

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2022

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Mark Oette

Medizin für Menschen ohne Wohnung,
Seite 164–178

doi: 10.30433/GWA2022-164

Mark Oette

Medizin für Menschen ohne Wohnung

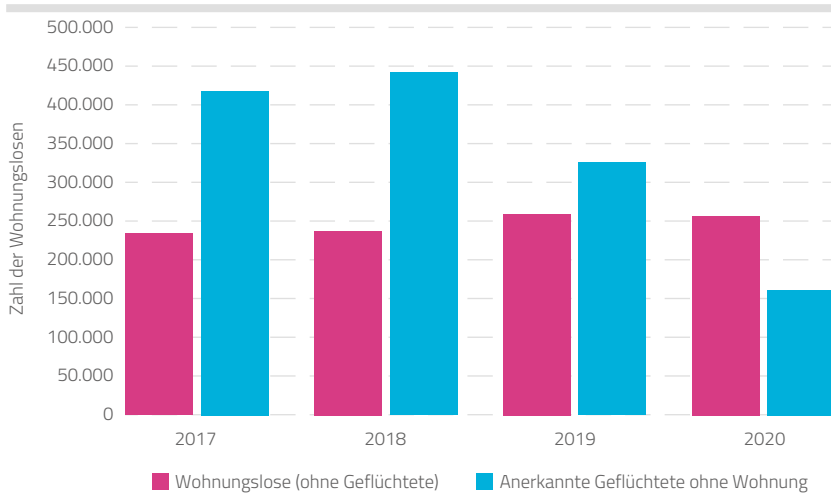
Wohnungslose sind nicht nur sozial ausgegrenzt, sondern auch in medizinischer Hinsicht erheblich benachteiligt. Sie leiden deutlich häufiger als die „Normalbevölkerung“ an chronischen Krankheiten, insbesondere an psychischen Auffälligkeiten und Suchterkrankungen. Weitere Probleme sind ein eingeschränkter Zugang zur medizinischen Regelversorgung sowie die gesundheitsschädlichen Lebensbedingungen auf der Straße. Dies führt dazu, dass Wohnungslose eine mittlere Lebenserwartung unter 50 Jahren haben. Für einen entwickelten Sozialstaat wie Deutschland ist dieser Zustand nicht akzeptabel. Es sind daher ausreichende zielgruppenangepasste und niederschwellige Angebote erforderlich, um für Wohnungslose eine medizinische Versorgung mit einem Qualitätsniveau entsprechend dem der Regelversorgung zu gewährleisten.

Einführung

Menschen, die auf der Straße leben, gehören zu unserem gewohnten Straßenbild. Das gilt insbesondere für Großstädte. Hinsichtlich der Gesundheit und der medizinischen Versorgung weist diese Bevölkerungsgruppe viele Unterschiede zur „Normalbevölkerung“ auf. „Wohnungslose Menschen verfügen über keinen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum. Obdachlose Menschen sind eine Untergruppe wohnungsloser Menschen und leben ohne jede Unterkunft auf der Straße.“ „Personen, die Hilfsangebote wie z. B. Notunterkünfte, Kleiderkammern, Tagestreffs oder medizinische Einrichtungen aufsuchen, werden als Hilfesuchende bezeichnet“ (Robert Koch-Institut 2022).

Genauere Zahlen zu wohnungslosen Menschen in Deutschland liegen nicht vor. Nach Schätzung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe Berlin (BAGW) lebten im Jahr 2020 rund 256.000 Menschen ohne festen Wohnsitz (BAGW 2022). Im Vergleich zum Jahr 2018 stieg diese Zahl um acht Prozent (Abbildung 1). Bei der Betrachtung einer einzelnen Stichtagserhebung ist sogar ein Anstieg von 13 Prozent zu verzeichnen (BAGW 2022). Die Jahresgesamtzahlen liegen noch weitaus höher; in diese fließt jedoch auch die große Personengruppe der Geflüchteten ein, die bis zum Ukraine-Krieg im Jahr 2022 rückläufig war.

