

Aus dem Institut für
Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Gesundheit wohnungsloser Frauen in Berlin –
eine Analyse von Patientendaten des Gesundheitszentrums
der Jenny De la Torre Stiftung

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Arisa vom Brocke, geb. Ochi

aus Tokio, Japan

Datum der Promotion: 30.11.2023

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
Zusammenfassung.....	1
Abstract.....	2
1 Einleitung.....	4
1.1 Wohnungslosigkeit in Deutschland.....	4
1.1.1 Definition.....	4
1.1.2 Ursachen und Entstehung.....	6
1.1.3 Aktuelle Bedeutung des Themas Wohnungslosigkeit.....	9
1.1.4 Anzahl wohnungsloser Menschen.....	10
1.1.4.1 Deutschland.....	10
1.1.4.2 Berlin.....	10
1.1.5 Soziodemografische Merkmale wohnungsloser Menschen.....	11
1.2 Wohnungslosigkeit von Frauen in Deutschland.....	12
1.2.1 Frauenspezifische Ursachen.....	12
1.2.2 Frauenspezifische Form der Wohnungslosigkeit.....	14
1.2.3 Frauenspezifischer Hilfebedarf.....	14
1.3 Wohnungslosenversorgung.....	15
1.3.1 Maßnahmen der Europäischen Union.....	15
1.3.2 Maßnahmen der Bundesregierung Deutschland.....	17
1.3.3 Maßnahmen des Landes Berlin.....	18
1.3.4 Niedrigschwellige Angebote der freien Träger in Berlin.....	22
1.3.5 Ambulante medizinische Versorgung in Berlin.....	23
1.3.6 Jenny De la Torre Stiftung.....	24
1.4 Wohnungslosigkeit und Gesundheit.....	25
1.4.1 Krankenversicherung.....	25
1.4.2 Inanspruchnahme medizinischer Versorgung.....	27
1.4.3 Gesundheitszustand.....	29
1.5 Fragestellung.....	32
2 Methodik.....	35
2.1 Studiendesign.....	35
2.2 Studienpopulation und Studienzeitraum.....	35
2.3 Datenerhebung.....	35
2.4 Datenmanagement.....	38
2.5 Datenauswertung.....	39

3	Ergebnisse	42
3.1	Wohnsituation aller Patientinnen	42
3.2	Soziodemografische Charakteristika	43
3.2.1	Alter	44
3.2.2	Herkunft	44
3.2.3	Familiäre Situation	45
3.2.4	Bildung und Beruf.....	46
3.2.5	Lebensunterhalt	47
3.2.6	Krankenversicherung	48
3.3	Wohnungslosigkeit.....	53
3.3.1	Lebensalter bei Beginn der aktuellen Wohnungslosigkeit.....	54
3.3.2	Entwicklung der Wohnungslosigkeit	54
3.4	Medizinische Charakteristika.....	55
3.4.1	Somatische Vorerkrankungen und Voroperationen	55
3.4.2	Psychische Vorerkrankungen.....	56
3.5	Inanspruchnahme medizinischer Versorgung.....	64
3.5.1	Regelmäßige Medikamenteneinnahme	65
3.5.2	Letzter Arztbesuch und letzte Tetanusimpfung.....	65
3.5.3	Krankenhausaufenthalte	65
3.6	Behandlungsdaten	66
3.6.1	Saisonale Verteilung der Erstvorstellung.....	66
3.6.2	Beratungsanlässe	67
3.6.3	Behandlungsdiagnosen.....	68
4	Diskussion.....	71
4.1	Zusammenfassung der Hauptergebnisse	71
4.2	Limitationen.....	72
4.3	Wohnsituation aller Patientinnen	74
4.4	Soziodemographische Charakteristika	74
4.4.1	Alter	74
4.4.2	Herkunft	76
4.4.3	Familiäre Situation	77
4.4.4	Bildung, Beruf und Lebensunterhalt	78
4.5	Wohnungslosigkeit.....	79
4.6	Medizinische Charakteristika.....	80
4.6.1	Somatische Vorerkrankungen	80
4.6.2	Psychische Erkrankungen.....	81
4.7	Inanspruchnahme medizinischer Versorgung.....	85
4.8	Behandlungsdaten	85
4.8.1	Saisonale Verteilung der Erstkonsultationen	85

4.8.2	Beratungsanlässe	85
4.8.3	Behandlungsdiagnosen.....	87
4.9	Schlussfolgerungen.....	88
4.10	Ausblick auf die weitere Forschung.....	90
	Literaturverzeichnis	92
	Eidesstattliche Versicherung	104
	Lebenslauf.....	105
	Danksagung	106

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Einteilung akut von Wohnungslosigkeit betroffener Menschen.....	4
Tabelle 2:	Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienpopulation aus dem GZO der Jenny De la Torre Stiftung	35
Tabelle 3:	Erfasste soziodemografische, anamnestische und klinische Variablen bei der Studienpopulation aus dem GZO der Jenny De la Torre Stiftung (k. A. = keine Angabe).....	37
Tabelle 4:	Soziodemografische Charakteristika der Studienpopulation der wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=266)	43
Tabelle 5:	Zusammensetzung des Lebensunterhalts bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (Mehrfachnennungen möglich).....	49
Tabelle 6:	Verlauf der Wohnungslosigkeit bei Patientinnen des GZO (N=266)	53
Tabelle 7:	Somatische Vorerkrankungen und Voroperationen, aufgeschlüsselt nach ICD-10, mit Angabe der relevanten Entitäten bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=328)	55
Tabelle 8:	Psychische Vorerkrankungen ohne substanzgebundene Störungen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO, aufgeschlüsselt nach ICD-10 (Mehrfachnennungen möglich)	58
Tabelle 9:	Konsumierte psychotrope Substanzen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO, Vergleich der zwei Altersgruppen bis 34 und über 34 Jahre	60
Tabelle 10:	Anzahl konsumierter psychotroper Substanzen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=266).....	61
Tabelle 11:	Häufigkeiten substanzgebundener Komorbiditäten bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (Mehrfachnennungen möglich)	61
Tabelle 12:	Häufigkeit einer Doppeldiagnose bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (Mehrfachnennungen möglich)*	63
Tabelle 13:	Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch wohnungslose Patientinnen ..	64
Tabelle 14:	Behandlungsdiagnosen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO, aufgeschlüsselt nach Organsystemen (Mehrfachnennungen möglich) (N=400).....	68
Tabelle 15:	Häufigkeit psychischer Erkrankungen, Vergleich der Angaben von wohnungslosen Patientinnen des GZO mit der weiblichen Stichprobe der SEEWOLF-Studie (Bäuml et al. 2017).....	82

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht des Wohnungslosenhilfesystems in Berlin	20
Abbildung 2: Anzahl der Erstvorstellungen aller Patientinnen nach Jahren und Wohnsituation innerhalb des Studienzeitraums (N=329)	42
Abbildung 3: Altersverteilung der Studienpopulation der wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)	44
Abbildung 4: Familienstand nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)	45
Abbildung 5: Höchster Bildungsabschluss nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)	46
Abbildung 6: Bildungsabschluss nach Herkunft bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=250)	47
Abbildung 7: Bezug einer Transferleistung nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)	50
Abbildung 8: Bezug von Geldern aus einer Sozialversicherung nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)	50
Abbildung 9: Bezug einer Transferleistung nach Herkunft bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=250)	51
Abbildung 10: Bezug von Geldern aus einer Sozialversicherung nach Herkunft bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=250)	51
Abbildung 11: Vorliegen einer Krankenversicherung nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)	52
Abbildung 12: Vorliegen einer Krankenversicherung nach Herkunft bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=250)	52
Abbildung 13: Vorliegen psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)	56
Abbildung 14: Vorliegen psychischer Erkrankungen nach Dauer der Wohnungslosigkeit bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=212)	57
Abbildung 15: Vorliegen substanzgebundener Störungen nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)	59
Abbildung 16: Vorliegen substanzgebundener Störungen nach Herkunft bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=250)	59
Abbildung 17: Konsum psychotroper Substanzen nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)	60
Abbildung 18: Lebensalter bei Beginn der Wohnungslosigkeit nach Vorliegen einer substanzgebundenen Störung bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=213)	62
Abbildung 19: Anzahl der Erstvorstellungen wohnungsloser Patientinnen im GZO und mittlere Temperatur in Berlin nach Monaten	66

Abkürzungsverzeichnis

ASOG	Allgemeines Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (Kurtitel: Allgemeines Sicherheits- und Ordnungsgesetz)
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische-Klassifikation
BAG W	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.
BAWO	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (Österreich)
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DE	Deutschland
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EaSI	EU-Programm für Beschäftigung und soziale Innovation
EFRE	Europäischer Fonds für regionale Entwicklung
EHAP	Europäischer Hilfsfonds für die am stärksten benachteiligten Personen
ESF	Europäischer Sozialfonds
ETHOS	European Typology of Homelessness and Housing Exclusion
EU	Europäische Union
FEANTSA	European Federation of National Organisations working with the Homeless (Französisch: Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GstU	Gesamtstädtische Steuerung der Unterbringung
GZO	Gesundheitszentrum für Obdachlose
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HVD	Humanistischer Verband Deutschlands
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision
ICPC-2	International Classification of Primary Care, 2nd Edition
IGP	Integriertes Gesundheitsprogramm
ISP	Integriertes Sozialprogramm
k. A.	keine Angabe
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MMSE	Mini Mental State Examination
NNB	nicht näher bezeichnet
PKV	Private Krankenversicherung
PROGRESS	Community Programme for Employment and Social Solidarity
SGB	Sozialgesetzbuch
SGE	Solidarisches Grundeinkommen
SIP	Sozialinvestitionspaket
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM
WHO	World Health Organization
Z. n.	Zustand nach

Zusammenfassung

Das Thema Wohnungslosigkeit gewinnt in Deutschland zunehmend an Bedeutung und Aufmerksamkeit. Bis heute existieren nur punktuelle und spärliche Daten, die das Ausmaß der Wohnungslosigkeit und die damit verbundenen gesundheitlichen und sozialen Probleme empirisch quantifizieren. In Berlin wird die Anzahl der Wohnungslosen durch die Sozialverbände auf 40.000 bis 60.000, die Zahl der Obdachlosen auf 6.000 bis 10.000 geschätzt. Die gesundheitliche Versorgung erfolgt niedrigschwellig durch eine Vielzahl an gemeinnützigen Einrichtungen und Vereinen, die in unterschiedlichem Maß auf den Bedarf der Betroffenen in ihrer Region eingehen können. Eine besonders vulnerable Gruppe von Betroffenen sind Frauen.

Zielsetzung dieser Arbeit war daher die Analyse von soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmalen von wohnungslosen Frauen in Berlin und die Identifikation ihres spezifischen Hilfebedarfs.

Im Rahmen einer retrospektiven Studie wurden die Dokumentationen aller Patientinnen in einem Berliner Versorgungszentrum für Wohnungslose, dem Gesundheitszentrum der Jenny De la Torre Stiftung, die sich zwischen 2006 und 2011 dort erstmals vorstellten, analysiert. Die deskriptive Auswertung umfasste soziodemografische Merkmale, anamnestische Angaben zu Entstehung und Verlauf der Wohnungslosigkeit, klinische Merkmale und Dokumente zur Inanspruchnahme sozialer und medizinischer Versorgung.

Insgesamt 266 wohnungslose Frauen wurden in die Analyse eingeschlossen. Den größten Anteil machten junge erwachsene Frauen aus, gefolgt von Frauen in der 5. Lebensdekade (MW 35,5 Jahre). 19% waren ausländische Staatsbürgerinnen, zumeist polnische. Die Patientinnen wiesen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein niedrigeres Bildungsniveau, eine geringere Berufsqualifikation und einen höheren Anteil an Langzeitarbeitslosigkeit auf. Circa 33% bezogen staatliche Transfer- oder Sozialleistungen, 52% waren nicht krankenversichert. Die Dauer der Wohnungslosigkeit betrug bei 55% weniger als ein Jahr. 59% schliefen in öffentlichen Einrichtungen, 12% bei Freunden oder Bekannten, 9% im Freien. Circa 23% der Vorerkrankungen betrafen das Verdauungssystem, gefolgt vom Atmungssystem. Psychische Vorerkrankungen (ohne substanzgebundene Störung) lagen bei 22% der Patientinnen vor, am häufigsten waren Persönlichkeitsstörungen. Substanzgebundene Störungen lagen bei über 60% vor. Circa 25% nahmen regelmäßig Medikamente ein, zumeist für das Nervensystem. Die

häufigsten Behandlungsdiagnosen betrafen das Atmungssystem, gefolgt von Wohnungslosigkeit, Hauterkrankungen, Verletzungen, psychischen Erkrankungen und gynäkologischen Diagnosen (4%).

Da die Dokumentation im Gesundheitszentrum nicht primär für Forschungszwecke erfolgte, ist die Datenqualität begrenzt, das untersuchte Klientel selektiert, zudem sind die Daten lückenhaft. Dennoch trägt die Analyse dazu bei, die soziale und gesundheitliche Lage wohnungsloser Frauen genauer zu kennen und regionale Versorgungsangebote anzupassen.

Abstract

Homelessness is an increasingly relevant and scrutinized topic in Germany. Currently, data to empirically quantify the extent of homelessness and the associated health and social problems is scarce. In Berlin, social welfare associations estimate the number of homeless individuals at 40,000 to 60,000, whereas 6,000 to 10,000 of them are roofless. Health care is provided on a low-threshold basis by numerous non-profit organizations, providing aid in varying degrees to those affected in their region. Women constitute a particularly vulnerable subgroup.

The objective of the study was to analyse the socio-demographic and health characteristics of homeless women in Berlin, and to identify their specific needs.

This retrospective analysis reviewed the documentation of all female patients who visited the Jenny de la Torre Foundation, a health centre for the homeless in Berlin, between 2006 and 2011. The descriptive evaluation included socio-demographic characteristics, anamnestic information on the onset and course of homelessness, clinical characteristics and documentation on the utilization of social and medical resources.

A total of 266 homeless women were included in the analysis. Young adults accounted for the largest proportion, followed by women between the age of 40 and 50 (mean age of 35.5 years). 19% were foreign nationals, mostly Polish. Patients had a lower level of education, lower professional qualifications, and higher proportion of long-term unemployment. Approximately 33% received state transfer or welfare benefits, and 52% did not have health insurance. The duration of homelessness was less than one year in

55% of cases. 59% of homeless women slept in public institutions, 12% in the home of friends or acquaintances, and 9% outdoors. Approximately 23% of the pre-existing conditions were related to the digestive system, followed by the respiratory system. 22% of patients had a history of mental illness (without substance-related disorders), most commonly personality disorders. Substance-related disorders were present in over 60% of cases. Approximately 25% of patients regularly took medication, mostly relating to the nervous system. The most common treatment diagnoses were related to the respiratory system, followed by homelessness, skin disorders, injuries, mental illness, and gynaecological conditions (4%).

As data collection at the health centre was not intended for research purposes, the quality of the data is limited, the analysed population is specific and the data often incomplete. Nevertheless, the analysis contributes to a more detailed understanding of the social and health situation of homeless women, and to the adaptation of regional support services.

1 Einleitung

Wohnungslosigkeit ist für individuell Betroffene mit außergewöhnlichem emotionalem und körperlichem Stress verbunden und führt u. a. zu physischer und psychischer Krankheit (Trabert 2016). Zusätzlich werden Betroffene sozial ausgegrenzt und stigmatisiert, was ihre Probleme verschärft (Geiger 2008; Gerull 2018b). Das materielle, soziale und emotionale Leid betrifft jedoch nicht ausschließlich die Betroffenen selbst, sondern auch direkt deren soziales Umfeld und indirekt die Gesellschaft als Ganzes. Gesellschaftlich verursacht die Problematik direkte Kosten für die Wohnungslosenhilfe, wie beispielsweise die Bewirtschaftung der Unterkünfte oder Sozialhilfearaufwendungen, sowie indirekte Kosten durch Steuerausfälle. Im Justizwesen geschieht dies durch erhöhte Kriminalität wie Drogendelikte und Gewalt gegen oder unter wohnungslosen Menschen (Department for Communities and Local Government 2012; Eberle et al. 2001; Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. an der Universität Tübingen (IAW) 2015; Pollich 2017; Rosenke 2017c).

1.1 Wohnungslosigkeit in Deutschland

1.1.1 Definition

Gesetzlich wird der Begriff Wohnungslosigkeit nicht definiert. Als Wohnungslose werden jedoch Menschen ohne einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum oder Wohneigentum verstanden (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2012b). Tabelle 1 zeigt die Einteilung der von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen.

Tabelle 1: Einteilung akut von Wohnungslosigkeit betroffener Menschen

Nicht institutionell untergebracht	<ul style="list-style-type: none"> ● Im Freien ● In Notübernachtungen ● In Behelfsunterkünften ● Bei Verwandten/Freunden/Bekanntem
Institutionell untergebracht	<ul style="list-style-type: none"> ● In sog. ASOG-Unterbringungen ● In Dauereinrichtungen (nach SGB XII) ● In Flüchtlingsunterkünften
In geschlossenen Institutionen	<ul style="list-style-type: none"> ● Justizvollzugsanstalt ● Psychiatrie

Menschen, die, ohne institutionell untergebracht zu werden, im Freien auf der Straße leben oder für einzelne Nächte eine Notübernachtung aufsuchen, befinden sich in Obdachlosigkeit (FEANTSA 2005). Daneben gibt es Menschen, die vorübergehend in Behelfsunterkünften wie Wohnwagen oder Abbruchhäusern leben (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2012b; FEANTSA 2005).

Unter dem Begriff *Verdeckte Wohnungslosigkeit* wird verstanden, dass Betroffene keinen eigenen Wohnraum haben und bei Bekannten oder Verwandten leben. Viele akut Wohnungslose versuchen zunächst, in verdeckter Wohnungslosigkeit mit eigenen Mitteln die Problemlage zu beseitigen, bevor sie sich an das Hilfesystem wenden oder auf der Straße leben (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2020). Die Unsichtbarkeit der verdeckten Wohnungslosigkeit erschwert die Erfassung der Betroffenen, und die tatsächliche Dimension lässt sich somit schwer quantifizieren. Jedoch wird in Schätzungen von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen (Sellach und Enders-Drägässer 2000).

Zu den institutionell untergebrachten, wohnungslosen Menschen gehören diejenigen, die durch Kommunen ordnungsrechtlich in sogenannten ASOG¹-Unterbringungen untergebracht sind, oder diejenigen, die nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII in Dauereinrichtungen wie Übergangshäusern, betreutem Wohnen oder Kriseneinrichtungen leben. Auch geflüchtete Menschen in Flüchtlingsunterkünften zählen dazu und bilden seit 2016 durch den zunehmenden Zuzug die größte Gruppe unter wohnungslosen Menschen (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019c).

Darüber hinaus gibt es Menschen, die sich für längere Zeit in einer geschlossenen Institution aufhalten und außerhalb dieser über keinen festen Wohnsitz verfügen. Das sind beispielsweise inhaftierte Menschen, bei denen die Wohnung während der Abwesenheit nicht erhalten werden kann, da die Voraussetzungen zur Übernahme der Mietkosten durch Sozialämter nicht erfüllt werden oder eine Zwischenvermietung nicht realisiert werden kann. Diese Konstellation stellt bei der Haftentlassung eine besonders große Hürde für die Wiedereingliederung dar. (Busch-Geertsema et al. 2019; Netzwerk Straffälligenhilfe 2012)

¹ Akronym für Allgemeines Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (Kurztitel: Allgemeines Sicherheits- und Ordnungsgesetz)

Auch gibt es in psychiatrischen Kliniken Patient*innen, die nach dem Abschluss der stationären Behandlung eigentlich entlassen werden sollen, aufgrund ihrer Wohnungslosigkeit jedoch weiter hospitalisiert bleiben (Schreiter et al. 2019).

1.1.2 Ursachen und Entstehung

Hinter der Wohnungslosigkeit verbergen sich „gravierend-komplexe Problemlagen“ (Frietsch und Holbach 2016). Sie ist meist multifaktoriell bedingt und entsteht durch Wechselwirkungen zwischen persönlichen und strukturellen Umständen (Fazel, Geddes, und Kushel 2014). Häufig gibt es auf der Grundlage verschiedener Faktoren ein entscheidendes Ereignis, das den Verlust der Wohnung auslöst (Busch-Geertsema et al. 2019).

Zentraler Punkt ist zumeist die Armut, welche Mietschulden und/oder Energieschulden verursacht und wiederum von finanziellen, sozialen und gesundheitlichen Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Überschuldung, familiären Problemen, Krankheiten und Suchtproblemen beeinflusst wird (Busch-Geertsema et al. 2019; Fazel et al. 2014; Kaduszkiewicz et al. 2017; Salize et al. 2006; Trabert 2016). Auch Krisen-, Umbruch- oder berufliche Übergangssituationen in der Biografie können zur sozialen Ausgrenzung oder sogar zur Wohnungslosigkeit führen (Busch-Geertsema et al. 2019; Mögling, Tillmann, und Reißig 2015). Die Entlassung nach einem langen Aufenthalt aus Einrichtungen wie Justizvollzugsanstalt, Krankenhäusern, psychiatrischen Einrichtungen, Frauenhäusern oder Mutter-Kind-Häusern stellen solche vulnerablen Zeitpunkte für das Entstehen von Wohnungslosigkeit dar, aber auch der Beginn eines solchen Aufenthalts kann zur Wohnungsnotlage führen (Busch-Geertsema et al. 2019; Geiger 2008). Des Weiteren begünstigt der Verlust sozialer Beziehungen die Entstehung von Wohnungslosigkeit (Enders-Drägässer und Sellach 2010).

Dabei sind unterschiedliche Risiken, z. B. Arbeitslosigkeit, für einzelne Menschen unterschiedlich groß, da diese Risiken wiederum durch Faktoren wie soziale Herkunft, Migrationshintergrund, schulische sowie berufliche Qualifikation bedingt sind. Der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung zeigt, dass Menschen ohne berufliche Ausbildung und/oder mit Migrationshintergrund einen ungünstigeren Stand auf dem Arbeitsmarkt haben (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017). Sie sind häufiger von Arbeitslosigkeit, insbesondere von Langzeitarbeitslosigkeit, und somit auch

häufiger von Armut bedroht (Bundesagentur für Arbeit 2019a). Die negativen Folgen der Langzeitarbeitslosigkeit manifestieren sich stark sowohl in Individuen als auch in der Gesellschaft und in der Wirtschaft (Oschmiansky und Berthold 2020). Außerdem gestaltet sich die Reintegration ins Berufsleben von Langzeitarbeitslosen schwieriger, als die von Nichtlangzeitarbeitslosen (Bundesagentur für Arbeit 2019a). Ferner sind Alleinstehende, Alleinerziehende, Personen mit Behinderung und Angestellte mit Niedriglohn besonders stark von der Armutgefährdung betroffen (Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. an der Universität Tübingen (IAW) 2015).

Die genannten persönlichen Faktoren manifestieren sich je nach Alter bzw. Lebensphase zudem unterschiedlich. Menschen im jungen Erwachsenenalter sind im Vergleich zu den anderen Altersgruppen besonders stark von Armut bedroht (Statistisches Bundesamt 2020a) und die Jugendwohnungslosigkeit ist in verschiedenen europäischen Ländern eine derzeit häufig beobachtete Entwicklung (Fitzpatrick 2015). Der Beginn der Volljährigkeit kann zum Verlust familiärer Sicherung und Abbruch sozialer Bezugspunkte führen. Öffentliche Unterstützungen für Jugendliche laufen trotz der rechtlichen Möglichkeit der Fortsetzung häufig bei diesem Übergang aus, wenn die Betroffenen nicht in der Lage sind, selbst bürokratische Hürden zu überwinden. Um Armutgefährdung zu entgehen, ist die steigende Erwerbsintensität entscheidend. Wenn junge Erwachsene jedoch von unbekanntem Pflichten und neuer Verantwortung überfordert sind, droht ein Scheitern (Busch-Geertsema et al. 2019; Hoch 2017; Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. an der Universität Tübingen (IAW) 2015; Mögling et al. 2015).

Insbesondere *Care Leaver*² leben oft in einer prekären Situation. Sie fangen häufig direkt nach der stationären Erziehungshilfe mit sehr wenig materiellen und sozialen Ressourcen an, ein selbstständiges Leben zu führen, was eine Herausforderung für die Betroffenen darstellt. Da nicht selten die Rückkehroption in die betreuten, stationären Einrichtungen fehlt, ist die Gefahr, in Wohnungslosigkeit zu geraten, groß. Auch durch schlechtere Bildungschancen werden *Care Leaver* von sozialer Ausgrenzung bedroht (Thomas 2015; Wissenschaftliche Dienste 2018b).

Diejenigen, die aus der Schule oder Arbeit herausfallen, werden als *Disconnected Youth* (*entkoppelte junge Menschen*) bezeichnet und sind in erhöhter Gefahr, in Armut und

² *Care Leaver* sind junge Menschen, die in stationären Einrichtungen der Kinder- und/oder Jugendhilfe gelebt haben. Quelle: <https://www.careleavers.com/who-we-are/what-is-a-care-leaver-2/> (zuletzt abgerufen am 23.11.2020)

Wohnungslosigkeit zu geraten und sozial ausgegrenzt zu werden. Sie haben häufig eine schlechte Schulbildung, keinen Zugang zu Ausbildungsmöglichkeiten oder Schwierigkeiten beim Wiedereinstieg in die Ausbildung (Hair et al. 2009; Mögling et al. 2015).

Für die Wohnungslosigkeit im Kindes- und Jugendalter sind häufig familiäre Gründe entscheidend, während persönliche Gründe bzw. persönliche Veränderungen unter Älteren größere Bedeutung haben (Hoch 2017). Dazu gehören neben verschiedenen Risikofaktoren für Armutsgefährdung wie Arbeitslosigkeit der Eltern, alleinerziehende Familiensituation, Migrationshintergrund oder niedriger Bildungsabschluss insbesondere auch Suchtprobleme der Eltern, Gewalterfahrungen und/oder Verwahrlosungstendenzen der Herkunftsfamilie (Beierle 2017; Fertig und Tamm 2005; Mögling et al. 2015). Das Fehlen schützender Ressourcen auf sowohl personaler als auch sozialer Ebene begünstigt ebenfalls die Entstehung von Wohnungslosigkeit (Beierle 2017; Enders-Dräger und Sellach 2010).

Unter Minderjährigen gibt es mehr männliche als weibliche wohnungslose Menschen, was einem Geschlechterverhältnis von grob 2:1 entspricht. Doch viele wohnungslose Jugendliche vermeiden institutionelle Strukturen, suchen anderweitig Unterkunft und bleiben somit unsichtbar (Beierle und Hoch 2017; Hoch 2017).

Ein erhöhtes Armutsrisiko weisen außerdem Menschen im hohen Alter auf, da höheres Alter eines der häufigsten vermittlungshemmenden Merkmale von Langzeitarbeitslosen³ darstellt (Bundesagentur für Arbeit 2019a). Die Armutsquote von älteren Menschen ab 65 Jahre in Deutschland zeigt seit dem Jahr 2006 eine steigende Tendenz mit der stärksten Steigerung im Jahr 2019, auch wenn sie noch knapp unter der Armutsquote der Gesamtbevölkerung liegt (Statistisches Bundesamt 2020a). Aufgrund von Änderungen des Rentenniveaus wird von verschiedenen Autor*innen eine weiter steigende Altersarmut prognostiziert (Buslei, Fischer, und Geyer 2019).

Zu den strukturellen Faktoren der Entstehung von Wohnungslosigkeit zählen u. a. Wohnungsmarktengpässe mit steigenden Mietpreisen. Hervorgerufen wird dies durch Gentrifizierung in vielen Großstädten und Ballungsräumen sowie durch die Reduzierung

³ Langzeitarbeitslosigkeit bezeichnet die durchgehende Arbeitslosigkeit von einem Jahr oder länger. Quelle: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Statistik-nach-Themen/Langzeitarbeitslosigkeit/generische-Publikationen/Flyer-LZA.pdf> (zuletzt abgerufen am 21.07.2020)

von Sozialwohnungen, was insbesondere einkommensschwache Personen und Haushalte, beispielsweise im Niedriglohnsektor⁴ Beschäftigte oder Personen, die Transferleistungen beziehen, schwer trifft (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2013, 2019b; Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017; Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. 2020; Fazel et al. 2014; Trabert 2016). Auch Wirtschaftskrise, Einkommensungleichheit und Globalisierung der Arbeitsmärkte mit der Zunahme von ins Ausland ausgelagerten Arbeitsplätzen und hiesigem Stellenabbau als Folge tragen zur Erhöhung der Armutgefährdung bei (Europäisches Parlament 2019; Kierzenkowski und Koske 2012; Wissenschaftliche Dienste 2018a).

1.1.3 Aktuelle Bedeutung des Themas Wohnungslosigkeit

Das Thema Wohnungslosigkeit gewinnt in Deutschland zunehmend an Bedeutung und Aufmerksamkeit. Der Tag der Wohnungslosen am 11. September wird jährlich begangen, und es werden von Jahr zu Jahr zunehmend mehr Aktionen organisiert.

Bis heute fehlt in Deutschland jedoch eine ausreichende Datengrundlage, die das Ausmaß der Wohnungslosigkeit und die damit verbundenen Probleme bundesweit empirisch quantifiziert. Eine regelmäßige Schätzung bzw. Berichterstattung über wohnungslose Menschen wird derzeit vor allem von der zivilgesellschaftlich getragenen Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (BAG W) übernommen.

Nachdem die Bundesregierung zunächst im Jahr 2012 die Forderung nach einer Wohnungsnotfallstatistik abgelehnt hatte, wurde im September 2019 durch das Bundeskabinett und im Januar 2020 im Bundestag das sogenannte Wohnungslosenberichterstattungsgesetz beschlossen. Es stellt die Rechtsgrundlage für eine bundesweite Datenerhebung zu untergebrachten wohnungslosen Menschen sowie für eine dazugehörige Wohnungslosenberichterstattung dar. Daten dazu sollen ab 2022

⁴ Unter Niedriglohn wird ein Stundenlohn verstanden, der niedriger ist als zwei Drittel des mittleren Bruttostundenlohns. 2017 lag diese Grenze bei 10,80 Euro und der Niedriglohnsektor umfasste 22,8% aller abhängig Beschäftigten in Deutschland. Beschäftigte im Niedriglohnsektor haben häufig keine ausreichenden Einkommen, benötigen zusätzliche Lohnersatzleistungen und weisen ferner ein hohes Altersarmutsrisiko auf. Quellen:

https://www.diw.de/de/diw_01.c.433582.de/presse/glossar/niedriglohn.html (zuletzt abgerufen am 26.11.2020)

https://www.diw.de/de/diw_01.c.618203.de/publikationen/wochenberichte/2019_14/der_niedriglohnsektor_in_deutschland_ist_groesser_als_bislang_angenommen.html (zuletzt abgerufen am 26.11.2020)

jährlich erhoben und alle zwei Jahre veröffentlicht werden (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2010, 2012d; Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2020; Deutscher Bundestag 2020; Rosenke 2019).

1.1.4 Anzahl wohnungsloser Menschen

1.1.4.1 Deutschland

Im Jahr 2018 betrug die Zahl der wohnungslosen Menschen in Deutschland schätzungsweise 678.000. Dies stieg somit gegenüber dem Vorjahr um 4,2% an und setzte die steigende Tendenz seit 2008 weiterhin fort. Der stärkste Anstieg zeigte sich vom Jahr 2015 auf 2016, was auf Fluchtbewegungen zurückzuführen ist. 2018 machten fast zwei Drittel (441.000) der Wohnungslosen wohnungslose geflüchtete Menschen aus (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019c). Die Zahl der wohnungslosen (Spät-)Aussiedler*innen, die insbesondere in den 90er Jahren eine große Gruppe der wohnungslosen Menschen bildeten, betrug hingegen im Jahr 2010 mit 2.000 nur noch unter 1% und wird heute nicht mehr in der Statistik der BAG W erfasst (Bundeszentrale für politische Bildung 2013).

Der Frauenanteil, ohne Berücksichtigung von wohnungslosen Geflüchteten, lag bei 27%. Dies entspricht fast eine Verdoppelung des Anteils im Vergleich von vor 20 Jahren. Ebenfalls verdoppelt hat sich seit 2010 der Anteil von nichtdeutschen Wohnungslosen und betrug 2018 somit 30%. Von Wohnungslosigkeit betroffen sind außerdem immer mehr Haushalte mit minderjährigen Kindern. Fast die Hälfte davon sind alleinerziehende Frauen mit minderjährigen Kindern. Die BAG W fasste dies zusammen mit: „Menschen in Wohnungsnot: Jünger, weiblicher, internationaler – und mit Kind.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019d, 2020).

Die Zahl der obdachlosen Menschen stieg von circa 20.000 im Jahr 2008 (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2011) auf circa 41.000 im Jahr 2018 (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019d).

1.1.4.2 Berlin

In Berlin wird derzeit noch keine offizielle Statistik zur Wohnungslosigkeit geführt. Die geschätzten Zahlen der wohnungslosen Menschen variieren zwischen 40.000

(Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e. V. 2019) und 60.000 (Flüchtlingsrat Berlin e. V. 2018).

Während institutionell untergebrachte wohnungslose Menschen erfasst werden können (circa 37.000 in ASOG-Unterbringung, ein Teil von circa 3.800 Menschen mit Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten in bereitgestellten Trägerwohnungen), bleiben nicht institutionell untergebrachte wohnungslose Menschen schlecht quantifizierbar. Schätzungen gehen von 6.000 bis 10.000 weiteren Betroffenen aus (LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Berlin 2019).

Entgegen der Schätzung der Zahl der obdachlosen Menschen zwischen 4.000 bis 6.000 (Runder Tisch 2018) und der Zahl der obdachlosen Frauen auf circa 2.500 (Groß 2020) wurden im Rahmen der Nacht der Solidarität vom 29./30. Januar 2020 insgesamt nur 1.976 obdachlose Menschen in Berlin gezählt. Der Frauenanteil betrug 14%. Deutsche Staatsangehörige machten knapp 40% aus, 60% waren nichtdeutscher Herkunft (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2020a).

Der Anteil wohnungsloser Patient*innen in Berliner stationären psychiatrischen Kliniken beträgt bis zu 29,5%, im Durchschnitt 13,8% (Forschungsnetzwerk Wohnungslosigkeit und Gesundheit an der Charité 2020). Während der COVID-19-Pandemie wurde ein Anstieg um bis zu 30% auf den Akutstationen der psychiatrischen Kliniken Berlins beobachtet (PB/aerzteblatt.de 2020).

1.1.5 Soziodemografische Merkmale wohnungsloser Menschen

In verschiedenen Studien wird die soziodemografische Heterogenität wohnungsloser Menschen unterschiedlich beschrieben. Die Unterschiede sind meist durch Rekrutierungsorte oder Hilfsangebote der einzelnen Einrichtungen bedingt. Vorhandene Daten stammen aus der Statistik der BAG W (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019d, 2020) und zwei großen deutschen Studien, der SEEWOLF-Studie aus München (Bäumel et al. 2017) und dem Runden Tisch aus Berlin (Runder Tisch 2018).

Der Frauenanteil liegt nach diesen Quellen zwischen 17% und 27%, das durchschnittliche Alter bei circa 45 Jahren, wobei Frauen etwas jünger sind. Minderjährige und Menschen ab 65 Jahre machen jeweils unter 10% aus. Während circa 90% der Stichprobe der

SEEWOLF-Studie, die lediglich Bewohner*innen von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe untersuchte, deutscher Herkunft sind (Bäumel et al. 2017), macht der Anteil wohnungsloser Deutscher in Berlin lediglich 28% aus, 46% stammen aus anderen EU-Ländern und 26% aus Nicht-EU-Ländern (Runder Tisch 2018). Die Daten aus den ausschließlich mit Landesmitteln finanzierten Einrichtungen in Berlin zeigen jedoch einen größeren Anteil der deutschen wohnungslosen Menschen mit circa 60%. Dies verdeutlicht die Situation, dass nichtdeutsche wohnungslose Menschen seltener im öffentlichen Hilfesystem ankommen und häufiger von niedrigschwelligen Angeboten der freien Träger versorgt werden (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2020). Nichtsdestotrotz zeigt die Anzahl der Wohnungslosen mit Migrationshintergrund im Hilfesystem seit Jahren eine kontinuierlich steigende Tendenz (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019a, 2020; Projektgruppe Migration 2013). Viele wohnungslose Menschen aus anderen EU-Ländern leben in Straßenobdachlosigkeit (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019d).

Wohnungslose Menschen sind größtenteils alleinstehend (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019d; Runder Tisch 2018). Sie haben häufig keinen Familien- und Sozialkontakt, somit verfügen sie über wenig Informationen, die den Zugang zum Hilfesystem schaffen können (Meller et al. 2000). Etwa die Hälfte hat ein niedriges Bildungsniveau, und der Großteil geht keiner Erwerbstätigkeit nach (Bäumel et al. 2017; Runder Tisch 2018).

