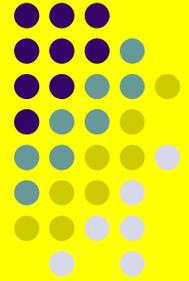


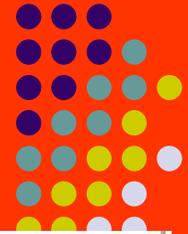
**„Arm + trotzdem gesund?“
Fachtag der Diakonie
in Stuttgart (DiS)**



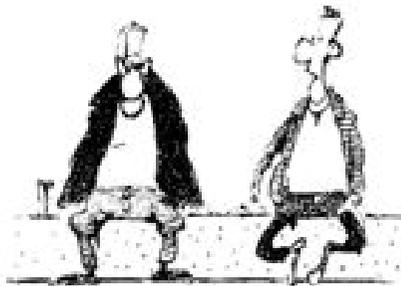
**„Gesundheitliche Versorgung
für die Ärmsten“**

*Stuttgart, 14.10.2009
Diakonie-Klinikum Stuttgart*

**Prof. Dr. Gerhard Trabert
Hochschule RheinMain**



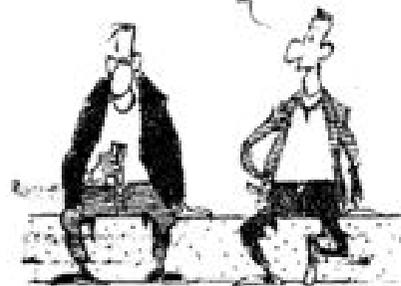
Penner!



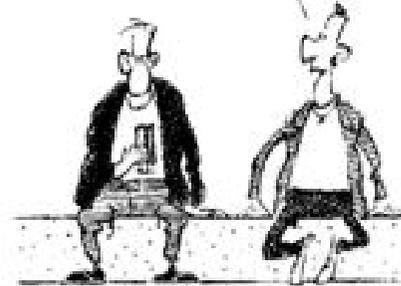
Schwachkopf!



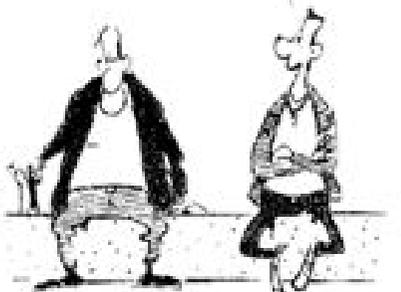
Armleuchter!



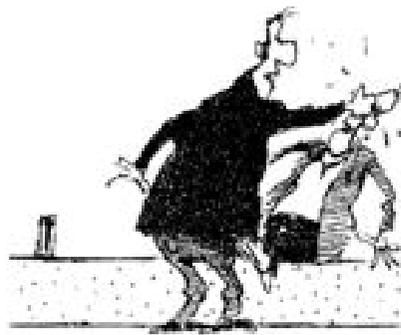
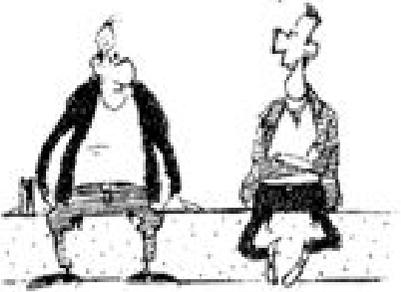
Knalltüte!



Niete!



Investment-
Banker!



Beleidigen
lass ich mich
nicht !!





Wohnungs- und Obdachlosigkeit die Spitze des

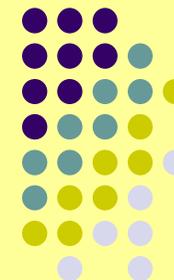
Armutseisberges !





Anzahl der allein stehenden wohnungslosen Menschen in Deutschland (2007 BAG Wohnungslosenhilfe):

- ***„Weniger wohnungslose Familien, mehr wohnungslose Alleinstehende“ (BAG 7.11.2007)***
- Ca. 132.000 Menschen
- Ca. 23 % sind Frauen
- Ca. 18.000 übernachten im Freien (machen „Platte“)



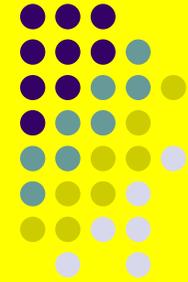
Wohnungslosigkeit

**Das Bermudadreieck der
sozialen Benachteiligung**

**Suchterkrankung /
Psychische und
physische
Erkrankung**

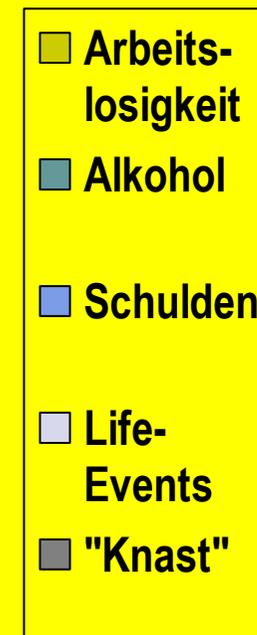
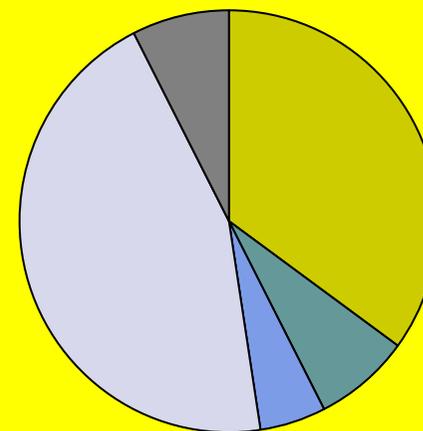
Arbeitslosigkeit

Subjektive Ursachenangabe der Wohnungslosigkeit:



Verteilung der subjektiven Ursachenangaben durch die Betroffenen, was zur Wohnungslosigkeit führte:

- **1. Life-Events (Tod des Ehepartners/ Eltern, Scheidung, Trennung)**
- **2. Arbeitslosigkeit**





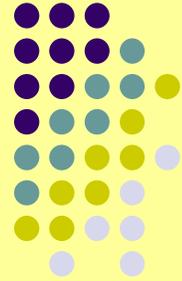
Erkrankungsprävalenzquoten:

(Metaanalyse von Studien 1985 – 2005)

Erkrankungsformen	Prävalenzquoten
Verdauungsorgane	20 – 45 %
Atmungsorgane	25 – 70 %
Herz- Kreislaufkrankungen	28 – 52 %
Lebererkrankungen	30 – 40 %
Hauterkrankungen	10 – 50 %
Unfälle / Verletzungen	44 – 65 %

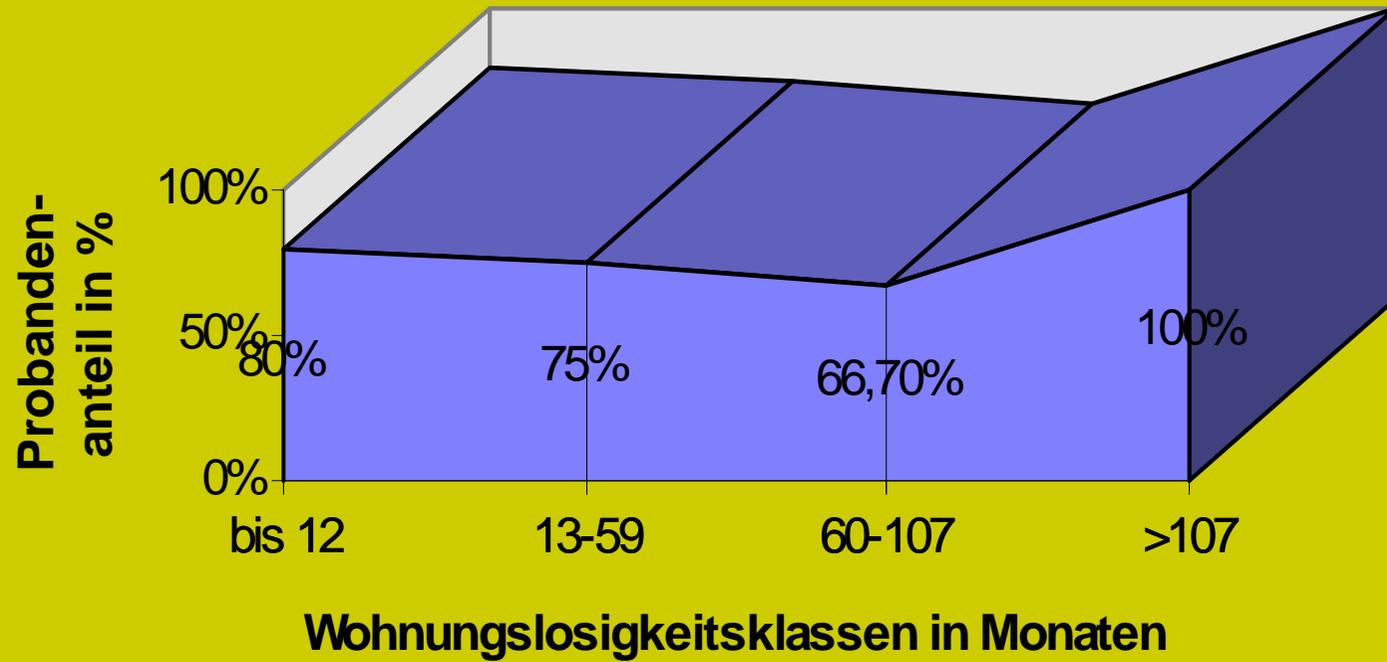


Gründe für die Nichtinanspruchnahme medizinischer Versorgungseinrichtungen (Betroffenenbefragung):

