

Dissertation

Gesundheitliche Lage, Systeme der gesundheitlichen Versorgung und Inanspruchnahmeverhalten von gesellschaftlichen Randgruppen am Beispiel von wohnungslosen Menschen in Wien

eingereicht von

Dr.ⁱⁿ med. univ. Julia Wagner M.A.

Mat.-Nr.: 0311073

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Medizinischen Wissenschaft

(Dr. scient. med.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut Sozialmedizin

unter der Anleitung von

Univ. Prof. Dr. phil. Wolfgang Freidl

Ort, Datum

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am

Unterschrift

Danksagung

Besonderer Dank gilt meinem Dissertationsbetreuer, Univ. Prof. Dr. Wolfgang Freidl, für die umfassende, zügige und gute Betreuung. In allen fachspezifischen Belangen unterstützte er mich mit unermüdlichem Einsatz. Weiters bedanke ich mich bei Mag.^a (FH) Livia Mutsch sowie bei Dr. med. univ. Walter Löffler für ihre konstruktive Unterstützung.

Abstract

Title: Health Status, health care system and utilization behavior by the example of Vienna's homeless.

Context: Homeless people are considered to have a poor health status as well as they underutilize medical support.

Objective: The aim of this study is to describe the health situation, the internal and external resources and the utilization of health care facilities by marginalized population, consisting of subjects from the organization neunerHAUS in Vienna.

Method: The study was conceptualized as a survey in form of quantitative personal interviews of 66 homeless individuals. The results were compared with the results of the Austrian Health Interview Survey (ATHIS) using an age- and sex-matched sample. Furthermore, the study includes a descriptive analysis of the medical data of 1634 subjects of the organization neunerHAUS in Vienna.

Results: Homeless individuals report their health situation considerably worse than the comparison group. Consequently, compared with the control group, homeless suffer more often from chronic diseases (71.2 % vs. 39.4 %, $p < 0.001$) and consider their health rather as poor (25.7 % vs. 6.9 %, $p < 0.001$). The most common diseases of homelessness are psychiatric disorders emerging in both data sources (between 39 % and 44 %). Homeless people were more frequently in inpatient treatment than individuals of the comparison group (36.4 % vs. 13.6 %, $p < 0.001$) as well as more homeless people visited a general practitioner within the last year (84.8 % vs. 75.0 %, $p < 0.113$).

Conclusion: The results demonstrate deficits in the area of health, health behavior, individual and social resources of homeless people. Homeless people take more advantage of medical facilities compared to the control group. As a consequence, continuative health promotion projects for this certain high risk group as well as the strengthening of their social resources are recommended.

Zusammenfassung

Titel: Gesundheitliche Lage, Systeme der gesundheitlichen Versorgung und Inanspruchnahmeverhalten von gesellschaftlichen Randgruppen am Beispiel wohnungsloser Menschen in Wien.

Hintergrund: Wohnungslose Menschen leiden an einem schlechteren Gesundheitszustand und weisen weiters ein geringes Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsversorgungssystemen auf.

Ziel: Das Ziel dieser Studie ist die Darstellung der gesundheitlichen Lage, der internen und externen Ressourcen sowie des Inanspruchnahmeverhaltens von medizinischen Einrichtungen durch marginalisierte Bevölkerungsgruppen anhand wohnungsloser Patient/-innen vom Verein neunerHAUS in Wien.

Methode: Es handelt sich um eine quantitative Fragebogenerhebung in Form eines persönlichen Interviews mit 66 wohnungslosen Personen. Die Resultate wurden mit den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung anhand einer nach Alter und Geschlecht angepassten Stichprobe verglichen. Weiters beinhaltet die Untersuchung eine deskriptive Auswertung der allgemeinmedizinischen Daten von 1634 Patient/-innen des Vereins neunerHAUS in Wien.

Ergebnis: Wohnungslose Menschen schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als die Vergleichsgruppe. So leiden Wohnungslose häufiger an einer chronischen Krankheit als Personen der Vergleichsgruppe (71,2 % vs. 39,4 %, $p < 0.001$). Wohnungslose Menschen schätzen auch ihren Gesundheitszustand als schlechter ein (25,7 % vs. 6,9 %, $p < 0.001$). Als häufigstes Krankheitsbild der Wohnungslosen kristallisierten sich bei beiden Datenquellen psychiatrische Erkrankungen heraus (zwischen 39 % und 44 %). Eine höhere Anzahl wohnungsloser Menschen als bei der Vergleichsgruppe befand sich innerhalb des letzten Jahres in stationärer Krankenhausbehandlung (36,4 % vs. 13,6 %, $p < 0.001$) und suchten häufiger eine/n Allgemeinmediziner/-in auf (84,8 % vs. 75,0 %, $p < 0.113$).

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen eine defizitäre Situation wohnungsloser Menschen im Bereich Gesundheit sowie individueller und sozialer Ressourcen. Demgegenüber nehmen wohnungslose Menschen, im Gegensatz zur Vergleichsgruppe, medizinische Einrichtungen in Anspruch. Weiterführende gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie die Stärkung des Bewährten für diese Hochrisikogruppe werden empfohlen.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 1 |
| | THEORETISCHER TEIL | 3 |
| 2 | Definition Gesundheit..... | 3 |
| 2.1 | Das bio-psycho-soziale Modell | 4 |
| 2.2 | Das sozialisationstheoretische Modell..... | 5 |
| 2.3 | Die Gesundheitstheorie von Antonovsky | 6 |
| 2.4 | Das Anforderungs-Ressourcen-Modell | 8 |
| 3 | Soziale Ungleichheit..... | 11 |
| 3.1 | Armut und soziale Ungleichheit..... | 12 |
| 3.2 | Der Einfluss von sozialer Zugehörigkeit auf die Beziehung zum Körper | 13 |
| 3.3 | Gesundheitsförderung und soziale Ungleichheit | 14 |
| 4 | Definition Wohnungslosigkeit..... | 16 |
| 4.1 | Obdachlos oder akut wohnungslos | 16 |
| 4.2 | Wohnungslosigkeit | 16 |
| 4.3 | Ungesichertes Wohnen..... | 17 |
| 4.4 | Finanzielle Hilfestellungen für Wohnen..... | 17 |
| 4.5 | Wohnungslosigkeit in Zahlen..... | 18 |
| 5 | Gesundheit und Krankheit bei wohnungslosen Menschen | 20 |
| 5.1 | Empirische Studienergebnisse über den physischen Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen | 21 |
| 5.2 | Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen..... | 29 |
| 5.2.1 | Empirische Studienergebnisse über den psychischen Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen | 30 |
| 5.3 | Exkurs zum österreichischen Gesundheitswesen: | 34 |
| 5.3.1 | Behandlungskostenübernahme bei fehlender Krankenversicherung | 35 |
| 6 | Medizinische Versorgungseinrichtungen für obdachlose/wohnungslose Menschen..... | 38 |
| 6.1 | Methodik | 39 |
| 6.2 | Wien..... | 40 |
| 6.2.1 | Verein neunerHAUS | 40 |
| 6.2.2 | Frauengesundheitszentrum FEM..... | 42 |
| 6.2.3 | Männergesundheitszentrum MEN..... | 43 |
| 6.2.4 | Louisebus | 44 |
| 6.2.5 | Psychosozialer Dienst | 45 |
| 6.2.6 | AMBER-MED | 47 |
| 6.3 | Steiermark | 48 |
| 6.3.1 | Ambulatorium Caritas Marienambulanz..... | 48 |
| 6.3.2 | VinziMed | 50 |
| 6.4 | Tirol..... | 50 |
| 6.4.1 | Alexihaus | 50 |
| 6.4.2 | Herberge Innsbruck..... | 51 |
| 6.5 | Oberösterreich | 51 |
| 6.5.1 | Sozialverein B 37..... | 51 |
| 6.5.2 | Tageszentrum Barmherzige Schwestern - Vinzenzstüberl..... | 54 |
| 6.6 | Niederösterreich | 54 |

| | | |
|------------------------------|---|-----------|
| 6.7 | Vorarlberg | 55 |
| 6.7.1 | Kolpinghaus | 55 |
| 6.8 | Salzburg..... | 56 |
| 6.9 | Burgenland | 56 |
| 6.10 | Deutschland..... | 56 |
| 6.10.1 | MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH | 57 |
| 6.10.2 | Mainzer Modell..... | 58 |
| EMPIRISCHER TEIL..... | | 60 |
| 7 | Eigene Erhebung..... | 60 |
| 7.1 | Methodik | 60 |
| 7.1.1 | Forschungsverlauf..... | 60 |
| 7.1.2 | Fragebogenbeschreibung..... | 61 |
| 7.1.3 | Interviewmethode..... | 63 |
| 7.1.4 | Studiendesign und Stichprobenauswertung..... | 64 |
| 7.1.5 | Fragestellungen und Hypothesen | 65 |
| 7.1.5.1 | Subjektiver Gesundheitszustand | 65 |
| 7.1.5.2 | Chronische Krankheiten und Compliance..... | 65 |
| 7.1.5.3 | Lebensqualität individuelle Ressourcen..... | 66 |
| 7.1.5.4 | Allgemeines Gesundheitshandeln | 66 |
| 7.1.5.5 | Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungssystemen | 67 |
| 7.2 | Ergebnisse | 68 |
| 7.2.1 | Sozialdemographische Daten –Soziale Ressourcen und Belastungen..... | 68 |
| 7.2.1.1 | Geschlecht und Alter..... | 68 |
| 7.2.1.2 | Größe und Gewicht | 68 |
| 7.2.1.3 | Familienstand..... | 69 |
| 7.2.1.4 | Staatsbürgerschaft | 70 |
| 7.2.1.5 | Bildung..... | 70 |
| 7.2.1.6 | Beruf | 71 |
| 7.2.1.7 | Haushaltseinkommen | 72 |
| 7.2.2 | Gesundheitsparameter - Gesundheitliche Lage | 73 |
| 7.2.2.1 | Subjektiver Gesundheitszustand | 73 |
| 7.2.2.2 | Chronische Krankheit | 74 |
| 7.2.2.3 | Gesundheitliche Einschränkungen | 75 |
| 7.2.2.4 | Chronische Krankheiten und medikamentöse Behandlung..... | 77 |
| 7.2.2.5 | Sonstige Erkrankungen | 80 |
| 7.2.2.6 | Zahnzustand | 81 |
| 7.2.2.7 | Schmerzen..... | 82 |
| 7.2.2.8 | Befinden und Stimmungslage | 82 |
| 7.2.2.9 | Schlafstörungen..... | 87 |
| 7.2.3 | Lebensqualität - individuelle Ressourcen und Belastungen | 87 |
| 7.2.4 | Allgemeines Gesundheitshandeln - Gesundheitsrelevantes Verhalten..... | 89 |
| 7.2.4.1 | Rauchverhalten | 90 |
| 7.2.4.2 | Alkohol | 92 |
| 7.2.4.3 | Haschisch- oder Marihuana-Konsum..... | 96 |
| 7.2.4.4 | Körperliche Aktivität | 97 |
| 7.2.4.5 | Nahrungs- und Getränkekonsum..... | 98 |
| 7.2.5 | Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Versorgungssystemen..... | 99 |
| 7.2.5.1 | Krankenhausaufenthalte..... | 99 |
| 7.2.5.2 | Allgemeinmediziner/-innen..... | 100 |
| 7.2.5.3 | Hauptgrund letzter Arztbesuch | 101 |

| | |
|---|------------|
| 7.2.5.4 Zahnmediziner/-innen | 102 |
| 7.3 Geschlechtsunterschiede | 102 |
| 7.3.1 Ursache der Wohnungslosigkeit..... | 102 |
| 7.3.2 Dauer der Wohnungslosigkeit..... | 103 |
| 7.3.3 Gesundheitliche Lage nach Geschlecht..... | 104 |
| 7.3.3.1 Subjektiver Gesundheitszustand | 104 |
| 7.3.4 Chronische Krankheiten..... | 105 |
| 7.3.4.1 Chronische Angststörungen und Depressionen..... | 107 |
| 7.3.5 Individuelle Ressourcen..... | 109 |
| 7.3.6 Gesundheitsrelevantes Verhalten | 109 |
| 7.3.6.1 Alkohol | 109 |
| 7.3.6.2 Drogen | 110 |
| 7.3.7 Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Versorgungssystemen/Team neunerHAUSARZT | 111 |
| 8 Datenauswertung Verein neunerHAUS..... | 113 |
| 8.1 Soziodemographische Daten | 113 |
| 8.1.1 Geschlecht und Alter..... | 113 |
| 8.1.2 Wohnform..... | 114 |
| 8.2 Gesundheitsparameter - gesundheitliche Lage | 115 |
| 8.2.1 Häufigkeit der Diagnosen und Konsultationen | 115 |
| 8.3 Krankheitskapitel ICD 10..... | 116 |
| 9 Diskussion..... | 123 |
| 9.1 Stärken und Schwächen der Arbeit | 123 |
| 9.2 Zusammenfassung und Interpretation | 125 |
| 10 Literaturverzeichnis | 141 |
| 11 Anhang..... | 149 |
| 11.1 Fragebogen | 149 |
| 11.1.1 ATHIS..... | 149 |
| 11.1.2 Erhebung der Lebensqualität..... | 160 |
| 11.2 Curriculum Vitae | 162 |

Glossar und Abkürzungen

| | |
|---------|---|
| ALOA | Aktiv leben ohne Alkohol |
| AOK | Allgemeine Ortskrankenkasse |
| ATHIS | Austrian Health Interview Survey |
| BAG | Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe AUT |
| BAWO | Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe DE |
| BMI | Body-Mass-Index |
| COPD | Chronisch obstruktive Lungenerkrankung |
| DIS | Diagnostic Interview Schedule |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| EHIS | European Community Health Interview Survey |
| FEANTSA | European Federation of National Organization |
| FEM | Frauengesundheitszentrum Wien/ Frauen Eltern Mädchen |
| GWF | Gesundheit für wohnungslose Frauen |
| ICD10 | Internationale Classification of Disease |
| MA | Magistratsabteilung |
| MEN | Männergesundheitszentrum Wien/ Männer Väter Burschen |
| MOWO | Mobile Wohnbetreuung |
| MUT | Gesellschaft für Gesundheit |
| PSD | Psychosozialer Dienst |
| PSWB | Wohnheim Bethlehemstraße |
| p-Wert | Probability |
| SD | Standardabweichung |
| SKID | Strukturiertes klinisches Interview für DSM |
| SPSS | Statistical Package of the Social Sciences |
| WGKK | Wiener Gebietskrankenkasse |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abbildung 1: Anforderungs-Ressourcen-Modell | 10 |
| Abbildung 2: Darstellung der Altersgruppenverteilung | 68 |
| Abbildung 3: Familienstand der Befragten in Prozent | 69 |
| Abbildung 4: Höchste abgeschlossene Schulbildung | 70 |
| Abbildung 5: Darstellung von Beruf/Lebensunterhalt | 71 |
| Abbildung 6: Subjektiver Gesundheitszustand | 73 |
| Abbildung 7: Darstellung chronische Erkrankungen | 75 |
| Abbildung 8: Darstellung von gesundheitlichen Einschränkungen | 76 |
| Abbildung 9: Chronische Krankheiten | 80 |
| Abbildung 10: Befinden und Stimmungslage | 86 |
| Abbildung 11: Konsum von mehr als 100 Zigaretten im Leben | 90 |
| Abbildung 12: Zigarettenanzahl pro Tag im Boxplot-Diagramm | 92 |
| Abbildung 13: An wie vielen Tagen Alkohol getrunken im Boxplot-Diagramm | 92 |
| Abbildung 14: Ursachen der Wohnungslosigkeit | 103 |
| Abbildung 15: Subjektiver Gesundheitszustand im Geschlechtervergleich bei Wohnungslosen | 105 |
| Abbildung 16: Chronische Erkrankungen im Geschlechtervergleich | 106 |
| Abbildung 17: Chronische Angststörungen/Depressionen im Geschlechtervergleich | 108 |
| Abbildung 18: Chronische Bronchitis und Emphysem im Geschlechtervergleich | 108 |
| Abbildung 19: Zufriedenheit mit der Wohnsituation bei Wohnungslosen | 109 |
| Abbildung 20: Alkohol im Geschlechtervergleich bei Wohnungslosen | 110 |
| Abbildung 21: Darstellung der Altersgruppenverteilung neuerHAUS | 113 |
| Abbildung 22: Wohnformen im Geschlechtervergleich | 114 |
| Abbildung 23: Häufigste Krankheitsbilder neuerHAUS in Prozent | 121 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Synopsis der Häufigkeitsverteilung von Erkrankungen wohnungsloser Menschen..... | 27 |
| Tabelle 2: Mortalität bei wohnungslosen Menschen..... | 28 |
| Tabelle 3: Synopsis der Häufigkeitsverteilung von psychischen Erkrankungen wohnungsloser Menschen..... | 33 |
| Tabelle 4: Einrichtungshäuser für Wohnungslose 2008..... | 39 |
| Tabelle 5 WHOQOL Domänen und Facetten | 62 |
| Tabelle 6: Darstellung der verständlichen Interviewantwort | 65 |
| Tabelle 7: Anthropometrische Merkmale der beiden Gruppen..... | 69 |
| Tabelle 8: Staatsbürgerschaft..... | 70 |
| Tabelle 9: Netto-Haushaltseinkommen | 72 |
| Tabelle 10: Subjektiver Gesundheitszustand und chronische Krankheit | 74 |
| Tabelle 11: Einschränkungen durch eine chronische Erkrankung | 76 |
| Tabelle 12: Darstellung von chronischer Krankheit und medikamentöser Behandlung..... | 79 |
| Tabelle 13: Zahnzustand..... | 81 |
| Tabelle 14: Darstellung „Erhebliche Schmerzen während der letzten 12 Monate“ | 82 |
| Tabelle 15: Nervosität in den letzten vier Wochen | 82 |
| Tabelle 16: Niedergeschlagen in den letzten vier Wochen | 83 |
| Tabelle 17: Ruhig und gelassen in den letzten vier Wochen..... | 83 |
| Tabelle 18: Bedrückt und traurig in den letzten vier Wochen..... | 84 |
| Tabelle 19: Unglücklich in den letzten vier Wochen | 84 |
| Tabelle 20: Voller Energie in den letzten vier Wochen. | 85 |
| Tabelle 21: Erschöpft in den letzten vier Wochen | 85 |
| Tabelle 22: Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichung hinsichtlich dem Befinden und der Stimmungslage..... | 86 |
| Tabelle 23: Schlafstörungen und deren Intensität während der letzten zwei Wochen..... | 87 |
| Tabelle 24: WHO-QOL Mittelwertvergleich | 87 |
| Tabelle 25: Rauchbeginn nach Alter | 90 |
| Tabelle 26: Momentanes Rauchverhalten | 91 |
| Tabelle 27: Alkoholkonsum der letzten vier Wochen in Tagen..... | 93 |
| Tabelle 28: Alkoholkonsum am Vortag | 93 |
| Tabelle 29: Wunsch nach Verringerung des Alkoholkonsums | 95 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle 30: Schuldgefühle wegen des Alkoholkonsums..... | 95 |
| Tabelle 31: Alkoholkonsum am Morgen..... | 96 |
| Tabelle 32 Haschisch-/Marihuana-Konsum – Lebenszeitprävalenz | 96 |
| Tabelle 33: Körperliche Aktivität während des letzten Jahres | 97 |
| Tabelle 34: Ernährungsverhalten..... | 98 |
| Tabelle 35: Trinkgewohnheiten..... | 98 |
| Tabelle 36: Krankenhausaufenthalte über Nacht und geplante Operationen in den letzten zwölf Monaten | 99 |
| Tabelle 37: Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin | 100 |
| Tabelle 38: Hauptgrund für den letzten Besuch beim Allgemeinmediziner bzw. bei einer Allgemeinmedizinerin | 101 |
| Tabelle 39: Zahnarztbesuch und Hauptgrund..... | 102 |
| Tabelle 40: Dauer der Wohnungslosigkeit | 104 |
| Tabelle 41: Subjektiver Gesundheitszustand Geschlechtervergleich | 105 |
| Tabelle 42: Chronische Erkrankungen im Geschlechtervergleich | 106 |
| Tabelle 43: Chronische Angstzustände/Depressionen im Geschlechtervergleich | 107 |
| Tabelle 44: Drogenverhalten im Geschlechtervergleich bei Wohnungslosen..... | 111 |
| Tabelle 45: Konsultationen im Verein neunerHAUSARZT durch Wohnungslose | 112 |
| Tabelle 46: Anzahl der Konsultationen neunerHAUS Zahnarztpraxis/Wohnungslose | 112 |
| Tabelle 47: Übersicht der Wohnformen | 115 |
| Tabelle 48: Anzahl der Konsultationen und Diagnosen neunerHAUS | 116 |
| Tabelle 49: Krankheitskapitel ICD-10 neunerHAUS..... | 120 |
| Tabelle 50: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen der Patient/-innen im neunerHAUS..... | 121 |
| Tabelle 51: Häufigste Erkrankungen im Altersvergleich | 122 |
| Tabelle 52: Krankheitsprävalenz im Studienvergleich..... | 130 |

1 Einleitung

Das Ziel der Dissertation ist die Darstellung der gesundheitlichen Lage von marginalisierten Bevölkerungsgruppen anhand wohnungsloser Menschen, die vom Verein neunerHAUS in Wien allgemeinmedizinisch versorgt werden. Diese erfolgt einerseits durch eine Primärdatenerhebung in Form eines persönlichen Interviews mit wohnungslosen Menschen in Wien und andererseits durch eine quantitative Auswertung von vorhandenen Daten, welche vom Team neunerHAUSARZT zur Verfügung gestellt wurden. Der Verein neunerHAUS ist eine innovative Wiener Sozialorganisation, die obdachlosen Menschen ein selbstbestimmtes und menschenwürdiges Wohnen ermöglicht. Ziel ist es, den Betroffenen Hilfe zur Selbsthilfe zu geben und ihre Lebenssituation nachhaltig zu verbessern. Das Team neunerHAUSARZT bietet zusätzlich aufsuchende allgemeinmedizinische Versorgung in 15 Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe an. Eine zum Verein gehörende Zahnarztpraxis für obdachlose und wohnungslose Menschen leistet zahnmedizinische Behandlungen.

Resultate von internationalen Untersuchungen zeigen, dass Wohnungslosigkeit mit einer schlechten gesundheitlichen Lage einhergeht. Neben physischen Defiziten, zeigen auch psychische Erkrankungen bei Wohnungslosen eine hohe Prävalenzrate. Ebenso sind spezifische Hemmschwellen dafür verantwortlich, dass Leistungen des Gesundheitswesens nicht in Anspruch genommen werden.

Detaillierte epidemiologische Untersuchungen zum Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen wurden in Österreich - verglichen zu anderen Ländern - kaum durchgeführt. Vergleichende Bewertungen der Untersuchungsbefunde von verschiedenen Studien zum Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen sind aufgrund unterschiedlicher Durchführungsmethoden als eingeschränkt zu betrachten. Daher stellt diese Arbeit einen Versuch des Vergleichs der laut vorhandenen Studien am häufigsten auftretenden Krankheitsbilder wohnungsloser Menschen dar.

Die theoretischen Grundlagen der Arbeit bilden zu Beginn die Definition von Gesundheit als mehrdimensionales Konzept im Sinne von physischer, psychischer und sozialer Gesundheit. Das salutogenetische Anforderungs-Ressource-Modell von Antonovsky wird als ein weiterer wichtiger Aspekt behandelt, wonach Gesundheit als ein Balanceakt zwischen internen und externen Anforderungen sowie ökologischen, wirtschaftlichen, sozialen, physischen und psychischen Ressourcen gesehen werden kann. Nach der

Erörterung von themenverwandten Begriffen wird die Bedeutung von Krankheit und Gesundheit für wohnungslose Menschen erläutert. In einem nächsten Schritt werden empirische Studienergebnisse über den gesundheitlichen Zustand wohnungsloser Menschen vorgestellt, welche einen Berührungspunkt mit dieser Arbeit aufweisen, um anschließend eine Basis für notwendige theoretische Überlegungen zu schaffen. Der theoretische Teil schließt mit der Darstellung möglicher Versorgungssysteme für diese Personengruppe auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche.

Im empirischen Teil werden der Gesundheitszustand sowie die Ergebnisse der Primärdatenerhebung mit den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung verglichen. Die Primärdatenerhebung wurde im Sommer 2010 von zwei Interviewerinnen an 66 Bewohnern und Bewohnerinnen in elf Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe durchgeführt. Die Fragen dazu wurden dem Fragebogen der Österreichischen Gesundheitsbefragung entlehnt. Dieser Fragebogen enthält gesundheitsrelevante Fragestellungen, insbesondere zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten sowie zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die Prämisse der Fragenübernahme war die dadurch mögliche Gegenüberstellung der Wohnungslosen mit einer Vergleichsgruppe. Die erhobenen Daten wurden zwei zu eins gematcht, sodass für jeden Wohnungslosen zwei Pendants in Bezug auf Alter, Geschlecht und Bundesland in der Vergleichsgruppe existierten. Die Datenauswertung der persönlichen Interviews beinhaltet sowohl einen Gruppenvergleich (Wohnungslose vs. Nichtwohnungslose) als auch einen Geschlechtervergleich innerhalb der Gruppe der Wohnungslosen.

Weiters umfasst die Dissertation eine deskriptive Datenauswertung von 1634 Patient/-innen, welche allgemeinmedizinisch vom Team *neunerHAUSARZT* in Wien versorgt wurden. Es folgt eine Beschreibung des Gesundheitszustandes und der Krankheitsbilder wohnungsloser Menschen in Form einer vergleichenden Auswertung hinsichtlich Mann und Frau sowie Alterskategorien.

Den Abschluss dieser Dissertation bildet eine kritische Reflexion der Untersuchungsergebnisse.

2 Definition Gesundheit

Der Terminus „Gesundheit“ erlaubt keine eindeutige Definition und ist nur schwer fassbar. Die Erklärungsansätze der Gesundheitsmodelle postulieren mittlerweile komplexe übergreifende Konzepte für Gesundheit und Krankheit mit Einbeziehung physischer, psychischer und sozialer Dimensionen. Sie lösen somit traditionelle, die psychosoziale Dimension vernachlässigende, monokausale Erklärungsansätze ab, wie das biomedizinische Konzept oder das Verstehen von Gesundheit als alleinige Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit lässt sich vielmehr durch den Einklang von körperlichem Wohlbefinden, wie beispielweise positives Körpergefühl, Abwesenheit von Beschwerden oder Krankheitssymptomen, weiters psychischem Wohlbefinden, so zum Beispiel Freude und Zufriedenheit und schlussendlich auch durch Faktoren wie Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung fassen. Hinzukommen unter anderem der Umgang mit Belastungen sowie die Erschließung und die Inanspruchnahme von Ressourcen.¹

Der Begriff „Salutogenese“² fragt nach dem Grund, warum Menschen trotz dem Vorhandensein von Risiken und vielfältiger Gefährdung ihre Gesundheit aufrecht erhalten können und opponiert gegen den Begriff der Pathogenese. Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit zu definieren ist demnach ungenügend. Diese Sichtweise hat auch das gesundheitswissenschaftliche Denken von einer krankheitsorientierten Belastungsforschung Abstand nehmen lassen und führte es hin zu einer ressourcenorientierten Gesundheitsforschung.³

Neben dem Inkludieren der psychosozialen Dimension und des Begriffs der Salutogenese hat das solchermaßen erweiterte Gesundheitsmodell drei weitere Implikationen definiert, welche auch in fast allen modernen Gesundheitskonzepten genannt werden:

¹ Vgl. Bengel et al. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese-Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 6 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln. 14-28.

² Vgl. Antonovsky, A. (1987): The salutogenic perspective: toward a new view of health and illness. *Advances, inst. for. Body-Health* (4). 47-55.

³ Vgl. Haemmerle, P.: Wörterbuch der Sozialpolitik; <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=517> [Stand 29.04.2011]. Nach Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen.

Gesundheit ist kein statischer Zustand, sondern eine Interaktion zwischen internen physischen, psychischen und sozialen Schutz- und Abwehrsystemen sowie externen, potentiell gesundheitsgefährdenden Einflüssen der physikalischen, biologischen und sozialen Umwelt. Dieses dynamische Gleichgewicht, der Ausgleich zwischen Belastungen und Wiederherstellen von Gesundheit, erfolgt immer wieder aufs Neue und ist auch abhängig von protektiven und restaurativen Faktoren in der Person und in der Umwelt, welche auch als innere und äußere Ressourcen verstanden werden.⁴

Gesundheit und Krankheit sind auch subjektiv bestimmbar und werden individuell erlebt. Von der biomedizinischen Sichtweise distanziert, in der Krankheit von einer objektivierbaren Diagnose abhängig ist, wird Wohlbefinden durch subjektive Dimensionen beeinflusst. Auch die Weltgesundheitsorganisation verwendet seit 1940 einen mehrere Dimensionen umfassenden Gesundheitsbegriff und umschreibt Gesundheit als persönlich erlebtes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden. Ferner wird das Gesundheitsverständnis durch Divergenz gesellschaftlich-kultureller Hintergründe unterschiedlich geprägt und ausgelegt. Gesundheit und Krankheit können nicht durch monokausale Ursachen erklärt werden; sie sind vielmehr das Resultat eines von mehreren Faktoren bestimmten Prozesses.⁵

Beispielhaft für komplexe Erklärungsmodelle werden das bio-psycho-soziale Modell, das sozialisationstheoretische Modell und das Modell der Salutogenese im Folgenden kurz angeführt:

2.1 Das bio-psycho-soziale Modell

Sowohl Krankheit als auch Gesundheit werden in der bio-psycho-sozialen Modellanschauung nicht als ein Zustand kategorisiert, sondern als ein dynamisches Geschehen definiert. Der Zustand von Gesundheit muss permanent geschaffen werden.⁶

Laut diesem Modell entsteht eine Krankheit dann, wenn ein Organismus auftretende Störungen auf beliebigen Ebenen im menschlichen Körper nicht autoregulativ bewältigen kann und somit relevante Regelkreise zur Erhaltung der eigenen Funktionstüchtigkeit

⁴ Vgl. Freidl, W.; Neuhold, C. (2002): Gesundheitsurveyforschung im regionalen Setting. Gesundheitsberichterstattung in der Steiermark unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte. Frankfurt/Main: Vas. 29-38.

⁵ Vgl. Freidl; Neuhold 2002, Gesundheitsberichterstattung Steiermark, 29-38.

⁶ Vgl. Egger, J. W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin. Wien: Facultas Universitätsverlag. 16, 2, 3-12.

außer Kraft treten. Dabei ist es nicht von Interesse, welches System eine Funktionsuntüchtigkeit generiert, sondern welchen Defekt die Störung auf der jeweiligen Ebene anzurichten vermag. Gesundheit entsteht vice versa aus der Potenz des Organismus, sein eigenes Agieren und seine Physiologie zu kontrollieren sowie interne Ressourcen auf der emotionalen, affektiven und behavioralen Ebene, verantwortlich für Verhaltensweisen und Überzeugungen, zu nützen und ebenso auch externe Ressourcen im sozialen Feld zu gebrauchen. Der Gebrauch dieser Strategien spielt für die Bewältigung von Belastung eine zentrale Rolle.⁷

Ein Individuum wird als Ganzes betrachtet und ist anderen Subsystemen, beispielsweise dem Nervensystem, hierarchisch vorangestellt. Demgemäß sind mentale Geschehnisse zum Nervensystem emergent. Durch das Aufweisen einer höheren Qualität lassen sie sich nicht auf die Neurophysiologie reduzieren. Durch die Interaktion von Individuen mit anderen Subsystemen, wie Familie, Arbeitsstätten, Gemeinden, ist die Möglichkeit gegeben, im Sinne der Salutogenese durch Selbstorganisation zielgerichtet auf Systeme rückzugreifen.⁸

2.2 Das sozialisationstheoretische Modell

Die Sozialisationstheorie und die damit einhergehende Sozialisationsforschung fanden erst seit den 1980er Jahren ihren Eingang in die Gesundheitswissenschaften. Zuvor waren diese in der Psychologie, der Pädagogik und der Soziologie angesiedelt. Mit dem Begriff „Sozialisation“ wird der Erfahrungsprozess verstanden, durch den sich eine Person eigenständig entfalten und an die äußeren Gegebenheiten anpassen kann. Als *sozialisiert* wird eine Person beschrieben, die dazu fähig ist, eventuell auftretende Probleme mithilfe der ihr zur Verfügung stehenden persönlichen psychischen und physischen Ressourcen und, wenn nötig, unter Einbeziehung der Unterstützung durch Andere, aktiv zu beheben.⁹

Dieses Modell unterstreicht das Zusammenspiel der personalen und sozialen Faktoren für die Gesundheits- und Krankheitsentstehung. Darunter kann Folgendes verstanden werden: Ob sich jemand krankmachend verhält, ist im Wesentlichen auf seine oder ihre gemachten guten oder schlechten Erfahrungen zurückzuführen. Dies erfolgt mit der Begründung, dass die bestehenden sozialen Ressourcen für die Bewältigung von belastenden Situationen, von der durchgemachten Persönlichkeitsentwicklung und somit vom Ablauf der Sozialisation

⁷ Vgl. Egger 2005, Krankheitsmodell, 16, 2, 3-12.

⁸ Vgl. Freidl; Neuhold 2010, Gesundheitsberichterstattung Steiermark, 29-38.

⁹ Vgl. Hurrelmann, K.; Schnabel, P. E. (1999): Gesundheitswissenschaften. Hrsg.: Hurrelmann, K. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York. 106-107.

abhängen. Die Gegenwart von sozialen Ressourcen bestimmt demnach, ob sich Belastungen negativ auswirken oder nicht.

Soziale Ressourcen umfassen unter anderem finanziellen, informationellen, emotionalen und kulturellen Beistand. Das sozialisationstheoretische Konzept sieht in einer sozialen, psychischen und/oder körperlichen Entwicklungsbeeinträchtigung eines Menschen ein Anzeichen für eine Störung auf der Kommunikations- und Interaktionsebene in den Sozialisationseinheiten wie Schule, Familie und oder Freundeskreis. Dabei ist diese Störung durch die unzureichende Unterstützung beim Aufbau von Handlungskapazitäten durch besagte Sozialisationseinheiten begründbar.¹⁰

Der erkenntnistheoretische Gedanke dieses Konzepts beurteilt jedes Individuum nach seinen aktiven Handlungen bei der Bewältigung von situationsspezifischen Aufgaben. Gesunderhaltendes Verhalten wird im sozialen Kontext erlernt und durch die Lebensgeschichte beeinflusstes Verhalten gesehen.¹¹

Das Sozialisationsmodell leitet die Gesundheitswissenschaften zur Lösung der folgenden drei Problemstellungen an:

- Das Ausbilden von gesundheitsfördernder Verhaltenskompetenz und das Erlernen von gesundheitsschädigendem Verhalten werden als auf sich einander beziehende und nicht als sich ausschließende Bestandteile der menschlichen Biographie verstanden.
- Das Herstellen von Gesundheit und vor Gefährdung der Gesundheit bewahrenden Ereignissen sind nicht nur dem Einzelnen oder der Einzelnen selbst zuzuschreiben, sondern werden auch von der materialen und sozialen Umwelt maßgebend beeinflusst.
- Durch die universale Betrachtungsweise des Entwicklungsgeschehens der menschlichen Gesamtpersönlichkeit verbindet das sozialisationstheoretische Modell von Salutogenese und Pathogenese mit Teilerkenntnissen aus der Soziologie und der Psychologie.¹²

2.3 Die Gesundheitstheorie von Antonovsky

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky formulierte 1979 eine Gesundheitstheorie, die davon ausgeht, dass Krankheit ein normales Geschehen im menschlichen Leben ist und keine Abweichung der Normalität darstellt.¹³ Er postulierte somit eine Theorie von Gesundheit, die sich nicht auf eine kurzfristige, situationsgebundene Bewältigungsstrategie

¹⁰ Vgl. Freidl; Neuhold 2002, Gesundheitsberichterstattung Steiermark, 29-38.

¹¹ Vgl. Freidl; Neuhold 2002, Gesundheitsberichterstattung Steiermark, 29-38.

¹² Vgl. Hurrelmann; Schnabel 1999, Gesundheitswissenschaften, 106-108.

¹³ Vgl. Franke, A. (2006): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern. 158.

beschränkt, sondern sich mit einer dem Lebensstil ähnlichen Variablen als Voraussetzung für Gesundheit beschäftigt. Der Soziologe nahm Abstand vom althergebrachten Modell der Pathogenese und somit von der Frage nach den Krankheitsursachen. Er entwarf stattdessen die Frage der Salutogenese, welche den Erhalt der Gesundheit trotz den allgegenwärtigen gesundheitsschädigenden inneren und äußeren Einflüssen untersucht. Das Modell der Salutogenese verwirft die Dichotomie von Krankheit und Gesundheit und stellt stattdessen ein Kontinuum zwischen den beiden Polen „Krankheit“ und „Gesundheit“ her. Die Idee des Gesundheitskontinuums verlangt nun nicht mehr nach der Frage, warum ein Mensch krank wird oder gesund ist. Sie sucht vielmehr eine Antwort auf die Frage, welche determinanten Personen an das eine oder andere Ende des Kontinuums rücken.¹⁴

Als zentrale Variable für Gesundheit und somit als Antwort auf die Salutogenese hat Antonovsky das Kohärenzgefühl „sense of coherence“¹⁵ als eine globale Orientierung gefunden.¹⁶ Je häufiger einer Person bewusst wird, dass sie Distress nicht wehrlos ausgesetzt ist, umso mehr wird sie überzeugt sein, ihr Leben und damit auftretende Probleme bewältigen zu können. Das Ausmaß dieser Überzeugung wird in den Worten Antonovskys Kohärenzgefühl genannt, welches sich aus den folgenden drei Komponenten zusammensetzt:

- **Verstehbarkeit (Comprehensibility)**
Unter „Comprehensibility“ versteht Antonovsky das Ausmaß des Vertrauens, welches eine Person an die Strukturiertheit, Vorhersehbarkeit und Erklärbarkeit von internen und externen Stimuli hat.
- **Handhabbarkeit (Manageability)**
Unter dem Begriff „Manageability“ ist das Ausmaß des Vertrauens einer Person zu verstehen, Ressourcen zur Verfügung zu haben, um den Anforderungen dieser Stimuli gerecht werden zu können. Ein hohes Maß an Handhabbarkeit hilft Menschen, sich bei unangenehmen Dingen nicht in die Opferrolle drängen zu lassen und sich stattdessen neu orientieren zu können.
- **Bedeutsamkeit (Meaningfulness)**
„Meaningfulness“ bezeichnet das Ausmaß des Vertrauens einer Person, dass es sich lohnt, diesen Anforderungen und Problemen mit Anstrengung und Engagement gegenüberzutreten. Personen mit eminenter Meaningfulness-Komponente sehen Lebensschwierigkeiten vielmehr als eine Herausforderung als eine Belastung an.¹⁷

¹⁴ Vgl. Freidl; Neuhold 2002, Gesundheitsberichterstattung Steiermark, 29-38.

¹⁵ Vgl. Antonovsky, Entmystifizierung, 36.

¹⁶ Vgl. Freidl; Neuhold 2002, Gesundheitsberichterstattung Steiermark, 29-38.

¹⁷ Vgl. Franke 2006, Modelle, 162-164.

Antonovsky beschreibt Stressoren, welchen der Mensch auf unterschiedliche Art im Leben ausgesetzt ist, wobei die Auswirkung des Stressors nicht unbedingt negativ sein muss. Um einem als Stressor entlarvten Stimulus den Spannungszustand zunehmen, sind generalisierte Widerstandsressourcen vonnöten. Widerstandsressourcen können zum Beispiel von physikalischer, materieller, makrosoziokultureller Art sein. Ihr Beitrag liegt in der Vermittlung einer kohärenten und sinnvollen Lebenserfahrung. Vor allem die in der Kindheit und Adoleszenz gesammelte Lebenserfahrung hilft dem Vertrauensaufbau in ein vorher-sagbares und positives Leben und führt somit zu einem ausgeprägten Kohärenzsinn. Ist die Spannungsbewältigung mithilfe der durch den Kohärenzsinn beordneten generalisierten Widerstandsressourcen erfolgt, wird sich einer Person laut Antonovsky die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der Situation zeigen. Zugleich kommt es aufgrund eines positiven Rückkoppelungsmechanismus zur Festigung des Kohärenzmechanismus und in diesem Sinne zu einer positiven Verlagerung in Richtung Gesundheitspol. Bei nicht erfolgreicher Spannungsbewältigung erfährt die Person einen Stresszustand, wodurch der Kohärenzsinn geschwächt wird und die Person näher zum Krankheitspol rückt.¹⁸

2.4 Das Anforderungs-Ressourcen-Modell

Für vorliegende Interviewerhebung über den subjektiven Gesundheitszustand von Wohnungslosen wurden die Indikatoren aus den Hauptkomponenten des Anforderungs-Ressourcen-Modells von Gesundheit gewählt.

Der Gesundheitszustand einer Person oder einer Gruppe sowie dessen Veränderung über einen bestimmten Zeitraum kann anhand von Gesundheitsindikatoren evaluiert werden. Indikatoren bestehen aus Variablen und können unter anderem Auskunft über die Selbsteinschätzung der persönlichen Gesundheit, der Gefühle wie Angst und Depression, der zukünftigen Gesundheitserwartungen und Werte, Intensität und Dauer von Schmerzen geben. Gesundheitsmessungen dienen der Gesundheitsförderung von Populationen. Die Prämisse einer Gesundheitsförderung ist, die Gesundheitsbalance durch die Stärkung des Gesundheitspotentials anhand von Ressourcen und Lebensumständen zu erhalten. Aus diesem Grund beschränken sich die Indikatoren nicht alleinig auf den Gesundheitszustand, sondern sie konzentrieren sich sehr wohl auch auf die soziale Lage, die sozialen Angebotsysteme, die Lebensqualität und die persönlichen Ressourcen.¹⁹

¹⁸ Vgl. Freidl; Neuhold 2002, Gesundheitsberichterstattung Steiermark, 29-38.

¹⁹ Vgl. Freidl; Neuhold 2002, Gesundheitsberichterstattung Steiermark. 70-74.

Dieses Modell postuliert die Integration von psychologischen und soziologischen Vorstellungen durch Anlehnung an das bio-psycho-soziale Modell und am salutogenetischen Konzept nach Antonovsky. Für die Bewältigung der Belastungen und die darauffolgende Bewahrung der Balance der Gesundheit sind interne und externe Ressourcen zentrale Faktoren. Interne Ressourcen betreffen den behavioralen und kognitiven Bereich. Externe Ressourcen erschließen sich aus dem sozialen Umfeld sowie ökonomischen und ökologischen Strukturen. Makroumwelt, Mikroumwelt und das Individuum werden als miteinander interagierende, voneinander abhängige Systeme gesehen. Jede Ebene umfasst sowohl Ressourcen als auch Belastungen. Makroumwelt und Mikroumwelt determinieren das gesundheitsrelevante Verhalten eines Menschen. Aufgrund ihrer Interaktion bedingt die Änderung auf einer Ebene vice versa die Änderung auf einer anderen Systemebene. Ungleiche Ressourcenverteilung und ungleiche Lebensumstände werden durch die soziale Lage eines Menschen bedingt, welche daher eine wesentliche Rolle spielt. Diesem Ansatz folgend werden Gesundheit und Gesundheitsverhalten von komplexen Systemebenen bestimmt. Gesundheit wird als Erhaltung des Gleichgewichts zwischen Belastungen und Ressourcen auf allen Systemebenen gesehen.²⁰

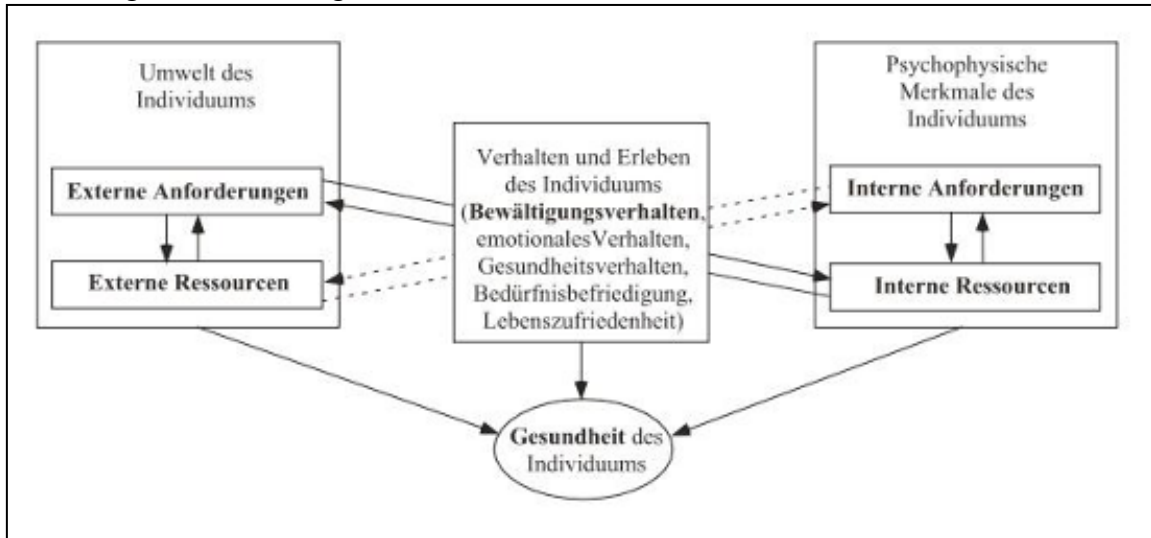
Das Anforderungs-Ressourcen-Modell wird zusammenfassend in folgende Ebenen gegliedert:

- Soziale Ressourcen und Belastungen (Soziodemografie)
- Individuelle Ressourcen und Belastungen
- Gesundheitsrelevantes Verhalten
- Gesundheitliche Lage²¹

²⁰ Vgl. Moeller, A.; Renneberg, B.; Hammelstein, P. (2006): Gesundheitspsychologie. Springerverlag: 24-27. / Vgl. Freidl, W.; Stronegger, W. J.; Neuhold, C. (2001). Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. Gesundheitsberichterstattung Wien. (Hrsg.) Magistrat der Stadt Wien. 55-56. / Vgl. Weiner, H. (1991): Der Organismus als leib-seelische Funktionseinheit. Folgerungen für eine psychosomatische Medizin. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (41). 465-481.

²¹ Vgl. Freidl; Stronegger; Neuhold. Gesundheit in Wien. 56. / Vgl. Freidl; Neuhold, Gesundheitssurveyforschung Wien. 70-74.

Abbildung 1: Anforderungs-Ressourcen-Modell



Quelle: Becker, P.: Bedingungsmodell für Gesundheit des Individuums.²²

²² Becker, P.: Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung; <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?id=angebote&idx=1> [Stand 18.05.2010].

3 Soziale Ungleichheit

Soziale Ungleichheit ist ein soziologischer Begriff, der die Unterschiede zwischen den Mitgliedern einer Gesellschaft hinsichtlich der materiellen und immateriellen Güter, welche die soziale Position am wesentlichsten determinieren, definiert. Als Beispiele seien hierbei Einkommen, Bildung, Ansehen, Wohngebiet und Gesundheitsrisiken von Arbeitsbedingungen genannt. Für die gesundheitspezifische Ungleichheitsforschung können Schichtindizes am besten durch die Indikatoren des sozioökonomischen Status, also durch Einkommen, Bildungsabschluss und berufliche Position gebildet werden. Unter dem Begriff „Individuelle Ungleichheit“ wird die ungleiche Bewertung von biologischen Merkmalen, wie beispielsweise Aussehen, Größe und maßgebende angelesene Fähigkeiten, von den einzelnen Gesellschaftsmitgliedern verstanden.²³

Forschungsergebnisse untermauern die Theorie, dass die soziale Struktur, unabhängig von der individuellen Verfassung, einen signifikanten Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit und infolgedessen auch auf die Lebenserwartung hat. Der Schichtgradient zwischen chronischer Krankheit, Lebenserwartung und sozialer Schichtzugehörigkeit bleibt stetig und zeitstabil für eine beachtliche Anzahl von Krankheiten für unterschiedliche Bevölkerungen, wobei der Beruf ein hauptsächliches Schichtmerkmal ist. Bei Männern und Frauen im Alter von 24 bis 64 Jahren differieren Lebenserwartung und Erkrankungsrisiko besonders stark in Bezug auf die Berufszugehörigkeit, das Bildungsniveau und das Einkommen.²⁴

Durch die Analyse der Ungleichheitsstrukturen innerhalb einer Gesellschaft können wir erkennen, wie eine gesellschaftliche Organisation auf Gesundheits- und Krankheitsparameter einwirkt. Diese erlangten Kenntnisse bewirken auch die Gestaltung von wirkungsvolleren Interventionsstrategien. Die oberste Analyseebene, auch Makroebene genannt, umfasst alle Aspekte sozialer Ungleichheitsdimensionen, auf welchen darauffolgende ungleiche Lebensbedingungen und Lebenschancen entstehen. Als Beispiele seien Unterschiede in der Bildung, im beruflichen Status sowie im Einkommen genannt. Auf der mittleren Analyseebene, die Mesoebene, welche unter anderem gesundheitliche Belastungen (z. B. physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz) sowie Gesundheits- und

²³ Vgl. Freidl; Stronegger; Neuhold 2001, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. 51.

²⁴ Vgl. Antonovsky, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 31-73. / Vgl. Stronegger, W. J., Freidl, W., Rasky, E. (1997): Health behaviour and risk behaviour: socioeconomic differences in an Austrian rural country. *Social Science and Medicine* (44). 423-426. / Vgl. Freidl et al., *Associations of income with self*, 106-114.

Krankheitsverhalten (z. B. Ernährung, Rauchen, Compliance) und Unterschiede in den Erholungsmöglichkeiten (Grünfläche im Wohngebiet) erfasst, werden konkrete Lebenskontexte zusammengetragen, in denen das Vorhandensein von ungleichen Ressourcen ihre Reaktion demonstriert. Die untere Ebene (Mikroebene) beschäftigt sich mit der gesundheitlichen Ungleichheit, also mit den Unterschieden in der Morbidität und der Mortalität.²⁵

Die gesundheitliche Belastung darf nicht als alleiniger Faktor gesehen werden, vielmehr muss die Bilanz aus der gesundheitlichen Belastung und der gegenüberstehenden Bewältigungsstrategie gezogen werden. Das Gesundheitsverhalten wiederum wird durch das Gleichgewicht von gesundheitlicher Belastung und Bewältigungsstrategie beeinflusst.²⁶

3.1 Armut und soziale Ungleichheit

Armut kann als extremste Form von sozialer Ungleichheit gesehen werden. Dabei wird mangelhaftes Einkommen als die wichtigste Dimension von Armut aufgefasst. Hinzu kommt ein defizitärer Zugang zu begehrten gesellschaftlichen Ressourcen.

Oft finden wirtschaftlich benachteiligte Personen, zum Beispiel Angehörige einer Minderheitengruppe oder Bewohner/-innen einer Region mit entsprechenden Lebensumständen wie Wohn- und Arbeitsbedingungen eine für die Gesundheit ungünstige Voraussetzung vor. Weitere Faktoren sind beschränkte Ausbildungsmöglichkeiten und ein damit verbundenes Desinteresse an gesundheitlichen Empfehlungen.

Folgen der genannten Chancenungleichheit sind erschwerte Gesundheitsförderung und somit auch erschwerte Krankheitsprävention. Der Wunsch nach Selbstverantwortung eines Individuums für Gesundheit kann durch die erschwerten Rahmenbedingungen, in denen sozial benachteiligte Personen leben, nicht erfüllt werden. Auch gesundheitsfördernde Programme und Aufklärungsinitiativen kommen bei sozial benachteiligten Gruppen oder Individuen - aufgrund des Nichtverstehens oder Setzens von anderen Prioritäten - oftmals nicht an.²⁷

²⁵ Vgl. Mielck, A.; Bloomfield, K. (2001): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa München. 86-89.

²⁶ Vgl. Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-80.html [Stand 29.04.2011].

²⁷ Vgl. Freidl; Neuhold 2010, Gesundheitsberichterstattung Steiermark, 27-28.

3.2 Der Einfluss von sozialer Zugehörigkeit auf die Beziehung zum Körper

Eine zentrale Bedeutung für das Verständnis von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich nimmt laut Boltanski²⁸ die Differenzierung zwischen reflexiver und instrumentaler Beziehung gegenüber dem Körper und der Gesundheit ein. Die Beziehung zum Körper veranschaulicht, welche individuelle Bedeutung der eigene Körper für einen Menschen hat und diese durch Verhalten, Wahrnehmung und Einstellung auslebt.

Bei einer reflexiven Haltung zur Gesundheit nimmt das Individuum die Zeichen des eigenen Körpers wahr. Vom Körper gesendete Botschaften werden beachtet und als Hinweis für eine mögliche Störung gedeutet. Diese Haltung tritt in der mittleren und wohlhabenden Schicht auf; Der Körper wird hier als verantwortlich für das Erscheinungsbild und die geistige Leistungsfähigkeit gesehen.²⁹

Eine instrumentale Beziehung zum Körper besteht hingegen dann, wenn den körperlichen Signalen kein Interesse geschenkt wird. Erst wenn der Körper seinen Dienst versagt, wird er beachtet. Der Körper dient der Verrichtung seiner täglichen Aufgaben und wird nur zum Erhalt der Leistungsfähigkeit und nicht etwa aus gesundheitsorientierten Gründen gepflegt. Die instrumentale Haltung findet ihr Vorkommen in den unteren Bevölkerungsschichten und wird durch das Dominieren von manuellen Tätigkeitsbereichen begründet. Der beschriebene Ansatz lässt sich ebenfalls geschlechtsspezifisch zuordnen. So tendieren Frauen in der unteren Bevölkerungsschicht eher zur Einnahme einer reflexiven Körperhaltung. Auch in den höheren Schichten ist die reflexive Haltung von Frauen markanter als bei Männern derselben Schicht.³⁰

Somit wird das Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsversorgungssystemen auch vom Verhältnis eines Menschen zu seinem Körper und seiner Gesundheit geprägt.³¹

Zwar konnten durch die industrielle Entwicklung und die wohlfahrtsstaatliche Einstellung der Politik in den letzten 100 Jahren die wesentlichen gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Gesellschaftsschichten reduziert werden, dennoch kristallisieren sich neue Gesundheitsrisiken heraus, welche sich sozialspezifisch unübersehbar ungleich verteilen.

²⁸ Vgl. Boltanski, L. (1968): *La découverte de la maladie* Paris: Centre de sociologie de l'enseignement de la culture. Maison des sciences de l'homme.

²⁹ Vgl. Freidl; Neuhold, Gesundheitsberichterstattung Steiermark, 24-26.

³⁰ Vgl. Freidl; Neuhold, Gesundheitsberichterstattung Steiermark, 25.

