

Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem

Eine Literaturübersicht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 63
ISSN: 1992-0488
ISSN-online: 1992-0496

Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem

Eine Literaturübersicht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, Oktober 2012

Projektteam

Projektleitung: Dr. rer. soc. oec. Ingrid Zechmeister-Koss
Projektbearbeitung: Dr. rer. soc. oec. Ingrid Zechmeister-Koss
Markus Reichel

Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Tarquin Mittermayr, BA
Externe Begutachtung: Dr. med. Martin Sprenger, MPH
Interne Begutachtung: PD Dr. phil. Claudia Wild

Korrespondenz: Ingrid Zechmeister-Koss, email: ingrid.zechmeister@hta.lbg.ac.at

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/This report should be referenced as follows:

Zechmeister-Koss I, Reichel M. Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem. 2012. HTA Projektbericht Nr. 63. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org) bestehen

Conflict of Interest

All contributing authors declare that they have no conflicts of interest according to the Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org)

Der Bericht wurde im Auftrag des Vereins „neunerhaus – Hilfe für obdachlose Menschen“ (www.neunerhaus.at) erstellt

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Nußdorferstr. 64, 6. Stock, A-1090 Wien
<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

Für den Inhalt verantwortlich:



Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
Garnisongasse 7/20, A-1090 Wien
<http://hta.lbg.ac.at/>

Die LBI-HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die Berichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über das Internetportal „<http://eprints.hta.lbg.ac.at>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 63
ISSN: 1992-0488
ISSN-online: 1992-0496

© 2012 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Zusammenfassung.....	5
Executive Summary	7
1 Einleitung.....	9
2 Projektziel und Forschungsfragen	11
3 Methode.....	13
3.1 Erfassung des Gesundheitszustands.....	13
3.2 Erfassung der Zugangsbarrieren und des Inanspruchnahmeverhaltens.....	16
4 Ergebnisse	17
4.1 Gesundheitszustand von wohnungslosen Personen.....	17
4.1.1 Studienlage im Überblick.....	17
4.1.2 Studienergebnisse	19
Gesundheitszustand allgemein	19
Psychische Erkrankungen.....	25
Kognitive Einschränkungen.....	27
Gesundheit von Neugeborenen	28
Mundgesundheit	29
Infektionskrankheiten.....	31
Sonstige somatische Krankheiten	35
Mortalität	40
Risikofaktoren für Krankheit	42
4.2 Zugangsbarrieren für wohnungslose Menschen zu gesundheitsbezogenen Leistungen.....	45
4.2.1 Kategorien von Zugangsbarrieren	45
Fehlender Leistungsanspruch.....	45
Formale Hürden.....	46
Organisatorische Hürden.....	46
Finanzielle Hürden.....	47
Soziale Barrieren	47
4.2.2 Zugangsbarrieren in Österreich	49
Fehlender Leistungsanspruch und finanzielle Barrieren.....	49
Organisatorische Barrieren	51
4.3 Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen.....	52
Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen allgemein	52
Inanspruchnahme bei psychischen Erkrankungen.....	57
5 Diskussion.....	59
6 Schlussfolgerung und Empfehlungen.....	67
7 Literatur	71
8 Anhang	85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1-1: PRISMA Tree zur Studienauswahl.....	15
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1-1: Studiencharakteristika im Überblick	18
Tabelle 4.1-2: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Gesundheitszustand allgemein/1	21
Tabelle 4.1-3: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Gesundheitszustand allgemein/2	22
Tabelle 4.1-4: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Gesundheitszustand allgemein/spezifische Subgruppen/1.....	23
Tabelle 4.1-5: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Gesundheitszustand allgemein/spezifische Subgruppen/2.....	24
Tabelle 4.1-6: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu psychischen Erkrankungen.....	26
Tabelle 4.1-7: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu kognitiven Einschränkungen.....	27
Tabelle 4.1-8: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Neugeborenenengesundheit.....	28
Tabelle 4.1-9: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Mundgesundheit.....	30
Tabelle 4.1-10: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Infektionskrankheiten/1	33
Tabelle 4.1-11: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Infektionskrankheiten/2	34
Tabelle 4.1-12: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu sonstigen somatischen Erkrankungen/1 (Reihung nach Publikationsjahr).....	37
Tabelle 4.1-13: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu sonstigen somatischen Erkrankungen/2 (Reihung nach Publikationsjahr).....	38
Tabelle 4.1-14: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu sonstigen somatischen Erkrankungen/3 (Reihung nach Publikationsjahr).....	39
Tabelle 4.1-15: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Mortalität	41
Tabelle 4.1-16: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Risikofaktoren/1.....	43
Tabelle 4.1-17: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Risikofaktoren/2.....	44
Tabelle 4.3-1: Inanspruchnahme von allgemeinen gesundheitsbezogenen Leistungen/1.....	55
Tabelle 4.3-2: Inanspruchnahme von allgemeinen gesundheitsbezogenen Leistungen/2.....	56
Tabelle 4.3-3: Inanspruchnahme von psychiatrischen/psycho-sozialen Leistungen.....	58
Tabelle 8-1: Klassifizierung der Studien im Überblick (Reihung nach Publikationsjahr)	85

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung

2007 war an einem definierten Stichtag ~0,1% der österreichischen Bevölkerung in Wohnbetreuung oder -beratung. Bis zu 10% der ÖsterreicherInnen leben in überfüllten/schlechten Wohnungen. Aufgrund ihrer schlechten Lebensbedingungen haben wohnungslose oder in prekären Wohnverhältnissen lebende Menschen ein deutlich erhöhtes Krankheitsrisiko. Gleichzeitig wird eine unzureichende medizinische Versorgung konstatiert.

Ziel des Projekts ist eine systematische Aufbereitung der publizierten Literatur zum Gesundheitszustand, zu den Zugangsbarrieren zu gesundheitsbezogenen Leistungen und zum Inanspruchnahmeverhalten von wohnungslosen Menschen, die der evidenzgestützten Planung eines Leistungsangebots dienen soll.

Methode

Mit einer systematischen Literatursuche wurde eine Vielzahl an Studien zum Gesundheitszustand identifiziert, aus denen in einem mehrstufigen Auswahlverfahren nach vorab definierten Kriterien relevante Studien ab 2006 ausgewählt und zusammenfassend analysiert wurden.

Die Zugangsbarrieren wurden in einer qualitativen Übersicht aus über Handsuche identifizierten (inter)nationalen Berichten erläutert und hinsichtlich ihrer Gültigkeit für Österreich reflektiert.

Die Inanspruchnahmecharakteristika wurden in über Handsuche identifizierte Studien nach Leistungsebene (stationär, spitalsambulant, niedergelassener Bereich etc.) und involvierten Berufsgruppen analysiert.

Ergebnisse

Gesundheitszustand

43 Studien wurden in die Endauswahl ausgenommen. Diese stammen primär aus dem anglo-amerikanischen Raum, Deutschland, Frankreich und Nordeuropa und sie untersuchten überwiegend wohnungslose Männer.

Wengleich wohnungslose Menschen ihren allgemeinen Gesundheitszustand tendenziell positiv einschätzen, steht dies in Widerspruch zu ihrer geäußerten Lebensqualität und den diagnostizierten Krankheiten.

Neben überdurchschnittlich häufigen psychischen Erkrankungen (v. a. Abhängigkeitserkrankungen) sind wohnungslose Personen von zahlreichen somatischen Erkrankungen und deren Langzeitfolgen betroffen. Hierbei sind Zahnprobleme und Infektionskrankheiten bedeutend, vor allem sind letztere für ein erhöhtes Spitalsaufnahmerisiko verantwortlich. Außerdem haben wohnungslose Menschen laut den vorhandenen Studien ein erhöhtes Risiko, frühzeitig zu versterben und sie setzen sich im hohen Grad gesundheitlichen Risiken aus (z.B. Rauchen, Alkohol).

erhöhtes Krankheitsrisiko bei Wohnungslosigkeit

Gesundheitszustand, Zugang zu Leistungen und Inanspruchnahmeverhalten untersucht

systematische Literaturübersicht zu Gesundheitszustand

Handsuche und qualitative Übersicht zu Zugangsbarrieren und...

...Inanspruchnahme

43 Studien aus Nordamerika und Europa

Widerspruch Selbsteinschätzung Gesundheit u. Diagnosen

häufig psychische Erkrankungen, Zahnprobleme, Infektionskrankheiten, höheres Sterblichkeitsrisiko, Risikoverhalten

Zugangsbarrieren und Inanspruchnahme

**zahlreiche formale und
informelle
Zugangsbarrieren
identifiziert**

Wohnungslose Menschen befinden sich oft in ungewöhnlichen Lebenslagen ohne formalen Anspruch für gesundheitsbezogene Leistungen. Aber auch anspruchsberechtigte wohnungslose Personen können an formalen, organisatorischen oder finanziellen Hürden, sowie an sozialen Barrieren scheitern, Zugang zu jenen Leistungen zu haben, die sie brauchen.

**zwar oft
Gesundheitssystem-
Kontakt, aber
Fehlversorgung
ersichtlich**

Die in den Studien untersuchten wohnungslosen Personen hatten generell häufig Kontakt mit dem Gesundheitssystem, wobei Fehlversorgung erkennbar ist (z.B. überdurchschnittlich häufige Spitalsaufnahmen, fehlende Spezialversorgung). Welche Leistungsebene (stationär, ambulant, Notaufnahme) und welche Berufsgruppe involviert ist, hängt von Faktoren wie Gesundheitssystem, Geschlecht oder Form der Wohnungslosigkeit ab.

Diskussion und Schlussfolgerung

**Ergebnisse
eingeschränkt gültig,
aber gute
Planungsorientierung**

Wohnungslose Menschen zeigen bestimmte Krankheitscharakteristika und sind von gesundheitlichen Langzeitfolgen betroffen. Die dargestellten Inanspruchnahmepattern und Behandlungsformen legen eine Fehlversorgung dieser Gruppe nahe. Obwohl die Ergebnisse nur als eingeschränkt übertragbar und repräsentativ zu bewerten sind, sind die ermittelten Gesundheitsdimensionen als Planungsorientierung geeignet.

**bedarfsorientierte
Primärversorgung und
Verhältnisprävention
nötig**

Aus den Ergebnissen lässt sich eine Notwendigkeit für eine interdisziplinäre niederschwellige Primärversorgung, die durch professionelle Hilfe im Sinne einer Koordinierung, Vermittlung und „Übersetzung“ unterstützt wird, ableiten. Parallel dazu sind Strategien, die an den Gesundheitsdeterminanten ansetzen, insbesondere jene, die die Verhältnisprävention forcieren, notwendig.

Executive Summary

Background and research question

In 2007, ~0.1 % of the Austrian population was in some kind of housing support for the homeless on a specific reference day. Moreover, up to 10% of the population lives in overcrowded or bad housing. The poor living conditions result in increased risk of illness for the homeless. At the same time, medical care is assumed to be inadequate.

The aim of this report is to systematically analyse the published literature on the health status, on barriers to health care and on utilisation patterns among homeless persons in urban areas. This should support evidence-based planning of health care for homeless persons.

homelessness increases risk of illness

health state, access to care and utilisation patterns among homeless analysed

Method

A systematic literature search was carried out to identify literature on the health status of homeless people. According to pre-defined criteria, relevant studies from 2006 onwards were selected in a step-wise approach.

Barriers to access were qualitatively summarised from international reports that had been identified via hand search. The validity of the barriers for Austria was analysed against the backdrop of the Austrian health care system structures.

Studies on utilisation characteristics were identified via hand search and analysed according to the service level utilised and professions involved.

systematic literature search for health status

hand search and qualitative summary of barriers literature...

...and utilisation studies

Results

Health state

43 studies were selected for the final analysis. They were primarily conducted in North American countries, in the UK, Germany, France and in Northern Europe. The study population was predominately male.

Although homeless persons tend to rate their health situation as positive, this is in contrast to their stated quality of life and the diagnosed diseases.

Apart from a disproportionally high prevalence of mental disorders (mainly addiction), homeless people often suffer from a number of somatic disorders and their health consequences. Most often these are oral health problems and infectious diseases. The latter are responsible for the increased risk of inpatient treatment among the homeless. Moreover, according to the literature, homeless people face an increased risk of premature death and they expose themselves to health threats (smoking, alcohol).

43 studies from North America and Europe

**contrast self-perceived health vs. diagnosed diseases
high prevalence of mental disorders, infectious diseases, low oral health, premature deaths, risk behaviour**

Access to health care and utilisation patterns

Due to their circumstances (e.g., unemployment), homeless people often have no formal access to health care. However, even homeless persons who are entitled to receive services face bureaucratic, organisational, financial or social barriers that limit access to adequate services.

several formal and informal barriers to health care identified

**frequent contact to
health system but often
inadequate treatment**

Homeless people in the studies generally had frequent contact with the health care system; however, they often received inadequate treatment (e.g., disproportionately high rates of inpatient treatment, lack of specialised care). The level of care (inpatient, outpatient, emergency care) and the (health) professions involved are dependent on factors such as type of health care system, sex or type of homelessness.

Discussion and conclusion

**generalisability of
results limited but good
orientation for planning**

Homeless persons show specific patterns of illness which often lead to long-term ill-health. The identified utilisation and treatment patterns indicate that inadequate service structures exist. Although the generality and representativeness of the presented data are limited, the health dimensions identified may be helpful for service planning.

**needs-oriented primary
care structures +
tackling health
determinants required**

Results indicate the need for easily accessible and interdisciplinary-oriented primary care. Access to adequate care needs to be enhanced by professional support that improves the coordination of services and plays an active role as a mediator for the homeless. Additionally, strategies that concentrate on the structural health determinants are required.

1 Einleitung

Aufgrund einer eingeschränkten Datensituation ist in Österreich die Gesamtzahl der von Wohnungslosigkeit betroffenen Personen nicht bekannt. Aus einer Stichtagserhebung im Jahr 2007 [1] geht hervor, dass an dem betreffenden Tag 5.500 Personen (davon 13% mitziehende Minderjährige) in ambulanter oder stationärer Wohnbetreuung¹ waren und weitere 4.375 Personen ambulant beraten wurden. Das entspricht jeweils ca. 0,05% der Bevölkerung. Außerdem standen an dem gewählten Stichtag 1.225 Personen in einem Beratungsverhältnis mit der Delogierungsprävention². 3% der ÖsterreicherInnen lebten 2007 in prekärer Wohnqualität und 9% in überbelegten Wohnungen. Der größte Anteil der wohnungslosen Personen lebt in Wien [2].

Die Lebensbedingungen (Armut, Hygienebedingungen, chronischer Stress etc.) von wohnungslosen Menschen bringen ein hohes Krankheitsrisiko mit sich [3]. Gleichzeitig wird eine unzureichende medizinische Versorgung konstatiert, die durch unterschiedliche Zugangsbarrieren zu gesundheitsbezogenen Leistungen bedingt ist und auch in Ländern mit universellem Zugang zur Gesundheitsversorgung besteht.

Wie in zahlreichen Ländern international, versuchen Organisationen der Wohnungslosenhilfe auch in Österreich, mit individuellen Initiativen und Angeboten diesen offensichtlich vorhandenen Versorgungslücken des regulären Gesundheitssystems zu begegnen. Eine umfassende empirische Analyse des Gesundheitszustands von wohnungslosen Personen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem fand in Österreich jedoch bisher nicht statt. Ebenso wenig erfolgte bislang eine für Österreich aufbereitete systematische Aufarbeitung internationaler Evidenz zu dieser Thematik, sodass detailliertes Wissen zum Gesundheitszustand, zum Krankheitsspektrum, zum Inanspruchnahmeverhalten und zu möglichen Zugangsbarrieren für gesundheitsbezogene Leistungen bei wohnungslosen Menschen und den daraus resultierenden individuellen und gesellschaftlichen Folgen fehlt.

Als einer von mehreren Bausteinen für die Entwicklung eines bedarfsgerechten Angebots gesundheitsbezogener Leistungen für wohnungslose Personen soll daher im vorliegenden Bericht die bestehende Literatur zu dieser Thematik systematisch und transparent aufgearbeitet werden. Es sollen hiermit Anhaltspunkte für eine evidenz-basierte Angebotsplanung, aber auch für weiterführende wissenschaftliche Arbeiten in Österreich erarbeitet werden.

Stichtag 2007: ~ 0,1% der Bevölkerung in Wohnbetreuung oder ambulanter Beratung, bis zu 10% in schlechten/überfüllten Wohnungen

Krankheitsrisiko durch Lebensbedingungen und Barrieren zu Leistungen

Details zu Gesundheit/ Krankheit u. Studienlage international in Österreich vernachlässigt

systematischer Literaturüberblick für evidenzbasierte Planung

¹ Ambulante Einrichtungen umfassen Beratungsstellen, Tageszentren, tagesstrukturierte Angebote; stationäre Wohnbetreuung der Wohnungslosenhilfe umfasst Wohnbetreuung in Wohnheimen, Übergangwohnheimen und -wohnungen, Wohngemeinschaften, sowie ambulant betreute Wohnungen, die von Wohnungslosenhilfe-Trägern angemietet sind

² Hilfe bei drohendem Wohnverlust (z. B. durch Mietschulden)

2 Projektziel und Forschungsfragen

Das Projekt hat zum Ziel, die bestehende Evidenzlage zum Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und zu deren Zugang bzw. Zugangsbarrieren zu gesundheitsbezogenen Leistungen im Überblick darzustellen. Der Fokus ist hierbei auf die Situation von wohnungslosen Personen im urbanen Raum gerichtet.

Damit soll eine Grundlage für eine evidenzgestützten Planung eines bedarfsgerechten Angebots an präventiven und kurativen gesundheitsbezogenen Leistungen für wohnungslose Menschen im großstädtischen Bereich in Österreich geschaffen werden.

Konkret werden folgende Fragen behandelt:

1. Wie ist der Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen laut internationaler und nationaler Evidenz charakterisiert?
 - ✿ Welche Erkrankungen treten in welcher Häufigkeit auf?
 - ✿ Welche langfristigen gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Folgen werden in der Literatur beschrieben?
2. Welche Barrieren (rechtlich, organisationsspezifisch, individuell) bestehen laut Literatur bei wohnungslosen Menschen hinsichtlich des Zugangs zu präventiven oder kurativen gesundheitsbezogenen Dienstleistungen international und spezifisch in Österreich?
3. Wie ist die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen in der Literatur charakterisiert?

Ziel: Evidenz zu Gesundheitszustand, Zugangsbarrieren, Inanspruchnahmeverhalten

Fragen an Literatur:

Gesundheit + Krankheitsspektrum international

Hürden für präventive und kurative Leistungen

Charakteristika bei Inanspruchnahme

3 Methode

Die gesamte Arbeit basiert ausschließlich auf Daten und Informationen aus publizierter Literatur. Auf administrative Daten österreichischer Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wurde bewusst verzichtet, da dies den zeitlichen Rahmen der Arbeit gesprengt hätte und über die Fragestellung der Literaturübersicht hinausgeht. Jedoch wurden mehrere ExpertInnen aus dem Bereich der Wohnungslosenhilfe kontaktiert, um den Forschungsgegenstand zu strukturieren und Literaturempfehlungen zu erhalten.

Studie basiert auf publizierter Literatur
keine administrativen Daten

3.1 Erfassung des Gesundheitszustands

Zur Beantwortung der Fragestellung 1 kommt die Methode der systematischen Literaturübersicht zum Einsatz. Diese zeichnet sich durch eine standardisierte Recherche nach publizierter Literatur (in relevanten Literaturdatenbanken und sonstigen Quellen wie z.B. Internet, Referenzlisten der identifizierten Artikel) und durch transparente Darstellung der Suchstrategien sowie des Auswahlprozesses und der Ergebnisse aus. Ziel ist eine möglichst objektive im Gegensatz zu einer selektiven bzw. willkürlichen Darstellung der Literatur.

Methode: systematische Literaturübersicht

Die für die Recherche verwendeten Suchbegriffe im Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit orientieren sich an einem breiten Verständnis von Wohnungslosigkeit im Sinne der Europäischen Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung (ETHOS) [4]. Diese Typologie schließt obdachlose Menschen oder Menschen in Notunterkünften ebenso ein, wie wohnungslose Menschen (z.B. solche, die in Wohnungsloseneinrichtungen oder Frauenhäusern leben) oder Menschen in unsicheren (z.B. von Delogierung Bedrohte) oder ungenügenden (z.B. in ungeeigneten Räumen Wohnende) Wohnverhältnissen.

Wohnungslosigkeit breit definiert (ETHOS)

Die systematische Literatursuche wurde am 31. Juli 2012 in folgenden Datenbanken durchgeführt:

durchsuchte Datenbanken und...

- ✿ Medline via Ovid
- ✿ Embase
- ✿ The Cochrane Library
- ✿ CRD (DARE, NHS EED, HTA)
- ✿ PsycInfo

Darüber hinaus wurde am 01.08.2012 auf folgenden Websites nach Assessments gesucht:

...webseiten

✿ Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
(<http://www.cadth.ca/index.php/en/home>)

✿ NIHR Health Technology Assessment programme
(<http://www.hta.ac.uk/>)

✿ NHS Institute for Health and Clinical Excellence
(<http://www.nice.org.uk/>)

Ergänzend dazu wurde in Universitäts-Bibliothekskatalogen recherchiert.

	<p>Die genaue Suchstrategie ist auf Anfrage bei den AutorInnen erhältlich.</p>
<p>alle Arten von empirischen Studien ab 2000</p>	<p>Bei der Suche wurden keine Einschränkungen hinsichtlich des Publikationstyps (Berichte, systematische Übersichtsarbeiten, Primärstudien etc.) vorgenommen, allerdings erfolgte eine Einschränkung auf englisch- oder deutschsprachige Quellen und auf den Publikationszeitraum 01/2000 bis 07/2012, da ein möglichst aktuelles Bild gezeichnet werden soll.</p>
<p>inklusive Handsuche 1.345 Treffer</p>	<p>Nach Entfernung aller Duplikate standen über die systematische Suche 1.300 Zitate zur Verfügung. Eine zusätzliche Handsuche in den Referenzlisten der ausgewählten Artikel und Berichte, sowie eine generelle internetbasierte Suche nach relevanter Literatur ergaben weitere 45 Treffer, sodass insgesamt 1.345 Referenzen zur Verfügung standen.</p>
<p>mehrstufige Literatúrauswahl:</p>	<p>Die Auswahl der Literatur aus den identifizierten Zitaten erfolgte mehrstufig.</p>
<p>1. Auswahl englisch/deutschsprachiger empirischer Studien zu Gesundheit/Krankheit</p>	<p>Im ersten Schritt wurden Publikationen nach folgenden Einschlusskriterien ausgewählt:</p> <ul style="list-style-type: none">✿ Empirische Studien zum Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen oder systematische Übersichtsarbeit bzw. Meta-Analyse mehrerer solcher Studien✿ Publikationssprache englisch oder deutsch
	<p>Hinsichtlich des untersuchten Krankheitsspektrums, demographischer Merkmale (Geschlecht, Alter) oder der Definition von Wohnungslosigkeit erfolgte keine Einschränkung.</p>
	<p>Ausgeschlossen wurden folgende Studien:</p> <ul style="list-style-type: none">✿ Unsystematische Überblicksartikel oder theoretische Reflexionen✿ Studien aus Ländern außerhalb Europa, Nordamerika oder Australien/Neuseeland✿ Studien, die vor dem Jahr 2000 publiziert wurden✿ Studien, aus denen nicht eindeutig hervorging, welcher Anteil der untersuchten Population wohnungslos ist (z.B. Studien zum Gesundheitszustand von drogenabhängigen Personen ohne Darstellung von deren Wohnsituation)✿ Studien, die eine bestimmte Gruppe von Wohnungslosen untersuchen, die für Österreich nicht relevant ist (z.B. wohnungslose Kriegsveteranen in den USA)
<p>2. Darstellung in Übersichtstabelle</p>	<p>Die so identifizierten Studien wurden in einer Übersichtstabelle hinsichtlich folgender Charakteristika dargestellt:</p> <ul style="list-style-type: none">✿ demographische Merkmale der untersuchten wohnungslosen Personen (Alter, Geschlecht)✿ untersuchte Krankheiten (somatisch, psychisch) oder untersuchte sonstige gesundheitsrelevante Merkmale (Sterblichkeit, allgemeiner Gesundheitszustand, gesundheitliche Risiken)✿ Studienland und – sofern relevant – konkreter Ort (Stadt) der empirischen Erhebung✿ Studiendesign

Die Auswahl in dieser Stufe ergab 131 relevante Publikationen. Die Übersichtstabelle befindet sich im Anhang (Kapitel 8).

In einem zweiten Schritt erfolgte eine weitere Einschränkung der Evidenz auf empirische Studien oder systematische Übersichtsarbeiten aus den Jahren 2006 bis 2012, außer es handelte sich um eine Studie, die eine Erkrankung oder eine demographische Gruppe (z.B. Kinder) untersuchte, die in den jüngeren Studien nicht vorkommen. War zu einer Erkrankung eine qualitativ hochwertige Übersichtsarbeit vorhanden, wie dies z. B. bei psychischen Erkrankungen der Fall war, wurde ausschließlich diese herangezogen, auch wenn nach dem Erscheinen dieser Arbeit weitere Einzelstudien veröffentlicht wurden.

Nach diesen Kriterien wurden 44 Studien in die Endauswahl aufgenommen. Der gesamte Auswahlprozess ist in Abbildung 3.1-3 dargestellt.

Übersicht über 131 Studien

2. detaillierte Beschreibung von Studien ab 2006

Detailbeschreibung: 44 Studien

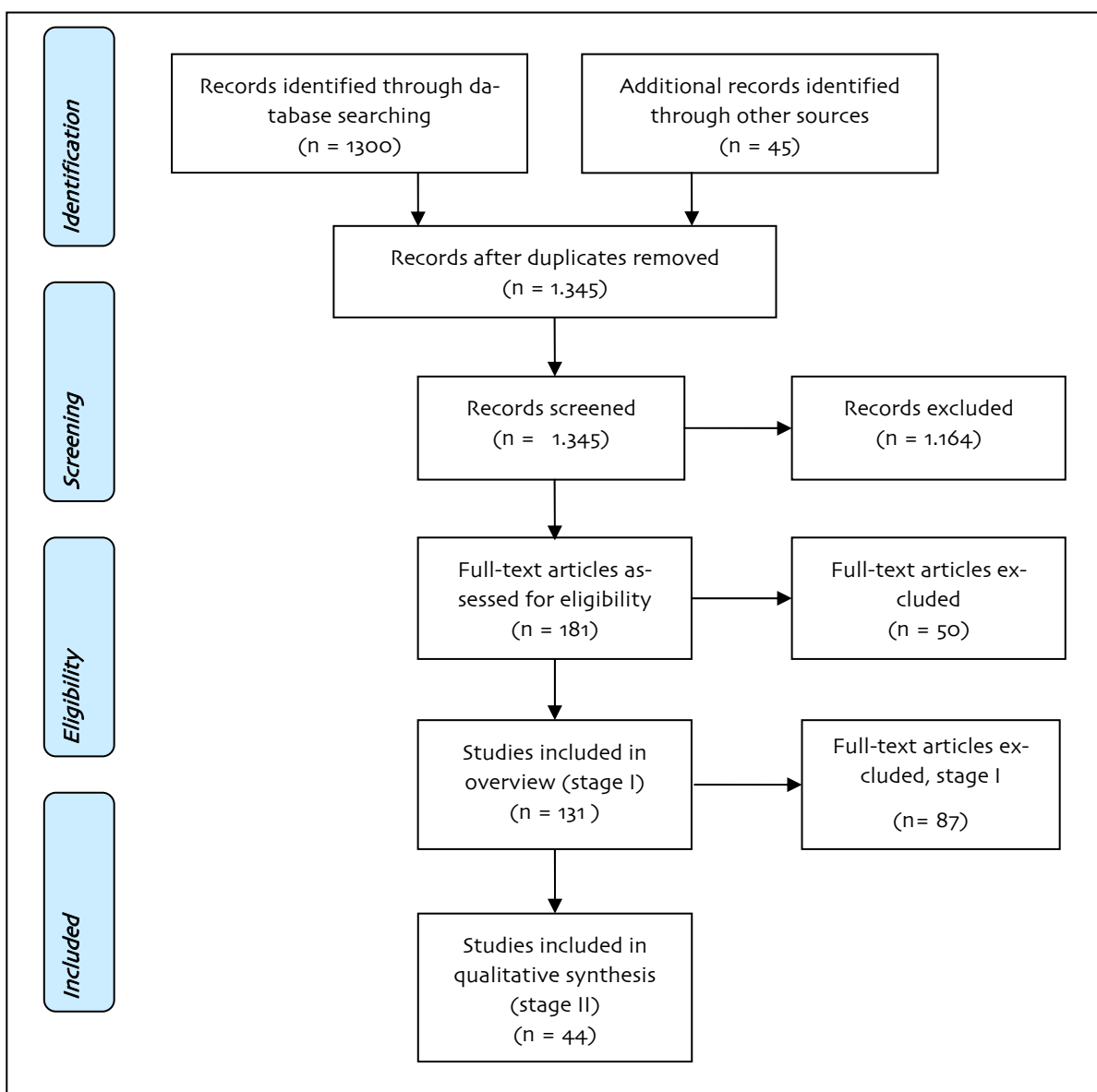


Abbildung 3.1-1: PRISMA Tree zur Studiauswahl

Clustering nach Krankheitsbildern	In weiterer Folge wurden ein Clustering der Studien nach Krankheitsbildern und eine Datenextraktion zu den Studiencharakteristika und -ergebnissen vorgenommen.
interne und externe Studienvalidität zu prüfen	Zur Beurteilung der Validität der Studienergebnisse ist nicht nur deren Übertragbarkeit auf Österreich relevant (externe Validität), sondern auch die interne Validität und Studienqualität (z.B. Wahl der Vergleichsgruppen, verwendete Erhebungsinstrumente, Repräsentativität der untersuchten Stichproben).
Verwendung zahlreicher Prüflisten	Entsprechend der in den ausgewählten Studien verwendeten Studiendesigns erfolgte eine Prüfung der Studienqualität mit unterschiedlichen Prüflisten, anhand derer systematische Fehler in der Ausführung der Studien, die zu verzerrten Ergebnissen oder Schlussfolgerungen führen können, identifiziert werden können. Die Prüfung erfolgte allgemein im Rahmen der Analyse der Limitationen der vorliegenden Arbeit und nicht für jede Studie einzeln. Folgende Checklisten wurden hierzu herangezogen: <ul style="list-style-type: none">✿ STROBE Statement für Querschnittstudien [5]✿ Checklist zur Beurteilung von Kohortenstudien [6]✿ Checklist zur Beurteilung von systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen [6]

3.2 Erfassung der Zugangsbarrieren und des Inanspruchnahmeverhaltens

Evidenz zu Zugangsbarrieren und Inanspruchnahmehemmnissen über Handsuche	Die Forschungsfragen zu den Zugangsbarrieren zu Gesundheitsleistungen und zu Inanspruchnahmecharakteristika wurden in Form einer umfassenden Handsuche nach (inter)nationalen Berichten bearbeitet, die mit relevanten Studien aus der systematischen Literatursuche zu Forschungsfrage 1 ergänzt wurde.
Barrieren: qualitative Übersicht mit Fallbeispielen	Die Information zu den Zugangsbarrieren wurde in Form einer qualitativen Übersicht über das Spektrum der in der Literatur genannten potenziellen Zugangsbarrieren extrahiert und anhand von Fallbeispielen illustriert. Die so identifizierten Barrierearten wurden hinsichtlich ihrer Gültigkeit für Österreich reflektiert und allenfalls mit zusätzlichen, in Österreich relevanten, Kategorien ergänzt.
Inanspruchnahme: Übersicht zu Leistungsebenen und Professionen	Die empirischen Literaturbefunde zum Inanspruchnahmeverhalten wurden zunächst studienspezifisch dargestellt. Es wurden nur jene Studien eingeschlossen, deren empirische Analyse konkret dem Thema Inanspruchnahme gewidmet war, nicht aber solche, die nur am Rande rudimentäre Informationen zur Inanspruchnahme erhoben haben. Die Ergebnisse der Einzelstudien wurden hinsichtlich klassischer Inanspruchnahmehemmnisse bezüglich Leistungsebene (stationär, spitalsambulant, niedergelassener Bereich) und Profession (medizinische und nicht-medizinische Gesundheitsberufe, medizinisches Fach) analysiert.

4 Ergebnisse

4.1 Gesundheitszustand von wohnungslosen Personen

4.1.1 Studienlage im Überblick

Tabelle 4.1-1 zeigt die Studienlage zum Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen im Überblick. In den 131 empirischen Studien zum Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen wurde in 49 Studien über psychische Erkrankungen und in 61 Studien über somatische Erkrankungen berichtet. Innerhalb der körperlichen Erkrankungen wurden vorrangig Studien zu Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose) durchgeführt.

8 Studien untersuchten die Sterblichkeitscharakteristika von wohnungslosen Personen und 6 Studien waren primär auf Risikofaktoren fokussiert. Sie waren Gewalt-, Missbrauchs- oder traumatischen Erfahrungen gewidmet oder untersuchten Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen oder Krebs. Weitere 6 Studien untersuchten kognitive Einschränkungen. In 18 Studien wurde weniger ein konkretes Krankheitsspektrum, sondern der Gesundheitszustand allgemein (gesundheitsbezogene Lebensqualität, selbst eingeschätzter Gesundheitszustand) erhoben.