1.2 Wohnungslosigkeit von Frauen in Deutschland

1.2.1 Frauenspezifische Ursachen

Weibliches Geschlecht birgt eine spezielle Risikosituation im Hinblick auf Wohnungslosigkeit. Frauen sind in jeder Altersgruppe stärker von Armut bedroht als Männer (Statistisches Bundesamt 2020a). Zu den spezifisch weiblichen Armutsrisiken gehören u. a. geringe berufliche Qualifikation, traditionelle Rollenverteilung in Familien mit ungleicher Erwerbsbeteiligung, die sich in Erwerbsunterbrechungen, geringfügiger Beschäftigung bzw. Teilzeitbeschäftigungen oder sogar fehlendem eigenem Einkommen

von Frauen manifestieren, und *Gender Pay Gap*⁵. Sozialpolitische Leistungen wie Gelder aus Sozialversicherungen in ausreichender Höhe setzen eine durchgehende formelle Vollzeitbeschäftigung voraus, was Frauen benachteiligt, die mehr unbezahlte Sorgearbeit als Männer verrichten⁶. Somit entstandene geringere Rentenansprüche verursachen ferner Altersarmut (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2018; Enders-Dräger und Sellach 2010; Köppen und Schepler 2015; Lewicki und Wigger 2013; Loibl und Corazza 2003; Notz 2017; Pimminger 2012; Sellach und Enders-Dräger 2000).

Vor allem eine Gewaltproblematik oder die Trennung vom Partner mit gegebenenfalls darauffolgender alleinerziehender Haushaltsform ist häufig verantwortlich für Armut bzw. Wohnungslosigkeit von Frauen (Brzank 2009; Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019e; Enders-Dräger und Sellach 2010; Köppen und Schepler 2015; Loibl und Corazza 2003; Pimminger 2012; Sellach und Enders-Dräger 2000; Torchalla et al. 2004). Insbesondere für akut von Gewalt betroffene Frauen, die aus irgendeinem Grund – beispielsweise bei Suchtproblematik – nicht in ein Frauenhaus aufgenommen werden können, besteht die erhöhte Gefahr, in Wohnungslosigkeit zu geraten (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019e).

Die Armut der Frauen ist häufig latent, wenn sie über kein eigenes Einkommen verfügen und das Haushaltseinkommen nur vom Mann gesichert ist oder das Vermögen innerhalb des Haushalts ungleich zuungunsten der Frau verteilt ist. Sie wird erst bei Scheidung, Trennung oder Flucht aus von Gewalt geprägten Lebensverhältnissen manifest. Insbesondere eine darauffolgende alleinerziehende Haushaltsform weist eine noch höhere Armutsgefährdung auf (Pimminger 2012; Sellach 2010; Sierminska, Frick, und Grabka 2008). Die notwendige finanzielle Unabhängigkeit erfordert teils eine berufliche Neuorientierung, welche in dem höheren Alter, speziell vor dem Hintergrund emotionaler

⁵ *Gender Pay Gap*: Der Verdienstunterschied zwischen Frauen und Männern. Der Unterschied zwischen dem durchschnittlichen Bruttostundenverdienst von Frauen und Männern betrug im Jahr 2019 20%. Quelle: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-1/gender-pay-gap.html> (zuletzt abgerufen am 05.07.2020)

⁶ Der prozentuale Unterschied des durchschnittlichen täglichen Zeitaufwands zwischen Frauen und Männern für unbezahlte Sorgearbeit wird als *Gender Care Gap* bezeichnet und beträgt 52,4%. Quelle: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/gender-care-gap/indikator-fuer-die-gleichstellung/gender-care-gap---ein-indikator-fuer-die-gleichstellung/137294> (zuletzt abgerufen am 19.11.2020)

und psychischer Belastung durch den persönlichen Umbruch, eine enorme Herausforderung bedeutet.

Besonders vulnerable Teilgruppen stellen Frauen an der Grenze der Volljährigkeit, Frauen, welche an Alkoholismus leiden und Frauen kurz nach Haftentlassung dar (Busch-Geertsema et al. 2019).

1.2.2 Frauenspezifische Form der Wohnungslosigkeit

Auch die Wohnungslosigkeit von Frauen ist im Vergleich zu derjenigen von Männern seltener sichtbar. Viele der betroffenen Frauen versuchen, ihre Notlage zu verbergen, um ihre gesellschaftliche Anerkennung und den Anschein von weiblicher „Normalität“ zu wahren, suchen private Lösungen, ohne sich an das Hilfesystem zu wenden, und kommen bei Verwandten, Freunden oder Bekannten unter (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019e; Enders-Drägässer und Sellach 2005, 2010; Enzendorfer und Scheckenbach 2015; Loibl und Corazza 2003; Rosenke 2017a).

Verdeckte Wohnungslosigkeit von Frauen ist mit verschiedenen Problemen verbunden. Sie kann die Entstehung eines Abhängigkeitsverhältnisses begünstigen, so dass nicht selten Zweckbeziehungen eingegangen oder Gegenleistungen dafür akzeptiert werden und das Risiko für Gewalterfahrung, Substanzmissbrauch oder Gelegenheitsprostitution erhöht ist. Diese Lebensform ist für die betroffenen Frauen oft außerordentlich belastend, und sie kehren nicht selten wiederholt in die Herkunftsfamilie oder die Partnerschaft zurück, aus der sie eigentlich aufgrund der Gewaltproblematik geflüchtet sind. Auch wenn sie nicht komplett obdachlos sind, leben sie oft in Verhältnissen, die sowohl psychisch als auch physisch schädlich sind (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019e; Enders-Drägässer und Sellach 2005, 2010; Enzendorfer und Scheckenbach 2015; Köppen und Schepler 2015; Loibl und Corazza 2003; Rosenke 2017a; Sellach und Enders-Drägässer 2000; Torchalla et al. 2004).

1.2.3 Frauenspezifischer Hilfebedarf

Wohnungslosenhilfe ohne frauengerechte Angebote wird nur selten von betroffenen Frauen wahrgenommen. Obwohl die Flucht aus der Gewalt zur Wohnungslosigkeit

geführt hat, kann in geschlechtergemischten Hilfsangeboten erneut die Gefahr der Gewaltproblematik bestehen (Enders-Drägässer und Sellach 2010).

Frauen brauchen niedrigschwellige Hilfsangebote in geschlechtergetrennten Einrichtungen, die ihnen Sicherheit und Schutz vor Dominanz und Gewalt von Männern sowie Intimität und Würde gewährleisten. Solche Schutzräume bieten eine grundlegende Versorgung und sind gleichzeitig Rückzugsmöglichkeit, der Ort für Privatsphäre, aber auch für ihr soziales Leben (Enders-Drägässer und Sellach 2010; Giffhorn 2017a; Loibl und Corazza 2003). Insbesondere für Frauen, die von Gewalt betroffen sind bzw. waren, sind ein ausschließlich weibliches Personal und sichere, nicht öffentlich gemachte Unterkünfte, die lediglich Frauen zur Verfügung stehen, von Bedeutung (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019e; Hauprich 2018).

Da mehr als jede zehnte wohnungslose Frau alleinerziehend ist, sind Hilfsangebote, die an Frauen mit Kindern angepasst sind, gefragt (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2012a, 2019e). Außerdem sollen betroffene Frauen ermutigt werden, Alternativen zum tradierten Rollenverständnis und Abhängigkeitsverhältnis zu finden und sich u. a. in Bezug auf sich selbst, die Familie und die Erwerbstätigkeit neu zu orientieren (Loibl und Corazza 2003).

Die Hilfsangebote für Wohnungsnotfälle werden nicht nur von Frauen, die sich bereits in Wohnungslosigkeit befinden, sondern auch von Frauen, die noch über eine Wohnung verfügen, in Anspruch genommen. Der Anteil solcher Frauen beträgt circa 30%, und Prävention der Wohnungslosigkeit hat hier eine große Bedeutung (Rosenke 2017a).

Der Bedarf an flächendeckenden Hilfsangeboten steigt durch die zunehmende Anzahl der weiblichen Wohnungslosen, insbesondere in ländlichen Regionen, wo wohnungslose Frauen unterversorgt sind (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019e; Hauprich 2018).

1.3 Wohnungslosenversorgung

1.3.1 Maßnahmen der Europäischen Union

Seit Mitte der 2000er Jahre werden verschiedene Strategien zur Bekämpfung der Wohnungslosigkeit auf Ebene der Europäischen Union entwickelt. Im Jahr 2009 wurde Wohnungslosigkeit vom Ausschuss für Sozialschutz der EU als Jahresschwerpunkt

gesetzt. 2010 wurde im Rahmen einer Konsensuskonferenz die *Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung* (*European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*, Akronym: *ETHOS*) von der *European Federation of National Organisations Working with the Homeless* (Akronym: *FEANTSA*) entwickelt, als gemeinsame Definition erstmals verwendet und zur Entwicklung von Strategien gegen Wohnungslosigkeit in den einzelnen europäischen Ländern aufgerufen (European Commission 2013).

Mit dem *Sozialinvestitionspaket (SIP)* unterstützt die EU die Mitgliedsländer bei der Stärkung der Fähigkeiten und Qualifikationen der Bevölkerung, der Erhöhung der Beteiligung an Gesellschafts- und Wirtschaftsleben und somit der Verbesserung der Produktivität der Gesellschaft (Europäische Kommission 2013). Konkret fördert die EU die Mitgliedsländer mit Mitteln aus dem *Europäischen Sozialfonds (ESF)* zur Verbesserung der Beschäftigung und Armutsbekämpfung, dem *Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)* zur Beseitigung von Ungleichheiten zwischen den verschiedenen Regionen und dem *Europäischen Hilfsfonds für die am stärksten von Armut betroffenen Menschen (EHAP)* (Busch-Geertsema 2016).

Die Verordnung über den EHAP wurde am 11. März 2014 zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung erlassen. Aus Mitteln des EHAP sollen lokale und regionale Projekte, die besonders benachteiligte neu zugewanderte Unionsbürger*innen, darunter Eltern mit Kindern bis zu sieben Jahren sowie Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Personen unterstützen, finanziert werden. Für die Umsetzung in Deutschland ist das *Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)* mit dem *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)* zuständig. Die erste Förderperiode vom 1. Januar 2014 bis 31. Dezember 2020 wurde mit einem Gesamtbudget von rund 93 Millionen Euro ausgestattet (85% EU-Mittel, 10% Bundesmittel und 5% Eigenmittel der Träger). Insgesamt werden 151 Projekte bundesweit mit diesem Hilfsfonds gefördert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2019; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2020).

Des Weiteren wurden bereits mehrere Studien und Projekte zur Wohnungslosigkeit durchgeführt, die mehrheitlich vom Unterprogramm *PROGRESS (Community Programme for Employment and Social Solidarity)* des *EU-Programms für Beschäftigung und soziale Innovation (EaSI)* gefördert wurden (Directorate-General for Employment

Social Affairs and Inclusion (European Commission) und Public Policy and Management Institute 2019; Fitzpatrick 2015).

Aktuell setzte sich die EU am 24. November 2020 das Ziel, bis 2030 Obdachlosigkeit in der EU zu beseitigen, und sprach mehrere Empfehlungen für die Mitgliedsländer aus. Dabei wurden u. a. die Umsetzung des *Housing First*⁷-Konzeptes und finanzielle Maßnahmen zur Bereitstellung sicherer Orte sowie die Verhinderung von Zwangsräumungen insbesondere während der COVID-19-Pandemie genannt (Europäisches Parlament 2020).

1.3.2 Maßnahmen der Bundesregierung Deutschland

Das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland kennt zwar kein explizites Recht auf Wohnen oder Wohnraum, nennt jedoch das Grundrecht auf Leben und die körperliche Unversehrtheit sowie die Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums bei Hilfebedürftigkeit (Bundesverfassungsgericht 2010). Somit haben hilfebedürftige Personen und Haushalte einen Rechtsanspruch auf umfassende Unterstützung, u. a. auf Unterkunft (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017; Wissenschaftliche Dienste 2019).

Konkret werden durch das Mindestsicherungssystem mit der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II, umgangssprachlich Hartz IV genannt, nach dem SGB II über das Jobcenter) und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Sozialhilfe nach dem SGB XII über das Sozialamt) die schlimmsten Auswirkungen von Armut, wie Wohnungslosigkeit, verhindert. Auch Mietschulden oder Energiekostenrückstände können unter bestimmten Voraussetzungen als Darlehen oder Beihilfe von Kommunen und Jobcentern übernommen werden, um Wohnungslosigkeit zu verhindern (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017).

Das Gesetz sieht allerdings bei Verletzung von Verhaltens-, Melde- oder Mitwirkungspflichten ohne wichtigen Grund Sanktionen vor. Aktuell beträgt die Sanktion

⁷ *Housing First* ist ein Ende des letzten Jahrtausends in den USA entstandenes Konzept der Obdachlosenversorgung, bei dem Obdachlose direkt in einer eigenen Wohnung untergebracht werden, ohne stufenweise Fortschritte verschiedener Wohnformen zu absolvieren. Zusätzlich können die Betroffenen bedarfsgerecht Beratungsangebote erhalten, ohne dazu verpflichtet zu werden. Dies wird heute in verschiedenen Ländern umgesetzt. Quelle: <https://housingfirsteurope.eu/assets/files/2017/12/housing-first-guide-deutsch.pdf> (zuletzt abgerufen am 16.04.2021)

maximal 30% des zustehenden Regelbedarfs für bis zu drei Monate, Kosten der Unterkunft werden dabei nicht gekürzt. Bis 2019 waren größere Kürzungen bis zum völligen Ausschluss möglich, insbesondere Sanktionen bei Kosten der Unterkunft führten häufig zur Problemlage. Diese Praxis wurde vom Bundesverfassungsgericht 2019 als verfassungswidrig gerügt (Bundesverfassungsgericht 2019). Die Gesetzesänderung wurde jedoch bis zum heutigen Zeitpunkt vom Gesetzgeber nicht umgesetzt. Insbesondere die Regelungen für Leistungsbezieher*innen unter 25 Jahren sind nicht klar beschrieben (Bundesagentur für Arbeit 2020a; Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019d).

Die Leistungen der Grundsicherung liegen regelmäßig unter der Armutsrisikoschwelle⁸ und trotz des Leistungsanstiegs wird die Einkommensspreizung angesichts der allgemeinen Wohlstandsentwicklung immer größer. Arbeitslosengeld-II beziehende Haushalte sind materiell häufig unterversorgt, finanziell schlecht gestellt und bei sozialer, politischer sowie kultureller Teilhabe stark benachteiligt. Insbesondere alleinerziehende Haushalte sind stark davon betroffen (Aust 2020; Schröder 2020).

Es besteht darüber hinaus die Möglichkeit, nach dem SGB XII individuelle Hilfen, wie beispielsweise Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, zu erhalten, um besondere Lebenslagen zu überwinden. Diese einkommens- und vermögensunabhängige Hilfe umfasst die Beratung und persönliche Unterstützung u. a. bei der Beschaffung bzw. dem Erhalt einer Wohnung, dem Erlangen eines Arbeitsplatzes oder der Bewältigung des Alltagslebens, aber auch bei gewaltgeprägten Lebensumständen oder bei Entlassung aus einer geschlossenen Einrichtung. Dies wird von den Behörden in den Ländern und den örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe geleistet (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017).

1.3.3 Maßnahmen des Landes Berlin

Die Verfassung von Berlin sieht das Recht auf angemessenen Wohnraum vor. Das Land fördert die Schaffung und Erhaltung von angemessenem Wohnraum, insbesondere für

⁸ Armutsrisikoschwelle ist definiert als 60% des Medians aller Nettoäquivalenzeinkommen. Quelle: <https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Glossareintraege/A/Armutsgefaehrungsschwelle.html> (zuletzt abgerufen am 17.11.2020)

Menschen mit geringem Einkommen, sowie die Bildung von Wohnungseigentum (Senatskanzlei Berlin 1995).

Das Allgemeine Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (ASOG) in Berlin stellt fest, dass für die Ordnungsaufgaben bei Obdachlosigkeit u. a. Bezirke örtlich und Polizei- und Ordnungsbehörden sachlich zuständig sind (Ruder 2015; Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung 2007, 2018). Konkret verpflichtet sich das Land Berlin, wohnungslose Menschen mit einer Notunterkunft zu versorgen, um unfreiwillige Obdachlosigkeit zu beseitigen sowie zu verhindern (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017). Die Nutzung des öffentlichen Raums durch unfreiwillige Obdachlosigkeit kann gegebenenfalls durch die Polizei- und Ordnungsbehörden im Sinne der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung unterbunden werden (Giffhorn 2017b).

Die aktuellen Leitlinien wurden im September 2019, 20 Jahre nach der Vorversion, beschlossen und dienen als Handlungsanleitung zur Prävention gegen Wohnungslosigkeit und zum Ausbau des Hilfesystems. Demnach ist die Wohnungsnotfallhilfe des Landes Berlin unterteilt in Regelversorgung und niedrigschwellige Angebote (siehe Abbildung 1). Die Regelversorgung besteht aus Leistungen nach dem SGB II sowie XII und ordnungsbehördlicher Unterbringung (sog. ASOG-Unterkünfte), niedrigschwelligen Angeboten aus Projekten im Rahmen des Integrierten Sozialprogramms und bezirklichen Angeboten (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2019b).

Das *Integrierte Sozialprogramm (ISP)* stellt die Förderung von Maßnahmen und Projekten zur Sicherung und Weiterentwicklung der sozialen Infrastruktur im Land Berlin dar. Der Bereich Wohnungslosenhilfe gehört zu den sechs Angebotsbereichen dieses Programms. Derzeit werden 26 Projekte der Wohnungslosenhilfe mit über acht Millionen Euro finanziert. Neben Existenzsicherung ist das Ziel auch, betroffene Menschen in die Regelversorgung zu integrieren. Dabei werden Kinder, junge Menschen im Verselbstständigungsprozess, Frauen und Familien als vulnerable Gruppen besonders berücksichtigt, und ihnen werden zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt (Senatsverwaltung für Integration Arbeit und Soziales 2017, 2019a).

Daneben existiert das *Integrierte Gesundheitsprogramm (IGP)*⁹, über welches das Land Berlin wichtige gesundheitliche, psychosoziale und gesundheitsbezogene soziale Projekte im Bereich der gesundheitlichen Prävention, Beratung und Versorgung fördert. Dies besteht aus den drei Handlungsfeldern „Besondere gesundheitliche Bedarfslagen“, „HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden“ und „Verbundsystem Drogen und Sucht“ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2017). Einige Projekte der Wohnungslosenhilfe werden teils hierüber finanziert (Runder Tisch 2018; Schwabow 2018).

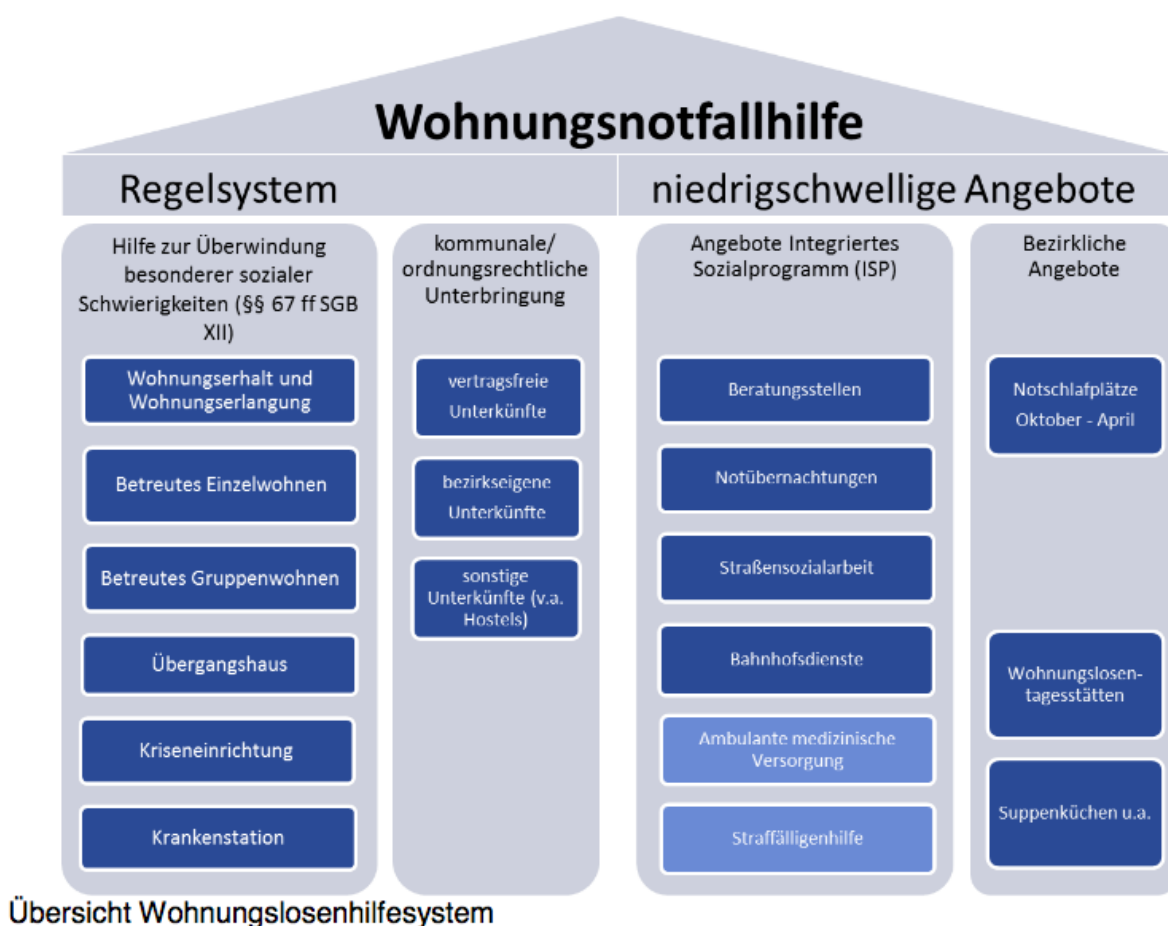


Abbildung 1: Übersicht des Wohnungslosenhilfesystems in Berlin

Quelle: Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin (2019)

⁹ Integriertes Gesundheitsprogramm (IGP) wurde zum 01.01.2021 vom Integrierten Gesundheits- und Pflegeprogramm (IGPP) abgelöst und um ein viertes Handlungsfeld – Altenhilfe, Pflege und hospizliche Strukturen – ergänzt. Quelle: <https://www.berlin.de/lageso/soziales/zuwendung/integriertes-gesundheitsprogramm/> (zuletzt abgerufen am 19.02.2021)

Darüber hinaus wurde im November 2017 gemeinsam von der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung das Entlassmanagement wohnungsloser Menschen aus der Klinik geregelt. In diesem wird explizit darauf hingewiesen, dass wohnungslose Menschen nicht in Notübernachtungen entlassen werden sollen, sondern Entlassungen solcher Patient*innen durch eine vorausgegangene Absprache mit den Sozialen Wohnhilfen in das Regelsystem der Bezirksämter, die eine Unterkunft sowie weiterführende Hilfen vermitteln, erfolgen sollen. Geschehen sollen Entlassungen außerdem nur zu Zeiten, in denen Ansprechpersonen im Unterstützungssystem erreicht werden (Deutscher PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V. 2018). In der Praxis wird dies jedoch bisher nur wenig umgesetzt (Runder Tisch 2018).

Die Maßnahmen gegen Wohnungsnotfälle werden umgesetzt durch die Fachstellen für Wohnungsnotfälle in allen zwölf Bezirken und zwölf Jobcentern, in der Regionaldirektion Berlin-Brandenburg der Bundesagentur für Arbeit, im Landesamt für Gesundheit und Soziales und in der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales in Kooperation mit den freien Trägern der Wohlfahrtspflege (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2019b).

Während der COVID-19-Pandemie wurde dazu die Obdachlosen-Taskforce gegründet, die mit dem vom Abgeordnetenhaus bewilligten Budget von 300.000 Euro zwei Einrichtungen als ganztägige Obdachlosenunterkünfte mit Vollverpflegung und Sozialberatung betreibt und insgesamt 200 betroffene Menschen versorgt. Dabei sind 12 ehemalige obdachlose Menschen als Obdachlosenlotsen engagiert, die über das Modellprojekt *Solidarisches Grundeinkommen (SGE)*¹⁰ eingestellt und bezahlt werden (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2020b).

Um das von der EU festgelegte Ziel, bis 2030 die Obdachlosigkeit zu beseitigen, zu erreichen, wird ein Masterplan benötigt. Dafür werden aktuell verschiedene Strategien zur Ermöglichung bezahlbaren Wohnens diskutiert. Ansätze sind: Erhöhung des Anteils an Wohnungen landeseigener Wohnungsbaugesellschaften, Verhinderung des Wohnraumverlustes und Zwangsräumung, Zentralisierung des Unterbringungssystems

¹⁰ Das Solidarische Grundeinkommen ist ein bundesweit einmaliges Modellprojekt, das arbeitslosen Menschen sozialversicherte, unbefristete und faire Arbeitsverhältnisse bietet und den Abbau der Langzeitarbeitslosigkeit erzielt. Quelle: <https://www.berlin.de/sen/arbeit/beschaeftigung/solidarisches-grundeinkommen/> (zuletzt abgerufen am 14.01.2021)

mit Qualitätssicherung im Rahmen des Projekts *Gesamtstädtische Steuerung der Unterbringung (GstU)* oder Flexibilisierung der Leistungstypen (Bachner 2020; Breitenbach und Fischer 2021).

Nicht zuletzt wird die Entwicklung einer mehrstufigen Berliner Wohnungsnotfallstatistik angestrebt, auf deren Grundlage eine kurz-, mittel- und langfristige Wohnungsnotfallstrategie erarbeitet werden kann (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2019b). In diesem Rahmen fand am 29./30.01.2020 die Nacht der Solidarität statt, in der eine Straßenzählung durchgeführt wurde (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2020a).

1.3.4 Niedrigschwellige Angebote der freien Träger in Berlin

Auch auf Landesebene wurde erkannt, dass niedrigschwellige Angebote notwendig sind, um wohnungslose Menschen direkt zu erreichen, die (Wieder-)Eingliederung in das Regelsystem zu befördern und Versorgung zu ergänzen (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2019b). In Berlin gibt es zahlreiche niedrigschwellige Angebote der freien Träger, die unterschiedliche Rechtsformen haben, wie gemeinnützige Vereine, gemeinnützige Gesellschaften (gGmbH) oder Stiftungen. Dabei spielt die LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege eine vertretende Rolle. Finanziert werden die Hilfsangebote auch mit unterschiedlichen Mitteln aus ISP, EHAP, bezirklichen Mitteln, Eigenmitteln, Spenden oder als Modellprojekt (LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Berlin 2019).

Angeboten wird sowohl existenzsichernde Hilfe als auch beratende Hilfe. Konkret zählen dazu Beratungsstellen, die teils Postadressen für einen Briefverkehr bieten, Notübernachtungen mit rund 300 Schlafplätzen (davon rund 60 ausschließlich für Frauen und rund 75 für Familien mit Kindern), Hygieneangebote, Straßensozialdienste, Bahnhofsdienste, ambulante medizinische Versorgung, Krankenwohnungen, Wohnungslosentagesstätten, Suppenküchen, *Housing First*¹¹ und Buslinien für Wohnungslose. Teilweise gibt es diese Angebote auch explizit für Frauen, wie zum Beispiel *Housing First*, Notunterkünfte, psychologische Beratung und ein Duschmobil

¹¹ In Berlin wird *Housing First* seit 2018 als dreijähriges Modellprojekt der Berliner Stadtmission und der Neue Chance gGmbH umgesetzt. Quelle: <https://housingfirstberlin.de> (zuletzt abgerufen am 06.07.2020)

(LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Berlin 2019; Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2019b).

Seit Oktober 2018 ermöglicht die Clearingstelle für nichtkrankenversicherte Menschen, die vom Land Berlin gefördert wird, den betroffenen Menschen durch die Vermittlung einer Krankenversicherung oder alternativ durch Vereinbarungen mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten den Zugang zur medizinischen Regelversorgung (hil/aerzteblatt.de 2020; Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2018). Mit dem Kostenübernahmeschein der Clearingstelle ist sogar seit April 2020 die Behandlung bei allen niedergelassenen Hausärzten möglich, die die festgelegte Behandlungspauschale über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) abrechnen können (hil/aerzteblatt.de 2020).

Darüber hinaus gibt es zwischen Oktober und April die sogenannte Berliner Kältehilfe, die von freien Trägern mit Hilfe von Ehrenamtlichen organisiert und mit Landesmitteln und Spenden finanziert wird. Diese Kältehilfe umfasst rund 1.000 Schlafplätze in Kältehilfenotübernachtungen und Nachtcafés (Notübernachtung für einzelne Nächte) sowie Kälte- und Wärmebusse, die telefonisch erreicht werden können und Menschen ohne Unterkunft aufsuchen, versorgen und kostenlos transportieren. Außerdem werden Informationen zu allen Einrichtungen und Angeboten im Kältehilfewegweiser in mehreren Sprachen zur Verfügung gestellt (Koordinierungsstelle der Berliner Kältehilfe 2021; Das offizielle Hauptstadtportal 2020; Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2019b).

1.3.5 Ambulante medizinische Versorgung in Berlin

Der Anfang medizinischer Wohnungslosenversorgung in Berlin geht auf die 90er Jahre zurück. Als das älteste Projekt bietet die Caritas-Ambulanz für Wohnungslose seit 1992 im Ortsteil Charlottenburg kostenlose, unbürokratische Hilfe (Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V. 2012). Im Laufe der Jahre wurden mehrere Projekte in verschiedenen Bezirken gegründet und zahlreiche wohnungslose Menschen werden täglich medizinisch behandelt. Dies umfasst medizinische Anlaufstellen sowie aufsuchende Versorgung wie das Arztmobil. Ihre Finanzierung ist allerdings häufig nicht dauerhaft gesichert, sondern auf Spenden sowie Ehrenamtliche angewiesen (Rosenke 2017b).

Während das Land Berlin im Rahmen des ISP einige der medizinischen Projekte für wohnungslose Menschen fördert, dürfen Menschen ohne versicherungsrechtliche Ansprüche, wie beispielsweise zugewanderte Unionsbürger*innen, nicht von den hierüber geförderten Projekten versorgt werden, was ethisch fragwürdig ist. Diese Versorgungslücke wird rein von den spendenfinanzierten Projekten übernommen (Runder Tisch 2018).

Aus dieser unbefriedigenden Situation wurde im Jahr 2014 der *Runde Tisch* auf Initiative der GEBEWO Soziale Dienste Berlin gGmbH sowie des Caritasverbandes für das Erzbistum Berlin e. V. gegründet, um von der Politik ein neues Finanzierungssystem zu fordern. Beteiligt sind unabhängig von den Finanzierungswegen alle medizinisch sowie zahnmedizinisch versorgenden Einrichtungen für Wohnungslose in Berlin (Runder Tisch 2018). Dazu zählen:

- Caritas-Arztmobil und Caritas-Ambulanz für Wohnungslose
- Praxis am Stralauer Platz der GEBEWO pro gGmbH
- Obdachlosenpraxis und TagesTreff Weitlingstraße des Humanistischen Verbands Deutschlands (HVD)
- Malteser Hilfsdienst e. V. – Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung
- Ambulanz der Berliner Stadtmission (Ambulanz, Pflegezimmer, Straßenambulanz)
- Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Regionalverband Berlin, Kälteambulanz
- Medibüro. Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen
- Fixpunkt e. V., basismedizinische Angebote für Menschen mit Drogen- und Suchtproblemen
- Jenny De la Torre Stiftung
- open.med Berlin (Eine Kooperation von Medizin Hilft e. V. und Ärzte der Welt e. V.)

1.3.6 Jenny De la Torre Stiftung

Die Jenny De la Torre Stiftung ist eine gemeinnützige Stiftung zur medizinischen Versorgung obdachloser Menschen in Berlin, die sich vollständig durch Spenden finanziert. Sie wurde 2002 von Dr. med. Jenny De la Torre Castro gegründet, die bereits in den 90er Jahren begann, am Berliner Ostbahnhof obdachlose Menschen medizinisch zu behandeln. Im September 2006 wurde das Gesundheitszentrum für Obdachlose

(GZO) im Bezirk Mitte eröffnet, welches als eigenständige medizinische Praxis obdachlose sowie wohnungslose Menschen kostenlos medizinisch behandelt und betreut. In dieser spezialisierten medizinischen Versorgung engagieren sich wöchentlich fünf bis zehn ehrenamtliche Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten (Augenheilkunde, Dermatologie, Innere Medizin, Orthopädie und Zahnmedizin) sowie einige Unternehmen aus den Bereichen Labormedizin und Zahntechnik, die bei der Diagnostik und der zahnmedizinischen Behandlung unterstützen. (<https://www.delatorrestiftung.de/gesundheitszentrum.html>)

Neben medizinischer Versorgung werden diverse andere Leistungen angeboten. Dazu gehören psychologische, soziale sowie juristische Beratung, Speiseversorgung, Kleiderkammer, Dusche und Friseur. Veranstaltungen wie das Sommergartenfest oder das Weihnachtsessen in familiärer Atmosphäre schenken Patient*innen Zuwendung, Akzeptanz und ein Stück soziales Leben.

Das Ziel der Stiftung ist, Betroffene durch das unbürokratische, ganzheitliche Vorgehen Wärme und Geborgenheit zu bieten und einen Neuanfang zu ermöglichen, aber auch Wohnungslosigkeit/Obdachlosigkeit vorzubeugen (Jenny De la Torre Stiftung o. J.).

1.4 Wohnungslosigkeit und Gesundheit

1.4.1 Krankenversicherung

In Deutschland gilt seit 2007 für die gesetzliche (GKV) und seit 2009 für die private Krankenversicherung (PKV) eine allgemeine Krankenversicherungspflicht, so dass niemand aus einer Krankenversicherung ausgeschlossen werden kann (Fachausschuss Gesundheit 2010). Damit Versicherte auch bei Zahlungsunfähigkeit weiterhin versichert bleiben und vor Überschuldung geschützt werden, gibt es seit 2013 verstärkte Maßnahmen wie den Erlass der Beitragsrückstände oder die Senkung des Säumniszuschlags (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 2013). Beim Bezug von Arbeitslosengeld II übernimmt das Jobcenter die monatlichen Beiträge für die Versicherten in der GKV, für die Versicherten in der PKV besteht die Möglichkeit, einen Zuschuss zu erhalten, der grundsätzlich die Hälfte des Basistarifs beträgt (Bundesagentur für Arbeit 2020b). Beim Bezug von Arbeitslosengeld I ist die Bundesagentur für Arbeit für den Krankenkassenbeitrag zuständig (Bundesagentur für

Arbeit 2019b). Die Zahl der Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, die im Jahr 2007 rund 200.000 betrug, sank seit der Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht kontinuierlich (Statistisches Bundesamt 2008, 2015, 2016, 2020c).

Auf der anderen Seite werden jedoch durch diese Pflichtversicherung mit obligatorischer Anschlussversicherung, durch die mögliche Versorgungslücken vermieden werden sollen, hohe Beitragsschulden verursacht. Für die betroffenen Menschen bewirkt dies eine zusätzliche Barriere zur medizinischen Versorgung (Rosenke 2017b). Es gibt Krankenkassen, die die Mitgliedschaft verweigern und keine Versichertenkarten ausstellen, wenn Beitragsschulden bestehen (Trabert 2016). Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung haben bei Beitragsschulden lediglich Versicherungsschutz für medizinische Notfalleistungen und nicht für elektive Maßnahmen (Fachausschuss Gesundheit 2010), Versicherte in der privaten Krankenversicherung werden in den Notlagentarif umgestuft, der Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft bietet. Für Kinder und Jugendliche bestehen Sonderregeln (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 2013).

Dennoch gibt es Menschen in Deutschland, für die die Aufnahme bzw. Rückkehr in die Krankenversicherung eine zu hohe Hürde darstellt und die nicht krankenversichert sind. Das waren 61.000 Menschen im Jahr 2019, was einem Anteil von 0,07% der Gesamtbevölkerung entspricht. Besonders betroffen waren Selbstständige und Erwerbslose. Frauen machten 36% aus, und der Anteil der Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit betrug 46% (Statistisches Bundesamt 2020c, 2020e). Fehlender Krankenversicherungsschutz verhindert zudem häufig den beruflichen Wiedereinstieg (Kaps et al. 2019).

Aufgrund der Tatsache, dass Menschen ohne Aufenthaltstitel oder wohnungslose Menschen ohne Meldeadresse in der genannten Statistik nicht berücksichtigt wurden, wird außerdem eine weitaus höhere Dunkelziffer vermutet (Ärzte der Welt 2020). Der Anteil der Nichtversicherten unter wohnungslosen Menschen wird von verschiedenen Studien zwischen 16% (von Streit et al. 2019) und 54% (Lange et al. 2015) angegeben. In verschiedenen Bundesländern beraten seit einigen Jahren zunehmend mehr Clearingstellen für nichtkrankenversicherte Menschen, um durch Vermittlung einer

Krankenversicherung die Versorgung im Regelsystem zu ermöglichen (Die Beauftragte des Bundes für Migration, Flüchtlinge und Integration 2020).

