

Die SEEWOLF*-Studie – eine Zusammenfassung

Hintergrund

Nach Verabschiedung der Psychiatrie-Enquete 1975 wurde in Deutschland die Zahl der stationären Psychatriebetten erheblich reduziert. Die damit einhergehende Umverlegung der chronisch Kranken „auf den Bürgersteig“ löste enorme sozialpsychiatrische Aktivitäten in den Gemeinden aus. In den Anfangsjahren dieser Enthospitalisierungsmaßnahmen blieb es zunächst unbemerkt, dass ein Teil der chronisch psychisch Kranken in der Gemeinde nicht Fuß fassen konnten, so dass sie sukzessive in die Wohnungslosigkeit gerieten. So sehr vielen psychisch Kranken diese non-restriktive Lebensform kurzfristig entgegenkommt, so sehr sind sie langfristig von Verwahrlosung und erhöhter Mortalität bedroht.

Dementsprechend stellten Fichter et al. (1996) bei Untersuchungen an 146 Männern und 37 Frauen in München fest, dass neben Suchterkrankungen auch affektive Störungen, Angststörungen und sogar Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bei wohnungslosen Menschen gehäuft vorkommen. Immerhin 59 % der wohnungslosen Frauen, aber nur 16 % der Männer waren in den jeweils vergangenen 6 Monaten in psychiatrischer Behandlung (Meller et al., 2000). Burra et al. (2009) berichteten in ihrer internationalen Übersicht über 22 Studien mit neuropsychologischer Untersuchung von klinisch relevanten kognitiven Beeinträchtigungen obdachloser Personen, v. a. in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutive Funktionen. Untersuchungen mit mehrteiligen Intelligenztestbatterien sind bislang höchst selten; die Ergebnisse variieren im (unteren) Durchschnittsbereich der Intelligenzverteilung oder leicht darunter, wobei es jedoch auch Hinweise auf eine erhöhte Prävalenz von Intelligenzminderungen gibt (z. B. Solliday-McRoy et al., 2004). Möglicherweise handelt es sich um eine besonders vulnerable Untergruppe wohnungsloser Menschen mit vermehrten psychosozialen Problemen und entsprechendem Hilfebedarf (Van Straaten et al., 2014).

Wie diese Ergebnisse zeigen, musste die Wohnungslosenhilfe der letzten Jahre den vielfältigen Bedürfnissen einer sich wandelnden Klientel gerecht werden. Der erforderliche Betreuungsaufwand geht inzwischen über die soziale Grundversorgung weit hinaus. Wohnungslose mit chronischen psychischen Erkrankungen stellen dabei besondere Anforderungen an die Betreuung.

* Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München.

Die hier vorgestellte SEEWOLF-Studie untersuchte rund 20 Jahre nach der sozialpolitisch bedeutsamen Pionierarbeit von Fichter und Mitarbeitern erneut den psychischen und körperlichen Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen im Großraum München in einem gegenüber der Vorgängerstudie stark erweiterten Umfang. Neben der Häufigkeit, der Art und dem Ausmaß psychischer und körperlicher Erkrankungen wurde erstmals in Deutschland auch die kognitive Leistungsfähigkeit wohnungsloser Menschen ausführlicher untersucht, die einen möglicherweise limitierenden, eventuell aber auch bedeutsamen förderlichen Faktor bei der Bewältigung und Überwindung von Wohnungslosigkeit darstellt. Darüber hinaus wurden umfangreiche Daten zur Krankheits- und Behandlungsgeschichte sowie zur Lebensgeschichte allgemein (z. B. hinsichtlich Herkunftsfamilie und aktueller Familiensituation, schulischen und beruflichen Bildungswegen, früherer und aktueller Arbeitstätigkeit) sowie zur Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe erfasst.

Übergeordnetes Ziel der Studie ist es, auf Grundlage dieser Erhebungen zu analysieren, inwieweit die aktuellen Versorgungsstrukturen den Bedürfnissen wohnungsloser Menschen gerecht werden, bzw. welche Maßnahmen zur Verbesserung der Betreuung wünschenswert wären.