Von den in die Suche eingeschlossenen Ländern/Regionen (USA, Kanada, Australien, Europa) wurden die meisten empirischen Erhebungen in Europa (53) und in den USA (53) durchgeführt. In Europa dominierten empirische Untersuchungen aus Deutschland (14), die fast ausschließlich zum psychischen Gesundheitszustand erfolgten. Weitere europäische Länder mit mehr als einer publizierten Studie waren Großbritannien (10), Frankreich (7; primär Infektionskrankheiten und) und Schweden (7). Aus Österreich wurde eine publizierte Studie zu psychischen Erkrankungen von wohnungslosen Jugendlichen identifiziert und in zwei weiteren Studien wurde das gesamte Krankheitsspektrum betrachtet.

Hinsichtlich des Studiendesigns handelt es sich beim überwiegenden Teil (60%) um Querschnittstudien. Das sind einmalige Häufigkeitserhebungen zu einem bestimmten Zeitpunkt, also Momentaufnahmen, die auch als Prävalenzstudien bezeichnet werden. In den wenigsten Fällen wurden hier – primär aufgrund der schwierigen Ausgangsbedingungen (Gesamtanzahl der betroffenen wohnungslosen Menschen häufig unbekannt, schwieriger Zugang insbesondere außerhalb von Institutionen) – Zufallsstichproben zur Befragung ausgewählt. Meistens wurden sogenannte „convenience samples“, das heißt alle Personen, die aus der gesamten Zielgruppe freiwillig für eine Erhebung zur Verfügung standen, untersucht.

Im Gegensatz zu den Querschnittstudien beobachten die ebenfalls vorhandenen Kohortenstudien eine Gruppe von Wohnungslosen über einen längeren Zeitraum hinweg. Außerdem kamen vereinzelt Fallserien vor. In diesen Studien wird über aufeinander folgende Fälle von wohnungslosen Personen berichtet, z.B. alle konsekutiven Fälle von wohnungslosen Personen, die in einem definierten Zeitraum in einem Spital aufgenommen werden.

Studien berichten über psychische und somatische Erkrankungen

Mortalität

Risikofaktoren

kognitive Einschränkungen

Gesundheitszustand im Allgemeinen

primär aus USA und Europa,

hier Deutschland und UK führend

3 Studien aus Österreich

Studiendesign:

Querschnittstudien

Kohortenstudien

Fallserien

Übersichtsarbeiten In 7 Studien wurde keine Primärerhebung, sondern eine systematische Übersicht zu bereits vorhandenen Studien (z.B. zu psychischen Krankheiten, Infektionskrankheiten) durchgeführt.

Tabelle 4.1-1: Studiencharakteristika im Überblick

Untersuchte Krankheiten/gesundheitsbezogene Faktoren						
	Psychische Erkrankungen	Somatische Erkrankungen	Kognitive Einschränkung	Gesundheitsdeterminanten/Risikofaktoren*	Mortalität	Gesundheitszustand
Anzahl Studien	49	61; davon: - Infektionskrankheiten: 32 - Herz/Kreislauf + Diabetes: 4 - Mundgesundheit: 4 - Hautkrankheiten: 2 - Gynäkologie/Geburtshilfe: 2	6	6	8	18
Land der empirischen Erhebung						
	USA	Kanada	Australien	Europa		
Anzahl Studien	53	15	9	53; davon: - Deutschland: 14 - UK: 10 - Frankreich: 7 - Schweden: 7 - Österreich: 3 - Rest: 12		
Studientyp						
	Systematische Übersichtsarbeit	Querschnittstudie	Prospektive Kohortenstudie	Sonstige		
Anzahl Studien	7	77	12	35		

*Gewalt/Missbrauchserfahrungen, Trauma, Krebsrisiko, Herz-Kreislaferkrankungsrisiko

unterschiedliche Formen von Wohnungslosigkeit erfasst

Aus den Tabellen im nachfolgenden Kapitel 4.1.2 geht hervor, dass die Definition von Wohnungslosigkeit in den Studien ein sehr breites Spektrum umfasst, das jedenfalls diverse Formen von Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit und vereinzelt unsicheres Wohnen oder ungeeignetes Wohnen nach der ETHOS-Definition einschließt. Über alle untersuchten Krankheitsbilder hinweg kann daher davon ausgegangen werden, dass unterschiedliche Gruppen von wohnungslosen Menschen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes untersucht wurden und nicht etwa nur leicht erreichbare, oder solche, die bereits gesundheitliche oder soziale Hilfsangebote in Anspruch nehmen. Für einzelne Krankheiten im Detail kann jedoch sehr wohl ein Selektionsbias in dieser Hinsicht bestehen. So untersuchte die einzige den Einschlusskriterien entsprechende Studie zu dermatologischen Problemen [7] lediglich jene wohnungslosen Personen, die bereits eine dermatologische Leistung in Anspruch nahmen, sodass über das tatsächliche Ausmaß

dermatologischer Probleme bei wohnungslosen Menschen keine Aussage getroffen werden kann.

Unklar ist außerdem die genaue Bedeutung einzelner englischer Termini (z.B. shelter for homeless), sodass die Abgrenzung zwischen obdachlos und wohnungslos oft nicht getroffen werden kann und daher offen bleibt, für welche Gruppe die Studienergebnisse konkret gültig sind. Aus diesem Grund wurden die in den Studien angegebene Definition für Wohnungslosigkeit oder die Einschlusskriterien, nach denen StudienteilnehmerInnen ausgewählt wurden, in der Originalsprache belassen.

Begrifflichkeiten oft unklar

4.1.2 Studienergebnisse

Gesundheitszustand allgemein

In den Tabellen 4.1-2 bis 4.1-5 sind jene Studien angeführt, in denen der Gesundheitszustand wohnungsloser Personen allgemein - primär in der Form selbsteingeschätzter gesundheitsbezogener Lebensqualität oder anderer Indikatoren für den Gesundheitszustand – erhoben wurde. 6 der 10 Studien stammen aus Nordamerika (5 aus den USA [8-12], 1 aus Kanada [13]), die restlichen 4 aus Irland [14], Schweden [15] und Österreich [16, 17].

Gesundheitszustand primär in Nordamerika untersucht

6 dieser Studien widmeten sich dem Gesundheitszustand von erwachsenen wohnungslosen Menschen oder allen Wohnungslosen ohne Altersbegrenzung, eine untersuchte Kinder/Jugendliche, eine Studie betrachtete die spezielle Gruppe der wohnungslosen MigrantInnen, eine weitere ältere Wohnungslose und eine Studie untersuchte den Gesundheitszustand von wohnungslosen Frauen. In den Studien, die wohnungslose Menschen beiderlei Geschlechts inkludierten, waren mit einer Ausnahme mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen männlich.

Erwachsene, Jugendliche, MigrantInnen, ältere Wohnungslose und Frauen betrachtet

Den Ergebnissen der Studien an erwachsenen Wohnungslosen zufolge, beurteilen wohnungslose Menschen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant schlechter als eine Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung [15]. Wurden sie hingegen konkret nach ihrem Gesundheitszustand befragt, wurde dieser als überdurchschnittlich [8] oder zumindest mehrheitlich als gut bis mittelmäßig [17] bewertet, wenngleich auch niedriger als in einer Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung [17].

Lebensqualität schlecht, Gesundheitszustand jedoch gut eingestuft

Wurden konkrete Diagnosen abgefragt, gaben in den internationalen Studien wiederum 83% zumindest ein psychisches oder physisches Gesundheitsproblem an und 60% zumindest ein somatisches Problem [14]. Am häufigsten wurden Zahnprobleme (53%), psychische Probleme (Depression, Angststörungen; 40-50%), Hepatitis C (36%) und Asthma (~20%) genannt. 90% waren laut Angabe der Befragten RaucherInnen und die Hälfte gab an, Drogen zu konsumieren. Wurden ausschließlich Frauen befragt, gab in der betreffenden Studie ein Drittel der Befragten mindestens ein gesundheitliches Problem an (vorwiegend Asthma, HIV/AIDS, Hepatitis).

83% mindestens eine Krankheitsdiagnose, Zahnprobleme, psychische Probleme (v. a. Abhängigkeit), Infektionskrankheiten häufig

Beim Vergleich mit einer Kontrollgruppe war die Frequenz somatischer Probleme bei den befragten wohnungslosen Personen nur dann höher, als in der Vergleichsgruppe, wenn mit der Allgemeinbevölkerung verglichen wurde, nicht aber, wenn die Vergleichsgruppe aus von Armut betroffenen Personen bestand [9].

kränker als Allgemeinbevölkerung aber nicht unbedingt als Armutsbevölkerung

im Zeitverlauf keine Veränderung oder Verschlechterung	Im Zeitverlauf scheint sich das Spektrum an gesundheitlichen Problemen und deren Häufigkeit bei wohnungslosen Personen nicht gravierend verändert zu haben, auch wenn sich die allgemeinen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die einen Einfluss auf die Wohnungslosigkeitsdimension in einem Land vermuten lassen (z.B. verbesserte wirtschaftliche Situation eines Landes), veränderten [14]. Die Untersuchung unter wohnungslosen Frauen lässt eher auf eine tendenzielle Verschlechterung des Gesundheitszustands in dieser Gruppe schließen, zumindest in der untersuchten Region in den USA [12].
Österreich: chronische somatische Probleme und psychische Erkrankung häufig	In einer österreichischen Erhebung unter 44 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe aus dem Jahr 2006 [16] war die am häufigsten genannte gesundheitliche Problemkategorie „chronische somatische Probleme“ (30% der Nennungen), gefolgt von psychischen Erkrankungen (23%), wobei Alkohol- und Drogenabhängigkeit als eigene Kategorie abgefragt wurden und mit jeweils 14% der Nennungen ebenfalls häufig vorkamen. Bei den somatischen Erkrankungen wurden Lungen- und Atemwegserkrankungen Herz-Kreislaufkrankungen, ernährungsbedingte Erkrankungen (ohne nähere Definition), Hautkrankheiten, Geschwüre und Entzündungen, sowie Epilepsie als häufig vorkommend angegeben. Die regionale Verteilung dieser Erkrankungen, sowie Details zum Krankheitsspektrum werden in der Studie nicht beschrieben. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die in Wien unter BewohnerInnen von Wohnheimen der Wohnungslosenhilfe durchgeführte Studie [17], die psychische Erkrankungen und Lungenerkrankungen als häufigste Diagnosen ermittelte, sowie einen signifikant höheren Anteil an chronischen Erkrankungen als in einer Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung. Auffällig waren außerdem der defizitäre Zahnstatus und der häufige Zigarettenkonsum, während die Ergebnisse zum Alkoholkonsum widersprüchlich waren.
Schlechter Zahnstatus und häufiger Zigarettenkonsum, Alkoholkonsum aus Daten unklar	
Kinder: Risiko für Entwicklungs-/Verhaltensprobleme und Verletzung	Eine Untersuchung des Gesundheitszustands jemals wohnungsloser Kinder im Vergleich mit bisher nicht wohnungslosen Kindern zeigte, dass von Wohnungslosigkeit betroffene Kinder ein höheres Risiko für emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme hatten und ein höheres Risiko, im vorangegangenen Jahr ernsthaft verletzt gewesen zu sein. Beim von den Eltern eingeschätzten Gesundheitszustand konnte kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden [11].
Ältere: teilweise mehr gesundheitliche Einschränkungen (Kontinenz, kognitive Fähigkeiten) als Vergleichsgruppe	Ältere Wohnungslose zeigten im Vergleich mit einer Kontrollgruppe gleichen Alters stärkere Einschränkung bei täglichen Aktivitäten, bei kognitiven Fähigkeiten, Sehschärfe und Kontinenz. Asthma, Alkoholprobleme und Depression traten in der Kontrollgruppe wesentlich seltener auf, als bei über 50-jährigen wohnungslosen Menschen. Alkoholprobleme und Asthma/COPD waren neben Arthritis und Bluthochdruck auch die am häufigsten genannten gesundheitlichen Probleme in dieser Befragung [10].
MigrantInnen: Krankheitsrisiko steigt mit längerem Aufenthalt	Bei wohnungslosen MigrantInnen ergab eine kanadische Untersuchung [13], dass diejenigen, die ≤ 10 Jahre im Land waren, eine geringere Wahrscheinlichkeit für Drogen-, Alkohol- oder psychische Probleme hatten und mit höherer Wahrscheinlichkeit einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand hatten, als solche, die vor mehr als 10 Jahre einwanderten oder solche, die in Kanada geboren wurden.

Tabelle 4.1-2: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Gesundheitszustand allgemein/1

ErstautorIn (Jahr)	Sun (2012) [15]	Wagner (2012) [17]	Anthony (2009) [8]
Studienland/Ort	Schweden/Stockholm	Österreich/Wien	USA/Cincinnati
Studiendesign	Querschnittstudie	Querschnittstudie	Querschnittstudie in 2 Einrichtungen
Demographische Merkmale	Erwachsene	Erwachsene	Erwachsene
n StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	155 wohnungslose TeilnehmerInnen (79%/21%) von 300 Angefragten; 30.431 Befragte aus Allgemeinbev. (48%/52%)	66 wohnungslose in Wohnhäusern der Wiener Wohnungslosenhilfe + 132 Datensätze einer Vergleichsgruppe	150 (84%/16%)
Erhebungsinstrument	EQ-5D + Fragen aus schwedischem health survey	Fragebogen angelehnt an WHO QOL-BREF Fragebogen, österreichische Gesundheitsbefragung, Gesundheitssurvey	Demographic data sheet, Health Perception Questionnaire (HPQ)
Definition Wohnungslosigkeit	k.A. ("persons in special lodging houses, shelters for the night and institutions")	k.A. (Personen in Wohnhäusern der Wiener Wohnungslosenhilfe)	Selbsteinschätzung als wohnungslos
Untersuchte Erkrankungen/ Gesundheitszustand	Selbst eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität	Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, chronische Krankheiten+Compliance, Lebensqualität/individuelle Ressourcen, Gesundheitshandeln, Inanspruchnahme Versorgung	Selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand
Ergebnis	Wohnungslose Personen schätzten gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant schlechter ein, als Allgemeinbev.; primärer Problembereich war „Angst/Depression“ vs. „Schmerz/Beschwerden“ in Vergleichsgruppe; bei Wohnungslosen kaum Zusammenhang mit Alter; kein Einfluss durch Dauer od. Ausmaß Wohnungslosigkeit	Gesundheitszustand mehrheitlich gut bis mittelmäßig, aber schlechter eingeschätzt, als in Vergleichsgruppe, v.a. bei chronischer Erkrankung; höherer Anteil selbst eingeschätzter chron. Erkrankung (v.a. Frauen); anders als in Vergleichsgruppe Depression/Angst, Lungenerkrankung, Magen-Darmbeschwerden am häufigsten, Wohnungslose rauchen häufiger/mehr Zigaretten u. begannen früher; ungesündere Lebensweise bei Getränkekonsument, Bewegung; tendenziell schlechtere Stimmungslage und defizitärer Zahnstatus; Alkoholkonsum widersprüchlich; häufiger Krankenhausaufenthalte und Kontakt Allgemeinmedizin	TeilnehmerInnen schätzten ihren Gesundheitszustand als überdurchschnittlich ein; keine Alters- oder Geschlechtsunterschiede
Fazit	Gesundheitszustand von Wohnungslosen ist schlechter als in Allgemeinbev.	Spezielles Versorgungsangebot scheint nötig	Hohe Scores zeigen, dass Wohnungslose ihren Gesundheitszustand hoch einschätzen, auch wenn objektiv Krankheiten vorliegen

Allgemeinbev.: Allgemeinbevölkerung; EQ-5D: Euroqol 5D (standardisierter u. validierter Fragebogen mit 5 items zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität); k.A.: keine Angabe; n: Anzahl; n.r.: nicht relevant

Tabelle 4.1-3: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Gesundheitszustand allgemein/2

ErstautorIn (Jahr)	O'Carroll (2008) [14]	Schanzer (2007) [9]	Schoibl (2006) [16]
Studienland/Ort	Irland/Dublin	USA/New York	Österreich
Studiendesign	Querschnittstudie	Prospektive Kohortenstudie (18 Monate) aus 6 Unterkünften für Wohnungslose	Querschnittstudie
Demographische Merkmale	Erwachsene	Erwachsene	Keine Altersbeschränkung
n StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	356 (61%/39%)	445 (51%/50%) (351 beendeten follow-up)	73 Einrichtungen
Erhebungsinstrument	Interviews von MedizinstudentInnen	Community Care Schedule, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), SF-36	Fragebogen
Definition Wohnungslosigkeit	k.A. ("homeless adults living in temporary accommodation")	k.A. ("people who were homeless for the first time and had entered the shelter system within 2 weeks of losing their housing")	k.A.
Untersuchte Erkrankungen/ Gesundheitszustand	Gesundheitszustand (Krankheitsbilder), Risikoverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	Psychische Erkrankungen (hier nicht angeführt), somatische Erkrankungen, selbst eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität	Krankheitsspektrum gesamt
Ergebnis	84% gaben zumindest ein psychisches oder physisches Gesundheitsproblem an; am häufigsten Zahnprobleme (53%), Depression (51%), Angststörungen (42%), Hepatitis C (36%) und Asthma (23%); 50% schätzten ihren Gesundheitszustand gut ein, die andere Hälfte schlecht; 90% der Befragten waren RaucherInnen und knapp die Hälfte DrogenkonsumentInnen; Im Vergleich mit früherer Studie ist Anteil jener mit somatischen Erkrankungen mit Ausnahme höherer Zahngesundheitsprobleme, gleich geblieben, ein niedrigerer Anteil konsumierte Drogen und war psychisch krank;	60% gaben zumindest ein medizinisches Problem an; 17% Bluthochdruck, 6% Diabetes, 17% Asthma; die Frequenz war höher als in Allgemeinbev., aber nicht, wenn mit „people living in poverty“ verglichen wurde; Einschätzung des Gesundheitszustands allgemein und dessen Einfluss auf die Lebensqualität unterschied sich nicht von Ergebnissen bei nicht-Wohnungslosen und blieb über den Beobachtungszeit unverändert, während spezielle medizinische Probleme besser wurden (Zahn-, Fuss- Sehprobleme) oder gleich blieben	Häufigste Gesundheitsprobleme chronisch-somatische Erkrankungen (33% der Nennungen), psychische Erkrankungen (23%); Alkohol/Drogen (je 14%); bei somatischen Erkrankungen sind ernährungsbedingte Erkrankungen, Herz-Kreislaufenerkrankungen, Geschwüre, Entzündungen und Hautkrankheiten, sowie Lungenerkrankungen und Epilepsie häufig
Fazit	Gesundheitsprofil verändert sich leicht, mehr Fokus auf Drogenkonsum ist nötig; wirtschaftliche Prosperität hatte keinen positiven Effekt auf Gesundheit von Wohnungslosen; Kampf gegen soziale Exklusion bisher erfolglos	Wohnungslose sind bereits krank, bevor sie „housing Angebote“ in Anspruch nehmen; aufsuchende Hilfen in solchen Institutionen greifen daher zu kurz; medizinische und soziale Angebote „in the community“ scheinen wichtig	

k. A. : keine Angabe; n: Anzahl; SF-36: short form 36 (standardisierter und validierter Fragebogen zur Erhebung des allgemeinen Gesundheitsstatus)

Tabelle 4.1-4: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Gesundheitszustand allgemein/spezifische Subgruppen/1

ErstautorIn (Jahr)	Brown (2012) [10]	Chiu (2009) [13]
Studienland/Ort	USA/Boston	Kanada/Toronto
Studiendesign	Querschnittstudie	Repräsentative Querschnittstudie in 58 von 64 Unterkünften
Demographische Merkmale	Ältere Wohnungslose (≥ 50 Jahre) und Kontrollgruppen aus Allgemeinbevölkerung (diverse Surveys: MBS, NHANES, NHIS)	Wohnungslose MigrantInnen aller Altersstufen (ohne Flüchtlinge und undokumentierte MigrantInnen) im Vergleich mit in Kanada geborenen Wohnungslosen
n StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	Wohnungslos: 247 (von 387 möglichen) (80%/20%) MBS: 765 (30%/70%) NHANES: 2533 (48%/52%) NHIS: 6584 (46%/54%)	1189 (von 1634 möglichen) (54%/46%)
Erhebungsinstrument	klinische Untersuchung und diverse Erhebungsinstrumente: Addiction Severity Index, Katz Activities of Daily Living Scale (ADL), Brief Instrumental Functioning Scale, MMSE (cognitive functioning), Trail Making Test Part B (TMT-B), Fried criteria (frailty), Patient Health Questionnaire, International Consultation on Incontinence Questionnaire	Classification of chronic conditions (aus nationaler Gesundheitsbefragung), Addiction Severity Index (ASI)
Definition Wohnungslosigkeit	k.A. (Personen, die „emergency, transitional and day shelters“ nutzen)	„living within the last 7 days at a shelter, public place, vehicle, abandoned building or someone else's home, and not having a home of one own“
Untersuchte Erkrankungen/ Gesundheitszustand	Allgemeiner Gesundheitszustand, geriatrische Symptome, Kognition, Gebrechlichkeit, Hör/Sehfunktion, Kontinenz	Somatische oder psychische Gesundheitsprobleme
Ergebnis	Wohnungslose (Selbsteinschätzung): eingeschränkte tägliche Aktivitäten: 57%; im letzten Jahr gestürzt: 53%; eingeschränkte kognitive Fähigkeiten: 24%; Hörbeeinträchtigung: 30%, Sehbeeinträchtigung: 30%, inkontinent: 50%; häufigste physische Probleme: Bluthochdruck, Alkohol, Asthma/COPD, Arthritis Im Vergleich mit Kontrollgruppen bei Wohnungslosen stärkere Einschränkung bei täglichen Aktivitäten, kognitiven Fähigkeiten, Sehschärfe und Kontinenz; Asthma, Alkohol oder Depression bei Kontrollgruppe deutlich seltener	Wohnungslose MigrantInnen, die ≤ 10 Jahre in Toronto waren, hatten geringere Wahrscheinlichkeit für Drogen-, Alkohol- und psychische Probleme und höhere Wahrscheinlichkeit für besseren allgemeinen Gesundheitszustand, als solche, die vor >10 Jahren einwanderten oder in Kanada geboren waren
Fazit	Ältere Wohnungslose zeigen mehr geriatrische Symptome als nicht-Wohnungslose; Symptome könnten gut behandelt werden und weitere Verschlechterung/Akutversorgung hintan halten	Einwanderer, die wohnungslos werden, sind gesünder als länger Wohnungslose MigrantInnen oder KanadierInnen, daher sollten früh soziale Maßnahmen ergriffen werden, um Verschlechterung des Gesundheitszustand + Folgeprobleme zu vermeiden

COPD: chronisch obstruktive Lungenerkrankung; k. A.: keine Angabe; n: Anzahl

Tabelle 4.1-5: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Gesundheitszustand allgemein/spezifische Subgruppen/2

Autor (Jahr)	Coker (2009) [11]	Weinreb (2006) [12]
Studienland/Ort	USA/ 3 Städte	USA/Worcester Massachusetts
Studiendesign	Querschnittstudie	2 Querschnittstudien im zeitlichen Vergleich
Demographische Merkmale	Kinder/Jugendliche	Frauen
n StudienteilnehmerInnen	5.024 Eltern, die zu ihren Kindern befragt wurden	1993: 220; 2003: 148
Erhebungsinstrument	Computer-unterstützte (Selbst)interviews zu Wohnungslosigkeit, Gesundheit der Kinder, psychologische Belastung (Brief Symptom Inventory), pediatric Health-Related-Quality of Life	Conflict Tactics Scale (abuse and foster care), National Health Interview Survey, DSM-II-R und MINI (mental disorders), Global Severity Index (GSI), SF-36
Definition Wohnungslosigkeit	„literal homelessness excluding the precariously housed (parents staying with family or friends)“	k.A. (women/families from family-shelters)
Untersuchter Gesundheitszustand	Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Entwicklungsprobleme	Selbst eingeschätzter körperlicher und psychischer Gesundheitszustand
Ergebnis	Prävalenz jemals wohnungsloser Kinder: 7%; diese waren mit höherer Wahrscheinlichkeit in vergangenem Jahr ernsthaft verletzt (OR: 1,5; 95% CI: 1,1-2,1) als niemals Wohnungslose; hatten höheres Risiko für emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme (OR: 1,7; 95% CI: 1,1-2,6), aber ähnlichen von Eltern eingeschätzten Gesundheitszustand	1993 gaben 36%, 2003 31% mindestens 1 Krankheitszustand an (z.B. Asthma, Hepatitis, HIV/AIDS); mittlerer „Global Severity Index Score“ stieg signifikant von 0,88 in 1993 auf 1,07 in 2003; allgemeiner Gesundheitszustand-Score sank signifikant von 48,7 auf 45, ebenso Score für ‚social functioning‘ (von 45,9 auf 42,8) und Score für psychische Gesundheit (von 44,3 auf 42,1); andere Indices (z.B. körperliche Schmerzen, Vitalität) eher gleich
Fazit	Wohnungslosigkeit dürfte bei Kindern zu emotionalen, Entwicklungs- und Verhaltensproblemen führen	Gesundheitszustand wohnungsloser Frauen scheint sich im Zeitverlauf eher verschlechtert zu haben; Anbieter sollten adäquate Angebote entwickeln

CI: confidence interval; k.A.: keine Angabe; n: Anzahl; OR: odds ratio; SF-36: short form 36 (standardisierter und validierter Fragebogen zur Erhebung des allgemeinen Gesundheitsstatus)

Psychische Erkrankungen

In Tabelle 4.1-6 sind die für die Detaildarstellung ausgewählten Studien zum psychischen Gesundheitszustand angeführt. Zur Erkrankungssituation bei Erwachsenen existiert eine britische Übersichtsarbeit, die 29 Studien mit insgesamt über 5.000 (überwiegend männlichen) wohnungslosen Personen in unterschiedlichen Situationen der Wohnungslosigkeit zusammenfasst [18].

Die Übersichtsarbeit [18] ergab, dass die häufigste psychiatrische Diagnose bei Erwachsenen die Alkoholabhängigkeit (bei Männern) ist. Hier wurde über alle Studien hinweg eine Prävalenz von 37% ermittelt. Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen kamen mit 24% und 23% etwa gleich häufig vor. Eine ähnliche Prävalenz zeigte sich mit 13% und 12% auch bei schweren Depressionen und psychotischen Störungen.

Die Häufigkeit der einzelnen psychiatrischen Erkrankungen unterscheidet sich von jener in der Allgemeinbevölkerung. Vor allem psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen dürften bei wohnungslosen Menschen häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vorliegen.

Die StudienautorInnen merken an, dass die Prävalenzen zwischen den Studien stark schwanken, wofür unterschiedliche Erhebungsinstrumente, aber auch tatsächliche länder- oder regionenspezifische Unterschiede bzw. die Heterogenität der untersuchten Gruppen von wohnungslosen Personen verantwortlich sein können.

Zur Beschreibung der Situation bei Kindern und Jugendlichen entsprachen 3 Studien (aus Österreich, USA und Großbritannien) den Einschlusskriterien [19-21]. 2 davon untersuchten wohnungslose Jugendliche in Notunterkünften, wovon etwas mehr als die Hälfte männlich waren. Hierbei wurden Substanzabhängigkeiten als häufigste Diagnose genannt. Insgesamt wurden bei zwischen 50% und 80% zumindest eine psychiatrische Störung diagnostiziert, die in der Kohortenstudie bei einem Großteil auch nach einem Jahr noch bestand. 10% bis 15% der Befragten gaben Suizidversuche an.

Eine Studie [21] ermittelte die psychische Gesundheit von Kindern, deren Eltern in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wohnten. Die Betreuungspersonen gaben an, dass jeweils bei einem Viertel der Kinder Depressionen oder Verhaltensauffälligkeit vorlagen, kaum jedoch Missbrauchserfahrungen. Ein schlechter psychosozialer Status korrelierte positiv mit höherem Alter der Kinder und mit psychischer Erkrankung der Eltern.

Als Fazit aller Studien zur psychischen Gesundheit wird darauf hingewiesen, dass die Standards der gemeindepsychiatrischen Versorgung für wohnungslose Menschen mitunter inadäquat sind (z.B. können ansonsten gewünschte möglichst kurze Krankenhausaufenthalte bei diesen Menschen problematisch sein) und ein integriertes Angebot von medizinischer Versorgung und unterstützenden Wohnangeboten nötig ist. Bei Jugendlichen ist laut Studienfazit eine möglichst rasche soziale und psychiatrische Intervention oberste Priorität, um eine Chronifizierung des Problems oder hohe Suizidraten zu verhindern.

**psychische
Erkrankungen: 1 große
Übersichtsarbeit**

**häufigstes Problem:
Alkoholabhängigkeit;**

**‡ Substanzabhängigkeit
+ Persönlichkeitsstörung**

**psychot. u.
Persönlichkeits-
störungen häufiger als
Allgemeinbevölkerung**

**starke Schwankungen
zwischen Studien**

**Jugendliche:
psychiatrische Diagnose
häufig, v. a.
Substanzabhängigkeit**

**Kinder: Depression und
Verhaltensauffällig-
keiten häufig**

**rasche Interventionen
nötig, Regelangebot evt.
inadäquat**

Tabelle 4.1-6: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu psychischen Erkrankungen

ErstautorIn (Jahr)	Fazel (2008) [18]	Aichhorn (2008) [19]	Craig (2000) [20]	Gewirtz (2008) [21]
Studienland/Ort	UK	Österreich/Innsbruck	UK/London	USA/St. Paul Minneapolis
Studiendesign	Syst. Literaturübersicht + Meta-Analyse	Querschnittstudie	Prospektive Kohortenstudie (1 Jahr)	Querschnittstudie
Demographische Merkmale	Erwachsene	Jugendliche (14-23 Jahre)	Jugendliche (16-21 Jahre)	Kinder u. Jugendliche
N StudienteilnehmerInnen/Anzahl eingeschlossener Studien	29 Studien (5.648 wohnungslose Personen; primär männlich) aus 1996 bis 2007	40 über 9 Monate rekrutiert (55%/45%)	182 (davon 161 TeilnehmerInnen) (63%/27%)	454 (Geschlechterverhältnis: k. A)
Erhebungsinstrument	n. r.	Diagnostik anhand des „Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen“ + halbstrukturierter Fragebogen	Composite International Diagnostic Interview (CIDI), childhood experience of care and abuse (CECA), Fragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten	Semi-strukturierter Fragebogen für Anbieter, 37-item Fragebogen (von Betreuern ausgefüllt)
Definition Wohnungslosigkeit	“Individuals from shelters and hostels for homeless, mixture of settings (soup kitchens, day centers, missions, streets)”	k. A. (Personen, die eine Anlauf-, Beratungs- und Notschlafstelle für wohnungslose Jugendliche aufsuchen)	k. A. (“attendees at two of largest facilities for homeless young people providing emergency shelters and services”)	k.A. (“children living with their parents in supportive housing communities”)
Untersuchte Erkrankungen/ Zustände	Psychotische Störungen, schwere Depression, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholabhängigkeit, Substanzabhängigkeit	Psychotische und affektive Störungen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen, Suchterkrankung, Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen	Alle psychischen Erkrankungen	Psychosozialer Status
Ergebnis	Prävalenzen: Psychotische Störungen: 12,7 % (95% CI: 10,2-15,2%) Schwere Depression: 11,4% (95% CI: 8,4-14,4%) Persönlichkeitsstörung: 23,1% (95% CI: 15,5-30,8%) Alkoholabhängigkeit (Männer): 37,9 % (95% CI: 27,8-48%) Substanzabhängigkeit: 24% (95% CI: 13,2-35,6%) Alkoholabhängigkeit ist häufigste Störung, Psychose so hoch wie Depression, beide wesentlich höher als in Restbevölkerung; Rangfolge unterscheidet sich von Restbev.	Bei 80% mind. 1 psychiatrische Diagnose, häufigste: Sucht (65%), affektive Störungen (43%), Angststörung (17%); 25% gaben Suizidversuch(e) an; mit zunehmender Dauer der Wohnungslosigkeit stieg psychiatrische Morbidität	70% jener mit psychiatrischer Diagnose bei baseline (~50% der Untersuchten) hatten Diagnose auch nach 1 Jahr; davon 1/3 chronische Drogenprobleme; 13 Suizidversuche, davon 9 mehrfach	bei jeweils ¼ der Kinder Depression oder Verhaltensauffälligkeiten angegeben; Missbrauchserfahrungen kaum; Einflussfaktoren: psychische Erkrankung der Eltern und Alter
Fazit	Standard-gemeindespsychiatr. Versorgung inadäquat, Integration Behandlung und „housing“; Prävalenzen können stark schwanken	Frühzeitige soziale und psychiatrische Intervention mit angepassten Angeboten scheint notwendig	Strategien, die Wohnen und psychiatrische Versorgung integrieren, sind nötig	Programme für Kinder sollten den unterschiedlichen Bedarfen angepasst sein

CI: confidence interval; k.A.: keine Angabe; syst.: systematisch; n: Anzahl; Restbev.: Restbevölkerung

Kognitive Einschränkungen

2 Übersichtsarbeiten wurden ausgewählt, die Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten bei wohnungslosen Erwachsenen [22] und Kindern/Jugendlichen [23] beschreiben (Tabelle 4.1-7). Bei Erwachsenen wohnungslosen Personen wurden bei 4-7% der untersuchten Personen globale kognitive Defizite festgestellt [22]. Die Studie stellt aufgrund methodischer Schwierigkeiten (unterschiedliche Tests, normative Vergleichsdaten haben andere Alters- und Geschlechtsverteilung etc.) keinen Vergleich mit der Gesamtbevölkerung an, daher ist unklar, ob sich das Ausmaß kognitiver Defizite bei wohnungslosen Personen von jenem in anderen Gruppen unterscheidet.