1.4.2 Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Der ungedeckte medizinische und zahnmedizinische Versorgungsbedarf ist abhängig vom Alter, Erwerbsstatus, Einkommen, Bildungsniveau und dem Vorliegen eines Migrationshintergrundes. Mittleres Lebensalter, Erwerbslosigkeit, geringeres Einkommen sowie Bildungsniveau und Migrationshintergrund sind Faktoren, die die Nichtinanspruchnahme medizinischer Versorgung begünstigen (Hollederer und Wildner 2018; Schindel, Kleyer, und Schenk 2020).

Wohnungslose Menschen nehmen seltener eine medizinische Versorgung im Regelversorgungssystem in Anspruch. Gesundheitliche Vorsorge findet in der Regel nicht statt. Häufig mangelt es nicht nur am Krankenversicherungsschutz oder der Zahlungsfähigkeit der Zuzahlungen, sondern Betroffene sehen auch lange Wartezeiten als Barriere, schämen sich für ihre Situation oder ihren Hygienezustand und trauen sich nicht, einen Arzt aufzusuchen. Viele hält das Misstrauen durch bereits gemachte negative Erfahrungen von einem Arzt fern, oder die aufwendige tägliche Sicherstellung von Nahrung und Schlafplatz lässt für den Arztbesuch nur eine nachrangige Priorität. Nicht zuletzt spielen begrenzte Krankheitseinsicht, niedrige Compliance oder fehlende Sprachkenntnisse eine Rolle (Fachausschuss Gesundheit 2003, 2010; Hwang 2001; Kaduszkiewicz et al. 2017; Lange et al. 2015; Rosenke 2017b; Runder Tisch 2018; Schindel et al. 2020; Trabert 2016; Völlm, Becker, und Kunstmann 2004).

Dies führt häufig zu einem vermehrten Aufsuchen von Rettungsstellen sowie der Entwicklung schwerer Krankheitsverläufe, die eine stationäre Behandlung erfordern und enorme Kosten verursachen (Fazel et al. 2014; Folsom et al. 2005; Hwang 2001; Hwang et al. 2013; Kaduszkiewicz et al. 2017; Runder Tisch 2018; Schindel et al. 2020). Insbesondere wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen besuchen häufiger Rettungsstellen (Fazel et al. 2014; Kushel, Vittinghoff, und Haas 2001).

Berechnungen aus Großbritannien und Kanada zeigen, dass durch dieses Verhalten die Krankenhausbehandlungskosten Wohnungsloser ungefähr das Vierfache einer vergleichbaren Bevölkerungsgruppe betragen (Department of Health Office of the Chief Analyst 2010; Hwang et al. 2013). In den katholischen Krankenhäusern in Berlin

verdreifachten sich die auflaufenden Außenstände von 2012 bis 2016, die durch Behandlungen nichtkrankenversicherter, mittelloser Patient*innen entstanden, und betragen 2016 mehr als 1,5 Millionen Euro (Runder Tisch 2018). Die Zählung im Rahmen der Nacht der Solidarität zeigte ebenfalls, dass bis zu 29,5% der Patient*innen in psychiatrischen Kliniken in Berlin wohnungslos sind (Forschungsnetzwerk Wohnungslosigkeit und Gesundheit an der Charité 2020).

Der wirtschaftliche Druck im Gesundheitssystem und die beschriebene finanzielle Belastung führen auf der anderen Seite teils dazu, dass nichtkrankenversicherte, mittellose Patient*innen vor Erreichen einer vollständigen Genesung frühzeitig entlassen werden. Das Entlassmanagement, das nicht nur die ambulante Weiterversorgung sicherstellen, sondern auch die Entlassung auf die Straße verhindern müsste, fehlt in vielen Fällen (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2018; Rosenke 2017b; Runder Tisch 2018).

Auf diesen Problemfeldern engagieren sich die zielgruppenspezifischen niedrigschwelligen Angebote, um Versorgungslücken zu schließen (Fachausschuss Gesundheit 2003). Ambulante medizinische Versorgung bietet generell eine Grundversorgung. Eine fachärztliche Weiterbehandlung ist allerdings meistens nicht vorgesehen, doch der Bedarf an internistischen und orthopädischen (Schindel et al. 2020) sowie zahnmedizinischen, augenärztlichen, psychotherapeutischen, psychiatrischen und suchtmmedizinischen Behandlungen ist besonders groß (Rosenke 2017b).

In der Primärversorgung wohnungsloser Menschen ist eine detaillierte, zeit- und kostenintensive Abklärung, insbesondere im Rahmen der Erstvorstellung häufig nicht möglich oder erforderlich. Viel wichtiger bei diesem Kollektiv ist, dass die Diagnosestellung und Therapie gezielt symptomorientiert und möglichst innerhalb einer Konsultation abgeschlossen werden. Beispielsweise ist eine Antibiotikatherapie, die über mehrere Tage dauert, weniger geeignet, da aufgrund der fehlenden Alltagsstrukturen in der Wohnungslosigkeit und der unter wohnungslosen Menschen häufiger beobachteten kognitiven Beeinträchtigungen (Bäumli et al. 2017; Burra, Stergiopoulos, und Rourke 2009) die Adhärenz und die Compliance nicht selten vermindert sind. Außerdem ist das Vertrauen von Wohnungslosen in die Behandelnden bei der Erstvorstellung noch nicht aufgebaut und Patient*innen sind gegenüber den Behandelnden überaus vorsichtig und sogar ablehnend (Rosenke 2017b). Wohnungslose Patient*innen verhalten sich dadurch häufig ungeduldig und sind kurz angebunden. Es muss davon ausgegangen werden,

dass der Behandlungskontakt nur einmalig ist (Fachausschuss Gesundheit 2003). Von den Behandelnden ist gefragt, schnell die beste Kommunikations- sowie Therapieform für jede Patientin bzw. jeden Patienten zu wählen und zu handeln, bevor die ohnehin vage Zugänglichkeit des Betroffenen wieder abbricht. Um eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient*innen und Behandelnden aufzubauen, ist die Kontinuität der Behandlung durch ein bestimmtes Personal und ganzjährig zur Verfügung stehenden Versorgungsangeboten von Bedeutung (Lange et al. 2015; Rosenke 2017b).

Neben der medizinischen Primärversorgung zielen niedrigschwellige Angebote darauf ab, die betroffenen Menschen in das Regelsystem zu (re-)integrieren. Dazu dient ein Behandlungsmodell mit unterschiedlichen Stufen von Straßenbesuchen zur Kooperation mit Partnern im Regelversorgungssystem. Die Nähe zum Lebensumfeld der betroffenen Menschen ist dabei auf allen Stufen unabdingbar (Fachausschuss Gesundheit 2003).

Es ist bekannt, dass strukturelle Barrieren auch die Versorgung nichtwohnungsloser Patient*innen aus sozial schwachen Verhältnissen erschweren und diese zu niedrigschwelligen medizinischen Versorgungsangeboten für wohnungslose Menschen führen (Meidl et al. 2012; Rosenke 2017b; Trabert 2016).

Die Kombination von medizinischer Versorgung und Sozialarbeit hat einen positiven Effekt, da ein Kontakt mit dem einen Angebot den Kontakt mit dem jeweils anderen Angebot begünstigen kann (Rosenke 2017b).

1.4.3 Gesundheitszustand

Wohnungslose Menschen haben einen schlechten Gesundheitszustand (Bäumli et al. 2017; Fazel et al. 2014; Kaduszkiewicz et al. 2017; Rosenke 2017b; Trabert 2016). Sie weisen erhöhte Mortalität (Fazel et al. 2014; Hwang 2001; Roncarati et al. 2018) sowie Morbidität für bestimmte Krankheiten (Fazel et al. 2014) auf, auch Multimorbidität kommt vermehrt vor (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2018; Fachausschuss Gesundheit 2003). Besonders häufig beobachtet werden Erkrankungen des Atmungssystems, des Verdauungssystems, des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparates, der Haut, der Leber, Verletzungen, Infektionskrankheiten, psychische Erkrankungen, insbesondere substanzgebundene Störungen, und Zahnerkrankungen (Bauer 2012; Bäumli et al. 2017; Fazel et al. 2014; Hwang 2001; Jahn und Brönnner 2014; Schindel et al. 2020; Trabert 2016).

Die hier genannten Erkrankungen lassen sich in zwei Gruppen einteilen: Zum einen die, die in der gesamten Bevölkerung häufig vorkommen, zum anderen die, die spezifisch bei Wohnungslosen häufiger zu beobachten sind. Repräsentativ für die erste Gruppe sind vor allem Erkrankungen des Atmungssystems, die mit 18,2% aller Diagnosen am häufigsten in der hausärztlichen Primärversorgung diagnostiziert wurden, gefolgt von Erkrankungen des Bewegungsapparates mit 16,1% (Laux et al. 2010). Die sogenannten Wohlstandserkrankungen wie Adipositas oder Hypertonie kommen heute auch unter wohnungslosen Menschen häufiger vor als vor zwanzig Jahren (Bäumler et al. 2017). Zur zweiten Gruppe gehören Hauterkrankungen, Lebererkrankungen, Verletzungen, Infektionskrankheiten und psychische Erkrankungen, inklusive substanzgebundene Störungen (Fazel et al. 2014; Schindel et al. 2020). Hauterkrankungen werden besonders in Straßenobdachlosigkeit häufiger beobachtet (Schindel et al. 2020).

Verletzungen sind häufig durch Sturz, Kälte, Verbrennungen, Vergiftungen, Angriffe und selbstverletzendes Verhalten verursacht und seltener durch Verkehrsunfälle (Fazel et al. 2014). Durch Gewalt gegenüber wohnungslosen Menschen entstandene Verletzungen werden regelmäßig beobachtet (Giffhorn 2017a; Trabert 2016).

Hinsichtlich der Infektionskrankheiten werden in Studien meist Tuberkulose, Hepatitis C und HIV fokussiert untersucht. Auch wenn teils sehr unterschiedlich hohe Häufigkeiten in einzelnen Studien genannt werden, zeigen sie insgesamt höhere Raten als in der Allgemeinbevölkerung (Fazel et al. 2014). Daneben werden parasitäre Krankheiten wie Skabies oder Pedikulose häufig unter wohnungslosen Menschen diagnostiziert (Bauer 2012).

Psychische Erkrankungen sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich häufiger und weisen eine hohe Prävalenz auf. Vor allem substanzgebundene Störungen ragen mit einer mehrfachen Erhöhung gegenüber der Allgemeinbevölkerung heraus (Fazel et al. 2014; Fichter, Quadflieg, und Cuntz 2000; Jahn und Brönner 2014; Salize et al. 2006; Schreiter et al. 2017; Trabert 2016). Psychische Erkrankungen, substanzgebundene Störungen und Wohnungslosigkeit beeinflussen sich wechselseitig (Schreiter et al. 2017) und bilden auch mit Arbeitslosigkeit und anderen gesundheitlichen Problemen häufig eine Interdependenz (Trabert 2016). Eine aktuelle Studie aus einer psychiatrischen Klinik in Berlin zeigt höhere Prävalenzraten von substanzgebundenen Störungen und psychischen Erkrankungen unter wohnungslosen Patient*innen im Vergleich zu nichtwohnungslosen Patient*innen (Schreiter et al. 2019). Einerseits erhöhen diese

Erkrankungen das Risiko von Wohnungslosigkeit, werden andererseits aber auch in der Wohnungslosigkeit verschärft (Duke und Searby 2019; Fazel et al. 2014). Die SEEWOLF-Studie aus München zeigte, dass psychische Erkrankungen bei 66% bereits vor der Wohnungslosigkeit vorlagen, bei 21% erst nach dem Beginn der Wohnungslosigkeit und bei 13% gleichzeitig mit Beginn der Wohnungslosigkeit auftraten (Reifferscheid 2019). Psychische Erkrankungen und substanzgebundene Störungen stehen weiterhin im Zusammenhang mit einem frühen Beginn der Wohnungslosigkeit (Cambioli et al. 2016).

Die Komorbidität einer psychischen Erkrankung und einer substanzgebundenen Störung (Doppeldiagnose) wird oft beobachtet (Hwang 2001). Wohnungslose Menschen mit Doppeldiagnose gelten als besonders gefährdete Personengruppe (Sun 2012) mit erschwerter Rehabilitation (Duke und Searby 2019).

Psychische Erkrankungen und selbstverletzendes Verhalten sind nicht selten mit Missbrauchserfahrungen in der Vergangenheit assoziiert (Fazel et al. 2014). Substanzgebundene Störungen sind nicht nur mit Armut, sondern auch häufig mit Gewalterfahrungen und Kriminalität verbunden (Küfner 2010). Insbesondere nach dem Konsum von Alkohol ist die Hemmschwelle reduziert, was zur Gewaltausübung führen kann (Küfner 2010). Auch das Risiko für Verletzungen ist durch Alkoholkonsum erhöht (Gmel et al. 2009; Rehm et al. 2003).

Darüber hinaus wird ein Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und kognitiven Defiziten vermutet (Burra et al. 2009).

Als Gründe für die hohen gesundheitlichen Risiken werden sowohl eine für Wohnungslosigkeit spezifische Lebenssituation mit fehlenden Coping-Strukturen, Vereinsamung und Isolation als auch eine individuelle, mangelnde Bewältigungsstrategie von traumatischen biografischen Ereignissen und psychosozialen Belastungen, wie Beziehungskonflikte (insbesondere bei Frauen), Suchtproblematik oder Verlust der Arbeit, genannt. Auch individuelles Risikoverhalten hinsichtlich Substanzkonsum, Ernährung und Übernachtungssituation, aber auch strukturelle Bedingungen wie Krankenversicherungsschutz beeinflussen die Gesundheit wohnungsloser Menschen. Die Faktoren können sich additiv oder sogar teils potenzierend negativ auswirken (Trabert 2016).

Der Vergleich von Erkrankungshäufigkeiten in verschiedenen Studien ist dennoch nur eingeschränkt möglich, da sich die Studien methodisch unterscheiden, z. B. bei

Rekrutierungsbedingungen, in Alters- und Geschlechterzusammensetzung, gesundheitlichen Risikofaktoren oder durch diagnostische Methoden, und somit große Heterogenität aufweisen (Fazel et al. 2008, 2014; Schindel et al. 2021).

Häufig werden in Studien minderjährige und junge Erwachsene sowie Frauen ausgeschlossen oder nur in geringem Umfang eingeschlossen. Auch die Repräsentativität wohnungsloser Menschen mit Migrationshintergrund ist sehr unterschiedlich (Schindel et al. 2020). Dabei sind die genannten Gruppen jedoch als besonders vulnerabel identifiziert und ihre Größenzunahme ist dokumentiert (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2020; Gerull 2018a; Schindel et al. 2020). Es besteht Bedarf an gruppenspezifischer Forschung.

1.5 Fragestellung

Da eine bundesweite systematische Datengrundlage zu Wohnungslosigkeit in Deutschland noch nicht etabliert ist, beruhen die Erkenntnisse über die sozialmedizinischen Auswirkungen der Wohnungslosigkeit insgesamt und insbesondere der von Frauen nur auf einzelnen Untersuchungen, häufig auf der Basis begrenzter Daten (Bäumli et al. 2017; Greifenhagen und Fichter 1997; Torchalla et al. 2004). Dabei sind Frauen in Wohnungsnot wahrscheinlich von komplexeren Problemlagen betroffen, aber auch eher bereit, sich an das Hilfesystem zu wenden, wenn Hilfsangebote den Bedürfnissen von Frauen entsprechen. Das macht betroffene Frauen auch sichtbar (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2012c).

Dies bekräftigt den Bedarf für eine geschlechts- und situationsspezifische medizinische Versorgung für wohnungslose Frauen (Fachausschuss Gesundheit 2003). Auch wird die Relevanz einer geschlechtsspezifischen Betrachtung größer, da die Zahl wohnungsloser Frauen steigt (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2020).

Um die Datenlage zur sozialen und medizinischen Lage von wohnungslosen Menschen zu verbessern, wurde am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité - Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit der Jenny de la Torre-Stiftung der Projektbereich "Street Health" initiiert. In dessen Rahmen sollte der umfangreiche Datenbestand zur sozialen und medizinischen Lage sowie zum Verlauf unter Versorgungsbedingungen im Gesundheitszentrum der Jenny de la Torre-Stiftung explorativ ausgewertet werden (Bauer 2012; Knörle et al. 2022; Meyer 2009;

Tinnemann et al. 2014). Übergeordnete Zielsetzung des Projektbereichs ist, zu einem tieferen Verständnis der gesundheitlichen Bedürfnisse wohnungsloser Menschen beizutragen, um gezielte Ansätze zur Bewältigung ihrer gesundheitlichen Probleme zu ermöglichen.

Im Fokus dieser Dissertation steht die Subgruppe der im GZO versorgten wohnungslosen Frauen. Zum Patientinnenkollektiv des GZO gehören im Gegensatz zu der regulären Sozialberatung der Wohnungslosenhilfe auch Frauen in verdeckter Wohnungslosigkeit, die sich sonst nicht aktiv an das Hilfesystem wenden. Die Kooperation mit dem GZO ermöglicht eine umfangreiche Beschreibung inklusive dieser sonst schwer erreichbaren Frauen.

Im Folgenden werden medizinische, soziale und gesellschaftliche Herausforderungen von wohnungslosen Frauen beschrieben und analysiert. Konkret werden folgende Fragen gestellt:

1. Welcher Anteil der Patientinnen ist aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen?
2. Durch welche soziodemografischen Merkmale sind die wohnungslosen Frauen gekennzeichnet und wie wirken sich diese Merkmale aus?
 - Wie ist die Altersverteilung und wie wirkt diese sich aus?
 - Woher kommen die wohnungslosen Frauen? Gibt es Unterschiede, zwischen den deutschen und den nichtdeutschen wohnungslosen Frauen?
 - Wie ist der Familienstand? Welcher Anteil der Patientinnen hat Kinder?
 - Über welche schulische und berufliche Bildung verfügen sie? Wie ist die Erwerbssituation?
 - Womit bestreiten sie ihren Lebensunterhalt?
 - Bei wie vielen Patientinnen besteht ein Krankenversicherungsschutz?
3. Seit wann, wie lange und warum sind die Frauen wohnungslos? Wo leben sie aktuell?
4. Durch welche anamnestischen Merkmale sind die wohnungslosen Frauen gekennzeichnet? Stehen diese im Zusammenhang mit den soziodemografischen Merkmalen oder der Dauer der Wohnungslosigkeit?
5. Wie ist die medizinische Versorgungssituation der wohnungslosen Frauen?
 - Nehmen sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

- Wann waren sie zuletzt bei einem Arzt?
 - Wann wurden sie zuletzt gegen Tetanus geimpft?
 - Wurden sie während ihrer Wohnungslosigkeit stationär behandelt? Wenn ja, was war die Indikation?
6. Durch welche klinischen Merkmale sind die wohnungslosen Frauen gekennzeichnet? Stehen diese im Zusammenhang mit den soziodemografischen Merkmalen oder der Dauer der Wohnungslosigkeit?
- Gibt es saisonale Schwankungen bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten?
 - Welches Symptom hat sie zum Gesundheitszentrum geführt?
 - Was wurde diagnostiziert?
7. Welcher soziale und gesundheitliche Hilfebedarf besteht bei den wohnungslosen Frauen?

2 Methodik

2.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine retrospektive Kohortenstudie. Diese fand im Rahmen einer Kooperation zwischen dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité – Universitätsmedizin Berlin und dem Gesundheitszentrum für Obdachlose (GZO) der Jenny De la Torre Stiftung, befindlich in der Pflugstraße 12 im Bezirk Mitte von Berlin, statt (siehe Kap. 1.3.6). Im Rahmen der Studie erfolgte eine deskriptive und explorative Sekundärdatenanalyse auf der Basis von Routinedokumentation über die Patientinnenversorgung im GZO.

2.2 Studienpopulation und Studienzeitraum

Die Studienpopulation besteht aus allen wohnungslosen, weiblichen Patientinnen des GZO, die sich dort in den ersten 5 Jahren ab der Eröffnung am 06.09.2006 vorstellten (Tabelle 2).

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienpopulation aus dem GZO der Jenny De la Torre Stiftung

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ● Weibliches Geschlecht ● Bestehende Wohnungslosigkeit bei Erstkontakt ● Vorstellung im Gesundheitszentrum für Obdachlose der Jenny De la Torre Stiftung in Berlin ● Erstvorstellung im Zeitraum von September 2006 bis September 2011
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ● Männliches Geschlecht ● Fester Wohnsitz bei Erstkontakt

2.3 Datenerhebung

Als Routinedatenquellen lagen die allgemeinmedizinischen Patientinnenakten inklusive eines standardisierten Anamnesebogens vor. Bei jeder Erstvorstellung werden persönliche Informationen sowie medizinische Befunde im Rahmen der Anamneseerhebung und einer körperlichen Untersuchung fortlaufend durch das medizinische Personal des GZO (Ärzt*innen, Pflegepersonal, Medizinstudierende in Famulatur) erhoben und handschriftlich protokolliert.

- Routinedatenquelle I war der standardisierte Anamnesebogen. Dieser wurde von der Gründerin der Stiftung, Dr. med. Jenny De la Torre Castro, speziell für wohnungslose Patient*innen konzipiert und beinhaltet sowohl soziodemographische als auch medizinische Informationen. Über die standardisierte Befragung hinausgehende, frei geäußerte Informationen werden als Freitext im Anamnesebogen ergänzt.
- Routinedatenquelle II war die handschriftliche Dokumentation in den Patientenakten. Diese unterteilt sich in aktuelle Anamnese, Befunde der körperlichen Untersuchung, Diagnose, Therapie und Verlauf.

Die Kommunikation im GZO erfolgt in deutscher Sprache. Wenn dies nicht oder nur eingeschränkt möglich ist, werden Gespräche auf Englisch und selten auch auf Spanisch geführt.

- Für die Sekundärdatenanalyse wurden die Routinedaten I und II wie folgt ergänzt: Medizinische Informationen wie Vorerkrankungen, Allergien, Beratungsanlässe und Behandlungsdiagnosen wurden mithilfe der *International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)* (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2020) codiert.
- Regelmäßig eingenommene Medikamente wurden mittels der *Anatomisch-Therapeutisch-Chemische-Klassifikation (ATC-Klassifikation)* (GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) 2015) codiert.

Nicht leserliche Informationen wurden aus den Routinedatenquellen nicht übernommen, sondern als fehlende Werte akzeptiert. Im Fall von fehlenden Daten wurde dies als „keine Angabe“ eingegeben. Die erfassten Variablen sind übersichtlich und in Gänze in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Erfasste soziodemografische, anamnestische und klinische Variablen bei der Studienpopulation aus dem GZO der Jenny De la Torre Stiftung (k. A. = keine Angabe)

Variablen	Variablenkategorien
Soziodemographische Variablen	
Laufende Nr. des Datensatzes	Ein- bis dreistellige Nummer
Geschlecht	Männlich; weiblich; k. A.
Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ; k. A.
Alter	Alter in Jahren
Geburtsort	Land; Bundesland; k. A.
Staatsangehörigkeit	Deutsch; EU; Nicht-EU; k. A.
Ausweis	Ja; nein; k. A.
Familienstand	Ledig; verheiratet; geschieden; verwitwet; k. A.
Kinder	Ja; nein; k. A.
Anzahl der Kinder	Anzahl
Familienkontakt	Ja; nein; k. A.
Höchster Bildungsabschluss	Kein Abschluss; Hauptschule; Realschule/POS; Abitur; Universität/Hochschule; k. A.; letzte Schulklasse als Bemerkung
Letzte Berufstätigkeit	Genauere Beschreibung im Freitext; nie berufstätig; k. A.
Soziodemographische Variablen	
Lebensunterhalt	Arbeitslosengeld II; Sozialhilfe; Arbeitslosengeld I; Rente; Gelegenheitsarbeit; Betteln; Flaschen sammeln; Zeitung verkaufen; Unterstützung durch Familie oder Freunde; kein Einkommen; k. A.
Krankenversicherung	Ja; nein; k. A.
Arbeitslos seit	TT.MM.JJJJ; k. A.
Wohnungslosigkeit	
Wohnungslos	Ja; nein; k. A.
Wohnungslos: Seit	TT.MM.JJJJ; k. A.
Wohnungslos: Warum	Freitext
Übernachtungsstelle (orientiert an den ETHOS-Kriterien, FEANTSA 2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Im Freien (ETHOS Kategorie 1) • Öffentliche Einrichtungen (ETHOS Kategorien 2-7) • Freunde/Bekannte (ETHOS Kategorie 8-10) • Überdacht unsicher/unangemessen (ETHOS Kategorien 11-13) • keine feste Übernachtungsstelle • keine Angabe genaue Beschreibung als Bemerkung
Medizinische Variablen	
Somatische Vorerkrankungen	Bis zu fünf Angaben mit ICD-Code
Psychische Erkrankungen	Ja; nein; k. A.
Psychische Erkrankungen: Welche	Bis zu fünf Angaben mit ICD-Code
Selbstverletzung	Ja; nein; k. A.
Substanzgebundene Störungen	Ja; nein; k. A.
Substanzgebundene Störungen: Welche	Bis zu fünf Angaben mit ICD-Code
Entzugstherapie	Ja; nein; k. A.
Allergie	Bis zu drei Angaben mit ICD-Code

Fortsetzung Tabelle 3	
Variablen	Variablenkategorien
Inanspruchnahme medizinischer Versorgung	
Medikamente	Ja; nein; k. A.
Medikamente: Welche	Bis zu fünf Angaben mit ACT-Code; Namen oder Gruppe von Präparaten
Letzter Arztbesuch	< 3 Monate; < 1 Jahr; 1 - 5 Jahre; 6 - 10 Jahre; > 10 Jahre; k. A.
Letzte Tetanusimpfung	TT.MM.JJJJ; k. A.
Krankenhausaufenthalte	Ja; nein; k. A.
Krankenhausaufenthalte: Grund	ICD-Code
Behandlungsdaten	
Datum Erstvorstellung	TT.MM.JJJJ
Beratungsanlässe	Bis zu fünf Angaben mit ICD-Code
Behandlungsdiagnosen	Bis zu fünf Angaben mit ICD-Code

2.4 Datenmanagement

Bei der Betreuung wohnungsloser Patient*innen im GZO sind Patient*innen nicht dazu gezwungen, ihren echten Namen zu nennen oder ein Ausweisdokument vorzulegen. Einige verwenden ein Pseudonym, welches sie sich selber auswählen, oder geben im GZO ausschließlich ihre Vornamen an. In den jeweiligen Routinedatenquellen sind in diesen Fällen nur die selbst gewählten Pseudonyme oder Vornamen vermerkt.

Für die Datenerfassung, -verarbeitung, -speicherung und -analyse im Rahmen der vorliegenden Studie wurde jeder Routinedokumentation eine laufende Datensatznummer zugeteilt. Diese ein- bis dreistelligen Nummern wurden bei der Durchnummerierung konsekutiv zugeteilt und enthalten in sich keine Informationen zur Person.

Die elektronische Erfassung der handschriftlich dokumentierten Routinedaten aus den Routinedatenquellen erfolgte durch Mitarbeitende des GZO in einer Datenbank mithilfe des Programms Microsoft Access 2003, welche vom Institut für Sozialmedizin vorbereitet und zur Verfügung gestellt wurde. Die so erfassten Daten wurden zur Datenauswertung an das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité – Universitätsmedizin Berlin weitergegeben und dort auf dem Server des Instituts für die weitere Analyse gespeichert. Eine Rückbeziehung der Datensatznummern auf die Patientinnen war durch die Doktorandin und die weiteren Mitarbeitenden des Instituts nicht möglich, da die Schlüsselliste mit der Zuordnung der Nummern zu den Dokumenten mit personenbezogenen Informationen im GZO verblieb. Alle als Primärquellen

verwendeten Dokumente (Krankenakte, Anamnesebogen) sind ausschließlich im GZO verschlossen aufbewahrt, ebenso und getrennt davon die Schlüsselliste.

2.5 Datenauswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mittels IBM® SPSS® Statistics Version 26 für Mac. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet und dargestellt. Alle Ergebnisse in Zahlenwerten wurden bis auf Korrelationskoeffizient und Signifikanz auf eine Nachkommastelle gerundet. Die Analyse war insgesamt explorativ mit deskriptiver Darstellung verschiedener Strata der wesentlichen Variablen.

Als Beobachtungsjahr wurde jeweils der Zeitraum vom 6. September bis zum 5. September des Folgejahres festgelegt. Die Auswertungen mit Stratifizierung nach Beobachtungsjahr beziehen sich somit auf die Zeiträume vom 6.9.2006 bis 5.9.2007 und analog bis zum 5.9.2011.

Für die deskriptive Darstellung soziodemografischer Merkmale der Patientinnen wie Alter, familiärer Situation, höchstem Bildungsabschluss, Form der Wohnungslosigkeit sowie Einkommensquellen wurden Altersstrata von jeweils einer Dekade gebildet (10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 Jahre). Gruppenvergleiche erfolgten nach Bildung von 2 Altersstrata ("jüngere" versus "ältere" Patientinnen, aufgeteilt nach dem Altersmedian der Gesamtgruppe).

Für die explorative Analyse der Assoziation von Herkunft der Patientinnen mit den Variablen Bildungsabschluss, Erwerbstätigkeit, Erhalt von Transfer- und Sozialversicherungsleistungen wurden zunächst die Strata deutsch versus nicht-deutsche Herkunft gebildet. Weitere Analysen verwendeten die Strata deutsche Herkunft, Herkunft aus EU-13-Ländern (vor den Erweiterungsrounden ab 2004, hier genannt "alte EU-Länder") und Herkunft aus neuen EU-Ländern nach der EU-Osterweiterung (hier genannt "neue EU-Länder"). Ein statistischer Vergleich erfolgte zwischen diesen Herkunftsgruppen deutsch und nicht-deutsch. Für die Untersuchung einer eventuellen Veränderung der Kohorte nach der EU-Osterweiterung erfolgte ein statistischer Vergleich zwischen erstem und zweitem Beobachtungsjahr hinsichtlich der drei Strata deutsch, alte EU-Länder und neue EU-Länder.

Die Darstellung der Einnahmequellen zum Lebensunterhalt der Frauen erfolgte deskriptiv unter Berücksichtigung der Möglichkeit für mehrere Einkunftsquellen gleichzeitig. Ein statistischer Gruppenvergleich erfolgte unter Bildung der Strata "unter 20 Jahre alt", "über 60 Jahre alt" und "im erwerbsfähigen Alter" (die Altersdekaden 20 bis 59 Jahre alt) sowie unter Bildung der beiden Altersstrata "jünger" und "älter" (unter und über Altersmedian). Ebenso erfolgte ein statistischer Gruppenvergleich zwischen den Gruppen deutsch und nicht-deutsch.

Die Dauer der Wohnungslosigkeit wurde für die Datenanalyse in Tage umgerechnet und die Kohorte nach den Kategorien "eine Woche", "mehr als eine Woche bis zu einem Monat", "mehr als ein Monat bis zu einem Jahr", "mehr als ein Jahr bis zu 5 Jahre", "mehr als 5 Jahre bis zu 10 Jahren" und "mehr als 10 Jahre" stratifiziert. Die Analyse der Korrelation zwischen Dauer der Wohnungslosigkeit und Alter bei Erstvorstellung im GZO erfolgte unter Verwendung dieser Kategorien und den Altersdekaden.

Für die Analyse der Häufigkeit psychischer Erkrankungen wurden ebenfalls die Altersdekaden und die o.g. Kategorien der Dauer der Wohnungslosigkeit verwendet. Psychische Erkrankungen wurden unterschieden in die drei Kategorien "psychische Erkrankung ohne substanzgebundene Störung", "psychische Erkrankung mit substanzgebundener Störung, aber ohne Nikotinabhängigkeit" und "psychische Erkrankung mit substanzgebundener Störung inkl. Nikotinabhängigkeit". Statistische Gruppenvergleiche der Häufigkeit psychischer Störungen erfolgten für die zwei Gruppen "jünger" versus "älter" (unter/über Altersmedian) sowie für die Gruppen "deutsch" versus "nicht-deutsch". Gruppenvergleiche zum Suchtverhalten erfolgten für die Gruppen "deutsch", aus "altem EU-Land", aus "neuem EU-Land" sowie aus Land außerhalb der EU.

Schließlich wurden somatische Diagnosen, regelmäßige Medikamenteneinnahmen und Tetanusimpfstatus deskriptiv ausgewertet und Zusammenhänge zu Krankenversicherungsstatus und Versorgungsintensität im GZO analysiert. Ein statistischer Vergleich der Häufigkeit bestimmter somatischer Erkrankungen und Verletzungen erfolgte für die Gruppen "Schlafen im Freien" und "Schlafen in Innenräumen". Hierfür wurden die Variablen der ETHOS-Kategorien 2-13 (siehe Tabelle 3) zu einer Kategorie zusammengefasst.

Für die Untersuchung möglicher saisonaler Schwankungen der Vorstellung der Patientinnen im GZO wurden zunächst die Temperaturmittelwerte jedes Monats im Beobachtungszeitraum von der Messstation Berlin Tegel als der nächstgelegenen Temperaturmessstation im Archiv des Deutschen Wetterdienstes abgerufen. Aus allen jeweils gleichen Kalendermonaten wurde über die 5 Beobachtungsjahre ein Mittelwert gebildet (Bsp. Mittelwert aus den 5 Temperaturmittelwerten Januar 2007, 2008, 2009, 2010, 2011). Dieser neu gebildete Mittelwert wurde mit der Anzahl der Erstvorstellungen im GZO korreliert.

Aufgrund des Studiendesigns wurden lediglich unverbundene Stichproben gemessen und verglichen. Metrische Variablen wurden mittels Shapiro-Wilk-Test und graphischer Auswertung mit Histogrammen auf Normalverteilung getestet. Da in keinem Fall eine Normalverteilung vorlag, wurden Gruppenunterschiede nur anhand des Mann-Whitney-Tests verglichen. Die Korrelation wurde mittels Pearson-Korrelationstest (metrische Variablen) oder χ^2 -Test (kategoriale bis ordinale Variablen) getestet.

Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgesetzt, gewertet wurde generell die zweiseitige Signifikanz. In Tabellen wurde ein signifikanter Unterschied mit *(signifikant $p < 0,05$), ** (hoch signifikant $p < 0,01$) bzw. *** (höchst signifikant $p < 0,001$) markiert.

2.6 Ethische und rechtliche Aspekte

Da im Rahmen der Studie eine Sekundärdatenanalyse von Routinedokumentation medizinischer Versorgung durchgeführt wurde, war eine Beratung durch eine Ethikkommission nicht erforderlich. Die Routinedokumentation im GZO sowie der Umgang mit personenbezogenen Informationen erfolgte ausschließlich durch Mitarbeitende des GZO, die auch an der Versorgung der Patientinnen beteiligt waren.

3 Ergebnisse

3.1 Wohnsituation aller Patientinnen

Zwischen dem 06.09.2006 und dem 05.09.2011 stellten sich insgesamt 333 Frauen erstmals im GZO vor. Davon 19,0% (n=63) gaben an, einen festen Wohnsitz zu haben. Diese stellten sich im GZO vor wegen fehlender Krankenversicherung (49%, n=31), drohender Wohnungslosigkeit oder weil sie die Praxisgebühr¹² nicht zahlen konnten (4=keine Angabe). Abbildung 2 zeigt die Anteile der Nichtwohnungslosen während der fünfjährigen Studienzeit. In der vorliegenden Arbeit wurden in der Folge nur die Routedaten der 266 Patientinnen analysiert, die zum Zeitpunkt der Erstvorstellung wohnungslos waren.

