

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**

Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Pflege & Management

**Dualer Studiengang Pflege (BA)**

Bachelor-Thesis

**Gesundheitskompetenzen von  
wohnungslosen Männern in Hamburg  
- und pflegerische Implikationen für die  
Personengruppe**

**Eine quantitative Forschung**

Tag der Abgabe: 01.06.2015

Vorgelegt von: Anna Sophie Böllersen



Betreuende Prüfende: Prof. Dr. Uta Gaidys  
Zweiter Prüfer: Bernd Sens-Dobritsch

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	1
1.1 Problembeschreibung .....	1
1.2 Zielsetzung, Fragestellung, Abgrenzung und Vorgehensweise .....	2
<b>2. Stand der Forschung</b> .....	4
<b>3. Ausgangslage</b> .....	4
3.1 Definitionen und Zahlen zur Wohnungslosigkeit in Deutschland und Hamburg .....	4
3.2 Zugang in das Gesundheitssystem .....	7
3.3 Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen .....	9
<b>4. Gesundheitskompetenz</b> .....	12
4.1 Begriffsklärung .....	12
4.2 Integriertes Modell von Gesundheitskompetenz .....	15
<b>5. Empirische Forschung</b> .....	17
5.1 Forschungsdesign .....	17
5.2 Empirische Umsetzung .....	18
5.2.1 Messinstrument .....	18
5.2.2 Pretest .....	19
5.2.3 Datenerhebung und -analyse .....	20
<b>6. Präsentation der Ergebnisse</b> .....	21
6.1 Soziodemografische Daten .....	22
6.2 Gesundheitskompetenzen .....	24
6.2.1 Gesundheitsrelevante Informationen finden .....	24
6.2.2 Gesundheitsrelevante Informationen verstehen .....	26
6.2.3 Gesundheitsrelevante Informationen beurteilen .....	27
6.2.4 Gesundheitsrelevante Informationen umsetzen .....	28
6.2.5 Zusatzfragen .....	29
<b>7. Diskussion der Ergebnisse</b> .....	31
<b>8. Pflegerische Implikationen</b> .....	34
<b>9. Fazit</b> .....	38

Literaturverzeichnis

Anhang

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BAG W	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.
BAWO	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe
BSG	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit
ETHOS	Europäischen Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnsituation
FEANTSA	European Federation of National Organisations working with the Homeless
GGT	Gammaglutamyltransferase
HLS-EU-Studie	European Health Literacy Survey
MCV	mittleres Volumen der einzelnen Erythrozyten
Tab.	Tabelle
WHO	World Health Organisation

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1:	Entwicklung von Wohnungslosigkeit in Deutschland
Abbildung 2:	Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg
Abbildung 3:	Integriertes Model von Gesundheitskompetenz
Abbildung 4:	Prozentuale Altersverteilung
Abbildung 5:	Herkunftsland und Einkommen
Abbildung 6:	Wissen Sie, wo Ihnen professionell geholfen wird, wenn Sie krank sind?
Abbildung 7:	Können Sie verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?
Abbildung 8:	Sind Sie krankenversichert?

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1:	Können Sie beurteilen, wie ihre Wohnsituation Ihre Gesundheit beeinflusst?
Tabelle 2:	Können Sie sich vor Krankheiten, die Ihre Mitmenschen haben, schützen?
Tabelle 3:	Reinigen Sie sich regelmäßig, wenigstens 1x am Tag, die Zähne?

# 1. Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung

Jeder Mensch hat täglich Entscheidungen zu treffen, die sich in seiner gesundheitlichen Situation widerspiegeln. Viele wirken sich direkt oder indirekt auf das physische und psychische Wohlbefinden aus (Fazel et al. 2014). Die Qualität dieser Entscheidungen beeinflusst die Lebenschancen, Lebensqualität und Lebenserwartung (Zok 2014).

Um die eigene Gesundheit aktiv gestalten zu können, benötigen Menschen Gesundheitskompetenzen, die ihnen die Fähigkeiten bieten, Informationen aufzufinden, zu verstehen und zu nutzen (Thilo et al. 2012). Voraussetzung hierfür sind nach Fousek et al (2012) individuelle Kompetenzen und unterstützende Rahmenbedingungen. Der European Health Literacy Survey (HLS-EU-Studie)<sup>1</sup> belegt, dass eine geringe Gesundheitskompetenz oft mit einem schlechten Gesundheitszustand und einem niedrigen sozio-ökonomischen Status korreliert ist (Fousek et al. 2012). Er zeigt auf, „ [...] dass Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz beispielsweise weniger gesundheitsfördernde Entscheidungen treffen oder geringere Therapietreue und Selbstmanagement-Fähigkeiten im Krankheitsfall besitzen“ (Fousek et al. 2012, S. VII).

Diesen Zusammenhang zwischen sozialer Situation und Krankheit haben in der Vergangenheit diverse Studien belegen können. Trabert (2010) beschreibt wohnungslose Menschen als eine Personengruppe, die in besonderer Form von Armut, die in ganz Deutschland vorkommen kann, betroffen ist. (Trabert 2010).

In der Freien und Hansestadt Hamburg leben nach letzten Angaben von der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration mehr als 5.400 Menschen in der Wohnungslosigkeit (Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration 2012). Das Resultat der Lebensumstände von Wohnungslosen ist ein Lebensmittelpunkt im Hier und Jetzt und das Streben nach Existenzsicherung stellt das Ziel ihres Han-

---

<sup>1</sup>Die HLS-EU-Studie, die unter der Leitung der Universität Maastricht durchgeführt wurde, hat in acht EU-Mitgliedstaaten Daten zur Gesundheitskompetenz in Bezug auf Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung erhoben und die Ergebnisse verglichen.

Online verfügbar unter

<http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Institutes/FHML/CAPHRI/DepartmentsCAPHRI/InternationalHealth/ResearchINHEALTH/Projects/HealthLiteracyHLSEU.htm>, zuletzt geprüft am 27.05.2015

delns dar. Dahingegen sind bestehende und zukünftige Gesundheitseinschränkungen für sie weniger relevant (Stehling 2008). Hinzu kommen individuelle Gesundheitsbelastungen, denen diese Personengruppe exponiert ist, wie beispielsweise unzureichende Schlafmöglichkeiten, mangelnde Körperhygiene, Mangelernährung oder auch Abhängigkeitserkrankungen (Stehling 2008). „Die besonderen Bedingungen des Lebens auf der Straße verhindern eine angemessene, gesunde Lebensweise und begünstigen Erkrankungen, die unter anderen Umständen kaum entstehen würden, bzw. chronifizieren solche, die in normaler häuslicher Umgebung rasch ausheilen könnten“ (Grabs 2006, S.6).

Obwohl die medizinisch-pflegerische Versorgung von wohnungslosen Menschen grundsätzlich über das Regelsystem gewährleistet wird, ist die Inanspruchnahme gering (Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration 2012). Diese Personengruppe ist jedoch häufig mit akuten Erkrankungen, auf Grund von Unfallmechanismen und Drogennotfällen in den Ambulanzen von Krankenhäusern vertreten (Fazel et al. 2014).

Daraus lässt sich schließen, dass die Personengruppe der Wohnungslosen aus verschiedenen Gründen meist nicht dazu befähigt ist, ihre Gesundheit aktiv zu gestalten. Folglich ist also von der Hypothese auszugehen, dass Wohnungslose über geringe Gesundheitskompetenzen verfügen.

## **1.2 Zielsetzung, Fragestellung, Abgrenzung und Vorgehensweise**

Das Interesse an dem Thema dieser Arbeit liegt darin, zu erforschen über welche Gesundheitskompetenzen wohnungslose Männer in Hamburg verfügen und welche pflegerischen Implikationen daraus abzuleiten sind, um daraufhin die Gesundheitskompetenz der Personengruppe gezielt zu fördern und zu unterstützen. Damit soll eine notwendige Anpassung der Gesundheitsversorgung an die Lebenswelt der wohnungslosen Menschen angeregt werden.

Aus der Zielsetzung ergeben sich zwei Fragestellungen, die mit dieser Arbeit beantwortet werden sollen:

- ➔ Über welche Gesundheitskompetenzen verfügen wohnungslose Männer in Hamburg?
- ➔ Welche Implikationen lassen sich daraus für die pflegerische Arbeit ableiten?

Zuwanderer sind nicht Hauptgegenstand dieser Studie, werden aber in dem empirischen Teil berücksichtigt, da sie ein fester Bestandteil der Wohnungslosenszene in Hamburg sind und ebenfalls Kapazitäten der Gesundheitshilfe in Anspruch nehmen. Die Obdachlosenstudie, die im Jahr 2009 im Auftrag der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz durchgeführt wurde belegt, dass die Anzahl der nicht aus Deutschland stammenden Wohnungslosen steigt und schon 2009 bei über 25% lag (Schaak 2009). Frauen werden dahingegen in dieser Arbeit nicht berücksichtigt, aufgrund des nachweislich schweren Zugangs zu ihnen. Diese halten ihre Wohnungslosigkeit häufig verdeckt und anstatt institutionell Zuflucht zu suchen oder auf der Straße zu leben, kommen sie ohne eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung bei Bekannten oder Familienangehörigen unter (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2012).

Die Arbeit besteht aus zwei Blöcken, die sich aufteilen in einen literaturgestützten und einen empirischen Teil. Zu Beginn wird ein Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und Gesundheitskompetenz hergestellt. Im nächsten Schritt folgt eine Auseinandersetzung mit der Thematik Gesundheitskompetenz.

Im zweiten Block wird zunächst die empirische Forschung erläutert. Diesem folgt die Ergebnispräsentation, die darauffolgend diskutiert wird. Die pflegerischen Implikationen, die daraus hervorgehen, werden dargelegt. Den Abschluss der Arbeit bildet die aus den Ergebnissen abzuleitende Schlussfolgerung der Thematik.

## **2. Stand der Forschung**

Um den aktuellen Stand der Forschung zu ermitteln, wird eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken „Pubmed“ und „Cochrane“ durchgeführt. Relevante Suchbegriffe sind „health literacy“, „health competence“, „homeless“, „derelict“, „to dispose“, „to command“ und „Germany“

Die Suche ergibt, dass es in Deutschland und Hamburg keine Forschung gibt, die speziell die Gesundheitskompetenzen von wohnungslosen Menschen ermittelt.

Weiter wurde eine Handsuche in der Datenbank „Google Scholar“, sowie der Suchmaschine „Google“ getätigt. In der Bibliothek der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, sowie in der Bibliothek des Ärztlichen Vereins in Hamburg wurde außerdem in geeigneter Literatur recherchiert.

## **3. Ausgangslage**

### **3.1 Definitionen und Zahlen zur Wohnungslosigkeit in Deutschland und Hamburg**

Zunächst muss gesagt werden, dass aus der Literatur keine einheitliche, allgemeingültige Definition von Wohnungslosigkeit hervorgeht.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) <sup>2</sup> definiert Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit nach der Europäischen Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekärer Wohnversorgung (ETHOS)<sup>3</sup>, welcher von der European Federation of National Organisations working with the Homeless (FEANTSA) <sup>4</sup> entwickelt wurde (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe 2015).

Als Obdachlos gelten demnach Menschen, die auf der Straße wohnen, sich in Parks oder unter Verschlägen aufhalten oder an öffentlichen Plätzen leben. Ebenfalls zählen die Menschen dazu, die keinen festen Wohnsitz haben und in Notunterkünften oder anderen niederschweligen Einrichtungen übernachten (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe 2015).

---

<sup>2</sup>Hier ist die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe für Österreich gemeint

<sup>3</sup>Nach der ETHOS werden die wohnungslosen Menschen nach ihrer Wohnsituation klassifiziert

<sup>4</sup>FEANTSA ist der Dachverband der Wohnungslosenhilfe, welcher auf europäischer Ebene agiert



Wohnungslosigkeit definiert die ETHOS, wenn Personen in Einrichtungen wohnen, dessen Aufenthaltsdauer begrenzt ist und es sich dabei um keinen Dauerwohnplatz handelt. Hier sind Übergangsheime, Übergangswohnungen, Herbergen und Asyle gemeint. Frauen und Kinder, die aufgrund häuslicher Gewalt in sogenannten Frauenhäusern Schutz suchen, zählen ebenfalls dazu. Immigranten und Asylbewerber mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus, die in Auffangstellen oder Lagern unterkommen müssen, werden nach dem ETHOS auch als Teil dieser Personengruppe bezeichnet. Eine weitere Gruppe sind die Menschen, die aus Institutionen, wie z.B. Gefängnissen entlassen werden und über keinen Wohnraum verfügen. Zuletzt zählen auch Personen, die in Dauereinrichtungen für Wohnungslose leben, zu den Wohnungslosen (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe 2015).

Im Gesamtkonzept der Wohnungslosenhilfe für Hamburg werden Menschen, die auf der Straße leben und keine Unterkunft haben, als obdachlos definiert. Wohnungslosigkeit liegt demzufolge vor, wenn Personen über keinen mietrechtlich abgesicherten Wohnraum verfügen und auf ordnungs- oder sozialrechtlicher Grundlage in einer Unterkunft der Wohnungslosenhilfe leben (Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration 2012).