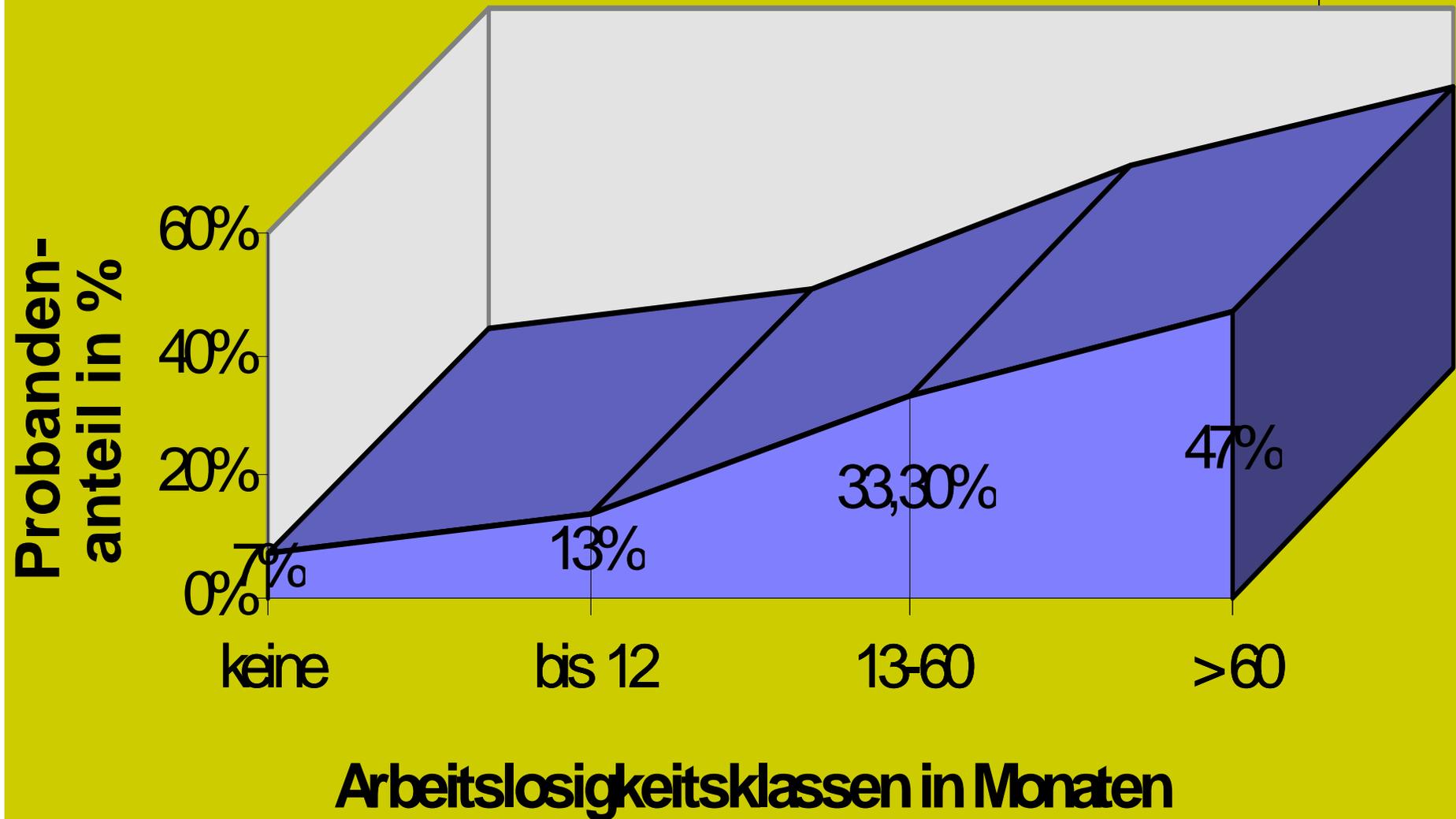


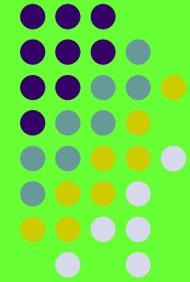
- 1. Zu große Hemmschwelle, in die Praxis zu gehen
(Schamgefühl, Angst vor Abweisung)***
- 2. „Kein Vertrauen zu Ärzten“, „nur Tabletten verschrieben“,
generell negative Erfahrungen mit medizinischem
Fachpersonal***
- 3. „Krankenscheinbeschaffung zu umständlich“,
„Rezeptgebühren zu hoch“, zu umständliche Bürokratie***
- 4. „Weil ich gesund bin“, „keine Notwendigkeit“.*** (Trabert, 1994)

Krankheitsstatus und Wohnungslosigkeitsdauer



Krankheitsstatus und Arbeitslosigkeitsdauer

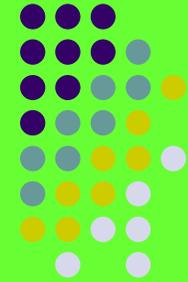




Alkoholproblematik:

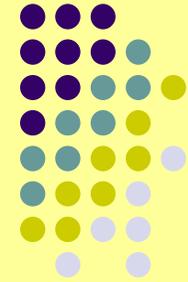
- 1/3 sind alkoholkrank
- 1/3 sind „alkoholgefährdet“
- 1/3 haben keine Alkoholprobleme

Gründe für exzessiven Alkoholkonsum:

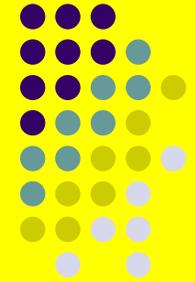


- Individuelles Konsumverhalten
- soziale Stellung
- Flucht
- Kompensation
- Verdrängung von Problemen
- usw.

Psychiatrische Erkrankungsproblematik:

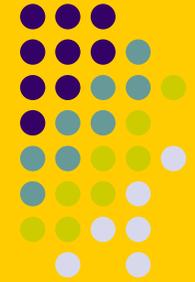


- Ca. **25 -30%** der wohnungslosen Menschen haben eine **behandlungsbedürftige** psychiatrische Erkrankung (Nouvelletné)
- us-amerikanische Studie: ca. **2/3** der psychisch kranken wohnungslosen Menschen waren schon **vor** ihrer Wohnungslosigkeit psychisch erkrankt, **1/3** erkrankt **nach** Eintritt der Wohnungslosigkeit

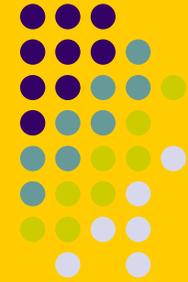


Fallbeispiel:

- „Einer flog übers Kuckucksnest.“
- Ist es die Kontinuität, die ehrliche, authentische und respektvolle Beziehung die Begegnung eröffnet und zulässt?



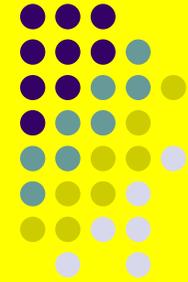
„See the person, not the illness“



Wohnungslose Frauen:

- Hauterkrankungen
- Traumata (oft Misshandlungen)
- Alkoholassoziierte Erkrankungen
- Erkrankungen der Atmungsorgane
- Gynäkologische Erkrankungen
- Erkrankungen des Urogenitaltraktes

Gewalterfahrungen wohnungsloser Frauen:



- 56% ausgeraubt
- 34% körperlich angegriffen
- 2/3 sexuell missbraucht
- 1/3 vergewaltigt (Greiffenhagen, 1997)
- „Die gewaltbedingten Wohnungsverluste sind bei den Frauen auf gut 16 % in 2005 gestiegen.“ (BAG, 2007)

Gewalt gegenüber wohnungslosen Menschen:



- Von **1989 bis 2000** sind mindestens **107** Wohnungslose von Tätern außerhalb der Wohnungslosenszene **getötet** worden.
- Von **1991 – 2000** sind mindestens **189** wohnungslose Menschen auf der Straße **erfroren**. In den darauffolgenden Jahren sank die Zahl zwar, aber dennoch erfrieren jedes Jahr wohnungslose Menschen in Deutschland. (BAG 2000)