Die StudienautorInnen weisen auf die Gefahr hin, Probleme, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen häufig genannt werden (z.B. Probleme mit Terminnavigation oder mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme) als mangelnde Compliance zu interpretieren, wo in Wirklichkeit kognitive Defizite die Ursache sind.

Die Übersichtsarbeit zu kognitiven Defiziten bei wohnungslosen Kindern und Jugendlichen [23] ergab, dass eine Tendenz zu solchen gegeben ist, dass jedoch auf Basis der derzeitigen Studienlage weder zum Vorhandensein solcher Defizite per se, noch zur Einordnung deren Häufigkeit im Vergleich mit Kontrollgruppen eine gesicherte Aussage möglich ist.

**kognitive Defizite
bei $\leq 7\%$**

**unklar, ob mehr
Defizite als
Allgemeinbevölkerung**

**Probleme bei
Behandlung teilw. durch
kognitive
Einschränkung**

**bei
Kindern/Jugendlichen
Ergebnisse unsicher**

Tabelle 4.1-7: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu kognitiven Einschränkungen

ErstautorIn (Jahr)	Burra (2009) [22]	Parks (2007) [23]
Studienland/Ort	Kanada	UK
Studiendesign	Syst. Literaturübersicht	Syst. Literaturübersicht
Demographische Merkmale	Erwachsene ≥ 18 Jahre	Kinder u. Jugendliche
Anzahl eingeschlossener Studien	22 Studien	10 Studien (davon 9 aus USA)
Erhebungsinstrument	n.r.	n.r.
Definition Wohnungslosigkeit	Alle Varianten von Wohnungslosigkeit und ungesichertem Wohnen	Alle Varianten von Wohnungslosigkeit und ungesichertem Wohnen
Untersuchte Erkrankungen/Zustände	Kognitive Defizite	Kognitive Defizite
Ergebnis	Bei 4-7% der untersuchten Personen wurden globale kognitive Defizite festgestellt	Studien zeigten Tendenz für kognitive Defizite bei wohnungslosen Kindern/Jugendlichen; Vergleich mit Kontrollgruppen und Übertragbarkeit der Studien (fast nur USA) jedoch eingeschränkt
Fazit	Kognitive Einschränkungen bei Problemen mit Medikamenten-Adhärenz, Terminnavigation etc. berücksichtigen	Kognitive Defizite im Vergleich zu nicht wohnungslosen aber ähnlich benachteiligten Kindern wahrscheinlich, aber mehr Forschung nötig

k. A.: keine Angabe; n. r.: nicht relevant; syst.: systematisch

Gesundheit von Neugeborenen

**höheres
Frühgeburtsrisiko,
weniger Eltern-Kind-
Vorsorge**

2 Studien aus den USA und aus Kanada, die den Einschlusskriterien entsprachen, behandelten das Thema „Geburtshilfe“ und evaluierten hierbei insbesondere den Gesundheitszustand von Neugeborenen [24, 25] (Tabelle 4.1-8). Die Studien kamen zum Ergebnis, dass das Risiko, ein Kind mit geringem oder sehr geringem Geburtsgewicht zu gebären, bei wohnungslosen Frauen signifikant höher war, als bei nicht Wohnungslosen. Neugeborene von wohnungslosen Frauen hatten außerdem eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, intensivmedizinisch behandelt zu werden und wohnungslose Mütter nahmen Vorsorgemaßnahmen seltener in Anspruch.

Die Schlussfolgerung der AutorInnen war, dass Wohnungslosigkeit ein Risikofaktor für Frühgeburt ist und wohnungslose Schwangere daher als Risikoschwangere zu betrachten seien.

Tabelle 4.1-8: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Neugeborenen-gesundheit

ErstautorIn (Jahr)	Richards (2011) [24]	Little (2005) [25]
Studienland/Ort	USA	Kanada/Toronto
Studiendesign	Retrospektive Analyse des „Pregnancy Risk Monitoring Systems (PRAMS)“ + record linkage mit Geburtenregistern	Retrospektive Kohortenstudie
Demographische Merkmale	Frauen u. Neugeborene	Frauen u. Neugeborene
n Studienteilnehmerinnen	10.229.730 nicht wohnungslose und 441.528 wohnungslose Frauen (gewichtet)	3.836 Frauen, die in einem Spital in Toronto geboren haben
Definition Wohnungslosigkeit	k.A.; Eigendefinition der Befragten	Alle, die in Geburtenregister als wohnungslos oder in ungenügenden Wohnverhältnissen lebend vermerkt waren
Untersuchte Parameter	Gesundheitsverhalten während Schwangerschaft, Stilldauer, Schlafposition des Kindes, Gestationsalter, Geburtsgewicht, Spitalsaufenthaltsdauer, Intensivstation	Frühgeburten < SSW 37, Geburtsgewicht < 2000g, small for gestational age (Gewicht unter der 10. Perzentile nach geschlechtsspezifischem Gestationsalter)
Ergebnis	Wahrscheinlichkeit für prenatal visit im ersten Trimester, Stillen und Screening des Neugeborenen signifikant geringer bei Wohnungslosen; signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für Spitalsaufenthalt und intensivmed. Betreuung des Neugeborenen, geringes u. sehr geringes Geburtsgewicht; geringere Anzahl an prenatal visits	Kinder von Wohnungslosen oder „inadequately housed“ wurden im Durchschnitt um 1 Woche früher geboren und wogen 260g weniger als jene in der Kontrollgruppe; Risiko, ein Kind unter 2 kg zu gebären war bei Wohnungslosen 6-7mal höher
Fazit	Wohnungslosigkeit kann Gesundheitsverhalten während Schwangerschaft und Gesundheit von Neugeborenen negativ beeinflussen	Wohnungslose Schwangere sollten als Risikogruppe für Frühgeburt betrachtet werden

k. A.: keine Angabe; n: Anzahl; SSW: Schwangerschaftswoche

Mundgesundheit

Es liegen mehrere Studien vor, die die Mundgesundheit von wohnungslosen Menschen zum Thema haben, wovon 3 [26-28] den Einschlusskriterien entsprachen (Tabelle 4.1-9). 2 davon wurden in den USA durchgeführt, eine in Großbritannien. Die StudienteilnehmerInnen waren zu mehr als drei Viertel männlich.

Die Studien kamen übereinstimmend zum Ergebnis, dass der Zahnstatus bei wohnungslosen Personen wesentlich schlechter ist, als in der Allgemeinbevölkerung. Dies äußerte sich in erhöhter Prävalenz unbehandelter Karies und reduzierter mundgesundheit-bezogener Lebensqualität. Der Bedarf an Zahnbehandlung ist daher groß, er umfasst aber großteils unkomplizierte Diagnosen.

3 anglo-amerikanische Studien zu Mundgesundheit

schlechter Zahnstatus, aber meist unkomplizierte Diagnosen

Tabelle 4.1-9: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Mundgesundheit

ErstautorIn (Jahr)	Daly (2010) [26]	Seirawan (2010) [27]	Robbins (2010) [28]
Studienland/Ort	UK/London	USA/Los Angeles	USA/San Francisco
Studiendesign	Querschnittstudie	Retrospektive Fallserie	Querschnittstudie
Demographische Merkmale	Erwachsene	alle	Erwachsene injizierende DrogenkonsumentInnen
n StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	102 (90%/10%)	409 „regular patients“ einer Dentalklinik (78%/22%)	398 (77%/23%)
Erhebungsinstrument	Periodontal index, oral health related quality of life Erhebungsbogen (OHRQoL)	Klinische Untersuchung	Allgemeiner Fragebogen + short form 12 (SF-12)
Definition Wohnungslosigkeit	k.A. (“facilities, where homeless people were known to congregate”)	k.A. (Wohnungslose NutzerInnen der „Union Rescue Mission“)	k.A. (NutzerInnen eines “integrated resource centers for the homeless and marginally housed”)
Untersuchte Erkrankungen/ Gesundheitszustand	Oral health related quality of life, Zahngesundheit	Karies	Subjektiver Bedarf an Zahnbehandlung
Ergebnis	Wohnungslose haben schlechteren Zahnstatus und weniger Füllungen als nicht Wohnungslose; hohe Prävalenz fehlender Hygienepraxis; reduzierte OHRQoL	Prävalenz unbehandelter Karies: 60%; im Mittel 3,3 Zähne/Person betroffen	63% gaben Bedarf an Zahnbehandlung in vergangenen 6 Monaten an, 31% mind. 6maligen Bedarf
Fazit	Wohnungslose Menschen haben erheblichen, aber unkomplizierten Zahnbehandlungsbedarf	Schlechterer Zahnzustand als bei Allgemeinbevölkerung	Wohnungslose injizierende DrogenkonsumentInnen haben erheblichen Bedarf an zahnärztlicher Versorgung

k.A.: keine Angabe; n: Anzahl

Infektionskrankheiten

Tabellen 4.1-10 und 4.1-11 stellen die Charakteristika und Ergebnisse jener 6 Studien dar, die in der Rubrik „Infektionskrankheiten“ den Einschlusskriterien entsprachen. Darunter befindet sich eine systematische Übersichtsarbeit inklusive quantitativer Meta-Analyse zu Tuberkulose, Hepatitis C und HIV [29], sowie 5 Einzelstudien zu weiteren Infektionserkrankungen [30-34]. Diese umfassen Hautinfektionen, spezifische bakterielle Infektionen, vektorenübertragbare (z.B. durch Läuse) und sexuell übertragbare Infektionskrankheiten.

Die empirischen Erhebungen bei den Einzelstudien erfolgten in Nordamerika und Frankreich, die Meta-Analyse beinhaltet hauptsächlich Studien aus den USA, Großbritannien, Frankreich und Schweden. Männer machen hinsichtlich Geschlechterverteilung den größten Anteil der Befragten Personen aus. Die StudienteilnehmerInnen waren bis auf eine Ausnahme Erwachsene. Die Studie zu sexuell übertragbaren Erkrankungen untersuchte Jugendliche.

Die vergleichende Betrachtung von Tuberkulose, Hepatitis C und HIV ergab für Hepatitis C die höchste Prävalenz, während Tuberkulose unter diesen 3 Infektionskrankheiten am seltensten vorkam. Bei allen 3 Erkrankungen schwankte die Prävalenz zwischen den einzelnen Studien sehr stark [29].

Die gepoolte Prävalenz von Tuberkulose bei wohnungslosen Menschen aus allen US-amerikanischen und europäischen Studien ergab eine Häufigkeit von 1%. Hepatitis C wurde bei einem Fünftel (20%) diagnostiziert und HIV bei 5%. Der Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung zeigte, dass vor allem Tuberkulose bei wohnungslosen Personen wesentlich häufiger vorkommt, als in den Vergleichsgruppen. Die Angaben reichen von einer 30- bis über 400-fach höheren Prävalenz. Hepatitis C und HIV-Infektionen wurden bei wohnungslosen Menschen ebenfalls überdurchschnittlich häufig festgestellt, wenngleich das Verhältnis hier etwas weniger ausgeprägt ist (4- bis 70-fach häufiger bei Hepatitis C, bis zu 80-fach häufiger bei HIV) [29].

Die Studie ergab außerdem, dass eine höhere Tuberkulose-Prävalenz in der Gesamtbevölkerung mit einem höheren Anteil an Tuberkulose-Diagnosen unter wohnungslosen Personen assoziiert war. Dies war bei HIV und Hepatitis C nicht der Fall, woraus die AutorInnen schließen, dass Maßnahmen gegen HIV und Hepatitis C, die bei der Allgemeinbevölkerung ansetzen, nicht unbedingt die Häufigkeit dieser Erkrankung bei wohnungslosen Menschen beeinflussen, während dies bei Tuberkulose sehr wohl der Fall sein könnte. Die HIV-Prävalenz war in älteren Studien und jenen aus den USA höher, als in jüngeren oder als in Untersuchungen aus den anderen Studienländern [29].

Als Konsequenz empfehlen die AutorInnen ein aktives Tuberkulose-Screening bei wohnungslosen Personen, da die Krankheit sonst sehr spät diagnostiziert wird, sowie gezielte Infektionsbehandlung, die mit Maßnahmen kombiniert wird, die bei den Gesundheitsdeterminanten ansetzen. Hier wird insbesondere auf den präventiven Effekt von stabilen Wohnverhältnissen hingewiesen [29].

Eine Verbesserung der Wohnverhältnisse wird auch in der Studie zur antibiotikaresistenten bakteriellen Infektion mit Staphylococcus aureus (MRSA) empfohlen [30], da sich diese als protektive Faktoren gegenüber MRSA herauskristallisiert haben, während Alkoholismus und vergangene Antibiotikaeinnahme mit einem erhöhten Risiko für MRSA einhergingen.

6 Studien zu Infektionskrankheiten

unterschiedliche Studienländer, primär männliche erwachsene TeilnehmerInnen

Hepatitis C häufiger als HIV und Tuberkulose; Werte schwanken zwischen Studien

Hepatitis C: 20%, HIV: 5%; Tuberkulose: 1%

v. a. Tuberkulose häufiger als in Allgemeinbevölkerung

mehr Tuberkulosefälle bei Wohnungslosen, wenn höheres Vorkommen in Gesamtbevölkerung

HIV am häufigsten in USA bei älteren Studien

aktives Tuberkulose-Screening empfohlen

¼ der staph. aureus Träger hatte resistente Keime

	<p>Insgesamt wurde bei einem Viertel aller positiven Bakterienbefunde eine Resistenz festgestellt.</p>
<p>mehr invasive Pneumokokken- bedingte Erkrankungen höhere Anfälligkeit?</p>	<p>So wie bei Tuberkulose, Hepatitis C und HIV wurde auch bei invasiven Pneumokokken-bedingten³ Erkrankungen eine wesentlich höhere Prävalenz bei wohnungslosen Personen, als in der Allgemeinbevölkerung festgestellt [31]. Sie entsprach etwa jener von besonders immungeschwächten Personen, wie AIDS-PatientInnen oder Stammzelltransplantierten. Die AutorInnen leiten daraus die Hypothese ab, dass weniger das größere Ansteckungsrisiko dafür verantwortlich sei, sondern die größere Anfälligkeit für solche Infektionen aufgrund des generell oft schlechten Allgemeinzustands von wohnungslosen Menschen (z.B. höheres Risiko durch hohen RaucherInnenanteil, bereits vorliegenden Lungenerkrankungen, Alkoholismus). Ein kombiniertes Angebot aus Behandlung, Verhaltensprävention (Rauchverhalten etc.) und Impfung scheint laut AutorInnen nötig.</p>
<p>Behandlung und Verhaltensprävention empfohlen</p>	
<p>häufiger Parasiten- bedingte Hauterkrankungen können schwere Folgeprobleme (Herz) haben</p>	<p>Nicht zuletzt sind laut den inkludierten Studien auch infektiöse Hauterkrankungen, insbesondere solche, die durch Parasiten verursacht werden (Läuse, Milben), bei wohnungslosen Personen häufiger, als in den untersuchten Vergleichsgruppen [32, 33]. Darunter fallen z.B. Fußpilz, Krätze oder bakterielle Hautinfektionen. Bei den durch Parasiten übertragenen Infektionen ist in einer französischen Studie besonders häufig (86% aller mit positiver Blutkultur) eine Infektion mit Bartonella quintana festgestellt worden, die das 5-Tage-Fieber auslöst (eine Erkrankung, die vor allem unter Soldaten des ersten Weltkriegs gehäuft auftrat). Die Prävalenzen bei diesen Erkrankungen veränderten sich im Zeitverlauf kaum, sodass die Schwierigkeit deutlich wurde, diese Parasiten gänzlich zu eliminieren. Gefahren bestehen insbesondere durch das erhöhte Risiko für schwerwiegende Herzerkrankungen als Folge einer unbehandelten Infektion.</p>
<p>sexuell übertragbare Erkrankungen: 1/3 der wohnungslosen Jugendlichen im bisherigen Lebensverlauf betroffen</p>	<p>Die letzte, in die Endauswahl inkludierte Studie, widmet sich der reproduktiven Gesundheit und sexuell übertragbaren Erkrankungen bei Jugendlichen [34]. Hierzu gab ein Drittel der Befragten beiderlei Geschlechts an, zumindest eine solche Erkrankung im Laufe des Lebens gehabt zu haben, am häufigsten eine Chlamydieninfektion (18%), gefolgt von Gonorrhö (10%). Syphilis, Genitalwarzen und Herpes wurden mit jeweils 4% Häufigkeit angegeben.</p>
<p>hohe Wahrscheinlichkeit für ungeschützten Geschlechtsverkehr</p>	<p>Im Rahmen der Studie wurde auch das Risikoverhalten untersucht. Gut die Hälfte der Befragten gab an, zumindest einmal ungeschützten Geschlechtsverkehr gehabt zu haben und eine(r) von 5 hatte Sex gegen Bezahlung. Während bei letzterem kein geschlechtsspezifischer Unterschied festgestellt wurde, war die Wahrscheinlichkeit für ungeschützten Geschlechtsverkehr bei Frauen größer.</p>
<p>hohe Teenage- Pregnancy-, Fehlgeburts- und Abtreibungsrate</p>	<p>Über die Hälfte der Frauen war außerdem zumindest einmal schwanger, wobei fast drei Viertel davon mindestens eine Fehlgeburt hatten und 43% eine Abtreibung hinter sich hatten. Hingegen gebar nur ein Viertel zumindest ein lebendes Kind.</p>

³ Pneumokokken sind Bakterien, die schwere Entzündungen verursachen können. Am häufigsten ist die Lungenentzündung, aber auch Hirnhautentzündung, Mittelohrentzündung, Nasennebenhöhlen- oder Hornhautentzündung können durch Pneumokokken bedingt sein. In einigen Fällen treten sie in die Blutbahn über und führen zu Blutvergiftung.

Tabelle 4.1-10: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Infektionskrankheiten/1

Autor (Jahr)	Beijer (2012) [29]	Landers (2009) [30]	Plevneshi (2009) [31]
Studienland/Ort	Schweden, UK	USA/Cleveland	Kanada/Toronto
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeit + Meta-Analyse	Querschnittstudie	Prospektiver Bevölkerungssurvey über 6 Jahre
Demographische Merkmale	Erwachsene	Erwachsene	Erwachsene
Anzahl Studien bzw. StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	43 Studien über 59.736 Wohnungslose (primär männlich) aus 1980 bis 2012	215 (77%/23%)	Laborproben von 2,5 Mio. EinwohnerInnen
Erhebungsinstrument	n.r.	Fragebogen + Nasenabstrich	Labortest
Definition Wohnungslosigkeit	"Adults with no fixed abode (owned or rented), who rely on temporary accommodation, live in institutions or shelters, or live rough"	k.A. ("people from 2 emergency shelters, 1 long-term shelter and multiday outreach event")	"Persons who have not fixed address or gave their address as an emergency or transitional shelter"
Untersuchte Erkrankungen	Tuberkulose, Hepatis C, HIV	(Methicillin-resistente) Bakterienbesiedelung mit <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)	Invasive Pneumokokken-spezifische Erkrankungen (Pneumokokkennachweis in sterilen Körperflüssigkeiten)
Ergebnis	Prävalenz (nur USA + europäische Studien): Tuberkulose: 1,1% (95% CI: 0,8% -1,4%) Hepatitis C: 21,4% (95% CI: 15,9% -26,8%) HIV: 4,8% (95% CI: 3,6% - 6,0%) Prävalenzratio (wohnungslos vs. Allgemeinbevölkerung) Tuberkulose: 34-452 Hepatitis C: 4-70 HIV: 1-77 Tuberkulose-Prävalenz höher in Ländern mit generell höherer Tuberkulose-Prävalenz; HIV-Prävalenz in ältern und US-amerikanischen Studien höher	35% hatten positiven Nachweis für <i>Staph. aureus</i> , in einem Viertel wurden resistente Keime gefunden; Risikofaktoren: vergangene Antibiotikaverwendung und Alkoholismus	Rate einer invasiven Erkrankung bei Wohnungslosen: 273/100.000/Jahr; bei nicht Wohnungslosen: 9/100.000/Jahr) = 30-fach niedriger; Wohnungslose machten 6,6% aller positiven Labortests aus, aber nur 0,2% aller EinwohnerInnen sind wohnungslos; Positiv getestete Wohnungslose waren mit höherer Wahrscheinlichkeit RaucherInnen, AlkoholikerInnen, intravenöse DrogenkonsumentInnen oder hatten eine chronische Leber- od. Lungenerkrankung
Fazit	Große Heterogenität weist auf Notwendigkeit lokaler Studien für Planung hin; Screening für Tuberkulose sollte durch aktive Fallsuche erfolgen, da sonst späte Diagnosen; sinnvolle Maßnahmen: Programme zum Nadel-tausch bei drogenabhängigen Wohnungslosen, kostenlose Kondome, umfassende Infektionsbehandlung (z.B. nicht nur Tuberkulose, auch vektorübertragbare Erkrankungen etc.), stationäre Behandlung bei Gefahr der non-compliance, Erste-Hilfe Zentren in großen Städten; parallel dazu Ansatz bei Gesundheitsdeterminanten (stabile Wohnverhältnisse)	Genauere Analyse der Risikofaktoren und breite Interventionen zur Verbesserung der Wohnsituation von Wohnungslosen tragen zur MRSA-Prävention bei	Sehr hohe Raten an Pneumokokken-indizierten Erkrankungen, die sonst nur bei AIDS-PatientInnen, Blutkrebsarten und Stammzelltransplantierten ähnlich hoch sind; Annahme, dass Wohnungslose anfälliger für solche Erkrankungen sind; Koordination unterschiedlicher Ansätze nötig: Prävention (Rauchen, Alkohol, Drogen), Impfung, permanentes Wohnen

k.A. keine Angabe; n.r.: nicht relevant; STD: sexually transmitted diseases;

Tabelle 4.1-11: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Infektionskrankheiten/2

Autor (Jahr)	Badiaga (2005) [32]	Brouqui (2005) [33]	Halcón (2004) [34]
Studienland/Ort	Frankreich/Marseille	Frankreich/Marseille	USA/Minneapolis
Studiendesign	Prospektive Fallserie (über 2 Jahre)	Prospektive Fallserie (über 4 Jahre)	Querschnittstudie
Demographische Merkmale	Erwachsene	Erwachsene	Jugendliche
n StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	498 (86%/14%) + 200 (Kontrollgruppe; Personen, die das Tropenmedizinische Institut aufsuchten)	930 Wohnungslose (95%/5%) + Kontrollgruppe (Blutspender aus Marseille)	203 (60%/40%)
Erhebungsinstrument	Ärztliche Untersuchung, Laboruntersuchung eines Hautabstrichs	Ärztliche Untersuchung, Fragebogen, Bluttests	40-item Fragebogen + Fragen zu sexuell übertragbaren Erkrankungen und Schwangerschaften
Definition Wohnungslosigkeit	k.A. ("homeless who sleep in 2 shelters")	k.A. ("homeless who sleep in 2 shelters")	k.A. ("youth that were homeless at least 1 month in the past year, during which time they were homeless at least half of those days")
Untersuchte Erkrankungen	Hautinfektionen	Vektorenübertragene Erkrankungen (z.B. durch Läuse und Milben) und Ektoparasiten	Reproduktive Gesundheit/sexuell übertragbare Krankheiten
Ergebnis	Hauterkrankungen wurden bei Wohnungslosen signifikant häufiger festgestellt, als in Kontrollgruppe (38% vs. 5%), höherer Anteil äußerte Beschwerden, die mit der Haut im Zusammenhang standen (48% vs. 2,5%), hatte div. Läuse (19% vs. 0%), bakterielle Hautinfektionen (Impetigo) (2,4% vs. 0%), Krätze (3,8% vs. 0%), Entzündungen des Haarbalgs (Follikulitis) (4,8% vs. 1,5%), Fußpilz (tinea pedis) (3,2% vs. 0,5%); keine signifikanten Unterschiede bei Abszessen, Erysipel, Nagelpilz, Filzlaus	22% im Vergleich zu 0% in der Kontrollgruppe wiesen durch Läuse verursachte Kratzverletzungen auf; 3% hatten Krätze; in den Blutkulturen wurden bei 6,2 % (versus 0% in Kontrollgruppe) durch Vektoren (z.B. durch Läuse) übertragene Mikroorganismen festgestellt, insb.: Bartonella quintana (bei 86% aller mit positiver Blutkultur); bakterienspezifische Antikörper (z.B. IgG zu Borellia recurrentis, R. prowazekii) signifikant häufiger als in Kontrollgruppe; über 4 Jahre kaum Unterschiede bei Häufigkeit von Scabies, durch Läuse übertragene Erkrankungen und Antikörpertiter mit Ausnahme Bartonella quintana (Zunahme), Bartonella quintana Antikörper (Abnahme), R. conorii Antikörper (Zunahme)	Ein Drittel gab an, zumindest 1 sexuell übertragbare Erkrankung gehabt zu haben (10% Gonorrhö, 4% Syphilis, 18% Chlamydien, je 4% Genitalwarzen und Herpes); 53% der Frauen waren zumindest 1x schwanger, davon hatten 70% zumindest eine Fehlgeburt und 43% hatten eine Abtreibung; ein Viertel gebar mind. 1 lebendes Kind; gut 50% hatten zumindest 1x ungeschützten Geschlechtsverkehr; 1 von 5 hatte bezahlten Sex; keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Krankheitsspektrum und bezahltem Sex, aber bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr (bei Frauen wahrscheinlicher)
Fazit	Prävalenz von Hautinfektionen ist auch bei institutionalisierten Wohnungslosen hoch; Entlausung, Behandlung und Unterstützung bei richtiger Fußpflege scheint wichtig	Vektorenübertragene Erkrankungen und Ektoparasiten scheinen trotz medizinischer Behandlung nicht zu verschwinden; Gefahren für Wohnungslose: Folgeerkrankungen (Herzentzündung); für Bevölkerung: Infektionskrankheiten	Hohe Rate an Risikoverhalten und STDs; Aufklärungsarbeit sollte spezifische Situation berücksichtigen

k. A. : keine Angabe; STD: sexually transmitted diseases;

Sonstige somatische Krankheiten

Neben den bereits angeführten somatischen Erkrankungen wurden zu einer Reihe weiterer körperlicher Probleme Einzelstudien identifiziert, die in den Tabellen 4.1-12 bis 4.1-14 im Überblick dargestellt sind. Eine schwedische Studie [35] beschreibt die somatischen Erkrankungen und damit verbundene Spitalsaufenthalte im Überblick. Die weiteren in den Tabellen angeführten Studien untersuchten die Prävalenz einzelner Krankheiten, und zwar von Hautkrankheiten [7], traumatischen Hirnverletzungen [36], Diabetes [37], Hörbeeinträchtigungen [38], Asthma bei Kindern [39], Epilepsie [40], gastrointestinalen Problemen [41] und Augenerkrankungen [42]. Die Studien wurden zum Großteil in Nordamerika durchgeführt (4 aus den USA, 1 aus Kanada), die restlichen stammen aus Schweden (1), Frankreich (2), Großbritannien (1) und Deutschland (1).

Die schwedische Studie, die Spitalsaufnahmedaten analysierte [35], stellte fest, dass wohnungslose Personen ein erhöhtes altersstandardisiertes Risiko für eine Spitalsaufnahme hatten und bei einem stationärem Aufenthalt jünger waren, als die Vergleichsgruppe der nicht wohnungslosen Personen. Ein Vergleich der Diagnosegruppen zwischen wohnungslosen Menschen und der Allgemeinbevölkerung zeigte, dass wohnungslose Frauen vor allem bei Hautinfektionen, Virushepatitis und Wunden und Männer bei Hepatitis C, Epilepsie und ebenfalls Wunden ein höheres Risiko für Spitalsaufenthalt hatten. Die überdurchschnittliche Spitalsaufnahmerate bei wohnungslosen Menschen schreiben die AutorInnen primär der mangelnden Primärversorgung zu.

Bei der in Los Angeles durchgeführten Untersuchung zu den Hauterkrankungen wurde bei einem Vergleich zwischen wohnungslosen PatientInnen, und nicht Wohnungslosen, die eine Behandlung aufsuchten, keine Unterschiede bei den infektiösen Hauterkrankungen festgestellt, allerdings eine höhere Anzahl maligner Diagnosen [7]. Die Aussage ist aufgrund der geringen Stichprobengröße und des Selektionsbias (nur jene, die bereits Behandlung in Anspruch nehmen, wurden analysiert) eingeschränkt.

Die britische Studie zu vorangegangenen traumatischen Hirnverletzungen [36] ergab, dass wohnungslose Personen signifikant häufiger in der Vergangenheit ein Hirntrauma erlitten hatten, als die untersuchte Kontrollgruppe und dass diese Verletzung bei 90% vor der Wohnungslosigkeit auftrat. Daraus folgern die AutorInnen, dass Hirnverletzungen und ihre Spätfolgen die Wohnungslosigkeit mitverursachen könnten.

Hinsichtlich Diabetesprävalenz zeigte die dazu publizierte Studie aus Frankreich [37], dass bei wohnungslosen Menschen im Vergleich zur Kontrollgruppe, die alle Sozialversicherten umfasste, weder bei der Prävalenz des Diabetes noch bei der Häufigkeit eines behandelten Diabetes per se ein Unterschied bestand. Das häufigere Auftreten von Spätfolgen könnte aber ein Hinweis sein, dass die Behandlung suboptimal verläuft.

Die US-amerikanische Studie, die Hörbeeinträchtigungen bei wohnungslosen Menschen untersuchte [38], stellte bei gut einem Drittel der Bewohner einer Einrichtung für wohnungslose Personen Hörprobleme fest, 11% davon wurden als schwerwiegend diagnostiziert. Diese hohe Prävalenz kann laut StudienautorInnen für die stark limitierten Teilhabechancen von wohnungslosen Menschen mitverantwortlich sein.

diverse weitere somatische Krankheiten in Einzelstudien untersucht

5 aus Nordamerika, 5 aus Europa

Wohnungslose haben erhöhtes Risiko für Spitalsaufenthalt

durch mangelnde Primärversorgung bedingt?

Haut: möglicherweise höheres Krebsrisiko

häufig vorangegangene traumatische Hirnverletzungen

Diabetes: weder häufiger, noch unbehandelt, aber evt. suboptimal therapiert

häufig Hörbeeinträchtigung -> Teilhabebarriere

Asthma: 1/3 der Kinder betroffen, tlw. unbekannt oder unbehandelt	Die Asthma-Studie [39], die ebenfalls in den USA durchgeführt wurde, zeigte eine Punktprävalenz von Asthma bei Kindern von etwa einem Drittel. Auffällig war, dass 16% davon bis zur Untersuchung keine Diagnose hatten und daher auch nicht entsprechend behandelt wurden und dass 15% der bereits Diagnostizierten keine medikamentöse Behandlung durchführten, woraus die AutorInnen der pharmagesponserten Studie eine Unterversorgung ableiteten.
höheres Vorkommen alkohol-bedingter epileptischer Anfälle	Eine in Frankreich durchgeführte Epilepsie-Studie [40] kam zum Ergebnis, dass die Prävalenz von aktiver Epilepsie bei wohnungslosen Menschen höher ist, als in der Allgemeinbevölkerung, allerdings sind ein Großteil davon alkoholbedingte Anfälle. 40% der Befragten gaben an, dass die Anfallshäufigkeit während der Wohnungslosigkeit stieg und die Hälfte der StudienteilnehmerInnen sagte aus, dass sie in Behandlung sind.
höheres Vorkommen gastrointestinaler Probleme, jedoch kein Unterscheid bei Helicobacter-Pylori	In einer kanadischen Studie wurden gastrointestinale Probleme erhoben [41]. Knapp 60% der StudienteilnehmerInnen gaben an, innerhalb der letzten 3 Monate moderate oder (sehr) schwerwiegende gastrointestinale Probleme gehabt zu haben, bei etwa einem Drittel wurde eine Helicobacter pylori Infektion ⁴ festgestellt. Während die Häufigkeit der angegebenen Probleme höher ist, als in der Allgemeinbevölkerung, unterscheidet sich die Helicobacter Pylori-Prävalenz nicht.
Augenerkrankungen: primär extern nur KlinikbesucherInnen untersucht, Häufigkeit bei anderen Wohnungslosen unklar	In der inkludierten Studie zur Augengesundheit [42], die aus Deutschland stammt, wurde bei rund 50% der untersuchten wohnungslosen Personen eine Augenerkrankung diagnostiziert (primär externe Augenerkrankungen wie z. B. Bindehautentzündung). Bei PatientInnen mit Augenerkrankung war außerdem häufiger auch Sehschärfe eingeschränkt, als bei jenen, ohne Augenerkrankung. Da die Studie aber jene Personen untersuchte, die Behandlung nachfragten, kann laut AutorInnen daraus keine Aussage abgeleitet werden, ob Wohnungslosigkeit ein erhöhtes Risiko für Augenerkrankung darstellt.

⁴ Bakterium, das den Magen besiedelt und für eine Reihe von Magenerkrankungen verantwortlich ist; chronische Infektion erhöht unbehandelt das Magenkrebsrisiko

Tabelle 4.1-12: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu sonstigen somatischen Erkrankungen/1 (Reihung nach Publikationsjahr)

ErstautorIn (Jahr)	Beijer (2009) [35]	Grossberg (2012) [7]	Oddy (2012) [36]	Arnaud (2010) [37]
Studienland/Ort	Schweden/Stockholm	USA/Los Angeles	UK/Leeds	Frankreich/Paris
Studiendesign	Retrospektive Kohortenstudie (record linkage)	Retrospektive Kohortenstudie	Querschnittstudie	Querschnittstudie in 9 Notunterkünften
Demographische Merkmale	Alle Altersgruppen	Alle Altersgruppen	Alle Altersgruppen	Alle Altersgruppen
n StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	1704 (80%/20%) Wohnungslose + 5000 aus Allgemeinbevölkerung (75%/25%)	176, davon 82 in Studie eingeschlossen, davon 60 (64%/36%) nicht wohnungslos, 22 (38%/62%) wohnungslos	100 Wohnungslose + 100 Kontrollpersonen (75%/25%)	488 gescreente Personen (80%/20%)
Erhebungsinstrument	n.r.	Aufzeichnungen aus Krankengeschichte	Fragebogen	Fragebogen und klinische Anamnese
Definition Wohnungslosigkeit	k.A. ("people who resided in various places, such as hostels for homeless, institutions or pre-discharge flats or were sleeping rough")	"Patients who listed their residence to be on the streets, in an automobile, in a shelter, or in a transitional or group home"	"Living within the last 7 days at a shelter, public place, vehicle, abandoned building or someone else's home, and not having a home of one's own"	k.A. ("persons who lodged at shelters")
Untersuchte Erkrankungen	Alle körperlichen Erkrankungen, die eine Spitalsaufnahme erforderlich machten	Hautkrankheiten	Traumatische Hirnverletzungen	Diabetes
Ergebnis	Wohnungslose haben höheres Risiko für Spitalsaufenthalt als Kontrollgruppe (Frauen: RR: 1,97; 95% CI: 1,64-2,37; Männer: RR: 1,89; 95% CI: 1,72-2,08) und sind jünger; häufigste Diagnose: Verletzung/Vergiftung Wohnungslose Frauen besonders erhöhtes Risiko bei Hautinfektionen (RR: 57,64; 95% CI: 7,61-436,41), Virushepatitis (RR: 84,52; 95% CI: 11,39-627,90) und Wunden (RR: 31,01; 95% CI: 3,88-248); Wohnungslose Männer besonders erhöhtes Risiko bei Hepatitis C (RR: 33,45; 95% CI: 7,86-142,34), Epilepsie (RR: 10,87; 95% CI: 5,41-21,87) und Wunden (RR: 11,88; 95% CI: 5,94-23,76)	Keine signifikanten Unterschiede zwischen wohnungslos/nicht wohnungslos bei infektiösen oder nicht infektiösen entzündlichen Erkrankungen (13% vs. 12%); sign. mehr maligne Diagnosen (25% vs. 6%); weniger benigne Diagnosen (19% vs. 28%)	Lebenszeitprävalenz für Hirntrauma: 48% bei Wohnungslosen, 21% in Kontrollgruppe (p< 0,001); signifikant höhere Anzahl an Verletzungen bei Wohnungslosen, keine Geschlechterunterschiede in beiden Gruppen; 90% gab Verletzung VOR Beginn der Wohnungslosigkeit an	Diabetesprävalenz: 6,2% (95% CI: 4,1-8,3); pharmakologisch behandelte Diabetesprävalenz (alters/ geschlechtsstandardisiert): 6,1% im Vergleich zu 4,9% aller Versicherten; größtenteils Typ II Diabetes; mehr wohnungslose DiabetikerInnen als Vergleichspersonen hatten Mobilitätsprobleme und waren übergewichtig; 86% waren in Behandlung, aber 30% erhielten ausschließlich Insulin; 17% hatten Spätfolgen
Fazit	Erhebliche gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Wohnungslosen und nicht Wohnungslosen; häufige Spitalsaufnahmen durch mangelnde Primärversorgung	Wohnungslosigkeit könnte höherer Risikofaktor für maligne Hauterkrankungen sein, aber Aussage stark limitiert durch geringe Anzahl Studienteilnehmer	Mehr Problembewusstsein bei Anbietern von Wohnungslosenhilfen nötig	Kein Unterschied in standardisierter Prävalenz eines behandelten Diabetes, aber hohe Prävalenz von Spätfolgen deuten auf Behandlungsprobleme hin

CI: confidence interval; k. A. : keine Angabe; n: Anzahl; n. r.: nicht relevant; RR: relatives Risiko

Tabelle 4.1-13: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu sonstigen somatischen Erkrankungen/2 (Reihung nach Publikationsjahr)

ErstautorIn (Jahr)	Saccone (2007) [38]	Grant (2007) [39]	Laporte (2006) [40]
Studienland/Ort	USA/Florida	USA/New York	Frankreich/Paris
Studiendesign	Querschnittstudie	Querschnittstudie in 3 Notunterkünften (1999 bis 2002)	Prospektive Fallserie
Demographische Merkmale	Erwachsene	Kinder/Jugendliche	Erwachsene
n StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	132 (aktiv rekrutiert oder jene, die selber eine Untersuchung wünschten) (63%/37%)	1636 (52%/48%)	592 (BesucherInnen einer Wohlfahrtseinrichtung) (86%/14%)
Erhebungsinstrument	Audiometrische Datenerhebung von Studierenden	10-item Screening-tool (Health Fund Children Asthma Initiative)	Ärztliches Interview
Definition Wohnungslosigkeit	k.A. ("residents of an urban homeless shelter")	k.A.	k.A. ("people seeking assistance from a welfare organisation")
Untersuchte Erkrankungen	Hörbeeinträchtigungen	Asthma	Epilepsie
Ergebnis	Bei 36% wurde Hörbeeinträchtigung diagnostiziert; davon 13% leicht, 12% mittel und 11% schwerwiegend (Bedarf für Hörgerät)	Asthma-Punktprävalenz im Durchschnitt 33%; 16% hatten bisher keine Diagnose; 15% der bereits diagnostizierten nahmen keine Medikamente; gut die Hälfte aller und 2/3 jener mit bereits vorhandener Diagnose war im Jahr zuvor bei Notfallversorgung;	Lebenszeitprävalenz für epileptischen Anfall: 14,5% (95% CI: 11,8-17,6); keine geschlechtsspezif. Unterschiede; höheres Risiko bei längerer Wohnungslosigkeit; Großteil „alkoholbedingte Anfälle“; bei 40% Steigerung der Häufigkeit während Wohnungslosigkeit; die Hälfte bekommt Behandlung; ¾ sind compliant
Fazit	Hörbeeinträchtigung bei Wohnungslosen limitiert Chancen auf Teilhabe	Asthmakranke wohnungslose Kinder scheinen medizinisch unterversorgt zu sein	Höhere Prävalenz aktiver Epilepsie als in Allgemeinbevölkerung; Studie unterschätzt eher die Häufigkeit

k. A.: keine Angabe

Tabelle 4.1-14: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu sonstigen somatischen Erkrankungen/3 (Reihung nach Publikationsjahr)

ErstautorIn (Jahr)	Hwang (2006) [41]	Pitz (2005) [42]
Studienland/Ort	Kanada/Toronto	Deutschland/Mainz + Frankfurt
Studiendesign	Repräsentative Querschnittstudie (an 21 Notunterkünften)	Prospektive Fallserie
Demographische Merkmale	Erwachsene	Erwachsene
n StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	134 (davon 100 tatsächliche TeilnehmerInnen) (79%/21%)	107 (BesucherInnen einer kostenlosen Augenklinik) (91%/9%)
Erhebungsinstrument	Likert-Skala; Laborparameter (Serum)	Protokoll-orientierte Befragung durch AugenfachärztInnen
Definition Wohnungslosigkeit	k.A. ("individuals residing at homeless centers for single adults")	k.A.
Untersuchte Erkrankungen	Gastrointestinale Probleme	Augenerkrankungen
Ergebnis	59% gaben innerhalb der letzten 3 Monate moderate oder (sehr) schwerwiegende gastrointestinale Probleme an; bei 31% der 91 Personen mit gültiger Laborprobe bestand eine H. pylori Infektion;	In ~50% wurde Augenerkrankung diagnostiziert (am häufigsten externe Augenerkrankungen, z.B. Bindehautentzündung); Sehschärfe v.a. bei jenen mit Augenerkrankung eingeschränkt; überproportional hohe Prävalenz v. Sehnervatrophie
Fazit	Höhere Prävalenz angegebener gastrointestinaler Probleme als in Allgemeinbevölkerung, H. pylori-Infektion jedoch nicht; Diagnose + Management in interdisziplinären Teams nötig	Keine eindeutige Aussage möglich, ob Wohnungslosigkeit Risikofaktor für Augenerkrankungen ist, da durch Selektionsbias limitiert

H. pylori: Helicobacter pylori; n: Anzahl; k. A. : keine Angabe;

Mortalität

4 Studien aus Nordamerika und Europa zu Mortalität

Neben den Untersuchungen zum Gesundheitszustand und zum Krankheitspektrum existieren auch Studien, die die Sterblichkeitsraten und Todesursachen bei wohnungslosen Menschen untersuchten. 4 dieser Studien, die aus den USA, Kanada, Schweden und Großbritannien stammen, entsprachen den Einschlusskriterien [43-46] (Tabelle 4.1-15). 2 davon untersuchten die Sterblichkeit bei Erwachsenen, eine bei Jugendlichen und eine bei wohnungslosen Familien.

höheres Risiko für frühzeitige Mortalität als Allgemeinbevölkerung oder sozio-ökonomisch Benachteiligte

Die Studien bei erwachsenen Personen zeigten, dass wohnungslose Menschen ein deutlich höheres Risiko haben, frühzeitig zu versterben, als die Allgemeinbevölkerung [44, 45]. Das höhere Risiko zeigte sich (wenn auch auf etwas niedrigerem Niveau) auch bei einem Vergleich mit einer Kontrollgruppe aus sozio-ökonomisch benachteiligten Regionen [45]. Eine erhöhte Sterblichkeit war insbesondere bei Infektionskrankheiten, Herz-Kreislaufkrankungen und (alkohol- und drogenbedingten) psychischen Erkrankungen vorhanden, sowie bei Männern bei (Lungen)krebs. Zwei Drittel der Todesursachen bei wohnungslosen Personen waren mit Rauchen, Alkohol oder Drogen assoziiert. Die AutorInnen zogen als Résumé, dass Wohnungslosigkeit ein unabhängiger Risikofaktor für die Mortalität sei.

häufig mit Rauchen, Alkohol oder Drogen assoziiert

bei spezifischen Gruppen keine erhöhte Sterblichkeit

Im Gegensatz dazu zeigte die Studie aus den USA, die ausschließlich betreute Familien untersuchte, bei den Erwachsenen kaum Unterschiede in der altersstandardisierten Sterblichkeit [43], woraus die AutorInnen schlussfolgerten, dass der Faktor „Wohnungslosigkeit“ für sich gesehen kein unabhängiger Risikofaktor für erhöhte Sterblichkeit in dieser Gruppe von Wohnungslosen zu sein scheint.

sehr stark erhöhte Sterblichkeitsrate bei wohnungslosen Jugendlichen

Bei wohnungslosen Jugendlichen ist der Unterschied in der altersstandardisierten Mortalitätsrate hingegen gravierend. In der zitierten kanadischen Studie [46] war die Sterblichkeitsrate 11-mal höher, als unter Jugendlichen gleichen Alters in der Allgemeinbevölkerung. Die häufigsten Todesursachen waren in dieser Gruppe Suizid oder Drogenmissbrauch. Auch bei Kindern wurde eine leicht erhöhte Sterblichkeit festgestellt, die bei Kleinkindern primär durch Verletzungen bedingt war.

Tabelle 4.1-15: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Mortalität

ErstautorIn (Jahr)	Kerker (2011) [43]	Beijer (2011) [44]	Morrison (2009) [45]	Roy (2004) [46]
Studienland/Ort	USA/New York	Schweden/Stockholm	UK/Glasgow	Kanada/Montreal
Studiendesign	Prospektive Kohortenstudie mit record linkage	Prospektive Kohortenstudie (von 1995 - 2005)	Retrospektive Kohortenstudie (2000-2005)	Prospektive Kohortenstudie
Demographische Merkmale	Familien	Erwachsene	Erwachsene	Jugendliche
n StudienteilnehmerInnen (Männer/ Frauen)	102.771 Familien (45.756 Erwachsene; 57.015 Kinder)	2.283 Personen (77%/23%; 1/3 der Wohnungslosen in Stockholm)	6.323 in 2002 als wohnungslos administrierte Personen + 12.451 nach Alter und Geschlecht gematchte nicht Wohnungslose (65%/35%)	1.013 Jugendliche (67%/33%)
Definition Wohnungslosigkeit	k.A. ("families in emergency shelters that have no permanent or temporary place to live")	"People without a residence, owned or rented, thus having no fixed address, and, consequently, having to rely on temporary housing options, or living rough; persons in shelters and temporarily living in institutions"	"Persons having no accommodation, overcrowded or dangerous accommodation, lack of shelter of any kind, or insecure tenancy in which eviction is likely"	"Persons having either regularly used the services of community-based street youth agencies or been without a place to sleep more than once"
Untersuchte Risikofaktoren	Sozio-ökonomische Faktoren	Vorangegangene Behandlung von Suchterkrankungen und anderen psychischen Erkrankungen, Immigration	Sozio-ökonomische Faktoren, Morbidität	Sozio-ökonomische Faktoren, Alkohol/ Drogengebrauch, sexuelle Aktivität, HIV-Antikörper
Ergebnis	Altersstandardisierte Sterblichkeitsrate bei Erwachsenen ähnlich wie in Allgemeinbev. oder in „low income neighbourhood“; Todesursachen durch Substanzmissbrauch und HIV/AIDS waren höher; Sterblichkeitsrate bei Kindern tendenziell höher als in den Vergleichspopulationen (bei kleinen Kindern primär Verletzungen)	Altersstandardisierte Sterblichkeitsrate: 28,56/1.000 Personenjahre (95%CI: 25,83-31,29) Allgemeinbevölkerung: 10,15 (RR: 2,81; 2,54-3,08); Übersterblichkeit bei Infektionskh., Herz-Kreislauferkrankungen, KH. des Verdauungsapparats, psych. KH. (prim. Alkohol/ Drogenmissbrauch) u. (Lungen)krebs bei Männern; Haupttodesursachen: Herz-Kreislauf, Gewalteinwirkung, Krebs und psych. KH; 2/3 der Sterbefälle mit Rauchen, Alkohol oder Drogen assoziiert	Hazard ratio Wohnungslos/nicht Wohnungslos: 4,4 (95% CI: 3,8-5,2); wohnungslos/nicht wohnungslos in benachteiligten Regionen: 3,2 (2,6-3,8); Wohnungslosigkeit ist unabhängiger Risikofaktor für Tod; Spitalsaufenthalte erhöhen für alle das Risiko, an der ursächlichen Krankheit zu versterben; erhöhtes Risiko bei Wohnungslosen bei Aufnahmen wegen drug-related conditions, Herz-Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen; Übersterblichkeit bei Wohnungslosen kann nicht vollständig durch erhöhtes Krankheitsrisiko erklärt werden	Standardisierte Mortalitätsrate: 11,4 (95% CI: 7,4-16,4) 11x höher als unter Jugendlichen in der Allgemeinbev., häufigste Todesursache: Suizid und Drogenüberdosierung
Fazit	Faktor „Wohnungslosigkeit“ (im Vergleich mit niedrigem sozio-ökonomischen Status) scheint bei Erwachsenen in dieser Form von Wohnungslosigkeit kein unabhängiger Risikofaktor für Sterblichkeit zu sein; bei Kindern eher schon	Erhöhte Sterblichkeit sehr stark mit Substanzmissbrauch verbunden; Fokus auf Umgang mit Alkohol- und Drogen sinnvoll	Wohnungslose haben ein höheres Risiko frühzeitig zu versterben, als sozio-ökonomisch am meisten Benachteiligte	Hohe Mortalität bei Straßenjugendlichen; höchste Priorität: Behandlung von Abhängigkeits- und psych. Erkrankungen

CI: confidence interval; k. A. : keine Angabe; KH: Krankheiten; RR: relatives Risiko; n: Anzahl

Risikofaktoren für Krankheit

**5 Studien zu
Risikofaktoren: Krebs,
Herz-Kreislauf,
psychosoziale Faktoren**

5 Studien wurden eingeschlossen, die Risikofaktoren untersuchten (Tabellen 4.1-16 und 4.1-17). Davon widmete sich eine kanadische Studie Risikofaktoren für Herz-Kreislauserkrankungen [47], eine US-amerikanische Studie untersuchte das Gesundheitsverhalten im Zusammenhang mit Krebsrisiko [48] und 3 US-amerikanische Studien evaluierten psychosoziale Risikofaktoren in der Form von Missbrauchs- und Gewalterfahrungen [49-51].

**Krebsrisiko durch
Alkohol, Rauchen und
mangelnden
Sonnenschutz**

Bezüglich des Gesundheitsverhaltens wurden vor allem die hohe RaucherInnenprävalenz und der Alkoholmissbrauch als erhöhter Krebsrisikofaktor identifiziert. Außerdem wurde mangelnder Sonnenschutz (keine Kopfbedeckung, kaum Verwendung von Sonnencreme) festgestellt, der das Hautkrebsrisiko erhöht, da sich vor allem Obdachlose viel im Freien aufhalten. Es wurde allerdings betont, dass die meisten Befragten den Schatten bevorzugten [48].

**Herz-Kreislauf-Risiko
durch Rauchen, kein
Unterschied bei
Blutdruck und Diabetes,
Risiko häufig unbekannt**

Die Erhebung zum Herz-Kreislauserkrankungsrisiko [47] zeigte, dass dieses insbesondere durch einen sehr hohen RaucherInnenanteil (78%) erhöht war, während sich die Prävalenz von Diabetes oder Bluthochdruck nicht von jener in der Allgemeinbevölkerung unterschied. Auffällig war jedoch, dass das Vorhandensein eines Risikofaktors häufig nicht bekannt war und deshalb auch keine Präventionsmaßnahmen, wie sie sonst in der Allgemeinbevölkerung Standard sind (z.B. medikamentöse Cholesterinsenkung), erfolgten.

**80% der Jugendlichen
mit Gewalt/
Missbrauchserfahrung
häufig Gewalt von
Partnern**

In den Studien zu Missbrauchserfahrungen [50, 51] gaben über 80% (sowohl der Jugendlichen, als auch der Erwachsenen) an, dass sie Gewalt oder sexuellen Missbrauch erlebt hatten und sich größtenteils davon in der Gegenwart beeinträchtigt fühlten. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu einer weiter oben zitierten Studie [21] (siehe Kapitel „psychische Erkrankungen“), nach der die Missbrauchserfahrungen bei Kindern laut Betreuungsperson gering waren. Bei den gegenwärtigen Erfahrungen dominierten physische und verbale Gewalt von Partnern, die 35% der Befragten angaben, wobei Frauen und Personen, die bereits Missbrauchserfahrungen in der Kindheit hatten, häufiger betroffen waren.

**Problembewusstsein für
Missbrauch/Gewalt-
erfahrung bei Anbietern
stärken**

Als Schlussfolgerung forderten die AutorInnen ein höheres Problembewusstsein für Missbrauchs/Gewalterfahrungen bei den Anbietern von Hilfen für wohnungslose Menschen und adäquate Therapieangebote, zumal das Behandlungsinteresse bei einem Großteil der Befragten vorhanden sei. Die Häufigkeit von Gewalt- und Missbrauchserfahrungen unterscheidet sich nicht notwendigerweise von jenen in der Allgemeinbevölkerung, jedoch sei die nachfolgende Inanspruchnahme professioneller Hilfen eingeschränkt.

Tabelle 4.1-16: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Risikofaktoren/1

ErstautorIn (Jahr)	Chau (2002) [48]	Lee (2005) [47]
Studienland/Ort	USA/Los Angeles	Kanada/Toronto
Studiendesign	Querschnittstudie in 5 Unterkünften, 2 Essensausgaben, 2 Tageszentren	Repräsentative Querschnittstudie (aus den 12 größten von 35 Unterkünften)
Demographische Merkmale	Erwachsene	Erwachsene
n StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	221 (54%/46%)	279 (davon 202 TeilnehmerInnen) (89%/11%)
Erhebungsinstrument	Fragebogen	Face-to-face Interview, ärztliche Untersuchung, Blutuntersuchung
Definition Wohnungslosigkeit	“Persons who don’t have regular home or apartment to stay in for at least one night of the previous 30 nights, but instead had to stay in a shelter, a hotel paid for with a voucher, the street or other outdoor public place, a church, an indoor public place, an abandoned building, a car or other vehicle”	k.A. (“adults who were staying at homeless shelters”)
Untersuchte Ereignisse	Krebsrisiko	Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen
Ergebnis	1/3 der Befragten war übergewichtig, 1/4 war fettleibig oder extrem fettleibig, 3/4 sind RaucherInnen, die Hälfte gab starken Alkoholkonsum an, 3/4 benutzen niemals Sonnencreme, 1/3 keine Kopfbedeckung, allerdings bevorzugten 93% Schatten; Großteil hatte von vorhandenen Screeningmethoden gehört; Inanspruchnahme am höchsten bei Pap-Abstrich und Brustkrebscreening, und unter 50% bei Darmkrebs- und Prostatakrebscreening	Hoher RaucherInnenanteil (78%); Diabetes: 7%, erhöhter Blutdruck: 35% (war nur 33% bekannt); bei 16% wäre medikamentöse Cholesterinsenkung nötig (nur 1 Person nahm Cholesterinsenker)
Fazit	Tlw. niedrigere Teilnahme an Screeningprogrammen als in Allgemeinbevölkerung; Wohnungslosigkeit erschwert Teilnahme (z.B. bei Einladungssystemen keine Wohnadresse vorhanden); Primärprävention + Erhöhung Gesundheitsbewusstseins/Wissen scheint sinnvoll	Prävalenz Rauchen, nicht jedoch Diabetes oder Bluthochdruck höher als in Allgemeinbevölkerung; jedoch inadäquate Diagnose u. Behandlung; Unterversorgung bei vorliegender Herz-Kreislaufkrankung od. Risiko für eine solche;

k. A. : keine Angabe; n: Anzahl;

Tabelle 4.1-17: Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien zu Risikofaktoren/2

ErstautorIn (Jahr)	Keeshin (2011) [49]	Slesnick (2010) [50]	Henny (2007) [51]
Studienland/Ort	USA/Salt Lake City	USA/Columbus Ohio	USA/Baltimore, Chicago, Los Angeles
Studiendesign	Querschnittstudie	Querschnittstudie	Retrospektive Datenauswertung eines RCTs
Demographische Merkmale	Jugendliche (18-23 Jahre)	Jugendliche (14-20 Jahre)	Erwachsene
n StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	64; rekrutiert an einem Tageszentrum für wohnungslose Jugendliche u. junge Erwachsene (67%/33%)	180 (45%/55%)	644 HIV positive Wohnungslose oder solche, die großes Risiko für Wohnungslosigkeit haben (70%/30%)
Erhebungsinstrument	Fragebogen	Fragebogen	Fragebogen
Definition Wohnungslosigkeit	"Individuals who lack a fixed, regular, and adequate night-time residence"	k.A. ("participants were recruited through soup kitchens, libraries, parks, homeless shelters")	Wohnungslos: "resides in places not meant for human habitation, such as cars, parks, sidewalks, and abandoned buildings; or in an emergency or overnight shelter" Risiko Wohnungslosigkeit: "someone who is frequently relocated or who moved between temporary housing situations"
Untersuchte Ereignisse	Missbrauchserfahrungen	Missbrauch in der Kindheit, Gewalt von Partnern	Missbrauchserfahrungen in Kindheit und im Erwachsenenalter
Ergebnis	84% gaben physischen od. sexuellen Missbrauch vor Alter von 18 Jahren an; 3 von 4 fühlen sich davon nach wie vor beeinträchtigt; keine demographischen Unterschiede; die Hälfte war an Behandlung interessiert;	Verbale Verletzung und physische Gewalt häufigste gegenwärtigen Erfahrungen (35%); Frauen und Personen, die Missbrauchserfahrung in Kindheit hatten, häufiger betroffen;	80% berichten über körperliche Gewalt oder sexuellen Missbrauch, 44% über beide Formen; die Hälfte berichtet über Gewalt in der Kindheit, 39% über sexuellen Missbrauch; 46% berichten über Gewalt vom Partner
Fazit	Problembewusstsein bei Anbietern von Wohnungslosenhilfen für Jugendliche steigern, Behandlungsinteresse vorhanden	ähnliche Frequenz wie in Allgemeinbevölkerung, aber nachfolgende Inanspruchnahme von professioneller Hilfe eingeschränkt	Höhere Lebenszeitprävalenz in der untersuchten Gruppe, als in Allgemeinbevölkerung und früheren Studien

k. A. : keine Angabe; RCT: randomisiert kontrollierte Studie;

4.2 Zugangsbarrieren für wohnungslose Menschen zu gesundheitsbezogenen Leistungen

In der internationalen Literatur werden unterschiedliche Zugangsbarrieren zu gesundheitsbezogenen Leistungen für wohnungslose Menschen beschrieben. Im folgenden Abschnitt werden diese Zugangsbarrieren zunächst klassifiziert und anhand von Fallbeispielen vorgestellt. Anschließend werden sie vor dem Hintergrund der österreichischen Rahmenbedingungen reflektiert und mit Österreich-spezifischen Merkmalen ergänzt.

Zugangsbarrieren aus Literatur werden mit Österreichbezug klassifiziert

4.2.1 Kategorien von Zugangsbarrieren

Fehlender Leistungsanspruch

Der Zugang zu gesundheitsbezogenen Leistungen ist länderspezifisch sehr unterschiedlich geregelt. Grundsätzlich hat in Ländern mit sozialen Krankenversicherungssystemen (z.B. Österreich, Deutschland) oder in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen (z. B. Großbritannien) der Großteil der Bevölkerung einen Zugang zu bzw. Anspruch auf Gesundheitsleistungen, während in Ländern mit überwiegend über Privatversicherung finanzierten Systemen (z.B. USA) ein erheblicher Teil der Bevölkerung durch Nichtversicherung generell von der Versorgung – mit Ausnahme der Notfallversorgung – ausgeschlossen ist.

Leistungszugang hängt von Gesundheitssystemtyp ab

In EU-Ländern ist bis auf wenige Ausnahmen die flächendeckende medizinische Versorgung für alle BürgerInnen universell und rechtsverbindlich [52]. Das heißt, befinden sich wohnungslose oder hilfsbedürftige Menschen in ihrem Heimatland, so haben sie in der Regel Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung [53].

in EU meist breiter Zugang für Staatsbürger

Nichtsdestotrotz gibt es auch in den Ländern mit universellem Leistungsanspruch „Randgruppen“ wie MigrantInnen, wohnungslose Menschen und andere sozial Marginalisierte, die aus unterschiedlichen Gründen gar keinen formalen oder einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen haben. Beispielsweise bleiben in Sozialversicherungsländern, wo die Gesundheitsversorgung an Erwerbskategorien geknüpft ist, einige Gruppen ungeschützt, unter die insbesondere auch wohnungslose Personen fallen (z.B. weil sie häufig arbeitslos sind). Das Gesundheitssystem verweigert diesen Personen in den meisten Fällen nicht grundsätzlich jegliche Leistung, jedoch ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen durch unterschiedliche Barrieren erschwert oder auf wenige Leistungen (z.B. Notfallversorgung) beschränkt [52, 54, 55].

Randgruppen: Barrieren oder Beschränkung auf Notfallversorgung

Wohnungslose Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die sich ohne Aufenthaltsgenehmigungen und Arbeitsvisum in einem Land aufhalten (undokumentierte MigrantInnen), haben häufig nur ein Recht auf Notfallversorgung. Möglichkeiten zur medizinischen Versorgung für aktuelle oder chronische Erkrankungen, die über die Kategorie „Notfall“ hinausgehen, bestehen hingegen kaum [52, 56].

undokumentierte MigrantInnen meist nur Recht auf Notfallversorgung

Formale Hürden

**bei formalem Anspruch
oft administrative
Hürden**

In mehreren Literaturquellen wird angemerkt, dass der Anspruch auf Gesundheitsversorgung für wohnungslose Personen zwar theoretisch – auf dem Papier – existiert, der tatsächliche Zugang aber durch administrativen Hürden eingeschränkt ist [53, 57].

**Beispiel
Selbstversicherung: zu
teuer und
organisatorischer
Aufwand**

Beispielsweise kann zwar in Krankenversicherungssystemen für nicht über die Erwerbsarbeit oder Angehörige in das Versicherungssystem eingebunden Personen die Möglichkeit einer freiwilligen Selbstversicherung bestehen, diese Selbstversicherung zu organisieren und regelmäßig die Beiträge zu bezahlen, stellt für wohnungslose Menschen jedoch eine erhebliche organisatorische und finanzielle Barriere dar [58, 59].

**fehlender Nachweis
durch Verlust von
Ausweis oder Chipkarte**

Außerdem wird mit der fortschreitenden Technisierung des Gesundheitswesens in vielen Systemen bei der Inanspruchnahme von Leistungen die Vorlage einer elektronischen Chipkarte oder eines Personalausweises verpflichtend, da sonst die Leistungen den Anbietern nicht rückvergütet werden [53]. Selbst in Ländern mit einer universellen Versicherung besitzen wohnungslose Menschen oft keinen Nachweis ihrer Absicherung im Krankheitsfall, etwa aufgrund verlorener oder gestohlener Ausweise [60]. Beispielsweise berichten in Toronto 7% der wohnungslosen Personen, dass ihnen aus diesem Grund medizinische Versorgung mindestens einmal verwehrt wurde [61] und ÄrztInnen gaben an, dass sie aufgrund einer ungültigen oder fehlenden Krankenversicherungskarte nur für 54% ihrer wohnungslosen PatientInnen entlohnt wurden [62].

**fehlende Adressen
behindern Versicherung
oder Leistungsanspruch**

Ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen an lokale Aufenthaltsvorschriften oder Adressen gebunden wie beispielsweise in England oder Ungarn, so stellt dies für obdachlose, wohnungslose Menschen oder Menschen die zwischen verschiedenen Wohnungslosen-Einrichtungen wechseln, ebenfalls eine Hürde dar, auch wenn die Einrichtungen die Betroffenen dabei unterstützen, die administrativen Vorgaben und Verpflichtungen zu erfüllen [53]. Auch in Deutschland gilt: wer keinen Personalausweis und keine gültige Meldeadresse vorweisen kann, bekommt weder Geldleistungen noch eine Krankenversicherung [63].

Organisatorische Hürden

**organisatorische
Hürden:
Terminvereinbarung,
fehlende Adresse**

Für sozioökonomisch benachteiligte Menschen kann die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Dienstleistung eine hohe organisatorische Anforderung bedeuten, die zu einer geringen Inanspruchnahme solcher Leistungen bei diesen Gruppen führt. So stellen etwa Terminvereinbarungen oft eine Barriere für wohnungslose Personen dar, weil sie Ressourcen und Kompetenzen (wie feste Adressen, die Fähigkeit zu lesen sowie an einem bestimmten Ort zu einer bestimmten Zeit zu erscheinen) verlangen [64]. Dies gilt zum Beispiel für Krebsfrüherkennungsprogramme mit Einladungssystemen, die obdachlose Menschen mangels gültiger Wohnadresse nicht erreichen und daher eine Barriere für die Inanspruchnahme von Screeningprogrammen darstellen [48]. Fehlende Adressen sind auch bei der Zustellung von Befunden oder Anweisungen für Folgeuntersuchungen problematisch.

**häufige Barriere:
Wartezeit**

Als häufige Barriere eines Arztbesuches nannten wohnungslose PatientInnen lange Wartezeiten [65]. Hier spiegeln sich generelle Ergebnisse empirischer Forschung wider, die ergaben, dass Menschen mit niedrigem Einkommen Wartezeiten doppelt so häufig als Problem erleben, als der Rest der Bevölkerung [66]. Damit sind hohe Anforderungen an die Motivation und an die

mittelfristige Planung verbunden, die es für wohnungslosen Menschen mit unregelmäßigem Tagesablauf und hohem Aufwand zur Existenzsicherung erschweren, Termine einzuhalten. Wenn unter diesen Vorzeichen vereinbarte Termine übersehen oder nicht wahrgenommen werden, kommt es in der Folge neuerlich zu langen Wartezeiten [16].

Finanzielle Hürden

Da wohnungslose Personen meist gleichzeitig von Armut betroffen sind, stellen finanzielle Belastungen durch eine medizinische Behandlung eine weitere Hürde da, sodass eine private (Ko-)Finanzierung von Gesundheitsleistungen wohnungslose Personen davon abhalten kann, trotz Bedarf eine gesundheitsbezogene Leistung in Anspruch zu nehmen [52]. In einer kanadischen Studie wird hierzu berichtet, dass viele wohnungslose PatientInnen ihre verschriebenen Rezepte nicht einlösen, weil auch bei öffentlicher Kostenübernahme Rezeptgebühren anfallen und sie sich deshalb die Medikamente nicht leisten können [61]. Auch für Österreich wurde gemutmaßt, dass die Anhebung privater Zuzahlungen (z.B. Rezeptgebühr) negative Auswirkungen auf die medizinische Versorgung wohnungsloser PatientInnen hatte, besonders für jene, die medikamentöse Langzeitbehandlungen benötigen [67]. Zwar sollte ein gleichzeitig etabliertes System von Beihilfen und geringeren Selbstbehalten für sozio-ökonomisch benachteiligte Gruppen Erleichterungen für chronisch Kranke und Menschen mit niedrigem Einkommen schaffen, dennoch wurden negative Auswirkungen für wohnungslose Menschen bei der Inanspruchnahme durch finanzielle Hürden konstatiert [16].