Die folgende Arbeit orientiert sich an der Definition des Gesamtkonzepts der Wohnungslosenhilfe für Hamburg, da der Betrachtungsfokus auf der aktuellen Wohnungslosigkeit liegt, und die Wohnverhältnisse aus denen die Menschen kommen von keiner großen Bedeutung für die Ergebnisse ist.

Nachfolgend wird der Begriff „Wohnungslosigkeit“ verwendet, wobei dies „Obdachlosigkeit“, als Teil dieser Personengruppe, einschließt. Wenn es um ausschließlich auf der Straße lebende Personen geht, wird dies entsprechend kenntlich gemacht.

Es handelt sich bei wohnungslosen Menschen um eine sehr heterogene Personengruppe. Dies bezieht sich sowohl auf das Alter, die Dauer der Wohnungslosigkeit, als auch auf die gesundheitliche und finanzielle Situation der Menschen (Schaak 2009). Eine Vielfalt von Personen ist von Wohnungslosigkeit betroffen. Darunter „[...] MigrantInnen mit und ohne gültige Aufenthaltserlaubnis,

ArbeitsmigrantInnen aus den neuen EU-Ländern, Asylbewerber, Langzeitarbeitslose – darunter mittlerweile auch Angestellte und Akademiker -, psychisch Kranke, Suchtkranke, pflegebedürftige wohnungslose Menschen, Haftentlassene, Rückkehrer aus dem Ausland ohne Anlaufstelle, ehemals selbstständige Kleinunternehmer ohne genügend Alterssicherung und Schuldner“ (Malyssek und Störch 2009, S. 13). Häufig zieht Wohnungsnot auch andere soziale Problematiken wie Langzeitarbeitslosigkeit, Einkommensarmut und gesundheitliche Einschränkungen mit sich (Schaak 2009).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W)<sup>5</sup> veröffentlicht jährlich Schätzungen zu Zahlen von Wohnungslosen, da in Deutschland keine einheitliche Wohnungsnotfallstatistik existiert. Die Zahl der Wohnungslosen wird in der letzten Erhebung aus dem Jahr 2012 auf 282.000 geschätzt. Davon sind vermutlich 11% (32.000) minderjährig. Der Anteil der volljährigen Männer liegt bei ca. 75% (252.000), damit deutlich höher als bei den Frauen. Durch einen stetigen Anstieg der Wohnungslosigkeit seit 2008 wird bis zum Jahr 2016 eine Zahl von insgesamt ca. 380.000 Wohnungslosen prognostiziert (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2013).

Die folgende Grafik (siehe Abb. 1) zeigt die Entwicklung der Wohnungslosigkeit im Zeitraum von 2001 bis 2010 in Deutschland:

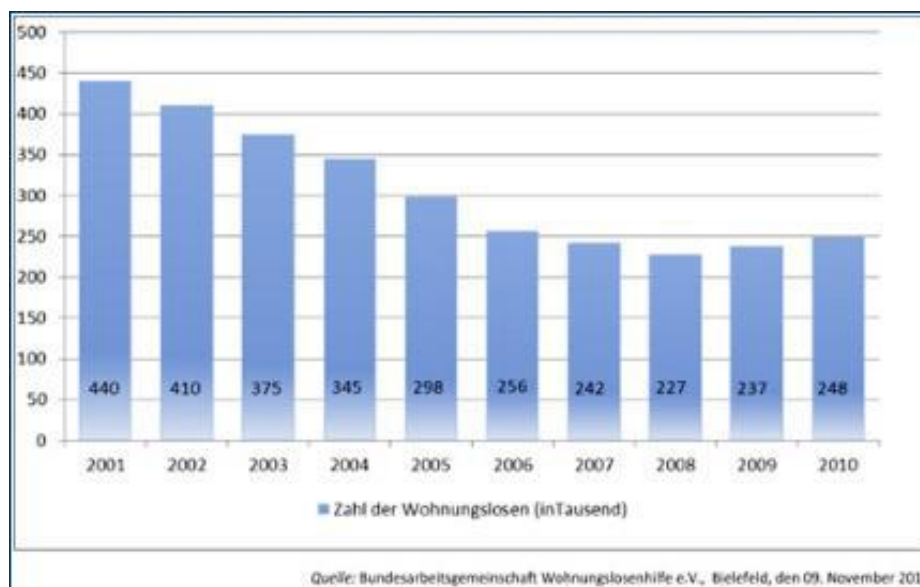


Abbildung 1 Entwicklung von Wohnungslosigkeit in Deutschland

<sup>5</sup>Dachverband der Wohnungslosenhilfe in Deutschland

Laut der BAG W ist die Zahl der obdachlosen Menschen von 2010 auf 2012 um 10% auf ca. 24.000 gestiegen (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2013).

Die letzte Erhebung im Auftrag der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg fand 2009 statt. Sie ergab, dass in Hamburg ca. 5.400 Personen von Wohnungslosigkeit betroffen sind, eingeschlossen sind dabei etwas über 1.000 Obdachlose. Dazu kommen mehr als 3.500 Zuwanderer ohne Wohnberechtigung, die in der öffentlichen Unterbringungen leben. Die Dunkelziffer der Wohnungslosen ist vermutlich weitaus höher (Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration 2012).

### **3.2 Zugang in das Gesundheitssystem**

Allen Menschen ist der Zugang zum regulären Gesundheitssystem grundsätzlich gewährleistet (Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration 2012).

Doch in der Realität gibt es für die wohnungslosen Menschen Barrieren, die finanzieller, bürokratischer oder logistischer Natur sein können (Steiger 2010).

Steiger (2010) belegt in seiner Arbeit unter anderem die folgenden Faktoren, die den Zugang zum Gesundheitssystem für die Personengruppe erschweren. Dazu zählen ein fehlender oder nicht nachweisbarer Krankenversicherungsschutz, ebenso, wie die nicht vorhandenen finanziellen Mittel, um Zuzahlungsbeträge zu leisten. Viele Menschen haben laut Steiger (2010) Schwierigkeiten, den Transportweg zum Arzt zu bewältigen oder überhaupt erst anzutreten. Einen Arzt aufzusuchen kann durch Schamgefühl aufgrund unzureichender Körperhygiene erschwert werden. Dazu kommt, dass viele Langzeitwohnungslose Schwierigkeiten haben, sich an Terminvereinbarungen zu halten, bzw. grundsätzlich einen Termin zu vereinbaren. Wartezeiten in Arztpraxen, Krankenhäusern oder Ambulanzen stellen für diese Personengruppe eine über das Maß hinaus große Problematik dar, nicht zuletzt aus Angst vor Stigmatisierung oder Diskriminierung (Steiger 2010).

Auch Zeitmangel bedingt durch Suchterkrankungen verhindert den Zugang zur regulären medizinischen Versorgung, denn die Betroffenen sind aufgrund der

zwanghaften Beschaffung neuer Suchtmittel ständig unter Zeitdruck (Steiger 2010). Außerdem können viele nicht einschätzen, wann es notwendig ist, professionelle medizinische oder pflegerische Hilfe aufzusuchen (Trabert 2010). Dem zu Grunde liegt ein oft verändertes Gesundheitsbewusstsein bedingt durch das Leben auf der Straße (Grabs 2006).

Schaak (2009) unterstreicht durch seine im Jahr 2009 in Hamburg durchgeführte Obdachlosenstudie die beschriebene Problematik. Er belegt in seiner Arbeit, dass die Personengruppe, die Versorgungsangebote für Wohnungslose, wie medizinische Sprechstunden in Tagesaufenthaltsstätten und mobile ärztliche Angebote, stark frequentiert. Im Gegensatz dazu wird das medizinische Regelversorgungssystem, trotz des gegebenen Krankenversicherungsschutzes, wenig in Anspruch genommen. Die Wohnungslosenhilfe ist nach Schaak (2009) für die Wohnungslosen die erste Anlaufstelle und muss daher in der Lage sein, gegebenenfalls die weitere Vermittlung in medizinische oder pflegerische Versorgung einzuleiten (Schaak 2009).

Das Hamburger Hilfesystem für Wohnungslose<sup>6</sup> bietet in Einrichtungen der ambulanten, stationären und niederschweligen Versorgung medizinisch-pflegerische Hilfen an (Schaak 2009). Hierdurch soll dem Personenkreis der Zugang zu einer angemessenen Versorgung erleichtert werden (Lutz und Simon 2012). Lutz und Simon (2012) beschreiben als Besonderheit dabei die sogenannte „Geh-Struktur“, wobei die Patienten vom Helfenden aufgesucht werden. Währenddessen wird die „Komm-Struktur“, bei der der Patient sich, wie im regulären Gesundheitssystem üblich, an den Arzt wendet, nicht vorausgesetzt (Lutz und Simon 2012).

Ziel bleibt trotzdem, so betonen es neben Trabert (2010) und Nawka (2011) auch Lutz und Simon (2012) in ihrer Arbeit, die Reintegration der Menschen in das Regelversorgungssystem (Lutz und Simon 2012). Auch Steiger bestärkt in seiner Studie, dass das Ziel, Menschen in das reguläre Gesundheitssystem zu reintegrieren, weiter bestehen muss. Niederschwellige medizinische Angebote sollen die Notlage abmildern, aber stets eine Rückführung anzielen (Steiger 2010).

---

<sup>6</sup>Synonym zu dem Begriff „Wohnungslosenhilfe“ verwendet, gemeint sind Institutionen, die sich mit dem Thema Obdach- und Wohnungslosigkeit befassen

### 3.3 Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen

Es ist in verschiedene Arbeiten empirisch bewiesen worden, dass wohnungslose Menschen häufiger an physischen und psychischen Erkrankungen leiden als die übrige Bevölkerung (Steiger 2010). Der Gesundheitszustand wird durch die Lebensumstände geprägt und negativ beeinflusst (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2013).

Diverse Studien, die zwischen den Jahren 1990 und 2002 durchgeführt worden, unterstreichen diese Thesen (Steiger 2010).

Nawka und Püschel (2011) haben sich in ihrer Forschung mit der Morbidität obdachloser Menschen in Hamburg befasst. Ziel war die möglichst genaue Erfassung des Gesundheitszustandes von 110 Teilnehmern, durch Befragung, Untersuchung und Blut- und Urinalysen (Nawka und Püschel 2011).

Die folgende Aufzählung orientiert sich an der Häufigkeit der pathologischen Befunde.

Die meisten befragten Wohnungslosen leiden an Zahnerkrankungen. 94% der Teilnehmer fehlen Zähne, 41% davon sogar 11-31 Stück. 75% der Teilnehmer rauchen.

Weiterer Handlungsbedarf ergibt sich aus der Blutdruckkontrolle, bei 40% der Teilnehmer wurde ein zu hoher Wert ermittelt (>140/90mmHg), weitere Kontrollen zur Diagnosestellung von „Hypertonie“ sind nach Nawka und seinem Kollegen (2011) dringend notwendig. Bei 18% wurde ein klärungsbedürftiger pathologischer Auskultationsbefund festgestellt. Auch das hohe Risiko an Tuberkulose zu erkranken ist für Wohnungslose, die oftmals ein geschwächtes Immunsystem haben, hoch.

Bei 18 Teilnehmern sind erhöhte HbA1c-Werte<sup>7</sup> diagnostiziert wurden, damit sind diese bereits Diabetiker oder haben ein hohes Risiko daran zu erkranken. Nur drei Teilnehmern aus der Untersuchung von Nawka und Püschel war diese Diagnose aus der Anamnese bereits bekannt. Zurückzuführen ist dies bei der angesprochenen Personengruppe besonders auf Fehlernährung und Bewegungsmangel.

---

<sup>7</sup>HbA1c ist ein Glykohämoglobin, dieses gibt Auskunft über die Blutzuckerwerte der letzten 4-12 Wochen und wird umgangssprachlich auch als Langzeit-Blutzuckerwert bezeichnet

Von Hauterkrankungen sind 40% der Untersuchten betroffen. Diese sind Resultate mangelnder Hygiene, fehlender Bewegung, falschem Schuhwerk, Umwelt- und Witterungseinflüssen, Fehlernährung und körperlichem Stress. Die Blutuntersuchungen wiesen bei 45% der Teilnehmer eine erhöhte Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BSG) auf, was, wie Nawka und Püschel (2011) analysieren, auf eine Entzündung, eine chronische Erkrankung oder auch ein Malignom hindeutet. Bei 27% ließ sich durch die Bestimmung des mittleren Volumens der einzelnen Erythrozyten (MCV)<sup>8</sup> ein übermäßiger oder chronischer Alkoholkonsum nachweisen, 76% gaben in der Anamnese an täglich Alkohol zu trinken. Bei 40% war der Gammaglutamyltransferase-Wert (GGT)<sup>9</sup> erhöht, was als Indiz für eine nachweisbare Leberschädigung, bedingt durch den Alkoholkonsum, verstanden wird. Nawka und Püschel stellen fest, dass ein Drittel der Teilnehmer alkoholabhängig ist.

Auch für psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel Psychosen, Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Demenz, ist nachweislich ein erhöhter Gefährdungsgrad vorhanden (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2013). 70-75% aller Wohnungslosen weisen mindestens eine psychische Erkrankung auf (Malyssek und Störch 2009). Resultat ist oftmals eine starke körperliche Verwahrlosung und Verlust des Realitätsbezugs, was wiederum den Progress der oben aufgeführten somatischen Erkrankungen bedingen kann (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2013).

