



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement für
Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF
Bundesamt für Wohnungswesen BWO



Stadt Zürich
Amt für Hochbauten

u^b

^b
**UNIVERSITÄT
BERN**

Institut für Sozial- und
Präventivmedizin
Evaluation Support Unit

**Evaluation des MCS-Pilotprojekts der
Wohnbaugenossenschaft *Gesundes Wohnen MCS*
Eine explorative Studie
Schlussbericht**



Dr. Heinz Bolliger-Salzmann

MSc. Beatrice Metry

Cand. M.A. Anna Erb

Cand. MSc. Sarah Heiniger

Cand. M.A. Elean Schaffner

Bern, den 31. März 2015

Management Summary

In der Schweiz wird mit zirka 5`000 Personen gerechnet, welche unter dem Syndrom der Multiplen Chemikaliensensitivität (MCS) leiden. Ihre Beschwerden führen dazu, dass sie die Wohnungen ihren Bedürfnissen entsprechend chemikalienarm und oft auch elektrosmogfrei einrichten. Da sich Chemikalien auch in Bausubstanzen befinden, ist dies relativ schwierig und führt zu ungemütlichen Wohnsituationen. Der Bau eines MCS-gerechten Mehrfamilienhauses – wie dies die Baugenossenschaft *Gesundes Wohnen MCS* in Zürich-Leimbach realisierte - ist in Europa äusserst rar, wenn nicht sogar einmalig. Umso mehr interessierte es, wie betroffenen Menschen in diesem Haus leben und wie sie sich dabei fühlen. Um eine umfassende Sichtweise auf dieses Erleben zu erhalten, wurden folgende Perspektiven in vorliegender Untersuchung einbezogen: MCS-Betroffene, welche kein Interesse an einer Wohnung im MCS-Wohnhaus hatten; Betroffene mit Interesse an einer MCS-gerechten Wohnung; Angehörige oder nahestehende Personen von Betroffenen sowie Quartierbewohnende rund um das MCS-Wohnhaus. Ebenfalls waren die bauökologischen Messdaten von Interesse und wurden in die sozial-psychologische Interpretation einbezogen.

Das Bundesamt für Wohnungswesen (BWO), welches diese Evaluation in Auftrag gegeben hat, interessierte sich im Hinblick auf zukünftige Bauten für dieses Projekt, auch gerade deshalb, weil bislang keine vergleichbaren Studien vorlagen.

Bezüglich MCS als Beschwerdebild liegen unterschiedliche Studien und Theorien vor, die physiologische wie auch psychologische Aspekte ins Feld führen. In Bezug auf die Wohnsituation wurden lediglich einzelne Studien (Ziem, 2001) gefunden, welche angesichts des Erscheinungsdatums nicht mehr auf dem neusten Stand sein dürften. Umso wichtiger erscheint vorliegende Untersuchung.

Das Bewerbungsverfahren für eine MCS-Wohnung sah die Teilnahme an vorliegender Studie wie auch das Ausfüllen eines studienrelevanten Fragebogens vor. Es wurden 37 Fragebogen ausgefüllt und in die Studie aufgenommen. Zusätzlich wurden insgesamt 52 Interviews zu zwei Messzeitpunkten geführt. Dabei handelte es sich im Vorfeld um MCS-Betroffene ohne Mietinteresse (8), Mieterschaft (6), Abbrechende (7), Angehörige (4) und Quartierbewohnende (6) sowie nach dem Bezug des MCS-Wohnhauses um Personen der Mieterschaft (7), Abbrechende (8) Angehörige (1) und Quartierbewohnende (6). Der Fragebogen wurde mit SPSS soweit wie aufgrund der kleinen Stichproben möglich ausgewertet. Die Interviews wurden mit den beiden Software Atlas.ti und MAXQDA qualitativ, inhaltsanalytisch analysiert.

Widererwarten leben nur wenige MCS-Betroffene im MCS-Wohnhaus, dafür sind mehrere Personen mit anderen Sensibilitäten eingezogen. Die Erwartungen bzgl. des Wohlbefindens wie auch in Bezug auf das Zusammenleben in der Hausgemeinschaft wurden von der Mieterschaft als erfüllt oder zumindest teilweise erfüllt angesehen. Die Beschwerden haben sich nach Einzug ebenfalls positiv verändert. So seien die Symptome zwar noch da aber weniger heftig. Für mehrere Personen hat sich die soziale Situation verändert, sei dies nun durch die vermehrte Pfleger soziale Kontakte oder durch die Integration in die Hausgemeinschaft, die Möglichkeit sich mit Menschen austauschen zu können,

die ähnliche Beschwerden haben oder durch die Stadtnähe und die damit verbundene Option, wieder vermehrt an öffentlichen Anlässen teilzunehmen. Ebenfalls wurden die Erwartungen bzgl. des Zusammenlebens in der Hausgemeinschaft vorwiegend erfüllt. Mehrfach wurde der Stil der Hausführung angesprochen, positiv wie auch negativ.

Insgesamt wurde bei den Befragten eine geringe Kontrollüberzeugung, ein bemerkenswert niedriges Niveau auf der Skala des bio-psycho-sozialen Wohlbefindens wie auch tiefe Werte bzgl. der Lebenszufriedenheit festgestellt. Die diesbezüglichen Werte von MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse fielen immer höher aus als von den anderen Stichproben, was erklären könnte, weshalb sie keine Absicht hatten eine Wohnung zu mieten.

Für den Bau weiterer MCS-gerechter Wohnhäuser kann aus vorliegenden Resultaten abgeleitet werden, dass ein ideales MCS-Wohnhaus von weit mehr Faktoren beeinflusst wird, als das passende Baumaterial, die richtige Wohnlage und die Partizipation der Betroffenen. Ganz im Wesentlichen kommt es auf die einzelne Persönlichkeit und die jeweilige Situation der Menschen an, die in ein solches Haus einziehen wollen. Für die aktuelle Mieterschaft hat sich der Einzug ins MCS-Wohnhaus jedoch gelohnt und zwar aus gesundheitlichen wie auch sozialen Gründen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Ziele der Evaluation	2
1.2	Fragestellungen	3
1.3	Hypothesen	4
2	Aktueller Forschungsstand	6
2.1	Definition von Multipler Chemikaliensensitivität.....	6
2.2	Ätiologie	8
2.3	Prävalenz	10
2.4	Symptome	11
2.5	Diagnostische Verfahren.....	13
2.6	Erklärungsmodelle	15
2.6.1	Physiologische Erklärungsmodelle	15
2.6.2	Psychologische Erklärungsmodelle	23
2.6.3	Gegenseitige Kritik der bio-chemischen und der psychologischen Erklärungsmodelle	26
2.7	Soziale Aspekte von MCS.....	28
2.8	Therapieansätze	30
2.9	Prognose	33
2.10	Empfohlene Wohnsituation	33
3	Methoden	36
3.1	Beschreibung des Vorgehens.....	36
3.2	Informationsgewinnung.....	37
3.2.1	Stichprobe Bewerbenden t_0 (n=11).....	40
3.2.2	Stichprobe Mieterschaft t_0 (n=12).....	42
3.2.3	Stichprobe Abbrechende t_0 (n=8).....	48
3.2.4	Stichprobe MCS-Betroffene ohne Mietinteresse t_0 (n=8).....	51
3.2.5	Stichprobe Angehörigen und Freunde t_0 (n=4)	53
3.2.6	Stichprobe Quartierbewohnende t_0 (n=6).....	54
3.2.7	Stichprobe Mieterschaft t_1 (n=7).....	55
3.2.8	Stichprobe Abbrechende t_1 (n=8)	57
3.2.9	Stichprobe Angehörigen und Freunde t_1	59
3.2.10	Stichprobe Quartierbewohnenden t_1 (n=6).....	59
3.3	Erhebungsverfahren.....	61
3.3.1	Inhalt des Fragebogens	62
3.3.2	Inhalt der Einzelinterviews	63
3.3.3	Beobachtungsraster	66
3.4	Auswertungsverfahren	66
3.4.1	Auswertung der Fragebogen	66
3.4.2	Auswertung der Einzelinterviews	66
3.4.3	Auswertung Beobachtungsraster	67

4	Ergebnisse.....	68
4.1	Quantitative Ergebnisse des Fragebogens.....	68
4.1.1	Situation zu Hause/ Hilfe zu Hause (8,11,12)	69
4.1.2	Gesundheit und Gesundheitssystem (2, 4, 5, 6, 10)	80
4.1.3	Behandlung, Therapien und Medikamente (7, 9, 15)	88
4.1.4	Psychisches Wohlbefinden (3, 13, 14, 21).....	98
4.1.5	Vergleiche zwischen Mietinteressierten, MCS-Betroffenen mit und ohne Mietinteresse und sowie der <i>Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007</i>	119
4.2	Qualitative Ergebnisse der Erhebung Einzelinterviews zum Zeitpunkten t_0	133
4.2.1	Ergebnisse der Mieterschaft t_0	134
4.2.2	Ergebnisse der Abbrechenden t_0	148
4.2.3	Ergebnisse der Betroffenen ohne Mietinteresse t_0	161
4.2.4	Ergebnisse der Erhebung mit Angehörigen und Freunden t_0	177
4.2.5	Ergebnisse der Erhebung mit Quartierbewohnenden t_0	186
4.3	Ergebnisse Beobachtungsraster Erhebungszeitpunkt t_0	190
4.3.1	MCS-Betroffene ohne Mietinteresse	191
4.3.2	Mieterschaft.....	191
4.3.3	Abbrechende	192
4.4	Qualitative Ergebnisse der Erhebung Einzelinterviews zum Zeitpunkt t_1	193
4.4.1	Ergebnisse der Mieterschaft t_1	193
4.4.2	Ergebnisse der Abbrechenden t_1	204
4.4.3	Ergebnisse der Quartierbewohnenden t_1	209
4.5	Beantwortung der Fragestellungen	215
5	Diskussion	226
5.1	Handlungsempfehlungen	232
5.2	Limitationen und Herausforderungen dieser Untersuchung	236
6	Literatur.....	239
7	Anhang.....	I
	Anhang A: Abkürzungen.....	I
	Anhang B: Glossar	III
	Anhang C: Fragebogen	XI
	Anhang D: Informed Consent	XXX
	Anhang E: Beispielhaft: Interviewleitfaden Betroffene vor Einzug	XXXIII
	Anhang F: Beispielhaft: Interviewleitfaden Betroffene nach Einzug	XXXIX
	Anhang G: Beobachtungsraster“	XLVI
	Anhang H: Beispielhaft: Kodierleitfaden Betroffene vor Einzug	XLVIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die sechs Prinzipien der Chemikaliensensitivität nach Rea.	16
Abbildung 2: Modell des Gift-induzierten Toleranzverlusts TILT (Miller, 2000; S. 118).	17
Abbildung 3: Medizinische Leiden, die mit dem TILT erklärt werden können (Miller, 2000, S. 133).	18
Abbildung 4: Weg der Entwicklung einer sensitivitäts-bezogenen Krankheit (Sensitivity-Related Illness SRI) (Genuis, 2010, S. 6050).	19
Abbildung 5: Model von <i>Limbic Kindling</i> nach Jason, 2011 (Gratrix, 2014, S. 16).	22
Abbildung 6: Erklärungsmodell nach Gupta (2002).	23
Abbildung 7: Grafische Darstellung des methodischen Vorgehens.	37
Abbildung 8: Darstellung der Stichproben (enthält beide Messzeitpunkt, Anzahl Personen).	39
Abbildung 9: Gesundheitskompetenzen der Gesamtstichprobe (n=37).	84
Abbildung 10: Anzahl Behandlungen pro Person in der Gesamtstichprobe (n=37).	89
Abbildung 11: Angaben der Gesamtstichprobe zu Krankheiten, die ärztlich behandelt wurden (n=37).	89
Abbildung 12: Angaben der Mieterschaft zu Krankheiten, die ärztlich behandelt wurden.	90
Abbildung 13: Angaben der Subgruppe I zu Krankheiten, die ärztlich behandelt wurden.	91
Abbildung 14: Angaben der Bewerbenden zu Krankheiten, die ärztlich behandelt wurden.	92
Abbildung 15: Angaben der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse zu Krankheiten, die ärztlich behandelt wurden.	93
Abbildung 16: Anzahl Personen der Gesamtstichprobe (n=37), die ein Medikament einnehmen.	96
Abbildung 17: Ergebnisse der Gesamtstichprobe (n=37) bzgl. Lebenszufriedenheit.	105
Abbildung 18: Gesichterskala von Ed Diener (1985, 2006).	112
Abbildung 19: Werte der Sozialkompetenz der Gesamtstichprobe (n=37).	114
Abbildung 20: Werte der Sozialkompetenz der Mieterschaft (n=12).	115
Abbildung 21: Werte der Sozialkompetenz der Subgruppe I (n=9).	116
Abbildung 22: Werte der Sozialkompetenz der Bewerbenden (n=11).	117

Abbildung 23: Werte der Sozialkompetenz der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse (n=6).	118
Abbildung 24: Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA). In Anlehnung an Schwarzer, 2004.	229

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Chemically sensitive groups (Winder, 2002, S. 88).....	11
Tabelle 2: Übersicht der Stichprobe Bewerbende t_0	40
Tabelle 3: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe Bewerbende t_0 (Mehrfachantworten waren möglich).	41
Tabelle 4: Rentenkombinationen der Stichprobe Bewerbende t_0	41
Tabelle 5: Übersicht der Stichprobe Mieterschaft t_0	42
Tabelle 6: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe Mieterschaft t_0 (Mehrfachantworten möglich).	43
Tabelle 7: Rentenkombinationen der Stichprobe Mieterschaft t_0	43
Tabelle 8: Übersicht der Stichprobe Mieterschaft Subgruppe I t_0	44
Tabelle 9: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe Mieterschaft Subgruppe I t_0 (Mehrfachantworten möglich).....	45
Tabelle 10: Rentenkombinationen der Stichprobe Mieterschaft Subgruppe I t_0	46
Tabelle 11: Übersicht der Stichprobe Mieterschaft Subgruppe II t_0	46
Tabelle 12: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe Mieterschaft Subgruppe II t_0 (Mehrfachantworten möglich).	47
Tabelle 13: Rentenkombinationen der Stichprobe Mieterschaft Subgruppe II t_0	47
Tabelle 14: Übersicht Stichprobe Abbrechende t_0	48
Tabelle 15: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Beruf-)Tätigkeiten der Stichprobe Abbrechende t_0 (Mehrfachantworten möglich).	49
Tabelle 16: Rentenkombinationen in der Stichprobe Abbrechende t_0	49
Tabelle 17: Übersicht Stichprobe Probewohnende t_0	50
Tabelle 18: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe Probewohnenden t_0 (Mehrfachantworten möglich).	51
Tabelle 19: Übersicht der Stichprobe MCS-Betroffene ohne Mietinteresse t_0	52
Tabelle 20: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe MCS-Betroffene ohne Mietinteresse t_0	53
Tabelle 21: Rentenkombinationen der Stichprobe MCS-Betroffene ohne Mietinteresse t_0 ..	53
Tabelle 22: Übersicht der Stichprobe Angehörige und Freunde t_0	54

Tabelle 23: Übersicht der Stichprobe Quartierbewohnende t_0	55
Tabelle 24: Übersicht der Stichprobe Mieterschaft t_1	56
Tabelle 25: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der der Stichprobe Mieterschaft t_1 (Mehrfachantworten möglich).....	57
Tabelle 26: Rentenkombinationen der Stichprobe Mieterschaft t_1	57
Tabelle 27: Übersicht der Stichprobe Abbrechende t_1	58
Tabelle 28: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe der Abbrechenden t_1	59
Tabelle 29: Rentenkombinationen der Stichprobe Abbrechende t_1	59
Tabelle 30: Übersicht der Stichprobe Quartierbewohnende t_1	60
Tabelle 31: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe Quartierbewohnende t_1 (Mehrfachantworten möglich).....	60
Tabelle 32: Übersicht der Anzahl Störungen in der Gesamtstichprobe (n=37).	70
Tabelle 33: Anzahl Störungen – Mieterschaft (n=12).....	71
Tabelle 34: Anzahl Störungen – Subgruppe I (n=9).....	72
Tabelle 35: Anzahl Störungen – Probewohnenden (n=3).	73
Tabelle 36: Anzahl Störungen – Bewerbende (n=11).	74
Tabelle 37: Anzahl Störungen – MCS-Betroffene ohne Mietinteresse (n=6).....	75
Tabelle 38: Gesundheitskompetenzen der Mieterschaft (n=12).	84
Tabelle 39: Gesundheitskompetenzen Subgruppe I (n=9).....	85
Tabelle 40: Gesundheitskompetenzen der Bewerbenden (n=11).....	86
Tabelle 41: Gesundheitskompetenzen der Probewohnenden (n=3).....	86
Tabelle 42: Gesundheitskompetenzen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse (n=6).	87
Tabelle 43: Referenzwerte für kranke Erwachsene (ohne die Werte zu überdurchschnittlich und stark überdurchschnittlich).	107
Tabelle 44: Werte des Wohlbefindens der Gesamtstichprobe (n=37).	108
Tabelle 45: Werte des Wohlbefindens der Mieterschaft (n=12).....	109
Tabelle 46: Werte des Wohlbefindens der Subgruppe I (n=9).	109
Tabelle 47: Werte des Wohlbefindens der Bewerbenden (n=11).	110

Tabelle 48: Werte des Wohlbefindens der Probewohnenden (n=3).	111
Tabelle 49: Werte des Wohlbefindens der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse (n=6).	111

1 Einleitung

In der Schweiz wird davon ausgegangen, dass zirka 5'000 Personen mit einer Multiplen Chemikaliensensitivität, kurz MCS genannt, leben. MCS ist in Europa – zum Leidwesen der Betroffenen - nicht als Krankheit anerkannt und wird als Syndrom¹ mit unterschiedlichen auslösenden Stoffen und Symptomen beschrieben. Auch ist MCS unter Ärztinnen bzw. Ärzten nicht bekannt, was diesen Umstand für MCS-Betroffene weiter erschwert. In einer Studie von Gibson und Lindberg (2011) wurden 90 Hausärztinnen bzw. Hausärzte, welche in Virginia (USA) praktizieren bzgl. MCS schriftlich befragt, wobei sich herausstellte, dass lediglich knapp die Hälfte der befragten Hausärztinnen bzw. Hausärzte MCS kannten und weniger als ein Drittel gab an, eine diesbezüglich spezifische Weiterbildung besucht zu haben. 7% gaben an, mit ihrem Wissen zu MCS sehr zufrieden zu sein. 6% setzen bei MCS-Patientinnen bzw. MCS-Patienten ein Behandlungsprotokoll ein. Als Interventionen nannten sie die Vermeidung der auslösenden Stoffe, Veränderungen in der Wohnumgebung, Diät, Luftfilter und die Überweisung zu Spezialistinnen bzw. Spezialisten. Für die Schweiz sind keine diesbezüglichen Daten vorhanden, allerdings finden sich auf der Homepage Verein Hausärzte Stadt Zürich² drei Artikel zu diesem Thema.

Da MCS-Betroffene auf diverse chemische Stoffe reagieren, sind in verschiedenen Lebensbereichen Massnahmen zu treffen, damit die Betroffenen möglichst beschwerdefrei leben können. Ganz zentral dabei ist der Wohnbereich. Um sich besseres Gehör zu verschaffen, haben sich MCS-Betroffene zur MCS-Liga Schweiz zusammengeschlossen und fordern seit Jahren u. a. die Anerkennung von MCS als Krankheit, Anlaufstellen für Betroffene, Spitäler, welche auf die Bedürfnisse von Betroffenen Rücksicht nehmen sowie die Bereitstellung von geeigneten Wohnmöglichkeiten. Auf umtriebige und hartnäckige Art hat sich Christian Schifferle, selbst MCS-Betroffener, seit Jahren als Sprecher dieser Gruppe profiliert. Auf seine Initiative hin sind Strukturen entstanden (Verein, Genossenschaft), die letztlich auch Ausgangspunkt des nun realisierten Projekts, MCS-Haus Zürich Leimbach waren. Im Jahr 2008 wurde die *Wohnbaugenossenschaft Gesundes Wohnen MCS* gegründet und somit der Grundstein für das MCS-Wohnbauprojekt in Zürich-Leimbach gelegt. Die *Wohnbaugenossenschaft Gesundes Wohnen MCS* erwirkte in Zusammenarbeit mit der Stadt Zürich einen Projektwettbewerb für ein «baubiologisch pionierhaftes Wohnhaus», in dem es für MCS-Betroffene leichter sein sollte, menschenwürdig zu leben. Das Siegerprojekt wurde 2010 aus fünf Bewerbungen auserkoren. Die Stadt stellte im Aussenquartier Zürich-Leimbach geeignetes Bauland im Baurecht zur Verfügung. Finanzielle Unterstützung erhielt das Projekt von Stadt und Kanton Zürich sowie vom Bundesamt für Wohnungswesen, welches vorliegende Studie finanzierte. Besonderer Wert wurde auf die Auswahl

¹ Unter Syndrom wird das gleichzeitige, gemeinsame Auftreten verschiedener Symptome oder Merkmale und somit ein Symptomenkomplex verstanden (vgl. [http://www.pflegewiki.de/wiki/Syndrom_\(Begriffserkl%C3%A4rung\)](http://www.pflegewiki.de/wiki/Syndrom_(Begriffserkl%C3%A4rung))) [26.01.2015].

² <http://www.hausarzt.ch/open/aerzte/mcs.htm> [26.01.2015].

der verwendeten Materialien gelegt, in dem potenzielle spätere Hausbewohnerinnen und –bewohner in einem systematischen Verfahren anhand von Materialproben, die sie für einige Tage auf sich wirken lassen konnten, grossen Einfluss auf die Auswahl der verbauten Stoffe nahmen. Damit wurde der in der Gesundheitsförderung geforderte partizipative Ansatz auf eindrückliche Art umgesetzt, obwohl schon nur dieses komplexe Vorprojekt erhebliche zeitliche und finanzielle Mittel gebunden hat. Der Spatenstich erfolgte Ende Mai 2012, der Bau konnte unter Einhaltung von Auflagen³ beginnen. Nach der Erstellung des Fundaments folgte ein ritueller Anlass zur Neutralisierung einer die Liegenschaft durchfliessende Wasserader, wobei ein Rosenquarz sowie Solnhofer-Kalksteinplatten in die Grundplatte des Wohnhauses einzementiert wurden. Nach der langjährigen Vorbereitungs- und fast zweijährigen Bauphase konnten die Wohnungen im Dezember 2013 bezogen werden.

Da es sich bei diesem Wohnungsbau für MCS-Betroffene um ein Pilotprojekt handelte, wurden Vorgehen, Ergebnisse und subjektives Wohlbefinden der Mieterschaft für spätere Bauten dieser Art als sehr wichtig eingestuft, weshalb die vorliegende summative Evaluation als wissenschaftliche Begleitung durchgeführt wurde. In den beiden nachfolgenden Absätzen werden die Evaluationsziele, die Zielgruppen sowie die konkreten Fragestellungen vorgestellt.

Da es sich mit MCS um ein sehr spezifisches Gesundheitsthema handelt und ein ebenso spezifisches Vokabular voraussetzt, findet sich im Anhang B ein ausführliches Glossar.

1.1 Ziele der Evaluation

Die angestrebten Ziele (warum?) der anstehenden Evaluation werden folgend aufgeführt und zugleich mit dem jeweiligen Zweck (wozu?) genannt:

1. Ein erstes Ziel ist es, Aussagen über die Veränderung der Befindlichkeit (bio-psycho-sozial) der Betroffenen nach dem Einzug in die neue Wohnsituation machen zu können. Dies zum Zweck, um Daten zu erhalten, damit mögliche zukünftige MCS-Wohnprojekte noch massgeschneiderter geplant und ausgeführt werden können.
2. Ein zweites Ziel ist es, systematisch systemische Aspekte zu erfassen, die das bio-psycho-soziale Wohlbefinden von Angehörigen und Freunden von MCS-Betroffenen sowie von Quartierbewohnenden beeinflussen. Dies zum Zweck, mehr über die Dynamik und den Prozess der Umsiedlung sowohl für die engsten Angehörigen wie auch auf gesellschaftspolitischer Ebene zu erfahren.
3. Ein weiteres Ziel ist es, die bauökologischen Messdaten sozial-psychologisch zu interpretieren, dies zum Zweck, eine vertiefende Diskussion auf der Meta-Ebene über diese beiden unterschiedlichen Perspektiven zu führen.

³ Rauchverbot, Verbot von Spraydosen, Lösungsmittel und Montageschäumen, Unterlassen von Schweissen und Gebrauch von Winkelschleifer und Trennscheiben.

Aus diesen Evaluationszielen können folgende Zielgruppen abgeleitet werden: Bewerbende, Mietende, MCS-Betroffene ohne Mietinteresse⁴, Angehörige und Freunde der Mieterschaft, Probewohnende sowie Quartierbewohnende.

1.2 Fragestellungen

Aus der oben dargelegten Ausgangslage sowie den genannten Zielen ergeben sich folgende thematisch geordnete Fragestellungen:

Wissenschaftliche Perspektive

- a) Welche Erkenntnisse sind bis jetzt aus Sicht der Betroffenen und aus wissenschaftlich-empirischer Sicht veröffentlicht worden?

Zum Erhebungszeitpunkt t_0 (Basismessung)

Betroffenenperspektive

- b) Wie leben MCS-Betroffene aktuell? Eine systematische „ethnologische“ Felderhebung (beruhend auf Aussagen der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner sowie aufgrund eines spezifischen Beobachtungsrasters) soll Aufschluss über die Lebensbedingungen von MCS-Betroffenen geben (*Mietende, MCS-Betroffene ohne Mietinteresse, Probewohnende*).
- c) Wie ist die Befindlichkeit der MCS-Betroffenen (sowohl derjenigen, die einziehen als auch derjenigen, die nicht einziehen) vor dem Einzug? Welche Hoffnungen und Erwartungen knüpfen die am Projekt interessierten MCS-Betroffenen an diese Pilotsiedlung (*Mietende, Probewohnende*)?
- d) Welche MCS-Betroffenen ziehen letztendlich in eine der neu erstellten Wohnungen ein (Mieterschaft)? (Sozio-demografische Daten)
- e) Welche Gründe geben diejenigen MCS-Betroffenen an, die nicht einziehen wollen (*MCS-Betroffene ohne Mietinteresse*)?
- f) Welche Gründe geben diejenigen MCS-Betroffenen an, die grundsätzlich interessiert wären, in die Pilotsiedlung einzuziehen, dies aber aus bestimmten Gründen trotzdem nicht tun (*Probewohnende, Personen, die Mietverhältnis kündigen*).

Perspektiven der Angehörigen und Freunde

- g) Wie erleben die nächsten Angehörigen und nahestehenden Freunde der MCS-Betroffenen die Situation? Wie schätzen sie das Pilotprojekt ein? Erkennen sie Veränderungen vor und nach dem Einzug in eine MCS-Wohnung?

⁴ MCS-Betroffene, die von Anfang an kein Interesse an der Miete einer Wohnung im MCS-Wohnhaus hatten.

Perspektive der Quartierbewohnenden

- h) Was denken die Nachbarinnen und Nachbarn vom Haus am Rebenweg 100 und von dessen Bewohnenden vor und nach dem Einzug?

Sozial-psychologische Perspektive

- i) Wie können die bauökologischen Messdaten sozial-psychologisch interpretiert werden? Von welchem Menschenbild wird in den unterschiedlichen Wissenschaften ausgegangen? Welche Einflüsse haben die gebauten Strukturen auf das effektive Verhalten (Structure and Agency-Debatte)? Was kann allenfalls für spätere Bauprojekte abgeleitet werden?

Zum Erhebungszeitpunkt t_1 (Messung bis 11 Monate nach Einzug der Mieterschaft [Oktober/November 2014])

- j) Es wird ein relativ striktes Wohnreglement bzw. eine verbindliche Benutzerordnung geben müssen: Wie wirkt sich diese auf die Bewohnende aus (*Mietende, Angehörige und Freunde*)?
- k) Wie ist die Befindlichkeit derjenigen MCS-Betroffenen, die in den neu erstellten Wohnungen leben, einige Monate nach dem Einzug (insbesondere interessiert die bio-psycho-soziale Befindlichkeit) (*Mietende, Angehörige und Freunde*)?

Anschliessend gibt das Kapitel 2 einen Überblick des aktuellen Forschungsstandes. In Kapitel 3 folgen die Darstellung des methodischen Vorgehens sowie das Vorstellen der Inhalte der eingesetzten Instrumente. Kapitel 4 beinhaltet die Ergebnisse der Untersuchung und die Beantwortung der Fragestellung. Anschliessend werden die Ergebnisse in Kapitel 5 diskutiert und ein Fazit gezogen.

1.3 Hypothesen

Nach neustem Stand der Wissenschaft gilt MCS immer noch als nicht klar abgrenzbares Syndrom, welches sich durch seine vielfältige Erscheinung mit diversen Symptomen, welche sehr individuell erlebt und geschildert werden auszeichnet (vgl. Kapitel 2.1). Diese vielfältigen Symptome und die unterschiedliche Erscheinung des Syndroms führen dazu, dass die Diagnosestellung oft nicht einfach ist und manchen Gang zur Ärztin bzw. zum Arzt erfordert (vgl. Kapitel 2.4). Auch sind diese Symptome genauso individuell wie die Stoffe, auf die MCS-Betroffenen reagieren. Es ist eine unbegrenzte Zahl von Stoffen, auf die in unterschiedlicher Weise reagiert wird (vgl. Kapitel 2.2) und trotzdem bleibt die Herkunft der Symptome oft unklar. Diese Unklarheit auf vielfältiger Ebene führt denn auch dazu, dass es verschiedene Erklärungsmodelle zu MCS und deren Entstehung gibt (vgl. Kapitel 2.6). Es ist deshalb anzunehmen, dass MCS-Betroffene aufgrund der Symptome und der erschwerten Diagnosestellung öfter zur Ärztin bzw. zum Arzt gehen und dadurch ihren Gesundheitszustand als schlechter einschätzen als die Schweizer Bevölkerung. Auch ist anzunehmen, dass sich MCS-Betroffene häufiger durch Einflüsse, welche aus ihrem unmittelbaren Umfeld kommen, gestört fühlen als die befragte Schweizer Bevölkerung (SGB, 2007). Dies führt denn auch zu den folgenden drei Hypothesen:

Hypothese 1: Die allgemeine Gesundheit wird von den MCS-Betroffenen schlechter eingeschätzt als von der vergleichbaren SGB-Stichprobe.

Hypothese 2: MCS-Betroffene sind häufiger in ärztlicher Behandlung als die vergleichbare SGB-Stichprobe.

Hypothese 3: Die MCS-Betroffenen leben aktuell in einem Umfeld, welches häufiger von Störungen belastet ist, als die vergleichbare SGB-Stichprobe.

Die Hypothesen wurden statistisch geprüft für die Gruppen der Mietinteressierten (alle Personen, die eine Bewerbung eingeschickt haben minus die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse, die ja keine Bewerbung einreichten) und für die MCS-Betroffenen mit und ohne Mietinteresse.

2 Aktueller Forschungsstand

Dieses Kapitel befasst sich mit dem aktuellen Stand der Forschung zu MCS und gliedert sich in neun Teile: Zunächst wird versucht das chronisch verlaufende Syndrom der Multiplen Chemikaliensensitivität (MCS) mit Hilfe von wissenschaftlichen Erkenntnissen zu definieren. Der zweite Teil befasst sich mit der Ätiologie⁵ und der dritte mit den vorhandenen Angaben zur Prävalenz⁶. In einem weiteren Abschnitt werden die Symptome und anschliessend die diagnostischen Möglichkeiten sowie soziale Aspekte von MCS beleuchtet. Darauf folgend werden physische und psychische Erklärungsmodelle sowie Therapiemöglichkeiten vorgestellt. Des Weiteren werden Prognose und Wohnsituation als Themen aufgenommen.

2.1 Definition von Multipler Chemikaliensensitivität

In der wissenschaftlichen Literatur wird um eine stimmige Definition von MCS gerungen, ohne dass sich die Scientific Community einig wäre, wie die Krankheit ätiologisch und differentialdiagnostisch zu beschreiben wäre.

Die Schwierigkeit der Abgrenzung zu verschiedenen anderen Syndromen wird in folgendem Zitat offensichtlich: „Multiple Chemical Sensitivity (MCS) - Chronic Fatigue Syndrom (CFS) sind Synonyme bzw. schlecht zu trennende Überlappungen zu Öko-Syndrom, Idiopathic Environmental Intolerances (IEI), umweltbezogene Körperbeschwerden (UKB), Sick Building Syndrom (SBS), amalgam-bezogene Beschwerden, Environmental Illness (EI) oder Clinical Ecology Syndrome (CES). Sowohl zu den genannten Syndromen wie auch zu den oft überlappend und austauschbar verwendeten Begriffen Chronic Fatigue Syndrome (CFS), Candida-Syndrom (CS) und Burnout Syndrom (BS) fehlen bisher fundierte wissenschaftliche Kenntnisse zu Ursache, Pathologie, Pathophysiologie, Diagnostik, Therapie, Vorbeugung und Prognose. Ein kritischer Vergleich der Syndrome verdeutlicht, dass eine wissenschaftlich befriedigende Abgrenzung nicht gelingt. Deutliche klinische Ähnlichkeiten weisen die umweltmedizinischen Syndrome mit den Somatisierungsstörungen auf. Bis zur endgültigen Charakterisierung der Syndrome sollten die Syndrombegriffe nicht als vermeintliche Krankheitsbegriffe verwendet werden“ (Mayer, o.J. [von der Autorenschaft sprachlich leicht modifiziert]). In vorliegendem Bericht wird ausschliesslich der Begriff der Multiplen Chemikaliensensitivität (MCS) verwendet.

Eine allgemeingehaltene Definition von MCS wird von Rea (1992; S. 8) wie folgt festgehalten: „It is an adverse reaction(s) to ambient levels of toxic chemical(s) contained in air, food, and water. The nature of these adverse reactions depends on the tissue(s) or organ(s) involved, the chemical and pharmacological nature of the substance(s) involved (i.e., duration of time, concentration, and

⁵ Unter Ätiologie wird die Lehre der Ursachen der Krankheiten verstanden.

⁶ Unter Prävalenz wird die Krankheitshäufigkeit verstanden, also wie viele Personen einer bestimmten Population zum Erhebungszeitpunkt an einer bestimmte Krankheit erkrankt sind.

virulence of exposure), the individual susceptibility of the exposed person (i.e., nutritional state, genetic makeup, and toxic load at the time of exposure), and the length of time and amount and variety of other body stressors (i.e., total load), and synergism at the time of reaction(s).“

Eine weitere in der Literatur häufig zitierte Beschreibung der MCS-Symptome stammt von Cullen (1987) (zit. n. Zaghow & Megert, 2001, S.1) und lautet wie folgt:

- „Symptome betreffen mehr als ein Organ
- Symptome wurden im Zusammenhang mit dokumentierbaren Umweltexpositionen erworben
- Symptome erscheinen und verschwinden im Zusammenhang mit vorhersehbaren Stimuli
- Symptome werden durch Chemikalien unterschiedlicher Struktur und Wirkmechanismen hervorgerufen
- Kein einzelner Organfunktionstest kann die Symptome erklären
- Die Konzentrationen liegen unter 1% der üblichen Schwellendosis.“

Des Weiteren werden in internationalen Fachkreisen in Bezug auf MCS die Diagnosekriterien des so genannten *American consensus* (1999) als typische Symptome anerkannt. Diese bauen auf dem Merkmalskatalog von Nethercott und Kollegen (1993) auf und ergänzen und präzisieren die Kriterien von Cullen (s.o.):

- „Die Symptome sind mit einer wiederholten Chemikalienexposition reproduzierbar,
- Der Krankheitsverlauf ist chronisch,
- Die Symptome treten bei niedrigen Konzentrationen der Stoffe auf, die weit niedriger liegen als vormals toleriert,
- Die Symptome vermindern sich, wenn die auslösende Exposition beseitigt ist,
- Die betroffenen Personen reagieren auf eine Vielzahl miteinander nicht verwandter chemischer Stoffe.
- Die Symptome betreffen mehrere Organsysteme (1999 ergänzt)“ (zit. n. Hill, Huber & Müller, 2008, S.47; vgl. Lacour, Zunder, Schmidtke, Vaith, Scheidt, 2005).

Diese Kriterien stützen sich auf Beobachtungen und Befragungen Betroffener in den USA und widersprechen dem in Europa oft vertretenen psychosomatischen Erklärungsansatz (ebd.).

Das Syndrom MCS ist auch in der Internationalen Classification of Diseases, Version 10 (ICD-10) unter der Codierung T 78-4 als „Allergie oder Überempfindlichkeit, andernorts nicht klassifiziert“ aufgeführt, was jedoch keine weitere Erhellung über die Art oder Ausprägung der Beeinträchtigung bringt. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF-Klassifikation der WHO) bietet die Möglichkeit, die Ausprägung der Beeinträchtigung in Bezug auf biologische, soziale und psychische Folgen zu kennzeichnen. MCS bleibt jedoch auch da undefiniert (Hill et al., 2008).

Die World Health Organization (WHO) hat an ihrem Workshop in Berlin (1996) den Vorschlag gemacht, an Stelle von MCS den weiter gefassten Begriff Idiopathische Umweltintoleranzen (Idiopathic Environmental Intolerances, IEI), zu verwenden, der sich aber bisher nicht als einheitlicher Begriff durchsetzen konnte (Nowak, Pedrosa Gil, Angerer, Tretter & Eis, 2005).

Gibson (1997) geht bei der Einteilung des Schweregrades von MCS von den „Categorical guidelines for levels of disability“ aus. Dabei wird die Ausprägung in die vier Schweregrade mild, moderat, stark (severe) und invalid (disabled) eingeteilt. Bereits bei der moderaten Ausprägung wird davon ausgegangen, dass das Tragen einer Kohlemaske und der Einsatz einer Luftfilteranlage notwendig sind. Bei den beiden letzten Graden ist es den Betroffenen nicht mehr möglich zu arbeiten, auch nicht, wenn die Umwelt mittels Filter kontrolliert wird und die Möglichkeit der Vermeidung von auslösenden Stoffen besteht⁷.

Die oben aufgeführten unterschiedlichen Ausführungen bzgl. einer einheitlichen Auslegung zeigen, dass die Bemühungen um eine einheitliche Definition und wissenschaftliche Fassung des Syndroms noch nicht am Ziel sind, was die Lage der Betroffenen und sämtlicher am System Beteiligter erheblich erschwert.

2.2 Ätiologie

Die Diskussion über die Entstehung und Manifestation einer Multiplen Chemikaliensensitivität ist breit gefächert. Sie zeigt sich auf einem Kontinuum von der Position, dass alleine die Exposition von Chemikalien zur Entstehung einer MCS verantwortlich ist bis hin zur Position, dass es sich um eine Fehldiagnose handelt und sich andere physische oder psychologische Krankheiten dahinter verbergen (Labarge & McCaffrey, 2000). Deshalb sei zu empfehlen, die verschiedenen Aspekte der Ätiologie, welche im Falle von MCS nebst der Exposition von chemischen Stoffen, auch die immunologische Fehlfunktionen, *Limbic Kindling*⁸ sowie psychologische Krankheitsbilder umfasst, zu berücksichtigen (ebd.).

Rea (1994) hält als mögliche Quellen, die zu einer Überlastung des Körpers durch chemische Stoffe führen kann, folgende fest: Wasserverschmutzung, Nahrungsmittel, Luftverschmutzung (draussen wie auch in Gebäuden), anorganische und organische Quellen, chemische Umweltverschmutzung, Pestizide, Formaldehyde, Terpene (Geruchs- und Geschmacksstoffe), chemische Gefahren in Medikamenten und medizinischen Produkten sowie Faktoren, die sich ungünstig auf eine MCS auswirken (compounding factors). Dabei gibt Rea (ebd.; S. 12-13) zu bedenken, dass folgende Aspekte den Beginn einer MCS massgeblich beeinflussen können:

- *Total Toxic (Body) Load*: Damit ist die Summe aller Schadstoffe, die sich über die Zeit im Körper angesammelt haben, gemeint.

⁷ Die Verteilung der Ausprägung sieht wie folgt aus: mild 11%, moderat 28.7%, stark 42.9% und invalid 11%. Die restlichen 6.4% bleiben in der Studie unerwähnt (Gibson, 1997).

⁸ „Limbic kindling is a condition where either repeated neurological exposure to initially chronic sub-threshold stimulus, or a short-term high intensity stimulus (eg. brain trauma) can eventually lead to persistent hypersensitivities to the stimulus“ (Gratrix, 2014).

- *Nutrition State*: Ein guter Ernährungszustand ist nötig, um die Gesundheit aufrecht zu erhalten, dieser wird jedoch durch eine toxische Exposition beeinträchtigt. Eine Überlastung von Schadstoffen kann das Entgiftungssystem des Körpers empfindlich beeinträchtigen.
- *Synergisms*: Eine Person kann auf verschiedene Stoffe mit unterschiedlichen Symptomen reagieren. Dies kann sich über die Zeit verändern, in dem die Person auf mehrere Stoffe mit denselben Symptomen reagiert, oder es kann bei gleichzeitigem Kontakt mit beiden oder mehreren Stoffen zu einer Potenzierung der Symptome führen.
- *Competition for Storage and Removal*: Hier ist zentral, ob der Giftstoff im Körper eingelagert oder über den Metabolismus⁹ aus dem Körper herausgearbeitet wird. Reas „Clearing Studies“ zeigten, dass manche toxischen Stoffe nur dann abgebaut werden können, wenn andere mobilisiert und ebenfalls abgebaut werden.
- *Bioaccumulation of Toxic Substances*: Ob sich ein Stoff im Körper kumuliert, hängt von der Dosis, dem Intervall und der Dauer der Exposition sowie der Halbwertszeit und der lipophilen Beschaffenheit des Stoffes ab.
- *Biological Half-Life of Toxic substances*: Die Halbwertszeit scheint eher einen geringen Zusammenhang zu den zur Verfügung stehenden Entgiftungsmechanismen zu haben. Allerdings wurde festgestellt, dass der Metabolismus schnell ist, wenn die Initialdosis des Stoffes hoch war und eher langsam bei geringer Dosis. Diese Exposition mit geringen Dosen hinterlässt Rückstände in Blut und Gewebe und kann eine signifikante Krankheitsursache sein.

Etwas konkreter werden die Beschwerdeauslöser in einem MCS-Fragebogen (Hüppe, Ohnsorge, Krauss & Schmuck, 2000) benannt, in welchem folgende aufgeführt sind: Parfüm¹⁰, Tabakrauch, Autoabgase, Farben, Reinigungsmittel, Teppichböden, petrochemische Stoffe, Lösungsmittel, Alkohol Formaldehyde, Haarspray, Tankstellenemissionen, chemisch gereinigte Kleider, Teer, Abgase aller Art, Deodorants, Zeitschriften, Chlor, Druckerschwärze, Klebstoff, Möbelstücke, Ausdünstung aus Baumaterialien, Nagellack und -entferner, Möbelpolitur, Lacke, Plastik, Raumerfrischer und Koffein. Die aktuelle Studie von Hüppe und Kollegen (2009) zeigt ein etwas anderes Bild: Die MCS-Betroffenen gaben an, besonders häufig auf Unkrautvernichtungsmittel, Lösungsmittel/ Klebstoffe, frische Farbe/ Lacke, neue Möbel, Insektenvernichtungsmittel, Innenraum neuer Autos, Reinigungsmittel, Mottenkugeln, Teppichböden, Tabakrauch und Raumerfrischer zu reagieren (50% und mehr der teilnehmenden MCS-Betroffenen gaben an, darauf zu reagieren).

⁹ Synonym von Stoffwechsel.

¹⁰Beschwerdeauslöser sind anhand der Anzahl Studiennennungen einer Literatursichtung von 28 Studien der Jahre 1992-1998 aufgeführt (Hüppe et al., 2000). Der am meisten genannte Auslöser wird als erster genannt.

Das-Munshi, Rubin und Wessely (2006) halten in ihrem Review drei häufig diskutierte Ursachen von MCS fest: Eine biologische Ursache wird in der körperlichen Reaktion auf geringe Mengen von Chemikalien gesehen. Andere sehen die körperliche Reaktion eher als gelerntes Verhalten, was dem psychologischen Erklärungsansatz zugeschrieben wird. Und als drittes fanden sie in den untersuchten Studien den Ansatz, dass MCS ein sozio-kulturelles Phänomen zugrunde liegt, dies wurde in Form einer Angst vor Umweltgiften beschrieben.

2.3 Prävalenz

Die epidemiologische¹¹ Datenlage ist aufgrund der unklaren Diagnosestellung heterogen. Verschiedene Zahlen gehen jeweils von einer unterschiedlichen Grundgesamtheit aus. Für die US-amerikanische Bevölkerung wird eine Prävalenz von zirka 15 bzw. 16% geschätzt (American Konsensus, 1999; Caress & Steinemann, 2003). Eine differenzierte Angabe liefert die Studie von Katerdahl und Kollegen (2012), in der die Prävalenz einer chemischen Intoleranz pro soziale Schicht (Hollingshead & Redlich, 1985 zit. in Nunes, 2010) ausgewiesen wird. So wurde bei der Personengruppe mit dem höchsten sozialen Status eine Prävalenz von 9.8%, mit einem mittleren sozialen Status eine Prävalenz von 13.7% und mit dem tiefsten sozialen Status eine Prävalenz von 24.7% festgestellt. Das *National ME/ FE Action Network* hält in seinem Newsletter (2011) für Kanada eine Prävalenz von 2.8% fest. Die Meta-Analyse von Bauer und Kollegen (2008) geht von einer Prävalenzrate von 0,5% bis 6,3% der Gesamtbevölkerung in Deutschland aus. In einer anderen für Deutschland repräsentativen Untersuchung von Hausteiner und Kollegen (2005) meinten 9% der Befragten (self-reported MCS-Betroffene), dass ihr Körper bei einer Exposition gegenüber Chemikalien sofort reagiere, lediglich 0.5% der Befragten gaben eine ärztlich diagnostizierte MCS an. In der Schweiz wird auf den einschlägigen Foren oder in Zeitungsartikeln oft die Zahl von geschätzten 5'000 MCS-Betroffenen erwähnt, ohne dass eine explizite epidemiologisch verlässliche Datenquelle angegeben wird. Schon nur diese spärliche Datenlage zeigt, wie schwer fassbar das Syndrom ist.

Im Hinblick auf die Geschlechterverteilung lässt sich festhalten, dass meistens Frauen betroffen sind (72% Frauen, National ME/ FM Aktion Network, 2011; 79.7% Frauen, Caress & Steinemann, 2003). Als typisches Patientenprofil wird in MCS-Studien das Bild einer gut ausgebildeten Dame mittleren Alters gezeichnet (Labarge & McCaffrey, 2000). Da geben Bauer und Kollegen (2003) jedoch zu bedenken, „dass möglicherweise nur geschlechterspezifische Unterschiede gemessen [wurden], die mit der Erkrankung MCS keine Verbindung haben“ (Bauer et al, 2003, S. 187).

Die Langzeitstudie von Gibson (2014) zeichnet ein ähnliches Bild von Betroffenen. Wie in oben erwähnten Studien waren auch hier mehr Frauen (82.3%) als Männer betroffen. Das durchschnittliche Alter der Befragten lag zum Zeitpunkt der Befragung bei 45 Jahren, das durchschnittliche Alter zum

¹¹ Epidemiologie ist die „wissenschaftliche Disziplin, die sich mit der Verbreitung sowie den Ursachen und Folgen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in Bevölkerungen oder Populationen beschäftigt.“ <http://de.wikipedia.org/wiki/Epidemiologie> [26.01.2015].

Zeitpunkt des Beginns der Erkrankung lag bei 35 Jahren. Zwei Drittel der Befragten (66%) waren erwerbslos (ebd.) Des Weiteren gaben 49% der Befragten an, die Sensibilisierung sei von einem einzigen Stoff ausgelöst worden und eine andere Gruppe (24.5%) sah als Verursacher der Sensibilisierung ein Pestizid. Bezüglich der medizinischen Kosten sind lediglich Zahlen aus den USA bekannt (ebd.). So wurden in der Studie von Gibson (2014) medizinische Kosten pro Jahr in der Höhe von 5`899 Dollar eruiert. In Bezug auf die häuslichen Anpassungen, die vorgenommen wurden, um als MCS-betroffene Person darin wohnen zu können, wurden insgesamt 27`974 Dollar pro betroffene Person ausgegeben. Für die Schweiz liegen keine diesbezüglichen Studien vor.

In diesem Zusammenhang erscheint die Gruppierung von Betroffenen, welche Winder (2002) vorgenommen hat, interessant. Er konnte vier Gruppen anhand der Arbeits- oder Lebenssituation sowie der Exposition zuordnen, weshalb diese Tabelle auch Auskunft über die Ätiologie gibt und ebenso ins Kapitel 2.2 passen würde. Es sind folgende Gruppen, die Winder definierte:

Group	Nature of exposure	Demographics
Industrial workers	Acute or chronic exposure to industrial chemicals.	Primarily males 20-65 years old.
Office workers (in „tight buildings“)	Inadequate ventilation. Off gassing from construction or refurbishment materials or from office equipment. Tobacco smoke.	More females than males. White collar workers. 20-65 years old. School children.
Contaminated communities	Toxic waste sites. Contamination by nearby industry sites. Aerial pesticide spraying. Groundwater contamination. Other community exposures.	Middle to lower class. All ages, male and female. Children or infants affected first or most, possible effects in pregnant woman.
Individuals	Heterogeneous. Indoor air (domestic). Pesticides, consumer products and drugs.	White upper to middle class, primarily females. 30-50 years old.

Tabelle 1: Chemically sensitive groups (Winder, 2002, S. 88).

2.4 Symptome

Die Symptome von MCS sind aufgrund der Ätiologie und der individuellen Krankheitsgeschichte sehr vielfältig und facettenreich. So kursieren unterschiedliche Listen in Bezug auf typische MCS-Symptome. Folgende Information vorweg: Die *Studie zum Verlauf und zur Prognose des MCS-Syndroms* (Eis et al., 2005) kam zum Schluss, dass MCS nicht mit einem abgrenzbaren Symptomkomplex einhergeht. Ebenso hielten Labarge und McCaffrey (2000) Jahre vorher fest, dass es kein einheitliches Symptombild zu MCS gebe, sondern diese Vielfalt von Symptomen und betroffenen Organsystemen eher als charakteristisch für MCS angesehen werden muss. Folglich kann

gar keine der nachstehenden Listen vollständig oder richtig sein, sie geben jedoch Anhaltspunkte, in welchen Bereichen Symptome auftreten können.

Miller und Mitzel (1995, zit. in Miller, 2000) teilen die Symptome in folgende neun Bereiche ein:

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. Neuromuskulär | 6. Affektiv |
| 2. Kopf-bezogen | 7. Atemwegsbezogen |
| 3. Musculoskeletal | 8. Kognitiv |
| 4. Gastrointestinal | 9. andere |
| 5. Kardial | |

Jedem dieser Symptombereiche wird eine Vielzahl von Symptomen zugeordnet.

In einem theoretischen Review von Studien zu MCS, hielten Labarge und McCaffrey (2000) die, von den Studienteilnehmenden zwölf meistgenannten Symptome fest. Es handelt sich dabei um folgende:

- | | |
|--------------------|-----------------------------------|
| 1. Kopfschmerzen | 7. Muskelschmerzen |
| 2. Erschöpfung | 8. Übelkeit |
| 3. Verwirrtheit | 9. Schwindel |
| 4. Depression | 10. Gedächtnisprobleme |
| 5. Kurzatmigkeit | 11. Gastrointestinale Beschwerden |
| 6. Gelenkschmerzen | 12. Atembeschwerden. |

Im MCS-Fragebogen (Hüppe et al., 2000), welcher sowohl Symptombereiche wie auch Beschwerdeauslöser umfasst, werden folgende Symptombereiche aufgeführt:

- | | |
|-----------------------|---|
| • Psychische Symptome | • Vegetative, neurologische und hormonelle Symptome |
| • Schmerzen | |
| • Schleimhäute | • Dermatologische Probleme |

Jedem Symptombereich sind spezifische Symptome zugeordnet. Die dazugehörige Studie zeigt, dass mehr als die Hälfte oder mehr der befragten MCS-Betroffenen unter trockener Nase, Konzentrationsstörungen, Energielosigkeit, Müdigkeit, Gedächtnisstörungen und Kopfschmerzen leiden. Andere Symptome wurden von weniger als 50% der Befragten erwähnt (ebd.).

Eine kanadische Studie (Joffres, Williams, Sabo & Fox, 2001) untersuchte die Häufigkeit der MCS-Symptome und brachte diese ebenfalls in eine Reihenfolge. Dies ergab folgende Liste, wobei das meistgenannte Symptom als erstes erscheint:

- | | |
|--|---|
| 1. Konzentrationsschwierigkeiten | 9. Wortfindungsstörung |
| 2. Erschöpfung, Energielosigkeit | 10. Das Bedürfnis sich zu räuspern |
| 3. Müdigkeit | 11. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden |
| 4. Niessen und laufende oder verstopfte Nase (ohne erkältet zu sein) | 12. Verstopfte Stirnhöhlen |
| 5. Vergesslichkeit | 13. Muskelschmerzen oder Schmerzen, die nicht im Zusammenhang mit übermäßigem Training stehen |
| 6. Reizbarkeit | 14. Steifheit in Muskeln oder Gelenken |
| 7. Kopfschmerzen | 15. Gefühl der Benommenheit |
| 8. Juckende Augen | |

Eine weitere Studie (Hausteiner et al., 2005) zur Auftretenshäufigkeit von Symptomen in Bezug auf MCS kam zum Schluss, dass Kopfschmerzen, Erschöpfung, Schlafstörungen, Gelenkschmerzen und Stimmungsschwankungen die häufigsten Symptome seien, was die oben aufgeführten „Symptomlisten“ zumindest für Kopfschmerzen, (Gelenk-)Schmerzen und Müdigkeit/ Erschöpfung bestätigen.

Die Deutsche Multizenterstudie zu MCS (Eis et al, 2008) arbeitete mit folgenden sieben Symptomgruppen: Atemwege, musculoskeletales System, Herz-Kreislauf-System, Gastrointestinaltrakt, Haut und Schleimhaut, Kopf und Sinnessystem, allgemeine Symptome.

Wie bereits einleitend festgehalten, haben die oben erwähnten Symptomaufstellungen und -reihenfolgen die Breite der Mannigfaltigkeit gemeinsam. Sie zeigen, wie MCS in unterschiedlicher Form erlebt wird und dies eine Diagnosestellung extrem komplex werden lässt. Die Symptomlisten erfassen Symptome in unterschiedlicher Differenziertheit, was die Vergleichbarkeit erschwert. Vielleicht ist es kein Zufall, dass mit zunehmender Forschung von den (unvollständigen), unterschiedlich differenzierten Listen zu Symptomgruppen oder der Nennung von Organsystemen, die betroffen sein könnten, übergegangen wurde.

2.5 Diagnostische Verfahren

Wie bereits anhand der vielfältigen Symptome und der unterschiedlichen Kombinationen, in denen die Symptome auftreten können, anzunehmen ist, kann MCS nicht einfach diagnostiziert werden. Des Weiteren gibt es verschiedene Aspekte, die die Diagnosestellung zusätzlich erschweren, so z. B. die signifikante Überlappung von Symptomen anderer Syndrome (Fibromyalgie, Chronic Fatigue) (Lacour, Zunder, Schmidtke, Vaith & Scheidt, 2005) oder, dass die Symptome keiner bestimmten auslösenden Substanz zugeordnet werden können (Skovjerg, Zachariae, Rasmussen, Johansen, & Elberling, 2010). Beides erschwert eine Diagnosestellung wesentlich.

Als diagnostische Anhaltspunkte gelten die sechs Kriterien des *American Consensus* (1999, s. Abschnitt 2.1). Ärztinnen und Ärzte tun sich mit diesen sehr offen formulierten Kriterien allerdings eher schwer. Es fehlen objektive Parameter, welche mit Laboranalysen oder bildgebenden Verfahren geprüft werden könnten sowie andere physische Befunde, welche mit einer spezifischen chemischen Substanz und spezifischen Symptomen in Verbindung gebracht werden könnten. Auch fehlen

Angaben zur Ausprägung des Syndroms (Cooper, 2007). Die Diagnose MCS wird denn auch meist als Ausschluss- oder Verdachtsdiagnose gestellt (Mayer, o.J.). Um eine Ausschlussdiagnose stellen zu können, werden u. a. auch bildgebende Verfahren wie Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRI¹²), Elektroenzephalogramm (EEG) oder Ähnliches eingesetzt (Lacour et al., 2005).

Aus Mangel an objektiven Parametern zur Erfassung von MCS, wird eine grosse Anzahl Fragebogen in reicher Variabilität eingesetzt, die vorwiegend Symptome erfragen (Nasterlack, Kraus & Wrbitzky, 2002). Beispielhaft wird hier der MCS-Fragebogen aufgeführt (Hüppe et al., 2000), welcher zum einen beschwerdeauslösende Stoffe und zum anderen Symptome, die in der Literatur MCS zugeschrieben werden, erfasst. Dieser wurde in der Deutschen Multizenterstudie (Eis et al., 2008) als Instrument eingesetzt. Er sei reliabel¹³ und trenne sehr gut zwischen MCS und Allergien (Hüppe et al., 2000). Ein weiterer diesbezüglicher Fragebogen ist das Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory QEESI®, welcher vier Dimensionen (Ausprägung der Symptome, Chemische Intoleranzen, andere Intoleranzen und Auswirkung auf das Leben) mit je zehn Fragen erfasst und in englischer Sprache vorliegt (Miller¹⁴).

In Bezug auf die Diagnosestellung halten Wiesner, Pedrosa Gil und Nowak (2005) fest, dass „für die Diagnostik im Sinne einer Symptomatik einer MCS eine fachärztliche psychiatrisch-psychosomatische Untersuchung unerlässlich und eine interdisziplinäre Fallkonferenz empfehlenswert sind“ (S. 323). Diese umfasst ebenfalls eine psychiatrische-psychosomatische, umweltbezogene Sicht.

Rea (1997) fügt an, dass eine vollumfängliche Anamnese die physiologischen Aspekte wie auch die spezifischen Seiten des Lebensstils berücksichtigt. Dabei gelte es herauszufinden, in welchen Situationen die betroffene Person in welchem Ausmass gewissen Chemikalien exponiert war. Dies liefert Hinweise auf den Stoff, welcher MCS ausgelöst haben könnte. Weiter erachtet Rea (ebd.) Fragen zu Berufstätigkeit (Ort des Arbeitgebers, Gebäudebeschaffenheit, Chemikalien in der Nähe, Autobahn Anzahl Beschäftigte, Raucher, etc.), Essgewohnheiten (Wasser- und Nahrungsherkunft, Fertiggerichte, etc.), Wohnung (Art der Heizung, Teppiche, Material der Möbel, Bettinhalte, etc.) und Wohnumgebung, Geruchsempfindlichkeit (z. B. Parfüm, Phenole, Formaldehyd, Pestizid, Gase) sowie Drogen und Medikamente als wichtig. Zentral sei es Muster zu erkennen und diese sichtbar zu machen. Ebenfalls hält Rea (1994) fest, dass Alkoholkonsum, Rauchen, fehlende Bewegung, Ruhe und Erholung die Symptome verschlimmern können.

¹² Magnetic Resonance Imaging.

¹³ Unter Reliabilität, wird die Zuverlässigkeit der Messung eines wissenschaftlichen Messinstrumentes verstanden.

¹⁴ <http://www.qeesi.org/> [26.01.2015].

2.6 Erklärungsmodelle

Eine engagierte und kontroverse Debatte wird in der wissenschaftlichen Literatur darüber geführt, ob es sich beim MCS-Syndrom eher um eine körperliche oder eher um eine psychosomatische Störung handelt. Maschewsky (1996) vermerkte MCS werde meist auf eine von zwei Arten erklärt:

- „Entweder als psychosomatische oder psychiatrische Störung wie: Hypochondrie, Hysterie, Toxikopie, post-traumatische Stressreaktion, Geruchskonditionierung, somatoforme Störung, Zwangsneurose, Depression und Massenhysterie oder als
- umweltbedingte Störung von Nerven-, Immun-, Hormon-, Bronchialsystem oder Stoffwechsel wie: Nervenvergiftung, Erregungstoxizität, ‚neurogenic swichting‘¹⁵, ‚kindling‘ oder TDS¹⁶, Infektion, Immunvergiftung, Hormonstörung, RADS¹⁷, neurogene Entzündung, mangelnde Entgiftung und Porphyrinopathie.

Die Hauptkontroverse besteht darin, ob MCS primär eine körperliche oder psychische Störung ist. Denkbar wäre auch eine multifaktorielle Genese von MCS mit somatischen und psychischen Anteilen“ (Maschewsky, 1998).

2.6.1 Physiologische Erklärungsmodelle

Einer der prominentesten Verfechter des bio-chemischen Erklärungsmodells für MCS ist der amerikanische Arzt William J. Rea. Seine Erkenntnisse basieren auf empirischen Studien, die er in seiner Klinik für Umweltkranke in Dallas (Texas) durchführte. Er ist Verfasser von grundlegenden Fachbüchern zum Thema MCS und vertritt darin die Idee einer totalen Körperbelastung (Total Body Load), d. h. es werden klinische Manifestationen dieser Körperbelastung beschrieben sowie Instrumenten zur Diagnosestellung vorgestellt. Seine Theorie basiert auf sechs Prinzipien (Abbildung 1).

- *Adaption*: Dies ist die Phase in der sich der Körper scheinbar anpasst und weniger auf die Stoffe reagiert.
- *Bipolarität*: Der schnelle Wechsel zwischen (physischen und psychischen) Befindlichkeiten nennt Rea Bipolarität: So kann sich die Person an einem Tag total erschöpft oder depressiv fühlen und am nächsten Tag Energie verspüren oder in gehobener Stimmung sein.
- *Spreading*: Damit ist die Zunahme der Stoffe gemeint, auf die reagiert wird.
- *Switch Phenomen*: Wird ein Symptom scheinbar erfolgreich behandelt, kann der Körper darauf mit Beschwerden eines anderen Organsystems reagieren. Dieses Phänomen wird z. T. auch als neurogenes Switching (Winder, 2002) genannt.

¹⁵ “It is hypothesized that neurogenic switching is one possible mechanism by which stimulation of inflammation at one site can lead to inflammation at another. An exposure to either an allergen or chemical irritant at one site leads to a sensory nerve impulse.” (Meggs, 1995, S. 55).

¹⁶ Time Dependent Sensitization

¹⁷ Reactive Airways Dysfunction Syndrom = chemisch-irritatives Asthma bronchiale

- **Biochemische Identität:** Diese zeigt sich darin, dass jede Person mit anderen Symptomen auf dieselben Stoffe reagieren kann. Das bedeutet, dass nicht festgehalten werden kann, welche Stoffe welche Symptome verursachen, da dies abhängig von der bio-chemischen Individualität ist.
- **Total Body Load:** Dies ist der zentrale Begriff in Reas Theorie. Darunter wird eine Schadstoffüberbelastung des Körpers verstanden, welche biologisch (Pollen, Staub, Schimmel, Nahrung, Parasiten, Viren, Bakterien), chemisch (organisch oder anorganisch) oder physikalisch (Hitze, Kälte, elektromagnetische Strahlen, Licht, Radon, positive und negative Ionen, Lärm, Wetterwechsel) sein können. Der *Total Body Load* umfasst zwei Typen von Expositionen, welche auch als *Limbic Kindling* (z.B. Winder, 2002) bezeichnet werden: Zum einen eine plötzliche, massive Belastung, welche bspw. durch ein Trauma, einen Autounfall, eine Vergiftung oder einen starken Befall von Bakterien oder Viren hervorgerufen werden kann. Und zum anderen die langanhaltende geringe Belastung, welche den Total Body Load langsam aufbaut (Rea, 1992).

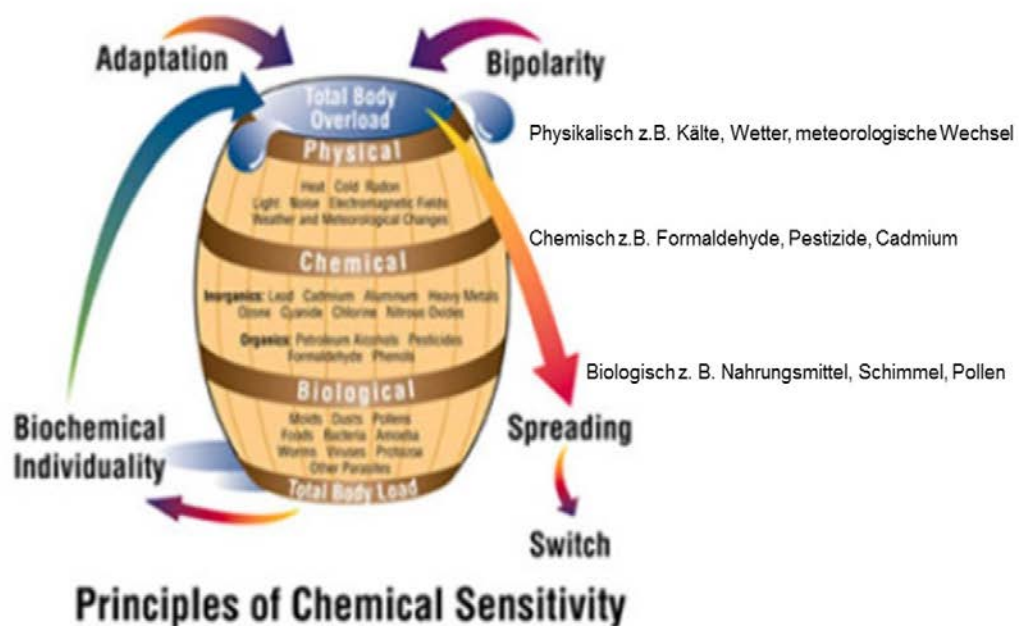


Abbildung 1: Die sechs Prinzipien der Chemikaliensensitivität nach Rea¹⁸.

Eine andere umfassende Übersicht zu möglichen physiologischen (und psychologischen) Wirkmechanismen von MCS hat Winder (2002) zusammengestellt. Er teilt all die untersuchten und möglichen Wirkungsmechanismen in vier Untergruppen ein. Es sind dies: Störungen des

¹⁸ Verfügbar unter: <http://www.ehcd.com/treatment/> [28.10.2014] Wurde von der Autorenschaft adaptiert.

Immunsystems, Veränderungen der Funktion des Nervensystems, biochemische Veränderungen sowie Veränderungen des psycho-neurologischen Verhaltens. Als die wahrscheinlichste Erklärung für MCS streicht Winder (2002) die Veränderungen der Sensitivität der Zellen des Nervensystems hervor. Dazu gehören Mechanismen wie neurogene Entzündungen, *Limbic Kindling*, Kakosomie¹⁹ und neurogenes Switching. In der Untersuchung von Dantdoft und Kollegen (2014) wurde festgestellt, dass MCS-Betroffene eine höhere Sekretion von entzündungsfördernden Zytokinen aufweisen, allerdings konnte kein spezifisches immunologisches Defizit nachgewiesen werden und somit kann diese Erkenntnis (noch) nicht als Erklärungs- oder Diagnoseinstrument eingesetzt werden (ebd.). Eine weitere Studie (Pigatto et al., 2013) deckte ein hohes Vorkommen von allergischen Reaktionen auf Metalle bei MCS-Betroffenen auf.

Toxicant-induced loss of tolerance (TILT)

Ein weiteres Erklärungsmodell ist die des giftstoff-induzierten Toleranzverlusts (Toxicant-induced loss of tolerance, TILT²⁰). Dieses geht von einem Zwei-Schritt-Phänomen aus. Wie in Abbildung 2 dargestellt, wirkt in einer sich verselbständigenden Kette als erstes ein toxischer Stoff (Initial Exposure Event) als Initiator auf eine vulnerable Person ein, wodurch diese die Toleranz gegenüber diesem spezifischen Stoff verliert (Schritt 1). Die nun auf diesen Stoff sensitive Person wird jedes Mal, wenn sie mit geringen Mengen dieses Stoffes in Kontakt kommt, getriggert (Schritt 2), was sofort oder auch erst nach einer gewissen Zeit zu Symptomen führt (Miller, 2000²¹).

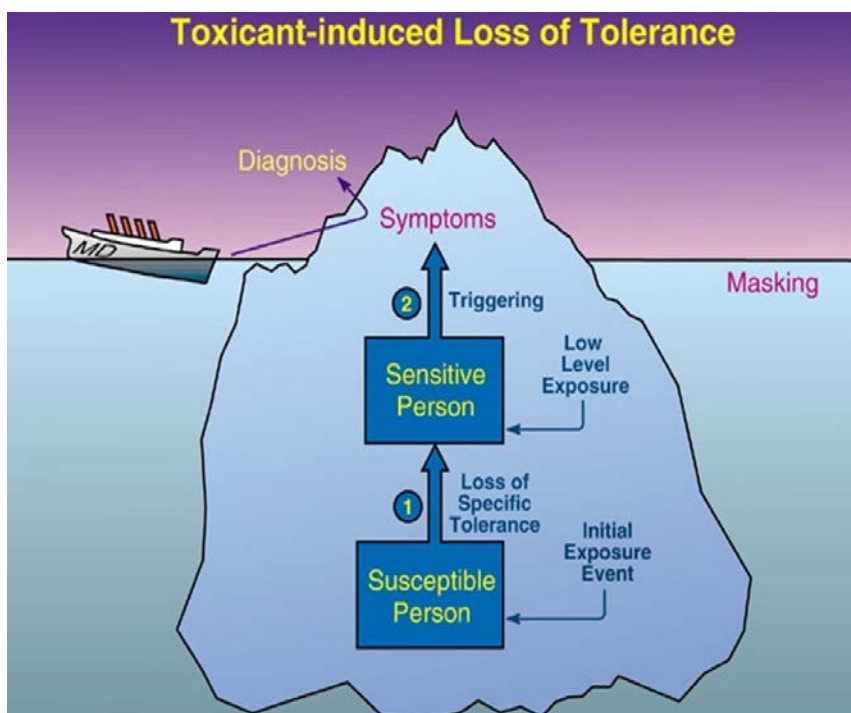


Abbildung 2: Modell des Gift-induzierten Toleranzverlusts TILT (Miller, 2000; S. 118).

¹⁹ Gestörte Geruchswahrnehmung, bei der alle Gerüche als übelriechend empfunden werden. Quelle: <http://www.enzyklo.de/Begriff/Kakosmie> [26.01.2015].

²⁰ [http://www.ei-resource.org/toxicant-induced-loss-of-tolerance-\(tilt\)/](http://www.ei-resource.org/toxicant-induced-loss-of-tolerance-(tilt)/) [26.01.2015].

²¹ <http://drclaudiamiller.com/about-tilt/> [abgerufen am: 31.03.2015].

In Abbildung 2 sinkt das „Schiff des Doktors“ bildlich, weil es nur die Spitze des Eisbergs (Symptome) sieht und die medizinische Fachperson nicht auf eine profunde Ätiologie oder stimmige Krankheitsgeschichte zurückgreifen kann, weshalb die „ankerwerfenden“ Diagnoseversuche am System „Eisberg“ abprallen und immer wieder zum Scheitern verurteilt sind.

Miller (2000) nennt ganz verschiedene, meist chronische Krankheiten, – so auch MCS - welche mit TILT erklärt werden können und hält diese in folgender Abbildung 3 fest:

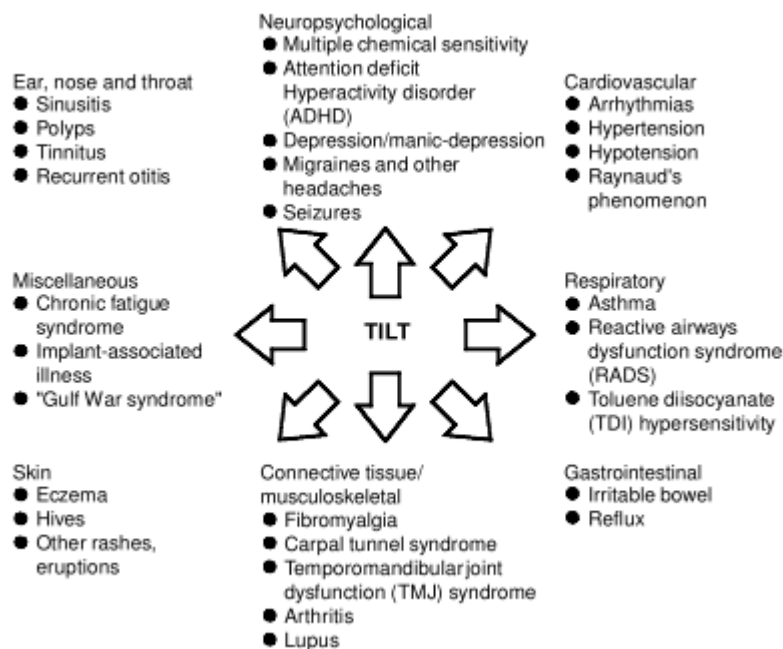


Abbildung 3: Medizinische Leiden, die mit dem TILT erklärt werden können (Miller, 2000, S. 133).

In Abbildung 3 ist MCS unter den neuropsychologischen Leiden eingeordnet, was zeigt, dass Miller eher von einem biologischen bzw. physiologischen und nicht von einem psychischen Ursprung ausgeht.

Sensitivity-related Illness (SRI)

Die Entwicklung einer sensitivitäts-bezogenen Krankheit (Sensitivity-Related Illness, SRI) wird in Artikeln von Genuis (2010; 2013) beschrieben und der Ablauf in Abbildung 4 dargestellt. Auch MCS wird bei Genuis als SRI klassifiziert. Das vorangegangene TILT-Modell wird als Teil einer SRI gesehen. SRI geht ebenfalls von einem Erstkontakt mit einem toxischen, exogenen Stoff aus, welcher einmal in grosser Dosis oder über längere Zeit in kleineren Dosen stattfinden kann und zu einem hypersensitiven immunen Zustand führt. Die immunologische Antwort darauf ist eine Dysregulation, welche in einem giftstoff-induzierten Toleranzverlust (TILT) mündet. Genuis (2010) argumentiert weiter konform mit dem TILT-Modell, dass jeder weitere Kontakt mit dem Stimulus fortan vom Körper als Trigger wahrgenommen wird und zu gegebener Zeit spezifische Reaktionen auslösen kann. Genuis (2010) spricht von klinischen Reaktionen und nennt in diesem Zusammenhang Biomarker wie die Immunglobuline G (IgG), A (IgA) und E (IgE) sowie Zytokine oder Stickstoffe, welche bei MCS-

Betroffenen oft in höherer Konzentration als bei der Durchschnittsbevölkerung nachgewiesen werden können. Das Ausmass der Hypersensitivität sei dynamisch und erscheine parallel zu der gesamten Körperbelastung von akkumulierten Giftstoffen (Genuis, 2013).

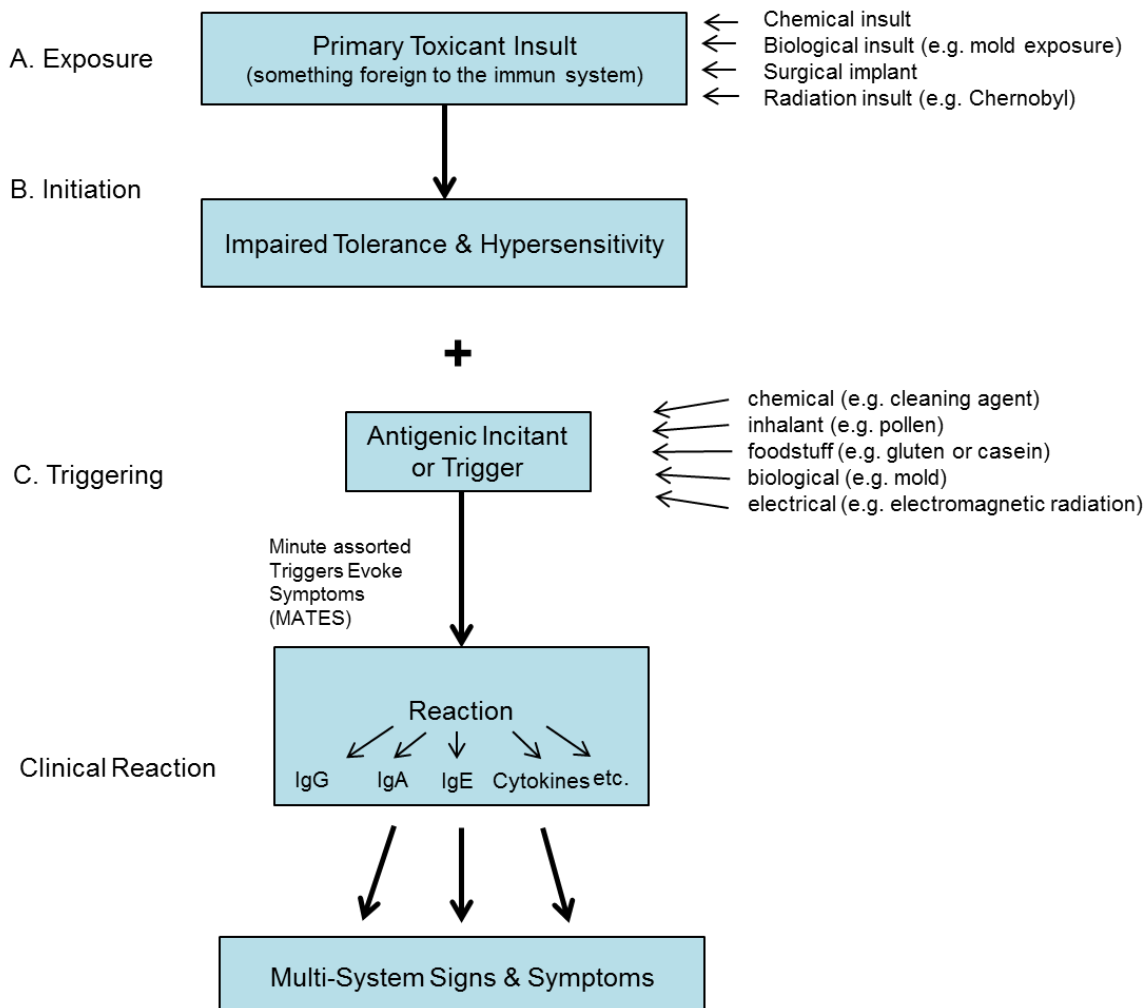


Abbildung 4: Weg der Entwicklung einer sensitivitäts-bezogenen Krankheit (Sensitivity-Related Illness SRI) (Genuis, 2010, S. 6050).

Ebenfalls veränderte Biomarker wie erhöhte Stickstoffwerte, beschleunigte Lipidoxidation sowie veränderte Muster von Redox und Zytokinen stellten De Luca und Kollegen (2010) in ihrer Studie fest. Allerdings wurden die Rekrutierungskriterien kritisiert und daraus geschlossen, dass die Resultate einen darauf basierenden Bias haben müssen, den es zu beachten gelte (Magnavita, 2010).

Riechsystem

Schwenk (2004) stellt bei seinen Untersuchungen Nase und Geruchssinn in den Mittelpunkt. Er hält fest, dass die rhino-laryngoskopischen²² Befunde bei MCS-Betroffenen oft abnormal sowie der

²² Befunden, die Hals und Nase betreffen und durch eine Spiegelung erhoben werden.

intrasale Atemluft-Widerstand ebenso verändert seien wie die Beteiligung des Riechsystems, wobei die Geruchskonditionierung eine wesentliche Rolle einnehme. Eine weitere Hypothese nimmt an, dass bei MCS-Betroffenen die Empfindlichkeit der nasalen Trigemini-Nervenendigungen gegenüber Reizstoffen gesteigert ist und dadurch bedingte neurogene Entzündungen die Ursache für Beschwerden sein könnten (ebd.). Dem widerspricht die Übersichtsarbeit von Das-Munshi und Kollegen (2006) zum Thema MCS und Provokationsstudien, denn darin wurde festgehalten, dass MCS-Betroffene auf aktive Stoffe genauso reagierten wie auf Placebo. War die Maskierung nicht optimal, reagierten MCS-Betroffene häufiger auf aktive Stoffe als auf Placebos (ebd.). Dieses Antwortverhalten führt die Autorenschaft auf die Erwartungen bzgl. der Exposition zurück, was eher eine psychologische Erklärung unterstützen würde. In der Studie von Alobid und Kollegen (2014) wurde die Beeinträchtigung der geruchsbezogenen kognitiven Fähigkeiten (Identifikation eines Geruchs) festgestellt, aber keine nasale Hypersensitivität wahrgenommener Düfte wie eine höhere Intensität oder Irritation. Allerdings wurden Düfte weniger angenehm und weniger frisch wahrgenommen sowie eine Beeinträchtigung der Lebensqualität festgestellt (Alobid, 2014).

Bio-chemisch-neuronal: Der Stickstoff/ Peroxinitrit-Zyklus (oder nach seiner Strukturformel benannt: NO/ONOO-Zyklus)

Der Molekularbiologe Pall (2007; 2010) vertritt die Meinung, dass MCS bio-chemisch-neuronal erklärt werden kann. Sein Erklärungsmodell basiert auf dem sehr komplexen NO/ONOO-Zyklus, welcher ein bio-chemischer, primär lokal aktiver Teufelskreis von 35 Einzelmechanismen darstellt. Er beruht auf folgenden fünf Prinzipien:

1. „Erkrankungen können durch kurzfristig auftretende Stressoren ausgelöst werden, die den Stickoxidspiegel erhöhen und/ oder andere Elemente des Zyklus anregen.
2. Die chronische Phase der Erkrankung wird durch den NO/ONOO-Zyklus hervorgerufen. Es ist demzufolge anzunehmen, dass die Elemente des Zyklus in der chronischen Phase der Erkrankung erhöht sind.
3. Symptome und Anzeichen der Erkrankung werden durch eines oder mehrere der Zykuselemente verursacht.
4. Die Mechanismen des Zyklus sind lokaler Natur und finden sich bei den einzelnen Patienten in verschiedenen Gewebearten [...].
5. Krankheiten mit Beteiligung des NO/ONOO-Zyklus sollten durch Herunterregulierung der Biochemie des NO/ONOO-Zyklus anstatt durch Symptomlinderung behandelt werden [...]“ (Pall, 2010, S. 285).

Als Stressoren und somit als auslösende Stoffe sieht Pall (2010) z. B. Traumata des zentralen Nervensystems, Schlaganfall, Hirntumor, Hyperoxie, Vitamin-B6-Mangel, Hypoglykämie, Folsäuremangel, Lebensmittelallergene, Magnesiummangel und diverse Pestizide. Jedem Stressor wird in diesem Erklärungsmodell ein vorgeschlagener Wirkmechanismus zugeordnet (ebd.).

Diesem Erklärungsmodell wird vorgeworfen, die bio-psycho-soziale Perspektive nicht zu berücksichtigen und somit keine vollständige Erklärung zu geben (Van den Bergh, Meulders, De Peuter & Vansteenwegen, 2010). Auch seien die Untersuchungsmethoden mangelhaft. Van den Bergh und Kollegen (2010) nannten drei kritische Aspekte, die unbedingt berücksichtigt werden sollten,

wenn biologische Mechanismen als einziges Muster der MCS-Symptome verantwortlich gemacht werden. Das erste Argument ist Folgendes: „Because the defining characteristic of MCS is the presence of multiple self-reported health complaints [...] in response to chemicals, the ultimate end point to validate assumptions about underlying causal mechanisms is the ability to explain, produce, and eliminate *self-reported symptoms* and not one or another biological parameter that was found to correlate with patient status” (Meulder et al., 2010). Als zweiter Aspekt nannten sie “Tests of a biological mechanism of toxicity should demonstrate a clear dose-response relationship between *blinded* challenges with critical chemicals and specific self-reported symptoms” (ebd.). Und als dritten Punkt gaben sie an: “Any claim about a causal biological mechanism responsible for the symptom pattern of MCS patients should prove that the purported mechanism is directly triggered by an environmental chemical and is not a *consequence or correlate of expectancy*” (ebd.). Die einseitig naturwissenschaftliche Perspektive von Pall dürfte denn auch der Grund sein, weshalb sich dieses Erklärungsmodell bisher nicht etablieren konnte, obwohl auch überzeugte Anhänger der biophysikalischen Erklärung von MCS monieren, sich der mentalen Eigenheiten von MCS-Betroffenen durchaus bewusst zu sein, diese jedoch entweder als Resultat der MCS-Betroffenheit an sich oder aber als Begleiterkrankung sehen (Drexler, 2012).

Limbic Kindling/ Neuroendokrinologische Erklärung

Untenstehendes Modell des *Limbic Kindlings* wurde zur Erklärung von Syndromen wie dem Chronic Fatigue Syndrom (CFS), entwickelt. Gratrix (2014) bringt dieses ursprünglich von Jason (2011) eingeführte Erklärungsmodell nun mit der Entstehung von MCS in Verbindung. Das Modell, wie es in Abbildung 5 dargestellt wird, berücksichtigt Faktoren der Prädisposition wie Gene und Konstitution sowie auslösende Faktoren, worunter Viren, Stress (Stressoren können psychisch, chemisch oder elektrisch sein) oder Traumen verstanden werden können. Nach diesem Auslöser kommt es in der HPA-Axis²³ zu einer Dysregulation, welche weiter zu einem tiefen Kortisol und zu einer Überaktivität des Immunsystems führt. Auch andere Stoffe – nicht nur Schwermetalle - wie z. B. Formaldehyde können laut Gratrix (2014) zu dieser Dysregulation der HPA-Axis führen.

²³ (limbic-)hypothalamic-pituitary-adrenal axis

[http://en.wikipedia.org/wiki/Hypothalamic%E2%80%93pituitary%E2%80%93adrenal_axis#mediaviewer/File:HPA_Axis_Diagram_\(Brian_M_Sweis_2012\).png](http://en.wikipedia.org/wiki/Hypothalamic%E2%80%93pituitary%E2%80%93adrenal_axis#mediaviewer/File:HPA_Axis_Diagram_(Brian_M_Sweis_2012).png) [abgerufen am: 31.03.2015].

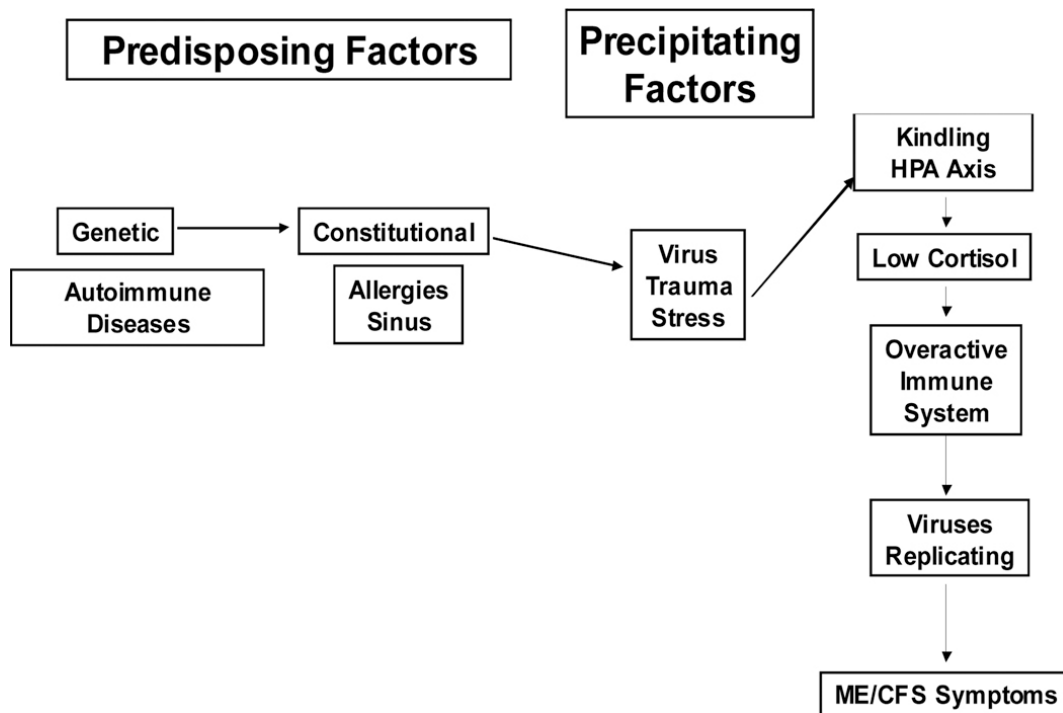


Abbildung 5: Model von *Limbic Kindling* nach Jason, 2011 (Gratrix, 2014, S. 16).

Physische Faktoren können zu chronischen Entzündungen führen und dadurch zum *Limbic Kindling*, welches chronische Infektionen und eine verzögerte Hypersensitivität gegenüber Toxinen beinhaltet. Dazu kommen aber auch psychische Faktoren und Persönlichkeitsausprägungen, die das *Limbic Kindling* aufrechterhalten. Emotionale Traumen in der Kindheit werden als Risikofaktor angesehen im späteren Leben an chronischen Störungen wie dem Chronic Fatigue Syndrom oder MCS zu erkranken. Ein effektives Emotionsmanagement wird für die Genesung einer chronischen Krankheit als Hauptfaktor angesehen. Als Therapie von chronischen, komplexen Krankheiten empfiehlt Gratrix (2014) psychologische, umweltbezogene und physiologische Faktoren einzubeziehen.

Erklärungsmodell nach Gupta

Gupta (2002) geht davon aus, dass eine Infektion, ein chemischer oder psychologischer Stressor eine Zellgruppierung in der Amygdala auslösen bzw. formieren kann und diese Zellgruppierung – so nimmt Gupta an – resistent gegen eine Extinktion ist. Dies hat zur Folge, dass Personen mit solchen Zellgruppierungen einfacher auf bestimmte Stimuli reagieren und schwerer mit Stress umgehen können (Gupta 2002). Untenstehende Abbildung 6 zeigt wie es zu diesen Zellgruppierungen in der Amygdala kommen kann und welche Auswirkungen diese haben.

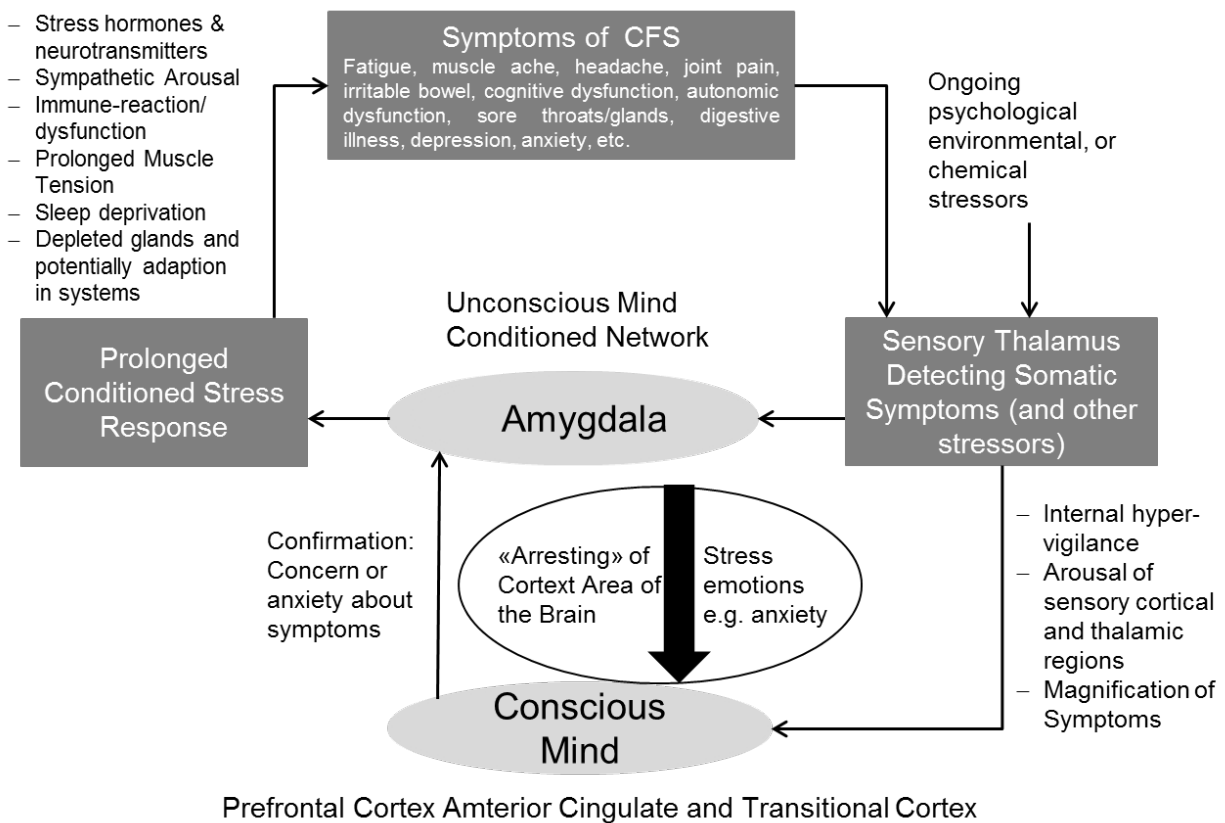


Abbildung 6: Erklärungsmodell nach Gupta (2002).

2.6.2 Psychologische Erklärungsmodelle

Neurastheniekonzept

Der Begriff der Neurasthenie hat sich über die Zeit verändert. Um die Wende des 19. zum 20. Jahrhunderts wurde darunter eine „chronisch funktionelle, prinzipiell alle Körperorgane und – funktionen umfassende Nervenkrankheit, entstanden aus Mangel bzw. Verarmung an Nervenkraft infolge Erschöpfungsstörung des Nervengewebes, sich manifestierend im Wesentlichen in einer mit gesteigerter Erregbarkeit einhergehenden übermässigen Erschöpfbarkeit (reizbare Schwäche)“ (Schäfer, 2002, S. 572) verstanden. Durch die sich abzeichnende wissenschaftliche Unhaltbarkeit der *Erschöpfung der Nervenkraft* und die zunehmende Bedeutung der psychoanalytischen Auffassung, der zufolge die Neurasthenie keine organische Nervenkrankheit, sondern eine seelisch verursachte neurotische Störung ist, verschwand der Begriff aus der Medizin. Heute wird der Begriff wieder verwendet, wobei die operationale Definition als neurotische Störung unter ICD-10 F48.0 (Ermüdungssyndrom) zu finden ist. Wesentliche Kriterien sind anhaltendes Erschöpfungsgefühl oder chronische Müdigkeit nach geringer geistiger bzw. körperlicher Anstrengung. Weitere Symptome sind akute oder chronische Muskelschmerzen, Benommenheit, Spannungskopfschmerzen, Schlafstörungen, Unfähigkeit zu entspannen, Reizbarkeit und die Unfähigkeit sich in normalem Zeitraum zu erholen. Die Störung muss mindestens drei Monate am Stück beobachtet werden, um als Neurasthenie zu gelten. Als moderne Variante des Neurastheniekonzepts gelten heute das Chronic-

Fatigue Syndrom (CFS), die Fibromyalgie sowie die Multiple Chemikaliensensitivität, welche sich alle drei gegenseitig sowie mit den Symptomen der Neurasthenie überschneiden (Schäfer, 2002).

Erlernen von Verhalten

Bock und Birbaumer (1998) gehen davon aus, dass dem Nozebo-Effekt²⁴ „starke kognitive Erwartungshaltungen zugrunde liegen, die zu Änderungen im Verhalten, Denken von emotionalen Reaktionen und vor allem auch zu realen endokrinen Effekten und Änderungen des autonomen Nervensystems führen“ (S. 92). Als zweiten psychologischen Faktor führen sie die positive oder negative Verstärkung der Nozebo-Reaktion durch die Umwelt, insbesondere durch Familie, Freunde und Ärztinnen bzw. Ärzte an. Unmittelbare Zuwendung nach Äusserung der Reaktion, kann den Effekt aufrechterhalten und dauerhaft verstärken. Das Nozebo-Verhalten wird durch Vermeidung von unerwünschten oder unangenehmen Tätigkeiten und der Aufnahme von Schonverhalten (Krankheitsverhalten und Krankschreibung) aufrechterhalten. Solche Lern- und Konditionierungsfaktoren werden als wesentliche Grundlage für die Entstehung und die Aufrechterhaltung des Nozebo-Effekts gesehen. Die beiden Autoren führen als weiteren Faktor die klassische Geruchs- und Geschmackskonditionierung an. Diesbezüglich gebe es diverse Untersuchungen, welche zeigen, dass die klassische Konditionierung vor allem bei Geruchs- und Geschmacksreizen zu dauerhaften konditionierten Reaktionen führen (Bock & Birbaumer, 1998). Meulders und Kollegen (Meulders, Fannes, Diest, De Peuter, Vansteenwegen & Van den Bergh, 2010) untersuchten ebenfalls, ob MCS-Symptome „gelernt“, also konditioniert werden können. In ihrer Studie kommen sie zum Schluss, dass die bewusste Erwartung, welche durch die Qualität des Geruchs moduliert wird, bestimmt, ob sich ein gelerntes Symptom zur Antwort eines spezifischen Geruchs oder eher eines generellen Kontextes entwickelt. Weiter stützen die Resultate die These, dass MCS-Symptome „gelernt“ werden. Dem widerspricht die Studie von Leer und Kollegen (Leer, Smeets, Blusing & Hout, 2011), welche versuchten, Angst mittels Gerüchen zu konditionieren. Sie kamen zum Schluss, dass Ihre Untersuchung bzgl. der Angstkonditionierung in Bezug auf Idiopathic Environmental Intolerances²⁵ (IEI) lediglich teilweise zufriedenstellende Ergebnisse lieferte und weitere Studien nötig seien.

Psychiatrische Grunderkrankungen

Die Studie von Bornschein und Kollegen (Bornschein, Hausteiner, Zilker, Bickel & Förstl, 2000) unterstreicht ein psychologisches Erklärungsmodell. In ihrer Studie schlossen sie 120 Personen ein, die sich mit Verdacht auf umweltbedingte Beschwerden in einer umweltmedizinischen Sprechstunde der toxikologischen Ambulanz anmeldeten und da untersucht wurden. Dabei wurde bei 100 Personen mindestens *eine* psychische Störung diagnostiziert. Bei diesen Diagnosen handelt es sich um affektive Störungen, Major-Depression-Episoden, psychotische Störungen, Substanzabhängigkeit

²⁴ Bezeichnung der Reaktion auf ein (medizinisches) Präparat ohne spezielle Wirkung. Im Gegensatz zur positiven Wirkung beim Plazebo-Effekt erfolgt beim Nozebo-Effekt eine negative Wirkung.

²⁵ Anderer Begriff für MCS verwendet.

sowie Angst- und Panikstörungen. Bei 53 Personen (44%) lag eine somatoforme Störung²⁶ vor, welche auch gleich die grösste Diagnosegruppe bildete, gefolgt von affektiven und Angststörungen sowie Suchtkrankheiten (Bornschein et al., 2000). Ähnliche Resultate brachte die breitangelegte und vieldiskutierte „Studie zum Verlauf und zur Prognose des MCS-Syndroms“ von Eis und Kollegen (2005) zu Tage. Sie hielten u. a. fest, dass die Untersuchungspopulation „signifikant häufiger unter psychischen Störungen leidet als die vergleichbare Allgemeinbevölkerung, und dass die psychischen Störungen bei den meisten Patientinnen bzw. Patienten den umweltbezogenen Beschwerden weit vorausgehen.“ (ebd., S. 2). Dieser Untersuchung ist allerdings in verschiedenen Artikeln von Bauer und Mitarbeitenden (Bauer et al., 2007; Bauer et al., 2008; Bauer et al. 2009) insbesondere methodische Kritik erwachsen. In ihrer eigenen Untersuchung kommen die Autorin und ihr Team zu teilweise gegenteiligen Schlüssen:

„Angststörungen, Anpassungsstörungen, Depressionen oder psycho-sozialer Stress treten bei chronischer MCS nicht häufiger auf als bei anderen chronischen Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus oder Asthma bronchiale, aber häufiger als in der Bevölkerung allgemein“ (Bauer et al., 2008).

Staudenmayer (2001) geht von einer psychogenen Theorie²⁷ aus und hält IEI für eine überbewertete Idee, welche durch psychologische und psycho-soziale Prozesse erklärt werden kann. Diese Theorie wird unterstützt durch die nicht reliablen und kognitiv vermittelten Reaktionen, welche in Provokationsstudien hervorgerufen wurden. Staudenmayer hält weiter fest, für Hypothesen, die IEI mit physiologischen Prozessen oder Mechanismen erklären wollten, gebe es bisher keine Evidenz, was die psychogene Theorie von IEI weiter stütze (Staudenmayer, 2001).

Krankheitsbedingte Veränderung der Identität

Gibson (2005) hält in ihrer Studie zur krankheitsbedingten Veränderung der Identität von MCS-Betroffenen fest, dass die meisten Betroffenen eine Identitätsveränderung an sich feststellten. Wichtige Themen waren der Verlust der stabilen, vertrauten Persönlichkeit sowie der Verlust der Selbstdefinition, die oft durch Arbeit, Familieninteraktionen und Freizeitaktivitäten geprägt ist. Der Zugang zum Arbeitsfeld wie auch zur Teilnahme an Familien- und Freizeitaktivitäten ist durch MCS stark eingeschränkt, was zum obenerwähnten Verlust der Selbstdefinition führen kann. Als Reaktion auf diese Verluste unterdrücken Betroffene die eigenen Gefühle, um die Erwartungen der anderen erfüllen zu können. Sie entwickeln aber auch ihre Persönlichkeit, planen ihr Leben neu, prüfen ihre soziale Unterstützung und entdecken ihre Spiritualität, was eine Neudefinition ihrer Identität unterstützen kann und als positive Auswirkung gewertet werden kann.

²⁶ Somatoforme Störungen: Körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen.

²⁷ Psychogene Theorien gehen davon aus, dass psychische Einflüsse psychische Störungen verursachen.

2.6.3 Gegenseitige Kritik der bio-chemischen und der psychologischen Erklärungsmodelle

Wie oben bereits teilweise erwähnt, erwächst auf beiden Seiten Kritik für das jeweils andere Erklärungsmodell. So ist bspw. auf der Homepage von MCS America die Kritik an einer bio-psycho-sozialen Perspektive von Martin Pall zugänglich. Als den wichtigsten Aspekt streicht er die fehlenden, klar überprüfbaren Vorhersagen, mit welchen spezifische Arten von Krankheiten von somatoformen Krankheitsbildern abgegrenzt werden können, heraus. Pall weist darauf hin, dass Wissenschaftler in ihrer Arbeit objektiv sein sollten und er dies bei den psychologischen Untersuchungen bzgl. MCS vermisste. Auch findet er, dass die Community der psychologischen Sicht die wissenschaftlichen Artikel nicht der wissenschaftlichen Norm entsprechend überprüfen, sondern „they are often viewed with a wink and a nod“²⁸ (was frei übersetzt heisst: „Sie werden durchgewunken.“). Des Weiteren hält Pall fest, dass die Befürworter einer psychogenen Erklärung in ihren Theorien bio-chemische und genetische Aspekte ignorieren. Befürworter der psychogenen Theorien haben in ihren Studien festgestellt, dass MCS-Betroffene häufiger unter psychiatrischen Symptomen leiden und nehmen diese Beobachtung als Hinweis für die psychogene Ätiologie von MCS. Pall findet dies aus drei Gründen nicht zulässig: Erstens seien solche Symptome bei vielen, aber lange nicht bei allen MCS-Betroffenen nachgewiesen worden. Zweitens sei es rein intellektuell nicht vertretbar, den Fokus lediglich auf psychogene Symptome zu richten und die vielen anderen Symptome, physiologischen Krankheiten und die Komorbidität von MCS einfach zu ignorieren. Und drittens gingen die meisten chronischen Krankheiten mit einer substanziellen Prävalenz von psychischen Erkrankungen einher. Als Beispiel führt er Angstzustände und Depression auf, unter welchen Krebspatienten oft leiden würden. Pall zieht den Schluss, dass die bio-psycho-soziale Perspektive eher zu den Mythologien und nicht zu einer überprüfbaren, wissenschaftlichen Hypothese gezählt werden sollte.

Auf der anderen Seite wird auch die Kritik an der physiologischen Perspektive laut, welche vorwiegend von Stephen Barrett (1998) kommt. Seine Homepage²⁹ sieht er als Anleitung bzgl. Quacksalberei, Schwindel im Gesundheitswesen und intelligente Entscheidungen. MCS ist dabei lediglich ein Thema unter vielen. Trotzdem übt Barrett ganz gezielte Kritik an den bio-chemischen Erklärungsmodellen, allen voran an Rea's Erklärung, welche den *Total Body Load* ins Zentrum rückt. Barrett (1998) hält sieben Behauptungen von MCS-Befürwortern fest, welche nicht mit wissenschaftlichem Wissen der menschlichen Physiologie, Allergologie, Immunologie, Pathologie, Toxikologie und klinischer Medizin zu vereinbaren seien. Folgende Behauptungen seien nicht belegt:

²⁸ http://www.mcs-america.org/index_files/MCS3.htm [abgerufen am: 31.03.2015].

²⁹ <http://www.quackwatch.com/> [abgerufen am: 31.03.2015].

1. Obschon eine Substanz noch keine Effekte zeigt, können eine oder mehrere andere dazwischenkommende Substanzen bereits in geringer Dosierung zu Effekten führen.
2. Hypersensitivität entwickelt sich, wenn der *Total Body Load* von physischem und psychischem Stress die Toleranzgrenze der einzelnen Person übersteigt.
3. Wenn der Prozess einer Hypersensitivität beginnt, können sich weitere Sensitivitäten schnell entwickeln und dies von immer kleiner werdenden Expositionen.
4. Patientinnen bzw. Patienten sind oft abhängig von Nahrungsmittel, die sie krank machen.
5. Veränderungen im Ausmass der Exposition kann das Ausmass der Sensitivität auf andere Substanzen beeinflussen.
6. Hypersensitivitäten können mit einer Immunsystem-Dysregulation oder einer Immuntoxizität in Zusammenhang stehen, dies ist schwer zu diagnostizieren und zu behandeln.
7. Die Exposition von Umweltschadstoffen macht Menschen oft vulnerabel in Bezug auf Krankheiten.

Ganz generell kritisiert Barrett die Umweltmedizin in Bezug auf MCS darin, dass MCS bisher nicht klar definiert wurde, es bisher keine wissenschaftlich plausiblen Mechanismen gebe, keine begründeten und geprüften Diagnosetests vorliegen und kein einziger MCS-Fall wissenschaftlich validiert wurde. Dies seien auch die Gründe, weshalb MCS nicht als Krankheit anerkannt werde und somit nicht im ICD-9³⁰ erscheine. Bis heute erscheint MCS nicht als eigenständige Diagnose, auch nicht im ICD-10. Sie kann jedoch unter den Sammelbegriff *T 78.4 Allergie, nicht näher bezeichnet* gestellt werden, worunter Allergische Reaktionen, Idiosynkrasie und Überempfindlichkeit (alle drei ohne nähere Angaben) verstanden werden können. Barrett führt weiter an, Umweltmedizin werde weder an Universitäten gelehrt noch gäbe es spezifische Trainings für Medizinerinnen bzw. Mediziner. Dies hat sich inzwischen verändert. In Deutschland gibt es an der Technischen Universität in München seit 2014 den Lehrstuhl für Umweltmedizin. Barrett (1998) zieht zur Untermauerung seiner Argumentation des Weiteren Gutachten, Studien und Dokumente von namhaften Organisationen heran, bspw.:

- California Medical Association Scientific Board Task Force on Clinical Ecology
- ad hoc Committee on Environmental Hypersensitivity Disorders
- American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (AAAAI)
- American College of Physicians (ACP)
- Canadian Psychiatric Association

³⁰ ICD steht für: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Die Zahl dahinter gibt die Ausgabe an.

- American Medical Association Council on Scientific Affairs, Board of the International Society of Regulatory Toxicology and Pharmacology (IS RTP)
- National Research Council (NRC)

All diese Institutionen kamen auf je spezifische Weisen zum Schluss, dass es keine ausreichende Evidenz für MCS gebe und sie MCS deshalb als physische Krankheit als zu wenig begründet zurückweisen. Dementsprechend würden die Fachpersonen der genannten Institutionen MCS eher als psychisches denn als physisches Problem einordnen. Auch gebe es Daten, die belegen, dass einige psychische Faktoren Individuen anfälliger für die Entwicklung von Symptomen werden lassen und diese Personen auch die Motivation oder Fähigkeit hätten, jemanden ausfindig zu machen, der ihnen eine physiologische Erklärung für die Symptome anbietet. Viele dieser MCS-Betroffenen würden an einer Somatisierungsstörung leiden, welche mit persistierenden Symptomen charakterisiert wird, die medizinisch nicht erklärt werden können.

Weitere wichtige Punkte, die von Barrett (1998) aufgeführt werden, sind zum einen der Umstand, dass manche Umweltmedizinerinnen bzw. Umweltmediziner glauben, selbst MCS-betroffen zu sein und dies als starkes Bindungstool gesehen wird, welches Betroffene in einen Kult der gegenseitigen Abhängigkeit führt. Innerhalb dieses Kults würden Fakten irrelevant.

Ein ganz anderer Aspekt, der auch als Argument aufgeführt wird, kommt ebenfalls von Barrett (1998), nämlich das wirtschaftliche Interesse einzelner Firmen, MCS-taugliche Produkte verkaufen zu können. Es existieren verschiedene einschlägige Angebote wie bspw. diejenigen der American Environmental Health Foundation, welche einen ganzen Katalog mit MCS-spezifischen Produkten führt. Daneben gibt es im Internet verschiedene andere Online-Anbieter³¹ mit ihren Online-Shops, welche spezifische MCS-Produkte verkaufen. In manchen Online-Shops bestehen Auswahlfilter, mit welchen interessierte Personen sicherstellen können, dass ihnen lediglich für sie geeignete Produkte vorgeschlagen werden. Beispielsweise kann der Auswahlfilter „MCS“ angeklickt werden, und es erscheinen lediglich MCS-geeignete Produkte zur Auswahl.

Fazit: Auffallend an der Kritik der beiden unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven ist, dass sich sowohl das sozialwissenschaftlich-psychologische als auch das naturwissenschaftlich-bio-medizinische Lager Unwissenschaftlichkeit und mangelnde Objektivität vorwerfen sowie die Ignoranz gegenüber der jeweils anderen Perspektive.