Fragestellungen

1. Wie hoch ist die derzeitige und die Lebenszeit-Prävalenz an seelischen Erkrankungen bei den Bewohnern der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in München?
2. Welche Defizite oder Stärken kennzeichnen die kognitive Leistungsfähigkeit der Betroffenen und welche evtl. betreuungsrelevanten Merkmale korrelieren mit diesen Defiziten oder Stärken?
3. Wie ist der körperliche Gesundheitszustand zu beurteilen?
4. Was sind die wichtigsten Veränderungen hinsichtlich biografischer, sozialer, allgemeinmedizinischer und psychiatrischer Merkmale im Vergleich zur vorausgegangenen Fichter-Studie?
5. Welche lebensgeschichtlichen Umstände und Merkmale sind bei wohnungslosen Menschen eventuell gehäuft anzutreffen? Insbesondere: Erscheinen im Rückblick psychopathologische Symptome eher als (mitbedingende) Ursache oder als (mögliche) Folge von Wohnungslosigkeit?
6. Wie häufig und welcher Art ist die Inanspruchnahme psychiatrischer bzw. allgemeinmedizinischer Behandlungsangebote bzw. darüber hinausgehender sonstiger Hilfsangebote?
7. Wie zufrieden sind die Bewohner der Langzeiteinrichtungen der Wohnungslosenhilfe in München hinsichtlich verschiedener Aspekte ihrer Lebens- und Wohnsituation? Insbesondere: Wie ist das Verhältnis zwischen Betreuungsbedarf der Bewohner und dem Betreuungsangebot der Einrichtungen zu beurteilen?

Stichprobe und Untersuchungsablauf

Untersucht wurde eine repräsentative Zufallsstichprobe von 232 Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München, geschichtet nach Geschlecht, Einrichtungsträgern und Unterbringungsart (Langzeithilfe, Reintegration, niedrigschwellige Hilfe, Hilfe nach §§ 53 ff. SGB XII, Beratung/Notunterkunft, Betreutes Wohnen). Das mittlere Alter der StudienteilnehmerInnen betrug 48,1 Jahre (SD: 14,6; Streubreite: 19 – 78); der Anteil an weiblichen wohnungslosen Personen an der Stichprobe entspricht mit 20,7 % dem Frauenanteil in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Es wurden nur Personen mit ausreichenden Deutschkenntnissen in die Studie aufgenommen.

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Mai 2010 bis Juli 2012. Die Probandinnen und Probanden absolvierten jeweils drei Untersuchungstermine:

- Soziobiografisches und klinisch-anamnestisches Interview mit standardisierter psychopathologischer Untersuchung (Untersuchungsdauer ca. 2 Stunden)
- Psychometrische Untersuchung kognitiver Leistungen anhand einer auch neuropsychologisch aussagekräftigen Intelligenztestbatterie (Untersuchungsdauer ca. 2 Stunden)
- Körperliche, insbesondere internistisch-neurologische Untersuchung inklusive Blutentnahme zur Labordiagnostik sowie Bearbeitung ergänzender standardisierter Fragebögen (Untersuchungsdauer ca. 1 Stunde)

Insgesamt wurden über 600 einzelne Merkmalsvariablen in den oben bereits genannten Untersuchungsbereichen erhoben. 88,8 % derjenigen Probanden, die zur Teilnahme an der SEEWOLF-Studie bereit waren, absolvierten das komplette Untersuchungsprogramm mit allen drei Untersuchungsterminen. Nach Abschluss der Untersuchungen wurden bei 82 Probanden (35,3 %), die hierzu ihr Einverständnis gaben, zusätzliche Aktenrecherchen in allen erreichbaren Arztbriefen, Befunden und Patientenakten durchgeführt, insbesondere in stationär vorbehandelnden psychiatrischen Kliniken.

Beim aktuellen Stand der Datenauswertung stützen sich nachfolgende Ergebnisaussagen auf insgesamt mehr als 140 000 Variablenwerte; allerdings konnten nicht immer sämtliche StudienteilnehmerInnen in allen Bereichen vollständig untersucht werden.

Hauptergebnisse

Im Folgenden werden nur die wichtigsten Studienergebnisse – überwiegend in univariater Betrachtung für die Gesamtstichprobe – mitgeteilt. Alle Prozentzahlen sind *relative* Häufigkeiten bezogen auf die Anzahl derjenigen StudienteilnehmerInnen, die die betreffende Frage tatsächlich beantworteten bzw. die betreffende Untersuchung erlaubten. Wo immer sinnvoll und möglich, wurden die resultierenden Ergebnisse durch zusätzliche Aktenrecherchen abgesichert.

