

**AUS DER ABTEILUNG FÜR ALLGEMEINMEDIZIN  
DER HEINRICH-HEINE-UNIVERSITÄT DÜSSELDORF  
LEITER: PROF. DR. H. ABHOLZ  
BETREUER: PROF. DR. P. HELMICH**

# **PRIMÄRÄRZTLICHE VERSORGUNG VON WOHNUNGSLOSEN**

Begriffserklärungen und Rahmenbedingungen von Wohnungslosigkeit im sozialen System der Bundesrepublik Deutschland und Analysen des Krankheitsstatus und des Gesundheitsverhaltens von Wohnungslosen im Rahmen eines medizinischen Versorgungsangebotes durch den Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“

**Dissertation  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
Der Medizinischen Fakultät der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

**vorgelegt von**

**Christian Heringhaus**

**2000**



**AUS DER ABTEILUNG FÜR ALLGEMEINMEDIZIN  
DER HEINRICH-HEINE-UNIVERSITÄT DÜSSELDORF  
LEITER: PROF. DR. H. ABHOLZ  
BETREUER: PROF. DR. P. HELMICH**

# **PRIMÄRÄRZTLICHE VERSORGUNG VON WOHNUNGSLOSEN**

Begriffserklärungen und Rahmenbedingungen von Wohnungslosigkeit im sozialen System der Bundesrepublik Deutschland und Analysen des Krankheitsstatus und des Gesundheitsverhaltens von Wohnungslosen im Rahmen eines medizinischen Versorgungsangebotes durch den Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“

**Dissertation  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
Der Medizinischen Fakultät der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

**vorgelegt von**

**Christian Heringhaus**

**2000**

Als Inanguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität

Gezeichnet:

Referent:

Korreferent:

Prof. Dr. D. Häussinger

Dekan

Prof. Dr. P. Helmich

Prof. Dr. J. Siegrist

**Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet**

# 1. Inhaltsverzeichnis und Gliederung

<b>1. Inhaltsverzeichnis und Gliederung</b>	<b>1</b>
<b>2. Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>3. Einführung in die Thematik</b>	<b>4</b>
<b>3.1. Soziale Sicherung und soziale Ungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland</b>	<b>4</b>
3.1.1. Die Reichen reicher, die Armen ärmer...	4
3.1.2. Das System der soziale Sicherung durch den Staat in der Bundesrepublik Deutschland	5
3.1.3. Geschichtliche Entwicklung des Sozialsystems in der Bundesrepublik Deutschland	6
3.1.4. Im Sozibereich tätige Interessenverbände	8
3.1.5. Ausgaben des Staates für die soziale Sicherung und die Problematik der sozialen Sicherung in der aktuellen Zeit	9
<b>3.2. Armut in der Bundesrepublik Deutschland – Definition, Ausmaß und Formen der Armut</b>	<b>11</b>
3.2.1. Definition der Armut	11
3.2.2. Armutsmaße: 50-Prozent-Einkommensgrenze und Sozialhilfe	12
3.2.3. Bekämpfte Armut, Sozialleistungsmissbrauch und versteckte Armut	13
<b>3.3. Sichtbare Armut: Obdach- und Wohnungslosigkeit</b>	<b>14</b>
3.3.1. Wohnraum und Wohnungsnot	14
3.3.2. Zur Begriffsdefinition der Obdach- und Wohnungslosigkeit	16
3.3.3. Gründe für Wohnungslosigkeit	17
3.3.4. Weibliche Wohnungsnot, jugendliche Wohnungslose und Straßenkinder	19
3.3.5. Sozial abweichendes Verhalten von Wohnungslosen und Wohnungslose als Opfer von Kriminalität	21
3.3.6. Zahlen zur Wohnungslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland und in Düsseldorf	22
3.3.7. Hilfsangebote für Wohnungslose im Allgemeinen und am Beispiel Düsseldorf	24
<b>3.4. Armut und Krankheit</b>	<b>28</b>
3.4.1. Gesundheit, Krankheit, Kranksein	28
3.4.2. Gesundheit und Krankheit im sozialen Kontext	29

<b>3.5. Wohnungslosigkeit und Krankheit</b>	<b>32</b>
3.5.1. Medizinische Untersuchungen zum Thema	32
3.5.2. Zur besonderen Krankheitssituation „auf der Straße“	35
3.5.3. Suchtabhängigkeit und psychiatrische Erkrankungen	38
3.5.4. Abrechnung und Kosten bei der medizinischen Versorgung Wohnungsloser	39
<b>4. Beschreibung des Vereins „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“</b>	<b>42</b>
4.1. Entwicklung und Entstehung des Vereins	42
4.2. Konzept des Vereins	43
4.3. Finanzierung des Vereins	43
4.4. Konkrete Darstellung der Arbeit im und am Gesundheitsbus	45
4.5. Zur Personalsituation	46
4.6. Aktueller Stand des Projektes und zukünftige Entwicklungen	48
<b>5. Methodik der Dissertation</b>	<b>50</b>
5.1. Auswahl des Zeitraums für die Datenerfassung	50
5.2. Instrumente und allgemeine Rahmenbedingungen	50
<b>6. Ergebnisse</b>	<b>52</b>
<b>7. Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>66</b>
<b>8. Zusammenfassung</b>	<b>82</b>
<b>9. Anhang</b>	<b>88</b>
9.1. Dokumentationsmaterial zum Text	88
9.2. Öffentliche Meinungen zum Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose e.V.“	94
<b>10. Literaturverzeichnis und Internetadressen zum Thema Wohnungslosigkeit</b>	<b>101</b>
<b>11. Lebenslauf</b>	<b>106</b>
<b>12. Danksagung</b>	<b>107</b>
<b>13. Abstract</b>	<b>108</b>

## 2. Einleitung

Die genaue Anzahl der Wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen in der Bundesrepublik Deutschland ist nicht genau bekannt. Oft zitierte Schätzungen der „Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e.V.“ gehen jedoch von 620.000 bis 760.000 wohnungs- und obdachlosen Personen in den alten und 76.000 in den neuen Bundesländer aus. Davon seien ca. 35.000 Menschen ohne jede Unterkunft und leben auf der Straße (Quelle: Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe für 1998. Stand 03/2000). In Düsseldorf sind nach Schätzungen der städtischen Ämter bei einer Gesamtzahl von 580.000 Einwohnern ca. 5000 Menschen wohnungslos. Davon gelten 200 bis 250 Menschen als ausschließlich auf der Straße lebende Personen (Schätzungen der Stadt Düsseldorf).

Wohnungslosigkeit in ihrer gesamten Dimension kann die verschiedensten Lebensbedingungen der Betroffenen beeinflussen. Neben einer Beeinträchtigung der sozialen, psychischen, familiären, beruflichen und ökonomischen Situation, kommt es nicht selten auch zu Ernährungs- und Suchtproblemen sowie zu einer mangelhaften gesundheitlichen Gesamtsituation, oftmals verbunden mit einer unzureichenden medizinischen Versorgung.

Ausgehend von Beobachtungen Düsseldorfer Sozialarbeiter, denen im Rahmen ihrer Betreuungsarbeit medizinische Probleme bei Wohnungslosen aufgefallen waren, wurde der Gedanke angeregt ein Projekt ins Leben zu rufen, welches zum Ziel haben sollte, die medizinische Versorgung und die gesundheitliche Situation der betroffenen wohnungslosen Menschen zu verbessern. Als Konsequenz derartiger Überlegungen wurde im Dezember 1995 der Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ gegründet.

Seit Februar 1996 bietet der Verein in Form der aufsuchenden Gesundheitsversorgung sein medizinisches Angebot mit einem „Gesundheitsbus“ als mobile Arztpraxis an. Seit dem ersten Einsatz bis zum Abschluß der Datenerhebung im Rahmen dieser Dissertation am 30. Januar 1998, wurden durch die Mitarbeiter des Vereins 492 Patienten im und am Gesundheitsbus behandelt und betreut. Von Februar 1996 bis Ende Dezember 1999 fanden insgesamt 7976 Behandlungen durch den Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ statt.

Die vorliegende Arbeit leitet mit einer Übersicht ein, in der im Zusammenhang mit der Thematik Wohnungslosigkeit stehenden Begriffe und Rahmenbedingungen erläutert werden. Anschließend wird der Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ und seine Arbeit seit der Entstehungsphase sowie in seiner Entwicklung bis Ende des Jahres 1999 beschrieben. Der dritte Teil beschäftigt sich mit der Darstellung und Auswertung von Daten, die im Zeitraum von Juni 1997 bis Ende Januar 1998 im Rahmen dieser Dissertation anhand von standardisierten Erhebungsprotokollen bei der Behandlung der Patienten im Gesundheitsbus gewonnen wurden.

### 3. Einführung in die Thematik

#### 3.1. Soziale Sicherung und soziale Ungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland

##### 3.1.1. "Die Reichen reicher, die Armen ärmer..."

... – so titelte das Nachrichtenmagazin "Der Spiegel" in der Ausgabe vom 29.09.1997 und nahm sich unter der Überschrift "Die gesplante Gesellschaft" eines Themas an, welches in zunehmenden Maße zur Realität der sozialen Landschaft geworden zu sein scheint. Wenn auch die Aussage "Arme werden ärmer" aufgrund einer Dynamisierung und Anhebung der Sozialhilfeleistungen nicht zutreffend ist, "die Armutskluft, also der Abstand im Lebensstandard zwischen Armen und dem Durchschnitt der Bevölkerung, wird kontinuierlich größer" (Geißler, 1996). Diese Aussage bestätigt auch der 1996 erschienene Bericht der UN (United Nations = Vereinte Nationen) "Über die menschliche Entwicklung", in dem es unter anderem heißt, daß "die Kluft zwischen Wohlhabenden und Armen in den Industrieländern immer größer" wird (Vereinte Nationen, 1996).

Aber: Nicht nur die Distanz zwischen Armen und Reichen in der Gesellschaft, auch die Anzahl der von Armut betroffenen Menschen scheint anzusteigen. So verweisen die freien Wohlfahrtsverbände, Kommunalpolitiker und Institutionen, wie das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung, schon seit Mitte der 80er Jahre, insbesondere in Zusammenhang mit dem Neuanstieg der Massenarbeitslosigkeit, auf eine "steigende Tendenz zur Armut" in der Bundesrepublik Deutschland. Im November 1989 wendete sich der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband mit einem "Bericht über die Armut in der Bundesrepublik Deutschland" an die Öffentlichkeit und stellte den Umfang und die verschiedenen Dimensionen der Armut zur Diskussion (Paritätischer Wohlfahrtsverband, 1989).

Faßt man die kritischen öffentlichen Meinungen und Berichte zusammen, kann man sagen: Das "Armutrisiko und in der Folge die Armutbetroffenheit", ...hat... "seit Mitte der 70 Jahre kontinuierlich zugenommen", gleichzeitig ist es zu einer "zunehmenden Polarisierung zwischen Arm und Reich" gekommen. Betrachtet man die Verteilung der Vermögenswerte (Geld-, Immobilien- und Betriebsvermögen) in der Bundesrepublik Deutschland, wird dieser Sachverhalt deutlich (Abb. 3.1.).

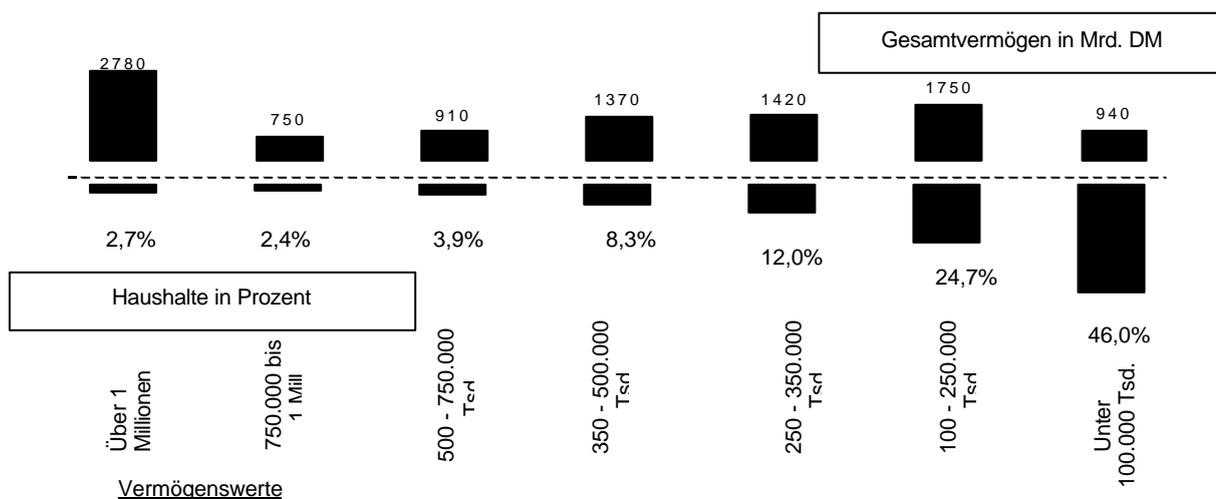


Abb. 3.1.: Großer Reichtum - ungleich verteilt  
 Verteilung der Vermögenswerte auf die Haushalte in der BRD Stand 1993  
 (Modifiziert nach: Großer Reichtum – ungleich verteilt. In: Der Spiegel. Ausgabe 40/97 vom 29.09.97: 90)

Mit dem Anstieg von Armut und Armutsbetroffenheit hat auch die Zahl der Menschen zugenommen, welche von Wohnungsnot oder Wohnungslosigkeit betroffenen sind. Daß Menschen völlig ohne Obdach sind und auf der Straße leben, ist ein soziales Phänomen, welches längst nicht mehr allein auf Entwicklungsländer oder die Vereinigten Staaten beschränkt ist, wo bereits seit langer Zeit die "homeless people" ein unübersehbarer Bestandteil der sozialen Wirklichkeit in den Großstädten geworden sind. In der Bundesrepublik Deutschland zeigen sich die beschriebenen Entwicklungen trotz eines ausgeprägten Systems der sozialen Absicherung. Dieses Sozialsystem und die damit verbunden hohen Kosten für die Gewährleistung von sozialen Leistungen, existiert in anderen wohlhabenden Industrienationen, wie zum Beispiel den Vereinigten Staaten von Amerika, nur in weit geringerem Ausmaß. Im folgenden Kapiteln wird deshalb zunächst auf das Sozialsystem in der Bundesrepublik Deutschland und seine geschichtliche Entwicklung näher eingegangen, sowie ein Abriß der Probleme und Perspektiven des Sozialstaates gegeben.

### 3.1.2. Das System der soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland

Das Staats- und Gesellschaftssystem der Bundesrepublik Deutschland ist, neben den Prinzipien Demokratie, Rechts- und Bundesstaatlichkeit, gekennzeichnet durch das Prinzip der Sozialstaatlichkeit. Das Sozialstaatsprinzip ist im Grundgesetz verankert und verpflichtet den Staat auf eine aktive Form der Sozialpolitik zum Ausgleich sozialer Gegensätze, Schaffung einer gerechten Sozialordnung und Sorge um die soziale Sicherheit. Durch Artikel 1, 20 und 28 sowie weitere Artikel des Grundgesetzes, welche "die Gleichheitsproblematik direkt oder indirekt berühren, werden der Staat und auch die Gesellschaft auf ein im Einzelnen schwer zu bestimmendes Maß an sozialer Gleichheit bzw. zur Begrenzung der Ungleichheit festgelegt" (Schäfers, 1995).

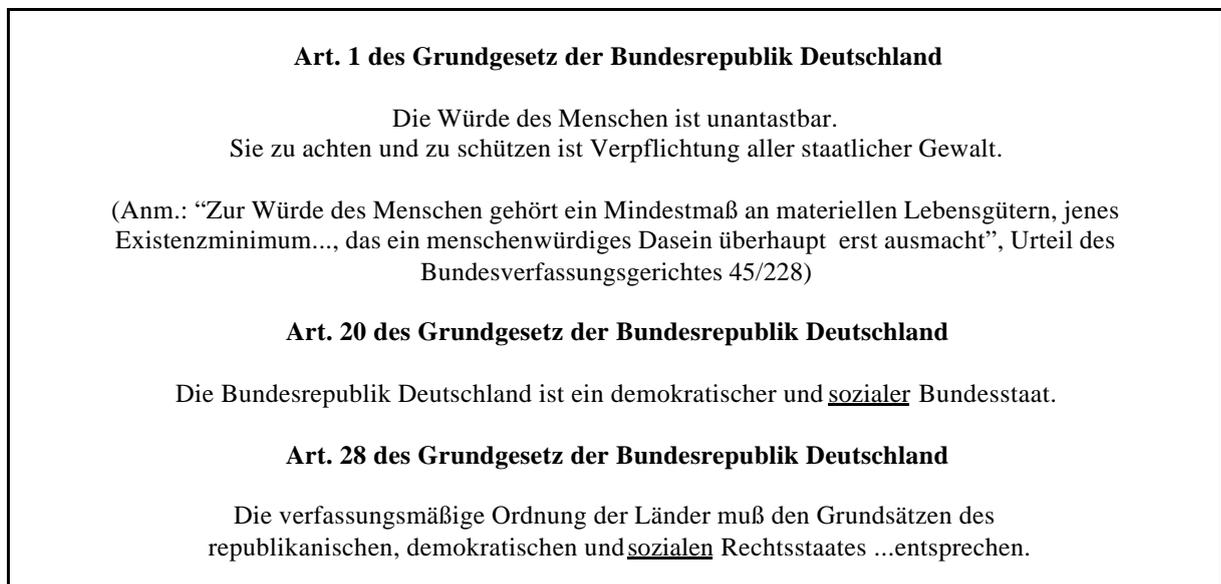


Abb. 3.2.: Auszug aus Artikel 1, 20 und 28 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland (Beck, 1994)

Die Verfasser des Grundgesetzes wollten dabei keine zu weitgehende Festlegung sozialstaatlicher Prinzipien, sondern beabsichtigten die Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben der Sozialpolitik zu überlassen. "Die Verwirklichung eines vorrangigen Sozialstaatspostulats ist verfassungsrechtlich umstritten" und wird besonders von den Anhängern liberaler Rechtsstaatideen abgelehnt, da sie in der "zu weit gehenden Sozialstaatsentwicklung eine Gefährdung der individuellen Freiheit und Entfaltungsmöglichkeiten sehen" (Schäfers, 1995).

“Die staatliche Sozialpolitik, der Sozialstaat und das System der sozialen Sicherung gehören demnach eng zusammen, ohne jedoch identisch zu sein. Vielmehr bezeichnet die Sozialpolitik das Mittel, um soziale Benachteiligungen und Gegensätze innerhalb einer Gesellschaft durch politisches Handeln auszugleichen bzw. auszuschließen, während der Sozialstaat eine weit geschlossene Zielprojektion verkörpert und das System der sozialen Sicherung den dafür geeigneten institutionellen Rahmen zur Verfügung stellt” (Butterwegge, 1999). Will man die Funktionsweise, die Konstruktion und die Krisenanfälligkeit der sozialen Sicherungssysteme besser verstehen, muß man die geschichtliche Entwicklung des Sozialsystems in der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigen.

### **3.1.3. Geschichtliche Entwicklung des Sozialsystems in der Bundesrepublik Deutschland**

Die Anfänge der Sozialpolitik entwickelten sich in Abhängigkeit von der Wirtschaft, den politischen Verhältnissen und den kulturellen Rahmenbedingungen. War Armut im Altertum ein konstitutiver Bestandteil der Alltagsnormalität und galt sogar als von Gott gewollt und gut für das Seelenheil der Gläubigen, setzte in der zweiten Hälfte des 15. Jahrhunderts erstmalig eine auf bestimmte Ziele abgestellte und auf eine abgrenzbare Menschengruppe bezogene Sozialpolitik ein (Butterwegge, 1999). Im späten Mittelalter versuchte man, “das Problem der Bettler in den Griff zu bekommen und eine eigenständige Sozialpolitik zu entwickeln. Die Verfügungen... bezogen sich ... auf das Funktionieren der städtischen Spital- und Wohltätigkeitseinrichtungen und das gegen auswärtige Bettler gerichtete Verbot, die Stadt zu betreten” (Bronislaw, 1991). In der Folge setzte das aufstrebende Bürgertum zunehmend auf Repressionen, die abschrecken sollten, das Problem der Armut aber nicht lösten, sondern eher noch verschärften. So wurden in der Zeit des 16. bis 18. Jahrhunderts sogenannte Zucht- und Armenhäuser eingerichtet. Die vornehmlichen Ziele dieser Institutionen waren: Entlastung der Armenkassen; Zentralisierung, Rationalisierung und Ökonomisierung des Armenwesens; Sozialdisziplinierung; sowie Demonstration einer neuen Ordnung und Verinnerlichung bestehender Normen (Butterwegge, 1999 und Marzahn, 1984).

Besonders in Zusammenhang mit der zunehmenden Industrialisierung zu Beginn des 19. Jahrhunderts, kam es in den modernen Industriestaaten zu tiefgreifenden strukturellen Wandlungen der Gesellschaft und damit verbunden zu neuen sozialen Problemen. Den “traditionellen und gemeinschaftsbezogenen Systemen der Daseinsvorsorge”, wie z.B. der Großfamilie, wurde durch die Industrialisierung die Basis entzogen. Weiterhin wurde der Wirkungskreis der genossenschaftlichen Einrichtungen wie Gilden, Zünften und Innungen sowie der kirchlichen Einrichtungen eingeschränkt (Schäfers, 1995). Gleichzeitig vervielfachten sich die Einwohnerzahlen in den industriellen Ballungszentren in kurzen Zeiträumen derart, daß die Wohnverhältnisse in den Städten zunehmend schlechter wurden. Der dringend benötigte Wohnraum war teuer, überfüllt und die sanitären und hygienischen Konditionen konnten mit der explosiven Entwicklung nicht standhalten. Die schlechten sozialen Zustände und eine massive Armut eines Großteils der abhängig beschäftigt arbeitenden Bevölkerung, forcierten zudem ein zunehmendes Konfliktpotential zwischen der Arbeiterschaft und dem “Kapital”.

Zum Schutze der sozialen und gesundheitlichen Versorgung unterprivilegierter Bevölkerungsschichten kam es in diesem Zeitraum zur Forderung einer Sozialgesetzgebung auf staatlicher Basis. Neben anderen Medizinern und Soziologen regte der Arzt und Hygieniker Rudolf Virchow bereits im Jahre 1849 unter dem Begriff “Soziale Medizin”, „Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit dieser Bevölkerungsschichten im Sinne einer Verbesserung der Ernährung, der Wohn- und anderer Lebensbedingungen an“ (Virchow, 1849 und Siegrist, 1995). Die geforderten Maßnahmen und Gesetze wurden, nicht zuletzt auch als Antwort auf soziale Unruhen und zunehmende Organisation der Arbeitnehmerschaft, unter der Kanzlerschaft Bismarcks von 1881 bis 1890 erlassen und 1911 unter dem Obertitel der “Reichsversicherungsordnung (RVO)” zusammengefaßt.

Wegbereiter der RVO waren das am 21.08.1878 verabschiedete “Gesetz betreffend die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie” („Sozialistengesetz“), welches die erstarkende Arbeiterbewegung zerschlagen sollte und die sogenannte “Kaiserliche Botschaft” (verlesen am 17.11.1881 im Reichstag Berlin) zur “Heilung sozialer Schäden” und der „positiven Förderung des Wohles der Arbeiter“. In der Zeit des ersten Weltkrieges und den Anfängen der Weimarer Republik kam es dann zunächst zu einem Ausbau und einer Komplettierung des sozialen Sicherungssystems. Mit dem Anstieg der Massenarbeitslosigkeit zu Beginn der 30er Jahre folgte jedoch eine schrittweise Demontage desselben, mit dem Ziel, die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Industrie wiederherzustellen.

Durch die Ernennung Adolf Hitlers zum Reichskanzler am 30. Januar 1933, bildete sich in Deutschland eine faschistische Diktatur, die das Sozialversicherungssystem entdemokratisierte und demontierte. Es kam zu einer Instrumentalisierung der Sozialpolitik, mit dem Ziel die “innere (Arbeits-) Front” zu stärken und innere soziale Konflikte zugunsten der Kriegsvorbereitung zu vermeiden. Die Bezeichnung “autoritärer Wohlfahrtsstaat” für den nationalsozialistischen Staat ist dabei nicht zutreffend, da die Grundzüge des nationalsozialistischen Programms nicht auf dem Gleichheitsideal gründeten. Vielmehr wurden sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, wie geistig und körperlich Behinderte, “rassisch Minderwertige” und “Asoziale”, bewußt ausgeschlossen und bestimmte Leistungen nur “Deutschen Volksgenossen” vorbehalten. Diese Bestrebungen gingen soweit, daß “minderwertiges Erbgut” in Konzentrationslagern inhaftiert und “ausgemerzt” wurde. In der Zeit der nationalsozialistischen Regierung wurden neben “Nicht-Ariern”, Behinderten und anderen, den Begriffen der “Rassenhygiene” und “Pflege der Volksgesundheit” nicht entsprechenden Menschen, mehr als 10.000 Wohnungslose in Konzentrationslager verschleppt und mit dem “Schwarzen Winkel” als “Asoziale” gekennzeichnet (Butterwegge, 1999 und Recker, 1997).

Nach dem zweiten Weltkrieg und dem Wahlsieg der bürgerlichen Sammelpartei CDU/CSU (Christlich Demokratische Union / Christlich Soziale Union), kam es, zusammenwirkend mit der wiedergegründeten SPD (Sozialdemokratische Partei Deutschlands), zu einer Charakterisierung der Bundesrepublik Deutschland als “demokratischen und sozialen Rechtsstaat” und der gesetzlichen Verankerung der Sozialstaatlichkeit im Grundgesetz (s.a. Seite 5). Dabei war die Reichsversicherungsordnung die Grundlage der bis in die Gegenwart existierenden Sozialversicherungen, bestehend aus Arbeitslosen-, Unfall-, Kranken- und Rentenversicherung, sowie der im Jahr 1995 hinzugekommenen Pflegeversicherung. Die Finanzierung dieser Sozialversicherungen erfolgt, abgesehen von einigen strukturellen Besonderheiten und staatlichen Zuschüssen, grundsätzlich paritätisch über Beitragsanteile der Versicherten und ihrer Arbeitgeber oder durch die Arbeitgeber allein. Das soziale Element ist geprägt durch das Prinzip der Solidarität (Beteiligungszwang und -möglichkeit aller Erwerbstätigen), dem Generationenausgleich und der Einkommensumverteilung. Aber heute wie damals ist es nicht erklärte Aufgabe des Sozialstaates absolute “soziale Gleichheit herzustellen, sondern für einen sozialen Ausgleich in dem Maße zu sorgen, daß sich aus der ungleichen Verteilung von Ressourcen keine sozialen Konflikte, Deprivationen, rechtliche, soziale und kulturelle Ausgrenzung von bestimmten Sozialgruppen entwickeln”. Mit der Einführung der Bismarck’schen Sozialgesetzgebung kam es somit zu einer „kollektiv garantierten, von der Gemeinschaft getragenen, aber instrumentalisierten und anonymen sozialen Sicherheit“ (Schäfers, 1995).

In der frühen Bundesrepublik, der Phase des Wiederaufbaus und des sogenannten Wirtschaftswunders, erhöhten sich zunächst die Verteilungsspielräume und es kam zu einer expansiven Sozialpolitik, mit einem Ausbau der sozialen Leistungen und einem Höhepunkt unter der Regierung der von SDP und FDP (Freiheitlich Deutsche Partei) geführten Koalition. Zu diesem Zeitpunkt mehrte sich die Kritik, der Staat schränke durch seinen zunehmend korrigierenden Eingriff die Freiheiten der Bürger ein. Es kam zu Bezeichnungen wie “Versorgungsstaat” und “Wohlfahrtsdiktatur”.

Besonders nach den beiden Weltwirtschaftskrisen 1974/76 und 1980/82 fand in der Bundesrepublik Deutschland dann eine gesellschaftliche Tendenzwende statt, da die Finanzierung der Sozialleistungen in der bisherigen Form nicht mehr gewährleistet zu sein schien. Die Zeit der Expansion in der Sozialpolitik wechselte in Stagnation und Regression. Ein Hauptproblem war dabei die seit Mitte der 70er Jahre ansteigende Massenarbeitslosigkeit und damit die zunehmende Zahl von Menschen, welche auf staatliche Unterstützungsleistung angewiesen waren. Erstmals kam es zu höheren Ausgaben als Einnahmen und damit unausweichlich zu Defiziten im Sozialhaushalt. Der Regierungswechsel im Herbst 1982 zu einer von CDU- / CSU- / FDP- geführten Koalition, verschärfte noch einmal den Wechsel zu einer Politik, in der "Marktelemente als Steuerungselemente sozialstaatlicher Prozesse mehr Bedeutung" bekamen und "Sozialleistungen in unterschiedlichen Sicherungsbereichen stärker reduziert" wurden (Butterwegge, 1999). Zudem kam es zu einer Kommunalisierung der sozialen Probleme von Arbeitslosigkeit und Armut auf die Ebene der Städte und Landkreise, die mit der Problematik und ihren Folgen strukturell überfordert zu sein schienen.

Erschwerend kam 1989 zum bereits bestehenden finanziellen Druck auf den Sozialstaat, der gesellschaftliche Umbruch in Ostdeutschland, mit der daraus resultierenden deutsch-deutschen Wiedervereinigung hinzu. Der "Aufbau Ost" führte auf der einen Seite durch die hohen Kosten zu einer weiteren Belastung der Sozialkassen mit versicherungsfremden Leistungen und rechtfertigte auf der anderen Seite Reformen in allen Bereichen der sozialen Sicherung anzustreben und auch durchzusetzen. So folgten Einschnitte und Reduzierungen von Sozialleistungen, wie beispielsweise die Kürzung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und des Krankengeldes, Senkung des Leistungsniveaus der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungen, Abschaffung des Schlechtwettergeldes im Baugewerbe, usw.

Nach der Regierungsübernahme durch die SPD am 27.09.1998 bleibt abzuwarten, wohin sich die Politik der sozialen Absicherungen bewegen wird. Doch unabhängig von der parteipolitischen Ausrichtung der Sozialpolitik, bestand und besteht weiterhin die Notwendigkeit, Mängel im Sozialleistungssystem zu erkennen und zu beheben sowie qualitativ zu verbessern. Das soziale System kommt um eine schrittweise Optimierung nicht herum und muß den veränderten gesellschaftlichen und (welt-)wirtschaftlichen Bedingungen Rechnung tragen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß der Sozialstaat seit seiner Existenz neben Befürwortern auch Kritiker aus allen Lagern gehabt hat und es abhängig von Standpunkten und politischen Ausrichtungen immer wieder Standortdebatten über den deutschen Sozialstaat gab und gibt. Dabei sind sich "Kritiker wie Lobredner" ... "in der Vorstellung einer herausragenden Sonderstellung unseres Sozialstaates einig, unterscheiden sich aber in der Deutung dieses angeblichen Tatbestandes als Erfolgs- oder Mißerfolgsindikator" (Flora, 1999). Dieser Konflikt spiegelt sich auch in der Literatur zum Thema "Sozialstaat" und "Sozialberichtserstattung" wieder (Berger, 1999).

#### **3.1.4. Im Sozialbereich tätige Interessenverbände**

Eine Sonderrolle der Bundesrepublik Deutschland gegenüber den meisten Ländern bei der Gewährleistung sozialer Unterstützung ist die Existenz eines Sozialsystems, das sich neben dem staatlichen System als zusätzlicher Bereich der sozialen Absicherung entwickelt hat. Es wird anders als zum Beispiel die Sozialhilfe, nicht vom Staat, sondern von Kirchen, Religionsgesellschaften und privaten Verbänden getragen. Besonders die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege erbringen hierbei mit fast einer Millionen Beschäftigten und ebenso vielen ehrenamtlichen Mitarbeitern einen nicht zu unterschätzenden gesellschaftlichen Beitrag für den sozialen Dienstleistungsbereich.

Als Zusammenschluß in der “Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege” haben sich diese Wohlfahrtsverbände eine gemeinsame organisatorische Einrichtung geschaffen (Bartlsperger et al, 1974). Die fünf größten Wohlfahrtsspitzenverbände sind:

- Der Deutsche Caritasverband e.V.
- Das Diakonische Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
- Das Deutsche Rote Kreuz e.V.
- Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband e.V. und
- Die Arbeiterwohlfahrt e.V.

Hinzu kommen kleinere überregionale und regionale Verbände. Die Finanzierung der Wohlfahrtsverbände erfolgt nach eigenen Angaben zu einem Drittel aus staatlichen Zuwendungen und aus Erstattungen der Sozialleistungsträger sowie aus Eigenmitteln wie Spenden und Mitgliedsbeiträgen. Nach dem Inhalt des Bundessozialhilfegesetz sollen sich die Maßnahmen der freien Wohlfahrtspflege und der Sozialhilfe ergänzen. Sozialhilfe wird daher, mit Ausnahme von Geldleistungen, nicht gewährt soweit die freie Wohlfahrtspflege für den Hilfsbedürftigen eintritt (Bundeszentrale für politische Bildung, 1996 und Bartlsperger, Bold, Umbach 1971).

In der Versorgung der von Armut und Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen nehmen die Wohlfahrtsspitzenverbände und ihre kommunalen Vertretungen eine herausragende Rolle ein. So ist es auch zu erklären, daß die Thematisierung der Armutsproblematik in der Öffentlichkeit sowie umfangreiche Untersuchungen und Studien zur Armut in Deutschland und zum Ausmaß von Wohnungslosigkeit, in erster Linie unter der Federführung dieser Verbände erfolgt (z.B.: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband “Bericht über Armut in der Bundesrepublik Deutschland” <1989>, Deutscher Caritas Verband “Caritas-Armenuntersuchung” und “Zur Lebenslage alleinstehender Wohnungsloser unter den Caritas-Klienten” <1991>).

Von den Sozialleistungsverbänden abzugrenzen sind die sogenannten Sozialanspruchsverbände, die soziale Ansprüche an den Staat zur Unterstützung ihrer Mitglieder fordern. Hierzu zählen u.a. Blinden-, Kriegsopfer- und viele weitere Interessenverbände. Erwähnenswert als Leistungsträger im Bereich der sozialen Absicherung sind auch die in den letzten Jahren vermehrt entstehenden Selbsthilfegruppen und -vereine, die in Eigeninitiative soziale Dienste für sich selbst und ihre Mitglieder organisieren. Bekannte Vertreter sind hier der Deutsche-Diabetiker-Bund, die Anonymen Alkoholiker oder die Deutsche Rheumaliga.

### **3.1.5. Ausgaben des Staates für die soziale Sicherung und die Problematik der sozialen Sicherung in der aktuellen Zeit**

Das Geld, welches der Staat für die soziale Sicherung aufwendet, wird als “Sozialleistungsquote” bezeichnet. Diese entspricht den direkten und indirekten Sozialleistungen des Staatshaushaltes im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt und ist in der Höhe über die Jahre kontinuierlich angestiegen (Abb. 3.3. und 3.4.), was dazu führte, daß es bereits 1968 zur Veröffentlichung eines Sozialbudgets durch die damalige Bundesregierung kam. Ziel dieser Budgetierung war im Sinne von Vorausberechnungen die mittelfristigen Ausgaben und den zu erwartenden bzw. anzusteuern den Umfang der Sozialleistungen planen zu können. Einhergehend mit dem Anstieg der Sozialleistungsquote kam es zu einer zunehmenden öffentlichen Verschuldung, die 1998 über 2 Billionen DM betrug, so daß der Staat derzeit über ein Viertel seiner Steuereinnahmen für Zinszahlungen aufwendet.

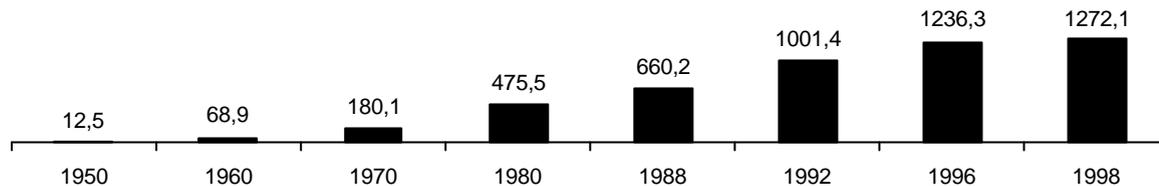


Abb. 3.3.: Sozialleistungen in Mrd. DM  
 (Quelle: Statistisches Bundesamt: www.statistik-bund.de. Stand 03/2000)

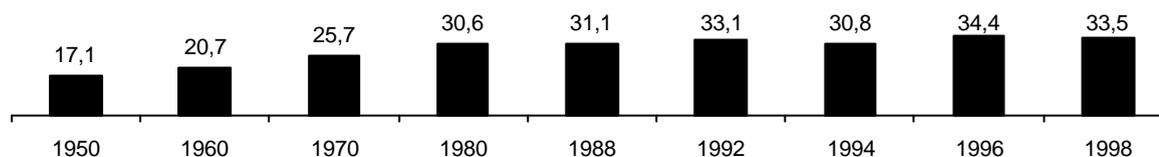


Abb. 3.4.: Anteil der Sozialleistungen am Bruttoinlandsprodukt in Prozent  
 (Quelle: Statistisches Bundesamt: www.statistik-bund.de. Stand 03/2000)

Eine Hauptursache für die Probleme in der Finanzierung der Sozialleistungen ist sicherlich die seit Mitte der 70er Jahre zunehmende Arbeitslosigkeit, denn die auf einem normalen Arbeitsverhältnis ruhende soziale Sicherheit war in der Entwicklung des Sozialstaates nach 1945/49 zunächst ein erfolgreiches System zur Bewältigung der sozialen Probleme im Rahmen der zunehmenden Industrialisierung, wenn auch eine Diskussion um die Krise und den notwendigen Umbau des Sozialstaates diesen seit Beginn begleiten. Seit ca. 1975 kam es nach Jahren der Vollbeschäftigung zu einem Anstieg der Arbeitslosenquote und in den 80er Jahren tauchten Langzeitarbeitslose als neue Randschicht auf, deren Zahl, in Relation zur Gesamtarbeitslosenzahl, ebenfalls kontinuierlich steigt (Abb. 3.5.).

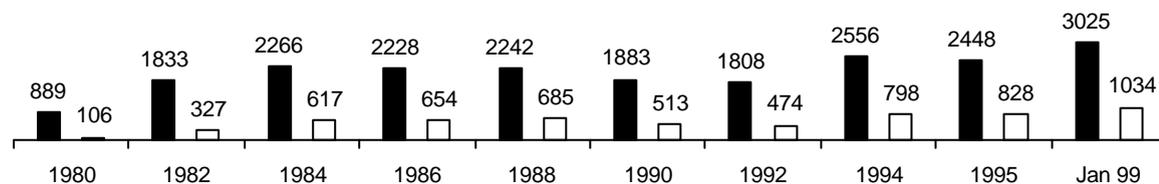


Abb. 3.5.: Arbeitslose und Langzeitarbeitslose in Tausend (Westdeutschland 1980 – 1999)  
 (Quelle: Statistisches Bundesamt: www.statistik-bund.de. Stand 03/2000)

“Die angespannte Arbeitsmarktlage ist demnach die maßgebende Erklärungsvariable zum Verständnis der Finanzierungsprobleme der Sozialleistungen in Deutschland. Der Einfluß der Arbeitslosigkeit auf die Finanzlage des Sozialstaates ist deswegen so gravierend, weil ein niedriger Beschäftigungsstand Ausgaben- und Einnahmenseite im Sinne einer Scherenentwicklung gleichermaßen negativ berührt” (Bäcker et al, 1996). Aufgrund der hohen Anzahl an Arbeitslosen, aber auch der steigenden Zahl an Rentnern und anderen Bevölkerungsgruppen, wie z.B. Frühinvaliden, welche nicht ständig oder nicht mehr am Erwerbsleben teilnehmen, kommt es in zunehmendem Maße und unbestritten zu Finanzierungsproblemen des sozialen Systems auf der einen Seite und zur durch Biedenkopf, v. Weizsäcker und Geissler formulierten “neuen sozialen Frage” auf der anderen, da große Teile der Bevölkerung nicht mehr vom arbeitsorientierten Sozialversicherungssystem profitieren. Derartige Personengruppen fallen in den Verantwortungsbereich der Sozialfürsorge und erhalten, sofern sie nicht in der Lage sind das Existenzminimum in Eigenleistung zu erbringen, Sozialhilfe nach den Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) von 1961.

Aufgrund der zunehmenden Finanzierungsprobleme kam es deshalb in den letzten Jahren zu einschneidenden Veränderungen im System der sozialen Sicherung mit einem Um- und Abbau der Sozialleistungen in einzelnen Teilbereichen. Die vielfältigen Kürzungen von Sozialleistungen kombiniert mit einem Anstieg der Sozialausgaben und der Sozialhilfebedürftigkeit ganzer gesellschaftlicher Gruppen der Gesamtbevölkerung, führten in der Folge zu einer Strukturkrise des etablierten Sozialversicherungssystems. Betrachtet man die Armutsmaße "Sozialhilfe" und "50-Prozent-Einkommengrenze" über den vergangenen Zeitraum, wird diese Entwicklung deutlich.

Das folgende Kapitel geht nun näher auf die Existenz von Armut in der Bundesrepublik Deutschland in ihrer gesamten Dimension ein.

## **3.2. Armut in der Bundesrepublik Deutschland - Definition, Ausmaß und Formen der Armut**

### **3.2.1. Definition der Armut**

Die Frage, ob und wann ein Mensch arm ist, kann nicht einfach beantwortet werden, denn Armut ist ein facettenreicher Begriff. In einer Definition der Nationalen Armutskonferenz von 1993 heißt es: "Wir begreifen Armut als eine in verschiedener Hinsicht belastete und belastende Lebenssituation derer, die nicht zu dem relativ gut und im internationalen Vergleich sogar sehr gut abgesicherten Kernbereich der Gesellschaft gehören". Nach einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft von 1981 gilt derjenige als arm, der über weniger als 50 Prozent des durchschnittlichen verfügbaren Einkommens eines Landes verfügt; weiter heißt es: "Verarmte Personen sind Einzelpersonen, Familien und Personengruppen, die über so geringe (materielle, kulturelle und soziale) Mittel verfügen, daß sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedsstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist" (Iben, 1989).

Wie aktuell die Frage der Existenz von Armut in Deutschland ist, zeigt ein Antrag der regierenden Koalition vom 28.01.2000, unter der Federführung des Arbeitsministeriums einen „Armut- und Reichtumsbericht“ für die Bundesrepublik Deutschland zu erstellen, der eine Grundlage für künftige politische Entscheidungen sein soll. Während die Regierung u.a. untersuchen will, ob die Sozialhilfe ausreicht, um am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, hält die CDU/CSU-Koalition den Bericht für überflüssig, da es nach ihrer Auffassung durch die Sozialhilfe keine Armut gibt. Es zeigt sich also, daß abhängig von unterschiedlichen politischen, kulturellen und wissenschaftlichen Standpunkten umstrittene Ansichten über die Existenz von Armut in der Bundesrepublik Deutschland vorherrschen. In der Armutforschung ist man sich jedoch über folgende Aspekte einig (Geissler 1996 und Zimmermann 1998):

- Armut in hochentwickelten Industriegesellschaften ist keine absolute Armut als Frage des physischen Überlebens, sondern eine relative Armut als Frage eines menschenwürdigen Lebens in Bezug auf die gesamtgesellschaftlichen Lebensgewohnheiten.
- Armut ist räumlich und zeitlich bedingt, d.h. Armut kann nur für eine bestimmte Gesellschaft und für einen begrenzten Zeitabschnitt begriffen werden.
- Armut ist mehrdimensional und nicht nur eine Frage von monetären Ressourcen. Armut ist gleichzeitig ein soziales, kulturelles und psychisches Phänomen und betrifft neben weiteren Dimensionen der Unterversorgung, wie Gesundheit, Bildung, etc., auch die Verfügbarkeit allgemein anerkannter Lebenschancen in wesentlichen Teilen der menschlichen Existenz und die Teilnahme am wirtschaftlichen, gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Leben.

Trotz dieser komplexen und umfassenden Dimension von Armut, beziehen sich die in der Sozialforschung verwandten Armutsmaße (Sozialhilfe, 50-Prozent-Einkommensgrenze), der Einfachheit wegen, in erster Linie auf den eindimensionalen Wert der nicht vorhandenen monetären Ressourcen und damit auf die Einkommensarmut.

### 3.2.2. Armutsmaße: 50-Prozent-Einkommensgrenze und Sozialhilfe

Das Festlegen der Armutsgrenze anhand geeigneter Verteilungsmaßzahlen, wie beispielsweise der 50-Prozent-Einkommensgrenze (diese entspricht 50 Prozent des durchschnittlichen Einkommens der Bezugsbevölkerung), basiert auf dem Konzept der sozialen Ungleichheit und entspricht der sogenannten "relativen Armut bzw. relativen Armutsdefinition". Hier wird Armut in Relation zum allgemeinen gesellschaftlichen Standard gesehen, und es werden solche Personen als arm bezeichnet, die am unteren Ende einer Bevölkerung angesiedelt sind. Nimmt man die Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen als Armutsmaß, entspricht dies der "absoluten Armut bzw. absoluten Armutsdefinition", basierend auf dem sogenannten Subsistenzkonzept. Der englische Begriff "subsistence" drückt bereits aus, daß Armut hier als Existenzminimum verstanden wird.

Ein entscheidender Unterschied in den beiden Ansätzen der Armutsdefinition, und daraus folgend in den Bekämpfungsstrategien der Armut, liegt darin, daß bei einer Definition basierend auf dem Konzept der Subsistenz, die Armutspopulation mit zunehmendem Wohlstand der Gesamtbevölkerung abnimmt. Bei der aus dem Konzept der sozialen Ungleichheit abgeleiteten Definition aber, ist die Armutsgrenze unabhängig von der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung.

In der Bundesrepublik Deutschland ist über das physische Existenzminimum hinaus, der Empfang der Sozialhilfe als Sicherung eines sozio-kulturellen/konventionellen Existenzminimums gedacht. Dieses "berücksichtigt jenes Minimum an "Bedürfnis-Befriedigungsmitteln", das nach Anschauung der Gesellschaft für eine menschenwürdige Existenz erforderlich ist" (Zimmermann, 1998). Das physische Existenzminimum aber sichert nur den Bedarf an Kleidung, Nahrung, etc., der ein dauerhaftes Überleben gewährleistet.

Die Sozialhilfe, früher öffentliche Fürsorge genannt, "ist der letzte vom Staat gewählte Ausweg, Hilfsbedürftigen die nötigen Voraussetzungen für eine menschenwürdige Lebensführung zu schaffen" (Bartlspenger et al, 1974). Sie ist das staatliche Instrument der Armutsbekämpfung und rechtlich jedem Bürger -Voraussetzung ist die Bedürftigkeit- zugesichert. Das Recht auf Unterstützung durch den Staat, sowie die Pflicht zur Mitwirkung und Selbsthilfe der Betroffenen an der Versorgung zum Lebensunterhalt, sind in §1 Abs. 2 des BSHG deutlich zum Ausdruck gebracht (Abb. 3.6.)

#### **§1 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetz (BSHG)**

Aufgabe der Sozialhilfe ist es, dem Empfänger der Hilfe die Führung eines Lebens zu ermöglichen,  
das der Würde des Menschen entspricht.

Die Hilfe soll ihn soweit wie möglich befähigen unabhängig von ihr zu leben;  
hierbei muß er nach Kräften mitwirken.

Abb. 3.6.: §1 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG)

Die Sozialhilfe wird von den Gemeinden und Kommunen entrichtet und ist zu unterscheiden in die "Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)", welche laufend oder einmalig geleistet wird und die "Hilfe in besonderen Lebenslagen (HBL)".

Als Indikator zur Bemessung der Einkommensarmut wird die Hilfe zum Lebensunterhalt herangezogen, die sich aus dem Regelbedarf, dem Unterkunftsbedarf, dem Mehrbedarf und gegebenenfalls aus Versicherungsbeträgen zusammensetzt. Die Regelsätze für die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG betragen je nach Bundesland zwischen 530 DM (Bayern) und 548 DM (Baden-Württemberg) bzw. 522 DM (Thüringen, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern) und 547 DM (Berlin-Ost) in den neuen Bundesländern. Hinzu kommen noch einmalige Leistungen (z.B. Kleidung, Heizung, etc.), der Unterkunftsbedarf als Entgelt für die Warmmiete und weitere Geld- oder Sachleistungen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1999). Eine von vielen Hilfen in besonderen Lebenslagen die hier noch besonders erwähnt werden soll, ist die „Krankenhilfe“. Einen Anspruch auf die Krankenhilfe hat, „wer krank ist und die Kosten für Arzt und Krankenhaus weder selbst tragen kann, noch sie von anderen, z.B. einer Krankenversicherung, erhält. Wer Krankenhilfe erhält, kann Leistungen einfordern, die denen entsprechen was normalerweise von einer gesetzlichen Krankenkasse bezahlt wird. Wer Krankenhilfe erhält, hat ebenso wie ein Kassenpatient die freie Arztwahl“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1999).