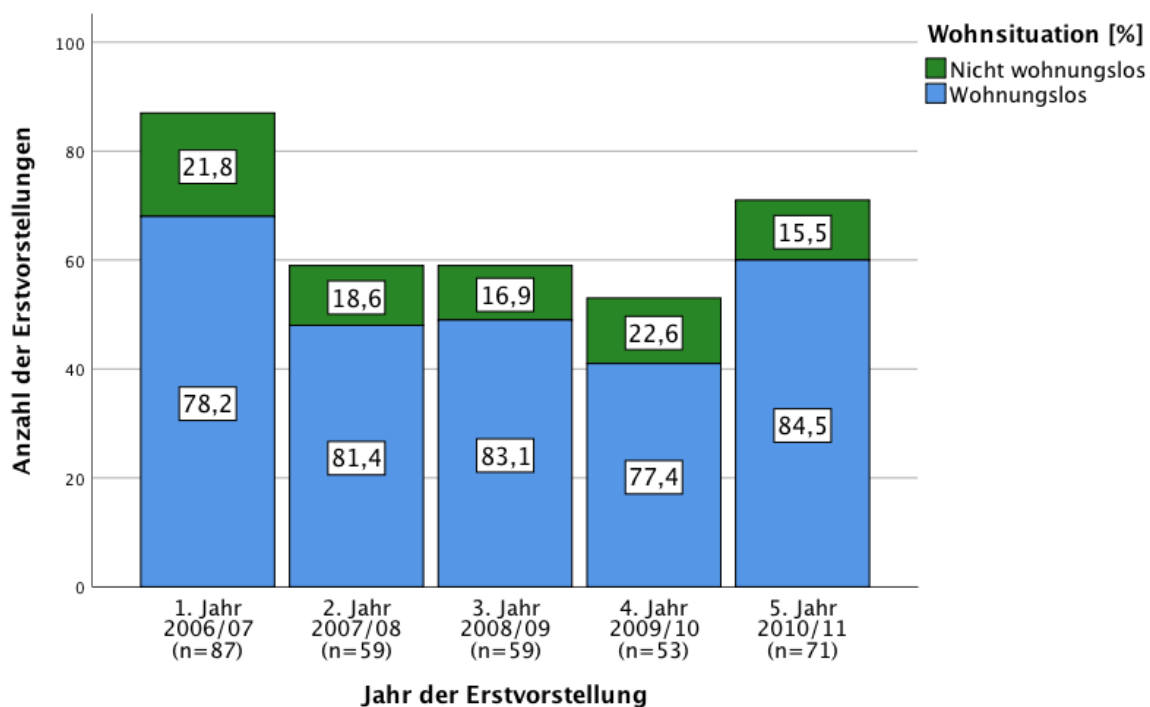


Abbildung 2: Anzahl der Erstvorstellungen aller Patientinnen nach Jahren und Wohnsituation innerhalb des Studienzeitraums (N=329)

¹²Die Praxisgebühr war eine zwischen 2004 und 2012 einmal pro Quartal erhobene Zuzahlung von 10 € für gesetzlich Krankenversicherte, die Ärzte, Zahnärzte oder Psychotherapeuten ohne Überweisungsschein aufsuchten. Quelle: https://aok-bv.de/lexikon/p/index_00170.html (zuletzt abgerufen am 09.03.2021)

3.2 Soziodemografische Charakteristika

Die soziodemografischen Charakteristika der in die Datenanalyse einbezogenen 266 wohnungslosen Patientinnen sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Soziodemografische Charakteristika der Studienpopulation der wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=266)

	n	%
Alter		
10 - 19 Jahre	33	12,4
20 - 29 Jahre	71	26,7
30 - 39 Jahre	45	16,9
40 - 49 Jahre	69	25,9
50 - 59 Jahre	34	12,8
60 Jahre und älter	10	3,8
Keine Angabe	4	1,5
Herkunft		
Deutschland	199	74,8
EU-Mitgliedstaaten (ohne Deutschland)	35	13,2
• „Neue“ EU-Mitgliedstaaten*	25	
• „Alte“ EU-Mitgliedstaaten	10	
Andere Länder	16	6,0
Keine Angabe	16	6,0
Familienstand		
Ledig	145	54,5
Verheiratet	26	9,8
Geschieden	47	17,7
Verwitwet	6	2,3
Keine Angabe	42	15,8
Anzahl der Kinder		
Kein Kind	141	53,0
Mindestens 1 Kind	90	33,8
Keine Angabe	35	13,2
Familienkontakt		
Besteht	72	27,1
Abgebrochen	73	27,4
Keine Angabe	121	45,5
Bildungsabschluss		
Niedrig (kein Abschluss, Hauptschule)	70	26,4
Mittel (Realschule/Polytechnische Oberschule)	60	22,6
Hoch (Abitur, Universität/Fachhochschule)	36	13,6
Keine Angabe	100	37,6

* Länder, die nach dem Jahr 2004 in die EU beigetreten sind: Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn, Zypern, Bulgarien, Rumänien und Kroatien.

3.2.1 Alter

Die 266 wohnungslosen Patientinnen des GZO waren bei der ersten Vorstellung zwischen 15 und 69 Jahre alt (Median 34,0; MW 35,5; SD 13,5). 9 (3,4%) Patientinnen waren minderjährig und stellten sich ohne erwachsene Begleitperson vor. 256 (96,2%) Patientinnen waren im erwerbsfähigen Alter (15 bis 65 Jahre) und 6 (2,3%) Patientinnen im Rentenalter (>65 Jahre). Die Lebensjahre der Patientinnen zeigten eine bimodale Verteilung (Abbildung 3). Der erste Gipfel war in den frühen Zwanzigern und der zweite zwischen 40 und 50 Jahren.

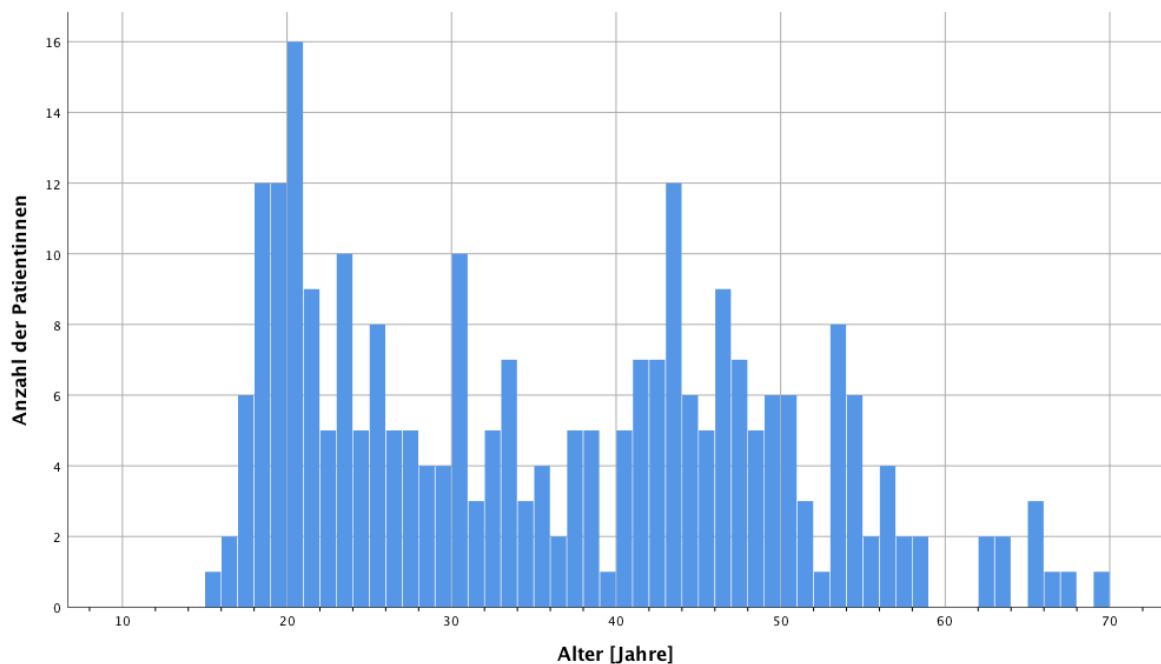


Abbildung 3: Altersverteilung der Studienpopulation der wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)

3.2.2 Herkunft

Die Patientinnen kamen aus insgesamt 27 verschiedenen Nationen. 74,8% (n=199) besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit, davon waren 26,1% (n=52) gebürtige Berlinerinnen. Patientinnen aus Polen bildeten mit 7,6% die größte Gruppe unter Patientinnen mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Aus einem Staat mit überwiegend muslimischer Bevölkerung gab es nur eine Patientin.

Der Wegfall der Grenzkontrolle infolge der Ost-Erweiterung des Schengen-Raums fiel in den Dezember 2007, also in das 2. Jahr des Studienzeitraums. Dies führte jedoch nicht zu einem signifikanten Anstieg von Patientinnen aus den „neuen“ Mitgliedstaaten der EU ($p=0,736$). 194 (72,9%) Patientinnen besaßen ein gültiges Ausweisdokument, wobei dieser Anteil bei deutschen und nichtdeutschen Patientinnen in etwa gleich war. Bei 51 (9,2%) fehlte ein Ausweisdokument und 21 (7,9%) machten keine Angabe dazu.

3.2.3 Familiäre Situation

Die Daten wurden analog zur zweigipfeligen Altersverteilung des Kollektivs nach dem Median aufgeteilt: Zu der jüngeren Gruppe gehörten 132 Patientinnen bis 34 Jahre (Median 23; MW 23,8; SD 5,2 Jahre), zu der älteren Gruppe 130 Patientinnen über 34 Jahre (Median 46; MW 47,3; SD 7,6 Jahre; $n=4$, keine Angabe). Es zeigte sich, dass jüngere Patientinnen signifikant häufiger ledig waren ($n=96$ von 132, 72,7%) als ältere Patientinnen ($n=48$ von 130, 36,9%) ($p<0,001$) und ältere Patientinnen signifikant häufiger geschieden waren ($n=41$ von 130, 31,5%) als jüngere Patientinnen ($n=6$ von 132, 4,5%) ($p<0,001$) (Abbildung 4).

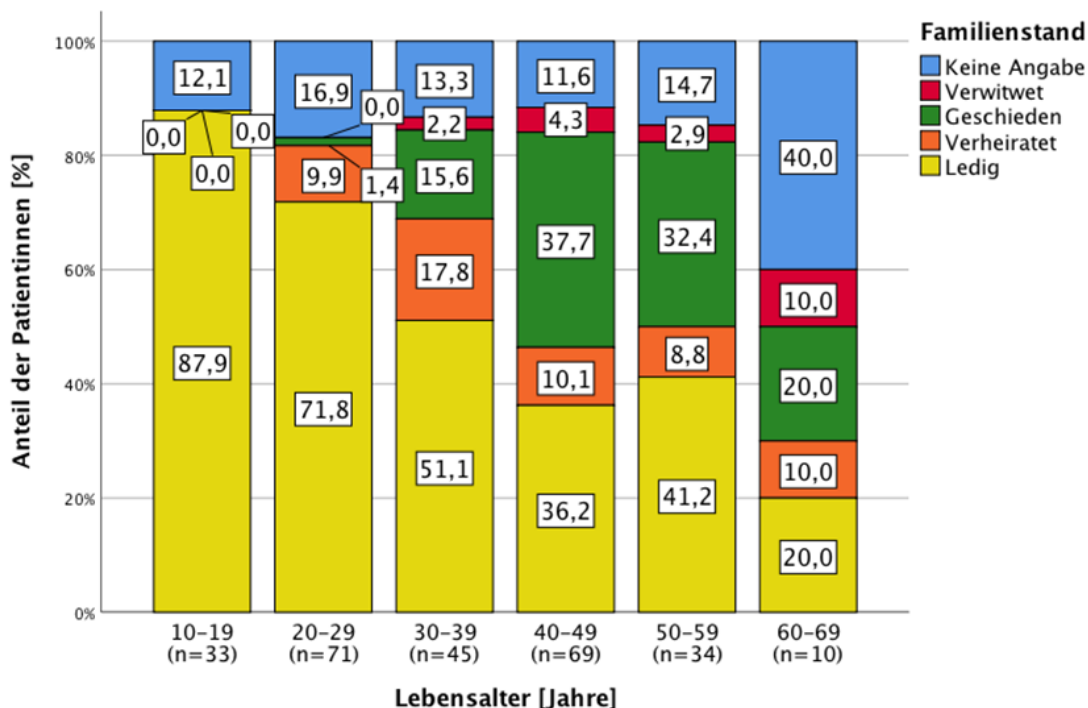


Abbildung 4: Familienstand nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)

Die Anzahl wohnungsloser Patientinnen in der siebten Lebensdekade war mit 10 Frauen gering, womit sich der Trend der vorangegangenen Altersdekaden fortsetzte.

3.2.4 Bildung und Beruf

Von den Patientinnen hatten 10,2% (n=27) keinen Schulabschluss. Eine Patientin besuchte die Schule nur bis zur 3. Klasse, 2 Patientinnen bis zur 6. Klasse und 19 Patientinnen bis zur 8. Klasse. Eine Patientin war zum Zeitpunkt der Erstvorstellung noch Schülerin. 8 Patientinnen besuchten eine Sonderschule. Die jüngeren Patientinnen bis 34 Jahre (n=132) verfügten über insgesamt niedrigere Bildungsabschlüsse als die älteren Patientinnen über 34 Jahre (n=130) ($p=0,041$) (Abbildung 5). Nichtdeutsche Patientinnen hatten höhere Bildungsabschlüsse als Patientinnen deutscher Herkunft ($p=0,006$) (Abbildung 6). 55 (20,7%) gaben während des Anamnesegesprächs an, keine abgeschlossene Ausbildung zu haben und 3 (1,1%) noch in der Ausbildung zu sein. Keine Patientin gab an, aktuell erwerbstätig zu sein. Bei 10,9% (n=29) lag die Dauer der Arbeitslosigkeit bei bis zu einem Jahr, 37,6% (n=100) befanden sich in Langzeitarbeitslosigkeit. Weitere 10,9% (n=29) waren noch nie berufstätig.

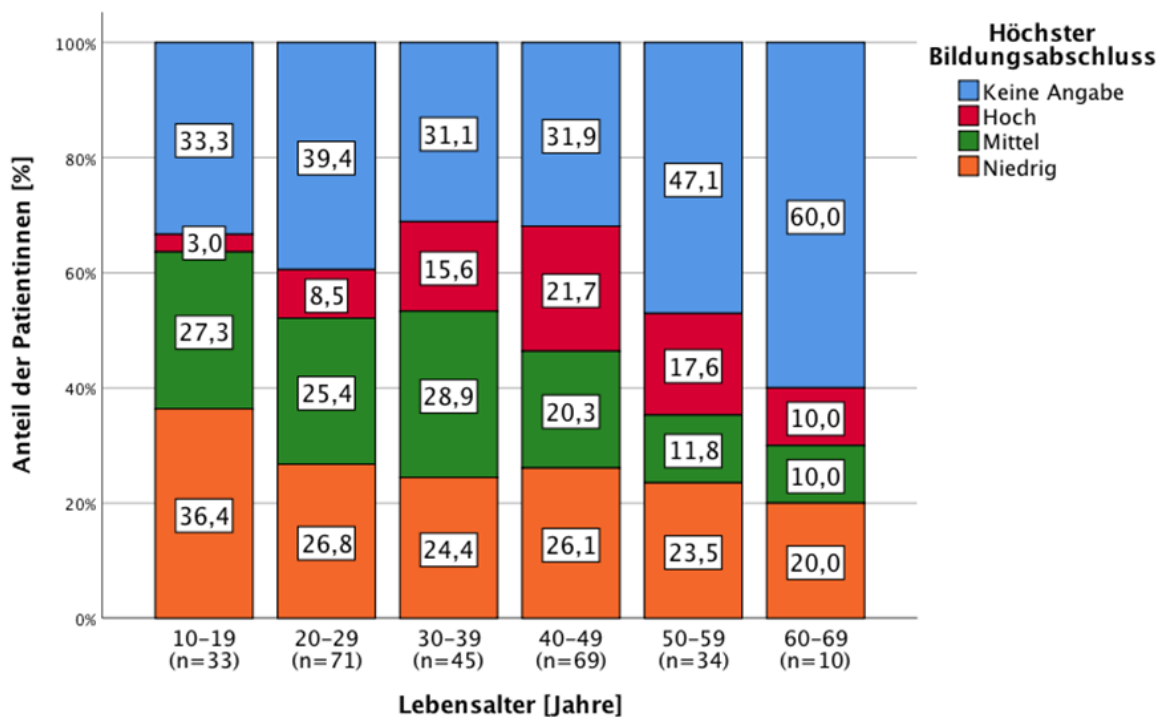


Abbildung 5: Höchster Bildungsabschluss nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)

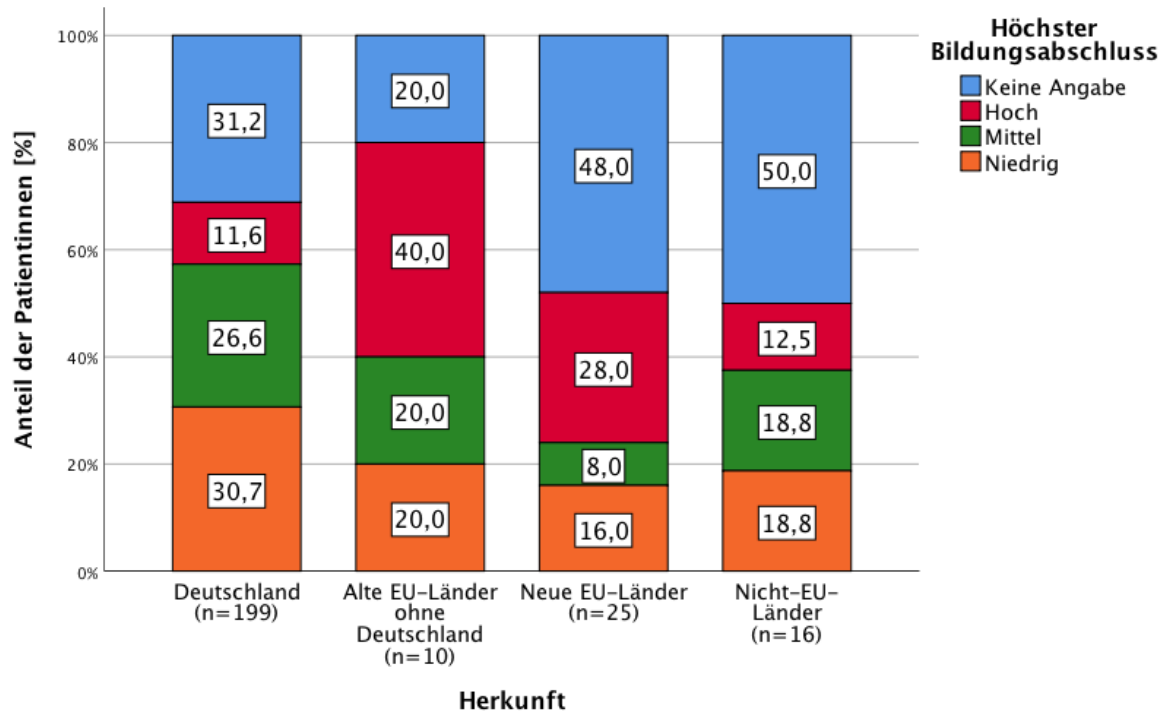


Abbildung 6: Bildungsabschluss nach Herkunft bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=250)

3.2.5 Lebensunterhalt

135 (50,8%) der Patientinnen machten Angaben zu ihrem Lebensunterhalt. In Tabelle 5 ist die Zusammensetzung des Lebensunterhalts unter Berücksichtigung der Mehrfachnennungen in der Übersicht aufgeführt. 8 Patientinnen gaben an, über keinerlei Lebensunterhalt zu verfügen. Von den Patientinnen, die angaben zu betteln oder Flaschen zu sammeln, gaben etliche an, ALG II zu erhalten, Gelegenheitsarbeit auszuüben oder Zeitungen zu verkaufen.

87 (32,7%) von allen wohnungslosen Patientinnen bezogen regelmäßig Gelder aus staatlichen Transferleistungen (n=51: ALG II, n=12: Sozialhilfe) oder aus einer Sozialversicherung (n=3: ALG I, n=23: Rente¹³), bei weiteren 35 (13,2%) war dies beantragt. 10 (3,8%) Patientinnen hatten in der Vergangenheit eine Transferleistung erhalten, die aber im Verlauf gestrichen bzw. gesperrt wurde.

¹³ Altersrente, Witwenrente, Erwerbsunfähigkeitsrente (bis 31.12.2000), Erwerbsminderungsrente (ab 01.01.2001)

Transferleistungen wurden in den Altersgruppen Patientinnen über 60 Jahre (keine von 10 Patientinnen, $p=0,003$) und Patientinnen unter 20 Jahren (4 von 33 Patientinnen (12,1%), $p=0,129$) im Vergleich zu den anderen Altersdekaden seltener bezogen (Abbildung 7). Gelder aus einer Sozialversicherung erhielten ältere Patientinnen über 34 Jahre häufiger ($n=14$ von 130, 10,8%) als jüngere Patientinnen bis 34 Jahre ($n=1$ von 132, 0,8%) ($p<0,001$, Abbildung 8).

Nichtdeutsche Patientinnen bezogen seltener Transferleistungen ($n=4$ von 51, 7,8%) als Patientinnen deutscher Herkunft ($n=57$ von 199, 28,6%) ($p=0,003$, Abbildung 9). Die Verteilung des Bezugs von Geldern aus einer Sozialversicherung zeigt ebenfalls einen niedrigeren Anteil von nichtdeutschen Patientinnen ($n=2$ von 51, 3,9%) im Vergleich zu Patientinnen deutscher Herkunft ($n=22$ von 199, 11,1%) ($p=0,015$, Abbildung 10), wobei die 2 nichtdeutschen Patientinnen, die Gelder aus einer Sozialversicherung bezogen, beide aus den alten EU-Mitgliedstaaten stammen.

3.2.6 Krankenversicherung

Bei 121 Patientinnen (45,5%) lag ein Krankenversicherungsschutz vor und bei 138 (51,9%) fehlte dieser. 7 Patientinnen (2,6%) machten keine Angabe dazu. Patientinnen bis 19 Jahre waren signifikant häufiger krankenversichert ($n=24$ von 33, 72,7%) als Patientinnen ab der 3. Altersdekade (30% bis 45% ($p=0,003$, Abbildung 11)). Nichtdeutsche Patientinnen hatten seltener eine Krankenversicherung ($n=8$ von 51, 15,7%) im Vergleich zu deutschen Patientinnen ($n=107$ von 199, 53,8%) ($p<0,001$, Abbildung 12). Patientinnen, die eine Transferleistung erhielten, waren häufiger krankenversichert ($n=54$ von 63, 85,7%) als Patientinnen ohne Transferleistung $n=26$ von 72, 36,1%) ($p<0,001$).

Tabelle 5: Zusammensetzung des Lebensunterhalts bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (Mehrfachnennungen möglich). Zeile 1: 50 der 266 Patientinnen hatten als alleinigen Lebensunterhalt Arbeitslosengeld II (ALG II), eine Patientin hatte zusätzlich Einkommen aus Betteln. Die weiteren Zeilen sind analog zu lesen.

	ALG II	Rente*	Betteln	Sozialhilfe	Gelegenheitsarbeit**	Flaschen sammeln	Zeitung verkaufen	Familie/Freunde	ALG I	Sonst	Kein Einkommen
ALG II	50		1								
Rente		21		2							
Betteln	1		11		1	1					
Sozialhilfe		2		10							
Gelegenheitsarbeit			1		7						
Flaschen sammeln			1			4	1				
Zeitung verkaufen						1	4				
Familie/Freunde								4			
ALG I									3		
Sonst										8	
Kein Einkommen											8
Insgesamt	51	23	14	12	8	6	5	4	3	8	8

*Rente enthält Altersrente, Witwenrente, Erwerbsunfähigkeitsrente (bis 31.12.2000), Erwerbsminderungsrente (ab 01.01.2001). **Als Gelegenheitsarbeit wurden 1 Prostitution und 1 Reinigungsarbeit angegeben.

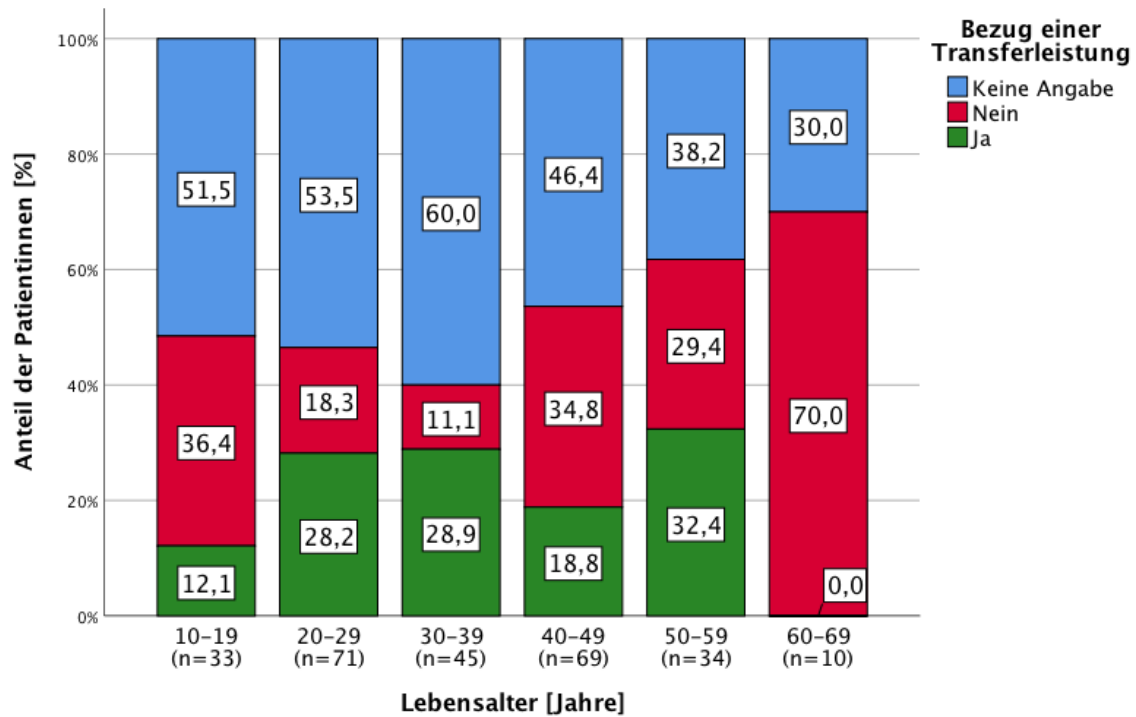


Abbildung 7: Bezug einer Transferleistung nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)

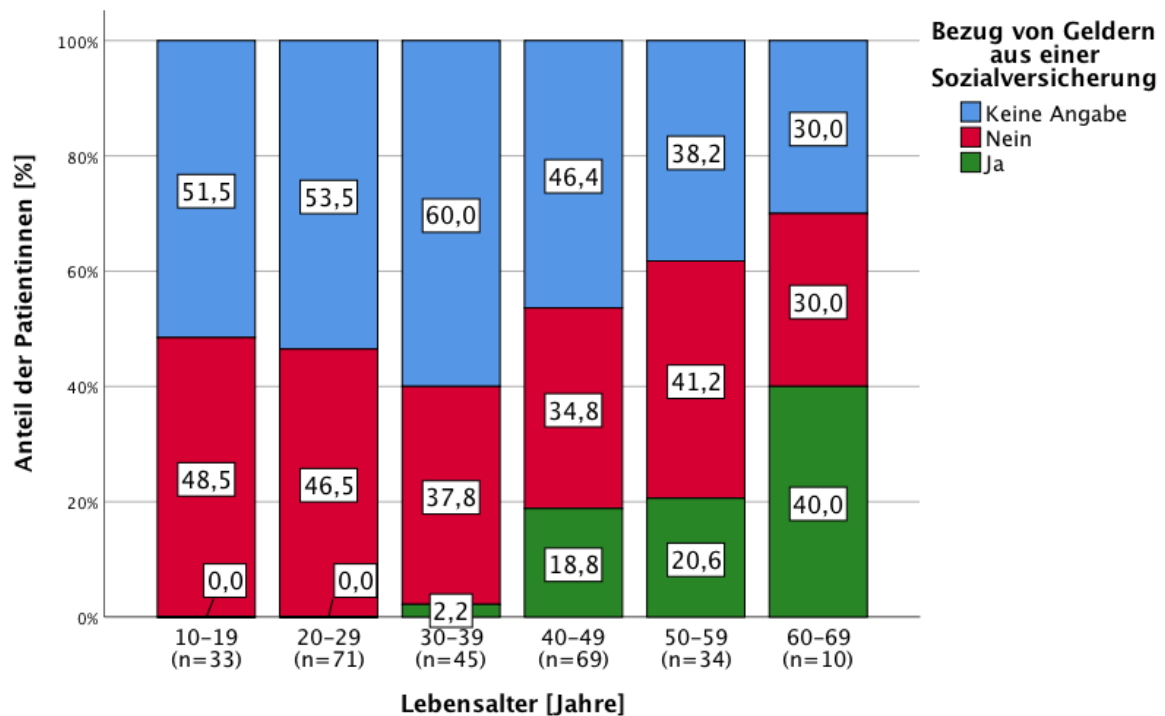


Abbildung 8: Bezug von Geldern aus einer Sozialversicherung nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)

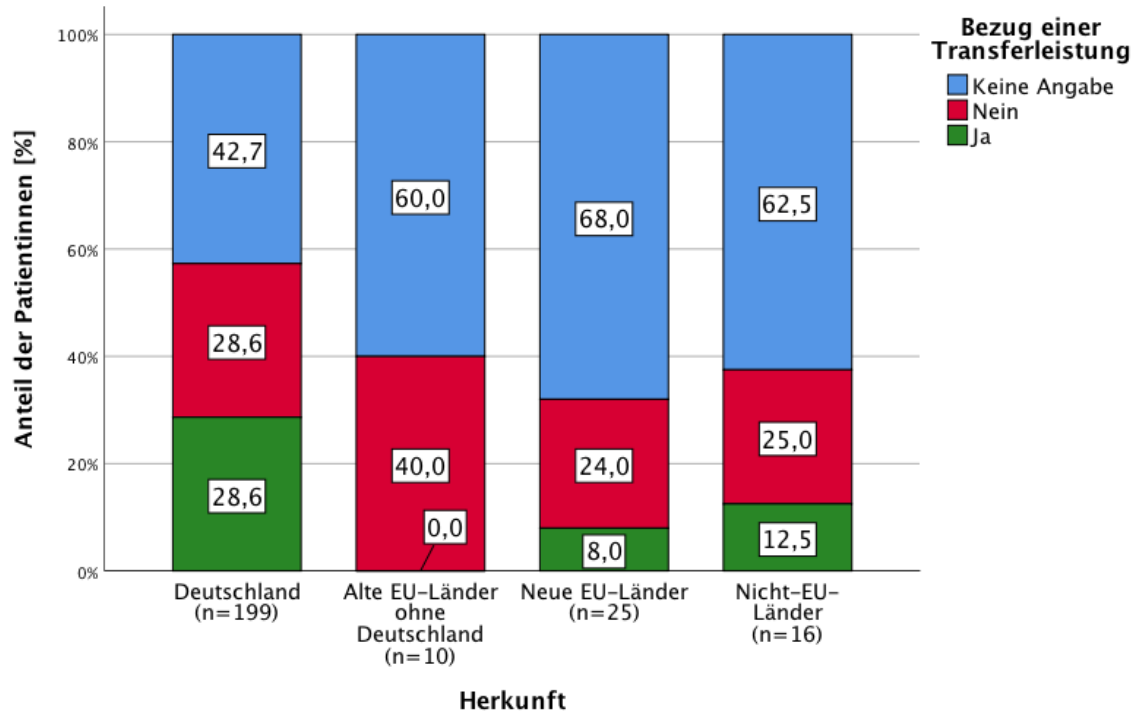


Abbildung 9: Bezug einer Transferleistung nach Herkunft bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=250)

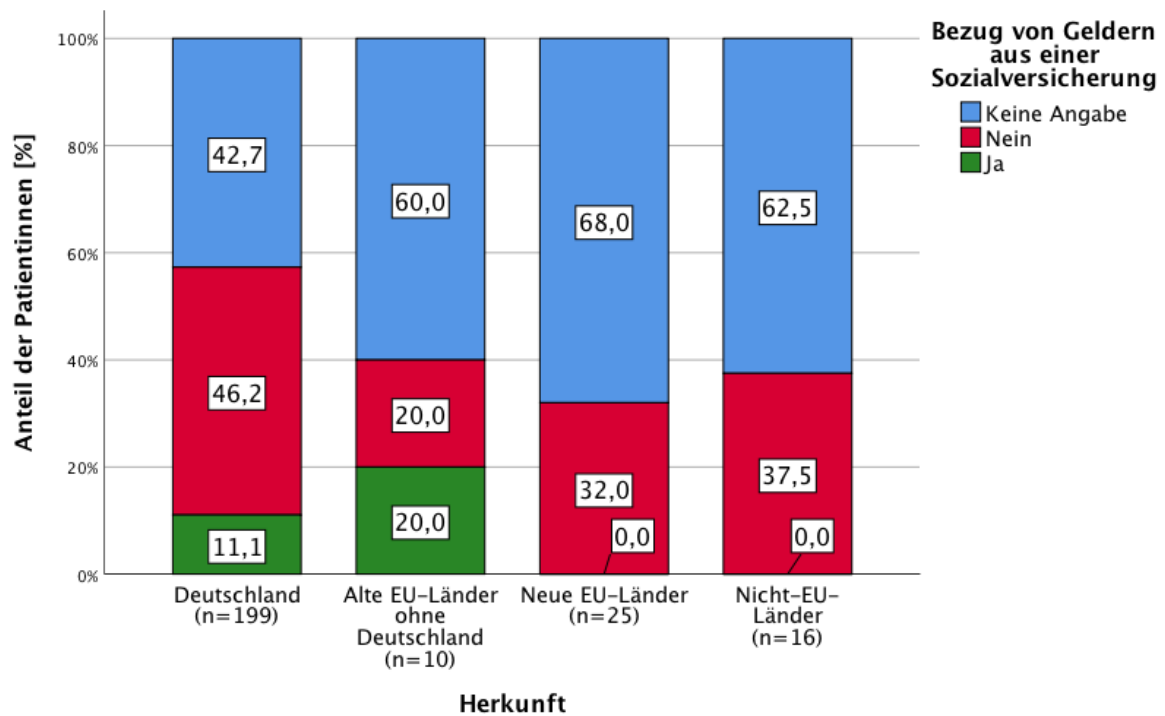


Abbildung 10: Bezug von Geldern aus einer Sozialversicherung nach Herkunft bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=250)

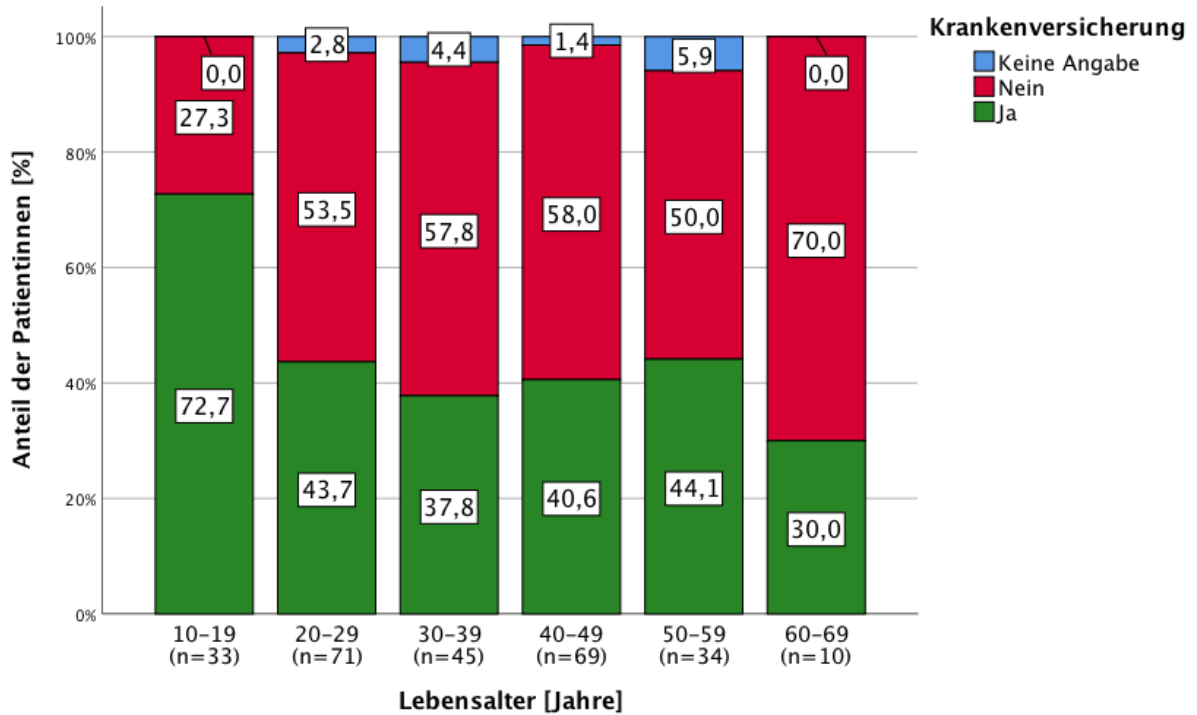


Abbildung 11: Vorliegen einer Krankenversicherung nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)

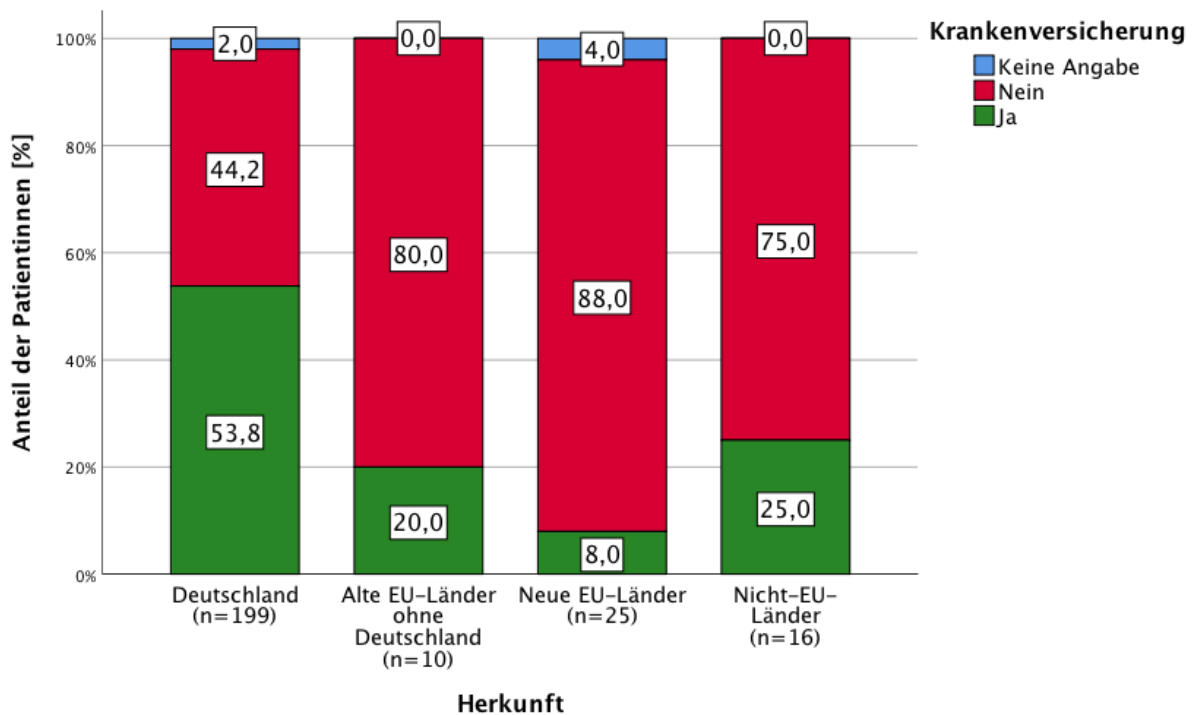


Abbildung 12: Vorliegen einer Krankenversicherung nach Herkunft bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=250)

3.3 Wohnungslosigkeit

Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Wohnungslosigkeit und deren Entwicklung.