Obdachloser von zwei jungen Männern getötet

Samstag, 22. November 2008, 15:30 Uhr



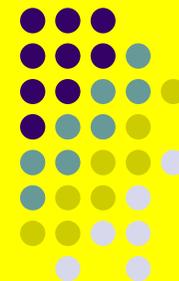
- Simbach/Passau (ddp). Ein Obdachloser ist in Simbach im Landkreis Passau von zwei Jugendlichen erschlagen worden. Als Tatverdächtige wurde zwei junge Männer im Alter von 16 und 18 Jahren aus dem Landkreis Rottal-Inn festgenommen, die die Tat am Freitag gestanden, wie die Passauer Polizei und die Staatsanwaltschaft Landshut am Samstag mitteilten. Die Leiche des 59-Jährigen war am Donnerstag in einem leerstehenden Wohngebäude entdeckt worden. Die Polizei war zunächst von einem Unfall ausgegangen. Obduktion und weitere Ermittlungen wiesen aber auf massive Gewalteinwirkung hin.
- Die Täter gaben den Angaben zufolge an, sie hätten am Dienstag aus einer «aggressiven Laune» heraus eine Person «aufmischen» wollen. Nachdem sie im Stadtgebiet von Simbach kein Opfer gefunden hatten, seien sie zu dem bekannten Aufenthaltsort des Obdachlosen gegangen. Dort seien sie über ein rückwärtiges Fenster in das Gebäude eingestiegen und hätten mit Fäusten und Füßen auf den am Boden liegenden Mann eingeschlagen.
- Nach der Tat verließen beide das Haus, ohne sich um den Verletzten zu kümmern. Am nächsten Tag hätten sie festgestellt, dass er tot gewesen sei.
- Eine Tötungsabsicht bestritten die beiden. Der Haftrichter erließ aber bereits Haftbefehl wegen gemeinschaftlichen Mordes. Die beiden arbeitslosen Männer ohne Berufsausbildung waren der Polizei bisher wegen kleinerer Delikte aufgefallen.

Sozioökonomisches Panel (1998 bis 2003):

(Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung; Erhebung im 5-Jahreszeitraum)



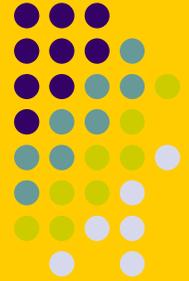
- Lebenserwartungsunterschied zwischen dem reichsten und ärmsten Viertel der Bevölkerung bei Frauen um ca. **8 Jahre**
- Lebenserwartungsunterschied zwischen dem reichsten und ärmsten Viertel der Bevölkerung bei Männern um ca. **12 Jahre**
- **Der Trend nimmt zu ! Arme sterben früher !**



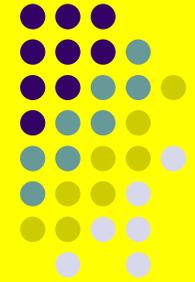
Mortalitätsdaten:

Sektionsbefunde (Veith & Schwindt/1979)	57,0 Lebensjahre
Sektionsbefunde (Reuhl & Lutz / 1996)	47,6 Lebensjahre
Krankenaktenstudium (Locher / 1985)	63,3 Lebensjahre
Sektionsbefunde (Ishorst-Witte / 2001)	44,5 Lebensjahre
Krankenaktenstudium (Trabert/ 1989)	53,3 Lebensjahre

Rechtsmedizin Uni-Hamburg (Ishorst-Witte / 2001):

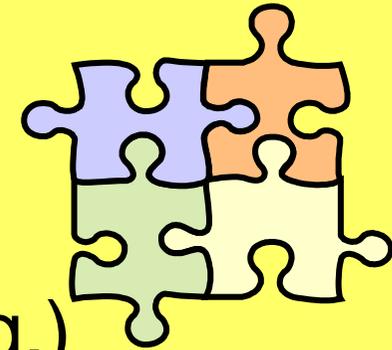
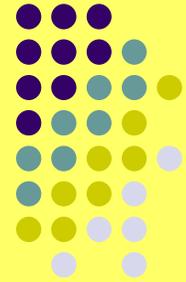


- Bestätigung keine Anbindung zum medizinischen Regelsystem
- Bedeutende Anzahl psychiatrischer Erkrankungen (Suchterkrankungen, Suizide)
- **Sterbeort: 35,1% die Straße;**
25,1% Wohnheim; 20,9% Krankenhaus
- viele unbehandelte chronische Erkrankungen neben Akutversorgung



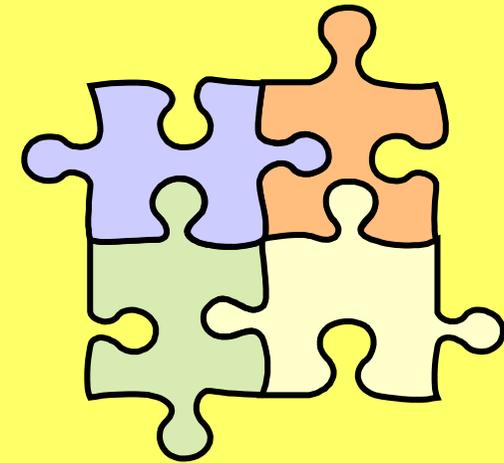
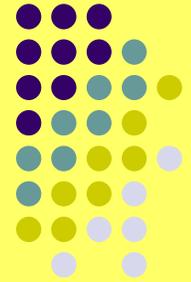
**Ursachen für die hohe
Erkrankungsquote:**

Multifaktorielles pathogenetisches Krankheitsmodell:



- Soziale Lebenssituation
- Arbeitssituation (Arbeitsplatzbeding.)
- Arbeitslosigkeit
- Individuelles Risikoverhalten (Zigaretten- und Alkoholkonsum)
- Life-Event, Coping-Strategien, Social support
- Gesellschaftsstrukturelle Bedingungen

Multifaktorielles pathogenetisches Krankheitsmodell:



- Gesellschaftsstrukturelle Bedingungen



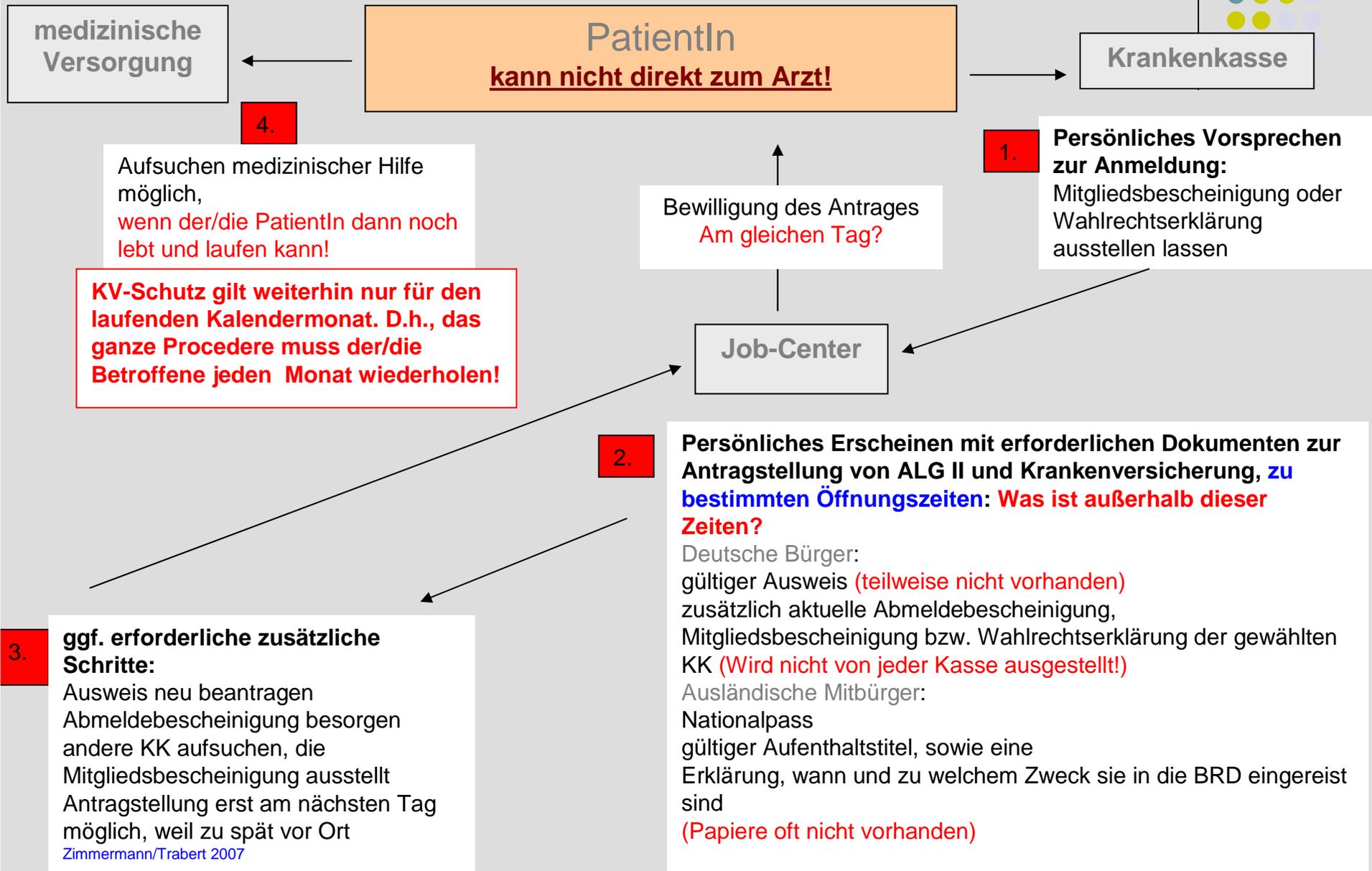
**Was brachten die sogenannten
Gesundheitsreformen und die
Hartz-IV Gesetzgebung?**



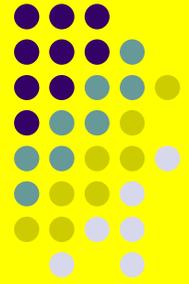
Fakten:

- Wohnungslose Menschen werden als Arbeitslosengeld 2 – Antragsberechtigte / Antragsverpflichtete angesehen.
- D.h. jeder der älter als 18 Jahre und jünger als 65 Jahre ist, und mindestens 3 Stunden pro Tag erwerbsfähig ist, muss einen Alg 2 –Antrag stellen.
- D.h. jeder muss sich selbst um eine Krankenversicherung bei einer Krankenkasse seiner Wahl kümmern.

Verfahren des Job-Centers (Arbeitsagentur) für Menschen ohne festen Wohnsitz (Durchwanderer) ohne Krankenversicherungsschutz September 2007



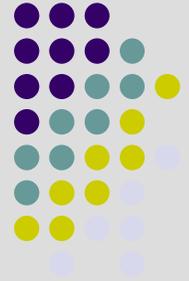
***Tagessatz eines
wohnungslosen Menschen :***



Durchschnittlich ca.

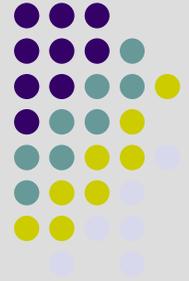
$(354 \text{ €} : 30 =)$ ca. 11,70 €

Eigenbeteiligung im Krankenhaus:

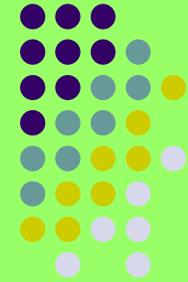


- **10 €** je Aufenthaltstag im Krankenhaus, höchstens für 28 Tage im Kalenderjahr.
- Reha- und Kurmaßnahmen ebenfalls **10 €** pro Behandlungstag.

Sehhilfen:



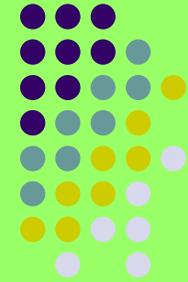
- Bei sozial benachteiligten Menschen finden wir häufig Sehschwächen die nicht durch eine Sehhilfe korrigiert wurden.
- Untersuchung der Uni-Klinik-Mainz bei über 100 wohnungslosen Menschen, bei über 20% war die Verordnung einer Sehhilfe notwendig.



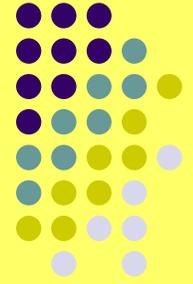
Problempunkte (I):

- Wohnungslose Menschen zeigten eine niedrigere Arztkonsultationsquote !
- Bei zusätzlich entstehenden Kosten sank und sinkt die Bereitschaft einen Arzt frühzeitig aufzusuchen weiter !
- Krankheiten, z.T. lebensbedrohliche, werden später, oft zu spät diagnostiziert und therapiert.

