

**Evaluation der Clearingeinrichtung Implerstraße  
für psychisch kranke wohnungslose Frauen und Männer  
im städtischen Sofortunterbringungssystem**

**Abschlussbericht – Teil B**

**Quantitativ-empirischer Untersuchungsbericht (TUM\*)  
\*Technische Universität München**

**Ärztlicher Projektleiter:**

Prof. Dr. med. Josef Bäuml (TUM)

**Projektpsychologin:**

Daniela Pockrandt, Psychologin (M. Sc.) (TUM)

**Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar der TU München**  
Ismaninger Str. 22  
81675 München  
Tel: 089/4140 4241  
Fax: 089/4140 4888  
Mail: Baeuml.Josef@tum.de  
J.Baeuml@t-online.de

**Prof. Dr. med. Josef Bäuml**

## Clearingeinrichtung Implerstraße: Gliederung des Teil B

- 1 Einleitung**
  - 1.1 Auftraggeber für die Evaluation und durchführende Institutionen
  - 1.2 Entwicklung der Wohnungslosigkeit in München
  - 1.3 Psychisch Kranke in der akuten Wohnungslosigkeit
  - 1.4 Vermittlungsprobleme von psychisch Kranken in der akuten Wohnungslosigkeit
  - 1.5 Das Modellprojekt Clearingeinrichtung in der Implerstraße
  - 1.6 Die Schwerpunkte der Evaluation
  - 1.7 Struktur des Untersuchungsberichtes der TUM (Teil B)
  
- 2 Fragestellungen für die Evaluation**
  - 2.1 Clearingeinrichtung: Aufnahmeverfahren
  - 2.2 Clearingeinrichtung: Daten der Bewohner und Betreuungsverlauf
  - 2.3 Clearingeinrichtung: Weitervermittlungsprozess
  - 2.4 Clearingeinrichtung: Leitung und Struktur (Frau Stockdreher, zweiplus)
  - 2.5 Ausblick
  
- 3 Methodisches Vorgehen bei der Psychiatrisch-psychologischen Untersuchung durch das Studienteam der TUM**
  - 3.1 Kooperationsbündnis mit dem Multiprofessionellen Team
  - 3.2 Information und Aufklärung der Studienteilnehmer\*innen
  - 3.3 Einholung der Einverständniserklärungen
  - 3.4 Praktische Durchführung
  - 3.5 Rekrutierungsprozess
  - 3.6 Untersuchungsinstrumente
  - 3.7 Datenanalyse und statistische Berechnungen bei der TUM-Untersuchung
  - 3.8 Votum der Ethikkommission des Klinikums rechts der Isar der TUM
  
- 4 Wohnungslosigkeit in München**
  - 4.1 Allgemeiner Überblick
  - 4.2 Personen im System der städtischen Sofortunterbringung
  - 4.3 Psychisch kranke Menschen im System der Sofortunterbringung
  - 4.4 Zentrale Ergebnisse der SEEWOLF-Studie
  
- 5 Die Clearingeinrichtung Implerstr. 51**

Beschreibung im Projektbericht von Frau Stockdreher, zweiplus
  
- 6 Ergebnisse**
  - 6.1 Aufnahme und Vermittlung in die Clearingeinrichtung**
  
  - 6.2 Soziodemographische Daten und Wohnungssituation**
    - 6.2.1 Alter, Geschlecht und Familienstand
    - 6.2.2 Migrationshintergrund und Muttersprachlichkeit
    - 6.2.3 Kindheit und Jugend
    - 6.2.4 Kontakt zu Angehörigen
    - 6.2.5 Konfession
    - 6.2.6 Schulische und berufliche Entwicklung
    - 6.2.7 Aktuelle Arbeits- und Beschäftigungssituation sowie Erwerbsbiographie
    - 6.2.8 Grad der Behinderung, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Gesetzl. Betreuung
    - 6.2.9 Finanzielle Situation

- 6.2.10 Konflikte mit dem Gesetz
- 6.2.11 Wohnkarriere und Ursachen der Wohnungslosigkeit
- 6.2.12 „Plattenerfahrung“ der Klient\*innen der Clearingeinrichtung
- 6.2.13 Fazit zu den soziobiographischen Befunden und zur Wohnsituation
- 6.3 Klinische Daten**
  - 6.3.1 Diagnosen
  - 6.3.2 Frühkindliche Belastungen
  - 6.3.3 Krankheitsvorgeschichte
  - 6.3.4 Persönlichkeitsprofil
  - 6.3.5 Psychopathologische Befunde (Selbst- und Fremdbeurteilung)
  - 6.3.6 Kognitive Leistungsfähigkeit
  - 6.3.7 Ergebnisse der somatischen Untersuchung
- 6.4 Betreuungsverlauf in der Clearingeinrichtung**
  - 6.4.1 Unterstützungsbedarf der Klient\*innen
  - 6.4.2 Ergebnisse des Reha-ICF und Mini-ICF App
  - 6.4.3 Besondere Vorkommnisse und Behandlungsbedarf im Verlauf
  - 6.4.4 Die Zufriedenheit der Klient\*in mit der Einrichtung
  - 6.4.5 Wünsche und Anregungen durch die Bewohner\*innen
- 6.5 Weitervermittlungsprozess**
  - 6.5.1 Ergebnis der Weitervermittlung
  - 6.5.2 Erfolgreiche Weitervermittlung („vertikal“)
  - 6.5.3 Weitervermittlung „noch offen“ oder „nicht möglich“ („horizontal“)
  - 6.5.4 Ergebnis der Weitervermittlung und Dauer des Aufenthaltes
  - 6.5.5 Weitervermittlungsergebnisse und Schwere der Erkrankung (CGI)
  - 6.5.6 Weitervermittlungsergebnisse und Diagnosen
  - 6.5.7 Weitervermittlungsergebnisse in Abhängigkeit von den anfragenden Stellen
  - 6.5.8 Erschwernisse des Weitervermittlungsprozesses
  - 6.5.9 Fazit: Betreuungsverlauf und Weitervermittlungsprozess
- 6.6 Frauenstockwerk**
- 7 Diskussion der Ergebnisse**
  - 7.1 Vergleich von Impler-Studien-Daten mit den Ergebnissen der SEEWOLF-Studie und COGPIP-Studie
  - 7.2 Soziodemographische Daten: Vergleich von Impler- mit SEEWOLF-Studie
  - 7.3 Psychiatrische Krankheits-Vorgeschichte: Vergleich von Impler-Studien-Daten mit SEEWOLF-Studie
  - 7.4 Weitervermittlungsprozess
  - 7.5 Vergleich der schizophren erkrankten Personen aus allen drei Studien
- 8 Zusammenfassung des quantitativ empirischen Untersuchungsberichtes**
- 8.1 Kompaktdarstellung der Ergebnisse des Teil B der TUM - Evaluation**
- 8.2 Zusammenfassender Untersuchungsbericht des Teil B der TUM-Evaluat.**
- 9 Beantwortung der Fragen**
  - 9.1 Clearingeinrichtung: Auswahl- und Aufnahmeverfahren
  - 9.2 Clearingeinrichtung: Bewohnerdaten und Betreuungsverlauf
  - 9.3 Weitervermittlungsprozess

- 9.4 Clearingeinrichtung: Leitung u. Struktur (Stockdreher, zweiplus)
- 9.5 Ausblick: Fehlende Zusatzeinrichtungen
  
- 10 Handlungsempfehlungen aus Sicht des TUM-Studenteams**
- 10.1 Auswahl- und Aufnahmeprocedere
- 10.2 Betreuungsverlauf in der Clearingeinrichtung
- 10.3 Weitervermittlungsprozess
- 10.4 Ergänzende Wohneinrichtungen
- 10.5 Neue, alternative Wohnformen
- 10.6 Ausblick
  
- 11 Literaturverzeichnis**
  
- 12 Legende zu den wichtigsten Messinstrumenten**
  
- 13 Anhang**
- 13.1 Stand der Untersuchung
- 13.2 ----
- 13.3 Info-Blatt für Mitarbeiter
- 13.4 Info-Blatt für Bewohnerinnen und Bewohner
- 13.5 Einverständniserklärung der Bewohnerinnen und Bewohner
- 13.6 Aufwandsentschädigungs-Formblatt
- 13.7 Anamnesebogen mit Krankheitsvorgeschichte und Psychopathologie
- 13.8 Körperlicher Untersuchungsbogen
- 13.9 Globalbeurteilung bei Aufnahme in die Clearingeinrichtung
- 13.10 Aufnahmezustand mit aktuellem Hilfebedarf
- 13.11 Wochendokumentation: Interne und externe Maßnahmen
- 13.12 Vorfälle und Notfallmaßnahmen
- 13.13 Globalbeurteilung bei Beendigung des Aufenthaltes
- 13.14 Entlassungsstatus mit aktuellem Hilfebedarf
- 13.15 Zufriedenheit mit dem Aufenthalt bei Beendigung der Maßnahme
- 13.16 Auflistung der Erhebungs-Instrumente
- 13.17 ACE-D-Bogen
- 13.18 BDI-II-Bogen
- 13.19 BFI-10-Bogen
- 13.20 B-L-Bogen
- 13.21 CGI-Bogen
- 13.22 GAF-Bogen
- 13.23 ICF-Reha
- 13.24 LEO-Lesetest
- 13.25 ICF-Mini-App.
- 13.26 MMST-Bogen
- 13.27 Rias-Screening-Bogen
- 13.28 SKID-I und SKID-II-Bogen

## Kurz-Legende

<b>ACE-Fragebogen</b>	Erfassung der frühkindlichen Belastungen der Klientinnen und Klienten
<b>Affektive Erkrankungen</b>	Depressionen und Manien (übersteigertes Lebensgefühl)
<b>AMDP-System</b>	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>BDI (Beck-Depressions-Inventar)</b>	Selbstratingskala zur Erfassung der aktuellen Depressivität
<b>BEW</b>	Betreutes Einzel-Wohnen
<b>B-L (Beschwerde-Liste)</b>	Selbstrating-Skala zur Erfassung aktueller körperlicher Beschwerden und Beeinträchtigungen
<b>BMI (Body-Mass-Index)</b>	Körpergewichts-Index (18 – 24 kg/m <sup>2</sup> : normalgewichtig)
<b>BSA</b>	Bezirks-Sozial-Arbeit
<b>BtMG</b>	Betäubungs-Mittel-Gesetz
<b>CGI-Skala (Clinical Global Impression)</b>	Allgemeiner klinischer Schweregrad einer Erkrankung, unterteilt in 7 Schweregrade (1: "nicht vorhanden" bis 7: "extrem schwer krank")
<b>DGPPN</b>	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie
<b>DSM-IV</b>	Diagnostisches und Statistisches Manual zur Beurteilung psychischer Erkrankungen, derzeit IV.-Ausgabe gültig
<b>et al</b>	und andere (z. B. bei der Auflistung von Autoren einer wissenschaftlichen Arbeit)
<b>Evaluation</b>	Untersuchung nach wissenschaftlichen Kriterien
<b>FA</b>	Facharzt
<b>Forensik</b>	Psychiatrische Klinik für psychisch kranke Straftäter
<b>GAF-Skala (Global-Assessment-Scale)</b>	Generelle psychosoziale Leistungsfähigkeit (unterteilt von 0: "völlig hilflos und unselbständig" bis 100: "absolut kompetent und leistungsfähig")
<b>GCP (Good clinical practice).</b>	Ärztliches Handeln, orientiert an den allgemeingültigen fachlichen Standards
<b>HAMD (Hamilton Rating Scale for Depression)</b>	Psychologisches Testverfahren zur Ermittlung der Schwere einer depressiven Störung (Fremdbeurteilung)
<b>GdB</b>	Grad der Behinderung
<b>"horizontale" Weitervermittlung</b>	keine qualitative Verbesserung der Wohnsituation, entweder wieder Sofortunterbringungssystem oder Obdachlosigkeit
<b>ICF-Skalen</b>	Internationale Funktions-Skalen
<b>Impler-Studie</b>	Wissenschaftliche Evaluation der Clearingeinrichtung in der Implerstraße 51
<b>ICD-10: F</b>	Internationales Klassifikations-System der Erkrankungen; F: Psychische Erkrankungen. Derzeit gültig die 10. Ausgabe
<b>ICD-10: F1 / F2 / F3 / F4 / F6</b>	F1: Suchterkrankungen; F2: Schizophrenien; F3: Depressionen; F4: Reaktive Erkrankungen, F 6: Persönlichkeitsstörg.
<b>IQ – Wert (Intelligenz-Quotient)</b>	Geistige Leistungsfähigkeit. Der Durchschnittswert liegt in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung bei 100

<b>JVA</b>	Justiz-Vollzugs-Anstalt
<b>Kbo</b>	Kliniken des Bezirks Oberbayern
<b>LH-München</b>	Landes-Hauptstadt München
<b>MALT (Münchner Alkoholismus – Test)</b>	MALT-S (Selbstbeurteilung) und MALT-F (Fremdbeurteilung): Diagnostik von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit
<b>MdE</b>	Minderung der Erwerbsfähigkeit
<b>MPT</b>	Multi-Professionelles-Team in der Implersstraße
<b>MMST (Mini-Mental-Status-Test)</b>	Kurzscreening der kognitiven Leistungsfähigkeit von Patienten zur Erfassung dementieller Erkrankungen
<b>PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)</b>	Medizinische Skala zur Erfassung der Schwere einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis
<b>PS</b>	Persönlichkeits-Störungen
<b>Psychopathologie</b>	Fachliche Beschreibung des seelischen Befundes
<b>SEEWOLF-Studie</b>	Seelische Erkrankungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München (Bäumli et al, 2017)
<b>SG / FG</b>	Selbst-Gefährdung / Fremd-Gefährdung
<b>SGB XII et al</b>	Sozial-Gesetz-Buch XII: wesentliche Bestimmungen für die Versorgung von Menschen mit Behinderungen/Handicaps
<b>SKID-I und -II:</b>	Strukturiertes klinisches Interview zur Ermittlung von psychiatrischen Achse-I-Diagnosen und Persönlichkeitsstörungen
<b>SPZ</b>	Sozial-Psychiatrisches-Zentrum
<b>TUM</b>	Technische Universität München
<b>TWG</b>	Therapeutische Wohn-Gemeinschaft
<b>ÜWG</b>	Übergangs-Wohnungs-Einrichtung
<b>VG</b>	Vorgeschichte
<b>“vertikale” Weitervermittlung</b>	qualitative Verbesserung der bisherigen Wohnsituation, z.B. BEW oder Wohnheim mit längerfristiger Wohnperspektive

## 1 Einleitung

### 1.1 Auftraggeber für die Evaluation und durchführende Institutionen

Der Sozialausschuss beauftragte in seiner Sitzung vom 18.06.2018 (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 11557) Prof. Dr. med. Josef Bäuml, FA für Psychiatrie und Psychotherapie von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München und Frau Stockdreher, Dipl. Soziologin vom Institut „zweiplus“, die Clearingeinrichtung im Notquartier Implerstraße 51 für psychisch kranke wohnungslose Frauen und Männer im städtischen Sofortunterbringungssystem zu evaluieren.

Die Ergebnisse der SEEWOLF-Studie bei Bewohnern in Langzeiteinrichtungen von Prof. Dr. med. Josef Bäuml, Technische Universität München (TUM) haben gezeigt, dass ein erheblicher Anteil wohnungsloser Menschen psychische Erkrankungen aufweist (Brönnner et al, 2013; Bäuml et al, 2017).

Vorausgegangen war ein Beschluss der Vollversammlung des Stadtrats am 01.10.2014 (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 00584), das Notquartier in der Implerstraße neu zu konzipieren: „Es sollen innerhalb des Notquartiers 40 Bettplätze für wohnungslose psychisch kranke Menschen mit besonderem Hilfebedarf zur Verfügung gestellt werden. Die Bewohnerinnen und Bewohner sollen durch eine intensive Betreuung sowohl sozialpädagogisch als auch psychiatrisch unterstützt werden, so dass sie schnellstmöglich in passenden Anschlusswohnraum weitervermittelt werden können.“ Dort heißt es weiter:

„In der Evaluation sollen sowohl Daten über die Erkrankungen der Bewohnerinnen und Bewohner als auch Angaben zu Verlauf und Auswirkungen der installierten Hilfen erfasst werden. Dabei sollen auch planerische, psychiatriepolitische Erkenntnisse gewonnen und Erfordernisse an der Schnittstelle Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie erforscht werden.“

(Beschluss Sozialausschuss 18.06.2018, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 11557)

Diese Evaluation soll klären, inwiefern das Clearingkonzept sowohl den Bedürfnissen der Zielgruppe als auch den Erwartungen aller beteiligten Berufsgruppen hinsichtlich Praktikabilität und Durchführbarkeit gerecht wird. Insbesondere interessiert die Frage, ob durch die Clearingeinrichtung eine vertikale Weitervermittlung der Betroffenen in adäquate Wohnformen möglich ist. Unter „vertikal“ wird hierbei eine qualitative Verbesserung der bisherigen Wohnsituation bzw. Unterstützungsangebote verstanden wie z.B. die Vermittlung in Betreutes Einzelwohnen oder die Integration in ein Wohnheim mit längerfristiger Wohnperspektive von Personen, die bisher nicht Fuß fassen konnten und obdachlos waren und/oder von einer Noteinrichtung in die andere gewechselt sind.

### 1.2 Entwicklung der Wohnungslosigkeit in München

Seit 2008 steigt in der LH München die Zahl der akut wohnungslos gewordenen Menschen stetig an und erreichte Ende Dezember 2019 die Zahl von 8.593 Personen (LH-München, Sozialreferat, Amt für Wohnen und Migration, Datenlage – Akute Wohnungslosigkeit 2019). Auf die hierfür verantwortlichen Gründe kann an dieser Stelle nur am Rande eingegangen werden. Der Anstieg der Mietpreise mit einem Rückgang von preiswerten Wohnungen (LH-München, Sozialreferat, 2018) wie auch der anhaltend hohe Zuzug von jungen Arbeitskräften und die Aufnahme von geflüchteten Menschen v. a. in den Jahren 2015/2016 in den Großraum München spielen hierbei sicher eine Rolle. Deshalb hat sich in den letzten Jahren die Weitervermittlung wohnungslos gewordener Menschen in passenden Anschlusswohnraum deutlich verzögert.

### 1.3 Psychisch Kranke in der akuten Wohnungslosigkeit

Unabhängig davon ist unter den von Wohnungslosigkeit betroffenen Personen seit vielen Jahren ein steigender Anteil von Menschen zu beobachten, bei denen gleichzeitig eine psychische Erkrankung vorliegt (Bäumli et al, 2017; Schreiter et al, 2017). Dies deckt sich mit den Beobachtungen von Dr. G. Rödiger, dem Psychiater in der städtischen psychiatrischen Praxis für wohnungslose Menschen; die Patientenzahl hat dort von ehemals 50 um die Jahrtausendwende auf über 200 im Quartal in den letzten Jahren zugenommen (zitiert aus dem Beschluss des Sozialausschusses der LH-München, Sitzungsvorlage Nr. 14-20/V 00584 vom 18.9.2014, S.5).

Auch wenn keine explizite statistische Erhebung hierzu durchgeführt worden ist lässt sich trotzdem anhand zahlreicher anderer Parameter – zunehmende Rate an wohnungslosen Patienten in den Kliniken (Schreiter, Gutwinski et al, 2020), zunehmende Zahl schwer psychisch Kranker in den Wohnheimen der Wohnungslosenhilfe (Kellinghaus et al, 1999/ 2000; Bäumli et al, 2017) - ableiten, dass die Zahl wohnungsloser psychisch Kranker im Steigen begriffen ist. Die Gründe hierfür sind zahlreich, wie z.B. erhöhter Entlassungsdruck aus den Kliniken aufgrund des kontinuierlichen Bettenabbaus in den letzten Jahrzehnten, Verkürzung der Verweildauer oder zu wenige kompensatorische Wohnplätze im komplementären Bereich (Reker et al, 1997; Fichter et al, 2000; Baumgartner-Nietlisbach et al, 2014).

Aufgrund der in den letzten Jahren geänderten Gesetzeslage zur Behandlung schwer psychisch kranker Menschen mit fehlender Krankheits- und Behandlungseinsicht und nicht unmittelbarer perakuter Selbst- oder Fremdgefährdung, aber auch der stringenteren Vorgaben der Krankenkassen mit sehr rigider Limitierung der Behandlungsaufenthalte durch den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen), sobald Patienten die offiziell vorgegebene Liegedauer von 4 Wochen erreicht haben, wird es zunehmend schwieriger, vor allem schwer psychotisch erkrankte Menschen ohne akute Selbst- oder Fremdgefährdung und fehlender Krankheitseinsicht und Mitwirkungsfähigkeit angemessen lange zu behandeln. Deshalb werden bei fehlender Behandlungsbereitschaft bzw. – fähigkeit viele der stationär Aufgenommenen oft unbehandelt rasch wieder entlassen („Drehtürpsychiatrie“). Aufgrund des oft wenig bis gar nicht gebesserten psychopathologischen Befundes erreichen viele dieser Patienten nicht mehr das für die Aufrechterhaltung eines normalen Mietverhältnisses erforderliche soziale Kompetenzniveau. Sofern es keine nächsten Angehörigen mehr gibt, die sich um die weitere Wohnraumgewährung kümmern, landen immer mehr dieser Patienten buchstäblich auf der Straße. Damit werden die städtische wie auch die verbandliche Wohnungslosenhilfe mehr und mehr zu einem prekären Lebensraum für aus psychischen Gründen Hilfsbedürftige bzw. Hilfesuchende.

### 1.4 Vermittlungsprobleme von psychisch kranken Menschen in der akuten Wohnungslosigkeit

Die Vermittlung in adäquaten Wohnraum bzw. in adäquate Anlusseinrichtungen ist für diesen Personenkreis aus vielen Gründen oft besonders erschwert. Gründe hierfür können mit der Erkrankung im Zusammenhang stehende Probleme sein, wie z.B. Motivationsmangel, krankheitsbedingt fehlende Krankheitseinsicht und daraus resultierende mangelhafte Mitwirkungsfähigkeit. Erschwerend kommt hinzu, dass viele der wohnungslos gewordenen Menschen nicht die Energie und die ausreichenden sozialen Fertigkeiten besitzen, um sich aus der prekären Situation mit eigener Kraft wieder zu befreien.



Die Erfahrungen aus der SEEWOLF-Studie (Bäumli et al, 2017) und vergleichbaren Untersuchungen sowie die Befunde der Evaluation deuten darauf hin, dass es in den angemieteten Beherbergungsbetrieben und Notquartieren des Sofortunterbringungssystems ein zur Chronifizierung neigendes Klientel gibt, das mit einer teilweise sehr langjährigen Verweildauer verdeutlicht, dass das Ziel der raschen Weiterleitung für diesen Personenkreis oftmals nicht realisiert werden kann.

### **1.5 Das Modellprojekt Clearingeinrichtung in der Implerstraße**

Die primäre Aufgabe der Clearingeinrichtung besteht darin, für die Zielgruppe der psychisch kranken wohnungslosen sowie obdachlosen Menschen in einem Clearingverfahren den passgenauen Hilfe- und Weitervermittlungsbedarf zu identifizieren, qualifizierte Hilfen zu erschließen und in geeignete unterstützte Wohnformen zu vermitteln. Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit der Clearingeinrichtung ist eine fundierte Kenntnis des Versorgungssystems für psychisch kranke Menschen, des Wohnungslosensystems sowie der Rahmenbedingungen für die beiden Systeme, die sich in vielen Fällen überlagern und ineinandergreifen (Rödig, 2013).

Laut Beschluss des Stadtrates handelt es sich hierbei in erster Linie um Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen (u.a. Psychosen, affektive Störungen, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen) sowie Klientinnen und Klienten mit Doppel- und Mehrfachdiagnosen (Sucht, soziale Problematik). Dieses Klientel ist entweder bereits im städtischen Sofortunterbringungssystem untergebracht oder es steht die Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik an. Die Voraussetzung für eine Zuweisung ins städtische Wohnungslosensystem ist jedoch, dass der bisherige Wohnsitz/Lebensmittelpunkt in München war.

### **1.6 Die Schwerpunkte der Evaluation**

In einem eng abgestimmten Prozess sollten mithilfe der Evaluation handlungsrelevante Erkenntnisse gewonnen werden zur Klientel der Clearingeinrichtung, zu Aufnahme- und Weitervermittlungsprozessen und -ergebnissen sowie zum Betreuungsbedarf- und -verlauf. Darüber hinaus sollten Aussagen zur Organisation der Clearingeinrichtung und ihrer Position zwischen medizinischem und sozialem Hilfesystem gewonnen werden.

Der Schwerpunkt der TUM Studie lag auf der vertiefenden Untersuchung von Klienten der Clearingeinrichtung, zu der 54 % aller Bewohnerinnen (32 von 59) ihr Einverständnis gegeben hatten.

Neben der Erfassung der soziobiografischen Daten, der psychischen und somatischen Krankheitsvorgeschichte, des aktuellen psychopathologischen Befundes sowie der kognitiven Leistungsfähigkeit war die genaue diagnostische Zuordnung von großer Bedeutung, um differenzierte Aussagen zum psychiatrischen und somatischen Behandlungsbedarf sowie dem psychosozialen Hilfebedarf treffen zu können. Neben dem Hilfe- und Unterstützungsbedarf während des Aufenthalts in der Clearingeinrichtung wurden auch besonderen Vorfälle sowie die Art der Beendigung des Aufenthalts erfasst.

Der Schwerpunkt der zweiplus-Untersuchung lag auf der qualitativ-systemischen Ebene, hierzu wurden auch Experteninterviews durchgeführt. Siehe hierzu Teil A.

## 1.7 Struktur des Untersuchungsberichtes der TUM

Die Kooperation in dem Multiprofessionellen Evaluationsteam (Psychiatrie, Psychologie, Soziologie) erwies sich als intensiver, diskussionsreicher und produktiver Lernprozess. Die jeweiligen Abschlussberichte werden als Teil A und B vorgelegt.

Der TUM-Bericht (Teil B) weist folgende Struktur auf:

Im folgenden Kapitel 2 werden die zentralen Fragestellungen der Evaluation aufgelistet, die in Kapitel 9 auf Basis der gesamten Erhebungsarbeiten zusammenfassend beantwortet werden. Im Kapitel 3 werden die Methodik und das praktische Vorgehen sowie die eingesetzten Instrumente aufgelistet. In Kapitel 4 werden einige Daten zur akuten Wohnungslosigkeit in München zusammengestellt. Die Clearingeinrichtung selbst wird hier im Kap. 5 nur ganz kurz skizziert, da die ausführliche Darstellung im Untersuchungsbericht von Frau Stockdreher erfolgt. In Kapitel 6 werden die Evaluationsergebnisse in sechs Schritten detailliert dargestellt. In Kapitel 7 werden die Ergebnisse der Evaluation diskutiert und im Falle vergleichbarer Parameter mit den Ergebnissen der SEEWOLF-Studie abgeglichen. Im Kapitel 8 werden die Hauptergebnisse von Teil B ausführlich zusammengefasst, bevor dann in Kapitel 9 auf die zentralen Fragen der Evaluation eingegangen wird und in Kapitel 10 die erarbeiteten Handlungsempfehlungen dargelegt werden.

## **2. Fragestellungen für die Evaluation**

Auf der Basis des vom Stadtrat am 18.06.2018 verabschiedeten Untersuchungskonzeptes für die Clearingeinrichtung Implerstraße (Sitzungsvorlage Nr. 14 – 20 / V 11557) wurde diese Evaluation erstellt. Nachfolgend werden die relevanten Kernfragen aus Sicht des empirisch-quantitativen Untersuchungsansatzes der TUM aufgelistet (Teil B). Die Beantwortung dieser Fragen erfolgt im Kapitel 9, die entsprechenden Handlungsempfehlungen werden im Kap. 10 ausgeführt. Die sich aus der Perspektive des qualitativ-systemischen Vorgehens ergebenden Fragen werden separat im Untersuchungsbericht vor Frau Stockdreher (Teil A), Institut zweiplus, zusammengefasst und auch dort beantwortet.

### **2.1 Clearingeinrichtung: Aufnahmeverfahren**

- 2.1.1 Zuweisungsprozess und Auswahlverfahren
- 2.1.2 Ablehnungsquote durch MPT und Betroffene selbst
- 2.1.3 Aufnahmequote

### **2.2 Clearingeinrichtung: Daten der Bewohner und Betreuungsverlauf**

- 2.2.1 Soziodemographische Daten der Bewohner
- 2.2.2 Diagnosen, KH-VG und Befunde der Bewohner
- 2.2.3 Betreuungsverlauf
- 2.2.4 Besondere Vorkommnisse
- 2.2.5 Betreuungsbedarf der Bewohner

### **2.3 Clearingeinrichtung: Weitervermittlungsprozess**

- 2.3.1 Qualitative Verbesserung der Wohnsituation nicht möglich („horizontal“)
- 2.3.2 Qualitative Verbesserung der Wohnsituation möglich („vertikal“)

### **2.4 Clearingeinrichtung: Leitung und Struktur**

Dieser Fragenkomplex wird von Frau Stockdreher, Institut zweiplus, beantwortet (Teil A)

### **2.5 Ausblick**

- 2.5.1 Bedarf an zusätzlichen Einrichtungen
- 2.5.2 Umgang mit schwer psychisch Kranken ohne Krankheitseinsicht
- 2.5.3 Offene Fragen

### **3 Methodisches Vorgehen bei der Psychiatrisch-psychologischen Untersuchung durch das Studienteam der TUM**

Die umfangreichen Fragestellungen der Evaluation (siehe Kapitel 2) erforderten ein vielschichtiges Vorgehen und das Zusammenführen verschiedener Perspektiven aus Medizin, Psychiatrie, Psychologie und Soziologie. Zweiplus erhob im Rahmen des qualitativ-systemischen Untersuchungsansatzes neben Experteninterviews indirekt auch allgemeine aggregierte quantitative Daten zur Grundgesamtheit der Bewohner. Das Studienteam der TUM hingegen fokussierte ausschließlich auf die somatische und psychiatrische Diagnostik der Klientinnen und Klienten inklusive dem psychosozialen Betreuungsverlauf und dem Ergebnis der Weitervermittlungsbemühungen.

Das quantitativ-empirische Vorgehen der TUM wird im folgenden Kapitel dargestellt.

#### **3.1 Kooperationsbündnis mit dem Multiprofessionellen Team**

Zentraler Bestandteil des Untersuchungsauftrages war die intensive Zusammenarbeit beider Studienteams mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Clearingeinrichtung sowie die fortlaufende Beratung durch die installierte Begleitgruppe. In den Einverständniserklärungen wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass neben den Untersuchungsgesprächen auch die Aufzeichnungen und Aussagen des Multiprofessionellen Teams in anonymisierter Form, d.h., ohne Nennung des Namens, herangezogen werden.

Im Falle des Nichteinverständnisses konnten die Befragten diesen Passus streichen, was aber in keinem der Fälle vorgekommen ist:

#### **3.2 Information und Aufklärung der Studienteilnehmer\*innen**

Die Informationsgespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohner zu Beginn des Rekrutierungsprozesses wurden äußerst zurückhaltend und vorsichtig durchgeführt. Alle angesprochenen Bewohnerinnen und Bewohner erhielten ausreichend Bedenkzeit um sich mit den Betreuern der Einrichtung nochmals auszutauschen, sofern sie Bedenken und Vorbehalte gegenüber der Studienteilnahme hatten. Dadurch gestaltete sich das Aufnahmeverfahren zunächst als sehr zeitaufwändig, was aber ganz bewusst intendiert war, um vor allem sehr verunsicherte und auch misstrauisch gestimmte Personen nicht unnötig zu belasten. In einem Drittel der Fälle waren wiederholte und in Einzelfällen sogar bis zu 6 vertrauliche Gespräche mit der Projektpsychologin notwendig, um auf alle Bedenken und Ängste der Teilnehmenden einzugehen und dadurch ein tragfähiges Vertrauensverhältnis herzustellen. Trotzdem blieben 27 der 59 (45,8%) Angesprochenen bei ihrem Nein und willigten nicht in die Untersuchung ein.

Es vergingen im Schnitt dreieinhalb Wochen zwischen der ersten Kontaktaufnahme mit den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern und dem Beginn der Erhebung. Als Aufwandsentschädigung wurden für die komplette Teilnahme an allen Untersuchungsmaßnahmen 20 Euro ausgezahlt. Wenn nur ein Teil der Untersuchung absolviert wurde, erhielten die Teilnehmenden 10 Euro.

Erschwerend bei der Rekrutierung der Teilnehmenden kam hinzu, dass der Neueinzug von Klienten durch den Befall der Einrichtung mit Bettwanzen eingeschränkt war, sodass die Größe der potentiellen Studiengruppe im Januar 2019 auf die Zahl von nur 16 Plätzen limitiert war (statt der eingeplanten 30-40 Probanden). Ab Frühjahr 2019 konnten wieder mehr Bewohner aufgenommen werden, sodass sich die Zahl der Plätze für Projektteilnehmende im Laufe des späteren Untersuchungszeitraumes zwischen 20-27 einpendelte.

Die psychiatrischen Untersuchungen sowie die kognitiven Testungen wurden durch die Projektpsychologin durchgeführt. Hierzu waren in der Regel 2-4 Termine notwendig. Die Dauer der psychiatrischen Untersuchung betrug durchschnittlich 2-4 Stunden, diese war abhängig vom Störungsbild und der Ausdauer der Teilnehmer. Zudem benötigte die Mehrzahl der Teilnehmer Hilfe beim Ausfüllen der Selbstbeurteilungsbögen. Für die kognitive Testung betrug die Untersuchungszeit 1 bis 1 ½ Stunden. Die medizinische Untersuchung mit psychiatrischer Zusatzexploration bei diagnostisch zunächst unklaren Fällen wurde durch den Ärztlichen Studienleiter durchgeführt und dauerte 1-2 Stunden. Alle Untersuchungen fanden in den Räumen der Clearingeinrichtung statt.

### **3.3 Einholung der Einverständniserklärungen**

Wie unter 3.2 bereits beschrieben, klärte das Studienteam der TUM die Teilnehmer mündlich über die Ziele der Erhebung und den Untersuchungsablauf auf und beantwortete Fragen bezüglich des konkreten Vorgehens. Bei weitergehenden Fragen stand das Multiprofessionelle Betreuungsteam der Einrichtung für zusätzliche Auskünfte zur Verfügung. Vor Beginn der Erhebung unterzeichneten alle Teilnehmenden eine Einverständniserklärung, in der sie der Erfassung aller studienrelevanten Daten in anonymisierter Form, d.h. ohne Nennung ihres Namens, zustimmten. Diese Einverständniserklärungen wurden durch die Ethikkommission des MRI-TUM als auch den Datenschutzbeauftragten der TUM geprüft und korrekt empfunden.

### **3.4 Praktische Durchführung**

Ab 1.1.2019 wurde mit der systematischen Rekrutierung begonnen. Die Erstinformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgte durch das Personal der Clearingeinrichtung in Zusammenarbeit mit dem Studienteam der TUM. Hierbei wurden alle potentiellen Teilnehmenden schriftlich und mündlich mehrfach über die Evaluation informiert. Wie bereits unter 3.2 beschrieben, wurde hierbei äußerst behutsam und zurückhaltend vorgegangen, im Durchschnitt erhielt jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer fünf Aufklärungs- und Beratungsgespräche.

Die Fremdbeurteilungsbögen wurden anhand der wöchentlichen Dokumentationen des Multiprofessionellen Teams, aus den gewonnenen Erkenntnissen der psychologischen und psychiatrischen Untersuchungen und durch Befragung der Bezugs-Fachkrankenpflegenden von der Projektpsychologin ausgefüllt. Die Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung und des Grades der Einschränkungen im Alltag wurden mittels Konsensurteile durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung und mit dem Studienteam ermittelt.

Vor dem Auszug aus der Clearingeinrichtung erfolgte, wenn dies organisatorisch möglich war, ein kurzes, strukturiertes Abschlussgespräch, in dem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer um ihre Einschätzung des Ergebnisses der Weitervermittlung gebeten wurden.

Die Tabelle 3.4.1 zeigt die einzelnen Untersuchungsabschnitte und die hierbei eingesetzten Instrumente.

Die Untersuchungsinstrumente waren von Dezember 2018 bis Januar 2019 im Rahmen eines Pretests erprobt und dem Zweck der Evaluation angepasst worden.

**Tabelle 3.4.1: Die Untersuchungsabschnitte der Evaluation mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Clearingeinrichtung**

Untersuchungsabschnitt	Instrumente	Dauer
<b>I Psychiatrische Untersuchung*</b>		
Anamnese	Anamnesebogen	1 Std.
Diagnostik	SKID-I (gekürzt), SKID-II (ungekürzt)	2-3 Std.
	Weitere Fragebögen: BDI-II, BFI-10 (Persönlichkeitsprofil), Beschwerdeliste B-L, ACE-Skala, CGI und GAF	½ Std.
<b>II Kognitive Testung*</b>	MMST, RIAS (IQ-Screening), LEO (Lesetest)	1- 2 Std.
<b>III Medizinische Untersuchung *</b>	Untersuchungsbogen der SEEWOLF-Studie, adaptiert	1 -2 Std.
<b>IV Dokumentation des Betreuungsverlaufs</b>	Wöchentliche Dokumentation des Betreuungsverlaufs Fremdanamnese (Hilfebedarf, Vorkommnisse, etc.) Mini-ICF, Reha-ICF, CGI und GAF bei Entlassung	Während des Aufenthalts im gesamten Untersuchungs- zeitraum
Konsensurteile des Multiprofessionellen Teams der Clearingeinrichtung und des Studienteams		

\* Vgl. Anhang und SEEWOLF-Studie (Bäumel et al, 2017, S. 50 bis 79)

### 3.5 Rekrutierungsprozess

Insgesamt konnten 32 Teilnehmende (12 Frauen und 20 Männer) der Clearingeinrichtung für die Studienteilnahme gewonnen werden. Miteinbezogen wurden alle Klienten, die ab 1.12.2018 bis 15.10.2019 die Einverständniserklärung unterzeichneten. 24 der 32 Klienten beendeten alle Untersuchungsabschnitte. Gründe, die zu einem Abbruch führten, waren in der Regel notfallmäßige Klinikaufenthalte und kurzfristige Auszüge, sowie das mehrfache Versäumen der Untersuchungstermine seitens der Klienten. 27 Klienten beendeten die psychiatrische und kognitive Testung. Bei 3 der 32 Klienten (10%) war die strukturierte Erhebung aller Daten nicht möglich, hier konnte die Projektpsychologin lediglich auf die in einem informellen Gespräch gewonnenen Angaben zurückgreifen.

In Kooperation mit dem MPT konnten auch für diese Gruppe relevante Basisdaten sowie der psychopathologische Befund erhoben werden. Da sämtliche Namen pseudonymisiert sind, können auch bei kleinen Fallzahlen keine individuellen Rückschlüsse ohne die ausschließlich den Untersuchungsleitern zugängliche Rekrutierungsliste gezogen werden. Tabelle 3.5.1 zeigt den Rekrutierungsprozess der Klientinnen und Klienten, bezogen auf das gesamte Jahr 2019.

Zur detaillierten Beschreibung des Rekrutierungsprozesses musste auf den Jahresbericht 2019 des MPT zurückgegriffen werden, da für den exakten Untersuchungszeitraum vom 1.1. bis 15.10.2019 keine spezifischen Einwilligungserklärungen vorliegen. Deshalb wurde auf die im Jahresbericht der Clearingeinrichtung veröffentlichten aggregierten Daten zugegriffen. Dort sind für den Zeitraum vom 1.1.2019 bis 31.12.2019 insgesamt 172 Fälle dokumentiert. Siehe hierzu auch Tab. 3.1, S. 7, vom Untersuchungsbericht A von zweifus.

**Tab. 3.5.1: Rekrutierungsprozess der Klientinnen und Klienten für die Untersuchung**

Erhebungsbeginn	01.01.2019
Erhebungsende	31.12.2019
Personen noch im Projekt am 31.12.2019	21
Vorstellungstermine geplant vom 1.1.2019 – 31.12.2019	172
- Vorstellungstermine nicht wahrgenommen	56
- Vorstellungstermine wahrgenommen	116
Wenn Vorstellungstermin wahrgenommen (n = 116)	
- Ablehnungen	56
- Tatsächliche Einzüge ab 1.1.2019 bis 31.12.2019	55
- Nichteinzug trotz Zusage	5
Aufenthalte, die bis zum 31.12.2019 beendet wurden	50
Projektteilnehmer*innen mit Einverständniserklärung für TUM-Untersuchung	32*

\* Für alle 32 Klienten liegen die Dokumentation des Betreuungsverlaufs und weitere soziodemografische Daten vor, diese wurden mit ausgewertet. In Tabelle 3.5.2 wird die Anzahl der Untersuchungsteilnehmer und die von ihnen durchlaufenen Untersuchungsschritte dargestellt.

**Tab. 3.3.2: Anzahl der Untersuchungsteilnehmer pro Untersuchungsabschnitt**

	gesamt	Frauen	Männer
Gesamtstichprobe	32 100%	12 37,5 %	20 62,5 %
Persönliches Gespräch mit Projektpsychologin	30 93,8 %	12 100 %	18 90%
Psychiatrische Untersuchung	27 84,4 %	12 100%	15 75%
Kognitive Testung	27 84,4 %	12 100%	15 75%
Medizinische Untersuchung	24 75 %	10 83,3 %	14 70%
Dokumentation des Betreuungsverlaufs	32 100%	12 100%	20 100%

### 3.6 Untersuchungsinstrumente

Die Untersuchungsinstrumente wurden im Wesentlichen aus der 2011-2013 durchgeführten SEEWOLF-Studie (Bäumli et al., 2017) übernommen, um den direkten Vergleich beider Datensätze zu erleichtern. Einige Instrumente wurden dem Evaluationszweck entsprechend angepasst und gekürzt. Analog zur SEEWOLF-Studie wurde die Untersuchung in drei Abschnitte eingeteilt:

**Abschnitt I: Die psychiatrische Untersuchung** umfasste neben der biografischen Anamnese und der Erhebung der psychiatrischen Krankheitsvorgeschichte die Durchführung der Diagnostik mittels gekürztem SKID-I und vollständigem SKID-II Interview und weiteren bewährten Erhebungsinstrumenten (siehe Tabelle 3.1.1). Zudem wurden der Schweregrad der Erkrankung (CGI) und das Funktionsniveau der Klienten im Alltag erfragt (GAF, ICF).

**Abschnitt II: Im Rahmen der kognitiven Testung** wurden der RiAS, ein IQ Screening, sowie der Minimal Status Test (MMST), ein Screening-Instrument zur Messung der kognitiven Funktionsfähigkeit und Feststellung von Demenz, und ein Lesetest (LEO-App) durchgeführt.

Evaluation der Clearingeinrichtung Implerstraße für psychisch kranke wohnungslose Frauen und Männer im städtischen Sofortunterbringungssystem. Abschlussbericht, Teil B, TUM. Bäumli, Pockrandt (2021-09-11-revBäu2022-08-10)

Abschnitt III: **Die medizinische Untersuchung** beinhaltete die Erfassung der somatischen Krankheitsvorgeschichte, Untersuchungen **des aktuellen** somatischen Gesundheitszustandes, sowie den neurologischen, internistischen, psychiatrischen und psychosozialen Behandlungs- und Unterstützungsbedarf. Zudem wurde der Zahnstatus erhoben und ein möglicher Sanierungsbedarf der Zähne erfasst.

Abschnitt VI: **Die Dokumentation des Betreuungsverlaufs** wurde in enger Kooperation in pseudonymisierter Form mit der Fachkrankenpflege durchgeführt und beinhaltete die wöchentliche systematische Dokumentation des Betreuungsverlaufs im Multiprofessionellen Team. Hierbei wurde der Verlauf der Gespräche sowie der Bedarf an Unterstützung der Teilnehmer\*innen dokumentiert. Zusätzlich wurden 3 hierzu entwickelte Fragebögen zur Erfassung des Betreuungsverlaufs eingesetzt:

1. Allgemeiner Status (Hilfebedarf der Teilnehmenden) und gesundheitlicher Zustand, (somatisch und psychisch) bei Einzug in die Einrichtung
2. Erfassung besonderer Vorkommnisse (z. B. Selbst- oder Fremdgefährdung, Notfälle, Verstöße gegen die Hausordnung)
3. Status bei Beendigung der Maßnahme (Hilfebedarf der Teilnehmenden) und gesundheitlicher Zustand (somatisch und psychisch), sowie das Ergebnis der Weitervermittlung bei Beendigung der Maßnahme

### **3.7 Datenanalyse und statistische Berechnungen bei der TUM-Untersuchung**

Für die Durchführung der Datenanalyse wurde das Programm IBM SPSS Statistics 25 eingesetzt. Aufgrund der begrenzten Stichprobengröße wurden vor allem deskriptive Analysen, wie die Überprüfung der Häufigkeit, Mittelwerte, sowie der Standardabweichung durchgeführt. Inferenzstatistische Verfahren wurden zur Überprüfung von Mittelwertsunterschieden eingesetzt. Hierbei handelte es sich um Varianzanalysen, wie die einfaktorielle ANOVA und um T-Tests bei abhängigen Stichproben, um die Mittelwertsunterschiede auf Signifikanz hin zu überprüfen. Dabei wurde die abhängige Variable durch den Kolmogorov-Smirnov Test auf Normalverteilung getestet und der Levene -Test wurde für die Überprüfung der Varianzhomogenität durchgeführt. Zur Bewertung der internen Reliabilität wurde bei Skalenwerten wie z.B. dem CGI und GAF die Interrater-Reliabilität durch den Cohens Cappa bestimmt.

### **3.8 Votum der Ethikkommission des Klinikums rechts der Isar der TUM**

Die Ethikkommission des Klinikums rechts der Isar der TUM begutachtete den Untersuchungsantrag und war mit dem dort skizzierten Vorgehen einverstanden. Insbesondere wurde die Formulierung „anonym, ohne Nennung des Namens“ als ausreichende Paraphrasierung für die erfolgte Pseudonymisierung erachtet. Es wurde ein positives Ethikvotum erstellt.

Projektnummer: 355/19 S

Ethikkommission der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München

Tel.: (089) 4140-4371

Fax: (089) 4140-4199

Online-Portal der Ethikkommission: <https://sonstigestudien-ek.mri.tum.de>



## 4 Wohnungslosigkeit in München

### 4.1 Allgemeiner Überblick

Um die Dynamik der Entwicklung der Wohnungslosigkeit im Großraum München besser überblicken zu können, werden in Tab. 4.1 die Zahlen aus den Jahren 2010 und 2019 gegenübergestellt.

Die Zahl der von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen, die 2010 im Sofortunterbringungssystem der LH München versorgt wurden, umfasste inklusive den 340 (Schätzung) auf der Straße lebenden Menschen 2.743 Personen. Im Jahr 2019 kam es zu einem Anstieg dieser Rate auf 8.593. Die Quote an „Fehlbelegern und Statuswechslern“ (geflüchtete Personen, während des Anerkennungsverfahrens) hat sich von 112 auf 2.765 erhöht, was einer Steigerung um den Faktor 25 gleichkommt. Parallel hierzu stieg auch die Rate von wohnungslos gewordenen Münchner Bürgern von 2.035 auf 4.970, was einer 2,5-fachen Vermehrung entspricht (siehe Tab. 4.1).

Bei diesen Zahlen muss allerdings berücksichtigt werden, dass es während dieser Zeit bereits zu einem starken Zuzug aus anderen europäischen Ländern kam. Die Zahl der obdachlosen Menschen – also auf der Straße oder unter Brücken lebend (Schätzungen) - stieg von 340 auf 550 Personen und hat sich damit etwa um 60% erhöht.

Die Plätze in weiterführenden Einrichtungen der Freien Träger stieg hingegen von 1.275 nur marginal auf etwa 1.500 an (Netzwerk Wohnungslosenhilfe-Muenchen, 22.11.2016).

Selbstverständlich muss hierbei angemerkt werden, dass nicht alle von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen eine psychische Erkrankung besitzen und dass deshalb auch keine direkt proportionale Erhöhung der Wohnplätze für psychisch kranke wohnungslose Menschen erforderlich wäre.

**Tab. 4.1: Entwicklung der Plätze für Sofort-Unterbringung und Weiterführende Einrichtungen für wohnungslose Menschen mit Vgl. von 2010 zu 2019**

	2010	2019	Veränderung
Sofort-Unterbringung-LHMü	2.035	4.970	X 2,5
Sofort-Unterbringung Freie Träger	256	308	X 1,2
Fehlbeleger, Statuswechsler *	112	2.765	X 25,0
Obdachlose auf der Straße	340	550	X 1,5
<b>Sofortunterbringungssystem u. Obdachlose</b>	<b>2.743**</b>	<b>8.593***</b>	<b>X 3</b>
Plätze in den weiterführenden Einrichtungen der Freien Träger des Wohnungslosenhilfesystems	1.275**	1.500***	X 1,2

\* Geflüchtete, während des Anerkennungsverfahrens

\*\* SEEWOLF-Studie (Bäumli et al, 2017)

\*\*\* interpoliert nach den Angaben des EHW (Gordon Bürk, Evangel. Hilfswerk, 22.11.2016, Netzwerk Wohnungslosenhilfe-Muenchen)

Der Bedarf an Sofortunterbringungsplätzen hat sich in den letzten 10 Jahren mehr als verdoppelt.

Die Gründe hierfür sind hinlänglich bekannt: Aufgrund der starken wirtschaftlichen Entwicklung im Großraum München kam es in den letzten 10 Jahren zu einem enormen Zuzug. Dadurch kam es zu einem Anstieg der Münchner Einwohnerzahl von 1.384.335 im Jahre 2011 (Zensus, Bay. LA für Statistik und Datenverarbeitung) auf 1.560.042 Ende 2019 (LH-München, Stadtinfo, 18.6.20), was einem Zuwachs von mehr als 175.000 Menschen entspricht. Mit zunehmendem Wohlstand hat sich auch der Wohnraumbedarf pro Person von

Evaluation der Clearingeinrichtung Implerstraße für psychisch kranke wohnungslose Frauen und Männer im städtischen Sofortunterbringungssystem. Abschlussbericht, Teil B, TUM. Bäumli, Pockrandt (2021-09-11-revBäu2022-08-10)

z.B. 34,9 m<sup>2</sup> im Jahre 1991 auf 46,6 m<sup>2</sup> im Jahre 2015 deutlich erhöht (Bäumli et al, 2017, S. 13). Dadurch bleibt es eine anhaltende Herausforderung, mit dem Sozialwohnungsbau Schritt zu halten. Neu hinzugekommen sind die während der Flüchtlingswelle 2015/16 in München gestrandeten Menschen, die ebenfalls mit Wohnraum versorgt werden mussten. Insgesamt lassen diese Zahlen unschwer erkennen, dass sowohl die LH München als auch die Freien Träger auf dem Gebiet der Versorgung von wohnungslosen Menschen weiterhin sehr große Herausforderungen zu meistern haben werden.

#### **4.2 Personen im System der städtischen Sofortunterbringung**

Um einen Überblick über die bestehenden Kapazitäten zur Versorgung wohnungslos gewordener psychisch kranker Menschen zu erhalten, wurden von zweiplus die Daten der LHM zur akuten Wohnungslosigkeit der alleinlebenden Haushalte, also von Einzelpersonen, ausgewertet. Sie beziehen sich auf den Stichtag 31.12.2018. Siehe Teil A.

#### **4.3 Psychisch kranke Menschen im System der Sofortunterbringung**

Wohnungslos gewordene psychisch kranke Menschen melden sich, genauso wie alle anderen Wohnungslosen, im Amt für Wohnen und Migration in der Franziskanerstr. 8. Dort werden die Betroffenen gemäß dem gesetzlichen Auftrag der LHM, für Wohnungslose eine Unterbringung zur Verfügung zu stellen, in jene Einrichtungen des Sofortunterbringungssystems vermittelt, wo ein Platz frei ist.

Aus psychiatrischer Sicht betrachtet kann dort den komplexen Versorgungs- und Betreuungsbedürfnissen psychisch kranker Wohnungsloser nicht ausreichend entsprochen werden. Insbesondere der damit einhergehende Anpassungs- und Überforderungsstress kann zur weiteren Belastung vor allem bei Suchterkrankungen und Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis werden. Die rasche Wiedereinlieferung in eine psychiatrische Klinik ist dadurch oft nicht zu vermeiden; aufgrund weiterhin fehlender Wohnmöglichkeiten droht dann zwangsläufig wieder die Entlassung in das Wohnungslosensystem mit Aufrechterhaltung dieses sehr negativen Drehtürpsychiatrie-Prozesses.

Deshalb hat die LHM schon vor vielen Jahren begonnen, durch eine Differenzierung ihrer Sofortunterbringungseinrichtungen entsprechend passende Notunterkünfte aufzubauen. Die Clearingeinrichtung in der Implerstraße wurde als Pilot-Projekt mit 40 Plätzen ganz speziell für jene psychisch kranken wohnungslosen Menschen konzipiert, die aufgrund ihrer komplexen psychosozialen Probleme eine differenzierte Abklärung und gezielte Unterstützung brauchen. Die Zielgruppe der Clearingeinrichtung sind alleinstehende psychisch erkrankte Personen.

Genauere Angaben zum Anteil der psychisch kranken Patienten im gesamten Sofortunterbringungssystem liegen bisher nicht vor. Aber Erfahrungsberichte aus der Praxis, die hohen Fallzahlen in der Psychiatrischen Praxis für wohnungslose Menschen in der Pilgersheimer Straße sowie ein hoher Anteil von wohnungslosen Patient\*innen im IAK München weisen jedoch auf einen bedeutsamen Anteil psychisch erkrankter Personen hin (Roedig, 2020).

#### 4.4 Zentrale Ergebnisse der SEEWOLF-Studie<sup>1</sup>

Die SEEWOLF-Studie (Bäumli et al, 2017) wurde von 2011 bis 2013 im Großraum München in den Einrichtungen der Münchner Wohnungslosenhilfe (1275 Bewohner) und in Einrichtungen der verbandlichen Notunterbringung mit insgesamt 378 Bewohnern mit Leistungen nach §§ 67 und 53 durchgeführt. Deshalb stellt die SEEWOLF-Population eine wichtige Referenzstichprobe für die in der Implerstraße untersuchten Personen dar.

Die Gesamtstichprobe umfasst 232 Personen aus 1.653 Bewohnern. Einrichtungen aus dem städtischen Sofortunterbringungssystem waren nicht in die Erhebungen einbezogen. 55% der randomisiert ermittelten Bewohner nahmen teil.

93% der Untersuchten hatten eine behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung in ihrem Leben durchgemacht (Lebenszeitprävalenz), 74% hatten einen akuten Behandlungsbedarf (1-Monats-Prävalenz). 73,5% hatten eine Lifetime-Suchterkrankung, 14% eine schizophrene, etwa 45% eine affektive und 21% eine neurotische, Belastungs- oder somatoforme Erkrankung. Bei 55% fanden sich im SKID-II\*-Test Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung. Dieser Wert liegt weit über dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung mit einer Rate von etwa 10% (Maier et al. 1992; Fiedler, Herpetz, 2016); hierbei standen Cluster-B-Störungen mit dissozialer Prägung mit etwa 41,6% eindeutig im Vordergrund.

Der Durchschnitts-IQ betrug 84, dabei hatten 20% einen Wert <70, was einer Minderbegabung entspricht; in der Allgemeinbevölkerung liegt diese Rate bei 2%. Die Trias „seelische Erkrankung, komplizierte Grundpersönlichkeit und eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit“ stellen hierbei einen wesentlichen Risikofaktor für das Abgleiten in die Wohnungslosigkeit dar.

Eine ausreichende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und adäquate Beschäftigungsformen sind erforderlich, um das Recoverypotential nicht verkümmern zu lassen. Aufgrund der erhöhten Vulnerabilität, insbesondere gegenüber psychosozialen Stressfaktoren, sollten möglichst Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden. Angesichts von 16% Sonderschulbesuchern und 46% Personen mit Schul- und Ausbildungsabbrüchen muss künftig bereits in der Kindheit und Frühadoleszenz dieser drohenden negativen Entwicklung gezielter entgegengewirkt werden.

Neben einem „Dach über dem Kopf“ brauchen diese oft psychisch schwer erkrankten Bewohner vor allem auch eine professionelle Behandlung ihrer „seelischen Not“.

---

<sup>1</sup> SEEWOLF-Studie (Seelische Erkrankungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München) (Bäumli et al, 2017)

## 5. Clearing-Einrichtung in der Implerstr. 51

### 5.1 Kurzinfo

Die Clearingeinrichtung in der Implerstraße 51 wurde von Frau Stockdreher, zweiplus, umfassend untersucht und beschrieben. Deshalb an dieser Stelle nur eine kurze Skizzierung, zur vertiefenden Info siehe den Evaluationsbericht, Teil A, von Frau Stockdreher, zweiplus. In der Implerstr. 51 wurde eine spezielle Clearing-Einrichtung für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen und speziellem Hilfebedarf geschaffen mit einem Kontingent von bis zu 40 Bettplätzen. Dort soll mit Unterstützung von psychiatrischem Fachpersonal eine rasche Weitervermittlung in andere geeignete Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, des ambulant-komplementären psychiatrischen Versorgungssystems oder nach Möglichkeit auch in eigenen Wohnraum abgeklärt bzw. auf den Weg gebracht werden (Rödig, 2013).

### 5.2 Personalausstattung und multiprofessionelle Zusammenarbeit

- FA für Psychiatrie und Psychotherapie: 8 Std. wöchentlich
- Pflegepersonal: 3 Stellen
- Sozialpädagoginnen (BSA): ¾ Stelle mit 32 Wochenstunden
- Hausverwaltung: 2 Stellen
- Hausmeisterstelle: 1 Stelle
- Haus- und Sicherheitspersonal: Schichtdienst, ca. 6 Stellen
- Sicherheitsdienst: nachts, 1 Stelle, mit Vertretungen

### 5.3 Bettenkapazität und räumliche Ausstattung

- 40 Plätze
- Wegen Bettwanzenbefall zwischenzeitlich nur 16 Plätze
- Doppelzimmer mit Nasszelle
- Etagenküchen
- Großer Aufenthaltsraum
- Krisenzimmer
- Besprechungszimmer für das Personal

### 5.4 Leitung, Logistik und Sicherheitskonzept

- Einrichtungsleitung
- Hausmeister
- Raumpfleger
- Bürokräfte
- Sicherheitspersonal

### 5.5 Diagnostische Maßnahmen i.R. der Evaluation

- Psychiatrische Exploration (nach AMDP-Konzept)
- Verhaltensbeobachtung
- Fremdanamnestiche Angaben
- Einholung früherer Arztbriefe
- Somatisch/neurologische Untersuchung

### 5.6 Betreuungsmaßnahmen

- Ärztliche Betreuung
- Bezugspflege durch das Pflegepersonal
- Psychologisch-psychotherapeutische Betreuung
- Sozialpädagogische Beratung
- Ex-In-Betreuer
- Medikamentöse Therapie

## 6 Ergebnisteil

### 6.1 Aufnahme und Vermittlung in die Clearingeinrichtung

Im Untersuchungszeitraum konnten 32 Bewohnerinnen und Bewohnern der Clearingeinrichtung für die Teilnahme an der Evaluation gewonnen werden. 43,8% der Klientinnen und Klienten (14 von 32) wurden durch die Kliniken in die Clearingeinrichtung vermittelt. Bei weiteren 12 (37,5%) wurde der Kontakt über die Praxis in der Pilgersheimerstraße hergestellt. Viermal war die BSA vermittelnd tätig und zweimal eine sonstige Einrichtung der Wohnungslosenhilfe. Die psychiatrischen Kliniken hatten offensichtlich einen großen Bedarf, diese von anhaltender Wohnungslosigkeit bedrohten Patientinnen und Patienten dort hin zu vermitteln.

**Tab. 6.1.1: Vermittlung in die Clearingeinrichtung in der Implerstraße**

Zugewiesen durch	TUM	
	n	%
Sozialdienst psychiatrische Klinik	14	43,8%
Praxis Pilgersheimerstraße / Einzelzimmervergabe	12	37,5%
BSA	4	12,5%
sozial geförderter Ausbildungsbetrieb	1	3,1%
Andere Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	1	3,1%
Eigeninitiative	0	0%
Andere	0	0%
Gültige n	32	100%

## 6.2 Soziodemografische Daten und Wohnungssituation

### 6.2.1 Alter, Geschlecht und Familienstand

**Tab. 6.2.1.1: Alter der TUM-Studienteilnehmerinnen und Teilnehmer**

	Gesamt	Frauen	Männer
Gültig N (%)	32 (100%)	12 (37,5%)	20 (62,5%)
Mittelwert	39,4	44,4	36,4
Standardabweichung	10,6	10,6	9,8
Streubreite	23-59	25-59	23-53

Insgesamt gaben 12 Frauen und 20 Männer ihr Einverständnis an der Erhebung teilzunehmen. Das Durchschnittsalter betrug 39,38 Jahre (SD=10,67), die Frauen waren im Schnitt acht Jahre älter als die männlichen Studienteilnehmer. Die Tabelle 6.2.1.1 zeigt die Geschlechterverteilung und das Alter der Klientinnen und Klienten zum Untersuchungszeitpunkt.

Tab. 6.2.1.2: Familienstand der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

Familienstand	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
ledig, noch nie mit Partner	3	9,4%	1	8,3%	2	10,0%
ledig, ohne Partner derzeit	19	59,4%	4	33,3%	15	75,0%
ledig, mit Partner	5	15,6%	2	16,7%	3	15%
verheiratet	0	0	0	0	0	0
verheiratet, getrennt	1	3,1%	1	8,3%	0	0%
geschieden, ohne Partner	3	9,4%	3	25,0%	0	0%
verwitwet, ohne Partner	1	3,1%	1	8,3%	0	0%
Gültige N	32	100%	12	100%	20	100%

15,6% der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer (5 Personen) gaben an, sich aktuell in einer Partnerbeziehung zu befinden, bei 27 (84,4%) traf dies nicht zu, 3 Personen (9,4%) berichteten, noch nie in einer Paarbeziehung gewesen zu sein. In der Tabelle 6.2.1.2 wird der Familienstand dargestellt.

Tab. 6.2.1.3: Partnerschaft, eigene Kinder und Geschwister

		Gesamt		Frauen		Männer	
		N	%	N	%	N	%
<b>Aktuelle Partnerschaft</b>	nein	27	84,4%	10	83,3%	17	85,0%
	ja	5	15,6%	2	16,7%	3	15,0%
<b>Eigene Kinder insgesamt</b>	nein	20	62,5%	4	33,3%	16	80%
	ja	12	37,5%	8	66,7%	4	20%
<b>Eigene Kinder unter 18</b>	0	25	78,1%	9	75%	16	80%
	1	6	18,8%	2	16,7%	4	20%
	2	1	3,1%	1	8,3%	0	0%
<b>Gesamt N</b>		<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>
<b>Anzahl Geschwister</b>							
<b>Anzahl Geschwister</b>	Mittelwert	2,7		3,3		2,3	
	Standardabweichg.	1,9		2,6		1,3	
	Streubreite	0-8		0-8		0-4	
	<b>Gültige N</b>	<b>31</b>		<b>12</b>		<b>19</b>	

7 (21,9%) Klientinnen und Klienten gaben an, 1 Geschwisterteil zu haben, 3 (9,4%) waren Einzelkinder. Der Mittelwert der Geschwisterzahl in den Herkunftsfamilien betrug 2,7 (SD=1,9; Streubreite = 0-8). Eigene Kinder hingegen hatten 12 (37,5%) Klienten, 7 (21,9%) unter ihnen gaben an, Kinder im Alter unter 18 Jahren zu haben. Tabelle 6.2.3 zeigt die Anzahl der Kinder und Geschwister der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer.

## 6.2.2 Migrationshintergrund und Muttersprachlichkeit

Bei der Erfassung des Migrationshintergrundes der Teilnehmerinnen und -teilnehmer wurde die Definition des statistischen Bundesamts verwendet, derzufolge eine Person einen Migrationshintergrund hat, „wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde“. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedlerinnen und (Spät-) Aussiedler, sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen (Statistisches Bundesamt 2020). 17 (53,1%) der untersuchten Personen gaben an, einen Migrationshintergrund zu haben. 16 (50%) der Klientinnen und Klienten der Clearingeinrichtung bezeichneten Deutsch als ihre Muttersprache.

Tab. 6.2.2.1: Migrationshintergrund der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

Geburtsort		Gesamt		Frauen		Männer	
		N	%	N	%	N	%
Deutschland	D nein	15	46,9%	8	66,7%	7	40%
	D ja	17	53,1%	4	33,3%	13	65%
Nationalität der Eltern	Kein Elternteil deutsch	15	46,9%	8	66,7%	7	35%
	Ein Elternteil deutsch	2	6,3%	0	0%	2	10%
	Beide deutsch	15	46,9%	4	33,3%	11	55%
Migrationshintergrund	nein	15	46,9%	4	33,3%	11	55%
	ja	17	53,1%	8	67,7%	9	45%
Muttersprachlichkeit	nein	16	50%	8	67,6%	8	40%
	ja	16	50%	4	33,3	12	60%
Gültige N		32		12		20	
		Gesamt		Frauen		Männer	
Jahre in Deutschland bei: „Nicht in Deutschland geboren“	M	18,6		16,4		21,1	
	SD	10,5		8,3		12,9	
	Streubreite	5-43		5-27		8-43	
Gültige N		N=15		N= 8		N= 7	

Insgesamt ist der Migrationshintergrund bei den Frauen mit 66,7% etwas höher als bei den männlichen Klienten mit 45% (vgl. Tabelle 6.2.4.1). Im Durchschnitt lebten die 14 Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund, die nicht in Deutschland geboren waren, seit 18,6 Jahren in Deutschland (SD 10,5).

Die Streubreite betrug 5-43 Jahre. Die Klientinnen und Klienten mit einem Geburtsort außerhalb Deutschlands kamen aus 13 verschiedenen Ländern, 6 (18,8%) aus Europa und die Anderen aus Afrika (4; 12,5%), Asien (2; 6,3%), dem Nahen Osten (2; 6,3%) und Südamerika (1; 3,1%). Die Herkunftsländer sind in Tabelle 6.2.2.2 dargestellt

**Tab. 6.2.2.2: Herkunftsländer der Probanden**

Geburtsorte der Probanden	N	%
Deutschland	17	53,1%
Sonstiges Europa EU	4	12,5%
Europa Nicht EU	2	6,3%
Naher Osten	2	6,3%
Südamerika/Karibik	1	3,1%
Afrika	4	12,5%
Asien	2	6,3%

### 6.2.3 Kindheit und Jugend

Etwa die Hälfte (55,2%) der Klientinnen und Klienten verbrachten den überwiegenden Teil der Kindheit bis zum 18. Lebensjahr bei den biologischen Eltern (16 von 29), 6 (20,7%) lebten überwiegend bei einem Elternteil, 4 (13,8%) wuchsen in Patchwork-Familien auf und 2 (6,9%) bei Verwandten. 1 Klientin (3,4%) war dauerhaft in Heimunterbringung. Im Verlauf der Kindheit waren 5 (17,2%) der Klientinnen vorübergehend in Fremdunterbringungen. Davon waren in der Kindheit nur Frauen betroffen.

Die 5 vorübergehend fremduntergebrachten Klientinnen waren durchschnittlich 4,8 Jahre im Heim (SD = 3,6). Die Dauer der Fremdunterbringung betrug zwischen 2 und 11 Jahren.

15 Klientinnen und Klienten (48,4%; N=31) erlebten die Trennung ihrer Eltern im Laufe der Kindheit und Jugend, zwischen dem 1. und dem 18. Lebensjahr. Im Durchschnitt waren die Kinder bei der Trennung der Eltern 6,8 Jahre alt (M= 6,8; SD=3,6). Die hier geschilderten Daten sind als Übersicht in Tabelle 6.2.3.1 aufgeführt.



Tab. 6.2.3.1: Kindheit und Jugend bis zum 18. Lebensjahr

	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
Familie, bei biologischen Eltern	16	55,2%	5	41,6%	11	64,7%
Patchworkfamilie, ein nicht biologischer Elternteil	4	20,7%	1	8,3%	3	17,6%
Ein Elternteil Mutter /Vater	6	13,8%	3	25%	3	17,6%
Verwandte	2	6,9%	2	16,7%	0	0%
Heim/ Einrichtung	1	3,4%	1	8,3%	0	0%
<b>Gültige N</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>
Nie im Heim	23	82,1%	7	58,3	16	82%
Vorübergehend im Heim	5	17,9%	5	41,6%	0	18%
<b>Gültige N</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>
Trennung der Eltern erlebt	N	%	N	%	N	%
nein	16	51,6%	5	41,7%	11	57,9%
ja	15	48,4%	7	58,3%	8	42,1%
<b>Gültige N</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

#### 6.2.4 Kontakt zu Angehörigen

Laut Berichten der Klientinnen und Klienten gestalteten sich die Angehörigenkontakte oftmals als konfliktuell. Dabei war der Kontakt zu den Müttern in der Regel besser als der Kontakt zu den Vätern. So hatten 9 Personen (30%) in den letzten 4 Wochen einen guten Kontakt zu den Müttern gehabt, während nur 23,3% (7 Personen) in den letzten 4 Wochen vor dem Untersuchungszeitpunkt Kontakt zu den Vätern hatten. 3 Personen (10%) bezeichneten den Kontakt zu den Vätern als sehr gut (vgl. Tabelle 6.2.4.1). In Bezug auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Angehörigenkontakten ist die Tendenz zu erkennen, dass die Angehörigen der Frauen häufiger zum Erhebungszeitraum bereits verstorben waren, im Vergleich zu den männlichen Teilnehmern. Die Frauen waren im Schnitt auch 8 Jahre älter als die Männer, auch vor diesem Hintergrund sind die geringeren Kontaktmöglichkeiten der Bewohnerinnen zu interpretieren.

Aber unabhängig davon bleibt festzuhalten, dass ein „guter bis sehr guter“ Kontakt zu den Müttern bei den Männern mit 44,4% im Vergleich zu den Frauen mit 8,3% deutlich besser war.

Tab. 6.2.4.1: Kontakt zu den Angehörigen

Angehörigen-Kontakte	Gesamt		Frauen		Männer	
	N=30	%	N=12	%	N=18	%
Mutter lebt noch	20	66,7%	5	41,7%	15	83,3%
Kontakt zur Mutter vorhanden	15	50%	3	25%	12	66,7%
Kontakt in letzten 4 Wochen	9	30%	1	8,3%	8	44,4%
Kontaktqualität: gut bis sehr gut	9	30%	1	8,3%	8	44,4%
Vater lebt noch	18	60%	5	41,7%	13	72,2
Kontakt zu Vater vorhanden	8	26,7%	2	16,7%	6	33,3
Kontakt in letzten 4 Wochen	7	23,3%	1	8,3%	6	33,3
Kontaktqualität: gut bis sehr gut	3	10%	1	8,3%	2	11,1

### 6.2.5 Konfession

Die überwiegende Anzahl der Personen gab an ohne Bekenntnis (25,0%) zu sein oder nannte die Kategorie „Sonstiges“ (28,6%). 4 von 8 Klientinnen und Klienten der Kategorie „Sonstiges“ gaben an, sich nicht für eine Religion entscheiden zu wollen, sondern sich grundsätzlich aus verschiedenen Religionen zu „bedienen“. Als römisch-katholisch bezeichneten sich 5 Klientinnen und Klienten (17,9%), 4 (14,3%) gaben an, sie seien evangelisch, muslimisch wurde 3-mal genannt (10,7%), syrisch-orthodox wurde einmal genannt (3,6%). Bei 4 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern konnte die Konfession nicht ermittelt werden. Die Übersicht zur Konfessionszugehörigkeit ist in Tabelle 6.2.5.1 dargestellt.

Tab. 6.2.5.1: Konfessionszugehörigkeit

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Römisch-Katholisch	5	17,9%
Evangelisch	4	14,3%
Muslimisch	3	10,7%
Syrisch Orthodox	1	3,6%
Ohne Bekenntnis	7	25,0%
Sonstiges	8	28,6%
Gültige N	28	100,0%

### 6.2.6 Schulische und berufliche Entwicklung

7 Klientinnen und Klienten (21,9%) brachen die Schule ohne Abschluss ab, 13 (40,6%) erreichten den Hauptschulabschluss, 7 (21,9%) den Realschulabschluss und 5 beendeten die

Schule mit dem Abitur, beziehungsweise einem gleichwertigen Abschluss (15,6%). Die Mehrheit der Klientinnen und Klienten besuchte eine Regelschule, 2 Personen (6,3%) gaben an, eine Förderschule besucht zu haben. Die Bildungsabschlüsse der Klienten sind in Tab. 6.2.6.1 nach dem modifizierten CASMIN Schema aufgeführt.

**Tab. 6.2.6.1: Schulabschluss und Ausbildung, modifiziertes CASMIN-Schema**

CASMIN-Schema	N	%	Frauen	%	Männer	%
Kein Abschluss	7	21,9%	2	16,7%	5	25%
Hauptschulabschluss ohne berufliche Ausbildung	8	25,0%	5	41,6%	3	15%
Hauptschulabschluss und berufliche Ausbildung	5	15,6%	2	16,7%	3	15%
Mittlere Reife ohne berufliche Ausbildung	5	15,6%	1	8,3%	4	20%
Mittlere Reife und berufliche Ausbildung	2	6,3%	1	8,3%	1	5%
Fachhochschulreife/Abitur ohne berufliche Ausbildung	3	9,4%	1	8,3%	2	10%
Hochschulabschluss	2	6,3%	0	0%	2	10%
Gültige N	32	100%	12	100%	20	100%

### Abbrüche im Bildungsverlauf

Während 25 (71,8%) der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer einen Schulabschluss erreichen konnten, schlossen lediglich 9 (28,1%) Klientinnen und Klienten auch eine Berufsausbildung beziehungsweise ein Studium erfolgreich ab. Insgesamt gaben 70% der Klientinnen und Klienten (21 Personen) an, bereits mindestens eine Bildungsstation abgebrochen zu haben. Die Anzahl der Bildungsabbrüche wird in Tabelle 6.2.6.2 dargestellt. Dabei betrug der Mittelwert der Anzahl der Bildungsabbrüche der Gesamtstichprobe 1,2 (SD=1,1) und die Streubreite betrug 0-4. Bei zwei Klientinnen konnte der Bildungsverlauf nicht recherchiert werden (N=30). Als Gründe für die Bildungsabbrüche wurden überwiegend finanzielle Ursachen angegeben (11 Nennungen, 36,5%). 5 (16,7%) Klientinnen und Klienten mussten mindestens eine Bildungsstation aufgrund der psychischen Erkrankung abbrechen. Zusätzlich genannt wurden Umzüge (3 Nennungen, 10%), Eheschließung (3,3%) und somatische Erkrankungen (3,3%). Abbildung 6.2.6.1 zeigt eine Übersicht der Häufigkeiten und Ursachen der Bildungsabbrüche der Klientinnen und Klienten (N=30).

Tab. 6.2.6.2: Anzahl der Bildungsabbrüche

Bildungsabbrüche ja/nein	Gesamt		Frauen		Männer	
	Kein Bildungsabbruch	9	30%	4	33,3%	5
Mindestens ein Bildungsabbruch	21	70%	8	66,7%	13	72,2%
Gültige N	30	100%	12	100%	18	100%
Anzahl der Bildungsabbrüche	Gesamt		Frauen		Männer	
	1 Bildungsabbruch	11	34,4%	4	33,3%	7
2 Bildungsabbrüche	6	18,8%	2	16,7%	4	22,2%
3 Bildungsabbrüche	3	9,4%	1	8,3%	2	11,1%
4 Bildungsabbrüche	1	3,1%	1	8,3%	0	0%

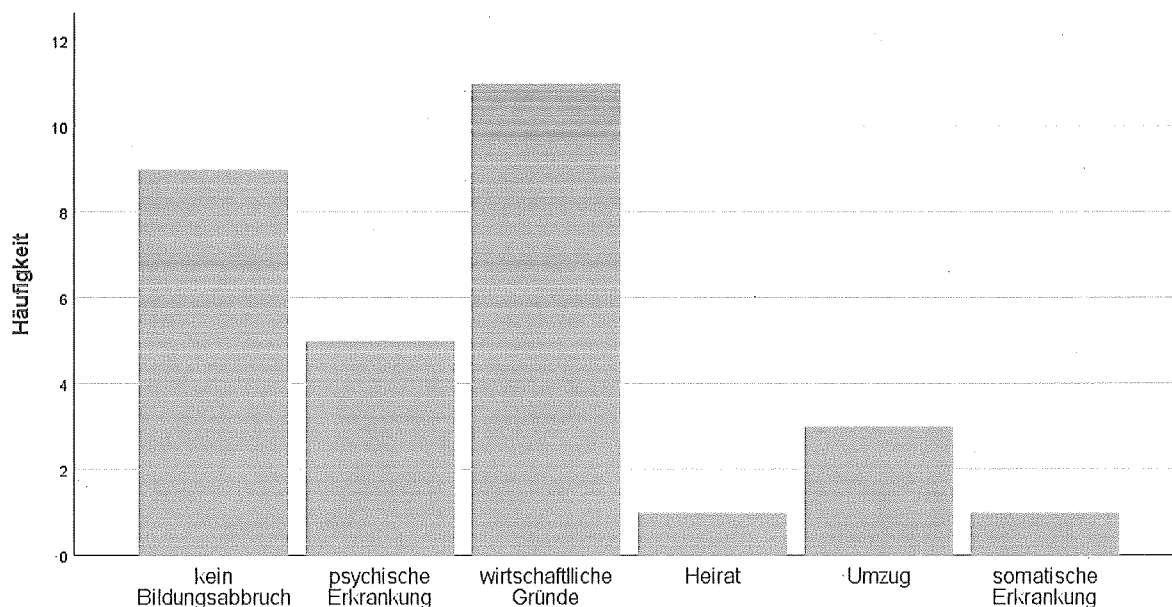


Abb. 6.2.6.1: Bildungsabbrüche - Häufigkeiten und Ursachen

### 6.2.7: Aktuelle Arbeits- und Beschäftigungssituation sowie Erwerbsbiografie

Die Mehrheit, 26 der Klientinnen und Klienten (81,3%), gab an, Leistungen nach SGB II (Hartz IV) zu erhalten. 2 (6,3%) Personen waren bereits berentet, 1 (3,1%) weitere Person erhielt Leistungen nach SGB XII.

Tab. 6.2.7.1: Beschäftigungssituation und Leistungsbezug

	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N%	%
Erwerbstätig, Ausbildung, Studium	2	6,3%	0	0%	2	10%
Sozialhilfe, SGB XII	1	3,1%	0	0%	1	5%
Arbeitssuchend/Leistungen SGB II	26	81,3%	11	91,7%	15	80%
Rentenbezug	2	6,3%	1	8,3%	1	5%
Anderes	1	3,1%	0	0%	1	5%
<b>Gesamt</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Während 6 von den 20 befragten Männern (30%) mindestens einmal die Woche einer Tätigkeit nachgingen, waren alle 12 befragten Frauen zum Untersuchungszeitpunkt nicht in einer regelmäßigen Beschäftigung. Der Besuch einer Tagesstätte oder Tagesklinik wurde nicht als Beschäftigung gewertet. Als Beschäftigung wurde gewertet, wenn die Klienten zumindest ein geringfügiges Einkommen durch die Tätigkeit erzielten (vgl. Tabelle 6.2.7.2).

Tab. 6.2.7.2: Aktuelle Tätigkeiten der Klientinnen und Klienten in der Clearingeinrichtung

Aktuelle Tätigkeit	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
Angestellt	1	3,1%	0	0%	1	5%
Selbständig	1	3,1%	0	0%	1	5%
Aktuell keine Tätigkeit	26	81,3%	12	100%	14	70%
Gelegenheitsjob, Minijob, Niedriglohnjob	1	3,1%	0	0%	1	5%
Staatl. subventioniertes Arbeitsverhältnis	2	6,3%	0	0%	2	10%
Ehrenamt	1	3,1%	0	0%	1	5%
<b>Gesamt</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Die Mehrheit der Klientinnen und Klienten gab an, bereits im Verlauf ihres Lebens gearbeitet zu haben, im Schnitt waren es 8,2 Jahre (SD=7,2). Dabei lag die Dauer der Berufstätigkeit zwischen 0 und 25 Jahren (siehe Tabelle 6.2.7.3).

Tab. 6.2.7.3: Längstes Arbeitsverhältnis im Verlauf der Erwerbsbiografie

	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
Keine Tätigkeit	2	6,7%	0	0%	2	11,1%
Ausbildung/Studium	5	16,7%	3	25%	2	11,1%
Selbstständig	2	6,7%	1	8,3%	1	5,6%
Angestellt	19	63,3%	7	58,3 %	12	66,7%
Minijob	1	3,3%	1	8,3 %	0	0%
Tagesstätte	1	3,3%	0	0%	1	5,6%
Gesamt	30	100%	12	100%	18	100%

Dauer der Berufstätigkeit				
Gesamt	N	Streuung	Mittelwert	SD
Längste zusammenhängende Tätigkeit	29	0 - 25 Jahre	8,2	7,2
Frauen	12	1 - 25 Jahre	11,3	7,7
Männer	17	0 - 20 Jahre	6,0	6,1

## 6.2.8 Grad der Behinderung, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Gesetzliche Betreuung

Tab. 6.2.8.1: Grad der Behinderung der Klientinnen und Klienten

Grad der Behinderung	Gesamt		Weiblich		Männlich	
	N	%	N	%	N	%
Grad der Behinderung liegt vor	9	32,1%	4	33,3%	5	31,3%
Kein Grad der Behinderung	19	67,9%	8	66,7%	11	68,8%
Gültige N	28	100%	12	100%	16	100%
Minderung der Erwerbsfähigkeit	3	10,7%	2	16,7%	1	6,3%
Keine Minderung der Erwerbsfähigkeit	25	89,3%	10	83,3%	15	93,8%
Gültige N	28	100%	12	100%	16	100%
Grad der Behinderung beantragt	4	15,4%	4	33%	0	0%
Minderung der Erwerbsfähigkeit beantragt	3	11,5%	2	16,7%	1	6,3%
Gültige N	26	100%	12	100%	16	100%

Bei 28,1% (9 Klientinnen und Klienten) lag ein Grad der Behinderung vor. 4 weitere Klientinnen und Klienten gaben an, einen Grad der Behinderung beantragen zu wollen. Bei 3 Personen lag bereits eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor, bei 3 weiteren wurde diese beantragt (vgl. Tabelle 6.2.8.1).

### Gesetzliche Betreuung

17 (53,1%, N=32) der untersuchten Personen hatten zum Zeitpunkt der Erhebung eine gesetzliche Betreuung, mit – in den meisten Fällen – weitreichenden Befugnissen, diese umfassten Aufenthaltsbestimmung bei 12 Personen, Wohnungsbestimmung bei 14 Personen, Gesundheitsfürsorge bei 15 Personen, Vermögenssorge bei 16 Personen, Post- und Telefonkontrolle bei allen 17 Personen. In der Tendenz benötigten die Frauen etwas häufiger eine gesetzliche Betreuung als die Männer der Clearingeinrichtung, 8 von 12 Frauen (66,7%) und 9 von 20 Männern (45%) wurden zum Untersuchungszeitpunkt gesetzlich betreut.

Bei 11 Personen (64,7%) dauerte die gesetzliche Betreuung nicht länger als ein Jahr an. Bei 5 Klientinnen und Klienten bestand sie länger als 1 Jahr. Der Mittelwert der Betreuung betrug 9 Monate (SD =10 Monate) bei einer Streubreite von 0 -12 Jahren.

### 6.2.9 Finanzielle Situation

Das durchschnittliche Nettoeinkommen der Klientinnen und Klienten betrug 454,00 € zum Untersuchungszeitpunkt. In Tabelle 6.2.9.1 sind das aktuelle Nettoeinkommen, sowie das höchste jemals erzielte Nettoeinkommen und das Einkommen unmittelbar vor dem Wohnungsverlust aufgeführt.

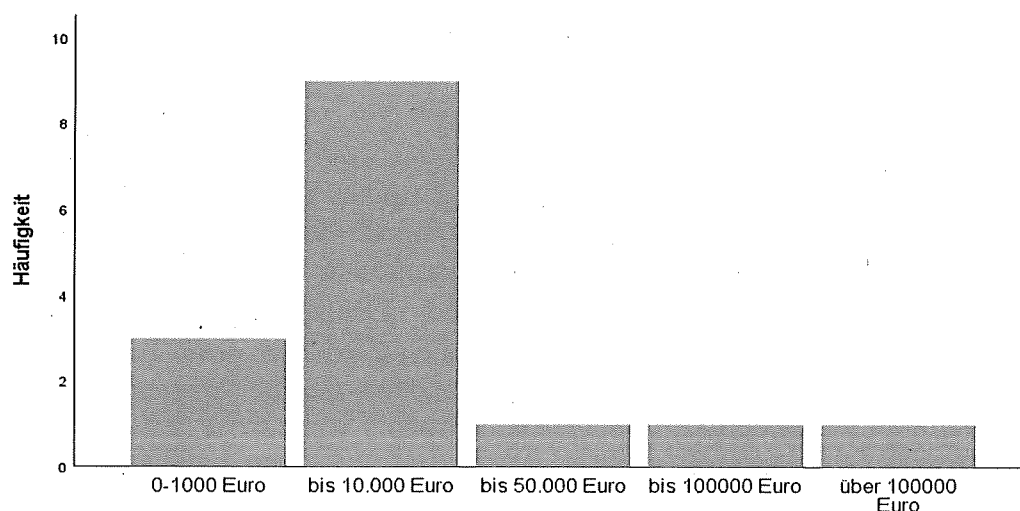
Tab. 6.2.9.1: Aktuelle monatliche finanzielle Situation der Bewohnerinnen und Bewohner

	N	Streubreite	MW	SD
Aktuelles Netto-Einkommen pro Monat in €	32	220,00 – 1.000,00	454,2	122,7
Höchstes je erzieltes Netto-Einkommen in €	30	300,00 – 7.500,00	1.586,9	1399,1
Netto-Einkommen vor Wohnungslosigkeit in €	32	300,00 – 3.000,00	687,2	558,6

### Schulden

Insgesamt bestanden bei 17 (53,1%) Klientinnen und Klienten Schulden in Höhe von 90 € bis 120.000 €. Der Mittelwert der Schuldensumme lag bei 9450,00 (SD=23566,0). 3 Klientinnen und Klienten gaben an, Privatinsolvenz beantragt zu haben, eine Person unter ihnen hatte das Insolvenzverfahren bereits abgeschlossen. Alle weiteren 14 Klientinnen und Klienten gaben an, die Schulden „abstottern“ zu wollen. 12 Personen gaben an, bis zu 10.000 € Schulden zu haben. Bei zwei weiteren betrug die Schuldenhöhe zwischen 20 und 50.000 €. In einem Fall lag die Schuldensumme über 100.000 €. 2 Klienten sahen sich nicht in der Lage die Schuldenhöhe anzugeben.