Tabelle 6: Verlauf der Wohnungslosigkeit bei Patientinnen des GZO (N=266)

	n	%
Lebensalter bei Beginn der aktuellen Wohnungslosigkeit		
10 - 19 Jahre	39	14,7
20 - 29 Jahre	47	17,7
30 - 39 Jahre	39	14,7
40 - 49 Jahre	59	22,2
50 - 59 Jahre	25	9,4
60 Jahre und älter	4	1,5
Keine Angabe	53	19,9
Zeitlicher Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit		
Zuerst wohnungslos, dann arbeitslos	13	4,9
Gleichzeitig wohnungslos und arbeitslos geworden	14	5,3
Zuerst arbeitslos, dann wohnungslos	94	35,3
• Zeitspanne bis zu 1 Jahr	17	
• Zeitspanne 1 bis 10 Jahre	56	
• Zeitspanne 10 Jahre und mehr	21	
Keine Angabe	145	54,5
Dauer der Wohnungslosigkeit		
Bis zu 1 Woche	35	13,2
1 Woche bis 1 Monat	40	15,0
1 Monat bis 1 Jahr	70	26,3
1 bis 10 Jahre	60	22,5
10 Jahre und mehr	7	2,6
Keine Angabe	54	20,3
Übernachtungsstelle (in Anlehnung an die ETHOS-Typologie, FEANTSA 2005)		
Öffentliche Einrichtungen (ETHOS Kategorien 2-7)	158	59,4
Freunde/Bekannte (ETHOS Kategorie 8-10)	31	11,7
Im Freien (ETHOS Kategorie 1)	24	9,1
Überdacht (ETHOS Kategorien 11-13)	16	6,0
• Besetztes Haus	8	
• Abbruchhaus/Ruine	2	
• Dachboden	1	
• Nicht näher bezeichnet	1	
• Zahlungspflichtige Unterkunft	2	
• Wohnwagen	1	
• Internetcafé	1	
Keine feste Übernachtungsstelle	15	5,6
Keine Angabe	22	8,3

3.3.1 Lebensalter bei Beginn der aktuellen Wohnungslosigkeit

Bei 213 Patientinnen ist das Lebensalter bei Beginn der aktuellen Wohnungslosigkeit bekannt. Es beträgt zwischen 12 und 67 Jahren (Median 34; MW 34,3; SD 13,2 Jahre). 18 von 213 (8,5%) Patientinnen verloren schon minderjährig ihr Zuhause. Hier zeigt sich im Histogramm erneut eine bimodale Verteilung mit den Gipfeln um den Eintritt in die Volljährigkeit und in der 5. Lebensdekade (siehe auch Abbildung 19 im Kapitel 3.4.2).

3.3.2 Entwicklung der Wohnungslosigkeit

Bei 121 Patientinnen war sowohl bekannt, zu welchem Zeitpunkt die Arbeitslosigkeit als auch die Wohnungslosigkeit eintrat. Am schnellsten trat die Wohnungslosigkeit 10 Tage nach dem Beginn der Arbeitslosigkeit ein, am langsamsten nach über 25 Jahren. Bei 77 von 121 (63,6%) Patientinnen trat die Wohnungslosigkeit mehr als 1 Jahr nach Beginn ihrer Arbeitslosigkeit ein.

Im Anamnesegespräch schilderten nur 24 Patientinnen die Gründe für die Wohnungslosigkeit: Wohnungsbedingt (n=6; z. B. Wohnungsräumung), „Weggelaufen“ (n=5) vom eigentlichen Wohnort, Partnerschaftskonflikte (n=4), Umzug nach Berlin ohne Wohnung (n=4), Flucht vor Gewalt (n=3) und finanzielle Situation (n=2).

Die Dauer der Wohnungslosigkeit betrug bei 7 Patientinnen einen Tag, am längsten bestand die Wohnungslosigkeit bei einer Patientin über 28 Jahre (Median 75,5; MW 524,9; SD 1.211,8 Tage). Dies war mit dem Alter bei der Erstvorstellung positiv korreliert (Korrelationskoeffizient nach Pearson 0,158, $p=0,022$), d.h. mit jüngerem Alter war eine kürzere Wohnungslosigkeit verbunden. 75 Patientinnen (28,2%) befanden sich im ersten Monat und 145 Patientinnen (54,5%) im ersten Jahr ihrer Wohnungslosigkeit.

189 (71,1%) Patientinnen hatten einen Platz zum Schlafen in einem geschlossenen Raum, 24 (9,1%) schliefen im Freien. Die Abhängigkeit der Übernachtungsstelle vom Alter oder der Dauer der Wohnungslosigkeit war nicht erkennbar.

3.4 Medizinische Charakteristika

3.4.1 Somatische Vorerkrankungen und Voroperationen

166 Patientinnen gaben insgesamt 328 somatische Vorerkrankungen und Voroperationen an (Tabelle 7). Außerdem nannten 34,6% (n=92) mindestens eine Allergie bzw. Unverträglichkeit.

Tabelle 7: Somatische Vorerkrankungen und Voroperationen, aufgeschlüsselt nach ICD-10, mit Angabe der relevanten Entitäten bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=328)

	n	%
Krankheiten des Verdauungssystems	75	22,9
Krankheiten des Atmungssystems	45	13,7
• <i>Asthma bronchiale</i>	18	
• <i>COPD</i>	3	
Krankheiten des Kreislaufsystems	32	9,8
• <i>Hypotonie</i>	9	
• <i>Arterielle Hypertonie</i>	7	
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	28	8,5
• <i>Fraktur</i>	18	
• <i>Vergewaltigung</i>	3	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	26	7,9
• <i>Gelenkrankheit</i>	11	
• <i>Krankheiten der Wirbelsäule</i>	8	
• <i>Rückenschmerzen</i>	5	
Krankheiten des Nervensystems	21	6,4
• <i>Epilepsie</i>	13	
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	19	5,8
• <i>Hepatitis C</i>	10	
• <i>HIV</i>	4	
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	19	5,8
• <i>Schilddrüsenkrankheiten</i>	11	
• <i>Diabetes mellitus</i>	4	
Krankheiten des Urogenitalsystems	16	4,9
Neubildungen	11	3,4
• <i>Unterleibskrebs</i>	3	
• <i>Mammakarzinom</i>	2	
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	9	2,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	8	2,4
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	5	1,5
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	4	1,2
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	4	1,2
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	4	1,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	2	0,6

3.4.2 Psychische Vorerkrankungen

Vorweg ist anzumerken, dass die Tabakabhängigkeit in vorliegender Studie entsprechend der ICD-10 zu der Kategorie F1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ zugeordnet und bewertet wurde. Im Gegensatz dazu wurde diese in anderen Studien häufig nicht als solche erfasst. Um einen Vergleich der Häufigkeiten substanzgebundener Störungen in der Diskussion zu ermöglichen, werden zusätzlich die Häufigkeiten ohne Tabakabhängigkeit dargestellt.

Bei 181 (68,0%) Patientinnen lag eine psychische Erkrankung vor. Dies umfasst auch alle substanzgebundenen Störungen. Tabakabhängigkeit ausgeschlossen beträgt die Häufigkeit psychischer Vorerkrankungen 138 (51,9%). Die Abhängigkeit des Vorliegens einer psychischen Erkrankung vom Alter oder von der Dauer der Wohnungslosigkeit war nicht nachweisbar (Abbildungen 14 und 15).

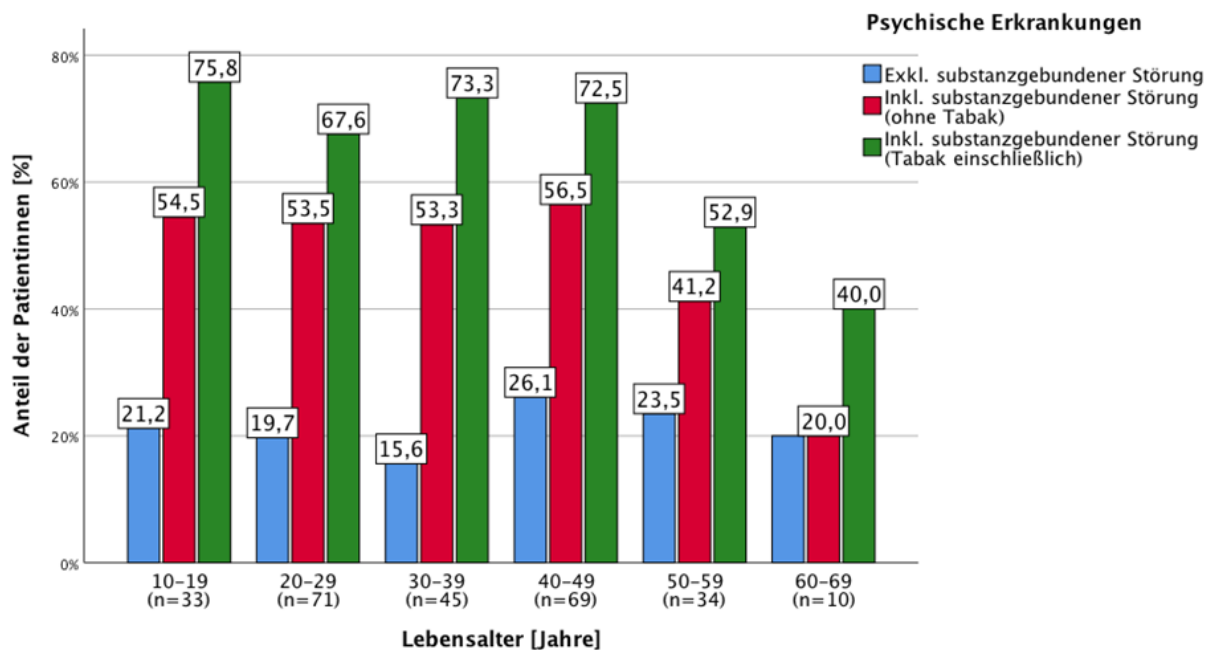


Abbildung 13: Vorliegen psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)

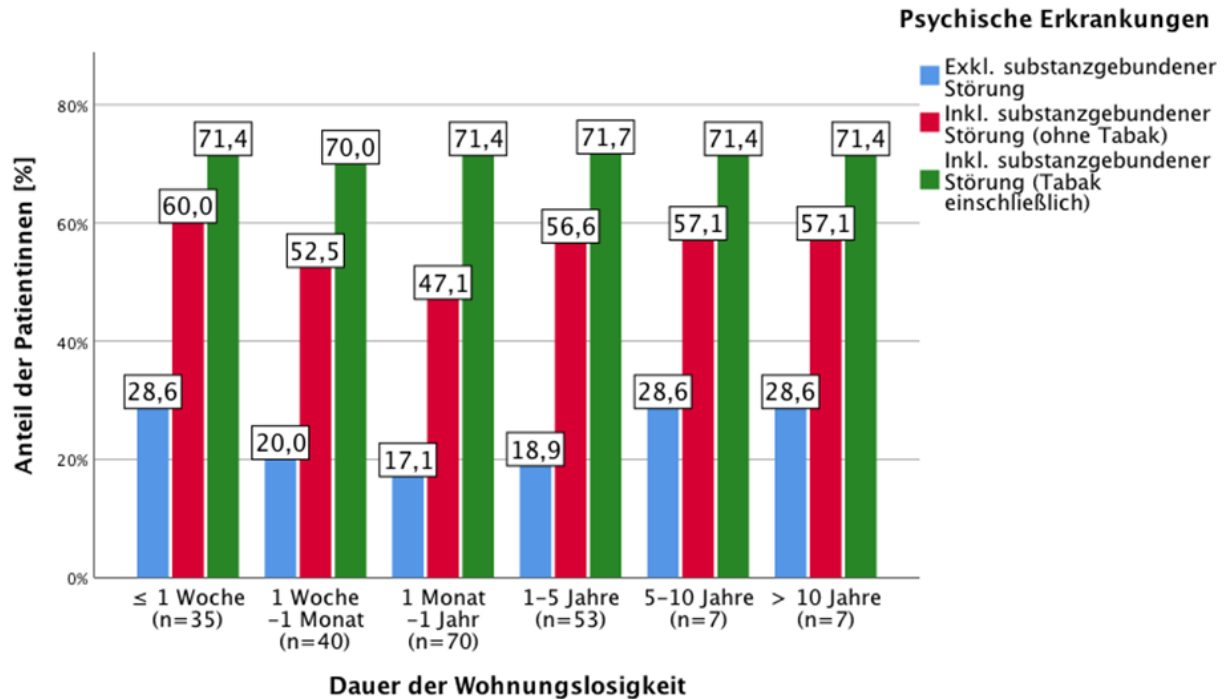


Abbildung 14: Vorliegen psychischer Erkrankungen nach Dauer der Wohnungslosigkeit bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=212)

69 psychische Vorerkrankungen (mit Ausnahme von substanzgebundenen Störungen) wurden im Patientenkollektiv genannt (Tabelle 8). Aufgrund von Mehrfachdiagnosen lagen diese bei 58 Patientinnen (21,8%) vor. 3 Patientinnen schilderten zusätzlich, sich regelmäßig selbst zu verletzen. Die Häufigkeit der gesamten psychischen Erkrankungen zeigte keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Alter, der Herkunft (deutsch versus nicht-deutsch) oder der Dauer der Wohnungslosigkeit.

164 (61,7%) Patientinnen gaben an, an mindestens einer substanzgebundenen Störung zu leiden. Ohne Tabakabhängigkeit lag das Vorliegen einer substanzgebundenen Störung bei 111 (41,7%) vor. Jüngere Patientinnen bis 34 Jahre hatten signifikant häufiger substanzgebundene Störungen (n=92 von 132, 69,7%) als ältere Patientinnen über 34 Jahre (n=71 von 130, 54,6%) (p=0,026, Abbildung 16). Ebenfalls war dies bei Patientinnen deutscher Herkunft signifikant häufiger zu beobachten (n=137 von 199, 68,8%) als bei nichtdeutschen Patientinnen (n=26 von 51, 51,0%) (p=0,012, Abbildung 17).

Mit der Dauer der Wohnungslosigkeit oder dem höchsten Bildungsabschluss zeigt die Häufigkeit der substanzgebundenen Störungen keinen statistisch signifikanten Zusammenhang. 42 von 164 (25,6%) Patientinnen waren aktuell oder zuvor in einer Entzugstherapie. Davon erhielten 5 Patientinnen eine Substitutionstherapie.

Tabelle 8: Psychische Vorerkrankungen ohne substanzgebundene Störungen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO, aufgeschlüsselt nach ICD-10 (Mehrfachnennungen möglich)

Diagnosen nach ICD-10		Häufigkeit [%]	Diagnosen (n)			Summe
			Dauer der Wohnungslosigkeit			
			≤ 1 Jahr	> 1 Jahr	k. A.	
F60-69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5,3%	6	4	4	14
F30-39	Affektive Störungen	3,8%	9	1	0	10
F20-29	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	3,4%	4	1	4	9
F40-48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2,6%	8	1	0	9
F50-59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,8%	0	0	2	2
F90-98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,8%	1	0	1	2
F80-89	Entwicklungsstörungen	0,4%	1	0	0	1
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	8,3%	10	7	5	22
Insgesamt		21,8%*	39	14	16	69

* Aufgrund von Mehrfachdiagnosen ergibt eine Addition der einzelnen Häufigkeiten eine höhere Zahl, als der angegebene Gesamtwert beträgt.

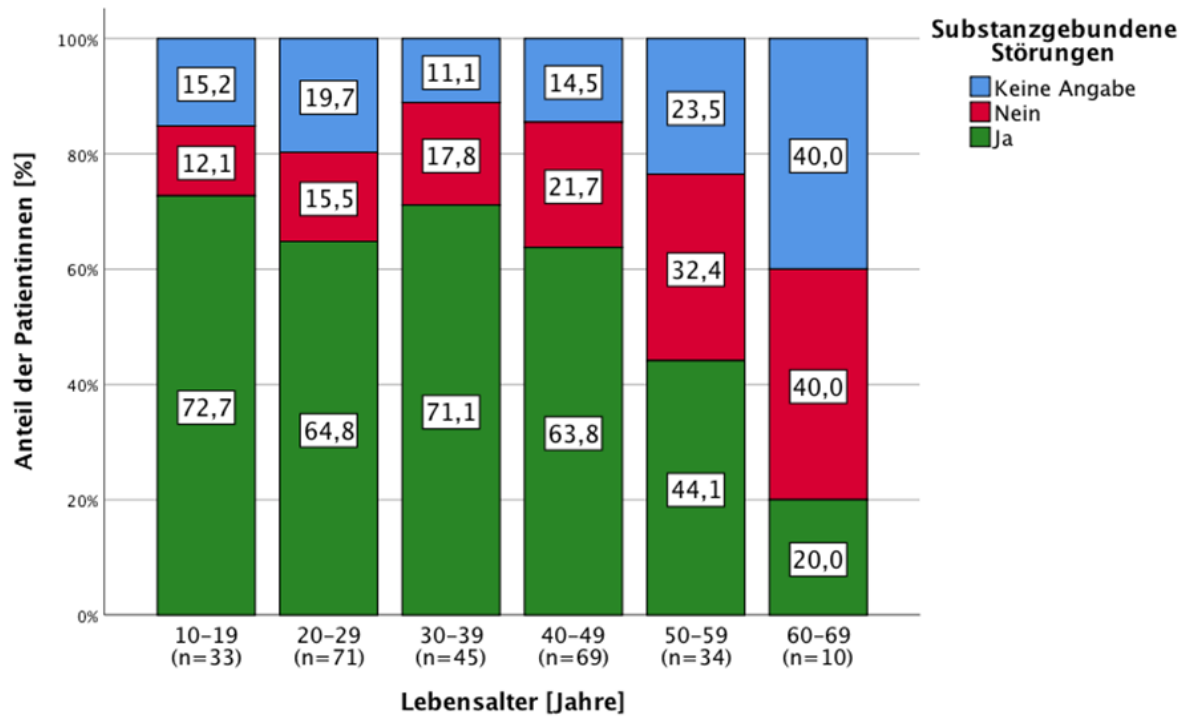


Abbildung 15: Vorliegen substanzgebundener Störungen nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)

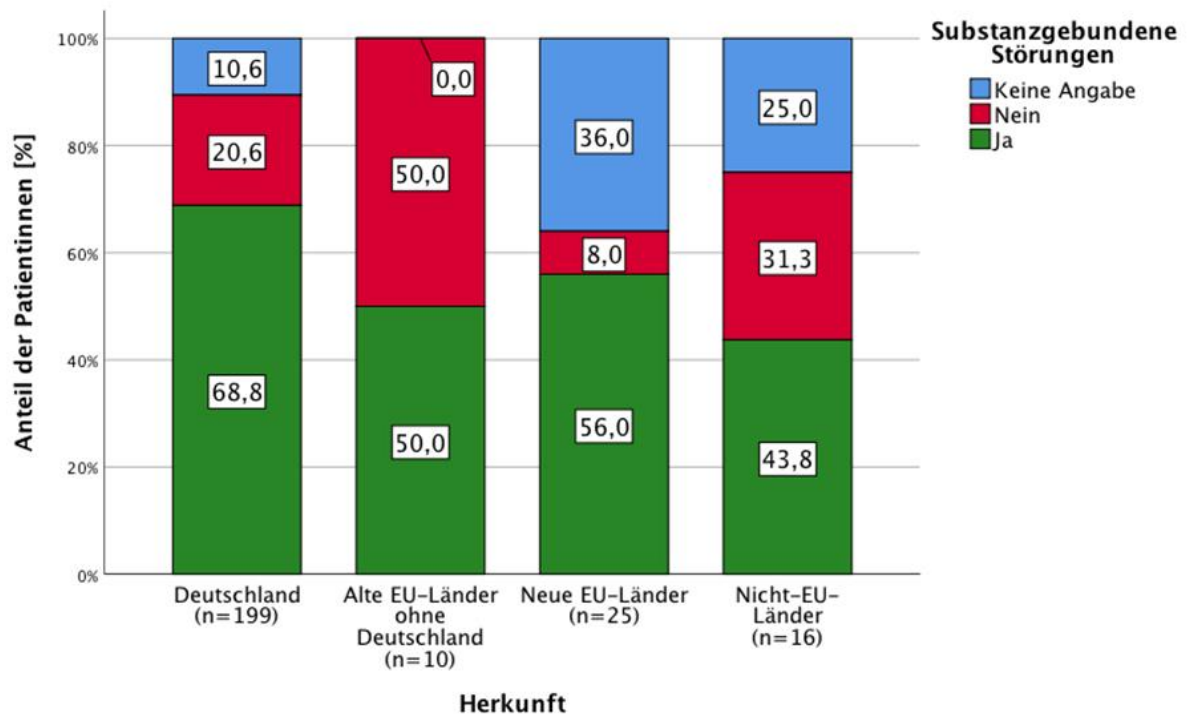


Abbildung 16: Vorliegen substanzgebundener Störungen nach Herkunft bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=250)

Jüngere Patientinnen bis 34 Jahre konsumierten signifikant häufiger Tabak ($p=0,048$), Opioiden ($p=0,026$) und Cannabinoide ($p=0,002$) als ältere Patientinnen (Tabelle 9, Abbildung 18). Bei Kokain, Sedativa und Halluzinogenen war die Stichprobe für eine Auswertung zu klein.

Tabelle 9: Konsumierte psychotrope Substanzen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO, Vergleich der zwei Altersgruppen bis 34 und über 34 Jahre

Substanz	n	% (N=266)	≤ 34 Jahre (n=132)	> 34 Jahre (n=130)	p-Wert
Tabak	142	53,4	79	62	0,048*
Alkohol	87	32,7	44	42	0,860
Opioiden	17	6,4	13	4	0,026*
Cannabinoide	13	4,9	12	1	0,002**
Kokain	3	1,1	2	1	-
Sedativa	2	0,8	1	1	-
Halluzinogene	1	0,4	1	1	-
NNB	29	10,9	21	7	0,006**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

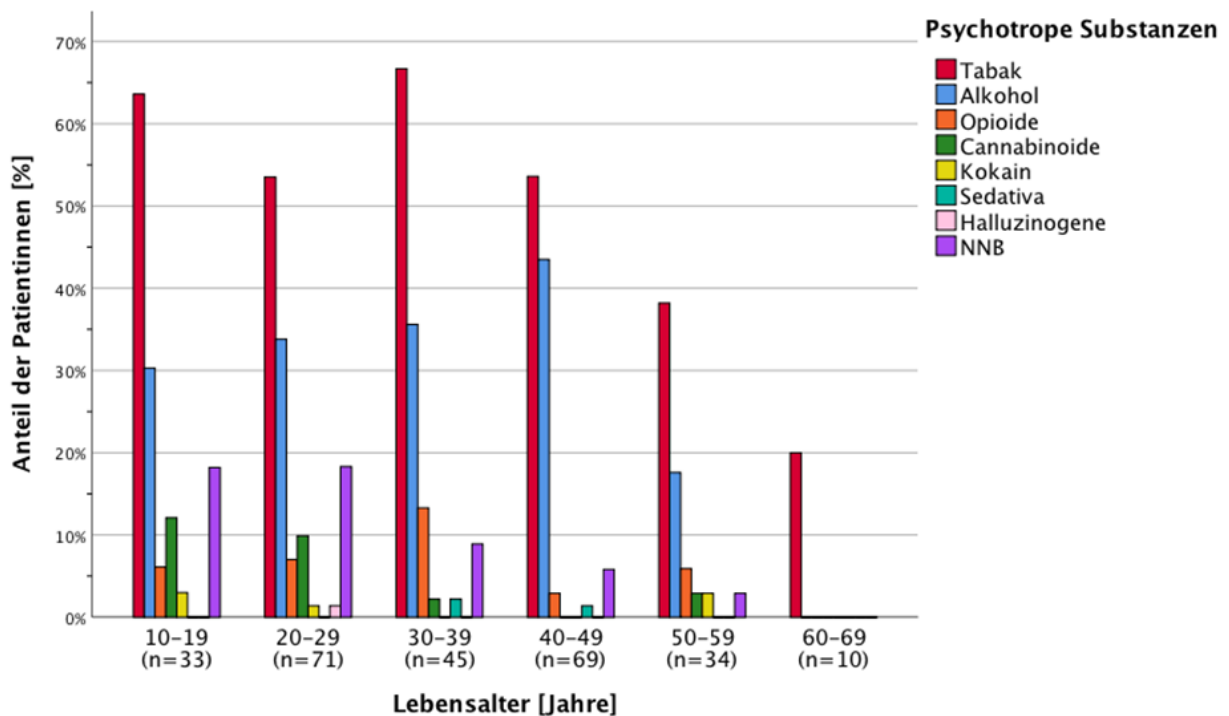


Abbildung 17: Konsum psychotroper Substanzen nach Altersgruppen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=262)

Bei 37,2% (n=99) bestand eine substanzgebundene Komorbidität. Die häufigste Kombination war Tabak/Alkohol (n=72 von 266, 27,1%), gefolgt von Tabak/Opioide (n=12, 4,5%), Tabak/Cannabinoide (n=11, 4,1%) und Alkohol/Cannabinoide (n=10, 3,8%) (Tabelle 10 und 11).

Tabelle 10: Anzahl konsumierter psychotroper Substanzen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=266)

	n	%
Kein Konsum	53	19,9
1 Substanz	65	24,4
2 Substanzen	71	26,7
3 Substanzen	25	9,4
4 Substanzen oder mehr	3	1,1
Keine Angabe	49	18,4

Tabelle 11: Häufigkeiten substanzgebundener Komorbiditäten bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (Mehrfachnennungen möglich). Zeile 1: 53 Patientinnen waren ausschließlich Tabakabhängig. 72 waren zusätzlich alkoholabhängig, 12 konsumierten zusätzlich Opioide, etc. Die weiteren Zeilen sind analog zu lesen.

	Tabak (n=141)	Alkohol (n=86)	Opioide (n=17)	Cannabi- noide (n=13)	Kokain (n=3)	Sedativa (n=2)	Halluzi- nogene (n=1)	NNB (n=28)
	% (n)							
Tabak	37,3% (53)	82,8% (72)	70,6% (12)	84,6% (11)	33,3% (1)	100% (2)	0% (0)	72,4% (21)
Alkohol	50,7% (72)	8,0% (7)	35,3% (6)	76,9% (10)	66,7% (2)	50% (1)	0% (0)	65,5% (19)
Opioide	8,5% (12)	6,9% (6)	11,8% (2)	7,7% (1)	66,7% (2)	50% (1)	0% (0)	3,4% (1)
Cannabi- noide	7,7% (11)	11,5% (10)	5,9% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Kokain	0,7% (1)	2,3% (2)	11,8% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	3,4% (1)
Sedativa	1,4% (2)	1,1% (1)	5,9% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Halluzi- nogene	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	3,4% (1)
NNB	14,8% (21)	21,8% (19)	5,9% (1)	0% (0)	33,3% (1)	0% (0)	100% (1)	10,3% (3)

* Die einzelnen Häufigkeiten beziehen sich auf die Anzahl der Nennungen jeder psychotropen Substanz.

Die Patientengruppe mit einer substanzgebundenen Störung war bei Beginn der Wohnungslosigkeit signifikant jünger (Median 31; MW 31,9; SD 11,9 Jahre) als die Gruppe ohne Substanzkonsum (Median 42,5; MW 38,8; SD 14,1 Jahre; $p=0,002$, Abbildung 18).

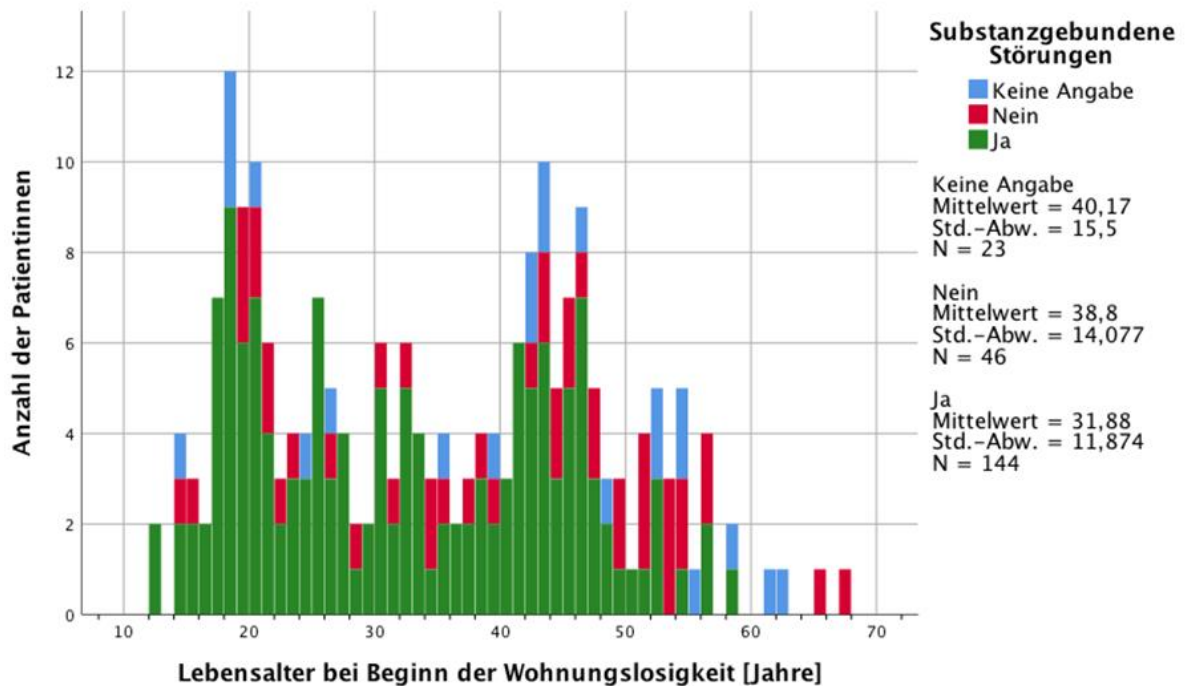


Abbildung 18: Lebensalter bei Beginn der Wohnungslosigkeit nach Vorliegen einer substanzgebundenen Störung bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (N=213)

Unter den 17 Opioid-abhängigen Patientinnen war der Anteil der HIV-Positivität ($n=3$, 17,6%) und des Hepatitis C-Nachweises ($n=7$, 41,1%) höher als im Rest der Kohorte.

Bei 15,4% ($n=41$) war eine Komorbidität einer psychischen Erkrankung und einer substanzgebundenen Störung („Doppeldiagnose“) zu beobachten. Ohne Berücksichtigung von Tabakabhängigkeit betrug dies 11,7% ($n=31$). Das Vorliegen einer Doppeldiagnose stand weder mit dem Alter noch mit der Dauer der Wohnungslosigkeit im Zusammenhang. Die häufigsten Kombinationen waren affektive Störungen mit Tabakabhängigkeit ($n=9$, 3,4%), gefolgt von Persönlichkeitsstörungen mit Tabakabhängigkeit ($n=8$, 3,0%), Persönlichkeitsstörungen mit Alkoholabusus ($n=7$, 2,6%), neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit Tabakabhängigkeit ($n=6$, 2,3%) und affektiven Störungen mit Alkoholabusus ($n=5$, 1,9%) (Tabelle 12).

Tabelle 12: Häufigkeit einer Doppeldiagnose bei wohnungslosen Patientinnen des GZO (Mehrfachnennungen möglich)*

	Substanzgebundene Störungen (n=164)							
	Tabak (n=141)	Alkohol (n=86)	Opiode (n=17)	Canna- binoide (n=13)	Kokain (n=3)	Sedativa (n=2)	Halluzino- gene (n=1)	NNB (n=28)
Psychische Erkrankungen ** (n=58)	n (%)							
F20-29 (n=9)	1,5% (4)	0,4% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,4% (1)
F30-39 (n=10)	3,4% (9)	1,9% (5)	0,0% (0)	0,4% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	1,1% (3)
F40-48 (n=7)	2,3% (6)	1,1% (3)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,8% (2)
F50-59 (n=2)	0,4% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,4% (1)
F60-69 (n=14)	3,0% (8)	2,6% (7)	0,0% (0)	0,4% (1)	0,0% (0)	0,4% (1)	0,0% (0)	1,1% (3)
F80-89 (n=1)	0,0% (0)	0,4% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
F90-98 (n=2)	0,0% (0)	0,4% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,4% (1)
F99 (n=22)	0,4% (1)	0,4% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)

* Die einzelnen Häufigkeiten beziehen sich auf die Gesamtheit des Kollektivs (N=266).

** Psychische Erkrankungen: F20-29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, F30-39 Affektive Störungen, F40-48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F50-59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F60-69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F80-89 Entwicklungsstörungen, F90-98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen.

3.5 Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Tabelle 13 stellt einen Überblick über die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung bei der Studienpopulation dar.

Tabelle 13: Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch wohnungslose Patientinnen

	n	%
Regelmäßige Medikamenteneinnahme, N=266		
Ja	66	24,8
Nein	142	53,4
Keine Angabe	58	21,8
Eingenommene Präparate, aufgeschlüsselt nach ATC-Klassifikation, N=95		
Nervensystem	41	43,2
• Antiepileptika	(13)	
• Psycholeptika	(10)	
• Analgetika	(8)	
• Psychoanaleptika	(7)	
• andere	(3)	
Kardiovaskuläres System	19	20,0
• Betablocker	(5)	
• Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	(5)	
• Lipidsenkende Mittel	(3)	
• andere	(6)	
Respirationstrakt	10	10,5
• Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	(8)	
• Rhinologika	(2)	
Muskel- und Skelettsystem	7	7,4
Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	6	6,3
• Schilddrüsentherapie	(5)	
• Corticosteroide, systemisch	(1)	
Alimentäres System und Stoffwechsel	4	4,2
Blut und blutbildende Organe	4	4,2
Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung	2	2,1
• Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung	(2)	
Dermatika	1	1,1
Urogenitalsystem und Sexualhormone	1	1,1
Zeitspanne seit letztem Arztbesuch, N=266		
Bis zu 1 Jahr	82	30,8
1 bis 10 Jahre	20	7,5
10 Jahre und mehr	5	1,9
Keine Angabe	159	59,8
Zeitspanne seit letzter Tetanusimpfung, N=266		
Bis zu 1 Jahr	16	6,0
1 bis 10 Jahre	58	21,8
10 Jahre und mehr	36	13,5
Keine Angabe	156	58,6

3.5.1 Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Von den Patientinnen nahmen 66 (24,8%) regelmäßig Medikamente ein. 59 Patientinnen nannten Namen bzw. Kategorie der eingenommenen, insgesamt 95 Medikamente (Tabelle 13). 29 (10,9%) dieser Patientinnen waren trotz regelmäßiger Einnahme nicht krankenversichert. Es bestand kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen regelmäßiger Medikamenteneinnahme und dem Krankenversicherungsstatus. Von 4 Patientinnen mit HIV wurde nur eine Patientin antiretroviral therapiert.