2.7 Soziale Aspekte von MCS

Da MCS hierzulande von Krankenkassen nicht als Krankheit anerkannt ist, weichen Medizinerinnen bzw. Mediziner oft auf andere Krankheiten oder Syndrome wie Burnout oder funktionelle Störungen im

³¹ Z.B. PureNature verfügbar unter <http://www.purenature.de/allergiefilter> [abgerufen am 29.10.2014].

Bereich der Psychosomatik aus, damit Patientinnen bzw. Patienten Versicherungsleistungen erhalten und somit ihren Lebensunterhalt bestreiten können. Diese Diagnosen können zu einer Stigmatisierung führen und somit zum Abbruch von Karrieren und dem endgültigen Ausstieg aus dem Berufsleben, was Betroffene notgedrungen zwingen kann, von der Sozialhilfe zu leben. Das Privatleben gestaltet sich damit als Herausforderung, da die Betroffenen durch die schweren Krankheitssymptome ihr soziales Engagement und ihre (Freizeit-)Aktivitäten verringern oder gar ganz einstellen. Soziale Isolation und deren Auswirkungen sind die Folgen (Hill et al., 2008).

Ein weiterer Aspekt sind all die psycho-sozialen Faktoren, welche zusammen mit den psychologischen Faktoren eine wichtige Rolle in der Manifestation von MCS spielen (Heinzow, 1998/ 1999). MCS-Betroffene werden von medizinischen Fachleuten oft als „schwierig“ empfunden, dies vielleicht deshalb, weil sie dazu tendieren, sich von mehreren Ärztinnen bzw. Ärzten oder anderen medizinischen Fachpersonen behandeln zu lassen und relativ oft die Therapeuten zu wechseln (ebd.). Diese (unausgesprochene) Einstufung als „schwierige Patientin“ bzw. als „schwieriger Patient“ ist keine fruchtbare Ausgangslage für eine vertrauensvolle, professionelle Beziehung. Eine Fachperson sollte die Patientinnen und Patienten ernst nehmen und vorerst von der Realität des Individuums ausgehen (Heinzow, 1998/ 1999). Als wichtige Erkenntnis, um eine Chronifizierung von MCS sowie eine Isolation und den Rückzug aus dem täglichen Leben abwenden zu können, wird die Entwicklung von Copingstrategien³² gesehen (ebd.).

Ziem (2001) empfiehlt MCS-Betroffenen, sich trotz ihrer Symptome nicht ans Haus binden zu lassen, sondern so gut als möglich soziale Kontakte zu pflegen. Er empfiehlt, Freunde und medizinisches Personal entsprechend zu instruieren. An die Gesellschaft gerichtet erwähnt er, wären wirksame Autofilter, das Eliminieren von toxischer Schädlingsbekämpfung, Putzmittel sowie Duftstoffen aller Art in öffentlichen Räumen unterstützend für MCS-Betroffene bei der Pflege sozialer Kontakte.

Gibson (2014) hält in ihrer Studie fest, dass MCS-Betroffene oft Herausforderungen und Verluste in beruflicher (Verlust der Arbeitsstelle/ Schwierigkeit eine neue Stelle zu finden), finanzieller (Verlust des Einkommens) und sozialer Hinsicht sowie im Bereich des Wohnens (Bausubstanz) und dem Zugang zu öffentlichen Angeboten erfahren müssen. Als wichtige Probleme für MCS-Betroffene wurden der Zugang zur medizinischen Versorgung, die Diagnosestellung sowie die Beziehung zum medizinischen Personal dargestellt. Die Untersuchung zeigt die Schwierigkeiten bzgl. dem medizinischen Zugang für MCS-Betroffene auf: So fehlen MCS-spezifische Trainings für medizinisches Personal, in medizinischen Räumlichkeiten finden sich Parfüm und Duftstoffe oder das Risiko einer Anästhesie (Unverträglichkeit), sind für MCS-Betroffene massgebliche Gründe, das medizinische Angebot nicht oder nur in geringem Masse in Anspruch zu nehmen (Gibson, 2014; vgl. Skovbjerg et al, 2009). Ebenfalls wurde festgestellt, dass je schwerer die Ausprägung von MCS ist, desto grösser die Auswirkungen auf das gesamte soziale Umfeld sind. Das führt soweit, dass Personen, die eine schwere Ausprägung von MCS haben, nicht mehr arbeiten können und nicht selten in eine Abwärtsspirale geraten (Arbeitsverlust bis hin zur Obdachlosigkeit) (Gibson, 2014).

³²Unter Copingstrategien werden Bewältigungsstrategien verstanden.

Eine Betroffene beschreibt in ihrer Autobiografie: „Traurig ist, dass ich durch diese Erkrankung so isoliert leben muss. Denn Theater, Kino, Konzerte oder andere öffentliche Veranstaltungen kann ich nicht besuchen, weil überall Dinge sind, die bei mir Reaktionen hervorrufen. [...] Meine Tochter und meine Enkelkinder besuchen mich aber regelmässig und wir telefonieren fast jeden Tag“ (Reetz, 1998, S. 140). Eine weitere MCS-Betroffene hält Folgendes fest: „Viele MCS-Patienten können (fast) nie mehr Besuch zu Hause empfangen, ausser sie bereiten diesen mit umfangreichen Vorsorgemassnahmen entsprechend vor. Die meisten können selbst (fast) nirgendwohin mehr gehen und verlieren ihre Beziehungen, ihre Arbeit und damit ihr soziales Leben. Auch ihr Einkommen aus (selbständiger) Arbeit verringert sich, wodurch sich die finanzielle Situation insgesamt verschlechtert“ (Valkenburg, 2008; S. 78). Selbst lebt die Autorin seit 2004 in konsequenter Quarantäne, wie sie ihre Isolation nennt (ebd.). Auf die Frage, ob man in solch einer Isolation glücklich sein kann, meint Valkenburg (2008): „Aber sicher kann man das! Es ist nur eine andere Form zu leben. Am Anfang werden Sie wahrscheinlich wegen der Verluste, die Sie erfahren werden, durch einen Trauerprozess gehen. Schliesslich werden Sie aber auch die positiven Seiten der Situation erkennen! Es kommt darauf an, mit welchen Augen Sie Ihr Leben betrachten. Es hört sich wie ein Klischee an, aber Glück kommt wirklich zum allergrössten Teil von innen“ (S. 109).

2.8 Therapieansätze

Die Therapiemöglichkeiten von MCS sind vielfältig und sehr individuell. Oft helfen sich die Betroffenen selber in dem sie auslösende Stoffe möglichst meiden, sich deshalb auch sozial zurückziehen und ihre Wohnungen entsprechend einrichten bspw. mit Alufolie auskleiden.

Die gravierenden Konsequenzen, welche MCS-Betroffene auszuhalten haben, waren wichtige Argumente, um diesen menschenunwürdigen Missständen etwas entgegen zu halten und das MCS-Haus zu bauen. Dies macht auch aufgrund von empirischen Forschungsergebnissen Sinn, wobei Gibson (2001) in ihrer Studie zum Schluss kommt, dass als die wirksamsten Therapien ein sicherer, möglichst giffreier Wohnraum sowie die Vermeidung von chemischen Stoffen anzusehen sind. Dies konsequent durchzuziehen, führt jedoch einerseits zu oft massiven finanziellen Ausgaben (z. B. für den Umbau des Wohnraumes) und zweitens zur sozialen Isolation, da soziale Interaktionen kaum mit der Vermeidung von toxischen Stoffen zu vereinen sind (Gibson, 2001). Sie hält bspw. fest, dass 66% der von ihr untersuchten MCS-Betroffenen (n=917) immer oder zumindest zeitweise in unkonventionellen Behausungen wie bspw. auf Veranden oder in Autos, Wohnmobilen und Zelten wohnen. Davon leben 47% mit einem jährlichen Einkommen von weniger als 12'000 Dollar und hausen oft in minderwertigen Wohnung oder haben gar keine Wohngelegenheit. 41% der Befragten gaben an, in einer für sie sicheren Wohnung zu leben, 44% meinten, dass die Behausung besser sein könnte (ebd.).

Die Chancen auf einen annäherungsweise normalen „modus vivendi“ für MCS-Betroffene erhöhen sich, wenn neben der Wohnsituation zusätzlich therapeutische Massnahmen getroffen werden. So schliessen sich an die meisten der in Kapitel 2.6 diskutierten Erklärungsmodelle konkrete Vorschläge und Hinweise auf die Krankheitsbehandlung an. Rea (1997) bspw. stellt die verschiedenen

Therapietypen in einem Fass dar (Abbildung 1). Ziel ist es den *Total Body Load* zu verringern, sprich die Schad- und Giftstoffe aus dem Körper zu bringen. Um dies zu erreichen, gilt die totale Vermeidung von Schadstoffen aus Luft, Nahrung und Wasser. Weiter werden Fastenkuren, rotierende Diäten (mit oraler und parenteraler Ernährung mit Zugabe von Vitaminen, Mineralstoffen, Eiweissen und Fetten sowie Medikamenten zur Alkalisierung), Sauerstoffkuren und die Beachtung von Toleranzreglern empfohlen. Ebenfalls können physikalische Therapie, psychologische Unterstützung, Neurotherapie, Akupunktur, osteopathische und cranial fasciale Manipulationen, Zahnsanierungen (dentale Rehabilitation), Ausbalancierung der Darmflora, Beobachtung der Hormone, Homöopathie und die chirurgische Entfernung von betroffenen Organen helfen. Eine positive Ernährungsweise unterstützt eine Besserung von MCS (Rea, 1997 S. 2018-2019). Bemerkenswert ist die grosse Auswahl an nicht-naturwissenschaftlichen Methoden und Therapien, auf die Rea als bekennender pathogenetischer Biomediziner zurückgreift.

Zwei spezifische Therapien, die häufig genannt werden, sind das Gupta Amygdala Retraining 2008 von Ashok Gupta und das Dynamic Neural Retraining³³ von Annie Hopper. Ersteres, auch einfach das Gupta Programm genannt, wurde für CFS³⁴-Betroffene entwickelt, wobei MCS-Betroffene auf einschlägigen Foren auch von Erfolgen berichten. Das Programm ist als Selbststudium mittels DVD-Programm aufgebaut und wird mit Audio CD`s und einem Begleitbuch unterstützt. Inhaltlich geht es um Meditation, Atemtechnik, Stressverhaltensmuster bewusst machen, Denkmuster verändern, Blockaden des Unterbewusstseins überwinden sowie Motivation zur Veränderung finden. Die Störung wird in der Amygdala, zu Deutsch Mandelkern, im limbischen System gesehen. Der Amygdala wird eine wesentliche Rolle in der Entstehung von Angst sowie der emotionalen Bewertung und Erinnerung von Situationen zugeschrieben. Eine unabhängige wissenschaftliche Evaluation des Programms ist ausstehend, die bisher von Gupta vorgelegten Untersuchungsergebnisse (Gupta, 2010) weisen Limitationen auf. Die zweite oft genannte und in Amerika auch erfolgreiche Therapie ist das Dynamic Neural Retraining-System von Annie Hopper. Hopper sieht die Störung in der Fehlinterpretation von Informationen durch das limbische System. Im Training geht es darum, das limbische System neu zu „programmieren“, um diese Fehlleistung auszumerzen, was u. a. über die Veränderung von Verhaltensmustern erwirkt wird. Hopper hat ihr Programm als CFS- und MCS-Betroffene selbst getestet und spricht von Erfolgen auch bei Fibromyalgie, Elektrosensibilität, chronischen Schmerzen sowie Angst- und Zwangsstörungen. Dieses Training ist als Kurs vor Ort, online oder als DVD-Selbststudium erhältlich. In einschlägigen Foren werden beide Trainings kontrovers diskutiert, da sie auf Verhaltensänderung abzielen und sich MCS-Betroffene dadurch in die „Psycho-Ecke“ gedrängt fühlen.

Des Weiteren gibt es verschiedene Ansätze in der Psychotherapie. So wird bspw. in der Untersuchung von Skovbjerg und Kollegen (Skovbjerg, Hauge, Rasmussen, Winkel & Elberling, 2012) der aufmerksamkeits-basierten kognitiven Therapie als Behandlung von MCS-Betroffenen

³³ <http://www.dnrsystem.com/> [26.01.2015].

³⁴ Chronic Fatigue Syndrom.

nachgegangen. Es handelt sich um eine randomisierte Studie, in welcher sich die Interventionsgruppe über acht Wochen wöchentlich zu einer Interventionssitzung traf, während die Kontrollgruppe mit der bisherigen Therapie fortfuhr. Statistisch konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen belegt werden. Einzig das positive mündliche Feedback der Interventionsgruppe drei Monate nach der Behandlung lässt auf einen positiven Effekt der kognitiven Therapie schließen. Die Autorenschaft, gibt zu bedenken, dass bisher kaum Forschung zu MCS-Therapien gemacht wurde und es unbedingt weitere Untersuchungen braucht, um diesbezügliche Aussagen machen zu können.

Eine randomisierte Untersuchung von Hüppe und Kollegen (Hüppe, Müller, Schulze, Wernze & Ohnsorg, 2009) zeigt, dass die Kombination von Therapien bestehend aus Wärmeanwendungen, Physiotherapie, Entgiftung sowie progressive Muskelentspannung einen positiven Effekt auf die Gesundheit von MCS-Betroffenen hat. Welche Therapie welchen Anteil am Effekt hat, ist allerdings ausstehend. Ein Placebo-Effekt kann zwar nicht ganz ausgeschlossen werden, doch unterstützen die unter Therapie ansteigenden biometrischen Daten eher einen realen Effekt. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Therapie toxische Stoffe freigesetzt wurden und diese dadurch ausscheidbar werden. Es ist deshalb anzunehmen, dass die Erhöhung der biometrischen Daten nur vorübergehend ist und nach einer gewissen Zeit wieder abnimmt. Unterstützt werden diese Ergebnisse durch Studien, die mittels Fettbiopsien feststellten, dass die Giftbelastung des Fettgewebes erst nach einigen Monaten Therapie abnimmt (ebd.).

Im Zusammenhang mit der Theorie der Sensitivity-Related Illness (SRI) wird eine Therapiemöglichkeit in einem schrittweisen Vorgehen gesehen. Als erstes soll die auslösende Substanz für eine bestimmte Zeit entweder gänzlich gemieden oder eine Desensibilisierung durchgeführt werden (Genuis, 2010). In beiden Fällen ist das Vorgehen nur möglich, wenn der oder die Auslöser bekannt sind. Da auslösende Stoffe oft Nahrungsmittel sind, muss gleichzeitig darauf geachtet werden, dass trotz der Vermeidung der Auslöser eine ausreichende Sättigung mit relevanten (Mineral-)Stoffen erreicht wird. Nach der Zeit der Vermeidung bzw. der Desensibilisierung kann das biochemische Gleichgewicht wieder hergestellt werden. Ist dieses Gleichgewicht wieder hergestellt, gilt es dieses zu erhalten, indem darauf geachtet wird, eine erneute Akkumulation von Giftstoffen im Körper zu verhindern, indem regelmäßigen Expositionen ausgewichen wird (Genuis, 2010). Des Weiteren mildern Steroide und andere Immunsuppressiva laut Genuis (2013) eine chemische Sensitivität. Deren Effizienz unterstreicht denn auch, dass hinter der SRI ein normaler pathophysiologischer Mechanismus liegt. Allerdings sollten Steroide, wegen ihrer Nebenwirkungen, nicht über längere Zeit verordnet werden (Genuis, 2013). Ebenfalls hält Genuis (2013) fest, dass physiologische Therapien im Vergleich zu psychologischen Therapien bessere Erfolge erzielen.

Die Organisation *MCS America*³⁵ hält auf ihrer Homepage ebenfalls die Vermeidung von chemischen Stoffen als die effektivste Therapie von MCS fest. Des Weiteren plädieren sie auf eine chemikalienfreie Wohnung, Entgiftungskuren und Sauna sowie Nährstofftherapien. Auf der Homepage

³⁵ www.mcs-america.org [abgerufen am: 31.03.2015].

sind ganz konkrete Angaben, wie die Therapien durchgeführt werden oder welche Produkte geeignet sind.

Eine Betroffene schreibt in ihrem autobiografischen Buch (Reetz, 1998), dass ihr nebst der Vermeidung von auslösenden Stoffen, die regelmässigen Aufenthalte in einer, für Umweltkranke spezialisierten Klinik in England sehr geholfen haben. Da wurde sie mit „Impfstoffen“ und „Infusionen“, regelmässigen Gruppentherapien sowie einer Rotationsdiät, welche extra für sie zusammengestellt wurde und strikt eingehalten werden musste, therapiert. Weiter gehörten die Einnahme von Vitaminen und Mineralstoffen sowie Schwitzbäder und Spaziergänge im Wald zu den Krankheitsbehandlungen. Eine andere MCS-Betroffene beschreibt, dass sich bei ihr Bioresonanz, ein Heilpraktiker, welcher ihr die orthomolekulare Ernährung verschrieb sowie gelebte Spiritualität in Form von Reiki, positivem Denken, mentalem Training und Meditation positiv auf MCS ausgewirkt haben (Valkenburg, 2008).

2.9 Prognose

Der Verlauf einer MCS sei von Person zu Person unterschiedlich und hänge massgeblich von der Gewissenhaftigkeit der betroffenen Person selbst, deren medizinischen Beraterinnen bzw. Beratern und manchmal auch von deren Arbeitgebenden ab. Allerdings hält Winder (2002) drei eindeutige Phasen von MCS fest.

- Erste Anzeichen und Symptome folgen auf kleine Mengen des Auslösers. Die Symptome gehen zurück, sobald der oder die Stoffe gemieden werden.
- Reversible Sensitivität mit intensiveren Anzeichen und Symptomen nach weiteren Expositionen. Nach Vermeidung der Stoffe folgt eine teilweise oder sogar vollständige Reversibilität der Symptome.
- Permanente MCS nach intensiver Exposition und der Eskalation der Symptome sowie der Ausweitung auf weitere chemische Stoffe.

Black, Okkishi und Schlosser (2001, zit. in Johnson, 2008) stellten in ihrem neun-Jahres-Follow-up fest, dass MCS-Betroffene an ihrer Krankheitsüberzeugung festhalten sowie die Resistenz gegen psychologische Erklärungen von MCS unverändert bleibt. Auch Eis und Kollegen (2005) halten fest, dass sich im dreijahres Follow-up bei der Hälfte der Betroffenen keine Veränderung zeigte. Im zeitlichen Verlauf zeigten sie ein signifikant ausgeprägtes Expositionsvermeidungsverhalten, nahmen deutlich häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch und wiesen einen vergleichsweise niedrigen Erwerbstätigkeitsgrad auf (ebd.). Jahre später hält Drexler (2012) in seinem Artikel fest, dass die Prognose für MCS schlecht sei, ohne dies weiter auszuführen.

2.10 Empfohlene Wohnsituation

Das möglichst giftfreie Wohnumfeld, wie es von Gibson (2001) für MCS-Betroffene gefordert wird, ist von anderen Forschenden teilweise spezifiziert worden. Falls ein Umzug notwendig sein sollte, gibt Ziem (2001) zu bedenken, bei einer geeigneten Wohngelegenheit verschiedene Aspekte in Betracht zu ziehen. So erachtet sie es als ideal, wenn das (möglichst freistehende) Haus nicht näher als 400

Meter an einer Hauptstrasse oder einem Industriegebiet liegt und mindestens 1.6 Kilometer von Pestiziden der Landwirtschaft entfernt ist, jedoch sollte Wald oder ein Gewässer in der Nähe liegen. Auf einschlägigen Homepages finden sich ähnliche Angaben zur Wohnlage eines MCS-geeigneten Hauses: So wird auf der Webseite des Vereins MCS-Haus³⁶ darauf hingewiesen, dass natürlichen Gegebenheiten wie die umliegende Vegetation und Felder, Waldrand oder schattige Lage (Neigung zu Schimmelpilzvorkommen), Talkesselage (Smog) sowie Gewässer in nächster Nähe (Feuchtigkeit, Schimmelpilz) Rechnung getragen werden sollte. Ebenfalls sollte darauf geachtet werden, dass ein gebührender Abstand zu Häusern mit Holzheizung, Holzverarbeitenden Industrien, Tankstellen, chemischen Reinigungen, Industriebetrieben, Autobahnen und Schnellstrassen, Lackier- und Schreinerbetrieben, Krankenhäusern, Supermärkten, Gärtnereien und Baumschulen, Bauern- und Mastbetrieben, Flughafen und Bahnstrecken, Mobilfunkantennen, Hochspannungsleitungen und Kraftwerken eingehalten wird (Verein MCS-Haus, Schweiz).

Das Haus selber sollte mit einer Elektroheizung geheizt werden, über leicht zu öffnende Fenster und Bodenbeläge aus Hartholz oder Fliesen verfügen, so Ziem (2001). Da sich MCS-Betroffene relativ häufig im Schlafzimmer aufhalten, sollte bei der Matratze darauf geachtet werden, dass sie keine petrochemischen Flammschutzmittel und keine Pestizide, welche oft gegen den leicht entstehenden Schimmel eingesetzt werden, enthält (Ziem, 2001). Dazu äussert sich der Verein MCS-Haus ebenfalls und hält fest, dass Schlafzimmer aufgrund eines möglichen Schimmelpilzbefalls nicht im Erdgeschoss sein sollten (Verein MCS-Wohnhaus). Eine Einzellage für das Haus wie auch ein separater Eingang werden als ideal angesehen (Verein MCS-Haus). Eine Betroffene tapezierte ihre Wohnung mit Raufasertapeten und liess sie mit Kalk streichen, als Bodenbelag beliess sie den alten, ausgelüfteten Parkettboden (Reetz, 1998).

Die Organisation MCS America³⁷ hält folgende Empfehlungen bzgl. der Einrichtung eines Hauses oder einer Wohnung für eine MCS-betroffene Person fest. Der Boden sollte aus Massivholz, poliertem Beton oder Keramikplatten sein. Als gänzlich ungeeignet werden Teppiche aufgeführt. Ein separates Zimmer für Elektrogeräte wie Computer oder Fernseher wird ebenso empfohlen wie ein belüfteter Stauraum. Das Schlafzimmer sollte bis auf das Bett leer stehen. Zur Aufbewahrung der Kleider wird ein belüfteter Schrank empfohlen. Im Badzimmer wäre eine Fern-Infrarotsauna (FIR) zur regelmässigen Entgiftung wünschenswert. Die Küche sollte von anderen Räumen abgetrennt sein, mit genügend Stauraum für Küchenutensilien sowie einer starken Belüftung ausgestattet sein. Des Weiteren sollten die Fenster zu öffnen sein, die Wohnung über einen Balkon oder einen Sitzplatz verfügen und nach Möglichkeit mit der Remote Control Technologie (ähnlich eines Smart-Homes) ausgerüstet sein.

Ebenfalls werden von einer MCS-Betroffenen bzgl. der Wohnungseinrichtung alte, gut ausgelüftete Holzmöbel oder Kleiderstangen mit mehrmals gewaschenen Vorhängen als geeignet angesehen

³⁶ http://www.mcs-haus.com/der_richtige_standort.html [10.09.2014].

³⁷ http://mcs-america.org/index_files/MCShousing.htm [abgerufen am: 31.03.2015].

(Reetz, 1998). Auch werden Kochtöpfe aus Porzellan oder Glas jenen aus Metall vorgezogen. Anstelle von Glühbirnen werden batteriebetriebene Campinglampen eingesetzt und ein Telefon mit Raumsprechanlage sowie eine Netzfreeschaltung für die Wohnung angebracht (Reetz, 1998).

Baumwolle wird als geeignetes Material gesehen, da sie meist ohne Einsatz von Pestiziden wächst. Dies gilt nicht nur für Matratze und Bettwäsche sondern auch für Kleider, denn laut Ziem (2001) sollte auf synthetische Kleider gänzlich verzichtet werden. Auch Lederschuhe sind gemäss einer MCS-Betroffenen (Reetz, 1998) ungeeignet, eher verträglich seien Schuhe aus waschbaren Materialien.

3 Methoden

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der Evaluation des MCS-Hauses in Zürich-Leimbach aufgezeigt. Dabei werden sowohl die Stichprobe als auch die Erhebungs- und Auswertungsverfahren beschrieben. Das heisst, es werden die Instrumente des Auswahlverfahrens für die Vermietung sowie die Interviewleitfäden und das Auswertungsverfahren erläutert.

3.1 Beschreibung des Vorgehens

Zu Beginn des vorliegenden Projektes wurde nach Literatur zur Multiplen Chemikaliensensitivität gesucht, welche in Kapitel 2 den aktuellen Forschungsstand darlegt. Dazu wurde in den einschlägigen Datenbanken (z. B. Nebis, PubMed) sowie in entsprechenden Blogs nach relevanter sozial-psychologischer und medizinischer Literatur sowie Betroffenenbeiträgen recherchiert. Die Recherche wurde mit spezifischen Schlagwörtern durchgeführt, welche fortwährend ergänzt wurden und somit die Recherche erweitert und vertieft werden konnte. Diese Art der Recherche entspricht dem sogenannten Scoping (Arksey & O'Malley, 2002; Armstrong, Hall, Doyle & Waters, 2011).

Die Entwicklung der Instrumente für die Evaluation umfasste im Wesentlichen zwei Teilbereiche. Um einen Eindruck des subjektiven Wohlbefindens als auch des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustandes der Bewerbenden vor dem Einzug in eine MCS-Wohnung zu erhalten bzw. der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse, wurde ein entsprechender Fragebogen konstruiert. Dieser Fragebogen war ein fester Bestandteil des Bewerbungsverfahrens. Er wird in Absatz 3.3.1 vorgestellt. Der zweite Bereich der Instrumentenentwicklung umfasste die Entwicklung eines Interviewleitfadens für die Einzelbefragung Betroffener, wobei eine Erhebung vor und nach dem Einzug erforderlich war, um die Fragestellung beantworten zu können. Des Weiteren wurden Interviewleitfäden für Angehörige, Freunde sowie für Quartierbewohnende ebenfalls für zwei Erhebungszeitpunkte entwickelt. Ebenfalls wurde ein Beobachtungsraster zur Erfassung der Besonderheiten der jeweiligen Wohnsituation zusammengestellt. Diese Situation erfordert Einzelinterviews, was unter Absatz 3.3 noch weiter ausgeführt wird. Die Fragen entstanden aufgrund der Ergebnisse der Literaturrecherche sowie in Abstimmung auf die Fragestellungen der Auftraggebenden. Vor der Datenerhebung wurde ein Pretest durchgeführt, welcher die Qualität des Fragebogens bestätigte und keine Änderungen zur Folge hatte. Die Interviews vor dem Bezug der Wohnungen wurden im Zeitraum zwischen dem 07. August 2013 und dem 31. Juli 2014 durchgeführt. Die Interviews nach dem Einzug fanden zwischen dem 15. Oktober 2014 und dem 15. Dezember 2014 statt. Die Fragebögen wurden zwischen dem 17. Juni 2013 und dem 31. Juli 2014 eingereicht. Zur Auswertung der Fragebögen, wurden die Daten mit dem Statistikprogramm SPSS erfasst und deskriptive Analysen vorgenommen. Die Interviews wurden transkribiert und mittels der Software für qualitative Datenanalysen Atlas.ti und MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet. Anschliessend wurden die Datenstränge trianguliert, und ein Vergleich der Daten vor und nach dem Einzug sowie eine Erstinterpretation vorgenommen. Dann erfolgte die Beantwortung der Fragestellungen mittels der ermittelten Ergebnisse aus den Interviews und den Fragebogen, welche einer vertieften Interpretation unterzogen wurden. Die Schlussfolgerungen, in

denen relevante Einsichten für nachfolgende MCS-Wohnbauprojekte abgeleitet und festgehalten werden, bilden den Abschluss dieser Analysetätigkeit. In Abbildung 7 wird der chronologische Ablauf dargestellt.

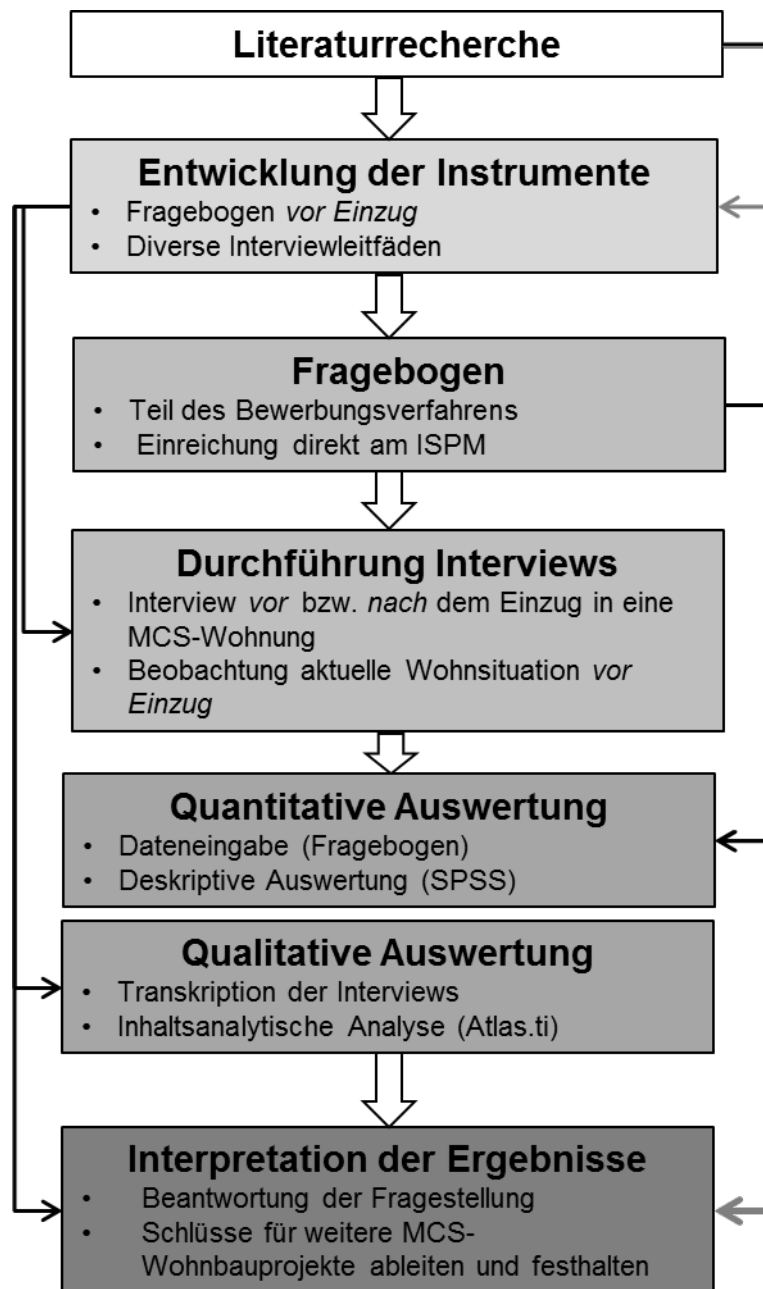
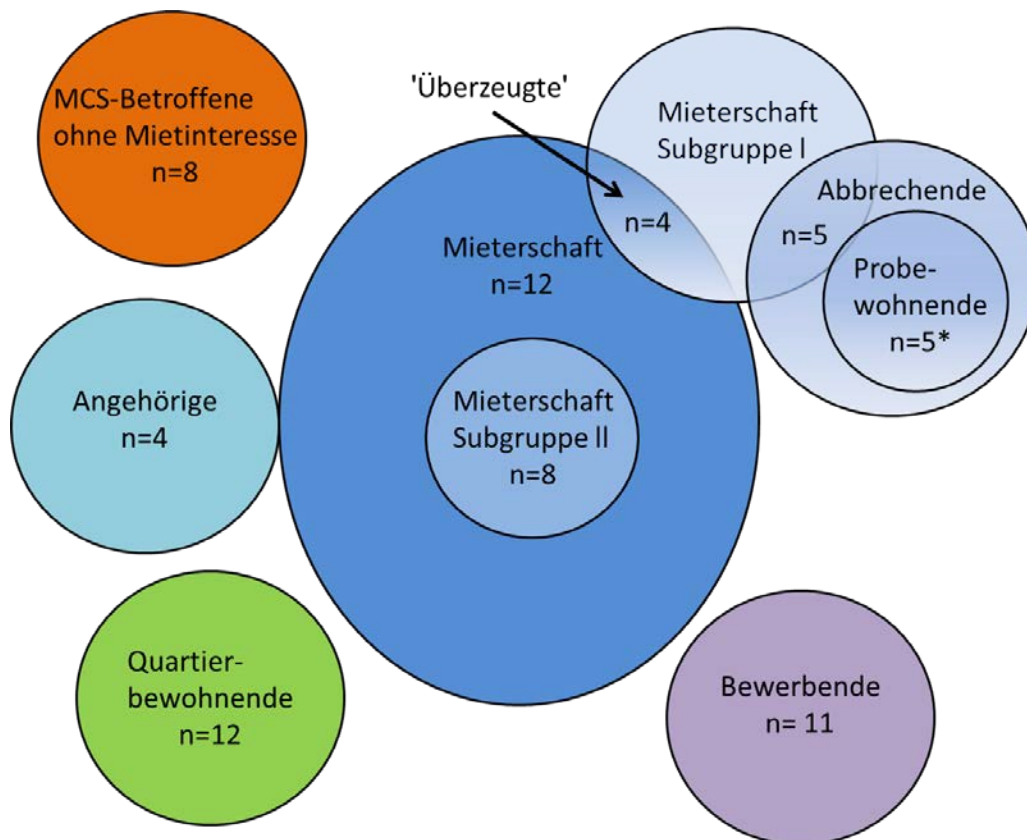


Abbildung 7: Grafische Darstellung des methodischen Vorgehens.

3.2 Informationsgewinnung

In der vorliegenden Arbeit wurde von insgesamt elf verschiedenen Stichproben Informationen gesammelt, d. h. es wurden verschiedene Personen, die in mindestens einem bestimmten Charakteristikum übereinstimmten zu einer Gruppe (= Stichprobe) zusammengefasst. Diese grosse Anzahl von Stichproben, insbesondere verglichen mit der jeweils bescheidenen Stichprobengrösse, war der grossen Dynamik während der Vermietungsphase geschuldet: Anstelle von ursprünglich vier

geplanten Stichproben (Mietende, MCS-Betroffene ohne Mietinteresse, Angehörige von MCS-Betroffenen und Quartierbewohnende) erforderte die wissenschaftliche Begleitung dieses Projekts eine akkurate Übernahme der komplexen Realität, was schliesslich zum Erhebungszeitpunkt t_0 zu den erwähnten elf Stichproben führte, nämlich: Bewerbende, Mietende (Subgruppen I und II), Abbrechende, Probewohnende, MCS-Betroffene ohne Mietinteresse, Angehörige und Freunde von Mietinteressierten sowie Quartierbewohnende aus dem Quartier rund um den Rebenweg in Zürich-Leimbach. Zum späteren Erhebungszeitpunkt t_1 reduzierten sich die Stichproben auf deren drei, nämlich: Mieterschaft, Angehörige und Freunde von Personen der Mieterschaft sowie Quartierbewohnende. Da der Fragebogen zum ordentlichen Bewerbungsverfahren gehörte, füllten die meisten Personen, welche sich für eine Wohnung im MCS-Wohnhaus bewarben, einen aus. Dieses Dokument gehörte zu den obligatorischen Unterlagen des Bewerbungsverfahrens, welches grundsätzlich verbindlich auszufüllen war. Ebenfalls wurde der Fragebogen von den meisten der befragten MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse ausgefüllt. Mit den meisten Personen aus den verschiedenen Stichproben – ausser der Stichprobe der Bewerbenden – wurden zusätzlich zum Fragebogen Interviews geführt. Alle elf Stichproben sowie das Vorgehen der Stichprobenziehung werden nachfolgend beschrieben. Ein erster Überblick über die Komplexität des Stichprobengefüges ist in Abbildung 8 dargestellt, in denen beide Messzeitpunkte vereinigt sind, was zu scheinbaren Differenzen in gewissen Grössenangaben in der nachfolgenden Berichterstattung führen kann. Je nachdem welche Grundgesamtheit herangezogen werden muss, kann die Mieterschaft bspw. $n=12$ (t_0) oder $n=7$ (t_1) aufweisen. In Abbildung 8 wird zudem von Anzahl Personen und nicht von Anzahl Interviews oder Fragebogen ausgegangen, dies führt ebenfalls zu unterschiedlichen Zahlen. Wenn bspw. eine Person zu beiden Messzeitpunkten ein Interview führte, erscheint sie auf der Abbildung trotzdem nur einmal.



*Probewohnende, die sich zur Miete entschlossen haben, finden sich in der Stichprobe der Mietenden (Mieterschaft).

Abbildung 8: Darstellung der Stichproben (enthält beide Messzeitpunkt, Anzahl Personen).

Dieses äusserst heterogene Stichproben-Konglomerat ist Folge des zu Beginn des Projekts verhaltenen Mietinteressens, was zweierlei Schwierigkeiten nach sich zog: (1) Es gab innerhalb des Projektverlaufs kein vernünftiges Zeitfenster, das als „Einzugszeitraum“ bezeichnet werden könnte, von einem Tag X ganz zu schweigen. Die Vermieterschaft gewährte z. B. einer ganzen Anzahl von betroffenen Personen ein sogenanntes Probewohnen, was innerhalb der ersten paar Monate dazu führte, dass ein reges Kommen und Gehen von potentiellen Mieterinnen und Mieter festzustellen war, bis sich dann, ganz am Ende der Projektlaufzeit und lange nach Abschluss der Datenerhebung eine „Kernmieterschaft“ herauskristallisierte, die einigermaßen stabil erschien. (2) Um den Kreis der angesprochenen Personen zu erhöhen, wurde eine Lockerung der strengen ursprünglichen Aufnahmekriterien vorgenommen, die es möglich machte, dass auch nicht-explicit-MCS-Betroffene, aber im Allgemeinen sonst umweltbelastete Menschen eine Wohnmöglichkeit im MCS-Wohnhaus erhielten. Dies bringt es in den nachfolgenden Stichprobenbeschreibungen und Auswertungen mit sich, dass die klinischen Diagnosen der Interviewten unterschiedlich sein können.

In den nachfolgenden Ausführungen wird wo immer nötig eine Unterscheidung gemacht zwischen MCS-Betroffenen und Nicht-MCS-Betroffenen, wobei die meisten (aber nicht alle) der nicht MCS-betroffenen mietinteressierten Personen an einer Elektrohochsensibilität (EHS) leiden und diese Nicht-MCS-Betroffenen-Gruppe nachfolgend auch mit *Andere* oder *Gruppe der Anderen* bezeichnet

wird. Personen mit einem Chronic Fatigue Syndrom (CFS) oder einer Myalgischen Enzephalomyelitis (ME) werden aufgrund der Nähe zu MCS (CFS/ME wird in Studien oft gleichzeitig mit MCS genannt) der MCS-Gruppe zugeordnet.

3.2.1 Stichprobe Bewerbenden t_0 (n=11)

Charakteristika: Die Stichprobe der Bewerbenden umfasste alle Personen, welche sich ursprünglich für eine Wohnung interessiert und einen Fragebogen ausgefüllt haben, jedoch aus der Autorenschaft unbekannten Gründen nie probegewohnt oder sogar in eine Wohnung im MCS-Wohnhaus eingezogen sind. Mangels Daten blieb der Autorenschaft unbekannt, ob die Personen dieser Stichprobengruppe an MCS leiden oder nicht.

	<i>Insgesamt 11 Personen</i>	
Alter	58 Jahre im Durchschnitt (42 bis 71 Jahre)	
Zivilstand	Ledig: 2 Personen: Geschieden: 5 Personen: Verheiratet: 4 Personen:	
Nationalität	Schweizerin bzw. Schweizer: 9 Personen Europäer bzw. Europäerin: 1 Person k. A.: 1 Person	
Ausbildung/Schulabschluss	Berufsausbildung: 4 Personen Allgemeine Ausbildung: 1 Person Höhere Berufsausbildung: 2 Personen Hochschulabschluss: 4 Personen	
Erwerbstätig	Ja: 2 Personen Nein: 9 Personen	
Wohnort	Stadt: 2 Personen	Land: 4 Personen
	Agglomeration: 5 Personen	

Tabelle 2: Übersicht der Stichprobe Bewerbende t_0 .

Es handelte sich insgesamt um elf Personen, wovon neun Frauen und zwei Männer waren. Die Bewerbenden waren zwischen 42 und 71 Jahre alt, wobei das Durchschnittsalter bei 58.1 Jahren lag. Fünf Personen waren über 60 Jahre alt, fünf Personen waren zwischen 50 und 60 Jahren und eine Person war zwischen 40 und 50 Jahren. Es wurden insgesamt neun Schweizerinnen bzw. Schweizer und eine Europäerin bzw. einen Europäer befragt. Eine Person gab ihre Nationalität nicht an.

Vier der Bewerbenden gaben an, verheiratet zu sein, zwei ledig und fünf geschieden. Rund die Hälfte der bewerbenden Gruppe (7/11) lebte alleine in einem Einzelpersonenhaushalt. Insgesamt lebten vier Personen mit ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner (ohne Kinder) zusammen.

Die Befragten absolvierten unterschiedliche Ausbildungen. Jeweils vier Bewerbende besuchten die Berufsschule bzw. eine Hochschule. Zwei absolvierten eine höhere Berufsausbildung und eine Person durchlief eine allgemeine Ausbildung der Sekundarstufe II (bspw. gymnasiale Maturität). Sieben Bewerbende gaben zudem nähere Auskunft über ihre frühere oder aktuelle Berufstätigkeit, die

restlichen machten dazu keine Angaben. Die genannten Arbeitsfelder sind der Tabelle 3 zu entnehmen.

Bau (1)
Bürotätigkeit (1)
Hauswirtschaft und Reinigung (1)
Landwirtschaft (1)
Pädagogik (3)

Tabelle 3: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe Bewerbende t_0 (Mehrfachantworten waren möglich).

Zwei der elf Bewerbenden waren zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig und arbeiteten 40 bzw. 100%. Zehn Personen hielten fest, einmal berufstätig gewesen zu sein. Eine Person machte diesbezüglich keine Angaben. Die früher ausgeübten Berufe wurden von den Befragten zwischen dem 37. und dem 57. Lebensjahr aufgegeben.

Rund die Hälfte der Befragten der Gruppe (6/11) gab an, ein Haushaltseinkommen zwischen 3'001 und 4'500 Franken zu haben. Zwei Befragte hatten ein geringeres Einkommen, die restlichen drei ein höheres.

Von den elf Bewerbenden gaben insgesamt neun Personen an, eine Rente zu erhalten. In vier Fällen beanspruchten die Befragten eine AHV-Rente, zu der zwei Personen zusätzlich Zahlungen der Pensionskasse erhielten und eine davon zur AHV-Rente noch eine andere Rente bekam. Eine dritte Person beanspruchte zur AHV noch Ergänzungsleistungen. Vier weitere Personen gaben an, eine Invalidenrente zu beziehen, die in jeweils einem Fall mit einer anderen Rente, Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe ergänzt wurde. Die neunte Person beanspruchte eine Kombination aus Sozialhilfe und Alimenten (vgl. Tabelle 4).

AHV-Rente (4)	Invalidenrente (4)	Sozialhilfe (1)
+ Berufliche Vorsorge (2. Säule) (2)	+ Ergänzungsleistungen (1)	+ Alimente oder Unterhaltsbeiträge (1)
+ Ergänzungsleistungen (1)	+ Sozialhilfe (1)	
+ Andere Renten (1)	+ Andere Renten (1)	

Tabelle 4: Rentenkombinationen der Stichprobe Bewerbende t_0 .

3.2.2 Stichprobe Mieterschaft t_0 (n=12)

Charakteristika: Zur Stichprobe der Mieterschaft zählten alle Personen, die am 31. Juli 2014 einen laufenden Mietvertrag hatten. Dieser Zeitpunkt drängte sich auf, weil sich da einerseits eine langsame Beruhigung des „Bienenhauses“ abzeichnete und andererseits, weil die Datensammlung aus zeitlichen Gründen abgeschlossen werden musste.

	<i>Insgesamt 12</i> (4 MCS, 8 Andere)	
Alter	47 Jahre im Durchschnitt (27 bis 71 Jahre)	
Zivilstand	Ledig: 8 Personen (3 MCS, 5 Andere) Geschieden: 4 Personen (1 MCS, 3 Andere)	
Nationalität	Schweizerin bzw. Schweizer: 11 Personen (4 MCS, 7 Andere) k. A.: 1 Person	
Ausbildung/Schulabschluss	Allgemeine Ausbildung: 2 Personen (2 Andere): Berufsausbildung: 4 Personen (4 Andere): Hochschulabschluss: 5 Personen (3 MCS, 2 Andere) Keine Ausbildung: 1 Person (1 MCS)	
Erwerbstätig	Ja: 1 Personen Nein: 11 Personen	
Wohnort	Stadt: 5 Personen (2 MCS, 3 Andere)	Land: 5 Personen (2 MCS, 3 Andere)
	Agglomeration: 2 Personen (2 Andere)	

Tabelle 5: Übersicht der Stichprobe Mieterschaft t_0 .

Diese Gruppe setzte sich aus vier MCS-Betroffenen und acht *Anderen* zusammen. Das Geschlechterverhältnis in der Gruppe der Mieterschaft war ausgeglichen. Insgesamt waren drei Männer und eine Frau von MCS betroffen. Die Mietenden waren zwischen 27 und 71 Jahre alt, wobei das Durchschnittsalter 47 Jahre betrug. Drei Personen gaben an, älter als 60 Jahre zu sein, vier Personen waren zwischen 40 und 50 Jahren und die übrigen fünf Personen waren jünger als 40 Jahre. Insgesamt stammten elf Personen aus der Schweiz. Eine Person machte keine Angaben zu ihrer Nationalität.

Drei der vier MCS-betroffenen Mietenden gaben an, ledig zu sein, die vierte Person war geschieden. In der Gruppe der *Anderen* waren drei Personen geschieden und fünf ledig. Zwei der vier MCS-betroffenen Personen lebten vor dem Einzug ins MCS-Wohnhaus in Einpersonenhaushalten, je eine MCS-betroffene Person lebte gemeinsam mit der Partnerin bzw. dem Partner resp. einem Elternteil oder den Eltern. Die *Anderen* lebten hingegen überwiegend (6/8) in Einpersonenhaushalten. Zwei weitere Personen dieser Gruppe hielten fest, in einer anderen Haushaltsform bspw. einer Wohngemeinschaft zu leben.

Eine von zwölf Personen war zum Zeitpunkt der Befragung zu 20% berufstätig. Neun Personen aus der Gruppe der Mieterschaft waren zu einem früheren Zeitpunkt berufstätig gewesen und zwei Personen dieser Gruppe gaben an, nie einen Beruf ausgeübt zu haben. Sieben der neun zu einem früheren Zeitpunkt Berufstätigen waren zwischen 50 und 100% angestellt gewesen, stellten ihre Arbeitstätigkeit aber zwischen dem 28. und dem 65. Lebensjahr ein. Insgesamt drei Personen machten keine Angaben zu früheren Stellenprozenten. Drei MCS-betroffenen Personen hatten eine Hochschule besucht und eine Person hatte keine Ausbildung gemacht. Von den *Anderen* hatten vier Personen eine Berufsausbildung, zwei Personen eine Hochschule und zwei Personen eine allgemeine Ausbildung absolviert. Neun der zwölf Personen der Mieterschaft nannten zudem ihren früheren oder aktuellen Berufstätigkeitsbereich. Genauere Angaben dazu sind der Tabelle 6 zu entnehmen.

Bau (1)
Bewegung (1)
Bürotätigkeit (1)
Elektronik (1)
Pädagogik (2)
Studium (3) (Biologie, Physik, VWL)

Tabelle 6: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe Mieterschaft t_0 (Mehrfachantworten möglich).

Die Mehrheit der Mietenden (7) verfügte über ein monatliches Haushaltseinkommen unter 3'000 Franken. Drei Mietende gaben an, ein Einkommen zwischen 3'001 und 4'500 Franken pro Monat zu haben und das monatliche Einkommen von zwei weiteren Mietenden lag über 4'501 Franken. Neun von zwölf Personen gaben an, eine Rente zu beziehen.

Jeweils vier Personen erhielten eine AHV-Rente (1 MCS, 3 *Anderere*) oder eine Invalidenrente (1 MCS, 3 *Anderere*). Sechs dieser acht Personen bezogen zudem Ergänzungsleistungen und je eine Person hatte einen zusätzlichen Rentenbeitrag aus der beruflichen bzw. der privaten Vorsorge. Eine MCS-betroffene Person erhielt einen Sozialhilfebeitrag (vgl. Tabelle 7).

AHV-Rente (4)	Invalidenrente (4)
+ Berufliche Vorsorge (2. Säule) (1)	+ Ergänzungsleistung (4)
+ Private Vorsorge (3. Säule) (1)	
+ Ergänzungsleistungen (2)	

Tabelle 7: Rentenkombinationen der Stichprobe Mieterschaft t_0 .

3.2.2.1 Stichprobe Mieterschaft Subgruppe I t₀ (n=9)

Charakteristika: Die Stichprobe der Mieterschaft Subgruppe I umfasste alle Personen, welche bis Ende Februar 2014 einen Mietvertrag für eine Wohnung im MCS-Wohnhaus hatten. Das sind die eigentlichen Pionierinnen und Pioniere, die sich relativ früh (noch vor bzw. kurz nach Fertigstellung des Hauses) für ein Mietverhältnis entschlossen haben. Allerdings: Fünf von diesen neun kündigten noch innerhalb der Projektlaufzeit (als Abbrechende in der Abbildung 8 bezeichnet) und vier waren von Anfang an bis zum Ende der Projektlaufzeit dabei (das sind die Überzeugten). Da sich die Motivationslage dieser Subgruppe I anders präsentieren könnte als diejenige in der Subgruppe II, wurden diese entsprechend unterschieden.

	<i>Insgesamt 9</i> (4 MCS; 5 Andere)	
Alter	58 Jahre im Durchschnitt (42 bis 70 Jahre)	
Zivilstand	Ledig: 4 Personen (2 MCS, 2 Andere) Geschieden: 4 Personen (1 MCS, 3 Andere) Verheiratet: 1 Person (1 MCS)	
Nationalität	Schweizer bzw. Schweizerin: 7 Personen (3 MCS, 4 Andere) Europäer bzw. Europäerin: 1 Person (1 MCS) k. A.: 1 Person (1 Andere)	
Ausbildung/Schulabschluss	Berufsausbildung: 5 Personen (5 Andere) Hochschulabschluss: 3 Personen (3 MCS) Keine Ausbildung: 1 Person (1 MCS)	
Erwerbstätig	Ja: 2 Personen (1 MCS, 1 Andere) Nein: 7 Personen (3 MCS, 4 Andere)	
Wohnort	Stadt: 6 Personen (3 MCS, 3 Andere)	Land: 3 Personen (1 MCS, 2 Andere)

Tabelle 8: Übersicht der Stichprobe Mieterschaft Subgruppe I t₀.

Die Gruppe der Mieterschaft Subgruppe I setzte sich aus vier MCS-Betroffenen und fünf Personen der Gruppe *Andere* zusammen. Sieben Personen waren weiblich, davon zählten drei Person zu der Gruppe der MCS-Betroffenen und vier zu den *Anderen*. Einer der zwei Männer in der Stichprobe galt als MCS-Betroffener. Das Alter der Mieterschaft lag zwischen 42 und 70 Jahren, das Durchschnittsalter bei 58 Jahren. Vier Personen waren über 60 Jahre alt, drei Personen waren zwischen 50 und 60 Jahre alt und zwei von ihnen waren zwischen 40 und 49 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der vier MCS-betroffenen Personen lag etwas höher (60 Jahre, Range zwischen 59 und 61 Jahren) als dasjenige der fünf Personen der Gruppe *Andere* (56 Jahre, Range zwischen 42 und 70 Jahren). Sieben Personen stammten aus der Schweiz, eine Person aus Europa und eine Person gab ihre Nationalität nicht an.

Vor dem Einzug ins MCS-Wohnhaus lebten fünf *Andere* und zwei MCS-Betroffene in einem Einpersonenhaushalt. Zwei der vier MCS-betroffenen Personen lebten zu zweit, mit ihrer Partnerin bzw. mit ihrem Partner (ohne Kinder) zusammen. Vier waren ledig, vier geschieden und eine Person verheiratet.

Von den neun Personen hatten fünf eine Berufsausbildung abgeschlossen, drei Personen hatten eine Hochschule besucht und eine Person hatte keine Ausbildung gemacht.

Acht der neun Mietenden der Subgruppe I gaben an, früher berufstätig gewesen zu sein, zurzeit der Erhebung arbeiteten nur noch zwei Personen (zu 20-35% resp. 55-60%), von denen eine Person von MCS betroffen war. Sechs von neun Personen (2 MCS, 4 Andere) gaben an, früher 100% gearbeitet zu haben, eine Person 70% und zwei Personen beantworteten diese Frage nicht. Die sieben Personen, die angaben, nicht mehr berufstätig zu sein, waren zwischen 38 und 59 Jahre alt gewesen, als sie den Beruf aufgaben. Sieben Personen antworteten auf die offen gestellte Frage zu ihrer Berufstätigkeit. Die Arbeitsbereiche, in denen die Mietenden der Subgruppe I aktuell oder früher berufstätig waren, sind der untenstehenden Tabelle 9 zu entnehmen.

Bürotätigkeit (2)
Elektronik (1)
Gesundheit und Ernährung (1)
Lebensmittelproduktion (1)
Pädagogik (1)
Textilproduktion (1)

Tabelle 9: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe Mieterschaft Subgruppe I t₀ (Mehrfachantworten möglich).

Drei Mietende der Subgruppe I nannten ein Haushaltseinkommen von weniger als 3'000 Franken und fünf ein Haushaltseinkommen zwischen 3'001 und 4'500 Franken im Monat. Eine Person beantwortete diese Frage nicht. Zwei Mietende dieser Subgruppe erhielten keine Rente, sieben erhielten eine. In drei Fällen ging die Rente an eine MCS-betroffene Person, in vier Fällen an eine Person der Gruppe der *Anderen*. Dabei handelte es sich in drei Fällen um eine AHV-Rente, welche jeweils mit ein oder zwei anderen Leistungen kombiniert war (vgl. Tabelle 10).

Drei MCS-Betroffene erhielten eine Invalidenrente, wobei zwei zusätzlich Ergänzungsleistungen und eine Person eine Überbrückungsrente bezogen. Eine weitere Person der Mieterschaft der Subgruppe I erhielt Taggelder (IV, KV, UV).

AHV-Rente (3)	Invalidenrente (3)
+Berufliche Vorsorge (2. Säule) (1)	+Ergänzungsleistungen (2)
+ Private Vorsorge (3. Säule) (1)	+Überbrückungsrente vor dem offiziellen AHV-Alterseintritt (1)
+ Ergänzungsleistungen (2)	

Tabelle 10: Rentenkombinationen der Stichprobe Mieterschaft Subgruppe I t_0 .

3.2.2.2 Stichprobe Mieterschaft Subgruppe II t_0 (n=8)

Charakteristika: In die Stichprobe der Mieterschaft Subgruppe II gehörten alle Personen, die ab März 2014 einen Mietvertrag abgeschlossen haben und eingezogen waren. Sie bilden zusammen mit den Überzeugten die feste Mieterschaft am Ende der Projektlaufzeit. Die Subgruppe II umfasste insgesamt neun Personen, wobei von einer Person gar keine Daten vorlagen, so dass sich die untenstehenden Tabellen wie generell in der Berichterstattung diese Subgruppe nur auf acht Personen bezieht.

	Insgesamt 8 Personen (3 MCS, 5 Andere)	
Alter	42 Jahre im Durchschnitt (27 bis 71 Jahre)	
Zivilstand	Ledig: 6 Personen (2 MCS, 4 Andere) Geschieden: 2 Personen (1 MCS, 1 Andere)	
Nationalität	Schweizerin bzw. Schweizer: 8 Personen (3 MCS, 5 Andere)	
Ausbildung/Schulabschluss	Berufsausbildung: 1 Person (1 Andere) Allgemeine Ausbildung: 2 Personen (2 Andere) Hochschulabschluss: 5 Personen (3 MCS, 2 Andere)	
Erwerbstätig	Ja: 1 Person (Andere) Nein: 7 Personen (3 MCS, 4 Andere)	
Wohnort	Stadt: 3 Personen (1 MCS, 2 Andere)	Land: 3 Personen (2 MCS, 1 Andere)
	Agglomeration: 2 Personen (2 Andere)	

Tabelle 11: Übersicht der Stichprobe Mieterschaft Subgruppe II t_0 .

Die Gruppe setzte sich aus zwei männlichen und einer weiblichen MCS-Betroffenen und zwei männlichen und drei weiblichen Personen der Gruppe *Andere* zusammen. Die Mietenden der Subgruppe II waren zwischen 27 und 71 Jahre alt mit einem Durchschnittsalter von 42 Jahren. Fünf Personen waren unter 40 Jahre alt, eine Person war zwischen 40 und 50 Jahre alt und zwei Personen waren über 60 Jahre alt. Die Gruppe der MCS-betroffenen Personen war mit einem Durchschnittsalter

von 43 Jahren etwas älter als die Gruppe der *Anderen*, die ein Durchschnittsalter von 41 Jahren aufwies. Alle acht Mietende der Subgruppe II stammten aus der Schweiz.

Drei der fünf Personen der Gruppe *Andere* lebten in einem Einpersonenhaushalt, zwei Personen lebten in einer anderen Haushaltsform, z. B. einer Wohngemeinschaft. Von den drei MCS-betroffenen Personen lebte jeweils eine Person in einem Einpersonenhaushalt, einem Paarhaushalt (ohne Kinder) oder zusammen mit einem Elternteil oder den Eltern. Von den acht Personen waren sechs ledig und zwei geschieden.

Zum Zeitpunkt der Erhebung war nur eine Person der Gruppe der *Anderen* zu 20% berufstätig. Eine Person hatte früher zu 50% (*Andere*), zwei Personen zu 60% (1 MCS, 1 *Andere*) und eine zu 70% (*Andere*) gearbeitet, zwei Personen waren in ihrem Leben nie berufstätig gewesen und zwei weitere Personen gaben diesbezüglich keine Auskunft. Die Arbeit aufgegeben hatten die Mietenden der Subgruppe II zwischen ihrem 28. und 65. Lebensjahr. Von den acht Personen gaben fünf (3 MCS, 2 *Andere*) an, eine Hochschule besucht zu haben, zwei (*Andere*) gaben an, eine allgemeine Ausbildung gemacht und eine Person (*Andere*) eine Berufsausbildung absolviert zu haben. Von den acht Mietenden der Subgruppe II absolvierten drei ein Studium, zwei waren im Bereich der Pädagogik tätig und eine Person arbeitete auf dem Bau (vgl. Tabelle 12). Für die übrigen Befragten dieser Gruppe standen bzgl. der (Berufs-)Tätigkeit keine Angaben zur Verfügung.

Bau (1)
Pädagogik (2)
Studium (3)

Tabelle 12: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe Mieterschaft Subgruppe II t_0 (Mehrfachantworten möglich).

Fünf der acht Mietenden (2 MCS, 3 *Andere*) hatten ein monatliches Haushaltseinkommen unter 3'000 Franken, bei einer Person (*Andere*) lag dies zwischen 3'001 und 4'500 und bei zwei Personen (1 MCS, 1 *Andere*) bei über 4'500 Franken. Insgesamt sechs der acht Personen (2 MCS, 4 *Andere*) gaben an, eine Rente zu beziehen. In zwei Fällen war dies eine AHV-Rente (1 MCS, 1 *Andere*), die in einem Fall mit Pensionskassenbezügen ergänzt wurde und in drei Fällen eine Invalidenrente (3 *Andere*), die mit Ergänzungsleistungen kombiniert wurde (vgl. Tabelle 13). Eine Person (MCS) erhielt Sozialhilfe.

AHV-Rente (2)	Invalidenrente (3)
+ Berufliche Vorsorge (2. Säule) (1)	+ Ergänzungsleistung (1)

Tabelle 13: Rentenkombinationen der Stichprobe Mieterschaft Subgruppe II t_0 .

3.2.3 Stichprobe Abbrechende t_0 (n=8)

Charakteristika: Die Stichprobe der Abbrechenden setzte sich aus allen Personen zusammen, die Ende Februar 2014 einen Mietvertrag hatten oder zur Probe eingezogen waren, sich aber schlussendlich gegen eine Wohnung im MCS-Wohnhaus entschieden. Dies ist eine besonders spannende Stichprobe, weil die Gründe für den Nicht-Einzug interessieren (s. Kapitel 4.2.2 und 4.4.2). Diese Stichprobe setzte sich einerseits aus Personen zusammen, die regulär als Mietende eingezogen sind, sich aber innerhalb der ersten Tagen oder Wochen im MCS-Wohnhaus so unwohl fühlten, dass sie (oft fluchtartig) wieder auszogen. Andererseits waren es Probewohnende, die innerhalb ihrer Probezeit von einzelnen Nächten zum Entschluss kamen, nicht definitiv einzuziehen. Die Gruppe der Abbrechenden wurde also aus Personen der Mieterschaft Subgruppe I und solchen aus den Probewohnenden gebildet (s. Kapitel 3., Abbildung 8). Insgesamt bestand die Gruppe aus acht Personen. Davon nahmen sieben Personen an einem Interview zum Erhebungszeitpunkt t_0 teil und füllten auch den Fragebogen aus. Eine weitere Person füllte ausschliesslich den Fragebogen aus.

Die Gruppe bestand aus sechs Frauen (3 MCS, 3 *Andere*) und zwei Männer (2 MCS), die zwischen 32 und 65 Jahre alt waren und ein Durchschnittsalter von 52 Jahren aufwiesen. Eine Person war unter 40 Jahre alt, vier Personen waren zwischen 40 und 60 Jahre alt und drei Personen waren älter als 60 Jahre. Zwei Personen, die sich gegen die Wohnung im MCS-Wohnhaus entschieden haben, stammten aus Europa, die fünf weiteren kamen aus der Schweiz. Für eine Person fehlten diesbezüglich die Angaben.

Insgesamt waren vier Personen geschieden, drei Personen ledig und eine weitere Person war verheiratet. Sechs Personen lebten in einem Einzelpersonenhaushalt (3 MCS, 3 *Andere*) und zwei MCS-betroffene Personen lebten zusammen mit ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner (ohne Kinder).

	<i>Insgesamt 8 Personen</i> (5 MCS, 3 <i>Andere</i>)	
Alter	52 Jahre im Durchschnitt (32 bis 65 Jahre)	
Zivilstand	Ledig: 3 Personen (2 MCS, 1 <i>Andere</i>) Verheiratet: 1 Person (1 MCS) Geschieden: 4 Personen (2 MCS, 2 <i>Andere</i>)	
Nationalität	Schweizerin bzw. Schweizer: 5 Personen (2 MCS, 3 <i>Andere</i>) Europäer bzw. Europäerin: 2 Personen (2 MCS) k. A.: 1 Person (1 MCS)	
Ausbildung/Schulabschluss	Berufsausbildung: 3 Personen (1 MCS, 2 <i>Andere</i>) Höhere Berufsausbildung: 2 Personen (1 MCS, 1 <i>Andere</i>) Hochschulabschluss: 3 Personen (3 MCS)	
Erwerbstätig	Ja: 3 Personen (2 MCS, 1 <i>Andere</i>) Nein: 5 Personen (3 MCS, 2 <i>Andere</i>)	
Wohnort	Stadt: 7 Personen (4 MCS, 3 <i>Andere</i>)	Land: 1 Person (1 MCS)

Tabelle 14: Übersicht Stichprobe Abbrechende t_0 .

Von den insgesamt acht Personen gaben drei Personen an, zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig zu sein, wobei eine Person zu 20% und eine weitere Person zu 60% arbeiteten. Eine weitere Person hielt zwar fest, aktuell berufstätig zu sein, befand sich aber zum Zeitpunkt der Befragung in der Arbeitslosigkeit. Sechs Personen waren zu einem früheren Zeitpunkt zwischen 70% und 100% berufstätig gewesen, allerdings blieben die Stellenprozente für zwei Personen unbekannt. Für die beiden übrigen Personen standen bzgl. ihrer früheren Berufstätigkeit keine Informationen zur Verfügung. Die drei Personen, die sich dazu äusserten, gaben ihren Beruf zwischen 45 und 59 Jahren auf. Die Verteilung der Ausbildung sah in der Gruppe der Abbrechenden folgendermassen aus: Jeweils drei Personen absolvierten eine Berufsausbildung bzw. besuchten eine Hochschule und zwei absolvierten eine höhere Berufsausbildung. Die Abbrechenden stellten hinsichtlich der Berufsfelder, in denen sie arbeiteten bzw. gearbeitet hatten, eine heterogene Gruppe dar (vgl. Tabelle 15).

Bürotätigkeit (3)
Gesundheit und Ernährung (1)
Lebensmittelproduktion (1)
Pädagogik (2)
Therapeutische und spirituelle Tätigkeit (1)
Textilproduktion (1)

Tabelle 15: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Beruf-)Tätigkeiten der Stichprobe Abbrechende t_0 (Mehrfachantworten möglich).

Sieben der acht Personen machten Angaben zu ihrem Haushaltseinkommen. Drei davon verdienten weniger als 3'000 Franken im Monat, drei weitere hatten ein Einkommen zwischen 3'001 und 4'500 Franken und eine Person verzeichnete ein Einkommen, das über 4'500 Franken lag.

Von den acht Personen bezogen sechs Personen eine Rente (3 MCS, 3 *Andere*) und zwei gaben an, keine Rente (2 MCS) zu beziehen. Die bezogenen Renten waren in drei Fällen Invalidenrenten (3 MCS), die in einem Fall mit einer Überbrückungsrente kombiniert wurde. Eine Person bezog eine AHV-Rente (1 *Andere*) ergänzt mit einem Beitrag der 2. Säule, jeweils eine weitere Person erhielt Arbeitslosengeld bzw. erhielt ein Taggeld. Die in dieser Gruppe bestehenden Rentenkombinationen, nicht aber die einzelnen Renten, sind in der untenstehenden Tabelle (vgl. Tabelle 16) aufgelistet.

AHV-Rente (1)	Invalidenrente (3)
+Berufliche Vorsorge (2. Säule) (1)	+Überbrückungsrente (1)

Tabelle 16: Rentenkombinationen in der Stichprobe Abbrechende t_0 .

3.2.3.1 Stichprobe Probewohnende t_0 (n=3)

Charakteristika: Die Stichprobe der Probewohnenden zum Zeitpunkt t_0 umfasste alle Personen, die zur Probe eingezogen waren und sich anschliessend gegen eine MCS-Wohnung entschieden (vgl. Kapitel 4.2.2). Die Gruppe bestand insgesamt aus drei Personen. Zwei der drei Probewohnenden nahmen an einem Interview teil und füllten auch einen Fragebogen aus, die dritte Person füllte nur einen Fragebogen aus.

Die Stichprobe setzte sich aus zwei Männern (2 MCS) und einer Frau (*Andere*) zusammen. Die Probewohnenden waren zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 32 und 56 Jahre alt. Von den drei Personen war eine Person unter 40 Jahre alt, eine Person 40 Jahre alt und eine weitere Person über 50 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Gruppe betrug 43 Jahre. Von den drei Personen stammte jeweils eine aus der Schweiz und eine aus Europa. Bei einer Person blieb die Nationalität unbekannt.

Insgesamt war eine Person ledig, die anderen zwei Probewohnenden waren geschieden. Alle drei Befragten lebten in einem Einzelpersonenhaushalt.

	<i>Insgesamt 3 Personen</i> (2 MCS, 1 <i>Andere</i>)	
Alter	43 Jahre im Durchschnitt (32 bis 56 Jahre)	
Zivilstand	Ledig: 1 Personen (1 MCS) Geschieden: 2 Personen (1 MCS, 1 <i>Andere</i>)	
Nationalität	Schweizerin bzw. Schweizer: 1 Person (1 <i>Andere</i>) Europäerin bzw. Europäer: 1 Person (1 MCS) k. A.: 1 Person (1 MCS)	
Ausbildung/Schulabschluss	Berufsausbildung: 1 Person (1 MCS) Höhere Berufsausbildung: 1 Personen (1 <i>Andere</i>) Hochschulabschluss: 1 Person (1 MCS)	
Erwerbstätig	Ja: 1 Personen (1 MCS) Nein: 2 Personen (1 MCS, 1 <i>Andere</i>)	
Wohnort	Stadt: 3 Personen (2 MCS, 1 <i>Andere</i>)	

Tabelle 17: Übersicht Stichprobe Probewohnende t_0 .

Zum Zeitpunkt der Befragung war eine Personen berufstätig, wobei diese Person, wie aus dem Interview hervorging, zum Befragungszeitpunkt krankgeschrieben war. Die Anzahl Stellenprozente im Anstellungsverhältnis blieb unbekannt. Die zwei weiteren Personen gaben an, aktuell nicht berufstätig zu sein, gingen aber zu einem früheren Zeitpunkt einer bezahlten Arbeit nach. Wann sie ihre Arbeit aufgegeben hatten, ging aus den Daten nicht hervor. Hinsichtlich der Berufsausbildungen sah die Verteilung folgendermassen aus: Jeweils eine Person absolvierte eine höhere Berufsausbildung,

durchlief eine Berufsausbildung oder besuchte eine Hochschule. Alle Personen gaben zudem nähere Auskunft zu ihrer früheren oder aktuellen Berufstätigkeit (vgl. Tabelle 18).

Therapeutische und spirituelle Tätigkeit (1)
Reinigung (1)
Studium (1)

Tabelle 18: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe Probewohnenden t_0 (Mehrfachantworten möglich).

Die Angaben zum monatlichen Haushaltseinkommen, den Alimenten und Renten waren für alle drei Probewohnenden vorhanden. Von den drei Personen verfügten zwei über weniger als 3'000 Franken im Monat und eine Person hatte ein monatliches Haushaltseinkommen, das zwischen 4'500 und 6'000 Franken lag. Eine Person bezahlte Alimente und zwei Personen erhielten eine Rente. Bei den Renten handelte es sich im einen Fall um eine Invalidenrente und im anderen Fall um einen Beitrag der Arbeitslosenversicherung, die durch keine weiteren Rentenzahlungen kombiniert waren.

3.2.4 Stichprobe MCS-Betroffene ohne Mietinteresse t_0 (n=8)

Charakteristika: Die Stichprobe der Personen ohne Mietinteresse umfasste acht Personen, welche aus verschiedenen Gründen (vgl. Kapitel 4.2.3) bereits zu Beginn kein Interesse am Bezug einer MCS-Wohnung hatten. Der Fragebogen, welcher als Grundlage der ausführlichen Stichprobenbeschreibung diente, wurde von sechs Personen ohne Mietinteresse ausgefüllt, mit zwei Personen wurde dahingegen nur ein Interview geführt. Die folgenden Zahlen beziehen sich deshalb jeweils auf die vorhandenen Daten, die sowohl aus den Interviews als auch aus den Fragebogen stammen können.

	<i>Insgesamt 8 Personen</i> (8 MCS)	
Alter	61 Jahre im Durchschnitt (48 bis 76 Jahre)	
Zivilstand	Verheiratet: 6 Personen Geschieden: 2 Personen	
Nationalität	Schweizerin bzw. Schweizer: 6 Personen Doppelbürgerin bzw. Doppelbürger: 1 Person Europäerin bzw. Europäer: 1 Person	
Ausbildung/Schulabschluss	Berufsausbildung: 3 Personen Allgemeine Ausbildung: 1 Person Höhere Berufsausbildung: 1 Person Hochschulabschluss: 1 Person Keine Ausbildung: 1 Person k.A: 1 Person	
Erwerbstätig	Ja: 1 Person Nein: 7 Personen	
Wohnort	Stadt: 2 Personen	Land: 4 Personen
	Agglomeration: 2 Personen	

Tabelle 19: Übersicht der Stichprobe MCS-Betroffene ohne Mietinteresse t_0 .

Die Gruppe der MCS-Betroffenen ohne Mietinteressen setzte sich aus zwei Männern und sechs Frauen zusammen. Die befragten Personen waren zwischen 48 und 76 Jahre alt. Der Durchschnitt lag bei 61 Jahren, wobei vier Personen über 60 Jahre alt und weitere vier Personen zwischen 45 und 60 Jahre alt waren. Sechs stammten aus der Schweiz, eine Person war Doppelbürgerin bzw. Doppelbürger und eine Person war aus Europa.

Drei Personen ohne Mietinteresse lebten mit ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner (ohne Kinder), eine Person lebte zusammen mit ihrem Kind und eine Person mit der Partnerin bzw. dem Partner und Kindern in einem Haushalt. Eine weitere Person lebte mit ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner und einer Haushaltshilfe zusammen. Zwei Personen bezeichneten ihren Haushalt als Einpersonenhaushalt. Alle sechs Befragten ohne Mietinteresse, die einen Fragebogen ausgefüllt hatten, gaben an, verheiratet zu sein. Die zwei Personen, mit denen nur ein Interview geführt wurde, waren hingegen geschieden.

Von den acht Personen ohne Mietinteresse hatten drei eine Berufsausbildung und je eine Person hatte eine allgemeine Ausbildung, eine höhere Berufsausbildung und eine Ausbildung an einer Hochschule abgeschlossen. Eine Person gab an, nicht zu wissen, welche Ausbildung sie abgeschlossen habe (keine Ausbildung) und für eine weitere Person lagen diesbezüglich keine Daten vor. Die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse arbeiteten bzw. hatten in unterschiedlichen

Berufsfeldern gearbeitet. Die von ihnen ausgeführten bzw. ehemals ausgeführten Tätigkeitsbereiche sind der Tabelle 20 zu entnehmen.

Detailhandel (1)
Bürotätigkeit (1)
Bauplanung (1)
Laborarbeit (1)
Pädagogik (1)
Polizeiwesen (1)
Verkauf (1)
Verlagswesen (1)

Tabelle 20: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe MCS-Betroffene ohne Mietinteresse t_0 .

Von denjenigen sechs MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse, die einen Fragebogen ausgefüllt hatten, waren zudem folgende Daten bekannt: Zwei Personen hatten ein Einkommen zwischen 3'000 und 4'500 Franken, bei einer Person lag dies zwischen 4'500 und 6'000 Franken und weitere drei Personen gaben an, ein monatliches Einkommen über 6'000 Franken zu haben. Vier der sechs MCS-Betroffenen, für die Angaben aus dem Fragebogen vorlagen, hielten fest, eine Rente zu beanspruchen. Dabei handelte es sich in drei Fällen um Zahlungen der AHV, die teilweise mit Beiträgen aus der 2. und 3. Säule ergänzt wurden und in einem Fall um eine Invalidenrente, die nach Angaben der befragten Person mit Beiträgen aus der 2. Säule kombiniert waren (vgl. Tabelle 21).

AHV-Rente (3)	Invalidenrente (1)
+Berufliche Vorsorge (2. Säule) (2)	+ Private Vorsorge (2. Säule) (1)
+Private Vorsorge (3. Säule) (1)	

Tabelle 21: Rentenkombinationen der Stichprobe MCS-Betroffene ohne Mietinteresse t_0 .

3.2.5 Stichprobe Angehörigen und Freunde t_0 (n=4)

Charakteristika: Die Stichprobe Angehörige und Freunde umfasste drei Personen, welche mit den Personen der Stichprobe der Mieterschaft befreundet waren, und eine Person, welche mit einer Mieterin bzw. einem Mieter verwandt war. Die Anzahl Teilnehmende in dieser Stichprobe fiel wesentlich kleiner aus als gewünscht, weil die meisten der Betroffenen Hemmungen hatten, jemand aus ihrem Umfeld als Auskunftsperson zu nennen. Dies einerseits, weil sie ihre Bekannten nicht zu

etwas möglicherweise Unangenehmen oder Anstrengendem „verknurren“ wollten, andererseits aus Unsicherheit, was diese denn über sie erzählen würden. So war es äusserst schwierig und zeitraubend, Angehörige und Freunde von MCS-Betroffenen zu rekrutieren.

	<i>Insgesamt 4 Personen</i>	
Alter	67 Jahre im Durchschnitt (53 bis 78 Jahre)	
Verhältnis	Befreundet: 3 Personen Verwandt: 1 Person	
Zivilstand	Ledig: 3 Personen Geschieden: 1 Person	
Nationalität	Schweizerin bzw. Schweizer: 3 Personen Europäerin bzw. Europäer: 1 Person	
Ausbildung/Schulabschluss	Berufsausbildung: 2 Personen Allgemeine Ausbildung: 1 Person Hochschulabschluss: 1 Person	
Wohnort	Stadt: 3 Personen	Land: 1 Person

Tabelle 22: Übersicht der Stichprobe Angehörige und Freunde t_0 .

Drei Personen der Angehörigen und Freunde waren weiblich und eine Person männlich. Das Alter der Angehörigen und Freunde der Mieterschaft lag zwischen 53 und 78 Jahren, das Durchschnittsalter bei 67 Jahren. Zwei Personen waren zwischen 70 und 79 Jahre alt, eine Person zwischen 60 und 69 Jahre alt und eine Person zwischen 50 und 59 Jahre alt. Drei Personen gaben an, Schweizerin bzw. Schweizer zu sein und eine Person war Europäerin bzw. Europäer.

Drei der Angehörigen und Freunde waren ledig und eine Person war geschieden. Von den Angehörigen und Freunden hatten zwei Personen eine Berufsausbildung abgeschlossen, eine Person eine allgemeine Ausbildung und eine Person hatte einen Hochschulabschluss.

3.2.6 Stichprobe Quartierbewohnende t_0 (n=6)

Charakteristika: Die Stichprobe Quartierbewohnende umfasste sechs Personen, welche zum Zeitpunkt der Erhebung in Zürich-Leimbach lebten und Auskunft zu ihren Wünschen, Erwartungen und Hoffnungen in Bezug auf das MCS-Wohnhaus gaben. Ihr Wohnort macht sie zu unmittelbaren Nachbarinnen und Nachbarn des MCS-Wohnhauses, und ihre Wahrnehmungen bzgl. möglichen Veränderungen im Quartier durch die neuen Menschen, die nun im Quartier wohnen, sind besonders interessant. Die Rekrutierung von Quartierbewohnenden war sehr zeitintensiv.

	<i>Insgesamt 6 Personen</i>	
Alter	67 Jahre im Durchschnitt (51 bis 77 Jahre)	
Zivilstand	Ledig: 1 Person Verheiratet: 2 Personen Geschieden: 2 Personen Verwitwet: 1 Person	
Nationalität	Schweizerin bzw. Schweizer: 5 Personen Europäerin bzw. Europäer: 1 Person	
Ausbildung/Schulabschluss	Berufsausbildung: 4 Personen Hochschulabschluss: 1 Person k. A.: 1 Person	
Wohnort	Land: 6 Personen	

Tabelle 23: Übersicht der Stichprobe Quartierbewohnende t_0 .

Fünf der Quartierbewohnenden waren weiblich und eine Person männlich. Ihr Alter lag zwischen 51 und 77 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 67 Jahre. Drei Personen waren zwischen 70-79 Jahre alt, zwei Personen zwischen 60 und 69 Jahre alt und eine Person zwischen 50 und 59 Jahre alt. Von den Quartierbewohnenden stammten fünf Personen aus der Schweiz und eine Person aus Europa.

Zwei Personen waren verheiratet, ebenfalls zwei Personen geschieden. Jeweils eine Person war ledig bzw. verwitwet. Von den sechs Quartierbewohnenden hatten vier Personen eine Berufsausbildung und eine Person besass einen Hochschulabschluss. Eine Person gab keine Auskunft zu ihrem höchsten Schulabschluss.

3.2.7 Stichprobe Mieterschaft t_1 (n=7)

Charakteristika: Als weitere Stichprobe galten alle Personen, die zum zweiten Erhebungszeitpunkt t_1 in einer Wohnung des MCS-Wohnhauses in Zürich-Leimbach lebten und zu einem Interview bereit waren.

Zur Mieterschaft zum Erhebungszeitpunkt t_1 gehörten eine MCS-betroffene Person und sechs *Andere*, wovon vier Personen männlichen und drei Personen weiblichen Geschlechts waren. Das durchschnittliche Alter betrug 47 Jahre. Der Altersbereich reichte von 27 bis 70 Jahren. Je eine Person gab an, zwischen 20 und 29 sowie zwischen 30 und 39 Jahre alt zu sein, je zwei Personen zwischen 40 und 49 sowie zwischen 50 und 59 Jahre und eine Person zwischen 70 und 79 Jahre. Alle Mietenden (7) kamen aus der Schweiz.

	Insgesamt 7 Personen (1 MCS, 6 Andere)	
Alter	47 Jahre im Durchschnitt (27 bis 70 Jahre)	
Zivilstand	Ledig: 5 (1 MCS, 4 Andere) Geschieden: 2 (2 Andere)	
Nationalität	Schweizerin bzw. Schweizer: 7	
Höchster Schulabschluss	Berufsausbildung: 4 Personen (4 Andere) Allgemeine Ausbildung: 2 Personen (2 Andere) Keine Ausbildung: 1 Person (1 MCS)	
Erwerbstätig	Ja: 1 (1 Andere) Nein: 6 (1 MCS, 4 Andere)	
Wohnort	Stadt: 4 (1 MCS, 3 Andere)	Land: 2 (2 Andere)
	Agglomeration: 1 (1 Andere)	

Tabelle 24: Übersicht der Stichprobe Mieterschaft t_1 .

Fünf der sieben Personen gaben an, ledig zu sein und die restlichen zwei Personen berichteten, geschieden zu sein. Fast alle Personen (1 MCS, 5 Andere) lebten in einem Einzelpersonenhaushalt. Die siebte Person lebte mit einer weiteren Person in einer Wohngemeinschaft. Sechs Personen bekundeten, keine Kinder zu haben. Eine Person hatte ein Kind.

Von den sieben Mietenden, die zum Zeitpunkt t_1 wieder befragt wurden, hatten vier eine Berufsausbildung, zwei eine allgemeine Ausbildung und eine Person keine Ausbildung absolviert. Zum Zeitpunkt der Befragung war eine Person berufstätig, weitere sechs gaben an, zu einem früheren Zeitpunkt in ihrem Leben berufstätig gewesen zu sein, wobei die Anstellung von vier dieser sechs Personen zwischen 50 und 100 Stellenprozent betragen hatte. Die restlichen zwei der sechs Befragten, die zustimmten, früher arbeitstätig gewesen zu sein, nannten die Anzahl Stellenprozente nicht. Die Tätigkeitsbereiche, in welchen die Mieterschaft arbeitete bzw. gearbeitet hatte, können der Tabelle 25 entnommen werden.

Bürotätigkeit (3)
Bau (1)
Gelegenheitsarbeiten (1)
Elektronik Bereich (1)
Studium (1)

Tabelle 25: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe Mieterschaft t_1 (Mehrfachantworten möglich).

Von den sieben Personen hatten vier ein monatliches Haushaltseinkommen unter 3'000 Franken und drei gaben an, monatlich zwischen 3'000 und 4'500 Franken zur Verfügung zu haben. Von einer Person fehlen diesbezügliche Angaben.

Insgesamt fünf Mietende beanspruchten eine Rente, wobei zwei Personen eine AHV-Rente und Ergänzungsleistungen bezogen und eine der beiden zudem Zahlungen aus der privaten Vorsorge erhielt. Die drei anderen Personen bezogen eine Invalidenrente (1 MCS, 2 *Andere*), die in allen drei Fällen mit Ergänzungsleistungen kombiniert wurden.

AHV-Rente (2)	Invalidenrente (3)
+ Ergänzungsleistungen (2)	+ Ergänzungsleistungen (3)
+Private Vorsorge (1)	

Tabelle 26: Rentenkombinationen der Stichprobe Mieterschaft t_1 .

3.2.8 Stichprobe Abbrechende t_1 (n=8)

Charakteristika: Die Stichprobe der Abbrechenden zum zweiten Erhebungszeitpunkt setzte sich aus acht Personen zusammen, die von Anfang an einen Mietvertrag gehabt hatten (4), aber nie einzogen, sowie diejenigen, die probegewohnt hatten (4) und sich anschliessend gegen den Einzug entschieden.

Diese Gruppe umfasste sieben Frauen und einen Mann, wovon vier MCS-Betroffene und vier *Andere* waren. Die Personen waren zwischen 32 und 83 Jahre alt und wiesen ein Durchschnittsalter von 60 Jahren auf. Eine Person war zwischen 30 und 39 Jahre alt, drei Personen zwischen 50 und 59 Jahre alt, drei Personen zwischen 60 und 69 Jahre und eine Person zwischen 80 und 89 Jahre. Die meisten Personen (6) stammten aus der Schweiz, die restlichen zwei Personen aus Europa.

Fünf Personen waren geschieden, zwei Personen waren ledig und eine Person war verheiratet. Sechs Personen (2 MCS, 4 *Andere*) lebten in einem Einzelpersonenhaushalt und zwei Personen (2 MCS) zusammen mit ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner in einem Zweipersonenhaushalt. Die meisten Abbrechenden (5) hatten keine Kinder. Drei Personen hatten Kinder, wovon zwei Personen ein Kind und eine Person zwei Kinder hatten.

	<i>Insgesamt 8 Personen</i> (4 MCS, 4 <i>Andere</i>)	
Alter	60 Jahre im Durchschnitt (32 bis 83 Jahre)	
Zivilstand	Ledig: 2 (1 MCS, 1 <i>Andere</i>) Geschieden: 5 (2 MCS, 3 <i>Andere</i>) Verheiratet: 1 (1 MCS)	
Nationalität	Schweizerin bzw. Schweizer: 6 (2 MCS, 4 <i>Andere</i>) Europäerin bzw. Europäer: 2 (2 MCS)	
Ausbildung/ Schulabschluss	Berufsausbildung: 1 Person (1 <i>Andere</i>) Höhere Berufsausbildung: 3 Person (1 MCS, 2 <i>Andere</i>) Hochschulabschluss: 3 Person (3 MCS) k. A.: 1 Person (1 <i>Andere</i>)	
Erwerbstätig	Ja: 3 (2 MCS, 1 <i>Andere</i>) Nein: 5 (2 MCS, 3 <i>Andere</i>)	
Wohnort	Stadt: 6 (3 MCS/ 3 <i>Andere</i>)	Land: 1 (1 MCS)
	Agglomeration: 1 (1 <i>Andere</i>)	

Tabelle 27: Übersicht der Stichprobe Abbrechende t_1 .

Drei Personen hatten eine Hochschule besucht, drei eine höhere Berufsausbildung gemacht und eine Person hatte eine Berufsausbildung absolviert. Die achte Person gab an, keine Ausbildung gemacht zu haben. Die früheren oder aktuellen Tätigkeitsfelder dieser Gruppe sind wie bereits in den anderen Gruppen unterschiedlich (vgl. Tabelle 28).

Büroarbeit (4)
Ernährung und Bewerbung (1)
Pädagogik (2)
Textilbranche (1)
Therapie und spirituelle Tätigkeit (1)

Tabelle 28: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe der Abbrechenden t_1 .

Zwei Personen lebten von einem monatlichen Haushaltseinkommen, das unter 3'000 Franken lag, zwei verfügten über ein Einkommen zwischen 3'000 und 4'500 Franken und eine Person gab an, ein monatliches Haushaltseinkommen von über 4'500 Franken zu haben. Für die übrigen drei Personen standen zu dieser Frage keine Informationen zur Verfügung.

Vier der sechs Abbrechenden, die den Fragebogen ausgefüllt hatten, beanspruchten eine Rente. In einem Fall (*Andere*) war dies eine Kombination aus AHV und Pensionskassenbezügen, in zwei weiteren Fällen (2 MCS) bezogen die Abbrechenden eine Invalidenrente, die in einem Fall mit einer Überbrückungsrente kombiniert war (vgl. Tabelle 29). Eine Person (*Andere*) erhielt einen Arbeitslosenbeitrag. Zum Zeitpunkt der Befragung zahlte eine Person Alimente.

AHV-Rente (1)	Invalidenrente (2)
+ Pensionskasse (1)	+ Überbrückungsrente (1)

Tabelle 29: Rentenkombinationen der Stichprobe Abbrechende t_1 .

3.2.9 Stichprobe Angehörigen und Freunde t_1

Zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung konnte lediglich eine angehörige Person rekrutiert werden. Im Sinne der Wahrung der Anonymität, wird auf die Beschreibung dieser Person verzichtet.

3.2.10 Stichprobe Quartierbewohnenden t_1 (n=6)

Charakteristika: Die Stichprobe der Quartierbewohnenden zum Erhebungszeitpunkt t_1 umfasste sechs Personen, welche zum Zeitpunkt der Zweitbefragung in Zürich-Leimbach lebten und bereit für ein Interview waren. Es handelte sich dabei um sechs andere Personen als zum Erhebungszeitpunkt t_0 . Die Rekrutierung von Quartierbewohnenden war erneut sehr zeitintensiv.

Diese Gruppe setzte sich aus je drei Frauen und Männern zusammen. Ihr Alter lag bei 42 bis 73 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 60 Jahren. Eine Person war zwischen 40 und 49 Jahre alt, zwei Personen zwischen 50 und 59 Jahren, eine Person zwischen 60 und 69 Jahren und zwei Personen zwischen 70 und 79 Jahren. Vier der sechs Quartierbewohnenden waren schweizerischer Nationalität und zwei Personen stammten aus Europa. Alle Befragten wohnten in unmittelbarer Nähe des MCS-Hauses in Leimbach. Die grösste Distanz wurde mit 300 Meter Entfernung angegeben. Drei Personen waren ledig, zwei Personen waren verheiratet und eine Person war geschieden.

	<i>Insgesamt 6 Personen</i>	
Alter	60 Jahre im Durchschnitt (42 bis 73 Jahre)	
Zivilstand	Ledig: 3	
	Geschieden: 1	
	Verheiratet: 2	
Nationalität	Schweizerin bzw. Schweizer: 4 Europäerin bzw. Europäer: 2	
Ausbildung/ Schulabschluss	Berufsausbildung: 1 Hochschulabschluss: 4 k. A.: 1	
Wohnort	Land: 6	

Tabelle 30: Übersicht der Stichprobe Quartierbewohnende t_1 .

Vier der sechs Quartierbewohnenden gaben an, eine Hochschule absolviert zu haben. Eine Person berichtete, eine Berufsausbildung zu haben und von der sechsten Person fehlten diesbezüglich die Angaben. Die früheren oder aktuellen Tätigkeitsfelder dieser Gruppe sind der Tabelle 31 zu entnehmen.

Betreuung und Pflege (1)
Handwerk (1) ³⁸
Ingenieurwesen (1)
Pädagogik (3)
Verkauf (1)

Tabelle 31: Übersicht der ehemaligen und/ oder aktuellen (Berufs-)Tätigkeiten der Stichprobe Quartierbewohnende t_1 (Mehrfachantworten möglich).

³⁸Von einer Person wurden beide von ihr angegebenen Berufstätigkeiten gezählt.

3.3 Erhebungsverfahren

In diesem Kapitel werden die methodischen Erhebungsverfahren der Datengenerierung vorgestellt, welche sich auf drei Datenquellen stützten:

- **Schriftlicher Fragebogen für mietinteressierte Personen:** Nebst sozio-demografische Angaben, umfasst dieser Fragen zum subjektiven Gesundheitszustand, zum subjektiven Wohlbefinden und zur Lebenszufriedenheit. Dazu wurden drei validierte Instrumente eingesetzt, nämlich: Inventar sozialer Kompetenzen (ISK, Kanning, 2009), der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW, Wydra, 2005) und die Skala der Lebenszufriedenheit (Diener, 2006). Zudem wurden einzelne Fragen aus der *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007* entnommen, damit eine Vergleichbarkeit der MCS-Betroffenen mit der Durchschnittsbevölkerung annäherungsweise möglich war. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um einen möglichst breiten Zugang zu Betroffenen und deren subjektiven Einschätzung ihrer Befindlichkeit zu erhalten. Denn wie bereits in Kapitel 2 ausgeführt, ist die diesbezügliche Datenlage marginal. Die oben genannten Instrumente wie auch die Fragen aus der *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007* werden in 3.3.1 beschrieben.
- **Leitfadengestütztes Einzelinterview:** Das leitfadengestützte Interview stellt eine semistrukturierte Datenerhebung dar was die Vergleichbarkeit erhöht und dem Interview gleichzeitig eine Systematik verleiht. Gezieltes Nachfragen ist möglich, was eine spezifische und umfassende Datensammlung unterstützt (Flick, 2011). Von Gruppeninterviews (Fokusgruppen) wurde speziell für die Betroffenen abgesehen, da diese durch ihre Einschränkungen bzgl. Mobilität und der Möglichkeit an der Teilnahme von sozialen Aktivitäten an einer solchen Form verhindert gewesen wären. Zudem sprachen klare Vorteile des Einzelinterviews (z. B. zeitliche Unabhängigkeit, direkte Vergleichbarkeit einer Vorher-Nachher-Befragung derselben Person oder die Möglichkeit der individuellen Terminvereinbarung) für die Anwendung dieser Methode. Als Nachteil dieser Methode könnten die Dauer der Interviews und die zeitintensive Auswertung angeführt werden, was aber die zahlreichen Vorteile, nicht aufwog. Die meisten Interviews wurden Face-to-Face durchgeführt, einige wenige (Betroffene, die niemandem begegnen können oder aber auch sämtliche Quartierbewohnende und Angehörige) telefonisch.
- **Beobachtungsraster:** Das persönliche Einzelinterview mit Betroffenen hatte, wenn es der Person möglich war, die Interviewerin in ihrer Wohnumgebung zu empfangen, den Vorteil, dass die Autorenschaft dieses Berichts in einer Art Feldforschung zu Primärdaten kamen, die einen Einblick in die unterschiedlichen Wohnsituationen von Betroffenen ermöglichten. Aus verschiedenen gut nachvollziehbaren Gründen zogen es einige Betroffene allerdings vor, das Interview auswärts (in einem Restaurant oder im Garten) durchzuführen, sodass nicht bei allen ein Hausbesuch möglich war. Dort aber, wo es möglich war, füllte die Interviewerin unmittelbar anschliessend an das Gespräch einen systematischen Beobachtungsbogen für die Forschungsunterlagen aus. Die Datenlage ist äusserst interessant, aber sehr heterogen, nicht nur, weil nicht von allen ein solcher Beobachtungsraster vorliegt, sondern auch, weil bei

gewissen Besuchen nur gerade das Interviewzimmer als Beobachtungsgrundlage diene, bei anderen Besuchen hingegen das ganze Haus gezeigt wurde. Einige der fehlenden Daten konnten selbstverständlich durch geschicktes Nachfragen ergänzt werden, aber aus Persönlichkeitsschutz- und Diskretionsgründen wurde bei dieser Teildatensammlung sehr konservativ vorgegangen.

3.3.1 Inhalt des Fragebogens

In der Einleitung wurden die Teilnehmenden darauf aufmerksam gemacht, dass dieser Fragebogen einen Teil des Bewerbungsverfahrens für eine MCS-Wohnung darstellt und sie sich zu einer Teilnahme an der Evaluationsstudie einverstanden erklären sowie für allfällige Interviews zur Verfügung stehen müssen, was sie mit einer Einverständniserklärung schriftlich bekundeten (Details s. Kapitel 3.3.2). Der Fragebogen wurde eklektisch aus vier verschiedenen, schon vorhandenen Quellen zusammengestellt:

- Der Fragebogen begann mit Fragen aus der *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007*. Es wurden Themen wie allgemeiner Gesundheitszustand, konkretes Krankheitsbild, beanspruchte Therapien und Hilfeleistungen, Medikamenteneinnahme und eigenes Gesundheitsverhalten erfragt. Es folgten Fragen zum Haushalt und den Personen die darin wohnen, Zivilstand, Ausbildung und Beruf. Teilweise wurden die Fragen leicht modifiziert, da sie teilweise aus dem telefonischen wie teilweise aus der schriftlichen *Gesundheitsbefragung* stammen.
- Der anschliessende *Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden* von Georg Wydra (2005) ermittelte mit seinen 42 Aussagen körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden einer Person. Jede einzelne Aussage sollte von den Teilnehmenden mittels einer fünfer Skala bewertet werden, wobei die mittlere Antwort neutral war. Es waren Referenzwerte für alle drei Dimensionen jeweils für gesunde und kranke Personen vorhanden. Damit konnte bestimmt werden, ob das körperliche, psychische oder soziale Wohlbefinden von MCS-Betroffenen von der Norm abwich. Zur Ermittlung des aktuellen Wohlbefindens zum Zeitpunkt des Ausfüllens wurde mit einer Gesichter-Skala nach dem momentanen Befinden gefragt.
- Darauf folgten die fünf Fragen der *Lebenszufriedenheits-Skala* von Ed Diener (2006). Es standen jeweils sieben Antwortmöglichkeiten zur Auswahl, wobei die mittlere neutral war. Wie der Titel der Skala bereits vermuten lässt, gab dieses Instrument Auskunft über die allgemeine Lebenszufriedenheit oder -unzufriedenheit. Daraus konnte geschlossen werden, ob sich die Befragten durch ihre MCS-Betroffenheit von den Referenzwerten unterschieden und zufriedener bzw. unzufriedener mit ihrem Leben waren als gesunde Personen.
- Als drittes validiertes Instrument wurde das *Inventar sozialer Kompetenzen* von Uwe Peter Kanning (2009a) verwendet. 33 Items sollten von den Teilnehmenden in einer vierer Skala beurteilt werden. Es gab keine neutrale Antwortmöglichkeit. Das Instrument mass 17

Sozialkompetenzen, welche faktorenanalytisch zu vier Sozialkompetenzen zusammengefasst werden konnten. Es handelte sich dabei um folgende:

- o „*Soziale Orientierung*: Ausmass, in dem eine Person anderen Menschen offen und mit positiver Grundhaltung gegenübertritt.
- o *Offensivität*: Fähigkeit, aus sich herauszugehen und im Kontakt mit anderen Menschen eigene Interessen aktiv verwirklichen zu können.
- o *Selbststeuerung*: Fähigkeit eines Menschen, flexibel und rational zu handeln, wobei man sich selbst bewusst als Akteur begreift.
- o *Reflexibilität*: Ausmass, in dem sich eine Person mit sich und ihren Interaktionspartnern aktiv auseinandersetzt.“ (Kanning, 2009b, S. 88)

Abschliessend wurden sozio-demografische Angaben wie Name, Wohnort und Ausfülldatum erfasst um eine allfällige Zuordnung zu Daten aus Interviews machen zu können. Der Fragebogen ist im Anhang C zu finden.

Die Verwendung von Subskalen, wie sie in oben beschriebenen Fragebögen aus der *Schweizerischen Gesundheitsbefragung* teilweise entnommen wurden, wird in den Sozialwissenschaften kontrovers diskutiert. So belegte bspw. Krampen (1993) in Bezug auf Persönlichkeitsfragebögen, signifikante Effekte auf Reliabilität und Validität nach einer Subskalenextraktion sowie bei Veränderung der Itemreihenfolge. Auch Franke (1997) kam in ihren Untersuchungen zum Schluss, dass das Ganze mehr ist als die Summe der einzelnen Teile. Etwas anders sehen das Rost und Hoberg (1997). Sie hielten fest „dass bei Untersuchungen zur Frage unterschiedlicher Positionierungen von Items innerhalb eines Fragebogens bzw. zu den Auswirkungen der Extraktion einzelner Skalen aus multidimensionalen Fragebogeninventaren zwar immer wieder Effekte berichtet werden, diese jedoch inkonsistent, kaum replizierbar und von vergleichsweise nachgeordneter praktischer Relevanz sind.“ (ebd. S. 110).

In vorliegender Arbeit wurden Persönlichkeitstests wie der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (Wydra, 2005), die Lebenszufriedenheitsskala (Diener, 2006) sowie das Inventar sozialer Kompetenzen (Kanning, 2009a) jeweils als Ganzes und in der vorgegebenen Reihenfolge in den Fragebogen integriert. Anders wurde mit Subskalen aus der *SGB* vorgegangen. Diese wurden entnommen und ebenfalls in für vorliegenden Fragebogen passender Reihenfolge eingebaut. Aus Sicht der Autoren, ist dies nicht nur aufgrund der Studien von Rost und Hoberg (1997) zulässig, sondern auch, weil es sich bei der *SGB* nicht um einen Persönlichkeitstest, sondern um eine subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit handelt, welche zur Erhebung der Volksgesundheit entwickelt wurde und nicht um Aussagen zu Einzelpersonen und deren Persönlichkeit machen zu können.

3.3.2 Inhalt der Einzelinterviews

Die Einzelinterviews fanden zu zwei verschiedenen Zeitpunkten statt. Zum Zeitpunkt t_0 , also vor dem Einzug in eine MCS-Wohnung wurden MCS-Betroffene mit und ohne Interesse an einer Wohnung am

Rebenweg in Zürich-Leimbach, Angehörige, Freunde und Quartierbewohnende befragt, was jeweils eine leichte Modifikation der Interviewleitfäden mit sich brachte. Die Inhalte werden pro Gruppe (Betroffene, Angehörige und Freunde, Quartierbewohnende) kurz dargestellt. Zum Zeitpunkt t_1 , also mindestens drei Monate nach Einzug in eine MCS-Wohnung wurden Personen, welche in einer MCS-Wohnung leben, Personen, welche sich gegen einen definitiven Einzug ins MCS-Wohnhaus entschieden oder bereits wieder gekündigt hatten und Quartierbewohnende befragt.

Inhalt Interviewleitfaden Erhebungszeitpunkt 1 (t_0)

Als Einstieg der Befragung wurden die Teilnehmenden über den Grund des Interviews und den Evaluationsauftrag aufgeklärt. Es wurde ein Überblick über die Themen und die vorgesehene Dauer des Gesprächs gegeben. Unmittelbar vor dem Gespräch wurden die Teilnehmenden gebeten einen Informed Consent³⁹ durchzulesen und zu unterschreiben. Damit gaben sie das Einverständnis für die digitale Aufzeichnung wie auch für die anschliessende Auswertung des Interviews.

Den Teilnehmenden wurde als Erstes eine Filterfrage gestellt, um zu erfahren, ob sie in eine MCS-Wohnung ziehen möchte oder davon absehen. *MCS-Betroffene mit Interesse* an einer MCS-Wohnung wurden anschliessend nach ihrer subjektiven Befindlichkeit gefragt, was auch beinhaltete, nach den MCS-auslösenden Stoffen und den Beschwerden zu fragen. Weitere Themen waren die aktuelle Wohnsituation und die Lebensbedingungen. Letzteres beinhaltete auch Fragen zur Pflege sozialer Kontakte. Ein weiterer Themenblock umfasste Hoffnungen und Erwartungen an die zukünftige MCS-Wohnung. Abschliessend wurden sozio-demographische Daten erfragt. Entlang desselben Leitfadens wurden *Probewohnende* interviewt.

MCS-Betroffene ohne Interesse an einer MCS-Wohnung wurden nach der Filterfrage ebenfalls nach dem subjektiven Befinden gefragt, genauso wie nach der aktuellen Wohnsituation und den Lebensbedingungen. Auch die Fragen zur Pflege sozialer Kontakte waren genau gleich. Was sich vom vorgängigen Interviewleitfaden abhob, waren die Fragen zu den Gründen für einen Nicht-Einzug in eine MCS-Wohnung. Abgeschlossen wurde auch dieser Leitfaden mit Fragen zur Erfassung von sozio-demographischen Daten.

Angehörige und Freunde wurden einleitend wie MCS-Betroffene über das Vorgehen informiert. Anschliessend wurde nach einer Einschätzung des subjektiven Wohlbefindens, der Wohn- und Lebenssituation sowie der Pflege sozialer Kontakte von den ihnen bekannten MCS-Betroffenen gefragt. Ebenso wurde nach einer Einschätzung der Hoffnungen und Erwartungen an die zukünftige Wohn- und Lebenssituation gefragt, dies in Bezug auf die ihnen bekannten MCS-Betroffenen wie auch als Angehörige und Freunde. Auch von dieser Personengruppe wurden sozio-demographische Daten erhoben.

Quartierbewohnende wurden einleitend über das Vorgehen informiert wie die anderen befragten Gruppen auch. Anschliessend wurden sie nach ihren Erfahrungen mit dem Thema MCS im

³⁹ Informierte Einwilligung.

Allgemeinen gefragt. Weiter wurden ihre Erwartungen, Hoffnungen und Ängste an die zukünftige Nachbarschaft thematisiert. Abschliessend wurden sozio-demographische Daten erhoben.

Inhalt Interviewleitfaden Erhebungszeitpunkt 2 (t₁)

Beim zweiten Erhebungszeitpunkt t₁ wurden die Stichprobengruppen Mietende, Abbrechende sowie Quartierbewohnende unterschieden und interviewt.

Der Einstieg der Befragung blieb unverändert gegenüber dem Erhebungszeitpunkt t₀ und dementsprechend wurden die Teilnehmenden erneut über den Grund des Interviews und den Evaluationsauftrag aufgeklärt. Ebenfalls wurde ein Überblick über die Themen und die vorgesehene Dauer des Gesprächs gegeben. Unmittelbar vor dem Gespräch wurden die Teilnehmenden gebeten, nochmals einen Informed Consent durchzulesen und zu unterschreiben. Damit gaben sie das Einverständnis für die digitale Aufzeichnung wie auch für die anschliessende Auswertung des Interviews.

Mietende wurden im Anschluss an die Einleitung zu ihrer aktuellen subjektiven Befindlichkeit befragt sowie nach der aktuellen Wohn- und Lebenssituation. Letzteres vorwiegend mit dem Fokus auf Veränderungen seit dem Umzug ins Haus am Rebenweg in Zürich-Leimbach. Diesbezüglich war es auch wichtig zu erfahren, welche ihrer Hoffnungen und Erwartungen sich nach dem Einzug eingestellt haben und welche nicht. Sozio-demographische Daten wurden selektiv erhoben.

Probewohnende bzw. Abbrechende, welche sich gegen einen Einzug ins MCS-Wohnhaus entschieden hatten, wurden nach ihrem Entscheid nach ihren Gründen befragt. Weitere Themen waren positive Aspekte des Hauses und andere mögliche Zielgruppe, welche das MCS-Haus allenfalls bewohnen könnten sowie das grundsätzliche Interesse an weiteren MCS-Wohnhäusern.

Angehörige und Freunde wurden nach der Einleitung nach ihrer Einschätzung des subjektiven Wohlbefindens, der Wohn- und Lebenssituation sowie des sozialen Umfeldes von den ihnen bekannten MCS-Betroffenen befragt. Dies immer mit dem Fokus auf wahrgenommene Veränderungen seit die MCS-betroffene Person im Wohnhaus am Rebenweg lebt. Ebenfalls sollten sie einschätzen, ob sich die Erwartungen und Hoffnungen, die dieser Umzug hervorrief bisher erfüllt wurden oder nicht.

Quartierbewohnende wurden nach wahrgenommenen Veränderungen bzgl. des Quartierlebens seit dem Bezug des Hauses am Rebenweg gefragt. Dies beinhaltete konkret erste Erfahrungen mit der Mieterschaft dieses Hauses sowie Herausforderungen, welche sie für die neuen Quartierbewohnenden sehen.

Beispielhaft sind der Leitfaden für Betroffene *vor* Einzug in Anhang E und der Leitfaden für Betroffene *nach* Einzug in Anhang F abgelegt.

3.3.3 Beobachtungsraster

Neben dem schon in der Einleitung zu diesem Kapitel beschriebenen methodischen Zugang bietet der Beobachtungsraster auch in Bezug auf die Umgebung die Gelegenheit zu einer systematischen Beobachtung, z. B. ob Anschluss zu öffentlichem Verkehr, Einkaufsmöglichkeiten und Naherholungsgebiete in erreichbarer Nähe vorhanden waren. Auch wurde festgehalten, ob die Wohnlage eher zentral oder am Rande eines Ortes lag. In Bezug auf die Behausung wurde die Wohnform, die Grösse der Wohnung oder des Hauses sowie Besonderheiten der Wohnungseinrichtung festgehalten. Letzteres bezog sich auf die Materialien, aus denen die Möbel bestehen oder die Auskleidung der Räume z. B. mit einer Alu-Tapete. Des Weiteren wurde versucht zu erfassen, ob bestimmte elektronische Geräte wie bspw. Mikrowelle oder andere Elektrogeräte im Einsatz waren und wie sie auf die unterschiedlichen Räume der Wohnung verteilt sind.

Der Beobachtungsraster ist in Anhang G zu finden.

3.4 Auswertungsverfahren

Das Vorgehen der Auswertung wird untenstehend für die Fragebogenerhebung, die Einzelinterviews und dem Beobachtungsraster kurz beschrieben.

3.4.1 Auswertung der Fragebogen

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte aufgrund der geringen Anzahl manuell, d. h. entsprechend der Auswertungsvorgaben des jeweiligen Instrumentes. Da es sich um validierte Instrumente handelte, waren Referenzwerte für den Vergleich mit den in der vorliegenden Arbeit erhobenen Werte vorhanden, womit diese interpretiert werden konnten. Die hauptsächlich deskriptive statistische Auswertung erfolgte mittels der Software SPSS. Um eine bessere Übersicht der Daten zu gewinnen, kamen ebenfalls Excel-Tabellen zum Einsatz.

3.4.2 Auswertung der Einzelinterviews

Zur Auswertung der transkribierten Interviews wurden die beiden Software Atlas.ti und MAXQDA eingesetzt. Die Daten wurden nach Mayring (2010) inhaltsanalytisch anhand eines Kategoriensystems ausgewertet. Das Kategoriensystem (vgl. Anhang H) wurde in einem ersten Schritt anhand des Interviewleitfadens erstellt und anschliessend in einem iterativen Prozess an die Daten angepasst. Das bedeutet, dass einerseits deduktiv erstellte Codes aus dem Leitfaden an die Daten herangetragen und andererseits induktiv aus dem Material neue Codes generiert wurden. Auf diese Weise konnte eine optimale Analyse des vorhandenen Datenmaterials erreicht werden. Nach der Kodierung wurden die den Codes zugeordneten Zitate (Quotations) paraphrasiert und auf Kernaussagen reduziert. Dabei wurde noch keinerlei Interpretation vorgenommen. Die Kernaussagen wurden anschliessend den Themen aus dem Leitfaden zugeordnet. Aufgrund dieser Kernaussagen

wurden die Ergebnisse formuliert und anschliessend einer zusammenfassenden Interpretation unterzogen.

3.4.3 Auswertung Beobachtungsraster

Es wurde nach Häufigkeiten ausgewertet, um sehen zu können, ob eine bestimmte Wohnsituation oder Umgebung von MCS-Betroffenen bevorzugt wurde.