Schaak bat Wohnungslose in Hamburg im Jahr 2009 um eine Selbsteinschätzung zu ihrem Gesundheitszustand anhand einer Skalierung nach Schulnoten. Dabei gaben 41% der Wohnungslosen ihrer Gesundheit eine der beiden schlechtesten Noten. Dabei spielte die Dauer der Wohnungslosigkeit eine Rolle, da je länger diese anhielt, die Einschätzung der Gesundheit immer schlechter wird. Dies stimmt mit den weiteren Ergebnissen der Studie von Schaak (2009) überein, denn je länger die Menschen ohne festen Wohnsitz sind, umso schlechter ist ihr tatsächlicher gesundheitlicher Zustand (Schaak 2009).

---

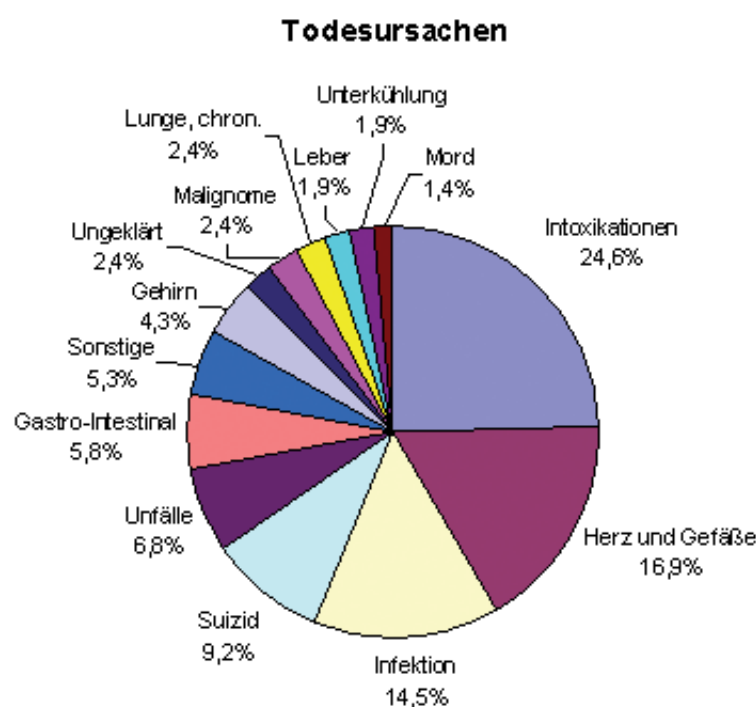
<sup>8</sup>MCV wird bei der Bestimmung des kleinen Blutbildes dargestellt, es handelt sich um einen Wert, der unter anderem den Eisengehalt im Blut bestimmt

<sup>9</sup>GGT ist ein Wert zur Bestimmung der Leber-Werte

In einer weiteren Studie wurde belegt, dass Wohnungslose ein deutlich höheres Risiko haben, frühzeitig zu sterben, da das durchschnittliche Todesalter nur 46,5 Jahre beträgt (Grabs 2006). Grabs erforscht in ihrer Arbeit die Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg um Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zu Lebzeiten zu ziehen. Bei Obduktionen zeigte sich, dass viele Verstorbene an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und der Lunge litten. Dazu zählten unter anderem Herzinsuffizienzen, Myokardinfarkte oder ein Lungenemphysem. Außerdem waren Infektionserkrankungen, wie Pneumonien oder Tuberkulose vorhanden (Grabs 2006).

In vielen Fällen lagen nach der Forschung von Grabs (2006) Organveränderungen, verursacht durch Alkoholkonsum vor, die sich meist in Form von Leberverfettung oder Pankreasfibrose zeigten. Auch Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes und Traumata äußerer Gewalt lagen vor. In Abbildung 2 werden die beschriebenen Ursachen von Todesfällen wohnungsloser Menschen in Hamburg grafisch dargestellt.

Durch die beschriebenen gesundheitsschädlichen Lebensumstände, sind wohnungslose Menschen deutlich vorgealtert, obwohl sie biologisch noch relativ jung sind (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2013).



Quelle: Grabs 2009; Abbildung 2: Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg

## **4. Gesundheitskompetenz**

Eine gute Gesundheitskompetenz ist notwendig, um gesundheitsrelevante Informationen im täglichen Leben anzuwenden und auf dieser Basis Entscheidungen in Bezug auf die eigene Gesundheit bewusst treffen zu können. Vor allem wird dadurch eine bessere Wahrnehmung des eigenen Körpers bedingt (Fousek et al. 2012). Umgekehrt führt mangelnde Gesundheitskompetenz laut Fousek et al (2012) dazu, dass der Gesundheitszustand schlecht und das Risiko für Erkrankungen hoch ist (Fousek et al. 2012). Das World Health Communication Associates hat die negativen Folgen einer geringen Gesundheitskompetenz zusammengeführt, dazu zählen: riskantes Verhalten, geringe Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten, schlechteres Verständnis von medizinischen Zuständen, häufig späte Diagnosestellung, geringe Compliance, schlechte Selbstmanagement-Fähigkeiten, erhöhtes Risiko eines Krankenhausaufenthaltes, physisch und psychisch schlechte Gesundheitszustände, höheres Sterblichkeitsrisiko, höhere Behandlungskosten (Allinson und Apfel 2010).

### **4.1 Begriffsklärung**

Geprägt wurde der Begriff Gesundheitskompetenz in den 1970er Jahren mit der Etablierung in die Erziehungswissenschaften für funktionelle Kompetenzen wie Lesen, Verarbeiten und Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen (Fousek et al. 2012).

Gesundheitskompetenz ist die deutsche Übersetzung des Begriffs „health literacy“ (Thilo et al. 2012). Die Bedeutung von Literacy ist wie folgt: „An individual's ability to read, write, and speak in English (first language) and compute and solve problems at level of proficiency necessary to function on the job and in society, to achieve one's goals, and to develop one's knowledge and potential“ (Irwin 1991, S. 333) Im Englischen wird der Begriff Gesundheit also mit Lese- und Rechenfähigkeit verbunden (Thilo et al 2012).

Der Begriff „Kompetenz“, welcher im deutschen verwendet wird, stammt aus dem Lateinischen und bedeutet Sachverstand, beziehungsweise Zuständigkeit (Thilo et



al 2012). Die Begriffe Health Literacy und Gesundheitskompetenz sind synonym zu verwenden, die Benutzung beider Begrifflichkeiten erfolgt im weiteren Verlauf.

Die World Health Organisation (WHO) definierte 1998 den Begriff Health Literacy im Bereich der Gesundheitsförderung wie folgt: „Health Literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to understand and use information in ways which promote and maintain good health“ (WHO 1998). Hier wird Gesundheitskompetenz als geistige und soziale Fähigkeit verstanden, welche als Grundvoraussetzung dafür dient, sich Gesundheitsinformationen zu beschaffen, diese zu verstehen und so einzusetzen, dass diese sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Die WHO schafft damit eine enge Verbindung zu dem Begriff Empowerment<sup>10</sup> (WHO 1998). 2009 entwickelte die WHO den Begriff auf der 7. Globalen Konferenz für Gesundheitsförderung in Nairobi weiter. Durch die Fokussierung der Bereiche Umwelt, Politik und Soziales als gesundheitsbestimmende Faktoren wird eine größere Perspektive für die Entstehung und Weiterentwicklung von Gesundheitskompetenzen ermöglicht (WHO 2009).

Thilo und Kollegen haben das Konzept Gesundheitskompetenz erstmals im deutschsprachigen Raum für die Pflege analysiert, definiert und diskutiert. Eine umfassende Literaturrecherche von 1980 bis 2009 zeigte, dass das Konzept zunehmend diskutiert wird, die Definitionen aber überwiegend im medizinischen Kontext formuliert sind und in der pflegerischen Literatur kaum Bedeutung finden. Somit sind diese Definitionen nur von begrenzter Relevanz für die Pflege (Thilo et al 2012).

Unterschiede zwischen europäischen und nordamerikanischen Definitionen sind besonders dahingehend zu finden, dass die Definitionen im europäischen Raum über die Beschreibung der Grundfertigkeiten hinausgehen. Daraus schließen Thilo et al, dass Gesundheitskompetenz neben diesen Grundfertigkeiten auch in der Reflexion des eigenen Handelns, dem Austausch über Gesundheitswissen und der Selbstbestimmung des Individuums liegt und somit als gesundheitsförderndes Verhalten zu verstehen ist. Zudem wird die Fähigkeit des Patienten im Umgang mit

---

<sup>10</sup> Empowerment wird von der WHO als Prozess definiert, durch den Menschen eine höhere Kontrolle über ihre eigenen gesundheitsrelevanten Entscheidungen und Handlungen erhalten (WHO 1998)

Gesundheit und Krankheit, ebenso wie das Zurechtkommen in unterschiedlichen Lebensbereichen beleuchtet (Thilo et al 2012).

Thilo et al entwickelten darauf aufbauend folgende Definition für die Pflege: „Gesundheitskompetenz ermöglicht der/dem Patienten(in)/Angehörigen, gesundheitsrelevante Informationen zu erschließen, zu verstehen, zu nutzen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, Fragen im Kontext von Gesundheit und Krankheit zu stellen und eigene Bedürfnisse zu formulieren. Um gesundheitskompetent zu sein, benötigt die/der Patient(in)/Angehörige die Fähigkeit des Lesens, Schreibens und Rechnens. Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, informierte Entscheidungen zu treffen und dadurch eine aktive Rolle für die Gesundheit zu übernehmen, um diese aufrechtzuerhalten, zu fördern oder wiederherzustellen“ (Thilo et al. 2012, S.434).

Im selben Zeitraum konzipierten Sørensen und Kollegen (2012) im Auftrag der European Health Literacy Studie (2009-2012) eine systematische Übersichtsarbeit, um alle vorhandenen Definitionen und Konzepte zur Gesundheitskompetenz auf internationaler Ebene zu identifizieren und um diese zu analysieren mit der Zielsetzung eine neue Definition aufzustellen, die dimensional Ebenen zu erfassen und anhand dessen ein integriertes Modell zu entwickeln. Das entstandene Review enthält 17 verschiedene Definitionen und 12 konzeptionelle Modelle zur Gesundheitskompetenz (Sørensen et al. 2012).

Nach der systematischen Analyse aller Definitionen zu Gesundheitskompetenz formulierten sie eine übergreifende Definition, die wie folgt lautet: „Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course“ (Sørensen et al. 2012, S. 3). Zu Deutsch: „Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Kompetenz und umfasst Wissen, Motivation und Kompetenzen. Diese ermöglichen es relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden um im Alltag in den Domänen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile zu fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder

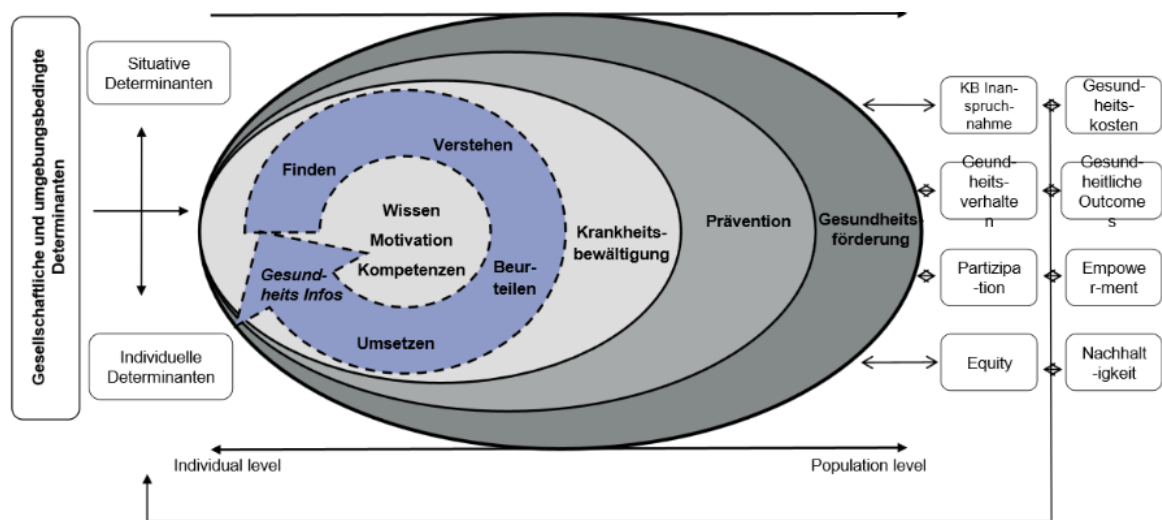
verbessern“ (Sørensen et al. 2012). Sørensen et al erweiterten den Blickwinkel mit ihrer Definition auf individueller sowie auf gesellschaftlicher Ebene unter Einbezug der sozialen Faktoren (Sørensen et al. 2012).

Zusammenfassend kann unter Gesundheitskompetenz verstanden werden, dass ein Mensch bestimmte Fähigkeiten besitzt, um gesundheitsrelevante Informationen zu verarbeiten, damit im Alltag Entscheidungen bezüglich der Gesundheit, bewusst getroffen werden können. Beeinflusst wird dies stets durch verschiedene äußere Faktoren wie Umwelt, Politik und Soziales.

