

¹ Neuroscience and Psychiatry Unit, University of Manchester² Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover³ Bereich für Sozial- und Allgemeinmedizin, Universität Witten-Herdecke

Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittsuntersuchung

Summary

Prevalence of physical diseases, health behavior and health care utilization in single homeless men: a cross-sectional study

Objective: The aim of this cross-sectional study was to establish the prevalence of physical diseases, the subjective evaluation of their own health and health care utilization in the actually homeless and a comparison group of formerly homeless.

Methods: A representative sample of 82 homeless and 37 formerly homeless was studied. Instruments were a physical examination and a standardized interview. The latter included parts of the assessment of the German cardiovascular disease prevention study and the questionnaire "Funktionseinschränkungen" (functional impairments) by Potthoff (1982).

Results: Disease prevalence was high. The main diagnoses fell within the categories of defective dental status (over 80%), ophthalmologic diseases (over 60%) and diseases of the liver and musculoskeletal system (over 40% each). Morbidity in the formerly homeless was even higher. In both groups the subjective evaluation of their own health was unrealistically positive. Risk factors for cardiovascular diseases were high. Health care utilization was mainly acute.

Conclusions: The medical care of the homeless in standard medical services is insufficient and could be improved by especially tailored projects which should include education about risk factors. Formerly homeless continue to show high disease prevalence.

Keywords: Homeless – Cross-sectional study – Prevalence – Formerly homeless – Service utilisation – Subjective health.

Derzeit wird in der Bundesrepublik Deutschland von 180000 bis 200000 alleinstehenden Wohnungslosen ausgegangen. Weitere 400000 Personen sind als wohnungslose Familien in Notunterkünften untergebracht (Bundesarbeits-

gemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 1995b). Diese Menschen sind aufgrund ihrer Lebensbedingungen auf der Strasse bzw. in Gemeinschaftsunterkünften einer erhöhten Erkrankungsgefahr ausgesetzt. Mitarbeiter der Wohnungslosenhilfe haben seit langem auf die erhöhte Morbidität Wohnungsloser sowie deren unzureichende medizinische Versorgung hingewiesen. Dennoch kam die systematische wissenschaftliche Untersuchung dieser Bevölkerungsgruppe in der Bundesrepublik Deutschland erst in den letzten 15 Jahren in Gang. Lange Zeit standen die Diskriminierung und Pathologisierung Wohnungsloser, wie sie sich etwa im Begriff des „Wandertriebes“ (Mayer 1934) ausdrückten und in der Vernichtung der „Nichtsesshaften“ im Nationalsozialismus einen traurigen Höhepunkt fanden, einer objektiven Betrachtung im Wege.

Studien mit Wohnungslosen sind mit erheblichen methodischen Schwierigkeiten verbunden, die sowohl die Definition des Begriffs „wohnungslos“ als auch die Ziehung repräsentativer Samples sowie die Auswahl valider Untersuchungsinstrumente bei gleichzeitiger Niederschwelligkeit der durchgeführten Untersuchung betreffen. Insbesondere wirkt die Sampleziehung aufgrund der Unbestimmtheit der Grundgesamtheit sowie der Inhomogenität der Gruppe der Wohnungslosen sowie der schwierigen Identifikation ihrer Aufenthaltsorte Probleme auf.

Die bis heute umfangreichste und methodisch sorgfältigste Studie zum körperlichen Gesundheitszustand Wohnungsloser in der Bundesrepublik Deutschland wurde 1977 von der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG) durchgeführt (Sperling 1985; John 1988). Dabei wurden 109 Wohnungslose an verschiedenen Aufenthaltsorten untersucht. Es fanden sich hohe Krankheitsprävalenzen insbesondere für Erkrankungen des Respirationstraktes, Zahnerkrankungen, dermatologische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates mit Prävalenzzahlen von

50 bis 75 %. Andere Studien stützten sich auf Sektionsbefunde (Veith & Schwindt 1976; Risse et al. 1998; Ishorst-Witte et al. 2001) oder die Auswertung von Krankenakten (Locher 1990) bzw. wurden an einem kleinen, nicht-repräsentativen Sample durchgeführt (Dierking & Strupowski 1978). Ende der 1980er-Jahre untersuchte Trabert in der Mainzer Studie ein Sample von 40 Wohnungslosen mit einem aufwendigen Untersuchungsinstrumentarium, welches umfangreiche Labor- und apparative Untersuchungen umfasste (Trabert 1997). Dabei wurde die hohe Morbidität der untersuchten Gruppe bestätigt; allerdings ist auch diese Studie aufgrund der kleinen Samplegröße und der fehlenden Repräsentativität des Samples von eingeschränkter Aussagekraft. In einer neueren Studie zu somatischen Erkrankungen bei Wohnungslosen in Deutschland fand Salize eine Erkrankungshäufigkeit von etwa 60 % (Salize et al. 2002). Weitere Studien untersuchten Nutzungspopulationen spezieller medizinischer Angebote für Wohnungslose (Egen 1998; Doering et al. 2002). Dabei wurden Hauterkrankungen, Infektionserkrankungen, Verletzungen sowie Erkrankungen des Skelettsystems als wichtigste Gründe für das Aufsuchen des Hilfeangebotes beschrieben.

Die hier vorgestellte Studie versuchte einigen der genannten methodischen Schwierigkeiten zu begegnen. Sie ist Teil einer umfassenderen Gesamterhebung, die physische und psychische Erkrankungen sowie die subjektive Bewertung der eigenen Gesundheit, Copingstrategien, Gesundheitsverhalten und Nutzungsaspekte erfasste (Völlm 2001). Ziel des hier beschriebenen Studienteils war die Erhebung von Erkrankungsprävalenzen bei einem möglichst repräsentativen Sample von Wohnungslosen. Weiterhin sollten Unterschiede zwischen der objektiven und subjektiven Bewertung der Gesundheit sowie Risikoverhalten und die Nutzung des Gesundheitssystems beschrieben werden. Letztgenannte Aspekte sind bei Wohnungslosen im deutschsprachigen Raum bisher kaum untersucht worden. Die vorliegende Studie umfasste zudem erstmals die Untersuchung einer Vergleichsgruppe ehemaliger Wohnungsloser. Neben dem Erkenntnisgewinn war es uns auch ein Anliegen, Daten für die effektivere Planung der in den letzten Jahren an verschiedenen Orten entstandenen medizinischen Hilfeprojekte für Wohnungslose zur Verfügung zu stellen (Egan 1998; Leidel et al. 1998; Ärztekammer Westfalen-Lippe 1998; Doering et al. 2002).