Die drei Auswertungsstränge wurden abschliessend trianguliert, interpretiert und Handlungsempfehlungen für weitere ähnliche Wohnbauprojekte abgeleitet.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aller Erhebungsstränge und –zeitpunkte dargestellt. Die Darstellung erfolgt in Absatz 4.1 zum Fragebogen des Auswahlverfahrens. In den anschliessenden beiden Absätzen folgen dann die Ergebnisse der Einzelinterviews zu den Zeitpunkten t_0 und t_1 , dargestellt entlang des Interviewleitfadens und jeweils unterteilt nach Zielgruppe. Die Ergebnisse des Beobachtungsrasters erfolgt in einem separaten Absatz.

4.1 Quantitative Ergebnisse des Fragebogens

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auswertung des Fragebogens jeweils nach Stichprobengruppen präsentiert. Wo es sinnvoll ist, wurden Angaben der MCS-Betroffenen der Gruppe der Mieterschaft ausgewiesen. Auf weitere Differenzierung wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Zu Beginn von jeder Ergebnispräsentation wird die Gesamtstichprobe berechnet, welche aus der Gesamtheit aller im Rahmen dieser Untersuchung befragten Personen besteht und einen Überblick über das allgemeine Antwortverhalten der Bewerbenden und der MCS-Betroffenen bietet. Die anschliessende detaillierte Datenauswertung erfolgt entlang der folgenden fünf Stichprobengruppen.

Die Stichprobe der *Mieterschaft* bis 31.07.2014 umfasste alle Personen, die am 31.07.2014 einen gültigen Mietvertrag für eine MCS-Wohnung abgeschlossen hatten. Diese Gruppe setzte sich insgesamt aus vier MCS-Betroffenen und acht *Anderen* zusammen.⁴⁰

Die Stichprobe der *Subgruppe I* bestand aus allen Personen, die sich zu Projektbeginn für eine Wohnung entschieden hatten und bis Februar 2014 einen Mietvertrag abgeschlossen hatten. Da fünf Personen vom Angebot der Genossenschaft Gebrauch machten und ihre Wohnung auf den Frühling 2014 kündigten, unterschied sich die Stichprobe der Subgruppe I von derjenigen der Mieterschaft. Insgesamt setzte sich die Subgruppe I aus vier MCS-betroffenen und fünf *Anderen* zusammen.

Die Stichprobe der *Probewohnenden* bestand aus drei Personen, die eine oder mehrere Nächte im MCS-Haus geschlafen hatten und sich anschliessend gegen eine Wohnung entschieden. Aufgrund der geringen Stichprobengrösse können die Resultate dieser Gruppe nur rein deskriptiv dargestellt werden.

Die Stichprobe der *Bewerbenden* umfasste elf Personen, die im Zusammenhang mit der Wohnungsbewerbung einen Fragebogen eingereicht hatten, aber weder probewohnten noch einen Mietvertrag abgeschlossen hatten.

⁴⁰ Für eine Person, welche am 31. Juli 2014 über einen Mietvertrag verfügte, liegen weder ein Fragebogen noch Interviews vor. Sie wurde von der Analyse ausgeschlossen.

Die Stichprobe der *MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse* umfasste acht Personen, welche aus verschiedenen Gründen (s. Kapitel 4.2.3) bereits zu Beginn kein Interesse am Bezug einer MCS-Wohnung hatten. Der Fragebogen, welcher als Grundlage der ausführlichen Stichprobenbeschreibung diente, wurde von sechs Personen ohne Mietinteresse ausgefüllt, mit zwei Personen ohne Mietinteresse wurde dahingegen lediglich ein Interview geführt. Die folgenden Zahlen beziehen sich jeweils auf diejenigen sechs Personen ohne Mietinteresse, welche den Fragebogen ausgefüllt haben.

Als Erstes folgen Äusserungen zur Situation in ihrem aktuellen Zuhause (also vor einem allfälligen Einzug ins MCS-Wohnhaus) und zur dort erhaltenen Hilfe. Darauf folgen die Ergebnisse bzgl. der Gesundheit, der medizinischen Behandlung und der psychischen Befindlichkeit der Befragten. Die Zahlen in Klammern verweisen auf die Fragen aus dem Fragebogen, welcher im Anhang C zu finden ist.

4.1.1 Situation zu Hause/ Hilfe zu Hause (8,11,12)

Um die aktuelle Situation bei den Befragten zu Hause ermitteln zu können, wurden Fragen zu den zu Hause empfundenen Störungen und zur in den letzten Wochen und Monaten erhaltenen Hilfe gestellt.

4.1.1.1 Störungen zu Hause (11)

Bezüglich der Störungen im aktuellen Zuhause der Befragten, wurde folgende Frage gestellt: „Gibt es häufig oder regelmässig Störungen, die Sie persönlich als lästig empfinden?“ Zur Auswahl standen die folgenden Antworten (in Klammern sind die Anzahl Nennungen der Gesamtstichprobe angegeben), wobei Mehrfachantworten möglich waren:

- Lärm von Autos (1)
- Lärm von der Eisenbahn (5)
- Lärm von Flugzeugen (10)
- Lärm durch Industrie und Gewerbe (8)
- Lärm von Leuten oder Kinder, die nicht zum eigenen Haushalt gehören (11)
- Verkehrsabgase (18)
- Industrieabgase/Gestank (13)
- Störungen durch die Landwirtschaft (13)
- Elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen (17)
- Andere Störungen (31)
- Keine Störungen

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe: 36 der 37 Befragten gaben an, von mindestens einem und höchstens zehn Störfaktoren beeinträchtigt zu sein, eine Person machte dazu keine Angaben. 18 Personen fühlten sich von drei oder weniger Störungen beeinträchtigt, weitere 18 Personen litten unter vier bis zehn Störungen. Im Durchschnitt fühlten sich die Personen der Gesamtstichprobe von 3.8 Störungen beeinträchtigt.

Eine klare Mehrheit der Befragten (31) beurteilten andere Störungen als die aufgelisteten Störungen als unangenehm. Die drei insgesamt am häufigsten genannten Störungen der Liste waren die Verkehrsabgase (18), die elektromagnetischen Felder der Hochspannungsleitungen (17) sowie der Lärm der Autos (15).

Störung	Anzahl Personen, welche die Störung als lästig beurteilen (n=37)
Andere Störungen	34 (15 MCS)
Verkehrsabgase	18 (13 MCS,)
Elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen	17 (6 MCS)
Lärm von Autos	15 (7 MCS)
Industrieabgase/ Gestank	13 (8 MCS)
Störungen durch die Landwirtschaft	13 (8 MCS)
Lärm von Leuten oder Kindern, die nicht zum eigenen Haushalt gehören	11 (3 MCS)
Lärm von Flugzeugen	10 (5 MCS)
Lärm durch Industrie und Gewerbe	8 (2 MCS)
Lärm von der Eisenbahn	5 (3 MCS)
Keine Störungen	0

Tabelle 32: Übersicht der Anzahl Störungen in der Gesamtstichprobe (n=37).

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft: Alle Personen der Mieterschaft (n=12) gaben an, bei ihnen zu Hause vor dem Einzug ins MCS-Wohnhaus häufige oder regelmässige Störungen zu haben, die sie persönlich als lästig empfanden. Sechs Personen hielten fest von ein oder zwei Störungsquellen häufig oder regelmässig beeinträchtigt zu werden. Die übrigen sechs empfanden zwischen drei und acht Störungen als lästig. Der Durchschnittswert lag bei 3.3 Störungen.

Insgesamt beurteilten die Personen der Mieterschaft mehrheitlich andere Störungen (11) als lästig. Die Hälfte der befragten Personen der Mieterschaft (6) fühlte sich zudem von elektromagnetischen Feldern von Hochspannungsleitungen gestört. Weitere in dieser Gruppe häufig genannte Störungsquellen waren der Lärm von Autos (5) sowie Verkehrsabgase (4).

Störung	Anzahl Störungen (davon MCS-Betroffene) (n=12)
Andere Störungen	11 (4 MCS)
Elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen	6 (1 MCS)
Lärm von Autos	5 (3 MCS)
Verkehrsabgase	4 (2 MCS)
Industrieabgase/ Gestank	3 (2 MCS)
Lärm durch Industrie und Gewerbe	3 (1 MCS)
Störungen durch die Landwirtschaft	3 (2 MCS)
Lärm von Flugzeugen	2 (2 MCS)
Lärm von Leuten oder Kindern, die nicht zum eigenen Haushalt gehören	2 (1 MCS)
Lärm von der Eisenbahn	1 (1 MCS)
Keine Störungen	0

Tabelle 33: Anzahl Störungen – Mieterschaft (n=12).

Ergebnisse zu den Aussagen der Subgruppe I: Die Subgruppe I (n=9) war bzgl. der Anzahl Störungen in ihrem aktuellen Zuhause vor dem Einzug ins MCS-Wohnhaus sehr heterogen. Sie gaben zwischen einer bis acht Störungen an, welche häufig und regelmässig auftreten würden, wobei vier der neun Personen fünf oder mehr Störungen wahrnahmen (2x 5 Störungen, 1x 6 Störungen, 1x 8 Störungen).

Durchschnittlich nannten die Personen der Subgruppe I 3.78 Störungen, wobei die Maximalangabe bei den MCS-Betroffenen lag.

Die Störungen, welche von den meisten Personen der Subgruppe I genannt wurden, waren andere Störungen (6) Verkehrsabgase (6), und elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen (6). Alle MCS-betroffenen Personen der Subgruppe I nannten Verkehrsabgase als Störung.

Störung	Anzahl Störungen (davon MCS-Betroffene) (n=9)
Andere Störungen	6 (3 MCS)
Verkehrsabgase	6 (4 MCS)
Elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen	6 (1 MCS)
Lärm von Autos	4 (2 MCS)
Störungen durch die Landwirtschaft	4 (3 MCS)
Lärm von Flugzeugen	3 (2 MCS)
Lärm von Leuten oder Kinder, die nicht zum eigenen Haushalt gehören	2 (0 MCS)
Industrieabgase/ Gestank	2 (2 MCS)
Lärm durch Industrie und Gewerbe	1 (1 MCS)
Lärm von der Eisenbahn	0
Keine Störungen	0

Tabelle 34: Anzahl Störungen – Subgruppe I (n=9).

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Alle Probewohnenden (n=3) gaben an, an ihrem aktuellen Wohnort vor dem Probewohnen ins MCS-Wohnhaus durch Störungen beeinträchtigt zu sein. Je zwei Personen empfanden vier Störungen als lästig, eine weitere Person fühlte sich durch alle zehn aufgelisteten Störungen beeinträchtigt.

Neben den anderen Störungen (3) waren die meist genannten Störungsquellen der Lärm von Autos (3), Industrie und Gewerbe (2), Verkehrs- (2) und Industrieabgase bzw. Gestank (2) sowie elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen (2).

Störung	Anzahl Störungen (MCS-Betroffene) (n=3)
Andere Störungen	3 (2 MCS)
Lärm von Autos	3 (2 MCS)
Industrieabgase/ Gestank	2 (2 MCS)
Verkehrsabgase	2 (2 MCS)
Elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen	2 (1 MCS)
Lärm durch Industrie und Gewerbe	2 (1 MCS)
Lärm von der Eisenbahn	1 (1 MCS)
Lärm von Flugzeugen	1 (1 MCS)
Störungen durch die Landwirtschaft	1 (1 MCS)
Lärm von Leuten oder Kinder, die nicht zum eigenen Haushalt gehören	1 (1 MCS)
Keine Störungen	0

Tabelle 35: Anzahl Störungen – Probewohnenden (n=3).

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden: Die überwiegende Mehrheit (10) der Bewerbenden (n=11) gab an, dass es in ihrem aktuellen Zuhause häufig oder regelmässig Störungen gebe, welche sie persönlich als lästig empfanden. Dabei gaben fünf Befragte zwischen einer und vier Störungen an, die sie beeinträchtigten, weitere fünf Personen hielten fest, dass es bei ihnen zwischen fünf und zehn Störungen gebe. Durchschnittlich stuften die Bewerbenden etwas mehr als vier Störungen als unangenehm ein.

Am häufigsten wurden andere Störungen (10) und Lärm von Leuten und Kindern, die nicht zum eigenen Haushalt gehören (6) genannt. Als lästig empfanden die Befragten ebenfalls den Lärm der durch Autos (5) und Flugzeuge (5) erzeugt wurde, Industrieabgase und Gestank (5), Störungen durch die Landwirtschaft (5) sowie die durch Hochspannungsleitungen erzeugten elektromagnetischen Felder (5).

Störung	Anzahl Störungen
Andere Störungen	10 (3 MCS)
Lärm von Leuten oder Kinder, die nicht zum eigenen Haushalt gehören	6 (0 MCS)
Lärm von Autos	5 (1 MCS)
Lärm von Flugzeugen	5 (1 MCS)
Industrieabgase/Gestank	5 (1 MCS)
Störungen durch die Landwirtschaft	5 (1 MCS)
Elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen	5 (2 MCS)
Verkehrsabgase	4 (2 MCS)
Lärm von der Eisenbahn	3 (1 MCS)
Lärm durch Industrie und Gewerbe	3 (0 MCS)
Keine Störungen	0 (0 MCS)

Tabelle 36: Anzahl Störungen – Bewerbende (n=11).

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Alle sechs befragten Personen ohne Mietinteresse gaben an, dass es in ihrem aktuellen Zuhause häufig oder regelmässig Störungen gebe, welche sie persönlich als lästig empfanden. Sie nannten eine bis vier auftretende Störungen. Zwei Personen gaben eine Störung an, drei Personen jeweils drei Störungen und eine Person vier Störungen. Durchschnittlich nannten die Personen ohne Mietinteresse 2.5 Störungen.

Die Störungen, welche von den meisten Personen ohne Mietinteresse genannt wurden, sind wie bereits in den obigen Gruppen auch die anderen Störungen (4). Zudem fühlten sich die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse besonders von Verkehrsabgasen (4), von Industrieabgasen und Gestank (2), von der Landwirtschaft (2) sowie von den elektromagnetischen Feldern der Hochspannungsleitungen (2) gestört. Die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse gaben keine Störung durch Lärm von Autos, Eisenbahn, Flugzeugen oder Industrie und Gewerbe an.

Störung	Gesamt
Andere Störungen	4
Verkehrsabgase	4
Industrieabgase/Gestank	2
Störungen durch die Landwirtschaft	2
Elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen	2
Lärm von Leuten oder Kinder, die nicht zum eigenen Haushalt gehören	1

Tabelle 37: Anzahl Störungen – MCS-Betroffene ohne Mietinteresse (n=6).

Fazit: Von den insgesamt 37 Befragten empfanden 36 eine oder mehrere regelmässig auftretende Störungen als lästig. Etwas mehr als die Hälfte der Personen (24) fühlten sich dabei durch eine bis vier Störungsquellen beeinträchtigt, die restlichen Personen gaben an, unter fünf oder mehr Störungsquellen zu leiden. Im Gruppenvergleich zeigte sich, dass die Spannbreite der Gruppe der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse deutlich kleiner war als diejenige der übrigen Gruppen. Die Personen der Mieterschaft nannten im Durchschnitt etwas mehr als drei Störungen, die Gruppe der Bewerbenden etwas mehr als vier, die Gruppe der Probewohnenden sechs und MCS-Betroffene ohne Mietinteresse durchschnittlich nur etwas mehr als zwei Störungen. Somit zeigte sich, dass die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse zum Zeitpunkt der Befragung in ihrem aktuellen Zuhause von weniger Störungen betroffen waren als die Befragten der übrigen Gruppen, was teilweise auf die Wohnlage zurückgeführt werden kann. Vier MCS-Betroffene ohne Mietinteresse lebten auf dem Land, weshalb sie ihren Angaben zufolge bspw. keine Einschränkungen durch Verkehrslärm erfuhren.

Die drei insgesamt am häufigsten aufgetretenen Störungen im Zuhause der Befragten waren bedingt durch Verkehrsabgase, elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen und dem Lärm von Autos. Hinsichtlich der einzelnen Störungsgründe unterschieden sich die fünf Gruppen zwar voneinander, deutliche Trends hin zur einen oder anderen Störungsquelle in den einzelnen Gruppen konnten aus den vorhandenen Daten allerdings keine herausgelesen werden.

4.1.1.2 Vorhandene Hilfe zu Hause

Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie in den letzten Monaten bzw. in den letzten sieben Tagen aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn bekommen hatten, um welche Hilfe es sich gehandelt und wer diese geleistet hatte.

Aus folgenden möglichen Hilfeleistungen konnte gewählt werden:

- Einkaufen
- Mahlzeiten
- Krankentransporte
- Hilfe im Haushalt
- Kranken- oder Körperpflege
- Betreuung der übrigen Familienmitglieder
- Gesellschaft leisten
- Finanzielle Hilfe
- Vermittlung von Hilfe oder einer Organisation
- Hilfe bei administrativen Angelegenheiten

Zudem konnte aus folgendem Personenkreis ausgewählt werden:

- Ehefrau, Ehemann, Partnerin bzw. Partner
- Tochter
- Sohn
- Mutter
- Vater
- Schwester
- Bruder
- Andere Familienmitglieder
- Nachbarn
- Bekannte oder Freunde
- Andere (z. B. Spitex, Mahlzeitendienst etc.)

Bei beiden Fragen waren jeweils Mehrfachantworten möglich.

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe: Von den insgesamt 37 Personen der Gesamtstichprobe erhielten 24 Personen (12 MCS) aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Nachbarn oder sonstigen Personen.

Zwölf Personen erhielten Hilfe beim Einkaufen, je neun Personen wurden beim Zubereiten von Mahlzeiten unterstützt resp. erhielten Gesellschaft. Acht Personen nahmen Hilfe im Haushalt in Anspruch, sieben erhielten Unterstützung bei administrativen Angelegenheiten und fünf erhielten finanzielle Hilfe. Je eine Person beanspruchte Kranken- oder Körperpflege oder erhielt Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfestellungen oder der Vermittlung einer Organisation.

Die beanspruchte Hilfe wurde meist vom Ehefrau, der Ehemann oder der Partnerin bzw. dem Partner erbracht (10). Aber auch die Familienangehörigen spielten eine wichtige Rolle, wobei besonders die Eltern (6x Mutter; 3x Vater), aber auch die Geschwister (2x Schwester; 2x Bruder) oder die eigenen Kinder (3x Sohn; 1x Tochter) Unterstützung leisteten. Ausserfamiliäre Hilfe erhielten die Befragten von

Bekannten und Freunden (5) sowie von anderen Organisationen (bspw. der Spitex, einem Mahlzeitendienst etc.).

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft: Von den zwölf Personen der Gruppe der Mieterschaft erhielten fünf Personen in den letzten Monaten und vier Personen in den letzten sieben Tagen aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn. Vier Personen der Mieterschaft beanspruchten dabei Hilfe in administrativen Angelegenheiten, je drei Personen bekamen finanzielle Hilfe resp. erhielten Gesellschaft. Auch in der täglichen Versorgung wurden die Befragten entlastet: Je zwei Personen beanspruchten Hilfe beim Einkaufen, im Haushalt sowie bei den Mahlzeiten. Die beanspruchte Hilfe erhielten die Befragten von den Eltern (2) und/oder einem Familienangehörigen (3) und/oder von Freunden (2).

Ergebnisse zu den Aussagen der Subgruppe I: Fünf der neun Personen der Subgruppe I erhielten in den letzten Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn, zudem beanspruchten drei dieser fünf Personen auch in den letzten sieben Tagen Hilfe. Bei der erhaltenen Hilfe handelte es sich um Gesellschaft leisten (3), Einkaufen (2), finanzielle Hilfe (2), Hilfe bei den Mahlzeiten (2), bei administrativen Angelegenheiten (2) oder im Haushalt (1). Die erhaltene Hilfe wurde in zwei Fällen von Bekannten und Freunden und in fünf Fällen von der Familie geleistet (2x Mutter, 2x Geschwistern, 1x [Ehe-]Partnerin bzw. [Ehe-]Partner).

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden: Vier von insgesamt elf Bewerbenden erhielten in den letzten Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Personen aus ihrem Umfeld. Die Angaben für eine Person fehlen hierzu. Drei Personen erhielten zudem in den letzten sieben Tagen solche Hilfe. Die Bewerbenden wurden in drei Fällen beim Einkaufen, bei den Mahlzeiten, bei Krankentransporten, im Haushalt und in der Administration unterstützt. Zwei Personen hielten fest, dass ihnen Gesellschaft geleistet wurde. Unterstützung erhielten die Befragten von der Ehepartnerin bzw. dem Ehepartner resp. von der Partnerin bzw. dem Partner (2) und von Bekannten bzw. Freunden. Die vierte Person, die Unterstützung erhielt, machte dazu keine Angaben.

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Die zwei MCS-betroffenen Probewohnenden erhielten aus gesundheitlichen Gründen in den letzten Monaten und in den vergangenen sieben Tagen Hilfe von Verwandten, Nachbarn und Freunden. Die dritte Person gab an, keine Unterstützung zu erhalten. Die befragten Probewohnenden erhielten Unterstützung bei den Mahlzeiten, im Haushalt und finanzielle Hilfe. Die erbrachte Hilfe kam hauptsächlich von der Familie: der Mutter, dem Vater und dem Bruder.

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Alle MCS-Betroffene ohne Mietinteresse (n=6) erhielten sowohl in den letzten Monaten als auch in den letzten sieben Tagen aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn. Bei der erhaltenen Hilfe handelte es sich um Einkaufen (6), Hilfe bei den Mahlzeiten (4), Hilfe im Haushalt (3), Krankentransporte (2), Gesellschaft leisten (2) und Hilfe bei administrativen Angelegenheiten. Dabei ging die Hilfe hauptsächlich von der Ehepartnerin bzw. vom der Ehepartner (6) aus. Es halfen jedoch auch die Kinder (2x Sohn, 1x Tochter), Bekannte und Freunde (2) sowie andere, wie z. B. die Spitex, der Mahlzeitendienst etc.

Fazit: Es fällt auf, dass alle MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse Hilfe erhielten, bei der Mieterschaft erhielten hingegen nur fünf von zwölf Personen Hilfe (Subgruppe I: 5/9) Hilfe. Der Vergleich mit der Gruppe der Bewerbenden und Probewohnenden, von denen sieben von 17 Personen in den letzten sieben Tagen Hilfe in Anspruch nahmen, unterstreicht dieses Ergebnis.

Die beanspruchte Hilfe unterschied sich zwischen den Gruppen nur marginal und wurde grösstenteils von Familienmitgliedern geleistet. Dadurch, dass alle MCS-betroffenen ohne Mietinteresse Hilfe von der Ehepartnerin bzw. dem Ehepartner resp. der Partnerin bzw. dem Partner erhielten, die teilweise in Kombination mit anderen Personen erbracht wurde, hebt sich diese Gruppe abermals als Sonderfall hervor.

4.1.1.3 Soziale Unterstützung (12)

Bezüglich sozialer Unterstützung wurden vier Items der Medical Outcomes Study Social Support Scale (BFS, 2007) verwendet. Die Befragten konnten auf die Frage, ob sie, wenn sie Gesellschaft suchen, Hilfe oder andere Formen von Unterstützung brauchen, eine Person zur Seite haben, die ihnen hilft, wenn sie das Bett hüten müssen, ihnen zuhört, falls sie sich aussprechen möchten, ihnen in Krisensituationen zur Seite steht bzw. sie in den Arm nimmt, antworten, wie oft dies jeweils der Fall sei. Die Skala bewegte sich dabei zwischen eins (nie) und fünf (immer). Insgesamt konnten damit für die vier Items zwischen vier und 20 Punkte erreicht werden, wobei vier Punkte bedeutete, dass nie soziale Unterstützung vorhanden war und 20 Punkte, dass die Befragten immer soziale Unterstützung erhielten.

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe: Die Personen der Gesamtstichprobe (n=37) wiesen auf der Skala Werte zwischen vier und 20 Punkten auf. Bezüglich der Medical Outcome Study Social Support Scale setzte sich die Stichprobe somit sehr heterogen zusammen und bestand aus Personen, die nie soziale Unterstützung erfuhren aber auch solchen Personen, die immer soziale Unterstützung erhielten. Der Durchschnittswert lag bei 13.22 Punkten (SD=4.96, Mdn.=13). Somit erhielt die Hälfte der Befragten selten, nie oder manchmal soziale Unterstützung, die anderen Hälfte hingegen erhielt meistens oder sogar immer Hilfe, wenn sie diese benötigten.

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft: Die Personen der Mieterschaft (n=12) gaben auf der Skala der sozialen Unterstützung zwischen fünf und 20 Punkten an, was bedeutete, dass diese Gruppe hinsichtlich der erhaltenen Unterstützung sehr heterogen verteilt war. Etwas mehr als die Hälfte der Personen der Mieterschaft (8/12) konnte den Angaben zufolge meistens, manchmal oder sogar immer auf soziale Unterstützung zählen, die übrigen Personen gaben an, eher selten sozial unterstützt zu werden. Mit einem Mittelwert von 13.33 Punkten (SD=4.7, Mdn.=14.50) lag der Gruppenwert der Mieterschaft leicht über dem Gesamtstichprobenmittelwert.

Ergebnisse zu den Aussagen der Subgruppe I: Die Personen der Subgruppe I (n=9) erreichten auf der Skala der sozialen Unterstützung zwischen fünf und 19 von 20 möglichen Punkten. Der Durchschnitt lag bei 13.11, (SD=4.51; Mdn.=12). Diejenigen Personen, welche MCS-betroffen sind, erreichten

Werte zwischen fünf und 18, der Durchschnitt lag bei dieser Gruppe bei 11.25 (SD=5.32). MCS-betroffene Personen erhielten etwas seltener Hilfe als andere Personen der Subgruppe I.

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden: Die Gruppe der Bewerbenden (n=11) war bzgl. der Skala der sozialen Unterstützung ebenfalls sehr heterogen. Die erreichten Punktzahlen lagen zwischen vier und 20 Punkten, wobei fünf Personen zwischen vier und elf Punkten erreichten, dementsprechend eher selten soziale Unterstützung erhielten. Die übrigen sechs Personen erzielten zwischen 12 und 20 Punkten und erhielten dementsprechend manchmal, meistens oder sogar immer soziale Unterstützung. Der durchschnittlich erreichte Wert lag bei zwölf Punkten (SD=5.2).

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Die Probewohnenden (n=3) erreichten soziale Unterstützungswerte zwischen vier und zehn Punkten. Im Gruppenvergleich wiesen die Probewohnenden somit den tiefsten Maximalwert aus.

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Die Personen ohne Mietinteresse (n=6) erreichten bzgl. sozialer Unterstützung Werte zwischen neun und 20. Mit einem Gruppendurchschnitt von 17.17 (SD=4.3, Mdn.=19) wurden die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse meistens sozial unterstützt, falls sie dies brauchten.

Fazit: Die Gruppe der Personen ohne Mietinteresse wies auf der Skala der sozialen Unterstützung einen deutlich höheren Durchschnittswert aus als die übrigen vier Gruppen. Personen ohne Mietinteresse konnten somit von einer hohen sozialen Unterstützung profitieren. Den tiefsten Durchschnittswert erreichte die Gruppe der Probewohnenden, wobei die zwei von MCS-betroffenen Personen in dieser Gruppe höhere Werte aufwiesen, als Personen der Gruppe der Anderen. Relativierend muss angefügt werden, dass die analysierte Stichprobe der Gruppe der Probewohnenden mit drei Fällen vergleichsweise klein ausfiel.

4.1.1.4 Fazit Situation zu Hause/ Hilfe

In diesem ersten Auswertungsabschnitt, der den Fokus auf die Situation der Betroffenen zu Hause vor dem Einzug ins MCS-Wohnhaus legt, fällt insgesamt die Gruppe der Personen ohne Mietinteresse auf. Diese litt zum Zeitpunkt der Befragung in ihrem Zuhause an vergleichsweise wenigen externen Störungen. Alle Befragten dieser Gruppe benötigten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Freunden und Nachbarn, die sie überwiegend von ihrer Ehepartnerin bzw. ihrem Ehepartner aber auch von weiteren Familienmitgliedern, Bekannten und Freunden sowie Organisationen erhielten. Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse erstaunt der vergleichsweise hohe Durchschnittswert auf der Skala der sozialen Unterstützung kaum.

Die Gruppe der Personen ohne Mietinteresse wies auf der Skala der sozialen Unterstützung einen deutlich höheren Durchschnittswert auf als die übrigen vier Gruppen. Personen ohne Mietinteresse konnten somit von einer hohen sozialen Unterstützung profitieren. Den tiefsten Durchschnittswert erreichte die Gruppe der Probewohnenden.

4.1.2 Gesundheit und Gesundheitssystem (2, 4, 5, 6, 10)

Der Fragebogen enthielt verschiedene Fragen zu Gesundheit und Krankheit sowie zu Wissen und Verhalten in Bezug auf das Gesundheitssystem.

4.1.2.1 Gesundheit und Krankheit (2, 4, 6, 10)

Mit den Fragen zu Gesundheit und Krankheit wurde erhoben, wie wichtig die Gesundheit für die Befragten war. Die Antworten lassen sich in Anlehnung an die *Schweizerische Gesundheitsbefragung* 2007 in die Kategorien „gesundheitsorientiert“ und „nicht gesundheitsorientiert“ zusammenfassen. Es standen die folgenden Antworten zur Auswahl:

- Nicht gesundheitsorientiert:
 - o Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern.
- Gesundheitsorientiert:
 - o Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil.
 - o Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe.

Zudem wurden die Personen nach ihrer Gesundheit im Allgemeinen befragt. Als Antwortmöglichkeiten standen sehr gut, gut, mittelmässig, schlecht und sehr schlecht zur Auswahl.

Zusätzlich wurde den Personen der Stichprobe die Frage gestellt, ob sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem haben und ob sie in den letzten sechs Monaten durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt gewesen waren. Die Befragten konnten aus folgenden Optionen wählen: sehr eingeschränkt, etwas eingeschränkt oder nicht eingeschränkt.

Zudem sollten sie einschätzen, ob die Einschränkung körperlich oder psychisch bedingt, sowohl körperlich als auch psychisch oder weder körperlich noch psychisch bedingt sei. Die Befragten konnten hier auch angeben, wenn sie das Gefühl hatten, nicht zu wissen, wodurch ihre Einschränkung bedingt war.

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe: Auf die Frage ob sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes Problem hätten, antworteten 36 der 37 Personen mit „Ja“, eine Person antwortete mit „Nein“. Von den insgesamt 37 Personen der Stichprobe beantworteten 35 die Frage „Wie wichtig ist Ihre Gesundheit für Sie“. Der Lebensstil von 15 Personen wurde durch die Gedanken an die Erhaltung ihrer Gesundheit beeinflusst. Bei weiteren 20 Personen bestimmten gesundheitliche Überlegungen weitgehend, wie sie leben. Dementsprechend können alle 35 Personen zum Zeitpunkt der Befragung als gesundheitsorientiert eingestuft werden.

Die Beurteilung der Gesundheit im Allgemeinen wurde von 36 der 37 Personen vorgenommen. Die überwiegende Mehrheit stufte ihre Gesundheit als mittelmässig (14) oder schlecht (15) ein. Vier Personen beurteilten ihre allgemeine Gesundheit als gut, weitere drei stufen diese als sehr schlecht ein. 13 der 16 MCS-betroffenen Personen beurteilten ihren Gesundheitszustand überwiegend als

schlecht oder sehr schlecht. Im Vergleich zu den *Anderen*, von denen insgesamt nur zwei Personen (2/11) ihren allgemeinen Gesundheitszustand als schlecht beurteilten, ist dies ein deutliches Zeichen für den erhöhten subjektiven Leidensdruck MCS-betroffener Personen.

In den vergangenen sechs Monaten waren 26 der 37 Befragten durch ein gesundheitliches Problem bei ihren Tätigkeiten im normalen Alltagsleben stark eingeschränkt. Zehn der 37 Befragten gaben an, durch ihre gesundheitlichen Probleme etwas eingeschränkt zu sein und eine Person hielt fest, bei den Tätigkeiten des normalen Alltagslebens überhaupt nicht eingeschränkt zu sein. Die schlechte Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Gruppe der MCS-Betroffenen hat zur Konsequenz, dass sich diese bei alltäglichen Tätigkeiten deutlich eingeschränkter fühlten (MCS: 17 stark eingeschränkt, 2 etwas eingeschränkt), als die *Anderen*.

Die Einschränkungen waren bei 19 der 37 Personen der Gesamtstichprobe körperlich bedingt, bei drei von 37 derselben Gruppe psychisch bedingt und bei 14 der 37 Personen sowohl körperlich als auch psychisch bedingt. Nur eine Person wusste nicht, ob ihre Einschränkungen körperlich und/ oder psychisch bedingt waren.

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft: Die Mehrheit der Personen der Mieterschaft (8, 4 MCS, n=12) hielten fest, dass Gedanken an die Erhaltung ihrer Gesundheit ihren Lebensstil beeinflussten, vier Personen (1 MCS) sahen ihr Leben weitgehend durch gesundheitliche Überlegungen bestimmt.

Je eine Person schätzte ihre Gesundheit als gut bzw. sehr schlecht (MCS) ein, sechs weitere stufen ihre Gesundheit als mittelmässig (1 MCS), vier als schlecht ein (3 MCS).

Mit Ausnahme einer Person, die sich durch ihre Gesundheit nicht eingeschränkt fühlte, fühlten sich alle Personen der Mieterschaft zum Zeitpunkt der Befragung als etwas (1 MCS) oder stark (3 MCS) eingeschränkt. Zurückgeführt wurden diese Einschränkungen in fünf Fällen (3 MCS) auf körperliche Bedingungen, in einem Fall auf psychische Bedingungen und in sechs weiteren Fällen (2 MCS) sowohl auf körperliche als auch auf psychische Bedingungen.

Ergebnisse zu den Aussagen der Subgruppe I: Sechs der neun Personen äusserten sich dahingehend, dass Gedanken an die Erhaltung ihrer Gesundheit ihren Lebensstil beeinflussten, und drei, dass gesundheitliche Überlegungen weitgehend bestimmen, wie sie leben. Alle Personen dieser Gruppe sind demnach als gesundheitsorientiert zu bezeichnen.

Die beiden Krankheitsgruppen (MCS und *Andere*) stufen ihre subjektive Gesundheit unterschiedlich ein: Während die vier MCS-Betroffenen ihre allgemeine Gesundheit als mittelmässig (2) oder schlecht (2) rangierten, schätzten die *Anderen* ihre allgemeine Gesundheit als mittelmässig (3) bzw. als gut (2) ein.

Sämtliche Personen dieser Gruppe fühlten sich durch ihren Zustand eingeschränkt, wenn auch differenziert, nämlich: etwas (2) bzw. stark (7) eingeschränkt. Diese Einschränkungen führten die Personen der Subgruppe I auf rein körperliche (5) oder auf eine Kombination aus körperlichen und psychischen (4) Beschwerden zurück.

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden: Neun von elf Bewerbenden können als gesundheitsorientiert eingestuft werden, denn sie gaben entweder an, dass Gedanken an die Erhaltung ihrer Gesundheit ihren Lebensstil beeinflussen (2) oder dass gesundheitliche Überlegungen weitgehend bestimmen, wie sie leben (7). Zwei Personen beantworteten die Frage nicht.

Ihre Gesundheit stufen fünf Bewerbende als schlecht oder sehr schlecht, vier Bewerbende als mittelmässig und eine Person als gut ein. Eine Person machte diesbezüglich keine Angaben. Alle elf Personen hielten fest, bei den Tätigkeiten in ihrem alltäglichen Leben stark oder etwas eingeschränkt zu sein. Sechs Bewerbende klassifizierten ihre Einschränkung im Alltag als körperlich bedingt, vier sahen sowohl körperliche als auch psychische Faktoren als Grund für die Einschränkung an und eine Person gab an nicht zu wissen, wodurch ihre Einschränkungen bedingt waren.

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Die drei Probewohnenden waren allesamt gesundheitsorientiert. Gesundheitliche Überlegungen bestimmten für zwei Probewohnende weitgehend, wie diese lebten. Eine Person hielt fest, dass Gedanken an die Erhaltung ihrer Gesundheit weitgehend ihren Lebensstil beeinflussten.

Jeweils eine Person stufte ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut, mittelmässig oder schlecht ein. Durch ihren gesundheitlichen Zustand fühlten sich zwei Personen stark und eine Person etwas eingeschränkt, wobei diese Einschränkungen in zwei Fällen körperliche, in einem Fall sowohl körperliche als auch psychische Gründe hatte.

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Alle sechs der befragten MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse gaben an, dass gesundheitliche Überlegungen weitgehend bestimmten, wie sie lebten. Für eine Person bestimmten die Gedanken an die Erhaltung ihrer Gesundheit ihren Lebensstil. Alle sechs Personen ohne Mietinteresse sind demnach als gesundheitsorientiert zu bezeichnen.

Alle sechs Befragten ohne Mietinteresse schätzten ihre Gesundheit als schlecht ein und gaben an, dass sie eine dauerhafte Krankheit bzw. ein dauerhaftes gesundheitliches Problem haben und fühlten sich zumindest in den letzten sechs Monaten von ihren gesundheitlichen Problemen im Alltag stark eingeschränkt. Die Gründe sahen jeweils zwei als körperlich bzw. als psychisch bedingt. Die restlichen zwei Personen waren der Meinung, dass es für die gesundheitlichen Probleme sowohl körperliche als auch psychische Gründe gibt.

Fazit: Über alle Gruppen hinweg zeigt sich eine gesundheitsorientierte Haltung. Die Befragten gaben ausschliesslich die beiden Möglichkeiten an, Gedanken an die Erhaltung ihrer Gesundheit beeinflusse ihren Lebensstil oder gesundheitliche Überlegungen würden weitgehend bestimmen, wie sie leben.

Trotz der ausgeprägten Gesundheitsorientierung liess sich insgesamt feststellen, dass knapp die Hälfte der Befragten (18/37) ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sogar sehr schlecht einstufen, eine Tendenz, die auch in den einzelnen Gruppen auffällt. Nur vier Personen hielten fest, dass ihr allgemeiner Gesundheitszustand gut sei, darunter fallen keine von MCS-betroffenen

Personen. Die Mehrheit der Personen die unter einem schlechten bis sehr schlechten Gesundheitszustand litten gehören der Gruppe der MCS-Betroffenen an.

Die bereits im Kapitel 4.1.1 aufgefallene Gruppe der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse zeigte beim Thema Gesundheit und Krankheit von den übrigen Gruppen abweichende Resultate. Die Personen schätzten ihren Gesundheitszustand durchgehend als schlecht ein und fühlten sich durch ihren Gesundheitszustand während den letzten sechs Monaten stark eingeschränkt.

Die Ursachen der gesundheitlichen Probleme sahen die Befragten primär körperlich oder körperlich und psychisch bedingt. Nur zwei Personen ohne Mietinteresse und eine Person der Mieterschaft gingen von einer rein psychischen Ursache aus.

4.1.2.2 Gesundheitskompetenzen (10)

Die Gesundheitskompetenz wurde in ihrer integralen Art, d. h. sowohl funktional, interaktiv als auch kritisch erfragt (Bundesamt für Gesundheit, 2006), um zu erfahren, wie kompetent die Personen der Stichprobe in Gesundheitsfragen umgingen. Die Operationalisierung fand mit den folgenden vier Bereichen statt:

- Persönliches Gesundheitsverhalten (z. B. Ernährung, Bewegung)
- Konsumverhalten (z. B. Einkauf gesunder Nahrungsmittel, Nahrungszusatzpräparate, freiverkäufliche Medikamente)
- Verhalten als Konsumentin bzw. Konsument und Patientin bzw. Patient im Gesundheits- und Versicherungssystem
- Als Bürgerin bzw. Bürger bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen

Die Befragten konnten sich auf einer Skala von 1 (sehr sicher) bis 5 (sehr unsicher) einschätzen.

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe: Die befragten Personen (37) stufen sich in den zwei Gesundheitsbereichen persönliches Gesundheitsverhalten und Konsumverhalten weitgehend als sicher oder sogar sehr sicher ein (vgl. Abbildung 9). Ein Vergleich zwischen der MCS-Gruppe und den Anderen zeigte, dass mehr MCS-Betroffene (7) sehr sicher bzgl. ihres persönlichen Gesundheitsverhaltens waren, als Andere (2). Hinsichtlich des Konsumenten- und Patientenverhaltens im Gesundheits- und Versicherungssystem und den Abstimmungen zu Gesundheitsfragen⁴¹ zeigte sich hingegen ein differenzierteres Bild. Gut die Hälfte der Befragten (18) fühlte sich zwar immer noch sicher oder sehr sicher bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen, ihr Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem stufen allerdings nur noch zwölf Personen als sicher oder sehr sicher ein. Mit einer Anzahl von elf bzw. zehn Personen,

⁴¹ Abstimmungen: 2 Missings.

die diesbezüglich eher unsicher oder sogar sehr unsicher waren, ist die Unsicherheit verglichen mit den beiden erstgenannten Fragen zum Gesundheitswissen deutlich höher.

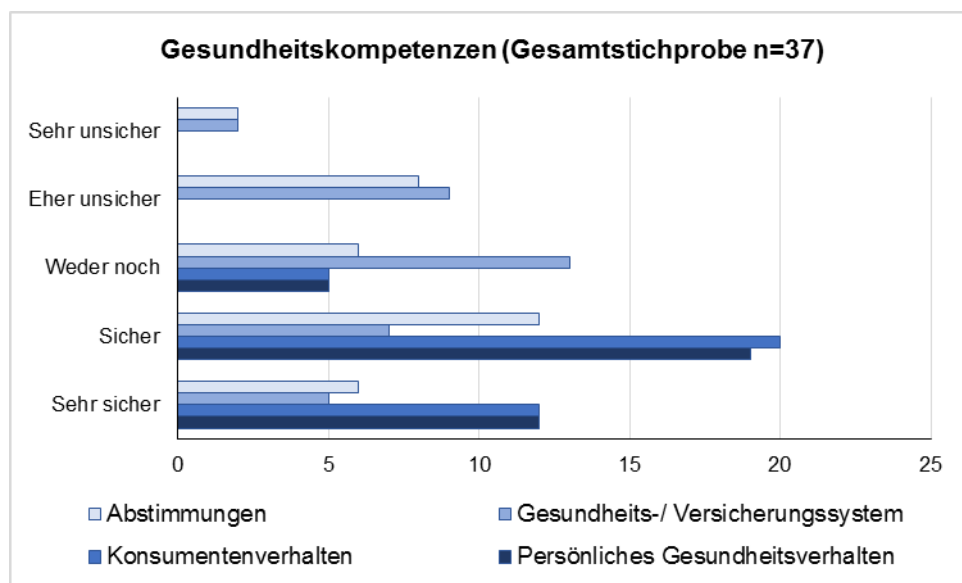


Abbildung 9: Gesundheitskompetenzen der Gesamtstichprobe (n=37).

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft: Ähnlich der Gesamtstichprobe waren sich die Personen der Mieterschaft (n=12) in ihrem persönlichen Gesundheitsverhalten und ihrem Konsumverhalten eher sicher, sicher oder sehr sicher. Grössere Unsicherheiten zeigten sich in ihrem Verhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem und bei Abstimmungen. Obwohl sich die Mehrheit der Personen der Mieterschaft in diesen zwei Bereichen immer noch als sicher oder eher sicher einstufte, waren dennoch vier bzw. drei von den zwölf Personen in ihrem Verhalten in diesen zwei Bereichen unsicher oder sogar sehr unsicher.

	Persönliches Gesundheitsverhalten	Konsumverhalten	Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem	Als Bürgerin bzw. Bürger bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen
1: Sehr sicher	2 Personen (2 MCS)	3 Person (2 MCS)		1 Personen (1 MCS)
2: Sicher	7 Personen (1 MCS)	7 Personen (2 MCS)	4 Person (2 MCS)	4 Personen (1 MCS)
3: Eher sicher	2 Person (1 MCS)	2 Person	4 Personen (1 MCS)	3 Person (2 MCS)
4: Unsicher			3 Person (1 MCS)	3 Person
5: Sehr unsicher			1 Person	
6: Weiss nicht	1 Person			1 Person

Tabelle 38: Gesundheitskompetenzen der Mieterschaft (n=12).

Ergebnisse zu den Aussagen der Subgruppe I: Die Personen der Subgruppe I (n=9) waren geschlossen (9) der Ansicht, sich im Gesundheitssystem sehr sicher, sicher oder zumindest eher sicher bewegen zu können. Einzig bzgl. des Gesundheits- und Versicherungssystems und bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen fühlte sich jeweils eine Person unsicher und bzgl. Abstimmungen fühlte sich eine Person sehr unsicher. Eine Person beantwortete die Frage bzgl. der Sicherheit als Bürgerin bzw. Bürger bei Abstimmungen nicht.

	Persönliches Gesundheitsverhalten	Konsumverhalten	Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem	Als Bürgerin bzw. Bürger bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen ⁴²
1: Sehr sicher	2 Personen (1 MCS)	1 Person	1 Person	
2: Sicher	6 Personen (2 MCS)	7 Personen (4 MCS)	1 Person (1 MCS)	5 Personen (3MCS)
3: Eher sicher	1 Person (1 MCS)	1 Person	6 Personen (3 MCS)	1 Person
4: Unsicher			1 Person	1 Person
5: Sehr unsicher				1 Person

Tabelle 39: Gesundheitskompetenzen Subgruppe I (n=9).

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden: Alle elf Bewerbenden fühlten sich in ihrem persönlichen Gesundheitsverhalten und ihrem Konsumverhalten sicher oder sogar sehr sicher. Im Gesundheits- und Versicherungssystem bewegte sich die Mehrheit der Bewerbenden (7) eher sicher, sicher oder sehr sicher. Drei Personen waren unsicher, wenn es um das Gesundheits- und Versicherungssystem ging und eine Person meinte bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen unsicher zu sein. In dieser Gruppe fällt auf, dass sich keiner der Befragten im Bereich dieser vier Kategorien sehr unsicher fühlte.

⁴² 1 Missing.

	Persönliches Gesundheitsverhalten	Konsumverhalten	Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem	Als Bürgerin bzw. Bürger bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen
1: Sehr sicher	4 Personen (1 MCS)	4 Personen (2 MCS)	2 Personen (1 MCS)	4 Personen (3 MCS)
2: Sicher	7 Personen (3 MCS)	7 Personen (2 MCS)	1 Person	4 Personen (1 MCS)
3: Eher sicher			4 Personen (3 MCS)	2 Person
4: Unsicher			3 Person	1 Person
5: Sehr unsicher				
6: Weiss nicht			1 Person	

Tabelle 40: Gesundheitskompetenzen der Bewerbenden (n=11).

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Die Probewohnenden (n=3) fühlten sich im Gesundheitssystem eher sicher, sicher oder sogar sehr sicher, wenn die Fragen ihr persönliches Gesundheitsverhalten oder ihr Konsumverhalten betrafen. Deutlich unsicherer waren die Befragten wiederum bzgl. des Gesundheits- und Versicherungssystem sowie bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen. Zur letztgenannten Frage, machte eine Person keine Angaben.

	Persönliches Gesundheitsverhalten	Konsumverhalten	Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem	Als Bürger bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen ⁴³
1: Sehr sicher	1 Person	1 Person	1 Person	
2: Sicher	1 Person (1 MCS)	2 Personen (2 MCS)		
3: Eher sicher	1 Person (1 MCS)			
4: Unsicher			2 Personen (2 MCS)	1 Person (1 MCS)
5: Sehr unsicher				1 Person
6: Weiss nicht				

Tabelle 41: Gesundheitskompetenzen der Probewohnenden (n=3).

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Die Befragten ohne Mietinteresse (n=6) fühlten sich insbesondere bzgl. ihres Gesundheits- und Konsumverhaltens sicher

⁴³ 1 Missing.

oder sogar sehr sicher, wenn es um Fragen des Gesundheitssystems ging, d. h., sie schätzten sich mehrheitlich (4) als sicher genug ein, um sich sicher bewegen zu können. Bezüglich des Gesundheits- und Versicherungssystems und bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen war die Unsicherheit zum Befragungszeitpunkt grösser.

	Persönliches Gesundheitsverhalten	Konsumverhalten	Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem	Als Bürgerin bzw. Bürger bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen
1: Sehr sicher	3 Personen	3 Personen	1 Person	1 Person
2: Sicher	1 Person	1 Person	2 Personen	1 Person
3: Eher sicher	2 Person	2 Personen	1 Person	1 Person
4: Unsicher			1 Person	3 Personen
5: Sehr unsicher			1 Person	

Tabelle 42: Gesundheitskompetenzen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse (n=6).

Fazit: Die Personen in den unterschiedlichen Gruppen hatten das Gefühl, genug Wissen zu haben, um sich im Gesundheitssystem bewegen zu können. Mit einer Ausnahme zeigten sich die Befragten besonders in den Bereichen, die ihr persönliches Gesundheitsverhalten bzw. das Konsumverhalten betrafen, eher sicher, sicher oder sehr sicher.

Hingegen zeigt sich in allen Gruppen ein Anstieg der Unsicherheit, wenn das Thema das Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem bzw. Abstimmungen zu Gesundheitsfragen war.

4.1.2.3 Fazit Gesundheit und Gesundheitssystem

Die Befragten stufen ihren Gesundheitszustand überwiegend als mässig, schlecht oder sehr schlecht ein. Besonders auffällig ist dabei die Gruppe der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse, diese beurteilten ihren Gesundheitszustand ausnahmslos als schlecht oder sehr schlecht. Die Ursachen der gesundheitlichen Probleme sahen die Befragten primär körperlich oder körperlich und psychisch bedingt. Nur zwei MCS-Betroffene ohne Mietinteresse und eine Person der Mieterschaft nahmen eine rein psychische Ursache an. Über alle Gruppen hinweg zeigte sich eine gesundheitsorientierte Haltung. Diese widerspiegelte sich in der selbsteingestuften Gesundheitskompetenz der Befragten, wobei die Befragten aller Gruppen mit einer Ausnahme angaben, sich in ihrem persönlichen Gesundheits- und Konsumverhaltens eher sicher zu sein. Das Sicherheitsgefühl schwand allerdings, wenn die Thematik das gesamtgesellschaftliche Gesundheitssystem betraf.

4.1.3 Behandlung, Therapien und Medikamente (7, 9, 15)

Die nächsten Ergebnisse befassen sich mit ärztlichen Behandlungen, Therapien und der Einnahme von Medikamenten.

4.1.3.1 Behandlung wegen Krankheiten (7)

Bezüglich ärztlicher Behandlungen wurden die Befragten danach gefragt, ob sie wegen einer oder mehreren der aufgeführten Krankheiten in Behandlung waren (vor oder innerhalb der letzten zwölf Monate) oder es aktuell sind. Die folgenden Krankheiten wurden aufgeführt:

- Migräne
- Asthma
- Diabetes, Zuckerkrankheit
- Arthrose (rheumatische Arthritis)
- Magengeschwür oder Zwölffingerdarmgeschwür
- Osteoporose
- Chronische Bronchitis, Emphysem
- Hoher Blutdruck
- Herzinfarkt (Herzschlag)
- Schlaganfall (Schlägli)
- Nierenkrankheit, Nierensteine
- Krebs, Geschwulst
- Heuschnupfen oder andere Allergien
- Depression

Es waren Mehrfachantworten möglich.

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe: Insgesamt gaben 29 Befragte an, für mindesten eine und höchstens vierzehn der aufgelisteten Krankheiten in Behandlung gewesen zu sein (vgl. Abbildung 10; MCS-Betroffene Range: 0-14). 17 dieser Behandlungen (10 MCS) fanden dabei vor den letzten zwölf Monaten statt, 13 Behandlungen (6 MCS) innerhalb des vergangenen Jahres und 18 Behandlungen (10 MCS) waren zum Zeitpunkt der Befragung aktuell.

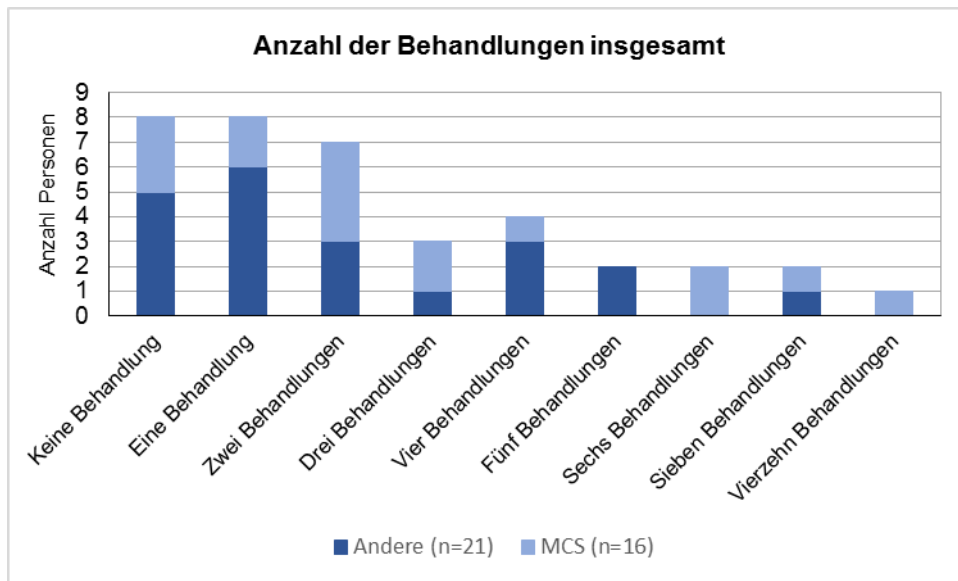


Abbildung 10: Anzahl Behandlungen pro Person in der Gesamtstichprobe (n=37).

Die drei Behandlungen, denen sich die Befragten insgesamt am häufigsten unterzogen, waren Behandlungen gegen Allergien (22, davon 12 MCS), Depressionen (11, davon 3 MCS) und Arthrosen (10, davon 7 MCS) (vgl. Abbildung 11).

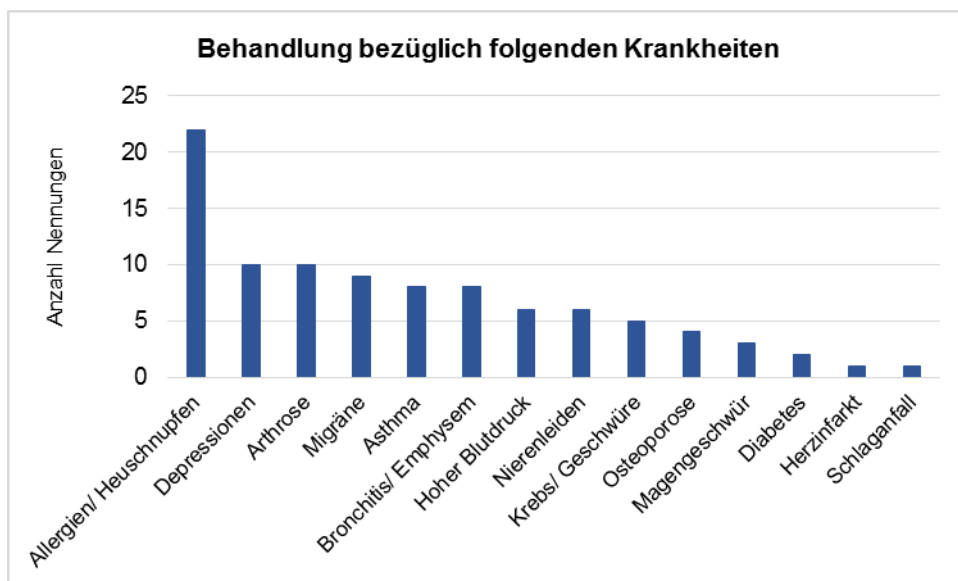


Abbildung 11: Angaben der Gesamtstichprobe zu Krankheiten, die ärztlich behandelt wurden (n=37).

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft: Drei der zwölf befragten Personen der Mieterschaft waren bis zum Zeitpunkt der Befragung für keine der aufgelisteten Krankheiten in Behandlung. Vier Personen waren wegen einer Krankheit in Behandlung (davon eine zum Zeitpunkt der Befragung, zwei innerhalb der letzten zwölf Monate und eine Person vor den letzten zwölf Monaten), je eine Person wegen zwei (aktuellen Behandlungen) bzw. drei (vor den letzten zwölf Monaten) Krankheiten

und zwei Personen wurden bis zum Zeitpunkt der Befragung wegen fünf (einmal drei zum Zeitpunkt der Befragung, je zwei innerhalb der letzten 12 Monaten und einmal drei vor den letzten 12 Monaten) Krankheiten behandelt.

Die befragten Personen der Mieterschaft wurden wegen der folgenden Krankheiten behandelt:

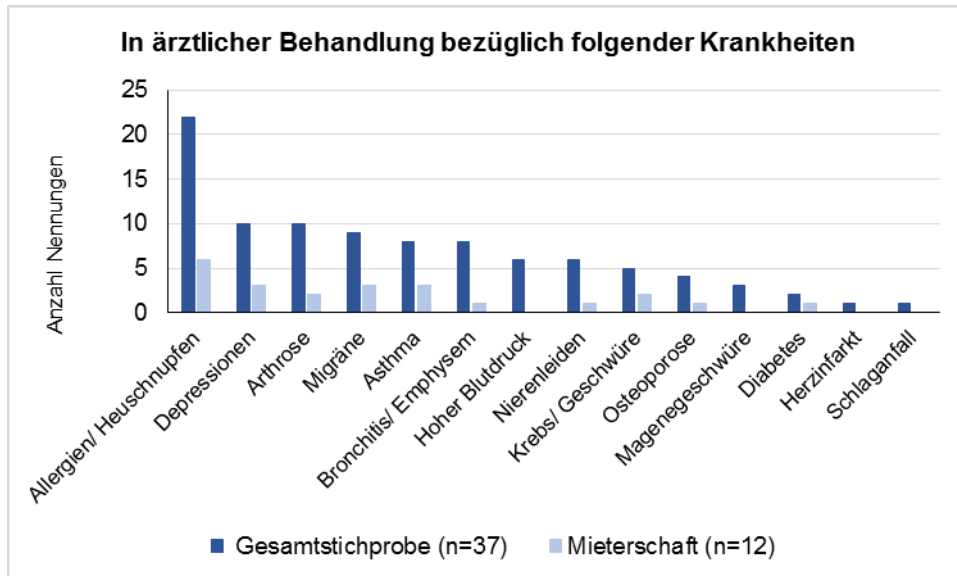


Abbildung 12: Angaben der Mieterschaft zu Krankheiten, die ärztlich behandelt wurden.

Ergebnisse zu den Aussagen der Subgruppe I: Vier der neun Personen der Subgruppe I befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung wegen keiner der genannten Krankheiten in Behandlung. Von den anderen fünf Personen befanden sich vier wegen einer und eine wegen drei Krankheiten in Behandlung. Zwei Personen wurden ausserdem innerhalb der letzten zwölf Monate behandelt, davon eine Person wegen einer und die andere Person wegen zwei Krankheiten. Vor den letzten zwölf Monaten befanden sich vier Personen in Behandlung, davon zwei wegen einer und zwei wegen drei Krankheiten. Zwei Personen waren zum Zeitpunkt der Befragung weder aktuell noch innerhalb oder vor den letzten zwölf Monaten wegen einer der genannten Krankheiten in Behandlung.

Die Personen der Subgruppe I wurden wegen folgender Krankheiten behandelt:

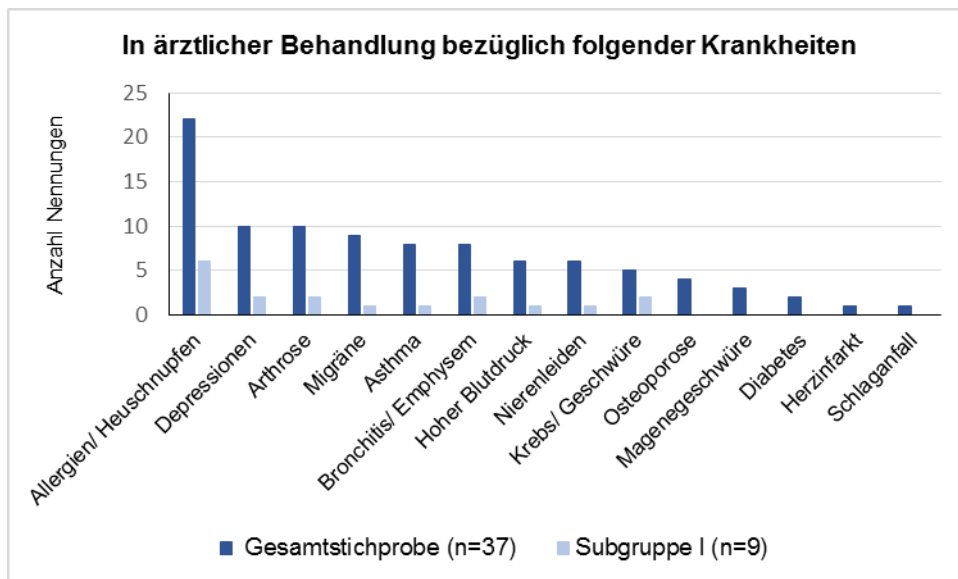


Abbildung 13: Angaben der Subgruppe I zu Krankheiten, die ärztlich behandelt wurden.

Wegen Diabetes, eines Magengeschwürs bzw. eines Zwölffingerdarmgeschwürs, Osteoporose, eines Herzinfarktes oder eines Schlaganfalls war niemand der Subgruppe I in Behandlung.

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden: Von den elf Bewerbenden hielt eine Person fest, bis zum Zeitpunkt der Befragung zu allen aufgelisteten Krankheiten behandelt worden zu sein. Eine Person gab an, zu fünf, je zwei Personen zu vier bzw. zwei Krankheiten und drei Personen zu einer Krankheit behandelt worden zu sein. Zwei Bewerbende liessen sich zum Zeitpunkt der Befragung gegen keine der aufgelisteten Krankheiten behandeln. Die am häufigsten vertretenen Krankheiten, die zur Auswahl standen, waren Heuschnupfen und andere Allergien (7 Personen, davon 6 mindestens innerhalb der letzten zwölf Monaten) sowie Depressionen (6 Personen, davon 2 mindestens innerhalb der letzten zwölf Monaten).

Die Bewerbenden wurden wegen folgenden Krankheiten behandelt:

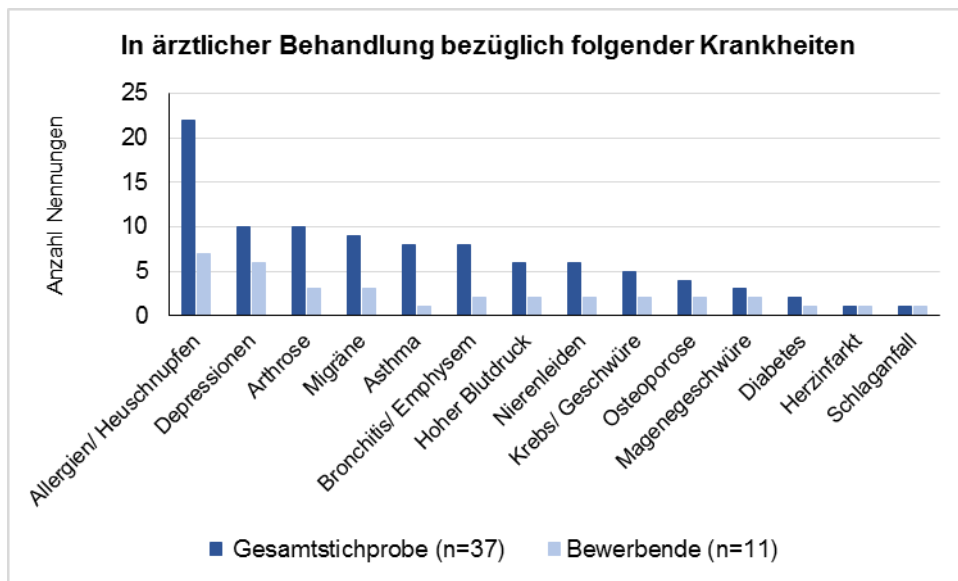


Abbildung 14: Angaben der Bewerbenden zu Krankheiten, die ärztlich behandelt wurden.

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Von den drei Probewohnenden gab eine Person an, zu zwei Krankheiten, Migräne und Nierenkrankheiten, vor den letzten zwölf Monaten behandelt worden zu sein.

In der Gruppe der Probewohnenden gab es keine Behandlungen für die übrigen zwölf aufgelisteten Krankheiten (Antwortmöglichkeiten vgl. Anhang C, Frage 7)

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Vier der sechs Personen ohne Mietinteresse befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung wegen zwei (1), drei (2) bzw. vier (1) Krankheiten in ärztlicher Behandlung. Drei dieser Personen wurden in den letzten zwölf Monaten behandelt, davon zwei Personen wegen einer und eine Person wegen vier Krankheiten. Drei Personen wurden vor den letzten zwölf Monaten behandelt. Davon wurden zwei Personen wegen einer und eine Person wegen drei Krankheiten behandelt. Eine Person gab an, wegen keiner der genannten Krankheiten zum Befragungszeitpunkt bzw. innerhalb oder vor den letzten zwölf Monaten in Behandlung gewesen zu sein.

Die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse wurden wegen folgender Krankheiten behandelt:

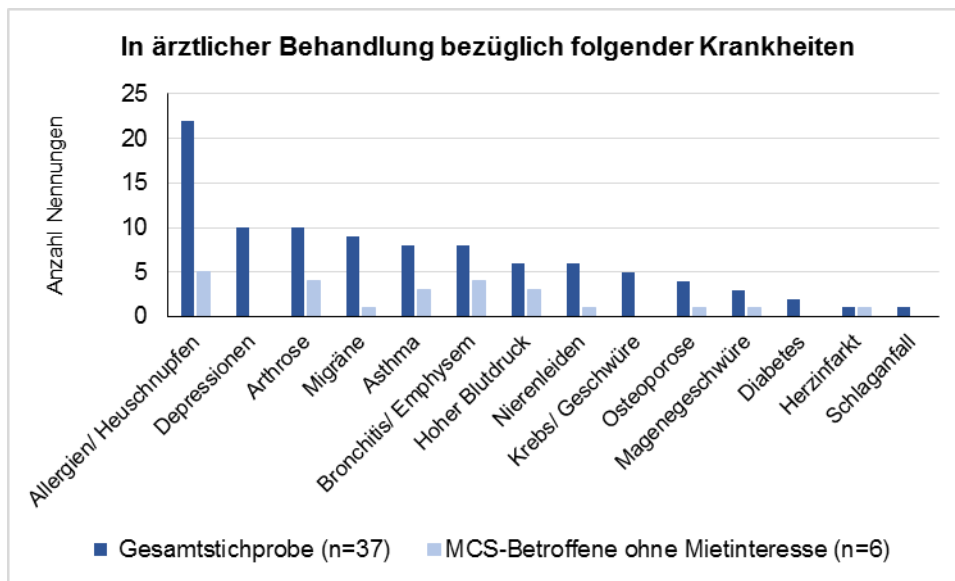


Abbildung 15: Angaben der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse zu Krankheiten, die ärztlich behandelt wurden.

Wegen Diabetes, eines Herzinfarkt, eines Schlaganfall, Krebs oder Depression wurde keine Person der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse behandelt.

Fazit: Die meisten der Befragten (n=37) gaben an, in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Eine Mehrheit gab an, wegen Allergien (22), Depressionen (11) und Arthrose (10) in ärztlicher Behandlung zu sein. Interessant ist auch hier die Abweichung der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse, denn da waren die meist behandelten Krankheiten Allergien, Arthrose und chronische Bronchitis. Depression wurde in dieser Gruppe gar nie genannt.

4.1.3.2 Therapien in den letzten zwölf Monaten (9)

Die Personen der verschiedenen Stichproben wurden danach gefragt, ob sie in den letzten zwölf Monaten bestimmte Therapien in Anspruch genommen hatten und wenn ja, wie oft und ob diese von einer diplomierten Ärztin bzw. einem diplomierten Arzt oder einer nicht-ärztlichen Therapeutin bzw. einem nicht-ärztlichen Therapeuten erbracht wurden.

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe: Die befragten Personen (n=37) nahmen unterschiedliche Therapien in Anspruch. Die drei am meisten genannten Therapien waren: Homöopathie (13), Osteopathie (11) und andere Therapien (11) wie bspw. Kinesiologie oder Feldenkrais. Rund die Hälfte der Personen, die eine homöopathische oder eine osteopathische Therapie beanspruchten, waren MCS-betroffene Personen. Bei der homöopathischen Therapie wurden zehn der 13 Personen von einer diplomierten Ärztin bzw. einem diplomierten Arzt und drei von einer nicht-ärztlichen Therapeutin bzw. einem nicht-ärztlichen Therapeuten behandelt. Im Gegensatz

dazu wurde die Mehrheit der Befragten, die eine Osteopathin bzw. einen Osteopathen aufsuchten (7/11), durch eine nicht-ärztliche Therapeutin bzw. einen nicht-ärztlichen Therapeuten und vier durch eine diplomierte Ärztin bzw. einen diplomierten Arzt behandelt.

Zwischen fünf und sieben Personen beanspruchten eine Therapie im Bereich der Kräutermmedizin bzw. der Kräuterheilkunde (Phytotherapie) (7), der anthroposophischen Medizin (5) oder nahmen eine Bioresonanztherapie (6) in Anspruch. Vier Personen besuchten zudem Shiatsu-Sitzungen oder eine Fussreflexzonenmassage; machten Autogenes Training oder eine Hypnosetherapie oder wandten sich der indischen Medizin (Ayurveda) zu. Jeweils drei Personen besuchten Akupunkturbehandlungen oder Therapien der traditionellen chinesischen Medizin und zwei Personen nahmen eine Neuraltherapie in Anspruch.

Mit jeweils zwölf bzw. elf Therapiesitzungen in den vergangenen zwölf Monaten waren die Akupunktur (1x 12 Therapiesitzungen), die Osteopathie (2x 12 Therapiesitzungen) und die Bioresonanztherapie (1x 11 Therapiesitzungen) die am intensivsten besuchten Therapieformen der im Fragebogen aufgeführten Liste. Da die Datenangaben bei dieser Frage sehr oft unvollständig oder gar nicht vorhanden waren, wurde auf eine tabellarische Darstellung dieser Ergebnisse verzichtet und lediglich die häufigsten Nennungen aufgeführt.

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft: Die Personen der Mieterschaft (n=12) beanspruchten am häufigsten andere Therapien (6) wie z. B. Kinesiologie oder Feldenkrais und homöopathische Therapien (5), die je zur Hälfte bei einer ärztlichen bzw. nicht-ärztlichen Therapeutin bzw. Therapeuten besucht wurden.

Ergebnisse zu den Aussagen der Subgruppe I: In der Subgruppe I (n=9) waren die vier meistbesuchten Therapien die Homöopathie (5), die mehrheitlich (3/5) von ärztlichen Therapeutinnen bzw. Therapeuten durchgeführt wurden, sowie Therapien im Bereich der Kräutermmedizin (3), der anthroposophischen Medizin (3) und der Osteopathie (3).

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Von den drei Probewohnenden nahmen zwei Personen eine Therapie bzw. zwei Therapien in Anspruch. Dabei handelte es sich einerseits um eine Bioresonanztherapie und eine Osteopathie, die beide jeweils bei einer diplomierten Ärztin bzw. bei einem diplomierten Arzt besucht wurden, andererseits handelte es sich um eine andere Therapie, die im Fragebogen nicht genannt wurde. Eine Person machte diesbezüglich keine Angaben.

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Drei der sechs Personen ohne Mietinteresse hatten in den letzten zwölf Monaten keine Therapien in Anspruch genommen. Nur zwei Personen der restlichen drei nahmen eine nicht-ärztliche Therapie in Anspruch, wobei es sich in beiden Fällen um Osteopathie handelte. Alle dieser drei Personen beanspruchten ärztliche Therapien. Die Anzahl Konsultationen variierte zwischen einer und zehn Sitzungen. Eine Person gab darüber Auskunft, dass sie diverse andere Therapien in Anspruch nahm, welche in der Fragestellung nicht genannt wurden, so z. B. eine Physiotherapie (nicht-ärztlich), eine Psychotherapie (ärztlich und nicht-ärztlich) und eine Kunsttherapie (nicht-ärztlich). Diese Therapien nahm sie in den letzten zwölf Monaten jeweils 20 Mal in Anspruch.

Fazit: Alle, im Fragebogen als Antwortmöglichkeit aufgeführten Therapien wurden gewählt, wenn auch in unterschiedlicher Anzahl. Am häufigsten wurden in den letzten zwölf Monaten Therapien wie Homöopathie, Osteopathie und andere Therapien, worunter bspw. Kinesiologie und Feldenkrais gehören, besucht. Etwa zur Hälfte wurden die Therapien von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt, jedoch sind in dieser Frage viele Missings zu verzeichnen, die diese Aussage relativieren. Die Häufigkeit der besuchten Therapien wurde oft nicht beantwortet, weshalb diesbezüglich keine Angaben gemacht werden können.

4.1.3.3 Medikamentenkonsum in den letzten sieben Tagen

Die Personen wurden danach gefragt, ob sie in den letzten sieben Tagen bestimmte Medikamente eingenommen hatten und wenn ja, wie oft, ob die Medikamente von der Ärztin bzw. vom Arzt verordnet wurden und ob es sich um ein schulmedizinisches oder ein komplementärmedizinisches Medikament handelte.

Die folgenden Medikamente wurden erfragt:

- Mittel gegen Bluthochdruck
- Herzmedikamente
- Schlafmittel
- Schmerzmittel
- Mittel zur Beruhigung
- Mittel gegen Verstopfung
- Mittel gegen Asthma
- Medikamente gegen hohes Cholesterin
- Medikamente gegen Depression
- Mittel gegen Diabetes
- Andere Medikamente und wenn ja, welche

Es bestand die Möglichkeit, mehrere Medikamente anzugeben und es konnte angegeben werden, wenn die Medikamente von der Ärztin bzw. vom Arzt verordnet und zusätzlich nicht verordnete Medikamente für die gleichen Beschwerden eingenommen wurden. Zudem konnte angegeben werden, wenn Medikamente gegen Beschwerden sowohl schul- als auch komplementärmedizinischer Natur waren.

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe: Die insgesamt 37 Personen gaben an, Medikamente täglich (10), mehrmals pro Woche (22) und/ oder einmal pro Woche (7) einzunehmen. Am häufigsten nahmen die Befragten Schmerzmittel (14), Beruhigungsmittel (13), Schlafmittel (9) und Medikamente gegen Depressionen (3) ein. Neun der vierzehn Personen, die ein Schmerzmittel einnahmen und sechs der neun Personen, die angaben ein Schlafmittel einzunehmen, erhielten dies von einer Ärztin bzw. einem Arzt verschrieben. Bei diesen beiden Arzneigruppen wurden mehrheitlich

schulmedizinische Medikamente eingenommen. Sechs der dreizehn Personen, die ein Beruhigungsmittel einnahmen, erhielten dies ebenfalls von einer Ärztin bzw. einem Arzt verschrieben, wobei in drei Fällen ein schulmedizinisches und in zehn Fällen ein komplementärmedizinisches Medikament genannt wurde.

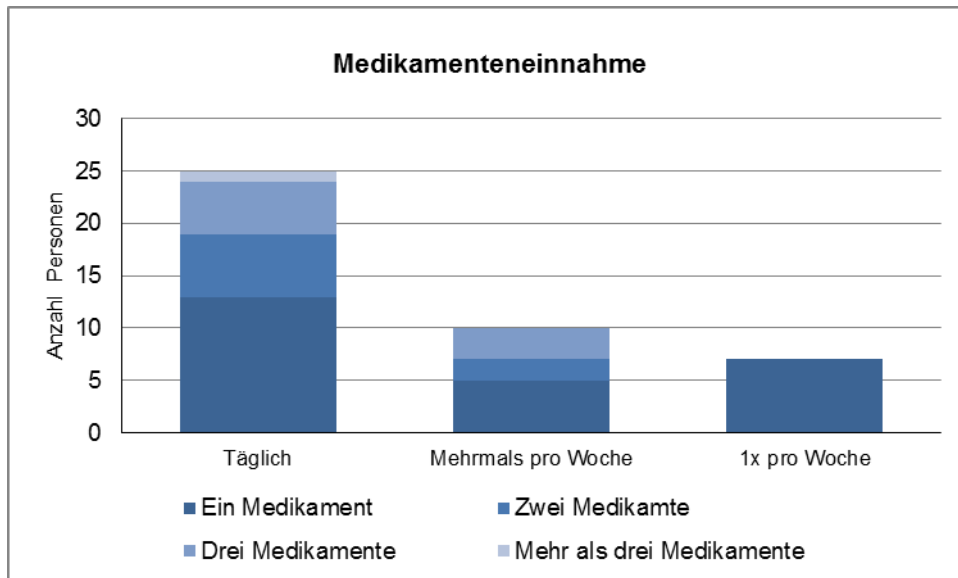


Abbildung 16: Anzahl Personen der Gesamtstichprobe (n=37), die ein Medikament einnehmen.

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft: Von den insgesamt zwölf Personen der Mieterschaft nahmen zum Zeitpunkt der Befragung zwei Personen keine der aufgelisteten Medikamente und auch keine weiteren Medikamente ein (1 MCS). Eine weitere Person nahm keine der aufgelisteten Medikamente ein, gab allerdings an, ein anderes Medikament zu benötigen. Von den aufgelisteten Medikamenten nahmen zwei Personen (1 MCS) ein Medikament, drei Personen (1 MCS) zwei Medikamente und eine Person (MCS) vier Medikamente ein. Für weitere drei Personen konnte die genaue Anzahl eingenommener Medikamente der Liste aufgrund fehlender Angaben nicht eruiert werden.

Von den aufgelisteten Medikamenten nahmen die Personen der Mieterschaft am häufigsten Mittel für die Verdauung (5; davon 3 MCS) ein, welches eine Person täglich und drei weitere Personen mehrmals pro Woche einnahmen. In drei der fünf Fälle handelte es sich dabei um ein ärztlich verordnetes Medikament. In der Rangierung folgen dann Schlaf- (4; davon 1 MCS) und Beruhigungsmittel (4; davon 1 MCS) sowie Schmerzmittel (3; davon 1 MCS) ein, welche in jeweils einem Fall täglich, mehrmals pro Woche oder einmal pro Woche eingenommen wurden.

Ergebnisse zu den Aussagen der Subgruppe I: Von den insgesamt neun Personen der Subgruppe I beanspruchte eine Person (MCS) keine Medikamente und eine weitere Person (MCS) gab an, keine der aufgelisteten Medikamenten einzunehmen, allerdings auf andere Medikamente angewiesen zu sein. Von den aufgelisteten Medikamenten nahmen zwei Personen zwei Medikamente und eine

Person (MCS) gab an, sechs der aufgelisteten Medikamente einzunehmen. Für vier Personen (1 MCS) wird die genaue Anzahl Medikamente aufgrund fehlender Angaben nicht ersichtlich.

Es wurden vorwiegend Mittel zur Beruhigung (4), sowie nicht auf der Liste enthaltene Medikamente (3) angegeben, welche je zur Hälfte ärztlich verordnet worden waren. Einzelnennungen waren Medikamente gegen Depressionen, Bluthochdruck und Herzbeschwerden, welche ausschliesslich als ärztlich verordnet angegeben wurden.

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden: In der Gruppe der Bewerbenden (n=9) gab eine Person an, keine Medikamente zu sich zu nehmen, vier weitere Personen nahmen zwar keines der aufgelisteten Medikamente ein, hielten aber fest, ein anderes Medikament zu beziehen. Zwei Personen gaben an, von den aufgelisteten Medikamenten zu nutzen, jeweils eine Person nahm zwei bzw. drei Medikamente der Liste ein. Für weitere zwei Personen ging die Anzahl eingenommener Medikamente nicht aus den Daten hervor. Es wurden Medikamente zur Beruhigung (2), gegen Depressionen sowie Schmerz- und Schlafmittel angegeben. Alle Medikamente wurden als ärztlich verordnet angegeben.

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Von den drei Probewohnenden nahm jeweils eine Person keine Medikamente bzw. eines der aufgelisteten Medikamente (Medikament gegen Asthma) ein. Für die dritte Person ist die Anzahl eingenommener Medikamente aufgrund fehlender Angaben nicht eindeutig.

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Von den insgesamt sechs Befragten ohne Mietinteresse nahm eine Person keine Medikamente in Anspruch, eine weitere gab an, zwar kein Medikament der vorgegebenen Liste einzunehmen, jedoch auf ein anderes Medikament angewiesen zu sein. Von den übrigen vier Personen nahmen zwei Personen zwei auf der Liste aufgeführte Medikamente ein und jeweils eine Person nahm drei bzw. fünf aufgelistete Medikamente ein.

Mit Ausnahme einer Person nahmen von den sechs Personen ohne Mietinteresse alle mindestens ein Medikament täglich ein. Eine Person nahm gar keine Medikamente ein, eine Person nahm fünf verschiedene Medikamente in der Woche, wovon sie vier täglich und eines mehrmals in der Woche nahm.

Je drei Personen nahmen Mittel gegen hohen Blutdruck, Schmerzmittel und andere Medikamente zu sich. Die meisten davon täglich. Zwei Personen nahmen Mittel gegen Asthma und je einmal wurden Schlafmittel, Mittel zur Beruhigung, gegen Verstopfung und gegen Depressionen genannt.

Mit einer Ausnahme wurden die Medikamente (primär) ärztlich verordnet und waren mit zwei Ausnahmen schulmedizinisch.

Fazit: Es kann festgehalten werden, dass eine Vielzahl der Befragten Medikamente einnahmen. Dabei wurden vorwiegend Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel angegeben wie auch Mittel gegen Depressionen. Die meisten Personen gaben an, täglich Medikamente einzunehmen. Auch waren die Medikamente mehrheitlich schulmedizinisch und ärztlich verordnet. Zwischen den verschiedenen Stichprobengruppen kann kein offensichtlicher Unterschied ausgemacht werden.

4.1.3.4 Fazit Behandlung, Therapien und Medikamente

Die meisten der Befragten gaben an, in den letzten zwölf Monaten mindestens in Bezug auf eine Krankheit in Behandlung gewesen zu sein. Die diesbezüglich am häufigsten genannten Krankheiten waren Allergien, Depressionen, Arthrose und Bronchitis. Die drei erstgenannten Krankheiten ziehen sich über alle Gruppen mit Ausnahme der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse und den Probewohnenden hinweg. Bei den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse kam Depression nie vor, als meistgenannte Krankheiten in Bezug auf die Behandlung wurden Allergien, Arthrose und chronische Bronchitis genannt. Die Probewohnenden gaben an, wegen Migräne und Nierenbeschwerden in Behandlung gewesen zu sein.

Bei den nicht-schulmedizinischen Therapien wurden Homöopathie, Osteopathie, Kinesiologie oder Feldenkrais genannt. Bezüglich der Anzahl, der Therapiesitzungen kann aufgrund der mangelhaft ausgefüllten Fragebogen keine Angabe gemacht werden.

Die meisten Befragten gaben an, regelmässig Medikamente einzunehmen. Die häufigsten Arzneimittelgruppen waren Schmerz-, Schlaf und Beruhigungsmittel wie auch Medikamente gegen Depressionen. Die Medikamente wurden mehrheitlich als schulmedizinisch und ärztlich verordnet angegeben.

4.1.4 Psychisches Wohlbefinden (3, 13, 14, 21)

Das Psychische Wohlbefinden der unterschiedlichen Stichproben wurde mittels verschiedener validen, reliablen sozialwissenschaftlichen Instrumenten erhoben. Dabei kamen verschiedene Persönlichkeitseigenschaften und psychische Konstrukte zum Zug, die für die vorliegende Studie von Relevanz waren. Aspekte des psychischen Wohlbefindens wurden anhand von Kontrollüberzeugungen, einer Depressivitätsskala, dem Kohärenzsinn, Fragebogen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit und dem habituellen Wohlbefinden, einer Einschätzung des momentanen Wohlbefindens sowie einem Inventar zu sozialen Kompetenzen erfasst

4.1.4.1 Kontrollüberzeugung (3)

Mittels der Pearlin-Master-Scale (Rüesch et al, 2011) wurde im Fragebogen die Kontrollüberzeugung⁴⁴ der Befragten erhoben. Dazu wurden analog der *Schweizerischen Gesundheitsbefragung* 2007 vier von sieben Items der Pearlin-Mastery-Scale verwendet. Die Befragten wurden gebeten, Auskunft zu geben, inwiefern sie den folgenden vier verschiedenen Aussagen zustimmen:

- Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig.
- Ich fühle mich im Leben gelegentlich hin- und hergeworfen.
- Ich habe wenig Kontrolle über Dinge, die ich erlebe.
- Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert.

Die Antwortmöglichkeiten waren jeweils „ich stimme voll und ganz zu“ (1 Punkt), „ich stimme eher zu“ (2 Punkte), „ich stimme eher nicht zu“ (3 Punkte) und „ich stimme überhaupt nicht zu“ (4 Punkte). Gemäss der Indizes der *Gesundheitsbefragung* wurden die vier erfragten Items addiert (= Quote). Für die vier Items konnten also zwischen vier und 16 Punkten erzielt werden. Die erzielten Punkte wurden schliesslich wie folgt ausgewertet:

- Wenn $4 \leq \text{Quote} < 12 \rightarrow \text{Mastery} = 1$ Tiefes Kontrollniveau (d. h. 4-11 Punkte)
- Wenn $12 \leq \text{Quote} < 15 \rightarrow \text{Mastery} = 2$ Mittleres Kontrollniveau (d. h. 12-14 Punkte)
- Wenn $15 \leq \text{Quote} < 17 \rightarrow \text{Mastery} = 3$ Hohes Kontrollniveau (d. h. 15-16 Punkte)

Ergebnisse zu den Aussage der Gesamtstichprobe: Bei 24 der 37 Befragten, ergab die Auswertung ein tiefes Kontrollniveau, bei zehn Personen ein mittleres und bei zwei Personen ein hohes Kontrollniveau. Unter den Personen, die ein tiefes Kontrollniveau aufwiesen, waren 14 MCS-Betroffene. Des Weiteren wiesen vier MCS-Betroffene ein mittleres Kontrollniveau bzw. eine MCS-betroffene Person ein hohes Kontrollniveau auf. Eine Person füllte die Fragen zur Kontrollüberzeugung nicht aus.

Ergebnisse zu den Aussage der Mieterschaft: Die Personen der Mieterschaft (n=12) erzielten zwischen fünf und dreizehn Punkte. Insgesamt wiesen acht Personen (3 MCS) ein tiefes Kontrollniveau und vier Befragte (1 MCS) ein mittleres Kontrollniveau auf.

Ergebnisse zu den Aussagen der Subgruppe I: Die Personen der Subgruppe I (n=9) erreichten zwischen fünf und 14 Punkten auf der Kontrollüberzeugungsskala. Von den neun Personen wiesen sechs Personen ein tiefes und zwei Personen ein mittleres Kontrollniveau aus. In der Gruppe der Personen mit einem tiefen Kontrollniveau waren vier MCS-Betroffene Personen zu finden. Die beiden Personen mit einem mittleren Kontrollniveau waren nicht MCS-betroffen. Eine Person gab zu dieser Frage keine Auskunft.

⁴⁴ „Das Konstrukt bezieht sich auf das Ausmass, mit dem ein Subjekt glaubt, dass das Auftreten eines Ereignisses abhängig vom eigenen Verhalten ist, ob also der Ort der Kontrolle innerhalb oder ausserhalb des Individuums liegt.“ Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Kontroll%C3%BCberzeugung> [4.3.2015].

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden: Die Bewerbenden (n=11) zeigten ein heterogenes Bild des Kontrollniveaus. Die Spannweite der Antworten lag zwischen fünf und 16 Punkten. Acht der elf Bewerbenden hatten eine tiefe, zwei eine mittlere und eine Person eine hohe Kontrollüberzeugung.

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Zwei der drei Probewohnende wiesen ein tiefes Kontrollniveau auf. Die dritte Person hingegen erreichte die Maximalpunktzahl (16). Dementsprechend wies diese Person ein hohes Kontrollniveau aus.

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Die Quoten der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse (n=6) lag zwischen vier und vierzehn Punkten. Von den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse wiesen drei Personen eine tiefe und drei eine mittlere Kontrollüberzeugung auf.

Fazit: Die Kontrollüberzeugung fiel über alle Gruppen gesehen mehrheitlich tief aus, einzig die Gruppe der MCS-Betroffenen ohne Interesse wiesen nur zur Hälfte eine tiefe Kontrollüberzeugung auf, die andere Hälfte eine mittlere Kontrollüberzeugung. Lediglich zwei Personen erreichten einen Wert, welcher ein hohes Kontrollniveau auswies.

4.1.4.2 Depressionsscreening Questionnaire (DSQ) (13)

Der Depression Screening Questionnaire (DSQ-10) (Rüesch et al., 2011) erfasste das mögliche Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Depression und wurde basierend auf den beiden psychiatrischen Diagnostikmanualen DSM-IV und ICD-10 entwickelt. Er umfasste zehn Fragen zum Vorliegen von depressiven Symptomen in den letzten zwei Wochen, welche auf einer 3-stufigen Skala mit „an den meisten Tagen“, „manchmal“ und „nein, nie“, beantwortet werden konnten.

Die Fragen waren die Folgenden:

„Während der letzten zwei Wochen...

- Haben Sie sich da die meiste Zeit des Tages traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt?
- Haben Sie Ihr Interesse an fast allem verloren oder konnten Sie sich nicht mehr über Dinge freuen, die Ihnen sonst Freude bereiteten?
- Haben Sie sich müde, erschöpft und ohne Energie gefühlt (auch wenn Sie nicht hart gearbeitet haben)?
- Haben Sie Ihren Appetit verloren oder erheblich an Gewicht verloren?
- Hatten Sie Schwierigkeiten einzuschlafen, durchzuschlafen oder sind Sie zu früh aufgewacht?
- Haben Sie langsamer gesprochen oder sich langsamer bewegt als gewöhnlich?
- War Ihr sexuelles Interesse geringer oder hatten Sie gar kein sexuelles Verlangen mehr?
- Haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren, sich wertlos oder schuldig gefühlt oder machten Sie sich unbegründet Selbstvorwürfe?

- Hatten Sie Schwierigkeiten sich zu konzentrieren (z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen) oder alltägliche Entscheidungen zu treffen?
- Haben Sie viel über den Tod nachgedacht oder dachten Sie daran, sich das Leben zu nehmen?“

Bei der Auswertung ergaben sich die folgenden drei Kategorien:

- Wenn mindestens 5 von 10 Items mit „an den meisten Tagen“ beantwortet werden, lässt dies auf das Vorliegen einer Major Depression nach DSM-IV schliessen.
- Wenn mindestens 3 von 10 Items mit „an den meisten Tagen“ beantwortet werden und die Gesamtpunktzahl über 7 liegt, lässt dies auf das Vorliegen einer typischen Depression nach ICD-10 schliessen.
- Wenn mindestens 3 von 10 Items mit „an den meisten Tagen“ beantwortet werden und die Gesamtpunktzahl unter 7 liegt, lässt dies auf das Vorliegen einer unerschwelligen, subklinischen Depression schliessen.

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe: Von den insgesamt 37 Personen zeigten etwas mehr als die Hälfte (22; davon 15 MCS) keine Auffälligkeiten hinsichtlich depressiver Verstimmungen, zehn Personen (1 MCS) wiesen nach der DSQ-Skala eine typische Depression nach ICD-10 auf und weitere fünf Personen (3 MCS) litten nach Angaben des DSQ-10 an einer Major Depression.

Von den zehn Personen, die nach dem DSQ-10 eine typische Depression zeigten, nahmen zwei Personen zum Zeitpunkt der Befragung ein Medikament gegen Depressionen ein und beanspruchten zum Zeitpunkt der Befragung resp. innerhalb der letzten zwölf Monate diesbezüglich eine ärztliche Behandlung. Drei weitere Personen gaben an, vor den letzten zwölf Monaten wegen einer Depression in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Von fünf Personen, die dem DSQ zufolge an einer Major Depression erkrankt waren, nahm nur eine Person zum Befragungszeitpunkt täglich ein Medikament gegen Depressionen ein. Jeweils eine weitere Person gab an, innerhalb der letzten zwölf Monate resp. vor den letzten zwölf Monaten wegen Depressionen in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein.

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft: Gemäss DSQ-10 zeigte zum Zeitpunkt der Befragung die Hälfte der Mieterschaft (n=12) keine Auffälligkeiten. Fünf Personen erfüllten die Kriterien für eine typische Depression, es handelte sich dabei um eine MCS-betroffene Person. Eine weitere Person erfüllte die Kriterien für eine Major Depression. Von den sechs nach DSQ-10 als depressiv eingestuften Befragten gaben jeweils eine Person zum Zeitpunkt der Befragung an, innerhalb der letzten zwölf Monate (Major Depression) und vor den letzten zwölf Monaten in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Zwei weitere Personen waren diesbezüglich ihren Angaben nach nicht-ärztlich behandelt worden und die sechste Person gab dazu keine Auskunft. Vier der sechs als depressiv einzustufenden Personen der Mieterschaft hielten fest, keine Einnahme von Medikamenten gegen Depressionen einzunehmen. Für die übrigen zwei Personen liegen diesbezüglich keine Daten vor.

Ergebnisse zu den Aussagen der Subgruppe I: Bei drei, der neun befragten Personen, lassen die Daten zum Depression Screening Questionnaire auf eine typische Depression schliessen. Von diesen

drei Personen nimmt eine Person täglich ein Medikament gegen Depressionen ein. Und eine weitere Person gibt an, in entsprechender Behandlung zu sein.

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden: Bei vier Bewerbenden (n=11) ergab der DSQ-10 eine typische Depression. Bei zwei weiteren Personen wiesen die Daten des DSQ-10 auf eine Major Depression hin. Die übrigen fünf Personen gaben bei weniger als drei Items „an den meisten Tagen“ an und wiesen dementsprechend keine Auffälligkeiten auf. Die beiden Personen, denen nach dem DSQ eine Major Depression zugewiesen werden konnte, nahmen beide zum Zeitpunkt der Befragung keine Medikamente gegen Depressionen und waren auch nicht in Behandlung. Eine der beiden Personen hielt aber fest, vor den letzten zwölf Monaten in Behandlung gewesen zu sein. Von den vier Bewerbenden mit einer typischen Depression waren zwei Personen vor den letzten zwölf Monaten und eine Person innerhalb der letzten zwölf Monate in Behandlung gewesen, die vierte Person gab an, nicht in Behandlung zu sein. Eine der insgesamt sechs Personen mit einem auffälligen Depressionsmuster nahm zum Zeitpunkt der Befragung täglich ein Medikament gegen Depressionen ein.

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Alle drei Probewohnende zeigten gemäss DSQ-10 keine Auffälligkeiten für eine Depression.

Aussagen zu den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Zwei Personen ohne Mietinteresse (n=6) hatten gemäss DSQ-10 eine Major Depression. Die restlichen vier gaben bei weniger als drei Items „an den meisten Tagen“ an und zeigten demgemäss keine Anzeichen einer Depression nach DSQ. Eine der beiden Personen mit einer Major Depression nahm zum Zeitpunkt der Befragung täglich ein Medikament gegen Depressionen ein. Keine der beiden Personen war zum Zeitpunkt der Befragung den Angaben zufolge in einer ärztlichen Behandlung wegen einer Depression.

Fazit: Etwas mehr als die Hälfte der Befragten zeigte bzgl. dem Depressionsscreening keine Auffälligkeiten. Allerdings wiesen zehn bzw. fünf Personen gemäss dem Ergebnis des DSQ-10 Zeichen einer Depression bzw. einer Major Depression auf. Die meisten dieser fünfzehn Personen, waren zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung weder in ärztlicher Behandlung noch wurden sie medikamentös behandelt. Die Personen, welche Anzeichen einer Depression aufwiesen, waren auf alle Gruppen, mit Ausnahme der Probewohnenden, verteilt.

4.1.4.3 Kohärenzsinn (14)

Aus der salutogenetischen Sichtweise, welcher einer ganzheitlichen, ressourcenorientierten Perspektive verpflichtet ist, wurde die „Sense of Coherence (SOC)“-Skala in einer Kurzversion mit drei Items zur Beantwortung vorgegeben. „Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky, 1997, S. 36).

Die Fragestellung lautete:

„Nachfolgend finden Sie drei Fragen über verschiedene Aspekte des Lebens. Kreuzen Sie für jede der drei Fragen diejenige Antwort an, die Ihrer Situation am meisten entspricht.“

Die Antworten waren jeweils auf einer Skala von 1 bis 7 einzuschätzen und die folgenden Fragen wurden gestellt:

- Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?
Sehr oft (1) $\leftrightarrow$ Selten oder nie (7)
- Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?
Sehr oft (1) $\leftrightarrow$ Selten oder nie (7)
- Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie eine Quelle tiefer Freude und Zufriedenheit oder von Schmerz und Langeweile?
Tiefe Freude und Zufriedenheit (7) $\leftrightarrow$ Von Schmerz und Langeweile (1)

Die Konstruktion der Skala erfolgte über die Summierung der Werte der drei Items, d. h. das Kohärenzgefühl konnte Werte zwischen 3 und 21 annehmen. Tiefe Werte bedeuteten ein tiefes Kohärenzgefühl und hohe Werte ein hohes Kohärenzgefühl (Rüesch et al., 2011).

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe: Insgesamt wies die Gesamtstichprobe (n=37) Werte zwischen sechs und 20 auf, mit einem Mittelwert von 12.73 Punkten und einem Median (Mdn.) von 13 Punkten. Den MCS-Betroffenen konnte mit einem Gruppenmittelwert von 13.79 (SD=3.85; n=19) ein leicht höheres Kohärenzgefühl zugeschrieben werden als der Gruppe der *Anderen*, die einen Mittelwert von 11.614 (SD=3.85; Mdn.=11; n=18) aufwiesen.

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft: Die Personen der Mieterschaft (n=12) unterschieden sich in ihrer Kohärenzwahrnehmung deutlich voneinander. Sie erreichten auf der Kohärenzskala Werte zwischen sechs und 20 und einen Gesamtmittelwert von 12.17 (SD=4.47; Mdn.=11; n=12). Die vier MCS-betroffenen Personen (M=12.75; SD=5.44; Mdn.=12) zeigten wiederum einen leicht höheren durchschnittlichen Kohärenzwert als die *Anderen* (M=11.88; SD=4.29; Mdn.=11; n=8).

Ergebnisse zu den Aussage der Subgruppe I: Die Personen der Subgruppe I (n=9) erreichten auf der Kohärenzskala SOC-3 Werte zwischen sieben und dreizehn Punkten. Der durchschnittliche Gruppenwert lag bei 10.44 (SD=2.3; n=9), wobei die MCS-Betroffenen (M=11.25; SD=2.87; Mdn.=12.5; n=4;) leicht höhere Werte aufwiesen als die *Anderen* (M=9.8; SD=2.3; Mdn.=11; n=5).

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden: Die elf Bewerbenden waren hinsichtlich des Kohärenzgefühls, wie bereits die Mieterschaft, heterogen. Die Bewerbenden erreichten Werte zwischen sechs und 20 Punkten. Im Durchschnitt lag das Kohärenzgefühl der Bewerbenden bei 13.18 Punkten (SD=4.49; Mdn.=13.18; n=11). Bei dieser Gruppe erreichten die vier eindeutig zuteilbaren MCS-Betroffenen mit einem Mittelwert von 16 Punkten (SD=4.55; Mdn.=17) deutlich höhere Punkte, als die Anderen (M=11.57; SD=3.87; Mdn.=12; n=7).

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Die drei Probewohnende erhielten auf der Kohärenzskala Werte zwischen neun und 15 Punkten.

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Die Personen ohne Mietinteresse (n=6) erreichten auf der Kohärenzskala Werte zwischen neun und 18, der Durchschnitt lag bei 14.83 Punkten (SD=3.19; Mdn.=15.5; n=6).

Fazit: Über alle Gruppen gesehen, lagen die Werte des Kohärenzgefühls im Mittelfeld. Es fällt auf, dass MCS-Betroffene leicht höhere und MCS-Betroffene ohne Mietinteresse deutlich höhere Werte aufwiesen.

4.1.4.4 Lebenszufriedenheitsskala (Satisfaction with life scale) (21)

Mittels der Lebenszufriedenheitsskala von Ed Diener (1985, 2006) wurde bei den Befragten eruiert, wie zufrieden sie zum Zeitpunkt der Befragung mit ihrem Leben waren. Die Skala basierte auf fünf Aussagen, denen man auf einer 7-stufigen Skala zustimmen oder sie ablehnen konnte. Es handelte sich um die folgenden Aussagen:

- In den meisten Punkten ist mein Leben meinem Ideal nahe.
- Meine Lebensbedingungen sind hervorragend.
- Ich bin zufrieden mit meinem Leben.
- Ich habe bisher die wichtigsten Dinge, die ich mir vom Leben wünsche, auch bekommen.
- Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich fast nichts ändern.

Den Werten der Skala wurden die folgenden Bedeutungen zugewiesen:

- 1 bedeutet starke Ablehnung
- 2 bedeutet Ablehnung
- 3 bedeutet leichte Ablehnung
- 4 bedeutet weder Ablehnung noch Zustimmung
- 5 bedeutet leichte Zustimmung
- 6 bedeutet Zustimmung
- 7 bedeutet starke Zustimmung

Die einzelnen Items wurden summiert, es konnten also Zufriedenheits-Werte zwischen 5 und 35 erzielt werden. Die einzelnen Werte bedeuteten Folgendes:

- 30-35 Punkte: Sehr hohe Zufriedenheit. Diese Personen sind mit ihrem Leben sehr zufrieden. Personen, die diesen Wert erreichen, lieben ihr Leben, sind der Meinung, dass das Leben angenehm ist und es für sie in den meisten Bereichen (Beruf, Familie, Freunden, Freizeit und persönliche Entwicklung) sehr gut läuft.
- 25-29 Punkte: Hohe Zufriedenheit. Diese Personen mögen ihr Leben und sind der Meinung, dass die Dinge gut laufen und meist gut sind. Das Leben ist für sie angenehm.
- 20-24 Punkte: Durchschnittliche Zufriedenheit. Diese Personen sind generell zufrieden, es gibt in ihrem Leben jedoch Dinge, die besser sein könnten.
- 15-19 Punkte: Knapp unterdurchschnittliche Zufriedenheit. Diese Personen haben kleine, aber signifikante Probleme in verschiedenen Bereichen ihres Lebens oder für sie läuft es in den meisten Bereiche gut und in einem sehr schlecht.
- 10-14 Punkte: Unzufrieden. Diese Personen sind wesentlich unzufrieden mit ihrem Leben.
- 5-9 Punkte: Sehr unzufrieden. Diese Personen sind mit ihrem Leben extrem unzufrieden.

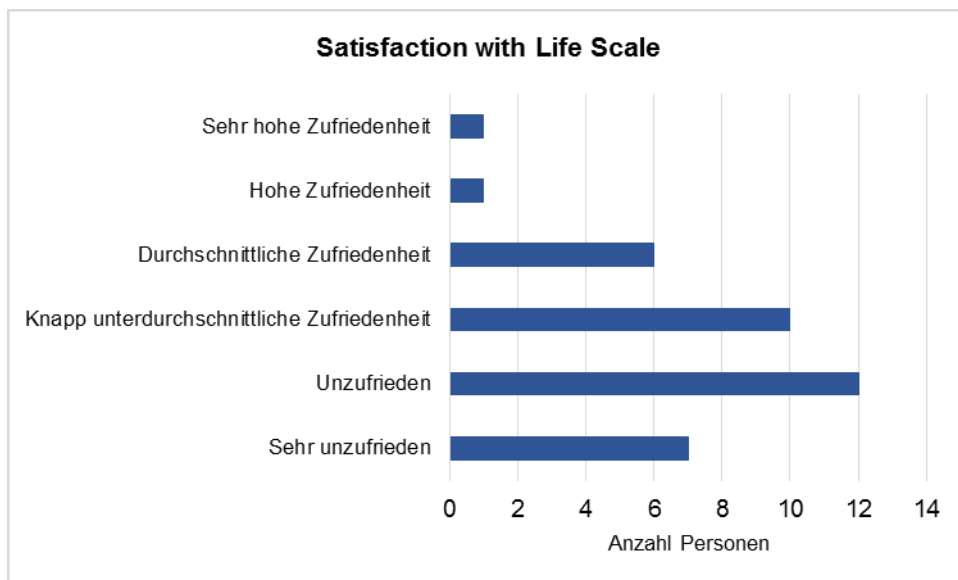


Abbildung 17: Ergebnisse der Gesamtstichprobe (n=37) bzgl. Lebenszufriedenheit.

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe: Die Befragten erreichten auf der Satisfaction with Life Scale Werte zwischen fünf und 31, wobei 29 der 37 befragten Personen Werte unter 20 Punkten aufwiesen. Der Lebenszufriedenheitsskala zufolge waren sieben Personen (3 MCS) in ihrem Leben extrem unzufrieden, zwölf Personen (8 MCS) zeigten eine Unzufriedenheit, zehn Personen (5 MCS) hatten kleine aber signifikante Probleme in verschiedenen Bereichen ihres Lebens oder es lief für sie in den meisten Bereichen gut, in einem aber sehr schlecht. Sechs Personen (3 MCS) gaben an, in ihrem Leben generell zufrieden zu sein, einzelne Dinge im Leben könnten allerdings besser laufen. Jeweils eine Person war mit ihrem Leben zufrieden bzw. sehr zufrieden. Somit waren deutlich weniger Nicht-MCS-Betroffene (7) als MCS-betroffene Personen (16) mit ihrem Leben knapp unterdurchschnittlich zufrieden, unzufrieden oder sogar sehr unzufrieden.

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft: Die Personen der Mieterschaft (n=12) erreichten auf der Satisfaction with Life Scale Werte zwischen fünf und 24. Drei Personen waren sehr unzufrieden und vier Personen waren unzufrieden mit ihrem Leben. Zwei Personen wiesen eine knapp unterdurchschnittliche Zufriedenheit und drei Personen eine durchschnittliche Zufriedenheit auf.

Ergebnisse zu den Aussagen der Subgruppe I: Die Personen der Subgruppe I (n=9) erreichten auf der Satisfaction with Life Scale Werte zwischen neun und 25. Eine Person konnte als sehr unzufrieden eingestuft werden, zwei galten als unzufrieden und vier Personen waren knapp unter der durchschnittlichen Zufriedenheit. Jeweils eine Person zeigte sich im Allgemeinen mit ihrem Leben zufrieden resp. hatte eine hohe Zufriedenheit.

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden: Die Bewerbenden (n=11) hatten auf der Lebenszufriedenheitsskala Werte zwischen acht und 20. Vier Personen waren sehr unzufrieden und drei Personen waren im Wesentlichen unzufrieden mit ihrem Leben. Jeweils einer Person hatte eine knapp unterdurchschnittliche Zufriedenheit bzw. war im Allgemeinen zufrieden mit ihrem Leben.

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Von den drei Probewohnenden waren zwei Personen gemäss der Satisfaction with Life Scale unzufrieden. Die dritte Person zeigte hingegen als einzige Person der Gesamtstichprobe eine sehr hohe Lebenszufriedenheit.

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Die Personen ohne Mietinteresse (n=6) erreichten auf der Satisfaction with Life Scale Werte zwischen elf und 21. Drei Personen waren mit ihrem Leben unzufrieden, zwei Personen knapp unterdurchschnittlich zufrieden und eine zufrieden.

Fazit: Über alle gesehen kann festgehalten werden, dass die Lebenszufriedenheit bei MCS-Betroffenen tiefer ausfiel als bei der Gruppe der *Anderen*. Allerdings ist die Lebenszufriedenheit über alle Gruppen relativ tief. Lediglich acht Personen der insgesamt 37 Befragten gaben an, zufrieden mit ihrem Leben zu sein.

4.1.4.5 Allgemeines habituelles Wohlbefinden

Das allgemeine habituelle Wohlbefinden wurde anhand des Fragebogens zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FHAW) erfasst. Der Fragebogen setzte sich aus 42 Items zusammen, die entweder dem körperlichen, dem psychischen oder dem sozialen Bereich zugeordnet werden konnten. Der Fragebogen deckte sowohl Aspekte des Wohlbefindens als auch Aspekte des Missbefindens ab. Die einzelnen Items, die nach einer fünfer Skala beantwortet wurden (5 Punkte = Ja, genau; 4 Punkte = So ungefähr; 3 Punkte = Ich weiss nicht; 2 Punkte = So nicht; 1 Punkt = So bestimmt nicht), wurden pro Bereich und Aspekt aufsummiert und resultierten in den folgenden sechs Kategorien:

- Aspekte des Wohlbefindens im körperlichen Bereich: Zufriedenheit mit dem momentanen Körperzustand.

- Aspekte des Missbefindens im körperlichen Bereich: Körperliche Gebrechen und Schmerzen.
- Aspekte des Wohlbefindens im psychischen Bereich: Ruhe, Ausgeglichenheit und Vitalität.
- Aspekte des Missbefindens im psychischen Bereich: Unsicherheit, Stress und Anspannung.
- Aspekte des Wohlbefindens im sozialen Bereich: Freunde haben, intaktes Familienleben, Eingebundensein in die soziale Gemeinschaft.
- Aspekte des Missbefindens im sozialen Bereich: Einsamkeit und soziale Isolation, Enttäuschung über Mitmenschen.

Die aufsummierte Differenz der Einzelbereiche entsprach dem jeweils ausgewiesenen Wert des allgemeinen habituellen Wohlbefindens.

Die erreichten Werte wurden mit den Referenzwerten von kranken Erwachsenen für die einzelnen Dimensionen verglichen (Wydra 2014, S.59 ff.) Aufgrund der sehr niedrigen Werte in vorliegender Untersuchung werden nur die Referenzwerte des unteren Bereichs aufgeführt.

	Stark unterdurchschnittlich		Unterdurchschnittlich		Durchschnittlich	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Körperliches Wohlbefinden	bis -4	bis -5	-3-2	-4-1	3-10	2-7
Psychisches Wohlbefinden	bis 2	bis -1	3-7	0-4	8-10	5-9
Soziales Wohlbefinden	bis 6	bis 8	7-11	9-11	12-14	12-14
Allgemeines habituelles Wohlbefinden	bis 10	bis 5	11-20	6-16	21-31	17-26

Tabelle 43: Referenzwerte für kranke Erwachsene (ohne die Werte zu überdurchschnittlich und stark überdurchschnittlich).

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe: Um einen Überblick zur Gesamtstichprobe (n=37) zu geben, werden nachfolgend sowohl der körperliche, der psychische und der soziale Wohlbefindenswert in Tabelle 44 aufgezeigt, wie auch Aussagen zum Wohlbefinden-Gesamtwert gemacht. Auf eine detaillierte Ergebnisberichterstattung der einzelnen Unterkategorien wird wegen mangelnder Aussagekraft verzichtet.