Für wohnungslose Personen ohne Aufenthaltsgenehmigung wird in den meisten Ländern vorausgesetzt, dass sie für die Kosten ihrer Behandlungen überhaupt selbst aufkommen müssen. Dies erweist sich in der Praxis angesichts ihrer geringen finanziellen Mittel als unmöglich [56]. Laut einer Umfrage in mehreren europäischen Ländern sind zwar per Gesetz vielerorts Systeme vorgesehen, die alle oder einen Teil der Kosten für Menschen ohne Aufenthaltstitel übernehmen, wenn diese nicht zahlen können, jedoch gaben 80% der befragten Personen an, dass ihnen bei ihrer letzten Krankheitsepisode keine tatsächliche Kostenübernahme ihrer Gesundheitsversorgung zugute kam [56]. Daher suchen undokumentierte MigrantInnen, denen es nicht möglich ist, die Gebühren zu zahlen, bevorzugt auf solche Personen ausgerichtete Kliniken (Nicht-Regierungsorganisationen/NGOs) oder Notfallstationen auf [68].

Soziale Barrieren

Stigmatisierung und Schamgefühl

Neben den bereits genannten formalen Hürden werden Leistungen der medizinischen Regelversorgung trotz bestehender Rechtsansprüche aus subjektiven Motiven wie Angst, Scham, Misstrauen, negativen Erfahrungen im Kontakt mit ÄrztInnen und Pflegepersonen nicht genutzt [69]. Erfahrungsberichten von MitarbeiterInnen der Wohnungslosenhilfe zufolge haben wohnungslose Menschen vielfach das Gefühl, nicht erwünscht zu sein oder kein Recht zur Inanspruchnahme von Leistungen zu haben [70]. Klassische Vorurteile sind laut einem Literaturüberblick zu diesem Thema, dass wohnungslose Personen lauter MigrantInnen seien oder dass sie gewalttätig und asozial seien. In mehreren Studien wurde beim Gesundheitspersonals die

Selbstbehalte und private Kosten senken Inanspruchnahme

bei fehlender Aufenthaltsgenehmigung: Selbstzahlung

sonst nur Notfallversorgung und NGOs

subjektive Barrieren: Angst, Scham, Stigmatisierung und Misstrauen

Haltung identifiziert, dass wohnungslose Menschen keine Hilfe verdienen [71].

**Scham über soziale
Bedürftigkeit**

Werden medizinische Leistungen in Anspruch genommen, müssen sich Menschen in Wohnungsnot nicht nur als *medizinisch* bedürftig erklären, sondern es wird gleichzeitig ihre *soziale* Bedürftigkeit durch die Daten in den Versicherungsunterlagen – zumindest implizit – zum Thema. Insbesondere dort, wo das Angebot der Regelversorgung genutzt wird und die Betroffenen in sozialer Differenz zu den übrigen PatientInnen dieser Angebote stehen, kann dies ein Problem darstellen [72].

**Misstrauen gegenüber
Diagnose und
Behandlung, häufig
fehlende
Weiterbehandlung**

Fehlender Respekt sowie die Verurteilung und Stigmatisierung durch Gesundheitsdienstleister haben in weiterer Folge einen negativen Einfluss auf das gesundheitsorientierte Verhalten von wohnungslosen Personen [73]. Das eingeschränkte Vertrauen in das Gesundheitssystem führt beispielsweise bei (wohnungslosen) MigrantInnen dazu, dass die Diagnose der ÄrztInnen in Frage gestellt wird und die Angemessenheit ihrer Verschreibungen anzweifelt wird [56, 74]. Dass wohnungslose PatientInnen häufig keine Weiterbehandlung erhalten, wurde als weitere mögliche Folge von Respektlosigkeit gegenüber ihnen beobachtet [75].

Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

**Differenz: objektives
Krankheitsspektrum und
subjektiver
Gesundheitszustand
Gesundheit durch
ständige
Existenzsicherung
niedrige Priorität**

Eine zusätzliche in der Literatur genannte Barriere ist die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands. In einer deutschen Studie wird etwa hervorgehoben, dass trotz erheblicher Morbidität eine relativ positive Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes bei den aktuell wohnungslosen Personen bestand (siehe auch 4.1.2/„Gesundheitszustand allgemein“). Die AutorInnen interpretierten dies mit einer Tendenz zur Verdrängung der Realität, sowie einem gewissen Optimismus, der das Überleben unter Extrembedingungen erleichtert. Für wohnungslose Menschen stellt die Befriedigung der täglichen Grundbedürfnisse wie z.B. einen Platz zum Schlafen oder Geld für Essen zu organisieren eine große Herausforderung dar. Aufgrund der in Konkurrenz stehenden Prioritäten scheinen sie dazu zu neigen, ihre Krankheitssymptome länger zu ignorieren [61, 76].

**Orientierung an anderen
Wohnungslosen
verschiebt
Krankheitsverständnis**

Zudem bezieht sich laut einer Studie der soziale Vergleich hinsichtlich der eigenen Gesundheit häufig auf die eigene soziale Gruppe, was für die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes eine Verschiebung des Koordinatensystems von „gesund“ und „krank“ zur Folge hat [65]. Die Deutung des Gesundheitszustandes sei weniger auf ein Austesten von körperlichen Grenzen, sondern vielmehr auf die Aufrechterhaltung von Autonomie und Handlungsfähigkeit trotz vorhandener gesundheitlicher Einschränkungen ausgerichtet [72].

**Ad-hoc
Problembewältigung
statt langfristige
Gesundheit**

In ähnlicher Form berichtet ein österreichischer Bericht zur sozialen Ungleichheit, dass sozial Schwache beim Thema Gesundheit eher an einer Ad hoc-Situationsbewältigung orientiert sind als an einer präventiven, zukunftsorientierten Lebensplanung. Professionelle Hilfe wird somit eher in Form von Reparaturmedizin akzeptiert [77].

Gesundheitskompetenz:

**geringe
Gesundheitskompetenz**

Die WHO definiert Gesundheitskompetenz als kognitive und soziale Fähigkeiten, welche die Motivation und die Möglichkeit von Individuen bestimm-

men, Informationen zu erhalten, zu verwenden und zu nutzen, um gute Gesundheit zu fördern und zu erhalten [78]. Gesundheitskompetenz beinhaltet dabei nicht nur Wissen über Gesundheit, sondern auch Fähigkeiten, Information zu verarbeiten und zu verstehen. Dass fehlende Gesundheitskompetenz auch wohnungslose Menschen betrifft, geht etwa aus einer kanadische Studie hervor, die dies als eine der wesentlichen Faktoren für gesundheitliche Ungleichheit im Zusammenhang bei Herz-Kreislaufkrankungen bei wohnungslosen Personen beschreibt [79].

Sprachliche und kulturelle Barrieren

In pluralistischen Gesellschaften mit einer erheblichen Anzahl an MigrantInnen, Flüchtlingen und Asylsuchenden – auch unter den wohnungslosen Personen – gehören Interaktionen zwischen PatientInnen und Gesundheitspersonal von verschiedenen Kulturen zur Routine. Das Fehlen einer gemeinsamen Sprache wird daraufhin zur Hürde für eine adäquate Gesundheitsversorgung [80]. Vom Gesundheitspersonal wird über Schwierigkeiten in der Kommunikation berichtet, um auf wirksame Weise über Symptome und risikobehaftetes Verhalten zu reden. Außerdem werden Barrieren von Seiten der PatientInnen genannt, auf Informationen zuzugreifen, besonders bei schriftlichem Material [74]. Es ist dabei nicht immer möglich die sprachlichen von den kulturellen Barrieren zu trennen, da es nicht nur darum geht die Wörter zu übersetzen, sondern ihre Bedeutung im sozialen und kulturellen Kontext zu interpretieren [81]. Umgekehrt berichten wohnungslose Menschen, dass sie trotz gleicher Muttersprache das vom Gesundheitspersonal Gesagte nicht verstehen [75].

Verständnisprobleme durch Fremd- und Fachsprache

4.2.2 Zugangsbarrieren in Österreich

Teilweise wurden bei den genannten Kategorien an Zugangsbarrieren bereits österreichische Fallbeispiele angeführt, sodass viele der im vorangehenden Kapitel beschriebenen Zugangshürden auch auf Österreich zutreffen. Dies betrifft insbesondere die sozialen Barrieren (Stigmatisierung, Schamgefühl, mangelnde Gesundheitskompetenz etc.), mit denen wohnungslose Menschen unabhängig von ihrem Herkunftsland konfrontiert sind. Beim Leistungsanspruch und bei möglichen finanziellen Barrieren, sowie bei den organisatorischen Hürden, die eng mit der grundsätzlichen Ausgestaltung des Gesundheitssystems in Zusammenhang stehen, existieren jedoch einige österreichische Besonderheiten, die in der Folge erläutert werden.

in Österreich einige Systemspezifika

Fehlender Leistungsanspruch und finanzielle Barrieren

Das österreichische Gesundheitssystem beruht auf dem sogenannten Versicherungsprinzip, nach dem der Leistungszugang an die Bezahlung eines Krankenversicherungsbeitrags geknüpft ist. Sie hat den Status einer gesetzlich geregelten Pflichtversicherung, welche an die Erwerbstätigkeit bzw. der Realisierung eines sonstigen Pflichtversicherungstatbestandes geknüpft ist. Das Versicherungssystem ist so gestaltet, dass nahezu die gesamte Bevölkerung in das Leistungssystem eingebunden ist (z.B. kostenlose Mitversicherung von Angehörigen, Möglichkeit der freiwilligen Selbstversicherung, wenn weder Pflichtversicherung durch Erwerbstätigkeit oder Mitversicherung durch Angehörige bestehen) [82]. Laut Sozialversicherungsstatistik

laut Sozialversicherung Bevölkerung fast vollständig krankenversichert

	<p>waren im Jahre 2011 rund 8,4 Millionen Personen bzw. 99,9 % der Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung geschützt [83].</p>
<p>dennoch Nicht-Versicherung bei...</p>	<p>Obwohl der Krankenversicherungsschutz also relativ umfassend ausgestaltet ist, fallen an den Rändern des grundsätzlich erwerbszentrierten Systems Personen in außergewöhnlichen Lebenslagen und Statusübergängen aus dem Schutzbereich der Versicherung. Als zentrale Ursachen gelten [82]:</p>
<p>...fehlender Versicherung trotz Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit, Verlust der Mitversicherung, illegalem/ungemeldetem Aufenthalt</p>	<ul style="list-style-type: none">✿ geringfügige oder nicht pflichtversicherte selbstständige Beschäftigung ohne Abschluss einer freiwilligen Versicherung✿ Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung✿ Verlust der Mitversicherung (z.B. nach einer Scheidung oder aufgrund der Überschreitung einer Altersgrenze)✿ illegaler Aufenthalt oder Aufenthalt von EU-BürgerInnen ohne Meldezettel in Notunterkünften oder prekären Wohnverhältnissen
<p>Nicht-Versicherte primär Arbeitslose, MigrantInnen, viele davon wohnungslos</p>	<p>Die meisten der registrierten Nicht-Versicherten sind arbeitslose ÖsterreicherInnen oder MigrantInnen sowie Asylsuchende. Eine Studie des Gesundheitsministeriums von 2003 ergab, dass in Österreich um die 160.000 Menschen nicht versichert und ohne registrierten Anspruch im Krankheitsfall waren [84]. 2006 schätzte der Hauptverband der Sozialversicherungen die Zahl der Menschen, die nicht über Krankenversicherung geschützt sind, auf 1,5% der Bevölkerung (120.000 Menschen). Zieht man davon noch jene Personen ab, deren medizinische Versorgung den Anbietern über die Sozialhilfeträger rückvergütet wurde, bleiben noch 1%, die keinerlei registrierte Kostenabdeckung hatten. Die Betroffenen waren vor allem Menschen mit niedrigem Einkommen und ohne offizielle Arbeit. Viele davon waren wohnungslos [76].</p>
<p>bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS) für primär Unversicherte</p>	<p>Ein Teil der Armutsbevölkerung – insbesondere wohnungslose Menschen – hat in Österreich auch heute keinen regulären Schutz aus der Sozialversicherung [16]. Für diese Personen ist nach der derzeitigen Gesetzeslage prinzipiell eine Absicherung durch die bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS) vorgesehen.</p>
<p>BMS-BezieherInnen erhalten Versicherungsschutz u. finanzielle Entlastungen bei Selbsthalten</p>	<p>Anspruch auf BMS steht jenen Menschen zu, deren Mindestbedarf nicht durch Einsatz eigener Arbeitskraft, eigener Mittel oder Leistungen Dritter gedeckt werden kann [85]. Gemäß § 9 ASVG sollen alle BezieherInnen von Leistungen der BMS in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden. Die BMS-BezieherInnen erhalten neben der E-Card für uneingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem auch finanzielle Entlastungen, wie die Befreiung von der Rezeptgebühr und vom Serviceentgelt für die E-Card [86, 87]. Einige finanzielle Belastungen bleiben jedoch in fast allen Bundesländern bestehen, wie etwa der Kostenanteil bei Krankenhausaufenthalt für Mitversicherte (z.B. Kinder) [88].</p>
<p>ohne reguläre oder ‚BMS-Versicherung‘: Selbstzahlung Ausnahme: Notfallversorgung</p>	<p>Wenn jemand in Österreich Leistungen aus dem öffentlichen Gesundheitssystem ohne Krankenversicherung nutzen will – also weder über die Pflichtversicherung, noch über die BMS krankenversichert ist, muss er/sie prinzipiell für die Kosten selber aufkommen, und zwar in Form einer Gebühr (Servicepauschale). Eine Ausnahme dieser Kostenregelung stellt die Notfallversorgung dar. Durch das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz ist jedes Krankenhaus dazu verpflichtet, unabhängig von finanziellen Aspekten erste Hilfe im Notfall zu leisten. Ist es den PatientInnen nicht möglich, die Kosten zu bezahlen oder kann die Identität zur Kostenverrechnung</p>

nicht ermittelt werden, müssen die Krankenhäuser für die Ausgaben selbst aufkommen [89] oder sie müssen versuchen, über die Sozialämter einen Teil der Kosten rückerstattet zu bekommen.

Aus dieser Verpflichtung heraus bieten sich Möglichkeiten, Behandlung auch über den akuten Notfall hinaus durchzuführen, die als Paradoxiemanagement beschrieben wurden [90]. Medizinisches Personal kann sich zum Beispiel auf einem Auge blind stellen oder einer breiteren Definition von Notfall zustimmen, und somit Dienste trotz dem Wissen, das sie nicht bezahlt werden, bereitstellen oder es kann falsche Identitäten akzeptieren [89]. In diesem Fall ist die Versorgung immer willkürlich, da sie davon abhängt, in welcher Region eine Einrichtung zu welcher Tageszeit/an welchem Wochentag aufgesucht wird oder welches Team gerade Dienst hat.

Insgesamt ist das Angebot an medizinischer Versorgung für PatientInnen ohne Versicherungsschutz oder ohne finanzielle Mittel, dafür selbst aufzukommen, jedoch sehr eingeschränkt. Die verbleibenden Möglichkeiten umfassen Krankenhäuser mit einem übergeordneten karitativem Auftrag oder Nicht-Regierungsorganisationen (NGOs), die als Vermittler fungieren oder selbst Leistungen anbieten [90]. Eine Übersicht zu solchen Angeboten in Österreich ist in einer rezenten Dissertation nachzulesen [17].

Ein Beispiel für erstere ist das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien, ein privates Ordenskrankenhaus mit konfessionellem Hintergrund, das jedes Jahr 20.000 bis 30.000 PatientInnen ohne Krankenversicherung behandelt, von denen 1.000 bis 1.500 stationär versorgt werden [89]. Bei den NGOs, die direkt Leistungen anbieten, sind die Marienambulanz in Graz – eine von der Caritas geleitete Einrichtung – und AmberMed in Wien, eine gemeinsame Einrichtung des „Flüchtlingsdiensts Diakonie Evangelisches Hilfswerk“ und des österreichischen Roten Kreuzes, bekannte Beispiele [91, 92]. Andere – wie der Verein Neunerhaus – bieten im Rahmen der Wohnungslosenhilfe medizinische Leistungen gezielt für wohnungslose Menschen an [17]. Zusätzlich existieren einige mobile Versorgungsangebote, die niederschwellige Leistungen anbieten, wie etwa der „Luise-Bus“ oder die „Rollende Marienambulanz“ [84]. Ergänzend sind noch kostenlose Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten für spezifische Krankheiten (z.B. AIDS-Hilfe) zu nennen. Die Versorgung mit kostenlosen Medikamenten wird zusätzlich durch das Medikamentendepot des Roten Kreuzes Wien unterstützt, das mit den genannten Einrichtungen kooperiert [84, 93]. Alle der angeführten Einrichtungen betreuen unter anderem – wenn auch nicht ausschließlich – wohnungslose Personen.

Organisatorische Barrieren

Neben den genannten Aspekten des prinzipiellen Leistungsanspruchs und den damit verbundenen finanziellen Barrieren, wird in einer österreichischen Quelle auf die systemimmanente Fragmentierung des österreichischen Gesundheitssystems hingewiesen, die bereits generell eine adäquate Versorgung erschwert, besonders aber für wohnungslose Menschen eine zusätzliche Hürde für die Inanspruchnahme von Leistungen darstellt [16].

Zum einen behindert die auf unterschiedliche Kostenträger und Gebietskörperschaften aufgeteilte Versorgungsstruktur eine integrierte Versorgung, etwa wenn es um die Nachbetreuung nach stationärem Krankenhausaufenthalt geht. Die Problematik ist besonders bei chronischen Erkrankungen, die einer kontinuierlichen Betreuung und Versorgung auf verschiedenen Versorgungsstufen (stationär, spitalsambulant, niedergelassener Bereich) bedür-

Notfalldefinition von Anbietern tlw. ausgeweitet, um Nicht-Versicherte zu behandeln

letzte Möglichkeit: NGO oder einzelne Krankenhäuser

Beispiele: Barmherzige Brüder Wien, Marienambulanz, AmberMed

Fragmentierung des Systems erschwert Versorgungsablauf

Barrieren für Versorgungskontinuität und außerstationäre Leistungen

fen, virulent. Wenn Menschen ohnehin schon Schwierigkeiten haben, Termine zu organisieren, wie dies über wohnungslose Personen weiter oben berichtet wurde, verschärft sich das Problem, wenn für jede Leistung in einer Versorgungskette ein erneuter organisatorischer Aufwand notwendig ist. Zum anderen setzt die Finanzierungsstruktur Anreize hin zu einer spitalszentrierten Versorgung, wodurch die ohnehin schon durch viele Hürden eingeschränkte Inanspruchnahme von allgemeinmedizinischen Leistungen für wohnungslose Menschen zusätzlich erschwert wird.

**zentrale Hürde:
fehlende Wohnadresse**

Eine wesentliche organisatorische Zugangsbarriere ist in Österreich nicht zuletzt eine fehlende Wohnadresse, da diese bei jedem Kontakt mit dem Versorgungssystem anzugeben ist und alle Befunde, Abrechnungen oder Informationen nur so vollständig erhalten werden können.

4.3 Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen

**5 Studien zur
Inanspruchnahme von
Gesundheitsleistungen**

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen allgemein

Es wurden 9 Studien ausgewählt, welche die Inanspruchnahme von allgemeinen Gesundheitsleistungen behandeln (Tabelle 4.3-1 und 4.3-2). Von diesen stammen 6 aus der USA [94-99]. Die restlichen 3 wurden in Deutschland [65], Belgien [100] und England [101] durchgeführt.

**Kontakt mit
Gesundheitssystem
häufig**

In den untersuchten Gruppen von wohnungslosen Personen nahmen zwischen knapp zwei Drittel und drei Viertel medizinische Leistungen in irgend einer Form innerhalb der letzten 6 Monate in Anspruch [65, 95, 99, 102]. Die belgische Studie beschreibt, dass der Kontakt mit dem Gesundheitswesen in Bezug auf AllgemeinmedizinerInnen, stationäre Versorgung und Notaufnahmen signifikant häufiger erfolgte, als in der Allgemeinbevölkerung [100].

**stationäre Versorgung
von Gesundheitssystem
beeinflusst**

**Deutschland: 50%
innerhalb eines Jahres,**

lange Aufenthalte

Bei der stationären Versorgung bestehen Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen. In den USA hatte der Versicherungsschutz einen signifikanten Einfluss auf die Nutzung von stationären Leistungen [94]. Während in der amerikanischen Studie nur knapp ein Viertel der wohnungslosen Personen im letzten Jahr stationär versorgt wurden, gaben in einer Münchner Untersuchung mehr als die Hälfte der befragten wohnungslosen Personen an, stationär Versorgung erhalten zu haben [65, 94]. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in München betrug 30 Tage, wobei 10% mehr als dreimal stationär aufgenommen waren [65]. In einer jüngeren britischen Studie war die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit 6,2 Tagen niedriger, lag aber dennoch deutlich über der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 2,1 Tagen der Vergleichsgruppe [101]. Die überdurchschnittliche Aufenthaltsdauer wurde mit dem Krankheitsspektrum begründet, wegen dem wohnungslose Menschen stationär behandelt werden, während eine bewusst verzögerte Entlassung (wegen fehlender Unterkunft) nicht bestätigt werden konnte.

Über die Hälfte der untersuchten wohnungslosen Personen nahm pro Jahr ambulante Gesundheitsdienste in unterschiedlichen Settings (ambulante Kliniken, niedergelassene ÄrztInnen, medizinische Angebote von Wohnungsloseneinrichtungen) in Anspruch [94, 103]. Ambulante Leistungen wurden von Menschen in unsicheren Wohnverhältnissen mit 73% häufiger in Anspruch genommen als von Obdachlosen (52%) [94]. Am häufigsten werden laut Münchner und Ghenter Studie AllgemeinärztInnen von wohnungslosen Menschen kontaktiert [65, 100]. Knapp ein Viertel der wohnungslosen Personen suchten ZahnärztInnen gefolgt von AugenärztInnen auf [65].

Notaufnahmen wurden innerhalb eines Jahres von einem Drittel der befragten wohnungslosen Personen aufgesucht [95], innerhalb eines halben Jahres von über 40% [99]. Vor allem wohnungslose Personen auf der Straße oder in Notunterkünften nutzen akute Versorgungsangebote [95]. Des Weiteren war die Inanspruchnahme bei zwei oder mehreren gleichzeitigen Erkrankungen oder psychischen Störungen deutlich größer. Der Versicherungsstatus hatte dagegen keinen messbaren Effekt auf die Inanspruchnahme von Notaufnahmen [94].

Bei einem Vergleich aller stationären Aufnahmen von wohnungslosen PatientInnen in Großbritannien war die Unfall- und Notfallaufnahme die häufigste Form der stationären Aufnahmen (33% der Einweisung wurden als Unfall/ Notfallaufnahme kodiert, im Vergleich zu 4,6% in der Vergleichsgruppe). Hingegen waren Aufnahme auf Stationen mit medizinischen Spezialfächern seltener als in der Vergleichsgruppe [101]. Dennoch errechneten die AutorInnen 8mal höhere Kosten pro Person für die Gruppe der wohnungslosen PatientInnen als für die Vergleichsgruppe. Die häufigsten Gründe für die Aufnahme waren Vergiftung, alkohol- oder drogenbedingte Erkrankungen und psychische Erkrankungen.

Die Medikamenteneinnahme wurde im Vergleich zu den genannten Leistungen in als gering eingestuft. Sie betrifft in einer Studie erster Linie Magen-Darm-Präparate, Schmerzmittel und Psychopharmaka, die von maximal 10% der Befragten genommen werden [65]. Eine andere Studie beschreibt als häufigste Medikamente Antibiotika und Schmerzmittel, die zusammen 60% der Medikamententypen ausmachen [99].

Es konnten zwar fast alle untersuchten wohnungslosen Personen eine Quelle nennen, um medizinische Leistungen zu erhalten [95], drei Viertel konstatierten jedoch, trotz Bedarf keine Behandlung in Anspruch genommen zu haben [96]. Neben Sehhilfen und Zahnbehandlungen die jeweils 41% benötigten, brauchten knapp ein Drittel medizinische/ chirurgische Behandlungen. Ein weiteres Drittel gab an, verschrieben Medikamente nicht besorgen zu können. Einen Bedarf an psychologischer Behandlung sah ein Fünftel der PatientInnen ungedeckt [96]. Betroffen waren besonders jene mit mehreren Krankheiten und ohne Versicherung.

Personen mit mehreren Krankheiten weisen eine 3-fach höhere Rate für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung auf. Einen weiteren begünstigenden Faktor stellt die sonstige soziale Unterstützung dar. Signifikant mehr Betreute in Notunterkünften (71%) und in Übergangsunterkünften (74%) nutzen medizinische Versorgungsangebote als die übrigen wohnungslosen Personen (53%). Einen weiteren positiven Effekt auf die Inanspruchnahme allgemein stellt eine Krankenversicherung dar.

**ambulante/
niedergelassene
Versorgung häufig
eher von unsicher
Wohnenden, als von
Obdachlosen aufgesucht**

**1/3 bei Notaufnahme:
Obdachlose, psychisch
Kranke, Multimorbide**

**Notaufnahme häufigste
Einweisungsart**

**Kosten/Person 8mal
höher als in
Vergleichsgruppe**

wenig Medikamente

**häufig trotz Bedarf
keine Behandlung**

**mehr Inanspruchnahme
bei Multimorbidität,
Wohnbetreuung,
sozialer Unterstützung,
Versicherung**

**Frauen nützen
medizinisches Angebot
häufiger,**

**in einer Studie hohe
Raten bei Screening-
Teilnahme,
Ergebnisse hierzu aber
widersprüchlich**

Wohnungslose Frauen zeigen bei der medizinischen Versorgung eine tendenziell höhere Nutzung von Gesundheitsleistungen. In amerikanischen Studien wurden knapp ein Drittel der Frauen stationär versorgt. Die ambulante Behandlung lag mit drei Viertel aller Frauen und einem Median von 4 pro Jahr deutlich über jener der Männer [94, 97]. Des Weiteren zeigte eine Studie überdurchschnittlich hohe Raten an Inanspruchnahme von Screening Untersuchungen, die für die gängigen Früherkennungsuntersuchungen (z.B. Pap-Test, Brustuntersuchung) in dieser Studie bei über 60% lagen [97]. Im Gegensatz dazu gaben über drei Viertel der wohnungslosen Männer in einer deutschen Studie an, noch nie an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen zu haben [65]. Wurde allerdings im Rahmen einer medizinischen Untersuchung der konkrete Bedarf für einen Pap-Abstrich bei wohnungslosen Frauen erhoben, zeigte sich, dass bei 63% ein solcher Test laut Screening-Policy sinnvoll wäre, wovon letztlich aber nur die Hälfte tatsächlich eine Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung durchführen ließen [98].

Tabelle 4.3-1: Inanspruchnahme von allgemeinen gesundheitsbezogenen Leistungen/1

ErstautorIn (Jahr)	Baggett (2010) [96]	Arangua (2005) [97]	Völlm (2004) [65]	Kushel (2001) [94]
Studienland/Ort	USA	USA/Los Angeles County	Deutschland/ München	USA
Demographische Merkmale	Erwachsene	Frauen (15 – 44 Jahre)	Männer	Erwachsene
n StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	966 (58%/42%)	974	82 Wohnungslose + 37 ehem. Wohnungslose	2974 (68%/32%)
Definition Wohnungslosigkeit	k.A. ("secondary analysis of the 2003 Health Care for Homeless (HCH) User Survey. Interviews were conducted in a sample of 79 clinic sites")	„spending any of the previous 30 nights (a) in a mission, homeless shelter, or transitional shelter; a hotel paid for by a voucher; a church or chapel; an all-night theatre or other indoor public place; or (b) in a rehabilitation program for homeless people and also stayed in one of the settings mentioned“	„Literally homeless“, die entweder nachts draußen bzw. in verlassenen Gebäuden schlafen oder in Übernachtungsstätten/Asylen Obdach finden	k.A. ("subjects were selected among people who used homeless services, included in the National Survey of Homeless Assistance Providers and Clients [NSHAPC]")
Ergebnisse	Bedarf für Versorgung ohne Inanspruchnahme im letzten Jahr: 73% min. 1, 49% min. 2, 32% medizinische/chirurgische Versorgung, 36% Medikamente, 21% psychiatrische Behandlung/ Beratung, 41% Sehhilfen, 41% Zahnarztbehandlung; 36% mit 1 oder mehreren Krankheiten	30% im letzten Jahr stationär versorgt (ohne Schwangerschaften), 25% psychiatrisch, Median von 4 ambulanten Besuchen Vorsorguntersuchung: 65% Pap-Abstrich, 60% Brustuntersuchung, 87% Bluttest, 73% Tuberkulosestest, 68% Aidstest, 62% Schwangerenuntersuchung im letzten Jahr; Bei 37% offener Versorgungsbedarf Ort der primären Versorgung: 19% community/ neighbourhood-clinic, 16% mobile Klinik oder Klinik in Suppenküchen/ Notunterkünften, 8% staatliche Klinik, 8% in Notaufnahmen, jeweils 7% staatliche/private ambulante Kliniken und private HausärztInnen	65% med. versorgt (letzte 3 Monate), 55% stationär (letztes Jahr) Ø 30 Tage, 10% min. 3-mal 68% nannten Hausarzt; über 50% kontaktierten (letztes Jahr) min 1 AllgemeinärztIn, ¼ ZahnärztInnen, 1/5 AugenärztInnen, 14% HautärztInnen, alle anderen unter 10 % Medikamente nur selten eingenommen, am häufigsten Magen-Darm-Präparate (10% täglich oder mehrmals wöchentlich), Schmerzmittel (8%), Psychopharmaka (4%); 79% hatten noch nie Vorsorgeuntersuchung; stationäre Aufenthalte und Aufenthaltsdauer bei ehemals Wohnungslosen höher als bei aktuellen	Im letzten Jahr: 23% stationär behandelt, Versicherungsstatus einziger signifikanter Einflussfaktor (OR: 2,60) 63% ambulant (ohne emergency) behandelt; in 28% ambulante Kliniken, 22% Community health clinic, 19% Arztpraxis, 10,4% Wohnungslosenunterkünfte mit medizinischer Betreuung häufigere Versorgung: ≥ 3 Krankheiten u. Versicherung, mehr Frauen (77% vs. 56% Männer); unsichere Wohnverhältnisse 73% vs. Wohnungslose 52% 32% in Notaufnahme behandelt, signifikant häufiger mit psychischen Störungen (OR: 1,99), bei ≥ 2 Krankheiten (OR: 2,59). Versicherungsstatus spielte keine Rolle 24% benötigten med. Behandlung, 33% Medikamenten, ohne sie zu erhalten

CI: confidence interval; k. A. : keine Angabe; min.: mindestens; n: Anzahl; OR: odds ratio;

Tabelle 4.3-2: Inanspruchnahme von allgemeinen gesundheitsbezogenen Leistungen/2

ErstautorIn (Jahr)	Verlinde (2010) [100]	DH Office of the Chief Analyst NHS (2010) [101]	Bharel (2009) [98]	Sachs-Ericsson (1999) [99]	O'Toole (1991) [95]
Studienland/Ort	Belgien/ Ghent	England	USA/ Boston	USA / Florida	USA/ Pennsylvania
Demographische Merkmale	Erwachsene	Erwachsene	Frauen	Erwachsene	Erwachsene
n StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	121 (84%/17%) ; VP nicht Wohnungslose: 253 (49%/51%)	9706 (78%/22%) (Vergleich mit Allgemeinbev. in selber Altersgruppe)	205	292 (77% /23%)	373 (85% /15%)
Definition Wohnungslosigkeit	k.A. ("study population was restricted to all the homeless people making use of the homeless centres and shelters in Ghent")	k.A. ("NHS records where address is reported as 'No Fixed Abode' + data from small number of specialist homelessness GP practices and PCTs in England")	k.A. ("adult women admitted to a respite care facility for homeless people")	k.A. ("homeless individuals who sought medical treatment at the free clinic during the study's duration")	"unsheltered, emergency sheltered, sheltered in bridge housing or single room occupancy units, doubled up with family or friends, or housed poor"
Ergebnisse	signifikant mehr Besuche bei AllgemeinärztIn 64% (VP 44%) OR 3,6 (95% CI: 2,2-6,1), „secondary care“ 31% (VP 18%) OR 3,3 (95% CI: 1,8-5,9), Notaufnahmen 28% (VP 3%) OR 13,4 (95% CI: 5,1-34,8) in den letzten 2 Monaten; signifikanter Zusammenhang zwischen subjektiv wahrgenommenem Gesundheitsstatus u. Inanspruchnahme	Stationäre Einweisungsgründe primär Vergiftungserscheinungen, Alkohol/Drogen, psychische Probleme; PatientInnen sind jünger und häufiger Männer als in VP 33% der Krankenhauseinweisungen als Unfall- und Notfallaufnahme (VP 4,6 %); Spezialfächer (Onkologie etc.) dafür selten; durchschnittliche Aufenthaltsdauer 6,2 Tage (VP 2,1); längerer Aufenthalt krankheitsbedingt, nicht durch verzögerte Entlassung Stationäre Kosten/Person 8x höher als in Vergleichsgruppe	Bei 63% Bedarf für Pap-Abstrich ⁵ , davon akzeptierten 62% kostenlosen Abstrich, 38% lehnten ab; die Hälfte derjenigen mit Bedarf (n=57) ließ Pap durchführen, davon benötigten 50% Nachbetreuung; die Mehrheit mit benötigter Nachbetreuung hatte letzten Pap-Abstrich älter >3 Jahre oder nie; Rate an unauffälligen Pap-Abstrichen niedriger als in Bevölkerung	ausgegebene Medikamente: Antibiotika 48%, Schmerzmittel 22%, Erkältungsmittel 15%, Hustenmittel 9%; in den letzten 6 Monaten 74% behandelt, im letzten Monat 51%; letzte Behandlung bei 1/5 in Notaufnahme, Nutzung Notaufnahme in letzten 6 Monate: 41%, ältere Wohnungslose nutzten medizinische Versorgung eher als junge, Geschlecht und Herkunft spielten keine Rolle; Wohnungslose mit Bluthochdruck, Folgebehandlungen, Bedarf an Medikamenten nutzten medizinische Versorgung eher	62% med. versorgt, 51% chronisch Kranke (letzte 6 Monate); häufigste Gründe: 42% chronische Krankheiten, 42% akute/episodische Versorgung Menschen in Notunterkünften u. Übergangsunterkünften mit 71% u. 74% signifikant häufiger versorgt als übrige (53%); signifikant mehr (57%) Obdachlose und solche in Notunterkünften/Übergangsunterkünften (42%) akut versorgt als „poor housed“ (21%) od. „doubled up“ (24%) 46% in Krankenhaus, von privaten ÄrztInnen u. „community clinics“, 29% in Notaufnahmen, 8% in „shelter-based or drop-in centre clinics“ versorgt Faktoren für höhere Inanspruchnahme (OR): Komorbidität: 3,3 (95% CI: 1,8-6,1); Versicherung (Medicaid): 3,2 (95% CI: 1,8-5,8); Übergangshaus/Notunterkunft: 2,4 (95% CI: 1,4-4,2); higher level of social support 2,3 (95% CI: 1,3-3,9)

A&E: accident & emergency; GP: general practitioner; k. A. : keine Angabe; n: Anzahl; NHS: National Health Service; OR: odds ratio; PCT: Primary Care Trusts; VP: Vergleichspopulation

⁵ Test zur Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses

Inanspruchnahme bei psychischen Erkrankungen

Es wurden 3 Studien identifiziert, die das Thema Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei psychischen Erkrankungen behandeln (Tabelle 4.3-3). Die Studien sind alle in Ländern mit öffentlichem Krankenversicherungssystem durchgeführt worden. Neben einer Studie aus Australien [102], stammen die 2 weiteren Studien aus den europäischen Nachbarländern Frankreich [104] und Deutschland [103].