Abbildung 6.2.9.1 gibt einen Überblick über die Schuldenhöhe. Die zwei Personen, deren Schuldenhöhe unbekannt war, sind in der Abbildung 6.2.9.1 nicht aufgeführt.



**Abb. 6.2.9.1: Schuldenhöhe der 15 Klientinnen und Klienten, die hierzu zum Untersuchungszeitpunkt konkrete Angaben gemacht haben (15 von 17)**

### 6.2.10 Konflikte mit dem Gesetz

Die Mehrheit der Klienten gab an, schon einmal in Konflikt mit dem Gesetz geraten zu sein (Tab. 6.2.10.1). Dabei war Fahren ohne gültigen Fahrschein die am häufigsten genannte Straftat. Zudem wurden Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz am zweithäufigsten genannt (6 Nennungen).

**Tab. 6.2.10.1: Konflikte mit dem Gesetz**

Delikte	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
kein Delikt	12	37,5%	5	41,7%	7	35,0%
„Schwarzfahren“	9	28,1%	4	33,3%	5	25,0%
Diebstahl	2	6,3%	1	8,3%	1	5%
Körperverletzung	1	3,1%	0	0%	1	5%
Verstoß BTMG	6	18,8%	2	16,7%	4	20%
Befehlsverweigerung	1	3,1%	0	0%	1	5%
Sachbeschädigung	1	3,1%	0	0%	1	5%
Gesamt	32	100,0%	12	100%	20	100%



In Tabelle 6.2.10.2 sind die verhängten Strafen aufgeführt. Am häufigsten wurden die Delikte mit einer Geldstrafe geahndet. 3 Personen erhielten eine Haftstrafe, ein weiterer befand sich in Jugendhaft. 2 Personen waren vorübergehend in der Forensik. Zwei weitere Personen gaben an, mit Sozialstunden belangt worden zu sein

**Tab. 6.2.10.2: Verhängte Strafen bei den 20 verurteilten Personen**

Strafen	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
keine Strafe	1	5%	0	0	1	7,7%
Geldstrafe	11	55%	5	71,4%	6	46,2%
Forensikaufenthalt	2	10%	0	0%	2	15,4%
Gefängnisaufenthalt	3	15%	2	28,6%	1	7,7%
Sozialstunden	2	10%	0	0%	2	15,4%
Jugendhaft	1	5%	0	0%	1	7,7%
Gesamt	20	100%	7	100%	13	100%

### 6.2.11 Wohnkarriere und Ursachen der Wohnungslosigkeit

#### Anzahl der Jahre in München

Die Mehrzahl der Klientinnen und Klienten (19 Personen; 59,4%) lebte zum Untersuchungszeitpunkt schon über 10 Jahre in München. Der Mittelwert betrug 16,2 Jahre (SD=11,4; SB 0,5 - 41 Jahre).

#### Ursachen der Wohnungslosigkeit

Fast die Hälfte, 14 Klientinnen und Klienten, waren zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr als sechs Monate wohnungslos. Als häufigster Grund für die Wohnungslosigkeit (14 Nennungen) wurde die psychische Erkrankung genannt, weitere Gründe waren Kündigungen seitens des Vermieters (6 Nennungen), Geldmangel (5 Nennungen), Trennungen (4 Nennungen), Haftstrafen (2 Nennungen) und in einem Fall ein Wechsel des Wohnorts. In Tabelle 6.2.11.1 sind die Ursachen der Wohnungslosigkeit der Klientinnen und Klienten dargestellt.

**Tab. 6.2.11.1: Ursachen der Wohnungslosigkeit**

Angewiesene Gründe für Wohnungslosigkeit	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
Häufigkeit						
Geldmangel	5	15,6%	2	16,7%	3	15%
Trennung /Tod des Mitwohnenden (Partner, Eltern)	4	12,5%	2	16,7%	2	10%
Kündigung durch Vermieter (nicht Mietschulden)	6	18,8%	2	16,7%	4	20%
Psychische Krankheit	14	43,8%	4	33,3%	10	50%
Wohnortwechsel	1	3,1%	1	8,3%	0	0%
Haft	2	6,3%	1	8,3%	1	5%
Gesamt	32	100%	12	100%	20	100%

**Wohnsituation unmittelbar vor der Wohnungslosigkeit**

Unmittelbar vor dem Eintritt in die Wohnungslosigkeit lebten 13 (40,6%) Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer in einer eigenen Wohnung. Eine weitere Person lebte zur Untermiete (3,1%), 2 Klientinnen und Klienten wohnten in einer Wohngemeinschaft (6,3%). So waren also 50% der Klientinnen und Klienten vor der Wohnungslosigkeit in einer selbständigen nicht betreuten Wohnform. Die Übersicht der Wohnsituationen unmittelbar vor dem Eintritt der Wohnungslosigkeit ist in Tabelle 6.2.11.2 aufgeführt.

**Tab. 6.2.11.2: Wohnsituation unmittelbar vor dem Eintritt in die Wohnungslosigkeit**

Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
eigene Wohnung	13	40,6%	3	25,0%	10	50%
Untermiete	1	3,1%	0	0%	1	5%
bei Familienangehörigen	4	12,5%	1	8,3%	3	15%
bei Partner/-in	4	12,5%	3	25,0%	1	5%
Therapeutische Wohngemeinschaft	4	12,5%	2	16,7%	2	10%
Justizvollzugsanstalt	2	6,3%	1	8,3%	1	5%
Sozialpsychiatrisches Seniorenheim	1	3,1%	1	8,3%	0	0%
Wohngemeinschaft	2	6,3%	1	8,3%	1	5%
ÜWG	1	3,1%	0	0%	1	5%
Gesamt	32	100%	12	100%	20	100%

2 weitere Personen lebten bei Familienangehörigen (6,3%) und 3 weitere bei ihrem Partner /ihrer Partnerin (12,5%). Eine Person lebte in einer TWG (3,1%) und eine weitere in einer ÜWG (3,1%).

**Tab. 6.2.11.3: Wohnsituation unmittelbar vor dem Einzug in die Clearingeinrichtung**

Wohnsituation	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
private Wohnung	1	3,1%	1	8,3%	0	0%
bei Familienangehörigen	2	6,3%	1	8,3%	1	5%
bei Partner(in)	1	3,1%	1	8,3%	0	0%
bei Bekannten/Freunden	1	3,1%	1	8,3%	0	0%
Psychiatrisches Krankenhaus	13	40%	5	41,7%	8	40%
Sofortunterbringungssystem	12	37,5%	3	25%	9	45%
Forensik	1	3,1%	0	0%	1	5%
Therapeutische WG	1	3,1%	0	0%	1	5%
Gesamt	32	100%	12	100%	20	100%

Tab. 6.2.11.3 zeigt, bei Männern war die Zahl der direkt aus dem Sofortunterbringungssystem der LH-München Kommenden mit 45% fast doppelt so hoch wie bei Frauen mit 25%.

**Tab. 6.2.11.4: Dauer der Wohnungslosigkeit \***

	TUM (mit Einverständniserklärung)					
	gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
Bis 3 Monate	11	34,4%	3	25%	8	40%
Bis 6 Monate	3	9,4%	2	16,7%	1	5%
Bis 1 Jahr	8	25%	4	33,3%	4	20%
Bis 3 Jahre	6	18,8%	1	8,3%	5	25%
Bis 5 Jahre	3	9,4%	1	8,3%	2	10%
mehr als 5 Jahre	1	8,3%	1	8,3%	0	0%
Unbekannt	0	0%	0	0%	0	0%
Gesamt	32	100%	12	100%	20	100%
	TUM-gesamt		TUM-Frauen		TUM-Männer	
n	32		12		20	
Dauer der Wohnungslosigkeit in Monaten	M=15,1		M=17,8		M=13,4	
	SD = 19,0		SD=24,1		SD=15,7	
	SB= 0-84		SB= 3-84		SB=0-48	

Unmittelbar vor dem Einzug in die Implerstraße befand sich der Großteil der Personen nicht mehr in einer eigenständigen Wohnung, wie in Tabelle 6.2.11.3 gezeigt wird. Lediglich 1 Person (3,1%) gab an, sich noch in der eigenen Wohnung befunden zu haben. Die Mehrzahl, 13 der untersuchten Personen (40,6%), kamen aus einer psychiatrischen Klinik, 12 Personen kamen aus dem Sofortunterbringungssystem der LHM (37,5%).

### 6.2.12 „Plattenerfahrung“ der Klientinnen und Klienten der Clearingeinrichtung

13 von 32 (44,8%) der Klientinnen und Klienten gaben an bereits schon einmal „Platte gemacht“, d.h. auf der Straße bzw. im Freien übernachtet zu haben. Von den 12 Frauen gaben 4 (33,3 %) an, bereits „Plattenerfahrung“ zu haben, bei den Männern waren es 9 von 17 (52,9%). Bei 3 Klientinnen und Klienten konnte diese Information nicht recherchiert werden. Die Dauer des längsten Zeitraums der Platte variierte dabei zwischen 2 (Minimum) und 60 Tagen (Maximum). Der Mittelwert des Plattenzeitraums dieser Klientinnen und Klienten betrug 4,6 Tage (SD=11,5). Abbildung 6.2.12.1 zeigt eine Übersicht der Zeiträume, in denen 13 Klientinnen und Klienten „Platte“ gemacht hatten.

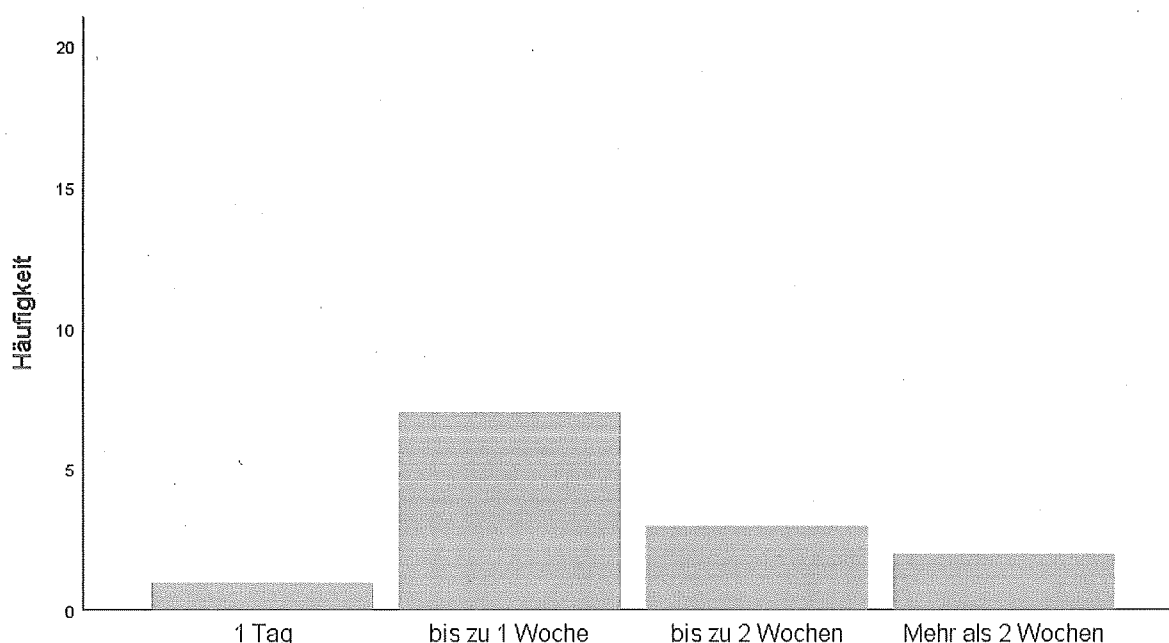


Abb. 6.2.12.1: Plattenerfahrungen der Klientinnen und Klienten

### 6.2.13 Fazit zu den soziobiographischen Befunden und zur Wohnsituation

Bei den 32 vom Team der TUM genauer untersuchten Klientinnen und Klienten handelte es sich um eine Gruppe mit überwiegend schwierigen familiären Verhältnissen während der ersten zwei Lebensjahrzehnten, mit 48,8% erlebte etwa die Hälfte (15 von 31) die Trennung der Eltern während der Kindheit und Jugend. Auch heute noch gestaltet sich der Kontakt zu den Familienangehörigen für viele konfliktuell oder ist gänzlich unterbrochen. So gaben nur 30% der Klientinnen und Klienten (9 Personen) an, noch regelmäßigen Kontakt zu den Müttern zu haben und nur 23,3% hatten Kontakt zu den Vätern.

Der Bildungsverlauf ist geprägt von Brüchen. 7 Personen (21,9%) haben keinen Schulabschluss erreicht und lediglich 9 (28,1%) konnten eine Berufsausbildung oder ein Studium abschließen.

Das Nettoeinkommen der Bewohnerinnen und Bewohner lag im Bereich des Existenzminimums in Deutschland (9.168 Euro; Bundesregierung 2020). Die Anzahl der verschuldeten Personen ist hoch. Auch die Rate der gesetzlichen Betreuungen (53,1%) ist als hoch zu bewerten und zeigt, dass die Mehrzahl der Klientinnen und Klienten zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr in der Lage war, behördliche und finanzielle Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen.

Die Bewohnerinnen und Bewohner der Implerstraße waren in der Mehrheit weniger als ein Jahr wohnungslos (22 von 32 Personen: 68,8%). Als häufigster Grund für den Wohnungsverlust wurde die psychische Erkrankung angegeben (14 Nennungen). Weitere häufige Gründe für den Wohnungsverlust waren: Kündigung seitens des Vermieters (6 Nennungen), Geldmangel (5 Nennungen) und die Trennung vom Partner (4 Nennungen). 13 von 29 Klientinnen und Klienten (44,8%) gaben an, Plattenerfahrung zu haben, es handelte sich dabei in der Regel um kurze mehrtägige Intervalle ohne Schlafplatz, der Mittelwert betrug 4,6 Tage.

## 6.3 Klinische Daten

### 6.3.1 Diagnosen

15 Klientinnen und Klienten (46,9%) der Clearingeinrichtung waren an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt. 14 Klientinnen und Klienten litten unter einer Affektiven Erkrankung, 3 weitere litten unter einer Neurotischen Störung oder einer Belastungsstörung.

**Tab. 6.3.1.1: Hauptdiagnosen der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer**

Diagnosen		Gesamt	Frauen	Männer
Schizophrener Formenkreis (F2)	N	15	4	11
	%	46,9%	25%	55%
Affektive Erkrankungen (F3)	N	14	7	7
	%	43,8%	58,3%	35%
Neurotische und erlebnisreaktive Belastungsstörungen (F4)	N	3	1	2
	%	9,4%	8,3%	10%
Gesamt		32	12	20
	%	100%	100%	100%

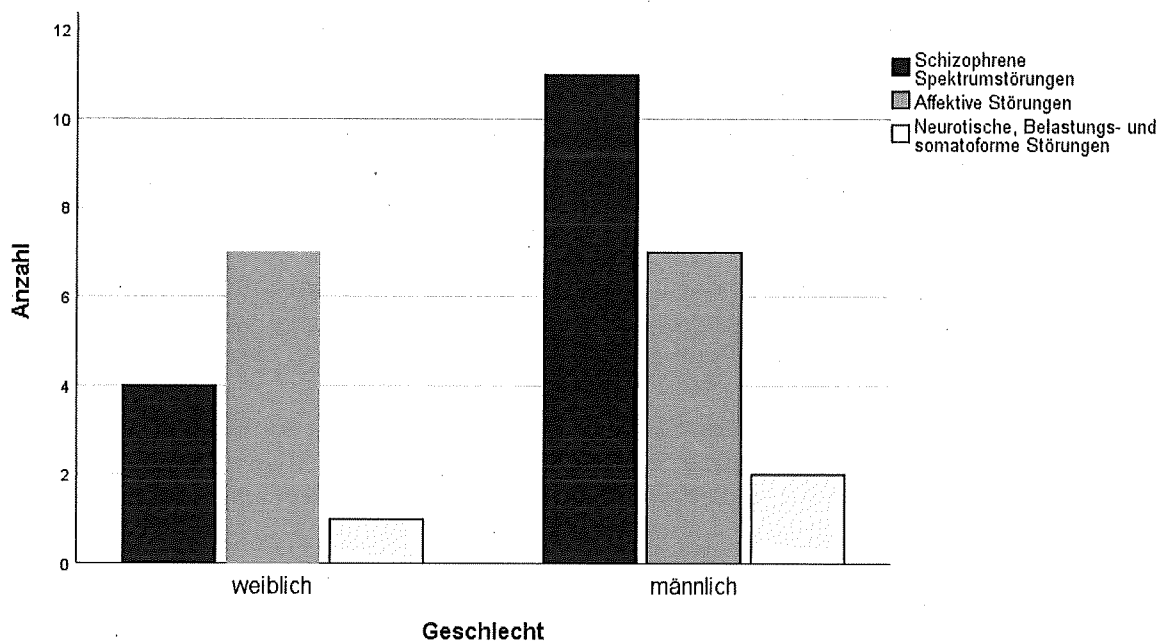


Abb.: 6.3.1.1: Diagnosen und Geschlechterverteilung

Tendenziell waren mehr Männer an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt als Frauen, die häufiger an einer affektiven Störung litten (vgl. Abbildung 6.3.1.1). Insgesamt zeigte sich eine hohe Anzahl an Komorbiditäten; 14 Klientinnen und Klienten (43,8%) erfüllten die Kriterien für nur eine psychische Erkrankung, 9 weitere (28,1%) erhielten 2 psychiatrische Diagnosen, 6 (18,8%) litten unter 3-5 Störungen (vgl. Tabelle 6.3.1.2).

Tab. 6.3.1.2: Komorbidität bei U-Beginn (Haupt- und Nebendiagnosen)

		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
Anzahl der Diagnosen	1	3 (25%)	11 (55%)	14 (43,7%)
	2	4 (33%)	5 (25%)	9 (28,1%)
	3	4 (33%)	2 (10%)	6 (18,8%)
	4	1 ( 9%)	1 ( 5%)	2 ( 6,3%)
	5	0	1	1 ( 3,1%)
Gültige N		12 (100%)	20 (100%)	32 (100%)

Unter den Klientinnen und Klienten, die an einer affektiven Störung (F3) litten, erfüllte eine Klientin (3,1%) die Diagnosekriterien für eine Bipolare Störung (F31.4). Unter den Klientinnen und Klienten mit F4-Diagnosen befanden sich 4 (12,5%), welche die Diagnosekriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung erfüllten. Zudem wurden eine Zwangsstörung, eine Soziale Phobie und einmal eine Panikstörung vergeben.

Tab. 6.3.1.3: Haupt- und Nebendiagnosen (Mehrfachnennungen, deshalb Summe der %-Zahlen &gt;100)

		Gesamt N =32	Frauen N = 12	Männer N = 20
<b>F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen</b>	N	0	0	0
	%	0%	0%	0%
<b>F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</b>	N	16	4	12
	%	50%	33,3%	70,6%
<b>F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen</b>	N	15	4	11
	%	46,9%	33,3%	55%
<b>F3 Affektive Störungen</b>	N	15	8	7
	%	56,9%	66,7%	35%
<b>F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>	N	7	4	3
	%	21,9%	33,33%	15%
<b>F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren</b>	N	0	0	0
	%	0%	0%	0%
<b>F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</b>	N	4	2	2
	%	12%	16,7%	10%
<b>F7 Intelligenzminderung</b>	N	1	1	0
	%	3,1%	8,3%	0%
<b>F8 Entwicklungsstörungen</b>	N	0	0	0
	%	0%	0%	0%
<b>F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</b>	N	1	1	0
	%	3,1%	8,3%	0%

16 (50%) Klientinnen und Klienten litten zum Untersuchungszeitpunkt unter einer psychischen Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen, 3 (9,4%) unter ihnen litten sowohl unter dem schädlichen Gebrauch von Alkohol (Diagnose F10.1) als auch unter dem schädlichen Gebrauch von Cannabinoiden (F12.1). Wobei bei allen Klienten bereits vor dem Konsum der Suchtmittel eine psychische Störung vorlag. Daher wurden die genannten Störungen nicht als Haupt-, sondern als komorbide Nebendiagnosen vergeben. Von den vergebenen Verhaltensstörungen durch Alkoholkonsum erfüllten 4 (12,5%) die Diagnosekriterien für eine Alkoholabhängigkeit (F10.2) und weitere 8 (25%) die Diagnosekriterien für einen schädlichen Gebrauch (F10.1). Ein Klient litt unter der Abhängigkeit von Opioiden. Beim Konsum von Cannabis und weiteren Substanzen handelte es sich um einen schädlichen Gebrauch dieser Stoffe. So kann also bei 5 (15,6%) der Klientinnen und Klienten von einer Chronifizierung der Abhängigkeit ausgegangen werden. Weitere 34,4% sind gefährdet, eine chronische Abhängigkeit zu entwickeln.

**Tab. 6.3.1.4: ICD-10 Diagnosegruppe F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Mehrfachnennungen möglich)**

		Lebenszeit-Prävalenz			U – Zeitpunkt		
		Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
N		32	12	20	32	12	20
F10 Alkohol	N	17	6	11	12	3	9
	%	53,1%	50%	55%	37,5%	25%	45%
F11 Opioide	N	2	1	1	1	0	1
	%	6,25%	8,3%	5%	3,1%	0%	5%
F12 Cannabinoide	N	8	3	5	5	1	4
	%	25%	25%	20%	15,6%	8,3%	20%
F19 Multipler Substanzgebrauch	N	2	1	1	1	1	0
	%	6,25%	8,3%	5%	3,1%	8,3%	0%
F1 Gesamt		21	7	14	16	4	12
		65,6%	58,3%	70%	50%	33,3	60%

Insgesamt gaben 21 Klientinnen und Klienten (65,6%; N=32) an, mindestens einmal im Leben eine illegale Droge probiert zu haben, 11 Klientinnen und Klienten (34,4%) verneinten dies.

Bei der Frage nach dem schädlichen Konsum von Suchtstoffen insgesamt war der Gebrauch von Alkohol und die Abhängigkeit davon die am häufigsten auftretende F1-Diagnose, gefolgt vom Konsum von Cannabinoiden. Bei der Lebenszeitprävalenz gab es 8 Personen, die mehr als eine Substanz konsumierten. Insgesamt litten 21 Personen (65,6%) im Verlauf ihres Lebens an einem schädlichen Gebrauch oder an der Abhängigkeit von Suchtmitteln (Alkohol miteingeschlossen). Zum Untersuchungszeitpunkt waren 16 Personen, davon vier Frauen und 12 Männer von einem schädlichen Gebrauch oder einer Abhängigkeit betroffen.

Anmerkung zum Nikotinkonsum: 25 (78,1%) der Klientinnen und Klienten (8 der 12 Frauen, 66,7% und 17 der 32 Männer, 85%) gaben an, regelmäßig Nikotin zu konsumieren, 7 (21,9%) waren Nichtraucher (4 Frauen, 3 Männer).

### 6.3.2 Frühkindliche Belastungen

Der ACE-Fragebogen (Schäfer, Wingenfeld, Spitzer, 2010) erfasst frühkindliche Belastungen, Traumatisierungen, Vernachlässigung und Gewalt vor dem 18. Lebensjahr und besteht aus zehn Items (Ja / Nein - Antworten). Die Tabelle 6.3.2.1 zeigt eine Auswahl der Items aus der Liste und deren Häufigkeiten. Dreiviertel der Untersuchten berichteten von einem emotionalen Missbrauch, zwei Drittel hatten körperliche Gewalt erlitten und mehr als einem Viertel war ein sexueller Missbrauch widerfahren. Ein weiteres Viertel schilderte den Substanzmissbrauch eines Elternteils, mehr als ein Viertel berichtete von Gewalttätigkeiten gegenüber der



Mutter und ein Drittel lebte mit einem psychisch erkrankten Angehörigen in der Familie zusammen. Diese Zahlen lassen erkennen, dass ein Großteil der Untersuchten erheblichen Stressfaktoren während der Kindheit und Jugend ausgesetzt war.

**Tab. 6.3.2.1: Frühkindliche Belastungen der Klientinnen und Klienten (ACE-Fragebogen)**

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
<b>Emotionaler Missbrauch</b>	Ja=21	75%	Ja=10	83,3%	Ja=11	68,8
	Nein=7	25%	Nein=2	16,7%	Nein=5	31,3%
<b>Körperliche Misshandlung</b>	Ja=18	64,3%	Ja=10	83,3%	Ja=8	50%
	Nein=10	35,7%	Nein=2	16,7%	Nein=8	50%
<b>Sexueller Missbrauch</b>	Ja=8	28,6%	Ja=4	33,3%	Ja=4	25%
	20=Nein	71,4%	Nein=8	66,7%	Nein=12	75%
<b>Häusliche Gewalt gegen die Mutter</b>	Ja=8	28,6%	Ja=3	25%	Ja= 5	31,3%
	Nein=20	71,4%	Nein=9	75%	Nein=11	68,8%
<b>Substanz Probleme der Eltern</b>	Ja 6	21,5%	Ja=3	25%	Ja=3	18,8%
	Nein=22	78,6%	Nein=9	75%	Nein=13	81,3%
<b>Psychische Erkrankung eines Haushaltsmitglieds</b>	Ja=10	35,7%	Ja=6	50%	Ja=4	25%
	N=18	64,3%	Nein=6	50%	Nein=12	75%
<b>N</b>	28	100%	12	100%	16	100%

### 6.3.3 Krankheitsvorgeschichte

Bei Beginn der Erkrankung waren die Klientinnen und Klienten der Clearingeinrichtung im Schnitt 29,2 Jahre alt. Zu Beginn der Wohnungslosigkeit betrug das Alter der Klientinnen und Klienten im Mittel 38,2 Jahre. 17 Klientinnen und Klienten (43,3%) gaben an, schon in der Kindheit verhaltensauffällig gewesen zu sein (N=30). Allerdings waren nur 41,4% (7 von 17) in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen während der Kindheit.

Bemerkenswert erscheint die kürzere Zeitspanne zwischen Beginn der Erkrankung und dem Einsetzen der späteren Wohnungslosigkeit bei den Männern mit 7,5 im Vergleich zu den Frauen mit 11,5 Jahren. Offensichtlich können sich Frauen trotz Erkrankung länger „über Wasser halten“ als Männer. Erstaunlich auch die Tatsache, dass die bisher nur ambulante Hilfe beanspruchenden Probanden (3 Frauen und 4 Männer) das Alter ihrer Ersterkrankung mit 35,3 Jahren (Frauen: 29,7; Männer: 39,5) angaben, während dieses bei den Untersuchten mit stationärer Behandlung (9 Frauen, 16 Männer) mit 27,5 Jahren um fast 8 Jahre niedriger lag; allerdings deutlicher Unterschied zwischen den Frauen mit 32,2 und den Männern mit 24,8 Jahren. D. h. vermutlich, dass v.a. bei männlichen Probanden mit einer stationären Behandlung das Schicksal der späteren Wohnungslosigkeit ganz überwiegend ihrer seeli-

schen Erkrankung geschuldet ist während es bei den nicht so akut und nicht so rasch Erkrankten zusätzlich weiterer negativer Liveevents bedurfte, die sie dann an den Rand ihrer Bewältigungsmöglichkeiten brachten mit Abgleiten in die Wohnungslosigkeit.

**Tab.: 6.3.3.1: Alter bei Krankheitsbeginn, Vorbehandlungen und Beginn der Wohnungslosigkeit**

Behandlung und Beginn der Wohnungslosigkeit	Alter (Mittelwert + Standardabweichung)		
	Gesamt	Frauen	Männer
Alter bei Krankheitsbeginn (Gesamt)	N=32; M=29,2 (SD=10,4)	N=12; M=31,5, (SD=11,3)	N=20; M=27,8 (SD=9,8)
Alter bei Krankheitsbeginn, Personen mit stationärem Aufenthalt im Krankheitsverlauf	N=25; M=27,5 (SD=10,0)	N=9; M=32,2 SD (11,6)	N=16; M=24,8 (SD=8,1)
Alter bei Krankheitsbeginn, Personen ohne stationären Aufenthalt im Krankheitsverlauf	N=7; M=35,3 (SD=10,4)	N=3; M=29,7 (SD=12,6)	N=4; M=39,5 (SD=7,3)
Alter bei erster ambulanter psychiatrischer/therapeutischer Behandlung	N=32; M=29,4 (SD=10,5)	N=12; M= 31,6 (SD=11,6)	N=20; M=28,1 (SD=9,7)
Alter bei erster stationärer Behandlung	N= 25; M=28,4 (SD=10,8)	N= 9; M=33,9 (SD=12,3)	N=16; M=25,3 (SD=8,3) *
Alter bei Beginn der Wohnungslosigkeit (Gesamt)	N=32; M=38,2 (SD=10,8)	N=12; M=43,0 (SD=11,1)	N=20; M=35,3 (SD= 9,7)
Alter bei Beginn der Wohnungslosigkeit, mit stationärem Aufenthalt im Krankheitsverlauf	N=25; M=37,5 (SD=11,8)	N=9, M=43,8 (SD=12,8)	N=16; M=33,9 (SD=9,9)
Alter bei Beginn der Wohnungslosigkeit, ohne stationären Aufenthalt im Krankheitsverlauf	N=7; M=40,7 (SD=6,2)	N=3, M=40,33 (SD=3,1)	N=4; M=41,0 (SD=7,0)

\* Das Alter bei der ersten stationären Behandlung ist bei den 16 Männern mit 25,3 Jahren jünger als bei allen 20 zu Beginn der Erkrankung mit 27,8 Jahren. Das rührt daher, dass die 4 bisher nur ambulant Behandelten ihre Ersterkrankung relativ spät mit 39,5 Jahren erlitten. Bei den 16 Männern mit stationärer Behandlung waren das Ersterkrankungsalter und die Erstbehandlung nahezu identisch.

### Stationäre Behandlungen, Zwangsmaßnahmen und Suizidversuche in der VG

25 von 32 Personen (78,1%) waren während des Krankheitsverlaufes bereits in stationärer Behandlung gewesen. Dabei betrug der Mittelwert der Anzahl der stationären Aufenthalte 5,1 (N=32; SD=9,5; Streubreite 0-50). In ambulanter psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren im Verlauf der Lebensspanne bereits alle Klienten gewesen. 25 Klienten (86,2%; N=29) gaben an, schon mehrfach unter Suizidgedanken gelitten zu haben. 10 Klientinnen und Klienten (34,5%; N=29) gaben an, schon mindestens einen Suizidversuch unternommen zu haben. 10 Klientinnen und Klienten (34,5%) berichteten von einer Zwangsbehandlung im stationären Bereich. Bei der überwiegenden Mehrzahl (8 von 10 Fällen; 80%) geschah dies aufgrund einer akuten Selbstgefährdung. Zwei Personen gaben an, sowohl wegen einer akuten Selbst- als auch Fremdgefährdung zwangsbehandelt worden zu sein.

### 6.3.4 Persönlichkeitsprofil

Nach den Diagnosekriterien DSM IV der APA (American Psychiatric Association) können die Persönlichkeitsstörungen (PS) in drei Cluster eingeteilt werden:

Cluster A (sonderbar, exzentrisch): Paranoide PS, schizoide PS, schizotypische PS

Cluster B (dramatisch, emotional, launisch): Antisoziale PS, Borderline-PS, histrionische PS, narzisstische PS

Cluster C (ängstlich, furchtsam): Ängstlich-vermeidende (selbstunsichere) PS, dependente (abhängige) PS, zwanghafte (anankastische) PS

Zum U-Zeitpunkt wurde 3-mal eine Diagnose aus dem Bereich der Cluster B Störungen („antisoziale“ Persönlichkeitsstörungen) vergeben: Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline Typs, die Histrionische Persönlichkeitsstörung und die Narzisstische Persönlichkeitsstörung. Eine weitere Klientin erfüllte die Kriterien für eine dependente Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster C (selbstunsichere Störungen). Eine Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster A („schizoid“) wurde nicht vergeben. Neben der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik wurden auch die „Big Five“- Persönlichkeitsmerkmale nach Amelang & Bartsch (2001) erfasst. Die hiermit erhobenen Persönlichkeitsmerkmale sind: Extraversion, Neurotizismus, Offenheit, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit. Hierfür wurde ein vom GESIS (Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften) entwickeltes Screening Instrument eingesetzt (Rammstedt et al., 2014). Die Klientinnen und Klienten bewerten 10 Aussagen von „1 trifft überhaupt nicht zu“ bis „5 trifft voll und ganz zu“. Hier ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Der Wert für Neurotizismus war besonders hoch ausgeprägt ( $M=4,1$ ;  $SD=0,7$ ). Dies bedeutet, dass die Rate an Persönlichkeitsstörungen mit 12% im Vergleich zur Normalbevölkerung nicht erhöht ist, dort beträgt die Rate etwa 10% (Fiedler, Herpetz, 2016), dass aber doch ein Großteil von ihnen erhebliche Zeichen einer erhöhten Vulnerabilität und Instabilität erkennen lässt.

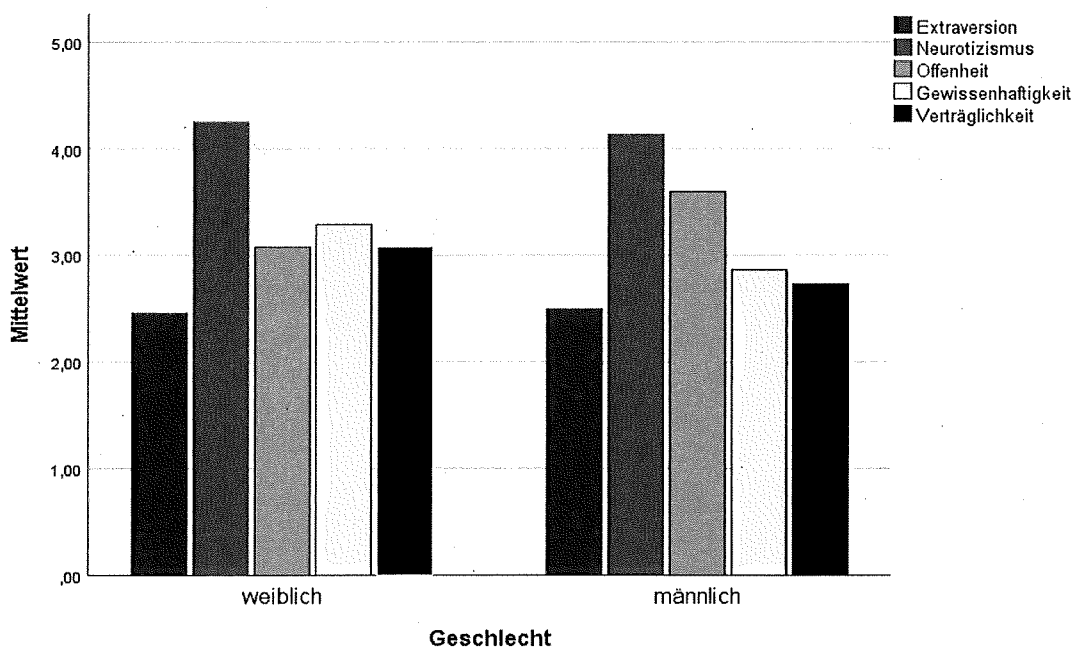


Abb. 6.3.4.1: Mittelwert BFI-10 „Big Five“ Persönlichkeitsmerkmale (n=27)

### 6.3.5 Psychopathologische Befunde (Selbst- und Fremdbeurteilung)

Das AMDP-Instrument ist international anerkannt zur Dokumentation des psychopathologischen Befundes (Ar-Ge für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP, 1982).

Tab. 6.3.5.1: Psychopathologische Symptome in Anlehnung an das AMDP-System

Psychopathologische Auffälligkeiten*	Gesamt		Frauen		Männer	
	N=30	%	N=12	%	N=18	%
Vernachlässigtes äußeres Erscheinungsbild	11	36,7%	4	33,3%	7	38,9%
Alkoholgeruch ex ore	4	12,5%	2	16,7%	2	11,1%
Bewusstsein und Orientierung	0	0%	0	0%	0	0%
Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis	11	36,7%	5	41,7%	6	33,3%
Antrieb, Psychomotorik	20	66,7%	11	91,7%	9	50%
Formales Denken	10	33,3%	3	25%	7	38,9%
Inhaltliches Denken, Wahn	8	26,7%	3	25%	5	27,8%
Sinnestäuschungen	7	23,3%	1	8,3%	6	33,3%
Ich-Störungen	9	30,0%	2	16,7%	7	38,9%
Stimmung, Affekt	27	90,0%	12	100%	15	83,3%
Befürchtungen, Zwänge	3	10,0%	3	25,0%	0	0%
Schlafstörungen	24	80,0%	11	91,7%	13	72,2%
Appetitstörung	21	70,0%	9	75%	12	66,7%
Suizidalität	2	6,7%	1	8,3%	1	5,5%

\* AMDP-System: Wertung der Symptome nur bei eindeutigem Krankheitscharakter (>2)

In Anlehnung daran wurden auch die psychopathologischen Auffälligkeiten bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der Clearingeinrichtung dokumentiert. Hierbei wurden nur auffällige Symptome gewertet mit eindeutigem Krankheitscharakter (>2). Am häufigsten litten die Klientinnen und Klienten an einer Störung der Affektivität, alle 12 Frauen (100%) und auch 15 der 18 Männer (83%). Bei zwei Klienten war die Erhebung des psychopathologischen Befundes nicht möglich. Besonders erhöht waren auch Appetit- (24 Personen: 80%) und Schlafstörungen (21 Personen: 70%).

### Depressive Symptome der Studienteilnehmerinnen und -Teilnehmer

Das Becks Depressions-Inventar-II wurde eingesetzt, um depressive Symptome bei den Klientinnen und Klienten der Clearingeinrichtung zu erfassen (vgl. Tabelle 6.3.5.2).

Tab. 6.3.5.2: Ergebnisse des BDI II

BDI Häufigkeiten	Geschlecht		
	weiblich	männlich	Gesamt
keine Depression (0-8)	0	2	2
leichte Depression (14-19)	1	3	4
mittlere Depression (20- 28)	3	5	8
schwere Depression (29-63)	8	6	14
	M=32,33 (SD=8,1)	M=22,4 (SD=11,1)	M=26,7 (SD =10,9)
Gesamt	12	16	28

Hierbei ergab sich ein signifikanter Mittelwerts-Unterschied zwischen den Männern und Frauen der Einrichtung,  $F(1,26) = 6,8$ ;  $p < 0.05$ . Das bedeutet, die Frauen litten unter schwereren depressiven Symptomen als die Männer.

### Werte der Beschwerden-Liste (BL)

Die BL misst die subjektive körperliche Belastung anhand einer Liste von Stress-Symptomen, z. B.: „Kloßgefühl im Hals, Schwächegefühl, starkes Schwitzen“, etc. (insgesamt 24 Items). Der Punkterange reicht von 0: „keine Beschwerden“ bis 72: „extrem starke körperliche Beschwerden“. Hier betrug der Mittelwert 25,8 (SD=9,7). Der Mittelwert des Prozentranges betrug 81,3%; d.h. mit einer derartigen Ausprägung der Belastungssymptome zählen diese Klientinnen und Klienten zum kränksten Fünftel der Allgemeinbevölkerung, ihre Werte liegen im Mittel weit über dem Schnitt der jeweiligen Altersgruppen.

### Schwere der Erkrankung (CGI) und Funktionsniveau (GAF)

Die CGI-Skala (Clinical Global Impression, Klinischer Gesamteindruck) misst den Schweregrad der psychischen Erkrankung von 0: „gesund“ bis 7: „unter den extrem schwer Kranken“. Der Mittelwert der Gesamtstichprobe betrug bei Beginn der Untersuchung  $M = 4,5$  (SD=0,76). Es ergab sich kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen Männern und Frauen, ( $F(1,29)=0,08$ ;  $p=0,98$ ). Der CGI wurde jeweils während der medizinischen Untersuchung und der psychiatrischen/ psychologischen Untersuchung bestimmt. Es zeigte sich ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen den Bewertungen. Cohen's Kappa ( $\kappa$ ) betrug 0,69, was einer guten Interrater-Reliabilität entspricht (Altman, 1991).

GAF: Die GAF-Skala wird eingesetzt um das Globale Funktionsniveau von psychisch erkrankten Menschen einzuschätzen. Sie reicht von dem Wert 1: „Extrem stark eingeschränktes Funktionsniveau“ bis 100: „Hohes Funktionsniveau“ (z. B: 100: Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum; 50: ernste Symptome, z. B. Suizidgedanken; 10: ständige Selbstgefährdung). Der GAF-Wert für die Klientinnen und Klienten der Implerstraße betrug im Mittel 57,0 (SD=9). Auch hier lag kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen Frauen und Männern vor ( $F: 1,29=0,95$ ;  $p=0,34$ ). Auch für diesen Wert konnte die Interrater-Reliabilität bestimmt werden, da er sowohl während der medizinisch-psychiatrischen als

auch der psychologischen Untersuchung erhoben wurde. Hier betrug die Cohens Kappa 0,59, dies entspricht noch einer guten Übereinstimmung (Altman, 1991).

### **Krankheitseinsicht nach Amador, Compliance und Medikation**

Laut Einteilung der Krankheitseinsicht nach Amador (2009) waren nur 3 (9%; N=31) Klientinnen und Klienten äußerst krankheitsuneinsichtig, 11 (35%; N=31) „etwas krankheitseinsichtig“ und 17 (54,8%; N=31) „ausgesprochen krankheitseinsichtig“. Entsprechend gut waren auch die Compliance-Werte (Pitschel-Walz, Bäuml, 1997). 69% der hierzu Untersuchten (20 von 29) wurde eine „gute bis sehr gute“ Compliance bescheinigt. Ein ähnlich großer Anteil von 62% (18 von 29) nahm regelmäßig Psychopharmaka ein, lediglich bei 6,9% (2 von 29) wurde von einer unregelmäßigen Einnahme der Medikation bzw. Bedarfsmedikation berichtet.

### **6.3.6 Kognitive Leistungsfähigkeit**

Der Mini- Mental Status Test, MMST (Kessler, Denzler, Markowitsch, 1990) ist ein Screening-Test zur Erfassung des kognitiven Funktionsniveaus und von Demenz. Es können maximal 30 Punkte erreicht werden. Hier betrug der Mittelwert der Klientinnen und Klienten der Implerstraße  $M=28,89$  ( $SD=1,8$ ). Dies entspricht einem unbedenklichen Wert (Streubreite 24-30). Dabei erzielten 4 Klientinnen und Klienten einen Wert unter 27, dies ist ein leicht auffälliger Wert (Verdacht auf leichte Demenz).