Die Definition von Health Literacy nach Sørensen et al (2012) wird in dieser Arbeit bewusst verwendet, da die Einflussfaktoren bei der Erhebung von Gesundheitskompetenzen in Bezug auf wohnungslose Menschen eine bedeutende Rolle einnehmen und auch der Zugang zum Gesundheitssystem im Folgenden näher beleuchtet werden soll. Des Weiteren vereint das im nächsten Absatz folgende Modell zur Gesundheitskompetenz, welches sich auf der Definition von Sørensen aufbaut, die wissenschaftlichen Ansätze, welche maßgeblich zur Orientierung der empirischen Arbeit dieser Thesis dienen.

## **4.2 Integriertes Modell von Gesundheitskompetenz**

Sørensen und Kollegen fassen in ihrem integrierten Modell von Gesundheitskompetenz alle wissenschaftlichen Ansätze zusammen, die ihre Definition von Health Literacy betreffen (Abb. 3).



Quelle: Sorensen et al 2012

Abbildung 3: Integriertes Modell von Gesundheitskompetenz

In ihrer Arbeit haben Sørensen und Kollegen (2012) das Modell wie im Folgenden beschrieben (Sørensen et al. 2012): Im Inneren des Modells befindet sich die Basis, bestehend aus Wissen, Motivation und Kompetenzen, die für die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen unabdingbar sind. Umschlossen wird dieser Kern von den vier Ebenen auf denen gesundheitsrelevante Informationen verarbeitet werden. Auf diesen Ebenen geht es nach Sørensen et al darum, die gesundheitsrelevanten Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen (Sørensen et al. 2012). „Das bedeutet: Eine Person kann sich die notwendigen Informationen besorgen, versteht die Informationen, kann sie kritisch beurteilen, unabhängig behandeln und so individuelle, strukturelle, soziale und wirtschaftliche Barrieren überwinden“ (Fousek et al. 2012, S. 8).

Abhängig ist dies von den individuellen kognitiven Fähigkeiten und den bereitgestellten Informationen, die dem Menschen zur Verfügung stehen. Nach Sørensen et al spielen Wissen und Fähigkeiten, die über diesen Prozess entwickelt werden dann eine Rolle, wenn Personen in den drei gesundheitsrelevanten Bereichen, nämlich der Krankheitsbewältigung, der Prävention und der Gesundheitsförderung interagieren wollen (Sørensen et al. 2012). Das Individuum hat hierdurch die Chance, durch den Verarbeitungsprozess der gesundheitsrelevanten Informationen in den verschiedenen Dimensionen eine aktive Rolle in der Interaktion der eigenen Gesundheit einzunehmen und eine

gewisse Kontrolle zu erlangen (Fousek et al. 2012).

Außerdem werden im Modell nach Sørensen auch die Einflussfaktoren, die die Gesundheitskompetenz beeinflussen, hinterfragt. Dazu gehören, neben gesellschaftlichen und umweltbezogenen Faktoren, auch die individuellen und situationsbezogenen Faktoren (Fousek et al. 2012).

Geringe Gesundheitskompetenz kann dann auf zwei Ebenen verbessert werden. Zum einen durch Interventionen auf persönlicher Ebene, zum anderen durch Maßnahmen auf Systemebene (Sørensen et al. 2012).

## **5. Empirische Forschung**

### **5.1 Forschungsdesign**

Zur Beantwortung der aufgeführten Forschungsfragen wird die schriftliche Befragung als eine Möglichkeit der quantitativen Datenerhebung gewählt. Hier werden die Fragen schriftlich vorgelegt und selbstständig von den Teilnehmern beantwortet. Das Verfahren ist relativ kostengünstig und einfach umzusetzen (Raab-Steiner und Benesch 2008). Die Erhebung ist nicht experimentell und erfolgt unter Anwesenheit der Autorin in der Zeit vom 21.04.-29.04.2015 in zwei Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Hamburg. Befragt werden Männer, die aktuell wohnungslos und kognitiv geeignet sind, an der Erhebung teilzunehmen. Es wurde ein Querschnittsdesign gewählt.

Die Untersuchungspopulation wird zum einen in der Tagesaufenthaltsstätte für Wohnungslose „Herz As“ angetroffen, zum anderen in der Übernachtungsstätte für obdachlose Männer „Pik As“. Geplant sind pro Einrichtung zwei Erhebungstage. Die potenziellen Teilnehmer werden durch direkte Ansprache von der Autorin kontaktiert und der Fragebogen wird von diesen selbstständig schriftlich ausgefüllt. Die persönliche Anwesenheit der Autorin und das Ausfüllen vor Ort sollen einem hohen Rücklauf dienen.

Für die Überprüfung der Verständlichkeit der Fragen und die Festlegung der Antwortmöglichkeiten soll ein Pretest durchgeführt werden. Die sich daraus ergebenden Veränderungen sollen in der Schlussfassung des Fragebogens umgesetzt werden.

Nach Ablauf der Datenerhebung werden die Daten mit dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet.

## **5.2 Empirische Umsetzung**

### **5.2.1 Messinstrument**

Das Messinstrument soll zur Ermittlung der Ist-Situation eingesetzt werden und prognostische Aussagen zu den Gesundheitskompetenzen von wohnungslosen Menschen in Hamburg geben können.

Es wird ein Fragebogen entwickelt, der eine stark strukturierte Befragung erlaubt. Darunter ist eine durchnummerierte Reihenfolge von vorformulierten Fragen zu verstehen (Raab-Steiner und Benesch 2008). Die Erstellung des verwendeten Fragebogens orientiert sich hauptsächlich an dem Instrument HLS-EU-Q47<sup>11</sup>, einem Fragebogen, welcher für die Erhebung im Rahmen der HLS-EU-Studie entwickelt wurden ist und den Anforderungen zu der Entwicklung von Gesundheitskompetenz nach Sørensen et al (2012) entspricht.

Angepasst an das integrierte Modell von Sørensen und Kollegen (2012) sind die Fragen an die vier verschiedenen Ebenen, gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, beurteilen und umsetzen angepasst und den drei Dimensionen, Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung zuzuordnen (Sørensen et al. 2012). Es werden von der Verfasserin dieser Arbeit verschiedene, für die Personengruppe als geeignet empfundene, Items aus dem Fragenkatalog des HLS-EU-Q47 ausgewählt. Diese werden vom Englischen ins Deutsche übersetzt und in verständlicher Ausdrucksweise formuliert. Besonderer Fokus liegt auf der Einfachheit der Formulierung in Bezug auf Lesbarkeit und Verständnis. Außerdem werden vier weitere zielgruppenspezifische Fragen, die den Anforderungen des Modells entsprechen, entwickelt.

Der erste Teil des Fragenkatalogs besteht zudem aus einer Abfrage soziodemografischer Daten. Insgesamt soll der Fragebogen auf einer DIN-A4-Seite abbildbar sein, damit die Teilnehmer nicht durch die Länge des Messinstrumentes

---

<sup>11</sup> Online verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1471-2458-13-948-s1.pdf>; zuletzt geprüft am 14.05.2015

demotiviert werden.

Nach einem Expertengespräch mit dem Einrichtungsleiter der Tagesaufenthaltsstätte „Herz As“ findet eine erneute Überarbeitung des Fragebogens statt, um den Bogen genauer an die Lebenswelt der Personengruppe anzupassen und die Wohnungslosigkeit stärker in den Fokus zu rücken. Da es die Intention der Autorin ist die Gesundheitskompetenzen der Personengruppe zu ermitteln und keine Stigmatisierung, wie es durch Fragen zu Suchtmittelkonsum den Anschein nehmen könnte, hervorzurufen, werden Fragen fokussiert, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung unter Einbindung von Hygiene und Hygienebedingungen der Zielgruppe in die Befragung einbringen. Damit werden die situativen und individuellen Determinanten der Wohnungslosen, ebenso wie die gesellschaftlichen und umgebungsbedingten Einflüsse, die für diese Menschen einen besonderen Stellenwert haben, berücksichtigt. Der Fragebogen umfasst im ersten Teil vier soziodemografische Abfragen und im zweiten Teil 15 weitere, die im Verlauf der weiteren Arbeit erläutert werden.

Offen bleibt bis zum Pretest, ob sich das dichotome Antwortformat oder die Ratingskala eignet. Hierfür werden beide Varianten getestet.

### **5.2.2 Pretest**

Um die Verständlichkeit der Fragen und die zwei Varianten von Antwortmöglichkeiten zu testen wird ein Pretest vorgesehen. Dieser wird mit drei Personen der Zielgruppe durchgeführt. Die Durchführung erfolgt wie oben beschrieben. Die Besonderheit im Pretest liegt darin, dass ein Fragebogen beide Antwortvarianten vereint um zu erfahren, welche als geeigneter erscheint. Zusätzlich besteht das Angebot, sich bei Fragen oder Unklarheiten an die Verfasserin zu wenden, die anwesend ist.

Der Pretest hat ergeben, dass die Fragen verständlich formuliert sind. Ein weiteres Ergebnis des Pretests ist, dass zwei der drei Probanden sich sicherer im Umgang mit der Beantwortung der Fragen fühlen, wenn das dichotome Antwortformat vorgegeben ist. Sie befürworten vor allem die bessere Übersichtlichkeit des Formats

mit nur zwei Antwortmöglichkeiten, sowie bessere Entscheidungsfindung durch deutlichere Abstufung. Die konkrete Entscheidung, die dieses Format verlangt ist in der Literatur auch unter dem Begriff „Forced-Choice“ zu finden (Raab-Steiner und Benesch 2008) und erweist sich als gut geeignet für die angesprochene Zielgruppe. Die dichotome Variante birgt allerdings auch das bekannte Risiko der Schwierigkeit eine Entscheidung zwischen ja und nein zu treffen und wenig Variabilität zu haben, was sich auch negativ auf andere Teilnehmer auswirken kann. In der vorliegenden Arbeit ist das Format, welches sich durch eine kurze Bearbeitungszeit und die Einfachheit der Anwendung auszeichnet, ein entscheidender Vorteil (Raab-Steiner und Benesch 2008).

Außerdem wurde die Variante des Rentenbezuges als Einkommensart nicht bedacht, woraufhin die Antwortmöglichkeiten dementsprechend erweitert wurden. Die Daten der Pretest Teilnehmer wurden nicht in die Datenauswertung einbezogen. Der endgültige Fragebogen ist dem Anhang 1 zu entnehmen.

### **5.2.3 Datenerhebung und -analyse**

Es werden drei Einrichtungen kontaktiert, wovon zwei in der vorgesehenen Zeit zur Verfügung stehen können, die dritte Einrichtung scheidet aus zeitlichen Gründen aus. Die erste Kontaktaufnahme mit den Einrichtungen erfolgt per E-Mail mit konkreter Beschreibung über das Vorhaben und die Vorgehensweise. Per Telefon wird zu einem Vorgespräch geladen. Die zwei teilnehmenden Einrichtungen werden daraufhin an zwei verschiedenen Terminen von der Verfasserin dieser Arbeit aufgesucht und in Gesprächen mit den Einrichtungsleitungen und weiteren Mitarbeitern wird die Vorgehens- und Verhaltensweise während der Erhebung besprochen. Außerdem werden die Kontaktpersonen im Team, die während der Befragung im Dienst sein werden, über das Vorhaben initiiert. Die Genehmigung für die Befragung, welche anonym und freiwillig erfolgt, wird über den Einrichtungsleiter und/oder die Abteilung der Öffentlichkeitsarbeit erteilt.

Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Befragung sind Volljährigkeit, eine aktuelle Wohnungslosigkeit und die kognitive und sprachliche Fähigkeit, an der Befragung teilzunehmen. Außerdem werden nur männliche Probanden befragt, da



der Zugang zu Frauen, wie eingangs beschrieben, schwierig herzustellen ist. Personen, die offensichtlich stark alkoholisiert sind oder mit denen keine Kommunikation aufgrund fehlender übereinstimmender Sprache möglich ist, sind von der Teilnahme ausgeschlossen.

Die Datenerhebung findet an zwei Tagen, im Zeitraum vom 27.04.-29.04.2015 in den zwei aufgeführten Einrichtungen für wohnungslose Menschen statt. Die Akquirierung der Teilnehmer erfolgt, wie im Forschungsdesign beschrieben. Die Befragung findet in einer Einrichtung im Eingangsbereich an vorhandenen Stehtischen, in der anderen Einrichtung im Tagesaufenthaltsraum an Tischgruppen, statt. Jeder Teilnehmer wird mündlich über die Freiwilligkeit und Anonymität aufgeklärt und erklärt sich mit Ausfüllen des Fragebogens zur Verwendung der Daten einverstanden. Die Datenerhebung dauert insgesamt 10,5 Stunden. Alle Teilnehmer bearbeiten den Fragebogen mit Gewährleistung der Intimsphäre unter Anwesenheit der Verfasserin. Teilweise müssen Fragen aufgrund von mangelndem Verständnis erläutert werden. Die Teilnehmer werden darauf hingewiesen, alle Fragen zu beantworten. Insgesamt können 50 Personen befragt werden.

Die Auswertung der Daten erfolgt durch die Verfasserin im Statistikprogramm SPSS. Der Rohdatensatz wird einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Im Rahmen der Studie dienen in erster Linie Häufigkeitsnennungen und Kreuztabellen der Analyse der Daten.