Herkunft, familiäre Situation, kritische Lebensereignisse

Im Ausland geboren wurden 14,1 % der Untersuchten; diese kommen aus 17 Nationen und leben durchschnittlich bereits 24,5 Jahre (SD: 13,4; Streubreite 1,5 bis 52 Jahre) in der Bundesrepublik. Die Nationalität beider Elternteile ist in 74,8 % der Fälle deutsch, bei 9,5 % ist nur ein Elternteil, bei 15,7 % kein Elternteil deutscher Nationalität. Insgesamt geben 88,3 % der Befragten Deutsch als Muttersprache an. Die durchschnittliche Anzahl eigener Geschwister beträgt 2,4 (SD 2,3; Streubreite 0 – 16).

21,3 % der Probanden sind derzeit verheiratet oder leben in einer Partnerschaft; 38,9 % haben eigene Kinder. Der Anteil der in Partnerschaft lebenden Personen ist bei Frauen und Männern in etwa vergleichbar (24,4 % vs. 20,5 %).

25,8 % der Befragten waren Scheidungskinder, bei 6,5 % waren die Eltern nie verheiratet gewesen oder die Befragten hatten als Kinder nie bei ihren Eltern gelebt. 17,7 % hatten vor ihrem 18. Lebensjahr mindestens einmal in einem Erziehungsheim gelebt; die durchschnittliche insgesamt in Heimen verbrachte Zeit betrug 6,7 Jahre (SD 4,1; Streubreite 2,5 Monate bis 15 Jahre).

66,8 % der Befragten gaben an, schon einmal mit dem Gesetz in Konflikt geraten zu sein. Von denjenigen, die bereit waren, darüber nähere Auskünfte zu geben, berichteten 44,7 % über Gefängnisstrafen und 22,7 % über Geldstrafen, der Rest entfiel auf Bewährungsstrafen, Führerscheinentzug, Forensikaufenthalte und abzuleistende Sozialstunden. Die häufigsten Deliktarten waren Körperverletzung (26,1 %), Diebstahl oder Betrug (25,4 %) sowie Schwarzfahren (12,3 %). Unter „sonstige Delikte“ fanden sich auffallend häufig auch Schuldenausstände.

Schulischer und beruflicher Bildungsweg

Im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung sind Personen mit geringerer Schulbildung in der Stichprobe signifikant überrepräsentiert, solche mit höherer Schulbildung unterrepräsentiert (Vergleichsdaten des Statistischen Bundesamtes 2012 in Klammern): Keinen Schulabschluss haben 11,4 % (4 %), einen Hauptschulabschluss 54,5 % (38 %), die mittlere Reife 19,5 % (30 %), Abitur bzw. Fach-

abitur 14,5 % (28 %). Von den Personen mit Schulabschluss haben 23,2 % keine formale Berufsausbildung. Mindestens einen Bildungsabbruch während der Schulzeit oder Berufsausbildung gaben 42,0 % der Befragten an.

Aktuelle Arbeits- und Berufstätigkeit

Von den unter 65-jährigen Probanden der Stichprobe gingen zum Zeitpunkt der Untersuchung 46,6 % keiner Arbeit nach; 47,2 unterhielten eine regelmäßige, 5,0 % zumindest eine unregelmäßige Erwerbstätigkeit. Insgesamt arbeiteten 22,4 % in Vollzeit. Die beiden mit Abstand häufigsten Beschäftigungsarten waren Prämienarbeit in der Wohnungsloseneinrichtung (24,6 %) sowie staatlich subventionierte Arbeitsverhältnisse wie 1-Euro-Jobs u.ä. (11,2 %).

Entwicklung der Wohnungslosigkeit und aktuelle Wohnsituation

Die Befragten lebten seit durchschnittlich 21,8 Jahren (SD: 19,1; Streubreite 10 Wochen bis 77 Jahre) in München und waren seit durchschnittlich 61,3 Monaten, also knapp über 5 Jahre, ohne eigene Wohnung (SD: 80,5 Monate; Streubreite 2 Wochen bis 50 Jahre). Bei Eintritt der Wohnungslosigkeit waren sie im Mittel 42,5 Jahre alt (SD: 14,0; Streubreite 17 – 74 Jahre).

In Einzelfällen gingen dem Eintritt der Wohnungslosigkeit schon 40 Jahre zuvor psychische Störungen voraus, in anderen Fällen traten derartige Auffälligkeiten erst bis zu 32 Jahre später auf (jeweils operationalisiert anhand der anamnestisch erfragten bzw. fremdanamnestisch dokumentierten ersten ambulanten oder stationären psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung; s.u.). Insgesamt jedoch bestanden behandlungsbedürftige psychische Störungen durchschnittlich bereits 6,5 Jahre vor Eintritt der Wohnungslosigkeit. Entsprechend wiesen 66,1 % der Befragten behandlungsbedürftige psychische Störungen bereits vor der Wohnungslosigkeit auf, bei 21,2 % war die Reihenfolge umgekehrt, in 12,7 % der Fälle fiel beides – erste ambulante oder stationäre Behandlung sowie Eintritt der Wohnungslosigkeit – in das selbe Kalenderjahr.

Die Befragten selbst gaben Geldmangel als die häufigste Ursache ihrer Wohnungslosigkeit an (31,0 %), gefolgt von Trennung von bzw. Tod eines Mitwohnenden (Eltern, Partner usw.) (19,0 %) sowie somatischer oder psychischer Erkrankung (17,6 %). In weniger als jeweils 10,0 % der Fälle wurden als Hauptgründe für den Wohnungsverlust auch Kündigung seitens Vermieter aus anderen Gründen als Mietschulden, Wohnortwechsel, Koppelung der Unterkunft an verlorene Arbeitsstelle sowie Haftantritt genannt.

Vor Eintritt der Wohnungslosigkeit lebten 63,4 % der Befragten in eigener Wohnung, die restlichen verteilten sich auf Familienangehörige, Lebenspartner, Freunde, Untermiete, Arbeitsunterkünfte,

Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, therapeutische Wohngemeinschaften und Justizvollzugsanstalten bzw. Sonstiges mit Häufigkeiten zwischen 0,9 bis 9,3 %.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten die Befragten in folgenden Einrichtungsarten: Langzeithilfe (26,3 %), Unterbringung nach §53 (22,4 %), niedrigschwellige Hilfe (17,2 %), Reintegration (13,8 %), Notunterkunft (12,1 %) und Betreute Wohngemeinschaften (8,2 %). Die aktuelle Wohnsituation bestand seit durchschnittlich 22,3 Monaten (SD 25,1; Streubreite 0 – 132 Monate). Unmittelbar vor Beginn der jeweiligen Unterbringung lebten 7,7 % auf der Straße. Insgesamt gaben 41,6 % der Befragten an, irgendwann in ihrem Leben schon einmal auf der Straße gelebt zu haben, wobei die jeweils längste zusammenhängende Zeitdauer durchschnittlich 321,0 Tage (SD 690,4; Streubreite 1 Tag bis 10 Jahre) gedauert hatte.

Die Befragten beurteilten die derzeit von ihnen bewohnte Einrichtung insgesamt, ihr eigenes Zimmer darin, die vorhandenen Gemeinschaftsräume, das Essen, die Mitbewohner und die professionellen Betreuer auf einer jeweils 6-stufigen Notenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) und vergaben dabei jeweils überwiegend die Noten 1 bis 3, wobei die Note 1 am häufigsten für die Zufriedenheit mit den professionellen Betreuern (46,1 % aller diesbezüglichen Beurteilungen) gegeben wurde, am seltensten für die Zufriedenheit mit den Mitbewohnern (18,0 % aller diesbezüglichen Beurteilungen). Das eigene Zimmer wurde im Mittel deutlich positiver beurteilt als die Einrichtung insgesamt, die Gemeinschaftsräume und das Essen.

Für 17,1 % der Befragten war aktuell eine gesetzliche Betreuung eingerichtet, die sich zumeist auf das Vermögen (15,0 %) bezog, teilweise aber auch auf den Aufenthalt, gesundheitliche Angelegenheiten und andere Lebensaspekte.

Psychiatrische Morbidität

Bei 53,9 % der Untersuchten ist eine Familienanamnese psychiatrischer Erkrankungen sicher oder wahrscheinlich. 41,6 % der Befragten gaben außerdem an, selbst schon in Kindheit und Jugend psychisch auffällig gewesen zu sein. Bereits als Kinder oder Jugendliche in psychiatrischer Behandlung waren 13,3 %.

Mindestens eine sogenannte Achse-I-Störung (psychiatrische Erkrankungen außer Persönlichkeitsstörungen) erlitten im Laufe ihres Lebens 93,3 % der Befragten; nur 6,7 % waren also bisher immer frei von (diagnoseüberschwelligen) psychopathologischen Beeinträchtigungen. Dieser Lebenszeitprävalenz steht eine 1-Monats-Prävalenz aktuell behandlungsbedürftiger psychiatrischer Störungen von 74,0 % gegenüber. Beide Prävalenzzahlen replizieren fast exakt die Ergebnisse der Fichter-Studie aus den 1990er Jahren, bei denen die Lebenszeitprävalenz für Achse-I-Störungen (gleiches standardisier-

tes Untersuchungsinstrument) bei 93,2 % und die 1-Monats-Prävalenz bei 73,4 % lagen. Zum Vergleich: Die 1-Jahres-Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen liegt nach den neuesten verfügbaren epidemiologischen Daten in der Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland bei 27,7 % (Jacobi et al., 2014), ist also trotz 12-fach längerem Beobachtungszeitraum weitaus niedriger als die in der Fichter-Studie bzw. SEEWOLF-Studie gefundenen 1-Monats-Prävalenzen.

In der SEEWOLF-Studie haben 22,9 % der Untersuchten genau eine Achse-I-Lebenszeitdiagnose, 31,8 % eine Doppeldiagnose sowie 38,6 % drei und mehr psychiatrische Diagnosen (bis zu sieben). Insofern ist auch eine hohe psychiatrische Komorbidität festzustellen. Die restlichen 6,7 % entfielen auf die oben schon genannten Probanden ohne psychiatrische Lebenszeitdiagnose.

Die höchsten Lebenszeit-Prävalenzen fanden sich für substanzinduzierte Störungen (73,5 %), gefolgt von affektiven Störungen (44,8 %), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (21,1 %) sowie schizophrenen Spektrumsstörungen (13,5 %). Unter den substanzinduzierten Störungen waren Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit und Alkoholfolgeerkrankungen die mit Abstand häufigsten suchtasoziierten Störungen.

Über Achse-I-Störungen hinaus wurden in der SEEWOLF-Studie auch überdauernde Persönlichkeitsstörungen (sogenannte Achse-II-Störungen) untersucht. 44,9 % wiesen *keine* solche Störung auf, 34,7 % genau eine Persönlichkeitsstörung, insgesamt 20,3 % erfüllten die diagnostischen Kriterien für zwei oder mehr (bis zu sechs) Persönlichkeitsstörungen zugleich. Die drei mit Abstand häufigsten Persönlichkeitsstörungen, die diagnostiziert werden mussten, waren die Antisoziale Persönlichkeitsstörung (18,8 %), die Schizoide Persönlichkeitsstörung (17,9 %) und die Borderline-Störung (14,4%).

Über Suizidgedanken irgendwann in ihrem Leben berichteten 43,8 % der Befragten, über Suizidversuche 16,4 %. Selbstverletzendes Verhalten gaben 12,8 % an.

41,9 % hatten bereits mindestens eine ambulante, 41,8 % eine stationäre psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung absolviert. Durchschnittlich waren 1,5 stationäre psychiatrische Behandlungen durchgeführt worden (SD 3,3; Streubreite 0 – 20). An Maßnahmen zur Zwangsbehandlung irgendwann in ihrem Leben erinnerten sich 11,0 %.

Auf der Grundlage der durchgeführten klinischen Interviews und ergänzenden Aktenanalysen besteht aktuell bei 74,5 % der untersuchten wohnungslosen Menschen eine psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit. Von den Betroffenen erscheinen jedoch 27,3 % nicht krankheitseinsichtig (Beurteilung nach Amador et al., 1994). Derzeit nehmen 29,2 % der Befragten Psychopharmaka (Antipsychotika, Antidepressiva u.a.) ein. Die Compliance bezüglich der verordneten Psychopharmakaeinnahme muss in 27,7 % der Fälle als nur schlecht bis mäßig beurteilt werden.

Kognitiver Status

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

Hervorzuheben ist jedoch die interindividuell erhebliche Streubreite der beobachteten Gesamt-IQs, die sich fast über den gesamten Messbereich des Verfahrens erstreckt und von minimal 50 bis maximal 132 reicht. Orientiert an dem von der Weltgesundheitsorganisation hierfür definierten Grenzwert ($IQ < 70$) ist der Anteil von Probanden mit einer Intelligenzminderung gegenüber der Allgemeinbevölkerung 10-fach erhöht. Schwere Formen von Intelligenzminderung ($IQ < 50$) kommen in der untersuchten Stichprobe nicht vor, dafür befand sich am oberen Ende der IQ-Verteilung ein Hochbegabter.

Als korrelierende Variablen, welche die Varianz im Gesamt-IQ (im statistischen, nicht kausalen Sinne) teilweise erklären, konnten im Rahmen einer schrittweisen multiplen linearen Regressionsanalyse erwartungsgemäß neben der Anstrengungsbereitschaft vor allem das schulische Bildungsniveau identifiziert werden, darüber hinaus aber auch die anfängliche Testangst sowie Heimerfahrung vor dem 18. Lebensjahr.

Kein Zusammenhang findet sich zwischen dem Gesamt-IQ und zentralen Variablen der Wohnungslosigkeit, wie Alter bei Eintritt der Wohnungslosigkeit, Dauer der Wohnungslosigkeit (absolut oder als prozentualer Anteil an der bisherigen Lebenszeit) und dem längsten auf der Straße verbrachtem Zeitraum. Erst bei genauerer Auflösung verschiedener Aspekte der intellektuellen Begabung fanden sich signifikante Zusammenhänge dergestalt, dass Probanden mit besserem Sprachverständnis und leistungsfähigerem Arbeitsgedächtnis tendenziell erst später in ihrem Leben wohnungslos wurden und bei Probanden, deren Wohnungslosigkeit schon länger andauerte, die zentralnervöse Geschwindigkeit kognitiver Informationsverarbeitungsprozesse (Arbeitsgeschwindigkeit) geringer war.

Körperliche Erkrankungen und somatische Befunde

64,9 % der untersuchten Probanden geben mindestens eine subjektiv empfundene gesundheitliche Beeinträchtigung bzw. eine Krankheit an. Am häufigsten (25,3 %) werden Symptome des Bewegungsapparates genannt. Ein dringender somatischer Behandlungsbedarf besteht bei 40,6 % der Teilnehmer.

Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Der Anteil an Rauchern ist im Vergleich zur Normalbevölkerung (Lampert et al., 2013) mehr als doppelt so hoch (57,8 % vs. 26,9 % bei Frauen; 84,1 % vs. 32,6 % bei Männern), im Vergleich zur Fichter-Studie (Fichter et al., 2000) jedoch deutlich zurückgegangen (93,1 %). Eine Adipositas (BMI \geq 30 kg/m²) liegt bei 31,0 % der Frauen (Normalbevölkerung 23,9 %) und 21,1 % der Männer (Normalbevölkerung 23,3 %) vor (Mensink et al., 2013). Im Vergleich zur Fichter-Studie ist der Anteil an Adipösen stark gestiegen (9,1%). Ein Hypertonus (RR \geq 140/90 mmHg) wurde bei 23,8 % der Frauen (Normalbevölkerung 12,7 %) und 47,2 % der Männer festgestellt (Normalbevölkerung 18,1 %; Neuhauser et al., 2013). In der Fichter-Studie wurde bei 24,3 % ein Hypertonus (RR \geq 160/95 mmHg) diagnostiziert. Ein anamnestisch bekannter Diabetes mellitus liegt bei 11,4 % der Frauen (Normalbevölkerung 7,5 %) und 8,3% der Männer (Normalbevölkerung 7,2 %) vor (Vergleichsdaten aus Heidemann et al., 2013), pathologische HbA1c-Werte finden sich bei 11,6 % der Frauen und 12,2 % der Männer. Bei den Blutfetten fällt insbesondere der hohe Anteil an pathologischen HDL-Cholesterin-Werten bei den Frauen von 9,3 % im Vergleich zur Normalbevölkerung (3,6 %) auf. Bei den Männern kommen pathologische HDL-Werte insgesamt deutlich häufiger vor, sowohl in der Seewolf-Studie (22,2 %), als auch in der Normalbevölkerung (19,3 %; Scheidt-Nave et al., 2013).

Bei den Lebererkrankungen sind die Prävalenzzahlen im Hinblick auf anamnestisch bekannte Erkrankungen in der Seewolf-Studie (19,1 %) und Ergebnisse der körperlichen Untersuchung in der Fichter-Studie (34,9 % Hinweis auf Leberzirrhose, 48,9 % Lebervergrößerung) geringer. Die Laboranalysen für GPT, GammaGT und MCV zeigen bei den Männern in der Seewolf-Studie jedoch höhere Werte als in der Fichter-Studie (pathologische Werte für GPT 21,9 % vs. 19,1 %, GammaGT 27,7 % vs. 24,9 %, MCV 48,9 % vs. 35,1 %).

28,4 % aller Studienteilnehmer berichten von einer anamnestisch bekannten Lungenerkrankung, aktuelle Atem- bzw. Lungenbeschwerden nennen 8,0 %, und pathologische Atemgeräusche werden bei 10,7 % festgestellt. Von einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung berichten 2,2 % aller Teilnehmer, in der Fichter-Studie wurden dafür sehr hohe Prävalenzzahlen von 16 % festgestellt.

Von anamnestisch bekannten gastrointestinalen Erkrankungen berichten 30,2 % aller Probanden, von einer Ösophagitis 5,5 % der Männer. In der Fichter-Studie waren 13,1 % von einer Ösophagitis betroffen.

Infektionskrankheiten: Die Prävalenzen für eine anamnestisch bekannte Tuberkulose sind im Vergleich zur Fichter-Studie gesunken (3,6 % vs. 7,8 %). Von sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) in der Anamnese berichten 6,2 % der Seewolf-Teilnehmer; in der Fichter-Studie nannten 3,4 % der Untersuchten eine aktuell symptomatische STD.

Neurologische Erkrankungen: Eine Polyneuropathie bzw. Sensibilitätsstörungen werden bei 21,0 % der Untersuchten diagnostiziert, in der Fichter-Studie lag die Zahl mit 17 % etwas niedriger. Die Prävalenzzahlen für eine anamnestisch bekannte Epilepsie unterscheiden sich in den beiden Studien nicht (7,7 %).

Pathologische Hautveränderungen wurden im Rahmen der Seewolf-Studie bei 14,3 % der Probanden diagnostiziert, die Fichter-Studie vergab eine solche Diagnose bei 24,9 %.

Von einem Schädel-Hirn-Trauma (mit Bewusstlosigkeit) berichten 24 % der Studienteilnehmer. Demgegenüber wird in Deutschland von einer Inzidenz von 0,3 % ausgegangen (Rickels et al., 2006).

Mindestens eine Amputation weisen 7,6 % der Studienteilnehmer auf (Fichter-Studie: 8,0 %). Von mindestens einer Fraktur in der Anamnese berichten 58,7 % (Fichter-Studie: 67,4 %).

Die Diagnose eines sanierungsbedürftigen Zahnstatus ist im Vergleich zur Fichter-Studie gesunken (60,9 % vs. 80 %).

Signifikante Unterschiede zwischen Studienteilnehmern ohne und mit einer Alkoholismus-Diagnose irgendwann im Leben ergaben sich hinsichtlich aktuellem Nikotinkonsum (62,5 % vs. 87,2 %; $p < .05$), Hypertonus (29,0 % vs. 49,0 %; $p < .05$), GPT>35 U/l 19,1 % vs. 37,6 %; $p < .05$), GammaGT \geq 39 U/l (23,5 % vs. 53,9 %; $p < .05$) und MCV > 92fl (26,5 % vs. 53,3 %; $p < .05$).

Akzeptanz der Studie

Trotz großem Zeitaufwand und hohen Untersuchungsanforderungen äußerten sich die meisten StudienteilnehmerInnen am Ende positiv zur SEEWOLF-Studie. Viele freuten sich über das Interesse, das ihrer Person bzw. ihrer Lebensgeschichte entgegengebracht wurde. Auch die Untersuchung kognitiver Leistungen wurde überwiegend gut beurteilt: Viele Probanden gaben an, dass ihnen das Bewältigen der Aufgaben Spaß gemacht habe und wünschten sich Rückmeldung über ihre persönlichen Stärken und Schwächen.

Beschränkungen, Fazit und Ausblick

Einige Untergruppen von Wohnungslosen konnten nicht in die Studie einbezogen werden: neben Personen, die ausschließlich auf der Straße leben und somit für das Studienteam nur sehr schwer erreichbar gewesen wären, konnten auch Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen nicht untersucht werden. Darüber hinaus kann nur wenig ausgesagt werden über diejenigen, die die Teilnahme an der Studie verweigerten. Die Teilnahmerate betrug gemessen an den ursprünglich angestrebten 420 Personen 55,2 %.

Natürlich wäre eine umfangreichere Stichprobengröße wünschenswert gewesen, insbesondere, da die Anzahl hilfsbedürftiger wohnungsloser Menschen im Großraum München derzeit ansteigt. Dem standen angesichts des im Rahmen dieser Studie erheblichen individuellen Untersuchungsaufwandes die trotz der großzügigen Unterstützung aller Förderer letztlich begrenzten finanziellen Mittel sowie personellen und zeitlichen Ressourcen entgegen.

