

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit	4
1.1 Zum Verständnis von Gesundheit	6
1.2 Soziale Ungleichheit	8
1.3 Eingrenzung des Begriffes gesundheitliche Ungleichheit	9
1.4 Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit am Modell nach Mielck	13
1.5 sozialepidemiologische Ergebnisse zu gesundheitlicher Ungleichheit	14
2. Wohnungslose Menschen – eine Annäherung an das Klientel	
2.1 Wohnungslose, Obdachlose, Nichtsesshafte – zu den verschiedenen Begriffsbestimmungen	18
2.2 statistische Daten zu Wohnungslosigkeit in Deutschland	22
2.3 Ursachen von Wohnungslosigkeit	23
2.3.1 gesellschaftsstrukturelle Faktoren	24
2.3.2 individuelle Faktoren	25
3. Gesundheitszustand von wohnungsloser Menschen	27
3.1 Erkrankungsschwerpunkte bei wohnungslosen Menschen	28
3.1.1 somatische Erkrankungen	28
3.1.2 psychische Erkrankungen	29
3.2 „Armut macht krank“ -gesundheitsgefährdende Faktoren im Lebensalltag wohnungsloser Menschen	31

4. Wie lässt sich die geringe Inanspruchnahme der gesundheitlichen Regelversorgung durch wohnungslose Menschen erklären?	
5. Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg	35
5.2 Überblick über medizinische und psychiatrische Versorgungsangebote des Hilfesystems für wohnungslose Menschen in Hamburg	38
5.2.1 medizinische und psychiatrische Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	38
5.2.2 mobile Gesundheitshilfen	40
5.2.3 Schwerpunktpraxen für Wohnungslose	41
5.2.3 stationäre Gesundheitsversorgung	42
6. Forderungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und -situation wohnungsloser Menschen	43
7. Schlussbetrachtung	49
Literaturverzeichnis	
Eidesstaatliche Erklärung	

Einleitung

Wohnungslosigkeit stellt eine der extremsten sozialen Notlagen dar, von der zahlreiche Menschen auf der ganzen Welt im Zuge von Naturkatastrophen wie Erdbeben oder Überschwemmungen, Kriegen oder Bränden plötzlich getroffen werden können. Auch in Deutschland und vergleichbar hoch entwickelten Staaten leben zahlreiche Personen ohne jegliches Obdach, jedoch entspringt diese Art der Wohnungslosigkeit vielmehr den Auswirkungen sozialer Ungleichheit und damit verbundenen vielschichtigen Armutslagen. Die Lebenswirklichkeit der Betroffenen ist nicht nur durch das Fehlen von Wohnraum gekennzeichnet, sondern wird in der Regel von zahlreichen weiteren sowie tiefgreifenden physischen, psychischen und sozialen Belastungen und Einschränkungen begleitet. Eine besondere Problematik stellt dabei die Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen dar, deren gesundheitliche Verfassung in der Regel als besorgniserregend schlecht bezeichnet werden kann.

Im ersten Kapitel dieser Arbeit soll zunächst geklärt werden, wie sich die Ungleiche Verteilung sozialer Merkmale, wie Einkommen, Bildung, Beruf, auf die Gesundheitssituation und -verfassung in der Bevölkerung auswirkt und die Frage beantworten, ob der Ausspruch „Armut macht krank“ in Deutschland auch noch in heutiger Zeit seine Gültigkeit besitzt.

Das zweite Kapitel widmet sich der Beschreibung der Personengruppe wohnungsloser Menschen und soll neben der Klärung verschiedener Begriffsbestimmungen zu Wohnungslosigkeit vor allem einen Überblick über die Lebensumstände und individuellen sowie gesellschaftlichen Faktoren, die die Entstehung von Wohnungslosigkeit begünstigen, geben.

Im Anschluss daran erfolgt im dritten Kapitel die Auseinandersetzung mit der Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen, bei der neben den wichtigsten körperlichen und psychischen Erkrankungen vor allem die Lebenssituation der Betroffenen verstärkt in den Blick genommen wird. Dabei sollen wesentliche gesundheitsgefährdende Faktoren hervorgehoben werden, die insbesondere im Lebensalltag von alleinstehenden, auf der Straße lebenden wohnungslosen Menschen eine entscheidende Rolle für deren Gesundheitsverfassung spielen.

Im vierten Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, warum die gesundheitlichen Versorgungsangebote des bestehenden Gesundheitssystems von wohnungslosen Menschen so gut wie nie in Anspruch genommen werden, obwohl diese doch in

vielen Fällen eine Behandlung dringend benötigten und zudem auch rechtlichen Anspruch auf die Nutzung dieser Gesundheitsversorgung haben.

Das fünfte Kapitel stellt die verschiedenen ärztlichen Angebote des Hamburger Hilfesystem für Wohnungslose dar und soll veranschaulichen, wie in der Praxis der Sozialen Arbeit mit der schwierigen Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen umgegangen wird und welche Angebotsformen für diese Klientel bestehen.

Im sechsten Kapitel sollen jene Maßnahmen beschrieben werden, die zwingend notwendig sind, um die Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen zu verbessern. Dabei soll auf konkrete Methoden in der Versorgungspraxis eingegangen werden, die installiert werden müssten, um gesundheitliche Hilfen effizienter gestalten und auch die vulnerablen Subgruppen unter den Wohnungslosen mit diesen Angeboten erreichen zu können.

Abschließend werden in einem Fazit kurz die wichtigsten Erkenntnisse der Arbeit zusammengefasst und ein Ausblick gegeben, welche Bedingungen herrschen müssen, damit die Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen zukünftig erfolgreich gestaltet werden kann.

2. Über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit

Obwohl die letzten Jahrzehnte eine enorme Vielzahl fachlicher und qualitativer Fortschritte im Bereich der Medizin und damit einhergehend eine bedeutende Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland und vergleichbaren industriell hoch entwickelten Ländern hervorgebracht haben, ist es bis heute fraglich, ob und inwieweit diese medizinischen Errungenschaften und Leistungen des Gesundheitswesens allen Gesellschaftsmitgliedern gleichwertig zu Gute kommen (vgl. Richter, Hurrelmann 2009: 13). Der enorme Rückgang zahlreicher Erkrankungen und der kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung in den letzten 150 Jahren können in vielerlei Hinsicht auf die stetige Erweiterung wissenschaftlicher Erkenntnisse und die daraus resultierende Optimierung medizinischer Behandlungsmethoden zurückgeführt werden, stehen jedoch in erster Linie mit entscheidenden Veränderungen der allgemeinen Lebensverhältnisse im direkten Zusammenhang. Im Zuge der industriellen Revolution und zunehmenden Wohlstands innerhalb der Bevölkerung konnten unzureichende Lebensumstände,

insbesondere schlechte hygienische Bedingungen, Mangelernährung durch Nahrungsmittelknappheit sowie Unfall- und Krankheitsrisiken am Arbeitsplatz, nach und nach abgebaut werden, was wiederum wesentlichen Einfluss auf den Rückgang zahlreicher Infektionskrankheiten zur Folge hatte. So demonstrierten diese beachtlichen Erfolge hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung bereits damals offenkundig, welchen unmittelbaren Einfluss das sozialwirtschaftliche Niveau eines Landes auf die Verbreitung einer ganzen Reihe von Krankheiten hat (vgl. König 2000: 269f).

Trotz dieser durchaus positiven Entwicklungen zeigt sich bei der Verteilung von Gesundheit und Krankheit in unserer Gesellschaft nach wie vor ein kaum verändertes Muster, welches Siegrist 1995 wie folgt beschreibt:

„ Selbst in den fortschrittlichsten medizinischen Versorgungssystemen sind Ungleichheiten der Behandlung feststellbar. Bis heute ist es keinem System westlicher oder östlicher Prägung gelungen, die höheren Erkrankungsrisiken und die höhere Frühsterblichkeit in niedrigen sozioökonomischen Bevölkerungsschichten wirklich umfassend zu bekämpfen, wenn sich auch die Disproportionen gegenüber früher verringert haben [...]“ (Siegrist 1995: 24 f).

Sowohl in der nationalen, als auch in der internationalen Debatte ist die ungleiche Verteilung von Gesundheit und Krankheit über viele Jahrzehnte hinweg mal mehr, mal weniger intensiv thematisiert worden. Bereits im 19ten Jahrhundert wurde sich sowohl wissenschaftlich als auch sozialpolitisch mit diesem sozialen Phänomen auseinandergesetzt. So geben zum einen über 150 Jahre zurückliegende Forschungsergebnisse Rückschluss auf die ersten Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und sozialen Indikatoren (vgl. Mielck; Helmert, 2012: 93).

Bevor genauer betrachtet werden kann, in welcher Form und in welchem Ausmaß soziale Merkmale mit dem Gesundheitszustand in Verbindung stehen, soll im weiteren Verlauf zunächst das dieser Thematik zugrunde liegende Verständnis von *Gesundheit* und *Krankheit* grob umrissen werden. Im Anschluss daran folgt die Auseinandersetzung mit dem Begriff soziale Ungleichheit, bei der sowohl auf die wichtigsten Merkmale zur Erfassung sozialer Ungleichheit als auch auf Schlüsselbegriffe wie *sozialer Status*, *soziale Schicht* und *soziale Chancengleichheit* kurz eingegangen wird. Desweiteren soll anhand einer Definition *gesundheitlicher Ungleichheit* deutlich gemacht werden, dass die Verteilung von Gesundheit, Krankheit und

Sterblichkeit in der Gesellschaft maßgeblich vom sozioökonomischen Status abhängig ist. Anhand eines Erklärungsmodelles nach Mielck soll zudem nachvollzogen werden, welche grundsätzlichen Aspekte sowie Wirkungsmechanismen bei dem Entstehungsprozess gesundheitlicher Ungleichheit eine Rolle spielen. Abschließend soll eine exemplarische Auswahl sozialepidemiologischer Forschungsergebnisse verdeutlichen, in welcher Form gesundheitliche Ungleichheit, insbesondere innerhalb der Dimensionen Einkommen, Arbeit und Bildung zum Ausdruck kommt.

1.1 Zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Zu den Begriffen *Gesundheit* und *Krankheit* und deren Genese hat sich im Laufe der Zeit eine unüberschaubare Vielzahl verschiedener Definitionen und theoretischer Erklärungsansätze herausgebildet, die nicht nur aus einer rein medizinischen Perspektive, sondern ebenso aus Sicht der Psychologie, Soziologie, Politikwissenschaft, Ernährungswissenschaft und Sportwissenschaften verfasst wurden (vgl. Wolf; Wendt 2006: 10). Im Rahmen dieser Arbeit soll bzw. kann keine umfassende Auseinandersetzung mit den einzelnen Theorien, Sichtweisen und Modellen von Gesundheit und Krankheit der verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen erfolgen. Vielmehr soll grob umrissen werden, welche grundlegende Aspekte für das Verständnis von „Gesundheit“ und „Krankheit“ vor dem Hintergrund der Gesundheitswohnsloser Menschen von elementarer Bedeutung sind.

Eine der wohl bekanntesten Definitionen geht auf die am 7. April 1948 veröffentlichte Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurück, in der *Gesundheit* folgendermaßen beschrieben wird: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO 1946: 100). Danach bezieht sich das Verständnis von Gesundheit nicht nur auf die körperliche Unversehrtheit, sondern beinhaltet darüber hinaus auch das psychische und soziale Wohlbefinden und geht somit über einen rein biomedizinischen Blickwinkel hinaus. Die WHO legte damit den Grundstein für eine mehrdimensionale Betrachtungsweise von Gesundheit, weshalb diese ganzheitlich orientierte Definition auch noch für die heutige Zeit eine bedeutende Rolle spielt (vgl. Wolf, Wendt 2006: 10). In dem lange Zeit dominierenden biomedizinischen Verständnis wurde Gesundheit ausschließlich auf seine somatischen Komponenten reduziert und hauptsächlich als Abwesenheit von Krankheit angesehen. Unter diesem Blickwinkel werden primär

somatische Faktoren, beispielsweise genetische Veranlagungen und daraus resultierenden körperlichen Voraussetzungen, für die Entstehung von Erkrankungen verantwortlich gemacht. Dementsprechend wenig Bedeutung wird solchen Erkrankungsrisiken beigemessen, die aufgrund von Einschränkungen in bestimmten Lebensbereichen entstehen. Diese werden vielmehr „[...] als nicht beeinflussbar oder als Einflussgrößen zweiter Ordnung [...]“ (König 2000: 270f) angesehen und spielen daher für die Ermittlung der Krankheitsursachen und- auslöser eher eine untergeordnete Rolle (König, 2000, 270f).

Aus sozialmedizinischer Perspektive werden das Verständnis von Gesundheit sowie die Entstehung von Krankheit in einen größeren Kontext eingeordnet und nicht nur auf körperlicher Ebene, sondern darüber hinausgehend, betrachtet. So spielen sich im Sinne einer ganzheitlich orientierte Perspektive Gesundheit und Krankheit auch auf psychischer Ebene ab, wie etwa in psychosomatischen Theorien vertreten, nach deren Verständnis überwiegend psychische Faktoren herangezogen werden, wenn es um die Ermittlung von Krankheitsursachen geht. Dieser Sichtweise wird eine prinzipielle „Wechselwirkung zwischen Psyche und Soma“ zugrunde gelegt, die im Idealfall so beschaffen ist, dass zwischen `Körper und Seele` ein Gleichgewicht besteht, welches die Grundvoraussetzung für Gesundheit bildet. Ist diese Balance jedoch gestört, können Erkrankungen auftreten, deren Genese überwiegend auf den Einfluss psychischer Belastungssituationen zurückgeführt wird. Diese können sowohl in Folge konkreter Ereignisse wie Tod eines Angehörigen, Trennung oder Unfall auftreten, als auch auf multikausal bedingten und/ oder längerfristigen sozialen Problemlagen beruhen. Im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit sind zudem gesellschaftsstrukturelle Bedingungen und Wechselwirkungen zwischen dem Individuum und seiner sozialen Umwelt zu berücksichtigen, da von diesen ebenfalls ein bedeutender Einfluss auf das soziale Wohlbefinden und die psychische Verfassung ausgeht. Damit einhergehende Auswirkungen auf die Gesundheit werden besonders innerhalb der psychophysiologischen Stresstheorie hervorgehoben, nach deren Auffassung sogenannte Stressoren als mögliche Krankheitsauslöser in Betracht kommen. Dabei wird angenommen, dass diese Stressoren aus einem Missverhältnis zwischen dem Leistungsvermögen des Individuums und den Anforderungen der sozialen Mitwelt und einer überwiegend leistungsorientierten Gesellschaft hervorgehen. So können Überforderungen oder

Belastungen durch die Umwelt zu subjektiv empfundenen Stress und damit zur Erkrankung der betroffenen Person führen (vgl. König 2000: 271).

1.2 Soziale Ungleichheit

Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive betrachtet, drückt der Begriff *soziale Ungleichheit* zunächst aus, dass „[...] als wertvoll geltende Güter nicht absolut gleich verteilt sind“ (vgl. Hradil 1999: 25). In diesem Zusammenhang impliziert das Wort *Ungleichheit*, dass es zu Besser- bzw. Schlechterstellungen zwischen den Gesellschaftsmitgliedern kommt, die von der individuellen Verfügbarkeit über diese Gütern abhängen. Präziser ausgedrückt besteht *soziale Ungleichheit*, „[...]“, wenn die Ressourcenausstattung (zum Beispiel der Bildungsgrad oder die Einkommenshöhe) oder die Lebensbedingungen (beispielsweise die Wohnverhältnisse) von Menschen aus gesellschaftlichen Gründen so beschaffen sind, dass bestimmte Bevölkerungsteile regelmäßig bessere Lebens- und Verwirklichungschancen als andere Gruppierungen haben.“ (vgl. Hradil 2012: 1).

Soziale Ungleichheiten werden in der Regel in sogenannten Dimensionen gebündelt. Einen besonders hohen Stellenwert haben in Deutschland und zahlreichen anderen Ländern die sogenannten vertikalen Dimensionen sozialer Ungleichheit, zu denen die Merkmale Einkommen, Bildung und Arbeit bzw. berufliche Stellung zählen. Eben-diese Dimensionen wirken sich für gewöhnlich besonders dominant in der individuellen Lebensgestaltung aus, da sie innerhalb des gesellschaftlichen Kontextes Vor- und Nachteile mit sich bringen, die sich auf nahezu jeden Lebensbereich auswirken (vgl. Richter, Hurrelmann, 2007 :3). Mit Hilfe von Angaben zu diesen drei Kern-dimensionen lässt sich der sogenannte *soziale Status* bestimmen, von dem letztendlich die soziale Stellung einer Person innerhalb des jeweiligen Gesellschafts-gefüges abhängt. Weisen Menschen einen ähnlichen Status innerhalb einer oder mehrerer Dimensionen sozialer Ungleichheit auf, bilden sie zusammen eine so- genannte *soziale Schicht*, wie beispielsweise eine Bildungs- oder Einkommens- schicht. Mit diesem Ausdruck werden demzufolge unterschiedliche Positionen im vertikalen Gesellschaftsgefüge gekennzeichnet, wobei die jeweilige Schichtzuge- hörigkeit bestimmte Chancen und Risiken hinsichtlich der Lebensverwirklichung in sich birgt und es zu verschiedensten sozialen Ungleichheiten zwischen den einzel- nen sozialen Schichten kommt (vgl. Winkler 2000: 49).