Laut den einbezogenen Studien hatten die meisten wohnungslosen Personen mit psychischen Störungen auf Grund ihrer Erkrankung schon einmal in irgendeiner Form Kontakt mit dem Gesundheitswesen (78-79%). Die hohe Zahl relativiert sich auf 37-42%, wenn man nur Behandlungen von Fachpersonal oder eine stationäre Versorgung betrachtet [102-104].

Eine genauere Aufschlüsselung der stationär in Anspruch genommenen Leistungen zeigt die Münchner Studie. Ein Drittel der Befragten gab an, in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden zu sein, und 17% erwähnten, in einer psychosozialen Rehabilitationseinrichtung stationär versorgt worden zu sein. Drogen- oder Alkoholeinrichtungen wurden dagegen nur selten in Anspruch genommen [102, 103].

Professionelle Hilfe im ambulanten Bereich nahm knapp die Hälfte der wohnungslosen Menschen in Anspruch, wovon nur 23% Hilfe von PsychiaterInnen entgegen nahmen. 34% suchten andere ÄrztInnen auf [102, 103].

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen zeigten sich deutliche geschlechtsspezifische Differenzen. Frauen hatten mehr als doppelt so häufig Kontakt mit dem Gesundheitssystem wie Männer. Besonders fachärztlich, in psychiatrischen Krankenhäusern oder bei stationärer und ambulanter Versorgung innerhalb des letzten Jahres wurden Frauen signifikant häufiger behandelt [103].

Des Weiteren variierte die Art der Kontaktaufnahme zwischen den Krankheitsdiagnosen. So ist die Krankenhauseinweisung bei Schizophrenie, Angst- und wahnhaften Störungen am größten (39%) und es werden am meisten Psychopharmaka eingenommen (68%). Menschen mit Depressionen hatten am wenigsten Kontakt mit dem Gesundheitssystem [104].

Wenig Ausschlag gebend sind laut den Studien soziodemographische Faktoren, die über das Geschlecht hinausgehen. Dagegen zeigten sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Betreuung der wohnungslosen Personen. Wohnungslose Menschen in langfristig betreuten Unterkünften suchten häufiger HausärztInnen und FachärztInnen (29%) auf, als jene, die nur kurzfristig Schlafgelegenheiten nutzen (8%) oder auf der Straße leben (6%) [104].

3 Studien zu Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen

Kontakt Gesundheitssystem häufig, aber nur 40% fachspezifisch

stationäre Psychiatrie häufig, Drogen/Alkoholeinrichtung selten

ambulant: $\frac{1}{4}$ besucht FachärztInnen

Frauen zeigen höhere Inanspruchnahme

Diagnosen: Depressive am wenigsten, andere mehr stationäre und medikamentöse Behandlung

langfristig Betreute suchen eher ärztliche Hilfe

Tabelle 4.3-3: Inanspruchnahme von psychiatrischen/psycho-sozialen Leistungen

ErstautorIn (Jahr)	Herrmann (2004) [102]	Kovess (2001) [104]	Meller (2000) [103]
Studienland/Ort	Australien/ Yarra; Boroondara	Frankreich/ Paris	Deutschland/ München
Demographische Merkmale	Erwachsene	Erwachsene	Erwachsene
n StudienteilnehmerInnen (Männer/Frauen)	82 (82%/18%)	715 (85% /15%)	178 (82% /18%)
Definition Wohnungslosigkeit	„People in insecure accommodation with shared bathroom and kitchen and living space. Roofless people, a small minority in this community, were not included in the study“	k.A. (Menschen die kurz- und langfristig Schlafstellen oder Essenseinrichtungen für Wohnungslose in Anspruch nehmen)	In den 30 Tagen vor dem Interview ohne eigene Wohnung und in München lebend
Ergebnis	Über 79% von psychischen Diensten behandelt. Davon 37% (39% /27%) stationär; über $\frac{3}{4}$ durch spezielle psychische Gemeindedienste betreut; obwohl bei über 70 % Psychopharmaka verschrieben, nahmen weniger als 20% Rehabilitationsprogramme, unter 10% spezielle Drogen- und Alkoholeinrichtungen in Anspruch	78% von psychischen Diensten behandelt, davon 42 % von Fachleuten; Frauen 2,2-fach so viel Kontakt mit Gesundheitssystem; bei >25 Jahren, Selbstmordversuch, physische Krankheiten oder Alkoholmissbrauch steigt Kontakt um das 2-3-fache, bei Drogenmissbrauch um das 5-fache; Schizophrenie und wahnhaften Störungen am meisten stationär (39%) und medikamentös (68%) behandelt; Depressionen am seltensten (nur 40% nehmen Psychopharmaka) AllgemeinärztInnen eher von langfristigen Betreuten (long-term shelter) (29%) besucht, als von jenen, die nur kurzfristig Schlafgelegenheiten nutzen (8%) oder auf der Straße leben (6%); Wohltätigkeitskliniken am meisten von auf der Straße Lebenden benutzt (7%), selten von langfristig Betreuten.	Insgesamt 41% (34,5%/75%) stationär behandelt; davon 34% (27,2%/62,5%) in psychiatrischen Kliniken; 17% (9%/53%) in psychosozialen Rehabilitationseinrichtungen; Drogen- oder Alkoholeinrichtungen nur selten in Anspruch genommen; ambulante Behandlungen nahmen 47% (40,4%/78,1%) in Anspruch; davon suchten 23% (16%/60%) PsychiaterInnen, 34% (30%/53%) andere ÄrztInnen, 12% (10%/22%) Drogenberatungen und 16% (16%/19%) Alkoholberatungsstellen auf; in letzten 6 Monaten suchten Frauen häufiger (ambulant) PsychiaterIn, ÄrztIn oder eine psy. Beratungsstelle auf (23%/47%)

k. A. : keine Angabe; n: Anzahl

5 Diskussion

Die vorliegende Studie beschreibt in drei inhaltlichen Schwerpunkten publizierte Evidenz zum Gesundheitszustand bzw. Krankheitsspektrum von wohnungslosen Menschen, zu Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem und zum Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf gesundheitsbezogene Leistungen bei von Wohnungslosigkeit Betroffenen.

Während kaum österreichischen Studien dazu identifiziert wurden, liegt – jedenfalls zur ersten Fragestellung – eine umfangreiche Anzahl internationaler Studien vor. Bei den Ländern, in denen diese empirischen Primärerhebungen oder Übersichtsarbeiten durchgeführt wurden, dominiert der anglo-amerikanische Raum, gefolgt von Deutschland und Nordeuropa.

Hinsichtlich der Geschlechter überwogen in den meisten Studien die männlichen Studienteilnehmer. Dies entspricht dem Geschlechterverhältnis der sichtbaren wohnungslosen Menschen international und in Österreich, bedeutet aber gleichzeitig, dass die Ergebnisse (z.B. das Krankheitsspektrum), wenn nicht geschlechtsspezifisch ausgewiesen, am ehesten für männliche Wohnungslose gültig ist.

Den Ergebnissen der Studien zufolge sind wohnungslose Menschen von denselben psychischen und somatischen Krankheiten betroffen, wie alle anderen Gesellschaftsmitglieder. Allerdings kristallisieren sich bestimmte Muster bezüglich Häufigkeiten und Folgeprobleme heraus, die sich von Krankheitscharakteristika nicht wohnungsloser Menschen unterscheiden.

Übereinstimmend wurde eine überdurchschnittlich hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen diagnostiziert, wobei Abhängigkeitserkrankungen (insbesondere Alkoholprobleme) von allen psychiatrischen Diagnosen am häufigsten vorkamen, vor allem auch bei wohnungslosen Jugendlichen in der Form von Drogenabhängigkeit. Der auffälligste Unterschied zur Prävalenz psychischer Erkrankung allgemein ist, dass psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen bei den Wohnungslosenstudien in Summe häufiger vorkamen und dadurch gegenüber anderen, sonst in der Rangordnung vorn liegende Erkrankungen, wie Depression, dominieren.

Während bei Erwachsenen im Krankheitsspektrum insgesamt die somatischen Krankheiten überwiegen, spielen bei Jugendlichen aufgrund ihres Alters psychische Erkrankungen auch gegenüber somatischen Erkrankungen die bedeutendere Rolle.

Bei den körperlichen Erkrankungen sind Zahnprobleme und Infektionskrankheiten (am häufigsten wurde Hepatitis diagnostiziert) bedeutend, vor allem sind letztere für ein erhöhtes Spitalsaufnahmerisiko verantwortlich, obwohl sie bei entsprechenden Präventionsmaßnahmen meist überhaupt vermeidbar wären.

Aus den Daten wurde außerdem ein ausgeprägtes Risikoverhalten (insbesondere Tabak-, Alkoholkonsum) bei gleichzeitigem Mangel an protektiven gesundheitsfördernden Faktoren deutlich.

Hinzuweisen ist auch auf die erhöhte Gefährdung der reproduktiven Gesundheit, wobei in einer Studie vor allem die hohe Teenager-Schwangerschaftsrate und ebenso die Anzahl der Fehlgeburten und der Schwangerschaftsabbrüche alarmierend waren.

Studie behandelt Krankheit, Barrieren für Leistungszugang u. Inanspruchnahmeverhalten bei Wohnungslosen

zu Gesundheitszustand viel Literatur aber kaum aus Österreich

überwiegend männliche Wohnungslose untersucht

bestimmte Krankheitsmuster und Langzeitfolgen

psychische Erkrankungen überdurchschnittlich hoch

bei Jugendlichen häufiger als somatische Erkrankung

körperliche Erkrankungen: Zahnprobleme u. Infektionen

ausgeprägtes Risikoverhalten

reproduktive Gesundheit v. a. bei jungen Frauen gefährdet

selbst eingeschätzter Gesundheitszustand und Krankheit laut Diagnosen differieren	Auffällig ist, dass eine Diskrepanz zwischen selbst eingeschätztem Gesundheitszustand und konkreten Krankheitsdiagnosen besteht. Während der Gesundheitszustand allgemein von den befragten wohnungslosen Personen als relativ gut eingeschätzt wurde, lagen gleichzeitig bei den meisten Krankheitsdiagnosen vor. Diese Ergebnisse korrespondieren mit jenen aus Kapitel 4.2, in denen die Verdrängung gesundheitlicher Probleme als Folge der täglich notwendigen Existenzsicherung beschrieben wurde. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität beurteilten wohnungslose Menschen wiederum sehr wohl als eingeschränkt. Möglicherweise schreiben sie die mangelnde Lebensqualität nicht den Krankheiten zu, sondern anderen Faktoren.
strukturelle und individuelle Zugangsbarrieren	Bei den Zugangsbarrieren wurden unterschiedliche Kategorien identifiziert. Zum einen bestehen strukturell-rechtlich bedingte Barrieren (durch die Ausgestaltung der prinzipiellen Anspruchsvoraussetzungen), zum anderen sind die Barrieren eher auf der sozialen und individuellen Ebene angesiedelt (z.B. durch sprachliche Barrieren, Schamgefühl, kulturell/sozial bedingte Wahrnehmung von „gesund“ und „krank“).
sekundäre Hilfssysteme erfordern Wissen und Organisationsaufwand	Sowohl international als auch in Österreich existieren zwar mehrere „Hilfsnetze“, die den Zugang zu gesundheitsbezogenen Leistungen auch bei fehlendem klassischem Leistungsanspruch ermöglichen, diese erfordern jedoch oft hohen organisatorischen Aufwand und ausführliches Wissen über Versorgungsangebote außerhalb des Regelsystems (z.B. von NGOs) oder zu finanziellen Entlastungsmöglichkeiten.
Kontakt mit Gesundheitssystem häufig, aber Fehlversorgung wahrscheinlich	Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen lässt sich erkennen, dass wohnungslose Menschen prinzipiell häufig Kontakt mit dem Gesundheitssystem haben, sich aber Fehlversorgungsmuster abzeichnen. Beispielsweise werden bei psychiatrischen Leistungen selten spezifische Suchtprogramme in Anspruch genommen, obwohl die Alkohol- und Substanzabhängigkeit – wie in Kapitel 4.1 dargestellt – ein sehr häufiges Problem sind. Auch die Einnahme von Psychopharmaka scheint nicht mit der Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen zu korrespondieren. Dass Diabetes genau so häufig vorkommt und genau so oft behandelt wird, wie in der Allgemeinbevölkerung, aber schwerwiegende Spätfolgen des Diabetes dennoch bei wohnungslosen Menschen wahrscheinlicher sind, weist ebenso auf Fehlversorgung hin. Nicht zuletzt zeigen die sonstigen klassisch eingenommenen Medikamente (Schmerzmittel, Magenschutz...), dass eher eine medikamentöse Behandlung unspezifischer Symptome (Kopfschmerzen, Magenschmerzen) erfolgen dürfte, anstatt einer gezielten Ursachenbekämpfung. Damit kommt es trotz fehlendem Zugang zu gezielten bedarfsorientierten Leistungen auf der einen Seite zu einer ungerechtfertigten Medikalisierung wohnungsloser Menschen in anderen Bereichen.
überdurchschnittlich häufige und lange stationäre Aufenthalte	Auffällig ist außerdem, dass zumindest bei Gesundheitssystemen mit universellem Leistungszugang laut der dazu vorliegenden Studien ein vergleichsweise hoher Anteil wohnungsloser Personen stationär versorgt wurde, das Risiko für einen Krankenhausaufenthalt gegenüber nicht wohnungslosen Personen erhöht war und die Aufenthaltsdauer deutlich über der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer aller stationär behandelter Personen lag.
mehr Betreuung erhöht Inanspruchnahme Obdachlose häufig notfallversorgt	Es zeichnet sich ab, dass ein höherer Betreuungsgrad in sozialen Einrichtungen die Inanspruchnahme von Leistungen begünstigt, dass also Obdachlose seltener Kontakt mit dem Gesundheitssystem haben, als wohnungslose Menschen in diversen betreuten Wohnformen. Eine Ausnahme ist die Notfallversorgung, die in den Studien häufiger von obdachlosen Menschen frequentiert wurde.

Gleichzeitig gab ein Großteil der Befragten an, trotz Bedarf keine Leistung in Anspruch genommen zu haben. Das betrifft am ehesten Sehhilfen und Zahnbehandlung, aber auch Medikamente und chirurgische Maßnahmen.

Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Muster dürften Frauen wesentlich häufiger sowohl allgemeine als auch fachspezifische gesundheitsbezogene Leistungen in Anspruch nehmen als Männer, obwohl sie insgesamt einen geringeren Anteil der sichtbar wohnungslosen Personen ausmachen. Die Inanspruchnahmerate der Vorsorgeuntersuchung erscheint hierbei jedoch unglaubwürdig hoch, zumal in der Allgemeinbevölkerung wesentlich niedrigere Teilnahmeraten bei den angeführten Screeningprogrammen vorliegen. Die Ergebnisse widersprechen auch jenen der anderen angeführten Studie [98], nach denen nur ein Drittel der wohnungslosen Frauen im vergangenen Jahr an einem Gebärmutterhalskrebsscreening teilnahm und 40% kostenlose und explizit angebotene Pap-Tests ablehnten. Das weist darauf hin, dass die InanspruchnahmeinFORMATION, die auf der Befragung von wohnungslosen Personen beruhen, generell mit Vorsicht zu interpretieren ist.

Die beschriebenen gesundheitlichen Probleme gehen mit einer Reihe an gesundheitlichen Langzeitfolgen für die Betroffenen einher, die mit den in Kapitel 4.2 beschriebenen Barrieren zum Leistungszugang in engem Zusammenhang stehen, also durch fehlende oder ungenügende Vorsorge und Versorgung ansonsten gut therapierbarer oder vermeidbarer Erkrankungen entstehen.

Darunter fallen schwerwiegende Folgen unbehandelter Infektionskrankheiten wie Herzerkrankungen nach bakteriellen Erkrankungen, schwere Schäden von Lunge, Niere, Knochen oder anderen Organen bei Tuberkulose, schwerwiegende Immunschwäche und damit eine noch stärkere Anfälligkeit für weitere Erkrankungen bei HIV-infizierten Personen, Fehlgeburten oder Frühgeburten mit allen weiteren Spätfolgen (hohes Risiko für Säuglingssterblichkeit, Entwicklungsstörungen oder Behinderung) bei mangelnder reproduktiver Gesundheit und fehlender Vorsorge in der Schwangerschaft.

Auch bei anderen beschriebenen Erkrankungen können bei inadäquater Behandlung schwerwiegende Folgen auftreten. So führt etwa unbehandelter Diabetes zu verminderter Augengesundheit (bis zum Erblinden) oder zu einer gestörten peripheren Blutversorgung, die bis hin zu Amputationen an den Füßen führen kann. Besonders problematisch ist – auch aufgrund der hohen Prävalenz – die Alkoholabhängigkeit, die neben der psychischen Dimension auch schwerwiegende organische Schäden zur Folge hat (z.B. Leberschäden).

Einige der identifizierten Erkrankungen führen unbehandelt zwar nicht unbedingt zu körperlichen Folgeproblemen, erschweren aber die soziale Teilhabe, wie zum Beispiel unkorrigierte Fehlsichtigkeit, Hörbeeinträchtigungen oder kognitive Defizite.

Eine weitere Konsequenz vieler der genannten Erkrankungen kann eine eingeschränkte gesundheitsbezogene Lebensqualität sein, z.B. durch Schmerzen bei unbehandelter Karies.

Von allen Folgen am genauesten wurde die frühzeitige Sterblichkeit untersucht, wonach davon ausgegangen werden kann, dass wohnungslose Menschen im Durchschnitt wesentlich jünger versterben, als die Allgemeinbevölkerung. Das trifft besonders auf wohnungslose Jugendliche zu, da Jugendliche altersbedingt ansonsten ein sehr geringes Mortalitätsrisiko haben.

oft keine Leistung trotz Bedarf

Frauen suchen eher medizinische Hilfen auf

hohe Screening-Teilnahme, bias?

gesundheitliche Langzeitfolgen:

Organschäden nach Infektionskrankheiten

Spätfolgen von Frühgeburt

Organschäden bei unbehandeltem Diabetes und Alkohol

Barrieren für soziale Teilhabe

eingeschränkte Lebensqualität durch Schmerzen

vorzeitiger Tod...

...durch Folgen unbehandelter Erkrankung und fehlende Prävention bei Jugendlichen suizidbedingt	Die genauen Ursachen-Wirkungszusammenhänge für die frühzeitige Sterblichkeit sind nicht im Detail erforscht, die Gründe sind aber in einer Kombination aus schwerwiegenden Folgen inadäquat behandelter physischer oder psychischer Erkrankungen (z.B. Folgen von Alkoholsucht), fehlendem Krankheitsbewusstsein und inadäquater Krankheitsprävention zu suchen. Dazu gehört etwa auch die mangelnde Berücksichtigung psychosoziale Risikofaktoren wie Missbrauchs- oder Gewalterfahrung bei der Ausgestaltung von Hilfsangeboten. Bei Jugendlichen ist die frühzeitige Mortalität primär suizid-bedingt.
gesellschaftliche Folgen:	Manche der dargestellten Erkrankungen können neben individuellen Folgen auch unerwünschte gesundheitliche Auswirkungen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene haben. Dazu gehören Infektionskrankheiten, die mit einem hohen Ansteckungsrisiko (z.B. Kontakt- oder Tröpfcheninfektion) verbunden sind. Allerdings kommen Infektionskrankheiten, die in diese Kategorie fallen, im Vergleich zu den sonstigen Erkrankungen, von denen wohnungslose Personen gehäuft betroffen sind, absolut betrachtet selten vor, so dass die gesundheitliche Gefährdung am ehesten andere wohnungslose Menschen, das Personal im Gesundheitswesen oder aus der Wohnungslosenhilfe betrifft, das mit den wohnungslosen Menschen direkt und häufig in Kontakt ist, und keineswegs bevölkerungsweite Epidemien zu befürchten sind. Hier ist angesichts der quantitativen Größendimension des Problems eher davor zu warnen, dass wohnungslose Personen zu unrecht als „gefährdend für die Volksgesundheit“ stigmatisiert werden und mit diesem Argument umstrittene Überwachungsverfahren legitimiert werden (z.B. verpflichtende Impfungen).
geringfügiges Infektionsrisiko, aber keine echte Bedrohung	
Antibiotikaresistenz	Ein anderes Beispiel für gesellschaftliche Folgen ist die unsachgemäße Antibiotikatherapie, die zu Antibiotikaresistenzen führt (siehe 4.1). Jedoch gilt auch in diesem Fall, dass unsachgemäße Antibiotikabehandlung bei wohnungslosen Personen allein wegen der geringen Zahl der Betroffenen sicher nicht die Hauptursache für epidemische Resistenzbildungen ist. Problematisch ist eine solche Antibiotikaresistenz bei wohnungslosen Menschen primär für die Betroffenen selbst, da Infektionskrankheiten dann noch schwerer behandelbar sind.
volkswirtschaftliche Folgekosten	Nicht zuletzt sind einige der dargestellten Folgen auch mit erheblichen Kosten (z.B. durch stationäre Aufenthalte bei Infektionskrankheiten, intensivmedizinische Versorgung von Frühgeburten, Behandlung der Diabetes-Spätfolgen) verbunden.
Krankheit durch Wohnungslosigkeit oder Armut?	Toro et al. [105] kritisieren zurecht, dass die dargestellten Krankheitsdimensionen nicht unbedingt dem Faktor „Wohnungslosigkeit“ per se geschuldet sein müssen, sondern schlichtweg mit Armut generell zu tun haben. Die Wahl der Vergleichsgruppen in den Studien beeinflusst die Unterschiede im Gesundheitszustand beträchtlich und eine Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung, die außer dem Alter keine soziodemographischen und sozio-ökonomischen Faktoren berücksichtigt, überschätzt jene krankmachenden Aspekte, die ausschließlich der Wohnungslosigkeit zuzuschreiben sind.
für Wohnungslosenhilfe unrelevant, da Hilfbedarf gegeben unabhängig von Ursache	Aus der Sicht der Wohnungslosenhilfe scheint dieses Problem aber sekundär, da allein das Wissen, dass wohnungslose Menschen, egal ob wegen gleichzeitiger Armut oder aufgrund von Wohnungslosigkeit per se einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand haben, als Nicht-Wohnungslose, den Bedarf für ein spezifisches medizinisches Angebot für diese Gruppe aufzeigt. Außerdem haben einzelne Studien mit sozio-ökonomisch relevan-

ten Vergleichsgruppen gezeigt, dass wohnungslose Menschen tatsächlich gesundheitlich benachteiligt sind, als von Armut betroffene nicht wohnungslose Menschen, sodass der Faktor „Wohnungslosigkeit“ an sich zumindest für einen Teil der gesundheitlichen Ungleichheit verantwortlich sein dürfte [z. B. 45].

Die überraschend große Anzahl vorhandener Studien, im Rahmen derer an zahlreichen Orten der Welt der Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen erhoben wurde, ist aus wissenschaftlicher und gesundheitsplanerischer Sicht prinzipiell erfreulich, es drängt sich aber die gesellschaftspolitische Frage auf, welche Interessen diesen Wissensbedarf zum Gesundheitszustand von wohnungslosen Personen steuern. Dies umso mehr, zumal soziale Randgruppen sonst selten im Fokus medizinischer Forschung stehen.

Geht es hier darum, Gerechtigkeitsthemen im Sinne eines ungleichen Zugangs zu Gesundheitsleistung oder gesundheitlicher Ungleichheit (Ergebnisgerechtigkeit) zu adressieren, oder geht es (auch) um die medizinische Kontrolle und Überwachung einer gesellschaftlichen Randgruppe inklusive einer impliziten Zuschreibung, diese Gruppe stelle eine Gesundheitsbedrohung für die Mehrheitsgesellschaft (z.B. durch Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, HIV/AIDS, Hepatitis) oder zumindest einen Störfaktor (z.B. durch sichtbare psychische Erkrankung in der Öffentlichkeit) dar?

Die Studie weist mehrere Limitationen auf:

Die große Anzahl an über die Handsuche gefundenen Publikationen zum Gesundheitszustand zeigt, dass die systematische Literatursuche zu diesem Thema keine vollständige Referenzliste liefert. Gründe dafür sind unzureichende Indexierung der Publikationen, große Variationsbreite bei der Definition von Wohnungslosigkeit und ein sehr umfangreiches Krankheits- bzw. Diagnosespektrum, das mit der Literatursuche abgedeckt werden musste. Trotz ergänzender Handsuche ist zu vermuten, dass nicht alle publizierten Artikel identifiziert wurden und in der vorliegenden Studie daher nicht von einer kompletten Vollständigkeit der beschriebenen Literatur ausgegangen werden kann. Am umfassendsten sind sicherlich die Bereiche der psychischen Erkrankungen und der Infektionskrankheiten beschrieben, da hierzu zusätzlich zu den Einzelstudien gut recherchierte und rezente Übersichtsarbeiten vorliegen.

Die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf Österreich im Allgemeinen und auf österreichische Großstädte im Besonderen ist in mehrerer Hinsicht eingeschränkt. Zum einen stammt eine hohe Anzahl von Studien aus Ländern mit anderen Gesundheitssystemen hinsichtlich Leistungsanspruch und Finanzierungssystem. Vor allem Zugangsbarrieren können sich in anderen Ländern von österreichischen unterscheiden, wodurch wiederum das Inanspruchnahmeverhalten und der Gesundheitszustand beeinflusst werden. Zudem ist die ethnische Zusammensetzung von wohnungslosen Personen in anderen Ländern und Städten (z.B. New York) eine andere als in Österreich. Das kann beispielsweise zu unterschiedlichen ethnien-spezifischen Erkrankungsmustern oder kulturell bedingten Wahrnehmungen des Gesundheitszustandes führen. Schließlich spielen bei Infektionskrankheiten geographische Begebenheiten eine wichtige Rolle, sodass z.B. Ergebnisse zu Infektionskrankheiten aus Mittelmeerländern nicht automatisch für Österreich gültig sind. Von einer direkten Übertragung genannter Häufigkeitsangaben ist daher zu warnen, die generellen Krankheitscharakteristika, Zugangsbarrieren und Inanspruchnahmepattern bieten dennoch eine gute Orientierung.

warum so viele Studien?

steht dahinter gesundheitliche Ungleichheit oder medizinische Kontrolle?

Limitationen:

Literatur wahrscheinlich unvollständig

psychische Erkrankungen, Infektionskrankheiten vollständig

Übertragung konkreter Zahlen auf Österreich eingeschränkt:

andere Gesundheitssysteme, andere Ethnien,

geographische Lage begünstigt andere Erkrankungen

dennoch gute Planungsgrundlage

eingeschränkte Repräsentativität für Wohnungslosigkeit	Durch die angewandten Methoden bei der Auswahl der StudienteilnehmerInnen ist die Repräsentativität in vielen Studien eingeschränkt und ein Verzerrungspotenzial durch den sogenannten Selektionsbias gegeben. Beispielsweise könnten gerade jene, die sich an der Untersuchung nicht beteiligten, einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, als die StudienteilnehmerInnen, wodurch ein besserer Gesundheitszustand konstatiert wird, als dies tatsächlich der Fall ist. Umgekehrt kann die Auswahl der StudienteilnehmerInnen bei in Spitälern oder Ordinationen durchgeführten Fallserien einen schlechteren Gesundheitszustand suggerieren, als in der Realität der Fall, da nur jene, die wegen Erkrankung eine Behandlung nachfragten, beschrieben wurden, der Gesundheitszustand in der Grundgesamtheit aller wohnungslosen Personen aber unbekannt bleibt. In diesem Zusammenhang ist nicht zuletzt zu erwähnen, dass in vielen Studien der Prozess von der Auswahl der StudienteilnehmerInnen bis zum endgültigen Sample ungenau beschrieben wird, sodass zum Beispiel nicht klar ist, inwieweit sich die tatsächliche Stichprobe von allen in Frage kommenden Personen unterscheidet.
kann zu besserem oder schlechterem Bild v. Gesundheit führen	
Querschnittstudien für manche Krankheitsbilder limitiert	Querschnittstudien, die bei der Evaluierung des Gesundheitszustands am häufigsten zum Einsatz kamen, haben außerdem den Nachteil, dass sie Krankheiten mit rezidivierendem oder saisonalem Verlauf durch den einmaligen Messzeitpunkt unvollständig erfassen. Außerdem wird bei Krankheiten, die häufig bzw. rasch zum Tod führen, das Ergebnis verzerrt, da nur Überlebende als Krankheitsfälle in Erscheinung treten (Survival Bias).
verschiedene, oft nicht validierte Erhebungsinstrumente	Limitierend ist überdies die Verwendung von sehr unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten und –methoden zu Krankheitsdiagnosen, gesundheitsbezogener Lebensqualität und Gesundheitszustand. Dies ist umso problematischer, wenn die Validität dieser Instrumente entweder gar nicht geprüft wurde oder nicht beschrieben wurde, was auch in der österreichischen Überblicksstudie der Fall ist [16]. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass bei Prävalenzvergleichen zwischen wohnungslosen Personen und Kontrollgruppen oft nicht dieselbe Erhebungsmethode zum Einsatz kam, sondern Vergleichswerte aus Sekundärdaten entnommen wurden.
eingeschränkte Vergleiche zwischen Gruppen	
ungenau Prävalenzdefinition	Ein weiterer einschränkender Faktor ist, dass bei Prävalenzstudien nicht immer eindeutig hervorgeht, welche Prävalenz (Punktprävalenz, Lebenszeitprävalenz etc.) gemessen wurde. In diesen Fällen können die Häufigkeiten nicht genau definiert werden.
empirische Basis bei Barrierestudien oft unstrukturiertes Erfahrungswissen	Bei der Darstellung der Zugangsbarrieren ist neben der prinzipiell eingeschränkten Übertragbarkeit von Ergebnissen anderer Länder auf Österreich zusätzlich limitierend, dass die empirische Basis, auf der die Zugangsbarrieren in den identifizierten Quellen beschrieben wurden, vielfach ungenau beschrieben wurde. Die Information stammt häufig von unstrukturiert gesammelten ExpertInnenerfahrungen und weniger aus gut geplanten Befragungen der wohnungslosen Personen oder der ExpertInnen.
Ergebnisse für diverse Formen von Wohnungslosigkeit gültig	Bei der Auswahl der Studien wurde keine Einschränkung hinsichtlich der Definition von Wohnungslosigkeit vorgenommen. Dem Vorteil einer sehr umfassenden Betrachtung von Wohnungslosigkeit steht der Nachteil gegenüber, dass keine Aussage für bestimmte Formen von Wohnungslosigkeit getroffen werden kann, zumal eine detaillierte Auswertung nach Subgruppen von Wohnungslosigkeit den Rahmen der Studie gesprengt hätte. Faktum bleibt daher, dass es sich bei den dargestellten StudienteilnehmerInnen um eine sehr heterogene Gruppe handelt, die sich nach Alter, Geschlecht, Nationalität, Biografie, Status etc. deutlich unterscheidet.
jedoch sehr heterogene Zusammensetzung	

Die Studie gibt ausschließlich über publiziertes Material einen Überblick, allenfalls vorhandene administrative Daten aus österreichischen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und Projektberichte lokaler/regionaler Projekte wurden nicht behandelt. Solche Informationen sollten, sofern vorhanden, als wichtige Ergänzung berücksichtigt werden.

