

Gesundheit und Krankheit bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: Eine Sekundäranalyse von Daten einer diakonischen Einrichtung in der Bundesrepublik Deutschland

Ulrich Stöbel, Gerhard Locher

Abteilung für medizinische Soziologie der Medizinischen Fakultät, Albert Ludwig Fakultät, Freiburg i. B.

Empirische Untersuchungen der Lebens- und Gesundheitssituation Wohnungsloser, im Volksmund häufig auch als Nichtsesshafte, „Penner“ oder „Berber“ bezeichnet, sind trotz erkennbar zunehmender gesellschaftlicher und sozialmedizinischer Problematik^{1,4} in der Bundesrepublik noch kaum durchgeführt worden^{3,8,10,11,13}. Dies verwundert um so mehr, als beispielsweise in den Vereinigten Staaten von Amerika, aber auch in Grossbritannien in den vergangenen 20 Jahren eine Reihe sozialepidemiologischer Studien durchgeführt worden sind, die sich mit unterschiedlicher Reichweite mit den Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen der Wohnungslosigkeit befasst haben.

So hat das Londoner Department of Health eine Studie in Auftrag gegeben, die modellhaft unterschiedliche Settings der gesundheitlichen Versorgung Wohnungsloser in zwei verschiedenen Londoner Stadtbezirken erproben und evaluieren sollte¹⁴. Grundlage der Modellentwicklung und Erprobung war ein Literaturreview, der den Stand der „Primary health care for single homeless people“ für Grossbritannien eruieren sollte³. Dieser Review konstatiert, dass das veränderte Gesicht der Wohnungslosigkeit in den 80er Jahren auch zu einer anderen Bewertung der Forschungsergebnisse aus früheren Jahren führen müsste, die kaum mehr auf die heutige Lage der Wohnungslosen angewendet werden könne. Sinnfälligstes Beispiel ist der Ausdruck der „Vagabundierer“, der in vielen früheren Untersuchungen noch als soziales Stratifizierungsmerkmal galt. Diese Übersichtsarbeit kommt für die englische Situation zu der Feststellung, dass es kaum möglich ist, selbst anhand offizieller Statistiken eine annähernd exakte Bestimmung der Zahl der Wohnungslosen vorzunehmen, was wesentlich mit der uneinheitlichen Definition des Begriffs Wohnungslosigkeit zusammenhängt. Diese Studie stellt zum Zusammenhang von Krankheit und Wohnungslosigkeit Alleinstehender fest, dass Wohnungslosigkeit mit einem hohen Erkrankungsrisiko verbunden ist, das unterschiedliche Formen in unterschiedlichen Stadien der „Wohnungslosigkeitskarriere“ annehmen kann:

“It is notoriously difficult to disentangle cause and effect between homelessness and a range of social and medical problems”.

Auch wenn das Gesundheitssystem in Grossbritannien aufgrund seiner zentralistischen Struktur und der umfangreicheren Datenbasis eher Vergleiche zwischen dem Gesundheitszustand der Allgemeinbevölkerung und bestimmten Bevölkerungsgruppen erlaubt, wird auf die methodischen Einschränkungen eines solchen Vergleiches auch in diesen Studien hingewiesen. Mit Bezug auf den 3. Nationalen Gesundheitssurvey in der allgemeinmedizinischen Praxis (1981–1982) wird festgehalten, dass alleinstehende wohnungslose Menschen einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand haben als der Rest der Bevölkerung, dass sie häufiger an körperlichen und psychischen Krankheiten leiden und einen höheren Anteil an Alkoholikern aufweisen, und dass sie mehr medizinischer Behandlung und Pflege bedürfen als Ausdruck ihrer besonderen Lebensumstände und Lebensgewohnheiten.

