

Tuberkulose (be-)trifft wohnungslose Menschen.

Über die soziale Bedingtheit einer Krankheit.

BACHELORARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts in Social Sciences

der Fachhochschule Campus Wien
Bachelorstudiengang Soziale Arbeit

Vorgelegt von:

Mag.^a Kerstin Aigner

Personenkennzeichen:

c1310533190

Begutachterin:

Mag.^a DSAⁱⁿ Elisabeth Hammer

Eingereicht am:

10. Juni 2016

ERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass die vorliegende Bachelorarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient haben.

Ich versichere, dass ich dieses Bachelorarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Weiters versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum: 10. Juni 2016 Unterschrift:

KURZFASSUNG

Tuberkulose (be-)trifft wohnungslose Menschen. Über die soziale Bedingtheit einer Krankheit.

In Österreich weist die Zahl an Tuberkuloseerkrankungen seit vielen Jahren einen rückläufigen Trend auf. Trotzdem kann die Situation der Tuberkulose in Österreich nicht als gelöstes Problem bezeichnet werden, da sie primär von Armut betroffene Personen heimsucht. Die Arbeit beruht auf der These der sozialen Bedingtheit der Tuberkulose mit dem Ziel verschiedene Faktoren darzustellen, die eine Verbreitung der Tuberkulose bei marginalisierten Gruppen begünstigen. Im Fokus stehen wohnungslose Menschen, da sie im Gegensatz zur Mehrheitsgesellschaft, ein deutlich höheres Risiko aufweisen an Tuberkulose zu erkranken. Anhand der Darstellung der Lebensbedingungen wohnungsloser Menschen und ihren Schwierigkeiten im Zugang zur medizinischen Versorgung, soll das Zusammenspiel von Tuberkulose und Wohnungslosigkeit diskutiert werden. Als relevant erweisen sich hierbei chronischer Stress, schlechte Wohnbedingungen, eine unzureichende Ernährung, langfristiger Alkoholkonsum sowie formale, finanzielle, organisatorische und soziale Barrieren zu Einrichtungen des regulären Gesundheitssystems. Außerdem wird die Rolle der Sozialen Arbeit anhand von präventiven Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose dargestellt und kritisch beleuchtet. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei auf den verpflichtenden TB-Kontrolluntersuchungen von wohnungslosen Menschen in niederschweligen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Wie sich zeigt, kann es nicht Aufgabe einer Notschlafstelle sein, die Ziele des öffentlichen Gesundheitswesens eins zu eins umzusetzen und Präventionsarbeit gegen TB zu leisten. Ein freiwilliges Angebot zur Kontrolluntersuchung – ohne Androhung von Zwangsmaßnahmen und Sanktionen – würde die Selbstbestimmung der KlientInnen respektieren und SozialarbeiterInnen von ihrer Rolle als „verlängerter Arm“ der Gesundheitsbehörde befreien.

ABSTRACT

Tuberculosis affects/meets homeless people. About the social relativity of a disease.

The number of tuberculosis cases in Austria has shown a downward trend for many years. Nevertheless, the tuberculosis situation in Austria cannot be described as a solved problem, as it primarily afflicts people affected by poverty. The paper is based on the thesis of the social relativity of tuberculosis with the aim of explaining various factors which encourage the dissemination of tuberculosis among marginalised groups. The focus is on homeless people, as they have a significantly higher risk of developing tuberculosis in contrast to the majority society. Based on the presentation of the living conditions of homeless people and their difficulties in accessing medical care, the interplay between tuberculosis and homelessness will be discussed. In this respect, chronic stress, poor housing conditions, inadequate nutrition, long-term alcohol consumption and formal, financial, organisational and social barriers regular health care institutions prove to be relevant. Furthermore, the role of social work based on preventive measures to combat tuberculosis will be presented and critically assessed. The main focus here is on the compulsory TB check-ups for homeless people in low-threshold facilities for the homeless. As it has become evident, it cannot be the task of an emergency shelter to realise the public health objectives on a one-to-one basis and take preventative measures against TB. A voluntary check-up offer – without the threat of coercive measures and sanctions – would respect the self-determination of the clients and free social workers from their role as the “extended arm” of the health authorities.

INHALTSVERZEICHNIS

Abkürzungsverzeichnis.....	1
1 Einleitung.....	2
1.1 Was ist Tuberkulose?.....	3
2 Die Tuberkulose im Laufe der Geschichte	7
2.1 Bilder einer Krankheit.....	7
2.1.1 Die romantische Krankheit.....	8
2.1.2 Die proletarische Krankheit.....	9
2.1.3 Die „asoziale“ Krankheit.....	10
2.1.4 Die Krankheit der „Randgruppen“ bzw. der marginalisierten Gruppen	10
3 Die soziale Bedingtheit der Tuberkulose	12
3.1 Armutsinduzierte Gesundheitsunterschiede	12
3.1.1 Verursachungs- und Selektionshypothese.....	12
3.1.2 Neo-materialistischer Ansatz	14
3.2 Tuberkulose (be-)trifft wohnungslose Menschen	15
3.2.1 Lebensbedingungen wohnungsloser Menschen	16
3.2.2 Barrieren in der Nutzung von Gesundheitsleistungen	20
4 Tuberkulose und Soziale Arbeit	23
4.1 Reihen- und Umgebungsuntersuchungen	23
4.1.1 Kritikpunkte und Rolle der Soziale Arbeit	24
5 Fazit.....	27
Literaturverzeichnis	29
Anhang I: Hausordnung.....	35
Anhang II: TB-Kontrolluntersuchung.....	37

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AGES:	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AIDS:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BMG:	Bundesministerium für Gesundheit
BMS:	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
ETHOS:	European Typology on Homelessness and Housing Exclusion
FEANTSA:	Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri
HIV:	Human Immunodeficiency Virus
MA:	Magistratsabteilung
MDR-TB:	multidrug-resistant tuberculosis; multiresistente Tuberkulose
RU:	Reihenuntersuchung
TB:	Tuberkulose
TbG:	Tuberkulosegesetz
UU:	Umgebungsuntersuchung
VO:	Verordnung
WHO:	World Health Organization
WMG:	Wiener Mindestsicherungsgesetz
XDR-TB:	extensively drug-resistant tuberculosis; extensiv resistente Tuberkulose

1 EINLEITUNG

Obwohl die Ätiologie der Tuberkulose (TB) geklärt ist und Medikamente am Markt erhältlich sind, erkrankten im Jahr 2014 laut WHO etwa 9,6 Millionen Menschen an TB und rund 1,5 Millionen fielen ihr zum Opfer. Eine erschreckend hohe Zahl, wenn man bedenkt, dass diese Erkrankung bei rechtzeitiger Diagnose und entsprechender Behandlung heilbar ist (vgl. WHO 2015: 5). In Österreich ist der Trend der TB seit den 1990er Jahren rückläufig (vgl. AGES 2014: 18).¹ Für viele Entwicklungs- bzw. Schwellenländer kann dies nicht behauptet werden. Dort zählt die TB zu den am weitesten verbreiteten Infektionskrankheiten wie z.B. in vielen Regionen Afrikas und Asiens, – wo sie häufig als Begleitinfektion von HIV in Erscheinung tritt – in einigen lateinamerikanischen Staaten und zunehmend auch in den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion (vgl. Robert Koch Institut 2009: 93).

In den reichen westlichen Industrienationen hingegen scheint die TB in Vergessenheit geraten zu sein. Fragt man heutzutage jemanden, der nicht beruflich oder persönlich mit der TB zu tun hat, was ihm/ihr zu dieser Krankheit einfällt, erhält man oft Hinweise auf tuberkuloseerkrankte Schriftsteller und Komponisten wie Kafka oder Chopin. Nur selten wird auf die große Zahl der Todesopfer Mitte des 19. Jahrhunderts bis Anfang des 20. Jahrhunderts verwiesen, als die TB die Bevölkerung dahinraffte und vor allem die unteren sozialen Schichten heimsuchte (vgl. Hähner-Rombach 1998: 64). Nichtsdestoweniger besteht für die Historisierung der TB kein Anlass, da sie „lediglich in soziale Nischen der eigenen Gesellschaft“ (Dietrich-Daum 2007: 15) abgedrängt wurde. Denn damals wie heute ist die TB eine Krankheit, die in erster Linie bei Personen mit einem sozioökonomisch schlechten Status auftritt und mit Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung im Zusammenhang steht. Mit anderen Worten: TB und Armut gehen oft Hand in Hand und stellt somit ein soziales Problem dar (vgl. Kehr 2010: 169). Neuen Zündstoff erhält die TB überdies durch das vermehrte Auftreten von resistenten Erregern, wodurch sie „nach wie vor eine Herausforderung für das öffentliche Gesundheitssystem dar[stellt]“ (AGES 2014: 18). Die FEANTSA sieht das ähnlich und bewertet die TB als „eine Hauptherausforderung des öffentlichen Gesundheitswesens im 21. Jahrhundert“, die ein europaweites Vorgehen notwendig macht (vgl. van Hest 2011: 493).

Die Arbeit beruht auf der These der sozialen Bedingtheit der TB mit dem Ziel verschiedene Faktoren darzustellen, die eine Verbreitung der TB bei marginalisierten Gruppen begünstigen. Im Fokus stehen wohnungslose Menschen, da sie im Gegensatz zur Mehrheitsgesellschaft ein deutlich höheres Risiko aufweisen im Laufe ihres Lebens an TB zu erkranken (vgl. Gesundheitsbericht Wien 2010: 202) – das trifft ganz besonders auf jene

¹ Hierzu ein paar Daten: Im Jahr 2010 gab es 688 Neuerkrankung. Vier Jahre später sind es gut 100 Neuerkrankung weniger. 2014 betrug die Zahl an TB-Fällen 582 (vgl. AGES 2014 und 2010).

Frauen und Männer zu, die auf der Straße leben oder in einem Notquartier nächtigen. Die Autorin geht der Frage nach, inwiefern die Lebensbedingungen wohnungsloser Menschen die Gesundheit beeinträchtigen und in weiterer Folge zu einer erhöhten TB-Anfälligkeit führen können. Im Zusammenhang damit soll auch auf Barrieren im Zugang zu medizinischen Leistungen hingewiesen werden und die Rolle der Sozialen Arbeit im Kontext präventiver TB-Maßnahmen kritisch betrachtet werden.

Zunächst erfolgt ein kurzer Exkurs über das Krankheitsbild der TB, ihre Diagnostik und Therapie sowie wesentliche Aspekte aus dem Tuberkulosegesetz. Nach der Einleitung gibt das zweite Kapitel einen Einblick in die gesellschaftliche Wahrnehmung und Darstellung der TB im Laufe der Geschichte – beginnend im 18. Jahrhundert bis in die Gegenwart. Nach dem historischen Abriss widmet sich die Autorin der These der sozialen Bedingtheit der TB. Das Thema wird durch die Darstellung verschiedener soziologischer Theorien eröffnet, die armutsinduzierte Gesundheitsunterschiede diskutieren. Anschließend daran folgt eine Beschreibung der Lebensbedingungen wohnungsloser Menschen mit dem Ziel auf Faktoren aufmerksam zu machen, die die Gesundheit beeinträchtigen und die Entstehung von Krankheiten begünstigen können. Ergänzend dazu führt die Autorin Barrieren an, die wohnungslosen Menschen den Zugang ins reguläre Gesundheitssystem erschweren. Im vierten Kapitel folgt eine Auseinandersetzung mit der Rolle der Sozialen Arbeit im Kontext von präventiven Maßnahmen zur Bekämpfung der TB. Im Fokus stehen Umgebungs- und Reihenuntersuchungen, die kritisch betrachtet werden. Ein Fazit der zentralen Erkenntnisse über das Zusammentreffen von TB und Wohnungslosigkeit rundet die Arbeit ab.

1.1 Was ist Tuberkulose?

Die TB – auch noch bekannt als Schwindsucht, weiße Pest oder Morbus Koch – ist eine chronisch verlaufende Infektionskrankheit, welche durch Bakterien des Mycobakterium tuberculosis-Komplex verursacht wird. Mycobakterien sind unbewegliche, stäbchenförmige Bakterien, die auf Grund ihrer Färbeeigenschaften als säurefest bezeichnet werden, d.h. nach einer histologischen Färbung geben sie weder durch Säure noch durch Alkohol den Farbstoff wieder ab. Die häufigste Form der TB ist die Lungentuberkulose. Darüber hinaus sind noch extrapulmonale Formen bekannt wie zum Beispiel Darm-, Knochen-, Gelenk-, Haut-, Urogenital- und Mandeltuberkulose sowie tuberkulöse Meningitis. Weltweit zählt die TB mit HIV/Aids und Malaria zu den drei häufigsten Infektionskrankheiten (vgl. Psychrembel, Dornblüth 2012: 2143).

Übertragung

Die Übertragung erfolgt fast ausschließlich aerogen durch Inhalation infektiöser Tröpfchen, Staubpartikel oder eingetrockneter Exkrete. Betroffene, die an offener Lungentuberkulose erkrankt sind, geben beim Husten, Sprechen und Niesen, die Bakterien in feinsten Tröpfchenform an die Umgebungsluft ab. Diese Tröpfchen können einige Stunden im Raum schweben und so von anderen Menschen eingeatmet werden. Somit besteht in geschlossenen, schlecht belüfteten Räumen ein höheres Ansteckungsrisiko (vgl. Psychrembel, Dornblüth 2012: ebd.: 2143).

Symptome & Verlauf

Die TB hat eine lange Inkubationszeit. Die frühestens Krankheitssymptome treten etwa zwölf Wochen nach einer Infektion auf. Der Beginn der Erkrankung ist überwiegend schleichend und äußert sich zunächst nur durch unklare Beschwerden wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Husten, leichtes Fieber, Nachtschweiß. Entsprechend oft wird erst sehr spät an eine Tuberkuloseerkrankung gedacht (vgl. ebd.: 2143).

Die Ansteckungswahrscheinlichkeit hängt von mehreren Faktoren ab: von der Dauer der Exposition, der Konzentration der Tuberkulosebakterien und ihrer Virulenz sowie der Immunlage der betroffenen Person, die die Bakterien einatmet. Bei gelegentlichen Kontakt oder Kontakt bei ausreichender Durchlüftung ist das Infektionsrisiko sehr gering. Darüber hinaus führt nicht jede Infektion zu einer Erkrankung. Nur etwa fünf bis zehn Prozent der infizierten Personen erkranken im Laufe ihres Lebens tatsächlich an TB, wobei innerhalb der ersten zwei Jahre nach einer Ansteckung die Wahrscheinlichkeit am höchsten ist (= Primär-TB). Eine TB kann aber auch Jahrzehnte nach einer Infektion reaktivieren. In diesem Fall ist von einer Postprimär-TB die Rede. Prädisponierend dafür ist ein geschwächtes Immunsystem wie es z.B. bei HIV/Aids, Tumorerkrankungen, Fehlernährung, langfristigen Alkoholkonsum oder Diabetes mellitus der Fall ist (vgl. Suttorp et al. 2004: 146).

Diagnostik

Die Diagnostik der Lungentuberkulose fußt auf vier Säulen: Anamnese und klinischer Befund, Thoraxröntgen, Tuberkulintest und Bakteriologie. Die Anamnese eruiert neben den subjektiven Beschwerden auch prädisponierende Faktoren wie z.B. Diabetes mellitus, HIV/Aids etc. Die Verdachtsdiagnose Lungentuberkulose wird immer durch ein Thoraxröntgen gestellt, wodurch die tuberkulose typischen Veränderungen sichtbar werden (vgl. Starzacher et al. 2014).

In Wien kann eine derartige Untersuchung kostenlos bei der MA 15 oder bei LungenspezialistInnen durchgeführt werden. Eine erfolgte Ansteckung lässt sich frühestens zehn Wochen nach Kontakt mittels eines Hauttests (Mendel-Mantoux-Test) oder eines Bluttests nachweisen. Dennoch kann die Diagnose nur bakteriologisch gesichert werden. Die Bakterien im Sputum oder Bronchialsekret lassen sich mit verschiedenen Methoden nachweisen z.B. mittels Ziehl-Neelsen Färbung oder Kultur (vgl. Starzacher et al. 2014).

Therapie

Bei der TB handelt es sich um eine behandlungspflichtige Krankheit d.h. „Personen, die an einer ansteckenden Tuberkulose leiden, sind verpflichtet, sich während der Dauer dieses Zustandes einer ärztlichen Behandlung zu unterziehen“ (§ 2 TbG). Dies bedeutet, dass – ungeachtet dessen, ob ein Versicherungsschutz besteht oder nicht – der Bund die Behandlungskosten trägt (vgl. § 37 Abs. 1 TbG). Gesetz dem Fall, dass erkrankte Personen eine Therapie verweigern, kann es – wegen fahrlässiger Gefährdung anderer Personen – per Gerichtsbeschluss zur Anhaltung in einer Krankenanstalt kommen (vgl. §§ 14 ff. TbG).

Eine Therapie nimmt ihren Anfang im Krankenhaus in Form einer stationären Unterbringung, die etwa drei Wochen dauert. Bei PatientInnen mit offener Lungentuberkulose oder multiresistenten Stämmen ist überdies eine Einzelunterbringung notwendig. Die Dauer der Isolierung wird immer individuell entschieden und hängt vom klinischen Verlauf und den Sputumbefunden ab. In der Regel bewirkt eine effektive Chemotherapie eine Sputumnegativierung, sodass die Isolierung nach ca. drei Wochen aufgehoben werden kann. Dies trifft allerdings nur für den Regelfall zu. Bei PatientInnen mit ausgedehntem Lungenbefund, Resistenzen oder einer Immunschwäche dauert die Isolierung länger (vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2009: 14).

Die Pharmakotherapie ist langwierig und erfordert stets eine Kombination aus verschiedenen Antituberkulotika. Eine Standardtherapie bei Lungentuberkulose erstreckt sich über einen Zeitraum von sechs Monaten und startet mit einer zweimonatigen Einnahme der First-Line-Medikamente Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid, Ethambutol und Streptomycin. Zur Stabilisierung erfolgt eine weitere viermonatige Behandlung mit Isoniazid und Rifampicin (vgl. Imming et al. 2011). Voraussetzung für eine nur sechsmonatige Behandlung ist, dass die Medikamente vertragen werden, keine Resistenz vorliegt sowie eine gute Compliance der PatientInnen besteht, da der Therapieerfolg von der korrekt dosierten und regelmäßigen Anwendung der Medikamente abhängt. Zeigen PatientInnen zwei Monate nach Therapiebeginn noch immer eine positive Erregerkultur dauert die Pharmakotherapie insgesamt neun Monate. In diesem Zusammenhang stellen Tuberkuloseerkrankungen durch multiresistente und extensiv resistente Keime eine neue Herausforderung dar, da die Heilungschancen sehr gering sind (vgl. Suttorp et al. 2004: 149).

Resistente Tuberkuloseerreger

Die sog. multi drug resistant tuberculosis (MDR-TB) wird durch Erreger verursacht, die zumindest gegen die zwei wichtigsten Antituberkulotika – Isoniazid und Rifampicin – resistent sind. Kommen noch weitere Resistenzen hinzu, spricht man von einer extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB). Nur etwa 60 Prozent der MDR-TB-PatientInnen und knapp 50 Prozent der XDR-TB-PatientInnen können vollständig geheilt werden (vgl. Imming et al. 2011).

Resistente TB-Erreger können entstehen, wenn die medikamentöse Therapie unregelmäßig erfolgt oder vorzeitig abgebrochen wird. Gründe für einen eigenmächtigen vorzeitigen Abbruch sind z.B. die Nebenwirkungen der Medikamente wie Übelkeit, reduzierter Appetit, Medikamentenfieber, Leberschädigung oder die Lebensumstände der Tuberkuloseerkrankten, die eine konsequente Einnahme der Medikamente nicht ermöglichen oder erschweren wie es z.B. bei wohnungslosen Menschen der Fall ist (vgl. Gesundheitsbericht Wien 2010: 203; vgl. Suttorp et al. 2004: 149).

Die Behandlung von MDR-TB ist in zweierlei Hinsicht sehr kostenaufwendig. Zum einen durch die lange Behandlungsdauer, die mindestens 18 bis 24 Monate dauert, und zum anderen durch teure Second-Line-Medikamente. Die Kosten zur Behandlung der „normalen“ TB mit First-Line-Medikamenten belaufen sich auf etwa € 1.200 bis € 1.600. Die Behandlung einer MDR-TB ist um ein Vielfaches höher und schlägt – aufgrund der kostspieligen Second-Line-Medikamente – mit etwa € 22.000 zu Buche (vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2009: 11). Behandelt werden viele der in ganz Österreich entdeckten MDR-Tuberkulosefälle im Otto-Wagner-Spital in Wien, wo sich ein Kompetenzzentrum für TB befindet. Einen großen Einfluss auf das Auftreten von MDR-TB- und XDR-TB-Fällen in einem Land übt Migration aus. Die weltweit höchsten Raten an Fällen von MDR-TB und XDR-TB weist die WHO Region Europa² auf (vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2009: 15; vgl. Gesundheitsbericht Wien 2010: 203).

Überwachung der TB-PatientInnen

Scheiden die PatientInnen keine Krankheitserreger mehr aus, werden sie aus dem Spital entlassen. Allerdings endet an dieser Stelle die institutionelle Betreuung noch nicht, da nun die Überwachung der PatientInnen im Rahmen der TB-Vorsorge beginnt, die in Wien der MA 15 obliegt und etwa sechs bis 24 Monate dauern kann (vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2009: 14). Die Dauer der Überwachung wird individuell festgelegt, da sie solange fortzusetzen ist, bis eine Konsolidierung des Heilprozesses eintritt (vgl. § 7 Abs. 2 TbG).

² Die Region Europa reicht von Portugal bis in den asiatischen Teil der Russischen Föderation und umfasst 53 Länder (siehe hierzu ausführlich <http://www.euro.who.int/de/countries>).

Bei Personen, die eine vollständige Rückbildung der TB im Thoraxröntgen aufweisen, ist die Überwachung somit kürzer, als bei Personen, die wegen einer Grunderkrankung (z.B. Diabetes mellitus) ein hohes Rezidivrisiko haben (vgl. Kontrollamt der Stadt Wien 2009: 14). Die Überwachung erfolgt in Form von verpflichtenden Kontrolluntersuchungen (vgl. § 7 Abs. 3 TbG) und ist der Meldepflicht der TB geschuldet (vgl. § 3 TbG).

2 DIE TUBERKULOSE IM LAUFE DER GESCHICHTE

Die TB spielte in der Geschichte Wiens eine nicht unbedeutende Rolle, füllte sie doch über Jahrzehnte hinweg die Totenlisten der Stadt. Schleichend und ohne Vorwarnung griff sie zu und raffte die Wiener Bevölkerung im ausgehenden 18. und 19. Jahrhundert dahin, was ihr auch die Bezeichnung „Wiener Krankheit“ einbrachte (vgl. Dietrich-Daum 2007: 30). Ihren Höhepunkt erreichte die Tuberkulosesterblichkeit in Wien zwischen 1870 und 1880, und obwohl sie gegen Ende des 19. Jahrhunderts zu sinken begann, blieb Wien weiterhin im Zentrum des Tuberkulosegeschehens. Zweifelsohne war die hohe Tuberkulosemortalität eine Antwort auf die desaströsen Lebensbedingungen des Wiener Proletariats während der Industrialisierung. Ab 1919 verbesserte sich die Situation allmählich (vgl. ebd.: 20). Als einen wichtigen Einflussfaktor für den Sterblichkeitsrückgang in der Zwischenkriegszeit nennt Weigl (2000: 242-251) die sozialdemokratische Wohlfahrtspolitik, getragen durch sozialen Wohnbau, Gesundheits- und (Jugend-)Fürsorgemaßnahmen. Wien besaß in der Ersten Republik das modernste Fürsorgesystem Österreichs, dessen Aufbau und Weiterentwicklung im Wesentlichen auf den Initiativen des Gesundheitsstadtrates Julius Tandlers fußte, der sich unter anderem der Eindämmung der TB verschrieb (vgl. Exner et al. 2004: 46). In den 1940er Jahren keimte die Hoffnung auf, der TB, durch wissenschaftliche Errungenschaften wie der antibiotischen Therapie mit Streptomycin und präventiven BCG-Impfkampagnen, Herr zu werden. Seit den späten 70er Jahren haben die reichen Industrienationen die TB unter Kontrolle und die Angst vor einer Tuberkuloseerkrankung ist durch Präventiv- und Behandlungsmethoden sichtlich zurückgegangen. Sie verlor ihren epidemischen Charakter – zumindest in den westlichen Industrieländern – und entwickelte sich im Laufe der Jahre zu einer endemischen Krankheit, von der nur mehr ein geringer Teil der Bevölkerung betroffen ist (vgl. Dietrich-Daum 2007: 18).

2.1 Bilder einer Krankheit

Im Gegensatz zum medizinischen Begriff „Krankheitsbild“, der das Ergebnis des klinischen Befundes und der Symptomatik beinhaltet, umfasst der Begriff „Bild einer Krankheit“ soziale, kulturelle und medizinische Aspekte in ihrem jeweiligen zeitlichen

Kontext. Die verschiedenen Bilder der TB variieren von Epoche zu Epoche und folglich veränderte sich auch die Wahrnehmung von Tuberkuloseerkrankten in der Öffentlichkeit. Dies wirkt(e) sich auch auf das Leben der Erkrankten in moralischer, sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht aus (vgl. Hähner-Rombach 2000: 29 f.). Der Dekonstruktion dieser Bilder widmet sich die Autorin in den folgenden Kapiteln.

2.1.1 Die romantische Krankheit

Das Bild der TB als romantische Krankheit entstand im Laufe des 18. Jahrhunderts als die Krankheit noch nicht sehr verbreitet war und konnte sich bis zu ihrem epidemischen Auftreten Mitte des 19. Jahrhunderts behaupten (vgl. Hähner-Rombach 2000: 31). Sontag (2012: 16) konstatierte, dass das Bild der romantischen Krankheit u.a. den Tod verschönere und ihm eine Bedeutung verleihe sowie die Individualität der Kranken hervorhebe. Außerdem ist die TB in ihrer Darstellung als romantische Krankheit eng mit den Begriffen Schicksal und Exklusivität verbunden. Die Erkrankten galten als auserwählt und als etwas Besonderes, die sich von der Allgemeinheit abhoben. Sie waren „auf eine ätherische Art schön: zart, blaß und durchsichtig [...]“ (Hähner-Rombach 2000: 31). Darüber hinaus bestand eine besondere Beziehung zwischen TB, Kunst und Literatur, da einerseits – so zumindest die zeitgenössische Wahrnehmung – SchriftstellerInnen und KünstlerInnen als besonders anfällig für die TB erschienen und andererseits das schwindsüchtige Ideal in Romanen sowie Opern dargestellt und popularisiert wurde (vgl. Herzlich, Pierret 1991: 40). Exemplarisch genannt seien an dieser Stelle die literarische Heldin Marguerite Gautier, aus Alexandre Dumas' „*Le dame aux camèlias*“ (1848), eine Kurtisane, die den Typ der aufopfernden Liebenden verkörpert und schließlich an der TB stirbt und Mimí aus Henri Murger's „*Scènes de la vie de bohème*“ (1851). In beiden Romanen ist die TB mehr als nur eine Krankheit. Dumas und Murger schildern die TB als fatales und unentrinnbares Schicksal ihrer Protagonistinnen, dem sie sich tapfer stellen. Die TB war Teil der Persönlichkeit der Heldinnen (vgl. Hähner-Rombach 2000: 31).

Eine Folge der Romantisierung war ein morbides Schönheitsideal, das in der gehobenen Gesellschaft Einzug hielt. Ein schwindsüchtiges Äußeres sprich dünn, zart und blass auszusehen war en vogue. Dementsprechend unfein war es herzhaft zu essen. Das tuberkulöse Aussehen wurde als Merkmal der Distinktion, der guten Herkunft betrachtet (vgl. Sontag 2012: 27 f.). Zweitens wurde die TB wegen der glückseligen Todesbeschreibungen in der Literatur zu einer schmerzfreien Krankheit inklusive sanften Tod verklärt. Das reale Leiden der Betroffenen wurde ausgeblendet und hatte mit den tatsächlichen Gegebenheiten nichts am Hut. Wie sehr die Idealisierung der TB mit zunehmendem Fortschreiten der Erkrankung verblast, offenbart sich in den Aufzeichnungen tuberkuloseerkrankter SchriftstellerInnen wie z.B. in jenen von Franz Kafka oder Maria Bashkirtseff (vgl. Hähner-Rombach 2000: 32).

Drittens wurde durch die Romantisierung die Verbreitung der TB in den sozial benachteiligten Schichten ausgeblendet. Diese rückten erst Mitte des 19. Jahrhunderts ins Zentrum der Aufmerksamkeit als sich die TB epidemisch auszubreiten begann. Damit entstand auch ein neues Bild der TB nämlich jenes der proletarischen Krankheit. Ergo war die TB im 19. Jahrhundert von einem thematischen Dualismus geprägt: Armut und Elend auf der einen Seite sowie noble Blässe und Müßiggang im Lungensanatorium auf der anderen Seite (vgl. ebd.: 32).

2.1.2 Die proletarische Krankheit

„Das Bild der TB als proletarische Krankheit entspricht zunächst einmal den objektiven Gegebenheiten während der epidemischen Ausbreitung der Krankheit. Denn die Unterschichten waren prozentual [...] am meisten von ihr betroffen“ (Hähner-Rombach 2000: 32). Darüber hinaus erfreute sich der Begriff „Proletarierkrankheit“ bei VertreterInnen unterschiedlicher politischer Couleur großer Beliebtheit. Rechte, Linke, Konservative und Bürgerliche nutzten den Begriff für ihre Zwecke. Den Linken diente er als Kampfparole gegen den Kapitalismus (vgl. ebd.: 34). Das Bürgertum nutzte ihn als Distinktionsbegriff, der auch eine Kritik an der Lebensweise der ArbeiterInnen beinhaltete – im Zentrum standen die mangelnde Hygiene, das enge Zusammenleben und der verbreitete Alkoholismus. Kurzum das Proletariat lebe nicht „bürgerlich“ genug, sprich viel zu unordentlich und viel zu unhygienisch, und sei deshalb selbst schuld an dieser Misere. Das Bürgertum grenzte sich mit der Verwendung des Begriffs ganz klar von der ArbeiterInnenklasse ab und stigmatisierte sie als BazillenträgerInnen (vgl. Herzlich, Pierret 1991: 43). Protest kam von den Gewerkschaften und ÄrztInnen, die argumentierten, dass in erster Linie die unzureichenden Löhne, die gesundheitsgefährdenden Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen – wie z.B. lange Arbeitszeiten, Sonnenlicht- und Frischluftmangel in den Wohnungen –, die Hauptursachen, für die verheerende Ausbreitung der TB innerhalb der ArbeiterInnenklasse darstellen. So erhielt die „Proletarierkrankheit“ im Kampf gegen soziale Ungerechtigkeit eine wichtige Stellung und war 1906 auch ein Hauptargument der französischen Gewerkschaft CGT um den Acht-Stunden-Tag durchzufechten (vgl. Hähner-Rombach 2000: 33).

Die Bedeutung und Wertung des Ausdrucks proletarische Krankheit änderte sich in Abhängigkeit davon, wer ihn gebraucht und in welcher Weise. Auf der einen Seite fungierte er als Kampfparole für mehr soziale Gerechtigkeit. Auf der anderen Seite diente er der Abgrenzung und betonte das Selbstverschulden der Betroffenen. Diese Sichtweise zeigt deutlich, dass in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ein Verständnis von Krankheit und Gesundheit einsetzte, das vom Leistungs- und Volksgemeinschaftsgedanken gekennzeichnet war und schließlich zur Generierung des Bildes der „asozialen Kranken“ führte (vgl. Schmuhl 1992: 86).

2.1.3 Die „asoziale“ Krankheit

Der Hygienesdiskurs des ausgehenden 19. Jahrhunderts führte zur Generierung des Bildes der starrköpfigen, gemeingefährlichen Tuberkuloseerkrankten, die durch ihre undisziplinierte Lebensweise die Gesellschaft schädigen. Dies unterstreicht den Gedanken der Eigenverschuldung deutlich und bewirkte, dass Erkrankte nicht mehr als Opfer sozialer Missstände galten. Diese Position verschärfte sich im Zuge des 1. Weltkriegs und der darauffolgenden Weltwirtschaftskrise noch weiter. Es wurde z.B. offen darüber diskutiert, ob sich die Versorgung und Pflege Tuberkuloseerkrankter überhaupt rentiert oder ob es nicht besser wäre das Geld in gesunde Familien zu investieren. Abermaligen Aufschwung erfuhr die Diffamierung und Stigmatisierung Tuberkuloseerkrankter im Jahre 1929 als F. Kreuser und H. Deuster den Begriff „asoziale Tuberkulose“ einführten (vgl. Dietrich-Daum 2007: 295 f.). Besiegelt wurde das Bild der TB als „asoziale Krankheit“ schließlich ein Jahr später als E. Augstein bei einer Tagung der „Deutschen Tuberkulosegesellschaft“ diesen Begriff nochmals aufgriff und weiter präziserte, „indem er 'Asoziale' und 'Antisoziale' als Menschen definierte, die bewusst 'gegen das Soziale' verstießen bzw. sich gegen 'soziale Vorschriften' auflehnten“ (ebd.: 296).³ Die Diffamierung und Diskriminierung erkrankter Menschen fand schließlich während der Zeit des Nationalsozialismus ihren Höhepunkt, wo gesund zu bleiben zur kollektiven Pflicht erhoben und eine Erkrankung als Pflichtversäumnis angesehen wurde (vgl. Schmuhl 1992: 87). Das Bild der TB als „asoziale Krankheit“ hatte zur Folge, dass für Betroffene weder Verständnis noch Anspruch auf Unterstützung, Versorgung und Pflege bestand. Um Kosten zu sparen, wurden sie zwangsisoliert und systematisch unterversorgt. Vor der Diffamierung waren aber auch Erkrankte aus „gutem Haus“ nicht gefeit. Zeigten sie sich unkooperativ, d.h. verweigerten sie die Behandlung oder einen Aufenthalt in einer Heilstätte, wurden sie ebenfalls als „asozial“ stigmatisiert (vgl. Hähner-Rombach 2000: 35).

2.1.4 Die Krankheit der „Randgruppen“ bzw. der marginalisierten Gruppen

Ab Mitte der 1950er Jahre kam es zu einem starken Rückgang der TB. Zu verdanken ist dies S. Waksman und A. Schatz, denen es gelang, Streptomycin, ein Antibiotikum, herzustellen womit die TB erfolgreich bekämpft werden konnte. Darüber hinaus verbesserten sich auch die Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen der Menschen in den westlichen Industrienationen und in den sozialistischen Ländern Europas. Mitte der 1970er Jahre galt die TB als überwunden. Es gab nur noch wenige TB-Fälle, wobei allerdings das Gros der

³ „All diesen Asozialen fehlt es immer an der Moral, aber der ethische Defekt ist nicht das einzige [...]. Der moralische Defekt ist in der Regel angeboren, in leichteren Fällen kommt es auf das Milieu an [...]. Zu den Asozialen gehören einmal die Vollidioten, Schwachsinnige, dann Arbeitsscheue, Vagabunden, Landstreicher, Gewohnheitsbettler, Trinker, Dirnen und Prostituierte und alle Menschen, die einem Rauschgift verfallen sind, und die Schwerverbrecher. Die Asozialen sind in jedem Falle rücksichtslos, brutal, oft triebhaft und ‚schwer‘ egoistisch [...]. Sie sind es, die ohne Gewissensbisse Syphilis und Tripper, womöglich mit Absicht weiterverbreiten [...]. Besonders bekannt ist seit längerem ihr Verhalten bei einer tuberkulösen Erkrankung [...]“ (Augstein zit. in Dietrich-Daum 2007: 297).

Tuberkuloseerkrankten zu den sog. „Randgruppen“ der Gesellschaft zählte (vgl. Hähner-Rombach 2000: 35). Der Begriff „Randgruppen“ gestaltet sich allerdings problematisch, da er unmittelbar stigmatisierend wirkt (vgl. Schmincke 2009: 25). Schmincke (2009: 25) plädiert deshalb für eine kritische Lesart des Begriffs der „Randgruppen“ und schlägt vor, stattdessen den Begriff Marginalisierung oder marginalisierte Gruppen zu verwenden. Zu den marginalisierten Gruppen zählen z.B. obdach- und wohnungslose Menschen, Menschen mit Suchterkrankungen, Flucht- und/oder Migrationserfahrung sowie BezieherInnen von Transferleistungen aber auch ältere Menschen.

Die aktuellen öffentlichen Diskurse, die in Presseartikeln, epidemiologischen Berichten, öffentlichen Konferenzen und medizinwissenschaftlichen Artikeln zirkulieren, betrachten die TB von zwei Seiten – TB als „multiresistente MigrantInnenkrankheit“ und TB als „soziale Krankheit“. Die TB mit Migration und Gefahr zu verknüpfen ist ein weit verbreiteter rhetorischer Schachzug (vgl. Kehr 2010: 164). So ließ FPÖ-Sprecherin Belakowitsch-Jenewein im Zusammenhang mit TB-Fällen an Wiener Schulen verkünden, dass „die Tuberkulose-Erreger erst wieder durch Menschen aus osteuropäischen und zentralasiatischen Staaten zurück nach Österreich kamen“ (Belakowitsch-Jenewein zit. in SOS Mitmensch 2013). Zusätzlichen Zündstoff erhält die TB-Problematik durch das Aufkommen multiresistenter Tuberkelbakterien, wodurch eine neue Gefährlichkeit der Krankheit und ihrer TrägerInnen geschaffen wird. Durch die unheilvolle Verknüpfung von Migration und Resistenz, werden Migrationsphänomene zur Hauptursache für die neue Relevanz der TB, MigrantInnen zu Hauptbetroffene und Resistenzen zu ihren beunruhigenden Anhängseln (vgl. Kehr 2010: 166 ff.).

Im gegenwärtigen Diskurs wird TB aber nicht nur mit Migration, sondern auch mit Armut assoziiert. Armut wird hierbei als Risikofaktor für TB definiert und Genese sowie Verlauf der TB werden durch soziale Ungleichheit und Zugangsbarrieren zum regulären Gesundheitssystem beeinflusst. Dieses Bild der TB ist anders als jenes Bild der „multiresistenten MigrantInnenkrankheit“. Nicht „die Anderen“ oder mutierte Bakterien erscheinen als Bedrohung, sondern die wachsende Verarmung in Österreich, kann für manche gefährlich werden (vgl. ebd.: 169 f.). Ungeachtet der Unterschiede beider Darstellungen, besteht dennoch eine unmittelbare Nähe zueinander, denn MigrantInnen sind oft von Armut betroffen und letztendlich kann keine Entscheidungen getroffen werden, „ob es an der Armut oder dem Migrationshintergrund liegt, dass bestimmte Personen stärker von Tuberkulose betroffen sind als andere“ (ebd.: 170 f.). Was bleibt, ist der bittere Nachgeschmack eines gesellschaftlichen Stigmas, das Betroffene als potenzielle Gefahr für die Allgemeinheit brandmarkt und verpflichtende TB-Kontrolluntersuchungen für Risikogruppen legitimiert, die in Kapitel 4.1.1 diskutiert werden (vgl. Zechmeister-Koss, Reichel 2012: 62).

3 DIE SOZIALE BEDINGTHEIT DER TUBERKULOSE

Der TB-Diskurs war nie rein akademisch-medizinischer Natur. Er war vor allem ein sozialpolitischer und sozialwissenschaftlicher Diskurs, verflochten mit der seit Beginn des 19. Jahrhunderts diskutierten „Sozialen Frage“ (vgl. Dietrich-Daum 2007: 144). Die TB als „Volkskrankheit“ war Thema vieler Kongresse und „Armut, ausgedrückt über Einkommen, Ernährung und Wohnverhältnisse avancierte zum zentralen Parameter internationaler Diskurse“ (Dietrich-Daum 2007: 143). Nach wie vor ist TB eine Krankheit, die in erster Linie bei Personen mit einem sozioökonomisch schlechten Status auftritt und häufig mit Armut assoziiert wird (vgl. Kehr 2010: 169). Der Zusammenhang von Krankheit und sozialer Lage soll in den folgenden Kapiteln diskutiert werden, beginnend mit einer Darstellung verschiedener Erklärungsmodelle zur Beziehung zwischen Armut und Gesundheit.

3.1 Armutsinduzierte Gesundheitsunterschiede

In der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung existieren verschiedene Erklärungsmodelle zur Beziehung zwischen Armut und Gesundheit. Neben mikrosoziologischen Theorien (z.B. Verursachungs- und Selektionshypothese) haben sich auch makrosoziologische Ansätze (z.B. neo-materialistische Ansatz) durchgesetzt (vgl. Pförtner 2013: 33).

3.1.1 Verursachungs- und Selektionshypothese

In den mikrosoziologischen Theorien der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung gibt es zwei zentrale Hypothesen, die inhaltlich konträr zueinanderstehen. Die *Selektionshypothese* geht davon aus, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen zu sozialen Problemen führen. Mit anderen Worten: Krankheit macht arm. In die entgegengesetzte Richtung argumentiert die *Verursachungshypothese*, der zufolge Armut krank macht, d.h. die mit der Armut einhergehenden Lebensumstände sind für die Anfälligkeit von Krankheiten ausschlaggebend (vgl. Homfeldt, Sting 2006: 103 f.). Obwohl die beiden Ansätze inhaltlich konträr zueinanderstehen, schließen sich nicht aus. Im Gegenteil: Sie setzen lediglich an verschiedenen Endpunkten der Wirkungsmechanismen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten an (vgl. Armutskonferenz 2015: 5). „Jedoch wird der Verursachungshypothese in industrialisierten Ländern ein höherer Stellenwert (...) zugesprochen.“ (Pförtner 2013: 34).

Der *Verursachungshypothese* folgend führen die mit der Armut einhergehenden Lebensumstände zu gesundheitlichen Beschwerden. Diese werden über drei zentrale Faktoren vermittelt, die in Wechselbeziehung zueinanderstehen: (1) materielle Einschränkungen, (2) psychosoziale Belastungen durch Armut, (3) gesundheitliches Fehlverhalten von armutsbetroffenen Menschen (vgl. ebd.: 13).

Materieller Ansatz

(1) *Materielle Einschränkungen* können sich direkt und indirekt auf das Auftreten sowie die Entwicklung gesundheitlicher Beschwerden auswirken (vgl. Lynch, Kaplan 2000: 24). Direkt sehen sich in Armut lebende Personen mit kostengünstigeren und schlecht ausgestatteten Wohnungen sowie einer ungenügenden Ernährung und/oder chronischen Erkrankungen konfrontiert. Indirekt wird das gesundheitliche Verhalten über die sozialen Erfahrungswerte im Lebenslauf (mit-)bestimmt (vgl. Pförtner 2013: 38). Der Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage ist auch in Österreich erkennbar wie ein Blick in die Statistik verrät. Personen die unter der Armutsgrenze leben sind im Vergleich zu Personen mit hohem Einkommen öfters krank und leiden häufiger an Mehrfacherkrankungen. Das Risiko ist um das 2,6-fache erhöht. Darüber hinaus beurteilen 16 Prozent der einkommensschwächeren Personen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht. Bei Personen, die nicht armutsgefährdet sind, bestätigt sich dies nur bei sieben Prozent (vgl. Statistik Austria 2015: 54, 56).

Verhaltenspsychologische Aspekte

(2) Die armutsbedingten Gesundheitsunterschiede ausschließlich anhand des materiellen Ansatzes zu erklären wäre zu kurz gegriffen (vgl. Lynch, Kaplan 2000: 25). Es müssen auch *psychosoziale Belastungsfaktoren* bei der Erklärung berücksichtigt werden, die aus den materiellen Einschränkungen hervorgehen und in Form von Stressoren auf das gesundheitliche Befinden einwirken. Exemplarisch genannt seien an dieser Stelle Existenzängste, negative Selbstwahrnehmungsprozesse und stressinduzierte Einzelergebnisse (vgl. Pförtner 2013: 39).

(3) Eine weitere Determinante für das Auftreten armutsinduzierter Gesundheitsunterschiede, sind *gesundheitsschädigende Verhaltensweisen*, die in Armut lebende Personen häufiger zeigen als sozial privilegierte Bevölkerungskreise. Dazu zählen sog. Risikoverhaltensweisen wie etwa ein unzureichendes Ernährungsverhalten, Tabak- und/oder Alkoholkonsum, Bewegungsabstinenz und/oder das Aussparen von Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Helmert, Schorb 2009: 133). Allerdings soll nicht der Eindruck entstehen, dass derartige Verhaltensweisen dem Naturell armutsbetroffener Menschen entsprechen. Die im Laufe des Lebens erfahrenen sozialen Benachteiligungen gehen mit emotionalen Belastungserfahrungen einher, die bewältigt werden müssen (vgl. Pförtner 2013: 48).

Gesundheitsriskantes Verhalten wie Rauchen, Alkohol- oder Drogenkonsum sei deshalb, so Pfortner, „als erlernte bzw. habitualisierte Bewältigungsstrategie [zu sehen], die das Erleben von Stress moderiert“ (Pfortner 2013: 48).

Der Umgang mit der eigenen Gesundheit hängt von Aspekten der sozialen und materiellen Umwelt sowie der Sozialisation ab (vgl. Homfeldt, Sting 2006: 104). Die weitreichendsten Konsequenzen kommen dabei dem sozioökonomischen Status zu, der die gesundheitliche Lage über zwei Kanäle beeinflusst. Einerseits über pränatale Belastungen z.B. Fehl- und Mangelernährung während der Schwangerschaft; andererseits über weitere negative Einflüsse, die sich im Laufe des Lebens summieren. So kann neben einem Mangel an materiellen Ressourcen, das Aufwachsen in Armut mit einer ungenügenden (Gesundheits-)Erziehung und/oder geringeren Chancen auf einen höheren Schulabschluss einhergehen. Aus diesen nachteiligen Sozialisationsbedingungen können Entwicklungsdefizite resultieren, die die Persönlichkeit sowie die künftigen Verhaltensweisen beeinflussen (vgl. Erhart et al. 2008: 352).

3.1.2 Neo-materialistischer Ansatz

Der neomaterialistische Ansatz unterstreicht die Wichtigkeit gesundheitlicher Infrastrukturbedingungen und ihren Einfluss auf die armutsbedingten Gesundheitsunterschiede, deren Ausgestaltung der Sozial- und Gesundheitspolitik obliegt. Eine zentrale Rolle spielen in diesem Zusammenhang der vom sozialen Status unabhängige Zugang zur medizinischen Versorgung wie auch das gesundheitspolitische Niveau an Initiativen gegen gesundheitliche Ungleichheit, da beide das Potenzial haben, die mit Armut einhergehenden Belastungszustände zu reduzieren bzw. im Vorhinein zu verhindern (vgl. Pfortner 2013: 84 f.). Die Erhebungen der Statistik Austria zeigen, dass Personen in Haushalten mit niedrigem Einkommen häufiger auf eine zahn- oder sonstige medizinische Untersuchung verzichten als Personen in Haushalten mit mittlerem und hohem Einkommen. Drei Prozent der armutsgefährdeten Personen haben solch einen notwendigen Besuch nicht in Anspruch genommen, gegenüber einem Prozent bei mittlerem und hohem Einkommen. Die Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen waren in 44 Prozent der Fälle finanzieller Natur. Bei sonstigen medizinischen Leistungen schlugen finanzielle Gründe mit 28 Prozent zu Buche (vgl. Statistik Austria 2015: 57).

Die Ergebnisse zum Einfluss der Armut und sozialem Status auf die Gesundheit in Österreich entsprechen internationalen Forschungsergebnissen. Mit sinkendem sozialen Status steigen Krankheiten an, die untersten sozialen Schichten weisen die schwersten Erkrankungen auf und sind gleichzeitig mit der geringsten Lebenserwartung ausgestattet (vgl. Armutskonferenz 2015: 3).

Die in den folgenden Kapiteln dargestellten Faktoren, die das Entstehen von Krankheiten begünstigen können, müssen nicht unbedingt dem Faktor Wohnungslosigkeit geschuldet sein. Sie haben oft einfach nur mit Armut zu tun (vgl. Zechmeister-Koss, Reichel 2012: 62). Analog zur in Kapitel 2.1.4 aufgeworfenen Frage, ob es am Migrationshintergrund oder der Armut liegt, dass bestimmte Personen stärker von TB betroffen sind als andere, kann in Bezug auf wohnungslose Menschen festgehalten werden, dass diese ebenfalls häufig von Armut betroffen sind. Wohnungslosigkeit ist „ein spezifischer Ausdruck von kumulierter Armut“ (Schoibl 2004: 9) und insofern ist es unerheblich, ob der schlechte Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen per se der Wohnungslosigkeit oder der gleichzeitigen Armut zuzuschreiben ist. In erster Linie geht es darum auf die Komplexität des Alltags von wohnungslosen Menschen hinzuweisen sowie auf Barrieren und Lücken im System aufmerksam zu machen. Relevant ist außerdem, dass wohnungslose Menschen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als nicht-wohnungslose Menschen, die von Armut betroffen sind (vgl. Zechmeister-Koss, Reichel 2012: 62). Darüber hinaus sind wohnungslose Menschen einem höheren Risiko ausgesetzt an TB zu erkranken (vgl. FEANTSA 2015; vgl. Gesundheitsbericht Wien 2010: 202;). Mögliche Ursachen hierfür werden in den folgenden Kapiteln thematisiert. Zuvor soll aber zum allgemeinen Verständnis die Begriffe Obdach- und Wohnungslosigkeit erklärt werden.

3.2 Tuberkulose (be-)trifft wohnungslose Menschen

Die FEANTSA entwickelte 2005 ETHOS, eine Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung, die wohnungslose Menschen nach ihrer Wohnsituation klassifiziert (vgl. FEANTSA 2011). Sie fußt auf vier konzeptionellen Kategorien – Obdachlosigkeit (1), Wohnungslosigkeit (2), Ungesichertes Wohnen (3) und Ungenügendes Wohnen (4). ETHOS ermöglicht einen sehr breiten Blick auf dieses Thema und schützt auch davor bestimmte Personengruppen auszublenden, wie z.B. AsylwerberInnen oder Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind.

Wohnungslos ist demnach, wer

- (1) ohne Unterkunft oder festen Wohnsitz ist, d.h. sich auf der Straße oder an öffentlichen Plätzen aufhält und in Notquartieren oder anderen niederschwelligen Einrichtungen nächtigt.
- (2) keine eigene Wohnung hat und vorübergehend oder dauerhaft in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe lebt oder aus einer Institution entlassen wurden, z.B. Gefängnis, Spital oder Jugendheimen und zum Zeitpunkt der Entlassung kein Wohnplatz zur Verfügung steht. Frauen und ihre Kinder, die wegen häuslicher Gewalt, in einem Frauenhaus leben sowie AsylwerberInnen in Auffangstellen zählen ebenfalls dazu.

- (3) von Wohnungsverlust bedroht ist, aufgrund eines fehlenden Rechtstitels (z.B. Mietvertrag) oder einer Räumungsklage.
- (4) prekär wohnversorgt ist und z.B. in einer überbelegten Wohnung oder in einer Substandardwohnung lebt (vgl. FEANTSA 2009).

Im anschließenden Kapitel widmet sich die Autorin den Lebensbedingungen wohnungsloser Menschen mit dem Ziel Faktoren darzustellen, die die Entstehung von gesundheitlichen Defiziten begünstigen und zur Entstehung von Krankheiten führen können.

3.2.1 Lebensbedingungen wohnungsloser Menschen

Wohnungslose Menschen weisen einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand auf, da sie in ihrem Alltag einer Reihe gesundheitsbelastender Lebensbedingungen ausgesetzt sind wie z.B. unzulängliche Unterbringungs- und Schlafmöglichkeiten, nasskaltem Wetter oder brütender Hitze, schlechten Ernährungsbedingungen, notdürftiger Hygiene oder fehlender Privatsphäre (vgl. MA 24 2012: 51 f.).

Das ruft enormen psychischen und physiologischen Stress hervor, der sich *à la longue* sowohl auf die seelische Gesundheit als auch auf das Immunsystem nachteilig auswirkt, da bei langandauernden Belastungen die Gesamtzahl und Aktivität der Immunzellen im Blut sinkt. Gleichzeitig kommt es aber auch zu einer veränderten Produktion und Ausschüttung von Stresshormonen (z.B. Cortisol), die eine angemessene Immunantwort des Organismus unterdrücken. Folglich wird die Immunabwehr geschwächt und Viren, Bakterien und andere Pathogene haben weniger Gegenwehr, weshalb chronisch gestresste Menschen eher krank werden. Aber nicht nur die Anfälligkeit für Erkrankung steigt – bereits bestehende Erkrankungen können sich bei chronischen Stress verschlechtern sowie Heilungsprozesse verlängern (vgl. Derler 2015: o.S.).

Dreh- und Angelpunkt der Abwehr von Infektionen ist das Immunsystem, welches sich über den gesamten Körper erstreckt und mit fast allen Organen in Kontakt ist. Es wird von vielen Faktoren beeinflusst – manche davon sind unabänderlich wie z.B. das Geschlecht oder das Alter. So haben Frauen eine größere Immunkapazität als Männer und auch das Älterwerden lässt sich nun mal nicht aufhalten. Andere Einflussfaktoren hingegen z.B. Ernährung, Schlaf oder Alkoholkonsum sind modulierbare Größen. Allerdings muss an dieser Stelle betont werden, dass diese Faktoren stark von den jeweiligen Lebensbedingungen abhängen (vgl. Rink et al. 2015: 208).

Ernährung

In Hinblick auf die Ernährungsgewohnheiten wohnungsloser Menschen wird deutlich, dass diese von ihre Lebens- und Alltagsbedingungen diktiert werden (vgl. Stehling 2008: 376). So ist es beispielsweise für Menschen, die auf der Straße leben besonders schwierig sich selbst eine Mahlzeit aus frischen Lebensmitteln zuzubereiten, da sie keinen Zugang zu Kühl-, Lager- und/oder Kochmöglichkeiten haben (vgl. Steiger 2010: 128). Die Alternative, öffentliche Ausspeisungsstellen und Suppenküchen, bieten zwar eine Basisversorgung an, sind aber in der Zubereitung der Speisen größtenteils auf Spenden angewiesen, mit anderen Worten: Gekocht wird, was da ist. Steiger (2010: 126) konnte in Erfahrung bringen, dass wohnungslose Menschen unregelmäßig essen und die Qualität ihrer Mahlzeiten mangelhaft sei, d.h. wenig frisches Obst und Gemüse verzehrt werde aber viele Sättigungsbeilagen wie Brot, Reis, Nudeln und Kartoffeln auf dem Mittagsteller zu finden seien. Wagner (2012: 98) hingegen konnte in ihrer Untersuchung feststellen, dass wohnungslose Menschen hauptsächlich Mischkost mit wenig Fleisch zu sich nehmen. Allerdings merkte sie auch an, dass der Begriff „Mischkost“ hinsichtlich gesunder Ernährung divergent verstanden wird. Die Angaben lassen einen gewissen Interpretationsspielraum zu, da der Begriff diverse Nahrungsmittel umfasst, also auch ungesunde und vor allem preiswerte Produkte (vgl. Wagner 2012: 133 f.). Insofern spielt auch Geldknappheit eine nicht unwesentliche Rolle bei der Gestaltung des täglichen Speiseplans. Summa summarum zeichnet sich ein alles andere als optimales Bild der Ernährungsgewohnheiten vieler wohnungslosen Menschen ab. Es ist von einer Unterversorgung mit wichtigen Nährstoffen wie Vitaminen, Mineralstoffen, Spurenelementen, essentiellen Fettsäuren und Proteinen gekennzeichnet, wodurch die Weichen für psychische und physiologische Erkrankungen gelegt werden. Die Fehlernährung ist aber nicht nur dem geringen Einkommen geschuldet. Erkrankungen im Magen-Darm-Bereich sowie schlechte und/oder fehlende Zähne, erschweren ebenfalls eine ausreichende Nahrungsaufnahme (vgl. Steiger 2010: 127 f.).

Witterung, Schlaf- und Wohnbedingungen

Menschen, die permanent oder zeitweise auf der Straße leben, müssen Wind und Wetter trotzen. Vor allem Kälte und Nässe stellen eine Belastung dar und führen zu Erkältungen und Lungenentzündungen (vgl. Steiger 2010: 115).

Neben den Witterungseinflüssen wirkt sich auch die Schlafqualität auf den Gesundheitszustand aus, denn Schlaf dient der Regeneration für Körper sowie Geist und ein Mangel davon führt zu einem Immundefizit (vgl. Rink et al. 2015: 218). Ein erholsamer Schlaf ist für Menschen, die auf Straße schlafen kaum möglich, da sie entweder von der Polizei vertrieben werden oder aus Angst vor Übergriffen nur schwer Ruhe finden (vgl. Steiger 2010: 115 ff.).

In Notquartieren ist die Schlafqualität oft nicht sehr viel besser, da – je nachdem wie das Quartier konzipiert ist –, bis zu 40 Personen in einem Raum untergebracht sein können. Komfortablere Einrichtungen verfügen über Mehrbettzimmer, wobei die Unterbringung in einem Zweibettzimmer eine Ausnahme darstellt (vgl. Schoibl 1998: 7). Häufige Faktoren, die einen erholsamen Schlaf beeinträchtigen, sind z.B. lautes Schnarchen oder NutzerInnen, die Schwierigkeiten haben die Nachtruhe einzuhalten, sei es wegen Trunkenheit oder psychischen Erkrankungen (vgl. Steiger 2010: 118).

Die Wohnbedingungen in einem Notquartier zeichnen sich durch eher beengte Verhältnisse und schlecht belüftet Räume aus (vgl. van Hest 2011: 491). Aus der Evaluierung der Wiener Wohnungslosenhilfe geht hervor, dass die mangelnde Sauberkeit und die strikte Räumung des Notquartiers am Morgen am meisten von den NutzerInnen kritisiert wird (vgl. MA 24 2012: 38 f.). Aufgrund der Tröpfcheninfektion besteht in schlecht belüfteten Räumen ein höheres Ansteckungsrisiko für TB (siehe Kapitel 1.1) und auch die FEANTSA (2015) macht darauf aufmerksam, dass in überfüllten Notschlafstellen das Risiko einer Ansteckung erhöht ist.

Hygiene

Körper und Kleidung auf der Straße sauber zu halten, gestaltet sich angesichts des fehlenden Zugangs zu einem eigenen Bad schwierig. Obwohl in Tageszentren und Notquartieren Wasch- und Duscmöglichkeiten installiert sind, werden diese Angebote nicht von allen Personen genutzt, da sowohl die fehlende Privatsphäre in den Nassräumen als auch die Benützung der Waschmaschine gegen ein geringes Entgelt, Barrieren darstellen (vgl. Steiger 2010: 121). Der schlechte hygienische Zustand zieht aber nicht nur diverse Entzündungen und Hautkrankheiten nach sich, sondern auch Schamgefühle aufgrund eines intensiveren Körpergeruchs, weshalb viele wohnungslose Menschen Arztbesuche meiden. Somit werden Krankheiten nicht frühzeitig entdeckt bzw. behandelt und dies führt zu einer weiteren Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands (vgl. ebd.: 123).

Legale und illegale Suchtmittel

Abgesehen von Alkohol und Nikotin zählen auch illegale Suchtmittel wie Opiate, Opioide und/oder Cannabinoide zu den Wegbegleitern mancher Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind. Sie dienen ihnen als Mittel zum Zweck, um die spezifischen Lebensbedingungen, die Wohnungslosigkeit mit sich bringt, besser bewältigen zu können wie z.B. Kälte, Nässe oder die Eintönigkeit des Alltags (vgl. Flick, Röhnsch 2008: 18 f.; vgl. Steiger 2010: 158).

Mag die Unterscheidung zwischen legal und illegal diese Mittel trennen, so vereint sie wieder ihre immunsuppressive Wirkung. Der Konsum von Alkohol wirkt sich je nach Menge, Dauer der Einnahme, Art und Trinkmuster sehr unterschiedlich auf die Immunreaktion aus. So können geringe Alkoholmengen kurzfristig positive Effekte auf das Immunsystem haben. Tendenziell betrachtet „führt langfristiger Alkoholmissbrauch [allerdings] zu einer eingeschränkten Resistenz gegenüber bakteriellen und viralen Infektionen, vor allem denen des Respirationstrakts“ (Parlesak 2009: 18). Zu den Hauptursachen zählt z.B. eine gehemmte Antigenpräsentation sowie eine Dysregulation der Bildung von immunrelevanten Botenstoffen (Zytokinen), die im Falle einer Infektion, dem Körper signalisieren die „Eindringlinge“ anzugreifen (vgl. Parlesak 2009: 18). Das spiegelt sich auch in der Inzidenzrate für TB wider, die bei Alkoholabhängigen um das 15- bis 200-Fache ansteigt. Die Assoziation zwischen TB und Alkoholkonsum ist auch von großer klinischer Bedeutung, da alkoholabhängige PatientInnen die Medikamente aufgrund von Folgeerkrankungen wie Gastritis, Leberzirrhose oder Polyneuritis weniger gut vertragen und unregelmäßig einnehmen. Folglich ist die Sterbe- und Rezidivrate bei PatientInnen mit Alkoholabusus höher als in der PatientInnenpopulation ohne diese Risikofaktoren (vgl. Meyer, Konietzko 1996: A-110).

„Im Gegensatz zum Alkoholkonsum hat das Rauchen auch in geringen Mengen keine positiven Effekte“ (Rink et al. 2015: 209). Diese Tatsache lässt sich auf den Zigarettenrauch zurückführen, der ein toxisches Potpourri von über 4500 Komponenten darstellt. Eine davon, Nikotin, offenbart ihre negativen Effekte vor allem an den direkten Kontaktstellen, weshalb die Rate von Lungenkrebs, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen und Infektionen im Respirationstrakt bei RaucherInnen extrem erhöht ist. Neben diesen lokalen Phänomenen wirkt sich das Rauchen auch systemisch aus (vgl. Rink et al. 2015: 209, 211). Durch den Einfluss von Nikotin arbeiten sog. Neutrophile schlechter, deren Aufgabe es ist, Bakterien zu finden und zu zerstören. Ergo sind RaucherInnen anfälliger für bakterielle und entzündliche Erkrankungen (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2008). Opiate und Opioide wie Morphinum und Heroin wirken alle immunsuppressiv (vgl. Rink et al. 2015: 208).

Neben den Lebensbedingungen wirkt sich auch ein eingeschränkter Zugang zum regulären Gesundheitssystem negativ auf die Gesundheit aus. Wohnungslose Menschen haben kaum Zugang zu Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge, was mitunter ein Grund dafür ist, warum TB-Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen häufig erst in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert werden (vgl. van Hest 2011: 491). Bei der Nutzung medizinischer Dienstleistungen scheitern sie an unterschiedlichen Barrieren, die im folgenden Kapitel diskutiert werden.

3.2.2 Barrieren in der Nutzung von Gesundheitsleistungen

Im Großen und Ganzen lässt sich eine unzureichende medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen feststellen, wobei Menschen, die auf der Straße leben noch seltener Kontakt zum Gesundheitssystem haben, als jene, die in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe leben (vgl. Zechmeister-Koss, Reichel 2012: 60). Abgesehen von einem fehlenden Leistungsanspruch können wohnungslose Menschen auch an sozialen, finanziellen oder organisatorischen Barrieren scheitern. Unabhängig vom Herkunftsland kommen soziale Barrieren zum Tragen, die sich in Form von Stigmatisierung, Schamgefühlen und mangelnder Gesundheitskompetenz widerspiegeln. Formale, finanzielle und organisatorische Barrieren hingegen, stehen in einem engen Zusammenhang mit der Ausgestaltung des nationalen Gesundheitssystems (vgl. ebd.: 6).

Close-up I: Soziale Barrieren in- und außerhalb von Österreich

Ein Grund warum Leistungen trotz Rechtsanspruchs nicht in Anspruch genommen werden, sind subjektive Motive wie Angst vor Demütigungen im Wartezimmer, Scham über soziale Bedürftigkeit und Stigmatisierungen seitens des Pflegepersonals und der ÄrztInnen (vgl. Armutskonferenz 2015: 23 f.). Der fehlende Respekt, die Verletzung von persönlicher Autonomie und Schuldzuweisungen - vor allem in Form von Vorwürfen - durch medizinisches Personal bedingen in weiterer Folge ein gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, das durch Vertrauensmangel oder Kontaktabbruch sichtbar wird (vgl. Steiger 2012: 217 f.). So tendieren wohnungslose Menschen dazu Diagnosen von ÄrztInnen oder die Angemessenheit ärztlicher Verschreibungen in Frage zu stellen (vgl. Zechmeister-Koss, Reichel 2012: 48).

Ein weiterer Aspekt, der sich unter soziale Barrieren subsummieren lässt, betrifft die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands. Trotz erheblicher Morbidität herrscht eine relativ positive Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes bei wohnungslosen Menschen vor. Die Ursachen hierfür liegen in der Verdrängung der Realität und in einem gewissen Optimismus, der das Überleben in Extremsituationen erleichtert. Ein achtsamer Umgang mit der eigenen Gesundheit wird von anderen Prioritäten verdrängt wie der Befriedigung basaler Grundbedürfnisse, mit anderen Worten: das Organisieren von Nahrung und einer Schlafstätte haben Vorrang gegenüber Arztbesuchen, weshalb Krankheitssymptome länger ignoriert werden. Als weitere soziale Barriere wird eine geringe Gesundheitskompetenz angegeben, die als Wissen über Gesundheit sowie die Fähigkeit Informationen über Gesundheitsförderung zu verstehen und zu verarbeiten, definiert wird (vgl. ebd.: 48 f.). Last but not least werden aufgrund der komplizierten medizinischen Fachsprache und/oder geringen Deutschkenntnissen Fragen, Anweisungen, Befunde oder Erklärungen der ÄrztInnen nicht verstanden (vgl. Armutskonferenz 2015: 29).

Close-up II: Fehlender Leistungsanspruch, formale, finanzielle und organisatorische Barrieren in Österreich

Eine tragende Säule des österreichischen Gesundheitswesens ist das Sozialversicherungssystem. Es umfasst die Zweige der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung, wird überwiegend durch Versicherungsbeiträge finanziert und basiert auf dem Modell der Pflichtversicherung, die üblicherweise bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit eintritt (vgl. BMG 2013b: 7).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit der Mitversicherung von Angehörigen (z.B. Kinder, EhepartnerInnen). Ist eine Mitversicherung nicht möglich, muss die Aufnahme in die Versichertengemeinschaft selbst beantragt werden (vgl. Gesundheitsportal 2016). Obwohl das Versicherungssystem so gestaltet ist, dass nahezu die gesamte Bevölkerung in das Leistungssystem eingebunden ist, fallen dennoch rund ein bis eineinhalb Prozent der Bevölkerung (80.000 bis 120.000 Menschen) aus dem Schutzbereich der Versicherung heraus. Die Betroffenen sind v.a. Menschen, die sich in außergewöhnlichen Lebenslagen und Statusübergängen befinden wie z.B. Arbeitslose ohne Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung, undokumentierte MigrantInnen in Notquartieren oder prekären Wohnverhältnissen, geringfügig beschäftigte Personen ohne freiwillige Krankenversicherung. Kurzum Personen mit niedrigem Einkommen und ohne offizielle Arbeit – ein Großteil davon wohl auch wohnungslos (vgl. Zechmeister-Koss, Reichel 2012: 49 f.).

Für Personen, die nicht in der regulären Sozialversicherung integriert sind, ist eine Absicherung durch die bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) vorgesehen. Allerdings beschränkt sich der Kreis der anspruchsberechtigten Personen auf österreichische StaatsbürgerInnen und ihnen Gleichgestellte (Asylberechtigte, subsidiär Schutzberechtigte, EU-BürgerInnen mit Daueraufenthalt EG und deren Gleichgestellte) (vgl. § 5 WMG). Personen ohne Krankenversicherung müssen, wenn sie Leistungen aus dem öffentlichen Gesundheitssystem in Anspruch nehmen, selber für die Kosten aufkommen – ausgenommen davon sind Erste-Hilfe-Leistungen im Notfall (vgl. Gesundheitsportal 2016).

Aus der kurzen Darstellung des österreichischen Gesundheitssystems ergeben sich einige *formale* und *finanzielle Barrieren*. Denn bei genauerer Betrachtung existiert die Möglichkeit der freiwilligen Selbstversicherung für wohnungslose Menschen wohl nur auf dem Papier, da sich sowohl die monatliche Beitragsgrundlage, als auch die Antragstellung als Stolpersteine entpuppen. Erstere, weil sie sich auf € 397,35 beläuft und letzterer geht ein gewisser administrativer Aufwand voraus, da eine Reihe von Dokumenten verlangt werden wie z.B. ein Lichtbildausweis, der Nachweis einer Bankverbindung, ein Meldezettel und bei Drittstaatsangehörigen zusätzlich noch der Aufenthaltstitel (vgl. WGKK 2016a; vgl. WGKK 2016b).

Allesamt Dokumente, die wohnungslose Menschen mitunter nicht mehr besitzen, weil sie verloren gegangen sind oder gestohlen wurden. Belastungen, die im Zuge von medizinischen Behandlungen zu tragen kommen, wie etwa Selbstbehalte, Rezeptgebühren stellen weitere Hürden finanzieller Natur dar. BMS-BezieherInnen können zwar eine Rezeptgebührenbefreiung beantragen, aber auch hier ist Eigeninitiative gefragt (vgl. Zuschig, Graf 2011: 327). Die Angebote zur medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen – mit oder ohne Versicherungsschutz – sind dünn gesät. In Wien bieten einige NPOs (z.B. Louise Bus der Caritas oder die Arztpraxis des Vereins NeunerHaus) und Krankenhäuser mit einem übergeordneten medizinischen Auftrag (z.B. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder) eine kostenlose medizinische Versorgung an (vgl. Wagner 2012: 40, 44; vgl. Barmherzige Brüder o.J.). Vorteile von niederschweligen speziell für wohnungslose Menschen konzipierte Angebote sind ein kostenloser Zugang, keine Notwendigkeit einer Terminvereinbarung sowie Verständnis für ihre Lebenssituation. Durch das Entgegenbringen von Respekt sinkt die Angst vor Diskriminierung und die Chance ist dadurch größer, dass rechtzeitig Hilfe in Anspruch genommen wird. Kritisch zu sehen an der Trennung vom regulären Gesundheitssystem ist, dass vorhandene Stereotypisierungen bekräftigt werden und sich KostenträgerInnen und DienstleisterInnen des Regelsystems noch weniger zuständig fühlen für wohnungslose Menschen, wodurch Zugangsbarrieren verfestigt werden (vgl. Steiger 2012: 219; vgl. Zechmeister-Koss, Reichel 2012: 68). Steiger (2012: 219) plädiert deshalb für eine Verbesserung des Zugangs in das reguläre Gesundheitssystem für wohnungslose Menschen.

Eine *organisatorische Barriere* für die Inanspruchnahme von Leistungen stellt die systemimmanente Fragmentierung des österreichischen Gesundheitssystems dar. Diese – vor allem für wohnungslose Menschen – zusätzliche Hürde, ist einerseits der Versorgungs- und andererseits der Finanzierungsstruktur geschuldet (vgl. Hammer 2013: 3). Letztere setzt Anreize die eine spitalszentrierte Versorgung begünstigt, „wodurch die Inanspruchnahme von allgemeinmedizinischen Leistungen für wohnungslose Menschen erschwert wird“ (Hammer 2013: 3). Die Versorgungsstruktur hingegen erschwert eine integrierte Betreuung, da sie sich auf unterschiedliche Kostenträger und Gebietskörperschaften verteilt. Dies ist beispielsweise nach stationären Aufenthalten oder bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen problematisch, da der organisatorische Aufwand für wohnungslose Menschen nicht zu unterschätzen ist, etwa in dem Sinne, dass es vielen schwer fällt Termine wahrzunehmen aufgrund der Gegebenheiten ihres Alltags wo die Existenzsicherung im Vordergrund steht. Eine mittelfristige Planung ist somit nur bedingt möglich und vereinbarte Termine werden dann oft übersehen. Das Fehlen einer Postadresse sei als letzte organisatorische Barriere genannt, da Befunde, Abrechnungen, Informationen, Einladungen zu Kontrolluntersuchungen so nicht (vollständig) zugestellt werden können (vgl. Zechmeister-Koss, Reichel 2012: 51 f.).

4 TUBERKULOSE UND SOZIALE ARBEIT

Im Allgemeinen sind für Soziale Arbeit Erkrankungen relevant, die mit sozialen Konsequenzen – zB Diskriminierung, Stigmatisierung oder finanzielle Einbußen – einhergehen, die die Betroffenen belasten und den Heilungsverlauf beeinflussen. Das betrifft in erster Linie chronische Erkrankungen, zu der auch die TB zählt (vgl. Ansen et al. 2004: 13 f.). Inwiefern das Bild einer Krankheit auf die Betroffenen wirkt, wurde in Kapitel 2.1 erörtert. Vor allem das jüngste Bild der TB, die TB als Krankheit der „Randgruppen“, stigmatisiert und diskriminiert (siehe Kapitel 2.1.4). Eine weitere Verknüpfung zwischen TB und Sozialer Arbeit findet sich in der Eindämmung der TB. SozialarbeiterInnen (früher Fürsorgerinnen) sind seit gut 100 Jahren in die Bekämpfung der TB involviert, die in Wien mit der Gründung der „Städtischen Zentralstelle für Tuberkulosefürsorge“ im Jahre 1916 begann (vgl. Dietrich-Daum 2007: 286). Einst und jetzt zählen die Aufklärung über das Wesen der TB sowie ihre Früherkennung zu den Hauptaufgaben der Gesundheitsbehörde (vgl. ebd.: 274, 276). In der Durchsetzung dieser Maßnahmen stellt das Tuberkulosegesetz ein zentrales Instrument dar. Auf wesentliche Punkte des TbG – u.a. Melde- und Behandlungspflicht der TB – wurde bereits in Kapitel 1.1 hingewiesen. Nachfolgend soll nun auf die Bekämpfung der TB und Erfassung unbekannter TB-Fälle eingegangen werden.

4.1 Reihen- und Umgebungsuntersuchungen

Wie bereits erwähnt gilt für die TB die Meldepflicht wonach jede Erkrankung, die der ärztlichen Behandlung oder Überwachung bedarf sowie jeder tuberkulosebedingte Todesfall innerhalb von drei Tagen nach Stellung der Diagnose bei der Bezirksverwaltungsbehörde zu melden ist. In Wien ist hierfür die MA 15 zuständig, die in weiterer Folge alle Erhebungen und Untersuchungen zur Feststellung der Krankheit und einer Infektionsquelle veranlasst (vgl. § 3 und § 5 Abs. 1 TbG). Hierfür regelt das TbG zwei wesentliche Punkte. Zum einen sieht das Gesetz – im ersten Hauptstück – behördliche TB-Bekämpfungsmaßnahmen in Bezug auf konkrete Erkrankungsfälle vor, sog. Umgebungsuntersuchungen; zum anderen normiert das Gesetz – im zweiten Hauptstück – präventive Maßnahmen, sog. Reihenuntersuchungen, die der Erfassung unbekannter TB-Fälle dienen.

Die Verordnung zur Erfassung unbekannter TB-Fälle nach § 23 TbG ist Ländersache und unterscheidet sich daher geringfügig von Bundesland zu Bundesland. Aufgabe der Landeshauptfrau/des Landeshauptmannes ist es gefährdete Personengruppen festzulegen und Reihenuntersuchungen durchzuführen.

Die diesbezügliche Verordnung für Wien ist allerdings wenig konkret:

„Die Bezirksverwaltungsbehörde hat Personen zu untersuchen, die nicht regelmäßig gesundheitlich untersucht werden und deren Lebenssituation nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft eine erhöhte Gefahr einer unerkannten Tuberkuloseerkrankung bedingt.“ (VO des Landeshauptmannes für Wien betreffend Tuberkulose-Reihenuntersuchungen, § 1)

Die oberösterreichische Verordnung hingegen listet klar gefährdete Personengruppen auf – u.a. obdach- und wohnungslose Personen, InsassInnen von Haftanstalten, AsylwerberInnen und -berechtigte (vgl. VO des Landeshauptmanns von Oö zur Erfassung unbekannter Tuberkulosefälle, § 1 Abs. 1).

Der Übertragungsweg der TB bringt es mit sich, dass in Einrichtungen mit einer erhöhten TB-Prävalenz, z.B. Anhaltezentren oder Krankenanstalten, auch mit einem Ansteckungsrisiko für das betreuende Personal zu rechnen ist. Deshalb werden zum Schutz der MitarbeiterInnen gemäß §§ 49 und 51 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz Eignungs- und Folgeuntersuchungen durchgeführt (vgl. BMG 2013a: 16 f.). Die Rahmenrichtlinie für TB-Umgebungsuntersuchungen des BMG fordert dies auch für Beschäftigte in Tageszentren, Wohnheimen und Notquartieren für obdach- und wohnungslose Menschen, da solche Einrichtungen „nach den Analysen der epidemiologischen Daten der letzten Jahre als Hochrisikobereiche definiert [werden]“ (BMG 2013a: 19).

Die behördlichen Maßnahmen zur Bekämpfung der TB sowie ihre Melde- und Behandlungspflicht haben Auswirkungen auf die Rolle der Sozialen Arbeit, die im folgenden Kapitel thematisiert werden.

4.1.1 Kritikpunkte und Rolle der Soziale Arbeit

Umgebungsuntersuchungen

Eine Umgebungsuntersuchung (UU) bedeutet die Suche nach mit TB infizierten Familienangehörigen, FreundInnen, ArbeitskollegInnen etc. einer erkrankten Person. Somit agieren SozialarbeiterInnen als ErmittlerInnen, die das soziale Umfeld einer/s Erkrankten analysieren, um das Infektionsrisiko für andere Personen einzuschätzen (vgl. Kehr 2011: 299). Allerdings hat sich Logik der UU im Laufe der Zeit tiefgreifend geändert. Anfang des 20. Jahrhunderts durchleuchteten die Fürsorgerinnen regelrecht das familiäre und berufliche Umfeld einer erkrankten Person. Das Sozialleben aller in Frage kommenden Personen, ob krank oder gesund, wurde dem Blick der TB-Fürsorgestelle unterworfen. Fürsorgerinnen kontrollierten de facto das Leben der Erkrankten und belehrten sie über richtiges hygienisches Verhalten, indem sie Verhaltensregeln für ihren Alltag aufstellten. Das führte zu einer Intensivierung der sozialen Kontrolle der Erkrankten und zu einer Form des gesundheitspolitischen Interventionismus (vgl. ebd.: 305).

„Im gegenwärtigen politischen Kontext, in dem der ökonomische Blick [auch] auf gesundheitliche Fragen zunehmend an Bedeutung gewinnt, und auch in dem sehr spezifischen Kontext der Bekämpfung der Tuberkulose“ (Kehr 2011: 306 f.), folgt die UU nun einem eher pragmatischen Ansatz, der darauf abzielt möglichst präzise das Infektionsrisiko zu bestimmen (vgl. Kehr 2011: 306).

Bei wohnungslosen Menschen ist eine UU⁴ allerdings selten erfolgreich (vgl. van Hest 2011: 494). Das ist einerseits der hohen Mobilität der Gruppe und andererseits einem gewissen Misstrauen gegenüber Behörden geschuldet. Menschen, die sich in einer schwierigen Lebenslage befinden (z.B. undokumentierte ArbeitnehmerInnen), geben aus Angst vor negativen Konsequenzen, nicht alle Personen an mit denen sie regelmäßig Kontakt haben oder hatten (vgl. Robert Koch Institut 2009: 96). Kehr (2011: 326) betont, dass das Misstrauen gegenüber der Behörde „[...] als logische Konsequenz der Lebensumstände zu interpretieren [ist] und nicht als mangelnde Zustimmung zu den Zielen des öffentlichen Gesundheitswesens“ (Kehr 2011: 326).

Reihenuntersuchungen

Eine RU ist keine Maßnahme, die per se Sicherheit bietet, da von ihr auch die Gefahr ausgehen kann, dass Menschen kränker gemacht werden als sie sind. Menschen, die sich subjektiv gesund fühlen, werden zu PatientInnen gemacht bevor eine Symptomatik besteht. Derartige Maßnahmen tragen zwangsläufig nicht zur Gesundheitsförderung bei und können bei den betroffenen Personen auch zu Verunsicherungen führen (vgl. Romberg 2011: 109 f.).

Ein Beispiel für eine RU sind verpflichtende TB-Kontrolluntersuchungen von wohnungslosen Personen, die einem Notquartier nächtigen wollen. Die Untersuchung ist kostenlos und erfolgt in Form eines Lungenröntgens (siehe Anhang 2). Mag diese Maßnahme auf den ersten Blick als effektives und effizientes Mittel in der aktiven Fallfindung erscheinen, offenbaren sich bei genauerer Betrachtung Kritikpunkte.

Menschen, die akut von Obdachlosigkeit betroffen sind, können ein Bett in einem Notquartier in Anspruch nehmen. Ein Notquartier bietet unbürokratische Hilfe in Form einer Grundversorgung an und umfasst die Bereiche Übernachtungsmöglichkeit, Hygiene (Dusch- und Waschmöglichkeit), Mahlzeiten (Essen und Trinken zum Selbstkostenpreis) und ev. noch Bekleidung (Ausgabe von Unterwäsche, Socken etc.). Notquartiere zeichnen überdies Niederschwelligkeit aus, das bedeutet, dass auf Hürden und Zugangsvorleistungen weitestgehend verzichtet wird (vgl. Stark 2011: 201 f.). Ein Zugangskriterium stellt z.B. eine verpflichtende TB-Kontrolluntersuchung dar, wie der nachfolgende Ausschnitt aus der Hausordnung eines Notquartiers zeigt.

⁴ Für die Betreuung wohnungsloser Menschen, die an TB erkrankt sind, ist die Außenstelle der MA 15 in der Schönbrunner Straße 34, 1050 Wien zuständig.

„Eine Bedingung für das Nächtigen im NQ ist der Nachweis einer TBC-Kontrolle binnen dreier Tage. Die Zuweisung zur Untersuchung erfolgt über die MitarbeiterInnen des NQ“ (siehe Anhang 1).

Die Inanspruchnahme des Schlafplatzes setzt also voraus, dass sich NutzerInnen der Kontrolluntersuchung unterziehen und die Nichterbringung des Nachweises kann Sanktionen nach sich ziehen wie z.B. der Verlust des Schlafplatzes. Ergo stehen verpflichtende TB-Kontrolluntersuchungen in Widerspruch zur Niederschwelligkeit von Notquartieren.

Die administrative Abwicklung der Kontrolluntersuchungen obliegt den MitarbeiterInnen des Notquartiers. Somit agieren SozialarbeiterInnen nicht nur als Ermittlungsorgan, sondern auch als „verlängerter Arm“ der Behörde, die von den NutzerInnen eine Anpassung an das System einfordern. De facto finden sich immer sanktionierende und kontrollierende Elemente im Ermessensspielraum sozialarbeiterischen Handelns (vgl. Diebäcker, Hammer 2009: 19), da Handeln in der Sozialen Arbeit in zwei Richtungen ausgelegt ist – zum einen in Richtung der Auftrag gebenden Behörde bzw. des Fördergebers, zum anderen in Richtung der Klientel. Dieses Spannungsfeld führt dazu, dass SozialarbeiterInnen sprichwörtlich zwischen den Stühlen stehen, da sie gleichzeitig im Sinne des Fördergebers bzw. der Trägerorganisation und der Klientel handeln müssen. Unterstützung, Kontrolle und Sanktionen gehen somit Hand in Hand (vgl. Berner 2012: 3). Diesen „immanenten Widerspruch“ zwischen staatlichen Interessen und individuellen Bedürfnissen kann Soziale Arbeit nicht auflösen, aber sie muss „die Bearbeitung dieser Gegensätze sicherstellen“ (Bakic et al. 2007: 4).

Nicht minder kritisch ist das Sortieren von Menschen in Risikogruppen zu sehen, da diese Konstruktion erstens stigmatisierend wirkt und zweitens von einem veränderten Umgang mit Menschen zeugt (vgl. Lützenkirchen 2005: 24). Es entspricht dem neo-liberalen Menschenbild des aktivierenden Staates, wo Eigenverantwortung und Selbstsorge an die Menschen herangetragen werden und gesellschaftliche Probleme individualisiert werden (vgl. Diebäcker, Hammer 2009: 19).

Ein weiterer Konflikt, auf den genauer einzugehen den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, ist die Einschränkung der individuellen Freiheit auf der einen Seite und der Schutz der Allgemeinheit bzw. des Personals auf der anderen Seite (vgl. Romberg 2011: 106). Jedoch soll darauf hingewiesen werden, dass – trotz der hohen Ansteckungsfähigkeit der TB – von einer Gefährdung der gesamten Bevölkerung wohl kaum gesprochen werden kann. Am ehesten besteht für das Personal im Gesundheitswesen und der Wohnungslosenhilfen eine gesundheitliche Gefährdung, da es direkt mit wohnungslosen Menschen in Kontakt kommt. Darüber hinaus hängt die Ansteckungswahrscheinlichkeit von verschiedenen Faktoren ab u.a. von der Dauer der Exposition und der Immunlage der betroffenen Person (siehe Kapitel 1.1).

Somit besteht auch für das Personal nur ein geringfügiges Risiko. Es ist daher davor zu warnen, dass wohnungslose Menschen zu unrecht als „gefährliche TB-TrägerInnen“ stigmatisiert werden (vgl. Zechmeister-Koss, Reichel 2012: 62).

5 FAZIT

Wie an der TB deutlich erkennbar ist, existiert eine Krankheit nicht nur als medizinische Diagnose. Es gibt auch sehr unterschiedliche Bilder der TB, die von Epoche zu Epoche variieren. Die Auseinandersetzung damit macht die soziale Konstruktion von Krankheit und deren Folgen deutlich. Vor allem das jüngste Bild der TB, die TB als Krankheit der „Randgruppen“ oder marginalisierten Gruppen, stigmatisiert und führt zu Kontrollen der Erkrankten, zu denen u.a. auch Menschen zählen, die von Obdach- bzw. Wohnungslosigkeit betroffen sind.

In der Tat führt Obdach- bzw. Wohnungslosigkeit zu einem erhöhten Risiko an TB zu erkranken. Relevant für das Zusammenspiel von TB und Wohnungslosigkeit ist in erster Linie eine materielle Unterversorgung. Geldknappheit führt zu Einschränkungen in der Ernährungsweise und die daraus resultierende Mangel- und Fehlernährung wirkt sich nachteilig auf den allgemeinen Gesundheitszustand aus. Aber auch die Wohnbedingungen sind von Bedeutung, denn beengte und schlecht belüftete Räume mit wenig natürlichem Licht erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung. Notquartiere und Tageszentren stellen häufig solche Räume dar. Aus der materiellen Unterversorgung resultieren schließlich psychosoziale Belastungsfaktoren, die in Form von Stressoren auf die Gesundheit einwirken und à la longue das Immunsystem schwächen. Um den Stress zu bewältigen greifen manche zu Zigaretten, Alkohol und/oder Drogen, wobei vor allem langfristiger Alkoholmissbrauch der TB in die Hände spielt.

Darüber hinaus liegen diverse Zugangsbarrieren für wohnungslose Menschen zur bestehenden Gesundheitsversorgung vor, die neben einem fehlenden Leistungsanspruch auch formale, organisatorische, finanzielle sowie soziale Barrieren umfassen. So verhindern soziale Barrieren, die z.B. aus der Angst vor Stigmatisierungen resultieren, dass trotz eines bestehenden Rechtsanspruchs keine Leistungen in Anspruch genommen werden. Wohnungslose Menschen schämen sich oft aufgrund ihres Aussehens oder Körpergeruchs und meiden deshalb Arztbesuche. Aber auch der Alltag von wohnungslosen Menschen, der davon geprägt ist, die basalen Grundbedürfnisse zu befriedigen führt dazu, dass Krankheitssymptome länger ignoriert. Folglich suchen viele wohnungs- bzw. obdachlose Menschen erst dann eine ärztliche Praxis auf, wenn eine Erkrankung bereits weit fortgeschritten ist.

Somit hat die TB ein leichtes Spiel, die überdies für einen schleichenden Beginn bekannt ist und sich anfangs nur durch unklare Beschwerden bemerkbar macht wie Müdigkeit, Appetitlosigkeit, leichtes Fieber und Husten. Derartige Symptome veranlassen Personen, die ohnehin schon große Hemmungen haben eine ärztliche Praxis aufzusuchen, kaum dazu sich Hilfe zu holen. Eine weitere Barriere im Zusammenhang mit TB ist wohl auch ein Informationsmangel und daraus resultierende finanzielle Hürden. So kann z.B. die Angst vor einem hohen Selbstbehalt abschreckend wirken und dazu führen, dass man sich einer Therapie entzieht. Die Tatsache, dass es sich bei der TB um eine behandlungspflichtige Krankheit handelt und deshalb der Bund für alle Kosten aufkommt – ungeachtet dessen, ob ein Versicherungsschutz besteht oder nicht –, ist vielen wahrscheinlich nicht bekannt. Allerdings ist es fraglich, ob in der Praxis die Kostenübernahme immer so einfach von statten geht wie es auf den ersten Blick scheint.

Verpflichtende TB-Kontrolluntersuchungen konterkarieren die Mündigkeit wohnungsloser Menschen und sind sowohl im Sinne einer Kritischen Sozialen Arbeit als auch in Anbetracht der Niederschwelligkeit von Notquartieren abzulehnen, da sie den NutzerInnen aufgedrängt werden und Sanktionen nach sich ziehen können. In der niederschweligen Arbeit mit wohnungslosen Menschen und v.a. im Kontext eines Notquartiers sollte die Grundversorgung der NutzerInnen im Vordergrund stehen und nicht das Ziel Präventionsarbeit gegen TB zu leisten. Darüber hinaus geht mit den Kontrolluntersuchungen auch ein gewisser organisatorischer bzw. administrativer Aufwand einher. Für die SozialarbeiterInnen bedeutet es mehr Bürokratie, da erfolgte TB-Kontrollen in internen als auch in externen Datenbanken bzw. Verwaltungssystemen (z.B. BOS-Net) dokumentiert werden müssen. Wohnungslosigkeit hat bekanntlich viele Gesichter und deshalb muss wohnungslos nicht gleich arbeitslos bedeuten. Vor allem undokumentierte ArbeitnehmerInnen, die Angebote der Wohnungslosenhilfe nutzen, können in die Bredouille geraten, wenn sie sich spontan einen Tag freinehmen müssen. Andere wiederum sind aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht in der Lage diese Auflage zu erfüllen.

Das Dilemma der verpflichtenden TB-Kontrolluntersuchungen kann auch die Diskussion eröffnen, ob diese Untersuchungen nicht auch auf freiwilliger Basis angeboten werden können. Die Antwort kann hier nicht eindeutig ausfallen, da einerseits per Gesetz verlangt wird, die Gesundheit des Personals zu schützen; andererseits wird die individuelle Freiheit wohnungsloser Menschen eingeschränkt. Allerdings würde ein freiwilliges Angebot zur Kontrolluntersuchung – ohne Androhung von Zwangsmaßnahmen oder Sanktionen –, sowohl die Selbstbestimmung und die Komplexität des Alltags von wohnungslosen Menschen respektieren, als auch die SozialarbeiterInnen von ihrer Rolle als „verlängerter Arm“ der Gesundheitsbehörde befreien.

LITERATURVERZEICHNIS

AGES (2014): Tuberkulose Jahresbericht 2014. Wien.

http://www.ages.at/fileadmin/AGES2015/Themen/Krankheitserreger_Dateien/Tuberkulose/tbcreport2014.pdf [29.05.16]

AGES (2010): Tuberkulose Jahresbericht 2010. Wien.

http://www.ages.at/fileadmin/AGES2015/Themen/Krankheitserreger_Dateien/Tuberkulose/Tuberkulose_Jahresbericht_2008-2010.pdf [29.05.16]

Ansen Harald, **Gödecker-Geenen** Norbert, **Nau** Hans (2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Armutskonferenz (Hg.ⁱⁿ) (2015): Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen. Eine partizipative Erhebung. Wien.

http://neu.armutskonferenz.at/files/armkon_barrieren_luecken_gesundheitssystem-2015_1.pdf [23.05.16]

Bakic Josef, **Diebäcker** Marc, **Hammer** Elisabeth (2007): Wiener Erklärung zur Ökonomisierung und Fachlichkeit in der Sozialen Arbeit.

Barmherzige Brüder (o.J.): Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien.

<http://www.barmherzige-brueder.at/site/wien/ueberuns> [21.03.16]

Berner Heiko (2012): Gouvernamentalität und Soziale Arbeit. Theoretische Gedanken zum Aspekt der Machtausübung in einer sich wandelnden Gesellschaft. In: Zentrum für Zukunftsstudien der Fachhochschule Salzburg Nr. 19.

http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/berner_juni2012_gouvernem.pdf [29.05.16]

BMG (2013a): Österreichische Leitlinie zur Tuberkulose-Umgebungsuntersuchung.

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/2/6/CH1478/CMS1369730616751/leitlinietbc_feb.pdf [31.03.16]

BMG (2013b): Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen-Daten-Fakten. Wien.

<http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/gesundheitsssystem-zahlen-daten-2013.pdf> [10.04.16]

Derler Katrin (2015): Chronischer Stress schwächt das Immunsystem.

<http://www.netdoktor.at/gesundheit/stress-immunsystem-6856299> [06.04.16]

Deutsches Ärzteblatt (2008): Wie rauchen das Immunsystem drosselt.

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/32116> [11.04.16]

Diebäcker Marc, Hammer Elisabeth (2009): Zur Rolle von Sozialer Arbeit im Staat. Skizzen aus regulationstheoretischer und Foucault'scher Perspektive. In: Kurswechsel 3/2009, 11-25.

http://www.armutskonferenz.at/files/diebaecker_hammer_staat_soziale_arbeit-2009.pdf

[26.05.16]

Dietrich-Daum Elisabeth (2007): Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich (= Sozial- und wirtschaftshistorische Studien 32). Wien: Verlag für Geschichte und Politik.

Erhart Michael, Wille Nora, Ravens-Sieberer Ulrike (2008): In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik. In: Bauer Ulrich, Bittlingmayer Uwe H., Richter Matthias (Hg.): Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 331-358.

Exner Gudrun, Kytir Josef, Pinwinkler Alexander (2004): Bevölkerungswissenschaft in Österreich in der Zwischenkriegszeit (1918-1938). Personen, Institutionen, Diskurse (= Schriften des Instituts für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften 18). Wien: Böhlau.

FEANTSA (2015): Commit to Eradicating TB and Health Inequalities. FEANTSA Message to Riga European Ministerial Conference on Tuberculosis. (Press release 31.03.2015)

<http://www.feantsa.org/spip.php?article4547&lang=en> [24.05.16]

FEANTSA (2011): ETHOS Typology on Homelessness and Housing Exclusion.

<http://www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en> [12.04.16]

FEANTSA (2009): ETHOS – Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung.

http://www.feantsa.org/spip.php?action=acceder_document&arg=223&cle=eed8d27ffb96c46df4384095038ce2d142c1b97a&file=pdf%2Fat.pdf&lang=en

Flick Uwe, Röhnsch Gundula (2008): Gesundheit auf der Straße. Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Gesundheitsportal (2016): Das Gesundheitswesen im Überblick.

https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml_LN.html [10.04.16]

Hähner-Rombach Sylvelyn (2000): Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Hähner-Rombach Sylvelyn (1998): Von der Aufklärung zur Ausgrenzung. Folgen der bakteriologischen Krankheitserklärung am Beispiel der Tuberkulose. In: Roeßiger Susanne, Merk Heidrun (Hg.^{innen}): Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Marburg: Jonas Verlag, 59-76.

Hammer Elisabeth (2013): Kriterien für eine bedarfsgerechte allgemeinmedizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen. Unter Berücksichtigung aktueller Forschungsergebnisse. In: soziales_kapital Nr. 9 (2013), 1-7.

<http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/275/451.pdf>

[08.06.16]

Helmert Uwe, **Schorb** Friedrich (2009): Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit. In: Richter Matthias, Hurrelmann Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS, 133-148.

Herzlich Claudine, **Pierret** Janine (1991): Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. München: Beck.

Homfeldt Hans Günther, **Sting** Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Imming Peter, **Rudolph** Ines, **Laqua** Katja (2011): Tuberkulose. Schwindsucht ist nicht überwunden. In: Pharmazeutische Zeitung online (08/2011).

<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=36930> [01.02.16]

Kehr Janina (2011): Die Dichte sozialer Leben. Zur Tuberkulose-Umgebungsuntersuchung. In: Niewöhner Jörg, Kehr Janina, Vailly Joëlle (Hg.^{innen}): Leben in Gesellschaft. Bielefeld: Transcript, 299-330.

Kehr Janina (2010): Geographien der Gefahr und soziale Risiken. Wie Tuberkulose in Deutschland zu einer MigrantInnenkrankheit wird. In: Dilger Hansjörg, Hadolt Bernhard (Hg.): Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag, 161-179.

Kontrollamt der Stadt Wien (2009): MA 15, Handhabung des TBgesetzes. Wien
<http://www.stadtrechnungshof.wien.at/berichte/2009/lang/03-01-KA-VI-15-1-9.pdf> [10.01.16]

Kreuser F., **Deuster** H. (1929): Die Frage der Zwangsabsonderung asozialer Tuberkulöser vom Standpunkt der Fürsorge und Krankenbehandlung. In: Zeitschrift für Tuberkulose 54, 109-114.

Lützenkirchen Anne (2005): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen-Praxisfelder-Institutionen. Stuttgart: Kohlhammer.

Lynch J., **Kaplan** G. (2000): Socioeconomic Position. In: Berkman L. F., Kawachi I. (Hg.): Social Epidemiology. New York: Oxford University Press, 13-35.

Meyer Joachim, **Konietzko** Nikolaus (1996): Tuberkulose in Deutschland – eine sozial ungleich verteilte Last. In: Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 3, A 108-110.
<http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=73> [13.03.16]

Parlesak Alexandr (2009): Alkohol und Immunsystem. In: Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin 01/2009, 18-22.
https://www.rosenfluh.ch/media/ernaehrungsmedizin/2009/01/Alkohol_und_Immunsystem.pdf [13.03.16]

Pförtner Timo-Kolja (2013): Armut und Gesundheit in Europa. Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung. Wiesbaden: Springer VS.

Psychrembel Willibald, **Dornblüth** Otto (Hg.) (2012): Klinisches Wörterbuch. Berlin, New York: de Gruyter. 263. Auflage.

Rink Lothar, **Kruse** Andrea, **Haase** Hajo (2015): Immunologie für Einsteiger. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. 2., neu bearbeitete und aktualisierte Auflage.

Robert Koch Institut (Hg.) (2009): Welttuberkulosestag 2009: Stoppt TB – jeder trägt Verantwortung. In: Epidemiologisches Bulletin, Nr. 11, 93-104.
http://www.rki.de/cln_169/nn_274324/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/11_09.templateld=raw,property=publicationFile.pdf/11_09.pdf [11.01.16]

Romberg Dorothee (2011): Die Röntgenreihenuntersuchung (RRU) als Mittel der Tuberkuloseprävention in Deutschland nach 1945. Universität Köln: Dissertation.

Schmincke Imke (2009): Gefährliche Körper an gefährlichen Orten. Eine Studie zum Verhältnis von Körper, Raum und Marginalisierung. Bielefeld: Transcript.

Schmuhl Hans-Walter (1992): Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890 – 1945 (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 75). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 2. Auflage.

Schoibl Heinz (2004): Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe. Salzburg.
http://www.armutskonferenz.at/files/schoibl_wohnunglosigkeit_wohnunglosenhilfe-2004.pdf [25.05.16]

Schoibl Heinz (1998): Notschlafstellen in Österreich. Standards und Fachlichkeit am untersten Rand des betreuten Wohnens. Salzburg.
http://www.helixaustria.com/uploads/media/Standordbestimmung_-_Notschlafstellen.pdf
 [06.03.16]

Sontag Susan (2012): Krankheit als Metapher & Aids und seine Metaphern. Frankfurt am Main: Fischer. 3. Auflage.

SOS Mitmensch (2013): FPÖ missbraucht Tuberkulosefälle für ausländerfeindliche Hetze.
<http://www.sosmitmensch.at/site/home/article/423.html> [25.05.16]

Stark Christian (2011): Niederschwelligkeit. In: BAWO (Hg.ⁱⁿ): Festschrift 20 Jahre BAWO. Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Wien, 199-207.

Starzacher Anna Katharina, **Otto-Knapp** Ralf, **Bös** Lena, **Bauer** Torsten (2014): TB: Diagnostik und Therapie. In: Journal Med (3), o.S.
http://www.pneumologie.de/dzk/files/journalMED-TB_%20Diagnostik-und-Therapie.pdf?cntmark [12.01.16]

Statistik Austria (2015): Lebensbedingungen in Österreich – ein Blick auf Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie (Mehrfach-)Ausgrenzungsgefährdete. EU-SILC 2014. Wien.

Stehling Heiko (2008): Pflege und Wohnungslosigkeit. In: Bauer Ullrich, Büscher Andreas (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege (= Gesundheit und Gesellschaft 3). Wiesbaden: VS.

Steiger Ignaz (2012): Medizinische Tafeln – medizinische Primärversorgung der Zukunft für Arme? In: Gillich Stefan, Keicher Rolf (Hg.): Bürger oder Bettler. Soziale Rechte von Menschen in Wohnungsnot im Europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung. Wiesbaden: VS, 209-220.

Steiger Ignaz (2010): Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem. Charité Berlin: Dissertation.

Suttorp Norbert, **Mielke** Martin, **Kiehl** Wolfgang, **Stück** Burghard (Hg.) (2004): Infektionskrankheiten. Stuttgart: Thieme.

van Hest Rob (2011): Tuberkulosekontrolle bei wohnungslosen Personen in der EU. In: Rosenke Werena (Hg.ⁱⁿ): Ein weites Feld: Wohnungslosenhilfe – mehr als ein Dach über dem Kopf, Bielefeld: BAG W-Verlag, 491-497.

Weigl Andreas (2000): Demografischer Wandel und Modernisierung in Wien. Wien: Pichler.

WGKK (2016a): Selbstversicherung. Krankenversicherung. Beitrag

<http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkversportal/content/contentWindow?contentid=10007.725809&action=2&viewmode=content> [26.03.16]

WGKK (2016b): Selbstversicherung. Krankenversicherung. Antragstellung

<http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkversportal/content/contentWindow?contentid=10007.727767&action=2&viewmode=content> [26.03.16]

WHO (2015): Global Tuberculosis Report.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75938/1/9789241564502_eng.pdf [11.01.16]

Zechmeister-Koss Ingrid, **Reichel** Markus (2012): Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren (Zugangs-)Barrieren zum Gesundheitssystem. Eine Literaturübersicht. HTA-Projektbericht Nr. 63. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

http://www.neunerhaus.at/fileadmin/Bibliothek/Neue_Website/Medizinische_Versorgung/Gesundheit_von_Wohnungslosen_final.pdf [21.03.16]

Zuschnig Barbara, **Graf** Andreas (2011): X'sundheit. In: BAWO (Hg.ⁱⁿ): Festschrift 20 Jahre BAWO. Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Wien: 324-333.

http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Publikationen/BAWO_Festschrift_Webversion_komplett.pdf [21.03.16]

Anhang I: Hausordnung

HAUSORDNUNG DES NACHTQUARTIERS [REDACTED]

1. Die MitarbeiterInnen des NQ [REDACTED] sind verantwortlich für Ruhe und Ordnung im Haus. Daher ist Ihren Anweisungen Folge zu leisten.
2. Die Zuweisung zum NQ erfolgt über P7 oder andere Einrichtungen (Sozial- und Rückkehrberatung, Jedmayer, Josi etc.). Die Aufnahme erfolgt erst nach der schriftlichen Anmeldung bei MitarbeiterInnen des Hauses. Dies impliziert das Ausfüllen eines Gästeblasses, was den Nachweis der Identität erfordert.
Nach Ablauf der Zuweisungsfrist endet die Möglichkeit im Haus zu nächtigen. Das zweimalige Fernbleiben ohne Entschuldigung kann zum Verlust des Schlafplatzes führen.
Wenn im Vorhinein bekannt ist, dass man eine bestimmte Anzahl an Nächten nicht im NQ verbringt, ist dies den Betreuern mitzuteilen. In besonderen Fällen, ist dies bis zu max. 7 Tag möglich. Wir behalten uns vor, dass in diesem Fall das Bett an einen Notnächtiger weitergegeben wird.
3. Eine Bedingung für das Nächtigen im NQ ist der Nachweis einer TBC-Kontrolle binnen dreier Tage. Die Zuweisung zur Untersuchung erfolgt über die MitarbeiterInnen des NQ.
4. Die ausgehängten Brandschutzbestimmungen sind einzuhalten. Dies erfordert besonders den sorgsamen Umgang mit brennenden Zigaretten. Kochen und Erwärmen von Speisen ist ebenso untersagt, wie der Einsatz von und Umgang mit offenem Licht und brennbaren oder explosiven Substanzen.
5. Das Rauchen in den öffentlich zugänglichen Bereichen ist nicht gestattet. In den Zimmern sind bitte die dafür vorgesehenen Aschenbecher zu benutzen. Um Brände zu vermeiden, sind glühende Zigarettenreste nicht im Mülleimer zu entsorgen.
6. Der Aufenthalt im Aufenthaltsbereich ist nach 22:00 nur im Ausnahmefall gestattet. Dort gilt ein Rauchverbot.
7. Für das NQ gelten folgende Zeiten:
 - Öffnungszeiten sind von 17:00 bis 8:00 Uhr
 - Von 17:00 bis 21:30 Uhr erfolgt die Aufnahme
 - ab 22:00 Uhr ist das NQ geschlossen
 - ab 22:30 Uhr herrscht Bettruhe, das bedeutet, alle zugewiesenen Personen haben sich in den ihnen zugewiesenen Zimmern auf zu halten.
 - Um 07:00 Uhr wecken die MitarbeiterInnen alle NächtigerInnen.
 - Bis spätestens 08:00 Uhr ist die Einrichtung zu verlassen.
8. In diesem Haus gilt absolutes Gewaltverbot – Das beinhaltet:
 - Drohungen
 - körperliche Gewalt gegenüber Personen und/oder Gegenständen
 - Provokationen
 - Beschimpfungen
 - sexistische, rassistische oder anders diskriminierende Äußerungen
 - der Besitz von Waffen jedweder Art
 - Diebstahl

HAUSORDNUNG DES NACHTQUARTIERS

9. Bei Anzeichen für Selbst- oder Fremdgefährdung werden die MitarbeiterInnen Polizei und/oder Rettung rufen.
10. Weder die Organisation noch die MitarbeiterInnen des Hauses übernehmen Haftung in irgendeiner Form für abhanden gekommene Gegenstände. Jede und jeder ist für Mitgebrachtes selbst verantwortlich.
Einige kleine (Wert-) Gegenstände oder Dokumente können in einem Kuvert über Nacht verwahrt werden, wobei Medikamente nur gegen Vorlage des Rezeptes aufbewahrt werden dürfen.
11. Im NQ und dessen Umgebung ist Handel (womit auch immer) verboten. Dazu zählt auch das Mitbringen von Alkohol für andere. Der Besitz und/oder Genuss von Alkoholika ist in begrenztem Ausmaß bis auf Widerruf toleriert. Wenn nach Einschätzung der diensthabenden MitarbeiterInnen Beeinträchtigung durch Rauschmittel jedweder Art festgestellt wird, kann ein Nächtungsverbot ausgesprochen werden.
12. Jede zugewiesene Person trägt selbständig Verantwortung für Sauberkeit im Haus. Dies gilt für den Schlafplatz und alle allgemein zugänglichen Bereiche des Hauses sowie seiner Umgebung. Die Bettwäsche ist nach Ablauf der Zuweisungsfrist ab zu ziehen und bei den MitarbeiterInnen abzugeben.
Ebenfalls verantwortlich ist jede und jeder einzelne auch für ihre, respektive seine Körperpflege. Darüber hinaus ist auch anderen Empfehlungen bezüglich der persönlichen und allgemeinen Hygiene Folge zu leisten.
13. Sollten, im Regelfall aufgrund von ärztlicher Anordnung, Spritzen und Kanülen zur Anwendung gekommen sein, sind diese nach Gebrauch sicher zu verwahren und als baldigst der im Haus angebotenen sachgerechten Entsorgung zuzuführen.
14. Das Betreten des zweiten Stiegenhauses ist nur im Gefahrenfall gestattet.
15. Im Interesse einer guten Nachbarschaft mit allen AnrainerInnen gelten die allgemeinen Regeln in Bezug auf Sauberkeit, Ruhe, Handel und Gewaltfreiheit.

Anhang II: TB-Kontrolluntersuchung

Notquartier [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] Wien

RÖNTGENUNTERSUCHUNG

An

Town Town Zentralröntgen
Schnirchgasse 14/2

Röntgenzeiten: Montag bis Freitag 8:00 - 12:00 Uhr
Mittwoch zusätzlich 14:00 – 17:00 Uhr

U1 - Stephansplatz → U3 - Schlachthausgasse

Wir ersuchen Sie uns zu bestätigen, dass Ihrerseits keinerlei Bedenken bestehen, dass

Frau/Herr _____

geboren am _____

sich in unserem NächtigerInnenquartier aufhält.

Frau/Herr _____

geboren am _____

war heute _____

in unserer Dienststelle.

NAME: TBC (TUBERKULOSEVORSORGE)

ADRESSE: Town Town, Thomas-Klestil-Platz 8/2, 1030 Wien
Zugang: Schnirchgasse 14/2, Erdgeschoß, CB 15.001

TEL: 4000 87667

FAX: 4000 99 87188

MAIL: tuberkulosevorsorge@ma15.wien.gv.at

ÖFFNUNGSZEITEN:

Montag bis Freitag 8:00 bis 12:00 Uhr

Mittwoch 8:00 bis 12:00 Uhr / 14:00 bis 17:00 Uhr

PLAN:

