

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Medizinische und soziodemographische Charakteristika
der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für
Obdachlose**

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Theresa Elisabeth Secunda Bauer

aus Duisburg

Gutachter: 1. Priv.-Doz. Dr. med. T. Keil
2. Priv.-Doz. Dr. med. C. Gärtner
3. Prof. Dr. med. A. Michalsen

Datum der Promotion: 24.02.2012

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	6
1 EINLEITUNG	7
1.1 Wohnungslosigkeit in Deutschland	7
1.2 Wohnungslose, Obdachlose, Nichtsesshafte - Begriffe und Definition	8
1.3 Wohnungslosen-Versorgung – zwischen staatlicher Sozialpolitik, konfessioneller Fürsorge und zivilgesellschaftlichem Engagement.....	9
1.3.1 Staat.....	9
1.3.2 Kirche.....	10
1.3.3 Zivilgesellschaft	10
1.3.4 Aktuelle Situation und das Gesundheitszentrum für Obdachlose der Jenny De la Torre Stiftung in Berlin	11
1.4 Medizin und Wohnungslosigkeit - Aktueller Forschungsstand	12
1.5 Fragestellung und Zielsetzung.....	13
2 METHODIK.....	15
2.1 Studiendesign	15
2.1.1 Untersuchungszeitraum.....	15
2.2 Studienpopulation	15
2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien.....	15
2.3 Datenerhebung	16
2.3.1 Erhebungsinstrumente.....	16
2.3.2 Datenbank	16
2.3.2.1 Soziodemographische Parameter	16
2.3.2.2 Medizinische Parameter	18
2.3.3 Pilotphase	18
2.4 Datenmanagement und Statistik	19
2.4.1 Datenmanagement	19
2.4.2 Statistik	19
2.4.2.1 Deskription.....	19
3 ERGEBNISSE.....	21
3.1 Soziodemographische Ergebnisse	21
3.1.1 Altersverteilung	21
3.1.2 Familienstand und Kinder	23
3.1.3 Herkunft	23
3.1.4 Bildungsniveau	25
3.1.5 Versorgungssituation - Krankenversicherung und Sozialhilfe.....	26
3.1.6 Wohnungslosigkeit.....	27
3.1.7 Übernachtungsstelle.....	29
3.2 Medizinische Ergebnisse	30
3.2.1 Letzter Arztbesuch	30
3.2.2 Vorerkrankungen	30

3.2.3	Substanzbedingte Vorerkrankungen.....	31
3.2.4	Gründe für den Arztbesuch.....	31
3.2.5	Diagnostizierte Erkrankungen.....	32
4	DISKUSSION.....	36
4.1	Hauptergebnisse.....	36
4.2	Soziodemographische Parameter.....	37
4.2.1	Frauen.....	37
4.2.2	Alter.....	38
4.2.3	Familienstand und Kinder.....	39
4.2.4	Herkunft.....	40
4.2.5	Bildung.....	40
4.2.6	Versorgungssituation – Krankenversicherung, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und der Sozialhilfe.....	41
4.2.7	Dauer der Wohnungslosigkeit.....	42
4.2.8	Übernachtungsstellen.....	43
4.3	Medizinische Parameter.....	45
4.3.1	Letzter Besuch beim Arzt.....	45
4.3.2	Vorerkrankungen.....	46
4.3.3	Abhängigkeiten.....	46
4.3.4	Beschwerden.....	47
4.3.5	Diagnostizierte Erkrankungen.....	48
4.3.5.1	Die häufigsten Diagnosen.....	48
4.3.5.2	Diagnosen im Vergleich zu anderen Studien.....	51
4.4	Limitationen.....	53
4.5	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	54
5	ZUSAMMENFASSUNG.....	56
6	LITERATURVERZEICHNIS.....	58
7	DANKSAGUNG.....	64
8	LEBENS LAUF.....	65
9	EIDESSTATTLICHE EKLÄRUNG.....	65

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Kategorien zur Erhebung der soziodemographischen Parameter	17
Tabelle 2 Kategorien zur Erhebung der medizinischen Parameter	18
Tabelle 3 Verteilung der aus der Europäischen Union stammenden Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose, aufgelistet nach den häufigsten Herkunftsländern.	24
Tabelle 4 Verteilung der Patienten, die unter einem halben Jahr wohnungslos waren nach Dauer der Wohnungslosigkeit.	28
Tabelle 5 Eintrittsalter in die aktuelle Wohnungslosigkeit (Altersklassen in Jahren).	28
Tabelle 6 Zeitpunkt des letzten Arztbesuches mit Angaben zu dieser Frage	30
Tabelle 7 Behandlungsdiagnosen (n=543), gruppiert nach ICD-10 Klassifizierung.	32

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Aufteilung des Patientenkollektivs des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose nach Wohnsitz und Geschlecht.	21
Abbildung 2 Altersverteilung bei männlichen und weiblichen Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose.	22
Abbildung 3 Familienstand der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose, aufgeteilt nach Geschlechtern.....	23
Abbildung 4 Herkunftsverteilung der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose, aufgeteilt nach Geschlechtern.	24
Abbildung 5 Verteilung der höchsten Schulabschlüsse der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose, aufgeteilt nach Herkunftsregionen.	25
Abbildung 6 Verteilung der Krankenversicherungsverhältnisse der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose, aufgeteilt nach Herkunftsregionen.	26
Abbildung 7 Verteilung der Patienten des Gesundheitszentrums mit Angaben zur Dauer der Wohnungslosigkeit zum Zeitpunkt des Erstkontaktes.....	27
Abbildung 8 Verteilung substanzbedingter Abhängigkeiten, Angaben anamnestisch erhoben.	31
Abbildung 9 Die 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Patienten, nach ICD-10 Klassifizierung aufgeschlüsselt.	33

1 EINLEITUNG

1.1 Wohnungslosigkeit in Deutschland

Wohnungslosigkeit ist eine extreme Form der Armut. Die aktuellsten Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. stammen aus dem Jahre 2006 und belaufen sich auf etwa 265.000 wohnungslose Menschen in Deutschland (Schröder, 2008). Davon waren ca. 132.000 allein stehende Wohnungslose, etwa 122.000 Personen in Mehrpersonenhaushalten und ca. 11.000 Personen waren wohnungslose Aussiedler. Im Vergleich zum vorherigen Jahr ist die Zahl der allein stehenden Wohnungslosen gestiegen. Im Jahr 2005 hatte es schätzungsweise nur rund 129.000 allein stehende Wohnungslose gegeben (Schröder, 2008).

Diese Menschen übernachten in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, bei Freunden oder Bekannten, in von Städten und Gemeinden bereitgestellten Unterkünften, in Hotels oder Pensionen. Schätzung zufolge leben rund 18.000 Personen ohne Unterkunft „auf der Straße“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2008), sie übernachten in Hauseingängen, leer stehenden Gebäuden, unter Brücken oder in Parkanlagen.

Wohnungslose sind aufgrund ihrer Lebensbedingungen in besonderer Weise gefährdet, sowohl körperlich als auch psychisch zu erkranken. Der Verlust der eigenen Wohnung bedeutet gleichzeitig auch, der Witterung schutzlos ausgeliefert zu sein und über keine Rückzugs- und Ruhemöglichkeiten mehr zu verfügen. Zudem sind die Möglichkeiten zur Körperhygiene und Essenszubereitung stark eingeschränkt.

Erkrankungen der Atemwege, der Haut, des Bewegungsapparats sowie des Verdauungssystems sind fast zwangsläufige Folgen. Wohnungslosigkeit stellt zusätzlich eine intensive psychische Belastungssituation dar, die ihre Ursachen vor allem in kontinuierlichem Schlafentzug, sozialer Isolation, Gewalterfahrungen, fehlender Privatsphäre und dem dauerhaften Druck finanzieller Schulden hat (Kunstmann, 2002). Hinzu kommt, dass diese Menschen einen sehr begrenzten Zugang zu medizinischer Versorgung haben.

Im Ballungsraum Berlin leben die meisten wohnungslosen Menschen in Deutschland. Damit nimmt Berlin eine besondere Stellung ein. Die Diakonie Berlin geht von etwa 10.000 wohnungslosen Menschen in der Hauptstadt aus (Kotnik, 2007).

Bis heute gibt es in Deutschland nur wenig Informationen über Menschen in der Wohnungslosigkeit und deren gesundheitlichen Probleme, besonders für Berlin fehlen hierzu aktuelle Daten.

1.2 Wohnungslose, Obdachlose, Nichtsesshafte - Begriffe und Definition

Im allgemeinen Sprachgebrauch sowie in den Medien werden die Begriffe „Wohnungslose“ und „Odachlose“ synonym verwendet. In der öffentlichen Verwaltung sowie bei Fachdiskussion hingegen wird zwischen Wohnungslosen und Obdachlosen unterschieden. Die Unterscheidung dieser beiden Begriffe richtet sich nach dem Kriterium des Alleinstehenden. Der Rechtsbegriff „Wohnungslose“ bezeichnet alle allein stehenden Personen, der Begriff „Odachlose“ umfasst alle, die nicht allein stehend sind, wie etwa Familien, Teilfamilien oder Paare. Auf Grund der wenig hilfreichen Differenzierung wird häufig der Begriff „Wohnungsnotfall“ gebraucht, der beide Personengruppen zusammenfasst. Der terminus technicus „Wohnungsnotfall“ wurde 1987 auf dem Deutschen Städtetag vorgeschlagen und wird als Alternative verwendet (Deutscher Städtetag, 1987). Nach Angaben dieser Empfehlungen umfasst der „Wohnungsnotfall“ Personengruppen, die unmittelbar von Obdachlosigkeit, z.B. durch Räumungsklage, bedroht sind, die akut von Obdachlosigkeit betroffen sind, faktisch ohne Wohnung und Unterkunft oder ordnungsrechtlich mit einer Wohnung oder Unterkunft versorgt sind, die aus sonstigen Gründen in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben. (Holtmannspötter, 1996)

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) definiert „wohnungslos“ als Zustand von Einzelpersonen oder Familien, die entweder ohne eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung sind oder in institutioneller Form (z.B. Notunterkunft, Unterkunft der Wohnungslosennothilfe), oder nicht-institutioneller Form (bei Freunden oder Bekannten) untergebracht sind.

Die Beschreibung von Menschen ohne festen Wohnsitz als „Nichtsesshafte“ ist obsolet und wird in der aktuellen Literatur nicht mehr verwendet. Der Begriff ist nationalsozialistischen Ursprungs, SS-Standartenführer Walther Seidler verwendete ihn erstmals im Jahre 1938 in seinem Buch „Der nichtseßhafte Mensch“. Das Buch war ein „Beitrag zur Neugestaltung der Raum- und Menschenordnung im Großdeutschen Reich“ (Seidler, 1938) und prägte den Ausdruck bis ins 21. Jahrhundert. Somit waren „Nichtsesshafte“ im §4 zum §72 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) vom 09.06.1976 definiert als: „...Personen, die ohne gesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage umherziehen oder die sich zur Vorbereitung auf eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft oder zur dauernden persönlichen Betreuung in einer Einrichtung für Nichtsesshafte aufhalten.“ (Bundesministerium für Jugend, 1976). Die Definition wurde am 24.01.2001 nach heftiger Kritik an der aus der NS-Zeit stammenden Diskriminierung vieler Fachverbände geändert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2001). Hinzu kam die politische Forderung, die traditionelle Trennung und unterschiedliche Zuständigkeit bei Wohnungslosigkeit nach „Personen ohne ausreichende Unterkunft“

(Wohnungslosen) einerseits und „Nichtsesshaften“ andererseits, zu Gunsten einer einheitlichen Definition der besonderen Lebensverhältnisse und der mit ihnen verbundenen sozialen Schwierigkeiten zu überwinden.

1.3 Wohnungslosen-Versorgung – zwischen staatlicher Sozialpolitik, konfessioneller Fürsorge und zivilgesellschaftlichem Engagement

Um die gegenwärtigen Versorgungsformen von wohnungslosen Menschen verstehen zu können, ist ein Blick auf die Sozialgeschichte dieses Phänomens wichtig. Die folgenden Kapitel folgen einem gesellschaftsanalytischen Ansatz, bei dem zwischen drei Hauptakteuren Staat, Kirche und Zivilgesellschaft unterschieden wird.

1.3.1 Staat

Der Ursprung von „Wohnungslosigkeit“ liegt im Wandern der Handwerker, dem so genannten „auf die Walz gehen“. Die Zünfte sicherten dabei die sozialen Bedürfnisse und Übernachtungsplätze ihrer Mitglieder. Mit dem Aufkommen des Industriekapitalismus und der Verstädterung der Bevölkerung änderten sich die Bedingungen für Erwerbstätigkeit maßgeblich. Insbesondere die so genannte Binnenwanderung verstärkte sich, die Menschen zogen der Arbeit hinterher (Tennstedt, 1989). Hiermit erschien aber auch das bekannte Problem der Wohnungslosigkeit in neuem Licht und forderte zu Lösungen heraus. Daher wurden im 19. Jahrhundert die ersten staatlich subventionierten Nichtsesshaften-Heime errichtet, denn „das Wandern wurde mehr und mehr zu einer spezifischen Form von Arbeitslosigkeit.“ (Rohrman, 1987). Die Unterbringung von Wohnungslosen ohne Gegenleistung war keineswegs unumstritten. Arbeitshäuser und Arbeiterkolonien erfüllten auch eine soziale Disziplinierungsfunktion.

Im Jahre 1883 führte Bismarck im Rahmen seiner sozialen Reformen die Krankenversicherung ein, zunächst galt sie für die arbeitende Bevölkerung. Kranken ohne Arbeit und Obdach wurde in den Arbeiterkolonien eine Möglichkeit zur „inneren und äußeren Erneuerung“ (Tennstedt, 1989) geboten. In der Praxis bedeutete dies die Etablierung von Arbeiterkolonien als gesellschaftliche Disziplinierungsinstitutionen neben Gefängnis, Armee und Psychiatrie. Für Männer, die als nicht arbeitsfähig galten, schloss sich daher häufig ein nahtloser Übergang in diese geschlossenen Einrichtungen an (siehe dazu Kapitel 1.4).

Zur Zeit des Ersten Weltkrieges wurden viele Wanderarbeiter in die Armee eingezogen oder als Arbeitskräfte in der Industrie eingesetzt. In der Weimarer Republik hingegen wurden aufgrund von Nachkriegszeitdefiziten und der Inflation die Arbeitsvermittlung und die Fürsorge zunehmend zur öffentlichen Aufgabe. Zunehmend nahm der nationalsozialistische

Staat Einfluss auf diese Prozesse. Öffentliche Subventionen wurden zurückgefahren und an ihre Stelle trat Kontrolle und Restriktion. Wohnungslose wurden zunächst durch Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen in der Rüstungsindustrie beschäftigt. 1933 begann eine verhängnisvolle Zeit für diese Menschen, die geprägt war durch die Zuständigkeit der Geheimen Staatspolizei und zum Schluss in einer Inhaftierung in Konzentrationslagern gipfelte. Wohnungslose wurden als psychisch krank definiert und zur „Hebung der Volksgesundheit“ getötet. Allein im April und Juni des Jahres 1938 führte die Mission „Arbeitsscheu Reich“ zur Deportation von über 10.000 so genannten „Asozialen“ in Konzentrationslager (Ayaß, 2004).

1.3.2 Kirche

Neben den staatlich geführten Arbeiterkolonien etablierten sich zum Ende des 19. Jahrhunderts konfessionell geführte Herbergen. Besonders die evangelische Kirche beherbergte in ihren so genannten „Herbergen zur Heimat“ nicht nur Handwerksgesellen, sondern auch andere Wanderer. Im Gegensatz zum katholischen Pendant, den Kolpinghäusern, die ausschließlich Handwerksgesellen zugänglich waren. Somit war „die Entstehung der organisierten Nichtsesshaftenhilfe“ (Holtmannspötter, 1984) primär geprägt durch die evangelische Kirche.

Ein Protagonist der deutschen Wohnungslosenfürsorge war der Pastor Friedrich von Bodelschwingh (1831–1910). Er machte sich das Prinzip „Arbeit statt Almosen“ zu Eigen und errichtete 1882 im Bielefelder Raum eine Arbeiterkolonie, die aus so genannten „Naturalverpflegungsstationen“ bestand. Durch Anregungen aus Holland und Belgien waren diese Arbeiterkolonien geprägt von einem pädagogischen Zusammenleben. Es sollten die „ehrlichen Wanderer“ herausgefiltert werden, jene, die arbeitswillig waren.

Schnell verbreiteten sich konfessionelle Einrichtungen dieser Art. Über die Gründe lässt sich nur mutmaßen: „... es ist im Nachhinein schwer auszumachen, ob die erstaunlich schnelle Verbreitung dieser Hilfeart auf die Überzeugungskraft ihres Konzeptes oder auf die mit ihr gegebene Möglichkeit zur Ersatzhandlung der gegenüber der Massenarbeitslosigkeit sich ohnmächtig zeigenden staatlichen Behörde oder auf das Vorbild des Kaisers zurückzuführen war, der zur Gründung der ersten Arbeiterkolonie aus seiner Privatschatulle einen größeren Betrag spendete.“ (Holtmannspötter, 1984)

1.3.3 Zivilgesellschaft

Die Gründung von Vereinen und Verbänden der Wohlfahrtspflege in freier Trägerschaft ist ein Indiz für die zivilgesellschaftliche Aufmerksamkeit bei der Versorgung wohnungsloser Menschen. Leider ist die Bedeutung organisierter karitativer Einrichtungen in privater Trägerschaft bisher wenig erforscht. Exemplarisch sei auf die Gründung dreier

Organisationsstrukturen hingewiesen, die sich bis heute unter anderem als überregionale Netzwerke für die Koordination von lokaler Wohnungslosenhilfe verstehen:

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (1880 gegründet)
- Paritätischer Wohlfahrtsverband (1919 gegründet)
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e.V. (1954 gegründet)

Eine genauere Bewertung und zeitliche Einordnung einzelner privater Einrichtungen, insbesondere im Kontext der deutschen Teilung von 1945 bis 1990, kann aufgrund des Umfangs, aber auch der bislang seltenen Forschungsergebnisse nicht geleistet werden und muss Detailstudien vorbehalten bleiben.

1.3.4 Aktuelle Situation und das Gesundheitszentrum für Obdachlose der Jenny De la Torre Stiftung in Berlin

In den letzten zwanzig Jahren hat nicht zuletzt durch sozialwissenschaftliche Forschung eine Entpathologisierung von Wohnungslosen stattgefunden. Dies ebnete den Weg zu neuen Versorgungsformen, in denen sich langjährige Forderungen nach einer interdisziplinären Versorgung „vor Ort“ wieder finden (Trabert, 1994). Sie zeichnet sich durch eine Zusammenarbeit von Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen, aber auch Juristen aus, die unabhängig von der Trägerschaft in einigen Einrichtungen umgesetzt wird. Eine weitere Versorgungsform sind die so genannten Arztmobile, sie können eine medizinische Grundversorgung anbieten und haben zusätzlich den Vorteil, dass sie den Standort je nach Bedarf wechseln können.

An diese interdisziplinären Versorgungskonzepte knüpft auch das Gesundheitszentrum für Obdachlose in Berlin an. Es wurde im September 2006 von der privaten Jenny De la Torre Stiftung in Berlin-Mitte eröffnet und bietet kostenlose medizinische Hilfe und Betreuung für Wohnungslose. Das medizinische Angebot setzt sich aus unterschiedlichen Fachrichtungen zusammen. Neben einer internistischen und zahnmedizinischen Grundversorgung, können chirurgische, dermatologische, ophthalmologische sowie orthopädische Sprechstunden in Anspruch genommen werden. Zusätzlich zur medizinischen Versorgung wird auch eine juristische, soziale und psychologische Betreuung („wrap-around service“) angeboten. Außerdem erhalten die wohnungslosen Menschen in diesem Zentrum warme Mahlzeiten in der Suppenküche und neue Kleidung in der Kleiderkammer. Für die persönliche Hygiene stehen ihnen Dusch- und Waschmöglichkeiten zur Verfügung.

1.4 Medizin und Wohnungslosigkeit - Aktueller Forschungsstand

Eine elementare Frage dominiert die aktuelle Forschung: wie bedingen sich Krankheit und Wohnungslosigkeit? Zum einen gibt es die These, dass Wohnungslosigkeit eine Reihe medizinischer Folgen mit sich bringt, so zeigen aktuelle Studien aus Deutschland (Sperling, 1985; Fichter, 2000; Locher, 1990; Trabert, 1994), dass die Gesundheit wohnungsloser Menschen besonders gefährdet ist. Kunstmann beschreibt zudem, dass organbezogenen Krankheiten bei Wohnungslosen bis zu neunmal häufiger auftreten als in der Normalbevölkerung (Kunstmann, 2000). Auch die Mortalität ist unter Wohnungslosen deutlich erhöht, 20% der deutschen Bevölkerung werden über 60 Jahre alt, wohingegen nur 9% der Wohnungslosen dieses Alter erreichen (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG), 1997).