Ähnlich der englischen Untersuchung wurde in den Vereinigten Staaten das Institute of Medicine der National Academy of Sciences mit einer Studie beauftragt, die gesundheitliche Versorgung der Wohnungslosen zu untersuchen⁷. Das ausgewertete Datenmaterial entstammte wesentlich den Arbeiten des „Social and Demographic Research Institute“ (SADRI) der Universität von Massachusetts. Es wertete die Daten von 16 Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung für Wohnungslose für einen Einjahreszeitraum aus. Die so gewonnenen Daten wurden verglichen mit Daten aus dem „National Ambulatory Medical Care Survey“ (NAMCS)¹² aus dem Jahre 1979, die z.T. auch in deutschen Untersuchungen für internationale Vergleichszwecke herangezogen werden⁹. Bei den amerikanischen wie den englischen Daten handelt es sich um die Behandlungs-Prävalenz. Infolgedessen gilt für diese wie für alle anderen Untersuchungen auf dieser Basis die methodische Einschränkung, dass über die wahre Prävalenz der Krankheitsverteilung in dem Kollektiv der Wohnungslosen, insbesondere auch derer, die eine solche Einrichtung nicht aufsuchen konnten, nichts ausgesagt werden kann. Auch dieser amerikanische Report bestätigt das häufigere Vorkommen von Verletzungen, von Haut- und Gefässerkrankungen, Atemwegserkrankungen und insbesondere ein Überwiegen der Tuberkulose. Hinsichtlich der chronisch Erkrankten wurde eine Rate

von 41 % unter den Wohnungslosen im Vergleich zu 25 % in der Wohnbevölkerung ermittelt¹⁵. Der Report diskutiert auch die lange Jahre in der Epidemiologie vorherrschende Sichtweise, wonach es sich bei Wohnungslosen vor allen Dingen um psychisch Kranke und Alkoholiker handle, bei denen die Wohnungslosigkeit Folge ihrer Erkrankung und nicht vice versa die Erkrankung Folge der Wohnungslosigkeit sei.

Die kurze Zusammenschau der internationalen Forschungsergebnisse aus dem angelsächsischen Bereich lässt schon deutlich werden, dass neben den sozial unterschiedlichen Gegebenheiten im Kontext der Entstehung, des Verlaufs und des gesellschaftlichen Umgangs mit Wohnungslosigkeit und Wohnungslosen eine Reihe forschungsmethodischer Differenzierungen geboten sind, die bislang nur teilweise von solchen Studien eingelöst werden konnten. Im deutschen Sprachraum, insbesondere in der Bundesrepublik Deutschland existieren nur wenige epidemiologische Arbeiten, was angesichts der Grösse, die dieses Problem mittlerweile öffentlich erkennbar auch in der Bundesrepublik darstellt, um so mehr verwundern muss, als das System der sozialen Sicherung vergleichbar umfassender organisiert ist als beispielsweise das des U.S. Gesundheitswesens.

Ziel der eigenen Untersuchung

Auf dem Hintergrund der geschilderten Erkenntnisse wurde mit der hier vorgestellten Untersuchung die Fragestellung verfolgt, ob sich aus dem Datenmaterial einer stationären Einrichtung der „Nichtsesshaftenhilfe“ Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Gruppe alleinstehender Wohnungsloser gewinnen lassen und ob es Anhaltspunkte für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko dieser Gruppe in bestimmten Bereichen gibt. Soweit dies möglich erscheint, soll das gewonnene Zahlenmaterial auch mit den international verfügbaren Angaben verglichen und bewertet werden, um daraus Schlussfolgerungen für eine verbesserte epidemiologische Forschung und gesundheitliche Versorgung dieser Problemgruppe zu gewinnen. Dies geschieht mit allen methodischen Einschränkungen, die bei einer sekundärstatistischen Auswertung von Datenmaterial zu treffen sind, das nicht primär wegen der in der Fragestellung formulierten Zielsetzung erhoben worden ist. Auch stellt eine solche Untersuchung in Rechnung, dass die Aussagekraft der in dieser Einrichtung dokumentierten Daten, gemessen an den Gütekriterien empirischer Erhebungen, nicht näher überprüfbar ist. Insofern besitzen sie nur eingeschränkte Aussagekraft im Bezugsrahmen des gewählten Erhebungszweckes und der gewählten Erhebungskategorien.

