch noch an zu schneien, und dann war meine Sache auch schon komplett, teilweise auch schon angefroren, dass ich dann morgens wach geworden bin, und war dann komplett mit Schnee überdeckt, und bin dann direkt samt der Polizei ins Krankenhaus transportiert worden, und hatte ich eine schwere Lungenentzündung. Das hätte mich auch fast das Leben gekostet.“

Um sich vor Kälte und Nässe zu schützen, werden zahlreiche Lagen Kleidung übereinander getragen, aber auch Papier und Pappe zur Isolation verwendet, Schlafsäcke beschafft und benutzt sowie überdachte und durch Abluftschächte aufgewärmte Unterstände aufgesucht. Beispielsweise schildert Bertram im Interview, wie er sich beim Schnorren mit sechs Bekleidungslagen gegen Wind und Kälte schützt:

Bertram: „Sonst hab ich noch Probleme gehabt draußen, genug, damit einem richtig warm genug wird. Meine Jacke hab ich immer hier drinnen, Jacke in die Tüte und ein Hemd und dann Pappe hab ich hingetan damit das gerade ist zum Hinsetzen, Hemd und noch eine Jacke, obwohl ich hier schon ein T-Shirt anhab' und einen Pulli, kann ich noch Hemd und Jacke [anziehen], dann ist das ganz warm dann, und damit noch ein Problem mit meistern.“

Erschwert werden die Versuche, sich vor Nässe und Kälte zu schützen dadurch, dass Studienteilnehmer immer wieder aus Unterständen vertrieben werden, insbesondere aus den Anlagen der Öffentlichen Verkehrsmittel:

Martin: „Jeden Tag treffen wir uns da. Im Winter gehen wir halt da unter die Unterführung, aber da wird man auch rausgeschmissen, von den, von der Straßenbahn, von der [Nahverkehrsgesellschaft], da sind da diese schwarzen Sheriffs, und die schmeißen einen auch raus.“

Dorothea: „Wo soll man hin? Man wird da aus dem Wartehaus rausgeschmissen, das ist der einzige Platz, wo es warm ist.“

Einige Informanten waren stolz auf ihre Kompetenz, sich ungünstiger Witterung aussetzen zu können. Sie gaben an, sich durch die Kälte abzuhärten, und über besondere Robustheit zu verfügen.

Mathilde: „Richtig, wir sagen immer, was uns nicht tötet macht uns hart, das ist ein alter Indianerspruch. Und andere sagen, man soll sich auch abhärten, soll nicht so eine Mimose werden. [...] Ich bin immer so stolz, dass ich im Januar nicht friere. Den halben Februar friere ich dann auch nicht, dann fängt es aber an, dann fängt das an, diese, dieser Abhärtungseffekt fängt dann leider an nachzulassen, richtig, und ab und zu kann ich da übernachten, da im Heizungskeller.“

Interviewer: „Aber Deine Gesundheit, mein ich, auf der Straße. Wie ist es denn mit dem Wetter, wie wirkt sich das denn aus auf Deine Gesundheit?“

Wolfgang: „Ja, Naturmensch.“

Interviewer: „Du bist ein Naturmensch?“

Wolfgang: „Bin so groß geworden. Ja früher hab ich mich einfach hier hingelegt. Auch im Winter. Wenn du übermüdet bist, kippst du um. Bei 15 Grad. Haben die angehalten, die dachten ich wäre tot.“

Markus: „Und wenn man auf der Straße geschlafen hat, ich sag mal so, das härtet ein bisschen ab ja, so, weil das nicht so weich ist und so. Wenn man dann irgendwann mit Kollegen und so, zelten geht oder so, alle liegen da: oh-weh. Und ich kann mich einfach hinlegen, egal, man kann überall eigentlich schlafen so, das ist schon, sag ich mal, das ist der Vorteil daran, ja, aber so. O. K. manchmal ist es ziemlich kalt, kann man sagen, oder nass, und dann ist das schon nicht so berauschend, das ist das so was ich zu Schlaf sagen kann.“

Andere Strategien, mit denen einige Teilnehmer der Studie versuchten, Nässe und Kälte zu bewältigen, erscheinen dysfunktional. Einige Äußerungen deuten darauf hin, dass Drogen verwendet werden, um Nässe und Kälte ertragen zu können.¹⁷

„Im Winter zum Beispiel, wenn man sich mit Drogen voll pumpt, dann ist es erst mal nicht so kalt, man hat auch weniger Hemmungen. Das ist wahr, ne. Man bricht einfach in Keller ein, legt sich da hin und schläft da. Interessiert dann einfach nicht.“

Interviewer: „Ich frage wegen der Gesundheit. Wenn Ihr da steht den ganzen Tag, das ist ja auch nicht gerade warm, oder?“

„Nein. Absolut nicht. Werden sich wohl schon viele, weiß nicht, ich bin da, ich habe mir noch keine Erkältung oder so zugezogen. Kann aber auch sein wegen den Opiaten, die ich nehme. Weißt du da, Polamidon ist ja auch, da wird man ja nie krank.

Auch wenn man Heroin nimmt wird man nie krank.“

Es ergeben sich auch direkte Hinweise darauf, dass einige Teilnehmer der Studie nicht in der Lage waren, auf sich verschlechternde Witterungsbedingungen adäquat zu reagieren. In einem Teil der Fälle waren körperliche Einschränkungen dafür verantwortlich, dass Teilnehmer der Studie sich nur mit Verzögerung vor einem einsetzenden Regen schützen konnten.

¹⁷Auf die Nennung der Namen der beiden Interviewpartner wird verzichtet, da nicht legale Handlungen besprochen werden. Im weiteren Text wird ebenso verfahren.

Beispielsweise benötigte bei einer Gelegenheit ein Wohnungsloser, der an offenen Beinen litt und Unterarmgehstützen verwendete aufgrund seiner ausgeprägten Gangstörung etwa 30 Minuten um 350 Meter (einschließlich einer Treppe) zum nächsten Unterstand zurückzulegen, als es einmal zu regnen begann. Dort angekommen war er bereits weitgehend durchnässt.

Bei einer anderen Gelegenheit setzte während des Interviews mit Wolfgang unter freiem Himmel Regen, zunächst mit geringer, dann mit mittlerer Intensität ein, ohne dass der Interviewte sich unter ein nahes Schutzdach begeben wollte. Dabei wäre er trotz einer geringen Mobilitätseinschränkung körperlich ohne weiteres dazu in der Lage gewesen. Hier ließ sich der Grund für das Fehlen einer adäquaten Reaktion auf den einsetzenden Regen im Gespräch nicht klären:

Interviewer: „Sag mal, Wolfgang, sollen wir denn mal irgendwo hingehen? Denn es regnet ja schon die ganze Zeit. Da hinten, da ist ein Dach, sollen wir denn da mal hingehen?“

Wolfgang: „Ja sicher, geh schon mal vor, ich komm dann nach.“

[...]

Interviewer: „Du wirst nicht so schnell nass? Ich werd' schon schnell nass. Jetzt regnet ja schon Viertelstunde, 10 Minuten.“

Wolfgang: „Aber das ist doch kein Regen, das ist doch gut!“

Interviewer: „Also Regen schadet eigentlich nichts, meinst de?“

Wolfgang: „Das ist doch gut, sonst kommt die Hitze. [...] So 'n schönes Wetter, besser geht doch gar nicht, Sonne und Regen.“

[...]

Interviewer: „Wolfgang, ich glaub ich muss aufhören, ich werd' hier pitschnass.“

Wolfgang: „Bist Du morgen auch hier?“

Interviewer: „Nee, morgen komm ich nicht. OK, danke.“

Bei wieder einer anderen Gelegenheit zeigt sich in der Beobachtung und im informellen Gespräch mit einer jungen Frau, dass deren Unvermögen, zeitgerecht auf einen einsetzenden Regenguss zu reagieren auf den vorhergehenden Konsum von Benzodiazepinen und eine ausgeprägte Niedergestimmtheit mit Antriebsmangel zurückzuführen ist. Die junge Frau beklagte zunächst bei drei anderen Personen aus der Wohnungslosen- und Drogenszene, die sie begleiteten, dass sie nach der Einnahme von Oxazepam (ein Beruhigungsmittel aus der Gruppe der

Benzodiazepine) „total matt“ [Gedächtnisprotokoll] sei. Außerdem beklagte sie ihre Lebenssituation, in der sie keine richtigen Freunde mehr habe, und dass sie eigentlich nichts mit dem Wohnungslosen- und Drogenmilieu zu tun haben wolle. Als unmittelbar danach ein Regenguss mittlerer Intensität einsetzt, benötigt sie etwa 15 Minuten, um sich, nun schon durchnässt, unter das wenige Meter entfernte Schutzdach zu begeben. Ihre Begleiter hatten sich schon vorher dort untergestellt und sie vergeblich aufgefordert, ihnen zu folgen. Die junge Frau wirkte müde, antriebsgemindert und traurig, den Regen schien sie nicht adäquat wahrzunehmen.

Zusammenfassung

Die Studienteilnehmer beschrieben, dass sie unter Kälte und Nässe leiden und Erkältungskrankheiten bis zur Lungenentzündung die Folge sind. Um dieser Situation zu begegnen werden sinnvolle Schutzstrategien einerseits, andererseits dysfunktionale Strategien wie etwa die Betäubung des Kältegefühls durch Opiate und Alkohol eingesetzt. Wohnungslose in schlechtem Gesundheitszustand können körperlich oder psychisch zu sehr eingeschränkt sein, um Witterungseinflüsse adäquat wahrzunehmen und entsprechend zu reagieren.

5.2.1.2 Schlaf und Gesundheit

Zum Zeitpunkt des Interviews schliefen acht der Studienteilnehmer dauernd oder zeitweise auf der Straße. Drei weitere Informanten haben in der Vergangenheit Platte gemacht. Alle Informanten berichten, dass die Schlafqualität auf der Straße gering ist, wofür es verschiedene Gründe gibt. Die Auswirkungen von Kälte und Nässe, die bereits im vorhergehenden Abschnitt dargestellt wurden, sind beim Platte machen, also beim Übernachten ohne den Schutz einer Wohnung, besonders offensichtlich.

Werner: „Wenn es richtig kalt ist und so, das hab ich schon gehabt, trotz Schlafsack, musste ich einfach in der Nacht drei, vier mal raus, wach geworden richtig mit Schüttelfrost, und dann aufstehen, und dann eine halbe Stunde, eine Stunde richtig zügig marschieren, dass der Kreislauf erst mal wieder in Wallung kommt. Und das merkt man dann schon, wenn denn wieder so langsam die Wärme in einem aufsteigt, mit Marschieren. Das ist natürlich dann schon unangenehm, wenn man in der Nacht quasi auf die Art und Weise ein bisschen aufheizt.“

Nässe und Kälte sind jedoch nicht das einzige Problem für die Studienteilnehmer, die auf der Straße schlafen. Gute Schlafplätze sind häufig schon besetzt oder es gibt Streit mit anderen Wohnungslosen um sie. Viele Teilnehmer berichten, dass es schwierig ist, einen geeigneten Schlafplatz zu finden.

Markus: „Dann wusste ich nicht wohin, dann mal auf der Straße geschlafen, dann mal da irgendwo geschlafen, dann mal wieder auf der Straße geschlafen, auf Spielplätzen oder gar nicht geschlafen, oder im Internetcafe oder einmal ein bisschen schlafen, fünf, sechs Stunden so und dann wieder wach.“

Markus: „Man kann sich ja nicht einfach irgendwo hinlegen, ist ja ganz schlecht. [...] Wenn ich mich irgendwo hinlegen würde, das wäre mir schon ein bisschen peinlich.“

Bertram: „Was zum schlafen, einen Schlafplatz zu finden, ist das eine Sache für sich, wichtig oder wenigstens wichtiger als, das ist ganz wichtig. [...] Da gibt's ein paar Plätze, da wo ich am Anfang gesehen hab, da streiten sie sich schon drum, und dann muss man irgendwo versuchen auszuweichen.“

Interviewer: „Aber schläft man denn gut auf der Straße, wenn man Platte macht?“

Wolfgang: „Ja, ich schlaf doch nicht auf der Straße!“

Interviewer: „Sondern?“

Wolfgang: „An einem Ort, wo ich meine Ruhe hab. Aber immer geht das nicht, sogar in den Ecken haben da welche gelegen.“

„Also wenn ich keine Wohnung hab, dann such ich mir Keller, ich seh ob ich da in Keller reinkomme, nach Möglichkeit kommt man durch die offene Tür rein, ich mein, ich bin da nicht abgeneigt, das Fenster mal aufzubrechen.“

Während der zuletzt zitierte Interviewpartner Fenster aufbricht, um einen etwas geschützteren Schlafplatz zu finden berichten andere Teilnehmer, dass sie von exponierteren Schlafplätzen weggejagt werden. Häufig formulieren die Studienteilnehmer, dass sie beim Schlafen „erwi-

scht“ wurden, als ob sie beim Schlafen eine Straftat begangen hätten. Als erster berichtet Bertram, der in einer ungenutzten Blechhütte neben Bahngleisen übernachtete:

Bertram: „Bloß darf einen der Bundesgrenzschutz nicht *erwischen*, die jagen einen weg.“

Markus: „Also ich wurde auch *erwischt* so, ja, dann haben Leute einen wach gemacht oder so. [...] Dann bin ich über Zäune geklettert, auf Schulhofgelände geschlafen und so, dann kam auf einmal der Hausmeister, guten Morgen, aufstehen, weg hier, und so, oder irgendwo anders an Kirchen oder so ja, oder in Parks, war immer unterschiedlich, kommt darauf an, wo man gerade war.“

Mathilde: „Einmal war's etwas problematischer, in einer Tiefgarage, in der nichts los ist, im Fluchtweg, den man nicht abschließen darf. Dort habe ich es mir bequem gemacht aber so, dass man morgens das nicht sieht, ich musste alles wieder abbauen. Der Hausmeister schimpft dann, der hat mich schon mal *erwischt*. Jetzt mach' ich das nur noch ganz selten.“

Es kommt aber auch zu Konflikten mit Schlafpartnern. Ein Teilnehmer berichtete im Interview, wie er nur knapp einer Stichverletzung entging, Mathilde, die mit ihrem Freund gemeinsam Platte machte, musste ihren Schlafplatz verlassen, als sie sich von Ihrem Freund trennte:

Mathilde: „Aber nach vier Monaten bin ich mit dem Mann nicht mehr zurechtgekommen, und bin dann weggelaufen. Da hab ich meine eigene Pennstelle verloren. Aber es ist so. Man darf den Mann nicht weiter reizen, es ist ein Moslem, [...] und die lassen sich das nicht gefallen, wenn die Frau die Freundschaft kündigt.“

Ein ständiger Begleiter beim Platte machen ist die Angst vor Gewalttaten. Mehrfach wurde in den Interviews von der nur kurze Zeit zurückliegenden grausamen Ermordung eines Wohnungslosen beim Platte machen berichtet, der mit einer brennbaren Flüssigkeit übergossen und angezündet worden war, worauf im Abschnitt über Gewalt noch näher eingegangen wird. Die Angst vor Übergriffen ist ein weiterer Faktor, der die Schlafqualität vermindert.

Interviewer: „Hast Du denn gut geschlafen im Zelt?“

Daniela: „Nein, ich hatte immer Angst, dass irgendjemand kommt. Die Angst die ist glaub ich auch da, weil ich denke, ich stand für mich alleine, und die wollten auch von mir wissen, wo ich zelte, hier von den Behörden her, ich hab denen gesagt, hör mal, ich sag Euch nicht wo ich zelte. Sag ich, ich hab Angst, dass meine Sachen wegkommen, die paar Sachen, die ich mir da gerade erst zugeeignet hatte, und zweitens sag ich, ich mein, wenn nachts einer kommt, wie soll ich mich wehren? Mit einem dicken Knüppel oder mit einem Messer, was bleibt mir da anderes übrig?“

Markus: „Weil wenn man auf der Straße schläft, schläft man immer mit einem Auge wach. [...] Man kann nicht richtig schlafen, man hat keinen ruhigen Schlaf mehr.“

Die Folgen des schlechten Schlafes werden von den Teilnehmern der Studie eindrucksvoll geschildert. Sie berichten, dass sie tagsüber vor Müdigkeit unwillkürlich im Sitzen einschlafen. Markus reflektiert besonders deutlich die Auswirkungen der Erschöpfung auf seine seelische Gesundheit:

Markus: „Ich hab mit dem Schlafen immer Probleme gehabt, weil, wenn man auf der Straße schläft, Gesundheit körperlich oder so, kann ich nicht sagen weil ich immer, ich bin duschen und so, das war immer kein Problem und so, aber so im Kopf her so psychisch hat sich das immer, immer Depression, und immer so ein bisschen krank gewesen, und Kopfschmerzen, und so. [...] Man hat unregelmäßig geschlafen und das merkt man dann auch so im Kopf, man hat zu nichts mehr Lust, man kriegt nichts zu Stande und so. Das hab ich schon gemerkt.“

Bertram: „Wenn man zu wenig Schlaf kriegt, dann ist man durch den Wind, irgendwie, das hab ich auch öfters, wenn es kalt ist, wenn es regnet und man draußen ist und dann nicht richtig schlafen kann, dann ist man durch den Wind.“

Karl: „Au! Ja wenn man nicht schlafen kann, ja dann ist es aus. Manchmal schlaf ich manchmal zwei Tage nicht, am dritten Tag, ja dann bist Du müde, ja dann, geh ich in den Stadtgarten und leg mich auf die Bank da.“

Gegen die nächtliche Kälte werden Schlafsäcke und warme Kleidung organisiert und verwendet, wie bereits im Abschnitt über Witterung und Gesundheit beschrieben. Zudem werden Schlafplätze sorgfältig ausgesucht und nach Möglichkeit hergerichtet.

Bertram: „Da hab ich hinten bei den Bahngleisen eine Blechhütte gefunden, wenn es regnet, da hört man zu laut, aber dann hab ich da oben Blätter drauf gelegt und so was, dann ging das, dann wird man nicht nass.“

Bernd berichtet, dass er versucht, sich mit anderen Wohnungslosen zusammenzuschließen, um die Sicherheitslage zu verbessern:

Bernd: „Das ist ja, wenn Du draußen auf der Straße bist, Du kannst doch nicht allein sein. Nachts zum Beispiel, du musst entweder zu zweien sein, oder einen sicheren Platz haben, wo Du weißt, da kommt keiner hin.“

In der städtischen Übernachtungsstelle mit Wohnheim wohnen zwei der Studienteilnehmer dauerhaft und geben in den Interviews an, mit ihrer Situation in dieser Einrichtung sehr zufrieden zu sein. Einer der beiden dort lebenden Teilnehmer war jedoch vor kurzem im Umfeld der Einrichtung Opfer einer lebensbedrohenden Gewalttat geworden, wie im Abschnitt über Gewalt im Einzelnen berichtet wird. Viele der übrigen männlichen Studienteilnehmer geben an, die Übernachtungsstelle aus Angst vor Diebstählen zu meiden. Volker beschreibt dann, wie er sich mit der Anforderung der Institution, vor der Aufnahme ein Duschbad zu nehmen, nicht arrangieren konnte.

Bernd: „Ich war da nur einmal. Da waren viele nur einmal.“

Interviewer: „Das hab ich schon öfter gehört.“

Bernd: „Wie ich wach geworden bin, waren meine Schuhe weg, meine Jacke war weg, und der Zimmerkollege war auch weg. Der hat da neue Schuhe gehabt. Aber jetzt soll es ja mittlerweile ein Bisschen sauberer und ordentlicher da geworden sein.“

Karl: „Ich war schon in [der Übernachtungsstelle], aber die haben dann den Schrank losgebrosen, die Hosen genommen, runtergeschmissen, und die anderen waren schon unten, zack.“

Interviewer: „Geklaut worden?“

Karl: „Ja [lacht]. So eine Scheiße.“

Markus: „Ich war noch nie da, ich hab das noch nicht gesehen, aber man hört viel so, und da soll es dreckig sein und viele dreckige Leute und so, das ist nicht mein Ding.“

Interviewer: „Hast Du schon mal [in der Übernachtungsstelle] gewohnt oder...“

Volker: „Nein, nie, ich wollte da mal rein, aber die haben mich, die wollten mich unter Aufsicht zwangsduschen.“

Interviewer: „Ha, ich weiß, die wollen unbedingt jeden duschen, bevor man da rein...“

Volker: „Ja, duschen ist ja nicht das Problem, ich hätte ja sofort geduscht, aber ich lass mich doch nicht da von einem wildfremden Mann beglotzen von oben bis unten beim Duschen, das entscheide ich, wer mich nackig sieht und wer nicht.“

Aber auch das Übernachten bei zweifelhaften Freunden kann problematisch sein, wie Bernd berichtet:

Bernd: „Aber das mit den Freunden das ist meistens nie so, das ist alles immer nur Sinn und Zweck. Entweder wollen die was von einem, oder die suchen sich aus für im Haus, um einen dann nicht schlafen zu lassen. Ist nichts.“

Zusammenfassung

Nicht nur Nässe und Kälte erschweren auch das Übernachten auf der Straße, sondern auch Schwierigkeiten, einen geeigneten Schlafplatz zu finden und in der Konkurrenz mit anderen zu behalten. Konflikte mit Schlafpartnern können ebenfalls zum Verlust des Schlafplatzes führen, genauso wie Passanten, Hausmeister oder die Polizei, die Wohnungslose jederzeit stören und von ihren Schlafplätzen vertreiben können. Weil Wohnungslose beim Übernachten auf der Straße verhältnismäßig häufig Opfer von Verbrechen werden, mindert auch ständig vorhandene Angst von Gewalttaten die Schlafqualität.

Folgen des schlechten Schlafes sind Müdigkeit, wiederholtes Einnicken tagsüber, Antriebsmangel, körperliche und seelische Erschöpfung bis zum Krankheitsgefühl und zur Depression. Unter diesen Umständen versuchen die Studienteilnehmer, sich besser gegen die Witterung zu schützen, oder sich zur Verbesserung ihrer Sicherheit mit anderen zusammenzuschließen. Von der Nutzung von Übernachtungsstellen sehen einige Gesprächspartnern aufgrund

von schlechten Erfahrungen, die sie dort gemacht haben, ab. Andere Gesprächspartner berichten von den Schwierigkeiten, die das Eingehen von Zweckfreundschaften im Austausch gegen einen Übernachtungsplatz in einer Wohnung verursacht.

5.2.1.3 Hygiene und Gesundheit

Zunächst beschreiben die Interviewpartner, dass es schwierig ist, auf der Straße die persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten. Es fehlt der Zugang zu einem eigenen Bad, die Dusche und Waschmaschine der Hilfeinrichtungen zu nutzen ist umständlich und kostet Überwindung, für einen Besuch des Schwimmbades, der für manche bei bereits verschlechtertem Pflegezustand kaum mehr zu realisieren ist, fehlen anderen lediglich die finanziellen Mittel.

Interviewer: „Persönliche Hygiene.“

Volker: „Ja schwer durchzuführen, da kann man, mit Hilfe der Caritas kann man sich wenigstens zwei- bis dreimal die Woche duschen. Aber ansonsten ist nicht viel mit Hygiene, du hast ja keine Möglichkeit.“

Markus: „Was auch manchmal, wo ich auch Probleme hatte, wenn ich kein Geld hatte fürs Schwimmbad oder so, dann hab ich immer geguckt morgens, meine Haare oder so, dann waren die Haare so verwirrt oder so.“

Daniela: „Aber die Obdachlosigkeit, das war schon echt hart. Also wenn man sich nicht vernünftig waschen kann, bis man erst mal raus kriegt, dass man sich [in der Teestube] duschen kann, dass man da die Wäsche waschen kann, diese Überwindung mit nassen Haaren mal da zu sitzen und jeder weiß bescheid, du hast dich jetzt geduscht, das ist schon hart, ich finde das hart.“

Ralf berichtet, dass er bei seinem Zimmervermieter nicht duschen durfte:

Ralf: „Und sechs mal bekam ich die Krätze.“

Interviewer: „Wo? Bei Deinem Vermieter?“

Ralf: „Vermieter-Pfleger. Weil der Sohn gesagt hat, wehe du gehst in meine Badewanne, oder Dusche, du benutzt meine Dusche nicht, sonst schlag ich dich tot.“

Interviewer: „Hat er gesagt? Wo haben Sie denn, wo hast Du denn die Krätze hergekriegt?“

Ralf: „Weil ich nicht baden und duschen konnte.“

Interviewer: „Ach so!“

Ralf: „Hier kann ich jeden Montag duschen. Ich fühle mich heute wieder richtig frisch!“

Aber auch Patrick, der noch eine Wohnung hat, spürt, dass es schwierig ist, die persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten, seitdem ihm Strom und Warmwasser abgestellt wurden:

Interviewer: „Waschen, frisch anziehen [...] Bei Dir ist das alles kein Thema, glaube ich.“

Patrick: „Momentan ist es so ein bisschen ein Thema, weil ich keinen Strom auch hab, und ich meine Klamotten nicht waschen kann, nur bei Freunden und so. Muss ich auch mal längere Zeit mit den gleichen Klamotten rumlaufen. Und kalt Duschen ist auch nicht immer so meins, aber, muss man halt zwischendurch machen. Ich hab auch Freunde, bei denen ich öfter dusche.“

Interviewer: „Du hast keinen Strom mehr?“

Patrick: „Nein, schon länger nicht mehr.“

Interviewer: „Schon seit wann?“

Patrick: „Also seit über einem Jahr jetzt.“

Weil es in der Lebenssituation der Wohnungslosigkeit schwierig ist, die persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten, beschreiben viele Studienteilnehmer Unsicherheit und Scham, weil sie sich schmutzig oder ungepflegt fühlen:

Bernd: „Das macht einen fertig, wirklich. Man denkt, die Leute sehen einem das an, dass man der Letzte ist. Und man denk, man stinkt dauernd.“

Interviewer: „Tust Du ja nicht, Du wirkst sehr gepflegt.“

Interviewer: „Du machst aber jetzt einen recht gepflegten Eindruck, eigentlich.“

Volker: „Hmhm.“

Interviewer: „Ist Dir das wichtig?“

Volker: „Ja schon, ja schon, aber ich fühle mich gar nicht gepflegt, wie gesagt“

Daniela: „Also wenn du dich nicht mehr richtig waschen kannst, dieser körperliche Bedarf, also den man vorher kennt, wenn man den nicht mehr hat, doch, ja, also man fühlt sich elendig.“

Mathilde: „Denn Obdachlosigkeit und alles organisieren müssen, das heißt du musst immer irgendwo pflegen, du musst Deine Klamotten immer waschen, ich habe lange Haare die müssen sowieso immer gepflegt werden. Heute schäme ich mich dafür.“

Jürgen: „Die Klamotten vom Vortag noch angehabt, sind wir pitschnass geworden, keinen Regenschirm gehabt, ja, fühlt man sich ja ziemlich Scheiße, wenn die dann auf einmal nass sind, und...“

Anne: „Weil man sich auch sehr dreckig dann fühlt, irgendwo.“

Interviewer: „Ja, ist klar. Und stört Dich das, die ganze Situation?“

Jürgen: „Was?“

Interviewer: „Wie es jetzt ist.“

Jürgen: „Also das stört mich schon. Gestern Abend bin ich gesessen und hab geweint.“

Mathilde schlägt im Interview den Bogen von der persönlichen Hygiene zur medizinischen Versorgung. Sie beschreibt, wie die Scham über den selbst empfundenen schlechten Pflegezustand Ängste vor Arztbesuchen verursacht:

Mathilde: „Also, Krankheit und Obdachlosigkeit passt eigentlich nicht zusammen. [...] Denn wenn Du zum Arzt gehst musst Du immer frisch, frisch gebadet sein, gut gepflegt sein, die Klamotten müssen frisch sein, du willst dich beim Arzt ja nicht blamieren. Nicht das der Arzt nachher noch die Behandlung verweigert, weil der sagt, nein, nein, gehen sie sich erst mal duschen.“

Es ist gut nachvollziehbar, dass sich eine eingeschränkte persönliche Hygiene negativ auf das die psychische Gesundheit auswirkt, und in der Folge, wenn deshalb Arztbesuche vermieden werden, auch indirekt zur Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustandes beiträgt. Jedoch wirkt sich eine verminderte Sauberkeit auch direkt negativ auf die körperliche Gesundheit aus, wie hier geschildert wird:

Bertram: „Einmal hatte ich ne Pustel oder so was gehabt am Arm, auch von Unsauberkeit hat der gesagt ist das gekommen, hat der [Arzt] gesagt. Seitdem hab ich dann mehr drauf geachtet, ein bisschen, soweit das geht. Da hab ich wohl in irgend so einem Dreck gelegen, oder ist da was durchgekommen, durch die Pustel.

Volker: „Aber ich fühl mich gar nicht gepflegt, wie gesagt. Ich hab diese ganzen Gebrechen, bei den Hämorrhoiden angefangen, bis zum Ekzem [...].“

Um sich und ihre Kleidung waschen zu können, benutzen die Interviewpartner die Dusche und die Waschmaschine der Teestube oder der Übernachtungsstelle. Daniela berichtet, dass sie während der Zeit, in der sie Platte gemacht hat, die Dusche in der Wohnung einer Freundin benutzen konnte.

Die Bedeutung von Hygiene auf der Straße und die Schwierigkeiten, sie aufrecht zu erhalten spiegeln sich besonders in den elaborierten Strategien wieder, die dazu angewendet werden. Die folgenden Schilderungen von Markus verdeutlichen, welcher Aufwand nötig ist um ohne Bad, Toilette und Waschmaschine einen normalen hygienischen Standard zu erreichen:

Markus: „Aber dann hab ich mich immer irgendwie ins Haus reingeschlichen durch meinen Cousin und so. Da hab ich die dann Sachen im Keller gelagert, oder in alte Häuser hab ich meine Taschen mit Klamotten im Keller gelagert und so. Und dann hab ich meine Sachen immer raus geholt und wenn ich gemerkt hab die sind schon muffelig oder so, bin ich zum Waschcenter gegangen, morgens um sechs Uhr, hab meine Wäsche gewaschen und so. Zeug neu in die Tüten rein getan und nachher wieder in einen Keller rein.

Dann bin ich ins Schwimmbad gegangen für 2,50 Euro oder so, konnte ich dann in Ruhe duschen und so und hab mich dann auch immer, was weiß ich nicht, dahin gelegt, da konnte man sich auch hinlegen und geschlafen, für 2,50 Euro, war dann O.K. Oder in die Sauna gegangen für 5 Euro. Ging auch. So habe ich das dann manchmal, so hygienisch ging's dann.

Also und was auch manchmal, wenn ich kein Geld hatte fürs Schwimmbad oder so, dann hab ich immer geguckt, morgens waren meine Haare verwirrt oder so. Dann bin ich immer, dann hab ich immer, Rasierer hab ich in der Tasche gehabt, dann bin ich, was weiß ich nicht, in öffentliche Toiletten gegangen. Bei C & A bei Kaufhof oder so

hab ich mich am Spiegel rasiert, Haare gemacht, Haargel immer bei gehabt, zack, zack, Haare fertig gemacht. Morgens als erstes durch die Stadt gelaufen, C & A macht auf, ab hoch auf Toilette, aber bei Kaufhof war das immer so ein Problem, weil da immer Leute saßen mit so einem Tellerchen und so, dann immer schon, guten Morgen 10 Cent und dann Haare kurz machen, so hab ich das manchmal mit der Hygiene gemacht. Nur ab und an war zwar alle zwei, drei Tage mal Duschen angesagt, aber öfter als viele andere Leute.“

Mathilde, die mit ihrem Lebensgefährten in einem leer stehenden Haus gewohnt hatte, schilderte eine ungewöhnliche Methode, mit der sie ausglich, dass die Wasserversorgung des Hauses abgestellt war und damit die Toiletten nicht funktionierten. Sie benutzte für die Exkremente Tüten, die dann entsorgt werden konnten.

Mathilde: „Wir hatten elektrisches Licht, aber keine sanitären Anlagen. Und dann haben wir das ganz anders gemacht, wir haben das ganz ordentlich gemacht, aber ganz anders. Wir hatten dann Tüten, wir haben dann mit einem Tütensystem gearbeitet, und so weiter. Wir konnten lüften, wir hatten Fenster die wir öffnen konnten. Da haben wir uns dann immer so, ich hab immer gewaschen, wir haben uns immer gepflegt.“

Zusammenfassung

Hygiene wird von den Studienteilnehmern als wichtig angesehen und ihr Fehlen löst Schamgefühle aus. Das Fehlen von Möglichkeiten, Körper und Kleidung sauber zu halten, verursacht Hautkrankheiten und stellt über das Auftreten von Schamgefühlen eine psychische Belastung dar. Beim Arztbesuch auf mangelnde Körperpflege hingewiesen zu werden, wird als Blamage gesehen. Dies ist ein Grund, warum Arztbesuche bei gesundheitlichen Beschwerden vermieden werden, was zu einer weiteren Gesundheitsverschlechterung führen kann. Um die hygienische Situation zu verbessern, werden zum Teil originelle Strategien entwickelt, von denen manche sehr anspruchsvoll sind, so dass sie nicht von allen auf längere Sicht durchgehalten werden können.

5.2.1.4 Ernährung und Gesundheit

Alle Interviewpartner stimmten darin überein, dass sie sich nicht gut ernährten. Es wurde beklagt, dass Mahlzeiten nur unregelmäßig eingenommen werden konnten, häufig gelang es nicht, drei Mahlzeiten am Tag zu organisieren, so dass einige Studienteilnehmer nicht ausreichend Nahrung zu sich nehmen konnten.

Jürgen: „Also ich merk' es allein an mir, ich hab jetzt in den letzten vier Tagen kaum was gegessen, also wirklich. So gesehen gar nichts. Wo wir Samstag [in der Teestube] waren, da haben wir gar nichts mehr gekriegt, nur abends beim Kollegen ein paar Scheiben Brot, das war's, und so ging's eigentlich die ganzen vier, also die ganzen dreieinhalb Tage dann jetzt.“

Auch die Qualität der tatsächlich eingenommenen Mahlzeiten wurde als mangelhaft bezeichnet. Viele Studienteilnehmer wünschten sich, häufiger warme Mahlzeiten einzunehmen und mehr Obst und Gemüse essen zu können.

Anne berichtet, dass ihr manchmal sogar die 50 Cent fehlen, um für den Mittagstisch der Teestube bezahlen zu können. Andere Interviewpartner beklagen, dass ihnen das Geld für höherwertige Lebensmittel wie frisches Obst oder Gemüse fehlt.

Dorothea: „Ja weil in manchen Läden, Obst und Gemüse, da überschlägt man sich wenn man so auf die Preise guckt.“

Interviewer: „Gesundes Essen?[..]Und kriegt man das, in Ihrer Situation?“

Bertram: „Überhaupt nicht, was billig ist, ist auch ungesund, nur die ungesunden Sachen die sind auch billig, die teuren Sachen, die sind gesund, aber da kommt man ja nicht dran.“

Ein Interviewpartner reflektiert, dass in seinem Fall die Opiatsucht Geld absorbiert, das er gerne für gesündere Lebensmittel ausgeben würde:

„Ich weiß also, wie ich mich normalerweise ernähren müsste. Aber das liegt halt auch meist mehr an meiner Sucht. Die finanziellen Mittel sind einfach nicht da.“

Mathilde versucht, sich von Bio-Produkten zu ernähren, aber das sei ihr, so gibt sie an, bereits zu teuer geworden. Es sind aber nicht nur finanzielle Gründe, die es in der Wohnungslosigkeit erschweren, qualitativ und quantitativ ausreichende Nahrung aufzunehmen. Es ist auch das Fehlen einer Küche mit Kühlschrank, Herd, Kochgeschirr und so weiter, das es unmöglich macht, sich mit wenig Geld gesund zu ernähren:

Markus: „[...] aber wo ich auf der Straße gelebt hab, da war kein Kühlschrank und so, weißt du, da haben wir geguckt, alles klar morgens kurz zur Döner-Bude gegangen, oder irgendwo in einer Bäckerei was gefrühstückt, auch nicht richtig.“

Werner: „Wenn ich jetzt sage, wenn ich mir vornehme, ich möchte jetzt morgen mal gesund essen, ich möchte mir jetzt morgen mal ein Schnitzel in die Pfanne hauen, schönen gemischten Salat dazu, damit ich meine Vitamine kriege, Sättigungsbeilage mit Kohlehydraten, Ballaststoffe und so, [...] muss man alles dafür kaufen.“

Markus, der derzeit bei einer Partnerin lebt, schildert, dass er die Tafel als eine Möglichkeit, sich günstig mit Lebensmitteln zu versorgen, nicht nutzen kann, weil er derzeit nicht beim Arbeitsamt gemeldet ist, obwohl er kein Einkommen hat:

Markus: „Ich hab auch schon überlegt, ob ich zur Tafel gehen soll, aber da ich jetzt wieder mit Arbeitsamt und so, da muss man ja, braucht man eine Bescheinigung vom Arbeitsamt und so, damit man zur Tafel gehen kann.“

Interviewer: „Ach wirklich?“

Markus: „Ja, aber weil ich jetzt nichts mehr mit Arbeitsamt zu tun hab kann ich jetzt auch nicht mehr zur Tafel gehen.“

Ralf, der einen gesetzlichen Betreuer hat, und mit seiner jetzigen Versorgung im Wohnheim sehr zufrieden ist, berichtet von unzureichender Nahrungsversorgung durch seinen ehemaligen „Pfleger und Vermieter“:

Interviewer: „Wo warst Du davor?“

Ralf: „Bei einem Pfleger und Vermieter. [...] Und dann hat der noch nicht mal richtig gekocht. Es gab fast die ganze Woche nur Eintopf, einmal die Woche mit Fleisch, am Samstag gar nichts zu Essen, und morgens nur zwei Toaste mit Marmelade und zwei

Tassen Kaffee, und abends nur so Brote mit Leberwurst, lauter so billiges Zeug. Und ich hab gesehen, wie immer mein Betreuer kam, und ihm meine Rente gab. Das hat mich genervt.“

Aber selbst wenn Nahrung zur Verfügung steht, gelingt es einigen Wohnungslosen aufgrund von Erkrankungen und Beschwerden im Magen-Darm-Bereich nicht, ausreichend zu essen. So berichtete Ralf vor dem Interview, dass er in der vergangenen Nacht starke Magenschmerzen gehabt habe. Mehrere Studienteilnehmer mussten sich unmittelbar nach dem Essen ungewollt erbrechen.

Karl: „Da kannst du auch essen gehen, brauchst du 50 Cent. In [der Teestube] da, ne. Heute ist ja Montag, da steht wieder allerhand Kuchen da, da esse ich zwei Stück, und dann hau' ich wieder ab. Da brauch' ich den Fraß [das warme Essen] gar nicht einnehmen. Ich hab das meistens immer ausgekotzt, ne.“

Ein älterer Mann, der seit vielen Jahren Platte machte, und der sich gerne informell unterhielt, war bereits stark abgemagert. Er konnte aufgrund seines schlechten Zahnstatus keine feste Nahrung zu sich nehmen und erbrach sich ebenfalls unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme. Auch auf den Ernährungszustand anderer Untersuchungsteilnehmer hatte sich die mangelhafte Nahrungsversorgung bereits ausgewirkt. Anne gab an, in den vergangenen Monaten etwa 20 Kilo Gewicht verloren zu haben, bei Bertram, der bereits abgemagert aussah, waren es mindestens fünf Kilo. Ein besonders sportlicher Mann, der sich informell an der Studie beteiligte, und der erst vor wenigen Wochen seine Wohnung verloren hatte, war ebenfalls über seinen starken Gewichtsverlust und den Muskelabbau seit Eintritt der Wohnungslosigkeit besorgt.

Da ein Großteil der Studienteilnehmer in einer Teestube mit Mittagstisch rekrutiert worden war, nutzten viele dieses Angebot. Während manche nur selten kamen, gab es einige, die geschickt und mit recht großem Aufwand verschiedene Angebote in der Umgebung nutzten und so eine ausreichende Nahrungsversorgung sicherstellen können, wie es zum Beispiel Mathilde hier schildert:

Mathilde: „Du musst immer irgendwelches Essen, wenn Du nicht so viel Geld hast, musst Du irgendwelches Essen in Anspruch nehmen, nämlich von irgendeiner Suppenküche. Das heißt bis zwei Uhr gibt es nur Essen und dann ist sowieso Schluss. Und

dann, einige Suppenküchen haben irgendwann in der Woche mal zu, haben am Wochenende nicht zu, und dann musst Du dann die Zeiten wissen von mehreren Städten. Dann fängst Du noch an, hinterher zu reisen. [...] So und dann fängt so ein kleiner Tourismus an, oder so. Man zieht dann umher. Da kriegt man, da hat man dann nicht so viel Geld um diese teuren Fahrkarten zu kaufen. Im Sommer kann man Wandern, ich wandere gerne, oder fahr' auch mit dem Fahrrad.“

Die Meinungen über die Qualität des Essens in den Einrichtungen gingen dabei in der für Großküchen üblichen Weise auseinander und reichten von „zusammen gematschter Abfall“ (Volker) über „gesund“ (Bernd) bis „manchmal richtig super“ (Martin).

Einige Interviewpartner nutzten die Tafel, um sich günstig Lebensmittel zu verschaffen. Hans und Ralf, die im Wohnheim untergebracht waren nutzten „Essen auf Rädern“ für ein tägliches warmes Mittagessen. Beide berichten, mit damit sehr zufrieden zu sein, von Hans ist aber zu erfahren, dass der im Wohnheim tätige Sozialpädagoge kontrolliert, ob er ausreichend isst, da bei ihm in letzter Zeit ein erheblicher Gewichtsverlust aufgefallen ist.

Einige Interviewpartner berichten auch, dass sie bei Freunden und Verwandten essen können, obwohl Patrick einschränkt dass das nur zu Beginn der Wohnungslosigkeit möglich ist. Er befürchtet, dass er bei länger dauernder Wohnungslosigkeit nur noch Freunde hätte, die ebenfalls wohnungslos wären, und die ihm daher nicht mehr mit Essen aushelfen könnten. Markus berichtet, dass er sich bei Bekanntschaften mit Essen versorgen konnte:

Markus: „Oder ich bin zu irgendwelchen Mädchen hingekommen, hab mich von denen bekochen lassen.“

Andere Strategien sind weiter von „Normalität“ entfernt. Markus und Bertram schildern zunächst, wie sie sich durch Schnorren mit Nahrung versorgen:

Markus: „Auch wenn ich so Hunger auf Wurst gehabt hab, bin ich zu irgendwelchen Leuten hingegangen hab ich gesagt ich hab Hunger, sie sollen mir mal ein Brot fertig machen, haben sie mir auch was zu essen gegeben, oder so, hab ich gesagt, ich komm gerade nicht nach Hause oder so, und ich hab Hunger, mach mir mal was zu essen, und das was zu essen, und das war dann kein Problem.“

Bertram: „Ich versuch mich so durchzuschlagen, mit Schnorren. Ansonsten habe ich bei Pastoren geklingelt, zwei Pastoren kenne ich, hier um die Ecke ist ein Pastor und in [einem anderen Stadtteil] ist auch einer, da klingel' ich auch ab und zu, der gibt mir auch was, eine Tüte mit ein paar Butterbrotten und Milch und so.“

Zwei weitere Interviewpartner berichten hier wie sie, wenn sie hungrig sind, Nahrung „klauen“ und wie sie aus Abfällen, der an zweiter Stelle zitierte spricht von einem „Container“, Nahrung gewinnen:

„Also der Hunger, also der treibt einen dann wirklich dazu, echt jetzt an irgendeine Mülltonne jetzt hinzugehen, und da zu gucken, ist da noch irgendwas zu essen drin? Das sollte man möglichst auch nicht machen, also ich bin da ganz ehrlich, also bevor ich in der Mülltonne gucken würde da geh ich jetzt lieber ins Geschäft und geh mir was klauen. Ich mein, ist jetzt auch nicht gerade so das Beste, ist natürlich auch wieder kriminell irgendwo.“

„Mit dem Essen? Also wenn ich Hunger hatte, Essen hab ich immer bekommen, wenn ich irgendwo in die Schrebergärten gegangen bin und Obst geklaut hab, oder eh, was weiß ich nicht, ich kenn Backstuben hier die haben nachts dann gebacken und so, die haben dann Container, da hab ich dann Brot rausgeholt oder so.“

Zusammenfassung

Die Nahrungsversorgung ist qualitativ und quantitativ häufig unzureichend. Dafür verantwortlich sind vor allem Geldmangel, das Fehlen einer Küche und Magen-Darm-Erkrankungen, im Ausnahmefall auch eine qualitativ mangelhafte Versorgung durch Pflegepersonen. Die Folge sind Hungergefühl und Gewichtsverlust, im Extremfall Kachexie. Schwäche, Antriebsmangel und Niedergeschlagenheit werden von den Interviewpartnern zwar nicht mit Nahrungsmangel in Verbindung gebracht, jedoch trägt die Mangelernährung sicher zum Auftreten dieser Symptome bei. Um die Versorgung zu verbessern werden Hilfeangebote genutzt, bei der Familie und bei Freunden gegessen, geschnorrt, geklaut und Mülltonnen durchsucht.

5.2.1.5 Die Auswirkung von Gewalt auf die Gesundheit

Gewalt ist im Umfeld der Studienteilnehmer weit verbreitet. Sie beginnt mit Beleidigungen und Demütigungen, „so geht man hier halt miteinander um“ formuliert es ein Bewohner des Wohnheims mit Übernachtungsstelle, nachdem er einen anderen Bewohner wiederholt beschimpft hat, ohne das der ihm dafür irgendeinen wahrnehmbaren Anlass geboten hatte.

Ein anderer Bewohner musste einmal von der Polizei überwältigt und abgeführt werden, nachdem er gedroht hatte, einen Mitbewohner umzubringen. Wieder ein anderer Bewohner antwortete auf einen Versuch der Kontaktaufnahme mit einer Gewaltandrohung: „ich wollt' Dir keins in die Fresse hauen!“[Feldnotiz]

Bei einer anderen Gelegenheit hebt ein langjährig Wohnungsloser im informellen Gespräch unvermittelt drohend seine Gehstütze in Richtung eines mehrere Meter entfernt sitzenden Mannes und ruft: „Halt's Maul Du Penner! Oder ich komm und hau' Dir eins auf die Fresse!“ [Feldnotiz]

Bereits in der Primärfamilie mancher Informanten kam es regelmäßig zu Gewalttaten. Ein Studienteilnehmer berichtet im Interview lapidar, dass er von seinem Vater häufig misshandelt wurde, unter anderem mit der Folge einer Schienbeinfraktur.

Es ist leicht, als Wohnungsloser Opfer einer Gewalttat zu werden. Ein Mann, der erst vor wenigen Wochen seine Wohnung verloren hatte, berichtete, dass er von Jugendlichen angegangen wurde „Na, Alter, willst Du ein paar in die Fresse?“ [Feldnotiz], zu Gewalttaten sei es zwar bisher noch nicht gekommen, aber er habe Angst davor.

Einige Interviewpartner wurden jedoch regelmäßig Opfer von Gewalttaten. Volker gab an, dass dies mehrmals in der Woche passiere, zuletzt hatte war ihm dabei eine Orbitafraktur zugefügt worden, Werner berichtet von mehreren Angriffen im Jahr, obwohl er, wie er versicherte, jeder Gewalttat aus dem Weg zu gehen versucht:

Volker: „Zwei mal die Woche werde ich zusammengeslagen von irgendwelchen Jugendlichen, die behaupten, du lebst auf ihre Kosten, weil du auf der Straße bist und dementsprechend sieht auch meine Hand aus, ist auch geschwollen, [im] Schlafsack zusammengetreten. [...] Hm, egal an welchen Orten, egal in welchem Stadtteil, letztlich war eine Notoperation, haben sie mir das Auge noch gerade gerettet.“

Interviewer: „Das Auge ist noch ganz blau.“

Volker: „[...] War ein dicker Bluterguss drin im Auge, ja, haben den Bluterguss weg gemacht, haben sie sauber gemacht, bisschen hochgehoben, jetzt ist wieder O.K. einigermaßen, man sieht's immer noch.“

Interviewer: „Gewalterfahrung auf der Straße.“

Werner: „Gewalterfahrung auf der Straße? Also ich selber bin zum Beispiel ein absolut gewaltloser Mensch. Ich versuch wirklich allem, was so Gewalt angeht, aus dem Wege zu gehen. Obwohl ich bin ein paar mal angegangen worden.“

Interviewer: „Wie oft ist das passiert?“

Werner: „Also jetzt im Jahr drei vier mal doch schon. Einmal sogar richtig heftig, da wollte mich jemand mit dem Messer abstechen.“

Interviewer: „Einfach so?“

Werner: „Nicht einfach so, nein, ich hab den auch an einer Stelle schlafen lassen an einem Platz, das war mein Platz, der hat mich nicht in Ruhe gelassen, hab ich gesagt jetzt gehst du. Da hat der auf einmal mit einem Taschenmesser, hab ich ihm aber weggenommen. Hab ich noch in der Tasche. Hat er auf einmal dieses Messer in der Hand.“

Interviewer: „Na gut, das ist ja mit einer großen Klinge, ne?“

Werner: „Und er hat versucht, mich damit anzustechen.“

Interviewer: „Oh Scheiße.“

Werner: „Da hab ich's ihm weggenommen, und obwohl ich nie schlage, daraufhin hat er von mir dann eine gekriegt. Überleg mal, er hätt' mich damit getroffen. Ich hatte nur einen guten Reflex. Der wollte Richtung Bauch, bin ich mit dem Bauch nach hinten und konnte ihm dann das Messer aus der Hand schlagen. Das war aber auch das erste mal, dass mich einer versucht hat zu stechen. Das hab ich vorher 33 Jahre nicht erlebt. Ich bin zum Glück in richtig geordneten Verhältnissen aufgewachsen, ich kenne so was nicht.“

Ralf berichtete, dass ihm vor vier Monaten in der Nähe seines Wohnheims von einem Mitbewohner eine volle Bierflasche über den Kopf geschlagen wurde, wovon er ausgedehnte Narben zurückbehalten hat. Der Angreifer hatte zwei Euro von ihm verlangt.

Mehrere Studienteilnehmer berichteten in den Interviews mit Entsetzen von brutalen Gewaltverbrechen, deren Opfer Wohnungslose wurden. Ein besonders grausames Verbrechen war die Ermordung eines in der Wohnungslosenszene gut bekannten Mannes durch Verbrennen, von der hier Mathilde berichtet:

Mathilde: „In [unserer Stadt] ist vor einem halben, vor einem dreiviertel Jahr folgendes passiert im Winter. Da ist ein Obdachloser, das ist schon mal passiert, schon öfter mal, nachts angezündet worden. Der ist verbrannt, die haben den verbrannt. Irgendjemand hat den, der war betrunken, ist eingeschlafen, jemand hat den wohl mit Benzin übergossen und hat den angesteckt. [...] Der war ein paar Tage noch im Krankenhaus, die konnten ihn nicht mehr retten. [...] Ich kann mir vorstellen, dass das grauenhaft gewesen sein muss. Grauenhaft! Und das ist nicht das einzige Mal, hier ist schon jemand im Parkhaus, sind irgendwelche Burschen hinterher gegangen und haben jemanden den Rücken mit Benzin eingegossen und haben den angezündet. Der musste mit schweren Verbrennungen ins Krankenhaus, hat es aber geschafft.“

Alkohol und Drogen sind in mehrerer Hinsicht am Zustandekommen der Gewalttätigkeit beteiligt, wird in den Interviews berichtet. Einerseits steigt im Rausch, aber auch im Drogenentzug, wie im Kapitel über Drogen und Gesundheit geschildert wird, die Gewaltbereitschaft, andererseits bietet der Kauf und Verkauf von Drogen Konfliktpotential, wie hier Martin berichtet:

Martin: „Meistens geht es um belanglose Dinge, ja, meistens ist Alkohol im Spiel, oder Tabletten, wenn die Leute zuviel Alkohol zu sich nehmen. Meistens oder oft, ist der Grund auch Heroin, Abzüge oder Schore[Heroin]-Scheiße. [...] Ja, meistens wird das dann mit Fäusten ausgetragen, oder was auf der Platte sehr oft der Fall ist, mit Gegenständen, mit Flaschen wird zugehauen, ja, ja.“

Weiter vermutet Martin, dass die Gewaltbereitschaft in der Wohnungslosenszene mit Lernvorgängen in der Primärfamilie zu tun haben könnte:

Martin: „Ansonsten ist jeder auf Platte Gewalt von zu Hause [gewohnt], von seinen Eltern und so, schätz ich und man überträgt das ja, man nimmt das ja mit.“

Neben Schmerzen, Verletzungen und Krankenhausaufenthalten ist die Folge von Gewalt vor allem die Angst, Opfer von Gewalt zu werden. Hier beschreibt Volker im einzelnen, wie sich die Angst bei ihm äußert:

Volker: „Ja, selbstverständlich wäre das gut für die Gesundheit, würde sich doch alles erholen, würde sich doch alles regenerieren, ich merk das ja selbst, wenn ich ein paar Tage ohne Schläge, ohne Zwischenfälle, ohne Angst lebe, regeneriert sich meine Darmflora, , dann regeneriert sich mein Magen, dann habe ich kein Sodbrennen mehr, dann habe ich nichts mehr, und so bald das wieder passiert, dann zack, lieg ich wieder daneben, klar.“

Die berechtigte Angst vor Gewalttaten erschwert die Versorgung von Wohnungslosen erheblich. Hilfeangebote werden nicht wahrgenommen weil die Interviewpartner fürchten, dort zu Gewaltopfern zu werden. Thomas äußert sich hier über das Wohnheim mit Übernachtungsstelle in der Stadt:

Thomas: „Also da war ich noch nicht, ich kenne die Einrichtung, ich weiß auch was da los ist. Da werde ich lieber ein Zelt nehmen und eine Penntüte auf gut deutsch gesagt und draußen schlafen.“

Interviewer: „Was ist denn da los?“

Thomas: „Ich kann nur sagen, Äh, mit dem Alkohol, und auch einige Schlägereien.“

Bertram berichtet im Interview, dass er, nachdem er nach einem Besuch der Teestube getreten worden ist, den Aufenthaltsraum, Mittagstisch nicht mehr nutzt:

Bertram: „Wo ich einmal Probleme hab, da geh ich gar nicht mehr hin, ich weich den Problemen aus, genauso wie auch [in der Suppenküche] oder wie das heißt, da war ich zwar schon mal gewesen, aber ich hab gar keine Lust drauf, die Alkoholiker die saufen einen dann gibt es um die Ecke Klopperei, und was weiß ich nicht, das gefällt mir nicht. [...]Innendrin gut Kirschen essen, und vor der Tür um die Ecke, hat mir einer den Arsch getreten da, irgendwas hat der da zu mir gesagt: ‚ja Du nicht, und pass' mal auf hier‘, und was weiß ich nicht, da war ich schon mal, und da hab ich auch keine Lust mehr gehabt da hinzugehen.“

Außerdem nutzt Bertram das mobile medizinische Angebot nicht mehr, das neben der Teestube zugänglich ist, nachdem er dort getreten wurde.

Das Meiden von Orten, an denen mit Gewalt gerechnet werden muss, kann bereits als eine Strategie im Umgang mit Gewalt gesehen werden. Dieses Verhalten begünstigt allerdings die institutionelle Entkopplung und verringert damit die Möglichkeiten, auf Hilfeangebote zurückzugreifen. Eine weitere Strategie im Umgang mit Gewalt, die vor allem die Angst vor Gewalttaten mindert, ist die Einnahme angstlösender Substanzen wie Alkohol, Benzodiazepine oder anderer Drogen. Dorothea, deren ehemaliger Partner ein psychisch kranker Gewaltverbrecher ist, reflektiert hier, wie es zu ihrer Benzodiazepinabhängigkeit gekommen ist:

Dorothea: „Ja, deswegen habe ich auch damals die Diazepam verschrieben gekriegt, weil, damit fing das eigentlich so an, irgendwie, weil [mein ehemaliger Partner] der war auch jedes Jahr zweimal im Krankenhaus, weil der psychisch eben krank ist, sag mal so, ja und der hat schon einiges gebracht, vieles, und der ist auch immer aus dem Krankenhaus abgehauen, oder so, und dann habe ich natürlich Verfolgungswahn gekriegt, und Angst, und konnte nachts nicht mehr pennen und war nur am schwitzen, und so, und das habe ich dann dem Arzt erzählt, und daraufhin hab ich die auch gekriegt, die Tabletten.“

Weiter schildert Dorothea, wie ihre Angst zunahm, als ihr ehemaliger Partner nach einer spektakulären Gewalttat flüchtig war und sie in der Folge immer mehr Tabletten einnahm.

Es finden sich aber auch Beispiele, wie mit konkreteren Bedrohungen gut umgegangen werden kann. Daniela schildert, dass sie am Vortag auf der Straße überfallen werden sollte, es ihr aber rechtzeitig gelang, über ihr Mobiltelefon die Polizei zu alarmieren, worauf die Angreifer ausrissen.

Der Täter, der Ralf eine Flasche über den Kopf geschlagen hatte, wurde gefasst:

Interviewer: „Was ist mit dem passiert, der Dir die Flasche auf den Kopf geschlagen hat? Hat der Ärger gekriegt?“

Ralf: „Oh ich glaub' den haben die gefasst.“

Interviewer: „Den haben die gefasst?“

Ralf: „Es gab zwei Zeugen, die hatten das gesehen, die hatten den Notarztwagen angerufen. [...] Den [Täter] hab ich, seit das passiert ist, nicht mehr gesehen.“

Zusammenfassung

Wohnungslose werden häufig Opfer von Gewalttaten, und viele leiden in der Folge unter Angst. Da ein Teil der Taten von anderen Wohnungslosen begangen wird, werden manche Hilfeangebote, in deren Umfeld es zu Gewalttaten kommt, von einigen Wohnungslosen gemieden. Die mit Alkohol und andere Drogen verbundenen Konflikte und Enthemmung können eine Ursache für das Auftreten von Gewalt sein, ebenso sind Alkohol, Tabletten und andere Drogen für manche ein Mittel, um die Folgen von Gewalterfahrung und die Angst vor Gewalt zu bewältigen. Die Angst vor Gewalt ist so ein Grund für das Entstehen von Suchtmittelabhängigkeit. Das Eingreifen der Polizei gegen Gewalttäter wird von den Opfern geschätzt.

5.2.1.6 Auswirkungen des sozialen Kontexts auf die Gesundheit

Die Gesprächspartner beklagen, dass sie von Seiten der sozialen Umwelt auf der Straße teils massiver Ablehnung und Diskriminierung ausgesetzt sind. Diesen Einflüssen fühlen sie sich schutzlos ausgeliefert, da ihnen Wohnung und Familie, die Rückzugsraum und soziale Unterstützung gewähren könnten, häufig fehlen.

Mangelnde Unterstützung, soziale Aussperrung und Stigmatisierung

Bernd reflektiert hier zunächst, dass die Wohnungslosen einer Gesellschaft, die Wohnungen leer stehen lässt, gleichgültig sein müssen. Entsprechend wird in den Medien über ein grausames Kapitalverbrechen an einem Wohnungslosen kaum berichtet, während rührselige Berichte über Tierschicksale breiten Raum einnehmen:

Bernd: „Die Häuser leer stehen lassen und andere Leute müssen draußen auf der Straße frieren. Schreiben in der Zeitung: In China ist ein Elefant erschossen worden, als ob mich das interessiert, ob der Elefant erschossen worden ist. Das ist aber wichtiger, als ein Menschenleben. Von dem [im vergangenen Jahr im ermordeten Wohnungslosen], den sie angezündet haben, stand nur so ein kleiner Artikel in der Zeitung. Und wo der chinesische Pandabär da sein Kind gekriegt hat, da haben sie eine ganze Seite geschrieben, über den Pandabären.“

Markus schildert im Einzelnen, dass er sich unzureichend unterstützt fühlte, als die elterliche Wohnung, in der er bis zum 18. Lebensjahr gelebt hatte, überraschend aufgelöst und er von seinen minderjährigen Geschwistern getrennt wurde:

Markus: „Gerade aus der Schule raus, alles fertig und so, von nichts 'ne Ahnung, keine Ahnung zu welchem Amt muss ich gehen, keiner konnte mir das erklären, keiner konnte mir das erklären, da hab ich gesagt, alles klar. Ich sag leck mich am Arsch, ich sag wenn Ihr mir nicht helft, ich sag, dann brauche ich Euch auch nicht. Dann will ich auch mit Euch nichts mehr zu tun haben, jetzt mach ich mein Leben alleine, und so, und dann hab ich es alleine probiert und so.“

Weiter beklagt Bernd, dass Wohnungslosigkeit dem einzelnen Wohnungslosen schuldhaft zugeschrieben wird:

Bernd: „Das verstehen viele Leute nicht. Die denken dann so wie ich's früher gedacht hab. Die sind doch alle selber schuld, die haben doch gar keinen Bock, irgendwas zu machen.“

Die Interviewpartner berichten aber nicht nur von Gleichgültigkeit ihren Problemen gegenüber. Häufig spüren sie Ablehnung, die sich zum Beispiel in abwertenden und beleidigenden Äußerungen spiegelt, die Bertram hier wiedergibt, oder im abschätzigen Verhalten des Verkaufspersonals, das Werner im Anschluss schildert:

Bertram: „Ja und auch Sprüche die man überall mitkriegt, die man überall hört.“

Interviewer: „Was denn für Sprüche?“

Bertram: „Blödmann, asozial und so was alles. [...] Ja, die Leute geguckt: hast Du die Krätze? Und: Ich wusste gar nicht, dass es Nesselsucht noch in Deutschland gibt, geh Dich mal waschen.“

Werner: „Ja das ganze Umfeld, ja, dass Kleider Leute machen, sag ich mal. Wie so Menschen mit einem umgehen. Das fängt bei so Kleinigkeiten an, wenn man im Laden irgendwie bezahlen will, und die Verkäuferinnen einem das Geld nicht aus der Hand nehmen wollen. ‚Nee, nee, legen Sie doch mal da hin.‘ In einem Ton, und wie die einen dann angucken und so.“

Interviewpartner berichten auch, dass sie von der normalen Nutzung allgemein zugänglicher Ressourcen ausgeschlossen werden. Mathilde beklagt hier, dass sie von den Stufen zur evangelischen Kirche weggejagt wird, neben der sie aufgewachsen ist. Danach schildert Bertram, wie ihm die Nutzung von Kaufhaustoiletten verboten wird und er aufgrund seines Aussehens aus einem Kaufhaus verwiesen wird:

Mathilde: „Weil, ich möchte das so weit treiben, hier an der Kirche, dass die evangelische Kirche mir eine Anzeige schreibt. Wegen Hausfriedensbruch, das möchte ich schriftlich haben. Und dann, ich werde denen sowieso sagen, dass ich genau hier groß geworden bin. Und wieso soll ich, wieso soll ich dann 30 Jahre später, wieso soll ich dann weggejagt werden?“

Bertram: „Nee, und wenn man irgendwas fragt oder man muss mal eben kurz auf Toilette, geht nicht, aber andere die können sofort, unsereins wird überall abgewiesen. [...] Und blöd angeguckt ist normal, ja, der hat nichts, ach, raus, weg hier, oder die denken man will klauen oder so. Im Kaufhaus letztens, ich hab die Uhren angeguckt, dann kam einer hat gesagt:

„Kaufhof-Detektiv, gehen Sie mal hier raus, verlassen Sie mal hier.“

„Ja warum?“

„Ja guck Dich doch mal an.“

Ja, da musste ich raus gehen. Früher bin ich mal im Kaufhof gewesen, da hat nie einer so was zu mir gesagt.“

Weitere Institutionen, deren Verhalten als diskriminierend erlebt wird, sind Ämter und Banken. So beklagt sich ein bereits langjährig Wohnungsloser, der sich im informellen Gespräch äußert, er sei beim Sozialamt behandelt worden, als ob er ein „Misthaufen“ wäre. Auch Bertram berichtet, dass es sehr mühsam ist, die eigenen Interessen bei den Behörden durchzusetzen:

Bertram: „Unsereins wird überall abgewiesen und Gespräche hat man nicht viel, wird nichts gemacht einfach, wenn man nicht selber kämpft, fast gar nichts wird für einen gemacht.“

Nachfolgend berichtet Bertram, wie er nach dem Verlust seiner Wohnung und Arbeit die Umwandlung seines Girokontos in ein Guthabenkonto erlebte:

Bertram: „Weil ich das [den Mitarbeitern der Bank] gesagt hab, was passiert ist, ja, ja, alles klar zack, haben die dann umgewandelt, einfach umgewandelt, dann wird man als nicht mehr vertrauenswürdig oder asozial eingestuft, so kam mir das vor.“

Ausgeprägte Armut grenzt Studienteilnehmer noch weiter aus. Bernd berichtet, wie sich das Fehlen oder Vorhandensein bereits einer geringen Menge Geld auf sein Selbstgefühl auswirkt:

Bernd: „Und das ist genau, wenn man Geld hat, geht man die Bahnhofstraße ganz anders runter als wenn ich gar nichts hab. Weil wenn ich zehn Euro hab, kann ich vielleicht da mal was oder da mal was, und wenn ich kein Geld hab, dann weiß ich ganz genau: Ich kann sowieso nicht kaufen, da fühlt man sich wie der letzte Mensch.“

Auch auf dem Arbeitsmarkt werden Wohnungslose ausgegrenzt. So berichtet Dorothea, wie sie trotz ihrer Bereitschaft, unter jedweden Bedingungen zu arbeiten, keine Anstellung mehr finden konnte.

Ein Bewohner der Wohnheims mit Übernachtungsstelle schilderte im informellen Gespräch, dass ihm vom Personalleiter einer Firma im Bewerbungsgespräch gesagt wurde, er wohne im „Pennerheim“, zudem wurde ihm unzutreffenderweise unterstellt, Alkoholiker zu sein, weswegen er die Arbeit nicht erhielt.

Markus berichtet, dass es ohne Wohnung kaum möglich ist, ein Arbeitsverhältnis längerfristig aufrechtzuerhalten:

Markus: „Ich hab schon mehr gearbeitet, ich hab schon in Diskotheken gearbeitet, ich hab schon im [Freizeitpark] gearbeitet, ganze Saison, ich hab schon, ach ich hab schon im Wald was gearbeitet, ich hab alles gemacht, aber ist dann auch immer schwer wenn man keine Wohnung hat oder so, dann ist das halt immer schwer so ja, irgendwo zu arbeiten.“

Interviewer: „Warum ist das schwer?“

Markus: „Weil man kann nicht geregelt auf der Straße schlafen, man kann nicht sagen ich leg mich jetzt um sieben Uhr hin, und steh morgens um sieben Uhr auf, auf der Straße geht das nicht, das ist zu schwer und dann, wenn man ein, zwei Tage durch-

macht oder so, der Chef der sagt dann auch: ‚danke schön, du brauchst nicht mehr zu arbeiten, du kannst gehen.‘“

Die Ablehnung Wohnungsloser kann sich, wie weiter oben geschildert, in abwertenden Äußerungen, abweisendem Verhalten und Vertreibung aus dem öffentlichen Raum äußern. Das nun von Werner geschilderte Verhalten verdeutlicht, dass es einen kontinuierlichen Übergang von Beleidigung und Demütigung zur Gewalt gegen Wohnungslose gibt:

Werner: „Oder auch, wenn Kinder die [Fußgängerzone] lang gehen: ‚eh Penner!‘ Und die Dose wegtreten, und so was, weil sie denken dass man da –ja ich weiß gar nicht, was, auch Erwachsene machen das zum Teil- was solche Menschen denken. Die denken man sitzt da, weil man was weiß ich, dumm ist, und weiß ich nicht, dass man total Scheiße ist! Dumm ist, Scheiße ist, keinen Bock hat, all so was, dass man Abschaum ist.“

Und so denken die, und so behandeln sie einen dann auch. Manche versuchen es, einen das wirklich spüren zu lassen, und damit fertig zu werden, ist manchmal nicht so leicht.“

Ein höherer Schweregrad der Misshandlung ist erreicht, sobald das Verjagen und die Diskriminierung mit Gewalt durchgesetzt werden. Im unten geschilderten Fall wird versucht, die Gewalttat mit der Behauptung, dass das Opfer auf die Kosten des Gewalttäters lebe, zu rechtfertigen. Wolfgang berichtet, wie ihn auf einem Volksfest ein Verkäufer von seinem Stand vertrieben hat:

Wolfgang: „Da sagt der zu mir: ‚geh weiter, Du, Asozialer.‘ [...]“

Da guck ich ihn an und sag: ‚ich kann doch hier gucken.‘

Sagt der: ‚geh weiter! Sonst komm ich rum und knall Dir eine.‘

Ich steh: ‚Dann mach doch.‘

‚Geh weiter!‘ Ich lebe von seiner, auf seine Kosten. [...]“

Da haut der mich, bong! Umgekippt.“

Interviewer: „Ins Gesicht?“

Wolfgang: „Hier vorn, da bin ich umgekippt.“

Auch Volker, der mehrfach von jugendlichen Schlägern misshandelt wurde, berichtet, diese hätten ihre Gewalttaten mit der Behauptung rechtfertigen wollen, dass er auf ihre Kosten lebe. Am obersten Ende dieser fortlaufenden Gewaltskala findet sich dann der grausame Mord an einem Wohnungslosen durch Verbrennung, von dem bereits berichtet wurde.

Jedoch sind Gewalttaten nicht die einzigen belastenden Lebensereignisse, mit denen die Interviewpartner konfrontiert sind. Ein Studienteilnehmer berichtet von einem schweren Fahrradunfall, an dessen Folgen er bis heute leidet, wobei der verschuldende Autofahrer Fahrerflucht beging, in einem anderen Interview kommt die Sprache auf den vorzeitigen und traumatisierenden Tod zweier Menschen aus dem engsten Familienkreis.

Einige Interviewpartner erwähnen, dass sie an schweren chronischen Erkrankungen leiden. Eine Gesprächspartnerin erzählt hier, wie ihr Partner reagierte, als ihm eröffnet wurde, dass er sich mit einer Virushepatitis angesteckt hatte:

„Ja, aber dann ist er zu mir gekommen und hat sich total ausgeweint und hat gesagt, hör doch mal, das kann doch wohl nicht wahr sein, ich war eben beim Arzt und der hat Hepatitis bei mir festgestellt. Das kann doch wohl nicht sein, dass ich Dich angesteckt habe, durch den Geschlechtsverkehr.“

Zusätzlich lassen sich mehrere Faktoren identifizieren, die negative Einflüsse des sozialen Kontexts in ihren Auswirkungen auf Wohnungslose noch verstärken. Zunächst ist es das Fehlen einer eigenen Wohnung, und damit eines Rückzugsraumes, der hier Schutz bieten könnte:

Bernd: „Du fühlst dich wie der letzte Arsch. Weil du ganz genau weißt, egal wo du hingehst, du bist nirgendwo zu Hause. Und du hast auch das Gefühl, die Leute kriegen das mit, die gucken einen komisch an.“

Anne: „Und es ist ja auch nicht so, dass man jetzt morgens aufsteht und sagt: so, ich will jetzt unbedingt auf der Straße leben, so, ich will jetzt obdachlos werden. Ich denke, da reißt sich keiner drum. Weil, jeder Mensch ist auch irgendwo glücklich, wenn er sagt ich geh jetzt nach Hause, ich hab jetzt meine eigenen vier Wände.“

Ein weiterer Faktor, der einige Interviewpartner Ausgrenzung, Abwertung und Traumatisierung besonders schmerzlich empfinden lässt, ist ein spärlicher oder fehlender Rückhalt im Freundes- und Familienkreis.

Volker beklagt im Folgenden die fehlende Solidarität in der Wohnungslosenszene. Er macht am Beispiel eines Tabakpäckchens deutlich, dass hier ein ständiger Mangel herrscht, und dass daher die Tendenz besteht, sich gegenseitig auszunutzen.

Volker: „Ja, ja, das soziale Umfeld, die Menschen die so kaputt sind machen einen auch kaputt, also, kaputte Menschen, die bissig werden wenn man ihnen zeigt, dass man sie mag, die belasten einen natürlich, klar, logisch. Du darfst ja keinem Menschen mehr zeigen, dass man ihn mag, oder einen ausgeben oder so, dann nehmen sie Dir direkt den ganzen Arm ab. [lacht]

Ja, ist so, oder mit einem vollen Päckchen Tabak zum [Treffpunkt an der U-Bahn] gehen, dann ist das weg. [...] Wichtig ist nur dass man sich auf irgendeinen mal verlassen könnte, ist nicht, man ist ganz allein, sind viele ganz allein. Ich bin nicht der einzige der alleine ist, sind alle ganz allein, haben sie mal Episoden, dann sind sie mal mit einem den ganzen Tag so zusammen, am nächsten Tag sind sie wieder allein, zuwenig für 'nen Menschen, das bringt nichts.“

Bernd: „Freunde? Freunde hast Du auf der Straße nicht. Es gibt auf der Straße keine Freunde. Es gibt auf der Straße Bekannte, keine Freunde. Man hat keine Freunde auf der Straße.“

Interviewer: „Was heißt das?“

Bernd: „Jeder denkt nur an sich. Man kann mit Leuten, auch wenn man zu zweit schläft, man sagt das ist mein Freund, hab ich 50 Euro in der Tasche, kann es passieren, sind die 50 Euro weg und der Typ auch. Kann auch passieren ich werd dann gar nicht mehr wach. Man hat Freunde, solange man Geld hat. Dann hat man Freunde. Viele suchen einfach Zweckfreundschaft. Das ist einfach eine Zweckfreundschaft. Weil die meisten, die ich da kenn, die wollen was von mir, oder die bekommen was von mir. Also machen die natürlich lieb und freundlich, und wenn man sich umdreht, dann geht das Gelaber los.“

Im Einzelnen finden sich in den Interviews mehrere Hinweise auf fehlende soziale Unterstützung auch unter Wohnungslosen. So wird Wohnungslosigkeit, und auch das Übernachten im städtischen Wohnheim mit Übernachtungsstelle als Stigma gesehen, in einem Interview findet sich sogar ein Hinweis darauf, dass der Kontakt zu Heimbewohnern als ungehörig betrachtet wird. An einer anderen Stelle bezeichnet eine junge, erkennbar der Drogenszene zugehörige

Frau, ihre Bekannten in der Szene abwertend als „Penner“, mit denen sie eigentlich keinen nichts zu tun haben wolle.

Mehrere Interviewpartner, die sich zur Sexualität äußern, geben an, dass häufiger Partnerwechsel vorkommt und teilweise auch transaktionale Sexualität in dem Sinne, dass sexuelle Handlungen ausgeführt werden, um dafür Unterkunft für die Nacht oder eine andere Gegenleistung zu erhalten. In einem Interview wird beschrieben, dass der Studienteilnehmer auch beim gelegentlichen Sexualkontakt mit einem bekanntermaßen unzuverlässigen Partner auf Kondome verzichtet, da die Verhütung auch anders sichergestellt werden könne.

Bereits im Abschnitt über die Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Gesundheit wurde festgestellt, dass Drogenkonsum häufig von den Konsumenten als eigenes Versagen gedeutet wird. Sicher wird auch im weiteren gesellschaftlichen Kontext Drogensucht häufig als persönlicher, schuldhafter Makel gesehen. Bemerkenswert ist, dass diese Sicht gelegentlich von Mitgliedern der Wohnungslosenszene, die selbst Substanzmissbrauch betreiben, geteilt wird und der Drogenkonsum anderer als besonders schädlich und verwerflich dargestellt wird.

Folgen der Belastung

Viele der Studienteilnehmer berichten, sich isoliert und einsam zu fühlen. So berichtet ein Gesprächspartner, dass er sich mehr als materielle Verbesserungen eine Partnerin und einige Freunde wünscht. Im Folgenden schildert Bertram, wie er aus Einsamkeit beginnt, Selbstgespräche zu führen:

Bertram: „Ja, man ist allein, von der ganzen Welt alleine gelassen.“

Interviewer: „Von der ganzen Welt alleine gelassen zu sein?“

Bertram: „Ja, und man hat nur ganz wenige Gesprächspartner. Fast gar nicht, auch wenn ich da sitze und schnorr, oder auch wenn ich alleine bin wo ich immer hingeh, wenn ich alleine sein will und so, dann macht man mal Selbstgespräche oder sagt mal einen Satz oder so, dann oh was war das denn jetzt, und da hab ich mich gewundert, dass ich das gesagt hab, obwohl keiner da war, so mein ich, einsam, einsam.“

Bei einigen Studienteilnehmern hat sich das Gefühl durchgesetzt, in der Welt nicht mehr mithalten zu können, die Gesellschaft hat sie abgehängt:

Dorothea: „Weil ich hab das Gefühl das wird alles immer schneller, aber, so im allgemeinen, alles schneller, ist nicht mehr so wie früher, alle sind nur noch aggressiv und so, und das war früher, glaub ich, weniger.“

Ein Interviewpartner hat beobachtet, dass sich Ungewissheit, Angst und Bedrohung auf der Straße negativ auf sein Immunsystem und seine physische Gesundheit auswirken.

Andere Studienteilnehmer berichten von psychischen Beschwerden, die durch die Lebensumstände auf der Straße mit Verachtung, Demütigung und Gewalt hervorgerufen werden. Die Studienteilnehmer beschreiben unter anderem Antriebsmangel, Erschöpfungsgefühle, Niedergeschlagenheit, Sorgen, Selbstvorwürfen und Hoffnungslosigkeit. Drei verschiedene Interviewpartner fassen hier zusammen:

„Und dann halt eben noch die Psyche.“

Interviewer: „Was meinst Du damit?“

„Ja, den ganzen Tag da alleine zu sitzen und zu vereinsamen, irgendwie geistig keinen vernünftigen Austausch zu haben, die Psyche kann auch schon mal krank werden. Werde dann auch oft depressiv, sitze da, wie ein Schluck Wasser in der Kurve.“

„Da fühlt man sich wie der letzte Mensch. Für die Psyche ist das wirklich nicht gut. Darum haben auch viele einen an der Birne. Das macht mich fertig, wirklich. Man meint, die Leute sehen einem das an, das man der letzte ist.“

„Jeden Tag immer zu gucken, was bringt der Tag mit sich, wo schläft man heute irgendwo, oder, wie geht es generell weiter, wo finde ich mich jetzt in ungefähr einem Jahr wieder, ist man dann immer noch auf der Straße, man hat da einfach keine Hoffnungen mehr.“

Einige Interviewpartner berichten sogar von Suizidgedanken, Suizidplänen und Selbstmordversuchen. Der an erster Stelle zitierte Teilnehmer hatte vor einigen Monaten die 20 bis 40-fache Tagesdosis eines Neuroleptikums in suizidaler Absicht eingenommen:

„Da hat mich ein Freund gefunden, Krankenwagen angerufen. Halt auch irgendwie dieser ganze Alkohol, und halt Drogen auch, da hat man auch so hoffnungslose Momente.“

Interviewer: „Wo man nicht mehr weiterleben will?“

„Ja, also wo man eigentlich Angst vorm nächsten Tag hat. Vor Strafverfolgung und Knast.“

Interviewer: „Kommt das häufig vor?“

„Also diese Gedanken, ja. Doch, also gestern war es extrem schlimm.“

Interviewer: „Ja, hast Du auch schon mal daran gedacht, Dein Leben wegzuwerfen?“

„Da denkst Du jeden Tag daran wenn Du auf der Straße bist und eine vor's Maul kriegst, da denkst Du jeden Tag daran.“

„Also manchmal verliert man den Lebensmut auch. Dass ich nicht mehr weiß, also, wie geht's jetzt weiter mit einem, also andere können jetzt genau sagen, so, ich bin jetzt in einem Jahr da und da, und ich kann nicht mal sagen wo ich heute Abend jetzt bin. Und das kann er auch nicht sagen, und das ist das Grausame, irgendwo, und das ist das Grausame, wo man dann wirklich sagen muss, also, da muss man einen starken Willen haben, um sich da wirklich noch, also, über Wasser zu halten, und sich nicht selber aufzugeben. Einmal, da konnte ich jetzt nicht mehr so, und da hab ich mich selber aufgegeben, und da hab ich auch versucht, mich umzubringen, [...] Und da habe ich gesagt, ich kann einfach nicht mehr irgendwo alleine, mit so einer Situation klar kommen, also ich schaff es einfach nicht mehr. Irgendwo, ich hab den Mut und den Willen nicht mehr gehabt.“

Zusammenfassung

Die Studienteilnehmer sehen sich von der Gesellschaft alleine gelassen. Sie sind Diskriminierungen ausgesetzt, die sich in Abwertung, Ausschluss und Vertreibung äußern. Aufgrund ihrer Armut können sie nicht am Konsum teilhaben, gleichzeitig ist schwierig, auf dem Arbeitsmarkt Anschluss zu finden, und aufgrund der Lebensbedingungen auf der Straße ist es auch schwer, eine Arbeitsstelle zu halten. Von der Ablehnung und Beleidigung führt eine kontinuierliche Skala der Gewalt über Demütigungen, gewaltsame Vertreibung und Körperverletzungen bis zu grausamen Morden an Wohnungslosen. Zu Gewalterfahrungen treten weitere belastende Lebensereignisse wie vorzeitige Todesfälle und Erkrankungen hinzu. Das Fehlen einer Wohnung verstärkt ebenso wie der Mangel an Unterstützung aus Familien- und Freundeskreis die Auswirkungen der Ausgrenzung. Paarbeziehungen bestehen kaum. Aufgrund des

permanent herrschenden Mangels kann man sich gegenseitig zu wenig unterstützen. Manche fühlen sich ausgenutzt, anderswo ist auch Verachtung gegenüber anderen Wohnungslosen spürbar. Im Ergebnis fühlen sich manche Teilnehmer von der Gesellschaft abgehängt. Die belastenden sozialen Bedingungen verursachen depressive Symptome bis hin zur Suizidalität.

5.2.1.7 Drogen und Gesundheit

Bereits in den vorhergehenden Abschnitten wurde dargelegt, wie Alkohol und andere Drogen dazu genutzt werden, um Nässe, Kälte, das Fehlen geschützter Schlafplätze und Gewalt auszuhalten. Dem entsprechend spielten Drogen in einigen Interviews eine erhebliche Rolle. Zwei Interviewpartner tranken während des Gesprächs Bier, andere ließen erkennen, dass sie regelmäßig trinken, oder in der Vergangenheit getrunken haben. Ein Studienteilnehmer gibt an, im Alter von 16 Jahren mit dem Haschischrauchen begonnen zu haben, eine Gesprächspartnerin schildert, dass sie im Alter von 27 Jahren damit begonnen hat. Eine Interviewpartnerin konsumiert Opiate, seitdem sie 12 Jahre alt ist. Ein Gesprächspartner gibt an, im Alter von 16 Jahren mit dem Haschischrauchen und im Alter von 18 oder 19 Jahren mit der Einnahme von synthetischen Drogen begonnen zu haben. Einige Interviewpartner benutzten jedoch keine illegale Drogen, und wieder andere konsumierten keinerlei Rauschmittel. Da es sich bei den Aussagen zum Suchtmittelgebrauch um sensible persönliche Krankheitsdaten handelt, wird in diesem Zusammenhang auf Namensnennungen gänzlich verzichtet.

Verfügbarkeit von Drogen

Zu den bereits in den vorhergehenden Kapiteln dargestellten Ursachen des Suchtmittelgebrauchs wie Nässe, Kälte, dem Fehlen eines geschützten Schlafplatzes und der Notwendigkeit, mit Gewalt umzugehen, treten weitere begünstigende Faktoren hinzu.

Hier schildert eine Gesprächspartnerin, wie die gute Verfügbarkeit den Drogenkonsum fördert:

„Also meistens ist es eigentlich so, ähm, gerade hier so durch Obdachlosenunterkünfte oder so, da sind auch sehr viele Dealer, die bieten dann halt auch mal ihre Ware an, und dann klar, ist man natürlich neugierig oder man hat so viele Probleme, dass man

dann sagt, OK, ich greif halt zu irgendwelchen Mitteln, sei es halt Heroin oder Kokain, oder sonst irgendwas um das halt irgendwo für einen Moment zu vergessen.“

In manchen Fällen fördern Drogenhändler aus geschäftlichem Interesse den Konsum, wie es hier eine Gesprächspartnerin beschreibt:

„Schau wie meine Freundin heute aussieht. Ich kann gar nicht hinsehen, wenn die so drauf ist. Das ist dieser blöde Typ, der ihr das Zeug besorgt. Seitdem sie mit dem zusammenhängt, rutscht sie echt ab.“ [Gedächtnisprotokoll]

In anderen Fällen werden Beruhigungsmittel über ärztliche Rezepte beschafft. Teilweise wird so nicht nur die Medikamentenabhängigkeit des Gesprächspartners unterhalten, sondern zwei Studienteilnehmer schildern auch detailliert, dass Beruhigungsmittel mit ärztlichen Rezepten beschafft und dann regelmäßig auf der Straße verkauft werden:

„Die Leute gehen zum Arzt, lassen sich 50 aufschreiben, und das Stück einen Euro verkaufen sie die dann. Da machen sie mit so einer Schachtel 40 Euro Gewinn. [...] Weil nichts ist so leicht wie an die Tabletten zu kommen. Versteh' ich auch die Leute nicht, die sie kaufen, oder die haben noch nicht gemerkt, wie leicht man die kriegen kann?“

Eine weitere Ursache für ihren Drogenkonsum sehen einige Interviewpartner in ihrem sozialen Umfeld. Neben Alkoholismus in der Primärfamilie, von dem zwei Studienteilnehmer berichten, ist dies der Drogenkonsum in der Wohnungslosenszene:

„Ja, Alkohol auch häufig, ist auch so ein Kampf gegen Windmühlen, denn irgendwie, hat man auch so Freunde in dem Metier.“

Im Kapitel über die Auswirkungen des sozialen Kontexts in der Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit wird im Einzelnen geschildert, wie die Lebensumstände vieler Interviewpartner in einer erheblichen psychischen Belastung resultieren. Auch hier sollen Drogen dabei helfen, mit den negativen Einflüssen fertig zu werden:

„Aber mit Opiaten kann man das gut betäuben. [...] Nicht die Zahnschmerzen, das ist ein schöner Nebeneffekt, ich betäube damit meine seelischen Schmerzen.“

Interviewer: „Könntest Du auch ohne Drogen auf der Straße leben? Würdest Du das aushalten?“

Antwort: „Nein, ehrlich gesagt nicht. Könnte ich mir nicht vorstellen. Also so dann alles so ganz klar mitkriegen, wäre schwer für mich. Kann ich mir auch nicht vorstellen, nee.“

„[...] alle, die haben mich übern' Leisten gezogen. Und dann habe ich immer nur Alkohol, Alkohol, Alkohol, und dann rutscht man auch mal ab.“

Hier überlegt eine Interviewpartnerin, dass Drogenkonsum für sie auch ein Resultat der fehlenden Berufsarbeit ist:

„Dann möchte ich auch was richtig arbeiten, [...]. Das ist so, ich würde das sogar für einen Euro, als Ein-Euro-Job machen, obwohl, das ist Knochenarbeit, aber ich würde das machen für einen Euro. Wäre mir egal, Hauptsache ich hätte wieder eine Aufgabe, und dann denk ich auch nicht so nur an Drogen hin, Drogen her. Weil ich dann abgelenkt bin davon, dann hab ich was zu tun und dann denk ich da gar nicht dran.“

Und ein Studienteilnehmer schildert, wie die Drogenszene ein Ersatz für Freunde und Familie wird:

„Aber eigentlich sind da viele nur, die methadonsubstituiert werden, weißt Du. Und die haben dann, die treffen sich dann da und trinken da ihr Bier, laber, Scheiße, ne. Ist halt so wie ein, Anführungsstriche, Freunde treffen, so weißt Du, dahingehen, reden. Sonst würden alle zu Hause alleine sitzen, hat ja keiner Freunde. Da ist halt, das ist von vielen so die Familie, weißt Du.“

Einstellungen zu Drogen

In den Gesprächen zeigt sich eine ambivalente Haltung vieler Gesprächspartner zum Drogenkonsum. Auf der einen Seite geben manche Teilnehmer der Studie an, dass eine Abhängigkeit das Leben verdirbt:

„Nur die Jahre zählen im Leben, wenn man nicht abhängig ist. [...] Heroin dumpft alles ab.“

„Eigentlich, wer gerne lebt, der sollte kein Heroin konsumieren. Das ist eine ganz klare Sache.“

Und auch die gesundheitsschädigende Wirkung der Substanzen wird von vielen eingeräumt, so berichtet ein Gesprächspartner, dass Alkohol Gehirn und Leber langsam zerstören, ebenso wie das Entstehen von Abhängigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen eingeräumt wird.

„Dann ist ja auch egal ob du Alkohol oder Heroin nimmst, das kommt aufs gleiche raus, dann geht man so und so kaputt davon.“

„Ich hab Freunde, die Beruhigungsmittel genommen haben, und die sind richtig fertig so.“

„Auf chemische Drogen hin bezogen, macht mir auch schon Sorgen, dass ich doof werde. Also mein Gehirn, also das hat schon ziemlich abgenommen. Also ich habe auch ziemlich krasse Wortfindungsprobleme, was man vielleicht jetzt auch merkt?“

„Und noch etwas. Alkohol schwächt das Immunsystem. Alle Arten von Drogen schwächen das Immunsystem, du wirst dann anfälliger, zwangsläufig. Und wenn du dann noch dich ungesund ernährst, oder gar nicht richtig ernährst, Alkoholiker können auch gar nicht richtig mehr was essen, weil der Magen auch nichts mehr aufnimmt.“

Vielen Studienteilnehmern ist also bekannt, dass Drogenkonsum der Gesundheit schadet, und ebenso viele betonen, wenn sie nach dem Stellenwert der Gesundheit gefragt werden, dass ihnen die Gesundheit außerordentlich wichtig ist:

Interviewer: „Welchen Stellenwert hat Gesundheit für Dich?“

„Ja ich denk mal das ist das Wichtigste, Gesundheit, das ist wichtiger als Geld, denn was will man mit Geld wenn man todkrank ist, oder eben nicht mehr krauchen kann, oder so, ne?. Ja, also Gesundheit ist schon ganz wichtig.“

„Sehr, sehr wichtig. Sehr wichtig. Weil ich finde, ist eigentlich das wichtigste, was man hat im Leben, seinen Körper, seine Gesundheit. Ohne die ist, kann man gar nichts. Weißt Du ja wenn ich krank [bin,] das macht mir schon echt schwer zu schaffen“

„Gesundheit ist das A und O.“

Andererseits wird bestimmten Drogen eine geringere Gesundheitsschädlichkeit zugesprochen, oder ihnen werden sogar gesundheitsfördernde Kräfte zugesprochen. Vor allem für Alkohol und Haschisch trifft dies zu.

Für Alkohol als minder schädliche oder gar gesunde Droge sprechen sich vor allem bereits langjährig Wohnungslose aus:

„Ich trink ja manchmal so einen Wein, ne. So einen Rebeschoppen, für 69. [...] Ist gut für die Gesundheit, kann man sagen. Für den Kreislauf, so. Kostet nur 69 Cent.“

„Solange ich beim Bier bleibe, geht's mir gut.“

„Pass auf, ich würde sagen, wenn man immer gut isst, kannst du auch dein Bierchen trinken.“

„Und auch viele die sagen zum Alkoholiker, ne hier, Säufer, Alkoholiker. Da bist du lieber besoffen und lustig als drauf und sauer.“

Einige jüngere Interviewpartner warnen hingegen vor den Gefahren des Alkohols, um gleichzeitig auf eine angebliche relative Unbedenklichkeit von Haschisch hinzuweisen:

„Irgendwie Alkohol ist auch nichts, ist auch keine Kinderdroge, ist auch ziemlich krass, dass so was legal ist, dass Marihuana so verteufelt wird, so. Ich find an Marihuana da kann ich nichts dran finden. [...] Weil Marihuana nicht halb so schlimm ist. Also ich kenne wenig Leute, die körperliche Probleme haben, weil sie jetzt Marihuana rauchen, außer jetzt lungenmäßig halt. [...] Ich glaub dass Marihuana nicht allzu schlecht ist. Weil ich kenne halt auch Leute, die nehmen halt Marihuana, und gehen dann auch arbeiten.“

„Ja, ich will komplett, von sämtlichen Drogen weg. Außer THC, sonst sämtliche Drogen, will ich nicht mehr. Weil THC tut nicht weh.“

„Haschisch ist keine Einstiegsdroge, weil ich habe nie das Bedürfnis gehabt, 20 Jahre was anderes auszuprobieren. Und erst jetzt, in dem letzten halben Jahr hab ich so vieles ausprobiert an Drogen, das ich sag, also das ist keine Einstiegsdroge.“

„Gras hat die Wirkung des Beschwingtseins, wenn du morgens zum Beispiel eine kleine Tüte rauchst oder eine Ziggi oder einen Joint, wie schon gesagt, dann eh, oder eine Wasserpfeife, ist noch gesünder, dadurch werden die Schadstoffe des Tabaks ausgefiltert, dann fühlst du dich so beschwingt, du gehst beschwingt durch den Tag.“

Neben dem im Kapitel über die Witterungseinflüsse und Gesundheit geschilderten Glauben, dass Opiate vor Bagatellerkrankungen wie Schnupfen schützen, existiert auch die Ansicht, dass Drogen bei „richtiger“ Anwendung, z.B. in besonders reiner Form, nicht gesundheitsschädlich seien:

„Man kann sogar mit Reindrogen alt werden.“

Interviewer: „Glaubst Du das?“

„Ja, aber ich möchte es nicht ausprobieren, ich möchte nicht im Drogenrausch verfallen. Aber es gibt reiche Leute zum Beispiel, die brauchen nicht mehr zu arbeiten, die haben Geld genug. Nachschub ist gar kein Problem. Die besorgen sich das oder lassen

das auch besorgen und sitzen den ganzen Tag zu Hause oder fahren immer schön weg in Urlaub, genießen ihr Leben, die können das machen.“

Interviewer: „Drogen?“

„Kann man nutzen für sich, aber im positiven Sinne, aber wenn man das gelernt hat. Man muss das lernen. [...] Und die Naturvölker die zeigen uns wie das geht, die wachsen damit auf, die empfinden das als was ganz Natürliches, die verteufeln das nicht, nutzen es für sich, die sehen das positiv. Die heilen sich damit, die können den Seelenschmerz behandeln, wunderbar. Und davon können wir uns ein großes Beispiel nehmen.“

In den Äußerungen der Interviewpartner spiegelt sich also das einerseits vorhandene Wissen um die von Drogen ausgehenden Gesundheitsgefahren wieder, genauso geben sie an, dass sie die eigene Gesundheit bewahren wollen. Der von mehreren Studienteilnehmern betriebene erhebliche Drogenkonsum steht hierzu im Widerspruch. Der Gegensatz zwischen schädlichem Drogenkonsum und Sorge um die eigene Gesundheit kann durch die von einigen Studienteilnehmern vorgenommene Einordnung bestimmter Drogen als minder gefährlich oder sogar gesundheitsfördernd kaum relativiert werden. Der Widerspruch bleibt bestehen, und der bestehende Drogengebrauch zeigt, dass viele Interviewpartner, wie weiter oben in diesem Kapitel dargestellt worden ist, die körperlichen und psychischen Belastungen des Lebens auf der Straße ohne Suchtmittel nicht bewältigen könnten. Es kann davon ausgegangen werden, dass das erlebte Angewiesensein auf Drogen einerseits, und das Wissen um deren Schädlichkeit andererseits bei manchen Studienteilnehmern eine kognitive Dissonanz erzeugt, die dann durch Überlegungen zur bedingten Unschädlichkeit von Drogen, wie sie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt werden, abgemildert werden soll.

Folgen des Drogenkonsums

Dass einige Interviewpartner sich als auf Drogen unbedingt angewiesen erleben, zeigt sich besonders deutlich, wenn sie auf die Folgen des Drogenkonsums, insbesondere auf das Bestehen von Abhängigkeit zu sprechen kommen. Das Auftreten der Entzugssymptomatik wird als körperliches Unwohlsein bis hin zum Krankheitsgefühl mit unerträglichen Schmerzen geschildert, verbunden mit Unruhe, Aggressivität oder Niedergeschlagenheit:

„Wenn ich jetzt nichts drin hätte, dann würdest Du es merken, weil ich da auf Entzug wäre. Dann würde mir der Schweiß 'runterlaufen, ich wäre total hibbelig, und so. Und dann hätte ich [das Interview] auch absagen müssen, dann hätten wir das nicht führen können.“

„Wenn man jetzt zu viel Drogen genommen hat und dann ein paar Tage gar keine Drogen, weil man zum Beispiel keine Kohle hat, oder so, und dann, dann geht das los mit Schmerzen, und dann kann man nicht schlafen und dann ist man aggressiv auch.“

„Aber wenn das Körperliche weg ist, fängt das Psychische an, das ist manchmal unerträglich schrecklich, einer der das nicht kennt, der weiß nicht was ich mein, es ist schwer, sich da reinzusetzen.“

Das Auftreten der Entzugssymptomatik wird dann mit erneuter Rauschmitteleinnahme bekämpft:

„Ja so ein leichtes, wie soll man das beschreiben, so ein Ziehen, irgendwie.“

Interviewer: „Es zieht im ganzen Körper?“

„Ja.“

Interviewer: „Und was hilft gegen dieses Ziehen?“

„Ja Drogen eben. Und Beruhigungsmittel auch, aber irgendwie weniger.“

„Jetzt halt wegen den Drogen, dass ich dann, sobald ich dann Schmerzen hab oder so. Dass ich, ja dass ich mir dann eben da [beim Arzt] meine Pillen hol, oder ich hol sie mir [am Treffpunkt der Drogenszene auf der Straße].“

„Weil immer wieder kommt Geldtag und davor denk ich, ja, hat man kein Geld dann denkt man sowieso ich hör auf damit, und dann hat man wieder das Geld und dann denkt man nicht mehr daran was man vorher eben gesagt hat, weil dann denkst du, ach, einmal kannst du noch, dann bist du wenigstens beruhigt, kannst du schlafen, hast keine Schmerzen . Und immer wieder, immer wieder, immer wieder.“

Das Bestehen einer Drogensucht führt zu Schuldgefühlen. Die Sucht wird als selbst verschuldeter Makel, als persönliches Versagen gesehen, wie hier zwei Interviewpartner berichten:

„Da muss ich selber mit klar kommen, denn ich bin ja auch schließlich selbst dran schuld. Ist ja kein anderer dran schuld dass ich da, ich habe ja damit angefangen, keiner hat gesagt, hier, du musst das jetzt nehmen.“

Interviewer: „Jetzt mal, also das hat jetzt nichts mit dem Interview zu tun, aber wieso hast Du das Gefühl, dass Du daran schuld bist?“

„Ja, ich hätte ja auch ‚nein‘ sagen können, ‚ich will nicht‘.“

Interviewer: „Zu den Drogen?“

„Ja, genau.“

„Das hat mich da halt im Moment, so kack schlecht ging, das ich da wieder einen Rückfall gebaut habe. Kann ich mir selber nur schwer verzeihen. So was darf normal nicht dazu führen.“

Weiter wird in den Interviews berichtet, dass durch die Drogenabhängigkeit Niedergeschlagenheit und Depression bis hin zu Suizidversuchen verursacht werden.

Im Zusammenhang mit Drogenkonsum kommt es aber auch zum Auftreten von Aggressivität. Wie bereits im Kapitel über Gewalt geschildert, verursacht die Beschaffung von Drogen zahlreiche Konflikte, in deren Rahmen Gewalt angewendet wird, zudem wird in diesem Kapitel geschildert, dass auch der Drogenentzug Aggressivität verursachen kann. Einige Interviewpartner berichten aber auch, dass es vor allem im Alkoholrausch zu Aggressivität bis hin zu Gewalttaten kommt:

„Oder genau so dass die Leute dann, ich sag immer die feiern vom ersten bis zum dritten zusammen. Saufen wie die Löcher, wie die Besenbinder. [...] Am sechsten, siebten kriegen sie sich in die Köpfe und schlagen sich die Birne ein.“

„Wenn du betrunken bist, [...] sind viele aggressiv und verprügeln sich untereinander. Viele siehst du mit einem blauen Auge und eingeschlagenen Zähnen und was weiß ich. Und ganz, manchmal sind sie krankenhausreif geschlagen“

Die Folgen alkoholbedingter Gewalt sind nicht die einzigen körperlichen Folgen des Drogenkonsums. Gewichtsverlust, Magen- und Leberkrankheiten, Gehirnschäden, Infektionskrankheiten und Lungenerkrankungen werden unter anderem von den Interviewpartnern als Folgen

von Drogenkonsum identifiziert. In der Folge sind Zitate von drei Teilnehmern der Studie zu den körperlichen Folgen des Drogenkonsums aufgeführt:

„Ich merkte, der Körper, der macht das nicht mehr lange mit. Ich war ja auch wesentlich dünner, war ja auch nichts mehr dran.“

„Ich kann morgens nichts essen. Ich weiß auch nicht, schon wegen dem Po, Polamidon. Obwohl morgens ist eigentlich das gesündeste, das Essen, oder, sagt man? Normal so.“

„Und bei mir ist das ja so, wenn ich kiffe, ich nehme ja Wasserpfeife, und dann ist ja da dieses Volumen von Qualm, [...], und wenn du das erst mal voll ziehst mit Qualm und du ziehst das dann auf einmal weg dann hast du natürlich schon Probleme mit der Lunge.“

Im Kapitel über die Auswirkungen der Witterung auf die Gesundheit ist bereits dargestellt worden, dass der Drogenkonsum dazu beiträgt, dass einige Informanten nicht adäquat auf Umwelteinflüsse, zum Beispiel einsetzenden Regen, reagieren können. Aber auch die Teilnahme am Straßenverkehr kann unmöglich werden. So berichtet ein Interviewpartner, dass ihm aufgrund seiner hohen Methadon-Dosis zeitweise schwarz vor Augen werden, und er fürchte, deshalb vom Fahrrad zu stürzen und überfahren zu werden.

Eindrücklich geschildert werden auch die sozialen Folgen von Drogensucht. Eine Interviewpartnerin, die jahrelang große Mengen Alkohol konsumierte, berichtet dazu:

„Ja klar, du denkst nur noch an Alkohol. Du findest das schön, immer benebelt zu sein. Komischerweise verfällt man dann, je nach Charakter, verfällt man dann schnell in eine Situation, in eine, in einen Zustand der Passivität, du hängst da nur noch rum, den ganzen Tag an einer Stelle, schaffst es nicht mal mehr dir neuen Nachschub zu holen, du engagierst andere Leute, die für dich dann ins Geschäft gehen müssen und dir den Nachschub besorgen müssen. Und dann fühlst du dich darin auch noch wohl, und vergisst auch deine Pflege, deine Körperpflege, du vergisst auch, deine Sachen zu waschen, und irgendwann triffst du mal Leute, die sich um dich kümmern.“

Weiter werden Beschaffungskriminalität, die Belastung von Paarbeziehungen von den Teilnehmern der Studie als Folgen des Drogenkonsums beschrieben.

Aber auch die medizinische Versorgung ist durch den Drogenkonsum beeinträchtigt, wie an späterer Stelle in dieser Arbeit im Einzelnen beschrieben wird, und zwar auch, indem medizinisches Personal und Institutionen aufgrund von Drogenkonsum die Aufnahme oder Fortführung der Behandlung verweigern. Es wird dort auch gezeigt, dass sich im Rahmen einer Sucht die Suchtmittelbeschaffung in der Hierarchie der Bedürfnisse so weit nach oben rücken kann, dass sie wichtiger als die Sorge um die Gesundheit wird.

Strategien im Umgang mit Drogen

Im Umgang mit Drogen sind bei den Studienteilnehmern verschiedene Strategien feststellbar. Vollständige oder teilweise Abstinenz sind die Ziele vieler Studienteilnehmer. Mehrere Studienteilnehmer konsumieren entweder überhaupt keine Rauschmittel (außer Nikotin), oder sie vermeiden bestimmte Arten von Drogen, so konsumiert ein Teil der Interviewpartner lediglich Alkohol. Insgesamt versuchen viele Studienteilnehmer, wenig Rauschmittel zu konsumieren, um die schädigenden Auswirkungen zu begrenzen. Mehrere Studienteilnehmer schildern hier, wie sie versuchen, „in Maßen“ zu trinken:

„Nee, ich halt das ganz einfach, ich mach einfach Pause dann, und wenn ich merke ist genug mal wieder, dann mache ich mal wieder vier Wochen Pause, oder fünf Wochen oder auch mal ein paar Tage manchmal.“

„Für mich selber, ich muss sagen, ich trinke in Maßen, im Moment, im Moment also ich bin schon froh dass ich das im Griff habe, in Maßen zu trinken, im Moment.“

„Aber ich hab mich noch halbwegs im Griff und so. Ich hab immer so Quartalsalkoholismus, da hab ich auch Phasen gehabt, wo ich wirklich vier Monate jeden Tag getrunken hab. Also momentan trink ich irgendwie, ich weiß nicht, zwei- dreimal im Monat oder so. Also das geht noch, das hält sich in Grenzen.“

Die aufgeführten Zitate zeigen den Wunsch, das eigene Trinkverhalten zu kontrollieren und zu begrenzen. Auch Konsumenten intravenös zugeführter Rauschmittel versuchen, die schädigenden Auswirkungen zu begrenzen:

„Auch früher irgendwo, wo ich noch an der Nadel hing, da hab ich auch immer darauf geachtet, das ich wirklich meine eigenen Sachen benutzt habe, und nicht irgendwelche Spritzen oder sonst was getauscht habe. Ich habe immer gesagt, ich möchte jetzt auch nie irgendwas tauschen und dann HIV oder sonst irgendwas noch kriegen.“

Außer den Versuchen, durch Verzicht auf Drogen vollständige oder teilweise Abstinenz zu erreichen werden auch die Angebote der Drogenberatung und der Suchtmedizin genutzt. Drei Interviewpartner berichten, dass sie mit Methadon substituiert werden. Einer davon besucht mehrmals wöchentlich eine Drogenberatungsstelle und auch die stationären suchtmmedizinischen Angebote werden von Teilnehmern der Studie genutzt. So berichtete eine Studienteilnehmerin, dass sie sich bereits für eine stationäre Entgiftungsbehandlung angemeldet hat, drei weitere Interviewpartner berichten, dass sie zum Zeitpunkt des Interviews konkrete Schritte zur Einleitung einer Entgiftungsbehandlung mit nachfolgender Entwöhnungstherapie unternommen hatten. Ein weiterer Studienteilnehmer erwartete zum Interviewzeitpunkt die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung mit Hilfen zur Wiedereingliederung nach §72 BSHG.

Es wird jedoch auch auf Lücken im Hilfeangebot hingewiesen. Ein Studienteilnehmer kritisiert, dass süchtiger Cannabiskonsum in einer Drogenberatungsstelle nicht ernst genommen wurde:

„Da bin ich mal zur Drogenberatung gegangen, und da fragt der mich, was haben sie denn für ein Problem. Ja ich sag ich rauch zuviel Haschisch und ich sag ich komm davon nicht weg. Da sagt der zu mir, das ist kein Problem, da kannst du nach Hause gehen, das selber auskurieren, ja. [...] Ja, was ist das denn, nennt sich Drogenberatung, ja? Ich sag Haschisch ist auch eine Droge, da sagen alle, Haschisch ist eine Einstiegsdroge und dann kümmern die sich nicht drum.“

Mehrere Interviewpartner fordern „Fixerstuben“, Räume, die Benutzern intravenöser Drogen ein sichereres Applizieren der Substanzen ermöglichen sollen.

Zusammenfassung

Drogen werden genutzt, um spezifische Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit wie Nässe, Kälte, dem Fehlen eines geschützten Schlafplatzes und die Konfrontation mit Gewalt bewältigen zu können. Die ständige Verfügbarkeit von Drogen in der Wohnungslosenszene fördert das Entstehen und Fortschreiten von Süchten, aber auch das soziale Umfeld mit drogensüchtigen Bezugspersonen, dem Mangel an sozialer Unterstützung und das Fehlen von Berufarbeit wirken in diese Richtung. Obwohl die Schädlichkeit von Drogen bekannt ist, wird teilweise versucht, Drogenkonsum unter bestimmten Bedingungen zu rechtfertigen, da sich einige Studienteilnehmer als auf Drogen angewiesen erleben. Die Angewiesenheit auf Drogen zeigt sich auch deutlich beim Auftreten von Entzugssymptomatik. Drogensucht verursacht Schuldgefühle, Depression und Antriebslosigkeit, aber auch Gewalt, Beschaffungskriminalität und die Zerrüttung von Beziehungen. Die Bedeutung von Drogen kann so groß werden, dass ihnen z.B. die Sorge um die eigene Gesundheit untergeordnet wird. Strategien im Umgang mit Drogen sind vollständige oder teilweise Abstinenz und die Inanspruchnahme der Hilfeangebote wie Methadonprogramm und Entwöhnungstherapien.

5.2.2 Das Gesundheitssystem aus der Sicht Wohnungsloser

5.2.2.1 Wohnungsstatus und Nutzung des Gesundheitssystems

Die tief greifende Veränderung der Lebensumstände, wenn die Wohnung verloren geht und sich die Notwendigkeit, Platte zu machen ergibt, bedingt eine Veränderung des Kontakts zum Gesundheitssystem. Dies wird in diesem Abschnitt im Vergleich von ärztlichem Versorgungstatus und Wohnungsstatus gezeigt.

Diejenigen Teilnehmer der Studie, die nach dem Verlust einer Wohnung begonnen haben, auf der Straße zu leben, oder die in der Vergangenheit auf der Straße gelebt haben (Tabellen 20 und 21), berichten fast alle von einem Wechsel der hausärztlichen Versorgung in der Folge. Es werden verschiedene Gründe für den Arztwechsel angeführt.

Platte machende Studienteilnehmer		
Name des Studienteilnehmers	Hausärztliche Versorgung seit Eintritt der Wohnungslosigkeit	Allgemeinmedizinische Versorgung zum Zeitpunkt des Interviews
Bertram	Hausarzt bei Eintritt der Wohnungslosigkeit gewechselt	Hausarzt
Karl	Hausarzt aus Zeit vor Wohnungslosigkeit ist verstorben, seither keine Anbindung an einen Hausarzt mehr	Keine
Werner	Wechselnde Hausärzte	Hausarzt
Wolfgang	Vom Hausarzt nach Eintritt der Wohnungslosigkeit zum niederschweligen medizinischen Angebot gewechselt	Niederschwelliges medizinisches Angebot
Mathilde	Vom Hausarzt nach Eintritt der Wohnungslosigkeit zum niederschweligen medizinischen Angebot gewechselt	Niederschwelliges medizinisches Angebot
Volker	Vom Hausarzt mit Eintritt der Wohnungslosigkeit zum niederschweligen medizinischen Angebot gewechselt	Niederschwelliges medizinisches Angebot
Thomas	Vom Hausarzt mit Eintritt der Wohnungslosigkeit zum niederschweligen medizinischen Angebot gewechselt	Niederschwelliges medizinisches Angebot

Tabelle 20: Anbindung an medizinische Angebote der Studienteilnehmer, die zum Zeitpunkt des Interviews Platte machten

Studienteilnehmer, die in der Vergangenheit Platte gemacht haben		
Name des Studienteilnehmers	Hausärztliche Versorgung seit Eintritt der Wohnungslosigkeit	Allgemeinmedizinische Versorgung zum Zeitpunkt des Interviews
Bernd	Kontinuierliche Betreuung durch einen Hausarzt seit Kindheit	Hausarzt
Anne	Wechsel des Hausarztes bei Eintritt der Wohnungslosigkeit nach Konflikt	Niederschwelliges medizinisches Angebot und Hausarzt
Daniela	Hausarzt kürzlich verstorben	Niederschwelliges medizinisches Angebot
Markus	Wechselnde Hausärzte wegen Unzufriedenheit	Hausarzt

Tabelle 21: Anbindung an medizinische Angebote der Studienteilnehmer, die in der Vergangenheit Platte gemacht haben

Studienteilnehmer, die nie Platte gemacht haben		
Name des Studienteilnehmers	Hausärztliche Versorgung seit Eintritt der Wohnungslosigkeit	Allgemeinmedizinische Versorgung zum Zeitpunkt des Interviews
Patrick	Neuer Hausarzt seit einem Jahr, war nur einmal beim niederschweligen medizinischen Angebot	Hausarzt
Jürgen	Wechselnde Hausärzte, war nur einmal beim niederschweligen medizinischen Angebot	Hausarzt
Dorothea	Hausarzt seit Jahren	Hausarzt
Ralf	Hausarzt seit Jahren, war nur einmal beim niederschweligen medizinischen Angebot	Hausarzt
Martin	Hausarzt	Hausarzt
Hans	Hausarzt seit Jahren	Hausarzt

Tabelle 22: Anbindung an medizinische Angebote der Studienteilnehmer, die nie Platte gemacht haben

Bertram berichtete, dass sich sein Lebensmittelpunkt von einem Außenbezirk in das Stadtzentrum verschoben habe, und dass der Weg zur Praxis seines alten Hausarztes im Außenbezirk zu weit sei, die Busfahrkarte könne er sich nicht leisten. Er konnte weitgehend problemlos zu einem näher gelegenen Hausarzt wechseln.

Karl war vor Eintritt der Wohnungslosigkeit jahrelang von einem alteingesessenen Hausarzt betreut worden. Nach dessen Tod wurde die Praxis vom Sohn des verstorbenen Arztes an anderer Stelle neu eröffnet. Karl war die Adresse dieser Praxis jedoch nicht bekannt und an die niederschwellige ärztliche Versorgung war er ebenfalls nicht angebunden.

Ein anderer Interviewpartner hatte mit seinem Hausarzt zunächst einen Konflikt über eine Laboruntersuchung, die er durchführen lassen wollte, dann war es bei anderer Gelegenheit in der Praxis des Hausarztes zu einer Zwangseinweisung gekommen. Er gab an, dass er seitdem keinem niedergelassenem Arzt mehr vertraue. Den im Rahmen einer mobilen Klinik konsultierenden, auf Wohnungslose spezialisierten Arzt nahm er jedoch regelmäßig in Anspruch.

Anne berichtete, dass sich ein Hausarzt einmal aufgrund ihrer Wohnungslosigkeit geweigert habe, sie zu behandeln. Derzeit ist sie an eine Hausarztpraxis angebunden, zusätzlich nutzt sie regelmäßig das niederschwellige medizinische Angebot.

Aus der Gruppe der Studienteilnehmer, die nie Platte gemacht hatten, nahm niemand das niederschwellige medizinische Angebot regelmäßig in Anspruch, alle wurden über einen niedergelassenen Hausarzt versorgt (Tabelle 22).

Zusammenfassung

Wenn ein Wohnungsverlust den Übergang zum Platte machen zur Folge hat, dann ist die Kontinuität der hausärztlichen Versorgung sehr stark gefährdet, wie eine Betrachtung der Versorgungsbiografien der 11 Gesprächspartner, die Erfahrungen mit dem Schlafen auf der Straße gemacht haben, zeigt. Bis auf eine Ausnahme ist bei allen von ihnen die Anbindung an den Hausarzt aus der Zeit vor dem Beginn des Platte machens verloren gegangen. Als Grund dafür wurden die räumliche Entfernung, Konflikte mit dem Hausarzt, Vertrauensverlust, eher zufälliger Kontaktverlust oder die Ablehnung durch den Arzt genannt.

Der Verlust der hausärztlichen Versorgung nach einem Wohnungsverlust mit der Folge des Platte machens kann von niederschweligen medizinischen Angeboten aufgefangen werden. Im Gegensatz dazu nehmen die Interviewten, die nie auf der Straße gelebt hatten, die niederschwellige, auf Wohnungslose spezialisierte ärztliche Versorgung kaum in Anspruch. Die Gründe für diese Zurückhaltung werden in Kapitel über die niederschwellige medizinische Versorgung weiter unten noch genauer behandelt.

5.2.2.2 Die Interaktion mit medizinischem Personal aus der Sicht Wohnungsloser

Beschreibungen funktionierender Kommunikation

In den Interviews wird häufig über einzelnen Ärzten berichtet, zu denen gut funktionierende Beziehungen bestehen. Im Folgenden soll betrachtet werden, durch welche Eigenschaften sich solche Beziehungen auszeichnen.

Bernd berichtet, dass er die Fähigkeit ihres Hausarztes schätzt, mit ihm effektiv zu kommunizieren. Er sei in der Lage, ihm medizinische Zusammenhänge durch den Gebrauch von allgemein verständlicher Sprache zu erklären. Mathildes Äußerung, die an zweiter Stelle zitiert wird, beschreibt denselben Zusammenhang zwischen Sprachebene und Effektivität der Kommunikation:

Bernd: „Wenn der Arzt mit mir spricht? Ja mein Hausarzt, ja. Ja der redet auch mit mir ganz normal. Der kommt nicht mit so einem Fachchinesisch an, sondern der sagt einfach du hast das, das, das, auf normalem Deutsch, und dann weiß ich was los ist.“

Mathilde: „Mittlerweile können die jungen Ärzte uns alles erklären, die nehmen unsere Sprache an. [...]Die sind lockerer, früher wurde ja gar nicht mit den Ärzten gesprochen, und heute sind die schon lockerer.“

Hans, der hier die Applikation einer intramuskulären Injektion bei Gelenkbeschwerden beschreibt schätzt, dass es seinem Hausarzt gelingt, auf eher ruppig wirkende Weise mit ihm zu kommunizieren, mit der Hans gut umgehen kann:

Interviewer: „Sind Sie zufrieden mit den Ärzten?“

Hans: „Mit meinen? Da kannst Du Dich aber drauf verlassen. Kriegst du wieder die Spritze in den Arsch, hast du genug, sst, abhauen! Ssst, kriegst du einen Klatsch auf den Arsch, Abflug. Das ist [mein Hausarzt].“

Interviewer: „Und das passt Ihnen?“

Hans: „Und ich fühle mich auch ganz wohl dabei. Die Spritze, die merk ich auch überhaupt nicht. Aah, das ist schon alles? Kannst dich wieder anziehen. Abflug. Das ist ein Vogel Du.“

Andere Interviewpartner schätzen es eher, wenn auf ihre Bedürfnisse in anderer Weise eingegangen wird. Hier vergleicht ein Interviewpartner seine Erlebnisse in den psychiatrischen Abteilungen zweier Krankenhäuser, in einer davon lobt er das Engagement und die Fähigkeit der Ärzte, seine Beschwerden ernst zu nehmen, und aus ihnen therapeutische Konsequenzen abzuleiten:

„Und das war anders in [einer psychiatrischen Abteilung], da haben sich die Ärzte mit einem unterhalten, und da hat man gesagt, das und das Medikament vertrage ich nicht, mir wird davon schlecht, und öh, öh, öh, öh, und ja OK, wir suchen was anderes raus. Das hatten die damals in [der anderen psychiatrischen Abteilung] nicht gemacht.“

Für Dorothea ist entscheidend, dass es ihrem Hausarzt gelingt, eine menschliche und vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen:

Dorothea: „Aber jetzt bei meinem Arzt, der ist auch noch menschlich, der nimmt sich noch Zeit für die Leute, und erzählt selber aus seinem Leben, von seiner Frau, oder von seiner Tochter, irgendwie. Welcher Arzt macht das, keiner, deswegen bin ich schon froh, dass es den überhaupt gibt.“

Für einen anderen Interviewpartner, der unter einer Benzodiazepinabhängigkeit litt, war es wichtig, dass der Hausarzt Regeln aufstellte, die für den Patienten nachvollziehbar waren und verständlich erklärt wurden:

„Ich hab einen Arzt gehabt, [Name des Arztes und Ort der Praxis], äh, zu dem ich gegangen bin: also, ich bin tablettenabhängig, der zu mir gesagt hat: ‚ich schreib Ihnen welche auf, Sie kommen in zwei Wochen wieder zu mir, und dann sagen Sie mir, was Sie machen möchten an Ihrer Tablettensucht, ob ich Ihnen dabei helfen kann, oder so, wenn Sie was an Ihrer Sucht tun wollen, werde ich sie ihnen, so lange bis da was in Gang gekommen ist, die auch weiter verschreiben. Aber nur unter der Voraussetzung, dass in absehbarer Zeit etwas passiert, dass Sie mir Nachweise bringen, dass Sie sich mit der Drogenberatung in Verbindung setzten, denn ich bin Arzt und kein Dealer.‘ Und das fand ich, also, absolute Spitzenklasse von dem Arzt. Das hab ich dem sehr hoch angerechnet.“

Andere Interviewpartner schildern, dass sein Hausarzt ihnen grundsätzlich keine Benzodiazepine verschreibt. Im zitierten Fall wurde dies mit der Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung für den Interviewpartner nachvollziehbar begründet.

„Also mein Hausarzt verschreibt mir zum Beispiel keine Benzos.“

Interviewer: „Gar nicht?“

„Gar nicht. Sagt er: ‚kriegst Du von mir nicht. Die Dinger machen hochgradig abhängig, kriegst du von mir nicht.‘“

Es zeigt sich, dass in diesen Fällen geglückter Kommunikation ein Eingehen auf die Bedürfnisse der Interviewpartner stattgefunden hat. Diese Bedürfnisse konnten im sprachlichen, im medizinischen oder im menschlichen Bereich liegen.

In einigen Fällen war es für das Entstehen einer funktionierenden Beziehung auch erforderlich, dass explizit Regeln festgelegt wurden, und dass es gelang, diese nachvollziehbar zu kommunizieren.

Aufgrund sprachlicher Distanz missglückte Kommunikation

In den Interviews finden sich aber auch Beispiele für eine nicht funktionierende Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Als erstes ist ein Beispiel für spärliche Kommunikation aufgeführt. Ralf berichtet, dass er mit seinem Hausarzt bisher noch kaum geredet habe, und nur selten bei ihm gewesen sei.

Interviewer: „Also Du hast einen Hausarzt und wenn du was hast, dann gehst Du da hin? Und wie ist der so zu Dir?“

Ralf: „Ach ich hab mit dem noch kaum so geredet. Weil ich bei dem so selten war, ich komm nicht auf den Namen.“

Karl, der derzeit nicht an einen Hausarzt angebunden ist, findet eher, Ärzte hätten in der Vergangenheit zu viel oder zu unverständlich mit ihm geredet:

Interviewer: „Warum gehst Du denn nicht zum Arzt?“

Karl: „Ach zum Arzt [winkt ab]! Dieses Lala Blabla kann ich verzichten drauf.“
[Hein1485 4, Gedächtnisprotokoll]

Interviewer: „Würdest Du denn eigentlich lieber öfter zum Arzt gehen?“

Karl: „Die erzählen mir so n' Kauderwesch.“

Daniela legt, wie sie an anderer Stelle angibt, großen Wert darauf, ausführlich mit ihrem Arzt sprechen zu können. Aber auch sie beklagt, dass Ärzte unverständliche Fachsprache benutzen:

Interviewer: „Wie meinst Du denn das, verarschen?“

Daniela: „Ja also erstens sagen sie einem nicht die Wahrheit, das heißt, die kommen mit ihren Fachausdrücken an, das heißt, fragen sie mal von hundert Personen die hier kommen was ein Appendix ist.“

Aufgrund wahrgenommener sozialer Distanz missglückte Kommunikation

Die Verständigungsschwierigkeiten sind in manchen Fällen eine Folge davon dass manche Studienteilnehmer eine zu große soziale Distanz zwischen medizinischem Personal und dem Patienten wahrnehmen.

Zunächst schildert Bernd, wie er fürchtet, als Wohnungsloser diskriminiert zu werden, wenn er mit einem Arzt ohne Vorbehalte reden würde. Auch Thomas empfindet die eine große soziale Distanz zwischen ihm und seiner Hausärztin. Mit Verständnis für seine Wohnungslosigkeit rechnet er bei ihr nicht und möchte seine Wohnungslosigkeit darum lieber verbergen:

Bernd: „Ja und wenn man dann zum Arzt sagt, man ist obdachlos, dann guckt er einen schon mal komisch an. Die nehmen einen nicht so gerne, obdachlos oder so. Man ist das letzte der Gesellschaft.“

Thomas: „Diese Hausärztin, wo ich da im Moment in Behandlung bin. Die hat so ein bisschen die Nase nach oben. Studiert, und das ist ja nur ein einfacher Arbeiter. Jetzt lebt er auch noch auf der Straße, man weiß ja auch nicht ob die das auch schon erfahren hat oder nicht, das weiß man nicht.“

Auch Daniela befürchtet, dass Wohnungslose in vielen Arztpraxen unerwünscht sein könnten. Sie vermutet, dass manche Ärzte sich aus Arroganz, Gleichgültigkeit und Sorge um den wirtschaftlichen Erfolg ihrer Praxis nicht gerne um Wohnungslose kümmern:

Daniela: „Die sollten nicht nur auf das Geld achten, sondern die sollten einfach mal darauf achten, dass man einen Menschen vor sich hat und dass man Mensch ist. Und einfach mal denken wie würden die reagieren wenn denen mal zehn Euro fehlen, wenn sie irgendwo anders behandelt werden. Dann hoffe ich das manch ein Arzt auf die Schnauze auch fällt, dann weiß er was es heißt, auch obdachlose Menschen auch einfach aufzunehmen.“

Daniela: „Ich denke da haben auch viele Ärzte ein Problem mit, wenn auf einmal Drogensüchtige und Obdachlose auf einmal in die Praxis reinkommen. Dass der Ruf vielleicht auch gefährdet wird vom Arzt her.“

Regelverstöße

Die Studienteilnehmer berichteten davon, dass medizinisches Personal Regeln verletzt hat, die aus der Sicht der Interviewpartner unbedingt eingehalten werden müssen.

Ein Studienteilnehmer versucht im nachfolgenden Zitat, Verständnis dafür aufzubringen, dass er an einen Nervenarzt zur psychiatrischen Diagnostik überwiesen wurde. Gleichzeitig bekräftigt er, dass er mit dieser Vorgehensweise nicht einverstanden ist:

„Wahrscheinlich hat ja der Arzt, der mich überwiesen hat, zum Neurologen und Psychologen, der hat gedacht, ach das ist nicht mein Fachgebiet, dann hat er mich dahin überwiesen, ist ja auch eigentlich nicht schlimm, aber ich will das nicht, ich möchte das nicht.“

Ein anderer Studienteilnehmer lehnt hier psychiatrische Behandlung grundsätzlich ab:

„Zum Neurologen überweist er mich andauernd, aber da, da halt ich nichts von, von irgendwie so einem Klappsdoctor.“

Im nächsten Interviewausschnitt beklagt ein Studienteilnehmer, dass in der Entzugsklinik, in der er war, über Sucht und Suizid in obligatorischen Gruppengesprächen geredet wurde. Er war aber nicht bereit, vor einer Gruppe über diese Themen zu reden:

„Aber immer so Gruppengespräche musste man sich anhören, von den anderen, so ein Mist. Was die erzählt haben, kam einmal jeder dran, so um zehn Uhr so ein Gruppengespräch. Über Alkoholprobleme, und da haben manche so ein dummes Zeug geredet.“

Interviewer: „Was haben die, so ein dummes Zeug geredet?“

„Ach über Selbstmordversuche und all so.“

Die Äußerung des nächsten Studienteilnehmers hat denselben Inhalt, bemerkenswert ist aber, dass er im Rahmen des Interviews mühelos über seine Drogenproblematik reden konnte:

„Ja, das sind alles so Sachen, Therapie, außerdem bin ich nicht fähig da in der Gruppe vor 30 Leuten, da, über meine Probleme zu erzählen, geht einfach nicht.“

In den aufgeführten Zitaten beklagen sich Studienteilnehmer darüber, dass medizinisches Personal Problemfelder in einer Weise thematisiert, die einige der Gesprächspartner nicht akzeptieren konnten. Den Studienteilnehmern ging es dabei um die Vorbereitung und Begründung einer Hinzuziehung von psychiatrisch tätigen Ärzten und Einrichtungen sowie um den Rahmen und die Selbstbestimmtheit von Gesprächen über Suchterkrankungen und psychische Krisen. Den Interviewpartnern ist es äußerst wichtig, dass ihre Autonomie medizinischem Personal und Einrichtungen gegenüber respektiert wird.

Die folgende Interviewpartnerin berichtet ebenfalls, wie während eines Krankenhausaufenthaltes ihre Autonomie missachtet wurde. Gleichzeitig ist es ihr wichtig, dass keine Vorwürfe gemacht werden:

„Allein wegen der Hepatitis auch hieß es: ach Gott, wie können Sie denn schwanger werden, obwohl Sie ja eine Hepatitis haben’, und alles. Ich bin da irgendwie behandelt worden, als ob ich mir gewünscht hätte, eine Hepatitis zu haben, als ob ich mir das ausgesucht hätte.“

Jürgen erläutert, dass er die Vorwürfe, die ihm von einem Arzt gemacht wurden, auf dessen schlechte Laune zurückführt und formuliert eine weitere Regel, die für medizinisches Personal gelten sollte:

Jürgen: „Also gravierend ist es mir noch nie passiert, aber so halt schlechte Laune wurde schon an mir ausgelassen, also jetzt nicht so beleidigend geworden, aber schon so: ‚ja, ja, warum denn, warum haben Sie das gemacht, warum haben Sie das überhaupt gemacht, und warum haben Sie das nicht gemacht?’ So halt, aber Gravierendes, eigentlich nicht. Würd' ich sagen, also dass sie sich mehr im Rahmen halten sollten, und nicht ihre schlechte Laune jetzt an den Leuten auslassen sollten.“

Die wichtigste Regel, die alle vorgenannten zusammenfasst, könnte lauten: ich muss mit Respekt behandelt werden. Ein Interviewpartner fand, dass er diese Regel in einer stationären psychiatrischen Abteilung verletzt wurde, und er beschreibt hier, wie er sich dabei fühlte:

„Also manche Dinge finde ich ziemlich schlimm. Also in [einer Abteilung für Psychiatrie] fand ich's extrem schlimm.“

Interviewer: „Was fandst Du schlimm?“

„Ja also, wie die Ärzte immer geredet haben. So, sagen sie mal was sie denken, und wir sagen anschließend dass es Scheiße ist.“

Ein anderer Studienteilnehmer führte die respektlose Behandlung in einem somatischen Krankenhaus darauf zurück, dass er vor allem als Drogenkonsument eingestuft wurde:

„Man wird schon mal anders behandelt. Auch so, wenn man jetzt als Drogenkonsument ins Krankenhaus geht, man wird ja direkt als Junkie abgestempelt, und auch nach dem behandelt, nicht so wie ein ganz normaler Patient.“

Eine andere Regel, die von medizinischem Personal verletzt werden kann, ist, dass vor einem chirurgischen oder zahnärztlichen Einriff eine für den Patienten ausreichende Anästhesiesicherheit gestellt werden muss. Gegen diese Regel wird manchmal mit Verweis auf die Opiatsucht des Patienten verstoßen, wie hier zwei Studienteilnehmer berichten:

„Da habe ich in eine Scheibe rein gehauen, weißt Du, siehst du die Narbe, hier, hier hier, siehst Du, überall, ja da haben mir auch Splitter und so, noch rausgeholt, da war ich auch auf Methadon, da hab ich Stress gehabt ein bisschen, weil diese Ärztin die da war, die hat das mit der Pinzette so aufgezo-gen, das tut höllisch weh, ekelhaft, und da hab ich zweimal geschrien, eh was soll das eh, ich sag sie können doch nicht einfach, das tut doch schweineweh, dann tun sie das doch betäuben, sagt sie nee, sie wüsste nicht, mein Methadon, und wegen meinem Methadon, ob sich das vertragen wird, mit Narkose und denn.“

„Da wird man direkt behandelt wie der letzte. Weil ich hab einfach Angst vorm Zahnarzt. Und die Zähne wollte ich mir unter Vollnarkose fertig machen lassen. Und da ging das dann los: wenn du dir den ganzen Tag Drogen reinpfeifen kannst, sagt er, dann brauchst du dich auch nicht anstellen, dann brauchst du auch keine Vollnarkose, um die Zähne fertig zu machen. [...] Und ja, hat er mich abgelehnt, sagt er: dann mach ich das nicht, muss ich mir einen anderen Chirurgen suchen.“

Schließlich wird manchmal gegen die Regel verstoßen, dass einem Patienten die Behandlung nicht verweigert werden darf. Zunächst berichtet Wolfgang hier, wie im Krankenhaus die Behandlung einer infizierten Wunde am Bein abgelehnt wurde:

Interviewer: „Erzähl' mir mal die Geschichte, was der Pfleger zu Dir gesagt hat, wie Du mit den kaputten Beinen da reinkamst. Ins Krankenhaus.“

Wolfgang: „Ja, ist länger her. Ja, da hatte ich unterm linken Zeh, so entzündet, da war nachher so 'n Loch drin. Da sagt der zu mir, hier ist kein Hotel, ich soll zum Hausarzt gehen.“

Interviewer: „Mhm.“

Wolfgang: „Ich sag sowieso, das ist doch alles Blutvergiftung. Dann bin ich da eingeschlafen. Dann bin ich abgehauen da, Kollegen hingegangen, dann hat die [Hausärztin] gesagt, ich soll das anzeigen.“

Weiter berichtet Wolfgang, wie er einmal nicht von einem Krankenwagen mitgenommen wurde, der von der Polizei gerufen worden war:

Wolfgang: „Pass auf, da haben sie mich doch fast beraubt hier am Bahnhof. Und die Polizei nimmt mich mit zur Wache hier, und da kam ein Rotkreuzwagen. Da sagt einer vom Roten Kreuz den nehmen wir nicht mit, der soll laufen. Das ganze Rote Kreuz.“

Eine Studienteilnehmerin schildert, wie die Fortsetzung einer fachärztlichen Behandlung mit Verweis auf eine Haftstrafe, die sie absitzen musste, vom Arzt abgelehnt wurde:

„[...] und da sagte er nee, mit Justiz und alles möchte er ich nichts zu tun haben, das ist ja noch nie vorgekommen und er weigert sich strikt, mich da weiterhin zu behandeln. Der sagte also ich sollte mir einen anderen Arzt suchen, oder mich ans Krankenhaus wenden, oder sonst was aber er macht nichts mehr, er gibt mir keine Medikamente mehr, keine Behandlung mehr.“

Bis zum Zeitpunkt des Interviews war es der Studienteilnehmerin nicht gelungen, wieder in fachärztliche Behandlung zu kommen, obwohl dies dringend erforderlich gewesen wäre.

Es zeigt sich, dass nicht nur die medizinische Versorgung durch die unmittelbare Ablehnung oder Beendigung der Behandlung durch medizinisches Personal verschlechtert wird, sondern

es kommt durch diese Zurückweisung beim Patienten zu einem erheblichen Vertrauensverlust gegenüber dem Gesundheitssystem. Durch die so erzeugte Angst vor Zurückweisung kann es für Wohnungslose unmöglich werden, sich in Notlagen im Gesundheitssystem Hilfe zu verschaffen.

Es wird auch von Fällen berichtet, in denen Ärzte wegen eines bestehenden Rauschzustandes die Fortsetzung der Behandlung ablehnten. Manchmal kann, wenn es dem Patienten ermöglicht wird, sein Gesicht zu wahren, und die Fortsetzung der Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt angeboten wird, der Schaden für den Patienten begrenzt werden. Hans berichtet, wie sein Hausarzt, dem er nach wie vor vertraut, einmal seine „Fahne“ bemängelte:

Hans: „Ja, der Arsch der, hat der gesagt ich wäre besoffen oder was.“

Interviewer: „Wer?“

Hans: „Der [Hausarzt].“

Interviewer: „Ah, Ihr Hausarzt ist das, ne?“

Hans: „Ja, Und da hab ich gesagt, hast du eigentlich einen am Dackel, oder was?“

Ein anderer Interviewpartner, der an einer psychischen Erkrankung leidet, berichtet, dass er aufgrund seiner Polytoxikomanie aus einer betreuten Wohngruppe hinausgeworfen wurde, was in der Folge der erneuten Verschlechterung seiner Gesundheit und auch seiner Wohnsituation bedeutete:

„Ja, da war eine Sache, das ist jetzt ungefähr anderthalb Jahre her, also vorletzten Winter. Ja, war total doof, war vorher in so einer Wohngruppe für psychisch Kranke, weil man bei mir eine [psychiatrische Erkrankung] diagnostiziert hat. Da bin ich dann rausgeflogen wegen Drogenkonsum. Obwohl ich zu der Zeit wenig Drogen genommen habe.“

Abschließend soll ein Interviewteilnehmer zu Wort kommen, der reflektiert, dass ihn andererseits manche Regeln, die von Teilen des Gesundheitssystems aufgestellt werden, überfordern. Er macht deutlich, wie sein Unvermögen, die betont strengen Regeln einer Suchtklinik einzuhalten, schließlich zum Behandlungsabbruch führte:

Interviewer: „Warum wolltest Du denn nicht mehr in der stationären Therapie bleiben?“

„Wollte nicht mehr, hatte keinen Bock, gar nicht mehr, Regeln nee, das sind so Regeln, nee, nee.“

Interviewer: „Zum Beispiel?“

„Wenn Du eine Minute zu spät kommst, zum Beispiel zum Mittagessen, zur Morgenrunde, zum Plenum, zum Abendbrot, egal was, musst Du Sonntagmorgens zweieinhalb Stunden laufen. Das heißt es ist Sonntags morgens acht Uhr treffen sich unten vor der Pforte, und dann laufen die zweieinhalb Stunden Berg rauf, Berg runter, [...] oder zwei Wochen Kassettenrecorder-Entzug, oder Ausgangssperre, oder, oder weißt du, ein Regelverstoß, egal was, trägt direkt eine Konsequenz mit sich, weißt du, und die Konsequenzen sind zehn mal so hart wie der Regelverstoß.“

Vertrauensmangel als Folge von Belastungen im Verhältnis zu medizinischem Personal

Äußerungen von einigen Interviewpartnern weisen darauf hin, dass sie manchen Ärzten nicht vertrauen. In einigen Fällen entscheiden sich die Interviewpartner einfach, dem Arzt einen Teil ihrer Gesundheitsprobleme nicht anzuvertrauen. So meinte ein etwa 50 Jahre alter Mann, der von seinem Hausarzt kürzlich das pathologische Ergebnis einer Blutuntersuchung erfahren hatte, im informellen Gespräch, dass er seinem Hausarzt doch wohl kaum sagen könne, dass er Alkoholiker sei. Auch Mathilde meint, als Patient könne man erst mit Verzögerung oder nur in Andeutungen mit dem Arzt über einige Probleme reden:

Mathilde: „Weil der Patient ja auch meistens nicht ehrlich ist, oder der sagt das später erst. Er versucht es zu umschreiben.“

Auch Markus hat sich entschieden, seinem Arzt sicherheitshalber nicht mitzuteilen, dass er wohnungslos ist.

Markus: „Weil ich hab das eigentlich nie so preisgegeben, weil man hat mir das auch nicht angesehen, oder so weil irgendwie, weil ich vielleicht irgendwie dreckig aussah oder so, na ja wenn ein einer, die haben auch nicht gefragt, ja leben sie auf der Straße oder so, ja, also, da hab ich irgendwie nie zu jemandem gesagt.“

In anderen Fällen bezieht sich das Misstrauen auf die Informationsweitergabe unter Ärzten, so befürchtet eine Interviewpartnerin, dass ihr Lebenslauf auf der Chipkarte der Krankenkasse

gespeichert sei, ein Interviewpartner fürchtet sich davor, dass Ärzte untereinander Informationen über seinen Alkoholkonsum weitergeben.

Eine Interviewpartnerin vertraut nur ihrem Hausarzt, einer Behandlung ihrer Drogenabhängigkeit stimmt sie aber nicht zu, weil sie fürchtet, dass ihr, sobald sie ihre Suchterkrankung eingesteht, das Sorgerecht für ihre Kinder entzogen wird:

Interviewer: „Prima, den stationären Entzug mal zu machen, hast Du das mal versucht?“

„Nee, das möchte ich nicht, weil, ich denk an meine Kinder, ich denk wo bleiben die, weil ich hab keinen, irgendwie keinen, denn kommen die ins Heim. Das möchte ich nicht, weil ich war selber im Heim, ich weiß wie das ist. Und da hab ich keine Nerven drauf, meine Kinder da irgendwie zu sehen nur weil ich verdrogt bin. Da können die ja nix für, also brauchen die auch nicht drunter leiden, und deswegen mach ich das immer zu Hause, wenn ich da nichts habe und dann leg ich mich acht mal am Tag in die Badewanne oder so, damit die Schmerzen nachlassen, oder ich mach mir eine Wärmflasche du knall mir die auf die Beine oder auf den Bauch oder so.“

In Ausnahmefällen äußern Studienteilnehmer auch globale Schelte gegenüber Ärzten und bezeichnen sie als „Verbrecher in weißen Kitteln“, die sich rücksichtslos auf Kosten der Patienten bereichern. Für die Wohnungslosenszene spezifischer ist das diskreditierende Gerücht, ein niedergelassener Allgemeinmediziner habe seine Zulassung zurückgeben müssen, und dürfe nur noch die Substitution Opiatabhängiger durchführen, wozu er gepanschtes Methadon aus polnischer Produktion verwende.

Malcompliance, Kontaktabbrüche als Folgen von Belastungen im Verhältnis zu medizinischem Personal

Mehrere Studienteilnehmer berichten, dass sie einen Facharzt, zu dem sie überwiesen wurden, nicht aufgesucht haben. Andere Interviewpartner geben an, dass sie verschriebene Tabletten nicht einnehmen. Zunächst begründet Wolfgang, warum er keine Tabletten einnehmen möchte, dann erläutert Karl, der derzeit keine hausärztliche Versorgung hat, warum er seit seinem Krankenhausaufenthalt keine Tabletten eingenommen hat:

Wolfgang: „Aber die Ärzte, die können einen mit Tabletten kaputt machen.“

Interviewer: „Nimmst Du jetzt eigentlich Tabletten?“

Karl: [Murmelt einige Worte]

Interviewer: „Was hast Du gesagt?“

Karl: „Da bin ich nicht für, für Tabletten.“

Interviewer: „Bist Du nicht dafür?“

Karl: „Oh, nee.“

Interviewer: „Aber die haben doch im Krankenhaus bestimmt Tabletten aufgeschrieben für Dich?“

Karl: „Ja, da, aber manchmal hab ich sie weggeschmissen. [Lacht]“

Interviewer: „Vertraust Du den Tabletten nicht?“

Karl: „Och, ich brauche die nicht. Nee, nee, ich brauche keine Tabletten.“

Andere Gesprächspartner berichten, den Kontakt zu bestimmten Ärzten völlig abgebrochen zu haben. Ein bereits viele Jahre wohnungsloser Mann berichtet im informellen Gespräch, er habe seinen nur kurze Zeit zurückliegenden Krankenhausaufenthalt gegen ärztlichen Rat beendet. Mathilde gibt im Interview an, dass sie den Kontakt zu ihrem langjährigen Hausarzt nach einem Streit abgebrochen habe, Markus hingegen berichtet, dass er seine ambulant behandelnden Ärzte rasch wechselt. Hier schildert er eine Meinungsverschiedenheit über das Abreißen eines Heftpflasters:

Markus: „Ja also ich sag mal, ich bin ein Mensch, ich wechsel' gern meine Ärzte wenn ich irgendwelche Probleme mit den Ärzten hab, weil es gibt Ärzte wo ich dann sag so OK, der taugt nichts, ja weil weiß ich nicht, weil ich hab mal einen Arzt gehabt, der hat mir ein Pflaster abgerissen, ja, und sagt dann: das ist rot, du hast eine Allergie gegen Pflaster. Ist doch klar, dass wenn man mir das Pflaster abreißt, das das rot ist, die Haut. Und der sagt das ist ne Allergie, dann hat der Arzt sie nicht mehr alle auf dem Zaun, dann sag ich Dankeschön, da ist die Tür, ich geh einen anderen Arzt aufsuchen.“

Vorschläge der Interviewpartner

Einige Interviewpartner äußern, was sie sich vom medizinischen Personal, zu dem sie Kontakt haben, wünschen würden. Für Dorothea, die beklagt, dass alles immer stressiger und schneller wird, wäre das mehr Zeit. Ein anderer Studienteilnehmer würde sich mehr Engagement vom

medizinischen Personal einer Entwöhnungsklinik, das er als gleichgültig erlebt hat, wünschen. Bernd schließlich wünscht sich mehr Verständnis für die Lage von Wohnungslosen.

Zusammenfassung

Als Bedingungen für ein Funktionieren von Kommunikation werden in den Interviews ein Eingehen auf sprachliche und medizinische Bedürfnisse genannt sowie das Schaffen einer Atmosphäre, die Vertrauen ermöglicht. Auch die Festlegung und die nachvollziehbare Kommunikation von Regeln können zur Bedingung für das Gelingen der Beziehung zwischen Arzt und Patient werden. Gründe für dysfunktionale Kommunikation können quantitativ mangelhafte Kommunikation oder durch Fachausdrücke unverständlich gewordene Sprache sein. Einige Studienteilnehmer spüren zwischen sich und Ärzten eine soziale Distanz, die sie Unverständnis, Gleichgültigkeit oder Diskriminierung fürchten lässt. Die Verletzung von Regeln, deren Einhaltung für die Interviewpartner essenziell ist, ist problematisch. Es geht dabei darum, die Autonomie der Studienteilnehmer zu respektieren, keine Vorwürfe zu machen und respektvoll zu bleiben. Die Zurückweisung von Studienteilnehmern durch medizinisches Personal zerstört das Vertrauen in das Gesundheitssystem und bewirkt, dass sich Wohnungslose in Notlagen aufgrund von Angst vor Zurückweisung keine Hilfe mehr suchen können. Es gibt aber auch Hinweise, dass es für manche Interviewpartner schwierig ist, Regeln des Gesundheitssystems einzuhalten. Ausdruck eines gestörten Verhältnisses zu medizinischem Personal können mangelndes Vertrauen, Malcompliance und Kontaktabbrüche sein. Studienteilnehmer wünschen sich von medizinischem Personal mehr Zeit, mehr Engagement und mehr Verständnis.

5.2.2.3 Auf Wohnungslose spezialisierte medizinische Angebote in der Sicht der Nutzer

Im Abschnitt über den Wohnungsstatus und die Nutzung des Gesundheitssystems ist bereits berichtet worden, dass mehrere Interviewpartner nicht durch einen niedergelassenen Hausarzt, sondern stattdessen durch auf Wohnungslose spezialisierte medizinische Angebote versorgt werden.

Am Ort des Interviews bestand ein mobiler Medizinischer Dienst, der mehrmals wöchentlich in einem Bus allgemeinmedizinische Sprechstunden vor mehreren Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe anbieten konnte. Mehrere Interviewpartner hatten auch Erfahrungen mit auf

Wohnungslose spezialisierten Diensten in anderen Städten gemacht, die ebenfalls in ihre Äußerungen einfließen.

Viele Interviewpartner sehen das örtliche, auf Wohnungslose spezialisierte medizinische Angebot als speziell ihnen zugeordnet („die Frau Doktor bei uns“) und die Existenz des Angebotes wird von ihnen sehr geschätzt:

Anne: „Ich bin froh, dass wir hier unten die Ärztin haben, halt irgendwo von der Einrichtung, weil sie gibt einem wirklich das Gefühl manchmal, dass sie wirklich nur mit Obdachlosen zu tun hat irgendwo, als ob sie das gar nicht anders kennen würde. Weil ich denke wenn es die Ärztin nicht geben würde, dann würde es noch viel mehr Obdachlose geben, die wirklich elendig verrecken würden, wenn ich das mal so ausdrücken kann.“

Daniela: „Und darum finde ich die Frau Doktor bei uns [in der Teestube] schon mal ganz OK, dass wenigstens eine Stelle mal da ist. Wenn man gar nichts hat, dass man da hingehen kann und die sorgt sich auch um einen.“

Eine Interviewpartnerin berichtet, dass sie für das Fortbestehen der auf Wohnungslose spezialisierten Versorgung Verantwortung übernehmen will. Sie versucht darum, für die Einrichtung Geld zu spenden:

Mathilde: „Und dass es dieses Mobil gibt, die sich um die Obdachlosen kümmern, das finde ich sehr gut. Ein Riesenlob an diese Menschen, ich bin auch immer dankbar und lass auch immer ein bisschen Geld da. Das wollen die nicht haben. Sag ich: ‚wenn ihr mal was braucht, Pflaster, Material, irgendwas braucht man immer.‘“

Vergleich zwischen Regelversorgung und auf Wohnungslose spezialisierten Angeboten

Niederschwelligkeit

Von den Interviewpartnern wird an den auf Wohnungslose spezialisierten medizinischen Angeboten deren Niederschwelligkeit in mehrerer Hinsicht geschätzt. Thomas nennt das Wegfallen der Praxisgebühr an erster Stelle, da er im Moment wenig Geld habe. Zudem findet er gut,

dass er hier keinen Termin machen muss, den er nachher nur mit Mühe einhalten kann, weil er sich vorher ja noch in der Teestube duschen und seine Kleidung wechseln müsste.

Mathilde und Daniela loben, dass sie im Fall von Bagatellerkrankungen direkt von der Ärztin die entsprechenden Medikamente erhalten, ohne dafür bezahlen zu müssen und ohne eine Apotheke aufzusuchen.

Besondere Kompetenzen

Einige Interviewpartner sehen bei auf Wohnungslose spezialisierten Angeboten besondere medizinische Kompetenzen. So mein Jürgen, dass Wohnungslose kränker als sind als andere Patienten, und dass die Ärzte, die Wohnungslose behandeln, darum auch ein besseres Fachwissen haben. Eine Teilnehmerin lobt, dass sie von medizinischen Diensten für Wohnungslose schnell an die zuständige weiterbehandelnde medizinische Einrichtung überwiesen wird. Sie schildert, wie, als sie sich mit chronischem Husten an einen auf Wohnungslose spezialisierten Dienst wandte, unverzüglich eine Tuberkulosedagnostik veranlasst wurde.

Anne stellt im Folgenden dar, dass auf Wohnungslose spezialisierte Ärzte um die psychische Belastung ihrer Patienten durch die Wohnungslosigkeit wissen und dass es ihnen gelingt, diese Probleme in einer Weise anzusprechen, die für ihre Patienten auch annehmbar ist:

Anne: „Da setzt man sich manchmal zusammen, unterhält sich dann: Gibt es auch andere psychische Probleme? Oder halt nur körperlich jetzt halt bedingt und das sind Fragen, die würden beim normalen Mediziner halt jetzt nicht vorkommen.“

Medizinische Ausstattung

Zum Zeitpunkt des Interviews konnte der auf Wohnungslose spezialisierte medizinische Dienst, der aus einem Wohnmobil heraus zwei mal wöchentlich Sprechstunden vor der Teestube anbot, aus der zahlreiche Studienteilnehmer rekrutiert wurden, keine kassenärztlichen Rezepte ausstellen, was von Bernd, Hans und Markus als Hinweis auf die eingeschränkten medizinischen Möglichkeiten erkannt und bemängelt wurde. Diese Studienteilnehmer nannten dies als Grund, warum sie die Versorgung durch ihren Hausarzt bevorzugten.

Markus: „Daher geh ich dann, weil ich ja nicht weiß was ich hab, gehe ich dann lieber zum Arzt. Dann sag ich: guck nach, der kann mir auch direkt ein Rezept ausstellen.“

Umgang mit den Patienten

Bernd berichtet, dass er sich einmal bei einem Arzt beklagte, dass er nachts auf der Straße friere. „Dann müssen Sie gucken, wo Sie warm schlafen“ war die für ihn enttäuschende Antwort des Arztes. Er hätte sich vorgestellt, dass der Arzt ihm hilft, einen warmen Schlafplatz zu finden. Bei einem auf Wohnungslose spezialisierten Arzt findet er dagegen mehr Verständnis:

Bernd: „Weil der weiß dann auch, wovon der redet. Der sagt dann nicht einfach: ja, da kann ich doch nichts dafür, wenn der sagt: ich verstehe sie, dann versteht der das auch.“

Einige Studienteilnehmer berichten, dass ihnen neben Verständnis auch Respekt wichtig ist, mit dem sie jedoch nur bei auf Wohnungslose spezialisierten medizinischen Diensten rechnen. Das geht wie im Fall von Volker so weit, dass für sie die Regelversorgung keine Alternative zur spezialisierten Versorgung mehr ist. Auch die nachfolgend zitierte Studienteilnehmerin erwartet nicht mehr, in der Regelversorgung ausreichend respektiert zu werden:

„Also die einzigen Ärzte, die mich momentan so verstehen sind die, die für Obdachlose eingesetzt sind. Wie diese ambulanten Pflegebusse und alles, die halt nichts kosten und die Ärzte tagtäglich nur mit Drogenabhängigen oder Obdachlosen halt zu tun haben. Das sind die einzigen, wo man wie ein Mensch behandelt wird, und nicht wie ein Obdachloser oder halt ein Drogenabhängiger.“

Während diese Beispiele zeigen, dass das Vertrauen in die Regelversorgung weitgehend verloren gehen kann, gibt es auch einige Interviewpartner, die seit längerer Zeit von einem Hausarzt der Regelversorgung behandelt werden, dem sie vertrauen. So berichten Patrick, der seit einem Jahr einen neuen Hausarzt hat und Hans, der seinen Hausarzt seit Jahren kennt, dass sie ihren vertrauten Arzt der auf Wohnungslose spezialisierten Versorgung vorziehen.

Keine Angst vor dem Arzt

Besonders Interviewpartner, die hauptsächlich das System der medizinischen Regelversorgung nutzen, beschreiben im Vergleich von Regelversorgung und auf Wohnungslose spezialisierter Versorgung, dass sie hier beim Arzt für Wohnungslose weniger Angst verspüren. Zunächst berichtet Jürgen, Angst zu haben, latent abgelehnt oder tatsächlich abgewiesen zu werden:

Jürgen: „Weil die [normalen Allgemeinmediziner], wenn die jetzt mal einen schlechten Tag haben, oder so, die weisen einen direkt ab. Oder wenn sie einen nicht leiden können.“

Bernd begründet seinen Wunsch, eine auf Wohnungslose spezialisierte Arztpraxis in festen Räumen in Anspruch nehmen zu können ebenfalls mit seiner Angst, von Ärzten des Regelsystems abgelehnt zu werden. Bei einem auf Wohnungslose spezialisierten Arzt hat er dagegen keine Angst:

Bernd: „[...] eine Praxis [...], wo nur Obdachlose behandelt werden, das wär' doch optimal. Weil dann ist man ja auch unter sich, dann. Man redet ja dann auch ganz anders. Man muss doch bei jedem Arzt aufpassen, was man sagt, sonst ist man ja unten durch.“

Dorothea fürchtet Verständnislosigkeit und Diffamierung als Penner im Regelsystem:

Dorothea: „Der [Arzt, der sich mit Wohnungslosen auskennt,] hat auch ein bisschen mehr Verständnis, denk ich mal, als ein anderer Arzt, der das nicht so kennt, die denken sowieso nur ‚Penner?‘.“

Bertram fürchtet, vom Arzt abgefertigt zu werden, ohne dass er als Patient aus dem Arztbesuch einen Nutzen ziehen kann:

Bertram: „Ja, wenn ich wählen könnte, ja, der ist ja dann eigentlich sozial dann eingestellt, ein Arzt, [der] sich mit Wohnungslosen befasst, dann würde ich den vorziehen,

weil der ist ja sozial eingestellt, und der denkt ja ein bisschen mehr nach als nur einer der in seiner Praxis jetzt Patienten abfertigt.“

Volker ist schließlich ein Beispiel für einen Patienten, bei dem die Angst vor dem System der Regelversorgung so groß geworden ist, dass er es jetzt nicht mehr schafft, dieses System in Anspruch zu nehmen. Vor auf Wohnungslose spezialisierten Angeboten hat er jedoch keine Angst:

Volker: „Wir haben unsere Ärztin hier, die kommt montags und freitags, die hilft dann auch mal nur mit einer Salbe oder auch mit einem guten Wort oder so, ermahnt einen auch, solche Sachen. Aber, richtig so einen normalen Hausarzt, kann ich mir auch gar nicht erlauben, weil gar kein Vertrauen dazu habe, die haben mich soviel verarscht, die Ärzte.“

Verbesserungsvorschläge der Interviewpartner

Die Verbesserungsvorschläge, die die Interviewpartner bezüglich der spezialisierten medizinischen Versorgung haben, gehen in verschiedene Richtungen. Allen gemeinsam ist aber, dass sie einen Ausbau der medizinischen Versorgung speziell für Wohnungslose fordern.

Zunächst wird Daniela mit ihrem Vorschlag zitiert, die Sprechstunden in der Nähe der Teestube, die sie regelmäßig besucht, täglich abzuhalten:

Daniela: „Wenn man das so überlegt, aber zwei mal in der Woche ist zu wenig. Es sollte wirklich jeden Tag jemand da sein. [...] Die eine Bekannte [...] mit der dicken Hand, die sagt sie wartet bis Freitag bis die Ärztin wieder da ist. Da sag ich gerade in so einem Moment da müsste jemand da sein, wo man ankommen könnte, dass jemand sofort rumkommt und der das dann sofort macht. Oder irgendwie sofort was gibt. Man kann nicht warten, ich sag mal, montags bis freitags ist eine lange Schlange.“

Zudem regt sie an, dass Kassenrezepte im spezialisierten medizinischen Angebot ausgestellt oder noch mehr Medikamente dort direkt ausgegeben werden sollten. Bernd schlägt hingegen vor, dass neben der mobilen Sprechstunde in einem Bus auch eine Praxis in festen Räumen von der auf Wohnungslose spezialisierten Ärztin betrieben werden sollte.

Anne hält eine auf wohnungslose Frauen spezialisierte gynäkologische Sprechstunde für erforderlich.

Ein weiterer Vorschlag von Daniela war es, aufsuchende medizinische Hilfe mit Ärzten als Streetworkern einzuführen.

Daneben gab es Vorschläge, die auf die Einrichtung einer Spritzenausgabe und von Konsumräumen für intravenös Drogenabhängige abzielten.

Einige der in den Interviews gemachten Vorschläge gehen in die Richtung eines vollwertigen medizinischen Parallelsystems für Wohnungslose. Das Problem, dass dies die Ausgliederung einer ganzen Bevölkerungsgruppe aus der Versorgungspflicht durch das medizinische Regelsystem bedeuten könnte, wurde weder vom Interviewer noch von den Interviewpartnern in seiner gesellschaftlichen Bedeutung explizit angesprochen. Jedoch zeigt die nachfolgend zitierte Ansicht Werners, dass es auch Unbehagen über die weitergehende Trennung von Regelsystem und einer ausschließlich auf Wohnungslose ausgerichteten Medizin gäbe. Werner fürchtet bei auf Wohnungslose spezialisierten medizinischen Diensten, die er allerdings noch nie genutzt hat, dass sie hauptsächlich für Wohnungslose spezifische Erkrankungen erkennen und behandeln. Bei einem Allgemeinmediziner der Regelversorgung erwartet er einen offeneren Blick:

Werner: „Ich würde irgendwie sagen, ein Arzt der jetzt nur so Wohnungslose behandelt, ich könnte mir vorstellen, dass der so dann immer so die Sachen behandelt, die auch immer wieder vorkommen auf der Straße, so zum Beispiel so offene Wunden am Bein so, was ja viel ist, gerade bei älteren die auf der Straße leben. Könnte ich mir vorstellen, dass durch diese Monotonität, dass der andere Dinge gar nicht mehr so wahrnimmt, als jetzt ein Allgemeinmediziner, der wirklich alles behandelt.“

Zusammenfassung

Das auf Wohnungslose spezialisierte medizinische Angebot wird von vielen Interviewpartnern sehr geschätzt. Aspekte, die besonders gelobt werden sind der kostenlose Zugang, das Fehlen der Notwendigkeit, Termine zu vereinbaren und das direkte Aushändigen von Medikamenten. Weiter wird die besondere Kompetenz für medizinische Probleme Wohnungsloser und die Sensibilität für das Ansprechen des seelischen Bereichs geschätzt. Einige Interviewpartner sehen allerdings die eingeschränkten medizinisch-technischen Möglichkeiten eines in

einem Wohnmobil arbeitenden medizinischen Dienstes als Nachteil. Besonders an den spezialisierten Diensten ist das Verständnis für die Lebenssituation der Patienten und der Respekt, der ihnen entgegengebracht wird. Es gibt Studienteilnehmer, die diese Grundvoraussetzungen nur in spezialisierten medizinischen Diensten erfüllt sehen, und die Regelversorgung darum ablehnen. Auf der anderen Seite beschreiben einige Interviewpartner, die die Regelversorgung nutzen, dass sie dort Angst vor Ablehnung und Diffamierung empfinden. Vertrauensverlust und Angst können so weit gehen, dass das Regelsystem nicht mehr genutzt werden kann. Die Nutzer spezialisierter medizinischer Dienste fordern, diese Angebote weiter auszubauen. Das Problem, dass der weitere Ausbau eines parallelen Versorgungssystems zu einer weiteren Ausgliederung Wohnungsloser aus der regulären Gesundheitsversorgung führen könnte, wurde nicht explizit besprochen, jedoch zeigte sich in den Interviews, dass auch Unbehagen über eine weitergehende Trennung von Regelversorgung und einer ausschließlich auf Wohnungslose ausgerichteten Medizin besteht.

5.2.2.4 Hürden vor dem Zugang in das Gesundheitssystem

In den Abschnitten über die Interaktion mit medizinischem Personal und über auf Wohnungslose spezialisierte medizinische Angebote sind bereits einige Faktoren benannt worden, die den Zugang zum regulären Gesundheitssystem erschweren. Studienteilnehmer haben von ihrer Angst berichtet, im Gesundheitssystem Ablehnung und Vorwürfen ausgesetzt zu sein. Weiter befürchten sie, Regeln, deren Einhaltung für sie unabdingbar ist, wie der Respekt vor ihrer Autonomie, könnten verletzt werden. Beispiele für die Ablehnung der Behandlung durch medizinisches Personal werden angeführt. So stellen mangelndes Vertrauen, aber auch dysfunktionale Kommunikation und soziale Distanz zu den Akteuren des Gesundheitssystems komplexe Hürden vor dem Zugang in das Gesundheitssystem dar. Im folgenden Kapitel werden weitere Faktoren benannt, die den Zugang in das Gesundheitssystem behindern. Diese sind finanzieller, bürokratischer, logistischer Natur, können sich aber auch auf bestimmte Regeln des Gesundheitssystems beziehen, deren Einhaltung für Wohnungslose besonders erschwert ist.

Praxisgebühr und Zuzahlungen

Viele der Studienteilnehmer besaßen zum Zeitpunkt des Interviews keinen einzigen Geldschein. Für ihre so ausgeprägte Armut gaben sie zum einen Schwierigkeiten bei der Beantra-

gung und beim Bezug von Sozialleistungen an, andererseits bewirkt die Wohnungslosigkeit direkt den Verlust von Geld, sei es durch Diebstahl oder durch aufwändigen Drogenkonsum. Bertram berichtet, dass er aufgrund eines Zuständigkeitswechsels vom Arbeitsamt zum Sozialamt seit drei Monaten keine Leistungen mehr bezogen hat. Ein anderer Interviewpartner hat „fast kein Geld mehr“, nachdem er eine hohe Kautions hinterlegen musste, um eine Freilassung aus dem Strafvollzug zu erreichen.

Eine andere Studienteilnehmerin schildert, wie ihr die Auszahlungen des Arbeitsamtes aufgrund ihrer Sucht unkontrollierbar durch die Finger rinnen:

„[...]und dann hat man das Geld in den Fingern und denkt man da nicht mehr dran, was man vorher gesagt hat, irgendwie, dann denkt man dann nur wieder an eins: schnell [zum Treffpunkt der Drogenszene in der Stadt] rennen.“

Die Interviewpartner berichten häufig, dass sie trotz akuter und chronischer behandlungsbedürftiger Erkrankungen nicht zum Arzt gehen können oder dass sie aus Arztpraxen wieder weggeschickt wurden, weil sie die Praxisgebühr nicht aufbringen konnten.

Markus: „Ab und an, also, so jetzt mit dieser zehn Euro Praxisgebühr, das ist eigentlich das Schlimmste, ja also da muss ich echt sagen, so wenn ich zum Arzt gegangen bin, zum Zahnarzt oder so, und ich saß dann so, ich hab echt Schmerzen und so kurz vor 'm ersten und ich hab kein Geld und ich sag ich kriege erst in zwei Tagen Geld und ich sag ich hinterlege meinen Personalausweis, ich sag alles andere, und die sagen: nein, machen wir nicht, gehen sie zu einem anderen Arzt.“ [...]

Interviewer: „Wie oft ist es Dir passiert, dass Du wegen dieser Praxisgebühr weggeschickt worden bist?“

Markus: „Ja zwei, drei Mal.“

Bernd: „Erst mal zehn Euro. Wenn man die schon nicht hat, da heißt es auch schon wieder: da können wir auch nichts machen. Ja da wird man schon abgewiesen, mittlerweile. Wenn man die zehn Euro nicht hat, ob ich die jetzt bezahle, oder am Monatsersten dann hinbringe?“

Interviewer: „Also die Praxisgebühr musst Du auch zahlen? Einmal im Quartal?“

Bertram: „Ja, konnte ich aber nicht mehr.“

Interviewer: „Und was passiert dann?“

Bertram: „Ja, dann konnte ich solange nicht zum Arzt gehen.“

Patrick: „Diese zehn Euro Praxisgebühr, die finde ich auch ziemlich habgierig. Das ist so dass echt viele Leute an irgendwelchen Klamotten verrecken, weil sie das unterschätzen, so, die denken also die 10 Euro, die spare ich mir, also ich fände es echt besser, wenn man losgelöster zum Arzt gehen könnte. Ich äh, ich hab da gerade ein Problem deswegen geh ich da jetzt auch mal hin. Ob es ernst ist. Da hab ich's weggeschoben. Also ich schiebe auch ziemlich viel weg. Da leg ich mich halt ins Bett, so ein paar Tage, also wenn's ganz krass wird, dann geh ich auch zum Arzt. Ja, ich erdulde das halt meistens.“

Eine Studienteilnehmerin berichtet hier, dass sie unter blutigem Ausfluss leidet, aber aufgrund der Praxisgebühr nicht zum Gynäkologen geht:

„Das einzige, was ich jetzt habe, ich denk ich habe da mal eine Zyste, oder einen Polypen, und der blutet. Also der schleimt mehr vor sich hin. Aber da bin ich schon wieder dran, ich hab jetzt die 10 Euro nicht um zum Doc zu gehen und zu sagen, guck mal bitte nach.“

Auch Zuzahlungen zu Medikamenten, Brillen, Zahnprothesen und Krankenhausaufenthalten können einige Studienteilnehmer nicht leisten. So berichtet Karl, dass er sich keine neue Zahnprothese leisten konnte, Thomas berichtete, dass er für eine Brille, die er für seine lichtempfindlichen Augen benötigt 400 Euro Zuzahlung nicht aufbringen konnte. Daniela hingegen meint, dass 5 Euro Zuzahlung je Medikament in der Apotheke bereits zuviel sein können, wenn man mehrere Arzneimittel gleichzeitig verschrieben bekommt. Bertram stellt dar, dass er sich die Behandlung seiner Schuppenflechte nicht leisten konnte:

Bertram: „Ja, an einen Hautarzt überwiesen, da bin ich auch hin, da hat der sich das angeguckt, da hat der mir so Salben aufgeschrieben, und da bin ich in die Apotheke, ja und da sollte ich da 54 Euro Zuzahlung machen. Ja, da hab ich gesagt, ja, das geht nicht. Zuzahlung also. Jetzt ist ja Zuzahlung, war das eine Körpercreme, eine Kopftinktur fürs Gesicht extra und so ein Spray für die Nägel, weil die Nägel verändern

sich, habe ich gesagt ja nee, 5 Sachen, das kann ich nicht bezahlen, da habe ich das nicht abgeholt.“

Ein Interviewpartner berichtet, dass ihm nach einer Zwangseinweisung in die Psychiatrie eine Rechnung in einer Höhe gestellt wurden, die Bezieher von Arbeitslosengeld II überfordert. Diese Praxis hat bei ihm zu Hilflosigkeit geführt. Er berichtet, nun gar keine Post mehr zu öffnen.

„Konkret aber das, in die Psychiatrie gekommen. Das einem was in Rechnung gestellt wird, finde ich krass.“

Interviewer: „Ah, Du musstest dafür selbst noch zahlen? Dass Du gegen deinen Willen in die Psychiatrie eingewiesen wurdest? Wie viel war das damals?“

„280.“

Interviewer: „280? Das musstest Du selber zahlen?“

„Die ersten 28 Tage, muss man immer bezahlen.“

Interviewer: „Dieses Krankenhaus, das ist ganz schön viel.“

„Ja, Harz IV-Empfänger, das ist gar nicht zu zahlen.“

Interviewer: „Das ist fast ein ganzer Monat Geld. Wie hast Du das am Ende geregelt? Hast Du nicht bezahlt oder wer hat das bezahlt?“

„Das ist noch offen. Ich hab schon erhebliche Schulden bei der Krankenkasse.“

Interviewer: „Ah so, hat die Krankenkasse das erst mal vorgestreckt?“

„Nein, ich hab eben Schulden da.“

Interviewer: „Und, kriegst Du da ab und zu mal eine Mahnung zugeschickt, oder so?“

„Ja, fast täglich. Wenn ich auch mehrere Sachen hab.“

Interviewer: „Also wenn Du nach Hause kommst, fast jeden Tag kommt eine Mahnung rein? Wie ist das?“

„Ich öffne die Briefe schon gar nicht mehr. Also ich schmeiß sie meistens in ne Ecke so.“

Im Umgang mit der Praxisgebühr und Zuzahlungen werden verschiedene Strategien angewendet. Am häufigsten berichten die Studienteilnehmer, dass sie aufgrund der Gebühren auf Arztbesuche verzichten. Arztbesuche werden auch verschoben bis zum Monatsersten, wenn wieder Geld zur Verfügung steht. Markus berichtet, dass er die Beschwerden gewissermaßen

sammelt, um sie seinem Hausarzt dann, wenn er die Praxisgebühr einmal bezahlt hat, alle auf einmal präsentiert.

Markus: „Ja und wenn ich dann die zehn Euro bezahle, dann geh ich zum Arzt und dann sag ich, ich hab da Schmerzen, da Schmerzen, da Schmerzen, da Schmerzen, da Schmerzen, und damit er mir gegen alles was geben kann und alles untersuchen. Dann nutze ich das nämlich auch aus, aber sonst.“

Die auf Wohnungslose spezialisierten medizinischen Angebote werden vermehrt genutzt, um der Praxisgebühr und, wenn dort direkt Medikamente ausgegeben werden, den Zuzahlungen in der Apotheke auszuweichen, wie bereits im Abschnitt über die spezialisierten medizinischen Angebote erwähnt:

Thomas: „Ja, und dieses Arztmobil kann man auch in Anspruch nehmen.“

Interviewer: „Ah ja da gehen Sie ja schon mal hin, ab und zu.“

Thomas: „Ja, ja.“

Interviewer: „Warum eigentlich?“

Thomas: „Ja, ich sehe nicht ein, diese zehn Euro Praxisgebühr zu bezahlen, weil ich im Moment wenig Geld habe.“

Mehrere Teilnehmer der Studie berichten, dass sie mit wechselndem Erfolg versucht haben, ihren Personalausweis in der Arztpraxis als Pfand zu hinterlegen, um ihn dann später gegen Zahlung der Praxisgebühr auszulösen:

Interviewer: „So dass ein Arzt mal gesagt hat, tut mir leid, wir behandeln sie nicht, oder so was?“

Patrick: „Ja ich meinte irgendwie, könnte ich meinen Personalausweis als Pfand dalassen? Ja, sagt er, ist in Ordnung.“

Interviewer: „Beim Optiker?“

Patrick: „Nee, beim Hausarzt.“

Interviewer: „Weil Du die zehn Euro Gebühr nicht zahlen konntest?“

Patrick: „Der hat mir meinen Ausweis abgenommen, und das war halt OK.“

Andere Studienteilnehmer wenden Hausmittel an, um Zuzahlungen zu Arzneimitteln zu vermeiden oder unternehmen in anderer Weise den Versuch, sich selbst zu therapieren um der Praxisgebühr zu entgehen, indem sie zum Beispiel Nahtmaterial selbst entfernen oder offene Beine mit selbstgekauftem Verbandsmaterial wickeln.

Bertram, der die Zuzahlung zur Psoriasismedikation nicht aufbringen konnte, nutzt die therapeutische Wirkung der Sonne:

Bertram: „Und der Arzt hat mir was erklärt, durch die Sonne wird das besser, die Schuppenflechte und dann hab ich gedacht, jetzt ist Sonne, da ist das wenigstens im Gesicht ein bisschen besser geworden und mit dem Kopf das stimmte, die Sonne und Totes Meer-Salz und so Sachen alle, aber die Salbe kann ich nicht bezahlen.“

Fehlender Krankenversicherungsschutz und fehlender Krankenversicherungsnachweis

Bei einigen der Teilnehmer der Studie hat fehlender Krankenversicherungsschutz oder der Verlust des Nachweises über den bestehenden Krankenversicherungsschutz den Zugang in das reguläre Gesundheitssystem behindert. Markus berichtet, dass er zum Zeitpunkt des Interviews keinen Krankenversicherungsschutz genießt:

Interviewer: „Bist Du denn krankenversichert?“

Markus: „Also im Moment nicht, weil mit dem Arbeitsamt hab ich auch nichts mehr zu tun und so, jetzt bin ich auch nicht mehr durchs Arbeitsamt krankenversichert.“

Auch Bertram ist sich nicht sicher, ob er derzeit krankenversichert ist. Jedenfalls besitzt er zur Zeit keinen gültigen Versicherungsnachweis:

Interviewer: „Aber da hast Du eine Krankenkassenkarte?“

Bertram: „Ja, die haben mir gesagt, eh, [...] da ich ja keine Adresse habe muss ich da öfter mal vorbeigehen, aber ich bin da jetzt schon über eine Woche nicht gewesen, normal schicken die einem zu, aber ich hab keine Adresse, die haben gesagt ich soll mir ne Postadresse zulegen. [...] Vorher die alte [Karte] ist ungültig, die andere, wegen dem neuen Antrag.“

Patrick berichtet im Interview von einem Freund, der trotz „verschimmelter Zähne“ nicht zum Zahnarzt gehen kann, weil er keinen Krankenversicherungsschutz genießt.

Mathilde berichtet, dass sie in der Vergangenheit nicht krankenversichert war, und auf die Kostenübernahme durch das Sozialamt angewiesen war. Die Vorgabe, die Kostenübernahme für Arztbesuche vorab klären zu müssen, fand sie nicht akzeptabel:

Mathilde: „Ich hatte mal keine Krankenkasse, keine Krankenkarte auch. Ich war mal, ich hab mal in der Luft gehangen, das stimmt. Und habe gesagt ich dachte ich könnte hier zum Arzt kommen, ach so, da musste man immer zum Sozialamt und einen Schein abholen. Diesen Behandlungsschein, diesen Krankenbehandlungsschein, jedes Mal. Und da hat mich auch, mein Zahnarzt hat mich mal einfach so behandelt, und mein Gynäkologe, [...] der hat mich das unterschreiben lassen, und hat die Kostennote direkt an das Sozialamt geschickt, [...]. Und das Sozialamt hat gesagt, wir haben ihnen doch gar nicht die Erlaubnis gegeben. Ja, hab ich dann gesagt, aber ich kann ja nicht warten bis sie mir mal die Erlaubnis geben, ich muss doch zum Arzt gehen. [...] Und durch die neue Krankenkassenkarte und Harz IV ist es jetzt besser geworden.“

Anne berichtet, dass sie in der Vergangenheit versuchte, sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichern zu lassen, was mit Verweis auf ihre Wohnungslosigkeit abgelehnt wurde, inzwischen hatte sie aber einen Versicherungsschutz erhalten.

Ein weiteres Problem kann der Verlust des Krankenversicherungsnachweises sein, von dem Bernd hier berichtet. Ein Arzt lehnte die Behandlung eines schmerzenden Fußnagels ab, weil er keine Krankenkassenkarte vorweisen konnte:

Bernd: „Doch, ich war versichert, ich hatte meine Karte nur verbummelt. Draußen haben sie mir meinen Rucksack irgendwie geklaut, da war alles drin, da war auch mein Ausweis und so was drinnen, und der hat mich nicht behandelt, obwohl ich Schmerzen hatte. [...] Da hatte ich einen eingewachsenen Fußnagel. Das war die Hölle, vor allem für jemanden, der den ganzen Tag zu Fuß unterwegs ist.“

Wie weiter oben Mathilde berichtet auch Volker, dass sich mit dem Ende der Kostenübernahme durch die Sozialämter und der Einführung der Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II der Zugang zum Arzt einfacher geworden sei. Ihm ist die „ganz normale Ar-

beitnehmer-AOK-Karte“ wichtig. Er kann aufgrund der jährlichen Belastungsgrenze für Bezieher des Arbeitslosengelds II die Zuzahlungen in Grenzen halten:

Volker: „Heute läuft das mit Harz IV so, dass wir direkt eine ganz normale Arbeitnehmer-AOK-Karte haben. Sind also nicht mehr zu unterscheiden vom Arbeitnehmer, zahlen unsere 82,80 Euro im Jahr, wenn wir es ausschöpfen, und ab da sind wir dann frei gestellt, ab den 82,80 Euro können wir machen was wir wollen, können wir zur Apotheke, können wir zur Ambulanz, können wir zum Arzt, hingehen wie wir wollen, wir zahlen nichts mehr [...] Ich hab auch die grüne Karte in der Tasche, also wenn ich jetzt mal zum Arzt muss, zahl ich keinen Pfennig. [690]

Ein langjährig Wohnungsloser weist im informellen Gespräch auf seine Filzschuhe mit Klettverschluss, die gut um seine bandagierten Füße passen. Er ist mit ihnen sehr zufrieden. Ihre Anfertigung kostete 370 Euro, berichtet er, zuzahlen musste er aber nur zehn Euro. Das findet er auch in Ordnung.

Transportprobleme auf dem Weg zum Arzt

Für einige Studienteilnehmer ist es ein erhebliches Problem, weiter entfernte Ärzte oder Kliniken zu erreichen. Es fällt manchen schwer, etwas Geld für eine Fahrkarte des öffentlichen Nahverkehrs bereitzustellen:

Interviewer: „Was könnte man denn am Gesundheitssystem verändern oder an dieser Zahnklinik, damit Du da hingehen würdest? Was stört dich denn da am allermeisten?“

Patrick: „Das ist [etwa 20 Kilometer entfernt].“

Interviewer: „Das ist weit weg.“

Patrick: „Ja, Ich hab halt auch kein Ticket und so“

Im Fall eines Studienteilnehmers hat die Notwendigkeit, täglich seinen Hausarzt aufzusuchen, über wiederholtes Schwarzfahren bis zu einer Haftstrafe auf Bewährung geführt.

„Der substituiert mich ja auch, mein Hausarzt. [...] Der ist wie, also wie mein zweiter Vater. [...] Nur das ist halt [in einem anderen Stadtteil], muss dann jeden Tag bis [in den anderen Stadtteil] fahren, Methadon abholen. Beahlt mir ja auch keiner. Die

Krankenkasse bezahlt die Fahrkarte nicht, darum bin ich immer darauf angewiesen, schwarz zu fahren, und zu hoffen, dass ich nicht erwischt werde. Wenn ich jetzt noch einmal erwischt werde, dann ist meine acht Monate Bewährung weg, und die sind ja wegen Schwarzfahren.“

Interviewer: „Wenn man dreimal erwischt wird, immer noch, oder wie oft?“

„Nein, das ist eigentlich, ja, ab dreimal gibt es eine Anzeige, heißt es eigentlich, nur ich wurde schon 16 mal erwischt.“

Noch dramatischer als für diesen Studienteilnehmer könnten die Folgen der Notwendigkeit, jeden Tag seinen Hausarzt und derzeit auch fast täglich die etwas weiter außerhalb gelegene Drogenberatungsstelle aufzusuchen für einen anderen Interviewpartner sein. Er fährt täglich mit dem Fahrrad durch die Stadt:

Interviewer: „Warum fährst Du Fahrrad?“

„Ja, erstmal habe ich das Geld nicht für die, für den ganzen Tag mit den Bussen hin und her zu heizen, ich muss oft überall hin, fahre jeden Tag, Kollegen, Arzt, [Treffpunkt der Drogenszene in der Stadt]. Laufen habe ich keinen Bock. Also fahre ich mit dem Fahrrad, ist praktisch. Mache ich schon seit, jahrelang.“

Im informellen Gespräch berichtet er dann, dass ihm, seitdem seine Methadondosis auf 90 Milliliter erhöht wurde, beim Fahrradfahren gelegentlich schwarz vor Augen wird und er fürchtet, ohnmächtig zu werden, vom Rad zu fallen, und überfahren zu werden.

Bertram ist mit Eintritt der Wohnungslosigkeit aus einem Außenbezirk in die Innenstadt „umgezogen“. Bei ihm wurde die Kontinuität der hausärztlichen Versorgung aufgrund der Transportprobleme unterbrochen:

Interviewer: „Ist das Ihr Arzt, den Sie schon vor der Zeit, seit vor der Wohnungslosigkeit kennen, wo Sie da hingehen?“

Bertram: „Nee, woanders.“

Interviewer: „Ein Anderer? Warum haben Sie gewechselt? Warum gehen sie nicht zu ihrem alten Hausarzt?“

Bertram: „Ja, vorher hab ich nicht, die Wohnung war nicht hier in der Innenstadt, und das ist zu weit dann, und Bus und Bahn kann ich nicht bezahlen. Kriegt man mit 60% Schwerbehindertenausweis kriegt man das nicht, kriegt man das nicht, hat man keine

Ermäßigung oder Vergünstigung. [...] Ja, weil der alte ist zu weit gewesen, ich will nicht bis [in einen weit entfernten Stadtteil] und zurück.“

Vermeidung von Arztbesuchen wegen erschwelter Aufrechterhaltung der Körperhygiene

Wie schwierig es in der Wohnungslosigkeit sein kann, sich und seine Kleidung regelmäßig zu waschen, und die Unsicherheit von Interviewpartnern, die dadurch hervorgerufen werden kann, wurden im Kapitel über persönliche Hygiene bereits dargestellt. Dort wurde von Mathilde auch bereits der Bogen von dem eigenen Pflegezustand vor einem Arztbesuch zur der Angst, sich zu „blamieren“ oder gar vom Arzt weggeschickt zu werden, geschlagen.

Im folgenden Zitat macht Daniela noch einmal deutlich, wie sich das Empfinden, nicht ordentlich gepflegt zu sein, auf das Selbstbewusstsein beispielsweise beim Apothekenbesuch auswirkt. Dass die Angst, abgelehnt zu werden auch aus diesem Grund zu einer hohen Hürde vor einem Arztbesuch werden kann, ist gut nachföhlbar:

Daniela: „Und wenn du dann noch unsauber bist, weil du ehrlich keine Wohnung hast, und gehst dann noch zum Arzt rein, oder auch in die Apotheke, die gucken dich höchstens noch von oben bis unten an, was willst du eigentlich?“

Interviewer: „Ist Dir das schon passiert?“

Daniela: „Ja, ich hatte, wo ich obdachlos war, das die Fingernägel dreckig waren, und wenn du dann bezahlen wolltest, dann, das sagte mir schon alles. Die haben nicht gesagt wie siehst du aus, aber ich hatte das Gefühl, wie das allerletzte.“

Schwierigkeiten im Umgang mit Verzögerungen in der Versorgung und dem Vereinbaren von Terminen

Einige Interviewpartner berichten von Versuchen, medizinische Hilfe in Situationen zu erhalten, die von ihnen als Notfall eingeschätzt wurden, von medizinischem Personal aber eine Verschiebung der Behandlung für möglich gehalten wurde. Solche Konflikte haben bei Markus bereits mehrmals zum Kontaktabbruch geführt:

Markus: „Ja, und wenn ich dann so Zahnärzte hab, ja, die mich, was weiß ich, wenn Ärzte mich wegschicken, obwohl ich unter Schmerzen dahin gehe, und die sagen: kommen sie bitte morgen noch mal oder übermorgen, dann wechsele ich auch den

Arzt. Dann sag ich Dankeschön, da will ich nichts mehr mit zu tun haben, dann such ich mir einen anderen Arzt. Ich bin eigentlich einer ich wechsele sooft meine Ärzte oder so.“

Auch die nachfolgend zitierte Äußerung Danielas zeigt in diese Richtung. Es wird deutlich, dass es ihr schwer fällt, Terminvereinbarungen zu akzeptieren. Im zweiten Teil ihrer Äußerung wird auch deutlich, dass sie manche andere Regeln des Gesundheitssystems, wie zum Beispiel, Routine-Blutentnahmen morgens durchführen zu lassen, nicht ohne weiteres akzeptieren kann:

Daniela: „Ja oder halt wenn man einen Termin haben will, das es so lange dauert, bis man einen Termin kriegt. Gerade Zähne machen. Fünf mal erst die Anprobe, bis das überhaupt sitzt und kommen sie dann und dann wieder.“

Interviewer: „Wie kommst Du damit klar?“

Daniela: „Beschissen. Wenn ich Schmerzen habe und ich krieg einen Termin, dann frag ich mich, ob das jetzt Zahnschmerzen ist oder ob das Bauchschmerzen sind oder mit den Bronchien, ich muss sofort untersucht werden, und nicht erst morgen oder übermorgen. Und ich will nicht dann ein Blutbild haben und nicht dann ein Blutbild, sondern ich möchte sofort untersucht werden, ich möchte, dass mir sofort geholfen wird.“

Fokussierung auf die Therapie akuter Symptome bei geringer Akzeptanz geplanter Untersuchungen und Therapien

Zu den im vorhergehenden Abschnitt geschilderten Schwierigkeiten, Termine zu vereinbaren und Aufschübe zu tolerieren, trägt bei manchen Studienteilnehmern eine Wahrnehmung der eigenen Gesundheit bei, die sich auf deutlich ausgeprägte Symptome konzentriert.

Markus reflektiert dies in seinen Äußerungen explizit. Er geht nur zum Arzt, wenn etwas weh tut, sonst hält er Arztbesuche für Zeitverschwendung:

Markus: „Und eh, jetzt hab ich einen Zahnarzt gefunden, der sagt dann wenn da einer rein kommt: Schmerzen? Rein in den Raum, fertig machen, sie können wieder gehen. Aber so, wenn man keine Schmerzen hat, muss ich denk ich eigentlich auch nicht zum

Zahnarzt gehen, weil es gibt Leute die haben es nötiger und so, dann brauch ich da nicht meine Zeit zu verplempern.“

Ralf beklagt in einem informellen Gespräch, dass er am frühen Morgen über zwei Stunden unter Magenschmerzen „wie verrückt“ gelitten habe, er habe schon befürchtet, dass die Schmerzen gar nicht mehr aufhören könnten. Zum Arzt gehen wolle er aber nicht, da die Schmerzen ja von selber nachgelassen hätten. Auch Patrick möchte mit einem Arztbesuch erst warten, bis es nicht mehr anders geht:

Patrick: „Ja so, ich geh nicht wegen jedem Scheiß zum Arzt.“

Interviewer: „Was machst Du denn dann?“

Patrick: „Mja wenn's nicht mehr geht, dann [gehe ich zum Arzt].“

Dabei ist Patrik bewusst, dass er seiner Gesundheit durch ein Verzögern des Arztbesuches schaden kann:

Interviewer: „Hast Du denn das Gefühl, Du gehst rechtzeitig zum Arzt, oder kann das auch mal sein, dass Du auch was verpennt?“

Patrick: „Ich verpenne ziemlich viel, also ich verpenne ziemlich viel.“

Auch Bernd wartet mit einem Zahnarztbesuch, bis er es nicht mehr aushält. In seiner Äußerung wird indirekt deutlich, dass der Grund dafür nicht mangelnde Sorge um die eigene Gesundheit ist, sondern Angst vor dem Arztbesuch:

Bernd: „Hört sich witzig an, aber ich muss so eine Backe haben und Schmerzen, dann geh ich zum Zahnarzt. Und dann muss der mich dann am besten da anbinden und dalassen, und nicht sagen: kommen sie morgen wieder, weil ich weiß, ich geh nicht morgen wieder hin. Ja.“

Wartezeiten in Arztpraxen und Kliniken

Lange Wartezeiten in Arztpraxen und Kliniken sind für viele Studienteilnehmer über das normale Maß hinaus ein Problem. Konflikte mit dem medizinischen Personal um die Dauer der Wartezeit werden in den Interviews kaum berichtet, lediglich ein wohnungsloser Mann be-

klagte im informellen Gespräch, dass beim Zahnarzt zehn andere Patienten vorgelassen werden, während er wartet. Er äußerte die Vermutung, dass er als Arbeitsloser die niedrigste Priorität zugewiesen bekommt, und dass das Praxispersonal kein Verständnis dafür hat, dass er als Arbeitsloser ebenfalls unter Zeitdruck steht.

Hingegen finden sich mehrere Hinweise darauf, dass Studienteilnehmer sich im Wartezimmer besonders unwohl fühlen:

Interviewer: „Wie ist es denn, wenn Du zum Arzt gehst und im Wartezimmer warten musst?“

Karl: „Das ist schon wieder Scheiße. Wenn du da warten musst, zu lange warten musst.“

Interviewer: „Dann haust Du lieber ab?“

Karl: „Ja sicher. Die quasseln sich gegenseitig da an, ne. Will ich gar nicht hören.“

Ein Bewohner der Übernachtungsstelle mit angeschlossenem Wohnheim, der regelmäßig Mitbewohner zu Arztbesuchen begleitet, berichtet, dass andere Patienten im Wartezimmer sich abschätzig über die Kleidung oder den Geruch von Bewohnern der Übernachtungsstelle oder des Wohnheimes äußern, die er begleitet. Anne berichtet, dass sie einen Arztbesuch aus diesem Grund abgebrochen hat:

Anne: „Ja, ich hab es auch selber mit eigenen Ohren gehört, wie die Leute über mich gesprochen haben. Und irgendwann bin ich aufgestanden und hatte die Tränen schon in den Augen, und bin nur noch gegangen. Ich wollt gar nicht mehr behandelt werden, denn ich hab gedacht, wie kann man nur so grausam zu einem Menschen sein, dass man ihn so niedermacht. Weil ich denke, ich habe mich nicht gerade darum gerissen, dass wir beide obdachlos werden. Und wenn man dann wirklich von anderen Patienten so niedergemacht wird, irgendwo, und dann hinterm Rücken dann auch noch, also da fühlt man sich dann schon wirklich, ähm, Scheiße bei.“

Wartezeiten vor Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen

Wochen- oder monatelange Wartezeiten vor Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen stellen für Suchtpatienten eine manchmal unüberwindliche Hürde dar.

Interviewer: „Hast Du denn das Gefühl, dass wenn Du Hilfe bräuchtest, dass Du die auch kriegen würdest?“

„Ja das glaub ich schon.“

Interviewer: „Ja?“

„Das glaub ich schon.“

Interviewer: „OK.“

„Ja vielleicht eventuell die Wartezeiten, Wartezeiten sind dann das Problem.“

Interviewer: „Genau, ja.“

„Zum Beispiel wir wollten letztens auch mit einem Kollegen, der ist auch drogenabhängig, der hat auch Hepatitis C, der ist halt, fast tot, kann man sagen. Wir sind auch mit dem ins Krankenhaus gefahren, wir haben den echt hingeschleift, dann meinten die, ja, wir können nicht sofort entgiften, der muss erst eine Woche warten. Der muss sich eine Woche jeden Tag da melden. Wir haben denen auch gesagt, das geht gar nicht, weil das kriegt der nicht gebacken. Weil der total drogenabhängig ist.“

Ein anderer Studienteilnehmer erinnert sich, dass es vom Entschluss, eine Entwöhnungstherapie zu beginnen bis zur Aufnahme in die Entgiftung etwa drei Monate dauerte:

„Man muss dann ja Entgiftung und dann von der Entgiftung übergangslos in die Therapie, man braucht für die Therapie eine Kostenzusage, das muss ja alles geregelt sein. In seinen Abläufen, in den Abläufen, wie es bezahlt wird. Und dann hat es ungefähr ein viertel Jahr gedauert, bis dann alles so weit geregelt war.“

Ein anderer Interviewpartner sieht eine Verzögerung bei der Aufnahme der Methadonsubstitution als mit verantwortlich für seine Infektion mit Hepatitis C an:

„Also von der [Ärztin] musste ich mir anhören, weil da hab ich noch kein Hepatitis C gehabt, also ich kann sie nicht ins Methadonprogramm aufnehmen, außer, wenn sie Glück haben, dann haben sie ja Hepatitis C, dann kann ich sie sofort aufnehmen. [...] Ja, da hatte ich halt noch kein Hepatitis C, zwei Wochen später hab ich es dann gehabt. Aus Versehen.“

Zeitmangel aufgrund von Sucht

Informanten berichten, dass ihnen aufgrund ihrer Sucht und der Notwendigkeit der Drogenbeschaffung die Zeit fehlt, sich in medizinische Behandlung zu begeben.

„Wenn ich die Zeit auch hätte, durch die Sucht hat man halt auch keine Zeit, weil man immer am Streben ist, genug Geld zu machen. Würde ich schon mal zum Arzt gehen. Zum Beispiel weiß ich, ist Hepatitis C immer ein Thema, ist HIV immer ein Thema, muss man ganz klar sehen.“

Zwei weitere Interviewpartner berichten ebenfalls, dass ihnen die Angst vor dem Auftreten einer Entzugssymptomatik und die suchtbedingte Notwendigkeit der Drogenbeschaffung die Zeit raubt, in der sie Arzttermine wahrnehmen könnten.

Interviewer: „Und warum gehst Du da [in die Zahnklinik] nicht hin?“

„[...]Weil ich das auch immer wieder weiter schiebe, und ääh, können wir morgen machen, und, man hat durch die Drogenbeschaffung und so Sachen halt auch viel Stress.“

Interviewer: „Mhm, also, die Drogenbeschaffung ist wichtiger im Prinzip als jetzt zu dieser Zahnklinik zu gehen?“

„Ja, das ist momentan nun gerade das Wichtigste bei mir. Wie gesagt, wenn ich mir heute morgen nichts reingepfiffen hätte, dann wäre ich auch nicht so arg [gut] drauf. [...] Schweißausbrüche, Schlottern zittert so ein bisschen, man fühlt sich auch im Kopf ziemlich mies.“

„Da wirklich die Zeit fehlt, sich darum zu kümmern, hier irgendwie so was anzuleiern. Weil, entweder kümmere ich mich darum, keinen Entzug zu schieben, oder andersherum mal eben, ich kümmere mich darum eine Therapie anzuleiern, eine Entgiftung anzuleiern, in dem Augenblick, wo ich mich darum anfangen zu kümmern, ist der Tag weg. Und dann hab ich Entzug. Und wenn ich jetzt einen Tag nichts konsumieren würde, dann wäre bei mir der Entzug so hart, dann könnte ich nur noch den Notarzt rufen lassen.“

Ein weiterer Studienteilnehmer reflektiert seine psychische Abhängigkeit von Opiaten, die für ihn bedeutet, dass ihm die Versorgung mit Opiaten näher ist als die Sorge um seine Gesundheit, die er eigentlich für wichtiger hält:

Interviewer: „Also wenn ich das in eine Reihenfolge setzten würde, ja, sagen wir mal, ob Opiate oder Gesundheit, was ist wichtiger?

„Für mich, vom Verstand her oder vom Gefühl her soll das sein?“

Interviewer: „Ist da ein Unterschied?“

„Also ich weiß, dass die Gesundheit wichtiger ist, aber ich würde mich doch für, an erster Stelle wenn ich in der Situation wäre, würde ich mich doch für Opiate entscheiden, erst mal. Schlimm, oder?“

Hoffnungslosigkeit

Volker schildert, wie er immer wieder Opfer von Gewalttaten geworden ist, so dass er inzwischen nicht mehr daran glaubt, daran etwas ändern zu können. Anstatt nach einem Angriff zur Polizei oder ins Krankenhaus zu gehen, gelingt es ihm nicht mehr, aktiv zu werden:

Volker: „[Wenn ich] zum Beispiel nachts auf die Schnauze gekriegt hab, und bin psychisch so down dass ich gerade mal in [die Teestube] komm und eine Tasse Kaffee trinken, dann geh ich nicht sofort zum Arzt, dann lass ich mich erst mal beruhigen, dann lass ich das setzen und guck ob das noch notwendig ist, wenn dann wenn ich mich besser fühle immer noch notwendig ist, dann kann ich immer noch entscheiden, geh ich ins Krankenhaus oder geh ich zum Arzt. Bisher ist das aber noch nie der Fall gewesen, außer bei dem Auge jetzt, da musste ich ins Krankenhaus, das war ja nicht anders machbar.“

Ein ähnliches Phänomen zeigt sich bei manchen wohnungslosen Gesprächspartnern, die der Ansicht waren, dass ihr Gesundheitszustand inzwischen so schlecht sei, dass sich ein Arztbesuch nicht lohne. So äußerte ein langjährig wohnungsloser Mann auf die Frage, ob er zum Arzt gehe, dass er nicht gehe, weil er eh wisse, dass bei ihm alles, nämlich Herz, Kreislauf, ein Sprunggelenk und der Rücken „kaputt“ seien. In dieselbe Richtung geht Karls Bemerkung, bei nur drei Zähnen im Mund lohne sich der Besuch beim Zahnarzt nicht, trotz Zahnschmerzen:

[Karl zeigt auf seine Zähne]

Interviewer: „Zahnschmerzen hast Du?“

Karl: „Ja, ja.“

Interviewer: „Und gehst Du zum Zahnarzt?“

Karl: „Näh.“

Interviewer: „Warum denn nicht?“

Karl: „Drei Stück hab ich doch nur. [Zeigt drei braune Zähne im sonst zahnlosen Unterkiefer.]“

Es fällt auf, dass hier das allgemein gültige Handlungsmuster: „weil ich ein Gesundheitsproblem habe, gehe ich zum Arzt“, in sein Gegenteil verkehrt wird, nämlich: „weil ich schon ein Gesundheitsproblem habe, brauche ich gar nicht mehr zum Arzt gehen.“ Diese Umkehr fügt sich gut zu dem Befund, dass bei einigen Interviewpartnern das Vertrauen in das Gesundheitssystem stark beschädigt ist.

Zusammenfassung

Praxisgebühr und Zuzahlungen führen häufig dazu, dass Leistungen des Gesundheitssystems nicht wahrgenommen werden. Ein Fehlen des Krankenversicherungsschutzes oder das Fehlen der Krankenkassenkarte können denselben Effekt haben. Einige Interviewpartner können sich die Fahrt zur Arztpraxis in öffentlichen Verkehrsmitteln nicht leisten. Schwierigkeiten, die persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten erschweren den Zugang zum Arzt weiter. Die Äußerungen einiger Interviewteilnehmer zeigen, dass sie erhebliche Probleme mit dem Vereinbaren und Einhalten von Terminen haben. Einige suchen den Arzt erst beim Eintreten akuter Symptome auf. Auf zeitlich frühere oder längerfristige medizinische Maßnahmen können sie sich, unter anderem aufgrund von Angst vor dem Gesundheitssystem, nicht einlassen. Wartezeiten in Praxen und Kliniken belasten Studienteilnehmer über das übliche Maß hinaus, da sie in Wartezimmern Diskriminierung fürchten. Einige Interviewpartner sind aufgrund drohender Entzugssymptome so sehr mit Drogenbeschaffung beschäftigt, dass ihnen keine Zeit für Arztbesuche bleibt. Andere Studienteilnehmer haben aufgrund unkontrollierbarer, wiederkehrender negativer Erfahrungen die Hoffnung verloren, überhaupt etwas an ihrer Lage und an ihrem Gesundheitszustand bessern zu können.

6 Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Stand der Forschung

In mehreren empirischen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Wohnungslose deutlich häufiger unter körperlichen und seelischen Erkrankungen leiden als die in abgesicherten Wohnverhältnissen lebende Bevölkerung. Zur Erklärung dieser Ungleichheit wird zunächst der soziale Gradient der Gesundheit vorgestellt. Dieser bezeichnet, dass der Gesundheitszustand einer Bevölkerungsschicht umso schlechter ist, je schwächer ihre sozioökonomische Position in einer Gesellschaft ist. Für die Industrieländer ist dieser Gradient empirisch sehr gut belegt.

Mielck [2000] diskutiert Faktoren, die für die schlechtere Gesundheit gesellschaftlich schlechter positionierter Bevölkerungsgruppen verantwortlich sein können. Dies sind Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, den Bewältigungsressourcen, der gesundheitlichen Versorgung, im Gesundheitsverhalten und die gesundheitsbedingte soziale Mobilität.

Zahlreiche Forschungsarbeiten können nachweisen, dass die gesundheitlichen Belastungen in Form von Stress, belastenden Lebensereignissen, Traumata, Schadstoffexposition und regionalen Risikomerkmale (wie niedriger Bildungsdurchschnitt oder geringe soziale Kohäsion in Wohngebieten) die unteren sozioökonomischen Gruppen vermehrt betreffen.

Auch die gesundheitsbedingte soziale Mobilität (der soziale Abstieg Kranker) spielt eine Rolle bei der Entstehung der gesundheitlichen Ungleichheit, unklar ist aber, wie bedeutend dieser Prozess ist.

Zur unterschiedlichen Verteilung von Bewältigungsressourcen wie Sense of Coherence über die gesellschaftlichen Schichten finden sich kaum aussagekräftige Ergebnisse. Welche Rolle die Manifestationen absoluter Armut (z. B. Mangelernährung, fehlender Witterungsschutz) in industrialisierten Gesellschaften spielen, ist unklar.

Zur gesundheitlichen Versorgung konnte nachgewiesen werden, dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit Belastungen des Arzt-Patienten Verhältnisses assoziiert ist. Ebenso konnte eine Abhängigkeit des Zugangs zu invasiven wie nicht-invasiven Untersuchungen und Therapien vom sozioökonomischen Status von Patienten gezeigt werden.

Spezifisch für Wohnungslose konnte in England gezeigt werden, dass deren Zugang zur gesundheitlichen Versorgung gestört ist, in Niedersachsen wurde gezeigt, dass er sich durch neue Hindernisse (z. B. die „Praxisgebühr“) empfindlich verschlechtert.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Faktoren zu benennen, die für die gesundheitliche Ungleichheit Wohnungsloser ursächlich sind.

Die deutschlandweite Umfrage zum Zugang Wohnungsloser in das Gesundheitssystem

Als erster Schritt der Untersuchung wurden deutschlandweit Mitarbeiter der Wohnungslosenhilfe zum Zugang Wohnungsloser in das Gesundheitssystem befragt.

Im Rahmen der von ihnen in Tagesaufenthalten, Beratungsstellen, Übernachtungsstellen, Wohnheimen und Einrichtungen des betreuten Wohnens durchgeführten Beratungstätigkeit und Existenzsicherung helfen sie ihren Klienten regelmäßig bei der Erlangung medizinischer Versorgung. Sie sind daher besonders gut in der Lage, den Zugang Wohnungsloser in das Gesundheitssystem vor Ort zu beurteilen.

Rücklaufquote

Von den 684 an Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zugestellten Fragebögen wurden 468 ausgefüllt, das entspricht einer Rücklaufquote von 68,4 %. Der Fragebogen enthielt 34 Punkte zu Charakteristika der befragten Einrichtung, zu Charakteristika der Klienten und zu deren Zugang in das Gesundheitssystem.

Anteil Wohnungsloser, die Platte machen unter den Klienten der Einrichtungen

Platte machen bezeichnet das notdürftig oder überhaupt nicht geschützte Übernachten auf der Straße. Unter den antwortenden Einrichtungen betreuten 31,0% keine Wohnungslosen, die Platte machen, 49,8% hatten zwischen 1 und 33% Platte machende Wohnungslose unter ihren Klienten, und 10,5% betreuten mehr als 33% Platte machende Wohnungslose.

Platte machende Wohnungslose in städtischen und ländlichen Regionen

In ländlichen Regionen ist der durchschnittliche Anteil Wohnungsloser, die Platte machen, im Klientel der Einrichtungen annähernd doppelt so hoch (19,0%) wie in Kernstädten (10,1%). Dies zeigt sich auch darin, dass in den Stadtstaaten (Berlin, Bremen, Hamburg) ein deutlich geringerer Anteil von Platte machenden Wohnungslosen betreut wird als in den Flächenstaaten.

Robinson [2002] war in England bereits zu dem Ergebnis gekommen, dass der Anteil Wohnungsloser, die Platte machen in ländlichen Gebieten durch ungeeignete Erfassungsmethoden bisher stark unterschätzt wurde.

Bezüglich der vorliegenden Studie muss jedoch einschränkend darauf hingewiesen werden, dass zum Auftreten Platte machender Wohnungsloser lediglich relative Daten erhoben wurden, die den Anteil dieser Gruppe im Klientel der Einrichtungen beschreiben. Denkbar wäre also auch, dass es städtischen Einrichtungen häufiger gelingt, Klienten in anderen prekären Lagen anzubinden, die nicht auf der Straße übernachten. Dies könnte Personen in unsicheren Wohnverhältnissen ebenso wie ehemals Wohnungslose betreffen.

Platte machende Wohnungslose im Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern

Besondere Verhältnisse finden sich in den neuen Bundesländern. Hier machen im Schnitt nur 4,0% der Klienten Platte gegenüber 13,8% in den alten Bundesländern.

Zur Erklärung des im Osten weit geringeren Anteils Platte machender Wohnungsloser unter den Klienten der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe müssen mehrere Begründungen angeführt werden.

Einerseits waren in der DDR Räumungsklagen aufgrund von Mietrückständen praktisch unbekannt, Mietschulden führten kaum zum Wohnungsverlust [Wolf 2004].

Andererseits wurde dort das Leben ohne Wohnung bis zur politischen Wende 1989 kriminalisiert. Unter dem schwammig-weit gefassten §249 des StGB der DDR wurde „Arbeitsscheu“ mit zwei, bei einschlägig Vorbestraften mit bis zu fünf Jahren Haftstrafe bedroht. Besonders in der Honecker-Ära wurde diese Regelung zur Verschleierung sozialer Missstände konsequent ausgeschöpft. „Asoziale“, die nicht in das Bild der mit totalitären Tendenzen idealisierten „sozialistischen Menschengemeinschaft“ passten, konstituierten eine soziale Randgruppe, die massiver gesellschaftlicher Ausgrenzung bei gleichzeitiger harter strafrechtlicher Verfolgung ausgesetzt war [Korzilius 2005 S. 708f.]. Platte machen war insofern bis zur Wende kaum möglich.

Nach der Wende blieb der Anteil der auf der Straße übernachtenden Wohnungslosen aufgrund des hohen Leerstandes auf dem Wohnungsmarkt und der daraus folgenden relativ guten Verfügbarkeit regulären Wohnraumes geringer als in den alten Bundesländern. Ein Ansteigen der Zahl wohnungsloser Menschen wird jedoch seit der Wende beobachtet [Wolf 2004].

Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe als Anbieter niederschwelliger medizinischer Hilfe

Von den antwortenden Einrichtungen bieten 42,4% speziell auf Wohnungslose ausgerichtete, niederschwellige medizinische Hilfe selbst an oder werden von einem solchen Hilfeangebot in der Einrichtung regelmäßig aufgesucht. Am häufigsten werden niederschwellige allgemeinärztliche Sprechstunden (21,9%), niederschwellige Suchtberatung (20,3%), niederschwellige psychiatrische Beratung (12,7%) und aufsuchende medizinische Hilfe (11,1%) in den Einrichtungen angeboten. Mit Ausnahme der Suchtberatung werden niederschwellige medizinische Leistungen häufiger in Großstädten als in ländlichen Gebieten angeboten.

Erreichbarkeit niederschwelliger medizinischer Hilfen für Wohnungslose

Wenn man zu den in den Einrichtungen vorgehaltenen niederschwelligen medizinischen Hilfeangeboten noch die in erreichbarer Nähe liegenden Angebote hinzurechnet, dann ist niederschwellige Suchtberatung von 58,7% der Einrichtungen aus erreichbar, niederschwellige allgemeinärztliche Sprechstunden von 53,7%, niederschwellige psychiatrische Beratung von 41,5% und aufsuchende medizinische Hilfe von 29,6%.

Die Erreichbarkeit der meisten niederschwelligen medizinischen Leistungen ist in ländlichen Gebieten deutlich geringer als in Großstädten. So sind niederschwellige allgemeinmedizinische Sprechstunden in ländlichen Kreisen nur etwa halb so häufig erreichbar wie in Kernstädten (36,2% gegen 66,8%), aufsuchende medizinische Hilfe ist auf dem Land verglichen mit den Kernstädten nur mit einem Zehntel der Häufigkeit erreichbar (4,7% gegen 50,9%) bei niederschwelliger psychiatrischer Beratung beträgt das Verhältnis von Land zu Stadt 34,3% zu 49,8%, bei der niederschwelligen Suchtberatung 50,0% gegen 67,1%.

Von den antwortenden Einrichtungen geben 56,9% an, dass sie ihren Klienten häufig dabei helfen, medizinische Versorgung zu erhalten, 31,9% geben an, dies manchmal zu tun. Hochschwellige Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (wie Wohnheime) vermitteln häufiger Klienten in medizinische Leistungen als niederschwellige Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (wie Tagesstätten oder Beratungsstellen).

Einrichtungen, die niederschwellige medizinische Leistungen erreichen können, sei es in der eigenen Einrichtung oder außerhalb, vermitteln häufiger Klienten in medizinische Versorgung als Einrichtungen ohne Zugang zu niederschwelligen medizinischen Angeboten.

Nutzung der Notfallversorgung

In 25,6% der Einrichtungen nutzen die Klienten bei Gesundheitsproblemen den Krankenwagen oder die Notaufnahme häufiger als niedergelassene Allgemeinärzte. Dabei geben Einrichtungen umso häufiger an, dass überwiegend die Notfallversorgung genutzt wird, je höher der Anteil Platte machender Wohnungsloser unter den Klienten ist. Ebenso wird die Notfallversorgung dort häufiger genutzt, wo Einrichtungen von einer schlechten Zugänglichkeit der somatisch ausgerichteten Leistungen des Gesundheitssystems berichten (Diagramm 30).

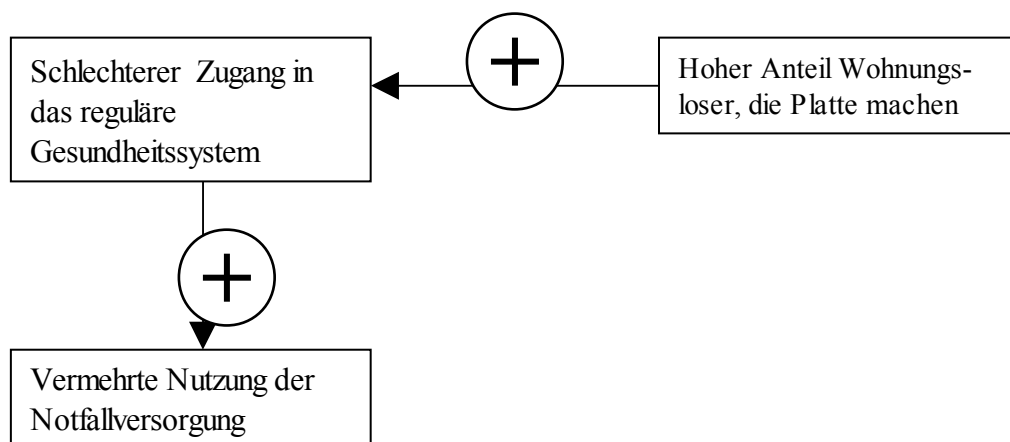


Diagramm 30: Faktoren, die die Nutzung der Notfallversorgung beeinflussen (eigene Darstellung)

Nutzung der niederschweligen medizinischen Versorgung

In Gebieten, in denen niederschwellige allgemeinmedizinische Angebote zur Verfügung stehen, sind sie bei 34,6% der Einrichtungen die wichtigste Anlaufstelle bei Gesundheitsproblemen. Dies wird von Einrichtungen umso häufiger berichtet, je mehr Klienten sie versorgen, die Platte machen. Nur in 11,0% der Einrichtungen ohne Platte machende Klienten ist die niederschwellige medizinische Versorgung am wichtigsten, dagegen jedoch bei 65,5% der Einrichtungen mit mehr als einem Drittel Platte machender Wohnungsloser unter ihren Klienten. Umgekehrt sind die regulären Allgemeinarztpraxen für 82,9% der Einrichtungen ohne Klienten, die Platte machen, wichtigste Anlaufstelle bei Gesundheitsproblemen, jedoch nur bei 17,2% der Einrichtungen mit mehr als einem Drittel Platte machender Klienten.

Zugang in das reguläre Gesundheitssystem

Die Bewertung des Zugangs in das Gesundheitssystem als „einfach“, „wechselnd“ oder „schwierig“ durch die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe differiert stark zwischen den einzelnen medizinischen Angeboten.

Zu den Angeboten mit lediglich mittelschwer eingeschränktem Zugang zählen Allgemeinarztpraxis (von 40,8% wurde der Zugang mit „wechselnd“ oder „schwierig“ bewertet), Suchtberatung (48,3%) und allgemeines Krankenhaus (51,6%).

Schwer eingeschränkt ist der Zugang zu Zahnärzten (von 58,1% wurde der Zugang mit „wechselnd“ oder „schwierig“ bewertet), psychiatrische Beratung (61,9%), stationärer Entwöhnung (62,9%), stationärer Psychiatrie (66,2%), Optikern (66,9%) und Fachärzten (70,2%).

Sehr schwer eingeschränkt ist der Zugang zu medizinischer Fußpflege (von 83,9% der Einrichtungen als „wechselnd“ oder „schwierig“ bewertet).

Die unterschiedliche, jedoch insgesamt nicht ausreichende Zugänglichkeit der einzelnen Angebote der regulären Gesundheitsversorgung zeigt einerseits, dass es dieser nicht ausreichend gelingt, die adäquate Versorgung einer ganzen Bevölkerungsgruppe zu gewährleisten. Die diesbezügliche Kompetenz des Gesundheitssystems muss daher verbessert werden. Weitere Forschung, die auch die Sichtweise des medizinischen Personals mit einbezieht, sollte hierzu durchgeführt werden. Andererseits zeigt die derzeit nicht ausreichende Zugänglichkeit der regulären Gesundheitsversorgung die Unverzichtbarkeit niederschwelliger medizinischer Hilfen für Wohnungslose.

Zugang zu niederschwelligen medizinischen Angeboten

Bis auf die Zahnmedizin erreichten alle niederschwelligen, speziell auf Wohnungslose ausgerichtete Versorgungsangebote eine deutlich bessere Zugänglichkeit als die jeweils entsprechenden Angebote der Regelversorgung.

Die Zugänglichkeit der niederschwelligen medizinischen Angebote wurde von den einzelnen Einrichtungen im Schnitt besser beurteilt, wenn diese innerhalb der Einrichtung angeboten wurde. Dies ist zu erwarten, da Transportprobleme eine der möglichen Hürden von dem Zugang Wohnungsloser zu medizinischen Angeboten sind.

Insgesamt beantworteten verhältnismäßig wenige der befragten Einrichtungen die Fragen zur Zugänglichkeit niederschwelliger medizinischer Angebote. Beispielsweise bewerteten von

238 Einrichtungen, die niederschwellige Allgemeinmedizinische Hilfen in erreichbarer Nähe hatten, nur 131 Einrichtungen den Zugang zu diesem Angebot. Auffällig ist, dass Einrichtungen, die dieses Angebot nur in erreichbarer Nähe haben, etwa zweimal so oft auf die Bewertung verzichten wie Einrichtungen, die dieses Angebot im Haus haben (56,0% gegen 30,2%). Einrichtungen mit unmittelbarer räumlicher Nähe zum niederschweligen medizinischen Angebot bewerten dieses also häufiger als andere. Außerdem verzichten 63,2% der Einrichtungen, die keine Wohnungslosen von der Platte versorgen, auf die Bewertung gegenüber nur 36,5% der Einrichtungen, die Wohnungslose von der Platte versorgen. Für Einrichtungen, die keine Platte machenden Wohnungslosen versorgen, spielen niederschwellige medizinische Angebote eine deutlich geringere Rolle (vgl. Abschnitt 5.1.3.3) und sie verzichteten wahrscheinlich daher im Vergleich zu Einrichtungen mit Platte machenden Klienten häufig auf die Bewertung. Trotzdem ist es möglich, dass ein Teil der Gründe für die Zurückhaltung bei der Bewertung des Zugangs zu niederschweligen medizinischen Einrichtungen unklar geblieben ist.

Die Zugänglichkeit der niederschweligen zahnmedizinischen Versorgung wurde nicht besser bewertet als die der regulären zahnmedizinischen Versorgung. Von den 77 Einrichtungen, für deren Klienten dieses Angebot erreichbar ist, geben nur 5 Einrichtungen an, dass es innerhalb der Einrichtung angeboten werden kann. Dies ist ein geringerer Anteil als bei allen anderen niederschweligen Angeboten und erklärt das Ergebnis mindestens zum Teil. Auch der Anteil der Einrichtungen, die die Zugänglichkeit des Angebots überhaupt bewerten ist mit nur 26 Einrichtungen geringer als bei jedem anderen. Zu prüfen wäre, wie trotz der auf der Hand liegenden Immobilität zahnärztlicher Gerätschaften eine bessere Anbindung zu erreichen ist.

Das Diagramm 31 stellt den Zugang in das reguläre Gesundheitssystem und zu niederschweligen medizinischen Angeboten im Überblick dar.

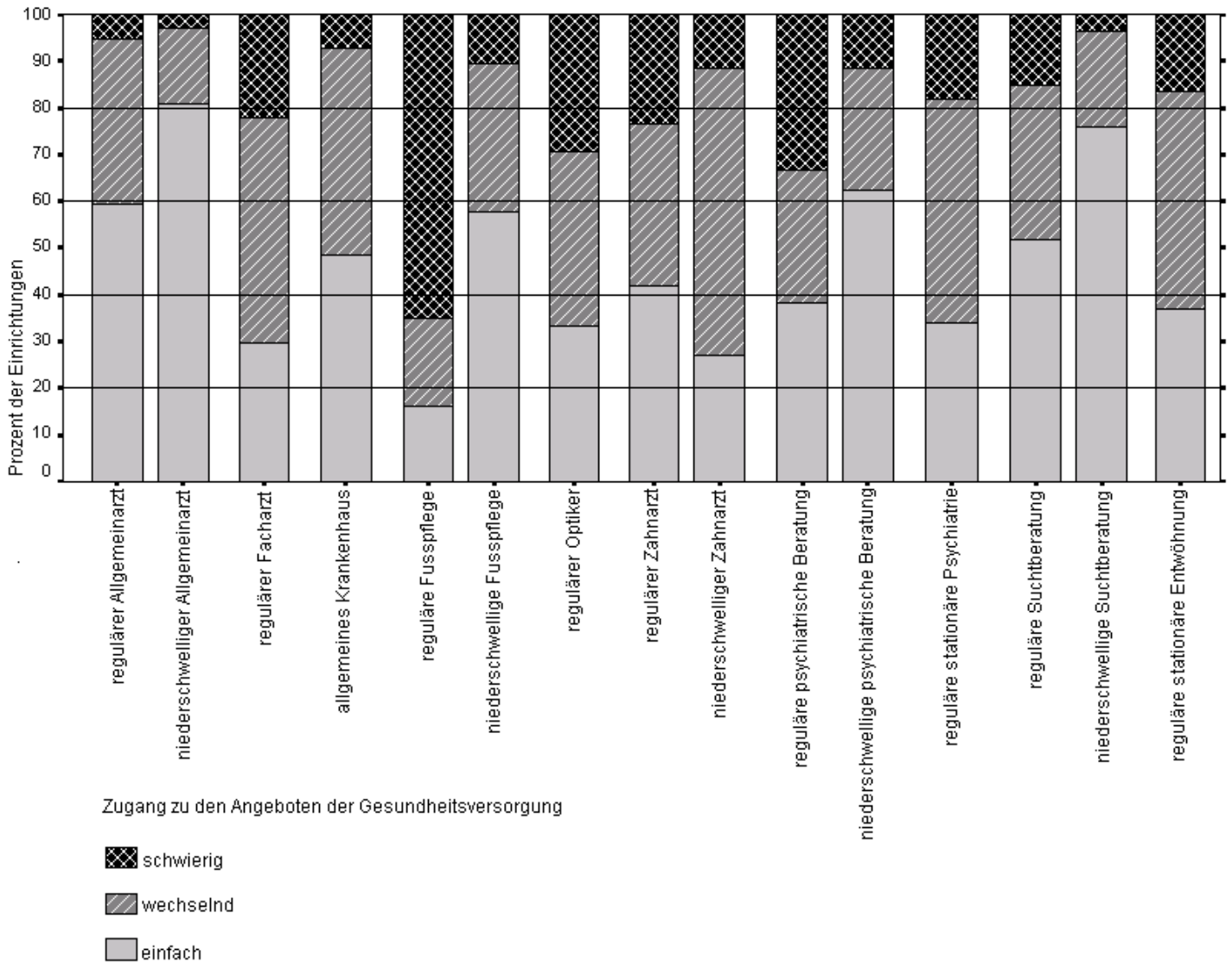


Diagramm 31: Zugang in das reguläre Gesundheitssystem und zu niederschweligen medizinischer Hilfen im Vergleich¹⁸(eigene Darstellung)

Zugang in das reguläre Gesundheitssystem für Platte machende Wohnungslose

Die medizinischen Leistungen des regulären Gesundheitssystems werden von den Einrichtungen als umso schlechter zugänglich eingestuft, je mehr Wohnungslose, die Platte machen, sie versorgen. Hierfür ist die besonders ausgeprägte Marginalisierung Platte machender Wohnungsloser verantwortlich. Wie im Kapitel „Wohnungsstatus und Nutzung des Gesundheits-

¹⁸Anzahl der wertenden Einrichtungen: n(regulärer Allgemeinarzt)=454, n(niederschwelliger Allgemeinarzt)=131, n(regulärer Facharzt)=442, n(allgemeines Krankenhaus)=448, n(reguläre Fußpflege)=373, n(niederschwellige Fußpflege)=38, n(regulärer Optiker)=410, n(regulärer Zahnarzt)=442, n(niederschwelliger Zahnarzt)=26, n(reguläre psychiatrische Beratung)=422, n(niederschwellige psychiatrische Beratung)=69, n(reguläre stationäre Psychiatrie)=437, n(reguläre Suchtberatung)=447, n(niederschwellige Suchtberatung)=112, n(reguläre stationäre Entwöhnung)=448

systems“ gezeigt wird, kommt es nach dem Verlust der letzten Wohnung während des Lebens auf der Straße häufig zum Verlust der Anbindung an einen Hausarzt. Platte machende Wohnungslose sind von den im Kapitel „Hürden vor dem Zugang in das Gesundheitssystem“ beschriebenen Hindernissen häufig besonders stark betroffen. Beispielsweise ist die Zustellung einer neuen Krankenkassenkarte ohne Postadresse besonders schwierig. Auch die beschriebenen Erschwernisse bei der Aufrechterhaltung der Körperhygiene, die zur Diskriminierung im Wartezimmer oder zur Vermeidung von Arztbesuchen führen können, betreffen insbesondere Patienten, die Platte machen.

Am deutlichsten tritt die schlechtere Zugänglichkeit für Platte machende Wohnungslose bei niedergelassenen Fachärzten zu Tage, immer noch deutlich beim Zugang zu Allgemeinarztpraxen, zur Fußpflege, zu Optikern und zu Zahnärzten. Weniger deutlich tritt die verschlechterte Zugänglichkeit für Platte machende Wohnungslose bei der stationären Entwöhnung und stationären Psychiatrie, aber auch bei der psychiatrischen Beratung und der Suchtberatung auf. Eine Arbeit zur Zugänglichkeit des Gesundheitssystems für psychisch erkrankte Wohnungslose in den USA [Kim et al. 2007] lieferte Hinweise darauf, dass praktische Barrieren wie Kosten und Transport vor dem Zugang zu den somatisch orientierten Leistungen bedeutsam waren. Beim Zugang zu psychiatrischen Angeboten war die Furcht vor sozialer Zurückweisung durch Angehörige und Freunde aufgrund der mit psychischen Erkrankungen und Institutionen verbundenen Stigmatisierung besonders wichtig. Spekuliert werden könnte nun, dass die Angst vor Stigmatisierung durch die Nutzung psychiatrischer Angebote Platte Machende weniger beträfe als Wohnungslose, die nicht auf der Straße schlafen. Dadurch käme es zu einer Angleichung der Zugänglichkeit für Platte machende und nicht Platte machende Wohnungslose. Die vorliegende Arbeit liefert dazu aber keinen Hinweis, weitere Forschung ist zu dieser Frage notwendig.

Zugänglichkeit der niederschweligen medizinischen Angebote für Platte machende Wohnungslose

Der Zugang zu niederschweligen allgemeinärztlichen Sprechstunden wird von Einrichtungen, die Platte machende Wohnungslose betreuen, etwas besser eingeschätzt als von Einrichtungen ohne Platte machende Wohnungslose. Dasselbe gilt für die niederschwellige Fußpflege. Im Fall des Zugangs zu diesen beiden niederschweligen medizinischen Angeboten ist die zusätzliche Benachteiligung Platte machender Wohnungsloser nicht mehr nachweisbar. Insofern konnte hier das Ziel niederschwelliger Gesundheitsversorgung, auch für die ausgeprägt margi-

nalisierten Patienten gut zugänglich zu sein, im Durchschnitt besonders weitgehend verwirklicht werden. Die für Patienten mit Wohnung geringfügig schlechtere Zugänglichkeit von niederschweligen allgemeinärztlichen Sprechstunden und niederschwelliger Fußpflege kann möglicherweise durch die bessere Anbindung von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, die besonders viele Platte machende Wohnungslose versorgen, an diese Angebote erklärt werden. Eine andere Erklärungsmöglichkeit könnte sein, dass in Einrichtungen, in denen weniger Wohnungslose, die Platte machen, betreut werden, die Furcht vor Stigmatisierung durch Freunde und Familie nach Nutzung dieser niederschweligen Angebote bedeutender ist. Dagegen waren die niederschwellige Suchtberatung und niederschwellige psychiatrische Beratung, obwohl absolut für alle Wohnungslosen deutlich besser zugänglich als die entsprechenden Angebote des regulären Gesundheitssystems, für Platte machende Wohnungslose etwas schlechter als für nicht Platte machende Wohnungslose zugänglich (Diagramm 32).

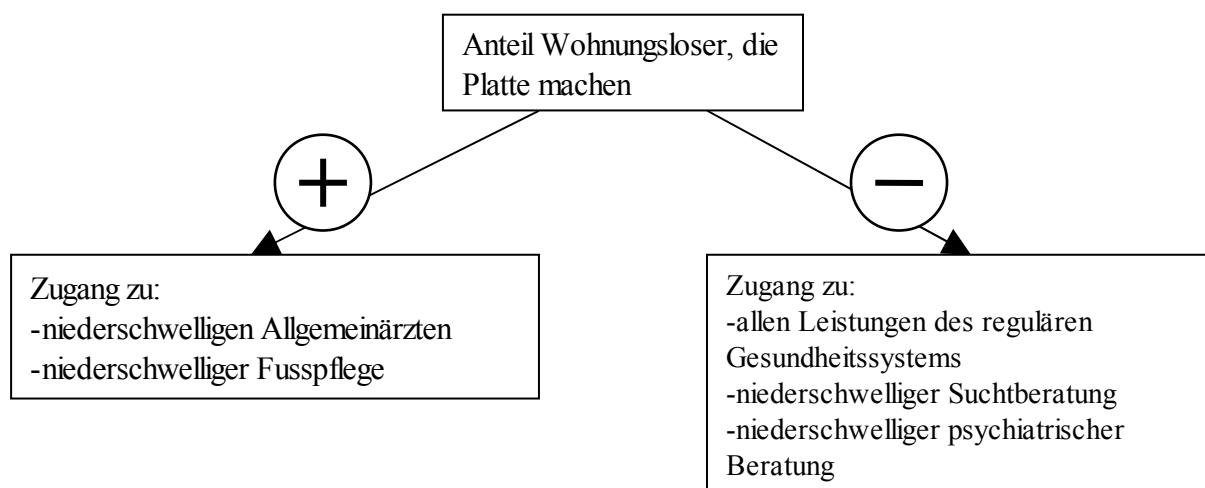


Diagramm 32: Auswirkungen des Anteils Platte machender Wohnungsloser auf die Bewertung des Zugangs zur regulären und niederschweligen Gesundheitsversorgung (eigene Darstellung)

Zugänglichkeit des regulären Gesundheitssystems in den Bundesländern

Im Vergleich der Zugänglichkeit aller medizinischen Angebote des regulären Gesundheitssystems ergibt sich über alle Bundesländer hinweg ein eher gleichmäßiges Bild. Lediglich die zwei Bundesländer mit der geringsten Zahl wertender Einrichtungen, die noch in die Auswertung aufgenommen wurden, zeigen deutlichere Abweichungen. Berlin zeigt eine deutlich schlechtere Bewertung aller Angebote, wogegen der Zugang zu vielen Leistungen in Schleswig-Holstein als einfacher bewertet wird. Pleace et al. [2000] hatten in ihrer Untersuchung

zum Zugang zu allgemeinmedizinischen Praxen in England bemerkt, dass, während die großräumigen Unterschiede insgesamt nicht besonders ausgeprägt erschienen, solche Unterschiede aber dann hervortraten, wenn Städte oder die Stadtviertel Londons detailliert betrachtet wurden. Er vermutet, dass solche kleinräumigen Unterschiede in der Zugänglichkeit auf Schwächen in der Versorgungsplanung zurückgehen, und dass, wo es gute Beziehungen zwischen einem Allgemeinarzt und Einrichtungen für Wohnungslose gab, diese durch ad-hoc Vereinbarungen oder durch Zufall zustande kämen, wenn etwa ein aufgeschlossener Allgemeinarzt seine Praxis zufällig in räumlicher Nähe einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe führe. So ist es auch möglich, dass aktuelle Änderungen der Versorgungslage, wie die Stellenkürzung in einer spezialisierten Praxis am Berliner Ostbahnhof Ende 2003, über die mehrfach in Zeitungen berichtet wurde [z. B. Berliner Zeitung vom 26.09.03], bei der Betrachtung kleiner Gruppen wertender Einrichtungen deutlich abgebildet werden.

In den neuen Bundesländern werden, zusammengefasst betrachtet, Facharztpraxen, allgemeine Krankenhäuser und stationäre psychiatrische Behandlung von etwas weniger Einrichtungen als leicht zugänglich beurteilt als in den alten Bundesländern. Allen anderen medizinischen Angebote des regulären Gesundheitssystems wird in den neuen Bundesländern eine etwas bessere Zugänglichkeit attestiert, was aufgrund des in den neuen Bundesländern um mehr als zwei Drittel geringeren Anteils an Wohnungslosen, die Hilfe machen, auch zu erwarten ist. Die schlechtere Zugänglichkeit von Facharztpraxen, allgemeinen Krankenhäusern und stationärer Psychiatrie könnte mit der im Verhältnis zum Bedarf insgesamt knapperen medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern („drohender Ärztemangel“ [Merten 2006]) zusammenhängen.

Zugänglichkeit des regulären Gesundheitssystems und Siedlungsstruktur

Im Vergleich von Kernstädten, verdichteten Kreisen und ländlichen Kreisen finden sich im Zugang zu den Leistungen des regulären Gesundheitssystems keine nennenswerten Unterschiede. Dieser Befund ist unerwartet, da die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im ländlichen Raum einen annähernd doppelt so hohen Anteil an Wohnungslosen, die Hilfe machen, versorgen. Dieser erhöhte Anteil würde eine schlechtere Bewertung der Zugänglichkeit des regulären Gesundheitssystems erwarten lassen.

Wahrscheinlich geht verhältnismäßig problemlosere Versorgung dieser Hilfe machenden Patienten auf unterschiedliche Charakteristika Hilfe machender Wohnungsloser in Stadt und

Land zurück. So könnten Platte machende Wohnungslose auf dem Land eher zur Gruppe der „Reisenden“ zählen, die sich durch geringes Alter, kürzer dauernde Karrieren in der Wohnungslosigkeit, einen weniger schlechten Gesundheitszustand und etwas bessere soziale Unterstützung und Ressourcen, zum Beispiel durch die Annahme von Gelegenheitsarbeiten, unterscheiden. Eine andere mögliche Erklärung wäre eine verhältnismäßig bessere Zugänglichkeit der Leistungen des regulären Gesundheitssystems für Wohnungslose auf dem Land. Weitere Forschung ist erforderlich, um diese Hypothesen zu konkretisieren.

Verfügbarkeit niederschwelliger medizinischer Angebote und Zugänglichkeit der entsprechenden Angebote des regulären Gesundheitssystems

Allgemeinmedizinische Praxen des regulären Gesundheitssystems sind dort, wo niederschwellige allgemeinmedizinische Angebote vorhanden sind, nicht besser zugänglich als dort, wo solche Angebote nicht zur Verfügung stehen. Im Gegensatz dazu zeigt sich dort, wo niederschwellige Fußpflege, niederschwellige psychiatrische Beratung und niederschwellige Suchtberatung verfügbar sind, eine deutlich bessere Bewertung der Zugänglichkeit von regulärer Fußpflege, regulärer psychiatrischer Beratung und regulärer Suchtberatung (Diagramm 33). Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass Fußpflege, psychiatrische Beratung und Suchtberatung häufig gleichzeitig Funktionen des regulären und des niederschweligen Gesundheitssystems sind, wogegen niederschwellige allgemeinmedizinische Angebote in der Regel nicht gleichzeitig Funktionen des regulären Gesundheitssystems wahrnehmen. Das Ziel niederschwelliger medizinischer Hilfen, die Anbindung Wohnungsloser an das reguläre Gesundheitssystem zu ermöglichen, ist also im Durchschnitt bei niederschwelliger Fußpflege, niederschwelliger psychiatrischer Beratung und niederschwelliger Suchtberatung erreicht worden. Allerdings ist die niederschwellige allgemeinmedizinische Hilfe das für Wohnungslose am besten zugängliche medizinische Angebot überhaupt und dabei eines der wenigen Angebote, die für Wohnungslose, die Platte machen, besonders gut zugänglich sind. Ob diese Vorteile möglicherweise eine schwächere Integration in das reguläre Gesundheitssystem zur Kehrseite haben, sollte untersucht werden. Zudem sind die allgemeinmedizinischen Praxen, mit deren Zugänglichkeit hier das Vorhandensein niederschwelliger allgemeinmedizinischer Hilfen in Verbindung gebracht wurde, der für Wohnungslose bereits am besten zugängliche Teil des regulären Gesundheitssystems, so dass die notwendige weitere Verbesserung des Zugangs hier mehr Aufwand erfordern dürfte als anderswo.

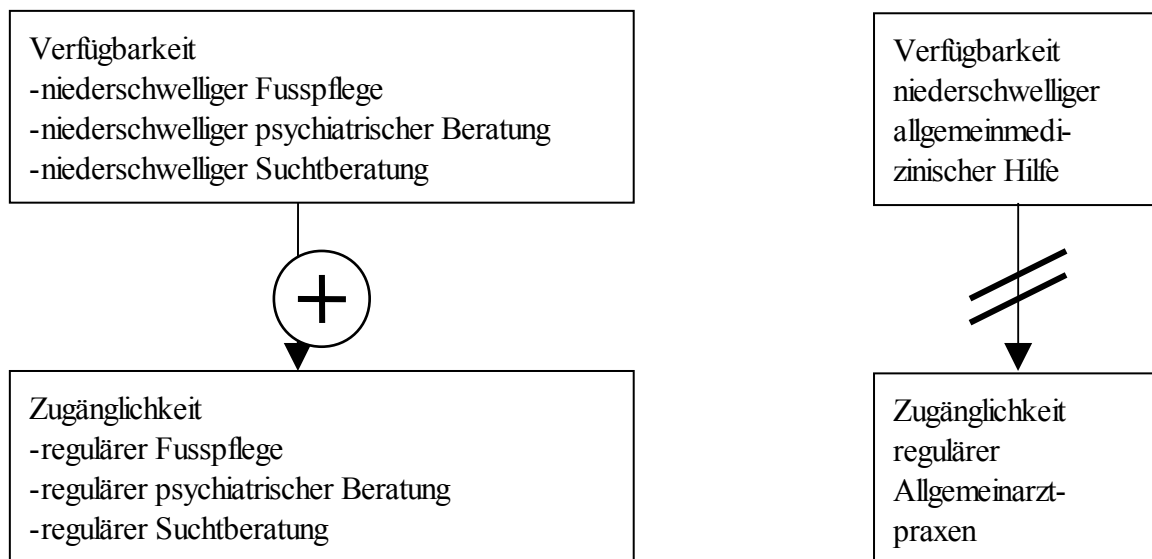


Diagramm 33: Auswirkung der Verfügbarkeit niederschwelliger medizinischer Hilfen auf den Zugang in das reguläre Gesundheitssystem (eigene Darstellung)

Weitere Forschung ist notwendig um zu untersuchen, warum einige niederschwellige Angebote mit einem besseren Zugang Wohnungsloser in die reguläre Gesundheitsversorgung verbunden sind. Zudem sollte untersucht werden, ob diese Erkenntnisse auf die niederschwellige allgemeinmedizinische Hilfe übertragbar sind.

Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes

Mehr als die Hälfte der antwortenden Einrichtungen sehen eine starke Verschlechterung des Zugangs Wohnungsloser in das Gesundheitssystem durch die „Praxisgebühr“, weitere 41,5% sehen eine leichte Verschlechterung. Dabei geben mehr als 80% der Einrichtungen an, dass ihre Klienten die „Praxisgebühr“ immer oder häufig selber tragen. Jedoch berichten Einrichtungen umso häufiger, dass Klienten die „Praxisgebühr“ nicht selber aufbringen können, je mehr Wohnungslose sie versorgen, die Platte machen.

Für den Fall, dass Klienten die „Praxisgebühr“ nicht aufbringen, geben drei Viertel der Einrichtungen an, dass Klienten dann auf den Arztbesuch verzichten. Dies wird von zwei in Niedersachsen durchgeführten Studien bestätigt, hier berichteten 74,1% bzw. 61,1% der befragten Einrichtungen von Klienten, die im Zusammenhang mit dem GKV-Modernisierungsgesetz auf Arztbesuche verzichteten [Arbeitsgemeinschaft der zentralen Beratungsstellen Niedersachsen 2005].

In mehr als einem Drittel der für die vorliegende Studie befragten Einrichtungen kann die Einrichtung selbst die Gebühr übernehmen, in knapp einem Drittel der Einrichtungen besteht die Möglichkeit, die Gebühr mit Bezügen des Patienten zu verrechnen. Knapp ein Viertel der Einrichtungen geben an, dass Klienten aufgrund der „Praxisgebühr“ auf niederschwellige medizinische Hilfen ausweichen. Das entspricht mehr als einem Drittel der Einrichtungen, von denen aus niederschwellige Angebote aus erreichbar sind. Dabei berichten Einrichtungen, die Platte machende Wohnungslose betreuen, häufiger von einem Ausweichen auf niederschwellige Hilfen als Einrichtungen, die keine Platte machenden Wohnungslosen betreuen. Ebenso wird ein Ausweichen auf niederschwellige Angebote dort deutlich häufiger beschrieben, wo der Zugang zu allgemeinmedizinischen Praxen des regulären Gesundheitssystems als schwierig beschrieben wird.

Die „Praxisgebühr“ hält also Wohnungslose vom Arztbesuch ab und drängt Wohnungslose aus dem regulären Gesundheitssystem in die niederschweligen medizinischen Angebote ab. Das betrifft Wohnungslose besonders stark, die Platte machen (Diagramm 34).

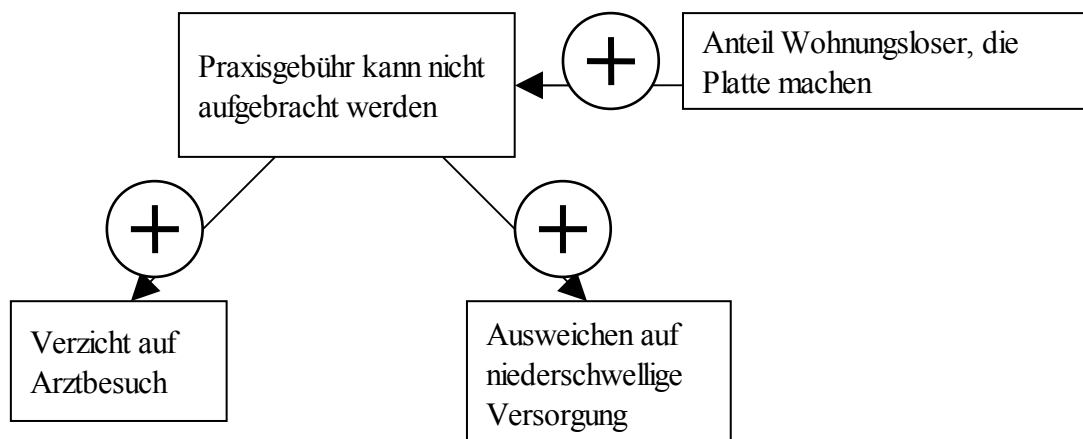


Diagramm 34: Auswirkungen der „Praxisgebühr“ auf die medizinische Versorgung Wohnungsloser (eigene Darstellung)

Methodenkritik zur postalischen Umfrage

Im vorhergehend beschriebenen, quantitativen Studienteil wurden Personen befragt, die im Berufsfeld Wohnungslosenhilfe tätig sind. Sie sind ihren Klienten regelmäßig dabei behilflich, Zugang zu medizinischer Versorgung zu erhalten. Daher sind sie besonders gut in der Lage, den Zugang in das Gesundheitssystem vor Ort zu beurteilen.

Weitere Vorteile dieser Vorgehensweise sind der vergleichbar geringe Aufwand, der erforderlich war, um mit den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Kontakt zu treten. Die Bereitschaft zur Teilnahme war unter den dort Tätigen von vornherein groß und ein personalisiertes Anschreiben reichte aus, um Interesse für die Untersuchung zu wecken. So konnte einer hohen Zahl von Einrichtungen die Teilnahme an der Studie angeboten werden und die Rücklaufquote war hoch. Auch Einrichtungen abseits der Ballungsräume konnten in die Untersuchung eingeschlossen werden.

Andererseits könnte das so generierte Meinungsbild von Faktoren beeinflusst worden sein, die im Fragebogen nicht erfasst wurden. Denkbar wären aktuelle lokale Vorgänge, wie die für Berlin aufgezeigte Stellenkürzung in einer auf Wohnungslose spezialisierten Allgemeinarztpraxis, die der Umfrage vorausgegangen war. Veränderungen der Versorgungslage im Verhältnis zum Ausgangsniveau würden so lokal mit abgebildet. Ebenso ist es nicht ausgeschlossen, dass unterschiedliche Ausgangslagen den Vergleich der Versorgung in städtisch und ländlich geprägten Siedlungsräumen beeinflussen können.

Als weitere mögliche Schwäche der Daten ist gesehen worden, dass es sich beim Anteil Platte machender Wohnungsloser im Klientel einer Einrichtung lediglich um Schätzwert handelt. Dabei sind die in der Wohnungslosenhilfe Tätigen aber aufgrund ihrer Vertrautheit mit der Lebenslage ihrer Klienten besonders gut dazu geeignet, diese Schätzungen vorzunehmen.

Die teilstrukturierten Interviews mit Wohnungslosen:

Vorgehensweise

Für den zweiten Teil der Studie wurden 17 leitfadengestützte, teilstrukturierte Interviews mit Wohnungslosen nach der von Witzel [1982] entwickelten Methode des problemzentrierten Interviews durchgeführt. Der Forscher versucht dabei, den Interviewten durch offene Fragen anzuregen, seine Problemsicht darzustellen und folgt möglichst den Relevanzsetzungen und damit dem „Gesprächsleitfaden“ des Interviewten.

Vier Frauen und 13 Männer aus vier verschiedenen Altersgruppen und verschieden ausgeprägter Erfahrung im Platte machen wurden rekrutiert.

Die gewonnenen Daten wurden entsprechend der Vorgehensweise der Grounded Theory verarbeitet. Zunächst wurden inhaltlich ähnliche Textabschnitte der Interviews identifiziert und hierarchisch untergliederten Gruppen zugeordnet. Dann wurde der Text auf in Handlungen und Aussagen der Interviewpartner erkennbaren Bedingungen für ihr Handeln, Handlungsstrategien und deren Folgen untersucht.

Die Auswirkungen der Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit

Die Studienteilnehmer berichten, dass sie unter Nässe und Kälte leiden und wie durch Witterungseinflüsse Erkrankungen bis zur Lungenentzündung entstehen. Eine besonders bedeutende negative Rolle spielen Witterungseinflüsse für die Interviewpartner, die auf der Straße schlafen. Für diese kommen noch die Konkurrenz um geeignete Schlafplätze, Konflikte mit Schlafpartnern, Störungen durch Passanten, Hausmeister und die Polizei hinzu. Die Angst, Opfer einer Gewalttat zu werden tut ein Übriges dazu, die Schlafqualität auf der Straße erheblich zu mindern, so dass Interviewpartner auch tagsüber unter Übermüdung mit Erschöpfungssymptomen wie Antriebsmangel und einem allgemeinen Krankheitsgefühl leiden.

Es ist schwierig, auf der Straße und ohne eigenes Bad die persönliche Hygiene aufrecht zu erhalten, was zu Hautkrankheiten führen kann. Kommt es bei den Betroffenen zu einer Verschlechterung des persönlichen Pflegezustandes, sind sie der Ablehnung durch ihre Umwelt ausgesetzt und es kommt zur Ausbildung von Schamgefühlen, die das Aufsuchen medizinischer Hilfe unmöglich machen kann.

Durch Geldmangel, das Fehlen einer Kochmöglichkeit und ohne Aufbewahrungsmöglichkeit für Speisen kommt es zu einer qualitativ und quantitativ mangelhaften Ernährung. In der Folge leiden die Betroffenen unter Hungergefühl und es kann, vor allem wenn zusätzlich Magen-Darm-Erkrankungen vorliegen, sogar zur Kachexie kommen.

Wohnungslose werden häufig Opfer von Gewalttaten, und viele leiden unter der Angst, zum Opfer gemacht zu werden. Für manche sind Alkohol, Tabletten und andere Drogen ein Mittel, um mit den Folgen von Gewalterfahrungen und der Angst vor neuer Gewalt umzugehen.

Negativen Erlebnissen sind Wohnungslose aber nicht nur in Form von Gewalttaten ausgesetzt. Ihre Diskriminierung zeigt sich in Abwertung, Ausschluss und Vertreibung. Sie leiden unter Armut und Arbeitslosigkeit, dabei ist es für sie besonders schwer, eine Arbeitsstelle zu finden und zu behalten. Belastende Lebensereignisse wie eigene Erkrankung, aber auch das Erleben von Gewalttaten, schweren Krankheiten und vorzeitigen Todesfällen in ihrer Umgebung kommen häufig vor. Durch das Fehlen einer eigenen Wohnung und den Mangel an Unterstützung durch Freunde und Familie werden die Auswirkungen der Belastungen potenziert. Auch Paarbeziehungen bestehen kaum und gegenseitige Unterstützung ist in einem vom permanenten Mangel geprägten Umfeld selten. Der geschilderte umfassende Ausschluss aus der Gesellschaft kommt einer Verbannung gleich. Diese Belastung verursacht depressive Symptome bis hin zur Suizidalität.

Einige der genannten Belastungen, wie beispielsweise die Erschöpfung, die aus dem Schlafen auf der Straße resultiert, wirken ausschließlich auf Wohnungslose, die Platte machen ein. Kälte, Nässe, Einschränkung der materiellen Ressourcen zur Gewährleistungen der persönlichen Hygiene, Mangelernährung, Gewalt, Armut, Stigmatisierung und soziale Exklusion, die einer Verbannung gleichkommt, betreffen hingegen auch Wohnungslose in unsicheren Wohnverhältnissen.

Drogen werden genutzt, um mit den belastenden Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit umgehen zu können. Insbesondere wird ihre Verwendung zur Kontrolle der Auswirkungen von Nässe, Kälte, Schwierigkeiten beim Platte machen und erlebter Gewalt berichtet. Aber auch die Folgen von Feindseligkeit, Stigmatisierung, sozialer Exklusion und mangelnder Unterstützung sollen durch Drogenkonsum erträglich werden (Diagramm 35). Einige Interviewpartner erleben sich daher als auf Drogen angewiesen, und obwohl die schädigenden Wirkungen des Drogenkonsums vielfach bekannt sind, wird teilweise versucht, Drogenkonsum zu rechtfertigen. Besonders deutlich wird Drogenabhängigkeit den Betroffenen, wenn Entzugssymptome auftreten. Außerdem wird der Drogenkonsum durch das ständig vorhandene Angebot von legaler und illegaler Drogen in der Wohnungslosenszene gefördert.

Die medizinischen und sozialen Folgen des Drogenkonsums wie Abhängigkeit einschließlich der Einordnung von Drogenbeschaffung über der Sorge um die eigene Gesundheit, körperlichen und psychischen Erkrankungen, Beschaffungskriminalität und die Belastung von Beziehungen, werden deutlich.

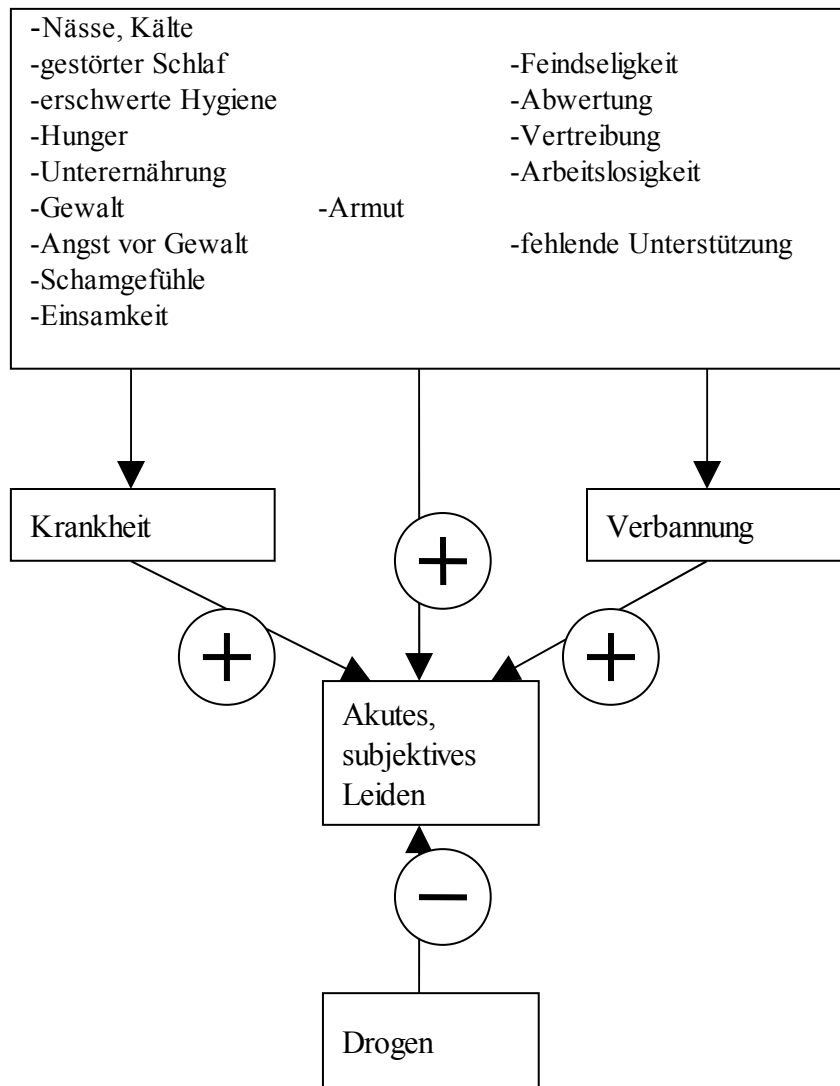


Diagramm 35: Belastungen durch die Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit (eigene Darstellung)

Das Gesundheitssystem aus der Sicht Wohnungsloser

Wohnungsstatus und Nutzung des Gesundheitssystems

Wenn ein Wohnungsverlust den Übergang zum Platte machen zur Folge hat, dann ist die Kontinuität der hausärztlichen Versorgung sehr stark gefährdet, wie eine Betrachtung der Versorgungsbiografien der 11 Gesprächspartner, die Erfahrungen mit dem Schlafen auf der Straße gemacht haben, zeigt. Bis auf eine Ausnahme ist bei allen von ihnen die Anbindung an den Hausarzt aus der Zeit vor dem Beginn des Plattenmachens verloren gegangen. Als Gründe dafür wurden die räumliche Entfernung, Konflikte mit dem Hausarzt, Vertrauensverlust, eher zufälliger Kontaktverlust oder die Ablehnung durch den Arzt genannt. Dies erhellt den bereits

in der deutschlandweiten Umfrage in dieser Arbeit aufgezeigten Zusammenhang zwischen Platte machen und besonders schlechtem Zugang in das Gesundheitssystem. Dass eine zuvor bestehende hausärztliche Versorgung nach dem Beginn des Plattenmachens aus verschiedenen Gründen stark gefährdet, beobachtete auch Shiner in seiner Untersuchung [1995, S. 533].

Der Verlust der hausärztlichen Versorgung nach einem vollständigen Wohnungsverlust kann von niederschweligen medizinischen Angeboten aufgefangen werden. Im Gegensatz dazu nutzen die Interviewten, die nie auf der Straße gelebt haben, die niederschweligen medizinischen Angebote kaum.

Interaktion mit medizinischem Personal

Als Bedingungen für eine effektive Kommunikation werden in den Interviews ein Eingehen auf sprachliche und medizinische Bedürfnisse genannt sowie das Schaffen einer Atmosphäre, die Vertrauen ermöglicht. Auch die Festlegung und die nachvollziehbare Kommunikation von Regeln können zur Bedingung für das Gelingen der Beziehung zwischen Arzt und Patient werden. Gründe für dysfunktionale Kommunikation können quantitativ mangelhafte Kommunikation oder durch Fachausdrücke unverständlich gewordene Sprache sein. Einige Studienteilnehmer spüren zwischen sich und Ärzten eine soziale Distanz, die sie Unverständnis, Gleichgültigkeit oder Diskriminierung fürchten lässt. Die Verletzung von Regeln, deren Einhaltung für die Interviewpartner essenziell ist, wird als besonders problematisch angesprochen. Es geht dabei darum, die Autonomie des Patienten zu respektieren, keine Vorwürfe zu machen und respektvoll zu bleiben. Beispiele für die Verletzung von Autonomie, Vorwürfigkeit, Respektlosigkeit und Ablehnung der Behandlung durch ärztliches und nicht-ärztliches medizinisches Personal werden angeführt.

Die Zurückweisung von Studienteilnehmern durch medizinisches Personal zerstört das Vertrauen in das Gesundheitssystem und bewirkt, dass sich Wohnungslose in Notlagen aufgrund von Angst vor Zurückweisung keine Hilfe mehr suchen können. Dies entspricht er Beobachtung von Mackintosh [2001] dass die Behandlung durch das Gesundheitssystem dem Patienten zeigt, wer er in der Gesellschaft ist, was er erwarten kann und wie er sich verhalten darf. Weiter gibt es Hinweise, dass es für manche Interviewpartner schwierig ist, Regeln des Gesundheitssystems einzuhalten. Ausdruck eines gestörten Verhältnisses zu medizinischem Personal können mangelndes Vertrauen, Malcompliance und Kontaktabbrüche sein (Diagramm 36).

Studienteilnehmer wünschen sich von medizinischem Personal mehr Zeit, mehr Engagement und mehr Verständnis.

Die in dieser Arbeit gefundenen Belastungen der Arzt-Patienten Interaktion stehen im Einklang mit Forschungsarbeiten, die einen niedrigen sozioökonomischen Status mit einem schlechterem Arzt-Patienten Verhältnis in Zusammenhang bringen [Willems et al. 2004, Van Ryn und Burke 2000].

In der vorliegenden Arbeit wurde die Interaktion lediglich aus der Sicht Wohnungsloser erfasst, die Sichtweise des medizinischen Personals fehlt und sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

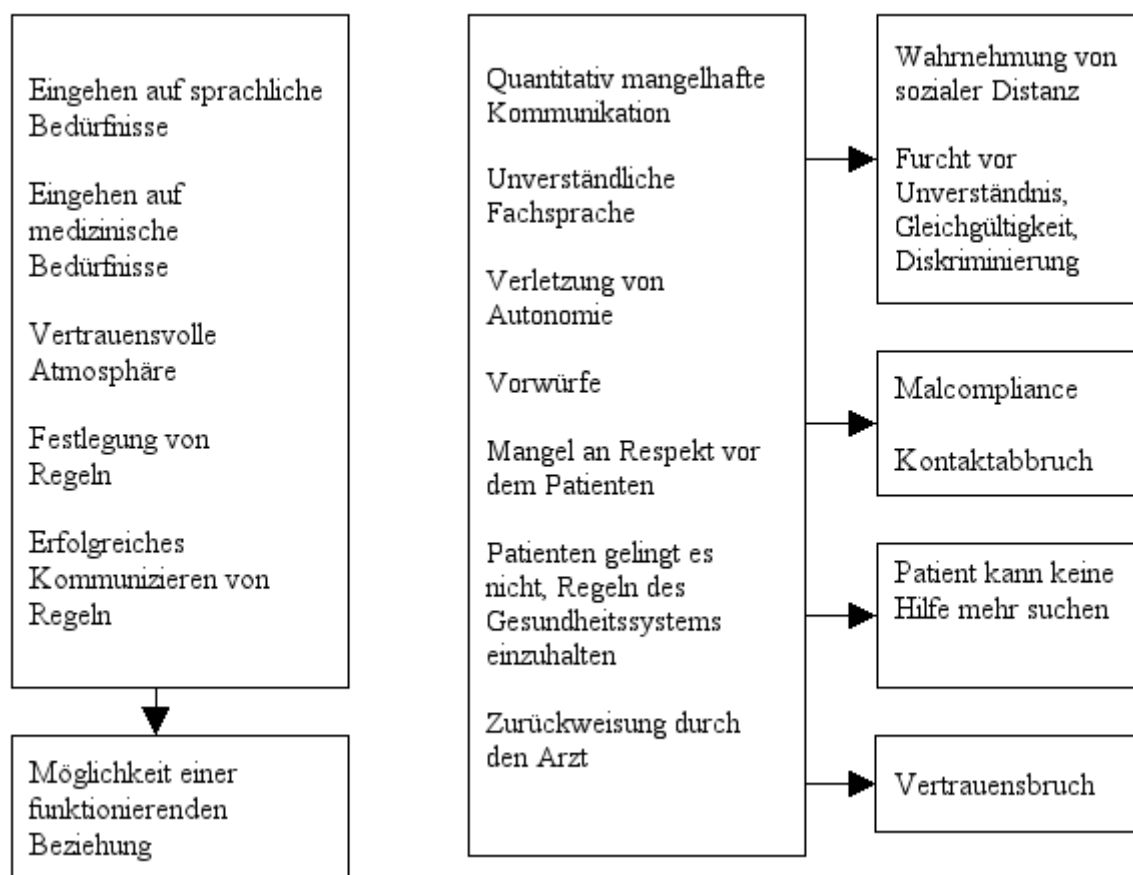


Diagramm 36: Faktoren, die aus der Sicht Wohnungsloser die Arzt-Patienten-Beziehung prägen (eigene Darstellung)

Auf Wohnungslose spezialisierte Angebote

Das auf Wohnungslose spezialisierte medizinische Angebot wird von vielen Interviewpartnern sehr geschätzt. Aspekte, die besonders gelobt werden sind der kostenlose Zugang, das Fehlen der Notwendigkeit, Termine zu vereinbaren und das direkte Aushändigen von Medikamenten. Weiter wird die besondere Kompetenz für medizinische Probleme Wohnungsloser und die Sensibilität für das Ansprechen des seelischen Bereichs geschätzt. Die eingeschränkte medizinische Ausstattung eines mobil arbeitenden Dienstes wird allerdings von einigen Gesprächspartnern als Nachteil gesehen.

Besonders an den spezialisierten Diensten sind das Verständnis für die Lebenssituation der Patienten und der Respekt, der ihnen entgegengebracht wird (Diagramm 37). Es gibt Studienteilnehmer, die diese Grundvoraussetzungen nur in spezialisierten medizinischen Diensten erfüllt sehen, und die Regelversorgung ablehnen, da sie dort Angst vor Ablehnung und Diffamierung empfinden. Vertrauensverlust und Angst können so weit gehen, dass das Regelsystem nicht mehr genutzt werden kann.

- Kostenloser Zugang
- Zugang ohne Terminvereinbarung
- Direktes Aushändigen von Medikamenten
- Besondere Kompetenz für Erkrankungen Wohnungsloser
- Sensibilität für das Ansprechen seelischer Schwierigkeiten
- Verständnis für die Lebenssituation Wohnungsloser
- Respekt
- Keine Angst vor Ablehnung und Diskriminierung

Diagramm 37: Vorteile der niederschwelliger medizinischer Versorgung aus der Sicht Wohnungsloser (eigene Darstellung)

Einige Nutzer spezialisierter medizinischer Dienste fordern, diese Angebote weiter auszubauen. Es findet sich aber auch Unbehagen über die weitergehende Trennung von regulärem Gesundheitssystem und ausschließlich auf Wohnungslose ausgerichteten Versorgungsstrukturen. Flick [2007] berichtete bei wohnungslosen Jugendlichen von einer stigmatisierenden Wirkung der Nutzung niederschwelliger, auf Wohnungslose spezialisierter medizinischer Einrichtungen.

gen. Von den erwachsenen Teilnehmern der vorliegenden Studie wurde dies so nicht thematisiert. Es wurde aber befürchtet, dass sich auf Wohnungslose spezialisierte medizinische Angebote zunehmend auf die Behandlung von Armutskrankheiten konzentrieren könnten, und zu wenig Mittel und Kompetenzen für die Behandlung anderer Erkrankungen haben könnten. Die weitergehende Integration von auf Wohnungslose spezialisierten Angeboten in das reguläre Gesundheitssystem würde diesen Befürchtungen entgegenwirken.

Hürden vor dem Zugang in das Gesundheitssystem

Die Interviewpartner beschreiben administrative und finanzielle Hürden wie die Praxisgebühr und die Zuzahlungen, die dazu führen, dass Leistungen des Gesundheitssystems nicht genutzt werden können. Das Fehlen des Krankenversicherungsschutzes oder das Fehlen der Krankenkassenkarte kann denselben Effekt haben.

Den Anforderungen des Gesundheitssystems an seine Nutzer stehen die Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit gegenüber, die durch vielfältigen Mangel und Unsicherheit gekennzeichnet sind. So berichten einige Studienteilnehmer von den Schwierigkeiten, die persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten. Ärzte möchten sie aber nur in gutem Pflegezustand aufsuchen. Wenn das nicht gelingt, dann treten Schamgefühle auf. Einige Interviewpartner sind mobilitätseingeschränkt oder können sich die Fahrt zur Arztpraxis in öffentlichen Verkehrsmitteln nicht leisten. Andere Äußerungen deuten darauf hin, dass manche Interviewpartner erhebliche Probleme mit dem Vereinbaren und Einhalten von Terminen haben. Es gibt auch Interviewpartner, die aufgrund drohender Entzugssymptome so sehr mit Drogenbeschaffung beschäftigt sind, dass ihnen keine Zeit für Arztbesuche bleibt. Andere Studienteilnehmer haben aufgrund unkontrollierbarer, wiederkehrender negativer Erfahrungen, denen sie auf der Straße ausgesetzt waren, die Hoffnung verloren, überhaupt etwas an ihrer Lage und an ihrem Gesundheitszustand bessern zu können. Diese Reaktion kann als erlernte Hilflosigkeit [Seligmann 1986] gedeutet werden, also als Reaktion auf durch eigenes Verhalten nicht beeinflussbare negative Reize von außen. Charakteristisch für diese Reaktion ist Passivität bis zur Depression. Das allgemeine Handlungsmuster: „weil ich ein Gesundheitsproblem habe, gehe ich zum Arzt“, wird damit in sein Gegenteil verkehrt, nämlich: „weil ich schon ein Gesundheitsproblem habe, brauche ich gar nicht mehr zum Arzt gehen.“

Weitere Hürden sind bereits im Abschnitt über Interaktion mit medizinischem Personal beschrieben worden. Negative Interaktion wie mangelhafte Kommunikation, Mangel an Respekt, Verletzung von Autonomie, Vorwürfe und Ablehnung bis zur Verweigerung der Be-

handlung durch medizinisches Personal erschweren unmittelbar die Nutzung des Gesundheitssystems. Zudem belastet die dadurch bei den Nutzern ausgelöste Angst vor negativer Interaktion und Ablehnung ihr Verhältnis zum Gesundheitssystem. Auch Wartezeiten in Praxen und Kliniken belasten Studienteilnehmer über das übliche Maß hinaus, da sie in Wartezimmern Diskriminierung befürchten und auch erleben. Als Folge von Vertrauensverlust und Angst suchen einige Teilnehmer medizinische Hilfe erst beim Eintreten ausgeprägter Symptome, auf zeitlich frühere oder längerfristige medizinische Maßnahmen können sich manche nicht einlassen. (Diagramm 38)

- Praxisgebühr und Zuzahlungen
- Fehlender Krankenversicherungsschutz
- Fehlender Krankenversicherungsnachweis
- fehlende Mittel für den Transport zum Arzt
- Mobilitätseinschränkung
- Schwierigkeiten, zu duschen und frische Kleidung vor dem Arztbesuch zu organisieren, Schamgefühle als Folge
- Schwierigkeiten, Termine zu vereinbaren und einzuhalten
- Zeitmangel aufgrund drohender Entzugssymptomatik
- negative Interaktion bis zur Ablehnung der Behandlung durch medizinisches Personal
- Angst vor negativer Interaktion und Ablehnung durch medizinisches Personal
- Diskriminierung im Wartezimmer und Angst vor dieser Diskriminierung
- Verspätetes Aufsuchen medizinischer Hilfe, Ablehnung längerfristiger medizinischer Massnahmen als Folgen des belasteten Verhältnisses zum Gesundheitssystem
- Hoffnungslosigkeit

Diagramm 38: Hürden auf dem Weg in das Gesundheitssystem (eigene Darstellung)

Methodenkritik zu dem auf teilstrukturierten Interviews basierenden Studienteil

Die Ergebnisse dieses Studienteils basieren auf Interviews, die in einer westdeutschen Großstadt mit Wohnungslosen geführt wurden. Sinnvoll wären außerdem Interviews mit in der Wohnungslosenhilfe Tätigen gewesen sowie mit medizinischem Personal in niederschweligen medizinischen Angeboten und im regulären Gesundheitssystem, um deren Sichtweisen ebenfalls darzustellen. Ebenso hätten Interviews im ländlichen Raum und in den ostdeutschen Bundesländern durchgeführt werden können, um mögliche spezifische Problemlagen dort zu erkennen. Da die Durchführung von Interviews im Rahmen qualitativer Forschung jedoch genau wie die nachfolgende Auswertung sehr zeitaufwändig ist, musste im Rahmen der vorliegenden Studie aus Kapazitätsgründen darauf verzichtet werden. Weitere qualitative Forschung ist hier notwendig.

Abschließende Bemerkung

Diese Arbeit stellt zahlreiche Faktoren dar, die für den schlechten Gesundheitszustand Wohnungsloser verantwortlich sind. Diese sind, wie in dieser Arbeit gezeigt wird, in der sozialen Lage Wohnungsloser begründet. Wohnungslose sind gesundheitsschädigenden Einflüssen in überproportional ausgeprägter Weise ausgesetzt, die sich ihrer Kontrolle entziehen. Deshalb tragen sie deutlich erhöhte gesundheitliche Risiken und Krankheitslasten. Insofern ist ihr schlechter Gesundheitszustand die medizinische Folge sozialer Ursachen. Die Verbesserung der Lebensbedingungen Wohnungsloser wird darum auch zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes beitragen.

Das Gesundheitssystem selbst ist ein konkreter Teil der gesellschaftlichen Bedingungen, die auf die Gesundheit Wohnungsloser einwirken. Zielsetzung des Gesundheitssystems muss es sein, den Zugang zu effektiver medizinischer Versorgung für alle Menschen sicherzustellen. Diese Arbeit weist jedoch nach, dass der Zugang Wohnungsloser in das reguläre Gesundheitssystem bisher noch nicht ausreichend gewährleistet ist. Dies ist einer der Faktoren, die zum schlechten Gesundheitszustand Wohnungsloser beitragen.

Insbesondere die Wohnungslosen, die Platte machen, verlieren aufgrund der für sie zu hohen Hürden den Kontakt zum regulären Gesundheitssystem und sind dann auf die niederschweligen medizinischen Angebote angewiesen.

Das reguläre Gesundheitssystem benötigt besondere Ressourcen und Kompetenzen, um den Zugang und die Behandlung Wohnungsloser effektiver gewährleisten zu können. Weitere

Forschung sollte die Sicht des medizinischen Personals einbeziehen und nach Wegen suchen, diese in der niederschweligen Versorgung vorhandene Fähigkeit im regulären Gesundheitssystem zu vermehren.

7 Abstract

Titel: Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem

Autor: Ignaz Steiger

Hintergrund: Der schlechte Gesundheitszustand Wohnungsloser ist mehrfach nachgewiesen worden. Über die Ursachen ist nur wenig bekannt.

Zielsetzung: Faktoren, die für den schlechten Gesundheitszustand Wohnungsloser ursächlich sind, sollen benannt werden.

Methoden: Für den quantitativen Teil beurteilten 468 Mitarbeiter von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe deutschlandweit den Zugang Wohnungsloser in das Gesundheitssystem. Für den qualitativen Teil gaben 17 Wohnungslose in einer westdeutschen Großstadt problemzentrierte Interviews zum Thema Gesundheit. Diese wurden mit den Verfahren der Grounded Theory analysiert.

Ergebnisse des quantitativen Teils: Im regulären Gesundheitssystem ist der Zugang zu Allgemeinarztpraxen, Suchtberatung und allgemeinem Krankenhaus für Wohnungslose mittelschwer eingeschränkt (zu 40% bis 52% mit „wechselnd“ oder „schwierig“ bewertet). Schwer eingeschränkt ist der Zugang zu Zahnärzten, psychiatrischer Beratung, stationärer Entwöhnung, stationärer Psychiatrie, Optikern und Fachärzten (zu 58% bis 70% als „wechselnd“ oder „schwierig“ bewertet). Sehr schwer ist der Zugang zur medizinischen Fußpflege eingeschränkt (zu 83,9% mit „wechselnd“ oder „schwierig“ bewertet). Niederschwellige medizinische Angebote sind fast immer deutlich besser zugänglich. Sie stehen in Städten deutlich häufiger als in ländlich geprägten Gebieten zur Verfügung.

Einrichtungen, die auf der Straße schlafende, also Platte machende Wohnungslose versorgen, berichten von einem schlechteren Zugang ihrer Klienten zu allen Leistungen des regulären Gesundheitssystems als Einrichtungen ohne Platte machende Wohnungslose.

Dort, wo vermehrt Wohnungslose, die Platte machen versorgt werden, ist die niederschwellige medizinische Versorgung, falls erreichbar, die bedeutendste Anlaufstelle bei Gesundheitsproblemen.

Eine Verschlechterung des Zugangs in das Gesundheitssystem durch die Einführung der Praxisgebühr wurde von 93,6% der Einrichtungen beobachtet. Von 75% wird berichtet, dass Wohnungslose aufgrund der Praxisgebühr auf Arztbesuche verzichteten, bei mehr als einem Drittel der Einrichtungen mit Zugang zu niederschwelligen medizinischen Angeboten wichen Klienten auf niederschwellige Angebote aus, um die Praxisgebühr zu vermeiden.

Ergebnisse des qualitativen Teils: Aus der Sicht Wohnungsloser wird gezeigt, wie sich Kälte und Nässe, schlechter Schlaf, mangelhafte Ernährung, Gewalt und Angst vor Gewalt negativ auf die Gesundheit auswirken. Belastende Lebensereignisse, Armut, Arbeitslosigkeit, Fehlen von Paarbeziehungen, Mangel an Unterstützung, Abwertung, Vertreibung und Ausschluss aus der Gesellschaft verursachen depressive Symptome bis hin zur Suizidalität. Drogen werden genutzt, um diese Belastungen erträglich zu machen. Die negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen des Drogenkonsums werden deutlich.

Mit dem Übergang zum Platte machen ist die bestehende hausärztliche Versorgung sehr stark gefährdet. Oft folgt ein Wechsel zu niederschweligen medizinischen Angeboten. Teilnehmer, die nie Platte gemacht haben, nutzen die niederschwellige medizinische Versorgung kaum.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis kann durch mangelhafte Kommunikation, Verletzung der Autonomie, Vorwürfe und Mangel an Respekt belastet werden, außerdem wird von Ablehnung der Behandlung durch Arzt oder Personal berichtet. In Wartezimmern kommt es zur Diskriminierung durch Mitpatienten. Die Schwierigkeiten mancher Wohnungsloser mit der Befolgung einzelner Regeln des Gesundheitssystems können ebenfalls eine Rolle spielen. Folgen sind Furcht, Vertrauensverlust, die Ablehnung frühzeitiger oder längerfristiger Maßnahmen bis zur völligen Verhinderung der Nutzung des regulären Gesundheitssystems.

Weitere Hürden vor dem Zugang in das Gesundheitssystem sind wie die Praxisgebühr, Zuzahlungen, Fehlen der Krankenversicherung oder der Versichertenkarte mit den administrativen und finanziellen Anforderungen des Gesundheitssystems verbunden. Diesen gegenüber stehen die Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit mit Mangel an persönlicher Hygiene, Mobilitätseinschränkungen, fehlenden Transportmöglichkeiten zum Arzt, Schwierigkeiten mit dem Vereinbaren und Einhalten von Terminen, Zeitmangel bei drohender Entzugssymptomatik und Hoffnungslosigkeit nach wiederkehrenden, unkontrollierbaren negativen Erfahrungen auf der Straße.

Viele der genannten Hürden fehlen bei niederschweligen medizinischen Angeboten. Als Nachteile werden hier die eingeschränkte Ausstattung und eine mögliche Konzentration auf Armutserkrankungen angesehen.

Schlussfolgerungen: Der schlechte Gesundheitszustand Wohnungsloser ist die medizinische Folge ihrer Lebensbedingungen, die verbessert werden sollten. Teil der Lebensbedingungen ist der eingeschränkte Zugang zu den Leistungen des regulären Gesundheitssystems. Niederschwellige Angebote können die Notlage besonders marginalisierter Wohnungsloser abmildern, Ziel muss aber die Verbesserung des Zugangs in das reguläre Gesundheitssystem bleiben.

8 Literatur

Aichhorn, W., Santeler, S., Stelzing-Schoeler, R., Kemmler, G., Steinmayer-Gensluckner, M., Hinterhuber, H.: Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen bei wohnungslosen Jugendlichen. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation*, 22 (3), S. 180-188, 2008

Alter, D. Naylor, C. Austin, P. Tu, J. Effects of Socioeconomic Status on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality after Acute Myocardial Infarction. *New England Journal of Medicine*, 18, 341, S. 1359-1367, 1999

Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people Manage Stress and Stay Well.* The Jossey-Bass Social and Behavioral Science Series, San Francisco 1987

Arbeitsgemeinschaft der zentralen Beratungsstellen für Wohnungslose der Diakonie, Bericht zur Umfrage unter den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Niedersachsen zu den Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes auf Hilfe gemäß § 72 BSGH, Hannover 2004

Arbeitsgemeinschaft der zentralen Beratungsstellen Niedersachsen, Abschlussbericht: Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes in der niedersächsischen Wohnungslosenhilfe, Braunschweig 2005

Badawia, T. „Der dritte Stuhl“- Eine Grounded-Theory-Studie zum kreativen Umgang bildungserfolgreicher jugendlicher Immigranten mit kultureller Differenz. IKO-Verlag, 2002

Beck, U. *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne.* Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1986

Black, D. Morris, JN. Smith, C. et al *Inequalities in Health. The Black report: The health divide.* Penguin, London 1988

Bolte G, Kohlhuber M. in: Richter M, Hurrlemann K. (Hrsg.) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden 2006

Brönner, D.: Das Gesundheitsverhalten und der subjektive Gesundheitszustand von alleinstehenden, wohnungslosen Männern in München. Dissertation, München 2001

Brunner E. Socioeconomic determinants of health: Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal* 314, S. 1472-1476, 1997

Bundesamt für Bauordnung und Raumwesen, IKAR 2002, Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung, Version 4.0.27, Bonn, 2002

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (Hrsg.), Wo+Wie, Verzeichnis der sozialen Dienste und Einrichtungen für wohnungslose Personen in der BRD, Bielefeld, 2004/2005

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz und seine Folgen für die Klienten der Wohnungslosenhilfe, Bielefeld, 2004

Chaix B, Gustafsson S, Jerrett M, Kristersson H, Lithman T, Boalt A, Merlo J. Children's exposure to nitrogen dioxide in Sweden: investigating environmental injustice in an egalitarian country. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60, S. 234-241, 2006

Chaix B, Rosvall M, Merlo J. Assessment of the magnitude of geographical variations and socioeconomic contextual effects on ischaemic heart disease mortality: a multilevel survival analysis of a large Swedish cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61, S. 349-355, 2007

Chaix B, Rosvall M, Merlo J. [2007 b] Recent Increase of Neighborhood Socioeconomic Effects on Ischemic Heart Disease Mortality: A Multilevel Survival Analysis of Two Large Swedish Cohorts. *American Journal of Epidemiology* 165, S. 22-26, 2007

Chaix B, Lindström M, Rosvall M, Merlo J. Neighborhood social interactions and risk of acute myocardial infarction. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62, S. 62-68, 2008

Cubbin C, Winkelby M. Protective and Harmful Effects of Neighborhood-Level Deprivation on Individual-Level Health Knowledge, Behavior Changes, and Risk of Coronary Heart Disease. *American Journal of Epidemiology* 162, 6, S. 559-568, 2005

Daniels M, Dominici F, Samet J, Zeger S. Estimating Particulate Matter-Mortality Dose-Response Curves and Threshold Levels: An Analysis of Daily Time-Series for the 20 Largest US Cities. *American Journal of Epidemiology* 152, 5 S. 397-406, 2000

Da Silva, M. McKenzie, K. Harpham, T. Huttly, S.: Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, S. 619-627, 2005

Davey Smith, G. Blane, D. Bartley, M.: Soziale Klasse und Mortalitätsunterschiede: Diskussion der Erklärungsansätze in Großbritannien. In: Mielck, A. (Hrsg): Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Leske und Budrich, Opladen 1994

Deutscher Städtetag (Hg.) (1987) Sicherung der Wohnungsversorgung in Wohnungsnotfällen und Verbesserung der Lebensbedingungen in Sozialen Brennpunkte. In DST-Beiträge zur Sozialpolitik, 10. Zitiert nach Wessel, T. Zechert, C. in Nouvertné, K. Wessel, T. Zechert, C (Hrsg) Obdachlos und psychisch krank. Psychiatrie-Verlag Bonn 2002

Eikermann, B. Reker, T. Zacharias in Nouvertné, K, Wessel, T, Zechert, C: Obdachlos und psychisch krank. Psychiatrie-Verlag Bonn 2002

Ethnograph, The, version 5.08. Qualis Research 2001

Fahrmeier, L. Künstler, R. Pigeot, I. Tutz, G. Statistik- der Weg zur Datenanalyse. Springer, Berlin 1997

Fichtner, M.: Psychische Erkrankung bei obdachlosen Männern und Frauen in München. *Psychiatrische Praxis* 26 (1999) S. 76-84

Fiscella, K. Shin, P.: The Inverse Care Law. *Journal for Ambulatory Care Management*. 28 (4), S. 304-312, 2005

Flick, U.: Homelessness and Health: Challenges for Health Psychology. *Journal of Health Psychology*, 12, S. 691-695, 2007

Forschungsverbund DHP: Die deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse. Hans Huber Verlag Bern 1998

Graham, H.: *Unequal Lives*, McGraw-Hill Education, Maidenhead 2007

Griffith, S.: Addressing the health needs of rough sleepers. A paper to the homeless Directorate. London 2002 verfügbar unter: www.homelesspages.org.uk/subs/./prods/products.asp?prid=1637

Harterer, C, Eikelmann, B, in die Aufgegebenen einer Stadt, Stadt Karlsruhe, 2004

Helmert U, Shea S, Bammann K. The Impact of Occupation on Self-Reported Cardiovascular Morbidity in Western Germany: Gender Differences. In: *Reviews on Environmental Health* (1997) 12, 1, S. 25-42)

Henny, KD., Kidder, DP., Stall, R., Wolitski, RJ.: Physical and sexual abuse among homeless and unstably housed adults living with HIV. *AIDS and Behavior*, 11 (6), S. 842-853, 2007

Herrman, H, McGorry, P, Bennett, P, Reil, R, Singh, B: Prevalence of severe mental disorders in disaffiliated and homeless people in inner Melbourne. *Am J Psychiatry* (1989) 146, S. 1179-1184 zitiert nach Nouvertné 2002

Hippmann, H.: *Statistik, Lehrbuch für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler*, Stuttgart 2003

Holtmannspötter, H. Von "Obdachlosen", "Wohnungslosen" und "Nichtsesshaften". In Nouvertné, K. Wessel, T. Zechert, C (Hrsg) *Obdachlos und psychisch krank*. Psychiatrie-Verlag Bonn 2002

Hradil S. Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter M, Hurrelmann K. Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden 2006

Kawachi, I. Kennedy, B. Lochner, K. Prothrow-Stith, D.: Social Capital, Income Inequality and Mortality. American Journal of Public Health, 87 (9), S. 1491-1498, 1997

Kim, M. Swanson, W. Schwartz, M. Bradford, D. Mustillo, S. Elbogen, E.: Healthcare Barriers among Severely Mentally Ill Homeless Adults: Evidence from the Five-site Health and Risk Study. Administration and policy in mental health. 4 (34), S. 364-375, 2007

Koegel, P, Burnam, MA: Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. Arch Gen Psychiatry 45 (1988) S. 1011-1018 zitiert nach Nouvertné 2002

Korzilius, S.: „Asoziale“ und „Parasiten“ im Recht der SBZ/ DDR, Böhlau Verlag Köln 2005

Kühnel, S. in Endruweit, G, Trommsdorff, G: Wörterbuch der Soziologie. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft Stuttgart 2002

Kunstmann, W.: Medizinische Versorgungsprojekte für alleinstehend Wohnungslose. Ursachen-Modelle-Erfolge. Dissertation, Witten 1999

Lampert, Th. Saß, A. Häfelinger, M. Ziese, Th. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Robert Koch-Institut, Berlin 2005

Lauder, W. Kroll, T. Jones, M.: Social determinants of mental health: the missing dimensions of mental health nursing? Journal of psychiatric and mental health nursing, 14 (7), S. 661-669, 2007

Lichtenstein P, Harris J, Pedersen N, McClearn G. Socioeconomic Status and Physical Health, how are they related? An empirical study based on twins reared apart and twins reared together. Social Science and Medicine 26, 4 S. 441-450, 1992

von der Lippe, H. Erkundungen zum männlichen Kinderwunsch. Working Paper am Max-Planck-Institut für demografische Forschung Rostock. www.demogr.mpg.de. 2003

Locher, G.: Gesundheits-/ Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von alleinstehenden Wohnungslosen. Dissertation. VSH Verlag Soziale Hilfe GmbH Bielefeld 1990

Lynch JW, Kaplan GA, Cohen RD, Jaakko Tuomilehto J, Salonen JT. Do Cardiovascular Risk Factors Explain the Relation between Socioeconomic Status, Risk of All-Cause Mortality, Cardiovascular Mortality, and Acute Myocardial Infarction? *American Journal of Epidemiology* (1996) 144, 10 S. 934-942

Mackintosh, M.: Do health care systems contribute to inequalities? In Leon, D. und Walt, G. (Hrsg): *Poverty, Inequality and Health*, S. 175-193, Oxford University Press, Oxford 2001

Marmot, M. Bell, R. Britton, A. Brunner, E. et al: *Work Stress and Health: The Whitehall II study*, Council of Civil Service Unions/ Cabinet Office, London 2004

Menke, R. Streich, W. Rössler, G. Brand, H. (Hrsg) *Report on Socio-Economic Differences in Health Indicators in Europe. Health inequalities in Europe and the situation of disadvantaged groups*. Institute of Public Health, NRW, Bielefeld 2003

Merten, M.: "Wir brauchen Reformen – jetzt". *Deutsches Ärzteblatt* 103 (17), S. 1116, 2006

Mielck, A.: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Verlag Hans Huber, Bern 2000

Mielck, A: Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In Tiesmeyer et al. (Hrsg): *Der blind Fleck*, Verlag Hans Huber, Bern 2008

Munoz, M. Vázquez, C. Bermejo, M. Vázquez, J.: Stressful life events among homeless people: quantity, types, timing and perceived causality. *Journal of Community Psychology*, 27 (1) 73-87, 1999

Nyamathi, A: Relationship of resources to emotional distress, somatic complaints, and high-risk behaviours in drug recovery and homeless minority women. *Research in nursing and health*, 14 (4), S. 269-77, 1991

Nicolai T, Carr D, Weiland S, Duhme H, v. Ehrenstein O, Wagner V, v Mutius E. Urban traffic and pollutant exposure related to respiratory outcomes and atopy in a large sample of children. *European Respiratory Journal* 21, S. 956-963, 2003

Nouvertné, K. Wessel, T. Zechert, C (Hrsg) *Obdachlos und psychisch krank*. Psychiatrie-Verlag Bonn 2002

Pleace, N., Jones, A., England, J.: *Access to General Practice for People Sleeping Rough*. Centre of Housing Policy, University of York 2000

Poortinga, W.: Do health behaviors mediate the association between social capital and health? *Preventive Medicine* 43 (6), S. 488-493, 2006

Poppius E, Tenkanen L, Kalimo R, Heinsalmi P. The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Social Science & Medicine* 49 S.109-120, 1999

Ridner, S.: Psychological distress: concept analysis. *Journal of advanced Nursing*, 45 (5), S. 536-545, 2003

Robinson, D.: *Estimating Homelessness in Rural Areas*, Centre for Regional Economic and Social Research, Sheffield Hallam University 2002. Verfügbar unter www.shu.ac.uk

Rose, G. Marmot, MG.: Social class and coronary heart disease. *British Heart Journal* 45, S. 13-19, 1981

Rossenbrock, R. Kümpers, S. Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In Richter et al: *Gesundheitliche Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006

Rowntree S. Poverty. A Study of Town Life. Macmillan, London 1901. Zitiert nach: Vagerö D, Illseley R. Explaining Health Inequalities: Beyond Black and Barker. A Discussion of some Issues Emerging in the Decade Following the Black Report. European Sociological Review, 11, 3, S. 219-241, 1995

Salize, HJ. Dillmann-Lange, C. Stern, G. Kentner-Figura, B. Stamm, K. Rossler, W. Henn, F.: Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. Addiction, 97 (12), S. 1593-1600, 2002

Schenk, L: Auf dem Weg zum ewigen Wanderer. Wohnungslose und ihre Institutionen. Digitale Dissertation FU Berlin 2004. Verfügbar unter <http://www.diss.fu-berlin.de/2004/146/index.html>

Schröder, H. Statistikbericht 2003 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Bielefeld 2005

Seligmann, M. Erlernte Hilflosigkeit, Psychologie Verlags Union, München, Weinheim 1986

Shiner, M.: Adding Insult to Injury, Sociology of Health and Illness Vol. 17 No. 4 1995 pp. 525-549

Siegrist, J. Soziale Determinanten von Herz-Kreislauf-Krankheiten- neue Erkenntnisse und ihre Bedeutung für die Prävention. Verlag Ferdinand Schöningh Paderborn 2004

Siegrist, J. Medizinische Soziologie. Elsevier, München 2005

Scott, A. Shiell, A. King, M. Is General Practitioner Decision Making associated with Patient Socio-Economic Status? Social Science Medicine 42, 1, S. 35-46, 1996

Sperlich, S. und Mielck, A.: Entwicklung eines Mehrebenenmodells für die Systematisierung sozialepidemiologischer Erklärungsansätze, in: Müller et al.: Müssen Arme früher sterben? Juventa Verlag, Weinheim 2000

SPSS Version 11.0, SPSS Inc. Chicago 2001

Statistisches Bundesamt (Herausgeber): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998

Strauss, A.: Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1996

Stroh, M. in Burton, D. (Herausgeber): Research Training for Social Scientists. A Handbook for Postgraduate Researchers. Sage, London 2000

Stronks K, Van de Mheen H, Looman C, Mackenbach J. The Importance of Psychosocial Stressors for Socio-Economic Inequalities in Perceived Health. *Social Science Medicine* 46, 4-5, S. 611-623, 1998

Sundquist K, Winkleby M, Ahlén H, Johansson S. Neighbourhood Socioeconomic Environment and Incidence of Coronary Heart Disease. A Follow-up Study of 25319 Women and Men in Sweden. *American Journal of Epidemiology* 159, 7, S. 655-662, 2004

Tagmat, D.: Lebensziele und subjektives Wohlbefinden. Diplomarbeit. Diplomica Hamburg 2003

Taylor, KM., Sharpe, L.: Trauma and post-traumatic stress disorder among homeless adults in Sydney. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42 (3), S. 206-213, 2008

Townsend, P. Davidson, N.: *The Black Report*. Penguin Books London Reprint 1990, first published 1982

Townsend, P.: Deprivation. *Journal of Social Policy*, 16: 125-146, 1979, zitiert nach Vagarö und Illsley 1995

Townsend, P. Phillimore, P. Alastair, B.: *Health and deprivation. Inequality in the North*. Croom Helm, London 1988

Trabert, G.: Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. Dissertation. VSH Verlag Soziale Hilfe GmbH 1995

Vagerö D, Illseley R. Explaining Health Inequalities: Beyond Black and Barker. A Discussion of some Issues Emerging in the Decade Following the Black Report. *European Sociological Review*, 11, 3, S. 219-241, 1995

Van Ryn, M. Burke, J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perception of patients. *Social Science & Medicine*, 50, 6, S. 813-828, 2000

Vasquez, C, Munoz, M, Sanz, J: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand* (1997) 95, S.523-530 zitiert nach Nouvertné 2002

Völlm, B.: Die Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden Wohnungslosen Männern. Dissertation, München 2000

Wilkinson, R G. Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards? *British Medical Journal*, 314, S. 591-595, 1997

Wilkinson, R. G. *Kranke Gesellschaften*, Springer, Wien 2001

Willems, S. De Maesschalck, S. Deveuglele, M. Derese, A. De Maeseener, J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling*, 56, 2, S. 139-146, 2004

Witzel, A.: *Verfahren der Qualitativen Sozialforschung*. Dissertation. Campus Verlag Frankfurt 1982

Witzel, A.: Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung* (on-line Journal) <http://qualitative-research.net/fqs>. 2000

Wolf, U.: Wohnungslosigkeit und Krankheit in den neuen Bundesländern. Gesundheit Berlin e.V. www.gesundheitberlin.de/index.php4request=search&topic=712&type=infotext&display=1 2004

Wong, Y. Piliavin, I.: Stressors, resources and distress among homeless persons: a longitudinal analysis. *Social Science and Medicine* 52, S. 1029-1042, 2001

Woollscott, M.: Access to primary care services for homeless mentally ill people. *Nursing Standard*. 22 (35), S. 40-44, 2008

Zenka A, Zanobetti A, Schwartz J. Individual-Level modifiers of the Effects of Particulate Matter on Daily Mortality. *American Journal of Epidemiology* 163, 9 S. 849-859, 2006

9 Anhang

9.1 Fragebogen der deutschlandweiten postalischen Umfrage bei Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

Modifiziert nach Pleace et al. [2000]

Zugang Wohnungsloser zum Gesundheitssystem

Eine Umfrage des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Fragebogen auszufüllen. Alle Antworten werden vertraulich behandelt. Bitte schicken Sie den Fragebogen im beiliegenden frankierten Umschlag zurück. Falls Sie beim Ausfüllen des Fragebogens Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an Ignaz Steiger, Tel.: 01520 / 59 40 561 oder E-mail: ignaz.steiger@charite.de

Name des Projekts:.....

Adresse:.....

E-mail, falls Sie über die Ergebnisse der Studie informiert werden möchten.....

1. Bitte nennen Sie den Leistungstyp Ihrer Einrichtung
(z. B. Übernachtungsstelle, Wohnheim, Tagesaufenthalt oder Beratungsstelle)

.....

.....

2. Bitte schätzen Sie, wieviel Prozent Ihrer Klienten in ihrer jetzigen Lebenssituation regelmässig „Platte“ machen

3. Wie oft versucht ihre Einrichtung einem Klienten dabei zu helfen, Zugang zu einem Arzt, Rettungswagen oder einer anderen Leistung des Gesundheitssystems zu erhalten? (Bitte eine Möglichkeit ankreuzen)

- Häufig Manchmal Selten Nie

4. Gibt es **in Ihrer Nähe** niederschwellige medizinische Hilfeangebote, die **speziell** auf Wohnungslose ausgerichtet sind? (Bitte ein Kreuz für jedes der genannten Hilfeangebote)

Speziell auf Wohnungslose ausgerichtetes Hilfeangebot	In unserer Einrichtung vorhanden	Besucht unsere Einrichtung	In erreichbarer Nähe	Nicht vorhanden
Allgemeinarztpraxis/Sprechstunden für Wohnungslose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufsuchende medizinische Hilfe (Strassenambulanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenwohnung für Wohnungslose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fusspflege für Wohnungslose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optiker für Wohnungslose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt für Wohnungslose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Beratungsstelle für Wohnungslose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtberatung für Wohnungslose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie hat sich für Ihre Klienten der Zugang zur Gesundheitsversorgung durch die Einführung der „Praxisgebühr“ verändert?

- Nicht verändert Leicht verschlechtert Stark verschlechtert

6. Tragen Ihre Klienten beim Besuch des niedergelassenen Arztes die „Praxisgebühr“ selbst?

- Immer Häufig Selten Nie

7. Was geschieht in der Regel, wenn ein Klient die „Praxisgebühr“ nicht aufbringt?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Klient weicht auf ein niederschwelliges Angebot ohne „Praxisgebühr“ aus
- Klient verzichtet auf den Arztbesuch

Übernahme der Gebühr durch:

- Arzt Einrichtung d. Wohnungslosenhilfe Anrechnung auf Arbeitslosengeld/Sozialhilfe
- Sonstiges (bitte angeben).....

8. Was sind üblicherweise die Anlaufstellen **ihrer Klienten** bei Gesundheitsproblemen? Bitte schreiben sie „1“ hinter das am häufigsten genutzte Hilfsangebot, „2“ hinter das am zweithäufigsten genutzte, „3“ für das am dritthäufigsten genutzte und so weiter. **Nicht erreichbare Angebote bitte streichen.**

Medizinisches Hilfeangebot	Rang 1 bis 4 (oder streichen)
Rettungswagen / Notaufnahme Krankenhaus	
Niederschwellige Arztpraxis / Sprechstunde für Wohnungslose	
Aufsuchende medizinische Hilfe (Strassenambulanz)	
Normale Allgemeinarztpraxis	

9. Wie einfach oder schwierig ist es aus Ihrer Sicht **für Ihre Klienten**, sich zu medizinischen Hilfeangeboten **Zugang zu verschaffen?**

Bitte kreuzen Sie ein Kästchen für Hilfeangebote aus der allgemeinen medizinischen Versorgung an und ein Kästchen für speziell auf Wohnungslose ausgerichtete niederschwellige Hilfeangebote, falls vorhanden.

Bitte lassen Sie das Kästchen für niederschwellige Hilfeangebote frei, falls diese nicht in erreichbarer Nähe vorhanden sind.

Hilfeangebot	Zugang zur Regelversorgung bitte immer ankreuzen			##	Zugang zu niederschwelligen Angeboten bitte nur ankreuzen, falls vorhanden		
	Einfach	Wechselnd	Schwierig		Einfach	Wechselnd	Schwierig
Allgemeinarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	##	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	##	-	-	-
Fusspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	##	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	##	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	##	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	##	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Psych- iatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	##	-	-	-
Suchtberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	##	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Ent- wöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	##	-	-	-
Allgemeines Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	##	-	-	-

Bitte im beiliegenden frankierten Umschlag zurücksenden an:

I. Steiger, Institut für Medizinische Soziologie der Charité, Thielallee 47, 14195 Berlin

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

9.2 Gesprächsleitfaden zu den problemzentrierten Interviews mit Wohnungslosen

Biografisches

- Alter
- Wohnungsanamnese
- Versorgungsanamnese (Institutionelle Anbindung)
- Orientierende medizinische Anamnese

Wohnungslosigkeit und Gesundheit

- Auswirkungen von Kälte, Nässe, mangelnder Hygiene auf die Gesundheit
- Zugänglichkeit guten Essens
- Psychisches Befinden
- Drogen, Alkohol, Nikotin
- Gewalterfahrungen

Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit

- Bedeutsamkeit von Gesundheit und Krankheit
- Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen
- Kontrollüberzeugungen
- Drogen und Alkohol

Zugang zum Gesundheitssystem

- Nutzung des Gesundheitssystems
- Information
- Hürden bei der Nutzung des Gesundheitssystems

Qualität der Versorgung

- Zufriedenheit mit der Behandlung beim Arzt
- Kommunikation

-Verhältnis zum Gesundheitssystem und Wohnsituation

Reguläres Gesundheitssystem oder niederschwellige Angebote

-Unterschiede in der Behandlung

-Qualität der Versorgung

Forschungsprojekt

-Relevanz

-Nutzen des Projekts

9.3 Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit aus dem Haupttext entfernte Tabellen und Diagramme

Medizinisches Angebot	Zugang ein- fach	Zugang wech- selnd	Zugang schwierig	Anzahl der wertenden Ein- richtungen
Allgemeinarzt	59,3%	35,5%	5,3%	454
Facharzt	29,9%	48,0%	22,2%	442
Allgemeines Kranken- haus	48,4%	44,4%	7,1%	448
Fußpflege	16,1%	19,0%	64,9%	373
Optiker	33,2%	37,6%	29,3%	410
Zahnarzt	41,9%	34,6%	23,5%	442
Psychiatrische Beratung	38,2%	28,7%	33,2%	422
Stationäre Psychiatrie	33,9%	48,1%	18,1%	437
Suchtberatung	51,7%	33,1%	15,2%	447
Stationäre Entwöhnung	37,1%	46,4%	16,5%	448

Tabelle 23: Zugang zur regulären medizinischen Versorgung

Niederschwelliges medizinisches Angebot	Zugang einfach	Zugang wechselnd	Zugang schwierig	Anzahl der wertenden Einrichtungen
Allgemeinarzt	80,9%	16,0%	3,1%	131
Fußpflege	57,9%	31,6%	10,5%	38
Zahnarzt	26,9%	61,5%	11,5%	26
Psychiatrische Beratung	62,3%	26,1%	11,6%	69
Suchtberatung	75,9%	20,5%	3,6%	112

Tabelle 24: Zugang zu niederschwelligen medizinischen Angeboten

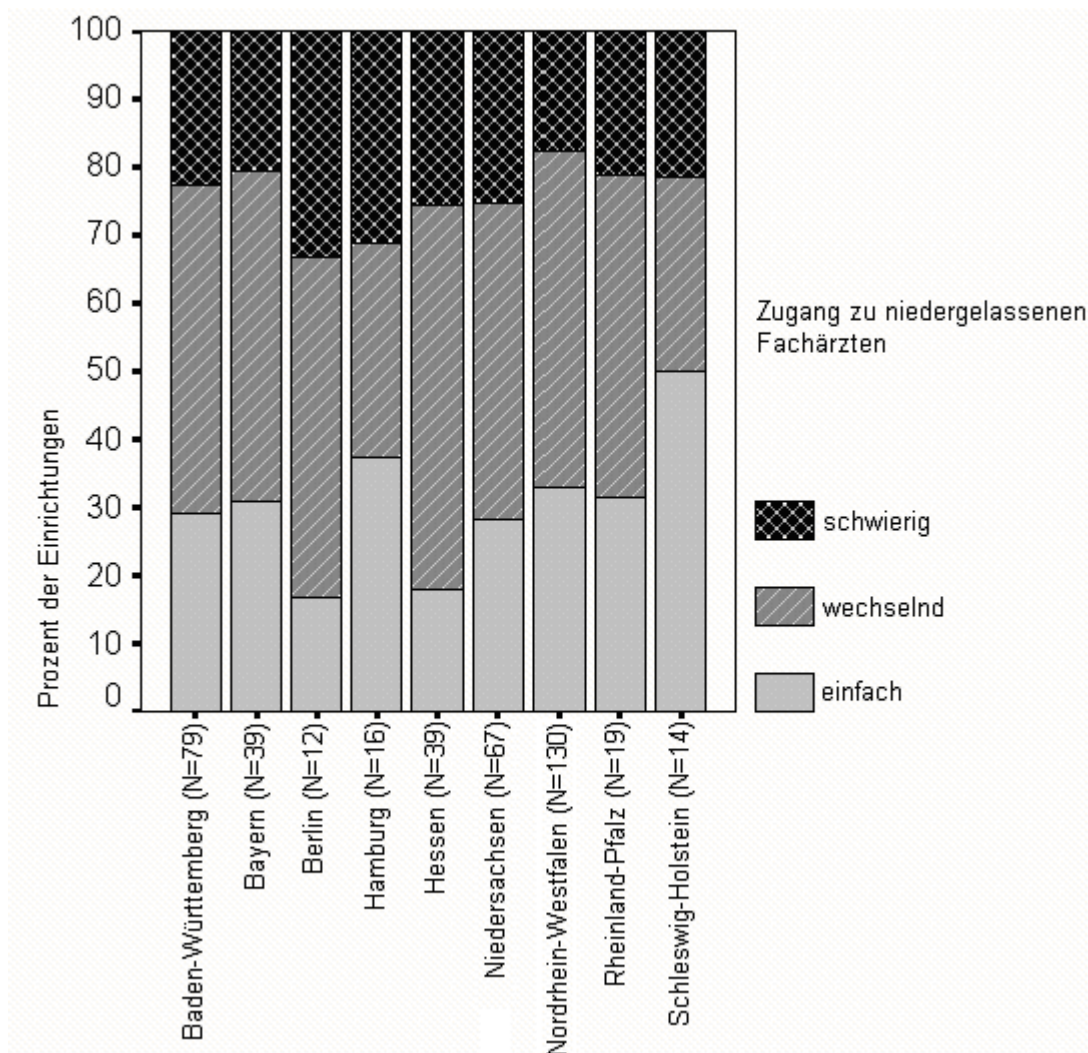


Diagramm 39: Zugang zu Facharztpraxen nach Bundesländern aufgegliedert. (Einrichtungen aus Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland, Sachsen und Thüringen wurden bei weniger als 10 antwortenden Einrichtungen je Bundesland nicht dargestellt.)

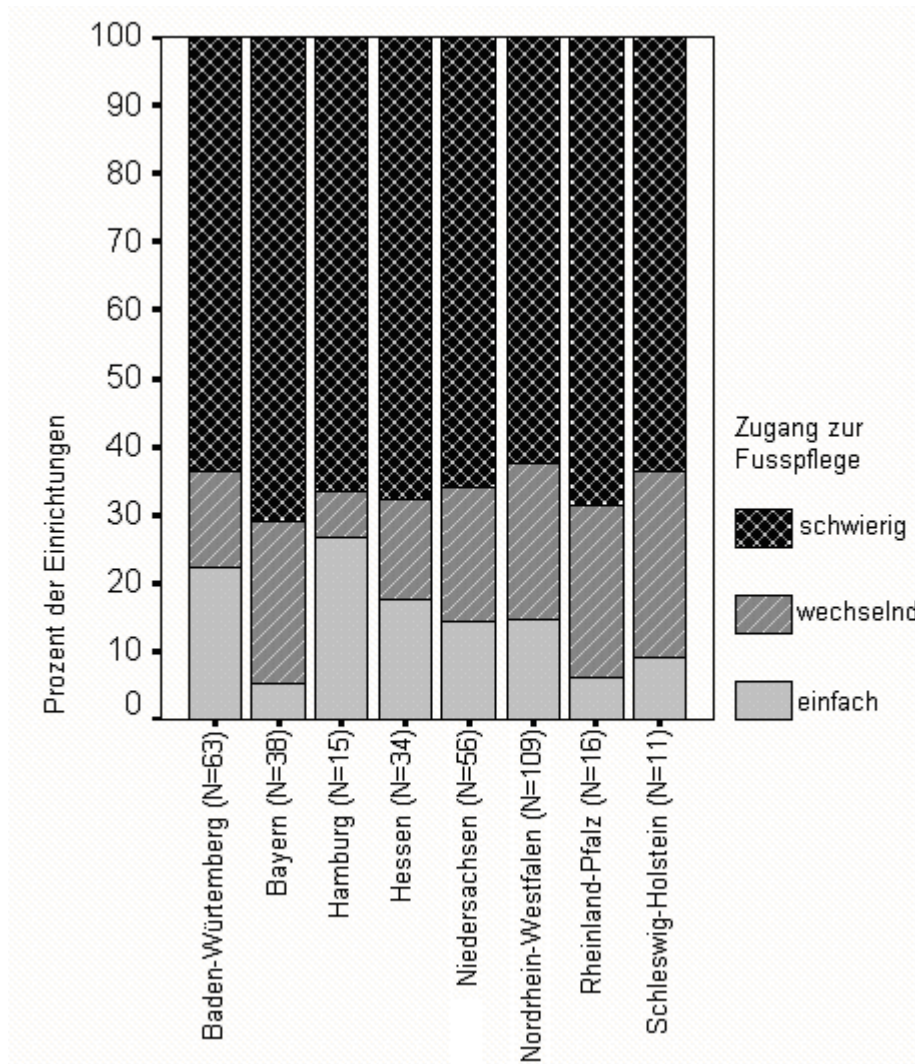


Diagramm 40: Zugang zur Fußpflege des regulären Gesundheitssystems nach Bundesländern aufgegliedert. (Einrichtungen aus Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland, Sachsen und Thüringen wurden bei weniger als 10 antwortenden Einrichtungen je Bundesland nicht dargestellt.)

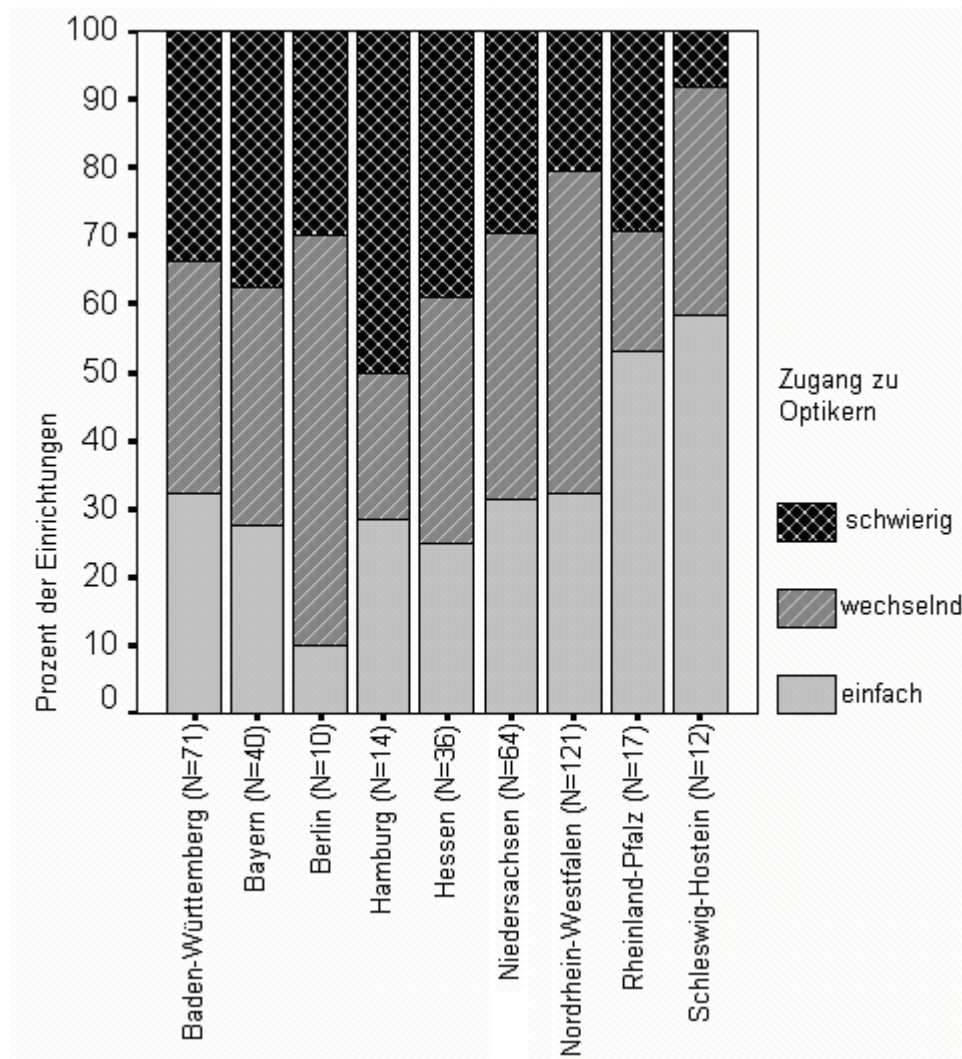


Diagramm 41: Zugang zu Optikern des regulären Gesundheitssystems nach Bundesländern aufgegliedert. (Einrichtungen aus Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland, Sachsen und Thüringen wurden bei weniger als 10 antwortenden Einrichtungen je Bundesland nicht dargestellt.)

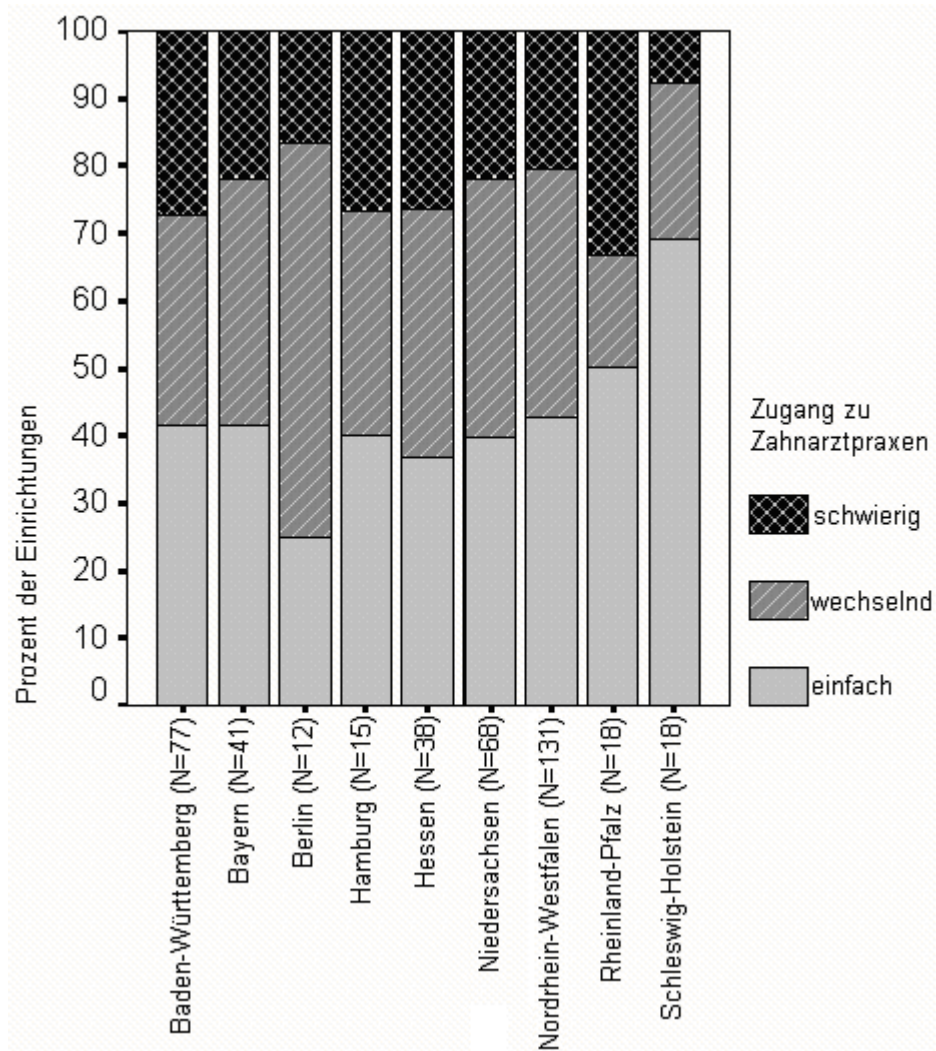


Diagramm 42: Zugang zu Zahnarztpraxen des regulären Gesundheitssystems nach Bundesländern aufgegliedert. (Einrichtungen aus Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland, Sachsen und Thüringen wurden bei weniger als 10 antwortenden Einrichtungen je Bundesland nicht dargestellt.)

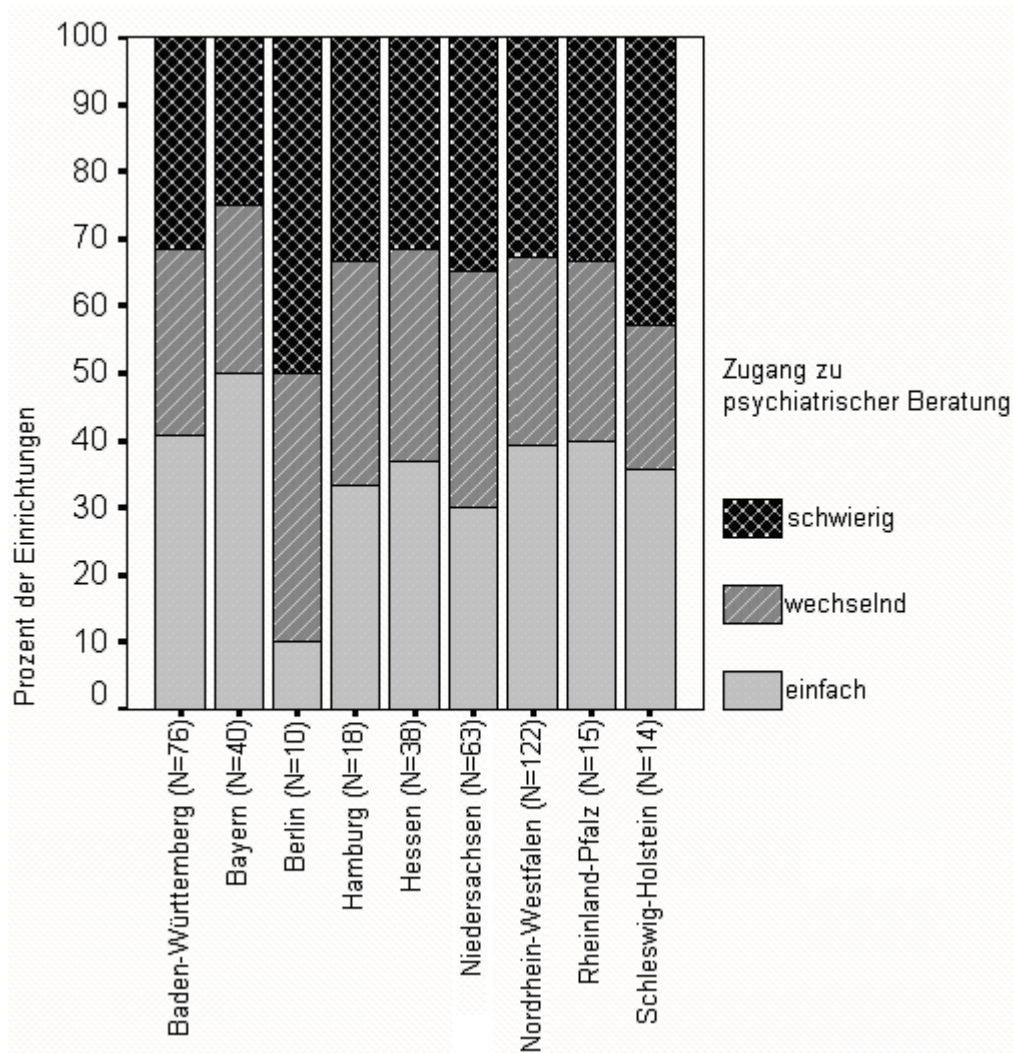


Diagramm 43: Zugang zu psychiatrischer Beratung des regulären Gesundheitssystems nach Bundesländern aufgliedert. (Einrichtungen aus Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland, Sachsen und Thüringen wurden bei weniger als 10 antwortenden Einrichtungen je Bundesland nicht dargestellt.)

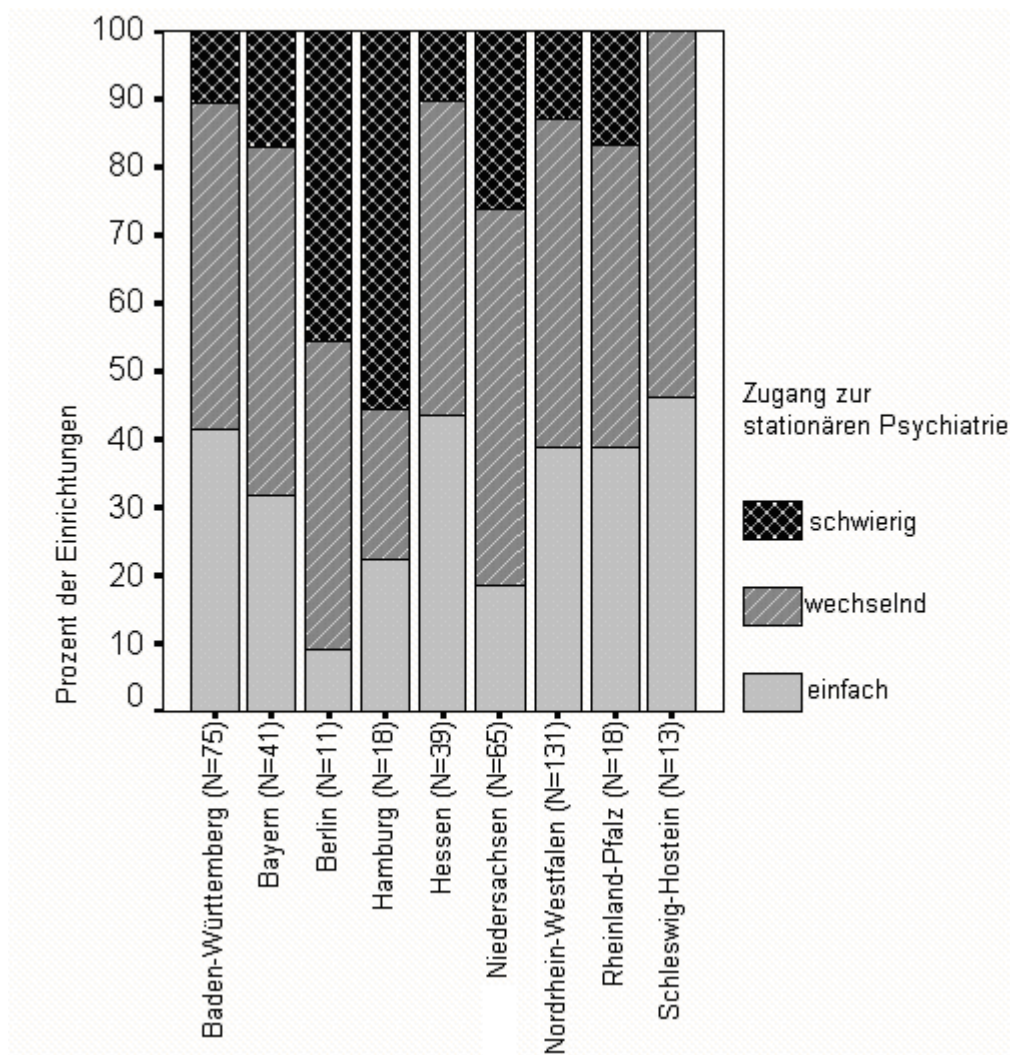


Diagramm 44: Zugang zur stationären Psychiatrie nach Bundesländern aufgegliedert. (Einrichtungen aus Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland, Sachsen und Thüringen wurden bei weniger als 10 antwortenden Einrichtungen je Bundesland nicht dargestellt.)

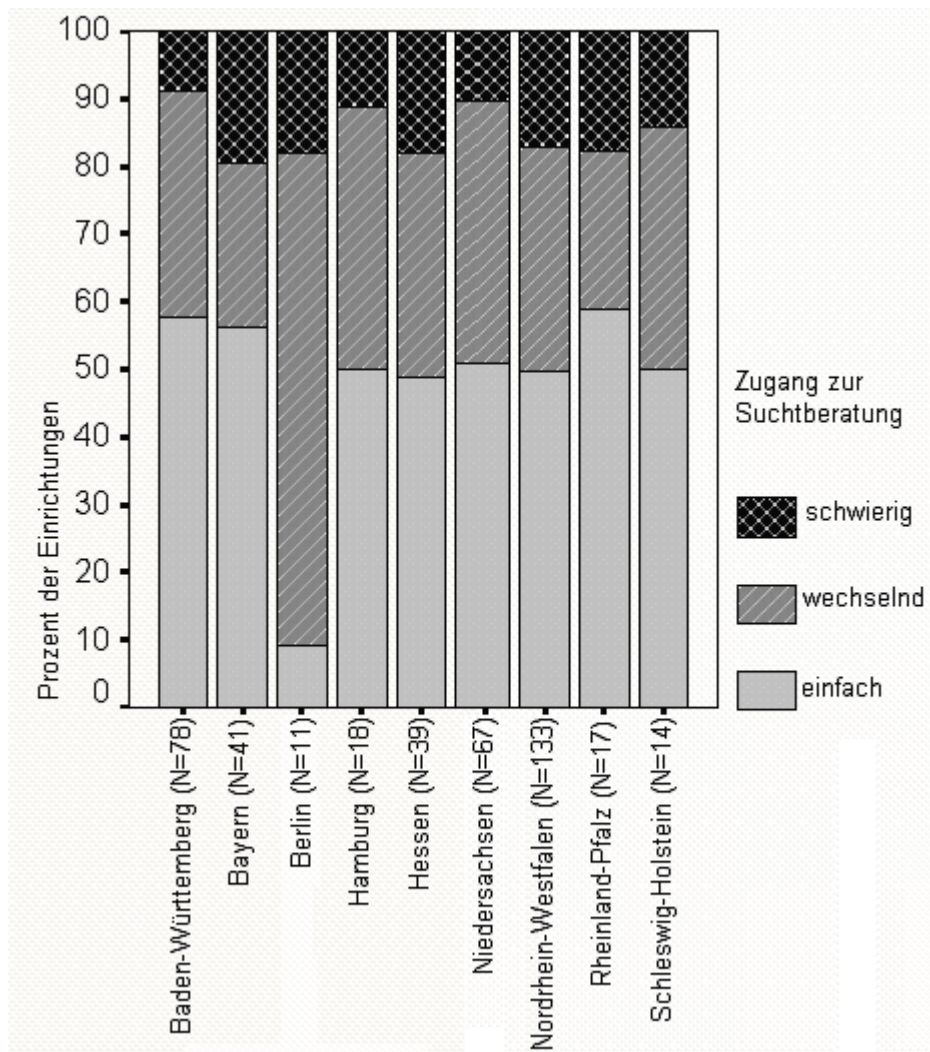


Diagramm 45: Zugang zur Suchtberatung nach Bundesländern aufgegliedert. (Einrichtungen aus Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland, Sachsen und Thüringen wurden bei weniger als 10 antwortenden Einrichtungen je Bundesland nicht dargestellt.)

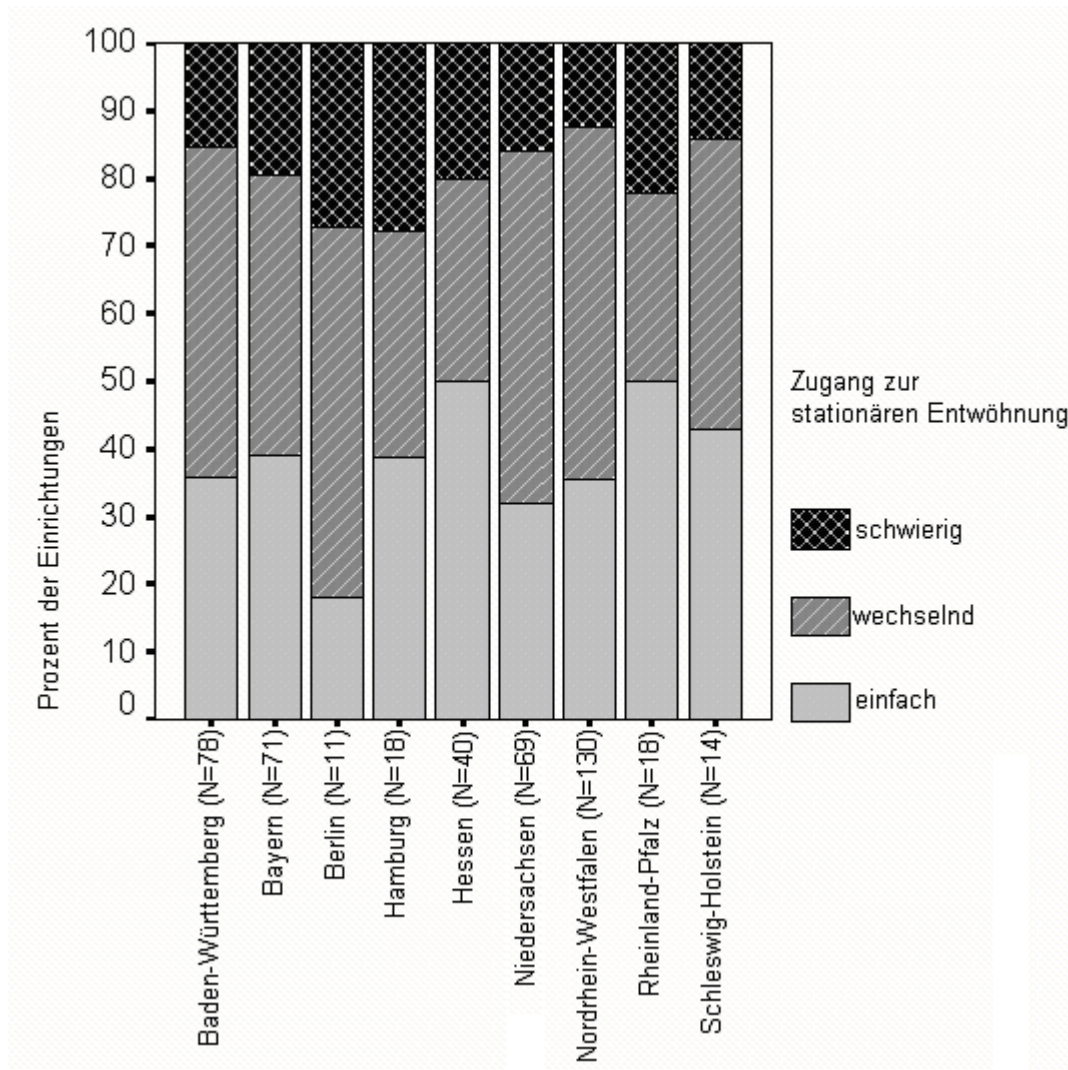


Diagramm 46: Zugang zur stationären Entwöhnung nach Bundesländern aufgegliedert. (Einrichtungen aus Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland, Sachsen und Thüringen wurden bei weniger als 10 antwortenden Einrichtungen je Bundesland nicht dargestellt.)

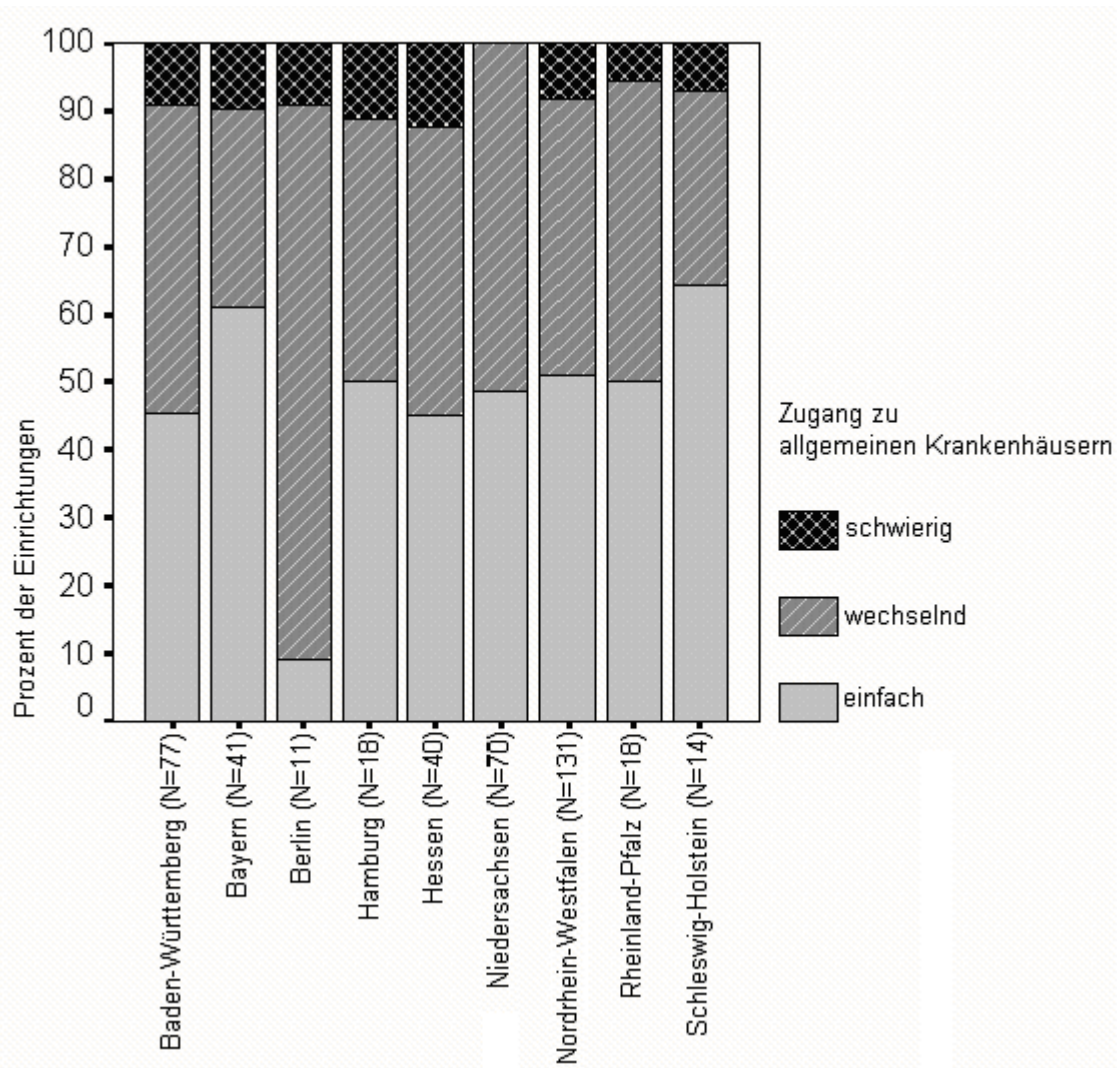


Diagramm 47: Zugang zu allgemeinen Krankenhäusern nach Bundesländern aufgegliedert. (Einrichtungen aus Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland, Sachsen und Thüringen wurden bei weniger als 10 antwortenden Einrichtungen je Bundesland nicht dargestellt.)

10 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

11 Erklärung

Ich, Ignaz Steiger, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, die Arbeit ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

02.08.2009

Ignaz Steiger