Abbildung 1: Schätzung der Zahl der Wohnungslosen in Deutschland



Quelle: BAGW 2022

Mehr als 45.000 Menschen leben als Obdachlose auf der Straße oder in anderen Bereichen ohne Unterkunft (BAGW 2022). Etwa 70 Prozent der Wohnungslosen sind alleinstehend, der Frauenanteil beträgt ein Drittel, zu acht Prozent finden sich Kinder in der Gruppe. Ein steigender Anteil der Wohnungslosen hat keine deutsche Staatsbürgerschaft; in den Metropolen stellt diese Gruppe bereits rund die Hälfte der Betroffenen. Der Anteil der EU-Bürger auf der Straße ist ebenfalls in den letzten Jahren deutlich gestiegen, dies betrifft vor allem Menschen aus Osteuropa. Ein hoher Anteil der Wohnungslosen ist nicht regulär krankenversichert (Kaduszkiewicz et al. 2017). In einer Studie über COVID-19 in Köln im Jahr 2021 hatte etwa die Hälfte der Wohnungslosen keine Krankenversicherung, der gleiche Anteil hatte einen Migrationshintergrund, knapp 60 Prozent waren obdachlos (Oette et al. 2022).

Beispiele für neue Entwicklungen sind eine kürzlich gestiegene Zuwanderung von Geflüchteten, ein nicht legaler Arbeitsmarkt für marginalisierte Menschen (Tagelöhner, weibliche und männliche Prostitution) oder der soziale Abstieg durch die wirtschaftlichen Entwicklungen aufgrund von COVID-19. Gerade Letzteres spielt eine besondere

Rolle, da durch die Krise ein relevanter Teil der Einrichtungen für Wohnungslose geschlossen wurde, teils durch behördliche Anordnung. Hinzu kam, dass viele der in der Versorgung ehrenamtlich Tätigen allein durch ihr Alter zur Risikogruppe mit erwartbar ungünstigem Verlauf zählten und daher ihr Engagement beendeten. Die Besonderheiten des Lockdowns gelten nicht für Wohnungslose: Man kann nur zu Hause bleiben, wenn man ein Zuhause hat. So waren Menschen auf der Straße bei reduzierten Hilfeangeboten besonders durch COVID-19 bedroht, ohne dass hierfür ausreichende Versorgungsstrukturen vorgehalten wurden. Dieser Befund gilt für die meisten Großstädte in Deutschland. Es wurde schließlich gezeigt, dass sich Wohnungslose häufiger als die Normalbevölkerung mit SARS-CoV-2 infizieren und auch deutlich seltener vollständig geimpft sind (Oette et al. 2022).

Wohnungslosigkeit bedeutet starke soziale Ausgrenzung. Die Unterkunft bei „Bekanntem“, in Notunterkünften, Kältebussen, Übergangshäusern oder anderen Schlafstellen muss aufgrund der ungünstigen Bedingungen überwiegend als prekär bezeichnet werden. Zunehmend sind ganze Haushalte von Wohnungslosigkeit bedroht und von Sozialhilfeleistungen abhängig. 21 Prozent der weiblichen und vier Prozent der männlichen Hilfesuchenden bei kommunalen und freiverbandlichen Trägern leben in Haushalten mit minderjährigen Kindern (BAGW 2021), 46 Prozent der Frauen sind alleinerziehend. Der Frauenanteil hat sich insgesamt in den letzten 20 Jahren nahezu verdoppelt, der der Jüngeren nimmt zu (BAGW 2021).

Armut in Deutschland, Dimensionen der Marginalisierung

In Deutschland waren 2018 knapp 18,5 Prozent der Menschen von Armut oder sozialer Ausgrenzung betroffen beziehungsweise hierdurch gefährdet (Statistisches Bundesamt 2022). Seit Jahren besteht hier ein zunehmender Trend, der zudem durch ein Anwachsen von besonders großen Einkommen zu einem sich stetig vergrößernden Abstand zwischen der obersten und untersten sozialen Schicht führt und durch die aktuelle Inflation noch einmal verschärft werden wird. Die Gruppe der Wohnungslosen gehört zu dem Bevölkerungsteil, der von mangelnder Teilhabe beziehungsweise vom sozialen Abstieg außerordentlich geprägt ist. Weitere Gruppen sind vom Phänomen der Marginalisierung betroffen: ausländische Staatsbürger ohne gesicherten Aufent-

haltsstatus (insbesondere EU-Bürger der osteuropäischen Länder), alleinerziehende Frauen, Rentner mit geringem Einkommen. Eine Verschlechterung der sozialen Absicherung ist zudem bei jungen Menschen und Familien mit minderjährigen Kindern zu beobachten, die das Hilfesystem zunehmend aufsuchen (BAGW 2022). Es ist bekannt, dass die Anzahl verfügbarer Sozialwohnungen in den letzten Jahren in Deutschland sinkt. Mehr als acht Millionen Menschen leben zudem in überbelegten Wohnungen (Statistisches Bundesamt 2022). Schließlich ist zu erwähnen, dass ein Teil der Bevölkerung trotz bestehender Beschäftigungsverhältnisse nicht mehr von ihrem Einkommen leben kann (working poor). Diese unvollständige Aufzählung soll die heterogenen Gruppen benennen, die vom Verlust ihres gesicherten Wohnstatus bedroht sind.