Ort und Methode der Untersuchung

Für die Analyse der Krankenakten und ergänzender soziodemographischer Angaben ausgewählt wurden die Diakonischen Heime in Kästorf, die als eine Einrichtung mit vielfältigen caritativen Teileinrichtungen u. a. auch eine grosse Anzahl von Heimplätzen für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (nach §72 des Bundessozialhilfegesetzes) vorhält. Diese Einrichtung gehört zu einer der wenigen in der Bundesrepublik, die ein integriertes medizinisches Angebot für diese Zielgruppe anbietet. Sie verfügt darüber hinaus über eine Krankenstation mit ca. 20 Betten, die von zwei angestellten Ärzten und Pflegepersonal betreut wird.

In dieser Einrichtung wird für alle alleinstehenden Wohnungslosen jeweils an einem Stichtag des Jahres eine Statistik mit Angaben zu Alter, Dauer der Wohnungslosigkeit, Berufsabschluss, anerkannter Minderung der Erwerbsfähigkeit sowie aktuellen subjektiven Einschätzungen der Sozialarbeiter zur Frage der Alkoholauffälligkeit und Feststellungen der Ärzte in der Einrichtung zur Arbeitsunfähigkeit im Bezugsmonat sowie zu Alkoholfolgeerkrankungen erstellt.

In die Sekundäranalyse eingeflossen sind 342 in diesem Heim wohnende Menschen, von denen neben den soziodemographischen Angaben die Krankenakten der Krankenstation ausgewertet werden konnten. Darin enthalten sind die Ergebnisse der Aufnahmeuntersuchung, die jedem Bewohner empfohlen wird, sowie Unterlagen und Ergebnisse von weiteren Arztbesuchen.

Die hier ausgewertete Statistik erfasst hauptsächlich Krankheiten, die eine dauernde gesundheitliche Beeinträchtigung darstellen und infolgedessen im folgenden als chronisch bezeichnet werden (Ausnahmen hiervon bilden die mitausgewerteten Infektionskrankheiten und Verletzungen, auch wenn sie momentan keine gesundheitliche Beeinträchtigung darstellen). Ebenfalls einbezogen wurden Erkrankungen, die einen mehrmaligen Arztbesuch erforderlich gemacht hatten und bei denen eine gleichlautende Diagnose gestellt worden war (z. B. Emphysembronchitis, Zustand nach Herzinfarkt) sowie entstellende Erkrankungen (z. B. Schuppenflechte). Die Verletzungen wurden mit der zusätzlichen Differenzierung erfasst, ob sie erst nach Eintritt der Wohnungslosigkeit oder z. T. auch bereits vor diesem Zustand eingetreten waren. Zur Bestimmung des „Morbiditätsstatus“ der erfassten Wohnungslosen wurden von den Infektionskrankheiten nur Tuberkulose und Kinderlähmung sowie Spätfolgen von Infektions- und parasitären Erkrankungen (ICD 10–18 und 137–139) und von den Verletzungen nur diagnostizierte Spätfolgen und Verletzungen (ICD 905–909) erfasst. Andere Infektionen und leichtere Verletzungen gingen in die Zählung nicht mit ein, auch Augen-, Ohren- und Zahner-

krankungen wurden wegen uneinheitlicher Erfassung nicht mitgezählt. Alle anderen Krankheitsgruppen und Diagnosen wurden indessen für die Bestimmung des Morbiditätsstatus herangezogen. Auf diese Weise schien es möglich, ein Annäherungsmass für die Morbidität und Chronizität zu finden.

Zudem wurden für die Sekundäranalyse des Datensatzes auch die Daten der Klienten hinsichtlich ihrer Berufsbiographie, soweit sie aus ihren eigenen Angaben rekonstruierbar waren, herangezogen.

Die nachfolgende Darstellung beschränkt sich auf einen Ausschnitt der Auswertung dieser Untersuchung, die an anderer Stelle umfassender dokumentiert ist⁸.