## **6. Präsentation der Ergebnisse**

Die Datenanalyse wird grob in zwei Bereiche unterteilt. Der erste Bereich umfasst die soziodemografischen Daten; das Alter, Herkunftsland und das Einkommen der Teilnehmer in dieser Studie.

Der zweite Bereich befasst sich mit den Ergebnissen, die bezüglich der Gesundheitskompetenz wohnungsloser Männer in Hamburg erhoben werden können. Dieser Bereich wird in fünf weitere Cluster unterteilt. Hier werden die 15 Items aus dem Fragenkatalog den vier verschiedenen Ebenen aus dem integrierten Modell von Health Literacy nach Sørensen und Kollegen (gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, beurteilen und umsetzen) zugeteilt, erklärt und teilweise in Bezug zu den soziodemografischen Daten gesetzt. Es folgt außerdem

ein Verweis auf die angesprochene Dimension der Fragestellungen, eingeteilt nach Sørensen in Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung.

Das fünfte Cluster umfasst die vier zusätzlichen Fragen, die von der Verfasserin, entwickelten wurden, um weitere Aspekte in Bezug auf Gesundheitskompetenz, die sich speziell auf die wohnungslosen Männer richtet, zu erreichen.

Von insgesamt 72 kontaktierten Personen haben 50 Personen an der Befragung teilgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 69,44%. Alle Datensätze können in die Analyse mit einbezogen werden.

## **6.1 Soziodemografische Daten**

### Alter

Das Alter wird durch die Kategorisierung von fünf Altersklassen angegeben. Die erste Klasse umfasst das Alter „18-20“, die zweite „21-30“, die dritte „31-40“, die vierte „41-50“ und die fünfte „50 Jahre oder älter“.

In der grafischen Darstellung der Altersklassen in einem Balkendiagramm (siehe Abb. 4) lässt sich erkennen, dass die Klasse „18-20“ in der Stichprobe nicht und die Klasse „21-30“ am seltensten vertreten ist. Die Klasse „älter als 50 Jahre“ stellt mit 16 Befragten (32%) die stärkste Gruppe dar. Die zwei mittleren Altersgruppen von „31-50“ sind mit nur einer Abweichung fast identisch. Zusammen machen die zwei höchsten Altersklassen der über 41 Jährigen einen Anteil von 29 Befragten (58%) aus. Es ist erkennbar, dass Alter und Teilnehmerzahl miteinander korrelieren, also in hohen Altersgruppen auch mehr Befragte vorhanden sind.

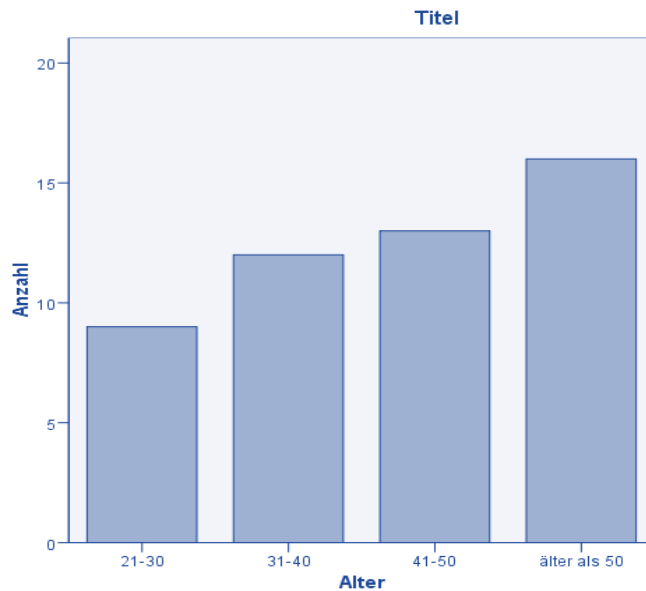


Abbildung 4: Prozentuale Altersverteilung

### Herkunft und Einkommen

An der Befragung nehmen Wohnungslose aus 16 verschiedenen Ländern teil. Mit 26 Teilnehmer (52%) bildet Deutschland als Herkunftsland die Mehrheit. Polen und die Türkei sind mit je vier Teilnehmern (je 8%), Ghana mit drei (6%) und Bulgarien mit zwei Teilnehmern (4%), vertreten. Die anderen elf Länder, wozu Spanien, Italien, Schweden, Litauen, Rumänien, sowie die Ukraine, Iran, Afghanistan, Marokko, Gambia und Mali zählen, sind jeweils das Herkunftsland von einem Befragten (je 2%).

Das Einkommen wird anhand von sechs Kategorien erfragt. Die Abstufung erfolgt in „kein Einkommen“, „Gehalt“, „Rente“, „ALG I“, „Hartz IV“ und „Grundsicherung“. Dabei ist „Hartz IV“ als Einkommensquelle mit 17 Stimmen (34%) am häufigsten vertreten, hier sind die Deutschen als Leistungsbezieher mit 13 Personen (26%) die stärkste Gruppe. 15 der Befragten (30%) haben angegeben über „kein Einkommen“ zu verfügen. „Arbeitslosengeld I“ erhalten acht der Männer (16%). Die vier Bezieher (8%) der „Grundsicherung“ stammen alle aus Deutschland. Je zwei der Teilnehmer (8%), aus Deutschland und der Türkei, verfügen über eine „Rente“ und zwei (4%), aus Deutschland und Polen über „Gehalt“ als Einkommensart. Im nachfolgenden Balkendiagramm werden Herkunftsland und die Einkommensart dargestellt:

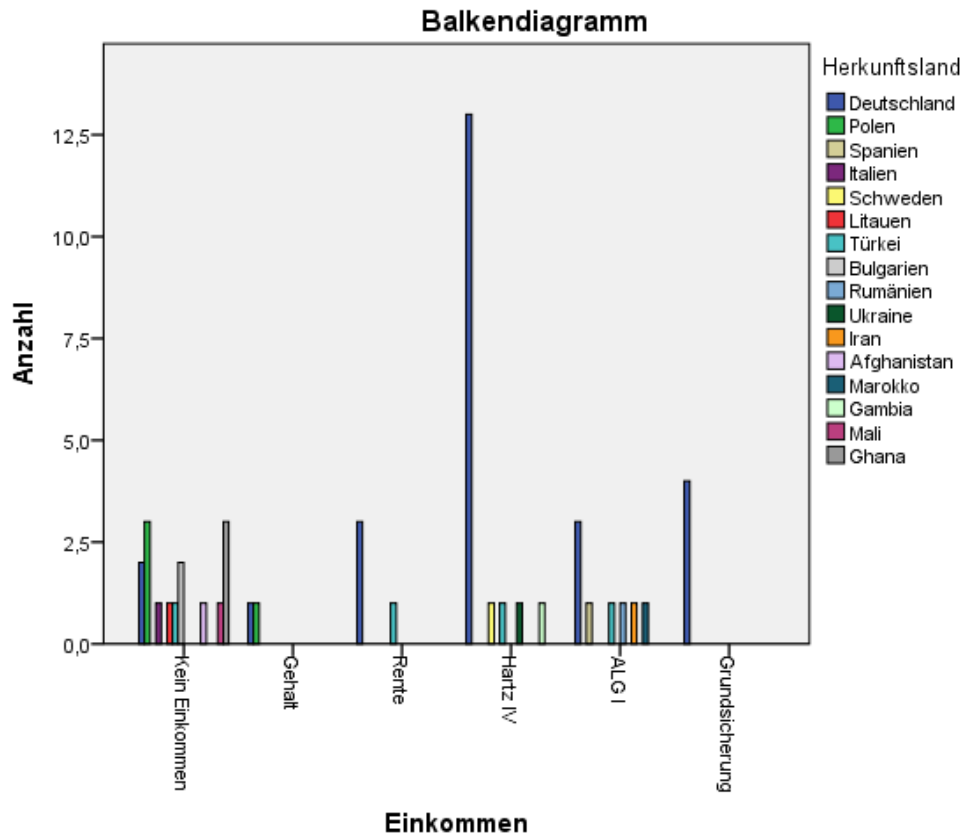


Abbildung 5: Herkunftsland und Einkommen

Hier wird noch einmal verdeutlicht, dass die Deutschen bei der Einkommensart „Hartz IV“ mit 13 Personen (26%) den größten Anteil ausmachen. Aber auch ein Befragter aus Schweden, einer aus der Türkei und einer aus Gambia (je 2%) geben an „Hartz IV“ zu beziehen. Ausschließlich vier Deutsche (8%) erhalten Grundsicherung. „Rente“ bekommt, neben drei Männern aus Deutschland (6%), auch ein Befragter (2%) aus der Türkei. Insgesamt stammen die meisten Leistungsbezieher aus Deutschland.

## 6.2 Gesundheitskompetenzen

### 6.2.1 Gesundheitsrelevante Informationen finden

Für das Cluster „Gesundheitsrelevante Informationen finden“ haben sich die drei im Folgenden dargestellten Fragen geeignet um zu ermitteln, in wie weit die Befragten befähigt sind, überhaupt Informationen zu erlangen.

Frage 2: „Wissen Sie, wo Ihnen professionell (Arzt, Krankenschwester) geholfen wird, wenn Sie krank sind?“ (Dimension: Krankheitsbewältigung). 35 Teilnehmer (70%) beantworten diese Frage mit ja, 15 (30%) wissen nicht, wo Ihnen professionelle Hilfe zur Verfügung steht (siehe Abb. 6).

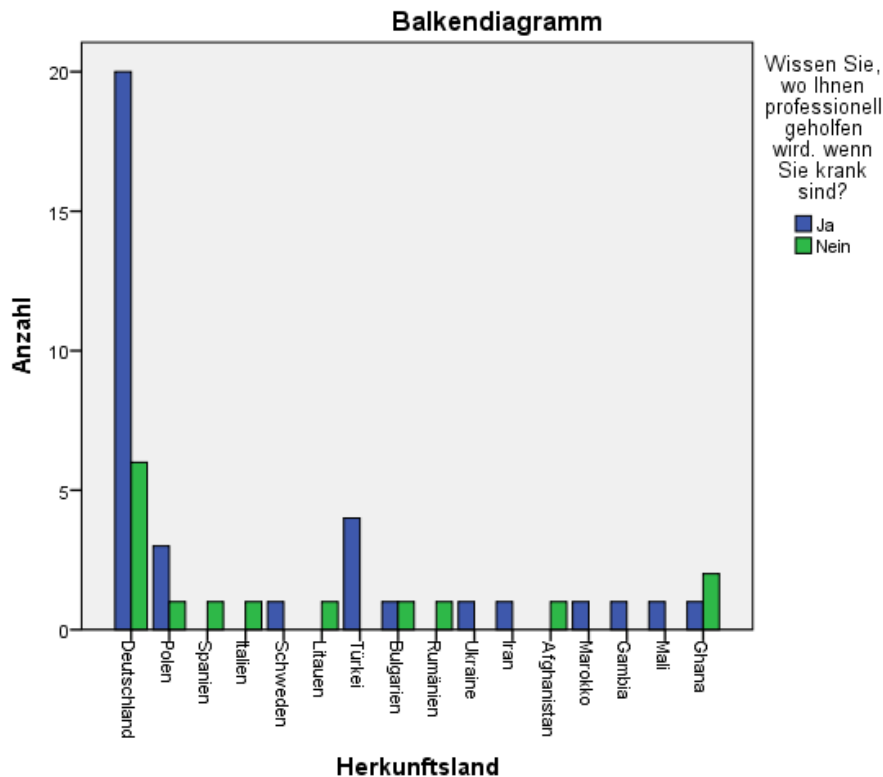


Abb. 6: Wissen Sie, wo Ihnen professionell geholfen wird, wenn Sie krank sind?

Frage 4: „Wissen Sie, wo Sie Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, finden können?“ (Dimension: Krankheitsbewältigung). 31 der Befragten (62%) bejahen diese Frage, 19 (38%) verneinen.

Frage 8: „Wissen Sie, wo Sie Hilfe finden könnten, wenn Sie psychische Probleme haben würden?“ (Dimension: Prävention). Hier ist die Differenz zwischen den Antwortmöglichkeiten nicht stark ausgeprägt. 22 der Befragten (44%) wissen nicht, wo sie Hilfe bei psychischen Problemen finden könnten, 28 (56%) geben an, dies zu wissen.

## 6.2.2 Gesundheitsrelevante Informationen verstehen

Im zweiten Cluster sollen zwei Fragen dazu dienen, Erkenntnisse über das Verständnis von Informationen zu erlangen.

Die erste Frage 5 lautet: „Können Sie verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?“ (*Unverständlich erklärt/ sprachliche Barrieren*) (*Dimension: Krankheitsbewältigung*). Hier verneinen lediglich 14 Teilnehmer (28%), 36 (72%) sind der Meinung ihren Arzt zu verstehen. Von den 36 Personen sind 20 aus Deutschland (55,55%) und 16 (44,44%) nicht aus Deutschland, daher ist es nicht möglich, eine große Signifikanz aufgrund des Herkunftslandes auszumachen (siehe Abb. 7).

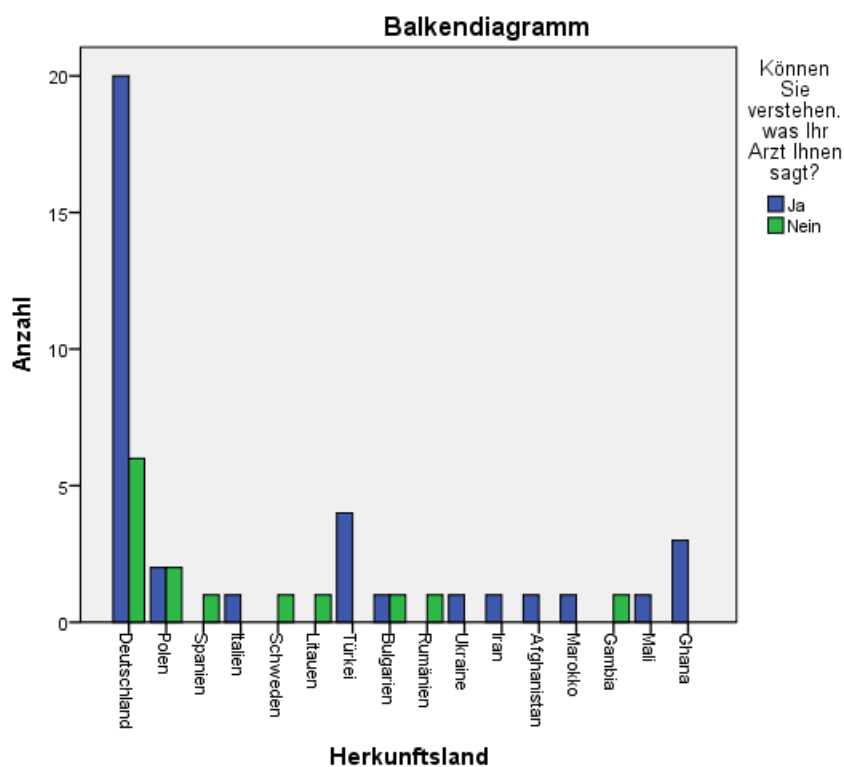


Abbildung 7: Können Sie verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?

Die Frage 10 lautet: „Sind für Sie Informationen über Gesundheitsgefahren, wie zum Beispiel Rauchen, leicht zu verstehen?“ (*Dimension: Prävention*). 43 der Teilnehmer (86%) bejahen diese Frage. 7 (14%) geben an, Gesundheitsgefahren nicht leicht zu verstehen.

### 6.2.3 Gesundheitsrelevante Informationen beurteilen

Um zu ermitteln, in wie weit die Befragten Informationen kritisch beurteilen können, sollen die drei hier aufgeführten Fragen Aufschluss gewähren.

Die Frage 7 „*Können Sie beurteilen, wann Sie so krank sind, dass Sie eine professionelle Hilfe aufsuchen müssen?*“ (Dimension: Krankheitsbewältigung), haben 40 Teilnehmer (80%) mit ja beantwortet. Damit geben nur ein Fünftel der Befragten an, nicht einschätzen zu können, wann sie eine medizinische Hilfe benötigen.

Frage 9 „*Helfen Ihnen Gesundheitsratschläge von Freunden und Bekannten?*“ (Dimension: Gesundheitsförderung). Für 22 Teilnehmer (44%) sind Ratschläge in Bezug auf die Gesundheit von Freunden und Bekannten hilfreich, im Gegensatz dazu geben 28 Stimmen (56%), und damit die Mehrheit, an, diese nicht als nützlich zu empfinden.

Frage 11 heißt: „*Können Sie beurteilen, wie Ihre Wohnsituation Ihre Gesundheit beeinflusst?*“ (Dimension: Gesundheitsförderung). Die Minderheit mit 13 Befragten (26%) gibt an dies nicht beurteilen zu können, der Großteil von 37 Personen (74%) sagt aus, einschätzen zu können, in wie weit die Wohnsituation auf ihre Gesundheit Einfluss nimmt (siehe Tab. 1). In der Tabelle wird deutlich, dass diese Antworten keinen besonderen Bezug zum Alter der Befragten aufweisen.

**Alter \* Können Sie beurteilen, wie Ihre Wohnsituation Ihre  
Gesundheit beeinflusst? Kreuztabelle**

Anzahl

	Können Sie beurteilen, wie Ihre Wohnsituation Ihre Gesundheit beeinflusst?		Gesamt
	Ja	Nein	
21-30	8	1	9
31-40	8	4	12
41-50	10	3	13
älter als 50	11	5	16
Gesamt	37	13	50

Tab. 1: Können Sie beurteilen, wie ihre Wohnsituation Ihre Gesundheit beeinflusst?

#### **6.2.4 Gesundheitsrelevante Informationen umsetzen**

Die letzte Stufe im Prozess der Informationsverarbeitung ist die Umsetzung der Informationen hinsichtlich der aktiven Gestaltung von Gesundheit.

„Können Sie Anweisungen und Ratschläge von Ihrem Arzt, trotz Wohnungslosigkeit, befolgen?“ (Dimension: Krankheitsbewältigung), lautet Frage 6. Hier antworteten 29 Teilnehmer (58%) mit ja und 21 (42%) mit nein.

Bei Frage 12: „Können Sie sich vor Krankheiten, die Ihre Mitmenschen haben, schützen?“ (Dimension: Prävention) sagten 28 der Befragten (56%) aus dazu Fähig zu sein, 22 (44%) verneinten die Frage (siehe Tab. 2).

Frage 13 „Können Sie im Notfall einen Krankenwagen rufen?“ (Dimension: Krankheitsbewältigung), beantworteten 37 der Personen (74%) mit ja und 13 (26%) mit nein.



**Können Sie sich vor Krankheiten, die Ihre Mitmenschen haben, schützen?**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ja	28	56,0	56,0	56,0
Gültig Nein	22	44,0	44,0	100,0
Gesamt	50	100,0	100,0	

Tab. 2: Können Sie sich vor Krankheiten, die Ihre Mitmenschen haben, schützen?

### 6.2.5 Zusatzfragen

Die letzten vier Fragen sollen aufzeigen, wie sich der Zugang zum Gesundheitssystem gestaltet und welche Hygiene angeboten und ausgeführt werden kann. Die Fragen sind so konzipiert, dass sie den Clustern zuzuordnen sind und eine oder mehrere Dimensionen ansprechen. Die Lebenswelt der Wohnungslosen soll hierbei in den Fokus rücken um den Einflussfaktoren, die sich auf die Gesundheitskompetenz auswirken, einen besonderen Stellenwert zuzuschreiben.

Die Eingangsfrage lautet: „Sind Sie krankenversichert?“ (*Cluster 1 zuzuordnen, alle Dimensionen betreffend*). Hiermit wird zunächst der Zugang zum Gesundheitssystem geprüft. 32 der Befragten (64%) sind krankenversichert, 18 (36%) verfügen über keinen Versicherungsschutz. 21 der Personen (65,5%) mit Krankenversicherungsschutz stammen aus Deutschland (siehe Abb. 8).

Die Frage 3 „Bevorzugen Sie Gesundheitshilfen, die sich speziell an Wohnungslose richten, vor der Versorgung im Regelsystem?“ (*Cluster 4 zuzuordnen, Dimension: Krankheitsbewältigung*). Die Frage verneinten 31 der Befragten (62%), 19 (38%) gaben an, die Hilfen für Wohnungslose vorzuziehen.

Die Frage 14 „Haben Sie den Zugang regelmäßig, mindestens 1x in der Woche, duschen zu können?“ (*Cluster 4 zuzuordnen, Dimension: Prävention*), haben mit 48 Antworten (96%) fast alle Teilnehmer mit ja beantwortet. Lediglich zwei Teilnehmer (4%) gaben an keinen wöchentlichen Zugang zu einer Duschkmöglichkeit zu haben.

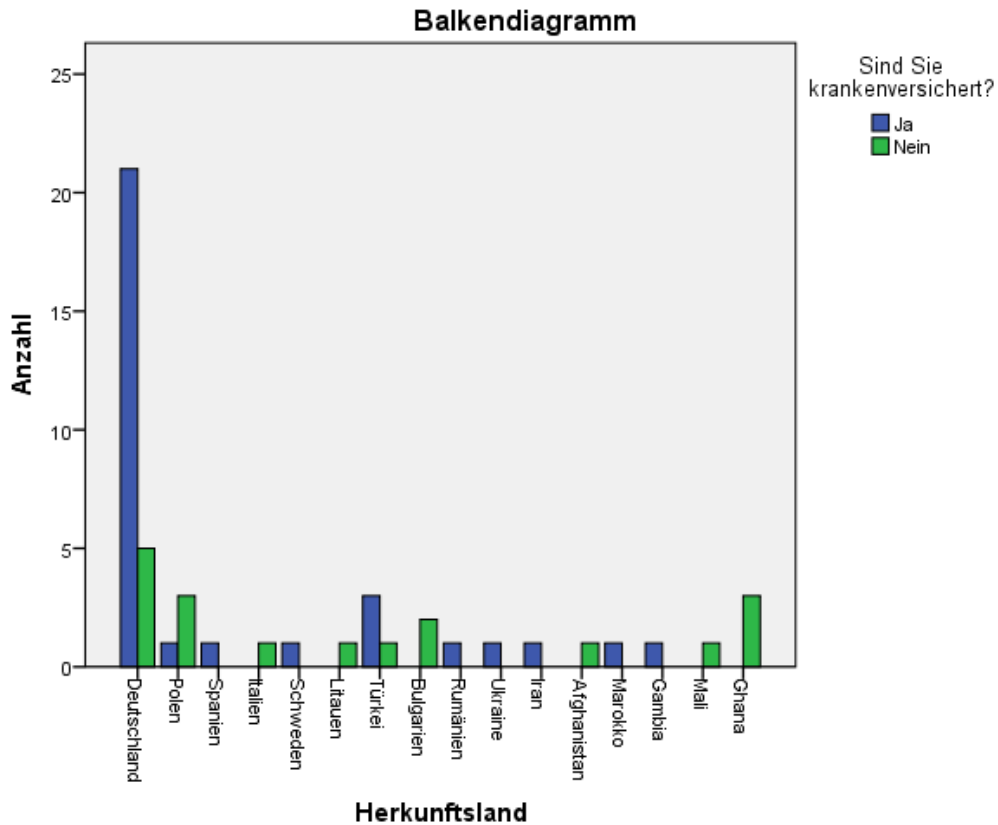


Abb. 8: Sind Sie krankenversichert?

Die letzte Frage 15 heißt: „*Reinigen Sie sich regelmäßig, wenigstens 1x am Tag, die Zähne?*“ (Cluster 4 zuzuordnen, Dimension: Prävention). Diese bejahten 39 Teilnehmer (78%), elf (22%) gaben an ihre Zähne nicht täglich zu putzen (s. Tab. 3)

**Alter \* Reinigen Sie sich regelmäßig, wenigstens 1x am Tag, die Zähne? Kreuztabelle**

Anzahl		Reinigen Sie sich regelmäßig, wenigstens 1x am Tag, die Zähne?		Gesamt
		Ja	Nein	
Alter	21-30	7	2	9
	31-40	10	2	12
	41-50	11	2	13
	älter als 50	11	5	16
Gesamt		39	11	50

Tab. 3: Reinigen Sie sich regelmäßig, wenigstens 1x am Tag, die Zähne?

## 7. Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der Prozess der Kompetenzentwicklung bereits in der ersten Ebene bei der Beschaffung von Informationen in den abgefragten Dimensionen, Krankheitsbewältigung und Prävention, gestört ist. Die Ergebnisse der Fragen 2, 4 und 8 belegen, dass jeweils mindestens 15 Teilnehmer (mind. 30%) nicht fähig sind, sich gesundheitsrelevante Informationen zu beschaffen. Viele Befragte weisen schon an diesem Punkt Defizite auf, die sie mutmaßlicher Weise im weiteren Verlauf der Kompetenzentwicklung nicht kompensieren können. Es ist anzunehmen, dass so der Prozess der Verarbeitung von Informationen nicht weitergeführt werden kann und die Gesundheitskompetenzen sich nicht darüber hinaus entwickeln können. Kritisch ist zu betrachten, dass sich beispielsweise 15 Teilnehmer (30%) nicht in der Lage sehen, professionelle Hilfe auffinden zu können. Im Cluster 2 wird bei Frage 5 aufgezeigt, dass das Verständnis zwischen Arzt und Patient nicht durch das Herkunftsland geprägt ist. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Deutschen und ausländischen Teilnehmern. Jedoch ist abzuwägen, ob bei der Beantwortung neben dem sprachlichen auch das inhaltliche Verständnis der Teilnehmer eine Rolle auf die Ergebnisse ausübt.

In Cluster 3 ist die Aussage prägnant, dass immerhin 10 der Befragten nicht einschätzen können, wann sie eine professionelle Hilfe aufsuchen müssten. Hier sollte hinterfragt werden, inwieweit die anderen Teilnehmer ihre gesundheitliche Situation richtig einschätzen können, denn aus der Literatur geht deutlich hervor, dass viele Wohnungslose nicht in der Lage sind ihre Gesundheitssituation adäquat abzuwägen.

Dahingegen ist es als positiv zu bewerten, dass 37 Befragte ihre Wohnsituation als beeinflussenden Faktor für ihren Gesundheitszustand beurteilen. Geht man davon aus, dass unter Beeinflussung ein negativer Einfluss auf die Gesundheit verstanden wird, verdeutlicht das Ergebnis, dass das Bewusstsein über Auswirkungen der Lebensweise der Wohnungslosen vorhanden ist. Ein Argument für das Potenzial zur Entwicklung von Gesundheitskompetenzen ist das Bewusstsein der Befragten darüber, dass die Wohnungslosigkeit das Durchführen ärztlicher Anweisungen und Ratschläge verhindert, dieser Aussage haben schließlich 21 Befragte zugestimmt. In diesem Zuge ist auch das Bewusstsein von 22 Personen, die angeben, sich nicht vor Krankheiten ihrer Mitmenschen schützen zu können, zu nennen.

Überraschend ist hingegen, dass nur 19 Teilnehmer die speziell an Wohnungslose gerichteten Gesundheitshilfen vorziehen, da die Autoren der Literatur sich einig sind, dass von der Personengruppe kaum Hilfen aus dem regulären Gesundheitssystem in Anspruch genommen werden. Hier besteht sicherlich noch weiterer Forschungsbedarf, der über den Inhalt dieser Arbeit deutlich hinaus geht und weiterer Untersuchungen bedarf.

Im letzten Teil der Ergebnispräsentation ist die Gesundheitskompetenz bei den zwei Fragestellungen zur hygienischen Thematik besonders positiv zu bewerten. In der Ergebnisdarstellung wurde bereits darauf hingewiesen, dass 48 Befragte regelmäßig Zugang zu Duscmöglichkeiten haben. Hier muss berücksichtigt werden, dass der Ort der Befragung eine möglicherweise verzerrende Auswirkung auf das Ergebnis haben könnte, da beide Einrichtungen Duscmöglichkeiten für wohnungslose Menschen zur Verfügung stellen.

Als besorgniserregend erscheint der fehlende Zugang zum Gesundheitssystem von 18 Befragten, aufgrund des nicht vorhandenen Krankenversicherungsstatus. Diese Zahl zeigt, dass bereits in der untersuchten Stichprobe eine Vielzahl von Menschen eine gravierende Einschränkung in der aktiven Gestaltung der eigenen Gesundheit hat, da beispielsweise die Möglichkeit, eine ambulante ärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen, nicht gewährleistet werden kann. Daraus kann geschlossen werden, dass dies unter Umständen auch die Personen sind, die letztendlich notfallmäßig in ein Krankenhaus eingeliefert werden oder deren Erkrankungen sich chronifizieren. Auch wenn die Motivation dazu vorhanden wäre, kann bereits die Informationsbeschaffung, um welche es auf der ersten Ebene des Modells nach Sørensen geht, nicht gelingen. Es ist daher davon auszugehen, dass die betroffenen Menschen im besonderen Maße benachteiligt sind.

Als unsicher ist einzuschätzen, inwieweit die Befragten eventuell Fragen nicht verstanden oder anders interpretiert haben als die Verfasserin. Außerdem ist die Selbsteinschätzung der wohnungslosen Personen bezüglich der eigenen Gesundheit in bestimmten Aspekten anzuzweifeln. Verfälschungen der Aussagen könnten zudem durch das Motiv der gesellschaftlichen Konformität bei der Beantwortung der Fragen aus Scham oder Angst vor Stigmatisierung sein. Somit ist die Reliabilität der Daten zu hinterfragen und weitere Forschung notwendig, um valide Ergebnisse zu manifestieren.

Des Weiteren ist anzumerken, dass es sich im Rahmen der Bachelor-Thesis um eine Auswahl von Fragen zur Ermittlung der Gesundheitskompetenz handelt und hier keine alles umfassende Erhebung durchgeführt wurde. Die Studie gibt keine Aussagen darüber, inwieweit die vorhandenen Gesundheitskompetenzen auch angewandt werden, da dies nicht Gegenstand der Untersuchung sein sollte. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. Um die Thematik der Gesundheitskompetenzen Wohnungsloser intensiver zu erforschen müssten neben quantitativen auch qualitative Untersuchungen durchgeführt werden. Dabei sollten neben der Dauer der Wohnungslosigkeit, die in diesen Untersuchungen nicht berücksichtigt wurde, auch der individuelle Gesundheitszustand erfasst werden, um einen Rückschluss auf die Qualität der Antworten ziehen zu können. Außerdem sollten auch weibliche Wohnungslose in die Forschung eingeschlossen werden. Des Weiteren ist eine Anpassung der Forschung auf verschiedenen Sprachen zu empfehlen, um sprachliche Barrieren zu umgehen und Verständnisproblemen vorzubeugen.

Die Umfrage konnte im zeitlichen Rahmen der Bachelor-Thesis einen guten Rücklauf erzielen. Durch eine Ausdehnung in andere Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, hätte die Rücklaufquote noch angehoben werden können. Die verwendete Methode war zur Beantwortung der Forschungsfragen weitestgehend geeignet. Wie schon nach dem Pretest zu vermuten war, wurde der Fragebogen von der Zielgruppe als Messinstrument gut angenommen.

Insgesamt wird die ermittelte Gesundheitskompetenz von der Autorin auf allen Ebenen und in allen Dimensionen als eingeschränkt beurteilt. Die Datenanalyse soll als Grundlage dienen, von der pflegerische Implikationen bezüglich der Förderung und Unterstützung der Personengruppe abgeleitet werden.

## 8. Pflegerische Implikationen

In diesem Kapitel werden pflegerische Konsequenzen, die sich auf die oben aufgeführten Ergebnisse begründen, dargestellt. Es wird weiterhin ein Bezug zum Modell von Gesundheitskompetenz nach Sørensen hergestellt. Das integrierte Modell nach Sørensen et al (2012) stellt die Möglichkeit der Verbesserung geringer Gesundheitskompetenz auf zwei Ebenen dar. Der erste Ansatz sind Interventionen auf persönlicher Ebene, der zweite Ansatz die Maßnahmen auf Systemebene (Sørensen et al. 2012). Im Folgenden wird hauptsächlich auf die Interventionen auf persönlicher Ebene eingegangen, da die Implikationen pflegerischen Handelns im Mittelpunkt stehen. Es wird kurz auf die Kompetenzen der Personengruppe der Pflegenden eingegangen und anschließend auf die zu vermittelnden Kompetenzen an die Zielgruppe und die Vorgehensweise dahingehend. Die Systemebene wird zu Beginn des Kapitels kurz beschrieben, um einen Überblick der Organisation der niederschweligen pflegerischen Versorgung in Hamburg zu vermitteln.

In Hamburg agiert die „Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.“ (HAG) als „Koordinierungsstelle für gesundheitliche Chancengleichheit“. Damit wird die Sektor-übergreifende Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe, Suchthilfe und gesundheitlicher Versorgung angestrebt. Denn nur durch die Vernetzung dieser differenzierten Hilfssysteme zu einem gemeinsamen Hilfssystem kann die Versorgung der Hilfebedürftigen gewährleistet werden (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. 2014). Wie eingangs beschrieben sind es oftmals die Anlaufstellen für Wohnungslose, in denen die Vermittlung in weiterführende Hilfen beginnen muss (Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration 2012).

In Hamburg gibt es eine Vielfalt von unterschiedlichen Versorgungsangeboten für wohnungslose Menschen mit medizinisch-pflegerischem Hilfebedarf. Dazu zählen viele Einrichtungen, unter anderem die Krankenstube für Obdachlose<sup>12</sup>, das Krankenmobil<sup>13</sup>, die Schwerpunktpraxen<sup>14</sup> oder auch der Gesundheitsflur in der

---

<sup>12</sup> Hierbei handelt es sich um ein stationäres Versorgungsangebot vom Caritasverband e.V. für Hamburg

<sup>13</sup> Hierbei handelt es sich um ein ambulant medizinisch-pflegerisches Versorgungsangebot vom Caritasverband e.V. für Hamburg

<sup>14</sup> Hier werden hausärztliche und psychiatrische Sprechstunden in niederschweligen Einrichtungen angeboten

Übernachtungsstätte „Pik As“. Des Weiteren bieten verschiedene niederschwellige Einrichtungen der Wohnungslosen- und Suchthilfe medizinische und/oder pflegerische Versorgungsangebote an (Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration 2012). Wie Trabert (2010) in seiner Arbeit betont, ist das Ziel dennoch die Reintegration der Personengruppe in das reguläre System (Trabert 2010). Im Folgenden werden Implikationen für die Arbeit mit Wohnungslosen im pflegerischen Kontext formuliert.

Zunächst erfolgt der Ansatz bei den Pflegenden selbst. Denn um Pflegende auch außerhalb von niederschweligen Einrichtung für die Personengruppe zu sensibilisieren, ist es zu empfehlen, die **Thematik Wohnungslosigkeit bereits in der Ausbildung von Pflegeberufen fest zu integrieren**. So kann auch im Krankenhaus eine angemessene Behandlung gewährleistet werden. Besonders in einer Großstadt wie Hamburg scheint dies notwendig zu sein. Diese Thematik sollte auch in Fortbildungen verankert werden, speziell in Brennpunkt-Krankenhäusern. Pflegende sollten in ihrer **interkulturellen Kompetenz** gestärkt werden, damit Herkunft, Kultur und Sprache sich nicht nachteilig auf die gesundheitliche Situation des Patienten auswirken, da, wie in dieser Arbeit verdeutlicht wird, viele Wohnungslose aus der ganzen Welt in Hamburg und anderen Städten Deutschlands leben.

Das Ziel bei der Arbeit mit benachteiligten Personengruppen kennzeichnet sich nach Fousek et al (2012) besonders durch die **Reduzierung von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Entfremdung** aus (Fousek et al. 2012). Dies sollte auch bei der pflegerischen Versorgung von Wohnungslosen in allen Settings der Pflege, also sowohl in niederschweligen Institutionen, als auch im regulären Gesundheitssystem, das Ziel sein. Hierzu zählen beispielsweise [...] Bereitstellung von materiellen Hilfen, Unterstützung bei der Reflexion von Problemen und Bedürfnissen, Unterstützung bei Entscheidungen und Lösungen, Hilfe bei der Organisation von Selbsthilfe“[...] (Fousek et al. 2012, S. 9) Die Wiederherstellung und effektivere Nutzung von Ressourcen der wohnungslosen Menschen sollte im Vordergrund stehen. Dies kann durch Pflegende in niederschweligen Einrichtungen beispielsweise in Form von Gesprächen und Zielvereinbarungen mit den Menschen geschehen. Bei psychiatrischen Schwierigkeiten könnte in Einzel- und

Gruppengesprächen das Verhalten der Menschen reflektiert werden. Der ressourcenorientierte Ansatz sollte im Handeln der Pflegenden verankert sein. Die Vernetzung von sozialer Arbeit und Pflege ist dringend notwendig, um diese Schritte in der Praxis umzusetzen.

Die Ergebnisdarstellung der Studie hat gezeigt, dass man bei der untersuchten Zielgruppe an der Basis beginnen muss, um die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen zu fördern und zu unterstützen. Das bedeutet, der Zielgruppe muss vermittelt werden, wo für sie gesundheitsrelevante Informationen zu finden sind. Die **Transparenz** von medizinisch-pflegerischer Versorgung in Hamburg muss ausgebaut werden. Hier könnten offene Aushänge von Informationen zu Ärzten und Pflegestellen an geeigneten Orten, wie neben Treffpunkten für Wohnungslose eine Variante darstellen.

Außerdem könnten Pflegende in Hamburg **aufsuchende Hilfen** im Rahmen einer „Komm-Struktur“ anbieten, indem sie beispielsweise mit Streetworkern in Stadtteilen, wie St. Georg oder St. Pauli kooperieren und hilfsbedürftige Obdachlose direkt ansprechen. Durch ein solches Format würden auch die Menschen erreicht werden, die sonst vollkommen durch das soziale Netz durchrutschen und keine Hilfen in Anspruch nehmen.

Generell ist eine Ausweitung von **offenen Sprechstunden für Wohnungslose durch professionell Pflegende** notwendig, um dem Bedarf an kompetenter pflegerischer Versorgung gerecht zu werden und neben dem ärztlichen Angebot eine weitere Profession fest in das System zu integrieren

Für Pflegende kann in der Versorgung von Wohnungslosen **Schulung und Beratung** ein Aufgabengebiet sein. Fousek et al (2012) beschreiben das Ziel: die Verbesserung der Selbststeuerungsfähigkeit (Fousek et al. 2012). Schulung und Beratung könnten in Form von Projekten in niederschweligen Einrichtungen stattfinden, beispielsweise durch Kochkurse, um die Menschen an eine gesündere und bewusste Ernährung heranzuführen. Oder auch in offenen Gesprächskreisen, in denen Pflegende mit Betroffenen gleicher Problematiken, psychischer oder physischer Art, zusammenkommen. In diesem Kreis könnten Hilfen angeboten und ein Austausch angeregt werden. Außerdem könnte die Anleitung zur Körperhygiene ein pflegerischer Schwerpunkt sein. Langfristig könnte dies einen positiven Effekt auf die Bewusstseinslage und die durch gesteigerte Körperhygiene verbesserte Lebensqualität der Menschen haben.



Dies leitet über zu einem der wichtigsten Aufgabenfelder der Pflege in der dargestellten Problematik, die **Prävention und Aufklärung**. Hier kann beispielsweise die Aufrechterhaltung oder gegebenenfalls das Zurückerlangen der Eigenverantwortlichkeit zum eigenen Sein im Fokus stehen. In der durchgeführten Studie verdeutlicht die Frage nach der Reinigung der Zähne, dass viele Menschen, die ohne eigene Wohnung leben, ein Defizit in der Selbstpflege aufweisen. Durch Aufklärung von Pflegenden in Form von Informationsständen oder Tagesprojekten in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe über die Folgen von mangelnder Eigenhygiene und Bereitstellung von Hilfsmitteln könnte dies möglicherweise verringert werden. Außerdem wird in diesem Punkt deutlich, wie wichtig die sektorübergreifende Vernetzung von den verschiedenen Hilffsystemen für Wohnungslose ist. Da die Zielgruppe zunächst immer in Einrichtungen, die ihnen vertraut sind, anzutreffen sein wird, müssen Interventionen an genau diesen Orten beginnen. In niederschweligen Einrichtungen haben Pflegende also die Chance Vertrauen zu schaffen und präventiv einzugreifen. Insgesamt könnte dies einen positiven Effekt auf die Reintegration in das reguläre Gesundheitssystem antreiben.

In der Literatur wird Gesundheitskompetenz oft im Zusammenhang mit **Empowerment** gesetzt (Fousek et al. 2012). Speziell bei der Arbeit mit Wohnungslosen scheint es empfehlenswert, diesen Ansatz anzuwenden. Hierdurch [...]“sollen Personen(-gruppen) dazu ermutigt werden, ihre eigenen (vielfach verschütteten) personalen und sozialen Ressourcen, sowie Fähigkeiten zur Beteiligung zu nutzen, um Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu erlangen. Die jeweiligen Rahmenbedingungen der Zielgruppe (das soziale und politische Umfeld) müssen stets mitbedacht werden, da diese das Vorhandensein und die Entwicklung von Ressourcen mitbestimmen“ (Brandes und Stark 2015). Das Konzept des Empowerments sollte in der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Wohnungslosen immer berücksichtigt werden. Die **Autonomie** der Menschen muss dabei stets geachtet werden. Neben einem respektvollen Umgang führt dies möglicherweise dazu, das Vertrauen der Personen zu gewinnen und die Compliance in Bezug auf die Mitarbeit in Gesundheitsbelangen zu erhöhen.

Im Fokus von Pflegenden in der Versorgung von wohnungslosen Menschen sollte außerdem immer die **Akzeptanz** für die individuellen Bedürfnisse und Werte der Individuen liegen, auch wenn sie sich möglicherweise von den eigenen stark

unterscheiden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass professionell Pflegende einen wichtigen Teil zu der pflegerischen Versorgung Wohnungsloser und der Entwicklung von Gesundheitskompetenzen beitragen können. Es sollte angestrebt werden, Pflegenden eine bedeutendere Rolle in der Versorgung von Wohnungslosen zukommen zu lassen und die Sektor-übergreifende Arbeit dahingehend auszubauen. Bei diesem Prozess ist jedoch zu hinterfragen, in welchem Maß noch eine Reintegration der Zielgruppe in das reguläre Gesundheitssystem möglich ist und erfolgreich gelingen kann. Hiermit ist nicht gemeint, dass durch die Systemausweitung keine Rückführung angestrebt wird, jedoch müssen Maßnahmen individuell angepasst werden um realistische Ziele zu erreichen.

## **9. Fazit**

Diese Arbeit weist auf, dass Gesundheitskompetenzen von wohnungslosen Menschen auf individueller Ebene unterstützt und gefördert, sowie auf Systemebene ausgebaut werden müssen. Da professionell Pflegende geeignet sind in der Versorgung einen wichtigen Part abzudecken, ergaben sich aus den ermittelten Defiziten der Gesundheitskompetenz direkte Implikationen für die Pflegenden. Sie sollten fest etabliert werden, ein größeres Spektrum als bisher im System der Versorgung Wohnungsloser abzudecken und mitzugestalten. Dies hätte den Effekt eine weitere Profession Teil des Sektor-übergreifenden Teams werden zu lassen, wodurch neue Perspektiven aufgedeckt und die Vielfalt von vorhandenen Konzepten ausgebaut werden könnte. Letztendlich würden alle Professionen, ebenso wie die wohnungslosen Menschen selbst, von einer Ausweitung des Systems profitieren.

## Literaturverzeichnis

Allinson, Carinne; Apfel, Franklin (2010): Promoting health. Advocacy guide for health professionals : health literacy action guide - annex. Compton Bishop: World Health Communication Associates Ltd.

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (2012): Gesamtkonzept der Wohnungslosenhilfe in Hamburg. Hamburg. Online verfügbar unter [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:k\\_Xo6bSoBLkJ:www.bagw.de/media/doc/TGD\\_13\\_Bundestagung\\_AG1\\_Jansen\\_Konzept.pdf+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:k_Xo6bSoBLkJ:www.bagw.de/media/doc/TGD_13_Bundestagung_AG1_Jansen_Konzept.pdf+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de), zuletzt geprüft am 14.05.2015.

Brandes, Sven; Stark, Wolfgang (2015): Empowerment/Befähigung. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/?idx=61>, zuletzt aktualisiert am 10.03.2015, zuletzt geprüft am 23.05.2015.

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2015): Begriffsdefinitionen von Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekärer Wohnversorgung. Online verfügbar unter <http://www.bawo.at/de/content/wohnungslosigkeit/definitionen.html>, zuletzt geprüft am 14.05.2015.

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2012): Frauen in Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot. Darstellung der Lebenslagen und der Anforderungen an eine bedarfsgerechte Hilfe. Bielefeld. Online verfügbar unter [https://www.google.de/?gws\\_rd=ssl#q=Statistikbericht+2011.+Bundesarbeitsgemeinschaft+Wohnungslosenhilfe+e.V.+%28Hrsg.%29.+Bielefeld:+Eigendruck](https://www.google.de/?gws_rd=ssl#q=Statistikbericht+2011.+Bundesarbeitsgemeinschaft+Wohnungslosenhilfe+e.V.+%28Hrsg.%29.+Bielefeld:+Eigendruck), zuletzt geprüft am 20.05.2015.

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2013): Umfang der Wohnungsnotfälle 2008-2012. Bielefeld. Online verfügbar unter [http://www.bagw.de/de/themen/zahl\\_der\\_wohnungslosen/](http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/), zuletzt aktualisiert am 2013, zuletzt geprüft am 16.05.2015.

Fazel, Seena; Geddes, John R.; Kushel, Margot (2014): The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. In: *Lancet* 384 (9953), S. 1529–1540.

Fousek, Stephan; Domittner, Brigitte; Nowak, Peter (2012): Health Literacy - Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Unter Mitarbeit von Sabine Haas, Eva-Maria Kernstock und Christa Peinhaupt. Gesundheit Österreich GmbH. Wien. Online verfügbar unter [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/health\\_literacy\\_2012.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/health_literacy_2012.pdf), zuletzt geprüft am 16.05.2015.

Gillich, Stefan (2012): Bürger oder Bettler. Soziale Rechte von Menschen in Wohnungsnot im Europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft.

Gillich, Stefan; Nagel, Stephan (Hg.) (2010): Von der Armenhilfe zur Wohnungslosenhilfe - und zurück? 1. Aufl. Gründau-Rothenbergen: TRIGA - der Verlag.

Grabs, Julia (2006): Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg. Universitätskrankenhauses Hamburg - Eppendorf, Hamburg. Rechtsmedizin. Online verfügbar unter [http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2007/3173/pdf/Todesursachen\\_von\\_Wohnungslosen\\_in\\_Hamburg.pdf](http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2007/3173/pdf/Todesursachen_von_Wohnungslosen_in_Hamburg.pdf), zuletzt geprüft am 14.05.2015.

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (Hg.) (2014): Wohnungslosigkeit und Gesundheit. Online verfügbar unter <http://www.hag-gesundheit.de/lebenswelt/soziale-lage/wohnungslose/ak-wohnungslosigkeit%20%2809.03.2015%29http://www.hag-gesundheit.de/lebenswelt/soziale-lage/wohnungslose/ak-wohnungslosigkeit>, zuletzt geprüft am 23.05.2015.

Irwin, Paul M. (1991): National Literacy Act of 1991. Hg. v. Library of Congress. Washington. Online verfügbar unter <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-105/pdf/STATUTE-105-Pg333.pdf>, zuletzt geprüft am 21.05.2015.

Lutz, Ronald; Simon, Titus (2012): Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Malyssek, Jürgen; Störch, Klaus (2009): Wohnungslose Menschen. Ausgrenzung und Stigmatisierung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Nawka, Stanislaw; Püschel, Klaus (2011): Morbidität obdachloser Menschen in Hamburg. In: *wohnungslos* 53 (2), S. 53–57.

Raab-Steiner, Elisabeth; Benesch, Michael (2008): Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. Wien: UTB.

Schaak, Thorsten (2009): Obdachlose, auf der Straße lebende Menschen in Hamburg 2009. Eine Empirische Untersuchung. Hg. v. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz. Hamburg. Online verfügbar unter <http://www.hamburg.de/contentblob/1715526/data/obdachlosenstudie-2009.pdf>, zuletzt geprüft am 14.05.2015.

Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC public health* 12, S. 80.

Stehling, Heiko (2008): Pflege und Wohnungslosigkeit – Pflegerisches Handeln im Krankenhaus und in der aufsuchenden Hilfe. In: Ullrich Bauer (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. 1. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft, S. 375–395.

Steiger, Ignatz (2010): Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem. Medizinische Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin. Institut für Medizinische Soziologie. Online verfügbar unter [http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FU-DISS\\_derivate\\_000000006922/Auswirkungen\\_von\\_Wohnungslosigkeit.pdf](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FU-DISS_derivate_000000006922/Auswirkungen_von_Wohnungslosigkeit.pdf), zuletzt geprüft am 14.05.2015.

Thilo, Friederike; Sommerhalder Kathrin; Hahn, Sabine (2012): Gesundheitskompetenz - ein Konzept für die professionelle Pflege? In: *Pflege* 25 (6), S. 427–438.

Trabert, Gerhard (2010): Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen- ein vergessenes Thema? In: Stefan Gillich und Stephan Nagel (Hg.): Von der Armenhilfe zur Wohnungslosenhilfe - und zurück? 1. Aufl., Gründau-Rothenbergen: TRIGA - der Verlag, S. 102–106.

World Health Communication Associates (Hg.) (2011): Health Literacy "The Basics". Online verfügbar unter <http://www.whcaonline.org/uploads/publications/HL-FINAL-14.7.2011-2.pdf>, zuletzt geprüft am 14.05.2015

World Health Organisation (1998): Health Promotion Glossary. Genf. Online verfügbar unter <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsast/e/fulltext/relcosta/anexo7.html>, zuletzt geprüft am 23.05.2015.

World Health Organisation (2009): Health promotion. Online verfügbar unter <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track3/en/>, zuletzt geprüft am 21.05.2015.

Zok, Klaus (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. In: *WidO-Monitor* 11 (2), S. 1–12. Online verfügbar unter [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_wido\\_monitor/wido\\_mon\\_ausg\\_2\\_2014\\_0714.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg_2_2014_0714.pdf), zuletzt geprüft am 14.05.2015.

## Anhang

### Fragebogen

**Alter:**      18-20 Jahre      21-30 Jahre  
                 31-40 Jahre      41-50 Jahre      älter als 50 Jahre

**Geschlecht:** Mann      Frau

**Herkunft:**   Deutschland      Land: \_\_\_\_\_

**Einkommen:**kein Einkommen      Gehalt      Hartz IV  
                         ALGI      Grundsicherung      Rente

1. Sind Sie krankenversichert?      Ja    Nein

2. Wissen Sie, wo Ihnen professionell (Arzt, Krankenschwester) geholfen wird, wenn Sie krank sind?      Ja    Nein

3. Bevorzugen Sie Gesundheitshilfen, die sich speziell an Wohnungslose richten, vor der Versorgung im Regelsystem?      Ja    Nein

4. Wissen Sie, wo Sie Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, finden können?      Ja    Nein

5. Können Sie verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt? (Unverständlich erklärt/ sprachliche Barriere)      Ja    Nein

6. Können Sie Anweisungen und Ratschläge von Ihrem Arzt, trotz Wohnungslosigkeit, befolgen?      Ja    Nein

7. Können Sie beurteilen, wann Sie so krank sind, dass Sie eine professionelle Hilfe aufsuchen müssen?      Ja    Nein

8. Wissen Sie, wo Sie Hilfe finden könnten, wenn Sie psychische Probleme haben würden?      Ja    Nein

9. Helfen Ihnen Gesundheitsratschläge von Freunden und Bekannten?      Ja    Nein

10. Sind für Sie Informationen über Gesundheitsgefahren, wie zum Beispiel Rauchen, leicht zu verstehen?      Ja    Nein

11. Können Sie beurteilen, wie Ihre Wohnsituation Ihre Gesundheit beeinflusst?      Ja    Nein

12. Können Sie sich vor Krankheiten, die Ihre Mitmenschen



haben, schützen?

Ja Nein

13. Können Sie in einem Notfall einen Krankenwagen rufen?

Ja Nein

14. Haben Sie den Zugang regelmäßig,  
mindestens 1x in der Woche, duschen zu können?

Ja Nein

15. Reinigen Sie sich regelmäßig, wenigstens 1x am Tag,  
die Zähne?

Ja Nein

## **Eidesstattliche Erklärung**

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

Hamburg, den 01.06.2015