3.5.2 Letzter Arztbesuch und letzte Tetanusimpfung

107 (40,2%) Patientinnen machten Angaben zum letzten Arztbesuch, 110 (41,4%) zum Zeitpunkt der letzten Tetanusimpfung (Tabelle 13). Weder der Zeitpunkt des letzten Arztbesuchs noch der letzten Tetanusimpfung war abhängig vom Krankenversicherungsstatus. Regelmäßige Medikamenteneinnahme führte ebenfalls nicht zum regelmäßigen Arztbesuch.

3.5.3 Krankenhausaufenthalte

22 (8,3%) Patientinnen gaben an, während der Wohnungslosigkeit stationär behandelt worden zu sein. 10 der genannten, insgesamt 28 Indikationen (35,7%) für die stationäre Aufnahme waren bedingt durch psychische und Verhaltensstörungen oder absichtliche Selbstschädigung, davon die Hälfte alkoholbedingt, 7 (25,0%) waren Verletzungen oder Vergiftungen. Eine Patientin war aufgrund von Schwangerschaft/Geburt/Wochenbett im Krankenhaus. Bei 13 (59,1%) Patientinnen bestand Krankenversicherungsschutz, 9 (40,9%) waren nicht krankenversichert.

3.6 Behandlungsdaten

3.6.1 Saisonale Verteilung der Erstvorstellung

Die Anzahl der Erstvorstellungen im GZO schwankte abhängig von Monat bzw. Jahreszeit (Abbildung 19). Die Zahl der Erstvorstellungen weist keinen Zusammenhang mit den durchschnittlichen monatlichen Temperaturen in Berlin ¹⁴ auf (Korrelationskoeffizient nach Pearson zu mittlerer Temperatur in Berlin: $-0,153$, $p=0,635$).

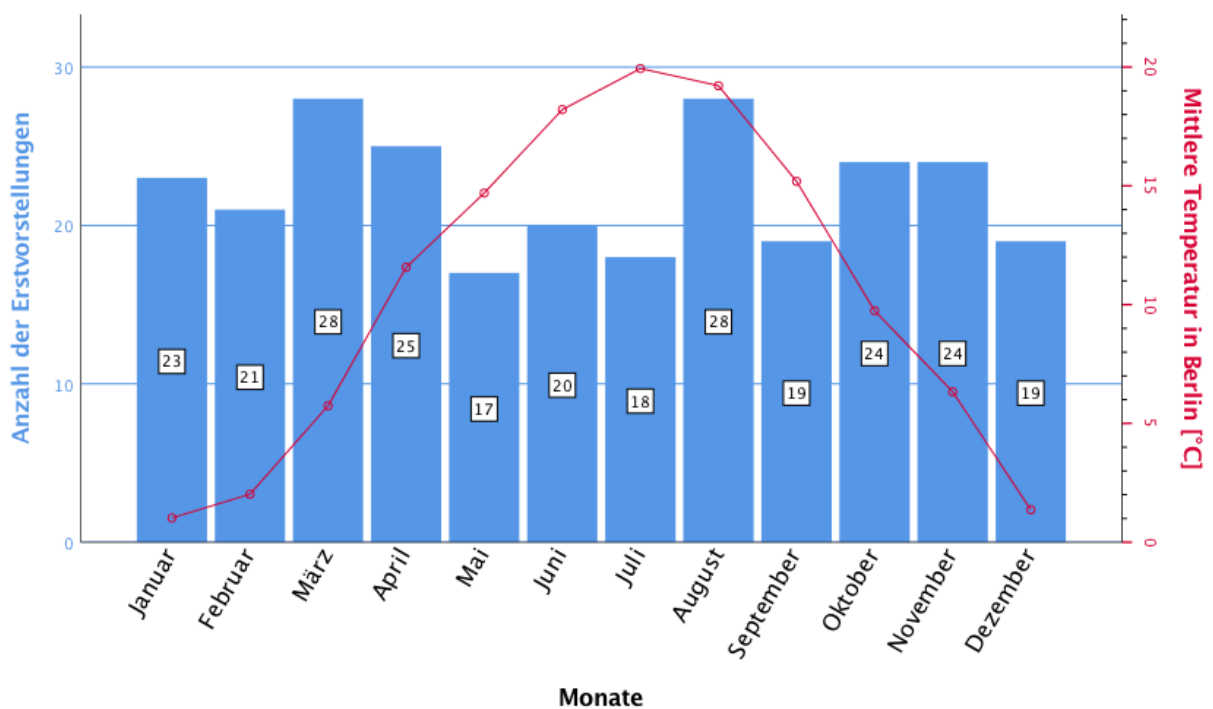


Abbildung 19: Anzahl der Erstvorstellungen wohnungsloser Patientinnen im GZO und mittlere Temperatur in Berlin nach Monaten

¹⁴ Temperaturmittelwerte im Beobachtungszeitraum von September 2006 bis August 2011 der Messstation Berlin Tegel als nächstgelegene Temperaturmessstation im Archiv der Klimadaten des Deutschen Wetterdienstes, Quelle: <https://www.dwd.de/DE/leistungen/klimadatendeutschland/klarchivtagmonat.html?nn=1610> (zuletzt abgerufen am 17.3.2020)

3.6.2 Beratungsanlässe

257 Patientinnen nannten im Rahmen der Anamnese bei Erstvorstellung insgesamt 382 Beratungsanlässe im GZO: 59,8% (n=159) hatten einen, 36,8% (n=98) mehrere, im Durchschnitt 1,49 Beratungen. Bei 9 Patientinnen blieb unklar, was sie zum Arztbesuch geführt hat. Dies lag u. a. an fehlender Bereitschaft zu einem Gespräch seitens der Patientinnen oder an mangelnden Sprachkenntnissen.

74,6% (n=285) der Beratungsanlässe waren somatische Beschwerden. Davon betrafen 20,2% (n=77) das Atmungssystem, z. B. Husten, Halsschmerzen und Schnupfen. 10,7% (n=41) betrafen die Haut, größtenteils waren dies Effloreszenzen. Bei 6,3% (n=24) lagen Beschwerden des Verdauungstrakts vor wie Diarrhoe und Übelkeit/Erbrechen. 5,8% (n=22) betrafen das Muskel-Skelett-System, häufig waren Gelenkschmerzen, Rückenschmerzen und Fußschmerzen. Verletzungen oder Verbrennungen machten 5,0% (n=19) und gynäkologische Beschwerden 3,9% (n=15) der somatischen Beschwerden aus. Weitere Beschwerden waren vor allem Kopfschmerzen (n=16) und Unwohlsein bzw. Ermüdung (n=8).

Psychische Beschwerden machten 2,6% (n=10) aller Beratungsanlässe aus. 3 davon waren durch substanzgebundene Störungen bedingt, 3 andere betrafen Depressionen. Die Patientinnen, die psychische Beschwerden äußerten, befanden sich für kürzere Zeit in Wohnungslosigkeit als Patientinnen ohne akute psychische Beschwerden (p=0,068). 5 dieser Patientinnen waren noch nicht einmal eine Woche wohnungslos.

Die restlichen 22,8% (n=87) der gesamten Beratungsanlässe waren weder somatisch noch psychisch: Die aktuelle Wohnungslosigkeit führte 57 Patientinnen zum Arztbesuch. Bei 2,6% (n=10) Patientinnen war dies der Bedarf eines „Läusescheins“¹⁵. 8 Patientinnen stellten sich mit dem Wunsch vor, Medikamente zu erhalten. 7 Patientinnen wollten ein nichtmedizinisches Angebot im GZO wahrnehmen. Dazu zählten: Psychologische Beratung, Rechtsberatung, Kleiderkammer und Sozialberatung.

¹⁵ Läuseschein: Unbedenklichkeitsbescheinigung, die besagt, dass man frei von Parasiten ist. Ist bei vielen Notübernachtungen vorzulegen. Ausstellung eines Läusescheins gehört zu der speziellen medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen, da dies kaum von niedergelassenen Ärzt*innen im Regelversorgungssystem geleistet wird.

3.6.3 Behandlungsdiagnosen

Bei 252 Frauen wurde bei der Erstvorstellung mindestens eine Behandlungsdiagnose gestellt: 55,6% (n=148) hatten eine, 39,1% (n=104) zwei Diagnosen oder mehr, somit insgesamt 400 Behandlungsdiagnosen (Tabelle 14). Neben den 9 Patientinnen, bei denen die Beratungsanlässe nicht genannt wurden und somit auch keine Diagnose gestellt wurde, gab es weitere 5 Patientinnen, bei denen ebenfalls Angaben zur Diagnose fehlen. Dies ist u. a. dadurch bedingt, dass die Behandlungen abgebrochen wurden, weil die Patientinnen das GZO vor Abschluss der Behandlung verließen.

Tabelle 14: Behandlungsdiagnosen bei wohnungslosen Patientinnen des GZO, aufgeschlüsselt nach Organsystemen (Mehrfachnennungen möglich) (N=400)

Behandlungsdiagnose	n	%
Atmungssystem	79	19,8
Wohnungslosigkeit	66	16,5
Haut	49	12,2
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	31	7,8
Psychische und Verhaltensstörungen	28	7,0
Verdauungssystem (Zähne ausgenommen)	24	6,0
Andere Symptome	23	5,8
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	16	4,0
Weiblicher Genitaltrakt	15	3,8
Kreislaufsystem	14	3,5
Zähne	12	3,0
Nervensystem	10	2,5
Bestimmte Infektionskrankheiten	9	2,2
Harnsystem	9	2,2
Ohr	5	1,3
Andere Kontaktanlässe	5	1,3
Auge und Augenanhangsgebilde	3	0,8
Blut, blutbildende Organe und Immunsystem	1	0,25
Angeborene Fehlbildungen	1	0,25

Im Folgenden werden die fünf häufigsten Diagnosegruppen sowie die Diagnosegruppe weiblicher Genitaltrakt dargestellt.

Atmungssystem

Bei 22,2% (n=59) aller Patientinnen wurden eine oder mehrere Diagnosen gestellt, die das Atmungssystem betreffen. Die meisten Diagnosen dieser Diagnosegruppe waren akute Infektionen der oberen Atemwege (n=21) oder Symptome, die dies andeuten, wie Husten (n=27) oder Halsschmerzen (n=13). Hingegen waren chronische Erkrankungen wie Asthma (n=3) oder COPD (n=2) wenig repräsentiert.

Wohnungslosigkeit

Die Diagnose Wohnungslosigkeit wurde gestellt, wenn diese Situation die Patientinnen akut besonders belastete oder die medizinischen Diagnosen stark davon beeinflusst waren. Dies lag bei 24,8% (n=66) der Patientinnen vor. Der Anteil dieser Diagnose war bei den Patientinnen, die im Freien schliefen, mit 33,3% 10 Prozentpunkte höher als bei Patientinnen, die einen Platz zum Schlafen in geschlossenen Räumen hatten, jedoch war diese Differenz statistisch nicht signifikant ($p=0,201$).

Haut

16,5% (n=44) hatten eine oder mehrere Diagnosen der Haut. Von den insgesamt 49 Diagnosen waren 32 Infektionen der Haut, u. a. Mykosen (n=8), Skabies (n=7), Impetigo (n=6), Pedikulose (n=5) und Phlegmone (n=2). 3 Patientinnen litten unter einer Neurodermitis, und bei 4 Patientinnen wurde Pruritus festgestellt. In der Gruppe, die im Freien (draußen und überdachte Stellen) schliefen, kamen die Diagnosen der Haut statistisch signifikant häufiger vor als in der Gruppe, die in Innenräumen (Einrichtungen, bei Freunden bzw. Bekannten) schliefen ($p=0,009$). Auch die Patientinnen mit Alkoholabhängigkeit hatten signifikant häufiger die Haut betreffende Krankheiten oder Symptome ($p=0,020$).

Verletzungen, Verbrennungen und Vergiftungen

Es gab 9,8% (n=26) Patientinnen mit Diagnosen dieser Kategorie: Verletzungen (n=20), infizierte Wunden (n=5), Verbrennungen (n=3) und Sonstiges (n=3). Die Patientinnen mit Alkoholabhängigkeit hatten signifikant häufiger Verletzungen, Verbrennungen oder Vergiftungen ($p=0,016$).

Psychische und Verhaltensstörungen

Der Anteil der Patientinnen, bei denen eine oder mehrere psychische oder Verhaltensstörungen festgestellt wurden, lag bei 8,3% (n=22). Am häufigsten waren

psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (n=8), dann folgten Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (n=6) sowie affektive Störungen (n=5), davon Depressionen bei 4 Patientinnen. Die Patientinnen mit psychischer Diagnose bezogen statistisch signifikant häufiger eine Sozialleistung als die Patientinnen ohne psychische Diagnosen ($p=0,038$).

Weiblicher Genitaltrakt, Schwangerschaft

Eine oder mehrere gynäkologische Diagnosen lagen bei 3,8% (n=10) der Patientinnen vor. Dazu gehörten ein Schwangerschaftsverdacht bei Amenorrhoe (n=4), eine ausgeschlossene Schwangerschaft (n=3), eine neu bestätigte Schwangerschaft, sowie bei 2 Patientinnen Schwangerschaften im 2. Trimenon, bei denen aufgrund der Wohnungslosigkeit keine regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen stattfanden. Weiterhin wurden ein Labienabszess und eine nicht spezifizierte gynäkologische Erkrankung diagnostiziert.

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Im Studienzeitraum von 5 Jahren stellten sich insgesamt 266 wohnungslose Frauen erstmals im GZO vor. Das mittlere Alter lag bei 35,5 Jahren. Den größten Anteil machten junge erwachsene Frauen aus, gefolgt von Frauen in der 5. Lebensdekade. Minderjährige Frauen und ältere Frauen waren selten.

Jede Fünfte besaß eine ausländische Staatsangehörigkeit, davon am häufigsten die polnische. Insgesamt wiesen die Patientinnen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein niedrigeres Bildungsniveau, eine geringere Berufsqualifikation und einen höheren Anteil an Langzeitarbeitslosigkeit auf. Eine staatliche Transferleistung oder Gelder aus einer Sozialversicherung wurden von circa einem Drittel bezogen, bei der Hälfte fehlte eine Krankenversicherung.

Die Dauer der Wohnungslosigkeit betrug bei über der Hälfte weniger als ein Jahr. Fast 60% schliefen in einer öffentlichen Einrichtung, 12% bei Freunden oder Bekannten, 9% im Freien.

Über ein Fünftel der genannten Vorerkrankungen und Voroperationen betraf das Verdauungssystem, gefolgt vom Atmungssystem. Psychische Vorerkrankungen (ohne substanzgebundene Störung) lagen bei 22% der Patientinnen vor, am häufigsten waren Persönlichkeitsstörungen. Substanzgebundene Störungen waren bei über 60% zu beobachten. Circa ein Drittel nannte mindestens eine Allergie oder Unverträglichkeit, circa ein Viertel nahm regelmäßig Medikamente ein, zumeist für das Nervensystem. Bei einem Drittel lag der letzte Arztbesuch maximal ein Jahr zurück, bei 14% war eine Auffrischimpfung gegen Tetanus fällig. Fast jede zehnte Patientin wurde während der Wohnungslosigkeit stationär behandelt, davon machten psychische Erkrankungen über ein Drittel der Aufnahmegründe aus. Drei Viertel der Beratungsanlässe waren somatische Beschwerden, hingegen machten psychische Beschwerden unter 3% aus. 15% stellten sich wegen der aktuellen Wohnungslosigkeit vor. Die häufigsten Behandlungsdiagnosen betrafen das Atmungssystem, gefolgt von Wohnungslosigkeit, Hauterkrankungen, Verletzungen, psychischen Erkrankungen. Gynäkologische Diagnosen wurden bei 4% gestellt.

4.2 Limitationen

Da die Dokumentation im GZO nicht primär für Forschungszwecke erfolgt ist, sondern zu Versorgungszwecken, war diese bezüglich mancher Informationen oberflächlich, ungenau oder unvollständig vorhanden. Die Daten der vorliegenden Studie stammen aus den bereits vorhandenen Patientenakten und wurden nicht für die Forschungsfrage neu erhoben. Durch dieses retrospektive Studiendesign ist der Vergleich mit anderen prospektiven Studien nur eingeschränkt möglich.

Nicht selten erschwerten Ungeduld, Misstrauen, lückenhaftes Gedächtnis (*Recall Bias*) aufgrund des Substanzabusus oder die fehlende Bereitschaft zu einem intensiven Gespräch die Anamneseerhebung. Auch die häufig vorhandene Sprachbarriere verhinderte, genaue Informationen zu gewinnen, und die Angaben wurden dadurch rudimentär. Durch solche Bedingungen können die hohen Anteile von fehlenden Angaben in einigen Variablen erklärt werden.

Da die Angaben auf Selbstauskunft basieren, ist außerdem nicht auszuschließen, dass Angaben teilweise bewusst inkorrekt gemacht wurden. Dies geschah mutmaßlich aus Scham und um die eigene Situation besser darzustellen – oder auch aus Misstrauen und Furcht vor einer Strafverfolgung. Aus gleichem Grund gaben die Patientinnen gelegentlich nur ihre Vornamen oder ein Pseudonym an.

Aufgrund des Akutcharakters der medizinischen Versorgung im GZO ist in der Mehrzahl der Fälle keine vollumfängliche Beschreibung des Gesundheitszustandes der Patientinnen erfolgt. Somit beschreibt die Studie den vollständigen Gesundheitszustand wohnungsloser Frauen nur mit Vorbehalt und gibt stattdessen vor allem Auskunft über den akuten Versorgungsbedarf in diesem Kollektiv.

Wohnungslosigkeit ist heterogen und der Begriff umfasst verschiedene Formen. Bei der Datenerhebung zur aktuellen Übernachtungsstelle erfolgte keine präzise Differenzierung der Einrichtungen. Die Kategorie Einrichtungen enthält sowohl langfristige Wohnmöglichkeiten wie Betreutes Wohnen oder Frauenhäuser als auch Notunterkünfte. Dementsprechend wurden die institutionell untergebrachten Patientinnen und die nicht institutionell untergebrachten Patientinnen in Notunterkünften nicht getrennt betrachtet.

In der Praxis wurden häufig Symptome direkt als Behandlungsergebnis diagnostiziert und zusätzlich mögliche Differenzialdiagnosen genannt, ohne eine abschließende Krankheitsdiagnose zu stellen. Dies führte dazu, dass viele der Behandlungsdiagnosen

nach der Codierung anhand von ICD-10 im Rahmen dieser retrospektiven Studie in die Kategorie R00-R99 (Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind) zugeteilt wurden und der Vergleich nach ICD-10-Kategorien nicht wirklich sinnvoll erschien. Aufgrund dessen erfolgte die Aufschlüsselung sowie die Ergebnisdarstellung der Behandlungsdiagnosen nach Organsystemen. Als Ausnahme gelten hier die von den Patientinnen angegebenen sozialen Probleme. Eine eigene und praxisnahe Form der Codierung in der hausärztlichen Primärversorgung bietet die *International Classification of Primary Care (ICPC)* (WONCA International Classification Committee 1998), die entwickelt wurde, um die Schwierigkeiten bzw. Nachteile der Codierung mittels sehr ausführlicher ICD-10-Diagnosen in der allgemeinmedizinischen Praxis aufzuheben. Möglicherweise hätte diese spezielle Codierung ebenfalls in dieser Studie eine besser geeignete Codierungsform dargestellt.

Zum Patientenkollektiv des GZO gehören auch Frauen in verdeckter Wohnungslosigkeit. Somit werden in vorliegender Studie auch Frauen beschrieben, die sonst kaum Hilfsangebote der Wohnungslosenversorgung wahrnehmen und über deren Versorgungsbedarf daher wenig bekannt ist. Voraussetzung bleibt dennoch, dass das GZO aktiv aufgesucht wurde. Potenziell Hilfsbedürftige, die aus irgendeinem Grund nicht den Weg zum GZO auf sich nehmen, sind nicht repräsentiert. Gründe hierfür könnten fehlende Krankheitseinsicht, zu schlechter Gesundheitszustand oder fehlende logistische Möglichkeiten sein. Somit muss hier von einem Selektionsbias ausgegangen werden.

In Deutschland besteht eine regionale Variabilität hinsichtlich der Häufigkeit von Wohnungslosigkeit und der Wohnungslosenversorgung mit Berlin als „Hauptstadt der Obdachlosigkeit“ (Breitenbach und Fischer 2021; Runder Tisch 2018). Auch innerhalb Berlins gibt es jedoch Unterschiede bezüglich der Hilfsangebote und deren Klientel. Auch wenn die zentrale Lage, die Größe und der Bekanntheitsgrad des GZO dafürsprechen, sollte eine differenzierte stadtweite Betrachtung der wohnungslosen Menschen zukünftig erfolgen, um die Repräsentativität der vorliegenden Daten zu sichern.

Der Wert der vorliegenden Daten liegt insbesondere darin, dass es im deutschsprachigen Raum nur vereinzelte Studien zu psychischen Erkrankungen und keine zu somatischen Erkrankungen von wohnungslosen Frauen gibt. Auch wenn Abstriche bei der Präzision der Daten gemacht werden müssen, kann diese Studie wertvolle Hinweise zur Beschreibung des Kollektivs und zur Verbesserung der Versorgung dieser vulnerablen Gruppe liefern.

4.3 Wohnsituation aller Patientinnen

Auch wenn sich die Praxis „Gesundheitszentrum für Obdachlose“ nennt, gab es zusätzlich zu 266 wohnungslosen Patientinnen auch solche, die nicht wohnungslos waren, was auch in Studien aus Hannover und Mainz beobachtet wurde (Meidl et al. 2012; Trabert 2016). Sie machten jährlich circa 20% aller Patientinnen aus. Bei dieser Gruppe der Patientinnen besteht ein erhöhtes Risiko, demnächst wohnungslos zu werden. Dadurch wird ersichtlich, dass das Gesundheitszentrum für Obdachlose eine Institution ist, die sowohl Wohnungslose als auch Nichtversicherte und Armutsgefährdete auffängt. Gleichzeitig zeigt dies, dass solch eine niedrigschwellige Primärversorgung in der Gesellschaft unerlässlich ist.

Sobald die Wohnungslosigkeit eintritt, erhöhen sich in vielen Fällen die Hürden für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, beispielsweise durch die fehlende Anschrift, ein erhöhtes Schamgefühl oder die erschwerte Kontaktaufnahme. Auch für die Gesellschaft verursacht dies deutlich mehr Kosten (Wohnungsnotfallhilfe der AWO Kreisverband München-Land e. V. 2015). Es ist daher ein wichtiger Ansatzpunkt bei der Wohnungslosenversorgung, die präventiven Maßnahmen, insbesondere die Sekundärprävention, zu verstärken, d. h. diese Risikogruppe frühzeitig zu erkennen und sie rechtzeitig mit adäquater Hilfe zu unterstützen, um Wohnungslosigkeit zu vermeiden.

4.4 Soziodemographische Charakteristika

4.4.1 Alter

Bei der Analyse der Altersverteilung der Patientinnen kristallisierten sich folgende Altersgruppen heraus, die einer Interpretation bedürfen:

Junge erwachsene Frauen

Der höchste Gipfel in der Altersverteilung befand sich im jungen Erwachsenenalter zwischen 18 und 21 Jahren. Dieses Ergebnis stimmt mit der Studie von Hoch zu Straßenjugendlichen überein (Hoch 2017) und bestätigt die Erkenntnisse über die erhöhte Armutsgefährdung im jungen Erwachsenenalter (Busch-Geertsema et al. 2019; Hair et al. 2009; Mögling et al. 2015). Dass jüngere Patientinnen im Vergleich zu den älteren einen niedrigeren Bildungsabschluss aufweisen, konnte ebenfalls gezeigt werden.

Frauen zwischen 40 und 49 Jahren

Der zweithöchste Gipfel in der Altersverteilung in der Kohorte lag in der 5. Lebensdekade. Dies erklärt sich teils durch Charakteristika der gesamten weiblichen Bevölkerung in Deutschland für die Jahre zwischen 2006 und 2011: Zum einen lag der Gipfel der Altersverteilung zwischen 40 und 49 Jahren, entsprechend den Jahrgängen um 1963/1964, der sogenannten „Baby-Boomer-Generation“ (Statistisches Bundesamt 2019a). Zum anderen war die Scheidungsrate in dieser Altersgruppe relativ hoch (Krack-Roberg 2011) mit einem durchschnittlichen Alter der Frauen bei der Scheidung von 41,4 Jahren (Statistisches Bundesamt 2020d). Auch in vorliegender Studie wurde gezeigt, dass es in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen die meisten Geschiedenen gab.

Minderjährige Frauen

In der Auswertung wurden 18 Patientinnen (6,8%) identifiziert, die als Minderjährige wohnungslos wurden. Der Unterschied zu dem Ergebnis der BAG W mit 11% (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2013) könnte darauf zurückzuführen sein, dass es unter Minderjährigen mehr männliche als weibliche Wohnungslose gab (Hoch 2017).

Diese Gruppe war größtenteils deutscher Staatsangehörigkeit, jedoch ansonsten in vielen Beziehungen heterogen, so z. B. auch im Hinblick auf die Dauer der Wohnungslosigkeit. Während 5 Patientinnen weniger als 3 Monate wohnungslos waren, hatten 4 bereits länger als 2 Jahre Wohnungslosigkeit hinter sich. Die Gründe für die Wohnungslosigkeit, soweit aus den Daten ablesbar, ergaben kein einheitliches Bild. Auffällig ist, dass nur bei 7 dieser Patientinnen (36,8%) ein Familienkontakt bestand. Dieser Anteil ist deutlich kleiner als in der Studie von Hoch, bei der der Anteil der Straßenjugendlichen bis 26 Jahre mit bestehendem Kontakt zu deren Eltern 68,2% betrug (Hoch 2017). Die Rate an bekannten psychischen Erkrankungen inklusive substanzgebundenen Störungen lag bei 55,6% (n=10) und war somit vergleichbar dem Gesamtkollektiv (51,9%).

Bei einer von 4 minderjährigen, langfristig wohnungslosen Patientinnen, die bei der Vorstellung anonym bleiben wollte, handelte es sich um ein 17-jähriges Mädchen, das keinen Familienkontakt mehr hatte und bei Freunden/Bekanntem übernachtete. Sie war nicht krankenversichert, bestritt ihren Lebensunterhalt durch Gelegenheitsjobs und ging

noch zur Schule in die 12. Klasse. Die Situation dieser Patientin ist beispielhaft für „verdeckte Wohnungslosigkeit“.

Ältere Frauen

Im Gegensatz zu der Befürchtung der Altersarmut in der Gesellschaft waren die Patientinnen mit 60 Jahren oder älter in der vorliegenden Studie mit 3,8% unterrepräsentiert. Dass es wenig ältere wohnungslose Menschen gibt, findet sich auch in anderen Studien (Greifenhagen und Fichter 1997; Torchalla et al. 2004). Torchallas Vermutung, dass dieser kleine Anteil an speziellen Charakteristika der Stadt Tübingen (mittelgroße Universitätsstadt) liege (Torchalla et al. 2004), scheint durch die eigenen ähnlichen Daten aus Berlin unwahrscheinlich.

Mögliche Erklärungen können sowohl 1) gesellschaftlich sein, 2) auf Seiten der Institutionen liegen als auch 3) generationsspezifisch sein. Ob eine familiäre Unterstützung durch jüngere erwerbsfähige Generationen eventuelle Probleme abfängt, die institutionelle Absicherung älterer Generationen besser funktioniert (z. B. durch Rente oder Grundsicherung im Alter), die andere Sozialisierung in Nachkriegszeiten zu weniger tatsächlicher Wohnungslosigkeit oder zu weniger Akzeptanz seitens der Betroffenen für entsprechende Hilfsangebote führt, lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht entnehmen. Interessant wäre hier der Vergleich zu zukünftigen Daten, da eine weiter steigende Altersarmut prognostiziert wird (Buslei et al. 2019).

4.4.2 Herkunft

Der Anteil der nichtdeutschen Patientinnen ist mit 20,4% größer als der im Zensus 2011 ermittelte Anteil von Ausländer*innen in Berlin von 11,4% (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2014). Greifenhagen berichtete 1997 aus München, dass 84% der wohnungslosen Frauen deutsch waren und nichtdeutsche Frauen hauptsächlich aus den ehemaligen deutschsprachigen Regionen Osteuropas stammten (Greifenhagen und Fichter 1997). Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Aussiedler*innen zu der Zeit die größte Einwanderergruppe bildeten (Woellert et al. 2009). Die Variabilität der Herkunftsländer der Patientinnen in vorliegender Studie spiegelt die Entwicklung der Gesellschaft in Deutschland im neuen, dritten Jahrtausend wider.

Der Anteil polnischer Frauen in der nichtdeutschen Bevölkerung in Deutschland lag für das Jahr 2019 bei 7,6% (Statistisches Bundesamt 2020b) und ist mit den Ergebnissen dieser Studie vergleichbar. Auch in Hamburg wurde von einem großen Anteil von polnischen Patientinnen (13,5%) berichtet (Lange et al. 2015). Dies spiegelt den Sachverhalt wider, dass polnische Bürger*innen die zweitgrößte Einwanderergruppe in der deutschen Bevölkerung ausmachten (Statistisches Bundesamt 2020b).

Auffällig ist, dass es trotz eines beachtlichen Anteils muslimischer Bevölkerung in der Gesamtbevölkerung Berlins nur eine Patientin aus einem muslimischen Land gab. Allein die türkischen Staatsangehörigen machen 13% in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2020b) und sogar 25% der in Berlin angemeldeten Ausländer*innen aus (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2014) und bildeten bundesweit ebenfalls ein Viertel der Langzeitarbeitslosen (Bundesagentur für Arbeit 2019a). Weitere Studien, welche diesbezügliche Hintergründe beleuchten, sind wünschenswert und könnten womöglich auch für die übrige Bevölkerung Problemlösungsstrategien aufzeigen. Besteht eine stärkere Verbundenheit in Familien und in der Nachbarschaft in diesem Kulturkreis? Sichert die Herkunftsgemeinschaft oder die Glaubensgemeinschaft die Frauen ab? Gibt es weniger alleinstehende Frauen und wenn ja, warum?

Daten des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung von 2009 zeigen, dass europäische Zuwanderer im Vergleich zur deutschen Bevölkerung höhere Bildungsabschlüsse aufwiesen. Diese Tendenz bestätigte sich auch in der vorliegenden Analyse beim Vergleich nichtdeutscher mit deutschen Patientinnen. Dies könnte mit den Einwanderungsanlässen der nichtdeutschen Patientinnen zusammenhängen. Ein individueller Wohnortwechsel auf internationaler Ebene verlangt berufliche Sicherheit, zudem ermöglicht höhere Bildung häufig erst die Mobilität.

4.4.3 Familiäre Situation

In vorliegender Studie war der Kontakt zur Familie bei der Hälfte der Patientinnen abgebrochen. Der Aufbau des sozialen Netzwerkes beispielsweise durch eine Selbsthilfegruppe könnte die fehlende familiäre Unterstützung ersetzen und eine schnellere Wiederaufnahme einer Tätigkeit begünstigen.

4.4.4 Bildung, Beruf und Lebensunterhalt

Insgesamt lässt sich sagen, dass die wohnungslosen Patientinnen sowohl einen niedrigeren Bildungsstand als auch niedrigere berufliche Qualifikationen besaßen als die deutsche Allgemeinbevölkerung. Insbesondere ist der Anteil der Patientinnen ohne Schulabschluss unter den Studienteilnehmerinnen mit 16,4% deutlich höher als in der weiblichen Bevölkerung mit 4,1% (Statistisches Bundesamt 2019b). Fokussiert auf junge Frauen zwischen 20 und 29 Jahren lag der Anteil von Frauen ohne Berufsabschluss in der Bevölkerung bei 12,9% (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2015), hingegen war dieser mit 32,4% in vorliegender Studie stark erhöht.

In der Bevölkerung betrug der Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen 35% (Bundesagentur für Arbeit 2019a). In vorliegender Arbeit betrug dieser 38%, zudem gab es 11%, die noch nie berufstätig waren. Da bei 41% die Angabe zu der Dauer der Arbeitslosigkeit fehlte, ist insgesamt ein noch höherer Anteil zu vermuten. Dieser große Anteil lässt sich teilweise darauf zurückführen, dass Frauen häufiger von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind (Bork 2006).

Bei der Antragstellung von Sozialleistungen, auf die bei Arbeitslosigkeit Anspruch besteht, existieren bürokratische Hürden. Um diese zu überwinden, werden ein aktives Engagement und Anstrengungen benötigt, welche jedoch in der Situation der beschriebenen Patientinnen mit gefühlter Perspektivlosigkeit und Motivationsverlust schwer aufzubringen sind. Des Weiteren ist die Arbeitslosigkeit nicht selten mit gesundheitlichen Problemen, Suchtproblemen oder sozialen Konflikten verbunden (Ruckstuhl 2000). Solche Faktoren können unter Umständen auch den Erhalt der Sozialleistung erschweren und zu deren Sanktionierung führen. Die erfolgreiche Organisation einer Sozialleistung und nicht zuletzt ein beruflicher Wiedereinstieg werden schwieriger und aufwendiger, wenn man sich bereits in der Wohnungslosigkeit befindet. Auch neigen viele Betroffene zu passivem Verhalten. Die genannten Faktoren könnten die niedrige Quote der Inanspruchnahme einer Sozialleistung erklären.

Die Analyse zeigte, dass insbesondere nichtdeutsche Patientinnen selten eine Sozialleistung bezogen. Dies kann damit zusammenhängen, dass für ausländische Bürger*innen strengere Voraussetzungen für Sozialleistungen gelten. In der heutigen Zeit der Freizügigkeit innerhalb der EU sowie der Globalisierung steigt der Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung hierzulande stetig an, und es ist zu erwarten, dass die

Anzahl armutsgefährdeter Ausländer*innen dementsprechend auch weiterhin zunimmt. Gleichzeitig ist bekannt, dass die Gruppe der Migrant*innen sehr heterogen ist und neben der nationalen Herkunft auch der familiäre Bildungshintergrund eine große Rolle spielt (Woellert et al. 2009).

Im gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Interesse sind somit nicht nur verbesserte arbeitsmarktpolitische Strategien für die Erhöhung des Bildungsniveaus der gesamten Bildungsinländer*innen (Primärprävention) und eine zügige Reintegration der Arbeitslosen ins Berufsleben (Tertiärprävention), sondern auch ein erhöhtes Augenmerk auf die armutsgefährdete Population nichtdeutscher Bevölkerung (Sekundärprävention).

4.5 Wohnungslosigkeit

Das Lebensalter bei Beginn der Wohnungslosigkeit zeigte wie das Alter bei der Erstvorstellung eine bimodale Verteilung, die im Vergleich zum letzteren leicht nach links verschoben war. Dies könnte damit erklärt werden, dass die Dauer der Wohnungslosigkeit bis zur Erstvorstellung im GZO zu 55% unter einem Jahr betrug. Diese Dauer entspricht der Zeitspanne, die die Patientinnen brauchten, um nach dem Eintritt der Wohnungslosigkeit ein medizinisches Hilfesystem aufzusuchen. Die zu vermutenden Ursachen und Faktoren zu verschiedenen Altersgruppen sind in Kapitel 3.3 geschildert.

Die Erfassung des Grunds der Wohnungslosigkeit gehörte nicht zum standardisierten Anamnesebogen, er wurde jedoch im Rahmen des Anamnesegesprächs von 24 Patientinnen freiwillig geäußert. Wenn auch statistisch nicht auswertbar, wurden doch die häufigsten Gründe der Wohnungslosigkeit (Busch-Geertsema et al. 2019) genannt.

Die Dauer der Wohnungslosigkeit betrug in vorliegender Studie nur bei 25% länger als ein Jahr. Bei den anderen Studien variierte dieser Anteil zwischen 56 und 85% (Greifenhagen und Fichter 1997; Köppen und Schepler 2015; Torchalla et al. 2004). Dass die Patientinnen des GZO zum Zeitpunkt der Erstvorstellung vergleichsweise kürzer wohnungslos waren, macht deutlich, dass das Angebot des GZO bereits in früherem Stadium der Wohnungslosigkeit von Betroffenen wahrgenommen wird und bestätigt zudem seine Niedrigschwelligkeit. Dies ist in der Wohnungslosenversorgung von großer Bedeutung, um eine schnelle Reintegration der Betroffenen in die Gesellschaft zu ermöglichen. Dass die Zeitspanne vom Beginn der Arbeitslosigkeit bis zum Eintreten der

Wohnungslosigkeit bei dem Großteil mehr als ein Jahr betrug, stützt die weit verbreitete Erkenntnis, dass Langzeitarbeitslose in hohem Ausmaß von Armut betroffen sind.

Die Heterogenität der Wohnungslosen zeigt sich auch im Hinblick auf die Übernachtungsstelle. Während fast 60% der Patientinnen in einer öffentlichen Einrichtung schliefen, lebten 12% bei Freunden oder Bekannten in der sogenannten verdeckten Wohnungslosigkeit. Diese Verteilung liegt vermutlich an der Tatsache, dass in Berlin im Gegensatz zu Kleinstädten die Möglichkeit, in einer öffentlichen Einrichtung zu übernachten, gegeben ist. Ob die verdeckte Wohnungslosigkeit mit Gegenleistungen verbunden ist, wurde in der vorliegenden Studie nicht eruiert. Im Gegensatz zur Studie von Köppen (Köppen und Schepler 2015) fand sich diese Form der Wohnungslosigkeit in vorliegender Studie nicht gehäuft.