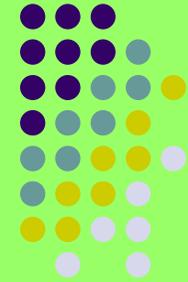
Weitere Problempunkte (II):



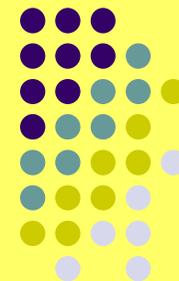
- Wohnungslose Menschen zeigten häufig schon vor den „Sozialreformen“ eine niedrigere medizinische Versorgungs-compliance (z.B. Medikamenten- Compliance) !
- Dieses Verhalten hat sich seit der Einführung von Zuzahlungen verstärkt.



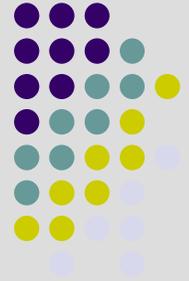
Weitere Problempunkte (III):



- Wohnungslose Menschen nehmen aufgrund der Zuzahlungen häufig die „Häusliche Krankenpflege“ nicht in Anspruch. Folge:
Verschlechterung von bestimmten Erkrankungen insbesondere z.B. Hauterkrankungen !



Tudort Hart (Lancit, 1971):



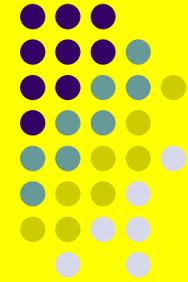
„Die Verfügbarkeit guter medizinischer Versorgung verhält sich tendenziell umgekehrt proportional zum Bedarf in der jeweiligen Population.“

Psychologische Stadien bei von Armut und Ausgrenzung betroffenen Menschen



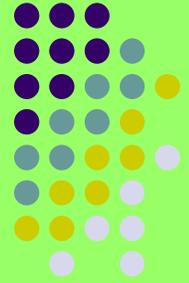
- **Auflehnung/Revolte:**
 - Versucht seine Rechte durchzusetzen
- **Selbstentwertung / Niedriges Selbstwertgefühl:**
 - Depression, Alkohol, Suizid
- **Fixation:**
 - Akzeptiert seinen Zustand
- **Aufgabe/Rückzug:**
 - Zu nichts mehr fähig, „Nein zu allem und allen“

Konsequenzen / Fazit :



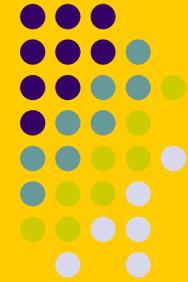
- Weil Du wohnungslos bist ist Deine medizinische Versorgung in den letzten Jahren noch schlechter geworden.
- Erkrankungsprävalenzen haben zugenommen (Die TBC Rate ist in vielen medizinischen Ambulanzen deutlich angestiegen!!)
- Die Sterberate wird ebenfalls zunehmen, das Sterbealter für wohnungslose Menschen wird sich senken. (Schon jetzt sterben wohnungslose Menschen deutlich früher als der Bevölkerungsdurchschnitt.)

Welche Fragen resultieren aus den bisherigen Erkenntnissen?



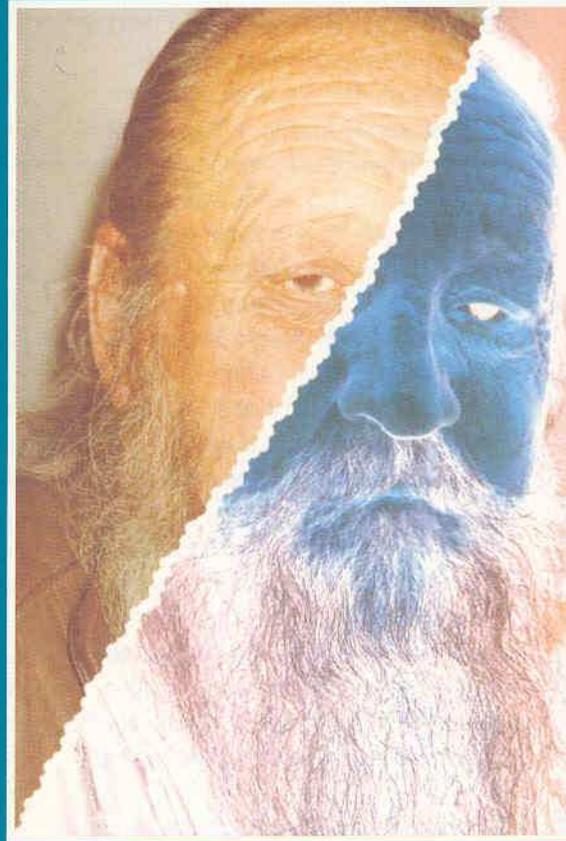
- Wie muss eine an den Bedürfnissen und Problemen orientierte Gesundheitsversorgung konzipiert sein ?
- Wo muss sie stattfinden ?
- Wer ist für die Bezahlung zuständig ?
-

„Zugänge“ schaffen:

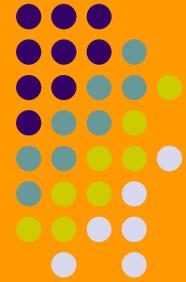


- **Bildungszugang;** eine Chancengleichheit ist in Deutschland immer noch nicht verwirklicht (OECD-Studie; PISA-Studie)
- **Einkommenszugang;** Arbeitslosengeld II / Sozialgeld ist zu niedrig bemessen (siehe u.a. Ernährungsaspekt, Bildungsaspekt)
- **Medizinischer Versorgungszugang;** niedrigschwellige Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote (Setting-Ansatz)

Medizin für Obdachlose



Medizin
am Straßenrand ...

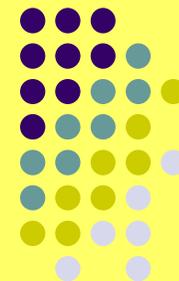






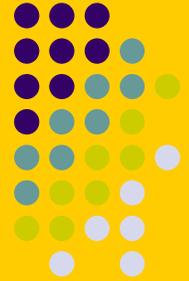
January 2002





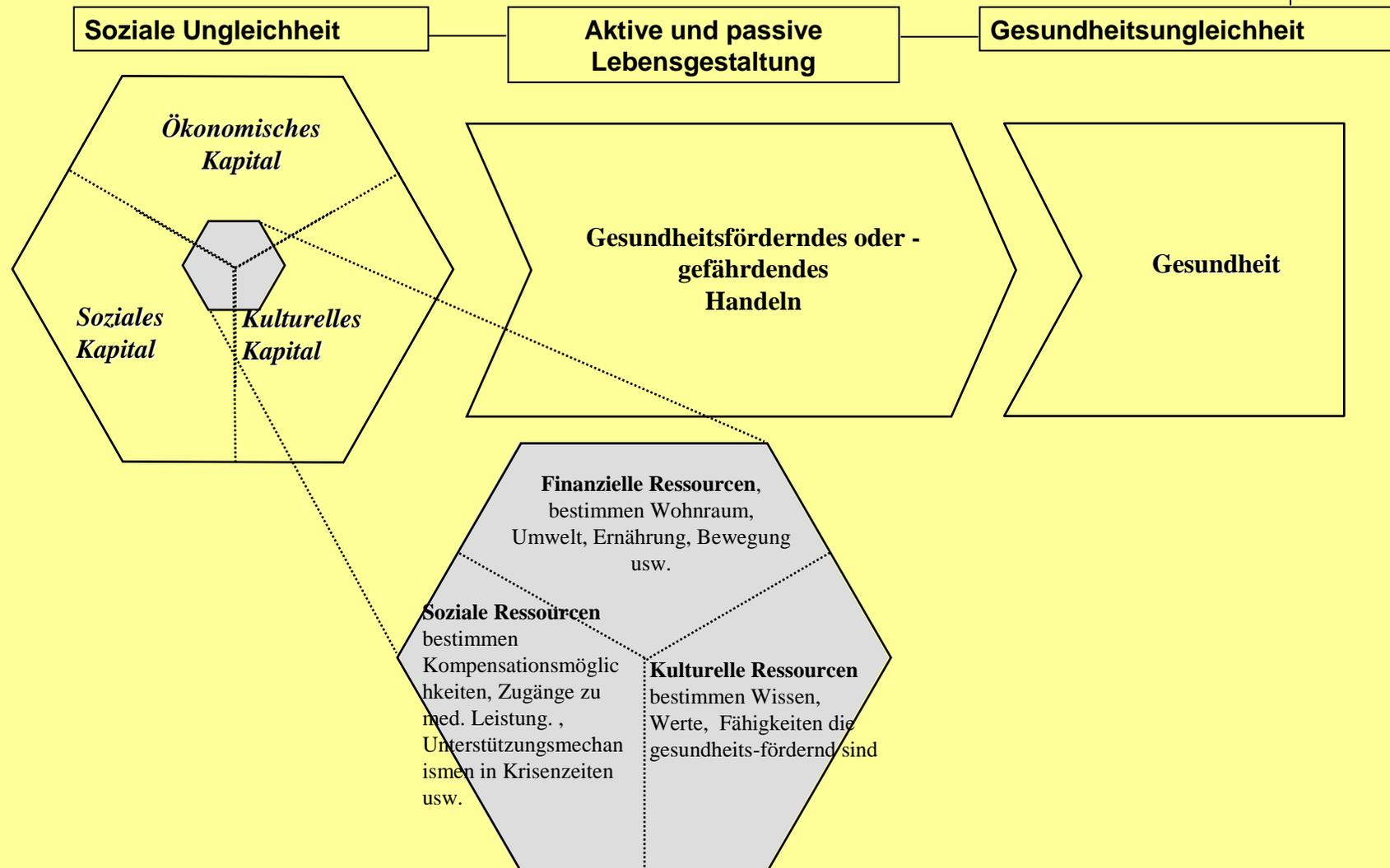
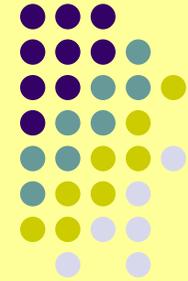
**Die psychische und physische
Gesundheit ist die Grundlage
für die weitergehende soziale
Reintegration wohnungsloser
Menschen.**

Partizipation / Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben:

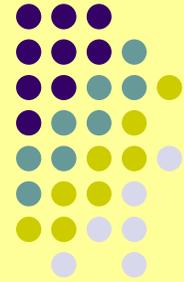


- **Ökonomisches Kapital**
- **Soziales Kapital**
- **Kulturelles Kapital**

Ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital bestimmen Gesundheit:



Die 4 „Akteure/ Aktionsbereiche“:

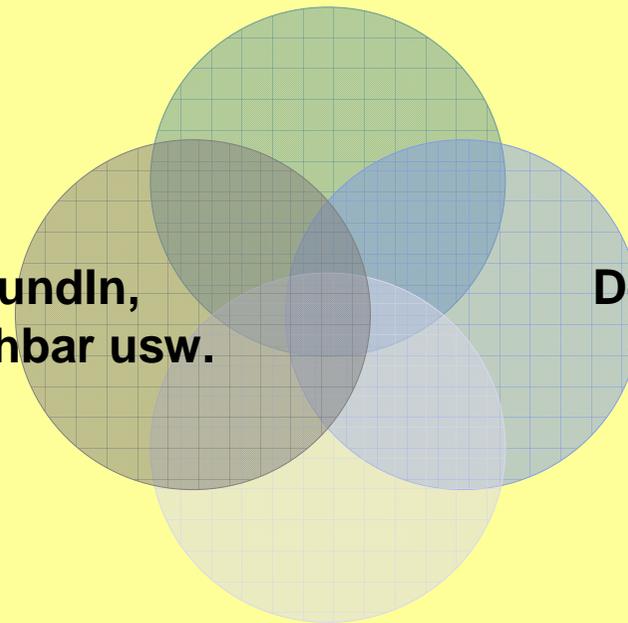


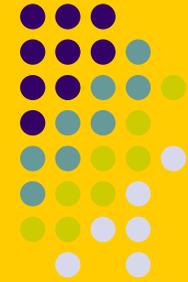
Der einzelne Betroffene

**Die „Öffentlichkeit“: FreundIn,
LehrerIn, Arbeitgeber, Nachbar usw.**

**Der professionell oder
ehrenamtlich Tätige**

**Der Staat, das Land,
die Kommune**



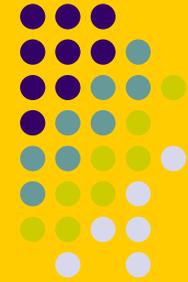


Wissenschaftlicher Exkurs 1:

Anthropologischer Ansatz nach *Dörner* im Kontext gelungener Beziehungen:

- **Subjekt – Objekt** Beziehung reflektieren
- **Angstfreiheit** erzeugen; ich als Profi kann und darf von dem Patienten korrigiert, verbessert werden, um eigene Fehler zu erkennen und die Beziehung weiterzuentwickeln.
- Grundbedürfnis nach **Selbstbestimmung** und **Bedeutung für Andere** berücksichtigen. Die Gesundheit ist abhängig von dem Gleichgewicht zwischen diesen beiden Bedürfnissen. Somit ist die Anreicherung der Bedeutung für Andere von zentraler Gewichtung im Kontext Gesundheitsbewertung bzw. Gesunderhaltung!