Methodik

Stichprobenziehung

Die hier vorliegende Untersuchung wurde 1996 in Dortmund durchgeführt. Um die für die Stichprobenziehung zu

berücksichtigende Grundgesamtheit abgrenzen zu können, wurde auf die von Rossi vorgenommene Unterscheidung in „literally homeless“, die tatsächlich Wohnungslosen, und „precariously housed“, d. h. die von Wohnungslosigkeit Bedrohten, zurückgegriffen (Rossi et al. 1987). Für die vorliegende Studie wurde die Untersuchungspopulation auf die „literally homeless“ eingegrenzt, die entweder nachts draussen bzw. in verlassenen Gebäuden schlafen oder aber in Übernachtungsstätten/Asylen ein Obdach finden.

In Dortmund kann davon ausgegangen werden, dass sich täglich 900 bzw. auf das Jahr bezogen 1500 alleinstehende Wohnungslose im Stadtgebiet aufhalten (Ärztekammer Westfalen-Lippe 1998). Unter alleinstehenden Wohnungslosen sind hierbei wohnungslose Einzelpersonenhaushalte zu verstehen, die die Zielgruppe der Wohnungslosenhilfe nach § 72 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) darstellen. Familienhaushalte werden ausserhalb des Systems nach § 72 BSHG versorgt und wurden hier nicht berücksichtigt.

Aus methodischen Gründen musste die Untersuchung auf wohnungslose Männer beschränkt bleiben. Nach für das gesamte Bundesgebiet vorliegenden Schätzungen machen Frauen ca. 12–20% der Gesamtpopulation Wohnungsloser aus. Dabei wird gemeinhin gerade bei dieser Subpopulation von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 1995a). Bei der in dieser Untersuchung zugrunde gelegten Stichprobengrösse von ca. 10–15% der geschätzten Gesamtpopulation wären somit statistisch signifikante Aussagen über den Kreis der von Wohnungslosigkeit betroffenen Frauen nur schwer zu erzielen gewesen.

Zur Gewährleistung einer weitest gehenden Repräsentativität der rekrutierten Stichprobe wurde unsere Studie an mehreren Rekrutierungsstellen durchgeführt. Diese umfassten die Aufenthaltsräume der Zentralen Beratungsstelle für alleinstehende Wohnungslose des Diakonischen Werkes Dortmund (ZBS) und die Städtische Übernachtungsstelle. Die ZBS ist von den Sozialhilfeträgern sowie den freien Wohlfahrtsverbänden in Dortmund beauftragt, den im § 72 BSHG festgelegten Beratungs- und Betreuungsauftrag für Wohnungslose wahrzunehmen. Sie ist damit die zentrale Anlaufstelle für ratsuchende Wohnungslose in Dortmund. Zudem ist ein niederschwelliger Aufenthaltsbereich integriert, der auch von Wohnungslosen ohne Beratungsanliegen genutzt wird. Insgesamt suchen jährlich 1140 Personen, also über zwei Drittel der Grundgesamtheit der Wohnungslosen, die ZBS auf (Diakonisches Werk 1997). Die Städtische Übernachtungsstelle stellt die zentrale Übernachtungsstätte für alleinstehende wohnungslose Männer im Stadtgebiet dar. Alle wohnungslosen Männer, die eine Unterbringung suchen, müssen diese zunächst durchlaufen, bevor

sie gegebenenfalls an andere dezentrale Unterbringungseinrichtungen weitervermittelt werden. Etwas über 20% der aktuell Wohnungslosen in Dortmund nutzen die Städtische Übernachtungsstelle, während die übrigen entweder draussen schlafen oder vorübergehend bei Bekannten untergekommen sind (Diakonisches Werk 1997). Die Überschneidung bezüglich der Nutzung der hier gewählten Rekrutierungsorte ist gering; nahezu 90% der Benutzer der Übernachtungsstelle nutzen die ZBS nicht, während etwa 70% der Ratsuchenden der ZBS angeben, nie in der Städtische Übernachtungsstelle unterzukommen.

Wir rekrutierten Studienteilnehmer von beiden Rekrutierungsorten über einen Zeitraum von drei Wochen, wobei wir an einem (wechselnden) Tag pro Woche in der Städtischen Übernachtungsstätte, an den übrigen Tagen in der ZBS präsent waren. Dadurch wurde das Nutzungsverhalten der Wohnungslosen bezüglich der beiden Rekrutierungsorte in unserer Samplingstrategie reflektiert. An beiden Orten wurden Teilnehmer nach einem Zufallsprinzip auf eine Teilnahme hin angesprochen. Einziges Ausschlusskriterium war dabei eine akute Intoxikierung in einem Ausmass, das die Teilnahme an der Erhebung unmöglich machte (dies traf nur auf zwei Personen zu). Insgesamt untersuchten wir 82 männliche Wohnungslose, Daten von 80 Teilnehmern konnten ausgewertet werden.