Ergebnisse

Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

Das Untersuchungskollektiv in Kästorf setzte sich wesentlich aus Männern der Altersgruppe zwischen 36 und 55 Jahren zusammen (Abbildung 1). Es weist damit im Durchschnitt eine stärker zu den höheren Altersgruppen tendierende Verteilung auf als Kollektive aus anderen deutschen Untersuchungen über „Nichtsesshafte“¹⁰. Im Vergleich zu einer Untersuchung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Nichtsesshaftenhilfe betrug die Dauer der Wohnungslosigkeit bei einem Viertel der Kästorfer Kollektivs bis zu 5 Jahren, bei einem weiteren Viertel mehr als 15 Jahre. Unser Kollektiv weicht damit erheblich von einem vergleichbaren Kollektiv Wohnungsloser in der genannten Erhebung ab³. Die Verteilung des Kollektivs nach der hauptsächlich ausgeübten beruflichen Tätigkeit vor der Wohnungslosigkeit weist eine hohe Anzahl von Männern mit manuellen Berufen auf (Landwirtschaft, Hafenarbeiter, metallverarbeitende Berufe, Baugewerbe).

Allgemeiner Gesundheitszustand

Lediglich jeder 6. der untersuchten Wohnungslosen hatte keine sich wiederholende Diagnose, hingegen lagen bei 40% der erfassten Wohnungslosen drei und mehr Erkrankungen vor. Wie Abbildung 2 zudem zeigt, ist eine deutliche Zunahme der Morbidität mit dem Alter zu beobachten.

Dieser allgemeine Befund über den Gesundheits- bzw. Krankheitsstatus spiegelt sich auch in den Daten wider, die in den Krankenakten hinsichtlich der Arbeits-(Un-)fähigkeit festgehalten sind. Lediglich einem guten Drittel (36,3%) wird bescheinigt, dass es voll arbeitsfähig sei, wohingegen knapp die Hälfte des Kollektivs nur als eingeschränkt arbeitsfähig gilt (Abbildung 3). Inwieweit hier Verschleiserkrankungen aufgrund körperlich anstrengender Arbeit eine Symbiose eingehen mit Erkrankungen

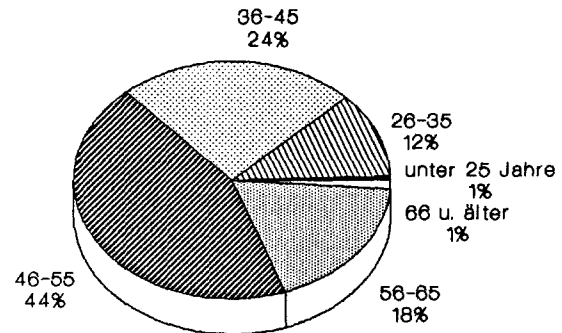


Abb. 1. Altersverteilung des Kollektivs in Kästorf (n = 342 alleinstehende Männer).

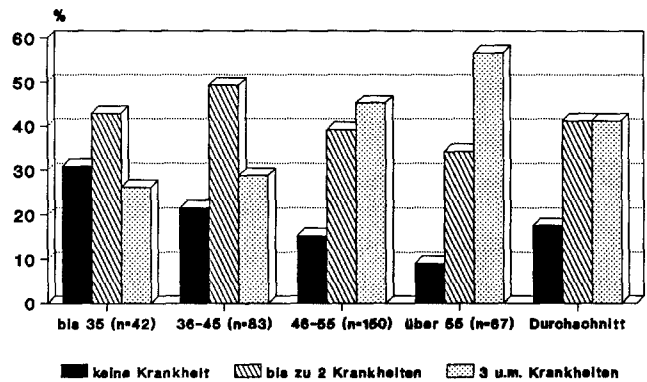


Abb. 2. Alter und Multimorbidität bei alleinstehenden wohnungslosen Männern in Kästorf (n = 342).

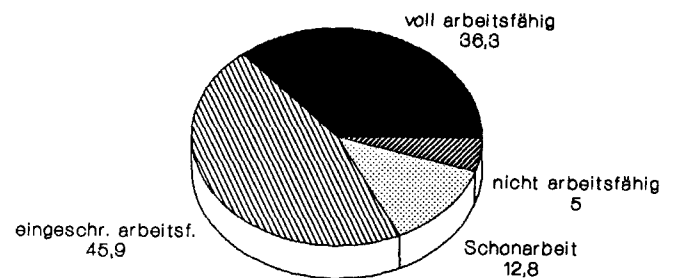


Abb. 3. Arbeits(un-)fähigkeitsraten alleinstehender wohnungsloser Männer in Kästorf in % (n = 342).

während der Wohnungslosigkeit, die sich letztlich in der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit manifestieren, kann zwar mit einer gewissen Plausibilität angenommen, aber anhand des hier ausgewerteten Materials nicht belegt werden.