Zum anderen wird diskutiert, dass medizinische Defizite wie Behinderungen und psychische Einschränkungen sowie somatische Krankheiten als Ursachen von Wohnungslosigkeit gesehen werden müssen. So bemerkt Schulze, dass Wohnungslose „zum Teil eben wegen dieser Defekte auf die Landstraße geraten“ (Schulze, 1938) und Aderhold beschreibt 1970: „Angeborene und erworbene Missbildungen, Abnormitäten und Gebrechen sind unter den Nichtsesshaften weit verbreitet.“ (Aderhold, 1970). Auch in neueren Ausführungen kommt bei der Ursachenforschung von Wohnungslosigkeit die elementare Frage auf: „Ist Krankheit eine wichtige und vielleicht zu wenig beachtete Ursache für die Wohnungslosigkeit?“ (Ferber, 1990).

Krankheit wird als ein wesentlicher Ursprungsfaktor eines zur Wohnungslosigkeit führenden Prozesses angesehen. So schreibt Locher: „Gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer haben ein höheres Arbeitsplatzrisiko“ (Locher, 1990). Der Arbeitsplatzverlust führt mitunter zur Wohnungslosigkeit. Darüber hinaus nennt Locher mögliche Nebenumstände: „Die Erfahrung der Arbeitslosigkeit wiederum hat Bedeutung bei der Entstehung von psychischen Krankheiten und Alkoholismus.“

Einen weiteren Schwerpunkt legt die aktuelle medizinische Forschung zur Wohnungslosigkeit auf die Beschreibung gehäufte Prävalenzen von psychiatrischen Erkrankungen, diese lässt sich durchgängig im Vergleich zur Normalbevölkerung darstellen (Fichter, 2000). Die Diskussionen, Wohnungslosigkeit als eigenes psychiatrisches Erkrankungsbild aufzufassen, sind aus heutiger Sicht obsolet (Locher, 1990). Mit Einführung der zehnten Ausgabe der internationalen Klassifizierung von Krankheiten durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fand sich ein breiter Konsens, Obdachlosigkeit als soziale Krankheit anzuerkennen.

Darüber hinaus erheben aktuelle Studien zur Versorgung von Wohnungslosen soziodemographische „Parameter“ wie Geschlecht (Kunstmann, 2000), Alter (Trabert, 1994;

Torchalla, 2004) und Ausbildung (Trabert, 1994; Sperling, 1985; Weber, 1983). Hinzu kommen spezifische Informationen wie Zeitpunkt und Dauer der Wohnungslosigkeit (Schaak, 2002), sowie Indikatoren für den Gesundheitsstatus (Kunstmann, 2000; Trabert, 1997). Diese Studien wurden in den vergangenen drei Jahrzehnten zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben und bilden ein Patientenkollektiv an unterschiedlichen Standorten in Deutschland sowie die örtlichen Versorgungsstrukturen ab. Eine Vergleichbarkeit der städtischen mit der ländlichen Bevölkerung ist aber ebenso wenig gegeben wie die Patientenstruktur in mobilen, institutionalisierten und nichtmedizinischen Einrichtungen. Dementsprechend heterogen sind auch die von den Autoren erarbeiteten Studienergebnisse, die überdies auf historisch unterschiedlichen Bedingungen gründen, da sich beispielsweise die Sozialgesetzgebung, die Bevölkerungsstruktur - nicht nur im Zuge der deutsch-deutschen Vereinigung - änderten und auch die kulturell bedingte Anzahl wandernder Handwerksgesellen abnahm.

Der Einfluss von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit von Menschen spielte bislang in der medizinischen Ausbildung nur eine marginale Rolle (van Laere, 2008). Die gesellschaftspolitische Dimension dieses Problems ist bisher in Deutschland von medizinischer Seite nicht ausreichend zur Kenntnis genommen worden. Trabert weist darauf hin, dass in anderen Ländern wie etwa den USA oder Schweden eine stärkere Integration sozialmedizinischer Aspekte dieser Patientengruppen Gegenstand der Ausbildung sind (Trabert, 1994). In der sozialmedizinischen oder allgemeinmedizinischen Ausbildung der Medizinstudierenden kommt dieses Thema nur bei engagierten Dozenten zur Sprache, ein fester Bestandteil des Curriculums ist es nicht. Eine Verankerung des Themas Armut bzw. Wohnungslosigkeit und Gesundheit in der medizinischen Ausbildung und in der Facharztausbildung ist aber eine Grundbedingung, um ein hilfreiches Eingreifen von ärztlicher Seite überhaupt zu ermöglichen.

Wohnungslosigkeit ist auch in Deutschland ein Problem, das nicht nur als geringfügige Randerscheinung betrachtet werden kann. Die Auswirkungen dieser Lebenssituation sind vielfältig und zeigen sich unter anderem im gesundheitlichen Bereich.

1.5 Fragestellung und Zielsetzung

Ziel dieser Studie ist es, durch die Evaluation soziodemographischer Charakteristika und medizinischer Parameter der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Wohnungslose der Jenny De la Torre Stiftung, wissenschaftliche Erkenntnisse über die ambulante Versorgung wohnungsloser Patienten in Berlin zu gewinnen.

Gezielt sollen folgende Fragestellungen behandelt werden:

Primäre Fragestellungen:

Wie sehen die Altersverteilung, die Familienstrukturen, die Herkunft und das Bildungsniveau der Menschen aus, die das Angebot der medizinischen Versorgung für Wohnungslose in Anspruch nehmen?

Wie ist die Krankenversicherungssituation und Versorgungssituation durch Sozialhilfe dieser Patienten bei Erstkontakt?

Mit welchem Lebensalter beginnt und wie lange dauert die Wohnungslosigkeit?

Wo übernachten die wohnungslosen Patienten?

Wann haben die Patienten zum letzten Mal einen Arzt aufgesucht?

Was sind die Gründe der wohnungslosen Patienten, eine solche Einrichtung aufzusuchen?

Unter welchen Vorerkrankungen und Süchten leiden die wohnungslosen Patienten?

Welche Erkrankungen werden bei den wohnungslosen Patienten beim Erstkontakt im Gesundheitszentrum diagnostiziert?

Sekundäre Fragestellungen:

Unterscheiden sich Männer und Frauen im Hinblick auf Altersverteilung und Familienstrukturen?

Gibt es Unterschiede zwischen deutschen und nichtdeutschen wohnungslosen Patienten hinsichtlich der Krankenversicherungssituation sowie des Bildungsstandes?

Welchen Einfluss hat die Dauer der Wohnungslosigkeit auf die diagnostizierten Erkrankungen? Unterscheiden sich die diagnostizierten Erkrankungen von Kurz- bzw. Langzeitwohnungslosen?

2 METHODIK

2.1 Studiendesign

Diese retrospektive Studie wurde durchgeführt im Rahmen einer Kooperation des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité-Universitätsmedizin Berlin und dem Gesundheitszentrum für Obdachlose der Jenny De la Torre Stiftung in Berlin.

2.1.1 Untersuchungszeitraum

Die Datenerhebung erfolgte fortlaufend durch das medizinische Personal des Gesundheitszentrums seit der Gründung der Einrichtung im September 2006. In die Studie wurden alle Patienten eingeschlossen, die in dem Zeitraum von Beginn der Erhebung im Gesundheitszentrum bis zum Stichtag 01.04.2008 zu einem Erstkontakt das Zentrum aufsuchten und deren Daten somit erhoben wurden.

2.2 Studienpopulation

Bei jedem Patienten, der das Gesundheitszentrum zum ersten Mal aufsuchte, wurde mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens (siehe Kapitel 2.3.) eine ausführliche spezifische Anamnese erhoben. Bei der spezifischen Anamnese wurden neben der etablierten allgemeinmedizinischen Anamnese auch lebenssituationsrelevante Aspekte wie Dauer der Wohnungslosigkeit, derzeitige Übernachtungsmöglichkeiten oder Versicherungsstatus erfragt.

2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Während des Beobachtungszeitraums wurden alle Patienten bei Erstkontakt mit dem Gesundheitszentrum erfasst. Einschlusskriterien waren:

- Männer und Frauen
- alle Geburtsjahrgänge
- Wohnungslosigkeit (Definition der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe siehe Kapitel 1.2)
- Vorhandener standardisierter Fragebogen

2.3 Datenerhebung

2.3.1 Erhebungsinstrumente

Der standardisierte Fragebogen wurde von der Obdachlosen-Ärztin Dr. Jenny De la Torre etabliert und über viele Jahre weiterentwickelt. Er ist das Ergebnis der Erfahrungen mit der Betreuung von Obdachlosen. Somit wurde ein spezieller Fragebogen von der Gründung des Obdachlosenzentrums an zur Grundlage der Anamneseerhebung benutzt, um eine standardisierte Befragung zu gewährleisten. Die Anamnese wurde von den Ärzten und dem medizinischen Personal des Gesundheitszentrums erhoben. Des Weiteren wurden die aktuellen Beschwerden der Patienten sowie die diagnostizierten Erkrankungen beim Erstkontakt der Patientenakte entnommen.

2.3.2 Datenbank

Für die elektronische Datenverwaltung wurde eine relationale Datenbank in Microsoft Access 2003 (Redmond, WA, USA) erstellt. Um die diagnostizierten Erkrankungen, welche in Freitext in dem Anamnesebogen erfasst wurden, entsprechend verschlüsseln zu können, wurden die Tabellen der ICD-10 (International Classification of Diseases) des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) mit der Datenbank verknüpft. Im Rahmen der Dateneingabe wurden die Erkrankungen dann als dreistelliger, alphanumerischer Code in der Datenbank gespeichert. Für die Angabe der Medikamente bot die Gelbe Liste 2008 eine Übersicht der Medikamentengruppen. Auch die Tabellen der Gelben Liste wurden in die Datenbank integriert.

2.3.2.1 Soziodemographische Parameter

Es wurden 14 soziodemographische Parameter erfasst, im Folgenden aufgeschlüsselt mit den Antwortmöglichkeiten:

Tabelle 1 Kategorien zur Erhebung der soziodemographischen Parameter

<u>Parameter</u>	<u>Antwortmöglichkeit</u>
Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ
	Keine Angabe
Alter	Angabe in Jahren
Geschlecht	Männlich
	Weiblich
	Keine Angaben
Herkunftsland	Liste der 194 Staaten der Welt
	Keine Angabe
Herkunftsregion	Deutschland
	Andere Staaten der Europäischen Union (EU)
	Nicht-EU
	Keine Angabe
Familienstand	Ledig
	Verheiratet
	Geschieden
	Verwitwet
	Keine Angabe
Kinder	Nein
	Ja
	Keine Angabe
Anzahl der Kinder	Anzahl
Höchster Schulabschluss	Kein Abschluss
	Hauptschule
	Realschule/POS
	Abitur
	Keine Angabe
Sozialhilfe	Nein
	Ja
	Keine Angabe
Krankenversicherung	Keine
	AOK
	Ersatzkasse
	Privat
	Keine Angabe
Wohnungslos	Nein
	Ja
	Keine Angabe
Wohnungslos seit	TT.MM.JJJJ
	Keine Angabe
Übernachtungsstelle	Keine feste Übernachtungsstelle
	Einrichtungen
	Straße/Brücke
	Park/Friedhof
	Überdacht
	Bekannte/Freunde
	Keine Angabe

2.3.2.2 Medizinische Parameter

Es wurden sieben medizinische Variablen erfasst. Die Vorerkrankungen wurden in die organbezogenen Gruppen der ICD10-Klassifikation untergliedert. Die dreistelligen Codes wurden unter den entsprechenden Kapiteliteln der ICD-10 zusammengefasst. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Diagnosen wurden entsprechend der ICD-10-Klassifikation als dreistelliger, alphanumerischer Code dokumentiert. Es konnten bis zu fünf akut zu behandelnde Krankheiten erfasst werden.

Tabelle 2 Kategorien zur Erhebung der medizinischen Parameter

<u>Parameter</u>	<u>Antwortmöglichkeit</u>
Letzter Arztbesuch	< 3 Monate
	<1 Jahr
	1 bis 5 Jahre
	6 bis 10 Jahre
	> 10 Jahre
	Keine Angabe
Somatische Vorerkrankung	Bis zu fünf Angaben möglich, ICD-10 Klassifikation
	Keine Angabe
Psychische Vorerkrankungen	Bis zu fünf Angaben möglich, ICD-10 Klassifikation
	Keine Angabe
Sucht	Nein
	Ja
	Keine Angabe
Welche Sucht	Bis zu fünf Angaben möglich, ICD-10 Klassifikation
	Keine Angabe
Aktuelle Beschwerden	Freitext
Aktuelle Diagnose	Bis zu fünf Angaben möglich, ICD-10 Klassifikation
	Keine Angabe

2.3.3 Pilotphase

Vor Beginn der Studie wurden in einer Pilotphase von einem Monat die Daten von 40 Patienten erfasst. Nach Abschluss der Pilotphase wurden folgende Veränderungen an der Datenbank durchgeführt: Im Bereich „Lebensunterhalt“ und „Übernachtungsstellen“ wurden die Antwortmöglichkeiten erweitert. Die Medikamente wurden in Wirkungsgruppen (Gelbe Liste-Kapitel) erfasst. Nach der Modifizierung der Datenbank wurde mit der Datenerhebung begonnen.

2.4 Datenmanagement und Statistik

2.4.1 Datenmanagement

Die Datenerhebung und -verarbeitung wurden unter Einhaltung des Bundes- und Landes-Datenschutzgesetzes durchgeführt. Jeder Krankenakte wurde eine Nummer zugeordnet, mit der der Patient in die Datenbank aufgenommen wurde. Alle Daten wurden in pseudonymisierter Form gespeichert und ausgewertet. Personenbezogene Daten, soweit überhaupt vorhanden, liegen nur im Gesundheitszentrum vor. Bei fehlenden (missing value) oder unverständlichen (z.B. unleserlichen oder zweideutigen) Angaben wurde bei den Ärzten nachgefragt und die Angaben wurden wenn möglich ergänzt. Konnten fehlende Angaben nicht eruiert werden, wurden sie als ‚keine Angaben‘ in die Datenbank aufgenommen. Die Dateneingabe erfolgte in eine Microsoft-Access-Datenbank. Es wurden regelmäßig Plausibilitätsprüfungen anhand von Abfragen durchgeführt. Die Qualitätskontrolle der Dateneingabe erfolgte aufgrund einer zufälligen Stichprobe. Die Datenauswertung erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS 15.0 (Chicago, IL, USA).

2.4.2 Statistik

Trotz großer Sorgfalt bei der Erhebung kam es bei der Aufnahme gelegentlich zu Datenlücken, da wohnungslose Patienten nicht zu allen Fragen Auskunft geben konnten. Aus diesem Grund wird in den nachfolgenden Tabellen stets die Zahl der auswertbaren Daten unter „gültige Angaben N“ aufgeführt oder Anzahl an „keine Angaben“ mit aufgeführt.

2.4.2.1 Deskription

Die folgenden Faktoren wurden deskriptiv ausgewertet und dargestellt. Die entsprechenden Antwortmöglichkeiten sind im Kapitel 2.3.2 aufgelistet. Als soziodemografische Aspekte wurden folgende Daten analysiert:

- Alter
- Geschlecht
- Herkunft, Geburtsort
- Aktueller Familienstand
- Anzahl der Kinder
- Höchster Schulabschluss
- Aktuelle Krankenversicherung
- Bezug von Sozialhilfe
- Dauer der Wohnungslosigkeit
- Aktuelle Übernachtungsstelle

Folgende medizinische Daten wurden erhoben:

- Zeitpunkt des letzten Arztbesuches
- Somatische Vorerkrankungen
- Psychische Vorerkrankungen
- Sucht
- Aktuelle Medikamenteneinnahme
- Aktuelle Beschwerden
- Diagnostizierte Beschwerden

Bei den diagnostizierten Beschwerden wurde neben den Häufigkeiten eine weitere gruppenbezogene Auswertung durchgeführt. Hierbei wurde das Kollektiv in zwei gleich große Gruppen unterteilt. Die erste Gruppe umfasste die Patienten, die maximal sechs Monate obdachlos waren, die zweite Gruppe dementsprechend diejenigen, die länger als sechs Monate obdachlos waren. Außerdem wurden neben den Hauptgruppen nach ICD-10-Klassifikation auch Untergruppen ausgewertet.

Für kategorielle Daten wurde die Häufigkeit (Anzahl und Prozent-Werte) angegeben. Metrische Werte wurden auf Normalverteilung untersucht. Gruppenunterschiede für stetige Variablen wurden mit dem t-Test (bei Normalverteilung) oder mit dem Mann-Whitney-Test (bei nicht-normalverteilten Daten) auf statistische Signifikanz ($p < 0,05$) getestet. Unterschiede in der Verteilung von diagnostizierten Krankheiten zwischen Patienten der Kurzzeitwohnungslosigkeit (< 6 Monate) und Langzeitwohnungslosigkeit (0,5-36 Jahre) wurden mittels χ^2 -Test berechnet und auf statistische Signifikanz ($p < 0,05$) überprüft. Zudem wurde zwischen der Patientengruppe, die weniger als ein Jahre und den Patienten, die länger als ein Jahr wohnungslos waren ebenfalls für die Verteilung der diagnostizierten Krankheiten der Unterschied mit dem χ^2 -Test auf statistische Signifikanz ($p < 0,05$) getestet. Zudem wurde aus den Angaben zum aktuellen Lebensalter und zur Dauer der aktuellen Obdachlosigkeit das Eintrittsalter in die aktuelle Obdachlosigkeit errechnet.

3 ERGEBNISSE

3.1 Soziodemographische Ergebnisse

Es wurden Daten von 560 Patienten des Gesundheitszentrums für Obdachlose in die Datenbank aufgenommen. Nach Eigenangabe waren 440 Patienten bei Erstkontakt wohnungslos (Abbildung 1), daher wurden die Analysen für die vorliegende Arbeit mit diesen 440 Patienten durchgeführt.