Zur Abschätzung der Repräsentativität der Wohnungslosenstichprobe wurde an einem Tag der Studie eine gezielte Befragung der sich draussen aufhaltenden Wohnungslosen durchgeführt. So sollte herausgefunden werden, ob sie im Zeitraum der Untersuchung die Zentrale Beratungsstelle für alleinstehende Wohnungslose des Diakonischen Werkes (ZBS) oder die Städtische Übernachtungsstelle aufgesucht hatten und somit für sie potentiell die Möglichkeit bestanden hatte, Teil der Stichprobe zu werden. Dazu wurden auf der Grundlage von Informationen der Strassensozialarbeiter der ZBS alle Bereiche der Innenstadt aufgesucht hatten, an denen sich bekanntermassen Wohnungslose aufhalten. Diese Befragung ergab, dass 81,4 % im Verlauf des letzten Monats eine unserer beiden Rekrutierungsstellen aufgesucht hatten und somit mit der angewandten Samplingstrategie die Chance bestand, vier von fünf Dortmunder Wohnungslosen zu erfassen.

Datenerhebung

Mit allen Studienteilnehmern wurden von drei verschiedenen Fachpersonen des wissenschaftlichen Teams Interviews von jeweils 30 bis 40 Minuten Dauer durchgeführt. Der medizinische Teil wurde von einer Medizinstudentin (BV) im 10. Semester unter enger Supervision eines mit Wohnungslosen erfahrenen Allgemeinarztes ausgeführt. Diskrepan-

zen in der Beurteilung der Untersuchungsbefunde wurden durch Konsens gelöst. Ein psychiatrischer Oberarzt sowie ein Sozialwissenschaftler erhoben weitere hier nicht dargestellte Daten in separaten Interviews.

Vergleichsgruppen

Eine Vergleichsgruppe wurde von ehemals Wohnungslosen gebildet, die seit mindestens einem Jahr wieder über einen eigenen Mietvertrag verfügten. Diese Zielgruppe wurde über Aushänge und Anschreiben über die Möglichkeit zur Teilnahme an der Studie informiert. Insgesamt konnte auf diese Weise eine Vergleichsgruppe von 37 ehemals wohnungslosen Männern rekrutiert werden.

Teilaspekte der Untersuchungsergebnisse wurden mit Daten des Gesundheitssurveys 1990/91 verglichen, die auf einer Erhebung von 7000 Erwachsenen der Wohnbevölkerung basierten (Robert-Koch-Institut 1995).

Untersuchungsinstrumentarium

Zur Erhebung des gesundheitlichen Status wurde eine körperliche Untersuchung vorgenommen. Zusätzlich wurde ein standardisiertes Interview mit Fragen zur Erfassung der relevanten medizinischen Vorgeschichte, gesundheitlicher Risikofaktoren und der Nutzung des medizinischen Versorgungssystems eingesetzt. Dieses Interview integrierte Teile des Fragebogens der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP-Studie; Robert-Koch-Institut 1995) und des Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG; Beltz-Test) zur Abbildung des Gesundheitsverhaltens. Zur Beschreibung von Beeinträchtigungen im täglichen Leben wurde die Skala „Funktionseinschränkungen“ von Potthoff eingesetzt (Potthoff 1982). Aktuelle Beschwerden wurden mittels einer Beschwerdeliste (Landesversicherungsanstalt Württemberg) abgebildet. Das Gesamtinterview wurde in einer Vorstudie an sechs Probanden getestet und entsprechend angepasst. Auf apparative Methoden zur Erhebung des Körperstatus (Blutentnahme, Röntgen, etc.) wurde zugunsten der Niederschwelligkeit der Studienteilnahme verzichtet. Ziel war es, nur solche Untersuchungsverfahren einzusetzen, die auch bei einer aufsuchenden medizinischen Hilfe für Wohnungslose zum Einsatz kommen könnten.

Datenauswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programmpaket CSS:STATISTICA. Zum Vergleich von Unterschieden in den Mittelwerten stetiger Variablen wurde der U-Test von Mann und Whitney gewählt. Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung diskreter Variablen wurden mit dem χ^2 -Test untersucht. Um verschiedene Variablen zu ähnlichen Problembereichen zu übergeordneten Werten zusammenzufassen, wurden

verschiedene Scores gebildet. Der Score „gesunde Lebensweise“ wurde aus den Ernährungs- und Trinkgewohnheiten, dem Rauchverhalten, der sportlichen Betätigung und der Angabe zur Schlafdauer gebildet. Der Score „Wissen über Risikofaktoren“ wurde anhand von zwei Fragen gebildet, die den Zusammenhang zwischen Rauchen bzw. Ernährung und verschiedenen Erkrankungen abfragten. Der Score „Erkrankungsschwere“ setzte sich aus gegenwärtigen Beschwerden, dem Allgemeinzustand, gestellten Diagnosen und der Behinderung durch den Gesundheitszustand zusammen. Der Zusammenhang zwischen diesen Scores (stetige Variablen) wurde mit Hilfe des Spearman'schen Rang-Korrelationskoeffizienten R untersucht. Zur Korrelationsanalyse zwischen diskreten Variablen wurde Kappa gebildet.

Ergebnisse

Soziodemographische Zusammensetzung

Hinsichtlich ihrer Alterszusammensetzung erwies sich die untersuchte Population der Wohnungslosen als repräsentativ für die in der Bundesrepublik Deutschland dokumentierte Gesamtheit alleinstehender Wohnungsloser (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 1995b). Das Durchschnittsalter betrug 41,4 Jahre. Der Median lag bei 40

Jahren, die untere Quartile bei 33, die obere bei 49 Jahren. Das Alter der ehemals Wohnungslosen lag mit durchschnittlich 48,3 Jahren höher (Median 49, unteres Quartil 43, oberes Quartil 56 Jahre), dieser Unterschied war signifikant ($p = 0,004$).

58% der Wohnungslosen und 55,6% der ehemals Wohnungslosen waren ledig, 32,1% bzw. 22,2% geschieden. Nur ein Wohnungsloser (1,2%) gab an verheiratet zu sein, während dies in der Vergleichsgruppe auf vier Probanden zutraf (10,8%). Mehr als die Hälfte der Wohnungslosen gaben an, seit länger als fünf Jahren ohne eigene Wohnung zu sein und nur 11,2% waren seit weniger als einem Jahr wohnungslos. 53,8% berichteten, in den letzten vier Wochen überwiegend draussen übernachtet zu haben, 38,8% hielten sich vorwiegend im städtischen Asyl auf.

Erkrankungsprävalenzen und Behandlungsbedürftigkeit

Nach klinischer Einschätzung wurde der Allgemeinzustand der untersuchten Wohnungslosen zu 38,7% als gut, zu 45% als mässig und zu 16,2% als schlecht eingeschätzt. Über die aufgrund der Anamnese und körperlichen Untersuchung gestellten Verdachtsdiagnosen orientiert Tabelle 1.

Auffallend war der schlechte Zahnstatus, der vor allem auf Karies zurückzuführen war. Bei den festgestellten Augenerkrankungen handelte es sich vor allem um Fehlsichtigkeiten.

Tabelle 1 Verdachtsdiagnosen bei Wohnungslosen und ehemals Wohnungslosen, Erkrankungsprävalenzen in der Normalbevölkerung

Erkrankungsgruppe	Punktprävalenz Wohnungslose (%)	Punktprävalenz ehemals Wohnungslose (%)	Lebenszeitprävalenz Normalbevölkerung (%)
Zahnerkrankungen	82,1	83,9	
Augenerkrankungen (inkl. Fehlsichtigkeiten)	62,5	86,5	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen, davon:	56,3	81,1	
Hypertonien und Grenzwerthypertonien	33,8	62,1	25,7 ^a
Angina pectoris	6,3	13,5	11
Herzinsuffizienz			6
Thrombosen / kardiovaskuläre Insuffizienz	19,5	36,1	12,2
Durchblutungsstörungen	13,9	27,8	10,2
Lebererkrankungen, davon:	42,5	27,8	
Hepatitis			8,4
Leberzirrhose	2,5	8,3	1,4
Hauterkrankungen	33,8	32,4	
Nervenerkrankungen	32,5	40,5	
Magen-Darm-Erkrankungen, davon:	31,3	37,8	
Gastritis	18,8	27,0	21,1
Ulcera	5	2,7	12,2
Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, davon:	42,5	51,4	
Gelenkentzündungen	13,8 ^b	8,1 ^b	17,2
Lumboischialgien	20,0	29,7	24,6
Atemwegserkrankungen	33,8	43,2	

^a Nur Hypertonien

^b Arthrosen

Bei der orientierenden Untersuchung des Herz-Kreislauf-Systems ergaben sich vorwiegend Hinweise auf eine hypertone Kreislaufsituation. Aufgrund der körperlichen Untersuchung und Anamnese konnte bei einigen der Probanden der Verdacht auf eine Polyneuropathie ausgesprochen werden; diese Erkrankung stellt die bei weitem grösste Gruppe der in Tabelle 1 aufgeführten Nervenerkrankungen dar. Die häufigsten Magen-Darm-Erkrankungen waren Refluxerkrankungen, Gastritiden und Ulcera. Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen stand das Lumboischialgiesyndrom im Vordergrund, bei den Atemwegserkrankungen spielte die chronische Bronchitis die wichtigste Rolle. In über 90% war eine Komorbidität festzustellen.

Subjektive Angaben zum Gesundheitszustand

Bei freier Nennung aktueller Beschwerden gaben vier Fünftel der befragten Wohnungslosen an, unter gegenwärtigen Beeinträchtigungen zu leiden. Die subjektiv als am meisten störende Beschwerde betraf dabei am häufigsten den Bewegungsapparat (21,3%) und den Magen-Darm-Trakt (11,3%). Ebenfalls 11,3% gaben psychische Probleme als Hauptbeschwerde an. Auf einer Liste mit 63 vorgegebenen möglichen Beschwerden (Landesversicherungsanstalt Württemberg) gaben die untersuchten Wohnungslosen durchschnittlich 9,9 Beschwerden an, unter denen sie in den letzten vier Wochen gelitten hatten. 58,8% der Wohnungslosen gaben an, in den letzten vier Wochen Schmerzen gehabt zu haben. Fast 40% fühlten sich durch ihren Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben – teilweise erheblich – beeinträchtigt. Trotz dieser Beschwerden und Beeinträchtigungen schätzten 60% der Wohnungslosen in einer Gesamtbeurteilung ihre Gesundheit als ausgezeichnet oder gut ein. Ein Drittel erwartete in Zukunft eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und 56,8% hielten ihre Gesundheit im Vergleich mit anderen für besser. Diese positive Einschätzung korrelierte positiv mit der Länge der Wohnungslosigkeit, d. h., je länger die Probanden wohnungslos waren, desto positiver war ihre Selbsteinschätzung. Die Übereinstimmung zwischen der objektiven und subjektiven Einschätzung der Gesundheit war gering (Kappa 0.05).

Lebensgewohnheiten und Risikofaktoren

Bei gezielter Exploration gab ein Drittel der Wohnungslosen an, dass die Ernährung gegenwärtig ein Problem für sie darstelle, insbesondere wurden hierfür finanzielle Schwierigkeiten und Probleme bei der Zubereitung von Mahlzeiten verantwortlich gemacht. Objektiv fielen fleisch- und cholesterinhaltige Ernährungsgewohnheiten auf. Über drei Viertel der Wohnungslosen tranken gemäss eigenen Angaben

täglich oder mehrmals pro Woche Alkohol, nur 11,3% waren diesbezüglich abstinent. 88% der Wohnungslosen waren Raucher. Etwa ein Drittel der Wohnungslosen gaben an, seit Verlust der Wohnung mehr zu trinken, etwa ein Fünftel glaubten, seitdem mehr zu rauchen.

Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems

67,5% der Wohnungslosen konnten einen Hausarzt benennen. 65,1% hatten in den letzten drei Monaten nach eigenen Angaben ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. 80% gaben positive Erfahrungen mit Ärzten an und glaubten, dass diese ihnen helfen könnten. Die insgesamt am häufigsten frequentierten Ärzte waren Allgemeinmediziner/praktische Ärzte, die von über 50% der Wohnungslosen in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal konsultiert worden waren. Zahnärzte wurden von einem Viertel, Augenärzte von einem Fünftel und Hautärzte von 13,8% der Wohnungslosen aufgesucht. Andere Fachrichtungen waren jeweils nur mit unter 10% vertreten. Es bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen aktuell und ehemals Wohnungslosen bezüglich des Konsultationsverhaltens.

Als häufigste Barrieren eines Arztbesuches nannten Wohnungslose lange Wartezeiten. Nur 10% gaben unfreundliche Behandlung durch Personal oder Diskriminierung im Wartezimmer als Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe an. 55% der Wohnungslosen wurden im letzten Jahr stationär behandelt, 10% drei Mal oder häufiger. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer wurde mit 30 Tagen angegeben. Medikamente wurden nur selten eingenommen. Die am häufigsten verwendeten Präparate waren Magen-Darm-Medikamente (10% täglich oder mehrmals wöchentlich), Schmerzmittel (7,5%) und Psychopharmaka (3,75%). 78,8% der aktuell Wohnungslosen gaben an, noch nie an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen zu haben. Etwa ein Drittel konnten keine Angaben zu ihrem gegenwärtigen Krankenversicherungsschutz machen.

Korrelationen zwischen Score-Variablen

Es zeigte sich ein inverser Zusammenhang zwischen dem Score „gesunde Lebensweise“ und dem Score „Erkrankungsschwere“ ($p = 0,01$; $R = -0,44$), d. h., bei gesünderer Lebensweise konnte eine geringere Erkrankungsschwere beobachtet werden. Ebenso bestand ein inverser Zusammenhang mit dem Score „Wissen über Risikofaktoren“ ($p = 0,03$; $R = -0,25$), d. h. je geringer das Wissen über Risikofaktoren desto höher war der Erkrankungsgrad. Es bestand ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der Summe der gestellten Diagnosen und der Summe der subjektiven Beschwerden ($p < 0,01$, $R = 0,81$).

Vergleich aktuell und ehemals Wohnungsloser

Insgesamt lagen die Erkrankungsprävalenzen bei den ehemals Wohnungslosen über denen der Vergleichsgruppe der aktuell Wohnungslosen, signifikant waren die Unterschiede allerdings nur im Hinblick auf Augen-, Herz-Kreislauf- und Lebererkrankungen (s. Tabelle 1). Im Hinblick auf die subjektive Beschreibung des aktuellen Gesundheitszustandes ergaben sich hinsichtlich Beschwerden und Beeinträchtigungen keine signifikanten Unterschiede. Die Gesamteinschätzung der eigenen Gesundheit war bei den ehemals Wohnungslosen etwas negativer als bei den aktuell Wohnungslosen (54,1% vs. 60% positive Bewertung), auch erwarteten in der Vergleichsgruppe nur 11,8% eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes in der Zukunft. Auch bei den ehemals Wohnungslosen war die Übereinstimmung zwischen objektiver und subjektiver Gesundheitseinschätzung gering, jedoch grösser als bei den Wohnungslosen (Kappa 0.2). Es zeigte sich ein ähnliches Risikoprofil, allerdings war der Alkoholkonsum nach Selbstangaben in der Vergleichsgruppe etwas geringer als in der Gruppe der akut Wohnungslosen (72,9% vs. 77,6% mit Angabe von täglichem oder mehrmals wöchentlichem Alkoholkonsum).

83,5% der ehemals Wohnungslosen und damit mehr als bei den aktuell Wohnungslosen gaben an, derzeit einen Hausarzt zu haben; nur 32,4% hatten im letzten Jahr eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag dabei mit 14 Tagen deutlich unter derjenigen der aktuell Wohnungslosen. Die Einnahme von Medikamenten und die Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen war auch in der Vergleichsgruppe gering.

Vergleich mit der Wohnbevölkerung

Beim Vergleich der in unserer Studie festgestellten aktuellen Prävalenzen mit den Lifetimeprävalenzen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (Tabelle 1) fielen die insgesamt höheren Prävalenzen unseres Samples auf. Insbesondere Gefässerkrankungen, Hypertonien und Lebererkrankungen waren in den von uns untersuchten Gruppen häufiger. Weniger ausgeprägt waren die Unterschiede bei Magen-Darm-Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems. Da der Erfassung der Erkrankungsprävalenzen des im Public-Use-File beschriebenen Samples keine körperliche Untersuchung zugrunde lag und zudem nur Lifetimeprävalenzen erfasst wurden, ist eine Vergleichbarkeit mit unserer Untersuchung jedoch nur begrenzt möglich.

Deutlich verschieden war das Risikoprofil: Nur 39% der Normalbevölkerung waren Raucher, nur etwas über die Hälfte nahm täglich oder fast täglich Alkohol zu sich. Vorsorgeuntersuchungen wurden von der männlichen Wohnbe-

völkerung wesentlich häufiger als von den untersuchten Wohnungslosen und unserer Vergleichsgruppe wahrgenommen (40% vs. 17,5% vs. 21,6% im letzten Jahr).

Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte Erkrankungsprävalenzen bei akut und ehemals Wohnungslosen sowie deren medizinische Versorgung. Folgende methodologische Schwierigkeiten müssen hierbei erwähnt werden: Obgleich wir durch unsere Samplingstrategie (Sampling in beiden zentralen Einrichtungen des lokalen Hilfesystems, „streetcount“ zur Einschätzung der Repräsentativität, Zufallsstichprobe) versuchten, die Repräsentativität unseres Samples zu erhöhen, muss davon ausgegangen werden, dass Personen mit Kontakten zum Hilfesystem leicht überrepräsentiert waren (Inanspruchnahme-Population). Darüber hinaus waren die Untersucher bezüglich des Wohnstatus nicht verblindet. Dieser Bias liesse jedoch vermuten, dass es dadurch zu einer zu negativen Einschätzung der Gesundheit akut Wohnungsloser hätte kommen können, was jedoch de facto aufgrund der vorliegenden Ergebnisse nicht der Fall war. Bezüglich der Diagnosestellung mussten wir einen Mittelweg finden zwischen einer möglichst genauen Diagnostik und der Niederschwelligkeit der Studienteilnahme. Zu aufwendige apparative Untersuchungen hätten unseres Erachtens nach zu einer Selektion motivierter, angepasster Probanden geführt. Ausserdem sollte die Studie auf der Grundlage solcher Untersuchungsmöglichkeiten erfolgen, wie sie auch von aufsuchenden medizinischen Teams bei Wohnungslosen eingesetzt werden könnten. Erstmals untersuchten wir in unserer Erhebung bisher untererforschte Aspekte, wie Risikofaktoren, das Gesundheits- und Arztnutzungsverhalten und die Selbsteinschätzung der Probanden. Zudem erfassten wir eine Vergleichsgruppe ehemals Wohnungsloser.

Die von uns erhobenen Krankheitsprävalenzen korrespondierten gut mit Ergebnissen vorausgegangener Studien, die ebenfalls deutlich erhöhte Erkrankungsprävalenzen bei Wohnungslosen festgestellt haben (Sperling 1985; John 1988; Locher 1990; Trabert 1997; Salize et al. 2002). Im Vergleich mit Traberts Erhebung (1997), die die gründlichste Diagnosestellung der bisherigen Studien vornahm, fielen vor allem die in unserer Gruppe niedrigeren Prävalenzen für Atemwegs- (23,8% vs. 47,5%) und Ohrenerkrankungen (22,5% vs. 47,5%) auf, die wir auf den Einsatz apparativer Untersuchungen in Traberts Studie zurückführen. Ebenso könnte die höhere Prävalenz von Lebererkrankungen in unserer Studie (42,5% vs. 30%) dadurch erklärt werden, dass sich aufgrund klinischer Befunde erhobene Verdachtsdiagnosen nach Durchführung von Laboruntersuchungen nicht

immer bestätigen. In anderen wichtigen Diagnosekategorien, wie etwa bei Herz- und Kreislauferkrankungen, deckten sich die Ergebnisse der beiden Studien nahezu vollständig. Salize et al. (2002) beschrieben Lebererkrankungen und Polyneuropathien als grösste Erkrankungsgruppen mit deutlich höheren Prozentzahlen bei Wohnungslosen mit Alkoholerkrankungen. Insgesamt deuten unsere Ergebnisse darauf hin, dass durch Verzicht auf apparative Untersuchungen Erkrankungsprävalenzen möglicherweise unterschätzt – seltener auch überschätzt – werden, sich jedoch dennoch aussagekräftige Ergebnisse erzielen lassen.

Schlussfolgerungen über die Verursachung der beobachteten Erkrankungen bei Wohnungslosen können aus unserer Querschnittsstudie nicht gezogen werden. Es ist jedoch zu vermuten, dass das von den Wohnungslosen berichtete Ernährungsverhalten sowie der Konsum von Alkohol und Nikotin für die Pathogenese der identifizierten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lebererkrankungen und Magen-Darm-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen sowie für die Polyneuropathien eine wichtige Rolle spielen. Die hohe Prävalenz von Zahn- und Hauterkrankungen dürfte ihre Ursache in den mangelhaften hygienischen Bedingungen auf der Strasse und in den Übernachtungsstellen für Wohnungslose haben. Die nachgewiesene Korrelation zwischen Risikofaktoren und Gesundheitszustand weist auf die Bedeutung der Lebensweise hin und könnte wichtigste Implikationen für das Angebot von Hilfeangeboten für Wohnungslose haben.

Überraschenderweise ähnelten sich das Morbiditätsmuster und die Risikofaktorenstruktur der ehemals Wohnungslosen und der akut Wohnungslosen stark, wobei erstere Gruppe jedoch insgesamt sogar höhere Erkrankungsprävalenzen aufwies. Dies kann zum einen dadurch erklärt werden, dass die Gruppe der ehemals Wohnungslosen ein höheres Durchschnittsalter aufwies als die der akut Wohnungslosen. Zudem handelte es sich bei den ehemals Wohnungslosen um solche Wohnungslose, die schon lange von der ZBS betreut und schliesslich in eine Wohnung vermittelt wurden. Bei dieser Wohnraumvermittlung könnte das Vorliegen von chronischen Erkrankungen eine Rolle gespielt haben. Möglicherweise kam es auch durch die Sampleziehung durch die ZBS zu einer Selektion besonders schwer erkrankter Wohnungsloser als Vergleichsgruppe, weil nur diese weiterhin in Beratungskontakt bleiben. Es kann jedoch ebenfalls vermutet werden, dass eine Vermittlung in Wohnraum bei chronisch Kranken nicht zu einer grundlegenden Verbesserung des Gesundheitszustandes führt. Um Aussagen darüber machen zu können, inwieweit sich die Gesundheit Wohnungsloser nach Vermittlung in Wohnraum stabilisiert, wären Längsschnitterhebungen notwendig.

Interessant war die trotz erheblicher Morbidität relativ positive Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes bei den aktuell Wohnungslosen und in weniger ausgeprägtem Ausmass auch bei den ehemals Wohnungslosen. Offensichtlich erleichtert die Verdrängung der Realität und ein gewisser Optimismus das Überleben unter Extrembedingungen. Zudem kann sich der soziale Vergleich hinsichtlich der eigenen Gesundheit immer nur auf die eigene soziale Gruppe beziehen, was eine Verschiebung des Koordinatensystems von „gesund“ und „krank“ zur Folge hat. Beide Begriffe definieren sich zudem im Kontext der Erfüllung sozialer Rollen, die für die meisten hier Untersuchten fehlen.