### **IQ Screening Test**

Der IQ Screening Test RiAS ergab einen Mittelwert des Gesamt IQ von  $M=94,4$  ( $SD=11,9$ ), des verbalen IQ von  $M=94,4$  ( $SD=11,5$ ) und des nonverbalen von  $M=94,3$  ( $SD=13,7$ ). Es ergaben sich hierbei signifikant unterschiedliche Messwerte bei der Ermittlung der Gesamintelligenz zwischen den Geschlechtern. Der ermittelte Wert für den Gesamt-IQ betrug bei den Männern 94,4, bei den Frauen lag dieser Parameter bei 88,7;  $F(1,25) = 5,9$ ;  $p < 0,05$ . Die Gründe hierfür konnten nicht genauer geklärt werden, ein Zusammenhang mit frühkindlichen Beschulungsdefiziten, eingeschränkten Deutschkenntnissen und dem aktuellen Ausmaß der psychischen Erkrankung ist aber naheliegend (vgl. Tab. 6.3.6.1).

Bei der Testung der verbalen Intelligenz durch den RiAS haben Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell Nachteile (Hagmann-von Arx & Reynolds 2014). Dieser Nachteil besteht nicht bei der nonverbalen Testung, da hier mit bildlichen Darstellungen und einfach zu verstehenden Instruktionen gearbeitet wird. Beim Vergleich der Menschen mit Migrationshintergrund zu den Bewohnerinnen und Bewohnern deutscher Herkunft ergab sich kein signifikanter Mittelwerts-Unterschied für die Bereiche verbale Intelligenz ( $F(1,25) = 0,3$ ;  $p = 0,6$ ) nonverbale Intelligenz ( $F(1,25) = 0,9$ ;  $p = 0,3$ ) und Gesamintelligenz ( $F(1,25) = 0,1$ ;  $p = 0,8$ ) (vgl. Tab. 6.3.6.1).

### **Lese Test LEO APP**

Nach den Kriterien des LEO APP Tests erfüllten 4 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (14,8%; N=27) die Kriterien für einen funktionellen Analphabetismus im Deutschen (Alpha Level 2-3), d.h. lediglich einzelne Buchstaben und Wörter wurden erkannt. 2 (7,4%) Personen, deren

Muttersprache nicht Deutsch war, gaben an, in ihrer Landessprache lesen zu können, sodass bei 2 (7,4%) Personen die mangelnde Lesefähigkeit auf schulische Schwierigkeiten zurück zu führen ist.

**Tab. 6.3.6.1: IQ Screening Test**

Geschlecht		IQ – verbal	IQ - nonverbal	IQ - Gesamt
weiblich	Mittelwert	88,6	89,5	88,7
	N	12	12	12
	SD	10,9	11,1	10,4
männlich	Mittelwert	99,1	98,1	98,9
	N	15	15	15
	SD	10,0	14,6	11,3
gesamt	Mittelwert	94,4	94,3	94,4
	N	27	27	27
	SD	11,5	13,7	11,9

Bei der Testung der verbalen Intelligenz haben Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell Nachteile (Hagmann-von Arx & Reynolds 2014). Dieser Nachteil besteht nicht bei der aktuell verwendeten nonverbalen Testung, da hier mit bildlichen Darstellungen und einfachen Instruktionen gearbeitet wird.

### 6.3.7 Ergebnisse der somatischen Untersuchung

17 Klienten gaben an bereits einen Unfall mit Bewusstlosigkeit erlebt zu haben. Knapp über die Hälfte hatte bereits eine Fraktur erlitten (53%; 15 von 28). Keiner der befragten Klientinnen und Klienten hatte eine Amputation erlebt.

**Tab. 6.3.7.1: Frakturen und Schädelhirntrauma in der Vorgeschichte**

	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
Schädel-Hirn-Trauma (anamnestisch bekannt) (Gesamt N=28; Frauen N= 12; Männer N=16)	17	60,7%	8	66,7%	9	56,3%
Frakturen (anamnestisch bekannt) (Gesamt N=28; Frauen N= 12; Männer N=16)	15	53,6%	5	41,7%	10	62,5%

Tab. 6.3.7.2: Internistische Befunde

	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
Aktueller Nikotinkonsum (N=32)	25	78,1%	8	66,7%	17	85%
Adipositas (BMI $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ) (Gesamt N=27; Frauen N=11; Männer N=16)	7	27,0%	4	36,4%	3	18,8%
Untergewicht (BMI < 18 kg/m <sup>2</sup> ) (Gesamt N=27, Frauen N=10, Männer N=16)	5	18,5%	2	18,2%	3	18,8%
Hypertone Messwerte (RR $\geq 140/90$ mmHg) (Gesamt N=24, Frauen N=10, Männer N= 14)	5	20,8%	2	20%	3	21,4%
Hypertonus (anamnestisch bekannt) (Gesamt N=26; Frauen N=11; Männer N=15)	3	11,5%	1	9%	2	13,3%
Lungenerkrankungen (anamnestisch bekannt) (Gesamt N=28; Frauen N=12; Männer N=16)	6	21,4%	5	41,6%	1	6,3%
Diabetes mellitus (anamnestisch bekannt) (Gesamt N=24; Frauen N=10; Männer N= 14)	2	8,3%	1	10%	1	7,1%
Krebserkrankungen (anamnestisch bekannt) (Gesamt N=28; Frauen N=12; Männer N=16)	1	3,1%	1	8,3%	0	0%
Herzinfarkte (anamnestisch bekannt) (Gesamt N=28; Frauen N=12; Männer N=16)	1	3,6%	0	0%	1	6,3%
Operationen (anamnestisch bekannt) (Gesamt N=28; Frauen N=12; Männer N=16)	24	85,7%	10	83,3%	14	87,5%
Sexuell übertragb. Krankheiten (anamn. bekannt) (Gesamt N=28; Frauen N=12; Männer N=16)	4	14,3%	1	8,3%	3	18,3%

7 (27%) Klientinnen und Klienten erfüllten die Diagnosekriterien für Adipositas (BMI  $\geq 30$ ). 5 weitere (18,5%) waren übergewichtig (BMI  $\geq$  über 25) und 5 (18,5%) waren untergewichtig (BMI < 18). Bei 11 Klientinnen und Klienten lag das Gewicht im Normbereich 40,7% (N=27).

### Behandlungsbedarf

83,3% der Untersuchten (20 von 24) äußerten am Tag der Medizinischen Untersuchung somatische Beschwerden. Insgesamt zeigte sich ein hoher psychiatrischer und somatischer Behandlungsbedarf (siehe Übersichtstabelle 6.3.7.3). Der Behandlungsbedarf wurde bei allen untersuchten Bewohnerinnen und Bewohner jeweils individuell vom Ärztlichen Untersuchungsleiter eingeschätzt. Hierbei wurde in erster Linie auf die aktuell erhobenen Befunde auf internistischem, neurologischem, zahnmedizinischem und vor allem psychiatrischem Sektor Bezug genommen. Aufgrund der Zustimmung aller hier einbezogenen Probandinnen



und Probanden, die Aufzeichnungen des Multiprofessionellen Behandlungsteams in pseudonymisierter Form einbeziehen zu dürfen, wurden deren aktuelle Beobachtungen und Rückmeldungen mit berücksichtigt. Insbesondere wurden hierbei der subjektive Leidensdruck und der geäußerte Wunsch nach Abklärung bzw. Behandlung der Beschwerden berücksichtigt sowie die aus der langjährigen Expertise des Untersuchers resultierende ärztlich-pragmatische Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit gemäß dem Prinzip der GCP (Good clinical practice).

Als „dringend“ wurde eingeschätzt, wenn bei ausbleibender diagnostischer Abklärung bzw. Nicht-Einleitung einer akut indizierten Behandlung eine Verschlechterung des aktuellen Gesundheitszustandes bzw. eine Fortdauer des aktuellen Leidenszustandes zu befürchten war. „Grenzwertig“ wurden jene gesundheitlichen Konstellationen kategorisiert, bei denen eine Indikation für eine diagnostische Abklärung und/oder Einleitung einer Behandlung vorlag, ohne dass bei Aufschub eine unmittelbare Verschlechterung zu befürchten gewesen wäre.

**Tab. 6.3.7.3: Allgemeiner Behandlungsbedarf**

Behandlungsbedarf		keiner	grenzwertig	dringend	N
<b>Internistisch-somatisch</b>	Gesamt	6 (22,2%)	6 (22,2%)	15 (55,6%)	27 (100%)
	Frauen	2 (18,2%)	3 (27,3%)	6 (54,5%)	11 (100%)
	Männer	4 (25,0%)	3 (18,8%)	9 (56,2%)	16 (100%)
<b>neurologisch</b>	Gesamt	10 (40,0%)	4 (16,0%)	11 (44,0%)	25 (100%)
	Frauen	3 (30,0%)	2 (20,0%)	5 (50,0%)	10 (100%)
	Männer	7 (46,7%)	2 (13,3%)	6 (40,0%)	15 (100%)
<b>Zähne</b>	Gesamt	9 (33,3%)	10 (37,1%)	8 (29,6%)	27 (100%)
	Frauen	5 (45,4%)	1 (9,2%)	5 (45,4%)	11 (100%)
	Männer	4 (25,0%)	9 (56,2%)	3 (18,8%)	16 (100%)
<b>Psychiatrisch</b>	Gesamt	0 (0%)	9 (28,1%)	23 (71,9%)	32 (100%)
	Frauen	0 (0%)	3 (25,0%)	9 (75,0%)	12 (100%)
	Männer	0 (0%)	6 (30,0%)	14 (70,0%)	20 (100%)

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass zwischen Frauen und Männern in der Dringlichkeit der Behandlungsbedürftigkeit bis auf den Zahnbereich keine wesentlichen Unterschiede bestanden. Über 50% in beiden Geschlechtergruppen hatten einen dringenden internistischen Abklärungs- bzw. Behandlungsbedarf, ein ähnliches Ausmaß hatte auch das neurologische Krankheitsgeschehen. Bei der Zahnsanierung war allerdings bei den Frauen der akute Behandlungsbedarf mit etwa 45% mehr als doppelt so hoch als bei den Männern! Und ein psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsbedarf war in beiden Geschlechtergruppen gleichermaßen bei etwa dreiviertel der Untersuchten festzustellen.

### 6.3.8 Fazit: Klinische Daten

Die Mehrzahl, nämlich 30 der 32 Bewohnerinnen und Bewohner (93,8%), gaben an, bereits vor dem Eintritt der Wohnungslosigkeit psychisch erkrankt gewesen zu sein, sodass die psychische Erkrankung ganz wesentlich zur Wohnungslosigkeit beigetragen haben dürfte. Die Latenz zwischen Beginn der psychischen Erkrankung und Eintritt der Wohnungslosigkeit betrug im Schnitt 9 Jahre. Häufig wurde aber berichtet, dass es den Klientinnen und Klienten z. B. bei drohender Kündigung durch die Vermieter nicht möglich war, die vorhandenen Unterstützungsangebote zur Abwendung der Kündigung und damit auch der mittelfristigen Vermeidung der Wohnungslosigkeit rechtzeitig in Anspruch zu nehmen.

Die somatischen und psychiatrischen Untersuchungen ergaben, dass bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der Clearingeinrichtung zum Untersuchungszeitpunkt mit 71,9% bei fast Dreiviertel ein dringender psychiatrischer und mit 55,6% bei über der Hälfte auch ein dringender somatischer Behandlungsbedarf vorlag. Die hohen Werte auf der Beschwerdeliste weisen auf einen erheblichen Grad an Somatisierung hin, was möglicherweise auch ein Grund für die hohe subjektive Belastung in Form von unspezifischen körperlichen Beschwerden, insbesondere in Gestalt von Schmerzen, sein könnte. In der Beschwerdeliste lagen die Untersuchten im Schnitt weit über der Normalbevölkerung. Ebenso war die Zahl von Klientinnen und Klienten mit Schlaf- (80%) und Appetitstörungen (70%) ausgesprochen hoch, die Vergleichswerte in der Normalbevölkerung liegen hier um die 10 – 15% (Gesundheitssurvey, Wittchen et al, 2015).

Der Mittelwert des BDI mit 26,7 entspricht einer mittelgradigen depressiven Episode und verdeutlicht die hohe affektive Belastung der Klientinnen und Klienten. Dies zeigt sich auch bei der Selbsteinschätzung bezüglich des Umgangs mit Stress und Belastungen, die sich in hohen Neurotizismus-Scores niederschlagen.

Eine hohe Anzahl von 64,3% (18 von 28) der befragten Klientinnen und Klienten schilderte körperliche und 28,6% (8 von 28) sexuelle Gewalt in der Familie erlebt zu haben. Darunter waren auch 5 Klientinnen und Klienten, die sowohl von massiven körperlichen als auch sexuellen Gewalterfahrungen vor dem 18. Lebensjahr berichteten. Dies weist darauf hin, dass viele von ihnen in einem sehr problematischen Umfeld aufwuchsen, in dem der Aufbau einer sicheren Bindung erheblich erschwert war. Dies führt bekanntermaßen dann häufig im Erwachsenenalter zu interaktionellen Schwierigkeiten beim Umgang mit anderen Menschen (Ainsworth, Bowlby, 1991).

Die 16 (50%; N=32) Klientinnen und Klienten, bei denen der schädliche Gebrauch oder die Abhängigkeit von Suchtmitteln vorlag, schilderten alle, bereits vor Beginn des Drogenkonsums unter psychischen Symptomen gelitten zu haben, die den Diagnosekriterien einer psychischen Störung entsprachen. So spricht vieles dafür, dass das Konsumverhalten eine Art „Selbstmedikationsversuch“ darstellte (Selbstmedikationshypothese von Khantzian, 1997).

## 6.4 Betreuungsverlauf in der Clearingeinrichtung

### 6.4.1 Unterstützungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner

Die Wochendokumentation zeigt einen hohen Unterstützungsbedarf der Klientinnen und Klienten. Der Betreuungsverlauf wurde von Januar bis November 2019 dokumentiert. Aus da-

tenschutzrechtlichen Gründen wurde mit der Dokumentation stets erst nach der Unterzeichnung der Einverständniserklärung begonnen. Die Dokumentation erfasste die wöchentlichen Gespräche mit den Bezugsbetreuerinnen und Betreuern. Der Zeitraum, in dem die Daten erhoben wurden betrug pro Klient minimal 1 Woche und maximal 44 Wochen ( $M = 8,8$  Wochen,  $SD=9,7$ ). Von 290 geplanten Gesprächen wurden 150 Termine tatsächlich durchgeführt, d.h. fast die Hälfte der Gesprächsangebote (48,3%) wurde von den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht wahrgenommen. Bei Terminen, die zustande kamen, wurde die Mitarbeit der Bewohnerinnen und Bewohner durch die Bezugsbetreuerinnen und Betreuer überwiegend mit „sehr gut“ bis „gut“ bewertet (in 65,3% der Gespräche, vgl. Tab. 6.4.2.1). Wichtige Themen, welche in den 150 Terminen besprochen wurden waren: psychische Gesundheit (in 62% der Gespräche genannt), Behördenangelegenheiten (in 46,7% der Gespräche genannt), somatische Gesundheit (in 40,7% der Gespräche genannt), finanzielle Schwierigkeiten (in 32,7 % der Gespräche genannt) und Konflikte mit anderen Klientinnen und Klienten (in 20 % der Gespräche genannt) (vgl. Tab. 6.4.1.3). Da Mehrfachantworten möglich waren ergibt die Summe der Themen mehr als 100%. Insgesamt führten die Bezugsbetreuer und Bezugsbetreuerinnen im Untersuchungsverlauf 30 Krisengespräche durch, die in der Wochendokumentation festgehalten wurden. Diese wurden mit 25,4% bei den Frauen fast doppelt so oft beansprucht als bei den Männern mit 16,8%. Häufiger kam es zu kurzen ungeplanten Kontakten, wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner sich in einer Notlage befand, diese konnten nicht allesamt dokumentiert werden. Der häufigste Grund für Krisengespräche waren Konflikte mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern (73,3% der Krisengespräche).

**Tab 6.4.1.1: Anzahl der dokumentierten durchgeführten Gespräche**

Dokumentierte Gespräche N und %	Gesamt (N=32)		Frauen (N=12)		Männer (N=20)	
	N	%	N	%	N	%
Geplante Gespräche	290	100%	103	100%	187	100%
- Stattgefundene Gespräche	150	51,7%	55	53,4%	95	50,8%
- Versäumte Termine	140	48,3 %	48	46,6%	92	49,2%
Stattgefundene Gespräche	150	100%	55	100%	95	100%
- Reguläre Termine	120	80%	41	74,5%	79	83,2%
- Krisengespräche	30	20%	14	25,5%	16	16,8%

**Tab. 6.4.1.2: Mitarbeit bewertet durch die Bezugsbetreuerinnen und Betreuer (MPT)**

MPT: Bewertg. der Mitarbeit N und %	Gesamt (N=32)		Frauen (N=12)		Männer (N=20)	
	N	%	N	%	N	%
Stattgefundene Gespräche	150	100%	55	100%	95	100%
- Sehr gut	68	45,3%	19	34,5%	49	51,6%
- Gut	30	20,0%	10	18,2%	20	21,5%
- Befriedigend	21	14,0%	10	18,2%	11	11,6%
- Mäßig	20	13,3%	12	21,8%	8	8,4%
- Schlecht	11	7,3%	4	7,3%	7	7,4%
Mittelwert	2,2 (SD = 1,3)		2,5 (SD = 1,2)		2,0 (SD = 1,4)	

Durchschnittlich waren pro Bewohnerin und Bewohner 9,3 Gespräche durch die Mitglieder des MPT geplant, von denen dann tatsächlich aufgrund der mangelnden Mitwirkungsbereitschaft nur 4,7 stattfinden konnten. 1 Kontakt kam hierbei jeweils im Rahmen einer Krise oder eines Konfliktes zustande, knapp 4 Gespräche waren routinemäßig geplant. Zahlreiche Erkenntnisse aus der ausführlichen Wochendokumentation sind in die Handlungsempfehlungen des Berichts miteingeflossen.

**Tab. 6.4.1.3: Relevante Themen im Betreuungsverlauf**

Gesprächsthemen	Gesamt		Frauen		Männer	
	N=150	%	N=55	%	N=95	%
Psychische Gesundheit	93	62,0%	36	65,5%	57	60%
Behördenangelegenheiten	70	46,7%	24	43,6%	46	48,4%
Somatische Gesundheit	61	40,7%	32	58,2%	29	30,5%
Wohnen	57	38,0%	19	34,5%	38	40%
Finanzen	49	32,7%	16	29,1%	33	34,7%
Mitbewohnerkonflikte	30	20,0%	17	30,1%	13	13,7%
Hausordnung / Disziplin	22	14,7%	9	16,4%	13	13,7%
Beschäftigung	15	10,0%	5	9,1%	10	10,5%
Soziale Themen	11	7,3%	4	7,3%	7	7,4%
Körperpflege	9	6,0%	3	5,5%	6	6,3
Psychoedukation	8	5,3%	3	5,5%	5	5,2%
Freizeit	5	3,3%	2	3,7%	3	3,2%
Sonstiges	4	2,6%	1	1,9%	3	3,2%

\* Mehrfachnennungen pro Gesprächsthema möglich, daher ist die Summe der Werte über 100%

Die Berechnungen beziehen sich auf die Zahl der stattgefundenen Gespräche von N=150

## 6.4.2 Ergebnisse des Reha-ICF und Mini-ICF App

Das Reha-ICF zeigt die Funktionsfähigkeit im Alltag und den Unterstützungsbedarf der Klientinnen und Klienten. Die hier dargestellten Ergebnisse setzen sich aus den Fremdbeurteilungen der Bezugspflegekräfte und der Projektpsychologin, sowie deren Konsensurteilen zusammen, wobei die Bewertung von 0: „kein Problem“ bis 4: „vollständiges Problem“ vorgenommen wurde. Auch hier zeigen sich hohe Werte. Besonders hervorzuheben sind die Schwierigkeiten der Klientinnen und Klienten mit Stress umzugehen (M=3,4; SD=0,8). Hohe Werte erhielten die Klienten zudem bei komplexen interpersonellen Interaktionen (M=2,9; SD=1,2) sowie bei der Arbeits- und Beschäftigungssituation (M=3,5; SD=1). Siehe folgende Tabelle 6.4.2.1.

Neben dem Reha-ICF wurde auch der Mini-ICF App durchgeführt. Die genauen Werte können im Anhang eingesehen werden. „0“ bedeutet „keinerlei“ Schwierigkeiten, „4“ hingegen „sehr große Schwierigkeiten“. Die sich aus der hier aufgelisteten deskriptiven Darstellung ergebenden Skalengrößen weisen auf eine mittelschwere Beeinträchtigung der Bewohnerinnen und Bewohner hin. Aktivität: M=2,4 (SD=0,7). Partizipation: M=2,1 (SD=0,9).

**Tab. 6.4.2.1: Ergebnisse des Reha-ICF (Beurteilung durch das MPT)**

Reha-ICF (0: „kein Problem“ bis 4: „vollständiges Problem“)	N	Min	Max	M	SD
Gesundheit erhalten bezogen auf Suchtaspekte	32	0	4,0	1,8	1,6
Selbstgefährdung und FG	32	0	4,0	1,6	1,3
Aufmerksamkeit fokussieren	32	0	4,0	2,0	1,0
Eine Einzelaufgabe übernehmen	32	0	4,0	2,0	1,2
Tägliche Routine durchführen	32	0	4,0	1,8	1,2
Mit Stress u. anderen psych. Anforderungen umgehen	32	1,0	4,0	3,4	0,8
Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen / Transportmittel benutzen	32	0	2,0	0,3	0,5
Sich waschen/ Körperteile pflegen	32	0	4,0	1,0	1,0
Seine Gesundheit erhalten (ohne Sucht)	32	0	4,0	2,5	1,1
Mahlzeiten vorbereiten/ Hausarbeiten erledigen	32	0	4,0	1,7	1,1
Komplexe interpersonelle Interaktionen	32	0	4,0	2,9	1,2
Arbeit und Beschäftigung	32	0	4,0	3,5	1,0
Gesamtdurchschnitt „Aktivität“	32	0	4,0	2,4	0,7
Gesamtdurchschnitt „Partizipation“	32	0	4,0	2,1	0,9

### 6.4.3 Besondere Vorkommnisse und Behandlungsbedarf im Verlauf

Laut der Wochendokumentation mussten 7 Klientinnen und Klienten (21,8%; N=32) während des Betreuungsverlaufes vorübergehend in eine psychiatrische Klinik verlegt werden. Davon begaben sich 5 (15,6%) der Bewohner freiwillig in eine Klinik, während 2 (6,3%) aufgrund von Selbstgefährdung eingewiesen werden mussten. In dieser Aufstellung wurden nur jene Klientinnen und Klienten berücksichtigt, die nach dem Klinikaufenthalt wieder in die Clearing-einrichtung zurückkehrten. In 3 (9,4%) Fällen kam es zu einer Fremdgefährdung im Betreuungsverlauf. Daraufhin wurde der Aufenthalt in der Clearingeinrichtung auf der Stelle beendet. Hierbei handelte es sich einmal um die Bedrohung eines Mitarbeiters, einmal um die sexuelle Nötigung einer Bewohnerin durch einen anderen Bewohner und in einem anderen Fall um Auffälligkeiten gegenüber Passanten.

4 (12,5%) der Klientinnen und Klienten waren aufgrund somatischer Erkrankungen vorübergehend in einer Klinik. Insgesamt wurden 12 Notarzteinsätze dokumentiert, von denen 10 durch Bewohner selbst initiiert wurden, 8 alleine durch eine einzige Person. In zwei dokumentierten Fällen rief das Personal den Notruf aufgrund somatischer Beschwerden der Bewohnerinnen und Bewohner. 14 der Bewohnerinnen und Bewohner (43,8%) gerieten im Betreuungsverlauf in Konflikte mit anderen Bewohnern; diese Problematik wurde bei den Frauen doppelt so häufig dokumentiert als bei den Männern. Dreimal wurden bedrohliche Äußerungen gegenüber dem Personal dokumentiert, ausschließlich bei Männern vorgekommen.

12 Personen (37,5%) der untersuchten Klientinnen und Klienten wurden im Verlauf der Betreuung mindestens einmal aufgrund von Verstößen gegen die Hausordnung oder dem Versäumen der Mietzahlung abgemahnt. 13 (40,6%) der Bewohnerinnen und Bewohner brauchten für einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen den Kontakt zum Personal (den Bezugsbetreuern) ab. Die Kontaktabbrüche erfolgten in der Regel (in 11 Fällen) erst sehr spät zwischen dem 3. und 6. Monat nach dem Einzug in die Einrichtung. Eine Übersicht der beschriebenen Vorfälle befindet sich in Tab. 6.3.4.1.

**Tab. 6.4.3.1: Besondere Vorkommnisse und Handlungserfordernisse im Verlauf**

		<b>Gesamt</b>	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>
n		<b>32</b>	<b>12</b>	<b>20</b>
Freiwilliger Klinikaufenthalt in psychiatrischer Klinik	N	5	2	3
	%	15,6%	16,7%	15%
Einweisung gegen den Willen in psychiatrische Klinik	N	2	1	1
	%	6,3 %	8,3%	5%
Krankenhausaufenthalt aufgrund somatischer Beschwerden	N	4	2	2
	%	12,5%	16,7%	10%
Fremdgefährdung (Beendigung der Maßnahme)	N	3	0	3
	%	9,4%	0%	15%
Konflikte mit Bewohnerinnen und Bewohnern	N	14	8	6
	%	43,8%	66,7%	30%
Bedrohliche Äußerungen gegenüber dem Personal	N	3	0	3
	%	9,4%	0%	15%
Abmahnungen im Betreuungsverlauf	N	12	5	7
	%	37,5%	41,7%	35%
Kontaktabbrüche mit dem Personal (länger als 4 Wochen)	N	13	5	8
	%	40,6%	41,7%	40%

#### 6.4.4 Die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten mit der Einrichtung

Die Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden im Rahmen der Evaluation gebeten, ihre Zufriedenheit mit der Einrichtung zu beurteilen. Schulnoten wurden deshalb verwendet, damit die Bewohner ein ihnen bekanntes Bewertungssystem anwenden konnten (von 1 „sehr gut“ bis 6 „ungenügend“), wobei es sich hier ausschließlich um die subjektive Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner handelte.

Besonders positiv ist hier die Zufriedenheit mit den Bezugsfachkrankenschwestern und -pflegern ausgefallen, die überwiegend mit „sehr gut“ und „gut“ bewertet wurde ( $M=1,66$ ;  $SD=0,9$ ), während der Kontakt zu den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern als problematischer erlebt wurde ( $M=3,18$ ;  $SD=1,2$ ). Einen nahezu identischen Befund gab es bei den Bewohnern der SEEWOLF-Studie, auch dort war die Beurteilung der Bezugspersonen deutlich besser als die Einschätzung der anderen „Seewölfe“ (Bäumli et al, 2017). Die Bewertung mit den Zimmern und den Gemeinschaftseinrichtungen bewegte sich zwischen 3 bis 4 (Küche, Waschmaschinen, etc.).

**Tab. 6.4.4.1: Zufriedenheit mit der Einrichtung (Schulnoten: 1 – 6)**

Item zur Beurteilung	N	Min	Max.	MW	SD
Zufriedenheit mit hiesiger Einrichtung	29	1	6	3,0	1,4
Zufriedenheit mit Zimmer	29	1	6	3,3	1,5
Zufriedenheit mit Gemeinschaftseinrichtungen	29	1	6	3,6	1,2
Zufriedenheit mit Mitbewohnerinnen und -bewohnern	28	1	6	3,2	1,2
Zufriedenheit mit Fachkrankenpflegerinnen und -Pfleger	29	1	4	1,7	0,9
Zufriedenheit mit der eigenen medizinischen Versorgung	28	1	5	1,9	1,2
Zufriedenheit mit der eigenen psychiatrischen Versorgung	28	1	5	2,1	1,2

### 6.4.5 Wünsche und Anregungen durch die Bewohnerinnen und Bewohner

Insgesamt 13 der 30 persönlich angesprochenen Personen äußerten Wünsche und machten offene Anmerkungen zur Clearingeinrichtung. Dabei wurden am häufigsten Probleme mit Zimmergenossen und Zimmergenossinnen angesprochen (6-mal genannt). Die Bewohnerinnen und Bewohner wünschten sich mehr Hilfe bei Konflikten oder sahen sich im Umgang mit den schwer erkrankten Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern überfordert. Das Problem der Bettwanzen oder Hygienefragen wurde 5-mal angesprochen, mit dem Wunsch, mehr für die Beseitigung der Bettwanzen zu unternehmen. 4 Bewohnerinnen und Bewohner wünschten sich eine regelmäßige Sprechstunde bei den Bezugsbetreuern. 3 Klientinnen und Klienten wünschten sich mehr nachgehende Arbeit. 2 Personen gaben an, sie würden im Alltag mehr Hilfe benötigen. Eine weitere Bewohnerin wünschte sich, dass die Nachtruhe besser eingehalten werde. Zudem gab es 3 positive Äußerungen („meine Bezugsbetreuerin ist super“; „ich bin froh, aufgenommen worden zu sein“ und „im Vergleich zu anderen Notquartieren ist das die beste Einrichtung“). Der genaue Wortlaut der Äußerungen ist der Tabelle im Anhang zu entnehmen.

## 6.5 Weitervermittlungsprozess

### 6.5.1 Ergebnis der Weitervermittlung

Erklärtes Ziel der Clearingeinrichtung ist die Verbesserung der bisherigen Wohn- und Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner. Während des Aufenthaltes in der Clearingeinrichtung soll der individuelle Betreuungs- und Unterstützungsbedarf ermittelt werden, um die derzeit wohnungslosen Menschen vertikal weiter vermitteln zu können. Wie unter 1.1 bereits beschrieben, wird unter „vertikal“ eine qualitative Verbesserung der bisherigen Wohnsituation verstanden wie z.B. die Vermittlung in Betreutes Einzelwohnen oder die Integration in ein Wohnheim mit längerfristiger Wohnperspektive. Personen, die bisher obdachlos waren und/oder von einer Noteinrichtung in die andere gewechselt sind, sollen eine feste Bleibe erhalten, die ihrem aktuellen sozialen Kompetenzniveau entsprechend Rechnung tragen soll. In diesem Kontext kann die freiwillige Verlegung in eine psychiatrische Klinik durchaus einer vertikalen Vermittlung zugerechnet werden, wenn durch das Nachholen einer bisher nicht erfolgten wirksamen Behandlung der Grunderkrankung die Voraussetzungen für ein späteres

selbstständiges Wohnen geschaffen werden. „Horizontale“ Weitervermittlung würde demzufolge bedeuten, dass keine qualitative Verbesserung der Wohnsituation möglich war und die Betroffenen entweder wieder auf die Einrichtungen im Sofortunterbringungssystem verwiesen werden müssen oder sich jeglicher Betreuung entziehen und in die Obdachlosigkeit geraten. Die Verlegung in eine forensische Einrichtung oder in eine Justizvollzugsanstalt würde ebenfalls als „horizontal“ gewertet werden, weil die Betroffenen dadurch in der Regel kurzfristig zu keinem baldigen selbständigen Wohnen in der Lage sein werden.

### 6.5.2 Erfolgreiche Weitervermittlung („vertikal“)

12 Klienten wurden „vertikal“, also erfolgreich, in eine geeignete Wohnform vermittelt, darunter ist auch eine Klientin aufgeführt, die aufwändig dabei unterstützt wurde, in ihr Heimatland zurückzukehren und dort nun bei ihren Angehörigen leben kann. Frauen konnten mit einer Weitervermittlungsquote von 58,3% deutlich mehr von der Unterstützung in der Clearingeinrichtung profitieren als die männlichen Bewohner, bei denen lediglich 5 Personen (25%) erfolgreich weitervermittelt werden konnten (vgl. Tab. 6.5.2.1 und Tab. 6.5.2.2).

Tab. 6.5.2.1: Stand der Weitervermittlung (erweitertes Untersuchungsende, 31.12.2019)

Stand der Betreuung zum Untersuchungsende	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
Betreuung in der Clearingeinrichtung läuft noch	9	28,1%	2	16,7%	7	35,5%
geeignete Einrichtung/Wohnform wurde gefunden	12	37,5%	7	58,3	5	25%
Einweisung in psychiatrische Klinik	4	12,5%	1	8,3%	3	15%
Beendigung aus disziplinarischen Gründen	5	15,6%	1	8,3%	4	20%
Kündigung von Seiten des Klienten	1	3,1%	1	8,3%	0	0%
In Forensik eingewiesen	1	3,1%	0	0%	1	5%
Gesamt	32	100%	12	100%	20	100%

Tab. 6.5.2.2: Stand der „vertikalen“ Weitervermittlung in geeignete Wohnformen (erweitertes Untersuchungsende, 31.12.2019)

Einrichtung	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	%	N	%	N	%
Vermittlung in geeignete Wohnformen	12	100%	7	100%	5	100%
<b>Einrichtungen (TWG)</b>						
TWG des SPZ (kbo)	4	25%	3	42,9%	1	20%
TWG der Wohnhilfe e.V.	3	25%	2	28,6%	1	20%
TWG der Teestube	1	8,3%	0	0%	1	20%
<b>Einrichtungen BEW</b>						
BEW Projekteverein (Gravelotestr)	1	8,3%	1	14,2%	0	0%
BEW SPZ (kbo)	1	8,3%	0	0%	1	20%
<b>Weitere Vermittlungen</b>						
ÜWG des SPZ (kbo)	1	8,3%	0	0%	1	20%
Individuelle Hilfe (Rückkehr Heimatland)	1	8,3%	1	14,2 %	0	0%



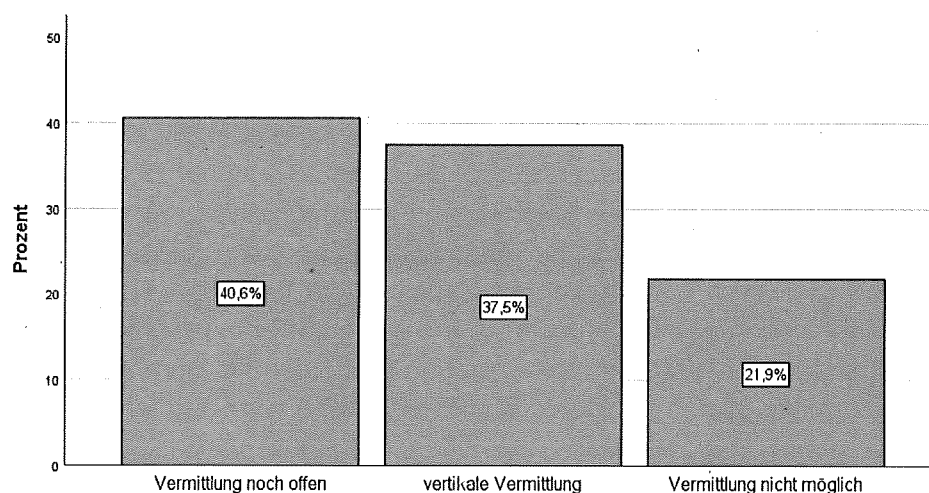
### 6.5.3 Weitervermittlung „noch offen“ oder „nicht möglich“ („horizontal“)

Bei der Bewertung der Vermittlungsergebnisse zeigt sich, dass die Clearingeinrichtung aus eigener Kraft im Idealfall noch eine Vermittlungsquote von 65,6% erreichen könnte, falls für alle bisher noch in der Clearingeinrichtung verbliebenen Klientinnen und Klienten ein geeignetes Haus beziehungsweise Wohnform gefunden würde. Bei den 4 Klientinnen und Klienten (12,5%), welche die Maßnahme aufgrund eines langfristigen Klinikaufenthalts, d.h. einer zwischenzeitlich notwendig gewordenen psychiatrischen Behandlung beenden mussten, kann, laut eingangs beschriebener Definition, nicht von einem Scheitern der Vermittlung gesprochen werden. Denn durch die stationäre Aufnahme ist zu erwarten, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung langfristig zur psychischen Stabilisierung führen wird, so dass die Klienten von den Kliniken in eine geeignete Einrichtung weitervermittelt werden können. Das Vermittlungsergebnis kann somit als „noch offen“ betrachtet werden; aber die direkte Vermittlung durch das Personal der Clearingeinrichtung für diese 4 beschriebenen Personen war zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht mehr bzw. noch nicht wieder möglich.

**Tab. 6.5.3.1: Stand der Weitervermittlung zum erweiterten Untersuchungsende (31.12.2019)**

Ergebnis der Weitervermittlung (Stand 31.12.2019)	erfolgreich („vertikal“)		Vermittlung „noch offen“		nicht möglich („horizontal“)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Häufigkeiten</b>						
geeignete Einrichtung/ Wohnform gefunden	12	37,5%	-	-	-	-
Direkte Vermittlung durch Einrichtung noch mgl.	-	-	9	28,1%	-	-
Indirekte Vermittlung noch möglich (z.B. Klinik)	-	-	4	12,5%	-	-
Beendigung aus disziplinarischen Gründen	-	-	-	-	5	15,6%
Kündigung von Seiten der Klienten	-	-	-	-	1	3,1%
In Forensik eingewiesen	-	-	0	0%	1	3,1%
<b>Gesamt</b>	<b>12</b>	<b>37,5%</b>	<b>13</b>	<b>40,6%</b>	<b>7</b>	<b>21,9%</b>

Die Gruppierung der Klientinnen und Klienten nach den Kriterien „erfolgreiche Weitervermittlung“ („vertikal“) bzw. „Vermittlung noch offen“ (direkt und indirekt) und „Weitervermittlung nicht möglich“ („horizontal“) ist in Tabelle 6.5.3.1 und in Abbildung 6.5.3.1 dargestellt. Unter der Annahme, dass diese 13 sich bisher noch in der „Vermittlungsschleife“ befindlichen Klienten durch die Clearingeinrichtung selbst (9) bzw. die Kliniken (4) noch in eine geeignete Wohnform vermittelt werden, ist für 78,1% (37,5% + 40,6%) der Teilnehmer eine „vertikale Weitervermittlung“ zum Zeitpunkt des erweiterten Untersuchungsendes noch möglich.



**Abb. 6.5.3.1: Vermittlungsergebnis am Ende der erweiterten Untersuchung**

Der Begriff „horizontale“ Vermittlung bedarf noch einer gewissen Erläuterung. Sofern die Bewohnerinnen und Bewohner aus individuell-autonomen Gründen selbständig oder aus disziplinarischen Erwägungen heraus auch unfreiwillig die Einrichtung verlassen haben bzw. mussten, kann nicht mehr von einer „Vermittlung“ gesprochen werden. Dieser Terminus wurde aber trotzdem beibehalten, um die Dichotomie zwischen erfolgreicher bzw. nicht erfolgreicher Weitervermittlung aufrechterhalten zu können. Dies schließt aber nicht aus, dass einige von diesen Klientinnen und Klienten später auch ohne das Zutun der Clearingeinrichtung oder anderer professioneller Institutionen wieder auf die Beine kommen können.

#### 6.5.4 Ergebnis der Weitervermittlung und Dauer des Aufenthaltes

Zum Ende der Erfassung der Weitervermittlung am 31.12.19 war bei 21 (65,6%) der Klientinnen und Klienten der Aufenthalt beendet. Diese Gruppe verblieb im Mittelwert 150 Tage (4,9 Monate) in der Clearingeinrichtung.

Hier zeigt sich eine hohe Varianz zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die in eine geeignete Einrichtung, d.h. „vertikal“, vermittelt wurden (N=12) und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die aus disziplinarischen Gründen die Einrichtung verlassen mussten (N=5). Letztere verblieben im Schnitt 263 Tage (8,6 Monate). Bei Beendigung bzw. Unterbrechung aufgrund von Klinikaufhalten ergab sich mit einem Mittelwert von 125 Tagen keine große Abweichung zu den „vertikal“ vermittelten Klientinnen und Klienten. Auch die Klientinnen und Klienten, die noch nicht vermittelt waren, lebten durchschnittlich bereits länger in der Einrichtung (215 Tage; 7 Monate) als die vermittelte Gruppe. Es zeigte sich, dass eine erfolgreiche Vermittlung in 11 von 12 Fällen innerhalb der ersten 6 Monate im Betreuungsverlauf stattfand. Die einzige Ausnahme bildet hier die organisierte Rückkehr der Klientin in ihr Heimatland, d.h. bei allen Klienten, die in eine Einrichtung vermittelt wurden, dauerte dieser Prozess nicht länger als 6 Monate.

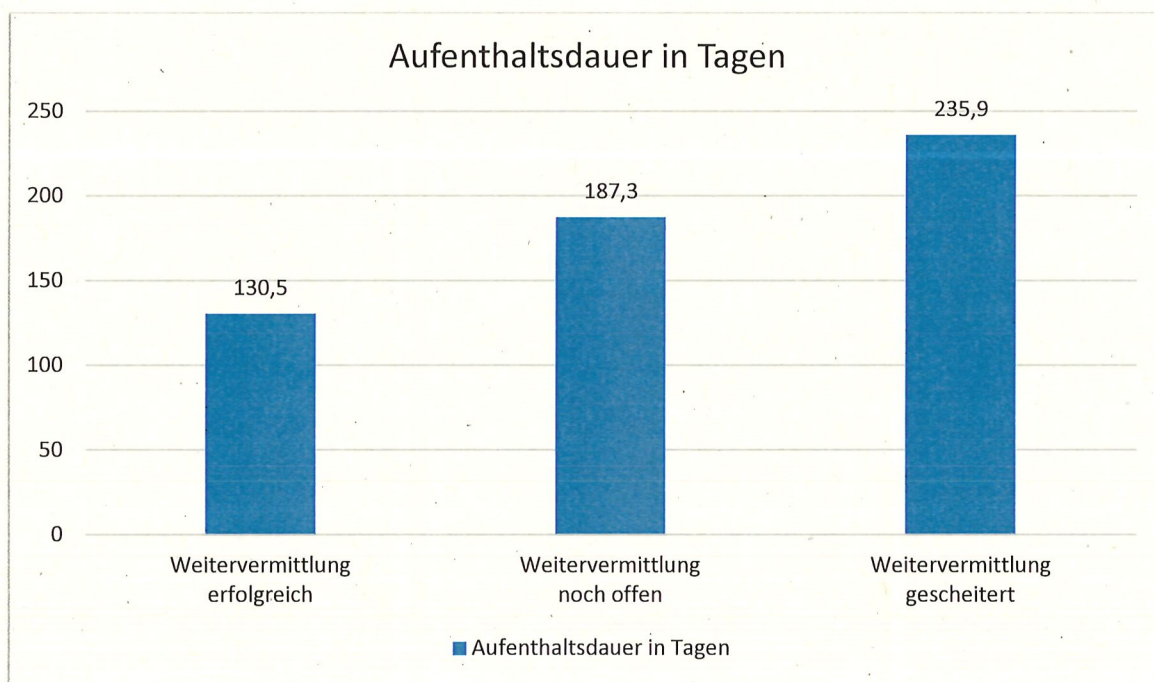
Tab. 6.5.4.1: Aufenthaltsdauer und Vermittlungsergebnisse beim Untersuchungsende

	Tage in der Implerstr. bis zum 31.12.19		
Vermittlungsergebnis	Mittelwert	N	SD
Betreuung noch laufend**	215,3	9	160,8
geeignete Einrichtung/ Wohnform gefunden*	130,5	12	122,6
Einweisung in psychiatrische Klinik**	125,0	4	47,6
Beendigung aus disziplinarischen Gründen***	263,4	5	259,7
Kündigung von Seiten der Klienten***	132,0	1	-
In Forensik eingewiesen***	70,0	1	-
Insgesamt	174,1	32	157,5

\*Erfolgreiche Weitervermittlung \*\*Vermittlung noch offen \*\*\*Weitervermittlung nicht möglich

Zur Untersuchung der Mittelwertunterschiede der Aufenthaltsdauer in Tagen wurde der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, ein nichtparametrischer Test, da das Kriterium der Normalverteilung der abhängigen Variable nicht erfüllt war. Beim Vergleich der Gruppen: „vertikale Vermittlung“ und „Vermittlung noch offen“ ergab sich ein signifikanter Mittelwertunterschied (Mann-Whitney-U-Test:  $U = 36.000$ ,  $p = .039$ ). D.h., bei Bewohnern, die erfolgreich („vertikal“) vermittelt werden konnten, war die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Clearingeinrichtung mit 130,5 Tagen signifikant kürzer als bei den sich noch in der „Warteschleife“ befindlichen Personen, die im Schnitt schon 187,3 Tage dort wohnten.

Je länger die Wohndauer in der Clearingeinrichtung wird, desto mehr Komplikationen bei der Weitervermittlung scheint es zu geben. Daraus nun den Schluss zu ziehen, eine längere Aufenthaltsdauer sei „schädlich“ und man müsse die Bewohner möglichst zügig wieder „hinauskomplementieren“, wäre die falsche Schlussfolgerung und sicher zu kurz gegriffen! Wie der Blick auf die Abbildung 6.5.4.1 unschwer erkennen lässt, korreliert der Erfolg der Weitervermittlung ganz entscheidend mit der Zahl der Nebendiagnosen aus dem Suchtbereich. Diesbezüglich multimorbid Erkrankte haben wesentlich größere Probleme, eine geeignete Einrichtung zu finden als die „einfach“ Erkrankten! Deshalb ist es ein Segen für diese Komplexerkrankten, in einer Einrichtung leben zu dürfen, die ihnen genügend Zeit und Ressourcen widmet, die für sie geeignete neue Wohnform zu organisieren!



**Abb. 6.5.4.1: Aufenthaltsdauer in Tagen und Weitervermittlungs-Stand am U-Ende**

Wie allerdings die Abbildung 6.5.4.1 auch verrät, scheinen die sehr langen Aufenthaltszeiträume von durchschnittlich 235 Tagen (7,5 Monate) der nicht weiter zu vermittelnden Personen ein Indiz dafür zu sein, dass bei sehr komplex Erkrankten und sehr schwer zu vermittelnden Personen die Anwesenheit in der Clearingeinrichtung mit ihren doch sehr begrenzten Interventionsmöglichkeiten nicht auszureichen scheint, um eine wirksame Hilfe zu ermöglichen. Insbesondere die später disziplinarisch Entlassenen mit einer Anwesenheitsdauer von 263 Tagen (8,5 Monate) erwecken den Verdacht, dass dieses „auf der Stelle treten“ die Mitarbeitsfreudigkeit und Kooperationsbereitschaft in der Clearingeinrichtung untergräbt. Ab einer Aufenthaltsdauer von 6 Monaten sollte überlegt werden, ob die Bewohner nicht doch eine Verlegung in eine psychiatrische Klinik benötigen, um dort wieder stabilisiert zu werden für eine erfolgreiche psychosoziale Reintegration. Diese Frage muss natürlich jeweils im Einzelfall mit den Betroffenen entschieden werden.

Die Kumulation der jeweils in der Clearingeinrichtung verbrachten Tage ergibt den bereits oben angedeuteten bemerkenswerten Trend. Während die „vertikal“ weiter vermittelten Bewohnerinnen und Bewohner im Schnitt 130,5 Tage in der Clearingeinrichtung gewohnt hatten, stieg dieser Betrag bei den noch zu vermittelnden Personen auf 187,3 und bei den bezüglich einer Weitervermittlung gescheiterten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern sogar auf 235,9 Tage. D. h. auf den ersten Blick, je länger sich jemand in der Einrichtung befindet, desto schwieriger scheint sich die erfolgreiche Weitervermittlung zu gestalten. Dass hierbei eine rasche Beendigung des Aufenthaltes nicht das „Mittel der Wahl“ sein dürfte, wurde oben bereits diskutiert. Die Längung der Aufenthaltsdauer scheint vielmehr ein Indiz zu sein, dass in diesen Fällen das Interventionsdesign der Clearingeinrichtung an eine gewisse Grenze stößt und deshalb zusammen mit den Erkrankten nach einer erfolgversprechenden Alternative gesucht werden muss. Siehe hierzu die ausführliche Diskussion unter Kap. 10.5.

### 6.5.5 Weitervermittlungsergebnisse und Schwere der Erkrankung (CGI)

Tab. 6.5.5.1: Weitervermittlungsergebnisse und Schwere der Erkrankung

Stand der Weitervermittlung bei Untersuchungsende		CGI bei Untersuchungsbeginn	CGI bei Untersuchungsende
Betreuung noch laufend	Mittelwert	4,3	4,6
	N	9	7
	SD	1,2	1,1
geeignete Einrichtung/ Wohnform gefunden	Mittelwert	4,5	3,8
	N	11	11
	SD-	0,5	0,6
Einweisung in psychiatrische Klinik	Mittelwert	5,0	5,2
	N	4	4
	SD-	0	1
Beendigung aus disziplinarischen Gründen	Mittelwert	4,8	4,8
	N	5	4
	SD-	0,5	0,5
Kündigung von Seiten des Klienten	Mittelwert	4,0	5,0
	N	1	1
	SD	-	-
In Forensik eingewiesen	Mittelwert	4,0	5,0
	N	1	1
	SD	-	-
Gesamt	Mittelwert	4,5	4,4
	N	31	28
	SD-	0,8	0,9

Bei Untersuchungsbeginn und Untersuchungsende wurde, wenn es organisatorisch möglich war, der CGI der Bewohner dokumentiert. Es zeigt sich, dass sich die Gruppe der erfolgreich vermittelten Klienten im Verlauf des Aufenthalts in der Tendenz psychisch stabilisierte und beim Austritt einen um 0,7 Punkte geringeren CGI-Wert hatten als bei Eintritt in die Clearing-einrichtung. So betrug deren CGI bei Betreuungsbeginn im Schnitt 4,5 (SD=0,5) und bei Entlassung 3,8 (SD= 0,6). Bei allen anderen Gruppen ließ sich in der Tendenz nur eine geringe Veränderung des CGI beobachten. Lediglich bei der Gruppe der disziplinarisch Entlassenen und einem Klienten, der in die Forensik eingewiesen wurde, zeigte sich eine deutliche Verschlechterung (Untersuchbeginn M=4; SD=0; Untersuchungsende M=5; SD=1). Die Gruppe, die in die Klinik eingewiesen wurde, war schon zum Untersuchungsbeginn schwerer erkrankt als die anderen Klientinnen und Klienten (M =5; SD=0). Bei Einweisung in die Klinik betrug deren CGI im Schnitt M=5,2 (SD=1). Es ergaben sich beim T- Test für

verbundene Stichproben keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen dem CGI bei Beginn und Beendigung der Maßnahme. Daher sind hier lediglich die deskriptiven Daten dargestellt ( $t=0,7$ ;  $p=0,4$ ;  $N=28$ ).

### 6.5.6 Weitervermittlungsergebnisse und Diagnosen

Es zeigte sich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner mit affektiven Störungen sowie Neurotischen und Belastungsstörungen (F3 /F4) etwas mehr von der Einrichtung profitieren konnten als bei Psychosen aus dem schizophränen Formenkreis (F2).

Von den Bewohnerinnen und Bewohnern mit affektiven und anderen Störungen konnte fast die Hälfte (47,1%) in eine geeignete Einrichtung vermittelt werden, während von den schizophränen Erkrankten nur ein Drittel (33,3%) erfolgreich weitervermittelt werden konnte. Besonders schwierig gestaltete sich der Vermittlungsprozess von Personen mit dem schädlichen Gebrauch oder der Abhängigkeit von anderen Substanzen. Hier konnten nur 2 (12,5%;  $N=16$ ) vermittelt werden.

Tab. 6.5.6.1: Weitervermittlungsergebnisse und Diagnosen

Stand der Betreuung zum Untersuchungsende	Hauptdiagnose F2		Hauptdiagnose F3 / F4		Nebendiagn. F10-19	
	N	%	N	%	N	%
Häufigkeit						
Betreuung in Clearingeinrichtg. läuft noch**	5	33,3%	4	23,5%	7	43,8%
geeignete Einrichtung/ Wohnform gefunden*	4	26,7%	8	47,1%	2	12,5%
Einweisung in psychiatrische Klinik**	2	13,3%	2	11,8%	3	18,8%
Beendigung: disziplinarische Gründe***	2	13,3%	3	17,6%	2	12,5%
Kündigung von Seiten der Klientin***	1	6,7%	0	0%	1	6,3%
In Forensik eingewiesen***	1	6,7%	0	0%	1	6,3%
Gesamt	15	100%	17	100%	16	100%

\*Vertikale Vermittlung

\*\*Vermittlung noch offen

\*\*\* Weitervermittlung nicht möglich

Wie Abb. 6.5.6.1 unterstreicht, stand das Vorliegen einer Suchterkrankung als Nebendiagnose in engem Zusammenhang mit dem späteren Weitervermittlungserfolg. Während bei den erfolgreich – „vertikal“ – weitervermittelten Bewohnerinnen und Bewohner nur 17% eine F1-Zusatzdiagnose aufwiesen, lag diese Rate bei den bereits Gescheiterten bei 57% und bei den aktuell noch zu vermittelnden Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie bei 77%. Dass letztere Gruppe noch immer in der Clearingeinrichtung leben konnte und noch nicht des Hauses verwiesen worden war, was angesichts der häufigeren Disziplinarverstöße dieser Bewohnergruppe sicher schon des Öfteren zur Diskussion stand, spricht für das hohe therapeutische Verantwortlichkeitsgefühl und auch Belastbarkeit des Multiprofessionellen Teams.

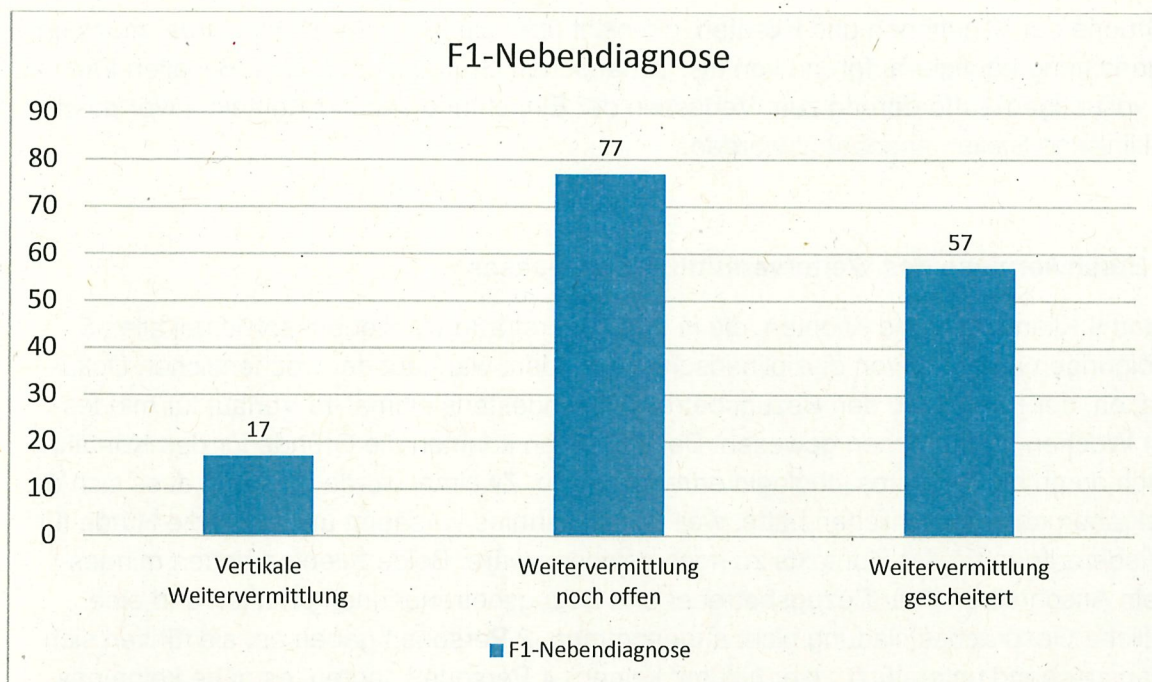


Abb. 6.5.6.1: Vorliegen einer F1 als Nebendiagnose und die einzelnen Vermittlungsformen in %

### 6.5.7 Weitervermittlungsergebnisse in Abhängigkeit von den anfragenden Stellen

Tab. 6.5.7.1: Weitervermittlungsergebnisse in Abhängigkeit von den anfragenden Stellen

Stand der Vermittlung bzw. Untersuchungsende	Herkunft der Bewohner					
	Psychiatrische Klinik		Praxis Pilgerheimerstraße		BSA und Sonstiges	
	N	%	N	%	N	%
Betreuung läuft noch	1	7,1%	5	41,5%	3	50%
geeignete Einrichtung/Wohnung gefunden	7	50%	3	25%	2	33,3%
Einweisung in psychiatrische Klinik	4	28,7%	0	0%	0	0%
Beendigung: disziplinarische Gründe	0	0%	4	33,4%	1	16,7%
Kündigung von Seiten des Klienten	1	7,1%	0	0%	0	0%
In Forensik eingewiesen	1	7,1%	0	0%	0	0%
Gesamt N	14	100%	12	100%	6	100%

Es stellte sich heraus, dass Klientinnen und Klienten, die direkt aus der Klinik vermittelt wurden, auch häufiger zurück in die Klinik mussten als jene, die durch andere Stellen vermittelt worden waren. Zwar wurden 7 Klientinnen und Klienten, die direkt aus der Klinik kamen, erfolgreich weitervermittelt (50%; N=14), aber 4 weitere Personen dieser Gruppe (28,7%) mussten erneut in die Klinik. Deren Erkrankungsschwere war offensichtlich zu heftig für die Clearingeinrichtung.

Die Gruppe der Klientinnen und Klienten, die nicht über die Klinik vermittelt wurde, mussten die Einrichtung häufiger aufgrund von disziplinarischen Gründen verlassen. Bei allen fünf mit einer vorzeitigen Aufforderung zum Verlassen der Einrichtung war der Kontakt zuvor durch nicht klinische Stellen angebahnt worden.

### 6.5.8 Erschwernisse des Weitervermittlungsprozesses

Von den 9 Klientinnen und Klienten, die in der Implerstraße verblieben, sowie bei allen 5 Beendigungen aufgrund von disziplinarischen Gründen, war, laut der wöchentlichen Dokumentation, der Kontakt zu den Bezugsbetreuern mindestens einmal im Verlauf für mindestens 4 Wochen unterbrochen gewesen. Bei 8 Klienten konnten die Gründe für den Kontaktabbruch durch die Projektpsychologin erfragt werden. Zweimal wurde genannt, dass sich der Kontaktabbruch eingeschlichen hätte, weil einige Termine versäumt und dann die Hürde für die Wiederaufnahme des Kontakts zu hoch gewesen wäre. Beide Klienten hatten mindestens ein Anschreiben ihrer Bezugsbetreuer und Bezugsbetreuerinnen erhalten und eine schriftliche Gesprächseinladung nicht angenommen. 2 Personen gaben an, sie fühlten sich nicht ausreichend unterstützt, "hier hilft mir keiner". 4 Personen sagten, es gäbe keine passende Einrichtung für sie. Darunter war ein Klient, der angab, nur in eine Sozialwohnung ziehen zu wollen, und 3 Klienten, die nicht in eine Einrichtung für Suchterkrankte, aber auch nicht in eine TWG mit Abstinenzgebot ziehen wollten. Kontaktabbrüche seitens der Klientinnen und Klienten aufgrund mangelnder Mitwirkungsfähigkeit und Kompromissunfähigkeit stellten für diese Gruppe eine große Erschwernis bei der Weitervermittlung dar.

Von den 9 verbliebenen Klientinnen und Klienten konnte die Projektpsychologin noch 7 kontaktieren und fragen, wie es ihnen ging. Hier gaben 6 an, sie würden die Hoffnung verlieren, eine Einrichtung zu finden, wenn der Vermittlungsprozess noch lange dauere. Auch wenn die Klientinnen und Klienten durch eigenes Verhalten dazu beitrugen, dass der Vermittlungsprozess ins Stocken geriet, machte sich bei diesen Klientinnen und Klienten trotzdem ein Gefühl der Hilflosigkeit breit. Ein weiterer Klient gab an, er habe sich jetzt an das Leben in der Clearingeinrichtung gewöhnt und erwarte keinen schnellen Auszug mehr: „In der Implerstraße ist es auch OK.“

Klientinnen und Klienten mit einer komorbiden F10 – F19 Diagnose konnten im Vergleich zu allen andern seltener vermittelt werden. Von 16 Betroffenen konnten nur 2 (12,5%) tatsächlich in eine geeignete Wohnform weitervermittelt werden. 7 verblieben in der Einrichtung auch über das Ende des Untersuchungszeitraums hinaus.

### 6.5.9 Fazit: Betreuungsverlauf und Weitervermittlungsprozess

Von den 32 untersuchten Klientinnen und Klienten konnten (37,5%) erfolgreich in geeignete Wohnformen vermittelt werden. Weitere 9 (28,1%) verblieben in der Einrichtung. Bei diesen 28,1% weiterhin in der Clearingeinrichtung wohnenden besteht noch die Chance, dass sie vermittelt werden, so dass sich im Idealfall die aus eigener Kraft erlangte Vermittlungsquote noch auf 65,6% steigern könnte. 4 weitere Klienten (12,5%) haben noch die Chance durch Dritte, z.B. psychiatrische Kliniken, in eine geeignete Einrichtung vermittelt zu werden. Im Idealfall hatten 78,1% der Klienten bei Untersuchungsende noch die Chance, vom Sofortunterbringungssystem in eine geeignete „vertikale“ Einrichtung zu kommen.



Bei 7 Klientinnen und Klienten wurde die Betreuung ohne Weitervermittlung beendet. 5 Klientinnen und Klienten wanderten erneut in das Sofortunterbringungssystem, sie wurden also „horizontal“ vermittelt und ein weiterer Klient wurde in der Forensik untergebracht. Bei diesen 6 Klientinnen und Klienten (18,8%) kann davon ausgegangen werden, dass sich die Wohnsituation nicht verbesserte. Eine Klientin hatte den Platz gekündigt und zog aus der Clearingeinrichtung aus, ihr Aufenthaltsort war nicht mehr herauszufinden (3,1%).

Erschwernisse bei der Vermittlung stellten Kontaktabbrüche zu den Bezugsbetreuern und eine durch die psychische Erkrankung bedingte eingeschränkte Mitwirkungs- und Kompromissfähigkeit dar. Zudem waren Klienten mit einer komorbiden F1 - Diagnose besonders schwer zu vermitteln.

Eine erfolgreiche Weitervermittlung geschah in der Regel innerhalb der ersten 6 Monate nach Einzug in die Einrichtung; diese Personen wiesen typischerweise weniger Kontaktabbrüche zu den Bezugsbetreuern auf. Bei einem längeren Aufenthalt als 6 Monate gestaltete sich der Vermittlungsprozess sehr schwierig.

Angesichts der unter den klinischen Daten dargestellten Befunde handelt es sich bei der Personengruppe, die sich in der Clearingeinrichtung Implerstraße befindet, um eine psychisch schwer erkrankte Gruppe, bei der außerdem ein hoher somatischer Behandlungs- und psychosozialer Unterstützungsbedarf besteht. Somit kann die Weitervermittlungsrate von 37,5% der Fälle und die noch aktuell weitergehende Betreuung bei 28,1% der untersuchten Bewohnerinnen und Bewohner als großer Erfolg gewertet werden. Fasst man die 9 Klientinnen und Klienten (28,1%) der sich augenblicklich noch in der Einrichtung befindlichen Personen und die 4 (12,5%) zwischenzeitlich in eine psychiatrische Klinik zurückverlegten Bewohnerinnen und Bewohner zu einer Gruppe zusammen, so ergeben sich 13 Personen (40,6%) mit potentiell noch vertikaler Weitervermittlungschance. Daraus ergäbe sich im Idealfall eine vertikale Vermittlungsquote von insgesamt 78,1%.

Die untersuchten Klientinnen und Klienten benötigen eine intensive fachliche Unterstützung, um eine zeitnahe Vermittlung in eine geeignete Einrichtung zu ermöglichen. Dies wurde in zahlreichen Fällen von der Clearingeinrichtung geleistet. Ohne entsprechende Unterstützung droht eine Verschlechterung der Krankheitssymptomatik mit Verfestigung der Wohnungslosigkeit.

## 6.6 Frauenstockwerk

9 (75%) der 12 befragten Frauen lebten zum Erhebungszeitpunkt im Frauenstockwerk. Insgesamt gaben 10 der befragten Frauen an, sie hielten es für sinnvoll, dass es das Frauenstockwerk gäbe. Eine Teilnehmerin sagte, ihr sei das Thema nicht wichtig. Eine weitere äußerte sich negativ, aus ihrer Sicht mache das Frauenstockwerk keinen Sinn. Von 29 zu dem Thema befragten Bewohnerinnen und Bewohnern wussten 19 (65,5%), dass es das Frauenstockwerk in der Implerstraße gibt, d.h. 11 Frauen und 8 Männern war die Existenz des Frauenstockwerks bekannt. Der Mehrzahl der Frauen war auch das Konzept der „offenen Tür“ recht. Sie gaben an, sie wollten nicht, dass die Tür abgeschlossen oder männlicher Besuch nicht erlaubt wäre. Die befragten Männer waren gegenüber dem Frauenstockwerk in der Mehrzahl neutral eingestellt. Zwei äußerten sich positiv, es sei gut, dass Frauen die Möglichkeit hätten ein eigenes Stockwerk zu haben. Einer äußerte sich negativ, er fühle sich durch das Frauenstockwerk benachteiligt.

Auch wenn die Klientinnen das Frauenstockwerk generell positiv sahen, wurde auch Kritik an dessen Konzept geäußert. 5 der 9 Bewohnerinnen gaben an, sie fühlten sich bei Konflikten zu wenig vom Personal unterstützt. Es komme häufig zu Konflikten und lautstarken Auseinandersetzungen, die belastend seien. 2 Bewohnerinnen berichteten, es herrsche auf dem Frauenstockwerk eine gewisse Hierarchie. Es gäbe eine Bewohnerin, die versuche alles zu bestimmen und viele würden auch auf sie hören. Als weiterer Stressfaktor wurde von 3 Bewohnerinnen die starke Hitze im Sommer genannt; das Frauenstockwerk befindet sich im Dachgeschoss.

Zu Beginn der Untersuchung hatten wir uns die Frage gestellt, ob die Frauen in der Clearingeinrichtung Implerstraße schwerer erkrankt wären als die Männer. Schaut man lediglich auf den CGI-Wert, kann diese Annahme nicht bestätigt werden, da sich hier zwischen Frauen und Männern kein signifikanter Unterschied zeigte. Bei der Betrachtung soziodemografischer und weiterer Befunde der kognitiven und psychiatrischen Testung, wie BDI und IQ kann aber davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Frauen in der Clearingeinrichtung um eine besonders vulnerable Gruppe handelt.

Die Frauen wuchsen überwiegend in schwierigeren Verhältnissen auf als die Männer. So waren 5 (41,6%) der 12 befragten Frauen in der Kindheit zeitweise im Heim untergebracht, während von den 20 männlichen Bewohnern keiner fremduntergebracht worden war. 11 (91,6%) der 12 Frauen gaben an, in der Kindheit mehrfach durch Familienmitglieder oder Bezugspersonen geschlagen worden zu sein. 4 (33,3%) sagten, sie seien vor dem 18. Lebensjahr sexuell missbraucht worden. 10 (83,3%) der 12 gaben an, im Laufe des Lebens Opfer häuslicher Gewalt durch einen Ex-Partner geworden zu sein. Diese biografischen Daten machen das Bedürfnis der Frauen sich zu schützen sehr gut nachvollziehbar.

Betrachtet man den BDI II (Becks Depressionsinventar), so betrug der Mittelwert der 12 Frauen im Schnitt 32,33 (SD=8,1) und war fast 10 Punkte höher als bei den Männern (M=22,4; SD=11). Der BDI der Frauen entspricht einer schweren depressiven Symptomatik, zu der auch Symptome einer schnelleren Reizbarkeit und geringeren Belastbarkeit gehören. Zudem erzielten die Frauen beim IQ- Screening-Test einen signifikant niedrigeren Wert (88,6; SD=10,9) als die Männer (98,9; SD=11,3); d.h. sie benötigen mehr Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags und beim Lösen von Konflikten.

Besonders positiv ist hier anzumerken, dass trotz dieser erheblichen Beeinträchtigungen 7 Bewohnerinnen (58,3%) in eine geeignete Einrichtung vermittelt werden konnten.

## 7. Diskussion der Ergebnisse

### 7.1 Vergleich von Impler-Studien-Daten mit den Ergebnissen der SEEWOLF-Studie (Bäumli et al, 2017) und COGPIP-Studie (Pitschel-Walz, Bäumli et al, 2013)

Die Hintergründe der SEEWOLF-Studie und die wichtigsten Ergebnisse wurden im Kapitel 4.3 kurz zusammengefasst. Beim Vergleich der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die SEEWOLF-Studie von 2010 bis 2012 durchgeführt wurde und etwa 80% der Untersuchten in stationären Einrichtungen der Wohnungslosen-Hilfe, die vom Bezirk Oberbayern finanziert werden lebten, während der Anteil aus dem Sofortunterbringungssystem nur bei 20% lag (Bäumli et al, 2017).

In der COGPIP-Studie wird eine Stichprobe schizophrener erkrankter Patienten beschrieben, die sich in stationär psychiatrischer Behandlung befanden (Pitschel-Walz, Bäumli et al, 2010; Jahn et al, 2011; Bäumli et al, 2012).

Trotz einiger relevanter Unterschiede erscheint der Abgleich dieser drei Datensätze sehr interessant, um sowohl klare Unterschiede zwischen den Populationen als auch evtl. Gemeinsamkeiten erkennen und diskutieren zu können. Dies soll zu einer Profilschärfung des Klientels in der Clearingeinrichtung beitragen und helfen, die Besonderheiten dieser bisher psychiatrisch nicht genauer untersuchten Personengruppe besser zu erkennen.

### 7.2 Soziodemographische Daten: Vergleich von Impler- mit SEEWOLF-Studie

Die Daten der 32 Bewohner, die vom 1.1. bis 15.10. 2019 schriftlich in die Untersuchung in der Implerstraße eingewilligt hatten, werden in Tab. 7.2.1 kompakt zusammengefasst.

Tab. 7.2.1: Vergleich Soziodemographischer Daten von Impler- und SEEWOLF-Studie

Biographische Daten	SEEWOLF-Studie		Impler-Gesamt	
	N=223	%	N=32	%
<b>Alter</b>	M=48,1		M=39,4	
männlich:	178	79,8%	20	62,5%
weiblich:	45	20,2%	12	37,5%
<b>Familienstand</b>				
geschieden, getrennt, verwitwet	73	37,1%	5	15,6%
Aktuelle Partnerbeziehung	48	21,3%	5	15,6%
Eigene Kinder	86	38,9%	12	37,5%
<b>Schulabschluss</b>	N=220		N=32	
Kein Schulabschluss	25	11,4%	7	21,9%
Hauptschule	120	54,6%	13	40,6%
Mittlere Reife	43	19,5%	7	21,9%
Abitur	32	14,5%	5	15,6%
<b>Berufsausbildung*</b>	N=205		N=30	
Ausbildungsabbruch	86	42,0%	21	70,0%
Erwerbstätig, Ausbildung, Studium	25	11,6%	2	6,3%
Sozialhilfe, SGB XII	112	51,9%	1	3,1%
Arbeitssuchend	14	6,5%	30	81,3%
Erwerbsunfähig, Berentung, Sonstig.	65	30,0%	2	6,3%
Netto-Einkommen, aktuell			454,20 €	
Schulden	- - -			53,1%

\* nur Teilauszüge der Haupttabellen unter 6.2, deshalb keine Ergänzung auf 100%

Wie bereits unter 6.1 ausgeführt, haben von den insgesamt 59 aufgenommenen Personen 46% (27 von 59) ihr Einverständnis für die Untersuchung nicht erteilt, so dass sich die nachfolgend diskutierten Daten ausschließlich auf jene 54% (32 von 59) beziehen, die der Untersuchung schriftlich zugestimmt hatten. Wie Tabelle 7.2.1 zu entnehmen, betrug das Durchschnittsalter 39,4 Jahre, in der SEEWOLF-Studie waren es 48,1 gewesen. Die Stichprobe in der Implerstraße war fast um 9 Jahre jünger. Mit 37,5% waren Frauen dort fast doppelt so oft vertreten wie in der SEEWOLF-Studie mit 20,2%. Eine aktuelle Partnerbeziehung besaßen 15,6%, in der SEEWOLF-Studie waren es 21,3%. Eigene Kinder hatten 37,5%, bei SEEWOLF waren es 38,9%. Keinen Schulabschluss wiesen 21,9% auf, in der SEEWOLF-Studie waren es 11,4% gewesen. Die meisten wiesen mit 40,6% einen Hauptschulabschluss auf, mit 54,6% lag diese Rate in der SEEWOLF-Studie etwas höher. 70% hatten ihre Ausbildung abgebrochen, 42% waren es in der SEEWOLF-Studie. 81,3% der Impler-Bewohner waren arbeitssuchend, in der SEEWOLF-Studie lediglich 6,5%. Der Bezug von Sozialhilfe nach SGB XII lag bei 3,1% der Impler- aber 51,9% der SEEWOLF-Studien-Teilnehmer vor.

**Tab. 7.2.2: Vgl. der Entwicklung der Wohnungslosigkeit**

<b>Entwicklung der Wolo</b>	<b>SEEWOLF-Studie</b>		<b>Impler-Studie</b>	
<b>Wohnsituation vor Wolo-Beginn</b>	N=216		N=32	
Eigene Wohnung, Untermiete	157	73,0%	16	50,0%
Bei Angehörigen, Freunden	37	17,0%	8	25,0%
Th. Einrichtung	9	4,0%	6	18,8%
JVA	4	2,0%	2	6,3%
Sonstiges	9	4,6%		0
<b>Wohnsituation vor Impler-Einzug</b>				
Eigene Wohnung, bei Bekannten	-		5	15,6%
Klinik	-		13	40,6%
Sofort-Unterbringungs-System LHM	-		12	37,5%
Th.-WG, Forensik	-		2	6,3 %
<b>Gründe für den Wohnungsverlust</b>				
materielle Gründe	65	31%	5	15,6%
Trennung, Tod des Mitwohnenden	40	12%	4	12,5%
Kündigung, nicht Mietschulden	20	9,5%	6	18,8 %
Krankheit (somatisch/psychisch)	37	17,6 %	14	43,8%
Wohnortwechsel	16	7,6%	1	3,1%
Haft	11	5,2 %	2	6,3%
Sonstiges	23	10,0 %	0	0
<b>Entwicklung der Wohnungslosigkeit</b>	N=213		N=32	
Alter bei Wolo-Beginn in Jahren	42,5		38,2	
Dauer der Wolo gesamt in Monaten	61,3		15,1	
Mindestens 1 x Platten-Erfahrung	92	41,6%	14	44,8%
Dauer der Plattenphase in Tagen	321		4,6	

Die Gründe für den Wohnungsverlust differierten in beiden Gruppen erheblich, materielle Probleme wurden von 15,6% der Impler-Bewohner aber 31% der SEEWOLF-Probanden angegeben. Umgekehrt lag die Rate an krankheitsbezogenem Wohnungsverlust bei der Impler-Studie mit 43,8% deutlich höher als in der SEEWOLF-Studie mit 17,6%. Das Alter bei Beginn der Wohnungslosigkeit lag in der Impler-Studie bei etwa 38,2 Jahren, bei den SEEWOLF-Probanden war es mit 42,5 Jahre deutlich später. Da aber die Impler-Probanden fast 9 Jahre jünger waren heißt dies, dass die Dauer der bisherigen Wohnungslosigkeit in Monaten bei den Impler-Bewohnern mit 15,1 Monaten um ein Vielfaches niedriger lag als bei den SEEWOLF-Probanden mit 61,3 Monaten. Die Rate an Plattenerfahrung - also dem Leben auf der Straße und unter Brücken - war in beiden Gruppen ähnlich, 44,8% in der Impler- und 41,6% in der Seewolf-Studie. Die Dauer der Plattenphase in Tagen war jedoch sehr unterschiedlich. Während in der SEEWOLF-Studie dieser Betrag bei 321 Tagen lag waren es bei den Bewohnern in der Implerstraße nur 4,6 Tage. D.h. die Bewohner in der Implerstraße hatten zwar fast zur Hälfte auch Plattenerfahrung, aber jeweils nur von sehr kurzer Dauer. Es liegt noch keine Habituation vor, es besteht noch die Möglichkeit, diese negative Entwicklung zu stoppen (Niebauer, 2016)!

**Tab. 7.2.3: Vgl. der Konflikte mit dem Gesetz**

Gesetzeskonflikte	SEEWOLF-Studie		Impler-Studie	
	n	N=220	N=32	
Konflikte mit dem Gesetz in Lebensspanne	147	66,8%	20	62,5%
Jugendarrest, JVA, Forensik	59	26,8%	6	18,7%
Geldstrafe	30	13,6%	11	34,4%
Sozialstunden	8	3,6%	2	6,3%
Keine Strafe erhalten	73	33,2%	1	3,1%

Die Rate an Konflikten mit dem Gesetz in der Lebensspanne war bei den Impler-Bewohnern mit 62,5% ähnlich hoch wie in der SEEWOLF-Studie mit 66,8%. Die Rate an Inhaftierungen war bei SEEWOLF aber mit 26,8% höher als in der Impler-Studie mit 18,7%.

**Zusammenfassend** handelt es sich also bei den Impler-Bewohnern im Vergleich zur SEEWOLF-Studie um 9 Jahre jüngere Menschen, mehr Frauen, aber ähnlich niedriger Schulbildung und einer höheren Rate an Ausbildungsabbrüchen. Die meisten waren aber noch arbeitssuchend, die Rate an Sozialhilfeempfängern verschwindend gering. Bei fast der Hälfte war die psychiatrische Erkrankung direkte Ursache für die aktuelle Wohnungslosigkeit. Die Dauer der Wohnungslosigkeit war mit 15,1 Monaten noch relativ kurz, die Dauer der Plattenphase mit 4,6 Tagen sehr gering im Vgl. zu den SEEWOLF-Probanden. Die ähnlich hohe Rate an Konflikten mit dem Gesetz (62,5%) lässt aber den enormen sozialen Gefährdungsgrad im Sinne einer „Armutsdelinquenz“ erkennen.

### 7.3 Psychiatrische Krankheits-Vorgeschichte: Vergleich von Impler-Studien-Daten mit SEEWOLF-Studie

Tab 7.3.1 zeigt, dass 43,3% der Impler-Bewohner eine ähnlich hohe Rate an psychischen Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend angaben wie die SEEWOLF-Teilnehmer mit 41,6%.

Tab. 7.3.1: Psychiatrische KH-Vorgeschichte

Psychiatrische KH-Geschichte	SEEWOLF-Studie		Impler-Studie	
<b>Kindheit und Jugend, Famil. Erkrng.</b>				
Scheidung der Eltern	56 v. 220	25,8%	13 v. 30	43,3 %
zeitweiser Heimaufenthalt	35 v. 198	17,7%	5 v. 32	15,6 %
psychisch auffällig in Kindh. u. Jugend	89 v. 216	41,6 %	13 v. 30	43,3 %
positive Familienanamnese für psychiatrische Erkrankungen	116 v. 214	53,9%	20 v. 31	64,5%
<b>Suizidalität u. Suchterkrankungen</b>				
Suizidgedanken in Lebensspanne	96 v. 219	43,8 %	25 v. 29	86,2%
Suizidversuche in Lebensspanne	36 v. 219	16,4 %	10 v. 29	34,5%
Alkoholabusus in der Lebensspanne	148 v. 223	66,5 %	17 v. 32	53,1%
<b>Psychiatr. Behandlungsverlauf</b>				
Alter bei Krankheitsbeginn (Gesamtstichprobe)	-		N =32 29,2 (SD=10,4)	
Alter bei Krankheitsbeginn, mit station. Aufenthalt im Krankheitsverlauf	-		N=25 27,5 (SD=10,0)	
Alter erste amb. Behandl., nicht KiJu.	-		N=32 29,4 (SD10,5)	
Alter bei erster stat. Behandlung	-		N= 23 M=28,4 (SD10,8)	
Alter bei Beginn der Wolo	M=42,5 SD=10,4)		M=38,2 (SD=10,8)	
Anzahl stationärer Aufenthalte Lebensspanne	N=213 (124 nie stat.) M=1,5 (SD=3,3)		N=32 (7 nie stat.) M=5,1 (SD=9,5)	
Stat. Psychiatrische Behandlungen in der Lebensspanne	89 v. 213	42,0%	25 v. 32	78,0%
Ambulante Therapie Lebensspanne	88 v. 210	41,9%	32 v. 32	100%
Gesetzliche Betreuung	37 v. 215	17,2%	17 v. 32	53,1%
Zwangsbehandlung Lebensspanne	24 v. 218	11,0%	10 v. 29	34,5%
Akt. Einnahme von Psychopharmaka	64 v. 219	29,2%	20 v. 29	70,0%
sehr gute bis gute Compliance Psychopharmaka-Einnahme	47 v. 65	72,6%	20 v. 29	70,0%
Akt. Psychiatr. Behandlungs-Bedarf (Einschätzung durch Untersucher/in)	155 v. 208	74,5%	32 v. 32	100%
Akt. Psychotherapeut. Behandlung	„wenige“ v. 223	1-5%	1 v. 30	2,9%
Akt. Psychosoziale Hilfen	„viele“ v. 223	20-30%	8 v. 30	26,7 %
Akt. Somatischer Behandlungsbedarf (Einschätzung durch Untersucher/in)	91 v. 224	40,6%	15 v. 27	55,6 %

Beide Populationen weisen einen deutlich über dem Bevölkerungsschnitt von 4% liegenden zeitweisen Heimaufenthalt auf mit 15,6% (Impler) bzw. 17,7% (SEEWOLF). Auch die Rate an psychischen Erkrankungen in den Ursprungsfamilien war in beiden Gruppen ähnlich hoch, in der Impler-Studie 64,5% und in der SEEWOLF-Studie 53,9%. Besonders die hohe Rate an Suizidgedanken (86,2%) und der Anteil von Suizidversuchen mit 34,5% unterstreichen den hohen Gefährdungsgrad dieser Menschen. Auch die Rate an ambulanten psychiatrischen Vorerfahrungen in der Lebensspanne liegt mit 100% bei den Impler-Bewohnern mehr

Evaluation der Clearingeinrichtung Implerstraße für psychisch kranke wohnungslose Frauen und Männer im städtischen Sofortunterbringungssystem. Abschlussbericht, Teil B, TUM. Bäuml, Pockrandt (2021-09-11-revBäu2022-08-10)

als doppelt so hoch als bei den SEEWOLF-Teilnehmern mit 41,9%. Auch der Anteil von Patienten mit stationär psychiatrischen Vorbehandlungen lag bei den Impler-Bewohnern mit 78% fast doppelt so hoch wie bei den SEEWOLF-Teilnehmern mit 42%. Die Gesamtrate an schizophränen Erkrankungen betrug in der Impler-Studie 47%, in der SEEWOLF-Population waren es nur 13,5% gewesen. D.h., fast die Hälfte der Impler-Bewohner haben eine sehr schwere psychiatrische Achse-I Diagnose aus dem schizophränen Formenkreis.

Tab. 7.3.2: Diagnosen und Befunde

Diagnosen und Befunde	SEEWOLF-Studie		Impler-Studie	
<b>Haupt-Diagnosen</b>	<b>N=223</b>		<b>N=32</b>	
F0	7	3,1%	0	0
F1	71	31,8%	0	0
F2	30	13,5%	15	46,9%
F3-6	100	44,9%	17	53,1 %
keine F0-9	15	6,7%	0	0
<b>Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)</b>	N=216		N=32	
	119	55,1 %	4	12,5 %
<b>Kognitive Leistungsfähigkeit</b>				
IQ - gesamt:	N=211 M=83,8 (SD=15,1)		N=27 M=94,4 (SD 11,9)	
<b>Krankheitseinsicht</b>				
Krankheitseinsicht (Amador)	N=139		N=31	
-äußerst krankheitsuneinsichtig	38	27,3%	3	9,7%
-etwas krankheitseinsichtig	31	22,3%	11	35,5%
-krankheitseinsichtig	70	50,4%	17	54,8%
<b>Weitere Standardisierte Befunde</b>	Werte		Werte	
CGI	3,5		4,5	
BDI	9,4		26,7	
B-L	15,5		25,8	
Mini-ICF-Aktivität	1,78		2,4	
Mini-ICF-Partizipation	1,67		2,1	
MMST	27,5		28,9	
<b>AMDP-Profil (patholog. Werte; &gt;2)</b>	N=219		N=30	
Äußeres Erscheinungsbild	50	22,8%	11	36,7
Aufmerksamkeit, Konzentration	75	34,1%	11	36,7
Antriebsverminderung	49	<b>22,5%</b>	20	<b>66,7</b>
Inhaltliches Denken, Wahn	20	<b>9,1%</b>	8	<b>26,7</b>
Stimmungseinbruch	60	<b>27,6%</b>	27	<b>90 %</b>
Befürchtungen, Zwänge	25	11,5%	3	10%
Schlafstörungen	73	<b>33,5%</b>	24	<b>80%</b>
Appetitmangel	33	<b>15,1%</b>	18	<b>60%</b>
Suizidalität	7	3,2%	2	6,7 %

Auffallend ist auch die Tatsache, dass bei keinem der Impler-Bewohner, die ihr Einverständnis zur Untersuchung erteilt hatten, eine Suchterkrankung als Hauptdiagnose festgestellt

worden war (Ausschlusskriterium für die Aufnahme), während diese Rate bei der SEEWOLF-Stichprobe bei 31,8% lag.

Besonders differieren die Raten an Persönlichkeitsstörungen laut SKID-II in beiden Populationen, in der SEEWOLF-Studie betrug diese Rate 55,1%, in der Implerstudie waren es nur 12,5%. Bei der Untersuchung der Krankheitseinsicht nach Amador waren nur 9,7% der Impler-Bewohner „äußerst krankheitsuneinsichtig“ während diese Rate bei den SEEWOLF-Teilnehmern 27,3% betrug. Umgekehrt wurde die Krankheitsschwere bei den Impler-Bewohnern mit 4,5 („deutlich bis schwer“) auf der CGI-Skala eingeschätzt, in der SEEWOLF-Studie hingegen nur mit 3,5 („leicht bis mäßig“).

Die kognitive Leistungsfähigkeit wies bei den Impler-Bewohnern mit einem IQ-Gesamtwert von 94,4 einen deutlich besseren Wert auf als bei den SEEWOLF-Studienteilnehmern mit 83,8. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass das Ausgangshandicap hinsichtlich kognitiver Leistungseinschränkung bei den Impler-Bewohnern geringer ist als bei den SEEWOLF-Probanden, was die Ablösung Letzterer aus den Langzeiteinrichtungen der Wohnungslosenhilfe möglicherweise erschwert.

Einen regelmäßigen und guten Kontakt zur Mutter gaben mit 31,2% die SEEWOLF-Untersuchten ähnlich häufig an wie die Impler-Bewohner mit 30%. Die gleiche Kontaktaussage bezüglich der Väter lag in beiden Populationen deutlich niedriger, bei den SEEWOLF-Bewohnern bei 10,5% und bei den Impler-Probanden bei 10% (Pitschel-Walz et al, 2001; Bäuml, Pitschel-Walz, 2020).

**Tab. 7.3.3: Angehörigenkontakte**

Angehörigen-Kontakte	SEEWOLF-Studie		Impler-Studie	
	N=221		N=30	
Mutter lebt noch	122	55,2%	20	66,7%
Kontakt zur Mutter vorhanden	78	35,7%	15	50,0%
Kontakt in letzten 4 Wochen	64	30,0%	9	30,0%
Kontaktqualität: gut bis sehr gut	69*	31,2%	9	30,0%
Vater lebt noch	87	39,4%	18	60,0 %
Kontakt zu Vater vorhanden	37	16,7%	8**	26,7 %
Kontakt in letzten 4 Wochen	28	12,7%	7	23,3%
Kontaktqualität: gut bis sehr gut	23	10,4%	3**	10,0 %

\* teilweise Einbezug bereits verstorbener Angehöriger

\*\* Die Väter waren häufiger Täter bei körperlicher/sexueller Gewalt, daher Kontakt schlechter

Zusammenfassend heißt das, die hier untersuchten Bewohner der Implerstraße leiden, was die Primärdiagnose anbelangt, etwa zur Hälfte an schizophrenen und zur anderen Hälfte an Affektiven- und Angsterkrankungen, die zusätzlichen Suchterkrankungen bei etwa einem Fünftel der Untersuchten waren als Sekundär Diagnosen eingeschätzt worden. Nahezu 80% waren bereits fünfmal in stationär-psychiatrischer Behandlung gewesen, über ein Drittel hatte bereits einen Suizidversuch verübt, die durchschnittliche Krankheitsschwere wurde per CGI-Skala als „deutlich bis schwer“ eingestuft, was dem Patientengut einer Station der Allgemein-



psychiatrie entspricht. Über die Hälfte hatte eine gesetzliche Betreuung und ein Drittel berichtete von früheren Zwangsmaßnahmen. Demzufolge wurde auch bei allen ein akuter psychiatrischer Behandlungsbedarf gesehen (Fazel et al, 2014; Folsom et al, 2002).

#### 7.4 Weitervermittlungsprozess

**Tab 7.4.1: Grundgesamtheit der Klientinnen und Klienten für die quantitative Untersuchung**

Erhebungsbeginn	01.01.2019
Erhebungsende	31.12.2019
Vorstellungstermine geplant 1.1.2019 – 31.12.2019	172
- Vorstellungstermine wahrgenommen (nicht wahrgenommen: 56)	116
Tatsächliche Vorstellungstermine	116
- Ablehnungen	56
- Nichteinzug trotz Zusage	5
Tatsächliche Einzüge	55
Projektteilnehmer*innen mit Einverständniserklärung für TUM-Untersuchung	32

Von den 172 Personen, die zu einem Vorstellungsgespräch vor dem MPT vorgesehen waren, sind 56 (32,6%) gar nicht erschienen; die Gründe hierfür sind nicht dokumentiert. Bei weiteren 56 (32,5%) Personen, die zum Vorstellungsgespräch gekommen waren, sah das MPT keine Indikation für den Einzug in die Clearingeinrichtung, so dass von den 172 erfassten Personen sich prinzipiell nur 60 (34,9%) als geeignet erwiesen; da von diesen wiederum 5 (2,9%) trotz Zusage nicht kamen, lag die Einzugsquote mit 55 Personen schließlich bei 32,0%.

**Tab. 7.4.2: Vorstellungsgespräche und Teilnahme an der TUM-Evaluation (siehe auch Tab. 3.5.1)**

Items	Dokumentationszeitraum durch MPT	Untersuchungszeitraum durch TUM
Zeit	1.1. -31.12.2019	1.1. – 15.10.2019
Monate	12	9,5
Erfasste Personen	172	136
Teilnahmequote an TUM-Evaluation		32 von 136 (23,5%)

Wenn man davon ausgeht, dass die Anmeldungen weitgehend regelmäßig über das Jahr verteilt stattfanden, so lassen sich für den Untersuchungszeitraum vom 1.1. – 15.10.2019 etwa 136 Interessentinnen und Interessenten ermitteln ( $172 \times 9,5 : 12$ ). Demzufolge liegt die Rate an Bewohnerinnen und Bewohner, die in die TUM-Evaluation eingewilligt haben, bei

23,5% (32 von 136). D.h. also, dass etwa nur ein Viertel der in Frage kommenden Personen in die Auswertung einbezogen werden konnten.

Erklärtes Ziel der Clearingeinrichtung ist die Verbesserung der bisherigen Wohn- und Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner. Während des Aufenthaltes in der Clearingeinrichtung soll der individuelle Betreuungs- und Unterstützungsbedarf ermittelt werden, um die derzeit wohnungslosen Menschen vertikal weiter vermitteln zu können. Wie unter 1.1 bereits beschrieben, wird unter „vertikal“ eine qualitative Verbesserung der bisherigen Wohnsituation verstanden wie z.B. die Vermittlung in Betreutes Einzelwohnen oder die Integration in ein Wohnheim mit längerfristiger Wohnperspektive. Personen, die bisher obdachlos waren und/oder von einer Noteinrichtung in die andere gewechselt sind, sollen eine feste Bleibe erhalten, die ihrem aktuellen sozialen Kompetenzniveau entsprechend Rechnung tragen soll. In diesem Kontext kann die freiwillige Verlegung in eine psychiatrische Klinik durchaus einer vertikalen Vermittlung zugerechnet werden, wenn durch das Nachholen einer bisher nicht erfolgten wirksamen Behandlung der Grunderkrankung die Voraussetzungen für ein späteres selbstständiges Wohnen geschaffen werden.

Eine „horizontale“ Weitervermittlung würde demzufolge bedeuten, dass keine qualitative Verbesserung der Wohnsituation möglich war und die Betroffenen entweder wieder auf die Einrichtungen im Sofortunterbringungssystem verwiesen werden müssen oder sich jeglicher Betreuung entziehen und in die Obdachlosigkeit geraten. Die Verlegung in eine forensische Einrichtung oder in eine Justizvollzugsanstalt würde ebenfalls als „horizontal“ gewertet werden, weil dadurch in der Regel kurzfristig nicht zu erwarten ist, dass die Betroffenen bald zu einem selbstständigen Wohnen in der Lage sein werden.

Laut gemeinsamer Einschätzung der Untersucher und des MPT kann gefolgert werden, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der Verweildauer und dem späteren Weitervermittlungserfolg besteht. D.h., wer sehr „ungeduldig“ ist, rasch wegdrängt und weniger als 60 Tage blieb, konnte nur zum Teil erfolgreich weitervermittelt werden. Wer sehr lange bleiben musste, weil für ihn nichts Passendes zu finden war, hatte ebenfalls schlechte Chancen für eine vertikale Vermittlung. Das bedeutet aber nicht, dass man diese Personen deshalb früher zum Verlassen der Clearingeinrichtung motivieren sollte, ganz im Gegenteil. Für diesen Personenkreis scheint es bisher keine geeignete Anschlusseinrichtungen zu geben, so dass der vorerst weitere Verbleib in der Implerstraße als „Glücksfall“ bezeichnet werden kann. Am besten läuft es offenbar bei den Menschen mit einem mittleren Aufenthalt von 3 bis 5 Monaten; diese zeigen sich durch ihr anhaltendes Bleiben einerseits ausreichend motiviert bei der Zusammenarbeit mit dem MPT und gleichzeitig scheint es für sie auch geeignete Weitervermittlungsstellen zu geben.

Tab. 7.4.3 lässt erkennen, dass eine erfolgreiche (vertikale) Weitervermittlung bei 13 der 32 an der TUM-Evaluation mitwirkenden Bewohnern (37%) möglich war, d.h. sie konnten „vertikal“ in eine geeignete Einrichtung verlegt werden (Abb. 7.4.1). Bei weiteren 41% (13 von 32) ist die Organisation der Weitervermittlung noch im Laufen, diese Bewohner waren zum Ende des Untersuchungszeitpunkts noch in der Einrichtung. Bei 22% (7 von 32) war die Weitervermittlung nicht möglich gewesen (horizontal), entweder gab es keine geeignete weiterführende Einrichtung oder die Bewohner brachen den Kontakt zur Einrichtung vorzeitig ab und verließen das Haus.

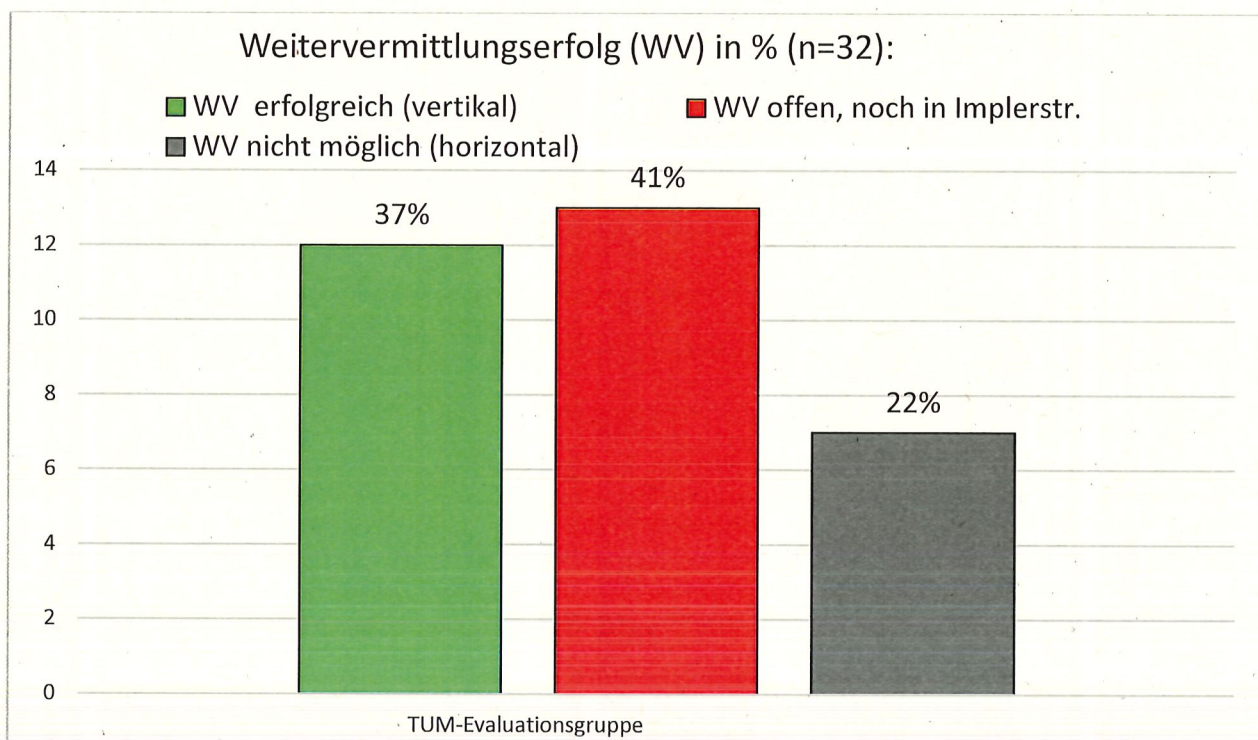
Tab.7.4.3: Weitervermittlungsrate

Weitervermittlung	Teilnahme an TUM-Evaluation	
	N	%
- vertikal	12*	37
- offen/noch in Implstr.	13	41
- horizontal	7	22
Gesamt	32	100%
- vertikal/noch offen	25	<b>78</b>
- horizontal	7	<b>22</b>
Gesamt	32	100%

\* Verfolgung des Weitervermittlungsprozesses bis zum 31.12.2019

Bei den Klientinnen und Klienten der Clearingeinrichtung, die sich zur Mitwirkung bei der TUM-Untersuchung bereit erklärt hatten (n=32), kann von einer hypothetisch höheren Mitwirkungsfähigkeit ausgegangen werden. Wenn aber bereits hier die erfolgreiche Weitervermittlung nur 37% während des Untersuchungszeitraumes betrug muss befürchtet werden, dass diese Rate bei den Bewohnerinnen und Bewohnern ohne Einverständniserklärung zur Untersuchung noch deutlich geringer war. Aufgrund der gegebenen Datenschutzauflagen konnten diese Zahlen aber nicht in die Auswertung einbezogen werden.

Insgesamt lag die erfolgreiche (n=12) bzw. noch offene (n=13) Weitervermittlungsrate bei den Einwilligungsbereiten bei 78% (25 von 32). Gemäß der Hauptfragestellung, in welchem Umfang eine vertikale Weitervermittlung während des Untersuchungszeitraumes möglich war, betrug diese Rate 37%. Der direkte und genaue Zusammenhang von Mitwirkungsbereitschaft bzw. -fähigkeit der Teilnehmer und dem tatsächlichen vertikalen Vermittlungserfolg kann aufgrund des eingeschränkten Datenzugriffs nicht eindeutig beurteilt werden. Es besteht jedoch der begründete Verdacht, dass die erfolgreiche vertikale Weitervermittlungsrate bei den nicht einwilligungsbereiten Probandinnen und Probanden noch deutlich niedriger war.



**Abb. 7.4.1: Weitervermittlungserfolg**

Interessant ist in diesem Kontext jedenfalls die Tatsache, dass mit zunehmender Dauer des Aufenthaltes in der Implerstraße die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Weitervermittlung abnahm. Wie Tab. 6.5.2 und Abb. 6.5.1 zu entnehmen, betrug die mittlere Verweildauer bei den erfolgreich weiter vermittelten Personen 130,5 Tage, bei den noch offen stehenden Weitervermittlungsprozessen betrug sie 187,3 Tage und bei den bereits gescheiterten Weitervermittlungsfällen lag diese Rate bei 235,9 Tagen. D.h., wenn die Weitervermittlung offensichtlich in den ersten 6 Monaten nicht funktioniert, wird es immer schwieriger, eine geeignete weiter versorgende Wohnform zu finden (Duschinger et al, 2017).

Auffallend war auch der Zusammenhang des Weitervermittlungserfolges vom Vor- oder Nichtvorliegen einer komorbiden Suchterkrankung. Bei den erfolgreich weiter Vermittelten betrug sie lediglich 17% (2 von 12), bei den noch offenen Weitervermittlungsfällen betrug sie 77% (10 von 13) und bei den nicht weiter vermittelbaren Bewohnern hatte diese Rate mit 57% (4 von 7) einen ähnlich hohen Wert (siehe Tab. 6.5.2.1 und Abb. 6.5.2.1).

## 7.5 Vergleich der schizophren erkrankten Personen aus allen drei Studien

Wie in Tab. 7.5.4 zu erkennen, hat fast die Hälfte der Impler-Bewohner eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis attestiert bekommen. Um abschätzen zu können, inwiefern sich die soziodemographischen und krankheitsbezogenen Daten dieser 15 Personen von den 30 schizophren erkrankten Teilnehmern aus der SEEWOLF-Studie und den 116 Patienten einer klinischen Stichprobe (COGPIP-Studie) unterscheiden bzw. ob es auch gruppenübergreifende Gemeinsamkeiten gibt, werden einige Kerndaten verglichen.

Tabelle 7.5.1: Vgl. der F2\*-Probanden von Impler-, SEEWOLF- und COGPIP-Studie

Soziodemographische Daten	Impler-Studie: Bewohner mit F2	SEEWOLF-Studie: Bewohner mit F2	COGPIP-Studie: F2-Patienten
<b>Alter</b>	N=15 M=35,5 (SD=11,4) Streubreite = 23 - 57	N=30 M=43,2 (SD=14,1) Streubr.= 19-67	N=116 34,5 (SD=10,5) Streubr.= 18-69
<b>Geschlecht</b>	N=15	N=30	N=116
Männlich:	11 (76,3%)	22 (73,3%)	52 (44,8%)
Weiblich:	4 (23,7%)	8 (26,7%)	64 (55,2%)
<b>Familienstand</b>	N=15	N=29	N=116
Ledig:	13 (86,6%)	22 (75,9%)	79 (68,1%)
Verh., geschie., verwi., getr.	2 (13,4%)	7 (24,1%)	37 (31,9%)
<b>Schulabschluss</b>	N=15	N=28	N=116)
Kein Abschluss:	5 (33,3%)	3 (10,7%)	0
Hauptschulabschluss:	5 (33,3%)	18 (64,3%)	29 (25,0%)
Mittlere Reife, Abitur:	5 (33,4%)	7 (25,0%)	83 (71,6%)
<b>Berufsausbildung</b>	N=15	N=28	N=116
Kein Abschluss:	5 (33,3%)	21 (75%)	31 (26,7%)
Mit Abschluss	10 (66,7%)	7 (25%)	85 (73,3%)

\* ICD-10: F2 (Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis)

Die COGPIP-Studie hatte primär die Frage zum Ziel, inwiefern bei stationär aufgenommenen schizophren erkrankten Patienten ein vorgeschaltetes kognitives Training bei der im Anschluss erfolgenden Psychoedukation in Gruppen zu einem besseren Ergebnis hinsichtlich Wissenszuwachs und der späteren Wiederaufnahmerate führt (Bäumli et al, 2012; Pitschel-Walz, Jahn, Bäumli et al, 2010). Die der chronologischen Aufnahme der Patienten folgende Rekrutierung ergibt deshalb eine gute repräsentative klinische Vergleichsstichprobe; allerdings kann angesichts des gehobenen Bildungsniveaus der Patienten nicht ausgeschlossen werden, dass bereits im Vorfeld eine gewisse Patientenselektion aufgrund des universitären Behandlungssettings zu verzeichnen ist. Hinsichtlich psychopathologischem Befund und psychiatrischer Vorbehandlung muss allerdings von einem erheblichen Schweregrad der Erkrankung gesprochen werden.

Die 30 Personen der SEEWOLF-Studie mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis repräsentieren in diesem Kontext eine Stichprobe von Menschen, die in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe betreut werden und bei der damaligen Untersuchung bei zwei Dritteln einen aktuellen Behandlungsbedarf erkennen haben lassen.

Tab. 7.5.2: Vgl. der F2\* von Impler-, SEEWOLF- und COGPIP-Studie: Wohnungslosigkeit, Gesetzeskonflikte, Vernachlässigung

Wolo-Situation	Impler-Studie: Bewohner mit F2	SEEWOLF-Studie: Bewohner mit F2	COGPIP-Studie: F2- Patienten
Alter bei Wolo-Beginn	M= 34,2 (SD11,5) (SB 20-57)	-	nicht zutreffend
<b>Vernachläss./Delinquenz</b>	N=15	N=26	N=116
Ja:	11 (73,0%)	20 (76,9%)	19 (16,4%)

\* ICD-10: F2 (Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis)

Auch beim speziellen Vergleich nur der schizophren erkrankten Personen aus der Implerstraße mit den SEEWOLF-Teilnehmern sind Letztere um mehr als 7 Jahre älter, die Impler-Bewohner aber fast gleichaltrig als die klinische Stichprobe der COGPIP-Studie.

**Tab. 7.5.3: Vgl. der F2\* von Impler-, SEEWOLF- und COGPIP-Studie: Psychiatrische KH-Vorgeschichte**

Psychiat. KH-Vorgesch.	Impler-Studie: Bewohner mit F2		SEEWOLF-Studie: Bewohner mit F2	COGPIP-Studie: F2-Patienten
<b>Psych. Auffälligk. Ki/Jug.</b>	N=15 5 (33,3%)		N=26 19 (73,1%)	-
<b>Fam.-Anam. Psychiat.</b>	N=15 9 (60%)		N=24 22 (91,6%)	N=101 67 (66,3%)
<b>Suizidversuche</b>	N=13 5 (38,5%)		N=27 11 (40,7%)	N=116 38 (32,8%)
<b>Alkoholabusus</b>	N=15 akt.** 4*(26,7%)	Lebenszeit** 8 (53,3%)	N=28 akt. 12 (42,9%)	N=115 akt. 5 (4,3%)
<b>Cannabisabusus</b>	N=15 akt. 4 (26,7%)	Lebenszeit 11 (73,3)	N=28 akt. 6 (21,4%)	N=115 akt. 32 (27,8%)
<b>weitere Drogen</b>	N=15 akt. 1 (6,7%)	Lebenszeit 3 (20%)	N=28 akt. 4 (14,3%)	N=115 akt. 26 (22,6%)
<b>Alter bei Krankheits- Beginn</b>	N=15 M=24,7 (SD=8,6) SB=15-45		N=10 M=23,7 (SD=15,1) SB=10-61	N=116 M=25,9 (SD=8,7) SB= 15-55,5
<b>Krankheitsdauer in Jahren</b>	N=15 M=10,7 (SD = 7,3) SB= 3 -27		N=10 M=14,0 (SD=8,4) SB= 0-24)	N=116 M=8,6 (SD=7,7) SB= 0-33)
<b>Anzahl der stationären Klinikaufenthalte</b>	N=15 M=4,3 (SD=4,8) SB=0-20		N=28 M=3,5 (SD=4,8) SB=0-20	N=116 M=5,1 (SD=5,5) SB=1-40
<b>KH-Jahre pro stat. Aufenthalt</b>	2,48		4,0	1,68
<b>Akt. Neuroleptika</b>	N=14 10 (71,4)		N=27 17 (63%)	N=89 (t4) 78 (87,6%)
<b>Medikamentöse-Compli.</b>	N=14		N=20	N=83 (t4)
sehr gut:	6 (42,9 %)		9 (45%)	62 (74,7%)
gut:	2 (14,3 %)		4 (20%)	9 (10,8%)
mäßig-schlecht:	6 (42,8%)		7 (35%)	12 (14,4%)

\* ICD-10: F2 (Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis)

\*\* In der Impler-Studie wurde eine Alkoholerkrankung jeweils nur als Nebendiagnose festgestellt

Besonders auffallend ist der erheblich größere Frauenanteil in der COGPIP-Gruppe mit 55,2% im Vergleich zu Impler und SEEWOLF mit 23,7% bzw. 26,7%. Besonders auffallend ist auch der höhere Bildungsgrad in der COGPIP-Stichprobe, 71,6% hatten Mittlere Reife oder Abitur, in der Impler- und SEEWOLF-Gruppe lagen diese Raten bei 33,4% und 25,0%. Ganz besonders sticht der erhebliche Unterschied beim Item „Vernachlässigung/Gesetzeskonflikte“ hervor, der bei den COGPIP-Patienten 16,4%, in den beiden anderen Gruppen aber jeweils bei 73% bzw. 76,9% liegt (Tab. 7.5.2). Hierbei spielt der Faktor Armutsdelinquenz sicher eine wesentliche Rolle, in der Impler-Studie lag die Quote an „Schwarzfahren“ bei 28,1%. Aber auch Konflikte mit anderen in Form von Verbalinjurien und körperlichen Tät-

lichkeiten bei psychotisch motivierten Selbstverteidigungsmanövern sind bei nicht ausreichend behandelten psychotisch erkrankten Menschen in gehäuftem Maße zu beobachten (Steinert et al, 2019; Keers et al, 2014).

Wie Tab. 7.5.3 erkennen lässt, ist in allen drei Gruppen eine beeindruckend hohe Rate von über 60% an psychischen Erkrankungen im Familienumfeld zu verzeichnen, die Rate an früheren Suizidversuchen liegt bei allen Untersuchten über 30%. Der aktuelle Alkoholabusus liegt in der COGPIP-Gruppe bei 4,3%, vermutlich wäre sonst kein Einschluss in die kognitiv orientierte Studie möglich gewesen. Bei der Impler-Population lagen in 50% Abhängigkeits-erkrankungen vor, aber jeweils nur als komorbide Diagnosen. In der SEEWOLF-Gruppe betrug diese Rate 42,9%.

**Tab. 7.5.4: Vgl. der F2\* von Impler-, SEEWOLF- und COGPIP-Studie: Diagnosen und Befunde**

Diagnosen u. Befunde	Impler-Studie: Bewohner mit F2	SEEWOLF-Studie: Bewohner mit F2	COGPIP-Studie: F2-Patienten
<b>F2-Diagnosen gesamt</b>	N=32 15 (47%)	N=223 30 (13,5%)	N=116 116 (100%)
<b>Diagnosen</b>	N=15	N=30	N=116
F20	14 (93,3%)	10 (33,3%)	69 (59,5%)
F22	0	0	1 (0,9%)
F25	1 (6,7%)	13 (43,3%)	46 (39,7%)
F29	0	7 (23,3%)	0
<b>Kognitiver Status</b>	N=11	N=26	N=97 (t3)
IQ-Wert	M= 90,9 (SD=9,6) SB= 70-106	M=86,9 (SD=19,7) SB= 58-131	M=98,8 (SD=14,3) SB= 74-131
<b>Krankheitseinsicht</b>	N=15	N=23	N=116 (Aufnahme)
krankheitsuneinsichtig:	1 (6,7%)	6 (27,3%)	0
etwas einsichtig:	8 (53,3%)	8 (31,8%)	97 (83,6%)
krankheitseinsichtig:	6 (40,0%)	9 (40,9%)	19 (16,4%)
<b>CGI</b>	N=14	N=25	N=116 (t1)
2-3: minimal/leicht krank:	2 (14,3 %)	4 (16%)	3 (2,6%)
4: mäßig krank:	4 (28,6%)	10 (40%)	59 (50,9%)
5-6: deutlich-schwer krank:	14 (57,1%)	11 (44%)	54 (46,6%)
CGI-Durchschnittswert	M=4,57	M=4,32	M=4,51

\* ICD-10: F2 (Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis)

Trotz der insgesamt längsten KH-Dauer – 14 Jahre – weisen die SEEWOLF-Probanden mit lediglich 3,5 stationären Behandlungen die geringste Behandlungsdichte auf im Vergleich zu den Impler-Bewohnern mit 4,3 Aufenthalten auf 10,7 Jahre und den COGPIP-Patienten mit 5,1 Behandlungen in der Zeit von 8,6 Jahren. Diese „Behandlungsscheu“ ist möglicherweise auch der Grund, warum die schizophren erkrankten Probanden der SEEWOLF-Stichprobe den Schutzraum in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe brauchen und schätzen und sowohl den Wohnkomfort als auch die Qualität des Essens dort sehr positiv bewerten (Bäumel et al, 2017; Bäumel et al, 2007).

Wie Tab.7.5.4 im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen offenbart, ist die Rate an paranoid-halluzinatorisch Erkrankten (F20.0) in der Impler-Gruppe mit 93,3% sehr hoch; dies scheint ein Hinweis darauf zu sein, dass es sich hierbei um eine Gruppe von Erkrankten mit einer sehr erheblichen Krankheitsschwere - CGI von 4,57, „mäßig bis deutlich krank“ – handelt. 57,1% erhielten die Klassifikation 5 oder 6 („deutlich“ oder „schwer“), damit liegen sie in Evaluation der Clearingeinrichtung Implerstraße für psychisch kranke wohnungslose Frauen und Männer im städtischen Sofortunterbringungssystem. Abschlussbericht, Teil B, TUM. Bäumel, Pockrandt (2021-09-11-revBäu2022-08-10)

dieser Kategorie über 10 Prozentpunkte höher als die klinische COPGIIP-Stichprobe, was eine Behandlung unter stationär psychiatrischen Bedingungen durchaus rechtfertigen würde. Optimistisch stimmt hierbei allerdings der Befund, dass bei den Impler-Bewohnern 40% als „krankheitseinsichtig“ und nur 6,7% als „äußerst uneinsichtig“ eingestuft wurden, in der SEEWOLF-Gruppe lag die Quote der äußerst Uneinsichtigen hingegen bei 27,3%.

Damit erweist sich die Clearingeinrichtung als Zufluchtsort von teilweise sehr erheblich schizophran erkrankten Menschen, die sich dort wohl fühlen, die zuvorkommende und professionelle Betreuung schätzen und gewillt sind, mit Unterstützung des Fachpersonals wieder eine Langzeitperspektive sowohl hinsichtlich der Behandlung als auch des Wohnens und der Beschäftigung aufzubauen. Die fachliche Alternative wäre natürlich die längerfristig fortgesetzte Behandlung in einer klinischen Einrichtung. Da dies offensichtlich im Vorfeld nicht/nicht mehr möglich war, stellt die Clearingeinrichtung in der Implerstraße eine sehr wertvolle Betreuungsform für diese von akuter Wohnungslosigkeit bedrohten schizophran erkrankten Menschen dar.

## **8 Zusammenfassung des quantitativ empirischen Untersuchungsberichtes**

### **8.1 Kompaktdarstellung der Ergebnisse des Teil B der TUM-Evaluation**

Hintergrund der Untersuchung ist die seit 2008 deutlich ansteigende Zahl von wohnungslosen Menschen im Sofortunterbringungssystem der LH-München ganz allgemein von 2.035 im Jahr 2010 auf 4.970 im Jahr 2019, und von psychisch kranken wohnungslosen Menschen im Besonderen (SEEWOLF-Studie, Bäuml et al, 2017).

Deshalb wurde vom Stadtrat der LH-München die Errichtung einer Clearingeinrichtung innerhalb des 80 Betten umfassenden Notquartiers Implerstraße beschlossen, die am 1.3.2016 mit zunächst 20 umgewidmeten Plätzen ihren Betrieb aufnahm und mit Beginn der Evaluation am 1.1.2019 auf 40 Plätze ansteigen sollte. Das Ende der Untersuchung war zunächst auf den 30.6.2020 terminiert, musste aber aufgrund eines Bettwanzenbefalles und der daraus resultierenden eingeschränkten Aufnahmekapazität bis zum 15.10.2019 verlängert werden.

Zu Beginn der Untersuchung am 1.1.2019 waren bereits 14 Bewohner in der Notunterkunft, die als geeignet für die Clearingeinrichtung angesehen und deshalb in die Evaluation gleich mit einbezogen wurden.

Während des Zeitraumes vom 1.1.-31.12.2019 wurden 172 Personen für ein Vorstellungsgespräch angemeldet. Davon erschienen 56 (32,5%) der angemeldeten Interessenten nicht zum Vorstellungsgespräch, 5 (2,9%) weitere wollten nicht einziehen trotz positiver Auswahl. Bei 56 (32,5%) der vorsprechenden Personen waren die Kriterien für einen Einzug nicht erfüllt. Deshalb betrug die Einzugsquote lediglich 32% (55 von 172).

Von den hochgerechnet 136 Personen (siehe Tab. 7.4.2), die während des TUM-Untersuchungszeitraumes vom 1.1.-15.10.2019 zum Vorstellungsgespräch angemeldet waren, gaben 32 eine Einwilligungserklärung ab, was einer Zustimmungsquote von 23,5% (32 von 136) entspricht. D.h., nur etwa ein Viertel der in Frage kommenden Personen konnte in die TUM-Evaluation einbezogen werden.

Das Durchschnittsalter betrug 39,4 Jahre, 37,5% waren Frauen, eine aktuelle Partnerbeziehung besaßen 15,6%, eigene Kinder hatten 37,5%. Keinen Schulabschluss wiesen 21,9% auf,



die meisten hatten mit 40,6% einen Hauptschulabschluss, 70% ihre Ausbildung abgebrochen. Die Gründe für den Wohnungsverlust führten 15,6% auf materielle Gründe und 43,8% auf direkt mit der Erkrankung zusammenhängende Probleme zurück. Die Rate an Platten- erfahrung - also dem Leben auf der Straße und unter Brücken – betrug 44,8%, ähnlich wie bei den SEEWOLF-Teilnehmern mit 41,6%. Die Dauer der Wohnungslosigkeit mit 15,1 Monaten und der Plattenphase von nur 4,6 Tagen waren aber noch relativ kurz im Vergleich zu den SEEWOLF-Probanden mit 61,3 Monaten bzw. 321 Tagen auf „Platte“.

Mit 47% hatte fast die Hälfte aller Bewohner eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, die andere Hälfte litt unter Affektiven- und Angsterkrankungen. Bei den SEEWOLF-Untersuchten betrug die Rate an schizophrenen Erkrankungen lediglich 13,5%, dafür hatten diese eine Quote von primären Suchterkrankungen von 31,3%, die bei den Impler-Bewohnern in keinem Falle vergeben wurde, aber in Form von komorbiden Abhängigkeitserkrankungen bei 50% vorlag. Die Rate an Persönlichkeitsstörungen laut SKID-II lag mit 12,5 % nur leicht über dem Schnitt der Allgemeinbevölkerung (Fiedler, Herpetz, 2016), in der SEEWOLF-Gruppe waren es 55,1%. Mehr als Dreiviertel (78%) hatten bereits eine stationär psychiatrische Behandlung erfahren, ein Drittel (34,5%) hatte schon einen Suizidversuch verübt und ebenfalls ein Drittel (34,5%) musste schon einmal zwangsbehandelt werden. Entsprechend häufig war bei über der Hälfte (53,1%) eine Gesetzliche Betreuung verordnet worden. Die Krankheitsschwere wurde auf der CGI-Skala bei 4,5 („mäßig bis deutlich“) eingeschätzt, in der SEEWOLF-Gruppe lag dieser Wert mit 3,5 („leicht bis mäßig“) deutlich niedriger. Die kognitive Leistungsfähigkeit war mit einem IQ-Gesamtwert von 94,4 nur leicht reduziert, bei den SEEWOLF-Teilnehmern lag er mit 83,6 deutlich darunter. Bei den Bewohnern der Clearingeinrichtung handelt es sich insgesamt um psychiatrisch sehr ernsthaft erkrankte Menschen, denen auch zu 100% ein psychiatrischer Behandlungsbedarf attestiert wurde.

Von den 32 Bewohnern, die ihr Einverständnis zur TUM-Evaluation gegeben hatten, konnten 37% erfolgreich, d.h. vertikal, in eine geeignete Einrichtung verlegt werden. Bei weiteren 41% war die Organisation der Weitervermittlung noch im Laufen, diese Bewohner waren zum Ende des Untersuchungszeitpunktes noch in der Einrichtung bzw. wegen Rückverlegung noch in einer Klinik.

Bei weiteren 22% war die Weitervermittlung gescheitert, entweder gab es keine geeignete Einrichtung oder die Bewohner brachen den Kontakt vorzeitig ab und verließen das Haus. Mit zunehmender Dauer des Aufenthaltes sank die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Weitervermittlung. Bei den erfolgreich weiter Vermittelten waren es 130,5 Tage, bei den noch offenen 187,3 und bei den bereits gescheiterten Weitervermittlungsprozessen betrug sie 235,9 Tage. Der Weitervermittlungserfolg korrelierte auch mit komorbiden Suchterkrankungen. Bei den erfolgreich weiter Vermittelten hatten diese Nebendiagnose 17% (2 von 12) erhalten, bei den noch offenen Weitervermittlungsfällen 77% (10 von 13) und bei den bereits Gescheiterten 57% (4 von 7).

## **8.2 Zusammenfassung des qualitativ empirischen Untersuchungsberichtes (Teil B)**

### **Hintergrund**

Der Sozialausschuss beauftragte in seiner Sitzung vom 18.06.2018 (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 11557) Prof. Dr.med. Josef Bäuml, FA für Psychiatrie und Psychotherapie von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München, und

Evaluation der Clearingeinrichtung Implerstraße für psychisch kranke wohnungslose Frauen und Männer im städtischen Sofortunterbringungssystem. Abschlussbericht, Teil B, TUM. Bäuml, Pockrandt (2021-09-11-revBäu2022-08-10)

Frau Stockdreher, Dipl. Soziologin vom Institut „zweiplus“, die Clearingeinrichtung im Notquartier Implerstraße für psychisch kranke wohnungslose Frauen und Männer im städtischen Sofortunterbringungssystem zu evaluieren. „In der Verbindung der beiden Fachrichtungen wird die notwendige Kompetenz zur Umsetzung des Evaluationskonzeptes“ gesehen um die Frage zu beantworten (S.7), ob „durch den Einsatz von sozialpsychiatrisch ausgebildetem Fachpersonal unter ärztlich-psychiatrischer Begleitung die Zu- und Weiterverweisungspraxis für den o.g. Personenkreis – psychisch kranke wohnungslose Menschen - verbessert werden kann“ (sinngemäß zitiert aus dem Beschluss des Sozialausschusses der LH-München, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 00584 vom 18.9.2014, S.1-3).

„In der Evaluation sollen sowohl Daten über die Erkrankungen der Bewohnerinnen und Bewohner als auch Angaben zu Verlauf und Auswirkungen der installierten Hilfen erfasst werden. Dabei sollen auch planerische, psychiatriepolitische Erkenntnisse gewonnen und Erfordernisse an der Schnittstelle Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie erforscht werden.“

(Beschluss Sozialausschuss 18.06.2018, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 11557).

Diese Evaluation soll klären, inwiefern das Clearingkonzept sowohl den Bedürfnissen der Zielgruppe als auch den Erwartungen aller beteiligten Berufsgruppen hinsichtlich Praktikabilität und Durchführbarkeit gerecht wird. Insbesondere interessiert die Frage, ob durch die Clearingeinrichtung eine vertikale Weitervermittlung der Betroffenen in adäquate Wohnformen möglich ist. Unter „vertikal“ wird hierbei eine qualitative Verbesserung der bisherigen Wohnsituation bzw. Unterstützungsangebote verstanden wie z.B. die Vermittlung in betreutes Einzelwohnen oder die Integration in ein Wohnheim mit längerfristiger Wohnperspektive von Personen, die bisher nicht Fuß fassen konnten und obdachlos waren und/oder von einer Notunterbringung in die andere gewechselt sind.

### **Wohnungslosigkeit in München**

Seit 2008 steigt in der LH München die Zahl der akut wohnungslos gewordenen Menschen stetig an und erreichte Ende Dezember 2019 die Zahl von 8.593 Personen (LH-München, Sozialreferat, Amt für Wohnen und Migration, Datenlage – Akute Wohnungslosigkeit 2019). Auf die hierfür verantwortlichen vielschichtigen Gründe kann an dieser Stelle nur am Rande eingegangen werden, aber eine besondere Rolle spielt hierbei die starke wirtschaftliche Entwicklung im Großraum München mit einem enormen Zuzug von jungen Arbeitskräften inkl. deren Familien in den letzten 10 Jahren. Dadurch kam es zu einem Anstieg der Münchner Einwohnerzahl von 1.384.335 im Jahre 2011 (Zensus, Bay. LA für Statistik und Datenverarbeitung) auf 1.560.042 Ende 2019 (LH-München, Stadtinfo, 18.6.20), was einem Zuwachs von mehr als 175.000 Menschen entspricht. Auch der Wohnraumbedarf pro Person hat sich von z.B. 34,9 m<sup>2</sup> im Jahre 1991 auf 46,6 m<sup>2</sup> im Jahre 2015 deutlich erhöht (Bäuml et al, 2017, S. 13). Auch der massive Zuzug von geflüchteten Menschen in den Jahren 2015/16 hat die Nachfrage nach günstigem Wohnraum in München massiv verstärkt. All diese Faktoren haben dazu beigetragen, dass es in den letzten Jahren für einkommensschwache bzw. erkrankte und/oder gehandikapte Menschen immer schwieriger wird, günstigen Wohnraum auf dem freien Markt zu erhalten (Wohnungslosenhilfe-München, 2018).

Unabhängig davon ist unter den von Wohnungslosigkeit betroffenen Personen seit vielen Jahren ein steigender Anteil von Menschen zu beobachten, bei denen gleichzeitig eine psychische Erkrankung vorliegt (Bäuml et al, 2017; Schreiter et al, 2017). Dies deckt sich mit den Beobachtungen von Dr. G. Rödiger, dem Psychiater in der städtischen psychiatrischen Praxis für wohnungslose Menschen; die Patientenzahl hat dort von ehemals 50 um die Jahrtausendwende auf über 200 im Quartal in den letzten Jahren zugenommen (zitiert aus dem

Beschluss des Sozialausschusses der LH-München, Sitzungsvorlage Nr. 14-20/V 00584 vom 18.9.2014, S.5).

Auch wenn keine explizite statistische Erhebung hierzu durchgeführt worden ist lässt sich trotzdem anhand zahlreicher anderer Parameter – zunehmende Rate an wohnungslosen Patienten in den Kliniken (Schreiter, Gutwinski et al, 2020), zunehmende Zahl schwer psychisch Kranker in den Wohnheimen der Wohnungslosenhilfe (Kellinghaus et al, 1999/ 2000; Bäuml et al, 2017) - ableiten, dass die Zahl wohnungsloser psychisch Kranker im Steigen begriffen ist. Die Gründe hierfür sind zahlreich, wie z.B. erhöhter Entlassungsdruck aus den Kliniken aufgrund des kontinuierlichen Bettenabbaus in den letzten Jahrzehnten, Verkürzung der Verweildauer oder zu wenige kompensatorische Wohnplätze im komplementären Bereich (Reker et al, 1997; Fichter et al, 2000; Baumgartner-Nietlisbach et al, 2014).

### **Das Modellprojekt Clearingeinrichtung in der Implerstraße**

Die primäre Aufgabe der Clearingeinrichtung besteht darin, für die Zielgruppe der psychisch kranken wohnungslosen sowie obdachlosen Menschen in einem Clearingverfahren den passgenauen Hilfe- und Weitervermittlungsbedarf zu identifizieren, qualifizierte Hilfen zu erschließen und in geeignete unterstützte Wohnformen zu vermitteln. Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit der Clearingeinrichtung ist eine fundierte Kenntnis des Versorgungssystems für psychisch kranke Menschen, des Wohnungslosensystems sowie der Rahmenbedingungen für die beiden Systeme, die sich in vielen Fällen überlagern und ineinandergreifen (Rödig, 2013).

### **Die Schwerpunkte der Evaluation**

In einem eng abgestimmten Prozess sollten mithilfe der Evaluation handlungsrelevante Erkenntnisse gewonnen werden zur Klientel der Clearingeinrichtung, zu Aufnahme- und Weitervermittlungsprozessen und -ergebnissen sowie zum Betreuungsbedarf- und verlauf. Darüber hinaus sollten Aussagen zur Organisation der Clearingeinrichtung und ihrer Position zwischen medizinischem und sozialem Hilfesystem gewonnen werden.

Der Schwerpunkt der TUM-Studie lag auf der vertiefenden Untersuchung von Klienten der Clearingeinrichtung. Neben der Erfassung der soziobiografischen Daten, der psychischen und somatischen Krankheitsvorgeschichte, des aktuellen psychopathologischen Befundes sowie der kognitiven Leistungsfähigkeit war die genaue diagnostische Zuordnung von großer Bedeutung, um differenzierte Aussagen zum psychiatrischen und somatischen Behandlungsbedarf sowie dem psychosozialen Hilfebedarf treffen zu können.

### **Aufnahmeprozess in die Clearingeinrichtung**

Die Evaluation startete am 1.1.2019 und war zunächst auf den 30.6.2019 terminiert, musste aber wegen Bettwanzenbefall und der daraus resultierenden eingeschränkten Aufnahmekapazität bis zum 15.10. 2019 verlängert werden.

Vom 1.1. – 31.12.2019 waren 172 Personen zu einem Vorstellungsgespräch angemeldet, von denen letztendlich 55 eingezogen sind (32%). 56 der angemeldeten Interessenten waren zum Vorstellungsgespräch ohne Angabe von Gründen nicht erschienen (32,5%), 5 weitere kamen nicht, trotz positiver Indikationsstellung durch das MPT (2,9%). Bei weiteren 56 (32,5%) wurde vom Multiprofessionellen Team keine Indikation für einen Einzug gesehen. Deshalb betrug die Quote der einziehenden Personen lediglich 32% (55 von 172). Von den während des TUM-Untersuchungszeitraumes vom 1.1.-15.10.2019 hochgerechnet 136 potentiell in Frage kommenden Personen haben 23,5% (32 von 136) ihr Einverständnis zur

Teilnahme an der Evaluationsstudie gegeben. Somit liegen also nur von einem Viertel der Gesamtstichprobe genauere Daten vor (siehe hierzu auch Tab. 7.4.2).

### **Soziodemografische Daten**

Bei den 32 vom Team der TUM genauer untersuchten Klientinnen und Klienten betrug das Durchschnittsalter 39,4 Jahre, 37,5% waren Frauen, eine aktuelle Partnerbeziehung besaßen 15,6%, eigene Kinder hatten 37,5%.

Keinen Schulabschluss wiesen 21,9% auf, die meisten hatten mit 40,6% einen Hauptschulabschluss, 70% ihre Ausbildung abgebrochen. Aktuell waren 81,3% aus Sicht der Job-Center arbeitssuchend, nur 3,1% berichteten von Sozialhilfebezug nach SGB XII.

Insgesamt handelte es sich hierbei um eine Gruppe aus schwierigen familiären Verhältnissen, mit 48,8% erlebte etwa die Hälfte (15 von 31) während der Kindheit und Jugend die Trennung der Eltern. Auch heute noch gestaltet sich der Kontakt zu den Familienangehörigen für viele konfliktuell oder ist gänzlich unterbrochen. So gaben nur 30% der Klientinnen und Klienten an, noch regelmäßigen Kontakt zu den Müttern zu haben und nur 23,3% hatten Kontakt zu den Vätern.

Der Bildungsweg ist geprägt von Brüchen. 21,9% haben keinen Schulabschluss erreicht und lediglich 28,1% konnten eine Berufsausbildung oder ein Studium abschließen. Das Nettoeinkommen der Bewohnerinnen und Bewohner lag im Bereich des Existenzminimums in Deutschland (9.168 €; Bundesregierung 2020). Die Anzahl der verschuldeten Personen ist hoch. Auch die Rate der gesetzlichen Betreuungen ist mit 53,1% als hoch zu bewerten und zeigt, dass die Mehrzahl zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr in der Lage war, behördliche und finanzielle Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen.

### **Wohnsituation**

Die Bewohnerinnen und Bewohner der Implerstraße waren mit 68,8% in der Mehrheit nicht länger als ein Jahr wohnungslos (22 von 32). Als häufigster Grund für den Wohnungsverlust wurde die psychische Erkrankung angegeben (14 Nennungen). Weitere häufige Gründe für den Wohnungsverlust waren: Kündigung seitens des Vermieters (6 Nennungen), Geldmangel (5 Nennungen) und die Trennung vom Partner (4 Nennungen). 13 von 29 Klientinnen und Klienten (44,8%) gaben an, Plattenerfahrung zu haben, es handelte sich dabei in der Regel um kurze mehrtägige Intervalle ohne Schlafplatz, der Mittelwert betrug 4,6 Tage, es liegt also noch keine Habituation vor und es besteht noch die Möglichkeit, diese negative Entwicklung zu stoppen!

Die Gründe für den Wohnungsverlust führten 15,6% auf materielle Gründe und 43,8% auf direkt mit der Erkrankung zusammenhängende Probleme zurück. Das Alter zu Beginn der Wohnungslosigkeit lag bei 38,2 Jahren, die Dauer der bisherigen Wohnungslosigkeit betrug 15,1 Monate.

Die Rate an Konflikten mit dem Gesetz in der Lebensspanne war allerdings mit 62,5% schon sehr hoch, auch wenn es sich in 28% um Schwarzfahrten handelte, was der Armutsdelinquenz zugerechnet werden kann.

Im Vergleich zur SEEWOLF-Studie handelt es sich bei den Impler-Bewohnern – siehe hierzu Kap. 7.3.1 - um mehr Frauen (37,5% vs. 20,2%), gleichzeitig um 9 Jahre jüngere Menschen, mit ähnlich niedriger Schulbildung und einer noch höheren Rate an Ausbildungsabbrüchen. Die meisten galten trotzdem als arbeitssuchend, die Rate von 3,1% Sozialhilfeempfängern war verschwindend gering im Vergleich zu den SEEWOLF-Probanden mit 51,9%. Die Rate an aktuellen Partnerbeziehungen war mit 15,6% ähnlich niedrig wie bei den SEEWOLF-Probanden, die Zahl an eigenen Kindern war in beiden Gruppen mit einem Drittel ganz ähnlich.

Bei fast der Hälfte war die psychiatrische Erkrankung direkte Ursache für die aktuelle Wohnungslosigkeit, bei den SEEWOLF-Teilnehmern betrug diese Quote lediglich 15,6%. Die Dauer der Wohnungslosigkeit mit 15,1 Monaten und der Plattenphase von nur 4,6 Tagen waren noch relativ kurz im Vergleich zu den SEEWOLF-Probanden mit 61,3 Monaten bzw. 321 Tagen auf „Platte“. Die ähnlich hohe Rate an Konflikten mit dem Gesetz bei fast zwei Drittel in beiden Gruppen lässt aber den enormen sozialen Gefährdungsgrad, auch im Sinne einer „Armutsdelinquenz“, erkennen.

### **Klinische Daten**

Die Mehrzahl, nämlich 30 der 32 Bewohnerinnen und Bewohner (93,8%), gaben an, bereits vor dem Eintritt der Wohnungslosigkeit psychisch erkrankt gewesen zu sein, sodass die psychische Erkrankung ganz wesentlich zur Wohnungslosigkeit beigetragen haben dürfte. Häufig wurde aber berichtet, dass es den Klientinnen und Klienten z. B. bei drohender Kündigung durch die Vermieter nicht möglich war, die vorhandenen Unterstützungsangebote zur Abwendung der Kündigung und damit auch der mittelfristigen Vermeidung der Wohnungslosigkeit rechtzeitig in Anspruch zu nehmen.

Die somatischen und psychiatrischen Untersuchungen ergaben, dass bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der Clearingeinrichtung zum Untersuchungszeitpunkt ein hoher psychiatrischer und somatischer Behandlungsbedarf vorlag. Die hohen Werte auf der Beschwerdeliste weisen auf einen erheblichen Grad an Somatisierung hin, was möglicherweise auch ein Grund für die hohe subjektive Belastung in Form von unspezifischen körperlichen Beschwerden, insbesondere in Gestalt von Schmerzen, sein könnte. In der Beschwerdeliste lagen die Untersuchten im Schnitt weit über der Normalbevölkerung. Ebenso war die Zahl von Klientinnen und Klienten mit Schlaf- (80%) und Appetitstörungen (70%) ausgesprochen hoch, die Vergleichswerte in der Normalbevölkerung liegen hier um die 10 – 15% (Gesundheitssurvey, Wittchen et al, 2015).

Der Mittelwert des BDI mit 26,7 entspricht einer mittelgradigen depressiven Episode und verdeutlicht die hohe affektive Belastung der Klientinnen und Klienten. Dies zeigt sich auch bei der Selbsteinschätzung bezüglich des Umgangs mit Stress und Belastungen, die sich in hohen Neurotizismus-Scores niederschlagen.

Eine hohe Anzahl von 64,3% (18 von 28) der befragten Klientinnen und Klienten schilderte körperliche und 28,6% (8 von 28) sexuelle Gewalt in der Familie erlebt zu haben. Darunter waren auch 5 Klientinnen und Klienten, die sowohl von massiven körperlichen als auch sexuellen Gewalterfahrungen vor dem 18. Lebensjahr berichteten. Dies weist darauf hin, dass viele von ihnen in einem sehr problematischen Umfeld aufwuchsen, in dem der Aufbau einer sicheren Bindung erheblich erschwert war. Dies führt bekanntermaßen dann häufig im Erwachsenenalter zu interaktionellen Schwierigkeiten beim Umgang mit anderen Menschen (Ainsworth, Bowlby, 1991).

16 (50%; N=32) der Klientinnen und Klienten, bei denen ein Missbrauch oder die Abhängigkeit von Suchtmitteln vorlag, schilderten alle, bereits vor Beginn des Drogenkonsums unter psychischen Symptomen gelitten zu haben, die den Diagnosekriterien einer psychischen Störung entsprachen. So spricht vieles dafür, dass das Konsumverhalten eine Art „Selbstmedikationsversuch“ darstellte (Selbstmedikationshypothese von Khantzian, 1997).

### **Diagnosen**

Mit 47% hatte fast die Hälfte aller Bewohner eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, die andere Hälfte litt unter Affektiven- und Angsterkrankungen; Suchterkrankungen er-

reichten bei keinem der Untersuchten den Rang einer Hauptdiagnose. Die Rate an komorbiden Abhängigkeitsproblemen lag bei 50%, was unterstreicht, dass es sich bei den untersuchten Bewohnern um schwer erkrankte psychiatrische Patienten handelt. Die Rate an Persönlichkeitsstörungen laut SKID-II lag mit 12,5 % nur leicht über dem Schnitt der Allgemeinbevölkerung (Fiedler, Herpetz, 2016), in der SEEWOLF -Gruppe waren es 55,1%. Mehr als Dreiviertel (78%) hatten bereits eine stationär psychiatrische Behandlung erfahren, ein Drittel (34,5%) hatte schon einen Suizidversuch verübt und ebenfalls ein Drittel (34,5%) musste schon einmal zwangsbehandelt werden. Entsprechend häufig war mit 53,1% bei über der Hälfte eine Gesetzliche Betreuung verordnet worden. Bei der Untersuchung der Krankheitseinsicht nach Amador waren nur 9,7% „äußerst krankheitsuneinsichtig“ bei einer gleichzeitig sehr hoch gerateten Krankheitsschwere von 4,5 („mäßig bis deutlich“) auf der CGI-Skala. Das heißt, trotz einer hohen psychiatrischen Krankheitsschwere handelt es sich bei den an der Untersuchung mitwirkungsbereiten Bewohnern größtenteils um behandlungswillige Personen (Bäumli et al, 2016b).

Die kognitive Leistungsfähigkeit war mit einem IQ-Gesamtwert von 94,4 nur etwas mehr als 5 Punkte unter dem Bevölkerungsschnitt, was eine relativ geringe kognitive Leistungseinschränkung bedeutet und als prognostisch günstig bezeichnet werden kann, mittel- und langfristig wieder selbständig wohnen und leben zu können. Allerdings war dieser Wert bei den Frauen mit 88,7 um mehr als 10 Punkte niedriger als bei den Männern was unterstreicht, dass die in der Clearingeinrichtung wohnenden Frauen einen speziellen psychosozialen Hilfebedarf aufweisen.

Einen regelmäßigen und guten Kontakt zur Mutter gaben 30% an, die gleiche Kontaktausage bezüglich der Väter lag mit 10% deutlich niedriger, was die bekannte höhere Unterstützungsbereitschaft vieler Mütter besonders bei schwer psychisch kranken Menschen unterstreicht.

Etwa die Hälfte der Impler-Bewohner leidet an schizophrenen Psychosen, in der SEEWOLF-Stichprobe betrug diese Rate nur 13,5% (siehe Kap. 7.3). Nahezu 80% waren bereits fünfmal in stationär-psychiatrischer Behandlung gewesen, in der SEEWOLF-Gruppe traf dies lediglich bei 42% mit durchschnittlich 1,5 stationären Behandlungsaufenthalten zu. Über ein Drittel hatte bereits einen Suizidversuch verübt, bei den SEEWOLF-Probanden betrug diese Rate 16,4%. Die durchschnittliche Krankheitsschwere von 4,5 per CGI-Skala - „mäßig bis deutlich“ - entspricht dem Patientengut einer Allgemeinpsychiatrischen Station, in der SEEWOLF-Population wurde ein mittlerer Schweregrad von 3,5 – „leicht bis mäßig“ – gefunden. Die Häufigkeit einer Gesetzlichen Betreuung von nur 11% der SEEWOLF-Bewohner gegenüber 53,1% bei den Impler-Bewohnern und einem Drittel mit Erfahrungen im Bereich von Zwangsmaßnahmen – beim SEEWOLF-Klientel waren es nur 11% - unterstreicht eindrücklich, dass es sich bei den Bewohnern der Clearingeinrichtung um psychiatrisch sehr ernsthaft erkrankte Menschen handelt, denen auch zu 100% ein psychiatrischer Behandlungsbedarf attestiert wurde. Die soziodemografischen Befunde und die Ergebnisse der kognitiven und psychiatrischen Testung, wie BDI und IQ, zeigen eindrücklich, dass es sich bei den Frauen in der Clearingeinrichtung um eine besonders belastete und vulnerable Gruppe handelt.

### **Weitervermittlungsprozess**

Von den 32 untersuchten Klientinnen und Klienten konnten 12 (37%) erfolgreich in geeignete Wohnformen vermittelt werden. Weitere 9 (28%) verblieben in der Einrichtung. Bei diesen 28% weiterhin in der Clearingeinrichtung wohnenden besteht noch die Chance, dass sie

vermittelt werden, so dass sich im günstigsten Fall die aus eigener Kraft erlangte Vermittlungsquote noch auf 65% steigern könnte. 4 weitere Klienten (13%), die während des Untersuchungszeitraumes in eine Psychiatrische Klinik verlegt worden sind, haben die Chance durch die Unterstützung dieser Institutionen noch in eine geeignete Einrichtung vermittelt zu werden. Im Idealfall hatten also 78% der Klienten bei Untersuchungsende noch die Chance, vom Sofortunterbringungssystem in eine geeignete „vertikale“ Einrichtung zu kommen.

Bei 7 Klientinnen und Klienten wurde die Betreuung ohne Weitervermittlung beendet. 5 Klientinnen und Klienten wanderten erneut in das Sofortunterbringungssystem, sie wurden also „horizontal“ vermittelt und ein weiterer Klient wurde in der Forensik untergebracht. Bei diesen 6 Klientinnen und Klienten (19%) kann davon ausgegangen werden, dass sich die Wohnsituation nicht verbesserte. Eine Klientin hatte den Platz gekündigt und zog aus der Clearingeinrichtung aus, ihr Aufenthaltsort war nicht mehr herauszufinden (3%). Erschwernisse bei der Vermittlung stellten Kontaktabbrüche zu den Bezugsbetreuern und eine durch die psychische Erkrankung bedingte eingeschränkte Mitwirkungs- und Kompromissfähigkeit dar. Zudem waren Klienten mit einer komorbiden F1 - Diagnose besonders schwer zu vermitteln. Eine erfolgreiche Weitervermittlung geschah in der Regel innerhalb der ersten 6 Monate nach Einzug in die Einrichtung, charakteristischerweise traten bei diesen Personen deutlich weniger Kontaktabbrüche zu den Bezugsbetreuern auf. Bei einem längeren Aufenthalt als 6 Monate gestaltete sich der Vermittlungsprozess sehr schwierig.

Angesichts der unter den klinischen Daten dargestellten Befunde handelt es sich bei der Personengruppe, die sich in der Clearingeinrichtung Implerstraße befindet, um eine psychisch schwer erkrankte Gruppe, bei der außerdem ein hoher somatischer Behandlungs- und psychosozialer Unterstützungsbedarf besteht. Somit kann die Weitervermittlungsrate von 37% der Fälle und die noch aktuell weitergehende Betreuung bei 28% der untersuchten Bewohnerinnen und Bewohner als großer Erfolg gewertet werden. Fasst man die 9 Klientinnen und Klienten (28%) der sich augenblicklich noch in der Einrichtung befindlichen Personen und die 4 (13%) zwischenzeitlich in eine psychiatrische Klinik zurückverlegten Bewohnerinnen und Bewohner zu einer Gruppe zusammen, so ergeben sich 13 Personen (41%) mit potentiell noch vertikaler Weitervermittlungschance. Daraus ergäbe sich im Idealfall eine vertikale Vermittlungsquote von insgesamt 78%.

Die untersuchten Klientinnen und Klienten benötigen eine intensive fachliche Unterstützung, um eine zeitnahe Vermittlung in eine geeignete Einrichtung zu ermöglichen. Dies wurde in zahlreichen Fällen von der Clearingeinrichtung geleistet. Ohne entsprechende Unterstützung droht eine Verschlechterung der Krankheitssymptomatik mit Verfestigung der Wohnungslosigkeit.

Mit zunehmender Dauer des Aufenthaltes sank die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Weitervermittlung. Bei den erfolgreich weiter Vermittelten waren es 130,5 Tage, bei den noch offenen 187,3 und bei den bereits gescheiterten 235,9 Tage. Der Weitervermittlungserfolg korrelierte auch mit komorbiden Suchterkrankungen und betrug 17% (2 von 12) bei den erfolgreich Vermittelten, 77% (10 von 13) bei den noch offenen Vermittlungsbemühungen und 57% (4 von 7) bei den Bewohnern, bei denen die Unterstützungsversuche nicht zum Erfolg geführt hatten.

### **Erschwernisse bei der Weitervermittlung**

Unter der Maßgabe, dass die Abgabe einer Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Evaluationsstudie auch ein Abbild der Mitwirkungsbereitschaft bzw. -fähigkeit darstellt kann

ein Zusammenhang zwischen der Mitwirkungsfähigkeit und dem Weitervermittlungserfolg vermutet werden. Wenn die Abbruchrate bei den Patienten mit Einverständniserklärung schon bei 22% lag, muss befürchtet werden, dass diese bei den Bewohnern ohne Einverständniserklärung noch wesentlich höher lag, auch wenn die Auswertung der hierzu erforderlichen Informationen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich war.

Gemäß der Hauptfragestellung, in welchem Umfang eine vertikale Weitervermittlung möglich ist, betrug diese Rate 37% und darf in engem Zusammenhang mit der Mitwirkungsbereitschaft bzw. -fähigkeit der Teilnehmer gesehen werden.

Die Hälfte der nicht weitervermittelbaren Bewohner mit einer überdurchschnittlich langen Aufenthaltsdauer waren offensichtlich nicht erreichbar und motivierbar, um einen konstruktiven Weitervermittlungsprozess in Gang zu setzen. Für diese Menschen kann das Wohnen in der Implerstraße als Glücksfall bezeichnet werden, da sie sonst mit großer Wahrscheinlichkeit in häufig wechselnden Unterkünften des Sofortunterbringungssystems oder direkt auf der Straße als Obdachlose gelandet wären.

Dabei zeigte sich, dass direkt aus den Kliniken zugewiesene Klientinnen und Klienten auch häufiger wieder zurück in die Klinik mussten, weil deren Erkrankungsschwere doch zu heftig für die Clearingeinrichtung war.

Für die schizophren erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner erweist sich die Clearingeinrichtung als Zufluchtsort, in dem sie sich wohl fühlen, die zuvorkommende und professionelle Betreuung schätzen und gewillt sind, mit Unterstützung des Fachpersonals wieder eine Langzeitperspektive sowohl hinsichtlich der Behandlung als auch des Wohnens und der Beschäftigung aufzubauen. Da die fachliche Behandlung in einer klinischen Einrichtung im Vorfeld offensichtlich nicht/nicht mehr möglich war, stellt die Clearingeinrichtung in der Implerstraße eine sehr wertvolle Betreuungsform für diese schizophren erkrankten Menschen ohne festen Wohnsitz und drohender Obdachlosigkeit dar.

Am wenigsten Vermittlungsschwierigkeiten gab es bei Patienten mit affektiven Erkrankungen und guter Krankheitseinsicht. Diese konnten im Untersuchungszeitraum zum größten Teil weitervermittelt werden bzw. es bestand noch begründete Hoffnung, demnächst einen geeigneten Weitervermittlungsplatz zu finden.

Bei schizophren erkrankten Patienten hing die Weitervermittlung ganz entscheidend ab von deren Bereitschaft bzw. Fähigkeit zu kooperieren. Vor allem für Patienten mit fehlender Krankheitseinsicht und fehlender Mitwirkungsfähigkeit war es sehr schwierig, einen geeigneten Platz zu finden. Besonders schwierig war es auch für Patienten mit komorbiden Suchterkrankungen, die zwar oft prinzipiell an ihrer Suchterkrankung arbeiten wollten, aber sich noch nicht zu einer totalen Karenz, wie in allen weiterführenden therapeutischen Einrichtungen gefordert, durchringen konnten.

Mit der Länge des Aufenthaltes scheint der Schwierigkeitsgrad für eine erfolgreiche Weitervermittlung zuzunehmen. Hierbei dürfte aber nicht die rasche Verabschiedung aus der Clearingeinrichtung das „Mittel der Wahl“ sein. Vielmehr scheint die Längung des Verbleibs ein Indiz zu sein, dass das Interventionsrepertoire der Clearingeinrichtung bei diesen Personen an eine gewisse Grenze stößt und deshalb zusammen mit den Erkrankten rechtzeitig nach einer erfolgversprechenden Alternative gesucht werden muss. In diesen Fällen wird zu überlegen sein, ob die derzeit zur Verfügung stehenden Einrichtungen ausreichen oder ob nicht



Ausschau nach neuen, innovativen Versorgungseinrichtungen gehalten werden muss. Siehe hierzu die umfangreichen Ausführungen unter 10.5.

## **9. Beantwortung der Fragestellungen**

Die nachfolgend aufgeführte Beantwortung der Fragen bezieht sich ausschließlich auf den quantitativ-empirischen Untersuchungsansatz vom Studienteam der TUM (Teil B). Die sich aus dem systemisch-qualitativen Evaluationsansatz ergebenden Fragen werden im Untersuchungsbericht von Frau Stockdreher, zweiplus (Teil A) abgehandelt.

### **9.1 Clearingeinrichtung: Auswahl- und Aufnahmeverfahren**

#### **9.1.1 Wie viele Personen wurden insgesamt in der Clearingeinrichtung vorgestellt bzw. waren zur Vorstellung vorgesehen?**

Vom 1.1. – 31.12.2019 waren 172 Personen zu einem Untersuchungsgespräch angemeldet, von denen sich dann 116 (67,5%) auch tatsächlich vorstellten.

#### **9.1.2 Wie viele Personen erfüllten die Aufnahmeindikation für den Einzug?**

Von diesen vom 1.1. – 31.12.2019 erfassten 172 Personen sind letztendlich nur 55 (32%) eingezogen. 56 der angemeldeten Interessenten waren zum Vorstellungsgespräch ohne Angabe von Gründen, nicht erschienen (32,5%), 5 weitere kamen nicht, trotz positiver Indikationsstellung durch das MPT (2,9%). Bei weiteren 56 (32,5%) wurde vom Multiprofessionellen Team keine Indikation für einen Einzug gesehen.

Von den 116 Personen (172-56), die sich einem Vorstellungsgespräch unterzogen hatten, betrug die positive Auswahlrate 51,7% (60 von 116). D. h., nur etwa jede/r Zweite der sich tatsächlich vorstellenden Kandidatinnen und Kandidaten erschien für die Clearingeinrichtung geeignet.

Von den während des TUM-Untersuchungszeitraumes vom 1.1.-15.10.2019 hochgerechnet 136 potentiell in Frage kommenden Personen haben 23,5% (32 von 136) ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Evaluationsstudie gegeben. Somit liegen also nur von einem Viertel der Gesamtstichprobe genauere Daten vor (siehe hierzu auch Tab. 7.4.2).

### **9.2 Clearing-Einrichtung: Bewohnerdaten und Betreuungsverlauf**

#### **9.2.1 Was sind die charakteristischen soziodemographischen und auf deren Wohnsituation bezogenen Daten der Bewohner in der Clearingeinrichtung?**

Nachfolgend werden nur die Daten der 32 einwilligenden Personen aufgeführt. Das Durchschnittsalter betrug 39,4 Jahre, 37,5% waren Frauen, von einer aktuellen Partnerbeziehung berichteten 15,6%, eigene Kinder hatten 37,5%.

Keinen Schulabschluss wiesen 21,9% auf, die meisten hatten mit 40,6% einen Hauptschulabschluss, 70% ihre Ausbildung abgebrochen. Aktuell waren 81,3% aus Sicht der Job-Center arbeitssuchend, nur 3,1% berichteten von Sozialhilfebezug nach SGB XII.

Die Gründe für den Wohnungsverlust führten 15,6% auf materielle Gründe und 43,8% auf direkt mit der Erkrankung zusammenhängende Probleme zurück. Das Alter zu Beginn der Wohnungslosigkeit lag bei 38,2 Jahren, die Dauer der bisherigen Wohnungslosigkeit betrug 15,1 Monate.

Die Rate an Plattenerfahrung - also dem Leben auf der Straße und unter Brücken – betrug 44,8%, die Dauer der Plattenphase war aber mit durchschnittlich 4,6 Tagen sehr kurz, es liegt also noch keine Habituation vor und es besteht noch die Möglichkeit, diese negative Entwicklung zu stoppen! Die Rate an Konflikten mit dem Gesetz in der Lebensspanne war allerdings mit 62,5% schon sehr hoch, auch wenn es sich in 28% um Schwarzfahrten handelte, was der Armutsdelinquenz zugerechnet werden kann.

Zusammenfassend handelt es sich bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der Clearingeinrichtung im Vergleich zur SEEWOLF-Studie – siehe hierzu Kap. 7.3.1 - um 9 Jahre jüngere Menschen, mehr Frauen (37,5% vs. 20,2%), mit ähnlich niedriger Schulbildung und einer noch höheren Rate an Ausbildungsabbrüchen. Die meisten galten trotzdem als arbeitssuchend, d.h. sie bezogen Leistungen nach SGB-II. Auch eine Erwerbsminderung lag nur bei 10,3% der Bewohnerinnen und Bewohner vor. Die Rate von 3,1% Sozialhilfeempfängern war verschwindend gering im Vergleich zu den SEEWOLF-Probanden mit 51,9%. Die Rate an aktuellen Partnerbeziehungen war mit 15,6% ähnlich niedrig wie bei den SEEWOLF-Probanden, die Zahl an eigenen Kindern war in beiden Gruppen mit einem Drittel ganz ähnlich. Bei fast der Hälfte war die psychiatrische Erkrankung direkte Ursache für die aktuelle Wohnungslosigkeit, bei den SEEWOLF-Teilnehmern betrug diese Quote lediglich 15,6%. Die Dauer der Wohnungslosigkeit mit 15,1 Monaten und der Plattenphase von nur 4,6 Tagen waren noch relativ kurz im Vergleich zu den SEEWOLF-Probanden mit 61,3 Monaten bzw. 321 Tagen auf „Platte“. Die ähnlich hohe Rate an Konflikten mit dem Gesetz bei fast zwei Dritteln in beiden Gruppen lässt aber den enormen sozialen Gefährdungsgrad, auch im Sinne einer „Armutsdelinquenz“, erkennen.

### **9.2.2 Welche Diagnosen, Daten zur Krankheitsgeschichte und Befunde sind kennzeichnend für die Bewohner der Clearingeinrichtung Implerstraße?**

Mit 47% hatte fast die Hälfte aller Bewohner eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, die andere Hälfte litt unter Affektiven- und Angsterkrankungen, Suchterkrankungen standen als Hautdiagnose nicht zur Diskussion. Die Rate an komorbiden Abhängigkeitserkrankungen lag bei 50%, was unterstreicht, dass es sich bei den untersuchten Bewohnern um schwer erkrankte psychiatrische Patienten handelt. Die Rate an Persönlichkeitsstörungen laut SKID-II lag mit 12,5 % nur leicht über dem Schnitt der Allgemeinbevölkerung (Fiedler, Herpetz, 2016).

Mehr als Dreiviertel (78%) hatten bereits eine stationär psychiatrische Behandlung erfahren, ein Drittel (34,5%) hatte schon einen Suizidversuch verübt und ebenfalls ein Drittel (34,5%) musste schon einmal zwangsbehandelt werden. Entsprechend häufig war bei über der Hälfte (53,1%) eine Gesetzliche Betreuung verordnet worden. Bei der Untersuchung der Krankheitseinsicht waren nur 9,7% „äußerst krankheitsuneinsichtig“ bei einer gleichzeitig sehr hoch gerateten Krankheitsschwere von 4,5 („mäßig bis deutlich“) auf der CGI-Skala. Das heißt, trotz einer hohen psychiatrischen Krankheitsschwere handelt es sich bei den an der Untersuchung mitwirkungsbereiten Bewohnern größtenteils um behandlungswillige Personen (Bäumli et al, 2016b).

Die kognitive Leistungsfähigkeit war mit einem IQ-Gesamtwert von 94,4 nur etwas mehr als 5 Punkte unter dem Bevölkerungsschnitt, was eine relativ geringe kognitive Leistungseinschränkung bedeutet und als prognostisch günstig bezeichnet werden kann, mittel- und langfristig wieder selbständig wohnen und leben zu können. Allerdings war dieser Wert bei den Frauen mit 88,7 um mehr als 10 Punkte niedriger als bei den Männern was unterstreicht, dass die in der Clearingeinrichtung wohnenden Frauen einen speziellen psychosozialen Hilfebedarf aufweisen.

Einen regelmäßigen und guten Kontakt zur Mutter gaben 30% an, die gleiche Kontaktaussage bezüglich der Väter lag mit 10% deutlich niedriger, was die bekannte höhere Unterstützungsbereitschaft vieler Mütter besonders bei schwer psychisch kranken Menschen unterstreicht.

Zusammenfassend leidet etwa die Hälfte (47%) der Bewohnerinnen und Bewohner der Clearingeinrichtung an schizophrenen Psychosen, in der SEEWOLF-Stichprobe betrug diese Rate nur 13,5% (siehe Kap. 7.3). Nahezu 80% waren bereits fünfmal in stationär-psychiatrischer Behandlung gewesen, in der SEEWOLF-Gruppe traf dies lediglich bei 42% mit durchschnittlich 1,5 stationären Behandlungsaufenthalten zu. Über ein Drittel (34,5%) hatte bereits einen Suizidversuch verübt, bei den SEEWOLF-Probanden betrug diese Rate 16,4%. Die durchschnittliche Krankheitsschwere von 4,5 per CGI-Skala - „mäßig bis deutlich“ - entspricht dem Patientengut einer Allgemeinpsychiatrischen Station, in der SEEWOLF-Population wurde ein mittlerer Schweregrad von 3,5 – „leicht bis mäßig“ – gefunden. Die Häufigkeit einer Gesetzlichen Betreuung von nur 11% der SEEWOLF-Bewohner gegenüber 53,1% bei den Bewohnerinnen und Bewohner der Clearingeinrichtung und einem Drittel (34,5%) mit Erfahrungen im Bereich von Zwangsmaßnahmen – beim SEEWOLF-Klientel waren es nur 11% - unterstreicht eindrücklich, dass es sich bei den Bewohnern der Clearingeinrichtung um psychiatrisch sehr ernsthaft erkrankte Menschen handelt, denen auch zu 100% ein psychiatrischer Behandlungsbedarf attestiert wurde.

### **9.3 Wie entwickelte sich der Weitervermittlungsprozess in vertikale, d.h. qualitativ bessere und mehr unterstützende Wohnformen?**

Von den 32 an der TUM-Evaluation mitwirkenden Bewohnerinnen und Bewohnern konnten 37% erfolgreich, d.h. vertikal, in eine wohntechnisch qualitativ besser geeignete Einrichtung verlegt werden. Bei weiteren 41% war die Organisation der Weitervermittlung noch im Gange; entweder waren diese Bewohner zum Ende des Untersuchungszeitpunkts noch in der Einrichtung oder zwischenzeitlich in eine Klinik verlegt worden.

Bei weiteren 22% war die Weitervermittlung nicht möglich gewesen, entweder gab es keine geeignete weiterführende Einrichtung oder die Bewohner brachen den Kontakt zur Einrichtung vorzeitig ab und verließen das Haus. Mit zunehmender Dauer des Aufenthaltes sank die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Weitervermittlung. Bei den erfolgreich weiter Vermittelten waren es 130,5, bei den noch offenen 187,3 und bei den bereits gescheiterten 235,9 Tage. Der Weitervermittlungserfolg korrelierte auch mit komorbiden Suchterkrankungen und betrug 17% (2 von 12) bei den erfolgreich Vermittelten, 77% (10 von 13) bei den noch offenen Vermittlungsbemühungen und 57% (4 von 7) bei den Bewohnern, bei denen die Unterstützungsversuche nicht zum Erfolg geführt hatten.

Unter der Maßgabe, dass die Abgabe einer Einverständniserklärung auch ein Abbild der Mitwirkungsbereitschaft bzw. -fähigkeit darstellt kann davon ausgegangen werden, dass ein

Zusammenhang besteht zwischen der Mitwirkungsfähigkeit und dem Weitervermittlungserfolg. Da die Abbruchrate bei den Patienten mit Einverständniserklärung bereits bei 22% lag, muss befürchtet werden, dass sie bei den Bewohnern ohne Einverständniserklärung noch wesentlich höher liegt.

#### **9.4 Clearingeinrichtung, Leitung und Struktur**

Siehe hierzu die Ausführungen von Frau Stockdreher von zweiplus (Teil A).

#### **9.5 Ausblick: Fehlende Zusatzeinrichtungen**

##### **9.5.1 Welcher Bedarf an zusätzlichen Einrichtungen für wohnungslose psychisch kranke Menschen ergibt sich aufgrund der Erfahrungen in der Clearingeinrichtung?**

Am wenigsten Vermittlungsschwierigkeiten gab es bei Bewohnern mit affektiven Erkrankungen und guter Krankheitseinsicht. Diese konnten im Untersuchungszeitraum zum größten Teil weitervermittelt werden bzw. es bestand noch begründete Hoffnung, demnächst einen geeigneten Weitervermittlungsplatz zu finden.

Bei schizophren erkrankten Patienten hing die Weitervermittlung ganz entscheidend ab von deren Bereitschaft bzw. Fähigkeit zu kooperieren. Vor allem für Patienten mit fehlender Krankheitseinsicht und fehlender Mitwirkungsfähigkeit war es sehr schwierig, einen geeigneten Platz zu finden.

Besonders schwierig war es auch für Patienten mit komorbiden Suchterkrankungen, die zwar oft prinzipiell an ihrer Suchterkrankung arbeiten wollten, aber sich noch nicht zu einer totalen Karenz durchringen konnten (Schreiter et al, 2021). Für diese Bewohner wäre zu hoffen, dass z.B. Konzepte wie das KT (Kontrolliertes Trinken: Duschinger, Reifferscheid, Schuchmann, 2017, S. 254; Körkel, 2007; Schuchmann et al, 2012) eine realisierbare Alternative werden könnten. Hierzu ist insbesondere das Haus an der Chiemgaustraße des KMFV, eine Wohnungsloseneinrichtung sehr positiv zu erwähnen. Auf dem Gebiet der illegalen Suchtmittel ist es noch wesentlich schwieriger. Dabei sollten bei zukünftigen Planungen die Erfahrungen des Suprima-Wohnheims sowie insbesondere der Drogennotschlafstelle L43 einbezogen werden. Dringender Handlungsbedarf besteht vor allem für Betroffene, die „frisch motiviert“ aus einer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung, evtl. auch aus einer JVA, kommen und Gefahr laufen, durch die Konfrontation mit weiter konsumierenden Personen, z.B. in einem Doppelzimmer, rasch wieder rückfällig zu werden.

Sofern es durch die gängigen therapeutischen Maßnahmen nicht möglich ist, Menschen mit Suchterkrankungen für eine totale Karenz zu gewinnen besteht die einzige Alternative zur chronisch rezidivierenden Wohnungslosigkeit mit der Gefahr der Chronifizierung und Verelendung in der Schaffung von neuen, nicht auf einer totalen Karenz bestehenden Einrichtungen. Siehe hierzu auch die Ausführungen im Kap. 10.6, Handlungsanweisungen.

##### **9.5.2 Versorgung von schwer psychisch Kranken ohne Krankheitseinsicht**

Laut aktualisierter Leitlinien „Schizophrenie“ (Hasan, Falkai, Lehmann, Gaebel, 2020; Huhn et al, 2019) steht die möglichst umfassende Behandlung auch schwer kranker Patienten in ausreichender Dosierung (Leucht, Davis, et al, 2021; Hojlund, Correl, et al, 2021) weiterhin im Zentrum aller Bemühungen.

Trotz aller Bemühungen ist es nicht zu vermeiden, dass ein kleinerer Teil dieser Patienten sich trotzdem allen Behandlungsangeboten entzieht und eine Mitarbeit ablehnt. Bei entsprechend engagiertem Einsatz der Behandler unter enger Einbeziehung der Angehörigen, die aber bei den Patientinnen und Patienten der Clearingeinrichtung typischerweise leider nicht mehr vorhanden sind, und Nutzung der gesetzlichen Möglichkeiten war es lange Zeit möglich, auch zunächst nicht mitwirkungsfähige Patienten mit nicht perakuter Selbst- und Fremdgefährdung einer erfolgreichen Behandlung zu unterziehen. Durch die zunehmend liberalere Interpretation dieser Gesetze und der damit einhergehenden sukzessiven Einschränkung der gesetzlich vorgesehenen Behandlungsmöglichkeiten wird es immer häufiger Usus, schwer erkrankte Patienten bei nicht unmittelbar bestehender perakuter Selbst- oder Fremdgefährdung vorzeitig aus den Kliniken zu entlassen oder sie erst gar nicht aufzunehmen (Reker, 1997; Steinert et al. 2019).

Sofern diese weniger intensive und weniger kurativ ausgerichtete Behandlung schwer schizophrener Erkrankter ohne ausreichende Krankheitseinsicht einem gesamtgesellschaftlichen Konsens entsprechen sollte, müssen alternative Versorgungsformen gefunden werden, um einerseits eine Verelendung und Chronifizierung dieser Menschen mit Abgleiten in die Forensik (Steinert et al, 2019; Keers et al, 2015) zu verhindern und andererseits deren Angehörige vor einer übermäßigen Belastung zu schützen (Bäumli et al, 2020; Bäumli, 2021b).

In diesem Sinne sind die Vorschläge von Dr. Rödiger in seinem Konzeptpapier vom 16.4.2020 sehr zu unterstützen, eine Spezialstation für schwer bzw. chronisch kranke wohnungslose Patienten im kbo-Klinikum in Haar aufzubauen (Rödiger, 2020).

Genauere und differenziertere Ausführungen zu dieser Thematik siehe unter Kap. 10.5.

## **10 Handlungsempfehlungen aus Sicht des Studienteams der TUM**

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen leiten sich aus den Erkenntnissen der qualitativ-empirischen Untersuchung des Studienteams der TUM ab. Sie werden als pragmatische Handlungsanleitungen formuliert und sollen den Weiterentwicklungsprozess der Clearingeinrichtung unterstützen.

### **10.1 Auswahl- und Aufnahme-procedure**

#### **10.1.1 Schweregrad der Erkrankung und Mitwirkungsfähigkeit im Vorfeld erkunden**

Direkt aus einer psychiatrischen Klinik kommende Klienten waren im Schnitt schwerer erkrankt als die über andere Stellen Zugewiesenen. So mussten 28,6% dieser Klienten die Clearingeinrichtung Implerstraße aufgrund einer längeren stationären Rückverlegung vorzeitig verlassen. Diese Gruppe von Klienten war schon zu Beginn der Untersuchung schwerer erkrankt (CGI=5) als die Gesamtsichtprobe (CGI= 4,5). D. h., diese Klientinnen und Klienten waren zu schwer erkrankt, um ambulant betreut werden zu können. Insbesondere war die Mitwirkungsfähigkeit dieser Personen sehr eingeschränkt. Deshalb sollte bei künftigen Vorstellungsgesprächen auf diese beiden Aspekte ein besonderes Augenmerk gelegt werden. Hierzu muss bereits im Vorfeld eine realistische Einschätzung von den zuweisenden Klinikmitarbeiterinnen und Mitarbeitern, insbesondere von den dort tätigen Sozialdiensten, eingeholt werden. Im Zweifelsfalle sollte für eine Verlängerung des stationären Aufenthaltes geworben werden mit Intensivierung auch der medikamentösen und psychotherapeutischen

Behandlung, um ein ausreichendes Abklingen der Erkrankung zu ermöglichen. Die verbindliche Zusage und Vereinbarung einer späteren Übernahme der Erkrankten, nach ausreichender Stabilisierung, kann hierbei sehr hilfreich sein.

### **10.1.2 Ambulante bzw. teilstationäre Weiterbehandlung bereits vor dem Einzug von psychisch schwer kranken Bewohnern sicherstellen**

Wenn schwer psychisch kranke Patienten mit eingeschränkter Mitwirkungsfähigkeit trotzdem in die Clearingeinrichtung integriert werden, bedarf es einer bereits vorher organisierten nahtlosen Weiterbehandlung, wie zum Beispiel in einer Tagesklinik oder der Weiterversorgung durch Betreutes Einzelwohnen. Beide Betreuungsformen sind prinzipiell von der Clearingeinrichtung Implerstraße aus möglich, um einem schnellen Rückfall (Drehtüreffekt) vorzubeugen (Bäumli et al, 2017a).

Die um Kooperation nachsuchenden Kliniken sollten künftig bereits bei der Kontaktabbahnung über das limitierte Betreuungsangebot der Clearingeinrichtung sehr gründlich informiert werden, um keine unrealistischen Erwartungen zu wecken.

## **10.2 Betreuungsverlauf in der Clearingeinrichtung**

### **10.2.1 Kontaktabbrüchen entgegenwirken**

Kontaktabbrüche der Bewohner stehen dem Weitervermittlungsprozess diametral entgegen. Viele Klienten sind aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung in ihrer Mitwirkungsfähigkeit eingeschränkt und stellen für das Personal eine große Herausforderung dar. Dabei ist in der Clearingeinrichtung sehr viel mehr Eigeninitiative erforderlich wie z.B. in einer Klinik. Eine erfolgreiche Weitervermittlung ist in diesen Fällen nur durch das maximale Engagement der Bezugsbetreuer zu erreichen. Die Mitarbeiter sollten durch regelmäßige fachliche Supervision und Weiterbildungsmaßnahmen bei dieser herausfordernden Aufgabe unterstützt werden. Fortbildungen in Gesprächstechniken, wie zum Beispiel MI (Motivational Interviewing) nach Miller & Rollnick (2013) könnten helfen, um z. B. bei Klienten mit komorbiden Erkrankungen und geringer Veränderungsmotivation Kontaktabbrüchen entgegen zu wirken.