Auswertung nach Krankheitsarten

Eine differenzierte Betrachtung der altersmässig aufgeschlüsselten Krankheitsarten (Tabelle 1) und der (hier nicht zahlenmässig ausgewiesenen) Einzeldiagnosen innerhalb der Krankheitsarten zeigt einige Auffälligkeiten. So wird das Infektionsgeschehen wesentlich durch die Tuberkulose geprägt, die mit einer 12%-Prävalenz deutlich über dem Durchschnitt der Bevölkerung liegt.

Tab. 1. Krankheiten bei alleinstehenden Wohnungslosen, gegliedert nach Altersgruppen (n = 342 alleinstehende wohnungslose Männer in den Diakonischen Heimen Kästorf).

Krankheiten (KH)	Alter (in Jahren)				
	bis 35	36–45	46–55	über 55	Zusammen
Inf. u. paras. KH	7,1	12,0	22,7	22,4	18,1
Neubildungen	–	9,6	7,3	17,9	9,1
Stoffwechselstör.	11,9	15,7	13,3	14,9	14,0
Seelische KH	19,0	18,1	13,3	14,9	14,0
Neurologische KH	16,7	8,4	9,3	13,4	10,8
Herz-Kreislauf KH	11,9	26,5	30,0	32,8	27,5
Atemwegs KH	2,4	10,8	22,0	34,4	19,3
Verdauungs KH	19,0	21,7	38,0	40,3	32,2
Harnwegs- und Geschlechtsorg. KH	2,4	3,6	7,3	9,3	6,1
Haut KH	2,4	8,4	10,7	6,0	8,2
Skelett, Muskeln, Bindegewebe KH	31,0	32,5	38,5	58,2	39,8
darunter Wirbelsäulen KH	21,4	22,9	25,3	31,3	25,4
Verletzungen	47,6	44,6	43,3	43,3	44,2

Bei den Neubildungen (ICD-Nr. 140–239) fällt auf, dass weniger das Lungen- und Bronchialkarzinom als vielmehr Magen-Darm-Karzinome im Vordergrund stehen. Herausragend im Krankheitsspektrum erscheinen auch die Verdauungskrankheiten und die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie das hohe Ausmass verletzungsbedingter Erkrankungen. Auch Herz-Kreislauf-Krankheiten nehmen mit 27,5% noch einen beachtlichen Raum im Krankheitsspektrum ein. Hier ist es vor allen Dingen der Bluthochdruck mit 11,4% im Gesamtkollektiv, der neben den Venenerkrankungen (8,2%) eine Rolle für dieses Krankheitsgeschehen spielt.

Bei den Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes ergibt eine nähere Differenzierung innerhalb der ICD-Nr. 710–739, dass ein Viertel der Befragten Skeletterkrankungen ohne Wirbelsäulenbeteiligung und ebenfalls ein Viertel Wirbelsäulenerkrankungen und Bandscheibenschäden aufwies. Wegen der nicht überprüfaren Validität bei der Erfassung seelischer Krankheiten soll nicht näher auf den Befund eingegangen werden, dass in dem ausgewerteten Kollektiv 14% mit solchen Erkrankungen ausgewiesen wurden, wobei diese Zahl sowohl die angeborenen wie die erworbenen Schäden, allerdings ohne Alkoholismus, einschliesst.