Als Hauptursache für den Bezug von Sozialhilfe in Ostdeutschland wurde die unzureichende Höhe der Arbeitslosenunterstützung ermittelt, die das Existenzminimum nicht sichert. Auch in Westdeutschland sind die meisten Empfänger von Sozialhilfe arbeitslos gemeldet. Eine Befragung von Wohnungslosen durch die Deutsche Caritas e.V. ergab, daß zum Zeitpunkt der Befragung 50 Prozent der alleinstehenden Wohnungslosen laufende Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen; 47 Prozent dieser Sozialhilfeempfänger gaben an, wegen dem fehlenden Anspruch auf Arbeitslosengeld bzw. -hilfe sozialhilfeabhängig zu sein (Hauser et al, 1991). Die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit scheint bei der Eindämmung der Einkommensarmut und der Begrenzung der Ausgaben für Sozialleistungen also ein bedeutender, wenn nicht der entscheidende Faktor zu sein.

### 3.2.3. Bekämpfte Armut, Sozialleistungsmissbrauch und versteckte Armut

Betrachtet man die Sozialhilfestatistik, muß man bei der Interpretation der dort angegebenen Daten berücksichtigen, daß diese nur Auskunft über das Ausmaß der sogenannten „bekämpften Armut“ gibt. Unter den Begriff der „bekämpften Armut“ fallen diejenigen „Personen und Haushalte, deren Sozialhilfeberechtigung nach dem Bundessozialhilfegesetz durch Behörden anerkannt ist und die entsprechende Leistungen erhalten“ (Zimmermann, 1998). Betrachtet man die Entwicklung der Empfängerzahlen für die Sozialhilfe und damit für die Zahl der Einkommensarmen, fällt auf, daß die Zahlen seit Mitte der 70er Jahre kontinuierlich bis 1996 ansteigt. Hiermit verbunden sind auch stetig steigende Ausgaben des Staates für die Sozialhilfe (Abb.3.7.).

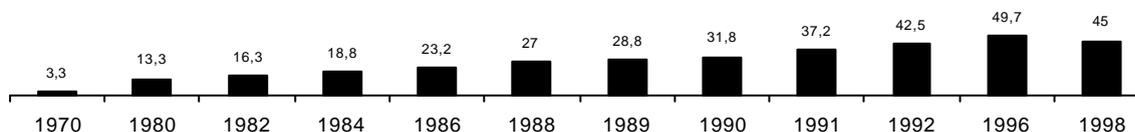


Abb. 3.7.: Sozialhilfeausgaben in Deutschland in Mrd. DM  
(Quelle: Statistisches Bundesamt: www.statistik-bund.de. Stand 03/00)

Aufgrund der stetig steigenden Sozialhilfeausgaben beschloß 1992 die alte Bundesregierung aus CDU, CSU und FDP, Einsparungen bei der Sozialhilfe von jährlich 1,6 Milliarden DM. Hierdurch sollte der Abstand zwischen kinderreichen Lohn- und Gehaltsempfängern aus den unteren Einkommensgruppen und den Empfängern von Sozialhilfe vergrößert und ein Anreiz zur Aufnahme einer Arbeit hergestellt werden.

Einhergehend mit einer Diskussion um die zunehmenden Ausgaben bei der Sozialhilfe sind auch Bestrebungen, den Mißbrauch der Leistungen einzuschränken. Nach Angaben der ehemaligen Bundesregierung wurden Anfang der 90er Jahre rund 10 Milliarden DM Sozialleistungen, wie Sozialhilfe und Wohngeld, sowie Lohnersatzleistungen, wie Arbeitslosengeld und -hilfe, unberechtigt bezogen. Der volkswirtschaftliche Schaden aus Schwarzarbeit wurde sogar auf 100 Milliarden DM geschätzt. 1993 ging die Bundesregierung davon aus, daß zwischen 3 und 5 Prozent der Sozialhilfeempfänger ihre Leistungen unberechtigt beziehen (Harenberg, 1993). Um den Mißbrauch von Sozialhilfeleistungen einzudämmen und zu entdecken, wurde 1997 eine Verordnung zu § 117 BSHG über einen automatisierten Datenabgleich zwischen zahlreichen Verwaltungsstellen beschlossen. Die Bestrebungen der Bundesregierung, Sozialhilfeempfänger zur Aufnahme einer Arbeit mit einem Stundenlohn von 3 DM durch die Kommunen verpflichtet zu dürfen, wurde 1993 von den Wohlfahrtsverbänden rigoros abgelehnt.

Auf der anderen Seite werden zahlreiche Menschen durch die Sozialhilfestatistik aber auch gar nicht erfaßt. Es handelt sich um jene Personen und Haushalte, die unterhalb des sozio-kulturellen Existenzminimums leben, ohne jedoch Sozialhilfe zu beantragen oder zu beziehen. Diese Personen nehmen die Möglichkeit der staatlichen Unterstützung nicht wahr, was aus vielfachen Gründen der Fall sein kann. So führen z.B. die "Unkenntnis über mögliche Ansprüche und Zuständigkeiten, mangelndes Selbstbewußtsein im Umgang mit Behörden, Stolz und Scham, Furcht vor Stigmatisierung als Almosenempfänger" (Geißler, 1996) und weitere Gründe zur Nichtinanspruchnahme der zustehenden Leistungen durch das Sozialamt. Hinzu kommt noch die Motivation verhindern zu wollen, daß Kinder oder andere Verwandte zu finanzieller Hilfe verpflichtet werden. Besonders ältere Menschen gehören zu den Personen, die den Gang zum Sozialamt aus den genannten Gründen scheuen.

Die Gesamtheit dieser, durch die Sozialhilfestatistik nicht erfaßten Personen und Haushalte, wird als "verdeckte Armut" oder auch als Dunkelziffer der Armut bezeichnet und kann im Umfang nur geschätzt werden. Allgemeine Schätzungen gehen von einer Dunkelziffer der nicht erfaßten Einkommensarmen von zwischen 30 und 50 Prozent der anerkannten Empfänger aus. Damit müßte man eine Gesamtzahl von bis zu 6,5 Millionen sozialhilfebedürftigen Menschen in den alten Bundesländern annehmen, was einer Quote von 9 Prozent in Bezug auf die Gesamtbevölkerung gleichkäme. Es gibt also einen beträchtlichen Anteil an Personen, die nicht an den gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen partizipieren und auf staatlichen Unterstützungsleistungen angewiesen sind. Nimmt man den Empfang von Sozialhilfe als Armutsmaß, kann man von einer zunehmenden Armut in Deutschland sprechen. Eine extreme und besonders offensichtliche Form der Armut ist die Obdach- und Wohnungslosigkeit, welche Inhalt des nächsten Kapitels ist.

### **3.3. Sichtbare Armut: Obdach- und Wohnungslosigkeit**

#### **3.3.1. Wohnraum und Wohnungsnot**

Die Bedeutung der Wohnung und des Hauses für das individuelle und familiäre Leben ist so fundamental, daß hierin -seit der Selbsthaftwerdung der Menschen im Neolithikum- ein zentrales Element der kulturellen und zivilisatorischen Entwicklung überhaupt gesehen werden muß" (Schäfers, 1995). Wohnen heißt nicht nur ein Dach über dem Kopf zu haben und schützt nicht nur vor Regen und Kälte; eine angemessene Wohnung ist nicht nur eine notwendige Voraussetzung, um grundlegende Bedürfnisse wie Schlafen, Essen, Körperpflege, Entspannung und soziale Kontakte zu befriedigen; eine Wohnung ist auch die notwendige Voraussetzung für die Sicherung und Wahrung einer eigenständigen Existenzgrundlage durch Arbeit (Nationale Armutskonferenz, 1994).

Das Recht auf die Unverletzlichkeit der Wohnung ist im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland verankert. In Artikel 13 “Über die Unverletzlichkeit der Wohnung” heißt es unter anderem: “Wohnung sind zunächst die Räume, die dem Menschen als Mittelpunkt seines Privatlebens dienen”. In § 7 des BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) ist der Wohnsitz als “der örtliche Schwerpunkt der Lebensbeziehungen eines Menschen” dargestellt, ... “er ist für zahlreiche rechtliche Angelegenheiten von Bedeutung” (Köbler, 1995). Die Wohnung ist in unserer Gesellschaft eine notwendige Voraussetzung für ein menschenwürdiges Leben und Wohnungsnot, als eine Folge von materieller Not und Armut, ist oft der Endpunkt einer sozialen und gesellschaftlichen Deklassierung. “Der Verlust der eigenen Wohnung ... als Verlust der Privatheit,“ ... stellt ... “die schärfste Form sozialer, aber auch psychischer und physischer Ausgrenzung dar” (Schulz, 1994).

In den letzten 20 Jahren hat die Wohnqualität insgesamt zugenommen und fast zehn Millionen Haushalte leben in der Bundesrepublik Deutschland in einer Eigentumswohnung oder in einem eigenen Haus mit einer durchschnittlichen Wohnraumgröße von 100 qm und fünfeinhalb Räumen (Nationale Armutskonferenz, 1994).. Auf der anderen Seite wächst die Zahl derjenigen, die aufgrund von Wohnungssanierungen, Modernisierungen, Umwandlung von Miet- in Eigentumswohnungen und damit verbundenen Mietsteigerungen, von Kündigung und Räumungsklagen bedroht sind, auf zu engem Wohnraum leben oder ganz in die Wohnungslosigkeit geraten. Gerade einkommensschwache Gruppen der Bevölkerung sind oft nicht in der Lage die steigenden Mietpreise aufzubringen, so daß besonders in den großen Städten trotz eines offensichtlichen Wohnungsbedarfs ein Wohnungsleerstand auftritt, der sich aus der Lage der Objekte und der Höhe der zu leistenden Mietzahlungen begründet. Zudem halten sich, wie es die Entwicklung der Baugenehmigungen in den vergangenen Jahren zeigt, die Investoren im Mietwohnungsbau deutlich zurück, was wiederum zu steigenden Preisen führt, die an die verbleibenden Mieter weitergegeben werden (Abb. 3.8.).



Abb. 3.8.: Baugenehmigungen für Mietwohnungen in Tausend  
(Quelle: Statistisches Bundesamt: www.statistik-bund.de. Stand 03/2000)

Wohnungsnot und in ihrer Folge die Obdach- und Wohnungslosigkeit stellt damit in der heutigen Zeit kein Phänomen mehr dar, daß sich ausschließlich auf sogenannte Randgruppen bezieht, sondern ist zu einem Schlüsselproblem der Gesellschaft geworden. Der Deutsche Mieterbund Köln ging davon aus, daß die Nachfrage nach Wohnungen das Angebot in Deutschland 1993 bereits um rund 3 Millionen überstieg. Gleichzeitig wuchsen die Mieten aufgrund der starken Nachfrage und des knappen Wohnraums so stark an, daß das statistische Bundesamt den starken Anstieg gar als Hauptgrund für die steigenden Lebenshaltungskosten nannte. Staatliche Leistungen wie die Förderung des sozialen Wohnungsbaues und die Zahlung von Wohngeld als pauschalisiertes Wohngeld bei Sozialhilfeempfängern/Kriegsopfern bzw. als Tabellenwohngeld bei Haushalten mit geringem Erwerbseinkommen, sind scheinbar nicht in der Lage, die Defizite durch stagnierende Realeinkommen, hoher Arbeitslosigkeit und verminderter Kaufkraft auf der einen Seite und steigenden Miethöhen bei vermindertem Mietwohnungsbau auf der anderen Seite auszugleichen. Hinzukommt, daß das Wohngeld sich nicht an den ortsüblichen Vergleichsmieten orientiert und es zu einer Auseinanderentwicklung zwischen zuschufähiger Miete und tatsächlich zu zahlender Miete gekommen ist. Weiterhin ist das Wohngeld seit knapp zehn Jahren nicht mehr angepaßt worden (Gillich, 1999). Bei drohendem Wohnungsverlust können aber auch zahlreiche Hilfen in Anspruch genommen werden. So hat nach dem Bundessozialhilfegesetz der Träger der Sozialhilfe zum Beispiel die Möglichkeit zur Sicherung der Unterkunft und zur Vermeidung von Wohnungslosigkeit Mietrückstände zu übernehmen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1999).

### 3.3.2. Zur Begriffsdefinition der Obdach- und Wohnungslosigkeit

In einer Begriffserklärung der „Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.“ (einem Zusammenschluß von Träger- und Fachverbänden der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtlichen Bundesbehörden und Organisationen sowie zahlreichen Einzelmitgliedern) heißt es:

*„Wohnungslos ist, wer nicht über einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügt.“*

In der weiteren Einteilung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. sind aktuell von Wohnungslosigkeit betroffene Personen

➤ **Ordnungsrechtlich:** Personen, die ...

... aufgrund ordnungsrechtlicher Maßnahmen ohne Mietvertrag, d.h. mit Nutzungsverträgen in Wohnraum eingewiesen oder in Notunterkünften untergebracht sind.

➤ **Sozialhilferechtlich:** Personen, die...

... ohne Mietvertrag untergebracht sind. Die Kosten werden durch den Sozialhilfeträger nach § 11, 12 oder 72 BSHG übernommen.

... sich in Heimen, Anstalten, Notübernachtungen, Asylen, Frauenhäusern aufhalten, weil keine Wohnung zur Verfügung steht.

... als Selbstzahler in Billigpensionen leben.

... bei Verwandten, Freunden und Bekannten vorübergehend unterkommen.

... ohne jegliche Unterkunft sind, „Platte machen“.

➤ **Im Zuwanderersektor:**

Aussiedler, die noch keinen Mietwohnraum finden können und in Aussiedlerunterkünften untergebracht sind (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 1998)

Bei den Menschen, die ohne eigene Wohnung sind, muß man unterscheiden zwischen alleinstehenden Wohnungslosen und Obdachlosen. Bei Obdachlosen handelt es sich um Personen, die keine reguläre Mietwohnung mit einem Mietvertrag besitzen und in der Regel in kommunalen Obdachlosensiedlungen, Billigpensionen und Notunterkünften untergebracht sind; alleinstehende Wohnungslose leben dagegen ohne Unterkunft auf der Straße (Abb. 3.9.)

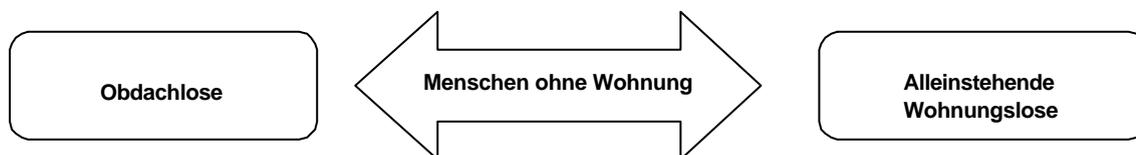


Abb. 3.9.: Einteilung von Menschen ohne Wohnung

Obdachlos im Sinne des Polizei- und Ordnungsrechts ist, “wer unfreiwillig keine menschenwürdige Bleibe hat oder in einer polizei- bzw. ordnungsrechtlich zugewiesenen Unterkunft lebt. ... Nichtseßhafte sind solche Personen, die freiwillig ohne Obdach auf der Straße leben” (Schwind, 1998). Der Unterschied liegt hierbei in der Freiwilligkeit des Zustandes ohne Wohnraum zu leben und unterstellt der Gruppe von alleinstehenden Wohnungslosen eine Persönlichkeitsstruktur die zur Nichtseßhaftigkeit neigt.

So heißt es weiter “der Übergang von einer Form der Obdachlosigkeit in eine andere hängt ausschließlich vom Verhalten des Betroffenen ab. Eine Person, die bisher freiwillig ohne Obdach gelebt hat, kann diesen Zustand jederzeit beenden und bei der Gemeinde die Einweisung beantragen. Ab diesem Zeitpunkt ist die Obdachlosigkeit nicht mehr freiwillig und ein ordnungsrechtlicher Handlungsbedarf gegeben” (Ruder, 1999).

Gegen die Verwendung des Begriffs der Nichtseßhaftigkeit spricht besonders dessen historische Entstehung. So wurde er 1938 von den Nationalsozialisten durch den Bayrischen Landesverband für den Wanderdienst eingeführt und löste gemeinsam mit den Begriffen “Asoziale” und “Volksschädlinge”, die bis dahin gebräuchlichen Begriffe “Wanderarme”, “Wanderer”, “Landstreicher”, etc., ab. Schon im September 1933 wurden im Deutschen Reich alle Nichtseßhaften festgenommen, die ergriffen werden konnten, insgesamt 100.000 Menschen. Polizei, SA (Sturmabteilung der Nationalsozialistischen Partei Deutschlands), SS (Schutzstaffel der Nationalsozialistischen Partei Deutschlands) und die Medien arbeiteten dabei Hand in Hand mit den Wohlfahrtsverbänden. Der damalige Vorsitzende des Deutschen Vereins äußerte: “Die Ausmerzung der erwachsenen Minderwertigen, der gewohnheitsmäßigen Trinker, der Bettler, Landstreicher usw. aus der Gesellschaft und ihre dauerhafte Unterbringung in Anstalten ist auch vom Standpunkt der öffentlichen Fürsorge eine Notwendigkeit”. Die meisten Wohnungslosen wurden dabei zu Haft bis zu vierzehn Tagen verurteilt, viele in Arbeitshäusern eingesperrt. In Bayern begann man mit der Überführung von Wohnungslosen in das Konzentrationslager Dachau. 1938 wurden in der Aktion “Arbeitsscheu Reich” über 10.000 Wohnungslose von Gestapo (Geheime Staatspolizei) und Kriminalpolizei verhaftet und ausnahmslos in Konzentrationslager eingeliefert (Aysaß, 1993).

Trotz seiner negativ zu bewertenden historischen Entstehung blieb der Nichtseßhaftenbegriff bis in die heutige Zeit Verwaltungs- und Amtsbegriff zur Kennzeichnung wohnungsloser Personen und erfüllt damit eine rein stigmatisierende und die Ursache der Wohnungslosigkeit verfälschende Beschreibung. 1974 kam es durch Heinrich Holtmannspötter zur Kritik am Begriff der Nichtseßhaftigkeit (Holtmannspötter, 1974 und 1982). Andere Autoren folgten der Kritik und die hierdurch angeregte Diskussion führte zur zunehmenden Abschaffung des Begriffes in Verwaltung und Forschung, jedoch auch zur Bildung immer wieder nicht befriedigender Definitionen und letztendlich zur Einigung auf den Begriff der “Alleinstehenden Wohnungslosen” (Albrecht, 1979 und Rohrmann, 1990), wenngleich auch dieser nicht ganz zutreffend ist, berücksichtigt man, daß auch Paare mit oder ohne Kindern durchaus wohnungslos sein können. Wie der Begriff Nichtseßhafter, lenken auch andere Bezeichnungen wie Berber, Tippelbruder oder Landstreicher, als Sinnbild für ein aus Charakterschwäche und fehlenden inneren Werten nicht in die Gesellschaft zu integrierende Person, von den wahren Ursachen für die nicht zu leugnende Wohnungslosenproblematik ab.

### **3.3.3. Gründe für Wohnungslosigkeit**

Die Ursachen für Wohnungslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland sind in erster Linie in dem für die Gesamtbevölkerung zunehmend knapper werdenden Wohnraum, einhergehend mit einer Zunahme von sozialen Problemen wie Arbeitslosigkeit und Armut, zu sehen. Allgemein anerkannte Theorien zur Entstehung von Wohnungslosigkeit gibt es bisher nicht, allerdings liegen mehrere Untersuchungen vor, in denen nach den Gründen von Wohnungslosigkeit gefragt wurde.

Ein Grund für den Mangel an Wohnraum ist sicher in der Einstellung der Förderung des sozialen Wohnungsbaus Mitte der 80er Jahre durch die CDU-/CSU-/FDP- Regierung zu sehen. Grund war ein die Nachfrage nach Wohnungen übersteigendes Angebot. Damit verbunden wurden gleichzeitig in der Bauindustrie Kapazitäten abgebaut, so daß Ende der 80er Jahre, als es wegen einer vermehrten Zuwanderung von Aussiedlern und dem Auszug der geburtenstarken Jahrgänge aus den Elternhäusern eine erhöhte Nachfrage nach Wohnungen entstand, nicht schnell genug reagiert werden konnte.

Weiterhin führten Veränderungen in der Gesellschaft, unter anderem einhergehend mit einem "Single-Boom", zu einer Erhöhung der Einpersonenhaushalte von 5,5 Millionen (1970) auf 10 Millionen (1991). Gleichzeitig stiegen die Ansprüche der Wohnungssuchenden von 25 m<sup>2</sup> Wohnfläche pro Person Anfang der 60er Jahre, auf 37 m<sup>2</sup> Wohnfläche 1992 (Harenberg, 1993). Durch den Beschluß des gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe zur Erleichterung der Umwandlung von Miet- in Eigentumswohnungen kam es zu einem zusätzlichen Wegfall preiswerten Wohnraums. Hinzu kommt noch die wachsende Anzahl an Kündigungen wegen Eigenbedarf, die in Folge der höchstrichterlichen Rechtsprechung vom 14. Februar 1998 zusätzlich forciert wurden.

Im Landessozialbericht des Landes Nordrhein-Westfalen werden folgende Hauptgründe für Wohnungsnotfälle bzw. Wohnungslosigkeit genannt (Koch et al, 1993):

➤ Wohnungs- und Unterkunftsverluste

Hierzu zählen Menschen, die nicht in der Lage sind aus eigenen Kräften entweder die eigene Wohnung zu erhalten oder sich eine neue Wohnung zu beschaffen. Besonders häufig sind:

- Kündigungen und Räumungsklagen.
- Ungesicherte Entlassungen von Patienten, Klienten und Gefangenen.
- Frauen und Männer nach Trennung vom Partner durch Auszug oder Vertreibung aus der gemeinsamen Wohnung oder Verlust der alten Wohnung, da diese vom zurückbleibenden Partner nicht mehr getragen werden kann.
- Junge Erwachsene durch Auszug aus dem Elternhaus, besonders bei konflikthaften Familienverhältnissen, aber auch durch Familiengründung, Beginn einer Ausbildung und Arbeitsaufnahme an einem anderen Ort.

➤ Zuwanderung, Flucht und Vertreibung

Hierzu gehört die große Gruppe der Aussiedler, die bei ihrer Zuwanderung in die Bundesrepublik nur in den seltensten Fällen bei Verwandten aufgenommen werden und noch weniger unmittelbar nach der Zuwanderung eine Wohnung beziehen können. Dagegen werden die meisten anderen ausländischen Flüchtlinge, welche die Bundesrepublik aufsuchen, zunächst nicht zu Wohnungsnotfällen, da ihnen der Aufenthalt nur für die Dauer des Asylverfahrens gestattet ist und sie für diese Dauer pflichtweise in Sammelunterkünften untergebracht sind.

➤ Unzumutbare Wohnverhältnisse

Wohnungslosigkeit auf Grund von bautechnischer Unzumutbarkeit, außergewöhnlicher Beengtheit, untragbarer Miethöhe und eskalierter Konflikte. Hinzu kommen Geburt von Kindern, gesundheitliche Gründe, Gebrechlichkeit oder die Lage der Wohnung in unzumutbarer Entfernung zum Ausbildungs- oder Arbeitsplatz.

Steht die finanzielle Problematik als Grund für die Wohnungslosigkeit eine Rolle, kann man feststellen, daß die Wohnungsmiete meist aus folgenden zwei Gründen nicht mehr bezahlt werden kann:

1. Der Hauptverdiener wird arbeitslos oder fällt weg (Tod, Scheidung, Krankheit) oder zu hohe Ratenzahlungen belasten den Gesamthaushalt.
2. Die unteren Einkommensgruppen können die ansteigenden Mieten nicht aufbringen und müssen deshalb die Wohnung aufgeben.

Bezüglich der Gründe für die bestehende Wohnungslosigkeit scheint es zwischen Obdachlosen und alleinstehenden Wohnungslosen Unterschiede zu geben, wie die folgenden Untersuchungen zeigen. So ergaben Untersuchungen von Koch (1980/81) und Ruhstrat (1994) bei Bewohnern von Obdachlosenunterkünften als Grund für die Wohnungslosigkeit in

- 70-80 Prozent Räumungsklagen wegen Mietschulden nach § 554 BGB
- 15 Prozent Eigenbedarfskündigungen des Vermieters (§ 564b Abs. 2 Nr. 2 BGB)
- 10 Prozent Unzumutbarkeit der Wohnung
- Kaum Kündigungen wegen vertragswidrigen Gebrauchs (§553 BGB) und unzumutbaren Verhaltens (§554a BGB)

Eine niedersächsische Studie zu Gründen für Wohnungslosigkeit bei alleinstehenden Wohnungslosen zeigt jedoch andere Ergebnisse (Koch et al, 1993):

- 36 Prozent nach einer Trennung vom Partner oder durch Auszug aus dem Elternhaus
- 26 Prozent war gekündigt worden
- 11 Prozent hatten selber gekündigt
- 19 Prozent nach einer institutionellen Unterbringung (Haft, Heim, Therapie)
- 9 Prozent klagten über den Verlust einer Arbeitsunterkunft

Daraus folgt, daß alleinstehenden Wohnungslose seltener gekündigt worden ist. Vielmehr haben sie in den meisten Fällen ihre Wohnung aufgrund von Schicksalsschlägen und biographischen Brüchen verloren. Knapp ein Fünftel ist auch nach der Entlassung aus institutionellen Einrichtungen in die Wohnungslosigkeit geraten. Bei der Gruppe der Obdachlosen stehen dagegen eher finanzielle Gründe beim Verlust der Wohnung im Vordergrund.

### **3.3.4. Weibliche Wohnungsnot, jugendliche Wohnungslose und Straßenkinder**

Besonders schwerwiegend gestaltet sich das Problem der Wohnungslosigkeit bei Frauen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. schätzt, daß von den 30.000 – 35.000 Personen die ohne jede Unterkunft auf der Straße leben sollen, ca. 3000 – 4000 weiblich sind, wobei der Anteil der weiblichen Wohnungslosen kontinuierlich steigt (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 1999). Besonders erwähnenswert erscheint die Gruppe der weiblichen Wohnungslosen aus mehreren Gründen:

- Es muß von einer hohen Dunkelziffer bezüglich des Frauenanteils unter der Gesamtzahl der alleinstehenden Wohnungslosen ausgegangen werden, da Frauen aus vielen Ursachen mit ihrem Wohnungsproblem nicht erfaßt werden. Mehr noch als von Armut und Wohnungslosigkeit betroffene Männer, schämen sich Frauen auf Grund ihrer Notlage und verweigern sich deshalb meist so lange es geht institutionellen Hilfen.
- In Bezug auf den Wohnungsnotfall erscheinen viele Frauen nicht in den Statistiken, da sie häufig Zwangsgemeinschaften mit Männern eingehen, die ihnen als Gegenleistung für bedingungslose Unterordnung und sexuelle Gefügigkeit, Schutz, Verpflegung und Unterkunft anbieten (Becker, 1993).

- Die meisten Hilfesysteme für Wohnungslose sind auf Männer ausgerichtet und können ihre Hilfeleistung nicht auf die Bedürfnisse der Frauen abstimmen. Ein plakatives Beispiel ist das Hilfsangebot von Nacht- oder sonstigen Unterkünften. Da es oft keine separaten Räumlichkeiten für weibliche Wohnungslose bzw. keine abschließbaren Räume gibt, müssen viele Frauen in gemischt-geschlechtlichen Unterkünften untergebracht werden oder werden von den Institutionen weiterverwiesen und weggeschickt.
- Bei der gemeinsamen Nutzung der angebotenen Hilfesysteme kommt es nicht selten zu Konflikten und Gewalttätigkeiten durch die männlichen Mitbewohner bis hin zu sexuellen Übergriffen. Nicht zu unterschätzen ist die fehlende Möglichkeit, ein gewisses Maß an Intimsphäre zu wahren; dieses Problem besteht jedoch für Männer wie für Frauen gleichsam. Man kann aber sagen, daß es eines frauengerechteren Hilfesystems bedarf, daß den spezifischen weiblichen Lebensumständen Rechnung trägt, und möglichst auch von weiblichen Helfenden betreut wird.
- Bei wohnungslosen Frauen und Mädchen spielt zur Sicherung des Lebensunterhaltes auch die Prostitution eine Rolle. Auch hier sind die weiblichen Wohnungslosen der Gewalt durch ihre Freier ausgesetzt (Powser, 1989).
- Oft kehren Frauen auch nach kurzer Zeit aus der Wohnungslosigkeit in die Partnerschaft oder Herkunftsfamilie zurück, aus der sie wegen eskalierender Konflikte oder (sexueller) Gewalt, als letzte Möglichkeit auf die Straße geflohen sind. Beispielsweise müssen in Deutschland knapp 50.000 Frauen in Frauenhäusern ausharren, da sie keine eigene finanzierbare Wohnung finden (Quelle: Das ist legale Vertreibung, in: Der Spiegel, Ausgabe 6/92, S. 80). Diese finden sich in der Wohnungslosenstatistik ebenfalls nicht wieder.

Ursache für die zunehmende Zahl der Frauen und Mädchen unter den Wohnungslosen ist die Tatsache, daß das weibliche Armutsrisiko in der Bundesrepublik gegenüber dem der Männer größer ist. Anhand einiger Beispielszahlen wird dieser Sachverhalt deutlich: Frauen haben eine 59-prozentige Erwerbsquote im Vergleich zu einer 83-prozentigen bei Männern. Außerdem sind 90 Prozent aller Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten Frauen und 70 Prozent aller sozialversicherungsfreien Beschäftigten werden von weiblichen Arbeitnehmern ausgeübt.

Daraus folgt, daß Frauen in der Regel geringere Lohnersatzleistungen und kleinere Renten bekommen als Männer, verbunden mit einem höheren Risiko im Falle der Bedürftigkeit zu verarmen (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 1999). Aufgrund der schlechten finanziellen Situation sind Frauen in hohem Maße von ihren männlichen (Ehe-)Partnern abhängig. So werden viele Frauen nach einer Trennung abhängig von der Sozialhilfe und können sich die vormals gemeinsame Wohnung nicht mehr leisten. Laut der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. geben 54 Prozent der wohnungslosen weiblichen Einpersonenhaushalte an, daß Änderungen bzw. Konflikte in Familie oder Partnerschaft zum Wohnungsverlust geführt hat (bei Männern ist dies nur in 32 Prozent der Grund für die Wohnungslosigkeit).

Eine weitere Problemgruppe unter den Wohnungslosen sind Jugendliche und Kinder, die ohne Obdach auf der Straße leben. So gibt es Kinder, die auf der Straße leben, weil die Eltern bzw. ein Elternteil ebenfalls wohnungslos sind bzw. ist. Diese leben in den meisten Fällen auch mit der Bezugsperson zusammen und teilen deren Schicksal. Auf der anderen Seite gibt es in vielen Großstädten, wie auch in Düsseldorf oder Köln, eine eigenständige Szene von Straßenkindern, die in erster Linie der Jugendkultur der sogenannten „Punks“ angehören. Das Kölner Projekt „Phönix aus der Asche e.V.“ beschäftigt sich seit 1995 mit der Betreuung von Straßenkindern in der Stadt Köln und hat im Rahmen der Betreuungsarbeit eine Untersuchung über die betreuten Patienten durchgeführt.

Bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen handelte es sich um 100 Personen, die von Interviewern befragt wurden. Die meisten der Kinder, die sich als sogenannte „Punks“ in Gruppen zusammenschließen, sind nicht jünger als 12 Jahre und zwischen 14 und 16 Jahre alt. Die Jugendlichen haben ihre Familien nicht unbedingt auf Grund von Armut oder körperlicher Gewalt verlassen, sondern stammen meist aus mittelständischen Familien, in denen es zu einer Krise gekommen ist (Trennung der Eltern, Arbeitsplatzverlust, etc.). Hinzu kommt nicht selten stark erlebter Leistungsdruck in der Schule, Nichtanerkennung und psychische Gewalt, oft in der ohnehin schwierigen Phase der beginnenden Pubertät. Anzutreffen sind auch Kinder mit massiver psychischer und/oder sexueller Gewalterfahrung bzw. mit langen Jugendhilfe- und Heimkarrieren. Die Autoren bezeichnen diese negativen Erfahrungen der Jugendlichen in der Gesamtheit als „Erwachsenentrauma“, welches als Folge hohe Anforderungen an die Betreuungsarbeit stellt. Die Kinder und Jugendlichen lassen keine Annäherung zu, zeigen kein oder wenig Vertrauen und sollten durch die Betreuer nicht enttäuscht werden.

Hinzu kommt, daß bei den Kindern auf Grund eines Sich-Versteckens vor Eltern und Behörden in vielen Fällen nicht einmal die Sozialhilfe als finanziell unterstützendes System greift. Sie verfügen nur über geringe oder keine finanzielle Sicherung der Existenz, was auch als Ursache dafür angesehen werden kann, daß sich die jungen Wohnungslosen oft in Gruppen wie den Punks zusammenschließen. Gerade in der Gruppe ist aber häufig auch der Drogen- und besonders der Alkoholkonsum ein Problem, der neben dem Leben auf der Straße zu einer angeschlagenen Gesundheit bei den Heranwachsenden führen kann (Paur et al, 1998).

### **3.3.5. Sozial abweichendes Verhalten von Wohnungslosen und Wohnungslose als Opfer von Kriminalität**

Sowohl alleinstehenden Wohnungslosen, als auch Obdachlosen, die in Notunterkünften und Übergangshäusern untergebracht sind, wird von weiten Teilen der Bevölkerung sozial abweichendes Verhalten zugeschrieben. Göppinger kommt aufgrund einer Sekundäranalyse von Literatur bis 1980 zu dem Schluß „daß die Regelkriminalität der umherziehenden Nichtseßhaften im Ganzen gesehen sehr zahlreich, aber qualitativ bisher verhältnismäßig geringfügig erscheint, wobei die außergewöhnlich hohe Rückfallquote auffällt“ (Göppinger, 1980). Meist ergeben sich die Straftaten aus der materiellen Not der Betroffenen heraus, so daß Vermögensdelikte an erster Stelle stehen. Gestohlen werden dabei in erster Linie Nahrungsmittel, alkoholische Getränke und Hygieneartikel. Weiterhin kann es bei drogenabhängigen Wohnungslosen zu Beschaffungskriminalität kommen, bei Frauen und Mädchen spielt die Prostitution eine Rolle, und jugendliche männliche Ausreißer betätigen sich manchmal als Stricher (Schwind, 1998). Wenn es um relativ geschützte Schlafstellen geht oder Wohnungslose in Notunterkünften und Übernachtungsstellen mit mehreren Personen auf engstem Raum übernachten müssen, werden nicht selten Aggressionen ausgelöst, die zu Schlägereien und ernsthafteren körperlichen Auseinandersetzungen führen können. Gerade diese erzwungene, zufällige Mischung und Ansammlung problembeladener Personen in zu engen Räumlichkeiten, führt zu Anspannungen, die sich explosiv entladen können. Leidtragende sind hier meist die Schwächeren, die Jüngeren, die Älteren, die gesundheitlich Angeschlagenen und die Einzelgänger (Koch et al, 1993).

Ein weiteres Problem ist die aggressive Bettelei durch Wohnungslose, welche die Bevölkerung vor allem in den Fußgängerzonen der Innenstädte als Belästigung erlebt. Da Landstreicherei und Bettelei als spezifische Verhaltensweisen seit dem 01. Januar 1975 nicht mehr mit Strafe bedroht sind (bis zu diesem Datum wurden sie nach § 361 Nr.3 und 4 des StGB als Übertretung geahndet), reagieren die Kommunen auf diese zunehmende Begleiterscheinung der Wohnungslosigkeit in den meisten Fällen polizei- und ordnungsrechtlich über eine extensive Auslegung des „Schutzgutes der Öffentlichen Sicherheit“ mit repressiven Maßnahmen wie Platzverweisen, Bußgeldern und „Säuberungsaktionen“ (Schwind, 1998).

Diese Vorgehensweisen sind jedoch rechtlich nicht unumstritten und so wurden in Saarbrücken vier wohnungslose Punkter vom dortigen Amtsgericht von einem Bußgeld befreit, daß ihnen wegen des „Konsums von Bier in der Öffentlichkeit“ auferlegt worden war. Durch das Oberverwaltungsgericht Schleswig-Holstein wurde das Verbot des „Niederlassens zum Alkoholgenuss“ in Satzungen über die Sondernutzung an öffentlichen Straßen und Plätzen endgültig für rechtswidrig erklärt (Urteil des Oberverwaltungsgerichtes (OVG) Schleswig-Holstein, 16. 07. 99, AZ: 4K2/99). Anhand des konkreten Beispiels der Düsseldorfer Altstadt läßt sich zeigen, wie paradox eine derartige „Trinkersatzungen“ wegen Alkoholgenuß in der Öffentlichkeit erscheint, wenn gleichzeitig die Gastronomiebetriebe an der „längsten Theke der Welt“ davon leben, jeden Tag Bier und andere Alkoholika an „Normalbürger“ und Besucher aus aller Welt auszuschenken. Aber es läßt sich auch nicht leugnen, daß der unter den Wohnungslosen weit verbreitete Alkoholkonsum zu einer Verschärfung der Problematik, einhergehend mit Verwahrlosung und Abstumpfung der betroffenen Personen führt, was einer sozialen Akzeptanz durch die Allgemeinbevölkerung nicht förderlich erscheint.

Alleinstehende Wohnungslose sind aufgrund ihres ungeschützten Alltags auf der Straße und ohne eine Wohnung, in die sie sich zurückziehen können, in einer besonderen Lebenssituation, in der sie nicht selten auch Opfer von gewalttätigen und kriminellen Delikten werden. So kommt es neben Beschimpfungen, Diebstählen und Androhung von Gewalttaten nicht selten auch zu tätlichen Übergriffen gegen Wohnungslose, besonders aus dem Bereich der rechtsradikalen Szene. Zur Problemlage kommt hinzu, daß die „vermeintliche Lösung sozialer Problem durch Gewalt auf breite Resonanz in der Bevölkerung stößt“ (Heins, 1993). Alleinstehende Wohnungslose können demnach aufgrund ihrer besonderen Lebensbedingungen sowohl Täter als auch Opfer krimineller Handlungen und abweichenden Verhaltens sein (s.a. Anhang 1, Abb. 1: Wohnungslose: Täter und Opfer).

### **3.3.6. Zahlen zu Wohnungslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland und in Düsseldorf**

Amtliche Zahlen über die Anzahl der Wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen existieren für die Bundesrepublik Deutschland aufgrund fehlender gesetzlicher Statistiken nicht. Deshalb kann das Ausmaß der Wohnungslosigkeit sowie die soziale Zusammensetzung der betroffenen Menschen nur geschätzt werden. Die vorliegenden Schätzungen zum Ausmaß der Wohnungslosigkeit sind meistens nur begrenzt aussagefähig und hinsichtlich der Begriffsdefinitionen äußerst irreführend. So werden in den verschiedenen Schätzungen die Begriffe „Obdachlos“, „Wohnungslos“, „Wohnungslos ohne Unterkunft“, „Wohnungsnotfall“, usw., oft nicht definiert, zusammengefaßt oder nicht streng differenziert.

Oft zitierte Schätzungen in der Fachliteratur und in der öffentlichen Diskussion zum Thema Wohnungslosigkeit sind die Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., die jedoch, wie die Bundesarbeitsgemeinschaft selbst anmerkt, mit großen Unsicherheiten bezüglich der wahren Anzahl von Betroffenen belastet ist. Die bisherigen Schätzungen, die seit den 60er Jahren durchgeführt werden, basieren auf inzwischen veralteten Studien (Vaskovics et al., 1979) und eigenen Erhebungen. Schätzungen anderer Institutionen (z.B. Institut Wohnen und Umwelt, 1991) nehmen wiederum in den meisten Fällen, neben eigenen Zahlen, Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe als Grundlage.

In der Abb. 3.10. folgen die aktuellen Schätzungen der BAG Wohnungslosenhilfe über die Zahl der Wohnungslosen in der Bundesrepublik Deutschland (Stand 03/2000).

Haushaltsstruktur und Unterbringungssituation	BAG Schätzung			
	1992	1994	1996	1998
Wohnungslose in Mehrpersonen-Haushalten	336.124	375.956	400.000	360.000
Wohnungslose Einzelpersonen-Haushalte	154.576	172.894	200.000	180.000
Wohnungslose (ohne wohnungslose Aussiedler)	490.700	548.850	600.000	540.000
Wohnungslose Aussiedler	312.000	327.600	340.000	150.000
Alle Wohnungslosen	802.700	876.450	940.000	690.000
Bandbreite (+/- 5%)	760.000- 840.000	830.000 -920.000	850.000- 1.000.000	620.000 -760.000

Abb. 3.10.: Schätzung der BAG- Wohnungslosenhilfe e.V.  
zur Zahl der Wohnungslosen in der Bundesrepublik Deutschland (Stand 03/2000)  
(Quelle: BAG Wohnungslosenhilfe e.V. Aktueller Stand 10/1999)

Bezüglich der Anzahl von alleinstehenden Wohnungslosen ist zu sagen, daß ca. 20 Prozent der wohnungslosen Einzelpersonenhaushalte nicht in einer Notunterkunft untergebracht werden wollen oder können. Es ist also davon auszugehen, daß ca. 30.000 bis 35.000 Menschen in der Bundesrepublik ohne jede Unterkunft auf der Straße leben, darunter 3.000 bis 5.000 Frauen. Im Winter 1994/95 sind bundesweit 29 Menschen, im Winter 1997/98 mindestens 8 Menschen auf der Straße erfroren (Quelle: BAG Wohnungslosenhilfe e.V. Aktueller Stand 10/1999).

Für das Jahr 1998 läßt sich feststellen, daß die Zahl der Wohnungslosen gegenüber 1997 um 19 Prozent gesunken ist, was in erster Linie auf den starken Rückgang der Zahl wohnungsloser Aussiedler zurückzuführen ist. Bemerkenswert ist, daß diese Entwicklung in Ost- und Westdeutschland unterschiedlich verläuft, denn während sich die Zahl der alleinstehenden Wohnungslosen (ohne wohnungslose Aussiedler) in Westdeutschland um 12 Prozent reduzierte, waren 1998 in Ostdeutschland 15 Prozent mehr Wohnungslose zu verzeichnen. Der positive Trend in Westdeutschland ist dabei sicher ein Erfolg der Anstrengung von Kommunen und freien Trägern bei der Hilfe zur Verhinderung von Wohnungsverlusten. Außerdem wurde das ambulante Beratungsangebot erhöht, Vermittlung von Wohnraum konnte erleichtert werden, und in den Jahren 1994 bis 1997 wurden zahlreiche Wohnungen fertiggestellt. In manchen Regionen kam es zudem zu preiswertem Wohnraum durch den Abzug der alliierten Truppen und ihrer Familien. Die schlechte Entwicklung in Ostdeutschland läßt sich hingegen durch die allgemein schlechteren wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen erklären. Ebenso ist das Hilffsystem besonders zur Vermeidung von Wohnraumverlusten nicht so ausgebaut (Quelle: BAG Wohnungslosenhilfe e.V. Aktueller Stand 10/1999).

Für die Stadt Düsseldorf existieren Zahlen zur Armutsbetroffenheit und zur Anzahl obdachloser Personen, die im Armutsbericht der Stadt Düsseldorf veröffentlicht sind (Stadt Düsseldorf, 1996). So waren in Düsseldorf 1995 31.847 Personen arbeitslos gemeldet (1985: 28.035), 38.383 Düsseldorfer Bürger erhielten Ende 1995 Sozialhilfe, davon 32.177 als Hilfe zum Lebensunterhalt (1985: 24.058). Ein Großteil der Sozialhilfebeziehenden sind Frauen mit einem Anteil von mehr als 55 Prozent

Laut Armutsbericht der Stadt Düsseldorf, waren 1996 3627 Personen (1985: 2352) in Obdachlosenunterkünften der Stadt untergebracht. Nicht erfaßt durch diese Zahlen sind hingegen Personen, die durch andere Träger versorgt werden (Kirchen, Wohlfahrtsverbände, usw.), die in anderen Unterkünften wie Containern und angemieteten Hotels untergebracht sind, sowie Asylanten, Über- und Aussiedler. Außerdem wird eine schwer zu schätzende Gruppe von Personen nicht erfaßt, die ohne Obdach auf der Straße lebt, und nach Angaben der städtischen Ämter eine Gruppengröße von ca. 200 bis 250 Personen umfassen soll. Bezüglich der Armutsverteilung in der Stadt Düsseldorf ergibt sich folgendes Bild:

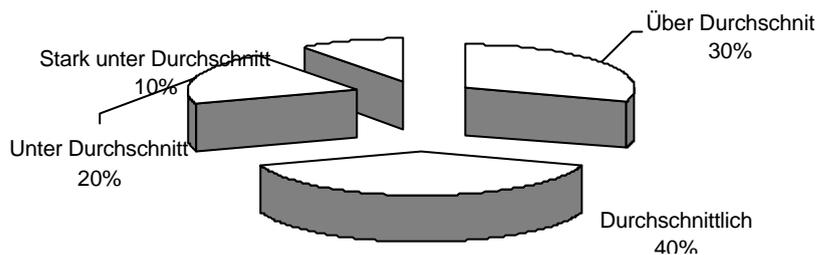


Abb. 3.11.: Durchschnittliche Beteiligung der Düsseldorfer Bürger am Wohlstand

### 3.3.7. Hilfsangebote für alleinstehende Wohnungslose im Allgemeinen und Hilfen für alleinstehende Wohnungslose am Beispiel Düsseldorf

Die Hilfsangebote für Wohnungslose, die auf der Straße leben, sind abhängig von der jeweiligen Gemeinde des Aufenthaltes zahlreich bis gar nicht vorhanden. Allgemein gehen die Hilfsangebote von den Kommunen, von kirchlichen Einrichtungen und den freien Trägern der Wohlfahrtspflege aus. In manchen Städten ergänzen private Initiativen, Selbsthilfegruppen und Vereine die Hilfeleistungen, welche zur allgemeinen Verbesserung der Lebensumstände der auf der Straße lebenden Menschen beitragen sollen. Diese Hilfsangebote lassen sich in folgende Bereiche einteilen:

➤ Vermeidung des Wohnungsverlustes

Vermeidung und Beseitigung von Wohnungslosigkeit ist eine Aufgabe der zuständigen Sozialhilfeträger und primär anzustrebendes Mittel in der Bekämpfung der Wohnungslosigkeit. Zur Verfügung stehende Mittel sind Übernahme von Mietschulden (§12 BSHG = Bundessozialhilfegesetz), Gewährung von zinsgünstigen Darlehen (§15 BSHG) und Rückeinweisung durch die Beschlagnahmung der bisherigen Wohnung (§19 OBG/NRW = Ordnungsbehördengesetz Nordrhein-Westfalen). Die Kommune gilt dann als Hauptmieter und muß die Miete bezahlen (Schwind, 1998).

➤ Tagesstätten und Beratungsstellen

Anlaufstellen für Wohnungslose mit den unterschiedlichsten Hilfsangeboten: Aufenthalt über den Tag, Wäsche waschen, Kaffee, evtl. Essen, Beratung in allen Lebenslagen, Möglichkeit einer Meldeadresse, etc. Als Träger fungieren alle o.g. Gruppen.

➤ Geldleistungen wie Sozialhilfe, Arbeitslosengeld / -hilfe, Rente etc.

Geldleistungen werden in erster Linie von den dafür vorgesehenen staatlichen und kommunalen Stellen erbracht. Hierzu gehören die Auszahlung von Sozialhilfe (§ 72 BSHG) durch das Sozialamt, Arbeitslosengeld oder -hilfe durch das Arbeitsamt, etc.