Trotz vorgenannter Einschränkungen handelt es sich bei der SEEWOLF-Studie um die bisher größte Wohnungslosen-Studie Deutschlands. Ihr Hauptergebnis ist in dem Nachweis zu sehen, dass auch 20 Jahre nach der wegweisenden Studie von Fichter und Mitarbeitern psychische und teilweise auch körperliche Beeinträchtigungen bei wohnungslosen Menschen weitaus häufiger anzutreffen sind als in der Allgemeinbevölkerung, was auch schwere psychiatrische Erkrankungen wie etwa Schizophrenien, neuropsychologische Beeinträchtigungen und Intelligenzminderungen einschließt. Das Hilfs- und Versorgungsangebot für diese vom Leben benachteiligten Menschen stetig zu verbessern, bleibt daher eine dringende Aufgabe im Interesse der Betroffenen wie der Allgemeinheit.

Über eine erste Beschreibung der SEEWOLF-Studie (Brönnner et al., 2013) und die vorläufige Mitteilung zentraler Ergebnisse in verschiedenen Arbeitskreisen und auf Tagungen hinaus sind Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften derzeit in Vorbereitung.

Danksagung: Die Forschungsgruppe SEEWOLF dankt allen Beteiligten für die tatkräftige Unterstützung dieser umfangreichen Untersuchung; neben den Heimleitungen und ihren Mitarbeiterstäben insbesondere den Betroffenen selbst, die trotz zahlreicher Entbehrungen und Enttäuschungen oft eine bewundernswerte Kooperationsbereitschaft gezeigt haben. Dazu beizutragen, ihre Lebensverhältnisse nachhaltig zu verbessern, ist das vornehmste Ziel dieser Studie.

© Dieser Zusammenstellung: Prof. Dr. phil. Th. Jahn und Dr. med. M. Brönner

für die Forschungsgruppe SEEWOLF:

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. J. Bäuml, PD Dr. G. Pitschel-Walz, Prof. Dr. T. Jahn
(Klinikum rechts der Isar TUM)

Wissenschaftliche Beratung: Dr. N. Quadflieg, Dr. G. Reifferscheid, Prof. Dr. M. Fichter

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen: Dr. B. Baur, Dr. M. Brönner (TUM)

Initiatoren und Organisationsbeirat: Dr. G. Reifferscheid, G. Winkler, Dr. R. Müller (KMFV),
H. Reiter (AWO), T. Duschinger (AG Wohnungslosenhilfe
München und Oberbayern)

Interviewerinnen: Dr. B. Gaupp, S. Huneke, K. Nowak, J. Nützel, S. Rasoulkhani,
S. Stadler

DoktorandInnen: M. Baukhage, K. Schaad, V. Sperling

Hilfskräfte: A. Fischer, M. Reiter

Literatur

Amador XF et al. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry* 51: 826-836

Brönner M et al. (2013). Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München: Die SEEWOLF-Stude. *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 1/2013, 65-71

Burra TA et al. (2009). A systematic review of cognitive deficits in homeless adults: Implications for service delivery. *Canadian Journal of Psychiatry* 54: 123-133

Fichter M et al. (1996). Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 246: 185-196

Fichter M et al. (2000). Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer. *Deutsches Ärzteblatt* 97: 1148-1154

Heidemann C et al. (2013). Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 56: 668-677

Jacobi F et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 85: 77-87

Lampert T et al. (2013). Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 56: 802-808

Meller J et al. (2000). Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. *Der Nervenarzt* 71: 543-551

Mensink GBM et al. (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 56: 786-794

Neuhauser H et al. (2013). Blutdruck in Deutschland 2008 – 2011. Ergebnisse zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 56: 795-801

Rickels E et al. (2006). Schädel-Hirn-Verletzung. Epidemiologie und Versorgung – Ergebnisse einer prospektiven Studie. München: Zuckschwerdt Verlag

Scheidt-Nave C et al. (2013). Verbreitung von Fettstoffwechselstörungen bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 56: 661-667

Solliday-McRoy C et al. (2004). Neuropsychological functioning of homeless men. Journal of Nervous and Mental Disease 192: 471-478

Statistisches Bundesamt (2012). Statistisches Jahrbuch - Deutschland und Internationales 2012. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Van Straaten B et al. (2014). Intellectual disability among Dutch homeless people: Prevalence and related psychosocial problems. PLoS ONE 9(1): e86112. doi: 10.1371/journal.pone.0086112