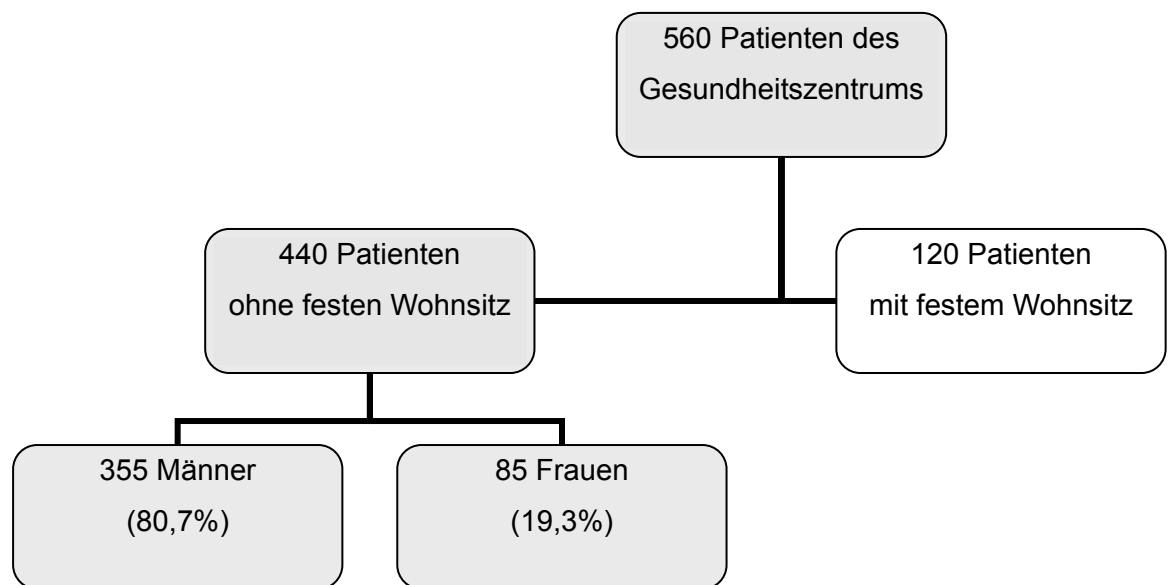
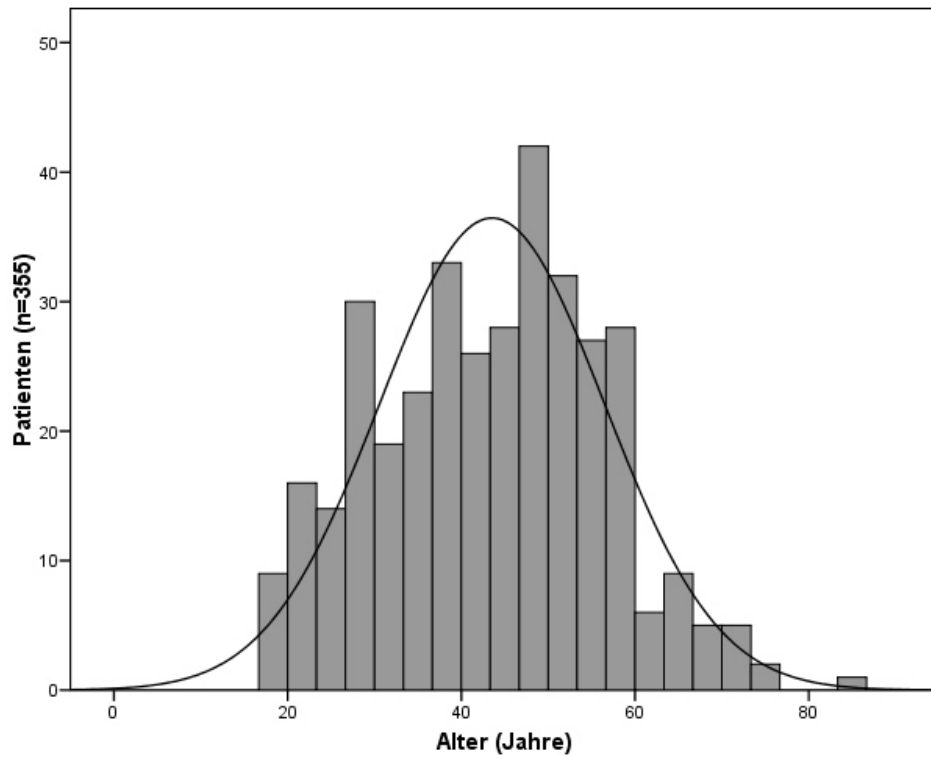


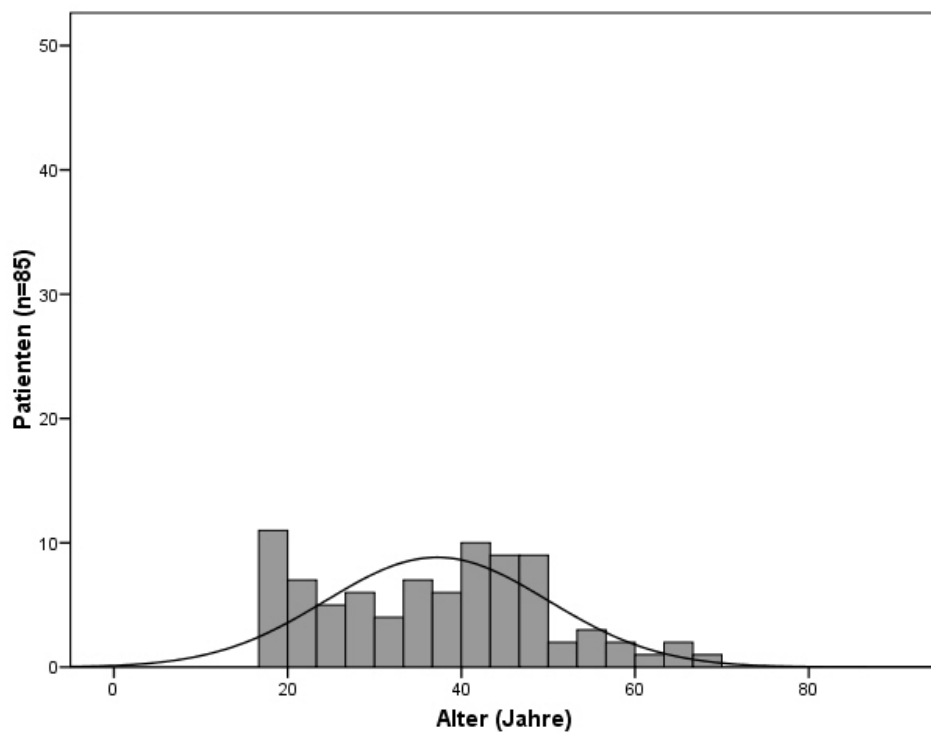
Abbildung 1 Aufteilung des Patientenkollektivs des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose nach Wohnsitz und Geschlecht.

3.1.1 Altersverteilung

Der Altersmittelwert aller Patienten zum Zeitpunkt des Erstkontaktes lag bei 42,3 Jahren (Standardabweichung: 13,1 Jahre). Die Männer waren im Durchschnitt 43,5 Jahre alt (Standardabweichung: 12,9 Jahre, Minimum: 18 Jahre, Maximum: 85 Jahre). Frauen waren im Mittel sechs Jahre jünger, mit einem Mittelwert von 37,2 Jahren (Standardabweichung: 12,8 Jahre), wobei die jüngste Frau 17 Jahre und die Älteste 69 Jahre alt war. Der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen war statistisch signifikant ($p = <0,001$). Abbildung 2 zeigt die nach Geschlechtern aufgeteilte Altersverteilung.



Männer (n=355)



Frauen (n=85)

Abbildung 2 Altersverteilung bei männlichen und weiblichen Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose.

3.1.2 Familienstand und Kinder

Bei der Betrachtung des Familienstandes zeigte sich, dass 62% der Patienten ledig waren, 1/5 der Patienten war geschieden. Frauen waren doppelt so häufig verheiratet wie Männer (Abbildung 3).

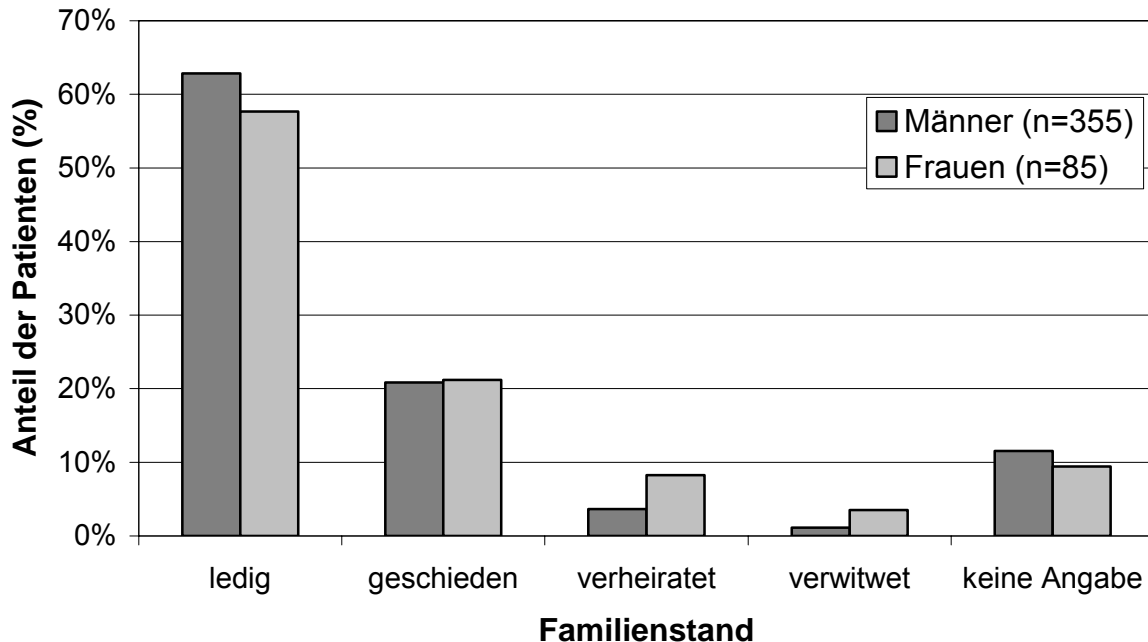


Abbildung 3 Familienstand der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose, aufgeteilt nach Geschlechtern.

Es zeigte sich, dass 38,6% (170/440) der Patienten Kinder hatte (51,1% kinderlos, 10,2% keine Angabe). Von diesen 170 Patienten hatten 49,4% ein Kind, 27,1% zwei, 15,9% drei und 7,8% vier oder mehr Kinder. Die geschlechtergetrennte Auswertung zeigte eine ähnliche Verteilung, 37,7% der Frauen (32/85) und 38,9% der Männern (138/355) hatten Kinder.

3.1.3 Herkunft

Von den 440 Patienten waren 73,4% deutscher Herkunft, 20,5% stammten aus einem Land der Europäischen Union (EU). 5,5% der Patienten kamen aus Nicht-EU-Ländern. Abbildung 4 zeigt zusätzlich die Herkunftsverteilung aufgeteilt nach Geschlechtern.

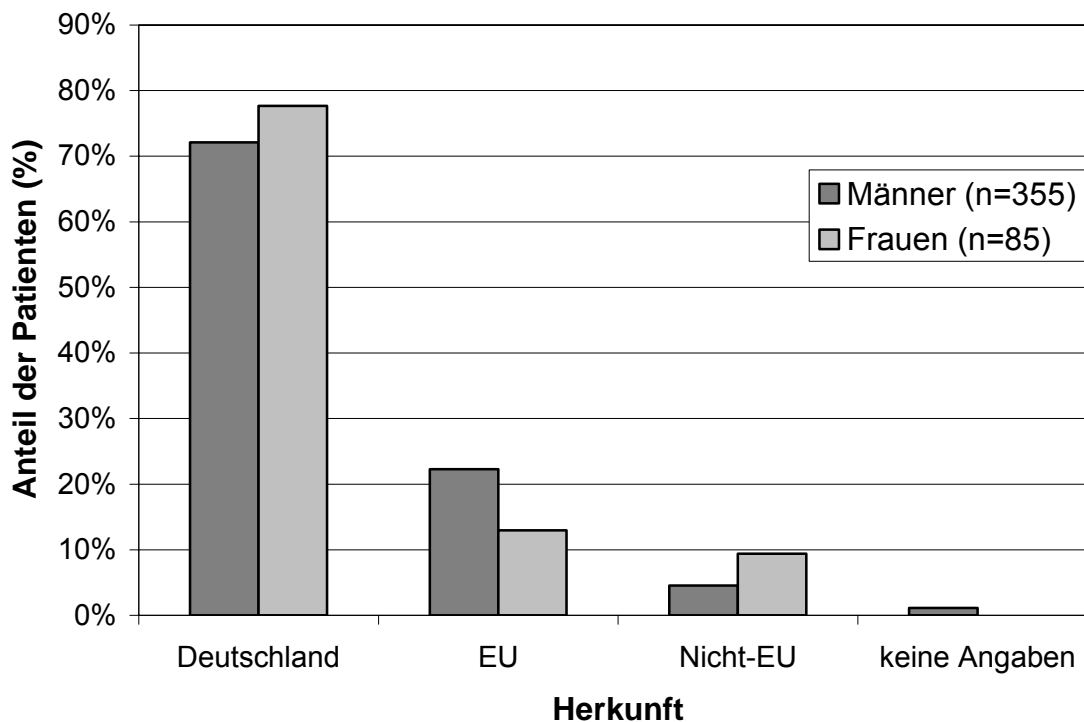


Abbildung 4 Herkunftsverteilung der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose, aufgeteilt nach Geschlechtern.

Von den 90 Patienten aus der Europäischen Union kam der Großteil aus Mittel- und Osteuropa, dabei waren 58,9% (53/90) der Patienten und Patientinnen aus Polen (Tabelle 3).

Tabelle 3 Verteilung der aus der Europäischen Union stammenden Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose, aufgelistet nach den häufigsten Herkunftsländern.

	<u>Männer (n=79)</u>	<u>Frauen (n=11)</u>
Westeuropa		
Österreich	5	0
Frankreich	3	0
Mittel-und Osteuropa		
Polen	45	8
Rumänien	6	1
Tschechien	3	0
Lettland	3	0
andere EU-Länder	14	2

3.1.4 Bildungsniveau

Von allen Patienten hatten 71,4% (314/440) einen Schulabschluss. Davon hatten 146 (46,5%) Patienten einen Hauptschulabschluss, 100 (31,8%) Patienten einen Realschul- oder POS¹-Abschluss, sowie 68 (21,7%) Patienten das Abitur. Abbildung 5 zeigt den Vergleich der Schulabschlüsse für die Gruppen unterschiedlicher Herkunft.

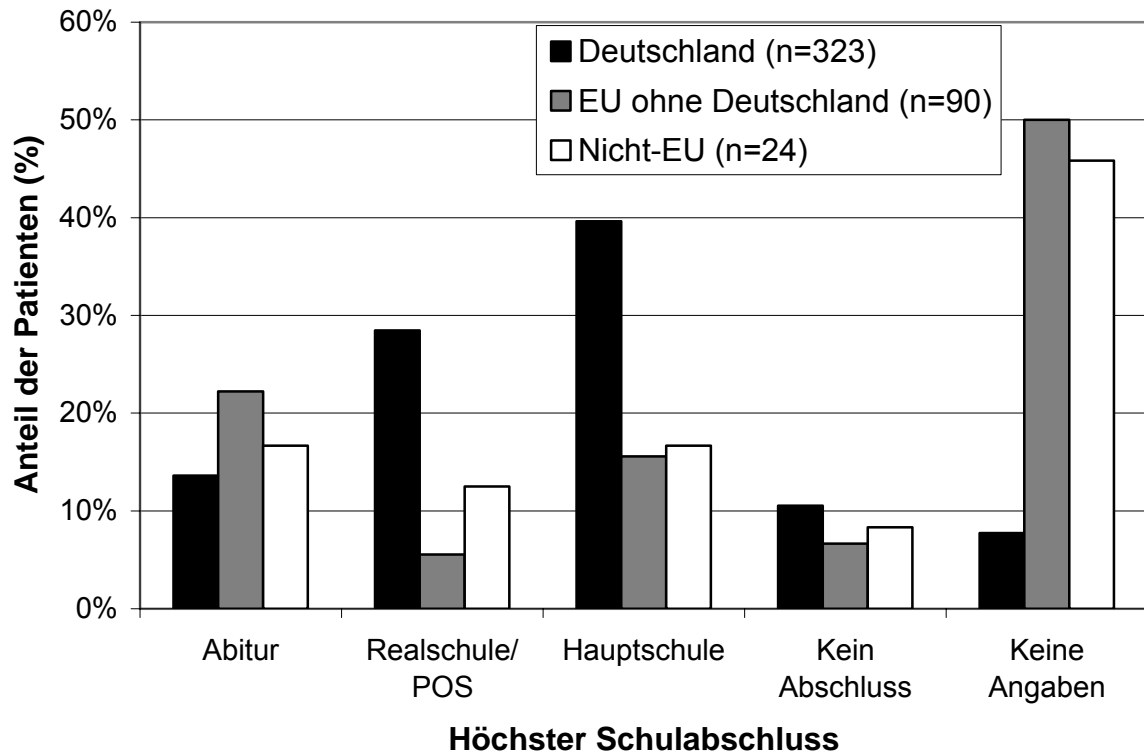


Abbildung 5 Verteilung der höchsten Schulabschlüsse der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose, aufgeteilt nach Herkunftsregionen.

¹POS: Polytechnische Oberschule: war die allgemeine Schulform im Schulsystem der DDR und umfasste zehn Klassen.

3.1.5 Versorgungssituation - Krankenversicherung und Sozialhilfe

Von den 440 Patienten waren 160 (36,4%) Patienten krankenversichert, 233 (53,0%) Patienten hatten keine Krankenversicherung, keine Angaben machten 47 (10,6%) Patienten. Die Unterteilung in Herkunftsregionen zeigte, dass ein Großteil der ausländischen Wohnungslosen keine Krankenversicherung hatte (Abbildung 6).

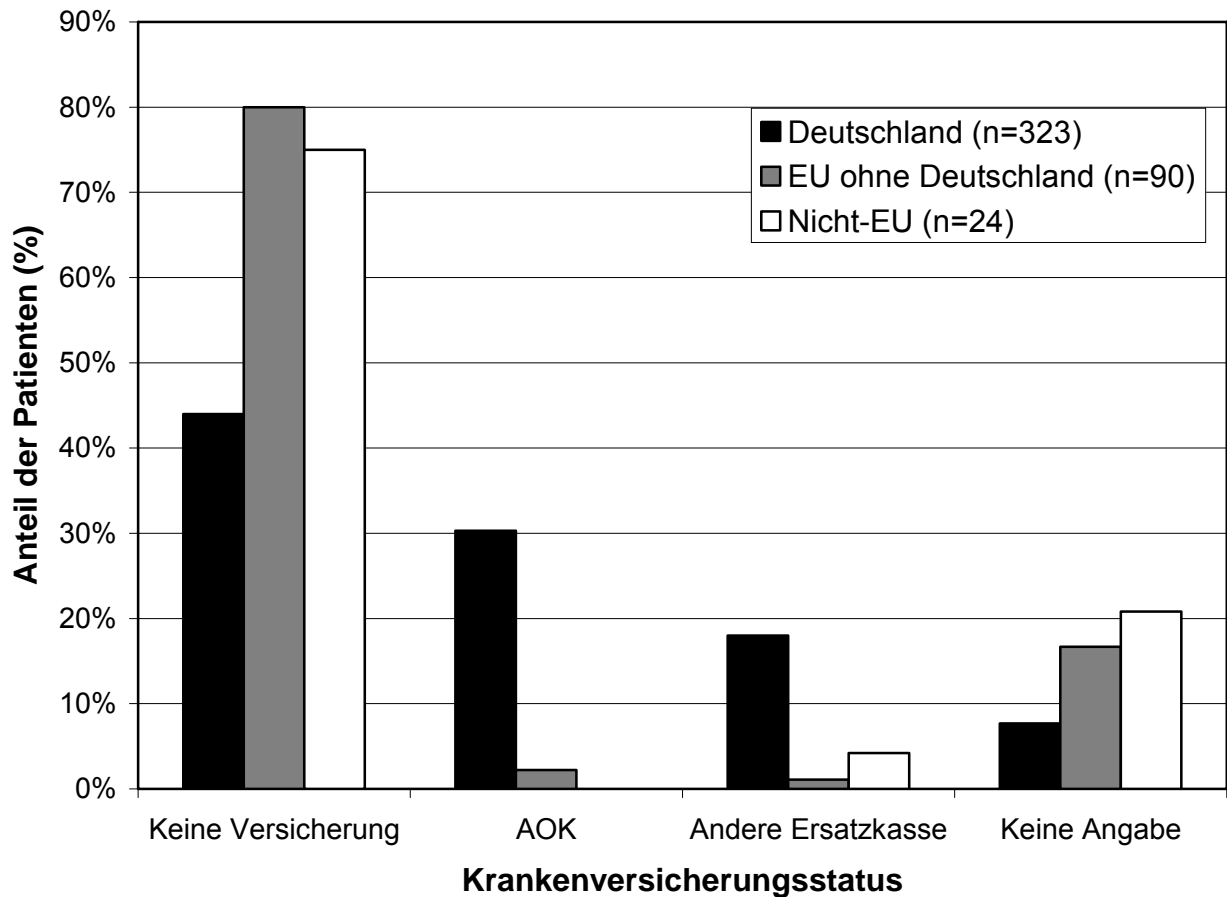


Abbildung 6 Verteilung der Krankenversicherungsverhältnisse der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose, aufgeteilt nach Herkunftsregionen.

Aus dem Patientenkollektiv erhielten 30,9% (136/440) Patienten staatliche Sozialhilfe, 55,5% (244/440) Patienten bezogen keine staatliche Sozialhilfe und 13,6% (60/440) Patienten machten keine Angabe zu dieser Frage. Von den 233 Patienten ohne Krankenversicherung erhielten 178 (76,4%) auch keine Sozialhilfe.

3.1.6 Wohnungslosigkeit

Insgesamt konnten 358 Patienten Angaben dazu machen, seit wann sie wohnungslos waren. Die Abbildung 7 zeigt die prozentuelle Verteilung der Patienten nach Dauer der Wohnungslosigkeit in halben Jahren. Knapp die Hälfte der Patienten waren höchstens ein halbes Jahr wohnungslos, als sie zum ersten Mal das Gesundheitszentrum aufsuchten. Der Medianwert für die Zeitspanne der Wohnungslosigkeit betrug 0,6 Jahre (Standardabweichung 5,5), der Mittelwert 3 Jahre und 3 Monate. Ein Patient berichtete davon, zwei Tage zuvor wohnungslos geworden zu sein. Dies war der kürzeste Zeitraum der Wohnungslosigkeit, wohingegen der längste bei 36 Jahren lag.