³¹ Vgl. Cardia-Vonéche, L.; Bastard, B. (1996): *Das soziale Umfeld: Durch die soziale Zugehörigkeit bedingte Unterschiede bei den Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit*. Hrsg.: Gutzwiller, F.; Jeanneret, O.: *Sozial- und Präventivmedizin, Public Health*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. 475-477.

So stieg die Zahl der Sterbefälle aufgrund von infektiösen und chronisch degenerativen Krankheiten bei den unteren Bevölkerungsschichten im Vergleich zur übrigen Bevölkerung stark an. Verantwortlich dafür werden neben beengten Wohnverhältnissen und schlechten Wohnlagen mit einhergehenden höheren Umweltbelastungen auch ein gering ausgeprägtes Kontrollbewusstsein über die eigene Gesundheit sowie die verminderte Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung gemacht.³²

Auch stieg die Anzahl von psychischen und psychosomatischen Krankheiten augenfällig an. Im Speziellen waren dies depressive Syndrome und funktionelle Störungen bei Personen der sozialen Unterschicht. Da Menschen mit geringer sozialer Integration und reduzierter kommunikativer Kompetenz großen psychischen Aufwand zur Verarbeitung von sozialer Diskriminierung betreiben müssen, kann diesem Faktor eine bedeutende Rolle für die Entstehung psychischer Krankheiten zugeschrieben werden.³³

3.3 Gesundheitsförderung und soziale Ungleichheit

Die Weltgesundheitsorganisation postuliert zur Gesundheitsförderung die Stärkung der Gesundheitsressourcen von Individuen. Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit setzen sowohl bei allen gesellschaftlichen Ebenen als auch bei individuellen und kollektiven Lebensverhältnissen an. Die Ziele zur Gesundheitsförderung wurden in der Ottawa-Charta 1986 festgelegt und beinhalten unter anderem die Stärkung von Selbstbestimmung über die Gesundheit, die Befriedigung der Bedürfnisse zum Erlangen von seelischem und sozialem Wohlbefinden und die Integration von Gesundheit als Bestandteil in das alltägliche Leben. Dabei werden soziale und individuelle Ressourcen mit körperlichen Fähigkeiten gleichgestellt. Es gilt, Ungleichheiten hinsichtlich Gesundheit und Lebenserwartung in den unterschiedlichen sozialen Schichten zu reduzieren.³⁴

Folgende Ebenen werden zur Gesundheitsförderung herangezogen:

- Auf der *politisch-ökonomischen Ebene* sollen sowohl die für die Bewahrung der Gesundheit benötigten Lebensressourcen wie Arbeit, Einkommen, Unterkunft und Nahrung sichergestellt als auch soziale Benachteiligung, entstehend durch Arbeitslosigkeit und Armut, entgegengestellt werden.
- Die Ebene für eine *gesundheitsförderliche Infrastruktur* beeinflusst die Organisation und die Entstehung von gesundheitsrelevanten Institutionen, welche

³² Vgl. Hurrelmann; Schnabel 1999, Gesundheitswissenschaften. 108-109.

³³ Vgl. Hurrelmann; Schnabel 1999, Gesundheitswissenschaften. 108-109.

³⁴ Vgl. Weltgesundheitsorganisation (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion, 1, iii-v. 1. WHO (1997): Health Promotion Glossary (Pre-publication HPR/HEP/WICHP/RS/97.1). Genf.

Einrichtungen in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Betrieben umfassen, durch das Einbeziehen von Entscheidungstragenden in die Erschaffung von gesundheitsrelevanten Voraussetzungen positiv.

- Die *persönliche Ebene* umfasst Strategien zur Befähigung der Menschen zu sinnstiftendem, selbstständigem Handeln und zur Bewältigung von Belastungen und Krankheiten. Weiters gilt es, Gesundheitsrisiken zu erkennen und zu vermeiden sowie Gesundheitsressourcen in Anspruch zu nehmen.³⁵

³⁵ Vgl. Franke 2006, Modelle, 175-180. / Vgl. Freidl; Stronegger; Neuhold 2001, Gesundheitsberichterstattung Wien, 54-55.

4 Definition Wohnungslosigkeit

Den Begriffen „Wohnungslosigkeit“ und „Obdachlosigkeit“ wird häufig die gleiche Bedeutung zugeschrieben. Obdachlose sind die auffallendste und somit bekannteste Gruppe unter den Wohnungslosen, da ihr Leben auf der Straße und somit öffentlich stattfindet. Nicht nur die Definition und die Klassifikation des Begriffs „Obdachlosigkeit“ wird weltweit kontrovers diskutiert, sondern auch der Gebrauch des Wortes selbst. Die Titulierung „Obdachloser“ oder „Nichtsesshafter“ kann mit Vorurteilen aufgrund von überkommenen Vorstellungen aus der Vergangenheit behaftet sein, nach denen der Grund für Wohnungslosigkeit in den charakterlichen Mängeln der Betroffenen läge.³⁶ Daher wurde der Begriff „Wohnungslosigkeit“ dem Begriff „Obdachlosigkeit“ vorgezogen. Die Formen von Wohnungslosigkeit laut Definition der BAWO³⁷ (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe) und der FEANTSA³⁸ (European Federation of National Organisations working with the Homeless) werden nun im Groben zusammengefasst und wie folgt unterteilt:

4.1 Obdachlos oder akut wohnungslos

Der Begriff „obdachlos“ wird für Menschen verwendet, die generell auf der Straße leben und keine andere Form der Unterkunft als öffentliche Parks, Verschläge oder Brückengewölbe haben. Weiters bedeutet „obdachlos“, ohne festen Wohnsitz zu sein sowie in Notschlafstellen und niederschweligen Einrichtungen zu übernachten.

4.2 Wohnungslosigkeit

Von Wohnungslosigkeit betroffen sind Menschen, die in Einrichtungen mit begrenzter Aufenthaltsdauer wohnen. Dazu gehören unter anderem Asyle und Herbergen, Übergangswohnheime sowie Übergangswohnungen. Auch in niederschweligen Dauer-einrichtungen mit Betreuungsangeboten für Ältere oder ehemals obdachlos lebende Menschen zählen zur Gruppe der Wohnungslosen. Neben Frauen und Kindern, die aufgrund häuslicher Gewalt ihr Zuhause verlassen haben und beispielsweise in Frauenhäu-

³⁶ Vgl. Steiger, I. (2010): Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem. 11. Dissertation im Fach Medizin an der Freien Universität Berlin; http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000015415 [Stand 13.04.2010].

³⁷ Vgl. Eitel, G.; Schoibl, H. (1998): Grundlagenerhebung zur Wohnungslosensituation in Österreich; <http://www.bawo.at/de/content/archiv/sitemap/publikationen.html> [Stand 29.03.2010].

³⁸ Vgl. ETHOS - Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung; <http://www.feantsa.org/files/freshstart/Toolkits/Ethos/Leaflet/AT.pdf> [Stand 29.03.2010].

sem Schutz fanden, gelten auch Asylwerber/-innen, beherbergt in Auffangstellen und Heimen, als wohnungslos. Wohnungslos sind auch Ausländer/-innen mit befristeter Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis, untergebracht in Gastarbeiterquartieren. Menschen, denen eine Entlassung aus Anstalten, Heimen, Gefängnissen sowie aus Rehabilitationsmaßnahmen bevorsteht, sind ebenfalls von Wohnungslosigkeit betroffen. Die BAWO definiert diese Situation als *bevorstehende Wohnungslosigkeit*, Bevorstehende Wohnungslosigkeit trifft auch bei Verlust der Wohnung durch Scheidung oder Trennung zu.

Potenzielle Wohnungslosigkeit betrifft laut Definition der BAWO vor allem sozial benachteiligte Personen, Mitglieder überschuldeter Haushalte, Mindestpensionist/-innen, häufig auch Alleinerziehende. Potenzielle Wohnungslosigkeit bedeutet, dass den betroffenen Menschen die Wohnungslosigkeit zwar noch nicht unmittelbar bevorsteht, aber dennoch aufgrund ihrer unzumutbaren Einkommensverhältnisse naheliegt.³⁹

4.3 Ungesichertes Wohnen

Ein ungesichertes Wohnverhältnis gehen Menschen ein, die keinen Hauptwohnsitz oder ein vertraglich geregeltes Mietverhältnis haben, sondern temporär im Freundeskreis, bei Bekannten oder Verwandten untergekommen sind. Gemeint sind ebenfalls Personen, die von Delogierung bedroht sind oder bei denen ein solches Verfahren bereits eingeleitet worden ist. Auch Menschen, die einer Hausbesetzung beiwohnen, gehören zu dieser Gruppe. Für Personen, die durch Ermangelung einer eigenen Wohnung bei Bekannten leben, kann der Begriff „ungesichertes Wohnen“ laut BAWO auch „versteckte Wohnungslosigkeit“ genannt werden.

Die Ursachen für Wohnungslosigkeit sind multifaktoriell. Die Hauptfaktoren sind im Einkommen, im Wohnverhalten, im Problemtransfer in Ballungsräumen und in Kumulation von Armut zu finden.⁴⁰

4.4 Finanzielle Hilfestellungen für Wohnen

Die bundesweiten Sozialämter verfügten generell über keinen Wohnraum. Den anspruchsberechtigten Hilfesuchenden wurden bis zur Einführung der Mindestsicherung im September 2010 die nachstehenden Hilfestellungen offeriert:

³⁹ Vgl. Eitel; Schoibl 1998, Grundlagenerhebung, 23-25.

⁴⁰ Vgl. Eitel; Schoibl 1998, Grundlagenerhebung, 30.

Obdachlosen wurde finanzielle Unterstützung für die Wohnnotversorgung, beispielsweise in Pensionen, angeboten. Wohnungslose erhielten finanzielle Unterstützungen für die Anmietung von Wohnraum, beispielsweise für die Zahlung der Kautions. Die Anschaffung notwendiger Einrichtungsgegenstände wurde finanziell unterstützt. Die Kosten jenes Wohnungskostenanteiles, errechnet durch den Sozialhilfeanspruch, wurden ebenfalls durch die finanzielle Unterstützung der Wohnungskosten abgegolten.⁴¹

Zum 1. September 2010 wurde die Sozialhilfe in Wien durch die Wiener Mindestsicherung ersetzt. Die Berechnung der Leistungshöhe erfolgt aufgrund von Mindeststandards, welche Leistungen zur Deckung des Lebensunterhaltes für den Bedarf an Nahrung, Bekleidung, Körperpflege, Hausrat, Energie und persönliche Bedürfnisse sowie den Grundbetrag zur Deckung des Wohnbedarfs bei volljährigen Personen beinhalten. Die Höhe der Mindeststandards (Stand 2010) beträgt für Alleinstehende und Alleinerziehende 744,01 Euro; Paare erhalten pro Person 558,01 Euro. Der darin enthaltene Grundbetrag zur Deckung des Wohnbedarfs beträgt bei arbeitsfähigen Personen für Alleinstehende und Alleinerziehende 186,00 Euro; hingegen für Paare pro Person 139,00 Euro. Bei einem nachweislich darüber hinausgehenden Bedarf kann zusätzlich Mietbeihilfe beantragt werden.⁴²

4.5 Wohnungslosigkeit in Zahlen

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe in Österreich (BAWO) führte im Zeitraum von 2006 bis 2008 eine Wohnungslosenerhebung durch. Dabei zeigte die Jahresstatistik von 2006, dass 13 120 Erwachsene ambulante Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, darunter Beratungsstellen, Tageszentren, tagesstrukturierte Angebote sowie soziale Dienste im Umfeld der Wohnungslosenhilfe, aufsuchten.

Ungefähr ein Drittel der ambulant betreuten Personen nächtigte zum Teil befristet, zum Teil über eine längere Zeitspanne hinweg in Notschlafstellen. Im Jahr 2006 waren dies insgesamt 1149 Erwachsene. In stationären und teilstationären Wohnbetreuungseinrichtungen fanden laut der Jahresstatistik von 2006 insgesamt 7324 Erwachsene und 1076 Kinder Unterkunft. Bei diesen Daten kann aber von einer systematischen Überschätzung der Wohnungslosenzahlen aufgrund der Überschneidung von ambulanten und stationären Nutzern und Nutzerinnen ausgegangen werden. Die Anzahl der Aufsuchenden, welche sich

⁴¹ Vgl. Stadt Salzburg; http://www.stadt-salzburg.at/internet/themen/gesellschaft_soziales/t2_89999/t2_95766/t2_33906/p2_152998.htm [Stand 13.04.2010].

⁴² Vgl. Kravina, R.; Steiner, V. (2010): Wiener Mindestsicherung. Magistratsabteilung 40, Koordinationsstelle Jugend, Bildung, Beschäftigung. 4-5; http://www.koordinationsstelle.at/wp-content/uploads/2011/01/MA-40_Wiener_-Mindestsicherung_KOO_JBB.pdf. [Stand 01.07.2011].

ausschließlich auf eine Unterbringung in Notschlafstellen beschränken, wurde wegen der ebenfalls vorkommenden Doppelnennung nicht in die Aufstellung einbezogen.⁴³ Weiters muss von einer Dunkelziffer ausgegangen werden.

Frauen nehmen im Bereich der betreuten Wohnform anteilmäßig 31 % ein. Hingegen beträgt der Frauenanteil im Bereich der ambulanten Wohnungslosenhilfe durchschnittlich 21 %. Trotz dieser Datenvorlage sei darauf hingewiesen, dass Männer und Frauen anteilmäßig gleichermaßen von prekären Wohnsituationen betroffen sind. Frauen verweilen jedoch häufiger in verdeckter Wohnungslosigkeit und sind oft bei Bekannten oder Verwandten untergebracht. Eine Gesamtzahl der Personen, welche von Straßenobdachlosigkeit betroffen sind, also diejenigen, die ohne jegliche Unterkunft leben, sondern überwiegend im Freien schlafen, kann aufgrund fehlender Angaben nicht genannt werden.⁴⁴

Schoibl schreibt in seinem Bericht über die Wohnungslosigkeit in Österreich, dass 45 % der Nutzer/-innen von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zwischen 31 und 50 Jahren alt sind. Die Altersgruppe der jungen Erwachsenen unter 30 Jahren beträgt 29 %. 19 % der Wohnungslosen sind älter als 50 Jahre. Weiters spricht Schoibl von einem vergleichsweise hohen Frauenanteil unter den Wohnungslosen (40 %). Der Anteil der Männer liegt dementsprechend bei 60 %, wobei sich die Anzahl der weiblichen Nutzer im Vergleich zum Jahr 1997 verdoppelt hat.⁴⁵

⁴³ Vgl. Schoibl, H.; Schoibl, A.; Ginner, S.; Witek, J.; Sedlak, F. (2009): Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich. BAWO Studie zur Wohnungslosigkeit 2006-2008. 61-67; <http://www.bawo.at/de/content/archiv/sitemap/publikationen.html> [Stand 15.03.2010].

⁴⁴ Vgl. Schoibl et al. (2009): Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich, 61-67; <http://www.bawo.at/de/content/archiv/sitemap/publikationen.html> [Stand 15.03.2010].

⁴⁵ Vgl. Schoibl, H.; Schoibl, A. (2006): Wohnungslosigkeit in Österreich - Wohnungslosenhilfe und gesundheitsbezogene Dienstleistungen für wohnungslose Menschen. Helix. Salzburg. 4-5; http://www.helixaustria.com/uploads/media/Kurzbericht_zu_Wohnungslosigkeit_in__sterreich_06-12.pdf [Stand 14.02.2010].

5 Gesundheit und Krankheit bei wohnungslosen Menschen

Geschätzte 90 % der Wohnungslosen in Wien sind erkrankt. Auf den Verlust der Wohnung folgen zunächst der Verlust von Geborgenheit und Stabilität. Dieser wird ersetzt durch psychischen und physischen Stress, verbunden mit schlechten Lebensbedingungen, Zukunftsängsten und finanziellen Nöten.⁴⁶ Keine eigene Unterkunft zu haben, bedeutet für die Betroffenen, sich falsch bzw. mangelhaft zu ernähren, den klimatischen Bedingungen und den defizitären Hygieneerhaltungsmöglichkeiten ausgeliefert zu sein oder sichere Rückzugsörtlichkeiten zwangsweise verlassen zu müssen. Auch trägt ein Leben auf der Straße dazu bei, Opfer von Gewalthandlungen zu werden, die nicht selten lebensgefährliche Ausmaße annehmen und nach medizinischer Versorgung verlangen.⁴⁷

Aber auch in Notversorgungsunterkünften sind wohnungslose Menschen Eingriffen in ihre Intimsphäre, Gewalthandlungen und unhygienischen Bedingungen ausgesetzt. Diese Faktoren und die anhaltende Wohnungslosigkeit können unter Umständen langfristig zum Verlust der natürlichen Persönlichkeitsgefühle führen und letztendlich mit einer gestörten Selbstwahrnehmung und, damit einhergehend, in einem verzerrten gesundheitsbezogenen Selbstbild enden. Das Gesundheitsverständnis wird auf die Befriedigung lebenserhaltender Bedürfnisse reduziert. Gesundheitsdefizite und dadurch entstandene Einschränkungen werden oftmals nicht als solche wahrgenommen, sondern in das Alltagsleben integriert.⁴⁸

Somit ist ein Nährboden für gesundheitliche Defizite entstanden, der das Krankheitsrisiko von Wohnungslosen fördert. Diese Randgruppe weist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine höhere Mehrfacherkrankungsrate und eine vermehrte Neigung zu chronifizierten Krankheitsbildern auf. Gleichzeitig ist ihr der Zugang zu regulären ambulanten und stationären Versorgungsangeboten beengt. Einige Gründe dafür sind Stigmatisierung, Schamgefühl, Isolation und Schwellenangst vor bürokratischen Hürden durch gesetzliche Ansprüche. Weiters folgt Unwissenheit über gesetzliche Ansprüche und/oder die Angst davor, für die Behandlungskosten selbst aufkommen zu müssen. Ein weiterer, nicht zu

⁴⁶ Vgl. Verein neuerHAUS/FEM (2005): Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen in Wien. Konzept für eine niederschwellige, aufsuchende Versorgungsstruktur. Wien.

⁴⁷ Vgl. Stehling, H. (2008): Pflege und Wohnungslosigkeit - Pflegerisches Handeln im Krankenhaus und in der aufsuchenden Hilfe in: Sozial Ungleichheit und Pflege, Bauer, U.; Büscher, A. Hrsg.: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 375-395.

⁴⁸ Vgl. Essendorfer, L. (2007): Structures of professional nursing in the care of homeless persons: orienting to living conditions. Pflege Z.; 60 (12): 666-9. / Vgl. Trabert, G. (1999): Armut und Gesundheit: Soziale Dimension von Krankheit vernachlässigt. Deutsches Ärzteblatt, 96 (12): A-756-760.

vernachlässigender Grund, warum wohnungslose Menschen medizinische Standardangebote ablehnen, ist das fehlende Bewusstsein gegenüber dem eigenen schlechten Gesundheitszustand und das Nichterkennen der Notwendigkeit, einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen.⁴⁹

5.1 Empirische Studienergebnisse über den physischen Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen

Der physische Zustand wohnungsloser Menschen in Deutschland wurde im Gegensatz zu Österreich schon mehrmals empirisch untersucht. Die bis heute umfangreichste Untersuchung über den körperlichen Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen wurde im Jahr 1976 von der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG) in Deutschland in Auftrag gegeben. Insgesamt wurden 109 von Wohnungslosigkeit Betroffene an verschiedenen Aufenthaltsplätzen untersucht.

Durch die Auswertung der körperlichen, labor- und funktionsdiagnostischen medizinischen Untersuchungen kamen die Forscher zum Ergebnis, dass die Erkrankungsrate für Atemwegs-, Zahn-, Haut- sowie Muskel- und Skeletterkrankungen mit Krankheitsprävalenzzahlen zwischen 50 und 75 % besonders hoch sind.⁵⁰ Auch durch die Auswertungen von Sektionsbefunden (Veith und Schwindt 1976⁵¹, Risse et al. 1998⁵², Ishorst-Witte et al. 2001⁵³, Grabs 2006⁵⁴) oder Krankenakten (Locher 1990, basierend auf seiner Dissertation⁵⁵, Egen 1998⁵⁶) konnte der medizinische Zustand von Wohnungslosen eruiert werden.

⁴⁹ Vgl. Verein neuerHAUS / FEM 2005, Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen in Wien.

⁵⁰ Vgl. Sperling, F. (1985): Medizinische Untersuchung an 109 nichtsesshaften Männern. Dissertation. Münster: Universität Münster.

⁵¹ Vgl. Veith, G.; Schwindt, W. (1976): Pathological-anatomical aspects of vagabondage (author's transl) Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb. Jan; 44 (1): 1-21.

⁵² Vgl. Risse, M.; Tsokos, M.; Weiler, G.; Püschel, K. (1998): Death in the milieu of homeless persons. A comparative retrospective analysis of an autopsy sample of different regional population structures (Middle Hesse/Hamburg). Arch Kriminol. 1998 Sep-Oct; 202 (3-4): 95-9. German.

⁵³ Vgl. Ishorst-Witte, F.; Heinemann, A.; Püschel, K. (2001): Morbidity and cause of death in homeless persons. Arch Kriminol. Nov-Dec; 208 (5-6): 129-38.

⁵⁴ Vgl. Grabs, J. (2006): Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg. Eine Analyse von 307 Todesfällen. Dissertation aus dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf; http://www.sub.uni-hamburg.de/opus/volltexte/2007/3173/pdf/Todesursachen_von_Wohnungslosen_in_Hamburg.pdf [Stand 06.04.2010].

⁵⁵ Vgl. Locher, G. (1990): Gesundheits-/ Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von alleinstehenden Wohnungslosen. Dissertation. VSH Verlag Soziale Hilfe Bielefeld.

⁵⁶ Vgl. Egen, V. (1998): Morbidity spectrum and drug therapy of homeless persons in Munich. Gesundheitswesen. Jan; 60 (1): 47-51.

Ebenso kamen aufwändige Untersuchungsszenarien durch Trabert⁵⁷ (1997 basierend auf seiner Dissertation) zum Einsatz, um die Morbiditätsrate Wohnungsloser festzustellen. Salize⁵⁸ fand 2002 in einer anderen Studie zu somatischen Erkrankungen eine Häufigkeit von 60 % vor. Weitere Untersuchungen setzten sich mit der Nutzungspopulation medizinischer Versorgungsangebote für Wohnungslose auseinander und kamen zu dem Ergebnis, dass dermatologische Erkrankungen, Infektionen, Verletzungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparats die Hauptgründe für das Aufsuchen von niederschweligen Angeboten sind (Egen 1998⁵⁹, Doering et al. 2002⁶⁰).

Völlm⁶¹ untersuchte 2004 (basierend auf ihrer Dissertation) die psychiatrische Morbidität von 82 wohnungslosen Männern und verglich diese mit einer Gruppe von ehemals Wohnungslosen. Sie kam zum Ergebnis, dass die Morbiditätsrate bei ehemaligen Wohnungslosen nur geringfügig niedriger war, als die von gegenwärtiger Wohnungslosigkeit Betroffenen.

Locher wertete im Jahr 1990 die Krankenakten von 342 Bewohnern der diakonischen Heime in Kästorf aus. Diese Einrichtung zeichnet sich durch eine eigene Krankenstation mit zwei angestellten Mediziner/-innen aus und richtet sich an Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten. Locher beschränkte sich bei der Auswertung der vorhandenen Akten auf chronische Erkrankungen unter Einbeziehung der Aufnahmeuntersuchungen. Die Resultate zeigten, dass höchstens 15 % der Untersuchten nicht behandlungsbedürftig waren. Dagegen wiesen mehr als 40 % der Bewohner/-innen mindestens drei chronische Krankheiten auf.

Verglichen mit den Krankheitsprävalenzen der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung, entnommen aus den Krankheitsstatistiken der AOK Gesundheitskasse, ist für wohnungslose Menschen die Morbidität in 10 von 13 betrachteten Krankheitsbildern um den Faktor zwei erhöht. Verletzungsfolgen deckten mit 44 %, gefolgt von Muskel- und Skeletterkrankungen (40 %) sowie gastrointestinalen Störungen (32 %) den größten Teil

⁵⁷ Vgl. Trabert, G. (1997): Health status and medical care accessibility of single, homeless persons. Gesundheitswesen. 1997 Jun; 59 (6): 378-88.

⁵⁸ Vgl. Salize, H. J.; Dillmann-Lange, C.; Stern, G.; Kentner-Figura, B.; Stamm, K.; Rössler, W.; Henn, F. (2002): Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. Addiction. Dec; 97 (12): 1593-600.

⁵⁹ Vgl. Egen 1998, Gesundheitswesen, 47-51.

⁶⁰ Vgl. Doering T. J.; Hermes, E.; Konitzer, M.; Fischer, G. C.; Steuernagel, B. (2002): Gesundheitliche Situation von Wohnungslosen in einer Krankenwohnung für Wohnungslose. Gesundheitswesen; 64 (6):375-382.

⁶¹ Vgl. Völlm; Hinnerk; Kunstmann 2004, Psychiatrische Morbidität, 236-240.

des Krankheitsspektrums ab. Anteilsmäßig absteigend sind weiters kardiovaskuläre (28 %), Atemwegs- (25 %), Zahnerkrankungen (21 %) und neurologische Erkrankungen (11 %) zu nennen. Das Schlusslicht bildeten Leber- (10 %), Haut- (8 %) und Ohrenerkrankungen.⁶²

Die Resultate einer Studie der Universität Mainz (Trabert 1997) im Jahr 1994 zeigten, dass mehr als 90 % der Wohnungslosen einer medizinischen Behandlung bedürfen. Für die Untersuchung wurden insgesamt 40 männliche Benutzer einer Teestube mit Beratungsstelle in einem Zeitraum von eineinhalb Monaten im Jahr 1989 rekrutiert. Mittels einer standardisierten Fragebogenerhebung in Form eines Interviews wurden individuelle soziale Daten sowie das Gesundheitsverhalten eruiert. Der medizinische Part beinhaltete neben der Anamnese und dem Erheben des physischen Status labordiagnostische Untersuchungen von Urin- und Blutproben sowie funktionsdiagnostische Analysen. Ausgehend von dieser Untersuchung lagen die Hauptprobleme in Hypertension (52,5 %), Hauterkrankungen, wie beispielweise Skabies, Ulcera der Unterextremitäten, Abszesse, Läuse, Pyodermagangrenosum und akute Infektionen (50 %).

Weitere Diagnosen waren:

| | |
|--|--------|
| chronische obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) | 47,5 % |
| Folgen von Gewalt | 50 % |
| Lebererkrankungen | 30 % |
| Nierenerkrankungen | 25 % |
| gastrointestinale Erkrankungen | 20 % |

Das Verhältnis zwischen der Zeitdauer der Obdachlosigkeit und dem Erkrankungsgrad war dabei nicht linear, da sich viele der Betroffenen schon zu Beginn ihrer Wohnungslosigkeit in einem schlechten physischen Zustand befanden. Der Autor kam zu dem Ergebnis, dass für die adäquate medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen die Notwendigkeit eines variablen und interdisziplinären Vorgehens besteht.⁶³

In den Jahren 1994 und 1995 untersuchte Egen 171 zufällig ausgewählte Krankenakten von männlichen Nutzern einer in München lokalisierten Notschlafstelle mit medizinischem Angebot. Etwa 10 % der Patienten lebten auf der Straße. Der Großteil nutzte Wohnungseinrichtungen, Pensionen und Wohngemeinschaften. Bei den wohnungslosen Patienten wurden hauptsächlich

⁶² Vgl. Locher 1990, Gesundheits-/ Krankheitsstatus, 95.

⁶³ Vgl. Trabert 1999, Gesundheitswesen, 378-88.

| | |
|--|------|
| psychiatrische Erkrankungen | 36 % |
| Infektionen | 31 % |
| Hauterkrankungen | 30 % |
| Verletzungen | 29 % |
| Erkrankungen des Bewegungsapparats | 28 % |
| Störungen des Respirationsorgans | 27 % |
| Störungen des kardiovaskulären Systems | 24 % |
| Erkrankungen der Verdauungsorgane | 17 % |

diagnostiziert. Genau 75 % der Patienten wurden medikamentös mit Analgetika (12 %), Antibiotika (10 %), Antihypertensiva (10 %), gastrointestinal wirkende Medikamente (9 %), Antigrippemittel (9 %) und dermatologischen Präparaten (6 %) behandelt. Auffallend war die Anzahl der mit Psychopharmaka eingestellten Patienten, die nur 16 % betrug. Wahrscheinlich ist dies auf die Interaktion von Medikamenten mit Alkohol zurückzuführen. Indes wurden über 60 % der somatischen Erkrankungen medikamentös behandelt.⁶⁴

Hierbei zeigten die Studienergebnisse, dass das medizinische Versorgungsangebot Frauen im Vergleich zu Männern und auf der Straße lebende Menschen nicht adäquat erreicht. Die Untersuchenden führten weiters die schlechte Compliance wohnungsloser Menschen auf deren Wohnsituation, persönliche und soziale Schwierigkeiten und den häufigen Alkoholkonsum zurück.⁶⁵

Salize et al. eruierten in ihrer Studie die Prävalenz von Alkoholabhängigkeit und somatischen Erkrankungen wohnungsloser Menschen. Dabei untersuchten sie 86 männliche und 14 weibliche Wohnungslose. Die Testmethode für Alkoholismus, Substanzmissbrauch und mentale Erkrankungen wurde mit einem strukturierten klinischen Interview (SKID) gewählt. Neben körperlichen Untersuchungen, Blutentnahmen und Urinproben wurde der Schwerpunkt der Untersuchung auf Alkohol-Folgeerkrankungen gelegt. Die Proband/-innen wurden von der Straße, von Wohnheimen und Notschlafstellen der Mannheimer Innenstadt rekrutiert. 63 % der Untersuchten präsentierten sich mit einem Alkoholabhängigkeitssyndrom, 61 % wiesen somatische Probleme auf. Alkoholabhängige Proband/-innen litten dabei vermehrt an zerebralen Degeneration, Lebererkrankungen (31 %) und alkoholischer Polyneuropathie. Neurologische Erkrankungen waren zu 43 % feststellbar, Atemwegserkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Hauterkrankungen betrug zwischen 12 und 13 %.⁶⁶

⁶⁴ Vgl. Egen 1998, Gesundheitswesen, 47-51.

⁶⁵ Vgl. Egen 1998, Gesundheitswesen, 47-51.

⁶⁶ Vgl. Salize et al. 2002, Alcoholism and somatic comorbidity, 1593-600.

Völlm et al. hatten 2004 das Ziel, das Ausmaß der psychiatrischen Krankheitshäufigkeiten bei wohnungslosen Männern anhand einer Querschnittuntersuchung zu erfassen und die Ergebnisse denen von ehemaligen Wohnungslosen gegenüberzustellen. Dazu untersuchten die Forscher 82 Wohnungslose sowie eine Vergleichsgruppe von 37 ehemals Wohnungslosen mittels eines psychopathologischen Interviews nach der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. Diagnosen wurden nach ICD-10 kodiert. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass die Lebenszeitprävalenz psychiatrischer Erkrankungen 95,1 % und die aktuelle Prävalenz 87,8 % betragen. Die Hauptdiagnose wurde bei Suchterkrankungen gestellt. Die Morbiditätsrate war bei vormals Wohnungslosen nur geringfügig niedriger, sodass sie weiterhin intensive psychiatrische Betreuung benötigen.⁶⁷

Ebenso publizierte Völlm (2004) die Prävalenz körperlicher Erkrankungen alleinstehender wohnungsloser Männer im Vergleich zu ehemals Wohnungslosen anhand einer Querschnittuntersuchung.

82 Wohnungslose und 37 ehemals Wohnungslose unterzogen sich einer körperlichen Untersuchung und einem standardisierten Interview. Dabei wurde auf apparative Untersuchungsmethoden verzichtet. Weiters wurde ein Fragenbogen zu Funktionseinschränkungen (Potthoff 1982)⁶⁸ herangezogen. Die Ergebnisse zeigten einen defizitären Zahnstatus (über 80 %) sowie Erkrankungen der Leber und des Bewegungsapparats (über 40 %). Die Morbiditätsrate der ehemals Wohnungslosen war sogar noch größer. Dies kann aber auch auf das höhere Durchschnittsalter der vormals Wohnungslosen zurückgeführt werden.

Beide Gruppen zeigten eine unrealistisch positive Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit. Die Mehrheit beider Untersuchungsgruppen gab an, die medizinische Regelversorgung durch das Aufsuchen von niedergelassenen Ärzt/-innen zu beanspruchen, im Gegensatz zu anderen Studien (Salize et al. 2002⁶⁹, Trabert 1997⁷⁰), bei denen nur ein Drittel bis zur Hälfte der Proband/-innen eine allgemeinmedizinische Versorgung angaben.⁷¹

Ein direkter Vergleich der Studienergebnisse zum Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen ist aufgrund der verschiedenen Untersuchungsinstrumente als eingeschränkt zu

⁶⁷ Vgl. Völlm; Hinnerk; Kunstmann 2004, Morbidität, 236-240.

⁶⁸ Vgl. Potthoff, P. (1982). Materialien zur Studie „Entwicklung von Indikatoren zur Messung subjektiver Gesundheit“. Lecture Notes in Medical Informatics; (16). 515-521.

⁶⁹ Vgl. Salize et al. 2002, Alcoholism and somatic comorbidity, 1593-600.

⁷⁰ Vgl. Trabert 1997, Gesundheitswesen, 378-88.

⁷¹ Vgl. Völlm; Becker; Kunstmann 2004, Querschnittuntersuchung, 49: 42-50.

betrachten. Fünf Diagnosen wurden dennoch übereinstimmend am häufigsten gestellt.

Diese betreffen:

Herz-Kreislauf-System

Atmungsorgane

Verdauungsorgane

Bewegungsapparat

Haut

Tabelle 1: Synopsis der Häufigkeitsverteilung von Erkrankungen wohnungsloser Menschen

| Studie | BAG 1976 | Sektionsbefunde 1976 | Krankenaktenstudie 1990 | Funkt. Untersuchung 1997 | Krankenaktenstudie 1998 | Status Anamnese 2000 | Status Anamnese SKID-Test Labor 2002 |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| Stichproben | 109 Männer (%) | 2 Frauen 63 Männer (%) | 342 Männer (%) | 40 Männer (%) | 171 Männer (%) | 82 Männer (%) | 14 Frauen 86 Männer (%) |
| Kardiovaskulär | | | 28 | 53 | 24 | 56 | 13 |
| Hypertonie | 5 | 37 | 11 | 28 | | | |
| Myokard Infarkt/ Angina pectoris | 3 | 23 | 6 | 13 | | | |
| Pulmonal | 71 | 52 | 25 | 48 | 27 | 24 | 12 |
| COPD | 41 | | 13 | 20 | | | |
| TBC | 28 | 52 | 12 | 13 | | | |
| Gastroenteral | 44 | 35 | 32 | 20 | 17 | 31 | 13 |
| Bewegungsapp. | 76 | | 40 | | 28 | 43 | 7 |
| Hepatisch | 38 | 11 | 6 | 30 | | 43 | 31 |
| Dermatologisch | 17 | | 8 | 50 | 30 | 34 | 12 |
| Verletzungen | 63 | | 44 | 50 | 29 | | 1 |
| Psychiatrisch | 19 | | 14 | 24 | 36 | | 63 |
| Neurologisch | | | 11 | 5 | | 33 | 43 |
| Sanierungsbed. Zahnstatus | 68 | | 21 | 53 | | 82 | |

Quelle: Grundlagenstudie Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Sperling 1979⁷², Sektionsbefunde Veith & Schwindt 1976⁷³, Krankenaktenstudie Locher 1990⁷⁴, funktionelle Untersuchung Trabert 1997⁷⁵, Krankenaktenstudie Egen 1998⁷⁶, Völlm 2000⁷⁷, Salize et al. 2002⁷⁸.

⁷² Sperling 1985, Dissertation.

⁷³ Veith; Schwindt 1976, Pathological-anatomical aspects, 1-21.

⁷⁴ Locher 1990, Gesundheits-/ Krankheitsstatus.

⁷⁵ Trabert 1997, Gesundheitswesen, 378-88.

⁷⁶ Egen 1998, Gesundheitswesen, 47-51.

⁷⁷ Völlm; Becker; Kunstmann 2004, Erkrankungen, 42-50.

⁷⁸ Salize et al. 2002, Alcoholism and somatic comorbidity, 1593-600.

Tabelle 2: Mortalität bei wohnungslosen Menschen

| Todesursachen | Veith, Schwindt 1976 | Grabs 2006 | Ishorst-Witte 2001 |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|
| Stichprobengröße | 63 Männer 2 Frauen | 272 Männer 35 Frauen | 170 Personen |
| Durchschnittliches Sterbealter | 57 Jahre % | 46 Jahre % | 44,5 Jahre % |
| Kardiovaskulär | 23 | 17 | 80 |
| Unterkühlung | 2 | 2 | 2 |
| Malignome | 16 | 2 | |
| Intoxikation | | 25 | 44 |
| Alkoholabhängigkeit | 7 | 45 | 48 |
| Gewaltsame Tötung | | 1 | |
| Infektion | | 14 | 17 |
| Pulmonale Erkrankungen | 11 | | |

Quelle: Veith, G., Schwindt, W. (1976)⁷⁹, Ishorst-Witte, F. (2001)⁸⁰, Grabs, J. (2006)⁸¹

Das Sterberisiko von Wohnungslosen ist gegenüber Nichtwohnungslosen insgesamt um 4,4 Mal größer. Diese Aussage bewies Morrison in einer Studie von 2009⁸². Dabei wurden die Daten von 6323 wohnungslosen Menschen mit jenen einer Stichprobe, bestehend aus 12 451 Menschen der Allgemeinbevölkerung, verglichen. Die Daten wurden in Bezug auf Alter, Geschlecht und Krankheitsgeschichte gematcht. Das Resultat zeigte ein 1,6-mal größeres Sterberisiko für Wohnungslose im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.

Die soziodemographische Auswertung generell zeigte, dass 65 % der Studienteilnehmer männlichen und 35 % der Teilnehmer weiblichen Geschlechts waren. Das Alter der Männer betrug durchschnittlich 35 Jahre und das der Frauen 30 Jahre. Die jüngsten Teilnehmer/-innen waren im Sinne der Einschlusskriterien 18 Jahre alt. Während eines fünfjährigen Nachuntersuchungszeitraums starben 209 Menschen (1,7 %) mit einem Durchschnittsalter von 53 Jahren aus der Allgemeinbevölkerung und 457 Personen aus dem Wohnungslosenmilieu (7,2 %), wobei ihr durchschnittliches Sterbealter 41 Jahre betrug. Weiters zeigten die für beide Gruppen geltenden Studienergebnisse, dass infektiöse und parasitäre Erkrankungen sowie Alkoholmissbrauch die Sterberisikorate um das

⁷⁹ Veith; Schwindt 1976, Pathological-anatomical aspects, 1-21.

⁸⁰ Ishorst-Witte; Heinemann; Püschel 2001, Morbidity, 129-38.

⁸¹ Grabs 2006, Dissertation.

⁸² Vgl. Morrison, D. S. (2009): Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* Jun; 38 (3): 877-83.

Zweifache, mitunter sogar das Dreifache, in beiden Gruppen erhöhte. Hingegen ist nur für die Kohorte der Wohnungslosen ein um das zweifach erhöhte Sterberisiko bei respiratorischen und kardiovaskulären Erkrankungen sowie Drogenkonsum gegeben. Karzinom-erkrankungen stellten für Wohnungslose das höchste Mortalitätsrisiko innerhalb der fünf Jahre dar. Dieses Risiko war um das Siebenfache höher im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.⁸³

5.2 Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen

In zahlreichen internationalen Studien der letzten 20 Jahre lassen sich psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen beobachten.⁸⁴ Da die notwendige ambulante Langzeitbetreuung von in selbstbestimmenden Wohnformen lebenden Menschen nicht ausreichend gegeben ist und teilweise psychisch Erkrankte nur eingeschränkt in der Lage sind, eigenständig in einer Wohnung zu leben, gestaltet sich die Versorgung wohnungsloser Menschen mit psychischen Erkrankungen als besonders schwierig. Weitere Gründe, die eine extramurale psychische Versorgung erschweren, sind mangelnde Krankheitseinsicht und die fehlende Akzeptanz für Behandlungen und Regeln wie Betreuungsvereinbarungen beziehungsweise Hausordnungen. So pendeln Wohnungslose mit psychischen Erkrankungen oft zwischen Straße, Billigpension, psychiatrischer Klinik und Notschlafstelle. Auch die Fachpsychiatrie, die sich zunehmend in Richtung einer „Drehtürpsychiatrie“ entwickelt hat, trägt ihren Teil zum oben genannten Pendelverhalten bei. Dies betrifft vor allem Patient/-innen, die sich aufgrund von fehlender Krankheitseinsicht nicht in eine stationäre Behandlung begeben wollen beziehungsweise diese vorzeitig abbrechen.⁸⁵

Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen betreffen auffallend häufig Männer zwischen dem 20. und 59. Lebensjahr, welche ohne Broterwerb und partnerschaftlicher Bindung sind, also entweder unverheiratet oder geschieden.⁸⁶ Doppeldiagnosen bezüglich psychiatrischer Erkrankungen und Substanzenabusus werden bei ungefähr 20 % der Wohnungslosen mit psychiatrischen Krankheitsbildern gestellt.⁸⁷ Für ältere Wohnungslose

⁸³ Vgl. Morrison 2009 Homelessness, 877-83.

⁸⁴ Vgl. Thomsen, R. L.; Balsløv, K. D.; Benjaminsen, S. E.; Petersen, P. (2000): Homeless persons residing in shelters in the county of Funen I. Psychosocial characteristics and need of treatment. Ugeskr Laeger. Feb 28; 162 (9): 1205-10.

⁸⁵ Vgl. Schoibl; Schoibl 2006, Österreichbericht, 20-21. [Stand 12.03.2010].

⁸⁶ Vgl. Thomsen et al. 2000, Homeless persons, 1205-10.

⁸⁷ Vgl. North, C. S.; Pollio, D. E.; Smith, E. M.; Spitznagel, E. L. (1998): Correlates of early onset and chronicity of homelessness in a large urban homeless population. J Nerv Ment Dis.; 186 (7): 393-400.

ist häufig eine psychische Erkrankung die Ursache für Wohnungslosigkeit.⁸⁸

5.2.1 Empirische Studienergebnisse über den psychischen Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen

Fichtner et al.⁸⁹ präsentierten eine in Deutschland durchgeführte Prävalenzstudie mit 146 Männern und 32 Frauen. Dabei zeigte sich unter den männlichen Studienteilnehmern eine Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen nach dem diagnostischen und statistischen Manual für mentale Erkrankungen (DSM III) für Achse-1-Störungen von 94,5 %, während bei den weiblichen Probanden sogar 100 % angegeben wurden. Die über die Lebenszeit gerechnet am häufigsten vorkommende psychische Erkrankung ist mit 91,8 % Substanzmissbrauch, wovon 82,9 % Alkoholabhängigkeit betreffen. Weitere Erkrankungsbilder sind auf affektive Störungen (41,8 %), Angststörungen (22,6 %) und Schizophrenie (12,4 %) aufgeteilt. Bei den Frauen betrug die Lebenszeitprävalenz für Alkohol- und Drogenabhängigkeit 90,6 %, gefolgt von affektiven Störungen mit 50 %, Angststörungen mit 43,8 % und Schizophrenie mit 21,9 %.⁹⁰

Eine umfassende Studie aus Oxford von Fazel et al. tritt mit einer systematischen Literaturrecherche über mentale Erkrankungen im Jahr 2008 hervor. Nach Durchsicht von Erhebungen, bibliographischen Indizes, Autorenkorrespondenzen, Referenzlisten zu den Themen „psychische Erkrankung“, „Major Depression“, „Alkohol- und Drogenabhängigkeit“ und „Persönlichkeitsstörungen“ wurden 27 brauchbare Erhebungen, welche insgesamt 5684 wohnungslose Menschen aus sieben Ländern umfassen, detaillierter besprochen. Die häufigsten Erkrankungen waren Alkoholabhängigkeit mit einer Spanne von 8,1 % bis 58,5 % und Drogenabhängigkeit mit einer Spanne von 4,5 % bis 54,2 %. Für psychische Erkrankungen reichte die Prävalenzrate von 2,8 % bis 42,3 %. Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch bei Major Depression. Zusammenfassend lässt sich in den westlichen Ländern eine höhere Rate von Alkohol- und Drogenabhängigkeit für wohnungslose Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung feststellen.⁹¹

Die Ergebnisse einer französischen Untersuchung (Henry et al.) konnten die hohe Anzahl an psychiatrisch erkrankten Wohnungslosen untermauern. Die Studie bezieht sich auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme einer psychiatrischen Notaufnahme von wohnungslosen

⁸⁸ Vgl. Crane, M. (1998): The associations between mental illness and homelessness among older people: an exploratory study. *Ageing Ment Health.*; 2 (3): 171-180.

⁸⁹ Vgl. Fichter et al. 1996, *Mental illness*, 185-96.

⁹⁰ Vgl. Greifenhagen; Fichter 1997, *Mental illness*, 162-72.

⁹¹ Vgl. Fazel et al. 2008, *Prevalence of mental disorders*, e225.

Personen im Vergleich zur Normalbevölkerung. 56 % von 331 Wohnungslosen konsultierten mehr als einmal innerhalb von sechs Jahren die Notaufnahme. Die nichtwohnungslose Bevölkerung nahm diese Einrichtung nur zu 26,4 % mehr als einmal innerhalb derselben Periode in Anspruch. Die Faktoren „männlich“, „alleinstehend“ und „finanziell von der Regierung unterstützt“ konnten mit der Situation Wohnungslosigkeit und Notaufnahme auffallend oft assoziiert werden. Schizophrenie (43,7 %) und Substanzenmissbrauch (31 %) waren die häufigsten anzutreffenden Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Aggressives Verhalten (3,5 % und 3,2 %) und Gewalt konnten bei beiden Gruppen nahezu gleich häufig beobachtet werden. Die Untersucher sind sich darüber einig, dass trotz des Zugangs zu kostenfreier psychiatrisch-medizinischer Versorgung eine multidisziplinäre Lösung zur Verbesserung des Managements von psychisch-erkrankten Wohnungslosen vonnöten ist.⁹²

Eine Gendervergleichsstudie wurde von Beijer et al. an 1364 wohnungslosen Männern und 340 wohnungslosen Frauen und einer Kontrollgruppe, bestehend aus 3750 Männern und 1250 Frauen, in Stockholm durchgeführt. Diese Vergleichsstudie zeigt, dass knapp die Hälfte der Wohnungslosen, aber nur ein kleiner Prozentsatz der Vergleichsgruppe, an einer psychiatrischen Erkrankung litt. Die Daten der Wohnungslosen wurden diversen Krankenakten aus Spitälern sowie psychiatrischen Kliniken entnommen. Diese Akten wurden zwischen 1996 und 2002 angelegt. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Wohnungslosigkeit, insbesondere für Frauen, ein höheres Risiko, psychisch zu erkranken, mit sich bringt.

Alkohol- und Drogenabhängigkeitserkrankungen zählten sowohl bei den Wohnungslosen als auch bei der Vergleichsgruppe zu den dominierenden Diagnosestellungen. Die Prävalenz dieser beiden Erkrankungen betrug bei wohnungslosen Männern 42 % und bei wohnungslosen Frauen 41 %. In der Kontrollgruppe waren 2 % der Männer und weniger als 0,5 % der Frauen davon betroffen.

Während Alkoholabhängigkeitserkrankungen bei wohnungslosen Männern und Frauen nahezu gleich häufig vorkamen, litten wohnungslose Frauen, welche nach 1960 geboren wurden, vermehrt an Drogenabhängigkeitserkrankungen als männliche Wohnungslose derselben Altersgruppe. Ferner litten 11 % der wohnungslosen Männer und 22 % der wohnungslosen Frauen an einer psychotischen Störung, verglichen mit 1 % der Männer und Frauen aus der Kontrollgruppe. Außerdem wurde bei 5 % der Männer und bei 15 % der Frauen in den Gruppen der Wohnungslosen Schizophrenie diagnostiziert. In der

⁹² Vgl. Henry et al. 2010, Mental disorders, 264-71.

Kontrollgruppe waren 1 % der Männer und weniger als 0,5 % der Frauen davon betroffen. Somit birgt Wohnungslosigkeit für Frauen ein 15-fach höheres Risiko als für nichtwohnungslose Männer sowie ein 30-fach höheres Risiko für nichtwohnungslose Frauen an Schizophrenie zu erkranken. Weiters litten auch mehr wohnungslose Frauen als Männer an einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (9 % bzw. 3 %), während diese Erkrankung bei den Personen in Kontrollgruppe unter 0,5 % vorkam.⁹³ Joyce et al. gehen nach Schätzungen der Prävalenzrate psychischer Erkrankungen bei älteren obdachlosen Männern davon aus, dass die Hälfte aller Obdachlosen zumindest einmal im Leben an einer psychischen Beeinträchtigung leidet. Dabei ist die Alkoholkrankheit mit 60 % der betroffenen obdachlosen Männer die am weitesten verbreitete, gefolgt von affektiven Störungen (20 bis 40 %), Schizophrenie (6 bis 14 %) und Demenz (3 %).

Ogleich eine gefährdete psychische Verfassung ein Risikofaktor für Obdachlosigkeit ist oder aber ein Resultat von täglichem Stress und Isolation; die Auswirkungen sind meist langanhaltend und ergeben eine moderate bis schwere Beeinträchtigung.⁹⁴

⁹³ Vgl. Beijer, U.; Andréasson, S. (2010): Gender, hospitalization and mental disorders among homeless people compared with the general population in Stockholm. *Eur J Public Health*. Oct; 20 (5): 511-6.

⁹⁴ Vgl. Joyce, D. P.; Limbos, M. (2009): Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless men. Before and after access to primary health care. *Can Fam Physician*. Nov; 55 (11): 1110-1111.e6.

Tabelle 3: Synopsis der Häufigkeitsverteilung von psychischen Erkrankungen wohnungsloser Menschen

| Studie | L. Angeles | München | Oxford | Frankreich | Stockholm | | Kanada |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------|--|
| Stichpr.-Größe | 328 | 178 | 5684 | 591 | 1704 | | 49 |
| Erhebungsverfahren | Diagnostic Interview Schedule (%) | Diagnostic Interview Schedule (%) | Systematischer Review (%) | Retrospektive Untersuchung (%) | Retrospektive Untersuchung (%) | | Geriatric Depression Scale Mini-Mental State Examination (%) |
| Schizophrenie | 14 | 12,4 | | 43,7 | (w) 15 | (m) 5 | 6 bis 14 |
| Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit | | 91,8 | | | | | |
| Drogen | 31 | | 4,5 bis 54,2 | | | | |
| Alkohol | 63 | 82,9 | 8,1 bis 58,5 | 31 | (w) 41 | (m) 42 | 60 |
| Affektive Störungen | 27 | 41,8 | 2,8 bis 42,3 | | | | 20 bis 40 |

Quelle: Koegel et al. in den USA (1988)⁹⁵, Fichter et al. in Deutschland (1996)⁹⁶ (1997)⁹⁷, Fazel et al. in England 27 Erhebungen (2008)⁹⁸, Henry et al. in Frankreich Krankenaktenuntersuchung über sechs Jahre in einer Notaufnahme (2010)⁹⁹, Beijer et al. in Stockholm (2010)¹⁰⁰, Joyce et al. (2009)¹⁰¹

Eine umfassende Literaturübersicht bestätigte die Notwendigkeit eines koordinierten Behandlungsprogramms für wohnungslose Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen. Insgesamt bewiesen 45 Studien, dass wohnungslose Menschen mit mentalen Erkrankungen mithilfe eines spezifischen Behandlungsplanes - verbunden mit Angebotsleistungen von in der sozialen Arbeit tätigen Personen - eine Verbesserung ihrer psychiatrischen Symptome erfahren. Hinzu kommen eine Abnahme stationärer Aufenthalte, eine Reduktion von Konsultationen in der psychiatrischen Notaufnahme und eine Zunahme ambulanter Patient(inn)enkontakte.¹⁰²

Eine effektive Intervention gegen Drogenabhängigkeit inkludiert eine adäquate orale Opiattherapie, Impfungen gegen Tetanus, Hepatitis A und B, Schulungen für den sicheren Umgang mit Nadeln, Örtlichkeiten für den Drogenkonsum unter Beobachtung von geschultem Personal und Zugang zu Nadeltauschprogrammen. Eine Abnahme der

⁹⁵ Koegel, P.; Burnam, M. A.; Farr, R. K. (1988): The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. Arch Gen Psychiatry. Dec; 45 (12): 1085-92.

⁹⁶ Fichter et al. 1996, Mental illness, 185-96.

⁹⁷ Greifenhagen; Fichter 1997, Mental illness, 162-72.

⁹⁸ Fazel et al. 2008, Prevalence of mental disorders, e225.

⁹⁹ Henry et al. 2010, Mental disorders, 264-71.

¹⁰⁰ Beijer; Andréasson 2010, Gender, 511-6.

¹⁰¹ Joyce; Limbos 2009, Identification of cognitive impairment, 1110-1111.e6.

¹⁰² Vgl. Hwang, S. W.; Tolomiczenko, G.; Kouyoumdjian, F. G.; Garner, R. E. (2005): Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. Am J Prev Med. Nov; 29 (4): 311-9.

Alkoholabhängigkeit ist stark assoziiert mit persönlicher Motivation und unterstützenden Interventionsprogrammen.

Das häufige Auftreten von Abhängigkeitssymptomen, die wenigen positiven Effekte, die der Alkoholkonsum mit sich bringt, und das Fernbleiben eines alkoholabhängigen Partners helfen betroffenen Alkoholsüchtigen, ihre Sucht leichter aufgeben zu können. Ebenfalls sind ein erhöhter Drogenkonsum innerhalb der letzten sechs Monate, weniger emotionaler Stress und Entzugssymptome, höhere Bildung und die Abwesenheit eines drogenkonsumierenden Partners ausschlaggebend für die Heilungschancen bei Drogenabhängigkeit¹⁰³. Eine Abnahme der tödlichen Medikamentenüberdosierungen bei Wohnungslosen kann aus Maßnahmen, wie sorgfältige Patientenaufklärungen und vorsichtiger Verschreibungen von kardiotoxischen und respiratorisch toxischen Psychopharmaka, resultieren.¹⁰⁴

5.3 Exkurs zum österreichischen Gesundheitswesen:

Das Gesundheitswesen in Österreich ist im Allgemeinen ein obligatorisches Sozialversicherungssystem. Alle unselbstständig Erwerbstätigen und alle Selbstständigen sind bei Erhalt eines monatlichen Einkommens über der Geringfügigkeitsgrenze von 357,74 Euro pflichtversichert. Bei unselbstständigen Erwerbstätigen wird der Versicherungsbeitrag direkt vom Gehalt abgezogen und zusammen mit dem Arbeitgeberanteil bei der Krankenkasse eingezahlt. Selbstständige Personen müssen den Versicherungsbeitrag zu Gänze übernehmen. Automatisch und quasi beitragsfrei pflichtversichert sind Auszubildende und Empfänger/-innen von Erwerbsersatzeinkünften wie beispielsweise Arbeitslosengeld, Pensionen oder Krankengeld. Mitversichert sind Kinder beitragsfrei unter einer bestimmten Altersgrenze, Ehepartner/-innen in Karenz, Ehepartner/-innen, wenn sie entweder Pflegegeld ab Stufe vier beziehen oder wenn sie selbst den Versicherten oder die Versicherte pflegen.