Während das Bild der Wohnungslosigkeit häufig von der Straßenobdachlosigkeit geprägt ist, schliefen in Berlin nur 9,1% der Patientinnen tatsächlich im Freien. Hingegen kam dies in Tübingen gar nicht vor (Torchalla et al. 2004). Dieser Unterschied könnte durch die Eigenschaft der Großstadt Berlin erklärt werden, die Anonymität ermöglicht. Das Leben im Freien ist verschiedenen Formen der Kriminalität und anderen Gefahren ausgesetzt. Die Daten liefern keine einheitlichen Merkmale der Patientinnen, die im Freien schliefen, so dass über die Gründe, die Frauen dazu bewegen, nicht in einer Einrichtung zu schlafen, nur spekuliert werden kann.

4.6 Medizinische Charakteristika

4.6.1 Somatische Vorerkrankungen

Neben den Erkrankungen, die in der Allgemeinbevölkerung häufig vorkommen, wurden auch regelmäßig Vorerkrankungen genannt, welche auf einen Zusammenhang mit substanzgebundenen Störungen hindeuten. Dazu gehören beispielsweise Verletzungen, Hepatitis C, HIV und Epilepsie. Diese Erkrankungen spiegelten sich teilweise ebenfalls in den genannten Dauermedikamenten wider. Dass sich jedoch z. B. nur eine Patientin von 4 Patientinnen mit HIV in einer antiretroviralen Therapie befand, zeigt, dass wohnungslose Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich unterversorgt sind. Da die Verteilung des Zeitpunktes vom letzten Arztbesuch keinen Zusammenhang mit dem Krankenversicherungsstatus aufwies, ist fehlender Krankenversicherungsschutz

keine ausreichende Erklärung für diese Unterversorgung wohnungsloser Menschen. Neben logistischen Hindernissen wie Fahrtkosten für den Arztbesuch oder Schamgefühl können mangelnde Adhärenz und Compliance der Betroffenen vermutet werden.

4.6.2 Psychische Erkrankungen

Im Vergleich der vorliegenden Daten mit der weiblichen Stichprobe der SEEWOLF-Studie, in der psychische Erkrankungen ebenfalls mittels ICD-10 erfasst wurden, zeigen sich dort insgesamt deutlich höhere Häufigkeiten psychischer Erkrankungen (Bäumel et al. 2017) (Tabelle 15). Die zwei weiteren deutschen Studien über wohnungslose Frauen (Greifenhagen und Fichter 1997; Torchalla et al. 2004) erfassten psychische Erkrankungen zwar mittels *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, dennoch waren die Häufigkeiten aller dargestellten Erkrankungen ebenfalls deutlich höher als die der eigenen Daten.

Dass fast ein Fünftel der von den Patientinnen genannten Dauermedikamente Psycholeptika bzw. Psychoanaleptika und über ein Drittel der Indikationen für einen Krankenhausaufenthalt psychische Erkrankungen waren, macht jedoch deutlich, dass psychische Erkrankungen bei den Patientinnen des GZO nicht unterschätzt werden dürfen. Es ist zu vermuten, dass die niedrigere Häufigkeit in den eigenen Daten durch das Studiendesign bedingt ist (dazu siehe Kapitel 4.2) und durch Verwendung von für psychische Erkrankungen strukturierte ausführliche Instrumente wie SKID oder MMSE mehr psychische Erkrankungen diagnostizierbar gewesen wären.

Die Erklärungsansätze für die Frage, weshalb nur wenige psychische Erkrankungen angegeben wurden, sind, dass 1) die vorhandenen psychischen Erkrankungen bei den Patientinnen aufgrund der schlechten Versorgung in der Wohnungslosigkeit noch nicht diagnostiziert worden waren, 2) die Krankheitseinsicht fehlte, 3) die Patientinnen im GZO primär von anderen, akuterer Problemen betroffen waren und somit die chronischen psychischen Erkrankungen zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in den Hintergrund rückten oder 4) sich psychisch kranke wohnungslose Frauen in Berlin anderweitig in der Betreuung durch dafür spezialisierte Organisationen/Institutionen befanden.

Tabelle 15: Häufigkeit psychischer Erkrankungen, Vergleich der Angaben von wohnungslosen Patientinnen des GZO mit der weiblichen Stichprobe der SEEWOLF-Studie (Bäumli et al. 2017)

		Eigene Daten	SEEWOLF-Studie
Erhebungsort		Berlin	München
Stichprobe		Wohnungslose Patientinnen des GZO	Bewohnerinnen von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
Gesamtzahl (N)		266	45
Durchschnittsalter [Jahre]		35,5	45,2
Durchschnittliche Dauer der Wohnungslosigkeit [Monate]		17,5	61,3
Diagnosen nach ICD-10		Häufigkeit [%]	
F00-09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,0	2,2
F10-19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ohne Tabak)	51,9 (41,7)	(53,3)**
	• F10 Alkohol	32,7	46,7
	• F11 Opioide	6,4	2,2
	• F12 Cannabinoide	4,9	15,6
	• F13 Sedativa oder Hypnotika	0,8	6,7
	• F14 Kokain	1,1	2,2
	• F15 Koffein u. a. Stimulanzien	0,0	2,2
	• F16 Halluzinogene	0,4	0,0
	• F17 Tabak	53,4	-
	• F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,0
	• F19 Multipler Substanzgebrauch	-	6,7
	• Nicht näher bezeichnet	10,9	-
F20-29	Schizophrenie, schizotype, wahnhaftige Störungen	3,4	17,8
F30-39	Affektive Störungen	3,8	51,1
F40-48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2,6	26,7
F50-59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,8	8,9
F60-69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5,3	4,4***
F70-79	Intelligenzstörung	0,0	0,0
F80-89	Entwicklungsstörungen	0,4	0,0
F90-98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,8	4,4
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	8,3	-
Insgesamt*		51,9	91,1

* Aufgrund von Mehrfachdiagnosen ergibt eine Addition der einzelnen Häufigkeiten eine höhere Zahl, als der angegebene Gesamtwert beträgt.

** Dieser Wert umfasst Kategorie F10-19 ohne F17 (Tabak). Der Anteil der wohnungslosen Frauen mit Nikotinkonsum in der SEEWOLF-Studie beträgt 57,8%.

*** Dieser Wert umfasst lediglich Verhaltensstörungen. Persönlichkeitsstörungen, die als Achse-II Störungen separat erfasst wurden, wurden bei 53,7% der weiblichen Stichprobe beobachtet.

Die häufigsten psychischen Erkrankungen (ausgenommen substanzgebundene Störungen) in den eigenen Daten waren Persönlichkeitsstörungen, drei Viertel davon Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einer Häufigkeit von 3,8%. Dass diese Störung unter wohnungslosen Frauen häufig beobachtet wird, wurde ebenfalls in den USA beschrieben (Whitbeck, Armenta, und Welch-Lazoritz 2015). Die Häufigkeit der Borderline-Persönlichkeitsstörung unter den weiblichen Erwachsenen wird mit 0,9 bis 3,0% angegeben (Torgersen, Kringlen, und Cramer 2001; Trull et al. 2010). Zu den Risikofaktoren gehören geringes Familieneinkommen, Alter unter 30 Jahren, getrennter, geschiedener oder verwitweter Familienstand und niedriges Bildungsniveau (Tomko et al. 2014). Die hier genannten Faktoren waren auch bei den Patientinnen in der vorliegenden Studie häufig zu beobachten und können die höhere Häufigkeit erklären. Die Tatsache, dass die Narben durch das selbstverletzende Verhalten häufig sichtbar sind, könnte die Diagnosestellung der Borderline-Persönlichkeitsstörung auch ohne Durchführung eines ausführlichen Tests erleichtert und zu der häufigen Diagnosestellung dieser beigetragen haben. Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen begünstigen traumatische Erlebnisse, insbesondere Gewalterlebnisse die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bohus und Schmahl 2007; Driessen et al. 2002). Da bei Wohnungslosen ebenfalls häufig Gewalterlebnisse in der Biografie beobachtet werden (Beierle und Hoch 2017; Busch-Geertsema et al. 2019), kann hier ein Zusammenhang der Störung mit Wohnungslosigkeit und Gewalt- bzw. traumatischen Erlebnisse vermutet werden.

Es wurde ein hoher Anteil substanzgebundener Störungen bei den Patientinnen des GZO festgestellt. Dass das Alter beim Eintreten in die Wohnungslosigkeit bei den Patientinnen mit einer substanzgebundenen Störung niedriger als bei den Patientinnen ohne substanzgebundene Störung war, deutet auf einen Zusammenhang zwischen der Wohnungslosigkeit und der substanzgebundenen Störung hin. Ob substanzgebundene Störungen zur Wohnungslosigkeit führen oder ob sich das Suchtverhalten im Laufe der Wohnungslosigkeit als Kompensation verschiedener Probleme entwickelt, lässt sich jedoch hier nicht klären. Um eine genaue Aussage treffen zu können, müssten neben dem Zeitpunkt des Eintretens der Wohnungslosigkeit auch der Zeitpunkt des Beginns der Suchtproblematik geklärt werden. Dass die Patientinnen mit Alkoholabhängigkeit häufiger an Verletzungen litten, bestätigt die Erkenntnis, dass Alkoholkonsum das Risiko für Verletzungen erhöht (Rehm et al. 2003).

Der Altersvergleich zeigte, dass über 90% der Cannabis-Konsumentinnen unter 34 Jahre alt waren. Dies stimmt mit der Tendenz in der Bevölkerung überein, dass Cannabinoide häufiger von jüngeren Menschen konsumiert werden (Pabst et al. 2013). Cannabinoide sind preisgünstig im Vergleich zu anderen Drogen (Schneider et al. 2019) und sind auch bedingt durch deren Verbreitung vergleichsweise leicht zu beschaffen.

Bei mehr als jeder zehnten Patientin des GZO bestand eine Doppeldiagnose. Zu den häufigsten Kombinationen gehörte eine Persönlichkeitsstörung in Kombination mit Alkoholabusus. Die Kombination aus Borderline-Persönlichkeitsstörung und substanzgebundener Störung kommt nicht nur häufig vor, sondern zeigt schwerere klinische Bilder und erfordert besondere Therapieansätze (Kienast et al. 2014). Die Richtung der Entwicklungsprozesse bzw. ob die Entstehung wechselseitig begünstigt wird, ist noch nicht geklärt. Es wird jedoch vermutet, dass bestimmte Faktoren wie traumatische Erlebnisse in der Kindheit oder familiäre Belastungen für spezifische psychopathologische Erkrankungen die Entstehung beider Erkrankungen begünstigen können und die Komorbidität teilweise damit erklärt werden könnte (Trull et al. 2018).

In verschiedenen Modellen der Reintegration in eine stabile Wohnsituation wurden Wohnungslose stufenweise reintegriert. So wurde bei Patient*innen mit substanzgebundener Störung zunächst Abstinenz vorausgesetzt. Dem entgegen steht das *Housing First*-Konzept. Dies führte zur erhöhten Wohnstabilität mit weniger Fällen von wiederholter Wohnungslosigkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe. Insbesondere Patient*innen mit Doppeldiagnose profitierten (Busch-Geertsema 2011; Tsemberis, Gulcur, und Nakae 2004). Ob das Konzept ebenfalls auf das Suchtverhalten einen positiven Einfluss ausüben kann, ist noch Bestandteil der wissenschaftlichen Diskussion. Nichtsdestotrotz ist es ein möglicherweise sinnvoller Ansatz, um die negativen Wechselwirkungen zwischen der Doppeldiagnose und Wohnungslosigkeit zu beseitigen. Eine langfristige Studie zu diesem Konzept im Rahmen der Versorgung von Patientinnen mit Doppeldiagnosen könnte eine neue Therapiemöglichkeit aufzeigen.

4.7 Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Insgesamt ist die Datenlage zu spärlich, um eine Aussage zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch die Patientinnen treffen zu können. Doch lassen die Daten zu regelmäßig eingenommenen Medikamenten und Krankenhausaufenthalten während der Wohnungslosigkeit erkennen, dass psychische Erkrankungen unter den Patientinnen eine bedeutende Rolle spielen.

4.8 Behandlungsdaten

4.8.1 Saisonale Verteilung der Erstkonsultationen

Die Datenanalyse zeigte, dass der Zeitpunkt der Erstvorstellung im GZO unabhängig von der mittleren Berliner Temperatur war, obwohl niedrigere Temperaturen eine vermehrte physische als auch psychische Belastung bei Wohnungslosigkeit vermuten lassen. Eine saisonale Häufung bedingt durch Allergien, welche in Hamburg beobachtet wurde (Lange et al. 2015), wurde ebenfalls nicht gezeigt, auch wenn die Häufigkeit an bestehenden Allergien in der Patientinnengruppe des GZO derjenigen der Bevölkerung fast gleicht.

Ob sich die Effekte verschiedener Jahreszeiten und Temperaturbereiche ausgleichen (Allergiesaison im Frühjahr, Hitze in Sommerzeiten, Nässe und Kälte im Herbst, dunkle kalte Wintermonate), oder ob für die Berliner wohnungslosen Frauen andere Beweggründe für die Wahl des Zeitpunkts des ersten Besuchs im GZO im Vordergrund stehen, lässt sich nur spekulieren. Persönliche Gründe, die Dringlichkeit von medizinischen Beschwerden und logistische Faktoren wie die Schließtage des GZO am Jahresende oder in den Sommerferien, könnten auch eine Rolle spielen. Eindeutig ist, dass der Bedarf an medizinischer Versorgung ganzjährig durchgehend existiert.

4.8.2 Beratungsanlässe

Die Beratungsanlässe machen erkennbar, was einerseits Wohnungslose dazu bewegt, einen Arzt aufzusuchen, andererseits worauf sich die medizinische Wohnungslosenversorgung einzustellen hat. Beim Erstkontakt wurden im Durchschnitt 1,4 Beratungsanlässe genannt, was mit den Daten aus anderen Studien übereinstimmt (Kunstmann 2009; Lange et al. 2015).

Somatische Beschwerden, zumeist Symptome mit hohem Leidensdruck wie Schmerzen oder Juckreiz, machten drei Viertel aller Gründe für die Erstvorstellung aus. Häufig betroffen waren das Atmungssystem und die Haut, was auch in Langes Studie beobachtet wurde (Lange et al. 2015). Dass im Vergleich dazu der Bewegungsapparat seltener betroffen war, könnte teils darauf zurückzuführen sein, dass das durchschnittliche Alter bei den Patientinnen des GZO mit 35,5 Jahren 8 bis 9 Jahre niedriger lag als in Langes Studie (Lange et al. 2015). Weiterhin war die vorliegende Stichprobe rein weiblich und der Anteil der Patientinnen, die im Freien schliefen, kleiner als bei männlichen Wohnungslosen (Bauer 2012; Gerull 2018a). Das Leben auf der Straße scheint das Bewegungssystem mehr zu belasten als das Leben im geschlossenen Raum mit der Möglichkeit, in einem Bett zu schlafen. In der hausärztlichen Primärversorgung kamen orthopädische Beschwerden ebenfalls deutlich häufiger vor (Laux et al. 2010), was mit dem niedrigeren Durchschnittsalter der Patientinnen des GZO erklärt werden könnte.

Psychische Beschwerden wurden auffällig selten als Vorstellungsgrund genannt. Dass die Patientinnen, die psychische Beschwerden äußerten, sich insgesamt erst für kürzere Zeit in Wohnungslosigkeit befanden als die Patientinnen ohne akute psychische Beschwerden, lässt mutmaßen, dass sie Anpassungsstörungen in der neuen Situation zeigten, die sich verstärkt in Suchtverhalten oder als Depression manifestierten. Auch lässt sich nicht ausschließen, dass die psychischen Beschwerden mit für die neu eingetretene Wohnungslosigkeit verantwortlich waren. Von einer wechselseitigen negativen Beeinflussung kann ausgegangen werden.

Soziale Probleme waren ein wesentlicher Beratungsanlass. Bei 15% wurde die aktuelle Wohnungslosigkeit als Grund für die Erstvorstellung genannt, was zeigt, dass diese Patientinnen die derzeitige Lebenslage als problematisch sahen und sich nicht damit abgefunden hatten. Hingegen wurden in der Studie von Lange aus Hamburg selten Wohnungslosigkeit oder andere soziale Probleme genannt (Lange et al. 2015). Dieser Unterschied könnte darin liegen, dass manche Patientinnen im GZO neben medizinischer Versorgung auch Sozialberatung wünschten, die parallel angeboten wird. Die Vorstellung im GZO kann insbesondere bei diesen Patientinnen als Hilfesuchverhalten in der extremen Lebenslage verstanden werden.

Soziale Probleme machen in der hausärztlichen Primärversorgung der weiblichen Bevölkerung allgemein nur circa 0,4% der Beratungsanlässe aus. Hier standen Probleme am Arbeitsplatz oder Beziehungsprobleme im Vordergrund, und Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage (Z59 im ICD-10) waren nicht angegeben (Laux et al. 2010). Dieser deutliche Unterschied zeigt die Relevanz der Integration der Sozialberatung und der interdisziplinären Versorgung im GZO deutlich. Weiterhin führt dies regelmäßig auch dazu, dass Patient*innen, die primär nur medizinische Hilfe suchen, auch Sozialberatung in Anspruch nehmen, was schließlich zur nachhaltigen Verbesserung der gesamten Lebenssituation beitragen kann.

4.8.3 Behandlungsdiagnosen

Kennzeichnend für die vorliegende Studie ist, dass Wohnungslosigkeit auch als eigenständige Diagnose gestellt wurde. Die anderen Studien waren auf somatische und psychische Krankheiten fokussiert, und soziale Probleme wie Wohnungslosigkeit als Diagnose waren sonst kaum zu finden. Nur bei Lange wurde ein – allerdings deutlich niedrigerer Anteil der Diagnosen der Kategorie Z00-99 im ICD-10 (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen) von 1% genannt (Lange et al. 2015). Dass die Diagnose Wohnungslosigkeit in vorliegender Studie bei 25% (n=66) der Patientinnen gestellt wurde und den Anteil von 17% aller Diagnosen einnahm, macht deutlich, dass Gesundheit und Wohlbefinden stark von dieser Wohnungsnotlage beeinflusst werden und dieses Problem in der medizinischen Versorgung nicht vernachlässigt werden darf.

Auch in der Übersichtsarbeit von Trabert (Trabert 2016) wurden häufig Erkrankungen des Atmungssystems, des Verdauungssystems, der Haut, der Leber, Verletzungen und psychische Erkrankungen diagnostiziert. Hingegen nahmen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Zahnerkrankungen einen wesentlich kleineren Anteil aller Behandlungsdiagnosen ein. Die Erklärungsansätze für den Unterschied sind, 1) dass das Durchschnittsalter der Patientinnen des GZO im Vergleich zu anderen Studien niedriger war, 2) dass es sich hier ausschließlich um weibliche Wohnungslose handelte und 3) der Alkoholabusus/Substanzabusus weniger häufig im Vergleich zu männlichen Wohnungslosen beobachtet wurde sowie 4) der größere Anteil der Patientinnen in einer Einrichtung schlief.

Der Anteil der respiratorischen Diagnosen war mit 19,8% vergleichbar mit dem in der weiblichen Bevölkerung mit 18,2% (Laux et al. 2010). Dass insbesondere bei den Patientinnen, die draußen schliefen, häufiger dermatologische Erkrankungen bzw. Symptome festgestellt wurden, stützt die Vermutung, dass mangelnde Hygiene bei der Entstehung einer Hauterkrankung ein wichtiger Risikofaktor ist (Völm et al. 2004). Auch Verletzungen waren häufiger in der Wohnungslosigkeit und bei Alkoholabusus zu beobachten. Zu psychischen Erkrankungen siehe Kapitel 4.6.2.

In Anbetracht des Fokus auf weibliche Wohnungslose sei hier noch die hohe Relevanz der gynäkologischen Erkrankungen erwähnt: Es gab 10 Patientinnen, die sich in Bezug auf Schwangerschaften im GZO vorstellten bzw. bei denen während der Konsultation eine Schwangerschaft vermutet wurde. Dies stützt die wissenschaftliche Erkenntnis, dass Sexualität und Schwangerschaft auch in der Wohnungslosigkeit ein präsent Thema darstellen (Crawford et al. 2011). Einerseits müssen effektive Verhütungsmöglichkeiten, auch wegen vergleichsweise häufiger beobachteten infektiösen Krankheiten in dieser Patientengruppe, diskutiert und genau abgewägt werden, andererseits besteht hier ein spezieller Hilfebedarf für schwangere wohnungslose Frauen. Weitere gynäkologische Erkrankungen wurden in Ermangelung von gynäkologischen Untersuchungen hingegen selten festgestellt. Hier ist die Versorgung sicherlich ausbaubar.

Die bestätigte Schwangerschaft brachte der einen betroffenen Patientin große Freude und gleichzeitig Motivation, ihre Lebenssituation zu ändern, was zu einer schnellen Unterbringung in einer betreuten Wohnung beigetragen hat. Dieses Beispiel zeigt, dass ein positiver Anlass in der von negativen Ereignissen geprägten Lebenssituation eine neue Motivation auslösen und somit große Bedeutung haben kann.

4.9 Schlussfolgerungen

Diese Arbeit ist die erste auf die psychischen und somatischen Erkrankungen weiblicher Wohnungsloser fokussierte Studie in Deutschland. Sie beschreibt mit 266 Frauen das größte Kollektiv von weiblichen Wohnungslosen in der Literatur und damit die 8- bis 15-fache Anzahl gegenüber den beiden vorliegenden deutschen Studien (Greifenhagen und Fichter 1997; Torchalla et al. 2004) über psychische Erkrankungen wohnungsloser Frauen. Außerdem handelt es sich hier um eine systematische Untersuchung der

soziodemographischen Charakteristika dieser Gruppe. Sie ermöglicht demnach sowohl eine umfangreichere als auch detailliertere Beschreibung dieser Gruppe.

Es wurde gezeigt, dass in der Wohnungslosenversorgung niedrigschwellige, interdisziplinäre Hilfsangebote von medizinischer Versorgung und Sozialberatung bedeutsam sind, um eine zeitnahe Intervention nach dem Wohnungsverlust zu ermöglichen. Insbesondere liegt ein wichtiger Bedarf im Aufbau sowie in der Etablierung einer suchtmmedizinischen Versorgung speziell für diese Patientengruppe.

Aufgrund der hohen Häufigkeit von Hauterkrankungen, Verletzungen, psychischen Erkrankungen sowie häufiger mit Schwangerschaft assoziierten Beratungsanlässen ist die Einbeziehung der Sekundärversorgung, u. a. der Dermatologie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Psychiatrie und Gynäkologie/Geburtshilfe, gefragt. Insbesondere die Beteiligung von Gynäkologie/Geburtshilfe ist von Bedeutung, da schwangere Frauen langfristig beobachtet und gegebenenfalls behandelt werden sollten.

Da fast die Hälfte der Patientinnen krankenversichert war, stellt, neben den genannten Aufgaben zur Verbesserung der medizinischen Versorgung Nichtkrankenversicherter die Reintegration Wohnungsloser bzw. Armutsgefährdeter mit einem bestehenden Krankenversicherungsschutz in das Regelversorgungssystem ein weiteres wichtiges Ziel dar. Dies verbessert nicht nur die Primärversorgung, sondern auch die Prävention für diese Gruppe, die häufig vernachlässigt wird. Dafür könnte die Organisation einer speziellen Sprechstunde in der Regelversorgung effektiv sein, die beispielsweise mit einer Bonuszahlung für medizinische Einrichtungen attraktiv gemacht werden könnte.

Zur Prävention der Wohnungslosigkeit junger erwachsener Frauen sollte ein unterstützter und gleitender Übergang in das Erwachsenenalter sowie ein erleichterter beruflicher Einstieg für hilfsbedürftige Jugendliche weiter gefördert werden. Dadurch könnte auf sowohl individueller als auch gesellschaftlicher Ebene ein nachhaltiges Ergebnis erzielt werden. Neben der gesellschaftlichen Relevanz des Potenzials junger Erwachsener auf dem Arbeitsmarkt in einer alternden Gesellschaft, ist es von größter Bedeutung, frühzeitig zu intervenieren, da dies einen großen Effekt auf Lebensqualität und Morbidität ermöglicht.

4.10 Ausblick auf die weitere Forschung

In künftigen Studien könnten folgende Fragestellungen zu den soziodemographischen Charakteristika bzw. Biografien ergänzt werden: Erstens sollten wohnungslose Frauen auch explizit nach den Kriterien der alleinerziehenden Familiensituation gefragt werden, d. h. nach dem Alter der Kinder und von wem diese versorgt werden, da bekannt ist, dass Alleinerziehende in besonderem Maße von Armut bedroht sind (Statistisches Bundesamt 2019c). Zweitens ermöglicht die Differenzierung zwischen verheiratet zusammenlebend oder verheiratet getrennt lebend eine genauere Aussage zum Familienstand. Drittens würde die Frage nach Herkunftsfamilien bzw. Heimaufenthalt oder Haftaufenthalt eine zusätzliche Ebene der Biografie eröffnen. Die vierte Ergänzungsmöglichkeit im Fragebogen stellt die Gewalterfahrung dar, da gezeigt wurde, dass Wohnungslosigkeit und Gewalterfahrung sowohl in Herkunftsfamilien als auch in Zeugungsfamilien häufig im Zusammenhang stehen. Des Weiteren kann die Kategorisierung von Wohnungslosigkeit nach der Europäischen Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung (ETHOS) eine differenziertere Beschreibung der Wohnsituation von Betroffenen und einen internationalen Vergleich ermöglichen.

Welchen Einfluss der zunehmende Zuzug von Geflüchteten nach Deutschland auf die Gruppe der Wohnungslosen nimmt, wird in zukünftigen Arbeiten auch die Frage nach dem Gelingen der Integration beantworten. Die vorliegende Studie kann in diesem Zusammenhang als Vergleichskollektiv dienen.

In weiteren Studien hierzulande könnten fokussiert wohnungslose Mütter mit Fragen zur Entwicklung der Zeugungsfamilie untersucht werden. Beispielsweise könnte eine Schwangerschaften in der Wohnungslosigkeit begleitende Studie die besonderen Bedürfnisse der schwangeren, wohnungslosen Frauen und Mütter aufzeigen. Gleichzeitig stellen die Kinder von wohnungslosen Frauen ebenfalls eine neue, wichtige Studienpopulation dar, da bei ihnen ein großes Risiko vorliegt, selbst auch wohnungslos zu werden. Darüber hinaus wäre sicherlich eine intensiviertere, interdisziplinäre sowie longitudinale Studie aus dem sozial-psychiatrischen Aspekt interessant und bedeutsam, um psychische Gesundheit und Krankheit wohnungsloser Frauen genauer zu untersuchen und deren Verläufe zu verfolgen. Die Untersuchung der Kausalität dient zur Anpassung der Hilfsangebote.

Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit sind Lebensbedingungen, die im Zuge von Globalisierung, Urbanisierung, Veränderungen des Sozialstaats und schwankender Wirtschaftskraft von Regionen zunehmen werden oder zumindest immer wieder in den Fokus von Politik und Gesellschaft rücken. Da diese Lebensbedingungen vielfach im Verborgenen sind und behördlich nur eingeschränkt erfasst werden können, werden Untersuchungen an begrenzten Gruppen von Patient*innen sozialer Einrichtungen auch zukünftig die wesentliche Informationsquelle zur Beschreibung dieses Klientels bleiben. Methodische Anforderungen, wie sie sonst in den Sozial- und Naturwissenschaften gestellt werden, können hier häufig nicht verwirklicht werden. Fehlende Ausweisdokumente, fehlender Krankenversicherungsschutz, der Wunsch nach Anonymität und schließlich die Unfähigkeit zu kontinuierlicher Bindung an Sozialarbeiter*innen oder Therapeut*innen erschweren die Durchführung prospektiver Forschungsprojekte. Deskriptive Analysen von Daten spezieller Gruppen sind in ihrer Aussagekraft begrenzt, weil sie nicht ohne weiteres auf andere Regionen und Situationen übertragbar sind, geben aber zumindest für ihre Erhebungs- und Versorgungsregion Auskunft über den Versorgungsbedarf und Möglichkeiten der Prävention. Daher sollten solche Untersuchungen in den sozialen Einrichtungen für Wohnungslose grundsätzlich fortgesetzt werden, dabei aber die Möglichkeiten von Netzwerkbildung der Versorger und Standardisierung der Dokumentation besser genutzt werden. Das politische Umfeld kann neben dem Aufbau und der Unterstützung von flächendeckenden und passenden Versorgungsangeboten auch die Vernetzung der beteiligten Personen und Organisationen fördern und die Weiterentwicklung der Dokumentation und die regelmäßige Datenauswertung finanziell unterstützen.

Literaturverzeichnis

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Hrsg. 2014. *Ausländische Bevölkerung in Berlin und Brandenburg*. Potsdam.
- Ärzte der Welt. 2020. „Menschen ohne Krankenversicherung“. *aerztewelt.org*. Abgerufen 20. Februar 2021 (<https://www.aerztewelt.org/presse-und-publikationen/presseinformationen/2020/08/17/deutlich-mehr-menschen-ohne-krankenversicherung-als-statistik-abbildet>).
- Aust, Andreas. 2020. *Arm, abgehängt, ausgegrenzt. Eine Untersuchung zu Mangellagen eines Leben mit Hartz IV*. herausgegeben von Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband. e. V. Berlin.
- Bachner, Frank. 2020. „Berlin plant zentrale Vermittlungsstelle: Wohnungslose sollen Betten wie in einem Hotel buchen“. *Der Tagesspiegel*, Dezember 27.
- Bauer, Theresa Elisabeth Secunda. 2012. „Medizinische und soziodemographische Charakteristika der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose (Dissertation)“. Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin.
- Bäumli, Josef, Barbara Baur, Monika Brönner, Gabriele Pitschel-Walz, und Thomas Jahn. 2017. *Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Beierle, Sarah. 2017. *Praxisbericht zur Projektarbeit mit Straßenjugendlichen. Erkenntnisse aus den Modellprojekten des Innovationsfonds (des Kinder- und Jugendplans) im Bereich Jugendsozialarbeit (2014-2016)*. herausgegeben von Deutsche Jugendinstitut e. V. Halle.
- Beierle, Sarah, und Carolin Hoch. 2017. *Straßenjugendliche in Deutschland. Forschungsergebnisse und Empfehlungen*. herausgegeben von Deutsche Jugendinstitut e. V. München.
- Bohus, M., und C. Schmahl. 2007. „Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung“. *Der Nervenarzt* 78(9):1069–81. doi: 10.1007/s00115-007-2341-x.
- Bork, Rosemarie. 2006. „Hartz IV, Langzeitarbeitslosigkeit, Armut und Protest“. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 29(2):342–48.
- Breitenbach, Elke, und Alexander Fischer. 2021. „Housing First!‘: So könnte Berlin Obdachlosigkeit bis 2030 beenden“. *Der Tagesspiegel*, Januar 9.
- Brzank, P. 2009. „(Häusliche) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. Einführung und Überblick“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 52(3):330–38. doi: 10.1007/s00103-009-0795-7.
- Bundesagentur für Arbeit, Hrsg. 2019a. *Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation von langzeitarbeitslosen Menschen*. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit, Hrsg. 2019b. *Merkblatt für Arbeitslose 1: Ihre Rechte – Ihre Pflichten*. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit, Hrsg. 2020a. *Merkblatt: Arbeitslosengeld II/ Sozialgeld. Grundsicherung für Arbeitsuchende*. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit, Hrsg. 2020b. *Merkblatt: Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen der Kranken- und Pflegeversicherung*. Nürnberg.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2010. *Pressemeldung: BAG Wohnungslosenhilfe fordert Einführung bundesweiter Wohnungsnotfallstatistik*. Bielefeld.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2011. *Pressemitteilung: Zahl der Wohnungslosen in Deutschland steigt*. Bielefeld.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2012a. *Empfehlung der BAG*

-
- Wohnungslosenhilfe e. V. zur Organisation einer Beratungsstelle für Frauen in besonderen sozialen Schwierigkeiten.* Bielefeld.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2012b. *Empfehlung zu den Mindestanforderungen an stationäre Einrichtungen für Männer und Frauen (heterogene Einrichtungen).* Bielefeld.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2012c. *Frauen in Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot. Darstellung der Lebenslagen und der Anforderungen an eine bedarfsgerechte Hilfe.* Bielefeld.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2012d. *Pressemitteilung: Bundesregierung lehnt Wohnungsnotfallstatistik ab.* Bielefeld.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2013. *Pressemitteilung: Zahl der Wohnungslosen in Deutschland weiter gestiegen.* Bielefeld.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2018. *Gesundheit ist ein Menschenrecht. Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation.* Berlin.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019a. *Hilfen für BürgerInnen aus anderen EU-Mitgliedsstaaten in Wohnungsnot und sozialen Schwierigkeiten. Grundsatzpositionen der BAG Wohnungslosenhilfe.* Berlin.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019b. *Pressemitteilung: 650.000 Menschen in 2017 ohne Wohnung.* Berlin.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019c. *Pressemitteilung: Schätzungen für das Jahr 2017 und 2018.* Berlin.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019d. *Pressemitteilung: Wohnungslosigkeit: Kein Ende in Sicht.* Berlin.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019e. *Sicherstellung bedarfsgerechter Hilfen für Frauen in einer Wohnungsnotfallsituation. Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe.* Berlin.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2020. *Pressemitteilung. Menschen in Wohnungsnot: Jünger, weiblicher, internationaler – und mit Kind (2018).* Berlin.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Hrsg. 2020. „ICD-10-GM Version 2021“. *dimdi.de*. Abgerufen 2. März 2021 (<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/>).
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Hrsg. 2020. „Nr. 11 vom 12.03.2020: Gesetz zur Einführung einer Wohnungslosenberichterstattung sowie einer Statistik untergebrachter wohnungsloser Personen und zur Änderung weiterer Gesetze“. S. 437–39 in *Bundesgesetzblatt*. Bonn: Bundesanzeiger Verlag.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Hrsg. 2017. *Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Hrsg. 2019. *Der Europäische Hilfsfonds für die am stärksten benachteiligten Personen (EHAP)*. Bonn.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung, Hrsg. 2015. *Berufsbildungsbericht 2015*. Bonn.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, Hrsg. 2018. *Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Eine Zusammenfassung*. Berlin.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, Hrsg. 2020. *Brücken bauen*. Berlin.
- Bundesverfassungsgericht. 2010. „Entscheidungen - Regelleistungen nach SGB II („Hartz IV-Gesetz“) nicht verfassungsgemäß“. Abgerufen 18. Februar 2021 (https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/ls20100209_1bv1000109.htm).
- Bundesverfassungsgericht. 2019. „Entscheidungen - Sanktionen zur Durchsetzung von

-
- Mitwirkungspflichten bei Bezug von Arbeitslosengeld II teilweise verfassungswidrig“. Abgerufen 18. Februar 2021 (https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/ls20191105_1bvl000716.html).
- Bundeszentrale für politische Bildung, Hrsg. 2013. *Wohnungslosigkeit*. Bonn.
- Burra, Tara A., Vicky Stergiopoulos, und Sean B. Rourke. 2009. „A systematic review of cognitive deficits in homeless adults: Implications for service delivery“. *Canadian Journal of Psychiatry* 54(2):123–33. doi: 10.1177/070674370905400210.
- Busch-Geertsema, Volker. 2011. „Housing First‘, ein vielversprechender Ansatz zur Überwindung von Wohnungslosigkeit“. *Widersprüche: Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereichs-, Gesundheits- und Sozialbereich* 31(121):39–54.
- Busch-Geertsema, Volker. 2016. „Housing First“: Belgien 16.-17. März 2016: Synthesebericht. herausgegeben von Europäische Kommission. Luxemburg.
- Busch-Geertsema, Volker, Jutta Henke, Axel Steffen, Marie-Therese Reichenbach, Ekke-Ulf Ruhstrat, Sandra Schöpke, und Nadine Krugel. 2019. *Entstehung, Verlauf und Struktur von Wohnungslosigkeit und Strategien zu ihrer Vermeidung und Behebung: Endbericht*. herausgegeben von Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e. V. Bremen.
- Buslei, Hermann, Björn Fischer, und Johannes Geyer. 2019. „Das Rentenniveau spielt eine wesentliche Rolle für das Armutsrisiko im Alter“. *DIW-Wochenbericht* 86(21/22):375–83. doi: 10.18723/diw_wb:2019-21-1.
- Cambioli, Luca, Angelo Maremmani, Silvia Bacciardi, Nooshin Nikoo, Sindi Addorisio, Nicole Gehring, Julian Somers, Jim Frankish, Marc Vogel, Kerry Jang, und Michael Krausz. 2016. „Are Substance Use and Mental Illness Associated to an Earlier Onset of Homelessness?“ *Mental Health in Family Medicine* 12(02):205–12. doi: 10.25149/1756-8358.1202008.
- Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V., Hrsg. 2012. *Not sehen und handeln. Jeden Tag*. Berlin.
- Crawford, Devan M., Emily C. Trotter, Kelley J. Sittner Hartshorn, und Les B. Whitbeck. 2011. „Pregnancy and Mental Health of Young Homeless Women“. *American Journal of Orthopsychiatry* 81(2):173–83. doi: 10.1111/j.1939-0025.2011.01086.x.Pregnancy.
- Department for Communities and Local Government, Hrsg. 2012. *Evidence Review of the Costs of Homelessness*. London.
- Department of Health Office of the Chief Analyst. 2010. *Healthcare for Single Homeless People*. London.
- Deutscher Bundestag. 2020. „Bundestag stimmt für eine Wohnungslosen-bericht-erstattung“. Abgerufen 17. Februar 2021 (<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2020/kw03-de-wohnungslosenberichterstattung-674710>).
- Deutscher PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V. 2018. „Entlassungsmanagement wohnungs- und obdachloser Menschen aus der Klinik“. *paritaet-alsopfleg.de*. Abgerufen 19. Februar 2021 (<https://paritaet-alsopfleg.de/index.php/sozialeswohnungslosenhilfe/soziales-wohnungslosenhilfe-allgemein/5784-entlassungsmanagement-wohnungs-und-obdachloser-menschen-aus-der-klinik>).
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. 2020. *Pressemitteilung: Wohnungslosigkeit durch gezielte und rechtzeitige Prävention verhindern*. Berlin.
- Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e. V. 2019. *Pressemitteilung: Statement von Barbara Eschen, Direktorin des Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V. (DWBO) anlässlich der Veröffentlichung der Leitlinien der Wohnungslosienpolitik unter besonderer Berücksichtigung der geplant*. Berlin.