➤ Unterbringung von Obdachlosen

- Unterbringung in Wohnungen und Übernachtungshäusern:

Die Gemeinden sind zur Unterbringung von Wohnungslosen verpflichtet (z.B. § 14 des Ordnungsbehördengesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen), soweit die Wohnungslosigkeit unfreiwillig erfolgte. "Unfreiwillige Obdachlosigkeit stellt eine ordnungsrechtliche Gefahrenlage dar und erfordert ein polizei- und ordnungsrechtliches Handeln" (Ruderer, 1999). Die Unterkunft muß dabei den Mindestanforderungen an eine menschenwürdige Unterbringung entsprechen und erfolgt meist in Wohnungen, für welche durch die Kommune Belegrechte bestehen. Darüber hinaus gibt es Unterkünfte in Übernachtungshäusern und Nachtunterkünften mit befristeten Aufenthaltszeiten meist erst ab den Abendstunden. Diese Unterkünfte werden jedoch oft trotz widriger Witterungseinflüsse von den alleinstehenden Wohnungslosen gemieden. Gründe können sein: Mangelnde Sauberkeit und Hygiene der Einrichtung, zu viele Menschen in den engen Räumlichkeiten, "Gestank der Mitbewohner", Aggressionen der Bewohner untereinander, Angst bestohlen zu werden, aber auch die oft stark einschränkende Hausordnung der Einrichtung (Kein Alkohol, Keine Zigaretten etc.). Einige der Wohnungslosen halten auch Hunde, die sie in die entsprechenden Hilfseinrichtungen in der Regel nicht mitbringen dürfen. Die Träger dieser Einrichtungen sind meist die Kommunen, kirchliche Häuser und Verbände der freien Wohlfahrtspflege.

➤ Essen und Kleiderstellen

Hier gibt es zahlreiche Angebote der Essen- und Kleiderausgabe durch kirchliche Gruppen oder andere Initiativen, Heilsarmee, Privatleute etc.

➤ Medizinische Hilfe

Jeder Sozialhilfeempfänger ist berechtigt, sofern er nicht gesetzlich/privat krankenversichert ist, einen Antrag auf Übernahme der Behandlungs- und Heilmittelkosten durch das Sozialamt zu stellen. Damit besteht für jeden alleinstehenden Wohnungslosen die Möglichkeit an der medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser teilzunehmen. In vielen großen Städten gibt es jedoch in zunehmendem Maße neben dem Regelsystem der medizinischen Versorgungssystem private Initiativen zur medizinischen Versorgung auf der Straße lebender Menschen. In manchen Städten unterhalten die Gesundheitsämter, meist in Zusammenhang mit der Erkennung und Behandlung von Tuberkuloseerkrankungen, Versorgungsangebote für alleinstehende Wohnungslose.

➤ Andere Hilfsangebote

Selbsthilfegruppen, Wohnungsbauprojekte, Obdachlosenzeitungen und andere.

Daß Wohnungslosigkeit in Düsseldorf, wie in vielen anderen deutschen Städten, zum alltäglichen Problem geworden ist, wird auch deutlich an der Vielzahl von Initiativen, Institutionen und Einrichtungen, die sich mit der Thematik der Wohnungslosigkeit gewollt oder ungewollt auseinandersetzen. Die Tabelle in Abb. 3.12. (s. Seite 26/27) zeigt eine Übersicht der wichtigsten Einrichtungen und Initiativen in Düsseldorf, sowie der dort erbrachten Leistungen. Die meisten aufgelisteten Einrichtungen sind in den letzten Jahren als Antwort auf die zunehmende Anzahl von Wohnungslosen entstanden, die mittlerweile das Bild der Düsseldorfer Innenstadt prägen und leisten in einem nicht zu unterschätzendem Maße eine Versorgung der auf der Straße lebenden Menschen in den Bereichen des täglich Notwendigen, wie z.B. Essen, Kleidung, Unterkunft sowie durch Beratung und Fürsorge. Betrachtet man die Übersicht, so wird deutlich, daß verhältnismäßig wenige staatliche bzw. kommunale Stellen im Bereich der Wohnungslosenarbeit vertreten sind. Der Großteil der aufgelisteten Initiativen und Einrichtungen liegt in der Trägerschaft von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege (Caritas, Diakonie etc.) oder beruht auf Privatinitiative von Bürgern und Vereinen.

Weiterhin wird deutlich, daß es neben dem Regelsystem der medizinischen Versorgung, bestehend aus niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern in der Stadt Düsseldorf, kein Angebot mit medizinischer Hilfe gibt. Dieses Versorgungsangebot wird nun seit 1996 durch den Verein "Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V." abgedeckt.

Das sich immer stärker ausdehnende Angebot niederschwelliger Angebote für Wohnungslose hat jedoch auch Kritiker, wie Auszüge aus einem Positionspapier eines Berliner Sozialamtes zeigen (Positionspapier eines Berliner Sozialamtes zur Versorgung obdachloser Menschen unterhalb der Verpflichtung und Angebote bezirklicher Sozialämter). Hier heißt es u.a.: „Es gibt und muß Erste-Hilfe-Maßnahmen für Menschen auf der Straße geben ... Notversorgung für den, der auf der Straße liegt, nicht genügend anziehen hat und hungrig ist ... An dieser Stelle ist es richtig erst zu helfen, und dann zu fragen ... Erste Hilfe muß aber auch heißen einmalige Hilfe ... Niederschwellige Angebote an Menschen, die auf der Straße leben, bergen die Gefahr, daß bei ausgiebiger und wiederholter Befriedigung der existentiellen Bedürfnisse ohne eigenes Dazutun kein Grund mehr gesehen wird, eine höhere Schwelle zu erklimmen ... Provozierend gefragt: Wozu sich auf den dornigen, frustrierenden Weg durch die Sozialämter, Obdachlosenunterkünfte, betreute Wohnprojekte, Arbeitsuche, Wohnungsuche, etc. machen, wenn überall Suppenküchen dampfen, Notübernachtungsbetten aufgeschüttelt werden und helfende Hände verfilzte Haare auskämmen und warme Spenderunterhosen anmessen?“.

Abb. 3. 12.: Hilfsangebote für Wohnungslose in Düsseldorf\*

Name des Hilfsangebotes	Beschreibung des Hilfsangebotes
Speisezimmer des Franziskanerklosters	Essen, Kleiderkammer, "Freunde der Straße" (Gesprächskreis für Obdachlose und Helfer)
Altstadt-Armenküche e.V.	Ausgabe von warmen Mahlzeiten , soziale Beratung
Heilsarmee Düsseldorf	Betreuung, Beratung, Seelsorge, 2x/Woche Essen, Kleiderausgabe
Initiative Freunde der Straße	Gespräche, Spiele, Unterhaltung, warme Mahlzeit
Armut und Reichtum an einem Tisch e.V.	Essen für "Arm und Reich", Frühstück und Mittagessen gegen Kostenbeitrag
Kontaktladen Drogenhilfezentrum	Essen, Duschen, Wäsche waschen, Medizinische Hilfe, Treffpunkt, Beratung
Düsseldorfer Tafel	Verteilung von Lebensmitteln an bedürftige Menschen bzw. an Einrichtungen, die diese Menschen betreuen
Asphalt e.V.	Straßenverkauf der Zeitung Fifty-Fifty. Hälfte des Verkaufspreises für den Verkäufer, Verfassen eigener Gedichte und Artikel, Rechtsberatung
Gemeinsam gegen Kälte	Obdachlosenarbeit in Zusammenarbeit mit bundesweiten Projektgruppen (Spendenaufrufe, Plakataktionen, etc.)
Trebe-Cafe der Diakonie	Kontakt- und Anlaufstelle für Mädchen und junge Frauen, die ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße haben bzw. obdachlos sind, existentielle Grundversorgung, Information, Beratung, Streetwork
Fachberatungsstelle für Frauen der Diakonie	Beratung, Wohnraumerhalt, Vermittlung, wirtschaftliche Absicherung

\* Die Tabelle wurde u.a. erstellt mit Hilfe des Leitfadens für wohnungslose alleinstehende Menschen in Düsseldorf " Wohnen ist ein Menschenrecht". Stand Oktober 1998  
 Herausgeber des Leitfadens: Caritasverband, Diakonie, Ordensgemeinschaft, SKM und Sozialamt der Stadt Düsseldorf.  
 Zu beziehen über die Ordensgemeinschaft – Beschäftigungshilfe, Römerstr. 9, 40476 Düsseldorf, ☎ 0211 – 44939870

Jugendberatung der Arbeiterwohlfahrt	Beratung für Jugendliche im Alter zwischen 14 und 26 Jahren bei Problemen
CASH und RAUS Möbelhilfe	Abholung von gespendeten Möbeln, Verkauf, Warenauslieferung
Wohnraumbörse der Ordensgemeinschaft	Vermittlung und Organisation von Wohnraum, Begleitung und nachgehende Betreuung
Ordensgemeinschaft Beschäftigungshilfe	Gärtnerei, Druckerei, Second-Hand-Möbel und Transportservice, Renovierung und Sanierung
Fachberatungsstelle „Horizont“ der Diakonie	Beratung, Wohnraumerhalt, Vermittlung, wirtschaftliche Absicherung
Fachberatungsstelle des Caritasverbandes	Beratung, Wohnraumerhalt, Vermittlung, wirtschaftliche Absicherung
Mobile Kleidertruhe	Ausgabe von Gebraucht- und Neukleidung an Obdachlose und arme Menschen
Fachstelle der Drogenberatung Düsseldorf e.V.	Beratung, Behandlung, Betreuung
<b>Notunterkünfte</b>	
Übergangwohnheim „An der Icklack“ der Diakonie	Übergangwohnheim für Frauen
Notaufnahme des Sozialamtes - Dorotheenstraße	Nachtunterkunft für Männer und Frauen
Nachtunterkunft der Ordensgemeinschaft Klosterstraße	Nachtunterkunft für Männer
Notschlafstelle im Drogenhilfezentrum	Notunterkunft für Männer und Frauen
Knack-Punkt	Notschlafstelle für Mädchen und junge Frauen von 14-21 Jahren, Streetwork
<b>Tagesstätten</b>	
Tagesstätte Ackerstraße 7 der Diakonie	Mahlzeiten, Duschen, Wäsche waschen, Freizeitangebote, Medizinische Hilfe, Treffpunkt, Beratung
Tagesaufenthalt der Fachberatungsstelle Horizont der Diakonie	Mahlzeiten, Duschen, Wäsche waschen, Freizeitangebote, Medizinische Hilfe, Treffpunkt, Beratung
<b>Stationäre Einrichtungen</b>	
Ordensgemeinschaft der armen Brüder / Rather Broich	Stationäre Hilfe in verschiedenen Wohnformen mit Selbst- und Vollversorgung, Ein- und Zweibettzimmer
Zentrale Aufnahmestelle für Wohnungslose Dorotheenstraße - Sozialamt	Beratung und Unterbringung bei drohender bzw. eingetretener Wohnungslosigkeit
Friedrich-Naumann Haus der Diakonie	Stationäre Hilfe für junge Männer
Markushaus, Rehabilitationseinrichtung der Diakonie	Stationäre Einrichtung für wohnungslose Männer und Frauen gem. § 72 BSHG mit einer Suchtmittelabhängigkeit
Don-Bosco-Haus des Caritasverbandes	Unterbringung, Beratung, Begleitung, Nachsorge
Haus Weißenburg	Unterbringung in Einzelzimmer, Selbstversorgung, Beratung, Begleitung, Betreuung
<b>Behörden</b>	
Sozialamt – Hilfe für Wohnungslose	Hilfe zum Lebensunterhalt und Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem Bundessozialhilfegesetz, Ausstellung eines Krankenscheins, Beratung
Arbeitsamt Düsseldorf	Vermittlung einer Arbeitsstelle, Arbeitslosengeld/-unterstützung, Beratung, Bildungsangebote
Krankenkassen	Übernahme von Heilkosten bei Mitgliedschaft
Amt für Wohnungswesen	Vermittlung einer Wohnung
Gesundheitsamt	Beratungsstelle für chronisch Kranke, Tuberkulosefürsorge
Rentenberatung	Beratung bei Rentenangelegenheiten

## 3.4. Armut und Krankheit

### 3.4.1. Gesundheit, Krankheit, Kranksein

Gesundheit und Krankheit sind Begriffe des allgemeinen Sprachgebrauchs und spielen für den Einzelnen als auch in der Gesellschaft eine bedeutende Rolle. Trotzdem gibt es keine wissenschaftlich begründbaren und eindeutigen Definitionen für beide Begriffe; es mag sein, daß das Verständnis von Gesundheit und Krankheit nicht nur in den unterschiedlichen historischen und kulturellen Kontexten veränderlich, sondern auch innerhalb einer einzigen Gesellschaft abhängig vom Blickwinkel, Bezugssystem, Status und Interesse des Betrachters ist. In der Antike war das Leben der Menschen, wie der gesamte Lauf der Welt, vom Schicksal bestimmt und damit wurden auch für Krankheiten die Götter verantwortlich gemacht und ansteckende Krankheiten als Strafe der Götter betrachtet. Auch in unserem Kulturkreis war die Ansicht vorherrschend, daß Krankheit eine übernatürliche Ursache habe. So bedeutet zum Beispiel das Wort "Influenza" ursprünglich, daß jemand unter dem schlechten Einfluß der Sterne stehe. Die heutige Denkweise in Bezug auf Gesundheit und Krankheit ist in erster Linie stark naturwissenschaftlich und juristisch geprägt, "verbunden mit einer speziellen Gewichtung somatischer und technischer Aspekte im Bereich von Gesundheit und Krankheit" (Helmich, 1991). Das Bundessozialgericht definiert juristisch: "Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung, ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, dessen Eintritt entweder die Notwendigkeit einer Heilbehandlung allein oder in Verbindung mit Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat" (Köbler, 1995).

Ein Versuch die Dichotomie von "Krank" und "Gesund" zu überwinden und eine umfassende Definition zu finden, ist die allgemein bekannte Deklaration der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation / WHO) der Vereinten Nationen (United Nations / UN) von 1963, welche Gesundheit "als Zustand eines umfassenden körperlichen, geistigen, und sozialen Wohlbefindens und nicht allein als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen" beschreibt (WHO, 1963). Wenngleich diese Definition umstritten ist, versucht sie dennoch erstmalig den ganzheitlichen Aspekt von Gesundheit zu berücksichtigen und der zunehmenden Komplexität gesundheitlicher Probleme, als auch die Verknüpfung von Gesundheit mit vielfältigen anderen Aspekten gerecht zu werden. Gleichzeitig verpflichtete die WHO die staatlichen Stellen nicht nur isoliert medizinische (naturwissenschaftliche) Kriterien, sondern auch soziale Aspekte in der Bekämpfung und Vermeidung von Krankheit sowie in der Gesundheitserhaltung miteinzubeziehen. Die Sichtweise soll somit von einer rein biomechanischen-krankheitszentrierten in Richtung eines bio-psycho-sozialen Modells gelenkt werden. Neuere Betrachtungsweisen, besonders im Bereich der Gesundheitsförderung verstehen Gesundheit als geglückte und Krankheit als mißglückte Balance zwischen Belastungen und Ressourcen. Dies entspricht vergleichbar einem Gedanken, der bereits in der überlieferten antiken Medizin vorherrschend war: Gesundheit ist das Gleichgewicht der Kräfte; Krankheit ist das Gegenteil.

Der hippokratischen Arzttradition gemäß, lag der wichtigste Schutz vor Krankheit in Mäßigkeit und gesundem Lebenswandel (Anm.: Hippokrates - Um 460 v. Chr. Begründer der griechischen ärztlichen Wissenschaft und Verfasser des hippokratischen Eides). Natürlich war es, gesund zu sein, und Krankheit war die Entgleisung der Natur aufgrund einer körperlichen oder seelischen Gleichgewichtsstörung. Das aktive Element in der Gesundheitserhaltung bzw. -bildung formulierte Victor v. Weizäcker 1930: "Gesundheit eines Menschen ist eben nicht ein Kapital, daß man aufzehren kann, sondern sie ist überhaupt nur da vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, ist der Mensch bereits krank" (von Weizäcker, 1930). Die individuelle Wahrnehmung von Krankheit und damit auch von Kranksein ist vieldeutig und individuell geprägt. Empfindet die eine Person den gewöhnlichen Schnupfen als außerordentlich belastend und von der Norm, also von der Gesundheit, stark abweichend, sind für einen Anderen erst gravierende Einschnitte in sein gesundheitliches Befinden bedeutsam, um von Krankheit oder Kranksein zu reden.

Man kann sagen, “wir fühlen uns gesund, wenn unsere Interaktionen mit unserer Umgebung und uns selbst auf allen Integrationsebenen gelingen, Wohlbefinden tritt ein, wenn wir mit unserer Umgebung harmonisch zusammenwirken” (Helmich, 1991).

Siegrist definiert Krankheit und Gesundheit dabei als Phänomen in mindestens drei Bezugssystemen (Siegrist, 1988):

- Bezugssystem der betroffenen Person (englisch: illness): sich gesund bzw. krank fühlen
- Bezugssystem der Medizin (englisch: disease): Gesundheit und Krankheit als Erfüllung bzw. Abweichung von objektivierbaren Normen physiologischer Regulation bzw. organischer Funktionen (Krankheiten und Syndrome als Befunde)
- Bezugssystem der Gesellschaft, speziell des Sozialversicherungssystems (englisch: sickness): Gesundheit und Krankheit unter dem Aspekt der Leistungsminderung bzw. der Notwendigkeit Hilfe zu gewähren

Innerhalb einer Gesellschaft lassen sich die gesundheitliche Situation und die Veränderungen derselben, anhand eines unspezifischen Indikators, der allgemeinen Lebenserwartung, abschätzen. Diese hat sich in den letzten 100 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland nahezu verdoppelt. Charakter und Schwerpunkte der Krankheiten an denen Menschen leiden oder gar sterben, haben sich in den letzten Generationen dabei ebenfalls gewandelt. Waren Anfang des Jahrhunderts die Infektionskrankheiten Haupttodesursache der Menschen, entfallen heute mehr als drei Viertel aller Sterbefälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Karzinome, Krankheiten der Atmungsorgane und Unfälle im mittleren und jüngeren Alter.

Eine große Gruppe der häufig auftretenden, aber nicht zum Tode führenden Krankheiten, sind die chronischen Leiden, wie z.B. degenerative Muskel- und Skeletterkrankungen, sowie sich psychisch manifestierender Erkrankungen. Diese spiegeln sich im Indikator der allgemeinen Lebenserwartung nicht wieder, nehmen gesellschaftlich aber, aufgrund der meist nicht vorhandenen kurativen Behandlungsmöglichkeiten und der oft nur subjektiv wahrnehmbaren Befindungsstörungen, eine besondere Rolle ein. Vier Fünftel der Erwerbs- und Berufsunfähigkeiten sind auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen, was die körperliche und seelische Beeinträchtigung der Betroffenen durch Ihre Krankheit und die Bedeutung dieser Krankheitsgruppe deutlich macht.

“Kranksein” und “Gesundwerden” können demnach, wie oben bereits erwähnt, nicht allein unter rein medizinischen Aspekten und der in der Klinik oft angewandten monokausalen Verknüpfung Symptomatik – Diagnose - Therapie betrachtet werden. Krankheit und Gesundheit entstehen vielmehr aus komplexen Wechselwirkungen zwischen Umwelt- und persönlichen Faktoren, so daß bei der Prävention und der Behandlung von Menschen und ihren Krankheiten immer das gesamte physische und soziale Umfeld betrachtet und berücksichtigt werden sollte, was einer ganzheitlichen Medizin entspricht. Wie sehr Umwelt- und persönliche Faktoren die Entstehung von Krankheit, den Prozeß des Krankseins und auch Krankheitsbehandlung und Gesundheitsförderung direkt oder indirekt beeinflussen, wird besonders in der gesundheitlichen Versorgung von Wohnungslosen deutlich, die stark von komplexen äußeren Einflüssen abhängig und betroffen sind.

### **3.4.2. Gesundheit und Krankheit im sozialen Kontext**

Aus dem Bereich der Soziologie ist bekannt, daß sich soziale Ungleichheit bzw. die Zugehörigkeit zu einzelnen sozialen Schichten im unterschiedlichen Zugang zu hoch bewerteten Gütern ausdrückt. Zu den hoch bewerteten Gütern in unserer Gesellschaft zählt auch die Gesundheit in der Bandbreite ihrer Definitionen.

Wiederholte und für die Bundesrepublik Deutschland repräsentative Befragungen ergaben, daß ca. 50 Prozent der Befragten ihre Gesundheit als “das Wichtigste im Leben”, „als höchstes Gut”, etc. einschätzen.(Voigt, 1978) Bei den sozialen Einflüssen auf die Erhaltung von Gesundheit bzw. die Entstehung von Krankheit muß man unterscheiden zwischen den unterschiedlichen Formen des sozialen Handelns auf der einen Seite und den gesellschaftlichen Einflüssen auf der anderen. Bereits 1913 schreibt der Sozialhygieniker Salomon Neumann, “daß der größte Teil der Krankheiten, welche entweder den vollen Lebensgenuß stören oder gar einen beträchtlichen Teil der Menschen vor dem natürlichen Ziel dahinraffen, nicht auf natürlichen, sondern auf künstlich gezeugten gesellschaftlichen Verhältnissen beruht, bedarf keines Beweises” und “materielle Not ist die fruchtbare und furchtbare Ursache der Krankheit” (Mosse und Tugendreich, 1913). Gesundheitserhaltung und Krankheitsentstehung sind demnach abhängig von einem Zusammentreffen mehrerer Faktoren die in Abbildung 3.13. dargestellt sind.

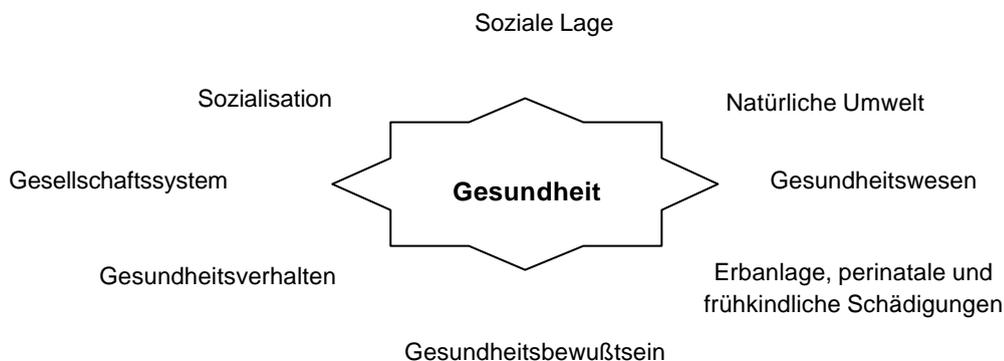


Abb. 3.13.: Den Gesundheitszustand beeinflussende Faktoren  
(Modifiziert nach Voigt, Dieter. Gesundheitsverhalten. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart. 1978)

Auch heute noch sind “Sterblichkeit, akute Krankheit, chronisch eingeschränkte Gesundheit, Krankheitsrisiken und Bewältigungschancen (bei verhinderbaren Erkrankungen) trotz weitgehend gleicher Zugangsbedingungen zur medizinischen Versorgung ungleich verteilt” (Hagen, 1998). Aber die amtlichen Statistiken in der Bundesrepublik Deutschland lassen keinen direkten Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit erkennen. So waren in der Bundesrepublik Deutschland als auch in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik, die Bemühungen derartige Zusammenhänge statistisch zu erfassen und auszuwerten, nicht ausgeprägt. Beispielsweise wird in der Bundesrepublik in den Totenscheinen der Beruf des Verstorbenen zwar erfaßt, statistisch jedoch in keiner Form ausgewertet und mit den Todesursachen und dem Todesalter in Zusammenhang gebracht. Ein Grund hierfür könnte sein, daß “die Tradition der Sozialmedizin zu Beginn des Jahrhunderts nach ihrem Mißbrauch durch den Nationalsozialismus ... in der alten Bundesrepublik nicht fortgesetzt” wurde (Spatz, 1997). In der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik hingegen dürften es eher ideologische Gründe gewesen sein, welche dazu führten, soziale Ungleichheit und die damit verbundenen gesundheitlichen Probleme nicht zu thematisieren.

Erst in der jüngsten Vergangenheit, seit ca. 10 bis 15 Jahren, beschäftigt man in sich wieder vermehrt, unter anderem in Form von Forschungsarbeiten, mit den Zusammenhängen zwischen Gesundheit und sozialer Lage (siehe: Abholz, 1976; Wittich, 1987; Huster, 1990, Mielck, 1996). Die meisten Erkenntnisse der medizinischen Soziologie und der Sozialmedizin basieren jedoch auf englischen, französischen und skandinavischen Untersuchungen und Erhebungen.

Aus diesen Daten geht eindeutig hervor, daß ein Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit besteht, der sich von zwei verschiedenen Ausgangspunkten formulieren läßt:

1. Gesundheitliche Probleme können den sozialen Status berühren und zu Armut führen
2. Armut wirkt sich auf die gesundheitliche Situation der Betroffenen aus

Zu 1.) Erkrankung als Ursache von Armut

Menschen können aufgrund langwieriger oder wiederholter gesundheitlicher Probleme in eine finanzielle Notlage geraten. So kommt es in der Folge, gerade chronischer Krankheitszustände, zu wiederholten und längeren Arbeitsausfällen, die nicht selten einen Verlust der Arbeitsstelle zur Folge haben. Dieser wiederum kann zu einer nicht unerheblichen Verschlechterung der sozialen Lebenssituation der Betroffenen führen, beginnend von der rein monetär schlechter gestellten Position, bis hin zum Verlust von Selbstwertgefühl und dem Bruch der sozialen Beziehungen. Vorstellbar ist auch eine Situation, in der es infolge der gesundheitlichen Problematik direkt zum Verlust des Partners/der Familie oder zur Sucht kommt. Durch den mangelnden sozialen Halt kommt es daraufhin zum Arbeitsplatzverlust und der damit verbundenen finanziellen Mangelsituation. In der sogenannten „Züricher Armutsstudie“ wurde untersucht, welche Gründe Menschen zum Sozialamt führen können, und es wurde deutlich, daß hier in mehr als einem Drittel gesundheitliche Gründe maßgeblich waren. Zählt man Suchtprobleme zu den gesundheitlichen Gründen hinzu, kommt man auf einen Anteil von über die Hälfte der Betroffenen (Abb. 3.14.).

<b>Grund für den Besuch des Sozialamtes</b>	<b>In Prozent</b>	<b>Gesamt in Prozent</b>
<b><u>Gesundheit</u></b>		34
Psychische Erkrankung	17	
Physische Erkrankung/Behinderung	16	
Physische und psychische Probleme	1	
<b><u>Sucht</u></b>		25
Harte Drogen	16	
Alkohol	9	
<b><u>Familiäre Probleme</u></b>		23
<b><u>Arbeitslosigkeit</u></b>		9

Abb.3.14.: Häufigste Auslöser für das Aufsuchen des Sozialamtes (Züricher Armutsstudie)  
 (Quelle: Füglistaler-Wasmer, 1995)

Zu 2.) Armut/soziale Lage als Ursache von Krankheit

Daß Armut bzw. eine schlechte soziale Situation Auswirkungen auf den Gesundheitszustand hat, ist allgemein durch zahlreiche und zumeist ausländische Studien belegt. Eine Zusammenstellung des Projektes Ortsnahe Koordinierung zeigt folgende Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit auf:

- Einkommensarme Personen haben schwerere Erkrankungen und in allen Altersgruppen ist die Sterblichkeit in den unteren sozialen Schichten höher.

- In unteren sozialen Schichten treten chronische Erkrankungen in früheren Lebensalterstufen auf und es kommt zu deutlichen Einschränkungen der Lebensqualität im Alter aufgrund chronischer Erkrankungen.
- In Stadtteilen mit hohem Arbeiteranteil gibt es eine erhöhte Säuglingssterblichkeit, mehr Todesfälle aufgrund von koronarer Herzerkrankung und ein höheres Auftreten von Tbc.
- In den unteren Fünftel der Bevölkerung gibt es ca. doppelt so häufig Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie im oberen Fünftel.
- Kariesbefall bei Kindern ist in den unteren sozialen Schichten ca. doppelt so häufig wie in der oberen Schicht und die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U1-U8) ist in den unteren sozialen Schichten geringer.
- Mit abnehmender sozialer Schicht wird der Gesundheitszustand von den Betroffenen schlechter eingeschätzt.
- Ungelernte Arbeiter suchen eher Allgemeinärzte auf, Facharbeiter eher Fachärzte.
- Frauen mit Volks- und Hauptschulbildung gehen weniger zum Frauenarzt.
- Die Arztdichte ist in Arbeiterbezirken geringer als in bürgerlichen Bezirken, zudem ist die Praxiseinrichtung schlechter.
- Die Kommunikation zwischen Arzt und Unterschichtspatient ist aufgrund der unterschiedlichen sozialen Herkunft erschwert.

Erwähnenswert scheint an dieser Stelle noch, daß die schichtspezifischen Unterschiede im Gesundheitszustand bei einigen Krankheiten größer und bei Männern im allgemeinen stärker als bei Frauen ausgeprägt sind. Zusammenfassend kann man sagen "da einerseits Krankheit zu Armut (z.B. durch den Verlust des Arbeitsplatzes) und andererseits Armut zu Krankheit (z.B. durch schlechte Wohnbedingungen) führen kann, können sich Armut und Krankheit wechselseitig verstärken" (Mielck, 1996). Es kommt zu einem "Teufelskreis" (Abb. 3.15.)

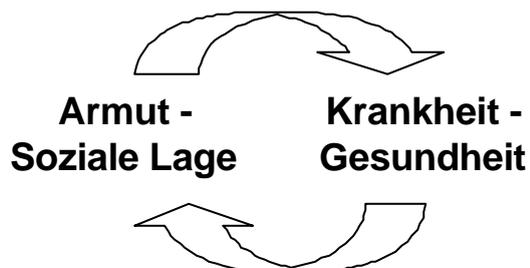


Abb. 3.15.:  
„Teufelskreis“ Armut und Krankheit

### 3.5. Wohnungslosigkeit und Krankheit

#### 3.5.1. Medizinische Untersuchungen zum Thema

Wenn tatsächlich ein Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit besteht, ist es naheliegend, daß Menschen, die in ausgeprägter Form in Armut leben, nämlich ohne Wohnung und auf der Straße, ebenfalls stärker von Krankheit betroffen sind und einen schlechteren Zugang zur medizinischen Versorgung haben, als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Wie es jedoch tatsächlich um die Gesundheitssituation und -versorgung von alleinstehenden Wohnungslosen bestellt ist, läßt sich für die Bundesrepublik Deutschland wissenschaftlich fundiert nur anhand weniger empirisch-medizinischer Untersuchungen vermuten.

In den Medien und medizinischen Fachzeitschriften zu lesende Sätze, wie “Wohnungslose haben außer bei Akuteinweisungen in ein Krankenhaus keinerlei Kontakt zu Ärzten” (BAG Wohnungslosenhilfe, 1995), “Die Krankheitshäufigkeit liegt weit über der, der sonstigen Bevölkerung” oder “Nach 6 Wochen auf der Straße ist keiner mehr gesund” (Börger, 1996), basieren in der Regel auf den Aussagen von Personen oder Institutionen, die in der Wohnungslosenarbeit tätig sind und spiegeln oft nur persönliche Meinungen bzw. Erfahrungen wieder. So findet man häufig den Hinweis, Wohnungslose seien schwer krank und hätten keinen Zugang zum etablierten Gesundheitssystem, ohne daß diese Aussage z.B. durch erhobene Daten näher begründet wird.

Wird für die Diskussion um den Zusammenhang von Wohnungslosigkeit und Krankheit in der Bundesrepublik Deutschland auf Datenmaterial zurückgegriffen, um die Behauptung, Wohnungslose seien medizinisch unterversorgt zu begründen, werden in erster Linie zwei wissenschaftliche Untersuchungen regelmäßig zitiert; eine Dissertation im Fachbereich Medizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz und eine Dissertation im Fachbereich Medizinische Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau. Die Ergebnisse der beiden Studien werden hier deshalb kurz vorgestellt. Die erste Veröffentlichung aus dem Jahre 1990 von Gerhard Locher hat den Titel “Gesundheits-/Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von alleinstehenden Wohnungslosen”. In dieser Dissertation wurden retrospektiv Krankenakten von 342 Männern ausgewertet die sich in einem Heim der Diakonie Kästorf aufhielten. Erfasst wurden hierbei nur solche Krankheiten, welche eine dauernde Belastung darstellen und keine kurzfristigen oder akuten Erkrankungen.

Locher faßt seine wesentlichen Ergebnisse folgendermaßen zusammen (Locher et al, 1991)

- Die untersuchten alleinstehenden Wohnungslosen haben einen schlechteren Gesundheitszustand als die übrige Bevölkerung.
- Nur ein geringer Teil der alleinstehenden Wohnungslosen ist nicht krank oder behandlungsbedürftig.
- Nur ein Drittel kann als voll arbeitsfähig eingestuft werden, für zwei Drittel stellt körperliche Arbeit eine Überforderung dar, die den Gesundheitszustand verschlechtern könnte.
- Nur wenige haben trotz der hohen Zahl chronischer Erkrankungen eine anerkannte Minderung der Erwerbsfähigkeit.
- Ein Drittel der Wohnungslosen ist als alkoholkrank oder alkoholgefährdet einzuschätzen. Ein Drittel hat keine Alkoholprobleme. Manifeste Alkoholfolgekrankheiten sind relativ selten.
- Häufungen ergeben sich bei Unfällen und Verletzungen, Verschleißerkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, bei schweren inneren Erkrankungen, besonders der Atemwege, des Magens, und des Herz-Kreislaufsystems und bei Tuberkulose. Auffällig ist die Häufigkeit von Neubildungen.
- Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist nicht wirklich offen für Wohnungslose, da die Lebensverhältnisse der Betroffenen und das bestehende System der gesundheitlichen Versorgung nicht “kompatibel” sind.

Die zweite oft zitierte Publikation von Gerhard Trabert aus dem Jahre 1994, hat den Titel “Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation”. Der Autor untersucht in einem Zeitraum von eineinhalb Monaten 40 Männer, die in Mainz Betreuungsangebote für Wohnungslose wahrnahmen. Die Untersuchung basierte auf einer standardisierten Fragebogenerhebung, in Form eines Interviews und einer medizinischen Untersuchung.

Nach eigenen Aussagen, hält der Autor die untersuchten Personen als repräsentativ, für die auf ca. 150 Personen geschätzte Gruppe alleinstehender wohnungsloser Männer in Mainz. Der Autor nennt u.a. folgende Ergebnisse seiner Befragung:

- Knapp die Hälfte der Befragten haben keinen Hausarzt oder eine medizinische Anlaufstelle.
- Der Gesundheitszustand kann insgesamt als schlecht bezeichnet werden.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen der Atmungsorgane, sowie Infektionskrankheiten stehen an erster Stelle. Es folgen Haut und Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen, sowie Leber- und Nierenerkrankungen und Erkrankungen des Verdauungstraktes und des Venensystems.
- 25 Prozent seien Gewohnheitstrinker und 17,5 Prozent chronische Alkoholiker.
- Bei über 90 Prozent der Befragten war eine sofortige ärztliche Behandlung dringend erforderlich.

Besonders die letzte Studie wird häufig in der Fachdiskussion und zur Argumentation über Zusammenhänge von Wohnungslosigkeit und Krankheit benutzt, obwohl, wie der Autor selbst einräumt, aufgrund der "Personenzahl, die statistische Auswertbarkeit sowie der Anspruch auf Repräsentativität" eingeschränkt ist, und "die Vorgehensweise" bei der Untersuchung und Befragung "die Gefahr einer ... Subjektivität birgt" (Trabert, 1994). Neben diesen beiden medizinischen Studien weisen jedoch einige andere Studien, meist aus dem Bereich der Sozialwissenschaften, ebenfalls auf eine mangelnde medizinische Versorgung und den schlechten Gesundheitszustand unter Wohnungslosen hin. In zunehmenden Maße gelangen auch wichtige und aussagekräftige Daten aus den in vielen Städten mittlerweile existierenden Versorgungseinrichtungen zur medizinischen Versorgung von Wohnungslosen an die Öffentlichkeit. Zum einen, um auf die Problematik aufmerksam zu machen, jedoch auch, um eine Berechtigung für die eigene Existenz zu bieten, was wiederum die Gefahr einer einseitig und subjektiven Berichterstattung in sich birgt.

Insgesamt kann man sagen, daß das Thema Wohnungslosigkeit und Krankheit/Gesundheit an Interesse gewinnt, da es in zunehmendem Maße in die öffentliche Diskussion gerät. Gleichzeitig nimmt die Zahl der in den Städten angebotenen Hilfsangebote kontinuierlich zu bzw. halten sich seit mehreren Jahren mit scheinbarem Erfolg (z.B. Bremen, Essen seit 1996, Münster, Bielefeld, Bochum und Dortmund 1995, Berlin 1994, Köln 1993). Veröffentlichungen, Tagungen und Kongresse zum Thema zeigen ebenfalls ein zunehmendes Interesse, weisen jedoch auch den Weg in eine wissenschaftlichere Auseinandersetzung und den Versuch einzelne Hilfsangebote in ihrer unterschiedlichen Art zu vergleichen, Erfahrungen auszutauschen und Leitlinien für die medizinische Arbeit mit Wohnungslosen zu entwickeln. So wurde z.B. auf der Fachtagung "Gesundheitssituation Wohnungsloser" im Dezember 1995 in Berlin von den Anwesenden ein "Empfehlungskatalog zur Verbesserung der Gesundheitssituation alleinstehend wohnungsloser Menschen" aufgestellt:

- Integration der Wohnungslosen in die medizinische Regelversorgung, Initiierung einer auf die Betroffenen zentrierte modifizierte Gesundheitsversorgung. Entwicklung und Realisierung geeigneter Finanzierungskonzepte, z.B. bei Behörden angestellte Ärzte (Gesundheitsämter), Poolfinanzierung, Erteilung einer speziellen kassenärztlichen Ermächtigung zur Versorgung Wohnungsloser, Einbeziehung niedergelassener Ärzte, etc.
- Verhinderung von Wohnungslosigkeit: Schaffung von preiswertem Wohnraum, Mietübernahmeregelungen anwenden und den Kündigungsschutz ausdehnen
- Das Problem der medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit erkennen
- Interdisziplinär angelegte Behandlungskonzepte entwickeln und realisieren, speziell zwischen Medizin und Sozialarbeit
- Öffentlichkeitsarbeit: Fachspezifisch, Fachübergreifend, Regional, Überregional

- Multifaktorielle Ursachen die zu Wohnungslosigkeit führen erkennen. Stichwörter: Soziale Lage, gesellschaftliche Bedingungen, Wohnungsbaupolitik, Krankheit und individuelle Risikofaktoren
- Reformierung der Ausbildung verschiedener Fachgruppen. Ärzteausbildung (Praktika in sozialen Brennpunkten, Spezielle Gesundheitssituation von sozialen Randgruppen), Sozialpädagogik- / Sozialarbeiterausbildung (Spezielle Gesundheitssituation von sozialen Randgruppen, Informationen zum Gesundheitsversorgungssystem, Basis Gesundheits- und Krankheitslehre)

### **3.5.2. Zur besonderen Krankheitssituation „auf der Straße“**

Die Krankheitssituation von Menschen, die wohnungslos sind und ohne Obdach zum größten Teil auf der Straße leben, ist vielschichtig und von verschiedenen Faktoren geprägt, die für die Durchschnittsbevölkerung (in diesem Sinne Menschen mit Wohnsitz) in dieser Form nicht zutreffen. Zunächst gilt es für die Wohnungslosen täglich, für die existentiellen Dinge des Überlebens zu sorgen: Ein geschützter Schlafplatz, Essen, Geld, Waschmöglichkeiten und viele Dinge mehr, die für ein menschenwürdiges Leben bzw. ein Überleben notwendig sind, müssen jeden Tag neu organisiert werden. Die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten ist dabei abhängig von absoluter Mobilität, da die meisten Angebote zur Versorgung Wohnungsloser nur einzelne Teilbereiche abdecken, bezüglich der Öffnungszeiten oft zeitlich begrenzt sind und sich nicht selten dezentralisiert und über das gesamte Gebiet einer Stadt verteilt finden. Krankheit bzw. die Ausheilung von Krankheitsprozessen erfordert jedoch nicht selten Immobilität. Ein berufstätiger Arbeitnehmer mit Wohnsitz wird in den meisten Fällen einer Erkrankung, wie z.B. einer schweren Grippe, von seinem Recht Gebrauch machen, im Sinne einer Arbeitsunfähigkeit (AU) „krank zu feiern“ um zu Hause im Bett dem Körper Ruhe zu gönnen und die Erkrankung auszukurieren (Anmerkung: „Arbeitsunfähig ist, wer durch Krankheit oder Unfall seine bisher ausgeübte Erwerbstätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung des Krankheitszustands verrichten kann“, (Paffrath, 1993). Diese Möglichkeit hat der alleinstehend Wohnungslose in den seltensten Fällen. Ersten hat er kein Zuhause, zweitens kein Bett und drittens kann er sich keine Ruhe gönnen, da er gezwungen ist, um an die angebotenen Versorgungseinrichtungen zu gelangen, seine Mobilität zu bewahren. So muß der Krankheitsprozeß ignoriert werden und wird im Extremfall vielleicht sogar mit Alkohol betäubt, die Krankheitssignale werden überhört, und die Reserven des Körpers werden mobilisiert. Hinzu kommt, daß der Kranke in dieser Situation zusätzlich schutzlos den Witterungsbedingungen, wie Regen, Schneefall, Kälte oder Wind, ausgesetzt ist.

Gerade chronische Leiden in ihrer gesamten Dimension haben einen besonderen Anspruch an die medizinische Versorgung und nicht zuletzt an die Mitarbeit und die Compliance eines Patienten, was am Beispiel einer Diabetes-mellitus Erkrankung verdeutlicht werden soll. Diabetes-mellitus ist, als erbliche Stoffwechselstörung mit absolutem oder relativen Mangel an Insulin, dadurch gekennzeichnet, daß bei längerer Krankheitsdauer und nicht adäquater Therapie, neben den akut lebensgefährlichen Entgleisungen, Schäden an Blutgefäßen und Nervensystem auftreten. Es kommt zu Mikro- und Makroangiopathien (Koronare Herzkrankheit, Periphere Verschlusskrankheit, etc.), Nephropathie (Glomerulosklerose Kimmelstiel-Wilson), Retinopathie, Neuropathien (Periphere Polyneuropathie, autonome Polyneuropathie) und diabetischem Fußsyndrom. Bei unbefriedigender Diabetesführung ist die Lebenserwartung reduziert. Das Auftreten dieser Spätkomplikationen korreliert dabei mit der Einstellung der Zuckerkrankheit und der adäquaten Therapie, bei der u.a. folgende Faktoren eine wichtige Rolle spielen (Herold, 1999):

- Diätetische Ernährung
- Medikamente wie orale Diabetika und Insulin
- Patientenschulung und Überwachung
- Prophylaxe und Therapie von Komplikationen

Für einen zuckerkranken Wohnungslosen kann das bedeuten:

- Eine diätetische Ernährung ist meist nicht möglich (Verpflegung in Gemeinschaftsküchen, Geld für teure diätetische Nahrungsmittel fehlt, an einer Schulung kann aus Zeitmangel nicht teilgenommen werden, etc.).
- Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden und an entsprechende Blutzuckerwerte angepaßt werden. Dieses setzt regelmäßige Blutzuckerbestimmungen und Einhaltung von Einnahmezeiten für Medikamente voraus. Diese Voraussetzungen sind auf der Straße schwer zu verwirklichen; Medikamente und Bestimmungsmaterialien müssen beschafft und als "überflüssiges" Gewicht im Gepäck mitgetragen werden, sind dabei Schmutz und Umwelteinflüssen ausgesetzt, Insulin kann nicht adäquat gelagert werden, Einnahmezeiten können nicht eingehalten werden, etc.
- An einer Diabetikerschulung wird aus vielen Gründen nicht teilgenommen (Zeitmangel und Mehraufwand, der zunächst einmal nicht den Primärbedürfnissen entspricht, Angst vor Blamage wegen schlechter Kleidung und Körperhygiene etc.).
- Gleiches gilt für den Besuch des Arztes zur Erkennung von Komplikationen und der notwendigen Überwachung von Laborparametern wie Blutzucker, Glukose im Urin, Mikroalbuminuriebestimmung oder HbA1c-Wert.

Betrachtet man diesen kleinen Auszug von Problemen bei der Versorgung einer beispielhaft ausgewählten Erkrankung, kann man sagen, daß "die Notwendigkeit, das Leben um die Krankheit herum zu organisieren" von den "Betroffenen ohne Herd, ohne Lagerungsmöglichkeit, ohne regelmäßiges Einkommen und ohne sichere Zeitplanung nicht" oder nicht ausreichend zu erfüllen ist (Holtmannspötter, 1995). Eine weitere Schwierigkeit ist die Versorgung der kranken Wohnungslosen durch das etablierte Regelsystem der Gesundheitsversorgung, wie niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Theoretisch hat jeder Wohnungslose das Recht, einen Arzt zur Behandlung aufzusuchen und sich behandeln zu lassen. Die Kosten werden hierbei entweder durch eine vorhandene Krankenkasse gedeckt oder der Wohnungslose muß beim Sozialamt einen Antrag auf Übernahme der Heil- und Behandlungskosten stellen und erhält damit einen Behandlungsausweis durch die Sozialverwaltung.

Die Inanspruchnahme eines Arztes bzw. ärztlicher Leistungen „in einem System der gesundheitlichen Versorgung, welches weitgehend dem Patienten die Initiative zur Inanspruchnahme überläßt“ ist im Allgemeinen von verschiedenen Einflüssen abhängig. Haupteinflüsse sind Bedarf (Krankheitsbezogene Faktoren), begünstigende Bedingungen (z.B. Umfang und Qualität des Arztangebotes, Krankenversicherung) und disponierende Faktoren (Alter, Geschlecht, soziodemographische und sozialpsychologische Merkmale).

Nach Hulka und Wheat werden dabei „sechs verschiedene idealtypische Verlaufskarrieren von Nachfragern bzw. Nichtnachfragern ... nach ärztlichen Leistungen“ unterschieden (Siegrist, 1995):

1. Angemessene Inanspruchnahme dem Bedarf entsprechend (compliance)
2. Ineffektive Inanspruchnahme, z.B. Behandlungsabbruch trotz Bedarf (non-compliance)
3. Mangelnde Erreichbarkeit des Gesundheitssystems trotz Bedarf (inaccessibility)
4. Fehlende Inanspruchnahme trotz faktischen Bedarfs (underutilization)
5. Inanspruchnahme ohne Bedarf, hypochondrisches Verhalten (worried well)
6. Abstinenz ohne Bedarf (healthy)

Im Alltag treffen für Wohnungslose bei der Inanspruchnahme medizinischer Hilfen mehrere Probleme aufeinander. Neben dem Zeit- und Mehraufwand, müssen meist feste Besuchstermine eingehalten werden, Geld für Transportmittel kann möglicherweise nicht aufgebracht werden, eine Waschgelegenheit besteht evtl. nicht. Die Angst vor Blamage und respektloser Behandlung durch ärztliches/nichtärztliches Personal, sowie Mitpatienten, verbunden mit entsprechenden negativen Erfahrungen, kann ebenfalls eine Rolle spielen, ein medizinisches Versorgungsangebot nicht aufzusuchen. Allerdings kann auch Fehlverhalten des Wohnungslosen, zum Beispiel durch Pöbeln, Aufsuchen der Praxis in alkoholisierten Zustand etc. ein derartiges Verhalten erst hervorrufen. „Betroffene reduzieren somit die notwendige ärztliche Diagnostik, Behandlung und Kontrolluntersuchung“, soweit sie überhaupt durchgeführt wird, „auf eine einzige Notbehandlung“ (Holtmannspötter, 1995). Die niedergelassenen Ärzte können und wollen hierbei zudem nicht auf die besonderen Rahmenbedingungen der Wohnungslosen eingehen, da eine Sonderbehandlung z.B. unter finanziellen Gesichtspunkten nicht durchführbar erscheint (Mehr Zeitaufwand, Terminverschiebung, Vertreibung der „normalen“ Patienten, eigene Abneigung, Aggressionen gegenüber dem „schwierigen“ Patient, mit dem man sich nicht auseinandersetzen möchte, u.v.m.).

Ähnliche Probleme treten auch bei einer Einweisung ins Krankenhaus auf, z.B. aufgrund eines Unfalls. Hier werden die Unterschiede zwischen dem kranken Wohnungslosen und dem „Normalpatienten“ noch offensichtlicher. Keine Kleidung zum Wechseln, kein Bademantel oder Schlafanzug, keine Zahnbürste, fehlende Sanitär- und Hygieneartikel, kein Geld etc. führen schnell zu einer Stigmatisierung als „Penner“ durch ärztliches und nichtärztliches Personal sowie durch Mitpatienten. So kann der Aufenthalt als Blamage oder Kränkung empfunden werden. Nicht selten kommt es auch zu Auseinandersetzungen zwischen wohnungslosem Patient und behandelndem Personal oder Mitpatienten wegen fehlender Anpassung des Wohnungslosen an bestehende Regeln, durch Alkoholkonsum und Pöbeln, aber auch wegen schlechter Behandlung. Dies führt meist zu einer frühzeitigen Entlassung des Wohnungslosen zurück in die Wohnungslosigkeit. Eine adäquate Weiterbehandlung einer Erkrankung nach der Krankenhauserlassung, verbunden mit eventuell durchzuführenden Verbandswechseln, Salbenauftragen und Medikamenteneinnahmen ist ebenfalls unter den gegebenen Umständen der Wohnungslosigkeit erschwert oder unmöglich. Dies geht bis hin zur Unmöglichkeit, sich beispielsweise mit einer Fraktur in der Stadt fortzubewegen, um die entsprechenden Versorgungseinrichtungen aufsuchen zu können. Aus vielen Gründen, die hier sicherlich noch nicht in der gesamten Bandbreite ausgeführt sind, besteht also die potentielle Gefahr, daß Krankheiten nicht auskuriert und behandelt, sondern vielmehr verschleppt werden, protrahieren und unter Umständen sogar chronifizieren.

Zusammenfassend sei festgestellt:

- Das Leben auf der Straße und Kranksein sind schwer zu vereinbaren.
- Für Wohnungslose ist ein Genesungsprozess sehr erschwert oder gar nicht möglich.
- Als Wohnungsloser ist man als Patient meist weniger akzeptabel für die Institutionen des Gesundheitssystems.
- Bei Wohnungslosen ist fundierte medizinische Diagnostik, Therapie und Versorgung erschwert oder nicht möglich.
- Bei Wohnungslosen ist medizinische Langzeit- und Weiterbehandlung sowie Ausheilung einer Erkrankung erschwert oder unmöglich.

### 3.5.3. Suchtabhängigkeit und psychiatrische Erkrankungen

Eine besondere Thematik ist der Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und psychischen Störungen sowie Suchtabhängigkeit. In einer 1901 veröffentlichten psychiatrischen Untersuchung unter dem Titel "Ein Beitrag zur Kenntnis des großstädtischen Bettel- und Vagabondentums" heißt es: "Wenn man hierher alle leichten angeborenen oder erworbenen psychischen Defektzustände, Imbezile, Epileptiker, pathologisch Reizbare, Alkoholisten, Senile usw. rechnet, so umfaßt die Zahl der hierher Gehörigen mehr als 75 pCt. der Gesamtheit" (Bonhoefer, 1901).. Weitere Untersuchungen kamen zu der Schlußfolgerung, es bestehe ein direkter Zusammenhang zwischen psychiatrischer Erkrankung, besonders der Schizophrenie, und des Landstreichertums. So gab es laut Willmanns "unmittelbare Beziehungen zwischen der Dementia praecox und dem Landstreichertum" (Willmanns, 1906). In der Zeit des Nationalsozialismus wurde der Begriff des "Wandertriebes" zur Erklärung von Wohnungslosigkeit herangezogen. In der Theorie vom Wandertrieb heißt es, ... "für das Zustandekommen und die Entwicklung des Wandertriebes ist mehr oder minder die angeborene Persönlichkeit von ausschlaggebender Bedeutung und Wandertrieb ist keine Krankheit eigener Art, sondern lediglich ein Symptom verschiedenartigster geistiger Störungen". Obwohl die Wohnungslosigkeit eher in Zusammenhang mit der damaligen Massenarbeitslosigkeit zu sehen war, führten die Nationalsozialisten 1937 erstmalig Maßnahmen gegen die "Landstreicher und Bettler" ein. Im 1937 veröffentlichten Werk "Der nichtseßhafte Mensch" wurde unterschieden zwischen "geordnetem" und "ungeordnetem Wanderern". Zu letzteren wurden die "gewöhnheitsmäßigen Landstreicher" gezählt, als "Maßstab, an dem diese Persönlichkeiten zu messen sind", nennt man "die Vermeidung von Arbeit". Das Landstreichertum als psychopathologisches Konstrukt führte zu tiefgreifenden Maßnahmen des nationalsozialistischen Systems, für eine "qualitative Bevölkerung und gegen Entartung im Sinne der "Rassenhygiene".

Noch bis heute ist dieses Psychopathiekonzept und der Begriff der abnormen Persönlichkeitsstruktur von Wohnungslosen eine verbreitete Diagnose zur Beschreibung alleinstehender wohnungsloser Menschen. Beschrieb man das Phänomen der Wohnungslosigkeit zwischenzeitlich stereotyp auch nur als Folge von Alkoholismus, kommt man zunehmend zu differenzierteren und multifaktoriellen Erklärungen für die Problematik. Es existieren verschiedene Studien mit dem Ansatz, den Anteil der psychisch kranken und abhängigkeitskranken Personen unter den Menschen ohne festen Wohnsitz zu ermitteln, mit zum Teil sehr unterschiedlichen Ergebnissen. In den USA, wo seit Anfang der 80iger Jahre die Anzahl alleinstehender Wohnungsloser rapide zunahm, war auffallend, daß neben der großen Anzahl Suchtkranker, viele der Obdachlosen auch Merkmale psychischer Erkrankungen zeigen, was das National Institute of Health veranlaßte, in mehreren Großstädten Untersuchungen über die Zusammenhänge von Obdachlosigkeit und psychischen Erkrankungen durchführen zu lassen. Eine 1986 in Los Angeles (USA) abgeschlossenen Studie, mit der Befragung von 379 "homeless people" (4 Prozent Frauen, 65,5 Prozent jünger als 40 Jahre) in Bezug auf ein Vergleichskollektiv in der "Normalbevölkerung", zeigte unter anderem folgende Ergebnisse (Farr, 1986 und Greifenhagen et al, 1999):

- Ca. 69 Prozent der Befragten litten irgendwann im Laufe ihres Lebens an Suchtmittelgenuß. Das entspricht einem 3 mal höheren Prozentsatz als in der Normalbevölkerung.
- 14 Prozent hatten im Laufe ihres Lebens eine Schizophrenie bzw. eine affektive Störung (Depression, Manie), was einem 35 mal höherem Prozentsatz zum Vergleichskollektiv entspricht.
- 10 Prozent der Befragten wurden dem Krankheitsbild der Zylothymie zugeordnet (Manische, depressive und symptomfreie Intervalle im Wechsel), ein Prozentsatz um den Faktor 18 höher als im Vergleichskollektiv.

Eine vergleichbare Studie im Großraum München, bei der 146 repräsentativ ausgesuchte wohnungslose Männer in standardisierten Interviews befragt wurden, kam zu einer Sechs-Monats-Prävalenzrate psychischer Störungen von insgesamt 81 Prozent. Am häufigsten waren Alkoholmißbrauch (71 Prozent) und 10 Prozent der Untersuchten litten an schizophrenen Psychosen oder Drogenmißbrauch (ohne Kannabinoide). Ein Drittel der Untersuchten litt an zwei oder mehreren Störungen. Häufig vertreten waren auch Affektpsychosen und Angststörungen (Fichter et al, 1996 und Reer et al, 1997). Eine weitere durch das Institut für kommunale Psychiatrie Solingen durchgeführte Untersuchung in Einrichtungen für Obdach- und Wohnungslose in Düsseldorf zeigt u.a.: 68 Prozent der dort betreuten Personen weisen eine Abhängigkeitserkrankung auf, 16 Prozent haben einen bisherigen oder bestehenden Kontakt zu psychiatrischen Einrichtungen und 23 Prozent zeigen Anzeichen für eine psychische Störung (Institut für kommunale Psychiatrie, 1984).

Eine 1997 in Münster durchgeführte Untersuchung bei 52 wohnungslosen Männern eines Übergangwohnheimes zeigte das bei 64 Prozent der Männer eine Alkoholabhängigkeit, bei 10 Prozent schizophrene Psychosen und bei weiteren 4 Prozent Persönlichkeitsstörungen vorlagen. Nur ein Viertel zeigte keine Symptome einer psychiatrischen Erkrankung (Reker et al, 1997). Insgesamt kann man also sagen, daß der Anteil der psychiatrischen Erkrankungen unter den Wohnungslosen im Verhältnis zur Normbevölkerung überdurchschnittlich hoch ist. Als Erklärungen sind folgende Zusammenhänge wahrscheinlich:

- Das Leben auf der Straße verursacht und fördert psychische Störungen, Soziopathien und Sucht, wenngleich schwere psychiatrische Erkrankungen wahrscheinlich selten durch das Trauma der Wohnungslosigkeit ausgelöst werden. Belegende Arbeiten darüber, ob das Leben auf der Straße ein erhöhtes Risiko bedeutet, eine psychische Erkrankung zu entwickeln, fehlen.
- Bereits an einer psychiatrischen Erkrankung oder Suchtabhängigkeit leidende Menschen erleiden durch die fehlende adäquate Behandlung ihrer Erkrankung einer Exazerbation und werden erst in der Wohnungslosigkeit auffällig.
- Psychiatrische Patienten werden nicht selten nach einer stationären Behandlung in die Wohnungsnot bzw. Wohnungslosigkeit entlassen und die fehlende Nachbetreuung und inadäquate Versorgung verhindern den Genesungsprozeß oder führen zu einer Wiederkehr der Krankheit. Das Problem ist besonders in Zusammenhang mit dem Abbau von Patientenbetten in der Psychiatrie in den letzten 10 Jahren in Deutschland, aber auch seit längerer Zeit in den USA zu nennen. So wurden die psychiatrischen Betten in den USA von 1955 ca. 560.000 Betten auf 130.000 Betten im Jahr 1980 reduziert (König, 1997).
- Möglicherweise verlassen psychisch Erkrankte ihre Wohnung, da sie das „normale“ Leben nicht mehr ertragen und weichen auf die Straße aus.

Doch unabhängig von der möglichen Ursache so vieler psychisch und suchtkrank Menschen unter den Wohnungslosen kann man sagen: Durch die Wohnungslosigkeit kann die Sucht/psychische Erkrankung verstärkt oder gefördert werden, da eine adäquate Hilfe in den meisten Fällen versagt bleibt. Gleichzeitig führen Sucht und psychiatrische Erkrankung noch tiefer in die Isolation und zu einer Entfernung von den etablierten Hilfesystemen.

#### **3.5.4. Abrechnung und Kosten bei der medizinischen Versorgung Wohnungsloser**

Grundsätzlich haben alleinstehende Wohnungslose in Bezug auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen Ansprüche gegenüber Kostenträgern. Entweder sind sie Mitglied einer privaten/gesetzlichen Krankenversicherung oder sie haben Anspruch auf Krankenhilfe nach Paragraph 37 des Bundessozialhilfegesetzes.

Die Krankenhilfe als Hilfe in besonderen Lebenslagen „umfaßt ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneimitteln, Verbandmaterial und Zahnersatz, Krankenhausbehandlung sowie sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung erforderliche Leistungen. Diese Leistungen sollen dem entsprechen, was normalerweise von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt wird“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1999). Trotzdem kommt es für alleinstehende Wohnungslose bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen nicht selten zu Problemen, die in Zusammenhang mit der Fragestellung der Kostenübernahme stehen. Wie die Erfahrung zeigt, können die krankenversicherten Wohnungslosen beim Arztbesuch die Krankenkassenskarte oft nicht vorweisen. Diese ist z.B. verloren gegangen oder geklaut worden, und wird deshalb gerade neu angefordert oder sie ist aus Mangel an Zeit und/oder Eigeninitiative gar nicht erst beantragt worden. Menschen, die auf Kostenübernahme durch das Sozialamt angewiesen sind, haben oft aus vielerlei Gründen den Gang zum Sozialamt gescheut und können deshalb keinen entsprechenden Behandlungsausweis der Sozialhilfeverwaltung vorlegen. Bei einer Untersuchung der Caritas zu den Erfahrungen mit Ämtern und Behörden gaben 25 Prozent der Befragten an, Angst zu haben, beim Ausfüllen eines amtlichen Formulars etwas falsch zu machen; über 43 Prozent hielten die Angestellten in Ämtern und Behörden für wenig hilfsbereit und nur 10 Prozent fühlten sich über ihre Rechten und Pflichten durch die Ämter und Behörden gut informiert (Hauser et al, 1991). Aus diesen und anderen Gründen kann die erste Hürde beim Besuch eines niedergelassenen Arztes, nämlich der Nachweis der Kostenübernahme für den Wohnungslosen, zu einer unüberwindbaren Hürde werden.

Eine besondere Situation ist die Behandlung eines Sozialhilfeempfängers im ärztlichen Notdienst bei ungesichertem Kostenträger. Das folgende Fallbeispiel eines Hausarztes, der im ärztlichen Notdienst einen Sozialhilfeempfänger versorgte, schildert diese Problematik: Am Tag nach der Behandlung „telefoniert die Arzthelferin mit der zuständigen Sozialhilfeabteilung, damit zur Abrechnung der erbrachten Leistungen ein Behandlungsschein zugeschickt wird. Nach 10 Telefonaten, in denen die Behörde jeweils an die nächste verweist, findet sich ein zuständiger Beamter, welcher in beherrschendem Ton darauf hinweist, daß es nicht seine Aufgabe sei, Behandlungsausweise an Ärzte zu schicken, diese müßten von den Antragstellern selbst an den Arzt ausgehändigt werden. Ein Arzt solle, falls er an einer Bezahlung seiner Leistungen interessiert sei, eben keine Sozialhilfeempfänger behandeln, ohne sich einen entsprechenden Behandlungsausweis vorlegen zu lassen. ... Zumindest erklärt er sich bereit, nach Zusendung der Personalien einen Behandlungsausweis zu übersenden. Einige Tage vergehen, bis die Meldung von der Behörde kommt, ... daß man doch nicht zuständig sei.“ Die Angelegenheit wird weitergeleitet (Unbekannter Autor, 1997). Dieses kann ein Einzelfall sein, doch zeigt das Beispiel wie mühsam es für den behandelnden Arzt werden kann, die Bezahlung für die erbrachte Leistung am Patienten zu erhalten. Diese Situation führt sicher nicht dazu, den Sozialhilfeempfänger bzw. den Wohnungslosen gerne als Patient in der eigenen Praxis zu sehen. Auch kann eine Diskussion über die Frage der Kostenübernahme, evtl. sogar im Beisein von Mitpatienten, für den Kranken eine peinliche und kompromittierende Situation darstellen. Aber es wird auch deutlich, wie aufwendig und erniedrigend der Umgang mit Behörden in einigen Fällen sein kann, wenn man sich in der Rolle des „Bittstellers“ befindet. Man kann sich unschwer vorstellen, wie der zuständige Sachbearbeiter mit einem Wohnungslosen anstelle eines Arztes als Antragsteller umgegangen wäre.

Auch die Abrechnung von medizinischen Leistungen über die Krankenhilfe gerät bei sinkenden Etats der Sozialkasse zunehmend unter Kritik, da sich die Kosten bundesweit auf 2,34 Milliarden DM summieren. Diese Summe muß von den Städten und Kommunen getragen werden, obwohl ein 1993 beschlossenes Gesetz Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten, ab Januar 1997 in die Versicherungspflicht der Allgemeinen Ortskrankenkassen miteinbezieht. Das Gesetz wurde bis heute nicht vollzogen, da die gesetzlichen Krankenkassen sich mit Erfolg gewehrt haben, alle Sozialhilfeempfänger ohne Subvention durch den Staat zu versichern. In diesem Zusammenhang steht auch der zunehmende Unmut über das „Abkassieren der Mediziner bei den Armen“, wie z.B. das Politmagazin „Panorama“ im April 2000 berichtete.

Hier heißt es u.a.: „Wer arm ist, der kann beim Arzt besser dran sein ... da spielt Geld auf einmal keine Rolle. Ein Milliarden teurer Mißstand, seit Jahren denen bekannt, die ihn beheben könnten. Aber da gibt es ein Kartell der Verschweiger, ein Kartell derer, die bestens dran verdienen: Ärzte, Apotheken, Pharmahersteller und Krankenkassen. Und die Zeche zahlen wir Steuerzahler ... Denn für Sozialhilfeempfänger ohne Versicherung gilt nicht, was seit der Gesundheitsreform für die Behandlung von Kassenpatienten vorgeschrieben ist: ein strenges Budget. Sofern die Ärzte dieses Budget überschreiten, durch zu viel Behandlungen oder Rezepte, werden sie regreßpflichtig. Dann müssen sie Geld zurückzahlen. Das droht bei der Behandlung von Sozialhilfeempfängern nicht.“ Im weiteren Interview bekennen Ärzte: "Als Kassenpatient kann man nicht glücklich sein, und die besseren Möglichkeiten, die man bei dem Sozialhilfepatienten hat, genieße ich natürlich ... , weil ich mir sage, wie schön, daß ich dem Patienten das zur Verfügung stellen kann, ohne über die Zuzahlung und über die strengen Regeln in der Krankenkasse mit ihm reden zu müssen." (Hach, F. / Verband der Hausärzte) und "Ich finde es sehr vorteilhaft, daß ich bei Sozialhilfeempfängern, die mit einem Sozialhilfekrankenschein kommen, nicht zuzahlen muß" (Bauer, R. / Allgemeinarzt) (Quelle: www.ndrtv.de, Panorama – Politmagazin des NDR. Sendung 585 vom 06.04.2000).

Neben der besonderen Frage der Abrechnung von erbrachten Leistungen in der Gesundheitsversorgung von Wohnungslosen spielen auch noch auf die entstehenden Kosten durch Krankheit im Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit eine Rolle. In einer Empfehlung zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen heißt es: "Die enormen Folgekosten, die allen Kostenträgern aufgrund nichtrealisierbarer Vorsorgeuntersuchungen und verschleppter Behandlungen entstehen, sind ein weiterer Gesichtspunkt für die Reform der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen"(BAG Wohnungslosenhilfe, 1991). Da "die nötige ärztliche Behandlung häufig so lange hinausgezögert wird, bis irreparable gesundheitliche Schäden unvermeidlich geworden sind" (Strowitzki, 1997) und "Krankheiten unter den gegebenen Umständen nicht ausheilen ... und durch die mangelnde Hygiene schwerer als gewöhnlich" (Flenker, 1998) verlaufen, kann man unterstellen, daß Krankheit bei Wohnungslosen, durch die gesundheitliche Nichtversorgung, in der Folge mit höheren Kosten für das allgemeine Gesundheitssystem einhergeht. Wegen der medizinischen Unterversorgung von Wohnungslosen wird von den Wohlfahrtsverbänden ein Hilfssystem zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser gefordert, wie es bereits in vielen Städten auf unterschiedlichste Art und Weise etabliert ist. Diese sollen "kein Ersatz für die medizinische Normalversorgung sein" (BAG Wohnungslosenhilfe, 1991), sondern eine "Reintegration in bestehende medizinische Versorgung" zum Ziel haben (Börger, 1996). Neben der besseren Versorgung von Wohnungslosen sollen durch derartige Projekte auch die Kosten bei der medizinischen Versorgung gesenkt werden. Ein Modell für ein derartiges Projekt ist der Verein "Medizinische Hilfe für Wohnungslose e.V. Düsseldorf", welcher im nächsten Kapitel vorgestellt wird.

## **4. Beschreibung des Vereins „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“**

### **4.1. Entwicklung und Entstehung des Vereins**

In den vorausgegangenen Kapiteln wurde beschrieben, daß Armut und ihre offensichtlichen Erscheinungsformen wie die Wohnungslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland zunimmt. Davon betroffen sind besonders die großen Städte und Ballungsräume und die zahlreichen Initiativen und Projekte, die sich allein in der Stadt Düsseldorf mit der Betreuung und Versorgung von Wohnungslosen beschäftigen und auseinandersetzen, dokumentieren diese Problematik. (s.a. Kapitel 3.3.7.).

Bei der Betreuungsarbeit durch Sozialarbeiter der Stadt Düsseldorf wurde zunehmend die Beobachtung gemacht, daß die Wohnungslosen, welche die Betreuungsangebote aufsuchen, zum Großteil krank oder verletzt und medizinisch offensichtlich unzureichend versorgt sind. Das Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf hatte diesbezüglich bereits 1991 ein Projekt zur ärztlichen Betreuung in einer Tagesstätte für Wohnungslose am Rathausufer eingerichtet: die Behandlungszahlen waren jedoch von zu Beginn mit 362 Patienten über 431 im Jahr 1992 auf 88 im Jahr 1995 rückläufig. Mögliche Gründe für die mangelnde Akzeptanz waren wechselnde Ärzte, kaum Möglichkeiten zur Intervention, praktisch keine Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, sowie eingeschränkte Sprechstunden (kurze Sprechstunde nur zweimal in der Woche) (König, 1997). Da im medizinischen Bereich eine adäquate Versorgung nicht geleistet zu sein schien, entstand im Sommer 1995 die Idee, eine mobile medizinische Hilfe für Wohnungslose in Düsseldorf einzurichten.

Nach mehreren vorbereitenden Gesprächen besuchten die Initiatoren, eine Sozialarbeiterin und eine Ärztin, das bereits seit Mai 1993 in Köln existierende Projekt „Mobiler medizinischer Dienst Köln“. Eine ähnliche Umsetzung des Kölner Modells in Düsseldorf wurde für angemessen erachtet und weitere Ärzte sowie interessierte Mitarbeiter konnten im weiteren Verlauf für das Projekt gewonnen werden und formierten sich zu einem Arbeitskreis.

Bereits am 18. September 1995 fand eine erste Sitzung des Arbeitskreises zum Projekt „Gesundheitsbus“ statt, an der 14 Personen teilnahmen. Weitere Sitzungen folgten im Oktober und November, so daß sich das Projekt erfolgversprechend entwickelte. Ende November 1995 erfolgte durch den Leiter des Gesundheitsamtes Düsseldorf die Zusage, für den Beginn des Projektes als Übergangslösung einmal pro Woche einen Bus des Gesundheitsamtes zur Verfügung zu stellen, welcher normalerweise z.B. für Impfprogramme als „Untersuchungsmobil“ an Düsseldorfer Schulen eingesetzt wurde. So konnte bereits am 19. Dezember 1995, also ein halbes Jahr nach erster Planung des Projektes, der vom Finanzamt als gemeinnützig anerkannte Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ gegründet werden. Die Gründung erfolgte ohne einen Träger, der zur Förderung des Vereins in finanzieller oder materieller Sicht beitragen konnte, wie dies bei vielen anderen Initiativen in Düsseldorf üblich ist.

Eine aktive Pressearbeit in der folgenden Zeit sowie eine durchweg positive Resonanz in der Düsseldorfer Lokalpresse führten jedoch rasch zu ersten Spenden und zu einem Zulauf an weiteren engagierten Helfern, so daß am 21. Februar 1996 der Bus durch die Mitwirkung zahlreicher ehrenamtlicher Mitarbeiter erstmalig seine Arbeit aufnehmen konnte (s.a. Anhang 1, Abb. 2: Zeitungsartikel aus der Düsseldorfer Lokalpresse über den Verein)

## 4.2. Konzept des Vereins

Im Folgenden wird ein Auszug aus einem Informationsblatt des Vereins zitiert, um das Konzept des Projektes darzustellen:

„Die Aufgabe des Gesundheitsbusse wird es sein, als niederschwellige Einrichtung direkt und ohne bürokratischen Aufwand aufsuchende medizinische Hilfe anzubieten und damit die gesundheitlichen Situation der Wohnungslosen zu verbessern ...

Da in einer solchen „rollenden Arztpraxis“ nur eine medizinische Grundversorgung geleistet werden kann, wird eine Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kollegen und insbesondere Krankenhäusern angestrebt. Vor allem in den Krankenhäusern soll Verständnis für Probleme Wohnungsloser während ihrer ambulanten oder stationären Betreuung geweckt werden ...

Freiwillige Helfer können die Patienten in Praxen, Krankenhäuser oder Ämter begleiten ...

Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen ... ist ebenfalls geplant. Wünschenswert wäre auf lange Sicht eine Wiedereinbindung und eine soziale Reintegration der Patienten ...

Das Projekt soll dazu beitragen, die Bevölkerung über die Situation der Betroffenen aufzuklären und mehr Verständnis für die Problematik der Wohnungslosigkeit zu wecken ...

Ein weiteres Ziel des gemeinnützigen Vereins wird es sein, sich um Spenden für das Projekt zu bemühen ... , das Projekt soll in Zukunft finanziell auf eigenen Füßen stehen ...

Neben der Behandlung akuter oder chronischer Erkrankungen ist Prävention eine weitere wichtige Aufgabe des Gesundheitsbusses. Darüber hinaus sollen epidemiologische Daten, z.B. über die Art und Verbreitung der Krankheiten bei Wohnungslosen, gewonnen werden ...

Alle Mitarbeiter werden ehrenamtlich tätig sein. Auf lange Sicht sind allerdings die Schaffung einer ABM-Stelle für einen Arzt sowie eventuell für eine/n Sozialarbeiter/in geplant (König, 1995).

## 4.3. Finanzierung des Vereins

Wie im o.g. Informationsblatt bereits zitiert, sollte „das Projekt ... in Zukunft finanziell auf eigenen Füßen stehen ...“. In Bezug auf die für das Projekt benötigten Finanzmittel war der Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ also von Beginn an bestrebt, auf lange Sicht selbständig die nötigen Gelder zu erwirtschaften, sowie die Finanzierung auf verschiedenen Säulen basieren zu lassen. Hierdurch sollte eine weitestgehend unabhängige und vor allen Dingen kontinuierliche Finanzierung des Projektes gewährleistet werden.

Da sich die Krankenkassen anfangs bezüglich einer Finanzierung des Projektes zurückhielten, wurde der Beginn der Arbeit fast ausschließlich aus Spendenmitteln finanziert. Es muß erwähnt werden, daß ohne eine derartige Unterstützung durch Privatleute, Firmen und andere Institutionen die Durchführung des Projektes gerade in den Anfängen nicht gewährleistet gewesen wäre. Der Verein konnte für das Jahr 1997 Spendengelder in Höhe von ca. 150.000.- DM verbuchen. 110.000.- DM wurden dabei allein von der „Baxter Allegiance Foundation“ gespendet. 1998 erfolgten Spenden in Höhe von ca. 55.000.- DM. Bei der Differenz und Variabilität der Höhe der Spendengelder, allein in den ersten beiden Folgejahren, wurde deutlich, daß eine Finanzierung ausschließlich basierend auf Spendenmitteln auf lange Sicht zu unsicher und nicht kalkulierbar wäre. Neben Firmen, Institutionen und Privatleuten wurden auch alle Düsseldorfer Ärzte durch den Verein angeschrieben und über das Projekt informiert. Viele Ärzte boten daraufhin ihre Mitarbeit an oder spendeten Medikamente, Verbrauchsmaterialien sowie Geldmittel.

Das Sozialamt der Stadt Düsseldorf hatte dem Verein bereits in der ersten Phase des Projektes, nämlich im Sommer 1996, eine Zusage für die Abrechnung ärztlicher Leistungen für nichtkrankenversicherte Patienten zugesagt. Das Sozialamt erkannte dabei unbürokratisch alle Patienten des Vereins „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ pauschal als „Sozialhilfebedürftige“ an.

Für die Abrechnung benötigten die Mitarbeiter im Bus nur ein einseitiges Formular, das in Zusammenarbeit mit dem Patienten ausgefüllt und von diesem unterschrieben wurde. Hätte ein Wohnungsloser normalerweise einen Anspruch erwirken wollen, Krankenhilfe zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu erhalten, wäre ein Antrag auf Sozialhilfe beim Sozialamt zu stellen gewesen (s.a. Anhang 1, Abb.3: Vereinfachtes Formular des Sozialamtes zur Abrechnung nichtkrankenversicherter Patienten)

Im Sommer 1997 erfolgte dann eine Anerkennung des Gesundheitsbusses als Zweig- bzw. Zweitpraxis einer niedergelassenen Düsseldorfer Arztpraxis durch die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung vergab für diese Zweitpraxis eine eigene Abrechnungsnummer. Diese Form der Anerkennung war für ein derartiges Projekt bundesweit einmalig und gleichzeitig die Voraussetzung dafür, die erbrachten ärztlichen Leistungen nach den Grundlagen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) über die niedergelassene Arztpraxis abzurechnen. Damit war die Grundlage geschaffen, zumindest einen Teil des Projekts langfristig zu finanzieren.

Ende 1996 wurden für den Zeitraum von März 1997 bis März 1999 zwei Stellen im Rahmen eines ABM (Arbeitsbeschaffungsmaßnahme) - Programms für einen Arzt und eine Krankenschwester bzw. Arzthelferin durch das Arbeitsamt der Stadt Düsseldorf genehmigt. Somit erfolgte ein 75-prozentiger Zuschuß eines 90-prozentigen BAT (Bundesangestelltentarif) - Gehaltes für die beiden Stellen. Die übrigen 25 Prozent waren und sind durch den Verein zu tragen. Im weiteren Verlauf erfolgte eine Verlängerung der Arbeitsbeschaffungsmaßnahme zunächst begrenzt bis März 2000. Im Sommer 1998 erfolgte die Erteilung der kassenärztlichen Ermächtigung in Form einer personenbezogenen Ermächtigung für den 1.Vorsitzenden des Vereins „Medizinische Hilfe für Wohnungslose e.V. Düsseldorf“, einen Düsseldorfer Arzt, und eine entsprechende Kassenummer wurde für den Gesundheitsbus eingerichtet. Damit war die Möglichkeit gegeben, alle Patienten direkt über den Verein bzw. über dessen 1. Vorsitzenden abzurechnen. 100 Prozent der abgerechneten Leistungsentgelte kommen dabei direkt dem Verein zugute und werden zur Finanzierung des Projekts verwendet. Im Frühjahr 1997 erhielt der 1. Vorsitzende des Vereins eine Weiterbildungsermächtigung über sechs Monate für das Fachgebiet Allgemeinmedizin, so daß seitdem die Möglichkeit zur Anstellung eines Weiterbildungsassistenten besteht. Hierdurch könnte ein Zuschuß durch die Kassenärztliche Vereinigung von bis zu 4000.- DM pro Monat erfolgen. Die Weiterbildungsermächtigung wurde schließlich auf 12 Monate ausgedehnt.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Finanzierung des Vereins „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ auf folgenden Säulen basiert:

- Spenden und Sponsoring durch Privatleute, Firmen, Vereine und Institutionen.
- Abrechnung erbrachter ärztlicher Leistungen bei nicht-krankenversicherten Patienten über das Sozialamt (Pauschale und unbürokratische Anerkennung der Sozialhilfebedürftigkeit aller nicht-krankenversicherten Patienten durch das Sozialamt Düsseldorf).
- Ermächtigung zur Abrechnung erbrachter ärztlicher Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung, zunächst als Zweitpraxis eines niedergelassenen Düsseldorfer Arztes, später über eine eigene kassenärztliche Ermächtigung.
- Bewilligung von zwei Stellen (Ein Arzt und eine Krankenschwester bzw. Arzthelferin) im Rahmen einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme durch das Arbeitsamt. Damit erfolgt ein 75-prozentiger Zuschuß zu zwei 90-prozentigen BAT - Stellen.
- Seit Juli 1999 Kooperationsvertrag mit dem Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf im Rahmen der Neuordnung des Gesetzes des öffentlichen Gesundheitswesens. Die Neuordnung ermöglicht die Delegation von öffentlichen Gesundheitsaufgaben an Dritte. Im vorliegenden Fall ermächtigt das Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf den Verein mit der medizinischen Versorgung von Wohnungslosen.

#### 4.4. Konkrete Darstellung der Arbeit im und am Gesundheitsbus

Seit Beginn des Projektes und dem ersten Einsatz des Gesundheitsbusses im Februar 1996 hat sich die konkrete Arbeit im und am Gesundheitsbus, der Bus selber und die Besetzung der zur Versorgung eingesetzten Personen fortlaufend verändert und den sich besonders in der Anfangszeit schnell verändernden Rahmenbedingungen angepaßt. In der Anfangszeit und damit gleichzeitig der Probephase des Projektes erfolgte die Versorgung der Patienten in den Räumlichkeiten eines vom Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf zur Verfügung gestellten Busses durch ehrenamtlich tätige Ärzte und Krankenpflegepersonal. Um Vertrauen zu den teilweise mißtrauischen Patienten zu schaffen, wurden in der Anfangszeit neben dem rein medizinischen Angebot auch kostenlos Nahrungsmittel, Kleidungsstücke und Schlafsäcke verteilt, sowie Haare und Bärte kostenlos durch eine Friseurin geschnitten. Gleichzeitig am Bus anwesend waren ehrenamtliche Mitglieder des Vereins, sowie Sozialarbeiter der Stadt Düsseldorf, welche die potentiellen Patienten über den Gesundheitsbus und den Verein informierten und bei Problemen jeglicher Art unterstützend zur Seite standen oder einfach nur zum Gespräch bereit waren. Jedes Vereinsmitglied erhielt für die Arbeit am Bus einen eigenen Mitgliedsausweis (s.a. Anhang 1, Abb.4: Mitgliedsausweis des Vereins). Diese Maßnahme mußte ergriffen werden, da sich besonders in der Anfangsphase Vertreter verschiedener Gruppierungen, wie z.B. Sekten, unter die ehrenamtlichen Mitarbeiter mischten. Diese versuchten an den Mittwochabenden, indem sie sich als Mitarbeiter des Vereins ausgaben, ihre Botschaften an die Wohnungslosen zu verkünden.

Bereits im Vorfeld, aber auch kontinuierlich im Verlauf des Projektes weitergeführt, wurde durch den Verein bei anderen Initiativen und Angeboten für Wohnungslose in Düsseldorf „Werbung“ für den Bus gemacht. Mitarbeiter der Initiativen wurden über den Verein und seine Arbeit informiert und gebeten, den Gesundheitsbus bei den Wohnungslosen bekannt zu machen und ins Gespräch zu bringen; Informationsplakate wurden an entsprechend zugänglichen und von Wohnungslosen besuchten Plätzen, wie Tagesstätten, Altstadt-Armenküche, Notunterkünften usw., aufgehängt; insbesondere wurden die behandelten Patienten gebeten, anderen Wohnungslosen vom Gesundheitsbus zu erzählen und diesen von ihren positiven Erfahrungen im und am Bus zu berichten. Besonders diese „Mund-zu-Mund-Propaganda“ konnte das Vertrauen der Wohnungslosen gewinnen und so kam es schon nach einer kurzen Zeit zu einer entsprechenden Frequentierung des Gesundheitsbusses und einer kontinuierlich wachsenden Patientenkartei.

War man von Seiten des Vereins zunächst für den kostenlos durch das Gesundheitsamt zur Verfügung gestellten Bus dankbar, zeichneten sich mit den zunehmenden Besucherzahlen erste Schwächen dieser Lösung ab. Die Räumlichkeiten des geliehenen Busses waren zu klein, Unterbringungsmöglichkeiten für Verbrauchsmaterialien und Medikamente fehlten bzw. waren nur gering angelegt, der Handlungsspielraum zur Einrichtung des Busses war eingeschränkt und am gravierendsten war, daß der Bus nur einmal in der Woche für wenige Stunden ausgeliehen werden konnte. Die Versorgung der Patienten beschränkte sich damit auf den Mittwochabend von 18.00 bis 20.00 Uhr in der Düsseldorfer Altstadt auf dem Vorplatz der Max-Kirche.

Der regelmäßige und zeitlich, sowie örtlich beschränkte Termin, hatte jedoch gerade in der Anfangsphase auch den Vorteil, eine gewisse Kontinuität zu vermitteln, so daß sich schon nach relativ kurzer Zeit das Angebot und die Erreichbarkeit des Angebotes unter einem großen Anteil von Wohnungslosen in der Düsseldorfer Innenstadt herumgesprochen hatte und damit auch in Anspruch genommen wurde. Die Akzeptanz des Gesundheitsbusses, zunehmende Besucherzahlen und die o.g. Einschränkungen in Verbindung mit dem ausgeliehenen Bus, führten dazu, daß der Verein nach der erfolgreichen Anfangsphase die Notwendigkeit erkannte, ein eigenes Fahrzeug anzuschaffen. Dieses konnte, dank einer großen Spende, Anfang des Jahres 1997 angeschafft und nach den Wünschen des Vereins ausgebaut werden.

Bei dem Fahrzeug, daß bis heute noch im Einsatz ist, handelt sich um ein FIAT-Wohnmobil, dessen Innenräume entsprechend einer kleinen mobilen Arztpraxis eingerichtet wurden und neben einer Behandlungsliege, einem Waschbecken und einem Kühlschrank, entsprechend viel Stauraum für Medikamente, Verbrauchsmaterialien und medizinische Geräte bietet. Zur Ausstattung des Busses kam seitdem ein geeignetes Praxisinventar, wie ein EKG-Gerät und die Möglichkeit für Laborabnahmen hinzu (s. a. Anhang 1, Abb. 5: Der Gesundheitsbus des Vereins).

Mit der uneingeschränkten Verfügbarkeit über einen eigenen Gesundheitsbus änderten sich gleichzeitig auch die Einsatzmöglichkeiten in der gesamten Bandbreite. Die Einsätze konnten jetzt täglich für mehrere Stunden erfolgen und damit auch an unterschiedlichen Standorten in Düsseldorf. Eine Besetzung des Busses mit ehrenamtlichen Kräften war damit jedoch schwierig geworden, da eine so häufige Besetzung des Busses, vor allem zu den beabsichtigten und notwendigen Tageszeiten, nicht mehr gewährleistet war. Mitte März 1997 konnten dann erstmalig ein Arzt und eine Krankenschwester auf der Basis von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen eingestellt und im Bus eingesetzt werden.

Die Arbeit des Gesundheitsbusses beschränkte sich nicht ausschließlich auf die medizinische Versorgung der Wohnungslosen. Ebenso mußten Kontakte zu anderen Hilfseinrichtungen und weiteren Einrichtungen im medizinischen Bereich hergestellt werden, da eine Institution wie der Gesundheitsbus nur in einem Netzwerk von sich ergänzenden Hilfsangeboten effizient existieren kann, denn ein medizinisches Angebot zur niederschweligen Versorgung hat nur wenig Sinn, wenn darüber hinaus benötigte Hilfe nicht genutzt werden kann, entweder weil das etablierte Versorgungssystem sich verweigert oder aber Strukturen im Versorgungssystem nicht bekannt sind. So war z.B. auffallend, daß ein Großteil der Patienten, die den Bus nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus aufsuchten, keinen Entlassungsbrief des behandelnden Arztes bzw. der Abteilung mitbrachten. Dieser war entweder zwischenzeitlich verloren gegangen oder die Patienten hatten einen solchen nach eigenen Angaben gar nicht erst erhalten. Aus diesem Grund wurde jedem Patient bei dem eine stationäre Krankenhauseinweisung erfolgte, ein speziell entworfenes Begleitschreiben zu den Einweisungspapieren hinzugefügt (s.a. Anhang 1, Abb.6: Begleitschreiben zur Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Einweisung). In der Folge erhöhte sich die Anzahl der Entlassungsbriefe bei den Wiedervorstellungsterminen nach der Krankenhauserlassung deutlich. Als positiver Nebeneffekt wurden die behandelnden Krankenhäuser und Ärzte auf die Existenz des Gesundheitsbusses aufmerksam gemacht, was sich auch in zahlreichen Nachfragen widerspiegelte. Zusätzlich erhielt jeder Patient bei der Krankenhauseinweisung, wenn möglich und notwendig, eine Tüte mit frischer Unterwäsche, Schlafbekleidung und Seife, sowie Zahnpasta und eine Zahnbürste. Hierdurch sollte im Vorfeld eine Stigmatisierung durch Krankenhauspersonal und/oder Mitpatienten vermieden werden.

#### **4.5. Zur Personalsituation**

Um den Gesundheitsbus ganztägig und jeden Tag in der Woche einsetzen zu können, war eine Besetzung mit ausschließlich ehrenamtlichen Helfern, wie sie in der Anfangsphase erfolgte, langfristig nicht durchführbar. So wurde bereits frühzeitig bei Arbeitsamt der Stadt Düsseldorf ein Antrag auf die Bewilligung von ABM-Stellen gestellt. Der Antrag wurde Ende 1996 genehmigt und zeitlich beschränkt auf zwei Jahre erhielt der Verein für den Zeitraum von März 1997 bis März 1999 zwei Stellen im Rahmen eines ABM - Programms für einen Arzt und eine Krankenschwester bzw. Arzthelferin. Somit konnte ein 75-prozentiger Zuschuß eines 90-prozentigen BAT - Gehaltes für die beiden Stellen durch das Arbeitsamt erfolgen. Die übrigen 25 Prozent des Gehaltanteils sind durch den Verein zu tragen. Im weiteren Verlauf erfolgte eine Verlängerung der ABM-Stellen.

Nach der Bewilligung der Stellen mußte ein geeigneter Arzt und eine Krankenschwester oder Arzthelferin gefunden werden; doch anders als erwartet, ließ sich über das Arbeitsamt kein geeignetes Personal finden.

Ein Grund war, daß die Zulassung eines Arbeitslosen für eine ABM-Stelle an die Bedingung geknüpft ist, zuvor mindestens über einen Zeitraum von 6 Monaten arbeitslos gewesen zu sein und der Erhalt von Bezügen im genannten Zeitraum durfte ausschließlich durch das Arbeitsamt erfolgt sein. So reduzierte sich der Kreis der geeigneten Kandidaten auf weniger als zehn arbeitslose Ärzte, welche die Voraussetzungen des Arbeitsamtes erfüllten. Von diesen waren lediglich zwei an der angebotenen Stelle interessiert und stellten sich im weiteren Verlauf beim Verein vor. Bezüglich der Stelle für eine Krankenschwester oder Arzthelferin lag nur ein Bewerbung vor. Angesichts dieser niedrigen Bewerberzahlen wird deutlich, daß eine Auswahl unter geeigneten und qualifizierten Bewerbern durch den Arbeitgeber nicht oder nur in geringem Maße möglich ist. Hatte man sich von Seiten der Verantwortlichen im Verein zunächst Gedanken über die Qualifikationen gemacht, welche die Mitarbeiter für die medizinische Arbeit mit den Wohnungslosen als Voraussetzung mitbringen sollten. Voraussetzungen für geeignete Mitarbeiter im Gesundheitsbus sollten demnach sein:

- Ausreichend praktisch-klinische Kenntnisse und Fähigkeiten mit fächerübergreifend medizinischen Kenntnissen im Sinne eines praktischen Arztes bzw. Allgemeinmediziners
- Erfahrung in den Bereichen Psychiatrie und Suchterkrankungen
- Belastbarkeit und psychosoziale Kompetenz
- Disziplin, eigenverantwortliches Handeln und Entscheidungsfähigkeit
- Fähigkeit zur professionellen Distanz
- Flexibilität und Offenheit zur Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Gruppen
- Engagement ein neues Projekt mit aufzubauen
- Identifikation mit der Arbeitsstelle

Auf Grund der geringen Bewerberzahlen musste man jedoch schon frühzeitig Kompromisse bezüglich der Voraussetzungen eingehen, um den Bus personell besetzen zu können. Wie schwierig die Auswahl des geeigneten Bewerbers erscheint, wird deutlich, wenn man die Entwicklung der Personalsituation und die Fluktuation der am Bus eingesetzten Personen betrachtet. Nahezu alle bisher durch den Verein angestellten Personen kamen mit der Arbeit im Gesundheitsbus aus den verschiedensten Gründen nicht zurecht und wurden nach einiger Zeit gekündigt oder kündigten von selbst. So wurde dem ersten ärztlichen Mitarbeiter bereits nach sechs Monaten, dem zweiten nach fünf Monaten gekündigt. Der dritte Arzt kündigte sieben Monate nach Beginn der Tätigkeit grundlos. Die Krankenschwester meldete sich nach sieben Monaten dauerhaft krank und wurde ebenfalls durch den Verein gekündigt. Gründe für die frühzeitige Beendigung der Arbeitsverhältnisse waren aus der Sicht des Vereins: mangelnde fachliche Qualifikation und Identifikation, Überforderung, Überschätzung der eigenen Fähigkeiten, unzureichende Kooperation und zu wenig Eigenverantwortlichkeit. Das Angebot der Supervision durch einen Mitarbeiter des Gesundheitsamtes wurde von allen Betroffenen abgelehnt und nicht wahrgenommen, da die Reflexion des eigenen Handelns als nicht notwendig erachtet wurde. Die in einem derartigen Arbeitsbereich notwendige professionelle Distanz zu den Patienten war jedoch in vielen Fällen nicht gegeben, was in der extremsten Ausprägung dazu führte, daß einer der ärztlichen Mitarbeiter freiwillig die Wohnungslosigkeit als Wohnform wählte.

Seit Dezember 1998 stellt sich die Situation so dar, daß die Stellen mit Mitarbeitern besetzt sind, die nach Aussagen des Vereins, den Anforderungen gerecht und ihrerseits in den Ansprüchen an die Arbeitsstelle bestätigt werden. Zuletzt waren ein Arzt in Weiterbildung und eine Arzthelferin im Rahmen einer ABM-Stelle in Vollzeit, als auch zwei Ärzte in Teilzeit als Honorarkräfte durch den Verein beschäftigt. Hinzu kommt eine Stelle in Form einer geringfügigen Beschäftigung auf 630-DM-Basis für einen Streetworker, der Kontakte zu anderen Institutionen herstellt oder Patienten bei Behördengängen oder Besuch anderer Einrichtungen begleitet. Weiterhin unterstützen zahlreiche ehrenamtliche Kräfte den Verein, z. B. bei Urlaubsvertretungen, Organisation und Vereinsarbeit.

#### 4.6. Aktueller Stand des Projektes und zukünftige Entwicklungen (Stand 12/1999)

Betrachtet man die Patientenzahlen (Abb. 4.1.) des Vereins „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ im Verlauf der einzelnen Quartale, wird die positive Gesamtentwicklung der Arbeit des Vereins und scheinbar auch die Notwendigkeit einer derartigen medizinischen Versorgungsmöglichkeit für Wohnungslose in Düsseldorf deutlich.

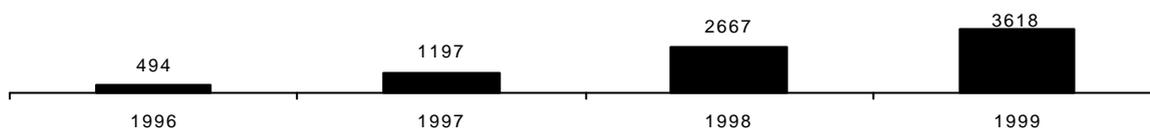


Abb. 4.1.: Durchgeführte medizinische Behandlungen durch den Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“

Wie bereits erwähnt, finden die Einsätze des Gesundheitsbusses mittlerweile täglich und an verschiedenen Lokalisationen verteilt im gesamten Stadtgebiet von Düsseldorf statt. Zusätzlich sind ambulante Sprechstunden in verschiedenen Versorgungseinrichtungen der Stadt eingerichtet worden (s.a. Anhang 1, Abb.7.: Einsatzplan für den Gesundheitsbus und die ärztlichen Visiten). In den Behandlungsräumen und im Bus bestehen die Möglichkeiten einer kleinen allgemeinmedizinischen Praxis, wie Basisuntersuchungen, EKG, Blutabnahmen, etc. Für die nahe Zukunft ist die Anschaffung eines Sonographiegerätes für den Behandlungsraum in der Tagesstätte „Horizont“ geplant.

Im Laufe des Jahres 1999 kam für die Behandlung der Patienten neben dem vereinseigenen Gesundheitsbus, der täglich eingesetzt wird, auch noch ambulante Behandlungsräume in der Tagesstätte für Wohnungslose „Horizont“ hinzu, sowie seit Juni 1988 Krankenbetten im „Don Bosco Haus“, einem Heim der Caritas. Die Krankenbetten stehen dem Verein seit Sommer 1998 zur Verfügung und werden genutzt, um Patienten unterzubringen, deren Krankheitszustand eine Einweisung ins Krankenhaus nicht rechtfertigt, einen Aufenthalt auf der Straße jedoch nicht verantworten läßt. Hierdurch sollen unnötige Kosten durch nicht gerechtfertigte Krankenhausaufenthalte vermieden werden. (Abb. 4.2.)