Viele der offenen Fragen im Zusammenhang Gesundheit und Wohnungslosigkeit sind mit qualitativen Studien zu behandeln, die bisher – ebenso wie umfassende und qualitativ hochwertige quantitative Primärerhebungen – in Österreich fehlen.

**Arbeit behandelt nur
publizierte Studien,
keine lokalen
(administrativen) Daten**

**Primärstudien für
Österreich notwendig**

6 Schlussfolgerung und Empfehlungen

Die Studie zeigt in einer umfassenden Literaturübersicht auf, von welchen gesundheitlichen Problemen wohnungslose Menschen international in erster Linie betroffen sind und welches Krankheitsspektrum bei wohnungslosen Menschen vorherrscht. Sie macht außerdem deutlich, dass für die Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen in allen Gesundheitssystemen eine Reihe an Barrieren besteht und das Inanspruchnahmeverhalten bestimmte Muster aufweist, die von jenem in der Allgemeinbevölkerung abweicht.

Aus diversen angegebenen Gründen sind die Ergebnisse quantitativ nicht 1:1 auf Österreich übertragbar, die qualitativen Dimensionen (vorherrschendes Krankheitsspektrum, betroffene Altersgruppen, Formen von Zugangsbarrieren etc.) lassen dennoch den Schluss zu, dass auch in Österreich ein spezieller medizinischer Versorgungsbedarf für wohnungslose Menschen besteht.

Dieser Bedarf ist primär aus einer gerechtigkeits-theoretischen Sicht heraus begründet, nach der gesundheitliche Ungleichheit und limitierter Zugang zu Gesundheitsleistungen einzelner Bevölkerungsgruppen in Gesundheitssystemen mit universellem Leistungszugang gesellschaftspolitisch unerwünscht sind und daher einer gesundheits- und sozialpolitischen Gegensteuerung bedürfen. Der Bedarf lässt sich außerdem damit begründen, dass der Zugang zu Gesundheitsversorgung als grundlegendes Menschenrecht – unabhängig vom legalen Status oder finanziellem Vermögen – definiert wurde, das alle EU-Mitgliedsstaaten anerkennen [90, 106].

Die ökonomische Begründung, nach der eine adäquate Behandlung Folgekosten spart, ist zwar angesichts der offensichtlichen Fehlversorgung vieler wohnungsloser Personen in Zeiten der Spardebatten zu öffentlichen Budgets verlockend, sie bleibt aber vorerst eine Hypothese, denn es lagen dazu keine konkreten empirischen Untersuchungen vor. Es ist sogar denkbar, dass ein aktives Angebot zur besseren medizinischen Versorgung aller wohnungslosen Menschen in Summe teurer ist als die eingesparten Kosten in der stationären Behandlung einzelner.

Für die Gestaltung einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung von wohnungslosen Menschen im urbanen Raum in Österreich lassen sich aus den Ergebnissen folgende Empfehlungen ableiten:

Ort der Versorgung

- ✳ Ausgehend vom beschriebenen Krankheitsspektrum und dem meist niedrigen Komplexitätsgrad hat eine breite allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich höhere Priorität als die tertiäre Krankenhausversorgung.
- ✳ Diese Primärversorgung sollte durch besondere Niederschwelligkeit hinsichtlich Erreichbarkeit, Öffnungszeiten, Wartezeit und formalen Anspruchsvoraussetzungen gekennzeichnet sein, da angesichts der zahlreichen individuellen Barrieren Leistungen entweder zu wenig oder zu spät in Anspruch genommen werden und damit die medizinische Versorgung unnötig häufig im Spital passiert.

Studie stellt gesundheitliche Probleme, Barrieren und Inanspruchnahemuster dar

Zahlen für Österreich nicht exakt gültig, aber Gesundheitsdimensionen dennoch relevant

medizinisches Spezialangebot durch Gerechtigkeitsfrage legitimiert

ökonomisches Argument: keine Evidenz

Empfehlungen

Versorgungssetting: niedergelassener Bereich vor stationär

Niederschwelligkeit wichtig: Öffnungszeiten, Wartezeit, Anspruch

professionelle Unterstützung um Spitalszentriertheit entgegenzuwirken	<ul style="list-style-type: none">☼ Da die klassischen Strukturen des österreichischen Gesundheitssystems prinzipiell schon einen Anreiz zur spitalszentrierten Versorgung mit sich bringen, ist für eine adäquate Primärversorgung von wohnungslosen Personen eine professionelle Unterstützung der Betroffenen zur Inanspruchnahme der Primärversorgung innerhalb des Regelsystems oder ein eigenes Leistungsangebot für wohnungslose Menschen nötig.
Spezialangebote für Wohnungslose Vorteil: leichter bedarfsgerecht Nachteil: verfestigt Barrieren zu Regelsystem	<ul style="list-style-type: none">☼ Auf Wohnungslose spezialisierte Angebote bieten eine größere Chance, dass notwendige Leistungen rechtzeitig in Anspruch genommen werden und dass das Personal auf die besonderen Bedürfnisse von wohnungslosen Menschen besser eingehen kann. Sie haben aber den Nachteil, dass durch den minimalen Kontakt mit dem Regelsystem die vorhandene Stereotypisierung bekräftigt wird, dass sich Dienstleister und Kostenträger im Regelsystem weniger für die Versorgung dieser Menschen zuständig fühlen, solche Angebote aufgrund der Kosten nur im urbanen Raum möglich sind und die Zugangsbarrieren zum Regelsystem aufrecht bleiben [75].
Kombination Komm- und Gehstruktur	<ul style="list-style-type: none">☼ Die meisten der beschriebenen Erkrankungen lassen sich sowohl in klassischen institutionellen Settings (z.B. Praxis), als auch mit mobilen aufsuchenden Hilfen behandeln. Angesichts der beschriebenen Barrieren dürften aufsuchende Hilfen zumindest als Ergänzung zur klassischen Infrastruktur die Inanspruchnahme begünstigen.
Behandlung:	Behandlungsprozess
Koordinator zwischen stationär-ambulant nötig	<ul style="list-style-type: none">☼ Sinnvoll erscheint ein Versorgungsangebot, das eine Koordinierungsfunktion zwischen unterschiedlichen Versorgungssegmenten (niedergelassen, ambulant, stationär) beinhaltet, um die Versorgungskontinuität (v. a. bei chronischen kranken wohnungslosen Personen) zu verbessern.
Krankheiten brauchen medizinische Versorgung + bessere Wohnsituation	<ul style="list-style-type: none">☼ Zur adäquaten Behandlung vieler gesundheitlicher Probleme von wohnungslosen Menschen braucht es die Verbesserung der Wohnverhältnisse ebenso, wie die medizinische Versorgung (z.B. für Infektionskrankheiten, parasitäre Hautkrankheiten), sodass beide Elemente integriert angeboten werden sollten.
Leitlinien auf Gültigkeit für Wohnungslose prüfen	<ul style="list-style-type: none">☼ Behandlungsleitlinien für einzelne Erkrankungen können nicht automatisch auf wohnungslose Menschen übertragen werden. Für häufig auftretende Probleme ist die Adaptierung von Leitlinien empfehlenswert. Ein Beispiel dafür ist eine Leitlinie für die Behandlung von Chlamydien- und Gonokokkeninfektionen bei wohnungslosen Personen [107].
unkomplizierte Medikamenteneinnahme	<ul style="list-style-type: none">☼ Bei Wahlmöglichkeit erscheint es sinnvoll, Medikamente mit kurzer Zeitperiode für die Einnahme, die möglichst nur 1x-täglich eingenommen werden müssen, zu verschreiben.
Alkoholverträglichkeit prüfen	<ul style="list-style-type: none">☼ Auf Verträglichkeit mit Alkohol ist wegen des hohen Anteils an alkoholkranken Personen besonders zu achten.
	Involvierte Berufsgruppen
interdisziplinäres Team: Gesundheits- u. Sozialberufe	<ul style="list-style-type: none">☼ Sowohl aus den Schlussfolgerungen einzelner Studien, als auch aus den Ergebnissen insgesamt lässt sich ableiten, dass eine interdisziplinär organisierte Versorgung nötig ist. Neben medizinischem Personal sind Professionen, die auf die Betreuung von wohnungslosen Perso-

nen spezialisiert sind erforderlich (Übersetzerfunktion, Vermittlerfunktion).

- ✿ Umfangreiche Sprachkenntnisse der involvierten Professionen sind von Vorteil, im Bedarfsfall sollten professionelle Dolmetscher zur Verfügung stehen.

Da die gesundheitlichen Probleme von wohnungslosen Menschen primär außerhalb des Gesundheitssystems ihren Ursprung haben, ist es parallel zu diesen, auf die konkrete Versorgung bezogenen Ansätze aufgrund bereits bestehender gesundheitlicher Probleme, unbedingt nötig, zur Verbesserung der Gesundheit von wohnungslosen Personen bei den Gesundheitsdeterminanten – also auf gesamtgesellschaftlicher Ebene (z.B. im Bereich Bildung, Arbeitsmarkt) – anzusetzen. Dies kann etwa in der Form von politischem Lobbying für mehr Verhältnisprävention oder dafür, Gesundheit stärker als Querschnittsmaterie zu verankern (“health in all policies“), passieren.

Dieses mehrdimensionale Vorgehen erhöht nicht nur die Chance auf nachhaltige Verbesserung der Gesundheit von wohnungslosen Menschen, sondern auch auf eine nachhaltige Finanzierung (z.B. durch Erschließung unterschiedlicher Finanzierungsquellen in verschiedenen Ressorts) zur Finanzierung des Leistungsangebots.

Sprachkenntnisse oder Dolmetsch

auch auf Gesundheitsdeterminanten eingehen - Verhältnisprävention forcieren

erhöht Potenzial für nachhaltigen Erfolg

7 Literatur

- [1] Schoibl H, Schoibl A, Ginner S, Witek J, Sedlak F. Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich. Wien: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; 2009.
- [2] Till M, Till-Tenschert U. Armutslagen in Wien: Empirische Befunde zur Arbeits-, Geld- und Wohnsituation sowie spezifischen Disparitäten nach Migrationshintergrund und Geschlecht. Wien: Universität Wien. Arbeitsgemeinschaft für Interdisziplinäre Angewandte Sozialforschung 2006.
- [3] Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber 2005.
- [4] FEANTSA. EHTOS- Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung. [cited 2012 11 July]; Available from: <http://www.feantsa.org/code/en/pg.asp?Page=484>
- [5] Collaboration on Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). STROBE Statement - Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies. 2009 [cited 2012 21 August]; Available from: http://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_cross-sectional.pdf
- [6] Gesundheit Österreich GmbH. Methodenhandbuch für Health Technology Assessment. Version 1. 2012. Wien: Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; 2012.
- [7] Grossberg AL, Carranza D, Lamp K, Chiu MW, Lee C, Craft N. Dermatologic care in the homeless and underserved populations: observations from the Venice Family Clinic. *Cutis*. 2012 Jan;89(1):25-32.
- [8] Anthony JS, Barry DG. Perceptions of health status among women and men in an urban homeless population. *Journal of National Black Nurses Association*. 2009 Jul;20(1):36-41.
- [9] Schanzer B, Dominguez B, Shrout PE, Caton CLM. Homelessness, health status, and health care use. *American Journal of Public Health*. 2007 Mar;97(3):464-9.
- [10] Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric syndromes in older homeless adults. *Journal of General Internal Medicine*. 2012 Jan;27(1):16-22.
- [11] Coker TR, Elliott MN, Kanouse DE, Grunbaum JA, Gilliland MJ, Tortolero SR, et al. Prevalence, characteristics, and associated health and health care of family homelessness among fifth-grade students. *American Journal of Public Health*. 2009 Aug;99(8):1446-52.
- [12] Weinreb LF, Buckner JC, Williams V, Nicholson J. A comparison of the health and mental health status of homeless mothers in Worcester, Mass: 1993 and 2003. *American Journal of Public Health*. 2006 Aug;96(8):1444-8.
- [13] Chiu S, Redelmeier DA, Tolomiczenko G, Kiss A, Hwang SW. The health of homeless immigrants. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2009 Nov;63(11):943-8.
- [14] O'Carroll A, O'Reilly F. Health of the homeless in Dublin: Has anything changed in the context of Ireland's economic boom? *European Journal of Public Health*. 2008;18(5):448-53.

- [15] Sun S, Irestig R, Burstrom B, Beijer U, Burstrom K. Health-related quality of life (EQ-5D) among homeless persons compared to a general population sample in Stockholm County, 2006. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012 Mar;40(2):115-25.
- [16] Schoibl A, Schoibl H. *Gesundheit - Ein Thema für die Wohnungslosenhilfe*. Salzburg: Helix; 2006.
- [17] Wagner J. *Gesundheitliche Lage, Systeme der gesundheitlichen Versorgung und Inanspruchnahmeverhalten von gesellschaftlichen Randgruppen am Beispiel von wohnungslosen Menschen in Wien*. Graz: Medizinische Universität; 2012.
- [18] Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine / Public Library of Science*. 2008 Dec 2;5(12):e225.
- [19] Aichhorn W, Santeler S, Stelzig-Scholer R, Kemmler G, Steinmayr-Gensluckner M, Hinterhuber H. Prevalence of psychiatric disorders among homeless adolescents. *Neuropsychiatrie*. 2008;22(3):180-8.
- [20] Craig TKJ, Hudson S. Homeless youth in London: II. Accommodation, employment and health outcomes at 1 year. *Psychological Medicine*. 2000;30(1):187-94.
- [21] Gewirtz A, Hart-Shegos E, Medhanie A. Psychosocial status of homeless children and youth in family supportive housing. *American Behavioral Scientist*. 2008 Feb;51(6):810-23.
- [22] Burra TA, Stergiopoulos V, Rourke SB. A systematic review of cognitive deficits in homeless adults: implications for service delivery. *Can J Psychiatry*. 2009 Feb;54(2):123-33.
- [23] Parks RW, Stevens RJ, Spence SA. A systematic review of cognition in homeless children and adolescents. *J R Soc Med*. 2007 Jan;100(1):46-50.
- [24] Richards R, Merrill RM, Baksh L. Health behaviors and infant health outcomes in homeless pregnant women in the United States. *Pediatrics*. 2011;128(3):438-46.
- [25] Little M, Shah R, Vermeulen MJ, Gorman A, Dzenoletas D, Ray JG. Adverse perinatal outcomes associated with homelessness and substance use in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*. 2005 Sep;173(6):615-8.
- [26] Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*. 2010 Apr;38(2):136-44.
- [27] Seirawan H, Elizondo LK, Nathason N, Mulligan R. The oral health conditions of the homeless in downtown Los Angeles. *Journal of the California Dental Association*. 2010 Sep;38(9):681-8.
- [28] Robbins JL, Wenger L, Lorvick J, Shiboski C, Kral AH. Health and oral health care needs and health care-seeking behavior among homeless injection drug users in San Francisco. *J Urban Health*. 2010 Dec;87(6):920-30.
- [29] Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Disease*. 2012;doi:10.1016/S1473-3099(12)70177-9.
- [30] Landers TF, Harris RE, Wittum TE, Stevenson KB. Colonization with *Staphylococcus aureus* and methicillin-resistant *S. aureus* among a sample of homeless individuals, Ohio. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2009 Aug;30(8):801-3.

- [31] Plevneshi A, Svoboda T, Armstrong I, Tyrrell GJ, Miranda A, Green K, et al. Population-based surveillance for invasive pneumococcal disease in homeless adults in Toronto. *PLoS ONE* [Electronic Resource]. 2009;4(9):e7255.
- [32] Badiaga S, Menard A, Tissot Dupont H, Ravaux I, Chouquet D, Grave-riau C, et al. Prevalence of skin infections in sheltered homeless. *European Journal of Dermatology*. 2005 Sep-Oct;15(5):382-6.
- [33] Brouqui P, Stein A, Dupont HT, Gallian P, Badiaga S, Rolain JM, et al. Ectoparasitism and vector-borne diseases in 930 homeless people from Marseilles. *Medicine*. 2005;84(1):61-8.
- [34] Halcon LL, Lifson AR. Prevalence and Predictors of Sexual Risks Among Homeless Youth. *Journal of Youth and Adolescence*. 2004 Feb;33(1):71-80.
- [35] Beijer U, Andreasson S. Physical diseases among homeless people: Gender differences and comparisons with the general population. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2009;37(1):93-100.
- [36] Oddy M, Moir JF, Fortescue D, Chadwick S. The prevalence of traumatic brain injury in the homeless community in a UK city. *Brain Injury*. 2012;26(9):1058-64.
- [37] Arnaud A, Fagot-Campagna A, Reach G, Basin C, Laporte A. Prevalence and characteristics of diabetes among homeless people attending shelters in Paris, France, 2006. *European Journal of Public Health*. 2010 Oct;20(5):601-3.
- [38] Saccone PA, Steiger JR. Hearing handicap among adult residents of an urban homeless shelter. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*. 2007 Feb;18(1):161-72.
- [39] Grant R, Bowen S, McLean DE, Berman D, Redlener K, Redlener I. Asthma among homeless children in New York City: an update. *American Journal of Public Health*. 2007 Mar;97(3):448-50.
- [40] Laporte A, Rouvel-Talleg A, Grosdidier E, Carpentier S, Benoit C, Gerard D, et al. Epilepsy among the homeless: prevalence and characteristics. *European Journal of Public Health*. 2006 Oct;16(5):484-6.
- [41] Hwang SW, Wong SYC, Bargh GJM. Dyspepsia in homeless adults. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2006 May-Jun;40(5):416-20.
- [42] Pitz S, Kramann C, Krummenauer F, Pitz A, Trabert G, Pfeiffer N. Is homelessness a risk factor for eye disease? Results of a German screening study. *Ophthalmologica*. 2005 Nov-Dec;219(6):345-9.
- [43] Kerker BD, Bainbridge J, Kennedy J, Bennani Y, Agerton T, Marder D, et al. A population-based assessment of the health of homeless families in New York City, 2001-2003. *American Journal of Public Health*. 2011 Mar;101(3):546-53.
- [44] Beijer U, Andreasson S, Agren G, Fugelstad A. Mortality and causes of death among homeless women and men in Stockholm. *Scand J Public Health*. 2011 Mar;39(2):121-7.
- [45] Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*. 2009 Jun;38(3):877-83.
- [46] Roy E, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau JF, Boivin JF. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *Journal of the American Medical Association*. 2004;292(5):569-74.
- [47] Lee TC, Hanlon JG, Ben-David J, Booth GL, Cantor WJ, Connelly PW, et al. Risk factors for cardiovascular disease in homeless adults. *Circulation*. 2005 May 24;111(20):2629-35.

- [48] Chau S, Chin M, Chang J, Luecha A, Cheng E, Schlesinger J, et al. Cancer risk behaviors and screening rates among homeless adults in Los Angeles County. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2002 May;11(5):431-8.
- [49] Keeshin BR, Campbell K. Screening homeless youth for histories of abuse: prevalence, enduring effects, and interest in treatment. *Child Abuse & Neglect.* 2011 Jun;35(6):401-7.
- [50] Slesnick N, Erdem G, Collins J, Patton R, Buettner C. Prevalence of intimate partner violence reported by homeless youth in Columbus, Ohio. *Journal of Interpersonal Violence.* 2010 Sep;25(9):1579-93.
- [51] Henny KD, Kidder DP, Stall R, Wolitski RJ. Physical and sexual abuse among homeless and unstably housed adults living with HIV: prevalence and associated risks. *AIDS & Behavior.* 2007 Nov;11(6):842-53.
- [52] European Commission. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services (full report). Brüssel: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities; 2008.
- [53] FEANTSA. The right to health is a human right: Ensuring access to health for people who are homeless. Brüssel: FEANTSA; 2006.
- [54] Österle A. Gesundheit und Armut. In: Appel M, ed. *Pflicht zum Risiko? Dokumentation Fünfte Österreichische Armutskonferenz 20 - 21 3 2003, St. Virgil (Salzburg)*. Wien: Die Armutskonferenz - Österr. Netzwerk gegen Armut u. Soziale Ausgrenzung 2004:128 S.
- [55] Fuchs M, Schmied G, Oberzaucher N, Wohlfahrt G, Marin B. Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich - Endbericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit u. Frauen 2003.
- [56] Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. Der Zugang zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltstitel in 11 europäischen Ländern. [Paris]: Medecins du monde 2009.
- [57] Heringhaus C. Primärärztliche Versorgung von Wohnungslosen. Düsseldorf: Medizinische Universität; 2000.
- [58] European Commission. Executive Summary: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities; 2008.
- [59] Anderson I, Baptista I, Wolf J, Edgar B, Sapounakis A, Schoibl H. Addressing homelessness in Europe. The changing role of service provision: services for homeless people and inter-agency working. Brussels: FEANTSA; 2005.
- [60] Khandor E, Mason K, Chambers C, Rossiter K, Cowan L, Hwang SW. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. *Open Medicine.* 2011;5(2):94-103.
- [61] Hwang SW. Homelessness and health. *Cmaj.* 2001 Jan 23;164(2):229-33.
- [62] Hwang SW, Windrim PM, Svoboda TJ, Sullivan WF. Physician payment for the care of homeless people. *Cmaj.* 2000 Jul 25;163(2):170-1.
- [63] Hofrichter P, Ishorst-Witte F, Campen W, Stollmayer S. Hamburger Geschichten: Über die Schwierigkeiten wohnungsloser Menschen, medizinische Angebote in Anspruch zu nehmen. Hamburg 2007.
- [64] Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology.* 2006;6(35).
- [65] Vollm B, Becker H, Kunstmann W. Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittsuntersuchung. *Sozial- und Präventivmedizin.* 2004;49(1):42-50.

- [66] Lelkes O, Gasior K, Vanhuysse P, Waginger U. Vergleichende Analyse der Teilhabechancen in Europa- Social Inclusion in Europe. Wien: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2011.
- [67] Perl C, Schoibl H, Zuschnig B. The Right to Health is a Human Right: Ensuring Access to Health for Homeless People; 2006.
- [68] Stobbe H. The Social and Economic Situation of Undocumented Migrants* in Germany. In: PICUM, ed. *Book of solidarity : Providing assistance to undocumented migrants in Belgium, Germany, the Netherlands and the UK*. Brussels: PICUM 2002:25-8.
- [69] Doering TJ, Hermes E, Konitzer M, Fischer GC, Steuernagel B. [Health situation of homeless in a health care home in Hannover]. *Gesundheitswesen*. 2002 Jun;64(6):375-82.
- [70] Bundesministerium für Arbeit Soziales und Konsumentenschutz. Soziale Lage - Gender - Gesundheit. Tagungsband zur Veranstaltung vom 28.10.2008. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Abt. V/3, Abt. V/5; 2008.
- [71] Wright N, Tompkins C. How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN); 2005.
- [72] Fichtner J, Enders-Dragässer U. "Dass die Leute uns nicht' alle über einen Kamm scheren". Männer in Wohnungsnot; eine qualitative Untersuchung zu Deutungsmustern und Lebenslagen bei männlichen Wohnungsnotfällen. 2005 [cited 2012 08 August]; Available from: <http://edok01.tib.uni-hannover.de/edoks/e01fb07/525981942.pdf>
- [73] Martens W. Vulnerable categories of homeless patients in Western societies: experience serious barriers to health care access. *Medicine and Law*. 2009;28(2):221-39.
- [74] Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*. 2008;23.
- [75] Doberer A. Wohnungslosigkeit im Zusammenhang mit medizinisch-pflegerischer Versorgung: Eine Untersuchung über das Erleben des Settings Krankenhaus bei Wohnungslosen. 2008;Mag. phil.
- [76] Fuchs M, Reidl C, Schmied G. Austria: neuerHAUSARZT – demand-oriented health-care services for the homeless. In: Koller T, ed. *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen: WHO European Office for Investment for Health and Development 2010:6-15.
- [77] Pochobradsky E, Habl C, Schleicher B. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit u. Generationen; 2002.
- [78] World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
- [79] Jones CA, Perera A, Chow M, Ho I, Nguyen J, Davachi S. Cardiovascular disease risk among the poor and homeless - what we know so far. *Current Cardiology Reviews*. 2009 Jan;5(1):69-77.
- [80] Bischoff A, Bovier PA, Rrustemi I, Gariazzo F, Eytan A, Loutan L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*. 2003 Aug;57(3):503-12.
- [81] World Health Organization. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Genf: WHO Regional Office for Europe; 2010.
- [82] Fuchs M. Nicht krankenversicherte Personen in Österreich: empirische Erkenntnisse und Lösungsansätze. *Soziale Sicherheit*. 2009;62(6):327-34.

- [83] Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2012. Wien: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger; 2012.
- [84] Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. Chapter 1: Austria. In: PICUM, ed. *Access to health care for undocumented migrants in Europe*. Brussels: PICUM 2007:12-8.
- [85] Wiener Landtag. Gesetz zur Bedarfsorientierten Mindestsicherung in Wien (Wiener Mindestsicherungsgesetz – WMG). 2011 [cited 2012 30.08.2012]; Available from: <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtsvorschriften/pdf/s0400000.pdf>
- [86] Parlament der Republik Österreich. 677 der Beilagen XXIV. GP - Vereinbarung Art. 15a B-VG - Materialien. 2010 [cited 2012 30.08.2012]; 22]. Available from: http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_00677/fname_184382.pdf
- [87] Österreich Bundesministerium für Arbeit Soziales und Konsumentenschutz. Bedarfsorientierte Mindestsicherung: Fragen & Antworten. Wien: Bundesministerium für Arbeit Soziales und Konsumentenschutz 2012.
- [88] Die Armutskonferenz (Hg.). Monitoring „Bedarfsorientierte Mindestsicherung“ - Analyse und Vergleich der Länderbestimmungen zur Bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) 2011. Salzburg: Die Armutskonferenz; 2012.
- [89] Karl-Trummer U, Novak-Zezula S, Metzler B. Managing a Paradox: Health Care for Undocumented Migrants in the EU. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration*. 2009;4(2).
- [90] Karl-Trummer U. Inklusion durch Exklusion: Paradoxienmanagement der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere. In: Borde T, David M, Papiès-Winkler I, eds. *Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere*. Frankfurt am Main: Mabuse 2009.
- [91] Amber-Med. [cited 26.08.2012]; Available from: <http://amber.diakonie.at/goto/de/startseite>
- [92] Marienambulanz AC. [cited 26.08.2012]; Available from: <http://www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/gesundheit/marienambulanz/>
- [93] Österreichisches Rotes Kreuz. Jahresbericht Medikamentendepot 2011. 2011 [cited 2012 25.08.2012]; Available from: http://www.roteskreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Katastrophenhilfe/MedDepot_Jahresbericht_2011.pdf
- [94] Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *Jama*. 2001 Jan 10;285(2):200-6.
- [95] O'Toole TP, Gibbon JL, Hanusa BH, Fine MJ. Utilization of health care services among subgroups of urban homeless and housed poor. *Journal of health politics, policy and law*. 1999 Feb;24(1):91-114.
- [96] Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: A national study. *American Journal of Public Health*. 2010 Jul;100(7):1326-33.
- [97] Arangua L, Andersen R, Gelberg L. The Health Circumstances of Homeless Women in the United States. *International Journal of Mental Health*. 2005 Sum;34(2):62-92.
- [98] Bharel M, Casey C, Wittenberg E. Disparities in cancer screening: acceptance of Pap smears among homeless women. *Journal of Women's Health*. 2009 Dec;18(12):2011-6.

- [99] Sachs-Ericsson N, Wise E, Debrody CP, Paniucki HB. Health problems and service utilization in the homeless. *J Health Care Poor Underserved*. 1999 Nov;10(4):443-52.
- [100] Verlinde E, Verdee T, Van de Walle M, Art B, De Maeseneer J, Willems S. Unique health care utilization patterns in a homeless population in Ghent. *BMC Health Services Research*. 2010;10:242.
- [101] Office of the chief analyst. healthcare for single homeless people. 2010.
- [102] Herrman H, Evert H, Harvey C, Gureje O, Pinzone T, Gordon I. Disability and service use among homeless people living with psychotic disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004 Nov-Dec;38(11-12):965-74.
- [103] Meller I, Fichter M, Quadflieg N, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Wolz J. [Utilization of medical and psychosocial services by mentally ill homeless persons. Results of an epidemiological study]. *Nervenarzt*. 2000 Jul;71(7):543-51.
- [104] Kovess V, Lazarus C. Use of mental health services by homeless people in Paris. *International Journal of Mental Health*. 2001 Fal;30(3):26-39.
- [105] Toro PA, Bellavia CW, Daeschler CV, Owens BJ, Wall DD, Passero JM, et al. Distinguishing homelessness from poverty: a comparative study. *J Consult Clin Psychol*. 1995 Apr;63(2):280-9.
- [106] Pace P, ed. *International Migration Law. Migration and the Right to Health: A Review of European Community Law and Council of Europe Instruments*. Geneva: IOM 2007.
- [107] Bharel M, Brammer S, Centrone W, Morrison S, Phillips C, Rabiner M, et al. Adapting your Practice: treatment and recommendations for homeless patients with chlamydial or gonococcal infections. Nashville: Health Care for the Homeless Clinicians' Network, National Health Care for the Homeless Council; 2008.
- [108] Hwang SW. Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. *JAMA*. 2000;283(16):2152-7.
- [109] Cauce AM, Paradise M, Ginzler JA, Embry L, Morgan CJ, Lohr Y, et al. The characteristics and mental health of homeless adolescents: Age and gender differences. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2000 Win;8(4):230-9.
- [110] Kellinghaus C, Lowens S, Eikelmann B, Reker T. [Homeless men in inpatient psychiatric treatment--a controlled study. 1: Health status and self assessment at intake]. *Psychiatr Prax*. 2000 Jan;27(1):19-23.
- [111] Buhrich N, Hodder T, Teesson M. Lifetime prevalence of trauma among homeless people in Sydney. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000 Dec;34(6):963-6.
- [112] Buhrich N, Hodder T, Teesson M. Prevalence of cognitive impairment among homeless people in inner Sydney. *Psychiatric Services*. 2000;51(4):520-1.
- [113] Teesson M, Hodder T, Buhrich N. Substance use disorders among homeless people in inner Sydney. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 2000 Oct;35(10):451-6.
- [114] Magura S, Nwakeze PC, Rosenblum A, Joseph H. Substance misuse and related infectious diseases in a soup kitchen population. *Substance Use and Misuse*. 2000;35(4):551-83.
- [115] McGilloway S, Donnelly M. Prevalence and nature of mental health problems among single, homeless people in Belfast, Northern Ireland. *International Journal of Mental Health*. 2001 Fal;30(3):40-9.

- [116] Kang M, Alperstein G, Dow A, van Beek I, Martin C, Bennett D. Prevalence of tuberculosis infection among homeless young people in central and eastern Sydney. *Journal of Paediatrics & Child Health*. 2000 Aug;36(4):382-4.
- [117] Waldron A, Tobin G, McQuaid P. Mental health status of homeless children and their families. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2001 Mar;18(1):11-5.
- [118] Martens WH. A review of physical and mental health in homeless persons. *Public Health Reviews*. 2001;29(1):13-33.
- [119] Noell J, Rohde P, Ochs L, Yovanoff P, Alter MJ, Schmid S, et al. Incidence and prevalence of chlamydia, herpes, and viral hepatitis in a homeless adolescent population. *Sexually Transmitted Diseases*. 2001 Jan;28(1):4-10.
- [120] Ishorst-Witte F, Heinemann A, Puschel K. [Morbidity and cause of death in homeless persons]. *Arch Kriminol*. 2001 Nov-Dec;208(5-6):129-38.
- [121] Salize HJ, Horst A, Dillmann-Lange C, Killmann U, Stern G, Wolf I, et al. [How do mentally ill homeless persons evaluate their quality of life]. *Psychiatr Prax*. 2001 Mar;28(2):75-80.
- [122] Langnase K, Muller MJ. Nutrition and health in an adult urban homeless population in Germany. *Public Health Nutr*. 2001 Jun;4(3):805-11.
- [123] D'Amore J, Hung O, Chiang W, Goldfrank L. The epidemiology of the homeless population and its impact on an urban emergency department. *Acad Emerg Med*. 2001 Nov;8(11):1051-5.
- [124] Rohde P, Noell J, Ochs L, Seeley JR. Depression, suicidal ideation and STD-related risk in homeless older adolescents. *Journal of Adolescence*. 2001;24(4):447-60.
- [125] Fichter MM, Quadflieg N. Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001 Feb;103(2):94-104.
- [126] Kamieniecki GW. Prevalence of psychological distress and psychiatric disorders among homeless youth in Australia: A comparative review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35(3):352-8.
- [127] Solsona J, Cayla JA, Nadal J, Bedia M, Mata C, Brau J, et al. Screening for tuberculosis upon admission to shelters and free-meal services. *European Journal of Epidemiology*. 2001;17(2):123-8.
- [128] Szerlip MI, Szerlip HM. Identification of cardiovascular risk factors in homeless adults. *American Journal of the Medical Sciences*. 2002 Nov;324(5):243-6.
- [129] Charlebois ED, Bangsberg DR, Moss NJ, Moore MR, Moss AR, Chambers HF, et al. Population-based community prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in the urban poor of San Francisco. *Clinical Infectious Diseases*. 2002 Feb 15;34(4):425-33.
- [130] Munoz M, Koegel P, Vazquez C, Sanz J, Burnam A. An empirical comparison of substance and alcohol dependence patterns in the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (CA, USA). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002;37(6):289-98.
- [131] Shaffer HJ, Freed CR, Healea D. Gambling disorders among homeless persons with substance abuse disorders seeking treatment at a community center. *Psychiatric Services*. 2002 Sep;53(9):1112-7.
- [132] Folsom D, Jeste DV. Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002 Jun;105(6):404-13.