Zunächst unverbindliche Kontaktaufnahmen sollten institutionalisiert werden. Als positives Beispiel ist das Sommerfest zu nennen, bei dem das Personal aus dem Multiprofessionellen Team gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung grillte. Dadurch sank bei vielen Klienten die Hemmschwelle, sich wieder dem Personal anzunähern. Förderlich wäre die proaktive Bewerbung der offenen Sprechstunde, die in der Vergangenheit nur wenig beansprucht wurde, aber von 4 Bewohnerinnen und Bewohnern explizit nachgefragt und gewünscht wurde.

Nachgehendes Arbeiten sollte vor allem bei besonders schwer erkrankten Klienten praktiziert werden. Hierbei auch Vereinbarungen treffen, dass beim Versäumen zu vieler Termine automatisch an die Zimmertüre geklopft werden darf.

### **10.2.2 Temporäre Entlastung im Krisenzimmer**

Die temporäre Verlegung in ein Einzelzimmer aufgrund krankheitsbedingter Krisen ist immer wieder notwendig. Um bei Bedarf rasch und großzügig reagieren zu können, sollte die Kapazität an Krisenzimmern erhöht werden. Bei besonderen Interaktionskonflikten einzelner Bewohner sollten Umverlegungen innerhalb der Einrichtung oder die vorübergehende Unterbringung in einem Einzelzimmer als Krisenzimmer ermöglicht werden, v.a. für Frauen aus dem Frauenstockwerk.

Generell muss aber gleichzeitig die Einzelzimmerbelegung aus therapeutischen Gründen etwas restriktiv gehandhabt werden, um dadurch nicht die Motivation für eine dringend erforderliche Weitervermittlung zu untergraben, was einer längerfristigen Chronifizierung Vorschub leisten könnte. Viele Einrichtungen können nämlich nicht immer sogleich eine Einzelzimmerzusage versprechen.

Die zusätzliche Bereitstellung eines gewissen Personalpools (z.B. studentische Hilfskräfte auf Abruf zur Einzelbetreuung in Krisenfällen, Bereitschaftsdienst der Pflege für akute Einzelbetreuungen in der Nacht oder am Wochenende) zur Krisenbegleitung für besonders schwer betroffene Bewohner und die rasche Beiziehung eines FA für Psychiatrie und Psychotherapie auch während der Nacht oder am Wochenende wäre zur Vermeidung von akuten Rückverlegungen in die Klinik vor allem in den ersten Wochen des Einzugs der Bewohnerinnen und Bewohner und auch noch später von großem Vorteil.

### **10.2.3 Zielgenaue Belegung**

In Doppelzimmern ist auf eine angemessene Passung der Bettnachbarinnen und -nachbarn zu achten, die in Abständen von 6 bis 8 Wochen regelmäßig überprüft werden sollte durch vertrauliche Nachfrage bei beiden Bewohnern. Bei manchen Betroffenen kann auch die Einführung des „Kumpel-Systems“ zur besseren gegenseitigen Unterstützung versucht werden. Allerdings muss hierbei sorgfältig darauf geachtet werden, dass es zu keiner Überforderung beider Bewohnerinnen bzw. Bewohner kommt.

### **10.2.4 Frauenstockwerk**

Die 12 untersuchten Frauen in der Clearingeinrichtung erwiesen sich als stark belastet; wie bereits in der SEEWOLF-Studie gefunden, sind sie in der Regel auch deutlich kränker als männliche Bewohnerinnen und Bewohner. In der Mehrheit der Fälle haben die Bewohnerinnen Gewalterfahrungen in den Herkunftsfamilien und Partnerschaften erfahren (Greifenhagen et al, 1997). Sie fühlen sich dadurch häufig nicht in der Lage interpersonelle Konflikte alleine zu bewältigen und wünschen sich hierbei mehr Unterstützung durch das Team. Regelmäßige Anwesenheit von weiblichem Personal vor Ort würde von den Frauen als Zeichen von Solidarität empfunden werden. Hilfreich wäre ein offenes Gruppenangebot für die Frauen, z.B. in Form eines regelmäßigen Stockwerktreffens, bei dem Mitarbeiterinnen praktische Hilfe bei der Lösung von Konflikten anbieten könnten.

### **10.2.5 Einbeziehung der Angehörigen**

Nur von etwa einem Drittel der Untersuchten wurden gute und regelmäßige Kontakte zur Mutter und nur von 10% gute Kontakte zu den Vätern berichtet. Auffallenderweise berichteten mehr als doppelt so viele Männer als Frauen von einer guten Beziehung zu ihren Müttern. Bei vielen sozial benachteiligten und isoliert lebenden Menschen sind diese Kontakte zu den nächsten Angehörigen oft die einzigen verlässlichen und stabilen sozialen Beziehungen. Deshalb sollte es zur Routine gehören, diese nur noch in wenigen Fällen vorhandenen Angehörigenbande so gut als möglich zu stützen und die Familienmitglieder möglichst wohlwollend, zuvorkommend und proaktiv in die Betreuung mit einzubeziehen.

## **10.3 Weitervermittlungsprozess in vertikale Wohnformen**

### **10.3.1 Strukturiertes Vorgehen bei langen Aufenthalten**

Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in der Clearingeinrichtung steigt tendenziell das Risiko einer ausbleibenden „vertikalen“ Weitervermittlung. Meistens lag dies daran, dass sich die Bewohner generell zu keinem Vorstellungsgespräch in einer Nachfolgeeinrichtung motivieren ließen. Beim Stagnieren des Weitervermittlungsprozesses in der Regel ab einer Frist von 90 Tagen, spätestens aber nach 6 Monaten, sollte ein strukturiertes Vorgehen im MPT entwickelt werden, um die Vermittlungshemmnisse rechtzeitig zu identifizieren. Bei diesem Personenkreis waren gehäuft komorbide Suchterkrankungen zu beobachten. Hierzu sollten neben den bereits etablierten Brückenteam-Besprechungen ggf. auch rechtzeitig Helferkonferenzen, wenn möglich auch im Beisein der Klienten, durchgeführt werden. Ganz wichtig ist hierbei die differenzierte Hinterfragung dieses oft nur vordergründig als „unwillig“ wirkenden Verhaltens. Oft steckt dahinter auch ein psychotisch motiviertes Misstrauen mit Realitätsverkennerung und Rückzug in eine virtuelle Parallelwelt. Zur differentialdiagnostischen Abklärung derartiger Problemfälle sollte rechtzeitig eine/ein erfahrene/er Psychiaterin/er beigezogen werden.

Bei bestehenden Versorgungslücken, die eine rasche Weitervermittlung nicht erlauben, kann es aber auch ein Glücksfall sein, wenn diese Bewohnerinnen und Bewohner überbrückend in einem Einzelzimmer deutlich an Stabilität und Selbstkompetenz gewinnen, was beim raschen Rückverweis ins Sofortunterbringungssystem im gleichen Maße sicher nicht möglich wäre.

### **10.3.2 Netzwerkbildung mit geeigneten weiterführenden Einrichtungen**

Dieser Aspekt wird sehr ausführlich von Frau Stockdreher, Institut zweiplus im Teil A erörtert. Grundsätzlich ist zu empfehlen, dass sich die Clearingeinrichtung sowohl in den entsprechenden Fachkreisen regelmäßig bekannt macht als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von geeigneten Anschlusseinrichtungen in die Implersstraße einlädt. Der Auf- und Ausbau eines breiten Unterstützungsnetzes erscheint sehr wesentlich. Besonderer Wert sollte hierbei auf persönliche Kontakte eines erfahrenen und langfristig auf diesem Gebiet tätigen Stammpersonals gelegt werden, möglichst im Rahmen einer institutionalisierten Expertenrunde.

## **10.4 Ergänzende Wohneinrichtungen**

### **10.4.1 Stärkung der kurativen Behandlungsintention im klinisch-stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting**

Trotz aller Bemühungen war und ist es bisher nicht zu vermeiden, dass ein kleinerer Teil der in den Kliniken stationär aufgenommenen Patienten sich allen Behandlungsbemühungen zunächst entzieht und eine Mitarbeit ablehnt. In diesen Fällen ist der Einsatz aller therapeutischen Ressourcen unter enger Einbeziehung der Angehörigen zu fordern mit intelligenter Nutzung der gesetzlichen Möglichkeiten (Bäumli, 2021b). Damit soll auch zunächst nicht mitwirkungsfähigen Patienten, bei denen noch keine akute Selbst- und Fremdgefährdung vorliegt, eine erfolgreiche kurative Behandlungsoption ermöglicht werden (Aktualisierte Leitlinien „Schizophrenie“ von Hasan, Falkai, Lehmann, Gaebel, 2020; Huhn et al, 2019; Fiedler, Herpetz, 2016). Dadurch könnte der Anteil von nicht ausreichend bzw. gänzlich unbehandelten Patientinnen und Patienten ohne strukturierte Behandlungsoption und der Gefahr einer längerfristigen Entwurzelung mit Abgleiten in die Obdachlosigkeit deutlich reduziert werden.



#### **10.4.2 Spezialstation für schwer psychisch kranke wohnungslose Patienten mit fehlender Krankheitseinsicht und fehlender Mitwirkungsfähigkeit**

Um der Gefahr der vorzeitigen Entlassung aus dem stationären Bereich aufgrund eines nicht ausreichenden Behandlungssettings mit Verschärfung des „Drehtür“-Effektes und dem längerfristigen Risiko der Wohnungslosigkeit vorzubeugen, sollte für besonders schwer Erkrankte eine beschützte, geschlossen geführte Spezialstation errichtet werden, wie sie von Dr. Rödiger in seinem Konzeptpapier vom 20.4.2020 (Rödiger, 2020) gefordert wird. Dieser Vorschlag wird vom Untersuchungs-Team der TUM nachhaltig unterstützt.

#### **10.4.3 Modellprojekte für schwer komorbid psychisch Kranke**

Für psychisch schwer erkrankte Bewohner mit einer zusätzlichen Abhängigkeitserkrankung gestaltete sich der Vermittlungsprozess besonders schwierig. Viele von ihnen zeigten sich gegenüber einer Behandlung der komorbiden Suchterkrankung prinzipiell aufgeschlossen, konnten sich aber noch nicht zu einer kompletten Karenz durchringen.

Viele dieser Patienten nutzen Substanzen wie Alkohol oder Cannabis intermittierend zur „Selbstmedikation“, ohne dass schon eine manifeste Abhängigkeit vorliegen würde. Hier braucht es zur weiteren Motivationsbildung für einen längerfristigen Entzug niedrigschwellig betreute Unterkünfte, mit Einzelzimmern, und die Verfügbarkeit von sozialer Beratung. Außerdem sollten für diese Gruppen weitere Modelleinrichtungen im Sinne des KT (Kontrolliertes Trinken; Schuchmann, Reifferscheid et al, 2012) ins Leben gerufen werden. Durch die aktuelle „Alles-oder-nichts“ – Strategie der meisten Suchttherapeutischen Organisationen fallen viele dieser oft schwer abhängigen und noch sehr ambivalent gestimmten Suchterkrankten durch alle Behandlungsnetze.

Selbstverständlich darf diese erweiterte „Großzügigkeit“ nicht mit einer naiv-gutmeyntigen „Laissez-faire“ Haltung verwechselt werden. Die Erfahrungen aus bereits bestehenden Projekten vor Ort sollten maßgeblich einbezogen werden.

#### **10.5 Neue, alternative Wohnformen für psychisch schwer kranke komorbide Menschen mit fehlender Krankheitseinsicht und Mitwirkungsfähigkeit als Alternative zur Obdachlosigkeit**

Laut aktualisierter Leitlinien „Schizophrenie“ (Hasan, Falkai, Lehmann, Gaebel, 2020; Huhn et al, 2019) steht die möglichst umfassende Behandlung auch schwer kranker Patienten weiterhin im Zentrum aller Bemühungen. Neben einer wirkungsvollen Pharmakotherapie haben sich mittlerweile die sehr differenziert entwickelten psychotherapeutischen Behandlungsverfahren als sehr hilfreich erwiesen, vor allem psychoedukative Konzepte mit intensiver Einbeziehung der Angehörigen (Niebauer, 2016; Bäuml et al 2016/2020) und Verhaltenstherapeutische Maßnahmen (Bighelli, et al, 2018; Conradt, Klingberg, Lowe 2016; Schaub et al. 2016; Pitschel-Walz et al. 2018, Lüscher et al, 2012).

Trotz aller Bemühungen war und ist es bisher aber nicht zu vermeiden, dass ein kleinerer Teil dieser Patienten sich trotzdem allen Behandlungsbemühungen entzieht und eine Mitarbeit ablehnt. Bei entsprechend engagiertem Einsatz der Behandler unter enger Einbeziehung der Angehörigen, die aber bei den Patientinnen und Patienten der Clearingeinrichtung typischerweise leider nicht mehr vorhanden sind, und Nutzung der gesetzlichen Möglichkeiten war es lange Zeit möglich, auch zunächst nicht mitwirkungsfähige Patienten mit nicht perakuter Selbst- und Fremdgefährdung einer erfolgreichen Behandlung zu unterziehen. Durch die

zunehmend liberalere Interpretation dieser Gesetze und der damit einhergehenden sukzessiven Einschränkung der gesetzlich vorgesehenen Behandlungsmöglichkeiten wird es immer häufiger Usus, schwer erkrankte Patienten bei nicht unmittelbar bestehender perakuter Selbst- oder Fremdgefährdung vorzeitig aus den Kliniken zu entlassen oder sie erst gar nicht aufzunehmen (Reker, 1997; Steinert et al. 2019).

Sofern diese weniger intensive und weniger kurativ ausgerichtete Behandlung schwer schizophrener Erkrankter ohne ausreichende Krankheitseinsicht einem gesamtgesellschaftlichen Konsens entsprechen und das Ansinnen einer kurativen Behandlungsintention trotz Ausschöpfung aller derzeit verfügbaren Behandlungs- und Betreuungsoptionen nicht fruchten sollte, müssen alternative Versorgungsformen gefunden werden. Denn sonst droht einerseits eine Verelendung und Chronifizierung dieser Menschen mit Abgleiten in die Obdachlosigkeit oder sie geraten aufgrund sich häufender Verhaltensauffälligkeiten in die Forensik (Steinert et al, 2019; Keers et al, 2015). Gleichzeitig müssen deren Angehörige vor einer übermäßigen Belastung geschützt werden (Bäumel et al, 2021a).

In diesem Sinne sind die Vorschläge von Dr. Rödiger in seinem Konzeptpapier vom 16.4.2020 sehr zu unterstützen, eine Spezialstation für schwer bzw. chronisch kranke wohnungslose Patienten im kbo-Klinikum in Haar aufzubauen (Rödiger, 2020).

Zusätzlich müssen dann auch praktikable alternative Versorgungsformen entwickelt werden. Als prototypische Versuche in dieser Richtung gibt es bereits einige Wohnmodelle, wie z.B. in Köln (Hotel „Plus“), Bielefeld (Hotel „Lebensräume“) oder Berlin („Weglaufhaus“). In diesen Einrichtungen wird unter großem individuellen Einsatz des Personals und von Peers versucht, chronisch schwer kranken Menschen mit psychotischen Symptomen ein Obdach zu geben, ohne dass deren den Regeln und Normen widersprechendes Verhalten – krankheitsbedingt - sanktioniert wird. Auch in München gibt es schon einige modellhafte Einrichtungen mit annähernd ähnlicher Vorgehensweise, wie z.B. die KMFV-Häuser an der Kyreinstraße und an der Knorrstraße. Erwähnenswert sind hierbei auch die Einrichtungen des Projektvereins, wie z.B. das Haus ARO 66 und die Therapeutischen Wohngemeinschaften in der Gravelottestraße.

Sofern die von Dr. Roedig geforderte Spezialstation (Rödiger, 2020) nicht realisierbar sein sollte, würden aber diese oben genannten und zum Teil sehr unkonventionellen Einrichtungen vermutlich keine wirklich ausreichende Alternative zur drohenden dauernden Wohnungs- und Obdachlosigkeit dieser Menschen sein. Ein Blick in die Großstädte der USA, in denen die Bürgersteige oft übersät sind von chronisch schizophren Erkrankten, die dort in ärmlichen Schlafsäcken ein unwürdiges Dasein fristen müssen, sollte ein warnendes Beispiel sein (Folsom, Jeste et al, 2002; Salize et al, 2013). Grundsätzlich müsste eine enge und flexible Kooperation von entsprechend ausgestatteten Spezialstationen (Rödiger, 2020) mit den oben erwähnten „alternativen“ Einrichtungen erfolgen.

Grundsätzlich muss sich die klinisch ausgerichtete Versorgungspsychiatrie die Frage stellen, inwiefern das Gewährenlassen schwer schizophrener oder manisch erkrankter Patienten, die sich einer kooperativen Mitarbeit auch im stationären Rahmen verweigern, nicht einer unterlassenen Hilfeleistung gleichkommt. Das mehr und mehr um sich greifende Laissez-faire-Denken in der Behandlung von nicht krankheits- und behandlungseinsichtigen Patientinnen und Patienten führt häufig entweder zur Nichtaufnahme dieser „unbequemen“ Patienten oder zur

Frühentlassung, ohne ausreichende Medikation, ohne langfristiges Behandlungskonzept, ohne psychotherapeutische Einbindung und ohne konkrete Einleitung psychosozialer Begleitmaßnahmen.

In der Regel nehmen die nächsten Angehörigen oft unglaubliche Strapazen und Einbußen ihrer Lebensqualität in Kauf, um diesen Pateinten wenigstens ein Dach über dem Kopf zu sichern. Beim Versiegen der familiär-verwandtschaftlichen Kräfte kommt es dann oft zwangsläufig zur Verwahrlosung und Verelendung dieser Menschen mit allmählichem Abgleiten in die Wohnungs- und Obdachlosigkeit.

Eine humanistisch gesinnte Psychiatrie sollte es sich nicht nehmen lassen, gerade für jene Erkrankten eine ausreichend lange und vor allem wirksame Behandlung, unter Ausschöpfung aller rechtlichen Möglichkeiten, vorzuhalten, notfalls auch gegen deren krankheitsbedingt eingeschränkten und verzerrten natürlichen Willen, um ihnen wieder ein autonomes und von psychotischen Verkennungen befreites Leben zu ermöglichen.

Es kann auf Dauer nicht erwartet werden, dass dieses zutiefst psychiatrische Handeln und Behandeln von Schwerstkranken im Zweifelsfalle von den Angehörigen oder den Einrichtungen des städtischen Sofortunterbringungssystems übernommen wird.

## 10.6 Ausblick

Die Clearingeinrichtung Implerstraße 51 kann unter den gegebenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsverhältnissen als Glücksfall bezeichnet werden.

In dieser Einrichtung werden erstmals schwer psychisch kranke Menschen im außerklinischen Bereich, die von unmittelbarer Wohnungslosigkeit bedroht sind, gezielt aufgenommen und versorgt.

Das primäre Ziel einer vertikalen Weitervermittlung war bis zum Ende des Untersuchungszeitraumes bei einem Drittel der Bewohner möglich, bei einem weiteren Drittel war der Vermittlungsprozess noch in Gange und beim restlichen Drittel war dies nicht möglich gewesen.

Laut Dr. Roedig, des in Fragen der Wohnungslosigkeit von psychisch kranken Patienten in München sehr erfahrenen Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, nimmt in München die Zahl der psychisch kranken wohnungslosen Menschen zu (Rödig, 2019). Unter Berücksichtigung von individuellen Mehrfachaufnahmen und Wiederentlassungen sind dies geschätzt jährlich etwa 200 Personen.

Deshalb sollte die Clearingeinrichtung Implerstraße sowohl bettenmäßig als auch personell erweitert werden, um die zunehmende Zahl an psychisch kranken Wohnungslosen adäquat und menschenwürdig versorgen zu können. Insbesondere wäre – zumindest übergangsweise – die Einbeziehung in ein Suchthilfe-Projekt für Abstinenz-Willige wünschenswert, bis für diesen Personenkreis andere Versorgungskonzepte etabliert sind.

Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern der Clearingeinrichtung, die trotz des für sie sicher belastenden Sprechens über ihre derzeitige prekäre Lage bereit waren, uns einen tieferen Einblick in die Entstehungsgeschichte und Hintergründe ihrer derzeitigen Situation zu ermöglichen. Wir haben ihnen versprochen, die von uns daraus gewonnenen Erkenntnisse möglichst anschaulich und ausführlich zu verbreiten, um die Versorgungssituation der Betroffenen nachhaltig zu verbessern. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Clearingeinrichtung Implerstraße 51 gebührt unser aufrichtiger Dank und Anerkennung für ihre äußerst anspruchsvolle und unter diesen begrenzten Möglichkeiten auch erstaunlich erfolgreiche Tätigkeit.

München, den 11.09.2021 / 10.08.2022

Josef Bäuml, Prof. Dr. med.  
FA für Psychiatrie und Psychotherapie, TUM  
Ärztlicher Leiter der Impler- Studie

Daniela Pockrandt  
Psychologin (M. Sc.)  
Wiss. Mitarbeiterin, TUM

## 11 Literatur-Verzeichnis

- Ainsworth, Mary S.; Bowlby, John (1991): An ethological approach to personality development. In: *American Psychologist* 46 (4), S. 333–341. DOI: 10.1037/0003-066X.46.4.333
- Altman, D.G (1991) *Practical Statistics for Medical Research (Chapman & Hall / CRC Texts in Statistical Science)*. Taylor & Francis Ltd
- Bäumli J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kissling W (2007) Psychoeducation in Schizophrenia: Rehospitalisation and Hospital Days – 7 Year Follow-Up of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry*; 68: 854-861
- Bäumli J, Baumgärtner J, Froböse T, Gsottschneider A, Keller Z, Lüscher S, Scherr M, Pitschel-Walz, Jahn T (2012) Partizipationsverhalten schizophrener erkrankter Patienten in Psychoedukationsgruppen: Erste Ergebnisse mit dem Teilnahmequalitätsbogen. *Psychotherapeut*, Vol. 57;4: 301-312
- Bäumli J, Behrendt B, Henningsen P, Pitschel-Walz G (2016) *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Schattauer-Verlag, Stuttgart
- Bäumli J, Brönner M, Baur B, Pitschel-Walz G, Jahn Th (2017) Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Lambertus-Verlag
- Bäumli J, Brönner M, Baur B, Schuchmann A, Reifferscheid G, Duschinger Th, Pitschel-Walz G, Jahn Th (2017a) Die SEEWOLF - Studie: Seelische Erkrankungsrate bei Menschen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. *Zeitschrift „wohnungslos“ der BAG*, 2-3/2017: 34 - 46
- Bäumli J, Pitschel-Walz G (2020) Psychoedukation und Angehörigenarbeit bei Schizophrenie. *PSYCH up2date*; 14: 111–127 (DOI 10.1055/a-0748-8998)
- Bäumli J, Maurus I, Wagner A, Flissakowski O, Benta R, Lüscher S, Pitschel-Walz G, Jahn T (2021a) Der Stellenwert der Angehörigen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung aus Sicht der Profis und Angehörigen. In Vorbereitung
- Bäumli J (2021b) Angehörige fordern ein „Recht auf Behandlung“ für Menschen mit Psychosen ohne Krankheits- und Behandlungseinsicht. In: Voth-John R (Hrsg.) Jubiläumsband zum 30-jährigen Bestehen der Angehörigen-Gruppe in Tübingen. In press
- Baumgartner-Nietlisbach G, Briner D (2014) Die Prävalenz psychisch Kranker in den Wohneinrichtungen für Erwachsene der Stadt Zürich. Daten und Analyse der WOPP-Studie 2013. Zürich: Städtische Gesundheitsdienste
- Bighelli I, Salanti G, Huhn M, Leucht S, et al (2018) Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*; 17: 316-329
- Evaluation der Clearingeinrichtung Implerstraße für psychisch kranke wohnungslose Frauen und Männer im städtischen Sofortunterbringungssystem. Abschlussbericht, Teil B, TUM. Bäumli, Pockrandt (2021-09-11-revBäu2022-08-10)

Brönner M, Baur B, Reifferscheid G, Duschinger T, Pitschel-Walz G, Jahn T, Bäuml J (2013) Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München: Die SEEWOLF-Studie. ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit: 65-71

Bundesregierung (2020) <https://www.bundestag.de/presse/hib/578520-578520>

Conradt B, Klingberg S, Lowe A (2016) Psychoedukation bei ersterkrankten Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. In: Bäuml J, Behrendt B, Henningsen P, Pitschel-Walz G (Hrsg.) Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Schattauer-Verlag, Stuttgart: 140 – 150

Duschinger Th, Reifferscheid G, Schuchmann A (2017) Versorgungspolitische Bewertung und Konsequenzen der SEEWOLF-Studie. In: Bäuml J, Brönner M, Baur B, Pitschel-Walz G, Jahn Th (Hrsg.) Die SEEWOLF-Studie. Lambertus-Verlag, Freiburg i. Breisgau: 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

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 DV (2002) Schizophrenia in homeless persons: A systematic review of the literature. Acta Psychiatrica Scandinavica, 105: 404-413

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1990) Mini-Mental-Status-Test. MMST. Weinheim u.a.: Beltz (Beltz-Test)

Greifenhagen A, Fichter M (1997) Mental illness in homeless women: An epidemiologic study in Munich, Germany. European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 247(3): 162-172

Grotlüschen A, Riekmann W, Buddeberg K (2012) Methodische Herausforderungen. In: Grotlüschen A, Riekmann W (eds.) Funktionaler Analphabetismus in Deutschland. Ergebnisse der ersten leo. -Level-One Studie. Münster: 54–75

Hagmann-von Arx P, Grob A, Reynolds CR, Kamphaus RW (2014) Reynolds intellectual assessment scales and screening. RIAS; deutschsprachige Adaptation der Reynolds intellectual assessment scales (RIAS) & des Reynolds intellectual screening test (RIST) von Cecil R. Reynolds und Randy W. Kamphaus; Manual. Bern: Huber Hogrefe

Hasan A, Falkai P, Lehmann I, Gaebel W (2020) Klinische Leitlinie Schizophrenie. Dtsch. Ärztebl Int; 117: 412-419

Hautzinger, Martin; Keller, Ferdinand; Kühner, Christine (2009): Beck Depressions-Inventar. . BDI II ; Manual. Revision, 2. Aufl.

Hügler S, Kordick L, Rödiger G (2018) Hilfe für psychisch kranke Wohnungslose. Münchner Ärztliche Anzeigen, 106. Jg., 20/2018: 4-6

Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Leucht S, et al (2019) Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 394: 939-951

Jahn T, Pitschel-Walz G, Gsottschneider A, Froböse T, Kraemer S, Bäuml J (2011) Neurocognitive prediction of illness knowledge after psychoeducation in schizophrenia: results from the Munich COGPIP study. *Psychol Med* 41: 533-5

Keers R, et al (2014) Association of violence with emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia. *Am J Psychiatry*; 171 (3): 332-339

Kellinghaus, C. (2000). Wohnungslos und psychisch krank: Eine Problemgruppe zwischen den

Systemen. Konzepte - Empirische Daten - Hilfsansätze. Münster: LIT Verlag

Kellinghaus C, Eikelmann B, Ohrmann P, Reker T (1999). Wohnungslos und psychisch krank. Überblick über den Forschungsstand und eigene Ergebnisse zu einer doppelt benach-

teiligten Randgruppe. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 67(3): 108-121

Khantzian EJ (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. In: *Harvard review of psychiatry* 4 (5), S. 231-244. DOI: 10.3109/10673229709030550

Körkel J (2007) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme Wohnungsloser: Eine Standortbestimmung. In: BKK Bundesverband (Hrsg.) Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW: 21-53

Højlund Mikkel, Kemp Adam F, Haddad Peter M, Neill Joanna C, Correll Christoph U (2021) Standard versus reduced dose of antipsychotics for relapse prevention in multi-episode schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Psychiatry*; 8: 471-86

Landeshauptstadt München (2018) Handout des Sozialreferats: Situation Münchner Mietwohnungsmarkt, Stand 1/2018

Landeshauptstadt München (2019) Handout des Sozialreferats: Jahresbericht für 2018

Landeshauptstadt München (2020) Handout: Stadtinformation, 18.6.2020

Leucht S, Bauer S, Sifakis S, Hamza T, Wu H, Schneider-Thoma J, Salanti G, Davis JM (2021) Examination of Dosing of Antipsychotic Drugs for Relapse Prevention in Patients with Stable Schizophrenia. A Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. [jamanetwork/2021/psy/08\\_18\\_2022/yoi210049pap](https://jamanetwork.com/2021/psy/08_18_2022/yoi210049pap)

Evaluation der Clearingeinrichtung Implerstraße für psychisch kranke wohnungslose Frauen und Männer im städtischen Sofortunterbringungssystem. Abschlussbericht, Teil B, TUM. Bäuml, Pockrandt (2021-09-11-revBäu2022-08-10)

Linden M, Baron S, Muschalla B (2014) Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen; ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation

Lüscher S, Froböse T, Pitschel-Walz G, Bäuml J (2012) Psychoedukative Strategien bei schizophren erkrankten Patienten mit fehlender Krankheitseinsicht. Praktische Erfahrungen mit dem Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie. *Psychotherapeut*, Vol. 57; 4: 335-342

Miller, William R.; Rollnick, Stephen (1991): *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press

Miller RM, Rollnick S (2013) *Motivierende Gesprächsführung.* 3. Auflage. Lambertus-Verlag, Freiburg

Niebauer D (2016) Psychoedukation in der Wohnungslosenhilfe. In: Bäuml J, Behrendt B, Henningsen P, Pitschel-Walz G (Hrsg.) *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin.* Schattauer-Verlag, Stuttgart: 432-436

Pitschel-Walz G, Bäuml J, Froböse T, Gsottschneider A (2010) Do individuals with schizophrenia and a borderline intellectual disability benefit from psychoeducational groups? *Journal of Intellectual Disabilities* 13 (4): 305-320

Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J et al (2001) The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – A meta-analysis. *Schizo Bull* 2001; 27: 73–92

Pitschel-Walz G, Bäuml J (2018) Psychoedukative Gruppen. *Kerbe – Forum für Soziale Psychiatrie*; 3: 31–34

Psychiatrie, Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der (1982): *The AMDP-System. Manual for the Assessment and Documentation of Psychopathology.* Hg. v. William Guy. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg

Rammstedt, B. und O. P. John, 2007: Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality* 41: 203-21

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

Reker T, Eikermann B (1997) Wohnungslosigkeit, psychische Erkrankungen und Psychiatrischer Versorgungsbedarf. *Deutsches Ärzteblatt*, 94(21), A-1439-1441

Reker T, Eikermann B, Folkerts H (1997) Prävalenz psychischer Störungen und Verlauf der sozialen Integration bei wohnungslosen Männern. *Gesundheitswesen*, 59(2): 79-82



Reinheimer-Chabbi E (2020) Döner-Imbiss für Obdachlose: Es tut gut, andere satt zu machen. Publik-Forum, Nr. 11: 34

Roedig G (2020) Ausführungen zur Sektor-0-Problematik in München. Stellungnahme zur Thematik Systemprüfer-Matrix Fallvignetten vom 16.4.2020. Handout: 1-11

Roedig G (2019) Zur Situation psychisch kranker wohnungsloser Menschen in München. Persönliche Mitteilung, Okt. 2019

Rödig G (2013) Zur Situation wohnungsloser Menschen in München. Münchner Ärztliche Anzeigen, 101: 18–19

Salize HJ, Werner A, Jacke CO (2013) Service provision for mentally disordered Homeless people. Current Opinion in Psychiatry, 2: 355-361

Schreiter S, Bempohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M, Gutwinski S (2017) Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland. Eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 665-672 (DOI: 10.3238/arztebl.2017.0665)

Schreiter S, Heidrich S, Zulauf J, Saathoff U, Brückner A, Majic T, Rössler W, Schouler-Ocak M, Krausz MR, Bempohl F, Bäuml J, Gutwinski S (2020) Housing situation and health care for psychiatric patients in Berlin, Germany. Scandinavian J of Psychiatry; in submission

Schreiter S, Fritz FD, Rössler W, Majić T, Schouler-Ocak M, Krausz MR, Bempohl F, Gutwinski S (2021) Wohnsituation von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen im akut-psychiatrischen Behandlungssetting in Berlin – eine querschnittliche Patientenbefragung. Psychiatr Prax; 48(03): 156-160

Schuchmann A (2012) Umgang mit Alkohol im stationären Setting. In Specht T (Hrsg.) Armut, Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit in Deutschland. Materialien zur Wohnungslosenhilfe, Heft 62. Bielefeld, BAGW-Verlag: 349-362

Schaub A (2016) Psychoedukation im Kontext kognitiver, interpersoneller und familienfokussierter Ansätze bei bipolaren Störungen. In: Bäuml J, Behrendt B, Henningsen P, Pitschel-Walz G (Hrsg.) Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Schattauer-Verlag, Stuttgart: 248 – 261

Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html>

Steinert T (2019) Gewalt durch psychisch Kranke in der Gesellschaft – aktuelle Fragestellungen. In: Steinböck H (Hrsg.) Gewalt durch psychisch Kranke – ein Dilemma (nicht nur) des Maßregelvollzugs? Pabst-Verlag, Lengerich: 24 - 31

Wohnungslosenhilfe-Muenchen (2016) Startschuss für das Netzwerk. Handout vom 22.11.2016 ([www.wohnungslosenhilfe-muenchen.de](http://www.wohnungslosenhilfe-muenchen.de))

Wohnungslosenhilfe-Muenchen (2018) München braucht soziale Vermieter. Handout vom 20.2.2018 ([www.wohnungslosenhilfe-muenchen.de](http://www.wohnungslosenhilfe-muenchen.de))

Evaluation der Clearingeinrichtung Implerstraße für psychisch kranke wohnungslose Frauen und Männer im städtischen Sofortunterbringungssystem. Abschlussbericht, Teil B, TUM. Bäuml, Pockrandt (2021-09-11-revBäu2022-08-10)

Wingenfeld, K., Schäfer, I., Terfehr, K., Grabski, H., Driessen, M., Grabe, H., ... & Spitzer, C. (2011). Reliable, valide und ökonomische Erfassung früherer Traumatisierung: Erste psychometrische Charakterisierung der deutschen Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*

Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael; Fydrich, Thomas (1997): Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV. SKID; Achse I und II; Handanweisung. Göttingen: Hogrefe

Zaudig, Michael; Wittchen, Hans-Ulrich; Saß, Henning (Hg.) (2000): DSM-IV und ICD-10 Fallbuch. Fallübungen zur Differentialdiagnose nach DSM-IV und ICD-10. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie

Zerssen, Detlev von; Petermann, Franz (2011): B-LR. Beschwerden-Liste; Manual. Rev. Fassung. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, Mass., Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm: Hogrefe

## 12 Legende zu den wichtigsten Messinstrumenten

Erhebungsinstrumente Geordnet nach Untersuchungs- abschnitten	Inhalte	Dauer in Std.	Durchführungsmod us
<b>I Psychiatrische/ Psychologische Untersuchung</b>			
<b>Fragebogen der SEEWOLF-Studie, adaptiert:</b>	Soziodemografische Daten und Krankheitsvorgeschichte - Wohnsituation - Dauer der Wohnungslosigkeit - Gründe für Wohnungslosigkeit - Arbeitssituation - Probleme mit dem Gesetz/Delinquenz - Psychiatrische Krankheitsvorgeschichte	<b>1</b>	<b>Interview Selbstauskunft</b>
<b>Diagnostik</b>			
<b>SKID I gekürzt: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV (Wittchen, H.-U., Zaudig &amp; Fydrich, 1997)</b>	Erfassung und Diagnostik psychischer Störungen auf der sogenannten Achse 1 des DSM-IV. Erhoben: Schwerpunkte sind die Erfassung psychotischer und affektiver Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen sowie Ess- und Anpassungsstörungen.	<b>2-4</b>	Interview
<b>SKID II vollständig: (Wittchen, H.-U., Zaudig &amp; Fydrich, 1997)</b>	SKID-II dient der Diagnose der zehn auf Achse 2 sowie der beiden im Anhang des DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen: Selbstunsichere PS, Dependente PS, Zwanghafte PS, Negativistische PS, Depressive PS, Paranoide PS, Schizotypische PS, Schizoide PS, Histrionische PS, Borderline PS, Antisoziale PS	<b>1-3</b>	Interview
<b>BDI II: "Becks- Depressions Inventar" (Hautzinger 2009)</b>	Erfassung depressiver Symptome: - 0-12 Keine Depression bzw. klinisch unauffällig oder remittiert - 13-19 Leichte Depression - 20-28 Mittlere Depression - 29-63 Schwere Depression	<b>1/2</b>	Fragebogen Selbstauskunft
<b>BL: Beschwerde Liste (D. v. Zerssen, 1979)</b>	Erfassung subjektiver körperlicher Belastung, anhand einer Liste körperlicher Stress-Symptome. (z.B. "Kloßgefühl im Hals, Schwächegefühl, starkes Schwitzen (Insgesamt 24 Items, von 0: „keine Beschwerden“ -72: „extrem starke Körperliche Beschwerden“		Fragebogen Selbstauskunft
<b>ACE: "Adverse Childhood Experiences Questionnaire" (I. Schäfer, K. Wingen- feld, C. Spitzer 2011)</b>	Erfassung frühkindlicher Belastung, Traumatisierung, Vernachlässigung, Gewalt vor dem 18 Lebensjahr  (Insgesamt 10 Items)		Fragebogen Selbstauskunft

<b>BFI: „Kurfassung der Skala zur Erfassung der fünf Dimension der Persönlichkeit (B. Rammstedt et al, 2007)</b>	Erfasst die sogenannten „Big Five“ der Persönlichkeit: (Insgesamt 10 Items) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Extraversion</li> <li>- Offenheit</li> <li>- Gewissenhaftigkeit</li> <li>- Verträglichkeit</li> <li>- Neurotizismus</li> </ul>	Fragebogen Selbstausskunft
<b>CGI: Clinical Global Impression</b>	Skala zur Einschätzung des Schweregrades psychischer Erkrankung 1= nicht krank 2=minimal krank 3=leicht krank 4 =mäßig krank 5= deutlich krank 6= schwer krank 7=unter den extrem schwer Kranken	Fragebogen Fremdeinschätzung
<b>GAF: Skala des Globalen Funktionsniveaus</b>	Skala von 1%: „extrem stark eingeschränktes Funktionsniveau“ bis- 100%: hohes Funktionsniveau (z.B.100%: hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum. 50%: Ernste Symptome z.B. Suizidgedanken. 10%: ständige Selbstgefährdung)	Fragebogen Fremdeinschätzung
<b>Krankheitseinsicht nach Amador (2003)</b>	Beurteilung der Krankheitseinsicht nach 3 Faktoren: <ul style="list-style-type: none"> <li>- äußerst krankheitsuneinsichtig</li> <li>- etwas krankheitseinsichtig</li> <li>- krankheitseinsichtig</li> </ul>	Wert Fremdeinschätzung
<b>Psychopathologischer Befund</b>	Einteilung psychopathologischer Symptome (in Anlehnung an das AMDP-System) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Äußeres Erscheinungsbild</li> <li>- Bewusstseins- und Orientierungsstörungen</li> <li>- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</li> <li>- Formale Denkstörungen</li> <li>- Inhaltliche Denkstörungen</li> <li>- Ich-Störungen</li> <li>- Störungen der Affektivität</li> <li>- Störungen des Antriebs und der Psychomotorik</li> <li>- Zirkadiane Besonderheiten</li> <li>- Andere Störungen : U.a. Aggressivität, Suizidalität, sozialer Rückzug, mangelnde Krankheitseinsicht , Selbstbeschädigung, mangelndes Krankheitsgefühl</li> </ul>	Fremdeinschätzung

<b>II Kognitive Testung</b>			
<b>RIAS: "Reynolds Intellectual Assessment Scales and Screening" Deutschsprachige Fassung (P. H., v. Arx, A. Grob, 2014)</b>	<p>IQ Screening Test: Erfasst: Gesamt-:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbale Intelligenz</li> <li>- Nonverbale Intelligenz</li> <li>- Gedächtnisleistung</li> </ul> <p>Korrelation mit dem Wechsler Intelligenz Test (WIE bei 0,7)</p>		Testung kognitiver Fähigkeiten
<b>MMST: Mini- Mental StatusTest (Folstein et al, 1990)</b>	<p>Screening Test zur Erfassung des kognitiven Funktionsniveaus und Demenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- räumliche Orientierung</li> <li>- Lern- Merkfähigkeit Aufmerksamkeit</li> <li>- Arbeitsgedächtnis, Sprache</li> </ul>	¼ - ½	Testung kognitiver Fähigkeiten
<b>LEO APP Lesetest: (C. Euringer, A. Epstein, A. Grotlüschen, 2014)</b>	<p>Erfasst Analphabetismus in vier Levels (Alphalevel):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alpha-Level 1 „Buchstabenebene“:</li> <li>• Alphalevel 2: Wortebene</li> <li>• Alphalevel 3: Satzebene</li> <li>• Alphalevel 4: Fehlerhaftes Schreiben</li> </ul>		Testung kognitiver Fähigkeiten
<b>III Medizinische Untersuchung</b>			
<b>SEEWOLF-Bogen der medizinischen Untersuchung (adaptiert)</b>	Somatische Krankheitsvorgeschichte, Internistischer Gesundheitszustand, Neurologischer Gesundheitszustand, Zahnstatus, Behandlungsbedarf/ psychosozialer Unterstützungsbedarf		Selbstauskunft  Medizinische Untersuchung (Fremdeinschätzung)
<b>IV Dokumentation des Betreuungsverlaufs</b>			
<b>Wochenprotokoll (Studienteam)</b>	Erfassung des Hilfebedarfs Kooperationsbereitschaft Vorkommnisse Externe Behandlungsmaßnahmen		Fremdbeurteilung
<b>Aufnahmestatus (Studienteam)</b>	Erfassung des Hilfebedarfs der Teilnehmenden und gesundheitlicher Zustand - somatisch und psychisch - bei Aufnahme in die Einrichtung		Fremdbeurteilung
<b>Erfassung besonderer Vorkommnisse (Studienteam)</b>	Erfassung besonderer Vorkommnisse (z. B. Selbst- oder Fremdgefährdung, Notfälle, Verstöße gegen die Hausordnung, etc.)		Fremdbeurteilung
<b>Status bei Beendigung (Studienteam)</b>	Hilfebedarf der Teilnehmenden und gesundheitlicher Zustand (somatisch und psychisch), Ergebnis der Weitervermittlung bei Beendigung der Maßnahme CGI und GAF bei Beendigung		Fremdbeurteilung
<b>Mini ICF APP (Linden et al, 2009)</b>	Zeigt die Funktionsfähigkeit im Alltag und den Unterstützungsbedarf. Bewertung von 0: „kein Problem“ bis 4: „vollständiges Problem in Bezug auf Aktivität und Teilhabe in der Gesellschaft		Fremdbeurteilung

<b>Reha ICF (Version kbo-IAK)</b>	Zeigt die Funktionsfähigkeit im Alltag und den Unterstützungsbedarf. Bewertung von 0: „kein Problem“ bis 4: „vollständiges Problem“ in Bezug auf das allgemeine Funktionsniveau und Reha-Fähigkeit, arbeits- und alltagsbezogene Kompetenzen	Fremdbeurteilung
---------------------------------------	---	------------------