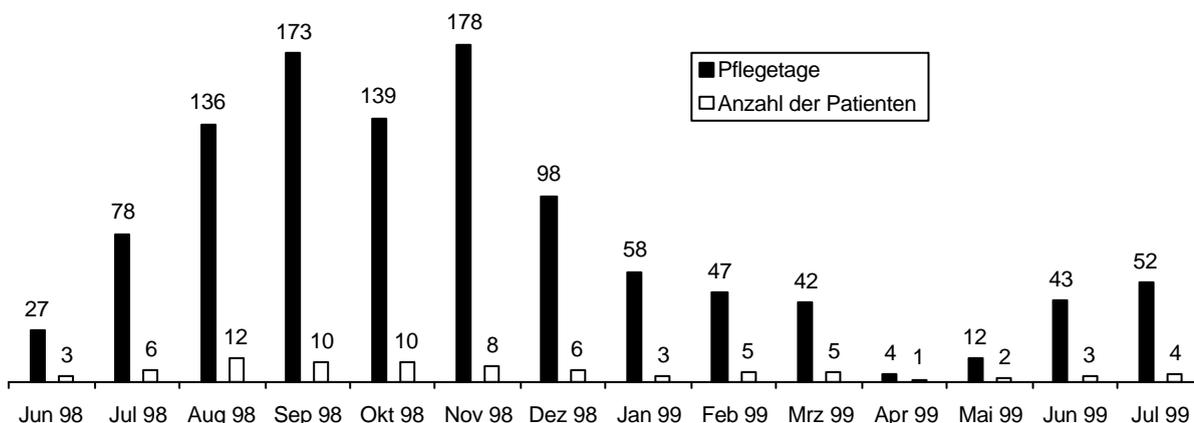


Abb. 4.2.: Stationärer Aufenthalt von Patienten im Don Bosco Haus der Caritas von Juni 1998 bis Juli 1999

Die Kosten für einen Pflage tag im Don Bosco Haus betragen 52,38 DM. Hinzu kommen eventuell notwendige Kosten für Materialien, ärztliche Visite und Pflegedienst in Höhe von maximal 50 DM. Ein vollstationärer Basispflegesatz (§13 Abs. 3 und 4 BpflV) einer großen städtischen Klinik kostet hingegen 153,31 DM (Anm.: Der Basispflegesatz ist das Entgelt für nichtmedizinische Leistungen). Der vollstationäre Abteilungspflegesatz (§13 Abs. 2 und 4 BpflV) im Krankenhaus variiert zwischen 156,26 in der Augenheilkunde und 1623,76 DM in der Herzchirurgie (Innere Medizin, Kardiologie: 451,86 DM; Innere Medizin, Gastroenterologie: 502,47 DM; Allgemeinchirurgie: 680,44 DM). Betrachtet man den Vergleich zwischen den Kosten eines stationären Aufenthaltes im Don Bosco Haus und den theoretischen Krankenhauskosten wird deutlich, daß besonders die Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung erheblich zu einer Kostenreduktion bei der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen herbeiführen kann.

Die Finanzierung des Vereins erfolgt wie bereits genannt durch

- Spenden und Sponsoring
- Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung
- Abrechnung über das Sozialamt bei nicht krankenversicherten Patienten
- Mittel für einen Arzt und eine Arzthelferin durch Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen

In Zukunft erfolgt evtl. ein Zuschuß durch die Kassenärztliche Vereinigung für einen Weiterbildungsassistenten von bis zu 4000.- DM pro Monat im Rahmen des sogenannten Initiativ-Programms zur Förderung der allgemeinärztlichen Weiterbildung. Das Personal besteht derzeit aus einem Arzt, einer Arzthelferin, zwei Mitarbeitern auf Stundenbasis, einem Mitarbeiter in geringfügiger Beschäftigung (630 DM-Basis) und mehreren ehrenamtlichen Helfern. In Urlaubs- und Krankheitsphasen stehen ca. fünf Ärzte ehrenamtlich als Vertretung zur Verfügung.

Seit April 1998 erfolgt die Dokumentation der Patientendaten in handelsüblichen Praxiskarteikarten. Die Verwaltung und Abrechnung erfolgt über ein Praxis-EDV-Programm.

Laut eigenen Angaben hält der Verein bis heute folgende Ziele aus der Gründungszeit für umgesetzt:

- Integration in das Versorgungssystem
- Aufbau einer Praxisstruktur
- Kooperation mit verschiedenen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und anderen Projekten
- Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung, Ärztekammer, Krankenkassen, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten der Stadt
- Einrichtung von stationären Behandlungsmöglichkeiten
- Aufbau und Unterstützung anderer Projekte
- Wissenschaftliche Arbeit und Dokumentation
- Medizinische Versorgung eines Großteils der Düsseldorfer Wohnungslosen
- Vernetzung von Medizin und Sozialarbeit

Weitere Ziele für die Zukunft sind die langfristige finanzielle Absicherung des Projektes, Schaffung von zwei ärztlichen Vollzeitstellen, Zusammenarbeit mit der Drogenhilfe und eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung.

## **5. Methodik der vorgelegten Untersuchung**

### **5.1. Auswahl des Zeitraums für die Datenerfassung**

Wie bereits beschrieben, hatte der Gesundheitsbus des Vereins „Medizinische Hilfe für Wohnungslose e.V.“ seinen ersten Einsatz im Februar 1996. Mit dem Beginn des Projektes startete ebenfalls die Beobachtung und Betreuung im Rahmen der vorliegenden Doktorarbeit. Die Erhebung der für die Doktorarbeit relevanten Daten wurde jedoch erst im Juni 1997 begonnen, was folgende Gründe hatte.

Zu Beginn nahm der Bus für eine Probezeit seine Aufgabe zunächst nur in folgender Form war :

- Ein Einsatz in der Woche (Mittwoch 18.00 – 20.00 Uhr)
- Fester Standort in der Düsseldorfer Altstadt
- Ehrenamtliches und wechselndes medizinisches Personal

Angestrebt war jedoch, bei Erfolg und Akzeptanz des Angebotes, die Versorgung durch den Gesundheitsbus folgendermaßen zu gestalten:

- Tägliche Einsätze, halb- bis ganztägig
- Verschiedene Standorte in Düsseldorf
- Hauptamtlich beschäftigte Mitarbeitern

So wurde in einer anfänglichen Probezeit, die Arbeit am und im Bus zunächst nur beobachtet und verfolgt, durch Mitarbeit im Bus Vertrauen zu den Patienten geschaffen und ein Einblick in die spezielle Problematik der den Bus aufsuchenden Menschen gewonnen. In diesem Zeitraum der Erprobung und Beobachtung wurde ein Erhebungsbogen entwickelt, der schließlich ab dem 02. Juni 1997 bis zum 30. Januar 1998 im Bus zur Dokumentation eingesetzt wurde. Zu diesem Zeitpunkt verfügte der Verein über einen eigenen Bus (in Form eines zur mobilen Arztpraxis umgebauten Wohnmobils), 2 hauptamtliche Kräfte (1Ärztin, 1 Krankenschwester) und steuerte an 4 Tagen in der Woche verschiedene Standorte in der Stadt an.

### **5.2. Instrumente und allgemeine Rahmenbedingungen**

Instrument der Datenerfassung waren zwei zusammengehörende Erhebungsbögen:

- 1) Der erste Erhebungsbogen erfaßte hierbei allgemeine Daten der Patienten und war als einmalige Dokumentation beim Erstkontakt durch das Buspersonal auszufüllen (a. Anhang 1, Abb. 8.).
- 2) Der zweite Erhebungsbogen erfaßte jeweils die Daten des aktuellen Besuchsanlaß und war bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt durch das Buspersonal auszufüllen (a. Anhang 1, Abb. 9.).

Mit den Erhebungsbögen wurde jeder Patientenkontakt im Gesundheitsbus über den Beobachtungszeitraum durch die behandelnden Ärzte/-innen, dokumentiert, wobei sich der Umfang auf 762 Patientenkontakte bei 256 Patienten für den Erhebungszeitraum erstreckt.

Um den Formularaufwand zu verringern, enthielt der Erhebungsbogen, neben den für die Dissertation relevanten Daten, auch solche, die der Verein z.B. für Abrechnungsvorgänge benötigte. Diese Daten werden im Verlauf der Dissertation nicht berücksichtigt und sind damit auch nicht Gegenstand der Ergebnisauswertung und der Diskussion.

Die behandelnden Ärzte waren bezüglich des Umganges mit den Dokumentationsbögen unterrichtet, und die Intention der einzelnen Fragen waren im Vorfeld diskutiert worden. Während des Beobachtungszeitraumes wurde die Dokumentation durch den Untersucher betreut, der auch regelmäßig im Gesundheitsbus bei der medizinischen Versorgung der Patienten anwesend und beteiligt war.

Die mit den Erhebungsbögen gewonnene Daten wurden in die Datenbank Access 97® der Firma Microsoft Cooperation übertragen. Anschließend erfolgte die Auswertung der Daten durch das Statistikprogramm Excel® der Firma Microsoft Cooperation unter Zuhilfenahme des Statistik-Tools Winstat für Excel® der Firma R. Fitch Software und mit dem Statistikprogramm StatView for Windows® der Firma Abacus Concept.

Die Erhebungsbögen sind im Anhang 1 dargestellt.

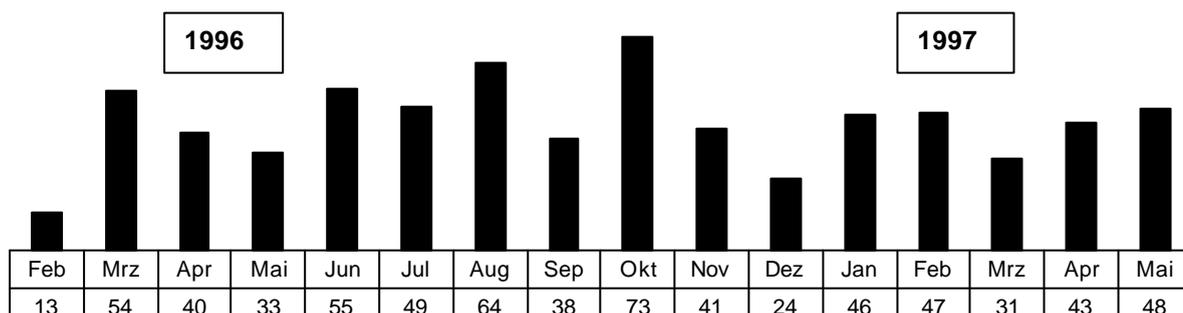
## 6. Ergebnisse

Am 21. Februar 1996 wurde erstmalig eine medizinische Versorgung durch den Verein "Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V." angeboten. In einer „Probephase“ erfolgte das Angebot zunächst nur einmal in der Woche, der Gesundheitsbus war vom Gesundheitsamt ausgeliehen und mit ehrenamtlichen Kräften besetzt. In diesem Zeitraum bis Ende Mai 1997 erfolgte keine Datendokumentation im Rahmen der Dissertation, da von Beginn an klar war, daß das Projekt in dieser Form nicht weiter bestehen wird. Erst am 02. Februar 1997 wurde bei veränderten Rahmenbedingungen mit einer prospektiven Datenerhebung begonnen, diese endete am 30. Januar 1998. Der Vollständigkeit wegen sind zunächst noch die retrospektiv erhobenen Behandlungszahlen von Februar 1996 bis Ende Mai 1997 aufgeführt.

### Behandlungszahlen seit Beginn des Projektes bis zum Beginn der Erhebung

Die Patientenkartei des Gesundheitsbusses umfaßt vom ersten Behandlungstermin im Februar 1996 bis Ende Mai 1997 288 verschiedene Patienten. Insgesamt fanden im Zeitraum 699 Patientenkontakte statt, im Durchschnitt pro Monat zwischen 43 und 44 Patientenkontakte.

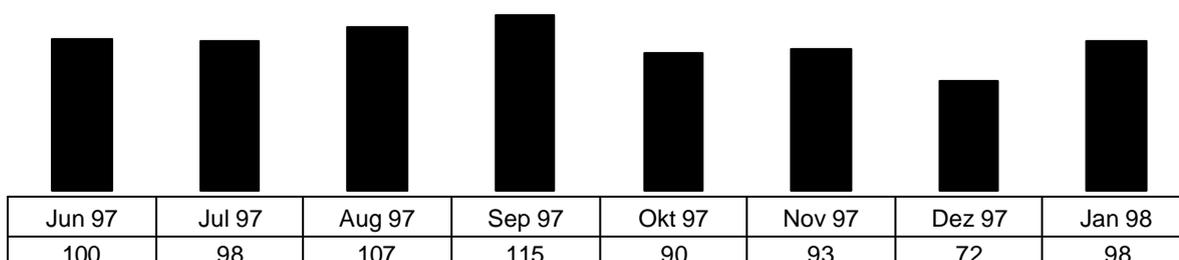
Anzahl der Patientenkontakte pro Monat von Februar 1996 bis Mai 1997



### Behandlungszahlen im Zeitraum der Erhebung

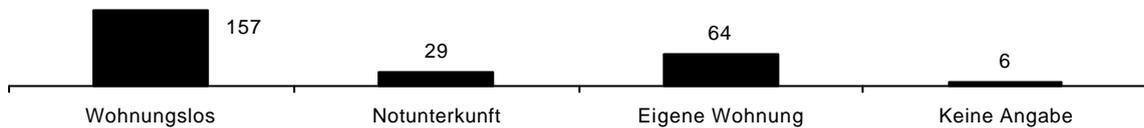
Im Zeitraum der Erhebung von Daten für die vorliegende Dissertation vom 02. Juni 1997 bis zum 31. Januar 1998 besuchten 286 verschiedene Patienten den Gesundheitsbus. Während dieser Zeit fanden 773 dokumentierte Patientenkontakte im „Gesundheitsbus“ statt, was durchschnittlich 96 und 97 Patientenkontakten pro Monat entspricht.

Anzahl der Patientenkontakte pro Monat von Juni 1997 bis Januar 1998



## Auswertung des Erhebungsbogens „Erstkontakt“

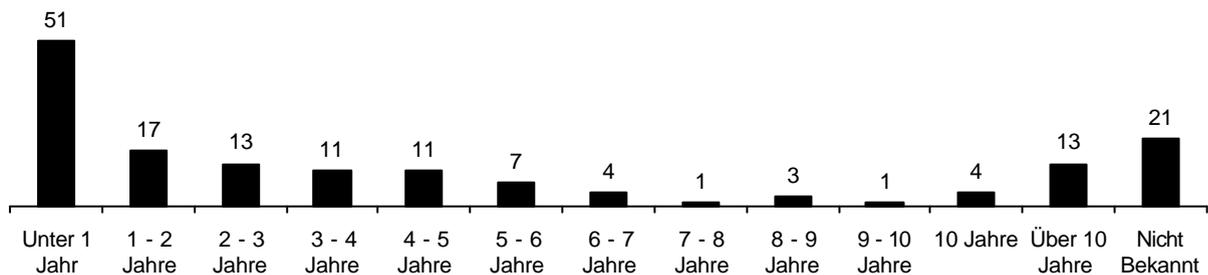
### Wohnstatus der Patienten (N=256)



62 % der Patienten (157) gaben an wohnungslos zu sein, 11% (29) wohnten in einer Notunterkunft, 25% (64) verfügten über eine eigene Wohnung und 2 % (6) machten keine Angaben.

Anmerkung: Obwohl es sich beim Gesundheitsbus um ein Projekt zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen handelt, nahmen im Zeitraum der Untersuchung auch Patienten das Angebot in Anspruch, die scheinbar über eigenen Wohnraum verfügten oder in einer Notunterkunft untergebracht waren. Da sich die vorliegende Dissertation mit der medizinische Versorgung Wohnungsloser beschäftigt, wird die Population der „Nicht-Wohnungslosen“ im Folgenden bei der Darstellungen der Daten nicht berücksichtigt, sondern lediglich die Daten der 157 wohnungslosen Patienten.

### Dauer der Wohnungslosigkeit bei den 157 wohnungslosen Patienten (N=157)



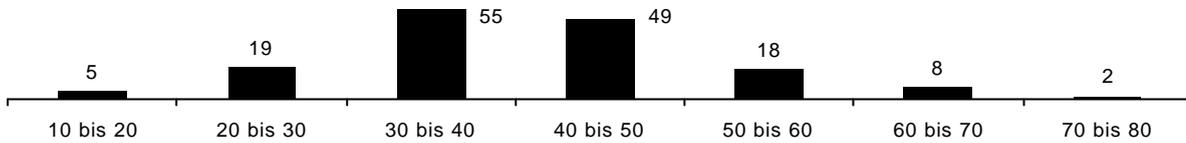
Von den 157 wohnungslosen Patienten gaben 33% (51) an unter 1 Jahr wohnungslos zu sein, 21% (53) 5 Jahre und länger, 11% (17) 10 Jahre oder länger wohnungslos.

### Gründe für Wohnungslosigkeit bei den 157 wohnungslosen Patienten (N=157)

Von den 157 wohnungslosen Patienten wurden folgende Gründe für die Wohnungslosigkeit angegeben (Mehrfachnennungen waren möglich):

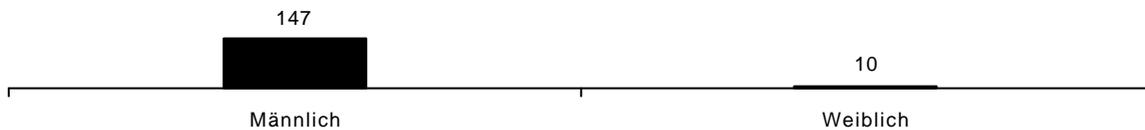
- Familiäre Schwierigkeiten, Familiär, Familiäre Konflikte 32
- Trennung vom Partner, Streit mit Partner, Scheidung 23
- Finanzielle Schwierigkeiten, Mietkündigung, Mietschulden 16
- Haftentlassung 12
- Arbeitslosigkeit 10
- Konflikte, Auseinandersetzungen, Streit 10
- Alkohol 9
- Drogen 7
- Tod des Partners, Private Gründe je 4
- Reisender, Freie Entscheidung je 2
- Je eine Nennung: "Auf der Flucht", "die wollten mich loshaben“, Angstzustände in einer Wohnung, Unfall, „Komme zuhause nicht zurecht, draußen ist es besser“, Komplexe Gründe, Konkurs, Krankenhausentlassung, Scheidung der Eltern

Altersverteilung der Patienten (N=157 Patienten)



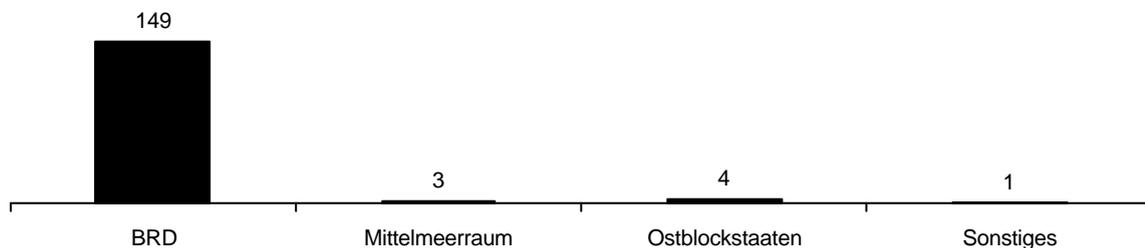
3% der Patienten (5) sind jünger als 20 Jahre, 12% (19) sind zwischen 20 und 30 Jahre, 35% (55) sind zwischen 30 und 40 Jahren, 31% (49) sind zwischen 40 und 50 Jahre, 12% (18) sind zwischen 50 und 60 Jahre, 5% (8) sind zwischen 60 und 70 Jahre alt und 1% (2) sind 70 Jahre und älter. Das Durchschnittsalter der Patienten liegt bei 40 Jahren mit einer Standardabweichung von 11 Jahren.

Geschlechtsverteilung der Patienten (N = 157 Patienten)



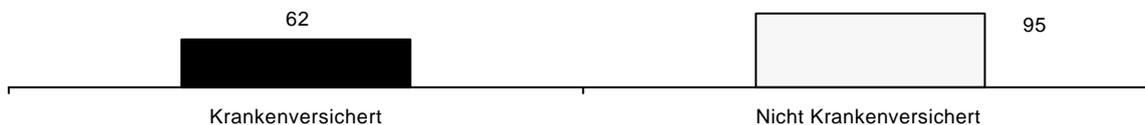
94 % der Patienten (147) sind Männer, 6% (10) sind Frauen.

Nationalität der Patienten (N=157)



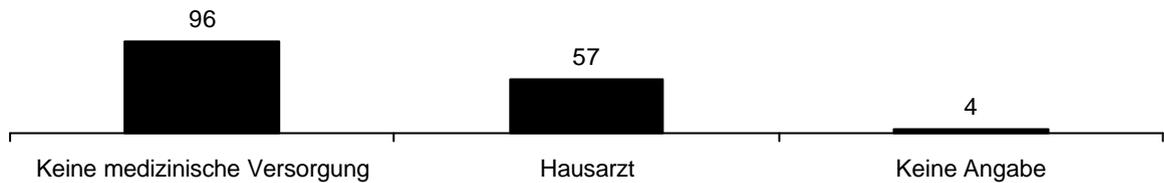
95% der Patienten (149) sind Deutsche, 5% (8) sind anderer Nationalität: 3 x Ostblockstaaten, 2 x Spanien, 1 x Türkei, 1 x England

Versicherungsstatus der Patienten (N=157)



61% der Patienten (95) sind nicht krankenversichert, 39% (62) konnten eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung nachweisen. Von den 119 krankenversicherten Patienten waren 42 über die AOK Rheinland versichert, 5 Patienten bei anderen AOK's. Die restlichen Patienten verteilen sich auf übrige Krankenkassen wie Betriebs-, Techniker- und Innungskrankenkassen.

Medizinische Versorgung der Patienten (N=157)

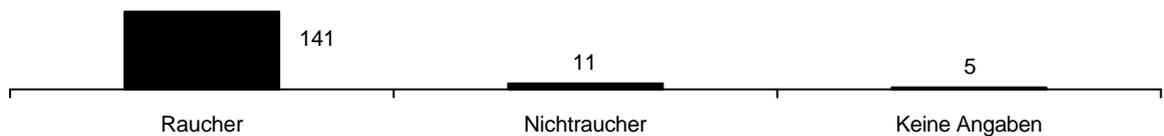


61% der Patienten (96) gaben an im Krankheitsfall keine medizinische Versorgung zu haben. 36% (57) haben einen (Haus-)Arzt den sie im Krankheitsfall aufsuchen können. 2% der Patienten (4) machten keine Angaben bzw. waren nicht erfasst.

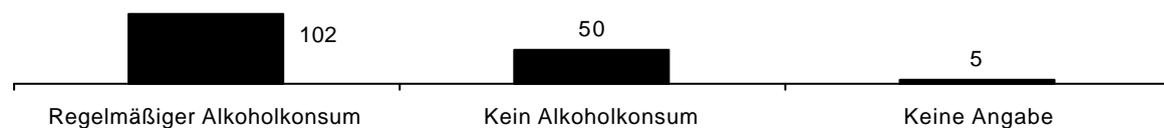
Bei den 57 Patienten die Angaben eine ärztliche Versorgung zu haben, war der letzte Besuch beim Arzt :

- Am Untersuchungstag im Gesundheitsbus 3 mal
- Vor 1 Tag bis 1 Woche 6 mal
- Vor 1 Woche bis 1 Monat 12 mal
- Vor 1 Monat bis 6 Monaten 8 mal
- Vor 6 Monate bis 1 Jahr 15 mal
- Vor mehr als 1 Jahr 3 mal
- Nicht erfasst 10 mal

Nikotien-, Alkohol- und Drogenkonsum unter den Patienten (N=157)



90% der Patienten (141%) gaben an regelmäßig zu rauchen, 7% (11) sind Nichtraucher.



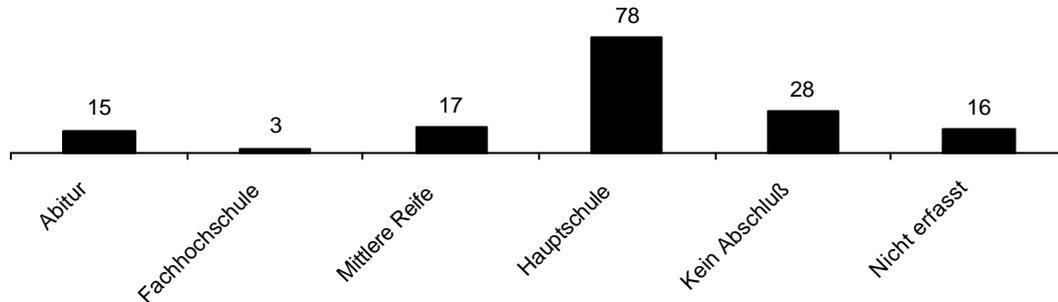
65% der Patienten (102) konsumieren täglich Alkohol, 32% (50) konsumieren Alkohol nicht regelmäßig bzw. gar nicht.



In die Statistik wurden nur „harte“ Drogen wie Heroin, Kokain oder LSD miteinbezogen, Cannabiskonsum findet keine Berücksichtigung. Derartige Drogen konsumieren 24% der Patienten (37) regelmäßig, 73% der Patienten (115) verneinten den Konsum derartiger Drogen.

Je 5 Patienten (3%) machten zum Konsum von Alkohol/Drogen/Nikotin keine Angaben bzw. sind nicht erfasst

### Schulabschlüsse der Patienten (N=157)



50% der Patienten (78) haben den Hauptschulabschluß und 18% (28) haben keinen Schulabschluß. 11% (17) haben die Mittlere Reife, 2% (3) die Fachhochschulreife und 11% (18) das Abitur. 16 Patienten (10%) machten keine Angaben bzw. waren nicht dokumentiert.

### Bezugspersonen der Patienten (N=157)



51% der Patienten (81) gaben an keine Bezugsperson zu haben, 6% (9) machten zu diesem Thema keine Angaben. 43% (67) haben eine Bezugsperson. Es wurden genannt:

- Familienfremde Personen (11): 6 x Betreuer, 4 x Sozialarbeiter, 1 x Bewährungshelfer
- Familie (56): 10 x Eltern, 16 x Mutter, 2 x Vater  
8 x Freund/-in  
8 x Bruder, 4 x Schwester  
3 x Ehepartner, 1 x Exehepartner  
1 x Tante, 1 x Großmutter, 1 x Kinder, 1 x Stieftochter

### Laufende Medikation der Patienten (N=157)

127 Patienten (78%) nehmen keine Medikamente, 7 (9%) machen keine Angaben bzw. sind nicht erfasst. Die Dauermedikation der restlichen Patienten sieht folgendermaßen aus:

4 mal	Nitrat
2 mal	Calzium-Antagonist
3 mal	Antikonvulsiva
2 mal	ASS
2 mal	Beta-2-Sympatiomimetika (inhalativ)
2 mal	Benzodiazepine
2 mal	Insulin
je 1 mal	Herzglykosid, Augentropfen, Antidepressivum, Pankreasenzyme, ACE-Hemmer, Beta-Blocker, Marcumar, Neuroleptikum, SD-Hormone

Vorerkrankungen bzw. Dauerdiagnosen der Patienten (N=157)

43 Patienten (27%) geben keine Vorerkrankungen bzw. Dauerdiagnosen an, 8 (5%) machen keine Angaben bzw. sind nicht erfasst. Die Angaben der restlichen Patienten (78%) verteilen sich wie in der Tabelle dargestellt.

<b>Organsystem</b>	<b>Vor-/Dauererkrankung und Operationen</b>	<b>Anzahl Patienten</b>
Augen	Z.n. Augen-OP	2
Endokrinologie	Diabetes mellitus	3
	Schilddrüseerkrankung	1
Extremitäten	Z.n. Hand-OP	1
	Chron. Schulterbeschwerden	2
	Z.n. Knie-OP	2
	Degeneratives LWS-Beschwerden	3
Knöchelne Fehlbildungen	Hüftarthrose	1
	Gaumenspalte	1
	Trichterbrust	1
Gynäkologie	Adnexitis	1
	Hysterektomie	2
Herz- und Gefäße	pAVK	1
	Herzrhythmusstörungen	1
	Hypertonie	1
	KHK	3
	Kongenitaler Herzfehler	1
	Thrombose	3
	Herzinsuffizienz	2
Hals-Nasen-Ohren	Z.n. Adenektomie/Tonsilektomie	9
	Hörsturz	1
Lunge	Asthma Bronchiale	5
	Morbus Boeck	1
	Chron. Bronchitis	2
Gastrointestinaltrakt	Pneumonie	5
	Gastritis, Ulcus ventriculi	6
	Leberzirrhose	5
	Z.n. Magen-OP	1
Harn- und Geschlechtswege	Chron. Pankreatitis	2
	Rezidivierende Zystitis	1
	Zystenniere	1
	Nephrektomie bei Nierentumor	1
	Rezidivierende Pyelonephritis	1
	Orchidopexie	1
	Gonorrhoe	1
Penis-Amputation bei Penis-CA	1	
Unfälle	Brandberletzung,	2
	Z.n. Koma	2
	Comotio cerebri	1
	Frakturen	27
	Stich-/ Schußverletzung	4
	Sportunfall	1
ZNS	Motorradunfall	2
	Entgiftung	14
	Epilepsie	11
	Hirnblutung	1

### Psychiatrische Auffälligkeiten bei den Patienten (N=157)

132 Patienten (84%) wurden als nicht psychiatrisch auffällig beschrieben, bei 9 Patienten (6%) wurden zu diesem Thema keine Angaben gemacht bzw. sind nicht erfasst. 16 Patienten (10%) wurden als psychiatrisch auffällig beschrieben und zwar:

- 10 mal als psychiatrisch auffällig ohne nähere Bezeichnung
- 4 mal Depression
- 1 mal Demenz
- 1 mal Angstzustände

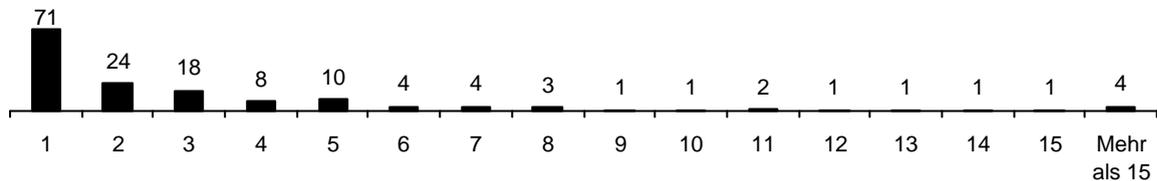
### Allergien bei den Patienten (N=157)

123 Patienten (79%) gaben keine Allergie an, 9 (6%) wurden nicht erfasst bzw. machten keine Angabe. Die angegebenen Allergien verteilen sich wie in der Tabelle dargestellt.

➤ Medikamente	Antibiotika	4
	ASS	1
	Neuroleptika	1
➤ Sonstige Allergene	Nickel	8
	Pollen	7
	Hausstaub	1
	Tierhaare	4
	Erdbeeren	23
	Bienengift	1
	Kobalt	1
	Duftstoffe	1
Desinfektionsmittel	1	

### Auswertung des Erhebungsbogens „Aktueller Besuch“

Anzahl der Besuche pro Patient (N=157)



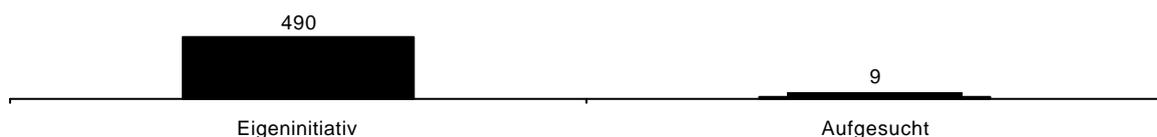
47% der wohnungslosen Patienten besuchten den Bus im Erhebungszeitraum nur einmal, 53% mehr als einmal, 37% mehr als zweimal, 26% mehr als dreimal, 20% mehr als viermal, 13% mehr als fünfmal, 6% mehr als zehnmals und 3% kamen mehr als fünfzehnmal zum Gesundheitsbus. Der Durchschnitt liegt bei 3 (3,24) Besuchen (Standardabweichung 4,14).

Behandlungen pro Arzt (N=495)



Die medizinische Betreuung der Patienten fand in erster Linie durch zwei hauptamtlich beschäftigte Ärztinnen statt. Die erste Ärztin behandelte von Juni 1997 bis Ende der Ersten Novemberwoche 1997 (23 Wochen) 158 wohnungslose Patienten (32%) was 6,89 Patientenkontakte pro Woche entspricht. Ab diesem Zeitpunkt bis Ende Januar 1998 (14 Wochen) behandelte die zweite Ärztin 310 Patienten (63%), d.h. 32 Patienten pro Woche. 27 Patienten (5%) wurden im Gesamtzeitraum, während Krankheit oder Urlaub der hauptamtlichen Kräfte, durch ehrenamtlich tätige Ärzte versorgt.

Zustandekommen der medizinischen Hilfe (N=495)



490 mal (99%) haben die behandelten Patienten den Gesundheitsbus an seinen verschiedenen Standorten eigenständig erreicht, 9 Patienten (1%) sind vom Gesundheitsbus aufgesucht worden.

Bekanntheit des Gesundheitszustands (N=495)



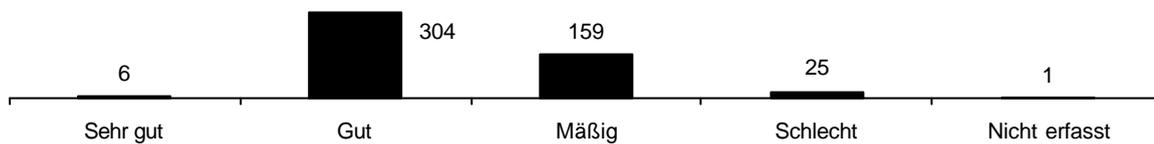
Bei 247 Patienten (50%) war der Gesundheitszustand nicht bekannt, 247 mal war er bekannt, d.h. es handelte sich um einen Wiederholungsbesuch. Bei den Wiederholungsbesuchen hatte sich 165 mal der Gesundheitszustand verbessert (67%), 62 mal war er gleich (25%) und 20 mal hatte sich der Gesundheitszustand verschlechtert (8%).

Einschätzung des Allgemeinbefindens durch den Patienten (N=495)



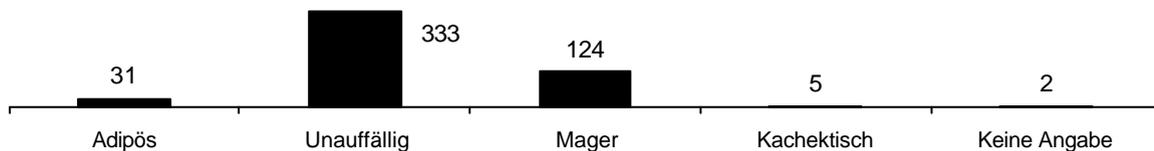
Auf einer Skala von 1 – 4 (Sehr gut – gut – mäßig – schlecht) bezeichneten 20 Patienten (4%) ihren Allgemeinzustand als sehr gut, 261 Patienten (53%) als gut, 142 Patienten (29%) als mäßig und 71 Patienten (14%) als schlecht. 1 mal wurde keine Angabe gemacht. Der Mittelwert lag bei einem Skalenwert von 2,53 (Standardabweichung 0,79)

Fremdeinschätzung des Allgemeinbefindens durch den Arzt (N=495)



Auf einer Skala von 1 – 4 (Sehr gut – gut – mäßig – schlecht) bezeichnete der behandelnde Arzt den Allgemeinzustand bei 6 Patienten (1%) als sehr gut, bei 304 Patienten (61%) als gut, bei 159 Patienten (32%) als mäßig und bei 25 Patienten (5%) als schlecht. 1 mal wurde keine Angabe gemacht. Der Mittelwert lag bei einem Skalenwert von 2,41 (Standardabweichung 0,61)

Beurteilung des Ernährungszustandes durch den behandelnden Arzt (N=495)



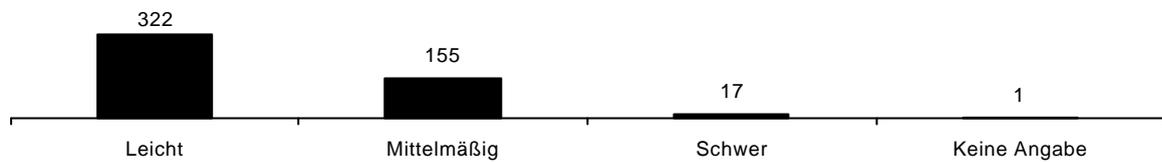
Auf einer Skala von 1 – 4 (Adipös – unauffällig – mager – kachektisch) bezeichnete der behandelnde Arzt den Ernährungszustand bei 31 Patienten (6%) als adipös, bei 333 Patienten (67%) als unauffällig, bei 124 Patienten (25%) als mager und bei 5 Patienten (1%) als kachektisch. 2 mal wurde keine Angabe gemacht.

Beurteilung des Gesundheitszustandes durch den behandelnden Arzt (N=495)



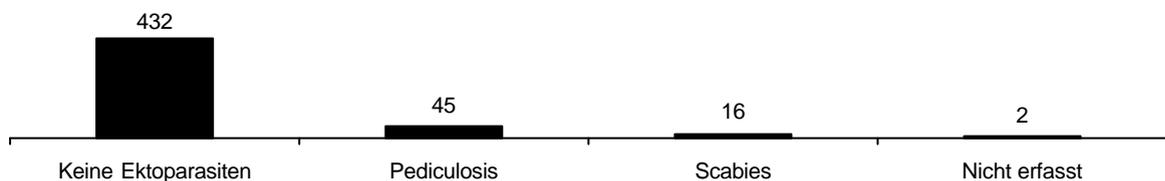
Auf einer Skala von 1 – 3 (Gesund – kränklich – krank) bezeichnete der behandelnde Arzt den Gesundheitszustand bei 234 Patienten (47%) als gesund, bei 252 Patienten (51%) als kränklich, bei 8 Patienten (2%) als krank. 1 mal wurde keine Angabe gemacht. Der Skalenmittelwert lag bei 1,54 und die Standardabweichung bei 0,53.

### Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung durch den behandelnden Arzt (N=495)



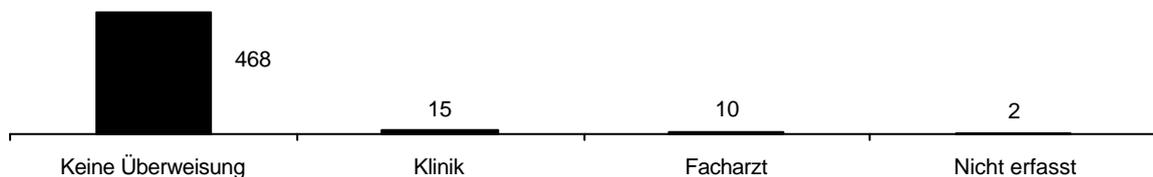
Auf einer Skala von 1 – 3 (Leicht – mittelmäßig – schwer) bezeichnete der behandelnde Arzt den Schweregrad der Erkrankung bei 322 Patienten (65%) als leicht, bei 155 Patienten (31%) als mittelmäßig und bei 17 Patienten (3%) als schwer. 1 mal wurde keine Angabe gemacht. Der Skalenmittelwert lag bei 1,38 und die Standardabweichung bei 0,55.

### Ektoparasitenbefall bei den Patienten (N=495)



Bei 432 Patientenkontakten (87%) wurde kein Ektoparasitenbefall festgestellt. 61 mal (12%) wurde ein Befall mit Ektoparasiten bei der Untersuchung festgestellt. Hierbei handelte es sich 45 mal (74%) um Kopf- und Kleiderläuse und 16 mal (26%) um Scabies. 2 mal wurde keine Angabe gemacht.

### Überweisung der Patienten (N=495)



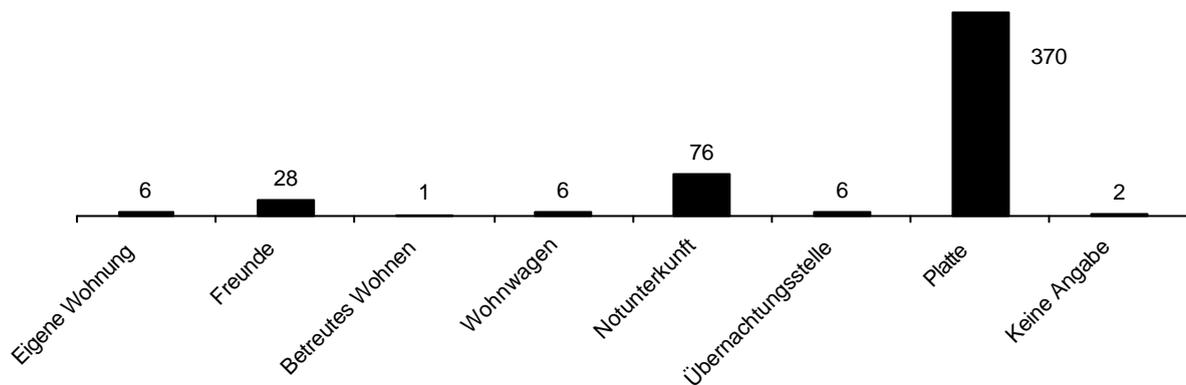
Bei 468 Patientenkontakten (95%) wurde kein Patient an einen anderen Arzt bzw. in ein Krankenhaus überwiesen. Bei 15 Patientenkontakten (3%) wurde eine Klinikeinweisung und bei 10 Patienten (2%) zum niedergelassenen Kollegen (meist Radiologie) notwendig. 2 mal wurden keine Angaben gemacht.

### Blutdruck (N=245)

Bei 245 Patientenkontakten wurde beim Erstbesuch der Blutdruck des Patienten erfasst. Die Einteilung der Blutdruckwerte (RR) erfolgt gemäß World Health Organisation (WHO) in Normotonie (RR unter 140/90), Grenzwerthypertonie (RR zwischen 140/90 und 160/90) und Hypertonie (RR > 160/90). Die Blutdruckmessung erfolgte mittels manueller Messung über eine Armmanschette nach Riva-Rocci und ergab für

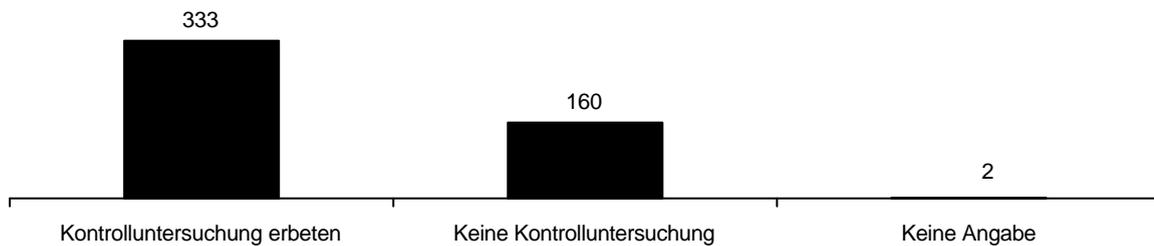
- 102 Patienten Normotone Werte
- 35 Patienten Grenzwerthypertonie
- 6 Patienten Hypertonie

Übernachtungsstatus zum Zeitpunkt der Behandlung (N=495)

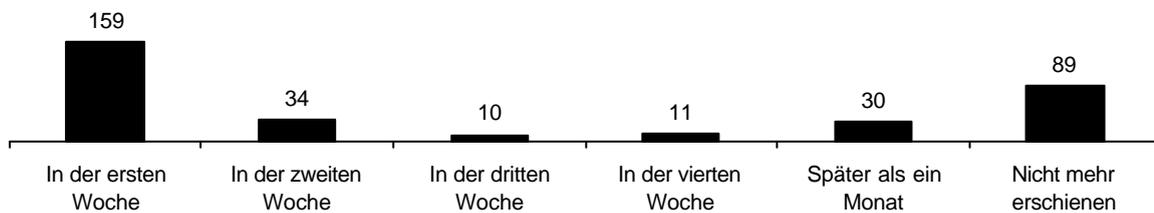


Zum Zeitpunkt der Behandlung lebten 75% der Patienten (370) auf der Straße („machten Platte“). 76 Patienten (15%) lebten in Notunterkünften, 6 Patienten nächtigten in einer Übernachtungsstelle (1%). 6 Patienten gaben an in der eigenen Wohnung zu leben (1%), 28 lebten bei Freunden und Bekannten (6%). 1 Patient machte die Angabe betreutes Wohnen (<1), 6 Patienten wohnten in Wohnwagen (1%), 2 Patienten machten keine Angabe.

Einbestellung zur Kontrolluntersuchung und Wiedervorstellung am Termin (N=495)

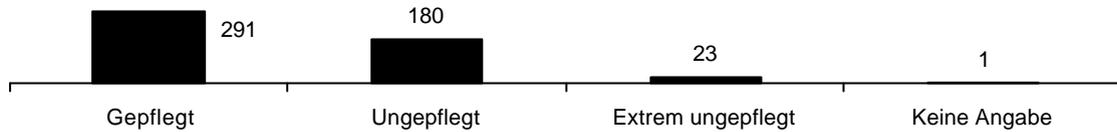


160 mal (32 %) sah der behandelnde Arzt keinen Anlaß den Patienten wieder einzubestellen. Bei 333 Patientenkontakten (68%) wurde der Patient gebeten sich mit seinem Befund innerhalb einer Woche wiedervorzustellen. 2 mal wurden hier keine Angaben gemacht.



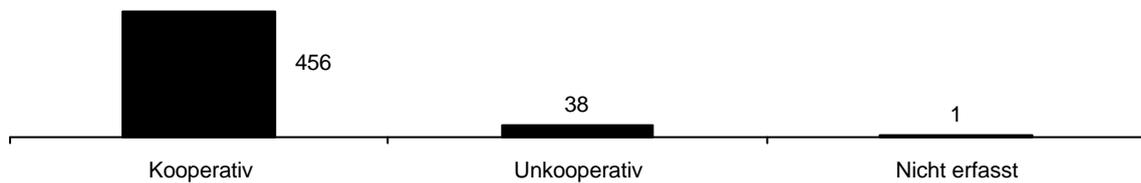
159 Patienten (48%) sind tatsächlich in der ersten Woche nach der Erstuntersuchung zur Wiedervorstellung erschienen. Weitere 34 Patienten (10%) sind 2 Wochen später, 10 Patienten (3%) 3 Wochen später und 11 Patienten (3%) 4 Wochen später am Gesundheitsbus erschienen. Länger als 1 Monat zur Wiedervorstellung brauchten 30 Patienten (9%). 89 Patienten (27%) sind nicht mehr zur Wiedervorstellung erschienen.

Einschätzung des Pflegezustandes des Patienten durch den behandelnden Arzt (N=495)



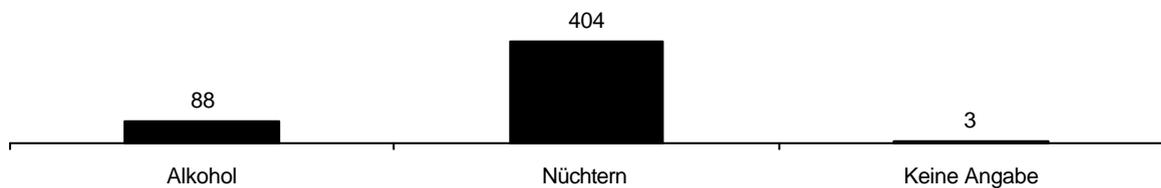
291 mal gepflegter Zustand (59%), 180 mal ungepflegt (36%) und 23 mal extrem ungepflegt (5%). 1 mal wurde keine Angabe gemacht.

Einschätzung der Kooperation des Patienten durch den behandelnden Arzt (N=495)



456 Patienten (92%) wurden als kooperativ bezeichnet und 38 (8%) als unkooperativ. 1 mal war die Kooperation des Patienten nicht erfasst.

Einschätzung der Alkoholisierung des Patienten durch den behandelnden Arzt (N=495)

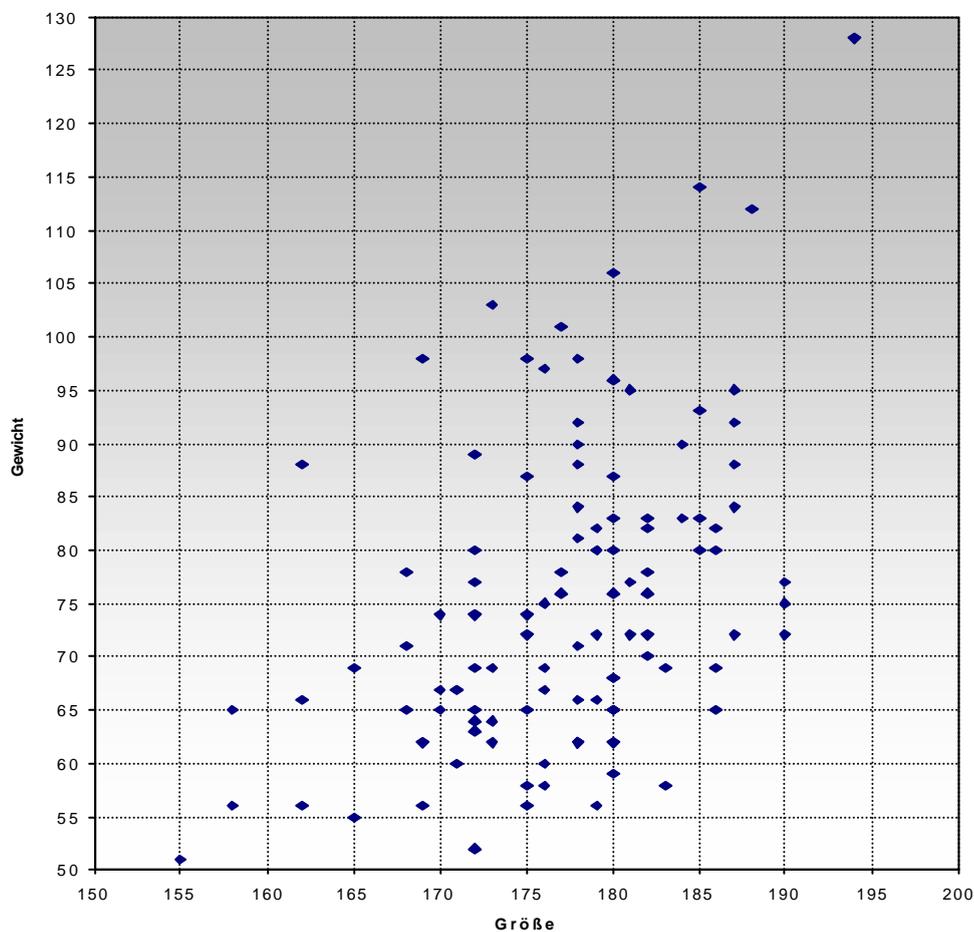


Bei 404 Patientenkontakten (82%) waren die Patienten bei der Behandlung nüchtern. 88 Patientenkontakte erfolgten bei alkoholisiertem Zustand der Patienten (18%). 3 mal wurde hier keine Angabe gemacht.