Eine differenzierte Betrachtung des Krankheitsgeschehens hinsichtlich der hauptsächlich ausgeübten beruflichen Tätigkeiten vor der Wohnungslosigkeit ist für einige ausgewählte Krankheiten in Abbildung 4 wiedergegeben. Sie soll deutlich machen, dass es eine hohe Plausibilität für die noch zu verifizierende Verdachtshypothese gibt, dass neben den besonderen Lebensumständen in der Wohnungslosigkeit ein verstärktes Augenmerk auf berufliche Anforderungen vor der Wohnungslosigkeit gelegt werden muss. Dies unterstreicht das Ergebnis, dass Erkrankungen der Wirbelsäule bei Ange-

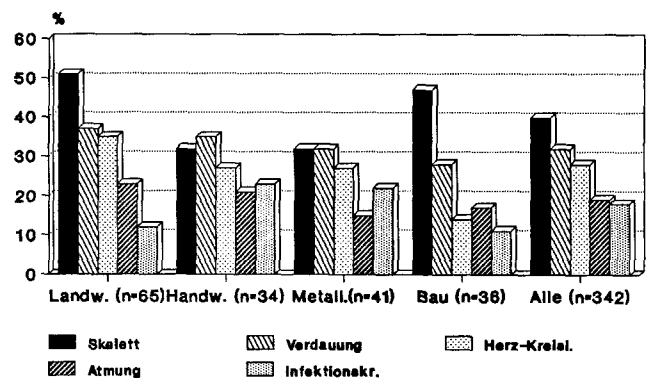


Abb. 4. Die fünf häufigsten Gruppen chronischer Krankheiten bei alleinstehenden wohnungslosen Männern in Kästorf.

hörigen landwirtschaftlicher, der Verkehrs- oder Bauberufe erheblich überrepräsentiert sind.

Diskussion

Die sekundäranalytische Auswertung der an einem Stichtag im Februar 1985 gezogenen Daten eines Kollektivs von alleinstehenden wohnungslosen Männern in einer entsprechenden Einrichtung und deren Vergleich etwa mit Angaben zum Gesundheits- und Krankheitsstatus der bundesdeutschen Wohnbevölkerung^{4,5} erlauben aus methodischen Gründen nur in sehr beschränktem Umfang einen Vergleich. Die wesentlichste Beschränkung liegt in der unterschiedlichen Klassifizierung der Krankheiten nach der Art, ihrer Chronizität und ihrer Ätiologie. Weder sind Alterstandardisierungen noch Sozialgruppenbildungen im Vergleich möglich. Auch die Bezugnahme auf ausländische Untersuchungen kann in diesem deskriptiven Untersuchungsansatz noch keinerlei hypothesenverifizierenden Charakter annehmen.

Gleichwohl ergeben sich einige Auffälligkeiten zwischen den Daten zum Gesundheitsstatus der Bevölkerung und dem alleinstandender Wohnungsloser. Letztere weisen sowohl in den anglo-amerikanischen Primär- und Sekundäranalysen wie auch in unserer Studie zum Teil deutlich höhere Lebenszeitprävalenzraten aus. In keiner der wiedergegebenen Untersuchungen lassen sich eindeutige ätiologische Zusammenhänge empirisch schlüssig nachweisen. Wie wir aber in eingehenderen Analysen des Zahlenmaterials des deutschen Kollektivs an anderer Stelle weiter ausführen konnten⁸, kommt der vorherigen (Berufs-)Tätigkeit ein wohl höherer Stellenwert in dieser ätiologischen Betrachtung zu als in den meisten Untersuchungen berücksichtigt scheint. Der hohe Anteil musculo-skelettaler Krankheiten, insbesondere der Wirbelsäule, zwingt zu genaueren berufsanamnestischen Erhebungen in den Kollektiven alleinstandender wohnungsloser Männer in entsprechenden Einrichtungen. Die Mythologisierung der Krankheiten Wohnungsloser nach ihrem Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit (überwiegend Alkoholiker und psychisch Kranke) hält einer eingehenderen empirischen Überprüfung wohl kaum stand. Subjektive und strukturelle Faktoren des Inanspruchnahmeverhaltens medizinischer und sozialer Versorgungsangebote auf Gemeindeebene im ambulanten und stationären Bereich sind gleichfalls eine wichtige Variable bei der Bewertung der Krankheitsraten Wohnungsloser.