Die Gesamtstichprobe erreichte im Schnitt einen körperlichen Wohlbefindenswert von -8.27, einen psychischen Wohlbefindenswert von 0.27 und einen sozialen Wohlbefindenswert von 5.43, damit wiesen die Befragten in jedem der drei Bereiche, verglichen mit der Normstichprobe, einen stark unterdurchschnittlichen Wohlbefindenswert auf. Dementsprechend sahen die Resultate des

Wohlbefinden-Gesamtwertes aus. Mit einem Mittelwert von -2.57 lagen die Befragten verglichen mit den Referenzen von kranken Erwachsenen in einem stark unterdurchschnittlichen Wohlbefindensbereich.

	Mittelwerte der Gesamtstichprobe			
	Männer (n=12)	Frauen (n=25)	MCS (n=19)	Gesamt (n=37)
Körperliches Wohlbefinden	-11.3	-6.8	-12.4	-8.27
Psychisches Wohlbefinden	-1.75	1.24	-0.47	0.27
Soziales Wohlbefinden	3.67	6.28	4.89	5.43
Allgemeines habituelles Wohlbefinden	-9.42	0.72	-8	-2.57

Tabelle 44: Werte des Wohlbefindens der Gesamtstichprobe (n=37).

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft: Der durchschnittliche Gesamtwert des allgemeinen habituellen Wohlbefindens lag bei der Mieterschaft (n=12) bei -4.75 Punkten, was in Tabelle 45 ersichtlich ist. Dies ist ein Wert, der ein stark unterdurchschnittliches Wohlbefinden attestiert und deutlich unter den Referenzwerten liegt. Die Werte des körperlichen (-7.42), des psychischen (-1.83) und des sozialen Wohlbefindens (4.5) lagen alle unter den Referenzwerten und wiesen ein sehr unterdurchschnittliches Wohlbefinden der Mieterschaft aus. Die weiblichen Befragten der Mieterschaft wiesen leicht höhere Werte auf als die männlichen und die vier MCS-Betroffenen zeigten durchschnittlich tiefere Wohlbefindenswerte in allen drei Teilbereichen wie auch im allgemeinen habituellen Wohlbefinden als die *Anderen*.

	Mittelwerte der Mieterschaft			
	Männer (n=6)	Frauen (n=6)	MCS (n=4)	Gesamt (n=12)
Körperliches Wohlbefinden	-10.33	-4.5	-15.5	-7.42
Psychisches Wohlbefinden	-3	-0.67	-6	-1.83
Soziales Wohlbefinden	4.67	4.33	3	4.5
Allgemeines habituelles Wohlbefinden	-8.7	-0.84	-18.5	-4.75

Tabelle 45: Werte des Wohlbefindens der Mieterschaft (n=12).

Ergebnisse zu den Aussage der Subgruppe I: Die Personen der Subgruppe I (n=9) erreichten im Schnitt einen körperlichen Wohlbefindenswert von -6.67, einen psychischen Wohlbefindenswert von -0.78 und einen sozialen Wohlbefindenswert von 6.33. Damit wiesen die Befragten in jedem der drei Bereiche, verglichen mit der Normstichprobe, einen stark unterdurchschnittlichen Wohlbefindenswert auf. Dementsprechend sahen die Resultate des Wohlbefinden-Gesamtwertes aus. Mit einem Mittelwert von -1.11 lagen die Befragten verglichen mit den Referenzen von kranken Erwachsenen in einem stark unterdurchschnittlichen Wohlbefindensbereich. Die MCS-Betroffenen wiesen in allen drei Bereichen des Wohlbefindens noch tiefere Werte auf als die gesamte Subgruppe I.

	Mittelwerte der Subgruppe I			
	Männer (n=2)	Frauen (n=7)	MCS (n=4)	Gesamt (n=9)
Körperliches Wohlbefinden	-17	-3.71	-12	-6.67
Psychisches Wohlbefinden	-8	1.29	-3.75	-0.78
Soziales Wohlbefinden	-1.5	8.57	4	6.33
Allgemeines habituelles Wohlbefinden	-26.5	6.15	-11.75	-1.12

Tabelle 46: Werte des Wohlbefindens der Subgruppe I (n=9).

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden: Der durchschnittliche allgemeine habituelle Wohlbefindenswert der Bewerbenden (n=11) lag bei -10.18, wobei alle Befragten ein unterdurchschnittliches oder stark unterdurchschnittliches allgemeines habituelles Wohlbefinden angaben. Entsprechend den obigen Resultaten hatten die MCS-betroffenen Bewerbenden ein tieferes allgemeines habituelles Wohlbefinden als der Gesamtwert der Bewerbenden aufwies. Über alle drei Dimensionen wiesen männliche wie weibliche Befragte unterdurchschnittliche oder sogar sehr unterdurchschnittliche Wohlbefindenswerte auf. Der Wert des sozialen Wohlbefindens der MCS-Betroffenen lag noch etwas tiefer als die Gesamtwerte der Bewerbenden.

	Mittelwerte der Bewerbenden			
	Männer (n=2)	Frauen (n=9)	MCS (n=4)	Gesamt (n=11)
Körperliches Wohlbefinden	-7.5	-9.67	-9.25	-9.27
Psychisches Wohlbefinden	-4	-1.22	-0.25	-1.73
Soziales Wohlbefinden	3.5	0.22	-3.25	0.82
Allgemeines habituelles Wohlbefinden	-8	-10.67	-12.75	-10.18

Tabelle 47: Werte des Wohlbefindens der Bewerbenden (n=11).

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Wie in Tabelle 48 ersichtlich, lag der allgemeine habituelle Gesamtwert bei den männlichen Probewohnenden insgesamt im stark unterdurchschnittlichen Bereich (-13.5), bei der weiblichen probewohnenden Person hingegen im überdurchschnittlichen Bereich (49). Insgesamt hatte die Probewohnerin ein gutes allgemeines Wohlbefinden, die Probewohner hingegen fühlten sich allgemein eher schlecht. Der körperliche Wohlbefindenswert war bei den beiden von MCS-betroffenen Probewohnenden überdurchschnittlich hoch, die Werte des psychischen sowie sozialen Wohlbefindens waren jedoch unterdurchschnittlich.

	Mittelwerte der Probewohnenden			
	Männer (n=2)	Frauen (n=1)	MCS (n=2)	Gesamt (n=3)
Körperliches Wohlbefinden	-14.5	16	16	-4.33
Psychisches Wohlbefinden	1.5	22	1.5	8.33
Soziales Wohlbefinden	-0.5	11	-0.5	3.33
Allgemeines habituelles Wohlbefinden	-13.5	49	-13.5	7.33

Tabelle 48: Werte des Wohlbefindens der Probewohnenden (n=3).

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Die befragten MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse wiesen folgende Wohlbefindenswerte auf:

	Mittelwerte der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse		
	Männer (n=2)	Frauen (n=4)	Gesamt (n=6)
Körperliches Wohlbefinden	-15	-12.75	-13.5
Psychisches Wohlbefinden	1.0	3.75	2.83
Soziales Wohlbefinden	5.0	14.75	11.5
Allgemeines habituelles Wohlbefinden	-9	5.75	0.83

Tabelle 49: Werte des Wohlbefindens der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse (n=6).

In Tabelle 49 ist ersichtlich, dass die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse (n=6) ein allgemeines habituelles Wohlbefinden mit einem Wert von 0.83 aufwiesen. Dies ist bis auf die Probewohnenden, die eine extrem kleine Stichprobe darstellten und zudem eine Person mit überdurchschnittlichen Werten aufwies, die einzige Gruppe mit einem positiven Gesamtwert des allgemeinen habituellen Wohlbefindens. Des Weiteren lag der allgemeine habituelle Wohlbefindenswert bei männlichen MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse im stark unterdurchschnittlichen Bereich. Die vier weiblichen MCS-

Betroffenen ohne Mietinteresse zeigten ebenfalls ein stark unterdurchschnittliches allgemeines habituelles Wohlbefinden auf.

Fazit: Es fällt auf, dass alle Befragten – mit Ausnahme einer probewohnenden Person – unterdurchschnittliche bis sehr unterdurchschnittliche Wohlbefindenswerte aufwiesen. MCS-Betroffene zeigten meist eher tiefere Werte als die jeweilige Gesamtgruppe. Besonders fällt deshalb die Gruppe der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse mit ihren leicht positiven Werten ins Auge, denn diese Gruppe bestand ausschliesslich aus MCS-Betroffenen.

4.1.4.6 Das momentane Wohlbefinden

Nach dem habituellen Wohlbefinden wurden die Befragten aufgefordert anzugeben, welches Gesicht am besten verdeutlicht, wie sie sich im Moment fühlen. Es konnte aus den folgenden Gesichtern gewählt werden:

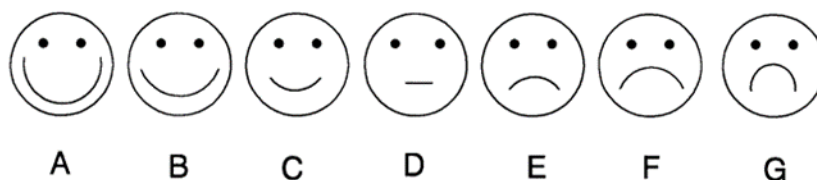


Abbildung 18: Gesichterskala von Ed Diener (1985, 2006).

Für die Auswertung wurden die Gesichter folgendermassen benannt:

- A bedeutet sehr gut
- B bedeutet gut
- C bedeutet eher gut
- D bedeutet neutral
- E bedeutet eher schlecht
- F bedeutet schlecht
- G bedeutet sehr schlecht

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe: 17 von 37 Personen (9 MCS) gaben ihr zum Zeitpunkt der Befragung gefühltes Befinden als neutral (D) an. Drei Personen (1 MCS) fühlten sich im Augenblick, nachdem sie die letzte Frage des Fragebogens beantwortet hatten, schlecht (F), sechs weitere Personen (4 MCS) fühlten sich eher schlecht (E). Insgesamt acht Personen (4 MCS) hielten fest, sich im Augenblick nachdem sie die letzte Frage beantwortet hatten, eher gut (C) zu fühlen und die übrigen drei Personen (1 MCS) fühlten sich gut (B). Keine der befragten Personen fühlte sich im Augenblick, in dem der Fragebogen ausgefüllt wurde sehr gut (A) oder sehr schlecht (G). Der

Vergleich zwischen den einzelnen Krankheitseinstufungen zeigte keine wesentlichen Unterschiede zwischen den MCS-Betroffenen und den *Anderen*.

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft: Fünf der zwölf Personen der Mieterschaft (1 MCS) wählten das neutrale Gesicht (D) als dasjenige, welches ihre Stimmung zum Zeitpunkt der Befragung am besten widerspiegelte. Drei Personen (3 MCS) fühlten sich eher schlecht (E) und zwei Personen fühlten sich schlecht (F). Jeweils eine Person fühlte sich gut (B) bzw. eher gut (C).

Ergebnisse zu den Aussagen der Subgruppe I: Von den neun Personen der Subgruppe I fühlten sich im Augenblick des Fragebogenbeantwortens vier Personen nach eigenen Angaben zufrieden (D). Zwei Personen fühlten sich eher gut (C), je eine weitere Person fühlte sich gut (B), eher schlecht (E) bzw. schlecht (F). Zwischen den MCS-Betroffenen und den *Anderen* zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede.

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden: Fünf von elf Befragten gaben an, dass das neutrale Gesicht (D) ihre Stimmung im Moment der Befragung am besten wiedergebe. Drei fühlten sich im Moment der Befragung eher gut (C), zwei eher schlecht (E) und eine Person fühlte sich schlecht (F).

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden: Jeweils eine Person der Probewohnenden gab an, sich im Augenblick des Ausfüllens des Fragebogens gut (B), neutral (D) oder schlecht (F) gefühlt zu haben.

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse: Bei den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse (n=6) fühlte sich eine Person gut (B), zwei fühlten sich eher gut (C) und drei wählten das neutrale Gesicht (D).

Fazit: Die Meisten der Befragten gaben eine eher neutrale Stimmung an. Niemand nannte ein A für sehr gut oder ein G für sehr schlecht.

4.1.4.7 Sozialkompetenz (Inventar Sozialer Kompetenzen, ISK)

a) Inventar sozialer Kompetenzen

Das Inventar sozialer Kompetenzen (ISK) ist ein multidimensionales Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem grundlegende soziale Kompetenzen abgebildet werden. Die im Fragebogen verwendete Kurzform enthielt 33 Items, welche übergeordnete Kompetenzen widerspiegeln und in die vier nachfolgenden Sekundärskalen gruppiert werden konnten:

- Soziale Orientierung verstanden als: Prosozialität, Perspektivenübernahme, Wertepluralismus, Kompromissbereitschaft und Zuhören.
- Offensivität: verstanden als: Durchsetzungsfähigkeit, Konfliktbereitschaft, Extraversion und Entscheidungsfreudigkeit.
- Selbststeuerung verstanden als: Selbstkontrolle, emotionale Stabilität, Handlungsflexibilität und Internalität.

- Reflexibilität verstanden als: Selbstdarstellung, direkte Selbstaufmerksamkeit, indirekte Selbstaufmerksamkeit und Personenwahrnehmung.

Die Fragen zu den einzelnen Kompetenzen konnten auf einer Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten „Trifft gar nicht zu“, „Trifft eher nicht zu“, „Trifft eher zu“ und „Trifft sehr zu“ beantwortet werden. Die Normwerte liegen bei allen vier Skalen zwischen 90 und 110 Punkten.

Ergebnisse zu den Aussagen der Gesamtstichprobe (n=37):

Soziale Orientierung: Die MCS-Betroffenen erreichten bzgl. sozialer Orientierung Werte zwischen 80 und 114, was einem Durchschnitt von 99.06 entsprach. Der Gesamtdurchschnitt der sozialen Orientierung aller Befragten lag bei 98.27.

Offensivität: Bezüglich Offensivität erreichten die MCS-Betroffenen Standardwerte zwischen 72 und 112, der Durchschnitt lag bei 92.8. Der Gesamtdurchschnitt der Offensivität aller Befragten lag bei 93.57.

Selbststeuerung: Bezüglich Selbststeuerung erreichten die MCS-Betroffenen Werte zwischen 70 und 117 (M=96.19). Der Gesamtdurchschnitt der Selbststeuerung aller Befragten lag bei 95.67.

Reflexibilität: Die MCS-Betroffenen erreichten Standardwerte zwischen 70 und 105 bzgl. Reflexibilität (M=94.00). Der Gesamtdurchschnitt aller Befragten lag bei 96.33.

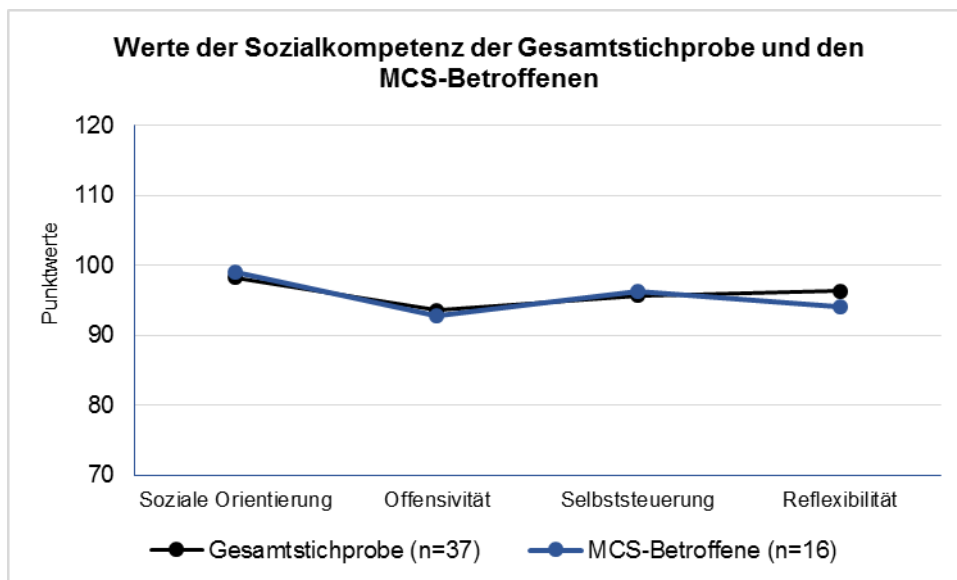


Abbildung 19: Werte der Sozialkompetenz der Gesamtstichprobe (n=37).

Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass sich die MCS-Betroffenen bzgl. Sozialkompetenz nicht von der Gruppe der *Anderen* und der Norm, welche auf der Skala zwischen 90 und 110 liegt, unterscheiden.

Ergebnisse zu den Aussagen der Mieterschaft (n=12):

Aufgrund dessen, dass lediglich zwei Personen der Mieterschaft MCS-Betroffen waren, wird darauf verzichtet, diese separat auszuweisen und lediglich die Werte der Mieterschaft als Gesamtes dargestellt. In Abbildung 20 werden die Werte der Mieterschaft den Werten der Gesamtstichprobe gegenüber gestellt.

Soziale Orientierung: Der Gesamtdurchschnitt der sozialen Orientierung lag bei 96.56.

Offensivität: Der Gesamtdurchschnitt der Offensivität lag bei den Personen der Mieterschaft bei 88.14.

Selbststeuerung: Der Gesamtdurchschnitt der Mieterschaft bzgl. Selbststeuerung lag bei 90.29.

Reflexibilität: Der Gesamtdurchschnitt der Mieterschaft lag bei 97.71.

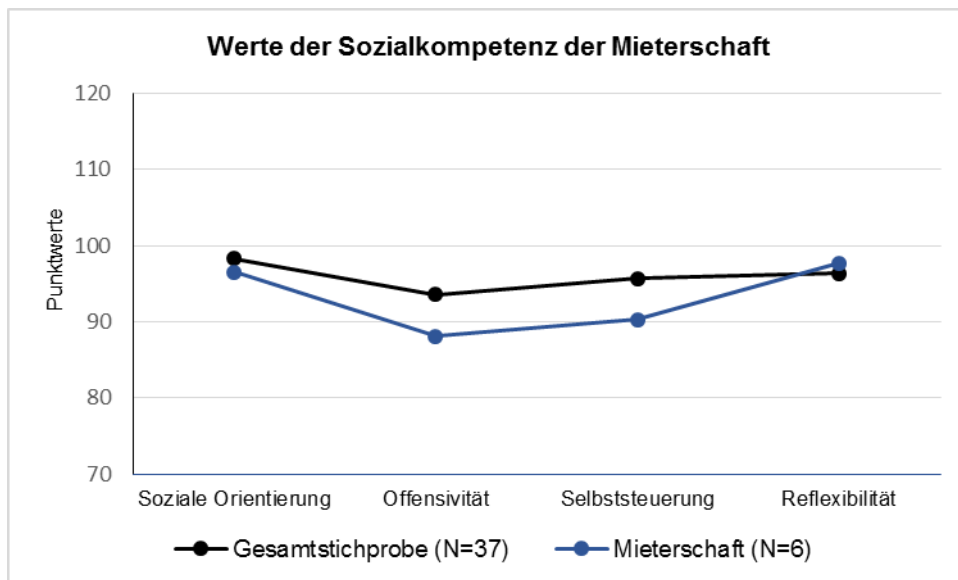


Abbildung 20: Werte der Sozialkompetenz der Mieterschaft (n=12).

Die Ergebnisse in Abbildung 20 zeigen ein im Verhältnis zur Norm (90-110) und zur Gesamtstichprobe tiefer Wert der Offensivität, woraus eine geringe Ausprägung an Durchsetzungsfähigkeit, Konfliktbereitschaft, Extraversion und Entscheidungsfreudigkeit geschlossen werden kann. Ebenfalls eher tief im Verhältnis zur Norm und zur Gesamtstichprobe fiel der Wert der Selbststeuerung aus. Dies deutet auf eine relativ geringe Ausprägung von Selbstkontrolle, emotionaler Stabilität, Handlungsflexibilität und Internalität hin.

Ergebnisse zu den Aussagen zur Subgruppe I (n=9):

Soziale Orientierung: Die MCS-Betroffenen der Subgruppe I erreichten bzgl. sozialer Orientierung Werte zwischen 89 und 108, was einem Durchschnitt von 95.25 entsprach. Der Gesamtdurchschnitt der Subgruppe I zur sozialen Orientierung lag bei 96.56.

Offensivität: Bezüglich Offensivität erreichten die MCS-Betroffenen der Subgruppe I Standardwerte zwischen 72 und 95, der Durchschnitt lag bei 88.5. Der Gesamtdurchschnitt der Offensivität lag bei den Personen der Subgruppe I bei 94.67.

Selbststeuerung: Bezüglich Selbststeuerung erreichten die MCS-Betroffenen der Subgruppe I Werte zwischen 86 und 107 (Durchschnitt: 97). Der Gesamtdurchschnitt der Selbststeuerung lag bei 97.33.

Reflexibilität: Die MCS-Betroffenen der Subgruppe I erreichten Standardwerte zwischen 84 und 105 bzgl. Reflexibilität (M=94.25). Der Gesamtdurchschnitt der Subgruppe I lag bei 96.11.

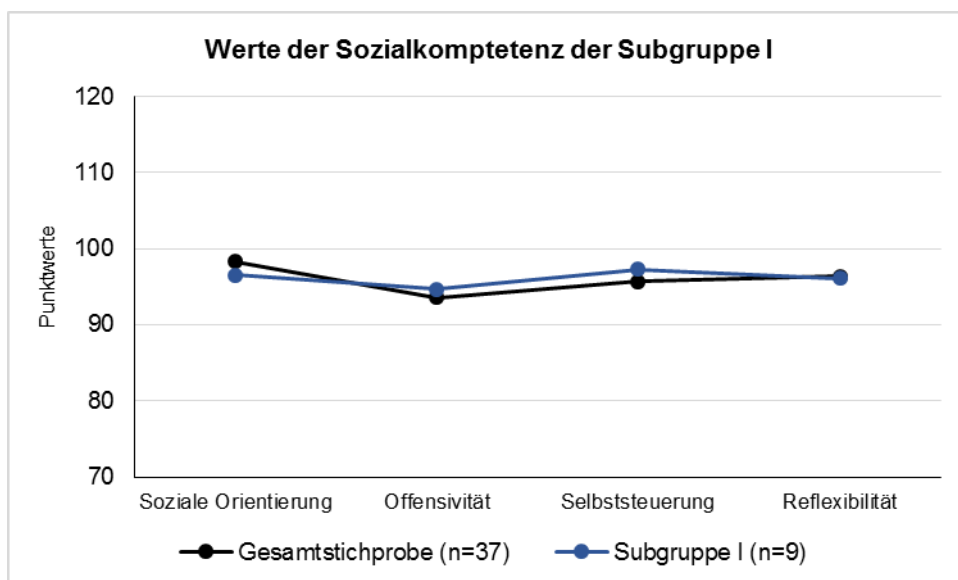


Abbildung 21: Werte der Sozialkompetenz der Subgruppe I (n=9).

Die Werte der Gesamtstichprobe und der Subgruppe I sind nahezu identisch.

Ergebnisse zu den Aussagen der Bewerbenden (n=11):

Bei den Bewerbenden konnten lediglich zwei Personen MCS zugewiesen werden, deshalb wird auch bei dieser Stichprobe auf eine differenzierte Ergebnisdarstellung verzichtet und in Abbildung 22 lediglich die Gesamtergebnisse der Bewerbenden und der Gesamtstichprobe abgebildet.

Soziale Orientierung: Der Gesamtdurchschnitt der sozialen Orientierung lag bei 100.4.

Offensivität: Der Gesamtdurchschnitt der Offensivität lag bei den Bewerbenden bei 92.1.

Selbststeuerung: Der Gesamtdurchschnitt der Selbststeuerung lag bei 97.5.

Reflexibilität: Der Gesamtdurchschnitt der Bewerbenden bei der Reflexibilität lag bei 98.3.

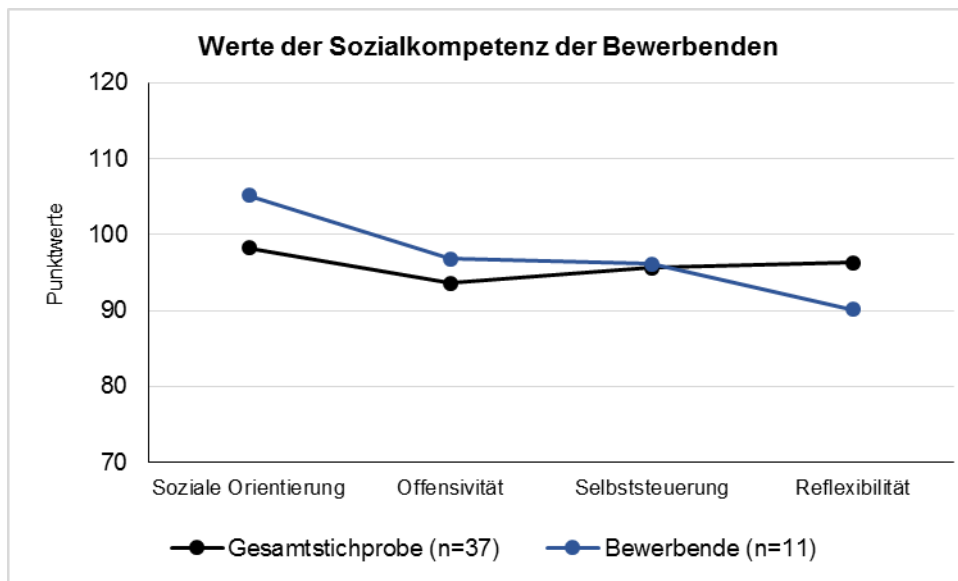


Abbildung 22: Werte der Sozialkompetenz der Bewerbenden (n=11).

Alle Werte lagen im Normbereich und sind mit der Gesamtstichprobe vergleichbar.

Ergebnisse zu den Aussagen der Probewohnenden (n=3):

Aufgrund der sehr kleinen Stichprobenzahl von drei Personen, wobei eine Person diesen Teil des Fragebogens nicht ausfüllte, wird auf die Darstellung dieser Daten verzichtet.

Ergebnisse zu den Aussagen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse (n=6):

Bei dieser Stichprobe handelte es sich ausschliesslich um MCS-Betroffene, weshalb die angegebenen Mittelwerte gleichzeitig die Mittelwerte der Gruppe der MCS-Betroffenen dieser Gruppe sind. In Abbildung 23 sind deshalb lediglich die Gesamtstichprobe und die Gruppe der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse angegeben.

Soziale Orientierung: Die Personen ohne Mietinteresse erreichten bzgl. sozialer Orientierung Standardwerte zwischen 94 und 114 und durchschnittlich einen Wert von 105.17.

Offensivität: Bezüglich Offensivität lagen die Werte zwischen 75 und 112 und der Durchschnitt bei 96.83.

Selbststeuerung: Die Personen ohne Mietinteresse erreichten bzgl. Selbststeuerung Werte zwischen 70 und 117 und im Durchschnitt 96.17

Reflexibilität: Bezüglich Reflexibilität erreichten die Personen ohne Mietinteresse Werte zwischen 70 und 105 und im Durchschnitt 90.17.

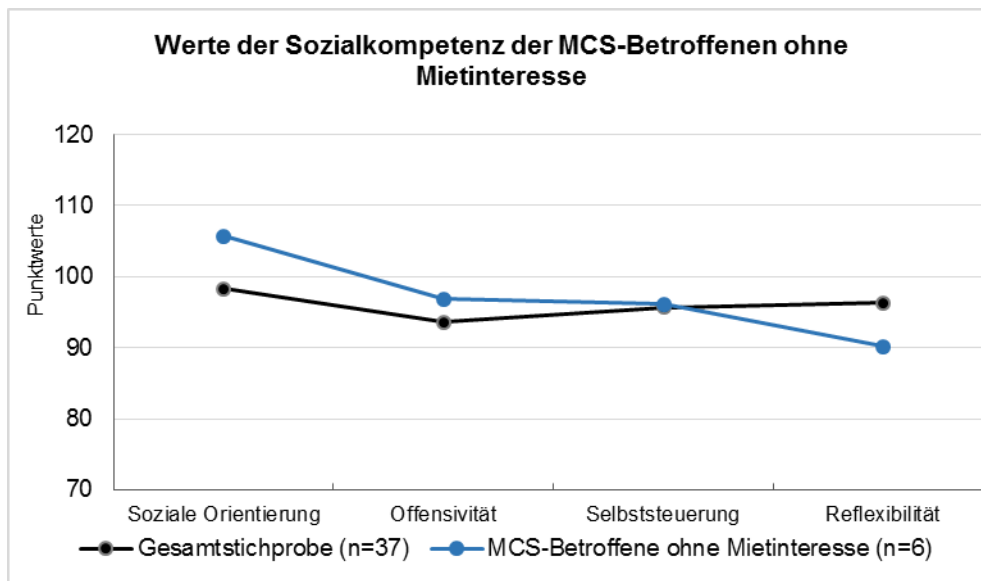


Abbildung 23: Werte der Sozialkompetenz der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse (n=6).

Aus Abbildung 23 geht eine höhere soziale Orientierung der Gruppe der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse hervor. Dies weist auf eine, im Vergleich zu den anderen Stichproben, relativ hohe Ausprägung bzgl. Prosozialität, Perspektivenübernahme, Wertepluralismus, Kompromissbereitschaft und Zuhören hin. Im Vergleich zu den anderen Stichproben erschien die Reflexibilität gering ausgeprägt, auch lag sie am unteren Ende der Norm, welche zwischen 90 und 110 liegt. Dies deutet denn auf eine geringe Ausprägung der Selbstdarstellung, der direkten und indirekten Selbstaufmerksamkeit sowie der Personenwahrnehmung hin.

Fazit: Ganz generell kann festgehalten werden, dass sich die hier untersuchten Personengruppen bzgl. der Sozialkompetenzen nicht in entscheidender Weise von der Norm abhob. Trotzdem fallen zwei Dinge auf. Erstens schienen MCS-Betroffene aus den Gruppen, die ein Mietinteresse hatten, eine eher geringe Ausprägung der Offensivität, unter welcher Durchsetzungsfähigkeit, Konfliktbereitschaft, Extraversion und Entscheidungsfreudigkeit verstanden werden, zu haben. Als Zweites fällt die relativ hohe Ausprägung der sozialen Orientierung der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse auf. Darunter werden Prosozialität, Perspektivenübernahme, Wertepluralismus, Kompromissbereitschaft und Zuhören verstanden.

4.1.4.8 Fazit Psychisches Wohlbefinden

Die hier untersuchten Gruppen zeigten durchgängig tiefe Werte bzgl. der Kontrollüberzeugung, was einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten wie auch auf die Gesundheit selbst haben kann. Knapp die Hälfte der Befragten, wies im Depressionsscreening Anzeichen einer Depression auf und nur die wenigsten waren zum Zeitpunkt der Erhebung in ärztlicher Behandlung oder nahmen entsprechende Medikamente ein. Bezüglich des Kohärenzsinn, welcher eine globale Orientierung darstellt, die

ausdrückt, in welchem Ausmass ein Mensch ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens in das Leben hat, fällt auf, dass MCS-Betroffene leicht höhere und MCS-Betroffene ohne Mietinteresse deutlich höhere Werte aufwiesen als die Gesamtstichprobe. Das allgemeine habituelle Wohlbefinden fiel durchgängig in allen Stichprobengruppen unterdurchschnittlich bis sehr unterdurchschnittlich aus. Dabei zeigten MCS-Betroffene meist eher tiefere Werte als die jeweilige Gesamtgruppe, weshalb die Gruppe der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse etwas auffällt, denn sie zeigte leicht positive Werte. Die Lebenszufriedenheit wurde grösstenteils neutral bewertet, also weder zufrieden noch unzufrieden. In Bezug auf die Sozialkompetenzen war die vorliegende Stichprobe innerhalb des Normbereiches. Es fällt lediglich auf, dass die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse eine höhere soziale Orientierung aufwiesen und die anderen MCS-Betroffenen, also jene mit Mietinteresse, eine geringe Ausprägung der Offensivität zeigten.

4.1.5 Vergleiche zwischen Mietinteressierten, MCS-Betroffenen mit und ohne Mietinteresse und sowie der *Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007*

Im Folgenden werden die Ergebnisse der in der Kapitelüberschrift genannten Gruppen miteinander verglichen. Die Vergleichsgruppe ist die repräsentative Schweizer Wohnbevölkerung, deren Angaben aus der *Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)* aus dem Jahr 2007 stammen. Dieses Sample ist naturgemäss sehr gross ($n > 11'000$), weshalb hier Prozentangaben Sinn machen. Die bescheidenen Samplegrössen der Stichproben vorliegender Studie, welche allesamt weit unter 100 liegen, würde es eigentlich verbieten, diese in Prozenten anzugeben. Dies wird in der Folge in diesem Kapitel trotzdem getan, im Wissen darum, damit ein Sakrileg zu begehen – ein Vergleich zwischen zwei Gruppen, die eine in Prozenten und die andere in numerischen Zahlen ausgewiesen, macht schlicht keinen Sinn und die Daten ansich sind zu interessant, als dass sie nicht verwendet werden sollten. Die Ergebnisse folgender Gruppen werden einander gegenübergestellt:

Die Ergebnisse der Stichprobe der SGB wurden mit den Ergebnissen der Personen, die ein Mietinteresse äusserten, in dem sie sich um eine Wohnung bewarben, verglichen. Sie werden hier *Mietinteressierte* genannt. Dadurch soll aufgezeigt werden, inwiefern sich die am Wohnprojekt interessierten Personen von der Durchschnittsbevölkerung bzgl. der erhobenen Parameter unterscheiden.

Die Ergebnisse aller *MCS-Betroffenen mit Mietinteresse* wurden mit den Ergebnissen der *MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse* verglichen, um allfällige Unterschiede, welche die Entscheidung für eine Bewerbung bzw. gegen eine Bewerbung beeinflussten, feststellen zu können.

Es werden lediglich die Ergebnisse des Vergleichs präsentiert. Die Ergebnisse der Mietinteressierten sowie der MCS-Betroffenen mit und ohne Mietinteresse wurden in den vorherigen Kapiteln ausführlich dargestellt.

Dabei handelt es sich um folgende Personengruppen, die hier verglichen werden sollen:

Stichprobe der SGB: Die verwendete Stichprobe der SGB umfasste 11'824 Fälle. In die Stichprobe eingeschlossen wurden Personen zwischen 27 und 76 Jahren. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 50.75 Jahre (SD=13.75). Der Frauenanteil entsprach 55.9%. Da nicht alle Personen, alle für die vorliegende Studie relevanten Fragen ausgefüllt haben, variieren die n-Angaben in den nachfolgenden Vergleichen.

Mietinteressierte: Die hier verwendete Stichprobe umfasste 31 Personen. Es handelt sich dabei um die Gesamtstichprobe der vorliegenden Untersuchung abzüglich der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse.

MCS-Betroffene mit Mietinteresse: Die MCS-Betroffenen mit Mietinteresse waren alle MCS-Betroffene aus der Gesamtstichprobe der vorliegenden Untersuchung, welche eine Gruppe von 13 Personen bilden.

MCS-Betroffene ohne Mietinteresse: Die MCS-Betroffenen ohne Mietinteressen umfassen insgesamt sechs Personen und hatten zu keinem Zeitpunkt Interesse an einer Wohnung im MCS-Wohnhaus.

Wie bereits bei den quantitativen Ergebnissen wird auch hier in der jeweiligen Überschrift die Nummer der Frage(n) aus dem Fragebogen angegeben.

4.1.5.1 Störungen zu Hause (11)

Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung:

Insgesamt hielten 43.5% der Befragten der SGB fest, in ihrer Wohnung an keiner Störung zu leiden. Durchschnittlich kreuzten die Befragten 1.8 Störungen (SD=1.2, n=5'858) an, die sie in ihrer Wohnung wahrnahmen. Von den Befragten, die sich gestört fühlten, kreuzten 50.2% an, durch eine Störung beeinträchtigt zu werden, 28.5% wurden durch zwei, 12.1% durch drei und 7.6% der Beeinträchtigten wurden durch mehr als vier Störungen gestört.

Die grössten Beeinträchtigungen wurden durch Lärm verursacht, nämlich bei 22% der Befragten durch Autolärm, bei 15.9% durch den Lärm von Leuten und Kindern ausserhalb des eigenen Haushaltes, bei 8.9% durch Flugzeuflärm, bei 6.6% durch Eisenbahnlärm und bei 2.6% durch Lärm von Industrie und Gewerbe. Andere Störungen waren folgende: 9.6% der Befragten fühlten sich durch Verkehrsabgase, 7.2% durch die Landwirtschaft, 3.5% durch Industrieabgase und 3.4% durch elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen gestört. 9.6% der Befragten fühlten sich durch „andere Störungen“ als den erwähnten beeinträchtigt.

Vergleich:

Vergleich SGB und Mietinteressierte:

Die am MCS-Haus interessierten Personen unterschieden sich deutlich in der Anzahl der wahrgenommenen Störungen in ihrer Wohnung. Während sich fast alle Personen mit Mietinteresse

durch mindestens eine oder mehrere Störungen beeinträchtigt fühlten, fühlten sich nur etwas mehr als die Hälfte (56.5%) der Befragten der *SGB* durch Störungen in ihrer Wohnung beeinträchtigt. Die drei am meisten genannten Störungen unterschieden sich in den beiden Gruppen insofern, dass die elektromagnetischen Felder der Hochspannungsleitungen für die Mietinteressierten beeinträchtigender waren als für die Personen der *SGB*. Auffällig waren zudem die Antworten der Mietinteressierten zu Beeinträchtigungen durch andere Störungen, denen von 87.1% der Personen mit Mietinteresse zugestimmt wurde.

Vergleich MCS-Betroffene mit Mietinteresse und MCS-Betroffene ohne Mietinteresse:

Insgesamt fühlten sich die MCS-Betroffenen, welche ihr Interesse an einer MCS-Wohnung äusserten, durch mehr Störungen an ihrem alten Wohnort beeinträchtigt, als jene MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse.

Die vier am häufigsten genannten Störungen überschneiden sich in diesen beiden Gruppen stärker. Beide Gruppen nannten Verkehrsabgase, die Beeinträchtigungen durch die Landwirtschaft sowie Industrieabgase und Gestank als häufig vorkommende Störungen. Die MCS-Betroffenen mit Mietinteresse fühlten sich im Gegensatz zu den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse zudem stark durch den Lärm des Verkehrs gestört.

Fazit: Mietinteressierte und MCS-Betroffene, insbesondere MCS-Betroffene mit Mietinteresse berichteten über wesentlich mehr Störungen zu Hause als die Stichprobe der *SGB*. Besonders auffällig ist, dass fast die Hälfte der Befragten der *SGB* angaben, zu Hause keine Störungen zu haben, wohingegen Mietinteressierte und MCS-Betroffene mit und ohne Mietinteresse mindestens eine, meistens aber mehrere Störungen nannten. Am meisten fühlten sich die Befragten der *SGB* durch Verkehrslärm gestört, wohingegen MCS-Betroffene (mit und ohne Mietinteresse) sich von Verkehrsabgasen und Mietinteressierte von elektromagnetischen Feldern am meisten gestört fühlten.

Hypothese 3: Die MCS-Betroffenen leben aktuell in einem Umfeld, welches häufiger von Störungen belastet ist, als die vergleichbare *SGB*-Stichprobe.

Diese Hypothese wurde mit den vorliegenden Daten bestätigt. Alle MCS-Betroffenen gaben an, mindestens eine Störung in ihrem Umfeld wahrzunehmen, wohingegen 43% der *SGB*-Stichprobe angab, gar keine Störungen wahrzunehmen.

4.1.5.2 Soziale Unterstützung (8, 12)

Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung:

8.24% (n=11'824) der Befragten der *SGB* gaben an, in den vergangenen zwölf Monaten und 25.7 % (n=1198) in den vergangenen sieben Tagen Hilfe erhalten zu haben. Bei 71.4% der Befragten (n=287), die auf diese Frage antworteten, umfasste die Unterstützung im Haushalt, bei 64.1% der Befragten

Hilfe beim Einkaufen, bei 38.3% Hilfe bei den Mahlzeiten und bei 34.1% Transporte. 25.1% erhielten Hilfe bei der Kranken- und Körperpflege, 19.9% erhielten Hilfe im administrativen Bereich, 16.7% bei der Pflege- und Betreuung von Familienmitgliedern und 15.7% der Befragten wurde Gesellschaft geleistet. 10.5% der Befragten erhielten Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfe.

Die geleistete Hilfe erhielten die Befragten meist von der Partnerin bzw. vom Partner (53.5%, n=284), Bekannten und Freunden (38.4%), der Tochter (29.2%), dem Sohn (20.4%), den Nachbarn (18%), den Mutter (15.1%). In 13.7% erbrachten andere Familienmitglieder die Hilfe. Etwas weniger standen die Schwester (10.2%), der Bruder (6.3%) oder der Vater (3.9%) als Hilfeleistende im Einsatz.

Die Mehrheit der Personen in der SGB (71.4%, n=11`824) hatten meistens oder immer jemanden, der sie unterstützte, falls sie das Bett hüten mussten. 76.7% gaben an, jemandem zu haben, wenn sie sich aussprechen wollten, 78.2% hielten fest, meistens oder immer jemanden zu haben, der sie in Krisensituationen unterstützen würde und 67.6% der Befragten wurden zur sozialen Unterstützung in die Arme genommen.

15.2% (n=11`824) der Befragten der SGB hatten selten oder nie jemanden, der sie unterstützte, wenn sie das Bett hüten mussten. 8% gaben an, niemanden zu haben, wenn sie sich aussprechen wollten. 8% der Befragten hielten fest, niemanden oder nur selten jemanden zu haben, der sie in Krisensituationen unterstützen würde. 14.7% der Befragten hielten fest, nicht oder nur selten als Form der Unterstützung in die Arme genommen zu werden.

Vergleich:

Vergleich SGB und Mietinteressierte:

Von den Mietinteressierten erhielten etwas weniger als die Hälfte (45.2%) in den vergangenen zwölf Monaten Hilfe von Dritten. Im Vergleich zu den 8.24% der SGB, lag die relative Unterstützung innerhalb der letzten zwölf Monate bei den Mietinteressierten deutlich höher. Die Zahlen für die Hilfe innerhalb der letzten sieben Tage sprechen aber nicht dafür, dass die Mietinteressierten in dieser Zeit insgesamt auf mehr Unterstützung angewiesen waren, als die Vergleichsgruppe.

Während die Befragten der SGB stark Unterstützung im Haushalt, bei den Mahlzeiten und den Einkäufen beanspruchten, erhielten die Mietinteressierten hauptsächlich im sozialen und administrativen Bereich Unterstützung. Transporte und Hilfe bei der Kranken- und Körperpflege, zwei Unterstützungsleistungen, die in der Stichprobe der SGB generell beansprucht wurden, bezogen die Mietinteressierten eher selten. Die Pflege- und Betreuung von Familienmitgliedern war für alle Befragten kein Thema.

Hilfe und Unterstützung erhielten die Befragten der SGB mehrheitlich von der Partnerin bzw. vom Partner, Bekannten und Freunden sowie von ihren Kindern. Für die Mietinteressierten schien neben der Unterstützung durch die Partnerin bzw. den Partner das familiäre Umfeld, spezifisch die Mutter (mit 20.7%), eine wichtige unterstützende Funktion einzunehmen.

Die Mietinteressierten erhielten Gesellschaft, Hilfe und andere Formen von sozialer Unterstützung, wobei über die Hälfte der Mietinteressierten angaben, eine Person zur Seite zu haben (61.3%), wenn sie sich aussprechen wollten und dass sie Hilfe in einer Krisensituation erhalten würden (54.9%). Dieses Ergebnis glich in der Tendenz den Angaben der Personen in der SGB. Hingegen konnten nur 34% der Mietinteressierten darauf vertrauen, eine Person an ihrer Seite zu haben, falls sie das Bett hüten müssten, was verglichen mit der SGB (in der 71.4% bei Bedarf immer oder meistens eine solche Person an ihrer Seite hatten) einem relativ tiefen Wert entspricht. Die Mietinteressierten (30%) erfuhren ebenfalls deutlich weniger oft soziale Unterstützung durch eine Person, die sie in den Arm nimmt, als dies in der Gesamtstichprobe (67.6%) der Fall war.

Vergleich MCS-Betroffene mit Mietinteresse und MCS-Betroffene ohne Mietinteresse:

Von den MCS-Betroffenen mit Mietinteresse erhielten in den vergangenen zwölf Monaten aber auch in den vergangenen sieben Tagen deutlich weniger Befragte Unterstützung als die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse. Letztere wurden allesamt sowohl im vergangenen Jahr als auch in der Woche vor dem Befragungszeitpunkt durch Dritte unterstützt.

Die erhaltene Hilfe war in beiden Gruppen im Haushaltsbereich (Haushalt, kochen, einkaufen) am häufigsten. Sowohl bei den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse als auch bei den MCS-Betroffenen mit Mietinteresse wurde die Hilfe am häufigsten durch die Partnerin bzw. den Partner erbracht. In der Gruppe der MCS-Betroffenen mit Mietinteresse erhielten die Befragten gleich häufig Unterstützung durch die Eltern. Bei den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse wirkten auch die Kinder sowie Freunde und Bekannte unterstützend, was bei den MCS-Betroffenen mit Mietinteresse nicht der Fall war.

Die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse unterschieden sich leicht von den MCS-Betroffenen mit Mietinteresse. Zwar ging die Mehrheit (8/13) der MCS-Betroffenen mit Mietinteresse davon aus, meistens oder immer jemanden zu haben, der ihnen zuhören würde, falls sie das Bedürfnis hätten sich auszusprechen, und knapp die Hälfte (6/13) der Gruppe der MCS-Betroffenen mit Mietinteresse konnte meistens oder immer darauf vertrauen, jemanden zu haben, der ihnen in Krisensituationen zur Seite stand. Aber nur je drei der 13 MCS-Betroffenen mit Mietinteresse gaben an, jemanden zu haben, wenn sie das Bett hüten mussten und sie bei Bedarf in den Arm nahm. Bei den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse blieben die Werte mit Ausnahme der sozialen und physischen Unterstützung hingegen konstant. Bemerkenswert erscheint ebenfalls, dass keine Person der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse ohne eine Form der sozialen Unterstützung auskommen musste, wohingegen in drei von vier Items mindestens eine Person der MCS-Betroffenen mit Mietinteresse angab, von niemandem solche Unterstützung zu erhalten.

Fazit: Keine 10% der Befragten der SGB gaben an, Hilfe von Dritten zu benötigen. Von den Mietinteressierten gaben fast die Hälfte und von den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse sogar alle an, Hilfe von Dritten zu beanspruchen. Die Hilfe wurde bei den Befragten der SGB vorwiegend im Haushalt und bei den Mietinteressierten im sozialen und administrativen Bereich erbracht. Deutlich mehr als zwei Drittel der SGB-Stichprobe gab an, jemanden zu haben der sie unterstützt, falls sie das

Bett hüten müssten, lediglich ein Drittel der Mietinteressierten und ein Viertel der MCS-Betroffenen mit Mietinteresse könnten in dieser Situation mit Unterstützung rechnen.

4.1.5.3 Gesundheit und Krankheit (2, 4, 5, 6)

Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung:

Die Mehrheit der Befragten der SGB hatte einen gesundheitsorientierten Lebensstil, dabei gaben 67.4% (n=11'824) der Personen an, die Gedanken an die Erhaltung ihrer Gesundheit beeinflusse ihren Lebensstil und 19.7% hielten gesundheitliche Überlegungen weitgehend bestimmend, für die Art wie sie lebten. 9.9% der Befragten meinten hingegen zu leben, ohne sich um die Folgen für ihre Gesundheit zu kümmern.

Ihre allgemeine Gesundheit empfanden 87.1% (n=11'824) als sehr gut oder gut, 9.9% als mittelmässig und 2.9% als schlecht oder sehr schlecht. 29.8% gaben an, ein langwieriges gesundheitliches Problem zu haben, wohingegen 70.1% von keinem solchen berichteten. Gesundheitliche Probleme schränkten 6.1% der Befragten innerhalb der letzten sechs Monate bei Tätigkeiten im Alltag stark ein und 18.5% wurden durch ihre gesundheitlichen Probleme etwas eingeschränkt. Eine Mehrheit von 74.3% der Befragten hielt fest, durch ihre gesundheitlichen Probleme nicht eingeschränkt worden zu sein. Die gesundheitlichen Probleme stuften 75.5% (n=2'789) als körperlich bedingt und 5.6% als psychisch bedingt ein. 12.2% sahen ihre Probleme sowohl durch körperliche als auch psychische Gründe bedingt. Die übrigen Befragten gaben diesbezüglich keine Antwort (4.2) oder wussten nicht (1.3%) worauf ihre Beschwerden zurückzuführen seien.

Vergleich:

Vergleich SGB und Mietinteressierte:

Sowohl die Stichprobe der SGB als auch die Mietinteressierten zeigten ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein. Während die Mehrheit der Befragten der SGB-Stichprobe (67.4%) diesen gesundheitsorientierten Lebensstil darin sahen, dass die Gedanken an die Erhaltung ihrer Gesundheit ihren Lebensstil beeinflussen würden und nur 19.7% dieser Gruppe das Gefühl hatten, ihr Leben sei weitgehend durch gesundheitliche Überlegungen bestimmt, stimmte je die Hälfte der Gruppe der Mietinteressierten einem dieser beiden Items zu. Demgemäss hielten 51.7% der Mietinteressierten gesundheitliche Überlegungen weitgehend bestimmend für die Art, wie sie lebten.

Ein grosser Unterschied zeigte sich bei der Beurteilung des subjektiven Gesundheitsempfindens. Eine klare Mehrheit (87.1%, n=11'824) der Befragten der SGB stufte ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein, in der Stichprobe der Mietinteressierten empfanden allerdings nur 13.3% der Befragten ihre allgemeine Gesundheit als gut. Hingegen fühlten sich 40% (9/30) der Mietinteressierten

gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht, während dies in der Stichprobe der SGB nur bei 2.8% der Befragten der Fall war. Die beiden Stichproben differenzierten sich ebenfalls bei der Beurteilung ein langfristiges gesundheitliches Problem zu haben, eine Aussage, der alle Bewerbenden, aber nur 29.8% der Befragten der SGB zustimmten. Aufgrund der Krankheitsbetroffenheit der Stichprobe der Mietinteressierten überrascht dieser deutliche Unterschied kaum. Das gesundheitliche Problem schränkte eine Mehrheit von 64.5% der Gruppe der Mietinteressierten in ihren Tätigkeiten des alltäglichen Lebens ein, wohingegen sich nur 6.1% der Befragten der SGB innerhalb der letzten sechs Monate bei Tätigkeiten im Alltag durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt fühlten. Gleich wie in der SGB-Stichprobe (75.5%, n=2`789) beurteilte auch eine Mehrheit der Mietinteressierten (54.8%, n=31) ihre gesundheitlichen Probleme als körperlich bedingt oder waren gemäss den Angaben der Befragten eine Kombination aus körperlichen und psychischen Umständen (Mietinteressierte 38.7%; SGB 12.2%). Eher seltener wurden die körperlichen Probleme auf rein psychische Ursachen zurückgeführt (Mietinteressierte 3.2%; SGB 5.9%).

Vergleich MCS-Betroffene mit Mietinteresse und MCS-Betroffene ohne Mietinteresse:

Beide Gruppen zeigten einen gesundheitsorientierten Lebensstil. Fünf der sechs MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse und die Hälfte (6) der MCS-Betroffenen mit Mietinteresse meinten, gesundheitliche Überlegungen würden weitgehend bestimmen, wie sie lebten. Die anderen sechs MCS-Betroffenen mit Mietinteresse und eine der sechs MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse empfanden Gedanken an die Erhaltung ihrer Gesundheit als beeinflussend für ihren Lebensstil.

Ihre allgemeine Gesundheit empfanden sowohl die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse als auch eine Mehrheit (7/12) der MCS-Betroffenen mit Mietinteresse als schlecht und die restlichen fünf MCS-Betroffenen mit Mietinteresse stufen ihre allgemeine Gesundheit auch nur als mittelmässig ein. In beiden Gruppen gab es keine Personen, die ihre allgemeine Gesundheit als gut eingestuft, was bezeichnend für die MCS-Betroffenheit ist. Sowohl alle MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse als auch alle MCS-Betroffenen mit Mietinteresse stimmten der Aussage zu, ein dauerhaftes gesundheitliches Problem zu haben, wobei sich alle MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse sowie elf der dreizehn MCS-Betroffenen mit Mietinteresse durch ihre gesundheitlichen Probleme bei den Tätigkeiten des normalen Alltagslebens stark eingeschränkt fühlten. Zwei weitere MCS-Betroffene mit Mietinteresse fühlten sich durch ihre gesundheitlichen Probleme in ihrem Alltag nur etwas eingeschränkt. Folglich zeigten die Ergebnisse insgesamt, dass sich alle Befragten dieser zwei Gruppen durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt fühlten. Die Ursachen der gesundheitlichen Probleme sahen je zwei MCS-Betroffene ohne Mietinteressen als körperlich, psychisch oder sowohl körperlich als auch psychisch bedingt. Eine Mehrheit (10/13) MCS-Betroffener mit Mietinteresse war der Meinung ihre gesundheitlichen Probleme seien körperlich bedingt, drei weitere Personen sahen sowohl körperliche als auch psychische Gründe für ihren gesundheitlichen Zustand.

Hinsichtlich der subjektiven Beurteilung von Gesundheit resp. Krankheit zeigten sich in den beiden MCS-Vergleichsgruppen ähnliche Tendenzen, die auf eine allgemein als schlecht beurteilte Gesundheit hinweisen.

Fazit: Alle Mietinteressierten wiesen einen gesundheitsorientierten Lebensstil auf, im Gegensatz dazu waren es bei der SGB lediglich gut zwei Drittel der Befragten. Die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes wurde in der SGB mit fast 90% mit gut bis sehr gut angegeben. Die Mietinteressierten schätzten ihren Gesundheitszustand wesentlich schlechter ein als die Befragten der SGB. Nur etwas mehr als 10% schätzten den Gesundheitszustand als gut und 40% als schlecht bis sehr schlecht ein. Alle MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse schätzten ihren Gesundheitszustand als schlecht ein, MCS-Betroffene mit Mietinteresse hingegen als schlecht bis mittelmässig. Alle MCS-Betroffenen fühlten sich durch ihre Beschwerden im Alltag eingeschränkt. Bei den Befragten der SGB waren es weniger als 10% und bei den Mietinteressierten knapp zwei Drittel.

Hypothese 1: Die allgemeine Gesundheit wird von den MCS-Betroffenen schlechter eingeschätzt als von der vergleichbaren SGB-Stichprobe.

Diese Hypothese wurde durch die vorliegenden Daten bestätigt. 87.1% der SGB-Stichprobe beurteilte die eigene Gesundheit als gut oder sogar sehr gut, wohingegen die MCS-Betroffenen ihre Gesundheit vorwiegend als schlecht oder mittelmässig einstufen.

4.1.5.4 Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) (10)

Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung:

In der SGB fühlten sich 70.8% (n=11'824) in ihrem persönlichen Gesundheitsverhalten sehr sicher oder sicher. 17.7% hatten weder das Gefühl sicher noch unsicher zu sein, 3.5% fühlten sich unsicher und 2% fühlten sich in ihrem persönlichen Gesundheitsverhalten sehr unsicher. Die übrigen 6.1% gaben diesbezüglich keine Antwort oder wussten nicht, ihr persönliches Gesundheitsverhalten einzustufen. Ein ähnliches Bild zeigte sich auch beim Konsumverhalten bzw. dem Wissensstand zu den Ernährungsgewohnheiten, wobei sich 64.4% der Befragten sehr sicher fühlten, 20% das Gefühl hatten, weder sicher noch unsicher zu sein, 5.3% sich nicht sicher waren und 3% der Befragten sich sehr unsicher fühlten.

Bei den Fragen zum Verhalten im öffentlichen Gesundheitssystem fühlten sich die Befragten unsicherer als bei den Fragen zum persönlichen Gesundheitsverhalten. So waren sich nur noch 51.5% der Befragten in ihrem Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versorgungssystem sehr sicher oder sicher. Weitere 24.9% der Befragten waren sich weder sicher noch unsicher, 10.6% fühlten sich nicht sicher und 6.2% waren hinsichtlich des Konsumenten – und Patientenverhaltens im Gesundheits- und Versicherungssystem sehr unsicher. 6.9% antworteten zu dieser Frage nicht oder gaben an, nicht zu wissen, wie sicher sie sich fühlten. Auch als Bürgerin und Bürger bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen fühlte sich etwas weniger als die Hälfte der Befragten (43.8%) sehr sicher oder sicher, weitere 24.7% waren weder besonders sicher, noch besonders unsicher, und 19.2% fühlten sich bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen unsicher oder sogar sehr unsicher. Insgesamt 12.3% beantworteten die Frage mit weiss nicht oder gaben dazu keine Antwort.

Vergleich:

Vergleich SGB und Mietinteressierte:

Wie die Mehrheit der SGB-Stichprobe zeigte sich auch die Mehrheit der Mietinteressierten in ihrem persönlichen Gesundheitsverhalten sicher oder sogar sehr sicher. Dies galt ebenfalls, wenn das Thema das Konsumverhalten bzw. das Wissen um gesunde Nahrungsmittel etc. betraf.

Beim Thema Patienten- und Konsumentenverhalten im Gesundheits- und Versorgungssystem stieg die Unsicherheit in beiden Gruppen an. Zwar zeigte sich noch etwas mehr als die Hälfte der Stichprobe der SGB bei diesem Thema sehr sicher oder sicher, gleichzeitig stieg aber auch der Anteil von Personen, die nicht sicher oder sehr unsicher waren auf 16.8%. In der Gruppe der Mietinteressierten fühlten sich nur noch 29% (9/31) sehr sicher oder sicher, 32.2% waren hingegen unsicher oder sogar sehr unsicher. Auch als Bürgerin und Bürger bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen fühlte sich nur knapp weniger als die Hälfte der SGB-Stichprobe (43.8%) sehr sicher oder sicher, was tendenziell den Resultaten der Mietinteressierten (55.2% sicher oder sehr sicher) entsprach.

Insgesamt verliefen die Ergebnisse der SGB und die Ergebnisse der Mietinteressierten in eine ähnliche Richtung, wobei sich beide Gruppen im persönlichen Gesundheitsverhalten sicherer fühlten als bei Themen die das öffentliche Gesundheitssystem betrafen. Diese Tendenz zeigte sich auch in den anderen Stichproben, diese wird aber nicht mehr speziell hervorgehoben.

Vergleich MCS-Betroffene mit Mietinteresse und MCS-Betroffene ohne Mietinteresse:

Wie die Mehrheit der MCS-Betroffenen mit Mietinteresse (84.6%, 11/14) zeigte sich auch etwas mehr als die Hälfte (4/6) der Gruppe der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse in ihrem persönlichen Gesundheitsverhalten sicher oder sogar sehr sicher. Die relativ hohe Verhaltenssicherheit galt ebenfalls, wenn das Thema das Konsumverhalten bzw. das Wissen um gesunde Nahrungsmittel etc. betraf. Diesbezüglich fühlten sich sogar alle 13 MCS-Betroffenen mit Mietinteresse in ihrem Verhalten sehr sicher oder sicher.

Beim Thema Patienten- und Konsumentenverhalten im Gesundheits- und Versorgungssystem stieg die Unsicherheit auch bei diesen beiden Gruppen an, wobei in der Gruppe der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse immer noch drei der sechs Befragten ihr Verhalten mindestens als sicher einstufen und der Anteil der sich sicher fühlenden MCS-Betroffenen mit Mietinteresse bei 23.1% bzw. drei von 13 Personen lag. Das Abstimmungsverhalten wurde von einer Mehrheit der MCS-Betroffenen (72.2%, 8/13) hingegen als sehr sicher bzw. sicher beurteilt, ein Ergebnis, das von dem der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse abwich, von denen fühlten sich drei der sechs in ihrem Abstimmungsverhalten sehr unsicher.

Fazit: Drei Viertel der SGB-Stichprobe fühlte sich bezüglich des Gesundheitsverhaltens sicher, dies ist vergleichbar mit dem Mietinteressierten und den MCS-Betroffenen, wobei die MCS-Betroffene sich diesbezüglich noch etwas sicherer fühlten. Etwas unsicherer fühlten sich die Befragten der SGB bezüglich des Patienten- und Konsumentenverhaltens, wobei sich die Hälfte als sicher und knapp ein Fünftel als unsicher einschätzte. Bei den Mietinteressierten zeigte sich hingegen lediglich ein Drittel als sicher, aber auch ein Drittel als unsicher, was deutlich höher ist, als in die SGB-Stichprobe.

4.1.5.5 Behandlungen wegen Krankheiten (7, 9, 15)

Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung:

Behandlungen wegen Krankheiten:

Im folgenden Abschnitt werden die drei in der SGB am häufigsten genannten Krankheiten ausgeführt, für welche die Befragten in ärztlicher Behandlung (hoher Blutdruck, Arthrosen, Allergien) waren. Weitere häufig genannte Behandlungsgründe waren Depression, Migräne, Asthma und Krebs.

Die Befragten der SGB waren am häufigsten aufgrund eines hohen Blutdruckes in ärztlicher Behandlung (16.1%, n=11'824). 3.4% gaben an, diesbezüglich vor den letzten zwölf Monaten, 2.2% innerhalb der letzten zwölf Monate und 10.7% zum Zeitpunkt der Befragung in Behandlung zu sein. Der zweitwichtigste Behandlungsgrund waren Arthrosen und Arthritiden (12.9%). 5% der diesbezüglich behandelten Personen wurden vor den letzten zwölf Monaten, 3.5% innerhalb der letzten zwölf Monate und 4.9% zum Befragungszeitpunkt behandelt. Als dritthäufigster Behandlungsgrund gaben die Befragten der SGB Allergien an (12.2%), die in 6.4% der Fälle vor den vergangenen zwölf Monaten, in 3.4% der Fälle innerhalb der letzten zwölf Monate und in 2.4% der Fälle zum Befragungszeitpunkt behandelt wurden.

Therapien innerhalb der letzten zwölf Monate

Von den in der SGB aufgelisteten Therapien wurden Homöopathie, Osteopathie, „andere Therapien“ und Akupunktur am häufigsten beansprucht. Die homöopathischen Therapien (39.3%, n=1655) und die Akupunktur (37.2%, n=1538) führten die Befragten in der Mehrheit der Fälle bei einem diplomierten Arzt durch. Die osteopathischen Therapien (38%, n=1638) und die anderen Therapien (37.3%, n=1574) wurden hingegen mehrheitlich von einem nicht-ärztlichen Therapeuten durchgeführt.

Medikamente in den letzten sieben Tagen

Die Daten der SGB zeigen, dass die Befragten am häufigsten (41.5%, n=5'956) Medikamente gegen Schmerzen einnahmen. Die Einnahme erfolgte in den meisten Fällen einmal pro Woche (17.9%) und

etwa gleichhäufig mehrmals pro Woche (12%) oder täglich (11.6%). Weiter nahmen die Befragten häufig blutdrucksenkende Medikamente (30.8%, n=5`943) und Medikamente gegen zu hohes Cholesterin (16.6%, n=5`956). Wurden Medikamente gegen einen zu hohen Blutdruck eingenommen, nahmen die Befragten diese mehrheitlich täglich (30.1%), eher seltener mehrmals pro Woche (0.5%) oder einmal pro Woche (0.2%) ein. Gleichfalls wurden auch die cholesterinsenkenden Medikamente meist täglich (15.7%), in wenigen Fälle mehrmals pro Woche (0.5%) oder wöchentlich (0.2%) eingenommen.

Vergleich:

Vergleich SGB und Mietinteressierte:

Von den drei in der SGB am häufigsten aufgetretenen Behandlungsgründen – hoher Blutdruck, Arthrose und Arthritis sowie Allergien – entsprach die letztgenannte Krankheit dem in der Gruppe der Mietinteressierten am häufigsten vorkommenden Behandlungsgrund. Weiter wurden die Mietinteressierten oftmals wegen Depressionen und Migränen behandelt, zwei Gründe, die in der SGB am viert- und fünfhäufigsten vorkamen.

Therapeutisch liessen sich die Befragten der SGB hauptsächlich homöopathisch und osteopathisch behandeln, nahmen oftmals aber auch andere Therapien sowie Akupunktur und Shiatsu bzw. Fussreflexzonenmassagen in Anspruch. Sowohl homöopathische, osteopatische als auch andere Therapien wurden ebenfalls häufig von den Mietinteressierten in Anspruch genommen. Weniger Interesse zeigten diese hingegen an der Akupunktur, die in der Gruppe der Mietinteressierten zu den weniger oft genutzten (3/31) therapeutischen Massnahmen zählte.

Die in der Stichprobe der SGB am häufigsten angegebenen Medikamente entsprachen teilweise den am häufigsten aufgetretenen Krankheiten. Eingenommen wurden von den Befragten hauptsächlich Medikamente gegen Schmerzen (41.5%), Medikamente gegen einen hohen Blutdruck (30.8%) und gegen hohen Cholesterin (16.6%). In der Gruppe der Mietinteressierten unterschieden sich die am häufigsten eingenommenen Medikamente. So gaben die Mietinteressierten an, hauptsächlich Medikamente einzunehmen, die nicht auf der Liste aufgeführt waren (14), nahmen aber ebenfalls häufig Beruhigungs- (9), Schlafmittel (6) und Schmerzmedikamente (6) ein.

Vergleich MCS-Betroffene mit Mietinteresse und MCS-Betroffene ohne Mietinteresse:

Die, bei den MSC-Betroffenen mit Mietinteresse am häufigsten ärztlich behandelten Krankheiten waren Allergien (8), Migräne (4) sowie Krebs und Tumore (4). Wie bei den MSC-Betroffenen mit Mietinteresse waren auch bei den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse Allergien der häufigste Behandlungsgrund (5/6). Weiter waren die MSC-Betroffenen ohne Mietinteresse häufig wegen Arthrosen und Arthridien (4) sowie chronischer Bronchitis bzw. Emphysemen (4) in ärztlicher Behandlung.

Homöopathie und Osteopathie waren in beiden Gruppen häufig vorkommende bzw. die am häufigsten vertretenen Therapien innerhalb der letzten zwölf Monate. Nur andere nicht aufgelistete Therapien kamen bei den MCS-Betroffenen mit Mietinteresse noch häufiger vor.

Bei den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse waren die drei am häufigsten eingenommenen Medikamente nicht auf der Liste der aufgeführten Medikamente (7), Medikamente für die Verdauung (4) sowie Asthmamedikamente (3). Auch bei den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse waren andere als die aufgelisteten Medikamente wichtig und wurden von drei der sechs Befragten täglich eingenommen. Ferner nahmen jeweils drei Personen dieser Gruppe Blutdruck- und Schmerzmedikamente ein.

Fazit: Die meistgenannten Krankheiten, die von den Befragten der SGB als Behandlungsgrund angegeben wurden, waren Bluthochdruck, Arthrose und Allergien. Die Mietinteressierten sowie auch die MCS-Betroffenen nannten Allergien als häufigsten Behandlungsgrund. In allen Stichprobengruppen waren homöopathische und osteopathische Therapien die meist genannten. Bezüglich Medikamenten gab es Unterschiede. So gaben die Befragten der SGB an, Schmerzmittel sowie Medikamente gegen zu hohen Blutdruck und zu hohes Cholesterin einzunehmen. Die Mietinteressierten nannten vor allem Medikamente, die nicht aufgeführt waren, gefolgt von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln.

Hypothese 2: In Ermangelung konkreter Daten wurde die Hypothese 2 leicht angepasst, so dass mit den vorhandenen Daten eine Aussage gemacht werden kann. Die adaptierte Hypothese 2 lautet: MCS-Betroffene lassen sich aufgrund derselben Krankheiten ärztlich behandeln wie die Personen der vergleichbaren SGB-Stichprobe.

Diese Hypothese wurde durch die vorliegenden Daten nicht bestätigt. MCS-Betroffene liessen sich am häufigsten gegen Allergien ärztlich behandeln, gefolgt von Migräne und Krebs bei den MCS-Betroffenen mit Mietinteresse. Bei den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse folgten auf die Allergien Arthrose und chronische Bronchitis. Die SGB-Stichprobe hingegen wurde am häufigsten wegen zu hohem Blutdruck, Arthrose und Allergien ärztlich behandelt.

4.1.5.6 Psychische Gesundheit

Kontrollüberzeugung gemäss der Pearl-Mastery-Skala (3)

Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung:

Der Durchschnitt der befragten Personen der SGB, die alle vier Items der Pearl-Master-Skala beantworteten, lag bei 13.2 Punkten (n=10'878). 21.7% der Befragten wiesen ein tiefes Kontrollniveau auf, 39.9% erreichten ein mittleres Kontrollniveau und 38.5% gaben an, ein hohes Kontrollniveau zu haben.

Depression Screening Questionnaire (13)

Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung:

In der SGB zeigten gemäss Depression Screening Questionnaire (DSQ-10) 1.3% der Befragten (n=11'824) Anzeichen für eine Major Depression und 1.9% wiesen Werte auf, die auf eine typische Depression hinweisen. 86.8% zeigten keine Auffälligkeiten und 10% der Befragten beantworteten die Frage nicht.

Von den insgesamt 379 Personen, die Anzeichen für eine Typische oder eine Major Depression zeigten, waren 25.59% (97 Personen [40 Typische Depression, 57 Major Depression]) zum Zeitpunkt der Befragung wegen Depressionen in Behandlung. 8.71% (33 Personen [19 Typische Depression, 14 Major Depression]) liessen sich in den letzten zwölf Monaten und 12.4% (47 Personen [25 Typische Depression, 22 Major Depression]) vor den letzten 12 Monaten wegen Depressionen behandeln. 45.91% (174 Personen [127 Typische Depression, 47 Major Depression]) der Personen waren diesbezüglich in keiner Behandlung und 7.39% (28 Personen [17 Typische Depression, 11 Major Depression]) gaben keine Auskunft.

29.02% (110 Personen [52 Typische Depression, 58 Major Depression]) der insgesamt 379 Personen, die gemäss DSQ-10 Anzeichen für eine Depression zeigten, nahmen täglich ein Antidepressivum ein, 1.1% (4 Personen [3 Typische Depression, 1 Major Depression]) taten dies mehrmals pro Woche und 0.53% (2 [Typische Depression, 1 Major Depression]) etwa einmal pro Woche. 43.01% (163 Personen [106 Typische Depression, 57 Major Depression]) der Personen, die Merkmale für eine Depression zeigten, nahmen keine Antidepressiva ein und 26.39% (100 Personen [66 Typische Depression, 34 Major Depression]) wurden nicht dazu befragt.

Kohärenzgefühl SOC-3 (14)

Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung:

Aus der SGB geht hervor, dass 8.7% (n=11'824) der Befragten unter der vom Obsan (2011, S.37) vorgeschlagenen Schwelle von 12 Punkten lagen und dementsprechend ein eher tiefes Kohärenzgefühl hatten. Eine deutliche Mehrheit (88.3%) zeigten Werte im Bereich eines hohen Kohärenzgefühls, die zwischen 13 und 21 Punkten lagen. Der Gesamtdurchschnittswert war bei 17.19 Punkten.

Vergleiche zu den drei Skalen:

Vergleich SGB und Mietinteressierte:

Die psychischen Bedingungen der Mietinteressierten waren in allen drei gemessenen Bereichen im Vergleich zu der Stichprobe der SGB auffällig.

Gemäss der Pearl-Mastery-Skala verfügte eine deutliche Mehrheit der Mietinteressierten (70.1%, n=31) über ein tiefes Kontrollniveau, was im Vergleich zur Stichprobe der SGB (8.5%, n=11'824) deutlich über dem zu erwartenden Wert lag.

Im Vergleich zu der *SGB-Stichprobe* (3.2%, n=11'824) wies die Gruppe mit Mietinteresse (42%, n=31) ebenfalls einen auffallend hohen Anteil an Personen aus, die gemäss dem DSQ-10 Anzeichen einer typischen Depression oder einer Major Depression zeigten.

Zudem hatten die Mietinteressierten (55%, n=31) im Vergleich zur Stichprobe der *SGB* (18.7%, n=11'824) ein tieferes Kohärenzgefühl und lagen auch im gesamten SOC-3 durchschnittlich unter dem Wert der Befragten der *SGB* (*SGB*: M=17.1; Mietinteressierte: M=12.32).

Vergleich MCS-Betroffene mit Mietinteresse und MCS-Betroffene ohne Mietinteresse:

Die MCS-Betroffenen mit Mietinteresse zeigten in zwei der drei ausgewerteten Bereiche ein leicht schlechteres psychisches Befinden als die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse.

Auf der Pearl-Mastery-Skala lag der durchschnittliche Gruppenwert der MCS-Betroffenen mit Mietinteresse (8.62 Punkte) unter demjenigen der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse (10 Punkte). Die MCS-Betroffenen mit Mietinteresse zeigten eine breitere Streuung, da die Befragten sowohl Werte im unteren, mittleren als auch hohen Bereich des Kontrollniveaus erreichten, wohingegen die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse nur Werte im unteren und mittleren Bereich aufwiesen.

Je eine Person der beiden Gruppen zeigten gemäss DSQ-10 Anzeichen für eine Depression, wobei die befragte Person aus der Gruppe der MCS-Betroffenen mit Mietinteresse zu einem früheren Zeitpunkt wegen einer Depression in Behandlung war und die Person aus der Gruppe der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse ein Antidepressivum einnahm.

Auf der SOC-3 Skala zeigten sechs der 13 MCS-Betroffenen mit Mietinteresse ein tiefes Kohärenzgefühl, wohingegen nur eine MCS-betroffene Person ohne Mietinteresse in diesem Bereich einzustufen war. Die übrigen Personen fühlten sich in ihrem Leben weitgehend ermächtigt und zeigten dementsprechend ein hohes Kohärenzgefühl.

Fazit: Im Vergleich zur *SGB-Stichprobe* haben die Mietinteressierten sowie die MCS-Betroffenen eine geringe Ausprägung der Kontrollüberzeugung, zeigten häufiger Anzeichen von Depressionen und wiesen einen tieferen Wert beim Kohärenzsinn auf. Dies bedeutet zum Einen, dass Mietinteressierte und MCS-Betroffene Ereignisse nicht direkt mit ihrem Verhalten in Verbindung bringen und kaum einen direkten Einfluss auf ihr Leben wahrnehmen. Es bedeutet aber auch, dass ihre Situation nicht in ausreichendem Masse verstanden wird, sie sie nicht durchgängig als bewältigbar einschätzen und in ihr nicht einen ausreichenden Sinn zu sehen.

4.1.5.7 Exkurs: Vergleiche Ergebnisse des Depression Screening Questionnaire (DSQ) und der Medikamenteneinnahme

In der *SGB* zeigten gemäss DSQ-10 1.3% der Befragten (n=11'824) Anzeichen einer Major Depression und 1.9% wiesen Werte auf, die auf eine typische Depression hinwiesen. 86.8% zeigten

keine Auffälligkeiten und 10% der Befragten beantworteten diese Frage nicht. 30.65% der Personen, die eine Depressionsauffälligkeit zeigten, nahmen ein Medikament gegen Depressionen ein.

Der DSQ -Überblick zur *Gesamtstichprobe* ergab keine Auffälligkeiten für 22 Befragte, eine typische Depression für zehn Befragte und eine Major Depression für fünf Befragte der Gruppe der Mietinteressierten. Von den 15 Personen, die nach dem DSQ, dazu tendierten, an einer Depression zu leiden, wurde zum Zeitpunkt der Befragung ein Drittel medikamentös behandelt.

In der Gruppe der *Mieterschaft* nahm niemand ein Medikament gegen Depressionen ein. Der DSQ ergab keine Auffälligkeiten für sechs der Befragten, eine typische Depression für fünf der Befragten und eine Major Depression für eine befragte Person der Gruppe der Mieterschaft.

In der *Subgruppe I* nahm mindestens eine Person und höchstens zwei Personen täglich ein Medikament gegen Depressionen ein. Der DSQ ergab keine Auffälligkeiten für sechs Befragte und eine typische Depression für drei Befragte.

In der Gruppe der *Bewerbenden* nahm eine Person täglich ein Medikament gegen Depressionen ein. Der DSQ ergab keine Auffälligkeiten für fünf Befragte, eine typische Depression für vier Befragte und eine Major Depression für zwei Befragte der Gruppe der Bewerbenden.

In der Gruppe der *Probewohnenden* befanden sich keine Personen, die nach der Einstufung des DSQ als depressiv beurteilt wurden.

Gruppe der *MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse*: Der DSQ ergab keine Auffälligkeiten für vier Befragte und eine Major Depression für zwei Befragte, von denen eine Person angab, täglich ein Medikament gegen Depressionen einzunehmen.

Fazit: Im Vergleich zur Stichprobe der SGB wiesen alle hier untersuchten Stichproben mit Ausnahme der Probewohnenden einen wesentlich höheren Anteil an Personen auf, welche im DSQ Anzeichen einer typischen oder Major Depression zeigten. Die Einnahme von Medikamenten gegen Depressionen in der Gesamtstichprobe ist vergleichbar mit der Stichprobe der SGB.

4.2 Qualitative Ergebnisse der Erhebung Einzelinterviews zum Zeitpunkten t_0

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aller Interviews, welche mit Personen verschiedener Befragungsgruppen geführt wurden, dargestellt und in Vorher- bzw. Nachher-Befragung unterteilt. Die Ergebnisse wurden thematisch geordnet und jeweils pro Gruppe separat dargestellt. Zentrale Ergebnisse wurden mit wörtlichen Zitaten (kursiv) aus den Interviews unterlegt. Anschliessend an das Zitat folgt in eckigen Klammern, die Nennung des Interviews und die Stelle, an der das Zitat zu finden ist. So bedeutet [M6-128], dass es sich um das Interview mit der sechsten Person der Mieterschaft handelt und das Zitat in der Quotation 128 (nach atlas.ti bzw. MAXQDA) zu finden ist. In runden

Klammern wird jeweils angegeben, wie viele Personen gleich oder ähnlich geantwortet haben. Sind keine Zahlen in runden Klammern oder im Text angegeben, handelt es sich um Einzelaussagen.

Die Stichproben der einzelnen Gruppen sind im Kapitel 3.2 Informationsgewinnung beschrieben. Da wird auch ersichtlich, um wie viele Personen es sich jeweils handelt. Es gibt nicht von allen befragten Personen zu allen Themen eine Aussage, weshalb die Summe der Zahlen in Klammern nicht immer der Gesamtzahl Personen der entsprechenden Gruppe entspricht.

Zum Erhebungszeitpunkt t_0 wurden zukünftige Bewohnende des MCS-Wohnhauses (Mieterschaft), Personen, die entweder eine Wohnung gemietet hatten und wieder ausgezogen sind oder zur Probe gewohnt haben (Abbrechende), Betroffene ohne Mietinteresse, Freund und Angehörige sowie Quartierbewohnende befragt.

Im Folgenden werden hier lediglich die Mieterschaft und sogenannte „Abbrechende“ ausgewiesen werden. Dies deshalb, weil die einzelnen Untergruppen so geringe Fallzahlen aufwiesen, als dass sie für verallgemeinernde Aussagen herangezogen werden konnten. Die Ergebnisse wurden entlang der jeweiligen Interviewleitfäden gegliedert.

4.2.1 Ergebnisse der Mieterschaft t_0

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Mieterschaft zum Zeitpunkt t_0 dargestellt. Unter Mieterinnen und Mieter wurden alle Personen verstanden, die am 31. Juli 2014 über einen Mietvertrag für eine Wohnung im MCS-Wohnhaus verfügten. Darin enthalten sind alle Personen der Mieterschaft Subgruppe II (Kapitel 3.2) sowie einzelne Personen der Mieterschaft Subgruppe I. Die Mieterschaft wurde des Weiteren in MCS-Betroffene (2) und sogenannt *Andere* (4) unterteilt, wobei mit *Andere* EHS-Betroffene wie auch Personen mit anderen Sensitivitäten gemeint sind. In den nachfolgenden Abschnitten werden die Themen subjektive Befindlichkeit, ärztliche Behandlung, aktuelle Wohnsituation und Wohnumgebung vor dem Einzug in das MCS-Wohnhaus, soziale Situation, Rahmenbedingungen einer Arbeit, soziale Unterstützung sowie Hoffnungen und Erwartungen bzgl. der neuen Wohnsituation behandelt.

4.2.1.1 Subjektive Befindlichkeit

Die subjektive Befindlichkeit wurde von den MCS-Betroffenen der Mieterschaft als normal (2) und von den anderen Betroffenen als schlecht eingeschätzt (3). Die numerische Einschätzung der Mieterschaft reichte von zwei bis acht. Einige Mietende gaben an, sich erschöpft (1 MCS, 2 *Andere*) zu fühlen. Eine Person ohne MCS-Betroffenheit berichtete eine Verschlechterung des Wohlbefindens.

Beschwerdeauslöser

Zu den von den MCS-betroffenen Mietenden genannten Substanzen, welche Beschwerden auslösten, gehörten insbesondere Lösungsmittel (2), Duftstoffe (2), Emissionen (2) und Kunststoffe (2). Einzelne Betroffene zählten zudem Hausstaub, Putz- und Waschmittel, kognitive und physische

Anstrengungen, Lärm, Nahrungsmittel und –zusätze, Erdstrahlen sowie allgemeine Chemikalien zu den problematischen Auslösern. Das folgende Zitat zählt beispielhaft einige genannte Beschwerdeauslöser auf:

„Sehr stark ist zum Beispiel der Geruch, den es jeweils im Auto hat, so in einem neuen Auto, aber auch in allen Autos. Das ist für mich der schlimmste Geruch. Und so neue Elektronik, wenn ich zum Beispiel in den Mediamarkt gehe oder so. Das sind so die extremsten Gerüche. Und sonst einfach so Plastik. Und Shampoos kann ich einfach nur ganz natürliche, also ganz ohne Chemikalien brauchen. Und alle Körperpflegeprodukte mit Duft [sind problematisch].“ [M6-7]

Die Gruppe der *Anderen* erwähnte hingegen hauptsächlich Funkstrahlen (3), Strahlungen im Wohnraum (2), Haushaltsstrom (2) und weiterer Elektromog (2) als Beschwerdeauslöser. Des Weiteren nannten Einzelne Lärm, Lösungsmittel, Nahrungsmittel und –zusätze, Hausstaub, biologische Auslöser, Emissionen, Putz- und Waschmittel sowie Erdstrahlen.

Beschreibung der Beschwerden

Die Mieterschaft äusserte, sich durch ihre Beschwerden stark eingeschränkt zu fühlen (1 MCS, 3 *Andere*). Die Einschränkungen würden von vielen aufgrund der Erschöpfung erlebt (1 MCS, 3 *Andere*). Eine MCS-betroffene Person berichtete, das Haus deswegen nur noch für Arzttermine zu verlassen und davor und danach viel Erholung einplanen zu müssen. Des Weiteren gab diese Person an, den Haushalt nicht eigenständig machen zu können, nicht arbeiten und sich physisch und psychisch kaum anstrengen zu können. Eine Person ohne MCS-Betroffenheit bekundete, aufgrund der Erschöpfung ihre Ausbildung abgebrochen zu haben, wie in folgendem Zitat ersichtlich wird:

„Ja, schon sehr stark. Also, ich habe eigentlich mein Studium vor einem Jahr abgebrochen. [...] Vor allem wegen der Müdigkeit.“ [M5-12]

Eine MCS-betroffene Person wandte ein, dass sie keine Einschränkungen durch Beschwerden erlebe, sondern durch das Verhalten anderer Menschen, z. B. durch den Waschmittelgebrauch. Eine Person ohne MCS-Betroffenheit sah sich dadurch eingeschränkt, dass den Auslösern nicht ausgewichen werden könne und alltägliche Besorgungen möglichst schnell erledigt werden müssten. Eine weitere Person der Mietenden ohne MCS-Betroffenheit meinte, dass viele Aktivitäten nicht mehr ausgeführt werden könnten und sie bei Tätigkeiten nicht vorwärts komme. Des Weiteren gab eine andere Person an, sich bzgl. der Ernährung eingeschränkt zu fühlen.

Zu den von MCS-Betroffenen genannten Beschwerden gehörten Herz-Kreislaufbeschwerden (2), Atemwegsbeschwerden (2), Körpermissempfindungen (2), Magen-Darm-Probleme (2) und Probleme des vegetativen Nervensystems (2). Des Weiteren wurden Augenbeschwerden, Probleme der Schleimhäute, allgemeine Schmerzen und Kopfschmerzen sowie ein veränderter Bewusstseinszustand genannt.

Von der Mieterschaft ohne MCS-Betroffenheit wurden Erschöpfung (4), Schlafstörungen (4) und Körpermissempfindungen (4) als meist vorhandene Beschwerden aufgezählt. Weitere Beschwerden,

die mehrfach genannt wurden, waren Magen-Darm-Probleme (3), Probleme des vegetativen Nervensystems (3), Probleme mit den Ohren (3), Nahrungsmittelunverträglichkeiten (3), Atemwegsbeschwerden (2) und Herz-Kreislaufbeschwerden (2). Einzelnennungen beinhalteten allgemeine Schmerzen und Kopfschmerzen, sonstige Sensitivitäten, psychische Beschwerden, Augenbeschwerden, Probleme der Schleimhäute, Konzentrationsstörungen und eine Gewichtsveränderung.

Dauer und Herkunft der Beschwerden

Die Mieterschaft gab an, seit vielen Jahren unter MCS bzw. anderen Beschwerdebildern zu leiden (1 MCS, 3 *Andere*). Eine Person ohne MCS-Betroffenheit erwähnte, dass die Beschwerden progredient verlaufen würden.

Eine MCS-betroffene Person sah eine Viruserkrankung als Auslöser ihrer Beschwerden. Eine Person ohne MCS-Betroffenheit beschrieb, dass Funkstrahlen in einer früheren Wohnung die Beschwerden verursacht hätten, und Strahlungen im aktuellen Wohnraum die Beschwerden wieder hervorgerufen haben, wie folgendes Zitat aufzeigt:

„Es hat in einer anderen Wohnung angefangen, bei der Mobilfunkantennen direkt über der Wohnung gewesen waren. Nach einem Jahr habe ich das nicht mehr ertragen und bin krank geworden. Und seither habe ich diese Elektrosensibilität. Ich musste dann sofort umziehen und dann habe ich diese Wohnung hier gefunden. [...] Und dann war das hier eigentlich vier Jahre recht gut. Und jetzt in diesem Jahr hat es [wieder] angefangen. Ich habe neue Nachbarn bekommen und die haben da natürlich mit ihren Handys und dem W-LAN angefangen.“ [M2-21]

Während die Mietenden ohne MCS-Betroffenheit allesamt angaben, ihre Beschwerden auslösenden Stoffen zuordnen zu können (4), differenzierte von den MCS-Betroffenen eine Person lediglich zwischen der Stärke der Beschwerden, welche von der Intensität der Auslöser abhängig sei. Folgendes Zitat zeigt ein Beispiel für eine Zuordnung aus der Gruppe der *Anderen*:

„Ich habe ein Rauschen im Ohr, wenn ich lange mit dem Handy herumtelefoniere. Dann vibriert es und, ja, ein Kribbeln und ich fühle mich auch nicht gut.“ [M3-13]

Massnahmen gegen Beschwerden

Als eine hilfreiche Massnahme gegen die Beschwerden wurde von einer MCS-Person das Aufhalten an der frischen Luft bezeichnet. Zwei Mietende ohne MCS-Betroffenheit bekundeten, einen Schutzgegenstand zu tragen, wie ein Elektroschirmhänger oder Pulsoren. Eine Person äusserte, energetische Wasserkuren durchgeführt zu haben. Eine weitere Person gab an, spezifische Pflege- und Reinigungsmittel zu verwenden.

Copingstrategien

Von der Mieterschaft genannte Copingstrategien zielten einerseits auf die gänzliche Vermeidung von Auslösern und andererseits auf eine möglichst kurze Exposition (1 MCS, 1 *Andere*) ab. Einige

Personen ohne MCS-Betroffenheit bekundeten, häufig die Wohnung zu verlassen (2). Eine Person versuche aber auch, die kritische Situation in der eigenen oder in fremden Wohnungen bewusst auszuhalten. Letztgenannte Person äusserte sich wie folgt zu der Situation, wenn sie in der eigenen Wohnung Auslösern durch die Nachbarschaft ausgesetzt ist:

„Es ist einfach mühsam, wenn man immer überwachen muss, ‚Was machen die Nachbarn jetzt wieder? Lassen sie wieder etwas laufen?‘ Und dann muss man wieder entscheiden: ‚Soll ich dem jetzt trotzen und das aushalten und wie lange soll ich es aushalten?‘ Denn wenn es einem dann schlecht geht, braucht man einfach viel Zeit, bis man sich wieder erholt hat. Aber man kann ja auch nicht immer einfach aus der Wohnung hinaus wegrennen, wenn die ihre Geräte betreiben.“ [M2-70]

Eine weitere Person berichtete, die Beschwerden in sozialen Interaktionen zu überspielen. Weitere von Einzelpersonen genannte Strategien waren das Spazieren in der Natur oder Entspannungsübungen, um einschlafen zu können. Eine Person gab an, sich bei schlechter Befindlichkeit stark zurück zu ziehen. Eine genannte Copingstrategie bzgl. dem Umzug in die MCS-Wohnung beinhaltete eine gute Organisation des Umzugs und sich dabei in Gelassenheit zu üben.

Herausforderungen

Viele von den MCS-Betroffenen genannten Herausforderungen, standen mit der vielfach erwähnten Erschöpfung in Zusammenhang. Als Folge beschrieben einzelne MCS-Betroffene die Meisterung des Alltags, soziale Interaktionen sowie die Organisation der aktuellen Wohnsituation und des Umzugs als grosse Herausforderungen. Eine Person zählte die soziale Isolation zu den Herausforderungen im Alltag.

Von einer Person ohne MCS-Betroffenheit wurde der Umgang mit den Beschwerden bzw. passende Massnahmen zu ergreifen, wie z. B. sich adäquat zu ernähren, als grosse Herausforderung betrachtet. Einzelne Stimmen derselben Gruppe nannten zu diesem Thema, die Benützung des öffentlichen Verkehrs aufgrund der Mobiltelefone und dem W-LAN oder den Umzug ins MCS-Haus aufgrund der mangelnden Energie. Weitere Einzelaussagen betrafen die tiefe Verunsicherung wegen der Unkontrollierbarkeit bzgl. des Wohlbefindens, wie folgendes Zitat aufzeigt:

„[...] Es ist einfach auch diese Unvorhersehbarkeit. Also, dass ich nie weiss, wie es mir jetzt gerade gehen wird, und dass ich es nur zu einem Teil steuern kann.“ [M5-17]

4.2.1.2 Ärztliche Behandlung

Die ganze Mieterschaft gab an, in ärztlicher Behandlung zu sein (2 MCS, 4 Andere). Während eine Person ohne MCS-Betroffenheit äusserte, ärztliche Fachpersonen explizit bzgl. ihres Beschwerdebilds in Anspruch genommen zu haben, berichtete die Mehrheit der restlichen Mietenden, dass sie nicht bzgl. MCS oder anderen spezifischen Beschwerdebildern in ärztlicher Behandlung seien (2 MCS, 2 Andere).

Zu den von den MCS-Betroffenen angegebenen involvierten Fachpersonen gehörten Spezialistinnen⁴⁵ resp. Spezialisten (2) und ein Hausarzt bzw. eine Hausärztin. Zudem äusserte eine Person, in der Vergangenheit Fachpersonen der Umweltmedizin und der Alternativmedizin, wie der Osteopathie, konsultiert zu haben.

Die Personen ohne MCS-Betroffenheit berichteten, unterschiedliche Fachpersonen zu konsultieren: Spezialistinnen bzw.. Spezialisten (2), die Hausärzteschaft und eine psychologische Fachperson. Auch diese Gruppe berichtete, Alternativmedizin (3) wie Umweltmedizin (2) und anthroposophische Medizin in Anspruch zu nehmen bzw. genommen zu haben.

Zwei Personen ohne MCS-Betroffenheit gaben an, regelmässig Medikamente gegen die Beschwerden zu sich zu nehmen. Eine weitere MCS-betroffene Person erwähnte, Nahrungsergänzungsmittel zu sich zu nehmen.

4.2.1.3 Aktuelle Wohnsituation

Dieses Unterkapitel thematisiert Aspekte rund um die aktuelle Wohnsituation der Mieterschaft und der Abbrechenden vor dem Einzug ins MCS-Wohnhaus. Im folgenden Kapitel werden die Berichte verschiedener Vorkehrungen erläutert, welche von MCS- und *anderen* Betroffenen getroffen wurden, um in ihren Wohnungen leben zu können. Anschliessend werden wahrgenommene Problembereiche in den Wohnungen beschrieben. Daneben erwähnten ein paar Betroffene durchaus auch einige ideale Aspekte ihrer Wohnung. Abschliessend wird die allgemeine Zufriedenheit der Betroffenen mit ihrer aktuellen Wohnsituation erläutert.

Vorkehrungen

Zu den Vorkehrungen, welche von einzelnen MCS-Betroffenen aufgezählt wurden, gehörten der Gebrauch von spezifischen Putz- und Waschmitteln, regelmässiges Lüften und umgekehrt der Verzicht aufs Lüften, wenn Emissionen wahrgenommen wurden. Eine Person beschrieb, die Waschküchentür abzudichten, damit keine Duftstoffe ausströmen.

Genannte Vorkehrungen der Mieterschaft ohne MCS-Betroffenheit beinhalteten das Aufstellen von Schutzgegenständen (einer entstörenden Pyramide) gegen den Elektromog (2) sowie einer Schablone vor dem Bett aufgrund einer Wasserader. Um sich gegen Elektromog abzuschirmen, wurden verschiedene Massnahmen ergriffen, z. B. der Verzicht auf kabellose Geräte (3), das Ausstecken von elektrischen Geräten, wenn diese nicht gebraucht werden (2), Baldachine über dem Bett (2), das Ausschalten des Internets in der Nacht (1), des Handys oder kabellosen Telefons in den eigenen vier Wänden (2) sowie das Auskleiden mit Alufolie. Eine Person gab an, ein Bett aus Materialien zu besitzen, welche nicht leiten und darauf zu achten, dass keine elektromagnetischen Gegenstände und Spiegel im Schlafzimmer sind. Eine weitere Person, berichtete, das Bett an die

⁴⁵ Ärztinnen und Ärzte mit Fachtitel, ausgenommen Hausärztinnen und Hausärzte (Allgemeine Medizin und Innere Medizin) sowie Umweltmediziner, die separat ausgewiesen werden.

Stelle des Zimmers gestellt zu haben, an der es am wenigsten Magnetfelder von Leitungen habe und viele Möbel aufgrund des darin enthaltenen Formaldehyds bzw. Lösungsmittels entfernt zu haben. Eine Person äusserte sich wie folgt zu den genannten Vorkehrungen:

„Und ich habe eine Pyramide aufgestellt. Ich denke, das würde noch viel schlimmer, wenn diese nicht aufgestellt wäre. Ich habe ein Kabeltelefon und am PC ist auch alles möglichst mit Kabel. Und ich stecke es aus, wenn ich es nicht brauche.“ [M3-116]

Problembereiche

Alle Personen der Mieterschaft gaben an, Problembereiche in der aktuellen Wohnung wahrzunehmen (2 MCS, 4 Andere). Die MCS-Betroffenen brachten diese vor allem mit Duftstoffen in Verbindung (2). Für einzelne MCS-Betroffene schienen Emissionen, Lärm und Hausstaub weitere Problembereiche zu sein. Folgendes Zitat erläutert einige der genannten Problembereiche:

„[...] In einem Zimmer riecht es so fest nach Staub und ich bin auch allergisch gegen Staub. [...] Und dann kommt noch vom Keller her so ein Geruch nach Abfluss die Treppe hinauf, weil es dort irgendwie ein Waschbecken hat, in dem das Wasser nicht gut abläuft. Und der kommt durch die Wohnungstüre hinein, weil die nicht so dicht ist.“ [M6-27]

Von den Mietenden ohne MCS-Betroffenheit genannte Problembereiche waren grösstenteils durch Elektrosmog bedingt. So war ein häufig genanntes Problem Strahlungen im Wohnraum (3). Des Weiteren wurden von einzelnen Personen Funkstrahlen, Haushaltsstrom, Erdstrahlen und weiterer Elektrosmog erwähnt. Weitere Einzelaussagen beinhalteten Lösungsmittel, biologische Auslöser und undichte Fenster.

Zwei Mietende berichteten von Problemen mit der Nachbarschaft. Diese Personen gaben an, dass Strahlungen im Wohnraum, welche durch die Nachbarschaft verursacht würden, ein Problem in der aktuellen Wohnung darstelle. Sie erzählten, die Nachbarn gebeten zu haben, bzgl. Strahlungen im Wohnraum Rücksicht zu nehmen, was in beiden Fällen erfolglos ausgeblieben sei. Eine dieser Personen beklagte sich zudem, dass einige Nachbarn unordentlich seien. Eine Person äusserte sich zu den Gesprächen mit den Nachbarn wie folgt:

„[...] Ja, eben wegen den Nachbarn, welche nicht mit sich reden lassen. Sie sind nicht bereit für ein Gespräch, womit man eine Lösung finden könnte. Ich will denen ja auch nicht einfach alles verbieten, aber dass man für mich irgendwie eine Lösung finden könnte, damit es für mich zum Wohnen hier wieder besser ist. Und diese Gespräche sind gescheitert.“ [M2-29]

Ideale Aspekte

Als ideale Aspekte der aktuellen Wohnung nannten die Mietenden die grüne (1 MCS, 2 Andere) und ruhige (1 MCS, 1 Andere) Umgebung sowie die Aussicht (1 MCS, 1 Andere). Einzelne MCS-Betroffene erwähnten zudem die Grösse der Wohnung und die geschätzten Freiheiten in einem

Einfamilienhaus. Einzelne Stimmen der Personen ohne MCS-Betroffenheit nannten die Absenz von Funkstrahlen, das Wohnklima oder die Helligkeit in der Wohnung.

Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation

Die meisten Mietenden gaben an, mit der aktuellen Wohnung nicht zufrieden zu sein (2 MCS, 3 *Andere*). Als Hauptgründe wurden von einzelnen MCS-Betroffenen Emissionen, Duftstoffe und Lärm genannt, von einzelnen Personen ohne MCS-Betroffenheit die Beschwerden in der Wohnung, Haushaltsstrom und Strahlungen im Wohnraum. Ein Aspekt, der eine MCS-betroffene Person als zufriedenstellend betrachtete, war das Wohnklima. Eine *andere* betroffene Person gab zu bedenken, dass sie mit der Wohnung an sich zufrieden wäre, wenn die Funkstrahlen nicht wären.

4.2.1.4 Aktuelle Wohnumgebung

In den folgenden Abschnitten werden verschiedene Aspekte der aktuellen Wohnumgebung aufgegriffen. Dazu gehören die Mobilität, alltägliche Besorgungen, Aspekte rund um den Einkauf und ggf. genannte Probleme mit den Nachbarn.

Mobilität

Die Mieterschaft berichtete, mehrheitlich den ÖV (1 MCS, 4 *Andere*) zu benützen oder zu Fuss unterwegs zu sein (1 MCS, 2 *Andere*). Einzelne Personen berichteten, teilweise auch von anderen Personen mit einem Auto gefahren zu werden (MCS) oder das Auto von Bekannten leihen zu können (*Andere*). Die Personen ohne MCS-Betroffenheit gaben zudem das Fahrrad als Transportmittel an (2).

Die Mehrheit der Mietenden gab an, einen nahen ÖV-Anschluss zu haben (2 MCS, 3 *Andere*), bei einer *anderen* betroffenen Person sei dies nach eigenen Angaben nicht der Fall. Während die meisten Mietenden ohne MCS-Betroffenheit berichteten, den ÖV auch nutzen zu können, (3) – eine dieser Personen fügte an, dass längere Zugfahrten problematisch seien - sei die Benützung des ÖVs für eine MCS-betroffene Person explizit nicht möglich. Von den *anderen* Personen, die angaben, den ÖV nutzen zu können, werde bei Bedarf der Sitzplatz gewechselt (2). In folgendem Zitat erläuterte eine Person ohne MCS-Betroffenheit, wie schwierig die Nutzung des ÖVs für sie sei:

„Das Schlimmste, würde ich einmal sagen, ist mit den öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs zu sein. [...] Und in den Bussen hat es ja jetzt auch schon W-LAN. Man ist da gefangen in diesem Fahrzeug und das Einzige, was man machen kann, ist den Sitzplatz zu wechseln. Aber das geht auch nicht immer oder oft nützt es dann auch gar nichts, weil man einfach zu wenig Abstand nehmen kann.“ [M2-20]

Alltägliche Besorgungen

Die meisten Mietenden äusserten, alltägliche Besorgungen verrichten zu können (1 MCS, 4 *Andere*). Eine MCS-betroffene Person berichtete hingegen, das Haus nur für Arztbesuche zu verlassen, und dass andere Besorgungen durch die Partnerin bzw. den Partner getätigt werden. In folgendem Zitat äussert sich diese Person dazu, die Wohnung in der Regel nur für Arzttermine zu verlassen:

„An Weihnachten zum Beispiel war ich bei meinen Eltern, aber das war eigentlich schon zu viel. Aber sonst ging ich eigentlich schon länger nicht mehr für etwas anderes [aus dem Haus] als zum Arzt. Vielleicht einmal, um auf ein Amt zu gehen, wenn es sein musste. [...]“ [M6-36]

Eine weitere Person erwähnte, bei Arztbesuchen jeweils draussen und nicht im Wartezimmer zu warten. Bezüglich Coiffeurbesuchen wurde von einer Person bekundet, diese zu meiden und sich die Haare selber zu schneiden.

Die Mietenden ohne MCS-Betroffenheit berichteten, teilweise Schutzgegenstände zu tragen (z. B. ein Elektrosmoganhänger), wenn sie das Haus verlassen würden (2). Eine Person erzählte, beim Coiffeur einmal darum gebeten zu haben, die Musik leiser zu stellen. Einzelne Personen beschrieben, Besorgungen möglichst schnell zu erledigen, grosse Menschenmengen zu vermeiden oder einen Bogen um telefonierende Leute zu machen.

Einkauf

Ausser einer MCS-betroffenen Person gaben die Mietenden an, Einkäufe selber zu erledigen. Von einer MCS-Person wurde erwähnt, dass Einkaufsmöglichkeiten nicht in der Nähe vorhanden seien. Einige Mietende ohne MCS-Betroffenheit berichteten, die Einkäufe möglichst schnell zu erledigen, um Beschwerdeauslösern nur kurz ausgesetzt zu sein (2). Eine Person gab an, Lebensmittel z. T. online zu bestellen.

Die meisten Mietenden äusserten, auf spezifische Nahrungsmittel zu achten (2 MCS, 3 Andere). Diese seien nicht für alle in der Nähe erhältlich (1 MCS, 1 Andere).

4.2.1.5 Soziale Situation

Eine Person äusserte, dass die sozialen Kontakte durch die Beschwerden stark abgenommen hätten. Wie oft die Mietendenangaben, andere Leute zu treffen, war sehr unterschiedlich und reichte bei den MCS-Betroffenen von einmal wöchentlich bis zu sehr spärlichem Kontakt. Eine Person ohne MCS-Betroffenheit äusserte lediglich, sich um regelmässige Kontaktpflege zu bemühen. Bei anderen Personen dieser Gruppe reichte die Häufigkeit von zwei- bis dreimal in der Woche bis einmal in zwei bis drei Wochen.

Um andere Leute treffen zu können, erwähnten die MCS-Betroffenen unterschiedliche Vorkehrungen: die Erholung vor und nach sozialen Kontakten und das Treffen nur von Leuten, welche sich nicht parfümierten. Von den Mietenden ohne MCS-Betroffenheit wurde im Einzelfall berichtet, einen Schutzgegenstand (Pulsoren) zu tragen, die Leute zu beten, das Mobiltelefon auszuschalten, lange Zugfahrten zu Bekannten zu vermeiden und sich nur zu treffen, wenn wenig Emissionen vorhanden seien.

Eine MCS-Person gab an, eher vereinbarte Treffen auszumachen als sich spontan mit anderen zu treffen. Spontane Treffen wurden von der Mieterschaft mit MCS-Betroffenheit den Aussagen nach kaum oder gar nicht wahrgenommen (2). Mietende ohne MCS-Betroffenheit gaben an, vereinbarte

Treffen (3) seien möglich sowie für eine Person auch spontane Treffen. Eine Person dieser Gruppe gab an, spontane Treffen seien eher schwierig, da sie sich überfordert fühle, wenn sie in laufenden Aktivitäten unterbrochen werde, wie in folgendem Zitat erläutert wird:

„Es ist eben schwierig in unserer Welt, dass man einfach spontan abmachen kann. Es ist schon ein bisschen mehr im Voraus [abmachen]. Sonst ist man überfordert, wenn man aus etwas herausgerissen wird, das man gerade macht. Ich kann dann nicht plötzlich spontan springen, das ist mir zu viel.“ [M3-134]

Die Mieterschaft gab an, dass Besuche von anderen Leuten in der eigenen Wohnung möglich seien (2 MCS, 4 Andere). Von einer Person ohne MCS-Betroffenheit werde dies aber als überfordernd erlebt. Eine MCS-Person wie auch eine andere Person äusserten, dass Besuche in fremden Wohnungen möglich seien, während von einer weiteren MCS-Person angegeben wurde, dass dies explizit nicht möglich sei. Für einige weitere andere Personen seien Besuche in fremden Wohnungen zwar möglich, aber schwierig (2). Eine dieser Personen äusserte sich folgendermassen zu Treffen in der eigenen wie auch in fremden Wohnungen:

„Manchmal kommen die Leute zu mir oder dann gehe ich Freunde besuchen. Aber das ist in der letzten Zeit halt immer schwieriger geworden, weil ich mich in den Wohnungen von diesen Leuten meistens nicht gut fühle.“ [M2-42]

Bezüglich Restaurantbesuche gab eine Person ohne MCS-Betroffenheit an, Restaurants generell zu meiden, eine weitere Person dieser Gruppe meinte, dass dies zwar möglich, aber schwierig sei. Die Mieterschaft ohne MCS-Betroffenheit gab an, andere Leute auch draussen zu treffen, von den MCS-Betroffenen wurden dazu keine Angaben gemacht.

Die Mieterschaft äusserte, andere Betroffene (2 MCS, 4 Andere) zu kennen. Von der MCS-Gruppe erwähnte nur eine Person, diesen Kontakt auch zu pflegen, während das von den Mietenden ohne MCS-Betroffenheit (3) von fast allen angegeben wurde. Eine Person ohne MCS-Betroffenheit meinte, sich mehr Kontakt mit anderen Betroffenen zu wünschen, eine weitere andere Person gab an, dem gegenüber aufgrund schlechter Erfahrungen eher abgeneigt zu sein.

Öffentliche Anlässe

Zu öffentlichen Anlässen gehören alle Anlässe bzw. Angebote, an welchen die Öffentlichkeit teilnehmen kann. Dazu gehören bspw. Kino, Theater, Konzerte, aber auch die Mitgliedschaft in Vereinen.

Die Personen der Mieterschaft gaben an, die Teilnahme an öffentlichen Anlässen sei für einige möglich (1 MCS, 2 Andere) bzw. nicht möglich (1 MCS, 2 Andere) - in einem anderen Fall aufgrund der empfundenen Erschöpfung. Eine Person ohne MCS-Betroffenheit erwähnte, in einem politischen Verein engagiert zu sein. Eine weitere Person dieser Gruppe beschrieb in folgendem Zitat, dass sie an öffentlichen Anlässen zwar teilnehmen könne, diese aber oft meide oder aber den Anlass wieder verlassen müsse:

„Also, ich glaube, es ist nicht nicht möglich, aber ich mache es nicht. [...] Denn gerade wenn ich manchmal in einer Gruppe bin, in der es laut zu und her geht, in der eine ganz andere Energie ist, als ich so lebe - auch feine Energie - ist mir nicht mehr wohl, dann gehe ich bald einmal. [...]“ [M1-151]

4.2.1.6 Rahmenbedingungen einer Arbeitsstelle

Eine MCS-betroffene Person meinte, dass es ihr im aktuellen Gesundheitszustand auch mit vorgegebenen Bedingungen nicht möglich wäre, einer Arbeit nach zu gehen.

Eine Person ohne MCS-Betroffenheit äusserte, dass sie deutlich weniger Schlafstörungen haben müsste, um ihre Tätigkeit weiterführen zu können. Sie war der Meinung, dass dies der Fall wäre, wenn sie eine Wohnung hätte, in der keine Auslöser vorhanden wären. Eine weitere Person dieser Gruppe gab an, dass folgende Bedingungen eingehalten werden müssten, damit Sie einer Arbeit nachgehen könnte: keine Geräte, welche Funkstrahlen aussenden, keine Mobilfunkantennen in der Nähe, bestimmte Beleuchtungen und Rücksicht der Mitarbeitenden bzgl. ihren Mobiltelefonen. Die besagte Person äusserte sich folgendermassen zu diesem Thema:

„Es sollte halt einfach keine Geräte haben, welche Funkstrahlungen aussenden und die Mitarbeitenden müssten mit ihren Handys Rücksicht nehmen. Solche Sachen. Und es müsste an einem Ort sein, an dem nicht gerade eine Mobilfunkantenne stark hineinstrahlt. Und dann kommt es noch darauf an, welche Beleuchtung es hat, weil die einen Beleuchtungen ertrage ich auch nicht.“ [M2-51]

4.2.1.7 Soziale Unterstützung

Die ganze Mieterschaft gab an, nahestehende Personen zu haben, mit denen sie jederzeit persönliche Probleme besprechen könnten (2 MCS, 4 Andere). Bei den MCS-Betroffenen sei dies meistens ausschliesslich die Partnerin bzw. der Partner (2). Einige Personen äusserten, eine weitere Person zu vermissen, mit der sie jederzeit persönliche Probleme besprechen könnten (2 MCS, 1 Andere). Auch nahestehende Personen, welche jederzeit um alltägliche Hilfe gebeten werden könnten, seien laut den Angaben der Mietenden vorhanden (2 MCS, 4 Andere), wobei dies bei einer MCS-betroffenen Person wiederum ausschliesslich die Partnerin bzw. der Partner sei.

4.2.1.8 Erwartungen an die neue Wohnsituation

Zu den Gründen für einen Umzug ins MCS-Haus, welche von MCS-Betroffenen und den Mietenden ohne MCS-Betroffenheit gleichermassen genannt wurden, waren die Wohngemeinschaft mit anderen Betroffenen (1 MCS, 1 Andere) und die grüne Umgebung (1 MCS, 1 Andere). Zwei MCS-Betroffene erwähnten des Weiteren den erhofften verständnisvollen Umgang im Haus. Eine Person äusserte die Hoffnung, dass die anderen Betroffenen keine bösen Absichten hegen werden. Zu der Wohngemeinschaft mit anderen Betroffenen meinte eine der genannten Personen:

„Wer weiss, vielleicht ist es auch noch schön, mit Leuten zusammen zu wohnen, die verstehen, wie es ist, wenn man krank ist.“ [M6-67]

Auch die gesunden Baumaterialien, die sauerstoffreiche Luft und die Wohnungsausstattung wurden von einzelnen MCS-Personen als entscheidende Gründe für einen Umzug aufgezählt. Eine Person beurteilte das MCS-Haus zudem als guten Kompromiss zwischen einem Wohnort ohne Auslöser und der gewünschten Nähe zu Bekannten.

Die Mieterschaft ohne MCS-Betroffenheit nannte die Absenz von Elektromog (3), von Strahlungen im Wohnraum (3), von Funkstrahlen und Lärm sowie die ungünstige aktuelle Wohnsituation (3) als relevante Faktoren. Einzelnennungen zu diesem Thema betrafen die gesunden Baumaterialien, die Möglichkeit des Probewohnens, die aktuelle gesundheitliche Situation, die Hoffnung auf eine bessere allgemeine Befindlichkeit und die Erwartung, sich in der MCS-Wohnung erholen zu können. Eine Person äusserte sich folgendermassen zur genannten Abschirmung vor Elektromog als Hauptgrund für einen Einzug ins MCS-Haus:

„Der Grund ist einmal eindeutig diese Abschirmung, wodurch ich hoffe, dass ich dort ganz abgeschirmt bin. Also abgeschirmt vom WLAN von aussen und aufgrund dieser Richtlinien, die jetzt aufgestellt sind, auch von innen. [...]“ [M1-100]

Die Mieterschaft äusserte kaum Bedenken bzgl. dem Umzug ins MCS-Haus. Lediglich eine MCS-Person brachte einige Gründe an, welche gegen einen Einzug sprechen würden: die Bodenheizung und die daraus resultierende trockene Luft, die hallende Akustik und die schlechte Erreichbarkeit aufgrund des Mobiltelefonverbots um das Grundstück herum.

Hoffnungen und Erwartungen bezüglich der Befindlichkeit

Die Mieterschaft äusserte die Hoffnung, nach dem Umzug eine Besserung der allgemeinen Befindlichkeit (1 MCS, 4 Andere) und der Gesundheit bzw. eine Reduktion der Beschwerden zu erfahren (2 MCS, 1 Andere), wobei einige Personen ohne MCS-Betroffenheit Zweifel daran hegten, ob die Beschwerden verschwinden werden (2). Eine dieser Personen gab zu bedenken, dass eine Besserung lange dauern werde. Folgendes Zitat unterstreicht die vorsichtigen Erwartungen bzgl. einer gesundheitlichen Besserung:

„Denn es ist nicht ganz sicher, ob das meine Beschwerden wirklich wegnimmt. Mit dem muss ich ein bisschen rechnen. Auf der anderen Seite heisst es, dass der Körper ungefähr drei Wochen braucht, bis er sich umgestellt hat, auch wenn es aufs Positive ist, oder.“ [M1-97]

Je eine Person aus beiden Gruppen (1 MCS, 1 Andere) äusserte, sich eine bessere Erholung zu wünschen. Einige Mietende ohne MCS-Betroffenheit gaben an, insbesondere eine Reduktion der Schlafstörungen (2), und dadurch eine Zunahme der Energie zu erhoffen. Eine weitere Person dieser Gruppe äusserte die Hoffnung, ruhiger zu werden.

Hoffnungen und Erwartungen bezüglich dem Zusammenleben

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Hoffnungen und Erwartungen der Befragten zu verschiedenen Aspekten des Zusammenlebens thematisiert. Dazu gehören Erwartungen und Hoffnungen bzgl. dem Zusammenleben im Allgemeinen, die Regeln im MCS-Haus und konkrete Erwartungen bzgl. dem Verhalten der Mitbewohnenden wie auch der Nachbarn in der Wohnumgebung. Zudem wurden die Teilnehmenden danach gefragt, ob sie sich durch den Umzug vermehrt soziale Kontakte wünschen.

Aus der Gruppe der MCS-Betroffenen wurde der Wunsch nach gegenseitiger Unterstützung und nach einem angemessenen Verhältnis von Nähe und Distanz bzw. genügend Privatsphäre geäußert. Als besonders wichtig für das Zusammenleben erachteten einzelne MCS-Betroffene Freundlichkeit und Rücksicht. Eine Person dieser Gruppe gab zu bedenken, dass MCS kein Dauerthema sein solle. Eine weitere Person bekundete, dass ihr Akzeptanz besonders wichtig sei und sie hoffe, ihre Meinung äussern zu können und gehört zu werden.

Aus der Gruppe ohne MCS-Betroffenheit bekundeten einige Stimmen, sich auf das Zusammenleben mit den anderen Mietenden zu freuen, gleichzeitig aber ein anspruchsvolles Zusammenleben zu erwarten. Eine dieser Personen meinte, dabei aber Verständnis für die anderen zu haben. Genannte Wünsche von der Mieterschaft ohne MCS-Betroffenheit waren ein guter Umgang miteinander (2) bzw. keinen Streit zu haben (2) und gegenseitige Hilfestellungen (2). Einzelne Stimmen gaben an, sich einen guten Austausch und Akzeptanz zu wünschen. Auch in dieser Gruppe wurde von einzelnen Personen geäußert, sich um ein ausgeglichenes Verhältnis von Nähe und Distanz zu sorgen und sich zu wünschen, dass die Beschwerden kein Dauerthema sein werden. So wünsche sich eine Person, dass sich die Mietenden auch als normale Nachbarn begegnen können und nicht nur als Betroffene. Aspekte, welche von den Mietenden ohne MCS-Betroffenheit als besonders wichtig eingeschätzt wurden, waren offene Gespräche bzw. die Besprechung von Problemen (3), Rücksicht, Toleranz und Transparenz. Eine Person äusserte die Hoffnung, dass keine Komplikationen untereinander oder mit der Verwaltung und Behörden entstehen werden, sodass das Projekt aufrechterhalten werden könne.

Einige MCS-Mietende konnten nicht klar sagen, ob und welche Regeln für das Leben im MCS-Haus notwendig sein würden (2). Eine MCS-Person gab zu bedenken, dass sie aufgrund der Hausordnung das Mobiltelefon innerhalb der MCS-Liegenschaft nicht benutzen werden könne.

Eine Person der Mieterschaft ohne MCS-Betroffenheit betonte, dass es im MCS-Haus Regeln brauche und regelmässig überprüft werden sollte, ob diese eingehalten werden. Eine andere Person meinte, dass keine zusätzlichen Regeln neben der bereits bestehenden Hausordnung nötig seien, da dadurch schon genügend Vorschriften gegeben seien. Von einer weiteren Person ohne MCS-Betroffenheit wurde geäußert, noch nicht genau zu wissen, welche Produkte nicht benutzt werden dürften und konnte sich nicht so vorstellen, wie das sein wird, die Hausregeln einzuhalten.

Die Mietenden äusserten den Wunsch, dass Gespräche über Probleme wie bspw. problematische Produkte von anderen möglich sein sollen (1 MCS, 4 Andere), wie in folgendem Zitat ersichtlich ist:

„[...] Ich glaube, es ist hauptsächlich wichtig, dass man das dort einfach auch miteinander anschaut, wenn irgendetwas für die Einen nicht gut läuft.“ [M5-72]

Eine dieser MCS-Personen wünschte sich, dass solche Gespräche ausreichen werden und keine zusätzlichen Regeln in der Hausordnung festgelegt werden müssen. Eine Person ohne MCS-Betroffenheit meinte, keine Angst zu haben, dass von den anderen Bewohnenden problematische Geräte benutzt werden, auch ohne explizite Regeln diesbezüglich.

Die Mieterschaft gab an, sich durch den Umzug vermehrte soziale Kontakte zu wünschen (2 MCS, 2 Andere). Eine MCS-betroffene Person meinte, dass sie sich besser fühlen müsste, um den Kontakt mit den anderen Mietenden pflegen zu können. Sie wünsche sich vor allem spontane Kontakte im MCS-Haus. Auch einige Personen ohne MCS-Betroffenheit gaben explizit an, sich Kontakt mit Gleichgesinnten zu wünschen (2), wobei einige Personen dieser Gruppe bemerkten, dass sie nicht mit allen befreundet sein müssten (2). Eine Person dieser Gruppe äusserte, bereits ein ausreichendes soziales Netz zu haben und sich deswegen nicht vermehrten sozialen Kontakt zu wünschen, sich den Kontakt zu Gleichgesinnten aber durchaus zu wünschen. Sie hoffe, dass sie als Gruppe auf ihre Beschwerdebilder aufmerksam machen können.

Erwartungen an die Mitbewohnenden

Von der Mieterschaft genannte Erwartungen an die Mitbewohnenden im MCS-Haus beinhalteten einen freundlichen Umgang miteinander (2 MCS, 1 Andere) und Rücksicht (1 MCS, 1 Andere). Eine MCS-Person gab zudem an, gegenseitige Unterstützung zu erwarten.

Einzelne Personen ohne MCS-Betroffenheit äusserten die Erwartung nach Akzeptanz, Transparenz und Offenheit, in Ruhe gelassen zu werden, dass die Mitbewohnenden keine bösen Absichten hegen und dass keine Komplikationen entstehen werden. Eine Person erwarte des Weiteren, dass nur Produkte verboten werden, welche auch wirklich ein Problem darstellen. Zudem wurde von einer Person die Erwartung genannt, dass der Wunsch nach Kontakt und gemeinsamen Aktivitäten auch bei den anderen vorhanden sei, wie folgendes Zitat illustriert:

„Wenn ich noch einmal umziehe, möchte ich eine Wohnung in einem Haus haben, in dem man eine Hausgemeinschaft bildet. In dem man sich kennt, in dem man sich trifft, wo man gemeinsame Sachen macht und hat. Und ich weiss, dass es dort eigentlich so gewünscht ist, und das freut mich sehr.“ [M1-170]

Erwartungen an die Nachbarn in der Wohnumgebung

Von den MCS-Betroffenen genannte Erwartungen bzgl. der Nachbarn in der Wohnumgebung bezogen sich hauptsächlich auf kritische Auslöser: Einzelne Personen äusserten die Erwartung, dass kein Lärm oder Rauch vorhanden sein werde. Eine Person meinte hingegen, keine Erwartungen zu haben und sah ihr Verhalten als mitentscheidend an, ob die Nachbarn eher auf Distanz gehen werden oder nicht.

Die Mietenden ohne MCS-Betroffenheit gaben mehrheitlich an, sich den Kontakt zu den Nachbarn zu wünschen (2). Eine Person äusserte den Wunsch, von der Nachbarschaft als normale Nachbarn

angesehen zu werden. Eine weitere Person meinte jedoch, dass die Nachbarn keine positive Einstellung gegenüber dem MCS-Haus haben würden - dies aber zu verstehen und Rücksicht auf sie nehmen zu wollen. Eine weitere Person gab an, keine Rücksicht von Seiten der Nachbarn zu erwarten. Dieselbe Person erwarte auch nicht, dass die Nachbarn kennengelernt werden. Einzelne Personen äusserten den Wunsch nach Offenheit, Akzeptanz und Toleranz gegenüber den Mietenden. Erwartungen, welche spezifische Auslöser betrafen, lauteten, dass in der Nachbarschaft keine Mobiltelefonantennen vorhanden sein würden und der Elektrosmog der Nachbarn im MCS-Haus nicht spürbar sein würde.

Wünsche

Von einzelnen MCS-Betroffenen genannte Wünsche in Bezug auf das zukünftige Leben im MCS-Haus waren die vermehrte Teilnahme an öffentlichen Anlässen, Ruhe und Frieden. Eine Person äusserte, sich Geselligkeit in bestimmtem Masse, aber auch genügend Rückzug zu wünschen.

Die Mietenden ohne MCS-Betroffenheit äusserten den Wunsch nach einer Besserung der allgemeinen Befindlichkeit bzw. Lebensqualität (2) wie auch eine gesundheitliche Besserung (2) sowie eine gute Hausgemeinschaft mit gemeinsamen Aktivitäten. In folgendem Zitat werden einige dieser genannten Wünsche geäussert:

„[...] Zum einen beschwerdefrei schlafen zu können, das ist sicher einmal das Allerwichtigste. Und wie gesagt, dass wir dort eine Hausgemeinschaft haben werden. [Dass wir eine Hausgemeinschaft] entwickeln, wahrscheinlich wird das ja nicht von Anfang an so sein. Dass wir gemeinsame Aktivitäten unternehmen können, dass es diese Möglichkeit gibt. Dazu werde ich auch etwas beitragen können. Das ist so das.“
[M1-124]

Eine Person bekundete den Wunsch, dass sich die genannten Erwartungen und Hoffnungen erfüllen werden. Eine weitere Person wünschte sich, sich wieder vermehrt in einem politischen Verein engagieren zu können. Eine weitere äusserte, den anderen Mietenden etwas von sich mitgeben zu wollen.

Entscheid für bzw. gegen einen Einzug

Die Probewohnenden wurden gefragt, was sein müsste, um sich für bzw. gegen einen definitiven Einzug ins MCS-Haus zu entscheiden. Zu diesem Thema äusserte sich je eine Person mit bzw. ohne MCS-Betroffenheit. Faktoren, welche den Angaben nach für die MCS-betroffene Person gegeben sein müssten, um sich für einen Einzug ins MCS-Haus zu entscheiden, waren Folgende: ein gutes Wohlbefinden, kein Lärm und ein guter allgemeiner Eindruck vom MCS-Haus inklusive der Bewohnenden. Die genannte Person äusserte sich folgendermassen zu diesem Thema:

„Es müsste ruhig sein und ich müsste einfach allgemein einen guten Eindruck haben, vielleicht auch von den Leuten, die dort wohnen. Sich einfach wohl fühlen.“ [M6-74]

Die Person ohne MCS-Betroffenheit äusserte das Kriterium, weniger Beschwerden zu haben. Würden hingegen wiederholt Beschwerden auftreten, wäre dies ein Grund, sich gegen einen Einzug zu entscheiden.

4.2.2 Ergebnisse der Abbrechenden t_0

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der „Abbrechenden“ (7) zum Zeitpunkt t_0 dargestellt. Die Abbrechenden umfassten die Personen der Subgruppe I, welche die Wohnung gekündigt hatten sowie die Probewohnenden. Beiden war gemein, dass sie sich letztlich gegen den definitiven Verbleib im MCS-Wohnhaus entschieden haben. Die Stichprobe der Abbrechenden setzte sich aus vier MCS-Betroffenen und drei *Anderen* zusammen. In diesem Kapitel wird aber keine Unterteilung dieser beiden Gruppen vorgenommen. Die aufgenommen Themen sind die gleichen wie im vorangehenden Kapitel der Ergebnisse der Mieterschaft.

4.2.2.1 Subjektive Befindlichkeit

Die Abbrechenden schätzten ihre subjektive Befindlichkeit vor dem Einzug ins MCS-Wohnhaus als schlecht (3) oder wechselhaft (3) und eine Person als mittelmässig ein. Eine Person bekundete zudem ein schlechtes psychisches Befinden. Auf einer Skala von eins bis zehn schätzten je zwei Personen ihre Befindlichkeit bei fünf, sechs oder zehn ein. Eine Person gab ihrer Befindlichkeit lediglich eine drei. Die Abbrechenden gaben an, sich erschöpft zu fühlen (4). Zwei Personen verspürten gleichzeitig eine innere Unruhe, bei einer Person insbesondere aufgrund der Ungewissheit bzgl. möglichen körperlichen Reaktionen. Eine Person sprach von einer deutlichen Verschlechterung des Wohlbefindens in letzter Zeit. Eine weitere Person äusserte hingegen, sich in letzter Zeit besser zu fühlen, was sie u. a. mit der Aussicht auf den Umzug ins MCS-Haus in Zusammenhang brachte, welche ihr Hoffnung gebe. Eine Person meinte, sich grundsätzlich gut zu fühlen, wenn sie keinem Elektrosmog ausgesetzt sei, was zum Zeitpunkt des Interviews der Fall gewesen sei. Folgendes Zitat beschreibt die empfundene Erschöpfung einer Person:

„[...] Wenn ich so einen Ausflug in die Stadt mache wie heute - jetzt bin ich hier, ich spreche mit Ihnen und auf dem Heimweg gehe ich wahrscheinlich noch einkaufen - muss ich nachher einen Tag oder zwei liegen. Dann kann ich zu Hause nur noch das Nötigste machen. Ja doch, ich koche und esse und mache den Abwasch und vielleicht auch noch einen Anruf, aber ich kann dann nicht gleich wieder eine Aktivität aufnehmen.“ [A5-42].

Beschwerdeauslöser

Auf die Frage, welche Stoffe Beschwerden auslösten, zählten die Abbrechenden Duftstoffe (5), Nahrungsmittel und –zusätze (5), Putz- und Waschmittel (5) sowie Lösungsmittel (4) am häufigsten auf. Weitere genannte Beschwerdeauslöser waren landwirtschaftliche Stoffe (3), Baumaterialien (2), Bekleidung (2), Holzarten (2), Wohnungseinrichtungen (2), Druckerschwärze (2), Emissionen (2),

Kunststoffe (2), Schwermetalle, Schmierstoffe, Hausstaub, allgemeine Chemikalien sowie Heizungs- und Lüftungssysteme. Einige genannte Auslöser betrafen den Elektromog (3), Funkstrahlen (2) sowie Strahlungen im Wohnraum (1).

Beschreibung der Beschwerden

Von den Abbrechenden erwähnten alle Personen eine starke Einschränkung aufgrund ihrer Beschwerden (7). Eine Person sprach dabei der Erschöpfung eine entscheidende Rolle zu. Einige Befragte berichteten, viele Aktivitäten nicht mehr ausführen zu können (4), auf viele Nahrungsmittel verzichten zu müssen (2) und berufliche (2) wie auch soziale Einschränkungen (2) zu erfahren. Eine Person gab an, sich durch die Abgeschiedenheit des Wohnortes eingeschränkt zu fühlen, wie auch dadurch, dass sie nirgends mehr ohne Maske hin könne und dabei häufig begafft werde. Eine Person berichtete, morgens nach dem Aufstehen entweder die Wohnung verlassen oder die Schmerzen ertragen zu müssen. Von einer weiteren Person wurden die Einschränkungen erwähnt, das Wohnzimmer nicht richtig nutzen zu können, auf viele Sachen achten zu müssen, was als anstrengend empfunden werde, und nicht zu lange an einem Ort mit Elektromog sein zu können. Dieselbe Person äusserte, sich in der Wohnung aufgrund des Elektromogs stärker eingeschränkt zu fühlen als draussen in der Natur.

Alle Befragten gaben an, Magen-Darm-Probleme zu haben (7). Weitere oft aufgezählte Beschwerden waren Schlafstörungen (4), Nahrungsmittelunverträglichkeiten (4), Probleme des vegetativen Nervensystems (4), allgemeine Schmerzen (4), Atemwegsbeschwerden (3), Erschöpfung (3), Kopfschmerzen (3), Hautirritationen (3) und psychische Beschwerden (2). Je zwei Personen nannten Herz-Kreislaufbeschwerden (2), Körpermissempfindungen (2), Beschwerden des Harnwegssystems (2), Konzentrationsstörungen (2) und andere Sensitivitäten (2). Einzelne Stimmen zählten zudem einen veränderten Bewusstseinszustand, Augenbeschwerden, Probleme der Schleimhäute und mit den Ohren sowie eine Gewichtsveränderung auf. In folgendem Zitat wird deutlich, wie breit die Palette von empfundenen Beschwerden sein kann:

„[...] Eben, es gibt bei mir hundert Arten von Beschwerden, je nach Substanz. Es kann schwach sein, sodass mir einfach nur schwindelig ist. Es kann ein bisschen stärker sein, sodass ich Durchfall habe. Wenn mir schwindelig ist und ich Durchfall habe, ist das immer noch schwach. Oder Verstopfung. Der Darm reagiert schnell. Aber manchmal auch die Atmung, dass ich wie Spasmen in den Bronchien und der Luftröhre bekomme. Ja, so Krämpfe nehmen eher zu, sodass ich manchmal krampfartige Schmerzen über den Bauch hinein habe. [...] Die Nierengegend. Das hat jetzt in diesem Jahr zugenommen. Was dann auch Richtung Kolik oder Ohnmacht gehen kann. Es kann auch einfach eine Nervosität entstehen, Herzklopfen, Herzrhythmusstörungen, [...] Das ist auch sehr häufig, dass ich einfach nicht schlafen kann, weil es Stoffe hat, die mich [stören]. [...]“ [A3-12]

Dauer und Herkunft der Beschwerden

Die Mehrheit der Befragten gab an, schon mehrere Jahre unter ihren Beschwerden zu leiden (5). Zwei Personen äusserten, die Beschwerden seien immer stärker geworden. Zwei Personen berichteten zum Zeitpunkt des Interviews, seit weniger als einem Jahr an MCS-Symptomen zu leiden.

Zwei Befragte berichteten, keine Beschwerden zu haben, wenn keine Stoffe wahrgenommen würden, weswegen diese als Auslöser gesehen wurden. Eine weitere Person sah das Erleben zweier Wohnungsbrände vor zwei bzw. vier Jahren als Ursache, wodurch das Immunsystem vermutlich geschwächt wurde. Beim letzten Brand habe die Person eine Reizgasvergiftung erlitten, wie in folgendem Zitat beschrieben wird:

„Ich hatte hier vor zwei Jahren, im November 2012, einen Brand. Auch hier in diesem Haus. [...] Und ich habe diese Gase eingeatmet. Ich hatte dann eine Reizgasvergiftung, ich war auch beim Arzt. Es war alles entzündet. Ich konnte mich auch nicht mehr drin aufhalten, auch bei der Arbeit. Es war alles verschleimt, ich bekam keine Luft mehr. [...] Und zwei Jahre davor war nochmals ein Brand bei mir zu hause. [...] Und der Arzt dort - heute ist er Umweltmediziner - sieht einen eindeutigen Zusammenhang. [...]“ [A6-47]

Eine Person brachte die Entstehung der Beschwerden mit dem Strom eines Tramdepots in der Umgebung einer früheren Wohnung in Verbindung. Eine weitere Person sah einen Hörsturz als Erstauslöser. Diese beiden Personen erachteten die Funkstrahlen in der aktuellen Wohnung als Verstärker bzw. erneuten Auslöser der Beschwerden. Eine Person betonte, keine psychologische Ursache zu sehen.

Fünf der sieben Abbrechenden gaben an, ihre Beschwerden grösstenteils bestimmten Auslösern zuordnen zu können. Eine weitere Person könne bei gewissen Beschwerden eine Zuordnung machen, bei anderen nicht. Zwei Personen berichteten eine unterschiedliche Stärke der Beschwerden in Abhängigkeit des Auslösers.

Massnahmen gegen Beschwerden

Drei Personen gaben an, eine Maske zu besitzen, welche bei Bedarf getragen werde. Einige Personen erwähnten, spezifische Reinigungs- und Waschmittel zu verwenden (3), die Wohnung sehr früh morgens zu lüften und spezifische umweltverträgliche PC-Produkte zu benutzen. Eine Person berichtete, bestimmte Plastikprodukte nicht mehr zu verwenden. Als weitere Massnahmen wurde von dieser Person die Suche nach einem neuen Arbeitsplatz und einer anderen Wohnung genannt. Weitere von einzelnen Personen genannte Massnahmen waren der Verzicht auf Duftstoffe bzw. Parfüme, warme Bettflaschen gegen Magen-Darm-Beschwerden einzusetzen und nicht mehr mit dem Mobiltelefon zu telefonieren. Eine Person äusserte sich wie folgt zu einer als hilfreich empfundenen Massnahme:

„Seit ich nicht mehr mit meinem Handy telefoniere, habe ich eine wesentliche Verbesserung [bemerkt]. Ich mache das definitiv und strikt nicht mehr.“ [A7-80]

Copingstrategien

Drei Personen der Abbrechenden berichteten, regelmässig die Wohnung zu verlassen, wenn die Beschwerden zu stark werden. Einer dieser Personen fügte aber an, auch zu versuchen, die Beschwerden in der Wohnung bewusst auszuhalten. Die Vermeidung von Auslösern bzw. deren lange Exposition war eine weitere genannte Strategie im Umgang mit den Beschwerden (2). Zwei Personen berichteten, das Spazieren in der Natur als hilfreiche Copingstrategie zu empfinden.

Drei Betroffene bekundeten, ihre Bekannten nicht über ihr Beschwerdebild informiert zu haben, was von einer Person bereut werde. Je zwei Befragte erwähnten den Versuch, ihre Beschwerden zu ignorieren oder sich auf anderes zu konzentrieren. Eine weitere Person gab an, sich häufig ins Schlafzimmer zurück zu ziehen, welches am besten abgeschirmt sei.

Eine weitere genannte Copingstrategie war die Einteilung der Kräfte. Dazu distanzieren sich diese Person zunehmend von Problemen anderer, um genügend Reserven für die eigenen Probleme zu haben, und sie gehe den Umzug ins MCS-Wohnhaus schrittweise an. Des Weiteren berichtete diese Person, vermehrt Aktivitäten auszuführen, welche ihr gut tun würden. Eine weitere Person äusserte, positiv zu denken und zu hoffen, dass alles besser wird. Die mentale Einstellung in bestimmten Situationen Auslösern ausgesetzt zu sein sowie das mentale Abschalten in kritischen Situationen waren weitere Einzelnennungen zu diesem Thema.

Eine Person gab an, das Programm "Dynamic Neural Retraining System" von Annie Hopper anzuwenden, womit die Kontrolle von Gedanken und entsprechenden Gefühlen und Handlungen gelernt und neue neuronale Verknüpfungen gebildet werden sollen. Eine weitere Person bemühe sich, sich von ihrem Beschwerdebild zu distanzieren und sich nicht damit zu identifizieren, wie folgendes Zitat illustriert:

*„Ich habe auch beschlossen, also, ich will mich einfach nicht unterkriegen lassen, ich will mir mein Leben zurückerobern und ich identifiziere mich nicht mit dieser Krankheit.
[...]“ [A5-19]*

Herausforderungen

Die von den Abbrechenden genannten Herausforderungen wurden z. T. mit der empfundenen Erschöpfung in Zusammenhang gebracht. Dazu gehörten alles unter einen Hut bringen (2) und die Bewältigung des Umzugs. Eine Person äusserte, dass das Finden einer optimalen Wohnsituation als Herausforderung empfunden werde, da sehr viele Aspekte problematisch seien wie z. B. die Baumaterialien, durch Nachbarn verwendete Stoffe, geteilte Waschmaschine u. a. Die Person habe sich entschieden, sehr abgelegen zu wohnen, wodurch zwar viele Auslöser nicht vorhanden seien, dafür aber die Ärzteschaft schwierig zu erreichen, dabei immer ein beträchtlicher Höhenunterschied zu bewältigen und eine soziale Isolation entstanden sei. Ihr schlechter physischer Zustand sei eine weitere Herausforderung. Des Weiteren wurde von einer befragten Person die Unvorhersehbarkeit bzgl. der Befindlichkeit erwähnt, wodurch auch die Planung des Alltags erschwert werde, wie folgendes Zitat unterstreicht:

„Dass ich nicht planen kann und nie weiss, wie es mir geht. [...] Ich habe nächste Woche am Morgen um 9 Uhr einen Termin. Ich weiss nicht, ob ich dort stehe. Oder wenn ich jetzt heute Abend nach Hause komme, weiss ich nicht, was mich erwartet. Und das ist für mich ein Gefängnis und das ist eigentlich das Schwierigste.“ [A3-18]

Einzelne Personen zählten die Ernährung aufgrund der vielen Unverträglichkeiten und das Aufstehen aufgrund der anschliessend beginnenden Schmerzen als Herausforderungen im Alltag auf. Als weitere Herausforderung wurde die ganze Umstellung des Lebens inklusive der Vermeidung von Stoffen genannt.

4.2.2.2 Ärztliche Behandlung

Von den Abbrechenden gaben mit Ausnahme einer Person alle an, in ärztlicher Behandlung zu sein (6). Je zwei Personen berichteten, bzgl. MCS bzw. nicht wegen MCS in ärztlicher Behandlung zu sein. Von den restlichen drei Personen wurden dazu keine Angaben gemacht. Zwei Personen erläuterten, dass sich die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt mit MCS bzw. einem anderen spezifischen Beschwerdebild auskenne.

Sechs Abbrechende gaben als aktuell involvierte Fachpersonen die Hausärzteschaft an. Je zwei Personen äusserten zudem, Spezialistinnen bzw. Spezialisten und psychologische bzw. psychiatrische Fachpersonen konsultiert zu haben. Zudem wurde von fünf Personen berichtet, bei alternativmedizinischen Fachpersonen aus der Umweltmedizin (3), der Homöopathie, der Osteopathie, der Naturheilpraktik sowie der spirituellen Medizin in Behandlung zu sein. Je zwei Personen berichteten, regelmässig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel zu sich zu nehmen.

Vier Personen äusserten die Meinung, dass in der medizinischen Fachwelt ein mangelndes Wissen bzgl. MCS bestehe. So gab eine Person zu bedenken, dass sie sich von der Ärzteschaft nicht verstanden fühle. Eine Ausnahme stellte die Fachperson aus der Umweltmedizin dar, welche der Person im Gegenteil zu den Ärztinnen bzw. Ärzten ohne MCS-Kenntnis habe weiterhelfen können. Die Hausärztin bzw. der Hausarzt und eine Spezialistin bzw. ein Spezialist schienen der Person mit ihrem Beschwerdebild überfordert zu sein und ungeeignete Medikamente verschrieben zu haben. In folgendem Zitat wird die geäusserte Meinung der MCS-Person unterstrichen:

„Aber gerade Ärzte: Ich denke, dass die sich auch mal ein bisschen mehr damit beschäftigen sollten. Denn ich beschrieb ihnen, was ich habe und sie sagten, ich sei gesund. Damit kann ich aber nichts anfangen.“ [A6-93]

4.2.2.3 Aktuelle Wohnsituation

Vorkehrungen

Um sich vor kritischen Substanzen zu schützen, gaben je drei Personen der Abbrechenden an, Luftreinigungsgeräte und Alufolie zur Abdeckung des Bodens und der Wände sowie von gewissen Gegenständen in der Wohnung zu verwenden. Von einer weiteren Person wurde die Alufolie zur

Abschirmung von Elektrosmog verwendet. Vorkehrungen, welche von einzelnen Personen genannt wurden, waren das Abdichten der Wohnungstüre, das Anschaffen von neuen Möbeln und Milbenüberzügen, die regelmässige Reinigung der Leitungssysteme, das Abschleifen des Lacks von den Wänden und die Nutzung von effektiven Mikroorganismen (s. Glossar). Eine Person gab an, mehrere Gegenstände der Wohnungseinrichtung entfernt zu haben und für die MCS-Wohnung deren aus bestimmten Materialien zu suchen.

Einige genannte Vorkehrungen dienten der Abschirmung vor Elektrosmog. Je zwei Personen berichteten, Schutzgegenstände gegen den Elektrosmog aufgestellt zu haben, wie bspw. ein Shungit-Stein (s. Glossar), und auf kabellose Geräte zu verzichten. Einzelne Personen gaben an, eine Netzfreeschaltung eingebaut oder Memon (s. Glossar) installiert zu haben, schonende Elektrogeräte zu benutzen und das Handy in der eigenen Wohnung auszuschalten. Eine Person äusserte, Abschirmstoffe über dem Bett zu haben, eine weitere berichtete, an den Wänden des Schlafzimmers ein Netz aus feinem Metall zu haben. Der dadurch abgefangene Elektrosmog werde in die Steckdose abgeleitet.

Drei Personen berichteten, die Wohnung komplett zu wechseln, indem für eine Person eine Zweitwohnung als Fluchtort diene, eine Person ein Zimmer bei einer bekannten Person miete, welche in der Nähe eines Waldes wohne, und im dritten Fall zu einer verwandten Person umgezogen werden konnte, in dessen Wohnung weniger Beschwerden auftraten. Eine Person erwähnte, im Badezimmer zu schlafen, welches am besten abgeschirmt sei. In folgendem Zitat werden verschiedene genannte Vorkehrungen einer befragten Person erläutert:

„[...] Wir kleben immer jeweils die Türen ab. [...] Mit so braunem Klebeband, wenn [der Duft von] Duftsteckern durch das Treppenhaus kommt. [...] Dann brauche ich auch EM, das sind die effektiven Mikroorganismen. [...] Dann schlafe ich jetzt meistens im Badezimmer. Dort hat es eben keine Lüftung. Sie haben jetzt überall so Lüftungen eingebaut und dort hat es keine und es ist gegen aussen am meisten dicht.“ [A3-87]

Falls kein Einzug ins MCS-Haus stattfinden würde, bekundete eine Person, noch andere Massnahmen treffen zu wollen, wie bspw. einen Baldachin aufzuhängen, und dazu eine Expertenberatung in Anspruch zu nehmen.

Problembereiche

Als Problembereiche in der aktuellen Wohnung vor dem Einzug ins bzw. dem Probewohnen im MCS-Wohnhaus wurden von je zwei Personen Lösungsmittel, Funkstrahlen und weiterer Elektrosmog genannt. Duftstoffe, biologische Auslöser, Emissionen, Heizungs- und Lüftungssysteme, Wohnungseinrichtungen, undichte Fenster und die Abgeschiedenheit waren weitere angegebene Problembereiche.

Eine Person erläuterte, dass umfangreiche Renovationsarbeiten bevorstehen würden, und die renovierte Wohnung aufgrund verwendeter Baumaterialien nicht mehr bewohnbar sein werde. Die Wohnung einer weiteren Person sei eine Minergiewohnung ohne Luftfilter, was sie als problematisch beschrieb. Zudem werde aktuell das Dach saniert, was ihr ebenfalls Probleme bereite.

Eine Person berichtete von Problemen mit der Nachbarschaft: Strahlungen im Wohnraum, welche durch die Nachbarschaft verursacht würden, seien ein Problem in der aktuellen Wohnung.

Ideale Aspekte

Als ideal erachtete Aspekte der aktuellen Wohnung wurden von den Abbrechenden die Grösse der Wohnung (3), die Baumaterialien (3), die Helligkeit der Wohnung sowie das Wohnklima aufgezählt. Weitere genannte Aspekte betrafen die Umgebung der Wohnung: die grüne (2) und ruhige (2) Umgebung, die Absenz von Emissionen, die zentrale Lage und die Aussicht. Eine MCS-Person meinte zur Absenz von Emissionen Folgendes:

„Wenn nicht gerade gegrillt wird oder so, haben wir hier auf über 800 Metern Höhe und in einem Bereich, der nicht so stark landwirtschaftlich genutzt wird, eine sehr sehr gute Luft. Das ist ein absolutes Plus.“ [A4-25]

Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation

Vier Personen äusserten sich unzufrieden mit der aktuellen Wohnsituation. Die Unzufriedenheit wurde mit nicht ausreichendem Platz, einer ungeeigneten Raumaufteilung, dem Lärm, der Dachsanierung, undichten Fenstern und dem Heizungs- und Lüftungssystem in Zusammenhang gebracht, sowie mit umgebungsbedingten Faktoren wie Antennen, die weite Entfernung von Bekannten oder der Arbeitsstelle bzw. die Abgeschiedenheit. Eine Person gab an, mit der aktuellen Wohnsituation grundsätzlich zufrieden zu sein, ausser mit den Antennen in der Nähe.

Einige Abbrechende zeigten sich hingegen zufrieden mit der aktuellen Wohnsituation (3). Für zwei davon sei das gute Nachbarschaftsverhältnis ein Grund dafür. Eine Person gab zudem die schöne Wohnung mit der grünen Umgebung und die Aussicht als entscheidende Faktoren an. Sie beteuerte, dass sie sich in der Wohnung wohl fühle und ihr der Umzug schwer fallen würde. Eine bevorstehende Renovierung sei für eine Person der einzige Grund, weshalb sie einen Auszug in Erwägung ziehe. Eine Person äusserte sich wie folgt zu ihrer Wohnung:

„Aber sonst gefällt mir diese Wohnung. Ich fühle mich hier wohl, auch mit den Nachbarn. Ich fühle mich wirklich wohl hier. Ich würde also schweren Herzens hier wegziehen.“ [A7-48]

4.2.2.4 Aktuelle Wohnumgebung

Mobilität

Vier Personen gaben an, ein eigenes Auto zu besitzen, wobei eine Person jeweils von der Partnerin bzw. dem Partner gefahren werde. Eine weitere Person erwähnte, gelegentlich von Bekannten mit dem Auto gefahren zu werden. Drei Personen berichteten, häufig zu Fuss unterwegs zu sein und eine Person äusserte, das Fahrrad zu benutzen.

Fast alle Abbrechenden äusserten, einen nahen ÖV-Anschluss zu haben (6), mit Ausnahme einer Person. Für die meisten sei die Benutzung des ÖVs möglich (5), wenn auch schwierig (3). Zwei

Personen gaben hingegen an, den ÖV nicht nutzen zu können. Einige ÖV-Nutzer berichteten, ab und zu den Sitzplatz zu wechseln (3) oder die Stosszeiten zu vermeiden. In folgendem Zitat äusserte sich eine Person zur Benützung des ÖVs:

„Ich hatte halt gar nie eine andere Wahl, ich musste einfach immer [den ÖV benutzen]. [...] Ich kann manchmal in einem Zugabteil sitzen und es ist voll und ich kann relativ entspannt da sitzen und dann kann ich also in einem Zugabteil sitzen und es sind drei Leute darin und ich muss aufstehen und gehen. [...] Und dann muss ich sofort flüchten.“ [A5-44]

Alltägliche Besorgungen

Von den meisten Abbrechenden wurde angegeben, alltägliche Besorgungen erledigen zu können (5). Einzelne Personen erläuterten, dabei grosse Menschenmengen zu vermeiden und Besorgungen möglichst schnell zu erledigen.

Während zwei Befragte angaben, einen bestimmten Coiffeursaloon zu besuchen, berichteten drei Personen, auf Coiffeurbesuche zu verzichten. Eine Person ohne MCS-Betroffenheit erwähnte, die Coiffeuse bzw. den Coiffeur teilweise zu bitten, das Mobiltelefon auszuschalten.

Eine Person erwähnte, den Zahnarzt jeweils zu bitten, die Fenster zu öffnen. Für anstehende Hotelbesuche gab eine Person an, sich im Voraus bzgl. der Baumaterialien bzw. der Möbel in den Hotelzimmern zu informieren.

Einkauf

Bis auf eine Person berichteten alle Abbrechenden, die Einkäufe selber erledigen zu können (6). Bei der siebten Person werden diese durch die Partnerin bzw. den Partner besorgt. In diesem Fall gebe es auch keine Einkaufsmöglichkeiten in der Wohnumgebung. Zwei Personen erwähnten, in ausgewählten Läden einzukaufen, eine weitere kaufe u. a. auf dem Markt ein, welcher draussen sei. Einzelne Befragte gaben an, grosse Menschenmengen zu vermeiden oder Einkäufe möglichst schnell zu erledigen.

Alle Abbrechenden gaben an, auf spezifische Nahrungsmittel zu achten (7). Diese seien für zwei Personen nicht in der Wohnumgebung erhältlich. Eine Person äusserte sich folgendermassen zur Frage, ob Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe vorhanden seien:

„Nein. Man muss immer mit dem Auto fahren. Also, ich bin da total von meinem Mann abhängig und das ist entsetzlich, weil ich war früher genau das Gegenteil. Ich war viele Jahre selbständig. Ich bin absolut autonom, ein Mensch, der immer alles alleine gemacht hat und das ist irgendwie die Hölle.“ [A4-38]

4.2.2.5 Soziale Kontakte

Eine Person der Abbrechenden stellte eine Abnahme sozialer Kontakte aufgrund der Beschwerden fest. Eine weitere Person äusserte, dass soziale Treffen aufgrund des Gesundheitszustandes und der

abgelegenen Wohnsituation eigentlich gar nicht mehr bzw. kaum noch möglich sind. Die angegebene Häufigkeit von bewussten Treffen reichte von mehrmals wöchentlich (3), über sechs Treffen im Monat bis auf lediglich vier bis fünf Treffen im Jahr. Die restlichen zwei der sieben Personen gaben keine konkrete Anzahl an. Während eine dieser Personen angab, regelmässig soziale Kontakte zu pflegen, äusserte die andere Person, sich nicht häufig mit anderen zu treffen. Eine Person äusserte sich zu ihren sozialen Kontakten wie folgt:

„Also, im Moment treffe ich fast niemanden. Meinen Mann und ab und zu einmal jemanden, der eben auch dasselbe Problem hat, aber das ist hier oben eigentlich ganz selten. [...] So wie ich früher war, bin ich ein Mensch, der eher spontan ist. Also, ich habe das richtige Verlangen [nach] Abmachungen. Ich würde vielleicht auch Freunde spontan anrufen und fragen ‚Hast du Zeit? Gehen wir spazieren?‘. Aber das ist hier eben gar nicht möglich, denn [...] hier [ist] niemand und es geht mir eben auch gerade wirklich nicht gut. [...]“ [A4-40]

Voraussetzung für das Treffen anderer Leute sei für eine Person, dass das Gegenüber duftfrei ist. Von einer weiteren Person wurde geäussert, bei Besuchen in fremden Wohnungen darum zu bitten, draussen zu sitzen oder die Fenster zu öffnen. Eine Person gab an, wenn sie Duftstoffe wahrnehme, ihre Kunden zu bitten, sich das nächste Mal nicht mehr zu parfümieren.

Fünf Personen gaben an, dass vereinbarte wie auch spontane Treffen möglich seien. Davon bevorzuge eine Person jedoch klar vereinbarte Treffen, um die Energie einteilen zu können, und die andere treffe sich lieber spontan, weil ihr Befinden immer ungewiss sei und deswegen vereinbarte Treffen teilweise habe absagen müssen. Eine weitere Person berichtete, sich ausschliesslich auf vereinbarte Termine zu treffen, und eine Person meinte, dass weder das eine noch das andere möglich sei (s. weiter oben).

Drei Personen gaben an, Besuche in der eigenen Wohnung empfangen zu können, hingegen habe eine Person seit zehn Jahren keinen Besuch mehr in der eigenen Wohnung gehabt. In fremde Wohnungen gehen zu können gaben vier Personen an, wobei dies von einer dieser Personen vermieden werde. Restaurantbesuche wurden von drei Personen als möglich angegeben. Bei Bedarf werde dabei von einer Person der Platz gewechselt. Sechs der sieben Befragten berichteten, soziale Kontakte draussen pflegen zu können. Bezüglich den Treffen in der eigenen Wohnung meinte eine Person:

„Oder, eben, jemanden einladen, das ist jenseits. Ich weiss ja nie, wie es in dieser Wohnung ist. Was ist, wenn es wieder Schadstoffe hat? Dann kann ich die Leute wieder ausladen, oder.“ [A3-52]

Öffentliche Anlässe

Vier Personen gaben an, an öffentlichen Anlässen nicht teilnehmen zu können, während die restlichen drei äusserten, dass dies möglich sei – in einem Fall ausgenommen Kinos und Diskotheken. Eine Person berichtete, jeweils nur kurze Zeit an Anlässen teilzunehmen, und sie jederzeit wieder verlassen zu können. Während drei Personen berichteten, dass eine Vereinsmitgliedschaft nicht

möglich sei, gab eine Person an, Mitglied in verschiedenen Vereinen zu sein. Bei Bedarf werde von dieser Person bei Anlässen der Platz gewechselt.

Soziale Kontakte zu anderen Betroffenen

Alle Abbrechenden berichteten, andere Betroffene (7) zu kennen, zu denen die meisten Kontakt pflegen würden (5). Von zwei Personen wurde jedoch geäußert, den Kontakt zu anderen Betroffenen als belastend zu empfinden, gleichzeitig fiel ihnen die Abgrenzung zu anderen MCS-Personen schwer. Eine Person betonte, den Kontakt lediglich mit solchen Betroffenen zu pflegen, die nicht nur über MCS reden würden. Von einer Person wurde berichtet, keinen Kontakt zu anderen Betroffenen zu pflegen, sich diesen aber zu wünschen. Eine Person äusserte sich auf die Frage, ob sie den Kontakt zu anderen bekannten Betroffenen pflege wie folgt:

„Wenig. Denn manchmal geht es mir dann noch schlechter. [...] Ich habe einfach gemerkt, dass mich das manchmal auf noch mehr Substanzen sensibilisieren kann. [...] Viele arbeiten ja nicht mehr. Es hat mich oft auch überfordert: Die viele Zeit, die sie haben und sie möchten so lange reden oder brauchen das und ich habe diese [Zeit] nicht. Ich versuche immer irgendwie noch zu funktionieren, habe dann aber halt einfach wenig Reserven.“ [A3-44]

4.2.2.6 Rahmenbedingungen einer Arbeitsstelle

Eine Person meinte, wieder arbeiten zu können, sobald die Möglichkeit bestünde, von Zuhause aus zu arbeiten. Von einer weiteren Person genannte Voraussetzungen, um einer Arbeit nachgehen zu können, beinhalteten, dass die Mitarbeitenden im Büro das Handy ausschalten würden und keine Strahlungen am Arbeitsplatz und keine Antennen auf dem Dach vorhanden wären. Eine Person glaubte nicht, mit vorgegebenen Bedingungen wieder arbeiten zu können.

4.2.2.7 Soziale Unterstützung

Alle Abbrechenden nannten eine oder mehrere Personen, mit denen jederzeit persönliche Probleme besprochen werden könnten (7), wobei dies in einem Fall ausschliesslich mit der Partnerin bzw. dem Partner möglich sei. Diese Person erwähnte, mangelnde persönliche Unterstützung zu erhalten und gehörte zu den drei Personen, welche angaben, eine weitere Person zur Besprechung persönlicher Probleme zu vermissen. Des Weiteren berichtete sie, ab und zu von anderen MCS-Betroffenen persönliche Unterstützung zu erhalten, während andere Personen einen solchen Austausch als belastend beschrieben hatten. Zwei Personen gaben an, ab und zu professionelle Unterstützung aufzusuchen. Eine dieser Person meinte, dies zu tun, um Bekannte nicht zu belasten. Sie gehörte denn auch zu den vier Befragten, die äusserten, keine weitere Person zu vermissen, mit der persönliche Probleme besprochen werden könnten. Eine weitere Person berichtete, persönliche Unterstützung durch spontane Gespräche mit fremden Personen zu erleben. Die ganze Gruppe gab an, auf alltägliche Hilfe von anderen zählen zu können (7), in einem Fall wiederum ausschliesslich von

der Partnerin bzw. vom Partner. Folgendes Zitat illustriert der behutsame Umgang einer Person mit dem Thema Bekannte als Ressource:

„[...] Ich finde, man kann Freunde auch nicht zu sehr damit belasten, denn die haben auch ihr Leben, die haben auch ihre Sorgen und ich finde es nicht in Ordnung, wenn ich die mit meinen Sachen belade. Also, dann suche ich mir schon ab und zu einmal professionelle Hilfe. [...] Denn mein Leben ist schwierig und es ist immer wieder ein Thema, aber man kann damit Beziehungen kaputt machen. Ich kenne viele MCS-Kranke, die auch deswegen alleine sind, weil sie immer und immer wieder andere Leute mit ihren Problemen beladen und das kann man nicht machen.“ [A5-60]

4.2.2.8 Erwartungen an die neue Wohnsituation

Angegebene Gründe, welche für einen Umzug sprachen, waren die Lage des MCS-Hauses (5), die ungünstige aktuelle Wohnsituation (4), die Ausstattung der Wohnung im MCS-Wohnhaus (3) und die MCS-Wohnung als ein Erholungs- bzw. Rückzugs- und Kraftort (3). Weitere entscheidende Gründe für die Abbrechenden waren laut Angaben die gesundheitliche Situation (2), die grüne Umgebung (2), die Absenz von Funkstrahlen (2) und eine Person hatte schon vorgängig Bekanntschaften in Leimbach. Wichtig schien den Abbrechenden auch die Hausregeln (5), wodurch von zwei Personen angenommen wurde, dass von den Nachbarn keine Stoffe vorhanden sein werden und von drei Personen, dass keine Strahlungen im Wohnraum vorhanden sein werden. Je drei Personen zählten zudem die Hausgemeinschaft und die gesunden Baumaterialien zu den Gründen, welche für einen Umzug sprachen. Weitere Annahmen, welche einzelnen Personen als Gründe für einen Umzug angaben, betrafen die subjektive Befindlichkeit wie die Reduktion von Schlafstörungen und anderen Beschwerden, mehr Energie zu haben sowie eine Besserung der allgemeinen Befindlichkeit. Weitere Annahmen betrafen die Wohnung an sich: dass die Wohnung ertragen werde, keine Vorkehrungen nötig sein würden und die Wohnung nicht ringhörig sein werde. Auch die gute Luft und eine Reduktion der Einschränkungen wurden genannt. Eine Person fasste ihre Gründe für einen Umzug folgendermassen zusammen:

„[...] Die gesunde Wohnung, näher an der Stadt zu sein, nicht so isoliert zu sein. Vielleicht auch mit anderen einmal wieder etwas machen zu können. Und die Hausgemeinschaft an sich und freier leben zu können. Also, freier im Sinne von nicht so eingeschränkt zu sein, also mehr Bewegungsfreiheit. [...]“ [A4-65]

Die Abbrechenden gaben aber auch Aspekte des MCS-Hauses zu bedenken, weswegen einige Personen bekundeten, dass der bevorstehende Umzug schwer falle (4). So äusserten sich einige Betroffenen besorgt betreffend dem Neubau (2), der finanziellen Situation (2), dem Zusammenleben mit anderen MCS-Betroffenen und den fehlenden Einkaufsmöglichkeiten in Leimbach. Zwei Personen bekundeten, die Beschwerden nicht akzeptieren oder sich nicht ständig damit beschäftigen zu wollen. Eine Person äusserte zudem, Mühe mit dem Separieren von Menschen bspw. nach Krankheiten zu haben. Eine weitere Person gab zu bedenken, dass auf dem Weg von der Bushaltestelle zum MCS-

Haus ein elektromagnetisches Feld vorhanden sei. Folgendes Zitat illustriert die geäußerten Bedenken bzgl. dem Zusammenleben mit anderen MCS-Betroffenen:

„Das ist mir ganz wichtig; ich will nicht MCS zum Morgenessen, zum Mittagessen und zum Abendessen, ich will das einfach nicht. Und darum macht es mir zum Teil auch ein bisschen Angst und Mühe in ein Haus zu ziehen, in dem es nur kranke Leute hat. [...]“ [A5-20]

Hoffnungen und Erwartungen bezüglich der Befindlichkeit

Einige Abbrechende äusserten die Hoffnung, in der MCS-Wohnung weniger Beschwerden zu haben (3). Eine dieser Personen bekundete die Überzeugung, dass dies eintreten werde, wie folgendes Zitat aufzeigt:

„Ich bin sozusagen 100% sicher, dass ich diese Schmerzen loswerde, den Durchfall loswerde, weil ich das ja wirklich erst seit diesen Natelantennen habe und dort ist das alles ja nicht.“ [A2-58]

Einige Befragte äusserten die Hoffnung einer Besserung der allgemeinen Befindlichkeit (3) und die Erwartung eines einfacheren Alltags (2). Zwei Personen gaben die Erwartung an, die Räumlichkeiten zu ertragen, wovon wiederum eine Person überzeugt war, dass dies so sein werde. Einzelne Personen gaben die Hoffnung an, sich in der neuen Wohnung zuhause zu fühlen, zur Ruhe und zu Kräften zu kommen, die innere Mitte zu finden, weniger Schlafstörungen zu haben, nicht mehr auf Medikamente angewiesen zu sein, wieder arbeiten zu können, mehr Besuch haben zu können und weniger Stress zu erleben.

Hoffnungen und Erwartungen bezüglich dem Zusammenleben

Vier Personen äusserten die Erwartung, dass bzgl. dem Zusammenleben mit anderen Betroffenen das Verhältnis von Nähe und Distanz eine Herausforderung sein werde. Eine dieser Personen äusserte denn auch die Sorge, dass die anderen zu viel Nähe erwarten werden. Zwei Befragte äusserten eine positive Einstellung bzgl. den vorgegebenen Treffen und die Bereitschaft, daran teilzunehmen. Weitere zwei Personen äusserten den Wunsch nach einem Austausch mit den anderen Betroffenen. Zwei Personen gaben an, sich eine gute Hausgemeinschaft bzw. ein freundschaftliches Verhältnis zu wünschen.

Als besonders wichtig für das Zusammenleben wurde von den MCS-Betroffenen die Rücksichtnahme (5), Privatsphäre (4) und die Einhaltung der Regeln (2) erachtet. Vier Personen äusserten den Wunsch, dass MCS kein Dauerthema sein solle. Eine Person zählte zudem Offenheit, Transparenz und eine externe Unterstützung im Falle von Konflikten zu den wichtigen Aspekten für das Zusammenleben. Weitere Einzelnennungen zu diesem Thema waren die gegenseitige Unterstützung, Offenheit und Verständnis füreinander sowie für die Arbeitstätigkeit einer Person. Folgendes Zitat unterstreicht den Wunsch nach einer ausreichenden Privatsphäre:

„Mir ist auch besonders wichtig, dass wenn man die Intimsphäre braucht, diese eben auch hat. Manchmal brauche ich den Rückzug genauso wie das Zusammensein. [...]“

Das ist natürlich meine Erwartung, dass ich meine komplette Ruhe habe und mich in der Wohnung zurückziehen kann. [...].“ [A2-63]

Fünf Abbrechende betonten die Wichtigkeit der Hausregeln bzw. deren Einhaltung (5). Eine Person äusserte ein grosses Vertrauen darin, dass sich alle an die Hausregeln halten werden. Eine weitere meinte, dass sie sich durch die Regeln nicht eingeschränkt fühlen werde. Eine Person war der Meinung, dass neben der Hausordnung keine weiteren Regeln nötig seien. Eine Person meinte, Verständnis für die anderen zu haben und auf kritische Stoffe zu verzichten.

Fünf der sieben Abbrechenden berichteten, sich vermehrt soziale Kontakte zu wünschen, wobei dieser Wunsch für innerhalb (5) wie auch ausserhalb des MCS-Hauses geäussert wurde. Lediglich eine Person äusserte, sich keine vermehrten Kontakte im MCS-Haus zu wünschen, da schon ein ausreichendes soziales Netz vorhanden sei.

Erwartungen an die Mitbewohnenden

Je drei Personen gaben an, Rücksichtnahme, die Einhaltung der Hausordnung und einen freundlichen Umgang miteinander zu erwarten. Je zwei Personen äusserten die Erwartung nach Akzeptanz und der Berücksichtigung der Privatsphäre. Einzelne Personen gaben an, von den anderen Respekt, Verständnis, Offenheit und gegenseitige Hilfestellungen zu erwarten. Eine Person äusserte die Erwartung, dass der Kontakt untereinander gesucht und sie somit nicht einsam sein werde. Eine Person äusserte, sich sicher zu sein, dass ihre Erwartungen erfüllt sein werden. Folgendes Zitat unterstreicht die Erwartung bzgl. Rücksichtnahme:

„Es sollte eigentlich klar sein, dass man Rücksicht aufeinander nimmt. Also, ja. Das machen wir ja da [am alten Wohnort] auch.“ [A1-152]

Erwartungen an die Nachbarn in der Wohnumgebung

Die Abbrechenden äusserten die Erwartung, dass keine Schadstoffe (3) bzw. keine Funkstrahlen aussendende Geräte (2) in der Nachbarschaft vorhanden sein werden. Zwei Personen gaben an, ein gutes Nachbarschaftsverhältnis zu erwarten, eine weitere Person bekundete, nicht mit Rücksicht durch die Nachbarn zu rechnen. Eine Person äusserte den Wunsch, von den Nachbarn in Ruhe gelassen zu werden. Von einer Person wurde der Hort und das Gemeinschaftszentrum in der Wohnumgebung als begrüssenswert erachtet. Eine Person äusserte zudem die Erwartung, keinen Kontakt zu den Nachbarn zu haben.

Wünsche

Je zwei Personen äusserten den Wunsch, wieder soziale Kontakte aufbauen zu können bzw. wieder Bekannte einladen zu können. Eine weitere Person meinte, sich einen guten Kontakt zu den anderen Bewohnenden zu wünschen. Von je zwei Personen wurde der Wunsch nach mehr Energie und einem grösseren Handlungsspielraum genannt. Eine der letztgenannten Personen äusserte sich folgendermassen:

„Ich hoffe wirklich, dass ich dann auch mehr Energie habe und wieder mehr Sachen machen kann, wenn es mir dort in der Wohnung gut geht.“ [A5-27]

Zwei Personen gaben an, eine bessere allgemeine Befindlichkeit zu wünschen. Einzelne weitere Personen machten konkretere Angaben und äusserten den Wunsch nach einer gesundheitlichen Besserung, bzgl. dem Essen weniger eingeschränkt zu sein oder keine Schmerzen mehr zu haben und somit am Morgen nicht mehr aus der Wohnung flüchten zu müssen. Eine Person äusserte, Halt und Ruhe im Leben finden zu wollen, eine weitere äusserte den Wunsch nach einem Neuanfang. Weitere Einzelnennungen zu diesem Thema waren eine schön eingerichtete Wohnung und das Nachgehen einer Arbeit. Eine Person gab zu bedenken, dass sie sich für die Mieterschaft eine Mischung aus gesunden und MCS-betroffenen Menschen wünschen würde.

Entscheid für bzw. gegen einen Einzug

Die Probewohnenden wurden gefragt, was sein müsste, um sich für bzw. gegen einen definitiven Einzug ins MCS-Haus zu entscheiden. Zu diesem Thema äusserten sich zwei Personen. Eine Person zählte eine ausreichende Privatsphäre und das Verschwinden der Beschwerden zu den Faktoren, welche den Entscheid für einen Einzug ins MCS-Wohnhaus begünstigen würden. Gegen einen Umzug ins MCS-Haus würde sie sich laut Angaben bei fehlender Privatsphäre, zu viel Lärm, gefordertem hohen Eigenkapital und der Omnipräsenz des Themas „MCS“ entscheiden. Zu den begünstigenden Faktoren meinte diese Person:

„Dass ich beschwerdefrei bin und nach wie vor in meinem Leben einigermaßen leben kann und auch noch ein Stück Privatsphäre habe.“ [A6-107]

Die zweite Person nannte die Absenz von Elektrosmog, von Schlafstörungen und zu hohen Kosten sowie das Vorhandensein von bestimmten Baumaterialien als entscheidende Faktoren für einen Einzug ins MCS-Haus. Umgekehrt äusserte sie, sich bei hohen Kosten, vorhandenem Elektrosmog und fehlender Rücksicht durch die anderen gegen einen Einzug zu entscheiden.

4.2.2.9 Weitere Ergebnisse

Eine MCS-betroffene Person der Abbrechenden äusserte die Meinung, dass die Öffentlichkeit mehr über begünstigende Faktoren für die Entstehung von MCS aufgeklärt werden sollte, z. B. in der Schule.

4.2.3 Ergebnisse der Betroffenen ohne Mietinteresse t_0

Dieses Kapitel stellt die Vorher-Befragung der Betroffenen ohne Mietinteresse dar. Die Stichprobe setzte sich aus acht MCS-Betroffenen zusammen, die bereits zu Beginn kein Interesse am Bezug einer MCS-Wohnung hatten.

4.2.3.1 Subjektive Befindlichkeit

Auf einer Skala von eins bis zehn, wenn eins sehr schlecht und zehn sehr gut bedeutet, schätzten die Betroffenen ohne Mietinteresse ihre subjektive Befindlichkeit zwischen vier und sieben ein; drei Befragte gaben eine vier an, zwei eine fünf, eine zwischen vier und fünf und eine Person eine sieben. Von einer Person gab es keine Angaben dazu. Eine Person machte einen Unterschied zwischen dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden. Das körperliche Wohlbefinden sei schlecht, während die psychische Befindlichkeit stabil sei und auf der Skala somit eine 8 bis 9 erhielt. Einige Betroffenen äusserten, teilweise zufrieden zu sein (2), andere schätzten ihre subjektive Befindlichkeit als schlecht (3) ein. Die Mehrheit stellte ein starkes Schwanken der Befindlichkeit fest (5), was in einem Fall davon abhängig sei, ob den Auslösern erfolgreich ausgewichen werden könne oder nicht. Eine Person gab an, eine stetige Verschlechterung der Befindlichkeit auszumachen. Einige gaben an, sich häufig erschöpft zu fühlen (4). Eine Person antwortete auf die Frage nach dem subjektiven Wohlbefinden folgendermassen:

„Wenn Sie mich gestern gefragt hätten, hätte ich vielleicht etwas anderes gesagt. Aber insgesamt ist die Situation eben im Moment bei mir sehr prekär und dass es mir mal wie gestern, zwei Tage gut geht, ist jetzt im Moment sehr selten. [...]“ [O3-175]

Auslösende Stoffe

Zu den Beschwerdeauslösern, welche von der ganzen Stichprobe genannt wurden, gehörten Lösungsmittel, Duftstoffe, Emissionen sowie Putz- und Waschmittel. Weitere mehrfach genannte Auslöser waren biologische Auslöser (7), Nahrungsmittel und –zusätze (6), Baumaterialien (6), landwirtschaftliche Stoffe (4), Druckerschwärze (4), Medikamente (4), Heizungs- und Lüftungssysteme (3), Bekleidung (3), Schwermetalle (3), Kunststoffe (3), Strahlungen im Wohnraum (2) und weiterer Elektromog (2). Einzelstimmen nannten zudem Wohnungseinrichtungen, Schmierstoffe, allgemeine Chemikalien, Haushaltsstrom sowie kognitive und physische Anstrengung. Wie vielfältig die Produkte sein konnten, die aufgrund des enthaltenen Lösungsmittels nicht ertragen wurden, illustriert folgendes Zitat:

„Also, ich reagiere einerseits auf Lösungsmittel, die ja in allem drin sind. Also, zum Beispiel Asthma-Sprays, in denen Lösungsmittel sind, gehen nicht. Es gehen deswegen auch sehr viele Medikamente nicht, weil es eben Stoffe darin hat. Dann in den Gebäuden eben alle Farben, alles, was neu ist, Klebplatten bei neuen Möbeln, Imprägnierstoffe. Es darf nichts imprägniert sein. Alle diese Geschichten. [...]“ [O3-12]

Beschreibung der Beschwerden

Einige Befragten gaben an, sich durch ihre Beschwerden stark eingeschränkt zu fühlen (5). Die Einschränkung beziehe sich bei einigen auf alltägliche Aufgaben (3), auf Freizeitaktivitäten (3), auf die Ernährung (2) und auf die Mobilität (2), indem der ÖV oder das Auto nicht mehr benutzt werden könne. Zwei Personen berichteten eine Einschränkung im sozialen Leben, in einem Fall insbesondere aufgrund der Erschöpfung. Je zwei Personen fühlten sich durch den Verlust der Spontanität und/ oder der Planbarkeit des Alltags eingeschränkt. Eine Person berichtete, keine Ferien mehr machen zu

können, eine andere gab an, keine neuen Möbel anschaffen zu können. Eine Person gab eine starke Einschränkung des Bewegungsraums an: Ausser dem Aufhalten im Garten werde das Haus seit drei Jahren nicht mehr verlassen, wie in folgendem Zitat ersichtlich wird:

„Ich gehe gar nicht mehr weg. [...] In den Garten gehe ich doch, aber nicht weiter weg. [...]“ [O5-99]

Zu den meist genannten Beschwerden gehörten Kopfschmerzen (7), Magen-Darm-Probleme (6), Atemwegsbeschwerden (6), Herz-Kreislaufbeschwerden (6), Hautirritationen (6), allgemeine Schmerzen (5) und Erschöpfung (5). Die Hälfte nannte zudem psychische Beschwerden (4), Körpermissempfindungen (4), Probleme des vegetativen Nervensystems (4) und Konzentrationsstörungen (4). Des Weiteren gaben einige Befragte einen veränderten Bewusstseinszustand (3), Nahrungsmittelunverträglichkeiten (3), Augenbeschwerden (2) und Probleme der Schleimhäute (2) an. Einzelstimmen nannten Sensitivitäten, Beschwerden des Harnwegsystems, Probleme mit den Ohren und Schlafstörungen. Einige Befragten berichteten, dass die Beschwerden jeweils lange anhalten würden (4).

Dauer und Herkunft der Beschwerden

Die Mehrheit der Befragten gab an, seit mehreren Jahren an MCS zu leiden (5). Zwei Personen stellten eine kontinuierliche Verschlechterung des Wohlbefindens fest. Eine dieser Personen meinte, auf immer mehr Stoffe zu reagieren.

Einige Personen beschrieben, eine konkrete Ursache ihrer Beschwerden zu sehen: Zwei Personen führten ihre Beschwerden auf eine genetische Veranlagung zurück, wobei eine Person meinte, dass bestimmte Nahrungsmittel ebenfalls eine Rolle gespielt hätten. Eine Person erachtete die Arbeitsstelle in einem Pharmabetrieb als Grund für ihr Beschwerdebild. Zwei weitere Personen gaben medizinische Eingriffe als Auslöser ihres Beschwerdebildes an, wobei eine Person ihre genetischen Voraussetzungen als Mitspieler betrachtete. Eine weitere Person äusserte, einen bestimmten medizinischen Eingriff zwar nicht als Auslöser, aber als Verstärker ihrer Beschwerden zu sehen. Folgendes Zitat erläutert die Ursachenzuschreibung einer genannten Person:

„Also, ich habe sehr viele Zahnbehandlungen gehabt. [...] Und dann wurde es von all diesen Giftstoffen einfach zu viel, der Körper hat es nicht mehr verarbeiten können [...] Und ich habe seit der Geburt so Mühe mit der Leber, dass sie ein bisschen zu wenig arbeitet. Und wenn der Körper zu wenig entgiften kann, ist man dem natürlich stärker ausgesetzt. Jemand, der eine ganz gesunde Leber hat, hätte von diesen Zahnbehandlungen vielleicht nicht MCS bekommen.“ [O1-34]

Zuordnung der Beschwerden

Zwei Personen gaben an, ihre Beschwerden grösstenteils bestimmten Auslösern zuordnen zu können. Eine Person meinte, grösstenteils keine Zuordnung machen zu können. Die restlichen Befragten berichteten, bei einigen Beschwerden eine Zuordnung machen zu können, bei anderen nicht (5). Eine dieser Person fügte an, dass die Beschwerden dadurch unberechenbar seien. Eine

weitere Person äusserte, dass durch unterschiedliche Auslöser immer dieselben Beschwerden ausgelöst werden.

Massnahmen gegen Beschwerden

Die meist genannte Massnahme im Umgang mit den Beschwerden war ein spezifischer Umgang mit Wasch- und Putzmittel oder der Waschmaschine (5). Beispielsweise werde duftfreies Waschmittel verwendet oder die Waschmaschine zuerst leer durchgespült, wie folgende Zitate aufzeigen:

„Hier haben wir einfach unser duftfreies Waschmittel.“ [O4-69]

„Eine Wäsche sieht bei mir so aus: Ich gehe hinunter, rieche einmal, wie es riecht, und wenn es eben stark riecht, stelle ich [die Waschmaschine] auf 60° ein, mit viel Wasser, und lasse das [Wasser] durchlaufen. [...] nachher stelle ich [die Waschmaschine] auf 95° ein, ohne Wäsche, einfach nur mit Wasser. [...] Und dann kommt es manchmal vor, dass ich trotzdem mit einer 95°-Wäsche beginne, damit wirklich der ganze Geruchsstoff hinaus geht.“ [O7-95]

Die Hälfte der Befragten berichtete zudem, spezifische Kosmetikprodukte zu verwenden bzw. auf bestimmte Kosmetikprodukte zu verzichten (4). Gleich viele Personen gaben an, eine Maske zu haben (4), wobei eine Person anfügte, diese in der Öffentlichkeit nicht zu tragen, weil dies eine zu grosse psychische Belastung wäre. Weitere Massnahmen wurden bzgl. der Kleidung angegeben (3), wie beispielsweise das mehrmalige Waschen oder Auslüften von Kleidern. Eine Person äusserte, keinen Schmuck zu tragen. Zwei Personen bemerkten, häufig draussen zu sei (2). Eine weitere Person erläuterte, beim Gang nach draussen auf bestimmte Aspekte zu achten. So gehe sie jeweils früh morgens aus dem Haus, wenn noch keine Fenster anderer Wohnungen geöffnet seien und keine Wäsche draussen hänge. Seien Fenster von Nachbarn geöffnet, werde darauf verzichtet, nach draussen zu gehen. Wenn draussen anderen Personen begegnet werde, werde die Luft angehalten, um deren Duftstoffen nicht einzuatmen. In nachfolgendem Zitat wird diese letztgenannte Strategie beschrieben:

„[...] Ich sehe jemanden auf mich zukommen und sage, das ist eine Dame oder ein Herr, der nach dem und dem riechen könnte und halte einfach meine Luft an. [...] Ich gehe an den Leuten vorbei und halte den Atem an und fange dann vielleicht 20 bis 30 Meter weiter hinten einmal vorsichtig an zu atmen, um zu schauen, was da ist und was nicht. Und wenn es gut geht, atme ich wieder richtig. [...]“ [O6-52]

Eine Person gab an, sich zur Erholung häufig zu setzen oder während des Tages zu schlafen. Im Umgang mit problematischen Duftstoffen in der Wohnung erklärte eine Person, diese mithilfe stark duftendem Kaffee zu überdecken. Einige der erwähnten Massnahmen betrafen den Elektrosmog: So gab eine Person an, das Mobiltelefon nur spärlich zu benutzen. Eine weitere Person äusserte, den Computer jeweils nicht lange zu benutzen und einen gewissen Abstand zum Bildschirm einzuhalten. Schliesslich erwähnte eine Person einen Notfallknopf, den sie bei sich trage, um die Partnerin bzw. den Partner ggf. alarmieren zu können.

Copingstrategien

Einige Personen bekundeten die Vermeidung von Auslösern (4), was von einer Person als sehr negativ beurteilt wurde. Zwei dieser Personen gaben jedoch an, gewisse Beschwerden doch in Kauf zu nehmen, um sich nicht so stark einschränken zu müssen (2). Zwei Personen äusserten zudem das Bemühen, problematische Situationen und Beschwerden auszuhalten (2). Nach eigenen Angaben ziehe sich eine Person bei schlechtem Befinden jeweils zurück. Andere berichteten, sich von den Problemen anderer Betroffenen abzugrenzen, wenn diese eine Überforderung darstellten (2). Von zwei Personen wurde angegeben, gegenüber anderen offen mit ihrem Beschwerdebild umzugehen. Eine andere Person meinte hingegen, dies aufgrund schlechter Erfahrungen bewusst nicht zu tun.

Einige gaben an, ihre Beschwerden möglichst zu ignorieren und die Aufmerksamkeit nicht darauf zu richten (2). Vier Personen bekundeten, das Beschwerdebild MCS bzw. das schlechte Wohlbefinden akzeptiert zu haben. Je zwei Personen äusserten, sich in Entspannungstechniken zu üben oder ihre Kräfte einzuteilen. Eine Person könne im Schreiben Kraft tanken. Dem Alltag eine Aufgabenstruktur zu geben sowie Familienaufgaben zu übernehmen sei für eine weitere Person hilfreich, um mit der Situation umgehen zu können. Eine weitere Person gab an, zu versuchen die Selbstständigkeit und ihren Teilzeitberuf beizubehalten, da dieser das Gefühl gebe, gebraucht zu werden. Für zwei weitere Personen helfe die Familie, sich nicht hängen zu lassen und gebe das Gefühl, noch eine Aufgabe zu haben. Eine Person äusserte, den Humor nicht verloren zu haben, welcher sehr hilfreich sei.

Die Mehrheit der Befragten äusserte, optimistisch zu sein (6). Einige bekundeten die Zuversicht, wieder gesund zu werden (2) oder dass die Beschwerden in akuten Phasen wieder vergehen werden. Einige gaben an, etwas Positives aus ihren Beschwerden nehmen zu können (2), wie folgendes Zitat zeigt:

„Diese Krankheit ist für mich nicht primär einfach nur negativ. Es kann auch stark machen. [...]“ [O8-106]

Eine weitere wichtige Copingstrategie schien laut Angaben der Befragten eine möglichst starke Distanzierung von MCS zu sein (5). So äusserte eine Person, das Programm nach Annie Hopper in Angriff genommen zu haben und überzeugt zu sein, dadurch wieder gesund zu werden. Mithilfe dieser Programme nehme sie aufgegebenen Aktivitäten schrittweise wieder auf. Die Freude an kleinen Fortschritten bringe jeweils einen positiven Rückkoppelungsprozess in Gang. Sie äusserte den Willen, MCS loszuwerden, und die Bereitschaft, dafür zu arbeiten, was ihrer Meinung nach Voraussetzungen für eine Genesung seien. Genügend Geduld betreffend der Genesung sei aber genauso wichtig. Nachfolgendes Zitat illustriert die Haltung der genannten Person zu den Voraussetzungen für eine Genesung:

„Vom Programm von Annie Hopper haben alle das Gefühl, das sei ein kurzer Weg. Die Sache ist: Man kann nicht sitzen bleiben und warten und lediglich positiv eingestellt sein. Das geht nicht. Man muss das Gehirn umtrainieren und das sind Programme, die man sich einimpft: Wiederholungen, Wiederholungen, Wiederholungen. Und ich habe es an mir selber gesehen, dass es wirklich den Willen

dazu braucht, um das durchmachen zu können und das Wissen, dass man gesund wird, sonst funktioniert das nicht. [...] Die Zuversicht muss da sein.“ [O7-161]

Herausforderungen

Eine mehrfach genannte Herausforderung war für die Befragten die Bewältigung des Alltags (3), wie bspw. die Erledigung des Haushalts (2). Einer Person zufolge sei diese Schwierigkeit durch die fehlende Energie bedingt, wie folgendes Zitat unterstreicht:

„Dass ich nicht fähig bin den Alltag zu machen. [...] Einkaufen geht der Mann und im Haushalt habe ich eine Frau, die mir das macht. Ich habe nicht die Kraft, dies zu schaffen. [...]“ [O1-41]

Eine Person äusserte, eine Beschäftigung und somit auch eine Tagesstruktur zu finden sei schwierig. Drei Personen sahen die Ungewissheit bzgl. Auslösern, Beschwerden oder des Wohlbefindens als weitere Herausforderungen, wie folgendes Zitat zeigt:

„Der Druck ist einfach enorm. Dieses Ungewisse, das man hat. Ich weiss nie, was morgen ist.“ [O2-5]

Ebenfalls drei Personen gaben finanzielle Schwierigkeiten an. Eine weitere genannte Schwierigkeit war das Fahren von längeren Strecken mit dem Auto (2). Für eine Person wäre die Nutzung des ÖVs die denkbar grösste Herausforderung, was bisher aber vermieden werde. Weitere von Einzelnen genannte Herausforderungen waren das Beibehalten der Teilzeitstelle und des Programms nach Annie Hopper. Letzteres sei durch Höhen und Tiefen sowie notwendiger Anstrengung und Geduld erschwert.

Eine Person erachtete gleichzeitig zu MCS auftretende Altersbeschwerden als Herausforderung, da benötigte Medikamente wegen MCS nicht ertragen würden. Eine andere Person berichtete, dass kürzlich ein Spitalaufenthalt angebracht gewesen wäre, was aufgrund der Stoffe im Spital aber sehr schwierig gewesen wäre und deshalb nicht gemacht wurde. Auch die Ernährung stellte für eine Person eine Schwierigkeit im Alltag dar, sowie geeignete Kosmetikprodukte und Möbel zu finden.

Eine Person beschrieb den allgemeinen Umgang mit MCS als Herausforderung. Es sei schwierig, einen Kompromiss zwischen einem normalen Leben und dem Ausweichen von Auslösern zu finden. Eine konkrete Situation, in der dieser Konflikt auftrete, sei die Wohnungssuche. Hier müsse ein Kompromiss zwischen ausreichenden Vorkehrungen und einer nicht zu starken Einschränkung gefunden werde, was sich als schwierig erweise, wie folgendes Zitat aussagt:

„Was in der Schweiz eben nicht einfach ist. Wenn man ins Nichts zieht, ist die Frage, wie man dort lebt. Ich meine, man muss einen Kompromiss finden zwischen der Möglichkeit, ein halbwegs vernünftiges Leben zu führen und halbwegs die Gesundheit zu bewahren.“ [O3-113]

Eine andere Person gab an, dass es schwer falle, die Beschwerden zu akzeptieren. Zwei Personen nannten Herausforderungen bzgl. dem sozialen Leben: Für eine Person sei es schwierig, unter Leute

zu gehen, eine andere bekundete, dass mehrere Partnerschaften aufgrund MCS in die Brüche gingen, weil sich die Partnerin bzw. der Partner eingeschränkt gefühlt hatten.

4.2.3.2 Ärztliche Behandlung

Die meisten Befragten gaben an, in ärztlicher Behandlung zu sein (6). Eine Person verneinte diese Frage, von einer anderen wurde keine Aussage dazu gemacht. Die Frage, ob sie aufgrund MCS in ärztlicher Behandlung seien, wurde von je der Hälfte der ärztlich behandelten Befragten bejaht (3) bzw. verneint (3). Zwei Personen gaben an, regelmässig Medikamente und eine Person Nahrungsergänzungsmittel zu sich zu nehmen. Eine Person äusserte, ihr werde zur Bekämpfung ihrer Beschwerden Sauerstoff verschrieben. Eine Person gab zu bedenken, dass MCS die ärztliche Behandlung erschwere, da viele medizinische Arzneimittel nicht ertragen würden. In diesem Sinne gab eine Person an, einen besonderen Inhalationsspray ohne Lösungsmittel und Kortisol zu besitzen, eine andere äusserte, besonderes Zahnmaterial erhalten zu haben.

Zu den angegebenen involvierten Fachpersonen gehörten die Hausärzteschaft (4), Spezialistinnen bzw. Spezialisten (2) und psychologische Fachpersonen (2). Je zwei Personen gaben explizit an, dass sich die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt mit MCS auskenne bzw. nicht auskenne. Zwei Personen berichteten, in der Vergangenheit bei einer Fachperson in Behandlung gewesen zu sein, die sich mit MCS auskannte. Die meisten Befragten, die angaben, in ärztlicher Behandlung zu sein, nahmen den Angaben zufolge Alternativmedizin in Anspruch (3), wie Homöopathie (3) und Quantenheilung. Eine Person berichtete, bei einem alternativen Zahnarzt zu sein, welcher sich mit MCS auskenne. Ebenfalls zwei Personen berichteten, in der Vergangenheit Alternativmedizin in Anspruch genommen zu haben.

Die Hälfte der Befragten gab zu bedenken, dass sich die Ärzteschaft zu wenig mit MCS auskenne (4) und die medizinische (3) wie auch die psychologische (4) Behandlung nicht zufriedenstellend sei bzw. gewesen sei. Zwei Personen differenzierten und äusserten die Erfahrung, dass lediglich die Ärzteschaft ohne MCS-Erfahrung nicht helfen konnte. In folgendem Zitat wird die letzte Aussage ersichtlich:

„Ich war hier bei einem Arzt, der mich auch sehr gut betreut hat. Aber er war mit dem Problem, das ich habe, überfordert. Er hatte nachher das Gefühl, dass er eigentlich sehr froh sei, dass ich weitergehe, weil er nicht wisse, wie er mir helfen kann.“ [O4-105]

Je drei Personen äusserten die Meinung, dass die Medizin MCS nicht ernst nehme und viele Ärztinnen und Ärzte kein Verständnis für MCS-Patientinnen bzw. –Patienten hätten. Eine Person erläuterte, aufgrund schlechter Erfahrungen das Vertrauen in die Ärzteschaft gänzlich verloren zu haben und deshalb gar keine ärztliche Behandlung mehr in Anspruch zu nehmen. Zwei Personen bemängelten, dass MCS von der Ärzteschaft häufig als psychologisches Problem betrachtet werde. Eine Person, welche berichtete, Beratungen für andere Betroffene anzubieten, äusserte den Wunsch nach einer medizinischen oder psychologischen Anlaufstelle, an die sie andere MCS-Betroffenen

verweisen könnte. In folgendem Zitat wird die Meinung einer Person zum Umgang der Medizin mit MCS unterstrichen:

„Das ist ja ein ganz gravierendes Problem in der Medizin, dass man einfach nicht ernst genommen wird. Das ist eine rechte Odyssee, die man da macht. [...] Und dass man einfach immer gleich auf diese Psychoschiene fährt. Darauf bin ich richtig allergisch, dass man immer auf diese Psychoschienen fährt.“ [O8-146]

4.2.3.3 Aktuelle Wohnsituation

Vorkehrungen

Fast alle Personen gaben an, in der aktuellen Wohnung spezifische Baumaterialien verwendet zu haben (7). Einige berichteten, gewisse Gegenstände der Wohnungseinrichtung (3) entfernt zu haben, oder auf den Kauf von neuen Möbeln zu verzichten (2), häufig zu lüften (2), oder ein besonderes Telefon zu besitzen (2). Einzelne Personen nannten bauliche Vorkehrungen: Eine Person berichtete, ein Separée gebaut zu haben, in dem die Partnerin bzw. der Partner rauchen könne, eine andere Person gab an, ein Cheminée eingebaut zu haben, welches als Luftreinigung fungiere. Von einer anderen Person wurde das Cheminée hingegen als problematisch erachtet. Eine Person äusserte, gar keine richtige Küche eingerichtet zu haben.

Weitere von einzelnen Personen genannte Vorkehrungen waren Folgende: die Entfernung und Vorbeugung von Schimmelpilz, das Zukleben von Schränken, häufiges Umziehen aufgrund von Auslösern, ein kühles Klima in der Wohnung zu halten und die Suche nach einer neuen Wohnung. In folgendem Zitat äusserte sich eine Person zu einer erwähnten Vorkehrung:

„Und die Schränkchen habe ich jetzt natürlich ein bisschen verklebt, damit sie sich nicht öffnen. Ich mache die Schränkchen nicht auf, die Schränkchen riechen. [...]“ [O2-50]

Zwei Personen bekundeten, häufig in eine Zweitwohnung auszuweichen. Eine davon erläuterte, in dieser Wohnung nur zwei Räume zu bewohnen und in der Küche zu schlafen. Eine weitere Person berichtete, zwölf Wochen im Wohnzimmer geschlafen zu haben, als das Schlafzimmer neu gestrichen gewesen war. Zudem habe sie den neuen Ofen lange leer ausheizen lassen. Diese Person gab an, für eine gewisse Zeit die Aufgaben des Hauswartes übernommen zu haben, um dabei spezifische Putzmittel verwenden zu können.

Zu den genannten Vorkehrungen, welche auf den Elektrosmog abzielten, gehörten der Verzicht auf elektronische Küchengeräte und einen Computer. Des Weiteren gab eine Person an, darauf zu achten, dass nicht zu viele elektronische Sachen an demselben Ort sind und deswegen den Computer, den Bildschirm und den Drucker an verschiedenen Orten in der Wohnung hingestellt zu haben.

Eine Person gab zu bedenken, dass es nicht möglich sei, alle problematischen Gegenstände zu entfernen. So sei sie nicht bereit, ihren Hund wegzugeben, obwohl dieser Beschwerden auslöse.

Zudem würde es die Wohnqualität und das psychische Wohlbefinden beeinträchtigen, wenn sie noch mehr Vorkehrungen treffen würde. Auf die Frage, ob sie weitere Vorkehrungen treffen würde, meinte die letztgenannte Person:

„Nein, dann ist es mir in meiner Wohnung nicht mehr wohl. Also, es hat irgendwo auch noch das psychische Wohlbefinden eine Berechtigung im Leben. Jetzt wäre es theoretisch möglich, dass ich viel gesünder wäre, wenn ich viel mehr Massnahmen treffen würde, aber das ist dann einfach eine psychische Belastung, wenn man so leben muss. [...]“ [O1-53]

Problem Bereiche und ideale Aspekte in der aktuellen Wohnung

Sieben der acht Personen gaben Problem Bereiche in ihrer aktuellen Wohnung an. Die achte Person meinte, keine Problem Bereiche in der aktuellen Wohnung zu sehen, ausser voraussichtliche Bauarbeiten in der Wohnumgebung.

Zu den angegebenen Problem Bereichen gehörten Baumaterialien (2), Emissionen (2), Duftstoffe (2) und in einem Fall der Geruch nach dem ausgezogenen Sohn. Einzelstimmen zählten zudem die Wohnungseinrichtung, Lösungsmittel, Schimmelpilz, Heizungs- und Lüftungssysteme, eine Gemeinschafts-Waschküche, Funkstrahlen und weiterer Elektrosmog zu den vorhandenen Problem Bereichen. In folgendem Zitat werden beispielhaft einige Problem Bereiche genannt:

„[...] Vor allem der Parket im Winter, weil wir eine Bodenheizung haben, [wodurch] der sehr stark riecht. [...] Die Schränke, aber die sind alle auch noch nicht ausgelüftet. Und ja, was vorher einmal darin gelebt hat. Unsere Kinder haben alle drei im grössten Zimmer gewohnt und der Jüngste ist logischerweise auch fast am längsten bei uns geblieben. Er ist erst gerade ausgezogen, vor drei, vier Monaten. [...] Es hat vorher, als die anderen beiden ausgezogen sind, viel weniger nach den beiden älteren [Kindern] gerochen, aber der Jüngste, der bleibt einfach hängen. Ich kann schon hinein, aber nicht lange bleiben und vor allem nicht richtig atmen. Das geht nicht. Weil die Wände atmen diese Gerüche aus. Das ist unheimlich. [...]“ [O6-61]

Zwei Personen berichteten, nicht alle Räume nutzen zu können. Eine Person gab an, keine richtige Küche und kein richtiges Bad in der Wohnung zu haben, eine andere könne nicht heizen. Ein grosser Problem Bereich sei für eine Person nach eigenen Angaben die Tatsache, dass die Partnerin bzw. der Partner rauche.

Zu den idealen Aspekten wurden gesunde Baumaterialien (4), das Naherholungsgebiet (2) und die Raumeinteilung (2) gezählt. Einzelstimmen nannten zudem die alten Wohnungseinrichtungen, spezifische Heizungs- und Lüftungssysteme, die ruhige und grüne Umgebung, die schöne Aussicht und die Absenz von Hochspannungsleitungen in der Wohnumgebung. Während eine Person die Küche als ideal erachtete, gab eine andere an, gerade die Absenz einer Küche als ideal zu empfinden. Eine Person berichtete, die Wohnung an sich ideal zu finden, während eine andere Person meinte, dass die Wohnung gar keine idealen Aspekte habe. Eine Person meinte zu den idealen Aspekten in ihrer aktuellen Wohnung:

„[...] Dadurch, dass es [die Wohnung] offen ist, flieht das [die Duftstoffe] eigentlich hinauf und man kann dann mehr davon ertragen. Und natürlich unsere Baumaterialien. Also ich bin nach wie vor überzeugt, dass wir da beinahe das Beste herausholen konnten, indem ich auch extrem viel getestet habe.“ [O4-85]

Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation

Die Hälfte der Befragten gab an, mit der aktuellen Wohnsituation zufrieden zu sein, während zwei Personen äusserten, nicht zufrieden zu sein. Die restlichen zwei Personen bekundeten, halbwegs zufrieden und halbwegs nicht zufrieden zu sein.

Gründe, welche von den zufriedengestellten Personen genannt wurden, beinhalteten den nahen ÖV-Anschluss (2), das Naherholungsgebiet (2), die zentrale, ruhige und grüne Lage, die getroffenen Vorkehrungen und eine behindertengerechte Einrichtung, was für die Zukunft womöglich geeignet sein werde. Des Weiteren gaben Einzelstimmen an, dass von aussen nicht viele Duftstoffe in die Wohnung gelangen, die Nachbarn Rücksicht nehmen, die Wohnung als Erholungs- und Rückzugsort genutzt werden kann und sich die Gesundheit aller Familienmitglieder nach Umzug in die aktuelle Wohnung verbessert habe. In nachstehendem Zitat wird die Zufriedenheit einer genannten Person mit der Wohnung ersichtlich:

„Hier habe ich so das Gefühl, dass ich meine Oase habe, in die ich mich zurückziehen kann, in der ich mich auch erholen kann und das finde ich schön, das gefällt mir auch.“ [8-40]

Angegebene Gründe für die genannten Unzufriedenheiten waren die städtische Lage, Emissionen, dass die Partnerin bzw. der Partner rauche, Konflikte mit der Wohnungsverwaltung und die Durchlässigkeit der Wohnung.

4.2.3.4 Aktuelle Wohnumgebung

Mobilität

Die Mehrheit der Befragten gab an, ein eigenes Auto zu besitzen (5). Eine dieser Personen fügte an, jeweils von der Partnerin bzw. vom Partner gefahren zu werden, bei einer anderen Person werde das Auto jeweils von der Partnerin bzw. vom Partner getankt. Eine Person gab an, kein anderes Auto als das eigene benutzen zu können. Eine Person begründete die Benützung des Autos damit, dass sie nicht an anderen Häusern vorbei gehen wolle.

Die Hälfte äusserte, (auch) zu Fuss unterwegs zu sein (4). Eine Person bekundete, nicht mehr selbständig mobil zu sein und auf andere angewiesen zu sein. Eine andere Person berichtete, das Haus gar nicht mehr zu verlassen.

Sechs Personen gaben an, einen nahen ÖV-Anschluss zu haben, bei einer Person sei dies nicht der Fall. Für die meisten Befragten sei die Benützung des ÖVs nicht möglich oder sehr schwierig (2).

Lediglich zwei Personen gaben an, den ÖV zu benützen. In nachstehendem Zitat wird beschrieben, wie schwierig sich die Benützung des ÖVs für eine Person darstellt:

„Und die Benützung von ÖV ist für mich sowieso tabu. Also, ich habe es bereits versucht und es ist auch bereits gegangen. Ich musste, als ich in die Uniklinik ging. Aber es ist ein Spiessrutenlauf, kann man dem beinahe sagen. In welches Tram steige ich? Wer steigt ins Tram? Rasch schauen, wie die an mir vorbeifahren. Was für Leute sind das? Wie voll ist das Tram überhaupt? Und auch wenn es nicht voll ist, riecht es trotzdem. Kann ich jetzt meine Maske hinauftun [abziehen]?“ [O6-150]

Amtsbesuche

Drei Befragten berichteten, Amtssachen grösstenteils nicht selber zu erledigen. Zwei davon gaben an, dass diese meistens durch die Partnerin bzw. den Partner erledigt würden. Falls eine dieser Personen doch selber etwas Auswärtiges erledigen müsse, vermeide sie Stosszeiten, Lifte, Unterführungen sowie Parfüm- und Waschabteilungen in Geschäftshäusern. Eine weitere Person äusserte, jeweils mit der Partnerin bzw. dem Partner Amtsbesuche zu erledigen. Lediglich eine Person gab explizit an, Amtssachen selber zu erledigen, wobei dieses Unterfangen abgebrochen werde, wenn es nicht gehe. Teilweise bitte sie bei solchen Besuchen die Amtsperson im Voraus darum, kein Parfüm zu benutzen, nicht zu rauchen oder das Büro zu lüften. Die Hälfte der Befragten bekundete, draussen bei Bedarf eine Maske zu tragen (4). Eine Person erzählte, bei Arztbesuchen jeweils draussen zu warten, bis die Partnerin bzw. der Partner rufe. In folgendem Zitat wird der Umgang mit alltäglichen Erledigungen beschrieben:

„Was durch die Frau gemacht werden kann, übernimmt sie. Wenn es mich braucht, weiche ich auf Zeiten aus, zu denen ich ganz sicher bin, dass ich am wenigsten Leute um mich herum habe, zu denen ich meine Maske brauchen kann. [...]“ [O6-85]

Die Mehrheit gab an, keine Coiffeurbesuche vornehmen zu können (5). Zwei Personen berichteten, die Partnerin bzw. der Partner schneide die Haare. Einige Befragte berichteten, dass eine bekannte Coiffeuse bzw. ein bekannter Coiffeur zur befragten Person nach Hause komme (2) oder die befragte Person zu einer bekannten Coiffeuse bzw. zu einem bekannten Coiffeur nach Hause gehe. Zwei dieser Personen erläuterten, dass die bekannte Coiffeuse bzw. der bekannte Coiffeur möglichst keine Duftstoffe benutze. Zwei Personen äusserten hingegen, in einen Coiffeursalon zu gehen, wobei eine Person danach Beschwerden habe. Die andere dieser beiden Personen gehe zu Randzeiten, wenn sie die einzige Kundschaft sei und der Coiffeursalon zuvor gelüftet wurde. Eine weitere Person habe vor, in absehbarer Zeit wieder einen Coiffeurbesuch in Angriff zu nehmen.

Einkauf

Für die Mehrheit der Befragten seien den Angaben zufolge Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe vorhanden (5), für eine Person sei das nicht der Fall. Fünf der acht Befragten gaben an, selber einkaufen zu können, bei der Hälfte kaufe jedoch in der Regel die Partnerin bzw. der Partner ein (4). Einige Personen berichteten, die selbständigen Einkäufe möglichst schnell zu erledigen (3), jeweils zu Zeiten einzukaufen, wenn es nicht viele Leute hat (2) oder nur in bekannten Läden zu gehen (2). Eine

Person achte auf grossräumige Läden, in denen anderen Leuten gut ausgewichen werden könne. Als besonders problematisch bezeichneten einzelne Personen Möbelgeschäfte sowie Kleider- und Schuhläden. Einige Befragten bekundeten, bestimmte Produkte online zu kaufen (4) oder die Möglichkeit der Heimlieferung von Lebensmitteln zu nutzen.

Die meisten Befragten gaben an, auf spezifische Nahrungsmittel zu achten (7). Eine Person fügte an, dass dadurch die Ernährung sehr einseitig sei, da auf viele Nahrungsmittel verzichtet werden müsse, wie in folgendem Zitat ersichtlich wird:

„Und von daher ist die Ernährung sehr, sehr einseitig, weil ich vieles nicht ertrage und dementsprechend auch nicht unbedingt das Gesundeste [esse].“ [O4-7]

Von den meisten wurde angegeben, dass nicht alle spezifischen Produkte in der Nähe erhältlich seien (5). Zwei Personen berichteten, einen eigenen Garten zu haben, welcher in einem Fall ebenfalls nicht in der Nähe liege.

Nachbarn

Für einige der Befragten stellten Gerüche der Nachbarn, wie Emissionen (3) durch Zigarettenrauch und Grill oder der Geruch nach Waschmittel (2) ein Problem dar. Einige Nachbarn würden aber auch eine gewisse Rücksicht nehmen (3). Eine Person äusserte, dass der häufige Mieterinnen- bzw. Mieterwechsel die Gefahr berge, dass jederzeit rauchende Nachbarinnen bzw. Nachbarn einziehen könnten. Eine weitere Person berichtete, ein gutes Nachbarschaftsverhältnis zu haben; die Nachbarinnen und Nachbarn wüssten über ihre Beschwerden Bescheid und hätten Verständnis, wie folgendes Zitat illustriert:

„Und was ich natürlich schätze: Wir haben angenehme Anwohner. Klar, das pflegt man selber, das ist mir klar. Die können jetzt mit meiner Situation recht gut umgehen. Man hat es ihnen erklärt und wenn es mir nicht gut geht und ich die Maske trage, fragen sie: ‚Oh, was hast du abbekommen?‘ oder ‚Was ist, ist etwas in der Luft? Sind es die Pollen? Oder was auch immer. Dann erzählt man es und dann sind sie beruhigt und es schaut niemand mehr schräg hin, nur weil man von Zeit zu Zeit eine Maske tragen muss.“ [O4-91]

4.2.3.5 Soziale Situation

Vier Personen berichteten eine Abnahme sozialer Kontakte aufgrund von MCS. Drei Personen meinten denn auch, sich kaum mit anderen Leuten zu treffen. Zwei Personen gaben an, telefonische oder Email Kontakte zu pflegen, wie in folgendem Zitat beschrieben wird:

„Ich habe einen Freundeskreis und wenn wir uns nicht regelmässig treffen können, telefonieren wir halt. Und zum Glück gibt es heutzutage Internet, dann mailt und chattet man miteinander. Es hat sich verlagert: Was ich früher einfach spontan gemacht und draussen ausgelebt habe, mache ich jetzt halt mehr von zu Hause aus,

aber ich pflege es genau gleich. Das ist mir sehr wichtig. Ich glaube, sonst würde ich vereinsamen.“ [O4-143]

Die angegebene Häufigkeit bewusster Treffen unterschied sich stark: Eine Person treffe täglich Verwandte, eine andere treffe sich einmal im Monat. Zwei Personen gaben an, sich einmal wöchentlich mit anderen zu treffen, wobei dies in einem Fall jemand sei, welche der befragten Person Lebensmittel nach Hause bringe. Zwei Personen meinten, sich sehr unregelmässig zu treffen. In folgendem Zitat wird die Reduzierung der sozialen Kontakte aufgrund des schlechten Wohlbefindens beschrieben:

„Meine Kontakte sind im Moment also sehr, sehr, sehr reduziert. [...] Seit es mir so schlecht geht, ist das also ganz schlecht geworden. Ich habe morgen mit einer Freundin abgemacht, die ich sehr selten sehe und muss alles dafür tun, damit das klappt.“ [O3-197]

Alle Befragten gaben an, dass das Gegenüber für ein Treffen nicht parfümiert sein dürfe. Die Hälfte beharre zudem auf spezifische Vorkehrungen bzgl. der Bekleidung (4), wie die Benutzung von spezifischem Waschmittel. Eine Person äusserte, teilweise die Maske zu tragen. Bei Besuchen anderer Leute bitte eine Person den Angaben zufolge um bestimmtes Essen oder bringe das eigene Essen mit. Zwei Personen gaben an, bei Treffen Bescheid zu sagen, wenn sie etwas störe.

Die meisten Befragten gaben an, Treffen zu vereinbaren (6). Einige würden ab und zu aber auch spontane Treffen wahrnehmen (4), bspw. auf dem Hundespaziergang oder wenn Freunde unangemeldet vorbei kamen. Zwei Personen meinten hingegen, sich grundsätzlich nicht spontan zu treffen (2). Zwei Personen bekundeten, vereinbarte Treffen teilweise abzusagen, wenn das Wohlbefinden schlecht sei. Nachstehendes Zitat illustriert letzte Aussage:

„Und zwar so, dass ich die Freiheit habe, zu sagen: ‚Wenn es mir nicht gut geht, muss ich kurzfristig absagen.‘ Das ist auch etwas, womit sehr viele Menschen Mühe haben.“ [O8-140]

Folgendes Zitat beschreibt bildhaft, wie schwierig spontane Treffen für eine Person sein können:

„Es darf einfach niemand kommen, ohne dass ich es vorher weiss, damit ich mich vorbereiten kann. Denn es gibt nichts Schlimmeres als das. Bildlich gesehen läuft man um die Hausecke und dort ist jemand, der einem die Faust gibt. Es ist genauso. In die Magengegend am besten, das nimmt jedem den Atem. Und genauso fühle ich mich, wenn ich [von einem spontanen Besuch] überrascht werde.“ [O6-112]

Von zwei Personen wurde geäussert, dass Treffen in der eigenen Wohnung möglich seien. Treffen in fremden Wohnungen waren den Angaben zufolge für zwei Personen möglich, für drei Personen nur in bestimmten fremden Wohnungen und für eine Person war dies gar nicht möglich. Fünf Personen berichteten, sich in Restaurants treffen zu könne, wobei dies für zwei Personen mit Schwierigkeiten verbunden sei. Entscheidend sei dabei für eine Person die Lüftung. Zwei Personen bekundeten, in Restaurants teilweise den Platz zu wechseln. Eine Person berichtete hingegen, Restaurantbesuche

seien gar nicht möglich. Die Hälfte der Befragten gab an, sich draussen mit anderen zu treffen (4). Dies könne aber für eine Person problematisch werden, wenn Fenster von fremden Wohnungen geöffnet seien. Folgendes Zitat beschreibt den Umgang mit Restaurantbesuchen:

„[...] Ich gehe ab und zu ins Restaurant. Eher einen Café trinken, mit dem Essen ist es auch relativ schwierig. Es gibt ein paar Orte, von denen ich weiss, dass es vom Raum her geht. Es kommt im Restaurant auf die Lüftung an, das ist ein ganz wesentlicher Faktor. Wenn ein Restaurant gut gelüftet ist, kann es sogar viele Leute haben und es geht und umgekehrt kann ich in einem ungelüfteten Restaurant fast alleine sein und es stört. Und sonst muss man in einem Restaurant den Platz wechseln, wenn jemand hinsitzt, der mir nicht gut tut. [...]“ [O1-99]

Die meisten Befragten äusserten, nicht an öffentlichen Anlässen teilnehmen zu können (5), z. T. auch dann nicht, wenn sie draussen stattfinden würden (4). Andere gaben hingegen an, einige öffentliche Anlässe im Freien (3) oder sogar drinnen (2) besuchen zu können. Für eine Person sei lediglich der Besuch von Fussballmatches im Freien möglich. Eine Person berichtete, aufgrund von MCS aus Vereinen ausgetreten zu sein. Auch an Familienbesuchen oder –feste würden zwei Personen nicht teilnehmen. Folgendes Zitat illustriert beispielhaft, welche Schwierigkeiten bei einer Familien-Weihnachtsfeier im Freien alles auftauchen könnten:

„Und da kommt bereits das erste Problem: Es wird mit Holz eingefeuert und ich ertrage Kerzenrauch nicht. Dann hat man ein Tannenbäumchen mit den Kerzen und das ist mein zweites Problem. Dann kommt das dritte Problem, das Essen. Ich müsste mein Essen selber mitnehmen, weil das, was sie dann haben, für mich meistens nicht geht. Und dann putzt sich jedes von der Familie gerne heraus, weil es ja ein besonderer Anlass ist. 20 bis 30 Leuten zu verbieten, Duftstoffe zu benutzen oder sie anzuhalten, Spezialprodukte [zu verwenden], sich extra nur wegen mir zu ändern oder anders zu verhalten, kann man, glaube ich, fast nicht verlangen. [...]“ [O4-157]

Sieben der acht Befragten gaben an, andere Betroffene zu kennen. Die achte Person verneinte diese Frage. Die Mehrheit der Personen, die angaben, andere Betroffene zu kennen, berichteten, diese Kontakte auch zu pflegen (4), teilweise im Rahmen einer Beratungs- oder Unterstützungstätigkeit (2). Andere bekundeten hingegen, den Kontakt zu anderen Betroffenen zu meiden, weil sie sich nicht dauernd mit dem Thema MCS beschäftigen wollen (2). In diesem Sinne gaben drei Personen an, sich keinen vermehrten Kontakt zu anderen Betroffenen zu wünschen. Zwei Personen äusserten hingegen den Wunsch nach mehr Kontakt mit anderen Betroffenen. Eine Person erläuterte, sich nur mit denjenigen Betroffenen Kontakt zu wünschen, die bereit seien, etwas für ihre Genesung zu tun. Nachstehendes Zitat unterstreicht die vermeidende Haltung bzgl. dem Umgang mit anderen Betroffenen:

„[...] Ich meide das [den Kontakt zu anderen Betroffenen] im Moment recht. Denn je mehr man über eine Krankheit redet, desto mehr zieht es einen wieder hinein. Das ist heute einfach auch erwiesen.“ [O7-158]

4.2.3.6 Rahmenbedingungen einer Arbeitsstelle

Einer Arbeit nachzugehen wäre den Angaben zufolge der Hälfte der Betroffenen auch mit vorgegebenen Rahmenbedingungen kaum möglich (4), weil es in allen Berufen problematische Stoffe gebe (2) oder das Wohlbefinden unberechenbar sei. Eine dieser Personen äusserte jedoch die Überzeugung, irgendwann wieder arbeiten zu können. Zwei Personen berichteten, bereits günstige Rahmenbedingungen aufgestellt zu haben, in dem von zu Hause aus gearbeitet und die Arbeitszeit selber eingeteilt werden könne.

4.2.3.7 Soziale Unterstützung

Die meisten Befragten gaben an, jederzeit jemanden zu haben, mit dem sie über persönliche Sachen sprechen können (6). Für vier Personen sei dies u. a. die Partnerin bzw. der Partner. Zwei Personen äusserten, keine Person zu kennen, mit der über persönliche Sachen gesprochen werden kann. Je drei Personen gaben an, eine solche Person zu vermissen bzw. nicht zu vermissen. Alle Befragten berichteten, jederzeit jemanden um Hilfe bitten zu können, in einem Fall sei dies die Partnerin bzw. der Partner. Zwei Personen gaben an, eine private Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen (2). Eine Person äusserte den Wunsch nach einer Entlastung für schwierige Fälle in ihrer Beratertätigkeit für MCS-Betroffene. Folgende Zitate betonen die Rolle der Partnerinnen bzw. Partner bzgl. der sozialen Unterstützung:

„[...] In erster Linie mein Mann. Mit dem kann ich über alles sprechen. [...]“ [O5-72]

„Sie hat mir wirklich bravours geholfen. Ich glaube, eine andere Frau hätte schon lange gesagt: ‚Ich kann nicht mehr bei dir bleiben, so wie du spinnst‘.“ [O6-39]

4.2.3.8 Gründe für den Nicht-Einzug

Die meisten Befragten erläuterten, sich gegen einen Einzug ins MCS-Haus entschieden zu haben, weil sie die aktuelle Wohnsituation nicht verlassen möchten (6). So berichteten einige Personen, dass Freunde und Familie in der Nähe wohnen würden (4), die Wohnumgebung bekannt sei (3), die Arbeitsstelle der Partnerin bzw. des Partners in der Wohnumgebung sei oder in Leimbach keine Bekannte wohnen würden. Zudem könnten bei einzelnen Personen die Partnerin bzw. der Partner (2) – in einem Fall, weil sie bzw. er Raucherin bzw. Raucher sei - sowie das Haustier nicht mit nach Leimbach kommen. In folgenden Zitaten äussern sich zwei Personen dazu, die aktuelle Wohnsituation nicht verlassen zu wollen:

„[...] Ich habe hier meine Oase. Und ich bin mit Menschen zusammen, die nicht so überaktiv reagieren. Ich glaube, damit hätte ich ein bisschen Mühe. Und für mich ist es kein Thema, weil ich meine Familie hier habe. Das ist mir zu weit weg. [...]“ [O8-116]

„Ich habe hier meine Leute, wenn auch wenige. Hier kenne ich alles, hier weiss ich, wie es geht.“ [O7-184]

Ein weiterer häufig genannter Grund war das Zusammenleben mit anderen Betroffenen (6). Einzelstimmen präzisierten, nicht ständig mit MCS konfrontiert sein zu wollen oder sich zu wenig abgrenzen zu können. Während eine Person bekundete, sich wegen anderen Betroffenen nicht mehr einschränken zu wollen als aufgrund der eigenen Beschwerden nötig sei, äusserte eine andere Person die Befürchtung, dass andere Betroffene Stoffe verwenden würden, die sie nicht ertragen würde. In folgendem Zitat wird die genannte Befürchtung einer Einschränkung beschrieben:

„Dann ist ein Grund, der für mich schwierig ist, dass ich dort auf sehr vieles verzichten müsste, das mich jetzt persönlich nicht stört. Denn andere Leute haben ganz andere Beschwerden als ich und sind in vieler Hinsicht sehr viel strenger als ich. [...]“ [O3-178]

Einige genannte Gründe betrafen das MCS-Haus selber: So äusserte eine Person, sich durch das Schleusensystem eingeengt fühlen zu würden. Eine weitere Person bemängelte, dass es keine Autoabstellplätze habe, eine andere, dass ihrem Wissen nach die Fenster nicht geöffnet werden können. Eine Person gab die Erwartung an, dass der ständige Wechsel zwischen einer so gesunden Wohnung und der ungesunden Umwelt zu grossen Schwankungen im Wohlbefinden bedeuten würde. Eine andere Person gab hingegen zu bedenken, dass sie nicht wisse, ob sie die Wohnung überhaupt ertragen würde.

Andere Gründe betrafen die Wohnumgebung des MCS-Hauses. Zwei Personen äusserten, nicht in ein städtisches Gebiet (2) ziehen zu wollen, eine weitere Person erachtete die Lage des MCS-Hauses als ungeeignet für ältere Menschen. Eine Person meinte, in Leimbach den ÖV benutzen zu müssen, was ihr nicht möglich sei.

Weitere von einzelnen Personen genannte Gründe waren finanzielle Schwierigkeiten, das Unbekannte, das auf einen zukommen würde und die Absicht, MCS hinter sich zu lassen.

Auf die Frage, welche Regeln für ein Zusammenleben im MCS-Haus als nötig erachtet würden, wurde das Verbot von Rauch, Waschmittel und Duftstoffen genannt. Eine Person meinte, dass grundsätzlich auf alle Stoffe verzichtet werden müsste, auf die jemand aus dem MCS-Haus reagiere. Des Weiteren wurden von einer Person Regeln für den Besuch als wichtig erachtet: Dieser müsste frisch geduscht sein, bestimmte Bekleidung tragen und den Gemeinschaftsraum nicht betreten dürfen. Während eine Person eine Hausordnung als unbedingt nötig erachtete, äusserte eine andere Person, Regeln unnötig zu finden. Zwei Personen würden sich durch die Hausordnung eingeschränkt fühlen (2). Die Regeln für den Besuch würden mehrere Personen als einschränkend empfinden (3), wie auch die Vorschriften betreffend Waschmittel. Die Hälfte der Befragten äusserte, bei einem hypothetischen Einzug Rücksicht zu nehmen (4). Zu den Regeln für die Besucher meinte eine Person:

„[...] Wir könnten dort nicht einfach Besuch haben, wie wir möchten, weil dieser Besuch müsste sich ja dann auch an diese Hausregeln halten. Und wenn sie es ja schon hier manchmal schwer haben, es zu schaffen, duftfrei zu sein, wie will man denn das an so einem Ort schaffen? Es ist für mich ein bisschen ein schwieriger Faktor.“ [O4-194]

Um sich für ein MCS-Haus zu bewerben, müsste das Haus den Angaben zufolge folgende Voraussetzungen erfüllen: das Haus müsste etwas abgelegener sein (2), keinen gemeinsamen Eingangsbereich sondern private Wohnungszugänge von aussen haben, weniger Parteien haben, weil alle Betroffene auf andere Stoffe reagieren und keinen Emissionen aus der Umgebung ausgesetzt sein. Eine Person meinte, Einzelhäuser oder ein Reihenfamilienhaus in der eigenen Wohnumgebung als geeignet zu erachten. Zudem sollten nur Betroffene einziehen können, die MCS loswerden möchten. Von einer anderen Person wurde geäußert, die wichtigste Voraussetzung wäre, die Wohnung zu ertragen. Eine weitere Person konnte nicht sagen, welche Voraussetzungen ein MCS-Haus für sie persönlich erfüllen müsste. Zu den Voraussetzungen für ein geeignetes MCS-Haus äusserte sich eine Person wie folgt:

„Wenn es jetzt hier in XY ein MCS-Haus geben würde, könnte ich mir dies durchaus vorstellen. [...] [Bezüglich den Mitbewohnenden] würde ich mir gerne wünschen, dass diejenigen, die hineinkommen, zumindest ein bisschen bereit sind, auf den Weg zu gehen [MCS los zu werden]. Das wäre optimal.“ [O7-199]

4.2.4 Ergebnisse der Erhebung mit Angehörigen und Freunden t₀

Dieses Kapitel stellt die Vorher-Befragung der Angehörigen und Freunde dar. Der Einfachheit halber wird im Folgenden von „Angehörigen“ die Rede sein. Die Stichprobe setzt sich aus vier Angehörigen zusammen, wovon drei Personen mit der jeweiligen betroffenen Person befreundet waren und eine Person verwandt war. Drei Personen waren Angehörige von sogenannten *Anderen*, welche ein anderes als das MCS-Beschwerdebild aufwiesen (EHS-Betroffene, nicht Betroffene, andere) und eine Person war eine Angehörige bzw. ein Angehöriger einer MCS-betroffenen Person. Ebenfalls drei Personen waren Angehörige von sogenannten Abbrechenden, welche sich letztlich gegen den Einzug ins MCS-Wohnhaus entschieden hatten.

In einem ersten Abschnitt geht es um die subjektive Befindlichkeit, in dem die subjektive Befindlichkeit der Angehörigen selber und der bekannten betroffenen Personen wie auch erfreuliche und schwierige Aspekte in deren Begleitung beschrieben werden. Der darauffolgende Abschnitt thematisiert die aktuelle Wohn- und Lebenssituation der betroffenen Personen aus Sicht der Angehörigen. Anschliessend interessiert die Einschätzung der aktuellen Wohnumgebung der betroffenen Personen durch die Angehörigen. Daraufhin werden Aspekte des sozialen Kontakts der Angehörigen zu den betroffenen Personen und zu deren weiteren Angehörigen erläutert, um anschliessend die Einschätzung der sozialen Unterstützung, welche die betroffenen Personen aus Sicht der Angehörigen erhalten, näher zu betrachten. Abschliessend werden Hoffnungen und Erwartungen zusammengetragen, welche die Angehörigen selber bzgl. dem Einzug der betroffenen Personen ins MCS-Haus haben und welche sie bei den betroffenen Personen annehmen.

4.2.4.1 Subjektive Befindlichkeit

Die Angehörigen schätzten ihr eigenes subjektives Befinden auf der Skala von eins bis zehn einheitlich mit sieben ein. Eine teilnehmende Person berichtete, selber in einer schwierigen Situation zu sein, wodurch sie selbst wenig Energie habe. Eine andere Person äusserte, jeweils emotional mit der betroffenen Person mit zu schwingen; da der bevorstehende Umzug ins MCS-Haus der betroffenen Person Hoffnung gebe, gehe es auch ihr selber besser. In folgendem Zitat wird der Einfluss des Befindens der betroffenen Person auf die Befindlichkeit der angehörigen Person ersichtlich:

„[...] Es ist so: wenn sie hier ist, dann bin ich auch sehr betroffen und leide mit ihr. Aber wenn sie geht und ich dann merke, dass sie Hoffnung hat, dann geht es. Mir geht es jetzt also auch besser, weil ich weiss, dass sie jetzt Hoffnung [hat], dass sie etwas in Aussicht hat, wo es ihr gesundheitlich hoffentlich besser geht. Ich habe natürlich schon immer mit ihr gelitten, wenn sie gekommen ist. [...]“ [F3-6]

Einige Personen gaben an, selber nicht von demselben Beschwerdebild betroffen zu sein wie die bekannte betroffene Person (2). Eine dieser Personen fügte aber an, dass sie selbst eine prädestinierte Person für MCS sei, dessen Entstehung aber noch rechtzeitig habe bremsen können.

Die Befindlichkeit der betroffenen Personen wurde auf einer Skala von eins bis zehn von einzelnen Angehörigen mit einer vier, einer sechs resp. einer acht eingeschätzt. Eine Person meinte, dass das Befinden der betroffenen Person wechselhaft sei, beim letzten Treffen sei es ihr aber recht gut gegangen. Einige Personen stellten eine Verbesserung der Befindlichkeit der betroffenen Personen fest (2), was von einer Person mit der zunehmend distanzierteren Einstellung bzgl. der Beschwerden in Verbindung gebracht wurde. Eine weitere Person nahm beim letzten Treffen hingegen ein schlechtes Befinden wahr.

Der Umzug ins MCS-Haus wurde von zwei Personen als wesentlicher Faktor für die Befindlichkeit der betroffenen Personen wahrgenommen. Eine dieser Personen meinte, dass die betroffene Person Bedenken geäussert habe, ob und wie sie den Umzug schaffen und ob sich ihre Gesundheit verbessern wird, wie auch bzgl. dem Zusammenleben im MCS-Haus. Daraus ergebe sich für die betroffene Person eine starke Ungewissheit, wie alles kommen wird. Eine andere Person meinte hingegen, dass die betroffene Person eine positive Einstellung gegenüber dem Umzug habe und ihr diese Hoffnung gebe. In folgendem Zitat äussert sich eine Person zur belastenden Seite des Umzugs:

„Diese [Umzugs-]Situation beschäftigt sie einfach wahnsinnig. Wie sie das schafft und wie das dann wird und wie das auch mit den anderen Leuten im Haus wird und so weiter. [...] Es wird einfach ein neues Leben und das macht ihr Angst, abgesehen davon, wie sie das schafft. Und wie sie wahrscheinlich auch von anderen hört, ist die Sicherheit, dass diese Leute das wirklich vertragen, ja nicht gegeben. Das wird sich dann erst zeigen. Und das ist natürlich ein grosser Unsicherheitsfaktor in dieser ganzen Geschichte.“ [F2-6]

Zu der Beschreibung der Befindlichkeit der betroffenen Personen wurden einige Beschwerden genannt, allen voran Magen-Darm-Probleme (3), wie auch Nahrungsmittelunverträglichkeiten (2), Schlafstörungen (2), psychische Beschwerden (2), eine Gewichtsabnahme, Sensitivitäten und Magen-Darm-Probleme.

Erfreuliche und schwierige Aspekte in Bezug auf die Begleitung der betroffenen Personen

Als besonders erfreulich im Umgang mit der betroffenen Personen fand eine teilnehmende Person die Hoffnung, welche die betroffene Person nun durch den bevorstehenden Umzug habe. Eine andere Person meinte, dass sie einen persönlichen Wachstumsweg der betroffenen Person durch die MCS-Betroffenheit feststellen könne. Das Spazieren im Naherholungsgebiet erachtete eine weitere Person als erfreulichen Moment, da es dann der betroffenen Person besser gehe. Zudem fand sie es erfreulich, dass die betroffene Person gut über MCS informiert sei.

Als schwierigen Aspekt im Umgang mit der betroffenen Person nannten hingegen zwei Personen die Momente, in denen MCS das Dauerthema sei. Eine Person nannte die wechselhafte und unvorhersehbare Befindlichkeit der betroffenen Person, wodurch diese teilweise auch Treffen absagen müsse. In ähnlicher Weise wurde von einer weiteren Person das schlechte Befinden der betroffenen Person als schwieriges Thema genannt, da sie das selber belaste. Eine weitere Person empfand es als besonders schwierig, nichts gegen das Beschwerdebild der betroffenen Person machen zu können. Eine weitere Person bekundete, dass sie es schwierig fände, durch die häufige Auseinandersetzung mit dem Thema nicht selber elektrosmogempfindlich zu werden. Folgende Zitate beschreiben als schwierig empfundene Aspekte in der Begleitung der betroffenen Person:

„Das ist diese schwankende Befindlichkeit, dass sie an einem Tag am Boden zerstört ist und dann plötzlich geht es wieder. Das ist ziemlich schwierig. Ich kann mich schon heraushalten/ distanzieren, es ist nicht meine Befindlichkeit, welche mich dann irgendwie auch beeinträchtigt, so ist es nicht, aber ich nehme natürlich Anteil und es ist mir nicht gleichgültig. [...] Oder auch wenn man mit ihr abgemacht hat und [dann] muss sie plötzlich absagen, weil es einfach absolut nicht geht. Es immer so ein bisschen im Ungewissen.“ [F1-10]

„[...] Dass die Gespräche immer ein bisschen mehr auf die Krankheit fokussieren, auf die verschiedenen Lebensmittelallergien und den Elektrosmog und so.“ [F4-14]

Zu den Herausforderungen, welche von einzelnen Personen in Bezug auf die Begleitung der betroffenen Personen genannt wurden, gehörten die erforderte zeitliche Flexibilität sowie die knappen Zeitressourcen für Treffen. Zudem empfand es eine Person als Herausforderung, genügend Kraft zu haben, um sich mit den Problemen der betroffenen Person auseinanderzusetzen, welche sie manchmal nicht hören möchte.

4.2.4.2 Aktuelle Wohnsituation

Bezüglich der Einschätzung der aktuellen Wohnsituation der betroffenen Personen gaben die Angehörigen an, dass die betroffenen Personen einen guten Anschluss an den öffentlichen Verkehr (3), nahe Einkaufsmöglichkeiten (2) und ein gutes Nachbarschaftsverhältnis (3) haben würden. Eine Person meinte, dass es in der Wohnung der betroffenen Person ruhig sei. Weniger günstig betrachteten zwei Personen jedoch die Funkstrahlen (2). Einige fanden die Wohnung der betroffenen Person ungemütlich (2), in einem Fall aufgrund der Umzugsvorbereitungen und im anderen Fall, weil aufgrund von Beschwerden die Wohnung nicht schön eingerichtet werden könne. Eine dieser Person äusserte sich wie folgt dazu:

„Also so, wie ich die Wohnung auch schon gesehen habe, ist sie trostlos, würde ich sagen. Also, wirklich nicht schön.“ [F2-10]

Einzelne Personen nannten auch Aspekte, welche sie als Problembereiche in der Wohnung der betroffenen Personen einschätzen würden: ein Teppich, der nicht herausgenommen werden könne, eine zu weite Entfernung zum nächst gelegenen Erholungsgebiet, die unzureichende Grösse der Wohnung und eine hohe Staub- sowie Elektromogbelastung.

Betreffend den Vorkehrungen in der aktuellen Wohnung der betroffenen Personen berichteten zwei Personen, dass die betroffenen Personen einen Baldachin über dem Bett aufgehängt hätten. Weitere wahrgenommene Vorkehrungen im Schlafzimmer waren Kupferplatten unter der Matratze, eine Alumatte ums Bett und ein Bett aus Holz. Eine Person meinte, dass die betroffene Person ihre Kleider an Kleiderständern anstatt in einem Schrank aufbewahre, welche sie mit Alufolie abdecken würde. Auch andere Gegenstände seien mit Alufolie abgedeckt. Einzelne Personen äusserten, dass sie viele Möbel weggaben, die Leitungen unter den Verputz verlegt, Vorkehrungen mit Steinen und Wasser vorgenommen hätten und Pyramiden aufgestellt worden seien. Des Weiteren werden eine eigene Waschmaschine und ein besonderes Telefon, welches wenig strahlt, benutzt. Eine Person berichtete, dass die betroffene Person die Nachbarn dazu gebracht habe, keine schnurlosen Telefone mehr zu benutzen. Eine Person äusserte sich folgendermassen zu den Vorkehrungen der betroffenen Person:

„Sie hat in den letzten Jahren natürlich alles Mögliche an Abschirmungen versucht. Materielle Abschirmungen, also Drähte und Pyramiden. Jetzt schläft sie unter einer Art Baldachin. [...]“ [F1-13]

Zwei Personen meinten, dass sie die Vorkehrungen der betroffenen Person nachvollziehen könnten. Eine Person davon könne verstehen, dass man alles versuche, um Beschwerden loszuwerden, die andere könne sich vorstellen, dass diese Vorkehrungen helfen. Eine weitere Person äusserte, bzgl. der Nachvollziehbarkeit etwas ambivalent zu sein. Einerseits könne sie die Vorkehrungen nachvollziehen, wenn sie nur die Beschwerden berücksichtige, andererseits sei sie der Meinung, dass das Beschwerdebild ein Teufelskreis sei: je mehr Vorkehrungen getroffen werden und je mehr die Aufmerksamkeit auf die Beschwerden gerichtet werde, desto stärker nehme man die Auslöser und die Beschwerden wahr, wodurch man sich in einen Teufelskreis hineinsteigern könne, welchen sie auch

bei sich selber schon feststellen konnte. Auf die Frage, ob die Vorkehrungen in der Wohnung der betroffenen Person nachvollzogen werden können, äusserte sich eine Person folgendermassen:

„[...] Jein. Wenn ich nur die Krankheit ansehe, dann logisch, dann handelt jemand [nach dem Leitsatz] ‚was macht es mir noch möglich‘. Ich sehe halt die ganze Geschichte noch einmal ein Stück anders an und hätte früher Fragen gestellt: ‚Warum mache ich das? Warum ist diese Krankheit? Was mache ich da?‘. [...] Ich vertrage es [Geruch von Waschmittel] auch nicht so. Es ist keine Krankheit daraus geworden, aber ich mag es einfach nicht. Und durch sie bin ich dann richtig am Reinrutschen gewesen, sodass ich gleich reagierte, wenn ich in die Waschküche ging – ‚Wäh, oder ‚nein, ich vertrage es nicht. Da hat man eigentlich rechtzeitig gemerkt, was das ist und was das mit mir macht, wenn ich damit auf diese Weise umgehe/wenn ich so reagiere und bin dann gleich auf die Bremse gestanden und habe dann gesagt: ‚Nein, so geht das nicht, sonst kann ich nicht mehr hier wohnen‘. [...] Das war für mich ganz wichtig, zu merken, wenn ich so weiter mache, komme ich in die gleiche Geschichte hinein. [...]“ [F2-12]

4.2.4.3 Aktuelle Wohnumgebung

Auf die Frage, ob und welche Herausforderungen für die betroffenen Personen bzgl. der Wohnumgebung vorhanden seien, gaben zwei Personen an, dass alltägliche Besorgungen für die betroffene Person kein Problem sei. In einem Fall sei dies lediglich während depressiven Verstimmungen erschwert. Für eine andere betroffene Person waren aus Sicht der angehörigen Person alltägliche Dinge wie die Benützung des ÖVs, Einkaufen sowie der Besuch eines Coiffeurs und von Ämtern hingegen grosse Herausforderungen. Nach auswärtigen Erledigungen würden jeweils Körper, Haare und Kleider intensiv gewaschen. Zeitweise sei eine Coiffeuse bzw. ein Coiffeur nach Haus gekommen, was aber nicht lange funktionierte, da diese bzw. dieser beduftet gewesen sei. Folgendes Zitat illustriert die Herausforderung, die alltägliche Besorgungen für die betroffene Person darstellen:

„[...] Ja, das ist alles [eine Herausforderung]. Das habe ich jetzt in der letzten Zeit gar nicht mehr nachgefragt, aber ich kann mich noch gut an die Zeiten erinnern, in denen sie erzählt hat, dass sie mit dem Bus, S-Bahn oder Tram irgendwohin ging, vielleicht für einen Arzttermin oder irgendeine Behandlung, nach Hause kam, dann zwei Mal unter die Dusche musste, drei Mal die Haare wusch und alles in die Waschmaschine gab. [...]“ [F2-13]

Bezüglich dem selbständigen Einkauf gaben drei Personen an, das sei für die betroffene Person möglich. Ebenfalls drei Personen meinten, dass die Betroffenen auf spezifische Nahrungsmittel achten würden. In einem Fall wurde erwähnt, dass die betroffene Person auf einem Markt einkaufen würde, welcher draussen sei. Eine weitere berichtete, dass die betroffene Person alle Produkte in unmittelbarer Nähe finden würde, wodurch kein ÖV für den Einkauf benutzt werden müsse. Eine Person äusserte sich folgendermassen zum Einkauf:

„Das ist das Einzige, was vom Einkaufen her noch einigermaßen gut ist: Sie kauft ja regelmässig auf dem Markt ein. Und das ist draussen.“ [F2-14]

4.2.4.4 Soziale Kontakte

Zwei Personen gaben an, sich ein bis zwei Mal pro Woche mit der betroffenen Person zu treffen, wobei eine betroffene Person teilweise mehrtägige Besuche bei der befragten Person abstatte. Eine weitere Person kam auf lediglich zwölf Treffen im vergangenen Jahr.

Bezüglich Vorkehrungen, welche bei gemeinsamen Treffen getroffen wurden, meinte eine Person, jeweils das Handy auszuschalten. Von einer anderen Person wurde geäußert, dass keine Vorkehrungen in der eigenen Wohnung hätten getroffen werden müssen, da diese für die betroffene Person gesund sei. Eine weitere berichtete, in der Vergangenheit auf Duftstoffe verzichtet zu haben, was aktuell aber nicht mehr gemacht werde, wie folgendes Zitat aufzeigt:

„Ich habe jahrelang zum Beispiel keine Seife verwendet, wenn wir abgemacht hatten, wenn wir uns getroffen haben, sondern habe etwas gekauft, was absolut duftfrei ist. Und ich habe dann gar nichts verwendet, also, keine Crème, keine Lippenpomade, also, einfach schlichtweg nichts. [...] Aber dieses Jahr habe ich das irgendwie nicht mehr gemacht.“ [F2-19]

Die Hälfte der Angehörigen gab an, sich hauptsächlich auf vereinbarte Termine zu treffen (2). Wiederum die Hälfte äusserte, sich manchmal auch spontan mit der betroffenen Person zu treffen (2). Eine dieser Personen berichtete, dass die Bitte um spontane Treffen hauptsächlich von der betroffenen Person aus komme, wenn es ihr nicht gut gehe. Die andere Hälfte der Befragten gab an, dass spontane Treffen gar nicht vorkommen würden (2), in einem Fall aufgrund der Distanz. Eine Person berichtete, dass vereinbarte Treffen von der betroffenen Person häufig kurzfristig abgesagt wurden. Zu spontanen Treffen meinte eine Person:

„Oder es kann auch einmal spontan sein. Wobei das Spontane meistens von ihr kommt, wenn es ihr schlecht geht. Dann schickt sie Hilferufe.“ [F1-19]

Alle vier Angehörigen und Freunde gaben an, die betroffene Person draussen zu treffen. Das Treffen in der Wohnung der Betroffenen sei noch bei drei Personen möglich, das Treffen in der Wohnung der befragten Person nur noch bei zwei. Letzteres wurde von einer Person explizit als nicht möglich beschrieben. Eine Person berichtete, dass die Wohnung der betroffenen Person nur einzelne Male besucht worden sei, weil die betroffene Person Gerüche von anderen Leuten in der Wohnung nicht ertrage. In einem Fall könnten Treffen auch in Restaurants stattfinden, wenn draussen gesessen werden könne. Einige Personen berichteten, den Kontakt auch telefonisch zu pflegen (2). Einzelne Personen erzählten, teilweise zusammen einen öffentlichen Anlass zu besuchen oder einen Ausflug mit dem Auto zu machen.

Je eine Person gab an, andere MCS- bzw. andere Betroffene zu kennen. Zwei Personen verneinten dies. Bezüglich anderen Bekannten der betroffenen Person meinten die meisten, solche zu kennen

(3). Der Kontakt zu diesen Bekannten werde laut Angaben zweier Personen nicht gepflegt. Eine Person gab hingegen an, den Kontakt zu anderen Bekannten zu pflegen.

4.2.4.5 Soziale Unterstützung

Die meisten Angehörigen waren der Meinung, dass die Betroffenen in der Schweiz keine ausreichende Unterstützung erhalten würden (3). Insbesondere die medizinische Anerkennung sei aus ihrer Sicht nicht ausreichend (2). Eine Person gab gleichzeitig aber auch zu bedenken, dass eine Unterstützung ihrer Meinung nach, auch als Verstärker der Beschwerden wirken könne. Eine weitere Person berichtete, dass die betroffene Person keine ausreichende finanzielle Unterstützung erhalten würde. Hingegen schätze sie aber die Unterstützung durch die anthroposophische Ärztin der betroffenen Person. Folgendes Zitat unterstreicht die Meinung einer Person zur benötigten Unterstützung seitens der Medizin:

„Ja, dass man diese Menschen ernst nimmt und dass das auch von der Wissenschaft anerkannt würde, von der Medizin.“ [F3-32]

Bezüglich der sozialen Unterstützung wurde von allen Angehörigen angegeben, dass diese Betroffenen Personen haben, mit denen sie jederzeit über persönliche Probleme sprechen können (4). Die Hälfte schätzte, dass eine weitere Person zur Besprechung persönlicher Probleme vermisst würde (2), die andere Hälfte meinte, dass dies nicht der Fall sei (2). Ebenfalls waren alle Befragten der Meinung, dass die betroffenen Personen jederzeit jemanden um alltägliche Hilfe bitten könnten (4).

4.2.4.6 Hoffnungen und Erwartungen an die neue Wohnsituation

Lediglich eine Person erwähnte, das MCS-Haus von innen besichtigt zu haben. Eine weitere gab an, das Haus nur von aussen gesehen zu haben.

Der häufigste genannte Faktor, welchen die Angehörigen als Grund sahen, weshalb sich die Betroffenen für die MCS-Wohnung interessieren würden, war die Abschirmung vor Elektrosmog (3). In folgendem Zitat ist dies ersichtlich:

„[...] Warum sie dorthin geht? Ja, weil sie sich erhofft, dass sie dort weitgehend von Elektrosmog abgeschirmt ist. Darum geht es ihr.“ [F1-32]

Weitere Einzelnennungen zu diesem Thema waren die Hoffnung auf eine gesundheitliche Besserung und die Möglichkeit, dass die aktuelle Wohnung der betroffenen Person renoviert werde, worauf die Baumaterialien nicht ertragen würden. Eine Person meinte, dass das MCS-Haus von der betroffenen Person als einzige neue Wohnungsmöglichkeit gesehen würde.

Als Vorteile, welche die zukünftige Wohnsituation mit sich bringt, erachteten die Angehörigen die Abschirmung vor Auslösern (2), das Naherholungsgebiet in der Umgebung (2), die schöne (2) und gesunde Wohnung und die gute Luft. Genannte Vorteile, welche das Zusammenleben betrafen, waren die Hausregeln, das Verständnis von den anderen, dass gleichaltrige Leute im Haus wohnen würden

und die Hausgemeinschaft an sich, welche der betroffenen Person sehr wichtig sei, wie eine befragte Person meinte. In folgendem Zitat äussert sich diese Person zum Vorteil der Hausgemeinschaft:

„[...] Ich sehe noch andere Vorteile: Dass sie dort in Kontakt mit Menschen ist, welche auch eine Beeinträchtigung haben oder krank sind. Dass sie mit diesen Menschen in Kontakt kommen kann. Das hat sie auch gesagt, dass es dort noch einen Raum gibt, in dem man zusammen kommen kann und miteinander sprechen kann. Das ist für sie auch ganz wichtig. [...]“ [F3-62]

Auf der anderen Seite wurden auch Nachteile der zukünftigen Wohnsituation genannt. Dazu gehörten nach Ansicht einer Person der schlechte ÖV-Anschluss und die mangelnden Einkaufsmöglichkeiten. Eine Person sah es als Nachteil, dass sich durch den Umzug für die bekannte betroffene Person eine viel grössere Distanz zum bislang besuchten Markt ergebe, auf dem auch Bekannte angetroffen würden. Weitere aufgezählte Nachteile betrafen die Antennen in der Umgebung, der Staub von der unbemalten Betondecke und dass das Haus noch nicht ausgelüftet sei. Eine Person meinte, dass sie nur Nachteile sehen würde, wenn sich die Bewohnenden abschotten würden und kein Kontakt untereinander entstehen würde. Eine weitere Person sah keine Nachteile. Folgendes Zitat unterstreicht die Meinung einer Person zum ÖV-Anschluss und den Einkaufsmöglichkeiten:

„Und das, was ich als grossen Nachteil sehe - was ich bis jetzt nur vom Hören sagen weiss - ist, dass die Bushaltestelle so weit weg ist, also eine Viertelstunde entfernt und ich glaube noch den Hügel hinauf. Für solche Leute empfinde ich das schlichtweg als Zumutung. Das finde ich einfach nicht gut für die Leute gesorgt. Und das mit den Einkaufsmöglichkeiten. [...]“ [F2-65]

Bezüglich der Befindlichkeit meinten die Angehörigen, dass die Betroffenen eine Verbesserung der Gesundheit (4) erwarten würden, in einem Fall vor allem betreffend der Schlafstörungen. Einige gaben auch die Erwartung einer Verbesserung des psychischen Wohlbefindens an, welche bei den Betroffenen wohl vorhanden sei (2). Eine Person meinte, dass die betroffene Person erwarte, sich in der neuen Wohnung wohl zu fühlen und sich dort besser erholen zu können. Eine Person meinte zu den Erwartungen der betroffenen Person bzgl. der Befindlichkeit:

„Ich denke, dass sie hofft, dass sie gesünder wird. Dass sie weniger Beeinträchtigungen hat, wie eben dieser Durchfall oder andere Krankheiten, welche sie hat. Aber es ist schon hauptsächlich der Durchfall und die psychische [Befindlichkeit]. Sie ist fast depressiv gewesen. Das ist ihre grosse Hoffnung. Das hat sie immer wieder betont und gesagt.“ [F3-63]

Hoffnungen und Erwartungen bezüglich dem Zusammenleben

Bezüglich der Hausordnung meinte eine Person, dass neben den üblichen Hausregeln ein guter Menschenverstand und Anstand ausreichend sind. Einige Personen erachteten das Verbot von Strahlungen im Wohnraum als besonders wichtige Regel (2), wie auch das Verbot von Rauch und Duftstoffen. Als weitere nötige Regel betrachtete eine Person vorgegebene gemeinsame Treffen, damit sich ein Austausch ergibt, wie folgendes Zitat illustriert:

„Ich denke, es wäre sicher gut, wenn es in diesem Haus einmal eine Versammlung geben würde oder einfach eine Befindlichkeitsrunde oder so, damit sich diese Leute auch erstmals sehen können und vielleicht auch einen Austausch haben. Das wäre sicher gut, damit nicht jeder in seinem Loch verharrt. Vielleicht ergeben sich ja spontan solche Sachen, aber ich weiss nicht, ob man das zu Beginn auch von der Wohnbaugenossenschaft ein bisschen in die Hand nehmen müsste, das kann ich jetzt schlecht abschätzen.“ [F1-38]

Als besonders wichtig für das Zusammenleben erachteten einige Personen den Aufbau von Kontakten (2), gleichzeitig aber auch die Wahrung der nötigen Distanz (2) und dass MCS kein Dauerthema sein wird. Eine Person fügte bei Letzterem an, dass gewisse Austauschmöglichkeiten aber auch wichtig seien und dass die Bewohnenden einander ernst nehmen. Eine Person äusserte die Überzeugung, dass im MCS-Haus für die betroffene Person Gesprächsmöglichkeiten mit den anderen Bewohnenden vorhanden sein werden. Weitere genannte Faktoren, welche als besonders wichtig erachtet wurden, waren die Einhaltung der Hausregeln (2), ein guter Umgang miteinander, gegenseitiger Respekt, Toleranz, keine Komplikationen und keine Schuldzuweisungen. Zur Einhaltung der nötigen Distanz meinte eine Person:

„[...] Das Allerwichtigste ist, dass die Leute nicht meinen, das sei jetzt eine Wohngemeinschaft und deswegen können Grenzen von anderen überschritten werden. Denn es ist einfach ein Wohnhaus und darin wohnen halt ein paar Leute, welche zumindest zum Teil ähnliche Geschichten haben. Und da besteht die Gefahr, dass die Einen ein bisschen übergriffig sind/ die nötige Distanz nicht einhalten. [...] Dass man da einfach schaut, ob mein Nachbar auch diesen engeren Kontakt will oder nicht. [...]“ [F2-38]

Die Angehörigen äusserten alle die Erwartung, dass sich die Betroffenen im MCS-Haus vermehrt soziale Kontakte zu anderen Betroffenen wünschen werden (4). Während eine Person meinte, es wichtig zu finden, dass sich die Bewohnenden treffen und austauschen würden, gab eine andere zu bedenken, dass es auch problematisch sein könnte, wenn MCS ein Dauerthema sei.

Erwartungen an die Mitbewohnenden und an die Nachbarn in der Wohnumgebung

Die Angehörigen gaben an, Folgendes von den anderen Bewohnenden zu erwarten, wenn sie sich vorstellen würden, selber in das MCS-Haus einzuziehen: Einhaltung der Hausregeln (2), Offenheit, Rücksicht, Toleranz und wenig Lärm. Auf die Frage, was sie selber von den anderen Betroffenen erwarten würde, meinte eine Person folgendes:

„Ich denke, ein Minimum an Offenheit, um zu zeigen, wer man ist und warum man da eingezogen ist, was dahinter steckt. So etwas würde ich eigentlich dann doch erwarten. Nicht einfach eine Anonymität.[...]“ [F1-41]“

Von den Nachbarinnen bzw. Nachbarn der anliegenden Grundstücke würden die Angehörigen Folgendes erwarten, wenn sie sich dieselbe Situation vorstellen würden: Eine positive Einstellung gegenüber dem MCS-Haus, Akzeptanz und ein normaler Umgang mit den Bewohnenden. Einige

meinten hingegen, in dieser Situation keine Erwartungen an die Nachbarschaft zu stellen (2). Eine Person äusserte die Meinung, dass man die Nachbarn nicht einschränken könne. Eine weitere Person erläuterte, von der Nachbarschaft nicht zu erwarten, dass sie keine Duftstoffe gebrauchen würden, sie aber darauf aufmerksam machen würde. Eine weitere gab zu bedenken, dass einige Nachbarn dem MCS-Haus womöglich skeptisch gegenüber stehen.

Die Angehörigen und Freunde äusserten allesamt die Erwartung, dass sich für das Quartier mit dem Einzug der Betroffenen nichts ändern wird (4).

4.2.5 Ergebnisse der Erhebung mit Quartierbewohnenden t₀

Dieses Kapitel stellt die Vorher-Befragung der Quartierbewohnenden dar. Die Stichprobe setzt sich aus sechs Personen zusammen, welche auf den benachbarten Grundstücken des MCS-Hauses wohnhaft waren.

Die Ergebnisse der Vorher-Befragung der Quartierbewohnenden gliedern sich in zwei Unterkapitel. Zunächst werden allgemeine Aspekte im Zusammenhang mit MCS thematisiert, anschliessend werden Erwartungen, Hoffnungen und Ängste der Quartierbewohnenden in Bezug auf das MCS-Haus erläutert.

4.2.5.1 MCS allgemein

Alle Quartierbewohnenden gaben an, schon mal von MCS gehört zu haben (6), in den meisten Fällen im Zusammenhang mit dem Wohnbaugenossenschafts-Projekt (5). Laut Angaben würden keine der Quartierbewohnenden MCS-betroffene Menschen kennen (6). Eine Person äusserte sich folgendermassen auf die Frage, ob sie schon mal von MCS gehört habe:

„Eigentlich erst jetzt, als sie das Haus gebaut haben, als ich den ersten Artikel gelesen habe.“ [Q1-42]

Vieles schien den Quartierbewohnenden in Bezug auf MCS unklar zu sein: so gaben einige Personen an, nicht zu wissen, ob die zukünftigen Bewohnenden des MCS-Hauses arbeiten würden (3), ob sie aus dem Haus gehen könnten (3) und in welchem Ausmass sich MCS-Betroffene integrieren könnten (2). Des Weiteren äusserten die Quartierbewohnenden, nicht zu wissen, ob die Aussenluft und Nahrungsmittel für MCS-Betroffene ebenfalls problematisch seien und ob MCS-Betroffene an öffentlichen Anlässen teilnehmen könnten. Einige Personen äusserten, gerne mehr über das Leben der zukünftigen Nachbarn zu wissen (2).

Das Projekt der Wohnbaugenossenschaft *Gesundes Wohnen MCS* wurde den Angaben nach von allen Quartierbewohnenden begrüsst (6). Die meisten äusserten, das Projekt gut zu heissen, weil damit MCS-betroffenen Menschen geholfen werden könne (4). Eine Person meinte, dass MCS-betroffene Menschen ein Recht darauf hätten, ohne Chemikalien zu leben. Zudem gebe es ausser

diesem Wohnbaugenossenschaftsprojekt noch kein spezifisches Haus für MCS-betroffene Menschen. Eine Person meinte zur Frage, ob das Wohnbaugenossenschaftsprojekt begrüsst werde:

„Auch wenn es vielleicht eine Randgruppe von Leuten ist, die davon betroffen ist. Aber wenn es wirklich so ist, dass man von mehreren Sachen eine Unverträglichkeit hat, glaube ich, dass das im Alltag schon zu einem schwierigen Unterfangen werden kann. Doch, von dem her begrüsse ich es, dass es etwas für solche Leute gibt.“ [Q5-6]

Einige Quartierbewohnende meinten, dass das Wohnbaugenossenschaftsprojekt Vorteile für die Bewohnenden biete (2), bspw. weil der Bau auf die Bedürfnisse von MCS-betroffenen Menschen abgestimmt wurde, wie auch der nahe ÖV-Anschluss. Letzteres wurde von einer anderen Person hingegen als ungünstig beschrieben und auch Angehörige und MCS-Betroffene finden die ÖV-Anbindung nicht optimal (s. oben). Als ein weiterer Vorteil des Projekts erachtete eine Person, dass MCS-betroffene Menschen ansonsten nicht wahrgenommen und häufig belächelt würden.

Mögliche Nachteile sahen die Quartierbewohnenden in einer möglichen Isolierung der Bewohnenden, wie auch darin, dass die MCS-betroffenen Personen aus ihrer gewohnten Umgebung wegziehen müssten. Eine Person gab zu bedenken, dass Drittpersonen womöglich kein Verständnis für das Wohnbaugenossenschaftsprojekt haben und den Hausbau übertrieben finden würden. Ein weiterer Nachteil sei aus Sicht einer weiteren Person, dass der Steuerzahler den Hausbau mitfinanziere. Eine Person äusserte, keine Nachteile zu sehen.

4.2.5.2 Erwartungen, Hoffnungen und Ängste in Bezug auf die neue Wohnsituation

Mit Ausnahme einer Person gaben alle Quartierbewohnenden an, das Haus bisher nicht von innen besichtigt zu haben (5). Eine Person meinte, keine Einladung zur Eröffnung erhalten zu haben. Sie hätte eine Besichtigung geschätzt. Die Person, welche berichtete, das Haus von innen besichtigt zu haben, erwähnte den Vorraum der einzelnen Wohnungen, der ihr besonders in Auge gefallen sei. Einzeläusserungen bezeichneten das Schleusensystem, wie es in den Medien vorgestellt wurde, oder dass keine Garage oder Parkplätze feststellbar seien, als besonders auffällig. Einer Person gefällt der Aussenanstrich des Hauses nicht, und eine weitere meinte nicht recht zu verstehen, weshalb das Haus Balkone habe, wenn es doch ringsherum Feuerstellen habe. In folgendem Zitat äusserte sich die genannte Person:

„Was mich erstaunt: Es hat rundherum Feuerstellen, an dem Ort, wo das Haus steht und das Haus hat Balkone. Also denke ich, dass die Leute trotzdem auf ihren Balkon dürfen, auch wenn rundherum gefeuert wird. Das hat für mich Gegensätze. Ob man das realisiert hat, als man diesen Standort bei uns abgeklärt hat, dass zum Beispiel ein Familienfeuerplatz 40 Meter [vom MCS-Haus] entfernt ist, der viel benutzt wird? Das hat mich erstaunt, dass die Balkone haben.“ [Q6-6]

Alle Quartierbewohnenden gaben an, durch den Bau des MCS-Hauses keine Veränderungen für sich selber zu erwarten (6). Auf das Quartier bezogen, äusserte die Hälfte die Erwartung, dass sich keine Veränderungen durch das MCS-Haus ergeben werden (3), wobei eine Person anfügte, dass Leute mit

einer negativen Haltung gegenüber dem MCS-Haus sicherlich irgendwelche negativen Veränderungen sehen würden. Eine Person bekundete denn auch, dass von den Quartierbewohnenden im Vorfeld einige Bedenken geäußert worden seien. Eine weitere Person meinte, dass die MCS-Betroffenen womöglich mehr Ruhe vom Kindergarten und dem Gemeinschaftszentrum fordern werden. Folgendes Zitat illustriert diese Bedenken:

„Ich kann mir vorstellen, dass diese Leute [MCS-Betroffene] vom Kindergarten und vom Gemeinschaftszentrum mehr Ruhe verlangen oder nicht wollen, dass man grilliert.“ [Q1-46]

Erwartungen, Hoffnungen, Ängste in Bezug auf die neue Nachbarschaft

Einige der Quartierbewohnenden äusserten die Erwartung, dass keine Kontakte zu den MCS-Betroffenen entstehen werden (2) und diese gar nicht angetroffen werden (2). In diesem Sinne bekundete eine Person die Annahme, dass die Betroffenen isoliert leben werden. Eine weitere Person gab die Erwartung an, dass die Quartierbewohnenden und die MCS-Betroffenen einander in Ruhe lassen werden. Einige äusserten, keine Erwartungen an die Bewohnenden des MCS-Hauses zu haben (2).

Die Mehrheit der Quartierbewohnenden gab an, keine aktive Kontaktsuche zu den Bewohnenden des MCS-Hauses zu beabsichtigen (4). Einige äusserten aber, bei einer spontanen Begegnung ein Gespräch mit Bewohnenden des MCS-Hauses zu beginnen oder sich spontane Gespräche mit ihnen zu wünschen (3). Eine Person äusserte sich folgendermassen zur Frage, ob sie aktiv Kontakt zu den MCS-Betroffenen suchen werde:

„Nein, eigentlich nicht. Denn ich weiss gar nicht, ob man dann dort einfach hinein dürfte. Wenn ich natürlich jemandem begegnen würde - ich bin ein sehr offener Mensch – würde ich sicher einmal mit jemandem sprechen. [...] Man hat so Vorstellungen, oder. Nachdem was ich gelesen habe, habe ich mir vorgestellt, dass die sehr isoliert leben. [...]“ [Q1-16]

Von einigen Quartierbewohnenden wurde geäußert, keine Unterschiede in Bezug auf die nachbarschaftliche Beziehung zwischen der bisherigen und der neuen Nachbarschaft zu erwarten (3) – wobei eine Person erläuterte, nicht einschätzen zu können, wie es sein würde, viele MCS-Betroffene um sich zu haben, da sie annehme, dass dies schwierige Leute seien. Eine Person meinte hingegen, sehr wohl einen Unterschied zu erwarten, da sie annehme, dass MCS-betroffene Menschen kaum aus dem Haus gehen und somit auch kaum angetroffen werden.

Betreffend einer beabsichtigten Rücksicht in Bezug auf die MCS-Betroffenen gaben einige Personen an, bereits einige problematische Auslöser nicht zu benutzen, weswegen nicht speziell Rücksicht genommen werden müsse (3). Einige meinten hingegen, dass sie bei direktem Kontakt speziell Rücksicht nehmen (2), in einem Fall aber nicht grundsätzlich auf bestimmte Sachen verzichten würden. Eine Person bekundete explizit, keine Rücksicht nehmen zu werden.

Bezüglich der neuen Nachbarschaft des MCS-Hauses bekundeten je zwei Quartierbewohnende die Hoffnung, dass das Wohnbaugenossenschaftsprojekt für die Betroffenen hilfreich sein werde, die Bewohnenden normale Leute sein werden, welche einen normalen Umgang pflegen, keinen grossen Lärm machen werden und sich integrieren können. In folgendem Zitat wird letztgenannte Hoffnung ersichtlich:

„Ich erhoffe mir einfach, dass sich diese Leute auch gut integrieren können, dass sie sich angenommen fühlen, wenn man sich dann einmal von den Begegnungen her kennt. Dass man damit einfach ganz normal umgeht. [...]“ [Q5-17]

Des Weiteren wurde von einzelnen Personen die Hoffnung geäussert, dass es keine Probleme geben wird, sich die Betroffenen wohl fühlen werden und ihre Erwartungen erfüllt werden. Einige gaben an, keine Hoffnungen in Bezug auf die neuen Nachbarn zu haben (2).

Die meisten Quartierbewohnenden äusserten, keine Befürchtungen in Bezug auf die neuen Nachbarn zu haben (5). Lediglich eine Person erwähnte zu befürchten, dass durch die Bewohnenden des MCS-Hauses mehr Probleme mit Parkplätzen entstehen werden, falls diese eigene Autos besitzen würden.

Die Quartierbewohnenden wurden gebeten, zu beschreiben, wie sie das Beschwerdebild MCS oder das MCS-Wohnhaus einem 6-jährigen Kind erklären würden. Die Mehrheit äusserte, sie würden einem Kind erklären, dass MCS-Betroffene von verschiedenen Duftstoffen, welche in alltäglichen Produkten vorhanden sind, Beschwerden bekommen (4). Das MCS-Haus sei ein Haus, welches speziell für solche Leute gebaut wurde und keine Stoffe enthalten würde, welche für die Betroffenen problematisch sind (4). In Bezug auf ein angepasstes Verhalten beschrieb eine Person, zu erklären, dass Nicht-Bewohnende im MCS-Haus aufgrund der Duftstoffe nicht wie in einem normalen Haus ein- und aus gehen können. Eine weitere Person meinte, ein Kind darauf hin zu weisen, ruhig zu sein, wenn es am MCS-Haus vorbei gehen würde. Eine andere Person war hingegen der Meinung, dass ein Kind sein Verhalten nicht speziell anpassen müsste. Eine Person gab folgende Erklärung ab, die sie einem Kind zu MCS geben würde:

„[...] Ich habe Enkelkinder, denen ich ja auch erklärt habe, dass sie hier ein Haus bauen, in dem dann Leute wohnen werden, die allergisch sind - denn das verstehen die Kinder - auf gewisse Stoffe, die wir haben und die wir brauchen. Und das verstehen sie, weil sie selber bereits gesehen haben, dass sie auf gewisse Sachen allergisch sind. Ich habe meiner Enkelin erklärt, dass besonders gebaut wird und dass sie zum Bauen nichts brauchen, was eben dann für diese Leute gefährlich ist. [...]“ [Q1-21]

4.2.5.3 Naherholungsgebiet

Der Mehrheit der befragten Quartierbewohnenden gab an, das Naherholungsgebiet oberhalb des MCS-Hauses (4) sowie den Weg am MCS-Haus vorbei zu nutzen (3). Einige Personen äusserten hingegen, das Naherholungsgebiet (1) oder den Weg (2) bisher nicht zu nutzen. Die meisten Quartierbewohnenden meinten, diesen Weg in Zukunft immer noch oder neu nutzen zu werden (5).

4.2.5.4 Herausforderungen

Bezüglich möglichen Herausforderungen, welchen die neuen Nachbarn begegnen könnten, äusserten drei Quartierbewohnende die Annahme, dass die Betroffenen keine Schwierigkeiten haben sollten, Akzeptanz und Anschluss zu finden. Eine Person fügte an, die Voraussetzung dazu sei, dass sich die Betroffenen integrieren können. Dies wurde von einigen Personen als Herausforderung erachtet (2), in einem Fall aufgrund von Duftstoffen bei öffentlichen Anlässen. Auf die Frage, ob die Bewohnenden des MCS-Hauses Anschluss finden werden, meinte eine Person:

„Das glaube ich schon. [Es hängt davon ab], ob sie auch ins Gemeinschaftszentrum gehen können, ob sie an diesen Veranstaltungen aus gesundheitlichen Gründen teilnehmen können oder nicht. [...]“ [Q2-31]

Eine Person gab zu bedenken, dass einige Quartierbewohnende misstrauisch gegenüber den Betroffenen seien und einige womöglich Angst haben würden, sich anzustecken. Des Weiteren bekundete sie, dass es schwierig sein könnte, Akzeptanz zu finden, falls man den Betroffenen das Beschwerdebild MCS ansehen würde, bspw. aufgrund einer Gesichtsmaske.

Eine Person erläuterte, wie die Betroffenen einen guten Anschluss begünstigen könnten: ihrer Meinung nach sollten sich die Betroffenen bei den Quartierbewohnenden vorstellen, bspw. durch einen Artikel im Amtsanzeiger oder durch eine öffentliche Einladung ins MCS-Haus zum Kennenlernen. Zudem gebe es verschiedene Möglichkeiten im Quartier, Anschluss durch öffentliche Angebote zu finden.

Als eine weitere Herausforderung wurden Emissionen sowie landwirtschaftliche Stoffe gesehen, welchen auch in Leimbach nicht ausgewichen werden könne. Eine Person war der Meinung, dass die Lage nicht ideal sei; neben dem Haus habe es ein Gemeinschaftszentrum, in welchem regelmässig Feste stattfinden würden, und einen Kindergarten. Dadurch gebe es viel Lärm und Gerüche. Des Weiteren gebe es kaum Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe und keinen guten ÖV-Anschluss. Der ÖV-Anschluss wurde von einer anderen Person hingegen als günstig erachtet. Die Person äusserte sich folgendermassen zur Lage des MCS-Hauses:

„[...] Daneben ist das Gemeinschaftszentrum, in dem immer Events stattfinden. Dort führen z. B. Leute aus Sri Lanka am Wochenende ein Fest durch. [...] Der Ort ist meiner Meinung nach nicht ideal für diese Leute. [...]“ [Q2-7]

4.3 Ergebnisse Beobachtungsraster Erhebungszeitpunkt t_0

In diesem Absatz werden die Ergebnisse des Beobachtungsrasters in zwei Gruppen dargestellt. Es handelt sich dabei zum einen um Personen, die von Anfang an, nie ein Mietinteresse bekundeten und zum anderen um Probewohnende und Personen der Mieterschaft, welche in einer zweiten Gruppe zusammengefasst dargestellt werden. Dies wurde so gewählt, um feststellen zu können, ob sich die Wohnsituation von Personen ohne Mietinteresse wesentlich von jenen mit Mietinteresse unterscheidet.

4.3.1 MCS-Betroffene ohne Mietinteresse

Es wurden insgesamt acht MCS-Betroffene ohne Mietinteresse befragt, wobei eine Person ausdrücklich ein Telefoninterview verlangte, weshalb von dieser Person kein Beobachtungsraster besteht.

Die Grösse der Ortschaften in denen die Befragten wohnten, variieren stark und lagen auf einer Spannbreite von 300 bis 380'000 Einwohnenden. Vier Personen lebten in einer mittelgrossen Ortschaft mit einer Population zwischen 4000 und 14'000 Personen. Zwei Personen lebten in eher kleinen Gemeinden (< 500 Einwohnende) und eine Person in einer Stadt (380'000 Einwohnende). Die meisten lebten in einem Wohnquartier (5), je eine Person lebte ganz zentral bzw. am Dorfrand. Entsprechend waren die Strassen an der die Befragten wohnten, Quartierstrassen (6) und eine stark befahrene Strasse. Das Naherholungsgebiet lag in unmittelbarer Nähe (3), im Ort (3) oder ist gar nicht vorhanden. Bei einer Person stand eine Mobilfunkantenne in unmittelbarer Nähe. Das Angebot des öffentlichen Verkehrs lag bei vier Personen in unmittelbarer Nähe. Bei zwei weiteren Personen war der Anschluss an das öffentliche Verkehrsnetz im Ort vorhanden. Lediglich in einer Ortschaft fehlte ein diesbezüglicher Anschluss gänzlich. Einkaufsmöglichkeiten waren bei sechs Personen im Ort vorhanden, eine Person musste zum Einkaufen in die Nachbargemeinde.

Drei Personen wohnten in einem Eigenheim und vier waren Mieterinnen bzw. Mieter ihrer Logis. Dabei lebten vier Personen in einem Mehrfamilienhaus bzw. drei in einem Einfamilienhaus. Die Wohnungsgrösse variierte zwischen 2.5 (2) und mehr als 5 Zimmer (3), wobei zwei weitere Personen in einer Wohnung mit 4.5 Zimmer wohnten. In drei Wohnungen gab es Luftreinigungsgeräte mit und ohne Kohlefilter sowie je einmal einen Netzfreischalter und zugeklebte Badzimmer- und Küchenschränken. Die Möbel waren aus Holz (7), meist alt und gut ausgelüftet oder aus unbehandeltem Holz. In einer Wohnung stand ein Glastisch. In allen Küchen war ein Elektroherd installiert, Mikrowelle (3) und andere Küchengeräte wie Kaffeemaschine und separater Backofen waren ebenfalls vorhanden. Bezüglich Elektrogeräte sind Radio- und Stereoanlagen (5), Personal Computer (4) und Drucker vorhanden, jedoch in den meisten Fällen (4) nur in einem Zimmer installiert und lediglich einmal auf mehrere Zimmer verteilt. Drei Personen verfügten über ein Mobiltelefon.

4.3.2 Mieterschaft

Es wurden sechs Personen der aktuellen Mieterschaft des MCS-Wohnhauses im Vorfeld persönlich befragt. Diese Zahl differiert von der Stichprobenbeschreibung deshalb, weil nicht mit allen Mietenden ein Interview geführt werden konnte oder das Interview telefonisch bzw. nicht bei der Person zu Hause abgehalten wurde.

Insgesamt konnte bei vier Mietenden ein Beobachtungsraster ausgefüllt werden.

Die Grösse der Ortschaften in denen die Befragten wohnten, variierten stark und lagen auf einer Spannbreite von zirka 300 bis 31'500 Einwohnende. Zwei Personen wohnte in Ortschaften, die mehr als 15'000 Einwohnende zählten. Je eine Person lebte in Ortschaften mit weniger als 500 bzw. in

Ortschaften mit 501 bis 4'000 Einwohnenden. Zwei Personen lebten ganz zentral, je eine Person in einem Wohnquartier bzw. am Dorfrand. Die Liegenschaften lagen vorwiegend an Quartierstrassen (3) und weniger an stark befahrenen Strassen (1). Das Naherholungsgebiet lag für die Hälfte (2) innerhalb des Wohnortes und für die anderen beiden Personen in unmittelbarer Nähe. Drei Personen lebten in unmittelbarer Nähe einer Mobilfunkantenne sowie zwei in unmittelbarer Nähe einer Hochspannungsleitung. Direkter Anschluss an den öffentlichen Verkehr wurde in drei Fällen festgehalten und einmal war der Anschluss zum öffentlichen Verkehr innerhalb der Ortschaft gewährleistet. Einkaufen konnten zwei der befragten Personen in unmittelbarer Nähe und zwei Personen hatten Einkaufsmöglichkeiten in ihrem Wohnort.

Alle Personen (4) mieteten ihre Wohnung und lebten in Mehrfamilienhäuser (4). Die Mehrfamilienhäuser umfassten zwischen fünf und acht Wohnungen. Drei Personen lebten in einer 2.5- bis 3.5-Zimmer Wohnung und eine Person in einer 1- bis 2-Zimmer-Wohnung. In je einer Wohnung waren Alu-Matten bzw. ein Netzfreeschalter vorhanden. Die Möbel waren vorwiegend aus Holz (4). In allen (4) Wohnungen war ein Elektroherd im Einsatz. Andere Elektrogeräte (3) wie Kaffeemaschine, Wasserkocher, Mixer und Geschirrspüler waren vorhanden. Elektrogeräte wie Radio- und Stereoanlagen (4), Personal Computer (4), Drucker (3) waren vorhanden, jedoch in den meisten Fällen (3) nur in einem Zimmer installiert und lediglich einmal auf mehrere Zimmer verteilt. Alle vier Personen verfügten über ein Mobiltelefon.

4.3.3 Abbrechende

Es konnten sieben Abbrechende persönlich befragt und der Beobachtungsraster ausgefüllt werden.

Die Grösse der Ortschaften in denen die Befragten wohnten, variierten stark und lagen auf einer Spannbreite von zirka 1'400 bis 366'800 Einwohnende. Die meisten (6) der Personen wohnte in Ortschaften, die mehr als 15'000 Einwohnende zählten. Eine Person lebte in einer Ortschaft mit 501-4000 Einwohnenden. Die meisten (4) lebten ganz zentral, zwei Personen in einem Wohnquartier und eine Person lebte ausserhalb des Dorfes. Die Liegenschaften lagen vorwiegend an Quartierstrassen (4) und weniger an stark befahrenen Strassen (3). Das Naherholungsgebiet lag für etwas mehr als die Hälfte (4) innerhalb des Wohnortes und für die anderen Personen in unmittelbarer Nähe (3). Sechs der Personen lebten in unmittelbarer Nähe einer Mobilfunkantenne sowie eine in unmittelbarer Nähe einer Hochspannungsleitung. Direkter Anschluss an den öffentlichen Verkehr wurde in sechs Fällen festgehalten und einmal fehlte der Anschluss an den öffentlichen Verkehr gänzlich. Einkaufen konnten sechs der befragten Personen in unmittelbarer Nähe und eine Person musste ausserhalb ihres Wohnortes einkaufen.

Alle Personen (7) mieteten ihre Wohnung und die meisten lebten in Mehrfamilienhäuser (4) oder in einer anderen Wohnform (3) wie bspw. in einem Ferienchalet oder einem Bürogebäude mit eingebauter Wohnung. Die Mehrfamilienhäuser umfassten zwischen vier und 35 Wohnungen. Sechs Personen lebten in einer 2.5- bis 3.5-Zimmer Wohnung sowie eine Person in einer 1- bis 2-Zimmer-Wohnung. In drei Wohnungen waren Luftreinigungsgeräte sowie Alu-Matten (2), ein Netzfreeschalter

(2), ein Elektromog-Abschirmungsnetz (2) sowie ein Memon-Gerät⁴⁶ vorhanden. Die Möbel waren aus Holz (4), Metall (4), aber auch Kunststoff und Glas. In sechs Wohnungen war ein Elektroherd bzw. in einer Wohnung ein Gasherd im Einsatz. Andere Elektrogeräte (4) wie Kaffeemaschine, Wasserkocher, Mixer und Geschirrspüler waren vorhanden. Elektrogeräte wie Radio- und Stereoanlagen (6), Personal Computer (6), Drucker (4) waren vorhanden, jedoch häufig (4) nur in einem Zimmer installiert und weniger auf mehrere Zimmer verteilt (3). Fünf Personen verfügten über ein Mobiltelefon.

4.4 Qualitative Ergebnisse der Erhebung Einzelinterviews zum Zeitpunkt t_1

Zum Erhebungszeitpunkt t_1 wurden Bewohnende des MCS-Hauses (Mieterschaft), Personen, die entweder eine Wohnung gemietet hatten und wieder ausgezogen sind oder zur Probe gewohnt haben und sich dagegen entschieden haben (Abbrechende) sowie Quartierbewohnende befragt. Die Ergebnisse werden entlang der jeweiligen Interviewleitfäden dargestellt.

4.4.1 Ergebnisse der Mieterschaft t_1

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Mieterschaft zum Zeitpunkt t_1 dargestellt. Es werden die Themen Wohndauer, subjektive Befindlichkeit, ärztliche Behandlung, aktuelle Wohnsituation, aktuelle Umgebung, soziale Situation, soziale Unterstützung und die Einschätzungen der Veränderungen seit dem Einzug ins MCS-Wohnhaus aufgenommen.

Unter den Befragten der Mieterschaft befand sich eine Person, die angab, unter MCS zu leiden und sechs weitere Personen gehörten zur Gruppe der *Anderen*. Diese Unterscheidung wird nachfolgend aufgrund der kleinen Stichprobe und der Anonymitätsgewährung nicht ersichtlich sein.

4.4.1.1 Wohndauer

Vier der Befragten gaben an, zwischen fünf und acht Monate im Haus am Rebenweg zu wohnen und drei Personen nannten diesbezüglich elf bzw. zwölf Monate. Unter den Mieterinnen und Mietern gab es Personen, welche zwar einen Mietvertrag hatten, aber aus gesundheitlichen Gründen nicht von Anfang an im Haus wohnen konnten, sondern sich nach und nach antasteten. Die obengenannten Angaben beziehen sich auf den Einzug, welchem ein dauerhafter Aufenthalt folgte.

⁴⁶ Memon <https://www.memon.eu/>

4.4.1.2 Subjektive Befindlichkeit

Die Befragten äusserten, bzgl. ihrer subjektiven Befindlichkeit auf einer Skala von eins bis zehn, wenn eins sehr schlecht und zehn sehr gut bedeutet, sich zwischen fünf und zehn zu befinden. Das heisst, zwei Personen nannten eine fünf, je eine Person nannte, fünf bis sechs, sieben sowie acht bis zehn. Zwei Personen gaben an, ihre subjektive Befindlichkeit nicht auf einer Skala festmachen zu können. Drei Personen unterstrichen, dass die Befindlichkeit schwanke.

Auf die Frage, ob sich die subjektive Befindlichkeit seit dem Einzug verändert habe, gaben alle Befragten der Mieterschaft an, eine Verbesserung der Befindlichkeit wahrgenommen zu haben. Dazu äusserten vier Personen eine deutliche Verbesserung und drei meinten, ihre Befindlichkeit habe sich ein bisschen verbessert.

Die wahrgenommenen positiven Veränderungen bzgl. der subjektiven Befindlichkeit sahen die Befragten in der Lebensqualität (5), der Schlafqualität (4) und der Leistungsfähigkeit (3). Ebenfalls wurden eine innere Ruhe (2), allgemein weniger MCS- bzw. *andere* Beschwerden, bessere Konzentrationsfähigkeit, psychische Stabilität, wachsende physische Kraft und Koordination sowie weniger Magen-Darm-Beschwerden genannt. Das Haus an und für sich wurde gelobt als Ort der Erholung (3), als Ort der Schutz vor Umwelteinflüssen biete (3) und als einen Ort der Sicherheit (2). Nachstehendes Zitat unterstreicht letzte Aussage:

„Das ist schon gut, wenn man in einer Wohnung leben kann, wo man weiss: ich bin geschützt vor so starken Sachen.“ [m4-45]

Auslösende Stoffe

Die Befragten gaben an, vorwiegend auf Duftstoffe (4), Emissionen (4), Hausstaub (2), Haushaltstrom (2), Strahlungen im Wohnraum (2), Funkstrahlen (2) und weiteren Elektrosmog (2) wie bspw. Hochspannungsleitungen zu reagieren. Weitere Einzelnennungen waren Geräusche, Lösungsmittel, Putz- und Waschmittel sowie Baumaterialien.

Beschreibung der Beschwerden

Alle der befragten Personen gaben an, sich im Alltag durch ihre Beschwerden eingeschränkt zu fühlen. Vier Personen nannten eine starke und zwei Personen eine geringe Einschränkung. Eine Person spezifizierte, dass sie sich im MCS-Wohnhaus kaum eingeschränkt fühle, draussen jedoch sehr.

Die Befragten beschrieben ihre Beschwerden mit Problemen des vegetativen Nervensystems (4), Magen-Darm-Irritationen (4), Kopfschmerzen (4), chronischer Erschöpfung (3), Konzentrationsstörungen (3), Schlafstörungen (3), Herz-Kreislaufbeschwerden (3), Körpermissemphindungen (3) und psychischen Beschwerden (2). Einzelnennungen zur Beschreibung der Beschwerden waren Atemwegsbeschwerden, Sensitivitäten bzgl. Geräuschen, Probleme der Ohren sowie Augenbeschwerden. Im folgenden Zitat werden beispielhaft Beschwerden beschrieben:

„Es ist eine Nervosität und ein Brennen vor allem im Kopf, aber es kann auch im ganzen Körper sein. Und Kopfschmerzen, Nackenschmerzen. [...] wenn es schlimm ist, dann ist es eine Art ein Gefühl von Folter.“ [m2-35]

Auf die Frage, ob sich die Beschwerden seit dem Einzug verändert hätten, wurden sehr individuelle Veränderungen genannt. So wurde befunden, dass die Krankheit dieselbe bleibe, aber die Beschwerden bzw. die Symptome weniger heftig seien (3). Zwei Personen gaben an, keine Veränderung zu spüren, d.h für eine dieser beiden Personen habe sich lediglich der Auslöser der Beschwerden verändert. Eine weitere Person merkte an, dass sich ihr Gesundheitszustand noch nicht da befinde, wo sie sich erhofft habe. Auch meinte eine Person, sich nicht mehr so lange draussen aufhalten zu können, weil der Mobilfunk ständig zunehme und sich dies ungünstig auf die Beschwerden auswirke. Eine Person merkte an, dass sie keinen Kausalzusammenhang zwischen ihren Beschwerden und dem MCS-Wohnhaus ausmachen könne, denn es könne ja auch ein neu verordnetes Medikament, die veränderte Strahlenbelastung oder diese Wohnung zur Veränderung führen.

Herausforderungen im Alltag

Auf die Frage, welche Herausforderungen im Alltag zu bewältigen seien, wurden das Zusammenleben in der Hausgemeinschaft (3) wie auch das Abgrenzen gegenüber anderen Personen, die im selben Haus leben (2) genannt. Nachfolgendes Zitat schildert die Herausforderungen des Zusammenlebens.

„Das Zusammenleben mit all den Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen. Das ist eine echte Herausforderung, weil wir sind alle recht sensibel. Es sind viele Einzelgänger. Und der Kontakt kann sehr schön sein, aber auch wieder sehr schwierig. Also es ist einfach eine Herausforderung. Ja.“ [m1-62]

Weiter wurde als Herausforderung genannt, dass die Kräfte eingeteilt werden müssen (2), was sich, wie eine Person erwähnte, auch auf die Terminplanung auswirke. Weitere Einzelnennungen bzgl. Herausforderungen waren die tägliche Ungewissheit bzgl. dem Einschlafen, knappe finanzielle Mittel, den Weg zurück in die Gesellschaft zu finden sowie die Benutzung von elektronischen Geräten und dem öffentlichem Verkehr.

4.4.1.3 Ärztliche Behandlung

Die Mieterschaft gab an, aktuell in ärztlicher Behandlung (5) bzw. nicht in Behandlung (1) zu sein. Von einer Person fehlen diesbezügliche Angaben. Die meisten nannten die Hausärztin bzw. den Hausarzt als behandelnde Person (5) sowie Therapeutinnen bzw. Therapeuten mit alternativen Heilmethoden (4) oder gaben an, selber Nahrungsergänzungsmittel (2) zu kaufen. Eine Person berichtete, gleichzeitig bei einem Spezialisten in Behandlung zu sein und eine weitere Person erwähnte, einen Spezialisten gesucht zu haben, jedoch ohne Erfolg. Dieselbe Person äusserte, Umweltmediziner aufgesucht zu haben, welche ihr aber nicht helfen konnten, weil lediglich Vermeidung von belastenden Situationen (z. B. von Funkantennen) zu einer Besserung führe. Bezüglich der Häufigkeit meinten vier Personen, sie seien gleich oft bzw. weniger oft oder momentan überhaupt nicht in ärztlicher

Behandlung als vor dem Einzug, eine Person äusserte sich nicht dazu. Die Person, welche angab, seit dem Einzug weniger oft zum Arzt zu gehen, begründete dies damit, dass es ihr im MCS-Wohnhaus besser gehe und sie deshalb weniger ärztlichen Rat brauche. Eine andere Person gab an, weniger Schlafmedikamente zu benötigen, weil sie im MCS-Wohnhaus besser schlafe.

4.4.1.4 Aktuelle Wohnsituation

Unmittelbar nach dem Einzug war von Seiten der Genossenschaft Überzeugungsarbeit gefordert um die z. T. enttäuschten Erwartungen aufzufangen:

„Das Haus war die ersten paar Monate nicht gut MCS-verträglich. Das hat man unterschätzt. [...] Auch der beste Bau braucht Auslüftungszeit. Und das war viel Stress. Das hat viel Kraft gebraucht, um allen zu sagen: das ist normal, wir geben nicht auf.“
[m4-17]

Die Situation zum Befragungszeitpunkt präsentierte sich dann aber so: Sechs der befragten Personen gaben an, mit der aktuellen Wohnsituation im MCS-Wohnhaus zufrieden zu sein. Davon äusserten zwei Personen, dass es im Moment bzgl. ihrer Beschwerden die bestmögliche Lösung für sie sei, in diesem Haus zu wohnen und sie sich glücklich schätzten, hier wohnen zu dürfen. Diese Aussage wird mit folgenden Zitaten unterstrichen:

„Man muss einfach sehen, das ist momentan das einzige Haus in Europa, welches überhaupt eine solche Abschirmung hat. Also ist man froh, wenn man da wohnen kann.“ [m6-71]

„Ja, es ist sicher eine der besten Möglichkeiten, die es im Moment gibt.“ [m2-75]

Eine Person bekundete mit der aktuellen Wohnsituation sehr zufrieden und einfach glücklich zu sein.

Als positive Aspekte wurden von den Befragten die elektromagnetische Abschirmung (5), die Hausordnung (3), die Netzfreeschaltung (2), die Grösse der Wohnungen (2), die Einrichtungsmöglichkeiten (2) sowie die Hausgemeinschaft und da insbesondere das gegenseitige Verständnis (2) genannt. Die Aussage zur Hausordnung wird mit nachstehendem Zitat illustriert:

„Ja, einfach die Hausordnung ist für mich ideal. Dass die Nachbarn kein Funktelefon und all die Geräte und Handys nicht benutzen dürfen.“ [m2-69]

Weitere positive Einzelaussagen bzgl. der Wohnsituation waren die verwendeten Baumaterialien, die abgeschirmten Stromleitungen und die Lüftung. Des Weiteren gaben drei Personen an, das Mobiltelefon immer ausgeschaltet zu haben, zwei Personen erwähnten, das Mobiltelefon im Flugmodus zu belassen, eine Person gab an, kein Mobiltelefon zu besitzen und eine Person machte dazu keine Angabe. Eine Person erwähnte, dass im MCS-Wohnhaus zwei W-LAN installiert seien, welche aber in der Regel ausgeschaltet seien.

Bezüglich zusätzlichen individuellen Vorkehrungen, die die Befragten in ihrer Wohnung vorgenommen haben, um darin wohnen zu können, gaben lediglich zwei Personen an, gar keine Vorkehrungen

vorgenommen zu haben. Von den anderen wurden als Vorkehrungen das Abschirmen einer Elektrokabelleiste (2) und das Ausschalten der hausinternen Lüftung genannt. Des Weiteren wurden Hilfsmittel wie Luftfiltergerät mit Aktivkohlenfilter und ein an der hausinternen Lüftung angeschlossener Behälter zum Auslüften von stark riechenden Gegenständen wie bspw. ein eingeschalteter Laptop erwähnt. Auch wurden eine Pyramide als Strahlenschutz, das Vermeiden der Nutzung von Elektrogeräten (auch eingebaute wie Kühlschrank oder Kochherd) oder Glühbirnen sowie das Meiden von formaldehydhaltigen Möbel in der Wohnung genannt.

Drei der befragten Personen der Mieterschaft gaben an, keine Problembereiche an ihrer aktuellen Wohnung zu sehen. Allerdings äusserten drei Personen, das Haus sei hellhörig, eine Stimme äusserte sich diesbezüglich gegenteilig. Nachfolgendes Zitat illustriert die empfundene Hellhörigkeit des Hauses.

„Ja, was einfach schwierig ist, ist dass das Haus extrem lärmdurchlässig [ringhörig] ist.“ [m6-55]

„Ich war eher ein bisschen überrascht. Für mich ist es eher ringhörig. Zum Teil, also vor allem gerade was nebenan oder oben dran ist oder auch schräg oben dran ist, das hört man relativ gut. Vor allem auch wenn jemand oben dran rumläuft, dann finde ich, dass man das relativ gut hört.“ [m2-190]

Des Weiteren wurden als Problembereiche der Wohnung der Kühlschrank als Stromquelle (2) sowie dessen Grösse als ungeeignet für einen Einpersonenhaushalt beurteilt. Als weiteren Problembereich werden die hohen Acetonwerte gesehen. Nicht als Problembereiche, aber als negative Aspekte wurden die fehlende Badewanne⁴⁷, der fehlende Wäschetrockner in der Waschküche, die ungenügende Heizung in der Wohnung und das Nicht-Abschalten können der Lüftung genannt. Ebenfalls wurde der Mietpreis als zu hoch und die Hausordnung als zu streng erwähnt.

4.4.1.5 Aktuelle Umgebung

Die Personen, die am Rebenweg 100 wohnen gaben an (Mehrfachnennungen möglich), vorwiegend mit dem öffentlichen Verkehr (5), zu Fuss (4) oder in der gebildeten MCS-Fahrgemeinschaft (3) unterwegs zu sein. Der Bus, welcher für diese Fahrgemeinschaft genutzt wird, wurde von der Stiftung Gesundes Leben und Wohnen zur Verfügung gestellt und sei der ganzen Mieterschaft zugänglich. Des Weiteren wurden als Fortbewegungsmittel das Velo (2) bzw. das Elektrovelo genannt, das eigene oder ausgeliehene Auto (2) sowie die seltene Nutzung des öffentlichen Verkehrs (2).

Bezüglich des öffentlichen Verkehrs gaben sechs Personen an, er sei für sie gut erreichbar, wobei zwei dieser Personen anmerkten, dass der Weg zur Haltestelle eine gewisse körperliche Fitness verlange und die Erreichbarkeit des öffentlichen Verkehrsnetzes nicht mehr gewährleistet sei, sollte sich durch das älter werden, einen Unfall oder eine Krankheit etwas an der körperlichen Fitness

⁴⁷ Ein Teil der Wohnung hat Badwannen, die anderen sind mit Duschen ausgerüstet.

ändern. Eine Person hielt fest, dass der öffentliche Verkehr bereits heute für sie nicht gut erreichbar sei. Zwei Personen gaben an, gerne eine näher gelegene Haltestelle – direkt vor dem Haus – zu haben, wobei eine dieser Personen auch anmerkte, dass es durchaus auch einen Vorteil habe keine Haltestelle in unmittelbarer Nähe zu haben, da man so auch keine Abgase direkt vor dem Haus habe. Ob sich bzgl. der Nutzung oder der Erreichbarkeit des öffentlichen Verkehrs etwas verändert habe gegenüber der vorherigen Wohnsituation wurde von den meisten (5) mit „Nein“ beantwortet. Für eine Person habe sich die Distanz zum öffentlichen Verkehr wesentlich verändert und eine Person hat sich diesbezüglich nicht geäußert.

Alle (7) der befragten Personen berichteten, die Erreichbarkeit von Einkaufsläden sei – zwar mit unterschiedlichen Fortbewegungsmitteln – gut. Nachfolgend ein Zitat, welches dies unterstreicht:

„Ja, eben es ist viel bequemer da. Also ich merke auch hier, ich kann einkaufen gehen, auch wenn es mir gar nicht gut geht. Weil es ist eben sehr nahe. Man muss nicht in eine Tiefgarage hinein, in der schon wieder komische Gerüche und Abgase sind.“ [m4-102]

Drei Personen nannten im Zusammenhang mit dem Einkaufen die Fahrgemeinschaft, welche sie für Einkäufe sehr zu schätzen wüssten. Ebenfalls drei Personen hielten fest, eine Verbesserung der Einkaufsmöglichkeiten festgestellt zu haben, wohingegen vier Personen eher eine negative Veränderung der Einkaufsmöglichkeiten im Vergleich zum vorherigen Wohnort erwähnten. Diesbezüglich wurden die geringere Anzahl der Anbieter (3) sowie der weitere Weg zu den Läden (2) genannt. Zwei Personen merkten allerdings auch an, dass sie diese Veränderung nicht störe.

„Also es hatte in [vorheriger Wohnort] ein bisschen mehr Läden. Wo man auch mit dem Auto relativ schnell und praktisch hinkommt und dann gerade verschiedene Läden hat in einem Shoppingcenter drin. Aber ich vermisse das jetzt nicht. Es geht gut so.“ [m3-139]

Etwas mehr als die Hälfte (4) der Bewohnenden gab an, nicht auf spezielle Lebensmittel angewiesen zu sein, drei Personen nannten Lebensmittelunverträglichkeiten oder Allergien, die spezielle Nahrungsmittel verlangen. Die Möglichkeit der Heimlieferung von Lebensmitteln gaben zwei Personen als genutzte Variante des Einkaufs an.

Im Zusammenhang mit der Wohnumgebung erwähnten zwei Personen den ziemlich steilen Hang, den es zu erklimmen gilt, um wieder ins MCS-Wohnhaus zu gelangen.

4.4.1.6 Soziale Situation

Sechs der befragten Personen gaben an, mehrmals pro Woche ganz bewusst andere Menschen zu treffen. Zwei Personen differenzierten noch und meinten, innerhalb des Hauses täglich oder fast täglich bewusst andere Menschen zu treffen, ausserhalb des Hauses seien es weniger Kontakte. Eine Person konnte keine Angabe zur Häufigkeit der bewussten sozialen Kontakte machen. Die sozialen Kontakte sind in der eigenen (7) wie auch in fremden Wohnungen (5) möglich. Eine Person gab an,

dass der Besuch in fremden Wohnungen eher schwierig sei und eine Person machte diesbezüglich keine Angaben. Für eine der befragten Personen hat sich bzgl. der Art soziale Kontakte zu pflegen etwas wesentlich verändert, wie untenstehende Zitate unterstreichen:

„Ich habe mich früher [...] in der Einzimmerwohnung geschämt, Leute mit nach Hause zu nehmen. Das hat so chaotisch ausgesehen und auch erbärmlich. Und hier kann ich doch das Wohnzimmer so herrichten und auch die Wohnung überhaupt. Ich habe da auch mehr Lust zum Aufräumen. Ich habe schon Leute reingenommen.“ [m4-78]

„Es entsteht wie eine neue Familie. Da merke ich, wow, das tut gut.“ [m4-13]

Für eine weitere Person hat sich die Art, wie sie soziale Kontakte pflege durch die geografische Distanz, welche durch den Umzug nach Leimbach entstand, einschneidend verändert. Sie gab an, nun ein neues soziales Netz aufzubauen. Dieselbe Person erwähnte auch, dass ihr Gesundheitszustand sich verbessert habe und der Besuch eines öffentlichen Kurses nun möglich sei. Die anderen Befragten berichteten, keine Veränderung (5) bzgl. der Art, wie sie soziale Kontakte pflegen, festgestellt zu haben. Bis auf eine Person gaben alle an, den Kontakt innerhalb des Hauses am Nebenweg zu pflegen und dies meist spontan (6), per Telefon (3) oder durch vereinbarte Termine bzw. an den regelmässigen hausinternen Sitzungen. Unter spontanen Begegnungen wurden zufälliges Antreffen im Treppenhaus, im Stiftungsraum, im Schrebergarten wie auch klingeln an der Tür genannt. Eine Person äusserte sich bzgl. der Kontaktpflege innerhalb des Hauses wie folgt:

„Oder wenn man einmal gerade im Treppenhaus oder draussen jemanden trifft und miteinander spricht. Also ich finde, der innere Kontakt ist da [...]. Also wir spüren einander.“ [m1-147]

Eine Person fühlt sich integriert und erledigt Dinge für die Allgemeinheit wie folgendes Zitat zeigt:

„Ja, man ist einfach irgendwie integriert. Es gibt auch Sachen zum Machen, wie zum Beispiel den Eingangsbereich reinigen oder den Stiftungsraum, dass dort ein bisschen Ordnung ist.“ [m3-146]

Fünf Personen berichteten auch von gemeinsamen Ausflügen, Aktivitäten im MCS-Haus (Raclette-Abend, Kinoabend, gemeinsames Essen) oder Einkäufen, die die Mieterschaft zusammen unternahme.

Bezüglich des Besuches eines Restaurants äusserten fünf der Befragten, dass es ihnen möglich sei, allerdings nur bedingt (3) wie folgendes Zitat zeigt:

„Ja, das ist schwierig. Es gibt Restaurants, in denen es besser geht und es gibt Restaurants, in denen es weniger gut geht. Aber jetzt ganz darauf verzichten würde ich [...] trotzdem nicht. Ich finde es auch wichtig, dass man noch ab und zu sich an so einem Ort treffen kann, [...] (aber) es ist halt zum Teil lästig.“ [m2-106]

Öffentliche Anlässe können nach Angaben der Befragten zwar besucht werden (3) haben aber z. T. gesundheitliche Folgen (3) und werden deshalb eher gemieden. Allerdings differenzierte eine von

diesen Personen, dass Anlässe, die in einem Gebäude sind, für sie schwierig seien, jedoch Anlässe, die draussen stattfinden würden, auch für sie möglich wären. Eine andere Person erwähnte, einen Vereinsbeitritt in Erwägung zu ziehen, im Moment fehle jedoch noch die nötige Energie dazu. Bezüglich der Häufigkeit, in der öffentliche Anlässe besucht werden, wurden sehr unterschiedliche Angaben gemacht. Das reichte von zweimal wöchentlich bis alle zwei Monate oder seltener. Zwei Personen nannten die Stadtnähe des MCS-Wohnhauses als Grund für die häufigere Nutzung von öffentlichen Angeboten.

Die Pflege sozialer Kontakte ausserhalb des MCS-Hauses würde mehrheitlich auf vereinbarten Terminen basieren, wie sechs der Befragten äusserten. Eine Person gab an, innerhalb wie ausserhalb des MCS-Wohnhauses spontan Kontakte zu pflegen.

Veränderungen der sozialen Kontakte wurden vorwiegend in Bezug auf die Häufigkeit wahrgenommen. So gaben vier Personen an, mehr Kontakte zu haben seit sie im MCS-Haus eingezogen sind, zwei Personen äusserten, die Anzahl der Kontakte sei gleich geblieben und eine Person machte dazu keine Angaben. Drei der Befragten betonten, dass sie seit dem Einzug ins MCS-Haus eine Verbesserung in Bezug auf die sozialen Kontakte verzeichnen und zwei Personen betonten, die Hausgemeinschaft zu schätzen. Weitere Veränderungen, die genannt wurden sind: kontaktfähiger zu sein (2), einen anderen Personenkreis zu haben als früher (2), in sozialer Hinsicht aktiver zu sein, eine positive Beeinflussung des Selbstwertgefühls und des Selbstbewusstseins wahrzunehmen, mehr persönliche Kontakte sowie Bekannte und Freunde durch den Umzug in näherer Umgebung zu haben. Eine Person nannte als Veränderung, dass die Personen der Mieterschaft wenig Energie hätten und auch Kontakte durch beanspruchte bzw. angebotene Hilfestellungen zustande kämen.

4.4.1.7 Soziale Unterstützung

Fast alle Personen der Mieterschaft (6) gaben an, jederzeit jemanden zu haben, mit dem sie ganz persönliche Sachen besprechen können. Eine Person äusserte, niemanden zu kennen, um ganz persönliche Dinge zu besprechen. Solche Vertrauenspersonen werden sowohl ausserhalb (6) wie auch innerhalb (3) des MCS-Wohnhauses gefunden, wie die Betroffenen betonten. Je drei Personen gaben an, eine nahestehende Person zur Besprechung ganz persönlicher Sachen zu vermissen bzw. nicht zu vermissen. Eine Person enthielt sich einer diesbezüglichen Antwort.

Des Weiteren hielten die Befragten (6) fest, dass sie jederzeit jemanden um eine Hilfestellung anfragen könnten. Lediglich eine Person verneinte diese Option. Da die Bewohnenden des MCS-Wohnhauses gesundheitlich oft etwas angeschlagen seien, äusserten zwei Personen die Idee, jemand Aussenstehendes zu engagieren, z. B. ein von der Stiftung *Gesundes Leben und Wohnen* engagierten Senior, der regelmässig für Hilfestellungen ins MCS-Haus komme und Dinge in Haus und Garten erledige sowie jemand, der für Computerunterstützung angefragt werden könne.

Auf die Veränderung der Möglichkeit andere Personen um Unterstützung anzufragen, gaben vier Personen an, dass sich mit dem Umzug ins MCS-Wohnhaus nichts verändert habe. Zwei Personen

nahmen hingegen eine Veränderung wahr und berichteten, dass sie seit dem Einzug ins MCS-Wohnhaus nun Personen kennen würden, die sie um Unterstützung anfragen könnten. Für eine Person hat sich die Situation verändert, weil die Person, von welcher sie bisher Unterstützung erfragen konnte, weggezogen sei.

Zwei Personen betonten, dass die Nachbarschaftshilfe innerhalb des MCS-Hauses funktioniere, was nachfolgendes Zitat unterstreicht.

„Es ist besser geworden, weil ich vorher mit den Leuten, mit denen ich im Haus gewesen bin und den Nachbarn auch, nicht so nahe war, wie hier mit einzelnen [...] hier man kann sich gegenseitig anrufen, wenn es einem einmal schlecht geht, oder man muss ins Spital, dann ist da jemand mit dem Auto. Das funktioniert da. Also ich musste dies bisher noch nicht in Anspruch nehmen, aber ich weiss, dass es funktioniert. Ja, das ist beruhigend.“ [m1-162]

4.4.1.8 Gründe, die die Mieterschaft zum Einzug bewog

Ein kurzer Rückblick auf die Gründe, die die Mieterschaft zum Einzug bewegten, zeigte folgendes Bild: Die meisten suchten einen möglichst störungsfreien, für sie idealen Ort (5), eine Hausgemeinschaft oder schlicht eine freie Wohnung. Besonders angesprochen habe sie die elektromagnetische Abschirmung des Hauses (5), die Lage nahe von Wald und Natur (4), die Wahl der Baumaterialien (MCS-gerecht) (2), die Wohnung an und für sich (2) sowie die Hausordnung.

4.4.1.9 Grad der Erfüllung der Erwartungen an die subjektive Befindlichkeit und Beschwerden

Die Mehrheit der befragten Personen gab an, dass ihre Erwartungen bzgl. der subjektiven Befindlichkeit erfüllt (4) oder zumindest teilweise erfüllt wurden (2). Eine Person gab an, gar keine Erwartungen gehabt zu haben. Lediglich vier Personen konnten den Grad der Erfüllung ihrer Erwartungen in Prozenten angeben. Drei gaben an, die Erwartungen seien zu 100% erfüllt, wobei eine Person differenzierte und meinte, die Erwartungen bzgl. ihrer Befindlichkeit seien zu 100 % erfüllt, jedoch insgesamt gesehen zu 80%. Die restlichen 20% machte die Person daran fest, die mit dem Wohnen in einer Hausgemeinschaft verbundene Aufgabe, sich abgrenzen zu lernen, nicht erwartet zu haben. Nachfolgend ein Zitat einer Person, deren Erwartungen sich zu 100% erfüllt haben:

„Ich wusste nicht wie viel ich von dieser Wohnung erwarten kann oder von diesem Haus. Und von dem her muss ich sagen, hat es sich zu 100% erfüllt. Weil ich mich hier wieder sicher fühlen kann.“ [m2-156]

Eine Person benannte den Grad der Erfüllung ihrer Erwartungen mit 50%. Ihre Beschwerden seien die gleichen geblieben, lediglich der Auslöser habe sich verändert.

Auf die Frage, wie die Mitbewohnenden erlebt würden, wurden die gegenseitige Rücksichtnahme (4), die gelebte Gemeinschaft (4) und den aktiven Austausch untereinander (2) als positive Aspekte genannt. Des Weiteren gab die Mieterschaft an, die Mitbewohnenden unterschiedlich zu erleben (2),

mit manchen mehr und manchen weniger Kontakt zu haben (2) sowie das entgegengebrachte Verständnis für die eigene Situation als wohltuend zu empfinden (2). Eine Stimme äusserte sich diesbezüglich wie folgt:

„Ich fühle mich verstanden und ich verstehe meine Nachbarn.“ [m5-232]

„Da spürt man schon, dass es hier wirklich Leute hat, die viel mehr durch ihre eigenen Leiden und Erfahrungen verstehen können. Und das ist schon etwas, das mich oft rührt und gut tut. Also etwas Heilendes hat, finde ich.“ [m4-104]

Mehrere nannten das Bedürfnis sich durch Abgrenzung besser zu schützen (3), dies unterstreicht nachfolgendes Zitat:

„Nur ist da ein Unterschied, dass wir untereinander mehr Austausch haben, weil wir eben auch über unseres Störungen und Probleme sprechen. Und einfach dort sensibilisiert sind. Und das ist manchmal eine Herausforderung, dass man sich nicht zu fest darin verbeisst. Und auch wieder ein bisschen Abstand findet.“ [m1-230]

4.4.1.10 Erfüllung der Erwartungen an die Quartierbewohnenden

Auf die Frage, wie die Befragten ihre Quartiernachbarn empfinden, gaben alle an, gelegentlich Kontakt zu haben, was als angenehm empfunden werde, jedoch selten über das Grüssen hinausgehe (7). Zwei Personen äusserten, im Zusammenhang mit dem Quartier-Schrebergarten Kontakt mit Leuten zu haben und lediglich eine Person gab an, mit mehreren Personen aus dem Quartier in Kontakt zu stehen. Eine Stimme beschrieb die Nachbarschaft mittels eines Beispiels:

„Wir haben eine gute Nachbarschaft. Zum Beispiel nimmt der Bauer Rücksicht und macht hier kein Elektrozaun hin. In ein paar Tagen bringt er die Kühe und das ist bis vier Meter ans Haus. Und jetzt konnten wir mit dem sprechen und er bringt kein Strom auf den Zaun. Und das ist für uns auch gut. Weil das sind zum Teil noch rechte magnetische Felder.“ [m4-102]

Zwei Personen berichteten, spöttische bzw. skeptische Bemerkungen aus dem Quartier bzgl. des MCS-Wohnhauses und deren Mieterschaft mitbekommen zu haben. Eine Person hört Lärm aus dem naheliegenden Gemeinschaftszentrum, stört sich aber selber nicht daran. Eine andere Person gab an, das Angebot des Gemeinschaftszentrums zu nutzen und eine weitere äusserte, Geräusche wie Kindergeschrei – die aus dem Gemeindezentrum zu vernehmen seien - gehörten einfach zum Leben.

4.4.1.11 Erfüllung der Erwartungen an die Hausgemeinschaft

Die Mehrheit der Mieterschaft (4) berichtete, dass die Erwartungen an das Zusammenleben im MCS-Haus zumindest teilweise erfüllt seien. Zwei Personen äusserten, alle ihre Erwartungen seien erfüllt und eine Person meinte, keine Erwartungen an das Zusammenleben gehabt zu haben. Als erfüllt nannte die Mieterschaft das Gefühl der Gemeinschaft und den Zusammenhalt (5). Wobei zwei dieser

Personen auch sagten, dass sie diese Gemeinschaft gleichzeitig als energieraubend bzw. zu eng für sie empfanden. Weitere zwei Personen erwähnten, der Stil wie das Haus geführt werde, entspreche wegen dem teilweise ungeschickten zwischenmenschlichen Umgang nicht ihren Erwartungen. Eine Person äusserte sich enttäuscht darüber, dass von ihr angebotene Ressourcen nicht angenommen würden.

Auf die Frage, was die Befragten im Zusammenhang mit dem Zusammenleben als wichtig empfänden, wurden die Möglichkeit des Rückzugs und der Abgrenzung (3), Respekt (3), Rücksichtnahme (2), Verständnis (2), keine Kontrollen im Haus (2) sowie Offenheit gegenüber einander genannt. Das Zusammenleben wird u. a. mit der Hausordnung geregelt, in der u. a. steht: "Der Gebrauch von W-LAN, Funktelefonen und Handy im Haus und auf dem Grundstück ist verboten. Anrufe können auf den Festnetzanschluss umgeleitet werden." Trotz diesen Vorgaben existieren zwei W-LAN-Anschlüsse im Haus und es werden zwei Handys im Flugmodus betrieben, was der Einschätzung von sechs Bewohnenden der Einhaltung der Hausordnung keinen Abbruch zu tun. Die Hausordnung wird denn auch von allen positiv beurteilt. Der anfängliche Mehraufwand zur Beschaffung entsprechender, duftfreier Produkte habe sich gelegt (4).

Auf die Frage, ob eine solche Wohngemeinschaft jemanden brauche, der eine vermittelnde Rolle innerhalb des MCS-Hauses innehave, bejahten dies fünf Personen, wobei eine Person betonte, dass diese Rolle nicht explizit an eine Person vergeben werden müsse, sondern situativ ergriffen werden könne, dies auch im Sinne einer gemeinsamen Übernahme von Verantwortung. Bei einer externen Besetzung (4) dieser Rolle wurden als Vorteile Objektivität und Neutralität (3) gesehen und eine Person gab zu bedenken, dass eine externe Besetzung nicht alles was im Haus läuft mit bekomme. Drei Personen wünschten sich eine Unterstützung in Form eines externen Coachings, das sie als Hausgemeinschaft beanspruchen könnten.

„Aber ich habe manchmal das Gefühl, es ist manchmal eine Überforderung da und es wäre durchaus gut, wenn wir von aussen einen Coach hätten.“ [m3-268]

Bei einer internen Besetzung dieser Rolle wurden als Vorteile, die Erreichbarkeit und die Kenntnisse über die einzelnen Personen genannt. Als Nachteil wurde die Gefahr einer allfälligen Überlastung der internen Person angegeben. Zwei Personen äusserten sich dahingehend, dass nicht generell gesagt werden könne, ob intern oder extern, sondern, dass dies personenabhängig sei.

„Für eine neutralere und objektivere Sicht, ist es gut wenn jemand von aussen kommt. Ich weiss nicht. Ich glaube, das kommt auf die Person an.“ [m5-214]

Wenn es jemand internes wäre, dann müsste diese Person in den Augen eines Befragten bestimmte Charakteristika aufweisen:

„Aber ich glaube, es braucht schon ein bisschen jemanden, der eine Vision hat, der weiss wohin dieses Haus will.“ [m4-15]

Eine Person meinte, nicht beurteilen zu können, ob eine vermittelnde Rolle notwendig sei und eine weitere Person äusserte sich nicht zu dieser Frage. Bezüglich der Zukunft im MCS-Haus gab die

Mieterschaft an, sich ein angenehmes Zusammenleben (4) und Wohlfühlen für alle (2) zu wünschen. Zwei Personen wünschen sich weitere bauliche Verbesserungen wie Schalldämmung oder weitere elektromagnetische Abschirmung. Weitere Einzelnennungen von Wünschen für die Zukunft im MCS-Haus waren: Personen zu finden, die sich im MCS-Haus wohlfühlen können; eine Vollbesetzung des Hauses; trotz eingeschränkten finanziellen Mitteln, möglichst lange im Haus wohnen zu können; das Beibehalten der (strengen) Hausordnung sowie ganz persönliche Wünsche bzgl. Gesundheit und der Entwicklung des eigenen Lebens.

4.4.2 Ergebnisse der Abbrechenden t_1

Unter den Abbrechenden werden diejenigen Personen verstanden, die entweder von Anfang einen Mietvertrag hatten (4), aber nie eingezogen sind sowie diejenigen, die probewohnten (4) und sich anschliessend gegen den Einzug entschieden haben. Nachfolgend werden Ergebnisse zu folgenden Themen dargestellt: Wohndauer, Gründe für den Entscheid gegen den Einzug in das MCS-Wohnhaus, positive Aspekte des Hauses, spezifische Dinge, die gar nicht den Vorstellungen entsprachen, die zukünftige Wohnsituation sowie mögliche Personengruppen, für die das MCS-Wohnhaus zusätzlich denkbar wäre.

4.4.2.1 Wohndauer

Von den vier Personen, die einen Mietvertrag hatten, gaben alle an, nie vollständig eingezogen zu sein, sondern immer wieder probiert zu haben, sich in der Wohnung im MCS-Wohnhaus aufzuhalten. Bezüglich der beschwerdefreien Aufenthaltsdauer wurden Zeiten zwischen 15 Minuten und einer Stunde genannt, wobei eine Person betonte, dass die beschwerdefreie Zeit mit jedem Aufenthalt im MCS-Haus kürzer wurde und die Beschwerden am Schluss sofort bei Eintreten ins MCS-Haus aufgetreten seien.

Die Probewohnenden gaben an, zwei Nächte (3) im MCS-Haus geschlafen bzw. sich sechs Stunden im MCS-Haus aufgehalten zu haben. Letztere Person gab an, bereits nach den ersten drei bis vier Stunden Beschwerden verspürt zu haben und sie nach sechs Stunden einfach nicht mehr ausgehalten zu haben.

4.4.2.2 Gründe für die Entscheidung gegen den definitiven Einzug

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Gründe dargestellt, welche unterteilt in fünf Unterkategorien, von den Abbrechenden angegeben wurden. Als erstes werden Gründe, welche im Material oder in Eigenschaften des Hauses gesehen wurden, aufgeführt. Anschliessend werden gesundheitliche Gründe bzw. Beschwerden dargestellt sowie Gründe, welche im sozialen Umfeld anzusiedeln sind, beschrieben. Es folgen dann noch Gründe, welche sich auf die Umgebung beziehen und Gründe, welche keiner anderen Kategorie zugeordnet werden konnten. Die Gründe werden nicht gewichtet.

Gründe, die sich auf Materialien und Eigenschaften des MCS-Hauses beziehen

Die angegebenen Gründe standen meist im Zusammenhang mit den wahrgenommenen Beschwerden und können so auch als Beschwerdeauslöser gesehen werden. Am häufigsten wurden die Bodenheizung (5) bzw. das Heizungssystem als problematisch erwähnt. Allerdings aus verschiedenen Gründen. So sahen drei Personen die Bodenheizung generell als Problem. Zwei Personen sahen die Bodenheizung als Verstärker, der die Stoffe im Bodenbelag zusätzlich aktiviere oder freisetze. Ebenfalls erwähnte eine Person, die Kunststoffrohre der Bodenheizung als ungünstig. Eine weitere Person empfand das Heizungssystem, welches wahrnehmbare Vibrationen im Haus verursache als problematisch. Des Weiteren wurden Aceton (3), Flammenschutzmittel im Zusammenhang mit der Trittschalldämmung (3) und Gerüche (3) als kritisch beurteilt. Ähnlich wie bei der Bodenheizung wurden auch bei den Gerüchen unterschiedliche Aspekte genannt. So gab eine Person an, einfach einen eigenartigen Geruch wahrgenommen zu haben. Eine andere Person beschrieb einen Geruch nach Feuchtigkeit und Baustaub, wobei sich der Geruch nach Feuchtigkeit mit der Zeit verflüchtigt habe, der Geruch nach Baustaub jedoch blieb. Eine weitere Person hielt einen Kunststoffgeruch fest, den sie verschiedenen Ursachen zuordnet, was nachfolgendes Zitat zeigt:

„Es steigt irgendwie aus dem Boden. Also es könnten einerseits die Fugen sein, in denen es auch Kunststoff hat. Es kann aber auch - wir recherchierten - es hat so Schalldämmungen drin, die auch aus Kunststoff sind, also Styrol ist die Substanz. Das kann es natürlich auch sein. Oder dann die Kunststoffrohre der Bodenheizung, die ist auch aus viel Kunststoff.“ [a2-34]

Weiter wurden Baustaub (2) und verwendete Materialien wie Fugenmaterial (2) und Schalungsöl als kritisch eingestuft.

Zwei Personen gaben an, sich in der Wohnung einfach nicht wohl gefühlt zu haben und ebenfalls zwei Personen beurteilten das MCS-Haus als nicht geeignet für MCS-Betroffene. Weitere Einzelnennungen bzgl. baulicher Gründe waren: der Grundriss der Wohnung, der eine Möblierung schwierig mache; der fehlende Luftabzug im Badezimmer; die rohe Betondecke; die Lüftung und die damit verbundene Schallübertragung auch von Geräuschen ausserhalb des Hauses; die Ringhörigkeit innerhalb des Haus; die Wärme im Haus; die Chromstahlabdeckung in der Küche sowie das Balkongeländer aus Metall, beides wird als unangenehm empfunden.

Drei Personen äusserten sich enttäuscht über die unsorgfältige Materialauswahl und den ungenügenden Einbezug von Fachpersonen, wie nachfolgendes Zitat unterstreicht:

„Und die Enttäuschung ist auch die, dass ich das Gefühl habe oder befürchte, dass mit der Auswahl der Materialien nicht so sorgfältig umgegangen wurde, wie man gesollt oder gekonnt hätte. Ich weiss, dass Fachleute wirklich nur am Rande beigezogen wurden. Also Leute, die jahrzehntelange Erfahrung mit MCS-gerechtem Bauen haben und ich kann das nicht nachvollziehen.“ [a4-19]

Gesundheitliche Gründe

Vier Personen gaben an, dass ausschliesslich gesundheitliche Gründe, sie zur ihrem Entscheid, nicht im MCS-Haus zu wohnen, bewogen habe. Zwei Personen hingegen äusserten, sich ausdrücklich nicht wegen gesundheitlicher Gründe gegen den Einzug entschieden zu haben. Vier Personen betonten, sie hätten während dem Aufenthalt im MCS-Haus mit neuen, für sie ungewohnten Symptomen reagiert. Vier Personen gaben an, dass sie (auch), ihnen bekannte Symptome wahrgenommen haben, jedoch viel intensiver. Und eine Person berichtete keinen Unterschied zwischen der aktuellen Wohnung und dem MCS-Haus in Bezug auf ihre Beschwerden verspürt zu haben und eine Person äusserte, gar keine gesundheitlichen Beschwerden bemerkt zu haben.

Fünf Personen machten Angaben zu ihren Beschwerden, die sie während ihrem Aufenthalt im MCS-Haus erlebten. Es sind dies: Atembeschwerden (3), Magen-Darm-Probleme (3), Herz-Kreislauf-Beschwerden (3), Kopfschmerzen (2), Probleme der Schleimhäute (2), allgemeine Schmerzen, Augenbeschwerden, Probleme des vegetativen Nervensystems, Hautirritationen und Beschwerden des Harnwegsystems.

Soziale Gründe

Bezüglich der sozialen Aspekte des MCS-Hauses machten drei Personen keine diesbezüglichen Gründe für ihren Entscheid geltend und ergänzten, die sozialen Aspekte gar nicht beurteilen zu können (2). Ein weiterer kritisch betrachteter Punkt war die Zusammensetzung der Mieterschaft, welche vornehmlich aus gesundheitlich beeinträchtigten Personen bestehe (3) und eine der Befragten fügte hinzu, sie hätte lernen müssen, sich abzugrenzen. Eine Person äusserte, diese Zusammensetzung der Mieterschaft sei, wie wenn sie einmal ins Altersheim oder eine Alterswohnung ziehen würde, man sei umgeben von alten Menschen. Lediglich eine Person äusserte ein sozialer Aspekt als Hauptgrund ihrer Entscheidung und dieser betraf die Hierarchie innerhalb des Hauses. Zwei Personen haben sich nicht dazu geäußert.

Gründe, die in der Umgebung des MCS-Hauses liegen

Alle diesbezüglich angegebenen Gründe, waren laut den Befragten nicht ausschlaggebend für ihren Entscheid, nicht in das MCS-Haus einzuziehen. So erwähnten zwei Personen, die eher dezentrale Hanglage ohne direkten Anschluss an den öffentlichen Verkehr als einen gewissen Nachteil, und eine Person erwähnte, Geräusche einer Party, welche im Gemeinschaftszentrum stattgefunden habe, gehört zu haben. Eine Person hielt fest, dass sie elektromagnetische Strahlen vom Bahnhof Leimbach bis zum Grundstück des MCS-Hauses gemessen habe, was sie in ihrem Entschluss, aufgrund der hohen Strahlenbelastung nicht einzuziehen, bestärkt habe.

Weitere Gründe

In dieser Restkategorie von Gründen werden unterschiedliche Punkte erwähnt oder aber auch zu einer Generalabrechnung ausgeholt. So wurden persönliche Gründe wie bspw. der Zeitpunkt des Umzuges oder die Höhe der Wohnungsmiete für den Nicht-Einzug angegeben. Ebenfalls wurde bei diesen Gründen auch der Unmut der Betroffenen spürbar. So äusserte eine Person:

„Das Haus hat an sich den einzigen, aber alles entscheidenden Fehler, dass es nicht verträglich ist.“ [a3-23]

Und eine Person monierte, sie habe keinen Grundrissplan erhalten und sei deshalb nicht über die Aussparung der Bodenheizung im Schlafzimmer informiert gewesen.

4.4.2.3 Positive Aspekte des MCS-Wohnhauses

Auf die Frage, welche positiven Aspekte sie am MCS-Haus sehen, auch wenn sie sich gegen einen Einzug entschieden haben, gaben sechs Personen die ansprechende Umgebung an. Diese Aussage wird mit folgendem Zitat unterstrichen:

„Ich fand die Lage sehr schön. Der Wald oberhalb und auch der Blick aus der Wohnung mit den Bäumen. Es ist wirklich einfach grün und ich fand das wunderschön. Eine schöne Lage.“ [a2-42]

Ganz besonders wurden die Nähe zum Wald (5), die Aussicht (3), die gute Luft (2), die Wiese direkt vor dem Haus, die Hanglage, das Fehlen von direkten Nachbarn sowie die freundlichen Quartierbewohnenden erwähnt. Des Weiteren wurden die Wohnungen als schön beurteilt (4) sowie die Hausgemeinschaft (4) und die Hausordnung (3) positiv bewertet. Als weitere positive Aspekte wurden von den Befragten die unterschiedlichen Wohnungsgrössen, die Küche, die Lüftung sowie die freundliche Ausstrahlung des Hauses im Allgemeinen lobend erwähnt.

4.4.2.4 Was gar nicht den Vorstellungen entsprochen hat

Vier Personen gaben an, sich vorgestellt zu haben im MCS-Haus ideale Wohnbedingungen – giftstofffrei und gut verträglich – vorzufinden, diese jedoch trafen sie nicht an. Das anschliessende Zitat untermalt diese Vorstellung:

„Wir sind ja wirklich davon ausgegangen, dass dort sorgfältig Chemikalien vermieden werden.“ [a3-53]

Des Weiteren äusserten die Befragten, sich das Haus anders vorgestellt zu haben und zwar die Architektur an und für sich, der Eingangsbereich innerhalb der Wohnung und das Treppenhaus. Bezüglich dem Innenausbau stellte sich eine Person andere Materialien vor, eine grössere Küche bzw. eine Küche ohne Chromstahlabdeckung. Eine Person fand, MCS-Betroffene und die Gruppe der Anderen hätten nicht in einem Haus zusammen geplant werden sollen. Und eine weitere Person

monierte das Informations- und Kommunikationsvorgehen der Genossenschaft. Eine Person gab an, gar keine Vorstellungen des MCS-Hauses gehabt zu haben.

4.4.2.5 Zukunft

Alle Befragten gaben an, sich wieder für eine Wohnung eines ähnlichen Projektes zu bewerben (8), allerdings unter verschiedenen Bedingungen: eine ideale Lage des Grundstückes (4) – d. h., ein grosses Grundstück, das zentral und doch separat liegt – die frühzeitige Partizipation der späteren Mieterschaft bei Materialauswahl und Bau (3), den Einbezug ausgewiesener Experten für MCS-gerechtes Bauen (3), Wohneinheiten, die lediglich zwei bis drei Wohnungen enthalten (2), eine passende Heizung (2) (keine Zentralheizung, keine Bodenheizung, Heizung ohne Vibrationen) und eine Waschküche in der die Wäsche aufgehängt werden kann. Des Weiteren waren die geografische Lage, das Verbauen von getesteten und giffreien Materialien sowie ein genügender Schutz vor Elektromog Bedingungen die genannt wurden.

Auf die Frage, wem das MCS-Wohnhaus empfohlen werden könne, nannten die Befragten folgende Personengruppen: gesunde Menschen (4), EHS-Betroffene (4), MCS-Betroffene (2) (in ein bis zwei Jahren), Allergiker (2), geräuschempfindliche Personen, Menschen die eine Hausgemeinschaft suchen würden oder Menschen die gesund leben möchten.

Alle acht Abbrechenden gaben an, weiterhin in ihren bisherigen Wohnungen zu wohnen. Allerdings äusserten fünf Personen, sie würden weiter nach einer passenden Wohnung suchen. Zwei andere Personen berichteten, dass sie über kurz oder lang die Kündigung ihrer aktuellen Wohnung erhalten werden, da grosse Sanierungen anstehen würden und sie dann eine Wohnung finden müssen. Untenstehendes Zitat beschreibt diese Not:

„Ich bin jetzt in der alten Wohnung. Ich bin seit 30 Jahren hier. Gottlob habe ich nicht gekündet, so konnte ich zurück. Aber das [Haus] wurde jetzt auch noch verkauft und jetzt muss ich auf die Suche. Ich weiss gar nicht, wohin ich gehen soll. Also sicher nicht in einen Neubau.“ [a1-33]

Lediglich zwei Personen gaben an, in der aktuellen Wohnung bleiben zu wollen und entsprechende Vorkehrungen zum Schutz vor Elektromog einzuleiten, wie nachfolgendes Zitat belegt:

„Nein, ich bleibe in dieser Wohnung, in der ich bin und suche eine Firma, die mir einen Baldachin über das Bett macht. Und auch unter dem Bett, damit ich vor dem Elektromog geschützt bin. Einfach definitiv nachts vor dem Elektromog geschützt bin. Weil ich einfach unten [...] einen Funkmasten habe [und] wenn der sendet, ist es auch dort, wo ich schlafe, nicht 100% geschützt. Damit ich einfach dann, wenn ich schlafe, dem Elektromog nicht ausgesetzt bin. Und das ist die Massnahme, die ich machen muss. Sonst bleibe ich hier wohnen. Eindeutig.“ [a6-38]

4.4.3 Ergebnisse der Quartierbewohnenden t1

Hier werden die Ergebnisse der Zweitbefragung der Quartierbewohnenden dargestellt. Es werden die Themen MCS allgemein, Einschätzungen zur Wohnbaugenossenschaft, Besichtigung des MCS-Wohnhauses, Kontaktpflege und eine allfällige Veränderung der Wohnsituation thematisiert. Des Weiteren Erwartungen an die Nachbarn, festgestellt Unterschiede im Gegensatz zu anderen Nachbarn, die Bereitschaft zur Rücksichtnahme sowie Hoffnungen und Befürchtungen, welche sich bestätigt bzw. nicht bestätigt haben. Ebenfalls wird dargestellt, wie die Befragten MCS einfach definieren würden, wie sie mit dem Naherholungsgebiet oberhalb des MCS-Wohnhauses umgehen und welche Herausforderungen sie für die neuen Quartierbewohnenden sehen würden.

4.4.3.1 Allgemeine Aussagen zur Wohnbaugenossenschaft und zu MCS

In diesem Abschnitt werden Einschätzungen bzgl. der Wohnbaugenossenschaft und Kenntnisse von MCS im Allgemeinen sowie die Besichtigung des MCS-Wohnhauses thematisiert.

Alle befragten Quartierbewohnenden (6) gaben an, inzwischen von MCS gehört zu haben. Dies auf unterschiedliche Art und Weise, so gaben einige an, sie hätten im Zusammenhang mit dem MCS-Wohnhaus (4) von MCS-gehört oder aber durch Medien (2) wie Zeitungen oder Fernsehsendungen unabhängig vom MCS-Haus.

Projekte wie die *Wohnbaugenossenschaft Gesundes Wohnen MCS* eines lanciert habe, werden laut den Aussagen der befragten Quartierbewohnenden begrüsst. So äusserten sich vier Personen positiv gegenüber solchen Projekten, eine Person äusserte sich skeptisch und eine weitere Person machte diesbezüglich keine Angaben. Die Befragten begründeten ihre Aussagen damit, dass MCS-Betroffene durch den Bau dieses Hauses eine Wohnmöglichkeit hätten (3), wie nachfolgendes Zitat unterstreicht:

„Ja, weil ich denke [...] wenn man betroffen ist, dann ist man megafroh, wenn man eine Möglichkeit findet um an einem Ort leben zu können. So dass man mit seinen Allergien [...] überleben kann.“ [q6-15]

Des Weiteren führte eine Person den Grund an, dass für andere Personengruppen auch etwas getan werde, und so gesehen auch für die MCS-Betroffenen getan werden kann.

Vorteile von Projekten wie die *Wohnbaugenossenschaft Gesundes Wohnen MCS* eines in Leimbach umgesetzt hat, sahen die Quartierbewohnenden darin, dass MCS-Betroffenen einen Ort haben, wo sie (normal) leben können (4). Eine weitere Person sah den Vorteil, MCS-Betroffene auf diese Art zu integrieren. Und eine andere Stimme betonte, sie fände es gut, wenn sich Menschen für ihre Bedürfnisse einsetzen würden und unterstütze die Individualisierung.

Auf die Frage, wo allenfalls Nachteile gesehen würden, wurden mehrfach (3) finanzielle Aspekte angesprochen. Dabei ging es um den Baupreis an und für sich; die Finanzierung und die damit verbundenen Ausgaben für die Steuerzahlenden sowie um die Festlegung der Mietpreise. Eine Person warf die Frage auf, ob es eine Art Ghettoisierung sein könnte wie nachfolgendes Zitat zeigt:

„Ja, das kann ich nicht wirklich ermessen, was das für Nachteile hat. Ich weiss nicht, ob das dann extrem teuer ist und wie das finanziert wird und ob, das dann irgendeine Form von Ghettoisierung wird für solche Menschen. Das kann ich zu wenig einschätzen.“ [q1-15]

Eine skeptische Stimme äusserte ihr Unverständnis, über das Bauen an dieser einmaligen Lage, welche keine Bauzone war. Auch sei sie skeptisch, ob diese Lage auch wirklich ideal für Allergiker sei. Nachfolgend ein diesbezügliches Zitat:

„[...] Ich habe zum Beispiel Heuschnupfen und da kann ich mir nicht vorstellen, dass 300 Meter oder nicht einmal, weiter oben das alles wunderbar sein soll. Und, also das ist einfach vom gesundheitlichen Aspekt aus. Ich kann das weiter ja nicht beurteilen. Ich meine, es geht ja dann auch noch um das Haus, das entsprechend gebaut worden sein soll. Ich meine, das hat ja sechs Millionen gekostet, dieses Haus. Dann steht es in einer Zone, die keine Bauzone war. Das wurde extra für das [Haus] eingezont. Es ist immer - seit ich mich erinnern kann - war das eine Schlittelwiese für die Bewohner und für die Kinder da von der Umgebung von Leimbach.“ [q5-13]

Lediglich eine Person gab an, die Gelegenheit gehabt zu haben, das MCS-Wohnhaus einmal zu besichtigen, allerdings im Rahmen des eigenen Mietinteressens. Fünf Personen gaben an, das MCS-Wohnhaus noch nie besichtigt zu haben. Dabei betonten zwei Personen, dass sie keinen Kontakt zu den Bewohnenden des MCS-Wohnhauses pflegen bzw. dass es keinen Grund gab, dieses Haus zu besichtigen.

4.4.3.2 Kontakt

Fünf der befragten Quartierbewohnenden gaben an, niemanden zu kennen, der von MCS oder von einer anderen Sensibilität betroffen sei. Eine Person äusserte, Bewohnenden des MCS-Hauses bei der Besichtigung des Hauses kennengelernt zu haben, es blieb allerdings bei diesem einen Kontakt, welcher ein bis zwei Stunden gedauert habe.

Ebenfalls gaben fünf Befragte an, den Kontakt zu den Bewohnenden des MCS-Wohnhauses nicht aktiv gesucht zu haben. Dies aus Gründen wie: es sei nicht üblich (4), dies gerade weil Leimbach einer Stadt angehöre (4) und das Leben entsprechend anonym sei. Des Weiteren wurde von einzelnen erwähnt, dass eine Kontaktaufnahme im Quartier viel Zeit brauche bzw. bereits genügend soziale Kontakte bestehen würden und deshalb nicht aktiv nach neuen Kontakten gesucht werde. Eine Person gab an, den Kontakt zu Bewohnenden des MCS-Wohnhauses aktiv gesucht zu haben, da ein Mietinteresse bestand.

4.4.3.3 Veränderungen der Nachbarschaft

Die befragten Quartierbewohnenden gaben an, dass sich weder für sie persönlich (6) noch für die Quartierbewohnenden allgemein (5) mit dem Bau und dem Einzug der Mieterschaft ins MCS-

Wohnhaus etwas verändert habe. Eine Person meinte, nicht beurteilen zu können, ob sich für die Quartierbewohnenden etwas verändert habe, die müssten direkt befragt werden. Zwei Personen unterstrichen, dass es für sie keinen Unterschied mache, ob dies nun ein Haus für MCS-Betroffene oder ein „gewöhnliches“ Haus sei. Trotz des hohen Konsens` über die Nicht-Veränderung, gab es Einzelstimmen, die doch gewisse Veränderungen sahen. So z. B., dass durch den Bau auf der freien Wiese, welche einer Schutzzone der Stadt Zürich angehörte, sich das Naherholungsgebiet verändert habe, auch sei dieser Hang vorher der Schlittelhang von Leimbach gewesen. Eine Person machte darauf aufmerksam, dass Leimbach multikulturell sei und die Einwohnerschaft sich die Unterschiedlichkeit der Menschen gewohnt sei. Eine weitere Person vermutete, dass die Bewohnenden des Hauses oberhalb des MCS-Wohnhauses keine Freude an der Veränderung hätten wie nachfolgendes Zitat zeigt:

„Also das heisst, höchstens diejenigen, die noch etwas weiter oben in diesem ganz kleinen Häuschen, das eben immer schon da war, dass die... denen hat es natürlich... die haben dieses Haus vor sich. Also die hatten sicher nicht so Freude.“ [q5-31]

Auf die Frage, ob sich die nachbarschaftliche Beziehung zur Mieterschaft des MCS-Hauses von jener zu anderen Nachbarn unterscheide, antworteten vier Personen mit „Nein“. Eine Person meinte, dies nicht beurteilen zu können und eine weitere äusserte sich nicht dazu.

4.4.3.4 Erwartungen an die Mieterschaft des MCS-Wohnhauses

Niemand von den Befragten gab an, irgendwelche Erwartungen an die Mieterschaft des MCS-Wohnhauses zu haben. Zwei Personen betonten, dass man heute keine Erwartungen mehr an die Nachbarschaft haben darf. Nachstehendes Zitat unterstreicht diese Aussage:

„Also ich kann ja auch sonst von meinen Nachbarn nichts erwarten. Also wenn sie nett sind, dann ist das nett. Aber man kann ja heute zu Tage eh von niemandem mehr irgendetwas erwarten. Nein. Ich erwarte von denen nichts.“ [q6-35]

4.4.3.5 Rücksichtnahme auf MCS-Betroffene im Alltag

Alle befragten Quartierbewohnenden gaben an, ihr Verhalten bzgl. Duftstoffen oder anderen Stoffen, auf die MCS-Betroffene reagieren könnten, seit dem Einzug der Mieterschaft in das MCS-Wohnhaus nicht verändert zu haben und auch keine besondere Rücksicht darauf zu nehmen. Eine Person meinte, es sei schwierig Rücksicht zunehmen ohne zu wissen auf was genau. Das folgende Zitat belegt diese Äusserung:

„Ja, aber wie soll ich darauf Rücksicht nehmen, wenn ich diese Krankheit kaum kenne? Das ist noch schwierig. Ich meine, das gäbe ja noch viel anderes auf das man Rücksicht nehmen könnte. Das beginnt ja schon beim Allergrößten. Eben, weniger Auto fahren, weniger dies, weniger das, weniger ich weiss doch nicht was.“ [q1-47]

Eine Person merkte an, sich zwar nicht anders zu verhalten, aber sich Gedanken gemacht zu haben, wie das für die Betroffenen sei und wie in Leimbach die Luftqualität sei. Nachfolgend das Zitat:

„Aber ich habe mir gewissermassen Gedanken gemacht, so wie: wie ist hier die Luft? Und wie haben sie das vielleicht gemessen. Aber ich habe mir natürlich auch gedacht, ich wohne schon an so einem Ort. Oder, wo angeblich die Luft sauber ist.“ [q3-49]

4.4.3.6 Befürchtungen und Hoffnungen

In Bezug auf die neuen Quartierbewohnenden aus dem MCS-Wohnhaus, wurden weder Hoffnungen noch Befürchtungen genannt. Eine Person meinte zu der Frage bzgl. der Hoffnungen:

„Nein. Das wäre illusorisch sich da irgendwelche Hoffnungen zu machen, dass da etwas Neues entsteht. Nein.“ [q1-51]

Und eine andere Person äusserte sich bzgl. der Befürchtungen wie folgt:

„Also von den Bewohner her, überhaupt nicht. Ich meine, das würde mich auch nicht stören. Überhaupt nicht, ich meine, das ist ja klar, die haben ein Riesenproblem, oder. Wenn man das jetzt noch gekannt hätte, ich weiss es auch nicht, wer jetzt da drinnen ist und sagt: jawohl, das ist jetzt das Beste was mir passieren konnte, dass ich in diesem Haus wohnen kann. Aber ich weiss ja nicht, wie das geht. Ich sage: die können ja auch nicht immer dort drin sein, also müssen die auch mal raus. Und dann ist das Leben wie überall.“ [q5-65]

4.4.3.7 Das MCS-Wohnhaus einem Kind erklären

Auf die Frage, wie die Quartierbewohnenden einem sechsjährigen Kind das MCS-Wohnhaus und seine Mieterschaft erklären würden, antworteten mehrere, sie würden sagen, diese Menschen seien allergisch (3) bzw. reagierten empfindlich (2) auf unterschiedliche Stoffe, Materialien und Düfte. So meinte eine Person:

„Ich würde ihnen erklären, dass das Leute sind, die einfach auf ganz viele Sachen allergisch sind. Und dass die kein Deo und kein Haargel und kein Haarspray und kein Duschgel und nicht dasselbe Waschmittel wie wir, wahrscheinlich benutzen können.“ [q3-59]

Des Weiteren gaben einige (3) an, sie würden Symptome beschreiben, die auftreten könnten, wenn die Personen mit einem dieser Stoffe in Kontakt kommen würden. Es wurden Symptome wie Husten, Schmerzen und Hautausschlag genannt. Eine Person meinte, um dieses Haus und dessen Mieterschaft einem Kind erklären zu können, müsste sie mehr dazu wissen. Und eine andere Person äusserte, dass ein Kind keine diesbezügliche Erklärung brauche. Kindern sei das noch egal. Das untenstehende Zitat unterstreicht diese Aussage:

„Das hat da gewöhnliche Leute drin, wie alle andern und gefährlich ist es nicht. Und das muss man nicht einmal sagen, dass das spezielle Leute sind. Das ist einem Kind ja egal, das hat einen anderen Kosmos.“ [q4-89]

Die Frage, ob die Befragten einem Kind spezielle Verhaltensanweisungen bzgl. des MCS-Wohnhauses oder dessen Mieterschaft geben würden, verneinten fast alle (5). Eine Person machte dazu keine Angabe.

4.4.3.8 Herausforderungen für die Mieterschaft des MS-Wohnhauses im Quartier

Auf die Frage, welche Herausforderungen für die Mieterschaft des MCS-Wohnhauses in Bezug auf das Quartierleben gesehen werden, äusserten mehrere Personen (4), sie würden keine anderen Herausforderungen sehen, als für andere Neuzuzüger. Drei Personen gaben an, nicht beurteilen zu können, welche Herausforderungen für MCS-Betroffene im Quartier anstehen würden. Ebenfalls zwei Personen äusserten, gar keine Herausforderungen für die Mieterschaft des MCS-Wohnhauses zu sehen. Eine dieser Personen meinte, egal wo diese Menschen wohnen würden, sie hätten überall dieselben Herausforderungen, wie nachfolgendes Zitat zeigt:

„Also ehrlich gesagt, was alles Herausforderungen sind für die in ihrem Alltag, was wahrscheinlich viel ist, das weiss ich konkret nicht. Die haben sie ja egal wo sie wohnen. Aber in unserem Quartier haben sie speziell sonst keine Herausforderungen.“ [q6-69]

Eine andere Person sieht die Herausforderungen eher MCS-Hausintern, was folgendes Zitat belegt:

„Ja, die Herausforderungen sind, dass die miteinander auskommen in diesem Haus. Aber das ist ja in jedem Haus.“ [q4-85]

Als Gelegenheiten sich im Quartier integrieren zu können, wurden ein ausgeprägtes Vereinsleben (3), öffentliche Anlässe wie bspw. den „Rebenliechtl-Umzug“ (3), das Gemeinschaftszentrum mit seinem vielseitigen Angebot (2) sowie kirchlich Anlässe genannt. Eine Person beantwortete die Frage nach der Möglichkeit zu sozialem Anschluss wie folgt:

„Also jene, die in diesem Haus wohnen, hätten eigentlich Gelegenheit, eben gerade bei solchen Anlässen [des Gemeinschaftszentrums wie Freizeitaktivitäten, Kaffee trinken oder eine Suppe am „Räbliedli-Umzug“], um ein bisschen dabei zu sein und mitzumachen. Oder am Muttertag machen die immer etwas. Ein Frühlingsfest. Sie machen wirklich viel.“ [q5-81]

Drei Personen betonten, dass sich jede Person frei fühlen soll, ob sie sich nun integrieren oder einfach nur in Leimbach wohnen möchte. Ein diesbezügliches Zitat ist folgendes:

„Da muss man einfach mitmachen wenn man will. Es ist einem alles offen. Die Leute hier in Leimbach, die isolieren sich nur selbst. Es ist im Kopf drin. Es hat da Leute, die haben überhaupt keinen Kontakt. Viele.“ [q4-115]

Und eine Stimme war der Überzeugung, dass auch die Mieterschaft des MCS-Wohnhauses mit offenen Armen aufgenommen würden. Nachfolgendes Zitat unterstreicht diese Aussage:

„Soweit ich meine Nachbarn kenne und auch viele Leute aus dem Gemeinschaftszentrum zum Beispiel, würde ich sagen, nein. Die würden sie sicher auch mit offenen Armen empfangen, hier.“ [q3-75]

4.4.3.9 Naherholungsgebiet

Der Wald oberhalb des MCS-Wohnhauses nannten einige Personen (5) als ihr Naherholungsgebiet, welches sie entweder über den Weg, welcher direkt am MCS-Haus vorbeiführt (4) oder einen anderen Weg (3) erreichen würden. Eine dieser Personen betonte, dass sie aus Gewohnheit den offiziellen Wanderweg nutze, dieser führt jedoch nicht direkt am MCS-Wohnhaus vorbei, sondern liegt etwas weiter östlich. Eine weitere Person gab an, den Wald nicht als Naherholungsgebiet zu nutzen, weil der Weg dahin so steil sei und dies für sie aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sei.

4.4.3.10 Kritik am MCS-Wohnhaus

Zwei Personen gaben an, sich daran zu stören, dass dieses MCS-Wohnhaus auf städtischem Grund mit einer Spezialbewilligung gebaut werden konnte und dieses Grundstück extra dafür umgezont wurde. Auch sei dies eine exklusive Wohnlage, die sich sonst kaum jemand leisten könnte (2). Eine Stimme äusserte sich besonders kritisch bzgl. des Hauses. Es gefalle ihr optisch nicht, auch hätte kein Bedarf bestanden, was aus den negativen Medienberichten hervorgehe. Des Weiteren meinte dieselbe Stimme, dieses Projekt sei (finanziell) überrissen gewesen. Ganz besonders betonte diese Person, dass das Haus störe und nicht die Bewohnenden. Hier ein Auszug aus dem Zitat:

„Mich stört das Haus dort, wo es ist. Und wenn es jetzt wirklich... ja, wenn das jetzt einmal publiziert worden wäre, es sei ein voller Erfolg, dann nachher würde ich dann halt sagen: ok. Dann ist ja wenigstens ein Ziel erreicht. Aber ehm... es ist immer, was in der Presse kam, war negativ. Auch im Quartierblättli, es war immer negativ. Die Leute seien schon wieder ausgezogen und eh... es sei gar nicht so...ja, die Erwartungen seien gar nicht erfüllt worden, die man sich da gesetzt habe. Und es wird jetzt einfach an normale Leute vermietet.“ [q5-61]

4.5 Beantwortung der Fragestellungen

In diesem Kapitel werden die eingangs gestellten Fragen, die sich aus den verschiedenen Perspektiven stellten, anhand der Ergebnisse konkret beantwortet. An dieser Stelle wird nochmals auf die kleinen Stichproben hingewiesen, die verallgemeinernde Aussagen verbieten – es handelt sich bei der Stichprobe über weite Strecken um eine Ansammlung von Einzelfällen. Die detaillierte Berichterstattung der Ergebnisse in den vorherigen Kapiteln zeigt die entsprechende Komplexität auf.

Die verschiedenen Perspektiven werden in diesem Kapitel zuerst *vor* dem Einzug (zum Zeitpunkt t_0) und in einem späteren Abschnitt *nach* dem Einzug (zum Zeitpunkt t_1) einzeln dargestellt. Wo sinnvoll, d. h. wenn es sich um längere Aussagen handelt, folgt kapitelweise ein Fazit, sonst wird darauf verzichtet.

Zum Erhebungszeitpunkt t_0 (vor dem Einzug)

Perspektive der Betroffenen (MCS-Betroffene ohne Mietinteresse, Probewohnende, Mieterschaft, Bewerbende)

Wie lebten Betroffene zum Erhebungszeitpunkt t_0 ?

Fast die Hälfte der Betroffenen lebte zum Erhebungszeitpunkt t_0 in einer Ortschaft, welche eine Einwohnerschaft von mehr als 15'000 Personen umfasste. Die anderen lebten in kleineren Gemeinden, einige sogar in Gemeinden, welche weniger als 500 Einwohnerinnen und Einwohner zählten. Fast die Hälfte lebte in einem Wohnquartier, andere eher zentral. Lediglich zwei Personen wohnten am Dorfrand oder sogar ausserhalb des Dorfes. Für fast alle Personen lag das Naherholungsgebiet in unmittelbarer oder zumindest erreichbarer Nähe. Der öffentliche Verkehr war für die meisten erreichbar bzw. in zwei Ortschaften gab es keinen diesbezüglichen (ganzjährigen) Anschluss. Die meisten der Betroffenen konnten in ihrem Wohnort einkaufen. Lediglich zwei Personen erledigten ihre Einkäufe in der Nachbargemeinde.

Ein Grossteil der Betroffenen mietete ihre Wohnung, welche meist zwischen ein und dreieinhalb Zimmern gross war. Die Einrichtungen bestanden vorwiegend aus gut ausgelüfteten, meist unbehandelten Holzmöbel, aber auch Metall, Glas und Kunststoff waren Materialien der vorhandenen Möbel. Insgesamt in sechs Wohnungen wurden Luftreinigungsgeräte angetroffen. In allen Wohnungen waren mehr oder weniger Elektrogeräte wie bspw. Geschirrspüler, Kaffeemaschine, Wasserkocher, Mixer und ähnliches anzutreffen. In zwei Drittel der Wohnungen waren auch Stereoanlagen, Computer und Drucker vorzufinden, allerdings konzentrierte sich in den meisten Fällen die Geräte der Unterhaltungselektronik und Computer sowie dessen Zubehör lediglich auf ein Zimmer der Wohnung. Mehr als zwei Drittel der Personen hatten ein eigenes Mobiltelefon.

Vorkehrungen, die die Betroffenen in ihren aktuellen Wohnungen vorgenommen hatten, um darin leben zu können waren: regelmässiges Lüften, Verwendung von spezifischen Baumaterialien (z. B. Farbe), Abdecken von Wänden, Boden und Gegenständen mit Alufolie und das Entfernen von Teilen der Wohnungseinrichtung. Mehrere Personen gaben an, entweder in eine Zweitwohnung oder zu

Freunden ausweichen zu können, wenn sie es in der eigenen Wohnung nicht aushielten. Des Weiteren wurden verschiedene Massnahmen genannt, um sich vor Elektrosmog zu schützen.

Fazit: Die Betroffenen wohnten die allermeisten grundsätzlich „normal“, wobei die Gemeinden in Bezug auf die Grösse meist dörflichen oder höchstens kleinstädtischen Charakter aufwiesen. Die Ausstattungen auch an Elektro-Geräten wirkte unauffällig, ausser, dass in den meisten Fällen eine Konzentration von Unterhaltungselektronik und Computer in einem einzigen Zimmer stattgefunden hat und von vielen Betroffenen Massnahmen getroffen wurden, um vor Elektrosmog geschützt zu sein.

Wie ist die Befindlichkeit der Betroffenen?

Zur subjektiven Befindlichkeit, welche zum einen mit dem *Fragebogen des allgemeinen habituellen Wohlbefindens* gemessen und zum anderen in Interviews erfragt wurde, kann folgendes festgehalten werden: Die Ergebnisse des Fragebogens zeigten ein weit tieferes subjektives Wohlbefinden bei den Befragten als bei der Durchschnittsbevölkerung. In den Interviews wurde das subjektive Wohlbefinden auf einer Skala von eins bis zehn eingeschätzt. Die Befragten gaben Werte zwischen zwei und zehn an. Interessant ist, dass die Stichprobe mit den MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse in beiden Fällen (Fragebogen und Interviews) etwas höher ausfielen, als bei den anderen beiden Stichproben (Mietende, Abbrechende). Das könnte ein Grund sein, weshalb die Personen kein Mietinteresse zeigten und in ihrer (Wohn-)Situation blieben.

Fazit: Das allgemeine Wohlbefinden ist bei den Betroffenen massiv unter dem Wert der Durchschnittsbevölkerung.

Welche Gründe sprachen für bzw. gegen das Interesse an einer Wohnung im MCS-Wohnhaus?

Die Befragten äusserten als Gründe für ihr Interesse an einer Wohnung im MCS-Wohnhaus am häufigsten ihre aktuelle ungünstige Wohnsituation, die Lage des MCS-Wohnhauses, die Wohnungsausstattung, die Wohngemeinschaft im MCS-Wohnhaus, die Hausregeln sowie die Absenz von Elektrosmog und Lärm.

Als Gründe gegen einen Einzug ins MCS-Wohnhaus sprachen der Aufwand, welcher ein Umzug mit sich bringt und der Umstand, dass es sich beim MCS-Wohnhaus um einen Neubau handelte. Ebenfalls waren das Zusammenleben mit anderen und die fehlenden Einkaufsmöglichkeiten Gründe, die gegen einen Einzug sprachen.

Es fällt auf, dass Personen der Stichprobe der Mietenden wenige Gründe gegen einen Einzug ins Feld führten, ganz im Gegensatz zu den Abbrechenden, welche bereits im Vorfeld einige Gründe fanden, die gegen einen Einzug sprachen.

Fazit: Die Hauptmotivation einen Umzug ins Auge zu fassen war die Hoffnung auf eine Verbesserung der Wohnsituation. Der grosse Aufwand, den ein Umzug nach sich zieht sowie die Situation, mit Gleichbetroffenen in einer Art Wohngemeinschaft zu leben, waren hingegen Hinderungsgründe. Interessant ist die Feststellung, dass sich Abbrechende schon vor dem Umzug skeptischer äusserten als diejenigen, die schliesslich zu Mietenden wurden.

Welche Hoffnungen und Erwartungen knüpfen die interessierten Betroffenen an eine Wohnung im MCS-Wohnhaus?

Die meistgenannten Erwartungen waren die bessere Erholungsmöglichkeit und weniger Beschwerden bzw. eine bessere gesundheitliche Befindlichkeit zu haben.

Des Weiteren wurde die Wichtigkeit der Einhaltung der Hausordnung genannt und die Erwartung, über Probleme wie bspw. problematische Produkte, die von anderen Personen im MCS-Wohnhaus verwendet werden, offen sprechen zu können.

Eine weitere Erwartung bezog sich auf die gegenseitige Unterstützung unter Voraussetzung eines angemessenen Verhältnisses von Nähe und Distanz. Auch sollten das Thema MCS oder Beschwerden allgemein in Gesprächen nicht allgegenwärtig sein.

Ein Grossteil der Befragten wünschte sich mit dem Einzug ins MCS-Wohnhaus vermehrte soziale Kontakte innerhalb des MCS-Wohnhauses mit anderen Betroffenen wie auch ausserhalb des Hauses z. B. mit Leuten aus dem Quartier.

Von den Mitbewohnenden untereinander wurden ein freundschaftlicher Umgang, Rücksichtnahme, Akzeptanz, Respekt und Berücksichtigung der Privatsphäre erwartet.

Bezüglich den Erwartungen an die Quartierbewohnenden bzw. an die direkten Nachbarn ausserhalb des MCS-Wohnhauses, wurden folgende Erwartungen geäussert: kein Lärm, kein Rauch, keine Schadstoffe bzw. keine funkaussendenden Geräte sowie ein angenehmes nachbarschaftliches Verhältnis und entsprechende Kontakte.

Die Befragten wünschten sich durch den Einzug ins MCS-Wohnhaus des Weiteren eine bessere Befindlichkeit bzw. Lebensqualität sowie eine gesundheitliche Besserung, insbesondere mehr Energie und damit einen grösseren Handlungsspielraum. Ebenfalls wünschten sich die Befragten, wieder soziale Kontakte aufbauen zu können, an öffentlichen Anlässen teilnehmen zu können und Ruhe und Frieden zu finden.

Fazit: Die meisten erwarteten eine spürbare Verbesserung ihrer Befindlichkeit, sowie Offenheit, Verständnis und Toleranz sowohl innerhalb des Hauses als auch im Quartier. Zudem hofften viele, dass es wieder leichter fallen würde, soziale Kontakte zu knüpfen.

Wie erleben die nächsten Angehörigen und nahestehende Freunde der Betroffenen die Situation?

Die Angehörigen beurteilten ihre eigene subjektive Befindlichkeit auf einer Skala von eins bis zehn einheitlich mit einer sieben. Die Befindlichkeit ihrer nahestehenden Personen werteten sie, ebenfalls auf einer Skala von eins bis zehn, zwischen vier und acht.

Die meisten Angehörigen gaben in Bezug auf die Wohnsituation der Betroffenen an, dass diese gute Einkaufsmöglichkeiten und Anschluss an den öffentlichen Verkehr hätten sowie einen guten nachbarschaftlichen Kontakt pflegen würden.

Die von den Betroffenen vorgenommenen Vorkehrungen in der Wohnung konnten zwei Personen nachvollziehen, eine Person äusserte eine diesbezügliche Ambivalenz und eine weitere meinte, sie könne verstehen, wenn alles ausprobiert werde.

Die Treffen zwischen den Angehörigen und den Betroffenen fanden sowohl als vereinbarte Termine wie auch spontan statt. Alle trafen sich ausserhalb der Wohnungen, oft im Freien, weil es nicht allen Betroffenen möglich war Besuch zu empfangen bzw. auf Besuch in eine fremde Wohnung zu gehen. Die meisten Angehörigen gaben an, auch andere Kontaktpersonen der Betroffenen zu kennen, diese Kontakte jedoch nicht zu pflegen.

Bezüglich der sozialen Unterstützung äusserten alle Angehörigen, davon auszugehen, dass die bzw. der Betroffene Personen kenne, die ihr bzw. ihm zur Besprechung persönlicher Probleme zur Verfügung stehen würden. Auch waren alle Angehörigen der Meinung, dass die betroffene Person jederzeit jemanden um alltägliche Unterstützung fragen könnte.

Alle Angehörigen erwarteten eine Verbesserung des Wohlbefindens der Betroffenen nach Einzug ins MCS-Wohnhaus. Ebenfalls äusserten alle Angehörigen die Erwartung, dass sich die Betroffenen im Wohnhaus, vermehrt soziale Kontakte wünschen würden.

Die Angehörigen gaben an, falls sie selber in diese Situation kommen würden, würden sie Folgendes von den Mitbewohnenden erwarten: Einhaltung der Hausordnung, Offenheit, Rücksichtnahme, Toleranz und wenig Lärm.

In Bezug auf das Quartierleben äusserten alle Angehörigen die Erwartung, dass sich für das Quartier mit dem Einzug der Betroffenen ins MCS-Wohnhaus nichts ändern wird.

Fazit: Die Ausseneinschätzung der Befindlichkeit der Betroffenen durch ihre Angehörigen bzw. durch ihnen nahestehende Personen war zwischen „gut“ und „schlecht“. Die von den Betroffenen getroffenen Massnahmen zur Reduktion ihrer Symptome waren für die meisten Bekannten nachvollziehbar und spontane Treffen waren für die meisten möglich. Die Angehörigen und Bekannten verbanden mit dem Umzug die Hoffnung, dass den Betroffenen im neuen Haus zusätzliche soziale Kontakte erleichtert würden und dass ihre allgemeine Befindlichkeit gesteigert würde.

Wie schätzen die Nachbarn des MCS-Wohnhauses die zukünftige nachbarschaftliche Beziehung zu den Bewohnenden des MCS-Wohnhauses ein?

Es wurden weder Erwartungen an die neuen Quartierbewohnenden noch Veränderungen durch den Hausbau und den anschliessenden Einzug in das MCS-Wohnhaus erwartet und geäussert. Bezüglich dem nachbarschaftlichen Kontakt, gingen die Quartierbewohnenden davon aus, dass er sich nicht zu anderen Nachbarn unterscheiden wird und äusserten auch keine Erwartungen. Sie gaben an, keine aktive Kontaktaufnahme zu den Bewohnenden des MCS-Wohnhauses zu beabsichtigen.

Die Quartierbewohnenden gingen davon aus, dass es für die Mieterschaft des MCS-Wohnhauses kein Problem sein sollte, im Quartier Anschluss zu finden und akzeptiert zu werden. Als Herausforderung nannten sie die Lage des Hauses, welches direkt oberhalb des Gemeinschaftszentrums liege, wo regelmässig Feste und Anlässe stattfinden würden und es dadurch Gerüche und Lärm gebe.

Fazit: Das Echo auf das MCS-Wohnhaus war im Quartier grundsätzlich positiv und Befürchtungen betrafen eher das Wohlergehen der Bewohnenden.

Wie schätzen zukünftige Quartierbewohnende das Projekt der Wohnbaugenossenschaft *Gesundes Wohnen MCS* ein?

Die Quartierbewohnenden äusserten sich positiv gegenüber solchen Projekten und fanden es grundsätzlich gut, dass MCS-Betroffenen auf diese Art geholfen werde. Als denkbaren Nachteil nannten sie, eine mögliche Isolation der Bewohnenden des MCS-Hauses aufgrund ihrer Beschwerden und dass die Betroffenen aus ihrer gewohnten Umgebung wegziehen müssten.

Zum Erhebungszeitpunkt t_1 (Erhebung 3-12 Monate nach Einzug)

Wer zog letztendlich in eine der neu erstellten Wohnungen im MCS-Wohnhaus ein und zählt zur aktuellen Mieterschaft?

Ehemalige Wohnsituation

Aus der Erhebung mit dem Beobachtungsraster ging hervor, dass die Personen, welche im Vorfeld persönlich befragt wurden und letztendlich ins MCS-Wohnhaus einzogen aus eher kleineren Gemeinden (<32'000 Einwohnende) nach Leimbach zogen. Alle hatten an ihrem vorherigen Wohnort Anschluss ans Netz des öffentlichen Verkehrs, Einkaufsmöglichkeiten vor Ort und das Naherholungsgebiet in gut erreichbarer Nähe. Alle wohnten vorher als Mietende in kleinen Mehrfamilienhäuser (<9 Wohnungen) in Wohnungen mit zweieinhalb bis dreieinhalb Zimmer. Sie hatten relativ wenige Vorkehrungen vorgenommen, um in ihren Wohnungen möglichst beschwerdefrei leben zu können. Alle verfügten über elektronische Geräte wie Stereoanlage, Mobiltelefon und einen privaten Computer.

Wie wirkt sich die strikte Hausordnung auf die Mieterschaft aus?

Alle Personen der Mieterschaft gaben an, die Hausordnung einzuhalten und äusserten sich positiv darüber, wobei eine Person betonte sich zu wünschen, dass diese strenge Hausordnung beibehalten wird. Aus den Aussagen ist zu entnehmen, dass die Hausordnung die Mieterschaft vor den verschiedenen Chemikalien und Elektrosmog schützte und dies auch geschätzt wurde.

Wie ist die Befindlichkeit der Mieterschaft des MCS-Wohnhauses, mindestens drei Monate nach dem Einzug?

In Bezug auf die Befindlichkeit war anhand der subjektiven Einschätzung auf einer Skala von eins bis zehn seit Einzug eine Tendenz der Besserung erkennbar. Fast alle Befragten gaben an, dass ihre Erwartungen an die subjektive Befindlichkeit nach Einzug ins MCS-Wohnhaus erfüllt oder zumindest teilerfüllt waren.

Es fühlten sich nach wie vor alle Befragten in ihrem Alltag durch ihre Beschwerden eingeschränkt. Allerdings merkten mehrere Personen der Mieterschaft an, dass die Beschwerden seit dem Einzug ins MCS-Wohnhaus an Intensität verloren hatten. Die meisten der Befragten gaben an, gleich häufig zum Arzt zu gehen wie vor dem Einzug, lediglich eine Person begab sich weniger oft in ärztliche Behandlung als vor dem Einzug ,weil sie weniger Beschwerden hatte.

Fazit: Die subjektive Befindlichkeit der Bewohnenden wird von ihnen als besser beschrieben als vor dem Einzug, auch wenn sich dies nicht notwendigerweise in einer verringerten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen niederschlägt.

Inwiefern haben sich die Erwartungen an das Leben im MCS-Wohnhaus erfüllt bzw. nicht erfüllt?

Das Leben in der Hausgemeinschaft erfüllt die Erwartungen der meisten Personen der Mieterschaft ganz oder zumindest teilweise.

Die Mieterschaft pflegt gelegentlich Kontakt zu anderen Quartierbewohnenden. Wenige berichten von spöttischen Bemerkungen durch andere Quartierbewohnende bzgl. des MCS-Wohnhauses.

Welche Gründe gaben Abbrechende an, die ja grundsätzlich interessiert waren, in eine Wohnung im MCS-Haus einzuziehen, sich schlussendlich dagegen zu entscheiden?

Die Gründe für den Nicht-Einzug ins MCS-Wohnhaus waren vielfältig und konnte in die Kategorien Materialien, Gesundheit, Soziales und Umgebung gefasst werden. Bei den Baumaterialien wurde das

Heizungssystem am häufigsten als problematisch genannt. Dies aus unterschiedlichen Gründen wie bspw. Vibrationen, Geräusche und die Tatsache, dass es sich um eine Bodenheizung handelte.

Mehrere Personen machten gesundheitliche Gründe für ihren Entscheid verantwortlich. Das waren bspw. neu auftretende Beschwerden während dem Aufenthalt im MCS-Haus oder das intensive Auftreten von bereits bekannten Beschwerden.

Mehrere Personen entschieden sich aufgrund des Umstandes, dass vorwiegend gesundheitlich beeinträchtigte Leute im MCS-Haus wohnten, gegen den Einzug. Die Zusammensetzung der Mieterschaft wurde in diesem Zusammenhang auch mit einem Altersheim verglichen. Lediglich eine Person gab einen sozialen Grund als massgeblich für ihre Entscheidung an und dieser betraf die Hierarchie, welche im Haus bestehe.

Des Weiteren wurde die dezentrale Hanglage ohne Anschluss an den öffentlichen Verkehr genannt, wobei betont wurde, dass dies für den definitiven Entscheid gegen einen Einzug nicht massgebend gewesen war.

Fazit: Ein negativer Entscheid wurde vor allem von bautechnischen (Material oder Haustechnik), gesundheitlichen (auftretende Beschwerden) Gründen oder von der Befürchtung der Ghettoisierung geprägt.

Perspektive der Angehörigen

Sind für Angehörige und Freunde Veränderungen vor und nach dem Einzug in eine MCS-Wohnung erkennbar?

Durch die unglaubliche Dynamik, bis sich die Mieterschaft einigermaßen stabilisiert hatte, entsprach nur gerade eine angehörige bzw. nahestehende Person den Kriterien, nämlich dass sie einerseits eine betroffene Person kannte, die von Anfang an dabei gewesen war (von den meisten Angehörigen konnten lediglich „Vorher-Interviews“ geführt werden, da ihre Bezugsperson zum Zeitpunkt des Zweitinterviews nicht mehr im MCS-Haus wohnte) und andererseits, dass sowohl ein Vorher- (nicht alle Betroffene konnten bzw. wollten eine entsprechende Person nennen) als auch ein Nachher-Interview geführt werden konnte: Da musste die erneute Bereitschaft vorhanden sein, noch einmal die Situation zu reflektieren.

Die Veränderungen seit dem Einzug wurde von einer angehörigen bzw. befreundeten Person bei einer Person der Mieterschaft grundsätzlich als positiv bewertet: Sie sei positiver gestimmt und energiegelicher, obwohl die Wohnsituation bezogen auf den Elektrosmog eigentlich nicht besser sei. Es handle sich allerdings nicht um ein gewöhnliches Miethaus, aber die sozialen Kontakte unter den Bewohnenden und das Engagement seien trotz den häufigen Umzügen und z. T. kräfteaubenden Situationen vorhanden und die ihr nahestehende Person der Mieterschaft fühle sich irgendwie geborgen.

Interessant war die Einschätzung, dass sich die angehörige bzw. befreundete Person selber bzgl. ihrer Beziehung zu der ihr nahestehenden Person im MCS-Haus freier fühle und dass sie hoffe, dass sich die Mieterschaft als Ganzes integrieren könne und das Haus nicht zu einem Ghetto werde.

Fazit: Bei dieser Einzelaussage wurde eine positivere Grundhaltung der bekannten Person im MCS-Wohnhaus festgestellt und die Beziehung zu ihr sei seit dem Einzug „freier“ – was eine schöne Auswirkung der verbesserten Wohnsituation auf das gesamte soziale System dieses Individuums zeigt.

Perspektive der Nachbarn

Wie erleben die Quartierbewohnenden, die Bewohnenden des MCS-Wohnhauses?

Die Quartierbewohnenden nahmen die Mietenden aus dem MCS-Wohnhaus nicht anders wahr als Mietende anderer Wohnhäuser im Quartier. Sie suchten den Kontakt zu den MCS-Haus-Bewohnenden nicht aktiv, weil es nicht üblich sei, denn Leimbach gehöre zur Stadt Zürich und das Leben sei entsprechend anonym. Es wurden weder Erwartungen noch Hoffnungen oder Befürchtungen in Bezug auf die neuen Quartierbewohnenden genannt, aber es wurde die Frage geäußert, ob es sich beim MCS-Wohnhaus letztlich um ein Ghetto handeln könnte. Die einzige Veränderung, die genannt wurde, war die Tatsache, dass das MCS-Wohnhaus im ursprünglichen Schutzgebiet gebaut wurde und da jetzt ein Haus stehe wo vorher Wiese bzw. die Gelegenheit zum Schlitteln gewesen war.

Die Quartierbewohnenden sahen keine speziellen Herausforderungen für die Mieterschaft des MCS-Wohnhauses in Bezug auf die Integration ins Quartierleben. Das ausgeprägte Vereinsleben, die Angebote des Gemeinschaftszentrums und die kirchlichen Anlässe würden allen offen stehen und jeder könne selber entscheiden, ob und wo sie oder er mitmachen möchten.

Fazit: Auch nach der Fertigstellung und Inbetriebnahme des MCS-Wohnhauses stellt dieses Gebäude und seine Mieterschaft für die Quartierbewohnenden kein Problem dar.

Sozial-psychologische Perspektive

Wie können die bauökologischen Messdaten sozial-psychologisch interpretiert werden?

Die Auswahl der Materialien folgten einem aufwändigen Selektionsschema, in dem jedes verbaute Teil von MCS-Betroffenen begutachtet und getestet wurde und sie es auf sich wirken lassen konnten. Dieser mustergültige partizipative Prozess zeigte schon eine Schwierigkeit, nämlich dass MCS nicht gleich MCS ist, da die Individuen auf jeweils ein anderes Spektrum von Stoffen hypersensibel reagierten. Insofern war nur schon dieser Materialselektions-Prozess ein Projekt für sich, der mit gewissen Kompromissen leben musste. MCS ist aber nicht tolerant, d. h. wenn für den einen Stoff entschieden wurde, bedeutete dies für bestimmte MCS-Betroffene, dass sie nicht in das Haus einziehen können, wenn für einen anderen Stoff entschieden wurde, bedeutete dies für andere MCS-

Betroffene den Ausschluss. Insofern ist der Begriff Kompromiss relativ, weil er nicht für alle gangbar war.

Die baubiologischen Messungen, deren sämtliche Zahlen der Mieterschaft vorlagen, sprachen eine deutliche Sprache: Sämtliche messbaren Werte für die chemischen Stoffe (Formaldehyd, Lösungsmittel) lagen innerhalb der Erwartungen und unterschritten die Stoffbelastung eines Normalbaus beträchtlich. Nach der Auslüftungsphase, die in der Zwischenzeit stattgefunden hat, dürften zum jetzigen Zeitpunkt noch sämtliche messbaren Werte von der Mieterschaft und ihrem Inventar kommen. Es gab eine Ausnahme: Der Wert des Acetons, der massiv über den normalen Werten lag. Was war geschehen? Die von den MCS-Testerinnen und -Testern akzeptierten Dämmplatten wurden im Nachhinein, als sie schon angeliefert worden waren, von namhaften Exponenten der MCS-Betroffenen als völlig unmöglich für die Verwendung deklariert, worauf nach heftigen Debatten und Disputen, die zu einer Bauverzögerung führten, andere Platten eines anderen Herstellers gekauft wurden. Der ambitionöse Bauplan kam dadurch ins Wanken, und unter dem Zeitdiktat wurden die Vorab-Testungen mit diesem Material nicht mehr vorgenommen – mit dem Resultat, dass genau diese Platten wegen dem speziellen Herstellungsverfahren dieser Firma einen weit höheren Acetonwert aufwiesen.

Aceton ist sehr flüchtig und nach wenigen Tagen war der Wert auf einen problemlosen Durchschnittswert gesunken, aber auf der sozial-psychologischen Seite war der Schaden angerichtet: MCS-Betroffene fühlten sich z. T. verschaukelt, stellten den ganzen Bau in Frage und nahmen dieses ärgerliche Vorkommnis zum Anlass, ihre Haltung der Wohnbaugenossenschaft *Gesundes Wohnen* MCS gegenüber als bestätigt anzusehen. Das ist wohl der *Conditio humana* zuzuschreiben: Einmal mehr haben die Emotionen über die Kognitionen gewonnen.

Fazit: Selbst der idealtypische partizipative Ansatz konnte nicht verhindern, dass es zu zwischenmenschlichen Schwierigkeiten kam: Schon nur die Frage, wer denn zum Gremium der Testpersonen auf Seiten der MCS-Betroffenen zählte, war umstritten. Die Toleranz und Kulanz der Bauherrschaft ermöglichte während der Bauphase immer wieder Optimierungen – die dann allerdings auch zu einer Panne führten, welche sich für das ganze Projekt bei einzelnen Involvierten als rufschädigend herausstellte. Zudem diskreditierte die zu knappe Auslüftungszeit des fertiggestellten Baus den erwarteten Nutzen, den man sich unmittelbar nach der Fertigstellung erhofft hatte, der sich aber erst Monate später zeigte.

Von welchem Menschenbild wird in den unterschiedlichen Wissenschaften ausgegangen?

Die baubiologische Sichtweise ist dem naturwissenschaftlichen bzw. bio-medizinischen Menschenbild verpflichtet. Rein rational müsste es den Bewohnenden körperlich besser gehen, denn die krankmachenden Elemente wurden mit der Vorgehensweise, der Materialauswahl und den Bauverfahren weitestgehend kontrolliert und ausgeschaltet.

Wie aus sozial-psychologischer Sicht zu erwarten war, war dem aber nicht so: Viele Kurz- oder Kürzestbewohnende (z. T. nur für eine Nacht) reagierten auf die neue Wohnumgebung - obwohl die

baubiologisch bestmögliche Situation geschaffen worden war - mit intensiven körperlichen Reaktionen. Einige tasteten sich in geduldigem „Immer-wieder-versuchen“ und durch eine Ausdehnung der Präsenzzeiten im Haus an die grösstmögliche Toleranzgewöhnung. Aber die materielle Umgebung war nur der eine Faktor: In einem bio-psycho-sozialen Menschenbild, von dem in den Sozialwissenschaften ausgegangen wird, werden auch die persönlichen psychologischen Eigenschaften eines Individuums in die Betrachtungen miteinbezogen sowie der Tatsache Rechnung getragen, dass Menschen soziale Wesen sind, und gerade in einer Hausgemeinschaft Aspekte der sozialen Kompetenzen der Einzelnen stark zum Tragen kommen. Beide Dimensionen, sowohl die psychische als auch die soziale, haben mittelbare und unmittelbare Einflüsse auf das Gesundheitserleben und –verhalten. In der wissenschaftlichen Begleitforschung wurde dem insofern Rechnung getragen, als neben der Einschätzung der eigenen körperlichen Gesundheit auch valide und reliable Fragebogen zum Erfassen von Depressivität, sozialem Verhalten, dem Kohärenzsinn oder des allgemeinen Wohlbefindens eingesetzt und ausgewertet wurden. Gerade die letzteren zwei wiesen zudem auf eine vierte Dimension der Gesundheit hin, welche in letzter Zeit vermehrt an Aufmerksamkeit gewann: Die Spiritualität, verstanden als Grundhaltung eines verantwortungsvollen Lebens, in dem die Sinnfrage eine zentrale Rolle einnimmt (Steinmann, 2012). Einige der Ergebnisse dieser Studie zeigten interessante Resultate, die konform gehen mit einer bio-psycho-sozio-spirituellen Auffassung des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens.

Fazit: Die beiden unterschiedlichen Herangehensweisen der Natur- und der Sozialwissenschaften zeigten sich an diesem Bau ebenso exemplarisch, wie in der Debatte um die Ätiologie und Genese von MCS. Die kausal-deterministische Formel: „Kaum messbare Schadstoffe = beschwerdefreie Menschen“ zu hinterfragen, war Anstoss zu dieser wissenschaftlichen Begleitung. Die Ergebnisse legen denn auch Zeugnis über die Heterogenität der individuellen Erlebniswelten der Betroffenen ab.

Welche Einflüsse haben die baulichen Strukturen auf das effektive Verhalten (Structure and Agency-Debatte)?

Die in der Soziologie geführte Debatte nach dem Einfluss von Strukturen auf die Handlungsmöglichkeiten der Individuen und umgekehrt, ist auch in der Gesundheitsförderung präsent. Menschen mit MCS (oder anderen limitierenden Einschränkungen) können weniger freie Entscheidungen treffen (z. B. was die Wohnsituation anbetrifft), sodass es von der Gesellschaft her eine grosszügige, noble Geste, vielleicht sogar eine moralische Pflicht war, die mangelnden Handlungsmöglichkeiten strukturell zu minimieren. Damit wurden die Bewohnenden etwas besser in den Stand gesetzt, in ihrer Welt Entscheidungen zu treffen, die sie machen wollen. Das ist noch weit entfernt vom idealisierten „freien Willen“, aber die individuelle Fähigkeit wird erhöht, eine Wahl in der Gesellschaft zu treffen und Wünsche, die von den eigenen Bedarfen und Bedürfnissen gesteuert sind, im Sinne von Wunscherfüllungen eher realisierbar. Hier zeigte sich, dass Strukturen eine grosse Rolle bei den Wahlen spielen, die Menschen überhaupt fähig sind zu machen – denn ohne MCS-Wohnhaus gäbe es nichts zu wählen.

Motivational ist zwischen einer Push- und einer Pull-Motivation zu unterscheiden: Wurden die Menschen durch ihre schlechte Wohnsituation dazu getrieben, ihre alte Wohnstätte zu verlassen (Push-Motivation), oder war die Attraktion der neuen Gelegenheit so gross, dass sie davon angezogen wurden (Pull-Motivation)? Mit dem Entscheid in diese bauliche Struktur (das MCS-Wohnhaus) einzuziehen, begaben sich die Bewohnenden aber nicht nur in eine andere architektonische Struktur, sondern auch in eine soziale Struktur, die sie wiederum in ihren persönlichen und alltäglichen Entscheidungen (mit)beeinflussen wird. Diese soziale Struktur wird einerseits z. B. von der Hausordnung determiniert, die in diesem Haus ein besonders wichtiges Steuerungs- und Ordnungsinstrument darstellt, weil das Wohlbefinden Einzelner von der strikten Einhaltung derselben existentiell abhängt. Zur sozialen Struktur gehören aber auch die anderen Mitbewohnenden, welche als Teil einer Lebensgemeinschaft in interdependenten Bezügen durch Interaktionen (Begegnungen, Rückmeldungen, Ausweichen, verbale und non-verbale Kommunikation etc.) die Atmosphäre, aber auch die jeweiligen freien Handlungsspielräume mit helfen zu definieren.

Die teilweise lebenslangen Krankengeschichten und die daraus folgende persönliche Sozialisation der Bewohnenden können zur Folge haben, dass ihnen teilweise das „soziale Vokabular“ in Form von Umgänglichkeit, Anpassung oder Rücksichtnahme abhanden gekommen ist, was das Leben in einer Gruppe für beide Seiten nicht vereinfacht. Das Einfügen in eine Gruppe von Menschen, die mit denselben oder ähnlichen Schwierigkeiten konfrontiert sind, wie sie selbst, hat möglicherweise sowohl die fördernden Aspekte von Selbsthilfegruppen („Ich bin nicht alleine“; „Das ist eine gute Idee, das mache ich jetzt auch“, „Es gibt solche, die noch schlimmer dran sind als ich“ etc.) als auch die hemmenden Aspekte z. B. in Form einer gewissen Hoffnungslosigkeit, die sich breit machen kann.

Die klassischen Gruppenbildungsphänomene (Tuckman, 1965) liessen sich trotz erschwerender Bedingungen (es gab in den ersten Monaten sehr viele Wechsel, abrupte Abgänge und Enttäuschungen) gut an der Entwicklung der Mieterschaft aufzeigen. Die Vulnerabilität der Bewohnenden, die sich formierende Hierarchie innerhalb des Hauses oder die Tatsache, dass auch ein nach den besten baubiologischen Möglichkeiten konzipiertes und erstelltes Haus die erste Zeit zum Ausdünsten braucht, erleichterten als strukturelle Bürden das Einleben und das Finden der persönlichen Handlungsmöglichkeiten innerhalb des gegebenen Rahmens nicht

Fazit: Es darf davon ausgegangen werden, dass die Strukturen gerade in einem solchen speziellen Fall, in dem sich grosse Hoffnungen auf eine gesteigerte Lebensqualität mit dem Wohnortwechsel verbinden, die Schnittstellen zwischen den Strukturen und den Handlungsmöglichkeiten des Einzelnen besondere Beachtung geschenkt werden. Die Strukturen dürften zu einem gruppenidentitätsstiftenden Effekt beitragen, welcher die individuellen Handlungsmöglichkeiten und – freiräume fördern.

5 Diskussion

„Housing is one of the most powerful social and environmental determinants of health“ (WHO, 2006, p.70): Diese Aussage der Weltgesundheitsorganisation macht deutlich, dass die bebaute Wohnumgebung einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit und somit auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Individuen ausübt. „In Anlehnung an die zentralen gesundheitsrelevanten Landschaftskomponenten (...) (Abraham et al., 2010) differenzieren wir sechs Arten von Einflussfaktoren, die zu einer umfassenden Darstellung von gesundem Wohnen beachtet werden sollten“ (Abel & Bolliger-Salzmann, 2010, S. 283). Es handelt sich dabei um psychische, soziale, ökologische, physische, pädagogische sowie ästhetische Faktoren, die von Abel und Bolliger-Salzmann (2010, S. 283-286) beschrieben wurden. Sowohl das eingangs erwähnte WHO-Zitat als auch die genannten Faktoren legitimieren es, der Wohnsituation einer ganz spezifischen Gesellschaftsgruppe, nämlich der MCS-Betroffenen, Aufmerksamkeit zu schenken. In der Schweiz werden zirka 5`000 Personen vermutet, welche unter dem Syndrom der Multiplen Chemikaliensensitivität (MCS) leiden. MCS-Betroffene reagieren auf unterschiedliche chemische Stoffe. Diese individuellen und vielfältigen Reaktionen tangieren meist alle Lebensbereiche und verlangen von den Betroffenen entsprechende Massnahmen, um möglichst beschwerdearm leben zu können. Passende, verträgliche Wohnungen sind selten zu finden. Mit der Gründung der Wohnbaugenossenschaft *Gesundes Wohnen MCS* im Jahr 2008 wurde die Möglichkeit für das MCS-Wohnhaus in Zürich-Leimbach gelegt, welches in Zusammenarbeit mit der Stadt Zürich 2010 realisiert wurde und 2013 von Betroffenen bezogen werden konnte.

Vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, die Veränderungen der Befindlichkeit auf bio-psycho-sozialer Ebene nach Einzug ins MCS-Wohnhaus zu eruieren sowie systemische Aspekte zu erfassen, die das bio-psycho-soziale Wohlbefinden von Angehörigen, Freunden und Nachbarn aufzeigen. Ein weiteres Ziel war es, die bauökologischen Messdaten sozial-psychologisch zu interpretieren.

Die Wohnbaugenossenschaft *Gesundes Wohnen MCS* auferlegte den Bewerbenden an vorliegender Studie teilzunehmen. Dies bedeutete, einen schriftlichen Fragebogen auszufüllen sowie für Interviews vor und nach dem Einzug bereit zu sein. Es wurden Interviews mit Bewerbenden, Angehörigen, Freunden und Quartierbewohnenden zu zwei Messzeitpunkten geführt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch und der Fragebogen deskriptiv-statistisch ausgewertet (SPSS).

Nachfolgend werden die wesentlichen Punkte der aktuellen Forschung sowie aus den Ergebnissen der Fragebogenerhebung wie auch aus den Interviews kurz zusammengefasst.

Es gibt eine Vielzahl von Studien zum Thema MCS. Auffallend dabei sind die unterschiedlichen Prävalenzangaben, welche von 0.0625% in der Schweiz über 0.5 bis 6.3% in Deutschland, 2.8% in Kanada sowie 16% für die USA (vgl. Kapitel 2.3) beziffert werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich ausschliesslich um Schätzungen handelt, da das Syndrom nicht im ICD-10 als Krankheitsbild aufgeführt wird und somit auch keine diesbezüglichen systematischen Erhebungen gemacht werden. Als Erklärungsmodelle werden sowohl physische wie auch psychologische

Ätiologien herangezogen, wobei die Symptomlisten fast ausschliesslich physische Beschwerden enthalten. Die Symptome sind vielfältig und im ganzen Körper zu finden (vgl. Kapitel 2.4), was eines der Charakteristika von MCS darstellt. Diese Listen sind sehr unterschiedlich gegliedert und entsprechend nicht vergleichbar.

Die Forschenden der beiden Perspektiven kritisieren sich gegenseitig, wobei durchaus eklektische Haltungen vertreten werden (vgl. Kapitel 2.6.3), die sowohl psychische als auch physische Komponenten als Beitrag zur Entwicklung von MCS sehen. Ebenfalls wesentlich für die vorliegende Untersuchung dürften die Studien sein, welche die sozialen Aspekte von MCS-Betroffenen beleuchteten. Eine weitere wichtige Erkenntnis aus den Studien ist die krankheitsbedingte Veränderung der Identität von MCS-Betroffenen (Gibson, 2005; vgl. Kapitel 2.7). Wichtige Themen waren diesbezüglich der Verlust der stabilen, vertrauten Persönlichkeit sowie der Verlust der Selbstdefinition, die oft durch Arbeit, Familieninteraktionen und Freizeitaktivitäten geprägt ist. Der Zugang zum Arbeitsfeld wie auch zur Teilnahme an Familien- und Freizeitaktivitäten ist durch MCS stark eingeschränkt, was zum obenerwähnten Verlust der Selbstdefinition führen kann. Als Reaktion auf diese Verluste unterdrücken Betroffene die eigenen Gefühle um die Erwartungen der anderen erfüllen zu können. Sie entwickeln aber auch ihre Persönlichkeit, planen ihr Leben neu, prüfen ihre soziale Unterstützung und entdecken ihre Spiritualität, was eine Neudefinition ihrer Identität unterstützen kann und als positive Auswirkung oder sogar als subjektiver Krankheitsgewinn gewertet werden kann. Der Zugang zu spezifischer medizinischer Versorgung (inkl. MCS-vertrauten Ärztinnen und Ärzten), die damit einhergehende Diagnosestellung und die oft beduften Praxisräume wurden in den Studien als wesentliche Probleme hervorgehoben. Ein weiteres soziales Problem ist die zunehmende Isolation, in welche sich MCS-Betroffene zum eigenen Schutz manövrieren.

Bezüglich der geeigneten Wohnsituation für MCS-Betroffene wurden in den Studien sowie auf einschlägigen Webseiten sehr unterschiedliche Empfehlungen gefunden. So wird bspw. ein freistehendes Haus mit gebührendem Abstand zu Hauptstrassen, Industrie, Holzheizungen und Landwirtschaft (Pestizide, Dünger, Gülle) sowie zu Funkantennen und Hochspannungsleitungen empfohlen. Bezüglich Innenausbau sollten Bodenbeläge aus Keramikplatten, Massivholz oder poliertem Beton bevorzugt werden. Elektrogeräte sollten lediglich in einem Raum installiert bzw. deponiert werden und nicht in der ganzen Wohnung verteilt sein. Das Schlafzimmer sollte bis auf das Bett leer stehen und die Kleider in einem belüfteten Schrank aufbewahrt werden. Wohnungen, die über einen Balkon oder einen Sitzplatz verfügen, wurden als ideal beschrieben.

Die Fragebogenerhebung zeigte wesentliche Ergebnisse zu den Themen Kontrollüberzeugung, Wohlbefinden, Gesundheitsverhalten, soziale Unterstützung und Sozialkompetenz. Über alle Stichproben hinweg zeigten sich ein relativ tiefes Niveau der Kontrollüberzeugung und ein bemerkenswert niedriges Niveau der Skala des bio-psycho-sozialen Wohlbefindens wie auch tiefe Werte bzgl. der Lebenszufriedenheit. Dabei ist anzumerken angemerkt, dass die Lebenszufriedenheit und die Kontrollüberzeugung für die MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse zwar auch tief ausfielen, jedoch höher als bei den anderen Stichproben. Alle Befragten gaben in der Fragebogenerhebung an, sich durch Störfaktoren wie bspw. Verkehrsabgase, Verkehrslärm oder elektromagnetische Felder belästigt zu fühlen, wobei die Stichprobe der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse erneut positivere

Werte verzeichnete und diese zusätzlich von einer hohen sozialen Unterstützung profitieren konnte, ganz im Gegensatz zu den anderen Stichproben.

Bezüglich dem Gesundheitsverhalten wurde über alle Stichproben eine Gesundheitsorientierung festgestellt. Die meisten Befragten schätzten ihren Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht ein, lediglich vier Personen nannten einen guten Gesundheitszustand. Die meisten sahen körperliche Ursachen für ihrer Beschwerden. Wenige gaben an, körperliche und psychische Ursachen zu sehen. Die meisten der Befragten meinten, sich bzgl. Gesundheits- und Konsumverhalten sicher zu fühlen und sich im Gesundheitswesen gewandt bewegen zu können.

In den Interviews vor dem Einzug, wurden wesentliche Aspekte zu den Themen subjektive Befindlichkeit, aktuelle Strategien, soziale Ressourcen und Beschwerden sowie Erwartungen, Hoffnungen und Herausforderungen bzgl. dem MCS-Wohnhaus thematisiert. Die Einschätzung des Wohlbefindens aus dem Fragebogen wurde mit der Einschätzung der subjektiven Befindlichkeit und der Einschätzung der Einschränkung durch die Beschwerden in den Interviews über alle Stichproben hinweg bestätigt. Die genannten eingesetzten Strategien mit MCS- oder anderen Beschwerden umzugehen, waren vielfältig und reichten von Vermeidungsverhalten über das Behalten einer optimistischen Grundstimmung bis hin zur Akzeptanz der Beschwerden. Lediglich einzelne gaben an, sich vermehrt soziale Kontakte oder Unterstützung zu wünschen. Die meisten waren diesbezüglich mit ihrer Situation zufrieden. Die meisten Befragten bekundeten, sich durch ihre Beschwerden im Alltag eingeschränkt zu fühlen. Dabei wurden unterschiedliche Beschwerden genannt, welche vorwiegend körperlicher Natur waren wie bspw. Magen-Darm-Beschwerden, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Herz-Kreislauf- oder Lungenbeschwerden oder Beschwerden des vegetativen Nervensystems und massgeblich mit einer Erschöpfung einhergingen. Hoffnungen und Erwartungen an den Einzug in das MCS-Wohnhaus waren eine Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit und ein Rückgang der Beschwerden. Bezüglich des Zusammenlebens wurde die Erwartung geäussert, ein angemessenes Verhältnis von Nähe und Distanz zu finden wie auch einen guten Umgang untereinander. Die Befragten meinten, sich bewusst zu sein, dass das Zusammenleben auch anspruchsvoll sein könnte. Angehörige wünschten sich eine Verbesserung der Situation für die betroffene Person und hofften, dass sich der Einzug positiv auf die Beschwerden und das subjektive Wohlbefinden auswirken werde.

Bei der Zweitbefragung einige Monate nach Einzug, gaben alle befragten Mietenden an, dass sie eine subjektiv wahrgenommene Verbesserung feststellten. Auch gaben sie an, dass die Krankheit zwar dieselbe geblieben sei, aber die Beschwerden weniger heftig seien. Soziale Ressourcen innerhalb des Hauses wurden wahrgenommen und genutzt. Auch äusserten Einige, dass sie vermehrt soziale Kontakte pflegen seit sie im MCS-Wohnhaus lebten und auch wieder vermehrt öffentliche Angebote wahrnehmen würden. Die Erwartungen bzgl. der subjektiven Befindlichkeit hatten sich bei allen Mietenden erfüllt oder zumindest teilerfüllt. Die Abbrechenden nannten Gründe in Bezug auf Materialien oder Eigenschaften des Hauses sowie gesundheitliche und soziale Gründe für den Nicht-Einzug ins MCS-Wohnhaus. Als positive Aspekte des MCS-Wohnhauses wurden die Lage, die Hausgemeinschaft sowie die Hausordnung genannt. Die meisten gaben denn auch ausschliesslich gesundheitliche Gründe an, weshalb sie sich gegen den Einzug entschieden hätten.

Die Quartierbewohnenden interessierten sich bei beiden Befragungszeitpunkten kaum für das MCS-Wohnhaus und seine Bewohnenden. Sie gaben an, keine Absicht zu haben, den Kontakt aktiv zu suchen oder ihn zu pflegen, ausser es würde sich spontan ergeben. Sie begründeten dies mit der Stadtnähe von Leimbach und den dazu passenden anonymen Gepflogenheiten. Die neuen Quartierbewohnenden sollten jedoch keine Schwierigkeiten haben, in Zürich-Leimbach Anschluss zu finden, denn es gebe ein vielfältiges Vereinsleben und andere Angebote wie Kurse im Gemeinschaftszentrum oder kirchliche Anlässe.

Um diese Ergebnisse unter dem Blickwinkel des sozial-kognitiven Prozessmodells des gesundheitlichen Handelns (Modells Health Action Process Approche (HAPA), Schwarzer, 2004) näher betrachten zu können, wird das Modell kurz vorgestellt. Es besteht aus einer motivationalen Phase, in welcher Aspekte wie die Selbstwirksamkeitserwartung - und darin enthalten die Kontrollüberzeugung, - die Handlungsergebniserwartung sowie die Risikowahrnehmung wesentlichen Einfluss auf die Absichtsbildung ausüben.

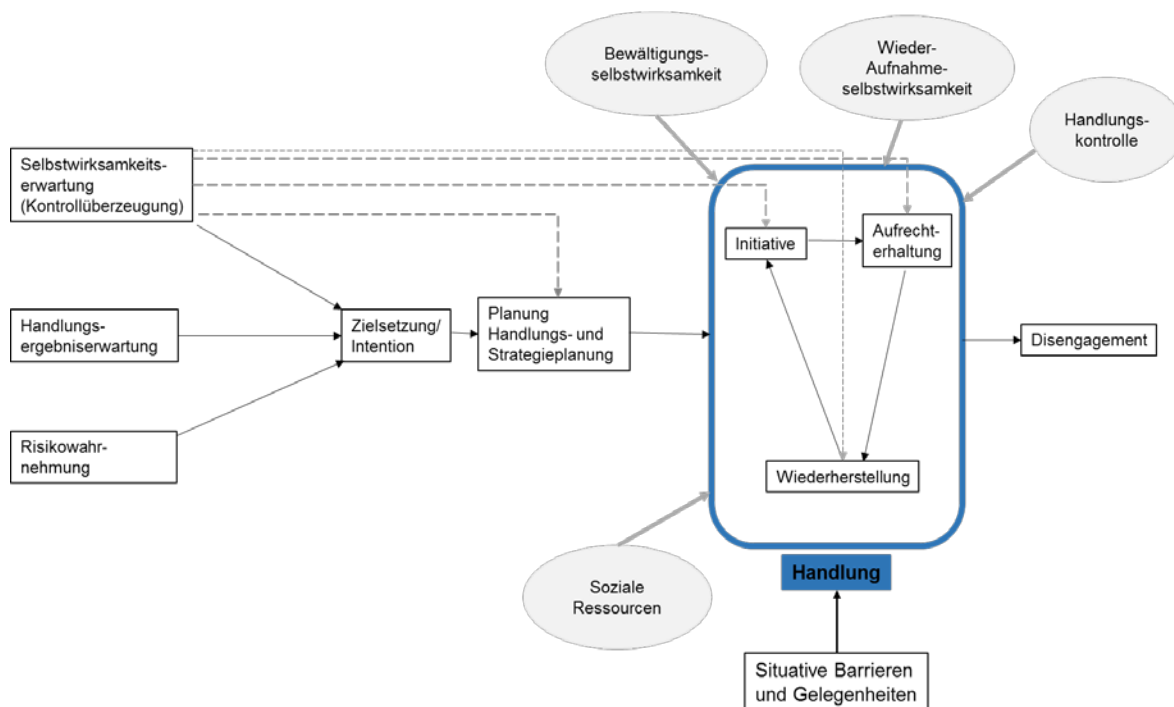


Abbildung 24: Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA). In Anlehnung an Schwarzer, 2004.

Ganz wichtig ist es hier den wesentlichen Einfluss der Selbstwirksamkeitserwartung festzuhalten: Ist sie gering ausgeprägt, wirkt sie eher hemmend auf Absichtsbildung, Planung und Handlung. Die zweite Phase ist die sogenannte Volitions- oder Handlungsphase, in welcher es um die Handlung an sich, deren Aufrechterhaltung und allenfalls auch die Wiederherstellung geht. Diese Phase wird beeinflusst durch die Selbstwirksamkeitserwartung (bzgl. Bewältigung der Aufgabe und der Wiederaufnahme), die Handlungskontrolle, situative Barrieren sowie soziale Ressourcen. Am

Übergang von der ersten in die zweite Phase, steht die Planung der Handlung und die Strategieentwicklung, wie mit der zukünftigen Situation bzw. dem neuen Verhalten umgegangen werden kann. Ebenfalls gedanklich vorweggenommen werden bei der Planung Strategien, wie mit unerwarteten Schwierigkeiten, Barrieren oder Versuchungen umzugehen ist. Kann die Handlungsphase nicht aufrechterhalten werden, z. B. weil soziale Ressourcen wegfallen oder eine Barriere als unüberwindbar eingeschätzt wird, kommt es zum Abbruch des neuen Verhaltens. Nachfolgend nun ein paar Gedanken dazu in Bezug auf die vorliegenden Ergebnisse.

Über alle Stichproben der Betroffenen, wurde eine geringe Ausprägung der Kontrollüberzeugung festgestellt, welche Teil der Selbstwirksamkeitserwartung ist. Gemäss HAPA beeinflusst die Selbstwirksamkeitserwartung zukünftiges Verhalten an verschiedenen neuralgischen Stellen. Die Stichprobe der MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse zeigte eine vergleichsweise hohe Ausprägung der Kontrollüberzeugung, trotzdem zogen sie nicht in Betracht, eine Wohnung im MCS-Wohnhaus zu mieten. Die Ergebnisse legen nahe, dass sie das Risiko, welches sie mit einem Umzug eingehen würden, als zu hoch einstufen, bspw. weil ihre aktuelle Situation für sie erträglich ist, was auch die im Vergleich zu den anderen Stichproben relativ hohen Werte des subjektiven Wohlbefindens unterstreichen. Auch die Begründung, nicht andauernd mit MCS und MCS-Betroffenen konfrontiert sein zu wollen, kann unter Risiko eingestuft werden, denn genau dieses Risiko wären sie mit einem Einzug eingegangen. Weiter gaben sie an, nicht umziehen zu wollen, weil sie das soziale Umfeld und ihre Umgebung nicht verlassen möchten. Diese Punkte führten denn auch dazu, dass das zu erwartende Handlungsergebnis schlechter ausfallen würde als ihre aktuelle Situation ist. Zusätzlich halfen soziale Ressourcen die Handlungsphase aufrecht zu erhalten, was in vorliegendem Fall dazu führte, dass MCS-Betroffene ohne Mietinteresse bei ihrem aktuellen Verhalten blieben. Ein weiterer Aspekt der dazu geführt haben dürfte das aktuelle Verhalten aufrecht zu erhalten, waren die Nennungen diverser erfolgreicher Strategien, mit ihrer Situation und ihren Beschwerden umzugehen. Mit dem Fehlen der Aussicht auf ein (garantiert) zufriedenstellendes Ergebnis und der hohen Risikoeinschätzung, kam es gar nicht erst zu einer Absichtsbildung. Dazu kommt die höhere Ausprägung der sozialen Unterstützung, welche das aktuelle Verhalten laut HAPA unterstützt. So gesehen ist es nicht verwunderlich, wenn diese Personen, kein Interesse an eine MCS-Wohnung äusserten. Sie verfügten nicht nur über eine grössere Kontrollüberzeugung als die anderen Stichproben, mit ihrem Entscheid behielten sie auch viel Kontrolle über ihr Leben und gingen bewusst weniger Risiken ein als andere.

Die Gruppe der Abbrechenden zeigte wie alle anderen Gruppen eine tiefe Kontrollüberzeugung. Wie bereits erwähnt, ist diese Überzeugung Teil der Selbstwirksamkeitserwartung und diese wiederum beeinflusst die Absichtsbildung wie auch die Handlungsphase sehr wesentlich, weshalb ihr ein so grosses Gewicht beigemessen wird. In Bezug auf die Handlungsergebniserwartung, stellten sich die Abbrechenden eine Verbesserung der Wohnsituation und das MCS-Wohnhaus als einen Ort der Erholung vor, welches mit gesunden Baumaterialien gebaut wurde und sich somit positiv auf ihr Wohlbefinden und ihre Beschwerden auswirken würde. Ebenfalls positiv bewertet wurden die Hausgemeinschaft und die Hausordnung, welche eine diesbezügliche Besserung erwarten liessen. Negativ auf die Handlungsergebniserwartung dürfte sich die Erwartung bzgl. der Verbesserung der

Befindlichkeit ausgewirkt haben. Denn lediglich eine Person war überzeugt bzw. zirka die Hälfte der Abbrechenden hatte Hoffnung, dass sich ihre Befindlichkeit mit dem Einzug verbessern würde. Ebenfalls als negative Auswirkung auf diesen Aspekt, können der Aufwand, der ein Umzug mit sich bringt wie auch die finanzielle Investition, die vorausgesetzt und von den Abbrechenden genannt wurde, gesehen werden. Die subjektive Einschätzung des Risikos, welches durch den Umzug eingegangen würde, wird anhand der vorliegenden Ergebnisse als eher hoch eingestuft. So gab, die Hälfte der Abbrechenden an, mit ihrer aktuellen Wohnsituation zufrieden zu sein, ideale Aspekte an ihrer Wohnung zu sehen und im Alltag selbständig mit öffentlichem Verkehr oder zu Fuss unterwegs zu sein und ihre Erledigungen machen zu können. Die Mehrheit der Abbrechenden äusserte Bedenken oder sah es als Herausforderung, Nähe und Distanz wie Privatsphäre im MCS-Wohnhaus wahren zu können. Die ausreichenden sozialen Ressourcen wie auch die teilweise erfolgreichen Strategien, die bereits angewandt werden, dürften die Absichtsbildung für einen Umzug negativ bzw. die Aufrechterhaltung der aktuellen Situation positiv unterstützt haben. Wie vorliegende Ergebnisse aufzeigen, konnte die Absichtsbildung, welche mit mangelhafter Selbstwirksamkeitserwartung genährt wurde, einer gering ausgeprägten Handlungsergebniserwartung sowie einer relativ hohen Risikowahrnehmung, die ein Umzug mit sich bringen würde, die Vorteile eines Umzugs nicht aufwiegen. So wurden für den Nicht-Einzug ins MCS-Wohnhaus vorwiegend Gründe angegeben, die sich auf Materialien und Eigenschaften des Hauses beziehen und gesundheitliche Auswirkungen hatten. Dies dürfte im Zusammenhang stehen mit der relativ angenehmen aktuellen Wohnsituation z. B. von Abbrechenden, die das MCS-Wohnhaus eher für gesunde Menschen oder Menschen, die in einer Hausgemeinschaft wohnen möchten, sehen und weniger für MCS-Betroffene.

Die Gruppe der Mieterschaft wies zum Zeitpunkt vor dem Einzug eine höhere subjektive Befindlichkeit als die anderen Stichproben auf, verfügten aber paradoxerweise über eine geringe Kontrollüberzeugung, was sich entsprechend dem HAPA ungünstig auf die Absichtsbildung, die Planung und die Handlung auswirkt. Bezüglich der Handlungsergebniserwartung äusserten die Mietenden klarere Erwartungen. So z. B. erwarteten alle Mietenden im Gegensatz zu der Gruppe der Abbrechenden, dass sich ihr subjektives Wohlbefinden oder ihre Beschwerden mit dem Einzug ins MCS-Wohnhaus positiv verändern werden. Ausserdem erwarteten sie ein angemessenes Verhältnis von Nähe und Distanz. Dies wurde nicht vorwiegend als Herausforderung gesehen wie bei den Abbrechenden und konnte deshalb die Handlungsergebniserwartung positiv stützen. Ebenfalls erwarteten die Mietenden mit dem Einzug ins MCS-Wohnhaus vermehrte soziale Kontakte und soziale Unterstützung. Die Einschätzung des Risikos, das ein möglicher Umzug mit sich bringen könnte, wurde von den Mietenden als geringer eingeschätzt als von den Abbrechenden. Sie nannten bspw. weniger Vorkehrungen, die sie in ihrer aktuellen Wohnung vorgenommen hatten, somit würden sie mit einem Umzug also weniger „verlieren“. Die idealen Aspekte, die Einzelne bzgl. ihrer aktuellen Wohnsituation nannten, lagen alle ausserhalb der Wohnung, also in der Umgebung, und die allermeisten gaben an, mit ihrer aktuellen Wohnung nicht zufrieden zu sein. Das Risiko, die aktuelle Situation zu verlassen und sich auf eine neue einzulassen, war gering und wirkte sich positiv auf die Absichtsbildung aus. Auch wenn die Mietenden bereits im Vorfeld angegeben hatten soziale Kontakte zu pflegen, so fiel in der Befragung nach dem Einzug auf, dass sie mehr soziale Kontakte angaben als vor dem Einzug. Dies wie auch die vermehrte soziale Unterstützung innerhalb des Hauses dürfte die

Handlung – hier die Miete und der Einzug ins MCS-Wohnhaus – gefördert haben. Alle befragten Mietenden gaben an, dass sich ihre Erwartungen an das Leben im MCS-Wohnhaus ganz oder zumindest teilweise erfüllt haben. Dies wirkte sich in der Handlungsphase nun positiv auf die Erhaltung wie auch auf die Selbstwirksamkeitserwartung aus. Ihr Engagement hatte sich für sie gelohnt und sie warfen auch beim Auftreten von allfälligen Barrieren oder Zweifel nicht so schnell das Handtuch. Trotzdem gab es anfänglich noch einige Wechsel im MCS-Wohnhaus. Wie bei einem Gruppenbildungsprozess, welcher sich durch verschiedene Phasen auszeichnet (Forming, Storming, Norming, Performing, Adjourning nach Tuckman, 1965⁴⁸), gab es auch unter der Mieterschaft zuerst die Phase des Formings, d. h., der Kontaktaufnahme und des sich Findens. In der Befragung nach dem Einzug gab es bereits Anhaltspunkte, dass sich die Mieterschaft in der zweiten Phase, dem Storming, befand. Es gab mehrere Stimmen, welche sich eine Person von aussen wünschten, die die Moderation bei den regelmässigen Gesprächen der Mieterschaft i. S. eines Coachings oder einer Supervision übernehme. Daraus kann geschlossen werden, dass sich die Gruppe der Mieterschaft (vorübergehend) nicht mehr in der Lage sah, Uneinigkeiten selbständig zu lösen. Der Gruppenprozess scheint somit in vollem Gange zu sein.

Stimmen der im Vorfeld befragten Betroffenen und der nach Einzug befragten aktuellen Mieterschaft äusserten die Vermutung, dass sie im Quartier als eigenartig gelten könnten, weil sie in diesem speziell gebauten Haus wohnen oder sich anders verhalten würden als andere. Doch anders als angenommen, zeigten sich die Quartierbewohnenden vor wie nach dem Einzug wenig interessiert am MCS-Wohnhaus und dessen Mieterschaft. Durch das fehlende Interesse wurde weder das Haus noch dessen Bewohnende als „komisch“ oder eigenartig wahrgenommen, sondern einfach als neues Wohnhaus im Quartier. Es bestehen denn auch seitens der Quartierbewohnenden keine besonderen Erwartungen, Hoffnungen oder Befürchtungen in Bezug auf die Mieterschaft des MCS-Wohnhauses. Für die Quartierbewohnenden war es ein Haus wie jedes andere auch und die neuen Quartierbewohnenden vergleichbar mit anderen Zuzüger.

5.1 Handlungsempfehlungen

Was heisst das nun für zukünftige MCS-gerechte Wohnbauten? Aus den Ergebnissen geht eindrücklich hervor, dass es mehr braucht als Partizipation der Betroffenen im Vorfeld – welche in diesem Projekt offensichtlich vorbildlich gelebt wurde, - das richtige Material und die ideale Lage. Eine wesentliche Voraussetzung liegt im einzelnen Menschen. Denn es braucht die jeweils persönliche Situation, die positive Beurteilung der eigenen Einflussnahme sowie die entsprechende Einschätzung des Risikos, welches eingegangen würde, um daraus eine Absichtsbildung, das Abwägen von Handlungsoptionen für die Planung sowie die Handlung und deren Aufrechterhaltung, abzuleiten. Diese Voraussetzungen sind sehr individuell und von der einzelnen Persönlichkeit und der jeweiligen

48

https://lehrbuch3.s3.amazonaws.com/files/asset/4fc5d74d260cc3000100000f/Phasenmodell_der_Teamentwicklung_nach_Tuckman__1965_.pdf [abgerufen am 26.2.2015].

Situation abhängig. So gesehen, muss gleichzeitig mit dem Bau nach den passenden Individuen gesucht werden. Da die Beschwerden und die Stoffe, auf welche reagiert wird, in den vorangegangenen Studien (vgl. Kapitel 2) wie auch in vorliegender Untersuchung sehr unterschiedlich sind, können aus den gemachten Erfahrungen keine verbindlichen Angaben bzgl. Materialien, Wohnlage oder Ähnlichen abgeleitet werden. Was als zentral angesehen werden kann, ist die Notwendigkeit, seriöse „Hard facts“ in Form von bio-physikalischen Messungen zu sammeln. Je nach Ergebnis, unterstellter Voreingenommenheit der Messenden und dem Kommunikationsstil werden diese zwar (selbstverständlich) angezweifelt, aber als Beweis erfolgreichen Handelns bzgl. der Limitierung von Schadstoffen sind solche aufwändigen Messungen unerlässlich. Die Frage, was und mit welchem Aufwand denn gemessen werden soll, lässt sich allerdings so nicht beantworten – zu heterogen sind die Beschwerdebilder, Sensibilitäten und Persönlichkeiten der einzelnen, als dass allgemein gültige Angaben gemacht werden könnten. Aufgrund der Vielfältigkeit der Beschwerdebilder, stellt sich allenfalls die Frage, ob nicht kleinere Wohneinheiten sinnvoll wären, denn so könnte spezifischer auf die einzelnen Bedürfnisse eingegangen werden. Dies dürfte allerdings einen zusätzlichen finanziellen Mehraufwand mit sich bringen.

Die Erweiterung des Menschenbildes vom rein bio-medizinischen naturwissenschaftlichen zu einem, das auch psychologische, soziale und spirituelle Dimensionen mit einbezieht, erscheint für die Erklärung verschiedener Phänomene das robustere zu sein. Diese Überlegenheit der Erklärungskraft wird mit einer unübersichtlichen Steigerung der Komplexität erkaufte, was künftige Forschungsvorhaben allerdings nicht davon abhalten sollte, sich dieser Aufgabe zu stellen. Der zusätzliche systemische Blick, bei dem Angehörige und Verwandte, aber auch die unmittelbaren Nachbarinnen und Nachbarn im Quartier mit einbezogen wurden, trägt einerseits zur besseren Akzeptanz und andererseits zur Vertiefung der Erkenntnisse über die Mechanismen z. B. der sozialen Attribution bei.

Was wichtig ist, sind ein zeitlicher und finanzieller grosszügiger Rahmen, damit flexibel auf individuelle Voraussetzungen reagiert werden kann – denn dass jede MCS-betroffene Person ein höchstgradiger Einzelfall ist, das hat sich eindrücklich gezeigt. Insofern lassen sich die Forderungen für ein allfälliges Nachfolgeprojekt wie folgt subsumieren:

- **Partizipation:** Der Einbezug der Betroffenen in die Konzeption des Gesamtprojektes, in die Standortwahl, den Architekturwettbewerb sowie in das Materialauswahlverfahren sind wesentliche Bestandteile der Akzeptanz durch die Betroffenen. Der Einbezug der Betroffenen kann verschieden ausgestaltet werden und der im vorliegenden Projekt eingeschlagene Weg kann als grundsätzlich sinnvoll, wenn auch sehr aufwändig angesehen werden. Partizipation ist aber noch mehr, als an den (liebevoll „Schnüffeltests“ genannt) Auswahlverfahren teilnehmen zu können, denn aus Sicht der Gesundheitsförderung stellt sie ein zentrales Element einer effektiven Policy dar, indem „flexible Möglichkeiten der grösseren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange“ (WHO, 1986) verlangt werden. Partizipation kann eine Ressource in den Menschen verstärken, welche Selbstwirksamkeit genannt wird (s. Abbildung 24) und über innerpsychische Prozesse zu Empowerment (sich

befähigt fühlen) führen. Ansätze einer solchen positiven Persönlichkeitsentwicklung können aufgrund der Resultate bei einzelnen Betroffenen nicht ausgeschlossen werden.

Handlungsempfehlung 1: Der Einbezug der Betroffenen von Beginn weg ist ähnlich mustergültig umzusetzen, wie im vorliegenden Projekt.

- **Initiative aus dem Betroffenenkreis:** Eine initiative Person mit grosser Akzeptanz sowohl auf Seiten der Bauherrschaft als auch im Kreis der Betroffenen erscheint als sehr günstig. Dies erfordert eine integrative Persönlichkeit mit grossem Stehvermögen, die vermittelnd, aber auch fordernd und selbstsicher auftreten kann. Bei aller Gefahr, die von einer solchen persönlichen Fokussierung ausgeht: ohne eine Persönlichkeit, die bereit ist, die Verantwortung und den „Lead“ zu übernehmen sowie als Ansprechperson zu fungieren, wird ein solches Projekt wohl kaum initiiert und anschliessend auch durchgezogen. Als sinnvoll hat sich erwiesen, dass im vorliegenden Fall diese Persönlichkeit eingebunden war – eine Struktur in Form eines Vereins, einer Genossenschaft oder einer Interessengemeinschaft, die die Interessen der Betroffenen nach Aussen vertritt, erscheint von der Projektorganisation her als förderlich.

Handlungsempfehlung 2: Die Persönlichkeit aus dem Betroffenenumfeld, die den Lead übernehmen kann, ist wünschenswert.

- **Baubiologische Legimitation:** Dieser Prozess ist mit genügend Zeitressourcen zu gestalten, weil das Prüfen der einzelnen Materialien für die Betroffenen eine grosse Herausforderung ist, von der sie sich zwischen zwei Tests immer wieder erholen müssen – was je nach Situation mehrere Tage in Anspruch nehmen kann. Zudem wäre mit einem weniger engen Zeitkorsett der Tatsache besser Rechnung zu tragen, dass sich einzelne Stoffe ausdünsten, so dass dies durchaus entscheidungsrelevante Hinweise auf die Materialwahl haben könnte. Dass trotz grösster Umsicht und dem Einhalten eines peniblen Protokolls Fehler passieren, ist menschlich – und trotzdem ärgerlich, da ein kleiner Fehler (s. im vorliegenden Projekt das leidige Aceton) die Vertrauensbasis überproportional untergraben kann. Die (geschätzten) 99% der richtigen Entscheidungen und Umsetzungen können in einem salienten Ereignis verblassen, und so dazu dienen, z. B. bestehende Vorurteile als bestätigt zu deklarieren. Solche Prozesse machen die Legitimation angreifbar, über die Baubiologie eine kausal-deterministische Kette zu etablieren, in der dank der Kontrolle jedes einzelnen Prozessschrittes ein MCS-taugliches Haus gebaut werden kann. Und klar ist: Ein idealtypisches Haus wird es wohl nie geben – nicht nur wegen menschlichen Irrtümern, sondern insbesondere auch durch die Heterogenität der MCS-Symptome, welche keinen Standard von Materialien zulassen, welche in Form einer Verbotsliste für alle MCS-Betroffenen Gültigkeit hätten.

Handlungsempfehlung 3: Die existentiell wichtige Legitimation durch die verwendeten Materialien darf nicht durch Missgeschicke unterwandert werden.

- **Auslüftungsphase:** Nach den gemachten Erfahrungen erscheint es als sinnvoll, ein MCS-Bau lange auszulüften (die Grössenordnung liegt bei ca. sechs Monaten), bevor er definitiv bezogen wird. Eine solche verzögerte Vermietungspolitik hätte dem ganzen Unternehmen viel Verunsicherung, Stress und Ärger erspart – mit diesem zusätzlichen Zeitaufwand wären die entsprechenden unruhigen Zeiten zu glätten gewesen. Allerdings: Die sinnvollerweise zu gewährende Zeit ist ein nicht zu unterschätzender Kostenfaktor (Leerwohnungsbestand und entsprechende Mietzinsausstände von mehreren Monaten), weshalb eine Auslüftungszeit entsprechend budgetiert werden muss.

Handlungsempfehlung 4: Nach Fertigstellung des Baus ist eine angemessene Auslüftungszeit (in der Grössenordnung von sechs Monaten ohne Mietzinseinnahmen) einzuplanen.

- **Erweiterung zu einem bio-psycho-sozio-spirituellen Menschenbild:** Die vorliegende Studie hat mit dem bio-psycho-sozialen Menschenbild gearbeitet, und sämtliche Daten sind im Lichte dieser Werte erhoben und ausgewertet worden. In einer allfälligen Nachfolgestudie wäre das Menschenbild um die vierte Dimension der Spiritualität zu erweitern, um mehr über die subjektive Einschätzung der Sinnhaftigkeit (z. B. des Lebens, der Krankheit, der Auseinandersetzungen im Haus etc.) der einzelnen Betroffenen zu erfahren. Eine solche Analyse würde zu einem verbesserten Verständnis der Dynamik der Entscheidungsfindung bei den Einzelnen und deren Motive beitragen – bei genügender Anzahl.

Handlungsempfehlung 5: Eine Erweiterung des bio-psycho-sozialen Menschenbildes um die Dimension der Spiritualität wäre angebracht.

- **Erweiterung um einen systemischen Blickwinkel:** Dieser wurde in zweierlei Hinsicht erweitert: 1) Mit dem Einbezug von Bekannten (Angehörigen und Freunden) von MCS-Betroffenen in die Datenaufnahmen wurde der Blickwinkel über die Perspektive der direkt Betroffenen erweitert und eine Fremdeinschätzung der subjektiven Befindlichkeit ermöglicht. Dieses Vorgehen ist nicht als Validierungsschritt zu verstehen sondern als das Erweitern der Informationsbasis und dem Versuch einer gewissen Objektivierung. 2) Auf Quartierebene wurden die unmittelbaren Nachbarinnen und Nachbarn miteinbezogen um das gemeinsame Zusammenleben, sofern es im Quartier überhaupt Berührungspunkte gibt, auszuleuchten. Die Quartierbewohnenden fühlen sich in keine Weise abgeschreckt oder eingeschränkt durch das MCS-Wohnhaus und dessen Mieterschaft, was allerdings möglicherweise auf das Phänomen der sozialen Erwünschtheit zurück zu führen ist. Die teils kritische Berichterstattung in einem Quartierblatt wird als Basis einer leicht skeptischen Grundhaltung herangezogen, aber im

Allgemeinen wird die Quartiererweiterung problemlos akzeptiert (trotzdem, dass der Schlittelhang „geopfert“ werden musste) und die Hoffnung auf eine Integration (z. B. via Quartiertreff oder Vereine) der neuen Quartierbewohnenden ausdrückt. Von Seiten der Quartierbewohnenden ist auch keine Stigmatisierung oder Ghettoisierung der neuen Nachbarinnen und Nachbarn festzustellen.

Handlungsempfehlung 6: Um ein erweitertes Bild über die Situation zu erhalten, ist das Befragen der sozialen Umwelt von Betroffenen auf verschiedenen Ebenen (direkte Bekannte und Nachbarinnen bzw. Nachbarn) sicherzustellen.

- **Einsatz von validen und reliablen sozial-wissenschaftlichen Tests (Lebensqualität):** Zur Erfassung spezifischer persönlicher Parameter wurden in der vorliegenden Studie eine Anzahl von verschiedenen Fragebogen eingesetzt. Neben allgemeinen Fragen, die spezifisch auf dieses Projekt bezogen waren, wurden auch verschiedene valide und reliable sozial-wissenschaftliche Tests eingesetzt, da ursprünglich von grösseren Stichproben ausgegangen werden konnte, die Vergleiche eher zugelassen hätten, als die Situation, wie sie dann real vorgefunden wurde. Als Ergänzung zu der (an einer kleinen Zahl überprüften) Fragebatterie ist zu empfehlen, Fragebogen aus dem Feld der Lebensqualitätsforschung (für einen Literaturüberblick s. Knecht, 2015) miteinzubeziehen. Insbesondere bei einem Vorher-Nachher-Design einer zukünftigen Studie wäre der Einsatz von spezifischen Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität empfehlenswert.

Handlungsempfehlung 7: Zusätzlich zu den eingesetzten sozial-wissenschaftlichen Tests sind Fragebogen aus der Lebensqualitätsforschung ins Auge zu fassen.

5.2 Limitationen und Herausforderungen dieser Untersuchung

Diese Arbeit unterlag verschiedenen Limitationen, welche nachfolgend im Sinne der Transparenz aufgeführt und erläutert werden.

Ein wesentliches Thema waren die vielfältigen Stichproben mit geringen Fallzahlen, was weitere statistische Auswertungen des Fragebogens überflüssig werden liess. Zu Beginn der Studie wurde davon ausgegangen, dass bei der Vermietung des MCS-Wohnhauses eher aus einer Vielzahl von Bewerbenden ausgesucht werden kann, als dass es zu wenige Interessenten geben könnte. Die Vermietung der Wohnungen lief jedoch eher zögerlich, wodurch lediglich eine geringe Anzahl Interviews geführt werden konnte. Um die Vermietung zu forcieren, wurde ab Januar 2014 die Möglichkeit des Probewohnens eingeführt, was recht häufig zu kurzfristigen Aktionen führte und dadurch Interviews vor dem Einzug entfielen. Auf der anderen Seite wurden relativ kurzfristige Interviewtermine vereinbart, wobei es in drei Fällen zu Interviews kam, die später aufgrund

psychiatrischer Auffälligkeiten der Befragten und in einem Fall aufgrund medizinisch nachgewiesener multipler Allergien von der Studie ausgeschlossen werden mussten.

Es gab Personen, die einen Mietvertrag bereits während der Bauphase unterschrieben hatten, jedoch nie einzogen sowie Personen, die kurze Zeit nach Einzug wieder auszogen. Mit diesen Personen konnten zwar meist Interviews vor dem Einzug geführt werden, dieser Umstand hatte jedoch zur Folge, dass sich die Mieterschaft während der Studienzeit laufend veränderte. Das führte zu einem zu geringen sowie unterschiedlichen Fallzahlen bei den beiden Messzeitpunkten und zum anderen zu den vielfältigen Stichproben wie sie in Kapitel 3 beschrieben wurden.

Eine weitere Herausforderung war die Terminvereinbarung mit Betroffenen und dies in dreierlei Hinsicht. Erstens war die Erreichbarkeit durch die oft ausgeschalteten Mobiltelefone oder ausgesteckten Festnetzanschlüsse erschwert und erforderte oft mehrere Anrufe. Zweitens war es aufgrund der, durch die eingeschränkte Gesundheit gegebenen Tagesstruktur der Betroffenen schwierig, passende Termine zu finden. Diese Herausforderung wurde durch kurzfristige Absagen noch verstärkt und erforderte eine hohe Flexibilität seitens der Studienmitarbeitenden. Drittens werden hier die Vorkehrungen, die die Interviewerin vornehmen musste, um in die Wohnungen der Betroffenen Einlass zu erhalten, angeführt. Dabei ging es bspw. um folgende Vorgaben: Wäsche tragen, die ohne Weichspüler und nur mit duftstofffreiem Waschpulver gewaschen wurde; kein Parfüm, kein Haarspray oder Kosmetika benutzen; Deodorant, Duschmittel, Shampoo und Bodylotion ohne Duftstoffe verwenden; am Tag der Begegnung nicht duschen; Mobiltelefon während dem Besuch ausschalten etc. Die Vorkehrungen waren vielfältig und unterschiedlich zeitaufwändig und brauchten somit eine gewisse Vorlaufzeit. Ganz spontane Treffen wurden somit ausgeschlossen.

Eine andere Herausforderung war es, Angehörige und nahestehenden Personen von (zukünftigen) Mietenden vermittelt zu bekommen, die für ein Interview bereit waren. Die Betroffenen nannten unterschiedliche Gründe für das Fehlen von nahestehenden Personen, die für ein Interview zur Verfügung standen. Zum einen lebten die Betroffenen oft sehr isoliert und hatten niemanden in ihrem Umfeld, der ihnen so nahe stand, dass die Person in einem Interview über ihre Situation hätte Auskunft geben können. Zum anderen hatten die Betroffenen wenige nahestehende Personen und wollten diese vor weiteren Aufgaben und Zeitaufwänden schützen. Andere Betroffene hatten nahestehende Personen gefragt und abschlägige Antworten erhalten. Dies führte denn auch dazu, dass lediglich vier Interviews vor dem Einzug bzw. ein Interview nach dem Einzug mit nahestehenden Personen geführt werden konnten.

Die Quartierbewohnenden wurden über die Internetplattform Telsearch⁴⁹ rekrutiert. Das geringe Interesse an dem MCS-Wohnhaus führte bei beiden Erhebungszeitpunkten zu grossen zeitlichen Aufwänden, Quartierbewohnende zu finden, die bereit waren, zwanzig Minuten für ein Telefoninterview aufzuwenden. Dies führte zum einen zu geringen Fallzahlen und zum anderen dazu, dass zu den beiden Erhebungszeitpunkten unterschiedliche Personen befragt wurden.

⁴⁹ <http://tel.search.ch/> [abgerufen am: 31.03.2015].

Eine weitere Limitation dieser Untersuchung kann darin gesehen werden, dass keine weiteren Fachpersonen wie Architekten, Umweltmediziner oder Baubiologen beigezogen wurden. Dieser Einbezug war aufgrund der vorhandenen Ressourcen nicht möglich.

6 Literatur

- Abel, T. & Bolliger-Salzmänn, H. (2010). Wohnbauarchitektur als Beitrag zu nachhaltiger Gesundheitsförderung. In E. Göpel & GesundheitsAkademie e.V. (Hrsg.), *Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten* (Band 4, S. 276-292). Frankfurt: Mabuse.
- Abraham, A., Sommerhalder, K. & Abel, T. (2010). Landscape and well-being: a scoping study on the health-promoting impact of outdoor environment. *International Journal of Public Health*, 55 (1), 559-569.
- Alobid, I.; Nogué, S., Izquiero-Dominguez, A., Cenellas, S.; Bernal-Spekelsen, M. & Mullol J. (2014). Multiple chemical sensitivity worsens quality of life and cognitive and sensorial features of sense of smell. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, April.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (1), 19-32.
- Armstrong, R., Hall, B., Doyle, J. & Waters, E. (2011). Cochrane update "scoping the scope" of a Cochrane review. *Journal of Public Health*, 33 (1), 147-150.
- Barrett, St. (1998). A close look at "multiple chemical sensitivity". Verfügbar unter: <http://www.quackwatch.com/01QuackeryRelatedTopics/mcs.pdf> [abgerufen am: 27.10.2014].
- Bauer, A., Schwarz, E. & Mai, C. (2009). Environmental medicine or psychiatry? *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 212 (5), 569-570.
- Bauer, A., Schwarz, E. & Mai, C. (2008). Multiple Chemical Sensitivity / MCS: Ein Update. *Umwelt Medizin Gesellschaft*, 21 (4), S. 9-15.
- Bauer, A., Schwarz, E. & Martens, U. (2007). Patienten mit multiplen Chemikalienintoleranzen: Umweltmedizin oder Psychosomatik?. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 83 (11), 442-446.
- Bauer, A., Schwarz, E., Martens, U., Buck, U., Bobroski, D., Hauf, O., Leister, J., Mai, C. & Tönnies, R. (2003). *Untersuchung über die Prädiktoren von Krankheitsentstehung und Langzeitverlauf bei ambulanten und stationären Patienten der Umweltmedizin am Fachkrankenhaus Nordfriesland (FKH-NF) - unter der besonderen Berücksichtigung von Patienten mit MCS (Multiple Chemical Sensitivity)*. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit, Bredstedt. Aktenzeichen 122-1720/49. Verfügbar unter: http://www.apug.de/archiv/pdf/apug_mcs_bredstedt.pdf [abgerufen am: 28.04.2014].
- Bock, K.W. & Birbaumer, N. (1998). Multiple Chemical Sensitivity: Schädigung durch Chemikalien und Nozeboeffekt. *Deutsches Ärzteblatt* 95 (3), 91-94.
- Bornschein, S., Hausteiner, C., Zilker, T., Bickel, H. & Förstl, H. (2000). Psychiatrische und somatische Morbidität bei Patienten mit vermuteter Multiple Chemical Sensitivity (MCS). *Der Nervenarzt*, 71(9), 737-744.
- Bundesamt für Gesundheit (2006). Gesundheitskompetenz – Zusammenfassung. Verfügbar unter: <http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fthemen%2Fgesundheitspolitik%2F00388%2F02873%2Fi>

- ndex.html%3Fflang%3Dde%26download%3DnHzLpZeg7t%2Clnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLd4J2fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&ei=t_X_VNSJNonJPNX8gLAJ&usg=AFQjCNHOMBFTAPc3XfuVO_kTBbqPTes9nA [abgerufen am: 11.03.2015].
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2009). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Telefonischer und schriftlicher Fragebogen*. Verfügbar unter: http://compass-data.unil.ch/SGB-Dokumentation/ESS_SGB_2007_Fragebogen.pdf [abgerufen am: 17.03.2015].
- Burla, L., Schuler, D., Moreau-Gruet, F., Dreyer, G., Stamm, HP. & Wiegand, D. (2010). *Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus „Ältere Menschen“ und „Stress am Arbeitsplatz“*. Verfügbar unter: http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Alt_PSY_BGM/2010-07_Monitoring_zur_psychischen_Gesundheit_-_Aktualisierung_2010.pdf [abgerufen am: 04.03.2015].
- Caress, S.M. & Steinemann, A.C. (2003). A review of two-phase population study of multiple chemical sensitivities. *Environmental Health Perspectives*, 111(12), 1490-1497.
- Cooper, C. (2007). Multiple chemical sensitivity in the clinical setting. *American Journal of Nursing*, 107(3), 40-47.
- Das-Munshi, J., Rubin, G.J. & Wessely, S. (2006). Multiple chemical sensitivities: A systematic review of provocation studies. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 118(6), 1257-1264.
- De Luca, C., Scordo, M.G., Cesareo, E. & Pastore S. (2010). Biological definition of multiple chemical sensitivity from redox state and cytokine profiling and not from polymorphisms of xenobiotic-metabolizing enzymes. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 248(3), 285-292.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E. (2006). *Satisfaction with life scale*. Verfügbar unter: <http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/SWLS.html> [abgerufen am: 27.03.2013].
- Dürkop, J. & Englert, N. (2003). Untersuchungen zu den Ursachen des MCS-Syndroms unter besonderer Berücksichtigung des Beitrags von Umweltchemikalien. *Umweltmedizinischer Informationsdienst (UMID)*, 1, 18-21. Verfügbar unter: <http://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/pdfs/umid0103.pdf> [abgerufen am: 31.03.2015].
- Drexler, H. (2012). Multiple chemical sensitivity. In: Rustenmeyer, T., Elsener P., John, S.M. & Maibach, H.I. (Hrsg.), *Kanerva's Occupational Dermatology* (S. 1917-1921). Berlin Heidelberg: Springer.
- Eis, D., Dietel, A., Mühlinghaus, T., Birkner, N. Jordan, L., Meineke, C. & Renner, B. (2005). *Studie zum Verlauf und zur Prognose des MCS -Syndroms – Erweiterung der Basisstichprobe und Nachuntersuchung*. Berlin: Umweltbundesamt.
- Eis, D., Helm, D., Mühlinghaus, T., Binkert, N., Dietel, A., Eikmann, T. et al. (2008). The German multicentre study on multiple chemical sensitivity (MCS). *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 211 (5-6), 658-681.

- Environmental Health Association of Nova Scotia (EHANS) (1999). Multiple chemical sensitivity: A 1999 consensus. *Archives of Environmental Health*, 54 (3), 147-149.
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. (4. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Franke, G.H. (1997). „The whole is more than the sum of its parts“: The effects of grouping and randomizing items on the reliability and validity of questionnaires. *European Journal of Psychological Assessment*, 13 (2), 67-74.
- Genuis, S.J. (2010). Sensitivity-related illness: The escalating pandemic of allergy, food intolerance and chemical sensitivity. *Science of the Total Environment*, 408, 6047-6061.
- Genuis, S.J. (2013). Chemical sensitivity: Pathophysiology or pathopsychology? *Clinical Therapeutics*, 35 (5), 572-577.
- Gibson, P.R. (2014). Life indicators, illness characteristics, and psychosocial concomitants of self-reported multiple chemical sensitivity: A two-year longitudinal study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4 (3), 204-216.
- Gibson, P.R. & Lindberg A. (2011). Physicians` perceptions and practices regarding patient reports of multiple chemical sensitivity. *International Scholar Research Network ISRN Nursing*.
- Gibson, P.R., Placek, E., Lane, J., Brohier, S.O. & Lovelace A.C. (2005). Disability-induced identity changes in persons with multiple chemical sensitivity. *Qualitative Health Research*, 15 (4), 1-23.
- Gibson, P.R., Elms, A.N.M. & Ruding, L.A. (2001). Perceived treatment efficacy for conventional and alternative therapies reported by persons with multiple chemical sensitivity. Chemical injury information network 2001 MCS conference, Santa Fe, New Mexico 13-15. August 2001.
- Gibson, P.R., Rice, V.M., Dowling, E., Stables, D.B. & Keens, M.M. (1997). The phenomenology of multiple chemical sensitivity at four levels of severity. Annual convention of American Psychological Association, Chicago, Illinois.
- Gratrix, N. (2014). Limbic kindling: Hard-wiring the brain for hypersensitivity. *CAM – The magazine for complementary and alternativ medicine professionals*, Feb. 2014, S. 12-16.
- Gupta, A. (2002). Unconscious amygdalar fear conditioning in a subset of chronic fatigue syndrome patients. *Medical Hypotheses*, 59 (6), 727-735.
- Gupta, M.A. (2010). Can amygdala retraining techniques improve the wellbeing of patients with chronic fatigue syndrom: A clinical audit of subjective Outcomes in a small Sample. *Journal of Holistic Healthcare*, 7 (2), S. 12-15.
- Hausteiner, C., Bornschein, S., Hansen, J., Zilker, T. & Förstl, H. (2005). Self-reported chemical sensitivity in Germany: A population-based survey. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 208, 271-278.
- Hill, H.U., Huber, W. & Müller, K. E. (2008). *Multiple Chemikalien-Sensitivität (MCS): ein Krankheitsbild der chronischen Multisystemerkrankungen (CMI): Umweltmedizinische, toxikologische und sozialpolitische Aspekte. Ein Blick auf den aktuellen Forschungsstand*. (2. Aufl.). Achen: Shaker.
- Hüppe, M., Ohnsorg, P., Krauss, B. & Schmucker, P. (2000). Der MCS-Fragebogen: Erste Befunde eines neuen Verfahrens zur Beschreibung MCS-auslösender Stoffe und Symptome. *Umweltmedizin in Forschung und Praxis*, 5, 143-153.

- Hüppe, M.; Müller, J.; Schulze, J.; Wernze, H. & Ohnsorg, P. (2009). Treatment of patients burdened with lipophilic toxicants: A randomized controlled trial. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 51 (3-4), 133-141.
- Joffres, M.R.; Williams, T.; Sabo, B. & Fox, R.A. (2001). Environmental sensitivities: Prevalence of major symptoms in a referral center: The Nova Scotia Environmental Sensitivities Reserach Center Study. *Environmental Health Perspectives*, 109 (2), 161-165.
- Johnson, S.K. (2008). *Medically unexplained illness: Gender and biopsychosocial implications*. Washington DC: American Psychological Association.
- International Classification of Deases, Version 10 (ICD-10) Verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/S00-T98.html> [abgerufen am: 25.10.2012].
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF-Klassifikation der WHO) Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/icf/kodesuche/onlinefassungen/icfhtml2005/component-d.htm> [abgerufen am: 25.10.2012].
- Kanning, U.P. (2009a). *Inventar sozialer Kompetenzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanning, U.P. (2009b). *Diagnostik sozialer Kompetenzen*. (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Knecht, A. (2015). *Literaturliste zum Thema Lebensqualität* (Stand 17.03.2015). Verfügbar unter: <http://www.albanknecht.de/materialien/LitLebensqualitaet.pdf> [abgerufen am: 31.03.2015].
- Krampen, G. (1993). Effekte von Bewerbungsinstruktionen und Subskalenextraktion in der Fragebogendiagnostik. *Diagnostica*, 39 (2), 97-108.
- Labarge, A.S. & McCaffrey, R. (2000). Multiple chemical sensitivity: A review of the theoretical and reserach literature. *Neuropsychology Review*, 10 (4), 183-211.
- Lacour, M., Zunder, T., Schmidtke, K., Vaith, P., Scheidt, C. (2005). Multiple chemical sensitivity syndrom (MCS) – suggestions for an extension for the US MCS-case definition. *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 208 (3), 141-151.
- Leer, A., Smeet, M.A.M., Bulsing, P.J. & van den Hout M.A. (2011). Odors eliciting fear: A conditioning approach to Idiopathic environmental intolerances. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42 (2), 240-249.
- Magnavita, N. (2010). Comments on: De Luca C., et al. (2010). Biological definition of multiple chemical sensitivity from redox state and cytokine profiling and not from polymorphisms of xenobiotic-metabolizing enzymes. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 248 (3), 293.
- Marshall, D. (2012). Agency and structure. Verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=d51dmlzqVGE> [abgerufen am: 2.3.2015].
- Maschewsky, W. (1996). *Handbuch Chemikalienunverträglichkeit*. Hamburg: Medi Verlagsgesellschaft für Wissenschaft und Medizin.
- Mayer, K.C. (o. J.). Multiple chemical sensitivity (MCS) und idiopathic environmental intolerances (IEI). Verfügbar unter: <http://www.neuro24.de/mcs.htm> [abgerufen am: 24.04.2014].
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. (11. Aufl.). Weinheim: Belz.
- MCS-Liga Schweiz Multiple Chemical Sensitivity – Chemikalienunverträglichkeit. Verfügbar untern: www.mcs-liga.ch [abgerufen am: 23.10.2012].

MCS-SOS Schweiz Verfügbar unter: www.mcs-sos.ch [abgerufen am: 23.10.2012].

Meggs, W.J. (1995). Neurogenic Switching. A Hypothesis for a Mechanism for shifting the Site of Inflammation in Allergy and Chemical Sensitivity. *Environmental Health Perspectives*, 103 (1), 54-56.

Meulders, A., Fannes, S., Van Diest, I., De Peuter, S., Vansteenwegen, D. & Van den Bergh, O. (2010). Resistance to extinction in an odor – 20% CO₂ inhalation paradigm: further evidence for a symptom learning account of multiple chemical sensitivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 47-56.

Miller, C. S. (2000). Mechanisms of action of addictive stimuli: Toxicant-induced loss of tolerance. *Addiction*, 96 (1), 115-139.

National ME/FM Action Network (2011). Statistics 2010. An in-depth look at the figures & findings of the 2010 Canadian Community Health Survey. *Quest Newsletter*, Special Issue ,88.

Nasterlack, M., Kraus, T. & Wrbituzky, R. (2002). Multiple Chemical Sensitivity. Eine Darstellung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes aus arbeitsmedizinischer und umweltmedizinischer Sicht. *Deutsches Ärzteblatt*, 99 (38), S. A2474 - A2483.

Neite, B. (2008). Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW). Kohlenmonoxid. Verfügbar unter: <http://toxnet.ch/aktuelles/index.html> [abgerufen am: 29.03.2012].

Nethercott, J.R.; Davidoff, L.L.; Curbow, B. et al. (1999). Multiple chemical sensitivities syndrome: toward a working case definition. *Archives Environmental Health*, 48, 19-26.

Nowak, D., Pedrosa Gil, F., Angerer, P., Tretter, F. & Eis, D. (2005) Multiple Chemikalien-Unverträglichkeit (MCS) – aktueller Stand. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 130, 2713-2718.

Nunes, E. D. (2010). Hollingshead and Redlich: Research on social class and mental illness fifty years after. *Historia, Ciencias, Saude*, 17 (1).

Pall, M. L. (2007). Nitric oxid synthase partial uncoupling as a key switching mechanism for the NO/ONOO-cycle. *Medical Hypotheses*, 69, 821-825.

Pall, M. L. (2010). Teufelskreis NO/ONOO-Zyklus, oxidativer Stress, mitochondriale, inflammatorische und neurologische Dysfunktion. *Umwelt-Medizin-Gesellschaft* (4), 281-293. Verfügbar unter: http://www.umg-verlag.de/umwelt-medizin-gesellschaft/410_pall.pdf [abgerufen am: 06.11.2012].

Rea, W.J. (1992). *Chemical Sensitivity Volume 1: Principles and mechanism*. Boca Raton: Lewis Publishers.

Rea, W.J. (1994). *Chemical Sensitivity Volume 2: Sources of total body load*. Boca Raton: Lewis Publishers.

Rea, W.J. (1996). *Chemical Sensitivity Volume 3: Clinical manifestations of pollutant overload*. Boca Raton: Lewis Publishers.

Rea, W.J. (1997). *Chemical Sensitivity Volume 4: Tools of diagnosis and methods of treatment*. Boca Raton: Lewis Publishers.

- Reetz, A. (1998). *Ein Kanarienvogel singt wieder*. Breklum: Breklumer Verlag.
- Rost, D.H. & Hoberg, K. (1997). Itempositionsveränderung in Persönlichkeitsfragebogen: Methodischer Kunstfehler oder tolerierbare Praxis? *Diagnostica*, 43 (2), 97-112.
- Rüesch, P., Volken, T., Bänziger, A. & Gügler, R. (2011). Messinstrumente zu psychischer Gesundheit-Krankheit in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Empirische Analyse der Messeigenschaften und Vergleich mit europäischer Erhebung. *OBSAN Dossier*, 16.
- Schäfer, M.L. (2002). Zur Geschichte des Neurastheniekonzeptes und seiner modernen Varianten Chronic-Fatigue-Syndrom, Fibromyalgie sowie Multiple Chemische Sensitivität. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 70 (11); 570-582.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schwenk, M. (2004). Multiple Chemical Sensitivity (MCS) – wissenschaftliche und gesundheitspolitische Aspekte. *Laryngo-Rhino-Otol*, 83 (11), 763-765.
- Skovbjerg, S., Hauge, C.R., Rasmussen, A., Winkel, P. & Elberling, J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy to treat multiple chemical sensitivities: A randomized pilot trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 233-238.
- Skovbjerg, S.; Zachariae, R., Rasmussen, A. Johansen, J.D. & Elberling, J. (2010). Attention to bodily sensations and symptom perception in individuals with idiopathic environmental intolerance. *Environmental Health Preventive Medicine*, 15, 141-150.
- Skovbjerg, S. Rasmussen, A., Johansen, J.D. & Eberling, J. (2009). Impact of self reported multiple chemical sensitivity on everyday life: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 621-626.
- Staudenmayer, H. (2001). Idiopathic environmental intolerances (IEI): myth and reality. *Toxicology letters*, 120 (1-3), 333-342.
- Steinmann, R.M. (2012). *Spiritualität - die vierte Dimension der Gesundheit: Eine Einführung aus der Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention*. Reihe Psychologie des Bewusstseins (Band 11). Berlin: LIT.
- Valkenburg, E. (2008). *MCS: Wenn chemische Substanzen und Duftstoffe krank machen. Erfahrungen – Informationen – Adressen zur Multiplen Chemikaliensensitivität*. Freiburg: Hans-Nietsch.
- Verein Hausärzte Stadt Zürich (o. J.). MCS – wissenschaftlicher, sozialer und politischer Stand. MCS – Multiple Chemical Sensitivity. Verfügbar unter: <http://www.hausarzt.ch/open/aerzte/mcs.htm> [abgerufen am: 08.09.2014].
- WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [abgerufen am: 22.03.2015].

- WHO (2006). Housing and health regulations in Europe. Bonn: WHO Europ. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/121837/e89278.pdf [abgerufen am: 22.03.2015].
- Wiesner, G., Pedrose Gil, F. & Nowak, D. (2005). [Multiple chemical sensitivity (MCS) – a case series]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 130 (7), 329-332.
- Winder, C. (2002). Review article: Mechanism of multiple chemical sensitivity. *Toxicology Letters*, 128, 85-97.
- Wydra, G. (2005). Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW). Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens. Verfügbar unter: <http://www.sportpaedagogik-sb.de/pdf/FAHW-Manual.pdf> [abgerufen am: 27.03.2013].
- Zaghow, M. & Megert, R. (2001). Berufsgenossenschaftliche Relevanz des MCS (Multiple Chemical Sensitivity)-Syndroms. Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IPA), *BGFA -Info* (2), S. 1-4., Verfügbar unter: <http://www.ipa.ruhr-uni-bochum.de/publik/info0201/mcs.php> [abgerufen am: 25.10.2012].
- Ziem, G. (2001). Medical Evaluation and Treatment of Patients with Chemical Injury and Sensitivity. National Institute of Environmental Health Science.

7 Anhang

Anhang A: Abkürzungen

Abkürzung	Begriff
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heisst
ebd.	ebenda
et al.	et alia = und andere
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
i. S.	im Sinn
IV	Invalidenversicherung
k. A.	Keine Angaben
KV	Krankenversicherung
M.	Mean (arithmetischer Mittelwert = Durchschnitt)
Mdn.	Median (Zentralwert, Mittelwert für Verteilungen)
o.J.	ohne Jahr
resp.	respektive
s.	siehe
S.	Seite
s.o.	siehe oben
u. a.	unter anderem
UV	Unfallversicherung
vgl.	vergleiche
zit. n.	zitiert nach

Abkürzung	Begriff
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

Anhang B: Glossar

Begriff	Beschreibung
Alkalisierung	Der Vorgang, etwas basisch / alkalisch zu machen
Anamnese	Erhebung der medizinischen Vorgeschichte (Krankengeschichte) durch eine Ärztin bzw. einen Arzt nach Angaben der Patientin bzw. des Patienten.
Ätiologie	Unter Ätiologie wird die Lehre der Ursachen der Krankheiten verstanden.
Autonomes Nervensystem	Das autonome Nervensystem wird auch vegetatives Nervensystem genannt, s. vegetativ.
CFS	CFS steht für Chronic Fatigue Syndrom, das chronische Erschöpfungssyndrom, auch benigne myalgische Enzephalomyelitis oder postvirales Müdigkeitssyndrom genannt Hauptmerkmale von CFS sind eine starke geistige und körperliche Erschöpfung bzw. Erschöpfbarkeit und eine spezifische Kombination weiterer Symptome.
Computertomographie	Röntgenuntersuchungstechnik, bei der aus den von einem Computer aufbereiteten Messergebnissen ein Dichteverteilungsgrad der untersuchten Schichten rekonstruiert wird.
Copingstrategien	Unter Copingstrategien werden Bewältigungsstrategien verstanden.
Deduktiv	Das Besondere bzw. den Einzelfall aus dem Allgemeinen ableiten.
Demografisch	Die Demografie betreffend. Die Demografie beinhaltet die wissenschaftliche Untersuchung menschlicher Populationen, analysiert Grössen, Zusammensetzungen und andere Eigenschaften von Populationen sowie deren Veränderung.
Dermatologisch	Die Haut betreffend Dermatologie: Die Lehre der Hautkrankheiten.
Desensibilisierung	Schrittweises Herabsetzen einer allergischen. Reaktion durch eine regelmässige, meist über einen längeren Zeitraum

	erfolgende Injektion des auslösenden Allergens in unterschwelligen, langsam ansteigenden Konzentrationen.
Diagnostik	Gesamtheit aller Massnahmen, die zur Erkennung (Diagnose) einer Krankheit führen.
Differentialdiagnose differentialdiagnostisch	Die Gesamtheit aller Diagnosen, die alternativ als Erklärung für die erhobenen Symptome (Krankheitszeichen) oder medizinischen Befunde in Betracht zu ziehen sind.
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders Vergleichbar mit dem ICD-10, allerdings ausschliesslich für psychische Erkrankungen.
Effektive Mikroorganismen	Die Symbiose von effektiven Mikroorganismen sollen regenerative, aufbauende und antioxidative Kräfte erzeugen. Fäulnis, Gestank, Krankheit und andere degenerative Prozesse sollen mit Hilfe von effektiven Mikroorganismen überwunden werden können.
eklektisch	aus bereits Vorhandenem auswählend, aus Verschiedenem ausgewählt
Elektroenzephalogramm	Aufzeichnung des Verlaufs der Hirnaktionsströme (EEG).
Endokrin	Mit innerer Sekretion verbunden (von Drüsen).
Epidemiologie	Epidemiologie ist die wissenschaftliche Disziplin, die sich mit der Verbreitung sowie den Ursachen und Folgen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in Bevölkerungen oder Populationen beschäftigt.
Ethnologie ethnologisch	Völkerkunde Die Völkerkunde betreffend.
Faktorenanalyse	Ein Statistikverfahren, mit dem von beobachteten Variablen auf zugrundeliegende nicht beobachtbare Faktoren geschlossen wird.
Formaldehyd	Formaldehyd ist einer der wichtigsten organischen Grundstoffe in der chemischen Industrie und dient als Ausgangsstoff für viele andere chemische Verbindungen. Formaldehyd wird eingesetzt zur Textilveredelung und zur Herstellung von Kunststoffen, Totimpfstoffen, Kosmetika, Flächendesinfektionsmittel, Klebstoff, Düngemittel, Fungizid

	Süssstoff, Konservierungsstoffen, Bindemittel, etc.
Gastrointestinal	Den Gastrointestinaltrakt, d. h. den Magen-Darm-Trakt betreffend.
Halbwertszeit	Zeitspanne, nach der eine mit der Zeit abnehmende Grösse die Hälfte des anfänglichen Werts erreicht.
HPA-Axis	HPA-Axis steht für (limbic-)hypothalamic-pituitary-adrenal axis, auf Deutsch Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse.
Hypochondrie	Hypochondrische Menschen interpretieren körperliche Empfindungen oder Symptome unrealistisch und ängstlich als Zeichen einer schweren Erkrankung.
Hypoglykämie	Abnorm geringer Zuckergehalt des Blutes, Unterzuckerung
Hysterie	Frühere Bezeichnung für Störungen, die heute als somatoforme Störungen bezeichnet werden, s. somatoforme Störungen bzw. Somatisierungsstörungen
ICD-9 bzw. ICD-10	ICD steht für: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Die Zahl dahinter gibt die Ausgabe an.
Idiopathic Environmental Intolerances	Idiopathische umweltbezogene Unverträglichkeit (IEI) wird oft als Synonym für MCS verwendet.
Idiosynkrasie	Eine angeborene Überempfindlichkeit gegenüber Substanzen, die bereits beim Erstkontakt auftritt
Immunologie	Wissenschaft, die sich mit der Reaktion des Organismus auf das Eindringen körperfremder Substanzen (z.B: Bakterien, Viren, Pilze) befasst.
Immuntoxizität	Fachgebiet der Toxikologie, das die Folgen von in der Regel niedermolekularen chemischen Substanzen auf das Immunsystem untersucht. Die Art der toxischen Wirkung einer bestimmten Substanz steht dabei im engen Zusammenhang mit den besonderen Eigenschaften des Immunsystems, insbesondere der Vielzahl an möglichen Zelltypen und deren Funktionen.
Induktiv	Induktiv bedeutet vom Besonderen oder dem Einzelfall auf das Allgemeine schliessend.
Informed Consent	Informierte Einwilligung.

Iterativ	Sich wiederholend, schrittweise.
Kakosomie	Gestörte Geruchswahrnehmung, bei der alle Gerüche als übelriechend empfunden werden.
Kardial	Zum Herzen gehörend, das Herz betreffend, vom Herz ausgehend.
Likert-Skala	Für einen Likert-Test werden mehrere wertende Aussagen formuliert, denen die Person mittels einer Skala zustimmt oder die sie ablehnt. Likert-Skalen bestehen üblicherweise aus 5, 7 oder 11 Merkmalsausprägungen. Die mittlere Antwort, bei einer 7er-Likertskala die 4, steht stellvertretend für die Antwort „weiß nicht, unentschieden“.
Limbic Kindling	„Limbic kindling is a condition where either repeated neurological exposure to initially chronic sub-threshold stimulus, or a short-term high intensity stimulus (eg brain trauma), can eventually lead to persistent hypersensitivities to the stimulus“ (Gratrix, 2014).
Lipidoxidation	Chemische Reaktion mit Fettsäuren, bei der gewebeschädigende chemische Verbindungen entstehen.
Lipophil	Eine Substanz ist dann lipophil, wenn sie sich gut in Fetten und Ölen auflösen lässt oder ihrerseits Fette und Öle gut lösen kann.
Magnetresonanztomographie	Computergestütztes, bildgebendes Verfahren, das mithilfe der magnetischen Eigenschaften Wasserstoffatome im zu untersuchenden Körperteil ein detailliertes Bild der Gewebestruktur erstellt.
Memon-Gerät	Memon ist eine Technologie, die auf der Basis der Gegenschwingung Schadstoffe neutralisiert.
Metabolismus	Synonym von Stoffwechsel.
Modus vivendi	Eine erträgliche Übereinkunft, eine Verständigung.
Musculoskeletal	Das musculoskeletale System, d. h. den Bewegungsapparat betreffend
Neurogenic switching	“It is hypothesized that neurogenic switching is one possible mechanism by which stimulation of inflammation at one site can lead to inflammation at another. An exposure to either an allergen or chemical irritant at one site leads to a sensory nerve impulse.” (Meggs, 1995, S. 55).

Neuralgisch	Kritisch, problematisch, heikel.
Neuromuskulär	Die Nerven und Muskeln betreffend.
Nozebo-Effekt	Bezeichnung der Reaktion auf ein (medizinisches) Präparat ohne spezielle Wirkung. Im Gegensatz zur positiven Wirkung beim Placebo-Effekt erfolgt beim Nozebo-Effekt eine negative Wirkung.
Nervus Trigeminus	Ist ein Hirnnerv, welcher mit seinen drei Ästen den Gesichtsschädel versorgt.
Orthomolekular	Die orthomolekulare Medizin zielt mit Hilfe von Supplementierung auf den Ausgleich von Ungleichgewichten im Nährstoffhaushalt (Vitamine und Mineralstoffe) ab.
Parenterale Ernährung	Die parenterale Ernährung ist ein Infusionsprogramm, bei dem die Patientin bzw. der Patient mit allen notwendigen Nährstoffen über das Blutgefäßsystem (para enteral = neben dem Darm) versorgt wird, der Verdauungstrakt wird dabei komplett umgangen.
Pathologie	Teilgebiet der Medizin, deren Fokus auf krankhaften Vorgängen und Zuständen im menschlichen Körper sowie deren Ursachen liegt.
Pathophysiologie	Lehre von den krankhaft veränderten Körperfunktionen, sowie ihrer Entstehung und Entwicklung.
Petrochemie petrochemisch	Die Herstellung von chemischen Produkten aus Erdgas und geeigneten Fraktionen des Erdöls. Die Petrochemie betreffend.
Phenole	Als Phenole werden in der Chemie Verbindungen bezeichnet, die aus einem aromatischen Ring (Arene) und einer oder mehrerer daran gebundener Hydroxygruppen bestehen. Phenole sind die Grundlage zur Herstellung von Kunstharzen (Phenoplaste). Sie werden auch bei der Herstellung von Kunststoffen, Farbstoffen, Pharmazeutika und Pestiziden verwendet.
Porphyrinopathie	Störungen des Porphyrinstoffwechsels. Porphyrine sind organisch-chemische Farbstoffe im menschlichen Körper.

post-traumatische Stressreaktion	Reaktion eines Menschen auf ein traumatisches Ereignis.
Prävalenz	Unter Prävalenz wird die Krankheitshäufigkeit verstanden, also wie viele Personen einer bestimmten Population an einer bestimmte Krankheit zum Erhebungszeitpunkt erkrankt sind.
Pretest	Vortest bzw. Ausprobieren eines Erhebungsinstruments vor der Durchführung einer Erhebung.
Psychogene Theorie	Psychogene Theorien gehen davon aus, dass psychische Einflüsse psychische Störungen verursachen.
Psychosomatik	Lehre des Zusammenhangs zwischen somatischen (körperlichen) Störungen, Symptomen oder Krankheitsbildern und der Psyche.
RADS	Reactive Airways Dysfunction Syndrom = chemisch-irritatives Asthma bronchiale.
Redox	Redox ist eine Kurzbezeichnung für das Reduktionsoxidationssystem. Dies ist ein System aus Elektronenaufnahme und -abgabe, die bis zur Einstellung eines Gleichgewichts miteinander reagieren.
Reliabilität	Unter Reliabilität wird die Zuverlässigkeit der Messung eines wissenschaftlichen Messinstrumentes verstanden.
Remote Control Technologie, Smart-Home	Technische Verfahren und Systeme in Wohnräumen und -häusern, in deren Mittelpunkt eine Erhöhung von Wohn- und Lebensqualität, Sicherheit und effizienter Energienutzung auf Basis vernetzter und fernsteuerbarer Geräte und Installationen sowie automatisierbarer Abläufe steht.
rhino-laryngoskopische Befunde	Befunde, die Hals und Nase betreffen und durch eine Spiegelung erhoben werden.
Reversibilität	Umkehrbarkeit.
Salienz	Bedeutet Auffälligkeit. Wird ein Reiz aus seinem Kontext hervorgehoben und ist er dadurch dem Bewusstsein leichter zugänglich als nicht-saliente Reize.
Salutogenese	Gesundheitserhaltung Bezeichnet eine Fragestellung und eine Sichtweise der Medizin, die sich mit der Entstehung und der Erhaltung der Gesundheit befasst.

Schungit-Stein	Der Schungit-Stein besteht aus kleinen Häufchen oder Kügelchen, welche aus Kohlenstoff bestehen und, „Globuli“ genannt werden. Geraten diese Globuli ins Wasser, sollen sie den Wassermolekülen heilende Kräfte verleihen.
Semistrukturiert (Datenerhebung)	Bezieht sich in diesem Fall auf die Interviews, die einem Leitfaden entlang geführt wurden und somit eine Struktur aufwiesen, die Reihenfolge der Fragen dabei jedoch situativ angepasst wurde.
Signifikante Effekte	Ein Effekt ist dann signifikant, wenn er grösser ist als aufgrund eines Zufalls erwartet werden kann.
Somatoforme Störungen/ Somatisierungsstörung	Körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen.
Spezialistinnen und Spezialisten	Ärztinnen und Ärzte mit Fachtitel, Ausnahme von Allgemeiner Medizin und Innerer Medizin (=Hausärztinnen und Hausärzte) sowie Umweltmediziner. Diese werden separat ausgewiesen.
Stichprobe	Teilmenge aus der Grundgesamtheit Personen, die aufgrund bestimmter Charakteristika zu einer Gruppe zusammengefasst wurden. Hier z. B. alle MCS-Betroffenen ohne Mietinteresse
Structure or Agency Debatte	Unter Structure werden in der Soziologie die Gegebenheiten verstanden, die die freie Wahl und Möglichkeiten des Individuums beeinflussen oder limitieren. Agency steht für die Fähigkeiten des Individuums unabhängig zu agieren und sich frei entscheiden zu können. Die Debatte befasst sich damit, welche der beiden Aspekte massgebender ist.
Syndrom	Unter Syndrom wird das gleichzeitige, gemeinsame Auftreten verschiedener Symptome oder Merkmale und somit ein Symptomenkomplex verstanden.
Time Dependent Sensitization (TDS)	Zeitabhängige Sensitivierung. Sensitivierung bezeichnet die Zunahme der Stärke einer Reaktion bei wiederholter Darbietung desselben Reizes.
Validität	Die Gültigkeit eines wissenschaftlichen Versuchs.
Vegetativ	Die Funktion des vegetativen Nervensystems betreffend (dem Willen nicht unterliegend).

Vegetatives Nervensystem	Das vegetative Nervensystem bezeichnet die Gesamtheit der Nerven und Ganglienzellen, die für die Regelung der Vitalfunktionen verantwortlich sind.
Zytokine	Proteine, welche für die Regulation des Wachstums und der Differenzierung von Zellen verantwortlich sind.

Anhang C: Fragebogen



^b
**UNIVERSITÄT
BERN**
Institut für Sozial- und
Präventivmedizin
Abteilung für
Gesundheitsforschung

Auswahlverfahren MCS-Wohnungen Rebenweg Zürich-Leimbach

Dieser Fragebogen ist ein Teil des Bewerbungsverfahrens für eine Wohnung im MCS-Haus in Zürich-Leimbach. Mit Ihrer Bewerbung erklären Sie sich einverstanden an der Evaluationsstudie der Universität Bern teilzunehmen und mehrere Fragebogen auszufüllen sowie an einem allfälligen Interview teilzunehmen. Ihre Angaben werden anonym behandelt und Resultate aus dieser Studie erfolgen ausschliesslich in aggregierter Form, so dass keine Rückschlüsse auf Sie als Einzelperson gezogen werden können. Trotz der Anonymität bitten wir Sie am Ende des Fragebogens Ihren Namen und Ihren Wohnort anzugeben, damit für uns eine spätere (wissenschaftliche) Zuordnung z.B. zum Interview möglich ist.

Vorliegender Fragebogen beinhaltet Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem Gesundheitsverhalten, zu Ihrem Haushalt, zu Ihrer Ausbildung und Ihrem Beruf, Ihrem monatlichen Nettohaushaltseinkommen, zu Ihrem Wohlbefinden sowie zu Ihren Personalien. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit und füllen Sie den Fragebogen vollständig aus, damit Ihre Angaben sowohl MCS-Betroffenen als auch der Untersuchung optimal dienen.

Fragen zu Ihrem monatlichen Nettohaushaltseinkommen

In den ersten Fragen geht es um die Höhe Ihres Haushaltseinkommens. Wir sind uns bewusst, dass Sie an anderer Stelle des Bewerbungsverfahrens bereits darüber Auskunft gegeben haben. Im Sinne des Forschungsprozesses und einer wesentlichen Arbeitserleichterung bitten wir Sie diese Fragen trotzdem nochmals auszufüllen.

Frage 1

Wie hoch ungefähr ist das gesamte monatliche Einkommen von Ihrem Haushalt?

Das heisst die Summe von allen Einkommen von allen Haushaltsmitgliedern zusammengezählt, nach Abzug von den obligatorischen Sozialversicherungsbeiträgen und den Pensionskassenbeiträgen, zuzüglich bzw. abzüglich allfälliger Alimente.

Wie viel ist das ungefähr?

- ☐ weniger als 3000 Franken pro Monat
- ☐ zwischen 3001 und 4500 Franken pro Monat
- ☐ zwischen 4501 und 6000 Franken pro Monat
- ☐ zwischen 6001 und 9000 Franken pro Monat
- ☐ mehr als 9000 Franken pro Monat
- ☐ ich weiss es nicht

Müssen Sie Alimente für Kinder oder eine (Ex-)Frau / einen (Ex-)Mann bezahlen?

- ☐ ja
- ☐ nein

Bekommen Sie persönlich eine Rente (AHV, IV), Taggeld, Alimente, Stipendien, Arbeitslosenunterstützung oder sonstige finanzielle Unterstützung?

- ☐ ja
- ☐ nein

Welche Arten von finanzieller Unterstützung sind das? Ist das...

	Ja	Nein
AHV-Rente (Altersrente)	☐	☐
Altersrente der beruflichen Vorsorge, Pensionskasse (2. Säule)	☐	☐
Altersrente der privaten Vorsorge, Lebensversicherung (3. Säule)	☐	☐
Invalidenrente (IV, Unfallversicherung, Militärversicherung, berufliche Vorsorge)	☐	☐
Hilflosenentschädigung (AHV, IV, UV, MV)	☐	☐
Taggelder (IV, Krankenversicherung, Unfallversicherung)	☐	☐
Stipendium / Ausbildungsdarlehen	☐	☐
Arbeitslosengeld	☐	☐
Alimente / Unterhaltsbeiträge / Alimentenbevorschussung	☐	☐
Ergänzungsleistungen (EL)	☐	☐
Witwen/Witwer- und Waisenrente	☐	☐
Sozialhilfe / Fürsorgeleistungen / Wohngeld	☐	☐
Überbrückungsrente vor dem offiziellen AHV-Alterseintritt (inkl. vorzeitiger Pensionierung)	☐	☐
andere Rente	☐	☐

Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem Gesundheitsverhalten:

Frage 2

Wie wichtig ist die Gesundheit für Sie?

Sie sehen hier 3 verschiedene Meinungen. Geben Sie bitte an, welche mit Ihrer eigenen Meinung am ehesten übereinstimmt. Bitte nur ein einziges Kästchen ankreuzen.

- ☐ Ich lebe ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern.
- ☐ Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil.
- ☐ Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe.

Frage 3

Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage das Kästchen an, das Ihrer Antwort am ehesten entspricht.

- | | | | | | |
|----|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| a) | Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig. | Stimme voll und ganz zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme überhaupt nicht zu |
| | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b) | Ich fühle mich im Leben gelegentlich hin und hergeworfen. | Stimme voll und ganz zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme überhaupt nicht zu |
| | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c) | Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe. | Stimme voll und ganz zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme überhaupt nicht zu |
| | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| d) | Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert. | Stimme voll und ganz zu | Stimme eher zu | Stimme eher nicht zu | Stimme überhaupt nicht zu |
| | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Frage 4

Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?

- ☐ sehr gut
- ☐ gut
- ☐ mittelmässig
- ☐ schlecht
- ☐ sehr schlecht

Frage 5

Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem?

- ☐ ja
- ☐ nein

Frage 6

Wie sehr sind Sie zumindest während der letzten 6 Monate durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt gewesen?

- Würden Sie sagen, Sie sind ...
- ☐ stark eingeschränkt ...gewesen.
- ☐ etwas eingeschränkt
- ☐ nicht eingeschränkt

Falls eine Einschränkung besteht, beantworten Sie bitte untenstehende Frage.

Ist das Ihrer Meinung nach körperlich oder psychisch bedingt?

- ☐ körperlich bedingt
- ☐ psychisch bedingt
- ☐ beides
- ☐ weder körperlich noch psychisch bedingt
- ☐ weiss nicht

Frage 7

Sind Sie in ärztlicher Behandlung gewesen wegen einer oder mehrere der folgenden Krankheiten, oder Sind Sie zurzeit in Behandlung?

	Nein	Ja, vor den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen	Ja, innerhalb der letzten 12 Monate in Behandlung gewesen	Ja, zurzeit noch in Behandlung
Migräne	☐	☐	☐	☐
Asthma	☐	☐	☐	☐
Diabetes, Zuckerkrankheit	☐	☐	☐	☐
Arthrose, (rheumatische) Arthritis	☐	☐	☐	☐
Magengeschwür oder Zwölffingerdarmgeschwür	☐	☐	☐	☐
Osteoporose	☐	☐	☐	☐
Chronische Bronchitis, Emphysem	☐	☐	☐	☐
Hoher Blutdruck	☐	☐	☐	☐
Herzinfarkt (Herzschlag)	☐	☐	☐	☐
Schlaganfall (Schlagli)	☐	☐	☐	☐
Nierenkrankheit, Nierensteine	☐	☐	☐	☐
Krebs, Geschwulst	☐	☐	☐	☐
Heuschnupfen oder andere Allergien	☐	☐	☐	☐
Depression	☐	☐	☐	☐

Frage 8

Haben Sie in den letzten Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn bekommen, z.B. Hilfe wie Einkaufen, Pflege, Essen zubereiten oder bringen, usw.?

- ☐ ja ☐ nein

Haben Sie – für sich selber – in den letzten 7 Tagen solche Hilfe bekommen?

- ☐ ja ☐ nein, dann weiter bei Frage 8

Um was für Hilfe hat es sich gehandelt? Handelt es sich um:

Bitte alles Zutreffende ankreuzen.

- ☐ Einkaufen
- ☐ Mahlzeiten
- ☐ Krankentransporte
- ☐ Hilfe im Haushalt
- ☐ Kranken- oder Körperpflege
- ☐ Betreuung der übrigen Familienmitglieder
- ☐ Gesellschaft leisten
- ☐ Finanzielle Hilfe
- ☐ Vermittlung von Hilfe oder einer Organisation
- ☐ Hilfe bei administrativen Angelegenheiten

Und wer hat hauptsächlich Hilfe geleistet?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen.

- ☐ Ehemann, Ehefrau, Partner/in
- ☐ Tochter
- ☐ Sohn
- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ Schwester
- ☐ Bruder
- ☐ andere Familienmitglieder
- ☐ Nachbarn
- ☐ Bekannte(r) / Freund(in)
- ☐ Andere (z.B. Spitex, Mahlzeitendienst, etc.)

Frage 9

Wie viele Male haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Therapien in Anspruch genommen? Wenn Sie eine Therapie besucht haben, waren Sie hierfür bei einem diplomierten Arzt?

Wenn Sie nie eine der folgenden Therapien besucht haben, tragen Sie bitte die Zahl „0“ ein.

	-Mal	Dipl. Arzt	Nichtärztlicher Therapeut	Weiss nicht
Akupunktur	☐	☐	☐	☐
Homöopathie	☐	☐	☐	☐
Kräutermedizin bzw. Pflanzenheilkunde	☐	☐	☐	☐
Shiatsu / Fussreflexzonenmassage	☐	☐	☐	☐
Autogenes Training, Hypnose	☐	☐	☐	☐
Neuraltherapie	☐	☐	☐	☐
Traditionelle Chinesische Medizin ohne Akupunktur	☐	☐	☐	☐
Anthroposophische Medizin	☐	☐	☐	☐
Bioresonanztherapie	☐	☐	☐	☐
Indische Medizin /Ayurveda	☐	☐	☐	☐
Osteopathie	☐	☐	☐	☐
Andere Therapien z.B. Kinesiologie, Feldenkrais, usw.	☐	☐	☐	☐

Frage 10

Man hört häufig, dass das Gesundheitssystem immer komplizierter wird. Haben Sie das Gefühl, dass Sie genug wissen, um sich darin sicher zu bewegen? Wie sicher würden Sie sich in den vier nachstehenden Bereichen einschätzen?

Bitte für jede Linie die entsprechende Antwort ankreuzen / Ihre Antworten können Sie zwischen 1 (sehr sicher) bis 5 (sehr unsicher) variieren.

	Sehr sicher 1	2	3	4	Sehr unsicher 5	Weiss nicht
Persönliches Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, Bewegung)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konsumverhalten (z.B. Einkauf gesunder Nahrungsmittel, Nahrungszusatzpräparate, freiverkäufliche Medikamente)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als Bürger bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Frage 11

Wie steht es mit Störungen bei Ihnen zu Hause? Gibt es häufig oder regelmässig Störungen, die Sie persönlich als lästig empfinden?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen.

- ☐ Lärm von Autos
- ☐ Lärm von der Eisenbahn
- ☐ Lärm von Flugzeugen
- ☐ Lärm durch Industrie und Gewerbe
- ☐ Lärm von Leuten oder Kindern, die nicht zum eigenen Haushalt gehören
- ☐ Verkehrsabgase
- ☐ Industrieabgase / Gestank
- ☐ Störungen durch die Landwirtschaft
- ☐ elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen
- ☐ andere Störungen
- ☐ keine Störungen

Frage 12

Falls Sie Gesellschaft suchen, Hilfe oder andere Formen von Unterstützung brauchen, inwiefern steht Ihnen bei Bedarf eine Person zur Seite, die ...
(bitte für jede Linie die entsprechende Antwort ankreuzen).

	nie	selten	manchmal	meistens	Immer
... Ihnen helfen kommt, falls Sie das Bett hüten müssen?	☐	☐	☐	☐	☐
... Ihnen zuhört, falls Sie sich aussprechen möchten?	☐	☐	☐	☐	☐
... Ihnen in Krisensituationen zur Seite steht?	☐	☐	☐	☐	☐
... Sie in den Arm nimmt?	☐	☐	☐	☐	☐

Frage 13

Während der letzten zwei Wochen ...

Haben Sie sich da die meiste Zeit des Tages traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt?

An den meisten Tagen

☐

Manchmal

☐

Nein, nie

☐

Haben Sie Ihr Interesse an fast allem verloren, oder konnten Sie sich nicht mehr über Dinge freuen, die Ihnen sonst Freude bereiteten?

An den meisten Tagen

☐

Manchmal

☐

Nein, nie

☐

Haben Sie sich müde, erschöpft und ohne Energie gefühlt (auch wenn sie nicht hart gearbeitet haben)?

An den meisten Tagen

☐

Manchmal

☐

Nein, nie

☐

Haben Sie Ihren Appetit verloren oder erheblich an Gewicht verloren?

An den meisten Tagen

☐

Manchmal

☐

Nein, nie

☐

Hatten Sie Schwierigkeiten einzuschlafen, durchzuschlafen oder sind zu früh aufgewacht?

An den meisten Tagen

☐

Manchmal

☐

Nein, nie

☐

Haben Sie langsamer gesprochen oder sich langsamer bewegt als gewöhnlich?

An den meisten Tagen

☐

Manchmal

☐

Nein, nie

☐

War ihr sexuelles Interesse geringer als gewöhnlich oder hatten gar kein sexuelles Verlangen mehr?

An den meisten Tagen

☐

Manchmal

☐

Nein, nie

☐

Haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren, sich wertlos oder schuldig gefühlt, oder machten Sie sich unbegründet Selbstvorwürfe?

An den meisten Tagen

☐

Manchmal

☐

Nein, nie

☐

Hatten Sie Schwierigkeiten sich zu konzentrieren (z.B. beim Lesen oder Fernsehen) oder alltägliche Entscheidungen zu treffen?

An den meisten Tagen

☐

Manchmal

☐

Nein, nie

☐

Haben Sie viel über den Tod nachgedacht oder dachten Sie daran, sich das Leben zu nehmen?

An den meisten Tagen

☐

Manchmal

☐

Nein, nie

☐

Frage 14

Nachfolgend finden Sie drei Fragen über verschiedene Aspekte des Lebens. Kreuzen Sie für jede der drei Fragen diejenige Antwort an, die Ihrer Situation am meisten entspricht.

Ihre Antworten können Sie mit den Werten 1-7 variieren.

Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

Sehr oft 1	2	3	4	5	6	Seiten oder nie 7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

Sehr oft 1	2	3	4	5	6	Seiten oder nie 7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie eine Quelle tiefer Freude und Zufriedenheit oder von Schmerz und Langeweile?

Tiefe Freude und Zufriedenheit 1	2	3	4	5	6	Von Schmerz und Langeweile 7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

In den nachfolgenden Fragen geht es um die Einnahme von Medikamenten.

Frage 15

Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen ein Medikament eingenommen und wurde/n dies/e vom Arzt verordnet? Handelt es sich dabei um ein schulmedizinisches oder ein komplementäres Medikament?

	täglich	Mehr- mals pro Woche	Etwa 1x pro Woche	nie	Vom Arzt ver- ordnet	Nicht vom Arzt ver- ordnet	Schulmedi- zinisch	Kom- plementär
Mittel gegen Bluthochdruck	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Herz- medikamente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schmerzmittel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mittel zur Beruhigung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mittel gegen Verstopfung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mittel gegen Asthma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medikamente gegen hohes Cholesterin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medikamente gegen Depression	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mittel gegen Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Medikamente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Falls Sie andere Medikamente einnehmen, um welche handelt es sich?

Name des Medikaments:

Fragen zu Ihrem Haushalt:

Frage 16

Als erstes geht es darum nähere Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer Lebenssituation zu erhalten.

Wie viele Personen wohnen in Ihrem Haushalt, sie selber mitgerechnet?

Anzahl im Haushalt lebender Personen:

Angaben zu

Ihrer Person:

Jahrgang:

Geschlecht: m ☐ w ☐

Falls mehr als 1 Personen im Haushalt leben:

Wie alt sind diese Personen? Geben Sie bitte jeweils das Geschlecht und das vollendete Alter der Person und nicht den Jahrgang an.

Person 1 Jahrgang: Geschlecht: m ☐ w ☐

Person 2 Jahrgang: Geschlecht: m ☐ w ☐

Person 3 Jahrgang: Geschlecht: m ☐ w ☐

Frage 17

Wie würden Sie Ihren Haushalt beschreiben? Ist dies ein ...

- ☐ Einzelpersonenhaushalt
- ☐ Paar ohne Kinder
- ☐ Paar mit Kind/ern
- ☐ Einelternhaushalt mit Kind/ern (ein/e)
- ☐ eine Person, die mit einem Elternteil oder den Eltern lebt
- ☐ Anderer Haushalt (ohne Paare und ohne Alleinerziehende, z.B. eine Wohngemeinschaft, eine Geschwisterhaushalt, etc.)

Frage 18

Was ist Ihr Zivilstand?

- ☐ ledig
- ☐ verheiratet
- ☐ verwitwet
- ☐ geschieden
- ☐ getrennt
- ☐ in eingetragener Partnerschaft
- ☐ aufgelöste eingetragene Partnerschaft
- ☐ andere
- ☐ ich weiss nicht

Was für eine Nationalität haben Sie?

Fragen zu Ihrer Ausbildung und Ihrem Beruf

In den nächsten Fragen geht es um Schulen, Ausbildungen oder Studium, die Sie mit einem Diplom, einem Attest, einem Zertifikat oder einem Abschlusszeugnis abgeschlossen haben. (ohne Ausbildungskurse ohne Diplom)

Frage 19

Was ist Ihre höchste Ausbildung, welche Sie abgeschlossen haben?

Abgeschlossen = mit Diplom, Attest, Zertifikat oder Abschlusszeugnis

- ☐ Berufsprüfung mit Eidg. Fachausweis und höhere Fachprüfung mit Eidg. Diplom bzw. Meisterdiplom
- ☐ Techniker- oder andere Fachschulen, TS, HKG (2 Jahre Voll- oder 3 Jahre Teilzeitstudium)
- ☐ Höhere Fachschulen HTL, HWV, HFG (3 Jahre Voll- oder 4 Jahre Teilzeitstudium)
- ☐ Pädagogische Hochschulen (PH): Studiengänge für angehende Lehrpersonen
- ☐ Fachhochschulen (FH), Bachelor FH, Master FH, Nachdiplom FH
- ☐ Universität, Universitäre Hochschulen, ETH (kantonale universitäre Hochschulen sowie Eidg. Technische Hochschulen) Lizenziat, Bachelor, Master, Nachdiplomstudium
- ☐ Doktorat an einer Universität, an einer Universitären Hochschule oder an einer Eidg. Technischen Hochschule
- ☐ 1 jährige Vorlehre, 1-jährige Handelsschule, 1-jährige allgemein bildende Schule, 10. Schuljahr, 1-jährige Berufswahlschule, Haushaltslehrjahr, Minimum 1-jähriger Sprachschule (mit Schlusszertifikat)
- ☐ 2-jährige berufliche Grundbildung mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis oder eidgenössischem Berufsattest
- ☐ 2-jährige Vollzeitberufsschule, Handelsdiplom, Lehrwerkstätte
- ☐ 3-4-jährige Berufslehre: berufliche Grundbildung mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (+ ev. alte Berufsmittelschule aber nicht Berufsmaturität)
- ☐ 3-4-jährige Vollzeitberufsschule, Handelsdiplom, Lehrwerkstätte
- ☐ 3-jährige Fachmittelschule FMS, Diplommittelschule DMS
- ☐ Lehrerseminar (ehemalige Ausbildung für Primarschullehrkräfte, Kindergärtner/in)
- ☐ Berufsmaturität (Eidg. Fähigkeitszeugnis oder Handelsmittelschuldiplom + Berufsmaturitätszeugnis)
- ☐ Gymnasiale Maturität (Gymnasium)
- ☐ Ich weiss es nicht

Frage 20

Welchen Beruf haben Sie erlernt bzw. studiert?

Sind Sie aktuell berufstätig?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja:

Welchen Beruf üben Sie zurzeit aus?

Wie viele Prozente arbeiten Sie? %

Wenn nein:

Waren Sie jemals berufstätig? ☐ ja

☐ nein, weiter zu Frage 20

Wenn ja: Welchen Beruf haben Sie ausgeübt?

Wie viele Prozente haben Sie gearbeitet? %

Bis wann waren Sie berufstätig (Monat / Jahr)

Frage 21

Es folgen fünf Aussagen, denen Sie zustimmen bzw. die Sie ablehnen können. Bitte benutzen Sie jeweils die Skala von 1 bis 7, um Ihre Zustimmung bzw. Ablehnung zu jeder Aussage zum Ausdruck zu bringen.

		Starke Ablehnung	Ablehnung	Leichte Ablehnung	Weder Ablehnung noch Zustimmung	Leichte Zustimmung	Zustimmung	Starke Zustimmung
		1	2	3	4	5	6	7
1	In den meisten Punkten ist mein Leben meinem Ideal nahe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Meine Lebensbedingungen sind hervorragend.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ich bin zufrieden mit meinem Leben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ich habe bisher die wichtigen Dinge, die ich mir vom Leben wünsche, auch bekommen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich fast nichts ändern.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

FRAGEBOGEN ZUM ALLGEMEINEN HABITUELLEN WOHLBEFINDEN

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Aspekten des allgemeinen Wohlbefindens. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und geben Sie an, wie gut diese Aussage Ihren allgemeinen Zustand beschreibt. Es geht nicht darum, wie Sie sich in diesem Augenblick fühlen. Füllen Sie den Bogen bitte auch dann aus, wenn Sie sich im Allgemeinen nicht völlig wohl fühlen.

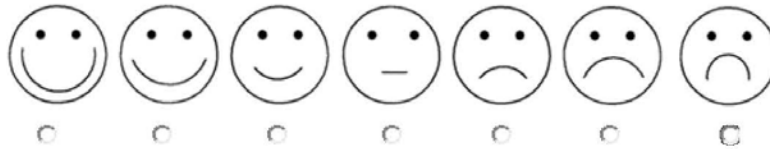
Es folgt ein etwas ausführlicherer Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden. Sie können bei jeder Aussage immer zwischen fünf verschiedenen Antworten wählen. Je nachdem, was im Allgemeinen auf Sie zutrifft, kreuzen Sie bitte an:

Beantworten Sie bitte alle Fragen. Wählen Sie in Zweifelsfällen die Antwort, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

	Ja, genau so	So ungefähr	Ich weiss nicht	So nicht	So bestimmt nicht
1. ich bin heiter gestimmt	☐	☐	☐	☐	☐
2. ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl	☐	☐	☐	☐	☐
3. mein Kreislauf ist stabil	☐	☐	☐	☐	☐
4. ich würde gerne anderen Menschen helfen	☐	☐	☐	☐	☐
5. ich habe jede Menge Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
6. ich habe das Gefühl geliebt zu werden	☐	☐	☐	☐	☐
7. ich bin kein selbstsicherer Mensch	☐	☐	☐	☐	☐
8. abends bin ich angenehm müde	☐	☐	☐	☐	☐
9. ich bin sehr ausgeglichen	☐	☐	☐	☐	☐
10. ich bin körperlich belastbar	☐	☐	☐	☐	☐
11. ich fühle mich schwerfällig	☐	☐	☐	☐	☐
12. ich habe das Gefühl durchstarten zu können	☐	☐	☐	☐	☐
13. ich bin durchhaltefähig	☐	☐	☐	☐	☐
14. es ist schade, dass mich kaum jemand besucht	☐	☐	☐	☐	☐
15. ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten	☐	☐	☐	☐	☐
16. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	☐	☐	☐	☐	☐
17. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	☐	☐	☐	☐	☐

	Ja, genau so	So ungefähr	Ich weiss nicht	So nicht	So bestimmt nicht
18. ich habe wenig Erfolg	☐	☐	☐	☐	☐
19. ich überblicke meine Umgebung	☐	☐	☐	☐	☐
20. ich fühle mich verlassen	☐	☐	☐	☐	☐
21. ich habe dauernd Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
22. ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung	☐	☐	☐	☐	☐
23. ich fühle mich gestresst und nervös	☐	☐	☐	☐	☐
24. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	☐	☐	☐	☐	☐
25. ich kann mich auf meine Freunde nicht verlassen	☐	☐	☐	☐	☐
26. anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage	☐	☐	☐	☐	☐
27. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	☐	☐	☐	☐	☐
27. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	☐	☐	☐	☐	☐
28. ich bin nicht glücklich	☐	☐	☐	☐	☐
29. ich habe Alles im Griff	☐	☐	☐	☐	☐
30. ich bin körperlich behindert	☐	☐	☐	☐	☐
31. ich fühle mich erschöpft und müde	☐	☐	☐	☐	☐
32. meine Stimmung ist gedrückt	☐	☐	☐	☐	☐
33. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	☐	☐	☐	☐	☐
34. ich fühle mich körperlich gesund	☐	☐	☐	☐	☐
35. ich habe mit mir selbst genug zu tun	☐	☐	☐	☐	☐
36. ich habe niemanden, mit dem ich über Alles reden kann	☐	☐	☐	☐	☐
37. mein Familienleben ist intakt	☐	☐	☐	☐	☐
38. ich fühle mich körperlich ausgeglichen	☐	☐	☐	☐	☐
39. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	☐	☐	☐	☐	☐
40. ich bin entbehrlich	☐	☐	☐	☐	☐
41. ich kann meinen Körperzustand genießen	☐	☐	☐	☐	☐
42. mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen	☐	☐	☐	☐	☐

Wie fühlen Sie sich jetzt, in diesem Augenblick? Welches Gesicht könnte am besten verdeutlichen, wie Sie sich jetzt, in diesem Moment fühlen? Bitte kreuzen Sie den das Feld unter dem betreffenden Gesicht an.



Hinweise zur Bearbeitung der nachfolgenden Fragen

Auf den nächsten Seiten finden Sie 33 Aussagen, die sich auf Ihre persönlichen Verhaltensweisen und Gewohnheiten beziehen. Ihre Aufgabe besteht darin, jeweils zu entscheiden, inwieweit die getroffene Aussage auf Ihre Person zutrifft. Hierzu stehen Ihnen immer vier Antwortalternativen zur Verfügung: „trifft gar nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft eher zu“, „trifft sehr zu“. Bitte wählen Sie bei jeder Aussage diejenige Antwortalternative aus, die für Sie am ehesten zutrifft und markieren Ihre Antwort durch ein deutliches Kreuz in dem vorgesehen Kästchen. Hier ein Beispiel:

Beispiel

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft sehr zu
In Diskussionen übernehme ich meist die Führung.	☐	☐	☒	☐

Wenn Sie irrtümlich eine unzutreffende Antwortalternative angekreuzt haben, umkreisen Sie bitte deutlich den Fehler und kreuzen anschliessend die zutreffende Antwortalternative an. Bitte kreuzen Sie nicht zwischen den Antwortalternativen an. Solche Antworten können später nicht ausgewertet werden. Gleiches gilt für Fragebögen, in denen einzelne Fragen übersprungen wurden.

Bitte antworten Sie stets ehrlich, nach bestem Wissen und Gewissen und denken Sie nicht darüber nach, welche Antwort möglicherweise die vorteilhafteste wäre. Nicht selten täuscht der erste Eindruck. Einige Aussagen werden sich sprachlich ähneln. Lassen Sie sich dadurch nicht irritieren und bearbeiten Sie jede Aussage völlig unabhängig von Ihren bisher abgegebenen Antworten.

Bearbeiten Sie den Fragebogen bitte zügig, aber sorgfältig. Halten Sie sich nicht zu lange an einzelnen Aussagen auf. Falls Situationen beschrieben werden, die Sie so noch nicht erlebt haben, schätzen Sie bitte ein, wie Sie sich wahrscheinlich verhalten würden.

		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft sehr zu
1	Auch wenn meine Zeit äusserst knapp bemessen ist, habe ich immer ein offenes Ohr für andere.	☐	☐	☐	☐
2	Für gewöhnlich bestimme ich, wo es lang gehen soll.	☐	☐	☐	☐
3	Oft platzen Ärger oder Freude einfach so aus mir heraus, ohne dass ich viel dagegen tun könnte.	☐	☐	☐	☐
4	Ich bemühe mich fast jederzeit, anderen ein positives Bild von mir zu vermitteln.	☐	☐	☐	☐
5	In den meisten Situationen versuche ich, die Welt auch mit den Augen meines Gesprächspartners zu sehen.	☐	☐	☐	☐
6	Es fällt mir sehr leicht, in einer neuen Gruppe schnell Anschluss zu finden.	☐	☐	☐	☐
7	Es kommt häufig vor, dass sich meine Stimmung mehrmals am Tag ändert.	☐	☐	☐	☐
8	Fast immer, wenn ich mit anderen Menschen zusammenkomme, versuche ich herauszubekommen, ob mein Verhalten beim Gegenüber so ankommt, wie ich es gemeint habe.	☐	☐	☐	☐
9	Ich ärgere mich oft über Leute, weil sie irgendwie anders sind als ich selbst.	☐	☐	☐	☐
10	Wichtige Entscheidungen schiebe ich gern vor mich her.	☐	☐	☐	☐
11	Wenn ich mich mit anderen Menschen unterhalte, dann schweifen meine Gedanken oft ab.	☐	☐	☐	☐
12	Es gab in meinem Leben schon viele Situationen, in denen ich nicht mehr weiter wusste.	☐	☐	☐	☐
13	Im Kontakt mit anderen Menschen bin ich ein viel genauerer Beobachter als die meisten anderen.	☐	☐	☐	☐
14	Bei Meinungsverschiedenheiten versuche ich im Allgemeinen auch der Auffassung der Gegenseite zu ihrem Recht zu verhelfen.	☐	☐	☐	☐
15	Ich liebe es, mit anderen Menschen kontrovers zu diskutieren.	☐	☐	☐	☐
16	Meist bin ich auf die Hilfe anderer angewiesen, um eigene Interessen verwirklichen zu können.	☐	☐	☐	☐
17	Über meine eigenen Gefühle mache ich mir nur wenige Gedanken.	☐	☐	☐	☐
18	Ich handele manchmal nach der Devise: „Jeder ist sich selbst der Nächste“.	☐	☐	☐	☐
19	Es kommt nur selten vor, dass ich in einem Streitgespräch unterliege.	☐	☐	☐	☐
20	Ich habe meine Gefühle immer unter Kontrolle.	☐	☐	☐	☐
21	Oft langweilen mich andere Menschen so, dass ich ihnen nicht längere Zeit konzentriert zuhören mag.	☐	☐	☐	☐
22	In fast allen Gesprächen bemühe ich mich darum, in der Gestik meiner Gesprächspartner Hinweise darauf zu finden, was sie über mich denken.	☐	☐	☐	☐
23	Ehrlich gesagt, es fällt mir oft schwer, mich in andere Menschen hineinzusetzen.	☐	☐	☐	☐
24	Ich gehe immer auf Menschen zu, wenn ich sie	☐	☐	☐	☐

		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft sehr zu
	kennen lernen möchte.				
25	Es kommt häufig vor, dass sich meine Stimmung von Tag zu Tag ändert.	☐	☐	☐	☐
26	Ich habe ein ausgezeichnetes Gespür dafür, wenn Reden und Denken eines Menschen nicht übereinstimmen.	☐	☐	☐	☐
27	In Diskussionen kann ich leichter als andere unterschiedliche Meinungen akzeptieren.	☐	☐	☐	☐
28	Im Allgemeinen fällt es mir leicht, Entscheidungen zu treffen.	☐	☐	☐	☐
29	In meinem Leben kommt es sehr selten vor, dass ich mich hilflos fühle.	☐	☐	☐	☐
30	Ich denke sehr oft über mich nach.	☐	☐	☐	☐
31	In vielen Konfliktsituationen ist es mir egal, inwieweit auch die Gegenseite ihre Vorstellungen durchsetzen kann.	☐	☐	☐	☐
32	Kontroverse Diskussionen sind mir meist unangenehm.	☐	☐	☐	☐
33	Ich bin sehr oft auf andere Menschen angewiesen.	☐	☐	☐	☐

Abschliessend bitten wir Sie noch um Ihre Personalien sowie um Ihre Telefonnummer, damit wir einen allfälligen Interviewtermin mit Ihnen vereinbaren können.

Personalien

Name:
Vorname:
Wohnort:
Telefonnummer:

Datum:

Bitte denken Sie daran, das ausgefüllte Dokument zu speichern und anschliessend an bmetry@ispm.unibe.ch zu senden.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang D: Informed Consent



^b
**UNIVERSITÄT
BERN**

Institut für Sozial- und
Präventivmedizin
Abteilung für
Gesundheitsforschung

Interview Wohnbauprojekt MCS

INFORMATION FÜR TEILNEHMENDE

Die Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern führt im Auftrag des Bundesamtes für Wohnungswesen und der Stadt Zürich eine Untersuchung zum Wohnbauprojekt der Wohnbaugenossenschaft *Gesundes Wohnen MCS* in Zürich Leimbach durch.

Wir möchten erfahren, wie MCS-Betroffene Ihren Alltag und Lebensraum gestalten. Die Fragen des Interviews stützen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen und Ihren Umgang mit der aktuellen Situation. Die Erhebung ist auf spezifische Fragestellungen fokussiert, z.B.: Auf welche Stoffe Sie als MCS-Betroffene besonders reagieren? Welches sind massgebende Vorkehrungen, die getroffen werden, um das Leben in einer Wohnung möglich zu machen? Unter welchen Umständen sind soziale Kontakte möglich?

Das Interview dauert zirka eine bis anderthalb Stunde/n.

Falls Sie als MCS-Betroffene/r eine Wohnung der Wohnbaugenossenschaft *Gesundes Wohnen MCS* in Zürich-Leimbach einziehen, möchten wir Sie gerne drei Monate nach Einzug nochmals befragen und werden uns bei Ihnen melden.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig, und Sie können Ihre Zustimmung zur Teilnahme jederzeit wieder rückgängig machen, ohne einen Grund dafür anzugeben. Die im Interview gesammelten Informationen werden vertraulich behandelt und unterliegen den Datenschutzbestimmungen. Ihre Angaben werden anonym ausgewertet, sie können nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden.



^b
**UNIVERSITÄT
BERN**

Institut für Sozial- und
Präventivmedizin
Abteilung für
Gesundheitsforschung

Wenn Sie während der Zeit des Projekts Fragen haben oder genauere Informationen wünschen, melden Sie sich bei uns per Mail oder per Telefon. Wir freuen uns über Ihre Mithilfe und danken Ihnen für die Teilnahme.

Heinz Bolliger-Salzmann, Projektleitung
Beatrice Metry, wissenschaftliche Mitarbeiterin

Kontaktinformationen:

Dr. phil. Heinz Bolliger-Salzmann
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
Finkenhubelweg 11, 3012 Bern
Tel.: +41 (0)31 631 35 12
bolliger@ispm.unibe.ch

Beatrice Metry
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
Finkenhubelweg 11. 3012 Bern
Tel: +41 (0)31 631 33 72
bmetry@ispm.unibe.ch



^b
**UNIVERSITÄT
BERN**

Institut für Sozial- und
Präventivmedizin
Abteilung für
Gesundheitsforschung

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich habe die Information für Teilnehmende gelesen und verstanden, worum es in dem Interview geht. Ich weiss, dass ich die Teilnahme an der Befragung jederzeit ohne Grund und ohne negative Folgen rückgängig machen kann. Ich weiss, dass die gesammelten Daten absolut vertraulich behandelt werden, und dass sie nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Erklärungen verstanden habe, und dass meine Angaben wie beschrieben verwendet werden dürfen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Telefonnummer für spätere Erreichbarkeit, falls Einzug in Wohnung der Wohnbaugenossenschaft *Gesundes Wohnen MCS* geplant ist.

Festnetz: _____

Mobile: _____

Anhand E: Beispielhaft: Interviewleitfaden Betroffene vor Einzug

Interviewleitfaden Wohnbauprojekt der Wohnbaugenossenschaft *gesundes Wohnen MCS* Zürich – Leimbach

Einleitung

Mein Name ist ...

Ich arbeite am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.

Unser Institut führt im Auftrag des Bundesamts für Wohnungswesen die Evaluation des Wohnbauprojekts der Wohnbaugenossenschaft *Gesundes Wohnen MCS* durch.

In dieser Untersuchung interessiert uns, Ihre subjektive Befindlichkeit, Ihre aktuelle Wohnsituation und die Gründe, weshalb Sie sich für den Einzug in eine dieser Wohnungen entschieden haben oder weshalb dagegen.

Das Interview dauert zirka 60 Minuten.

Ich möchte das Interview digital aufzeichnen. Das ermöglicht uns, das Gesagte möglichst genau ins Schriftliche zu übertragen, um es anschliessend auszuwerten. Nach der Auswertung wird die Aufnahme gelöscht. Ihre Aussagen werden mit den Angaben der anderen Interviewpartner im Schlussbericht zusammengefasst. Ihr Name wird im Bericht nicht erscheinen, was nach draussen geht ist also alles anonymisiert.

Ebenfalls möchte ich mir ein Bild von Ihrer Wohnsituation machen. Ich werde mir anhand eines Beobachtungsrasters Notizen dazu machen, wenn Sie damit einverstanden sind.

Bitte unterschreiben Sie diese Einverständniserklärung. Sie bestätigen damit, dass Sie über die bevorstehende Untersuchung informiert wurden und mit dem Vorgehen einverstanden sind.

Haben Sie noch Fragen bevor wir mit dem Interview beginnen? Sind Sie mit dem beschriebenen Vorgehen einverstanden? (→ *Aufnahme starten*)

An dieser Stelle schon einmal ein herzliches Danke schön, dass Sie sich für das Interview Zeit nehmen.

Absatz A)

Ich wiederhole nochmals kurz die verschiedenen Themen auf die wir während des Interviews zu sprechen kommen. In einem ersten Teil geht es um Fragen zu Ihrer aktuellen subjektiven Befindlichkeit und zu Ihrer aktuellen Wohn- und Lebenssituation. Zu einem späteren Zeitpunkt, kommen wir auf Ihre Hoffnungen und Erwartungen an die zukünftige Wohnsituation zu sprechen. Abschliessend werde ich noch ein paar Fragen zu Ihrer Person stellen.

Subjektive Befindlichkeit

Bei den ersten Fragen geht es nun um Ihre subjektive Einschätzung Ihrer Befindlichkeit.

- **Wie geht es Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt in Bezug auf MCS?** (mit Skala von 1-10?)
- **Auf welche Stoffe reagieren Sie besonders?** (*Elektrosmog, Duftstoffe, Chemikalien, Feinstaub, Weichmacher in Kunststoffen, Nahrungsmittelzusätze, etc.*)
- **Wie zeigen sich Ihre Beschwerden?**
- **Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden eingeschränkt?** (überhaupt nicht, ein bisschen, stark) → *Quelle: In Anlehnung an GesBef 2007 TelFB 20:00*
- **Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?** → *Quelle: In Anlehnung an die GesBef 2007 TelFB 28:00-33:20*
 - **Wenn ja:** bei einem Spezialisten oder beim Hausarzt? (falls Spezialist, dann nachfragen, welches Fach)
 - **Wenn nein:** Nutzen Sie andere medizinische Angebote (z.B. *alternativmedizinische Angebote: Naturheilverfahren, Körpertherapieverfahren, Entspannungsverfahren, etc.*)
- **Was sind momentan die grössten Herausforderungen Ihres Alltags?**

Aktuelle Wohnsituation / Lebensbedingungen

Bei den nächsten Fragen geht es um Ihre aktuelle Wohn- und Lebenssituation. Dies umfasst alle Lebensbereiche also auch ausserhalb Ihrer Wohnung, wie zum Beispiel Einkaufen oder Arbeiten gehen. Aber zuerst ein paar Fragen zu Ihrer Wohnsituation.

Wohnsituation

- **Welches sind massgebende Vorkehrungen, die Sie getroffen haben, um das Leben in Ihrer aktuellen Wohnung möglich zu machen?** (z.B. *Raum auskleiden mit Alu-Tapeten, Alu-Klebeband; spezielle Möbel, Luftreiniger, alleine wohnen, etc.*)
- **Sehen Sie Problembereiche in Ihrer aktuellen Wohnung?**
 - Wenn ja: Wo? Wie zeigen sich diese?
- **Gibt es Aspekte in Ihrer aktuellen Wohnung, die Sie als ideal ansehen?**
 - Wenn ja: Welche?
- **Sind Sie mit Ihrer aktuellen Wohnsituation zufrieden?**
 - Wenn ja: Was macht es aus, dass Sie zufrieden sind?
 - Wenn nein: Weshalb nicht? (Gründe)

Umgebung

Nun komme ich auf Ihre Umgebung zu sprechen.

- **Wie sind Sie in Ihrem Alltag mobil? Oder wie sind Sie in Ihrem Alltag unterwegs** (*Velo, Töffli, Auto, ÖV, zu Fuss*)?
- **Haben Sie in der Nähe einen Anschluss ans ÖV-Netz?**
- **Wie gestalten Sie einen Gang nach draussen zum Beispiel für Erledigungen wie Coiffeurbesuch, Einkauf, Ämter, etc.?** (*Duftstoffe? Bestimmte Tageszeit oder Ablauf? Begleitung? Tagesform abhängig*)
 - Treffen Sie bestimmte Vorkehrungen?
 - Wenn ja: Welche?
- **Gibt es in Ihrer Nähe Einkaufsmöglichkeiten?**
 - Falls Sie auf Zusatzstoffe reagieren (*Lebensmittel, Kosmetik, Wasch- und Putzmittel (Duftstoffe), Kleider (Zusatzstoffe), Backformen (Weichmacher für Plastikformen), Bettwäsche, Medikamente (z.B. Salben mit Duftstoffen)*), finden Sie Produkte, die Ihnen entsprechen in Ihrer Nähe?

Soziale Kontakte

Soziale Kontakte gehören zu unserem Alltag. Jeder Mensch verhält sich diesbezüglich anders, manchen begegnen anderen Menschen spontan, andere vereinbaren Treffpunkte. Manche Menschen pflegen soziale Kontakte sehr rege, andere ziehen sich eher zurück. Das ist sehr individuell. Uns interessiert wie Sie es mit Ihren sozialen Kontakten halten und in welcher Form es Ihnen aufgrund Ihrer Beschwerden möglich ist diese zu pflegen.

- **Einmal ganz offen gefragt: Wie verhalten Sie sich in Bezug auf die Pflege sozialer Kontakte?**
 - Vereinbaren Sie Treffpunkte oder ist dies eher eine spontane Angelegenheit? (*Braucht ein Treffen ev. Vorbereitung? Oder ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich? Z.B. nur mit Hilfsmittel wie Kohlefiltermaske) Ev. Bezug nehmen auf Vorkehrungen bzgl. Interviewtermin.)*)
 - Wie oft treffen Sie ganz bewusst andere Personen?
- **In welcher Form ist es Ihnen möglich soziale Kontakte zu Familienmitgliedern, Freunden, Bekannten zu pflegen?** (z.B. nur in der eigenen Wohnung, nur draussen, auch in fremden Wohnungen / öffentlichen Räumen wie Restaurants, Ämter, Wartesäle etc.)
- **Ist es Ihnen möglich an öffentlichen Angeboten wie bspw. Vereine oder öffentlichen Anlässen wie Vorträge und Feste teilzunehmen?**
 - Wenn ja: Sind Sie diesbezüglich in irgendeiner Form aktiv?
 - Wie häufig nehmen Sie an einem Anlass eines Vereins, Klubs, einer Partei oder irgendeiner anderen Vereinigung teil? (*fast täglich, etwa 1mal pro Woche, etwas 1mal pro Monat, ein paarmal jährlich, seltener, nie*) → Quelle: CH GesBef TelFB 42:00
- **Kennen Sie andere MCS-Betroffene?**
 - Wenn ja: Pflegen Sie diese/n Kontakt/e im Umgang mit MCS?
 - Wenn nein: Wüssten Sie sich, andere MCS-Betroffene kennenzulernen?

Soziale Kontakte werden auch während der Arbeit gepflegt, deshalb frage ich Sie, ob ...

- **Sie einer regelmässigen Arbeit nachgehen?**
 - Wenn ja: Was arbeiten Sie (*auch Branche*) und wie viel (%)?
 - Wenn nein: Weshalb arbeiten Sie zur Zeit nicht? (z.B. Rollenverteilung (♂/♀), krankheits- oder unfallbedingt arbeitslos, arbeitslos aus anderen Gründen, etc.)
- **Wäre es Ihnen möglich unter bestimmten Bedingungen zu arbeiten?**
 - Wenn ja: Unter welchen Bedingungen?

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung kann in verschiedenen Situationen hilfreich sein, insbesondere, wenn man Beschwerden hat oder sich nicht ganz fit fühlt. Nun interessiert uns, wie Sie soziale Unterstützung erleben.

- Gibt es unter den Personen, die Ihnen nahestehen, jemanden, mit dem Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme reden können? (*ja, mehrere, ja, eine Person, nein*) → Quelle: CH GesBef TelFB 42:10
- Vermissen Sie manchmal eine Person, mit der Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme sprechen können? (*ja, nein*) → Quelle: CH GesBef TelFB 42:11
- Gibt es in Ihrer Familie, in Ihrer Nachbarschaft Personen, die Sie jederzeit um Unterstützung oder Hilfe bei alltäglichen Belangen anfragen können? (*ja, mehrere, ja, eine Person, nein*) → Quelle: CH GesBef TelFB 42:20

Hoffnungen und Erwartungen an die zukünftige Wohnsituation in Zürich-Leimbach

Ganz besonders sind wir daran interessiert, von Ihnen zu erfahren, welches Ihre Hoffnungen und Erwartungen sind, die Sie in Bezug auf Ihre neue Wohnung in Zürich-Leimbach haben. Dazu habe ich nun die nachfolgenden Fragen.

- Welches sind Ihre Gründe für die Entscheidung in eine Wohnung der Wohnbaugenossenschaft **Gesundes Wohnen MCS** einzuziehen?
 - Was hat Sie besonders angesprochen? (*soziales Umfeld, Einrichtung / Bausubstanz, Umgebung, etc.*)
- Was erwarten Sie vom Umzug in diese Wohnung im Zürich-Leimbach in Bezug auf Ihre Befindlichkeit?
- Wie stellen Sie sich das Zusammenleben mit anderen MCS-Betroffenen konkret vor?
 - Welche Regeln denken Sie, braucht es? (*z.B. in Bezug auf Duftstoffe, Waschmittel, Putzmittel, Lüften, etc.*)
- Was ist Ihnen besonders wichtig, in Bezug auf das bevorstehende Zusammenleben?
- Erhoffen Sie sich vermehrt soziale Kontakte pflegen zu können? (*Austauschmöglichkeiten, Treffen von Gleichgesinnten*)
- Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Nachbarn im Haus?
- Welche Erwartungen haben Sie an die Nachbarn der angrenzenden Grundstücke / vom Quartier?
- Was wünschen Sie sich für Ihr Leben in der neuen Wohnung?

Sozio-demografische Daten

Um möglichst gut beschreiben zu können, wer unsere InterviewpartnerInnen sind, erfassen wir verschiedene Angaben zur Person. So habe ich auch an Sie folgende Fragen.

- **Wie alt sind Sie? Jahrgang:** _____
- **Leben Sie alleine?** *(Ergibt sich eventuell bereits aus Erhebung der Wohnbedingungen.)*
- **Welches ist ihr aktueller Zivilstand?** *(ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet, eingetragene Partnerschaft)*
- **Haben Sie Kinder?**
 - **Wenn ja: Wie viele?**
 - **Wohnen die Kinder im selben Haushalt?**
- **Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?** *(Volksschule, Lehrabschluss, höhere Fachschule / Meisterprüfung, FH / Uni)*
- **Welches ist Ihr erlernter oder bisher ausgeführter Beruf?**
- **In welcher Ortschaft wohnen Sie?** *(Einwohnerzahl = leben MCS-Betroffene eher ländlich oder in der Agglo?)*
- **Welches ist Ihre Nationalität?** *(Falls eingebürgert, auch nach ursprünglicher Nationalität fragen).*
- **Geschlecht:** *→ ergibt sich aus Beobachtung.*

Das waren nun alle Fragen. Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit und das Gespräch.

Sehr gerne nehme ich nochmals mit Ihnen Kontakt auf und zwar drei Monate nach Ihrem Einzug in die Wohnung in Zürich-Leimbach. Ich freue mich darauf, dann von Ihnen zu hören, wie es Ihnen geht.

Anhang F: Beispielhaft: Interviewleitfaden Betroffene nach Einzug

Interviewleitfaden Wohnbauprojekt der Wohnbaugenossenschaft *gesundes Wohnen MCS* Zürich – Leimbach
Mieterschaft
Einleitung

Mein Name ist ...

Ich arbeite am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.

Wie Sie sehr wahrscheinlich bereits wissen, führt unser Institut im Auftrag des Bundesamts für Wohnungswesen die Evaluation des Wohnbauprojekts der Wohnbaugenossenschaft *Gesundes Wohnen MCS* durch.

Nun wohnen Sie bereits seit einiger Zeit hier im Haus am Rebenweg in Zürich-Leimbach und uns interessieren erneut, Ihre subjektive Befindlichkeit sowie Ihre aktuelle Wohn- und Lebenssituation hier in Zürich-Leimbach.

Das Interview dauert zirka 60 Minuten.

Ich möchte das Interview (wie bereits beim letzten Mal) digital aufzeichnen. Das ermöglicht uns, das Gesagte möglichst genau ins Schriftliche zu übertragen, um es anschliessend auszuwerten. Nach der Auswertung wird die Aufnahme gelöscht. Ihre Aussagen werden mit den Angaben der anderen Interviewpartner im Schlussbericht zusammengefasst. Ihr Name wird im Bericht nicht erscheinen, was nach draussen geht ist also alles anonymisiert.

Bitte unterschreiben Sie diese Einverständniserklärung. Sie bestätigen damit, dass Sie über die bevorstehende Untersuchung informiert wurden und mit dem Vorgehen einverstanden sind.

Haben Sie noch Fragen bevor wir mit dem Interview beginnen? Sind Sie mit dem beschriebenen Vorgehen einverstanden? (→ *Aufnahme starten*)

An dieser Stelle schon einmal ein herzliches Danke schön, dass Sie sich für das Interview Zeit nehmen.

Ich wiederhole nochmals kurz die verschiedenen Themen auf die wir während des Interviews zu sprechen kommen. In einem ersten Teil geht es um Fragen zu Ihrer aktuellen subjektiven Befindlichkeit und zu Ihrer aktuellen Wohn- und Lebenssituation. Zu einem späteren Zeitpunkt, kommen wir auf den Grad der Erfüllung Ihrer Erwartungen bezüglich der Wohnsituation am Rebenweg in Leimbach zu sprechen. Abschliessend werde ich noch ein paar Fragen zu Ihrer Person stellen.

Subjektive Befindlichkeit

Bei den ersten Fragen geht es nun um Ihre subjektive Einschätzung Ihrer Befindlichkeit.

- **Wie geht es Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt in Bezug auf MCS?** (mit Skala von 1-10?)
- **Hat sich dies seit Ihrem Einzug hier in dieses Haus verändert?**
 - Falls ja: in welcher Weise?
- **Auf welche Stoffe reagieren Sie besonders?** (*Elektrosmog, Duftstoffe, Chemikalien, Feinstaub, Weichmacher in Kunststoffen, Nahrungsmittelzusätze, etc.*)
- **Wie zeigen sich Ihre Beschwerden?**
- **Wie schätzen Sie Ihre aktuellen Beschwerden ein?**
 - Haben sich die Beschwerden verändert seit Sie hier wohnen?
- **Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden eingeschränkt?** (überhaupt nicht, ein bisschen, stark) → *Quelle: In Anlehnung an GesBef 2007 TelFB 20:00*
- **Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?** → *Quelle: In Anlehnung an die GesBef 2007 TelFB 28:00-33:20*
 - Wenn ja: bei einem Spezialisten oder beim Hausarzt? (falls Spezialist, dann nachfragen, welches Fach)
 - Wenn nein: Nutzen Sie andere medizinische Angebote (z.B. *alternativmedizinische Angebote: Naturheilverfahren, Körpertherapieverfahren, Entspannungsverfahren, etc.*)
 - Hat sich diesbezüglich seit dem Einzug etwas verändert?
- **Was sind momentan die grössten Herausforderungen Ihres Alltags?**

Aktuelle Wohnsituation / Lebensbedingungen

Bei den nächsten Fragen geht es um Ihre aktuelle Wohn- und Lebenssituation. Dies umfasst alle Lebensbereiche also auch ausserhalb Ihrer Wohnung, wie zum Beispiel Einkaufen oder Arbeiten gehen. Aber zuerst ein paar Fragen zu Ihrer Wohnsituation.

Wohnsituation

- **Obwohl es sich ja um eine spezielle Wohnung, die spezifisch für die Bedürfnisse von MCS-Betroffenen gebaut wurde: Waren trotzdem Vorkehrungen nötig, um das Leben in Ihrer aktuellen Wohnung möglich zu machen? (z.B. Raum auskleiden mit Alu-Tapeten, Alu-Klebeband; spezielle Möbel, Luftreiniger, alleine wohnen, etc.)**
 - Wenn ja, welche massgeblichen Vorkehrungen haben Sie getroffen, um hier wohnen zu können?
- **Sehen Sie Problembereiche in Ihrer aktuellen Wohnung?**
 - Wenn ja: Wo? Wie zeigen sich diese?
- **Gibt es Aspekte in Ihrer aktuellen Wohnung, die Sie als ideal ansehen?**
 - Wenn ja: Welche?
- **Sind Sie mit Ihrer aktuellen Wohnsituation zufrieden?**
 - Wenn ja: Was macht es aus, dass Sie zufrieden sind?
 - Wenn nein: Weshalb nicht? (Gründe)

Umgebung

Nun komme ich auf Ihre Umgebung zu sprechen.

- **Wie sind Sie in Ihrem Alltag mobil? Oder wie sind Sie in Ihrem Alltag unterwegs? Gibt es da eine Veränderung zu vorher? (Velo, Töffli, Auto, ÖV, zu Fuss)?**
- **Ist der Anschluss ans ÖV-Netz für Sie gut erreichbar?**
 - Gibt es bezüglich ÖV Veränderungen zur vorherigen Wohnsituation: positive und/ oder negative?
- **Sind die vorhandenen Einkaufsmöglichkeiten für Sie gut erreichbar?**
 - Falls Sie auf Zusatzstoffe reagieren (Lebensmittel, Kosmetik, Wasch- und Putzmittel (Duftstoffe), Kleider (Zusatzstoffe), Backformen (Weichmacher für Plastikformen), Bettwäsche, Medikamente (z.B. Salben mit Duftstoffen)), finden Sie Produkte, die Ihnen entsprechen in Ihrer Nähe?
 - Gibt es bezüglich Einkaufsmöglichkeiten Veränderungen zur vorherigen Wohnsituation: positive und/ oder negative?

Soziale Kontakte

Soziale Kontakte gehören zu unserem Alltag. Jeder Mensch verhält sich diesbezüglich anders, manchen begegnen anderen Menschen spontan, andere vereinbaren Treffpunkte. Manche Menschen pflegen soziale Kontakte sehr rege, andere ziehen sich eher zurück. Das ist sehr individuell. Uns interessiert, wie Sie es mit Ihren sozialen Kontakten halten und in welcher Form es Ihnen aufgrund Ihrer Beschwerden möglich ist, diese zu pflegen.

- **Hat sich Ihr Verhalten bezüglich der Pflege von sozialen Kontakten verändert seit Sie hier eingezogen sind?**
 - Wenn ja: in welcher Form hat es sich verändert?
- **Können Sie kurz beschreiben, wie Sie sich in Bezug auf die Pflege sozialer Kontakte verhalten?**
 - Vereinbaren Sie Treffpunkte oder ist dies eher eine spontane Angelegenheit? (Braucht ein Treffen ev. Vorbereitung? Oder ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich? Z.B. nur mit Hilfsmittel wie Kohlefiltermaske. Ev. Bezug nehmen auf Vorkehrungen bzgl. Interviewtermin.)
 - Wie oft treffen Sie ganz bewusst andere Personen?
- **In welcher Form ist es Ihnen möglich soziale Kontakte zu Familienmitgliedern, Freunden, Bekannten zu pflegen? (z.B. nur in der eigenen Wohnung, nur draussen, auch in fremden Wohnungen / öffentlichen Räumen wie Restaurants, Ämter, Wartesäle etc.)**
 - Hat sich Ihr diesbezügliches Verhalten seit dem Umzug nach Zürich-Leimbach verändert?
 - Wenn ja: in welcher Weise?
- **Empfangen Sie Besuch in Ihrer neuen Wohnung (hier in Zürich-Leimbach)?**
- **Ist es Ihnen heute möglich an öffentlichen Angeboten wie bspw. Vereine oder öffentlichen Anlässen wie Vorträge und Feste teilzunehmen?**
 - Wenn ja: Sind Sie diesbezüglich in irgendeiner Form aktiv?
 - Wie häufig nehmen Sie an einem Anlass eines Vereins, Klubs, einer Partei oder irgendeiner anderen Vereinigung teil? (fast täglich, etwa 1mal pro Woche, etwas 1mal pro Monat, ein paarmal jährlich, seltener, nie) → Quelle: CH GesBef TelFB 42:00
 - Hat sich Ihr Verhalten bezüglich der Nutzung von öffentlichen Angeboten seit dem Einzug hier in Zürich-Leimbach verändert?
 - Wenn ja: in welcher Weise?
- **Pflegen Sie den Kontakt zu anderen Personen hier im Haus (am Rebenweg in Zürich-Leimbach)?**

- Wenn ja: In welcher Form ist es Ihnen möglich diese Kontakte zu pflegen?
(fest vereinbarte Treffen der HausbewohnerInnen, spontan im Treppenhaus, mit einzelnen anderen BewohnerInnen, etc.)
- Wenn nein: Wüssten Sie sich, vermehrte Kontakte hier im Haus?
 - Wenn ja, in welcher Form sähen Ihre Wunschkontakte aus? (spontan, Gruppentreffen, Treffen mit Einzelpersonen)

Soziale Kontakte werden auch während der Arbeit gepflegt, deshalb frage ich Sie, ob ...

- ... sich bezüglich Ihrer Arbeitssituation seit dem Wohnungsbezug hier Veränderungen ergeben haben?
 - Wenn ja: Welche?
- Sie einer regelmässigen Arbeit nachgehen?
 - Wenn ja: Was arbeiten Sie (auch Branche) und wie viel (%)?
 - Wenn nein: Weshalb arbeiten Sie zur Zeit nicht? (z.B. Rollenverteilung (# / #), krankheits- oder unfallbedingt arbeitslos, arbeitslos aus anderen Gründen, etc.)
- Wäre es Ihnen möglich unter bestimmten Bedingungen zu arbeiten?
 - Wenn ja: Unter welchen Bedingungen?

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung kann in verschiedenen Situationen hilfreich sein, insbesondere, wenn man Beschwerden hat oder sich nicht ganz fit fühlt. Nun interessiert uns, wie Sie soziale Unterstützung erleben.

- Gibt es unter den Personen, die Ihnen nahestehen, jemanden, mit dem Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme reden können? (ja, mehrere, ja, eine Person, nein) → Quelle: CH GesBef TelFB 42:10
 - Hat sich dies seit Ihrem Umzug nach Zürich-Leimbach verändert?
 - Wenn ja: in welcher Weise?
- Gibt es hier im Haus (am Rebenweg in Zürich-Leimbach) jemanden, mit dem Sie ganz persönliche Probleme besprechen können?
- Vermissen Sie manchmal eine Person, mit der Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme sprechen können? (ja, nein) → Quelle: CH GesBef TelFB 42:11
- Gibt es in Ihrer Familie, in Ihrer Nachbarschaft Personen, die Sie jederzeit um Unterstützung oder Hilfe bei alltäglichen Belangen anfragen können? (ja, mehrere, ja, eine Person, nein) → Quelle: CH GesBef TelFB 42:20
 - Hat sich dies seit Ihrem Umzug nach Zürich-Leimbach verändert?

- Wenn ja: in welcher Weise?

Grad der Erfüllung der Erwartungen an die Wohnung am Rebenweg in Zürich-Leimbach

Ganz besonders sind wir daran interessiert, von Ihnen zu erfahren, welche Ihrer Erwartungen und Hoffnungen, die Sie an die Wohnung im Haus am Rebenweg in Zürich-Leimbach hatten, sich erfüllt bzw. nicht erfüllt haben. Dazu habe ich nun die nachfolgenden Fragen.

- Welches waren Ihre Gründe für die Entscheidung in eine Wohnung der Wohnbaugenossenschaft **Gesundes Wohnen MCS** einzuziehen?
 - Was hat Sie besonders angesprochen? (*soziales Umfeld, Einrichtung / Bausubstanz, Umgebung, Erreichbarkeit, etc.*)
- Haben sich Ihre Erwartungen an diese Wohnung in Bezug auf Ihre Befindlichkeit erfüllt?
 - Wenn ja: in welchem Grad wurden sie erfüllt? (*Angabe in %*)
 - Wenn nein: Welche Ihrer Erwartungen wurden nicht oder zu wenig erfüllt?
- Haben sich Ihre Erwartungen in Bezug auf das Zusammenleben mit anderen MCS-Betroffenen erfüllt?
 - Welche Ihrer Erwartungen hat sich erfüllt bzw. nicht erfüllt?
 - Wie gehen Sie mit der Hausordnung um? (*z.B. in Bezug auf Duftstoffe, Waschmittel, Putzmittel, Lüften, etc.*)
- Was ist Ihnen besonders wichtig, in Bezug auf das Zusammenleben hier im Haus (am Rebenweg in Zürich-Leimbach)?
- Wie erleben Sie Ihre Nachbarn im Haus?
- Wie erleben Sie die Nachbarn der angrenzenden Grundstücke / vom Quartier?
- Was wünschen Sie sich für Ihr zukünftiges Leben in der Wohnung im Haus am Rebenweg?

Sozio-demografische Daten

Um möglichst gut beschreiben zu können, wer unsere InterviewpartnerInnen sind, erfassen wir verschiedene Angaben zur Person. So habe ich auch an Sie folgende Fragen.

- Wie alt sind Sie? Jahrgang: _____
- Leben Sie alleine? (*Ergibt sich eventuell bereits aus Erhebung der Wohnbedingungen.*)
- Welches ist ihr aktueller Zivilstand? (*ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet, eingetragene Partnerschaft*)
- Haben Sie Kinder?

○ Wenn ja: Wie viele?

▪ Wohnen die Kinder im selben Haushalt?

- Welches ist Ihr höchster Schulabschluss? (*Volksschule, Lehrabschluss, höhere Fachschule / Meisterprüfung, FH / Uni*)
- Welches ist Ihr erlernter oder bisher ausgeführter Beruf?
- Welches ist Ihre Nationalität? (*Falls eingebürgert, auch nach ursprünglicher Nationalität fragen*).
- Geschlecht: → *ergibt sich aus Beobachtung*.

Das waren nun alle Fragen. Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit und das Gespräch.

Grau hinterlegte Fragen werden nur an Personen gestellt, die an der Erstbefragung nicht teilgenommen haben.

Anhang G: Beobachtungsraster

Beobachtungsraster Wohnbauprojekt *Gesundes Wohnen MCS* Zürich-Leimbach

Name Teilnehmende: _____

Datum der Erhebung: _____

Ortschaft

Ortsname: _____

Einwohnerzahl: _____

Einwohnerzahl kann gegoogelt werden.

Umgebung

ÖV

☐ in unmittelbarer
Nähe (im Umkreis
von 300m)

☐ im Ort vorhanden,
für Person
erreichbar

☐ im Ort vorhanden,
für Person nicht
erreichbar

☐ nicht vorhanden

Bemerkungen:

Einkaufsmöglichkeit

☐ in unmittelbarer
Nähe (im Umkreis
von 300m)

☐ im Ort vorhanden,
für Person
erreichbar

☐ im Ort vorhanden,
für Person nicht
erreichbar

☐ nicht vorhanden

Bemerkungen:

Wohnlage

☐ zentral

☐ Wohnquartier

☐ am Rande des
Dorfes

☐ ausserhalb des
Dorfes

Bemerkungen:

☐ an stark befahrener
Strasse

☐ Quartierstrasse

☐ Natelantenne in
unmittelbarer Nähe
☐ ja
☐ nein

☐ Hochspannungs-
leitungen in
unmittelbarer Nähe
☐ ja
☐ nein

Naherholungsgebiet
(zB. Wald)

☐ in unmittelbarer
Nähe (im Umkreis
von 300m)

☐ im Ort vorhanden,
für Person
erreichbar

☐ im Ort vorhanden,
für Person nicht
erreichbar

☐ nicht vorhanden

Bemerkungen:

Behausung

Wohnform

Bemerkungen:

zB. Wie viele Parteien in Mehrfamilienhaus, ob freistehendes Einfamilienhaus oder Reihenhäuser, wie gross Umschwung ist, welche andere Wohnform gewählt wurde, etc.

☐ Mehrfamilienhaus ☐ Einfamilienhaus ☐ Wohnwagen ☐ andere Form

☐ Eigentümer ☐ Mieter

Grösse der Behausung

Bemerkungen:

☐ 1-2 Zimmer ☐ 2.5 – 3.5 Zimmer ☐ 4 – 5 Zimmer ☐ > 5 Zimmer

Inneneinrichtung

Bemerkungen:

zB. Abkleben mit Alu-Klebeband oder ähnliches

☐ Stromanschluss ☐ Luftreinigungsgerät mit Aktivkohlefilter ☐ Alu-Tapete ☐ andere Besonderheiten

Möbel

Bemerkungen:

Nähere Beschreibung der Materialien, zB. welche Art von Holz

☐ Holz ☐ Metall ☐ Kunststoff ☐ andere Materialien

Kücheneinrichtung

Bemerkungen: Beschreibung von Besonderheiten

☐ Mikrowelle ☐ Elektroherd / Induktionsherd ☐ Gasherd ☐ andere Elektrogeräte

IT-/ Elektrodichte

Bemerkungen:

Beschreibung der elektronischen Geräte im Haushalt

☐ nur in 1 Zimmer ☐ auf mehrere Zimmer verteilt ☐ PC / Laptop ☐ Mobil

☐ Drucker ☐ Radio / Stereoanlage ☐ andere elektronische Geräte

Allgemeine Besonderheiten, die beobachtet wurden:

Anhang H: Beispielhaft: Kodierleitfaden Betroffene vor Einzug

Kodierleitfaden Mieterschaft, Probewohnende

Nr.	Kode	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
01	Subjektive Befindlichkeit			
01.01	Sub_Bef_Skala	Wie die TN ihre Befindlichkeit auf einer Skala von 1-10 einschätzen.	Also, ich bin jetzt eigentlich so bei 7.	Subjektive Einschätzung liefert dank Skala einen Zahlenwert zwischen 1 + 10 1= sehr schlecht / 10 = sehr gut).
01.02	Sub_Bef_Beschr.	Subjektive Befindlichkeit in Worte ausgedrückt	Einfach erschöpft, einfach müde, einfach, ich merke, man muss sich konzentrieren, wenn man eben solche Gespräche führt, das ist sehr anstrengend.	Beschreibung der subjektiven Befindlichkeit, vor allem Adjektive, die diese beschreiben. Beschreibung wie sich jemand fühlt (exkl. Beschwerden).
01.03	Stoffe	Stoffe, auf die die TN reagieren	Lösungsmittel, also, das ist in den Farben, in Lacken. Zum Teil Sachen in Reinigungsmittel. Ganz schlimm ist für mich zum Beispiel beim Auto, das Wasser der Scheibenwischanlage. Elektrischen Strom und Mobilfunk, also den drahtlosen Funk.	Klar benannte Stoffe auf die die Betroffenen reagieren. Ebenfalls gehören Dinge wie Elektrosmog und Wasseradern dazu.
01.04	Beschwerden	Beschwerden, die die TN spüren		Konkrete Beschwerden
01.04.01	Beschw_Beschreib	Beschwerden, die die TN erleben / spüren	Aber dann gibt es Gerüche, die mir dann auf den Schnauf gehen oder dann gibt es noch solche, die mir aufs [...] zentrale Nervensystem gehen, weil das legt bei mir dann einfach auch die Muskeln fast lahm. [...] Dann kann ich ein Glas nicht mehr in den Fingern halten, ich habe die Kraft einfach nicht mehr. Es ist wie wenn ich dauernd unter Strom wäre.	Beschreibung der Beschwerden wie sie die Betroffenen erleben und berichten.
01.04.02	Beschw_Herkunft	Vermutungen woher die Beschwerden kommen.	Wissen Sie, damals habe ich für einen Pharmabetrieb gearbeitet und mit der Zeit wurde ich überall eingesetzt und man musste auch Tabletten ohne Mundschutz machen und dann habe ich gemerkt, wenn ich so die Zäpfchen-Masse gerochen habe, das hat mir schon ziemlich zugesetzt.	Alle Vermutungen oder Annahmen zur Herkunft der Beschwerden (zB. genetisch, von der Arbeit, in der Familie gehäuft vorkommend, etc.), die geäußert werden.
01.04.03	Beschw_Dauer	Dauer der Krankheit bzw. Beschwerden		Alle Aussagen zum Beginn oder der Dauer der Krankheit bzw.

				Beschwerden Evt. Auch Auslöser der Krankheit
01.04.04	Beschw_Zuord	Beschwerden-Zuordnung	Wenn man etwas isst, hat man meistens irgendwelche Verdauungsstörungen. Wenn man etwas einatmet, geht es entweder auf das Nervensystem oder auf die Atemwege. Es ist recht diffus.	Ob eine Zuordnung des Auslösers und der Beschwerden möglich ist oder nicht (Kausalzusammenhang?).
01.04.05	Beschw_Massn	Massnahmen, die getroffen werden um Beschwerden los zu werden oder ihnen auszuweichen.	Na ja, ich gehe überhaupt nicht mehr weg, ich kann nicht weggehen. Also ich habe so Pulsoren, die ich trage.	Hinweise, welche Massnahmen die Betroffenen treffen, um den Beschwerden auszuweichen oder sie los zu werden.
01.04.06	Ausmass_Einschränkung	Ausmass und Art der Einschränkung durch die Beschwerden	Nicht mehr spontan sein können. Nicht mehr so zum Vorausplanen können. [...]. <i>Wie stark fühlen Sie sich durch die Beschwerden eingeschränkt?</i> Sehr stark.	Ob und wie sich die Person durch die Beschwerden eingeschränkt fühlt. Eventuell eine Beschreibung der Einschränkung.
01.04.07	Beschwerden_Coping	Umgang mit Beschwerden	Ich muss einfach jeden Tag nehmen wie er ist und mich an ihm freuen.	Alle Hinweise, wie die Person mit Ihren Beschwerden umgeht. zB. Vermeidungsverhalten, Rückzug, etc.
01.05	Herausforderungen	Herausforderungen im Alltag	Es ist alles ein bisschen schwierig. Das ist eine Herausforderung, einfach nicht zu wissen was kommt. Was treffe ich an? Den Tagesablauf schaffen zu können.	Die, für die Betroffenen grösste Herausforderung im Alltag in Bezug auf die MCS-Beschwerden / EHS-Beschwerden.
01.06	Arztbehandlung			
01.06.01	Arzt_Behandlung	Angaben, ob TN zurzeit bei einem Arzt in Behandlung ist oder nicht	<i>Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?</i> Ja.	Alle Aussagen dazu, ob die Person zurzeit in ärztlicher Behandlung ist. Ja-/Nein-Antworten
01.06.02	Arzt_Disziplin	Nähere Angaben zur Fachrichtung des behandelnden Arztes.	Ja, doch beim Hausarzt bin ich natürlich regelmässig.	Alle Fachrichtungen wie bspw. Hausarzt /Allgemeinmedizin, Dermatologie, Innere Medizin, Pneumologie, Orthomolekularmedizin, etc.

01.06.03	Alternativmedizin	TN geben an, sich komplementärmedizinisch behandeln zu lassen.	Ja, ich nehme Schüsslersalze vom Herbst bis im Frühling.	Nennung aller alternativen Heilverfahren, die TN zur Behandlung einsetzt.
01.06.04	Arzt_Qualität	Qualität der ärztlichen Behandlung	Also, keine normalen Hausärzte, die haben wirklich - Entschuldigung - aber sie haben keine Ahnung.	Angaben zur empfundenen Qualität der ärztlichen Behandlung bzw. des ärztlichen Fachwissens
02	Wohnsituation (WS)			
02.01	WS_Vorkehrungen	Vorkehrungen, die der TN in seiner Wohnung vorgenommen hat um dort (fast) beschwerdefrei leben zu können.	Mein Mann hat die Teppiche herausgerissen und wir haben Plättli. Und sonst ist alles so geblieben, wie es war und damit komme ich zurecht. Ein Neubau mit gesunden Materialien.	Alle Vorkehrungen, die zum Wohlbefinden der Person beitragen
02.02	WS_Problembereich			
02.02.01	WS_Problembereich	Es besteht (k)ein Problembereich in der aktuellen Wohnung.	Ja, das haben wir sicher auch. Also in der Wohnung eigentlich weniger	Problembereich in Bezug auf MCS/ EHS in aktueller Wohnung ist oder ist nicht vorhanden (Ja und Nein).
02.02.02	WS_Problembereich_Def	Beschreibung des Problembereichs	Also das Problem Nummer 1 ist, dass mein Mann raucht und dass ich es nicht aushalten kann. Und darum haben wir ein Séparée gebaut. Eben, einmal die Elektrospeicherheizung.	Beschreibung des Problembereichs.
02.03	WS_Ideal	Aspekte der aktuellen Wohnsituation, die der TN als ideal ansieht.	Was halten Sie an Ihrem Haus für besonders ideal? [...] Eigentlich alles.	Alle Aspekte der Wohnsituation, die als ideal angesehen werden. Ev. auch Begründung dazu.
02.04	WS_Zufriedenheit			
02.04.01	WS_zufrieden	TN ist mit aktueller Wohnsituation zufrieden. Gründe dafür.	Wir sind mitten, eigentlich, im Dorf. ÖV sind da, wir haben die ganze Versorgung von Geschäften über Ärzten, es ist einfach alles hier vorhanden und trotzdem ist unser Haus ein bisschen neben aussen, so dass man das Gefühl hat, man ist schon fast im Grünen.	Alle Gründe, weshalb die Person mit der Wohnsituation zufrieden ist
02.04.02	WS_nichtzufrieden	TN ist mit aktueller Wohnsituation eher nicht zufrieden. Gründe.	Nein, ich bin natürlich nicht zufrieden. Wegen meinem Mann, weil er raucht. Das ist das grösste Hindernis, der grösste Störfaktor.	Alle Gründe, weshalb die Person mit der aktuellen Wohnsituation nicht (vollständig) zufrieden ist.

02.05	Luftreinigungsgerät	Aussagen zum Luftreinigungsgerät	Haben Sie ein Luftreinigungsgerät bei Ihnen zu Hause? Nein, haben wir nicht.	Umfasst alle Aussagen bzgl. Luftreinigungsgerät (Vorwiegend bei TN, bei denen kein Beobachtungsraster ausgefüllt werden konnte.)
03	Wohnumgebung (WU)			
03.01	WU_Mobilität	Ob und wie die Person mobil ist.	Gar nicht mehr mobil. [...] Also, wenn ich zum Arzt muss, bin ich auf einen Chauffeur angewiesen. Ich bin mit den ÖV unterwegs und mit dem Velo und viel mit den Füßen.	Alle Möglichkeiten der Mobilität, die die Person nutzen könnte. Insbesondere jene, die sie nutzt.
03.02	WU_ÖV	Ob ÖV in der Nähe liegt und von den TN auch genutzt werden kann.	ÖV geht einfach nicht, wegen der Geruchsbelastung. Jein. Also wir haben vier Postautolinien, aber die fahren alle fast 5 Minuten hintereinander und dann hat man dann einfach 40 Minuten wieder keine Verbindung.	Aussagen zur Erreichbarkeit von ÖV und deren Nutzung durch die TN.
03.03	WU_Amt	Angaben, wie die Person sich organisiert um Dinge zu erledigen wie bspw. auf ein Amt oder zum Coiffure, Arzt, Zahnarzt gehen.	Jetzt habe ich einen Hauscoiffeur.	Angaben zu jeglichen Erledigungen (ausser Einkauf) ausserhalb der Wohnung inkl. aller diesbezgl. Vorkehrungen.
03.04	WU_Einkauf			
03.04.01	WU_Einkauf_Ja	Alle Aussagen rund um den selbständigen Einkauf	[Dafür] (für Kleider) gibt es zum Glück Internet. Da kann ich online bestellen. Ich habe einen Gemüsebauer, zum Beispiel, und der kommt einfach noch von Haus zu Haus und dann ist das für mich natürlich klar, dass ich bei ihm das Gemüse und die Eier und die Früchte nehme.	Alle Aussagen bzgl dem selbständigen Einkauf (Lebensmittel, Haushalt, Kleider, Möbel, etc.) Ausgenommen Äusserung zu Spezialprodukten.
03.04.02	WU_Einkauf_Nein	Alle Aussagen rundum den Einkauf durch Dritte.	Das macht mein Mann, der kauft ein, der schaut für die Familie. Ja, das [Einkaufen] macht in der Regel mein Mann.	Alle Aussagen bzgl. Einkauf durch Dritte. Ausgenommen Äusserungen zu Spezialprodukten.
03.04.03	WU_spezProdukte_Konsum	Konsum von spezifischen Produkten		Die Person achtet auf spezifische Nahrungsmittel

03.04.04	WU_spezProdukte_Ja	Der Einkauf von speziellen Produkten (z.B. duftstofffrei, antiallergen, ohne Zusatzstoffe) sind in erreichbarer Nähe erhältlich	Also wir haben hier das Glück, Migros und Coop zu haben. Und ich muss sagen, ich bin sehr dankbar, dass Coop und Migros so darauf achtet, auf Allergiker, eben. Sie haben laktosefreie Produkte, sie haben glutenfreie Produkte, sie haben Bio-Produkte.	Spezialprodukte können in der Nähe eingekauft werden.
03.04.05	WU_spezProdukte_Nein	Der Einkauf von speziellen Produkten (z.B. duftstofffrei, antiallergen, ohne Zusatzstoffe) sind nicht in erreichbarer Nähe erhältlich.	Und ich habe einfach das Glück, dass mein Mann zum Einkaufen dahin fährt, wo es wegen der Zusatzstoffe besser ist.	Die Person kann keine oder nicht alle speziellen Produkte in der Nähe einkaufen.
03.05	WU_Nachbarn	Problembereiche Nachbarschaft	Ja, also der Grill des Nachbarn. Aber der Nachbar ist nicht mehr so viel da. Der hat irgendein chemisches Anzündmittel und wenn der den Grill anzündet dann springe ich um die Fenster zu schliessen. Ich war bei diesen Nachbarn und habe sie gebeten, dass sie es [WLAN] über Nacht abzustellen würden.	Problembereiche, die ausserhalb der Wohnung des Betroffenen liegen. zB. Nachbarn, Landwirtschaftszone, Strasse etc.
04	Soziale Kontakte (SK)			
04.01	SK_Treffpunkt	Alle Aussagen zu Kontakten, die einen Treffpunkt oder eine Terminierung vorsehen.	Einfach auf Absprache. Ich habe ihnen gesagt, die Spontaneität geht verloren.	Alles Aussagen zu sozialen Kontakten, die auf terminliche Absprache stattfinden.
04.02	SK_spontan	Alle Aussagen zu spontanen Kontakten	Ich gehe natürlich mit dem Hund meistens an den gleichen Orten spazieren und dort trifft man halt ein bisschen so andere Hunde-Spaziergänger. Das ist ja nicht abgemacht, dass man vielleicht einmal zusammen ein Stück spaziert oder so. Das ist eigentlich fast das einzige, was spontan möglich ist. ... oder gerade auf der Durchreise sind, dann kommen sie schnell hineinschauen, ob ich da bin, das finde ich schön, also, das geniesse ich auch.	Aussagen, die Kontakte betreffen, für die keine Vorbereitungen notwendig ist. Weder Terminvereinbarung noch andere Vorbereitungen.
04.03	SK_Vorkehrungen	Angaben zu bestimmten Vorkehrungen, die für soziale Kontakte getroffen werden	... nachher gibt es das Prozedere meiner Leute [...] dass sie vorher schauen, die Kleider hinauszuhängen und möglichst ohne ihre	Alle Vorkehrungen, die vom MCS-Betroffenen/ EHS-Betroffenen selber oder von der

		müssen zB: Staubmaske tragen oder Kontakt nur draussen oder andere Person darf für sozialen Kontakt mit MCS-Person kein Parfum, kein Haarspray, etc auftragen oder ...	normalen Produkte zu duschen. Weil die meisten haben ein Duftprodukt zu Hause, welches sie im Shampoo haben oder ein Dusch oder eine Lotion oder Handcrème, Sonnencreme.	Kontaktperson getroffen werden müssen, damit ein sozialer Kontakt für die MCS-Betroffene/ EHS-Betroffene Person möglich ist. Inkl. Vorkehrungen, die in eigener und fremder Whg.
04.04	SK_Anzahl	Angabe der Häufigkeit der sozialen Kontakte.	Das ist schwierig zu sagen. Das gibt vielleicht 1-2 Monate, in denen gar nichts geht und dann gibt es vielleicht einen Monat, in dem 3-5 Sachen stattfinden.	Eine konkrete Anzahl oder sonst beschreibend wie zB: mehrmals pro Woche oder zweimal im Monat
04.05	SK_Form			In welcher Form / an welchen Orten die Kontakte möglich sind.
04.05.01	SK_Form_eigene Whg_Ja	Die sozialen Kontakte können in der Whg der MCS-Betroffenen Person stattfinden	Einfach auf Absprache. [...] nachher gibt es ein Prozedere meiner Leute [...] Wir müssen fast vorher abmachen, dass sie sich darauf vorbereiten können.	Die sozialen Kontakte können (unter gewissen Umständen) in der eigenen Whg stattfinden.
04.05.02	SK_Form_eigene Whg_Nein	Die sozialen Kontakte können nicht in der Whg der MCS-Betroffenen Person stattfinden.	Na, die Freundin, die kommt dann, aber dann stehen wir draussen. Aber sonst habe ich mit niemandem grossen Kontakt. Ich habe auch den Kontakt zu Verwandten nur noch telefonisch.	Die sozialen Kontakte können nicht in der eigenen Whg stattfinden.
04.05.03	SK_Form_fremde Whg	Angaben zu sozialen Kontakte in fremden Whg.	Das <i>[Besuch in fremder Whg]</i> mache ich auch, aber eben mit der Gefahr, dass ich dann da sitze und einfach nicht mehr zum Kopf hinaussee.	Alle Angaben zu Besuchen in fremden Wohnungen.
04.05.04	SK_Form_Restaurant	Angaben zu sozialen Kontakte in Restaurants.	Also, ich gehe ab und zu ins Restaurant, einfach einen Kaffee trinken. Mit dem Essen ist es auch relativ schwierig. Es gibt ein paar Orte, von denen ich weiss, dass es vom Raum her geht.	Alle Angaben zu Restaurantbesuchen
04.05.05	SK_Form_draussen	Angaben zu sozialen Kontakte, die draussen stattfinden	Meine Fischerkollegen, mit denen ich draussen bin, das ist kein Problem, denen kann ich vom Wind ausweichen.	Mit draussen ist an der frischen Luft gemeint, nicht in öffentlichen Räumen.
04.06	SK_öffentlicheAnlässe			
04.06.01	SK_öffentlAnlässe_Ja	Es ist möglich an öffentlichen Anlässen wie Kino, Theater, Vereine, Feste, Vorträge etc. teilzunehmen	Und einen Verein haben wir auch noch, mit Mitglieder, aber da ist eben, unter MCS-Betroffenen und die Vereinsarbeit funktioniert anders, wir können keine Treffen machen, weil	Beschreibung in welchem Ausmass eine Teilnahme an öffentlichen Anlässen möglich ist.

			die meisten das ja wegen der Krankheit nicht können. Open Air schon. Ja.	
04.06.02	SK_öffentlAnlässe_Nein	Es ist nicht möglich an öffentlichen Anlässen wie Kino, Theater, Vereine, Feste, Vorträge etc. teilzunehmen.	Eben, ich kann nicht mehr Vereinsarbeit machen, an eine GV, zum Beispiel, oder bei einem irgendwie Vereinsanlass noch helfen bei einem Stand oder was auch immer, was ich früher gemacht habe. Eben leider nicht. Ich möchte gerne Filzkurse geben, ich würde gerne Malkurse geben. Das kann ich alles vergessen. Ersten von der Kraft und zweitens vom Lärm.	Beschreibung, weshalb eine Teilnahme an öffentlichen Anlässe nicht möglich ist.
04.06.03	SK_öffentlAnlässe_Vorkehrung	Vorkehrungen, die getroffen werden müssen, damit die Person am Vereinsleben oder an öffentlichen Anlässen teilnehmen kann.	Ich habe diese [Industriemaske] immer dabei, für den Notfall, aber ich ziehe sie relativ wenig an.	Alle Vorkehrungen, die die Person oder andere Personen vornehmen, damit die betroffene Person an den öffentlichen Anlässen teilnehmen kann.
04.07	SK_Betroffene			
04.07.01	SK_Betroffene	Angaben, ob die Person andere MCS-/EHS-Betroffene kennt.	Und dann habe ich mit <i>Vorname Name</i> , aber die, ja, die hatte dasselbe wie ich, aber die ist leider nicht mehr am Leben. Sonst habe ich mit MCS-Betroffenen keinen grossen Kontakt mehr. Ja, EHS kenne ich mehr. Da bin ich recht in Kontakt. Es hat mehrere und MCS habe ich auch kennengelernt.	Alle Angaben dazu, ob die Person bereits andere MCS-/EHS-Betroffene kennt. (Das heisst nicht, dass der Kontakt gepflegt wird.)
04.07.02	SK_Betroffene_Umgang	Die Person pflegt den Umgang mit MCS-Betroffenen.	<i>Aber pflegen Sie den Kontakt zu anderen MCS-Betroffenen?</i> Ja.	Die Person pflegt den Kontakt mit anderen Betroffenen (ja/nein)
04.07.03	SK_Betroffene_Wunsch	Die Person wünscht sich andere MCS-Betroffene kennenzulernen.	<i>Hätten Sie gerne Kontakt zu anderen MCS-Betroffenen oder eher nicht?</i> Eher nicht. Weil ich muss mit allen meinen Problemen zuerst einmal klarkommen.	Wunsch unabhängig von MCS-Wohnhaus andere MCS/ EHS-Betroffene kennen zu lernen.
05	Arbeit			
05.01	Arbeit_Rahmenbedingungen	Rahmenbedingungen, die nötig sind / wären, damit Arbeiten für die Betroffenen möglich wäre.	Die Räumlichkeiten müssten gut sein. Und da ich einen Bürojob habe, bekäme ich wahrscheinlich kein Büro für mich alleine und dort fängt ja das	Alle Rahmenbedingungen, die eine Arbeitsaufnahme begünstigen würden.

			Problem bereits an. Mit denjenigen, die das Büro benutzen. Das ist bei uns jetzt zum Beispiel so, mein Kollegium, das drüben im Büro zusammenarbeitet [...] das ist eine Duftpalette, wenn sie mir dann ein Sichtmännchen mit Dokumenten hinübergeben, kann es manchmal sein, dass ich die zuerst kopieren muss, dass ich es überhaupt lesen kann.	(Arbeitstempo, entsprechende Arbeit, Arbeitszeit, Flexibilität, Rücksichtnahme durch Kollegen → Duftstoffe, etc.)
06	Soziale Unterstützung (SU)			
06.01	SU_Person	Person hat jederzeit persönliche soziale Unterstützung	In allererster Linie meine Frau. Sie ist meine Frau, meine Freundin, meine Geliebte, einfach alles und mit ihr kann ich über alles sprechen.	Die Person hat jederzeit jemanden, mit der sie persönliche Probleme besprechen kann.
06.02	SU_vermisst	MCS/ EHS-betroffene Person vermisst nahestehende Person	Ja, es ist mehr oder weniger gut, aber es könnte natürlich auch noch besser sein. Ja, das wäre schon beinahe zu viel verlangt.	MCS/ EHS-betroffene Person vermisst den Kontakt zu einer, ihr nahestehenden Person, um jederzeit persönliche Probleme / Anliegen besprechen zu können.
06.03	SU_Hilfe	Möglichkeit jeder Zeit jemanden um Hilfe bitten zu können und Unterstützung zu erhalten.	Ich hätte nicht gefragt. Ich bin nicht der Typ, der Hilfe von anderen sucht.	Möglichkeit Hilfeleistungen im eigenen Umfeld (Familie, Freunde, Nachbarn) anfordern zu können.
07	Hoffnungen und Erwartungen (HE)			
07.01	HE_Gründe_Pro	Gründe für den Einzug	Also, damit ich mich regenerieren kann, weg von dem Elektrosmog, das ist einmal das Wichtigste. Weg von den Antennen.	Alle Gründe, die für einen Einzug ins MCS-Haus sprechen.
07.02	HE_Gründe_Contra	Gründe gegen den Einzug	Der Hund und der Mann [Raucher]. Ich könnte beide nicht mitnehmen. Die Lage dieses Hauses. Das macht es von vornherein jeden Gedanken daran unnötig, weil ich dort einfach nicht hinziehe. Das ist so ungeeignet für jemanden, der älter wird.	Alle Gründe, die gegen einen Einzug ins MCS-Haus sprechen.
07.03	HE_Befindlichkeit	Erwartungen in Bezug auf die eigenen Befindlichkeit	Dass sich mein System beruhigt, dass die Magenerven aufhören herumzufattern und ich vielleicht wieder mehr Sachen vertragen in Bezug	Die Erwartungen ob sich die subjektive Befindlichkeit mit dem

			aufs Essen und vielleicht auch wieder zu mehr Kraft, mehr Energie komme.	Einzug ins MCS-Haus verändert (positiv oder negativ).
07.04	HE_Zusammenleben			
07.04.01	HE_Zusammenleben_Regeln	Regeln die für das Zusammenleben als nötig erachtet werden.	Abgesehen von den [Hausregeln]. Nein eigentlich nicht.	Klare Regeln wie bspw. eine Hausordnung
07.04.02	HE_Zusammenleben_allg	Alles was in Bezug auf Vorstellungen bzgl. Zusammenleben genannt wird.	Es sollte eigentlich klar sein, dass man Rücksicht auf einander nimmt.	Alles was nicht eine klare Regel oder etwas besonders wichtiges ist und mit den Erwartungen an das Zusammenleben zusammenhängt, aber keiner klar geäusserten Erwartung entspricht.
07.04.03	HE_Zusammenleben_wichtig	Was als besonders wichtig in Bezug auf das Zusammenleben angesehen wird.	Dass man sich an die Hausordnung hält und Rücksicht auf die Anderen nimmt.	Alles was in Bezug auf das Zusammenleben im MCS-Haus als besonders wichtig deklariert wurde.
07.04.04	HE_Zusammenleben_Kontakte	Vermehrte soziale Kontakte werden erhofft bzw. nicht erhofft.	<i>Sie erhoffen sich vermehrt soziale Kontakte in diesem Haus?</i> Ja, warum nicht.	Die Hoffnung, durch den Einzug ins MCS-Haus vermehrt Kontakte mit MCS/ EHS-Betroffenen pflegen zu können.
07.05	HE_Erwartungen_Nachbarn1	Erwartungen an die Nachbarn im MCS-Haus	Ja, eigentlich Wünsche und Erwartungen in dem Sinne habe ich nicht.	Alle konkreten Erwartungen an die Nachbarn innerhalb des MCS-Hauses (zB. konkretes Verhalten, das erwartet wird).
07.06	HE_Erwartungen_Nachbarn2	Erwartungen an die Nachbarn der angrenzenden Grundstücke	<i>Haben Sie Erwartungen an die Quartierbewohner?</i> Nein eigentlich nicht.	Alle Erwartungen an die Nachbarn der angrenzenden Grundstücke des MCS-Hauses
07.07	HE_Wünsche	Wünsche in Bezug auf das zukünftige Leben im MCS-Haus	Dass ich wieder mehr Kraft, mehr Energie erhalte, dass ich wieder mehr unternehmen kann, wieder mehr nach Lust und Laune essen kann.	Alle Wünsche, die in Bezug auf das zukünftige Leben im MCS-Haus geäussert wurden.
08	Sozio-demographische Daten (SD)			
08.01	SD_Jahrgang	Jahrgang oder Alter der Person	Jahrgang 1939	Altersangabe
08.02	SD_Haushaltsgrösse	Anzahl Personen, die im selben Haushalt wohnen	2 Personen	Alle Personen, die mit der MCS/EHS-Betroffenen Person im selben Haushalt wohnen.

08.03	SD-Zivilstand	Zivilstand	verheiratet	Auch eingetragene Partnerschaft
08.04	SD_Kinder	Hat die Person Kinder ja oder nein	nein	Keine Anzahl
08.05	SD_Anzahl_Kinder	Anzahl der Kinder	Eine Tochter	Alle Kinder, nicht nur jene welchen allenfalls noch im selben Haushalt leben.
08.06	SD_Schulabschluss	Der höchste Schulabschluss der befragten Person	Matura	Schulabschlüsse: Grundschule, Berufslehre, höhere Fachschule, Fachhochschule oder Universität
08.07	SD_Beruf	Der erlernte Beruf	keiner	Der Beruf auf dem ein Abschluss gemacht wurde, egal wie lange dies zurück liegt.
08.08	SD_Arbeit	Der bisher ausgeführte Beruf (falls jemand arbeitet oder gearbeitet hat)	Frührentnerin, vorher Direktorin eines wissenschaftlichen Verlages	Falls die Person arbeitet, Beruf den sie zurzeit ausübt.
08.09	SD_Ortschaft	Ortschaft in der die befragte Person zurzeit wohnhaft ist	Bern	Ortschaft oder Postleitzahl der aktuellen Wohnadresse.
08.10	SD_Nationalität	Nationalität der befragten Person	Deutsche	
08.11	SD_Geschlecht	Geschlecht der befragten Person	weiblich	
09	Verschiedenes	Alles was nicht in einer der Kategorien zugeordnet werden kann, aber thematisch relevant ist.	Eben, zusammen Ferien machen, geht auch nicht.	Alles was in irgendeiner Form relevant ist und in keine der obenstehenden Kategorien eingeordnet werden kann.
10	Irrelevantes	Alles was für die Fragestellung nicht relevant ist.	Das schreibe ich mir gleich auf.	