Zur spezifischeren Beschreibung sozialer Ungleichheit werden neben den Kriterien der vertikalen sozialen Ungleichheit zusätzlich horizontale Merkmale hinzugezogen, wie z.B. Nationalität, Geschlecht, Alter, Familienstand, Anzahl der Kinder und viele mehr, welche jedoch entsprechend der Heterogenität der Bevölkerung so vielfältig sein können, dass bisher noch keine allgemein gültige und konkrete Festlegung auf Merkmale zur Bestimmung der horizontalen sozialen Ungleichheit stattgefunden hat (vgl. Mielck, Helmert 2012 : 494f). Im Kontext sozialer Ungleichheit wird häufig von sozialer Chancengleichheit gesprochen, die im wesentlichen ausdrückt, dass für alle Gesellschaftsmitglieder, unabhängig von der jeweiligen sozioökonomischen Ausgangslage, die gleichen gesellschaftlichen Teilhabechancen, etwa innerhalb des Bildungs- und Gesundheitswesens bestehen sollen (vgl. Helmert 2003: 8). Demnach werden soziale Ungleichheiten in der Gesellschaft nicht grundsätzlich als ungerecht empfunden, sondern zunächst als charakteristische Kennzeichen freiheitlich und demokratisch ausgerichteter Gesellschaften betrachtet. Führen jedoch Ungleichheiten in einem Gesellschaftsbereich in einem so hohen Maße zu einer zwangsläufigen Benachteiligung in einem anderen Teilbereich, werden diese Ungleichheiten als illegitim und damit nicht hinnehmbar eingeordnet (vgl. Helmert 2003: 8f). Nachfolgender Abschnitt soll nun näher bringen, wie es um die Verteilung von Gesundheitschancen und -risiken innerhalb der Bevölkerung steht und dabei aufzeigen, dass wir in Deutschland und anderen Ländern noch weit von einer Chancengleichheit hinsichtlich der Gesundheit entfernt sind.

2.3 Eingrenzung des Begriffes „gesundheitliche Ungleichheit“

Unter *gesundheitlicher Ungleichheit* können im allgemeinen Verständnis Unterschiede im Gesundheitszustand verstanden werden, die auf biologische und genetische und damit auf naturgegebene, unveränderliche Faktoren zurückgehen (vgl. Helmert 2003: 9). Zwangsläufig wird diese Art gesundheitlicher Unterschiede innerhalb der Gesellschaft als nicht vermeidbar akzeptiert, jedoch beinhaltet der Begriff im soziologischen Kontext darüber hinaus ein wertendes Element. Hier wird er vielmehr verwendet, um den „[...] Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem sozialen Status.“ (Mielck, Helmert 2012: 494) zu beschreiben. Zwar gibt es bis heute keine ausgereifte und allgemein akzeptierte Theorie, die der Komplexität gesundheitlicher Ungleichheit gerecht wird, jedoch konnte in unzähligen

Studien eindeutig belegt werden, dass „Ausgangsbedingungen, Risiken und Ressourcen, Verläufe und Behandlungen, ja Lebenschancen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit „[...] in hohem Maße durch sozioökonomische Faktoren und den Bildungsstatus beeinflusst werden.“ (Franzkowiak, Homfeldt, Mühlum, 2011: 37). So zeigen die Ergebnisse sozialepidemiologischer Forschung übereinstimmend, dass Personen mit einem niedrigen Einkommen, einer niedrigen beruflichen Stellung oder einem niedrigen Bildungsgrad im gesellschaftlichen Vergleich mit höherer Wahrscheinlichkeit erkranken oder vorzeitig sterben. Das individuelle Krankheitsrisiko ist dabei zusätzlich an weitere horizontale Dimensionen gebunden, vor allem die Indikatoren Alter und Geschlecht spielen hinsichtlich des Gesundheitszustandes eine bedeutende Rolle (vgl. Tiesmeyer u.A. 2008: 11).

Schätzungen zufolge ist das Risiko, gravierend zu erkranken oder einen frühzeitigen Tod zu erleiden, gemessen am sozialen Status, für Personen aus dem untersten Fünftel im Vergleich zu Personen aus dem obersten Fünftel der Bevölkerung etwa doppelt so hoch (vgl. Rosenbrock, 2009: 13f). Die hohe Quote an Erkrankungen und Gesundheitsproblemen spiegelt sich ferner in der subjektiven Einschätzung der allgemeinen gesundheitlichen Verfassung wieder, die innerhalb der unteren Gesellschaftsschichten als überwiegend schlecht beurteilt wird (vgl. Lampert u.A. 2013)

Auch das europäische Regionalbüro der WHO wies bereits seit vielen Jahren auf den Zusammenhang zwischen einem niedrigen sozioökonomischen Status und gesundheitlicher Benachteiligung hin und forderte die einzelnen Staaten auf, gesundheitspolitische Maßnahmen zu ergreifen, um allen Bevölkerungsmitgliedern gleiche Chancen im Gesundheitsbereich und der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Die von der WHO formulierten Gesundheitsziele wurden seitdem in insgesamt 27 Staaten, u.a. in Deutschland, als wesentlicher Bestandteil in die sozialpolitische Agenda aufgenommen. Nach Einschätzung der WHO zählen nicht nur einkommensschwache und bildungsarme Gesellschaftsschichten zu den gesundheitlich besonders gefährdeten Gruppen, sondern darüber hinaus alleinerziehende Ältere, Menschen mit Behinderung, Langzeitarbeitslose, Wanderarbeiter sowie Menschen in physisch oder psychisch belastenden Berufen (vgl. Winkler 2000: 45).

Unverkennbar weisen also wissenschaftliche Erkenntnisse und politische Apelle auf die erheblichen Ungleichheiten in der Verteilung von Gesundheitsrisiken und -chancen innerhalb der Bevölkerung hin und stimmen überein, dass Krankheit und eine geringe Lebenserwartung in Deutschland nach wie vor eng mit Armutsproblemen

verknüpft sind. Doch anhand welcher Kriterien lässt sich diese Armut in einem der wohlhabendsten Länder der Welt beschreiben? Grundsätzlich ist es nicht möglich, eine allgemeingültige und objektive Begriffsbestimmung von Armut zu verfassen, da deren Bedeutung stets vom geschichtlichen und regionalen Hintergrund und damit verbundenen unterschiedlichen Relationen zwischen *arm* und *reich* abhängig ist (vgl. Lutz; Simon 2012: 34). In der sozialpolitischen Debatte haben sich daher die Bezeichnungen *relative* Armut, *subjektive* Armut sowie *absolute* Armut etabliert, um die unterschiedlichen Ausprägungen von Armut präziser voneinander abgrenzen zu können. Danach wird von relativer Armut gesprochen, wenn das Einkommen und der Lebensstandard einer Person oder eines Haushaltes geringer ist, als in der jeweiligen Vergleichsgruppe, wohingegen subjektive Armut anhand der Selbsteinschätzung der Betroffenen gemessen wird. Unter absoluter Armut wird gemeinhin verstanden, dass eine Person oder ein Haushalt nicht über den Mindestlebensstandard verfügt, der für eine menschenwürdige Existenz mindestens erforderlich wäre. In diesem Fall bleibt anzumerken, dass die Definition der absoluten Armut in erster Linie die physischen Bedürfnisse einer Person berücksichtigen kann, da offen bleibt bzw. strittig ist, wo die Grenze zu einem menschenwürdigen Dasein gezogen werden soll. Auch im Zuge der Verabschiedung des 2. Programms zur Bekämpfung der Armut in der Europäischen Gemeinschaft wurde versucht, den Armutsbegriff näher einzugrenzen. Danach umfasst der Begriff der Armen alle Personen, deren materielle, kulturelle und soziale Mittel nicht ausreichen, um an der minimal akzeptierten Lebensweise des jeweiligen Landes teilzuhaben (vgl. Lutz; Simon, 2012 :36f). Als arm gelten im umfassenden Sinne also jene Personen, die aufgrund ihrer ökonomischen Voraussetzungen von den herkömmlichen Lebens- und Handlungsvollzügen der Menschen in der jeweiligen Gesellschaft ausgeschlossen sind. Jedoch lässt auch diese Definition enormen Interpretationsspielraum offen, da innerhalb der Gesellschaft unterschiedlichste Auffassungen darüber existieren, welche Lebensbedingungen und Verwirklichungschancen ein `normaler` Lebensstandard beinhalten sollte.“ (Lutz; Simon 2012: 34).

Um Armut dennoch messbar machen zu können, ist es in den meisten Ländern üblich, eine an der Einkommenshöhe orientierte Armutsschwelle festzulegen. So wird im zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung in Anlehnung an die einheitlichen europäischen Maßstäbe davon ausgegangen, dass Einkommensarmut vorliegt, wenn das betreffende Haushaltseinkommen weniger als 60 % des

Mittelwertes der laufend verfügbaren Äquivalenzeinkommen ausmacht, wonach die Armutgefährdungsschwelle in Deutschland im Jahr 2013 bei 781 Euro lag (vgl. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/510/umfrage/einstufung-in-arm-und-reich-fuer-singles-und-paare/>)

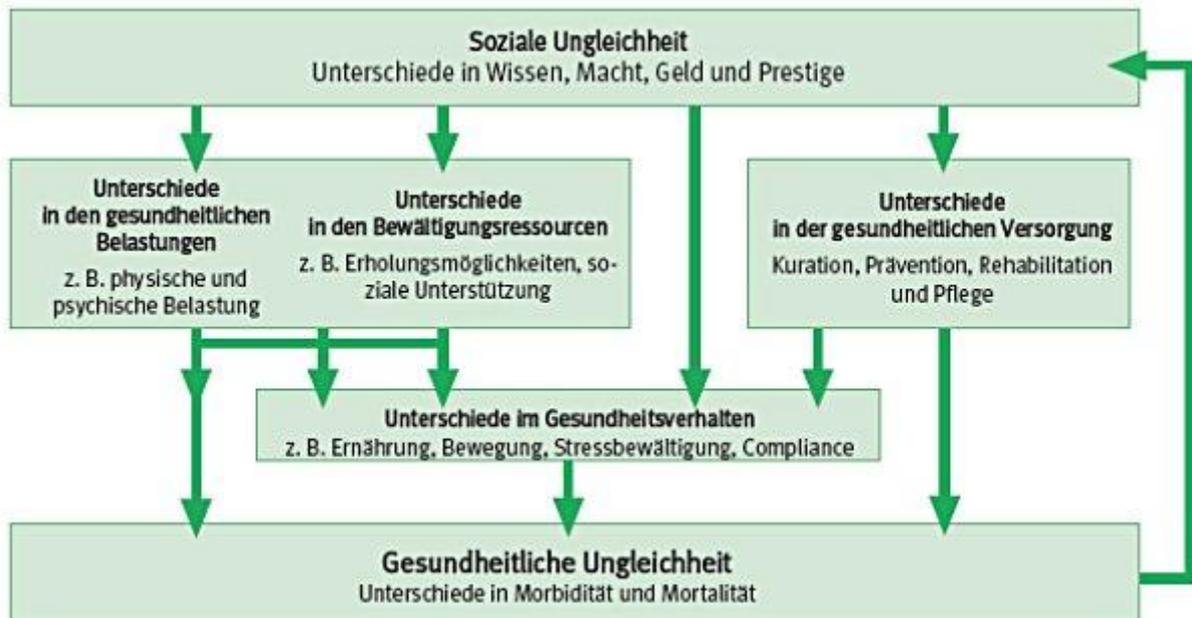
Nach Erkenntnissen des statistischen Bundesamtes galten im Sinne dieser Definition im Jahr 2012 etwa 16 Millionen Menschen, das heißt jede oder jeder Fünfte (19,6 %), in Deutschland als arm oder als von sozialer Ausgrenzung betroffen (vgl. Statistisches Bundesamt 2014).

Wenn in Deutschland die Rede von Armut ist, umfasst diese generell keine existenziell bedrohlichen Notlagen, sondern meint eher „[...] eine relative soziale Benachteiligung gemessen am mittleren gesellschaftlichen Lebensstandard und Wohlstandsniveau.“ (vgl. Lampert; Mielck, 2008: 8).

Jedoch tritt Armut nicht nur in Form eines niedrigen Einkommens in Erscheinung, sondern besitzt darüber hinaus zahlreiche weitere Facetten, welche sich besonders in ungesicherten und /oder schlechten Wohnverhältnissen, hoher Verschuldung, chronischen Erkrankungen, psychischen Problemen, Langzeitarbeitslosigkeit, sozialer Exklusion und unzureichenden Hilfen widerspiegeln. Der Verlust der eigenen Wohnung kann dabei als eine der extremsten und schlimmsten Auswirkungen von Armut unter den verschiedenen Kriterien hervorgehoben werden (vgl. Trabert 2002: 177).

Die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen ist allerdings nicht nur ein Problem der ganz Armen oder von gesellschaftlichen Randgruppen, sondern besteht in der Bevölkerung über alle Schichtgrenzen hinweg. Demzufolge „[...] verringern sich die Chancen auf ein langes und gesundes Leben mit jedem Schritt hinunter auf der gesellschaftlichen Stufenleiter – von oben bis ganz unten.“ (vgl. Rosenbrock 2009: 14). Doch auf welchem Weg wirken sich nun diese sozialen Merkmale auf die ungleiche Verteilung von Morbidität und Mortalität und damit auf die jeweiligen Gesundheitschancen der oder des Einzelnen aus? Dieser Entstehungsprozess gesundheitlicher Ungleichheit soll mit Hilfe eines Modells nach Mielck veranschaulicht und kurz beschrieben werden.

2.4 Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit anhand des Modells nach Mielck



Mielck geht in seinem Erklärungsmodell davon aus, dass die Determinanten sozialer Ungleichheit, also Einkommen, Bildung, Beruf, aber auch Wissen, Macht und Prestige, keinen unmittelbaren Einfluss auf die Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit haben, sondern vielmehr Unterschiede in den Lebensumständen hervorrufen. Diese werden in Form von unterschiedlichen Belastungssituationen, die beispielsweise aus physischen und psychischen Belastungen am Arbeitsplatz hervorgehen sowie in den damit verbundenen unterschiedlichen Bewältigungsressourcen sichtbar. So wird der jeweilige Umgang mit diesen Belastungen wesentlich durch das Vorhandensein persönlicher Ressourcen geprägt. So zählt z.B. der Zugang zu Erholungsmöglichkeiten und Grünflächen aber auch die Unterstützung durch ein soziales Netzwerk zu den gesundheitsdienlichen Ressourcen. Hinzu treten unterschiedliche Zugänge zur gesundheitlichen Versorgung, die etwa bei der zahnärztlichen Behandlung (Zahnersatz) oder auch im Verhältnis und der Kommunikation zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient_in zum Vorschein kommen. All diese Faktoren bringen Unterschiede im Gesundheitsverhalten mit sich und bestimmen letztendlich in hohem Maße darüber, ob eine Person zu individuell riskantem Verhalten neigt, wie ungesunder Ernährung, Rauchen oder Alkoholkonsum, inwieweit medizinische Versorgungs- und Präventionsangebote in Anspruch genommen werden oder wie

hoch das Vertrauen in das medizinische System und dessen Fachpersonal ist. Im Sinne dieses Modells geht die ungleiche Verteilung von Krankheiten und Sterblichkeit auf eben diese Unterschiede zurück. Zusammenfassend lässt sich also folgern, dass die Gesundheitschancen nicht nur von einer umfassenden und gut ausgebauten Krankenversorgung abhängig sind, sondern zudem weitreichend durch das individuelle Wechselspiel zwischen Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen beeinflusst werden (vgl. Wesenauer; Sebinger 2009: 44).

Das Modell nach Mielck bezieht allerdings nicht mit ein, dass die individuellen Gesundheitschancen stets vom Ausmaß der sozialen Ungleichheit innerhalb der jeweiligen Gesellschaft abhängen. Je größer die Unterschiede, vor allem in der Verteilung von Einkommen, Bildung und Teilhabechancen, sind, desto nachteiliger wirkt sich dies auf die durchschnittliche Gesundheit der Bevölkerung aus (vgl. Rosenbrock 2009: 14). Dieser Zusammenhang wird besonders am Beispiel der skandinavischen Länder deutlich, in denen die sozialen Unterschiede geringer als in Deutschland sind und entsprechend dazu beitragen, dass die Bevölkerung insgesamt gesünder ist, eher geringere Unterschiede im Gesundheitszustand auftreten und ein durchschnittlich höheres Lebensalter erreicht wird (vgl. Rosenbrock 2009: 9f).

2.5 sozialepidemiologische Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland

Bereits in der Zeit zwischen 1850 und 1920 wurden zahlreiche richtungsweisend wissenschaftliche Arbeiten, z.B. von Virchow (1849) und Neumann (1902) herausgebracht, die sich mit den Ursachen und dem Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit auseinandersetzten. Schon diese hatten erkannt, dass eine gezielte Verbesserung der Lebensbedingungen notwendig ist, um die hohe Anzahl an Erkrankungen, insbesondere in den unteren Gesellschaftsschichten, reduzieren und die Gesundheitssituation der armen Bevölkerung nachhaltig verbessern zu können. Mit der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten fand die deutsche Forschungstradition zunächst ein vorläufiges Ende und konnte die wegweisenden Ansätze der Weimarer Republik nach dem 2. Weltkrieg jedoch nicht in vergleichbarem Maße weiterführen, sodass in Deutschland bis Mitte der 70er Jahre kaum Studien zum Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus und

sozialstrukturellen Faktoren durchgeführt wurden (vgl. Helmert 2003: 2). Zwar ist die Anzahl sozialepidemiologischer Veröffentlichungen in Deutschland seit 1985 kontinuierlich angestiegen, jedoch wurde die Bedeutung sozioökonomischer Determinanten für Gesundheit und Krankheit hierzulande über lange Zeit hinweg insgesamt unterschätzt und gesundheitliche Risiken mehr dem individuellen Verhalten und damit der eigenen Verantwortung zugeordnet (vgl. Helmert 2003: 3 und König 2000: 270).