Beschäftigte unter der Geringfügigkeitsgrenze sowie Student/-innen können sich zu reduzierten Sätzen freiwillig versichern. Im Jahr 2007 waren rund 8,2 Millionen Österrei-

¹⁰³ Vgl. Nyamathi, A. M.; Stein, J. A.; Dixon, E.; Longshore, D.; Galaif, E. (2003): Predicting positive attitudes about quitting drug and alcohol use among homeless women. *Psychol Addict Behav.* Mar; 17 (1): 32-41.

¹⁰⁴ Vgl. Wright, N. M., Tompkins, C. N. (2006): How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *Br J Gen Pract.* Apr; 56 (525): 286-93.

cher/-innen, das entspricht 98,7 % der Gesamtbevölkerung, durch die soziale Krankenversicherung abgesichert.¹⁰⁵

5.3.1 Behandlungskostenübernahme bei fehlender Krankenversicherung

Auf meine schriftliche Anfrage an die Magistratsabteilung 40 in Wien, zuständig für Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht, über die medizinische Versorgungssituation für obdachlose Menschen erhielt ich von der Leiterin der Servicestelle am 15.03.2010 folgende Antwort:

„Menschen, die keine Krankenversicherung haben, erhalten über die Wiener Sozialhilfe Krankenhilfe, welche, analog zu den Leistungen der Wiener Gebietskrankenkasse, die gesamte ärztliche Versorgung übernimmt. Diese Menschen erhalten Krankenscheine durch die Magistratsabteilung 40. So betrachtet, dürfte, ob wohnungslos oder nicht, niemand, der ohne Krankenversicherung ist, ohne die Möglichkeit einer medizinischen Behandlung sein. Mit den Krankenscheinen der Magistratsabteilung 40 kann jede/r niedergelassene Arzt/Ärztin in Wien aufgesucht werden.“¹⁰⁶ (Auszug aus dem Schriftverkehr.)

Menschen in prekären Lebenssituationen – und dazu zählen Wohnungslose – können als Personen mit keinem oder zu geringem Einkommen Sozialhilfe beanspruchen.

Für Sozialhilfeempfänger/-innen ohne gesetzliche oder freiwillige Krankenversicherung wird der Krankenschutz durch das Sozialamt gestellt. Das zuständige Sozialhilfereferat händigt Hilfeempfänger/-innen bei Bedarf einen Sozialhilfekrankenschein für die Konsultation von Allgemeinmediziner/-innen oder für Zahnärzt/-innen aus. Besagte Krankenscheine können nachmittags telefonisch, persönlich während den Parteienverkehrszeiten oder schriftlich angefordert werden. Eine Facharztkonsultation ist, falls im laufenden Quartal mittels Sozialhilfekrankenschein bereits ein oder eine Allgemeinmediziner/-in besucht wurde, nur mit Überweisung durch diese Ärztin bzw. diesen Arzt möglich. Weiters brauchen Sozialhilfeempfänger/-innen für ärztlich verordnete Medikamente in den Apotheken für die entstehenden Rezeptgebühren nicht aufkommen.

Bei der Behandlung in Krankenanstalten werden Behandlungskosten von akuten Notfällen ausnahmslos übernommen. Die Behandlungskosten von nicht akuten Notfällen werden dann übernommen, wenn ambulante Behandlungen aufgrund einer ärztlichen Zuweisung durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin erfolgt. Die Kosten von

¹⁰⁵ Vgl. Das Gesundheitswesen in Österreich, Österreichische Ärztekammer (30.09.2009): http://www.multiart.at/oeaek_newsroom/index [18.03.2010]. / Vgl. Broschüre „Gut versichert“ (2010), Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/697829_Gut_versichert_2010.pdf, 5. [Stand 24.05.2011].

¹⁰⁶ Paschinger, E.: Magistratsabteilung 40, Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht, Wien. Auf meine schriftliche Anfrage am 24.05.2010.

stationären Behandlungen werden laut Krankenhilfe ebenfalls nach Krankenhauseinweisung durch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen vom Sozialamt getragen.¹⁰⁷

Kritisch schreibt dazu Schoibl, dass ein erheblicher Anteil der wohnungslosen Menschen vom Versicherungsschutz ausgenommen ist. Der Zugang zum Gesundheitssektor ist, die Notfallversorgung ausgenommen, entweder mit Kosten verbunden oder aufgrund bürokratischer Erschwernisse, zum Beispiel bei den Kostenübernahmeregelungen aus der Sozialhilfe, versehen.¹⁰⁸

Am 1. September 2010 löste die Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung das Instrument der Sozialhilfe vorerst in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Salzburg ab. Danach soll sie in allen österreichischen Bundesländern eingeführt werden. Die Prämisse der Mindestsicherungen besteht nicht nur in der Angleichung von unterschiedlichen Sozialhilfesystemen in den einzelnen Bundesländern, sondern sie sieht auch eine Verknüpfung von Armutsbekämpfung und aktive Arbeitsmarktpolitik sowie Krankenversicherung für Bezieher/-innen der bedarfsorientierten Mindestsicherung vor. Wer nicht krankenversichert ist, erhält nun auch statt dem andersfarbigen Krankenschein für Sozialhilfe-Bezieher/-innen die e-Card.

Die bedarfsorientierte Mindestsicherung beruht auf einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern, gemäß Art 15a B-VG vom März 2010.¹⁰⁹ Bezieher/-innen der Wiener Mindestsicherung werden bei der WGKK versichert, falls keine andere Versicherungsmöglichkeit besteht (etwa durch Angehörige, AMS oder Dienstgeber). Die Meldung zur Versicherung in diesen Fällen obliegt der Magistratsabteilung 40. Die WGKK sendet dann eine e-Card zu, falls noch keine vorhanden ist, oder sie aktualisiert die vorhandene.¹¹⁰

Durch die Einbeziehung nicht krankenversicherter Leistungsbezieher/-innen in die gesetzliche Krankenversicherung wird der uneingeschränkte Zugang zu medizinischen

¹⁰⁷ Vgl. Krankenhilfe (§ 14 SSHG); https://www.stadtsalzburg.at/internet/themen/gesellschaft_soziales/t2_89999/t2_95766/t2_33906/p2_280667.htm [Stand 13.04.2010].

¹⁰⁸ Vgl. Schoibl; Schoibl 2006, Österreichbericht, 69. [Stand 12.03.2010].

¹⁰⁹ Vgl. Panosch, M. (2010): Sozialpolitischer Meilenstein für Kinder, Kranke und Arbeitslose; http://www.stadtsalzburg.at/internet/service/aktuell/aussendungen/2010/ab_1_september_gibt_es_nun_die_bedarfsor_316861.htm [Stand 24.05.2010].

¹¹⁰ Vgl. Paschinger, E.: Magistratsabteilung 40, Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht, Wien. Auf meine schriftliche Anfrage am 24.05.2010.

Leistungen gewährleistet. Damit gehören stigmatisierende Sozialhilfekrankenscheine der Vergangenheit an.¹¹¹

Die gesetzlichen Voraussetzungen zur medizinischen Versorgung von obdachlosen und wohnungslosen Menschen in Österreich sind zwar geschaffen, in der Praxis gibt es für die Betroffenen jedoch zahlreiche Zugangsbarrieren. Neben bürokratischen Hürden sind es auch soziale Faktoren wie Angst vor Ablehnung, ein „wartezimmeruntauglicher“ äußerlicher Zustand oder ein schlechter Allgemeinzustand, welche die Betroffenen von einem Arzt- oder Ambulanzbesuch fernhalten. Aus diesen Gründen bieten soziale und/oder karitative Einrichtungen, welche wie folgt näher beschrieben werden, unbürokratische, kostenlose und oftmals aufsuchende oder vor Ort bestehende medizinische Versorgung für Angehörige von Randgruppen an.

¹¹¹ Vgl. Mindestsicherung, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; <http://www.bmsk.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH1018> [Stand 23.05.2011].

6 Medizinische Versorgungseinrichtungen für obdachlose/wohnungslose Menschen

Bundesweiten Untersuchungen in Deutschland zufolge, befinden sich zwischen 55 und 70 % der Obdachlosen bzw. Wohnungslosen fast jährlich in stationärer Krankenhausbehandlung. Nur 10 bis 20 % dieser Personengruppe konsultieren allgemeinmedizinische Betreuung. Durch Krankenwohnungen für Wohnungslose könnte diese Versorgungslücke für Wohnungslose geschlossen werden. Anfallende Krankenhauseinweisungen könnten verhindert oder die Aufenthaltsdauer reduziert werden. Folgende Angebote für den Kontakt mit Wohnungslosen in der ambulanten medizinischen Betreuung sind zu empfehlen: Arrangieren von Extrasprechstunden, medizinische Stuserhebung sowie das Abwägen der Organisation therapeutischer Maßnahmen.¹¹²

In den bestehenden Einrichtungen für wohnungslose Menschen sind unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in den medizinischen Betreuungsangeboten festzustellen. Die medizinische Angebotspalette für wohnungslose Klient/-innen orientiert sich vornehmlich in Richtung Akutversorgung und Weiterleitung in das medizinische Regelsystem. Zum einen gibt es medizinische Versorgungen in einzelnen Einrichtungen; weiters existieren auch mobile beziehungsweise ambulante Angebote, die von wohnungslosen Menschen verschiedener Einrichtungen genutzt werden. Zum anderen wird auf die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Allgemeinmediziner/-innen und Psychiater/-innen gesetzt, die auch dann auch die Bewohner/-innen der jeweiligen Einrichtungen zu festgesetzten Zeitpunkten visitieren.¹¹³

Folgende Tabelle stellt einen Überblick über die Häuser für Wohnungslose in Österreich im Jahr 2008 dar:

¹¹² Vgl. Doering et al 2002, Gesundheitswesen, 375-382.

¹¹³ Vgl. Schoibl; Schoibl 2006: Österreichbericht, 25-27. [Stand 12.03.2010].

Tabelle 4: Einrichtungshäuser für Wohnungslose 2008

| | Kund/-innen | Plätze |
|---|---------------|--------------|
| Wohnplätze in: | - | |
| Übergangswohnhäusern | 3.270 | 1.830 |
| Einrichtungen für „Betreutes Wohnen“ | 1.290 | 710 |
| sozial betreuten Wohnhäusern | 910 | 780 |
| Betten in Nachtquartieren | . | 290 |
| Gesamt | 5. 470 | 3.620 |
| Aufwand für Maßnahmen und Einrichtungen für Wohnungslose in EUR | | 31.847.000 |

Quelle: Fonds Soziales Wien.¹¹⁴

Generell ist zu festzustellen, dass weder die bundeslandspezifischen Landessanitätsdirektionen oder die jeweiligen Ämter für Soziales der Landesregierung noch das Gesundheitsministerium detaillierte Informationen über Versorgungseinrichtungen für wohnungslose Menschen in Österreich mit medizinische Angeboten geben können.

Das folgende Kapitel stellt einen Auszug der einzelnen bestehenden österreichischen Einrichtungen, welche eine medizinische Versorgung für Wohnungslose anbieten, dar. Abschließend werden zwei vergleichbare ausländische Modelle beschrieben.

6.1 Methodik

Als Recherchehilfe wurde das Internet mit den Schlüsselwörtern „medizinische Versorgungssysteme“, „Angebote/Leistungen für obdachlose/wohnungslose Menschen“ genutzt. Weiters wurden einigen Einrichtungen telefonisch befragt und die Landessanitätsdirektionen per E-Mail kontaktiert. Jahresberichte und Broschüren diverser Einrichtungen waren ebenfalls eine Basis zur Informationsgewinnung. Zahlreiche nationale und internationale Projekte konnte eruiert werden, die in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Modelle bleiben jedoch auf österreichische Projekte beschränkt, da eine Ausweitung auf internationale Angebote den Rahmen der Dissertation sprengen würde.

¹¹⁴ Häuser für Wohnungslose 2006 bis 2008; <http://www.wien.gv.at/statistik/daten/sozialesicherheit.html> [Stand 13.04.2010].

6.2 Wien

6.2.1 Verein neunerHAUS

Die medizinischen Angebote des Vereins neunerHAUS schließen eine Versorgungslücke, indem das Team neunerHAUSARZT allgemeinmedizinisch aufsuchend tätig ist, sowie eine eigene Zahnarztpraxis aufgesucht werden kann. Zehn Allgemeinmediziner/-innen besuchen und behandeln seit dem Jahr 2006 die Bewohner/-innen von mittlerweile 15 „sozial betreuten Dauerwohneinrichtungen“ und Übergangswohneinrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe. Die vierbeinigen Begleiter obdachloser bzw. wohnungsloser Menschen werden von ehrenamtlichen Tierärzten und -ärztinnen behandelt.

Die Ärzte und Ärztinnen des Teams neunerHAUSARZT bieten regelmäßige Sprechstunden an. Ihre medizinischen Leistungen inkludieren Akut- und Erstversorgung, Anamnese, laufende medizinische Beratung sowie Weiterleitung ins medizinische Regelsystem. Die Kooperation des Teams neunerHAUSARZT mit Sozialarbeiter/-innen, Gesundheitspsycholog/-innen der Zentren FEM (Frauengesundheitszentrum) und MEN (Männergesundheitszentrum) und Psychiater/-innen des Psychosozialen Dienstes der Stadt ermöglicht eine ganzheitliche Kenntnis der Lebenssituation wohnungsloser Menschen und erlaubt dadurch eine bedarfsgerechte Behandlung. Die Kooperationspartner FEM und MEN gewährleisten eine spezielle geschlechtsspezifische psychosoziale Beratung in Form von Einzelberatungen, therapeutischer Gruppenarbeit und Informationen zu spezifischen Gesundheitsthemen für wohnungslose Menschen.¹¹⁵

In einem Zeitraum von fünf Jahren (Jänner 2006 bis März 2011) wurden 2099 Patienten gezählt, davon waren 1507 männlich und 592 weiblich. Insgesamt wurden 30 617 Konsultationen registriert und 17 209 Diagnosen gestellt.¹¹⁶ Von den wohnungslosen Menschen weisen 70 % eine Mehrfacherkrankung auf, durchschnittlich fünf Krankheitsbilder pro Person konnten registriert werden. Bei einigen untersuchten Personen wurden sogar 15 Krankheitsbilder diagnostiziert. Atemwegserkrankungen, Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats, Erkrankungen der Verdauungsorgane und kardiovaskuläre Erkrankungen zählen zu häufig gestellten Diagnosen. Über 45 % der Patient/-innen leiden darüber hinaus an psychischen Erkrankungen wie beispielsweise Depression, Abhängigkeitserkrankungen

¹¹⁵ Vgl. Verein neunerHAUS-Medizinische Versorgung; <http://www.neunerhaus.at/medizinische-versorgung/neunerhaus-zahnarzt/> [Stand 05.05.2010].

¹¹⁶ Vgl. Dokumentation Team neunerHAUSARZT, Stand März 2011.

und Persönlichkeitsstörungen.¹¹⁷ Aktuell betreute Wohnplätze und Einrichtungen vom Team neunerHAUSARZT – Stand Juni 2011:

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| Haus Gänsbachergasse | 270 Plätze |
| Haus Kastanienallee | 43 Familienplätze |
| Rupert-Mayer-Haus | 66 Plätze |
| Haus Siemensstraße | 232 Plätze |
| Haus Leo | 48 Plätze |
| Haus Esslinger Hauptstraße | 44 Plätze |
| Haus Schlachthausgasse | 54 Plätze |
| neunerHaus Hagenmüllergasse | 60 Plätze |
| neunerHaus Kudlichgasse | 60 Plätze |
| Haus Liesing | 65 Plätze |
| Haus Hausergasse | 44 Plätze |
| Haus Bürgerspitalgasse | 34 Plätze |
| Haus Henriette | 60 Plätze |
| Haus Max-Winter | 122 Plätze |
| Haus Erna | 60 Plätze |

Neben einem humanmedizinischen Angebot weist das neunerHAUS auch eine regelmäßig geöffnete Zahnarztpraxis auf. Da bei den meisten obdachlosen und Wohnungslosen Menschen der letzte Zahnarztbesuch um Jahre oder Jahrzehnte zurückliegt, ist der Zahnzustand bei dieser Personengruppe häufig besonders schlecht. Mit Folgeerkrankungen muss außerdem gerechnet werden. Wohnungslose Menschen können sich oftmals die Selbstbehalte bei der medizinischen Versorgung ihrer Zähne nicht leisten oder sind mit dem Ausfüllen von Unterstützungsanträgen überfordert. Daher ist diese Zahnarztpraxis auf die Bedürfnisse von Wohnungslosen zugeschnitten.

Die zahnärztlichen Leistungen umfassen wie in herkömmlichen Zahnarztpraxen Sanierungen von kranken Zähnen, Schmerzbehandlung, Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen und die Wiederherstellung der Kaufähigkeit eventuell durch Voll- oder Teilprothesen. Darüber hinaus ist die Mitnahme von Hunden gestattet. Die Patient/-innen sollten beim Besuch in der Praxis ihre e-Card mitnehmen, falls sie eine besitzen. Ansonsten stehen ihnen Sozialarbeiter/-innen beratend zur Seite.¹¹⁸ Von März 2009 bis April 2011 wurden insgesamt 956 Patienten behandelt, davon waren 701 männlichen und 255 weiblichen Geschlechts. 4342 Konsultationen wurden in diesem Zeitraum gezählt.¹¹⁹

¹¹⁷ Vgl. Verein neunerHAUS / FEM (2005): Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen in Wien. Konzept für eine niederschwellige, aufsuchende Versorgungsstruktur. Wien.

¹¹⁸ Vgl. Verein neunerHAUS Medizinische-Versorgung [Stand 05.05.2010].

¹¹⁹ Vgl. Dokumentation neunerHAUS Zahnarztpraxis, Stand April 2011.

Zur Zielgruppe der neunerHAUS-Zahnarztpraxis gehören auf der Straße lebende Menschen beziehungsweise solche, die in Notunterkünften oder Tageszentren Zuflucht gefunden haben, z. B. in der „Gruft“. Auch wohnungslose Menschen, welche in Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe leben, können die Zahnarztpraxis besuchen. Zudem gehören Menschen, die durch den „Louise-Bus“ oder durch Ambulanzen erstversorgt wurden und eine Nachbehandlung oder Betreuung benötigen, dieser Gruppe an.¹²⁰

Die Finanzierung dieser beiden Versorgungslücken wird von der Wiener Gebietskrankenkasse, von der Stadt Wien sowie vom neunerHAUS selbst getragen.¹²¹

6.2.2 Frauengesundheitszentrum FEM

Sowohl in der Wohnungslosenhilfe als auch in der Gesundheitsversorgung müssen spezielle, auf die Bedürfnisse der Frauen, abgestimmte Angebote geschaffen werden. So wurde 2005 das Projekt „GWF-Gesundheitsförderung für wohnungslose Frauen in Wien“ als aufsuchende und frauenspezifische Einrichtung konzipiert und mit FEM umgesetzt. Ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Psychiater/-innen, Psycholog/-innen und Allgemeinmediziner/-innen aus dem Verein neunerHAUS, kümmern sich um die Bedürfnisse und Probleme wohnungsloser Frauen in 14 der jeweiligen Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfen¹²². In Wien sind zwischen 20 bis 25 % der Wohnungslosen weiblich.¹²³

Die Vergangenheit und Gegenwart von wohnungslosen Frauen ist allzu oft geprägt von Armut und einem wirtschaftlichen und psychischen Abhängigkeitsverhältnis, verbunden mit Gewalterfahrungen.¹²⁴ Die Situation der Wohnungslosigkeit von Frauen ist meist unsichtbar. Um nicht auf der Straße ohne Obdach zu enden, gehen Frauen prekäre Wohnverhältnisse ein, oftmals in Verbindung mit Zweckgemeinschaften. FEM versucht

¹²⁰ Vgl. Verein neunerHAUS Medizinische-Versorgung [Stand 05.05.2010].

¹²¹ Vgl. Presseaussendungen der Wiener Gebietskrankenkasse vom 15.07.2007, Interview von Wehsely und Bittner; <http://www.wgkk.at> [Stand 15.03.2010].

¹²² Siehe dazu eine detaillierte Beschreibung der Mitgliederorganisationen; <http://www.bawo.at/> [Stand 23.03.2010].

¹²³ Vgl. Projektbeschreibung Bedarfsgerechte Gesundheitsförderung und Versorgung für wohnungslose Frauen - Ein Wiener Modellprojekt; http://www.sozialmarie.org/uploads/tx_submission/014GesundheitsfoerderungFrauen_Projekt [Stand 19.03.2010].

¹²⁴ Vgl. Verein neunerHaus/FEM (2005): Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen in Wien. Konzept für eine niederschwellige, aufsuchende Versorgungsstruktur. Wien.

wohnungslosen Frauen zu helfen, ihre Würde, Selbstachtung und ihr Körperbewusstsein wiederzuerlangen.¹²⁵

Der Fokus in der psychosozialen Arbeit mit Frauen richtet sich auf Themen wie soziale Abhängigkeiten, Mehrfachbelastungen, psychische Erkrankungen, Gewalt sowie Abhängigkeitserkrankungen. Die Schwerpunktsetzung der gynäkologischen Arbeiten durch das FEM beinhaltet die Aufklärung über diverse Krankheitsbilder, Diagnosen, Medikamente, Schwangerschaft und Verhütung. Weiters werden Frauen je nach gynäkologischer Fragestellung auch zu weiterführenden Untersuchungen an medizinische Facheinrichtungen überwiesen.¹²⁶

6.2.3 Männergesundheitszentrum MEN

MEN bietet seit 2002 spezifische und bedarfsgerechte Gesundheitsberatung für Burschen und Männer an. Die Angebote umfassen psychologische persönliche Beratung in mehreren Sprachen sowie Onlineberatung zu den Themen „Urologie“ und „Sexualität“, außerdem Schul- und Jugendangebote und geschlechtsspezifische Fortbildungen. Den Bewohnern der fünf Häuser der Wiener Wohnungslosenhilfe wird persönliche Beratung und themenspezifische Information angeboten, um ihr Gesundheitsbewusstsein zu fördern.¹²⁷

In den aufgesuchten Häusern der Wohnungslosenhilfe (Haus Hernals, Haus Leo, Haus Siemensstraße, Haus Gänsbachergasse, Haus Kastanienalle) wurden im Zeitraum von Juli 2008 bis August 2009 bei 56 Männern insgesamt 341 psychologische Beratungstermine durchgeführt. Die Männer nahmen im Durchschnitt jeweils sechs Beratungen in Anspruch. Die Hauptschwerpunkte der Beratung setzten sich aus den Themen „Psychische Probleme/Erkrankungen“ und „Kritische Lebensereignisse“ zusammen. Weitere wichtige Themen waren „Partnerschaftsprobleme“, „Belastungen durch Arbeits- und Wohnungslosigkeit“ sowie „Probleme durch körperliche Erkrankungen“ und „Gewalterfahrungen“.¹²⁸

¹²⁵ Vgl. Presseaussendungen der Wiener Gebietskrankenkasse vom 15.07.2007, Interview von Wehsely und Bittner; <http://www.wgkk.at> [Stand 15.03.2010].

¹²⁶ Vgl. Projektbeschreibung Bedarfsgerechte Gesundheitsförderung und Versorgung für wohnungslose Frauen- Ein Wiener Modellprojekt; http://www.sozialmarie.org/uploads/tx_submission/014GesundheitsfoerderungFrauen_Projekt [Stand 19.03.2010].

¹²⁷ Vgl. Wiener Wohnungslosenhilfe die Einrichtungen (2010); http://www.fsw.at/downloads/broschueren/wohnungslos/WWH_Einrichtungen.pdf. 13 [Stand 24.05.2011].

¹²⁸ Vgl. Männerspezifische Gesundheitsförderung bei „Wieder Wohnen“. Tätigkeitsbericht 2009 Institut für Frauen- und Männergesundheit. 104-105; http://www.fem.at/FEM_Sued/files/TKB_2009.pdf [Stand 24.05.2011].

Die Erfahrungen zeigen, dass Männer dazu neigen, ihre Probleme zu verleugnen und zu verdrängen. Hegemoniale Muster sind insbesondere für zugehörige Männer einer Randgruppe von Bedeutung. Daraus entsteht die Forderung nach einer bedarfsgerechten Gesundheitsförderung für Männer, wobei den Männern die Möglichkeit geboten wird, sich Unterstützung und Hilfe zu suchen und über die eigenen Sorgen und Nöte zu sprechen. Dies lässt sich vor allem in einem Mann-Mann-Setting umsetzen.¹²⁹

6.2.4 Louisebus

Das ambulante, mobile medizinische Angebot des Louise-Bus in Wien richtet sich an obdachlose Menschen, welche unter Umständen nicht krankenversichert sind und den Weg in eine Ordination, eine Ambulanz oder in ein Krankenhaus aufgrund von individuellen Ursachen nicht schaffen.¹³⁰ Der Louisebus wurde 1993 durch die Initiative von Künstlern und Künstlerinnen gegründet und wird seitdem von der Caritas der Diözese Wien verwaltet.¹³¹ Wohnungslose Menschen werden von einem Team, bestehend aus zehn Ärzt/-innen und mehr als 40 ehrenamtlichen Helfer/-innen, erst- und notversorgt.

Die Betreuung findet an fünf Tagen pro Woche an verschiedenen fixen Standorten und Einrichtungen zu geregelten Zeiten in Wien statt (siehe unten). An den Wochenenden und Feiertagen erfolgt kein Dienst. Das Team des Louise-Bus versorgt die Patienten sowohl mit Medikamenten und bietet ebenso eine Zusammenarbeit mit den Spitälern an. Der Bus ist mit Verbandsmaterial, EKG, Notfallkoffer sowie einem Defibrillator ausgestattet.¹³² Neben der Unterstützung der ehrenamtlich Tätigen, werden die laufenden Kosten von der Caritas, der Stadt Wien, der Wiener Gebietskrankenkasse sowie von Spendengeldern getragen.¹³³ Standorte Louisebus¹³⁴:

Franz-Josefs-Bahnhof, 1090 Wien
Tageszentrum Josefstädterstraße U6 - Station „Josefstädter Straße“
Haus St. Josef, Lacknergasse 96, 1180 Wien
Tageszentrum Gruft, Barnabiten-gasse 14, 1060 Wien

¹²⁹ Vgl. GWF - Gesundheit für wohnungslose Frauen in Wien. Ein Handbuch. 7; <http://www.fem.at/shared/GWF-Handbuch-Web.pdf> [Stand 24.05.2011].

¹³⁰ Vgl. Louisebus; <http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/medizin/louisebus.html> [Stand 08.03.2010].

¹³¹ Vgl. ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.) (1999): Nutzung von Gesundheitsleistungen durch sozial schwächere Gruppen. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien. 27.

¹³² Vgl. Louisebus; <http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/medizin/louisebus.html> [Stand 08.03.2010].

¹³³ Vgl. Scheiber, G. (2005): Ganzheitliche körperliche und geistige Gesundheitsprävention für sozial Schwache in Steyr. Frauenstiftung Steyr (Hrsg.). Steyr. 17.

¹³⁴ Vgl. Louisebus Standorte; <http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/menschen-in-not/wohnungslos/mobile-angebote/louisebus/> [Stand 26.05.2011].

vor dem Notquartier U 63, Untere-Meidlinger-Straße 63, 1120 Wien
Wien FrauenWohnZentrum, Springergasse 5, 1020 Wien

Die Klient/-innen der Einrichtung Gruft werden zweimal wöchentlich von Ärzteteam des medizinischen Betreuungsbusses versorgt.¹³⁵

6.2.5 Psychosozialer Dienst

Der Psychosoziale Dienst (PSD) in Wien wurde 1979 gegründet und bietet durch ein breites Netzwerk an ambulanter und extramuraler Versorgung für psychisch Kranke, eine sozialpsychiatrische Grundversorgung an. Wobei seit 2005 ein sozialpsychiatrischer Liaisondienst an Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe existiert. Das Konzept des PSD sieht eine barrierefreie, flächendeckende, niederschwellige Versorgung der gesamten Wiener Bevölkerung vor.¹³⁶

Ein Team, bestehend aus Psychiater/-innen und psychiatrischen Krankenpflegepersonen betreut und behandelt unter anderem die Bewohner in den Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, und die Aufsuchenden des Tageszentrums „Josi“. Zudem wird psychiatrische Soforthilfe durch den mobilen psychiatrischen Krisendienst, der psychosozialen Information sowie den sozialpsychiatrischen Ambulatorien geboten. Das Ziel ist, durch eine sozialpsychiatrische Grundversorgung die Lebensqualität durch Reduktion psychischer Belastungen für Menschen mit oder ohne Versicherungsschutz (e-Card) zu steigern. Die Ambulanzen werden auch als Überbrückungsmöglichkeit jenen Menschen angeboten, bei denen eine akute Störung aufgetreten ist, aber der Termin beim Facharzt bzw. bei der Fachärztin eine zu lange Wartezeit mit sich bringen würde.

Das Angebot des PSD beinhaltet auch die Betreuung nach stationären Krankenhausaufenthalten. Mittlerweile sind ein Drittel des Patientenguts Migrant/-innen und Asylant/-innen. Im Jahr 2008 beschäftigte der PSD bereits 255 Mitarbeiter/-innen; seither finden regelmäßig fachärztliche Kontakte durch Liaisondienste in 19 Wiener Einrichtungen statt. Neben Hausbesuchen und mobilen Diensten werden weitere Behandlungsangebote im kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulatorium, im gerontopsychiatrischen Zentrum, in zwölf therapeutischen Wohnungseinrichtungen und in acht Tagesstruktur-Einrichtungen offeriert. Konsiliarärzte und -ärztinnen sind jedoch nicht befugt, Rezepte und Überweisungen zu verschreiben bzw. auszustellen. Entsprechend geben sie Empfehlungen zu Behandlungen

¹³⁵ Vgl. Gruft; <http://www.gruft.at/frames.html> [Stand 08.03.2010].

¹³⁶ Vgl. GWF - Gesundheit für wohnungslose Frauen in Wien. Ein Handbuch.

und weiterführenden Untersuchungen an die zuständigen Allgemeinmediziner/-innen der jeweiligen Einrichtungen¹³⁷. Insgesamt leiden 41 % aller vom PSD betreuten Patient/-innen an schizophrenen Störungen (Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störung nach ICD-10/F2), 22 % unter affektiven Störungen. Bei 16 % der Patient/-innen wurden Neurosen, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10/F4) diagnostiziert.¹³⁸

Die Prävalenz der Schizophrenie in der Normalbevölkerung beträgt zwischen 1,0 % und 1,5 %¹³⁹. Bei obdachlosen Menschen liegt diese zwischen 6 % und 14 %¹⁴⁰ und stellt bei aller im PSD behandelten Menschen die anteilmäßig größte Gruppe dar und nimmt dabei 56 % aller in den sozialpsychiatrischen Einrichtungen vollbrachten Leistungen ein. Diese Tatsache verdeutlicht, wie schwer psychisch krank diese Personengruppe ist.¹⁴¹

Folgende Einrichtungen werden vom psychosozialen Dienst betreut¹⁴²:

- Tageszentrum für Obdachlose und Straßensozialarbeit „Josi“
- Haus Gänsbachergasse 7
- Haus Hernals
- Haus Siemensstraße
- Haus Leo
- Frauen WohnZentrum
- Haus Miriam
- JUCA - Haus für junge Erwachsene
- Rupert-Mayer-Haus
- Haus Schlachthausgasse
- Haus Esslinger Hauptstraße
- Haus Allerheiligen
- Haus Jona
- Haus St. Josef
- NeunerHaus Hagenmüllergasse
- NeunerHaus Kudlichgasse
- Haus Bürgerspitalgasse
- Haus Tivoligasse
- Haus Hausergasse

¹³⁷ Vgl. Schoibl; Schoibl 2006, Österreichbericht, 19 [Stand 12.03.2010].

¹³⁸ Vgl. PSD, Aktuelle Leistungszahlen; <http://www.psd.-wien.at/psd/psd.html> [Stand 25.05.2011] / Schwitzer, S., Psota, G.: Dynamisieren mit Maß und Ziel (04.2010); <http://www.medical-tribune.at> [Stand 08.03.2010].

¹³⁹ Vgl. Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007): Komorbidität Psychose und Sucht. Grundlagen und Praxis, (2. Auflage), Steinkopff Verlag. 1.

¹⁴⁰ Vgl. Fischer, P. J., Breakey, W. R. (1991): The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons. *Am Psychol* 46 (11): 1115–28.

¹⁴¹ Vgl. PSD, Aktuelle Leistungszahlen [Stand 26.05.2011].

¹⁴² Vgl. PSD, Psychiatrischer Liaisondienst; <http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/medizin/psd.html> [Stand 26.05.2011].

6.2.6 AMBER-MED

Die von der Diakonie Österreich im Jahre 2006 errichtete Institution AMBER-MED, welche für ambulant-medizinische und soziale Beratung mit Medikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherung steht, bietet vorwiegend Asylwerber/-innen, Migrant/-innen und obdachlosen Menschen in Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz ambulante, kostenfreie medizinische Versorgung, soziale Beratung und gespendete Medikamente an. Die Patient/-innen von Amber-Med stammten 2010 aus 73 Ländern; 4 % von ihnen kamen aus Österreich. Das Angebot beinhaltet ambulante allgemeinmedizinische Versorgungsleistungen, gynäkologische, neurologische und pädiatrische Untersuchungen, Diagnostik und Beratung sowie Schwangerschaftsbegleitung, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und psychotherapeutische Krisenintervention. Zudem werden Sozialberatung und Unterstützung beim Zugang zu behördlichen und öffentlichen Gesundheitssystemen angeboten.

Die Leistungen wurden im Jahr 2010 von 27 ehrenamtlich tätigen Ärzten und Ärztinnen in 286 Ordinationen durch 2795 Konsultationen angeboten. Psychotherapien sind in dieser Zahl nicht enthalten. Den Großteil der Konsultationen nahmen psychiatrische Behandlungen (14 %), Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen (14 %) und Hypertonie-Einstellungen (14 %) ein. Die ehrenamtlichen Ärzte und Ärztinnen von Amber-Med erbrachten kostenfrei Leistungen von knapp 99 000 Euro. Dabei wurden Medikamente im Gesamtwert von ungefähr 75 000 Euro kostenfrei übergeben.

Nach einer allgemeinmedizinischen Untersuchung besteht die Möglichkeit einer Überweisung an einen/eine der kooperierenden Fachärzte bzw. -ärztinnen. Auch Dolmetscher/-innen und Psychotherapeut/-innen stehen ehrenamtlich zur Verfügung. Das hauptamtliche Team setzt sich lediglich aus zwei Mitarbeiterinnen zusammen. Weiters besteht eine Vernetzung mit Röntgeneinrichtungen, Laboratorien und Krankenhäusern. Die Ordination ist dreimal in der Woche geöffnet. Die jährlichen Kosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit, der Wiener Gebietskrankenkasse und dem Fonds Soziales Wien finanziert. Sowohl die Einrichtung AMBER-MED als auch das Katastrophenhilfezentrum des Österreichischen Roten Kreuzes befinden sich in der Ober-Laer Straße 300 - 306 in 1230 Wien.¹⁴³

¹⁴³ Vgl. Amber-Med, Jahresbericht 2010; http://amber.diakonie.at/Data/content/MediaDB/content/AMB/content/downloadable-files-berichte/1301987969_xfsn765fmx/Jahresbericht%20Amber-Med%202010.pdf [Stand 27.05.2011].

6.3 Steiermark

6.3.1 Ambulatorium Caritas Marienambulanz

Die Zielgruppe der Marienambulanz in Graz ist durch Personen definiert, die sowohl versichert als auch nichtversichert sind und die „*die Schwelle im öffentlichen Gesundheitssystem nicht überwinden können*“. Konkret bedeutet dies, dass die Angebote der Marienambulanz von der einheimischen und ausländischen Bevölkerung, von Wohnungslosen, Drogenabhängigen, Asylwerber/-innen und Menschen, die unter Umständen nicht imstande sind, sich die e-Card zu organisieren, genutzt werden. Im April 1999 wurde diese Institution gegründet; sie befindet sich in der Keplerstraße 82/1, 8020 Graz.¹⁴⁴

Die angebotenen Leistungen der Marienambulanz orientieren sich an folgenden Arbeitsinhalten: Als niederschwellige Gesundheitsversorgungsstruktur bietet die Ambulanz denjenigen Menschen eine medizinische Behandlung an, die aus diversen Gründen nicht fähig sind, sich selbstständig um ihre Gesundheitsversorgung zu kümmern. Dies erfolgt mitunter durch Vorsorge, Therapie und Nachsorge in der allgemeinmedizinischen Ordination, der rollenden Ordination sowie der aufsuchenden sozialpsychiatrischen Betreuung. Darüber hinaus gilt die Aufmerksamkeit geschlechtsspezifischen Frauenerkrankungen in den regelmäßig stattfindenden Frauensprechstunden, welche von einer Ärztin für Allgemeinmedizin, einer Hebamme sowie einer Gynäkologin abgehalten werden. Auch gilt es spezifische Erkrankungen wie Diabetes, Hypertonie und Infektionserkrankungen durch eigens angebotene Ordinationssprechstunden zu erfassen und zu behandeln.

Zusätzlich umfasst das Angebot der Marienambulanz eine medizinische Beratung und Versorgung im Caritas Kontaktladen und Streetwork für drogenabhängige Menschen. Eine angebotene psychosoziale Begleitung soll den Patient/-innen dabei helfen, sich in das bestehende medizinische Gesundheitssystem zu reintegrieren, ihr Gesundheitsbewusstsein zu bilden und auch fremdsprachige Menschen den Weg in die österreichischen Gesundheitsinstitutionen zu zeigen.

Die Mitarbeiter/-innen der Marienambulanz bestehen aus einem Team von 37 Ärzten, Ärztinnen und Krankenpflegepersonal, wobei nur eine diplomierte Krankenschwester und ein medizinischer Assistent von der Caritas angestellt sind. Die Team-Mitglieder betätigen sich vorwiegend ehrenamtlich. In der Ambulanz sowie an zusätzlichen Projekten arbeiten 18 Ärzte und Ärztinnen sowie fünf Krankenschwestern. Zudem besteht eine enge Koopera-

¹⁴⁴ Vgl. Ambulatorium Marienambulanz; <http://www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/gesundheit/marienambulanz/> [Stand 28.05.2011].

tion mit niedergelassenen Fachärzten und -ärztinnen, Krankenhäusern und medizinischen Institutionen. Mitarbeiter/-innen der allgemeinmedizinischen Primärversorgung sind von Montag bis Freitag zu erreichen. Informationsveranstaltungen zu bestimmten Themen wie HIV und Hepatitis finden für alle

Patient/-innen und Mitarbeiter/-innen regelmäßig, jedoch nach Bedarf statt. Ordinationen zur spezifischen Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen, Diabetes- und Hypertonie-Einstellung haben an feststehenden Terminen wöchentlich geöffnet. Sozialpsychiatrisch aufsuchende Mitarbeiter/-innen beraten Menschen mit psychischen und psychiatrischen Problemen in den Notschlafstellen und Wohnversorgungseinrichtungen für Asylbewerber/-innen der Caritas von Montag bis Freitag.¹⁴⁵

Zu Einzugsbereichen beziehungsweise Versorgungsbereichen der einmal wöchentlich ausfahrenden „rollenden Ordination“ gehören Vinzineß, Ressorf, Wohnhaus Team ON in der Rankengasse 24, öffentliche Plätze in Graz, dazu zählen Hauptbahnhof, Augarten, Jakominiplatz, Hauptplatz und individuelle, spontane Besuche beispielsweise in Abbruchhäusern oder Freilagern¹⁴⁶.

Statistische Daten aus dem Jahr 2010 von 1560 Patienten in der allgemeinmedizinischen Ordination zeigen einen Männeranteil von 63,3 %, der Frauenanteil ergibt 36,6 %. Darunter befanden sich 12,7 % Österreicher/-innen, die übrigen Patient/-innen stammen aus insgesamt 83 Nationen.

Die rollende Ordination hatte im Jahre 2010 insgesamt 365 Patienten zu verzeichnen, davon waren 26 % weiblich und dementsprechend 74 % männlich. Seit dem Jahr 2008 stieg die Anzahl der Patienten der rollenden Ordination um 130 Personen an. Mitarbeiter/-innen der sozialpsychiatrisch aufsuchenden Arbeit konnten im vergangenen Jahr 700 Patient/-innen beraten. Das Geschlechterverhältnis war dabei recht ausgeglichen (47 % Frauen, 53 % Männer).¹⁴⁷

¹⁴⁵ Vgl. Marienambulanz; http://sozialmarie.org/uploads/tx_submission/Marienambulanz.pdf [Stand 12.03.2010]. / Vgl. Ambulatorium Caritas Marienambulanz, Jahresbericht 2010; http://www.caritas-steiermark.at/fileadmin/user_upload/steiermark/fotos_pdf_medi-en/Hilfe_und_Einrichtungen/fuer_Menschen_in_Not/Gesundheit/Marienambulanz/Downloads/MA_JB_2010_druckfertig.pdf [Stand 28.05.2010].

¹⁴⁶ Vgl. Marienambulanz, rollende Ordination; <http://www.caritas-steiermark.at/caritasat/steiermark/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/gesundheit/marienambulanz/nachgehende-medizinische-arbeit/rollende-nachgehende-medizinische-betreuung/> [Stand 12.03.2010].

¹⁴⁷ Vgl. Ambulatorium Caritas Marienambulanz, Jahresbericht 2010 [Stand 28.05.2010].

Die Finanzierung der Ambulanz wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, der steiermärkischen Landesregierung - Sozialresort, dem Gesundheitsamt der Stadt Graz und als Träger die Caritas der Diözese Graz Seckau geleistet.¹⁴⁸

6.3.2 VinziMed

Das VinziMed ist eine Krankenstube für Bedürftige in Graz und gehört zu den rund 40 in der Steiermark bestehenden Vinzengemeinschaften, welche als karitative Vereine Menschen in Not ihre Hilfe durch Beratung und Vermittlung, durch Besuche, Essen und Unterkunft anbieten. Die Vinzengemeinschaft wiederum ist ein Zusammenschluss von weltweit existierenden Vinzenzkonferenzen und zählt mit rund 600 000 Mitgliedern weltweit zu den größten ehrenamtlichen karitativen Laienorganisationen der Welt.

In den Grazer Vinzi-Einrichtungen werden täglich ca. 250 Menschen Obdach gewährt und etwa 400 Personen mit Nahrung versorgt. 1993 wurde von der Vinzenzgemeinschaft Graz Eggenberg das Vinzi-Dorf Graz St. Leonhard errichtet. Das aus 27 Containern bestehende Dorf bietet inländischen Männern, die obdachlos, wohnungsunfähig und/oder alkoholkrank sind, eine Schlafmöglichkeit mit Essensversorgung, Waschgelegenheit und medizinische Betreuung an. Trotz der Bemühung, die Bewohner zu resozialisieren, ist dies unter anderem aufgrund ihrer oft schweren Alkoholabhängigkeit, kaum möglich. Daher kann das Vinzi-Dorf auch primär als ein Ort betrachtet werden, an dem gescheiterte Menschen in Würde leben und altern.

Die medizinische Einrichtung beherbergt kranke Vinzi-Dorfbewohner und wird von einem Betreuungsteam, bestehend aus hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitgliedern sowie einer Allgemeinmedizinerin, versorgt. Vinzi-Med verfügt über einen Behandlungsraum und drei Krankenzimmern mit insgesamt sechs Betten.¹⁴⁹

6.4 Tirol

6.4.1 Alexihaus

Diese Männerwohneinrichtung der Innsbrucker Soziale Dienste GmbH (ISD) - gegründet 1992 - wird von Anbeginn von einem Fünftel der 58 Bewohner auch in Anspruch genommen. Laut Auskunft der Heimleiterin sind ca. 90 % der dort lebenden Personen

¹⁴⁸ Vgl. Marienambulanz; <http://www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/gesundheits/marienambulanz> [Stand 12.03.2010]. / Vgl. Marienambulanz; http://sozialmarie.org/uploads/tx_submission/Marienambulanz.pdf [Stand 12.03.2010].

¹⁴⁹ Informationen aus Broschüren vor Ort, erhalten von einer Mitarbeiterin, Riesstraße 6, 8010 Graz, am 18.03.2010. / Vgl. Vinzi-Dorf; <http://www.vinzi.at/vinzenz/frames.html> [Stand 18.03.2010)].

alkoholabhängig.¹⁵⁰ Das Alexihaus bietet eine Tagesstruktur mit sinnstiftenden Beschäftigungsmöglichkeiten. Es stellt deshalb mehr als eine reine Notschlafunterkunft für wohnungslose Menschen dar. Überdies können sich Notleidende im Alexihaus auch unbefristet aufhalten. Um die medizinische Beratung, Betreuung und die spezielle Krankenpflege kümmern sich ein Allgemeinmediziner, der einmal wöchentlich ins Haus kommt, ein Konsiliararzt des Faches Psychiatrie sowie eine Diplomkrankenschwester und ein Diplompfleger.¹⁵¹

6.4.2 Herberge Innsbruck

Ebenso wie das Alexihaus wird auch die Herberge Innsbruck vom ISD seit dem Jahre 2003 verwaltet. Sie dient wohnungslosen Männern und Frauen als kurzzeitige Unterkunft und wird von Sozialarbeiter/-innen, Pflegehelfer/-innen und Zivildienstleistenden betreut. Für die gesundheitlichen Belange sind ein Allgemeinmediziner und ein psychiatrischer Konsiliararzt zuständig. Wie im Alexihaus findet die Visite einmal wöchentlich statt. Eigens dafür wird ein Arztzimmer bereitgehalten. Weiters stehen den Bewohner/-innen eine Boutique für Kleidung, eine Pflegebadewanne für gebrechliche Personen, eine Geldverwaltung zur Verfügung. Es wird zusätzlich eine Weitervermittlung an externe Einrichtungen wie beispielsweise an Kliniken und Schuldnerberatungen angeboten. Die Finanzierung wird vom Sozialamt getragen und über einen Tagessatz verrechnet.¹⁵²

6.5 Oberösterreich

6.5.1 Sozialverein B 37

Der Sozialverein B 37 in Linz wurde 1998 gegründet und bedient aktuell neun Teileinrichtungen mit jeweils eigenständigen Angebotsprofilen, die auf besondere Zielgruppen zugeschnitten sind. So finden wohnungslose und an psychiatrische Erkrankungen leidende Männer und Frauen ab dem 18. Lebensjahr im Psychosozialen Wohnheim Bethlehemstraße (PSWB) Betreuung. Alkoholabhängige oder gefährdete Menschen, die sich zuvor einer Entwöhnungsbehandlung unterzogen haben, werden im Wohnheim für medizinisch entwöhnte Alkoholiker(innen) aufgenommen. ALOA - Aktiv leben ohne Alkohol - unter diesem Slogan werden die Betroffenen betreut.

¹⁵⁰ Vgl. Langegger, V. (2008): Alexihaus - Zufrieden, wie es ist. In: 20er - Die Tiroler Tageszeitung (Hrsg.): Verein zur Förderung einer Straßenzeitung in Tirol. Nr. 112.

¹⁵¹ Vgl. Herberge Innsbruck; <http://isd.org.at> [Stand 24.03.2010].

¹⁵² Vgl. Herberge Innsbruck; <http://isd.org.at> [Stand 24.03.2010].

Im Übergangwohnheim in der Schumannstraße (SCHU) finden Frauen, Männer mit ihren Kindern Unterkunft mit der Auflage, dass sie die Anforderungen für ein selbstständiges Leben erfüllen. Die Notschlafstelle ist für all jene gedacht, die akut wohnungslos sind. Frauen und Männer, die sich im Wohnungslosen-Milieu befinden oder akut wohnungslos sind und sich dadurch auch im öffentlichen Raum aufhalten, werden von Sozialarbeiter/-innen des Outreachwork aufsuchend betreut. Die mobile Wohnbetreuung (MOWO) besucht Betroffene mit angemieteter Wohnung.¹⁵³

Die Finanzierung wird vom Land Oberösterreich (Stadt Linz) und durch Eigenerlöse getragen. Im Jahr 2008 wurden 138 655 Nächtlungen, verteilt auf 811 Personen, in den Einrichtungen verzeichnet. Ungefähr ein Fünftel des gesamten Klientels ist weiblich. Dabei kamen im PSWB auf 231 Erstkontakte 254 Aufenthalte. Der Erstkontakt bezieht sich dabei auf den erstmaligen Kontakt im jeweiligen Jahr. Für 89 Personen, das entspricht einem Anteil von 35 %, liegt die Aufenthaltsdauer bereits bei über einem Jahr.

In der Notschlafstelle fielen auf 384 Klient/-innen 1235 Aufenthalte; die Aufenthaltsdauer beträgt beim Großteil bis zu 30 Tagen.¹⁵⁴

Die Mitarbeiter/-innen des Sozialvereins bemängeln das häufig fehlende Gesundheitsbewusstsein der Klient/-innen und befinden es daher für notwendig, explizit darauf in ihren Beratungen und Betreuungen der Männer und Frauen einzugehen. Das vorrangige Interesse gilt dabei der Notversorgung. Überdies wird von den Klient/-innen auch ein gewisser Standard an Körperhygiene gewünscht.¹⁵⁵ Die häufigste Diagnose ist Alkoholmissbrauch, gefolgt von Erkrankungen des Schizophrenen Formenkreises, Depression, Epilepsie, Diabetes, Demenz sowie Politoxikomanie; in absteigender Anzahl des Vorkommens aufgelistet¹⁵⁶.

Die Handlungsleitlinie des Vereins empfiehlt grundsätzlich die freie Arztwahl und versucht, die Patient/-innen zu motivieren, einen Arzt bzw. eine Ärztin vor Ort zu konsultieren. Ergänzend dazu werden Behandlungen von zwei Allgemeinmedizinerinnen und einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie für jeweils ein bis zwei Stunden pro Woche in den Einrichtungen der Notschlafstelle, in der Anastasius-Grün-Straße 2, 4020 Linz, und des psychosozialen Wohnheims, in der Bethlehemstraße 37, 4020 Linz, angeboten. Im PSWB

¹⁵³ Vgl. Schoibl; Schoibl 2006, Österreichbericht, 47. [Stand 12.03.2010].

¹⁵⁴ Vgl. Jahresbericht 2008 des Sozialvereins B37; <http://www.b37.at/download.html> [Stand 23.03.2010].

¹⁵⁵ Vgl. Schoibl; Schoibl 2006, Österreichbericht, 47-52 [Stand 12.03.2010].

¹⁵⁶ Vgl. Jahresbericht 2008 des Sozialvereins B37; <http://www.b37.at/download.html> [Stand 23.03.2010].

werden zusätzlich für gebrechliche, betagte und kranke Bewohner/-innen spezielle Pflegewohngruppen für die Dauer ihrer Erkrankung oder auch unbefristet angeboten.¹⁵⁷

Die Patient/-innen werden von den Pfleger/-innen zu den Sprechstunden begleitet. Sozialarbeiter/-innen klären zuvor den Bedarf einer ärztlichen Konsultation ab und melden den Patienten bzw. die Patientin beim Arzt bzw. bei der Ärztin an. Das interne Ärzteteam wird durch die Schnittstelle der Diplomkrankenpflegekräften in das Wohnungslosenhilfe¹⁵⁸-Team eingebunden. Psychiater/-innen bilden die Mitarbeiter/-innen hinsichtlich der psychologischen Themengebiete fort. Das weitere medizinische Personal im B37 besteht aus vier Diplomkrankenpfleger/-innen, zwei neurologischen Diplomkrankenpfleger/-innen, fünf Altenfachbetreuer/-innen und einer Streetworkerin, die auch ein Krankenpflegediplom besitzt und in der Notversorgung vor Ort Verbände anlegt.

Es gehört zur Erfahrung der B37-Mitarbeiter/-innen, dass es bei den Klient/-innen oft zu Artikulationsschwierigkeiten und Verständigungsproblemen kommt, wenn diese externe Ärzte aufsuchen. Daher hat es sich als empfehlenswert herausgestellt, mit den Betroffenen vor dem Arztbesuch die wesentlichen Informationen für den Arzt bzw. die Ärztin zu klären. Um medikamentöse Wechselwirkungen zu vermeiden, sind Medikamente von den Patient/-innen an die Betreuenden abzugeben, welche dann auch für die Verteilung zuständig sind.

Der Geschäftsführer des Sozialvereins hebt die gute Zusammenarbeit mit den Klinikärzt/-innen der Wagner-Jauregg-Psychiatrie hervor. So werden diese zu B37-internen, einmal jährlich stattfindenden Fortbildungen beigezogen. Auch die Mitarbeiter/-innen des Sozialvereins nehmen einmal im Jahr an einer Teamsitzung in der Psychiatrie teil. Dies hilft unter anderem, den Übergang von der Notversorgung zu Langzeittherapien zu planen. Allerdings wird die Zusammenarbeit mit dem AKH Linz kritisiert. Laut dem Geschäftsführer werden Patient/-innen erst dann in den Ambulanzen notfallversorgt, wenn sie die gängigen Sauberkeitsstandards erfüllen. Ein weiterer Kritikpunkt entsteht aus dem Vorkommnis, dass Patient/-innen oft unbehandelt in die Sozialeinrichtung zurückgeschickt werden. In den Ordinationen der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen besteht ebenso der

¹⁵⁷ Vgl. Modera, A. (2006): Wohin des Weges, Fremder? Wohnungslose Erwachsene in Linz. Eine Studie des Sozialverein B37; <http://www.B37.at> [Stand 12.02.2010].

¹⁵⁸ Vgl. Siehe dazu eine detaillierte Beschreibung der Mitgliederorganisationen; <http://www.bawo.at/> [Stand 23.03.2010].

Wunsch nach Sauberkeit der Patient/-innen, der abermals vom Geschäftsführer kritisiert wird.¹⁵⁹

6.5.2 Tageszentrum Barmherzige Schwestern - Vinzenzstüberl

In der Langgasse 16, 4020 Linz, werden im Tageszentrum Vinzenzstüberl regelmäßig ärztliche Sprechstunden inklusive telefonischer Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstunden angeboten. Weiters werden neben Beratungsgesprächen, Seelsorge, Koch- und Waschgelegenheiten unterstützende Hilfestellungen bei der Entwöhnung von Alkohol und Drogen angeboten. Ebenfalls besteht eine intensive Zusammenarbeit, inklusive bevorzugter Behandlung obdachloser und wohnungsloser Menschen, auch ohne Krankenversicherung, mit der Ambulanz und der Akutaufnahmestation der dazugehörigen Krankenhäuser.

Die Angebote richten sich an Obdachlose bzw. Wohnungslose, Arbeitslose, Haftentlassene und Flüchtlinge.¹⁶⁰

6.6 Niederösterreich

In Niederösterreich bieten zwar aktuell keine niederschweligen Einrichtungen eine medizinische Versorgung per se an; auf ausdrückliche Nachfrage erhielt ich dennoch die folgenden Antworten:

- Verein Möwe, Förderung zur Rehabilitation psychisch Kranker, 3430 Tulln, Königstetter Straße 10. Weitervermittlung der Bewohner/-innen und Begleitung im Bedarfsfall zu Arztterminen, mitunter sind regelmäßige Arztbesuche für manche Klient/-innen eine Auflage, die sie einhalten müssen. (Information per Mail am 31.03.2010 durch die diplomierte Sozialarbeiterin Mag.a Nina Schöbinger) Auch hier wird die bei einigen Patient/-innen notwendige Leistung einer Vorarbeit hervorgehoben, da sie aufgrund negativer Erfahrungen, vor allem durch Geringschätzung und Ignoranz, eine Scheu vor Arztbesuchen haben.
- Emmausgemeinschaft, 3100 St. Pölten, Herzogenburger Straße 48 - 50. Enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzt/-innen, dem Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer und dem PSD der Diözese St. Pölten (Information per Mail am 30.03.2010 vom diplomierten Sozialarbeiter Walter Steindl, Emmausgemeinschaft St. Pölten).

¹⁵⁹ Vgl. Schoibl; Schoibl, A. (2006): Gesundheit. Ein Thema für die Wohnungslosenhilfe. Österreichbericht 2006, Interview mit dem Geschäftsführer des B 37 am 01.06.2006; <http://www.Helixaustria.com>, 54-55 [Stand 12.03.2010].

¹⁶⁰ Vgl. Barmherzige Schwestern Wien; http://www.barmherzigeschwestern-wien.at/orden/Einrichtungen/Initiativen_4_1.shtml [Stand 12.04.2010]. / Information per E-Mail am 13.04.2010 von Mag.a Barbara Gerstmann erhalten.

- Verein Übergangwohnheim Krems, 3402 Krems- Lerchenfeld, Liezener Straße 8. Unterstützung der Bewohner/-innen bei Arzt- und Therapiesuchen, wenn dies erwünscht ist und Vermittlung zu Ärzt/-innen, des Weiteren Angebot der Begleitung zu Arztterminen (Information per Mail am 30.03.2010 von Nicole Lager, Verein Übergangwohnheim).
- Verein für soziale Betreuung NÖ Süd, 2700 Wiener Neustadt, Johann-Strauß-Gasse 8. Auskunft über medizinische Versorgungssysteme, Ärzt/-innen ihrer Wahl und Sozialhilfekrankenschein. Bei Nichtvorhandensein eines elektronischen Krankenscheins (e-Card) erhalten die Bewohner/-innen den Krankenschein über das Vorstandsmitglied, welcher Mediziner ist (Information per Mail am 30.03.2010 von Eva Eigner, Verein soziale Betreuung).

6.7 Vorarlberg

6.7.1 Kolpinghaus

Das Kolpinghaus Bregenz bietet bis zu 100 Männern und Frauen ab dem 18. Lebensjahr, die von temporärer oder absehbarer Wohnungslosigkeit betroffen sind, eine betreute Unterkunft an. Voraussetzung für die Aufnahme ist die Bereitschaft, Betreuungsziele zu vereinbaren und diese auch umzusetzen.

Die Finanzierung erfolgt bei den Bewohner/-innen ohne Einkünfte durch die Sozialhilfe. Bewohner/-innen mit finanziellem Einkommen zahlen einen Selbstbehalt, gemessen an ihren Einkünften.

Die gesundheitliche Beratung wird durch einen einmal wöchentlich im Wohnheim praktizierenden Konsiliararzt der Psychiatrie gewährleistet. Dies kompensiert einerseits die lange Wartezeit bei anderen Ärzt/-innen, andererseits wird dadurch für ein sinnvolles Setting gesorgt. Je nach Absprache nehmen an diesem Setting auch Mitarbeiter/-innen der Primärbetreuung teil. Darüber hinaus besteht eine enge Kooperation mit externen Ärzt/-innen; Mitarbeiter/-innen der Einrichtung fixieren die Arzttermine, begleiten die Bewohner/-innen bei Bedarf und sorgen zudem auch für die Einhaltung der Kontrolltermine. Eine ebenso enge Zusammenarbeit erfolgt auch zwischen dem Team der Einrichtungen und dem externen Krankenhauspersonal des Landesnervenkrankenhauses in Rankweil, womit ein nahtloser Übergang durch den Austausch unter anderem von Therapieansätzen vom Krankenhausaufenthalt ins Wohnheim ermöglicht wird.

Die Einnahme der ärztlich verschriebenen Medikamente wird von diplomierten Pflegekräften kontrolliert. Zusätzliche Angebote inkludieren Massagen, Gymnastik und Fußpflege.¹⁶¹

6.8 Salzburg

In den Salzburger Wohnungslosenhilfe-Einrichtungen sind keine gesundheitsspezifischen Dienstleistungsangebote eingegliedert. Die Schwerpunktsetzung bezieht sich auf einzelne Überweisungen und das Herstellen von Kontakten zu speziellen Einrichtungen und Ärzten bzw. Ärztinnen.¹⁶² Die Sanitätsdirektion erwähnte auf meine Anfrage keine Angebote.

6.9 Burgenland

Im Burgenland existieren aktuell keine Wohneinrichtungen mit spezifischen gesundheitsbezogenen Dienstleistungen.

6.10 Deutschland

Einrichtungen der deutschen Wohnungslosenhilfe bieten ebenso eine medizinische Versorgung für wohnungslose Menschen an. Die Leistungen umfassen zu besuchende sowie aufsuchende allgemeinärztliche Sprechstunden und mobile medizinische Angebote. Von 443* Einrichtungen bieten insgesamt 21 % eine allgemeinmedizinische Sprechstunde, davon haben 12 % ein hauseigenes Angebot und 9 % werden von einem anderen medizinischen Anbietern aufgesucht. Von 425* Einrichtungen stellen 11,1 % ein generelles aufsuchendes medizinisches Hilfeangebot bereit, 5,9 % davon bieten diese Leistung selbst an. 5,4 % von 423* Einrichtungen stellen für ihre Bewohner/-innen eine Krankenwohnung zur Verfügung. 1,2 % von 416* Häusern sind mit einem zahnmedizinischen Versorgungssystem ausgestattet, 0,5 % davon eigenständig. Psychiatrische Beratungen werden von 12,7 % der 426* Einrichtungen angeboten, während 20,3 % von 433* Einrichtungen eine Suchtberatung offerieren. (*Anzahl der auf die jeweilige Frage von Steiger antwortenden Einrichtungen, die auf Wohnungslose spezialisierte medizinische Angebote im Haus oder in erreichbarer Nähe haben.)¹⁶³

Neben deutschen Projekten gibt es auch in anderen Ländern zahlreiche internationale Projekte, die sich auf die medizinische Betreuung von wohnungslosen Menschen spezialisiert haben, da eine Beschreibung aller Institutionen den Rahmen der Arbeit sprengen

¹⁶¹ Vgl. Kolpinghaus; <http://kolpinghaus-bregenz.at/> [Stand 24.03.2010].

¹⁶² Vgl. Schoibl; Schoibl 2006, Österreichbericht, 25.[Stand 12.03.2010].

¹⁶³ Vgl. Steiger 2010, 63-65.

würde, werden als Beispiele die Gesellschaft für Gesundheit mbH (MUT) und das Mainzer Modell angeführt.

6.10.1 MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH

Ein in Deutschland bestehendes Beispiel für eine niederschwellige, human- und zahnmedizinische, sozialpflegerische Betreuungseinrichtung ist die Gesellschaft für Gesundheit mbH (MUT), ein gemeinnütziges Unternehmen der Ärztekammer Berlin, die im Jahr 1994 als Projekt entwickelt wurde und an zwei Standorten in Berlin regelmäßige Sprechstunden anbietet: Berlin-Lichtenberg, Weitlingstraße 11 und Berlin-Friedrichshain, Strahlauer Platz 32.

Die Tagesstätte für Obdachlose, Wohnungslose, von Wohnungslosigkeit Gefährdete und für Angehörige sozialer Randgruppen bietet neben einer kostenlosen, unbürokratischen human- und zahnmedizinischen Versorgung auch eine sozialpflegerische Beratung an. Diese umfasst die tägliche Versorgung mit Nahrungsmitteln und Kleidung, die Bereitstellung von Waschmöglichkeiten und die Vermittlung von externen Hilfen.

Der gesundheitliche Zustand der Patient/-innen ist generell als sehr schlecht zu beschreiben; ihr Zustand wird mit längerfristiger Obdachlosigkeit zunehmend dramatischer. Die mangelnde Körperhygiene sowie die unzureichende und ungesunde Ernährung führen oft zu Abwehrschwächen, welche die Situation noch zusätzlich verschlimmern. Die häufigsten Krankheitsbilder sind Hauterkrankungen, Unfälle, Folgen von Gewalt und Alkoholismus, Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Infektionen. Nicht zu vergessen ist der oftmals sehr schlechte Mund-, Kiefer- und Zahnzustand obdachloser Menschen. Dieses Patientengut hat vielfach seit Jahren keine zahnärztliche Untersuchung in Anspruch genommen, sei es aus Scheu vor der Behandlung oder aufgrund der Tatsache, dass obdachlose Patient/-innen nicht „wartezimmerfähig“ sind. Nur ein kleiner Prozentsatz (etwa 20 bis 30 %) der wohnungslosen Patient/-innen ist krankenversichert.¹⁶⁴

In den Arztpraxen der MUT wurden in den ersten zwölf Jahren seit dem Bestehen 11 500 kranke Menschen betreut. Dabei wurde ungefähr 60 000 Mal medizinische Hilfe in Anspruch genommen. Im zahnärztlichen Bereich wurden zwischen den Jahren 1999 und 2006 rund 10 500 Konsultationen registriert.¹⁶⁵

¹⁶⁴ Vgl. MUT Gesellschaft für Gesundheit; http://www.mut-gesundheit.de/soz_obdachl.htm [Stand 17.03.2010].

¹⁶⁵ Vgl. MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH. Nachrichten des Tages in: Nachrichten aus Psychiatrie und Selbsthilfe (25.01.2006); http://www.lichtblick99.de/ticker1807_06.html [Stand 17.03.2010].

Die Finanzierung der laufenden Kosten durch Ausstattungsgegenstände, Verbandmaterial und Medikamente erfolgt mittels Spenden. Nur eine Ärztin und eine Zahnärztin haben bei der MUT ein fixes Beschäftigungsverhältnis. Zudem sind ehrenamtliche Human- und Zahnmediziner/-innen bereit, durch ihr soziales Engagement in den Praxen zu arbeiten. Die Gesellschaft für Gesundheit mbH besitzt aber auch die Berechtigung, per Ermächtigung durch die kassenärztliche Abrechnung abgegolten zu werden. Weiters wird die MUT Tagesstätte in Lichtenberg unter anderem im Rahmen des EU-Programms Urban II gefördert.¹⁶⁶

6.10.2 Mainzer Modell

Mit dem seit 1995 bestehenden Mainzer Modell konnte ein niederschwellig angelegtes medizinisches Hilfsangebot zur Versorgung wohnungsloser Menschen umgesetzt werden, welches an Orten, an denen sich Betroffene häufig aufhalten, eine sogenannte Geh-Struktur (Ärzt/-innen gehen zu Patient/-innen) im Gegensatz zur usuellen Komm-Struktur (Patient/-innen kommen zu Ärzt/-innen) anbietet.¹⁶⁷

Das Modell wurde für folgende Versorgungsbausteine konzipiert:¹⁶⁸

- Ambulante medizinische Sprechstunden in einem stationären Wohnheim der Wohnungslosenhilfe: Wenn es der medizinische Gesundheitszustand erfordert, können Patient/-innen längerfristig aufgenommen werden. Zudem wird den auf der Straße lebenden Menschen, deren Krankheitszustand ein Übernachten im Freien unmöglich macht, aber eine medizinische Indikation für eine direkte stationäre Krankenhauszuweisung nicht gegeben ist, eine Genesung im Wohnheim angeboten. Weiters können Patient/-innen, dank guter Zusammenarbeit mit dem unmittelbar in der Nähe gelegenen Krankenhaus frühzeitig aus diesem entlassen und im Wohnheim durch die medizinische Ambulanz nachbetreut werden.
- Ambulante medizinische Sprechstunde, integriert in einer ambulanten Beratungsstelle der Wohnungslosenhilfe: Da innerhalb der heterogenen Personengruppe wohnungsloser Menschen bestimmte Zielgruppen, zumeist sind das Frauen, ambulante Beratungsstellen den stationären Institutionen vorziehen, wird in der Teestube der evangelischen Einrichtung der Wohnungslosenhilfe eine adäquate ambulante medizinische Sprechstunde angeboten.

¹⁶⁶ Vgl. MUT Gesellschaft für Gesundheit; http://www.mut-gesundheit.de/soz_obdachl.htm [Stand 17.03.2010].

¹⁶⁷ Vgl. Trabert, G. (2011): Mainzer Modell, medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen; <http://www.gesundheit-wohnungslosigkeit.at/plattformtreffen/fachtagung-22011/vortraege/mainzer-modell>. [Stand 28.05.2011].

¹⁶⁸ Vgl. Trabert, G. (2006): Das „Mainzer Modell“ zur gesundheitlichen Versorgung von wohnungslosen Menschen; <http://www.armut.gesundheit.de> [Stand 28.05.2011].

- Mobile medizinische Versorgungseinrichtung, die wohnungslose Menschen vor Ort auf der Straße aufsuchen und mit der eine Erstversorgung durchgeführt werden kann: Durch das Arztmobil werden auch weitere Betroffene dieser heterogenen Population erreicht, die ansonsten selbst von niederschweligen Versorgungsangeboten nicht angesprochen werden können. Dies wird in enger Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter/-innen gewährleistet.
- Medizinische und pflegerische Betreuung von schwerstkranken wohnungslosen Menschen: Oft werden Schwerkranke, welche sich aufgrund einer infausten Erkrankung im Terminalstadium befinden, in einem Krankenhaus oder Altersheim betreut. Beide Möglichkeiten ergeben sowohl für die Betroffenen als auch für die involvierten Einrichtungen eine oft unbefriedigende Behandlungssituation. Daher soll durch Interaktion von stationären Einrichtungen für Wohnungslose mit ambulanten medizinischen Versorgungssystemen ein Pflegekonzept entwickelt werden.
- Kooperation mit dem sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes und einer Tagesklinik für psychisch Kranke.¹⁶⁹

Da dieses spezielle Hilfsangebot keinen Ersatz für die herkömmliche medizinische Versorgung darstellt, wird die Reintegration in das medizinische Regelversorgungssystem angestrebt.¹⁷⁰ Die Arbeitsschwerpunkte stellen neben der gesundheitlichen Versorgung auch eine präventive Beratung sowie Hilfe und Anregung zur Selbsthilfe dar. Es besteht eine Kooperation mit dem Gesundheitsamt, den Arztpraxen und Krankenhäusern, Krankenkassen, Pflegediensten, dem Sozialamt, den Arbeitsagenturen, um nur einige zu nennen.¹⁷¹

¹⁶⁹ Vgl. Trabert, Mainzer Modell; <http://www.armut.gesundheit.de> [Stand 28.05.2011].

¹⁷⁰ Vgl. Trabert, Mainzer Modell; <http://www.gesundheit-wohnungslosigkeit.at/plattformtreffen/fachtagung-22011/vortraege/mainzer-modell> [Stand 28.05.2011].

¹⁷¹ Vgl. Mainzer Modell - Arztmobil zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen; <http://gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank> [Stand 28.05.2011].

Der empirische Teil der Dissertation umfasst eine Darstellung der gesundheitlichen Lage von marginalisierten Bevölkerungsgruppen anhand von wohnungslosen Menschen, die in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe in Wien leben, welche vom Team neuerHAUSARZT allgemeinmedizinisch betreut werden.

Dies erfolgt einerseits durch eine quantitative Auswertung der vorhandenen Daten (Daten des Teams neuerHAUSARZT) und andererseits durch eine Primärdatenerhebung durch persönliche Interviews. Die Ergebnisse der Primärdatenerhebung werden mit den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung verglichen.

7 Eigene Erhebung

7.1 Methodik

Die vorliegende Studie basiert auf dem im Kapitel „Definition Gesundheit“ beschriebenen salutogenetischen Anforderungs-Ressourcen-Modell, welches davon ausgeht, dass Gesundheit dann bewahrt wird, wenn eine Person über adäquate soziale, psychische, physische, wirtschaftliche und ökologische Ressourcen für die effektive Bewältigung von ubiquitären internen und externen Belastungen verfügt.¹⁷²

Das Ziel der Studie war es, 50 wohnungslose Menschen zum Thema „Gesundheit, externe und interne Ressourcen sowie [über ihr] Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Einrichtungen“ zu befragen. Wohnungslose Menschen waren zugleich Zielgruppe der Befragung.

7.1.1 Forschungsverlauf

Die Interviewerhebung wurde im Rahmen quantitativer empirischer Sozialforschung mittels eines standardisierten Fragebogens (ATHIS) durchgeführt. Dieser Fragebogen stammt aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/ 2007 und wurde um weitere Fragen aus dem Wiener Gesundheitssurvey ergänzt. Die Interviewphase fand im Juli 2010 in Wien statt. Aus dem standardisierten Fragebogen wurden nach Entwicklung der Forschungsfrage bestimmte Fragen ausgesucht. Zusätzlich dazu wurde zur Ermittlung der Lebensqualität der WHOQOL-BREF-Fragebogen verwendet. Vor Beginn der Erhebung wurde das

¹⁷² Vgl. Freidl; Neuhold 2002: Gesundheitsberichterstattung Steiermark, 70-74.

Interview in einem Pretest-Verfahren mit zwei wohnungslosen Menschen, die unterschiedliche gesundheitliche Status aufwiesen, getestet. Dadurch konnten etwaige Problematiken noch rechtzeitig erkannt und behoben werden.

Das Interview wurde in zehn Wohnhäusern, welche vom neunerHAUSARZT aufgesucht werden (Gänsbachergasse, Kastanienallee, Siemensstraße, Haus Leo, Eßlinger Hauptstraße, Schlachthausgasse, Hagenmüllergasse, Kudlichgasse, Haus Liesing und Haus Bürgerspitalgasse) von zwei Interviewerinnen durchgeführt. Die Leitung der jeweiligen Einrichtungshäuser wurde zuvor per E-Mail um Einverständnis für die Befragung gebeten.

7.1.2 Fragebogenbeschreibung

Der 17-seitige Fragebogen besteht aus insgesamt 134 Fragen. 86 Fragen davon wurden aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 und 26 Fragen aus dem WHO-QOL-BREF-Fragebogen, welcher auch in die österreichische Gesundheitsbefragung mit eingeschlossen wurde, übernommen. Die Prämisse der Fragenübernahme war die dadurch ermöglichte Gegenüberstellung der Wohnungslosen mit einer Vergleichsgruppe. 22 sozialanamnestische Fragen wurden aus dem Gesundheitssurvey¹⁷³ entlehnt.

Der europäische Gesundheitssurvey (European Community Health Survey-ECHIS) wurde entwickelt, um einem einheitlichen Frageinstrument für Gesundheitsbefragungen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union gerecht zu werden.¹⁷⁴

Der Fragebogen setzt sich aus den Befragungsmodulen zum Gesundheitszustand (EHSM) zu den Gesundheitsdeterminanten (EHDM), zur Gesundheitsvorsorge (EHCM) sowie einem Modul zur Befragung von Hintergrundmerkmalen (EBM) zusammen. Zusätzlich zu den genannten Komponenten wurde der Fragebogen durch vier eigene Fragen zum Inanspruchnahmeverhalten wohnungsloser Menschen von medizinischen Versorgungsangeboten des Vereins neunerHAUS ergänzt.

Zur Evaluation der Lebensqualität wurde der WHOQOL-BREF verwendet. Dieser Fragebogen leitet sich vom WHOQOL-100 ab, welcher 100 Items in sechs Domänen der Lebensqualität umfasst (vgl. Tabelle 5). Fünf verschiedene Skalierungen in Abstufungen von eins bis fünf (z. B. „überhaupt nicht“ bis „äußerst“ oder „sehr schlecht“ bis „sehr gut“ oder „niemals“ bis „immer“) dienen der Beantwortung des von den Befragten selbst

¹⁷³ Vgl. Freidl, W.; Stronegger, W. J.; Neuhold, C. (2001): „Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey“. Hrsg.: Magistrat der Stadt Wien.

¹⁷⁴ Vgl. Klimont, J.; Kytir, J.; Leitner, B. (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2007/2007. STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien. 51.

auszufüllenden Fragebogens. Je nach abgefragtem Bereich werden entweder Intensität, Kapazität, Häufigkeit oder Wichtigkeit des jeweiligen Kriteriums für Lebensqualität anhand von Abstufungen durch eins bis fünf abgeschätzt. Der WHOQOL-BREF als Kurzform beinhaltet 24 Items und eignet sich für die Untersuchung von gesundheitlich unbeeinträchtigten Personen als auch für psychisch oder physisch erkrankte Personen. Die 24 Items sind kongruent mit allen Bereichen der Lebensqualität des WHOQOL-100.¹⁷⁵

Tabelle 5 WHOQOL Domänen und Facetten

| Domäne | Facette |
|-----------------------------|------------------------|
| Physisch: | Schmerz |
| | Energie |
| | Schlaf |
| Psychisch: | Positive Gefühle |
| | Denken |
| | Selbstwert |
| | Körper |
| Unabhängigkeit: | Negative Gefühle |
| | Mobilität |
| | Aktivität |
| | Medikation |
| Soziale Beziehungen: | Arbeitsfähigkeit |
| | Soziale Beziehung |
| | Soziale Unterstützung |
| Umwelt: | Sexualität |
| | Sicherheit |
| | Wohnung |
| | Finanzielle Ressourcen |
| | Gesundheitsversorgung |
| | Information |
| | Freizeit |
| Spiritualität: | Umwelt |
| | Transport |
| | Spiritualität |

Quelle: Angermeyer, C.; Kilian, R.; Matschinger, H. (2002).

¹⁷⁵ Angermeyer, C., Kilian, R., Matschinger, H. (2002): Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM. Z Med Psychol 11. 44-48.

Der WHOQOL-100 und der WHOQOL-BREF beanspruchen interkulturelle Vergleichbarkeit. Die Domänen der Lebensqualität werden im physischen und psychischen Bereich, in den Bereichen „Unabhängigkeit“, „Sozialen Beziehung“, „Umwelt“ und „Spiritualität“ gemessen. Die Bearbeitungsdauer des WHOQOL-BREF wird mit 5 bis 10 Minuten angegeben.¹⁷⁶

Inhaltlich orientiert sich der Fragebogen an dem Anforderungs-Ressourcen-Modell und wird daher in folgende Bereiche gegliedert: „Externe Ressourcen - Soziodemographische Daten“, „Gesundheitsparameter - Gesundheitliche Lage“, „Individuelle Ressourcen - Lebensqualität“, „Gesundheitsverhalten“ und „Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Versorgungssystemen“.

7.1.3 Interviewmethode

Die Befragung wurde in einer persönlichen 1:1-Interviewsituation durchgeführt. Zwei Interviewerinnen befragten die Wohnungslosen von Angesicht zu Angesicht (face to face) und füllten die Fragebögen entsprechend den Angaben der Befragten aus. Der WHOQOL-BREF-Fragebogen konnte entweder von den Befragten selbst oder auf deren Wunsch von der Interviewerin ausgefüllt werden.

Die zu befragenden Wohnungslosen wurden entweder mittels Aushang oder durch persönliches Ansprechen der Interviewerinnen oder der dort arbeitenden Sozialarbeiter/-innen gefunden.

Die Teilnahmefrequenz der Proband/-innen in den Häusern war unterschiedlich. In manchen Häusern fanden die Interviewerinnen schon beim Eintreffen eine Warteschlange vor, teilweise mussten die Sozialarbeiter/-innen oder die Interviewerinnen zu den einzelnen Wohnungen gehen und die Bewohner/-innen zur Teilnahme motivieren.

Die Zahl der geplanten 50 Interviews konnte mit 66 realisierten Interviews übertroffen werden.

Die Befragungen wurden in möglichst ungestörten Räumlichkeiten durchgeführt. Entweder fanden sie in den Wohnungen der Teilnehmer/-innen, in Büroräumen oder Aufenthaltsräumen statt. Die Interviews nahmen unterschiedlich viel Zeit in Anspruch: Manche Interviews dauerten 30 bis 45 Minuten, andere wiederum währten eineinhalb Stunden und mehr. Die Befragungsdauer hing von den Erzählungen der Befragten abseits der eigentlichen Fragen ab.

¹⁷⁶ Vgl. Angermeyer; Kilian; Matschinger 2002, 44-48.

Jede Person, die sich zur Befragung bereitstellte, erhielt nach Vollendung des Interviews zehn Euro Aufwandsentschädigung. Die Befragung verlief anonym. Die Teilnehmer/-innen wurden über den Datenschutz aufgeklärt, und sie wurden gebeten, eine Einverständniserklärung hinsichtlich der Verwendung ihrer Daten durchzulesen und zu unterzeichnen.

7.1.4 Studiendesign und Stichprobenauswertung

Der durch die Befragung gewonnene Datensatz wurde in das Computerprogramm SPSS (deutsche Version 18.0) eingespeist. In die Analysen gingen insgesamt 198 Datensätze ein. Davon sind 66 der Gruppe der Wohnungslosen und 132 der Vergleichsgruppe zuzuordnen. Die Daten wurden zwei zu eins verknüpft, sodass für jede wohnungslose Person zwei Pendanten in Bezug auf Alter, Geschlecht und Bundesland in der Vergleichsgruppe existieren. Durch dieses Verfahren wurden „matched samples“ erzeugt.

Nachdem in der Erhebung ausschließlich im Bundesland Wien lebende Wohnungslose inkludiert sind, wurden für die Vergleichsgruppe Datensätze von in Wien wohnenden Interviewten verwendet.

Die Variablen wurden zunächst univariat auf deren Häufigkeit untersucht. Anschließend wurde bivariate Untersuchungen durchgeführt, um die Gruppe der Wohnungslosen mit der Gruppe der Nichtwohnungslosen vergleichen zu können. Als Signifikanzniveau galt jeweils eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %.

Folgende statistische Verfahren wurden für die Auswertung herangezogen: Häufigkeitsauszählung, Chi-Quadrat-Tests; bei annähernd normal verteilten Daten wurde der Mittelwertsvergleich durch den t-Test vorgenommen; bei nicht normal verteilten Daten wurde der u-Test von Mann und Withney gewählt, um einen Medianvergleich durchzuführen.

Verständlichkeit der Interviewantwort

Die Frage, ob sich der oder die Befragte klar verständigen konnte, wurde von den Interviewenden selbst beantwortet. Das Ergebnis zeigt, dass es bei knapp 2 % der Befragten aus der Vergleichsgruppe und bei ungefähr 8 % der Gruppe der Wohnungslosen zu geringfügigen Verständigungsproblemen kam (siehe Fragebogen S 6. 13).

Tabelle 6: Darstellung der verständlichen Interviewantwort

| Klare Verständigung | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|---------------------|------------------|------|--------------|------|------------------------------------|
| | N | % | N | % | |
| Ja | 129 | 97,7 | 61 | 92,4 | .074 |
| Nein | 3 | 2,3 | 5 | 7,6 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 sowie eigene Befragung; eigene Berechnungen und eigene Darstellung.

7.1.5 Fragestellungen und Hypothesen

7.1.5.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Ein Grund, warum obdachlose Menschen medizinische Standardangebote ablehnen, ist das fehlende Bewusstsein gegenüber dem eigenen schlechten Gesundheitszustand und das Nichterkennen der Notwendigkeit, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das Gesundheitsverständnis wird auf die Befriedigung lebenserhaltender Bedürfnisse reduziert. Gesundheitsdefizite und dadurch entstandene Einschränkungen werden oftmals nicht als solche wahrgenommen, sondern in das Alltagsleben integriert¹⁷⁷ (siehe auch Kapitel „Gesundheit und Krankheit in Bezug auf wohnungslose Menschen“).

Hypothese: Wohnungslose Menschen haben oftmals Gesundheitsdefizite im Sinne von chronischen Krankheiten und nehmen die dadurch entstehenden Einschränkungen nicht als solche wahr.

7.1.5.2 Chronische Krankheiten und Compliance

Wohnungslose Menschen weisen im Vergleich zur Gruppe der Nichtwohnungslosen eine erhöhte Neigung zu chronifizierten Krankheitsbildern auf¹⁷⁸. Mehr als 90 % der Wohnungslosen bedürfen einer medizinischen Behandlung¹⁷⁹.

Hypothese: Wohnungslose leiden häufiger an chronischen Krankheiten als die Vergleichsgruppe.

¹⁷⁷ Vgl. Essendorfer 2007, 666-9.

¹⁷⁷ Vgl. Trabert, Armut und Gesundheit, A-756-760.

¹⁷⁸ Vgl. Verein neuerHaus / FEM (2005): Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen in Wien. Konzept für eine niederschwellige, aufsuchende Versorgungsstruktur. Wien.

¹⁷⁹ Vgl. Trabert 1997, Gesundheitswesen, 378-88.

Die Literatur zeigt, dass die Lebenszeitprävalenz von psychiatrischen Erkrankungen bei Wohnungslosen 95,1 % beträgt. Die Hauptdiagnose betrifft Suchterkrankungen¹⁸⁰. Andere Autoren sprechen von einer Prävalenzrate von psychischen Erkrankungen zwischen 2,8 % und 42,3 %¹⁸¹.

Hypothese: Wohnungslose leider häufiger an psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Suchterkrankungen, verglichen mit Nichtwohnungslosen.

Untersuchungen zeigten, dass wohnungslose Menschen eine schlechte Compliance aufweisen.¹⁸²

Hypothese: Wohnungslosen Menschen weisen - verglichen mit Nicht-Wohnungslosen - eine schlechtere Compliance auf.

7.1.5.3 Lebensqualität individuelle Ressourcen

Die Fragen zur Lebensqualität liegen folgender Definition zugrunde: „*Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen.*“¹⁸³

Fragestellung: Unterscheiden sich Aspekte der Lebensqualität sowohl in Hinsicht auf physische und psychische Bereiche als auch in Hinsicht auf soziale Beziehungen und Umweltressourcen zwischen der Vergleichsgruppe und der Gruppe der Wohnungslosen?

7.1.5.4 Allgemeines Gesundheitshandeln

In einer Studie präsentierten sich 63 % der befragten Wohnungslosen mit einem Alkoholabhängigkeitssyndrom.¹⁸⁴

Hypothese: Wohnungslose Menschen konsumieren häufiger alkoholische Getränke als die Vergleichsgruppe Nichtwohnungsloser.

¹⁸⁰ Vgl. Völlm; Hinnerk; Kunstmann, 2004, Psychiatrische Morbidität, 236-240.

¹⁸¹ Vgl. Fazel et al. 2008, Prevalence of mental disorders, e225.

¹⁸² Vgl. Egen 1998, Gesundheitswesen, 47-51.

¹⁸³ Angermeyer, C., Kilian, R., Matschinger, H. (2002): Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL BREFM. Z Med Psychol 11. 4; 44-48.

¹⁸⁴ Vgl. Salize, H. J.; Dillmann-Lange, C.; Stern, G.; Kentner-Figura, B.; Stamm, K.; Rössler, W.; Henn, F. (2002): Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. Addiction. Dec; 97 (12): 1593-600.

Hypothese: Wohnungslose Menschen leiden häufiger an Alkohol- und Drogenabhängigkeit als die Vergleichsgruppe Nichtwohnungsloser.¹⁸⁵

Stehling postuliert: Keine eigene Unterkunft zu haben bedeutet zudem, sich fehl- und mangelhaft zu ernähren.¹⁸⁶

Fragestellung: Unterscheidet sich gesundheitsrelevantes Verhalten wie zum Beispiel gesunde Ernährung und körperliche Aktivitäten zwischen den beiden Untersuchungsgruppen?

7.1.5.5 Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungssystemen

Einerseits ist für Wohnungslose der Zugang zu regulären ambulanten und stationären Versorgungsangeboten beengt. Einige Gründe dafür sind Stigmatisierung, Schamgefühl und Isolation.¹⁸⁷ Andererseits befinden sich bundesweiten Untersuchungen in Deutschland zufolge zwischen 55 bis 70 % der Wohnungslosen fast jährlich in stationärer Krankenhausbehandlung. Nur 10 bis 20 % dieser Personengruppe nehmen allgemeinmedizinische Betreuung in Anspruch¹⁸⁸ (siehe Kapitel „Medizinische Versorgungseinrichtungen für obdachlose/wohnungslose Menschen“).

Hypothese: Wohnungslose suchen seltener medizinische Standardangebote auf als die Vergleichsgruppe.

Studienergebnisse zeigen, dass das medizinische Versorgungsangebot nicht adäquat wohnungslose Frauen erreicht.¹⁸⁹

Hypothese: Wohnungslose Frauen nehmen seltener als wohnungslose Männer medizinische Versorgungssysteme in Anspruch.

¹⁸⁵ Vgl. Fazel et al. 2008, Prevalence of mental disorders, e225.

¹⁸⁶ Vgl. Stehling, H. (2008): Pflege und Wohnungslosigkeit - Pflegerisches Handeln im Krankenhaus und in der aufsuchenden Hilfe In: Sozial Ungleichheit und Pflege, Bauer, U., Büscher, A. Hrsg.: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 375-395.

¹⁸⁷ Vgl. Verein neuerHAUS/FEM (2005): Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen in Wien. Konzept für eine niederschwellige, aufsuchende Versorgungsstruktur. Wien.

¹⁸⁸ Vgl. Doering et al. 2002, Gesundheitswesen, 375-382.

¹⁸⁹ Vgl. Egen 1998, Gesundheitswesen, 47-51.

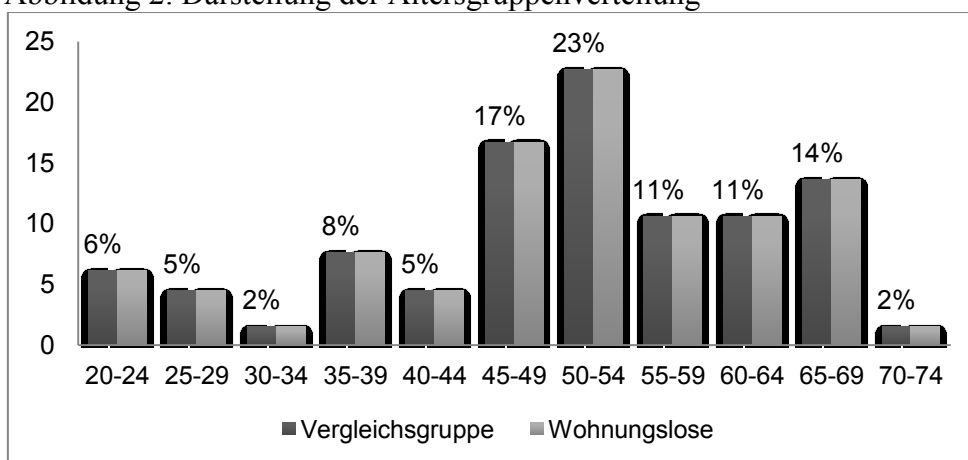
7.2 Ergebnisse

7.2.1 Sozialdemographische Daten – Soziale Ressourcen und Belastungen

7.2.1.1 Geschlecht und Alter

Die Auszählungen zum Geschlecht zeigten, dass der Männeranteil in beiden Gruppen jeweils bei 53 % und der Frauenanteil dementsprechend bei 47 % liegen. Die Altersverteilung ist in Abbildung 1 dargestellt. Die jüngsten Befragten waren 20 Jahre und die ältesten 74 Jahre alt. Mehr als 75 % der Befragten waren älter als 45 Jahre.

Abbildung 2: Darstellung der Altersgruppenverteilung



Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und eigene Befragung, eigene Berechnungen und eigene Darstellung.

7.2.1.2 Größe und Gewicht

Vergleiche der beiden Gruppen bezüglich der anthropometrischen Merkmale Größe und Gewicht ergaben nachfolgende Ergebnisse (vgl. Tabelle 7). Die durchschnittliche Körpergröße liegt bei beiden Gruppen bei 171 cm, während das durchschnittliche Körpergewicht bei den Wohnungslosen 82,33 kg und bei der Vergleichsgruppe 75,92 kg beträgt. Der t-Test für Mittelwertgleichheit zeigte, dass sich hinsichtlich des Körpergewichts die Gruppe der Wohnungslosen signifikant von der Gruppe der Nichtwohnungslosen unterscheidet. Verglichen mit der Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des Body-Mass-Index (nach WHO, Stand 2008¹⁹⁰) leidet der Durchschnitt der Wohnungslosen-Gruppe mit einem BMI von 27,93 an Präadipositas (BMI zwischen 25 und 30). Auch die Befragten der Vergleichsgruppe weisen mit einem durchschnittlichen BMI von 25,69 eine Tendenz zu Übergewicht auf.

¹⁹⁰ Vgl. Definition BMI classification; http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html [Stand 18.10.2010].

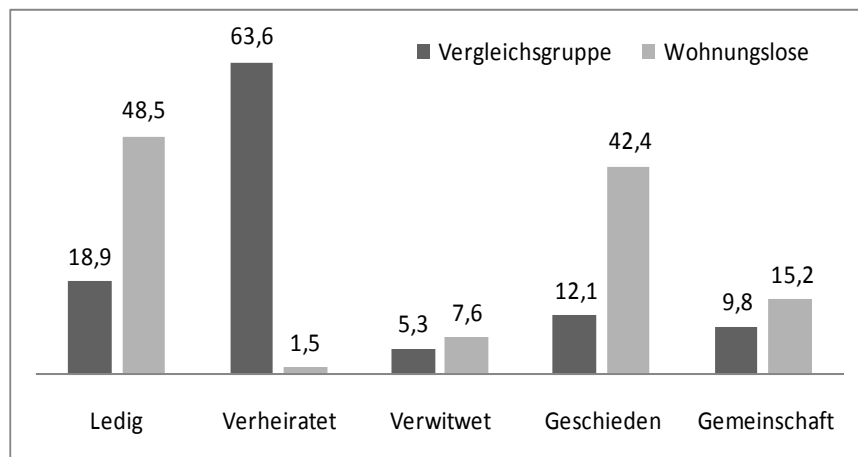
Tabelle 7: Anthropometrische Merkmale der beiden Gruppen

| Variable | Wohnungslose | | Vergleichsgruppe | | p-Wert (t-Test) |
|----------------------|--------------|-------|------------------|-------|-----------------|
| | Mittelwert | SD | Mittelwert | SD | |
| BMI | 27,93 | 6,38 | 25,69 | 3,82 | .010 |
| Körpergröße | 171,61 | 10,13 | 171,64 | 8,50 | .978 |
| Körpergewicht | 82,33 | 19,94 | 75,92 | 13,79 | .021 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und eigene Befragung, eigene Berechnungen und eigene Darstellung.

7.2.1.3 Familienstand

Abbildung 3: Familienstand der Befragten in Prozent



Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und eigene Befragung, eigene Berechnungen und eigene Darstellung.

Im Fragebogen wurden der derzeitige Familienstand und die derzeitige Lebensform abgefragt. Knapp die Hälfte der Wohnungslosen war zum Befragungszeitpunkt ledig (48,5 %); 42,4 % der Befragten war geschieden. Bei der Vergleichsgruppe gab mehr als die Hälfte (63,6 %) der Befragten an, verheiratet zu sein und mit dem Partner bzw. mit der Partnerin zusammenzuleben. Die Unterschiede sind signifikant (χ^2 -Test, $p < 0.001$). (Vgl. Abbildung 3, siehe Frage B 3.1.)

Knapp zehn Prozent der Vergleichsgruppe, die nicht in das Kriterium „Verheiratet“ fallen, und 15,2 % der Wohnungslosen, pflegen eine Lebensgemeinschaft (wird in Abbildung 3 als Gemeinschaft dargestellt), welche nicht näher definiert wird (Frage B 3.2).

7.2.1.4 Staatsbürgerschaft

Tabelle 8: Staatsbürgerschaft

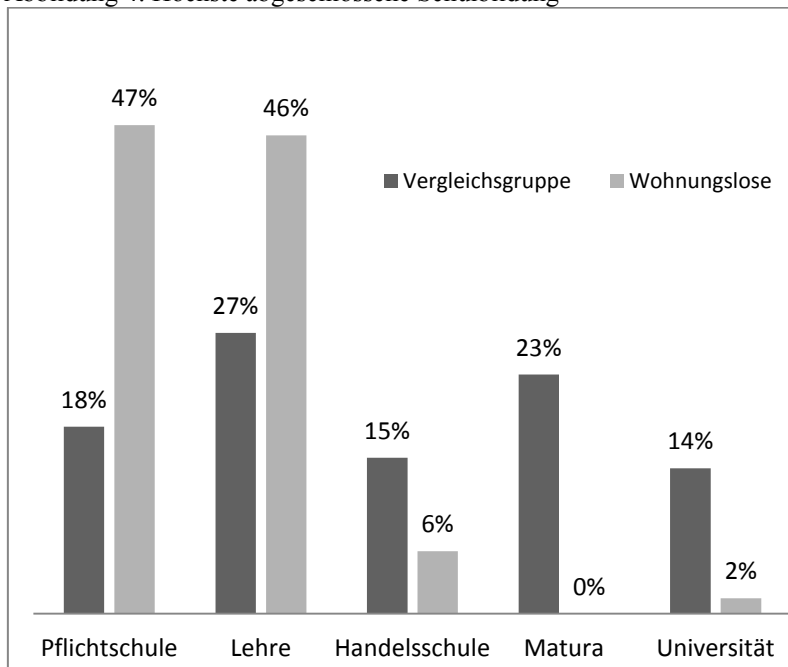
| Staatsbürgerschaft | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | |
|---------------------|------------------|------|--------------|------|
| | N = 132 | % | N = 66 | % |
| Österreich | 118 | 89,4 | 62 | 93,9 |
| EU 15 ohne Ö + EFTA | 2 | 1,5 | 0 | 0,0 |
| EU 27 neue | 3 | 2,3 | 1 | 1,5 |
| Ex-Jugoslawien | 7 | 5,3 | 2 | 3,0 |
| Sonstige | 2 | 1,5 | 1 | 1,5 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und eigene Befragung, eigene Berechnungen und eigene Darstellung.

Die Mehrheit der Befragten, nämlich 93,9 % der befragten Wohnungslosen und 89,4 % der Vergleichsgruppe, besitzen die österreichische Staatsbürgerschaft (Frage B 4.3 im Fragebogen). Etwas weniger, und zwar 89,4 % der Wohnungslosen und 75,8 % der Vergleichsgruppe, wurden in Österreich geboren (Frage B 4.4), (vgl. Tabelle 8).

7.2.1.5 Bildung

Abbildung 4: Höchste abgeschlossene Schulbildung

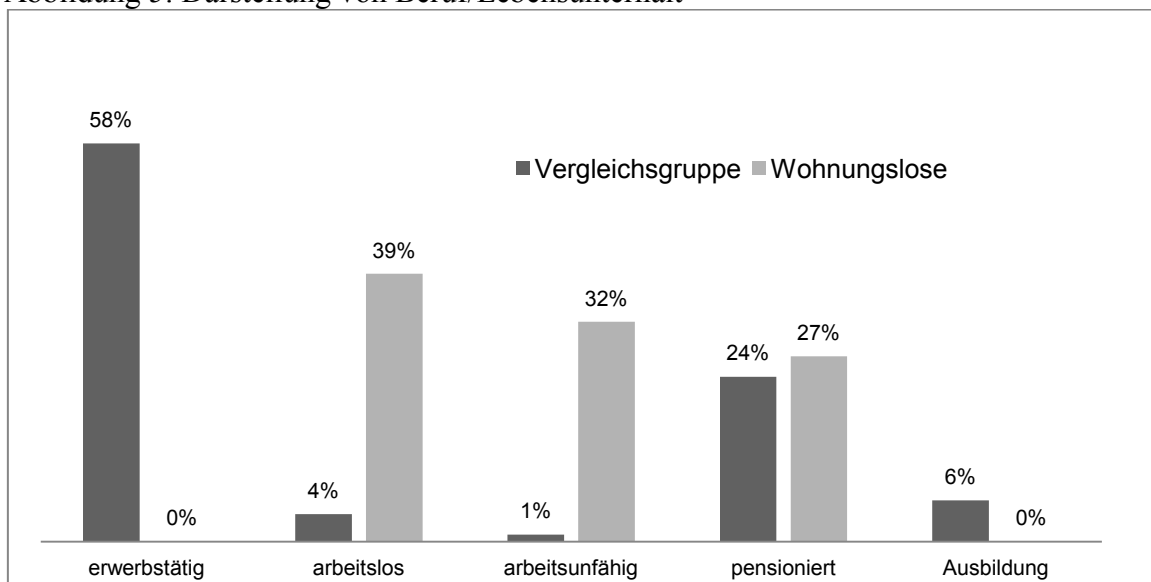


Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und eigene Befragung, eigene Berechnungen und eigene Darstellung.

Die Unterschiede der Ergebnisse hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Schulbildung sind zwischen den beiden Untersuchungsgruppen signifikant (χ^2 -Test, $p = < 0.001$). Wohnungslose geben mit 47,0 % als höchste abgeschlossene Schulbildung die Pflichtschule an, knapp gefolgt von einer Lehre mit Berufsschule (46 %). Im Gegensatz dazu haben 27,3 % der Vergleichsgruppe eine Lehre mit Berufsschule abgeschlossen. Einen universitären Abschluss können 13,6 % der Vergleichsgruppe und 1,5 % der Wohnungslosen vorweisen. Lediglich die Pflichtschule wurde von 18,2 % der Vergleichsgruppe absolviert (Frage B 5.1).

7.2.1.6 Beruf

Abbildung 5: Darstellung von Beruf/Lebensunterhalt



Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und eigene Befragung, eigene Berechnungen und eigene Darstellung.

Wie aus Abbildung 5 ersichtlich wird, geht der Großteil der Vergleichsgruppe mit 58,3 % einer Erwerbstätigkeit nach. Darin sind auch Personen inbegriffen, die eine Ausbildung bzw. eine Lehre absolvieren. Bei der Wohnungslosen-Gruppe sind es 0 %. Die Arbeitslosenrate beträgt bei wohnungslosen Menschen 39,4 %. Bei der Vergleichsgruppe sind es 3,8 %. Weitere 31,8 % der Wohnungslosen sind dauerhaft arbeitsunfähig. Bei den Teilnehmer/-innen der Österreichischen Gesundheitsbefragung sind es 0,8 %. Pensioniert sind 23,5 % der Vergleichsgruppe und 27,3 % der Wohnungslosen. Die Gruppe der befragten Wohnungslosen enthielt weder Schüler/-innen und Student/-innen noch Erwerbstätige, Haushaltsführende und Personen, die sich in Elternkarenz befinden. Die Vergleichsgruppe enthielt hingegen acht Schüler/-innen und Student/-innen. Sieben Befragte gaben an, den

Haushalt zu führen und eine Person befand sich in Elternkarenz. Die Unterschiede der Gruppen sind signifikant (Chi^2 -Test, $p = < 0.001$), (Frage B 6.1).

Insgesamt gaben 79,9 % von 65 Personen der Wohnungslosen-Gruppe an, jemals berufstätig gewesen zu sein. Dabei wurden kurze Gelegenheitsjobs und Leiharbeitertätigkeiten nicht berücksichtigt (Frage B 6.9). Da diese Frage zwar allen Wohnungslosen, aber nur Personen der Vergleichsgruppe, welche weder Vollzeit oder Teilzeit noch zwischen 30 und 35 Stunden pro Woche arbeiten, gestellt wurde, können die beiden Gruppen in diesem Punkt nicht miteinander verglichen werden.

Als ehemals hauptberufliche Stellung waren 21 von 59 Personen (35,6 %) der Wohnungslosen in einem Angestelltenverhältnis und 58 % als Arbeiter/-innen (auch Hilfs- und Leiharbeiter/-innen) beschäftigt. In der Vergleichsgruppe befanden sich 77 von 55 Personen (71,4 %) hauptberuflich in einem Angestelltenverhältnis. 14 % gaben an, ihren Lebensunterhalt hauptberuflich als Arbeiter/-innen zu verdienen (Frage B 6.3). Da es sich auch bei dieser Frage um eine Filterfrage handelt, ist eine Gegenüberstellung beider Gruppen nicht gegeben.

7.2.1.7 Haushaltseinkommen

Tabelle 9: Netto-Haushaltseinkommen

| Netto-Haushaltseinkommen Euro | Vergleichsgruppen | | Wohnungslose | | p-Wert (u-Test) |
|-------------------------------|-------------------|------|--------------|------|-----------------|
| | N = 132 | % | N = 66 | % | |
| 1 bis 600 | 3 | 2,3 | 15 | 22,7 | < 0.001 |
| 601 bis 900 | 9 | 6,8 | 39 | 59,1 | |
| 901 bis 1 200 | 16 | 12,1 | 12 | 18,2 | |
| Mehr als 1 200 | 104 | 78,8 | 0 | 0,0 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und eigene Erhebung, eigene Berechnungen und eigene Darstellung.

Die nachfolgende Auswertung bezieht sich auf das Nettoeinkommen des Haushalts pro Monat. Dieses kann neben Erwerbseinkommen und Pensionen auch Sozialleistungen (z. B. Familiengeld, Pflegegeld) enthalten. Die Gruppe der Wohnungslosen erhielt aus realitätsbezogenen Gründen als Antwortkategorie nur die in Tabelle 9 dargestellten Stufen. Die Vergleichsgruppe erhielt eine Abstufung „bis 8001 Euro und darüber“ als Antwortmöglichkeit. 59,1 % der Wohnungslosen steht ein monatliches Nettoeinkommen zwischen 600

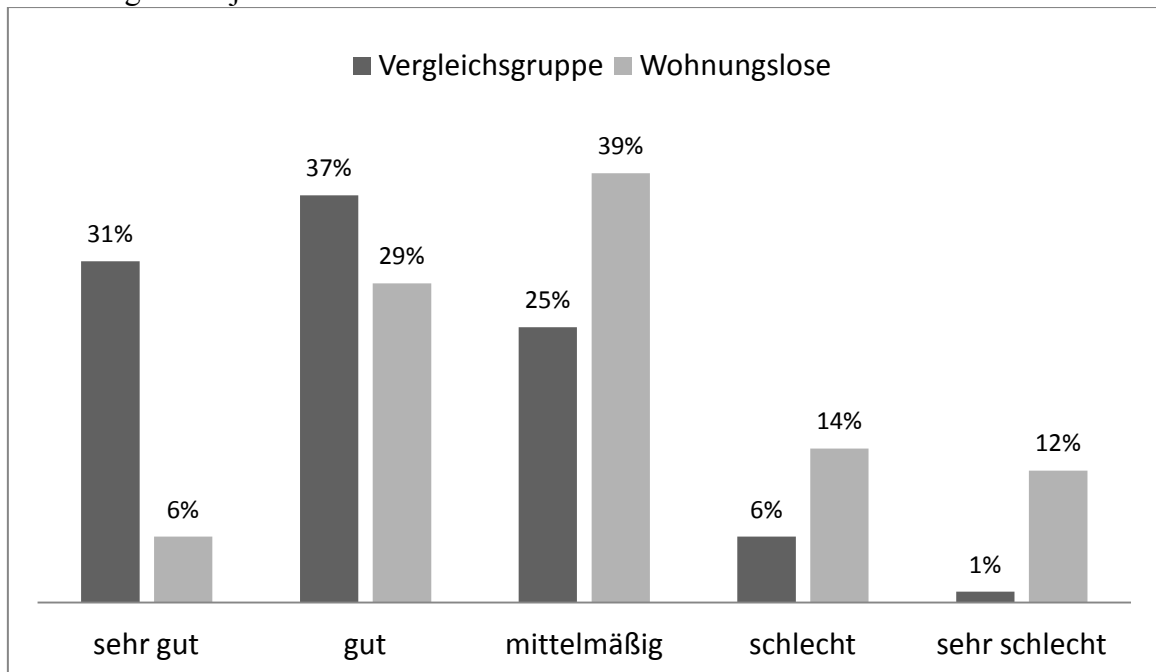
bis 900 Euro zur Verfügung. Mit einem p-Wert von < 0.001 sind die Unterschiede signifikant (siehe Frage B 7.1).

7.2.2 Gesundheitsparameter - Gesundheitliche Lage

7.2.2.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Auf die Frage „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“ (Frage S1 im Fragebogen) antwortete der Großteil der Wohnungslosen mit „gut“ und „mittelmäßig“ (28,8 % und 39,4 %). Hingegen beschrieben 31,1 % der Befragten der Vergleichsgruppe ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ (37,1 %), (vgl. Abbildung 6). Somit geben die Teilnehmer/-innen der Vergleichsgruppe einen signifikant besseren subjektiven Gesundheitszustand an.

Abbildung 6: Subjektiver Gesundheitszustand



Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, Berechnung und Darstellung.

Tabelle 10: Subjektiver Gesundheitszustand und chronische Krankheit

| Subjektiver Gesundheitszustand | | Chronische Krankheit/Problem | | | | | |
|--------------------------------|---------------|------------------------------|-------|------|-------|--------|-------|
| | | Ja | % | Nein | % | Gesamt | % |
| Vergleichsgruppe | Sehr gut | 5 | 9,6 | 36 | 45,0 | 41 | 31,1 |
| | Gut | 19 | 36,5 | 30 | 37,5 | 49 | 37,1 |
| | Mittelmäßig | 21 | 40,4 | 12 | 15,0 | 33 | 25,0 |
| | Schlecht | 7 | 13,5 | 1 | 1,3 | 8 | 6,1 |
| | Sehr schlecht | 0 | 0,0 | 1 | 1,3 | 1 | 0,8 |
| | Gesamt | 52 | 100,0 | 80 | 100,0 | 132 | 100,0 |
| Wohnungslose | Sehr gut | 1 | 2,1 | 3 | 15,8 | 4 | 6,1 |
| | Gut | 11 | 23,4 | 8 | 42,1 | 19 | 28,8 |
| | Mittelmäßig | 20 | 42,6 | 6 | 31,6 | 26 | 39,4 |
| | Schlecht | 7 | 14,9 | 2 | 10,5 | 9 | 13,6 |
| | Sehr schlecht | 8 | 17,0 | 0 | 0,0 | 8 | 12,1 |
| | Gesamt | 47 | 100,0 | 19 | 100,0 | 66 | 100,0 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, Berechnung und Darstellung.

Von den 52 Befragten (39,4 %) der Vergleichsgruppe, die an einer chronischen Krankheit leiden, beschrieben sieben Personen (13,5 %) ihren Gesundheitszustand als schlecht, hingegen schätzten 15 (31,9 %) von 47 an einer chronischen Krankheit leidenden Wohnungslosen (72,2 %) ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein.

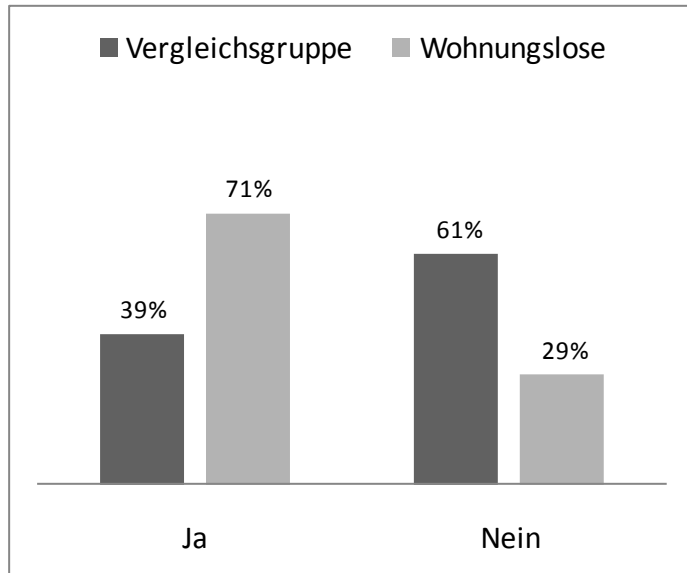
Innerhalb der Gruppe der chronisch Erkrankten unterscheiden sich die Ergebnisse zwischen der Vergleichsgruppe und der Gruppe der Wohnungslosen signifikant voneinander (u-Test, $p = < 0.001$). Wohnungslose, die an einer chronischen Erkrankung leiden, schätzten zu 74,5 % ihren gesundheitlichen Zustand als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht ein. Personen der Vergleichsgruppe, welche von einer chronischen Krankheit betroffen sind, beschrieben zu 53,9 % ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht.

7.2.2.2 Chronische Krankheit

Etwas mehr als 71 % (47 Personen) der Wohnungslosen gaben an, eine chronische, also dauerhafte, Krankheit oder ein chronisches gesundheitliches Problem zu haben (Frage S2 im Fragebogen). Zum Vergleich leiden 39,4 % (52 Personen) der Vergleichsgruppe an einer chronischen Erkrankung. Der p-Wert ist signifikant (Chi²-Test, $p = 0.001$) und zeigt

somit einen deutlichen Unterschied hinsichtlich dauerhafter Erkrankungen zwischen den beiden Gruppe an (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Darstellung chronische Erkrankungen

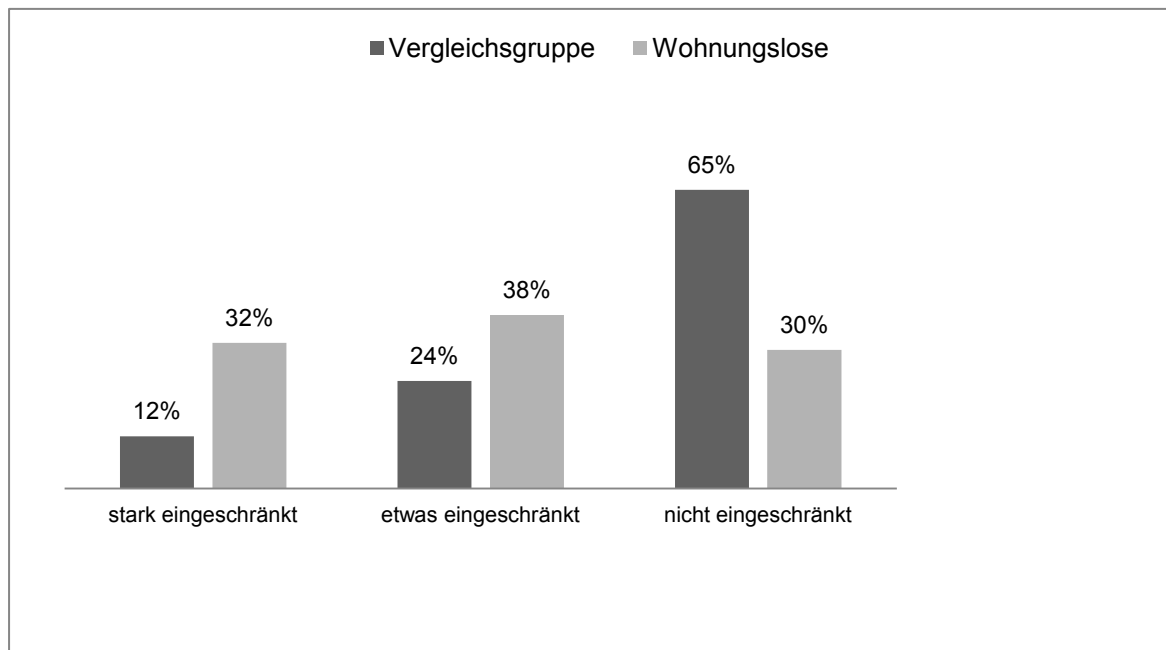


Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

7.2.2.3 Gesundheitliche Einschränkungen

Das Auftreten von Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme im Alltag zeigt einen deutlichen Unterschied zwischen Wohnungslosen und der Vergleichsgruppe. So ist in Abbildung 8: Darstellung von gesundheitlichen Einschränkungen ein signifikanter Unterschied erkennbar (χ^2 -Test, $p = 0.001$): Sechsendvierzig Personen (69,7 %) der Wohnungslosen-Gruppe sind aufgrund von gesundheitlichen Problemen im Alltag stark oder zumindest etwas eingeschränkt. Bei der Vergleichsgruppe sind es 34,9 % (Frage S3).

Abbildung 8: Darstellung von gesundheitlichen Einschränkungen



Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Tabelle 11: Einschränkungen durch eine chronische Erkrankung

| Einschränkung im alltäglichen Leben/ chronische Erkrankung | | Stark eingeschränkt | | Etwas eingeschränkt | | Nicht eingeschränkt | | p-Wert (u-Test) |
|---|------------------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|-----------------|
| | | | % | | % | | % | |
| Ja | Vergleichsgruppe | 12 | 23,1 | 24 | 6,2 | 16 | 30,8 | .133 |
| | Wohnungslose | 17 | 36,2 | 20 | 42,6 | 10 | 21,3 | |
| Nein | Vergleichsgruppe | 3 | 3,8 | 7 | 8,8 | 70 | 87,5 | < .001 |
| | Wohnungslose | 4 | 21,1 | 5 | 26,3 | 10 | 52,6 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung

Aus Tabelle 11 geht hervor, dass es keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der Angaben beider Gruppen in Bezug auf starke Einschränkungen im alltäglichen Leben - verursacht durch eine chronische Erkrankung (u-Test, p-Wert = 0.133) - gibt. So gaben 36 % der chronisch erkrankten Wohnungslosen und 23 % der Vergleichsgruppe starke Einschränkungen an. Beurteilten die Befragten ohne chronische Erkrankungen hingegen ihre alltäglichen Einschränkungen, so klagten gesunde Wohnungslose häufiger als gesunde Personen der Vergleichsgruppe, in ihrem alltäglichen Leben eingeschränkt zu sein (u-Test, p-Wert = 0.001).

7.2.2.4 Chronische Krankheiten und medikamentöse Behandlung

Im Folgenden werden die Prävalenz chronischer Krankheiten und die daraufhin verordneten Medikamente vorgestellt. Die statistischen Auswertungen wurden anhand des Chi^2 -Tests ermittelt (vgl. Abbildung 9, Tabelle 12).

Die häufigsten von wohnungslosen Personen angegebenen Erkrankungen sind chronische Angstzustände und oder Depressionen. So leiden 44 % der Befragten an diesem Erkrankungsbild. Bei den Befragten aus der Vergleichsgruppe sind es 11 %. Daher ist ein deutlicher Unterschied hinsichtlich psychischer Erkrankungen zwischen den beiden Gruppen erkennbar ($p < 0.0001$). Dagegen konnten keine statistisch bedeutsamen Unterschiede betreffend der therapeutischen Maßnahmen gegen Depressionen oder chronischen Angstzuständen gefunden werden ($p = 0.757$). Knapp 60 % der an chronischen Angststörungen erkrankten Wohnungslosen und ebenso knapp 60 % der an selbiger Problematik Erkrankten aus der Vergleichsgruppe wirken ihrer Erkrankung mit Medikamenten entgegen.

Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit an Diabetes mellitus und der deshalb notwendigen Medikamenteneinnahme während der letzten zwölf Monate ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. Unter den Wohnungslosen befinden sich 10,6 % Diabetiker/-innen und unter den Personen der Vergleichsgruppe 8,3 %; über 80 % der Erkrankten beider Gruppen nahmen zum Zeitpunkt der Befragung Medikamente gegen Diabetes ein ($p = 0.829$).

Im Vergleich der erlittenen Herzinfarkte in beiden Gruppen konnten folgende Ergebnisse gefunden werden: Die Anzahl der Herzinfarkte der Wohnungslosen unterscheidet sich signifikant ($p = 0.004$) von der niedrigeren Anzahl der Vergleichsgruppe.

Wegen der geringen Stichprobengröße wurde hinsichtlich der Medikamenteneinnahme gegen Herzinfarktserkrankungen keine Signifikanz errechnet.

Bezüglich der Anzahl der an Bluthochdruck Erkrankten konnten keine signifikanten Unterschiede ($p = 0.318$) zwischen der Gruppe der Wohnungslosen gefunden werden (33 % von Hypertonie betroffen) und der Vergleichsgruppe (27 % betroffen). 86 % der Vergleichsgruppe nahmen - verglichen mit 59 % der Wohnungslosen - blutdrucksenkende Medikamente ein ($p = 0.230$).

Die Häufigkeit von Insulten der Wohnungslosen ist mit einem Prozentwert von 9 nicht signifikant höher als bei den Nicht-Wohnungslosen ($p = 0.125$), bei welchen der prozentuale Anteil bei 4 % liegt. Davon befinden sich 100 % in medikamentöser Behandlung. Bei

den Wohnungslosen sind es 33 %. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurde hier keine Signifikanz errechnet.

Die Teilnehmer/-innen der Gruppe der Wohnungslosen (37 %) leiden häufiger an chronischer Bronchitis oder einem Emphysem als jene in der Vergleichsgruppe (4 %). Dieser Unterschied konnte als signifikant ($p < 0.001$) bewertet werden. Signifikante Unterschiede hinsichtlich der medikamentösen Therapie aufgrund chronischer Bronchitis konnten jedoch nicht gefunden werden ($p = 0.495$).

Wie die Ergebnisse zeigen ($p < 0.001$), leiden wohnungslose Menschen (19 %) signifikant häufiger an Magen- und oder Darmgeschwüren als Teilnehmer/-innen der Vergleichsgruppe (3 %). Eine Therapie medikamentöser Art wird hingegen von beiden Gruppen in nahezu gleichen Maßen eingesetzt (42 % Wohnungslose vs. 50 % Vergleichsgruppe). Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurde bei dieser Krankheitsgruppe keine Signifikanz errechnet.

Das Auftreten von Karzinomen unterscheidet sich in beiden Gruppen nicht signifikant. So gaben 6 % der Wohnungslosen an, schon einmal an einem Karzinom erkrankt gewesen zu sein. Bei den Personen der Vergleichsgruppe belief sich die Zahl der Karzinomerkrankungen auf 2 %. Aufgrund der geringen Stichprobengröße, wurde bei dieser Krankheitsgruppe keine Signifikanz errechnet.

Tabelle 12: Darstellung von chronischer Krankheit und medikamentöser Behandlung

| Prävalenz | Wohnungslose | | Vergleichsgruppe | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|--|--------------|----|------------------|----|------------------------------------|
| | % | N | % | N | |
| Medikamenten- einnahmen | | | | | |
| Chronische Angstzustände/ Depressionen | 44 | 29 | 10,6 | 14 | < .001 |
| *Medikamente Angstzustände | 62 | 18 | 57 | 8 | .757 |
| Chronische Bronchitis/ Emphysem | 37 | 22 | 4 | 5 | < .001 |
| *Medikamente chronische Bronchitis | 75 | 18 | 60 | 3 | .495 |
| Bluthochdruck | 33 | 22 | 27 | 35 | .318 |
| *Medikamente Bluthochdruck | 59 | 13 | 85,7 | 30 | .230 |
| Magen-Darm-Geschwür | 19 | 12 | 3 | 4 | < .001 |
| *Medikamente Ulcus ventricu- li/duodeni | 42 | 5 | 50 | 2 | |
| Diabetes | 10,6 | 7 | 8,3 | 11 | .600 |
| *Medikamente Diabetes | 85,7 | 6 | 81,8 | 9 | .829 |
| Herzinfarkt | 10,6 | 7 | 1,5 | 2 | |
| *Medikamente Herzinfarkt | 57 | 4 | 100 | 2 | |
| Schlaganfall/Hirnblutung | 9 | 6 | 4 | 5 | .125 |
| *Medikamente Insult | 33 | 2 | 100 | 5 | |
| Karzinom | 6,2 | 4 | 2,3 | 3 | |
| *Medikamente Karzinom | 50 | 2 | 33,3 | 1 | |

*Medikamenteneinnahme, bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Befragung, wurde nur nach positiver Antwort auf die jeweilige chronische Erkrankung abgefragt.

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Häufigste Krankheitsbilder (vgl. Abbildung 9)

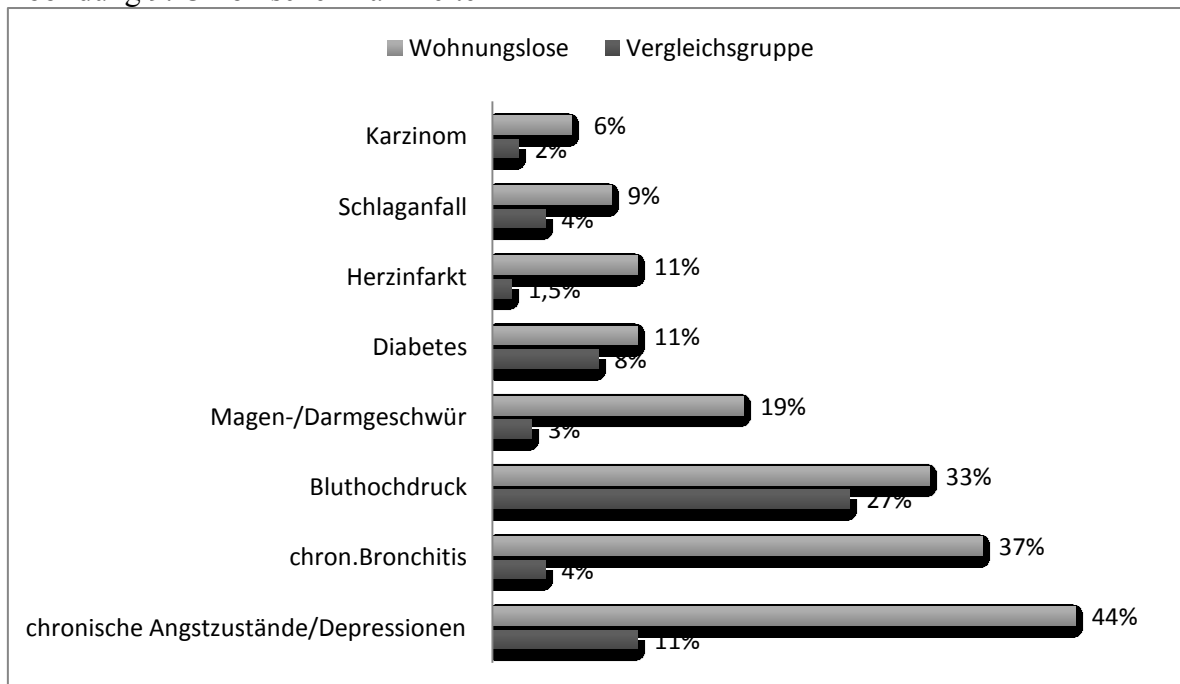
Es wurde bereits erwähnt, dass chronische Angststörungen und Depressionen (44 %) die häufigsten Krankheitsbilder von Wohnungslosen sind. Das zweithäufigste Krankheitsbild ist mit 37 % chronische Bronchitis und Emphysem. Den dritten Platz der häufigsten Krankheitsbilder nimmt bei Wohnungslosen Hypertonie ein (33 %). Magen- und oder Darmgeschwüre gaben von 19 % der Befragten an. Myokardinfarkte (11 %), Insulte (9 %),

Diabetes (8 %) und Karzinome (6 %) zählen zu den selteneren Erkrankungen von wohnungslosen Menschen.

Befragte der Vergleichsgruppe gaben als häufigste Erkrankung Bluthochdruck an (27 %), gefolgt von chronischen Angstzuständen und Depressionen (11 %). Die Übrigen erfragten chronischen Krankheiten pendeln sich zwischen 2 % (Herzinfarkt und Karzinom) und 8 % (Diabetes) ein.

(Im Fragebogen: S 4.1 Diabetes, S 4.1 g Bluthochdruck, S 4.1 h Herzinfarkt, S 4.1 i Schlaganfall oder Gehirnblutung, S 4.1 j chron. Bronchitis, S 4.1 o Magen-Darm-Geschwür, S 4.1 p Krebs, S 4.1 r chronische Angstzustände oder Depressionen, S 4.1 s, t, u sonstige chronische Krankheiten.)

Abbildung 9: Chronische Krankheiten



Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

7.2.2.5 Sonstige Erkrankungen

Auf die Frage zu sonstigen chronischen Erkrankungen, die in dieser Art nur den Wohnungslosen gestellt wurde, gaben 15 Personen an, an psychiatrischen Erkrankungen zu leiden. Nach eigenen Angaben befand sich unter jenen Personen eine Person mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, drei Befragte gaben eine asoziale Persönlichkeitsstörung an und fünf litten an einer paranoiden Schizophrenie. Die restlichen Personen konnten keine

genauerem Angaben hinsichtlich ihrer psychiatrischen Erkrankung machen. Sieben Personen waren an der Infektionskrankheit Hepatitis C und eine Person zusätzlich zu Hepatitis C an HIV erkrankt. Weitere fünf Personen gaben Epilepsie als sonstige Erkrankung an.

7.2.2.6 Zahnzustand

Tabelle 13: Zahnzustand

| Voll- oder Teilprothese | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|-------------------------------------|------------------|------|--------------|------|---------------------------------|
| | N = 132 | % | N = 66 | % | |
| Vollprothese | 9 | 6,8 | 20 | 30,3 | < 0,001 |
| Teilprothese | 56 | 42,4 | 11 | 16,7 | |
| Keine Prothese, noch eigene Zähne | 64 | 48,5 | 29 | 43,9 | |
| Keine Prothese, keine eigenen Zähne | 3 | 2,3 | 6 | 9,1 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Der Zahnzustand beider Gruppen wird in Tabelle 13 dargestellt und ist wie folgt zu beschreiben: 30,3 % der Wohnungslosen tragen im Gegensatz zu 6,8 % der Vergleichsgruppe eine Vollprothese. Eine Teilprothese benötigen 42,4 % der Vergleichsgruppe und 16,7 % der Wohnungslosen. Die Antwort: „Keine Prothese, noch eigene Zähne“ ist prozentuell bei beiden Gruppen annähernd gleich (zwischen 44 und 49 %). Ungefähr jeder zehnte komplett zahnlose Wohnungslose trägt keine Prothese. Hinsichtlich der Kategorie Alter, gibt es bei den 50 bis 60 Jährigen signifikante Unterschiede: So weisen wohnungslose Menschen dieser Alterskategorie einen schlechteren Zahnzustand als die Vergleichsgruppe auf (Chi²-Test, p-Wert = 0.002). (Frage C 2.4.)

7.2.2.7 Schmerzen

Tabelle 14: Darstellung „Erhebliche Schmerzen während der letzten 12 Monate“

| Erhebliche Schmerzen in den letzten 12 Monaten | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|--|------------------|------|--------------|------|---------------------------------|
| | N | % | N | % | |
| Ja | 54 | 40,9 | 29 | 43,9 | .684 |
| Nein | 78 | 59,1 | 37 | 56,1 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Frage über das Vorkommen von erheblichen Schmerzen während der letzten zwölf Monate. Ungefähr 40 % der Befragten in beiden Gruppen gaben erhebliche Schmerzen während der letzten 12 Monate an (Frage S 5.1).

7.2.2.8 Befinden und Stimmungslage

Die folgenden sieben Fragen betreffen das Befinden und die Stimmungslage der befragten Personen während des letzten Monats. Als Antwortmöglichkeiten konnten die Befragten: „Immer“, „Meistens“, „Ziemlich oft“, „Manchmal“ oder „Nie“ angeben (S 9. 1 bis S 9.8 im Fragebogen). In den nachstehenden Tabellen werden die Ergebnisse der eigenen Erhebung in Gesamt- und Prozentzahlen mit den Ergebnissen der gematchten Personen des Gesundheitsfragebogens verglichen.

Tabelle 15: Nervosität in den letzten vier Wochen

| Variable | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (u-Test) |
|--------------|------------------|------|--------------|------|-----------------|
| Sehr nervös | N | % | N | % | |
| Immer | 3 | 2,3 | 7 | 10,6 | .184 |
| Meistens | 6 | 4,5 | 15 | 7,6 | |
| Ziemlich oft | 9 | 6,8 | 6 | 9,1 | |
| Manchmal | 64 | 48,5 | 17 | 25,8 | |
| Nie | 50 | 37,9 | 27 | 40,9 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Aus Tabelle 15 geht hervor, dass 86,4 % der Vergleichsgruppe in den letzten vier Wochen manchmal oder nie nervös waren. Bei den befragten wohnungslosen Personen waren es 66,7 %.

Tabelle 16: Niedergeschlagen in den letzten vier Wochen

| Variable | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (u-Test) |
|-------------------------|------------------|------|--------------|------|-----------------|
| | N | % | N | % | |
| Niedergeschlagen | | | | | .002 |
| Immer | 0 | 0,0 | 4 | 6,1 | |
| Meistens | 4 | 3,0 | 6 | 9,1 | |
| Ziemlich oft | 6 | 4,5 | 5 | 7,6 | |
| Manchmal | 25 | 18,9 | 15 | 22,7 | |
| Nie | 97 | 73,5 | 36 | 54,5 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

So niedergeschlagen, dass sie nichts aufheitern konnte, waren in den vergangenen vier Wochen vor der Befragung 22,7 % der wohnungslosen Personen immer, meistens oder ziemlich oft. Von der Vergleichsgruppe geben 7,5 % an, meistens oder ziemlich oft niedergeschlagen gewesen zu sein, darunter befand sich keine Person, die während der letzten vier Wochen immer niedergeschlagen war. Die Gruppen unterscheiden sich signifikant.

Tabelle 17: Ruhig und gelassen in den letzten vier Wochen

| Variable | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (u-Test) |
|---------------------------|------------------|------|--------------|------|-----------------|
| | N | % | N | % | |
| Ruhig und gelassen | | | | | .240 |
| Immer | 25 | 18,9 | 18 | 27,3 | |
| Meistens | 65 | 49,2 | 19 | 28,8 | |
| Ziemlich oft | 25 | 18,9 | 7 | 10,6 | |
| Manchmal | 15 | 11,4 | 15 | 24,2 | |
| Nie | 2 | 1,5 | 6 | 9,1 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Exakt 87 % der befragten Personen aus der Vergleichsgruppe erklärten, in den letzten vier Wochen vor Interviewbeginn immer, meistens oder ziemlich oft ruhig und gelassen gewesen zu sein. Dieselben Antwortmöglichkeiten gaben 66,7 % der Wohnungslosen an. Etwa 9 % der Gruppe der Wohnungslosen gaben im Vergleich zu 1,5 % der Vergleichsgruppe bezüglich ihrer Stimmungslage an, im gleichen Zeitraum nie ruhig und gelassen gewesen zu sein. Die Gruppe unterscheiden sind nicht signifikant.

Tabelle 18: Bedrückt und traurig in den letzten vier Wochen

| Variable | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (u-Test) |
|-----------------------------|------------------|------|--------------|------|-----------------|
| | N | % | N | % | |
| Bedrückt und traurig | | | | | < .001 |
| Immer | 0 | 0,0 | 3 | 4,5 | |
| Meistens | 5 | 3,8 | 10 | 15,2 | |
| Ziemlich oft | 5 | 3,8 | 12 | 18,2 | |
| Manchmal | 50 | 37,9 | 15 | 22,7 | |
| Nie | 72 | 54,5 | 26 | 39,4 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Mehr als die Hälfte (54,5 %) der Vergleichsgruppe war in den letzten vier Wochen nie bedrückt oder traurig. Unter dieser Gruppe fand sich auch keine Person, die angab immer traurig gewesen zu sein. Knapp 40 % der Wohnungslosen gaben an, nie bedrückt oder traurig gewesen zu sein. Jedoch weisen 19,7 % der Wohnungslosen im Gegensatz zu 3,8 % der Vergleichsgruppe daraufhin in den vergangenen vier Wochen immer oder meistens traurig und bedrückt zu sein. Die Unterschiede der beiden Gruppen sind signifikant ($p < 0.001$).

Tabelle 19: Unglücklich in den letzten vier Wochen

| Variable | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (u-Test) |
|-------------------------------|------------------|------|--------------|------|-----------------|
| | N | % | N | % | |
| Nieder- geschlagen | | | | | < .001 |
| Immer | 9 | 6,8 | 9 | 13,6 | |
| Meistens | 23 | 17,4 | 24 | 36,4 | |
| Ziemlich oft | 25 | 18,9 | 11 | 16,7 | |
| Manchmal | 53 | 40,2 | 17 | 25,8 | |
| Nie | 22 | 16,7 | 5 | 7,6 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Sich immer oder meistens unglücklich gefühlt zu haben, bestätigte knapp jede vierte Person aus der Vergleichsgruppe (24, 2 %) sowie jede zweite wohnungslose Person (50 %). Die beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant von einander ($p < 0.001$).

Tabelle 20: Voller Energie in den letzten vier Wochen.

| Variable | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (u-Test) |
|-----------------------|------------------|------|--------------|------|-----------------|
| | N | % | N | % | |
| Voller Energie | | | | | .106 |
| Immer | 16 | 12,1 | 9 | 13,6 | |
| Meistens | 41 | 31,1 | 16 | 24,2 | |
| Ziemlich oft | 32 | 24,2 | 7 | 10,6 | |
| Manchmal | 32 | 24,2 | 24 | 36,4 | |
| Nie | 11 | 8,3 | 10 | 15,2 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Die prozentuelle Mehrheit (51,6 %) der Wohnungslosen waren entweder manchmal (36,4 %) oder nie (15,2 %) voller Energie. Bei den Vergleichspersonen zählen zu diesen beiden Antwortkategorien. Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant ($p = 0.106$).

Tabelle 21: Erschöpft in den letzten vier Wochen

| Variable | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (u-Test) |
|------------------|------------------|------|--------------|------|-----------------|
| | N | % | N | % | |
| Erschöpft | | | | | .033 |
| Immer | 5 | 3,8 | 9 | 13,6 | |
| Meistens | 4 | 3,0 | 13 | 19,7 | |
| Ziemlich oft | 16 | 12,1 | 7 | 10,6 | |
| Manchmal | 73 | 55,3 | 17 | 25,8 | |
| Nie | 34 | 15,8 | 19 | 28,8 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

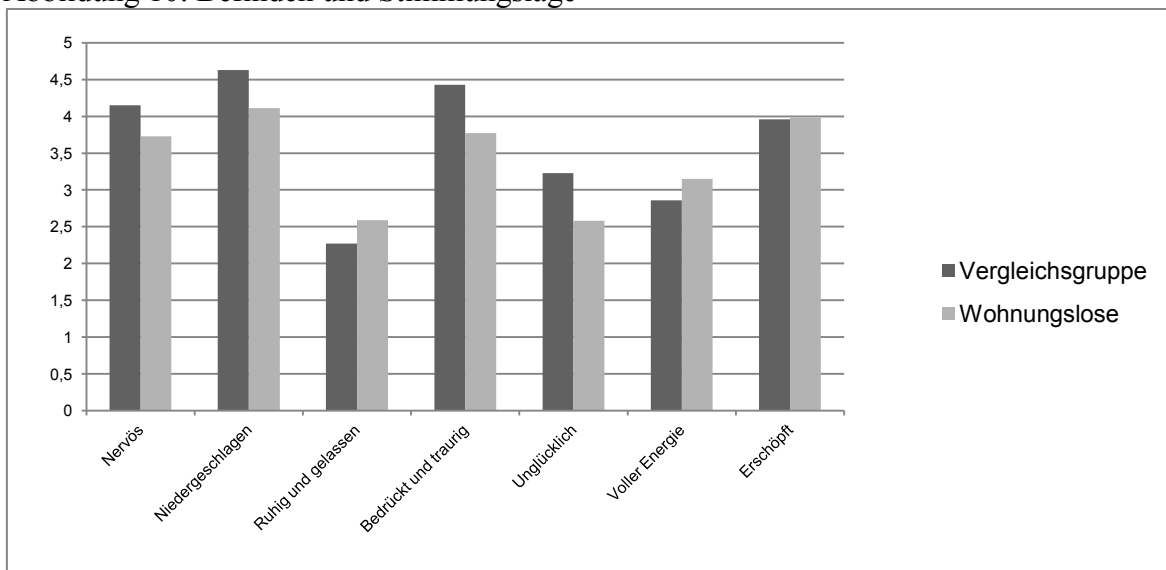
Die letzte Frage zur Stimmungslage der letzten vier Wochen vor Stattfinden der Befragung bezog sich auf den Status „Erschöpft sein“: Wohnungslose gaben im Vergleich zur Kontrollgruppe an, vermehrt, also meistens oder immer, erschöpft zu sein (33,3 % im Vergleich zu 6,8 %). Der Gruppenunterschied ist signifikant ($p = 0.003$).

Tabelle 22: Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichung hinsichtlich dem Befinden und der Stimmungslage

| Variable | Vergleichsgruppe | SD | Wohnungslose | SD |
|----------------------|------------------|------|--------------|------|
| Nervös | 4,15 | .90 | 3,73 | 1.40 |
| Niedergeschlagen | 4,63 | .71 | 4,11 | 1.24 |
| Ruhig und gelassen | 2,27 | .95 | 2,59 | 1.36 |
| Bedrückt und traurig | 4,43 | .74 | 3,77 | 1.25 |
| Unglücklich | 3,23 | 1.20 | 2,58 | 1.16 |
| Voller Energie | 2,86 | 1.17 | 3,15 | 1.33 |
| Erschöpft | 3,96 | .92 | 3,98 | 5.20 |
| Gesamtscore Befinden | 27,47 | 5.00 | 24,02 | 6.40 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Abbildung 10: Befinden und Stimmungslage



Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Erklärung: 1= Immer, 2= Meistens, 3= Ziemlich Oft, 4= Manchmal, 5= Nie.

Nach Bildung eines Gesamtscores Befinden und ein darauffolgendes Testen der Signifikanz zeigten sich signifikante Unterschiede der Gruppen hinsichtlich Befinden und Stimmungslage im Gesamten (t-Test, $p = < 0.001$).

7.2.2.9 Schlafstörungen

Tabelle 23: Schlafstörungen und deren Intensität während der letzten zwei Wochen

| Schlafstörungen während der letzten 2 Wochen | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|--|------------------|------|--------------|------|---------------------------------|
| | N = 132 | % | N = 66 | % | |
| Ja | 46 | 34,8 | 24 | 36,4 | .833 |
| Nein | 86 | 65,2 | 42 | 63,6 | |
| Stark* | 28 | 60,9 | 16 | 69,6 | .479 |
| Gering* | 18 | 39,1 | 7 | 30,4 | |

*Falls die Frage mit „Ja“ beantwortet wurde.

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Von Schlafstörungen während der vergangenen zwei Wochen und deren Intensität waren beide Gruppen ungefähr gleich häufig betroffen. Die Unterschiede beider Gruppen sind nicht signifikant. Ungefähr 65 % der Befragten, die angaben, an Schlafstörungen zu leiden, sind davon stark betroffen gewesen. Etwa 35 % waren gering betroffen (vgl. Tabelle 23). (Frage D 6.1 und D 6.2 zusammengefasst).

7.2.3 Lebensqualität - individuelle Ressourcen und Belastungen

Tabelle 24: WHO-QOL Mittelwertvergleich

| | Gruppe | N | Mittelwert | SD | p-Wert (t-Test) |
|-----------------------|------------------|-----|------------|--------|-----------------|
| Physische Gesundheit | Vergleichsgruppe | 132 | 62,45 | 10,741 | .006 |
| | Wohnungslose | 66 | 57,53 | 13,395 | |
| Psychische Gesundheit | Vergleichsgruppe | 132 | 67,87 | 12,091 | .019 |
| | Wohnungslose | 65 | 63,10 | 15,460 | |
| Soziale Beziehungen | Vergleichsgruppe | 132 | 74,81 | 19,657 | < .001 |
| | Wohnungslose | 66 | 57,95 | 21,430 | |
| Umweltressourcen | Vergleichsgruppe | 132 | 73,58 | 14,121 | .131 |
| | Wohnungslose | 66 | 70,11 | 17,063 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Die Lebensqualität wurde durch insgesamt 26 Fragen (Fragen d8_1 bis d8_26) nach dem WHOQOL-Fragebogenschema erhoben. Nachdem die Lebenszufriedenheit am Istzustand gemessen wird, wurden die Fragen auf die Einschätzung der Befragten innerhalb der letzten zwei Wochen gerichtet.

Als Antwortmöglichkeiten konnten die Befragten: „sehr unzufrieden“, „unzufrieden“, „weder zufrieden noch unzufrieden“, „zufrieden“ und „sehr zufrieden“ angeben. Für jede Domain = WHO_phys, WHO_psy, WHO_soc und WHO_env wurden Indikatorwerte zwischen 0 bis 100 berechnet. In Tabelle 24 werden die Ergebnisse dargestellt.

Die Ergebnisse des WHOQOL-BREF werden als Mittelwertvergleiche wiedergegeben, die weitgehend in die erwartete Richtung weisen (mit Ausnahme der Resultate für Umweltressourcen) und spezifische Einbußen der Lebensqualität von wohnungslosen Menschen in plausibler Weise widerspiegeln.

Die Aspekte der Lebensqualität im Bereich Umweltressourcen wurden mit folgenden Inhalten abgedeckt:

- Sicherheit im täglichen Leben
- gesunde Umweltbedingungen im Wohngebiet
- genügend Geld, um Bedürfnisse erfüllen zu können
- Zugang zu relevanten Informationen für das tägliche Leben
- ausreichend Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung
- Zufriedenheit mit dem Wohngebiet
- Zufriedenheit mit den Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen
- Zufriedenheit mit den zur Verfügung stehenden Beförderungsmitteln.

(Die Fragen entsprechen dem WHOQOL-Erhebungsbogen: d8_8, d8_9, d8_12, d8_13, d8_14, d8_23, d8_24, d8_25.) Werden alle Inhalte zusammengefasst, bestehen zwischen der Vergleichsgruppe und den Wohnungslosen keine signifikanten Unterschiede. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen konnten hinsichtlich der Lebensqualität im physischen und psychischen Bereich sowie bei sozialen Beziehungen gefunden werden.

Grob umfasst die physische Domäne des WHOQOL folgende Facetten: Schmerz, Energie und Schlaf. Im Fragebogen wurde daher nach durch Schmerzen bedingte Einschränkungen, Abhängigkeit von medizinischen Behandlungen, ausreichend Energie, Mobilität, Zufriedenheit mit Schlaf, Zufriedenheit mit der Fähigkeit, alltägliche Dinge zu bewältigen, und

Zufriedenheit mit der Arbeitsfähigkeit gefragt. (Im Fragebogen durch die Nummerierungen d8_3, d8_4, d8_10, d8_15, d8_16, d8_17, d8_18 gekennzeichnet.)

Die abfragte psychische Domäne umfasst die Facetten: positive Gefühle, Denken, Selbstwert, Körper und negative Gefühle. Folgende Fragen sollen besagte Domäne widerspiegeln: „Fähigkeit, das Leben zu genießen, Sinnhaftigkeit des Lebens, Konzentrationsfähigkeit, Akzeptanz des Aussehens, Zufriedenheit mit sich selbst und Vorkommen von negativen Gefühlen wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression“. (WOHOQOL Fragen: d8_5, d8_6, d8_7, d8_11, d8_19, d8_26.)

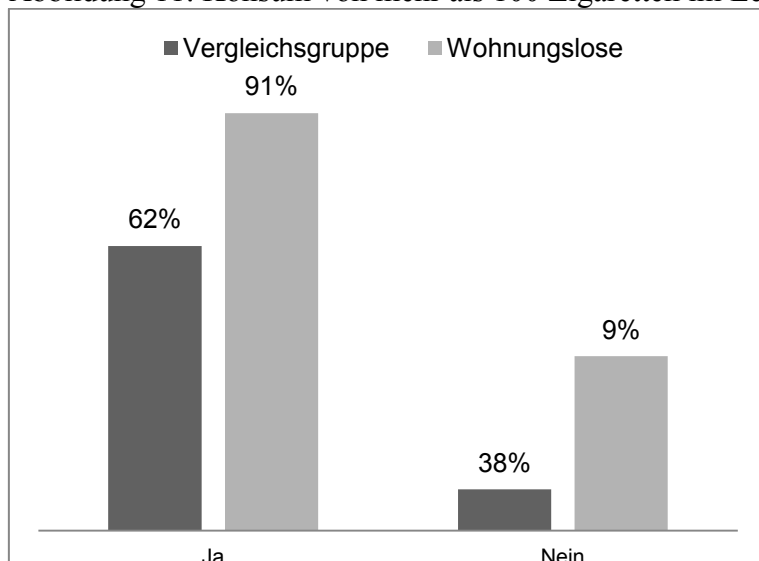
Die Domäne „Soziale Beziehungen“ beinhaltet die Bereiche „Soziale Beziehungen“, „Soziale Unterstützung“ und „Sexualität“. Wohnungslose Menschen gaben an, weniger zufrieden mit ihren persönlichen Beziehungen, weniger zufrieden mit ihrem Sexualleben und weniger zufrieden mit der Unterstützung durch ihre Freunde zu sein. Der Gesamtscore der beiden Gruppen unterscheidet sich signifikant voneinander ($p < 0.001$). (Fragebogen: d8_20, d8_21, d8_22.)

7.2.4 Allgemeines Gesundheitshandeln - Gesundheitsrelevantes Verhalten

In den folgenden zwei Kapiteln werden die Angaben der Befragten hinsichtlich gesundheitsschädigenden (Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum) und gesundheitsfördernden (körperliche Aktivität, Ernährung und Trinkgewohnheiten) Verhaltensweisen beschrieben.

7.2.4.1 Rauchverhalten

Abbildung 11: Konsum von mehr als 100 Zigaretten im Leben



Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Insgesamt geben 71,7 % der Befragten beider Gruppen zusammen an, in ihrem Leben bereits mehr als 100 Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder andere Tabakwaren geraucht zu haben (Frage D 2.1 im Fragebogen).

Sechzig von 66 Wohnungslosen haben bereits mehr als 100 Zigaretten in ihrem Leben geraucht. Von der Kontrollgruppe haben 82 von 132 der Befragten in ihrem Leben bereits mehr als 100 Zigaretten konsumiert (vgl. Abbildung 11). Die Gruppenunterschiede sind signifikant (Chi²-Test, $p < 0.001$).

Tabelle 25: Rauchbeginn nach Alter

| Gruppe | Mittelwert | N | SD | p-Wert (t-Test) |
|------------------|------------|-----|------|-----------------|
| Vergleichsgruppe | 19,10 | 75 | 3,97 | .275 |
| Wohnungslose | 17,83 | 60 | 7,53 | |
| Insgesamt | 18,49 | 135 | 5,83 | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Mit dem gesundheitsschädigenden Verhalten des Rauchens begannen wohnungslose Personen in einem durchschnittlichen Alter von 17,83 Jahren. Personen der Vergleichsgruppe begannen in einem Durchschnittsalter von 19,1 Jahren täglich zu rauchen (vgl. Tabelle 25). (Siehe Frage D 2.3. im Fragebogen.)

Tabelle 26: Momentanes Rauchverhalten

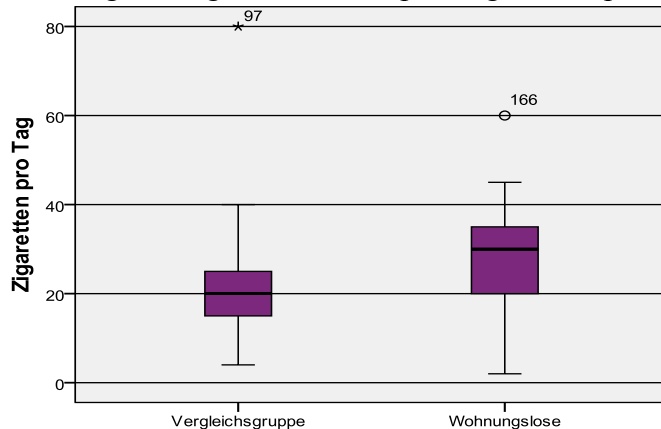
| Momentanes Rauchverhalten | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|---------------------------|------------------|------|--------------|------|---------------------------------|
| | N | % | N | % | |
| | | | | | < .001 |
| Ja, täglich | 44 | 58,7 | 55 | 90,2 | |
| Ja, gelegentlich | 2 | 2,7 | 3 | 4,9 | |
| Nein | 29 | 38,7 | 3 | 4,9 | |
| Gesamt | 75 | | 61 | | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.
Filterfrage.

Diejenigen, welche die Frage „Haben Sie in Ihrem Leben bereits mehr als 100 Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder andere Tabakwaren geraucht?“ (im Fragebogen D 2.1) positiv beantworteten – das sind bei der Vergleichsgruppe 62,1 % und bei den Wohnungslosen 90,9 % – wurden zu ihrem täglichen Rauchverhalten befragt, wobei sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0.001$) hinsichtlich der untersuchten Gruppen (vgl. Tabelle 26) ergab. Die Mehrheit der wohnungslosen Raucher/-innen (90,2 %) gab an, täglich zu rauchen. Aus der Vergleichsgruppe rauchten 58,7 % täglich Nikotin. Unter den Befragten der Vergleichsgruppe gaben 2,7 % an, Gelegenheitsraucher zu sein, bei den Wohnungslosen waren es 4,9 %. (Frage nach dem momentanen Rauchverhalten: D2.7 im Fragebogen.)

Der Großteil der ehemaligen Raucher/-innen beendete die Rauchkarriere vor mehr als einem Jahr; in der Vergleichsgruppe sind dies 30 von 31 Personen und in der Gruppe der Wohnungslosen drei von vier Personen (Frage D 2.5 im Fragebogen). Im Durchschnitt haben Personen der Vergleichsgruppe vor 14,33 Jahren und Personen der Gruppe der Wohnungslosen vor 17 Jahren ihre Rauchgewohnheit beendet.

Abbildung 12: Zigarettenanzahl pro Tag im Boxplot-Diagramm



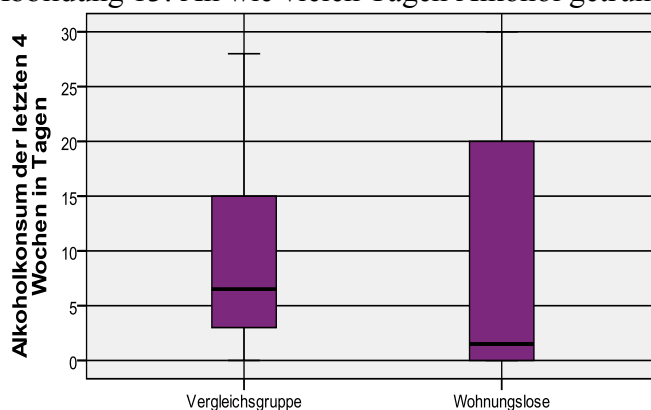
T-Test bei unabhängigen Stichproben.

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Die 44 Personen der Vergleichsgruppe, die einen Einblick in ihren täglichen Zigarettenkonsum gewährten, rauchten durchschnittlich 20,80 Zigaretten am Tag. Von den 58 wohnungslosen Raucher/-innen wurden durchschnittlich 26,91 Zigaretten am Tag konsumiert. Kein/e Raucher/-in der Vergleichsgruppe gab an, weniger als vier Zigaretten am Tag zu rauchen. Hingegen befanden sich unter den Wohnungslosen zwei Personen, deren täglicher Tabakkonsum unter zwei Zigaretten pro Tag lag. Der Unterschied des täglichen Zigarettenkonsums beider Gruppen ist signifikant ($p = 0.017$), (Frage D 2.7).

7.2.4.2 Alkohol

Abbildung 13: An wie vielen Tagen Alkohol getrunken im Boxplot-Diagramm



Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Tabelle 27: Alkoholkonsum der letzten vier Wochen in Tagen

| Gruppe | Mittelwert (t-Test) | N | SD |
|------------------|---------------------|-----|-------|
| Vergleichsgruppe | 10,09 | 88* | 8,98 |
| Wohnungslose | 9,64 | 66 | 12,45 |
| Insgesamt | 9,90 | 154 | 10,57 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

*Filterfrage; Diese Frage wurde nur denjenigen aus der Vergleichsgruppe gestellt, welche bei einer früheren Frage angaben, in den letzten 12 Monaten öfter als viermal Alkohol getrunken zu haben.

Im vergangenen Monat konsumierten die befragten Wohnungslosen durchschnittlich an 9,6 Tagen Alkohol. Personen aus der Vergleichsgruppe gaben an, durchschnittlich an 10,9 Tagen im Monat alkoholische Getränke zu sich zu nehmen (Frage D 3.4).

Dabei ist zu erwähnen, dass 43,9 % der befragten Wohnungslosen postulierten, an keinem einzigen Tag während der letzten vier Wochen Alkohol konsumiert zu haben. Im Gegensatz dazu behaupteten 5 von 88 Personen (5,7 %) der Vergleichsgruppe, an keinem einzigen Tag der letzten vier Wochen Alkohol getrunken zu haben. Werden alle Personen der Vergleichsgruppe einberechnet (also auch diejenigen, welche weniger als viermal in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken zu haben), gaben 37 % der Vergleichsgruppe an, an keinem Tag der letzten vier Wochen Alkohol getrunken zu haben. An 30 von 30 Tagen tranken 15 von 66 (22,7 %) der Wohnungslosen und 0 % von 88 Personen der Vergleichsgruppe Alkohol. Die Ergebnisse sind hoch signifikant ($p < 0.001$).

Tabelle 28: Alkoholkonsum am Vortag

| Alkoholkonsum am Vortag | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|-------------------------|------------------|------|--------------|------|---------------------------------|
| | N | % | N | % | |
| Ja | 36 | 43,4 | 21 | 31,8 | .149 |
| Nein | 47 | 56,6 | 45 | 68,2 | |
| Gesamt | 83* | | 66 | | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

*Filterfrage; diese Frage wurde nur denjenigen aus der Vergleichsgruppe gestellt, welche bei einer früheren Frage angaben, in den letzten 12 Monaten öfter als viermal Alkohol getrunken zu haben.

Auf die Frage nach dem Alkoholkonsum am vorangegangenen Tag (Frage D 3.4) antworteten 43,4 % der Vergleichsgruppe und 31,8 % der Wohnungslosen, dass sie Alkohol am Vortag zu sich genommen haben (vgl. Tabelle 28). Bei dieser Frage handelte es sich um eine Filterfrage. So wurden nur diejenigen aus der Vergleichsgruppe über ihren Alkohol-

konsum am Vortag befragt, welche zumindest an einem Tag der letzten vier Wochen alkoholische Getränke zu sich nahmen. Von den Wohnungslosen wurden hingegen alle Teilnehmer/-innen, auch diejenigen, deren letzter Alkoholkonsum schon länger zurückliegt, in die Gesamtanzahl (N = 66) einbezogen.

Mindestens ein halber Liter Bier wurde von 22,7 %, ein Seidl (0,3 Liter Bier) von 1,5 % der Wohnungslosen am Vortag konsumiert, von der Vergleichsgruppe tranken 9,1 % der Befragten mindestens 0,5 Liter Bier, und 4,5 % gaben an, am Vortag mindestens ein Seidl getrunken zu haben (Frage 3.5).

Eine Bouteille Wein (0,75 Liter) oder eine Literflasche Wein wurde von 9,1 % der Wohnungslosen (vs. 1,6 % der Vergleichsgruppe) und je ein Achtel oder ein Viertel Wein wurde von 1,5 % der Wohnungslosen (vs. 15,1 % der Vergleichsgruppe) getrunken. Genau 1,5 % der Wohnungslosen gab an, am Vortag mindestens 20 ml von 20 Vol.-% Schnaps oder Likör getrunken zu haben (vs. 1,5 % der Vergleichsgruppe). Hochprozentiger Alkohol (mindestens 20 ml von 40 Vol.-%) wurde von 1,5 % der Wohnungslosen und 4,6 % der Vergleichsgruppe am Vortag konsumiert.

Tabelle 29: Wunsch nach Verringerung des Alkoholkonsums

| Wunsch nach Verringerung des Alkoholkonsums | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|---|------------------|------|--------------|----|---------------------------------|
| | N | % | N | % | |
| Ja | 12 | 13,6 | 33 | 50 | < .001 |
| Nein | 76 | 86,4 | 33 | 50 | |
| Gesamt | 88* | | 66 | | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

*Filterfrage; Diese Frage wurde nur denjenigen aus der Vergleichsgruppe gestellt, welche bei einer früheren Frage angaben, in den letzten 12 Monaten öfter als viermal Alkohol getrunken zu haben.

Der Wunsch nach einer Verringerung des Alkoholkonsums (vgl. Tabelle 29) ist bei 50 % der Wohnungslosen und bei 13,6 % der Vergleichsgruppe gegeben (Frage D 3.7 im Fragebogen).

Tabelle 30: Schuldgefühle wegen des Alkoholkonsums

| Schuldgefühle wegen des Alkoholkonsums | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|--|------------------|------|--------------|------|---------------------------------|
| | N | % | N | % | |
| Ja | 13 | 14,8 | 23 | 34,8 | .004 |
| Nein | 75 | 85,2 | 43 | 65,2 | |
| Gesamt | 88* | | 66 | | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

*Filterfrage; Diese Frage wurde nur denjenigen aus der Vergleichsgruppe gestellt, welche bei einer früheren Frage angaben, in den letzten 12 Monaten öfter als viermal Alkohol getrunken zu haben.

Schuldgefühle wegen des Alkoholkonsums (vgl. Tabelle 30) wurden von 14,8 % der Vergleichsgruppe und 34,8 % der Wohnungslosen angegeben (Frage D 3.9).

Tabelle 31: Alkoholkonsum am Morgen

| Alkoholkonsum am Morgen | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|-------------------------|------------------|------|--------------|------|---------------------------------|
| | N | % | N | % | |
| Ja | 6 | 6,8 | 17 | 25,8 | .001 |
| Nein | 82 | 93,2 | 49 | 64,2 | |
| Gesamt | 88* | | 66 | | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

*Filterfrage; Diese Frage wurde nur denjenigen aus der Vergleichsgruppe gestellt, welche bei einer früheren Frage angaben, in den letzten 12 Monaten öfter als viermal Alkohol getrunken zu haben.

Die Frage „Haben Sie einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen?“ bejahten 25,8 % der Wohnungslosen und 6,8 % der Vergleichsgruppe (Frage D3.10).

7.2.4.3 Haschisch- oder Marihuana-Konsum

Tabelle 32 Haschisch-/Marihuana-Konsum – Lebenszeitprävalenz

| Haschisch/Marihuana konsumiert | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|--------------------------------|------------------|------|--------------|------|---------------------------------|
| | N | % | N | % | |
| Ja | 16 | 12,3 | 32 | 48,5 | < .001 |
| Nein | 114 | 87,7 | 34 | 51,5 | |
| Gesamt | 130 | | 66 | | |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Knapp die Hälfte 48,5 % der Wohnungslosen und 12,3 % der Vergleichsgruppe hatten schon einmal Haschisch oder Marihuana zu sich genommen (Frage D 4.3 im Fragebogen). Der Unterschied der beiden Gruppen ist signifikant ($p < 0.001$).

Von den 32 Personen der Gruppe der Wohnungslosen, die angaben, jemals in ihren Leben Marihuana geraucht zu haben, konsumierten zehn Personen während der letzten 30 Tage erwähntes Rauschmittel. Vier davon konsumierten es jeden Tag, drei Personen einen Tag im Monat (Frage D 4.7).

7.2.4.4 Körperliche Aktivität

Tabelle 33: Körperliche Aktivität während des letzten Jahres

| Intensität der körperlichen Aktivität | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | |
|---|------------------|------|--------------|------|
| | N = 132 | % | N = 66 | % |
| Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche | 10 | 7,6 | 1 | 1,5 |
| Jogging oder andere Entspannungsarten, mindestens 4 Stunden pro Woche | 21 | 15,9 | 1 | 1,5 |
| Jogging oder andere entspannungsarten, weniger als 4 Stunden pro Woche | 14 | 10,6 | 2 | 3,0 |
| Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4 Stunden pro Woche | 35 | 26,5 | 28 | 42,4 |
| Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4 Stunden pro Woche | 30 | 22,7 | 15 | 22,7 |
| Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten | 22 | 16,7 | 19 | 28,8 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Auf die Frage „Welcher Satz kennzeichnet am besten Ihren körperlichen Aktivitäten während des letzten Jahres?“ (Frage D 5.7) gaben 42,4 % der Wohnungslosen und 26,5 % der Vergleichsgruppe an, mindestens 4 Stunden pro Woche einen Spaziergang, eine Radtour oder andere leichte Aktivitäten zu unternehmen. Die gleichen Aktivitäten, aber mit einem Zeitaufwand von weniger als 4 Stunden pro Woche, wurden von beiden Gruppen gleich häufig angeführt (22,7 %). Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten wurden von 28,8 % der Wohnungslosen und 16,7 % der Vergleichsgruppe genannt. Körperlich anspruchsvollere Aktivitäten, wie zum Beispiel Jogging, führten 34,1 % der Vergleichsgruppe mehrmals wöchentlich durch. Im Vergleich dazu sind 6,0 % von den Wohnungslosen sportlich aktiv.

7.2.4.5 Nahrungs- und Getränkekonsum

Tabelle 34: Ernährungsverhalten

| Ernährungsverhalten | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | |
|--|------------------|------|--------------|------|
| | N = 132 | % | N = 66 | % |
| Mischkost mit viel Obst und Gemüse | 38 | 28,8 | 15 | 22,7 |
| Mischkost mit viel Fleisch | 31 | 23,5 | 21 | 31,8 |
| Mischkost mit wenig Fleisch | 59 | 44,7 | 30 | 45,5 |
| Vegetarisch inkl. Milchprodukten/Eiern | 4 | 3,1 | 0 | 0,0 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Der Großteil der Wohnungslosen und der Vergleichsgruppe ernährte sich mit Mischkost und wenig Fleisch (45,5 % und 44,7 %). Vegetarier/-innen sind in unter den Wohnungslosen nicht zu finden. In der Vergleichsgruppe sind sie mit 3,1 % der Befragten vertreten. Hinsichtlich ihres Ernährungsverhaltens konnten keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden werden (Chi²-Test, $p = 0.438$), (Frage D 7.1 im Fragebogen.)

Tabelle 35: Trinkgewohnheiten

| Trinkgewohnheiten | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | |
|---|------------------|------|--------------|------|
| | N = 132 | % | N = 66 | % |
| Vorwiegend Wasser/Mineralwasser/Tee, ungezuckert | 105 | 79,5 | 23 | 34,8 |
| Vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden (Cola, Eistee) | 24 | 18,2 | 29 | 43,9 |
| Vorwiegend alkoholische Getränke (Bier, Wein etc.) | 3 | 2,3 | 14 | 21,2 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Im Gegensatz zu den Essgewohnheiten sind die Unterschiede im Bezug auf das Trinkverhalten (Frage D 7.2) zwischen den beiden Gruppen signifikant ($p < 0.001$). So konsumieren die Befragten der Vergleichsgruppe vorwiegend Wasser, Mineralwasser oder ungezuckerten Tee (79,5 %). Die Mehrheit der Wohnungslosen trinkt am häufigsten Fruchtsäfte und Limonaden (43,9 %), wie zum Beispiel Cola, Fanta und Eistee. Unter den Personen der Wohnungslosen gaben 21,2 % an, vorwiegend alkoholische Getränke (Bier, Wein etc.) zu sich zu nehmen, bei der Vergleichsgruppe gaben dies 2,3 % an. Dabei ist zu

beachten, dass von Wohnungslosen ein niedriger monatlicher Alkoholdurchschnittswert angegeben wurde als bei der Vergleichsgruppe (siehe Frage D 3.4).

7.2.5 Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Versorgungssystemen

7.2.5.1 Krankenhausaufenthalte

Tabelle 36: Krankenhausaufenthalte über Nacht und geplante Operationen in den letzten zwölf Monaten

| Krankenhausaufenthalte | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|-----------------------------------|------------------|------|-----------------|------|---|
| | N = 132 | % | N = 66 | % | |
| Ja | 18 | 13,6 | 24 | 36,4 | < .001 |
| Nein | 114 | 86,4 | 42 | 63,6 | |
| Stationäre Aufenthalte Mittelwert | 1,22 (SD= .73) | | 2,58 (SD= 3.32) | | p-Wert (t-Test) .401 |
| Geplante Operationen | 11 | 8,3 | 8 | 12,1 | p-Wert (Chi ² -Test) .394 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

In Tabelle 36 werden die Anzahl der Personen, welche sich in den letzten zwölf Monaten stationär behandeln ließen, sowie die durchschnittliche Anzahl von stationären Aufenthalten pro Person, bei denen die Befragten über Nacht bleiben mussten als auch die Anzahl der Personen mit geplanten Operationen dargestellt (Frage C1.1 und C 1.2 im Fragebogen). So gaben 36,4 % der Wohnungslosen an, im letzten Jahr zumindest einen stationären Krankenhausaufenthalt gehabt zu haben. Durchschnittlich kamen auf eine Person 2,58 stationäre Aufenthalte. Die Vergleichsgruppe wies mit durchschnittlich 1,22 Krankenhausaufenthalten pro Person sowohl eine geringere Durchschnittsanzahl von Aufenthalten über Nacht als auch einen niedrigeren Prozentwert in Bezug auf stationäre Krankenhausaufenthalte im Allgemeinen auf. Insgesamt mussten 13,6 % der Vergleichsgruppe in den vergangenen zwölf Monaten in einem Krankenhaus stationär behandelt werden.

Mehr als ein stationärer Krankenhaushalt, insgesamt waren es vier, wurde von einer Person aus der Vergleichsgruppe angegeben. Der Großteil (88,9 %) gab einen Aufenthalt an. Bei den Wohnungslosen konnten drei Personen mindestens fünf separate Krankenhausaufenthalte in einem Jahr aufweisen.

Die Frage nach einer geplanten Operation in den letzten zwölf Monaten bejahten 12,1 % der Wohnungslosen und 8,3 % der Vergleichsgruppe. Dabei konnten keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden werden. (Frage C 1.6).

7.2.5.2 Allgemeinmediziner/-innen

Tabelle 37: Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin

| Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|---|------------------|------|--------------|------|---------------------------------|
| | N = 132 | % | N = 66 | % | |
| Vor weniger als 12 Monaten | 99 | 75 | 56 | 84,8 | .113 |
| Vor mehr als 12 Monaten | 33 | 25 | 10 | 15,2 | |
| Häufigkeit innerhalb der letzten 4 Wochen*: | | | | | |
| Gar nicht (0-mal) | 52 | 52,5 | 14 | 25,5 | |
| 1-mal | 36 | 36,4 | 23 | 41,8 | |
| 2-mal | 6 | 6,1 | 9 | 16,4 | |
| 3-mal | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | |
| 4-mal | 3 | 3,0 | 9 | 16,4 | |
| 5-mal | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | |

*wenn der letzten Arztbesuch innerhalb der letzten zwölf Monate stattfand.

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf Arztbesuche. Es wurden nur Arztbesuche wegen der eigenen Gesundheitsprobleme gezählt. Die Begleitung von Kindern oder des Ehepartners wurde nicht berücksichtigt.

Auf die Frage, wann zuletzt ein/e Allgemeinmediziner/-in aufgesucht wurde (Frage C 2.1), gaben 75,0 % der Vergleichsgruppe und 84,8 % der Wohnungslosen zur Antwort: „Vor weniger als 12 Monaten.“

Von den Personen, die innerhalb der letzten 12 Monate einen praktischen Arzt oder eine praktische Ärztin aufsuchten, waren 53,0 % der Vergleichsgruppe und 26,0 % der Wohnungslosen kein einziges Mal während der letzten vier Wochen dort. Die Mehrzahl der Wohnungslosen war mit 42,0 % zumindest einmal innerhalb der letzten vier Wochen bei einer Allgemeinmedizinerin oder einem Allgemeinmediziner. In der Vergleichsgruppe waren es 36,0 % (Frage C 2.2). Quasi wöchentlich waren 16,4 % der Wohnungslosen und 3,0 % der Vergleichsgruppe bei besagtem Arzt bzw. Ärztin. Die Unterschiede bezüglich

der allgemeinmedizinischen Konsultationen sind signifikant (Chi-Quadrat-Test, $p = 0.002$), (vgl. Tabelle 37).

7.2.5.3 Hauptgrund letzter Arztbesuch

Tabelle 38: Hauptgrund für den letzten Besuch beim Allgemeinmediziner bzw. bei einer Allgemeinmedizinerin

| Grund für den Besuch | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | |
|--|------------------|------|--------------|------|
| | N* = 99 | % | N* = 56 | % |
| Unfall oder Verletzung | 0 | 0,0 | 2 | 3,6 |
| Krankheit oder Gesundheitsbeschwerde | 47 | 47,5 | 13 | 23,3 |
| Nachuntersuchung, Kontrolle | 13 | 23,1 | 4 | 7,1 |
| Vorsorgeuntersuchung | 8 | 8,1 | 3 | 5,4 |
| Rezept (Verschreibung eines oder mehrerer Medikamente) | 28 | 28,3 | 32 | 57,1 |
| Aus administrativen Gründen (Überweisung, Attest etc.) | 2 | 2,0 | 2 | 3,6 |
| Aus anderen Gründen (z. B. kleine Operation) | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

*Filterfrage; nur diejenigen, die innerhalb der letzten 12 Monate bei einem Arzt waren.

Bei den Wohnungslosen war der Hauptgrund des letzten Arztbesuches das Abholen eines Rezepts oder die Verschreibung von Medikamenten (57,1 %). Eine Krankheit oder eine Gesundheitsbeschwerde führte den Großteil der Vergleichsgruppe (47,5 %) zum Arzt oder zu einer Ärztin für Allgemeinmedizin (vgl. Tabelle 38; siehe auch Frage C 2.3).

7.2.5.4 Zahnmediziner/-innen

Tabelle 39: Zahnarztbesuch und Hauptgrund

| Besuch bei einem Zahnarzt bzw. einer Zahnärztin | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | |
|---|------------------|------|--------------|------|
| | N = 132 | % | N = 66 | % |
| Vor weniger als 12 Monaten | 77 | 58,3 | 25 | 37,9 |
| Vor mehr als 12 Monaten | 55 | 41,7 | 41 | 62,1 |
| Hauptgrund für den letzten Besuch: | | | | |
| Schmerzen oder Beschwerden | 19 | 24,7 | 20 | 30,3 |
| Kontrolluntersuchung | 30 | 39,0 | 6 | 9,1 |
| Fortsetzung einer Behandlung | 6 | 7,8 | 1 | 1,5 |
| Zahnprothese | 5 | 6,5 | 3 | 47,0 |
| Mundhygiene | 6 | 7,8 | 0 | 0,0 |
| Aus anderen Gründen | 2 | 2,6 | 8 | 12,1 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Die Mehrheit der Wohnungslosen (62,1 %) konsultierte vor mehr als zwölf Monaten das letzte Mal einen Zahnarzt bzw. eine Zahnärztin. Bei der Vergleichsgruppe gaben 41,7 % an, dass letzte Mal vor mehr als zwölf Monaten einen Zahnmediziner oder eine Zahnmedizinerin aufgesucht zu haben (χ^2 -Test, $p = 0.005$). Der Hauptgrund für die letzte Konsultation eines Zahnmediziners bzw. einer Zahnmedizinerin war für den Großteil der Wohnungslosen die Zahnprothese (47,0 %). Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der zuvor (vgl. Kapitel Zahnzustand) berichteten Anzahl der Prothesenträger/-innen bei den Wohnungslosen. Der Hauptgrund für einen Besuch war für die Vergleichsgruppe eine Kontrolluntersuchung (39,0 %), (Frage C 2.5 und 2.7)

7.3 Geschlechtsunterschiede

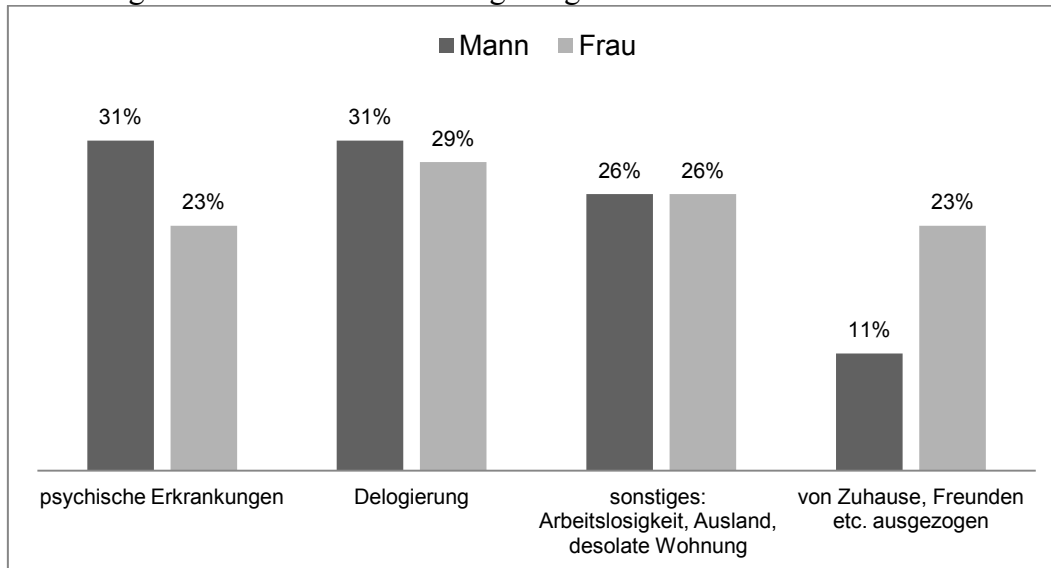
Da ausgewählte Ergebnisse der Erhebung für Männer und Frauen gemeinsam als auch getrennt nach den Geschlechtern vorgestellt werden, sollen etwaige geschlechtsspezifische Unterschiede im Folgenden aufgedeckt und untersucht werden.

7.3.1 Ursache der Wohnungslosigkeit

Delogierung und psychische Erkrankungen wie Drogen- und Alkoholabhängigkeit sowie Spielsucht haben Männer hauptsächlich (62, 8 %) in die Wohnungslosigkeit getrieben. Auch Frauen (51,6 %) verloren aus oben genannten Gründen ihre Wohnung oder zogen zu

22,6 % von Zuhause, Freunden oder Verwandten aus. Ebenso viele Männer wie Frauen machten als Ursache für ihre Wohnungslosigkeit andere Gründe wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, ausstehende Pensionsverfahren, desolate Wohnungen und lange Auslandsaufenthalte ohne spätere Anerkennung auf österreichische Pensionsgelder verantwortlich (vgl. Abbildung 14, Frage W 21).

Abbildung 14: Ursachen der Wohnungslosigkeit



Quelle: Eigene Frage, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

7.3.2 Dauer der Wohnungslosigkeit

Männer sind im Vergleich zu Frauen durchschnittlich länger von Wohnungslosigkeit betroffen. So ist der Großteil der Frauen (74 %) in den Jahren zwischen 2005 und 2010 wohnungslos geworden. Die Mehrheit der Männer (54 %) gab an, seit den Jahren 2000 bis 2004 wohnungslos geworden zu sein (vgl. Tabelle 40, Frage W 20).

Tabelle 40: Dauer der Wohnungslosigkeit

| Dauer der Wohnungslosigkeit | Mann | | Frau | | Gesamt | |
|-----------------------------|--------|-----|--------|-----|--------|------|
| | N = 35 | % | N = 31 | % | N = 66 | % |
| 1963 – 1969 | 1 | 3 | 0 | 0,0 | 1 | 1,5 |
| 1970 – 1974 | 0 | 0,0 | 1 | 3 | 1 | 1,5 |
| 1980 – 1990 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3,0 |
| 1991 – 1994 | 1 | 3 | 0 | 0,0 | 1 | 1,5 |
| 1995 – 1999 | 4 | 11 | 2 | 7 | 6 | 9,0 |
| 2000 – 2004 | 19 | 54 | 3 | 10 | 22 | 33,0 |
| 2005 – 2010 | 9 | 26 | 23 | 74 | 32 | 49,0 |

Quelle: Eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

7.3.3 Gesundheitliche Lage nach Geschlecht

7.3.3.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Wie aus Abbildung 6: Subjektiver Gesundheitszustand auf S. 73 erkennbar ist, geben die Befragten der Vergleichsgruppe einen signifikant besseren subjektiven Gesundheitszustand an als wohnungslose Befragte.

Innerhalb der jeweiligen Gruppe ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich des subjektiv gemessenen Gesundheitszustands nicht signifikant (u-Test, Wohnungslosengruppe $p = 0.614$, Vergleichsgruppe $p = 0.367$), (vgl. Tabelle 41).

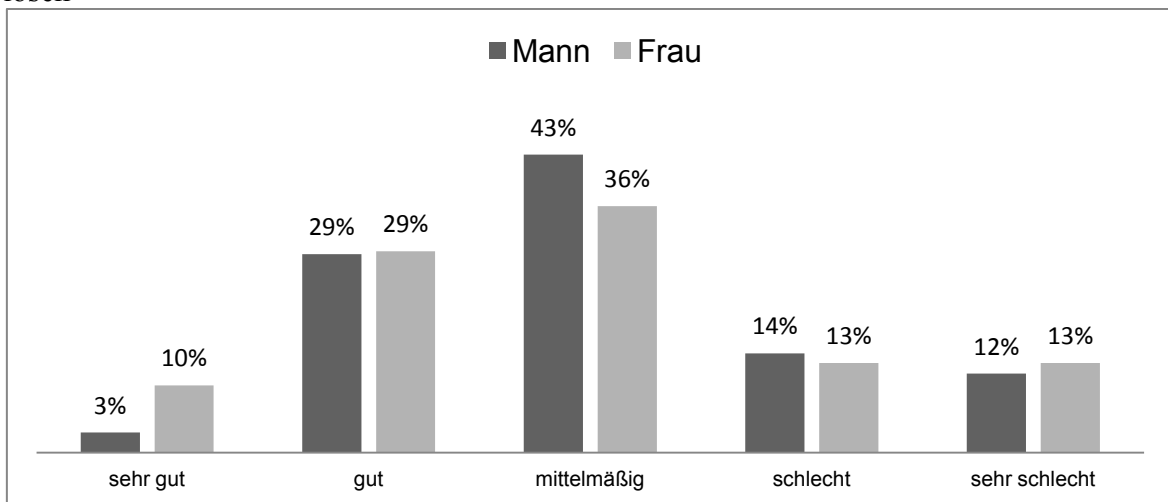
Werden hingegen die Geschlechter der Wohnungslosen mit denen der Vergleichsgruppe verglichen, so ergibt sich für die Gruppe der Männer und für die Gruppe der Frauen jeweils signifikante Unterschiede: Männer: u-Test, $p < 0.001$; Frauen: u-Test, $p = 0.003$. Das bedeutet, dass sowohl Männer als auch Frauen der Vergleichsgruppe ihren subjektiv gemessenen Gesundheitszustand besser einschätzen als die Wohnungslosen (vgl. Tabelle 41 und Abbildung 15).

Tabelle 41: Subjektiver Gesundheitszustand Geschlechtervergleich

| Subjektiver Gesundheitszustand | | Vergleichsgruppe | | Wohnungslose | |
|--------------------------------|---------------|------------------|-------|--------------|-------|
| | | N | % | N | % |
| Mann | Sehr gut | 24 | 34,3 | 1 | 2,9 |
| | Gut | 26 | 37,1 | 10 | 28,6 |
| | Mittelmäßig | 15 | 21,4 | 15 | 42,9 |
| | Schlecht | 4 | 5,7 | 5 | 14,3 |
| | Sehr schlecht | 1 | 1,4 | 4 | 11,4 |
| | Gesamt | 70 | 100,0 | 35 | 100,0 |
| Frau | Sehr gut | 17 | 27,4 | 3 | 9,7 |
| | Gut | 23 | 37,1 | 9 | 29,0 |
| | Mittelmäßig | 18 | 29,0 | 11 | 35,5 |
| | Schlecht | 4 | 6,5 | 4 | 12,9 |
| | Sehr schlecht | 0 | 0,0 | 4 | 12,9 |
| | Gesamt | 62 | 100,0 | 31 | 100,0 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Abbildung 15: Subjektiver Gesundheitszustand im Geschlechtervergleich bei Wohnungslosen



Quelle: Eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

7.3.4 Chronische Krankheiten

An einer chronischen Erkrankung leiden 71,2 % der Wohnungslosen und 39,4 % der Vergleichsgruppe (vgl. Kapitel 7.2.2.2, S. 74).

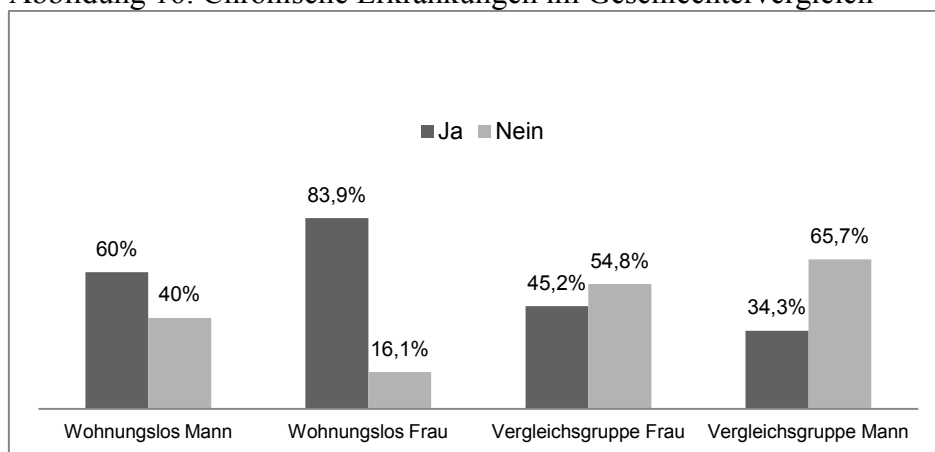
Wohnungslose Frauen sind vermehrt von einem chronischen Leiden betroffen als wohnungslose Männer (83,9 % Frauen und 60 % der Männer; Chi²-Test, p-Wert = 0.033) und als Frauen der Vergleichsgruppe (45,2 % der Frauen aus der Vergleichsgruppe leiden an einem chronischen gesundheitlichen Problem). Bei der Vergleichsgruppe ist die Anzahl chronisch kranker Frauen um 10 % größer als bei den Männern der selbigen Gruppe (45,2 % Frauen und 34,3 % Männer, Chi²-Test, p-Wert = 0.202). (Vgl. Tabelle 42 und Abbildung 16.)

Tabelle 42: Chronische Erkrankungen im Geschlechtervergleich

| Chronische Erkrankung | | Mann | | Frau | |
|-----------------------|--------|------|-------|------|-------|
| | | N | % | N | % |
| Vergleichsgruppe | Ja | 24 | 34,3 | 28 | 45,2 |
| | Nein | 46 | 65,7 | 34 | 54,8 |
| | Gesamt | 70 | 100,0 | 62 | 100,0 |
| Wohnungslose | Ja | 21 | 60,0 | 26 | 83,9 |
| | Nein | 14 | 40,0 | 5 | 16,1 |
| | Gesamt | 35 | 100,0 | 31 | 100,0 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Abbildung 16: Chronische Erkrankungen im Geschlechtervergleich



Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

7.3.4.1 Chronische Angststörungen und Depressionen

In Kapitel 7.2.2.2, S. 74, wurde bereits beschrieben, dass chronische Angststörungen und Depressionen sowie chronische Bronchitis die häufigsten Krankheitsbilder von wohnungslosen Menschen sind.

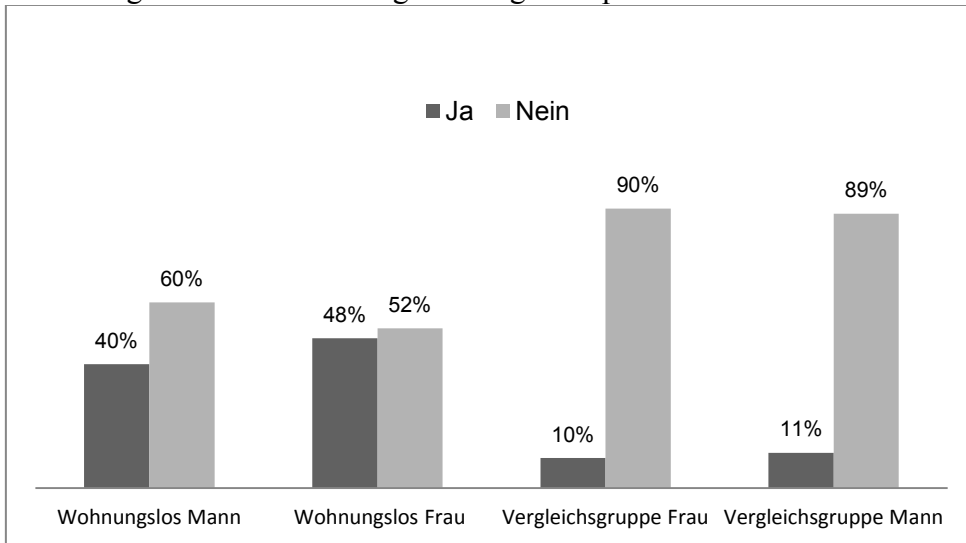
Beim Geschlechtervergleich zeigt sich, dass es innerhalb der Gruppen keine signifikanten Unterschiede (χ^2 -Test, $p > 0.50$) zwischen den Geschlechtern in der Krankheitshäufigkeit von Depressionen und oder chronischen Angstzuständen gibt. Männer und Frauen sind somit annähernd gleich häufig von besagten psychiatrischen Erkrankungen betroffen (vgl. Tabelle 43 und Abbildung 17).

Tabelle 43: Chronische Angstzustände/Depressionen im Geschlechtervergleich

| Chronische Angstzustände/ Depressionen | | Mann | | Frau | |
|---|--------|------|-------|------|-------|
| | | N | % | N | % |
| Vergleichs- gruppe | Ja | 8 | 11,4 | 6 | 9,7 |
| | Nein | 62 | 88,6 | 56 | 90,3 |
| | Gesamt | 70 | 100,0 | 62 | 100,0 |
| | | | | | |
| Wohnungslose | Ja | 14 | 40,0 | 15 | 48,4 |
| | Nein | 21 | 60,0 | 16 | 51,6 |
| | Gesamt | 35 | 100,0 | 31 | 100,0 |

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

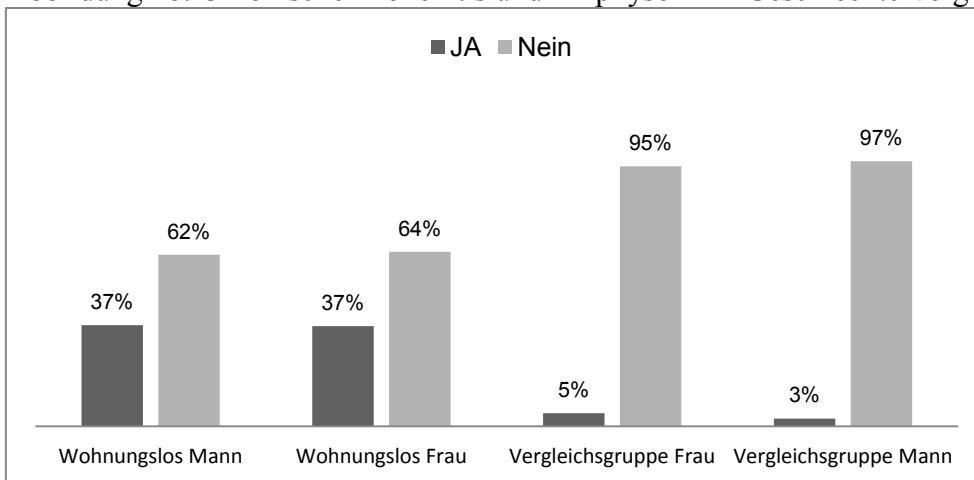
Abbildung 17: Chronische Angststörungen/Depressionen im Geschlechtervergleich



Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Auch hinsichtlich der Häufigkeit von chronischer Bronchitis gibt es zwischen den Geschlechtern innerhalb einer Gruppe keine signifikanten Unterschiede (χ^2 -Test, $p = 0.50$), (vgl. Abbildung 18).

Abbildung 18: Chronische Bronchitis und Emphysem im Geschlechtervergleich

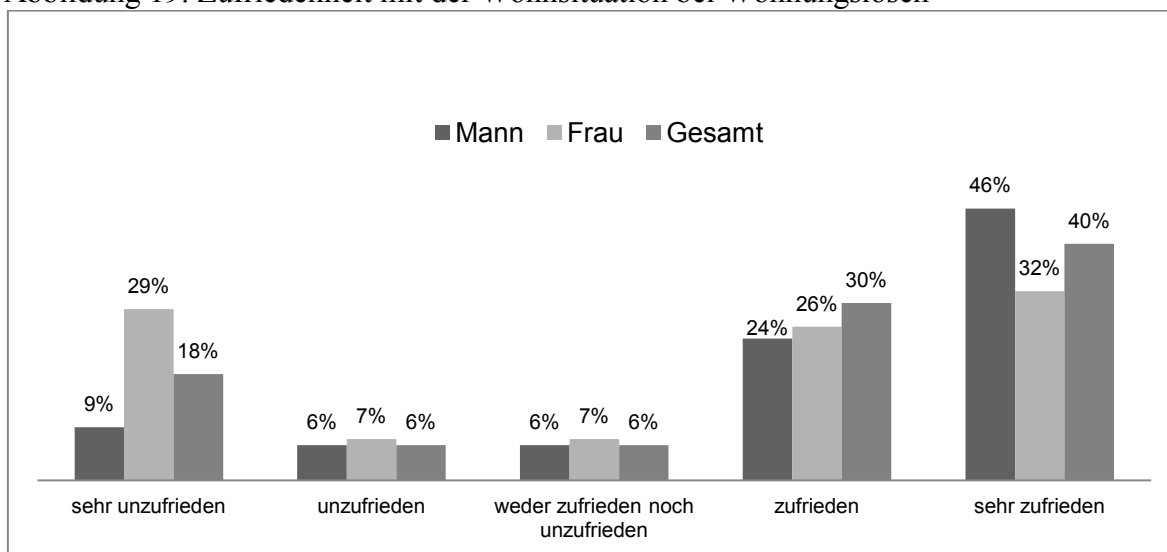


Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

7.3.5 Individuelle Ressourcen

Aus Abbildung 19 geht hervor, dass 58,1 % der wohnungslosen Frauen angaben, zufrieden bis sehr zufrieden mit ihre Wohnsituation im Übergangs- oder Dauerwohnheim zu sein. Im Vergleich zu den Frauen sind 80 % der wohnungslosen Männer mit ihrer Wohnsituation zufrieden oder sehr zufrieden. Die Gruppenunterschiede sind jedoch nicht signifikant (Chi²-Test, p = 0.291).

Abbildung 19: Zufriedenheit mit der Wohnsituation bei Wohnungslosen



Quelle: WHOQOL-BREF, eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

7.3.6 Gesundheitsrelevantes Verhalten

7.3.6.1 Alkohol

An durchschnittlich 9,6 Tagen im Monat konsumierten wohnungslose Menschen Alkohol. Knapp 32 % tranken am Vortag der Befragung alkoholische Getränke, und von etwa 23 % der Wohnungslosen wurde angegeben, jeden Tag Alkohol zu trinken.

Auf morgendlichen Alkoholkonsum waren 25,8 % angewiesen. Von Schuldgefühlen berichten 34,8 % und vom Wunsch nach Reduktion ihres Alkoholkonsums 50 % der Wohnungslosen (vgl. 7.2.4.2, S. 92).

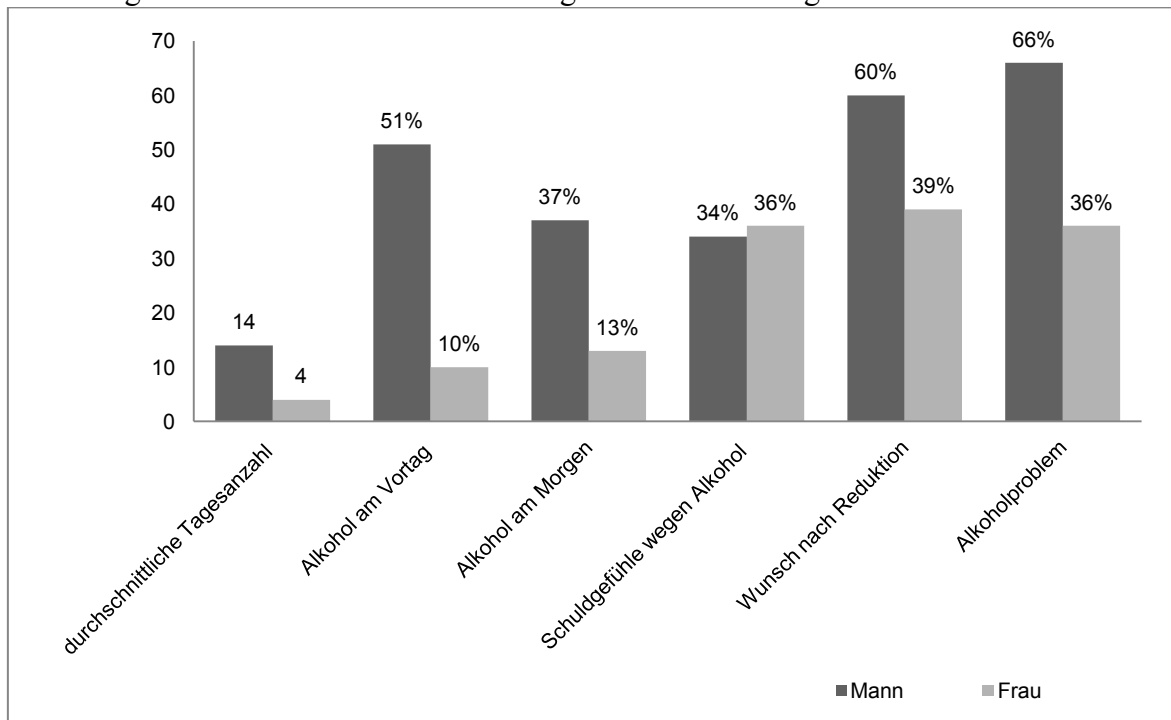
Die Frage W1 „Hatten oder haben Sie ein Alkoholproblem?“, welche nur der Gruppe der Wohnungslosen gestellt wurde, bejahten 65,7 % der Männer und 35,5 % der Frauen.

Wie in Abbildung 20 zu sehen ist, sind die geschlechterspezifischen Unterschiede bezüglich des Alkoholverhaltens bei Wohnungslosen signifikant. So lag die durchschnittliche Tagesanzahl bei Männern höher als bei Frauen (Chi²-Test, p < 0.001), mehr Männer als

Frauen haben am Morgen Alkohol konsumiert (Chi²-Test, p = 0.025). Ebenso hegten mehr Männer als Frauen den Wunsch nach einer Reduktion ihres Alkoholkonsums (Chi²-Test, p = 0.084) und bekannten sich zu einer Alkoholabhängigkeit (Chi²-Test, p = 0.014).

Eine Ausnahme lässt sich bei Schuldgefühlen wegen des Alkoholkonsums feststellen; hier ergeben sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Chi²-Test, p = 0.919).

Abbildung 20: Alkohol im Geschlechtervergleich bei Wohnungslosen



Quelle: Eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

7.3.6.2 Drogen

Die Fragen „Haben Sie auch andere Drogen konsumiert?“ und „Hatten oder haben Sie ein Drogenproblem?“ (im Fragebogen gekennzeichnet als W 2 und W 3) wurden nur der Gruppe der Wohnungslosen gestellt. Beide Fragen haben den Konsum von illegalen Drogen zum Inhalt; Marihuana ist davon ausgeschlossen.

Wie Tabelle 44 zeigt, konsumierten 25,8 % der Wohnungslosen andere Drogen, beispielweise Amphetamine, LSD und/oder Heroin. Insgesamt geben 16,7 % der Wohnungslosen an, ein vergangenes oder gegenwärtiges Drogenproblem zu haben. Hiervon sind knapp zwei Drittel männlich. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nicht signifikant.

Tabelle 44: Drogenverhalten im Geschlechtervergleich bei Wohnungslosen

| Drogen | Frau | | Mann | | Gesamt | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|----------------------|--------|------|--------|------|--------|------|------------------------------------|
| | N = 31 | % | N = 35 | % | N = 66 | % | |
| Drogenkonsum | | | | | | | |
| Ja | 8 | 25,8 | 9 | 25,7 | 17 | 25,8 | .993 |
| Nein | 23 | 74,2 | 26 | 74,3 | 49 | 74,2 | |
| | | | | | | | |
| Drogenproblem | | | | | | | |
| Ja | 4 | 12,9 | 7 | 20,0 | 11 | 16,7 | .404 |
| Nein | 27 | 87,1 | 28 | 80,0 | 55 | 83,3 | |

Quelle: Eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung

7.3.7 Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Versorgungssystemen/Team neunerHAUSARZT

Team neunerHAUSARZT

Wohnungslose Frauen suchen zu 29,0 % mit einer Regelmäßigkeit von etwa einmal im Monat das medizinische Versorgungsangebot des Vereins neunerHAUS auf. Bei den männlichen Befragten verteilen sich die prozentuellen Angaben auf einmal (9 %), zweimal (6 %) und viermal (11 %) im Monat, bis „überhaupt erst einmal oder zweimal dort gewesen“. Beide Geschlechter zusammen betrachtet, wenden sich durchschnittlich einmal im Monat an den Hausarzt oder die Hausärztin des Vereins neunerHAUS. Knapp mehr als die Hälfte der befragten Wohnungslosen haben noch nie die Allgemeinmediziner/-innen des Vereins konsultiert (Frage W6).

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass 56 Befragte der Wohnungslosengruppe innerhalb der letzten zwölf Monate einen/eine Allgemeinmediziner/-in aufsuchten. Davon waren 41 Personen zumindest einmal innerhalb der vergangenen vier Wochen dort. Lediglich 24 Personen gaben an, mehr oder minder regelmäßig Sprechstunden des Hausarztes oder der Hausärztin vom neunerHAUS in Anspruch zu nehmen (vgl. Tabelle 45). Zwischen Männern und Frauen zeigte sich kein Unterschied in der Häufigkeit der allgemeinmedizinischen Konsultationen (Chi²-Test, $p = 0.145$).

Tabelle 45: Konsultationen im Verein neunerHAUSARZT durch Wohnungslose

| neunerHAUS Allgemeinmediziner/-in | Mann | | Frau | | Gesamt | |
|--------------------------------------|--------|-----|--------|-----|--------|----|
| | N = 35 | %* | N = 31 | %* | N = 66 | %* |
| 0-mal | 19 | 54 | 16 | 52 | 35 | 53 |
| 1-mal im Monat | 3 | 9 | 9 | 29 | 12 | 18 |
| 2-mal im Monat | 2 | 6 | 3 | 10 | 5 | 8 |
| 4-mal im Monat | 4 | 11 | 1 | 3 | 5 | 8 |
| 1-mal im Jahr | 0 | 0,0 | 1 | 3 | 1 | 2 |
| 3-mal im Jahr | 1 | 3 | 0 | 0,0 | 1 | 2 |
| Vorerst nur 1-mal | 4 | 11 | 1 | 3 | 5 | 8 |
| Vorerst 2-mal | 2 | 6 | 0 | 0,0 | 2 | 3 |

*Prozentuelle Anzahl innerhalb der Geschlechter.

Quelle: Eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

Zahnarztpraxis im Verein neunerHAUS

Die Zahnarztpraxis im Verein neunerHAUS wurde von 21,2 % der Befragten durchschnittlich ein- bis zweimal aufgesucht. Das Geschlechterverhältnis ist mit 20,1 % (Männer) und 22,1 % (Frauen) hinsichtlich der Besuche recht ausgeglichen. Unter den Wohnungslosen geben 72,7 % an, noch kein einziges Mal die Zahnarztpraxis des Vereins neunerHAUS aufgesucht zu haben (Frage W7).

Tabelle 46: Anzahl der Konsultationen neunerHAUS Zahnarztpraxis/Wohnungslose

| neunerHAUS Zahnarztpraxis | Mann | | Frau | | Gesamt | |
|------------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | N = 35 | % | N = 31 | % | N = 66 | % |
| 0-mal | 26 | 75,4 | 22 | 71,0 | 48 | 72,7 |
| 1- bis 5-mal | 7 | 20,1 | 8 | 25,3 | 15 | 22,8 |
| 6- bis 10-mal | 2 | 5,8 | 1 | 9,6 | 3 | 4,5 |

Quelle: Eigene Erhebung, eigene Berechnung und Darstellung.

8 Datenauswertung Verein neunerHAUS

8.1 Soziodemographische Daten

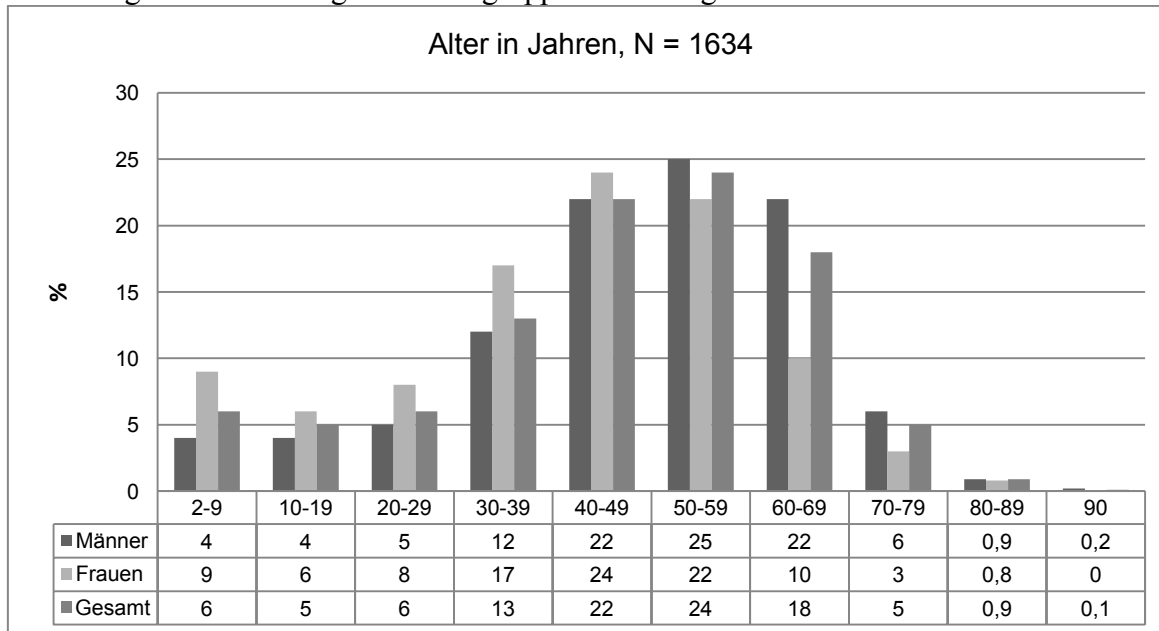
Das Kapitel *Soziodemographische Daten* enthält die Auswertung der Patient/-innen des Teams neunerHAUSARZT hinsichtlich Geschlecht und Alter sowie eine Übersicht der Wohnformen für Wohnungslose.

8.1.1 Geschlecht und Alter

Das Ärzteteam des Vereins neunerHAUS untersuchte im Zeitraum von 2. Jänner 2007 bis 30. Dezember 2009 insgesamt 1634 wohnungslose Menschen.

Die Auszählung dieser Untersuchung zum Geschlecht zeigte, dass der Männeranteil bei 71 % und der Frauenanteil dementsprechend bei 29 % liegen. Die jüngsten Patient/-innen waren zwei Jahre und der älteste 90 Jahre alt. 51 % der Patient/-innen waren jünger als 50 Jahre. Die meist vertretenen Alterskategorien waren mit 46,5 % die Gruppen der 40- bis 49-Jährigen und der 50- bis 59-Jährigen.

Abbildung 21: Darstellung der Altersgruppenverteilung neunerHAUS



Quelle: Datensatz neunerHAUS, eigene Berechnung und eigene Darstellung.

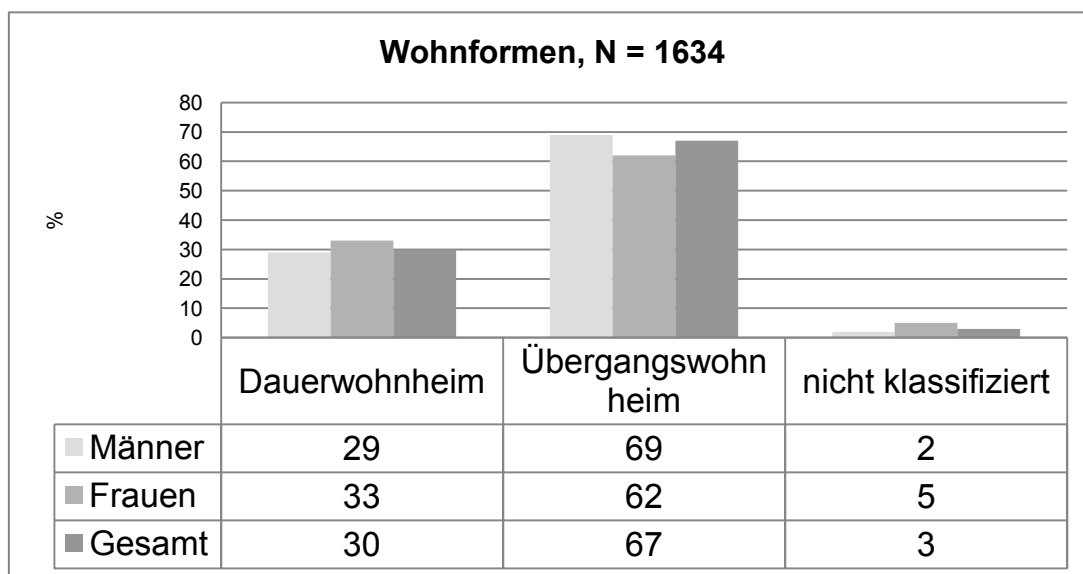
8.1.2 Wohnform

Die Patient/-innen, die vom Team neunerHAUSARZT betreut werden, wohnen entweder in einem Dauerwohnheim oder in einem Übergangwohnheim.

Der Großteil der Patient/-innen (67 %) wohnt in einem der Übergangshäuser, insgesamt sind dies 760 Männer und 295 Frauen. Dies geht aus Abbildung 22 hervor. 30 % wohnen in einem Dauerwohnheim, darunter sind 160 Frauen und 334 Männer.

Der Großteil der Bewohner/-innen der Dauerwohnheime ist über 50 Jahre alt (75,5 %). Die Mehrheit der unter 50-Jährigen wohnt zu 64,3 % in einem Übergangwohnheim. Tabelle 47 stellt eine Übersicht der Platzkapazität der Dauer- und Übergangwohnheime dar, welche vom Team neunerHAUSARZT im Zeitraum 2007 bis 2009 allgemeinmedizinisch betreut wurden.

Abbildung 22: Wohnformen im Geschlechtervergleich



Quelle: Datensatz NeunerHAUS 2009.

Tabelle 47: Übersicht der Wohnformen

| Dauerwohnheim | | Übergangswohnheim: | |
|---------------------------|------------|---------------------------|-------------|
| | Wohnplätze | | Wohnplätze |
| Haus Leo | 48 | Haus Gänsbachergasse | 270 |
| Haus Eßlinger Hauptstraße | 44 | Haus Hernals | 264 |
| Haus Schlachthausgasse | 54 | Haus Siemensstraße | 232 |
| Haus Bürgerspitalgasse | 34 | Kastanienallee | 210 |
| Haus Hagenmüllergasse | 60 | Billrothstraße | 35 |
| Haus Kudlichgasse | 60 | Geibelgasse | 50 |
| Haus Hausergasse | 44 | | |
| Haus Breitenfurter Straße | 65 | | |
| Gesamt | 409 | | 1061 |

Quelle: Verein neunerHAUS, Stand 2009.

8.2 Gesundheitsparameter - gesundheitliche Lage

8.2.1 Häufigkeit der Diagnosen und Konsultationen

Die Allgemeinmediziner/-innen des Vereins neunerHAUS stellten insgesamt 8070 Diagnosen nach der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten (ICD). Die eindeutig häufigsten ICD-10-Diagnosestellungen betreffen die Gruppe der psychiatrischen Erkrankungen. Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen wurde 2112-mal beschrieben. Krankheiten des Atmungssystems sind die zweithäufigste Erkrankungsgruppe: 800-mal wurde dieser Krankheitsbefund ermittelt. Krankheiten des Verdauungssystems nahmen mit 746 Diagnosestellungen den dritten Platz der Diagnosehäufigkeitstabelle ein. Krankheiten des Kreislaufsystems traten demnach 677-mal, bestimmte infektiöse Krankheiten – ausgelöst durch Hepatitis A-, B- oder C-Viren sowie HIV – 93-mal auf. Bei wiederholenden Diagnosen wurde jeder Fall nur einmal gezählt.

Durchschnittlich wurden 6,6 Diagnosen bei einer durchschnittlichen Frequenz von 10,23 Konsultationen pro Patient/-in gestellt. Die geschlechterspezifischen Unterschiede sind bei der Anzahl der Diagnosen, aber nicht bei der Anzahl der Konsultationen, signifikant.

Plötzlich eingetretene, aber in einem kurzen Zeitraum therapierbare Krankheitsbilder, sogenannte Akutdiagnosen, wurden pro Patient/-in durchschnittlich 4,9-mal und insgesamt 8003-mal gestellt. Dabei erhielten 1190 Personen zumindest eine Akutdiagnose. Frauen erhielten durchschnittlich 6,1 Akutdiagnosen und Männer 4,4 Diagnosen dieser Art. Die Unterschiede hinsichtlich der Geschlechter sind signifikant.

Prozessdiagnosen, umfassende Krankheitsbilder, von denen zu erwarten ist, dass eine längerfristige Therapie erforderlich sein wird und bei denen ein längerfristiger Heilerfolg wahrscheinlich ist, wurden durchschnittlich 0,2-mal gestellt. Auf acht Patient/-innen traf diese Diagnoseform zu. Frauen erhielten mit 0,05 Diagnosen häufiger eine Prozessdiagnose als Männer mit durchschnittlich 0,0 Diagnosen.

Von 1634 Patient/-innen erhielten 750 eine Dauerdiagnose; sie litten also an jenen Krankheitsbildern, von denen nicht erwartet werden kann, dass diese in einem überschaubaren Zeitraum zu heilen sind. Diese Patient/-innen benötigen entsprechende Therapien Stabilisierungsmaßnahmen. Durchschnittlich wurde 1,69-mal pro Patient/-in eine Dauerdiagnose beschrieben. Frauen erhielten durchschnittlich 1,6 Dauerdiagnosen, Männer hingegen 1,7. Die geschlechterspezifischen Unterschiede sind nicht signifikant.

Tabelle 48: Anzahl der Konsultationen und Diagnosen neunerHAUS

| N = 1634 | Mittelwert | | | Max. | p-Wert (t-Test) | Summe der Diagnosen | Patient/-innen mit Diagnose- stellung | |
|-------------------------|------------|------|------|------|--------------------|---------------------------|---|-------|
| | Gesamt | Frau | Mann | | | | N = 1634 | 100 % |
| Anzahl der Diagnosen | 7 | 8 | 6 | 99 | .007 | 10790 | 1270 | 77,7 |
| Konsultationen | 10 | 11 | 10 | 172 | .301 | 16710 | 1286 | 78,7 |
| Akutdiagnosen | 5 | 6 | 4 | 95 | | 8003 | 1190 | 72,8 |
| Prozessdiagnosen | 0,02 | 0,05 | 0 | 14 | | 28 | 8 | 0,5 |
| Dauerdiagnosen | 2 | 2 | 2 | 21 | .431 | 2761 | 750 | 45,9 |

Quelle: Datensatz neunerHAUS, eigene Berechnung und eigene Darstellung.

8.3 Krankheitskapitel ICD 10¹⁹¹

Wohnungslose Patient/-innen, die medizinische Angebote des Vereins neunerHAUS in Anspruch nehmen, leiden am häufigsten (Lebenszeitprävalenz) an psychiatrischen Erkrankungen (Suchterkrankungen, Depressionen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und sonstige psychiatrische Erkrankungen), Atmungsorganerkrankungen, Verdauungsorganerkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparats.

Bei etwa jeder dritten Person wurde eine psychische Erkrankung diagnostiziert (davon Männer zu 38,4 %, Frauen zu 40,5 %). Mit zunehmendem Alter steigt auch die Häufigkeit des Auftretens dieses gesundheitlichen Problems an: Jede zweite 40- bis 59-jährige Person

¹⁹¹ Vgl. ICD-Klassifikation: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> [Stand 04.02.2011].

ist davon betroffen (53,6 %). Während die geschlechtsspezifischen Unterschiede in einigen Altersgruppen schwach ausgeprägt sind, zeigen sich deutliche Unterschiede in der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen, in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen und in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen. In der erstgenannten Gruppe litten die Männer fast doppelt so häufig an einer psychischen Erkrankung als die Frauen, $p = 0.037$). In der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen waren die Frauen häufiger betroffen als Männer, $p = 0.027$), und in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen waren ebenfalls die Frauen häufiger betroffen als Männer: $p = 0.028$ (vgl. Tabelle 49 und Tabelle 51).

Erkrankungen der Atmungsorgane sind bei Wohnungslosen ebenfalls relativ weit verbreitet. Frauen sind hierbei deutlich häufiger betroffen als Männer. So litten zum Zeitpunkt der Befragung 38 % der Frauen im Alter zwischen 10 bis 60 Jahren an diesem Gesundheitsproblem. Bei den männlichen Patienten dieser Altersspanne waren 28 % davon betroffen. Die Hälfte der unter 10-jährigen Patient/-innen leidet am häufigsten an diesem gesundheitlichen Defizit (50 %). Große geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es im Auftreten von Atmungsorganerkrankungen in den Altersgruppen der 50- bis unter 70-Jährigen. In dieser Altersgruppe leiden 41 % der Frauen im Vergleich zu 30 % der Männer an diesem Krankheitsbild ($p = 0.001$). Erkrankungen der Atmungsorgane zeigen eine Zunahme ab dem 40. Lebensjahr (vgl. Tabelle 49 und Tabelle 51).

Bei ungefähr einem Viertel der Patient/-innen wurden Erkrankungen der Verdauungsorgane beschrieben (Männer 27,8 %, Frauen 29,2 %). Die Gruppe der 70- bis 79-Jährigen ist davon am häufigsten betroffen (57 %). Geschlechtsspezifische Unterschiede sind bei den 40- bis 49-Jährigen und 60- bis 69-Jährigen zu finden. Frauen sind in diesem Alter häufiger von dieser Erkrankung betroffen als Männer: $p = 0.014$ und 0.036 (vgl. dazu Tabelle 49 und Tabelle 51).

Jede dritte Frau und jeder fünfte Mann ist von Skelett-, Muskel- und Bindegewebeerkrankungen betroffen (Frauen 27,3 % und Männer 23,5 %). Während in jungen Jahren, also bis zum 40. Lebensjahr, kaum Personen über diese Krankheiten klagen (unter 20 %) weist bei den über 60-Jährigen bereits jede 3. Person (33 bis 36 %) auf Beschwerden hin. Frauen sind in den Altersgruppen der 40- bis 49-Jährigen und der 60- bis 69-Jährigen deutlich häufiger betroffen als Männer ($p = 0.012$ und $p = 0.008$).

Ein Fünftel des Patientenguts zählt zu den Kategorien „Todesfeststellungen“, „Übelkeit“ und „Befindlichkeitsstörungen“. Davon sind 17,3 % weiblich und 22,3 % männlich. Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt es bei den 70- bis 79-Jährigen: 39 % der

Männer und 14 % der Frauen fallen in diese Diagnosekategorie, zugleich sind Personen in dieser Altersgruppe auch am häufigsten davon betroffen (35 %).

Neurologische Krankheitsbilder treten bei Männern und Frauen etwa gleich häufig auf. Bei 21,1 % der Frauen und bei 22,8 % der Männer wurde eine Erkrankung neurologischer Ursache festgestellt. Während bei den jüngeren Patient/-innen unter 40 Jahren diese Erkrankung selten beschrieben wurde (unter 17 %), steigt die Diagnoseanzahl ab dem 60. Lebensjahr deutlich an (30 %). Neurologische Erkrankungen wurden am häufigsten bei 70- bis 79-Jährigen diagnostiziert.

Auch die Häufigkeit von Stoffwechselerkrankungen ist zwischen den Geschlechtern ausgeglichen (Frauen 22,1 %, Männer 19,5 %). Unterschiede hinsichtlich der Geschlechter traten in den Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen und 60- bis 69-Jährigen auf ($p = 0.032$ und 0.025), in diesem Alter sind Frauen häufiger als Männer von Erkrankungen des Stoffwechsels betroffen. Ab einem Alter von 60 Jahren leidet jede dritte Person daran.

Von Hautkrankheiten sind 19,2 % der untersuchten Wohnungslosen betroffen. Auch zwischen den Geschlechtern ist dieses Krankheitsbild annähernd ausgeglichen. Deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich jedoch in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen ($p = 0.015$), in dieser Altersklasse überwiegt der Männeranteil mit 19 %, im Vergleich dazu beträgt der Anteil der erkrankten Frauen 3 %. Zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr sind ungefähr 20 % der Wohnungslosen von Hautkrankheiten betroffen. Ab dem 70. Lebensjahr steigt die Anzahl der Erkrankten auf knapp 30 %.

Die Auswertung hinsichtlich Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems ergab ebenfalls eine Krankheitshäufigkeit von knapp 19 %. Ab dem 60. Lebensjahr ist jede dritte Person davon betroffen. Im Alter von 70 und 79 Jahren leidet die Hälfte der Frauen an diesem Krankheitsbild. Männer sind in derselben Altersklasse hingegen mit 30 % Erkrankungen vertreten ($p = 0.005$).

Aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Umstände wurden 17,8 % der Männer und 12,7 % der Frauen behandelt ($p = 0.011$). Ist im Alter zwischen 10 und 40 Jahren jede zehnte Person davon betroffen, steigt die Anzahl der Betroffenen ab dem 70. Lebensjahr schon auf jede fünfte Person. Männliche Wohnungslose wurden im Alter zwischen zwei bis neun Jahren und 70 bis 79 Jahren deutlich häufiger als Frauen aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Umstände behandelt: 8,3 % vs. 0 % und 25,4 % vs. 0 %.

Knapp 14 % der Patient/-innen waren an einer Infektionskrankheit erkrankt. Mit 14,8 % Männer und 13,6 % Frauen gibt es eine geschlechterspezifische Ausgeglichenheit.

Ab dem 30. und bis zum 80. Lebensjahr ist die Anzahl der Erkrankten in den verschiedenen Alterskategorien konstant (zwischen 15 % und 17 %). Während in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen bei knapp jedem zehnten männlichen Patient eine Infektionskrankheit diagnostiziert wurde, waren es bei den Patientinnen 0 % ($p = 0.023$).

Große geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es jedoch im Auftreten von Beschwerden und Erkrankungen des Urogenitalsystems. Prozentuell leiden doppelt so viele Frauen als Männer an diesem Krankheitsbild (Frauen zu 16,3 % und Männer zu 8,2 %). Besonders deutlich ist der geschlechtsspezifische Unterschied in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen sowie in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen ($p = 0.003$ und $p < 0.001$). Bei den jüngeren Patient/-innen ist das Auftreten von gesundheitlichen Problem im Urogenitalsystem relativ gering (knapp 4 %), die Anzahl der Erkrankten nimmt ab dem 40. Lebensjahr deutlich zu (zwischen 11 % und 17 %) und erreicht ihren Häufigkeitsgipfel in der Altersklasse der 70- bis 79-Jährigen (21 %).

Die Auswertung der psychiatrischen Krankheitsgruppen weist im Allgemeinen eine Dominanz der Abhängigkeitserkrankungen auf. So leiden 28 % der Wohnungslosen an einer Suchterkrankung, davon sind wiederum prozentuell mehr Männer als Frauen betroffen. Deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich in der Häufigkeitsauswertung von Depressionen. Ungefähr jede fünfte Frau und jeder zehnte Mann wurden mit diesem gesundheitlichen Problem diagnostiziert. Auch die Schizophrenie wurde bei Frauen öfter als bei Männern beschrieben. Die weitaus selteneren psychiatrischen Krankheitsbilder der Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten sind zwischen den Geschlechtern ausgeglichen. Eine Ausnahme nimmt lediglich die Diagnose der neurotischen, somatoformen und Belastungsstörungen sowie generalisierten Angst- und Zwangsstörungen ein, welche ebenso prozentuell bei Frauen häufiger vorkommen (6,7 %) als bei Männern (2,2 %). (Vgl. Tabelle 50.)

Die Statistik wurde bei allen Krankheitsbildern anhand des Chi²-Testverfahrens ermittelt. Sich wiederholende Diagnosen wurden pro Behandlungsfall nur einmal pro Patient/-in bei der Auswertung berücksichtigt, auch wenn von den Ärzt/-innen des Vereins neunerHAUS ein und dieselbe Diagnose pro Fall aus Gründen der datumsgerechten Leistungsverrechnung öfters gestellt wurde.

Tabelle 49: Krankheitskapitel ICD-10 neunerHAUS

| Krankheitsbilder | Frau | | Mann | | Gesamt | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|--|---------|----|----------|-----|----------|-----|------------------------------------|
| | N = 479 | % | N = 1155 | % | N = 1634 | % | |
| Psychische Erkrankungen | 194 | 41 | 444 | 38 | 638 | 39 | .437 |
| Atmungsorgan-Erkrankungen | 187 | 39 | 337 | 29 | 524 | 32 | < .001 |
| Verdauungsorgan-Erkrankungen | 140 | 29 | 321 | 28 | 461 | 28 | .557 |
| Skelett-, Muskel-, Bindegewebs-erkrankungen | 131 | 27 | 272 | 24 | 403 | 25 | .105 |
| Sonstige Todesfeststellungen, Übelkeit, Befindlichkeitsstörungen | 83 | 17 | 258 | 22 | 341 | 21 | .023 |
| Neurologische Erkrankungen | 101 | 21 | 263 | 23 | 364 | 22 | .456 |
| Stoffwechselerkrankungen | 106 | 22 | 225 | 20 | 331 | 20 | .225 |
| Hauterkrankungen | 88 | 18 | 226 | 20 | 314 | 19 | .577 |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | 99 | 21 | 214 | 19 | 313 | 19 | .317 |
| Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Umstände | 61 | 13 | 206 | 18 | 267 | 16 | .011 |
| Infektions-erkrankungen | 65 | 14 | 171 | 15 | 236 | 14 | .518 |
| Urogenital-erkrankungen | 78 | 16 | 95 | 8 | 173 | 11 | < .001 |
| Gefäß-erkrankungen | 50 | 10 | 108 | 9 | 158 | 10 | .498 |
| Augen- anhangs- gebilde- Erkrankungen | 48 | 10 | 91 | 8 | 139 | 9 | .158 |
| HNO- Erkrankungen | 32 | 7 | 78 | 7 | 110 | 7 | .957 |
| Tumor- Erkrankungen | 25 | 5 | 51 | 4 | 76 | 5 | .483 |
| Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates | 24 | 5 | 50 | 4 | 74 | 5 | .546 |
| Schwangerschafts- begleitumstände | 10 | 2 | 0 | 0,0 | 10 | 0,7 | |

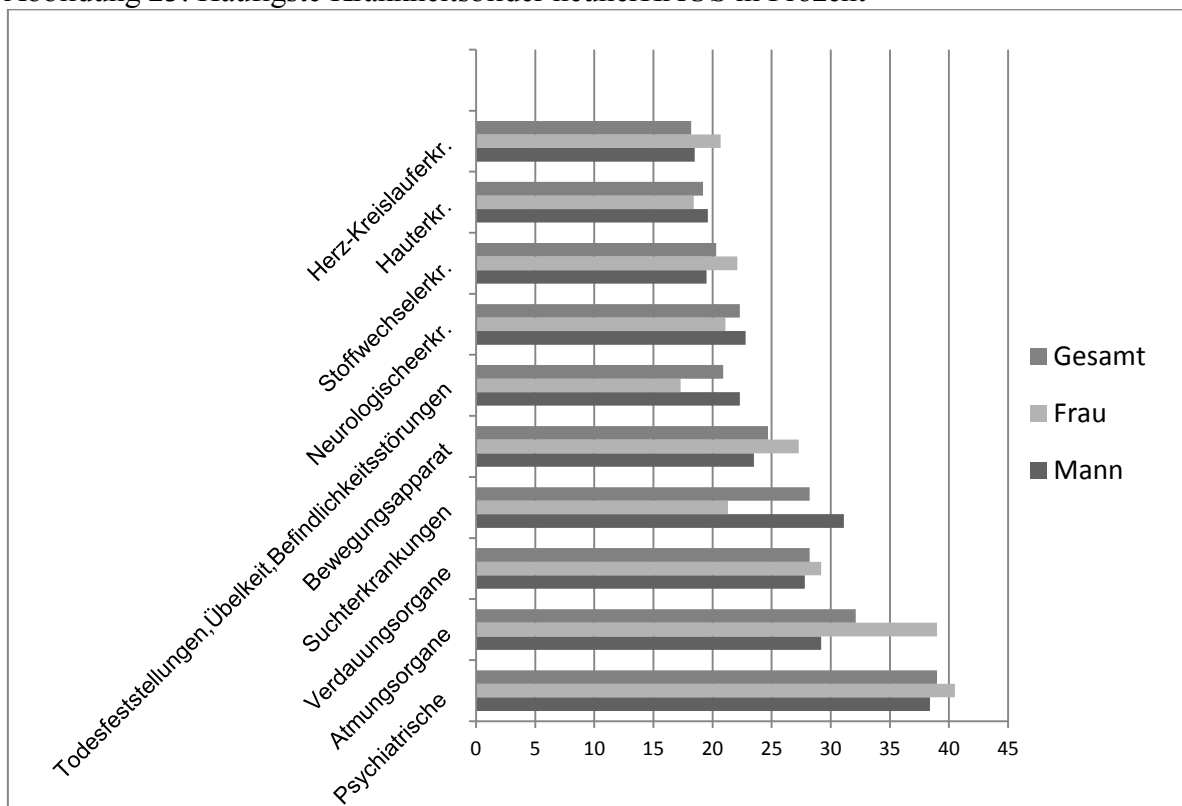
Quelle: Datensatz neunerHAUS, eigene Berechnung und eigene Darstellung.

Tabelle 50: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen der Patient/-innen im neuerHAUS

| Krankheitsgruppen | Frau | | Mann | | Gesamt | | p-Wert (Chi ² -Test) |
|---|---------|----|----------|----|----------|----|---------------------------------|
| | N = 479 | % | N = 1155 | % | N = 1634 | % | |
| Abhängigkeits-Erkrankungen | 102 | 21 | 359 | 31 | 461 | 28 | < .001 |
| Depressionen | 93 | 19 | 97 | 8 | 190 | 12 | < .001 |
| Schizophrenie | 42 | 9 | 31 | 3 | 73 | 5 | < .001 |
| Nicht näher bezeichnete psychische Erkrankungen | 17 | 4 | 44 | 4 | 61 | 4 | .800 |
| Neurotische, belastungs-, somatoforme, Angst- und Zwangsstörungen | 32 | 7 | 25 | 2 | 57 | 4 | < .001 |
| Persönlichkeits-, Verhaltensstörungen | 19 | 4 | 36 | 3 | 55 | 3 | .386 |
| Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen/Faktoren | 7 | 2 | 17 | 2 | 24 | 2 | .987 |

Quelle: Datensatz neuerHAUS, eigene Berechnung und eigene Darstellung.

Abbildung 23: Häufigste Krankheitsbilder neuerHAUS in Prozent



Quelle: Datensatz neuerHAUS, eigene Berechnung und eigene Darstellung.

Tabelle 51: Häufigste Erkrankungen im Altersvergleich

| Alter | Psychische Erkrankungen | | Atemwegs-erkrankungen | | Verdauungs-erkrankungen | |
|----------------------------|-------------------------|------|-----------------------|-----|-------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Männer | N | % | N | % | N | % |
| Unter 10 Jahren N = 48 | 7 | 14,6 | 24 | 50 | 0 | 0,0 |
| 10 bis unter 60 N = 781 | 309 | 40 | 220 | 28 | 197 | 25 |
| 10 bis unter 30 N = 104 | 26 | 25 | 36 | 35 | 19 | 18 |
| 30 bis unter 50 N = 384 | 186 | 48 | 100 | 26 | 81 | 21 |
| 50 bis unter 70 N = 539 | 223 | 42 | 160 | 30 | 186 | 35 |
| 70 bis unter 90 N = 77 | 34 | 42 | 17 | 22 | 27 | 35 |
| 90 und mehr N = 2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,5 |
| Frauen | N | % | N | % | N | % |
| Unter 10 Jahren N = 44 | 22 | 50 | 22 | 50 | 0 | 0,0 |
| 10 bis unter 60 N = 367 | 156 | 43 | 140 | 38 | 101 | 28 |
| 10 bis unter 30 N = 67 | 10 | 15 | 25 | 37 | 8 | 12 |
| 30 bis unter 50 N = 197 | 96 | 49 | 73 | 37 | 56 | 28 |
| 50 bis unter 70 N = 153 | 79 | 52 | 63 | 41 | 63 | 42 |
| 70 bis unter 90 N = 18 | 9 | 50 | 4 | 22 | 11 | 61 |

Quelle: Datensatz neunerHAUS, eigene Berechnung und eigene Darstellung.

9 Diskussion

9.1 Stärken und Schwächen der Arbeit

An dieser Stelle soll eine kritische Auseinandersetzung über den Forschungsprozess gegeben werden. Im Zuge der Forschungstätigkeiten ergaben sich mancherlei formale und inhaltliche Kritikpunkte.

Hinsichtlich der eigenen Erhebung stellt die durchgeführte standardisierte Forschungsmethode einen zentralen Kritikpunkt dar. Die Fragen wurden, um eine direkte Vergleichbarkeit mit der Allgemeinbevölkerung zu gewährleisten, zwar dem Fragebogen der Österreichischen Gesundheitsbefragung entnommen, dennoch konnte dadurch keine genaue Gegenüberstellung mit den Ergebnissen aus anderen Studien zu dem untersuchten Forschungsfeld gegeben werden.

Da die Vergleichbarkeit wohnungsloser Menschen mit der Allgemeinbevölkerung im Vordergrund stand und als Befragungsinstrument ATHIS verwendet wurde, konnten gewisse Krankheitsbilder nicht abgehandelt werden, da diese nicht im ATHIS vorkamen.

Andere Fragen, wie beispielsweise zur Stimmungslage und zum Befinden, hätten aufgrund ihrer Ähnlichkeit untereinander und der damit verbundenen geringen Aussagekraft zu einer Streichung aus der Untersuchung veranlassen sollen. Auch machte sich während der Interviewsituation bei vielen Teilnehmer/-innen eine Unlust zur Beantwortung besagter Fragen (betrifft Fragen S 9.1 bis S 9.8) aufgrund ihrer Ähnlichkeit bemerkbar. Dazu soll ergänzend bemerkt werden, dass der Fragebogen zudem sehr umfangreich war.

Da die Österreichische Gesundheitsbefragung eine Vielzahl von Filterfragen aufweist, welche aber in der eigenen Erhebung nicht eins zu eins übernommen wurden, wäre im Vorfeld der Untersuchung eine noch genauere und detailliertere Auseinandersetzung in Bezug auf die vorgenommene Datenauswertung erstrebenswert gewesen. So hätten die Antwortkategorien einzelner Fragen eine bessere Abstimmung mit der Gesundheitsbefragung ergeben. Die Filterungen betreffen Fragen hinsichtlich der Berufstätigkeit (B 6.9), der beruflichen Stellung (B 6.3), der letzten beruflichen Stellung (B 6.10), Alkoholgenuss am Vortag (D 3.4), dem Wunsch nach Verringerung des Alkoholkonsums (D 3.7), Schuldgefühle aufgrund des Alkoholkonsums (D 3.9) und Alkoholgenuss am Morgen (D 3.10). Diese Fragen wurden zwar allen Wohnungslosen der Gruppe gestellt, aber nur einer gefilterten Anzahl von Personen der Vergleichsgruppe.

Die eigene Erhebung beinhaltet sensible Themen wie beispielsweise Alkoholkonsum, Drogenkonsum und psychische Erkrankungen. Deshalb ist anzunehmen, dass die Ergebnisse teilweise anders ausgefallen wären, wenn der Fragebogen nicht im Beisein einer zweiten Person ausgefüllt worden wäre, da hierbei der bereits erwähnte Störfaktor der *sozialen Erwünschtheit* beachtet werden muss. Gleichzeitig hat sich die Methodenwahl eines persönlichen Interviews dahingehend bewährt, als dass den Teilnehmer/-innen angeboten wurde, bei Unklarheiten nachzufragen, Dieses Angebot wurde häufig in Anspruch genommen.

Im Nachhinein hat sich gezeigt, dass der Fragebogen zu umfangreich war, denn mit voranschreitender Interviewzeit ließ die Konzentrationsfähigkeit der Teilnehmer/-innen zusehends nach. Dies verdeutlichte sich den Interviewenden insbesondere im letzten Abschnitt des Fragebogens, welcher den WHOQOL enthielt. Ursprünglich waren die Fragen des WHOQOL-Fragebogens zum Selbstauffüllen gedacht. Manche Teilnehmer/-innen kamen aufgrund ihrer erschöpften Aufmerksamkeit dieser Aufgabe nicht nach. Dabei ist zu erwähnen, dass die Teilnehmer/-innen zum WHOQOL auffallend häufig nachfragen mussten.

Die erreichte Anzahl von 66 befragten Personen ließ durch die hinzukommenden gematchten Pendants eine gute Gegenüberstellung der eigenen Ergebnisse mit den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung zu, zumal nach aktuellem Kenntnisstand der Literatur in Österreich noch keine wissenschaftlichen Auseinandersetzungen in dieser Form existieren. Zudem war die Gruppe der Befragten in Bezug auf das Geschlechterverhältnis zahlenmäßig ausgewogen, was bei der generell unterlegenen Anzahl weiblicher Wohnungsloser recht beachtenswert ist und wodurch die Kategorien „männlich“ und „weiblich“ zusätzlich ausgewertet werden konnten.

Die weitere kritische Reflexion der Arbeit richtet sich an die Auswertungen der vom neuerHAUS zur Verfügung gestellten Daten. Diese wurden einerseits durch Krankheitskapiteln (umfasst eine grobe Einteilung der Krankheitsbilder) und andererseits durch Krankheitsgruppen (unterteilt sich in einzelne Krankheitskategorien) nach ICD-10 angeboten. Die Krankheitskapitel geben eine grobe Einteilung der Krankheitsbilder, während die Krankheitsgruppen unterteilt sind in einzelne Krankheitskategorien. Die Auswertung der Krankheitskapitel mit SPSS entpuppte sich als relativ einfach und ermöglichte, abgesehen von der im Vordergrund stehenden Analyse der Krankheitshäufigkeiten, eine Aufteilung dieser nach Geschlecht und Alterskategorien. Durch die enorme

Anzahl von Patient/-innen konnten statistisch relevante Aussagen hinsichtlich der Krankheitsbilder von Wohnungslosen getroffen werden, welche aufgrund der genauen internationalen Klassifizierung der Krankheiten (ICD) einen sehr guten Vergleich mit gegenwärtig vorhandenen und zukünftig entstehenden Studien zu diesem Thema ermöglicht. Dazu ist zusätzlich hervorzuheben, dass es sich hierbei um eine österreichweite, einzigartig existierende Datensammlung in dieser Größenordnung zum Gesundheitszustand Wohnungsloser handelt. Weiters entspricht ein Männeranteil von 71 % und ein Frauenanteil von 29 % der tatsächlichen Geschlechterverteilung wohnungsloser Menschen in der österreichischen Bevölkerung (vgl. Schoibl et al. 2009)¹⁹².

Dennoch sind die Auswertungsmöglichkeiten der Daten in Krankheitsgruppen, die dem Krankheitskapitel untergeordnet sind, leider beschränkt gewesen. Die Ursache dafür ist in der verwendeten Ärztesoftware im Verein neunerHAUS zu suchen, welche sich vorwiegend an der Häufigkeit der Diagnosestellungen orientiert. Doppelte Fälle, also Mehrfachstellung derselben Diagnose pro Patient/-in, mussten zuvor eruiert und danach aus dem Programm gelöscht werden. Eine Aufteilung der einzelnen Krankheitsgruppen im Geschlechterverhältnis und nach Alterskategorien, wie sie bei den Krankheitskapiteln vorgenommen wurden, war nicht möglich. Nichtsdestotrotz hätte wahrscheinlich eine zusätzliche Auswertung nach Krankheitsgruppen den Rahmen der Arbeit gesprengt.

Abseits all der kritischen Anmerkungen sei hier erwähnt, dass die vorliegende Arbeit zahlreiche Tendenzen veranschaulicht, welche auf den gesundheitlichen Zustand wohnungsloser Menschen und deren Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Versorgungssystemen hinweisen. Dadurch ist anzunehmen, dass diese Dissertation als Ausgangspunkt für weitere Forschungsarbeiten und vergleichenden Studien zu diesem Thema dienen könnte.

9.2 Zusammenfassung und Interpretation

Die vorliegende Dissertation soll Aufschluss über die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und das Inanspruchnahmeverhalten von gesellschaftlichen Randgruppen am Beispiel wohnungsloser Menschen in Wien geben.

Um ein allgemeines Verständnis der grundlegenden Themengebiete für die empirische Untersuchung zu schaffen, wurden im theoretischen Teil der Dissertation ausgewählte

¹⁹² Vgl. Schoibl, H.; Schoibl, A.; Ginner, S.; Witek, J.; Sedlak, F. (2009): Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich. BAWO Studie zur Wohnungslosigkeit 2006-2008. 61-67; <http://www.bawo.at/de/content/archiv/sitemap/publikationen.html> [Stand 15.03.2010].

Begriffe und Themen aufgearbeitet. In diesem Zusammenhang wurden zunächst die Begriffe „Gesundheit“ und „Wohnungslosigkeit“ definiert und erläutert. Des Weiteren wurde ein Überblick über den derzeitigen Wissensstand der Erforschung von Krankheit in Bezug auf wohnungslose Menschen gegeben, welche die häufigsten psychischen und physischen Krankheitsbilder beinhaltet.

Im Anschluss daran wurden Einrichtungen, die ein medizinisches Versorgungssystem für wohnungslosen Menschen anbieten, vorgestellt.

Der darauffolgende empirische Teil der Arbeit enthält sowohl eine analytische Studie als auch eine deskriptive Untersuchung. Die analytische Studie wurde durch eine eigene Erhebung den gesundheitlichen Zustand wohnungsloser Menschen in Wien betreffend abgedeckt. Ziel dieser vergleichenden Studie ist die Bestimmung einzelner Parameter¹⁹³, welche sich hierbei auf Krankheitsprävalenzen, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Versorgungssystemen von wohnungslosen Männern und Frauen in Wien beziehen. Die eigene Erhebung stützt sich dabei auf eine repräsentative Erhebung der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS = Austrian Health Interview Survey).

Die deskriptive Untersuchung wurde anhand einer Auswertung der Daten vom Verein neunerHAUS durchgeführt.

Die eigene Erhebung wurde an 66 Teilnehmer/-innen im Zeitraum von 12.07.2010 bis 22.07.2010 durchgeführt. Der Datensatz der Allgemeinmediziner/-innen des Vereins neunerHAUS umfasst 8070 Diagnosen von 1634 Patient/-innen, welche in einem Zeitraum von 02.01.2007 bis 30.12.2009 gestellt wurden. Die Datensammlung wurde anhand des Statistikprogramms SPSS ausgewertet.

An einer *chronischen Krankheit* leiden 71 % der Wohnungslosen und 39 % der Vergleichsgruppe. Von den chronisch erkrankten Wohnungslosen schätzen 32 % ihren *subjektiven Gesundheitszustand* als schlecht oder sehr schlecht ein, bei der Vergleichsgruppe wurde dieselbe Einschätzung von 14 % gegeben. Somit schätzen Wohnungslose ihren Gesundheitszustand bei einer chronischen Erkrankung schlechter ein als die Vergleichsgruppe. Bei Männern und Frauen ist die subjektive Gesundheitswahrnehmung deckungsgleich. In einer anderen Studie über gesundheitliche Belastungen von extrem

¹⁹³ Vgl. Hurrelmann; Schnabel 1999, Gesundheitswissenschaften. 91.

benachteiligten Personen¹⁹⁴ leiden von 71 Wohnungslosen 28 % an einer chronischen Krankheit, 18 % beschreiben ihren Gesundheitszustand als eher schlecht bzw. sehr schlecht. Die Mehrheit (54 %) hingegen schätzt ihren Gesundheitszustand als sehr gut bzw. vorwiegend gut ein.

Auch geben Wohnungslose häufiger als Personen der Vergleichsgruppe an, in ihrem Alltag durch ein gesundheitliches Problem eingeschränkt zu sein. Werden hingegen die Angaben beider Gruppen in Bezug auf *Einschränkungen im Alltag aufgrund einer chronischen Krankheit* verglichen, so ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede.

Die Hypothese „Wohnungslose Menschen haben oftmals Gesundheitsdefizite im Sinne von chronischen Krankheiten und nehmen die dadurch entstehenden Einschränkungen nicht als solche wahr“ kann somit bestätigt werden.

Auch bewahrheitet sich die Annahme, dass Wohnungslose häufiger an chronischen Erkrankungen leiden als die Vergleichsgruppe, wobei wohnungslose Frauen häufiger an chronischen Krankheiten leiden als wohnungslose Männer.

Die Ergebnisse der *eigenen Erhebung* zeigen, dass die *Erkrankungsraten* für psychiatrische Erkrankungen (44 %), Atemwegserkrankungen (37 %), Bluthochdruck (33%), Erkrankungen des Verdauungssystems (19 %) und Herzerkrankungen (11 %) bei Wohnungslosen besonders hoch sind. Es konnte kein Unterschied in der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen und chronischer Bronchitis zwischen Männern und Frauen gefunden werden. Gemessen an der Vergleichsgruppe leiden Wohnungslose häufiger an chronischen Angstzuständen und Depressionen, chronischer Bronchitis und Emphysem, Magen- und Darmgeschwüren, Herzinfarkten sowie einem defizitären Zahnstatus. Bei folgenden Erkrankungen gibt es zwischen den beiden Gruppen keine Unterschiede: Bluthochdruck, Diabetes, Schlaganfall/Hirnblutung und Karzinome.

Die *Auswertung des Datensatzes neuerHAUS* ist in die *Krankheitskapitel* nach ICD-10 geordnet und führt ebenfalls zum Resultat, dass Wohnungslose auffallend häufig an psychischen Erkrankungen leiden (39 %). Diese Erkrankung tritt am häufigsten bei Personen des mittleren Alters auf (30- bis 50-Jährige). Wie in der eigenen Erhebung sind über 30 % von Atmungsorganerkrankungen betroffen. Erkrankungen des Verdauungstraktes (28 %) nehmen die dritte Stelle ein, gefolgt von Skelett-, Muskel- und Bindegewebs-

¹⁹⁴ Vgl. Freidl, W. (2004): Equal-Studie: Gesundheitliche und soziale Belastungen von am Arbeitsmarkt extrem benachteiligten Personen. IFES, Wien, Archivnummer 26603 001. 42.

erkrankungen (25 %). Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weit seltener als Stoffwechselerkrankungen.

So wie bei der eigenen Erhebung auch, zeigen sich im allgemeinmedizinischen Datensatz keine geschlechterspezifischen Tendenzen hinsichtlich der Prävalenz von psychischen Erkrankungen. Während aber laut Datensatz des neunerHAUSes Frauen deutlich häufiger von Atemwegserkrankungen betroffen sind als Männer, zeigen sich in der eigenen Erhebung keine Unterschiede. Doppelt so häufig wie Männer weisen Frauen gesundheitliche Probleme des Urogenitaltrakts auf. Ansonsten konnten keine signifikanten Prävalenzunterschiede im Geschlechterverhältnis gefunden werden.

Die Ergebnisse der eigenen Erhebung können natürlich nicht direkt dem Datensatz des Vereins neunerHAUS gegenübergestellt werden, da einerseits bei der eigenen Erhebung Krankheitsbilder wie Hauterkrankungen, Urogenitalerkrankungen oder Skelett- und Bindegewebserkrankungen vernachlässigt wurden und es sich andererseits bei der eigenen Erhebung um eine direkte Aussage der Betroffenen und nicht um eine ärztliche Diagnosestellung handelt.

Unter den Wohnungslosen sind sich viele ihrer gesundheitlichen Lage nicht bewusst und können daher teilweise nur erschwert oder unsachgemäß Auskunft darüber geben. So mussten häufig medizinische Begriffe wie „Depression“ oder „Diabetes mellitus“ den Befragten zuvor erklärt werden.

Ogleich ein Vergleich unterschiedlicher Studien zum Krankheitsprävalenz wohnungsloser Menschen aufgrund der verschiedenen Testverfahren erschwert ist, wird in Tabelle 52 eine Übersicht der Studienergebnisse dargestellt.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, sind die Ergebnisse divergent. Während beispielsweise die Auswertungen der eigenen Erhebung und der Daten des Vereins neunerHAUS eine psychiatrische Erkrankungsrate zwischen 39 % und 44 % ergeben, sprechen Salize (2002)¹⁹⁵ von 63 % und Völlm (2004)¹⁹⁶ gar von 89 %. Die Rate der übrigen Studien reicht von 14 % bis 36 %. Diese Ergebnisse entsprechen auch dem Resultat von Fazel (2008)¹⁹⁷,

¹⁹⁵ Vgl. Salize, H. J.; Dillmann-Lange, C.; Stern, G.; Kentner-Figura, B.; Stamm, K.; Rössler, W.; Henn, F. (2002): Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. *Addiction*. Dec; 97 (12): 1593-600.

¹⁹⁶ Vgl. Völlm, B.; Becker, H.; Kunstmann, W. (2004): Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittuntersuchung; *Sozial- und Präventivmedizin* 49: 4250.

¹⁹⁷ Vgl. Fazel et al. 2008, Prevalence of mental disorders, e225.

der in einem systematischen Review auf eine Prävalenzrate für psychiatrische Erkrankungen 2,8 % bis 42,3 % stieß.

Auch Beijer (2010)¹⁹⁸ und Henry (2010)¹⁹⁹ postulieren eine Prävalenz (Alkoholabhängigkeitserkrankungen und Schizophrenie) von 42 bis 44 %. In einer Studie von Freidl (2004)²⁰⁰ geben 30 % der Wohnungslosen an, täglich bis alle paar Monate an Angstzuständen und Panikattacken zu leiden.

Die Frage, ob Wohnungslosigkeit ursächlich für eine psychiatrische Erkrankung ist, und hier speziell für eine Abhängigkeitserkrankung, oder ob eine psychiatrische Erkrankung die Betroffenen in die Wohnungslosigkeit treibt, erlaubt nach Durchsicht der vorliegenden Ergebnisse keine hinlängliche Antwort. Zugleich machen 31 % der Männer und 23 % der Frauen eine psychische Erkrankung für ihre Wohnungslosigkeit verantwortlich.

¹⁹⁸Vgl. Beijer; Andréasson, 2010, Gender, 511-516.

¹⁹⁹ Vgl. Henry et al. 2010, Mental disorders, 264-71.

²⁰⁰ Vgl. Freidl, W.; Feistritzer, G. (2004): Equal-Studie: Gesundheitliche und soziale Belastungen von am Arbeitsmarkt extrem benachteiligten Personen. IFES, Wien, Archivnummer 26603 001.

Tabelle 52: Krankheitsprävalenz im Studienvergleich

| Studie | Eigene Erhebung | neunerHAUS | BAG 1976 | Sektionsbefunde 1976 | Krankenaktenstudie 1990 | Funkt. Untersuchung 1997 | Krankenaktenstudie 1998 | Status, Anamnese 2000 | Status, Anamnese, SKID-Test, Labor 2002 |
|-------------------------------------|----------------------|------------------------|------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------|---|
| Erkrankungen | 66 Männer und Frauen | 1634 Männer und Frauen | 109 Männer | 2 Frauen 63 Männer | 342 Männer | 40 Männer | 171 Männer | 82 Männer | 14 Frauen, 86 Männer |
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Kardiovaskulär | 33 | 19 | 5 | 37 | 28 | 52,5 | 24 | 56 | 13 |
| Myokard Infarkt/ Angina pectoris | 11 | 1,2 | 3 | 23 | 6 | 13 | | | |
| Pulmonal | 37 | 32 | 71 | 52 | 25 | 48 | 27 | 24 | 12 |
| Gastroenteral | 33 | 28 | 44 | 35 | 32 | 20 | 17 | 31 | 13 |
| Psychiatrisch | 44 | 39 | 19 | | 14 | 24 | 36 | 89 | 63 |
| Neurologisch | 9 | 22 | | | 11 | 5 | | 33 | 43 |
| Defizitärer Zahnstatus | 56 | 5 | 68 | | 21 | 53 | | 82 | |
| Hepatisch | | 8 | 38 | 11 | 6 | 30 | | 43 | 31 |
| Dermatologisch | | 19 | 17 | | 8 | 50 | 30 | 34 | 12 |
| Verletzungen | | 16 | 63 | | 44 | 50 | 29 | | 1 |

Quelle: Eigene Erhebung, Datenauswertung Verein neunerHAUS, Grundlagenstudie Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Sperling 1979²⁰¹, Sektionsbefunde Veith & Schwindt 1976²⁰², Krankenaktenstudie Locher 1990²⁰³, funktionelle Untersuchung Trabert 1997²⁰⁴, Krankenaktenstudie Egen V. 1998²⁰⁵, Völlm et al. 2000, 2004²⁰⁶, Salize et al. 2002²⁰⁷.

²⁰¹ Sperling, F. (1985): Medizinische Untersuchung an 109 nichtsesshaften Männern. Dissertation. Münster: Universität Münster.

²⁰² Veith, G.; Schwindt, W. (1976): Pathological-anatomical aspects of vagabondage (author's transl) Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb. Jan; 44 (1): 1-21.

²⁰³ Locher 1990, Gesundheits-/ Krankheitsstatus.

²⁰⁴ Trabert, G. (1997): Health status and medical care accessibility of single, homeless persons. Gesundheitswesen. 1997 Jun; 59 (6): 378-88.

²⁰⁵ Egen, V. (1998): Morbidity spectrum and drug therapy of homeless persons in Munich. Gesundheitswesen. Jan; 60 (1): 47-51.

²⁰⁶ Völlm, B.; Becker, H.; Kunstmann, W. (2004): Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittuntersuchung; Sozial-und Präventivmedizin 49: 4250.

²⁰⁷ Salize, H. J.; Dillmann-Lange, C.; Stern, G., Kentner-Figura, B.; Stamm, K.; Rössler, W.; Henn, F. (2002): Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. Addiction. Dec; 97 (12): 1593-600.

Wohnungslose Menschen leiden an einem deutlich schlechteren *Zahnzustand* als die Vergleichsgruppe. So tragen 30 % der Wohnungslosen im Vergleich zu 7 % der Vergleichsgruppe eine Vollprothese, knapp 10 % der Wohnungslosen tragen trotz fehlender eigener Zähne keine Prothese, bei der Vergleichsgruppe sind es 2 %. Keine Prothese aufgrund noch bestehender eigener Zähne benötigen 44 % der Wohnungslosen und 49 % der Vergleichsgruppe. Wobei die Angabe „*noch eigene Zähne*“ verschieden interpretiert werden kann; so sehen eventuell Menschen auch mit einem sehr geringen Zahnanteil keine Notwendigkeit für eine Prothese, da sie ja noch eigene Zähne haben.

In der Literatur wird die *Compliance* hinsichtlich medikamentöser Behandlungen wohnungsloser Menschen als schlecht beschrieben. Dennoch konnten keine Unterschiede, mit Ausnahme der medikamentösen Behandlung von Herzkrankheiten, in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten bei der Gruppe der Wohnungslosen und der Vergleichsgruppe gefunden werden.

Die Analyse der Antworten beider Gruppen betreffend *Stimmungslage und Befinden* innerhalb der letzten vier Wochen ergibt, dass sich wohnungslose Menschen deutlich niedergeschlagener, bedrückter und trauriger sowie unglücklicher und erschöpfter beschreiben als Personen der Vergleichsgruppe.

Ebenso tendieren die Resultate des WHOQOL-Fragebogens bezüglich der *Lebensqualität* in die zu erwartende Richtung. Zusammengefasst sind Wohnungslose sowohl mit ihrem physischen (Energie, Schlaf, Schmerz, Arbeitsfähigkeit, Mobilität) und psychischen Gesundheitszustand (Sinnhaftigkeit des Lebens, Konzentrationsfähigkeit, Akzeptanz des Aussehen etc.) als auch mit ihren sozialen Beziehungen (soziale Unterstützung, soziale Unterstützung, Sexualität) unzufriedener als die Vergleichsgruppe. Lediglich im Bereich Umweltressourcen sind beide Gruppen gleichermaßen zufrieden beziehungsweise unzufrieden. Während der Interviews hat sich merklich gezeigt, dass die meisten Befragten „beschämt“ auf die Frage nach der Zufriedenheit mit ihrem Sexualleben wirkten und genauso wie bei der Frage nach der Unterstützung durch ihre Freunde angaben, keines beziehungsweise keine zu haben.

Oft treten Wohnungslosigkeit und *Alkoholkonsum* gemeinsam auf. Studienergebnissen zufolge kann davon ausgegangen werden, dass wohnungslose Menschen sehr oft alkoholische Getränke konsumieren und häufig an einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit leiden.

So beschreibt Koegl (1988)²⁰⁸ bei 63 % der Wohnungslosen eine Alkoholproblematik. Fichter (1996)²⁰⁹ erkennt dies bei sogar 83 %, und in einem systematischen Review (Fazel et al. 2008)²¹⁰ werden dazu zwischen 8 % und 59 % Erkrankte angegeben. In der eigenen Erhebung leiden 52 % der Wohnungslosen an einem gegenwärtigen oder vergangenen Alkoholproblem.

Nach eigenen Angaben genehmigen sich Wohnungslose an durchschnittlich zehn Tagen im Monat Alkohol. Personen der Vergleichsgruppe trinken durchschnittlich an elf Tagen im Monat alkoholische Getränke. Etwas weniger als die Hälfte der Wohnungslosen (44 %) behaupten, an keinem einzigen der vergangenen 30 Tage Alkohol getrunken zu haben. Von der Vergleichsgruppe geben dies 37 % an. Beachtlich ist jedoch, dass sich 23 % der befragten Wohnungslosen an jedem einzelnen Tag im Monat dem Alkoholkonsum hingeben. Wohnungslose Menschen trinken am häufigsten von allen alkoholischen Getränken Bier (24 % vs. 14 % der Vergleichsgruppe). Die Vergleichsgruppe hingegen bevorzugt Wein (17 % vs. 11 % der Wohnungslosen). Weit mehr Wohnungslose (26 %) als Personen der Vergleichsgruppe (7 %) gaben sich bereits am Morgen dem Alkoholkonsum hin, um sich nervlich in Gleichgewicht zu bringen. Von einem gegenwärtigen oder vergangenen Alkoholproblem berichteten 66 % der wohnungslosen Männer und 36 % der wohnungslosen Frauen. Diese Umstände begründen wahrscheinlich den Wunsch nach Verringerung des Alkoholkonsums bei 50 % der Wohnungslosen. Auch Schuldgefühle wegen des Alkoholkonsums wurden von etwa jeder dritten wohnungslosen Person angegeben. Männer tendieren dabei zu vermehrtem Alkoholkonsum, was mit einem höheren Prozentsatz von alkoholabhängigen Männern als Frauen einhergeht.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass dieses Ergebnis aufgrund der sehr direkten Methode des Face-to-Face-Interviews und dem sensiblen Thema „Alkoholkonsum“ nicht der Realität entspricht. Außerdem muss bedacht werden, dass die Frage zum Alkoholkonsum am Morgen an sich schon diffamierend verstanden werden kann und somit die Antworten hierauf sehr kritisch zu betrachten sind. Die Literatur zeigt, dass zwar viele wohnungslose Menschen ein Alkoholproblem haben, jedoch nur ungern darüber reden. Weiters kann laut einem Gespräch mit Dr. Walter Löffler (Allgemeinmediziner des Teams neunerHAUS-

²⁰⁸ Vgl. Koegel, P.; Burnam, M. A.; Farr, R. K. (1988): The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry*. Dec; 45 (12): 1085-92.

²⁰⁹ Vgl. Fichter, M. M.; Koniarczyk, M.; Greifenhagen, A.; Koegel, P.; Quadflieg, N.; Wittchen, H. U.; Wölz, J. (1996): Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 246 (4): 185-96.

²¹⁰ Vgl. Fazel et al. 2008, Prevalence of mental disorders, e225.

ARZT) angenommen werden, dass einige wohnungslose Menschen in jüngster Zeit einen Alkoholentzug durchgemacht hatten. Es ist wohl davon auszugehen, dass die Auskünfte der Befragten zum Alkoholkonsum angesichts des eventuell bestehenden Störfaktors der sozialen Erwünschtheit²¹¹ kritisch hinterfragt werden müssen.

Das Auftreten von *Drogenabhängigkeitserkrankungen* bei Wohnungslosen wird in der Literatur hinreichend beschrieben. Koegl (1988)²¹² und Henry (2010)²¹³ sprechen von 31 % Erkrankten. Eine Review-Studie gibt zwischen 5 % und 54 % an. Fichter (1996, 1997)²¹⁴ kommt sogar auf 83 %. In der eigenen Erhebung leiden 17 % der Wohnungslosen an einem gegenwärtigen oder vergangenen Drogenproblem. Männer und Frauen sind davon gleichermaßen häufig betroffen.

Fast jede/r Zehnte der Vergleichsgruppe und jede/r Zweite der Wohnungslosen hatte Erfahrungen mit *Haschisch oder Marihuana*.

Die Vermutung liegt nahe, dass der Konsum illegaler Drogen, zum Beispiel Marihuana und Haschisch, für den überwiegenden Teil der Wohnungslosen ein „Lebensabschnittsproblem“ darstellt. Weit mehr Konsument/-innen von Marihuana als von Alkohol und Nikotin nahmen wieder davon Abstand.²¹⁵

Neben dem Alkohol- und Drogenkonsum ist auch das *Rauchverhalten* der Wohnungslosen sehr stark ausgeprägt. Täglich rauchen 90 % der Wohnungslosen und ebenso beachtliche 59 % der Vergleichsgruppe. Auch andere Studien (Freidl 2004)²¹⁶ zeigen wohnungslose Menschen eine hohe Affinität zu Nikotin, so wurden 89 % Raucher/-innen erhoben.

Die Fragestellung „Unterscheidet sich gesundheitsrelevantes Verhalten wie beispielsweise *gesunde Ernährung* und *körperliche Aktivität* zwischen den beiden Untersuchungsgruppen?“ kann hinsichtlich der Ernährungsgewohnheiten verneint werden, da die Mehrheit beider Gruppen angibt, hauptsächlich Mischkost mit wenig Fleisch zu sich zu nehmen. Im

²¹¹ Vgl. Schnell, R.; Hill, P. B.; Esser, E. (2008): „Methoden der empirischen Sozialforschung“, Oldenbourg Wissenschaftsverlag. 355.

²¹² Vgl. Koegel, P.; Burnam, M. A.; Farr, R. K. (1988): The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. Arch Gen Psychiatry. Dec; 45 (12): 1085-92.

²¹³ Vgl. Henry et al. 2010, Mental disorders, 264-71.

²¹⁴ Vgl. Fichter, M. M.; Koniarczyk, M.; Greifenhagen, A.; Koegel, P.; Quadflieg, N.; Wittchen, H. U.; Wölz, J. (1996): Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 246 (4): 185-96.

²¹⁵ Vgl. Bericht zur Drogensituation 2010; http://www.goeg.at/media/download/berichte/Drogensituation_2010.pdf [Stand 01.11.2010].

²¹⁶ Vgl. Freidl, W.; Feistritz, G. (2004): Equal-Studie: Gesundheitliche und soziale Belastungen von am Arbeitsmarkt extrem benachteiligten Personen. IFES, Wien, Archivnummer 26603 001.

Hinblick auf die Divergenz im Verständnis des Begriffes „Mischkost“ lassen die Angaben der wohnungslosen Menschen in punkto gesunde Ernährung einen Interpretationsspielraum zu, da unter dem Begriff „Mischkost“ diverse Nahrungsmittel, also auch ungesunde Nahrung, die zugleich aber auch leistbarer ist, verstanden werden. Während wohnungslose Menschen mehrheitlich mindestens vier Stunden pro Woche spazieren gehen, betreibt die Vergleichsgruppe zu 34 % zusätzlich Sport wie beispielsweise Jogging oder Ähnliches. Wobei wohnungslose Menschen unter einem Spaziergang auch den Weg zum nächsten Lebensmittelgeschäft oder zur nächsten Apotheke und zurück verstehen. Ausgehend davon leiden wohnungslose Menschen unter einem Ressourcenverlust der täglichen Alltagstätigkeiten. Von Wohnungslosigkeit Betroffene tendieren hingegen dazu, alltägliche Bewegung, welche subjektiv auch wirklich anstrengender sein kann, als Sport einzuschätzen. Generell sind diejenigen Personen, deren Gruppenzugehörigkeit sich sowieso schon stigmatisierend auswirkt, motiviert, sich positiv darzustellen.

Obwohl die Literatur von einem schwach ausgeprägten *Inanspruchnahmeverhalten* wohnungsloser Menschen an allgemeinmedizinischen Betreuungssystemen spricht, zeigen die Ergebnisse der eigenen Erhebung, dass Wohnungslose häufiger als Personen der Vergleichsgruppe eine/n Allgemeinmediziner/-in konsultieren. Während Doering et al. 2002²¹⁷ einen Prozentsatz zwischen 10 und 20 postuliert, ergibt die eigene Auswertung, dass 85 % der Wohnungslosen innerhalb des letzten Jahres zumindest einmal den besagten Arzt bzw. Ärztin aufsuchten. Verglichen dazu ließen sich 75 % der Vergleichsgruppe innerhalb des letzten Jahres medizinisch betreuen. Auch Freidl kam 2004²¹⁸ zu dem Ergebnis, dass 61 % der Wohnungslosen innerhalb der letzten zwölf Monate einen Arzt bzw. eine Ärztin aufsuchten.

Das Ausstellen eines Rezepts wird in der eigenen Erhebung als Hauptgrund für den letzten Arztbesuch von Wohnungslosen angegeben. Hingegen gibt die Vergleichsgruppe mehrheitlich an, aufgrund einer Krankheit oder einer gesundheitlichen Beschwerde medizinische Beratung in Anspruch genommen zu haben. Laut Dr. Löffler ist das ausgeprägte *Inanspruchnahmeverhalten* wohnungsloser Menschen von medizinischen Betreuungssystemen auf die hohe Anzahl, geschätzte 20 % der Substitutionspatient/-innen, zurückzuführen.

²¹⁷ Vgl. Doering et al. 2002, Gesundheitswesen, 375-382.

²¹⁸ Vgl. Freidl, W.; Feistritzer, G. (2004): Equal-Studie: Gesundheitliche und soziale Belastungen von am Arbeitsmarkt extrem benachteiligten Personen. IFES, Wien, Archivnummer 26603 001.

Das scheinbar atypische Inanspruchnahmeverhalten Wohnungsloser, eine medizinische Versorgungseinrichtung aufzusuchen, betrifft zwar Allgemeinmediziner/-innen, jedoch nicht Zahnmediziner/-innen. So suchen wohnungslose Menschen seltener eine Zahnarztpraxis auf als die Vergleichsgruppe. Wohnungslose erwähnten während des Interviews auch häufig, sie sehen keine Notwendigkeit für eine zahnärztliche Konsultation, da sie ja ohnehin eine Prothese tragen. Weiters gab ein nicht geringer Teil der Wohnungslosen nebenbei an, über die Existenz der neuerHAUS-Zahnarztpraxis nicht informiert zu sein.

Von den befragten Wohnungslosen nutzen 36 % das allgemeinmedizinische Betreuungsangebot und 27 % die zahnärztliche Versorgung des Vereins neuerHAUS. Das Geschlechterverhältnis ist dabei recht ausgeglichen.

Das Team neuerHAUSARZT verzeichnete eine Frequenz von durchschnittlich zehn Konsultationen pro Patient/-in und stellte pro Patient/in durchschnittlich sieben Diagnosen. Während die Anzahl der Konsultationen zwischen den Geschlechtern ausgeglichen ist, erhielten Frauen häufiger eine Diagnose als Männer.

Deutschen Untersuchungen (Doering et al. 2002²¹⁹) zufolge, befinden sich jährlich 55 bis 70 % der Wohnungslosen in *stationärer Krankenhausbehandlung*. Von den befragten Wiener Wohnungslosen dagegen wurde von nur 36 % ein stationärer Krankenhausaufenthalt während der letzten zwölf Monate angegeben. Zu einem Wert von 37 % kamen auch die Autor/-innen der Equal-Studie²²⁰ (2004). Dennoch ist diese Anzahl größer, als die der Vergleichsgruppe (14 %). Wogegen sich die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer und die Anzahl der geplanten Operationen zwischen den beiden Gruppen nicht unterscheiden.

Die häufigen medizinischen Konsultationen wohnungsloser Menschen können einerseits sowohl auf die beträchtliche Anzahl der Grunderkrankungen zurückgeführt werden, andererseits zeigt dies auch deutlich, dass sich das medizinisch-aufsuchende Konzept des Vereins neuerHAUS als bedarfsgerecht erwiesen hat. Es ist anzunehmen, dass die im Vergleich niedrige Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte ebenfalls aus der vorher aufgreifenden medizinischen Betreuung resultiert.

²¹⁹ Vgl. Doering et al. 2002, Gesundheitswesen, 375-382.

²²⁰ Vgl. Freidl, W.; Feistritz, G. (2004): Equal-Studie: Gesundheitliche und soziale Belastungen von am Arbeitsmarkt extrem benachteiligten Personen. IFES, Wien, Archivnummer 26603 001.

Punktion der wichtigsten Studienergebnisse

- Demographische Daten der eigenen Erhebung: 75 % der Befragten sind älter als 45 Jahre, die jüngsten Befragten sind 20 Jahre alt, die Ältesten sind 74 Jahre alt. 53 % sind männlich und 47 % weiblich.
- Demographische Daten des Datensatzes neunerHAUS: 70 % der Patient/-innen sind älter als 40 Jahre. Knapp die Hälfte (47 %) ist zwischen 40 und 60 Jahre alt. Die Jüngsten sind zwei Jahre alt, der älteste Patient ist 90 Jahre alt. Der Männeranteil beträgt 71 %, der Frauenanteil liegt dementsprechend bei 29 %:
- Der Durchschnitt der Wohnungslosen leidet an Präadipositas, auch die Vergleichsgruppe weist eine Tendenz zu Übergewicht auf.
- Knapp die Hälfte der Wohnungslosen ist alleinstehend; mehr als die Hälfte der Vergleichsgruppe ist verheiratet.
- Etwas mehr Wohnungslose als Personen der Vergleichsgruppe besitzen eine österreichische Staatsbürgerschaft.
- Etwas weniger als die Hälfte der Wohnungslosen hat als höchste Schulbildung nur die Pflichtschule abgeschlossen. Die Vergleichsgruppe weist ein signifikant höheres Schulabschlussniveau auf.
- 23 % der Wohnungslosen gingen noch nie einem Beschäftigungsverhältnis nach.
- Von den Wohnungslosen sind 39 % arbeitslos, 32 % arbeitsunfähig und 27 % pensioniert. Mehr als die Hälfte der Vergleichsgruppe ist erwerbstätig, 24 % sind in Pension.
- 60 % der wohnungslosen Menschen steht ein monatliches Netto-Haushaltseinkommen von 600 bis 900 Euro zur Verfügung, knapp 80 % der Vergleichsgruppe haben ein Netto-Haushaltseinkommen von mehr als 1200 Euro.
- Wohnungslose leiden häufiger an chronischen Krankheiten als die Vergleichsgruppe und schätzen auch ihren Gesundheitszustand schlechter ein.
- Das häufigste Krankheitsbild der Wohnungslosen ist sowohl bei den Befragten der eigenen Erhebung als auch bei den Patient/-innen des Vereins neunerHAUS eine psychiatrische Erkrankung. Die Vergleichsgruppe leidet am häufigsten unter Bluthochdruck. Psychische Erkrankungen betreffen am häufigsten Patient/-innen mittleren Alters (30- bis 50-Jährige).

- Eine Vollprothese benötigen 30 % der wohnungslosen Menschen und 7 % der Vergleichsgruppe. Vor allem unter den 50- bis 60-Jährigen leiden Wohnungslose an einem schlechteren Zahnzustand als die Vergleichsgruppe.
- Wohnungslose sind deutlich niedergeschlagener, bedrückter und trauriger sowie unglücklicher und erschöpfter als die Vergleichsgruppe. Ebenso sind Wohnungslose mit ihrer Lebensqualität, abgesehen von ihren Umweltressourcen, unzufriedener als die Vergleichsgruppe.
- Die Mehrheit der Wohnungslosen leidet oder litt an einem Alkoholproblem, dabei sind weit mehr Männer als Frauen davon betroffen.
- Täglich rauchen 90 % der Wohnungslosen und knapp 60 % der Vergleichsgruppe.
- Eine/n Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerin suchten innerhalb des letzten Jahres um 10 % mehr Wohnungslose als Personen der Vergleichsgruppe auf.
- Ungefähr jede dritte Person nutzt das allgemeinmedizinische Betreuungsangebot des neunerHAUSes, ungefähr jede vierte Person die neunerHAUS-Zahnarztpraxis.
- Mehr wohnungslose Menschen als Personen der Vergleichsgruppe befanden sich innerhalb des letzten Jahres in stationärer Krankenhausbehandlung.

Schlüsse für die Versorgung wohnungsloser Menschen:

Obgleich in Österreich in einigen Regionen mehrere medizinische Versorgungseinrichtungen für wohnungslose Menschen existieren, können Wohnungslose aufgrund der Vielzahl ihrer chronischen Krankheiten und Anforderungen dennoch als medizinisch unterversorgt beschrieben werden. Abgesehen davon kristallisierte sich bei der Recherche hinsichtlich medizinischer Institutionen heraus, dass Versorgungseinrichtungen für wohnungslose Menschen in manchen Bundesländern eindeutig unterrepräsentiert sind. So existiert in Niederösterreich keine niederschwellige Einrichtung, welche medizinische Versorgungsleistungen für Wohnungslose anbietet. Den Betroffenen wird lediglich eine Begleitung zu Arztbesuchen offeriert. In Vorarlberg wird im Kolpinghaus zwar gesundheitliche Beratung durch einen das Haus visitierenden Psychiater gewährleistet, dennoch wird keine allgemeinmedizinische Betreuung vor Ort angeboten.

Auch in Salzburg sind Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in keine gesundheitspezifischen Dienstleistungsangebote eingegliedert. Die Schwerpunktsetzung bezieht sich allein

auf einzelfallbezogene Überweisungen und das Herstellen von Kontakten zu Ärzt/-innen. Ebenso existieren im Burgenland keine Wohneinrichtungen mit spezifischen gesundheitsbezogenen Dienstleistungen.

Vorbildlich hingegen fungiert das Konzept des Sozialvereins B 37 in Oberösterreich. So besteht eine Teileinrichtung des besagten Vereines nicht nur aus einem psychosozialen Wohnheim für alkoholabhängige Menschen; ergänzend dazu werden auch Behandlungen von Allgemeinmediziner/-innen vor Ort in zwei Häusern angeboten. Das Tageszentrum Vinzenzstüberl der Barmherzigen Schwestern in Linz bietet zwar keine aufsuchende medizinische Betreuung vor Ort an. Dafür wird intensive Zusammenarbeit, inklusive bevorzugte Behandlung wohnungsloser Menschen, mit der Ambulanz der dazugehörigen Krankenhäuser fokussiert.

In Tirol werden im Alexihaus und in der Einrichtung „Die Herberge“ wohnungslose Menschen wöchentlich von ins Haus kommenden Allgemeinmediziner/-innen versorgt.

Die Marienambulanz in der Steiermark bietet als niederschwellige Gesundheitsversorgungsstruktur wohnungslosen Menschen medizinische Behandlung vor Ort an. Neben der Ambulanz umfasst die Gesundheitsversorgung auch eine rollende Ordination, welche für Wohnungslose und andere Randgruppen spezifische Orte aufsucht. Die beachtliche Anzahl von 18 Ärzt/-innen konnte zum Zeitpunkt der Recherche eruiert werden.

Wien nimmt als Bundesland mit der höchsten Anzahl für Wohnungslose konzipierte Institutionen wohl den größten Vorbildcharakter ein. Das neunerHAUS bietet in den Häusern der Wohnungslosenhilfe aufsuchende Betreuungsmöglichkeiten an. Als Unikat, und dadurch zur Nachahmung empfohlen, wurde eine Zahnpraxis für Wohnungslose eingerichtet. Neben den Allgemeinmediziner/-innen des neunerHAUSES besteht für Wohnungslose auch das Angebot, Fachärzt/-innen der Psychiatrie vom psychosozialen Dienst zu konsultieren. Auch die Stadt Wien verfügt ebenso wie Graz über eine „rollende Ordination“ in Form des Louisebuses. Zudem stehen wohnungslosen Menschen durch die Einrichtung AMBER-MED sowohl allgemeinmedizinische Versorgung als auch spezifische Untersuchungsmethoden zur Verfügung.

Auch in Deutschland konnten zahlreiche Einrichtungen der deutschen Wohnungslosenhilfe, welche eine medizinische Versorgung für wohnungslose Menschen anbieten, gefunden werden. Als Beispiele wurden die MUT Gesellschaft für Gesundheit und das Mainzer Modell angeführt. Beide Einrichtungen weisen Parallelen zu österreichischen Versorgungssystemen auf. Neben allgemeinmedizinischen Sprechstunden werden in

beiden Ländern von einzelnen niederschweligen Einrichtungen besondere medizinische Projekte für wohnungslosen Menschen angeboten. So werden wohnungslose Menschen in der MUT in Deutschland ebenso wie in der neuerHAUS-Zahnarztpraxis in Österreich zahnmedizinisch versorgt. Außerdem können durch den Louisebus in Wien sowie die rollende Ordination der Marienambulanz in Graz und das Arztmobil von Trabert in Mainz auch Wohnungslose angesprochen werden. Herkömmliche niederschwellige Gesundheitseinrichtungen erreichten die Betroffenen dieser Randgruppe nicht.

Ogleich es mir zu Beginn der Arbeit kaum möglich war, einen Überblick über medizinische Einrichtungen für Wohnungslose in Österreich aufgrund der mangelnden Informationen seitens der Sanitätsbehörden und des Bundeskanzleramtes sowie einiger Einrichtung zu erhalten und obgleich ich auf Nachfragen bei Sozialhilfeträgern und Behörden keine hinreichende Auskunft auf die Frage erhielt, in welchen Verantwortungsbereich die medizinische Betreuung Wohnungsloser fällt, konnten letztendlich in vier österreichischen Bundesländern funktionierende medizinische Betreuungseinrichtungen für wohnungslose Menschen erhoben werden.

Die Mitarbeiter/-innen der Wohnungslosenhilfe sehen dennoch den Bedarf an strukturellen Maßnahmen zur Optimierung der Gesundheitsversorgung von Wohnungslosen als nicht gedeckt. Die Forderung zur Erfüllung von gesundheitsbezogenen Bedürfnissen beinhalten unter anderem bedarfsdeckende Basisangebote, gleiche Standards der gesundheitsbezogenen Leistungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, kurzfristig verfügbare Termine bei externen Fachärzten, Sensibilisierung und Schulung des medizinischen Personals im Umgang mit wohnungslosen Menschen und deren Mehrfachdiagnosen sowie Lösungen der Schnittstellenproblematik zwischen der Wohnungslosenhilfe und Einrichtungen des Gesundheitssektors durch beispielweise Abstimmung der grundlegenden Haltungen und Ideologien.

Hervorzuheben sind Basisangebote zur Verbesserung der Gesundheitsvorsorge für Wohnungslose in teilstationären Einrichtungen - lokalisiert in Wien, Linz und Graz. Diese Angebote umfassen eine allgemeinmedizinische Ordination, aufsuchende psychiatrische Versorgung und Erweiterungen der Pflege- und Behandlungsvorsorge, sei es durch Kooperation mit externen Einrichtungen oder durch Anstellung von medizinischem Personal.²²¹

²²¹ Vgl. Schoibl; Schoibl 2006, Österreichbericht, 72 [Stand 12.03.2010].

In einer Umfrage wurde anhand offener Fragestellungen die Meinung der Einrichtungen (N = 44) zum Bedarf nach strukturellen Verbesserungsmaßnahmen eruiert. Aus dieser Umfrage geht hervor, dass 32 % der Respond/-innen sich eine Verbesserung im Angebotsbereich für psychische Erkrankungen wünschen, 10 % der Respond/-innen eine Verbesserung im Bereich „Abhängigkeit und Drogen“. Lediglich 14 % sehen einen Ausbau von allgemeinmedizinischen Angeboten als notwendig an.²²²

Aufgrund der fehlenden Daten über die Anzahl wohnungsloser Menschen in den einzelnen Bundesländern wird hier kein Anspruch auf Empfehlungen hinsichtlich der Erweiterung zusätzlicher Versorgungseinrichtungen gestellt.

Schlussendlich soll auf der allgemeinen Ebene eine Verringerung der sozialen Ungleichheit sowie eine Verbesserung der Gesundheitschancen bei statusniederen Personen angestrebt werden. Eine Verringerung der sozialen Ungleichheit impliziert die Verringerung der Unterschiede bei Ausbildung, beruflicher Stellung und Einkommen. Diese Verringerung würde das Problem wohl von Grund auf lösen; die dafür notwendigen strukturellen Veränderungen bedürfen aber eines langfristigen gesellschaftlichen Diskurses. Eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ist daher mittelfristig als erfolgreicher anzusetzen. Eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens, welche mit vermehrter Eigenverantwortung einhergeht, würde zwar die gesundheitliche Ungleichheit verringern, lässt sich jedoch alleinig durch Appelle nicht umsetzen.

Mielck und Helmert nennen drei Phasen zur schrittweisen Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. Der erste Punkt enthält eine Bestandsaufnahme des Problems und eine Zieldefinition. Der zweite Punkt beschäftigt sich mit der Entwicklung und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen und der dritte Punkt umfasst die Evaluation der Maßnahmen und eine erneute Zieldefinition. Als Vorbild kann hierbei der einmal jährlich in Deutschland stattfindende Kongress „Armut und Gesundheit“ genannt werden, welcher zur Plattform für den Austausch von Wissenschaft, Praxis und Politik geworden ist.²²³

²²² Vgl. Schoibl; Schoibl 2006, Österreichbericht, 69 [Stand 12.03.2010].

²²³ Vgl. Mielck, A.; Helmert, U. (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Hrsg. Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Razum, O. Juventa Verlag Weinheim, München. 4. Auflage. 621-622.

10 Literaturverzeichnis

Fachjournale

- Angermeyer, C.; Kilian, R.; Matschinger, H. (2002): Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM. *Z Med Psychol* 11: 44-48.
- Antonovsky, A. (1967): Social class, life expectancy and overall mortality. *Milbank Memorial Fund Quaterly* (45): 31-73.
- Antonovsky, A. (1997): Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, dvgt Verlag, Tübingen. ISBN: 3-87159-136-X.
- Antonovsky, A. (1987): The salutogenic perspective: toward a new view of health and illness. *Advances, inst. for. Body-Health* (4): 47-55.
- Beijer, U.; Andréasson, S. (2010): Gender, hospitalization and mental disorders among homeless people compared with the general population in Stockholm. *Eur J Public Health*. Apr 5: 511-516.
- Bengel, J.; Strittmacher, R.; Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? - Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Band 6 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln.
- Cardia-Vonéche, L.; Bastard, B. (1996): Das soziale Umfeld: Durch die soziale Zugehörigkeit bedingten Unterschiede bei den Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit. Hrsg.: Gutzwiller, F.; Jeanneret, O.: *Sozial- und Präventivmedizin, Public Health*. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: 475-477.
- Crane, M. (1998): The associations between mental illness and homelessness among older people: an exploratory study. *Ageing Ment Health*.; 2 (3): 171-180.
- Doering, T. J.; Hermes, E.; Konitzer, M.; Fischer, G. C.; Steuernagel, B. (2002): Gesundheitliche Situation von Wohnungslosen in einer Krankenwohnung für Wohnungslose. *Gesundheitswesen*; 64 (6): 375-382.
- Egen, V. (1998): Morbidity spectrum and drug therapy of homeless persons in Munich. *Gesundheitswesen*. Jan; 60 (1): 47-51.
- Egger, J. W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16, 2, 3-12. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Eitel, G.; Schoibl, H. (1998): Grundlagenerhebung zu Wohnungslosensituation in Österreich: <http://www.bawo.at/de/content/archiv/sitemap/publikationen.html> [Stand 29.03.2010].

- Essendorfer, L. (2007): Structures of professional nursing in the care of homeless persons: orienting to living conditions. *Pflege Z.*; 60 (12): 666-9.
- Fazel, S.; Khosla V.; Doll, H.; Geddes, J. (2008): The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med.* Dec 2; 5 (12): e225.
- Fichter, M. M.; Koniarczyk, M.; Greifenhagen, A.; Koegel, P.; Quadflieg, N.; Wittchen, H. U.; Wölz, J. (1996): Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 246 (4): 185-96.
- Fischer, P. J.; Breakey, W. R. (1991): The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons. *Am Psychol* 46 (11): 1115-28.
- Franke, A. (2006): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern. ISBN: 3-456-84252-4.
- Freidl, W.; Stronegger, W. J.; Neuhold, C. (2001): „Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey“. Hrsg.: Magistrat der Stadt Wien.
- Freidl, W.; Stronegger, W. J.; Neuhold, C. (2001): Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. Gesundheitsberichterstattung Wien. Studie S1. Hrsg.: Magistrat der Stadt Wien.
- Freidl, W.; Stronegger, W. J.; Rasky, E.; Neuhold, C. (2001): Associations of income with self-reported ill-health and resources in a rural community sample of Austria. *Sozial- und Präventivmedizin*; (46) 106-114.
- Freidl, W.; Neuhold, C. (2002): Gesundheitssurveyforschung im regionalen Setting. Gesundheitsberichterstattung in der Steiermark unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte. Frankfurt/Main: Vas. ISBN 3-88864-339-2.
- Freidl, W.; Feistritzer, G. (2004): Equal-Studie: Gesundheitliche und soziale Belastungen von am Arbeitsmarkt extrem benachteiligten Personen. IFES, Wien, Archivnummer 26603 001.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007): Komorbidität, Psychose und Sucht. Grundlagen und Praxis, 2. Auflage, Steinkopff Verlag.
- Grabs, J. (2006): Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg . Eine Analyse von 307 Todesfällen. Dissertation Aus dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätskrankenhauses Hamburg – Eppendorf. http://www.sub.unihamburg.de/opus/volltexte/2007/3173/pdf/Todesursachen_von_Wohnungslosen_in_Hamburg.pdf [Stand 06.04.2010].
- Greifenhagen, A.; Fichter, M. (1997): Mental illness in homeless women: an epidemiological study in Munich, Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 247(3): 162-72.
- Henry, J.; M., Boyer, L.; Belzeaux, R.; Baumstarck-Barrau, K.; Samuelian, J. C. (2010): Mental disorders among homeless people admitted to a French psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv.* Mar; 61 (3): 264-71.
- Hurrelmann, K.; Schnabel, P. E. (1999): Gesundheitswissenschaften (Hrsg.): Hurrelmann, K. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York. ISBN 3-540-64989-1.

- Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Razum, O. (2006) (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Mielck, A.; Helmert, U. Juventa Verlag Weinheim München. 4. Auflage 2006. ISBN: 978-3-7799-0790-9.
- Hwang, S. W.; Tolomiczenko, G.; Kouyoumdjian, F. G.; Garner, R. E. (2005): Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. *Am J Prev Med.* Nov; 29 (4): 311-9.
- Ishorst-Witte, F.; Heinemann, A.; Püschel, K. (2001): Morbidity and cause of death in homeless persons. *Arch Kriminol.* Nov-Dec; 208 (5-6): 129-38.
- Joyce, D. P.; Limbos, M. (2009): Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless men. Before and after access to primary health care. *Can Fam Physician.* Nov; 55 (11): 1110-1111.e6
- Klimont, J.; Kytir, J.; Leitner, B. (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2007/2007. STATISTIK AUSTRIA Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien.
- Koegel, P.; Burnam, M. A.; Farr, R. K. (1988): The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry.* Dec; 45 (12): 1085-92.
- Langegger, V. (2008): Alexihaus - Zufrieden, wie es ist. In: 20er - Die Tiroler Tageszeitung (Hrsg.): Verein zur Förderung einer Straßenzeitung in Tirol. Nr. 112.
- Locher, G. (1990): Gesundheits-/Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von alleinstehenden Wohnungslosen. Dissertation. VSH Verlag Soziale Hilfe Bielefeld. ISBN: 978-3-922526-05-6.
- Mielck, A.; Bloomfield, K. (2001): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa München. ISBN: 3-7799-1194-9.
- Moeller, A.; Renneberg, B.; Hammelstein, P. (2006): Gesundheitspsychologie, Springer Verlag: ISBN 3540254625.
- Morrison, D. S. (2009): Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* Jun; 38 (3): 877-83.
- North, C. S.; Pollio, D. E.; Smith, E. M.; Spitznagel, E. L. (1998): Correlates of early onset and chronicity of homelessness in a large urban homeless population. *J Nerv Ment Dis.*; 186 (7): 393-400.
- Nyamathi, A. M.; Stein, J. A.; Dixon, E.; Longshore, D.; Galaif, E. (2003): Predicting positive attitudes about quitting drug and alcohol use among homeless women. *Psychol Addict Behav.* Mar; 17 (1): 32-41.
- ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.) (1999): Nutzung von Gesundheitsleistungen durch sozial schwächere Gruppen. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien.
- Potthoff, P. (1982). Materialien zur Studie: „Entwicklung von Indikatoren zur Messung subjektiver Gesundheit“. *Lecture Notes in Medical Informatics*; (16) 515-521.

- Risse, M.; Tsokos, M.; Weiler, G.; Püschel, K. (1998): Death in the milieu of homeless persons. A comparative retrospective analysis of an autopsy sample of different regional population structures (Middle Hessian/Hamburg). *Arch Kriminol.* Sep-Oct; 202 (3-4): 95-9.
- Salize, H. J.; Dillmann-Lange, C.; Stern, G.; Kentner-Figura, B.; Stamm, K.; Rössler, W.; Henn, F. (2002): Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. *Addiction.* Dec; 97 (12): 1593-600.
- Scheiber, G. (2005): Ganzheitliche körperliche und geistige Gesundheitsprävention für sozial Schwache in Steyr.(Hrsg.): Frauenstiftung Steyr, Steyr.
- Schnell, R.; Hill, P.; Esser, E. (2008): „Methoden der empirischen Sozialforschung“, Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Schoibl, H.; Schoibl, A. (2006): Gesundheit. Ein Thema für die Wohnungslosenhilfe. Österreichbericht 2006: [http://www. Helixaustria.com](http://www.Helixaustria.com) [Stand 12.03.2010].
- Schoibl, H.; Schoibl, A. (2006): Wohnungslosigkeit in Österreich- Wohnungslosenhilfe und gesundheitsbezogene Dienstleistungen für wohnungslose Menschen. *Helix.* Salzburg. 4-5: http://www.helixaustria.com/uploads/media/Kurzbericht_zu_Wohnungslosigkeit_in_österreich_06-12.pdf [Stand 25.02.2011].
- Schoibl, H.; Schoibl, A.; Ginner, S.; Witek, J.; Sedlak, F. (2009): Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich. BAWO Studie zur Wohnungslosigkeit 2006-2008. 61-67. <http://www.bawo.at/de/content/archiv/sitemap/publikationen.html> [Stand 15.03.2010].
- Sperling, F. (1985): Medizinische Untersuchung an 109 nichtsesshaften Männern. Dissertation der Medizin. Fakultät der Westfälischen Wilhelms -Universität Münster.
- Stehling, H. (2008): Pflege und Wohnungslosigkeit - Pflegerisches Handeln im Krankenhaus und in der aufsuchenden Hilfe In: *Sozial Ungleichheit und Pflege*, Bauer, U.; Büscher, A. (Hrsg.). VS Verlag für Sozialwissenschaften, 375-395.
- Steiger, I. (2010): Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem. 11. Dissertation im Fach Medizin an der Freien Universität Berlin. http://www.diss.fuberlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000015415. [Stand 13.04.2010].
- Stronegger, W. J.; Freidl, W.; Rasky, E. (1997): Health behaviour and risk behaviour: socioeconomic differences in an Austrian rural country. *Social Science and Medicine;* (44) 423-426.
- Thomsen, R. L.; Balsløv, K. D.; Benjaminsen, S. E.; Petersen, P. (2000): Homeless persons residing in shelters in the county of Funen I. Psychosocial characteristics and need of treatment. *Ugeskr Laeger.* Feb 28; 162 (9): 1205-10.
- Trabert, G. (1997): Health status and medical care accessibility of single, homeless persons. *Gesundheitswesen.* 1997 Jun; 59 (6): 378-88.

- Trabert, G. (1999): Armut und Gesundheit: Soziale Dimension von Krankheit vernachlässigt. Dt Ärztebl 96 (12): A-756-760.
- Veith, G.; Schwindt, W. (1976): Pathological-anatomical aspects of vagabondage (author's transl) Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb. Jan; 44 (1): 1-21.
- Verein neuerHAUS/FEM (2005): Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen in Wien. Konzept für eine niederschwellige, aufsuchende Versorgungsstruktur. Wien.
- Völlm, B.; Becker, H.; Kunstmann, W. (2004): Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittuntersuchung; Sozial- und Präventivmedizin 49: 42-50.
- Völlm, B.; Hinnerk, B.; Kunstmann, W. (2004): Psychiatrische Morbidität bei alleinstehenden wohnungslosen Männern. Psychiat Prax; 31 (5): 236-240.
- Weber, A.; Hörmann, G.; Heipertz, W. (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. Dt Ärztebl. 104 (43): A 2957-62.
- Weiner, H. (1991): Der Organismus als leib-seelische Funktionseinheit - Folgerungen für eine psychosomatische Medizin. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (41): 465-481.
- Wright, N. M.; Tompkins, C. N. (2006): How can health services effectively meet the health needs of homeless people? Br J Gen Pract. Apr; 56 (525): 286-93.

Internetseiten

- Becker, P.: Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung. <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?id=angebote&idx=1> [Stand 18.05.2010].
- Bedarfsgerechte Mindestsicherung: https://www.stadt-salzburg.at/internet/themen/gesellschaft_soziales/t2_89999/t2_95766/t2_33906/p2_152998.htm [Stand 13.04.2010].
- Definition BMI classification: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html [Stand 18.10.2010].
- Definition Zufriedenheit: <http://www.uni-protokolle.de/Lexikon/Zufrieden.html> [Stand 09.11.2010].
- ETHOS - Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung. <http://www.feantsa.org/files/freshstart/Toolkits/Ethos/Leaflet/AT.pdf> [Stand 29.03.2010].
- Erklärung der ICD-10: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> [Stand 04.02.2011].
- Krankenhilfe (§ 14 SSHG): https://www.stadt-salzburg.at/internet/themen/gesellschaft_soziales/t2_89999/t2_95766/t2_33906/p2_280667.htm [Stand 13.04.2010].

- Mindestsicherung, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz:
<http://www.bmsk.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH1018> [Stand 23.05.2011].
- Mindestsicherung: Kravina, R.; Steiner, V. (2010): Wiener Mindestsicherung. Magistratsabteilung 40, Koordinationsstelle Jugend, Bildung, Beschäftigung, 4-5.
http://www.koordinationsstelle.at/wp-content/uploads/2011/01/MA-40_Wiener_Mindestsicherung_KOO_JBB.pdf [Stand 01.07.2011].
- Modera, A. (2006): Wohin des Weges, Fremder? Wohnungslose Erwachsene in Linz. Eine Studie des Sozialvereins B37: <http://www.B37.at> [Stand 12.02.2010].
- Österreichische Ärztekammer (2009): http://www.multiart.at/oeaek_newsroom/index [Stand 18.03.2010].
- Österreichische Ärztekammer, das Gesundheitswesen in Österreich (30.09.2009):
http://www.multiart.at/oeaek_newsroom/index [Stand 18.03.2010].
- Pansch, M. (2010): Sozialpolitischer Meilenstein für Kinder, Kranke und Arbeitslose:
http://www.stadtsalzburg.at/internet/service/aktuell/aussendungen/2010/ab_1_september_gibt_es_nun_die_bedarfsor_316861.htm [Stand 24.05.2011].
- Paschinger, E., Magistratsabteilung 40, Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht, Wien. Auf meine schriftliche Anfrage am 24.05.2010.
- Schwitzer, S.; Psota, G. (2010): Dynamisieren mit Maß und Ziel: <http://www.medicaltribune.at> [Stand 08.03.2010].
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2010): Gut versichert.
http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/697829_Gut_versichert_2010.pdf. 5. ISBN: 3-902353-71-7 [Stand 24.05.2011].
- Weigl, M.; Busch, M.; Haas, S.; Knaller, C.; Türscherl, E.; Wirl, C. (2010): Bericht zur Drogensituation 2010.
http://www.goeg.at/media/download/berichte/Drogensituation_2010.pdf [Stand 01.11.2010].
- Wehsely, S.; Bittner, F. (2007): Presseaussendungen der Wiener Gebietskrankenkasse vom 15.07.2007: <http://www.wgkk.at> [Stand 15.03.2010].

Medizinische Einrichtungen für Wohnungslose:

Amber-Med Jahresbericht 2010:

http://amber.diakonie.at/Data/content/MediaDB/content/AMB/content/downloadable-files-berichte/1301987969_xfsn765fmx/Jahresbericht%20Amber-Med%202010.pdf [Stand 27.05.2011].

Ambulatorium Caritas Marienambulanz: Jahresbericht 2010:

http://www.caritassteiermark.at/fileadmin/user/steiermark/fotos__pdf__medien/Hilfe_und_Einrichtungen/fuer_Menschen_in_Not/Gesundheit/Marienambulanz/Downloads/MA_JB_2010 [Stand 28.05.2010].

- Barmherzige-Schwestern: http://www.barmherzigeschwestern-wien.at/orden/Einrichtungen/Initiativen_4_1.shtml [Stand 12.04.2010].
- Sozialverein B37: <http://www.b37.at/download.html> [23.03.2010].
- BAWO-detaillierte Beschreibung der Mitgliederorganisationen: <http://www.bawo.at/> [Stand 23.03.2010].
- Caritas Steiermark: <http://www.caritas-steiermark.at/caritasat/steiermark/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/gesundheits/marienambulanz/nachgehende-medizinische-arbeit/rollende-nachgehende-medizinische-betreuung/> [Stand 12.03.2010].
- Die Gruft: <http://www.gruft.at/frames.html> [Stand 08.03.2010].
- GWF - Gesundheit für wohnungslose Frauen in Wien (2009): Ein Handbuch: <http://www.fem.at/shared/GWF-Handbuch-Web.pdf> [Stand 24.05.2011].
- Häuser für Wohnungslose 2006 bis 2008: <http://www.wien.gv.at/statistik/daten/sozialesicherheit.html> [Stand 13.04.2010].
- Haemmerle, P.: Wörterbuch der Sozialpolitik: <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=517> [Stand 29.04.2011]. Nach Antonovsky, A. (1997): Salutogenese, Zur Entmystifizierung der, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen.
- Innsbrucker-Sozialer-Dienst: <http://isd.org.at> [Stand 24.03.2010].
- Kolpinghaus Bregenz: <http://kolpinghaus-bregenz.at/> [Stand 24.03.2010].
- Louisebus: <http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/medizin/louisebus.html> [Stand 08.03.2010].
- Louisebus Standort: <http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/menschen-in-not/wohnungslos/mobile-angebote/louisebus/> [Stand 6.05.2011].
- Mainzer Modell - Arztmobil zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen: <http://gesundheitsliche.chancengleichheit.de/praxisdatenbank> [Stand 28.05.2011].
- Marienambulanz: http://sozialmarie.org/uploads/tx_submission/Marienambulanz.pdf [Stand 12.03.2010].
- Medizinische Behandlung und Versorgung für Wohnungslose: <http://www.help.gv.at/Content.Node/169/Seite.1694200.html> [Stand 12.03.2010].
- Medizinische Versorgung neuerHAUS: <http://www.neunerhaus.at/medizinische-versorgung/neunerhaus-zahnarzt/> [Stand 05.05.2010].
- MEN Männerspezifische Gesundheitsförderung bei „Wieder Wohnen“: Tätigkeitsbericht 2009, Institut für Frauen- und Männergesundheit: http://www.fem.at/Fem_Sued/files/TKB_2009.pdf [Stand 24.05.2001].
- Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-80.html [Stand 29.04.2011].
- MUT Gesellschaft für Gesundheit GmbH: http://www.mut-gesundheit.de/soz_obdachl.htm [Stand 17.03.2010].

- MUT Gesellschaft für Gesundheit GmbH: Nachrichten des Tages in: Nachrichten aus Psychiatrie und Selbsthilfe (25.01.2006):
http://www.lichtblick99.de/ticker1807_06.html [Stand 17.03.2010].
- Projektbeschreibung Bedarfsgerechte Gesundheitsförderung und Versorgung für wohnungslose Frauen - Ein Wiener Modellprojekt:
http://www.sozialmarie.org/uploads/tx_submission/014GesundheitsfoerderungFrauen_Projekt [Stand 19.03.2010].
- Psychosozialer Dienst: <http://www.psd.-wien.at/psd/psd.html> [Stand 08.03.2010].
- Trabert, G. (2006): Das „Mainzer Modell“ zur gesundheitlichen Versorgung von wohnungslosen Menschen: <http://www.armut.gesundheit.de> [Stand 28.05.2011].
- Trabert, G. (2011): Mainzer Modell, medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen
<http://www.gesundheitwohnungslosigkeit.at/plattformtreffen/fachtagung-22011/mainzer-modell> [Stand 28.05.2011].
- Vinzenzgemeinschaft: <http://www.vinzi.at/vinzenz/frames.html>: [Stand 18.03.2010].

11 Anhang

11.1 Fragebogen

11.1.1 ATHIS

- **b 1 - 2 - Geschlecht:** (vom Interviewer zu beantworten)
 - 1 männlich
 - 2 weiblich
- **b 4 - 5 j - In welchem Jahr sind Sie geboren?**

Modul EHSM – European Health Status Module

- **S 1 - Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? (Frage 1)**
 - 1 Sehr gut
 - 2 Gut
 - 3 Mittelmäßig
 - 4 Schlecht
 - 5 Sehr schlecht

Gefragt ist nach dem allgemeinen, nicht nach dem momentanen Gesundheitszustand, da die Frage nicht darauf abzielt, vorübergehende Gesundheitsprobleme zu erfassen.

- **S 2 - Haben Sie eine chronische, also dauerhafte, Krankheit oder ein chronisches, also dauerhaftes, gesundheitliches Problem? (Frage 2)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein

Dauerhafte (oder chronische) Krankheit: Vorübergehende gesundheitliche Probleme sind nicht von Interesse.

- **S 3 - Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? (Frage 3)**
 - 2 Stark eingeschränkt
 - 1 Etwas eingeschränkt
 - 0 Nicht eingeschränkt

- **Es folgt nun eine Aufstellung von chronischen, also dauerhaften Krankheiten bzw. Gesundheitsproblemen. Bitte berücksichtigen Sie dabei keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme. [Liste 1 vorzeigen!]**

- **S 4.1 d - Hatten Sie jemals Diabetes (Zuckerkrankheit)? (Frage 4)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein* → weiter mit Frage 8

- **S 4.2 a - Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten dieses Gesundheitsproblem? (Frage 5)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein* → weiter mit Frage 8

- **S 4.3 a - Diagnostizierte ein Arzt dieses Gesundheitsproblem? (Frage 6)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein*

- **S 4.4 a - Haben Sie aufgrund dieses Gesundheitsproblems in den letzten zwölf Monaten Medikamente eingenommen oder wurden Sie deshalb behandelt? (Frage 7)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein*
 - weiß nicht

- **S 4.1 g - Hatten Sie jemals Bluthochdruck? (Frage 8)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein** → weiter mit Frage 12

- **S 4.2 a - Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten dieses Gesundheitsproblem? (Frage 9)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein** → weiter mit Frage 12

- **S 4.3 a - Diagnostizierte ein Arzt dieses Gesundheitsproblem? (Frage 10)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein*

- **S 4.4 a - Haben Sie aufgrund dieses Gesundheitsproblems in den letzten zwölf Monaten Medikamente eingenommen oder wurden Sie deshalb behandelt? (Frage 11)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein*
 - 2 weiß nicht

- **S 4.1 h - Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt? (Frage 12)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein** → weiter mit Frage 16

- **S 4.2 a - Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten dieses Gesundheitsproblem? (Frage 13)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein** → weiter mit Frage 16

- **S 4.3 a - Diagnostizierte ein Arzt dieses Gesundheitsproblem? (Frage 14)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein*

- **S 4.4 a - Haben Sie aufgrund dieses Gesundheitsproblems in den letzten zwölf Monaten Medikamente eingenommen oder wurden Sie deshalb behandelt? (Frage 15)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein*
 - 2 weiß nicht

- **S 4.1 i - Hatten Sie jemals einen Schlaganfall oder eine Gehirnblutung? (Frage 16)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein** → weiter mit Frage 20a

- **S 4.2 a - Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten dieses Gesundheitsproblem? (Frage 17)**

- 1 Ja
 - 0 Nein* → weiter mit Frage 20a

- **S 4.3 a - Diagnostizierte ein Arzt dieses Gesundheitsproblem? (Frage 18)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein

- **S 4.4 a - Haben Sie aufgrund dieses Gesundheitsproblems in den letzten zwölf Monaten Medikamente eingenommen oder wurden Sie deshalb behandelt? (Frage 19)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein
 - .. weiß nicht

- **S 4.4 b - Hatten Sie jemals chronische Bronchitis? (Frage 20a)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein*weiter mit Frage 20b

- **S 4.2 b - Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten dieses Gesundheitsproblem?**
 - 1 Ja
 - 0 Nein

- **S 4.3 b - Diagnostizierte ein Arzt dieses Gesundheitsproblem?**
 - 1 Ja
 - 0 Nein

- **S 4.4 b - Haben Sie aufgrund dieses Gesundheitsproblems in den letzten zwölf Monaten Medikamente eingenommen oder wurden Sie deshalb behandelt?**
 - 1 Ja
 - 0 Nein
 - .. weiß nicht

- **S 4.1 o - Hatten Sie jemals ein Magen- oder Darmgeschwür? (Frage 20b)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein* → weiter mit Frage 24

- **S 4.2 a - Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten dieses Gesundheitsproblem? (Frage 21)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein* → weiter mit Frage 24

- **S 4.3 a - Diagnostizierte ein Arzt dieses Gesundheitsproblem? (Frage 22)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein

- **S 4.4 a - Haben Sie aufgrund dieses Gesundheitsproblems in den letzten zwölf Monaten Medikamente eingenommen oder wurden Sie deshalb behandelt? (Frage 23)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein
 - .. weiß nicht

- **S 4.1 p - Hatten Sie jemals Krebs? (Bösartiger Tumor einschließlich Leukämie - Blutkrebs) (Frage 24)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein* → weiter mit Frage 28

- **S 4.2 a - Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten dieses Gesundheitsproblem? (Frage 25)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein*weiter mit Frage 28

- **S 4.3 a - Diagnostizierte ein Arzt dieses Gesundheitsproblem? (Frage 26)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein

- **S 4.4 a - Haben Sie aufgrund dieses Gesundheitsproblems in den letzten zwölf Monaten Medikamente eingenommen oder wurden Sie deshalb behandelt? (Frage 27)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein
 - 2 weiß nicht

- **S 4.1 r - Hatten Sie jemals chronische Angstzustände oder Depressionen? (Frage 28)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein* → weiter zu Frage 32

- **S 4.2 a - Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten dieses Gesundheitsproblem? (Frage 29)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein* → weiter zu Frage 32

- **S 4.3 a - Hat ein Arzt dieses Gesundheitsproblem diagnostiziert? (Frage 30)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein

- **S 4.4 a - Haben Sie aufgrund dieses Gesundheitsproblems in den letzten zwölf Monaten Medikamente eingenommen oder wurden Sie deshalb behandelt? (Frage 31)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein
 - 2 weiß nicht

- **S 4.1 s, t, u - Hatten Sie jemals sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsprobleme? (Bis zu drei können angegeben werden.) (Frage 32)**

- **S 5.1 - Hatten Sie während der letzten zwölf Monate erhebliche Schmerzen in einer oder mehreren Körperregionen? (Frage 33)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein
 - Frage 34 vom Interviewenden zu beantworten.

- **S. 6. 13 - Kann sich der Respondent ohne Probleme klar verständigen? (Frage 34)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein

- **Nun möchte ich Sie zu Ihrem Befinden und Ihrer Stimmungslage während des letzten Monats befragen. Bitte stufen Sie Ihr Befinden und Ihre Stimmungslage während des letzten Monats der Häufigkeit nach ein. Bitte nehmen Sie dafür die Skala zu Hilfe. [Bitte Liste 2 vorzeigen!]**

- **S 9.1 - Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen sehr nervös? (Frage 35)**
 - 4 Immer
 - 3 Meistens

- 2 *Ziemlich oft*
 - 1 *Manchmal*
 - 0 *Nie*

- **S 9.2 - Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte? (Frage 36)**
 - 4 *Immer*
 - 3 *Meistens*
 - 2 *Ziemlich oft*
 - 1 *Manchmal*
 - 0 *Nie*

- **S 9.3 - Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen ruhig und gelassen? (Frage 37)**
 - 4 *Immer*
 - 3 *Meistens*
 - 2 *Ziemlich oft*
 - 1 *Manchmal*
 - 0 *Nie*

- **S 9.4 - Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen bedrückt und traurig? (Frage 38)**
 - 4 *Immer*
 - 3 *Meistens*
 - 2 *Ziemlich oft*
 - 1 *Manchmal*
 - 0 *Nie*

- **S 9.5 - Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen glücklich? (Frage 39)**
 - 4 *Immer*
 - 3 *Meistens*
 - 2 *Ziemlich oft*
 - 1 *Manchmal*
 - 0 *Nie*

- **S 9.7 - Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen voller Energie? (Frage 40)**
 - 4 *Immer*
 - 3 *Meistens*
 - 2 *Ziemlich oft*
 - 1 *Manchmal*
 - 0 *Nie*

- **S 9.8 - Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen erschöpft? (Frage 41)**
 - 4 *Immer*
 - 3 *Meistens*
 - 2 *Ziemlich oft*
 - 1 *Manchmal*
 - 0 *Nie*

Modul EHDM – European Health Determinants Module

- **D 1.1 - Wie groß sind Sie ohne Schuhe? (Frage 42) cm**

- **D 1.2 - Wie viel wiegen Sie ohne Kleidung und Schuhe?(Frage 43) kg**

- **D2.1 - Haben Sie in Ihrem Leben bereits mehr als 100 Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder andere Tabakwaren geraucht? (Frage 44)**
 - 1 *Ja*

 - 0 *Nein** → weiter mit Frage 49

- **D2.3 - Mit welchem Alter haben Sie angefangen, täglich zu rauchen? (Frage 45)**
Mit Jahren

- **D 2.4 - Rauchen Sie zur Zeit?(Frage 46)**
 - 2 *Ja, täglich** → weiter mit Frage 48
 - 1 *Ja, gelegentlich*
 - 0 *Nein*

- **D 2.5 - Wann haben Sie aufgehört, täglich zu rauchen? (Frage 47)**
 - 2 *Vor weniger als einem Monat** → weiter zu Frage 49
 - 1 *Vor einem Monat bis weniger als einem Jahr** → weiter zu Frage 49
 - 0 *Wenn vor mehr als 1 Jahr, dann Angabe der Jahre: Jahre**
→ weiter zu Frage 49

- **D 2.7 - Wie viele Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder andere Tabakwaren rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?(Frage 48)**
 -/Tag .

- **D3.4 - An wie vielen Tagen während der letzten vier Wochen haben Sie Alkohol getrunken?(Frage 49)**
 - 1 *An Tagen*
 - 0 *Weiß nicht*

- **D 3.5 - Haben Sie gestern Alkohol getrunken? (Frage 50)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein.*

- **Wie viele Gläser Bier oder vergorenen Most haben Sie getrunken? (Frage 51)**
 - *Seidel (0,3l)*
 - *Krüge/Halbe(0,5l)*
 - *Nichts*

 - **Wein oder Sekt?**
 - *Achtel*
 - *Viertel*
 - *Bouteille (0,75l)*
 - *Literflasche (1l)*
 - *Nichts*

 - **Schnaps oder starker Likör (40 Vol.-%)?**
 - *kleines Stamperl (20ml)*
 - *großes Stamperl (40ml)*
 - *Nichts*

 - **Schwacher Likör (20 Vol.-%)?**
 - *kleines Stamperl (20ml)*
 - *großes Stamperl (40ml)*
 - *Nichts*

- **D 3.7 - Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten? (Frage 52)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein

- **D 3.9 - Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens? (Frage 53)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein

- **D3.10 - Haben Sie einmal morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen?**
 - 1 Ja
 - 0 Nein

- **W1 - Hatten oder haben Sie ein Alkoholproblem?**
 - 1 Ja
 - 0 Nein

- **D 4.3 - Haben Sie jemals in Ihrem Leben Haschisch oder Marihuana konsumiert? (Frage 54)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein* → weiter mit Frage 56

- **D 4.7 - An wie vielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage Haschisch oder Marihuana konsumiert?(Frage 55)**
 - Tage

- **W2 - Haben Sie auch andere Drogen konsumiert?**
 - 1 Ja → Wenn ja, welche?
 - 0 Nein

- **W3 - Hatten oder haben Sie ein Drogenproblem?**
 - 1 Ja
 - 0 Nein

Nun zu Ihrer körperlichen Betätigung. [Liste 3 vorlegen]

- **D 5.7 - Welcher Satz kennzeichnet am besten Ihre körperlichen Aktivitäten während des letzten Jahres? (Frage 56)**
 - 1 Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche
 - 2 Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, mindestens 4 Stunden pro Woche
 - 3 Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, weniger als 4 Stunden pro Woche
 - 4 Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4 Stunden pro Woche
 - 5 Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4 Stunden pro Woche
 - 6 Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten

- **D 6.1 - Waren Sie während der vergangenen zwei Wochen von Schlafstörungen betroffen? (Frage 57)**
 - 1 Ja
 - 0 Nein* → weiter mit Frage 59

- **D 6.2 - Waren Sie davon stark oder gering betroffen? (Frage 58)**
 - 1 *Stark*
 - 0 *Gering*

[Liste 3a vorlegen]

- **D.7.1 - Wie würden Sie Ihre Essgewohnheiten beschreiben? (Frage 59)**
 - a *Mischkost mit viel Obst und Gemüse*
 - b *Mischkost mit viel Fleisch*
 - c *Mischkost mit wenig Fleisch*
 - d *Vegetarisch, aber mit Milchprodukten und/oder Eiern*
 - d *Vegetarisch, aber mit Fisch und/oder Milchprodukten und/oder Eiern*
 - f *Vegetarisch und keine tierischen Produkte*

[Liste 3b vorlegen]

- **D 7.2 - Wie würden Sie Ihre Trinkgewohnheiten beschreiben? (Frage 60)**
 - 0 *Trinke vorwiegend Wasser/Mineralwasser/Tee, ungezuckert*
 - 1 *Trinke vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden (Cola, Fanta, Eistee, Tee, gezuckert etc.)*
 - 2 *Trinke vorwiegend alkoholische Getränke (Bier, Wein etc.)*

Modul EHCM – European Health Care Module

- **C 1.1 - Waren Sie in den letzten 12 Monaten, also seit dem 14 Juli 2009 für eine Nacht oder länger in einem Krankenhaus? (Frage 61)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein* → weiter mit Frage 64*
- **C 1.2 - Wie viele separate Aufenthalte, bei denen Sie über Nacht bleiben mussten, hatten Sie in diesem Zeitraum? (Frage 62)**

.....
- **C 1.6 - Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit dem 14. Juli 2009, eine geplante Operation? (Frage 63)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein*
- **W4 - Welch eine Operation war das?**

Die nächsten Fragen betreffen Arztbesuche. Bitte inkludieren Sie Besuche in der Ordination, Hausbesuche sowie telefonische Beratungen. Inkludieren Sie bitte auch Besuche in Spitals oder Unfallambulanzen, jedoch nicht Spitalsaufenthalte.

- **C 2.1 - Wann haben Sie das letzte Mal einen Arzt bzw. eine Ärztin aufgesucht? (Frage 64)**
 - 2 *Vor weniger als 12 Monaten, also nach dem 14.Juli 2009*
 - 1 *Vor mehr als 12 Monaten, also vor dem 14.Juli 2009*
- **W5 - Welch ein Arzt / eine Ärztin war das? (Frage 65)**
- **C 2.3 - Berücksichtigen Sie bitte nur den letzten Arztbesuch. Nennen Sie bitte den Hauptgrund für den letzten Arztbesuch. (Frage 66) [Liste 5 vorlegen]**

- 1 Unfall oder Verletzung
 - 2 Krankheit oder Gesundheitsbeschwerde
 - 3 Nachuntersuchung, Kontrolle
 - 4 Vorsorgeuntersuchung
 - 5 Rezept (Verschreibung eines oder mehrerer Medikamente)
 - 6 Aus administrativen Gründen (Überweisung, Attest etc.)
 - 7 Aus anderen Gründen (z. B. kleine Operation)
- **C 2.2 - Häufigkeit Besuch Arzt für Allgemeinmedizin in den letzten 4 Wochen?**
 - **W 6 - Wie oft suchen Sie die Allgemeinmediziner/-innen im neunerHAUS auf? (Frage 67)**
 - **C 2.4 - Haben Sie eine Voll- oder Teilprothese? (Frage 68)**
 - 4 *Vollprothese*
 - 3 *Teilprothese*
 - 2 *Keine Prothese, noch eigene Zähne*
 - 1 *Keine Prothese, keine eigenen Zähne*
 - **C 2.5 - Wann haben Sie das letzte Mal einen Zahnarzt/eine Zahnärztin aufgesucht? (Frage 69)**
 - 0 *Vor weniger als 12 Monaten, also nach dem 14.Juli 2009*
 - 1 *Vor mehr als 12 Monaten, also vor dem 14.Juli 2009 oder nie*
 - **C 2.7 - Berücksichtigen Sie bitte nur den letzten Zahnarztbesuch. Was war der Hauptgrund für diesen Arztbesuch? (Frage 70)**
 - 1 *Schmerzen oder Beschwerden*
 - 2 *Kontrolluntersuchung*
 - 3 *Fortsetzung einer Behandlung*
 - 4 *Zahnprothese*
 - 5 *Mundhygiene*
 - 6 *Aus anderen Gründen*
 - **W 7 - Wie oft suchen Sie die Zahnambulanz im neunerHAUS auf? (Frage 71)**
..... Mal
 - **C 4.2 - Ich gehe mit Ihnen die Liste durch. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie Medikamente gegen die nachfolgend genannten Symptome innerhalb der letzten beiden Wochen eingenommen haben. (Frage 72) [Liste 6 vorlegen]**

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| ○ Bluthochdruck | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| ○ Andere Herzkrankheiten | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| ○ Erhöhten Cholesterinspiegel | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| ○ Diabetes | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| ○ Gelenkschmerzen (Arthrose, Arthritis) | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| ○ Kopfschmerzen oder Migräne | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| ○ Andere Schmerzen | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| ○ Asthma | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| ○ Chronische Bronchitis oder Emphysem? | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| ○ Allergische Symptome (z. B. Ausschlag oder Schnupfen) | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| ○ Depression | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| ○ Anspannung oder Angstgefühl | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| ○ Verdauungsbeschwerden | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Schlaftabletten | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| <input type="radio"/> Antibiotika wie z. B. Penicillin | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| <input type="radio"/> Die Pille | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| <input type="radio"/> Hormone gegen Menopause oder Osteoporose | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |
| <input type="radio"/> Andere, vom Arzt verordnete Medikamente | 1 <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> | 2 <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> |

Modul EBM – European Background Module

- **B 3.1 - Was ist Ihr gegenwärtiger Familienstand? (Frage 73)**
 - 1 *Ledig*
 - 2 *Verheiratet, zusammenlebend* → weiter mit Frage 75*
 - 3 *Verheiratet, getrennt lebend*
 - 4 *Verwitwet*
 - 5 *Geschieden*

- **B 3.2 - Leben Sie in einer Lebensgemeinschaft? (Frage 74)**
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein*

- **B 4.3 - Welche Staatsbürgerschaft besitzen Sie? (Frage 75)**
 - 1 *Österreichische Staatsbürgerschaft*
 - 0 *Andere Staatsbürgerschaft (inkl. Staatenlose)*

- **B 4.4 - In welchem Land sind Sie geboren (heutige Staatsgrenze)? Wenn nicht in Österreich, geben Sie bitte das Land an. (Frage 76)**
 - 1 *Österreich* → weiter mit 78*
 - 2 *In einem anderen Land, nämlich*

- **B 4.6 - Seit welchem Jahr leben Sie ohne Unterbrechung in Österreich? (Frage 77)**
 - Seit dem Jahr _____ (YYYY)*

- **B 5.1 - Was ist Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung? (Frage 78)**
[Liste 7 vorlegen]
 - 1 *Pflichtschule*
 - 1 *abgeschlossen*
 - 2 *nicht abgeschlossen*

 - 2 *Lehre mit Berufsschule*

 - 3 *Fach- oder Handelsschule ohne Matura*
 - 1 *kürzer als 2 Jahre*
 - 2 *2 Jahre und länger*
 - 3 *Diplomkrankenpflege*

 - 4 *Höhere Schule mit Matura*
 - 1 *AHS (z.B. Gymnasium)*
 - 2 *BHS (z.B. HAK, HTL)*

 - 5 *Studium an Universität, Fachhochschule*
 - 1 *Universität*
 - 2 *Fachhochschule*

- 3 *Andere Ausbildung nach der Matura*
 - 4 *Kolleg, Abiturientenlehrgang*
 - 5 *Akademie (Pädak, SozAK, Med.-Tech. Akademie)*
 - 6 *Universitätslehrgang (ohne vorangegangenes Studium)*

- **B 6.2 - Welchen Beruf üben Sie aus** (Hauptberuf, genaue Bezeichnung, auch arbeitslos ist eine mögliche Antwort)?

- **B 6.3 - Welche berufliche Stellung haben/hatten Sie** (Hauptberuf)?
 - 1 *Angestellte(r)*
 - 2 *Arbeiter(in)*
 - 3 *Beamter/Beamtin*
 - 4 *Vertragsbedienstete(r)*
 - 5 *Freie(r) Dienstnehmer(in)*
 - 6 *Selbständig ohne Arbeitnehmer*
 - 7 *Selbständig mit Arbeitnehmern*
 - 8 *Mithelfende(r) Familienangehörige(r)*

- **B 6.9 - Waren Sie jemals berufstätig, kurze Gelegenheitsjobs ausgenommen?**
(Frage 81)
 - 1 *Ja*
 - 0 *Nein*

- **B 6.11 - Welchen Beruf übten Sie zuletzt aus?**

- **W 8 - Seit wann arbeiten Sie nicht mehr?** (Frage 82)

- **B 7.1 - Was würden Sie sagen, wie viel Einkommen Ihrem Haushalt (wenn Sie keinen Haushalt haben, dann Ihnen) netto pro Monat zur Verfügung steht? Denken Sie bitte an alle Einkünfte: Erwerbseinkommen, Pensionen, Sozialleistungen (z. B.: Familienbeihilfe, Pflegegeld), regelmäßige private Geldleistungen (z. B. Alimente) usw. Und sagen Sie mir, in welche Stufe der Betrag fällt.** (Frage 83)
 - 1 1 - 601
 - 2 601 - 900
 - 3 901 - 1.200

11.1.2 Erhebung der Lebensqualität

D8 Lebensqualität

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen.

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie das Kästchen auf der Skala an, das für Sie am ehestens zutrifft. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

| | Sehr schlecht | Schlecht | Mittelmäßig | Gut | Sehr gut |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| D8.1 Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |

| | Sehr unzufrieden | Unzufrieden | Weder zufrieden noch unzufrieden | Zufrieden | Sehr zufrieden |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| D8.2 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

| | Überhaupt nicht | Ein wenig | Mittelmäßig | Ziemlich | Äußerst |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| D8.3 Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.4 Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.5 Wie gut können Sie Ihr Leben genießen? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.6 Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.7 Wie gut können Sie sich konzentrieren? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.8 Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.9 Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |

In den folgenden Fragen geht es darum, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

| | Überhaupt nicht | Eher nicht | Halbwegs | Überwiegend | Völlig |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| D8.10 Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.11 Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.12 Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.13 Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.14 Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |

| | Sehr schlecht | Schlecht | Mittelmäßig | Gut | Sehr gut |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| D8.15 Wie gut können Sie sich fortbewegen? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

| | Sehr unzufrieden | Unzufrieden | Weder zufrieden noch unzufrieden | Zufrieden | Sehr zufrieden |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| D8.16 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.17 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.18 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.19 Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.20 Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.21 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.22 Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.23 Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.24 Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| D8.25 Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |

In der folgenden Frage geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

| | Niemals | Nicht oft | Zeitweilig | Oftmals | Immer |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| D8.26 Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |

11.2 Curriculum Vitae

Dr.ⁱⁿ med. univ. Julia Wagner M.A.

Persönliche Daten

Geburtsdaten: 17. Februar 1984, Graz
Religion: römisch-katholisch
Staatsbürgerschaft: Österreichische Staatsbürgerin

Universitäre und schulische Ausbildung

seit 11/2009 **Doktoratsstudium der Medizinischen Wissenschaft** an der Medizinischen Universität Graz
11/2009 - 10/2011 **Masterstudium interdisziplinäre Geschlechterforschung** an der Karl-Franzens-Universität Graz
10/2003 - 11/2009 **Diplomstudium Humanmedizin** an der Medizinischen Universität Graz
Studium mit ausgezeichnetem Erfolg abgeschlossen
07/2003 **Bischöfliches Gymnasium, Graz**
Matura am 30. Mai 2003 abgelegt

Berufliche Ausbildung

seit 11/2011 **Turnusärztin in Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin**, Fachbereich Psychiatrie und Neurologie, Barmherzigen Brüdern Graz
03/2011 – 08/2011 **Turnusärztin in Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin**, Unfallkrankenhaus Graz

Medizinische Praktika und Famulaturen

07/2009 **University of Kansas Medical Center, USA**
Praktikum im Department of Emergency Psychiatry
02/2009 **Medizinische Universität Nara, Japan**
Praktikum an der Abteilung für Notfallmedizin
09/2008 **University of Minnesota Medical Center, USA**
Praktikum an der Infectious Diseases Unit
03/2008 **Medizinisches Universitätsklinikum Graz**
Famulatur an der Abteilung für Psychiatrie
02/2008 **Medizinische Universität Hamburg-Eppendorf**
Famulatur an der Abteilung für Psychiatrie
08/2007 **Medizinische Universität Zürich**
Famulatur an der Abteilung für Urologie
02/2007 **Medizinisches Universitätsklinikum Graz**
Famulatur an der Abteilung für Psychiatrie
08/2005 **Martin- Luther Krankenhaus Berlin**
Famulatur an der Abteilung für Plastische Chirurgie

Jobs zur Finanzierung der Studien

| | |
|------------------|--|
| 10/2010 | Die Ärztekammer Österreich , Graz, 21. Grazer Fortbildungstage, Kongressmitarbeit |
| seit 09/ 2010 | Gaube Kosmetik, Wirtschaftskammer , Graz, Wien, Salzburg Vortragende des Medizinischen Lehrgangs für Pigmentierer/-innen und Piercer/-innen |
| seit 01/2008 | Promotionstätigkeiten , Graz, Mitarbeit bei diversen Promotionsfirmen, u. a. Beaute Prestige, Coty Prestige, Maggy, Nivea, Lancome |
| 10/2009, 10/2008 | Ärztekammer Österreich , Graz, Kongressmitarbeit |

Tagungen und Kongresse

| | |
|---------|---|
| 10/2011 | Die Ärztekammer Österreich , Graz, 22. Grazer Fortbildungstage |
| 09/2011 | International Conference , Integrating public and personal health care in a world on the move. Poster-präsentation, Graz |
| 10/2010 | Die Ärztekammer Österreich , Graz, 21. Fortbildungstage. Der Turnusarzt in der Notaufnahme- Aufgaben und Herausforderungen, Kardiologie in der Praxis, Endokrinologie in der Praxis, Gender Medizin, Diabetes mellitus Typ 2 |
| 11/2009 | ÖGDKA , Graz Herbsttagung für ästhetisch- dermatologische Medizin |
| 10/2009 | Die Ärztekammer Österreich , Graz, 20. Fortbildungstage. Lungenfunktionskurs |
| 10/2007 | Landeskrankenhaus , Graz Religiosität in Psychiatrie und Psychotherapie |

Besondere Kenntnisse

| | |
|----------------|--|
| Fremdsprachen | Englisch - fließend in Wort und Schrift <ul style="list-style-type: none"> • English in Clinical Practice, MUG Graz, 06/2009 • Basic Medical English II, MUG Graz, 06/2008 Spanisch - Schulkenntnisse Latein und Altgriechisch – Schulkenntnisse |
| EDV-Kenntnisse | MS Office - Word 2007, Windows |
| Weiterbildung | Körpersprache Seminar, IFS Graz, 05/2008 Rhetorik-Seminar, Institut f. soziale Kompetenz Graz |

Graz, am 08.November 2011