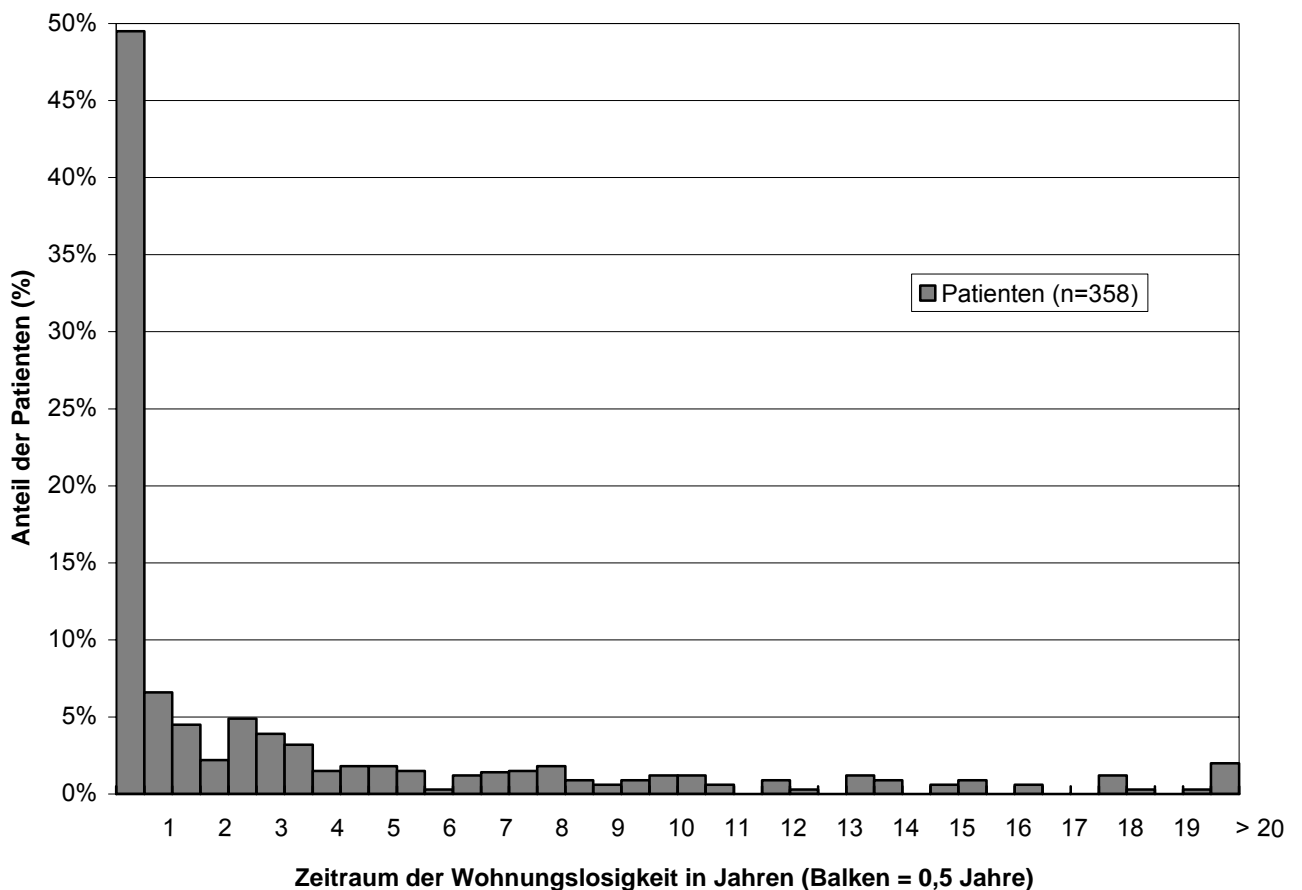


Abbildung 7 Verteilung der Patienten des Gesundheitszentrums mit Angaben zur Dauer der Wohnungslosigkeit zum Zeitpunkt des Erstkontaktes (Ein Balken entspricht sechs Monaten).

Knapp die Hälfte (49,5%) der insgesamt 358 Patienten kam während der ersten sechs Monate ihrer Wohnungslosigkeit in die Praxis der Jenny de la Torre Stiftung. Tabelle 4 zeigt die prozentuale Verteilung der Patienten, die maximal ein halbes Jahr ohne Wohnung lebten, mit detaillierten Angaben zur Dauer der Wohnungslosigkeit. Viele Patienten (19,8%) kamen innerhalb des ersten Monats ihrer Wohnungslosigkeit.

Tabelle 4 Verteilung der Patienten, die unter einem halben Jahr wohnungslos waren nach Dauer der Wohnungslosigkeit.

<u>Zeitraum der Wohnungslosigkeit</u>	<u>Anzahl (n=177)</u>	<u>Prozent</u>	<u>Kumulative Prozente</u>
< 1 Monat	71	19,8%	19,8%
1 Monat	31	8,7%	28,5%
2 Monate	25	7%	35,5%
3 Monate	18	5%	40,5%
4 Monate	11	3,1%	43,6%
5 Monate	12	3,4%	47,0%
6 Monate	9	2,5%	49,5%

Für insgesamt 358 der 440 Patienten konnte aus den Angaben zum aktuellen Lebensalter und zur Dauer der aktuellen Obdachlosigkeit das Eintrittsalter in die aktuelle Obdachlosigkeit errechnet werden. Im Alter von 40 bis 49 Jahren wurden die meisten Patienten wohnungslos. Die zweitgrößte Gruppe stellte die Patienten der vierten Lebensdekade dar. Der Maximalwert lag bei 85 Lebensjahren (hierbei handelt es sich um einen 85-jährigen Patienten, der angab, drei Tage zuvor obdachlos geworden zu sein). Der früheste Zeitpunkt, zu dem einer der Patienten wohnungslos geworden war, lag im 11. Lebensjahr. 15 Patienten waren noch minderjährig, als ihr „Leben auf der Straße“ begann (Tabelle 5).

Tabelle 5 Eintrittsalter in die aktuelle Wohnungslosigkeit (Altersklassen in Jahren).

<u>Altersgruppen</u>	<u>Patienten</u>	
	<u>Anzahl (n=358)</u>	<u>Prozent (%)</u>
10-19 Jahre	27	7,5
20-29 Jahre	63	17,6
30-39 Jahre	93	26
40-49 Jahre	98	27,4
50-59 Jahre	61	17
60-69 Jahre	11	3,1
70-79 Jahre	4	1,1
80-89 Jahre	1	0,3
Gesamt	358	100

3.1.7 Übernachtungsstelle

Bei der Ermittlung der Übernachtungsstelle gaben 58,8% (n=50) aller 85 Frauen an, in einer Einrichtung (öffentlicher Schlafsaal, Frauenhaus oder Notunterkunft) zu übernachten. Von allen 355 Männern übernachteten 35,5% (n=126) in Einrichtungen. Männliche Wohnungslose gaben mehr als doppelt so häufig wie weibliche an, im Freien zu schlafen (15,5% Männer vs. 7,1% Frauen). Diese Patienten nutzten Schlafplätze unter Brücken, auf Bänken in Parks oder auf Friedhöfen. Von allen männlichen Wohnungslosen übernachteten 14,1% (50/355) Patienten bei Bekannten oder Freunden. Von 85 Frauen traf dies in 11,8% (n=10) der Fälle zu. Öffentlich zugängliche überdachte Schlafstellen, wie Hauseingänge, Vorräume von Banken und U-Bahn-Haltestellen gaben 7,0% (25/355) der Männer und 4,7% (4/85) der Frauen an. Wechselnde Übernachtungsstellen wurden von 7,6% (n=27) der Männer genannt, sowie von 5,9% (n=5) der Frauen.

3.2 Medizinische Ergebnisse

3.2.1 Letzter Arztbesuch

Auf die Frage nach dem letzten Arztbesuch gaben 48,4% (213/440) der Patienten Auskunft über den Zeitpunkt (Tabelle 6).

Tabelle 6 Zeitpunkt des letzten Arztbesuches mit Angaben zu dieser Frage

<u>Zeitpunkt</u>	<u>Patienten</u>	
	<u>Anzahl (n=213)</u>	<u>Prozent (%)</u>
< 3 Monate	62	29,1
< 1 Jahr	31	14,6
1-5 Jahre	25	11,7
6-10 Jahre	4	1,9
> 10 Jahre	91	42,7
Gesamt	213	100

Von den 160 krankenversicherten Patienten nahmen 22,5% (36/160) in den vergangenen zehn Jahren keine medizinische Hilfe in Anspruch.

3.2.2 Vorerkrankungen

Von den 440 Patienten gaben 169 Patienten insgesamt 176 Vorerkrankungen an.

Diese 176 Vorerkrankungen teilten sich wie folgt in die fünf häufigsten ICD-10 klassifizierten Erkrankungen auf:

- Psychische Erkrankungen (28,4%)
- Erkrankungen der Atemwege (21,0%)
- Infektiöse Erkrankungen (19,9%)
- Herz-Kreislaufkrankungen (15,9%)
- Erkrankungen des Nervensystems (14,8%)

Von den 169 Patienten gaben 50 Patienten in der Anamnese eine psychische Vorerkrankung an. Atemwegserkrankungen als Vorerkrankung gaben 37 Patienten an, am häufigsten litten sie unter Asthma und chronisch obstruktiver Bronchitis. Von den 35 Patienten mit infektiösen Vorerkrankungen litten 21 Patienten an einer viralen Hepatitis, besonders an Hepatitis C (14 Patienten). Jeweils 5 Patienten gaben als Vorerkrankung Tuberkulose oder HIV an. 28 Patienten hatten eine Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems, diese Patienten litten vorwiegend an Myokardinfarkten sowie Arrhythmien. Neurologische Vorbeschwerden nannten 26 Patienten, häufig litten sie an Epilepsie, nicht selten im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit.

3.2.3 Substanzbedingte Vorerkrankungen

Bei der Suchtanamnese zeigte sich, dass 315 Patienten mindestens eine Abhängigkeit hatten. 255 (58,0%) Patienten waren nikotinabhängig, 187 (42,5%) Patienten hatten eine Alkoholabhängigkeit. Insgesamt gaben 74 (16,8%) der Patienten an, regelmäßig illegale Drogen zu konsumieren. Die prozentuale Verteilung ist in Abbildung 8 dargestellt.

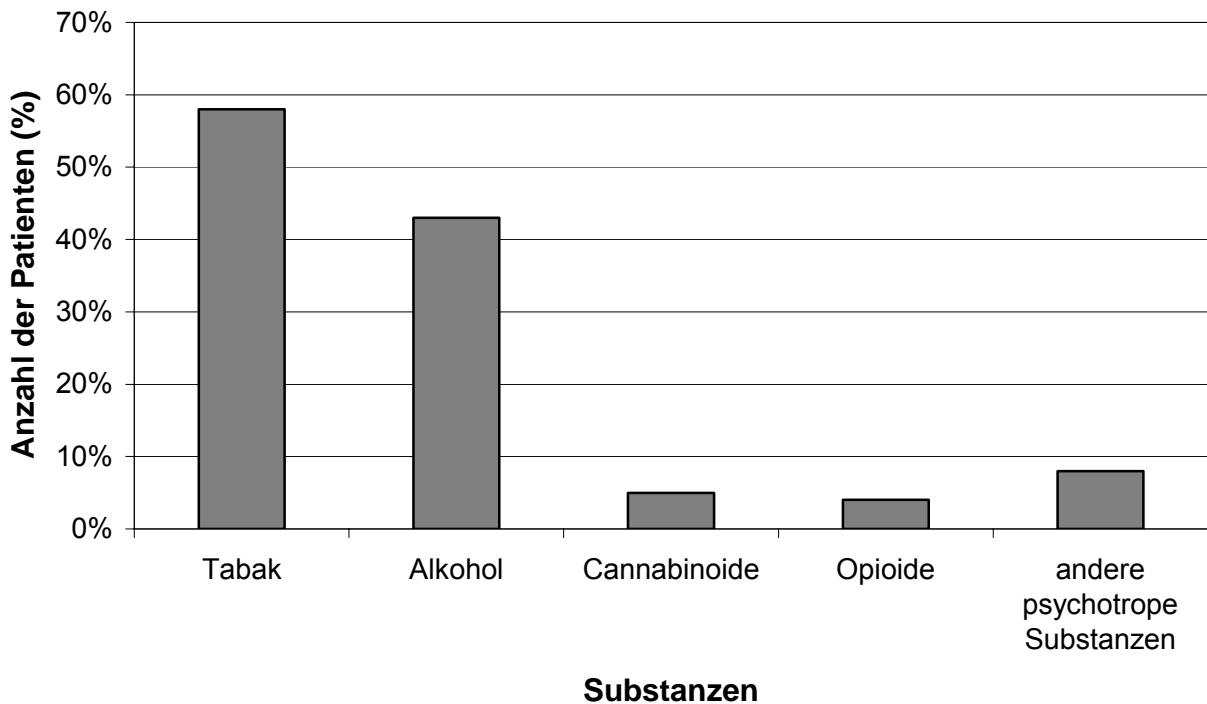


Abbildung 8 Verteilung substanzbedingter Abhängigkeiten, Angaben anamnestisch erhoben.

3.2.4 Gründe für den Arztbesuch

Im Folgenden werden die zehn häufigsten Gründe beschrieben, die die Patienten dazu veranlassten, die Praxis aufzusuchen. Alle 440 Patienten, machten anamnestische Angaben zu den Gründen. 21% der Patienten litten an Beschwerden, die die Haut betrafen, wie Juckreiz oder Hauteffloreszenzen. 19% gaben Atemwegsbeschwerden an, diese waren vor allem Husten, Schnupfen und Halsschmerzen. Bei 14% der Patienten waren es Verletzungen, die sie dazu brachten, einen Arzt aufzusuchen. Obdachlosigkeit als aktuelle Beschwerde schilderten 12% der Patienten, 5% der Patienten kamen in die Praxis, um sich Medikamente oder ein ärztliches Attest geben zu lassen, 4% der Patienten kamen zum Duschen und ebenfalls 4% erschienen wegen psychischer Beschwerden.

3.2.5 Diagnostizierte Erkrankungen

Im Rahmen der ersten Konsultationen wurde bei 91,8% (404/440) Patienten mindestens eine Erkrankung diagnostiziert. Bei 299 Patienten aller 440 Patienten (68,0%) wurde eine Diagnose gestellt, bei 76 Patienten (17,3%) wurden zwei, bei 29 Patienten (6,6%) drei oder mehr Erkrankungen diagnostiziert. Die Verteilung der akut behandelten Erkrankungen kann der Tabelle 7 entnommen werden. Dabei wurden die Einzeldiagnosen zunächst in nosologischen Obergruppen zusammengefasst, die sich am alphabetischen ICD-10-Code orientieren.

Tabelle 7 Behandlungsdiagnosen (n=543), gruppiert nach ICD-10 Klassifizierung.

<u>Diagnosegruppe (nach ICD-10 Klassifikation)</u>	<u>Diagnosen in % (n=543)</u>
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	15,5
Verletzungen, Vergiftungen	14,9
Krankheiten des Atmungssystems	13,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	8,7
Psychische und Verhaltensstörungen	7,9
Krankheiten des Verdauungssystems	7,0
Obdachlosigkeit	7,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	6,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	5,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,5
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	3,5
Krankheiten des Nervensystems	2,2
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	2,0
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1,1
Krankheiten des Urogenitalsystems	0,5
Neubildungen	0,5

Die folgende Auswertung zeigt die Verteilung der zehn häufigsten Diagnosen, aufgeteilt nach der Dauer der Wohnungslosigkeit (Abbildung 9).

Patienten, die höchstens sechs Monate wohnungslos waren, werden als „Kurzzeitwohnungslose“ im Gegensatz zu „Langzeitwohnungslosen“ (>6 Monate) beschrieben. Kurzzeitwohnungslose litten statistisch signifikant häufiger unter einer Atemwegserkrankung als Langzeitwohnungslose. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen wurden bei Kurzzeitwohnungslosen häufiger diagnostiziert. Hingegen traten psychische und verhaltensbezogene Störungen bei Kurzzeitwohnungslosen deutlich seltener auf. Die Diagnose Obdachlosigkeit war bei Langzeitwohnungslosen etwa doppelt so häufig wie bei Kurzzeitwohnungslosen (Abbildung 9).

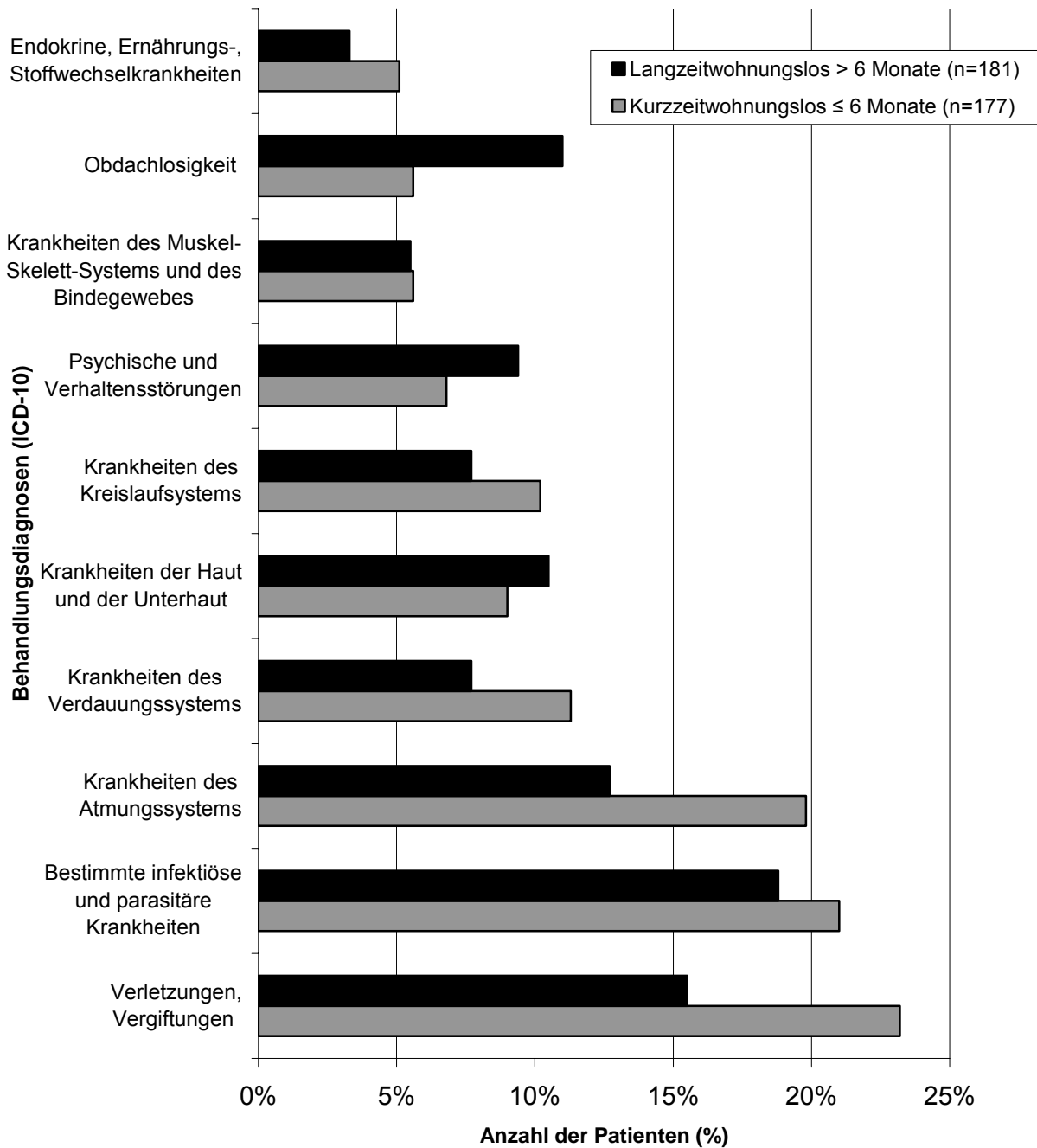


Abbildung 9 Die 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Patienten, nach ICD-10 Klassifizierung aufgeschlüsselt. Die Unterschiede zwischen den Diagnosen von Lang- und Kurzzeitwohnungslosen waren statistisch nicht signifikant bis auf die Krankheiten des Atmungssystems ($p=0,030$).

In den nachfolgenden Kapiteln werden die fünf häufigsten Diagnosegruppen detaillierter ausgewertet. Die Auswertung wurde ebenfalls unter Berücksichtigung der Aufteilung des Patientenkollektivs in die beiden Gruppen ‚Kurzzeitwohnungslos‘ und ‚Langzeitwohnungslos‘ durchgeführt. Die einzelnen Häufigkeiten in den Gruppen ergeben addiert nicht immer die angegebene Gesamthäufigkeit, da nur 358 Patienten der 404 Patienten mit diagnostizierten Erkrankungen Angaben zur Dauer der Wohnungslosigkeit gemacht haben.

Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen

Die Erkrankungen dieser Gruppen teilen sich wie folgt auf: Von insgesamt 84 Patienten mit infektiösen Erkrankungen hatten 31 Patienten einen viralen Infekt, 18 Patienten litten unter einer Mykose, bei 18 Patienten wurde eine Pedikulose diagnostiziert. Die Diagnose Skabies wurde bei 13 Patienten gestellt und vier Patienten litten unter bakteriellen Infektionen. Im Vergleich der Kurzzeitwohnungslosen mit den Langzeitwohnungslosen war auffällig, dass deutlich mehr Kurzzeitwohnungslose (n=14) einen Läusebefall hatten als Langzeitwohnungslose (n=4).

Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen

Von den 81 Patienten, bei denen eine Verletzung diagnostiziert wurde, litten 32 Patienten an offenen Wunden, 21 Patienten hatten eine posttraumatische Wundinfektion, bei 18 Patienten wurde eine Prellung oder Verstauchung festgestellt. Eine Fraktur oder Luxation wurde bei sechs Patienten diagnostiziert und vier Patienten ließen sich auf Grund einer Verbrennung behandeln. Beim Vergleich der beiden Patientengruppen gab es einen deutlichen Unterschied im Hinblick auf die offenen Wunden: 18 Patienten waren Kurzzeitwohnungslose, acht Patienten Langzeitwohnungslose.

Krankheiten des Atmungssystems

Von den 74 Patienten, bei denen eine Atemwegserkrankung diagnostiziert wurde, litten 36 Patienten unter einer chronischen Atemwegserkrankung (chronisch obstruktive Lungenerkrankung und/oder Asthma bronchiale), 38 Patienten unter einer akuten Form der Atemwegserkrankung (akute Infekte der unteren und oberen Atemwege). Es fiel jedoch auf, dass deutlich mehr Kurzzeitwohnungslose unter Atemwegserkrankungen litten: es wurden sowohl 22 akute als auch 26 chronische Formen von Atemwegserkrankungen diagnostiziert.

Krankheiten der Haut und Unterhaut

Bei den Erkrankungen der Haut handelte es sich in erster Linie um folgende Krankheitsbilder: Von den 47 Patienten mit Hauterkrankungen hatten 27 eine infektiöse, meist bakterielle Pathogenese. Es waren Erkrankungsbilder wie Impetigo, Abszesse - insbesondere Spritzenabszesse-, oder Phlegmone. 14 Patienten litten unter einer Form der Dermatitis, meist atopischer Genese. Bei fünf Patienten wurde eine papulosquamöse Hauterkrankung und bei einem Patienten ein Hühnerauge diagnostiziert.

Dermatologische Krankheiten wie Mykosen oder Skabies wurden in der vorliegenden Arbeit unter dem Abschnitt „Bestimmte Infektiöse und parasitäre Erkrankungen“ besprochen (siehe oben), da sich die zugrunde liegende Einteilung der Erkrankungen nach der ICD-10-Klassifikation richtet.

Psychische und Verhaltensstörungen

Bei 17 von 43 Patienten wurden psychische oder verhaltensbezogene Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen diagnostiziert. In erster Linie handelte es sich hierbei um den Einfluss von Alkohol. Bei zehn der 43 psychisch kranken Patienten konnte eine affektive Störung diagnostiziert werden, wobei acht davon unter einer Depression litten. Unter einer Schizophrenie oder wahnhaften Störung litten acht Patienten. Bei vier dieser 43 Patienten wurde eine Belastungsstörung diagnostiziert, bei zwei eine Verhaltensstörung und bei jeweils einem Patienten eine Aufmerksamkeitsstörung oder Demenz.

4 DISKUSSION

4.1 Hauptergebnisse

In der vorliegenden Arbeit zeigte sich am Patientenkollektiv des Gesundheitszentrums für Obdachlose in Berlin, dass:

- weibliche Patienten, die ambulante medizinische Hilfe suchten, deutlich jünger waren als männliche,
- die Mehrzahl der Patienten ledig war und gut ein Drittel Kinder hatte,
- mehr als ein Viertel der Patienten ausländischer Herkunft war, besonders aus Polen und anderen mittel- und osteuropäischen Ländern stammend,
- über 70% der Patienten einen Schulabschluss hatte,
- mehr als die Hälfte der Patienten weder eine Krankenversicherung hatte noch Sozialhilfe bezog,
- ein Großteil der Patienten beim Erstkontakt mit dem Gesundheitszentrum seit sechs Monaten oder kürzer wohnungslos war,
- die Mehrzahl der Frauen und ein Großteil der Männer in Einrichtungen übernachteten,
- über 40% der Patienten innerhalb der letzten zehn Jahre keinen Arzt aufgesucht hatte,
- anamnestisch als Vorerkrankungen am häufigsten psychische, pneumologische, infektiöse, und kardiovaskuläre Erkrankungen angegeben wurden,
- die Mehrheit der Patienten an einer substanzbedingten Abhängigkeit litt, besonders häufig wurden ein Nikotin- und Alkoholabusus diagnostiziert,
- die häufigsten Beschwerden, die die Patienten dazu motivierten, die Arztpraxis aufzusuchen, betrafen die Haut, die Atemwege oder es handelte sich um Verletzungen und Obdachlosigkeit,
- bei den Betroffenen wurden im Rahmen der Konsultation am häufigsten infektiöse und parasitäre Krankheiten, Verletzungen, Erkrankungen der Atemwege sowie Krankheiten der Haut diagnostiziert.

4.2 Soziodemographische Parameter

4.2.1 Frauen

In dieser vorliegenden Studie wurde ein großer Anteil an Frauen (19,3%) eingeschlossen, sodass viele Parameter geschlechtergetrennt ausgewertet werden konnten. In bisherigen Studien waren die Fallzahlen meist zu gering, um als repräsentative Stichzahl zu genügen (Locher, 1990; Sperling, 1985). Für sich genommen bestätigt die hohe Zahl an wohnungslosen Frauen den Verdacht, nach der mit einer besonders hohen Dunkelziffer weiblicher Wohnungsloser zu rechnen ist (Torchalla, 2004; Hesse-Lorenz, 1996). Es ist auch zu bedenken, dass die Frauen in dem Gesundheitszentrum im Vergleich zu anderen Versorgungseinrichtungen einen leichteren Zugang zu medizinischer Behandlung erhalten. Nicht zu vernachlässigen ist hierbei zudem die Tatsache, dass es sich bei der hauptverantwortlichen Ärztin um eine Frau handelt. Weitere Einflussfaktoren, die dieses Ergebnis erklären sind zum einen der Standortfaktor Berlin, so berichten schon Geiger und Steinert, dass wohnungslose Frauen aus ländlichen Regionen häufig in große Städte ziehen und dort Hilfe aufsuchen (Geiger, 1997), wenn sie nicht mehr bei Bekannten unterkommen können. Es ist davon auszugehen, dass eine gewisse Anonymität in einer neuen und dazu großen Stadt die Hemmschwelle zum Erstkontakt drastisch senkt.

Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass Frauen, die unter einer Alkoholabhängigkeit litten, schneller Hilfe in Anspruch nahmen als Männer mit einer Alkoholabhängigkeit (Moos, 2006). Möglicherweise kann diese Erkenntnis ebenfalls zur Erklärung des großen Anteils an Frauen beitragen, da bei einem Anteil von 42,5% Alkoholkranken vom gesamten Patientenkollektives von einem gewissen Anteil an weiblichen Alkoholkranken ausgegangen werden muss. Um diese Vermutung zu bestätigen sollte eine geschlechtergetrennte Auswertung der Krankheiten erfolgen.

Die Forschung zu wohnungslosen Frauen wurde in Deutschland aus unterschiedlichen Gründen sehr vernachlässigt. Zum einen ist der Zugang zu wohnungslosen Frauen häufig deutlich schwerer als zu wohnungslosen Männern. Viele Frauen leben in einer „latenten Wohnungslosigkeit“ (Hesse-Lorenz, 1996). Diese verdeckte Form der Wohnungslosigkeit ist durch prekäre Wohnverhältnisse, aber auch durch bevorstehende Wohnungslosigkeit, gekennzeichnet. Mit latenter Wohnungslosigkeit verbinden sich hohe Unsicherheiten und starke Abhängigkeiten wie etwa Wohnen im Bekanntenkreis (Geiger, 1997). Zudem prostituieren sich viele wohnungslose Frauen in Beziehungen, um so bei ihrem Partner unterzukommen (Locher, 1990). Hinzukommt, dass die Hemmschwelle wohnungsloser Frauen, ein Hilfesystem aufzusuchen, noch viel höher ist als bei Männern. Frauen ertragen auch häufig für längere Zeit eine prekäre Wohnsituation, bevor sie Beratung oder Hilfe

aufsuchen (Rosenke, 1996). Zudem sind viele dieser Frauen Opfer häuslicher Gewalt, sei es sexueller Missbrauch im Kindesalter oder Gewalterfahrungen in der Partnerschaft. Nicht selten ist dies der Ursprung der Wohnungslosigkeit (Torchalla, 2004). Gewaltbetroffene Frauen sind stärker sozial isoliert, es fällt ihnen schwer ein Vertrauensverhältnis z.B. zum medizinischen Personal aufzubauen (Müller et al., 2004). Wohnungslose Frauen sind einer noch größeren Diskriminierung ausgesetzt als Männer, die auf der Straße leben müssen (Locher, 1990). Gencer beschreibt die Situation dieser Frauen folgendermaßen: „Sie sind das letzte Glied in einer Kette von Verachtung und Diskriminierung. ... Schutz vor Überfällen und Vergewaltigung haben sie nur in der Gruppe.“ (Gencer, 1988). Die geschlechtsbezogene Auswertung der Übernachtungsstellen zeigte, dass nur ein sehr geringer Teil der Frauen (7,1%) im Freien schlief und sich so einer größeren Gefahr aussetzte, Opfer von körperlicher insbesondere sexualisierter Gewalt zu werden. Die Mehrheit der Frauen übernachtete in geschützten Räumen wie etwa einem Frauenhaus (siehe hierzu auch Kapitel 4.2.8).

4.2.2 Alter

Der größte Anteil der wohnungslosen Patienten wurde in der dritten und vierten Dekade ihres Lebens wohnungslos. In diesen Lebensphasen kommen jene „einschneidenden Lebenskrisen wie Arbeitsplatzverluste, Trennungen und Gesundheits- oder Suchtprobleme“ (Schaak, 2002) vor, die häufig die Auslöser von Wohnungslosigkeit sind. Nicht selten ereignen sich mehrere dieser Erlebnisse innerhalb kurzer Zeiträume. Manchmal bedingen sie sich auch, wie etwa der Arbeitsplatzverlust auf Grund eines gesundheitlichen Problems oder die Trennung des Partners nach einem Arbeitsplatzverlust (Doering, 2002). Wenn zu solch einem Zeitpunkt kein soziales Netz (Familie, Freunde etc.) vorhanden ist und die betroffene Person dieser Herausforderung nicht gewachsen ist, dann kann sie auch nicht aufgefangen werden (Locher, 1990).

Zudem bestätigen diese Ergebnisse wissenschaftliche Erkenntnisse, nach denen besonders junge Leute in der dritten und vierten Lebensdekade medizinische Versorgungseinrichtungen aufsuchen (Verlinda, 2010; O'Carroll, 2008). Möglicherweise haben junge wohnungslose Patienten ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein und somit eine höheres Behandlungsbedürfnis.

Mobilität ist heutzutage eine gesellschaftliche Normvorstellung, die erfüllt werden muss, um soziale Versorgungsansprüche geltend machen zu können. Es gilt als selbstverständlich, den Wohnstandort zu wechseln, sei es zu Beginn einer Ausbildung, berufsbedingt oder auf Grund einer Partnerschaft. Diese enorme Mobilität birgt jedoch auch Gefahren. Manche verlassen das gewohnte soziale Gefüge, auf das sie zwar in erfolgreichen Zeiten nicht unbedingt, in Krisenzeiten jedoch umso mehr angewiesen sind. Hinzukommt, dass der

Standort Berlin aufgrund der niedrigen Lebenshaltungskosten ein kostengünstiges Leben und zudem für Deutsche wie für Ausländer Beschäftigungschancen bietet.

Besonders die dritte Lebensdekade ist die Lebensphase, in der viele Menschen zum ersten Mal Unabhängigkeit und Eigenständigkeit erleben. Die Zeit zwischen dem 25. und 45. Lebensjahr gilt als eine durch Verantwortung und Verantwortlichkeit geprägte Phase im Leben. Hier liegt die Vermutung nahe, dass viele mit dieser Herausforderung überfordert sind. Haben sie in dieser Zeit kein stabiles Umfeld, besteht die Gefahr, in eine lethargische, von Passivität geprägte Grundhaltung zu verfallen.

Die vorliegende Studie zeigt, dass Frauen im Durchschnitt sechs Jahr jünger waren. Das bestätigt Torchallas Ergebnisse. Sie konnte unter anderem nachweisen, dass viele Frauen in jungem Alter das Elternhaus aufgrund familiärer Konflikte verlassen und so ein Leben in der Wohnungslosigkeit beginnen (Torchalla, 2004).

4.2.3 Familienstand und Kinder

In dieser Studie konnten Ergebnisse zum Familienstand befragter Wohnungsloser von vorherigen Studien bestätigt werden. Im Vergleich zur Wohnbevölkerung zeigte sich ein überdurchschnittlich hoher Anteil an ledigen und geschiedenen Personen, dies gilt sowohl für die verschiedenen Studien (Weber, 1983; Trabert, 1994; Sperling, 1985; Schröder, 2008; Torchalla, 2004) als auch für beide Geschlechter. Wohnungslose Menschen sind mehr als doppelt so häufig ledig oder geschieden als die in Deutschland lebende Allgemeinbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2009). Dem gegenüber steht mit 4,5% ein deutlich geringerer Anteil an verheirateten obdachlosen Personen. Mindestens die Hälfte der Patienten war kinderlos. Auch andere Studien haben gezeigt, dass etwa die Hälfte der Wohnungslosen keine Kinder hatte. Damit sind wohnungslose Menschen im Vergleich zur Normalbevölkerung häufiger kinderlos (Busch-Geertsema, 2005). Der überdurchschnittlich hohe Anteil Alleinstehender und Kinderloser spricht für die Annahme, dass ein fehlendes soziales Netz die Entstehung von Wohnungslosigkeit begünstigt.

Wie auch schon in anderen Studien gezeigt wurde, gab es einen großen Anteil an geschiedenen Personen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Besonders häufig ist bei Frauen eine Trennung bzw. Scheidung der Grund, warum sie ihr Obdach verlieren (Hesse-Lorenz, 1996). Dies lässt darauf schließen, dass diese Personen nicht von Anfang an ohne soziales Netz gelebt haben.

Ebenfalls geschlechterunabhängig war die Verteilung bei Kindern. Von den 170 Patienten mit Kindern hatte die Mehrzahl (50,8%) zwei oder mehr Kinder. Überraschend war der hohe Anteil von Frauen mit Kindern. Frauen, die Kinder haben, tendieren eher dazu prekäre

Wohnsituationen in der Herkunftsfamilie zu erdulden (Rosenke, 1996). Somit ist der Anteil von Müttern unter den wohnungslosen Frauen meist deutlich geringer als der Anteil der Väter unter den wohnungslosen Männern. Möglicherweise sind die Ergebnisse dieser Studie durch das große Angebot an Frauenhäusern bzw. Mutter-und-Kind-Häusern in Berlin zu erklären. Dadurch wird den Frauen ermöglicht, gemeinsam mit den Kindern die familiäre Wohnung zu verlassen.

4.2.4 Herkunft

Im Untersuchungskollektiv fand sich ein Anteil von 26,0% an Wohnungslosen mit Migrationshintergrund. Verglichen mit der Berliner Normalbevölkerung lag er deutlich höher. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lag im Jahre 2007 der Anteil der Bevölkerung mit ausländischer Herkunft in Berlin bei 14% (Statistisches Bundesamt, 2008). Bei der Verteilung der Herkunftsländer fiel auf, dass das Gros aus angrenzenden EU-Ländern, besonders aus Polen, stammte. Die geographische Nähe erklärt möglicherweise den hohen Anteil der aus Polen stammenden Wohnungslosen. Zudem ist von Mundpropaganda unter polnischen Wohnungslosen im Raum Berlin auszugehen. In anderen Studien fanden sich keine Angaben zur Herkunft der wohnungslosen Patienten. Auch hier stellt Berlin als multikultureller Standort wieder eine Besonderheit dar. Wie auch in anderen Ländern ist die Hauptstadt eines Landes ein besonderer Anziehungspunkt für Migranten.

Wie schon von Weber beschrieben, hatte Wohnungslosigkeit aus soziologischer Sicht lange Zeit unter anderem seinen Ursprung in sozialer Entwurzelung durch Flucht und Vertreibung (Weber, 1983). Und bis heute scheinen Migration und Armut Phänomene des gesellschaftlichen Randes zu sein.

Möglicherweise trug auch die ärztliche Schweigepflicht dazu bei, dass sich ein großer Anteil von ausländischen Wohnungslosen einer Ärztin bzw. einem Arzt anvertraut hatte. Dies war möglicherweise für Patienten mit prekärer Beschäftigungs- und Aufenthaltssituation mit der Hoffnung auf ein hohes Maß an Diskretion verbunden.

4.2.5 Bildung

Es fiel auf, dass es im Vergleich zu anderen Erhebungen in der vorliegenden Studie zum einen deutlich mehr Personen mit Realschule/POS-Abschluss gab, zum anderen der Anteil an Abiturienten um ein vielfaches höher lag.

In dieser Studie gaben 21,7% der Patienten an, Abitur gemacht zu haben. In den anderen Studien waren es maximal 5% der Personen, die die allgemeine Hochschulreife erlangt hatten (Trabert, 1994). Möglicherweise war bei einem Großteil der Menschen, die nach dem

Abitur noch einen Hochschulabschluss erreicht haben, die gescheiterte Selbstständigkeit der Beginn des sozialen Abstieges. Die Insolvenz des eigenen Betriebes und somit den finanziellen Ruin beschrieben diese Menschen als einen der Faktoren, warum sie ohne Wohnung lebten (Gallie, 2002).

Von den Patienten dieser Studie hatten 71,4% die Schule abgeschlossen, somit mindestens einen Hauptschulabschluss. Wie schon Doering beschrieb, ist Wohnungslosigkeit nicht zwingend auf eine schlechte oder unzureichende schulische Ausbildung zurückzuführen (Doering, 2002).

Auffallend war außerdem, dass ein großer Anteil der ausländischen Patientin einen hohen Schulabschluss erlangt hatte. Möglicherweise waren es häufig Akademiker gerade aus osteuropäischen Ländern, die versuchen, in Deutschland beruflich Fuß zu fassen und dabei jedoch nicht selten zu scheitern scheinen.

Es gab keine Datenerhebung zu Schulabschlüssen von wohnungslosen Frauen in Deutschland zum Vergleich gegenüber den hier vorgelegten Ergebnissen.

4.2.6 Versorgungssituation – Krankenversicherung,

Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und der Sozialhilfe

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass mehr als die Hälfte (53,0%) der Patienten nicht krankenversichert waren. Besonders auffällig war unter ihnen die Zahl der Menschen, die nicht deutscher Herkunft waren. Doch auch die Nichtversichertenrate von 44,0% unter den Deutschen war hoch. Damit widersprechen diese Ergebnisse der Annahme, dass seit Einführung der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Sozialgesetzbuch II) alle erwerbsfähigen und berenteten Wohnungslosen gesetzlich krankenversichert seien (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2008). Die Gründe für diese Diskrepanz empirischer Daten zum gesetzlichen Anspruch sind wahrscheinlich vielfältig: Möglicherweise führen bürokratische Hürden bei der Beantragung der Krankenversicherung dazu, dass obdachlose Menschen ohne weitere Hilfe vom Gesundheitssystem ausgeschlossen werden. Daher unterstützen Sozialarbeiter sowie Juristen des Gesundheitszentrums die Patienten beim Beantragen und Einklagen der Krankenversicherung.

Eine ähnliche Situation fand sich bei der Beantragung staatlicher Sozialhilfe. Von den Patienten bezogen lediglich 30,9% Sozialhilfe. Auffällig war hierbei, dass $\frac{3}{4}$ der Patienten ohne Krankenversicherung auch keine Sozialhilfe in Anspruch nahmen.

Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass durch Vereinfachungen im Antragsverfahren all diese Probleme beseitigt würden. Genau wie die Beschaffung von Arbeit, Wohnraum und allem anderen rutscht die Frage nach einer Krankenversicherung

oder längerfristigen Finanzierung in Form von Sozialhilfe in den Hintergrund der zu erledigenden Herausforderungen. Die psychologischen wie sozialen Ursachen bedingen einander und unterhalten sich wechselseitig.

Für die 36,4% der Patienten, die krankenversichert waren, stellt sich jedoch die Frage, warum sie nicht die normale Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen haben. Die Hemmschwelle und somit die Nichtinanspruchnahme von medizinischer Hilfe im regulären Gesundheitssystem setzt sich aus multiplen Faktoren zusammen. Ein Großteil der Patienten hatte keinen Hausarzt, an den sie sich wenden konnten (Trabert, 1994). Zum anderen galten einige dieser Patienten als nicht „wartezimmerfähig“ (siehe hierzu auch Kapitel 4.3.1).

4.2.7 Dauer der Wohnungslosigkeit

Um die aktuelle Lebenssituation des Patienten besser einschätzen zu können, spielt die Frage nach der Dauer der Wohnungslosigkeit eine große Rolle.

Es war auffällig, dass der Anteil derjenigen, die bis zu einem Jahr wohnungslos waren, in dieser Studie mit 56,1% deutlich höher war im Vergleich zu anderen Studien mit 25% (Trabert, 1994) oder 40,6% (Weber, 1983). Auch die durchschnittliche Dauer der Wohnungslosigkeit bestätigte diesen Unterschied zu anderen Erhebungen. In der hier vorliegenden Studie betrug die Durchschnittsdauer der Wohnungslosigkeit sieben Monate, Sperling erhob eine Dauer von durchschnittlich 13,3 Jahren (Sperling, 1985), Trabert von 3,3 Jahren (Trabert, 1994). Wahrscheinlich wird die hier untersuchte Art der Versorgung besonders von Wohnungslosen aufgesucht, die erst seit kurzer Zeit keinen festen Wohnsitz mehr haben. Die Hälfte der Personen war unter einem halben Jahr wohnungslos, als sie zum ersten Mal das Versorgungsangebot in Anspruch nahm. Hinzukommt, dass 1/5 der Patienten während der ersten 4 Wochen kamen, nachdem sie ihre Wohnung verloren hatten. Dies ist im Vergleich zu anderen Studien sehr viel früher. Möglicherweise tragen die niedrighwelligen Angebote des Gesundheitszentrums, Mundpropaganda über die interdisziplinäre Hilfe und der besonders hohe Bekanntheitsgrad der Obdachlosen-Ärztin Jenny De la Torre innerhalb der Bevölkerung von Berlin dazu bei, dass besonders Kurzzeitwohnungslose mit ihren akuten sozialmedizinischen Anliegen in die Praxis kommen.

Die Dauer der Wohnungslosigkeit wird häufig im Zusammenhang mit dem „sozialen Reintegrationspotential“ diskutiert und als „Kurzzeitobdachlosigkeit“ bzw. „Langzeitobdachlosigkeit“ bezeichnet (Schaak, 2002). Jedoch ist bisher kein Konsens darüber erzielt worden, welche Dauer der Wohnungslosigkeit als „kurz“ zu bezeichnen ist und welche Folgen dies für eine mögliche soziale Reintegration hat. Soziale Integration bedeutet die volle Teilnahme am wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben mit staatsbürgerlichen Rechten (Bildung, Sozialleistungen, Krankenversicherung) sowie der

Zugang zu Einkommen und anderen Ressourcen (Wohnraum), so dass man nicht von einem Lebensstandard ausgeschlossen ist, der in der Gesellschaft, in der man lebt, als akzeptabel gilt (Gallie, 2002). Soziale Reintegration ist in diesem Kontext lediglich als eine Option zu verstehen. Sie sollte den Betroffenen eröffnet werden, jedoch nicht als zwangsläufige und alternativlose Form der Unterstützung aufgefasst werden, weshalb im Folgenden der Begriff des Reintegrationspotentials verwendet wird. Weiterhin muss auch die in der vorliegenden Arbeit vorgeschlagene Unterscheidung in Kurzzeit- und Langzeitwohnungslose als vorläufige Einteilung aufgefasst werden, die sich am Median der Dauer der Wohnungslosigkeit des Berliner Patientenkollektivs orientiert hat.

Die vorliegenden Ergebnisse stützen die Aussagen der Literatur, dass dem Arzt als Ansprechpartner und Vertrauensperson für Kurzzeitwohnungslose eine besonders wichtige Rolle zufällt (van Laere, 2008). Die Rolle des Patienten ist gerade zu Beginn der Wohnungslosigkeit eine bekannte und von der Gesellschaft akzeptierte Rolle. Viele der Kurzzeitwohnungslosen schämen sich für ihre aktuelle Lebenssituation, es kostet viel Überwindung, sich jemandem anzuvertrauen. Umso größer ist daher die Hürde in einem System vertrauter sozialer Bindungen - wie dem ehemaligen Hausarzt - Hilfe zu suchen, da dies für die Betroffenen die schambesetzte Offenbarung der Wohnungslosigkeit noch erschwert. Die Hürde, sich zunächst einer Ärztin bzw. einem Arzt einer speziellen Versorgungseinrichtung für Obdachlose anzuvertrauen, scheint dagegen niedriger zu sein.

Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass das oft implizit formulierte höhere Reintegrationspotential von Kurzzeitwohnungslosen weiter untersucht werden sollte. Hierbei sollte der Zusammenhang zwischen einer frühzeitigen Inanspruchnahme von Obdachlosenpraxen und dem Reintegrationspotential Wohnungsloser analysiert werden.

4.2.8 Übernachtungsstellen

Übernachtungsgewohnheiten wohnungsloser Menschen sind ein wichtiger Aspekt bei der Entstehung und Ausprägung von Krankheiten. Von den hier untersuchten Patienten nannte die Mehrheit der Frauen (58,8%), seltener Männer (35,5%), Einrichtungen als ständige Übernachtungsstellen, im Gegensatz zu Kunstmanns Ergebnissen (Kunstmann, 2002). Hingegen übernachteten in Berlin weniger Frauen bei Freunden oder Bekannten. Die häufige Beobachtung, dass Frauen nach dem Wohnungsverlust bei Bekannten oder Freunden unterkommen (Torchalla, 2004; Geiger, 1997) konnte durch die hier erhobenen Daten nicht bestätigt werden. Die von den bisherigen Studien abweichenden Übernachtungsgewohnheiten bei Frauen könnten an dem großen Angebot an Frauenhäusern in Berlin liegen. Zudem unterstützen die Ergebnisse Torchallas Beobachtungen, dass Frauen, die sich einen Schlafplatz in einem Frauenhaus organisierten

auch sehr viel schneller Hilfe in Anspruch nehmen, z.B. in einer Obdachlosenpraxis (Torchalla, 2004). Diese Frauen haben womöglich ein höheres Gesundheitsbewusstsein und eine größere Motivation an ihrer aktuellen Situation etwas zu ändern.

Der Begriff „Platte machen“ beschreibt das Übernachten im Freien oder an Orten wie U-Bahn-Haltestellen oder Hauseingängen. Diese Plätze sind zwar überdacht, jedoch selten beheizt und oft laut. „Platte machen“ kann möglicherweise zu chronischem Schlafentzug führen (siehe hierzu auch Kapitel 4.3.5.1), was bei Wohnungslosen die Entstehung von Krankheiten begünstigt und diese unterhält (Arranz, 2009).

4.3 Medizinische Parameter

4.3.1 Letzter Besuch beim Arzt

Die Auswertungen über den letzten Arztbesuch zeigen, dass die Mehrheit der Patienten in den letzten zehn Jahren keinen Arzt aufgesucht hatte. Dieses könnte darauf hinweisen, dass sie in den letzten Jahren keinen Arzt benötigt haben. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass eine verschobene Wahrnehmungsschwelle für Kranksein sowie ein Schamgefühl gegenüber Fremden obdachlose Menschen davon abhalten einen Arzt aufzusuchen. Mangelndes Vertrauen zu den behandelnden Medizinern sowie bürokratische Hürden verhindern zudem die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Trabert, 1997).

Fehlende Krankenversicherungen stellen nicht die einzige Hürde dar. So waren 22,5% der Berliner Patienten trotz existierender Krankenversicherung in den vergangenen zehn Jahren nicht beim Arzt. Es fehlen zudem häufig die Möglichkeiten zur Aufbewahrung versicherungsrelevanter Unterlagen, zumal die Kostenübernahmebescheinigung des örtlichen Sozialhilfeträgers als Behandlungsvoraussetzung gilt. Ein illegaler Aufenthalt in der Bundesrepublik sowie Intoxikationen oder andere psychische Beeinträchtigungen des Patienten führen möglicherweise ebenfalls dazu, dass die Patienten keine medizinische Hilfe aufsuchen (Kunstmann, 2002).

Die medizinische Hilfe für Wohnungslose sollte leicht und ohne bürokratische Hürden zugänglich sein. Nach Angaben von Fachverbänden wird die Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung zunehmend durch Praxisgebühr und Zuzahlungen erschwert (Rosenke, 2006). So erwähnte Kubis bereits 1987 in seinem Abschlussbericht zu einem Obdachlosen-Projekt in Hannover: „Die niedrige Eingangsschwelle des Ladens hat sich als sehr günstig für die Integration von gesundheits- und Krankheitsfragen in den Lebenszusammenhang der Betroffenen erwiesen.“ (Kubis, 1987).

Auf der anderen Seite nahmen 29,1% der Patienten innerhalb der letzte drei Monate vor Erstkontakt mit dem Gesundheitszentrum medizinische Hilfe in Anspruch. Der Wohnungslose sucht als Patient einen Arzt auf, weil er sich neben der Hilfe bei körperlichen Problemen auch Unterstützung in einer sozial prekären Situation erhofft. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind jedoch die persönliche Erfahrung des Arztes, die institutionellen Bedingungen für die Behandlung wohnungsloser Menschen sowie ein interdisziplinärer Ansatz (O'Connell, 2004). Dies erklärt möglicherweise auch, warum ein Patient, der im vergangenen Quartal medizinische Hilfe in Anspruch genommen hat, jetzt den Arzt wechselt und eine spezielle Versorgungseinrichtung für Wohnungslose aufsucht.

4.3.2 Vorerkrankungen

Um einen Hinweis auf spezielle Vorerkrankungen der wohnungslosen Patienten zu erhalten, bietet es sich an, diese mit Prävalenzen in der deutschen Bevölkerung zu vergleichen. Dafür wurden vergleichbare Prävalenzen aus dem Gesundheitsbericht 2006 des Robert-Koch-Instituts herangezogen (Robert-Koch-Institut (Hrsg.)2006).

Hierbei fiel auf, dass Erkrankungen mit hoher Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung, wie die der Atemwege und des Herz-Kreislauf-Systems, auch im Kollektiv der wohnungslosen Patienten häufig vorkamen.

Hingegen ließen sich auch deutliche Differenzen in der Krankheitshäufung einzelner Organsysteme feststellen. Hierbei möchte ich auf zwei Beispiele gesondert eingehen. Im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung litten die wohnungslosen Patienten häufiger an infektiösen Erkrankungen. Nahezu 2/3 dieser Fälle waren auf eine Infektion mit viraler Hepatitis zurückzuführen. Die Benutzung von verunreinigten Spritzen erhöht das Risiko sanguiner Infektionen. Außerdem ließ sich eine Häufung von Erkrankungen des Nervensystems feststellen. Viele Patienten berichteten von epileptischen Anfällen. Eine diskontinuierliche Zufuhr von Alkohol kann zu entzugsbedingte Krampfanfälle führen. Der Verdacht liegt daher nahe, dass die Häufungen der Hepatitis-Infektionen sowie der epileptischen Anfälle als direkte Folgeerscheinungen des gesteigerten intravenösen Substanz- sowie Alkoholabusus zu werten sind.

Der Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und psychischen Erkrankungen ist in der Literatur vielfach diskutiert worden (siehe hierzu Kapitel 1.3.4). Auf die Entwicklung psychischer Erkrankungen in der Folge lang andauernder Wohnungslosigkeit wird in Kapitel 4.3.5 näher eingegangen. Hier sei lediglich darauf verwiesen, dass auch die jetzt vorliegenden Ergebnisse den Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und einer Häufung psychischer Erkrankungen belegen.

4.3.3 Abhängigkeiten

Unter Alkoholkrankheit versteht man eine durch regelmäßiges und übermäßiges periodisches Trinken von Alkohol hervorgerufene chronische Schädigung, die zu körperlicher, psychischer und sozialer Beeinträchtigung führt. Zwischen dem gewohnheitsmäßigen, nicht abhängigen Alkoholkonsumenten und dem Alkoholkranken, der unter Verlust seiner Selbstkontrolle leidet und nicht mehr zum Verzicht der Droge fähig ist, muss unterschieden werden (Bloomfield, 2008). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein hoher Anteil an Alkoholkranken (42,5 %) diagnostiziert. Im Vergleich zu anderen Studien lag er jedoch niedriger. So waren es bei Sperling 79,8% der Patienten, die unter einem

massiven Alkoholproblem litten, Dufeu gab einen Anteil von 68,1% an und Fichter sprach von 58,4% seiner Patienten (Dufeu, 1996; Sperling, 1985; Fichter, 2000). Der Anteil Alkoholkranker lag im Vergleich zur Wohnbevölkerung um das fünf- bis neunfach höher (Bundesministerium für Jugend, 2000). Die hier vorliegenden Daten differenzieren nicht zwischen den einzelnen Stadien der Alkoholkrankheit, gaben jedoch einen Eindruck über den Stellenwert des Alkoholproblems. Der vergleichsweise geringere Anteil an Patienten mit einem Alkoholabusus der vorliegenden Studie könnte mit der deutlich kürzeren Dauer der Wohnungslosigkeit zusammenhängen. Bisherige Studien geben keinen Aufschluss darüber ob die Alkoholproblematik mitunter eher zu der Wohnungslosigkeit geführt hat, oder ob die Sucht ein Resultat der Wohnungslosigkeit war. Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen jedoch mutmaßen, dass Kurzzeitwohnungslose (noch) nicht so sehr von dem Problem der Alkoholkrankheit betroffen sind. Vermutlich ist der höhere Anteil an Alkoholkranken in den vorher genannten Studien somit unter anderem auch durch einen höheren Anteil an Langzeitwohnungslosen zu erklären. Der unter den erschwerten Lebensbedingungen erhöhte Suchtmittelkonsum bewirkt wahrscheinlich zusätzliche körperliche Schädigungen.

In der hier vorliegenden Studie zeigte sich bei 16,8% der Patienten ein regelmäßiger Konsum von illegalen Drogen. Die Angaben zu Drogenabhängigkeiten in der aktuellen Forschungsliteratur variieren sehr und sind nur unzureichend analysiert. Fichter erhob einen Anteil von 4% an drogenabhängigen Patienten, Kunstmann beschrieb einen Anteil von 36,4% an reiner Opiatabhängigkeit, in Traberts Kollektiv waren es 12,5 %, die einen Konsum von Drogen angaben (Fichter, 2000; Kunstmann, 2002; Trabert, 1994). Hierbei ist zu bemerken, dass zwischen i.v.-Drogen, Haschisch, Opioiden und anderen Drogen nicht unterschieden wurde und daher ein Vergleich nicht möglich war. Jedoch wurde deutlich, dass Drogenabhängigkeit vor allem unter den jüngeren Wohnungslosen ein Problem darstellt. Der verhältnismäßig niedrige Anteil Alkoholabhängiger und höhere Anteil Abhängiger von illegalen Drogen könnte ein Hinweis auf jüngere Wohnungslose in Berlin sein. Wahrscheinlich ist der finanzielle Aspekt der limitierende Faktor für den Gebrauch illegaler Drogen. Die Preise für diese Drogen liegen im Vergleich zu Alkohol und Nikotin deutlich höher und sind somit für viele möglicherweise nicht erschwinglich bzw. unattraktiv.

4.3.4 Beschwerden

Die häufigsten angegebenen Beschwerden betrafen die Haut und die Atemwege. Außerdem waren es Verletzungen und Obdachlosigkeit als soziale Krankheit, die bei den Patienten diagnostiziert wurden. In keiner anderen Studie wurden bisher die von den Patienten formulierten Beschwerden erhoben, sondern ausschließlich die diagnostizierten Erkrankungen, somit war kein Vergleich zu anderen Studien möglich. Die hier relevante

Frage war, welche Beschwerden die Patienten motivieren, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Man könnte hier von dem Begriff der „Behandlungsmotivation“ sprechen.

Wie auch bei wohnhaften Patienten waren es Beschwerden, die eine gewisse Schmerzbeziehungswise Toleranzgrenze überschreiten. Es waren Beschwerden, die akut einschränken und den Alltag noch zusätzlich erschweren, zudem spielten etwa bei Hauterkrankungen eingeschränkte Ressourcen zur Bewältigung eine Rolle. In der Situation der Wohnungslosigkeit wird ein hoher Cholesterinwert oder ein Hypertonus, der keine Beschwerden macht, zweitrangig. Primär geht es darum, die aktuell einschränkenden Bedingungen zu minimieren. Hinzu kommt, dass vermutlich die Motivation zur Prävention von Krankheiten gering ist.

4.3.5 Diagnostizierte Erkrankungen

Die akuten Erkrankungen der wohnungslosen Patienten ergaben ein heterogenes Bild aus somatischen und psychischen Krankheiten, die in vielen Fällen mit der Wohnungslosigkeit assoziiert sein dürften.

4.3.5.1 Die häufigsten Diagnosen

Die häufigsten Diagnosen in dieser Studie waren infektiöse und parasitäre Erkrankungen (15,5%). Vermutlich waren diese Erkrankungen in hohem Maße mit der Lebenssituation assoziiert. Wohnungslose Menschen sind immunkompromittiert und somit deutlich anfälliger für infektiöse Krankheiten (Arranz, 2009). Diese Immunsuppression resultiert aus chronischem Stress in Form von kontinuierlichem Schlafentzug, ständiger existentieller Angst und dadurch, dass sie dauerhaft der Witterung (Kälte, Regen, Wind, Feuchtigkeit) ausgesetzt sind. Hinzu kommen mangelnde oder unausgewogene Ernährung sowie reduzierte Körperhygiene, die eine Anfälligkeit gegenüber infektiösen und parasitären Erkrankungen erhöhen (Stratigos, 2003). Außerdem führt die Körpernähe von vielen Wohnungslosen auf kleinem Raum in Notunterkünften oder anderen Übernachtungsheimen zu einer Erhöhung des Risikos für die Übertragung von Ektoparasiten.

In der vorliegenden Studie betrafen 8,7% der Diagnosen die Haut. Dies geht einher mit der oben beschriebenen Anfälligkeit für infektiöse Erkrankungen, die zu Abszessen und Phlegmonen führen können, denn kleine Hautläsionen sind bei schlechten hygienischen Verhältnissen Eintrittspforten für bakterielle Infektionen.

Ein Risiko für parasitäre Erkrankungen ist der Mangel an therapeutischen Optionen. Für den Standort Berlin gab es eine öffentliche Entlausungsstelle, die allerdings im Jahre 2008 aus finanziellen Gründen ersatzlos geschlossen wurde. Seither stellt sich das Problem, welche

Behandlung einem verlausten Patienten angeboten werden kann. Als Alternative sollen die dermatologischen Stationen der städtischen Krankenhäuser dienen. Doch oft scheitert dies am Willen der Beteiligten und entsprechender Ausstattung. Der Kontakt zwischen Mitpatienten und den infektiösen Pedikulose-Patienten im Krankenhaus würde eine Übertragung der Krankheit begünstigen.

An zweiter Stelle der diagnostizierten Erkrankungen standen Verletzungen (14,9%). Es waren vor allem Kurzzeitwohnungslose, die sich mit einer Wunde, einer Prellung oder einer posttraumatischen Wundinfektion in der Praxis vorstellten. Vermutlich lassen wohnungslose Patienten ihre ersten Verletzungen, die sie sich auf der Straße zuziehen, behandeln. Ein Leben auf der Straße erhöht jedoch das Risiko drastisch, sich im Rahmen von Stürzen oder bei handgreiflichen Auseinandersetzungen zu verletzen (Lecomte, 1997). Somit werden Verletzungen zum Alltag eines Lebens auf der Straße, und die Behandlungsmotivation sinkt. Auch hier sind das reduzierte Immunsystem sowie eine verminderte Körperhygiene mit dafür verantwortlich, dass es zu einer Heilungsstörung in Form von Wundinfektionen kommt.

Die Krankheiten des Atemwegssystems waren in dieser Studie mit 13,6% die dritthäufigste Diagnose. Es fiel auf, dass signifikant mehr Kurzzeitwohnungslose unter einer akuten oder chronischen Atemwegserkrankung litten. Vermutlich sind Kurzzeitwohnungslose anfälliger gegenüber pulmologischen Infekten, fühlen sich auch bei leichten Krankheiten eingeschränkt und sind somit motiviert, zum Arzt zu gehen. Wohnungslose Menschen sind neben der Lebenssituation durch den verbreiteten Nikotinabusus prädisponiert, eine respiratorische Krankheit zu entwickeln. In der vorliegenden Studie gaben 58% der Patienten anamnestisch einen Nikotinabusus an. Hinzu kommt auch hier besonders in Großraumschlafsälen von Übernachtungsheimen die Übertragung von Atemwegserkrankungen durch Tröpfcheninfektion (Raoult, 2001).