Im Vergleich zu Deutschland wurden dahingegen in Großbritannien und den skandinavischen Ländern zahlreiche umfassende Studien und Untersuchungen zu den sozialen und somatischen Determinanten von Mortalität in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Der Mangel an entsprechenden Studien aus Deutschland liegt weniger in unzureichendem Interesse begründet, sondern hängt vor allem mit dem verhältnismäßig strengen deutschen Datenschutzgesetz zusammen, wodurch bestimmtes Datenmaterial, etwa Angaben zum sozialen Status auf dem Totenschein, wie es z.B. seit 1919 in England praktiziert wird, nur eingeschränkt zur Verfügung steht (vgl. Winkler 2000: 44 und König 2000: 269f). Dennoch liegen mittlerweile ausreichend repräsentative Ergebnisse nationaler sowie internationaler sozialepidemiologischer Studien vor, die eindeutig belegen können, dass ein niedriger sozialer Status in der Regel mit einer schlechten Gesundheit einher geht. So konnte im Rahmen zahlreicher Untersuchungen nachgewiesen werden, dass besonders Personen aus der unteren Gesellschaftsschicht zu gesundheitsschädlichem Verhalten neigen, z.B. in Form von Tabakkonsum oder Übergewicht und/ oder meist als Folge einen höheren Blutdruck aufweisen, als Personen aus höheren Gesellschaftsschichten. Ebenso steigt mit geringerem sozioökonomischem Status, sowohl bei Männern als auch bei Frauen, die Wahrscheinlichkeit, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden oder an Diabetes zu erkranken (vgl. Wesenauer, Sebinger, 2009, 50f).

Obwohl die höheren Erkrankungsraten in den unteren sozialen Gesellschaftsschichten vermuten lassen, dass gerade diese Personen ein ausgeprägtes Inanspruchnahmeverhalten hinsichtlich medizinischer Leistungen des Gesundheitssystems aufweisen müssten, lässt sich solch eine vermehrte Nutzung z.B. im Bereich der gesundheitlichen Prävention nicht erkennen. Vielmehr konnte der Einfluss sozioökonomischer Determinanten auf die Inanspruchnahme präventiver Angebote der medizinischen Versorgung, z.B. Vorsorgeuntersuchungen, nachgewiesen werden, welche

von sozioökonomisch niedrig gestellten Personen kaum in Anspruch genommen werden. Dies wird vor allem darauf zurückgeführt, dass sich die meisten präventiven Angebote trotz der dringenden Notwendigkeit nicht ausreichend zielgruppenspezifisch an den ärmeren Gesellschaftsschichten orientieren und stattdessen eher in den höheren Gesellschaftsschichten Anklang finden (vgl. Wesenauer, Sebinger 2009: 54 und Kießling, 99).

Einkommen

Bisherige Studien belegen die vermehrte Ansammlung von Erkrankungen und Risikofaktoren in sozioökonomisch schlecht ausgestatteten Gesellschaftsschichten, welche zugleich mit einer höheren Mortalitätsrate innerhalb dieser Statusgruppen einhergehen. Gestützt auf die zwischen den Jahren 1995 und 2005 erhobenen Daten des sozioökonomischen Panels (SOEP), konnten klare Rückschlüsse auf den Einfluss von Einkommensunterschieden auf die Lebenserwartung gezogen werden. Es wurde festgestellt, dass das Mortalitätsrisiko bei Männern und Frauen mit einem Einkommen, welches die Armutsschwelle unterschreitet, gegenüber der höchsten Einkommensschicht um das 2,7- bzw. 2,4-fache erhöht ist. Auch im Hinblick auf die Lebenserwartung werden diese schichtspezifischen Unterschiede deutlich sichtbar. In der Studie wurde für Männer aus der niedrigsten Einkommensschicht eine Lebenserwartung von 70,1 Jahren ermittelt, wohingegen Männer der höchsten Einkommensgruppe ein durchschnittliches Lebensalter von 80,9 Jahren erreichen. Gleichsam finden sich diese sozioökonomisch bedingten Ungleichheiten der Lebenserwartung auch bei Frauen, bei denen die entsprechenden Werte bei 76,9 und 85,3 Jahren liegen. (vgl. Lampert; Mielck 2008: 10f). An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass sich nicht nur die Einkommenshöhe selbst, sondern insbesondere das Ausmaß der Einkommensungleichheit in der jeweiligen Gesellschaft, ausschlaggebend auf den Gesundheitszustand und die Sterblichkeit auswirken (vgl. Helmert; Bamann 2000: 20).

Bildung

Zahlreiche Studien können ebenso Hinweise auf einen direkten Zusammenhang zwischen dem Bildungsstatus und dem Gesundheitszustand einer Person geben. Das Bildungsniveau spielt insofern eine Rolle, da es einen wesentlichen Einfluss darauf hat, welche gesundheitsbezogenen Einstellungen und Überzeugungen oder

subjektive Einschätzung der Gesundheitsverfassung von der jeweiligen Person entwickelt werden und es auf diesem Wege zu einer gesundheitlich riskanten Lebensweise beitragen kann. So konnte im Rahmen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 festgestellt werden, dass Personen mit Hauptschulabschluss eher zu riskantem Gesundheitsverhalten neigten, als Personen mit Abitur, also deutlich mehr Tabak konsumieren, eher übergewichtig sind und sich keiner regelmäßigen bzw. keinerlei sportlicher Aktivität widmen. Da vergleichbare Unterschiede auch im Vergleich von Personen mit mittlerer Reife und Abitur herausgestellt werden konnten, kann davon ausgegangen werden, [...] dass von einem Bildungsgradienten in der Verbreitung der verhaltensbezogenen Risikofaktoren gesprochen werden kann.“ (vgl. Lampert, Mielck 2008: 10).

Nach einer Auswertung verschiedener Daten der Gmünder Ersatzkasse aus den Jahren 1990 bis 2003 konnte ebenfalls ein höheres Herzinfarkttrisiko bei Männern mit einem niedrigen Bildungsstatus und niedrigen Berufsstatus festgestellt werden. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass Personen dieser statusniedrigeren Gruppen vermehrt von Erkrankungen wie Lungenkrebs und Leberzirrhose betroffen sind (vergl. Lampert, Mielck 2000: 9).

.

Beruf

Verschiedene Studien legen nahe, dass der Gesundheitszustand in erheblichem Maße mit der beruflichen Stellung einer Person zusammenhängt. Dies konnte bisher vor allem im Rahmen von Untersuchungen zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit nachgewiesen werden. Die Befunde zeigen deutlich, dass mit Arbeitslosigkeit nicht nur materielle und finanzielle Einschränkungen, sondern erhebliche psychosoziale Belastungen aufgrund von Zukunftssorgen oder Exklusion einhergehen (vgl. Lampert u.A. 2013).

Nationale und internationale Studien belegen sowohl schlechteren Gesundheitszustand als auch erhöhte Morbiditäts- sowie Mortalitätsraten von arbeitslosen Männern und Frauen. Des Weiteren existieren deutliche Hinweise auf gesundheitlich riskante Verhaltensweisen arbeitsloser Männer und auch Frauen. So konnte in Deutschland bei einem hohen Anteil von arbeitslosen Männern ein erhöhter Alkoholkonsum aufgezeigt werden. (vgl. Bammann; Helmert 2000: 59) .

Auch in einer Längsschnittstudie zu Arbeitslosigkeit bei Männern aus den Niederlanden konnten sozioökonomische Unterschiede von somatischen

Beschwerden und chronischen Erkrankungen zum Teil auf Fehlen von Arbeit zurückgeführt werden. Daneben konnte die direkte Verbindung zwischen Arbeitslosigkeit und Unterschieden der psychischen Verfassung vollständig belegt werden (vgl. Helmert, Bammann 2000: 159ff).

3. Wohnungslose Menschen – eine Annäherung an das Klientel

Nachdem im vorangegangenen Kapitel bereits verdeutlicht wurde, dass ein niedriger Status in den Dimensionen Einkommen, Bildung und Arbeit in der Regel mit einem schlechten Gesundheitszustand einhergeht, soll nun auf den Personenkreis der sogenannten „Wohnungslosen“ eingegangen werden, die aufgrund unzureichender Lebensbedingungen besonders schlechte Gesundheitschancen besitzen.

Ein kurzer Überblick über die wichtigsten und geläufigsten Begriffe zur Beschreibung wohnungsloser Menschen sowie die genauere Betrachtung des gegenwärtig definierten Verständnisses von „Wohnungslosigkeit“ sollen eine erste Vorstellung davon vermitteln, anhand welcher gemeinsamer Kriterien und Merkmale eine Eingrenzung dieses Klientel möglich ist. Nachfolgend soll grob skizziert werden, welche Bezeichnungen zur Beschreibung dieser Personengruppe im Laufe der Zeit entstanden sind und welche Definition von Wohnungslosigkeit

3.1 Was wird unter „Wohnungslosigkeit“ verstanden?

Innerhalb der wissenschaftlichen Theorie sowie in der Sozialhilfe- und Wohlfahrtspraxis wurden bzw. werden bis heute teils voneinander abweichende Begrifflichkeiten zur Beschreibung wohnungsloser Menschen verwendet. Die Festlegung auf eine einheitliche Definition ist vor allem deshalb so schwierig, weil es kaum möglich ist, die enorme Heterogenität dieser Personengruppe sowie die Vielfalt an Erscheinungsformen von Wohnungslosigkeit auf eine allgemeingültige Begriffsbestimmung zu reduzieren. Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Bedeutung gebräuchlicher Begriffe stets vom historischen Kontext abhängig ist und jeweils mit bestimmten (politischen) Interessen, Konzepten und Intentionen verknüpft ist (vgl. Malyssek; Störch 2009 :40f).

Während man im 19. Jahrhundert noch von *Wanderarmut* sprach, wurde im Zuge der organisierten Wohnungslosenhilfe der Begriff der *Nichtsesshaftigkeit* eingeführt,

welcher erstmals gegen Ende des 19. Jahrhunderts auftrat und sich endgültig unter dem NS- Regime durchsetzte. Zur Zeit des Dritten Reiches wurden der Gruppe der Nichtsesshaften bestimmte Persönlichkeitsmerkmale zugeschrieben und im Zuge der Verfolgung unter Hitler mit der Gruppe der `Asozialen`, `Volksschädlinge` und `Arbeitsscheuen` assoziiert. Wohnungslosigkeit wurde somit als eine durch charakterliche Schwächen hervorgerufene und damit individuell selbst verschuldete Lebenslage interpretiert (vgl. Malyssek, Störch 2009: 244). In der 1976 erlassenen Durchführungsverordnung (DVO) zu § 72 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) wird in Abgrenzung zum Begriff der Nichtsesshaften der Personenkreis der Obdachlosen definiert. Als obdachlos. werden ortsansässige Personen ohne ausreichende Unterkunft bezeichnet, für deren ordnungsrechtliche Unterbringung in Obdachlosenunterkünften und weitere Hilfen die Gemeinden zuständig sind. Dahingegen meint der Begriff der Nichtsesshaften nach der DVO „Personen, die ohne gesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage umherziehen oder sich zur Vorbereitung auf eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft oder zur dauernden persönlichen Betreuung in einer Einrichtung für Nichtsesshafte aufhalten“. Im Gegensatz zu den Obdachlosen werden Nichtsesshafte danach als nicht ortsansässig betrachtet und haben damit keinen Anspruch auf Unterstützungsleistungen der Kommune, sondern sind auf die Gewährleistung von Hilfen, beispielsweise durch überörtliche Träger angewiesen (vgl. Ludwig-Mayerhofer; Müller; Paulgerg- Muschiol 2001, 263f und Holtmannspötter, 2002: 24). Der Begriff der Nichtsesshaften war noch bis Anfang 1990 sowohl in der Sozialhilfe als auch in der Fachdiskussion als gängiger Amts- und Fachausdruck etabliert (vgl. Malyssek, Störch 2009: 39), bevor er aufgrund seiner stigmatisierenden Wirkung durch den Begriff der Wohnungslosen, bzw. alleinstehenden wohnungslosen Männern und Frauen ersetzt wurde (vergl. Ludwig- Mayerhofer, Müller, Paulgerg- Muschiol 264f). Im Sinne dieser Bezeichnung wird auf die Eingrenzung dieses Personenkreises anhand ausschlaggebender Gemeinsamkeiten zwischen den Betroffenen abgehoben. So stellt in erster Linie der Mangel an sozialen Beziehungen ein gemeinsames Kriterium zur Beschreibung dieser Personengruppe dar, deren Lebenslage in der Regel durch weitere gemeinsame Merkmale, wie Armut, unzureichende Versorgung mit Wohnung, Arbeit, Gesundheitshilfen, rechtmäßiger Sozialhilfeleistungen geprägt wird (vgl. Holtmannspötter, 2002, 24f).

Parallel dazu entwickelte sich der Begriff des Wohnungsnotfalls zu einem weiteren, grundsätzlich in der Fachdiskussion verwendeten Ausdruck, welcher 1987 vom Deutschen Städtetag eingeführt wurde. Danach fallen unter diesen Begriff Personen, die aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind, unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht sind, oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben (vgl. Lutz, Simon 2012: 69f). Die vom deutschen Städtetag verfasste Definition wurde von der BAG W aufgegriffen und inhaltlich ergänzt, sodass zum 23. April 2010 eine erweiterte Begriffsbestimmung öffentlich gemacht wurde. Danach sind mit Wohnungsnotfällen Personen, aber auch Familien mit einem dringenden Bedarf an Wohnraum gemeint, die besondere institutionelle Unterstützung zur Wohnraumbeschaffung und bei der Verhinderung von Wohnraumverlusten benötigen, da sie aus verschiedenen finanziellen und/oder nichtfinanziellen Gründen besondere Schwierigkeiten beim Zugang zum Wohnungsmarkt haben. Im Verständnis der BAG W zählen zu den Wohnungsnotfällen jene Personen, die aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind, also weder über eine eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung verfügen, noch institutionell untergebracht sind. Darunter fallen sowohl Wohnungslose, die ohne jegliche Unterkunft sind, also „Platte“ machen, Schutz, in Baracken, Wohnwagen, Schrebergärten etc. suchen, als auch Personen, die vorübergehend bei Freunden, Bekannten oder Verwandten unterkommen oder aber vorübergehend in Hotels oder Pensionen auf eigene Kosten leben.

Desweiteren werden Personen, die institutionell untergebracht sind und über keinen eigenen Wohnraum verfügen, im Sinne dieser Definition zu den Wohnungsnotfällen gerechnet. Die BAG W differenziert dabei zwischen Personen, die per Verfügung, Einweisung oder aufgrund sonstiger ordnungsrechtlicher Maßnahmen institutionell untergebracht sind (ordnungsrechtlich untergebrachte Wohnungsnotfälle), Personen, die vorübergehend in Notunterkünften oder sozialen Einrichtungen durch Kostenübernahme nach SGB II oder SGB XII eben (durch Maßnahmen der Mindestsicherungssysteme untergebrachte Wohnungsnotfälle) und Personen, die länger als nötig in sozialen oder therapeutischen Einrichtungen untergebracht sind, da es an Wohnraum mangelt.

Als weitere Wohnungsnotfälle werden Personen bezeichnet, die aktuell von Wohnungslosigkeit bedroht sind und ein Wohnungsverlust, beispielsweise durch Ablauf oder Kündigung des Mietverhältnisses, durch eine Räumungsklage oder Zwangsräumung, oder wegen anderweitiger Gründe, wie Trennung vom Partner,

Gewalterfahrungen, eskalierenden sozialen Konflikte, Verwahrlosung des Wohnraums usw. unmittelbar bevorsteht.

Ebenso gelten jene Personen als Wohnungsnotfall, die in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben. Darunter wird sowohl beengter und überteuerter als auch meist nicht rechtlich abgesicherter Wohnraum verstanden, oder aber Gewaltverhältnissen, denen die Betroffenen schutzlos ausgeliefert sind.

als Zuwanderinnen und Zuwanderer in gesonderten Unterkünften von Wohnungslosigkeit aktuell betroffen sind oder ehemals von Wohnungslosigkeit betroffen oder bedroht waren und auf präventive Unterstützung angewiesen sind, um einen erneuten Wohnungsverlust zu vermeiden. Auch diese Personengruppen werden zur konkreteren Beschreibung in der Definition der BAG W weiterführend in Subgruppen kategorisiert, auf die hier jedoch nicht detaillierter eingegangen werden soll (vgl. der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.2011).

Indem die Definition von Wohnungslosigkeit ergänzt wurde, wird die Klientel der Wohnungslosenhilfe beträchtlich erweitert, da auch auf verdeckte Wohnungslosigkeit, gerade bei Frauen, als auch auf Wohnungslosigkeit bei Jugendlichen und Jungerwachsenen Bezug genommen und so einer Stigmatisierung alleinstehender und auf der Straße lebender Menschen als `Penner`, `Stadtstreicher` oder `Nichtsesshafte` entgegengewirkt wird (vgl. Malyssek 2009: 42).

Dennoch reicht der Wohnungsnotfallbegriff nicht dafür aus, die unterschiedlichen Lebenslagen wohnungsloser Menschen ausreichend voneinander abgrenzen zu können, denn der überwiegende Aufenthalt auf der Straße ohne jegliche Unterkunft unterscheidet sich erheblich von der Lebenssituation der Menschen, welche in unzumutbaren und unzureichenden Wohnverhältnissen leben.

Aus diesem Grund wird daher der Begriff alleinstehende Wohnungslose bevorzugt verwendet, um jene Gruppe wohnungsloser Menschen einzugrenzen, die sich in Einrichtungen des Hilfesystems aufhält oder ohne jegliche Unterkunft auf der Straße lebt (vgl. Kellinghaus 2000: 4).

Nach dem Rechtsbegriff des § 67 SGB XII werden wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen als Personen beschrieben, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind und einen Anspruch gemäß der Hilfen nach §67 - §69 SGB XII zur Überwindung dieser Schwierigkeiten haben (vgl. BAG W 2011 :1)

Auch die zeitliche Dimension dient mittlerweile dazu, zwischen einzelnen Untergruppen wohnungsloser Menschen unterscheiden zu können, da in der Lebenslage von Langzeitwohnungslosen ganz andere Aspekte im Vordergrund stehen als bei einer Person, die gerade erst wohnungslos geworden ist (Kellinghaus 2000: 5).

Trabert bezeichnet Wohnungslosigkeit als „[...] die sichtbare Spitze des `Armut-Eisberges` in unserer Gesellschaft“ und bezieht sich damit bildhaft auf die soziale Situation wohnungsloser Menschen, in der Armut nicht nur in Form von ungenügenden finanziellen Ressourcen sichtbar wird, sondern in vielen weiteren Facetten in Erscheinung tritt (vgl. Trabert 2002 : 177).

So spielen in der sozialen Situation der meisten wohnungslosen Menschen zudem Langzeitarbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Armut, gewaltgeprägte Lebensumstände, eine schlechte gesundheitliche Verfassung sowie die Verdrängung aus dem öffentlichen Raum eine bedeutende Rolle (vgl. Gillich 2010: 53).

3.2 statistische Daten zu Wohnungslosigkeit in Deutschland und Hamburg

Die Anzahl wohnungsloser Menschen in Deutschland kann bisher nur auf Schätzungen zurückgeführt werden, da aktuell keine gesetzlich verankerte und bundesweit geltende Statistik über diese Klientel geführt wird. Dennoch spiegeln grobe Zählungen und Umfragen, wie beispielsweise von der BAG W durchgeführt, das ungefähre Ausmaß der Wohnungslosigkeit wieder. Danach lag die Gesamtzahl wohnungsloser Menschen in Deutschland im Jahr 2012 bei etwa 284.000 Personen und ist damit im Vergleich zum Jahre 2008 (227.000) nach eher rückläufigen Zahlen wieder deutlich angestiegen. Etwa 75 % der Wohnungslosen sind Männer, der Frauenanteil wird auf etwa 25 % geschätzt, wobei von einer deutlich höheren Dunkelziffer ausgegangen werden kann, da Wohnungslosigkeit bei Frauen meist verdeckt ist und nicht auf den ersten Blick offensichtlich wird. Innerhalb der Gesamtgruppe wohnungsloser Menschen wird der Anteil der Kinder und minderjährigen Jugendlichen im Jahr 2012 von der BAG W auf etwa 11 % geschätzt. Insgesamt gab es im selben Jahr ca. 65.000 neue Wohnungsverluste, die in etwa 38 % der Fälle auf eine Zwangsräumung zurückgingen. Weitere ca. 130.000 Menschen waren im Jahr 2012 unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht, wodurch die Gesamtzahl der Wohnungsnotfälle von 354.000 im Jahr 2008 auf insgesamt ca. 414.000 im Jahr 2012 anstieg. Auch die Zahl der Menschen, die ohne jegliche

Unterkunft auf der Straße leben, stieg im Vergleich zum Jahr 2010 von ca. 22.000 auf ca. 24.000 Personen im Jahr 2012. Bei mehr als der Hälfte (64 %) der wohnungslosen Menschen bestehen keine Partnerschaften und/oder keine familiären Beziehungen, z.B. zu den eigenen Kindern, womit etwa 178.000 wohnungslose Personen alleinstehend sind (vgl. BAG W 2013, 1f).

Im Rahmen der 2009 von der „Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz“ durchgeführten empirischen Untersuchung über die soziale Lage wohnungsloser Menschen in Hamburg wurden allein in dieser Stadt 1029 Personen mit einem durchschnittlichen Alter von 43 Jahren, darunter ein Frauenanteil von 22,2 %, gezählt, die größtenteils oder ausschließlich auf der Straße leben. Zudem hat der Anteil nichtdeutscher, vor allem osteuropäischer wohnungsloser Menschen in Hamburg in den letzten Jahren stark zugenommen und liegt 2009 bei 26,6 %, auch die durchschnittliche Dauer der Wohnungslosigkeit ist gegenüber 2002 mit 47,3 Monaten auf 58,1 Monate angestiegen. Des Weiteren wurden die Betroffenen in Hamburg zu ihrer finanziellen Situation und ihren Einkommensverhältnissen befragt, wobei die Studie zu dem Ergebnis kommt, dass jede sechste (17,7 %), insbesondere nichtdeutsche wohnungslose Person, über keinerlei Einkommen, also nicht einmal den Hartz IV- Satz, verfügt. Hinzu kommt, dass etwa 61 % der vor allem jungen wohnungslosen Menschen in Hamburg Schulden haben, die ihre finanzielle Lage zusätzlich verschlechtern. Bezüglich ihrer Gesundheitssituation konnten 64,8 % der Wohnungslosen einen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz aufweisen, wohingegen mehr als ein Drittel der Befragten über keinerlei Absicherungen im Krankheitsfall verfügen. In der Studie konnte herausgestellt werden, dass wohnungslose Menschen ihren Gesundheitszustand durchschnittlich sehr viel schlechter bewerten als die Gesamtbevölkerung in Hamburg und dass die subjektive Einschätzung der Gesundheit mit ansteigender Wohnungslosigkeitsdauer nahezu linear verschlechtert (vgl. Schaak 2009,1). Angesichts der sozialen und politischen Rahmenbedingungen prognostiziert die BAG W einen Anstieg der Wohnungslosenzahlen auf 380.000 (+33 %) bis zum Jahr 2016. (vgl. BAG W Pressemitteilung 2013, 2)

3.3 Ursachen von Wohnungslosigkeit

Bisher ist es nicht gelungen, ein einheitliches Theoriemodell zu entwickeln, das den Entstehungsprozess und die Ursachen von Wohnungslosigkeit umfassend erklären kann. Vor allem mag dies in der enormen Heterogenität dieser Personengruppe begründet liegen, bei denen sowohl der Ursprung als auch der Verlauf der Wohnungslosigkeit individuell sehr unterschiedlich geprägt sein können. Selbst im Einzelfall ist es daher nur selten möglich, vollständig zu rekonstruieren, auf welchem Wege der oder die Betroffene in diese existenzielle Notlage geraten ist. Vielmehr wurden im Laufe der Zeit verschiedene Erklärungsansätze entwickelt, in denen psychiatrische, psychologische, soziologische oder wirtschaftspolitische Faktoren für die Begründung von Wohnungslosigkeit herangezogen werden (vgl. Kellinghaus 2000:13).

3.3.1 gesellschaftsstrukturelle Faktoren

Aus politisch- ökonomischer Sichtweise wird Wohnungslosigkeit in Deutschland und vergleichbar wohlhabenden Staaten vorrangig als Ausdruck sozialer Ungleichheit und Folge wirtschaftspolitischer Verhältnisse verstanden und als „[...] die individuell sich ausprägende Folge struktureller Armut und Unterversorgung[...]“ bezeichnet (vgl. Gillich;Nagel.2010: 8). Danach spiegeln Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit in Deutschland die unmittelbaren Auswirkungen einer angebotsorientierten Wohnungspolitik und –wirtschaft wieder, die dazu führen, dass für einkommensschwache Personen in Städten preiswerter Wohnraum kaum mehr vorhanden ist und staatliche Eingriffe in den freien Wohnungsmarkt nahezu ausbleiben (vgl. Lutz, Simon 2012 : 51). Hinzu kommen negative Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und die daraus resultierende Zunahme prekärer Beschäftigungsverhältnisse und Langzeitarbeitslosigkeit, welche in der Regel Einkommensarmut nach sich zieht, Mieten nicht mehr bezahlt werden können und so in vielen Fällen ein Wohnungsverlust droht (vgl. Kellinghaus 2000:14 und Lutz; Simon 2012 : 51) Auch ein erschwerter Zugang zum Bildungssystem und damit verbundene geringe Startchancen im Erwerbsleben gelten in umfassendem Sinne als gesellschaftsstrukturelle Bedingungen, unter denen das Auftreten von Wohnungslosigkeit verstärkt hervorgerufen werden. Oftmals korrespondiert solch gesellschaftliche Benachteiligung mit geringen finanziellen und materiellen Ressourcen, die sich wiederum nachteilig auf die ökonomische Ausgangssituation zahlreicher Betroffener auswirken (vgl. Eckhard Mink 2009: 36).

Überdies tragen die gesellschaftliche Diskriminierung von ethnischen Minderheiten sowie die Stigmatisierung psychisch erkrankter Personen nicht selten zur Entstehung von Wohnungslosigkeit bei, da für die Betroffenen hierdurch der Zugang zu Wohnraum und Arbeit erheblich beeinträchtigt wird (vgl. Kellinghaus 2000: 14).

3.3.2 individuelle Faktoren

Die Entstehung von Wohnungslosigkeit hängt nicht nur mit zahlreichen gesellschaftsstrukturellen Bedingungen zusammen, sondern wird darüber hinaus durch verschiedenste individuelle Problemlagen begünstigt. Bei einem Großteil der Betroffenen sind der eigenen Wohnungslosigkeit einschneidende Lebensereignisse oder chronische Belastungen vorausgegangen. In vielen Fällen wirken sich der Verlust sozialer Beziehungen und dadurch entstehende Lebenskrisen entscheidend auf die Entstehung von Wohnungslosigkeit aus. Dazu zählen vor allem Umbrüche in der Familie, häufig ausgelöst durch Trennung oder Scheidung vom Partner oder durch den Tod eines Angehörigen (vgl. 30 Brender, Barbara).

Daneben werden belastende Verhältnisse oder traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, wie Gewalterfahrungen, Armut, Unterbringung in Heimen oder häufige Wohnungswechsel mit einer späteren Wohnungslosigkeit in Zusammenhang gebracht (vgl. Kellinghaus 2000:14). Ebenso zählen „[...] vielfältige Formen sozialer Desintegration durch Flucht, Vertreibung oder Gefängnisaufenthalte.“ (Ludwig-Mayerhofer; Müller; v. Paulgerg-Muschiol 2001: 270) zu den am häufigsten auftretenden lebensverändernden Ereignissen, die hinsichtlich der Entstehung von Wohnungslosigkeit von großer Bedeutung sind.

Aus soziologischer Sicht werden vor allem Stigmatisierungserfahrungen sowie problematische Sozialisationsprozesse in der Kindheit als mögliche Ursachen von Wohnungslosigkeit betont. Danach wird deren Ursprung auf früh bestehende physische oder psychische Beeinträchtigungen zurückgeführt, die bereits im Voraus Einschränkungen der Sozialisationsfähigkeit hervorrufen können. Die Betroffenen sind dadurch meist nur unzureichend in der Lage, Konflikte innerhalb der Familie auszutragen oder ein stabiles soziales Netzwerk aufzubauen und sind so von Grund auf anfällig dafür, in die Wohnungslosigkeit abzugleiten. Des Weiteren wird die Entstehung von Wohnungslosigkeit oftmals von körperlichen und psychischen Erkrankungen, aber auch von Suchtproblematiken, insbesondere von Alkohol- und Drogenabhängigkeit oder Spielsucht begleitet (vgl. Kellinghaus 2000 14).

„Das individuelle Wechselspiel zwischen schwieriger sozialer Lage und dadurch erhöhter Vulnerabilität für die Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit hat zweifellos auch eine erhebliche Rückwirkung auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Wohnungslosigkeit.“ (vgl. Porkens, Wessel 1995: 82).

Abhängigkeitserkrankungen nehmen daher nicht nur einen hohen Stellenwert als Folge- und Begleiterscheinung von Wohnungslosigkeit ein, sondern treten oftmals schon in deren Vorfeld auf.

Im psychiatrischen Erklärungsansatz wird die Entwicklung einer Wohnproblematik in direktem Zusammenhang mit hirnorganischen bzw. seelischen Erkrankungen betrachtet, da diese oftmals zur Folge haben, dass Betroffene den Anforderungen im Alltag nicht mehr gewachsen sind und so ein Wohnungsverlust droht.

Aus psychologischer Perspektive sind es vorwiegend persönliche Beeinträchtigungen, etwa in Form von eingeschränkter Konfliktfähigkeit, mangelnder Frustrationstoleranz oder unverarbeiteten Erlebnissen und Konflikten in der Lebensgeschichte, die ursächlich mit dem Auftreten von Wohnungslosigkeit in Verbindung gebracht werden (vergl. Kellinghaus 2000 :14f).

Neben den bisher aufgeführten individuellen Faktoren lassen sich einige weitere, überwiegend beziehungs- und emotionsorientierte Kriterien nennen, die speziell bei Frauen zu Wohnungslosigkeit führen können. Unter diesen finden sich viele Betroffene, die ihre Partner oder Familien wegen körperlicher, psychischer oder sexueller Gewalt verlassen haben, um so ihren von Unterdrückungsstrukturen und Gewalt geprägten Lebensverhältnissen entfliehen zu können (vgl. Lutz, Simon 2012: 152). Nach solch einer Trennung geraten insbesondere jene Frauen in eine kritische finanzielle Situation, die zuvor aufgrund eines fehlenden eigenen Einkommens finanziell und materiell vom Partner abhängig waren. Die schwerwiegenden Auswirkungen einer traditionellen Rollenverteilung werden jedoch nicht nur auf privater Ebene sichtbar, sondern spiegeln sich ebenso in der Benachteiligung von Frauen auf dem Arbeitsmarkt wieder. Damit einher gehen oftmals prekäre, ungeschützte Beschäftigungs- und Wohnverhältnisse, in denen die betroffenen Frauen stets gefährdet sind, plötzlich in die Wohnungslosigkeit zu geraten. Überdies besteht für Frauen, die einen Aufenthalt im Gefängnis oder in einer psychiatrischen Klinik hinter sich haben, das Risiko in ungeklärte Wohnverhältnisse und damit meist in die sichere Wohnungslosigkeit entlassen zu werden. Zudem wird angenommen, dass Alkohol –und Drogenkonsum, der Status

als Alleinerziehende sowie Einkommens- und Altersarmut mögliche Faktoren darstellen, durch die weibliche Wohnungslosigkeit verstärkt bedingt wird (vgl. Lutz, Simon 2012: 155f).

Grundsätzlich reichen monokausale Betrachtungsweisen jedoch nicht aus, um den Entstehungsprozess von Wohnungslosigkeit in all seinen Facetten zu erfassen, da sich die spezifischen Problemlagen und Belastungen, die der Wohnungslosigkeit voraus gegangen sind, entsprechend der Heterogenität der Betroffenen stark voneinander unterscheiden können (vgl. Kellinghaus 2000: 13). Es ist also davon auszugehen, dass eine vermehrte Ansammlung verschiedener struktureller und individueller Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit erhöht, wohnungslos zu werden (vgl. Mink, 2009: 36) Um die Entstehung von Wohnungslosigkeit angemessen erklären zu können, bedarf es daher einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise, die die jeweiligen Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen individuellen Belastungen und den gesellschaftsstrukturellen Rahmenbedingungen in ihr Ursachenverständnis mit einbezieht (vgl. Kellinghaus 2000:13).

Die lange verbreitete Vorstellung, Wohnungslosigkeit sei eine ausschließlich selbst verschuldete Notlage, konnte bis heute mehr und mehr von der Erkenntnis verdrängt werden, dass die Entstehung dieser sozialen Notlage grundsätzlich von ökonomischen, sozialen und persönlichen Problemen, vielfacher und andauernder Benachteiligung, Misserfolgen, Verarmung und Exklusion begleitet und verursacht wird (vgl. Mink 2009: 36).

Wie die Ursachen selbst, so ist auch der Verlauf von Wohnungslosigkeit sowohl von gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen, als auch von den jeweiligen Bewältigungsmöglichkeiten der einzelnen Betroffenen abhängig:

„Läßt sich in der Anfangssituation keine Stabilisierung der Wohn- und Lebenssituation erreichen, so beeinflussen sich die individuellen Beeinträchtigungen und Verletzungen, die schwindenden materiellen und sozialen Ressourcen und der gesellschaftliche Umgang mit der Notlage Wohnungslosigkeit gegenseitig negativ und führen zu einer Abwärtsspirale, aus der ein Entkommen zunehmend schwerer wird.“ (vgl. Kellinghaus 2000: 15)

4. Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen

Nachdem im letzten Kapitel der Personenkreis der Wohnungslosen näher eingegrenzt und die wichtigsten strukturellen und individuellen Vorbedingungen von Wohnungslosigkeit beschrieben wurden, soll in diesem Abschnitt näher gebracht werden, welche Erkrankungen gerade unter wohnungslosen, auf der Straße lebenden Menschen verbreitet sind. Im Anschluss daran soll zudem nachvollzogen werden, welchen spezifischen Lebensbedingungen und damit verbundenen Krankheitsrisiken wohnungslose Menschen in der Regel ausgesetzt sind.

4.1 Erkrankungsschwerpunkte bei wohnungslosen Menschen

Bis heute lässt sich nur eine kleine Anzahl detaillierter Untersuchungen oder Studien zum Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen finden, wodurch verhältnismäßig wenige repräsentative Daten zur Verfügung stehen. Jedoch konnte in den letzten 15 Jahren im Rahmen verschiedener Studien mit großer Übereinstimmung festgestellt werden, „[...]“, dass die gesundheitliche Verfassung wohnungsloser Menschen als schlecht oder besorgniserregend zu bezeichnen ist.“ (Pitz 2009: 94). Daneben wurde erkannt, dass wohnungslose Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nicht prinzipiell von anderen Erkrankungen betroffen sind. Vielmehr liegen die entscheidenden Unterschiede darin, dass bestimmte Krankheiten unter wohnungslosen Menschen auffällig häufig verbreitet sind und zudem meist schon in einem ungewöhnlich jungen Alter auftreten (vgl. Hofrichter 2008: 3). Welche somatischen und psychischen Erkrankungen in der Gruppe der wohnungslosen Menschen besonders gehäuft vorkommen, soll nun näher beschrieben werden.

4.1.1 somatische Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen

Der Vergleich bisheriger wissenschaftlicher Untersuchungen zur Gesundheit wohnungsloser Menschen in Deutschland hat aufzeigen können, dass schätzungsweise 80 – 90 % der Betroffenen einen dringenden ärztlichen Behandlungsbedarf aufweisen, etwa 60 - 70 % der Wohnungslosen von mindestens zwei Erkrankungen betroffen sind und davon auszugehen ist, dass ca. 40 % sogar unter drei oder mehr Erkrankungen leiden (vgl. Trabert, 2002: 178). Aus seinen 1995 durchgeführten

medizinischen Untersuchungen von wohnungslosen Männern schlussfolgerte Trabert bereits, dass eine hohe Anzahl der Betroffenen chronisch erkrankt ist und oft schon im jungen Alter an behandelbaren Krankheiten stirbt.