### Größe und Gewicht (N=110)

Bei 110 Patienten wurde Körpergröße und Gewicht bestimmt. Der Vergleich mit der Fogarty -Tabelle zur Bestimmung des adäquaten Körpergewichtes ergibt, daß 10 Patienten adipös, 10 Patienten übergewichtig und 90 Patienten normalgewichtig sind. Demnach war keiner der Patienten untergewichtig. Bei den restlichen Patienten wurden keine Angaben zum Gewicht gemacht, da die zur Verfügung stehende Waage für einen gewissen Zeitraum defekt war und somit für Messungen nicht zur Verfügung stand. Abb. 6.1. Zeigt die gemessenen Körpergewichte in Relation zur Körpergröße.

Abb. 6.1.: Körpergewicht und Körpergröße bei 110 wohnungslosen Patienten



### Diagnosen

Akute Bronchitis	9
Akute Gastritis	4
Akute Gastroenteritis	3
Allergisches Exanthem	3
Angina tonsillaris	5
Asthma bronchiale	4
Bursitis	1
Chronische Bronchitis	1
Chronische Gastritis	3
Chronische Rhinitis	1
Depression	2
Diabetes mellitus	1
Erfrierung beide Füße	1
Ektoparasiten	10
Epilepsie	1
Exanthem	1
Gerstenkorn	1
Hämorrhoiden	1
Herpes simplex	1
Inkontinenz	1
Intercostale Neuralgie	1
Koronare Herzkrankheit	3
Konjunktivitis	2
Kopfschmerz	1
Leistenhernie	1
Lumbago	1
Mykose	1
Pneumonie	1
Polyneuropathie	1
Prellung, Verstauchung	12
Psoriasis	1
Sonnenstich	1
Thrombophlebitis Bein	1
Ulcus cruris	3
Varikosis	2
Fraktur	2
Sodbrennen	1
Wunden	66
Zahnschmerzen	2

### Sonstige Befunde

Arterielle Hypertonie	6
Asthma bronchiale	3
Brandwunde	1
Diabetes mellitus	2
Epileptiker	3
Erkältung	1
Gehhilfe, Z. n. Oberschenkel-Operation	1
Hallux vagus	2
Hautmykose	2
Herzinsuffizienz	1
Ektoparasiten	14
Psychisch auffällig	3
Schlechter Zahnstatus	1
Wunde	7
Entzug	1
Von Freund geschlagen	1

## 7. Diskussion der Ergebnisse

### Entwicklung der Behandlungszahlen des Gesundheitsbusses

Ab Februar 1996 bot der Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ sein medizinisches Angebot zunächst in einer „Probephase“ unter eingeschränkten Rahmenbedingungen an (s. Kapitel 4.). Die Patientenkartei des Gesundheitsbusses umfaßte seit dem ersten Einsatz am 21.02.1996 bis Ende Mai 1997 288 verschiedene Patienten. Insgesamt fanden im o.g. Zeitraum 699 dokumentierte Behandlungen statt; im Durchschnitt besuchten zwischen 43 und 44 Patienten den Gesundheitsbus pro Monat. Die Abweichungen und Schwankungen der behandelten Patienten im Monat um den Durchschnitt waren in erster Linie durch eine unterschiedliche Anzahl von Behandlungstagen pro Monat bedingt. So gab es z. B. in den beiden Monaten mit den geringsten Patientenkontakten nur 2 (Februar 1996) bzw. 3 (Dezember 1996) Besuchstermine, in den anderen Monaten waren es mindestens 4 und im Oktober 1996, dem Monat mit den meisten Patientenkontakten, 5 Behandlungstermine. Die Zahl der Patientenkontakte an den Behandlungstagen entwickelten sich also schon in der Anfangszeit positiv und machten den Bedarf an medizinischer Versorgung deutlich.

Der Verein sah in den steigenden Patientenzahlen eine Bestätigung der eigenen Arbeit und die Notwendigkeit für eine Weiterführung und Ausweitung des Projektes gegeben. Die Konsequenz war, auch in Zusammenhang mit sich verbessernden Rahmenbedingungen (Gewährung von ABM-Stellen durch das Arbeitsamt, Kauf eines eigenen Gesundheitsbusses, etc.) eine deutliche Erweiterung des Versorgungsangebotes (s. Kapitel 4.). Nach Abschluß der Probephase und mit der Ausweitung des Angebotes fand ab dem 02.06.1997 bis zum 31.01.1998 die Erhebung der Daten für die vorliegende Dissertation statt (s. Kapitel 5.). In diesem Zeitraum wuchs, mit einem fast täglichen Angebot an verschiedenen Standorten in der Düsseldorfer Innenstadt, sowohl die Zahl der Patienten als auch die der Behandlungen. Der Gesundheitsbus wurde also öfter und von mehr Patienten in Anspruch genommen. Insgesamt umfaßte die Patientenkartei bis zum Abschluß der Erhebung Ende Januar 1998 492 verschiedene Patienten. Im Zeitraum der Erhebung besuchten 286 verschiedene Patienten den Gesundheitsbus und es fanden 773 dokumentierte Behandlungen statt, was durchschnittlich zwischen 96 und 97 Patientenkontakte pro Monat entspricht. Es kam durch die Erweiterung des Angebotes zu mehr als einer Verdoppelung der Behandlungen pro Monat.

Die seit Beginn des Projektes steigenden Behandlungszahlen zeigen, daß ein großer Teil von Patienten in Düsseldorf das medizinische Angebot des Vereins „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ nutzt, und daß der Bedarf an einem medizinischem Angebot in der Form, in der sie vom Verein angeboten wird, vorhanden ist. Aus der teilnehmenden Beobachtung läßt sich bestätigen, daß der Gesundheitsbus bei den Wohnungslosen in Düsseldorf einen hohen Stellenwert in der allgemeinen Versorgung besitzt. Die meisten der behandelten Patienten und viele Wohnungslose in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, brachten immer wieder zum Ausdruck, wie wichtig der Gesundheitsbus für sie sei und daß ein solches Angebot in Düsseldorf bis zu diesem Zeitpunkt gefehlt habe. Bei einer Umfrage im Dezember 1995 unter den Besuchern der „Tagesstätte für Wohnungslose der Diakonie Düsseldorf“, wurde vor der Existenz des Vereins „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“, als Grund für den Besuch der Tagesstätte zu 8 Prozent die Wundversorgung/ärztliche Behandlung angegeben. Im März 1997 war dieser Grund bei 15 Prozent der Befragten ausschlaggebend und 42 Prozent von den 180 Befragten gaben an das Angebot des Gesundheitsbusses auch zu nutzen (Diakonie Düsseldorf, 1997). Durch die Ausweitung des Angebotes auf verschiedene Tage in der Woche und weitere Standorte in der Düsseldorfer Innenstadt konnten im Verlauf auch Patienten das Angebot nutzen, die bislang nicht zum Gesundheitsbus gekommen waren.

Hinzu kommt, daß durch den Verein bewußt Standorte für den Gesundheitsbus gewählt wurden, an denen sich die Wohnungslosen ohnehin aufhielten (z.B. Tagesstätte „Rathausufer“, Altstadt-Armenküche). Damit konnten die Patienten das Angebot leichter in ihren Tagesablauf integrieren und viele sonst möglicherweise den Arztbesuch verhindernde Hürden im Vorfeld ausgeräumt werden. Der Begriff eines niederschweligen medizinischen Versorgungsangebotes rückte so in den Vordergrund; eine Zielsetzung die sich der Verein von Beginn an gesetzt hatte und offensichtlich auch verwirklichen konnte. Insgesamt kann man feststellen, daß sich die Behandlungszahlen seit Beginn des Projektes positiv entwickelten und es zu einer Etablierung des Projektes mit sich ständig verbessernden Rahmenbedingungen kam. Die sich verbessernden Rahmenbedingungen wiederum führten zur Ausweitung des Angebotes, so daß immer mehr Patienten vom Angebot profitieren konnten. Der Verein mit seinem Versorgungsangebot hat sich unter den Wohnungslosen in Düsseldorf als neue Versorgungseinrichtung für medizinische Hilfeleistungen etabliert und wird von den Betroffenen akzeptiert und genutzt.

### **Nicht wohnungslose Patienten als besondere Teilgruppe der behandelten Patienten**

Obwohl es sich beim Verein um ein Projekt zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen handelt, nahmen im Zeitraum der Untersuchung auch 38 Prozent der Patienten das Angebot des Gesundheitsbusses in Anspruch, die scheinbar über eigenen Wohnraum verfügten oder in anderen Wohnverhältnissen untergebracht waren. „Nur“ 62 Prozent der Patienten gaben an, über keinen eigenen Wohnraum zu verfügen und auf der Straße zu leben. Man kann mehrere Ursachen dafür in Erwägung ziehen, warum auch Menschen den Gesundheitsbus in Anspruch genommen haben, die nicht wohnungslos sind. Ein Grund ist sicherlich in der Wahl der Standorte des Gesundheitsbusses zu sehen. So wurden durch den Verein aus mehreren Gründen bewußt Standorte gewählt, an denen sich Wohnungslose in der Düsseldorfer Innenstadt ohnehin aufhalten, wie z.B. die „Altstadt-Armenküche“ oder die „Tagesstätte Rathausufer“. Diese Einrichtungen werden zum größten Teil von Wohnungslosen besucht, aber auch andere sozial benachteiligte Gruppen (Sozialhilfeempfänger, „Punker“, Drogenabhängige u.a.) nehmen die Angebote dieser Einrichtung wahr. So gaben z.B. in der bereits zitierten Besucherbefragung der Tagesstätte für Wohnungslose im März 1997 nur 38 Prozent der Befragten an, auf der Straße zu leben. Der Rest hingegen war in mietvertraglich gesicherten Unterkünften, Heimen, Obdachlosenasylen, Nachtunterkünften oder bei Bekannten untergekommen (Diakonie Düsseldorf 1997). Man muß annehmen, daß neben den Wohnungslosen auch diese große Gruppe die Gelegenheit nutzte, das Angebot einer niederschweligen und unkomplizierten medizinischen Versorgung an einem Standort wahrzunehmen, an dem man sich ohnehin aufhält.

Der Besuch des Gesundheitsbusses ist in diesem Fall sicher leichter und bequemer als der „aufwendige“, evtl. mit mehr Weg, Zeit und Mühen verbundene, Besuch eines sonstigen Arztes. Es ist aber auch denkbar, daß es neben den Wohnungslosen andere sozial benachteiligte Gruppen in der Gesamtbevölkerung gibt, die den Gang zum niedergelassenen Arzt scheuen bzw. nicht vom regulären medizinischen Versorgungssystem erfaßt werden und daß der Gesundheitsbus auch für diese Gruppe ein notwendiges Angebot darstellt. Als Konsequenz aus der Tatsache, daß mehr als ein Drittel der Patienten des Gesundheitsbusses nicht auf der Straße lebt, muß man daher überlegen, ob die Zielgruppe des Vereins, aber auch der anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, richtig definiert ist. Es resultiert die Frage, ob im bundesdeutschen Gesundheitssystem nicht generell ein niederschwelliges medizinisches Versorgungsangebot notwendig ist, das neben der akuten Versorgung, als Bindeglied zwischen dem Regelsystem der medizinischen Versorgung und scheinbar nicht an diesem Regelsystem partizipierenden Gruppen fungiert, da ein offensichtlicher Bedarf besteht. Da sich die vorliegende Dissertation mit der medizinischen Versorgung Wohnungsloser beschäftigt, wurde die Population der „Nicht-Wohnungslosen“ im Folgenden bei den Darstellungen der Daten nicht berücksichtigt, sondern lediglich die Daten der 157 wohnungslosen Patienten.

### **Dauer der Wohnungslosigkeit bei den behandelten wohnungslosen Patienten**

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung lebte fast ein Drittel der wohnungslosen Patienten weniger als ein Jahr auf der Straße, ein weiteres Drittel war jedoch 5 Jahre und länger wohnungslos. Einige der Patienten lebten sogar bereits seit über 20 Jahren auf der Straße. Die Patienten des Gesundheitsbusses unterschieden sich hinsichtlich der Dauer ihrer Wohnungslosigkeit demnach deutlich. Während es einen Großteil gab, der erst einen relativ kurzen Zeitraum auf der Straße verbracht hat, war eine andere große Gruppe schon lange Zeit wohnungslos. Auffällig ist dabei, daß es sowohl junge Patienten gibt, die relativ lange wohnungslos sind, als auch alte Patienten die erst seit kurzer Zeit auf der Straße leben; zwischen dem Alter und der Dauer der Wohnungslosigkeit gibt es also keinen signifikanten Zusammenhang.

### **Gründe für die Wohnungslosigkeit bei den behandelten wohnungslosen Patienten**

Als Grund für die Wohnungslosigkeit wurden in erster Linie persönliche bzw. familiäre Konflikte oder Schicksalsschläge genannt, seltener wurden finanzielle Probleme, Mietkündigungen, Arbeitslosigkeit und Haftentlassungen als Grund für das Leben auf der Straße angegeben. Diese Ergebnisse entsprechen den bereits dargestellten Untersuchungen von Koch und Ruhstrat, nach denen alleinstehende Wohnungslose, im Gegensatz zu Obdachlosen, in den meisten Fällen ihre Wohnung auf Grund von Schicksalsschlägen und biographischen Brüchen verloren haben (Koch et al, 1993). Auch Trabert stellt im Rahmen seiner Dissertation eine ähnliche Nennung sogenannter „Life-events“ fest und Tod des Ehepartners sowie Scheidung bzw. eheliche Trennung stehen auch hier an erster Stelle als Grund für die Wohnungslosigkeit. Er kommt zu dem Schluß, daß die individuelle (ungenügende) Bewältigung von bedeutenden Lebensereignissen bei vielen alleinstehenden Wohnungslosen entscheidend für die Wohnungslosigkeit, aber auch für die körperliche Gesundheit/Krankheit zu sein scheint (Trabert, 1990). Besonders die Flucht in die Droge Alkohol scheint bei den Bewältigungsmechanismen der betroffenen Wohnungslosen eine entscheidende Rolle zu spielen, wenn man berücksichtigt wie viele der behandelten Patienten angeben täglich Alkohol zu konsumieren.

### **Frauen als besondere Teilgruppe der behandelten wohnungslosen Patienten**

Nach Schätzungen der BAG Wohnungslosenhilfe sind 10 Prozent der auf der Straße lebenden Menschen in Deutschland Frauen. In der vorgelegten Studie liegt der Frauenanteil an den wohnungslosen Patienten des Gesundheitsbusses mit 6 Prozent nur gering unter diesen Schätzungen. Die Gründe für den geringen Frauenanteil unter den Wohnungslosen sind bereits in Kapitel 3.3.4. beschrieben. Daß der Anteil der weiblichen Patienten an der Gesamtzahl der wohnungslosen Patienten des Gesundheitsbusses etwas geringer ist, könnte in der Tatsache begründet sein, daß in Düsseldorf der Frauenanteil unter den Wohnungslosen ohnehin etwas niedriger liegt oder aber darin, daß Hilfseinrichtungen für Wohnungslose in der Regel seltener von Frauen in Anspruch genommen werden. Da der Gesundheitsbus sein medizinisches Angebot in der Regel an Standorten der Wohnungslosenhilfe angeboten hat, würde sich hierdurch der geringe Frauenanteil erklären; ebenso könnten auch die Schätzungen der BAG Wohnungslosenhilfe zu hoch angesetzt sein. Unerklärlich ist der geringe Frauenanteil unter den Patienten insofern, da die behandelnden Ärzte im Untersuchungszeitraum bis auf wenige Urlaubsvertretungen Frauen waren und eine Hemmschwelle für weibliche Patienten das Angebot wahrzunehmen dadurch abgebaut sein sollte.

### Altersstruktur und besondere Altersgruppen bei den behandelten wohnungslosen Patienten

Das Durchschnittsalter der wohnungslosen Patienten liegt zwischen 39 und 40 Jahren. Ein Studie bei 265 Wohnungslosen in München kommt mit einem Durchschnittsalter von 44 bis 45 Jahren zu einem vergleichbaren Wert (Fichter et al, 2000). Auch Ergebnisse aus der Befragung von Besuchern der „Tagesstätte für Wohnungslose der Diakonie Düsseldorf“ ergab eine ähnliche Altersverteilung wie bei den Patienten des Gesundheitsbusses (Diakonie Düsseldorf, 1997). (Abb. 7.1.)

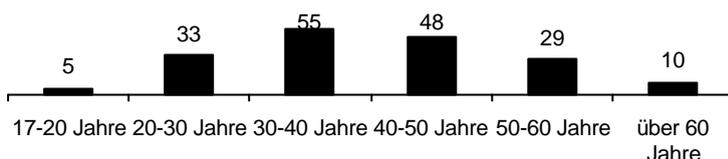


Abb. 7. 1.:  
Altersstruktur von 180 Befragten der  
„Tagesstätte Rathausufer“ im Zeitraum  
03. Bis 09. März 1997

Aus der Altersverteilung der wohnungslosen Patienten und aus der teilnehmenden Beobachtung lassen sich einige besondere Gruppen unter den Patienten ausmachen:

- **Kinder:** Hierbei handelt es sich in erster Linie um Kinder, deren Eltern den Bus ebenfalls als Patienten besuchten.
- **Jugendliche:** Diese sind fast ausschließlich einer Gruppe von Punkern zuzuordnen, die sich in der Düsseldorfer Altstadt aufhalten. Hinzu kommen jugendliche Drogenabhängige.
- **Jüngere und ältere Erwachsene:** Auch hier ist ein Teil der Patienten der Punker- oder Drogenszene zuzuordnen. Der größte Teil der Patienten sind alleinstehende Wohnungslose, aber auch Patienten, die sich als sozial Benachteiligte in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wie der Altstadt-Armenküche oder der Tagesstätte “Rathausufer” aufhalten.

Bei der Altersverteilung der wohnungslosen Patienten fällt auf, daß diese nicht der Altersverteilung in der Gesamtbevölkerung entspricht. (s. Abb. 7. 2., Quelle: Bundesamt für Statistik. www.statistik-bund.de. Stand 03/2000). Besonders Patienten ab dem Rentenalter sind deutlich unterrepräsentiert, was folgende Gründe haben könnte:

- Ältere Wohnungslose haben das Hilfsangebot des Vereins nicht genutzt oder waren nicht in der Lage den Gesundheitsbus zu erreichen.
- Das Leben auf der Straße wird im Alter so beschwerlich bis unmöglich, daß die Wohnungslosen im Alter vermehrt auf institutionelle Hilfseinrichtungen und Heime ausweichen.
- Es gibt weniger Wohnungslose, die das Rentenalter erreichen, da sie unter Umständen eine höhere Morbidität und Mortalität als die Gesamtbevölkerung aufweisen.
- Ältere Wohnungslose nutzen aus bestimmten Gründen die Einrichtungen, an denen der Gesundheitsbus seinen Standort wählte, nicht und haben aus den gleichen Gründen den Gesundheitsbus gemieden.

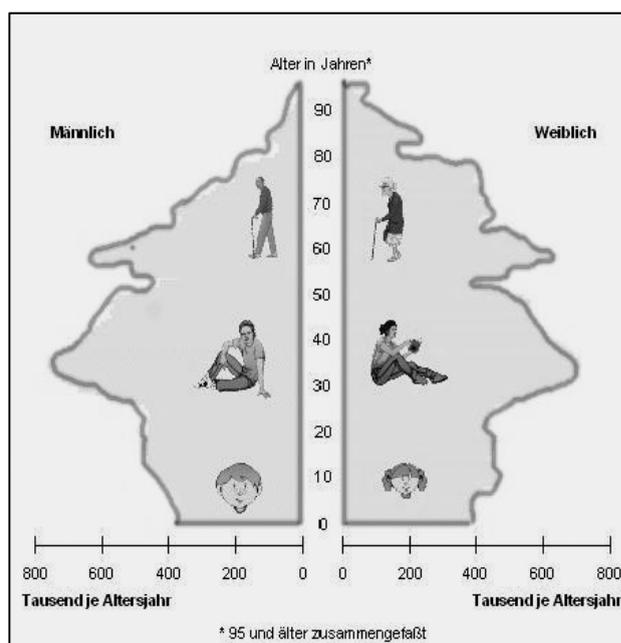


Abb. 7.2.: Die Alterspyramide in der  
Bundesrepublik Deutschland

### Ausländer als besondere Teilgruppe der behandelten wohnungslosen Patienten

Scheint der Ausländeranteil an der Gesamtzahl der Patienten mit 6 Prozent auf den ersten Blick eher gering zu sein, so liegt dieser nur gering unter dem Ausländeranteil von 10 Prozent an der Gesamtbevölkerung (Abb. 7.4., Quelle: Bundesamt für Statistik. [www.statistik-bund.de](http://www.statistik-bund.de). Stand 03/2000). Ausländer scheinen demnach, was die Wohnungslosigkeit betrifft, in unserer Gesellschaft keine besondere Benachteiligungen zu erfahren.

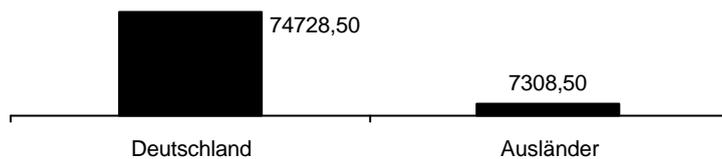


Abb. 7. 3.: Anteil der Ausländer an der Gesamtbevölkerung Ende 1998 in Tausend

### Versicherungsstatus der behandelten wohnungslosen Patienten

Was den Versicherungsstatus der Patienten betrifft, mußte festgestellt werden, daß zwei Drittel der Patienten bei der Behandlung keinen Nachweis über die Übernahme von Behandlungs- und Folgekosten erbringen konnten, sei es durch eine bestehende Krankenversicherung oder über das Sozialamt. Diese Patienten wurden zur Behandlung mit Hilfe eines kurzen Formulars des Sozialamtes erfaßt und über ein bestehendes Abkommen mit dem Sozialamt abgerechnet. Somit war eine Behandlung auch bei solchen Patienten gewährleistet, die keine Sozialhilfe bezogen und die Übernahme durch einen Kostenträger nicht gesichert war. Durch dieses vereinfachte Verfahren konnten alle erbrachten Leistungen des Vereins abgerechnet werden, und Patienten ohne Nachweis eines Kostenträgers mußten nicht abgewiesen werden bzw. die medizinisch erbrachte Hilfeleistung wurde auch in einem solchen Falle honoriert. Gleichzeitig wurde den nicht krankenversicherten Patienten eine entscheidende Hürde, nämlich der Gang zum Sozialamt, abgenommen und somit der Zugang zur medizinischen Versorgung erleichtert. Durch diese Vereinbarung konnte besonders der Aspekt des niederschweligen medizinischen Angebotes unter gleichzeitiger Wahrung der Abrechnung aller medizinischen Leistungen gewährleistet werden.

Der Versicherungsstatus der Patienten ist abhängig von vielen der anderen untersuchten Faktoren. So gaben 67 Prozent der Patienten, die keinen Nachweis über eine Kostenübernahme erbringen konnten, an, keine Bezugsperson zu haben und 64 Prozent der nicht versicherten Patienten hätten im Behandlungsfall keine medizinische Versorgung. Es scheint demnach einen Zusammenhang zu geben zwischen dem Verlust sozialer Bindungen und dem Grad der Einbindung in das etablierte Gesundheits- und Versicherungssystem.

Neben dem Grad der sozialen Bindung scheint auch der chronische Alkoholkonsum eine Rolle für den Versicherungsstatus zu spielen, denn während 54 Prozent der Drogenkonsumenten über eine Krankenversicherung verfügten, konnten 61 Prozent der Patienten die regelmäßig (täglich) Alkohol konsumieren, keinen Nachweis über eine Krankenversicherung erbringen. Abhängig war der Versicherungsstatus auch vom Alter. Es fällt dabei auf, daß die wohnungslosen Patienten ab einem Alter von 50 Jahren eher keinen Versicherungsträger nachweisen können und zwar obwohl die Inzidenz von Alkoholabusus unter den wohnungslosen Patienten mit zunehmendem Alter tendenziell sinkt. Hinsichtlich der Dauer der Wohnungslosigkeit und dem Versicherungsstatus gab es keinen Zusammenhang. Ebenso ist die Tatsache einer Krankenversicherung nicht vom Schulabschluß abhängig.

### **Medizinische Versorgung der behandelten wohnungslosen Patienten im Erkrankungsfall**

Mehr als 60 Prozent der wohnungslosen Patienten gaben an, im Krankheitsfall keine medizinische Versorgung zu haben. Man kann daher vermuten, daß diese Patienten mit ihrem Besuchsanlaß keinen niedergelassenen Arzt oder ein Krankenhaus aufgesucht hätten. 72 Prozent dieser Patienten gaben auch an keine Bezugsperson zu haben. Diese Tatsache scheint den o.g. Schluß zu bestärken, daß die Etablierung in das geregelte Gesundheitssystem bei den Wohnungslosen stark davon abhängt, wie sehr noch soziale Bindungen vorhanden sind.

Ein Zusammenhang besteht, ähnlich dem Versicherungsstatus, zwischen Alkoholabhängigkeit und medizinischer Versorgung. So haben 59 Prozent der Patienten, die angaben täglich Alkohol zu konsumieren, keine medizinische Versorgung im Behandlungsfalle. Wie schon beim Versicherungsstatus gibt es auch keinen Zusammenhang zwischen der Dauer der Wohnungslosigkeit und der medizinischen Versorgung. Eine Beziehung ergibt sich aber zwischen dem Alter der Patienten und der medizinischen Versorgung. So überwiegt bei den jüngeren Patienten in der Altersgruppe unter 40 Jahren der Anteil der Patienten die keinen Arzt angeben, je älter die Patienten werden, um so eher ist jedoch die Wahrscheinlichkeit einer medizinischen Versorgung. Diese Tatsache erklärt sich aus der höheren Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen im Alter, steht jedoch im Widerspruch zu dem Umstand, daß die älteren wohnungslosen Patienten eher keinen Versicherungsträger nachweisen können als jüngere. Zwischen Schulbildung und medizinischer Versorgung besteht wie beim Versicherungsstatus kein signifikanter Zusammenhang. Wie in Kapitel 3.5.2. bereits ausgeführt wurde, ist die Inanspruchnahme eines Arztes bzw. ärztlicher Leistungen „in einem System der gesundheitlichen Versorgung, welches weitgehend dem Patienten die Initiative zur Inanspruchnahme überläßt“ von verschiedenen Einflüssen abhängig (Bedarf, begünstigende Bedingungen und disponierende Faktoren). Nach Hulka und Wheat werden dabei „sechs verschiedene idealtypische Verlaufskarrieren von Nachfragern bzw. Nichtnachfragern ... nach ärztlichen Leistungen“ unterschieden (Siegrist, 1988). Bei Wohnungslosen scheinen hierbei die „inaccessibility“ und die „underutilization“ im Vordergrund zu stehen .

### **Abhängigkeiten bei den behandelten wohnungslosen Patienten**

Um einen Vergleich zur Gesamtbevölkerung zu haben, wird den erhobenen Daten bei den wohnungslosen Patienten über Nikotin-, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, zur Einschätzung der Problematik zunächst jeweils eine Darstellung über den Umfang des Sucht- und Drogenproblems in der Bundesrepublik Deutschland, basierend auf dem Drogen- und Suchtbericht 1999 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, vorangestellt (Quelle: Bundesgesundheitsministerium. [www.bmggesundheits.de](http://www.bmggesundheits.de). Stand 04/2000).

- Nikotin: In der Bundesrepublik rauchen nach der letzten Erhebung 43 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen; hochgerechnet auf die 18 bis 59-jährige Bevölkerung sind das 18 Mio. Raucher. Im Vergleich dazu liegt der Anteil an Rauchern bei den wohnungslosen Patienten im Gesundheitsbus mit 90 Prozent ungleich höher.
- Alkohol: Starker Alkoholkonsum nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu; jedoch ist er nach einer Bundesstudie bei Männern mit 15 Prozent ca. doppelt so hoch wie bei Frauen mit 8 Prozent. Bei den wohnungslosen Patienten des Gesundheitsbusses konsumieren 65 Prozent regelmäßig (täglich) Alkohol.
- Drogen: Von den befragten 18 bis 59-jährigen Westdeutschen haben 14 Prozent zumindest einmal im Leben eine illegale Droge genommen, wobei der Anteil der Männer (17 Prozent) deutlich höher ist als der Frauen (11 Prozent). Der Anteil der Drogenkonsumenten unter den wohnungslosen Patienten des Gesundheitsbusses lag bei 24 Prozent.

Ähnliche Zahlen bezüglich Alkoholabhängigkeit mit 58 Prozent und Nikotinabusus mit 93 Prozent ergab auch eine Studie der Ludwigs-Maximilian-Universität München (Fichter et al, 2000). Lediglich die Zahl der Drogenabhängigen unter den wohnungslosen Patienten ist in Düsseldorf mit 24 Prozent deutlich höher als in München mit 4 Prozent. Auch in der Dissertation von Locher heißt es: „Ein Drittel der Wohnungslosen ist als alkoholkrank oder alkoholgefährdet einzuschätzen. Ein Drittel hat keine Alkoholprobleme. Manifeste Alkoholfolgekrankheiten sind relativ selten“ (Locher, 1990). Bei den Drogen- und den Alkoholabhängigen handelt es sich um größtenteils unterschiedliche Populationen, da mehr als 83 Prozent der alkoholabhängigen Patienten keine Drogen nehmen. Zwischen Alkoholkonsum und Nikotinabusus hingegen gibt es einen signifikanten Zusammenhang, denn 70 Prozent der Patienten die alkoholabhängig sind, sind auch Raucher und 64 Prozent der Patienten die angeben, nicht zu trinken, sind auch Nichtraucher; einen Zusammenhang zwischen Drogen- und Nikotinabusus gibt es hingegen nicht.

Insgesamt kann man sagen, daß sich die wohnungslosen Patienten durch ein überdurchschnittlich gesundheitsschädigendes Verhalten in Form von Nikotin- und Alkoholgenuß auszeichnen. Der Nikotin-, aber besonders auch der hohe Alkoholkonsum wirken sich hierbei auf zahlreiche Bereiche aus. So kommt es zu einer direkt schädigenden Wirkung der Noxen auf den Organismus und in der Folge zu einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko, mit Folgeerkrankungen wie z.B. Hypertonie, Cholesterinerhöhung, Bronchialkarzinom, irreversiblen Leberschäden und Schädigungen des Zentralnervensystems und des Herzens. Bei den wohnungslosen Patienten kam es zu Vergiftungen und Unfällen im alkoholisierten Zustand und nicht zuletzt wirkt sich gerade der chronische Alkoholabusus auch auf andere Bereiche aus und begünstigt soziale Isolation, Aggressivität, Verwahrlosung und Passivität. Zudem kann das Gesundheits- und Krankheitsverhalten beeinflusst werden (Siegrist, 1995).

### **Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei den behandelten wohnungslosen Patienten**

Entgegen sonstigen Publikationen (s. Kapitel 3.5.3.) wurden 84 Prozent der wohnungslosen Patienten von den behandelnden Ärzten des Gesundheitsbusses als nicht psychiatrisch auffällig beschrieben und nur 16 Patienten (10 Prozent) wurden als psychiatrisch auffällig beschrieben. Hier sei zum Vergleich noch einmal die Münchner Studie zur „Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen“ genannt. Die Autoren kommen hier auf einen Anteil von 73 Prozent psychiatrischer Erkrankungen zum Untersuchungszeitpunkt und eine Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen von 93 Prozent (Fichter et al, 2000). Allerdings werden sowohl bei dieser, als auch bei anderen Studien, Alkohol- und Drogenabhängigkeit in die psychischen Erkrankungen miteinbezogen, was die hohen Prävalenzraten erklärt. Zieht man in Betracht, daß unter den wohnungslosen Patienten des Gesundheitsbusses 65 Prozent angeben, täglich Alkohol zu konsumieren, 24 Prozent drogenabhängig sind und nur 19 Prozent weder Alkohol- noch Drogenabhängig sind, sind auch hier die Zahlen vergleichbar. Eine ebenfalls in Düsseldorf durch das Institut für kommunale Psychiatrie Solingen durchgeführte Untersuchung in Einrichtungen für Obdach- und Wohnungslose zeigte u.a.: 68 Prozent der dort betreuten Personen weisen eine Abhängigkeitserkrankung auf, 16 Prozent haben einen bisherigen oder bestehenden Kontakt zu psychiatrischen Einrichtungen, 23 Prozent zeigen Anzeichen für eine psychische Störung (Institut für Kommunale Psychiatrie, 1984).

Zusammenfassend sei festgestellt, daß sowohl das Vorhandensein einer psychischen Störung, als auch die Suchtmittel- und besonders die Alkoholabhängigkeit, maßgebliche Variablen des sozialen Handelns und des Krankheits- und Gesundheitsverhaltens darstellen. Da Suchtabhängigkeit und psychiatrische Erkrankungen unter den wohnungslosen Patienten überdurchschnittlich häufig anzutreffen sind, ist hier neben dem generellen Verlust sozialer Bindungen, eine der Hauptursachen für die fehlende Einbindung in das bestehende System der sozialen Absicherung einschließlich des etablierten Gesundheitssystems zu sehen.

### Schulabschlüsse der behandelten wohnungslosen Patienten

50 Prozent der wohnungslosen Patienten haben einen Hauptschulabschluß, 13 Prozent haben keinen Schulabschluß, 11 Prozent haben die Mittlere Reife, 2 Prozent die Fachhochschulreife und 10 Prozent das Abitur. Ähnliche Zahlen ergibt auch die bereits erwähnte Studie der Ludwig-Maximilian-Universität München bei 265 Wohnungslosen (9 Prozent ohne Schulabschluß, 52 Prozent Hauptschulabschluß) (Fichter et al, 2000). Beim Vergleich mit den Schulabsolventen im Schuljahr 1997/98 in der Bundesrepublik Deutschland fällt auf, daß der Anteil der Abiturienten unter den wohnungslosen Patienten des Gesundheitsbusses relativ gering ist (Abb. 7.4., Quelle: Bundesamt für Statistik. www.statistik-bund.de. Stand 04/2000).

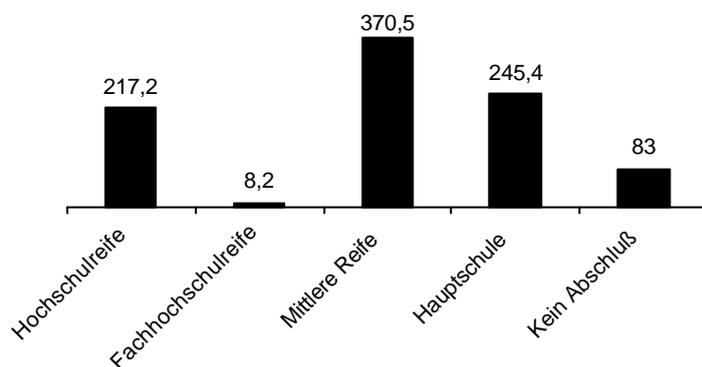


Abb. 7.4.: Absolventen/Absolventinnen nach Abschlußarten im Schuljahr 1997/98 in Tausend in der BRD

Absolventen höherer Bildungsgänge scheinen demnach ein größeres Risiko zu haben, in Lebensumstände zu geraten, welche eine Wohnungslosigkeit fördern oder auslösen. Möglicherweise steht jedoch auch die unterschiedliche Bewältigung von sozialen Konfliktsituationen in Abhängigkeit vom Bildungsgrad und ebenso der Zugang zu etablierten Hilffsystemen in unserer Gesellschaft. Sicherlich spielt auch der höhere gesellschaftliche Status durch eine entsprechende Bildung eine gewichtige Rolle bei der Unterstützung in Konfliktsituationen durch die Gesellschaft.

### Vorerkrankungen, Dauerdiagnosen und Medikamenteneinnahme bei den behandelten wohnungslosen Patienten zum Zeitpunkt der Erstaufnahme

Bezüglich der anamnestisch erhobenen Vorerkrankungen bzw. Dauerdiagnosen fällt auf, daß besonders Unfälle und ihre Folgen, wie z.B. Frakturen, im Vordergrund stehen. An zweiter Stelle folgen Erkrankungen der Gastrointestinaltraktes, die in Zusammenhang mit dem nicht unerheblichen Alkoholabusus unter den Patienten gesehen werden müssen. Der chronische Alkoholgenuß ist sicherlich auch Ursache für die große Anzahl an Anfallsleiden. An Platz drei und vier stehen Erkrankungen der Atemwege und des Herz-Kreislaufsystems. An dieser Stelle sollen noch einmal vergleichende Ergebnisse einer Studie der Ludwigs-Maximilian-Universität München aufgeführt werden. Auch in dieser Studie wurden Komorbiditäten in Folge von gehäufter Alkoholabhängigkeit vermehrt beobachtet. Auch hier weisen die „untersuchten Obdachlosen (Anmerkung: Gemeint sind Wohnungslose !)" relativ viele Operationen, Amputationen und Frakturen auf“ (Fichter et al, 2000). Obwohl viele der Patienten eine behandlungsbedürftige Erkrankung aufweisen, war auffällig, daß nur sehr wenige Patienten eine Dauermedikation einnehmen. Fast 80 Prozent der wohnungslosen Patienten nehmen keine Medikation ein. Diese Tatsache könnte auf eine mangelnde medizinische Versorgung einerseits und eine unzureichende „Compliance“ bzw. fehlende Möglichkeit der Patienten ärztliche Verordnungen einzuhalten hinweisen.

### **Wohnstatus zum Zeitpunkt der Behandlung**

Von den Patienten die im ersten Erhebungsbogen angegeben hatten wohnungslos zu sein, lebten zum Zeitpunkt der Behandlung 75 Prozent auf der Straße („machten Platte“), 15 Prozent lebten in Notunterkünften, je 1 Prozent nächtigte in einer Übernachtungsstelle, gab an in der eigenen Wohnung zu leben oder wohnte in einem Wohnwagen. 6 Prozent gaben an bei Freunden und Bekannten zu wohnen. Der Wohnstatus hat in wenigen Fällen gewechselt, es konnte hier aber noch einmal bestätigt werden, daß es sich bei den Patienten tatsächlich um Wohnungslose handelt, die den größten Teil auf der Straße verbringen.

### **Häufigkeit der Behandlungen pro Patient**

Im Durchschnitt besuchten die wohnungslosen Patienten im Erhebungszeitraum den Gesundheitsbus etwa drei mal. Die Tatsache, daß mehr als die Hälfte der wohnungslosen Patienten den Gesundheitsbus im Erhebungszeitraum mehr als einmal, manche sogar bis zu zwanzigmal besuchten, zeigt wie sich das Projekt unter den Wohnungslosen in Düsseldorf als neue Versorgungseinrichtung für medizinische Hilfeleistung etabliert hat und von den Betroffenen akzeptiert und genutzt wird.

Es zeigt sich aber auch, daß durch den Gesundheitsbus, neben der Versorgung von akuten Erkrankungen, zunehmend auch eine primärärztliche Versorgungsfunktion übernommen wird. So wurde der Gesundheitsbus im Laufe der Zeit zu einer Anlaufstelle in der viele der Patienten den Behandlungstermin zur Beratung bei gesundheitlichen und darüber hinaus gehenden Fragen nutzten. Ebenso wurden für die Patienten Kontakte zu weiteren Anlaufstellen der Wohnungslosen- und/oder Drogenhilfe geknüpft.

### **Ärztliches Personal im Gesundheitsbus**

Im Zeitraum der Erhebung fand die medizinische Betreuung der Patienten in erster Linie durch zwei hauptamtlich beschäftigte Ärztinnen statt, wobei die Patientenzahlen bei der zweiten Ärztin tendenziell von 13 bis 14 Patienten pro Woche auf 11 bis 12 abnahmen. Die erste Ärztin behandelte von Juni 1997 bis Ende der ersten Novemberwoche 1997 (23 Wochen) 158 wohnungslose Patienten (32 Prozent). Ab diesem Zeitpunkt bis Ende Januar 1998 (14 Wochen) behandelte die zweite Ärztin 310 Patienten (63 Prozent). 27 Patienten (5 Prozent) wurden im Gesamtzeitraum während Krankheit oder Urlaub der hauptamtlichen Kräfte durch ehrenamtlich tätige Ärzte versorgt. Die Schwierigkeiten bezüglich der personellen Besetzung wurde in Kapitel 4.5. bereits ausführlich dargestellt.

### **Erreichbarkeit des Gesundheitsbusses durch die behandelten Patienten**

Obwohl es sich beim Verein und dem Gesundheitsbus um ein Projekt der aufsuchenden Gesundheitsversorgung handelt, haben 99 Prozent der wohnungslosen Patienten den mobilen Gesundheitsbus an seinen verschiedenen Standorten eigenständig erreicht. Nur 9 Patienten sind im gesamten Erhebungszeitraum vom Gesundheitsbus aufgesucht worden, wobei es sich in erster Linie um Notfälle handelte (z.B. Krampfanfälle) die dem Buspersonal gemeldet wurden und in unmittelbarer Nähe des jeweiligen Standortes gelegen waren.

Anders als bei vielen anderen Projekten und als ursprünglich von den Gründern des Vereins geplant, kam es im Rahmen des Angebotes nicht dazu, daß die Wohnungslosen direkt an ihren Schlafplätzen aufgesucht wurden, um dort medizinisch behandelt zu werden. Vielmehr wählte der Verein Standorte, die ohnehin Anlaufstellen für einen Großteil der Wohnungslosen in Düsseldorf sind.

Hierzu zählen z.B. die „Altstadt-Armenküche“ und die „Tagesstätte Rathausufer“. Diese Maßnahme hatte mehrere Gründe:

- Ein Großteil der Wohnungslosen in Düsseldorf hält sich an den o.g. Standorten auf.
- Da die Wohnungslosen eine gewisse Vertrauensbasis zu den o.g. Einrichtungen haben, wurde auch der Bus weniger mißtrauisch wahrgenommen und entsprechend genutzt.
- Das Aufsuchen der Wohnungslosen an ihren Schlafplätzen, die über das gesamte Stadtgebiet in Düsseldorf verteilt sind, ist aufgrund von An- und Abfahrtswegen und damit verbundenen logistischen Problemen schwieriger und zeitaufwendiger. Es wären nicht so viele Patienten erreicht worden, als es unter der gewählten Variante mit fixen Standorten der Fall ist.
- Das Angebot an festen Standorten zu fixen Terminen sorgt für eine gewisse Kontinuität.
- Die Standorte der meisten Schlafplätze waren den Mitarbeitern nicht bekannt und werden auch unter den Wohnungslosen nicht preisgegeben. So gilt es als eine Art Ehrenkodex unter den Wohnungslosen den Schlafplatz anderer Wohnungsloser nicht zu nennen. Dieser Umstand führte dazu, daß selbst in Fällen, in denen ein Wohnungsloser offensichtlich eine medizinische Hilfe benötigte, diesem nicht geholfen werden konnte, da trotz intensiver Bemühungen dessen Aufenthaltsort von anderen Wohnungslosen nicht ermittelt werden konnte.

Durch diese Verfahrensweise mußte aber in Kauf genommen werden, daß besonders solche Wohnungslose, die auf Grund einer besonders stark angeschlagenen Gesundheit den Gesundheitsbus nicht erreichen konnten, durch dieses medizinische Angebot nicht erfaßt werden konnten. Ebenso konnten Wohnungslose, welche die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe aus den unterschiedlichsten Gründen an den o.g. Standorten nicht nutzen können oder wollen, nicht vom medizinischen Angebot des Busses profitieren.

### **Einschätzung des Allgemeinzustandes durch den behandelnden Arzt und den Patienten**

Auf einer Skala von „Sehr gut (1) – gut (2) – mäßig (3) – schlecht (4)“ wurde der Allgemeinzustand am Besuchstag vom Patienten sowie durch den behandelnden Arzt beurteilt. Bei der Einschätzung lagen Patienten und behandelnde Ärzte im Mittel zwischen den Skalenwerten gut und mäßig. Die Einschätzung bezüglich des Allgemeinzustandes stimmten in 72 Prozent der Fälle überein; in den Fällen in denen es zu einer Differenz kam, differierten die Skalenwerte in 93 Prozent nur um einen Wert auf der Skala, die restlichen 7 Prozent differierten maximal 2 Werte. Kam es zu einer Differenz, so schätzten die Patienten in 72 Prozent der Fälle ihren Allgemeinzustand schlechter ein als der behandelnde Arzt. In der Zusammenstellung des „Projektes Ortsnahe Koordinierung zu Auswirkungen der sozialen Situation auf den Gesundheitszustand“ heißt es u.a., daß mit abnehmender sozialer Schicht der Gesundheitszustand von den Betroffenen schlechter eingeschätzt wird. Bei den wohnungslosen Patienten des Gesundheitsbusses scheint dies nicht der Fall zu sein, da die Einschätzungen des Allgemeinzustandes weitestgehend mit denen der behandelnden Ärzte übereinstimmen.

### **Wiedervorstellung zur notwendigen Weiterbehandlung bzw. Nachuntersuchung**

Eine entscheidende Rolle bei Genesungsprozessen und der Verbesserung von Heilungsverläufen, spielt neben der medizinischen Versorgung unbestritten auch das Gesundheitsverhalten der Patienten und deren Bereitschaft, am Genesungsprozeß mitzuwirken. Hierzu gehört, neben der Inanspruchnahme eines medizinischen Versorgungsangebotes zur Akutversorgung einer Erkrankung, in erster Linie auch die Wiedervorstellung beim behandelnden Arzt und das Einhalten besprochener, notwendiger Maßnahmen zur Förderung des Heilprozesses.

In 32 Prozent der Behandlungen sah der behandelnde Arzt des Gesundheitsbusses keinen Anlaß den Patienten wieder einzubestellen und eine Verlaufskontrolle war in diesen Fällen nicht notwendig. Bei 68 Prozent der Behandlungen jedoch wurde der Patient gebeten, sich mit seinem Befund innerhalb einer Woche zur Verlaufskontrolle und Weiterbehandlung wieder vorzustellen. 48 Prozent der wiedereinbestellten Patienten sind tatsächlich in der ersten Woche nach der Erstuntersuchung zur Wiedervorstellung erschienen. Weitere 10 Prozent sind 2 Wochen später, 3 Prozent 3 Wochen später und weitere 3 Prozent erst 4 Wochen später am Gesundheitsbus erschienen. 9 Prozent besuchten den Gesundheitsbus erst nach 1 Monat zu Wiedervorstellung, 27 Prozent sind nicht mehr zur Wiedervorstellung erschienen. Folgende Gründe, nicht oder erst nach einem langen Zeitraum wieder zur notwendigen Weiterbehandlung zu erscheinen, sind denkbar:

- Die Erkrankung hat sich ohne weitere ärztliche Behandlung verbessert, so daß kein erneuter Arztbesuch notwendig war.
- Die Patienten haben zwischenzeitlich einen anderen Arzt aufgesucht.
- Die Patienten waren mit der Versorgung nicht zufrieden.
- Der notwendige Arztbesuch war mit den Lebensumständen auf der Straße nicht zu vereinbaren.
- Der Patient hat die Notwendigkeit eine weitere medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen nicht gesehen.