Schlussfolgerungen aus sozialmedizinischer Sicht

1. Angesichts des schlechten allgemeinen Gesundheitszustandes vor allen Dingen älterer alleinstandender wohnungsloser Männer muss die weit geübte Praxis, die Betroffenen so schnell als möglich in irgendeine Arbeit einzuspannen, mit erheblicher Skepsis bewertet werden. Die in §25 des Bundessozialhilfegesetzes geregelte Zuführung zu „gemeinnütziger Arbeit“ (Arbeitstherapie) verlangt in jedem Fall eine individuelle Bewertung des Gesundheitszustandes des Betroffenen.
2. Rehabilitationspläne müssen sich stärker an den gesundheitlichen Voraussetzungen der Betroffenen orientieren.
3. Das bundesdeutsche Gesundheitswesen steht vor einer doppelten Herausforderung: In seiner derzeitigen Angebotsstruktur mit unterschiedlichen Vorsorge- und Behandlungsaufträgen der einzelnen Sektoren (ÖGD, ambulanter, klinisch-stationärer und rehabilitativer Bereich) scheint es bislang kaum funktionierende Kooperationsstrukturen im Interesse der hilfsbedürftigen Wohnungslosen zu geben. Erschwerend kommt andererseits die aktuelle gesellschaftliche Entwicklung in der Bundesrepublik mit der Vereinigung mit der früheren DDR hinzu. Die vorhersehbare gesellschaftliche Ausgrenzung grosser

Teile der Erwerbstätigen in den neuen Bundesländern durch unabsehbar lange Arbeitslosigkeit mit allen bekannten sozialen Ausgrenzungsfolgen lässt leicht die Prognose einer Zunahme Wohnungsloser zu. Dabei wird sich das Gesicht der Wohnungslosigkeit durch die zunehmende Betroffenheit ganzer Familien und damit auch der medizinische Handlungsbedarf ändern.

Das abschliessende Resümee scheint erlaubt, dass in der Bundesrepublik ein erheblicher sozialepidemiologischer und sozialtherapeutischer Handlungsbedarf für die wachsende Gruppe Wohnungsloser entstehen wird. Der Stand der Forschungs- und Hilfsanstrengungen, insbesondere der der sozialpolitischen Präventionsstrategien, ist überaus kritikbedürftig. Gesundheitsberichterstattung und Public Health sind hoffentlich die zukünftigen Forschungsfelder, die den hier vorgestellten explorativen Untersuchungsansatz erweitern, um angemessene Hilfen in Prävention, Therapie und Rehabilitation für die Betroffenen weiterentwickeln helfen. Erfahrungen aus dem anglo-amerikanischen Lebensraum sollten hierbei kritisch berücksichtigt werden.

Zusammenfassung

Empirische Untersuchungen der Lebens- und Gesundheitssituation alleinstandender Wohnungsloser sind anders als im angelsächsischen Raum in der Bundesrepublik bislang kaum durchgeführt worden. Ziel der Sekundäranalyse des Datenmaterials einer Stichprobe von n = 342 Männern in einer stationären Einrichtung der Nichtsesshaftenhilfe war es, den Gesundheitszustand dieser Gruppe zu beschreiben und Anhaltspunkte für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko zu gewinnen. Hierzu wurden an einem Stichtag Krankenakten und ergänzende soziodemographische Angaben erhoben und ausgewertet. Im untersuchten Kollektiv konnte eine hohe Multimorbidität insbesondere in den höheren Altersgruppen festgestellt werden. Die Ergebnisse legen nahe, dass sich die ätiologische Betrachtung des Erkrankungsgeschehens verstärkt auf die beruflichen Belastungen vor der Wohnungslosigkeit konzentrieren muss. Für die Gruppe der alleinstandenden Wohnungslosen besteht ein hoher sozialepidemiologischer, sozialtherapeutischer und sozialpolitischer Handlungsbedarf.