Im Rahmen einer Untersuchung am Hamburger Institut für Rechtsmedizin im Jahre 2001 wurde ermittelt, dass die untersuchten Toten in der Gruppe der Wohnungslosen im Durchschnitt nur 44 Jahre alt geworden waren. Auch hier war ein Großteil der Untersuchten von mehreren, gleichzeitig auftretenden, akuten und chronischen Erkrankungen betroffen. Daneben konnte nachgewiesen werden, dass in vielen Fällen behandelbare Krankheiten, wie eine Lungenentzündung, eine akute Bronchitis oder ein durchgebrochenes Magengeschwür zum Tode führten. Diese Aussagen konnten im Jahre 2006/2007 erneut in einer Studie bestätigt werden (vergl. Diakonie Pflegekonzept 2008).

Nach Traberts Erkenntnissen zählen zu den dominierenden Erkrankungen bei Wohnungslosen vor allem Herz-Kreislauf- und Lungenkrankheiten, Erkrankungen der Verdauungsorgane sowie des Skelettsystems. Auch Infektionskrankheiten, insbesondere Tuberkulose und HIV, unfallbedingte Verletzungen, Störungen im Venensystem, eingeschränkte Funktion der Sinnesorgane, wie Ohren und Augen, stellen weitere Erkrankungsschwerpunkte dar. Hinzu treten außerdem Hauterkrankungen, die ein weiteres Hauptproblem innerhalb der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen ausmachen. Überdies konnten verhältnismäßig oft Lebererkrankungen, Blutanämien sowie neurologische Störungen bei den Betroffenen nachgewiesen werden, die sich häufig auf einen erhöhten Alkoholkonsum zurückführen ließen. Hinsichtlich der Todesursachen konnte eine große Anzahl von Todesfällen auf Intoxikationen durch Betäubungsmittel, Alkohol oder andere Substanzen, sowie auf Unfälle oder Unterkühlung zurückgeführt werden (vgl. Trabert 1995: 95ff und Eikelmann;Reker, Zacharias 2002: 46). Die Untersuchungen zeigten ferner, dass sich die Zähne vieler Betroffener in einem äußerst schlechten Zustand befinden und daher dringend behandelt werden müssten (vgl.Trabert 2002: 178).

4.1.2 psychische Erkrankungen und Substanzmittelabhängigkeit

Verschiedene Studien und Erhebungen über psychisch erkrankte wohnungslose Menschen teilen die gemeinsame Feststellung

„[...] , dass es sich bei den betroffenen Frauen und Männern, um eine durch psychische Störungen und Erkrankungen und Suchtmittelabhängigkeiten hoch belastete Personengruppe mit einer hohen Rate von Mehrfachdiagnosen handelt.“ (Fachausschuss Gesundheit BAG W 2006).

Obwohl die Aussagen bisheriger Forschungsergebnisse hinsichtlich der Häufigkeit und Verteilung bestimmter psychiatrischer Diagnosen zum Teil stark voneinander abweichen, konnten in allen Fällen hohe psychiatrische Prävalenzen bei von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen nachgewiesen werden. (vgl. Salize; Dillmann-Lange; Kentner- Figura 2002: 28). Laut eines Gutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sind bei wohnungslosen Männern im Vergleich zur männlichen Durchschnittsbevölkerung zwei bis drei Mal häufiger psychische Krankheitsbilder vorzufinden. Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch bei wohnungslosen Frauen ab, welche gegenüber der weiblichen Vergleichsgruppe ein schätzungsweise viermal so hohes Risiko tragen, eine psychische Störung zu entwickeln (vgl. Hofrichter 2008: 3). In allen repräsentativen Untersuchungen, zu denen u. a. die bekanntesten deutschen Studien unter der Leitung von Manfred Fichter aus den Jahren 1996, 1998 und 2000 zählt, ließen sich für den Großteil der wohnungslosen Probanden (70 bis 95 %) Anzeichen einer oder mehrerer psychiatrischer Störungen finden, die einer Diagnose gemäß des ICD- 10 oder DSM IV entsprechen. Darunter fallen vor allem Störungen durch Alkoholmissbrauch mit ausgeprägt hohen Lebenszeitprävalenzen (44-90 %), sowie depressive Störungen (20-27 %), Störungen durch Drogen (13-31 %) schizo-phrene Störungen (4-14 %) und hirnorganische und dementielle Erkrankungen (4-9 %).

Im Rahmen dieser Studien wurde durchweg sichtbar, dass die meisten wohnungslosen Menschen nicht nur unter einer, sondern unter mehreren psychischen Erkrankungen gleichzeitig leiden. Diese auffallend stark verbreitete psychiatrische Komorbidität geht in den meisten Fällen auf das „[...] gleichzeitige Vorhandensein einer Psychose und einer Störung durch psychotrope Substanzen [...]“ zurück (vergl. Eikelmann, Reker, Zacharias 2002: 48). Vorwiegend sind es ältere wohnungslose Menschen, bei denen besonders häufig psychische Störungen in Kombination mit Substanzabhängigkeiten, aber auch kognitive Einschränkungen sowie Angststörungen diagnostiziert werden. Unter den psychisch erkrankten wohnungslosen Frauen treten Suchtproblematiken zwar insgesamt seltener auf als bei wohnungslosen

Männern, jedoch werden Schizophrenie und affektive Störungen im Verhältnis zur Durchschnittsbevölkerung häufiger festgestellt (vergl. Freudenberg 2008:12). Angesichts der demographischen Entwicklung in der Bevölkerung ist davon auszugehen, dass auch der Anteil älterer, mehrfacherkrankter wohnungsloser Menschen drastisch ansteigen wird und somit die Versorgung dieser höchst vulnerablen Gruppe zunehmend problematischer wird (vgl. Reifferscheid 2010: 198 f).

4.2 „Armut macht krank“ - gesundheitsgefährdende Faktoren im Lebensalltag wohnungsloser Menschen

Das eben beschriebene hohe Maß an somatischen und psychischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen geht in erster Linie auf deren Lebensbedingungen zurück, unter denen die Betroffenen zahlreichen physischen und psychischen Krankheitsrisiken unausweichlich ausgesetzt sind. Gemeinhin wird der Lebensalltag wohnungsloser Menschen von der ständigen Suche nach einer sicheren Schlafgelegenheit, permanenten Schlafmangel, Lebenskrisen und weitreichenden Ausgrenzungserfahrungen begleitet, von denen verschiedenste Lebensbereiche berührt werden können. So spiegelt das Leben auf der Straße die extremste Form von Exklusion wieder, bei der es zum Einen durch das Fehlen von annehmbaren und mietrechtlich abgesicherten Wohnraum oder Eigentum zum Ausschluss vom physischen und rechtlichen Bereich kommt und die Betroffenen zum Anderen durch den Mangel an Privatsphäre und funktionierenden sozialen Netzwerken über keinen Zugang zum sozialen Bereich verfügen (vgl. Rothschuh, 2010: 69). Wohnungslose Menschen haben daher in der Regel nur in den seltensten Fällen Zugriff auf gesellschaftliche Ressourcen, wie soziale Sicherungssysteme, das Bildungswesen oder die gesundheitliche Versorgung und haben zudem keine Möglichkeit, auf politischer Ebene ihren Interessen Gehör zu verschaffen (vgl. Gillich 2005: 89). Wohnungslose Menschen stellen eine gesellschaftliche Randgruppe dar, deren Lebenslage innerhalb der Bevölkerung am stärksten von [...] Verachtung, Isolation und sozialer Benachteiligung geprägt wird. Den Betroffenen wird durch diese vielfache Exklusion die Grundlage entzogen, ausreichende Bewältigungsstrategien entwickeln zu können, um Krankheiten vorzubeugen, geschweige denn bewältigen zu können (vgl. Hajen, 2006: 5).

In nachfolgender Übersicht werden die bedeutendsten spezifischen physischen, psychischen und sozialen Gesundheitsrisiken der Lebenslage wohnungsloser Menschen benannt, wobei auch der Einfluss bestimmter Lebensbedingungen auf die mögliche Entwicklung individueller, gesundheitsgefährdender Verhaltensmuster berücksichtigt werden soll.

Mangel an Privatsphäre:

Nur selten verfügen wohnungslose Menschen über eine dauerhafte Unterkunft, in der sie sich regelmäßig aufhalten und übernachten können. So sind die meisten der Betroffenen gezwungen, ihre täglichen Aktivitäten vor den Augen der Öffentlichkeit zu verrichten. Die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten und der permanente Einschränkung der Privatsphäre führen dazu, dass wohnungslosen Menschen grundsätzlich die Möglichkeit der physischen und psychischen Erholung verwehrt bleibt und gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich ziehen können (vgl. Gillich 2005: 94).

Fehlender Schutz vor Witterung:

Die Schlafgewohnheiten und -bedingungen von wohnungslosen Menschen können sehr unterschiedlich ausfallen und sich somit auch mehr oder weniger stark auf den Gesundheitszustand auswirken. Das wohl höchste Gesundheitsrisiko haben diejenigen, die sich permanent oder zum größten Teil zum Schlafen draußen aufhalten, also `Platte` machen, da sie unter diesen Bedingungen jeglichen Witterungsverhältnissen, wie Nässe, Hitze, Zugluft und insbesondere Kälte ungeschützt ausgeliefert sind. Vor allem bei Minustemperaturen im Winter bietet die Straße den meisten Betroffenen nur ungenügenden Schutz vor Kälte, sodass es immer wieder zu Erfrierungstoden von wohnungslosen Menschen kommt (vgl. Kellinghaus 2000: 17 und Pitz 2009: 94). So stellte sich im Zuge von Traberts Untersuchungen heraus, dass im Winter 1996/97 mindestens 50 wohnungslose Personen in Deutschland erfroren sind (vergl., Trabert 2002:178).

Unzureichende Hygiene:

Des Weiteren leben Menschen ohne Obdach in der Regel unter mangelhaften hygienischen Bedingungen, von denen in zahlreichen Fällen negative Folgen für den

Gesundheitszustand der Betroffenen ausgehen. So sind die Möglichkeiten der Körperpflege durch fehlende sanitäre Anlagen gerade für wohnungslose, auf der Straße lebende Menschen stark eingeschränkt. Andere Wohnungslose, welche in Wohn- oder Notunterkünften untergebracht sind, haben zwar einen direkten Zugang zu Wasch- und Duschmodöglichkeiten, welche jedoch oftmals als nicht ausreichend zu bezeichnen sind (vgl. Kellinghaus 2000: 17 und Pitz 2009: 14) .

Ungenügender Schutz vor Gewalt:

Ein weiteres Gesundheitsrisiko für Wohnungslose, die ungeschützt auf der Straße übernachten, stellen körperliche Übergriffe bis hin zum Mord dar. Zum Teil sind solche Körperverletzungen der rechtsradikalen Szene zuzuordnen, jedoch sind es nicht selten ebenfalls Personen aus sozialen Randgruppen, von denen wohnungslose Menschen angegriffen und/ oder ausgeraubt werden (vergl. Kellinghaus 2000: 19).

Ernährungsdefizite:

Aufgrund des Mangels an finanziellen Ressourcen und des gleichzeitigen Fehlens einer eigenen Kochmöglichkeit, sind wohnungslose Menschen in der Regel in der Auswahl ihrer Nahrungsmittel stark eingeschränkt. Zwar bemühen sich einige Einrichtungen der Wohlfahrt darum, auch diesen Menschen eine kostenlose oder günstige warme Mahlzeit anbieten zu können, jedoch erreichen diese Angebote längst nicht alle Wohnungslosen und können mit den begrenzten, zur Verfügung stehenden Mitteln nicht immer für eine hochwertige, gesunde Kost garantieren (vgl. Luswig- Mayerhofer, Müller, v. Paulgerg- Muschiol 2001: 278). Dementsprechend oft führt dies bei wohnungslosen Personen zu einer langfristigen Mangel- und Fehlernährung, die sich erheblich auf die gesundheitliche Verfassung der Betroffenen auswirken kann (vgl. Kellinghaus 2000: 17).

Soziale Isolation:

In der Gruppe der alleinstehenden wohnungslosen Menschen finden sich überwiegend Personen, die in erheblichem Maße von sozialer Isolation betroffen sind. Die meisten unter ihnen sind ledig oder haben eine Scheidung hinter sich, stehen mit Familie und Angehörigen nicht mehr in Kontakt und können sich an keine, ihnen vertraute Bezugsperson wenden. Bei diesen Personen zerbrechen soziale

Beziehungen häufig an den Belastungen und Einschränkungen, die aus der Wohnungslosigkeit selbst aber auch aus psychischen Erkrankungen entspringen. Dadurch gehen für die meisten alleinstehenden Wohnungslosen wichtige Bezugspersonen verloren, deren soziale Unterstützung im Krankheitsfall jedoch dringend notwendig wäre, um so den jeweiligen Krankheitsverlauf durch seelische, materielle oder auch organisatorische Hilfe günstig beeinflussen zu können. Das Leben in sozialer Isolation erhöht darüber hinaus für Betroffene das Risiko, eine psychiatrische Auffälligkeit bis hin zu einer tiefgreifenden, sich manifestierenden psychischen Störung zu entwickeln (vergl. Kellinghaus 2000, 75 f).

individuelles Risikoverhalten:

Ein Leben ohne Obdach, häufig in Verbindung mit Arbeitslosigkeit, Mittellosigkeit, sozialer Isolation und Perspektivlosigkeit, wirkt sich bei vielen wohnungslosen Menschen negativ auf den persönlichen Substanzgebrauch und ihr Konsumverhalten aus. Besonders verbreitet, vor allem unter männlichen Wohnungslosen, sind ein z.T. exzessiver Alkoholkonsum sowie die Ausprägung einer langjährigen Alkoholabhängigkeit. Verschiedene Studien ergaben, dass schätzungsweise 30 bis 40 % der wohnungslosen Menschen eine Alkoholabhängigkeit aufweisen, bei einem weiteren Drittel ist von einer Gefährdung für eine Abhängigkeitserkrankung auszugehen (Vgl. Trabert 2002: 165). Ein riskantes Gesundheitsverhalten geht zwar in vielerlei Hinsicht auf individuelle Faktoren, wie Zigaretten- und Alkoholkonsum, Übernachtungsbedingungen und Ernährungsgewohnheiten zurück, jedoch können diese Verhaltensmuster zugleich als mögliche Reaktionsformen auf Armutslagen und gesellschaftliche Ausgrenzung gedeutet werden. Ferner soll an dieser Stelle auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, dass eine geringe Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsangebote als ein weiteres Kriterium des -, ebenso in einem größeren Zusammenhang betrachtet wird und als eine Folge von Abweisung, negativen Erfahrungen im Gesundheitssystem oder auch persönlichen Hemmungen wahrgenommen wird. (Pitz, 2009: 94f).

Spezifische Gesundheitsrisiken bei wohnungslosen Frauen:

Zwar gibt es nur wenige detaillierte und aussagekräftige wissenschaftliche Daten zu den Besonderheiten der Gesundheitssituation wohnungsloser Frauen. Dennoch können einige spezifische Gesundheitsrisiken, denen betroffene Frauen ausgesetzt

sind, hervorgehoben werden. So besteht die Gefahr für wohnungslose Frauen, im Leben der Öffentlichkeit permanent verbaler und körperlicher Gewalt ausgesetzt sein zu müssen. Die Straße bietet nur unzureichenden Schutz vor Misshandlungen und sexueller Gewalt. Oftmals gehen Frauen aus ihrer Notlage heraus prostitutionsähnliche Verhältnisse mit Männern ein, um im Gegenzug einen Schlafplatz zu erhalten. Untersuchungen und Praxiserfahrungen konnten nachweisen, dass etwa 90 % der befragten Frauen in der Vergangenheit schon einmal zum Opfer sexueller Gewalt geworden sind (vgl. BAG W e.V. 2012: 4).

5. Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg

Nachdem im vorangegangenen Kapitel ein Überblick über generelle Erkrankungsschwerpunkte sowie über spezifische Gesundheitsrisiken bei wohnungslosen Menschen gegeben wurde, soll nun beleuchtet werden, wie es um die momentanen Verhältnisse gesundheitlicher Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg steht.

Zunächst soll hinterfragt werden, aus welchen Gründen die regelhafte Gesundheitsversorgung in seiner jetzigen Form nicht geeignet ist, um wohnungslosen Menschen den Zugang zu medizinischer und psychiatrischer Behandlung zu ermöglichen bzw. warum das Regelsystem von dieser Klientel kaum genutzt wird.

Im Anschluss daran folgt die Beschreibung aktuell bestehender Angebote des medizinischen sowie psychiatrischen Hilfesystems für wohnungslose Menschen in Hamburg, deren unterschiedliche Formen und praktische Tätigkeiten vorgestellt werden. Sofern nähere Hintergrundinformationen, etwa zur Finanzierung, zur Auslastung oder zu den jeweiligen Behandlungsschwerpunkten vorliegen, werden diese ebenfalls mit aufgeführt.

5.1 Wie lässt sich die geringe Inanspruchnahme der gesundheitlichen Regelversorgung durch wohnungslose Menschen erklären?

In der Theorie stehen die Leistungen der regelhaften Gesundheitsversorgung grundsätzlich auch wohnungslosen Menschen zur Verfügung. Die Praxis in

Deutschland zeigt jedoch, dass institutionalisierte Gesundheitseinrichtungen und -angebote kaum von dieser Personengruppe genutzt werden (vgl. Trabert, 2010: 103). Die Ursachen hierfür können sehr unterschiedlich sein, allerdings sind es in vielen Fällen gesetzliche und bürokratische Hürden, die einer Inanspruchnahme der Regelversorgung durch wohnungslose Menschen im Weg stehen.