Abgesehen von der Vielfalt der Gründe bleibt auffällig, daß fast 30 Prozent der Patienten, unabhängig vom Schweregrad der zugrundeliegenden Erkrankung, nicht zu einem Wiedervorstellungstermin erschienen sind. Gegen die meisten der erwähnten Gründe spricht die Erfahrung aus der praktischen Tätigkeit im Gesundheitsbus, daß viele der Patienten noch Wochen nach der Erstbehandlung einen offensichtlichen Behandlungsbedarf aufweisen. Oft sieht jedoch der Patient keinen Bedarf einer weiteren Behandlung, was in extremen Fällen dazu führte, daß einige Patienten noch Wochen nach der Erstbehandlung mit damals angelegten Verbänden angetroffen wurden, die durch Wundsekret und äußerliche Einflüsse deutlich verschmutzt waren. Es gibt demnach eine deutliche Diskrepanz zwischen der scheinbar eindeutigen Wahrnehmung des eigenen Allgemein- bzw. Gesundheitszustandes und der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote, was sowohl das etablierte Gesundheitssystem und zu einem geringeren Teil auch das spezielle Versorgungsangebot des Vereins betrifft.

Eine Reihe von Gründen, im Krankheitsfalle keinen Arzt in Anspruch zu nehmen, sind bereits in Kapitel 3.5.2. genannt. Einige dieser Gründe, als auch solche die sich aus den gewonnenen Daten ableiten, werden zur Diskussion noch einmal aufgeführt:

- Für Menschen, die auf der Straße leben, gehört die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit nicht unbedingt zu den Primärbedürfnissen. Primär wichtiger ist die Versorgung mit Nahrung, Kleidung, Geld und möglichen Schlafplätzen. So läßt sich erklären, warum eine medizinische Versorgung, die nur mit Zeit-, Weg- und Mehraufwand zu erreichen ist, oft nicht in Anspruch genommen wird.
- Das Leben auf der Straße hat seine eigenen Regeln und Gesetze und so verständlich es erscheint, daß das etablierte Versorgungssystem nicht Willens und in der Lage ist, sich auf diese Regeln einzustellen, so wenig wird sich der Wohnungslose im Behandlungsfall den ihm vorgegebenen Regeln unterordnen (können). Nicht selten kommt es zwischen medizinischem Personal und wohnungslosen Patienten deshalb zu Spannungen und Konflikten bis hin zu körperlichen Auseinandersetzungen. Diese können von beiden Seiten ausgehen, sind jedoch in vielen Fällen begleitet von der mangelnden Kooperation des Patienten in Zusammenhang mit Alkoholkonsum.
- Die Möglichkeiten des etablierten Gesundheitssystems, auf den „schwierigen“ wohnungslosen Patient einzugehen, sind beschränkt bzw. nicht vorhanden.

- Nicht selten fehlen dem Wohnungslosen bestimmte Ressourcen, wie z.B. Geld für notwendige Transportmittel, Telefonkarte, etc.
- Das Einhalten fester Besuchstermine und anderer Absprachen ist unter den gegebenen Lebensumständen oft schwierig.
- Schlechte Erfahrungen bei der Behandlung durch ärztliches/nichtärztliches Personal und Mitpatienten sowie Stigmatisierung auf Grund schlechter Kleidung und unzureichender Körperpflege führen zu Angst vor Blamage und Vermeidung derartiger Konfrontationen.
- Zwei Drittel der wohnungslosen Patienten konnten bei ihrer Behandlung im Gesundheitsbus keinen Nachweis über die Übernahme von Behandlungs- und Folgekosten vorweisen. Über 60 Prozent dieser Patienten geben gleichzeitig an, im Behandlungsfall keine medizinische Versorgung zu haben. Damit ist der Nachweis einer Kostenübernahme als ernstes Hindernis beim Zugang zum etablierten Gesundheitssystem zu sehen.
- Mehr als die Hälfte der wohnungslosen Patienten geben an, keine Bezugsperson zu haben. 70 Prozent dieser Patienten können keinen Behandlungskostennachweis erbringen. Tendenziell kommt es also mit zunehmendem Verlust sozialer Bindungen zu einer verminderten Einbindung in die bestehenden sozialen Hilfsstrukturen der Gesellschaft, einschließlich des Gesundheitssystems.
- Der Besuch der medizinischen Versorgungseinrichtung in alkoholisiertem Zustand bei 18 Prozent der Patienten und in ungepflegtem Körperzustand bei mehr als 40 Prozent der Patienten machen den Wohnungslosen zu einem „schwierigen“ Patienten, sowohl für das Personal in Arztpraxen und Krankenhäusern, als auch für die Mitpatienten.
- 16 Prozent der wohnungslosen Patienten werden von den behandelnden Ärzten als psychiatrisch auffällig beschrieben. 65 Prozent der Patienten geben an täglich Alkohol in größeren Mengen zu konsumieren. Besonders der chronische Alkoholkonsum muß als Determinante sozialen Handelns und des Krankheits- und Gesundheitsverhaltens verstanden werden, der die Einbindung in das bestehende System der sozialen Absicherung und medizinischen Versorgung erschwert oder verhindert.

### **Veränderung des Krankheits-/Gesundheitszustandes während der Behandlung**

Bei 247 Behandlungen war der Besuchsanlaß den behandelnden Ärzten bereits bekannt, d.h. es handelt sich um Verlaufskontrollen einer bestehenden Erkrankung. Bei fast 70 Prozent der Kontrolluntersuchungen kam es nach Einschätzung des behandelnden Arztes im Verlauf zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, bei einem Viertel war der Gesundheitszustand gleich geblieben und 20 mal hatte er sich verschlechtert. Da mehr als 60 Prozent der wohnungslosen Patienten angaben, im Krankheitsfall keine medizinische Versorgung zu haben, kann man daher vermuten, daß diese Patienten mit ihrem Besuchsanlaß keinen niedergelassenen Arzt oder ein Krankenhaus aufgesucht hätten. Ob der Gesundheitszustand sich unter diesen Umständen ebenfalls bei so vielen Erkrankungsverläufen verbessert hätte, sei dahin gestellt. Die Erfahrung bei der Behandlung im Gesundheitsbus zeigt jedoch, daß die Patienten ihren Gesundheitszustand und die damit verbundenen Beschwerden weiter in Kauf genommen und sich einer Behandlung entzogen hätten. Die Existenz des Gesundheitsbusses und die angebotene medizinische Versorgung wirken sich also positiv auf den Krankheits-/Gesundheitszustand und die Heilungsverläufe der wohnungslosen Patienten aus.

### **Ernährungszustand der wohnungslosen Patienten**

Auf einer Skala mit den Werten Adipös (1) – unauffällig (2) – mager (3) – kachektisch (4) wurde der Ernährungszustand der Patienten durch den behandelnden Arzt dokumentiert. In 67 Prozent der Fälle war der Ernährungszustand unauffällig, 25 Prozent der wohnungslosen Patienten wurden als mager, 6 Prozent als adipös und nur 1 Prozent als kachektisch bezeichnet. Bei 110 Patienten wurden gleichzeitig Körpergröße und Gewicht bestimmt. Der Vergleich mit der Fogarty –Tabelle (MSD- Manual, 1993) zur Bestimmung des adäquaten Körpergewichtes ergibt, daß 10 Patienten adipös, 10 Patienten übergewichtig (je 9 Prozent), 90 Patienten (82 Prozent) normalgewichtig sind und keiner der Patienten untergewichtig war. Bei den restlichen Patienten gab es keine Angabe zum Gewicht, da die Waage über einen gewissen Zeitraum defekt war und somit für Messungen nicht zur Verfügung stand.

Der Ernährungszustand der wohnungslosen Patienten scheint insgesamt befriedigend, wenn nicht sogar gut zu sein, was sicher an der guten Versorgung der Wohnungslosen in Düsseldorf mit Lebensmitteln durch karitative Einrichtungen liegt. So gibt es, neben anderen Einrichtungen dieser Art, z.B. in der „Altstadt-Armenküche“ die Möglichkeit, ein warmes Mittagessen für einen Unkostenbeitrag von 1 DM zu erwerben (s.a. Kapitel 3.3.7.); ein Angebot, das von einem Großteil der Wohnungslosen in Düsseldorf genutzt wird.

### **Behandlungsanlässe der behandelten wohnungslosen Patienten – Schweregrad und Art der Erkrankungen**

Der Schweregrad der Erkrankung des aktuellen Besuchsanlasses wurde durch den behandelnden Arzt auf einer Skala mit den Ausprägungen „Leicht (1) - Mittelmäßig (2) - Schwer (3)“ bewertet. Bei 65 Prozent der Patienten wurde der Schweregrad der Erkrankung als leicht, bei 31 Prozent der Patienten als mittelmäßig und bei 3 Prozent als schwer eingeschätzt. In der Regel handelt es sich bei den Behandlungsgründen also um leichte bis mittelschwere Erkrankungen. Immerhin waren 95 Prozent der Behandlungen für den behandelnden Arzt kein Anlaß, den Patient an einen anderen Facharzt bzw. in ein Krankenhaus zu überwiesen. Bei 3 Prozent wurde eine Klinikeinweisung und bei 2 Prozent eine Überweisung zum niedergelassenen Kollegen (meist Radiologie) notwendig.

Aus der teilnehmenden Beobachtung läßt sich feststellen, daß ein Großteil der Erkrankungen, in Bezug auf die Beeinträchtigung des Gesamtkörperzustandes relativ leicht bis mittelgradig war, in der Regel aber in einem weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium vorlag. Mit 63 Behandlungsfällen stand die Versorgung von Wunden, die meist superfiziell waren, im Vordergrund. Hierbei zeigten sich in den meisten Fällen aus Bagatellverletzungen oder Parasitenbefall entstandene Hautläsionen, die sich durch mangelnde Versorgung und besonders begünstigt durch mangelnde Hygiene und einer schlechten Körperpflege, auf große Bereiche ausgedehnt hatten und sich teilweise in extremen Ausprägungen präsentierten. Besonders schwierig gestaltete sich die kontinuierliche Versorgung der ausgedehnten Wunden, da eine Weiterbehandlung, wie z.B. eine Verbandserneuerung, erst zum nächsten Behandlungstermin vorgenommen werden konnte. Ein Verbandwechsel unter möglichst sauberen und hygienischen Bedingungen war für die betroffenen Wohnungslosen unter den bereits beschriebenen Lebensbedingungen oft nur schwer durchzuführen. Da sich die Hautläsionen besonders zur Fotodokumentation anbieten, sind hier beispielhaft einige Fotoaufnahmen dargestellt, die bei der Behandlung von wohnungslosen Patienten im Gesundheitsbus entstanden sind und in ihrer Ausprägung keinesfalls Ausnahmen darstellten.



Abb. 7.5.: Abszeß im Schulterbereich



Abb. 7.6.: Kachektischer Patient mit  
superinfizierten Wunden bei Scabiesbefall



Abb. 7.7.: Furunkulose



Abb. 7.8.: Genitalmykose mit bakterieller Superinfektion



Abb. 7.9.: Superinfizierte Beinwunde



Abb. 7.10.: Nekrose im Kniebereich

Neben der Wundversorgung waren Zustände nach leichteren Unfällen (meist Stürze), die mit Prellungen, Stauchungen, Frakturen und Schmerzen einhergingen, häufige Gründe die medizinische Versorgung im Gesundheitsbus wahrzunehmen. Viele dieser Verletzungen hatten sich die Patienten im alkoholisierten Zustand, durch Kontrollverlust über den Körper oder in Auseinandersetzungen zugezogen. Nicht selten waren auch Stürze bei Krampfanfällen, die ebenfalls in Zusammenhang mit Alkoholkonsum gesehen werden müssen. In der Häufigkeitsstatistik der behandelten Besuchsanlässe folgten die akuten Infektionen der Atemwege (Akute Bronchitis, Akute Rhinitis, Lungenentzündungen) sowie Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Akute Gastritis, Gastroenteritis).

### **Körperpflege/-hygiene und Ektoparasitenbefall bei den behandelten wohnungslosen Patienten**

In Bezug auf die Körperpflege wurden 59 Prozent der Patienten vom behandelnden Arzt als gepflegt bezeichnet. 36 Prozent kamen nach Beurteilung durch den behandelnden Arzt ungepflegt und 5 Prozent extrem ungepflegt zur Behandlung. Der große Anteil ungepflegter Patienten stellt sicher eine große Hürde bei der Inanspruchnahme etablierter Angebote zur medizinischen Versorgung dar. Man kann davon ausgehen, daß ein Patient, der keine Möglichkeit hat, sich zu waschen und Körperpflege zu betreiben und sich dabei seines ungepflegten Körperzustandes bewußt ist, Hemmungen hat in eine saubere Arztpraxis zu gehen bzw. sich körperlich untersuchen zu lassen. Auf der anderen Seite ist es naheliegend, daß ein Patient der in einem ungepflegten Körperzustand den Arzt aufsucht, vom ärztlichen und nichtärztlichen Personal anders behandelt wird als ein sauberer, gepflegter Patient. Nicht unberücksichtigt lassen sollte man die Wirkung, die ein stinkender oder schmutziger Patient auf die Mitpatienten im Wartezimmer einer niedergelassenen Arztpraxis hat.

Einhergehend mit einem ungepflegten Körperzustand kommt es bei einigen Patienten auch zu einem Befall mit Körperparasiten. Insgesamt 10 Patienten besuchten den Gesundheitsbus primär wegen des Befalls mit Ektoparasiten. Darüber hinaus wurde bei weiteren 61 Patienten ein Befall mit Ektoparasiten durch den behandelnden Arzt diagnostiziert. Hierbei handelte es sich in 74 Prozent um Kopf- und Kleiderläuse und in 26 Prozent um Scabies (Milbenbefall). Bei 87 Prozent der Behandlungen wurde durch den behandelnden Arzt jedoch kein Ektoparasitenbefall festgestellt. Es ist zu vermuten, daß die Dunkelziffer höher als der diagnostizierte Befall ist, da nicht alle Patienten entkleidet untersucht wurden und somit in den meisten Fällen nur augenscheinliche Befunde diagnostiziert worden sind.



Abb. 7.11...: Extrem ungepflegter Patient mit verfilzten Haaren und Pediculosis

### **Alkoholisierung zum Zeitpunkt der Behandlung**

Obwohl 65 Prozent der wohnungslosen Patienten im Fragebogen „Erstkontakt“ angaben, regelmäßig Alkohol zu konsumieren, kamen die Patienten in 82 Prozent der Behandlungen nüchtern zu den Terminen im Gesundheitsbus. Nur bei 88 Patientenkontakten suchten die Patienten die mobile Arztpraxis in einem alkoholisierten Zustand auf, was 18 Prozent an den Gesamtbehandlungen ausmacht.

Möglicherweise ist der geringe Anteil alkoholisierter Patienten darin begründet, daß der Hauptteil der Besuche vormittags stattgefunden hat, denn aus der teilnehmenden Beobachtung läßt sich feststellen, daß der Anteil an alkoholisierten Patienten in der Probephase, während der die Behandlungen Mittwoch abends stattgefunden haben, deutlich höher war. Zudem waren die Standorte des Gesundheitsbusses, wie berichtet, in erster Linie an verschiedenen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, an denen Alkoholkonsum bzw. der Besuch im alkoholisierten Zustand zwar nicht verboten, aber dennoch nicht die Regel ist.

### **Kooperation der behandelten wohnungslosen Patienten bei der Behandlung**

Wohnungslosen wird nachgesagt, bei der Behandlung im Krankenhaus oder beim niedergelassenen Arzt, oft unkooperativ zu sein. Kooperation bezeichnet hier nicht die Compliance der Patienten, also die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, sondern auffällige Verhaltensweisen, wie unangebrachte und verletzende verbale Äußerungen, sowie Aggressivität bis hin zu körperlichen Auseinandersetzungen. Bei 92 Prozent der Behandlungen im Gesundheitsbus wurden die wohnungslosen Patienten in diesem Sinne als kooperativ bezeichnet. Nur 38 mal waren die Patienten bei der Behandlung unkooperativ, was 8 Prozent der gesamten Patientenkontakte ausmacht.

Hier spiegelt sich sicherlich wieder, daß in einem speziellen Angebot für Wohnungslose, intensiver auf die Wohnungslosen eingegangen werden kann als in anderen medizinischen Einrichtungen. So wissen auf der einen Seite die Patienten, daß es sich um ein spezielles und nicht selbstverständliches Angebot handelt, welches extra für sie eingerichtet wurde und bei dem sie willkommen sind; auf der anderen Seite ist auch dem Personal bekannt, mit welchem Patientenkollektiv es konfrontiert ist. So ist erklärlich, daß es nur in wenigen Fällen zu gegenseitigen Problemen im Umgang miteinander gekommen ist.

Deutliche Auswirkungen scheint dabei das Ausmaß des Alkoholkonsums auf die Kooperation und den Pflegezustand des Patienten zu haben. Während bei den Patienten, die nüchtern zum Gesundheitsbus in die Behandlung kamen, nur 4 Prozent als unkooperativ bezeichnet wurden, zeichneten sich 24 Prozent der Patienten, die alkoholisiert den Gesundheitsbus aufsuchten, durch ein unkooperatives Verhalten aus. Ebenfalls waren 81 Prozent der wohnungslosen Patienten die als ungepflegt bezeichnet wurden, beim Besuch des Gesundheitsbusses alkoholisiert.

Es zeigt sich also, daß der unter den wohnungslosen Patienten weit verbreitete chronische Alkoholkonsum nicht nur körperliche Folgen hat und das Gesundheitsverhalten beeinflusst, sondern auch Auswirkungen auf den Zugang zum etablierten Gesundheitssystem haben kann. Eine mit Alkoholkonsum einhergehende Aggressivität und Verwahrlosung führt nicht selten zu einer ablehnenden Haltung bei den Mitmenschen und, speziell im medizinischen Versorgungsfall, durch das ärztliche und nichtärztliche Personal. Ein Versorgungsangebot das spezifisch auf Wohnungslose als Patienten ausgerichtet ist, kann sich auf diese Tatsache einstellen, so daß Spannungen zwischen den Patienten und behandelndem Personal vermieden bzw. vermindert werden.

## 8. Zusammenfassung

Beschäftigt man sich mit der gesundheitlichen Situation und der medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen, muß man sich fast zwangsläufig mit den Rahmenbedingungen einer Gesellschaft auseinandersetzen, in denen derartige soziale Randgruppen entstehen und als Lebensform existieren.

So sind Armut, Wohnungslosigkeit und soziale Ausgrenzung, in einer wohlhabenden Industrienation wie der Bundesrepublik Deutschland, Erscheinungen, deren Existenz zunächst schwer zu erklären ist. Anders als in anderen wohlhabenden Nationen, wie zum Beispiel den Vereinigten Staaten von Amerika, existiert in der Bundesrepublik Deutschland nämlich ein staatlich garantiertes und im Grundgesetz verankertes System der sozialen Absicherung.

Dieses Prinzip der Sozialstaatlichkeit ist in Deutschland historisch gewachsen und hat seine Ursprünge in der 1911 von Kanzler Bismarck erlassenen Reichsversicherungsordnung, welche trotz ständigen Modifizierungen, durch wechselnde politischen Strömungen und sich ändernde allgemeine Rahmenbedingungen, die Grundlage für die bis heute existierenden Sozialversicherungen darstellt. Über das staatlichen System hinaus gibt es in der Bundesrepublik Deutschland zudem Verbände der freien Wohlfahrtspflege, die unter der Trägerschaft von Kirchen, Religionsgemeinschaften und freien Trägern, einen nicht zu unterschätzenden gesellschaftlichen Beitrag für die soziale Absicherung erbringen.

Besonders in Zusammenhang mit der zunehmenden (Langzeit-)Arbeitslosigkeit, kommt es in den vergangenen Jahren unbestritten zu Finanzierungsproblemen des arbeitsorientierten Sozialversicherungssystems. Damit einhergehend gibt es einen zunehmenden Anteil von Gruppen in der Bevölkerung, die nicht mehr am System der sozialen Sicherung partizipieren und zur Sicherung eines Existenzminimums Sozialhilfe nach den Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes erhalten. Die Sozialhilfe ist das letzte staatliche Instrument zur Armutsbekämpfung und rechtlich jedem Bürger zugesichert, sofern eine Bedürftigkeit vorliegt. Neben den Regelsätzen für die Hilfe zum Lebensunterhalt werden Leistungen zum Unterhaltsbedarf, wie z.B. Warmmiete und Kleidung, gezahlt. Als Hilfe in besonderen Lebenslagen hat jeder Sozialhilfeempfänger auch einen Anspruch auf Krankenhilfe, die in ihren Leistungen denen einer gesetzlichen Krankenkasse entspricht.

Eine extreme und besonders offensichtliche Form der sozialen Ausgrenzung ist die Obdach- und Wohnungslosigkeit, die durch verschiedenste Faktoren bedingt, in den letzten Jahren, besonders in den Großstädten, ein zunehmendes Problem geworden ist. Der Verlust der Wohnung ist oft der Endpunkt einer sozialen und gesellschaftlichen Deklassierung, da eine Wohnung in unserer Gesellschaft eine notwendige Voraussetzung für ein menschenwürdiges Leben darstellt.

Daß Menschen von Wohnungsnot bedroht oder wohnungslos sind, liegt dabei nicht, wie der von den Nationalsozialisten eingeführte und auch heute noch in der Amtssprache verwendete Begriff der Nichtseßhaftigkeit vermuten läßt, an einer angeborenen Persönlichkeitsstruktur der betroffenen Personen; vielmehr ist die Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit in den allgemeinen Entwicklungen des Wohnungsmarktes und der relativen Armut bestimmter Personengruppen (z.B. Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger) begründet. Besonders bei den alleinstehenden Wohnungslosen spielen jedoch auch persönliche Schicksalsschläge, wie der Verlust oder die Trennung vom Lebenspartner, eine gewichtige Ursache den sozialen Halt zu verlieren und in die Wohnungslosigkeit zu geraten.

Besonders dieser Verlust sozialer Bindung und die verlorene Einbindung in das gesellschaftliche Leben führen dazu, daß ein beträchtlicher Teil der Wohnungslosen vom System der sozialen Absicherung nicht mehr profitiert und aus dem sozialen Netz fällt. Daher haben sich in vielen Städten der Bundesrepublik Deutschland zahlreiche Hilfsangebote für Wohnungslose und anderer sozial benachteiligter Menschen etabliert. Diese Angebote bieten u.a. eine Versorgung mit Beratung, Essen, Kleidung und zumindest zeitweiligen Unterbringungsmöglichkeiten.

Die fehlende Inanspruchnahme der staatlichen Sozialleistungen geht nicht selten auch mit einer Nichtinanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems einher. So wird in der Öffentlichkeit immer wieder eine unzureichende medizinische Versorgung von auf der Straße lebenden Menschen diskutiert, und das, obwohl jeder Mensch in Deutschland im Rahmen der Krankenhilfe eine finanzielle Absicherung hat um das etablierte Gesundheitswesen bestehend aus niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern in Anspruch zu nehmen. Die Distanz zu den gesellschaftlichen Strukturen und die besonderen Lebensbedingungen auf der Straße führen jedoch, trotz eines faktischen Bedarfs, zu einer mangelnden Erreichbarkeit des Gesundheitssystems und fehlender oder ineffektiver Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung.

Neben anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe entstehen aus diesem Grund in vielen deutschen Städten zunehmend Hilfsangebote zur medizinischen Versorgung von Wohnungslosen, die auf die besonderen Lebensbedingungen und Eigenarten der Wohnungslosen eingehen und durch ihr niederschwelliges Angebot einfach zu erreichen sein sollen. Ein derartiges Projekt ist der Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose e.V. Düsseldorf“. Der Verein wurde im Dezember 1995 gegründet und bietet seit Februar 1996 bis heute eine medizinische Versorgung von Wohnungslosen im Stadtgebiet von Düsseldorf an.

Gerade bei der medizinischen Versorgung von Wohnungslosen muß berücksichtigt werden, daß Gesundheit und Krankheit immer in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren, und dabei besonders im sozialen Kontext gesehen werden muß. Neben der wechselseitigen Beeinflussung von Armut und Krankheit/Gesundheit, spielt bei Wohnungslosen die besondere Lebenssituation auf der Straße eine herausragende und beeinflussende Rolle bei der medizinischen Versorgung. Hinzu kommen besonders typische Probleme und Verhaltensweisen, wie z.B. Suchtmittelabhängigkeit und psychiatrische Erkrankungen, aber auch Abrechnungsschwierigkeiten für erbrachte medizinische Leistungen bei nicht krankenversicherten Patienten.

Im Rahmen dieser Dissertation wurden prospektiv Daten anhand von standardisierten Erhebungsprotokollen bei den behandelten Patienten im Gesundheitsbus des Vereins „Medizinische Hilfe für Wohnungslose e.V. Düsseldorf“ erhoben. Zudem wurde durch Mitwirkung bei der medizinischen Versorgung, im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung, das Projekt seit seiner Entstehung sowie in seiner gesamten Entwicklung begleitet und durch eine aktive Mitarbeit im Bus unterstützt.

Seit dem ersten Einsatz des Gesundheitsbusses hat sich die Patientenkartei über den gesamten Zeitraum zunehmend erweitert. Auch die Behandlungszahlen an den einzelnen Behandlungsterminen entwickelten sich positiv, so daß bis Ende 1999 im Gesundheitsbus insgesamt fast 8000 Behandlungen stattgefunden haben. Gleichzeitig verbesserten sich die Rahmenbedingungen für den Verein im Verlauf. So wurden z.B. Stellen für ärztliches und nichtärztliches Personal im Rahmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen zum Teil durch das Arbeitsamt finanziert und eine große Spende machte es möglich, daß ein Wohnmobil als eigener Behandlungsbus angeschafft werden konnte. Die Entwicklung der Patientenzahlen und Behandlungskontakte und die Erfahrungen bei der Arbeit im Gesundheitsbus bestätigen die Beobachtungen und Vermutungen, daß bei den Wohnungslosen in Düsseldorf ein Defizit in der medizinischen Versorgung bestand, welches nun durch den Verein und seinen Gesundheitsbus zu einem großen Teil abgedeckt wird.

Da mehr als die Hälfte der Patienten den Gesundheitsbus öfter als einmal besuchten, kann man sagen, daß das Projekt nicht nur eine Anlaufstelle für die Behandlung akuter Erkrankungen darstellt, sondern in zunehmendem Maße für viele Patienten die Funktion einer primärärztlichen Versorgungseinrichtung einnimmt. Über die medizinische Versorgung hinaus suchten viele Patienten den Gesundheitsbus auch zur allgemeinen Beratung oder als Kontaktstelle zu anderen Hilffsystemen (Ämter, Drogenhilfe, etc.) auf.

Obwohl der Großteil der Patienten seinen körperlichen Zustand korrekt einschätzt, wird von vielen im Erkrankungsfall kein Arzt oder Krankenhaus aufgesucht. Tatsächlich geben mehr als 60 Prozent der wohnungslosen Patienten an, im Krankheitsfall keine medizinische Versorgung zu haben und zwei Drittel der wohnungslosen Patienten konnten bei ihrer Behandlung im Gesundheitsbus keinen Nachweis über die Übernahme von Behandlungs- und Folgekosten vorweisen. Zieht man dabei in Betracht, daß im Rahmen der Sozialhilfe jeder Bürger in Deutschland die Möglichkeit besitzt, eine medizinische Versorgung, sowohl durch niedergelassene Ärzte als auch durch Krankenhäuser, für sich in Anspruch zu nehmen, muß man die Frage stellen, warum diese Möglichkeit nicht genutzt wird und die Notwendigkeit einer zusätzlichen Einrichtung zur medizinischen Versorgung besteht.

Durch den zunehmenden Verlust sozialer Bindungen kommt es bei Wohnungslosen scheinbar zu einer verminderten Einbindung in die bestehenden sozialen Hilfsstrukturen der Gesellschaft, einschließlich des Gesundheitssystems. Faktoren wie psychiatrische Erkrankungen, Alkohol- und Drogenkonsum tragen dazu bei, über eine Beeinflussung des sozialen Handelns und des Krankheits- und Gesundheitsverhaltens, die Einbindung in das bestehende System der sozialen Absicherung und medizinischen Versorgung zu erschweren oder zu verhindern.

Sowohl das Vorhandensein einer psychischen Störung, als auch die Suchtmittel- und Alkoholabhängigkeit sind demnach maßgebliche Variablen des sozialen Handelns und des Krankheits- und Gesundheitsverhaltens und sind bei den wohnungslosen Patienten als Hauptursache für die fehlenden Einbindung in das bestehende System der sozialen Absicherung einschließlich des etablierten Gesundheitssystems zu sehen. Alkoholisierung, oft einhergehend mit mangelnder Hygiene, unzureichender Körperpflege und abweichendem Verhalten, trägt dazu bei, daß Wohnungslose als „schwierige“ Patienten, sowohl beim Personal in Arztpraxen und Krankenhäusern, als auch durch Mitpatienten, abgelehnt und stigmatisiert werden. Im Extremfall kommt es zwischen medizinischem Personal und wohnungslosen Patienten zu Spannungen und Konflikten, bis hin zu körperlichen Auseinandersetzungen. Diese Konflikte können von beiden Seiten ausgehen, sind jedoch in vielen Fällen begleitet von der mangelnden Kooperation des Patienten in Zusammenhang mit Alkoholkonsum.

Für Menschen die auf der Straße leben, gehört die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit nicht unbedingt zu den Primärbedürfnissen. Wichtiger erscheint zunächst die Versorgung mit Nahrung, Kleidung, Geld und möglichen Schlafplätzen. So läßt sich erklären, warum eine medizinische Versorgung, die nur mit gewissen Mühen zu erreichen ist, nicht in Anspruch genommen wird. Zudem hat das Leben auf der Straße seine eigenen Regeln und Gesetze und so verständlich es erscheint, daß das etablierte Versorgungssystem nicht Willens und in der Lage ist, sich auf diese anderen Regeln einzustellen, so wenig wird sich der Wohnungslose im Behandlungsfall den ihm vorgegebenen Regeln unterordnen.

Die genannten Gründe machen deutlich, warum Wohnungslose zur medizinischen Versorgung ein Angebot benötigen, welches sich auf ihre speziellen Bedürfnisse und Lebensumstände einstellt. Ein derartiges Angebot muß vor allen Dingen niederschwellig sein, d.h. die medizinische Behandlung muß einfach und unkompliziert zu erreichen sein, ohne daß vorher Behördengänge und komplizierte formelle Hürden zu absolvieren sind, die nachweislich abschreckend auf die betroffenen Wohnungslosen wirken.

Die Nutzung des medizinischen Versorgungsangebotes sollte leicht in den Tagesablauf der Wohnungslosen zu integrieren sein und die Standorte sollten so gewählt werden, daß das Angebot ohne große Mühen erreicht werden kann; vorteilhaft sind dabei Standorte, an denen sich die Wohnungslosen ohnehin aufhalten. Das medizinische Personal sollte, neben der medizinischen Qualifikation, über die Eigenschaften und den Willen verfügen, mit dem „schwierigen“ wohnungslosen Patienten um- und auf diesen einzugehen. Dieser Aufwand kann, aus personellen und finanziellen Gründen, durch das Personal des etablierten medizinischen Versorgungssystems in der Regel nicht gewährleistet werden, so daß auch hieraus die Notwendigkeit für ein spezielles Angebot zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser resultiert. Gleichzeitig wird deutlich, daß die Mitarbeiter in derartigen Hilfsangeboten eine spezielle Aus- und Weiterbildung, sowie eine professionelle Supervision benötigen, die sie für die Arbeit mit ihren Patienten qualifiziert. Die Erfahrungen des Vereins bei der Stellenbesetzung zeigte, daß derartige Anforderungen, in Abhängigkeit von den vorgegebenen Rahmenbedingungen, schwer in die Realität umzusetzen waren, so daß der Verein, im Interesse einer Besetzung der offenen Stellen Kompromisse eingehen mußte.

Man kann davon ausgehen, daß ein effizientes und professionelles Angebot, neben einer besseren medizinischen Versorgung Wohnungsloser, auch zu einer Einsparung im Gesundheitswesen führt, da durch eine adäquate Behandlung Krankheitsverläufe beeinflußt und durch präventive Maßnahmen unter Umständen sogar verhindert werden können. Die Form eines derartigen Angebotes zur medizinischen Hilfe für Wohnungslose kann unterschiedlich gestaltet werden und muß sicherlich in Abhängigkeit von äußeren Rahmenbedingungen entschieden werden. Der Düsseldorfer Verein entschied sich, die Behandlungen in einer mobilen Arztpraxis in Form eines Gesundheitsbusses durchzuführen. Aus bereits geschilderten Gründen wurde nicht das Stadtgebiet auf der Suche nach Wohnungslosen abgefahren bzw. Schlafplätze von Wohnungslosen aufgesucht, sondern es wurde an verschiedenen Wochentagen unterschiedliche Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe durch den Gesundheitsbus angefahren. So ist es auch zu erklären, daß 99 Prozent der wohnungslosen Patienten den Gesundheitsbus eigenständig erreicht haben. Damit wurde eine große Anzahl von Wohnungslosen erreicht, wenngleich bedacht werden muß, daß Wohnungslose, die diese Einrichtungen aus bestimmten Gründen mieden, nicht erreichten oder nicht nutzten, so auch nicht in den Genuß des medizinischen Versorgungsangebotes kommen konnten.

Grundlage für die langfristige Sicherung des Projektes ist die Gewährleistung einer kontinuierlichen Finanzierung. Um das Ziel einer weitestgehenden finanziellen Unabhängigkeit und Eigenfinanzierung zu erreichen, hat der Düsseldorfer Verein verschiedene Wege beschritten. So wurde z.B. die Möglichkeit geschaffen, erbrachte ärztliche Leistungen bei krankenversicherten Patienten über die Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen, bei nichtkrankenversicherten Patienten konnte über eine besondere Vereinbarung, pauschal und unbürokratisch, über das Sozialamt der Stadt Düsseldorf abgerechnet werden und die Personalstellen wurden als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme durch das Arbeitsamt bezuschußt. Neben Spenden und sonstigen variablen Einkommensquellen wurden durch den Verein bewußt die vorhandenen Finanzressourcen des Sozial- und Gesundheitssystems genutzt, um eine langfristige Finanzierung und eine Einbindung des Versorgungsangebots in bestehende Strukturen zu gewährleisten.

Ebenfalls vorrangiges Ziel des Vereins war von Beginn an, das Projekt mit bestehenden Versorgungsstrukturen zu vernetzen. Wenngleich in diesem Bereich noch einiges zu leisten ist, konnten durchaus Erfolge verzeichnet werden. Es bestehen Vereinbarungen mit öffentlichen Institutionen, wie dem Gesundheits-, Arbeits- und Sozialamt, Kontakte zu übergeordneten Verbänden wie der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen, als auch Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und den etablierten medizinischen Versorgungsangeboten, wie Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.

Besonders sinnvoll erscheint auch die Verknüpfung der mobilen Arztpraxis im Laufe des Jahres 1999 mit der Nutzung ambulanter Behandlungsräume in der Tagesstätte für Wohnungslose „Horizont“, sowie seit Juni 1988 die Inanspruchnahme von Krankbetten im „Don-Bosco Haus“, einem Heim der Caritas. Die Krankbetten stehen dem Verein seit Sommer 1998 zur Verfügung und werden genutzt, um Patienten unterzubringen, deren Krankheitszustand eine Einweisung in ein Krankenhaus nicht rechtfertigt, einen Aufenthalt auf der Straße jedoch nicht verantworten läßt. Durch diese sinnvolle Vernetzung eines ambulanten mit einem stationären Versorgungsangebot, sollen unnötige Kosten durch nicht gerechtfertigte Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Der Pflege- und Behandlungssatz im Don-Bosco Haus liegt dabei deutlich unter den Kosten für einen stationären Krankenhausaufenthalt.

Interessant erscheint, daß fast 40 Prozent der Patienten, die den Gesundheitsbus in Anspruch genommen haben, nicht wohnungslos waren, sondern über eigenen Wohnraum verfügten oder in anderen Wohnverhältnissen untergebracht sind. Diese Tatsache ist in erster Linie in der Wahl der Standorte des Gesundheitsbusses begründet, da auch ein Teil der Menschen, welche die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nutzen, nicht wohnungslos ist. Der Bus wurde von dieser Gruppe ebenfalls genutzt und zwar höchst wahrscheinlich, weil die unkomplizierte medizinische Versorgung vor Ort, ohne lange Wartezeiten und Terminvergabe, eine bequeme Alternative zu den etablierten medizinischen Angeboten darstellt. Denkbar ist auch, daß es neben den Wohnungslosen noch andere Gruppen in der Gesamtbevölkerung gibt, die aus bestimmten Gründen den Gang zum niedergelassenen Arzt scheuen bzw. am etablierten Gesundheitssystem nicht partizipieren und daher ein derartiges Angebot nutzen.

Die wohnungslosen Patienten, welche den Gesundheitsbus im Erhebungszeitraum besuchten, unterschieden sich bezüglich der Dauer der Wohnungslosigkeit deutlich. Ein Drittel lebte weniger als ein Jahr auf der Straße, ein weiteres Drittel jedoch länger als 5 Jahre. Einige Patienten waren bereits über 20 Jahre lang wohnungslos. Als Grund für die Wohnungslosigkeit wurden meistens sogenannte „Life-Events“ genannt, wie z.B. Tod, Trennung und Konflikt mit dem Partner, sowie familiäre und andere persönliche Konflikte. Das Durchschnittsalter bei den wohnungslosen Patienten liegt zwischen 39 und 40 Jahren, besonders unterrepräsentiert im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist die Gruppe der älteren Patienten ab dem Rentenalter. Die Hälfte der wohnungslosen Patienten hat eine Hauptschulabschluß, sehr gering ist die Anzahl an Abiturienten.

Es zeigte sich, daß ein Hauptteil der Erkrankungen, welche die wohnungslosen Patienten aufweisen, durch die entsprechenden Lebensumstände bedingt sind und zu einem weiteren Teil aus dem eigenen gesundheitschädigendem Verhalten resultieren. Dieser Schluß läßt sich sowohl aus den eigenen, als auch aus den Daten der zitierten Studien ziehen. In der Regel handelt es sich bei den Behandlungsgründen, nach Einschätzung der behandelnden Ärzte, um leichte bis mittelschwere Erkrankungen, die sich in der Regel aber in einem weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium befanden. Die Versorgung von Wunden und Hautläsionen, welche meist superinfiziert waren, stand deutlich im Vordergrund der Behandlungen. Häufig waren auch Zustände nach leichteren Unfällen, wie Stauchungen, Frakturen und Schmerzen, sowie akute Infektionen der Atemwege und Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Bei dem größten Teil der medizinisch versorgten Patienten, die sich im Gesundheitsbus zu einem Weiterbehandlungstermin vorstellten, kam es nach Einschätzung des behandelnden Arztes im Verlauf zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, bei einem Viertel der Kontrolluntersuchungen war der Gesundheitszustand gleich geblieben und nur 20 mal hatte er sich verschlechtert.

Ein Problem in der adäquaten Versorgung bestand darin, daß 27 Prozent der wiedereinbestellten Patienten nicht mehr zum vereinbarten Behandlungstermin wiedergekommen waren, obwohl sie in der Regel noch lange Zeit nach der Erstbehandlung einen offensichtlichen Behandlungsbedarf zeigten.

In extremen Fällen konnte man z.B. einige Patienten noch Wochen nach der Erstbehandlung mit damals angelegten Verbänden begegnen, die durch Wundsekret und äußerliche Einflüsse massiv verschmutzt waren. Es wird deutlich, daß selbst bei einem speziellen Versorgungsangebot die Versorgung der Wohnungslosen schwer fällt, wenn die Bereitschaft der Betroffenen am Genesungsprozeß mitzuwirken nur gering ausgeprägt ist. Eine derartige Non-Compliance mußte besonders in Zusammenhang mit Alkoholkonsum bei den entsprechenden Patienten beobachtet werden, die im alkoholisierten Zustand keine Notwendigkeit sahen, trotz Bedarf eine medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Insgesamt kann man feststellen, daß ein großer Teil der behandelten wohnungslosen Patienten vor dem Angebot des Vereins keine medizinische Versorgung in Anspruch genommen bzw. keinen Zugang zum etablierten Gesundheitssystem hat. Durch den Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose e.V. Düsseldorf“ und dessen Gesundheitsbus haben diese Patienten, welche eine medizinische Behandlung vorher trotz Bedarf nicht in Anspruch genommen haben bzw. für welche das etablierte Gesundheitssystem nicht erreichbar war, ein niederschwelliges Angebot der medizinischen Versorgung erhalten, das an die Anforderungen und besonderen Lebensbedingungen der wohnungslosen Patienten angepasst ist.

Der Verein hat es in einem kurzen Zeitraum geschafft, ein adäquates medizinisches Versorgungsangebot für auf der Straße lebende Menschen aufzubauen und darüber hinaus eine weitestgehende Vernetzung des Projektes mit etablierten Institutionen und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens, sowie eine realistische finanzielle Absicherung des Projektes zu gewährleisten. Das Projekt trägt damit nicht nur zu einer besseren medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen, sondern auch zu einer Reduzierung von Kosten im Gesundheitswesen bei, indem es durch die Behandlung von Erkrankungen zur Verbesserung bzw. auch Vermeidung von Krankheitsverläufen im Sinne einer sekundären Prävention beiträgt.

Die Effizienz eines derartigen Projektes ist u.a. auch abhängig vom Gesundheits-/Krankheitsverhalten der betroffenen Patienten, welches in erster Linie durch den weit verbreiteten chronischen Alkoholkonsum auf verschiedenen Ebenen negativ beeinflusst wird. Der Hauptteil der Erkrankungen, welche die wohnungslosen Patienten vorstellten, waren besonders durch die entsprechenden Lebensumstände auf der Straße bedingt und resultieren zu einem großen Teil auch aus dem gesundheitschädigendem Verhalten der Betroffenen. Gleichzeitig kommt es zu einer fehlenden oder ineffizienten Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung durch die Wohnungslosen, obwohl ein offensichtlicher Bedarf besteht. Hier scheint für die Zukunft noch ein Behandlungsbedarf zu bestehen, den Patienten die Notwendigkeit und Bedeutung von Krankheitsbehandlung und Gesundheitserhaltung deutlich zu machen und das Gesundheitsverhalten der Betroffenen in eine positive Richtung zu lenken.

## 9. Anhang

### 9.1. Dokumentationsmaterial zum Text

Abb. 9.1: Wohnungslose: Opfer und Täter

#### Mann bettelte mit Messer

**Aachen:** Passanten informierten am Dienstagnachmittag die Polizei, daß im Bereich Bushof ein Mann mit einem Messer Fußgänger anbettelt. Als die Funkstreife eintraf, hatte er sich bereits entfernt. Der Mann wurde aber kurze Zeit später im Bereich der Peterstraße gesehen und kontrolliert. Die Polizei fand bei dem 26jährigen, der keinen festen Wohnsitz hat, ein „Butterfly-Messer“. Die Beamten nahmen die Waffe in Verwahrung.

#### Obdachloser mißhandelt

**Luckenwalde (dpa)** Ein 46jähriger Obdachloser ist in der Nacht zu gestern in Luckenwalde (Kreis Teltow-Fläming) brutal mißhandelt worden. Ein Notarzt lieferte den Verletzten, dem 37 Mark geraubt wurden, ins Krankenhaus ein. Wie die Polizei mitteilte, saß der Obdachlose allein auf einer Parkbank, als zwei Unbekannte über ihn herfielen. Die Täter hätten ihn mit Faustschlägen ins Gesicht und Fußtritten gegen die Rippen traktiert. Anschließend habe sich der Überfallene in seine Unterkunft in einem Obdachlosenheim geschleppt, wo ein Mitbewohner den Arzt alarmierte. Ein Fahndungsaktion der Polizei blieb

Abb.9.2.: Zeitungsartikel aus der Düsseldorfer Lokalpresse über den Verein

#### „Hier geniere ich mich gar nicht!“

Schlange stehen vor der rollenden Praxis

Von ANNA LEWY

Seinen Dank legt Peter mit leiser Verlegenheit auf den Tisch vor der Maxikirche: „Da!“ Ein Strauß roter Nelken. „Das ist meine Anerkennung für das, was die hier tun“, sagt der 43jährige mit einem Husten, der sich nach 14 Jahren Leben auf der Straße nicht mehr lösen will. Die da sind die Mitglieder des Vereins „Medizinische Versorgung für Wohnungslose.“ Vor sechs Wochen haben sie ihre rollende Bus-Praxis aufgemacht. (Die NRZ berichtete.) Seitdem können sie sich mittwochs vor dem Zustrom Obdachloser kaum retten!

#### In die Klinik

„Au weia, jetzt geht's los!“ ruft einer seinen Kumpels zu, nachdem der vom Gesundheitsamt geliehene Arzt-Bus nach einem Unfall mit leichtem Sachschaden und 15 Minuten Verspätung eintrifft. Das ist das Stichwort: Sechs, acht, zehn Männer drängeln sich zur Untersuchung. Bei Anette Mistreck, der Ärztin, die mit einem Pfleger und einem Studenten ehrenamtlich von 18 bis 20.30 Uhr non-stop praktiziert: „Das hat sich alles so rasend schnell entwickelt. Damit hat niemand von uns gerechnet.“ Mal 20, mal 50 kommen an diesen Abenden zum Bus. Obdachlose, Punker, Drogenabhängige, Methadon-Patienten. Zur Untersuchung, um frische

Klamotten abzuholen, die gestifteten Butterbrote zu verputzen. Rudolf (36), arbeits- und wohnungslos: „Ich bedaure, daß ich ein Penner bin. Aber hier geniere ich mich gar nicht. Lass' mal nach Lausen gucken.“

Fast alle sind krank: „Die meisten haben Parasiten, offene Wunden, Atomwegserkrankungen“, resümiert Mistreck. „Sie halt Salben und Antibiotika parat und kann bei manchen Patienten schon Besserung feststellen.“

Drei Männer mußten ins Marien-Hospital eingewiesen werden – und auch da zieht die Aktion Keitze: Die Klinik-Ärzte sind aufgeschlossener, die Patienten werden von Vereinsmitgliedern besucht. Kontakt mit Folgen: Für manche fand sich sogar eine Bleibe.

Kaum gegründet, wird dem Verein schon jetzt klar: Zwei bis drei Einsätze pro Woche wären nötig. Doch dafür fehlen der eigene Bus, weitere Spenden – und endlich die Kassen-Abrechnung über den Notfallschein.

Ein Erfolg ist absolut augenfällig. Auch wenn Hannelore Jorch am Mittwoch nach einer Stunde mit blaufrorenen Händen aufgibt, zu ihr kommen sie alle zurat: Sie frisiert sie, kostenlos. Pausenlos. Und inzwischen sind die Rauscheharte und Wallehaare so penibel gestutzt, daß bald nur noch ein Stoppschnitt übrig bleibt...

Mittwochs von 18 bis 20 Uhr

#### 30 Obdachlose beim ersten Gesundheitsbus

„Damit hatten wir nicht gerechnet.“ Marion Gähler von der Armenküche am Rathaus und ihre Mitstreiterinnen waren Mittwoch um 17.30 Uhr regelrecht überrascht: Als sie mit dem Gesundheitsbus an der Maxikirche vorfahren und erst einmal nur ihre Sachen auspacken wollten, warteten bereits fünf wohnungslose Männer auf sie und den ärztlichen Rat. Insgesamt kamen dann 30; von ihnen wurden zwölf in den folgenden zwei Stunden untersucht. „Wir hatten gedacht, daß vielleicht fünf oder sechs beim ersten Mal kommen würden“, so Frau Gähler.

Jeden Mittwoch, jeweils von 18 bis 20 Uhr, bietet der Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose“ (Auskunft unter Telefon 323 7662) seine Hilfe am Karplatz an. Eine Ärztin, eine Sozialarbeiterin und andere ehrenamtliche Kräfte stehen während der zwei Stunden den Ratsuchenden in medizinischen, aber auch sozialen Fragen zur Verfügung. Es werden Tee und Kaffee, aber auch Bekleidungs-spenden ausgegeben.

Dieses Angebot stieß am ersten Tag nicht nur bei den Betroffenen auf gute Resonanz: Ein Passant gab den Vereinsmitgliedern eine Geldspende, andere boten ihre Mitarbeit für die Aktion auf der Straße an.

