

LEBENSLAGEN
Wohnungslosigkeit



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

Die SEEWOLF-Studie

Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen
der Wohnungshilfe im Großraum München

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

LAMBERTUS

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

Die SEEWOLF*-Studie:
Seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen

Zur Psychiatrie, Neuropsychologie und Allgemeinmedizin
einer prekären Lebenslage

unter Mitarbeit von

Thomas Duschinger, Gerd Reifferscheid und Alexander Schuchmann

* Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen
der Wohnungslosen-Hilfe im Großraum München

LAMBERTUS

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

Die SEEWOLF-Studie: Seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen

Zur Psychiatrie, Neuropsychologie und
Allgemeinmedizin einer prekären Lebenslage

unter Mitarbeit von
Thomas Duschinger, Gerd Reifferscheid und
Alexander Schuchmann

* **Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen
der Wohnungslosen-Hilfe im Großraum München**

LAMBERTUS

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2017, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

www.lambertus.de

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Druck: Franz X. Stückle, Druck und Verlag, Ettenheim

ISBN 978-3-7841-2910-5

ISBN eBook 978-3-7841-2911-2

Inhalt

Geleitwort zum Erscheinen der Ergebnisse der SEEWOLF-Studie.....	9
SEEWOLF, warum?	11
Wichtige Vorbemerkung.....	12
Vorwort	13
Teil I Zur Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen	18
1 Internationaler Forschungsstand.....	19
1.1 Begriffsdefinitionen im Wandel der Zeit.....	20
1.2 Erste Untersuchungen zur Gesundheit wohnungsloser Menschen	23
1.3 Befunde zur körperlichen Gesundheit	24
1.4 Befunde zur psychischen Gesundheit	29
1.5 Befunde zur kognitiven Leistungsfähigkeit	33
2 Die Fichter-Studien der 1990er Jahre und ihre Folgen.....	39
TEIL II Die SEEWOLF-Studie – Fragestellungen und Methoden	48
3 Fragestellungen	49
4 Methoden.....	50
4.1 Stichprobe	50
4.2 Studiendesign	52
4.3 Untersuchungsinstrumente.....	54
4.3.1 Biografische und psychiatrische Anamnese	54
4.3.2 Psychiatrische Diagnostik mittels SKID-I und SKID-II	56
4.3.3 Körperliche Untersuchung	59
4.3.4 Neuropsychologische Testdiagnostik.....	60
4.3.5 Ergänzende Fragebögen und Ratingskalen.....	65
4.4 Rekrutierungszeitraum und Erhebungsablauf.....	72
4.5 Statistische Datenanalyse.....	73
4.5.1 Datenaufbereitung, Dateneingabe und Datenprüfung.....	73
4.5.2 Datenvollständigkeit und Umgang mit fehlenden Werten.....	74
4.5.3 Inferenzstatistische Datenanalysen.....	77
TEIL III Die SEEWOLF-Studie – Ergebnisse mit Diskussion	80
5 Soziodemografische Stichprobenmerkmale.....	81
5.1 Altersstruktur, Geschlecht und Familienstand	81
5.2 Elternhaus, Kindheit und Jugend, Broken-Home.....	85
5.3 Schulische und berufliche Bildung	88
5.4 Arbeits- und Beschäftigungssituation.....	91
5.5 Migrationshintergrund und Muttersprachlichkeit	96
5.6 Konfession.....	100
5.7 Delinquenz.....	101

6	Wohnkarriere und Wohnsituation	104
6.1	Wohnsituation vor Eintritt der Wohnungslosigkeit	104
6.2	Eintritt, Ursache, Verlauf und Dauer der Wohnungslosigkeit	107
6.3	Aktuelle Wohnsituation und Zufriedenheit	113
7	Krankheitsvorgeschichte	119
7.1	Familienanamnese	119
7.2	Krankheitsbeginn	120
7.3	Behandlungsmaßnahmen in der Vorgeschichte.....	121
7.4	Suchtanamnese	124
7.5	Suizidale Handlungen und Selbstverletzungen	124
7.6	Fremdgefährdungen, Unterbringungen, Zwangsmaßnahmen, Betreuungen	126
8	Psychopathologische Befunde und Diagnosen.....	127
8.1	Zur Orientierung: Die wichtigsten Ergebnisse vorweg.....	127
8.2	Lebenszeit-Prävalenzen symptomatischer Erkrankungen	131
8.2.1	Alle Diagnosen, aufgeschlüsselt nach Diagnosekategorien	131
8.2.2	Nur Hauptdiagnosen ohne komorbide Störungen.....	134
8.2.3	Abhängigkeitserkrankungen	136
8.2.4	Schizophrener Formenkreis	138
8.2.5	Affektive Erkrankungen.....	140
8.2.6	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.....	141
8.3	1-Monats-Prävalenzen symptomatischer Erkrankungen	143
8.3.1	Haupt- und Nebendiagnosen, aufgeschlüsselt nach Diagnosekategorien	143
8.3.2	Nur Hauptdiagnosen ohne Nebendiagnosen	145
8.3.3	Abhängigkeitserkrankungen	146
8.3.4	Schizophrener Formenkreis	148
8.3.5	Affektive Erkrankungen.....	150
8.3.6	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.....	151
8.4	Vergleich Lebenszeit-Prävalenzen mit Ein-Monats-Prävalenzen	154
8.5	Persönlichkeitsstörungen	158
8.6	Psychopathologischer Befund nach AMDP-System.....	165
8.7	Krankheitseinsicht und Compliance.....	167
9	Ergänzende Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen	170
9.1	Depressivität (BDI)	170
9.2	Alkoholismus (MALT)	172
9.3	Subjektiv erlebte Allgemeinbeschwerden (B-L).....	173
9.4	Subjektiv bewerteter Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit (SF-36)	175
9.5	Klinischer Gesamteindruck der Krankheitsschwere (CGI).....	176
9.6	Aktivitätsniveau und Partizipationsverhalten (Mini-ICF-APP)	178
9.6.1	Fremdbeurteilte Aktivität	178
9.6.2	Fremdbeurteilte Partizipation	180
10	Aktuelle Betreuungs- und Behandlungssituation	185
10.1	Somatische Medikation	185
10.2	Psychopharmakotherapie.....	185
10.3	Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung	186
10.4	Psychosoziale Maßnahmen	187
10.5	Ergotherapeutische Maßnahmen	187
10.6	Kontakt zu Angehörigen.....	188

11	Neuropsychologische Befunde	191
11.1	Mini-Mental-Status-Test	191
11.2	Intelligenzdiagnostik: Gesamt-IQ und kognitives Fähigkeitsprofil	193
11.3	Häufigkeit von Intelligenzminderungen	195
11.4	Varianzerklärende Korrelate des Gesamt-IQ	196
11.5	Zusammenhang zwischen Intelligenz und Wohnungslosigkeit	198
11.6	Intelligenz und Aktivitäts- bzw. Partizipationsverhalten	198
11.7	Hinweise auf Intelligenzabbau	201
11.8	Neuropsychologische Befunde: Zusammenfassung und Diskussion	202
12	Somatische Befunde	204
12.1	Körperlicher Allgemeinzustand	204
12.2	Internistische Befunde	205
12.2.1	Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Ereignisse	205
12.2.2	Lebererkrankungen	205
12.2.3	Lungenerkrankungen	206
12.2.4	Gastrointestinale Erkrankungen	206
12.2.5	Infektionskrankheiten	207
12.3	Neurologische Befunde	207
12.4	Schädel-Hirn-Traumata, Amputationen und Frakturen	207
12.5	Zahnstatus	208
12.6	Somatische Befunde bei Alkoholkrankheit	208
12.7	Somatische Befunde bei schwerer psychischer Erkrankung	209
12.8	Somatische Befunde: Zusammenfassung und Diskussion	210
13	Fallbeispiele	215
13.1	Herr A. „Vom vorsichtigen Besucher zum regelmäßigen Kunden“	215
13.2	Herr B. „Von Hessen über Bayern nach Mecklenburg-Vorpommern“	217
13.3	Herr C. „Durch viele Drehtüren ins eigene Zuhause“	218
13.4	Frau M. „Sturzgeburt im Transitmodus ...“	219
TEIL IV	Die SEEWOLF-Studie – Schlussfolgerungen	222
14	Zusammenfassende Diskussion der Studienergebnisse	223
14.1	Hauptergebnisse und Beantwortung der Fragestellungen	223
14.2	Zusammenfassung und Ausblick	233
14.2.1	Die Situation von wohnungslosen Menschen im internationalen Kontext	233
14.2.2	Von der Fichter- zur SEEWOLF-Studie	234
14.2.3	Die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe: Von der „Nothelfer“-Funktion zum therapeutischen „time-out“ mit Sabbatphase bis hin zur fachgerechten Therapie	236
14.3	Die Kernbotschaft der SEEWOLF-Studie	238
15	Versorgungspolitische Bewertung und Konsequenzen der SEEWOLF-Studie	240
15.1	Vorbemerkung	240
15.2	Von der Fichter-Studie zur SEEWOLF-Studie	241
15.2.1	Die Entwicklung von Versorgungsstrukturen in München	241
15.2.2	Strukturelle Verbesserungen der medizinischen Versorgung in München	241
15.2.3	Die Institutsambulanz	242

15.2.4	Kooperationsvereinbarung der Wohnungslosenhilfe mit dem Isar-Amper-Klinikum	242
15.2.5	Strukturelle Verbesserungen in der Unterbringung	243
15.3	Neue Instrumente und Methoden in der Arbeit mit wohnungslosen Menschen...	244
15.3.1	Programme der zieloffenen Suchtarbeit	244
15.3.2	Anti-Gewalt-Training	246
15.3.3	Beschäftigung	246
15.4	Weitere Studien und sozialpolitisch wirksame Tagungen und Entscheidu	

Geleitwort zum Erscheinen der Ergebnisse der SEEWOLF-Studie

Bereits seit den 1990er Jahren wird auch in Deutschland dem Gesundheitsstatus wohnungsloser Männer und Frauen mehr Aufmerksamkeit zugemessen, als das früher der Fall war.

Für die Wohnungslosenhilfe in München und Oberbayern war von vorrangiger Bedeutung, dass das wissenschaftliche Interesse von Forschern aus der Sozialmedizin, Psychiatrie und Sozialwissenschaft am Thema mit dem Wunsch nach weiterem Erkenntnisgewinn der Wohnungslosenhilfe einherging. Ein weiteres Ziel war, im Praxisfeld die eigenen Grundlagen der Arbeit mit den wohnungslosen Menschen zu verbessern. Die Umsetzung der Ergebnisse wurde in der Vergangenheit praxisgerecht vorbereitet und in die Tagesabläufe integriert. Die beiden Kostenträger, die Bezirksverwaltung Oberbayern und die Landeshauptstadt München, sowie einige Landkreise unterstützten diese Umsetzungsschritte durch entsprechende Entgeltvereinbarungen bzw. Zuschüsse. Diese Kooperation kam sowohl den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als auch den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtungen und ambulanten Diensten zugute.

Die Arbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe freut sich, dass nun die Ergebnisse der SEEWOLF-Studie vorliegen. Die psychiatrischen Problemlagen von wohnungslosen und psychisch kranken Menschen wurden in einer bisher noch nicht realisierten Tiefe untersucht und ausgewertet. Es ist zu vermuten, dass eine solche Untersuchung sicher nicht in naher Zukunft wiederholt werden kann. Wir sind dankbar, dass unsere Arbeitsgemeinschaft an dieser Aufgabe mitarbeiten konnte.

Unser großer Dank geht an die Initiatoren und Förderer, ohne die diese Veröffentlichung nicht möglich gewesen wäre. Insbesondere sind dabei das Studienteam um die Professoren Dr. Bäuml und Dr. Jahn zu nennen, die mit weiteren Kolleginnen und Kollegen der Technischen Universität München für die Planung, Vorbereitung, Durchführung und Veröffentlichung der Ergebnisse eine große zusätzliche Aufgabe erfüllt haben. Außerdem sind an dieser Stelle noch die Herren Dr. Reifferscheid, Schuchmann und Duschinger zu erwähnen, die für die fachliche Begleitung der Studie zuständig waren.

Unser Dank geht auch an alle Sponsoren, die sich für die Finanzierung des Projekts eingesetzt haben, nämlich das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, die Bezirksverwaltung Oberbayern und die Stadt München.

Nicht zuletzt sind die vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der örtlichen Wohnungslosenhilfe zu nennen, die an der Durchführung der Studie mitgewirkt haben.

Am Schluss dieses Geleitworts möchte ich meinen besonderen Dank an die Frauen und Männer richten, die in unseren Einrichtungen und Wohnheimen leben. Mit besonderer Freude haben wir festgestellt, dass die zum Teil mehrere Stunden dauernden Interviews, die für die Datenerhebung notwendig waren, gerne und nach besten Kräften durchgehalten wurden. Nur wenige Personen mussten aufgeben.

Den Leserinnen und Lesern dieser Studie wünsche ich erkenntnisreiche und für die eigenen Angebote umsetzbare Erfahrungen.

München, im Juli 2017

Ludwig Mittermeier

Vorsitzender des Kuratoriums der Arbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe München und Oberbayern

SEEWOLF, warum?

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

das Kunstwort „SEEWOLF“ – Seelische Erkrankungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München – wurde bewusst gewählt als Zeichen der Wertschätzung und des Respektes den Menschen aus den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe gegenüber, die bereit waren, über ihren bisherigen Lebensweg und das aktuelle Befinden mit uns zu sprechen. Viele von ihnen ließen eine unglaubliche Zähigkeit und Entbehrungsbereitschaft erkennen, die uns höchste Bewunderung abgerungen hat. Gleichzeitig war es immer wieder beeindruckend, mit welcher Selbstverständlichkeit sie versuchten, weiter zu kämpfen und nicht aufzugeben. Viele dieser Schicksale erinnerten an die von Jack London so meisterhaft beschriebenen Personen im SEEWOLF.

Tommy, der Schiffskoch: „... das hat Du nie kennengelernt, wie es is, wenn man Hunger hat, wenn man sich in Schlaf heult, und der kleine Bauch nagt einem, als hätte man `ne Ratte drin ... ich bin für Leiden und Kummer geboren ... Wie mir Gott muss gehasst haben, als er mir anheuern ließ für `ne Fahrt in seine verfluchte Welt!“ (S. 130/131)*

Seewolf, der Kapitän: „... Ich bin ein Nüchterner, der Betrunkenen zusieht und tief ermüdet, wünscht, auch er wäre betrunken ...“ (S. 231)*

Diese Zitate sollen verdeutlichen, wie individuell, breit und unglaublich vielfältig die Fülle an Persönlichkeiten und Lebensschicksalen der von uns untersuchten Personen war. Ihre Kantigkeit, Leidenschaftlichkeit und Originalität soll durch den Bezug zum SEEWOLF ein klein wenig gewürdigt werden.

Josef Bäuml, im Namen aller Mitautoren und Untersucher

* Auszüge aus

Jack London: „Der Seewolf“. Diogenes-Verlag, Zürich 1987

Wichtige Vorbemerkung

Die vorliegende Studie berichtet von wohnungslosen Menschen, die im Zeitraum der Untersuchung im Großraum München in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe befragt werden konnten.

Menschen, die aus eigenem Willen auf der Straße – und dies teilweise über Jahre hinweg – leben und keine Hilfe abrufen, sind in der Untersuchung ausdrücklich nicht gemeint, da sie nicht untersucht werden konnten.

Die Untersuchung will in keiner Weise zur schon teilweise vorhandenen Stigmatisierung von Menschen in Obdachlosigkeit oder Wohnungslosigkeit beitragen.

Wer auch immer die Ergebnisse zu diesem Zweck missbrauchen sollte, handelt gegen die Intention der beteiligten Praktiker und Wissenschaftler. Ziel der Studie ist es vornehmlich, auf die Situation und den Unterstützungsbedarf von Menschen in Wohnungslosigkeit oder Obdachlosigkeit hinzuweisen und Verbesserungen des Hilfesystems zu erreichen. Der Wert einer Gesellschaft bemisst sich danach, wie sie mit den ärmsten und benachteiligsten Mitgliedern umgeht.

Vorwort

„My home is my castle“, wem wäre dieses klassische Literaturzitat von Sir Edward Coke (1552–1634) nicht seit Kindheitstagen geläufig? Kaum ein anderes geflügeltes Wort beschreibt eindrucksvoller die Bedeutung der eigenen vier Wände. Dass mit wachsendem Wohlstand in den letzten Jahrzehnten auch der Flächenbedarf pro Person in Deutschland zunahm – 1991 betrug die durchschnittliche Wohnfläche noch 34,9 qm, 2015 waren es bereits 46,5 qm (Spiegel Online vom 17.09.2016) – lässt die noch immer existierende Wohnungslosenproblematik geradezu anachronistisch erscheinen. Anachronistisch auch deshalb, weil mit sinkender Einwohnerzahl Deutschlands vor allem in den neuen Bundesländern der Leerstand an Wohnungen sogar zunimmt. Im gleichen Zeitraum hat sich die Beschaffung von bezahlbarem Wohnraum in Ballungszentren zu einer sozialpolitischen Herausforderung entwickelt.

Dabei galt bis vor wenigen Jahrzehnten die Wohnungslosigkeit nicht als soziale Notlage, sondern wurde irrtümlicherweise als natürliche Folge der selbst gewählten Mobilität der betroffenen Menschen betrachtet. Dank einer definitorischen Anpassung steht heute nicht mehr die „individuelle Hyperkinese“, sondern die Unterstützungsbedürftigkeit der Betroffenen im Vordergrund, was mittlerweile auch in entsprechende Klassifikationsversuche eingegangen ist (siehe Kapitel 1.1). Die gesetzlich verankerte Förderung des sozialen Wohnungsbaus zielt darauf ab, auch Menschen mit geringem Einkommen und krankheitsbedingten Handicaps ein ausreichendes Wohnungsangebot zu bieten. Dies erlangte eine besondere Bedeutung durch die Verabschiedung der Psychiatrie-Enquete 1975, die die gemeindenahe Versorgung von chronisch psychisch Kranken forderte („ambulant vor stationär“) (Bundesminister für Jugend Familie und Gesundheit 1974). Durch die damit einhergehende massive Reduktion der stationären Psychiatrie-Betten kam es in den 1980er Jahren zu einer Umverlegung der chronisch psychisch Kranken „auf den Bürgersteig“, wodurch enorme sozialpsychiatrische Aktivitäten in den Gemeinden ausgelöst wurden. Es wurden Komplementäreinrichtungen aufgebaut und die Zahl der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten, der Tageskliniken, der sozial-psychiatrischen Dienste und der differenzierten Möglichkeiten des (teil-)selbstständigen Wohnens nahm stark zu (Becker, Bäuml, Pitschel-Walz & Weig, 2007; Finzen, 1987; Rössler & Kawohl, 2013). Die wissenschaftlich lange Zeit vernachlässigte Frage ist deshalb, warum es einem gewissen Teil der Bevölkerung nicht gelingt, sich selbstständig und erfolgreich um eigenen Wohnraum zu kümmern. Liegt es allein an der wirtschaftlich bedingten Verknappung des Wohnraumes in Ballungszentren wie München oder sind doch eher individuelle Gründe dafür verantwortlich?

Bereits in den 1990er Jahren stellte die Arbeitsgruppe um Manfred Fichter (Fichter & Quadflieg, 1999b) eine beträchtliche Häufung psychischer Störungen bei Wohnungslosen im Großraum München fest. So wiesen alle 37 untersuchten Frauen und 94,5 % der 146 untersuchten Männer mindestens eine psychische Störung nach DSM-IV Achse-I auf. Die Lebenszeitprävalenz für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis beispielsweise betrug 34,4 % bei den Frauen und 12,4 % bei den Männern, für affektive Erkrankungen 81,3 % vs. 41,8 %, für Angsterkrankungen 59,4 % vs. 22,6 %. Eine Alkoholerkrankung wurde bei 90,6 % der Frauen und 91,1 % der Männer diagnostiziert. Dabei hatten nur 16 % der Männer und 59 % der Frauen innerhalb der letzten sechs Monate Kontakt zu einem Psychiater. Untersuchungen in Ländern wie den USA, Skandinavien, Australien u.a. kommen zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich hoher Krankheitsprävalenzen bei unzureichender Behandlungsintensität.

Die Ergebnisse der Untersuchungen von Fichter und Mitarbeitern führten zu teilweise wichtigen Veränderungen im Versorgungsangebot für wohnungslose Menschen im Großraum München (Reifferscheid, 2016). So wurde beispielsweise in einer Notunterkunft für wohnungslose Menschen eine psychiatrische Praxis eingerichtet, auch wurden Einrichtungen speziell für Wohnungslose mit psychischen Erkrankungen eröffnet. Bis heute kann allerdings die Frage nach dem Zusammenhang zwischen psychischer Störung und Wohnungslosigkeit nicht befriedigend beantwortet werden. Auch war bis vor Kurzem unklar, inwieweit die zur Verbesserung der Lebenssituation Wohnungsloser ergriffenen Maßnahmen zu einer Reduktion psychischer Störungen oder wenigstens zur Verbesserung ihrer Behandlung beigetragen haben.

Vor diesem Hintergrund besteht 20 Jahre nach der wegweisenden Fichter-Studie das Anliegen der in diesem Band umfassend dargestellten SEEWOLF-Studie darin, den aktuellen psychischen und physischen Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen im städtischen Großraum München erneut zu untersuchen und die Ergebnisse mit denen der Fichter-Studie zu vergleichen. Über diese hinausgehend wurden außerdem umfangreiche Daten zur Biografie, zum Verlauf der Wohnungslosigkeit und zur Krankheitsgeschichte erhoben. Auch wenn die Informationen hierzu ebenfalls nur retrospektiv gewonnen werden konnten, erlauben sie doch weiterführende Überlegungen zu der Frage, was Henne und was Ei ist. Nicht zuletzt widmete sich die SEEWOLF-Studie auch der Frage, wie es um die kognitive Leistungsfähigkeit der von Wohnungslosigkeit Betroffenen bestellt ist, wozu eine ausführliche neuropsychologische Untersuchung mit Hilfe eines umfangreichen Intelligenzdiagnostikums durchgeführt wurde. Vergleichbare Daten lieferte die Fichter-Studie noch nicht, und auch im internationalen Vergleich ist eine testpsychologische Untersuchung solchen Umfangs fast ein Alleinstellungsmerkmal der SEEWOLF-Studie, die mit durchschnittlich etwa sieben Untersuchungsstunden pro Proband, jeweils verteilt auf drei Sitzungen, die hierzulande bisher umfangreichste empirische Untersuchung zum Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen ist. Mit dieser Studie soll auch dem international (Salize, Werner & Jacke, 2013; Toro, 2007) immer wieder bemängelten Forschungsrückstand abgeholfen werden, der im deutschen Sprachraum auf dem Gebiet der Wohnungslosigkeit besteht.

Wesentlichen Anteil am Zustandekommen dieser Untersuchung hatten als Initiatoren Herr Dr. Gerd Reifferscheid, Herr Gerald Winkler und Herr Dr. Rupert Müller vom Katholischen Männerfürsorgeverein (KMFV) München, Herr Thomas Duschinger von der Arbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe München und Oberbayern/Koordinationsstelle

Wohnungslosenhilfe Südbayern sowie Herr Horst Reiter von der Arbeiterwohlfahrt (AWO), die zusammen auch den Organisationsbeirat dieser Unternehmung bildeten. Besonderer Dank gebührt auch Herrn Michael Senjor († 2015) vom Amt für Wohnung und Migration der Landeshauptstadt München sowie dem Leiter und dem stellvertretenden Leiter, Herrn Rudolf Stummvoll und Herrn Bernd Schreyer, für ihre Unterstützung bei der Initiierung der Studie. Prof. Dr. Manfred Fichter und Norbert Quadflieg von der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) sowie Dr. Gerd Reifferscheid wirkten in der Planungsphase als wissenschaftliche Berater. Viktor Münster (vormals Vorstand des Katholischen Männerfürsorgevereins München e. V. und Vorsitzender des Kuratoriums Wohnungslosenhilfe in München und Oberbayern bis 2014) sei ebenfalls für seine Unterstützung und Förderung des Forschungsprojektes gedankt. Während der Durchführungsphase erhielten wir wertvolle Ratschläge von Prof. Dr. Hans-Joachim Salize aus dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZISG) Mannheim. Großzügig finanziert wurde die SEEWOLF-Studie seitens der Arbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe München und Oberbayern / Koordinationsstelle Wohnungslosenhilfe Südbayern, dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, dem Bezirk Oberbayern, der Landeshauptstadt München, dem Katholischen Männerfürsorgeverein München e.V. und nicht zuletzt der Technischen Universität München.

In diesem Kontext bedanken wir uns ganz besonders bei Herrn Prof. Dr. Hans Förstl, dem Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München, für den wissenschaftlichen und organisatorischen Freiraum, in dem wir eine derart umfangreiche Studie realisieren konnten.

Prof. Dr. Werner Steimer vom Institut für Klinische Chemie und Pathobiochemie des Klinikums rechts der Isar zeichnete für die Verarbeitung der Laborproben verantwortlich. Karin Bremauer und Josef Stigler unterstützten als Mitglieder der Pflege der Psychiatrischen Klinik ebenso verlässlich wie effizient die logistische Abwicklung der teilweise doch sehr komplexen Untersuchungsabläufe, genauso wie Frau Angie Kaiser aus dem Sekretariat des Erstautors, die unzählige Koordinations- und Schreibarbeiten übernahm.

Besonderer Dank gilt auch Prof. Dr. Dr. Margot Albus, Ärztliche Direktorin des Isar-Amper-Klinikums des Bezirks Oberbayern, und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, insbesondere OA Dr. Günther Rödiger, für die großzügige Unterstützung bei der Bereitstellung von Archivunterlagen, die wir nach Zustimmung der ehemaligen Patienten einsehen durften. Ebenso danken wir Frau Franziska Schmid von den Herzog-Sägmühler-Heimen und Herrn Alexander Schuchmann vom KMFV, die uns während der gesamten Untersuchungsphase immer wieder beratend zur Seite standen.

Diese Untersuchung konnte nur verwirklicht werden durch die Mithilfe folgender Personen, die bei der Rekrutierung der Probandinnen und Probanden halfen und über viele Monate als Untersucherinnen und Untersucher tätig waren: Frau Dr. med. Beate Gaupp als langjährig erfahrene Ärztin in der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen, die Medizin-Doktorandinnen Frau cand. med. Kathi Schaad, Frau cand. med. Valeria Sperling und Herr cand. med. Michael Baukhage sowie die Diplom-Psychologinnen Susanne Rasoulkhani, Stephanie Stadler, Katja Nowak, Mick Reiter, Julia Nützel und Sarah Huneke. An der Datenaufbereitung beteiligte sich hilfreich Frau Alina Fischer (M.Sc.), in der Schlussphase der Manuskriptabfassung unterstützte Frau cand.-psych. Carina Theresa Ammerl die Autorinnen

und Autoren bei der Einarbeitung von Literaturzitierten. Ohne den beherzten Einsatz des gesamten Untersuchungsteams wäre es niemals möglich gewesen, diese umfangreiche und anspruchsvolle Studie umzusetzen.

Großer Dank gebührt auch allen Leiterinnen und Leitern sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Münchner Einrichtungen für Wohnungslose, ohne deren Aufgeschlossenheit und Unterstützungsbereitschaft dieser Studie kein Erfolg beschieden gewesen wäre. Nicht zuletzt danken wir Frau Sabine Winkler und Frau Sandra Schwanz vom Lambertus-Verlag für die kompetente Betreuung unseres Veröffentlichungsvorhabens und die Lektorierung des SEEWOLF-Reports in der nun vorliegenden Buchform.

Selbstverständlich war diese Untersuchung nur möglich, weil die von uns angesprochenen Damen und Herren aus den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe bereit waren, sich „über die seelische Schulter“ schauen zu lassen. Ihnen gilt unser allergrößter Dank verbunden mit unserem Versprechen, diese Daten zur nachhaltigen Verbesserung ihrer Lebenssituation einzusetzen!

München, im Juli 2017

Josef Bäuml, Barbara Baur, Monika Brönnner, Gabriele Pitschel-Walz und Thomas Jahn

Teil I

Zur Gesundheitssituation
wohnungsloser Menschen

1 Internationaler Forschungsstand

Die Versorgung wohnungsloser Menschen ist ein weltweites Problem, das zunehmend auch die industrialisierten Länder betrifft. So beträgt in den USA, dem Land mit dem höchsten Forschungsstandard bezüglich „homelessness“, die Zahl der zumindest vorübergehend auf der Straße lebenden Personen etwa 1,5 Millionen (Bauer, Baggett, Stern, O'Connell & Shtasel, 2013; Depp, Vella, Orff & Twamley, 2015), was bei einer Gesamtbevölkerung von 319 Millionen Menschen knapp 0,5% der Einwohner entspricht. McQuiston, Gorroochurn, Hus und Caton (2013) berichten sogar von einem Lebenszeitrisiko der amerikanischen Bevölkerung von 3%, das laut Chant et al. (2014) vor allem in den Großstädten („urban centers“) sichtbar werde. Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Von vielen Autoren werden vor allem die gesellschaftlichen Umwälzungen der letzten Jahrzehnte mit ihren sozioökonomischen Auswirkungen verantwortlich gemacht, insbesondere die zunehmenden Schwierigkeiten für einkommensschwache Gruppen, sich eigenen Wohnraum leisten zu können (Cohen & Thompson, 1992; Salize et al., 2013; Trabert, 2012). Zahlreiche Autoren verweisen aber auch auf die einschneidenden Veränderungen der Psychiatriepolitik in den USA seit den 1960er Jahren. Laut Bauer et al. (2013) wurde es durch die Schließung der großen öffentlichen psychiatrischen Institutionen ohne gleichzeitigen Aufbau von ausreichenden Betreuungsmöglichkeiten in den Gemeinden vor allem den chronisch psychisch Kranken erschwert, im Leben zurechtzukommen. Folsom und Jeste (2002) machen ebenfalls die Versäumnisse der *Community Mental Health Services* für die mangelnde Betreuung von psychisch kranken wohnungslosen Menschen verantwortlich, von denen etwa 50% keinerlei Behandlung erhielten und deren Lebensqualität deutlich eingeschränkt sei. Toro (2007) beschreibt in seinem Übersichtsartikel die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Wohnungslosenproblematik in den USA und den europäischen Staaten und hebt hervor, dass die Forschungsbemühungen hierzu in Amerika und Großbritannien wesentlich früher eingesetzt hätten als auf dem europäischen Kontinent, dessen ungeachtet aber die soziale Unterstützung für Wohnungslose in Kontinentaleuropa wesentlich besser sei. Piechowicz, Piotrowski und Pastwa-Wojciechowska (2014) berichten von etwa 30.000 wohnungslosen Menschen in Polen, was einer Quote von nur etwa 0,08% entspricht. In der Bundesrepublik Deutschland sind die Zahlen zwar etwas höher, im Vergleich zu den USA aber immer noch deutlich niedriger: Laut Kellinghaus, Eikermann, Ohrmann und Reker (1999) waren im Jahr 1996 ca. 200.000 alleinstehende Personen in Deutschland wohnungslos, was bei damals ca. 81 Millionen Einwohnern einem

Prozentsatz von 0,2% entsprach; 35.000 von ihnen lebten auf der Straße. Neuere Schätzungen gehen von ähnlichen Zahlen aus: So war in Mannheim um das Jahr 2000 von ca. 650 bis 700 wohnungslosen Menschen auszugehen, was bei 330.000 Einwohnern ebenfalls einer Quote von etwa 0,2% entspricht (Salize, Dillmann-Lange & Kentner-Figura, 2003). Die Zahl an akut wohnungslosen Menschen – allein Lebende und Familien mit Kindern – betrug in München Ende 2013 etwa 5.800 (Landeshauptstadt München, Sozialreferat, 30.04.2014), was umgerechnet auf die damalige Einwohnerzahl von knapp 1,5 Millionen etwa 0,4% entsprach. Wenn man hiervon die etwa 2.300 Familien mit Kindern abzieht – wie es auch in anderen Großstädten in der Regel praktiziert wird, sodass nur die alleinstehenden Wohnungslosen gezählt werden – ergeben sich etwa 3.500 Menschen, etwas mehr als 0,2%. Die Ergebnisse der SEEWOLF-Studie beziehen sich nicht auf diese Gesamtheit, sondern entstammen ausschließlich einer Zufallsstichprobe von 232 Personen aus jenen 1.635 Personen, die in den Jahren 2010 bis 2013 in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in freier Trägerschaft im Großraum München betreut wurden.

1.1 Begriffsdefinitionen im Wandel der Zeit

So vielfältig wie der Personenkreis ohne festen eigenen Wohnsitz selbst sind auch die Begrifflichkeiten und Definitionen, mit denen diese Menschen im Laufe der Geschichte charakterisiert wurden und zum Teil heute noch werden. Wie Ayaß (2013) ausführte, sprach man im 19. Jahrhundert von männlichen wandernden Handwerksgesellen, Wanderarbeitern, mittellosen Wohnungslosen, armen Reisenden, Wanderarmen oder – explizit abwertend – auch von Landstreichern und Vagabunden. Im Vordergrund stand hierbei die Mobilität der Betroffenen. Im Deutschen Kaiserreich war die wohnungslose Lebensform kriminalisiert und stellte eine Straftat dar: Bettelei, Landstreicherei und Obdachlosigkeit waren Delikte des damaligen Strafgesetzbuches. Erst in der Weimarer Reichsverfassung von 1919 wurde die Wanderfürsorge als Verfassungsbegriff eingeführt.

Im Nationalsozialismus kam es zu einer Renaissance des bereits bedeutend älteren Begriffs der „Nichtsesshaftigkeit“. Die Wanderer wurden als „asozial“ (im Sinne eines Sammelbegriffs für abweichendes Verhalten) bezeichnet und die soziale Notlage der Betroffenen wurde durch „minderwertige Erbmasse“ begründet. Entsprechend rücksichtslos und grausam wurden diese Menschen verfolgt; sehr viele wurden in den Vernichtungslagern der Nazis ermordet (Hohendorf, Otzoll, Richter, Eckart & Mundt, 2002).

In der Nachkriegszeit blieb es zunächst bei dem Begriff der „Nichtsesshaftigkeit“. In den 1950er und 1960er Jahren stieg die Zahl der Wohnungslosen nicht nur in München besonders durch Kriegsheimkehrer und Vertriebene stark an. 1950 wurde von Stadtpfarrprediger Adolf Mathes der Katholische Männerfürsorgeverein München e.V. gegründet. Begriffsbestimmend war weiterhin die ausgeprägte Mobilität der Betroffenen. Erst 1972 wurde mit dem § 72 des BSHG der Begriff „Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten“ eingeführt. 1976 tauchte in einer ergänzenden Verordnung zum § 72 BSHG der Begriff „Nichtsesshafte“ noch einmal auf, um erst im Jahr 2001 ganz zu verschwinden. Im Fokus steht seitdem nicht mehr die Mobilität, sondern die soziale Notlage der Betroffenen. Allerdings führte und führt die begrenzte Aufenthaltsdauer in vielen Einrichtungen wie Notunterkünften und Essensausgaben dazu, dass die Betroffenen immer wieder erneut „auf Wanderschaft“ gehen müssen.

Ab etwa 1980 wurden im wissenschaftlichen und sozialpädagogischen Sprachgebrauch zunehmend die Bezeichnungen „Wohnungslosigkeit“ und „Obdachlosigkeit“ verwendet. Dabei verstand man zunächst unter Wohnungslosen die Gruppe der Einpersonenhaushalte bzw. Alleinstehenden, unter Obdachlosen hingegen die Gruppe der Mehrpersonenhaushalte oder Familien (Specht, 2013). Diese Begrifflichkeiten finden bis heute Verwendung, allerdings wird die damit verbundene Einteilung der Betroffenen der Vielfältigkeit des Hilfebedarfs nicht gerecht. So wurde in einem Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) der Begriff und das Konzept der „Wohnungsnotfälle“ eingeführt und wie folgt definiert:

„... Haushalte und Personen mit einem Wohnungsbedarf von hoher Dringlichkeit, die aufgrund besonderer Zugangsprobleme (finanzieller und/oder nicht-finanzieller Art) zum Wohnungsmarkt der besonderen institutionellen Unterstützung zur Erlangung und zum Erhalt von angemessenem Wohnraum bedürfen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe 2010; S.1).

Als Wohnungsnotfälle gelten Haushalte und Personen, die 1) aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind, 2) unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht sind, 3) in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben, 4) als Zuwanderinnen und Zuwanderer in gesonderten Unterküpfen von Wohnungslosigkeit betroffen sind, und 5) ehemals von Wohnungslosigkeit betroffen oder bedroht waren, mit Normalwohnraum versorgt wurden und nun auf Unterstützung zur Prävention eines erneuten Wohnungsverlustes angewiesen sind. **Tabelle 1** gibt eine Übersicht über diese Klassifikation von Wohnungsnotfällen.

Tabelle 1: Klassifikation von Wohnungsnotfällen nach Specht (2013)

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

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

Der Europäische Dachverband der Wohnungslosenhilfe FEANTSA (*Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri / European Federation of National Organisations working with the Homeless*) hat eine ähnliche Klassifikation, die „Europäische Typologie für Wohnungslosigkeit (ETHOS)“ entwickelt, die sich mittlerweile europaweit als Standard etabliert hat.¹ Darin wird die fehlende Wohnung als soziale Notlage definiert und nicht mehr, wie zuvor häufig der Fall, die gesteigerte Mobilität der betroffenen Menschen in den Vordergrund gestellt. Durch diese definitorische Klarstellung wird die Wohnungslosigkeit nicht mehr als Zeichen einer „individuellen Hyperkinese“ verstanden, sondern als Ausdruck einer sozialen Unterstützungsbedürftigkeit, die mit den Maßnahmen der entsprechenden Sozial- und Krankenfürsorge beseitigt bzw. gelindert werden muss.

ETHOS unterscheidet vier konzeptionelle Kategorien: die Obdachlosigkeit, die Wohnungslosigkeit, das ungesicherte Wohnen und ungenügendes Wohnen.

- Als *obdachlos* werden Menschen ohne festen Wohnsitz bezeichnet, die auf der Straße, an öffentlichen Plätzen, in Notunterkünften oder niederschwelligen Einrichtungen leben und dort auch übernachten.
- Als *wohnungslos* werden Menschen bezeichnet, die in Einrichtungen leben, in denen die Aufenthaltsdauer begrenzt ist, die also in Dauereinrichtungen für Wohnungslose oder in ambulanter Wohnbetreuung in Einzelwohnungen leben. Auch Frauen und Kinder, die sich aufgrund häuslicher Gewalt in einer Schutzeinrichtung befinden, Immigranten und Asylbewerber, deren Aufenthaltsstatus noch nicht geklärt ist, sowie Ausländer mit befristeter Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis, die in Gastarbeiterquartieren leben, gelten in diesem Sinne als wohnungslos.
- *Ungesichert* wohnen Menschen, die beispielsweise vorübergehend bei Freunden oder Verwandten untergekommen sind oder sich an einer illegalen Hausbesetzung beteiligen, darüber hinaus Menschen, die von Delogierung betroffen sind, sowie Menschen, die in ihrer Wohnung von Gewalt bedroht sind.
- *Ungenügend* schließlich wohnen Menschen, die in Wohnprovisorien (z. B. Wohnwagen, Abbruchhäusern, Kellern) hausen, Menschen, die in ungeeigneten Räumen (z. B. Hausbesetzung von Abbruchgebäuden) leben, sowie Menschen, die in überfüllten Räumen wohnen.

1 Download unter <http://www.feantsa.org> → resources → ethos typology.

1.2 Erste Untersuchungen zur Gesundheit wohnungsloser Menschen

Der Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen ist sehr häufig beeinträchtigt. Sowohl im Bereich der somatischen als auch der psychiatrischen Medizin finden sich bei wohnungslosen Menschen stets erhöhte Morbiditätsraten und auch Mortalitätsraten. Häufiger als die wohnende Bevölkerung leiden sie unter Mehrfacherkrankungen und haben eine kürzere Lebenserwartung (Grabs, Ishorst-Witte & Püschel, 2008).

Die Gesundheit der Wohnungslosen ist Thema und Gegenstand von Untersuchungen, seit man sich gesellschaftlich und politisch dieser sozialen Randgruppe angenommen hat. So führt Trabert in seiner Dissertation aus, dass bereits im Mittelalter, im „Liber Vagatorum“, einem Werk über Bettlertypen, über Krankheiten unter wandernden Bettlern berichtet wurde (Trabert, 1995). Um 1900 gewannen Untersuchungen an Bedeutung, die den psychopathologischen Erklärungsansatz thematisierten. In den Arbeitshäusern wurden um 1900 erste psychiatrische Studien durchgeführt. Wie Greifenhagen und Fichter (1996) berichten, diagnostizierte Wilmanns 1904 in einem Arbeitshaus bei Heidelberg bei 200 Personen Imbezillität, Epilepsie und Dementia praecox als häufigste Krankheiten. In seiner Monographie „Zur Psychopathologie des Landstreichers“ berichtete Wilmanns (1906) von 52 Vagabunden, die an einer Dementia praecox erkrankt waren. In etwa zur gleichen Zeit führte Bonhoeffer Untersuchungen in Breslau durch und fand bei 63% der untersuchten großstädtischen Bettler und Vagabunden körperliche und psychische Folgeerkrankungen des chronischen Alkoholkonsums und bei 22% „angeborenen Schwachsinn“. In den 1920er Jahren trat das Psychopathiekonzept von Kurt Schneider in den Vordergrund und Vagabunden wurden als „unstete Psychopathen“ klassifiziert. Dadurch „versob sich das Augenmerk von den schwer psychisch Kranken (Wilmanns) zu den Wanderern mit ‚pathologischen Minderwertigkeiten‘“ (Greifenhagen & Fichter, 1996, S. 906). Im Nationalsozialismus schließlich gipfelte diese Einschätzung auch aufgrund der Publikation „Der nichtseßhafte Mensch“ von Stumpff (1938), der die Wohnungslosen den sogenannten „Asozialen“ mit „minderwertigen Erbanlagen und angeborenen geistigen Defekten“ zuordnete, in der Zwangssterilisation und Ermordung tausender Betroffener.

In der Nachkriegszeit hielt sich die Betrachtungsweise der Obdach- und Wohnungslosen als „defizitäre Persönlichkeiten“ (Greifenhagen & Fichter 1996) noch bis in die 1970er Jahre. Wie Kellinghaus ausführte, wurden erst in dieser Zeit „von einigen Wohlfahrtsverbänden und regionalen Sozialverwaltungen umfangreiche Studien in Auftrag gegeben, die das Phänomen ‚Nichtseßhaftigkeit‘ mit soziologischen, medizinischen und psychologischen Methoden gründlich erforschen sollten“ (Kellinghaus, 2000; S. 28). Mit der Publikation der Bielefelder Pathologen Veith und Schwindt (1976) kam ein weiterer, nach John (1988; zitiert nach Kellinghaus, 2000) als „neopsychiatrisch“ zu bezeichnender Ansatz in die Diskussion. Veith und Schwindt führten Sektionen an 82 Wohnungslosen (80 Männer und 2 Frauen) durch, die auf der Straße, im Krankenhaus oder in der stationären Hilfeinrichtung von Bethel verstorben waren. Alte und defektgeheilte Hirnschädigungen waren dabei häufig zu finden, sodass diese Autoren die These entwickelten, „Nichtseßhaftigkeit sei möglicherweise die Folge eines hirnorganischen Psychosyndroms bzw. frühkindlicher Hirnschädigung“ (Kellinghaus,

2000; S. 29). Auch in den zehn Jahre später publizierten Daten einer retrospektiven Auswertung von 169 Obduktionsprotokollen zeigten sich bei 27 % pathologische Stirnhirndefekte im Vergleich zu 1 % bei Nicht-Wohnungslosen (Baur, Steinbach & Spann, 1986).

1.3 Befunde zur körperlichen Gesundheit

Erst in den 1990er Jahren gewann die Untersuchung der **somatischen Gesundheit** der Wohnungslosen in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Es gab einige Studien, meist in Form von Dissertationen oder regionalen Untersuchungen, die durchweg erhöhte Morbiditätsraten unter wohnungslosen Personen fanden.

Stössel und Locher (1991) berichteten Ergebnisse einer Sekundäranalyse von 342 Krankenakten in den Diakonischen Heimen in Kästorf und stellten fest, dass nur 15 % der Bewohner nicht behandlungsbedürftig waren. 42,2 % der Bewohner wiesen Verletzungen auf, 39,8 % Krankheiten des Skelettsapparates, 32,2 % Krankheiten des Verdauungsapparates und 27,5 % Herz-Kreislaufkrankungen (11,4 % Bluthochdruck). 18,1 % litten unter Infektionen (12 % Tuberkulose) sowie parasitären Erkrankungen. Bei 40 % der Bewohner lagen drei und mehr Krankheiten zugleich vor.

Trabert veröffentlichte im Rahmen seiner bereits erwähnten Dissertation die Ergebnisse einer Untersuchung an 40 wohnungslosen Männern an einer Anlaufstelle im ambulanten Betreuungsbereich in Mainz und diagnostizierte bei 53,5 % Zahnerkrankungen, bei 52,5 % Herz-Kreislaufkrankungen und bei je 50 % akute Infektionen, Hauterkrankungen und Unfallverletzungen (Trabert, 1995).

Egen (1998) publizierte Daten einer Auswertung von 171 Krankenakten aus der allgemeinärztlichen Praxis in der Pilgersheimerstraße in München. In dieser Praxis, die im selben Haus wie die Notunterkunft für wohnungslose Männer untergebracht ist, werden vorwiegend wohnungslose Patienten versorgt. 36 % der Konsultationen fanden wegen psychiatrischer Krankheiten statt, 31 % wegen Infektionserkrankungen, 30 % wegen dermatologischer Erkrankungen, 29 % wegen Verletzungen, 28 % wegen Erkrankungen von Skelettsapparat, Muskeln und Bindegewebe, 27 % wegen Atemwegserkrankungen, 24 % wegen Herz-Kreislaufkrankungen und 17 % wegen Krankheiten des Verdauungsapparates.

Mit der Veröffentlichung der Daten der sogenannten „Fichter-Studie“ lagen erstmals Ergebnisse einer großangelegten repräsentativen Studie in München vor (Fichter, M. M., Quadflieg & Cuntz, 2000). Design und Durchführung dieser Studie werden weiter unten ausführlicher beschrieben, da schwerpunktmäßig die psychiatrische Morbidität untersucht wurde. Zudem wurde aber auch eine umfangreiche körperliche Untersuchung durchgeführt. Allerdings wurden die Ergebnisse nur für die männliche Teilstichprobe (N=246) publiziert.

Auch Fichter und Mitarbeiter fanden erhöhte Morbiditätsraten. Bei 80 % der untersuchten Wohnungslosen wurde ein pathologischer Zahnstatus, bei 67,4 % mindestens eine Fraktur im Laufe des Lebens und bei 48,9 % eine vergrößerte Leber (Untersuchungsbefund) diagnostiziert. In der Blutanalyse zeigte sich bei 35,1 % ein erhöhtes MCV. Ein Hinweis auf eine Leberzirrhose wurde bei 34,9 % der Männer festgestellt, eine tatsächlich vorliegende

Hauterkrankung bei 24,9%. 24,3% der Untersuchten hatten hypertone Blutdruckmesswerte. 13,1% gaben an, bereits mindestens einmal eine Ösophagitis gehabt zu haben. Eine Polyneuropathie (PNP) wurde bei 17% und ein zerebrales Anfallsleiden bei 7,7% der Männer festgestellt. Bei 10,2% fanden sich Hinweise auf eine koronare Herzerkrankung (KHK), 9,1% hatten einen Body Mass Index (BMI) über 30. Mindestens ein amputiertes Körperteil (meist ein Fingerglied) wiesen 8% der Untersuchten auf. Eine Tuberkulose-Infektion in der Anamnese gaben 7,8% der untersuchten Männer an. In der Blutanalyse wurden bei 22,4% eine Hepatitis (Leberwerte: GOT>26 und GPT>24), bei 48,3% Hepatitis-A-Antikörper und bei 14,5% Hepatitis-B-Antikörper festgestellt (Fichter, M. M. et al., 2000).

Auch in einer Untersuchung unter allein stehenden Wohnungslosen in Mannheim fanden sich erhöhte Morbiditätsraten (Salize et al., 2003): Bei 61,7% der 102 untersuchten Betroffenen (88 Männer, 14 Frauen) wurde im Rahmen einer internistisch-neurologischen Untersuchung eine somatische Erkrankung diagnostiziert, bei 54% mindestens zwei gleichzeitig vorliegende Erkrankungen. Bei jeweils 26% aller Studienteilnehmer lag eine alkoholinduzierte PNP bzw. eine toxische Leberzirrhose, bei 13,7% eine zerebrale Degeneration vor. Mehr als die Hälfte (55,9%) litten zum Zeitpunkt der Untersuchung an einer Suchterkrankung. Vor allem die Prävalenz von Alkoholkrankungen ist unter wohnungslosen Menschen sehr hoch, einschließlich die damit verbundener Folgeerkrankungen (Dufeu, Podschus & Schmidt, 1996; Fichter, M. M. et al., 2000; Salize et al., 2003).

Völlm und Mitarbeiter veröffentlichten Ergebnisse einer Untersuchung an 82 wohnungslosen und 37 ehemals wohnungslosen Personen, die die Zentrale Beratungsstelle für alleinstehende Wohnungslose bzw. die Städtische Übernachtungsstelle in Dortmund aufgesucht hatten. Im Rahmen einer körperlichen Untersuchung und eines standardisierten Interviews fanden sich bei über 80% der Studienteilnehmer ein pathologischer Zahnstatus, bei über 60% Augenkrankheiten (einschließlich Fehlsichtigkeiten), bei über 50% Herz-Kreislaufkrankungen, bei jeweils über 40% Lebererkrankungen sowie Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, bei je über 30% Haut- und Nervenerkrankungen (Völlm, Becker & Kunstmann, 2004).

Aufgrund der immer wieder konstatierten erhöhten Prävalenzen für Augenerkrankungen führten Pitz et al. (2005) eine standardisierte ophthalmologische Untersuchung an 107 Wohnungslosen (97 Männer, 10 Frauen) in Mainz durch. Bei 32% der Untersuchungsteilnehmer diagnostizierten sie eine Erkrankung des äußeren Auges, bei 8% einen Katarakt und bei 6% eine Atrophie des Nervus opticus. Insbesondere die Prävalenz der Optikusatrophie war im Vergleich zu einem nicht-wohnungslosen Kollektiv deutlich erhöht.

Mit der Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse von Grabs et al. (2008) zeigte sich, dass nicht nur die *Morbiditätsrate*, sondern auch die *Mortalitätsrate* unter den wohnungslosen Menschen in Deutschland erhöht ist. Die Autoren analysierten in Hamburg die Sektionsbefunde und Polizeiangaben von 307 verstorbenen Wohnungslosen (272 Männer, 35 Frauen). Das durchschnittliche Todesalter lag bei nur 46,5 Jahren. Haupttodesursachen waren mit 24,6% Intoxikationen (Alkohol, Drogen), mit 16,9% Herz- und Gefäßerkrankungen, mit 14,5% Infektionen und mit 9,2% Suizide. Es lag ein hohe Rate an Komorbiditäten vor: Über 50% der Untersuchten wiesen Vorschäden in mindestens zwei Organsystemen auf.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sowohl die Morbiditäts- als auch die Mortalitätsrate bei wohnungslosen Menschen in Deutschland deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt liegt. Die Beurteilung der Ergebnisse ist allerdings aufgrund der unterschiedlichen Definitionen von „Wohnungslosigkeit“, der häufig nicht repräsentativen Stichproben und der verschiedenen Studiendesigns erschwert.

Auffallend ist, dass Untersuchungen zum somatischen Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen in Deutschland bisher fast nur in deutschsprachigen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden. Lediglich die Publikationen von Pitz et al. (2005) in „Ophthalmologica“ und Goetsch, Bellinger, Buettel und Gottschalk (2012) in „Infection“ (mit Ergebnissen eines Tuberkulose-Röntgen-Screening-Programms bei 2.308 Wohnungslosen in Frankfurt) wurden in englischer Sprache veröffentlicht und sind damit international zugänglich. International sind die Untersuchungen zur somatischen Gesundheit wohnungsloser Menschen deutlich zahlreicher. Insbesondere aus den USA, Großbritannien und den skandinavischen Ländern kommen viele Publikationen.

Inzwischen wurde eine umfangreiche Übersichtsarbeit zum Gesundheitszustand Wohnungsloser in sogenannten „high-income“-Ländern (Europa, Ozeanien und Nordamerika) veröffentlicht. In dieser Arbeit (Fazel, Geddes & Kushel, 2014) sind auch einige frühere Reviews berücksichtigt.

Fazel und Koautoren identifizierten anhand einer umfangreichen Literaturrecherche zum Thema Wohnungslosigkeit zahlreiche Studien und Reviews zur Epidemiologie, zu Risikofaktoren, zu chronischen Krankheiten und Infektionskrankheiten, psychischen Erkrankungen, Substanzmissbrauch, Verletzungen, geriatrischen Krankheiten sowie zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgungseinrichtungen und zur medizinischen Versorgung am Lebensende. Die oben bereits erwähnten Vergleichsschwierigkeiten treten bei internationaler Betrachtung noch deutlicher hervor und zwingen zu einer vorsichtigen Interpretation der Datenlage und der Forschungsergebnisse.

Dennoch zeigt sich auch im internationalen Vergleich, dass die Mortalitätsrate unter den wohnungslosen Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht ist. Sie variiert in den einzelnen Studien, ist aber im Mittel zwei bis fünf Mal höher. Als Ursachen werden Infektionen (HIV, Tuberkulosen), ischämische Herzerkrankungen, Substanzmissbrauch und äußere Faktoren wie unbeabsichtigte Verletzungen, Suizide, Homozide sowie Vergiftungen durch illegale Substanzen und Medikamente genannt. Neuere Untersuchungen zeigen, dass weniger Wohnungslose als früher an HIV versterben, dafür aber zunehmend mehr an Überdosierungen und Folgeerkrankungen von Drogen. Eine dänische Studie belegt erhöhte Suizidraten in den letzten Jahren, insbesondere bei den jüngeren Wohnungslosen (Nielsen, Hjorthoj, Erlangsen & Nordentoft, 2011). In den USA geht man davon aus, dass jüngere Wohnungslose häufiger an Suizid, unbeabsichtigten Drogen-Überdosierungen und Homozid versterben, während ältere Wohnungslose an typischen Alterserkrankungen kardiovaskulärer Art versterben, jedoch 10 bis 15 Jahre früher als Nicht-Wohnungslose (Baggett et al., 2013). Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Mortalitätsrate werden immer wieder diskutiert, die Befundlage ist aber diesbezüglich uneinheitlich.

Der körperliche und psychische Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen ist unbestritten schlechter als der der Allgemeinbevölkerung. Krankheiten wie insbesondere die Tuberkulose sind schon länger Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen unter wohnungslosen Menschen. Schlechte hygienische Bedingungen auf der Straße und die Unterbringung in Massenunterkünften spielen hierbei eine Rolle.

Zu den Infektionserkrankungen Tuberkulose, HIV und Hepatitis C führen Fazel et al. (2014) eine Metaanalyse aus dem Jahr 2012 an (Beijer, Wolf & Fazel, 2012). Diese Autoren konnten 43 Studien mit insgesamt 59.736 Untersuchungsteilnehmern in ihre Berechnungen einbeziehen, davon waren die meisten aus den USA und Europa. Aus Deutschland gingen allerdings lediglich die Ergebnisse einer Studie zur Prävalenz von Tuberkulose mit ein (Goetsch et al., 2012). Die höchste Prävalenzrate wiesen mit 3,9% bis 36,2% Hepatitis C-Infektionen auf. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung der USA ist diese Rate bei den wohnungslosen Menschen um das Vierfache erhöht. HIV wies eine Prävalenz von 0,3% bis 21,1% auf. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist diese Rate ebenfalls erhöht, jedoch nicht in demselben Ausmaß wie Hepatitis C und Tuberkulose. Die Tuberkulose-Prävalenz lag zwischen 0,2 und 7,7% und ist damit 20 Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung bzw. mehr als 40 Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung der USA.

Geschlechtsunterschiede erbrachten zwei Studien: Wohnungslose Männer wiesen im Vergleich zu wohnungslosen Frauen in den USA höhere Raten an AIDS auf (Culhane, Gollub, Kuhn & Shpaner, 2001) und in Schweden höhere Raten an Hepatitis C (Nyamathi et al., 2002). Einige weitere Studien zur Hepatitis-B-Infektion zeigten ebenfalls hohe Prävalenz-Raten zwischen 20 und 30%. Schließlich konnten auch für parasitäre Erkrankungen wie Skabies (Krätze) oder Körperläuse im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte Prävalenzraten festgestellt werden. **Tabelle 2** gibt eine zusammenfassende Übersicht.

Tabelle 2: Prävalenz (%) von Infektionskrankheiten bei wohnungslosen Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (nach Fazel et al., 2014)

	Wohnungslose	Allgemeinbevölkerung
Tuberkulose	0 – 8	0,005 – 0,032
Hepatitis C	4 – 36	0,5 – 2
HIV	0 – 21	0,1 – 0,6
Hepatitis B	17 – 30	<1
Skabies (Krätze)	4 – 56	<1
Körperläuse	7 – 22	<1
Bartonella Quintana (Fünf-Tage-Fieber)	2 – 30	<1

Fazel et al. berichten des Weiteren, dass Wohnungslose von altersassoziierten Krankheiten wie kognitive Störungen, Stürze und Harninkontinenz deutlich früher betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung. Die Autoren erwähnen Untersuchungsergebnisse aus den USA, die zeigen, dass ältere Wohnungslose deutlich häufiger stürzen als Nicht-Wohnungslose: Die Sturzrate innerhalb des jeweils vergangenen Jahres lag bei 53% der älteren Wohnungslosen im Vergleich zu 14% in der älteren Allgemeinbevölkerung.

Auch für kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen zeigen Studien erhöhte Prävalenzraten und Todesfälle in der Population der Wohnungslosen. Fazel et al. fassen zusammen, dass in Europa und Kanada die Prävalenzraten von Übergewicht und Hyperlipidämie niedriger, die von Diabetes mellitus und Bluthochdruck ähnlich der Allgemeinbevölkerung sind. In den USA sind die Prävalenzraten für Bluthochdruck deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung, jedoch vergleichbar mit der sogenannten „low-income“ Population. Ein Zusammenhang mit einer riskanteren Lebensweise und Risikofaktoren wie z. B. Nikotinkonsum ist anzunehmen. In den USA und in Europa wurde übereinstimmend festgestellt, dass sich unter Wohnungslosen auffallend viele Raucher finden (68 % bis 80 %). Einige Prävalenzschätzungen zu „nicht-übertragbaren Krankheiten“ führt **Tabelle 3** auf.

Tabelle 3: Prävalenzschätzungen (%) zu „nicht übertragbaren Krankheiten“ bei wohnungslosen Menschen (nach Fazel et al., 2014)

	Kanada	USA	Portugal	Frankreich	Irland
Hypertonus	35 (stage I & II)	50 (stage I & higher)	33,6	5,2	
Adipositas	46 (adipös oder übergewichtig)		40,5		
Diabetes	4	12 (Blutzucker > 200mg/dl)	7,9	6,2	8
Hyperlipidämie	8 (hoch oder sehr hoch)	18,8 (Gesamt-Cholesterin >200mg/dl) 34,5 (HDL<40mg/dl)	7,9		
Myokardinfarkt		34,5 (Selbstauskunft)			
Hirninfarkt		9 (Selbstauskunft)			

Wohnungslose Menschen erleiden häufiger Unfälle und Verletzungen einschließlich Schädel-Hirn-Traumata. Topolovec-Vranic et al. (2012; zitiert nach Fazel et al., 2014) identifizierten acht Studien (vier aus den USA, zwei aus Großbritannien, jeweils eine aus Kanada und Korea), nach welchen 8 bis 53 % der Wohnungslosen bereits mindestens einmal ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten hatten. Die beiden Studien mit dem höchsten Quality Rating gemäß *Downs & Black Quality Checklist* rangierten sogar zwischen 46 % und 53 %. Die methodische Qualität der Untersuchungen wird als moderat beschrieben. Problematisch ist, dass sich die meisten Untersucher auf die Selbstauskünfte der Betroffenen verlassen (müssen), das validierte Screening-Tool HELPS (Hux, Schneider & Bennett, 2009) wurde lediglich in einer Studie angewendet. Die Zahlen sind jedoch hoch, weitere Untersuchungen werden gefordert. Einige Autoren vermuten Schädel-Hirn-Traumata sogar als Risikofaktor für Wohnungslosigkeit, da die Ergebnisse zweier Studien zeigten, dass es bereits vor Eintritt der Wohnungslosigkeit zu einem Schädel-Hirn-Trauma gekommen war. 60 % der Wohnungslosen erlitten mehr als einmal ein Schädel-Hirn-Trauma. Die Geschlechterverteilung deckt sich mit der Allgemeinbevölkerung: Schädel-Hirn-Traumata kommen häufiger bei Männern als bei Frauen vor.

Eine aktuelle Studie aus Kanada, vorgelegt ebenfalls von Topolovec-Vranic und Mitarbeitern, zeigt, dass 45 % von 111 untersuchten Männern einer Einrichtung für Wohnungslose in Toronto ein positives Ergebnis im *Brain Injury Screening Questionnaire* hatten (Topolovec-Vranic et al., 2014). Als Ursachen für Schädel-Hirn-Trauma wurden hauptsächlich Schlägereien, Sportverletzungen, Motorradunfälle und Stürze genannt. 73 % der Betroffenen hatten das erste Schädel-Hirn-Trauma bereits vor dem 18. Lebensjahr erlitten. 87 % wurden erst nach dem ersten Schädel-Hirn-Trauma wohnungslos. Dieses Ergebnis bestätigt die Vermutung auch anderer Autoren, dass Schädel-Hirn-Traumata einen prädiktiven Faktor für Wohnungslosigkeit darstellen. Von Interesse ist auch der gefundene signifikante Zusammenhang zwischen Schädel-Hirn-Traumata, Gefängnisaufenthalt, psychischer Erkrankung und elterlichem Drogenmissbrauch.

Ein letzter Aspekt darf an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben: Auch wohnungslose Menschen werden älter. Geriatriische Untersuchungs- und Behandlungskonzepte müssen somit auch in der Wohnungslosenhilfe berücksichtigt werden. Studien zeigen, dass Menschen, die erst im höheren Alter wohnungslos werden, seltener an psychischen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen leiden als Menschen, die bereits in jungen Jahren von Wohnungslosigkeit betroffen sind.

1.4 Befunde zur psychischen Gesundheit

Die Untersuchungen zur **psychischen Gesundheit** von wohnungslosen Menschen sind sowohl in Deutschland als auch international deutlich zahlreicher als jene zur körperlichen Gesundheit. In Deutschland rückte die Thematik mit der sogenannten „Fichter-Studie“ schlagartig in den Blickpunkt des Interesses der Fachkreise und durchaus auch der allgemeinen Bevölkerung. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse dieser wichtigen Studie ist in Kapitel 2 zu finden. Neben der Fichter-Studie und der hier berichteten Seewolf-Studie, beide aus München, haben sich in Deutschland auch einige andere Arbeitsgruppen in verschiedenen städtischen Ballungsgebieten mit der wissenschaftlichen Untersuchung der psychischen Gesundheit wohnungsloser Menschen befasst.

Eine Arbeitsgruppe aus Münster publiziert bereits seit 1992 Daten zum psychischen Gesundheitszustand wohnungsloser Männer, zunächst im Fachblatt „Sozialpsychiatrische Informationen“ (1992), gefolgt von zwei Veröffentlichungen im „Deutschen Ärzteblatt“ und „Das Gesundheitswesen“ (Reker & Eikermann, 1997; Reker, Eikermann & Folkerts, 1997). Die Autoren untersuchten 52 Bewohner eines städtischen Übernachtungsheimes für wohnungslose Männer in Münster und diagnostizierten bei 64 % der Männer eine Alkoholabhängigkeit, bei 10 % eine schizophrene Psychose und bei 4 % neurotische oder Persönlichkeitsstörungen. Insgesamt diagnostizierten sie bei 76,9 % der teilnehmenden Wohnungslosen eine psychiatrische Erkrankung. Nach vier Jahren konnten von den 52 Teilnehmern noch einmal 42 untersucht werden: Fast alle nicht psychisch kranken Wohnungslosen hatten wieder eine soziale, wenn auch vielleicht randständige Integration erreicht. Die psychisch Erkrankten hingegen waren entweder verstorben oder noch im Wohnungslosenumfeld bzw. im Pflegeheim. Die wenigen positiven Veränderungen (Rückkehr zur Familie, betreutes Wohnen) standen in Zusammenhang mit längeren, stationären psychiatrischen Krankenhausaufenthalten oder der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung. In einer weiteren Veröffentlichung