So haben das seit dem 1. Januar wirksame GKV- Modernisierungsgesetz (GMG) sowie die seit dem 1. Januar 2005 gültige Hartz IV- Gesetzgebung Veränderungen mit sich gebracht, die die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen zusätzlich erschweren. Durch das GMG wurde in die Wege geleitet, dass Personen, die bis dato Hilfen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) erhielten, mit den Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt werden, wodurch auch viele wohnungslose Menschen von der Verpflichtung zur Zuzahlung bei Medikamenten, Krankenhausaufenthalten und anderen Gesundheitshilfen betroffen sind. Über einige Jahre hinweg beinhaltete dies zudem die Zahlung einer Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal, die bis zu ihrer Abschaffung zum 1. Januar 2013 auch von wohnungslosen Patienten bei Arztbesuchen zu entrichten war. Seit Einführung des GMG werden zahlreiche Leistungen generell nicht mehr von der Krankenversicherung übernommen, darunter fallen alle nicht verschreibungspflichtigen Medikamente, Brillen und Kontaktlinsen sowie Fahrtkosten zur ambulanten Gesundheitsversorgung (vergl. Classen, 2004, 6 http://www.nds-fluerat.org/projekt/gesund/Kommentar_GMG.pdf). Zahlreiche Arzneimittel, wie Erkältungsmittel, Schmerzmittel aber auch Mittel zur Behandlung von Parasitenbefall wurden dadurch von der GKV- Verschreibungsfähigkeit ausgenommen, obwohl gerade diese unter den prekären Lebensbedingungen wohnungsloser Menschen oft notwendig sind (vgl. Kunstmann 2006: 35f).

Bereits kurz nach Inkrafttreten der Gesundheitsreform führte die BAG W Befragungen in medizinischen Versorgungseinrichtungen für wohnungslose Menschen durch und konnte so die negativen Auswirkungen der Gesetzesänderungen zweifellos bestätigen. Danach würden Wohnungslose oftmals weder eine Behandlung, noch Medikamente erhalten oder aufgrund der neuen Bestimmungen keinen Arzt mehr aufsuchen (vgl. Trabert,2010: 104)

Des Weiteren wurde im Zuge der am 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Hartz IV-Regelung des neuen SGB II die Zusammenlegung der Arbeitslosen- und Sozialhilfe beschlossen. Danach wurden bisherige Sozialhilfeempfänger, die in der Lage sind,

mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten, zu Empfängern des Arbeitslosengeldes II und sind damit über die Bundesagentur für Arbeit nach §5 SGB V pflichtversichert, wodurch für viele Wohnungslose ein Erstattungsverfahren von Zuzahlungen nach § 264 SGB V seitdem nicht mehr möglich ist (vgl. Classen, 2004: 8 und Kunstmann 2006: 17).

Auch Wohnungslose, die nicht unter das SGB II fallen, sondern Leistungen zum Lebensunterhalt oder Hilfe in besonderen Lebenslagen gemäß SGB XII erhalten, werden nach § 264 SGB V, Abs. 2, den GKV-Versicherten formell gleichgestellt und müssen sich im Falle einer Krankenbehandlung einer Krankenkasse zuordnen, die die anfallenden Kosten übernimmt und diese vom Sozialamt zurückerstattet bekommt. Diese Regelung gilt nicht für Personen, die weniger als einen Monat lang Hilfen zum Lebensunterhalt beziehen, wodurch sich zwei Kategorien von wohnungslosen Menschen mit verschiedenen Versorgungsansprüchen herausbilden. Mit dem Wirksamwerden des GMG und des SGB II wurden Sonderrechte und Begünstigungen für wohnungslose Menschen außer Kraft und die lange Zeit im BSHG verankerte Hilfe im Krankheitsfall ersatzlos abgeschafft, was für diese Klientel finanzielle und bürokratische Schwierigkeiten in der Versorgungspraxis mit sich bringt. So ergeben sich für wohnungslose Menschen, die bisher keinen Krankenversicherungsschutz besaßen, erhebliche Lücken bei der Leistungsgewährung und Leistungsvergütung während der Bearbeitungszeit des Antrags, die bei gesetzlichen Krankenkassen durchschnittlich zwischen vier und acht Wochen liegt. Hinzu kommt, dass die Chipkarte unter den problematischen Lebensbedingungen wohnungsloser Menschen in zahlreichen Fällen verloren geht, wodurch eine akut notwendige Krankenbehandlung erschwert wird und weitere Kosten für die betroffene Person entstehen (vgl. Kunstmann 2006 :20/Wilfried). Zudem beinhaltet die Regelung zur Pflichtversicherung, die seit April 2007 wirksam ist, dass auch wohnungslose Menschen, die Monate, vielleicht sogar Jahre ohne Versicherungsschutz gelebt haben, Versicherungsbeiträge rückwirkend erstatten müssen, sobald sie in eine gesetzliche Krankenkasse aufgenommen werden, was für viele Betroffene jedoch eine enorme finanzielle Überforderung darstellt (vergl. Kießling 2010: 100).

Nicht nur strukturelle und sozialbürokratische Bedingungen erschweren wohnungslosen Menschen, die regelhafte Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen. Zugleich wenden sich Betroffene aus verschiedensten persönlichen Gründen selten an institutionelle Gesundheitseinrichtungen. So besteht bei vielen

wohnungslosen Menschen eine große Hemmschwelle, eine `normale` Arztpraxis aufzusuchen, sei es aus Scham oder der Angst davor, abgewiesen zu werden. Zum anderen können negativen Erfahrungen mit Ärzten und medizinischem Personal im Gesundheitswesen dazu führen, dass gesundheitliche Versorgungsangebote aufgrund des mangelnden Vertrauens zu den Ärzt_innenIn oder einer generellen Skepsis gegenüber dem medizinischen und/oder psychiatrischen Versorgungssystem per se nicht genutzt werden. In anderen Fällen verhindern eine subjektive verzerrte Wahrnehmung des Gesundheitszustandes oder eine gänzlich fehlende Krankheitseinsicht, dass medizinische oder psychiatrische Versorgungsangebote aufgesucht werden (vgl. Trabert 1995:103 und Trabert 2010:180)

5.2 Überblick über medizinische und psychiatrische Versorgungsangebote im Hilfesystems für Wohnungslose in Hamburg

Nachdem nachvollzogen werden konnte, welche strukturellen und persönlichen Hürden wohnungslose Menschen davon abhalten, die bestehende regelhafte Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen, sollen nun verschiedene medizinische und psychiatrische Angebote der Wohnungslosenhilfe in Hamburg vorgestellt werden, um zu veranschaulichen, wie in der Praxis der Sozialen Arbeit auf die problematische Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen reagiert wird.

5.2.1 medizinische und psychiatrische Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

In Hamburg werden in verschiedenen Tagesaufenthaltsstätten sowie Notunterkünften niedrigschwellige, allgemeinmedizinische und in einigen Fällen auch psychiatrische Sprechstunden für wohnungslose Männer und Frauen angeboten, in denen Betroffene ambulant, kostenlos und auch ohne gültige Krankenversicherung behandelt werden.

Wohnungslose Frauen haben im *KEMENATE- Tagestreff* die Möglichkeit, die einmal wöchentlich, von einer im Stadtteil niedergelassenen Ärztin angebotene, allgemeinmedizinische Sprechstunde unbürokratisch und anonym zu nutzen und erhalten so eine Erstversorgung oder eine weitergehende medizinische Beratung. Alle zwei Wochen findet zudem eine psychiatrische Sprechstunde statt, die in

Kooperation mit dem Albertinen - Krankenhaus von einer Psychiaterin durchgeführt wird (vergl. http://kemenate-hamburg.de/kemenate_tagestreff/unser-angebot/).

In der *Wohnunterkunft Notkestraße* können die dort untergebrachten wohnungslosen Frauen die einmal wöchentlich, im Haus stattfindende Sprechstunde nutzen, die in Kooperation mit drei Ärzten einer Allgemeinmedizinischen Praxis durchgeführt wird. Neben einer großen Zahl chronisch somatischer Erkrankungen, die nach Einschätzung der behandelnden Allgemeinmediziner häufig auf eine schlechte Ernährung, unzureichende Körperhygiene und ein erhöhtes Infektionsrisiko zurückgehen, werden zudem bei vielen Frauen der Unterkunft psychiatrische Störungen sowie Abhängigkeitserkrankungen diagnostiziert. (vgl. Fink 2006: 39f). Die Versorgung dieser erkrankten Frauen und die manchmal erforderliche Weitervermittlung in das psychiatrische Hilfesystem soll zusätzlich durch aufsuchende Arbeit einer psychiatrischen Institutsambulanz gewährleistet werden (vgl.

Einen weiteren Zugang zur allgemeinmedizinischen Versorgung bietet die seit 1994 bestehende und zweimal wöchentlich stattfindende Sprechstunde einer Internistin in der *Tagesaufenthaltsstätte Bundesstraße*, die sowohl von Männern als auch von Frauen in Anspruch genommen werden kann. Im Jahre 2011 wurde die ärztliche Sprechstunde insgesamt von 673 Personen, darunter 94 Frauen konsultiert, akute und chronische Krankheiten behandelt, weiteres Ziel ist aber auch Reintegration ins normale medizinische Hilfesystem, scheitert jedoch erfahrungsgemäß häufig an Zuzahlungen, Ängsten, Scham und beiderseitige Vorbehalte zwischen wohnungslosen Patienten und Arztpraxen. Auffällig hohe Zahl an Patienten mit massiven seelischen Erkrankungen, sozialpsychiatrischer Dienst bietet einmal im Monat in TAS psychiatrische Sprechstunde, um Betroffene zu erreichen (vergl. Tagesaufenthaltsstätte im Diakonie Zentrum für Wohnungslose Jahresbericht 2011 gekürzte Version. Medizinische Sprechstunde, S. 4 http://www.diakonie-hamburg.de/export/sites/default/.content/downloads/spenden/TAS_2011_JahresberichtTAS_Version-Spender.pdf)

Park- In: Überwiegend besteht die Zielgruppe des PARK-IN aus chronisch mehrfach beeinträchtigten Suchtmittelabhängigen, unter denen sich zumeist alkoholabhängigen Personen finden. Das niedrigschwellig angelegte Hilfsangebot umfasst neben der medizinischen Behandlung, also die Notfall- und Erstversorgung

bei akuten Beschwerden außerdem die Möglichkeit, eine suchtorientierte medizinische Einzelberatung in Anspruch zu nehmen. Auch hier soll im besten Fall eine Anbindung an weiterführende Behandlungseinrichtungen zur Anschlussbehandlung erreicht werden. Im Jahr 2011 nahmen insgesamt 164, überwiegend männliche Personen die ärztliche Notfall- und Erstversorgung sowie die suchtorientierten ärztlichen Einzelgespräche für sich in Anspruch. Unter den Betreuten fanden sich insgesamt 63 Personen ohne festen Wohnsitz, wodurch der Anteil wohnungsloser Klienten und Klientinnen seit 2008 um nahezu 100 % gestiegen ist. (vgl. Die Heilsarmee Park- In Sachbericht 2011, 16f).

Bei einem Großteil der Klientel im Park- In werden die gravierenden gesundheitlichen Auswirkungen des starken, teilweise jahrzehntelang andauernden Alkoholkonsums besonders sichtbar. So sind viele der hier versorgten Personen an Leberzirrhose, Diabetes, Hirnschäden, Magen- Darmgeschwüren etc. erkrankt und dadurch erheblich in ihrer Gesundheit beeinträchtigt.

Bezogen auf die Klientel der Straßensozialarbeit gestaltet sich die Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung in der Einrichtung als schwierig, da die Klientel kaum bereit ist ihre Szenepunkte zu verlassen. (vgl. 59ff <http://www.heilsarmee.de/parkin/angebote-leistungen.html>)

5.2.2 mobile Gesundheitshilfen

Der Caritasverband Hamburg e.V. ermöglicht mit seinen zwei Praxen auf Rädern eine ambulante medizinische und zahnärztliche Versorgung wohnungsloser Menschen direkt vor Ort. Seit 1995 fährt das *Krankenmobil* an fünf Tagen in der Woche verschiedene Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sowie öffentliche Plätze in der Stadt an, um erkrankten wohnungslosen Menschen allgemeinmedizinische und pflegerische Versorgung durch Krankenpflegekräfte und ehrenamtlichen Ärzte anzubieten. Insbesondere sollen durch die Präsenz vor Ort auch jene Personen erreicht werden, die „Platte“ machen und unter Umständen sozial isoliert, meist unbemerkt und ohne jegliche Anbindung an das Hilfesystem für Wohnungslose oder sonstige Institutionen auf der Straße leben und oftmals einen entsprechend dringenden medizinischen Behandlungsbedarf aufweisen (<http://www.caritas-hamburg.de/14726.html> Caritas Verband e.V. Existenzsicherung 9.5.14)

Die Mitarbeiter des Krankenpflegemobils verzeichneten im Laufe ihrer Arbeit einen wachsenden Anteil obdachloser Menschen, die so schwere Erkrankungen und psychosoziale Probleme aufweisen, dass sie im Rahmen einer ambulanten medizinischen Versorgung nicht ausreichend behandelt werden können. Die extremen Bedingungen eines Lebens auf der Straße verhindern darüber hinaus bei schwer erkrankten Menschen eine gesundheitliche Regenerierung (vergl. Dieter Ackermann: Krankenstube für Obdachlose, S. 35)

Das 2008 ins Leben gerufene „Colgate Zahnmobil“, ein zur Zahnarztpraxis umgebauter Bus, ist für die zahnärztliche Akutbehandlung wohnungsloser Menschen zuständig und ist zwei Mal in der Woche an verschiedenen Orten, u. a. in zwei Tagesstätten sowie einer Übernachtungsstätte für wohnungslose Menschen, für Betroffene zugänglich. Das Team des Zahnmobiles setzt sich aus 25 ehrenamtlichen Zahnärztinnen und Zahnärzten, 6 geringfügig beschäftigten Assistenzkräften, sowie einer Zahnmedizinischen Fachangestellten und einem Fahrer zusammen.

Die laufenden Betriebskosten dieses Projektes werden durch die Caritas in Kooperation mit der Colgate- Palmolive GmbH getragen, wohingegen der Kauf und der technische Umbau des Zahnmobils durch die finanzielle Unterstützung des Hamburger Spendenparlaments und des Deutschen Hilfswerk ermöglicht wurden (vergl. <http://www.caritas-hamburg.de/45681.html> Stand: 09.05.14).

Im Jahre 2012 suchten 649 Personen das Zahnmobil auf, womit die Anzahl der Klienten des Zahnmobils in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen hat. Im selben Jahr wurde festgestellt, dass es mehr Patienten mit schlechtem Zahnstatus gibt als in den Jahren zuvor, wodurch die Behandlungskapazitäten dieses zahnärztlichen Angebotes oftmals überlastet waren.

Mit einem Anteil von 77,3 % waren es im Jahr 2012 überwiegend wohnungslose Männer, die das ärztliche Versorgungsangebot nutzten. Daneben wurde bei den Hilfesuchenden ein Altersdurchschnitt von etwa 30 Jahren ermittelt und ist im Vergleich zum Vorjahr (42,5 Jahre) deutlich gesunken.

(vergl. aktueller Tätigkeitsbericht Zahnmobil http://www.caritas-hamburg.de/aspe_shared/form/download.asp?nr=383100&form_typ=115&acid=036E3604ABEA4428826784A4C5400E9DE171D&ag_id=11851).

5.2.3 Schwerpunktpraxen für wohnungslose Menschen

Im Sommer 2013 wurden unter der Leitung der Arbeitsgruppe Gesundheitshilfen des Projektes „Wege aus der Obdachlosigkeit“ die sogenannten Schwerpunktpraxen für wohnungslose Menschen eingeführt. Insgesamt wurden so an drei Standorten der Wohnungslosenhilfe, u.a. im Männerwohnheim Pik As, medizinische und psychiatrische Sprechstunden eingeführt, die jeweils ein bis zweimal in der Woche von mehreren Allgemeinmediziner und Psychiater_innen angeboten werden. Das auf zwei Jahre befristet angelegte Projekt wird in Kooperation zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH), den Kassen und der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) in diesen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe angeboten und in Kooperation zwischen KVH, den Kassen und der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) finanziell getragen. Die Kosten für die Ausstattung der Praxis wurden vom Hamburger Spendenparlament und die Behandlungsräume durch den Caritasverband Hamburg e.V. und der Anstalt öffentlichen Rechts, sowie fördern & wohnen übernommen. Mit diesen Schwerpunktpraxen wurde ein zusätzliches medizinisches und psychiatrisches Versorgungsangebot entwickelt, das dem hohen Behandlungsbedarf unter erkrankten Wohnungslosen durch die ambulante Versorgung nachzukommen versucht. Langfristig soll auch innerhalb dieses Angebotes das Ziel erreicht werden, die Betroffenen künftig an Institutionen der regelhaften Gesundheitsversorgung anzubinden. (vgl. 13. Bundestagung AG Ishorst- Witte 2013: 1f).

5.3 stationäre Gesundheitsversorgung

Für wohnungslose Menschen, die in so hohem Maße erkrankt sind, dass eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht und eine intensive medizinisch-pflegerische Versorgung und eine längere Schonungs- bzw. Heilungsphase notwendig sind, stehen in der seit 1999 bestehenden Krankenstube des Caritasverbands für Betroffene 14 Betten sowie zwei Notbetten zur Verfügung. Die Betreuung der dort untergebrachten Patienten wird rund um die Uhr durch ein Team von sechs Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern, Altenpflegern, ein Sozialarbeiter und zwei Zivildienstleistende sowie Aushilfskräfte und ehrenamtliche Unterstützer sichergestellt(S. 35 Dieter Ackermann: Krankenstube für Obdachlose).. Insbesondere können durch dieses Angebot wohnungslose, auf der Straße lebende Personen, die noch nicht vollständig regeneriert aus dem Krankenhaus entlassen werden oder einen stationären Aufenthalt vermeiden wollen, während ihres

Heilungsprozesses professionell betreut und versorgt werden, wodurch in vielen Fällen einer Verschleppung und Chronifizierung bestimmter Erkrankungen entgegengewirkt werden kann. Vor allem sind es Hauterkrankungen, offene Wunden, Atemwegs- sowie Herz-/ Kreislaufferkrankungen, Diabetes, Parasitenbefall, aber auch Krebserkrankungen, die hier medizinisch behandelt werden. In den letzten Jahren konnte festgestellt werden, dass in etwa 90 Prozent der Fälle chronische Erkrankungen mit langwierigen Suchtproblematiken einhergehen und immer mehr der hier untergebrachten Patienten unbehandelte psychische Erkrankungen aufweisen (vergl. Krankenstube für Obdachlose: aktueller Tätigkeitsbericht)

die zusätzlich in enger Kooperation mit dem Gesundheitsamt St. Pauli sowie einer Gemeinschaftspraxis im Stadtteil zusammenarbeiten. Die dort niedergelassenen Fachärzte stehen im kontinuierlichen Austausch mit dem Personal der Krankenstube und suchen die Einrichtung einmal wöchentlich für die Begutachtung der dort untergebrachten Patienten auf. Mit vier Krankenhäusern gibt es inzwischen Absprachen, dass z. B. die Auszubildenden einige Wochen in der Krankenstube mitarbeiten.