Wegen der Kälte mußte am ersten Tag der Aktion nur eine Ehrenamtliche frühzeitig aufgeben: Eine Friseurin hatte sich angeboten, den Obdachlosen jeweils mittwochs die Haare zu schneiden. Nach 30 Minuten hatte sie bei den Minusgraden aber kein Gefühl mehr in den Fingern. ak

Abb. 9.3.: Vereinfachtes Formular des Sozialamtes zur Abrechnung nichtkrankenversicherter Patienten

Landeshauptstadt Düsseldorf  
 Der Oberstadtdirektor  
 Sozialamt  
 50/33

Antrag auf Gewährung einer einmaligen Hilfe zum Lebensunterhalt für Durchreisende

\_\_\_\_\_ Datum

Hilfesuchende/Hilfesuchender (Familienname, Vorname) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Personalausweis- bzw. Reisepaß Nr. \_\_\_\_\_

ledig     verheiratet     verwitwet     geschieden

Bisherige Sicherung des Lebensunterhalts:

Sozialhilfe     Rente     Vermögen     Gelegenheitsjobs     Betteln     Zuwendungen Dritter

Sonstiges \_\_\_\_\_

Die letzten beiden Aufenthaltsorte (ggf. Name und Anschrift der Einrichtungen):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

bei Bekannten     im freien     z. Z. ohne festen Wohnsitz/Durchreise

Erfolgte Antragstellungen:

Arbeitsamt    Rentenversicherung    Sonstiges

Ja     Nein     Ja     Nein    \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auf Beratungs- und Betreuungsangebote zur Selbsthaftmachung wurde ich hingewiesen.

**Erklärung**

Ich versichere, daß vorstehende Angaben vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, daß ich wegen unwahrer und unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und für zu Unrecht erbrachte Leistungen erstattungspflichtig bin.

Ich verfüge über keine regelmäßigen Einkünfte und bin z. Z. völlig mittellos. Ich habe für heute bzw. das Wochenende von keinem anderen Sozialamt Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen und werde im Anschluß auch nicht für den gleichen Zeitraum bei einem anderen Sozialamt Leistungen beantragen.

Von den umseitigen Hinweisen und dem Auszug aus dem Sozialgesetzbuch habe ich Kenntnis genommen. Durchschrift habe ich erhalten.

Aufgenommen durch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Hilfesuchende/  
 Hilfesuchender

Abb.9.4.: Mitgliedsausweis des Vereins



Abb.9.5.: Der Gesundheitsbus des Vereins



Abb.9.6.: Begleitschreiben zur Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Aufnahme

<p>An den / die weiterbehandelnde(n) Arzt / Ärztin</p> <p>Sehr geehrte(r) Herr Kollege / Frau Kollegin,</p> <p>Herr/Frau ____ geb. am: _____, hat sich heute am _____, im „Gesundheitsbus“ zur ärztlichen Behandlung vorgestellt.</p> <p>Aufgrund der Erkrankung (Diagnose s. Einweisungsschein), mußte o.g. Patient / Patientin von mir in Ihr Krankenhaus eingewiesen werden. Um eine ausreichende Weiterbehandlung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu gewährleisten, bitten wir Sie, dem Patienten einen Arztbericht mitzugeben bzw. an o.g. Adresse zu senden. Mit seiner Unterschrift hat uns der Patient den Auftrag zur vorläufigen Weiterbetreuung gegeben.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen</p> <p>Hiermit beauftrage ich die Ärzte des Gesundheitsbusses mit der vorläufigen Weiterbehandlung nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus</p> <p>_____ Unterschrift Patient</p>
--

Abb.9.7.: Adressenliste über Projekte zur  
medizinischen Versorgung von Wohnungslosen in Deutschland

### Überregionale Verbände

Koordination und Supervision der Projekte „Aufsuchende Gesundheitsfürsorge“ in Bielefeld,  
Bochum, Dortmund und Münster  
Ärztekammer Westfalen-Lippe  
Postfach 4067, 48022 Münster  
Tel.: 0251-9292043

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.  
Postfach 130148, 33544 Bielefeld  
Tel.:0521-1443613

Ärzte helfen Obdachlosen – Marburger Bund  
Riehlerstr. 6, 50668 Köln

Armut und Gesundheit e.V.  
Karolingerstr. 7, 55130 Mainz

Ev. Obdachlosenhilfe e.V.  
Postfach 101142, 70010 Stuttgart  
KAG Wohnungslosenhilfe  
Karlstr. 40, 79104 Freiburg  
Tel.: 0761-200378

### Berlin

Ärztekammer Berlin  
Medizinische Hilfe für Obdachlose  
Ferbellerstr. 47, 10119 Berlin  
Tel.: 030-2929645

MUT– Medizinische Hilfe für Obdachlose,  
Gesellschaft für Gesundheit  
Flottenstr. 28-42, 13407 Berlin  
Tel.: 030-40905952

Caritas Arztmobil  
Wolkanstr. 18, 13187 Berlin  
Tel.: 030-4002303

Beratungsstelle Levetzowstraße  
Levetzowstr. 12a, 10555 Berlin  
Tel.: 030-3904740

FIX-Punkt e.V. - Mobile medizinische  
Versorgung von Drogenkonsumentinnen  
Boppstr. 7, 10967 Berlin

### Bielefeld

Von Bodenschwingsche Anstalten Bethel  
Postfach 130245, 33545 Bielefeld  
Tel.: 0521-1443462

### Bremen

Gesundheitsamt Bremen  
Hornerstr. 60-70, 28203 Bremen

Jakobushaus der Inneren Mission Bremen  
Friedrich-Rauers-Str. 30, 28195 Bremen  
Tel.: 0421-3070414

### Darmstadt

Diakonisches Werk Darmstadt-Dieburg  
Zweifalltorweg 14, 64293 Darmstadt

Diakoniestation Nord  
Kiesstr. 18, 64283 Darmstadt

### Dortmund

Fachberatungsstelle Teestube "Konkret"  
Alicenstraße, 64293 Dortmund

Diakonisches Werk - Aufsuchende  
Gesundheitsfürsorge  
Postfach 104165, 44041 Dortmund  
Tel.: 0231-50241

Beratung für Wohnungslose - Diakonisches  
Werk  
Jägerstr. 5, 44147 Dortmund  
Tel.: 0231-849414

### Essen

Arztmobil - Erwerbsbehinderten-Arbeitsstätten  
GmbH  
Grabenstr. 96, 45141 Essen

### Frankfurt am Main

Elisabeth-Straßenambulanz  
Allerheiligenstr. 30, 60314 Frankfurt a.M.  
Tel.: 069-92870467

Lazarus Wohnungslosenhilfe e.V.  
Dreieichstr. 39, 60594 Frankfurt

### Freistatt

Diakonie Freistatt - Bereich Soziale Hilfen  
27259 Freistatt, Tel.: 05448/8332

### Gifhorn

Diakonische Heime in Kästorf - Ärztlicher  
Dienst  
Hauptstr. 5, 38518 Gifhorn  
Tel.: 05371-721222

### Göttingen

Gesundheitszentrum Göttingen  
Leipzigerstr. 10, 37085 Göttingen

### Hanau

Franziskushaus Hanau  
Mathias-Daßbachstr. 2, 63450 Hanau

### Hannover

Kontaktladen für Wohnungslose  
Hagenstr. 36, 30161 Hannover

### Kassel

Soziale Hilfe e.V.  
Kölnische Straße 35, 34117 Kassel  
Tel.: 0561-7073800

Heilsarmee Sozial-Center - Fahrende Ärzte  
Eisenacherstr. 18, 34123 Kassel

### Köln

Gesundheitsamt Köln/Mobiler medizinischer  
Dienst  
Neumarkt 15-21, 50667 Köln

Phönix aus der Asche  
Fridolinstr. 55  
50825 Köln  
Tel.: 0221-5505639

Verein Gesundheit für Wohnungslose e.V.  
Herwarthstr. 7, 50672 Köln  
Tel.: 0221-5104868

### Mainz

Ambulante medizinische Versorgung  
wohnungsloser Menschen - Thaddäusheim  
An der Goldgrube 13, 55131 Mainz  
Tel.: 06131-53017

Diakonisches Werk  
Wallstr. 13, 55122 Mainz  
06131-3744413

### München

Katholischer Männerfürsorgeverein  
Lindwurmstr. 75 / RG., 80337 München  
Tel.: 089-5141830

Beratung und Versorgung für Wohnungslose -  
Benediktinerabtei St. Bonifaz  
Praxis Mona Scholz  
Karlstr. 34, 80333 München

Praxis Dr. Susanne Strowitzki  
Pilgersheimerstr. 11, 81543 München

### Münster

Bischof-Hermann-Stiftung Münster -

Haus der Wohnungslosenhilfe  
Bahnhofstr. 62, 48143 Münster  
Tel.: 0251-484520

Praxis Dr. Backhaus  
Windhorststr. 16, 48143 Münster

### Nürnberg

Caritas-Straßenambulanz  
Hummelsteiner Weg 36,  
90459 Nürnberg

Arbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe -  
Heilsarmee  
Leonhardstr. 17-21, 90443 Nürnberg  
Tel.: 0911-287331

Stadtmission Nürnberg  
Pirckheimer Str. 16a, 90332 Nürnberg

### Stuttgart

Ambulante Hilfe e.V.  
Kreuznacherstr. 41a, 70327 Stuttgart  
Tel.: 0711-561140

### Wiesbaden

Diakonisches Werk  
Rheinstr. 65, 65185 Wiesbaden  
Tel.: 0611-360910

### Würzburg

Zentrale Beratungsstelle für Nichtseßhafte und  
Strafentlassene  
Juliuspromenade 56, 97070 Würzburg  
Tel.: 0931-12928

Abb. 9.8.: Dokumentationsbogen „Erstkontakt“

Krankenversicherung			
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung			
<input type="checkbox"/> Sozialamt	Name _____	Kassen-Nr. _____	Versicherungsnummer _____
	<input type="checkbox"/> mit Schein <input type="checkbox"/> ohne Schein		
	<input type="checkbox"/> Düsseldorf <input type="checkbox"/> anderes SA		
<input type="checkbox"/> Keine Krankenversicherung / unbekannt			
Statusänderung:			
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Sozialamt	<input type="checkbox"/> Keine Versicherung	Datum: _____
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Sozialamt	<input type="checkbox"/> Keine Versicherung	Datum: _____
Wohnstatus			
<input type="checkbox"/> Wohnungslos			
<input checked="" type="checkbox"/> Meldadresse			
	Seit _____	Grund _____	
<input type="checkbox"/> Wohnung	Straße _____	Ort _____	
	Straße _____	Ort _____	
Statusänderung:			
<input type="checkbox"/> Wohnungslos	<input type="checkbox"/> Wohnung gefunden	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	Datum: _____
<input type="checkbox"/> Wohnungslos	<input type="checkbox"/> Wohnung gefunden	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	Datum: _____
Medizinische Versorgung im Krankheitsfall			
<input type="checkbox"/> Keine medizinische Versorgung			
	<input type="checkbox"/> Hausarzt	Letzter Besuch: _____	
	<input checked="" type="checkbox"/> Allgemeinarzt	Name und Adresse: _____	
	<input type="checkbox"/> Anderer Facharzt: _____		
	<input type="checkbox"/> Fachrichtung nicht bekannt _____		
Sucht und Genußmittel			
Nikotin	<input type="checkbox"/> Ja _____	<input type="checkbox"/> Nein	
	Menge _____	Seit _____	
Alkohol	<input type="checkbox"/> Ja _____	<input type="checkbox"/> Nein	
	Art _____	Menge _____	
Drogen	<input type="checkbox"/> Ja _____	<input type="checkbox"/> Nein	
	Art _____	Seit _____	
Schulabschluss			
<input type="checkbox"/> Hochschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Hauptschule / Volksschule <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> Nein			
Größe: _____			cm
<input type="checkbox"/> Frühere Erkrankungen / Dauerdagnosen ( Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Epilepsie, Diabetes mellitus, Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle, Organerkrankungen, Sonstiges)			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
<input type="checkbox"/> Laufende Medikation/Therapie: _____			
_____			
<input type="checkbox"/> Psychiatrische Auffälligkeiten _____			
<input type="checkbox"/> Allergie: _____			<input type="checkbox"/> Paß
Im Notfall zu verständigen			
Name: _____			
Straße: _____			
Ort: _____			
Tel.: _____			

Abb.9.9.: Dokumentationsbogen „Aktueller Besuch“

<b>Datum</b> _____	<b>Behandelnder Arzt</b> _____	<b>Kontakt Nr.:</b> _____
<b>Name</b> _____	<b>Vorname</b> _____	<b>Geb.Dat.</b> _____
		<b>Id.-Nr.</b> _____
<b>Aktueller Besuchsanlaß (Beschwerde/Befund):</b> <input type="checkbox"/> Foto dokumentation  <input type="checkbox"/> Eigeninitiativ gekommen <input type="checkbox"/> Gebracht worden <input type="checkbox"/> Entlassung aus Krankenhaus ↳ <b>Arztbrief erhalten:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Zustand nicht bekannt <input type="checkbox"/> Bekannter Zustand ↳ Zustand im Vergleich zum letzten Kontakt <input type="checkbox"/> besser <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> schlechter  <input type="checkbox"/> Notfall
<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose / <input type="checkbox"/> Gesicherte Diagnose		
<b>Maßnahme(n)</b>		<input type="checkbox"/> Keine Maßnahme
<b>Medikation</b>		<input type="checkbox"/> Keine Medikation
<b>Sonstige wichtige Befunde und Diagnosen</b>		<input type="checkbox"/> Keine
RR: _____ Gewicht: _____		
<b>Subjektives Allgemeinbefinden des Patienten:</b>		<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht <b>Fremdeinschätzung des Zustandes:</b>
		<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht
<b>Ernährungszustand:</b>		<input type="checkbox"/> kachektisch <input type="checkbox"/> mager <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> adipös
<b>Gesundheitszustand:</b>		<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> kränklich <input type="checkbox"/> krank
<b>Schweregrad der Erkrankung:</b>		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> schwer
<b>Ektoparasiten:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____		
<b>Einbestellt zur Kontrolluntersuchung:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ Datum _____		
<b>Überweisung:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Allgemeinarzt		
<input type="checkbox"/> Anderer Facharzt _____ <input type="checkbox"/> Klinik _____		
Bei Überweisung Arztbesuch/Klinik <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Arztbrief erhalten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Arztbrief mitgegeben: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Derzeitiger Übernachtungsstatus:</b> <input type="checkbox"/> Platte <input type="checkbox"/> Übern.-stelle <input type="checkbox"/> Notunterkunft <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte/Angeh. <input type="checkbox"/> Eig.Wohnung <input type="checkbox"/> Andere: _____		
<b>Patient bei Besuch</b>		<input type="checkbox"/> kooperativ <input type="checkbox"/> unkooperativ <input type="checkbox"/> nüchtern <input type="checkbox"/> alkoholisiert <input type="checkbox"/> gepflegt / sauber <input type="checkbox"/> ungepflegt / unsauber <input type="checkbox"/> extrem ungepflegt / unsauber
<b>Sonstiges:</b> _____		

## 9.2. Öffentliche Meinungen zum Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“

Um einen Überblick über die öffentliche Meinung zum Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ zu erhalten und im Rahmen der Dissertation zu veröffentlichen, wurden im März 2000 einige Vertreter öffentlicher Institutionen, welche direkt oder indirekt einen Bezug zur Arbeit des Vereins haben, mit der Bitte angeschrieben, eine Stellungnahme zum Verein abzugeben.

Das unten abgebildete Schreiben (Abb. 10.) wurde an Vertreter folgender Institutionen gesandt:

- Ärztekammer Nordrhein
- AG Betriebskrankenkassen Düsseldorf
- Krankenhausverband Düsseldorf
- Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf
- Kassenärztliche Vereinigung
- AG Düsseldorfer Krankenkassen
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW
- Sozialamt der Stadt Düsseldorf

Seit Februar 1996 gibt es in Düsseldorf den Verein "Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.". In Form der aufsuchenden Gesundheitsversorgung betreut der Verein Wohnungslose im gesamten Stadtgebiet.

Seit Beginn des Projektes habe ich als Doktorand in der Abteilung für Allgemeinmedizin, unter der Betreuung von Herrn Prof. Helmich, die Entstehung und Entwicklung der Vereinsarbeit verfolgt. Meine Dissertation ist nun abgeschlossen und neben der Präsentation meiner erhobenen Daten und gewonnenen Ergebnisse, möchte ich am Ende der Arbeit ein Bild der öffentlichen Meinung über das Projekt darstellen.

Ich möchte Sie deshalb in Ihrer Funktion als .....um eine Stellungnahme zum Verein "Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.". bitten.

Besonders interessieren würden mich Ihre Ansichten zu folgenden Fragen:

- Wie bewerten Sie die Entwicklung des Projektes seit seinem Beginn 1996 ?
- Welchen Stellenwert messen Sie dem Verein und seiner Arbeit bei der gesundheitlichen Versorgung eines Teils der Düsseldorfer Bevölkerung bei ?
- Ist ein derartiges Projekt eine Konkurrenz für das etablierte System der Gesundheitsversorgung bestehend aus niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst ?
- Halten Sie derartige Projekte für notwendig und wenn ja, aus welchem Grund ?

Sollten Ihnen weitere erwähnenswerte Aspekte zum Thema einfallen, wäre ich Ihnen natürlich dankbar.

Abb. 9.10.: Wortlaut des Schreibens an die o.g. Institutionen

**Marien-Hospital Düsseldorf**  
**Freigemeinnütziges Krankenhaus-Katholische Stiftung**  
**Akademisches Lehrkrankenhaus**

Innere Abteilung  
Prof. Dr. med. Karl Hayduk

Rochusstr. 2  
40479 Düsseldorf  
Tel: 0211/4400-0  
Sekt: 0211/4400-2432  
07.04.2000  
Prof. Hayduk/Ar

Herrn  
Christian Heringhaus  
Ziegelhofstr. 228 A

79110 Freiburg

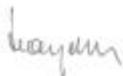
Sehr geehrter Herr Heringhaus,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 08.03.2000, dessen Beantwortung sich urlaubsbedingt etwas verzögert hat.

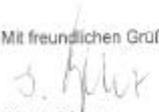
Ihre dezidierten Fragen beantworte ich wie folgt:

1. Es ist eine relativ umfassende Versorgung der Wohnungslosen in Düsseldorf gelungen und wird dauernd verbessert.
2. Durch die Arbeit des Vereins werden die Obdachlosen insgesamt seltener in die Krankenhäuser eingewiesen und vor allem sind die Einweisungen frühzeitiger, sodass die Aufenthaltsdauer in den Krankenhäusern verringert werden kann. Es ist gelungen die laufenden Kosten über Sozialamt und Kassen zu finanzieren, lediglich für Neuanschaffungen und Neueinrichtungen werden Spendenmittel benötigt.
3. Das Projekt stellt meines Erachtens keine Konkurrenz für das etablierte System der Gesundheitsversorgung dar, sondern entlastet dieses in mehrfacher Beziehung.
4. Ich halte derartige Projekte für notwendig und zwar deshalb, weil die Wohnungslosen ohne ein entsprechendes Projekt ärztliche Hilfe weitaus später und dann in einem schlechteren Gesundheitszustand aufsuchen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. K. Hayduk  
Chefarzt Innere Medizin

	<b>AOK Rheinland Die Gesundheitskasse</b>
	Regionaldirektion Düsseldorf Fachservice Krankenhäuser
AOK Postfach 10 11 41 40002 Düsseldorf	Kasernenstraße 61 40213 Düsseldorf Telefon: 02 11 - 82 25 0 Telefax: 02 11 - 82 25 07 4
Herrn Christian Heringhaus Ziegelhofstr. 228 A  79110 Freiburg	Ihr Gesprächspartner Dietmar Genz  Durchwahl: 02 11 - 82 25 42 0 Unser Zeichen 330 ge-kl Datum 25.04.2000
<b>Verein „medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e. V.“</b>	
Sehr geehrter Herr Heringhaus,	
von Herrn Limpinsel habe ich Ihren Brief zur Beantwortung erhalten.	
Leider sehe ich mich nicht in der Lage, Ihre Fragen zu beantworten. Mir ist bekannt, daß Herrn Dr. König die Berechtigung erteilt wurde, die ambulante Betreuung wohnungsloser Menschen in Düsseldorf vorzunehmen. Herr Dr. König rechnet seine ärztlichen Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ab. Wir erhalten lediglich eine Gesamtübersicht über die erbrachten Leistungen. Die Ermächtigung des Herrn Dr. König wurde damals von der AOK positiv beurteilt, woraus Sie erkennen können, daß ich derartige Projekte durchaus für notwendig ansehe, damit die ärztliche Behandlung für diesen Personenkreis verbessert wird.	
Selbstverständlich stehe ich Ihnen auch gerne für ein Telefongespräch zur Verfügung.	
Mit freundlichen Grüßen  Dietmar Genz	
Unser Service-Angebot finden Sie auf der Rückseite!	
	

**KREISSTELLE DÜSSELDORF** **KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORDRHEIN**   
KV Nordrhein, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Postfach 11 10 491 106 11, 41006 Düsseldorf  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Herrn  
 Christian Heringhaus  
 Ziegelhofstr. 228A  
 79110 Freiburg

Ansprechpartner: Frau Wäch  
 Durchwahl: 0211-9970-585  
 Telefon: 0211-9970-582

Ihr Zeichen: Ihre Nachricht vom: Unser Zeichen: Datum:  
 Dr. Ha/Wa. 28.03.2000

**Medizinische Hilfe für Wohnungslose**

Sehr geehrter Herr Heringhaus,

wir bestätigen den Eingang Ihres Schreibens vom 08.03.2000.

Wir haben dieses an Herrn Dr. Carsten König, als ermächtigtem Arzt in diesem Projekt weitergeleitet. Von ihm erhalten Sie zu gegebener Zeit Nachricht.

Mit freundlichem Gruß  
 i.A.   
 Dr. Michael Hammer  
 Vorsitzender

Kassenärztliche  
 Dienstleistungen für Sie  
 41006 Düsseldorf  
 0211 9970-582  
 Im Internet unter [www.kvnr.de](http://www.kvnr.de) Rechtsanwaltschaft  
 Dr. jur. habil. Dr. Carsten König  
 41006 Düsseldorf

**KREISSTELLE DÜSSELDORF** **KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORDRHEIN**   
KV Nordrhein, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Postfach 11 10 491 106 11, 41006 Düsseldorf  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Herrn  
 Dr. med. Carsten König  
 Laagallee 41  
 40545 Düsseldorf

Ansprechpartner: Frau Wäch  
 Durchwahl: 0211-9970-585  
 Telefon: 0211-9970-582

Ihr Zeichen: Ihre Nachricht vom: Unser Zeichen: Datum:  
 Dr. Ha/Wa. 06.04.2000

**Medizinische Hilfe für Wohnungslose**  
 Schreiben von Herrn Heringhaus

Sehr geehrter Herr Dr. König,

von Herrn Dr. Hammer soll ich grüßen. Er ist selbstverständlich mit allen Punkten einverstanden und möchte sich auch nochmals für die so wichtige und konstruktive Arbeit in diesem Bereich bedanken.

Mit freundlichem Gruß  
 i.A.   
 Dr. Michael Hammer  
 Vorsitzender

Kassenärztliche  
 Dienstleistungen für Sie  
 41006 Düsseldorf  
 0211 9970-582  
 Im Internet unter [www.kvnr.de](http://www.kvnr.de) Rechtsanwaltschaft  
 Dr. jur. habil. Dr. Carsten König  
 41006 Düsseldorf 0211 9970-582 Fax: 0211 9970-583

**Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.  
(Medical Help for the Homeless in Düsseldorf)  
c/o Horizont, Neusserstr. 37, 40219 Düsseldorf**

Lfd. Arzt: Dr. med. Carsten König, MStP, Facharzt für Allgemeinmedizin, Luersallee 41, 40548 Düsseldorf

Dr. med. Reinhard Tappe  
Dr. med. Oleg Juschik  
Stephanie Heidemann  
Erika König  
Tel: Mo. - Frei., 8-12 Uhr  
Tel: 0211 - 300 84 317  
Fax: 0211 - 300 84 312  
Mf: 0172 - 2632314  
Fax2: 0211 - 88 48 26

Herrn  
Christian Heringhaus  
Ziegelhofstr. 228 A

79110 Freiburg

29. März 2000

Ihr Schreiben vom 08.03.2000

Sehr geehrter Herr Heringhaus, lieber Christian,

Herr Dr. Hammer hat Ihr Schreiben mit der Bitte um eine Beantwortung Ihrer Fragen an mich weitergeleitet. Gerne gehe ich auf Ihre Fragen ein. Meine Kommentare werde ich dann mit Kollegen Hammer absprechen.

1. Das Projekt ist nach einer relativ kurzen Phase Teil der gesundheitlichen Regelversorgung geworden. Entscheidenden Anteil daran haben die Anerkennung durch die KV Düsseldorf, die Ärztekammer, die Verbände, die Medien und die lokale Politik. Dabei ist die Kooperation und Vernetzung unterschiedlicher Einrichtungen und Träger (Caritas, Diakonie, Gesundheitsamt, Sozialamt, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, etc.) ein wichtiger Baustein. Die Verknüpfung von Medizin und Sozialarbeit bietet eine adäquate Möglichkeit die Versorgung zu verbessern und kann beispielhaft für andere Bereiche sein.
2. Ohne die Arbeit des Vereins, die Zusammenarbeit mit anderen Trägern und die damit verknüpfte Praxis würden viele dieser Patienten sicherlich schlechter oder gar nicht versorgt werden. Seit 1996 sind mehr als 8000 Behandlungen durchgeführt worden, in den Krankenzimmern konnten über 100 Patienten betreut werden. Die „Obdachlosenpraxis“ ist zu einem festen Bestandteil in der Versorgung dieser Patientengruppe geworden.
3. Eine Konkurrenz stellt das Projekt sicherlich nicht dar. Es besteht im Gegenteil eine gute Einbindung in das System. Zudem werden Kosten eingespart, insbesondere im Krankenhausbereich. Auch mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst besteht eine Kooperation.
4. Gerade in unseren Großstädten wurden in den letzten 10 Jahren zunehmende Zahlen an wohnungslosen Menschen verzeichnet. Ein neuer Ansatz der aufsuchenden Hilfe verbessert die Lebenssituation dieser Menschen. Das Gesundheitssystem muß auf die unterschiedlichen Anforderungen flexibel reagieren. Eine Verknüpfung von Professionen ist in der Zukunft auch in anderen Bereichen notwendig.

Vorstand: Dr. med. Carsten König (1. Vorsitzender), Joachim Thomas (2. Vorsitzender), Dorith Schindler (Kassiererin)



## 10. Literaturverzeichnis und Internetadressen zum Thema Wohnungslosigkeit

### Literaturverzeichnis

*Albrecht, G.:* Die Nichtseßhaftigkeit: Das Problem der Theoriebildung. BAG Wohnungslosenhilfe. VSH Verlag Soziale Hilfen. Bielefeld. 1979.

*Ayaß, W.:* Keiner hat die Bettler vor der Razzia gewarnt. In: Frankfurter Rundschau vom 11.09.1993:93

*Ayaß, W.:* Asoziale im Nationalsozialismus. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart. 1995

*Bäcker, G., Ebert, T.:* Zukunft des Sozialstaates – Defizite und Reformbedarf in ausgewählten Bereichen der sozialen Sicherung. Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. 1996.

*BAG Wohnungslosenhilfe e.V. (Hrsg.):* Weibliche Wohnungsnot. VSH Verlag Soziale Hilfen. Bielefeld. 12/1999.

*BAG Wohnungslosenhilfe e.V. (Hrsg.):* Zahl der Wohnungslosen. VSH Verlag Soziale Hilfen. Bielefeld. Aktueller Stand 10/1999.

*BAG Wohnungslosenhilfe e.V. (Hrsg.):* Krank ohne Wohnung. Empfehlung zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen. Stuttgart. 1995.

*Bartlsperger, R., Bold, H., Umbach, D. C.:* Wie funktioniert das? Der moderne Staat. Meyer-Nachschlagwerk. Bibliographisches Institut. Mannheim. 1974: 438.

*Becker, R.:* Wohnungslosigkeit aus feministischer Sicht. Gefährdetenhilfe 4/93: 131-135.

*Beck Texte:* Grundgesetz mit Verfassungsreformgesetz. dtv Verlag. München. 1994.

*Berger, R.:* Der Umbau des Sozialstaates. Ansichten von Parteien und Wohlfahrtsverbänden zur Modernisierung des Staates. Westdeutscher Verlag. Wiesbaden. 1999.

*Börger, R.:* Nach 6 Wochen auf der Straße ist keiner mehr gesund. In: Soz.Gesundheitswesen. 2/1 1996: 6

*Bonhoefer, K.:* Ein Beitrag zur Kenntnis des großstädtischen Bettel- und Vagabondentums. 1901.

*Bronislaw, G.:* Geschichte der Armut. Elend und Barmherzigkeit in Europa. Artemis & Winkler Verlag. München. 1991.

*Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.):* Sozialhilfe. Bonn. 1999. Stand Juli 1999.

*Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.):* Informationen zur politischen Bildung. Heft 253. 4/1996.

*Butterwegge, C.:* Wohlfahrtsstaat im Wandel. Probleme und Perspektiven der Sozialpolitik. Leske und Budrich Verlag. Leverkusen. 1999.

*Diakonie Düsseldorf.* Vergleichende Darstellung ausgesuchter Ergebnisse aus Besucherbefragungen der Jahre 1995 und 1997. Düsseldorf. 1997.

*Farr, T.K. et al.:* A study of homelessness and Mental illness in the skid row area of Los Angeles. Los Angeles County Department of Health. 1986

*Fichter, M., Quadflieg, N., Cuntz, U.:* Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. Deutsches Ärzteblatt 97. Heft 17. 28. April 2000:1148-1154

- Fichter, M. et al.*: Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 246. 1996. 185-196
- Flenker, I.*: Ärztekammer Westfalen-Lippe: Versorgung Obdachloser - Ärzte auf der Straße. *Deutsches Ärzteblatt* 95. Heft 11 vom 13.03.98:591
- Flora, P., Noll H.-H.*: Sozialberichterstattung und Sozialstaatsbeobachtung. Campus Verlag. Frankfurt a.M. 1999.
- Füglister-Wasmer*. Züricher Armutsstudie. Zürich. 1995.
- Geißler, R.*: Was ist Armut. In: *Die Sozialstruktur Deutschlands*. Westdeutscher Verlag. Wiesbaden. 1996.
- Gillich, S.*: Wohnungsversorgung und angemessene Miethöhe. In: *Wohnungslos*. 4/99 41. Jahrgang. VSH Verlag Soziale Hilfe. Bielefeld. 1999:156
- Göppinger, H.*: Kriminologie. C.H. Beck Verlag. München. 1997.
- Greifenhagen, A., Koniarczyk, M., Wolz, J.*: Psychische Erkrankungen bei alleinstehenden Wohnungslosen – Ziel und Methodik einer epidemiologischen Untersuchung im Raum München. München 1999 und Fichter M, Quadflieg N, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Wolz J, Koegel P, Wittchen HU: Mental illness in homeless men and women in Munich. *Psychiatr Prax*. 03/1999.26(2):76-84.
- Hagen, Kühn*: Gesundheit. In: Schäfers, B., Zapf, W.: *Handwörterbuch der Gesellschaft Deutschlands*. Leske und Budrich Verlag. Leverkusen. 1998.
- Harenberg (Hrsg.)*: Aktuell 94 - Lexikon der Gegenwart. Harenberg Lexikon Verlags- und Mediengesellschaft. Dortmund. 1993.
- Hauser, R, Kinstler, H. J.*: Zur Lebenslage alleinstehender Wohnungsloser unter den Caritas-Klienten. Frankfurt a. M. 1991.
- Heins, R.*: Obdachlosenreport. Warum immer mehr Menschen ins soziale Elend abrutschen. Düsseldorf. 1993.
- Helmich, P.*: Ein Brief statt einer Einleitung. In: Helmich, P. (Hrsg.): *Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung*. Springer Verlag. Berlin-Heidelberg. 1991.
- Helmich, P.*: Vom Wohlbefinden zur Befindungsstörung. In: Helmich, P. (Hrsg.): *Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung*. Springer Verlag. Berlin-Heidelberg. 1991.
- Herold, G.*: Innere Medizin. Eigenverlag. 1999.
- Holtmannspötter, H.*: Nichtseßhaftigkeit und Nichtseßhaftenhilfen in der BRD. In: Bellebaum et al.: *Reader soziale Probleme*. Band II. Campus Verlag. Frankfurt a.M. 1974.
- Holtmannspötter, H.*: Plädoyer zur Trennung von dem Begriff Nichtseßhaftigkeit. 1982
- Holtmannspötter, H.*: Zahlen, Daten, Tendenzen zur Situation der Wohnungslosen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bouali, K., Hellbernd, H., Wiens, K.: *Kongreß Armut und Gesundheit* Berlin. 1995.
- Iben, G.*: Zur Definition der Armut. *Blätter der Wohlfahrtspflege*. 11/12. 1989
- Institut für Kommunale Psychiatrie Solingen (Hrsg.)*. Psychisch Kranke in Einrichtungen nach § 72 BSHG. Düsseldorf. 1984.
- Koch, F., Hard, G., Tristram, P.*: Landessozialbericht Nordrhein-Westfalen. Band 2: Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW. Düsseldorf. 1993.

- Köbler, G.:* Juristisches Wörterbuch für Studium und Ausbildung. Franz Vahlen Verlag. München. 1995.
- König, C.:* Magisterarbeit „Public Health“. Medizinische Hilfe für Wohnungslose in Düsseldorf. Juli 1997.
- König, C.:* Informationsblatt zum Projekt medizinische Hilfe für Wohnungslose. Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“. Düsseldorf. 1995.
- Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.):* Armutsbericht, Armut und Reichtum in Düsseldorf. Düsseldorf. 1996.
- Locher, G., Stöbel, U.:* Gesundheits-/Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von alleinstehenden Wohnungslosen, Gefährdetenhilfe 1/91
- Locher, G., Stöbel, U.:* Gesundheits- / Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von alleinstehenden Wohnungslosen. VSH Verlag. Soziale Hilfen. Bielefeld. 1990.
- Marzahn, C.:* Das Zucht- und Arbeitshaus. Die Kerninstitution frühbürgerlicher Sozialpolitik. In: Ritz, H. G. Zähmen und Bewahren. Die Anfänge bürgerlicher Sozialpolitik. Bielefeld. 1984.
- Mielck, A.:* Armut macht krank - Krankheit macht arm. 1996.
- MSD Manual.* Tabelle „Adäquates Körpergewicht und Untergrenzen für Übergewicht und Adipositas“. Urban & Schwarzenberg. München-Wien. 1993:278
- Mosse, M., Tugendreich, G.:* Krankheit und Soziale Lage. München. 1913.
- Münch, I.:* Grundgesetz Kommentar. C.H. Beck Verlag. 1999.
- Nationale Armutskonferenz (Hrsg.):* Armut im Sozialstaat – Fragen an die Politik. 1994.
- Paffrath, D.:* in Helmich, P. Allgemeinmedizin. Grundlagen ärztlichen Handelns. Urban und Schwarzenberg Verlag. 1993
- Paritätischer Wohlfahrtsverband (Hrsg.).* Bericht über Armut in der Bundesrepublik Deutschland. 1989.
- Paur, I., Schmitz, G.:* Die Betreuung von Straßenkindern, Z.Allg.Med. Hippokrates Verlag Stuttgart 1998. 74:395-400
- Powser, K.:* Frauen auf der Straße. Keine weiteren Angaben. 1989.
- Recker, T., Eickelmann, B.* Wohnungslosigkeit, psychische Erkrankungen und psychiatrischer Versorgungsbedarf. In: Deutsches Ärzteblatt 94. Heft 21. 23.05.97:1064-1065.
- Rohrmann, E.:* Lebenslage „Nichtseßhaftigkeit“ – Plädoyer für einen anderen Umgang mit Armut und Wohnungslosigkeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. 5/1990.
- Ruder, K. H.:* Polizei- und ordnungsrechtliche Unterbringung von Obdachlosen. Nomos Verlag. Baden-Baden. 1999.
- Ruhstrat, E. U.:* Wohnungsnotfälle. Bau- und Familienministerium. Bonn. 1994.
- Ruhstrat, E. U.:* Ohne Arbeit keine Wohnung, ohne Wohnung keine Arbeit! VSH Verlag Soziale Hilfen Bielefeld. 1995.
- Schäfers, B.:* Gesellschaftlicher Wandel in Deutschland. Enke Verlag. Stuttgart. 1995
- Schulz, J.:* Sozialhilfe, eine systematische Einführung. Beltz Verlag. Wiesbaden. 1994.
- Schwind, H. D.:* Kriminologie – Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen. Kriminalistik Verlag. Heidelberg. 1998.
- Siegrist, J.:* Medizinische Soziologie. Urban & Schwarzenberg Verlag. München-Wien. 1988.

*Sozialamt der Stadt Düsseldorf*: Leitfaden für wohnungslose alleinstehende Menschen in Düsseldorf “Wohnen ist ein Menschenrecht”. Stand Oktober 1998 Herausgeber des Leitfadens: Caritasverband, Diakonie, Ordensgemeinschaft, SKM und Sozialamt der Stadt Düsseldorf. 1998

*Spatz, J.*: Gesundheit in Abhängigkeit von sozialer Lage. In: Gesundheit und soziale Lage. Gesundheitsbericht 1997 des Bezirksamts Hohenschönhausen von Berlin. 1997.

*Specht-Kittler, T.*: Statistikbericht 1997/98 der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.. VSH Verlag Soziale Hilfen Bielefeld. 2000.

*Strowitzki, S.*: Die erste Obdachlosenpraxis der Republik. In: MMW 139. Nr. 51/52. München. 1997:38-42

*Trabert, G.*: Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. VSH Verlag Soziale Hilfe. Bielefeld. 1995.

*Trabert, G.*: Adressenverzeichnis der ambulanten medizinischen Versorgungsdienste und -projekte für wohnungslose Personen. Beilage zur Zeitschrift Wohnungslos. VSH Verlag Soziale Hilfen. Bielefeld. 4/97.

*Unbekannter Autor*: Behandlung von Sozialhilfeempfängern. Der Hausarzt als Lückenbüßer ? In: Der Allgemeinarzt. Ausgabe 07/1997: 608

*Vaskovics, L., Weins, W., Buba, H.P.*: Stand der Forschung über Obdachlose und Hilfen für Obdachlose. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. Bd. 62. Köln. 1979.

*Vereinte Nationen (United Nations, UN)*: Bericht der Vereinten Nationen “Über die menschliche Entwicklung”. 07/1996.

*Virchow, R.*: Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhusepidemie. 1849. In: Virchow, R., Reinhardt, B. (Hrsg.). Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin: 143

*Voigt, D.*: Gesundheitsverhalten. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart. 1978.

*Weizäcker, V von, Achilles, P., Janz, D., Schrenk, M.*: Gesammelte Schriften, Bd.8, Soziale Krankheit und soziale Gesundheit; Soziale Medizin. (10 Bände). Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main.

*WHO (Hrsg.)*: Basic Documents of the World Health Organisation. WHO. New York. 1963.

*Wilmanns, K.*: Zur Psychopathologie des Landstreichers. Leipzig. 1906.

*Zimmermann, G. E.*: Armut. In: Schäfers, B., Zapf, W.: Handwörterbuch der Gesellschaft Deutschlands. Leske und Budrich Verlag. Leverkusen. 1998.

## **Internetadressen**

### Bethel - Jahresbericht

Jahresbericht 1998 - Schwerpunkt Wohnungslosenhilfe.

<http://www.mara.de/Blick/bericht98/wohn1.html>

### Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe

<http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/>

### Blätter der Wohlfahrtspflege

<http://www.fh-fulda.de/bldw/>

Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik

Zur Unsichtbarkeit weiblicher Wohnungslosigkeit

[http://fodok.uni-linz.ac.at/JKUFODOK/GERMAN/RU\\_229000/PUB\\_1998/PUB\\_31502.html](http://fodok.uni-linz.ac.at/JKUFODOK/GERMAN/RU_229000/PUB_1998/PUB_31502.html)

Kontaktbörse

Treffpunkt Sozialarbeit

<http://www.sozialarbeit.de/kontakt/h.shtml>

Nationale Armutskonferenz

<http://www.diakonie.de/publikationen/nak/1999/index.htm>

Pressekonferenz zum Thema "Wohnungslosigkeit in NRW"

<http://www.nordrhein-westfalen.de/aktuell/reden/mskr980902.htm>

Psychische Störungen und Wohnungslosigkeit – eine Mehrebenenanalyse

<http://www.medizin.fu-berlin.de/sozpsych/projekte/proj34.htm>

SOZIALES-NETZ @ Armut-Links

Literaturhinweise, Texte, Links zu Wohnungslosigkeit

<http://www.soziales-netz.de/a-z/a/armut/links.htm>

Sozialwesen und Internet

Wohnungslosigkeit. Obdach/Wohnungslosigkeit Literatur

<http://www.fh-fulda.de/swguide/archiv/inquel44.htm>

Statistisches Bundesamt

[www.statistik-bund.de](http://www.statistik-bund.de).

SW-Guide - Wohnungslos

Wohnungslosenhilfe. Linksammlung zum Thema Wohnungslosigkeit

<http://www.muenster.de/~uhp/sw-guide/swguide.htm>

Untersuchung zur Wohnungslosigkeit

<http://www.diakonie-braunschweig.de/service/wlh-unt.htm>

Wohnungslosenhilfe Kompakt

Adressen, Links, Texte, Literatur und Fortbildungen zur Wohnungslosenhilfe - EDV- und Organisationsberatung für die Sozialarbeit.

<http://www.wohnungslosigkeit.de>

Wohnungslosigkeit und Strafvollzug

Wohnungslosigkeit und Strafvollzug.

[http://www.lrz-muenchen.de/~ls\\_allmen/abstr/wohnlos.htm](http://www.lrz-muenchen.de/~ls_allmen/abstr/wohnlos.htm)

Wohnungslosigkeit von Frauen und psychische Erkrankung

<http://www.tossnet.de/smkat/Wohnungslosigkeit.cfm>

Wohnungslosigkeit in Deutschland

Wohnungslosigkeit in Deutschland: Entwicklungen und Erklärungsansätze

<http://www.uni-tuebingen.de/iaw/womo/analysen/s98-3.html>

WW-Links für Kommunen: Kommunale Themen : Armut, Obdachlosigkeit

[http://www.difu.de/links/Kommunale\\_Themen/Armut/](http://www.difu.de/links/Kommunale_Themen/Armut/)

No Title

Stichwort Wohnungslosigkeit/Obdachlosigkeit. Literatur- und Publikationsliste.

<http://www.bawue.de/~uschue/files/WohNetz/>

## 11. Lebenslauf

### Persönliche Angaben

Familienstand: Ledig  
Staatsangehörigkeit: Deutsch  
Geburtsdatum/-ort: 08.10.1970 in Velbert-Neviges

### Schulbildung:

August 1977 bis Juli 1981 Städt. Gem. Grundschule Neviges  
August 1981 bis Juni 1990 Nikolaus-Ehlen Gymnasium / Velbert

### Wehr-/Ersatzdienst:

September 1990 bis November 1991 Zivildienst  
Kranken- und Rettungstransportdienst  
Johanniter-Unfall-Hilfe / Essen

### Hochschulausbildung:

Oktober 1992 bis März 1999 Studium der Humanmedizin  
Heinrich-Heine Universität / Düsseldorf

### Praktisches Jahr:

April 1998 bis März 1999 Städt. Krankenanstalten  
Klinikum Krefeld

### Ärztliche Tätigkeit:

September 1999 bis heute Abteilung für  
Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Universitätsklinik Freiburg

### Stipendien:

Stipendium der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Medizin und Reisekostenzuschuß durch den Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) für einen 2-monatigen Famulaturaufenthalt in Ulan-Bator/Volksrepublik Mongolei.

## 12. Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt Herrn Professor Dr. Peter Helmich für die Betreuung meiner Doktorarbeit sowie für seine zahlreichen Anregungen und interessanten Gedanken.

Danken möchte ich auch dem Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ der mir die Durchführung der Dissertation möglich gemacht und mich in meiner Arbeit fortwährend unterstützt hat. Meinen besonderen Dank möchte ich diesbezüglich dem 1. Vorsitzenden Herrn Dr. med. Carsten König aussprechen, der mir auch zur kritischen Durchsicht des Kapitels 4. „Beschreibung des Vereins Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ zur Verfügung gestanden hat.

Desweiteren möchte ich mich bei den Mitarbeitern im Gesundheitsbus bedanken, die neben ihrer medizinischen Tätigkeit einen Teil der Dokumentationsarbeit geleistet haben.

Ich danke außerdem allen Patienten des Gesundheitsbusses die sich fast alle bereit erklärten, die zahlreichen Fragen des Erhebungsbogens zu beantworten.

Zum Schluß danke ich meiner Freundin, Alexandra Müssiggang, für die Mithilfe bei Datenerfassung in den Computer und für ihre Geduld.

## 13. Abstract

### **Primärärztliche Versorgung von Wohnungslosen**

Begriffserklärungen und Rahmenbedingungen von Wohnungslosigkeit im sozialen System der Bundesrepublik Deutschland und Analysen des Krankheitsstatus und Gesundheitsverhaltens von Wohnungslosen im Rahmen eines medizinischen Versorgungsangebotes durch den Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“

Doktorand: Christian Heringhaus

Die vorliegende Arbeit beschreibt die Entstehung und Entwicklung eines Projektes zur primärärztlichen Versorgung wohnungsloser Menschen in Düsseldorf.

Im ersten Teil werden zunächst die Rahmenbedingungen des historisch gewachsenen und grundgesetzlich verankerten Sozialsystems der Bundesrepublik Deutschland dargestellt, in welchem Armut und Wohnungslosigkeit, trotz einer weitestgehenden sozialen Absicherung der Bevölkerung, existiert. Weiterhin werden im Zusammenhang mit dem Thema Wohnungslosigkeit stehende Begriffe und Probleme, sowie die Gesundheitsversorgung und Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen erläutert und diskutiert. Im zweiten Teil wird der Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ und seine Arbeit, seit der Entstehungsphase sowie in seiner Entwicklung bis Ende des Jahres 1999, von der Finanzierung des Projektes bis zur konkreten Arbeit in der medizinischen Versorgung, beschrieben. Der abschließende dritte Teil beschäftigt sich mit der Darstellung, Auswertung und Diskussion von Daten, die im Zeitraum von Juni 1997 bis Ende Januar 1998 im Rahmen der Dissertation anhand von standardisierten Erhebungsprotokollen bei der Behandlung der Patienten im Gesundheitsbus gewonnen wurden.

Durch die vorliegende Arbeit wird gezeigt, daß es der Verein „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e.V.“ in einem kurzen Zeitraum geschafft hat, ein adäquates medizinisches Versorgungsangebot für auf der Straße lebende Menschen aufzubauen und darüber hinaus eine weitestgehende Vernetzung des Projektes mit etablierten Institutionen und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens, sowie eine realistische finanzielle Absicherung des Projektes zu gewährleisten. Das Projekt trägt damit nicht nur zu einer besseren medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen, sondern auch zu einer Reduzierung von Kosten im Gesundheitswesen bei, indem es z.B. durch die Behandlung von Erkrankungen zur Verbesserung bzw. auch Vermeidung von Krankheitsverläufen im Sinne einer sekundären Prävention beiträgt.

Ein großer Teil der behandelten wohnungslosen Patienten hat vor dem Angebot des Vereins keine medizinische Versorgung in Anspruch genommen bzw. keinen Zugang zum etablierten Gesundheitssystem gehabt. Durch den Verein haben diese Patienten ein niederschwelliges Angebot der medizinischen Versorgung erhalten, daß den Anforderungen und besonderen Lebensbedingungen dieser Patienten Sorge trägt. Die Effizienz einer derartigen medizinischen Versorgung ist dabei in erster Linie vom Gesundheits- und Krankheitsverhalten der betroffenen Patienten abhängig. Dieses wird bei den wohnungslosen Patienten jedoch, besonders durch den weit verbreiteten chronischen Alkoholkonsum, auf verschiedenen Ebenen negativ beeinflusst. So kam es nachweislich, trotz des niederschweligen Angebotes durch den Verein, nicht selten zu einer fehlenden oder ineffizienten Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung durch die Wohnungslosen, obwohl ein offensichtlicher Bedarf von Erst- bzw. Weiterbehandlung bestand. Auch war der Hauptteil der Erkrankungen, welche die wohnungslosen Patienten vorstellten, zwar auch durch die entsprechenden Lebensumstände auf der Straße bedingt, resultierten jedoch zu einem großen Teil aber aus dem gesundheitschädigendem Verhalten der Betroffenen.

Es scheint für die Zukunft also ein Behandlungsbedarf zu bestehen, den betroffenen Patienten die Notwendigkeit und Bedeutung von Krankheitsbehandlung und Gesundheitserhaltung deutlich zu machen, um damit das Gesundheitsverhalten der wohnungslosen Patienten in eine positive Richtung zu lenken. Einhergehend damit erscheint eine Einflußnahme auf den chronischen Alkoholkonsum eine maßgebliche Variable bei dem Vorhaben darzustellen, eine medizinische Versorgung für die wohnungslosen Patienten sicherzustellen und die gesundheitliche, möglicherweise jedoch auch die soziale Situation zu verbessern.

Referent: Prof. Dr. P. Helmich