Wissenschaftlicher Exkurs 2:



Systemischer / konstruktiver Ansatz nach **Simon** im Kontext von zwischenmenschlichen Beziehungen:

- Bewege / verändere ich mich, **verändere ich das System**. Das System von Beziehungen jeglicher Art.
- Häufig gestellte Frage: Was kann ich schon verändern? Sowohl auf Seiten der Profis, als auch auf Seiten der Klienten!
- Der systemische Ansatz gibt Hoffnung, dass Veränderung eines Einzelnen immer auch das Ganze, das System von Lebensverhältnissen, verändert. Es **entsteht Dynamik**, es verändert sich etwas, was auch immer!
- **Wertschätzung** des Klienten von zentraler Bedeutung!

Wissenschaftlicher Exkurs 3:



Chaostheoretischer bzw. affekttheoretischer Ansatz nach **Ciampi / Heise** im Kontext von zwischenmenschlichen Beziehungen:

- Nach einem Chaos kommt es zu einer neuen Ordnung.
- **Kognition und Affektion** gehören zusammen. Denken und Fühlen gehören zusammen wie Geist und Körper.
- In gewissen Emotionszuständen lassen sich nur gewisse Gedanken entwickeln.
- Die **Verbesserung des emotionalen Zustandes** (z.B. durch eine empathische, anerkennende, wertschätzende Grundhaltung des Profis) kann kohärentes Denken ermöglichen. Auch das Ambiente muss von Wertschätzung geprägt sein.
- Die Bedeutung der **richtigen Zeit** berücksichtigen. (Häufige immer wiederkehrende Begegnungen.)
- **Affekt der Sympathie**, auf Seiten des Profis, von zentraler Bedeutung für das Verstehen des Klienten.

3 Fragen:



- Was können andere Menschen, die nicht in Ihrer Situation sind, von Ihnen lernen?
- Wo, würden Sie sagen, liegen Ihre Hauptstärken?
- Was ist Ihr größter Wunsch?*

1. Frage:

Was können andere Menschen, die nicht in Ihrer Situation sind, von Ihnen lernen?



- Umgang mit anderen Menschen / Mitgefühl / Hilfsbereitschaft / Toleranz (n = 12 / 30%)
- „Wie man mit „wenig“ überleben kann!
Überleben in jeder Situation. (n=12 / 30%)
- Zusammenhalt (n=5, 12,5%)



2. Frage:

Wo, würden Sie sagen, liegen Ihre Hauptstärken?

- Geduld (n= 6 / 15%)
- Sozialverhalten / Menschlichkeit / Soziale Kompetenz (n=6 / 15%)
- „Nicht aufzugeben“ / Willenskraft (n=6 / 15%)
- Handwerkliche Fähigkeiten (n=2)
- Gesundheit (n=2)
- Nicht Rauchen / nicht Trinken (n=2)

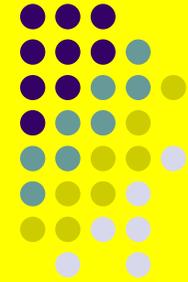
3. Frage:

Was ist Ihr größter Wunsch?



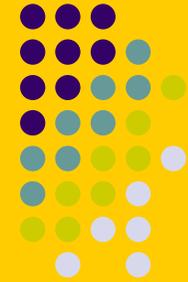
- Gesundheit / Langes Leben (n=7 / 17,5%)
- In Ruhe zu leben (n=5 / 12,5%)
- Lottogewinn (n=5 / 12,5%)
- Habe keinen Wunsch /bin glücklich (n=3 / 7,5%)
- Sicherheit (n=2)
- Wohnung (n=2)
- Rente

Was könnten uns diese Antworten sagen? Konsequenzen für wen und was?



- Ressource: Hilfsbereitschaft, Mitgefühl, soziale Kompetenz
- Ressource: Überlebensstrategien, Kreativität,
-

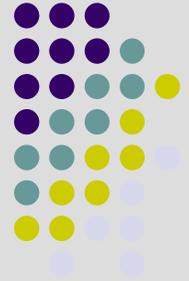
„Bedeutung für Andere“ :



Anthropologischer Ansatz nach *Dörner* im Kontext gelungener Beziehungen:

- **Subjekt – Objekt** Beziehung reflektieren
- **Angstfreiheit** erzeugen; ich als Profi kann und darf von dem Patienten korrigiert, verbessert werden, um eigene Fehler zu erkennen und die Beziehung weiterzuentwickeln
- Grundbedürfnis nach **Selbstbestimmung** und **Bedeutung für Andere** berücksichtigen. Die Gesundheit ist abhängig von dem Gleichgewicht zwischen diesen beiden Bedürfnissen. **Somit ist die Anreicherung der Bedeutung für Andere von zentraler Gewichtung im Kontext Gesundheitsbewertung bzw. Gesunderhaltung!**

Betroffeneneinbeziehung:



***Ressourcenorientiertheit –
Betroffenenkompetenz
Einbeziehung von Betroffenen in
Entwicklungs- und
Entscheidungsprozesse.***



Aussage eines Betroffenen:

„Vielleicht ist plötzliche Obdachlosigkeit auch zu vergleichen mit der Nervenkrankheit Parkinson. Man steht auf der Schwelle einer Tür, sieht zu, aber nimmt nicht mehr sozial teil am Leben und einfache Aufgaben erscheinen wie Berge. Bin ich dann auch noch krank in der Wohnungsnot wird es richtig Übel.“

- Uwe K. 2009 (seit Jahren wohnungslos)