Sozialer Gradient und Gesundheit

In den letzten Jahrzehnten hat sich die gesundheitliche Lebensperspektive der Gesamtbevölkerung kontinuierlich verbessert. Diese ist jedoch ungleich verteilt, da der Abstand der mittleren Lebenserwartung bei Geburt von den untersten zu den obersten Schichten 4,4 (Frauen) beziehungsweise 8,6 (Männer) Jahre beträgt (Lampert et al. 2019). Diese Differenz bleibt auch im Alter bestehen: Mit 65 Jahren liegt die weitere Lebenserwartung in den niedrigsten Einkommensgruppen um 3,7 (Frauen) und 6,6 (Männer) Jahre unter der der höchsten (Lampert et al. 2019). Der soziale Gradient betrifft nicht nur die allgemeine Sterblichkeit, sondern lässt sich auch für die gesellschaftlich bedeutsamsten Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Malignome, psychische Störungen oder verhaltensbedingte Schädigungen zeigen (Siegrist und Staudinger 2019). Auch Unfallrisiken oder Behinderungen folgen dieser Logik. Besonders betroffen sind Menschen, die wohnungslos sind, was sich an einer Lebenserwartung in dieser Gruppe zwischen 42 und 52 Jahren zeigt (Kaduszkiewicz et al. 2017). Dieser Befund gilt leider auch für ein Land mit sehr gut entwickelten sozialen Sicherungssystemen wie Deutschland.

Folgende Dimensionen der Benachteiligung wohnungsloser Menschen lassen sich aufzählen:

- unzureichende Verfügbarkeit bezahlbaren Wohnraums,
- unzureichende beziehungsweise minderwertige Ernährung,
- erschwerte beziehungsweise nicht vorhandene Hygienebedingungen,
- inadäquater Schutz gegen Hitze, Kälte, Feuchtigkeit,
- Kommunikationsstörungen (Angst, Scham, sprachliche Barrieren),
- Kriminalität (Opfer von Diebstahl, Gewalt, sexuellen Übergriffen),
- Multimorbidität, ungenügende medizinische Versorgung,
- eigene Drogenabhängigkeit,
- Verhaltensstörungen,
- Diskriminierung sowie
- unsicherer legaler Status (Krankenversicherung, Meldewesen, Aufenthaltsstatus, eventuell „Illegalität“).

Wohnungslosigkeit und Gesundheit

Die Ursachen des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit sind vielschichtig. Wichtige Kausalitäten sind der Verlust des Sozialstatus durch Krankheit („Krankheit macht arm“) oder die Begünstigung von Krankheit durch reduzierte gesellschaftliche Teilhabe und soziale Absicherung („Armut macht krank“) (Siegrist und Staudinger 2019). Eine gesundheitsschädliche Lebensumgebung mit beeinträchtigten Ernährungsbedingungen auf der Straße sowie das gehäufte Vorliegen verhaltensbedingter Schäden beispielsweise durch Alkohol-, Zigaretten- beziehungsweise Drogengebrauch oder mangelndes Sorgerverhalten sind weitere wichtige Faktoren. Nur ein Teil der ungünstigen gesundheitlichen Situation ist jedoch auf ein gesundheitsschädigendes Verhalten zurückzuführen (Siegrist und Staudinger 2019). Darüber hinaus ist die reine Betrachtung der aktuellen Wohnsituation als Erklärungsansatz nicht ausreichend, da bekannt ist, dass auch andere negative Einflüsse wie unzureichende Wohnverhältnisse, niedrige Bildung oder körperliche Schäden bereits in der Kindheit beginnen (teils in der Schwangerschaft). Obdachlosigkeit ist oft das Endstadium einer Verkettung nachteiliger Entwicklungsschritte einer Abwärtsbewegung.

In den letzten Jahren ist der wissenschaftliche Kenntnisstand zur medizinischen Situation von Wohnungslosen deutlich angewachsen, der Datenbestand für Deutschland ist jedoch übersichtlich. Eine große Meta-Analyse zu 337 Studien zur gesundheitlichen Situation von Wohnungslosen, Gefängnisinsassen, Sexarbeiterinnen und Menschen mit Substanzabusus zeigte eine hohe Morbidität und Mortalität auf (Aldridge et al. 2018). Die Gesamtsterblichkeit (standardisierte Mortalitätsratio) lag bei Frauen um den Faktor 11,9, bei Männern um den Faktor 7,9 über der der Normalbevölkerung. Die Prävalenz für die folgenden Krankheiten zeigte sich deutlich erhöht: Infektionen, psychische Erkrankungen, kardiovaskuläre und respiratorische Erkrankungen. Dieser Befund unterstützt die oben erwähnten Fakten zur Häufung besonderer Erkrankungen bei Armut. Die zitierte Publikation spricht von einer extremen gesundheitlichen Ungleichheit in Ländern mit hohem Einkommen, die insbesondere Frauen trifft (Aldridge et al. 2018). Eine deutsche Übersichtsarbeit zur Medizin bei Wohnungslosen identifizierte psychische Erkrankungen bei etwa drei Viertel der Menschen auf der Straße (Kaduszkiewicz et al. 2017). Dies wird von einer aktuellen Meta-Analyse zu Wohnungslosen in Ländern mit hohem Einkommen unterstützt (76 Prozent), wobei hier die Drogensucht hinzugerechnet ist (Gutwinski et al. 2021). Depressive Symptome finden sich bei Wohnungslosen 5- bis 14-mal häufiger als in der Normalbevölkerung, was eine weitere Meta-Analyse feststellte (Maestrelli et al. 2022). Unter den Abhängigkeitserkrankungen liegt Alkohol mit 37 Prozent an der Spitze, gefolgt von anderen Suchterkrankungen (22 Prozent) (Gutwinski et al. 2021). Eine deutsche Studie aus München fand seelischen Handlungsbedarf bei 74 Prozent der Wohnungslosen (gegenüber 27 Prozent in der Normalbevölkerung), 20 Prozent waren von einer Minderbegabung betroffen (gegenüber zwei Prozent in der Normalbevölkerung) (Bäumli et al. 2017). Die Resultate einer weiteren aktuellen Übersichtsarbeit aus Deutschland zu somatischen Erkrankungen finden sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Prävalenz somatischer Erkrankungen bei Wohnungslosen in Deutschland (2009 bis 2019, acht Studien, Auswahl)

Diagnosen	Prävalenz (in Prozent)
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	17-37
Zahnerkrankungen	23-27
muskuloskelettale Erkrankungen	10-29
respiratorische Erkrankungen	7-24
Augenerkrankungen	7-17

Diagnosen	Prävalenz (in Prozent)
Erkrankungen des Verdauungssystems	11
Erkrankungen des Nervensystems	9-10
Endokrine und Stoffwechselerkrankungen	2-15
Lebererkrankungen	5-10
HNO-ärztliche Erkrankungen	0-13
Erkrankungen des Urogenitalsystems	8
Neubildungen	2-6
Komorbiditäten insgesamt	3-71
keine Erkrankung	4-21

Quelle: Schindel et al. 2020

Unter den somatischen Erkrankungen spielen auch die Infektionen eine wichtige Rolle bei Menschen auf der Straße. Dies liegt nicht nur am Drogenkonsum, sondern auch an unzureichenden Möglichkeiten des präventiven Verhaltens. Eine neue Studie aus Berlin unterstreicht diese Aussagen (Steffen et al. 2022). Deutlich erhöhte Prävalenzen aktiver Infektionen konnten für Hepatitis B und C, die HIV-Infektion und die latente Tuberkulose gezeigt werden (Tabelle 2). Knapp die Hälfte der Teilnehmer berichtete über intravenösen Drogengebrauch im letzten Monat, eine sexuell übertragbare Erkrankung fand sich bei 6,4 Prozent (Steffen et al. 2022). Auch die Infektion mit SARS-CoV-2 weist auf die besondere Vulnerabilität der Menschen auf der Straße hin: In den USA wurde gezeigt, dass die Sterblichkeit aufgrund von COVID-19 um 30 Prozent über der von Menschen in festen Wohnverhältnissen liegt (Leifheit et al. 2021).

Tabelle 2: Seroprävalenz aktiver Infektionen bei Wohnungslosen in Berlin im Vergleich mit der Normalbevölkerung (Auswahl), Angaben in Prozent

Diagnosen	Prävalenz Wohnungslose	Prävalenz Normalbevölkerung
Hepatitis B	1,9	0,3
Hepatitis C	16	0,2
HIV-Infektion	2,8	0,1
latente Tuberkulose	14,4	3-5
keine Erkrankung	4-21	

Quelle: Steffen et al. 2022

Die Konsequenz aus dem Gesagten ist das bereits weiter oben erwähnte deutlich erhöhte Risiko eines vorzeitigen Todes unter den Wohnungslosen, das um das Drei- bis

Fünffache über dem Niveau von Menschen mit Wohnung liegt (Fazel et al. 2014). In einer Studie über Obdachlose in der amerikanischen Stadt Boston liegt das mittlere Sterbealter bei 53 Jahren, was eine gegenüber der Normalbevölkerung um den Faktor Zehn erhöhte Mortalität anzeigt und zusätzlich um den Faktor Drei über dem Wert von Wohnungslosen mit Unterkunft liegt (Roncarati et al. 2018). In Frankreich liegt das mittlere Todesalter bei 44 Jahren (verglichen mit der Normalbevölkerung von 77 Jahren im gleichen Studienzeitraum) (Vuillermoz et al. 2016). In dieser Publikation wird auch darauf Bezug genommen, dass die Unterkühlung einen bedeutenden Faktor darstellt.

Eine ältere Autopsiestudie über Wohnungslose in Deutschland berichtete über ein mittleres Sterbealter von 44,5 Jahren (Ishorst-Witte et al. 2001). Unnatürliche Todesursachen fanden sich bei einem Anteil von 62,6 Prozent, die häufigste natürliche Todesursache stellten Infektionen mit 16,8 Prozent dar. Die hohe Sterblichkeit darf jedoch nicht nur als gegeben angenommen werden. Die Aspekte des Zugangs zur medizinischen Versorgung und ihr qualitatives Niveau spielen eine gravierende Rolle. Dies lässt sich an einer sehr großen multizentrischen Studie nachvollziehen, die die stationäre Versorgung kardiovaskulärer Erkrankungen untersuchte (Wadhera et al. 2020). Rund 25.000 Wohnungslose und mehr als 1,8 Millionen Normalpatienten wurden dabei berücksichtigt. Im adjustierten Vergleich erhielten Wohnungslose deutlich weniger Koronarinterventionen beim Myokardinfarkt (beispielsweise Angiographien: 40 gegenüber 71 Prozent). Dies zeigt eine Benachteiligung durch die Anbieterseite an. Hinsichtlich der Erkrankungen Myokardinfarkt und Schlaganfall lag die Sterblichkeit in der Gruppe der Wohnungslosen signifikant über der der Nicht-Wohnungslosen (Wadhera et al. 2020).

Aus der Analyse der Daten über Menschen ohne gesicherte Wohnverhältnisse lassen sich wichtige Erkenntnisse festhalten:

- Zunächst darf die Gruppe nicht als einheitlich betrachtet werden. Wie oben dargelegt, ist sie sehr heterogen und bereitet daher die verschiedensten Anforderungen an die Versorgung. Außerdem besteht häufig ein fehlendes Bewusstsein für den eigenen Gesundheitszustand. Dies mag auch dadurch bedingt sein, dass Wohnungslosigkeit in Gruppen mit geringerem Bildungsniveau häufiger auftritt und somit hier auch von einer niedrigeren Gesundheitskompetenz auszugehen ist.

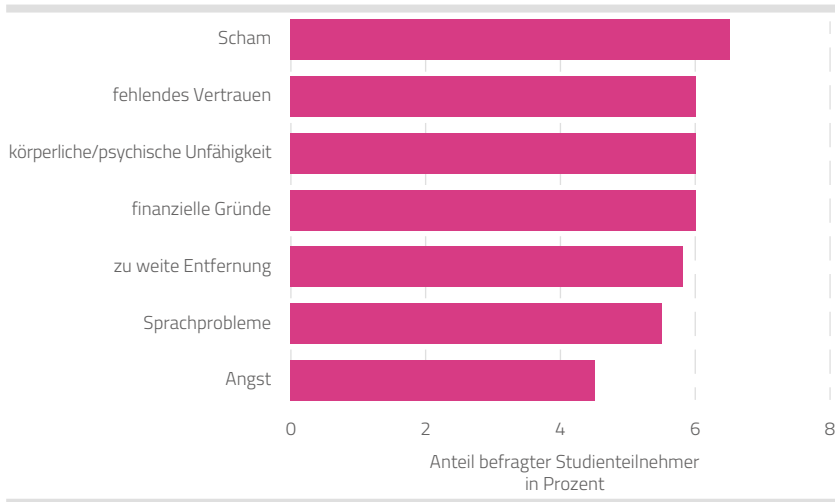
- Weiterhin ist besonders zu betonen, dass der gemessene Gesundheitszustand erheblich schlechter ist als der in der Normalbevölkerung, was sich auch anhand einer erheblich höheren Sterblichkeit zeigt.
- Somit bietet die Gruppe eine ganze Palette bedeutender medizinischer Herausforderungen, was dadurch aggraviert wird, dass sich Nachteile bei Quantität und Qualität der medizinischen Versorgung belegen lassen. Schließlich stellen administrative Hindernisse und komplexe Zugangsvoraussetzungen zu medizinischen Hilfen mitunter unüberwindliche Hürden für Menschen auf der Straße dar, was in der Summe zu einer Abgrenzung von einer adäquaten Gesundheitsversorgung führt.

Die Wartezimmerfähigkeit wohnungsloser Menschen

Der erschwerte Zugang zum medizinischen Regelsystem stellt ein besonderes Problem wohnungsloser Menschen dar. Hilfesuchende bieten mitunter ein Erscheinungsbild, das einen zwanglosen Zugang zu Arztpraxen erschwert. Dies kann allein durch die Geruchsentwicklung bedingt sein, wenn zuvor über lange Zeit keine ausreichende Körperhygiene möglich war. Weiterhin haben Wohnungslose mitunter reichhaltige Diskriminierungserfahrungen, die einen vertrauensvollen Zugang zu Praxen, Ambulanzen, Apotheken und weiteren Gesundheitseinrichtungen erschweren. Dies kann an der direkten Ablehnung der Anbieter liegen, aber auch in dem mangelnden Glauben an die Bereitschaft der Anbieter, Unterstützung zu geben. Ein gewichtiges Problem ist zudem eine häufig anzutreffende Unfähigkeit, Termine zu verabreden oder einzuhalten, was auch an der hohen Prävalenz psychischer Störungen und Drogenabhängigkeit bei den Betroffenen liegt.

Mehrere Gründe, die dazu führen, dass Menschen das medizinische Regelsystem meiden, sind in Abbildung 2 aufgeführt. Diese vielschichtigen Faktoren führen zusammen mit dem häufigen Nichtversichertenstatus zu einer Behinderung der Kontaktaufnahme, der Anbindung und des kontinuierlichen Verbleibs in der Versorgung durch das medizinische Regelversorgungssystem.

Abbildung 2: Faktoren, die die Kontaktaufnahme zum medizinischen Regelsystem beeinträchtigen



Quelle: adaptiert nach Kaduszkiewicz et al. 2017

Anforderungen an eine Medizin für Wohnungslose

Mit einer mittleren Lebenserwartung unter 50 Jahren besteht für Wohnungslose ein erheblicher Handlungsbedarf, der darauf abzielen muss, diesen inakzeptablen Zustand zu verbessern. Aus den bereits diskutierten Befunden lässt sich folgern, dass aus den möglichen Maßnahmen zur Verbesserung zunächst der Abbau der Benachteiligung der Betroffenen hervorsticht. Hier sind einerseits die Bereitstellung gesicherter Unterkünfte (siehe folgenden Absatz) und andererseits der Abbau der Zugangsbeschränkungen zum medizinischen Regelsystem zu nennen. Es muss vermieden werden, dass Wohnungslose erst dann das Gesundheitssystem erreichen, wenn ein Notfall eingetreten ist. Bereits im Vorfeld ist eine kontinuierliche Versorgung zu etablieren, um akute Exazerbationen zu verhindern. Das Angebot muss daher für die Patientinnen und Patienten leicht erreichbar sein. Die Strategie der „aufsuchenden medizinischen Versorgung“ hat sich hier etabliert: Die Gesundheitsanbieter kommen dabei zu den Betroffenen und nicht umgekehrt. Dies beinhaltet die Akzeptanz der reduzierten Fähigkeit der Menschen, Termine einzuhalten oder sich aktiv in Gesundheitseinrichtungen zu begeben.

Trotz ihres unstrittigen Wertes sind viele dieser Angebote jedoch nicht nachhaltig, da sie überwiegend auf die situative Versorgung auf der Straße ausgerichtet sind und daher relativ fokussiert und ohne Weiterbehandlungsperspektive sind. Im Jahr 2022 wurde vom Autor zusammen mit mehreren weiteren Personen die Caya-Praxis in Köln (Caya ist ein Akronym für „come as you are“) ins Leben gerufen, um eine Versorgungslücke im rechtsrheinischen Köln zu schließen. Die Betreuung erfolgt unentgeltlich, ehrenamtlich und ohne jegliche Zugangsbarrieren (www.caya-koeln.de). Das Versorgungsniveau einer Hausarztpraxis wird angestrebt.

Wünschenswert sind Programme, die umfassend und kontinuierlich arbeiten. Folgende Elemente sind für eine erfolgreiche medizinische Versorgung von Wohnungslosen von Bedeutung:

- vereinfachter Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung,
- vereinfachter Zugang zur medizinischen Regelversorgung,
- Bereitstellung zielgruppenspezifischer niederschwelliger Gesundheitsdienstleistungen,
- Präventions- und Testangebote,
- aufsuchende medizinische Versorgungsangebote,
- Verstetigung von Gesundheitsdienstleistungen, Abkehr von der vorwiegenden Notfallversorgung,
- Reduktion diskriminierendes Verhaltens von Beschäftigten im Gesundheitswesen,
- Verbesserung der Refinanzierung für Anbieter der Gesundheitsversorgung von Wohnungslosen,
- Professionalisierung ambulanter Angebote mit gesicherter Finanzierung über die üblichen Kostenträger,
- Überwindung von Kommunikationshindernissen wie beispielsweise Sprachbarrieren,
- Vernetzung sozialarbeiterischer und medizinischer Angebote sowie
- weitere Forschungsaktivitäten im Feld.

Aus der Aufzählung folgt, dass nur die Kombination aus Regelversorgung und auf die Zielgruppe zugeschnittenen Angeboten Erfolg versprechend ist. In den deutschen Großstädten ist bereits eine Vielzahl sehr individueller Lösungen umgesetzt worden,

wobei ein großer Teil ehrenamtlich, unentgeltlich und durch Spenden finanziert ist. Wünschenswert wäre eine Professionalisierung mit Überführung der Angebote in das medizinische Regelsystem. Hauptziel soll sein, auch Wohnungslosen ein Versorgungsniveau der Allgemeinbevölkerung zu vermitteln.

Housing first

Der relativ neue Ansatz des „Housing first“ verfolgt das Ziel, Wohnungslosen rasch und ohne Vorbedingungen gesicherten Wohnraum zur Verfügung zu stellen. Dieser Ansatz unterscheidet sich von der verbreiteten Praxis, die Zuwendung von Sozialleistungen mit Vorbedingungen zu versehen. Die Vorstellung bei einem Sozialamt, der Clearingstelle oder die Meldung bei weiteren Ämtern beziehungsweise der ARGE stellen für viele Hilfesuchende eine hohe Hürde dar. Die Folge ist, dass viele Betroffene de facto von Hilfen ausgeschlossen werden, da sie aufgrund ihrer persönlichen Situation diese administrativen Schwellen nicht „überspringen“ können.

Eine Unterbringung ohne Vorbedingung führt dazu, dass viele Personen erst hierdurch in die Lage versetzt werden, sich um Dinge zu kümmern, die für andere Menschen selbstverständlich sind: Erholung, Befreiung von Angst vor gewalttätigen Übergriffen, Hygiene, Ernährung, Distanz zur Drogenszene und vieles mehr. Erst jetzt bekommen die Betroffenen die Ruhephasen, die für jeden Menschen Voraussetzung für die erfolgreiche Bewältigung des Alltags sind. Eine sozialarbeiterische Begleitung ist jedoch notwendig. Aus gesundheitlicher Sicht kann neben dem Abschluss einer Krankenversicherung auch wieder an regelmäßige Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten gedacht werden. So gibt „Housing first“ den Wohnungslosen nicht nur ihre Würde zurück, die durch ihre prekäre Situation massiv infrage gestellt wird, sondern trägt erheblich dazu bei, dass diese Personen ihr Anrecht auf medizinische Versorgung überhaupt wahrnehmen können. Es existieren bereits Studiendaten, die eine geringere Sterblichkeit von „Housing first“-Nutzern aufzeigen (Henwood et al. 2015).

Zusammenfassung

Zusammenfassend lassen sich wichtige Faktoren aufzählen, die zu der großen gesundheitlichen Benachteiligung Wohnungsloser im Vergleich zur Normalbevölkerung führen:

- schlechte „Startbedingungen“ durch Aufwachsen in gesellschaftlichen Randbereichen,
- höhere Prävalenz körperlicher oder psychischer Erkrankungen,
- Drogenerkrankungen,
- ungünstiges Vorsorgeverhalten,
- verschiedene erhöhte Risiken (Umwelt, Kriminalität und Ernährung),
- ausgeprägte somatische Komorbiditäten sowie schließlich
- reduzierte Teilhabe durch unzureichenden Zugang zur medizinischen Regelversorgung und eine verminderte Behandlungsintensität.

Das Leben auf der Straße reduziert die Lebenserwartung dramatisch. Wohnungslose gehören somit zu den vulnerabelsten Gruppen unserer Gesellschaft. Im Jahr 2020 formulierte die Europäische Union das Ziel, die Obdachlosigkeit in Europa bis zum Jahr 2030 zu beseitigen. Entsprechend ist für den Gesundheitssektor zu fordern, dass die medizinische Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe das Qualitätsniveau der Normalbevölkerung erreichen sollte. Hierfür bedarf es weitreichenderer politischer Aktivitäten als zum gegenwärtigen Zeitpunkt.

Literatur

- Aldridge, R. W., Story, A., Hwang, S. W. et al. (2018). Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. In: *Lancet* 391. S. 241–250.
- Bäuml, J., Bönner, M., Baur, B. et al. (2017). Die SEEWOLF-Studie: Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. *Wohnungslos* (herausgegeben von: Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e.V. Berlin) 59. S. 34–56.
- BAGW (2021). Jahresbericht 2020: Menschen mit Wohnungsnot: Jünger, weiblicher, internationaler – und mit Kind. Online unter www.bagw.de/de/ (Download am 4. Oktober 2020).
- BAGW (2022). Pressemitteilung: Steigende Zahl Wohnungsloser im Wohnungslosensektor, Wohnungslosigkeit anerkannter Geflüchteter sinkt. Online unter www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/PRM/PRM_2022_BAG_W_Schaetzung.pdf (Download am 11. Juli 2022).

- Fazel, S., Geddes, J. R. und M. Kushel (2014). The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. In: *Lancet* 384. S. 1529–1540.
- Gutwinski, S., Schreiter, S., Deutscher, K. et al. (2021). The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. In: *PLoS Med* 18: e1003750.
- Henwood, B. F., Bryne, T. und B. Scriber (2015). Examining mortality among formerly homeless adults enrolled in Housing First: An observational study. In: *BMC Public Health* 15. S. 1209.
- Ishorst-Witte, F., Heinemann, A. und K. Püschel (2001). Morbidity and cause of death in homeless persons. In: *Arch Kriminol* 208. S. 129–138.
- Kaduskiewicz, H., Bochon, B., van den Bussche, H. et al. (2017). The medical treatment of homeless people. In: *Dtsch Arztebl Int* 114. S. 673–679.
- Lampert, T., Hoebel, J. und L. E. Kroll (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – aktuelle Situation und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 4. S. 3–15.
- Leifheit, K. M., Chaisson, L. H., Medina, J. A. et al. (2021). Elevated mortality among people experiencing homelessness with COVID-19. In: *Open Forum Infect Dis* 8: ofab301.
- Maestrelli, L. G., Sousa Martins Silva, A., de Azevedo-Marques Périco, C. et al. (2022). Homelessness and depressive symptoms: A systematic review. In: *J Nerv Ment Dis* 210. S. 380–389.
- Oette, M., Corpora, S., Laudenberg, M. et al. (2022). COVID-19 und Obdachlosigkeit: Niedrige Impfquote, hohe Prävalenz. In: *Dtsch Arztebl Int* 119. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0243.
- Robert Koch-Institut (2022): Coronavirus-Erkrankung 2019 (COVID-19) im Kontext Wohnungslosigkeit – Empfehlungen für Gesundheitsämter und Anbieter der Wohnungslosen- und Obdachlosenhilfe. Online unter www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Wohnungslosigkeit.html (Download am 16. Juni 2022).
- Roncarati, J. S., Baggett, T. P., O’Connell, J. J. et al. (2018). Mortality among unsheltered homeless adults in Boston, Massachusetts, 2000–2009. In: *JAMA Intern Med* 178. S. 1242–1248.

- Schindel, D., Kleyer, C. und L. Schenk (2020). Somatic diseases of homeless people in Germany. A narrative literature review for the years 2009–2019. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 63. S. 1189–1202.
- Siegrist, J. und U. M. Staudinger (Hrsg.) (2019). Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf. Neue Forschungsergebnisse und ihre Bedeutung für die Prävention. Leopoldina-Forum Nr. 2. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Halle (Saale).
- Statistisches Bundesamt (2022). Einkommen, Konsum und Lebensbedingungen. Lebensbedingungen und Armutsgefährdungen. Online unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armutsgefaehrdung/_inhalt.html (Download am 19. Juni 2022).
- Steffen, G., Weber, C., Cawley, C. et al. (2022). Prävalenz von sexuell und durch Blut übertragenen Infektionen und Tuberkulose bei Menschen in Wohnungslosigkeit in Berlin – erste Ergebnisse der Pilotstudie POINT. In: *Epidemiol Bull* 13. S. 25–32.
- Vuillermoz, C., Aouba, A., Grout, L. et al. (2016). Mortality among homeless people in France, 2008–2010. In: *Eur J Public Health* 26. S. 1028–1033.
- Wadhera, R. K., Khatana, S. A. M., Choi, U. et al. (2020). Disparities in care and mortality among homeless adults hospitalized for cardiovascular conditions. In: *JAMA Intern Med* 180. S. 357–366.