



LEBENSLAGEN
Wohnungslosigkeit

Josef Bäuml | Monika Bröner | Barbara Baur
Gabriele Pitschel-Walz | Thomas Jahn

Die SEEWOLF-Studie

Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen
der Wohnungslosenhilfe im Großraum München

Mit einem Beitrag von Thomas Duschinger,
Gerd Reifferscheid und Alexander Schuchmann

Sonderdruck zur SEEWOLF-Studie
für die Landeshauptstadt München

LAMBERTUS

Sonderdruck zur SEEWOLF-Studie
für die Landeshauptstadt München

Orientiert an der Erstpublikation in der Zeitschrift:
Wohnungslos der Bundesarbeitsgemeinschaft
Wohnungslosenhilfe e. V. Berlin (Hg.):
59. Jahrgang, 2./3. Quartal, Nr. 2-3/2017, S. 34–46 und S. 47–56

LAMBERTUS

Sonderdruck zur SEEWOLF-Studie für die Landeshauptstadt München

Orientiert an der Erstpublikation in der Zeitschrift:
Wohnungslos der Bundesarbeitsgemeinschaft
Wohnungslosenhilfe e. V. Berlin (Hg.):
59. Jahrgang, 2./3. Quartal, Nr. 2-3/2017,
S. 34–46 und S. 47–56

LAMBERTUS

Landeshauptstadt München
Sozialreferat / Amt für Wohnen und Migration
Abteilung Wohnungslosenhilfe und Prävention
Fachbereich Fachplanung akute Wohnungslosigkeit
S-III-WP/S2

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten
© 2018, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
www.lambertus.de
Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil
Druck: WIRmachenDRUCK, Backnang
ISBN 978-3-7841-3110-8

Inhalt

Die SEEWOLF*- Studie: Seelische Erkrankungsrate bei Menschen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München.....	7
<i>J. Bäuml , M. Brönner , B. Baur , A. Schuchmann , G. Reifferscheid , Th. Duschinger , G. Pitschel-Walz , Th. Jahn</i>	
Zusammenfassung.....	7
Internationaler Forschungsstand mit Ergebnissen der Fichter-Studie (1996)	8
Begriffsdefinitionen im Wandel der Zeit.....	10
Durchführung der Untersuchung.....	12
Soziodemographische Daten im Vergleich zur Fichter-Studie (Meller, Fichter, 2000)	13
Psychiatrische Krankheitsvorgeschichte	16
Lebenszeitprävalenz an psychischen Erkrankungen	18
Lebenszeit-Prävalenzen symptomatischer Erkrankungen	21
1-Monats-Prävalenzen symptomatischer Erkrankungen	22
Vergleich von Lebenszeit- und 1-Monatsprävalenz der Hauptdiagnosen ..	24
Zur besseren Veranschaulichung werden die Werte für die wichtigsten Diagnosegruppen in Abbildung 2 nochmals graphisch dargestellt.	25
Persönlichkeitsstörungen	28
Intelligenzdiagnostik: Gesamt-IQ und kognitives Fähigkeitsprofil	33
Die Kernbotschaft der SEEWOLF-Studie.....	36
Sozialpolitische Konsequenzen aus den Ergebnissen der SEEWOLF-Studie mit Forderungen für die praktische Versorgung.....	37
Literatur	40
Bewertung der SEEWOLF-Studie für die Wohnungslosenhilfe – Ein vorläufiges Diskussionspapier	45
<i>Gerd Reifferscheid, Josef Bäuml</i>	
Grundidee der SEEWOLF-Studie.....	45
Die sog. Fichter-Studie und Romaus/Gaupp-Studie.....	45
Bewertung der Ergebnisse und Diskussion der Auswirkungen der Studie auf die praktische Arbeit in der Wohnungslosenhilfe	48
Körperliche Erkrankungen	48
Mögliche Entwicklungen aufgrund der Erkenntnisse	50
Psychische Erkrankungen	52

Inhalt

Diskussion der Ergebnisse	53
Persönlichkeitsstörungen	55
Suchterkrankung	57
Mögliche Entwicklungen aufgrund der Erkenntnisse	60
Kognition	63
Weitere mögliche Konsequenzen aus der SEEWOLF-Studie	69
Literatur	72

Wohnungslos der Bundesarbeitsgemeinschaft
Wohnungslosenhilfe e. V. Berlin (Hg.):
59. Jahrgang, 2./3. Quartal, Nr. 2-3/2017, S. 34–46

Die SEEWOLF*- Studie: Seelische Erkrankungsrate bei Menschen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München

* Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
im Großraum München

*J. Bäuml¹, M. Brönnner¹, B. Baur², A. Schuchmann², G. Reifferscheid²,
Th. Duschinger³, G. Pitschel-Walz¹, Th. Jahn¹*

Zusammenfassung

Die von Fichter ermittelte Rate an psychischen Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen im Großraum München in den neunziger Jahren betrug 93 % und wurde durch die Seewolf-Studie exakt bestätigt. Dank der damals eingeführten Betreuungsmaßnahmen hat sich inzwischen vor allem deren somatische Verfassung verbessert (z. B. Unterernährung, Raucherquote, Zahnstatus etc.).

Die im Großraum München durchgeführte SEEWOLF-Studie kann als repräsentativ für die Gesamtsituation von wohnungslosen Menschen, gerade in großstädtischen Regionen mit ähnlich ausdifferenziertem Hilfesystem, betrachtet werden. 74 % hatten einen akuten seelischen Behandlungsbedarf (Allgemeinbevölkerung 28 %), 55 % wiesen mindestens eine Persönlichkeitsstörung auf (Allgemeinbevölkerung 10 %), 20 % waren von einer Minderbegabung betroffen (Allgemeinbevölkerung 2 %) und ein Großteil litt unter erheblichen kognitiven Einbußen (Durchschnitts-IQ bei 84).

-
- 1 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, TU München, 81675 München, Ismaninger Str. 22
 - 2 Katholischer Männerfürsorgeverein, München e. V. (KMFV), Kapuzinerstraße 9 D, 80337 München
 - 3 Arbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe München und Oberbayern, Plattnerstraße 2, 81543 München

Dadurch soll keineswegs eine Psychiatrisierung von wohnungslosen Menschen erfolgen, sondern vielmehr eine Sensibilisierung für deren spezifischen Behandlungsbedarf. Die Ergebnisse decken sich weitgehend mit den Befunden aus der internationalen Literatur. Es muss zu einer konsequenten Vernetzung von psychiatrisch-psychotherapeutischen und sozialpädagogisch-unterstützenden Hilfsmaßnahmen kommen, um die individuelle Versorgung und gesellschaftliche Teilhabe von Wohnungslosen zu verbessern und ihnen adäquate Hilfen zu eröffnen.

Für diese Menschen, am Rande der Gesellschaft, besteht trotz aller bisherigen positiven Entwicklungen weiterhin ein hoher Hilfe-, Unterstützungs- und Versorgungsbedarf. Dafür Verständnis und Solidarität zu wecken, zählt zu den vornehmsten Zielen der SEEWOLF-Studie.

Internationaler Forschungsstand mit Ergebnissen der Fichter-Studie (1996)

Die Versorgung wohnungsloser Menschen ist ein weltweites Problem mit zunehmender Relevanz auch in den industrialisierten Ländern. So beträgt in den USA, dem Land mit dem höchsten Forschungsstandard bezüglich „homelessness“, die Zahl der zumindest vorübergehend auf der Straße lebenden Personen etwa 1,5 Millionen (Bauer, Baggett, Stern, O’Connell & Shtasel, 2013; Depp, Vella, Orff & Twamley, 2015), was bei einer Gesamtbevölkerung von 319 Millionen Menschen knapp 0,5 % der Einwohner entspricht. McQuiston, Gorroochurn, Hus und Caton (2013) berichten sogar von einem Lebenszeitrisiko der amerikanischen Bevölkerung von 3 %, das laut Chant et al. (2014) vor allem in den Großstädten („urban centers“) sichtbar werde. Von vielen Autoren werden vor allem die gesellschaftlichen Umwälzungen der letzten Jahrzehnte mit ihren sozioökonomischen Auswirkungen verantwortlich gemacht, insbesondere die zunehmenden Schwierigkeiten für einkommensschwache Gruppen, sich eigenen Wohnraum leisten zu können (Cohen & Thompson, 1992; Salize et al., 2013; Trabert, 2012). Laut Bauer et al. (2013) wurde es durch die Schließung der großen öffentlichen psychiatrischen Institutionen ohne gleichzeitigen Aufbau von ausreichenden Betreuungsmöglichkeiten in den Gemeinden vor allem den chronisch psychisch Kranken erschwert, im Leben zurechtzukommen. Folsom und Jeste (2002) machen ebenfalls die Versäumnisse der *Community Mental Health Services* für die mangelnde Betreuung von psychisch kranken wohnungslosen Menschen verantwortlich, von denen etwa 50 % keinerlei Behandlung erhielten und deren Lebensqualität deutlich eingeschränkt sei. Toro (2007) beschreibt

in seinem Übersichtsartikel, dass die Forschungsbemühungen hierzu in Amerika und Großbritannien wesentlich früher eingesetzt hätten als auf dem europäischen Kontinent, dessen ungeachtet aber die soziale Unterstützung für Wohnungslose in Kontinentaleuropa wesentlich besser sei. Piechowicz, Piotrowski und Pastwa-Wojciechowska (2014) berichten von etwa 30.000 wohnungslosen Menschen in Polen, was einer Quote von nur etwa 0,08 % entspricht. In der Bundesrepublik Deutschland sind die Zahlen zwar etwas höher, im Vergleich zu den USA aber immer noch deutlich niedriger: laut Kellinghaus, Eikelmann, Ohrmann und Reker (1999) waren im Jahr 1996 ca. 200.000 alleinstehende Personen in Deutschland wohnungslos, was bei damals ca. 81 Millionen Einwohnern einem Prozentsatz von 0,2 % entsprach; 35.000 von ihnen lebten auf der Straße. Neuere Schätzungen gehen von ähnlichen Zahlen aus: so war in Mannheim um das Jahr 2000 von ca. 650 bis 700 wohnungslosen Menschen auszugehen, was bei 330.000 Einwohnern ebenfalls einer Quote von etwa 0,2 % entspricht (Salize, Dillmann-Lange & Kentner-Figura, 2003). Die Zahl an akut wohnungslosen Menschen – allein Lebende, ohne Familien mit Kindern – betrug in München Ende 2013 etwa 3.500 (Landeshauptstadt München, Sozialreferat, 30.04.2014), was umgerechnet auf die damalige Einwohnerzahl von knapp 1,5 Millionen etwa 0,2 % entsprach.

Obwohl die mit der Psychiatrie-Enquête 1975 einhergehenden enormen sozialpsychiatrischen Aktivitäten in den Gemeinden die Umverlegung der chronisch Kranken „auf den Bürgersteig“ vermeiden sollten, reichte der Aufbau von Therapeutischen Wohngemeinschaften, Übergangseinrichtungen etc. nicht aus, um den lange Zeit Abgeschobenen eine Rückkehr in die „Mitte der Gemeinde“ zu ermöglichen. In den Anfangsjahren dieser „Enthospitalisierungseuphorie“ blieb es zunächst unbemerkt, dass ein Teil der chronisch psychisch Kranken in der Gemeinde nur schwer Fuß fassen konnte und zum Teil in die Wohnungslosigkeit gerieten. So sehr vielen schwer psychisch Kranken diese freiheitliche Lebensform, ohne direktive Betreuung durch das professionelle Helfersystem, zunächst entgegenkommt, so sehr sind sie langfristig von Verwahrlosung und erhöhter Mortalität bedroht. Fichter et al. (1996; 2000) und Meller et al. (2000) stellten in den 1990er-Jahren bei Untersuchungen an 146 Männern und 37 Frauen in München fest, dass neben Suchterkrankungen (Lebenszeitprävalenz 91 %) auch affektive Störungen (Lebenszeitprävalenz: Männer 41,8 %, Frauen 81,3 %), Angststörungen (Lebenszeitprävalenz: Männer 22,6 %, Frauen 59,4 %) und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Lebenszeitprävalenz: Männer 12,4 %,

Frauen 34,4%) bei wohnungslosen Menschen gehäuft vorkommen. Auffälligkeiten in den basalen kognitiven Leistungen waren bei 8,9% der männlichen Untersuchten festzustellen.

Um den zwischenzeitlich deutlich über die soziale Grundversorgung hinaus gehenden erhöhten Betreuungsaufwand (Trabert, 2012) mit Übergang in eine „Psychiatrie-light“ (Bäumel et al., 2016) bei den heutigen Bewohnern zu evaluieren, wurde die SEEWOLF-Studie geplant. Die Ergebnisse dieser Untersuchung beziehen sich allerdings nicht auf die Gesamtheit aller wohnungslosen Menschen in München sondern auf eine 232 Probanden umfassende Zufallsstichprobe jener 1.635 Personen, die in den Jahren 2010 bis 2013 in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in freier Trägerschaft im Großraum München betreut wurden.

In dieser Arbeit werden neben den Basisdaten zur Lebens- und Wohnsituation sowie zur psychiatrischen Krankheitsvorgeschichte schwerpunktmäßig die Ergebnisse zur Lebenszeit- und 1-Monatsprävalenz der seelischen Erkrankungen dargestellt inklusive der Rate an Persönlichkeitsstörungen und den Ergebnissen zur kognitiven Leistungsfähigkeit.

Begriffsdefinitionen im Wandel der Zeit

Die Begrifflichkeiten und Definitionen, mit denen diese Menschen ohne festen eigenen Wohnsitz im Laufe der Geschichte charakterisiert wurden, waren und sind höchst vielfältig! Wie Ayaß (2013) ausführte, sprach man im 19. Jahrhundert von männlichen wandernden Handwerksgesellen, Wanderarbeitern, mittellosen Wohnungslosen, armen Reisenden, Wanderarmen oder – explizit abwertend – auch von Landstreichern und Vagabunden. Im Vordergrund stand hierbei die Mobilität der Betroffenen. In der Nazizeit wurden diese Menschen pauschal als „asozial“ (im Sinne eines Sammelbegriffs für abweichendes Verhalten) bezeichnet und viele von ihnen wurden brutal verfolgt und rücksichtslos ermordet (Hohendorf, Otzoll, Richter, Eckart & Mundt, 2002).

Erst 1972 wurde mit dem § 72 des BSHG der Begriff „Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten“ eingeführt. Ab etwa 1980 wurden im wissenschaftlichen und sozialpädagogischen Sprachgebrauch zunehmend die Bezeichnungen „Wohnungslosigkeit“ und „Obdachlosigkeit“ verwendet. Dabei verstand man zunächst unter Wohnungslosen die Gruppe der Einpersonenhaushalte bzw. Alleinstehenden, unter Obdachlosen hingegen

die Gruppe der Mehrpersonenhaushalte oder Familien (Specht, 2013). Diese Begrifflichkeiten finden bis heute Verwendung, allerdings wird die damit verbundene Einteilung der Betroffenen der Vielfältigkeit des Hilfebedarfs nicht gerecht. So wurde in einem Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (BAG W) der Begriff und das Konzept der „Wohnungsnotfälle“ eingeführt und von Specht wie folgt definiert:

Tabelle 1: Klassifikation von Wohnungsnotfällen nach Specht (2013)

Teilgruppen	Abgrenzendes Merkmal
Wohnungslos	Aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen, d. h. ohne eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung oder Wohneigentum
Unmittelbar von Wohnungslosigkeit Bedrohte	Der Verlust der derzeitigen Wohnung steht unmittelbar bevor wegen Kündigung des Vermieters, einer Räumungsklage (auch mit nicht vollstrecktem Räumungstitel), einer Zwangsräumung oder sonstigen Gründen
In unzumutbaren Wohnverhältnissen lebend	Eine Wohnung ist zwar vorhanden, aber hinsichtlich verschiedener Aspekte unzureichend (bauliche Qualität, Größe, Ausstattung etc.)
Ehemals von Wohnungslosigkeit betroffen oder bedroht	Frühere Angehörige der ersten und zweiten Teilgruppe, die mit Wohnraum versorgt wurden, aber weiterhin auf Unterstützung zur Prävention von erneutem Wohnungsverlust angewiesen sind
Zuwanderinnen und Zuwanderer in gesonderten Unterkünften	Personen mit (Spät-)Aussiedlerstatus oder Flüchtlinge mit Aufenthaltsstatus von länger als einem Jahr in speziellen Übergangsunterkünften von Wohnungslosigkeit betroffen

Diese Differenzierung in verschiedene Personengruppen erscheint sinnvoll und sollte nach Möglichkeit weiter propagiert werden. Allerdings findet der in der Literatur noch immer gebräuchliche Begriff der Obdachlosigkeit hier keine Erwähnung mehr, was verwirrend sein kann. Der Begriff *obdachlos* sollte für jene Menschen verwendet werden, die ohne festen Wohnsitz leben und von Fall zu Fall auf der Straße, an öffentlichen Plätzen, in Notunterkünften oder niederschweligen Einrichtungen übernachten.

Durchführung der Untersuchung

Die Studienlaufzeit ging vom 01.01.2010 bis 31.12.2012. Drei Untersuchungstermine für jeweils 2-6 Stunden; pro abgeschlossenem U-Termin erhielten die Probanden als Entschädigungsaufwand zehn Euro in bar ausbezahlt.

1. Psychiatrisches Untersuchungsgespräch: Biographie, Entwicklung der Wohnungslosigkeit, Krankheitsvorgeschichte, aktuelle Befindlichkeit, Diagnose. Zusätzliche Fremdanamnese (v.a. Arztbriefe). SKID-I und SKID-II Untersuchung
2. Neuropsychologische Untersuchung (WIE)
3. Internistisch-neurologische Untersuchung, Labortests, Selbstrating-Bögen

Von 420 randomisierten TeilnehmerInnen aus den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München konnten 232 sehr gründlich untersucht werden, was einer Teilnahmefrequenz von 55 % entspricht. Diese nach Unterbringungsart geschichtete Stichprobe wurde aus den 1.635 (1.313 für Männer, 340 für Frauen) Wohn- und Schlafplätzen gezogen, die von den Trägern der freien Wohlfahrtspflege in München unterhalten werden: Langzeithilfe (26,3%), Unterbringung nach § 53 (22,4%), niedrigschwellige Hilfe (17,2%), Reintegration (13,8%), Notunterkunft (12,1%) und Betreute Wohngemeinschaften (8,2%).

Die psychiatrischen Diagnosen basieren auf den Ergebnissen ausführlicher standardisierter Interviews anhand der Diagnoseleitfäden SKID-I und die Persönlichkeitsstörungen wurden mit dem SKID-II erhoben. Diese Befunde wurden anschließend um eine Vielzahl weiterer Informationen aus allen nur erreichbaren Quellen ergänzt, um ein möglichst vollständiges Bild der gegenwärtigen und im Rückblick auf den bisherigen Lebensverlauf auch früheren psychischen Gesundheit bzw. Beeinträchtigung zu erhalten. Sämtliche verfügbare Informationen wurden abschließend in fachärztlich und psychologisch besetzten Fallkonferenzen zu sogenannten Konsensusdiagnosen verdichtet und entsprechend der diagnostischen Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für psychische Störungen mit einem F-Schlüssel (s.u.) kodiert.

Soziodemographische Daten im Vergleich zur Fichter-Studie (Meller, Fichter, 2000)

Wie Tabelle 2 zu entnehmen, waren die von Fichter untersuchten Personen mit 43 Jahren um 5 Jahre jünger als in der SEEWOLF-Studie mit 48,1 Jahren; trotzdem stieg die Zahl der ledigen Personen von 44,8% auf 62,9%. Eine aktuelle Beziehung gaben 21,3% der SEEWOLF-Stichprobe an, bei Fichter gibt es keine vergleichbaren Daten. Eigene Kinder hatten 31% der Fichter- und 38,9% der SEEWOLF-Kohorte. Die Schulabschlüsse waren bei Fichter mit 68,5% Hauptschülern, 10,3% Mittlere Reife-Absolventen und 4,8% Abiturienten im Schnitt um 10% unter den jeweiligen Bildungsabschlüssen der SEEWOLF-Studienteilnehmer, was sicher auch auf die allgemein gestiegenen höheren Bildungsabschlüsse dank eines differenzierteren Bildungssystems in den letzten Jahrzehnten zurückzuführen ist. Bemerkenswert ist die hohe Rate an Sonderschulbesuchern in der SEEWOLF-Studie von 16,2% gegenüber 4,1% in der Allgemeinbevölkerung während des vergleichbaren Zeitabschnittes um 1980; entsprechend hoch sind die Schul- und Ausbildungsabbrüche mit 42% in der SEEWOLF-Studie, im Vergleichszeitraum von 2000 lag diese Rate in der Allgemeinbevölkerung bei 16%.

Bei Fichter waren 0,7% der Personen erwerbstätig oder noch in Ausbildung, 39,7% waren arbeitssuchend und 4,8% galten als arbeits- bzw. erwerbsunfähig; in der SEEWOLF-Population waren hingegen noch 11,6% erwerbstätig, aber nur 6,5% arbeitssuchend und 12% erwerbsunfähig. Der größte Unterschied besteht in der Rate der Sozialhilfeempfänger bzw. der pensionierten Personen; bei Fichter waren dies 32,2% bzw. 39,7%, bei SEEWOLF waren es hingegen 51,9% Sozialhilfeempfänger und nur 18% mit Berentung.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die SEEWOLF-Probanden 5 Jahre älter waren, weniger oft in einer Ehebeziehung gelebt und etwas höhere Schulabschlüsse vorzuweisen hatten. In beiden Stichproben hatten etwa ein Drittel der Untersuchten Kinder. Während bei Fichter nahezu keinerlei reguläre Erwerbstätigkeit mehr vorlag, waren dies in der SEEWOLF-Studie immerhin noch 11,6%; gleichzeitig war in der SEEWOLF-Studie die Rate an Sozialhilfeempfängern mit 51,9% um fast 20% höher, die Rate an Rentenbeziehern jedoch mit 18% um über 20% niedriger. Die Zahl der offiziell Arbeit Suchenden war bei Fichter mit 39,7% fast sechsmal so hoch als bei den SEEWOLF-Teilnehmern (s. Tab. 2).

Tabelle 2: Vergleichende Gegenüberstellung soziodemografischer Daten aus der Fichter-Studie (Meller, Fichter et al., 2000) und der SEEWOLF-Studie sowie aus der deutschen Allgemeinbevölkerung

	Fichter, Männer (n=146)	SEEWOLF, Frauen (n=44)	SEEWOLF, Männer (n=176)	SEEWOLF, Gesamt (n=221)	Deutschland ****
	%	%	%	%	%
Alter, Jahre	43,0	45,2	48,8	48,1	-
ledig, nie verheiratet	44,8	53,0	65,0	62,9	-
verheiratet und Partner	0,7	0,0	0,0	0,0	-
verheiratet, getrennt	2,7	9,0	2,3	3,6	-
Verwitwet	4,1	9,0	2,7	4,1	-
Geschieden	37,7	29,0	30,0	29,4	-
akt. Partnerbe- ziehung	-	24,4	20,5	21,3	-
eigene Kinder	31,0	35,6	39,8	38,9	-
kein Schulab- schluss	13,0	15,9	10,2	11,4	4,0
Hauptschulab- schluss	68,5	45,5	56,8	54,6	38,0
Mittlere Reife	10,3	18,2	19,9	19,5	30,0
Abitur	4,8	20,5	13,1	14,5	28,0
Sonderschul- besuch	-	17,4	16,0	16,2	4,1** (1980)
Abbruch der Bildung	-	48,7	40,4	42,0	16*** (2000)
Erwerbstätig, Ausbildung, Studium	0,7	27,3	7,6	11,6	-
Sozialhilfe, SGB XII	32,2	34,1	56,4	51,9	-
Arbeitssu- chend	39,7	4,5	7,0	6,5	-
nicht arbeitssu- chend	15,7	-	-	-	-
Arbeits-/ erwerbsun- fähig	4,8	20,5	10,0	12,0	-
Pensioniert	39,7	13,6	19,0	18,0	-
Anderes	32,1	-	-	-	-
Gesamt	>100*	100,0	100,0	100,0	-
* Mehrfachnennungen möglich			** Kultusministerkonferenz (26.03.1999)		
*** Ku-Mi-Konferenz-Nr.162 (8/2002)			**** Statistisches Bundesamt (2012)		

Möglicherweise konnte ein Großteil dieser Personen aufgrund mangelnder Förderung und Unterstützung nicht den angestrebten Abschluss realisieren. Das Scheitern könnte aber auch mit den nicht ausreichenden intellektuellen Ressourcen zusammenhängen, denn die Rate von 16,2% mit Sonderschulförderung lag deutlich über dem damaligen Schnitt in der Allgemeinbevölkerung mit 4,1%. Im Wesentlichen konnten die Ergebnisse der Fichter-Studie bestätigt werden; der aktuell höhere Anteil an Personen mit Mittlerer Reife und Abitur dürfte auf die vermehrte Bereitstellung von weiterführenden Schulen in den letzten 20 Jahren zurückzuführen sein. Insgesamt verfügte ein Viertel der Untersuchten (25,5%) über keinen Schulabschluss oder hatte trotz Hauptschulabschluss keine berufliche Ausbildung absolviert. Dieser Personenkreis war im Durchschnitt 10 Jahre jünger als die besser Gebildeten (40,4 Jahre vs. 50,5 Jahre; $t = 4,629$, $p < .001$).

Diese Ergebnisse müssen im Zusammenhang mit den neuropsychologischen Untersuchungsbefunden diskutiert werden, denn die rund 20% der Menschen in der SEEWOLF-Studie mit einem IQ unter 70 bedeuten einen zehnfach höheren Anteil an Minderbegabungen als in der Allgemeinbevölkerung mit einer Quote von 2%. Sofern dieses Handicap nicht rechtzeitig identifiziert wird, laufen die Betroffenen Gefahr, den Anforderungen unseres Bildungssystems nicht gewachsen zu sein. Insbesondere bei ausbleibender pädagogischer Unterstützung durch das familiäre Umfeld kann es zu einer Kumulierung von Misserfolgen kommen mit fataler Rückwirkung auf die Bereitschaft, sich anzustrengen.

Eine vergleichsweise hohe Rate an Sonderschulbesuchern fanden auch Studien in Mannheim mit 11,8% (Salize et al., 2003) und in Berlin mit 20% (Podschus, 1997). Gleichsinnig verteilt war in beiden Populationen auch der Anteil von Schülern ohne Abschluss, der in Mannheim 13,6% und in Berlin 19,8% betrug. Diese Raten betragen in der Fichter-Studie 13% und in der SEEWOLF-Studie 15,9% und lagen somit ganz im Trend der beiden anderen deutschen Städte. Bei Salavara et al. (2013) lag diese Quote unter 89 spanischen wohnungslosen Erwachsenen bei lediglich 1,1%; ein „Primary School Certificate“ besaßen 33,7%, ein „Secondary Level“ wiesen 47,2% auf und einen darüber hinausgehenden Ausbildungsabschluss schafften 17,9%, ohne dass ein Hochschulabschluss dabei gewesen wäre. Van Straaten et al. (2014) ermittelten unter 387 niederländischen Wohnungslosen bei 31% den niedrigsten Bildungsgrad, bei 46% einen niedrigen, bei weiteren 15% einen mittleren und bei 8,3% einen hohen. Ergänzend hierzu die in etwa vergleichbaren Zahlen aus Mannheim von Salize et al. (2003): dort hatten 54,9% den

Hauptschulabschluss und 19,7% die Mittlere Reife oder das Abitur abgelegt. Bei aller Unterschiedlichkeit der einzelnen Bildungsabschlüsse in den verschiedenen europäischen Schulsystemen kann doch festgehalten werden, dass der Anteil der weniger qualifizierten Abschlüsse überwiegt und dass höhere und hohe Abschlüsse bei von Wohnungslosigkeit Betroffenen eher selten sind.

Psychiatrische Krankheitsvorgeschichte

41,6% der Befragten gaben an, schon in der Kindheit und/oder während der Jugendzeit psychisch auffällig gewesen zu sein. 13,3% berichteten zudem, bereits als Kinder oder Jugendliche eine psychiatrische Behandlung erfahren zu haben. Auf die Frage, wer im bisherigen Leben schon einmal behandlungsbedürftige psychische Beschwerden verspürt habe, antworteten 86% mit „Ja“; bereits mindestens einmal im Leben in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung waren 56,6% gewesen; d. h., knapp 30% aller Befragten gaben an, bisher keine Therapie aufgesucht zu haben, obwohl sie irgendwann einmal in ihrem Leben entsprechende Beschwerden verspürt hatten. 41,9% der untersuchten Probanden hatten bereits eine ambulante psychiatrische Behandlung in ihrem Leben erfahren; bei 13,3% hatte diese Behandlung bereits vor dem 18. Lebensjahr eingesetzt. Mit 41,8% war es bei der annähernd gleichen Zahl bisher im Laufe des Lebens zu einer stationär-psychiatrischen Behandlung gekommen

Bei 76 bzw. 82 Probanden konnte die Frage geklärt werden, in welchem zeitlichen Zusammenhang zur ambulanten bzw. stationären Behandlung die Wohnungslosigkeit eingetreten war. Die Befunde hierzu sind in Tabelle 3 dargestellt. Bei einem Viertel der Probanden hatte die Wohnungslosigkeit bereits vor Beginn der ambulanten Behandlung eingesetzt, bei weiteren 14% fanden beide Ereignisse im gleichen Jahr statt und bei 61% kam es erst nach oder im Verlauf der ambulanten Behandlung zur Wohnungslosigkeit. Ein ganz ähnliches und noch weiter in Richtung „Wohnungslosigkeit erst nach Beginn der Therapie“ deutendes Profil ergibt sich auch bei der Rekonstruktion von erster stationärer Behandlung und Einsetzen der Wohnungslosigkeit. Hier lag die Rate der Menschen, die erst nach Beginn der Wohnungslosigkeit zum ersten Mal in stationärer Behandlung gewesen waren, nur bei 15%. Das heißt, bei 75% der Untersuchten trat die Wohnungslosigkeit erst nach oder im gleichen Jahr mit Beginn der ambulanten Behandlung ein und bei den stationär Behandelten war dies sogar in 85% der Fall. Insgesamt hat bei 78,8% die ambulante oder stationäre psychische Behandlung vor

oder im gleichen Jahr eingesetzt, ehe es zur Wohnungslosigkeit kam. Die zeitliche Latenz betrug im Schnitt 6,5 Jahre. Lediglich bei 21,2% lag der Beginn der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung nach Einsetzen der Wohnungslosigkeit.

Tabelle 3: Ambulante bzw. stationäre Behandlung und Beginn der Wohnungslosigkeit

Beginn der Behandlung und Einsetzen der Wohnungslosigkeit	ambulante Behandlung		stationäre Behandlung	
	n	%	n	%
vor Beginn der Behandlung wohnungslos	19	25,0	12	15,0
mit Beginn der Behandlung wohnungslos	11	14,0	9	11,0
nach Beginn der Behandlung wohnungslos	46	61,0	61	74,0
gesamt	76	100,0	82	100,0

Die Zahl der stationären Aufenthalte lag pro Patient bei etwa 3, umgerechnet auf alle untersuchten Personen ergab sich eine durchschnittliche Behandlungsfrequenz von 1,6 Aufenthalten. Connolly et al. (2008) ermittelten bei den von ihnen untersuchten wohnungslosen Menschen in der Regel 1,4 psychiatrische Aufenthalte in der Vorgeschichte (SD=2,7), 43% waren in aktueller Behandlung. Die Dauer der einzelnen Aufenthalte konnte nicht exakt ermittelt werden; anhand der vorliegenden Angaben, die auch bei etwa 35% der Patienten (82 von 232) durch fremdanamnestic Angaben (Arztbriefe und frühere Behandlungsunterlagen) gestützt werden, handelte es sich eher um kürzere Behandlungszeiten. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Erkrankten relativ rasch die Behandlung wieder verlassen haben und dass es zu keiner ausreichenden Stabilisierung der Grundproblematik gekommen ist. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass ein Großteil dieser Patienten in eine Chronifizierung hineingeraten ist und deshalb nicht mehr zu einer selbständigen Lebensführung in der Lage war.

Beijer et al. (2010) fanden bei ihrer Untersuchung von psychisch kranken wohnungslosen Menschen in Stockholm, dass nur die aller Kränksten und die größte Not leidenden Patienten stationär-psychiatrisch aufgenommen worden seien; bei wohnungslosen Frauen sei dies noch sehr viel seltener als bei Männern der Fall gewesen. Dies wird auf die

Deinstitutionalisierungsmaßnahmen in den letzten Jahren zurückgeführt mit zunehmender Zurückhaltung gegenüber stationären Einweisungen. Kellinghaus et al. (1999) fanden bereits in den 90er-Jahren, dass die Rate an ambulanten psychiatrischen Vorbehandlungen bei stationär geführten Patienten in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme bei bisher nicht wohnungslos gewordenen Patienten 46 % betrug, bei denen mit Wohnungslosenvorgeschichte aber nur 8 %. Er folgerte daraus, dass die psychiatrische Regelversorgung entsprechend verbessert werden müsse, um diese „ungeliebte und schwierige Patientengruppe“ nicht weiterhin zu vernachlässigen. Durch diese Behandlungsscheu sei die Wohnungslosenhilfe zu einem „Sammelbecken“ für chronisch psychisch kranke Menschen geworden, der sie aufgrund der mangelhaften finanziellen und fachlichen Ausstattung nicht ausreichend gewachsen sei. Durch weitere Untersuchungen und Datenanalysen muss noch versucht werden, die Hintergründe dieser wenig zufriedenstellenden Behandlungskarrieren zu erschließen. Es sollte auch geklärt werden, welche Verbesserungen der Zugangswege zu ambulanten psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungen geschaffen werden müssen, um diesen mehrfach belasteten Menschen rechtzeitig die entsprechende Hilfe anbieten zu können.

Lebenszeitprävalenz an psychischen Erkrankungen

Bei 223 (96,1 %) Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern konnten insgesamt 517 einzelne psychiatrische Krankheitsdiagnosen (Achse-I-Störungen sensu DSM-IV-TR bzw. Symptomatische Störungen sensu ICD-10) gestellt werden, also durchschnittlich 2,3 Diagnosen pro Proband. Nur 15 der 223 Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer wurde gar keine psychiatrische Diagnose zugesprochen, deshalb betrug die Lebenszeit-Prävalenz irgendeiner psychischen Störung (auf Achse-I) 93,3 %. Von den 517 insgesamt zutreffenden Diagnosen bezogen sich 258 auf akut vorliegende Störungen, durchschnittlich 1,2 Diagnosen pro Proband, sodass die Ein-Monats-Prävalenz irgendeiner zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegenden psychischen Störung 74,0 % betrug.

In Tabelle 4 handelt es sich um Lebenszeit-Diagnosen, die mit den Ergebnissen der älteren Fichter-Studie verglichen werden, die einen signifikant höheren Anteil an Personen mit genau einer Diagnose enthält, während in der SEEWOLF-Studie signifikant mehr Personen mit 2 bis 7 Diagnosen vorlagen. In der Fichter-Studie hatte kein Proband mehr als vier Diagnosen, in der

SEEWOLF-Studie waren es hingegen 8,1 % aller psychiatrisch untersuchten Probanden, wobei 70,4 % zwei oder mehr Diagnosen aufwiesen und bei zwei Probanden sogar 7 Diagnosen vorkamen.

Tabelle 4: Achse-I bzw. Symptomatische Störungen – Relative Häufigkeiten (%) der Anzahl psychiatrischer Lebenszeit-Diagnosen im Vergleich zu Fichter und Quadflieg (2001)

Diagnosenanzahl	Fichter-Studie (N=265)	SEEWOLF-Studie (N=223)	Anteilstests
0	6,7%	6,7%	Z=0,00 p=1.000
1	53,5%	22,9%	Z=6,89 p < .001
2 – 7	39,8%	70,4%	

Demnach hatten in beiden Studien exakt 6,7 % der untersuchten wohnungslosen Personen keine psychiatrische Achse-I-Diagnose, d. h., die Lebenszeitprävalenz betrug in beiden Studien 93,3 %. Dies stellt eine verblüffend genaue Replikation der Forschungsbefunde aus den 1990er-Jahren dar. Da sich zur Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland derzeit keine direkt vergleichbaren Daten finden lassen, wird in Abbildung 1 die von Kessler et al. (2005) erhobene Rate von 50 % für die USA-Bevölkerung aufgeführt (Jacobi und Kessler-Scheil, 2013; Kessler et al., 2005). Außerdem werden die Sechsmonats-Prävalenz der Fichter- (Fichter & Quadflieg, 2001) und die Einmonats-Prävalenz der SEEWOLF-Studie gegenüber gestellt und mit der 12-Monatsprävalenz (Jacobi, Hoffer, Strele, et al.; 2014) einer Stichprobe (N=5317) aus der Allgemeinbevölkerung Deutschlands verglichen.

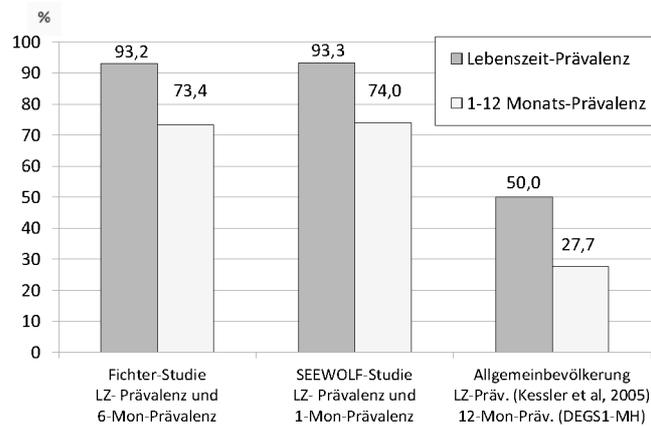


Abbildung 1: Prävalenzvergleiche von vier Studien zu Lebenszeitdiagnosen und aktuellen psychischen Erkrankungen (1-12 Monate). Zur näheren Erläuterung siehe Text.

Wie Tabelle 5 zeigt, sind wohnungslose Menschen auch im aktuellen Querschnitt psychisch wesentlich stärker belastet als die Allgemeinbevölkerung. Obwohl in der SEEWOLF-Studie nur ein vierwöchiger Beobachtungszeitraum zugrunde lag, fanden sich jeweils signifikant höhere Raten in den drei ICD-10 Diagnosekategorien F1 (Substanzinduzierte Störungen), F2 (Schizophrene Spektrumsstörungen) und F3 (Affektive Störungen).

Tabelle 5: Prävalenzvergleich aktueller Diagnosen (%) anhand vier ausgewählter ICD-10 Diagnosekategorien (nur Hauptdiagnosen)

Diagnosekategorie	DEGS1-MH* (N=5317)	SEEWOLF-Studie** (N=223)	Anteilstests
F1 Substanzinduzierte Störungen	5,7	42,6	Z=-20,90 p < .001
F2 Schizophrene Spektrumsstörungen	2,6	10,3	Z=-6,70 p < .001
F3 Affektive Störungen	9,3	20,2	Z=-5,38 p < .001
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	24,7	18,4	Z=2,14 p=.032

* DEGS1-MH: 12-Monats-Prävalenzen nach DIA-X / M-CIDI aus Jacobi et al. (2014)

** SEEWOLF: Ein-Monats-Prävalenzen nach SKID-I

Lebenszeit-Prävalenzen symptomatischer Erkrankungen

Tabelle 6 veranschaulicht in der ersten Zeile, dass von den hier untersuchten 223 Probanden bis auf 15 alle mindestens einer Diagnosenkategorie zugeordnet werden konnten. Da 70,4% (s. Tab. 4) zwei und mehr Diagnosekategorien aufwiesen, ergibt die Summe der F-Diagnosen den Wert von 377 und ist damit deutlich größer als die Zahl der 208 Einzelpersonen. Bei den 41 erkrankten Frauen wurden insgesamt 76 Einzeldiagnosen gestellt, bei den 162 Männern waren dies 301. Die Geschlechtsunterschiede wurden mit Anteilstests (Z-Tests) auf statistische Signifikanz geprüft, sofern ausreichende Zellenbesetzungen vorlagen.

Tabelle 6: Lebenszeit-Prävalenzen der ICD-10 Diagnosekategorien, aufgeschlüsselt nach Gesamtfallzahl, Frauen und Männern (Haupt- und Nebendiagnosen)

		Gesamt N=223	Frauen n=45	Männer n=178	Anteilstests F vs. M
F 0 – 9 Personen mit mindestens einer Diagnosekategorie	N	208	41	167	Z=-0,65 p=.517
	%	93,3	91,1	93,8	
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	N	11	1	10	Z=-0,94 p=.347
	%	4,9	2,2	5,6	
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	N	164	24	140	Z=-3,44 p < .001
	%	73,5	53,3	78,7	
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	N	30	8	22	Z=0,95 p=.341
	%	13,5	17,8	12,4	
F3 Affektive Störungen	N	100	23	77	Z=0,95 p=.344
	%	44,8	51,1	43,3	
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	N	47	12	35	Z=1,03 p=.303
	%	21,1	26,7	19,7	
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	N	6	4	2	Z=2,88 p=.004
	%	2,7	8,9	1,1	
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F7 Intelligenzminderung, F8 Entwicklungsstörungen, F9 Verhaltens- und emotionale Störungen, Beginn Kindheit u. Jugend	N	5 19	2 4	3 15	
	%	2,2 8,4	4,4 8,8	1,7 8,4	
Noch nie eine seelische Erkrankung gehabt	N	15	4	11	Z=0,65 p=.517
	%	6,7	8,9	6,2	

Anmerkung: Spaltenvergleiche Frauen vs. Männer bei Null-Werten in mindestens einer der beiden Tabellenzellen können mit dem Anteilstest nicht gerechnet werden.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, litten 4,9 % aller Untersuchten unter einer organischen psychischen Erkrankung, wobei dieser Anteil bei den Männern mit 5,6 % mehr als doppelt so hoch war wie bei den Frauen mit 2,2 %. Suchterkrankungen stellten mit 73,5 % die häufigste Diagnose dar, wobei die Männer mit 78,7 % signifikant häufiger vor den Frauen mit 53,3 % lagen. Schizophrene Erkrankungen lagen bei 13,5 % aller untersuchten Probanden vor, hier führten die Frauen mit 17,8 % merklich vor den Männern mit 12,4 %. Affektive Erkrankungen wurden 44,8 % aller KlientInnen attestiert, auch hier überwogen die Frauen mit 51,1 % deutlich die Männer mit 43,3 %. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen lagen bei 21,1 % vor, zwischen Frauen mit 26,7 % und 19,7 % bei den Männern kein nennenswerter Unterschied. Die Zahlen zu den weiteren Krankheitsentitäten in Tabelle 47 bedürfen einer gewissen Relativierung, da die unter F5 bis F9 gelisteten Diagnosen eher von der expliziten Nennung der Betroffenen abhängen und nicht ähnlich konsequent und systematisch erfragt wurden wie die unter F0 bis F4. Deshalb werden sie in obiger Tabelle zusammengefasst dargestellt.

1-Monats-Prävalenzen symptomatischer Erkrankungen

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die 165 zum Zeitpunkt der Untersuchung akut erkrankten Probanden. Da ein Teil der 165 von einer psychischen Erkrankung betroffenen Probanden zwei und mehr Diagnosen aufwies, ergibt die Summe der einzelnen F-Diagnosen den Wert von 227 und ist damit größer als die Zahl der Einzelpersonen. Die 28 an einer psychischen Erkrankung leidenden Frauen hatten 42 Einzeldiagnosen, bei den 137 Männern betrug diese Rate 185.

Tabelle 7: 1-Monats-Prävalenzen der ICD-10 Diagnosekategorien (Haupt- und Nebendiagnosen)

		Gesamt N=223	Frauen n=45	Männer n=178	Anteilstests F vs. M
F 0 – 9 Personen mit mindestens einer Diagnosenkategorie	N	165	28	137	Z=-2,01 p=.044
	%	74,0	62,2	77,0	
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	N	6	1	5	Z=-0,22 p=.828
	%	2,7	2,2	2,8	
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	N	95	11	84	Z=-2,76 p=.006
	%	42,6	24,4	47,2	
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	N	23	6	17	Z= 0,75 p=.456
	%	10,3	13,3	9,6	
F3 Affektive Störungen	N	45	10	35	Z= 0,38 p=.702
	%	20,2	22,2	19,7	
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	N	41	10	31	Z= 0,74 p=.457
	%	18,4	22,2	17,4	
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen u. Faktoren	%	3	2	1	
	N	1,3	4,4	0,6	
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F7 Intelligenzminderung, F8 Entwicklungsstörungen, F9 Verhaltens- und emotionale Störungen, Beginn Kindheit u. Jugend	N	17	4	13	
	%	6,2	4,4	7,3	
Derzeit keine seelischen Erkrankungen vorliegend	N	58	17	41	Z=2,01 P=.044
	%	26,0	37,8	23,1	

Anmerkung: Spaltenvergleiche Frauen vs. Männer bei Null-Werten in mindestens einer der beiden Tabellenzellen können mit dem Anteilstest nicht gerechnet werden.

Demnach nehmen Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) mit 42,6% den Hauptanteil ein; hierbei liegt die Rate der Männer signifikant und mit 47,2% nahezu doppelt so hoch wie die der Frauen mit 24,4%. Mit 20,2% rangieren an zweiter Stelle die affektiven Störungen, hier besteht zwischen Frauen und Männern mit 22,2 bzw. 19,7% kaum ein Unterschied. An dritter Stelle liegen die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit 18,4%; auch hier sind die Werte

von den Frauen mit 22,2% und den Männern mit 17,4% nahezu identisch. Die schizophrenen Erkrankungen (F2) rangieren mit 10,3% an vierter Stelle, auch hier ist zwischen beiden Geschlechtern – Frauen 13,3%, Männer 9,6% – kaum ein Unterschied. Die fünfte Position wird von den organischen Erkrankungen (F0) mit 2,7% eingenommen, auch hier liegen die Werte von Frauen und Männern mit 2,2 bzw. 2,8% nahezu gleich auf. Die übrigen Diagnosekategorien von F5 bis F9 erreichen hier insgesamt nur knapp 8%, zwischen Männern und Frauen kein nennenswerter Unterschied.

Vergleich von Lebenszeit- und 1-Monatsprävalenz der Hauptdiagnosen

Abbildung 2 zeigt die für alle Hauptdiagnosegruppen gefundenen Werte in paralleler Darstellung von Lebenszeit- und Einmonatsprävalenz. Die Werte beziehen sich ausschließlich auf die Hauptdiagnose, die bei der Lebenszeitprävalenz gestellt wurde; die 1-Monatsprävalenz gibt hier wider, in wie viel Prozent der Fälle diese Lebenszeit-Hauptdiagnose auch im 1-Monatszeitraum festzustellen war.

Interessanterweise hat sich durch die ausschließliche Beschränkung auf die Hauptdiagnosen, sowohl bei der Lebenszeit- als auch der 1-Monatsprävalenz, die Gewichtung der Diagnosen etwas verschoben; bei der Lebenszeit waren die affektiven Erkrankungen mit 42,6% deutlich häufiger vertreten als die Suchterkrankungen mit 31,8%. Aber im 4-Wochenzeitraum besaßen die Suchterkrankungen mit 22% eine größere Häufigkeit als die affektiven Erkrankungen mit 19,3%. Die schizophrenen Erkrankungen behielten ihre dritte Position in beiden Beobachtungszeiträumen mit jeweils 13,5% bzw. 10,3%. Alle übrigen Diagnosen spielten weder im 1-Monatszeitraum noch auf die gesamte Lebensperiode hochgerechnet eine größere Rolle als Haupterkrankungen.

Zur besseren Veranschaulichung werden die Werte für die wichtigsten Diagnosegruppen in Abbildung 2 nochmals graphisch dargestellt.

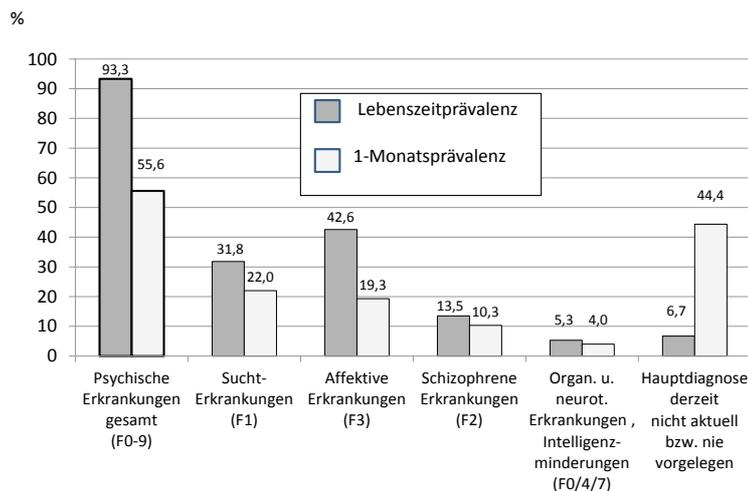


Abbildung 2: Vergleich von Lebenszeit- und 1-Monats-Prävalenzen der Diagnosekategorien nach ICD-10 (bei der 1-Monatsprävalenz wurden nur die Hauptdiagnosen gezählt, die sowohl während der Lebenszeit als auch im 1-Monatszeitraum vorgelegen hatten) (nur Hauptdiagnosen)

Die in der SEEWOLF-Studie gefundene massiv erhöhte Rate an psychischen Erkrankungen, die sowohl in der Lebenszeitprävalenz mit 93,3 % als auch in der 1-Monats-Prävalenz mit 55,6 % deutlich über den Vergleichswerten der Allgemeinbevölkerung der USA von 50 % (Kessler et al. 2005) auf die Lebenszeit und 28 % auf die zurückliegende Einjahresperiode in der deutschen Allgemeinbevölkerung bezogen liegen (Jacobi, Hoyer, Strehle, et al., 2014), geht weitgehend konform mit den Befunden aus anderen nationalen und internationalen Studien (Depp et al., 2015; Fazel et al., 2008). Fazel et al. (2014) fanden in 30 Studien eine Psychoseeraterate von 12,7 % (Range 8 % bis 53 %) mit der Anmerkung, dass aufgrund mangelnder Mitwirkung der Schwerstkranken die wahren Prävalenzraten schizophrener Patienten innerhalb der Wohnungslosenpopulation deutlich höher liegen dürften. Der Durchschnittswert für affektive Erkrankungen lag bei 11,4 % mit einer Schwankungsbreite von 0 % bis 49 %, der Vergleichswert in der Allgemeinbevölkerung wird mit 2 % bis 7 % angegeben. Die höchste Rate fand er bei den Alkoholerkrankungen mit Werten um 37,9 %, wobei auch hier eine

heftige Schwankungsbreite von 8 bis 58% bestand. Den Bevölkerungsdurchschnittswert taxierte er hierbei auf 4% bis 16%. Den zweithöchsten Anteil stellten die Drogenabhängigen mit 24,4%, ebenfalls ein breiter Range von 5% bis 54%. Den Referenzwert zur Allgemeinbevölkerung bezifferte er dabei mit 2% bis 6%. Doppeldiagnosen wurden bei 58% bis 65% gefunden, in der Allgemeinbevölkerung liegt diese Rate unter 1%.

In Abhängigkeit von den jeweiligen Ländern gibt es die höchsten Schwankungen bei den Alkohol- und Drogenerkrankungen. McQuiston et al. (2013) berichten eine Suchterkrankungsquote von 84% bei den Männern und 58% der Frauen, was den SEEWOLF-Zahlen sehr nahe kommt hinsichtlich Lebenszeitprävalenz mit 78,7% bei den männlichen und 53,3% bei den weiblichen Studienteilnehmern. Die deutschen Untersuchungen weisen im internationalen Vergleich traditionellerweise relativ hohe Alkoholabhängigkeitsraten auf, was in erster Linie mit der leichten Verfügbarkeit und dem günstigen Preis von Alkohol in unserem Land zusammenhängen dürfte. So fanden auch schon Kellinghaus et al. (1999) für Alkohol eine Lebenszeitprävalenz von 63% bis 91% und eine 6-Monatsrate von 71%; die Zahlen für Drogen lauteten jeweils 13% bis 31% oder 10% bis 16%. Dies kann wohl als größter Unterschied zwischen deutschen und US-amerikanischen bzw. westeuropäischen Studien festgehalten werden, dass in anderen Ländern dem Konsum harter Drogen unter wohnungslosen Menschen ein weitaus höherer Stellenwert zukommt. Der Vergleich mit den Ergebnissen von Connolly et al. (2008) mit 60 wohnungslosen Personen in New York und Saddicha et al. (2014) bei 500 kanadischen Wohnungslosen macht deutlich, dass dort auch der Alkohol mit 37% bzw. 59,2% keine unwesentliche Rolle spielt. Aber im Vergleich zu den Münchner Ergebnissen – sowohl von Fichter et al. (1999) als auch den SEEWOLF-Probanden – waren in den beiden zitierten Studien harte Substanzen wie Heroin von 5% bzw. 25,2% (SEEWOLF 2,2%), Kokain 30% bzw. 19,8% (SEEWOLF 2,2%), Crack 0% bzw. 51,2% (SEEWOLF 0%), Crystal Meth 0% bzw. 12,2% (SEEWOLF 0%) oder Cannabis 12% bzw. 57,8% (SEEWOLF 21,5%) in deutlich höherem Ausmaß konsumiert worden. Zusammenfassend finden Connolly et al. (2008) eine Drogenabhängigkeit bei 50% und eine Alkoholabhängigkeit bei 34%, woraus sich eine generelle Substanzabhängigkeit von 62% errechnet, einen dualen Abusus wiesen 23% der Probanden auf.

Relativ gering war in der SEEWOLF-Population mit 4,9% die Rate an hirnorganischen Erkrankungen, die im internationalen Vergleich bei Werten um 9% schwanken (Kellinghaus et al., 1999). Das spricht dafür, dass durch

die sekundärpräventiven Maßnahmen vieler Hilfsorganisationen und auch staatlicher Stellen bei gravierenden Erkrankungsfällen rechtzeitig eingegriffen werden kann. Das könnte aber unter Bezugnahme auf die Hamburger Ergebnisse mit einer um 30 Jahre geringeren Lebenserwartung bei wohnungslosen Menschen auch heißen, dass viele von ihnen das für die Entwicklung hirnorganischer Erkrankungen typische Alter von 60 Jahren aufwärts möglicherweise gar nicht mehr erreichen (Grabs et al., 2008).

Die Daten der SEEWOLF-Studie belegen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen internationaler Studien, dass es sich bei wohnungslosen Menschen um prinzipiell gesundheitlich deutlich beeinträchtigte Menschen handelt, die mit einer Lebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen von über 90 % und einer 1-Monats-Prävalenz von über 70 % einen hohen Betreuungs- und Behandlungsbedarf aufweisen. Hierbei reicht es nicht alleine, nur ein Dach über dem Kopf zu garantieren, hier müssen zahlreiche andere Professionen mitwirken, um diese große Herausforderung einer humanen und effizienten Versorgung dieser oftmals von harten Schicksalsschlägen getroffenen und unter zahlreichen Handicaps psychischer, kognitiver und physischer Art leidenden Menschen leisten zu können.

Die Betrachtung sowohl von Lebenszeit- als auch 1-Monatsprävalenz zeigt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Jacobi, Hoffer, Strehle, et al., 2014) deutlich erhöhte Raten an seelischen Erkrankungen bei den hier untersuchten wohnungslosen Personen. In Übereinstimmung mit Fichter et al. (1999) kann festgehalten werden, dass die Lebenszeitprävalenz mit 93,3 % in beiden Münchner Untersuchungen deutlich über der Rate von 50 % bei der Allgemeinbevölkerung in den USA (Kessler et al., 2005) liegt. Die 1-Monatsprävalenz mit 74,0 % liegt ebenfalls deutlich über der Durchschnittsrate in der deutschen Bevölkerung von 28 %. Und ein Großteil von ihnen hat aufgrund der zusätzlichen körperlichen Begleiterkrankungen ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko; die verkürzte Lebensrate betrug laut einer Hamburger Untersuchung mehr als 30 Jahre, denn das Durchschnittsalter von 307 (davon 11,4 % weiblich) erfassten wohnungslosen Verstorbenen, von denen 55,4 % obduziert wurden im Zeitraum von 1999 bis 2004, betrug nur 46,5 Jahre. 51 % waren eines natürlichen Todes wie z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, Infektionen oder ungewollten Intoxikationen verstorben, 49 % allerdings durch Suizide, Mord, Unfälle oder manchmal auch nicht endgültig klärbaren Ursachen; ein Viertel hatte zum Todeszeitpunkt einen Blutalkoholgehalt von über 2 Promille (Grabs et al., 2008). Um dieses multimorbide

Klientel entsprechend versorgen zu können, bedarf es gewaltiger gemeinsamer Anstrengungen aller an der medizinischen und psychosozialen Versorgung Beteiligten.

Persönlichkeitsstörungen

216 UntersuchungsteilnehmerInnen willigten in ein SKID-II Interview zur Diagnose eventueller Persönlichkeitsstörungen ein (Achse-II Störungen im Sinne des DSM-IV-TR). Von den 216 auskunftswilligen ProbandInnen erfüllten 55,1 % die diagnostischen Kriterien mindestens einer Persönlichkeitsstörung, dementsprechend hatten nur 44,9 % keine Persönlichkeitsstörung. Insgesamt wurden 202 Einzeldiagnosen gestellt, bei einzelnen Probanden lagen bis zu 6 Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig vor.

Wie Tabelle 8 erkennen lässt, waren antisozialen Persönlichkeitsstörungen mit 18,8 % am häufigsten; die Männer zeigten hierbei mit 22,3 % im Vergleich zu den Frauen mit 5,0 % einen mehr als vierfach so hohen Wert, was einen hoch signifikanten Unterschied bedeutet. An zweiter Stelle lagen die schizoiden Persönlichkeitsstörungen mit 17,9 %; auch hier lagen die Männer mit 19,0 % deutlich höher als die Frauen mit 13,2 %. Die an dritter Stelle rangierenden Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit 14,4 % ließen einen gegenteiligen Trend erkennen; hier erzielten die Frauen mit 19,5 % einen fast doppelt so hohen Wert wie die Männer mit 13,2 %. An vierter Stelle lagen die zwanghaften Persönlichkeitsstörungen mit 10,4 %; auch hier war die Rate der Männer mit 12,1 % um ein Vielfaches höher als bei den Frauen mit 2,6 %. Die selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen landeten an fünfter Stelle mit 9,0 %, zwischen den Frauen mit 7,9 % und den Männern mit 9,2 % gab es kaum einen Unterschied. Die nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörungen (depressiv, ängstlich) landeten mit 8,5 % an sechster Stelle, hier lag die Rate der Männer mit 9,1 % fast doppelt so hoch wie bei den Frauen mit 5,3 %. Die paranoiden Persönlichkeitsstörungen erzielten den 7. Rang mit 6,6 %, hier war die Rate der Frauen mit 10,5 % fast doppelt so hoch wie bei den Männern mit 5,7 %. An achter Stelle lagen die narzisstischen Persönlichkeitsstörungen mit 6,1 %, hier wiederum lag die Quote der Männer mit 6,9 % mehr als doppelt so hoch als bei den Frauen mit 2,6 %. Die schizotypen Persönlichkeitsstörungen wurden mit 2,4 % relativ selten diagnostiziert und landeten an 9. Stelle, bei den Frauen trat diese Diagnose gar nicht auf, bei den Männern in 2,9 % der Fälle. An 10. Stelle lagen die histrionischen Persönlichkeitsstörungen mit 1,4 %, auch hier wurde sie nur

bei drei Männern (1,7%) gefunden. Die elfte und letzte Stelle nahmen die dependenten Persönlichkeitsstörungen mit 0,9% ein, bei den Frauen betrug sie 2,6%, bei den Männern 0,6%.

Gemäß den DSM-IV-Kriterien (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) beinhaltet das Cluster A die paranoiden, schizoiden und schizotypischen Persönlichkeitsstörungen; das Cluster B umfasst die histrionischen, die antisozialen, die Borderline- und narzisstischen Persönlichkeitsvarianten und im Cluster C sind die zwanghaften, ängstlich-vermeidenden, dependenten und passiv-aggressiven Formen eingeschlossen.

Beim Vorliegen mehrerer Persönlichkeitsdiagnosen wurde diejenige Persönlichkeitsstörung aufgelistet, die für die jeweilige Person als am charakteristischsten eingeschätzt wurde. Hierbei wurde die schizoide Persönlichkeitsstörung mit 13,4% am häufigsten als Hauptkategorie gefunden, gefolgt von der antisozialen mit 8,8% und der vermeidend-selbstunsicheren mit 8,3%.

Tabelle 8: Prävalenzen der Persönlichkeitsstörungen (Achse-II Störungen) innerhalb der Gesamtstichprobe ($197 \leq n \leq 215$) (Nennung aller erfassten Persönlichkeitsstörungen)

	Cluster		Gesamt (n=216)	Frauen (n=41)	Männer (n=175)	Anteilstests
Personen mit mindestens einer Persönlichkeitsstörung		N	119	22	97	Z=-0,21 p=.838
		%	55,1	53,7	55,4	
Paranoide Persönlichkeitsstörungen	A	N	14	4	10	Z=1,07 p=.283
		%	6,6	10,5	5,7	
Schizoide Persönlichkeitsstörungen	A	N	38	5	33	Z=-0,85 p=.398
		%	17,9	13,2	19,0	
Schizotype Persönlichkeitsstörungen	A	N	5	0	5	
		%	2,4	0,0	2,9	
Borderline Persönlichkeitsstörungen	B	N	31	8	23	Z=1,03 p=.302
		%	14,4	19,5	13,2	
Histrionische Persönlichkeitsstörungen	B	N	3	0	3	
		%	1,4	0,0	1,7	
Antisoziale Persönlichkeitsstörungen	B	N	37	2	35	Z=-2,50 p=.012
		%	18,8	5,0	22,3	

	Cluster		Gesamt (n=216)	Frauen (n=41)	Männer (n=175)	Anteilstests
Narzisstische Persönlichkeitsstö- rungen	B	N	13	1	12	Z=-0,99 p=.321
		%	6,1	2,6	6,9	
Selbstunsichere Persönlichkeitsstö- rungen	C	N	19	3	16	Z=-0,25 p=.799
		%	9,0	7,9	9,2	
Dependente Persön- lichkeitsstörungen	C	N	2	1	1	Z=1,19 p=.235
		%	0,9	2,6	0,6	
Zwanghafte Persön- lichkeitsstörungen	C	N	22	1	21	Z=-1,73 p=.084
		%	10,4	2,6	12,1	
NNB* Persönlich- keitsstörungen		N	18	2	16	Z=-0,78 p=.436
		%	8,5	5,3	9,1	

* NNB PS: Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung

Anmerkung: Spaltenvergleiche Frauen vs. Männer bei Null-Werten in mindestens einer der beiden Tabellenzellen können mit dem Anteilstest nicht gerechnet werden.

In Tabelle 9 sind die diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen den Clustern A bis C zugeordnet. Die Clustergröße wurde jeweils auf alle 216 Probanden der untersuchten Stichprobe bezogen.

Bei den ausschließlichen Einzelnennungen handelt es sich um die 119 Probanden mit mindestens einer PS, bei den Mehrfachnennungen werden alle Persönlichkeitsstörungen berücksichtigt, die insgesamt gefunden worden waren.

Hierbei zeigte sich bei der Darstellung der Einzelnennungen eine relativ homogene Verteilung zwischen den einzelnen Clustern von 15 % bis 19 %. Bei der kumulierten Darstellung kommt es jedoch zu einem deutlichen Anstieg von Cluster A auf 28,2 % und vor allem von Cluster B auf 41,6 %, während das Cluster C mit 21,3 % bei dieser Zählweise deutlich zurückfällt. Das heißt, dass die Persönlichkeitsauffälligkeiten aus den Clustern A und B zwar nicht immer Erstrangigkeit gegenüber anderen Persönlichkeitsvarianten besitzen, dass sie aber als Zweit- und Drittdiagnose sehr oft zusätzlich vorhanden sind, was den davon Betroffenen das Zurechtkommen im Lebensalltag besonders erschweren kann.

Tabelle 9: Verteilung der Persönlichkeitscluster A, B und C innerhalb der Gesamtstichprobe (n=216)

Cluster	Gesamtstichprobe			
	Verteilung der PS bei ausschließlicher Nennung der an erster Stelle kodierten PS		Verteilung der PS bei Mehrfachnennungen	
	n	%	n	%
A	37	17,1	57	28,2
B	42	19,5	84	41,6
C	34	15,7	43	21,3
NNB PS*	6	2,8	18	8,9
Anzahl der PS	119		202	
keine PS	97	44,9	97	44,9
gesamt	216	100,0	299*	100,0

* NNB PS: Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung

** Aufgrund der Mehrfachnennungen n > 216

In Abbildung 3 wird dieser Sachverhalt zusätzlich grafisch verdeutlicht, und es ist gut erkennbar, dass die Rubrik B in der SEEWOLF-Studie das am häufigsten gefundene Persönlichkeitscluster darstellt.

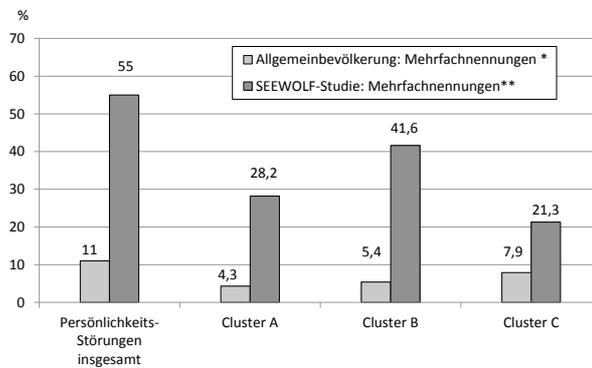


Abbildung 3: Verteilung der Persönlichkeitsstörungencluster A, B und C in der untersuchten Gesamtstichprobe (n=216). Die NNB-PS (n=18) werden im Säulendiagramm nicht berücksichtigt.

Fiedler und Herpertz (2016) fanden bei der Erfassung von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung in den US-amerikanischen und europäischen Staaten in 10 Untersuchungen aus den Jahren 1989 bis 2010 mit insgesamt 6.823 Personen einen Mittelwert von 11,0% mit einer Schwankungsbreite von 4,4% in England (Coid, Yang, Tyrer, Roberts &

Ullrich, 2006) bis 14,8% in New York (Klein et al., 1995). Aufgrund der Mehrfachnennungen von mehreren Persönlichkeitsprofilen gleichzeitig ergab sich eine Cluster-A-Quote von 4,3%, im Cluster B wurden 5,4% verortet und im Cluster C betrug die Rate 7,9%. Dieses Verteilungsmuster ist insofern typisch, dass in der Allgemeinbevölkerung die unter C verschlüsselten Persönlichkeitsvarianten meist doppelt so oft vertreten sind wie die Cluster A und B. Das heißt, in der Allgemeinbevölkerung mit einem Durchschnittswert von 11%, dominieren eher die ängstlich gehemmten und anankastischen Varianten, die schizoiden, zur Dysphorie und mangelnden Impulskontrolle neigenden Menschen sind eher in der Minderheit. In einer der zahlenmäßig wohl größten Untersuchungen fanden Grant et al. (2004) bei 43.093 US-Bürgern eine Prävalenz an Persönlichkeitsstörungen von 14,8%; das Cluster C erreichte ein Ausmaß von 10,7%, A und B betrug jeweils 7,5% bzw. 5,5%.

Salavera et al. (2013) fanden bei 89 betreuten Wohnungslosen in Zaragossa, Spanien, eine Persönlichkeitsstörungsrate von 64%, wobei die Cluster-B-Probanden die höchsten Therapieabbruchraten zeigten wohingegen die C-Kandidaten am regelmäßigsten kamen und eher eine positive Reintegrationsprognose erhielten. 22,5% wiesen nur eine PS auf, der Rest hatte zwei und mehr Störungen. Connolly et al. (2008) kamen in New York bei der Untersuchung von 60 wohnungslosen Menschen zu dem Ergebnis, dass 92% der Untersuchten eine Cluster-A Störung aufwiesen, die Rate an B-Störungen war mit insgesamt 83% ebenfalls sehr hoch – 57% antisozial, 62% Borderline, 20% histrionisch und 57% narzisstisch. Die C-Probleme waren mit 68% eher im nachrangigen Bereich. Die SEEWOLF-Population lässt hierbei viele Gemeinsamkeiten erkennen. Auch hier waren die Cluster-B Störungen mit 41,6% deutlich häufiger vertreten als das Cluster A mit 28,2% und der C-Bereich mit 21,3%.

Die Zahl der diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen pro Person betrug in der SEEWOLF-Studie bei den Frauen 1,2 und bei den Männern 1,8. Die von Salavera et al. (2013) erwähnten erhöhten Abbruchraten bei Reintegrationsversuchen von B-Patienten verdeutlichen, welche schwierige Aufgabe den Betreuern in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe dadurch zukommt (Burra et al., 2009; Kellinghaus et al., 1999; Luhrmann, 2008). Um langfristige Erfolge aufweisen zu können, bedarf es hierbei eines sehr gut ausgestatteten und multiprofessionell besetzten Mitarbeiterkreises (Quadflieg & Fichter, 2007; Reifferscheid et al., 2016).

Intelligenzdiagnostik: Gesamt-IQ und kognitives Fähigkeitsprofil

Von den 232 Probanden der SEEWOLF-Studie verweigerten 19 die Untersuchung mit dem Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (WIE) bzw. waren dafür nicht mehr verfügbar, so dass die Daten von insgesamt 211 Probanden in die gruppenstatistische Auswertung einbezogen werden konnten. Methodische Details hierzu sind unserer Buchveröffentlichung zu entnehmen (Bäumel et al., 2017).

Der mittlere, alterskorrigierte Intelligenzquotient lag mit $IQ = 83,8$ (95%-Konfidenzintervall: $81,6 - 86,1$) etwas mehr als eine Standardabweichung unterhalb des Mittelwertes der Normierungstichprobe ($IQ = 100$) der verwendeten Intelligenztestbatterie und damit auf der Grenze zum unterdurchschnittlichen Bereich. Die Profilbetrachtung einzelner Intelligenzaspekte auf verschiedenen Auflösungsstufen des Messverfahrens (13 Untertests, 4 Indexwerte, Verbal- vs. Handlungs-IQ) zeigt, dass sämtliche Intelligenzaspekte signifikant ($p \leq .0005$) vom allgemeinen Bevölkerungsdurchschnitt abweichend im unteren Durchschnittsbereich bzw. noch darunter rangieren. Dabei fallen Leistungen der Sprachverarbeitung (Indexwert: $IQ = 87,9$) relativ betrachtet etwas besser aus als solche der Wahrnehmungsorganisation (Indexwert: $IQ = 85,7$), die Leistungsfähigkeit des Arbeitsgedächtnisses (Indexwert: $IQ = 85,2$) und insbesondere die Arbeitsgeschwindigkeit im Sinne der zentralnervösen Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit bei kognitiven Anforderungen unter Zeitdruck (Indexwert: $IQ = 82,7$).

Hervorzuheben ist jedoch die interindividuell erhebliche Streubreite der beobachteten IQ-Werte, die sich fast über den gesamten Messbereich des Verfahrens erstreckte und von minimal 50 bis maximal 132 IQ-Punkten reichte (Abb. 4).

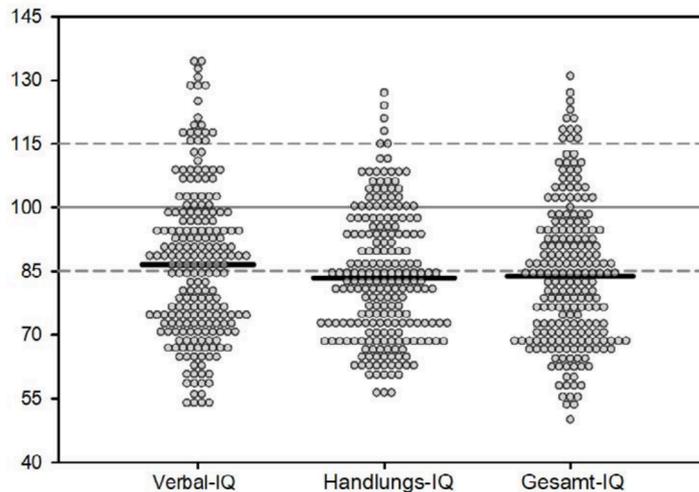


Abbildung 4: Verteilungen der im Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (WIE) von $n = 211$ Untersuchungsteilnehmern erzielten drei IQ-Skalenwerte. Gestrichelte Linien: Normgrenzen ± 1 Standardabweichung um den Mittelwert (IQ = 100) der Testnormierungsstichprobe. Die kräftigen waagrechten Linien in den Punktwolken markieren die Gruppenmittelwerte

Zwischen dem Gesamt-IQ und dem unabhängig davon anhand des Mini-ICF-APP seitens der Wohnheim-Fachkräfte fremdbeurteilten Aktivitäts- bzw. Partizipationsverhalten der Untersuchungsteilnehmer bestanden signifikante Zusammenhänge. Intelligentere Probanden wurden zumeist als weniger beeinträchtigt eingeschätzt in den drei Aktivitätsbereichen „Planung und Strukturierung von Aufgaben“, „Flexibilität und Umstellfähigkeit“ und „Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit“. Diese Aktivitätsbereiche sind für die Bewältigung des Alltagslebens von besonderer Bedeutung. Lediglich die drei Domänen „Kontaktfähigkeit zu Dritten“, „Gruppenfähigkeit“ und „Familiäre bzw. intime Beziehungen“ wiesen keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Intelligenzniveau auf (siehe Abb. 5).

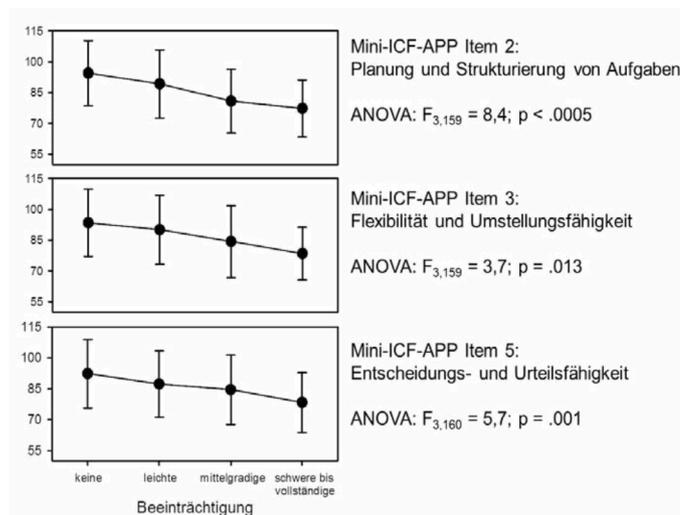


Abbildung 5: Mittelwerte und Standardabweichungen des Gesamt-IQ aus dem WIE in Abhängigkeit vom fremdbeurteilten Beeinträchtigungsgrad dreier exemplarisch ausgesuchter Aktivitätsbereiche des täglichen Lebens

Die internationale Studienlage zum Ausmaß und vor allem zu den Ursachen der kognitiven Beeinträchtigungen bei wohnungslosen Menschen ist noch sehr dürftig. Zwei narrative Übersichtsarbeiten (Burra, Stergiopoulos & Rourke, 2009; Spence, Stevens & Parks, 2004) und eine semi-quantitative Meta-Analyse (Depp et al., 2015) an einer jeweils vergleichsweise geringen, sich größtenteils überschneidenden Zahl empirischer Primärstudien kommen übereinstimmend zu der Schlussfolgerung, dass wohnungslose Menschen – als Gruppe betrachtet – tatsächlich vermehrt durch kognitive Beeinträchtigungen gekennzeichnet sind. Während Burra et al. (2009) von einer sich häufenden Evidenz für kognitive Beeinträchtigungen bei wohnungslosen Menschen berichten, beziffern Depp et al. (2015) die Rate an kognitiven Beeinträchtigungen mit 25% und geben einen mittleren IQ von 85 an. Die Gewichtung der einzelnen Faktoren innerhalb eines wahrscheinlich multikausalen Ursachengefüges muss weiteren Studien vorbehalten bleiben. Es finden sich sowohl Hinweise auf eine Korrelation von IQ-Abbau und Dauer der Obdachlosigkeit (Bremner, Duke, Nelson, Pantelis & Barnes, 1996), als auch darauf, dass beides nicht direkt miteinander zusammenhängt, aber möglicherweise Moderatorvariablen wie beispielsweise Kindheitstraumata einen

indirekten Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und kognitiven Beeinträchtigungen stiften (Pluck, Kwang-Hyuk, David, Spence & Parks, 2012; Pluck et al., 2011).

Die Kernbotschaft der SEEWOLF-Studie

74% der untersuchten Probanden wiesen eine aktuell behandlungsbedürftige psychische Erkrankung auf, 55,6% dauerhaft mit der gleichen und 18,4% mit einer neuen Zweitdiagnose. Diese Menschen bedürfen einer unmittelbaren psychiatrisch-psychotherapeutischen Mitbehandlung, um die für diese Aufgaben eigentlich nicht adäquat ausgestatteten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zu entlasten. Dann hätten die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe mehr Zeit und Kapazität, sich um die Verbesserung der sozialen Rahmenbedingungen der im Augenblick nicht akut psychisch erkrankten Menschen zu kümmern. Dies impliziert sowohl die allmähliche Heranführung an adäquate Beschäftigungsformen als auch die Förderung der oft nicht optimal ausgereiften sozialen Kompetenz. Das heißt z. B. auch die Konzentration auf Wohnungsbauprogramme, um den aufgrund ihres individuellen So-Seins in Kombination mit oft tragischen Schicksalsschlägen und psychotoxischen Rahmenbedingungen während der frühen Kindheit und Jugend in eine soziale Randlage geratenen Menschen eine faire Chance auf bezahlbaren Wohnraum zu schaffen (Reifferscheid, 2016).

Besonderes Augenmerk muss künftig auf die Frühförderung und intensive Unterstützung von kognitiv schwächeren und in ihrer Lernbereitschaft und Lernkapazität beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen gerichtet werden. 16% Sonderschulbesucher im Vergleich zu 4,1% in der Allgemeinbevölkerung und die Rate von 46% mit Schul- und Ausbildungsabbrüchen im Unterschied zu 16% in der Allgemeinbevölkerung und die Tatsache, dass der Durchschnitts-IQ in der SEEWOLF-Studie mit knapp 84 erheblich unter dem Bevölkerungsschnitt von 100 liegt machen deutlich, dass es sich bei diesen Menschen in Kombination mit einer deutlich erhöhten Rate an komplizierten Persönlichkeitsstörungen – 55% versus 11% in der Allgemeinbevölkerung – um eine Gruppe von besonders gehandicapten Menschen handelt, die beim zusätzlichen Vorliegen einer psychischen Erkrankung in ihrer Bewältigungskapazität massiv überfordert und deshalb in Gefahr sind, ins soziale Abseits bis hin zur Obdachlosigkeit zu geraten.

Eine Spezialbetreuung dieser leistungsbeeinträchtigten Kinder in besonders ausgestatteten Förderzentren muss die daraus erwachsende Konsequenz werden, bei aller Wertschätzung des Inklusionsgedankens. Wer sich in der Schule schwerer tut und aufgrund seiner Herkunft auch nicht die entsprechende familiäre Unterstützung erhalten kann hat ein Recht darauf, eine seinen kognitiven Defiziten gerecht werdende individuelle Spezialförderung zu erhalten. Die theoretisch damit einhergehende Gefahr der Stigmatisierung und Ausgrenzung muss natürlich sehr kritisch abgewogen werden, stellt aber angesichts des oftmals demotivierenden und hoffnungslos machenden Ohnmachtsgefühls im Erwachsenenalter, aufgrund mannigfacher basaler Schwächen keine Chance hinsichtlich eigenständiger Lebensgestaltung zu haben, sicher das kleinere Übel dar.

Die SEEWOLF-Studie will mit ihren Ergebnissen keinesfalls zu einer umfassenden Psychiatrisierung aller von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen beitragen, im Gegenteil! Es soll jedoch dafür sensibilisiert werden, dass die Hälfte der in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe lebenden Menschen einen dauerhaften und ein weiteres Fünftel einen zwischenzeitlich neu aufgetretenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zeigen, der nicht alleine durch ein „Dach über dem Kopf“ befriedigt werden kann. Dass dieses „Dach über dem Kopf“ von sehr vielen Untersuchten sehr geschätzt wird, insbesondere die individuelle Betreuung der dort tätigen Mitarbeitenden, befreit aber nicht von der Aufgabe, für die akut psychisch Kranken neben „Dach und Brot“ auch für die professionelle Behandlung der „seelischen Not“ zu sorgen. Dies zu begründen und für dieses kombinierte Vorgehen Unterstützung und Verständnis zu wecken, zählt zu den vornehmsten Zielen der SEEWOLF-Studie.

Sozialpolitische Konsequenzen aus den Ergebnissen der SEEWOLF-Studie mit Forderungen für die praktische Versorgung

1. Prävention:

- Spezielle Förderung von Kindern mit kognitiven Leistungsschwächen
- jedes Kind muss nach der Schule schreiben, lesen und rechnen können!
- Nachbeschulung von Schul- und Ausbildungsabbrechern
- Erziehungsbeistand für überforderte Familien
- ausreichende Sozialwohnungen für Familien mit Handicaps

-
- Akutintervention bei psychisch kranken Menschen mit drohendem Wohnungsverlust

2. Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung

- ausreichend lange stationäre Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen
- Ausschöpfung aller Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten
- nachgehende Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Menschen
- vor allem bei mangelhafter Krankheits- und Behandlungseinsicht
- aufsuchende Behandlung von wohnungslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Schnittstellen-Problematik optimieren: Psychiatrische Versorgung und Wohnungslosenhilfe

3. Wohnungslosenhilfe

(vgl. hierzu auch Reifferscheid, Bäuml: Bewertung der SEEWOLF-Studie für die Wohnungslosenhilfe – Ein vorläufiges Diskussionspapier)

- ausreichende Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Umgang mit akut (74 %) und chronisch (93 %) psychisch kranken Menschen
 - Umgang mit Doppeldiagnosen (70 %)
 - Umgang mit Menschen, die Persönlichkeitsstörungen (55 %) haben
 - Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen (IQ bei 84; 20 % mit Minderbegabungen)
- Einzelzimmer bei Persönlichkeitsstörungen und/oder schweren psychischen Erkrankungen
- langfristige Stabilisierungsaufenthalte ermöglichen
- rehabilitative Angebote in den Einrichtungen (Ergotherapie, Sport, Kunsttherapie etc.)
- regelmäßige ärztlich-psychiatrische und psychologisch-psychotherapeutische Versorgung
- kontinuierliche sozialpädagogische Betreuung
- Nischenarbeitsplätze für psychisch kranke Menschen in den Wohnungsloseneinrichtungen
- geeigneten Langzeitwohnraum schaffen

-
- Einbeziehung und Unterstützung der Angehörigen
 - regelmäßige Inklusionsangebote für wohnungslose Menschen bereithalten
 - Vorbereitung der Langzeiteinrichtungen auf die Versorgung von Hochbetagten und somatische mehrfach erkrankte Menschen
 - Trennung der institutionellen Zuständigkeit: Wohnungslosenhilfe ist nicht die Hilfspsychiatrie und
 - Psychiatrie nicht die Ersatz-Wohnungslosenhilfe
 - Adäquate Angebote im Rahmen der Suchtarbeit:
 - Abstinenzorientierte Angebote in der Suchtarbeit
 - Zieloffene Angebote in der Suchtarbeit: Für Menschen, die nicht oder zunächst nicht abstinenz leben können, ist das strukturierte Programm „Kontrolliertes Trinken“ eine sinnvolle Möglichkeit zum Ausstieg aus der Suchterkrankung und teilweise auch der Weg in die Abstinenz.

Literatur

- Ayaß, W. (2013). „Vagabunden, Wanderer, Obdachlose und Nichtsesshafte“: Eine kleine Begriffsgeschichte der Hilfe für Wohnungslose. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 44(1), 90-100.
- Bäumel, J., Behrendt, B., Henningsen, P. & Pitschel-Walz, G. (Hg.). (2016). *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Bäumel, J., Brönnner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G., Duschinger, T., Reifferscheid, G. et al. (2016). Wohnungslosenhilfe - „Psychiatrie-light“ für die von der Psychiatrie „Vergessenen“? Ergebnisse der SEEWOLF-Studie in München. *Kerbe*, 34, 30-34.
- Bäumel, J., Brönnner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G., Jahn, Th. (2017) Die Seewolf-Studie. Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Lambertus-Verlag.
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, R. R. & Kissling, W. (2007). Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 854-861.
- Bauer, L.K., Baggett, T.P., Stern, T.A., O'Connell, J.J. & Shtasel, D. (2013) Caring for homeless persons with serious mental illness in general hospitals. *Psychosomatics*, 54(1): 14-21.
- Beijer, U. & Andreasson, S. (2010). Gender, hospitalization and mental disorders among homeless people compared with the general population in Stockholm. *European Journal of Public Health*, 20(5), 511-516.
- Bremner, A. J., Duke, P. J., Nelson, H. E., Pantelis, C. & Barnes, T. R. (1996). Cognitive function and duration of rooflessness in entrants to a hostel for homeless men. *The British Journal of Psychiatry*, 169(4), 434-439.
- Burra, T. A., Stergiopoulos, V. & Rourke, S. B. (2009). A systematic review of cognitive deficits in homeless adults: Implications for service delivery. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(2), 123-133.
- Cohen, C. I. & Thompson, K. S. (1992). Homeless mentally ill or mentally ill homeless? *The American Journal of Psychiatry*, 149(6), 816-823.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 423-431.
- Connolly, A. J., Cobb-Richardson, P. & Ball, S. A. (2008). Personality disorders in homeless drop-in center clients. *Journal of Personality Disorders*, 22(6), 573-588.

-
- Depp, C. A., Vella, L., Orff, H. J. & Twamley, E. W. (2015). A quantitative review of cognitive functioning in homeless adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 126-131.
- Duschinger, T., Reifferscheid, G., Schuchmann, A. (2017) Versorgungspolitische Bewertung und Konsequenzen der SEEWOLF-Studie. In: Bäuml, J., Brönnner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G., Jahn, Th. (Hg.) *Die Seewolf-Studie*, Lambertus-Verlag, S. 240-257.
- Fazel, S., Geddes, J. R. & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384, 1529-1540.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLOS Medicine*, 5(12), e225.
- Fichter, M., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Koegel, P., Quadflieg, N., Wittchen, H. U. et al. (1996). Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 246(4), 185-196.
- Fichter, M., Quadflieg, N., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Wolz, J., Koegel, P. et al. (1999). Mental illness in homeless men and women in Munich. *Psychiatrische Praxis*, 26(2), 76-84.
- Fichter, M. & Quadflieg, N. (2001). Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: Results from a representative sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(2), 94-104.
- Fichter, M., Quadflieg, N. & Cuntz, U. (2000). Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen: Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer. *Deutsches Ärzteblatt*, 97(17), 1148-1154.
- Fiedler, P. & Herpertz, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen (7. Aufl.)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Folsom, D. & Jeste, D. V. (2002). Schizophrenia in homeless persons: A systematic review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 404-413.
- Grabs, J., Ishorst-Witte, F. & Püschel, K. (2008). Todesursachen wohnungsloser Menschen in Hamburg „Krank bin ich, wenn nichts mehr geht“. *Hamburger Ärzteblatt*, 5, 6-8.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. et al. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 948-958.

-
- Hohendorf, G., Otzoll, L. M., Richter, P., Eckart, W. & Mundt, C. (2002). Die Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie“ – Aktion „T4“ – Erste Ergebnisse eines Projektes zur Erschließung von Krankenakten getöteter Patienten im Bundesarchiv Berlin. *Nervenarzt*, 73, 1065-1074.
- Jacobi F., Kessler-Schell S. (2013) Epidemiologie psychischer Störungen. Häufigkeit und Krankheitslast in Deutschland. *Psychotherapeut* 58: 191-206.
- Jacobi, F., Hofer, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 304-319.
- Jacobi, F., Hofer, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77-87.
- Kellinghaus, C., Eikelmann, B., Ohrmann, P. & Reker, T. (1999). Wohnungslos und psychisch krank. Überblick über den Forschungsstand und eigene Ergebnisse zu einer doppelt benachteiligten Randgruppe. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 67(3), 108-121.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O. et al. (2005) Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 62: 593-602.
- Klein, D. N., Riso, L. P., Donaldson, S. K., Schwartz, J. E., Anderson, R. L., Ouimette, P. C. et al. (1995). Family study of early-onset dysthymia. Mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depression and normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 52(6), 487-496.
- Luhrmann, T. M. (2008). “The street will drive you crazy”: Why homeless psychotic women in the institutional circuit in the United States often say no to offers of help. *The American Journal of Psychiatry*, 165(1), 15-20.
- McQuiston, H. L., Gorroochurn, P., Hsu, E. & Caton, C. L. (2013). Risk factors associated with recurrent homelessness after a first homeless episode. *Community Mental Health Journal*, 50(5), 505-513.
- Meller, I., Fichter, M., Quadflieg, N., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A. & Wolz, J. (2000). Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose: Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. *Der Nervenarzt*, 71(7), 543-551.

-
- Piechowicz, M., Piotrowski, A. & Pastwa-Wojciechowska, B. (2014). The social rehabilitation of homeless women with children. *Acta Neuropsychologica*, 12(4), 469-482.
- Pluck, G., Kwang-Hyuk, L., David, R., Spence, S. A. & Parks, R. W. (2012). Neuropsychological and cognitive performance of homeless adults. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(1), 9-14.
- Pluck, G., Lee, K. H., David, R., Macleod, D. C., Spence, S. A. & Parks, R. W. (2011). Neurobehavioural and cognitive function is linked to childhood trauma in homeless adults. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 33-45.
- Podschus, J. (1997). Kognitive Störungen unter Wohnungslosen. *Deutsches Ärzteblatt*, 94(49), A-3360.
- Quadflieg, N. & Fichter, M. (2007). Is supplying homeless individuals with permanent housing effective? A prospective three year study on the course of mental health problems. *Psychiatrische Praxis*, 34(6), 276-282.
- Reifferscheid, G.: Bewertung der SEEWOLF-Studie für die Wohnungslosenhilfe – Ein vorläufiges Diskussionspapier in Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe Berlin e. V. (Hg.): *Wohnungslos*, 59. Jahrgang, 2./3. Quartal, Nr. 2-3/2017, Seite 47-56
- Reifferscheid, G. (2016). Armut, Wohnungslosigkeit und Krankheit. In W. Schwarzer (Hg.), *Medizinische Grundlagen für soziale Berufe: Sozialmedizin* (S. 435-456). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Reifferscheid, G. & Duschinger, T. (2013). Integrierte Hilfeangebote: Das Münchner Modell. *Wohnungslosenhilfe vor neuen Herausforderungen. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* (Heft 1/2013), 73-79.
- Reifferscheid, G.; Allgaier, T.: Wir schließen eine Versorgungslücke – Versorgung älterer Menschen in der stationären Wohnungslosenhilfe in *Pflegezeitschrift* Heft 12/2013
- Reifferscheid, G.: Psychisch kranke Wohnungslose brauchen individuelle Hilfe in *Neue Caritas Jahrbuch 2012*; Freiburg 2011
- Saddichha, S., Fliers, J. M., Frankish, J., Somers, J., Schuetz, C. G. & Krausz, M. R. (2014). Homeless and incarcerated: An epidemiological study from Canada. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-7.
- Sajatovic, M., Levin, J., Ramirez, L. F., Hahn, D. Y., Tatsuoka, C., Bialko, C. S. et al. (2013). Prospective trial of customized adherence enhancement plus long-acting injectable antipsychotic medication in homeless or recently homeless individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(12), 1249-1255.

-
- Salavera, C., Tricas, J. M. & Lucha, O. (2013). Personality disorders and treatment drop out in the homeless. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 379-387.
- Salize, H. J., Dillmann-Lange, C. & Kentner-Figura, B. (2003). Alkoholabhängigkeit und somatische Komorbidität bei alleinstehenden Wohnungslosen. *Sucht aktuell*, 2, 52-57.
- Salize, H. J., Werner, A. & Jacke, C. O. (2013). Service provision for mentally disordered homeless people. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 355-361.
- Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Houben, I. (Hg.). (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Specht, T. (2013). Von der Wohnungslosenhilfe zu Hilfen zur sozialen Inklusion für Wohnungsnotfälle. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 44(1), 4-21.
- Spence, S., Stevens, R. & Parks, R. (2004). Cognitive dysfunction in homeless adults: A systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(8), 375-379.
- Toro, P. A. (2007). Toward an international understanding of homelessness. *Journal of Social Issues*, 63(3), 461-481.
- Trabert, G. (2012). Wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen: Inklusion bei einer existentiell bedrohlichen Lebenssituation. *Kerbe*, 3, 21-23.
- Van Straaten, B., Schrijvers, C. T. M., Van der Laan, J., Boersma, S. N., Rodenburg, G., Wolf, J. R. L. M. et al. (2014). Intellectual disability among Dutch homeless people: Prevalence and related psychosocial problems. *Plos One*, 9(1), 1-7.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Josef Bäuml
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Ismaninger Straße 22
81675 München

Wohnungslos der Bundesarbeitsgemeinschaft
Wohnungslosenhilfe e. V. Berlin (Hg.):
59. Jahrgang, 2./3. Quartal, Nr. 2-3/2017, S. 47–56

Bewertung der SEEWOLF1-Studie für die Wohnungslosenhilfe – Ein vorläufiges Diskussionspapier

Gerd Reifferscheid, Josef Bäuml

Grundidee der SEEWOLF-Studie

Die sog. Fichter-Studie und Romaus/Gaupp-Studie

Dass psychisch kranke Menschen in der Wohnungslosenhilfe auftreten, ist keine Entwicklung der letzten Jahre. Sie befanden sich immer im Hilfesystem, wurden allerdings nicht als solche „amtlich“ diagnostiziert und wahrgenommen. Diese Vermutung wurde bereits spätestens ab 1996 durch Fichter belegt (Fichter, 1997; 1999a; 2000). Ende der neunziger Jahre widmeten sich die Epidemiologien in der Psychiatrie ausführlicher der medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen (vgl. Fichter, Salize). Schon Nouvertné et al. verweisen in Ihrem Buch „Obdachlos und psychisch krank“ (Nouvertné et al., 2002) und dessen Vorläuferausgabe auf die besonderen Probleme wohnungsloser Menschen.

Für die Wohnungslosenhilfe in den Einrichtungen des Katholischen Männerfürsorgevereins München e. V. (KMFV) wurden 1997 die Prävalenzraten für psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen ermittelt. Demnach hatten 77,9% aller in den Einrichtungen lebenden Menschen, auf die Lebenszeit bezogen, wenigstens einmal unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung gelitten. Nahezu die Hälfte der befragten Personen (46,9%) wies eine Alkoholabhängigkeit auf (vgl. Fichter 1997).

Für wohnungslose Männer auf der Straße zeigte die Sechs-Monats-Prävalenz in einer anderen Studie Fichters (Fichter et al., 1999a) folgende Ergebnisse:

1 Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München



Die Studie unter obdachlosen Männern auf der Straße und in Notunterkünften/Heimen in München zeigte für alle untersuchten psychiatrischen Krankheitsbilder² weit höhere Prävalenzraten als unter der Allgemeinbevölkerung.

Im Jahr 2002 untersuchten Romaus und Gaupp qualitativ die Situation in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Hier wurden die Forderungen nach strukturellen Verbesserungen, Kooperationen der Wohnungslosenhilfe mit der Psychiatrie und spezifischen Einrichtungen für seelisch erkrankte wohnungslose Menschen deutlich formuliert. Im Alltag stellten sich die Problemfelder wie folgt dar (vgl. Romaus/Gaupp, 2003: 45ff.):

2 Die untersuchten Erkrankungen und Störungen waren:

- Psychotische Erkrankung
- Affektive Störungen
- Angststörungen
- Kognitive Beeinträchtigung
- Erkrankungen durch psychotrope Substanzen

Aus diesen Erkenntnissen und Forderungen (vgl. Reifferscheid 2002; Reifferscheid, 2016) wurden nachhaltige strukturelle und konzeptionelle Entwicklungen abgeleitet.

Räumliche Verbesserungen

- Umbau und Neuerrichtung von Einrichtungen
- Ein- und Zwei- Bettzimmer

Personelle Verbesserungen

- Etablierung von Psychologen
- Ausdifferenzierung der qualifizierten Hilfe (Nachtdienst, Pflegepersonal, Betreuungsassistenten)
- Erweiterung der pflegerisch-medizinischen Betreuung

Erweiterung der pädagogischen Maßnahmen

- Zieloffene Suchtarbeit
- Beschäftigungsangebote
- Deeskalationstraining
- Kunst- und Ergotherapie
- Geregelte pädagogische und pflegerische Begleitung.

Initiierung der SEEWOLF-Studie

Auf der Basis dieser Entwicklung wurde die SEEWOLF-Studie insbesondere durch den KMFV mit der Arbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe München und Oberbayern initiiert.

Zentrale Fragestellungen der SEEWOLF-Studie waren:

1. Die Prävalenzraten seelischer Erkrankungen
 2. Die kognitive Leistungsfähigkeit
 3. Die körperliche Gesundheit
 4. Biographische Merkmale
 5. Lebensgeschichtliche Umstände
 6. Inanspruchnahme psychiatrischer/medizinischer Hilfe
 7. Zufriedenheit der Bewohner in Hinblick auf die Lebens- und Wohnsituation
- (vgl. Bäuml et al., 2017: 49)

Es wurden 323 Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München untersucht (Langzeithilfe, Reintegration, niedrigschwellige Hilfe, Hilfe nach §§ 53 ff. SGB XII, Beratung/Notunterkunft, Betreutes Wohnen). Der Erhebungszeitraum war Mai 2010 bis Juli 2012.

Bewertung der Ergebnisse und Diskussion der Auswirkungen der Studie auf die praktische Arbeit in der Wohnungslosenhilfe

Nachfolgend sollen einige zentrale Ergebnisse der Studie dargestellt und die möglichen Auswirkungen auf die praktische Arbeit in der Wohnungslosenhilfe skizziert und diskutiert werden.

Der Artikel soll zur weiteren fachlichen Diskussion anregen und Impulse für die Weiterentwicklung der Arbeit mit wohnungslosen Menschen beitragen. Die Diskussion ist vorläufig und bedarf der weiteren Fortschreibung.

Natürlich ist den Autoren bewusst, dass sich die Ergebnisse auf die Münchner Situation beziehen. Die Rückmeldungen aus dem Kreis der Fachkolleginnen und -kollegen bundesweit zeigt allerdings, dass ähnlicher Erfahrungen insbesondere in den größeren Städten vorliegen und die Versorgungssituation für wohnungslose Menschen durchaus mit der Münchener vergleichbar ist, auch wenn die rechtlichen Rahmenbedingungen von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich sind. Es geht in diesem Artikel eher um die Diskussion der möglichen Auswirkungen der SEEWOLF-Studie in der praktischen Arbeit.

Körperliche Erkrankungen

Ergebnisse der SEEWOLF-Studie

64,9% der untersuchten Population geben in der SEEWOLF-Studie mindestens eine somatische gesundheitliche Beeinträchtigung an.

Bei 25,3% der Befragten zeigen sich Symptome des Bewegungsapparates und bei 40,6% ein somatischer Behandlungsbedarf.

Diskussion der Ergebnisse

In einer ersten Erhebung 2006 im KMFV wurde bereits der Versorgungsbedarf evaluiert (Reifferscheid in BAGW 2/2006).

Folgende Ergebnisse ergaben sich im Rahmen der Erhebung:

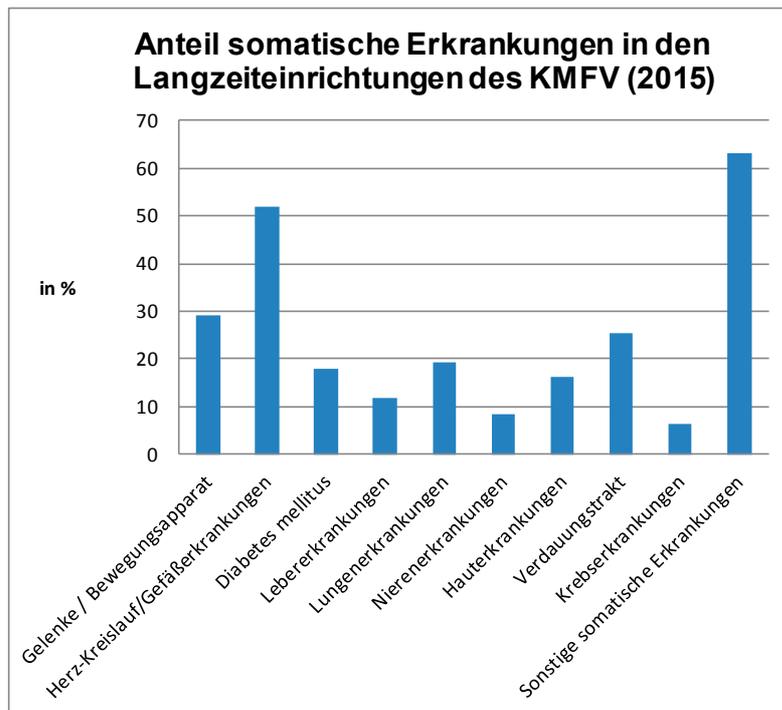
- Intensive pädagogische Hilfestellung ist notwendig.
- Lebenspraktische Fähigkeiten müssen unterstützt werden.
- Tagesstrukturierende Maßnahmen sind notwendig.
- Behördengänge benötigen pädagogische Begleitung.
- Beschreibung der pflegerischen Hilfe.

Für die weiteren Entwicklungen in der Wohnungslosenhilfe, insbesondere in den Langzeiteinrichtungen³ oder spezifische Angebote für ältere, wohnungslosen Menschen, zeichnet sich ab, dass die somatischen Erkrankungen und insbesondere auch die Erkrankungen des Bewegungsapparates einen erhöhten Versorgungsbedarf nach sich ziehen werden.

In einer Erhebung der Langzeiteinrichtungen im KMFV aus dem Jahr 2013 konnte dies auch bestätigt werden.

Die Versorgung der Menschen in entsprechend qualifizierten Einrichtungen zeigt durchaus ihre Wirkung. Das Sterbealter von wohnungslosen Menschen, die auf der Straße leben, liegt mit 45 bis 50 Jahren weit unter dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung (vgl. Püschel, Nawka, 2011). Wohnungslose Menschen, die in ein Heim ziehen, haben eine durchschnittliche Lebenserwartung von ca. 63 bis 65 Jahren (Brem, 2010; Reifferscheid 2016)

³ Langzeiteinrichtungen sind eine spezifische Form der stationären Einrichtungen im Rahmen der Hilfe nach § 67 SGB XII oder § 53 SGB XII. Sie stellen eine besondere Form der Hilfe für Menschen dar, die älter sind und für die andere Maßnahmen der Hilfe im Sinne einer Reintegration in Wohnung und/oder Arbeit nicht mehr zu verwirklichen sind (vgl. auch Lutz/Simon, 2012: 134ff.)



Mögliche Entwicklungen aufgrund der Erkenntnisse

Die Einbindung der KlientInnen in die allgemeinmedizinische Versorgung wird an Bedeutung gewinnen. Gleichzeitig werden Kooperationen mit Hospizen, Pflegeheimen und Krankenhäusern intensiviert werden müssen.

Hemmschwellen in eine Arztpraxis zu gehen, administrative Barrieren und insbesondere die Auffassung, nicht krank zu sein, stellen die Hindernisse für eine adäquate medizinische Versorgung dar.

In den großen Städten wurden schon vor Jahren Konzepte zur Versorgung älterer Wohnungsloser entwickelt. Neben den niedrigschwelligen Versorgungsangeboten, die in der Regel „nur“ sozialpädagogische Angebote

vorhalten, entstanden auch sog. Langzeiteinrichtungen, die den besonderen Bedürfnissen einer älter werdenden, pflegebedürftigeren Klientel Rechnung tragen.

Aufgrund des pflegerischen Bedarfs wurden hier Alten- und Krankenpfleger eingestellt, die im Rahmen der somatischen und psychosomatischen Versorgung tätig sind.

Die Aufgabenfelder der Pflege reichen von Maßnahmen der Anleitung zur Körperhygiene, bis hin zu umfassender Pflege, wie Bettwäschewechsel, gesundheitsbezogene Pflegetätigkeiten, Inkontinenzpflege, Wundversorgung, Medikamentengabe oder Begleitung zum Arzt. Die Standards der Pflege sind an denen von Alten- und Pflegeheimen orientiert und werden durch die Heimaufsicht überprüft (Reifferscheid; 2006).

Die Langzeiteinrichtungen müssen sich darauf vorbereiten, dass zukünftig mehr Hochbetagte und somatische mehrfach erkrankte Menschen versorgt werden müssen.

Dies kann auch bedeuten, dass nicht mehr in jedem Fall die Zusage gilt, jeder vormals wohnungslose Klient kann in der Langzeiteinrichtung sterben, wenn die Versorgungsleistungen nicht erbracht werden können. Die Verlegung in eine geeignetere Einrichtung kann die Folge sein.

Im Rahmen der Krankenhausversorgung konnte festgestellt werden, dass chronifizierte Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen gegenüber der Bevölkerung länger dauern (Fichter, M., 2000). So haben stationäre und teilstationäre Einrichtungen wesentlich dazu beigetragen, die Versorgung signifikant zu verbessern.

Die verbesserte pflegerische Versorgung in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe hat zwei Seiten: So werden Menschen mit akuten und chronischen Erkrankungen besser versorgt und damit auch älter. Doch leider treten altersbedingte Späterkrankungen wie Krebserkrankungen im Mund-, Rachen-, Speiseröhrenbereich oder Spätfolgen einer langjährigen Alkohol-erkrankung vermehrt auf. Hier gewinnt die Kooperationen mit geeigneten Pflegeeinrichtungen oder Hospizen Bedeutung (vgl. BAGW, 2013).

Psychische Erkrankungen

Die Diskussion um hohe Prävalenzzahlen bei psychischen Erkrankungen wird in der Wohnungslosenhilfe seit 20 Jahren geführt. Grundsätzlich ist aus Sicht der Autoren zu sagen, dass es nicht um die mögliche Stigmatisierung von wohnungslosen Menschen sondern vielmehr um die adäquate Versorgung einer teilweise schlecht versorgten Randgruppe in unserer Gesellschaft geht.

Es ist zu prüfen inwieweit unterschiedliche Konzepte der Versorgung beginnend bei „Housing first“ bis hin zur stationären Unterbringung individuell wirksam sind.

Nachfolgend wird über die Ergebnisse berichtet.

Ergebnisse der SEEWOLF-Studie

„Bei 53,9% der Untersuchten ist eine Familienanamnese psychiatrischer Erkrankungen sicher oder wahrscheinlich“ (Bäumel et al., 2017: 119).

„41,6% der Befragten gaben an, schon in Kindheit und/oder während der Jugendzeit psychisch auffällig gewesen zu sein. 13,3% berichten zudem, bereits als Kinder oder Jugendliche eine psychiatrische Behandlung erfahren zu haben (Bäumel et al., 2017: 120).

So litten 93,3% der Befragten mindestens an einer sog. Achse-I-Störung (psychiatrische Erkrankungen außer Persönlichkeitsstörungen) im Laufe ihres Lebens.

Diese Zahl entspricht auch der von Fichter ermittelten Prävalenzzahl aus den 1990er-Jahren. Die 1-Monatsprävalenz liegt bei 73,4%.

Bäumel et al. weisen darauf hin, dass die Lebenszeit-Prävalenzen für wohnungslose Menschen höher sind als in der Allgemeinbevölkerung; aber auch die 1-Monatsprävalenzen viel höher sind als in der Allgemeinbevölkerung:

So sind 50% der Bevölkerung in den USA mit psychischen Erkrankungen belastet; die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) verweist auf eine 1-Monatsprävalenz bei der Allgemeinbevölkerung von 27,7% (DEGS1 – MH).

Diesen Ergebnissen stehen die nachfolgenden Ergebnisse zur 1-Monatsprävalenz gegenüber:

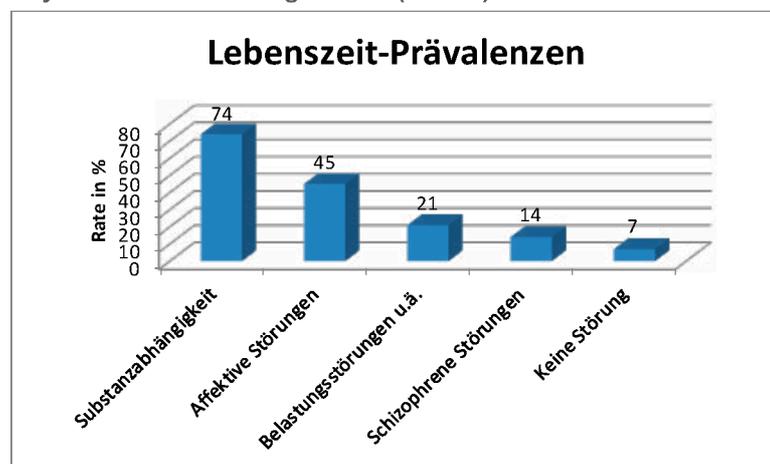
74,0 % SEEWOLF-Studie

73,4 % Fichter-Studie

(vgl. Bäuml et al., 2017: 13)

Die Erkrankungen stellen sich wie folgt dar:

Psychische Erkrankungen in % (N=223)



Eigene Graphik zitiert und modifiziert nach Bäuml et al. 2017, 132

Diskussion der Ergebnisse

Die Erkrankungsbilder zeichnen sich durch folgende grob skizzierte Symptombilder aus.

Affektive Störungen:

Dieses Krankheitsbild ist durch die Veränderung der Stimmung (Affektivität) und des Antriebs gekennzeichnet. Es werden zwei Symptompole unterschieden. Die Depression als niedergeschlagene, gedrückte Stimmung, die Manie als anhaltend gehobene Stimmung oft mit fehlender Krankheitseinsicht verbunden.

Das Störungsbild ist sehr vielfältig und ausdifferenziert (vgl. hierzu: Leucht/Förstl, 2012: 101 ff. oder Trost/Schwarzer, 2016: 171 ff.).

Belastungsstörungen. z. B. Angststörungen:

Das Krankheitsbild von Angststörungen ist sehr differenziert. Diese krankhafte Angst kann sich in objektbezogenen Phobien äußern (bspw. Prüfungsangst, Angst vor Schlangen), sog. Agoraphobien (bspw. Angst vor großem Plätzen) oder sozialen Phobien (Angst vor Gesellschaft).

Ängste können sich allerdings auch in objekt- und situationsunabhängigen Panikattacken äußern. Situationsunabhängig zeigen sich dann körperliche Symptome wie Herzrasen, Übelkeit, Zittern u. ä.) (vgl. hierzu: Leucht/Förstl, 2012: 121 ff. oder Trost/Schwarzer, 2016: 197 ff.).

Schizophrenie:

Die Symptome der Schizophrenie sind vielfältig. Hauptsymptom ist die krankhafte Fehlbeurteilung der Realität, das aus der Realität erscheinende „verrückt sein“. Hinzu treten Phänomene wie akustische Halluzinationen (Stimmen) und andere Sinnestäuschungen auf. Für eine Schizophrenie können Faktoren wie Stress, Reizüberflutung, Drogenkonsum oder Krisen sein (vgl. hierzu Leucht/Förstl, 2012: 75 ff. oder Trost/Schwarzer, 2016: 157 ff.).

Aus dem oben geschilderten folgt, dass die Erscheinungsbilder psychisch erkrankter Bewohner in Abhängigkeit von der Grunderkrankung sehr vielfältig sind. So ziehen sich viele Bewohner zurück, verweigern oft den Kontakt zum Personal, neigen zur Verwahrlosung und Vermüllung der Zimmer und müssen zur Körperhygiene aufgefordert werden.

Die Kompetenzen, an einem geregelten Alltag teilzunehmen sind in vielen Fällen kaum entwickelt, führten doch auch oft zur Wohnungslosigkeit. Andererseits zeigt sich als Gegenpol zum Rückzug Distanzlosigkeit und Belästigungen gegenüber Mitbewohnern und Personal. Auch Aggressivität, die durch eine geringe Frustrationstoleranz und gleichzeitigen Substanzmissbrauch (insbesondere Alkohol) gekennzeichnet ist, kann sich zeigen.

Diese Erscheinungsweisen stellen die Mitarbeitenden vor eine Vielzahl von Aufgaben. Psychisch erkrankte Menschen bedürfen der Zuwendung, medizinischen Versorgung, Betreuung und Kommunikation. Leider ist die Compliance der Betreuten nicht immer hoch. Gerade in Phasen der subjektiven Besserung werden Medikamente von den KlientInnen abgesetzt. In manchen Fällen steht hier auch die Angst vor Medikalisierung im Vordergrund.

Insbesondere bei psychischen Erkrankungen ist die Einbindung des Arztes in das Geschehen wichtig.

Mögliche Entwicklungen aufgrund der Erkenntnisse

Ganz wesentlich ist, dass der Arzt/die Ärztin von den Mitarbeitenden über Entwicklungen in der psychischen Gesundheit informiert wird. Dies kann natürlich in niedrighschwelligen Einrichtungen problematisch sein. Gerade hier besteht nur über den Klienten selbst, ohne Einbindung der Mitarbeitenden, der Arztkontakt. Möglicherweise kann eine entsprechende Schweigepflichtentbindung sinnvoll sein.

Im Wesentlichen sind jedoch die Zuständigkeiten und Handlungsleitlinien zwischen den Professionen zu beachten:

- Seelisch Kranke gehören in die Hände des Arztes/der Ärztin. Die medizinische Versorgung und Verantwortung liegt beim Arzt.
- Die pädagogische Arbeit und Verantwortung liegt bei der Sozialarbeit in der Einrichtung.
- Krisensituationen brauchen in der Regel psychiatrische Unterstützung und keine weitere nichtmedizinische Intervention.

Auch die institutionelle Zuordnung darf nicht verwischen:

Wohnungslosenhilfe ist nicht die Hilfspsychiatrie und Psychiatrie nicht die Ersatz-Wohnungslosenhilfe. In Belastungssituationen kann allerdings die Psychiatrische Klinik ein Hort der Erholung sein. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe können ebenfalls für KlientInnen positiv wirken, wenn diese lange in der stationären Therapie waren und der „Therapiedruck“ individuell als belastend empfunden wurde (vgl. Reifferscheid, 2012: 39 ff.).

Persönlichkeitsstörungen

Ergebnisse der SEEWOLF-Studie

Im Rahmen der SEEWOLF-Studie wurden folgende Persönlichkeitsstörungen untersucht.

Folgende Prävalenzraten wurden ermittelt
18,8 % weisen eine antisoziale Persönlichkeitsstörung,
17,9 % Schizoide Persönlichkeitsstörung und
14,4 % eine Borderline-Störung
auf.

In der Regel werden die Persönlichkeitsstörungen „geclustert“.

Cluster A entspricht der paranoiden, der schizoiden oder schizotypen Persönlichkeitsstörung.

Cluster B der histrionischen, antisozialen, narzisstischen oder Borderline-Störung.

Cluster C sind die zwanghaft, ängstlich-vermeidenden, dependent passiv-aggressiven persönlichkeitsgestörten Menschen.

Im Rahmen der SEEWOLF-Studie zeigte sich dass die Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster B mit 70,6% am häufigsten vertreten waren. In der Allgemeinbevölkerung sind eher die unter Cluster C subsumierten Störungen anzutreffen (vgl. Bäuml et al., 2017: 164 ff.).

Diskussion der Ergebnisse

Die besondere Symptomatik von Persönlichkeitsstörungen kann hier nur für die bei wohnungslosen Menschen am häufigsten auftretenden Bilder dargestellt und skizziert werden. Ansonsten sie auf die entsprechende Fachliteratur verwiesen.

Folgende Symptombilder sind bei den genannten Störungen hinterlegt:
Personen mit einer *antisozialen Persönlichkeitsstörung* zeigen Mangel an Empathie. Weiterhin neigen sie zu antisozialem Verhalten mit Verantwortungslosigkeit und Missachten sozialer Regeln. Das Schuldbewusstsein ist herabgesetzt und die Personen neigen zu riskantem Verhalten.

Bei der *schizoiden Persönlichkeitsstörung* erscheint das Unvermögen, Freude zu empfinden neben emotionaler Kälte und Distanz zu anderen Menschen als Merkmal. Hinzu tritt Misstrauen gegenüber anderen. Der Begriff „schizoid“ bedeutet hier nicht eine Nähe zur Schizophrenie.

Bei der *Borderline-Störung* ist die Instabilität das Stabilste in allen Lebensbereichen.

Die Störungsbild zeichnet sich durch Impulsivität, suizidale Handlungen, Stimmungsschwankungen und unangemessene Wut aus. In Einzelfällen kann es zu psychotischen Symptome kommen (vgl. Trost/Schwarzer, 2016: 186 ff.).

Mögliche Entwicklungen aufgrund der Erkenntnisse

Der Umgang mit diesem Personenkreis ist für das Personal nicht einfach.

Die Spaltung des Teams oder auch eine individuelle Überforderung ist zu befürchten, wenn den Mitarbeitenden nicht entsprechende Schulungen zum Erkennen des Krankheitsbildes angeboten werden. Nur so können auch kritische Situationen in der Einrichtung und im Dienst gemeistert werden. Es gilt, auch im Team beim Umgang mit persönlichkeitsgestörten Menschen adäquate Handlungsmuster zu entwickeln.

Bäuml weist ausdrücklich auf die besondere Problematik hin: „... erhöhte Abbruchraten bei Reintegrationsversuchen von B-Patienten verdeutlichen, welche schwierige Aufgabe den Betreuern in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zukommt ... um langfristige Erfolge aufweisen zu können, bedarf es hier sicher eines sehr gut ausgestatteten und multiprofessionellen Mitarbeiterkreises...“ (Bäuml et al., 2017: 165)

Ein Hinweis erscheint wichtig:

Die therapeutischen Grenzen müssen erkannt werden:

Möller et al. weisen darauf hin, dass keine Heilung möglich ist, bestenfalls eine längerfristige und möglichst tragfähige Kompensation (vgl. Möller et al. 2009).

Suchterkrankung

Ergebnisse der SEEWOLF-Studie

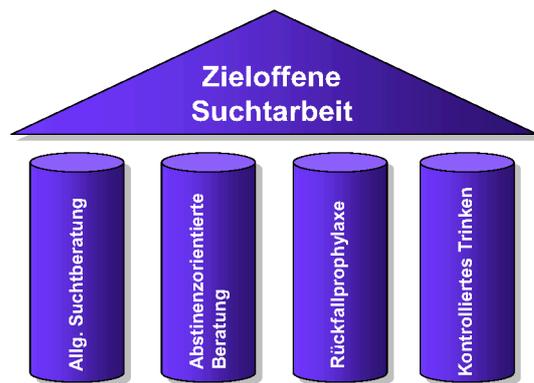
73,5% der in der SEEWOLF-Studie untersuchten Menschen leiden unter substanzinduzierten Störungen (Lebenszeit). Die 1-Monatsprävalenz beträgt 42,6%.

Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der SEEWOLF-Studie legen erneut, wie bereits nach der Fichter-Studie diskutiert, nahe, systematische Suchtarbeit in der Wohnungslosenhilfe zu betreiben.

Die klassische abstinenzorientierte, methodisch ausdifferenzierte Suchtarbeit ist der „Königsweg“ in der Suchthilfe. Entsprechende Konzepte sind in der einschlägigen Literatur beschrieben und werden erfolgreich umgesetzt. Leider ist festzustellen, dass für viele wohnungslose Menschen eine abstinenzorientierte Therapie nicht zu verwirklichen ist.

So hat sich in Teilen der Wohnungslosenhilfe die sog. „Zieloffene Suchtarbeit“ als Methode seit nahezu 10 Jahren etabliert. Im Katholischen Männerfürsorgeverein München e. V. werden unterschiedliche Ansätze der Suchtarbeit subsumiert.



(vgl. Schuchmann, 2012, modifizierte Darstellung)

Das Konzept der sog. „Zieloffenen Suchtarbeit“ hatte unterschiedliche pädagogische Intentionen:

1. Erreichen der Zielgruppe (Menschen mit problematischem Alkoholkonsum).
2. Signifikante Reduktion des Alkoholkonsums (ggf. Abstinenz).
3. Ggf. Hinführung zu weitergehenden abstinenzorientierten Suchthilfeangeboten.
4. Verbesserung der Lebensqualität.
5. Sicherstellung einer begleitenden Unterstützung.

Je nach Motivationslage der KlientInnen wurden im Rahmen des Projektes unterschiedliche methodische Zugänge der Beratung und Begleitung in der Suchtarbeit gewählt:

Allgemeine Suchtberatung:

Hierbei wurden die KlientInnen allgemein über die sozialen und gesundheitlichen Folgen eines erhöhten Alkoholkonsums aufgeklärt. Allgemein wurde auf die Möglichkeiten einer abstinenzorientierten Therapie oder das Programm „Kontrolliertes Trinken“ hingewiesen.

Abstinenzorientierte Beratung:

Im Rahmen einer abstinenzorientierten Beratung wurden die Wege in eine entsprechende therapeutische Maßnahme besprochen. Ziel des Gesprächs war es, den Wunsch auf ein abstinentes Leben des Klienten zu unterstützen und ihm größtmögliche Hilfe zuteil werden zu lassen.

Rückfallprophylaxe:

Im Rahmen der Wohnungslosenhilfe spielt diese Intervention eine bisher eher untergeordnete Rolle.

Kontrolliertes Trinken:

Das Programm „Kontrolliertes Trinken (kT)“ wurde für den Bereich der Wohnungslosenhilfe (Projekt WALK Wohnungslosigkeit und Alkohol) adaptiert und stellt eine Möglichkeit dar, den Alkoholkonsum nachhaltig zu reduzieren.

Mit diesem Programm sollten diejenigen KlientInnen erreicht werden, die, wie oben erwähnt,

- einen problematischen Alkoholkonsum haben,
- für die eine abstinente Lebensweise zunächst nicht denkbar ist,
- die eine Reduktion des Alkoholkonsums wünschen und damit
- eine Verbesserung der Lebenssituation und Lebensqualität erhoffen.

Kontrolliertes Trinken bedeutet vor allem eine (wöchentliche) Festlegung:

- der maximalen Konsummenge pro Trinktag
- der Anzahl abstinenter Tage
- des maximalen Gesamtkonsums pro Woche.

Diese Ziele werden in einem „Trinktagebuch“ notiert und am Ende des Tages oder der Woche eigenständig vom Probanden kontrolliert.

Für die Mitarbeitenden heißt die Methode

- eine Erweiterung von Handlungsspielräumen und
- eine Reduktion der individuellen Belastung.

Das Programm „Kontrolliertes Trinken“ ist an eine strukturierte Schulung gekoppelt (vgl. Körkel et al.: Handbuch zum kontrollierten Trinken 2004).

Mögliche Entwicklungen aufgrund der Erkenntnisse

Chancen und Möglichkeiten der Zieloffenen Suchtarbeit

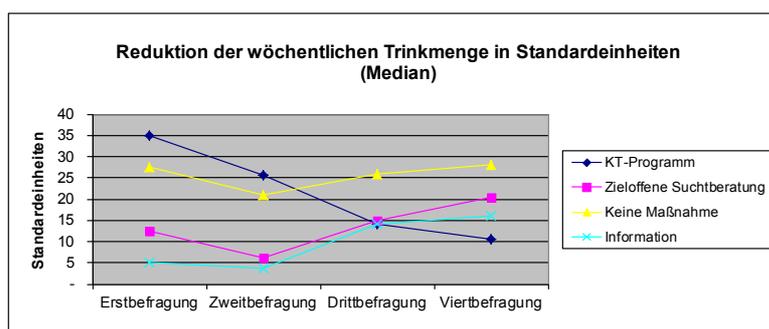
„Kontrolliertes Trinken“ wird in der einschlägigen Fachliteratur eher kritisch betrachtet. In der Argumentation werden u.a. auch nachvollziehbare neurobiologische Prozesse gegen das „Kontrollierte Trinken“ angeführt (vgl. dazu auch Rockstroh, 2011; Soyka/Küfner, 2008: 319 ff.; Müller in Leucht, Förstl; 2012: 64).

Zur Begründung eines zieloffenen Ansatzes muss angeführt werden, dass mit dem Programm „Kontrolliertes Trinken“ eine Gruppe von Menschen erreicht werden soll, die keine Möglichkeit für sich persönlich sehen, abstinent zu leben. Die Gründe dafür liegen oft in den individuellen negativen Erfahrungen mit abstinentorientierter Therapie oder im Scheitern einer Abstinenz begründet.

Gleichwohl besteht bei vielen KlientInnen der Wunsch, den Alkoholkonsum nachhaltig zu reduzieren, um die Gesamtlebenssituation zu verbessern (vgl. dazu auch Körkel in BKK Bundesverband, 2007: 21 ff.).

Das Programm soll bei Bedarf auch die Wege in eine abstinentorientierte Therapie öffnen. Grundlage der Intervention ist die sog. Motivierende Gesprächsführung (Miller, Rollnick, 2004).

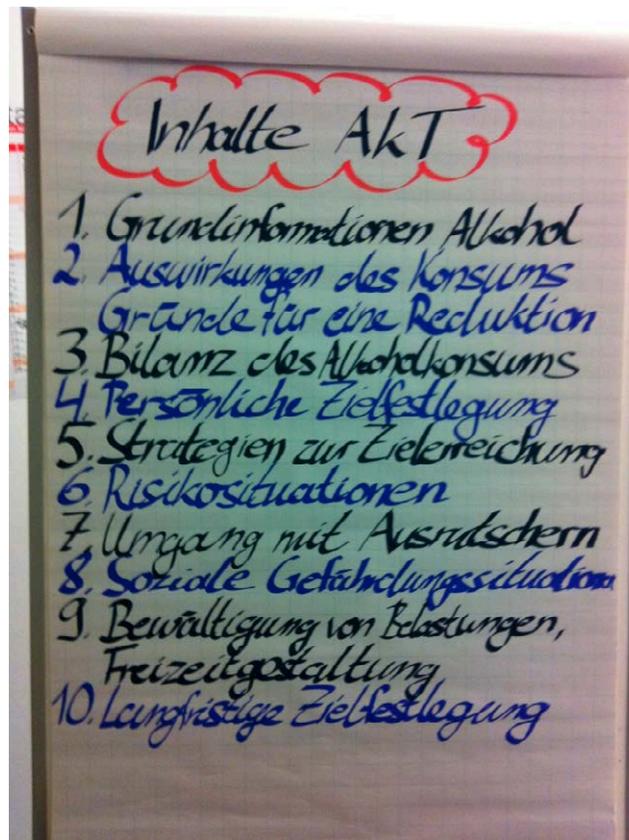
Im Rahmen einer eigenen Evaluation zum „Kontrollierten Trinken“ im Katholischen Männerfürsorgeverein München e.V. (Reifferscheid, 2009/2011) zeigten sich die positiven Effekte durch das Programm zum „kontrollierten Trinken“ nochmals deutlich.



Konsummenge in Standardeinheiten (1 SE entspricht 20 Gramm Alkohol).

Die gesundheitlichen Verbesserungen durch die Konsumreduktion sind nachweisbar, jedoch nicht signifikant. Dass diese Effekte geringer sind, als zunächst erwartet, liegt auch darin begründet, dass nach dem oft jahrelangen Alkoholkonsum eine körperliche Gesundung erst verzögert einsetzt. Die Möglichkeit der Verbesserung der körperlichen Situation ist jedoch gegeben. Der Erfolg hängt sehr von der persönlichen Motivation ab, den Alkoholkonsum zu reduzieren oder ggf. sogar abstinent zu leben (vgl. Möller et al., Stuttgart 2013; S. 356). So entschieden sich 10 Probanden im Rahmen des Programms zum „Kontrollierten Trinken“ zur Abstinenz (25 % aller Teilnehmer am KT-Programm)

**Beispiel für eine Arbeitshilfe zum Kursus „Kontrolliertes Trinken“
(Katholischer Männerfürsorgeverein München e.V.)**



Insgesamt sind Verfahren der Zieloffenen Suchtarbeit zu begrüßen, da sie zur Reduktion des Alkoholkonsums führen und in der Regel, bei stabilisierter sozialer Situation und pädagogischer Begleitung, auch im Kontext der Einrichtung, keine Erhöhung der Konsummenge im beobachteten Zeitraum nach sich ziehen.

Die Funktion der Hilfen für die wohnungslosen Menschen, die suchterkrank sind, zeigt sich noch unter einem anderen Blickwinkel: Durch langjährigen Alkoholkonsum werden wichtige Zentren im Stirnhirn geschädigt, die für vorausschauendes Denken, Handlungsplanung, Selbstorganisation und Risikobewältigung zuständig sind.

Daher ist eine strukturierende Unterstützung von Mitarbeitenden wichtig, auch um wiederkehrende Routinen einzuüben und ein enges „Coaching“ zu gewährleisten (vgl. Reker: 2015; 40 ff.)

Für Menschen, die nicht oder zunächst nicht abstinenter leben können, ist das strukturierte Programm „Kontrolliertes Trinken“ eine sinnvolle Möglichkeit zum Ausstieg aus der Suchterkrankung und teilweise auch der Weg in die Abstinenz. „kT“ ist nicht der konzeptionelle Gegenentwurf zu Abstinenz.

Sucht im Alter

„Sucht im Alter“ ist ein Thema das bisher, wenn auch noch recht undifferenziert, in den Fokus der Betrachtung rückt.

Hier sollten insbesondere auch die fachlichen Ressourcen aus der Wohnungslosenhilfe, der Altenhilfe und der Fachkliniken zusammengebracht werden.

Illegale Drogen

Die KlientInnen mit Konsum von illegalen Drogen erreichen auch zunehmend unsere Einrichtungen.

Auf diese Entwicklungen muss sich die Wohnungslosenhilfe vorbereiten.

Erkenntnisse zum Konsum illegaler Drogen in der Wohnungslosenhilfe zeigen keine dramatischeren Entwicklungen gegenüber der vor 20 Jahren veröffentlichten Fichterstudie auf.

Im Rahmen der SEEWOLF-Studie wurde festgestellt, dass die 1-Monats-Prävalenz für Alkohol bei 38,6% und für Cannabinoide bei 15,7% liegt. Andere illegale Drogen zeigen Prävalenzraten von unter 1%. Multipler Substanzgebrauch rangiert bei 5,4%.

Ein ähnliches Ergebnis konnte Hösl in ihrer Arbeit zum Drogenkonsum in Einrichtungen des KMFV feststellen. So konsumierten 15,4% Cannabis, andere Drogen waren mit ca. 1,5% vertreten (Hösl 2013). Auch hier gibt es neben der abstinenzorientierten Suchtarbeit Ansätze einer zieloffenen Arbeit.

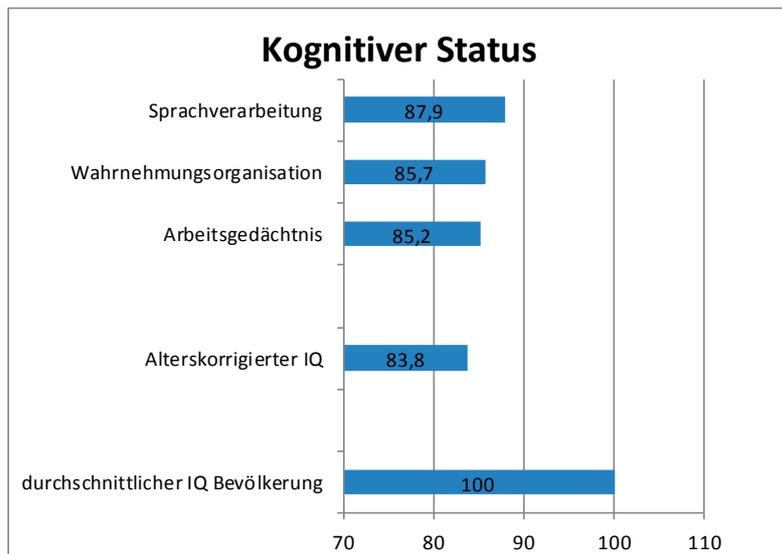
Kognition

Ergebnisse der SEEWOLF-Studie

Im Rahmen der SEEWOLF Studie wurde auch die kognitive Leistungsfähigkeit der Befragten untersucht.

„Der mittlere, alterskorrigierte Intelligenzquotient der untersuchten Stichprobe liegt mit $IQ = 83,8$ (95%-Konfidenzintervall: $81,6 - 86,1$) etwas mehr als eine Standardabweichung unterhalb des Mittelwertes der Normierungsstichprobe ($IQ = 100$) der verwendeten Intelligenztestbatterie und damit auf der Grenze zum unterdurchschnittlichen Bereich. ... Dabei fallen Leistungen der Sprachverarbeitung (Indexwert: $IQ = 87,9$) relativ betrachtet etwas besser aus als solche der Wahrnehmungsorganisation (Indexwert: $IQ = 85,7$), die Leistungsfähigkeit des Arbeitsgedächtnisses (Indexwert: $IQ = 85,2$) und insbesondere die Arbeitsgeschwindigkeit im Sinne der zentralnervösen Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit bei kognitiven Anforderungen unter Zeitdruck (Indexwert: $IQ = 82,7$).

Hervorzuheben ist jedoch die interindividuell erhebliche Streubreite der beobachteten Gesamt-IQs, die sich fast über den gesamten Messbereich des Verfahrens erstreckt und von minimal 50 bis maximal 132 reicht.“ (Bäumel et al., 2017: 193)



Ein wesentlicher Befund ist auch, dass ein besseres Sprachverständnis oder ein leistungsfähigeres Arbeitsgedächtnis zu einem erst verspäteten Eintritt der Wohnungslosigkeit führte.

Diskussion der Ergebnisse

Die Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten sind individuell zu betrachten. Darauf weist auch die große Streubreite der Intelligenzleistung von einer Intelligenzminderung bis zur Hochbegabung hin.

Gleichwohl gilt es zu prüfen, welche Maßnahmen der Förderung der KlientInnen dienen und ob sie die Menschen erreichen.

Immer wieder wird berichtet, dass gerade die Integration von wohnungslosen Menschen auf den ersten Arbeitsmarkt nicht gelingt bzw. der Verbleib nur kurzfristig gesichert ist.

Möglicherweise kann für diesen Bereich die Orientierung an Maßnahmen der Behindertenhilfe sinnvoll sein.

Pädagogische Hilfen müssen sich an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientieren und Hilfen zur Selbstbestimmung und Lebensgestaltung darstellen. So definiert Speck, 1999: 338) folgende Bereiche der Hilfe im Bereich der Arbeit mit behinderten Menschen:

- Arbeit, berufliche Bildung
- Freizeit
- Alltagsbedürfnisse
- Ablösung vom Elternhaus
- Wohnen
- Partnerschaft
- Geselligkeit
- Individuelle Interessen und Vorlieben
- Bewältigung von Lebenskrisen

In der Einrichtung der Behindertenhilfe werden aus Sicht der Sozialpädagogik folgende Hilfen geleistet:

Personalisationshilfe

- Kenntnisse und Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags (einschl. Wohnen)
- Hilfe zur Überwindung persönlicher Probleme
- Vermittlung von Inhalten und Werten zur selbstbestimmten Lebensführung
- Gelegenheiten schaffen, um Entscheidungen und selbstverantwortliches Handeln einzuüben und zu erproben
- Hilfe zur Überwindung von Suchtproblemen

Hilfe zur Partizipation

- Kommunikative Fähigkeiten
- Soziale Regeln des Zusammenlebens
- Hilfe zur Bearbeitung von Konflikten
- Partnerschaftlicher, zwischengeschlechtlicher Kontakt
- Erweiterung und Umweltorientierung des kulturellen Erfahrungsraumes

Eröffnen lebensnaher Handlungsfelder

- Alltag im Wohnbereich

-
- Eröffnen kreativer Bereiche
 - Alltag im Arbeitsbereich
 - Partnerschaft und Gruppe
 - (nach Fornefeld, 2004: 119 f.)

Ein wesentlicher Bestandteil zur Stabilisierung der persönlichen Lebenswelt ist die Arbeit (Eröffnung lebensnaher Handlungsfelder).

Die Arbeit ermöglicht dem Menschen mit Behinderung „in aller Regel ein sinnvolles Entfalten seiner Aktivität, das Erleben von Leistung und Nützlichsein und damit die Stärkung seines Selbst- und Lebensgefühls und schließlich das Mittun als Teilhaben an einem größeren Lebensbereich, dem man sich zugehörig fühlen darf“ (zitiert nach Speck, 1999: 344).

Ziel der Arbeit ist die Eingliederung von psychisch behinderten Menschen in das Arbeitsleben. Hierzu bedarf es geeigneter Arbeitsgelegenheiten, die den Menschen entsprechende Entwicklungsmöglichkeiten geben.

In der Regel orientieren sich die sog. Werkstätten für Menschen mit Behinderung an solchen Zielen und bieten entsprechende Arbeitsplätze an. Im SGB IX sind die Ziele, die durch die Arbeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen erreicht werden sollen, dargestellt:
Anbieten einer angemessenen beruflichen Bildung und Entwicklung der Leistungs- und Erwerbsfähigkeit als Teil der Persönlichkeitsentwicklung.

Die Wohnungslosenhilfe steht hier vor dem Problem, dass wohnungslose Menschen mit Suchtproblemen in der Regel keinen Zugang zu bestehenden Einrichtungen der Behindertenhilfe finden werden.

Gänzlich neue konzeptionelle Überlegungen müssen stattfinden, um die Integration der wohnungslosen Menschen mit seelischer Behinderung in die Arbeitswelt (nicht nur ersten Arbeitsmarkt) zu fördern.

Im Zentrum der konzeptionellen Entwicklung einer Arbeitsgelegenheit zur Förderung von psychisch kranken Wohnungslosen muss in erster Linie eine arbeitspädagogische Maßnahme stehen.

Es gilt die individuelle Förderung und Stabilisierung der Persönlichkeit im Rahmen der arbeitspädagogischen Maßnahme zu erreichen.

Wie die Beispiele zeigen, scheitert die längerfristige Arbeitsaufnahme bei den Betreuten in der Wohnungslosenhilfe oft schon in den ersten Wochen.

Folgende Gründe liegen dafür aus unserer Erfahrung vor:

- Die eigene Leistungsfähigkeit wird überschätzt.
- Die ungenügend stabile Persönlichkeit verhindert in der Auseinandersetzung mit Arbeitskollegen oder dem Arbeitgeber schon im Anfang die adäquate Verarbeitung von möglichen Konflikten.
- Extrafunktionale Qualifikationen wie Pünktlichkeit, Höflichkeit, Ausdauer etc. sind kaum entwickelt.
- Funktionale Fähigkeiten wie handwerkliches Geschick oder genaues Arbeiten werden ebenfalls überschätzt.
- Es mangelt an der Fähigkeit mit dem Suchtdruck umzugehen.
- Möchte man diese Probleme nachhaltig bearbeiten, ist eine systematische Aufarbeitung der Probleme wichtig.
- Bei der konzeptionellen Neugestaltung von Beschäftigungs- und Arbeitsangeboten in Einrichtungen der Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII sollten die Erkenntnisse zur individuellen Leistungsfähigkeit der betroffenen Wohnungslosen berücksichtigt werden.

Inhaltliche Gestaltung einer arbeitspädagogischen Maßnahme

Die Erfahrungen mit den Gartenbauprojekten oder vergleichbaren pädagogischen Maßnahmen im KMFV zeigen in die Richtung, wie solche Projekte zukünftig gestaltet werden können.

Folgende Grundbedingungen sind aus unserer Sicht zu erfüllen:

- Das Projekt muss eine klare tagesgestaltende Struktur vorgeben.
- Es muss ein Wechsel zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung vorgeben werden.
- Der Sinn der Arbeit muss dargestellt werden (Vermittlung extrafunktionaler und funktionaler Qualifikationen – Beispiele benennen).
- Das Projekt muss durch qualifiziertes Personal arbeitspädagogisch begleitet werden.
- Der Einsatzort muss regelmäßig und gut erreichbar sein. Die selbständige Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln durch die KlientInnen ist anzustreben.
- Über eine ggf. gestaffelte Arbeitsprämie soll der Erfolg der Maßnahme auch für die KlientInnen direkt sichtbar werden.
- Die Zielsetzung der mittel- und langfristigen Beschäftigung soll deutlich in der Maßnahme zum Ausdruck kommen.

Sicherung des Wohnplatzes im Rahmen der arbeitspädagogischen Maßnahme

Die Erfahrung hat gezeigt, dass in vielen Fällen der mit der Arbeitsaufnahme gekoppelte Auszug in eine eigene Wohnung nicht gelungen ist. Häufig gingen sowohl Arbeitsplatz als auch die eigene Wohnung nahezu zeitgleich verloren. Der betroffene Klient tauchte dann wieder an der untersten Schwelle des Hilfenetzes auf. Dieser „Drehtüreffekt“ könnte durch die Umsetzung der arbeitspädagogischen Begleitung und Förderung verringert werden.

Die Unterstützung der stationären Einrichtung in der Versorgung und Sicherstellung des Wohnplatzes ist tragendes Element bei der Planung und Durchführung der arbeitspädagogischen Maßnahmen.

Der Klient muss, will er sich dem Arbeitsprozess annähern, von Problemen, die durch das Wohnen oder Ernähren entstehen, zunächst entlastet werden.

Erst in der Phase der Festigung des Lern- und Arbeitserfolges kann im Hinblick auf die Heranführung an einen behindertengerechten Arbeitsplatz das eigenständige betreute Wohnen und die eigene Haushaltsführung trainiert werden. Die pädagogische Begleitung ist hier dringend erforderlich.

Diese Trennung zwischen Wohnen und Arbeit wird in vielen Fällen Teilziel der arbeitspädagogischen Maßnahme sein.

Wesentlicher Bestandteil der Konzeption ist die intensive Zusammenarbeit zwischen Arbeitsbereich und Wohnbereich des Klienten.

Der Austausch zwischen betreuenden Sozialpädagogen des Wohnbereiches, Arbeitsanleitern und Klient fördert die Betrachtung der Wohn- und Freizeitsituation, die häufig von KlientInnen, die im Arbeitsprozess stehen, ausgeblendet wird.

Oft entstehen gerade in diesem sehr persönlichen Umfeld Probleme, mit denen der Klient alleine nicht zurechtkommt (alte Schuldforderungen von Gläubigern leben wieder auf, Geldeinteilung, Fehlernährung, Einsamkeit etc.). Soll die Gesamtmaßnahme einen Erfolg haben, ist hier die nachhaltige Begleitung der Betreuten notwendig und in das Gesamtkonzept der arbeitspädagogischen Maßnahme zu integrieren.

Umgang mit Alkohol und Suchtmitteln

Bei vielen Betreuten wird der Suchtmittel- und Alkoholkonsum dauerhaft nicht zu unterbinden sein.

Wesentliche Aufgabe im Rahmen dieses Konzeptes soll das Erlernen des Umgangs mit Suchtmitteln sein. Hier müssen die Erfahrungen des Projektes zur zieloffenen Suchtarbeit in die konzeptionellen Überlegungen einfließen.

So ist denkbar, dass entsprechende Gruppenangebote im stationären Wohnbereich oder im betreuten Wohnen geschaffen werden, die insbesondere der Rückfallprävention dienen und den Umgang mit Suchtmitteln für die KlientInnen handhabbar macht.

Auch hier ist die Rückkoppelung zum Arbeitsplatz äußerst wichtig um nachhaltige Verhaltensänderungen zu erzielen. Denkbar sind regelmäßige Gespräche zwischen Klient, Wohngruppenbetreuer und Arbeitsanleiter.

Entsprechende Konzepte im Rahmen der zieloffenen Suchtarbeit sind hier zu entwickeln.

Die Grundforderung bleibt jedoch das Normalisierungsprinzip: Dabei schließt Normalisierung spezielle Hilfen und Dienste, die die Verselbständigung fördern, nicht aus.

Weitere mögliche Konsequenzen aus der SEEWOLF-Studie

Nachfolgend sollen noch weitere Konsequenzen und Entwicklungen aus der SEEWOLF-Studie dargelegt werden:

Förderung neuer Professionen in der Wohnungslosenhilfe

Neue Professionen wie Kunst- und Ergotherapeuten wurden mittlerweile im Helfefeld tätig, brachten Methoden und Ideen mit und ergänzten den fachlichen Horizont in der Wohnungslosenhilfe.

Dieses Feld sollte weiter ausgebaut werden. Die Erfolge der Kunst- und Ergotherapie konnte in den Langzeiteinrichtungen und teilweise auch in den Bereichen der Hilfen nach § 53 SGB XII deutlich gemacht werden.

Die Randebiete zur klassischen Sozialarbeit und Pflege sind dabei zu betrachten.

Ausbildung und Schulung

Der Ausbildung und Schulung der Mitarbeitenden muss ein besonderes Augenmerk zugewandt werden. Mitarbeitende der Wohnungslosenhilfe müssen psychische Krisen erkennen können. Oftmals ist die Erfahrung, dass die Notsituation eher überraschend kommt und die Einrichtung an die Grenzen der Möglichkeiten führt. Dem kann durch ein klares Handlungskonzept der Intervention bis hin zur klinischen Behandlung entgegengewirkt werden (vgl. Bäuml 2008; Rupp 2003). Supervision, Schulung, fachliche Beratung sollten regelmäßig angeboten und durchgeführt werden, um die Überforderung der Mitarbeitenden zu vermeiden.

Rekrutierung von Fachpersonal

Die Wohnungslosenhilfe wird auch davon leben, entsprechendes Fachpersonal vorzuhalten. Impulse zur Gewinnung von Pflegekräften, Heilerziehern etc. sollten umgesetzt bzw. fortgeführt werden. Der Fachkräftemangel hat die Wohnungslosenhilfe mit ersten Auswirkungen bereits erreicht.

Neue Methoden einsetzen

Patienten-/Klientenschulung, psychoedukative Maßnahmen gewinnen an Bedeutung.

Doch: Es besteht die Gefahr, dass Sozialarbeit Methoden der klinischen Psychiatrie kopiert und unreflektiert übernimmt. Der Einsatz solcher psychotherapeutischer Instrumente bedarf des qualifizierten Umganges und der Einbindung in ein psychiatrisches Gesamtkonzept der Versorgung, damit der Betroffene Kenntnisse über die seelische Erkrankung erlangt und den Umgang mit der Krankheit erlernt (Buchkremer, 2009: 340).

Visionen einer weiteren Entwicklung

Für die Entwicklung der vielfältigen Arbeit mit wohnungslosen Menschen erscheinen folgende methodischen Schritte nach Buchkremer wichtig

1. Erkenntnisgewinn
2. Entwicklung neuer Methoden
3. Förderung der Vernetzung
4. Verbesserung der Wahrnehmung
5. Verbesserung von Maßnahmen/Planung neuer Maßnahmen

6. Evaluation

7. Sinnhafte Förderung der Inklusion

Welche Möglichkeiten die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür bieten werden, insbesondere auch die Umsetzung des jüngst verabschiedeten sog. Bundesteilhabegesetzes, wird zu prüfen sein.

Literatur

- Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit: Wohnungslosenhilfe vor neuen Herausforderungen, Berlin 1/2013
- BAGW Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe; Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern, Positionspapier 2008
- BAGW Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe Berlin: Pressemitteilung vom 5.10.2015
- Bäumel, J.; Brönner, M.; Baur, B.; Pitschel-Walz, G.; Jahn, T.: Die SEEWOLF-Studie – Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München; Freiburg 2017
- Bäumel, J.: Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis; Heidelberg 2008
- Bäumel, J., Brönner, M.; Bauer, M., Jahn, T. et al.: Wohnungslosenhilfe – „Psychiatrie light“ für die von der Psychiatrie „Vergessenen“? in Kerbe, S. 33 ff.; Heft 1/2016
- Bäumel, J., Jahn, T., Brönner, M. et al.: Die SEEWOLF-Studie – eine Zusammenfassung 2014; Bericht anlässlich der Tagung „Wohnungslosenhilfe – Psychiatrie light oder bedarfsgerechte Versorgung von Menschen in besonderen Lebenslagen am 24.7.2014 in München
- BKK Bundesverband (Hg.): Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen, Bremerhaven 2007
- Brem, D.: Alt und Wohnungslos in Deutschland, Wohnungslos 3-4/2010, Bielefeld
- Buchkremer, H. (Hg.): Handbuch Sozialpädagogik; Darmstadt 2009
- Fichter, M., Quadflieg, N.: Psychische Erkrankungen bei (vormals obdachlosen) Bewohnern von Heimen des Katholischen Männerfürsorgevereins in München. Eine epidemiologische Studie, München 1997, Eigendruck
- Fichter, M. et al.: Psychische Erkrankungen bei obdachlosen Männern und Frauen in München in Psychiatrische Praxis 25; S.76-84; 1999a
- Fichter, M., Quadflieg, N., Cuntz, U.: Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer, Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 17, 28.April 2000
- Fornefeld, B.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik; München, Basel 2004
- Hösl, K.: Drogenkonsum in der Wohnungslosenhilfe – eine Bestandsaufnahme. Dargestellt am Beispiel des Katholischen Männerfürsorgevereins München e. V.; unveröffentlichte Masterarbeit an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, 2013

-
- Leucht, S., Förstl, H.: Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart, New York 2012
- Lindenmeyer, J.: Lieber schlau als blau; Weinheim 2005
- Lutz, R., Simon, T.: Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe, Weinheim und Basel 2012
- Materialien zur Wohnungslosenhilfe Heft 43: Facetten der Wohnungslosigkeit – Zur Gesundheit Wohnungsloser, Bielefeld 2000
- Miller, W. R., Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung, Freiburg 2004
- Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A.: Psychiatrie, Psychosomatik, und Psychotherapie; Stuttgart 2013
- Nouvertné, K.; Wessel, T.; Zechert, C.: Obdachlos und psychisch krank; Otto, H.-U., Thiersch, H. (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit, München 2011
- Püschel, K., Nawka, S.: Morbidität obdachloser Menschen in Hamburg in Wohnungslos 2/2011, Bielefeld
- Reifferscheid, G.: Langzeithilfe für ältere, (pflegebedürftige), wohnungslose Menschen in: Wohnungslos 2/2006, Bielefeld
- Reifferscheid, G.: Zwischenbericht zum Projekt „Zieloffene Suchtarbeit“ im Katholischen Männerfürsorgeverein München e. V., 11/2009 und 5/2011, unveröffentlicht
- Reifferscheid, G.: Psychisch kranke Wohnungslose brauchen individuelle Hilfe in Neue Caritas Jahrbuch 2012; Freiburg 2011
- Reifferscheid, G.; Allgaier, T.: Wir schließen eine Versorgungslücke – Versorgung älterer Menschen in der stationären Wohnungslosenhilfe in Pflegezeitschrift Heft 12/2013
- Reifferscheid, G.: Armut, Wohnungslosigkeit und Krankheit in: Schwarzer, W. (Hg.): Medizinische Grundlagen für soziale Berufe: Sozialmedizin; Dortmund 2016
- Reker, M.: Umgang mit alkoholabhängigen Patienten, Köln 2015
- Rockstroh, S.: Biologische Psychologie; München 2011
- Romau, R., Gaupp, B.: Psychisch Kranke in der Wohnungslosenhilfe in Materialien zur Wohnungslosenhilfe Heft 54, Bielefeld 2003
- Roscher, F.: Wohnungslosenhilfe nach § 67 ff. SGB XII bei „komplexen Problemlagen“ noch nötig? In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV), Heft 12/2015, S. 613 ff.)
- Rupp, M.: Notfall Seele; Stuttgart 2003
- Schuchmann in Specht (Hg.): Armut, Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit in Deutschland, Bielefeld 2012

-
- Salize, H. J.: Psychiatrische Wohnungslosenforschung in Deutschland – marginalisiert wie ihre Klientel in *Wohnungslos* 3/1998 S. 103 ff.
- Siegrist, J.: *Medizinische Soziologie*, München, Jena 2005
- Speck, O.: *Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung*, München/Basel 1999
- Trabert, G.: *Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation*, Bielefeld 1994
- Tretter, F.: *Suchtmedizin kompakt*; Stuttgart 2012
- Trost, A., Schwarzer, W.: *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe*, Dortmund 2016

Korrespondenzadresse

Dr. Gerd Reifferscheid
Katholischer Männerfürsorgeverein München e. V. (KFMV)
Kapuzinerstraße 9D
80337 München
E-Mail: gerd.reifferscheid@kmfv.de

Sonderdruck
Landeshauptstadt München
Sozialreferat / Amt für Wohnen und Migration
Abteilung Wohnungslosenhilfe und Prävention
Fachbereich Fachplanung akute Wohnungslosigkeit
S-III-WP/S2