Aufgrund der hohen Nachfrage und der begrenzten Kapazitäten ist die Krankenstube als Hamburgs einzige stationäre medizinische Versorgungseinrichtung für wohnungslose Menschen in der Regel ausgelastet. Im Jahr 2012 wurden insgesamt 125 Frauen und Männer, z.T. auch mehrfach, zur Behandlung aufgenommen, wodurch die Auslastung der Einrichtung einen Wert von 103,5 % erreichte. Für etwa ein Drittel der Hilfesuchenden konnte die Einrichtung 2012 zwangsläufig keine Betten zur Verfügung stellen, wodurch die Betroffenen in Einzelfällen lediglich ambulant versorgt und wenn möglich an Krankenhäuser weitervermittelt werden können.

Generell wird angestrebt, erkrankte wohnungslose Menschen an das psychiatrische Regelsystem anzubinden und weiterzuvermitteln, indem verstärkt mit professionellen psychiatrischen Institutionen und Fachärzten kooperiert wird.

6. Forderungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und -situation wohnungsloser Menschen

Der Einblick in das gesundheitliche Versorgungsnetz der Wohnungslosenhilfe in Hamburg hat aufzeigen können, dass insbesondere Konzepte wie das der interdisziplinär ausgerichteten ärztlichen Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, oder auch an Treffpunkten, auf große Nachfrage bei dieser Klientel stoßen. Durch die Einführung dieser niedrigschwelligen Sprechstunden wird so für zahlreiche wohnungslose Personen mit dringendem Behandlungsbedarf eine verbesserte Möglichkeit der akuten medizinische Versorgungsmöglichkeit vor Ort geschaffen (vergl. Trabert 1995, 128)

Um adäquater auf die Hilfebedarfe kranker wohnungsloser Menschen reagieren zu können und diesen eine Orientierung innerhalb der gesundheitlichen Versorgung bieten zu können, sind eine verstärkte Kooperation und Vernetzung zwischen den Teams der einzelnen Übernachtungsstellen, Tagesstätten, oder der ambulanten Angebote für wohnungslose Menschen unerlässlich. Darüber hinaus zeigen die bisherigen Erfahrungen aus den medizinischen und psychiatrischen Angebotsformen in Hamburg, dass durch die enge Zusammenarbeit und regelmäßige Absprache zwischen Sozialarbeitern und medizinischen und psychiatrischen Fachkräften eine frühere und gezieltere Einleitung gesundheitlicher Hilfemaßnahmen möglich wird. Daher ist für die in der Sozialen Arbeit Tätigen generell anzustreben, sich vermehrt mit gesundheitlichen Institutionen außerhalb der Wohnungslosenhilfe zu vernetzen, wie etwa mit Krankenhäusern, Gesundheitsämtern und sozialen Beratungsstellen (vergl. Trabert 1995, 129 und vergl. Lutz, Simon 2007, 143f).

Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen bedeutet `gute Qualität` nicht automatisch, dass *mehr* medizinische Hilfsangebote notwendig sind, sondern vielmehr „[...]“, dass Hausärzt_innen, Fachärzt_innen und Krankenhäuser viel besser miteinander und mit Leistungen der Pflege, der sozialen Arbeit, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Selbsthilfe und der psychischen Unterstützung verbunden werden müssen.“(vergl. Rosenbrock 16f).

→ gut ausgeschilderte und unkomplizierte Wege der gesundheitlichen und sozialen Therapie in diesem System- und auch wieder aus ihm heraus Die Anbindung wohnungsloser Personen an die gesundheitliche Regelversorgung mit entsprechendem Krankenversicherungsschutz und eigener Chipkarte kann daher nur erreicht werden, wenn die medizinischen und psychiatrischen Hilfen mit den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Hand in Hand gehen. Eine gemeinsame

Koordination, wie z.B. in Form von Case- Management, ist daher dringend notwendig, damit die verschiedenen Segmente der Hilfsangebote besser ineinander greifen können, Zuständigkeiten geklärt sind und notwendige Informationen über die Betroffenen ausgetauscht werden können. Die medizinische Akutversorgung reicht in der Regel jedoch nicht aus, um die Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen nachhaltig zu verbessern. Notwendig sind weiterführende Hilfen, die den Betroffenen auch noch nach der kurzfristigen Linderung von Beschwerden ermöglichen, eine langfristige Perspektive für ihr weiteres Leben entwickeln zu können. Ohne eine grundlegende Veränderung der Lebenssituation wird der oder die Betroffene zwangsläufig weiterhin mit den krankmachenden Lebensbedingungen konfrontiert sein, sodass eine Behandlung akuter Beschwerden zwar eine kurzfristige Linderung verschaffen kann, jedoch langfristig wenig sinnvoll ist. Damit wohnungslose Menschen überhaupt in die Lage kommen, nachhaltig gesundheitsförderndes Verhalten entwickeln zu können, müssen also zunächst die entsprechenden Lebensverhältnisse durch gezielte Maßnahmen verbessert werden (vergl. Lutz, Simon 2007, 143f). Darunter fällt etwa die dringende Notwendigkeit, wohnungslosen Menschen ausreichende Möglichkeiten der Körperpflege, also adäquate Wasch- und Duscmöglichkeiten, Toiletten etc. zur Verfügung zu stellen, um Erkrankungen, die durch schlechte hygienische Bedingungen hervorgerufen werden, vorzubeugen (Trabert 1995, 128).

Neben dem Ausbau niedrigschwellig angelegter medizinischer Sprechstunden, ist hinzukommend notwendig, den Einsatz aufsuchender Hilfen zu erhöhen, da in deren Verständnis die unmittelbare Nähe zum Klienten oder zur Klientin und deren Lebenswelt im Vordergrund stehen. Durch den damit verbundenen direkten Einblick in die Lebenswelt wohnungsloser Menschen ist es wahrscheinlicher, dass spezifische Problemlagen und sich wandelnde Hilfebedarfe wohnungsloser Personen frühzeitig erkannt werden (vergl. Hinz, Simon, Wollschläger, 2000, 20). Auf Grundlage dieser Erkenntnisse können bestehende Defizite und Zugangsbarrieren im medizinischen und psychiatrischen Hilfesystem sichtbar gemacht werden und zur Modifizierung oder Neuentwicklung von gesundheitsversorgenden Angeboten beitragen, die sich gezielter an den Bedürfnissen wohnungsloser Menschen orientieren. Im Vordergrund steht hier das Prinzip der Lebensweltorientierung, nach der die Lebenswelt als Ort beschrieben wird, in dem sich das tägliche Handeln eines Individuums abspielt. Innerhalb dieses Rahmens verfügt eine Person über bestimmte

Handlungsmöglichkeiten, die sich aus dem Zusammenspiel von gesellschaftsstrukturellen Bedingungen und persönlichen Ressourcen herausbilden (vergl. Gillich 2008: 87) Streetwork kann dahingehend einen weiteren Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen leisten, als dass sie Selbsthilfeprozesse bei der betroffenen Person verstärkt anregen kann. Das Prinzip der Selbsthilfe beinhaltet, [...] eigene Probleme aus eigener Kraft bzw. gemeinsame Probleme mit gemeinsamer Anstrengung zu lösen.“ (Gillich, 88). So können bisher nicht genutzte oder subjektiv nicht wahrgenommene Ressourcen der wohnungslosen Person gemeinsam aufgedeckt und aktiviert werden, die sie wiederum befähigen, bestimmte Handlungsspielräume innerhalb ihrer Lebenswelt zu erweitern und Bewältigungsstrategien auszubauen. Hinsichtlich der Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen besitzt die Möglichkeit der Selbsthilfe einen hohen Stellenwert, da im Falle einer akuten Erkrankung ausschlaggebend ist, ob diejenige Person selbstständig Maßnahmen ergreifen kann, um die Beschwerden zu lindern bzw. in der Lage ist, sich gegebenenfalls an entsprechende medizinische Hilfsangebote zu wenden. Die Orientierung innerhalb des Spektrums an Versorgungsangeboten und zuständigen Anlaufstellen fällt vielen wohnungslosen Menschen schwer, insbesondere solchen, die noch nie oder schon lange keine sozialen Hilfsangebote mehr in Anspruch genommen haben und überwiegend sozial isoliert sind. In solchen Fällen können mit Hilfe dieser aufsuchenden Methode auf Basis des persönlichen Kontaktes und des Verständnisses der Lebenswelt der wohnungslosen Person Hemmschwellen und Misstrauen abgebaut werden, wodurch im besten Fall die erstmalige oder vermehrte Nutzung von Einrichtungen und Angeboten des Hilfesystems und damit auch eine medizinische oder psychiatrische Behandlung angeregt werden kann. Da Streetwork in der Lage ist, selbst Personen zu erreichen, die durch jegliche Versorgungsnetze gefallen sind und oftmals keinerlei Anbindung an das gängige Hilfesystem, geschweige denn Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, sollte diese Methode der Sozialen Arbeit vor dem Hintergrund der Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen mehr Beachtung finden und mit Hilfe eines höheren Personalschlüssels auch in Hamburg ausgebaut werden.

Eine besondere Problematik besteht in der gesundheitlichen Versorgung psychisch kranker Wohnungsloser, die in der Praxis der Wohnungslosenhilfe mehr und mehr eine schwerwiegende Herausforderung darstellt. Die hohe Zahl psychisch erkrankter Personen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wird zum einen durch das

soziale Stigma psychisch Erkrankter verursacht, da diese auf dem Wohnungsmarkt generell schlechte Chancen besitzen. Zum anderen werden Personen mit dem Ende eines stationären psychiatrischen Aufenthalts vermehrt in ungeklärte Wohnverhältnisse entlassen oder werden außerhalb der Klinik von den weiterführenden psychiatrischen Angeboten nicht angemessen erreicht. Eben diesen Betroffenen fehlt in vielen Fällen die Alltagsorientierung und die entsprechenden Bewältigungsressourcen, sodass sie häufig nicht in der Lage sind, Anträge zu stellen, die Angebote von Beratungsstellen zu nutzen, einen oder eine Psychiater_in aufzusuchen, Sprechstunden einzuhalten oder Vorgespräche in therapeutischen Einrichtungen zu führen. Diese Personengruppe wird gerade in den Einrichtungen mit niedrighwelligen Angeboten vermehrt wahrgenommen, da die Betroffenen versuchen, innerhalb dieses Hilfesystems ihre Grundbedürfnisse befriedigen zu können. Oftmals bewegen sich diese psychisch erkrankten wohnungslosen Personen zwischen dem psychiatrischen Hilfesystem und dem Wohnungslosenhilfesystem hin und her, da in der Praxis Zuständigkeiten nicht konkret geklärt sind bzw. nicht wahrgenommen werden, sodass viele Betroffene in keinem der beiden Systeme angemessene Hilfe und eine adäquate Behandlung erhalten (Andreas Pitz, S. 76 f)

Diese erheblichen Lücken in der Versorgung psychisch erkrankter Wohnungsloser liegen u. a. in fehlendem Datenmaterial begründet, aus denen Erkenntnisse für die genaue Planung und Gestaltung der psychiatrischen Versorgung dieser Menschen hervorgehen (vergl. S. 29 Hans Joachim Salize, Cornelia Dillmann- Lange, Beate Kentner- Figura: Versorgungsbedarf psychisch kranker Wohnungsloser- Sind wir in der Lage, ihn zu erkennen? Obdachlos und psychisch krank.) Daher bedarf es eines vermehrten Einsatzes detaillierter und differenzierter Untersuchungsverfahren in der psychiatrischen Forschung, um konkrete Problembereiche zu identifizieren und die spezifischen Hilfebedarfe psychisch kranker Wohnungsloser besser eingrenzen zu können. Grundsätzlich verfügt die psychiatrische Versorgungsforschung bereits seit mehr als einem Jahrzehnt über geeignete Methoden, um diese Bedarfslücken in der Datenlage zu decken, jedoch wurden diese im Zusammenhang mit psychisch kranken Wohnungslosen bisher kaum verwendet (vegl. Nouvertné, Wessel, Zechert 2002: 29).

.

PRIMÄRE PRÄVENTION VON KRANKHEITEN:

Schätzungsweise ein Viertel der chronischen Krankheitsfälle können schätzungsweise durch nicht medizinische Krankheitsverhütung erheblich verzögert oder gar verhindert werden

Zwar gibt es mittlerweile präventive Angebote der Kassen in Form von Gesundheitskursen etc., welche sich jedoch überwiegend an die gesundheitlich weniger belasteten Mittelschichten wenden (Rosenbrock 2002: 27)

§ 20 Abs. 1 SGB V: mit primärer Prävention sollen Krankenkassen „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.“ wirksame Prävention im Sinne der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen muss bei belastenden und krank machenden Lebensverhältnissen ansetzen, interveniert dort, wo Menschen zusammen lernen, arbeiten, spielen und sich erholen. Ist dann erfolgreich, wenn sie nicht für, sondern mit den Zielgruppen organisiert wird und deren Bedürfnisse und Lebenslagen zum Ausgangspunkt nimmt. (vgl. Rosenbrock 2009, 17 ff)

„Wer Chancengleichheit will, muss die nicht- medizinische Primärprävention neben Medizin, Pflege und Rehabilitation tatsächlich zu einer vierten Säule der Gesundheitssicherung auf- und ausbauen (vergl. Rosenbrock 2009:19).

Wohnungspolitik: muss für alle Menschen bedarfsgerechte und preiswerte Wohnraumversorgung sicherstellen, Beitrag zur Verbesserung der Wohn- und Lebensbedingungen in armutsquartieren zu leisten, Wohnraum sollte dabei nicht baufällig, gesund, rechtlich abgesichert, dauerhaft und nicht überbelegt sein und Schutz vor Gewalt bieten (vergl. Lutz, Simon 2007: 205)

Ältere wohnungslose Menschen:

Die Erfahrungen aus den medizinischen Sprechstunden in der Übernachtungsstätte PikAs und in der Tagesaufenthaltsstätte Bundesstraße sowie Einschätzungen durch die mobilen Gesundheitsangebote weisen klar auf den bisher ungedeckten Bedarf an stationären Pflege- und Gesundheitsangeboten für wohnungslose Menschen in Hamburg hin. Insbesondere sind es Menschen mit einer schwierigen Biographie, die viele Jahre ihres Lebens auf der Straße oder in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe verbracht haben und damit einhergehen gravierende soziale Schwierigkeiten und/oder auch eine chronische Alkoholabhängigkeit aufweisen, wodurch bestehende

Altenpflegeeinrichtungen erhebliche Schwierigkeiten haben bzw. damit überfordert sind, dem enormen Hilfebedarf dieser Personengruppe bedarfsgerecht decken zu können. In solchen Fällen bietet sich prinzipiell am ehesten eine eigene Unterbringung in Heimen oder Abteilungen stationärer Einrichtungen an, da ehemals wohnungslose Menschen mitunter eingeschränkt dazu in der Lage sind, konfliktfrei mit den restlichen Altenheimbewohnern umzugehen. Jedoch sollte stets die Möglichkeit bestehen, Begegnungs- und Interaktionsmomente mit der Allgemeinbevölkerung, um der Gefahr einer Ghettoisierung dieser speziell für wohnungslose Menschen eingerichteten Heime vorteilhaft, da ehemals wohnungslose Menschen mit den übrigen Altenheimbewohnern mitunter Schwierigkeiten haben, dabei Ghettobildungen vermeiden, Begegnungen mit sonstiger Bevölkerung ermöglichen, zusätzliche therapeutische und sozialarbeiterische Begleitung notwendig, insb. in den Lebensbereichen Gesundheit, Alltagsbewältigung, Tagesgestaltung, soziale Beziehungen, Sterbebegleitung (vgl. Lutz, Simon 2007 :144f).