Psychische Erkrankungen standen mit 7,9% der diagnostizierten Erkrankungen an fünfter Stelle in dieser Studie. Der Gruppenvergleich zeigte, dass es vor allem Langzeitwohnungslose-Patienten waren, die im Rahmen einer Suchterkrankung eine psychische Störung entwickelten. Hinzu kommt, dass bei einem Großteil dieser Patienten in den ersten Monaten eine so genannte psychosomatische Anpassungsstörung zu vermuten ist. Thure von Uexküll schreibt dazu: „Die Anzeichen der Anpassungsstörung sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst, Besorgnis, das Gefühl, unmöglich zurechtzukommen, vor auszuplanen oder in der gegenwärtigen Situation fortzufahren, ferner eine gewisse Einschränkung bei der Bewältigung der alltäglichen Routine.“ (Uexküll, 2008). Dies erklärt in Ansätzen die zuvor beschriebene schwierige Versorgungssituation, in der sich Ärzte, Sozialarbeiter und Psychologen im Umgang mit wohnungslosen Menschen befinden. Dieses psychosomatische Phänomen sollte in weiteren Studien unbedingt näher analysiert werden.

Zahlreiche Studien haben in der Vergangenheit das Gebiet der psychiatrischen Erkrankungen bei wohnungslosen Patienten erforscht. Viele dieser Auswertungen wurden durch ideologische Vorurteile geprägt, sodass eine Einordnung und Interpretation der Ergebnisse kritisch betrachtet werden muss (Trabert, 1994). Zusammenfassend kann man sagen, dass unter Wohnungslosen eine hohe Prävalenz an psychiatrischen Erkrankungen diagnostizierbar war (Salize, 2006; Fichter, 2000; Torchalla, 2004). Außerdem belegen Studien, dass sowohl psychische Erkrankungen Wohnungslosigkeit bedingen können, als auch Wohnungslosigkeit zu psychischen Krankheiten führen kann (Salize, 2006). Es sei darauf hingewiesen, dass diese Studie bewusst nicht den Bereich der psychiatrischen Erkrankungen ausführlich untersucht hat, da dieser Bereich schon vielfach untersucht worden ist.

Die Erkrankungen des Verdauungssystems standen mit 7,0% der Diagnosen an sechster Stelle. Es waren vor allem Kurzzeitwohnungslose, die unter Erkrankungen wie viralen Magen-Darm-Infekten sowie unter Magenbeschwerden litten. Pathogenetisch lässt sich wie bei anderen Organsystemen eine erhöhte Prävalenz an infektiösen Erkrankungen feststellen. Hinzu kommen Magenbeschwerden, die im engen Zusammenhang von regelmäßigem Alkohol- und Nikotingenuss sowie tagelangen Hungerzuständen stehen (Veith, 1976). Der Mitbegründer der Psychosomatik Thore von Uexküll beschreibt als medizinische Pathogenese, dass chronischer Distress sowie andere psychische Belastungen zu einer erhöhten Säureproduktion im Magen führen und somit Magenbeschwerden bis hin zum Magenerkrankungen verursachen können (Uexküll, 2008).

Obdachlosigkeit als soziale Krankheit (7,0%) stand an siebter Stelle der diagnostizierten Krankheiten. Erstaunlich war, dass erst vor einigen Jahren die Diagnose „Obdachlosigkeit“ von der Weltgesundheitsorganisation mit in die ICD-10-Klassifikation aufgenommen wurde. Bisher wurde in keiner anderen Studie diese neu eingeführte Ziffer der „Z.59: Obdachlosigkeit“ vergeben, was darauf schließen lässt, dass noch kein Bewusstsein für diesen Zustand als soziale Krankheit existiert. Wohnungslose gehören laut Definition zu „Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände“ (Graubner, 2008). Die Diagnose Obdachlosigkeit zeigte, dass bei diesem Patientenkollektiv neben den oben beschriebenen Erkrankungen allein ihre Lebensweise als krankmachender Faktor eingeschätzt wurde.

Zusammenfassend kann man zu dem Vergleich der Gruppen Kurzzeitwohnungslose mit Langzeitwohnungslosen sagen:

- Kurzzeitwohnungslose litten signifikant häufiger an Atemwegserkrankungen
- die Haupterkrankungen der Langzeitwohnungslosen entsprachen denen der Kurzzeitwohnungslosen

- zusätzlich litten Langzeitwohnungslose vermehrt an psychischen Erkrankungen sowie an Obdachlosigkeit als soziale Krankheit

Kurzzeitwohnungslose scheinen das medizinische Angebot auch bei leichteren Formen von Erkrankungen wie etwa bei kleine Verletzungen, leichten Atemwegserkrankungen oder Krankheiten des Verdauungssystems in Anspruch zu nehmen. Vermutlich nutzen Kurzzeitwohnungslose als „Einstiegshilfe“ eine kleine medizinische Beschwerde, um auch die Hilfe für ihre großen sozialen Probleme in Anspruch nehmen zu können (siehe dazu auch Kapitel 4.2.7).

4.3.5.2 Diagnosen im Vergleich zu anderen Studien

Verfügbare Studien haben häufig einen kompletten internistischen Status der Patienten erhoben und die Diagnosen nach eigenen, häufig organbezogenen Einteilungen ausgewertet. Die Unterschiedlichkeit der Durchführungsmethoden führt dazu, dass ein Vergleich schwierig und ungenau wird.

Aus diesem Grund wurden die vorliegenden Ergebnisse zu den Diagnosen vor allem mit der Studie von Kunstmann und Ostermann verglichen, da diese Auswertung ebenfalls auf der Grundlage des aktuellen ICD-10 stattgefunden hat sowie ausschließlich die aktuellen Behandlungsdiagnosen aufführte. Bei dem Vergleich fiel auf, dass sich ähnliche - die hier genannten - Erkrankungsschwerpunkte herauskristallisierten.

Die Verteilung der einzelnen Diagnosen war in den meisten Bereichen kongruent. Es zeigten sich zwei relevante Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung, die womöglich als Verschiebung gesehen werden müssen. Zum einen gab es in der hier vorliegenden Studie mehr diagnostizierte infektiöse Erkrankungen, wohingegen in Kunstmanns Studie mehr dermatologische Erkrankungen diagnostiziert wurden. Eine dermatologische Erkrankung einer infektiösen Pathogenese kann als infektiös wie auch als dermatologisch diagnostiziert werden. Dasselbe gilt für die Diagnosen „Obdachlosigkeit“ und „Psychische Veränderung“. In 7,0% der Fälle war die Diagnose „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen/ Obdachlosigkeit“, bei Kunstmann hingegen nur in 0,8%. Die Diagnose „psychische und Verhaltensstörung“ wurde bei Kunstmann öfter vergeben. Vermutlich hat auch hier die unterschiedliche Klassifikation des Diagnostikers zur unterschiedlichen Verteilung geführt. Denn der Zustand der Obdachlosigkeit kann als soziale Krankheit gesehen werden oder aber es kann eine Veränderung der Psyche etwa als Anpassungsstörung diagnostiziert werden.

Über die anderen Studien kann zusammenfassend festgestellt werden, dass ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit folgende Erkrankungen eine vorherrschende Rolle spielten:

- Erkrankungen der Atmungsorgane, Häufigkeitsverteilungen zwischen 70,6% (Sperling, 1985) und 18,9% (Weber, 1983) der Wohnungslosen.
- Folgen von Verletzungen und Unfällen, Häufigkeitsverteilung zwischen 62,6% (Sperling, 1985) und 44,2% (Locher, 1990) der Wohnungslosen.
- Beschwerden des Bewegungsapparats, Häufigkeitsverteilung zwischen 76,4% (Sperling, 1985) und 39,8% (Locher, 1990) der Wohnungslosen.
- Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Häufigkeitsverteilung zwischen 52,5% (Trabert, 1994) und 27,8% (Locher, 1990) der Wohnungslosen.

Außerdem ist zu erwähnen, dass Erkrankungen des Verdauungssystems einschließlich sanierungsbedürftiger Zähne, sowie Erkrankungen der Haut eine Rolle spielten (Trabert, 1994).

Somit erkranken wohnungslose Menschen außer an den Erkrankungen der Allgemeinbevölkerung, wie Erkrankungen der Atemwege, des Herzkreislauf-, oder Verdauungssystems, noch zusätzlich an Krankheiten, die aus ihrer besonderen Lebenssituation resultieren.

4.4 Limitationen

Eine mögliche Limitation der vorliegenden Arbeit liegt in der Auswertung der Patientenakten, für die retrospektiv Angaben zu Vorerkrankungen und Soziodemographie erhoben wurden. Besonders unangenehme Erinnerungen die lange zurück liegen, wie der Beginn der Wohnungslosigkeit oder Suchterkrankungen, können verdrängt worden sein und somit nicht genau wiedergegeben worden sein.

Ob jemand tatsächlich wohnungslos ist, lässt sich nicht eindeutig klären. Zwar wird in der Praxis Raum geschaffen, in dem den Patienten signalisiert wird, dass sie behandelt werden, egal ob wohnungslos oder nicht, ob krankenversichert oder nicht. Auch wird darauf hingewiesen, dass die bestmögliche Unterstützung nur dann gewährleistet werden kann, wenn der Patient seinen Wohn- und Versicherungsstatus offenbart.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind vermutlich nicht repräsentativ für alle Wohnungslosen in Berlin. Da es sich beim Berliner Gesundheitszentrum für Obdachlose jedoch um eine große Einrichtung mit einem relativ weiten Einzugsgebiet handelt, können die vorliegenden Daten mindestens Hinweise für die ambulante medizinische Versorgung wohnungsloser Patienten in Berlin darstellen.

Eine weitere Limitation im Rahmen dieser Untersuchung könnte die sprachliche Barriere sein. Bei einem relativ großen Anteil von ausländischen Patienten kommt es gelegentlich zu sprachlichen Schwierigkeiten bei der Anamneseerhebung. So erklärt wahrscheinlich die sprachliche Barriere den hohen Anteil an fehlenden Angaben, etwa zu Vorerkrankungen.

Die Auswertung der Diagnosen muss unter besonderem Vorbehalt erfolgen. Es handelt sich ausschließlich um die Diagnosen aktueller und auf den ersten Blick sichtbarer Symptome, die daher ohne weitergehende Diagnostik gesichert werden konnten. Die diagnostizierten Erkrankungen entsprachen daher nicht allen diagnostizierbaren Erkrankungen dieser Menschen. Zudem ist ein Großteil der wohnungslosen Menschen skeptisch und vorsichtig und lässt sich eher langsam auf eine Beziehung zum Arzt ein. Häufig wünschen sie die Fokussierung auf die aktuellen Beschwerden. Um die fragile Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patienten nicht zu gefährden, sollten diese Wünsche respektiert werden. Das finanzielle Budget einer durch Spenden finanzierte Einrichtung erlaubt es zudem nicht, jedem Patienten eine komplette medizinische Durchuntersuchung zu ermöglichen. Auch wenn die Erhebung der Routinedaten im Praxisalltag primär nicht für wissenschaftliche Untersuchungen angelegt war, so erfolgte sie im Berliner Gesundheitszentrum für Obdachlose standardisiert und erlaubte die systematische Erfassung und Auswertung für die vorliegende Dissertationsschrift.

4.5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegende Studie ist wahrscheinlich die umfangreichste systematische Untersuchung zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Deutschland. Sie trägt dazu bei, die gesundheitlichen Probleme Wohnungsloser besser zu verstehen und auf ihre Bedürfnisse adäquater reagieren zu können. Sie dient als Grundlage zur Planung von Langzeitstudien über die ambulante medizinische und psychosoziale Versorgung wohnungsloser Menschen.

Es zeigte sich, dass die eingeschlossenen obdachlosen Patienten an zum Teil schwerwiegenden somatischen und psychischen Krankheiten litten, welche in vielen Fällen mit der Wohnungslosigkeit assoziiert sein dürften. Ein Leben auf der Straße birgt viele gesundheitsschädliche Risiken, wie etwa unzureichende Hygiene, chronischer Schlafentzug, mangelnde oder schlechte Ernährung, dauerhafte Stressbelastung und häufige Alkoholabhängigkeit. Diese Einflüsse begünstigen die Entstehung von somatischen Krankheitsbildern wie Pedikulose, superinfizierten Wunden und Magengeschwüren, aber auch psychischen Erkrankungen wie Depression oder Obdachlosigkeit als soziale Krankheit.

Diese Studie zeigte weiter, dass zugesicherte sozialrechtlicher Leistungen wie der Krankenversicherungsschutz oder Sozialhilfeleistungen in der Realität häufig fehlen. Die Diskrepanz zwischen dem gesetzlichen Anspruch auf Krankenversicherung für alle Erwerbsfähigen und Rentner und dem empirisch erhobenen Anteil von 36% Krankenversicherten deutet darauf hin, dass mögliche Hindernisse bei der Umsetzung eruiert werden sollten, um sie beseitigen zu können.

Die frappierende Abwesenheit von sozialmedizinischer Forschung zu Wohnungslosigkeit in Deutschland und mangelnde Kenntnisse zu Prävalenz und Manifestation von Wohnungslosigkeit tragen zur Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Wohnungslosigkeit bei.

Die vorliegende Studie bietet einen Überblick über soziodemografische Charakteristika und den Gesundheitszustand von wohnungslosen Patienten. Weitere Studien können auf den hier vorgelegten Ergebnissen aufbauen und sollten auch verschiedene medizinische Versorgungsansätze für wohnungslose Patienten miteinander vergleichen.

Aus anderen Studien ist bekannt, dass von Wohnungslosigkeit betroffene Menschen oft Obdachlosen-Ärztinnen und -Ärzte als erste professionelle Ansprechpartner wählen, noch vor psychologischen Hilfsangeboten oder speziellen Anlaufstellen für Wohnungslose. Dem Gesundheitswesen kommt damit eine besondere Chance und Verantwortung zu, den Teufelskreis der Chronifizierung und krankmachenden Wohnungslosigkeit zu beenden.

Zukünftige Untersuchungen zur medizinischen Versorgung Obdachloser sollten insbesondere als Longitudinalstudien durchgeführt werden, um Langzeitverläufe zu untersuchen. Aus den Ergebnissen dieser Studie ging auch hervor, dass das oft implizit formulierte höhere Reintegrationspotential von Kurzzeitwohnungslosen weiter untersucht werden sollte. Hierbei könnte der Zusammenhang zwischen einer frühzeitigen Inanspruchnahme von Obdachlosenpraxen und dem Reintegrationspotential Wohnungsloser analysiert werden. Erstrebenswert wäre außerdem die Durchführung qualitativer Studien, um Aspekte von Wohnungslosigkeit und Krankheit zu identifizieren, die möglicherweise in bisherigen Studien nicht berücksichtigt wurden. Darüber hinaus sollten geschlechtsspezifische Auswirkungen von Wohnungslosigkeit gezielt untersucht werden. Interessant wäre hierbei eine Längsschnittstudie durchzuführen, um den Verlauf der Wohnungslosigkeit von Frauen zu erforschen.

5 ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund und Zielsetzung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe schätzt die Zahl wohnungsloser Menschen in Deutschland auf etwa 250.000. In Berlin leben geschätzt 10.000 wohnungslose Menschen. Die Gesundheit von Menschen, die ohne festen Wohnsitz und in Armut leben, ist besonders gefährdet. Diese Menschen haben zudem einen sehr begrenzten Zugang zur medizinischen Versorgung. Obwohl Wohnungslosigkeit von der Weltgesundheitsorganisation als eigene Diagnose in die internationale Klassifikation der Krankheiten aufgenommen wurde, gibt es in Deutschland nur wenige, in Berlin gar keine medizinisch-wissenschaftlichen Untersuchungen über Wohnungslose. Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist daher die Untersuchung der soziodemographischen Charakteristika und medizinischen Parameter aller Patienten des interdisziplinären Gesundheitszentrums für Obdachlose der Jenny De la Torre Stiftung in Berlin-Mitte.

Methodik

Es handelt sich bei dieser Untersuchung um eine Querschnittsstudie mit retrospektiver Auswertung von standardisiert erhobenen Patientendaten. Eingeschlossen wurden alle wohnungslosen Patienten bei Erstkontakt mit dem Gesundheitszentrum für Obdachlose in Berlin-Mitte. Der Untersuchungszeitraum begann im September 2006 (Eröffnung des Gesundheitszentrums) und endete im April 2008. Zu den erhobenen soziodemographischen Parametern gehörten auch Angaben zum Krankenversicherungsstatus, zu Übernachtungsstellen und Zeitraum der Wohnungslosigkeit. Weiterhin erhoben wurden medizinische Parameter: Angaben zum letzten Arztbesuch, somatische und psychische Vorerkrankungen, insbesondere Sucht, Gründe für den Besuch im Gesundheitszentrum, sowie ärztliche Diagnosen bei Erstkontakt. Neben deskriptiven statistischen Analysen der soziodemographischen und medizinischen Parameter erfolgten geschlechtsspezifische Gruppenvergleiche bezüglich Übernachtungsstellen, Alter- und Familienstand, sowie der Vergleich des Diagnosespektrums von Kurzzeit- und Langzeitwohnungslosen (bis 6 Monate versus > 6 Monate).

Ergebnisse

Eingeschlossen wurden die Daten von 440 obdachlosen Patienten, davon waren 81% männlich (Altersmittelwert $43,5 \pm 12,9$ Jahre) und 19% weiblich ($37,2 \pm 12,8$ Jahre). 50% der Patienten waren beim Erstkontakt mit dem Gesundheitszentrum höchstens sechs Monate wohnungslos. 62% der Patienten gaben an, ledig zu sein, ein Fünftel der Patienten war geschieden. Von den 39% der Patienten, die angaben Kinder zu haben, hatte die Hälfte zwei oder mehr Kinder. 36% hatten eine Krankenversicherung, 31% der Patienten bezogen Sozialhilfe. Von allen Patienten waren 26% ausländischer Herkunft, sie kamen vor allem aus

Polen und anderen mittel- und osteuropäischen Ländern. 71% hatten die Schule abgeschlossen, davon hatten 47% einen Hauptschulabschluss, 54% einen mittleren oder höheren Schulabschluss, ausländische Patienten hatten häufiger als Deutsche den höchsten Schulabschluss erreicht. 59% der Frauen und 36% der Männer übernachteten in Sozialeinrichtungen.

43% der Patienten hatte in den letzten zehn Jahren keinen Arzt aufgesucht, jedoch hatten 29% innerhalb des vergangenen Quartals einen Arzt aufgesucht. Von den Patienten des Gesundheitszentrums waren 58% nikotin- und 43% alkoholabhängig. Die Betroffenen litten akut vor allem an infektiösen und parasitären Krankheiten (16%), Verletzungen (15%), Erkrankungen der Atemwege (14%) sowie Krankheiten der Haut (9%). Bei 7% der Behandlungsdiagnosen wurde entsprechend der internationalen Klassifikation der Krankheiten ausschließlich Obdachlosigkeit (ICD-10 Z.59) diagnostiziert. Kurzzeitwohnungslose, die weniger als sechs Monate wohnungslos waren, litten bei Erstkontakt signifikant häufiger an Atemwegserkrankungen als Langzeitwohnungslose. Als Vorerkrankungen wurden am häufigsten psychische (28%), Atemwegs- (21%) und infektiöse Erkrankungen (20%) angegeben.

Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie ist die umfangreichste sozialmedizinische Untersuchung zur ambulanten medizinischen Versorgung Obdachloser in Deutschland. Das Spektrum der Erkrankungen der Patienten in der vorliegenden Studie ergab ein heterogenes Bild aus somatischen und psychischen Krankheiten, die in vielen Fällen mit der Wohnungslosigkeit assoziiert sein dürften. Sie verwiesen darauf, dass eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung in gezielten niedrigschwelligen Angeboten dringend erforderlich ist, insbesondere für Kurzzeitwohnungslose (≤ 6 Monate), die die Hälfte der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums ausmachten. Zudem bestand eine große Diskrepanz zwischen dem gesetzlichen Anspruch auf Krankenversicherungsschutz und Sozialhilfeleistungen und der Versorgungsrealität Obdachloser. Mögliche Barrieren für den Zugang zu diesen Versicherungs- und Sozialleistungen sollten insbesondere auch durch qualitative Studien weiter erforscht werden, um sie beseitigen oder zumindest reduzieren zu können.

Das Thema Wohnungslosigkeit und Gesundheit ist in seiner sozialmedizinischen Brisanz bisher vom deutschen Gesundheitswesen nicht ausreichend erkannt worden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können dazu beitragen, adäquater auf die psychosozialen und medizinischen Bedürfnisse Obdachloser zu reagieren. Sie dienen als Grundlage für weitere geschlechtsspezifische Forschung, insbesondere Langzeitstudien, zur Versorgungssituation aber auch zur Entwicklung gezielter präventiver Strategien.

6 LITERATURVERZEICHNIS

- Aderhold, D. (1970): Nichtseßhaftigkeit, Deutscher Gemeindeverlag, Kohlhammer, Köln.
- Arranz, L.; de Vicente, A.; Muñoz, M. und De la Fuente, M. (2009): Impaired Immune Function in a Homeless Population with Stress-Related Disorders, *Neuroimmunomodulation* (Band 16), Seite 251-260.
- Ayaß, W. (2004): „Asozial“ und „gemeinschaftsfremd“ Wohnungslose in der Zeit der nationalsozialistischen Diktatur, *Wohnungslos* (Band 3), Verlag Soziale Hilfe, Bielefeld, Seite 87-90.
- Badiaga, S.; Richet, H.; Azas, P.; et al. (2009): Contribution of a shelter-based survey for screening respiratory diseases in the homeless, *The European Journal of Public Health* (Band 19), Nr. 2, Seite 157-160. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/19/2/157>
- Bahr, R. D. (2009): Physician involvement in healthcare for the homeless, *Md Med* (Band 10), Nr. 1, Seite 5.
- Becker, H. und Kunstmann, W. (2001): The Homeless Mentally Ill in Germany, *International Journal of Mental Health* (Band 30), Nr. 3, Seite 57-73.
- Bloomfield, K.; Kraus, L. und Soyka, M. (2008): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 40, Robert Koch-Institut, Berlin.
- Bonin, J. P.; Fournier, L.; Blais, R.; Perreault, M. und White, N. D. (2010): Health and mental health care utilization by clients of resources for homeless persons in Quebec City and Montreal, Canada: a 5-year follow-up study, *J Behav. Health Serv. Res.* (Band 37), Nr. 1, Seite 95-110.
- Buchanan, D.; Doblin, B.; Sai, T. und Garcia, P. (2006): The Effects of Respite Care for Homeless Patients: A Cohort Study, *American Journal of Public Health* (Band 96), Nr. 7, Seite 1278-1281.
URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/96/7/1278>
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG) (1997): Dokumentationssystem wohnungslose Alleinstehende (DWA) - Bundes-Aggregationsstatistik 1996, unkommentierte Tabelle, Bielefeld.
- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.) (2000): Gesundheit von Männern und Frauen in NRW - Landesgesundheitsbericht 2000, Bielefeld.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008): Lebenslagen in Deutschland - Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bundesanzeiger Verlag.
- Busch-Geertsema, V.; Ruhstrat, E.U.; Evers, J. (2005): Wirksamkeit persönlicher und wirtschaftlicher Hilfen bei der Prävention von Wohnungslosigkeit, *Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung (GISS)*, Bremen. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) http://www.giss-ev.de/pdf/GISSWirksamkeitPraevention02_2005.pdf
- Crane, M.; Warnes, A.M. (2001): Primary health care services for single homeless people: defects and opportunities. *Family Practice*, 18(3):272–276.
- Deutscher Städtetag (Hrsg.) (1987): Sicherung der Wohnungsversorgung in Wohnungsnotfällen und Verbesserung der Lebensbedingungen in sozialen Brennpunkten - Empfehlungen und Hinweise, *DST-Beiträge zur Sozialpolitik* (Band 10), Köln.
- Doering, T. J.; Hermes, E.; Konitzer, M.; Fischer, G. C. und Steuernagel, B. (2002): Gesundheitliche Situation von Wohnungslosen in einer Krankenwohnung für Wohnungslose, *Gesundheitswesen* (Band 64), Seite 375-381.
- Dufeu, P.; Podschus, J. und Schmid L.G. (1996): Alkoholabhängigkeit bei männlichen Wohnungslosen, *Nervenarzt* (Band 67), Seite 930-934.

- Farr, J. und Schäfer, R. (1981): Nichtsesshaftigkeit- Gesellschaftlicher und psychosozialer Konflikt seit 1800, Dissertation, Johann-Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Fachbereich Philosophie/ Erziehungswissenschaften.
- Ferber, von C. (1990): Armut und Krankheit - sozialmedizinische Zusammenhänge und Konsequenzen für Politik und Sozialarbeit, Materialien zur Wohnungslosenhilfe (Band 11), Seite 5-18.
- Fichter, M.; Quadflieg, N. und Cuntz, U. (2000): Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen: Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer, Deutsches Ärzteblatt (2000; 97(17): A-1148 / B-980 / C-920).
- Focke Katharina, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.) (1976): Verordnung zur Durchführung des §72 des Bundessozialhilfegesetzes vom 09.06.1976.
- Gallie, D. und Paugam, S. (2002): Soziale Prekarität und soziale Integration, Bericht für die Europäische Kommission auf der Grundlage von Eurobarometer 56.1, Brüssel. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_162_de.pdf
- Geiger, M. und Steinert, E. (1997): Alleinstehende Frauen ohne Wohnung: soziale Hintergründe, Bewältigungsstrategien, Hilfeangebot., Schriftreihe des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Band 124).
- Geiger, M. (2008): Wohnungslosigkeit, sozialer Ausschluss und das Projekt der Integration. Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit, Seite 385-398, VS-Verlag, Wiesbaden. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-90821-2_19
- Gelberg, L. und Linn, L. (1992): Demographic differences in health status of homeless adults, Journal of General Internal Medicine (Band 7), Nr. 6, Seite 601-608. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://dx.doi.org/10.1007/BF02599198>
- Gencer, D. (1988): Arm, allein, ohne Wohnung und dann auch noch Frau, Materialien zur Wohnungslosenhilfe (Band 7), Seite 49-56, Bielefeld.
- Gerull, S. (2009): Armut und soziale Ausgrenzung wohnungsloser Menschen, Sozial Extra (Band 33), Nr. 5, Seite 37-41. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://dx.doi.org/10.1007/s12054-009-0050-3>
- Graubner, B. (2008): ICD-10-GM 2009 Alphabetisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Deutscher Ärzte Verlag, Stuttgart.
- Hayner, E. und Tippe, C. (2009): Die Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten im Wandel, Sozial Extra (Band 33), Nr. 5, Seite 42-45. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://dx.doi.org/10.1007/s12054-009-0051-2>
- Hesse-Lorenz, H. und Moog, R. (1996): Wohnungslosigkeit bei Frauen ist unsichtbar, Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.). In: Auf die Straße entlassen. Obdachlos und psychisch krank. Psychiatrieverlag, Bonn, Seite 117-132.
- Holtmannspötter, H. (1984): Entstehung und Entwicklung der organisierten Nichtseßhaftenhilfe, Gefährdetenhilfe (Band 3), Seite 52-60.
- Holtmannspötter, H. (1996): Von "Obdachlosen", "Wohnungslosen" und "Nichtseßhaften", Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.). In: Auf die Straße entlassen. Obdachlos und psychisch krank. Psychiatrieverlag, Bonn, Seite 17-29.
- Hwang, S. W.; Colantonio, A.; Chiu, S.; et al. (2008): The effect of traumatic brain injury on the health of homeless people, CMAJ (Band 179), Nr. 8, Seite 779-784. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/179/8/779>
- Hwang, S. W.; Kirst, M. J.; Chiu, S.; Tolomiczenko, G.; Kiss, A.; Cowan, L. und Levinson, W. (2009): Multidimensional social support and the health of homeless individuals, J Urban.Health (Band 86), Nr. 5, Seite 791-803. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729873/pdf/11524_2009_Article_9388.pdf

- Jones, C. A.; Perera, A.; Chow, M.; Ho, I.; Nguyen, J. und Davachi, S. (2009): Cardiovascular disease risk among the poor and homeless - what we know so far, *Curr.Cardiol.Rev.* (Band 5), Nr. 1, Seite 69-77. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2803292/pdf/CCR-5-69.pdf>
- Kotnik, E. (2007): Statement von Susanne Kahl-Passoth, Direktorin des Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz, Pressekonferenz. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) http://www.berliner-altenpflege.de/Kotnik/presse/PM_DWBO-Caritas_Kaeltehilfe2007/view
- Kubis, H. (1987): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes Straßensozialarbeit und Kontaktladen "Mecki" in der Passerelle/Innenstadt, Evangelische Fachhochschule Sozialpädagogik/Sozialarbeit, Landeshauptstadt Hannover.
- Kunstmann, W. (2000): Gesundheitliche Probleme und medizinische Versorgung von alleinstehenden Wohnungslosen, Gesundheit von Männern und Frauen in NRW - Landesgesundheitsbericht 2000, Seite 160-176. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) http://www.mgepa.nrw.de/pdf/gesundheit/gesundheitsbericht_frauen_maenner.pdf
- Kunstmann, W. und Ostermann, T (2002): Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Studie. Ministerium für Arbeit, Gesundes und Soziales des Landes Norderhein-Westfalen (Hrsg.)
- Kushel, M. B.; Vittinghoff, E. und Haas, J. S. (2001): Factors Associated With the Health Care Utilization of Homeless Persons, *JAMA: The Journal of the American Medical Association* (Band 285), Nr. 2, Seite 200-206. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/285/2/200>
- Längle, G.; Egerter, B.; Albrecht, F.; Petrasch, M. und Buchkremer, G. (2005): Prevalence of mental illness among homeless men in the community, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (Band 40), Nr. 5, Seite 382-390. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-005-0902-5>
- Lecomte, T. und Mizrahi, A. (1997): Recourse to care and morbidity of the homeless in the Paris district, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* (Band 181), Seite 1715-1727.
- Locher, G. (1990): Gesundheits-/Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von alleinstehenden Wohnungslosen, Verlag Soziale Hilfe, Bielefeld.
- Maxwell, J. und Lie, J. (2008): Cardiovascular disease risk of homeless patients, *Br.J Gen.Pract.* (Band 58), Nr. 554, Seite 648-649. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2529206/pdf/bjgp58-648a.pdf>
- Meller, I.; Fichter, M.; Quadflieg, N.; et al. (2000): Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose Ergebnisse einer epidemiologischen Studie, *Der Nervenarzt* (Band 71), Nr. 7, Seite 543-551. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://dx.doi.org/10.1007/s001150050624>
- Merten, M. (2004): Medizinische Versorgung Obdachloser: Ohne Netzwerk unmöglich, *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 101, Heft 43, Seite 2866-2870.
- Müller U., Schröttle M. et al (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Hrsg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Mullikas, M. (1997): Auch Probleme haben ihre Karriere- Nichtseßhaftigkeit in Deutschland, Dissertation, Fachbereich Philosophie und Sozialwissenschaften, Freie Universität Berlin.
- Nickasch, B. und Marnocha, S. K. (2009): Healthcare experiences of the homeless, *J Am Acad Nurse Pract.* (Band 21), Nr. 1, Seite 39-46.
- O'Connell, J. J. (2004): Dying in the shadows: the challenge of providing health care for homeless people, *CMAJ* (Band 170), Nr. 8, Seite 1251-1252. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/18/5/448.full.pdf>

- O'Connell, J. J. (2004): Dying in the shadows: the challenge of providing health care for homeless people, *CMAJ* (Band 170), Nr. 8, Seite 1251-1252.
URL: (aufgerufen am 11.04.2011)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC385355/pdf/20040413s00030p1251.pdf>
- Patra, S. und Anand, K. (2008): Homelessness: a hidden public health problem, *Indian journal of public health*, 2008 Jul-Sep; 52(3), Seite 164-70. URL: (aufgerufen am 11.04.2011)
http://www.ijph.in/temp/IndianJPublicHealth523164-1404046_035400.pdf
- Pitz, S.; Kramann, C.; Krummenauer, F.; Pitz, A.; Trabert, G. und Pfeiffer, N. (2005): Is homelessness a risk factor for eye disease? Results of a German screening study, *Ophthalmologica*. (Band 219), Nr. 6, Seite 345-349.
- Raoult, D.; Foucault C. und Brouqui P. (2001): Infections in the homeless, *The Lancet Infectious Diseases* (Band 1), Nr. 2, Seite 77-84.
- Riester Walter, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2001): Verordnung zur Durchführung des §72 des Bundessozialhilfegesetzes vom 24.01.2001, *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2001 Teil I Nr.6*, ausgegeben zu Bonn am 07.Februar 2001.
- Riley, A. J.; Harding, G.; Underwood, M. R. und Carter, Y. (2003): Homelessness: a problem for primary care? *British Journal of General Practice*, 2003 Jun; 53(491), Seite 473-9.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.)(2006), *Gesundheit in Deutschland*.
Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Rohrmann, E. (1987): *Gesellschaftliche Reaktion auf Armut und Wohnungslosigkeit und ihre Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung von "Nichtsesshaftigkeit"*, Dissertation, Fachbereich Pädagogik, Universität Dortmund.
- Rosenke, W. (1996): Weibliche Wohnungsnot. Ausmaß-Ursachen-Hilfeangebote., *Wohnungslos* (Band 3), Seite 77-81.
- Rosenke, W. (2006): Gesundheitszustand Wohnungsloser verschlechtert, Krankenversicherungsstatus häufig ungeklärt, großes Engagement der Wohnungslosenhilfe - Ergebnisse einer aktuellen Blitzumfrage der BAG Wohnungslosenhilfe zu den Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, *Wohnungslos* (Band 3), Seite 107-114.
- Ryan, T. A. (2008): Infectious disease in the homeless, *Md Med* (Band 9), Nr. 4, Seite 26-7, 30.
- Sadowski, L. S.; Kee, R. A.; VanderWeele, T. J. und Buchanan, D. (2009): Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial, *JAMA: The Journal of the American Medical Association* (Band 301), Nr. 17, Seite 1771-1778.
- Salize, H.; Ilmann-Lange, C.; Kentner-Figura, B. und Reinhard, I. (2006): Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung, *Der Nervenarzt* (Band 77), Nr. 11, Seite 1345-1354. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-005-1997-3>
- Schaak, T. (2002): *Obdachlose, auf der Straße lebende Menschen in Hamburg 2002*, Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Soziales und Familie.
URL: (aufgerufen am 11.04.2011)
<http://www.hamburg.de/contentblob/128000/data/obdachlosenstudie-2002-download.pdf>
- Schenk, L.; Väh, E.; Griese, K.; Merckens, M. und Reiter, S. (1998): *Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte in Berlin. Eine Planungsstudie zur Vorbereitung und Einschätzung von beruflichen (Re-)Integrationsmaßnahmen – Berlin: Intersofia.*
- Schröder, H. (2008): *Statistikbericht 2004-2006*, Verlag Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., Bielefeld
- Schultze, W. (1938): *Der Nichtseßhafte, eine Gefahr für die Volksgesundheit., Der nichtseßhafte Mensch*, Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München, Seite 309-314.

- Seidler, W. (1938): Der nichtseßhafte Mensch. Ein Beitrag zur Neugestaltung der Raum und Menschenordnung im Großdeutschen Reich, Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München.
- Sieber, E.; Héon, V. und Willich, S. N. (1998): Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der ehemaligen DDR und in den neuen Bundesländern, Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine (Band 43), Nr. 2, Seite 90-99.
URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://dx.doi.org/10.1007/BF01359229>
- Sperling, F.-M. (1985): Medizinische Untersuchung an 109 Nichtsesshaften Männern, Dissertation, Wilhelm-Universität Münster.
- Statistisches Bundesamt (2008): Bildungsstand der Bevölkerung - Ausgabe 2008, Wiesbaden. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/BildungForschungKultur/Bildungsstand/BildungsstandBevoelkerung5210002087004,property=file.pdf>
- Statistisches Bundesamt (2009): Statistisches Jahrbuch 2009 - Für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/StatistischesJahrbuch/Jahrbuch2009,property=file.pdf>
- Steckelberg, C. (2009): Auf der Suche nach Anerkennung, Sozial Extra (Band 33), Nr. 5, Seite 26-28. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://dx.doi.org/10.1007/s12054-009-0046-z>
- Steinmeier, F.-W. (1992): Bürger ohne Obdach Zwischen Pflicht zur Unterkunft und Recht auf Wohnraum, Verlag Soziale Hilfe, Bielefeld.
- Stratigos A.J. und Katsambas A.D. (2003): Medical and Cutaneous Disorders Associated with Homelessness, SKINmed: Dermatology for the Clinician (Band 2), Nr. 3, Seite 168-174.
- Tennstedt, F. (1989): Alleinstehende Wohnungslose in der Geschichte- ein 100jähriger Weg, "Alles was recht ist!" (Band 8), Seite 5-16.
- Torchalla, I.; Albrecht, F.; Buchkremer, G. und Längle, G. (2004): Wohnungslose Frauen mit psychischer Erkrankung - eine Feldstudie, Psychiat Prax (Band 31), Nr. 05, Seite 228-235.
- Trabert, G. (1994): Gesundheitssituation(Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation, Verlag Soziale Hilfe, Bielefeld.
- Trabert, G. (1997): Health status and medical care accessibility of single, homeless persons, Gesundheitswesen. (Band 59), Nr. 6, Seite 378-386.
- Uexküll, T. von und Adler, R. H. (2008): Psychosomatische Medizin Modelle ärztlichen Denkens und Handelns, 6. Auflage, Urban & Fischer, München.
- van Laere, I. (2008a): Caring for homeless people: can doctors make a difference?, Br.J Gen.Pract. (Band 58), Nr. 550, Seite 367.
URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2435679/pdf/bjgp58-367.pdf>
- van Laere, I. und Withers, J. (2008b): Integrated care for homeless people--sharing knowledge and experience in practice, education and research: results of the networking efforts to find homeless health workers, Eur J Public Health (Band 18), Nr. 1, Seite 5-6.
URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/18/1/5.full.pdf>
- Veith, G. und Schwindt, W. (1976): Von den Krankheiten der Nichtsesshaften, Bethel, Heft 16, Bielefeld.
- Verlinde, E.; Verdee, T.; Van de, Walle M.; Art, B.; De, Maeseneer J. und Willems, S. (2010): Unique health care utilization patterns in a homeless population in Ghent, BMC.Health Serv.Res. (Band 10), Seite 242. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933678/pdf/1472-6963-10-242.pdf>

- Völlm, B.; Becker, H. und Kunstmann, W. (2004): Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittsuntersuchung, Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine (Band 49), Nr. 1, Seite 42-50. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-003-3064-9>
- Weber, R. (1983): Lebensbedingungen und Alltag der Stadtstreicher in der Bundesrepublik. Beiträge zur Armut und Nichtseßhaftigkeit (Band 1), Verlag Soziale Hilfe, Bielefeld.
- Wesselmann, C. (2009): Wohnungslose Frauen, Sozial Extra (Band 33), Nr. 5, Seite 46-48. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://dx.doi.org/10.1007/s12054-009-0052-1>
- Wright, N. M.; Tompkins, C. N.; Oldham, N. S. und Kay, D. J. (2004): Homelessness and health: what can be done in general practice?, J R.Soc.Med (Band 97), Nr. 4, Seite 170-173.
- Wright, N. M. und Tompkins, C. N. (2006): How can health services effectively meet the health needs of homeless people?, Br.J Gen.Pract. (Band 56), Nr. 525, Seite 286-293.
- Zlotnick, C.; Tam, T. und Bradley, K. (2007): Impact of adulthood trauma on homeless mothers, Community Ment.Health J (Band 43), Nr. 1, Seite 13-32. URL: (aufgerufen am 11.04.2011) <http://www.springerlink.com/content/820021267553g7n5/>

7 DANKSAGUNG

Mein erster Dank gilt Frau Dr. Jenny De la Torre sowie dem ganzen Team des Gesundheitszentrums für Obdachlose, ohne ihr Engagement wäre diese Untersuchung nicht möglich gewesen.

Herrn PD Dr. Thomas Keil danke ich ganz herzlich für die unglaublich wertvollen und lehrreichen Anregungen. Seine einzigartige und intensive Betreuung trug maßgeblich zum Gelingen dieser Arbeit bei.

Ausdrücklich bedanken möchte ich mich bei Herrn Dr. Peter Tinnemann für seine unermüdliche Geduld, seine mir jederzeit gewährte Unterstützung, sowie die hilfreiche Supervision.

Frau Sylvia Binting gebührt mein besonderer Dank für die Unterstützung bei der Erstellung der Datenbank, sowie ihre stets unverzügliche Hilfestellung bei jeglichen Unklarheiten.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen zahlreichen Korrekturlesern für das hervorragende Korrigieren meiner Arbeit.

Zu guter Letzt sei meinem Freund Matthias Hoheisel von ganzem Herzen gedankt für sein Verständnis, sowie die einzigartige Motivation und Hilfe ganz besonders in den schwierigen Momenten.

8 LEBENSLAUF

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

9 EIDESSTATTLICHE EKLÄRUNG

Ich, Theresa Elisabeth Secunda Bauer, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema „*Medizinische und soziodemographische Charakteristika der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose*“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Berlin, den 25. Mai 2011

Theresa Elisabeth Secunda Bauer