-
- Die Beauftragte des Bundes für Migration Flüchtlinge und Integration, Hrsg. 2020. „Verzeichnis Clearingstellen“. *eu-gleichbehandlungsstelle.de*. Abgerufen 6. April 2021 (<https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/resource/blob/203274/1594458/3d6b6ddfb2200b6640bdefce70cb86cf/verzeichnis-clearingstellen-2020-data.pdf>).
- Directorate-General for Employment Social Affairs and Inclusion (European Commission), und Public Policy and Management Institute. 2019. *Ergebnisse des Programms EaSI 2017-2018. Zusammenfassung des EaSI-Monitoringberichts 2017-2018*. herausgegeben von European Commission. Brüssel.
- Driessen, M., T. Beblo, L. Reddemann, H. Rau, W. Lange, A. Silva, R. C. Berea, H. Wulff, und S. Ratzka. 2002. „Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung“. *Nervenarzt* 73(9):820–29. doi: 10.1007/s00115-002-1296-1.
- Duke, Alison, und Adam Searby. 2019. „Mental Ill Health in Homeless Women: A Review“. *Issues in Mental Health Nursing* 40(7):605–12. doi: 10.1080/01612840.2019.1565875.
- Eberle, Margaret, Deborah Kraus, Steve Pomeroy, und David Hulchanski. 2001. *Homelessness – Causes & Effects. Volume 3. The Costs of Homelessness in British Columbia*. herausgegeben von British Columbia Ministry of Social Development and Economic Security. Vancouver.
- Enders-Dragässer, Uta, und Brigitte Sellach. 2005. *Frauen in dunklen Zeiten - persönliche Berichte vom Wohnungsnotfall: Ursachen- Handlungsspielräume - Bewältigung: eine qualitative Untersuchung zu Deutungsmustern und Lebenslagen bei Wohnungsnotfällen von Frauen*. herausgegeben von Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung e.V.; Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen. Frankfurt am Main.
- Enders-Dragässer, Uta, und Brigitte Sellach. 2010. „Lebenslagen von Frauen und Wohnungsnotfallproblematik“. S. 195–214 in *Wohnen und Gender: Theoretische, politische, soziale und räumliche Aspekte*, herausgegeben von D. Reuschke. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Enzendorfer, Johanna, und Vera Scheckenbach. 2015. „Weibliche Sexarbeit und sexuelle Zweckbeziehungen im Kontext der Wiener Wohnungslosenhilfe“. *soziales_kapitel* (13):101–14.
- Europäische Kommission. 2013. *Bürgerinfo: Sozialinvestitionspaket für Wachstum und Zusammenhalt*. Brüssel.
- Europäisches Parlament. 2019. „Die Folgen der Globalisierung auf den EU-Arbeitsmarkt“. Abgerufen 18. Februar 2021 (<https://www.europarl.europa.eu/news/de/headlines/economy/20190712STO56968/die-folgen-der-globalisierung-auf-den-eu-arbeitsmarkt>).
- Europäisches Parlament. 2020. „EU soll Obdachlosigkeit bis 2030 beseitigen“. Abgerufen 18. Februar 2021 (<https://www.europarl.europa.eu/news/de/press-room/20201120IPR92124/eu-soll-obdachlosigkeit-bis-2030-beseitigen>).
- European Commission. 2013. „Speech: Homelessness in the EU and the Social Investment Package“. Abgerufen 18. Februar 2021 (https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/SPEECH_13_175).
- Fachausschuss Gesundheit. 2003. *Sicherstellung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen. Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe*. herausgegeben von Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Bielefeld.
- Fachausschuss Gesundheit. 2010. *Auswirkungen zunehmender Kostenbeteiligung und Eigenverantwortung auf die Gesundheitsversorgung wohnungsloser und armer Patienten. Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe e. V.* herausgegeben von Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Bielefeld.

- Fazel, Seena, John R. Geddes, und Margot Kushel. 2014. „The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations“. *The Lancet* 384:1529–40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
- Fazel, Seena, Vivek Khosla, Helen Doll, und John Geddes. 2008. „The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: Systematic review and meta-regression analysis“. *PLoS Medicine* 5(12):1670–81. doi: 10.1371/journal.pmed.0050225.
- FEANTSA, Hrsg. 2005. „ETHOS Europäische Typologie für Wohnungslosigkeit“. Abgerufen 17. Februar 2021 (<https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion?bcParent=27>).
- Fertig, Michael, und Marcus Tamm. 2005. „Kinderarmut in Deutschland - Einige empirische Befunde“. *WSI Mitteilungen* 58(5):239–43.
- Fichter, Manfred, Norbert Quadflieg, und Ulrich Cuntz. 2000. „Prävalenzkörperlicher und seelischer Erkrankungen: Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer“. *Deutsches Ärzteblatt* 97(17):A-1148-A-1154.
- Fitzpatrick, Suzanne. 2015. *Nachhaltige Konzepte zur Vermeidung von Obdachlosigkeit: Dänemark, 22. November 2013: Synthesebericht*. herausgegeben von Europäische Kommission. Luxemburg.
- Flüchtlingsrat Berlin e. V. 2018. *Wohnungen für alle statt immer neuer Obdachlosenunterkünfte*. Berlin.
- Folsom, David P., William Hawthorne, Laurie Lindamer, Todd Gilmer, Anne Bailey, Shahrokh Golshan, Piedad Garcia, Jürgen Unützer, Richard Hough, und Dilip V. Jeste. 2005. „Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system“. *American Journal of Psychiatry* 162(2):370–76. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.370.
- Forschungsnetzwerk Wohnungslosigkeit und Gesundheit an der Charité. 2020. „Zählung wohnungsloser Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern“ herausgegeben von Charité – Universitätsmedizin Berlin. Abgerufen 17. Februar 2021 (https://wohnungslosigkeit-gesundheit.charite.de/forschung/projekte/zaehlung_wohnungsloser_menschen_in_psychiatrischen_krankenhaeusern/).
- Frietsch, Robert, und Dirk Holbach. 2016. „Gravierend-komplexe Problemlagen bei jungen Wohnungslosen – aktuelle Forschungsergebnisse, strukturelle und fachliche Konsequenzen“. in *Suppe, Beratung, Politik: Anforderungen an eine moderne Wohnungslosennotfallhilfe*, herausgegeben von S. Gillich und R. Keicher. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Geiger, Manfred. 2008. „Wohnungslosigkeit, sozialer Ausschluss und das Projekt der Integration“. S. 385–98 in *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit: Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*, herausgegeben von R. Anhorn, F. Bettinger, und J. Stehr. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gerull, Susanne. 2018a. *1. systematische Lebenslagenuntersuchung wohnungsloser Menschen: Eine Studie der ASH Berlin in Kooperation mit EBET* e. V. Berlin.
- Gerull, Susanne. 2018b. „Unangenehm‘, ‚arbeitsscheu‘, ‚asozial‘ – Zur Ausgrenzung von wohnungslosen Menschen“ herausgegeben von Bundeszentrale für politische Bildung. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 68(25–26):30–36.
- Giffhorn, Benjamin. 2017a. „Gewalt gegen wohnungslose Menschen“. S. 275–86 in *Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen. Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslagenbezogener Hilfeansätze*, herausgegeben von Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Berlin/Düsseldorf.
- Giffhorn, Benjamin. 2017b. „Vertreibung und Konfliktlösung im öffentlichen Raum“. S. 287–98 in *Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen. Entwicklung lokaler Hilfesysteme und*

-
- lebenslagenbezogener Hilfeansätze*, herausgegeben von Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Berlin/Düsseldorf.
- GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIIdO). 2015. *Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2015*. herausgegeben von Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Berlin.
- Gmel, Gerhard, Hervé Kuendig, Jürgen Rehm, Nicolas Schreyer, und Jean Bernard Daepfen. 2009. „Alcohol and cannabis use as risk factors for injury - A case-crossover analysis in a Swiss hospital emergency department“. *BMC Public Health* 9:1–9. doi: 10.1186/1471-2458-9-40.
- Greifenhagen, Annette, und Manfred Fichter. 1997. „Mental illness in homeless women: An epidemiological study in Munich, Germany“. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 247(3):162–72. doi: 10.1007/BF03033070.
- Groß, Antonia. 2020. „Das Berliner Duschmobil - ein Schutzort auf Rädern“. *Berliner Zeitung*, Dezember 22.
- Hair, Elizabeth C., Kristin a. Moore, Thomson J. Ling, Cameron McPhee-Baker, und Brett V. Brown. 2009. „Youth Who are ‚Disconnected‘ and Those Who Then Reconnect: Assessing the Influence of Family, Programs, Peers and Communities“. *Child Trends* (37):1–8.
- Hauprich, Kai. 2018. *Hilfen für wohnungslose Frauen: Eine empirische Untersuchung zu den frauenspezifischen Angeboten der Wohnungslosenhilfe Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe (Sommer 2018)*. Düsseldorf.
- hil/aerzteblatt.de. 2020. „Anlaufstelle für nicht krankenversicherte Berliner nachgefragt“. *aerzteblatt.de*. Abgerufen 1. April 2021 (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114938/Anlaufstelle-fuer-nicht-krankenversicherte-Berliner-nachgefragt>).
- Hoch, Carolin. 2017. *Straßenjugendliche in Deutschland – eine Erhebung zum Ausmaß des Phänomens: Endbericht – zentrale Ergebnisse der 2. Projektphase*. herausgegeben von Deutsches Jugendinstitut e. V. Halle.
- Hollederer, Alfons, und Manfred Wildner. 2018. „Ungedeckter medizinischer Versorgungsbedarf in Deutschland: Ergebnisse im EU-SILC-Survey 2005 bis 2014“. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 143:e1–11. doi: 10.1055/a-0671-4605.
- Hwang, Stephen W. 2001. „Homelessness and health“. *CMAJ* 164(2):229–33. doi: 10.1177/1359105307080576.
- Hwang, Stephen W., Catharine Chambers, Shirley Chiu, Marko Katic, Alex Kiss, Donald A. Redelmeier, und Wendy Levinson. 2013. „A Comprehensive Assessment of Health Care Utilization Among Homeless Adults Under a System of Universal Health Insurance“. *American Journal of Public Health* 103(S2):S294–301. doi: 10.2105/AJPH.2013.301369.
- Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. an der Universität Tübingen (IAW). 2015. *Aktuelle Entwicklungen der sozialen Mobilität und der Dynamik von Armutsrisiken in Deutschland (Follow Up-Studie zur Armuts- und Reichtumsberichterstattung)*. Tübingen.
- Jahn, Thomas, und Monika Brönnner. 2014. *Die SEEWOLF-Studie – eine Zusammenfassung*. München.
- Jenny De la Torre Stiftung. o. J. „Jenny De la Torre Stiftung“. Abgerufen 20. Februar 2021 (<https://www.delatorre-stiftung.de/gesundheitszentrum.html>).
- Kaduskiewicz, Hanna, Benjamin Bochon, Hendrik van den Bussche, Julia Hansmann-Wiest, und Carolin van der Leeden. 2017. „Medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen“. *Deutsches Arzteblatt International* 114(40):673–79. doi: 10.3238/arztebl.2017.0673.
- Kaps, Petra, Frank Oschmiansky, Mareike Ebach, Sandra Popp, und Julia Berthold. 2019. *Was benötigen und wie gelingen Wiedereinstiege von exkludierten Personen in soziale und*

-
- arbeitsmarktliche Zusammenhänge?* herausgegeben von ZEP – Zentrum für Evaluation und Politikberatung und Kaps & Oschmiansky Partnerschaftsgesellschaft von Politikwissenschaftlern. Berlin.
- Kienast, Thorsten, Jutta Stoffers, Felix Bempohl, und Klaus Lieb. 2014. „Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbide Abhängigkeitserkrankungen: Epidemiologie und therapie“. *Deutsches Arzteblatt International* 111(16):280–86. doi: 10.3238/arztebl.2014.0280.
- Kierzenkowski, Rafal, und Isabell Koske. 2012. *Less Income Inequality and More Growth - Are they Compatible? Part 8. The Drivers of Labour Income Inequality - A Literature Review*. Paris: OECD Publishing.
- Knörle, Uwe, Stefan Gutwinski, Stefan N. Willich, und Anne Berghöfer. 2022. „Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit: Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse in einem Berliner Gesundheitszentrum für Obdachlose“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 65(6):677–87. doi: 10.1007/s00103-022-03536-9.
- Koordinierungsstelle der Berliner Kältehilfe. 2021. *Kältehilfewegweiser 2020/21*. herausgegeben von GEBEWO pro gGmbH. Berlin.
- Köppen, Britta, und Petra Schepler. 2015. „Psychologische Beratung in der Wohnungslosenhilfe – Ergebnisse einer Effektstudie“. S. 47–61 in *Empirische Evaluationsmethoden. Band 16. Workshop 2011*, herausgegeben von B. Krause, R. Beyer, und G. Kaul. Berlin: Zentrum für empirische Evaluationsmethoden.
- Krack-Roberg, Elle. 2011. „Ehescheidungen 2009“. S. 239–55 in *Wirtschaft und Statistik*, herausgegeben von Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Küfner, H. 2010. „Epidemiologie des Substanzkonsums und der Suchterkrankungen in Deutschland“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 53(4):271–83. doi: 10.1007/s00103-010-1041-z.
- Kunstmann, Wilfried. 2009. *Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen: Evaluation des Umsetzungskonzeptes*. Münster.
- Kushel, Margot B., Eric Vittinghoff, und Jennifer S. Haas. 2001. „Factors associated with the health care utilization of homeless persons“. *Journal of the American Medical Association* 285(2):200–206. doi: 10.1001/jama.285.2.200.
- Lange, Carolin, Sigrid Boczor, Anja Rakebrandt, Tina Posselt, Martin Scherer, und Hanna Kaduszkiewicz. 2015. *Evaluation der Schwerpunktpraxen für Wohnungslose in Hamburg – Abschlussbericht*. herausgegeben von Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Allgemeinmedizin. Hamburg.
- Laux, Gunter, Thomas Kühlein, Andreas Gutscher, und Joachim Szecsenyi, Hrsg. 2010. *Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis: Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006-2009*. München: Springer Medizin.
- Lewicki, Maria, und Berthold U. Wigger. 2013. „Wer ist von Altersarmut bedroht?“ *Wirtschaftsdienst* 93(7):462–65. doi: 10.1007/s10273-013-1548-7.
- LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Berlin. 2019. *Berliner Wohnungsnotfallhilfesystem*. Berlin.
- Loibl, Elvira, und Elisabeth Corazza. 2003. *Frauengerechte Qualitätsstandards*. herausgegeben von BAWO Frauenarbeitskreis der Wiener Wohnungslosenhilfe. Wien.
- Meidl, Jana, Paul Wenzlaff, Brigitte Sens, und Cornelia Goesmann. 2012. „Anforderungen an die Gesundheitsversorgung sozialer Randgruppen: Eine Evaluation der medizinischen Versorgung für Wohnungslose in Hannover über zehn Jahre“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106(9):631–38. doi: 10.1016/j.zefq.2012.09.002.
- Meller, I., M. Fichter, N. Quadflieg, M. Koniarczyk, A. Greifenhagen, und J. Wolz. 2000. „Die

-
- Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose“. *Der Nervenarzt* 71(7):543–51. doi: 10.1007/s001150050624.
- Meyer, Petra. 2009. „Charité-Studie: Diagnose ‚Obdachlosigkeit‘“. *Deutsches Ärzteblatt* 106(9):A 400.
- Mögling, Tatjana, Frank Tillmann, und Birgit Reißig. 2015. *Entkoppelt vom System: Jugendliche am Übergang ins junge Erwachsenenalter und Herausforderungen für Jugendhilfestrukturen*. herausgegeben von Vodafone Stiftung Deutschland. Düsseldorf.
- Netzwerk Straffälligenhilfe, Hrsg. 2012. *Haftnotizen – Ein Ratgeber für Inhaftierung, Haft und Entlassung*. 3. Aufl. Dresden.
- Notz, Gisela. 2017. „Warum Armut (oft) weiblich ist?“ S. 10–13 in *Armutsrisko Geschlecht: Positionen und Forderungen der Nationalen Armutskonferenz zu Armutslagen von Frauen in Deutschland*, herausgegeben von Nationale Armutskonferenz. Berlin.
- Das offizielle Hauptstadtportal. 2020. „Kältehilfe weitet Angebot aus: 1000 Notübernachtungsplätze“. *Berlin.de*. Abgerufen 2. November 2020 (<https://www.berlin.de/aktuelles/berlin/6341281-958092-kaeltehilfe-weitet-angebot-aus-1000-notu.html>).
- Oschmiansky, Frank, und Julia Berthold. 2020. „Folgen der Arbeitslosigkeit“ herausgegeben von Bundeszentrale für politische Bildung. *bpb.de*. Abgerufen 14. Juni 2020 (<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/305686/folgen-der-arbeitslosigkeit>).
- Pabst, Alexander, Ludwig Kraus, Elena Gomes de Matos, und Daniela Piontek. 2013. „Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012“. *SUCHT* 59(6):321–31. doi: 10.1024/0939-5911.a000275.
- PB/aerzteblatt.de. 2020. „Coronakrise: Viele Obdachlose auf psychiatrischen Akutstationen“. *aerzteblatt.de*. Abgerufen 10. Dezember 2020 (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116894/Coronakrise-Viele-Obdachlose-auf-psychiatrischen-Akutstationen>).
- Pimminger, Irene. 2012. *Armut und Armutsriskien von Frauen und Männern*. herausgegeben von Agentur für Gleichstellung im ESF. Berlin.
- Pollich, Daniela. 2017. *Opferwerdung wohnungsloser Menschen. Ein Überblick zum Stand der Forschung zu Theorien, Methoden, Opfern und Tätern*. 11. Bielefeld.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung. 2013. „Schuldenfalle beseitigt“. *bundesregierung.de*. Abgerufen 20. Februar 2021 (<https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/schuldenfalle-beseitigt-420692>).
- Projektgruppe Migration. 2013. *Hilfen für Migrantinnen und Migranten in Wohnungsnot und sozialen Schwierigkeiten. Grundsatzpositionen der BAG Wohnungslosenhilfe e. V.* herausgegeben von Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Bielefeld.
- Rehm, Jürgen, Robin Room, Kathryn Graham, Maristela Monteiro, Gerhard Gmel, und Christopher T. Sempos. 2003. „The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview“. *Addiction* 98(9):1209–28. doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00467.x.
- Reifferscheid, Gerd. 2019. „Die SEEWOLF-Studie: Ergebnisse und mögliche Konsequenzen: Präsentation“. in *Kongress Armut und Gesundheit Berlin am 14./15. März 2019*. Berlin.
- Roncarati, Jill S., Travis P. Baggett, James J. O’Connell, Stephen W. Hwang, E. Francis Cook, Nancy Krieger, und Glorian Sorensen. 2018. „Mortality Among Unsheltered Homeless Adults in Boston, Massachusetts, 2000-2009“. *JAMA Internal Medicine* 178(9):1242. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.2924.
- Rosenke, Werena. 2017a. „Frauen“. S. 301–23 in *Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen. Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslagenbezogener Hilfeansätze der Hilfen in Wohnungsnotfällen. Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslagenbezogener*

-
- Hilfeansätze*, herausgegeben von Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Berlin/Düsseldorf.
- Rosenke, Werena. 2017b. „Gesundheit“. S. 219–47 in *Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen. Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslagenbezogener Hilfeansätze*, herausgegeben von Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Berlin/Düsseldorf.
- Rosenke, Werena. 2017c. „Prävention“. S. 171–201 in *Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen. Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslagenbezogener Hilfeansätze*, herausgegeben von Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Berlin/Düsseldorf.
- Rosenke, Werena. 2019. *Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Wohnungslosenberichterstattung (Wohnungslosenberichterstattungsge- setz) vom 16.7.2019*. herausgegeben von Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Berlin.
- Ruckstuhl, Astrid. 2000. „Ursachen und Folgen von Langzeitarbeitslosigkeit“. *Sociology in Switzerland: Sociology of Work and Organization [Online Publikationen]*. Abgerufen 14. Juni 2020 (http://www.socio.ch/arbeit/t_a.ruckstuhl.htm#3).
- Ruder, Karl-Heinz. 2015. *Grundsätze der polizei- und ordnungsrechtlichen Unterbringung von (unfreiwillig) obdachlosen Menschen unter besonderer Berücksichtigung obdachloser Unionsbürger*. herausgegeben von Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Berlin.
- Runder Tisch. 2018. *Gesundheitsbericht zur Lage der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser Menschen 2016*. herausgegeben von Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V. und GEBEWO – Soziale Dienste Berlin gGmbH. Berlin.
- Salize, H. J., C. Dillmann-Lange, B. Kentner-Figura, und I. Reinhard. 2006. „Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung“. *Der Nervenarzt* 77(11):1345–54. doi: 10.1007/s00115-005-1997-3.
- Schindel, Daniel, Christine Kleyer, und Liane Schenk. 2020. „Somatische Erkrankungen Wohnungsloser in Deutschland. Ein narratives Literaturreview der Jahre 2009–2019“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 63(10):1189–1202. doi: 10.1007/s00103-020-03213-9.
- Schindel, Daniel, Sonia Lech, Daniela Radlbeck, Gabriele Schlimper, und Liane Schenk. 2021. „Wohnungslos und krank“. *Deutsches Ärzteblatt* 118(3):A96–99.
- Schneider, Franziska, Esther Neumeier, Krystallia Karachaliou, Charlotte Tönsmeise, Maria Friedrich, und Tim Pfeiffer-Gerschel. 2019. *Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2018 / 2019). Deutschland, Workbook Drogenmärkte und Kriminalität*. herausgegeben von Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD. München.
- Schreiter, Stefanie, Felix Bermpohl, Michael Krausz, Stefan Leucht, Wulf Rössler, Meryam Schouler-Ocak, und Stefan Gutwinski. 2017. „The Prevalence of Mental Illness in Homeless People in Germany“. *Deutsches Ärzteblatt Online* 114(40):665–72. doi: 10.3238/arztebl.2017.0665.
- Schreiter, Stefanie, Sascha Heidrich, Jamie Zulauf, Ute Saathoff, Anne Brückner, Tomislav Majic, Wulf Rössler, Meryam Schouler-Ocak, Michael R. Krausz, Felix Bermpohl, Josef Bäuml, und Stefan Gutwinski. 2019. „Housing situation and healthcare for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany: a cross-sectional patient survey“. *BMJ Open* 9(12):e032576. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032576.
- Schröder, Paul M. 2020. „Absolute und relative Lücke zwischen Regelbedarf (Hartz IV) und Armutgefährdungsschwelle 2006-2019“ herausgegeben von Bremer Institut für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe. *jiaj.de*. Abgerufen 17. November 2020

-
- (<http://www.biaj.de/archiv-materialien/1423-absolute-und-relative-luecke-zwischen-regelbedarf-hartz-iv-und-armutsgefaehrungsschwelle-2006-2019.html>).
- Schwabow, Katrin. 2018. „Gesundheitsbericht zur Lage der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser Menschen 2016“. in *Tagung der AG Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in der BAG Wohnungslosenhilfe, 24. - 25. Oktober 2018*. Berlin.
- Sellach, Brigitte. 2010. „Armut: Ist Armut weiblich?“ S. 471–79 in *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie*, herausgegeben von R. Becker und B. Kortendiek. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sellach, Brigitte, und Uta Enders-Drägässer. 2000. *Ursache und Umfang von Frauenarmut*. herausgegeben von Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung e. V. Frankfurt am Main.
- Senatskanzlei Berlin. 1995. „Verfassung von Berlin vom 23. November 1995. Abschnitt II: Grundrechte, Staatsziele. Artikel 28“. *Berlin.de*. Abgerufen 19. Februar 2021 (<https://gesetze.berlin.de/perma?d=jlr-VerfBEpArt28>).
- Senatsverwaltung für Gesundheit Pflege und Gleichstellung. 2017. *Integriertes Gesundheitsprogramm (IGP): Förderbericht 2017*. Berlin.
- Senatsverwaltung für Gesundheit Pflege und Gleichstellung. 2018. „Gesundheitssenatorin Dilek Kolat eröffnet Clearingstelle für Menschen mit ungeklärtem Krankenversicherungsschutz: Pressemitteilung vom 22.10.2018“. *Berlin.de*. Abgerufen 2. April 2021 (<https://www.berlin.de/sen/gpg/service/presse/2018/pressemitteilung.750447.php>).
- Senatsverwaltung für Integration Arbeit und Soziales. 2017. „Das Integrierte Sozialprogramm Berlin – ISP - Jahresbericht 2015 und aktuelle Entwicklungen. Präsentation“. in *Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs am 23.11.2017: Arbeitsschwerpunkte und finanzielle Förderung des Integrierten Sozialprogrammes (ISP)*. Berlin.
- Senatsverwaltung für Integration Arbeit und Soziales. 2019a. *Berichterstattung zur 2. Lesung des Entwurfs des Doppelhaushaltes 2020/2021*. Berlin.
- Senatsverwaltung für Integration Arbeit und Soziales. 2019b. *Leitlinien der Wohnungsnotfallhilfe und Wohnungslosenspolitik*. Berlin.
- Senatsverwaltung für Integration Arbeit und Soziales, Hrsg. 2020a. *Nacht der Solidarität: Erste Ergebnisse. Pressekonferenz 07.02.20*. Berlin.
- Senatsverwaltung für Integration Arbeit und Soziales. 2020b. „Taskforce mit Obdachlosenlotsen und ganztägige Unterkünfte - Zur Situation obdachloser Menschen in der Corona-Krise. Pressemitteilung vom 27.04.2020“. *Berlin.de*. Abgerufen 19. Februar 2021 (<https://www.berlin.de/sen/ias/presse/pressemitteilungen/2020/pressemitteilung.925970.php>).
- Senatsverwaltung für Justiz Verbraucherschutz und Antidiskriminierung. 2007. *Allgemeines Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in Berlin (Allgemeines Sicherheits- und Ordnungsgesetz - ASOG Bln) in der Fassung vom 11. Oktober 2006. § 17 Allgemeine Befugnisse, Begriff der Straftat von erheblicher Bedeutung*. Berlin.
- Senatsverwaltung für Justiz Verbraucherschutz und Antidiskriminierung. 2018. *Allgemeines Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in Berlin (Allgemeines Sicherheits- und Ordnungsgesetz - ASOG Bln) in der Fassung vom 11. Oktober 2006. Nummer 19 Sozialwesen*. Berlin.
- Sierminska, Eva M., Joachim R. Frick, und Markus M. Grabka. 2008. *Examining the Gender Wealth Gap in Germany*. IZA Discussion Paper No. 3573. Bonn.
- Statistisches Bundesamt, Hrsg. 2008. *Fachserie 13, Reihe 1.1: Sozialeleistungen: Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus): 2007*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt, Hrsg. 2015. *Fachserie 13, Reihe 1.1: Sozialeleistungen: Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus): 2011*. Wiesbaden.

-
- Statistisches Bundesamt, Hrsg. 2016. *Fachserie 13, Reihe 1.1: Sozialeleistungen: Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus): 2015*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt, Hrsg. 2019a. „Bevölkerungspyramide: Altersstruktur Deutschlands von 1950 - 2060“. *destatis.de*. Abgerufen 1. Mai 2020 (<https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html#!y=2006&v=2>).
- Statistisches Bundesamt, Hrsg. 2019b. „Bildung“. S. 85–126 in *Statistisches Jahrbuch 2019*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt, Hrsg. 2019c. *Fachserie 15, Reihe 3: Wirtschaftsrechnungen: LEBEN IN EUROPA (EU-SILC): Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union: 2017*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt, Hrsg. 2020a. „Armutsgefährdungsquote gemessen am Bundesmedian nach Alter und Geschlecht in Prozent im Zeitvergleich“. Abgerufen 18. Februar 2021 (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialberichterstattung/Tabellen/03agq-zvbm-alter-geschl.html>).
- Statistisches Bundesamt, Hrsg. 2020b. „Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht und ausgewählten Staatsangehörigkeiten - Statistisches Bundesamt“. Abgerufen 7. Mai 2020 (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/auslaendische-bevoelkerung-geschlecht.html>).
- Statistisches Bundesamt, Hrsg. 2020c. *Fachserie 13, Reihe 1.1: Sozialeleistungen: Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus): 2019*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt, Hrsg. 2020d. „Maßzahlen zu Ehescheidungen“. *destatis.de*. Abgerufen 2. April 2021 (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Eheschliessungen-Ehescheidungen-Lebenspartnerschaften/Tabellen/masszahlen-ehescheidungen.html;jsessionid=9CBAB306BE1A0AD63EAFABDA09987A3D.internet8731>).
- Statistisches Bundesamt, Hrsg. 2020e. „Weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz: Pressemitteilung Nr. 365 vom 15. September 2020“. Abgerufen 20. Februar 2021 (https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_365_23.html).
- von Streit, Friederike, Christoph Bartels, Thorsten Kuczius, Christoph Cassier, Joachim Gardemann, und Frieder Schauburg. 2019. „Prevalence of latent tuberculosis in homeless persons: A single-centre cross-sectional study, Germany“ herausgegeben von K. A. Wilkinson. *PLOS ONE* 14(3):e0214556. doi: 10.1371/journal.pone.0214556.
- Sun, A. P. 2012. „Helping Homeless Individuals with Co-occurring Disorders: The Four Components“. *Social Work* 57(1):23–37. doi: 10.1093/sw/swr008.
- Thomas, Severine. 2015. „Care Leaver auf dem Weg in ein eigenständiges Leben - Übergänge aus stationären Erziehungshilfen kreativ denken und begleiten“. *Jugendhilfe aktuell* (2):20–23.
- Tinnemann, Peter, Theresa E. S. Bauer, Jenny de la Torre Castro, Sylvia Binting, und Thomas Keil. 2014. „Street health: Cross-sectional study identifying social medicine issues amongst patients of the health center for homeless in Berlin, Germany“. *Social Medicine* 8(1):23–31.
- Tomko, Rachel L., Timothy J. Trull, Phillip K. Wood, und Kenneth J. Sher. 2014. „Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning“. *Journal of Personality Disorders* 28(5):734–50. doi: 10.1521/pedi_2012_26_093.
- Torchalla, Iris, Friederike Albrecht, Gerhard Buchkremer, und Gerhard Längle. 2004. „Wohnungslose Frauen mit psychischer Erkrankung - eine Feldstudie“. *Psychiatrische Praxis* 31(5):228–35. doi: 10.1055/s-2003-814819.
- Torgersen, Sverre, Einar Kringlen, und Victoria Cramer. 2001. „The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample“. *Archives of General Psychiatry* 58(6):590. doi:

10.1001/archpsyc.58.6.590.

- Trabert, Gerhard. 2016. „Medizinische Versorgung für wohnungslose Menschen – individuelles Recht und soziale Pflicht statt Exklusion“. *Das Gesundheitswesen* 78(02):107–12. doi: 10.1055/s-0041-111011.
- Trull, Timothy J., Lindsey K. Freeman, Tayler J. Vebares, Alexandria M. Choate, Ashley C. Helle, und Andrea M. Wycoff. 2018. „Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review [Online Publikation]“. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 5:15. doi: 10.1186/s40479-018-0093-9.
- Trull, Timothy J., Seungmin Jahng, Rachel L. Tomko, Phillip K. Wood, und Kenneth J. Sher. 2010. „Revised NESARC Personality Disorder Diagnoses: Gender, Prevalence, and Comorbidity with Substance Dependence Disorders“. *Journal of Personality Disorders* 24(4):412–26. doi: 10.1521/pepi.2010.24.4.412.
- Tsemberis, Sam, Leyla Gulcur, und Maria Nakae. 2004. „Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis“. *American Journal of Public Health* 94(4):651–56. doi: 10.2105/AJPH.94.4.651.
- Völlm, Birgit, Hinnerk Becker, und Wilfried Kunstmann. 2004. „Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittsuntersuchung“. *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine* 49(1):42–50. doi: 10.1007/s00038-003-3064-9.
- Whitbeck, Leslie B., Brian E. Armenta, und Melissa L. Welch-Lazoritz. 2015. „Borderline personality disorder and Axis I psychiatric and substance use disorders among women experiencing homelessness in three US cities“. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50(8):1285–91. doi: 10.1007/s00127-015-1026-1.
- Wissenschaftliche Dienste. 2018a. *Einkommensungleichheit und Armutsrisikoquote*. herausgegeben von Deutscher Bundestag. WD 6-3000-071/17. Berlin.
- Wissenschaftliche Dienste. 2018b. *Wohnungslose junge Menschen Daten und Fakten aus aktuellen Studien*. herausgegeben von Deutscher Bundestag. WD 9-3000-091/18. Berlin.
- Wissenschaftliche Dienste. 2019. *Recht auf Wohnen: Ausgestaltung und Rechtswirkung in den Verfassungen der Bundesländer und der EU-Mitgliedstaaten*. herausgegeben von Deutscher Bundestag. WD 3-3000-120/19. Berlin.
- Woellert, Franziska, Steffen Kröhnert, Lilli Sippel, und Reiner Klingholz. 2009. *Ungenutzte Potenziale: Zur Lage der Integration in Deutschland*. 1. Aufl. herausgegeben von Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin.
- Wohnungsnotfallhilfe der AWO Kreisverband München-Land e. V., Hrsg. 2015. *Wohnungsnotfallhilfe. Jahresbericht 2015*. München.
- WONCA International Classification Committee, Hrsg. 1998. *Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung ICPC-2*. Wien: Springer-Verlag Wien.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Arisa vom Brocke, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: **Gesundheit wohnungsloser Frauen in Berlin – eine Analyse von Patientendaten des Gesundheitszentrums der Jenny De la Torre Stiftung / Health Status of Homeless Women in Berlin – a patient data analysis of the Jenny De la Torre Foundation health centre** selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Danksagung

Ich danke Frau Dr. med. Jenny De la Torre und dem gesamten Team der Jenny De la Torre Stiftung für die Kooperation bei dieser Studie, die große Hilfsbereitschaft und die fröhliche Stimmung trotz herausfordernder Aufgaben in der Versorgung wohnungsloser Menschen.

Mein großer Dank gilt Frau Prof. Dr. med. Anne Berghöfer, die mich nicht nur fachlich herausragend, sondern auch verständnisvoll und motivierend betreute. Eine bessere Betreuerin kann ich mir nicht vorstellen.

Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Peter Tinnemann danke ich für die Initialzündung und das Fundament zu dieser Arbeit, sowie die freundliche, sorgsame Betreuung und die aufmunternden Worte.

Frau Sylvia Binting unterstützte mich jahrelang, indem sie mich aus der Tiefe des enormen Datensatzes wiederholt rettete und wertvolle Anregungen gab.

Meinen Familien und Freunden danke ich für den stetigen Rückhalt aus Nah und Fern. Ohne das Verständnis, die Bestätigung und die Liebe meiner Eltern wäre ich jetzt nicht hier. Mein besonderer Dank gilt meinem Mann Gerrit für die konstruktive Kritik, das wiederholte Korrekturlesen und die liebevolle Begleitung in dieser anspruchsvollen Lebensphase. Unsere Kinder sorgten für die ausreichende Abwechslung.

An dieser Stelle möchte ich diese Arbeit in liebender und dankbarer Erinnerung an meinen Schwiegervater Peter vom Brocke und meinen Gastvater Armin Roth abschließen, die mir über die Jahre liebevoll und unterstützend zur Seite standen, jedoch uns vor kurzer Zeit unerwartet verlassen haben.