Résumé

Santé et morbidité dans un collectif d'hommes seuls et sans domicile: une analyse portant sur 342 hommes
Peu de recherches sur les conditions de vie et la santé des hommes seuls et sans domicile ont été conduites en Allemagne. Cette analyse a porté sur un collectif

de 342 hommes vivant dans un logement pour hommes sans domicile situé à Kästorf en Allemagne; l'objectif de cette étude était de décrire la santé de ce groupe et, en particulier, de tester l'hypothèse selon laquelle le risque de maladie est plus élevé chez eux que dans la population générale. A cette fin, les dossiers médicaux et d'autres informations sociales ont été analysés dans un jour particulier de février 1985. C'est la classification internationale des maladies qui a été utilisée. Cette analyse fait constater une importante multimorbidité dans le groupe analysé, beaucoup plus importante que dans la population générale et particulièrement marquée chez les hommes vieux. Cette analyse suggère que cette multimorbidité trouve son origine dans le style de vie conduit avant que ces hommes ne soient seuls et sans domicile. D'autres recherches épidémiologiques seraient nécessaires, en particulier pour mettre au point les interventions de médecine sociale.

Summary

Health and illness in single homeless men – A secondary analysis of data of 342 men in a welfare hotel in Germany

Only few empirical investigations on living conditions and health status of single homeless men have been conducted in Germany. The secondary analysis of a sample of 342 homeless men in a welfare hotel was conducted to describe the health status of this group and to gather informations for a possibly higher illness-risk in this group. For this purpose the medical documents and other socio-demographic data were evaluated at one point (one day in February 1985) along the ICD. A relatively high multi-morbidity for the homeless men, especially for the elder ones, could be stated. The results emphasize in etiological perspective the need to take a deeper insight into factors of workload before getting homeless and to strengthen socioepidemiological, socio-therapeutical and political efforts.

Literaturverzeichnis

- 1 Chassé KA. Armut nach dem Wirtschaftswunder. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1988.
- 2 Doggett MA. A review of the literature on primary health care for single homeless people. In: Williams S, Allen J. Health care for single homeless people. Policy Studies Institute London, Research report 699, London 1989: 321–366.
- 3 Goschler W. Die alleinstehenden Wohnungslosen. Gefährdetenhilfe 1983; 25: 7–13 und 25: 9–14.
- 4 Gräß C. Gesundheitszustand der Bevölkerung. Wirtschaft und Statistik 1991; 2: 108–115.
- 5 Hoeltz J, Bormann C, Schroeder E. Subjektive Morbidität, Gesundheitsrisiken, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Infratest Gesundheitsforschung München, Bd. 1 + 2, 1990 (Eigendruck).
- 6 Iben G. Armut der Obdachlosen und Nichtsesshaften. Blätter der Wohlfahrtspflege 1989; 11/12: 316–320.
- 7 Institute of medicine Committee on health care for homeless people: Homelessness, health and human needs. Washington (D.C.) Academy of Sciences, 1988.
- 8 Locher G. Gesundheits-/Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von alleinstehenden Wohnungslosen. (Medizinische Inauguraldissertation) Universität Freiburg. Bielefeld: Verlag Soziale Hilfe, 1990.
- 9 Schach E, Schwartz FW, Kerek-Bodden HE, eds. Die EVAS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 1989.
- 10 Specht T. Die Situation der alleinstehenden Wohnungslosen in Hessen. Frankfurt: Landesarbeitsgemeinschaft für Gefährdeten- und Nichtsesshaftenhilfe (Hg.), 1985.
- 11 Sperling F. Medizinische Untersuchungen an 109 nichtsesshaften Männern. (Dissertation) Universität Münster 1985.
- 12 U.S. Department of health and Human services: National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS). Washington D.C., 1979.
- 13 Vaskovics LA, Weins W, Buba HP. Stand der Forschung über Obdachlose und Hilfen für Obdachlose. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 1979 (Bd. 62 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit).
- 14 Williams S, Allen J. Health care for single homeless people. London: Policy Studies Institute London, Research Report 699, 1989.
- 15 Wright JD, Weber-Burdin E, Knight JW, Lam JA. The National Health Care for the Homeless Program: The first year. Amherst: Report prepared by the Social and Demographic Research Institute, University of Massachusetts, 1987.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrich Stöbel
Akademischer Rat
Albert-Ludwigs-Universität,
Medizinische Fakultät
Abteilung für medizinische Soziologie
Stefan Meier Str. 17
D-7800 Freiburg