- [133] Vostanis P, Tischler V, Cumella S, Bellerby T. Mental health problems and social supports among homeless mothers and children victims of domestic and community violence. *International Journal of Social Psychiatry*. 2001 Win;47(4):30-40.
- [134] Salize HJ, Dillmann-Lange C, Stern G, Kentner-Figura B, Stamm K, Rossler W, et al. Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. *Addiction*. 2002 Dec;97(12):1593-600.
- [135] Nyamathi AM, Dixon EL, Robbins W, Smith C, Wiley D, Leake B, et al. Risk factors for hepatitis C virus infection among homeless adults. *Journal of General Internal Medicine*. 2002 Feb;17(2):134-43.
- [136] Sherriff LCH, Mayon-White RT. A survey of hepatitis C prevalence amongst the homeless community of Oxford. *Journal of Public Health Medicine*. 2003 Dec;25(4):358-61.
- [137] Herndon B, Asch SM, Kilbourne AM, Wang M, Lee M, Wenzel SL, et al. Prevalence and predictors of HIV testing among a probability sample of homeless women in Los Angeles County. *Public Health Reports*. 2003;118(3):261-9.
- [138] Buhrich N, Hodder T, Teesson M. Schizophrenia among homeless people in inner-Sydney: Current prevalence and historical trends. *Journal of Mental Health*. 2003;12(1):51-7.
- [139] Desai RA, Liu-Mares W, Dausey DJ, Rosenheck RA. Suicidal ideation and suicide attempts in a sample of homeless people with mental illness. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2003 Jun;191(6):365-71.
- [140] Teesson M, Hodder T, Buhrich N. Alcohol and other drug use disorders among homeless people in Australia. *Substance Use & Misuse*. 2003 Feb-May;38(3-6):463-74.
- [141] Klinkenberg WD, Caslyn RJ, Morse GA, Yonker RD, McCudden S, Ketema F, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B, and hepatitis C among homeless persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2003 Jul-Aug;44(4):293-302.
- [142] Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *Bmj*. 2003 Jul 12;327(7406):81.
- [143] Morris RI, Strong L. The impact of homelessness on the health of families. *J Sch Nurs*. 2004 Aug;20(4):221-7.
- [144] Thielen H, Heykes-Uden H, Niemann S. [Spread of a drug-resistant strain of mycobacterium tuberculosis among homeless people in a German city]. *Pneumologie*. 2004 Jan;58(1):17-22.
- [145] Vollm B, Becker H, Kunstmann W. [Psychiatric morbidity in homeless single men]. *Psychiatr Prax*. 2004 Jul;31(5):236-40.
- [146] Vollm B, Becker H, Kunstmann W. [Prevalence of physical diseases, health behavior and health care utilization in single homeless men: a cross sectional study]. *Soz Praventivmed*. 2004;49(1):42-50.
- [147] Van Leeuwen JM, Hopfer C, Hooks S, White R, Petersen J, Pirkopf J. A snapshot of substance abuse among homeless and runaway youth in Denver, Colorado. *Journal of Community Health*. 2004 Jun;29(3):217-29.
- [148] Hahn JA, Bangsberg DR, McFarland W, Charlebois ED, Clark RA, Moss AR. HIV seroconversion among the homeless and marginally housed in San Francisco: a ten-year study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*. 2004 Dec 15;37(5):1616-9.
- [149] Holohan TW. Health and homelessness in Dublin. *Irish Medical Journal*. 2000 Mar-Apr;93(2):41-3.

- [150] Cheung AM, Hwang SW. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *Cmaj*. 2004 Apr 13;170(8):1243-7.
- [151] Chen X, Tyler KA, Whitbeck LB, Hoyt DR. Early Sexual Abuse, Street Adversity, and Drug Use among Female Homeless and Runaway Adolescents in the Midwest. *Journal of Drug Issues*. 2004;34(1):1-21.
- [152] Torchalla I, Albrecht F, Buchkremer G, Langle G. [Homeless women with psychiatric disorders -- a field study]. *Psychiatrische Praxis*. 2004 Jul;31(5):228-35.
- [153] Robertson MJ, Clark RA, Charlebois ED, Tulsy J, Long HL, Bangsberg DR, et al. HIV seroprevalence among homeless and marginally housed adults in San Francisco. *American Journal of Public Health*. 2004;94(7):1207-17.
- [154] McLean DE, Bowen S, Drezner K, Rowe A, Sherman P, Schroeder S, et al. Asthma among homeless children: undercounting and undertreating the underserved. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2004 Mar;158(3):244-9.
- [155] De Palma P, Frithiof L, Persson L, Klinge B, Halldin J, Beijer U. Oral health of homeless adults in Stockholm, Sweden. *Acta Odontol Scand*. 2005 Feb;63(1):50-5.
- [156] Little M, Shah R, Vermeulen MJ, Gorman A, Dzenoletas D, Ray JG. Adverse perinatal outcomes associated with homelessness and substance use in pregnancy. *Cmaj*. 2005 Sep 13;173(6):615-8.
- [157] de Vries G, van Hest RA. From contact investigation to tuberculosis screening of drug addicts and homeless persons in Rotterdam. *Eur J Public Health*. 2006 Apr;16(2):133-6.
- [158] Vazquez C, Munoz M, Crespo M, Guisado AB, Dennis ML. A Comparative Study of the Twelve-Month Prevalence of Physical Health Problems Among Homeless People in Madrid and Washington, D.C. *International Journal of Mental Health*. 2005 Fal;34(3):35-56.
- [159] Haddad MB, Wilson TW, Ijaz K, Marks SM, Moore M. Tuberculosis and homelessness in the United States, 1994-2003. *Journal of the American Medical Association*. 2005;293(22):2762-6.
- [160] Frazee BW, Lynn J, Charlebois ED, Lambert L, Lowery D, Perdreau-Remington F. High prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in emergency department skin and soft tissue infections. *Ann Emerg Med*. 2005 Mar;45(3):311-20.
- [161] Munoz M, Crespo M, Perez-Santos E. Homelessness Effects on Men's and Women's Health. *International Journal of Mental Health*. 2005 Sum;34(2):47-61.
- [162] Laporte A, Rouvel-Talleg A, Grosdidier E, Carpentier S, Benoit C, Gérard D, et al. Epilepsy among the homeless: prevalence and characteristics. 2005;16(5):484-6.
- [163] Grimley DM, Annang L, Lewis I, Smith RW, Aban I, Hooks T, et al. Sexually transmitted infections among urban shelter clients. *Sexually Transmitted Diseases*. 2006 Nov;33(11):666-9.
- [164] Cougnard A, Grolleau S, Lamarque F, Beitz C, Brugere S, Verdoux H. Psychotic disorders among homeless subjects attending a psychiatric emergency service. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 2006 Nov;41(11):904-10.
- [165] Bucher JB, Thomas KM, Guzman D, Riley E, Dela Cruz N, Bangsberg DR. Community-based rapid HIV testing in homeless and marginally housed adults in San Francisco. *HIV Medicine*. 2007;8(1):28-31.

- [166] Volf V, Marx D, Pliskova L, Sumegh L, Celko A. A survey of hepatitis B and C prevalence amongst the homeless community of Prague. *European Journal of Public Health*. 2008 Feb;18(1):44-7.
- [167] Kidder D, Wolitsky R, Campsmith M, Nadamura G. Health Status, Health Care Use, Medication Use, and Medication Adherence Among Homeless and Housed People Living With HIV/AIDS. 2007;97(12):2238-45.
- [168] Forney JC, Lombardo S, Toro PA. Diagnostic and other correlates of HIV risk behaviors in a probability sample of homeless adults. *Psychiatric Services*. 2007 Jan;58(1):92-9.
- [169] Poulos R, Ferson M, Orr K, Lucy A, Botham S, McCarthy M, et al. Risk factors and seroprevalence of markers for hepatitis A, B and C in persons subject to homelessness in inner Sydney. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2007;31(3):247-51.
- [170] Beijer U, Andreasson A, Agren G, Fugelstad A. Mortality, mental disorders and addiction: a 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2007;61(5):363-8.
- [171] Connolly AJ, Cobb-Richardson P, Ball SA. Personality disorders in homeless drop-in center clients. *Journal of Personality Disorders*. 2008;22(6):573-88.
- [172] Oakes PM, Davies RC. Intellectual disability in homeless adults: a prevalence study. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2008 Dec;12(4):325-34.
- [173] Kim DH, Daskalakis C, Plumb JD, Adams S, Brawer R, Orr N, et al. Modifiable cardiovascular risk factors among individuals in low socioeconomic communities and homeless shelters. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*. 2008 Oct-Dec;31(4):269-80.
- [174] Taylor KM, Sharpe L. Trauma and post-traumatic stress disorder among homeless adults in Sydney. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2008 Mar;42(3):206-13.
- [175] Aichhorn W, Santeler S, Stelzig-Scholer R, Kemmler G, Steinmayr-Gensluckner M, Hinterhuber H. [Prevalence of psychiatric disorders among homeless adolescents]. *Neuropsychiatr*. 2008;22(3):180-8.
- [176] Fazel S, Khosla V, Doll J, Geddes J. The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis (Mental Disorders among the Homeless). *PLoS Medicine*. 2008;5(12):1670-81.
- [177] Morrison D. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. 2009;38(3):877-83.
- [178] Joyce DP, Limbos M. Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless men: Before and after access to primary health care. *Can Fam Physician*. 2009 Nov;55(11):1110-1 e6.
- [179] Marshall BDL, Kerr T, Shoveller JA, Patterson TL, Buxton JA, Wood E. Homelessness and unstable housing associated with an increased risk of HIV and STI transmission among street-involved youth. *Health and Place*. 2009;15(3):753-60.
- [180] Hennessey KA, Bangsberg DR, Weinbaum C, Hahn JA. Hepatitis A seroprevalence and risk factors among homeless adults in san francisco: Should homelessness be included in the risk-based strategy for vaccination? *Public Health Reports*. 2009;124(6):813-7.
- [181] Arnaud A, Fagot-Campagna A, Reach G, Basin C, Laporte A. Prevalence and characteristics of diabetes among homeless people attending shelters in Paris, France, 2006. *Eur J Public Health*. 2009 Oct;20(5):601-3.

- [182] Kim MM, Ford JD, Howard DL, Bradford DW. Assessing trauma, substance abuse, and mental health in a sample of homeless men. *Health Soc Work.* 2010 Feb;35(1):39-48.
- [183] Grinman MN, Chiu S, Redelmeier DA, Levinson W, Kiss A, Tolomiczenko G, et al. Drug problems among homeless individuals in Toronto, Canada: prevalence, drugs of choice, and relation to health status. *BMC Public Health.* 2010;10:94.
- [184] Henry JM, Boyer L, Belzeaux R, Baumstarck-Barrau K, Samuelian JC. Mental disorders among homeless people admitted to a French psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv.* 2010 Mar;61(3):264-71.
- [185] Beijer U, Andreasson S. Gender, hospitalization and mental disorders among homeless people compared with the general population in Stockholm. *European Journal of Public Health.* 2010 Oct;20(5):511-6.
- [186] Kaba M, Brouqui P, Richet H, Badiaga S, Gallian P, Raoult D, et al. Hepatitis E virus infection in sheltered homeless persons, France. *Emerging Infectious Diseases.* 2010;16(11):1761-3.
- [187] Bousman CA, Twamley EW, Vella L, Gale M, Norman SB, Judd P, et al. Homelessness and neuropsychological impairment: Preliminary analysis of adults entering outpatient psychiatric treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 2010 Nov;198(11):790-4.
- [188] Richards R, Merrill RM, Baksh L. Health behaviors and infant health outcomes in homeless pregnant women in the United States. *Pediatrics.* 2011 Sep;128(3):438-46.
- [189] Chin CN, Sullivan K, Wilson SF. A 'snap shot' of the health of homeless people in inner Sydney: St Vincent's Hospital. *Aust Health Rev.* 2011 Feb;35(1):52-6.
- [190] Thompson R, Hasin D. Cigarette, marijuana, and alcohol use and prior drug treatment among newly homeless young adults in New York City: Relationship to a history of foster care. *Comprehensive Psychiatry.* 2011;52(6):E15-E6.
- [191] Kaldmae M, Zilmer M, Viigimaa M, Zemtsovskaja G, Tomberg K, Kaart T, et al. Cardiovascular disease risk factors in homeless people. *Ups J Med Sci.* 2011 Aug;116(3):200-7.
- [192] Hewett N, Hiley A, Gray J. Morbidity trends in the population of a specialised homeless primary care service. *Br J Gen Pract.* 2011 Mar;61(584):200-2.
- [193] Nielsen SF, Hjorthoj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet.* 2011 Jun 25;377(9784):2205-14.
- [194] Khan K, Rea E, McDermaid C, Stuart R, Chambers C, Wang J, et al. Active tuberculosis among homeless persons, Toronto, Ontario, Canada, 1998-2007. *Emerg Infect Dis.* 2011 Mar;17(3):357-65.
- [195] Torchalla I, Strehlau V, Okoli CT, Li K, Schuetz C, Krausz M. Smoking and predictors of nicotine dependence in a homeless population. *Nicotine Tob Res.* 2011 Oct;13(10):934-42.
- [196] Torchalla I, Strehlau V, Li K, Krausz M. Substance use and predictors of substance dependence in homeless women. *Drug Alcohol Depend.* 2011 Nov 1;118(2-3):173-9.
- [197] Hwang SW, Aubry T, Palepu A, Farrell S, Nisenbaum R, Hubley AM, et al. The health and housing in transition study: a longitudinal study of the health of homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. *International Journal of Public Health.* 2011 Dec;56(6):609-23.

- [198] Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric syndromes in older homeless adults. *J Gen Intern Med.* 2011 Jan;27(1):16-22.
- [199] Goetsch U, Bellinger OK, Buettel KL, Gottschalk R. Tuberculosis among drug users and homeless persons: impact of voluntary X-ray investigation on active case finding. *Infection.* 2012 Jan 12.
- [200] Tsai J, Rosenheck RA. Smoking among chronically homeless adults: Prevalence and correlates. *Psychiatric Services.* 2012;63(6):569-76.

8 Anhang

Tabelle 8-1: Klassifizierung der Studien im Überblick (Reihung nach Publikationsjahr)

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände								Studienland/Ort	Design	
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen	Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein						
						alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	h.nfektionskh.	Mundgesundheit	Sonstige					
Hwang (2000) [108]			x											x		Kanada/Toronto	Prospektive Kohortenstudie
Craig (2000) [20]				x										x		UK/London	Prospektive Kohortenstudie
Cauce (2000) [109]				x										x		USA/Seattle	Querschnittstudie
Kellinghaus (2000) [110]														x		Deutschland/Münster	Prospektive Fallserie
Buhrich (2000) [111]	x													x ⁶		Australien/Sydney	Querschnittstudie
Buhrich (2000) [112]	x													x		Australien/Sydney	Querschnittstudie
Teesson (2000) [113]	x													x		Australien/Sydney	Querschnittstudie
Magura (2000) [114]						x				x				x		USA/New York	Querschnittstudie
McGilloway (2001) [115]	x													x		Irland/Belfast	Querschnittstudie
Kang (2000) [116]				x						x ⁷						Australien/Sydney	Querschnittstudie

⁶ Trauma

⁷ Tuberkulose

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein	Studienland/ Ort	Design
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen												
						alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektionskh.	Mundgesundheit	Sonstige							
Waldron (2001) [117]				x									x			x	Irland/Dublin	Querschnittstudie	
Martens (2001) [118]					x	x							x				Niederlande	Syst. Übersichtsarbeit (aber low quality)	
Noell (2001) [119]				x						x ⁸							USA/northwestern city	Prospektive Kohortenstudie	
Ishorst-Witte (2001) [120]			x		x										x		Deutschland/Hamburg	Retrospektive Analyse ungeklärter Todesfälle bei Wohnungslosen	
Salize (2001)[121]	x												x			x	Deutschland/Mannheim	Räpresentative Querschnittserhebung	
Langnäse (2001) [122]					x							x ⁹	x				Deutschland/Kiel + Hamburg	Querschnittsstudie	
Rosenblum (2001)	x									x ¹⁰							USA/New York	Querschnittsstudie	
D'Amore (2001) [123]	x					x							x				USA/New York	Fall-Kontroll Studie	
Rohde (2001) [124]				x									x				USA/large northwestern city	Querschnittsstudie (zwischen 1994 und 1997)	

⁸ Sexuell übertragbare Erkrankungen (Clamydien, Herpes, Hepatitis, HIV)

⁹ Diabetes, Gastrointestinalerkrankungen

¹⁰ Hepatitis C

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Sudienland/ Ort	Design		
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen	Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein						
							alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektionskh.	Mundgesundheit	Sonstige				
Fichter (2001)[125]			x											x		Deutschland/München	Repräsentative Querschnittstudie
Kamieniecki (2001) [126]				x										x		Australien	Syst. Literaturübersicht über Australische Studien
Solsona (2001) [127]	x										x ¹¹					Spanien/Barcelona	Querschnittstudie
Szerlip (2002) [128]	x						x									USA/New Orleans	Retrospektive Kohortenstudie
Charlebois (2002) [129]						x					x ¹²					USA/San Francisco	Querschnittstudie
Munoz (2002) [130]						x								x		Spanien/Madrid Washington	+ Querschnittstudie
Shaffer (2002) [131]	x													x		USA/Bosten	Prospektive Fallserie
Folsom (2002) [132]						x								x ¹³		USA	Systematische Übersichtsarbeit
Vostanis (2001) [133]		x ¹⁴		x										x		UK/Birmingham	Prospektive Fallserie

¹¹ Tuberkulose
¹² MRSA¹³ Schizophrenie¹⁴ Opfer häuslicher und außerhäuslicher Gewalt

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein	Studienland/ Ort	Design
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen												
							alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektionskh.	Mundgesundheit	Sonstige						
Salize (2002) [134]					x	x								x ¹⁵				Deutschland/Mannheim	Repräsentative Querschnittstudie
Nyamathi (2002) [135]	x										x ¹⁶							USA/Los Angeles	Querschnittstudie
Sherriff (2003) [136]					x						x ¹⁷							UK/Oxford	Querschnittstudie
Herndon (2003) [137]		x									x ¹⁸							USA/Los Angeles	Querschnittstudie
Buhrich (2003) [138]	x													x				Australien/Sydney	Querschnittstudie
Desai (2003) [139]					x									x				USA	Retrospektive Analyse von Studiendaten
Chau (2002) [48]	x												x ¹⁹					USA/Los Angeles	Querschnittstudie

¹⁵ Alkoholismus

¹⁶ Hepatitis C

¹⁷ Hepatitis C

¹⁸ HIV

¹⁹ Risikofaktoren für Krebs

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Sudienland/ Ort	Design			
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen	Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein							
							alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektionskh.	Mundgesundheit	Sonstige					
Teesson (2003) [140]	x													x		Australien/Sydney	Querschnittstudie	
Klinkenberg (2003) [141]	x ²⁰										x ²¹					USA/St. Luis	Retrospektive Datenauswertung eines RCTs	
Nordentoft (2003) [142]					x										x	Dänemark/ Kopenhagen	Prospektive Kohortenstudie mit record linkage	
Morris (2004) [143]	x			x												x	USA/San Diego	Qualitative Fragebogenerhebung
Thielen (2004) [144]					x						x ²²						Deutschland/Hannover	Analyse von Gesundheitsamtdaten
Völlm (2004) [145]			x											x			Deutschland/Dortmund	Querschnittstudie
Völlm (2004) [146]			x													x	Deutschland/Dortmund	Querschnittstudie
Van Leeuwen (2004) [147]				x										x ²³			USA/Denver Colorado	Querschnittstudie
Hahn (2004) [148]	x										x ²⁴						USA/San Francisco	Prospektive Kohortenstudie

²⁰ Personen mit severe mental illness und Substanzmissbrauch

²¹ HIV, Hepatitis B und C

²² Tuberkulose

²³ Substanzmissbrauch

²⁴ HIV

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein	Studienland/ Ort	Design
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen												
							alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektionskh.	Mundgesundheit	Sonstige						
Holohan (2004) [149]					x	x								x				Irland/ Dublin	Querschnittstudie (Census)
Cheung (2004) [150]		x														x		Kanada/Toronto + weitere Städte	Prospekt. Kohortenstudie + Literaturübersicht
Chen (2004) [151]				x										x ²⁵				USA/five Midwestern cities	Querschnittstudie
Torchalla (2004)[152]		x												x				Deutschland/ Tübingen	Querschnittstudie
Roy (2004) [46]				x												x		Kanada/Montreal	Prospektive Kohortenstudie
Robertson (2004) [153]	x										x ²⁶							USA/San Francisco	Querschnittstudie
Halcón (2004) [34]				x							x ²⁷		x ²⁸					USA/Minneapolis	Querschnittstudie
McLean (2004) [154]				x									x ²⁹					USA/New York	Querschnittstudie
Brouqui (2005)[33]	x												x ³⁰					Frankreich/ Marseille	Prospektive Fallserie

²⁵ Drogen

²⁶ HIV

²⁷ Sexuell übertragbare Krankheiten

²⁸ Reproduktive Gesundheit, ‚sexual risks‘

²⁹ Asthma

³⁰ Vektorenübertragene Erkrankungen und Ektoparasiten

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Sudienland/ Ort	Design	
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen	Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein					
							alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektionskh.	Mundgesundheit	Sonstige			
De Palma (2005) [155]	x											x			Schweden/Stockholm	Querschnittstudie
Längle (2005)			x											x	Deutschland/Tübingen	Census among men registered with Social Service Dep...
Little (2005)[156]		x		x					x						Kanada/Toronto	Retrospektive Kohortenstudie
De Vries (2005) [157]	x										x ³¹				Niederlande/Rotterdam	Einzelfalluntersuchung
Pitz (2005) [42]	x												x ³²		Deutschland/Mainz + Frankfurt	Prospektive Fallserie an volunteers in med. Einrichtungen für Wohnungslose
Vazquez (2005) [158]					x	x									Spanien/Madrid + Washington	(repräsentative) Querschnittstudie
Lee (2005)[47]	x						x								Kanada/Toronto	Repräsentative Querschnittstudie
Haddad (2005) [159]					x						x ³³				USA	Bevölkerungs-Surveillance zwischen 1994-2003
Fraze (2005) [160]					x				x ³⁴						USA/San Francisco hospital	Prospective Kohortenstudie

³¹ Tuberkulose

³² Augenkrankheiten

³³ Tuberkulose

³⁴ MRSA (Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus)

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein	Studienland/ Ort	Design
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen												
							alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektionskh.	Mundgesundheit	Sonstige						
Munoz (2005) [161]					x	x								x				Spanien/Madrid	Querschnittstudie
Badiaga (2005) [32]	x										x ³⁵							Frankreich/Marseille	Prospektive Fallserie
Laporte (2006) [162]	x												x ³⁶					Frankreich/Paris	Prospektive Fallserie bei Personen „seeking a welfare organisation“
Weinreb (2006) [12]		x														x	USA/Worcester Massachusetts	2 Querschnittstudien (Vergleich im Zeitverlauf)	
Grimley (2006) [163]	x										x ³⁷							USA/2 mid-sized south-eastern cities	Querschnittstudie
Hwang (2006) [41]	x												x ³⁸					Kanada/Toronto	Repräsentative Querschnittstudie
Schoibl (2006) [16]					x											x		Österreich	Querschnittstudie
Cougnard (2006) [164]					x									x				Frankreich/ Bordeaux	Prospektive Fallserie
Grant (2007) [39]				x										x ³⁹				USA/New York	Querschnittstudie
Bucher (2007) [165]	x										x ⁴⁰							USA/San Francisco	Querschnittstudie

³⁵ Hautinfektionen

³⁶ Epilepsie

³⁷ Sexually transmitted diseases

³⁸ Gastrointestinale Probleme /Verdauungsprobleme

³⁹ Asthma

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein	Studienland/ Ort	Design
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen												
						alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektionskh.	Mundgesundheit	Sonstige							
Volf (2007) [166]						x				x ⁴¹							Tschechien/Prag	Querschnittstudie	
Kidder (2007) [167]	x ⁴²									x ⁴³						x	USA	Querschnittstudie aus einer multisite HIV surveillance Studie	
Forney (2007) [168]	x									x ⁴⁴							USA/urban metropolitan community	Querschnittstudie	
Parks (2007) [23]				x										x			UK	Syst. Literaturübersicht	
Poulos (2007) [169]	x									x ⁴⁵							Australien/Sydney	Prospektive Fallserie	
Schanzer (2007) [9]	x					x							x				USA/New York	Prospektive Kohortenstudie	
Saccone (2007) [38]	x											x ⁴⁶					USA/Florida	Querschnittstudie	
Henny (2007) [51]	x ⁴⁷												x ⁴⁸				USA/Baltimore, Chicago, Los Angeles	Retrospektive Datenauswertung eines RCTs	

40 HIV

41 Hepatitis B und C

42 HIV positive Personen

43 HIV

44 HIV

45 Hepatitis A, B, und C

46 Hörbeeinträchtigung

47 HIV positiv

48 Gewalt/Missbrauchserfahrung

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein	Studienland/ Ort	Design
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen												
						alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektionskh.	Mundgesundheit	Sonstige							
Beijer (2007) [170]						x						x				Schweden/ Stockholm	Retrospektive Kohortenstudie		
Connolly (2008) [171]						x							x			USA/New York	Querschnittstudie		
Gewirtz (2008) [21]				x		x							x			USA/St. Paul Minneapolis	Querschnittstudie		
Oakes (2008) [172]	x													x		UK/Nord-Ost England	Querschnittstudie		
Kim (2008) [173]			x				x									USA/Philadelphia	Querschnittstudie		
Taylor (2008) [174]	x												x ⁴⁹			Australien/Sydney	Querschnittstudie		
Aichhorn (2008) [175]				x									x			Österreich/ Innsbruck	Querschnittstudie		
Fazel (2008) [176]						x							x			UK	Syst. Literaturübersicht		
O'Carroll (2008) [14]	x														x	Irland/Dublin	Querschnittstudie		
Burra (2009) [22]	x													x		Kanada	Syst. Literaturübersicht		
Beijer (2009) [35]						x	x									Schweden/ Stockholm	Retrospektive Kohortenstudie		

⁴⁹ Post-traumatic stress disorder und Trauma

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Sudienland/ Ort	Design				
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen	Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein								
							alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektionskh.	Mundgesundheit	Sonstige						
Morrison (2009) [177]	x														x		UK/Glasgow	Retrospektive Kohortenstudie	
Joyce (2009) [178]			x		x										x	x		Kanada/Toronto	Querschnittserhebung
Anthony (2009) [8]	x																x	USA/Cincinnati	Querschnittstudie
Landers (2009) [30]	x										x ⁵⁰							USA/Cleveland	Querschnittstudie
Coker (2009) [11]				x													x	USA/3 Städte	Bevölkerungsbefragung
Chiu (2009) [13]						x ⁵¹											x	Kanada/Toronto	Repräsentative Querschnittstudie (über 12 Monate)
Marshall (2009) [179]				x							x ⁵²							Kanada/Vancouver	Querschnittstudie
Hennessey (2009) [180]	x										x ⁵³							USA/San Francisco	Querschnittstudie
Plevneshi (2009) [31]	x										x ⁵⁴							Kanada/Toronto	Bevölkerungsbeobachtung

⁵⁰ MRSA

⁵¹ Wohnungslose ImmigrantInnen

⁵² Risikofaktoren für STDs

⁵³ Hepatitis A

⁵⁴ Pneumokokken

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Sudienland/ Ort	Design		
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen	Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein						
						alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektiöskh.	Mundgesundheit	Sonstige					
Arnaud (2010) [181]						x						x ⁵⁵				Frankreich/Paris	Querschnittstudie in Notunterkünften
Robbins (2010) [28]	x ⁵⁶										x			x		USA	Querschnittstudie
Kim (2010) [182]			x										x			USA/North Carolina	Querschnittstudie
Grinman (2010) [183]					x								x ⁵⁷		x	Kanada/Toronto	Repräsentative Querschnittstudie (nur versicherten Wohnungslose)
Henry (2010) [184]					x								x			Frankreich/Marseille	Retrospektive Kohortenstudie
Seirawan (2010) [27]					x						x					USA/Los Angeles	Fallserie
Daly (2010)[26]	x										x					UK/London	Querschnittstudie
Beijer (2010) [185]					x								x			Schweden/ Stockholm	Fall-Kontrollstudie
Kaba (2010) [186]					x					x ⁵⁸						Frankreich/Marseille	Querschnittstudie zu 3 Zeitpunkten

⁵⁵ Diabetes

⁵⁶ Injection drug user

⁵⁷ Drogenprobleme

⁵⁸ Hepatitis E

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Sudienland/Ort	Design		
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen	Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein						
							alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektionskh.	Mundgesundheit	Sonstige				
Bousman (2010) [187]	x														x	USA/San Diego	Prospektive Fallserie
Slesnick (2010) [50]				x											x ⁵⁹	USA/Columbus Ohio	Querschnittstudie
Richards (2011) [188]		x		x					x							USA	Retrospektive Analyse des ,Pregnancy Risk Monitoring Systems (PRAMS) + record linkage mit Geburtenregistern
Chin (2011) [189]	x						x								x	Australien/Sydney	Spitalsinterne Querschnittserhebung zu 2 Zeitpunkten
Thompson (2011) [190]	x														x	USA/New York	Querschnittstudie
Kaldmäe (2011) [191]						x	x									Estland/Tallin	Querschnittstudie
Hewett (2011) [192]						x	x ⁶⁰								x	UK/Leicester	Retrospektive Kohortenstudie
Beijer (2011) [44]						x										Schweden/Stockholm	Prospektive Kohortenstudie
Nielsen (2011) [193]	x														x	Dänemark (nationwide)	Retrospektive Kohortenstudie
Khan (2011) [194]						x										Kanada/Toronto	Prospektive Kohortenstudie

⁵⁹ Gewalt/Missbrauchserfahrung

⁶⁰ insbesondere Parasitenbefall

⁶¹ Tuberkulose

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Sudienland/Ort	Design		
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen	Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein						
						alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektionskh.	Mund-gesundheit	Sonstige					
Torchalla (2011) [195]	x												x ⁶²			Kanada	Querschnittstudie
Torchalla (2011) [196]		x											x ⁶³			Kanada	Querschnittstudie
Hwang (2011) [197]	x														x	Kanada/Toronto, Ottawa, Vancouver	Prospektive Kohortenstudie (hier nur baseline results)
Kerker (2011) [43]	x			x						64		x ⁶⁵		x		USA/New York	Prospektive Kohortenstudie mit record linkage
Keeshin (2011) [49]				x									x ⁶⁶			USA/Salt Lake City	Querschnittstudie
Sun (2012) [15]	x														x	Schweden/Stockholm	Querschnittstudie
Brown (2012) [198]					x										x	USA/Boston	Querschnittstudie
Goetsch (2012) [199]						x				x ⁶⁷						Deutschland/Frankfurt	Prospektive Fallserie

⁶² Rauchen

⁶³ Substanzmissbrauch

⁶⁴ HIV, Tuberkulose

⁶⁵ Bleibelastung im Blut

⁶⁶ Missbrauchserfahrung

⁶⁷ Tuberkulose

AutorIn (Jahr)	Untersuchte Population						Untersuchte Erkrankungen/Zustände							Studienland/Ort	Design			
	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugend	Ältere	Alle	Somatische Erkrankungen	Psych. Erkrank.	Kognit. Einschränkungen	Mortalität	Gesundheitszustand allgemein							
							alle	Herz-Kreislauf	Gyn/Geburtshilfe	Hautkrankheiten	Infektionskh.	Mundgesundheit	Sonstige					
Tsai (2012) [200]	x													x			USA	Querschnittstudie
Oddy (2012) [36]						x							x ⁶⁸				UK/Leeds	Querschnittstudie
Grossberg (2012) [7]						x				x			x ⁶⁹				USA/Los Angeles	Retrospektive Kohortenstudie
Beijer (2012) [29]	x										x ⁷⁰						Schweden + UK	Systematische Übersichtsarbeit/Meta-Analyse
Wagner (2012) [17]	x															x	Österreich/Wien	Querschnittstudie

RCT: randomisiert kontrollierte Studie

⁶⁸ Traumatische Hirnverletzung

⁶⁹ Traumatische Hirnverletzungen

⁷⁰ Tuberkulose, Hepatitis C, HIV