Im Hinblick auf die Einbindung in die Regelversorgung überraschte, dass die Mehrheit beider Untersuchungsgruppen angab, über Kontakte zu niedergelassenen Ärzten zu verfügen. Andere Studien kamen diesbezüglich zu uneinheitlichen Ergebnissen. Während Salize et al. (2002) nur bei einem Drittel eine aktuelle ärztliche Versorgung feststellte, befanden sich in Traberts Studie über die Hälfte der Probanden in hausärztlicher Versorgung (1997). Die Untersuchung der Ärztekammer Westfalen-Lippe (1998) erhob ebenfalls Prozentangaben von etwa 50% und dies obgleich hier die Zielgruppe Nutzer eines medizinischen Versorgungsprojektes waren, das sich speziell an Wohnungslose mit ansonsten unzureichender medizinischer Versorgung richtete. Die trotz relativ hoher Anbindung an das medizinische Versorgungssystem hohen Erkrankungsprävalenzen weisen darauf hin, dass bestehende Strukturen nicht ausreichend auf die Versorgung Wohnungsloser mit deren hoher Multimorbidität und psychosozialen Problemen ausgerichtet sind. Die in der hier beschriebenen Studie bestehenden Arztkontakte bestanden zudem vorwiegend zu Allgemeinmedizinern/praktischen Ärzten, Fachärzte wurden weniger in Anspruch genommen. Auffallend war die bessere Anbindung der ehemals Wohnungslosen an die medizinische Versorgung und ihre kürzeren Krankenhausliegezeiten. Möglicherweise kommt es bei dieser Gruppe zu einer Behandlung in früheren Erkrankungsstadien. Ausserdem kann dieses Ergebnis jedoch auch als Indiz für die Schwierigkeiten der Entlassung akut Wohnungsloser aus stationärer Behandlung gewertet werden.

Eingedenk des identifizierten, nicht unerheblichen Behandlungsbedarfs und der komplexen Gesamtsituation der von Wohnungslosigkeit Betroffenen stellt sich die Frage, ob eine Versorgung durch niedergelassene Ärzte allein ausreichend ist bzw. inwieweit das aktuelle medizinische Versorgungssystem der gesundheitlichen Lage Wohnungsloser gerecht werden kann. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass es sich bei dem schlechten Gesundheitszustand Wohnungsloser um ein multifaktorielles Problem handelt, das medizinischen

Lösungsmöglichkeiten allein nicht zugänglich ist. Zur angemesseneren Versorgung bedarf es des Zusammenwirkens aufsuchender medizinischer Hilfen, Hilfen des medizinischen Regelsystems sowie integrierter sozialer Hilfen. Von besonderer Wichtigkeit für die Stabilisierung der Gesundheit ist die Verhältnisprävention, d. h., die Verbesserung der Lebensverhältnisse, insbesondere die Versorgung mit adäquatem Wohnraum, um erkrankte Wohnungslose nach der Behandlung ihrer Erkrankungen nicht wieder in die Lebensbedingungen zurücklassen zu müssen, die diese ursprünglich hervorgebracht haben. Darüber hinaus sollte in Zukunft auch ein grösseres Augenmerk auf die Aufklärung über und die Einwirkung auf gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen gelegt werden (Langnase et al. 2001).

In Deutschland sind inzwischen in vielen grossen Städten spezielle Hilfeangebote für Wohnungslose entstanden. Dabei

kommen unterschiedliche Modelle und Finanzierungsmodelle zum Tragen, etwa spezialisierte Arztpraxen, Krankenwohnungen oder niederschwellige, aufsuchende medizinische Angebote (Ärzttekammer Westfalen-Lippe 1998; Egean 1998; Doering et al. 2002). Erste Ergebnisse von Evaluationen dieser Projekte zeigen, dass Wohnungslose durch speziell auf sie zugeschnittene Angebote erreicht werden können (Ärzttekammer Westfalen-Lippe 1998). Von besonderer Wichtigkeit ist dabei die Wiederanbindung an die medizinische Regelversorgung. Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass solche speziellen Projekte notwendig sind, zeigen aber auch, dass ehemals Wohnungslose möglicherweise auch nach Vermittlung in Wohnraum noch spezieller Hilfen bedürfen.

Zusammenfassung

Fragestellung: Ziel der vorliegenden Querschnittuntersuchung war es, die Prävalenz körperlicher Erkrankungen, die subjektive Bewertung der eigenen Gesundheit, das Gesundheitsverhalten sowie die Nutzung des Gesundheitssystems bei einer Gruppe von Wohnungslosen zu erfassen und einer Vergleichsgruppe ehemals Wohnungsloser gegenüber zu stellen.

Methoden: Ein repräsentatives Sample von 82 Wohnungslosen sowie 37 ehemals Wohnungslosen wurden untersucht. Dabei wurden eine körperliche Untersuchung sowie ein standardisiertes Interview, das Teile des Fragebogens der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie sowie die Skala „Funktions Einschränkungen“ von Potthoff umfasste, eingesetzt.

Ergebnisse: Es wurden hohe Erkrankungsprävalenzen gefunden. Erkrankungsschwerpunkte waren Zahnerkrankungen (über 80 %), Augenerkrankungen (über 60 %) sowie Erkrankungen der Leber und des Bewegungsapparates (je etwa 40 %). Ehemals Wohnungslose zeigten insgesamt eine höhere Morbidität. Bei beiden Gruppen fand sich eine zu positive Einschätzung der eigenen Gesundheit, das Vorliegen zahlreicher Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie eine vorwiegend akute Nutzung medizinischer Leistungen.

Schlussfolgerungen: Die medizinische Versorgung von Wohnungslosen durch herkömmliche medizinische Versorgungsangebote ist unzureichend und könnte durch spezielle Angebote verbessert werden. Diese sollten Aufklärung über Risikofaktoren beinhalten. Ehemals Wohnungslose zeigen weiterhin eine hohe Erkrankungshäufigkeit.

Résumé

Prévalence des affections physiques, comportement relatif à la santé et utilisation du système de santé chez les hommes sans domicile fixe (SDF) et sans famille: analyse générale

Objectifs: L'objectif de cette analyse était de recenser la prévalence des affections physiques, l'appréciation subjective de la santé, le comportement relatif à la santé et l'utilisation du système de santé d'un groupe de SDF, et de les rapprocher des résultats obtenus pour un groupe comparable d'anciens SDF.

Méthodes: Un échantillon représentatif de 82 SDF et de 37 anciens SDF a été étudié. On a pratiqué un examen physique et un entretien normalisé englobant certains points du questionnaire de l'étude de prévention cardio-vasculaire allemande ainsi que l'échelle "Limitations fonctionnelles" de Potthoff (1982).

Résultats: Des prévalences d'affections élevées ont été constatées, notamment pour les affections dentaires (plus de 80 %), les maladies des yeux (plus de 60 %) ainsi que les affections du foie et de l'appareil locomoteur (dans les deux cas environ 40 %). Les anciens SDF présentaient en général une plus grande morbidité. Dans les deux groupes, on a constaté une appréciation positive de la santé individuelle. La prévalence des facteurs de risque de pathologies cardiovasculaires était élevée. L'utilisation des services médicaux était marquée par le traitement d'affections aiguës et l'insuffisance de la prévention.

Conclusion: La morbidité des SDF est élevée. Les soins médicaux sont insuffisants et pourraient être améliorés par des offres spécialement mises au point. Les anciens SDF continuent de présenter une fréquence de maladies élevée.

Literaturverzeichnis

Ärztammer Westfalen-Lippe (1998). Modellprojekt: aufsuchende Gesundheitsfürsorge. Abschlussbericht 1998. Münster: Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (1995a). BAG Informationsblatt „Weibliche Wohnungsnot“. Bielefeld: BAG e. V.

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (1995b). BAG Informationsblatt „Zahl der Wohnungslosen 1995“. Bielefeld: BAG e. V.

Diakonisches Werk Dortmund (1997). Jahresbericht 1996 Diakonisches Werk der Vereinigten Kirchenkreise Dortmund, Fachbereich II, ZBS. Dortmund: Diakonisches Werk.

Dierking W, Strupowski W (1978): Einige Aspekte zum Gesundheitsverhalten bei Giessener Obdachlosen. Dissertation. Giessen: Universität Giessen

Doering TJ, Hermes E, Konitzer M, Fischer GC, Steurenagel B (2002). Gesundheitliche Situation von Wohnungslosen in einer Krankenwohnung für Wohnungslose. *Gesundheitswesen* 64: 375–82.

Egen V (1998). Krankheitsspektrum und Arzneimitteltherapie von Wohnungslosen in München. *Gesundheitswesen* 60: 47–51.

Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens. Weinheim: Beltz-Test.

Ishorst-Witte F, Heinemann A, Püschel K (2001). Erkrankungen und Todesursachen bei Wohnungslosen. *Arch Kriminol* 208: 129–38.

John W (1988). Ohne festen Wohnsitz. Ursachen und Geschichte der Nichtsesshaftigkeit und die

Möglichkeiten der Hilfe. Bielefeld: Verlag Soziale Hilfe.

Landesversicherungsanstalt Württemberg (1987). Ärztliches Gutachten zum Bedarf für medizinische Rehabilitation. Modellversuch „Gesundheit und Erwerbsfähigkeit“. Stuttgart: LVA Württemberg.

Langnase K, Muller MJ (2001). Nutrition and health in an adult urban homeless population in Germany. *Public Health Nutr* 4: 805–11.

Leidel I, Kimont HG, Berger H (1998). Die medizinische Versorgung Obdachloser. *Gesundheitswesen* 60 (Suppl I): 41–6.

Locher G (1990). Gesundheits-/Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von allein-stehenden Wohnungslosen. Dissertation. Freiburg: Universität Freiburg.

Mayer L (1934). Der Wandertrieb: eine Studie auf Grund vorhandener Literatur, eigener Beobachtungen und Untersuchungen. Dissertation. Würzburg: Universität Würzburg.

Pothoff P (1982). Materialien zur Studie „Entwicklung von Indikatoren zur Messung subjektiver Gesundheit“. München: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung. (GSF-Bericht; 540/82).

Risse M, Tsokos M, Weiler G, Püschel K (1998). Tod im Obdachlosenmilieu: vergleichende retrospektive Analyse eines Sektionsgutes unterschiedlicher regionaler Bevölkerungsstrukturen (Mittelhessen/Hamburg). *Arch Kriminol* 202: 95–9.

Robert-Koch-Institut (1995). Gesundheitssurvey Ost-West. Public Use File OW91 (1990–1992). Berlin: Robert-Koch-Institut.

Rossi PH, Wright JD, Fisher GA, Willis G (1987). The urban homeless: estimating composition and size. *Science* 235: 1336–41.

Salize HJ, Dillmann-Lange C, Stern G, et al. (2002). Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. *Addiction* 97: 1593–600.

Sperling FM (1985). Medizinische Untersuchung an 109 nichtsesshaften Männern. Dissertation. Münster: Universität Münster.

Trabert G (1997). Gesundheitsstatus und medizinische Versorgungssituation von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen. *Gesundheitswesen* 59: 378–86.

Veith G, Schwindt W (1976). Von den Krankheiten der Nichtsesshaften. In: Beiträge aus der Arbeit der von Bodelschwingschen Anstalten in Bielefeld-Bethel (Heft 16). Bielefeld; Bethel: Bodelschwingschen Anstalten: 5–91.

Völlm B (2001). Die Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und die Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden Wohnungslosen Männern: eine Querschnittsstudie Wohnungsloser und einer Vergleichsgruppe ehemals Wohnungsloser in Dortmund. Dissertation. Witten: Universität Witten

Korrespondenzadresse

Dr. med. Birgit Völlm
Neuroscience and Psychiatry Unit
University of Manchester
Oxford Rd.
Manchester M13 9PT, UK
Tel.: +44 161 275 7670
E-mail: birgit.vollm@man.ac.uk



To access this journal online:
<http://www.birkhauser.ch>