Die Hilfebedarfe langfristig wohnungsloser Menschen unterscheiden sich von denen klassischer Pflegebedürftiger. Häufig werden sie wegen fehlender eigener Häuslichkeit von den Leistungen der Pflegeversicherung abgeschnitten. (S. 5 Einleitung Diakonie Pflegekonzept)

Reformierung im Bereich der „medizinischen Sozialbürokratie“

Öffentlichkeitsarbeit und Interdisziplinäre Wissensvermittlung innerhalb der Berufsausbildung von Fachpersonal → stärkere Integration und inhaltliche Aufwertung sozialmedizinischer Aspekte und Fragestellungen innerhalb der u.a. universitären Ausbildung (vgl. Trabert 1995, 128)

7. Schlussbetrachtung

In der vorliegenden Arbeit wurden die grundlegenden Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status und dem Gesundheitszustand dargelegt, um zu verdeutlichen, dass Armut in all seinen Facetten, auch noch in heutiger Zeit eine entscheidende Ursache für zahlreiche Erkrankungen und eine frühe Sterblichkeit ist. Die Gesundheitssituation bzw. der Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen

ist in diesem Kontext als besonders problematisch zu betrachten, da sich die Betroffenen in einer Lebenslage befinden, in der verschiedenste Armutsprobleme aufeinandertreffen und sich in vielfacher Wechselwirkung gegenseitig verstärken. Die `miserable` Gesundheitsverfassung vieler wohnungsloser Menschen ist bezeichnend für den niedrigen sozialen Status der Betroffenen und stellt die Soziale Arbeit vor schwerwiegende Probleme innerhalb der Versorgungspraxis dieser Klientel. Gesetzliche Rahmenbedingungen, wie die Harzt IV Gesetzgebung und das GMK Modernisierungsgesetz haben zu einer dramatischen Verschärfung der schlechten Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen geführt, deren Zugang zu den Gesundheitsleistungen des Regelsystems aufgrund bürokratischer Hürden, finanzieller Überforderung und zahlreicher weiteren Belastungen immens eingeschränkt ist. Das Hilfesystem für Wohnungslose in Hamburg zeigt beispielhaft, wie die freie Wohlfahrtspraxis Strategien entwickelt und Angebote umsetzt, um eine medizinische und psychiatrische Behandlung für wohnungslose Menschen unter diesen gegebenen sozialstrukturellen Rahmenbedingungen zu ermöglichen, die in der Regel aufgrund von akuten und chronischen Mehrfacherkrankungen auf somatischer und psychischer Ebene einen ganz besonders dringenden ärztlichen Behandlungsbedarf aufweisen. Diese gesundheitlichen `Ersatzangebote` des Hilfesystems für Wohnungslose können jedoch unter den jetzigen Bedingungen keine langfristige und sichere Lösung für die Verbesserung der Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen darstellen, da die Finanzierung in den meisten Fällen zeitlich begrenzt ist und die Realisierbarkeit der Angebote daher von höheren Instanzen oder Spendenmitteln abhängig ist. Jedoch müssen weiterhin Maßnahmen unternommen werden, um spezifische und niedrigschwellige Angebote sowie in besonderer Weise geeignete Formen der stationären pflegerischen Versorgung in der Schnittstelle zwischen Wohnungslosenhilfe, medizinischem System und dem Psychiatriewesen einrichten zu können, da in naher Zukunft wohl kaum damit gerechnet werden kann, dass sich die medizinischen und psychiatrischen Versorgungsangebote des gesundheitlichen Regelsystems zugunsten wohnungsloser Menschen weiterentwickelt oder verändert werden

Die Soziale Arbeit kann folglich einen enormen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation und –versorgung wohnungsloser Menschen leisten, jedoch kann eine grundsätzliche Veränderung der Verteilung von Gesundheitschancen in

unserer Gesellschaft nur mit einer wesentlichen Verringerung sozialer Ungleichheit, insbesondere in den Lebensbereichen Bildung, Einkommen und Arbeit, einhergehen. Solange diese Ungleichheiten in diesem Maße weiterhin bestehen und sich tendenziell sogar noch vergrößern, können auch die Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssituation sozial benachteiligter Gesellschaftsschichten nicht erfolgreich greifen (vgl.: S.21, Wesenauer). Ob eine effiziente Reduktion der sozial bedingten, ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen erreicht werden kann, hängt wesentlich von der Verfügbarkeit an Erkenntnissen zur sozial differentiellen Morbidität innerhalb der Gesellschaft ab. Um den Zugang zu ausreichendem Datenmaterial gewährleisten zu können, müssen kontinuierliche Bemühungen unternommen werden, damit Gesundheitsrisiken in der Gesellschaft rechtzeitig identifiziert und die Gesundheitssituation der Bevölkerung analysiert und beschrieben werden kann (vgl. Müller, Hebel , 223) Hardy Müller und Dieter Hebel:

Darüber hinaus bedarf es einer deutlichen politischen Positionierung der freien Wohlfahrtspflege sowie die Solidarisierung mit wohnungslosen Menschen, insbesondere mit der höchst vulnerablen Gruppe der psychisch mehrfach Erkrankten, um so auf sozial- und gesundheitspolitischer Ebene die Interessen der Betroffenen vertreten zu können. In Form von Öffentlichkeitsarbeit muss auf die unzureichenden Zustände in der Lebenslage und der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen aufmerksam und Informationen, z.B.

Forschungsergebnisse der Allgemeinheit zugänglich gemacht werden. Auch eine verstärkte Kommunikation zwischen den freien Trägern der Wohnungslosenhilfe, der ARGE, den Krankenkassen und sonstigen Beteiligten ist wünschenswert, da hierdurch Erfahrungswerte aus der Versorgungspraxis für Wohnungslose an jene institutionen fließen, deren Gesetzbestimmungen zahlreiche negative Auswirkungen für die Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen nach sich ziehen.

(vgl. Kießling 2010: 101)

Literaturverzeichnis:

-Blättner, Beate; Waller, Heiko 2011 Gesundheitswissenschaft Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung, 5. Vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2011, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer GmbH

- Classen, Georg (2004):

Die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die medizinische Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen 2., überarbeitete Fassung, Flüchtlingsrat Berlin, 28. Januar 2004, S. 6-8

- Dargel, Reinhard, Pragal, Jochen (1995):

Obdachlos in Hamburg In: Geschichte – Sozialkunde – Politik. Aktuelles Zeitgeschehen. Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, 103

- Eikelmann, Bernd, Reker, Thomas Zacharias, Barbara (2002):

Wohnungslose psychisch Kranke- Zahlen und Fakten In :Nouveltrné, Klaus, Wessel, Theo, Zechert, Christian (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank, Bonn: Psychiatrie- Verlag, S. 48

- Fink, Cornelia (2006):

Gelungene Zusammenarbeit! Wohnunterkunft Notkestraße und Allgemein-medizinische Praxis In: Eigenverantwortung in der Miittellosigkeit?!, S. 39f

- Franzkowiak, Peter; Homfeldt, Hans Günther; Mühlum, Albert (2011):

Lehrbuch Gesundheit, Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 37

- Freudenberg, Dorothee (5. November 2008):

Psychisch kranke Wohnungslose In: Wohnungslose: Ganz schön krank! Behandlungskonzepte für eine vulnerable Personengruppe S. 3.

Kooperationsveranstaltung der Ärzte-kammer Hamburg und des
Regionalen Knotens „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ der HAG
Caritasverband für Hamburg e. V, S. 12

Gillich, Stefan (2005):

Ausgegrenzt & Abgeschoben. Streetwork als Chance. 1. Auflage
Gelnhausen : TRIGA/Verlag, 89

- Gillich, Stefan: (2008):

Bei Ausgrenzung Streetwork. Handlungsmöglichkeiten und Wirkungen,
1. Auflage. Gelnhausen: TRIGA- Der Verlag, S. 87

- Gillich, Stefan (2010):

Anmerkungen zu einer am Sozialraum orientierten Wohnungslosen-
hilfe In: Gillich/Nagel: Von der Armenhilfe zur Wohnungslosenhilfe -
und zurück? 1. Auflage, Gründau- Rothenbergen: TRIGA- der Verlag,
S. 53

- Hajen, Prof. Dr. Leonhard (2006):

Grußwort In: Eigenverantwortung in der Mittellosigkeit?! Auswirkungen
des Reformprozesses auf die gesundheitliche Lage von Wohnungs-
losen. Dokumentation der Fachtagung des Regionalen Knotens
„Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ Hamburgische
Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) Hamburg,
August 2006, S. 5

-Helmert, Uwe (2003):

Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken
Augsburg: Maro Verlag, S. 3, 9

- Helmert, Uwe; Bammann, Karin (2000):

Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in
Deutschland, Juventa Verlag Weinheim und München , S. 162

- Hinz, Peter; Simon, Titus; Wollschläger, Theo (Hrsg.) (2000):
Streetwork in der Wohnungslosenhilfe. Hohengehren: Schneider Verlag, S. 20

- Hofrichter, Petra (2008):
In: Wohnungslose: Ganz schön krank! Behandlungskonzepte für eine vulnerable Personengruppe 3. Kooperationsveranstaltung der Ärztekammer Hamburg und des Regionalen Knotens „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ der HAG (5. November 2008)

- Hradil, Stefan (1999):
Soziale Ungleichheit in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich, S. 25

- Kellinghaus, Christoph (2000):
Wohnungslos und psychisch krank. Eine Problemgruppe zwischen den Systemen ; Konzepte – empirische Daten – Hilfsansätze. Münster : LIT Verlag, S. 13 ff

- Kießling, Rotraud (2010):
Arm und krank und mitten im Leben? –Sieben Entwürfe In: Gillich, Stefan; Nagel, Stephan: Von der Armenhilfe zur Wohnungslosenhilfe - und zurück? 1. Auflage, Gründau- Rothenbergen: TRIGA- der Verlag

- Kunstmann, Wilfried (2006):
Wohnungslose: autonome Patienten und Patientinnen oder Opfer von Ökonomisierung und Wettbewerb? Eine Zwischenbilanz der Reformen im Gesundheitswesen In: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG): Eigenverantwortung in der Mittellosigkeit?! Auswirkungen des Reformprozesses auf die gesundheitliche Lage von Wohnungslosen Dokumentation der Fachtagung des Regionalen Knoten „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“, August 2006, Hamburg

- König, Christina (2000):
Soziale und somatische Determinanten von Mortalität In: Helmert, Uwe, Bammann, Karin, Müller, Rainer (Hrsg): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 269 f

- Lampert, Thomas; Mielck, Andreas (2008):
 Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für
 Forschung und Politik. GGW, Jg. 8, Heft 2, 8

- Ludwig- Mayerhofer, Wolfgang; Müller, Marion; v. Paulgerg- Muschiol, Larissa
 (2001) :
 „... das extremste Phänomen der Armut“. Von der Armut, ohne
 Wohnung zu leben. In: Barlösius, Eva; Ludwig- Mayerhofer, Wolfgang
 (Hrsg.): Die Armut der Gesellschaft, Opladen: Leska+ Budrich, S. 270f

- Lutz, Ronald, Titus, Simon (2012):
 Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis,
 Positionen und Perspektiven, 2., überarbeitete Auflage, Weinheim und
 Basel: Beltz Juventa, S. 34

- Malyssek, Jürgen, Störch, Klaus (2009):
 Wohnungslose Menschen. Ausgrenzung und Stigmatisierung
 Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag, 40f

- Mielck, Andreas, Helmert, Uwe (2012):
 Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus, Razum,
 Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften 5., vollständig
 überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 493

- Mink, Eckhard (2009):
 Ursachen von Wohnungslosigkeit In: Pitz, Andreas: Arme habt ihr
 allezeit. Vom Leben obdachloser Menschen in einem wohlhabenden
 Land, überarbeitete und erweiterte 2. Auflage. Frankfurt am Main:
 Hansisches Druck- und Verlagshaus GmbH, S. 36

- Müller, Hardy; Hebel, Dieter (2000):

Gesundheitsberichterstattung mit GEK- Daten In:): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 223

- Pitz, Andreas (Hrsg.) (2009):

Erkrankungen und medizinische Versorgung Wohnungsloser In: Arme habt ihr allezeit. Vom Leben obdachloser Menschen in einem wohlhabenden Land, überarbeitete und erweiterte 2. Auflage. Frankfurt am Main: Hansisches Druck- und Verlagshaus GmbH, S. 94f

- Porksen, Niels, Wessel, Theo (1995):

Die Versorgung Abhängigkeitskranker mit Armutproblemen in psychiatrischen Krankenhäusern In: Henkel, Dieter, Vogt, Irmgard (Hrsg.): Sucht und Armut Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen, Opladen: Leske+Budrich, S. 82

- Reifferscheid, Gerd (2010):

Die Lebenssituation „alter“ wohnungsloser Menschen mit Mehrfacherkrankungen in München. Situation und mögliche Auswege In: Gillich, Stefan; Nagel, Stephan: Von der Armenhilfe zur Wohnungslosenhilfe - und zurück? 1. Auflage, Gründau-Rothenbergen: TRIGA- der Verlag, 198 f

- Richter, Matthias, Hurrelmann, Klaus (2009):

Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 13

- Richter, Matthias, Hurrelmann, Klaus (2007)

Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen, in: Aus Politik und Zeitgeschichte. Gesundheit und soziale Ungleichheit ,42/2007, S. 3

- Rosenbrock, Rolf (2009):

Gesundheit und Gerechtigkeit. In:Wesenauer, Andrea, Sebinger, Sarah (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung- eine Frage der sozialen Gerechtigkeit?, Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag, S. 13ff

- Rothschuh, Michael (2010):

Gemeinwesenarbeit als Herausforderung für die Wohnungslosenhilfe, In: Gillich,Nagel: Von der Armenhilfe zur Wohnungslosenhilfe - und zurück? 1. Auflage, Gründau- Rothenbergen: TRIGA- der Verlag , S. 69

- Salize, Hans Joachim; Cornelia Dillmann-Lange, Cornelia; Kentner - Figura, Beate (2002):

Versorgungsbedarf psychisch kranker Wohnungsloser- Sind wir in der Lage, ihn zu erkennen? In:.29 Nouvertné, Klaus; Wessel, Theo, Zechert, Christian (Hg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie- Verlag gGmbH, S. 29

- Schaak, Torsten (2009) :

Obdachlose ,“auf der Straße“ lebende Menschen in Hamburg. Eine empirische Untersuchung über die soziale Lage «auf der Straße» lebender Menschen in Hamburgbehörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Freie und Hansestadt Hamburg, S. 1
<http://www.hamburg.de/contentblob/1715526/data/obdachlosenstudie-2009.pdf> Stand 18.05.14

-Siegrist, Johannes (1995):

Medizinische Soziologie, 5. Neu bearbeitete Auflage. München: Urban & Schwarzenberg, S.24 f

Tiesmeyer, Karin , Brause, Michaela, Lierse, Meike, Lukas- Nülle, Martina, Hehlmann, Thomas: Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Verlag Hans Huber, Bern, 1. Auflage 2008, S. 11

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

- . Trabert, Gerhard (2002):
Mainzer Modell zur gesundheitlichen Versorgung von wohnungslosen Menschen in Mielck u.A. (Hg.) : Städte und Gesundheit Projekte zur Chancengleichheit In: Schriftenreihe Gesundheit, Pflege, soziale Arbeit; Band 17, Lage: VERLAG HANS JACOBS, S. 177f

- Trabert, Gerhard (2010):
Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen- ein vergessenes Thema?! In: Gillich, Stefan, Nagel, Stephan (Hrsg.):
Von der Armenhilfe zur Wohnungslosenhilfe – und zurück? 1. Auflage, Gründau- Rothenbergen: TRIGA- der Verlag, S. 103

- Winkler, Joachim (2000):
Die Bedeutung der neueren Forschungen zur sozialen Ungleichheit der Gesundheit für die allgemeine Soziologie In: Helmert,Uwe, Bammann, Karin, Müller, Rainer (Hrsg): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 49

- Wolf, Christof, Wendt, Claus (Hrsg.) (2006):
Perspektiven der Gesundheitssoziologie In: Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 46/2006
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 10

- Quellen aus dem Internet:

- BAG W e.V. (2011):

Position der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. Wohnungsnotfalldefinition
der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.

http://www.bagw.de/de/publikationen/pos-pap/position_wohnen.html

(Zugriff: 05.05.14)

BAGW e.V. (2012):

Frauen in Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot

Darstellung der Lebenslagen und der Anforderungen an eine
bedarfsgerechte

Hilfe Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe, erarbeitet vom
Fachausschuss Frauen der BAG W, am 14.02.2003 vom
Gesamtvorstand der BAG W verabschiedet – aktualisiert Juni 2012, S.
4

-BAG W e.V. (2013):

Pressemitteilung Zahl der Wohnungslosen in Deutschland deutlich
gestiegen, S. 1f online unter

http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/261.html

Stand 18.05.2014 zugriff: 18.04.14

Krankenstube für Obdachlose (2011):

Tätigkeitsbericht

<http://www.bmz.de/de/service/glossar/A/armut.html>

<http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138437/grundbegriffe> bundeszentrale für politische Bildung

Bundesministerium für Gesundheit:

Gesundheit und Gesundheitsförderung. Gesundheitsdefinition der WHO online unter

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung Zugriff: 4.5.14

- 13. Bundestagung AG Ishorst- Witte (2013):

Schwerpunktpraxen für Wohnungslose In: BASFI 06/13 online unter:

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CEAQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.bagw.de%2Fmedia%2Fdoc%2FTGD_13_Bundestagung_AG5_%2520Ishorst-Witte.pdf&ei=rUp7U-2NHol2O8-QgFA&usg=AFQjCNEdn-098iVluL-TSMmudOEDtaZ4lQ&bv m=bv.67229260,d.bGE, S. 1f

Hradil, Stefan (2012):

Grundbegriffe In: Bundeszentrale für politische Bildung (Stand 31.05.2012) online unter <http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138437/grundbegriffe> (Stand 31.05.12).

Zugriff : 13.04.14

Lampert, Thomas u. A. (2013):

Zusammenfassung In: Bundeszentrale für politische Bildung
Datenreport 2013. Gesundheit und soziale Sicherung. Gesundheitliche
Ungleichheit . online unter:

<http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2013/gesundheit-und-soziale-sicherung/173705/zusammenfassung> Stand: 26.11.2013).

Zugriff: 10.5.2014)

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100: online unter: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Zugriff: 13.04.14)

Statistisches Bundesamt 2014) Lebensbedingungen, Armutgefährdung, 13.1. 2014, Stand: 11.05.14.

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/LebensbedingungenArmutsgefaehrdung/LebensbedingungenArmutsgefaehrdung.html>

Die Heilsarmee Park- In Sachbericht 2011, 16f

Fördern und Wohnen: Beschreibung Notkestraße online unter:

[http://www.foerdernundwohnen.de/index.php?id=146&tx_einrichtungen_pi1\[uid\]=101
&tx_einrichtungen_pi1\[backPid\]=185&cHash=f20e8d69af29156b19c435613b2bb247](http://www.foerdernundwohnen.de/index.php?id=146&tx_einrichtungen_pi1[uid]=101&tx_einrichtungen_pi1[backPid]=185&cHash=f20e8d69af29156b19c435613b2bb247)

Zugriff. 12.04.14

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift