



# Psychosoziale Versorgung wohnungsloser Menschen

Positionspapier des Einstein-Zirkel „Improving  
(Mental) Health Care in Homelessness“

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	1
Autoren .....	2
Mitglieder des Einstein-Zirkel .....	2
1. Zielsetzung und Forderungen .....	3
2. Morbidität und medizinisch-soziale Versorgung wohnungsloser Menschen .....	4
2.1 Zahlen zur Wohnungslosigkeit .....	4
2.2 Anpassung von Forschungskonzepten .....	5
2.3 Sozioökologisches Modell - Individuelle Ebene .....	7
2.4 Sozioökologisches Modell - Zwischenmenschliche Ebene .....	9
2.5 Sozioökologisches Modell - Organisatorische Ebene .....	10
2.6 Sozioökologisches Modell - Gesellschaftliche Ebene .....	12
2.7 Sozioökologisches Modell - Politik/Forschung .....	13
3. Call to action .....	17
4. Literatur .....	18
Impressum .....	21

## Autoren

Stefanie Schreiter<sup>1</sup>, Weronika Grabowska<sup>2</sup>, Anne Berghöfer<sup>2</sup>, Stefan Gutwinski<sup>1</sup>, Sonia Lech<sup>1</sup>, Andreas K. Lindner<sup>11</sup>, Agnes Müller<sup>6</sup>, Thorsten Schaaf<sup>7</sup>, Liane Schenk<sup>3</sup>, Daniel Schindel<sup>4</sup> für den Einstein-Zirkel „Improving (Mental) Health Care in Homelessness“

## Mitglieder des Einstein-Zirkel

Dr. med. Stefanie Schreiter (Leitung)<sup>1</sup>, Prof. Dr. med. Anne Berghöfer<sup>2</sup>, Prof. Dr. phil. Liane Schenk<sup>3</sup>, Prof. Dr. rer. medic. Daniel Schindel<sup>4</sup>, Dr. rer. medic. Sonia Lech, M.Sc.<sup>1</sup>, Dr. phil. Andrej Holm<sup>5</sup>, Dr.-Ing. Agnes Müller<sup>6</sup>, Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Felix Balzer<sup>7</sup>, Prof. Dr.-Ing. habil. Gerhard Wunder<sup>8</sup>, Dr. Claudia Hövener<sup>9</sup>, Prof. Dr. med. Wolfram Herrmann<sup>10</sup>, Dr. med. Andreas K. Lindner, M.Sc.<sup>11</sup>, Prof. Dr. rer. medic. Anna Slagman<sup>12</sup>, Prof. Dr. med. Stefan Gutwinski<sup>1</sup>

- <sup>1</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, CCM, Charité - Universitätsmedizin Berlin
- <sup>2</sup> Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité - Universitätsmedizin Berlin
- <sup>3</sup> Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin
- <sup>4</sup> Katholische Hochschule für Soziale Arbeit, Berlin
- <sup>5</sup> Institut für Sozialwissenschaften, Stadt- und Regionalsoziologie, Humboldt-Universität zu Berlin
- <sup>6</sup> Institut für Stadt- und Regionalplanung, Technische Universität Berlin
- <sup>7</sup> Institut für Medizinische Informatik, Charité - Universitätsmedizin Berlin
- <sup>8</sup> Institut für Informatik, Freie Universität Berlin
- <sup>9</sup> Robert Koch-Institut, FG 28 Soziale Determinanten der Gesundheit
- <sup>10</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin
- <sup>11</sup> Institut für Internationale Gesundheit, Center for Global Health, Charité - Universitätsmedizin Berlin
- <sup>12</sup> Notaufnahmestelle Campus Charité Mitte, Forschungsschwerpunkt Versorgungsforschung, Charité - Universitätsmedizin Berlin



**EINSTEIN**  
Foundation.de

Gefördert von der

# 1. Zielsetzung und Forderungen

Der von den Autor:innen gegründete und von der Einstein Stiftung Berlin geförderte Einstein-Zirkel hat sich zum Ziel gesetzt, die Planung und Durchführung von Forschungsprojekten im Bereich der Interventionen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Menschen in Wohnungslosigkeit und der Prävention von Wohnungslosigkeit zu begleiten, indem er neue Kooperationen anregt und bereits bestehende Kooperationen innerhalb Berlins, Deutschlands und international festigt. Die Autor:innengruppe vertritt verschiedene interdisziplinäre Perspektiven aus der Medizin, der Versorgungsforschung sowie den Sozial-, Daten- und Gesundheitswissenschaften, um die Translation von Forschungsergebnissen in die Versorgung zu fördern. Darunter wird ein mehrdimensionales Engagement verstanden, das individuelle und strukturelle Faktoren gleichermaßen adressiert. Insbesondere die Psychiatrie als eine Disziplin, die traditionell den Menschen in seiner gesamten sozialen Einbettung betrachtet, versteht sich als eine von vielen Perspektiven auf das komplexe gesellschaftliche Problem der Wohnungslosigkeit. Dieses Engagement umfasst die vertiefende Charakterisierung von wohnungslosen Menschen und deren psychosoziale Bedarfe, die Erfassung der Ursachen für die Wohnungslosigkeit und die Entwicklung eines Verständnisses für die benötigten Versorgungskonzepte.

Die Autor:innengruppe will Konzepte entwickeln für eine Versorgungslandschaft in Deutschland, in der Zustände von Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen nicht stigmatisiert werden, sondern auf eine Weise behandelt werden, die Würde, Selbstbestimmung und die soziale Teilhabe in den Mittelpunkt stellt.

Um unsere Ziele zu erreichen, werden wir in dieser Veröffentlichung 1) die mit Obdachlosigkeit in Zusammenhang stehende Mortalität/Prävalenz aufzeigen; 2) die Bedeutung des Forschungskontextes diskutieren; 3) die individuellen und gesellschaftlichen Risikofaktoren, die mit Obdachlosigkeit assoziiert sind/zu Obdachlosigkeit führen, im Kontext von Deutschland anhand eines sozio-ökologischen Modells darstellen und diskutieren.

## 2. Morbidität und medizinisch-soziale Versorgung wohnungsloser Menschen

### 2.1 Zahlen zur Wohnungslosigkeit

Wohnungslosigkeit stellt in den Ländern hohen Einkommens ein zunehmendes Problem im sozialen und gesundheitlichen Bereich dar (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2019, OECD 2024). In den OECD-Ländern wird die Zahl wohnungsloser Menschen auf etwa 1,9 Millionen geschätzt, und in vielen Ländern mit hohem Einkommen wurden in den letzten Jahren steigende Zahlen gemeldet, darunter Daten aus den USA, dem Vereinigten Königreich und Deutschland (OECD 2024). Zwischen 2009 und 2023 hat sich die Zahl in der EU fast verdoppelt. Schätzungsweise 895.000 Menschen schlafen täglich auf der Straße oder in Notunterkünften. In Deutschland gab es viele Jahre keine offiziellen Zahlen oder Erhebungen zu Wohnungslosigkeit. Für 2022 erfolgte erstmals die Wohnungslosenberichterstattung des Bundes. Für die Statistik werden Daten über Personen erhoben, die von Kommunen durch freie Träger wegen Wohnungslosigkeit untergebracht sind, dies umfasste zum Stichtag 31.01.2022 178.100 Personen, wovon 62 % männlich waren und 69 % keine deutsche Staatsbürgerschaft besaßen. Zusätzlich wurde für Gruppen der verdeckt wohnungslosen Personen und die der wohnungslosen Menschen ohne Unterkunft mittels einer hochgerechneten Stichprobe Zahlen geschätzt: 49.300 leben in verdeckter Wohnungslosigkeit und ca. 37.400 leben auf der Straße oder in Behelfsunterkünften. Insgesamt ergibt somit für Deutschland eine Zahl von 262.600 wohnungslosen Personen für 2022 (BMWSB 2022). Zuvor lagen für Deutschland „lediglich“ Schätzungen durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe vor, deren Zahlen jedoch im Längsschnitt einen stetigen Anstieg für Deutschland zeigen (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2023). EU-weite Datenerhebungsprojekte zielen darauf ab, das Problem der Wohnungslosigkeit besser zu verstehen und ein evidenzbasiertes politisches Instrumentarium zu ermöglichen, hierunter auch Pilotprojekte zur Entwicklung einer gemeinsamen Methodik zur Prävalenzschätzung (Zählmethoden für Wohnungslosigkeit) bzw. Vorschläge für einheitliche Definitionen von Wohnungslosigkeit, wie die europäische ETHOS Light Typologie (European Typology of Homelessness) (FEANTSA 2022), die auch durch das Bundesministerium für Bauen, Wohnen und Stadtentwicklung verwendet wird.

## 2.2 Anpassung von Forschungskonzepten

Es ist von entscheidender Bedeutung zu verstehen, dass die Definition von Wohnungslosigkeit und der Ort, an dem Wohnungslosigkeit untersucht wird, einen unvermeidlichen Einfluss auf das Verständnis ihrer Ursachen und die aus der Forschung resultierenden politischen Empfehlungen haben, ebenso wie die Erfahrung der Wohnungslosigkeit selbst, die von der Person, die als "wohnungslos" gilt, gemacht wird.

Sowohl in Europa als auch in Nordamerika durchgeführte Forschung hat gezeigt, dass in Querschnittsstudien vor allem Personen erfasst werden, die von langfristiger Wohnungslosigkeit betroffen sind, während in Langzeitstudien eher Personen erfasst werden, die vorübergehend wohnungslos sind oder deren Wohnverhältnisse instabil sind. Kohortenstudien können daher nicht nur zu einer besseren Schätzung der Lebenszeitprävalenz von Wohnungslosigkeit führen, sondern auch Wohnungslosigkeit als dynamischen Prozess erfassen und Einflussfaktoren präziser analysieren (Herring 2023).

Definitionen von Wohnungslosigkeit prägen auch die Art und Weise, wie Wohnungslosigkeit verstanden und untersucht wird, und damit auch die politischen Maßnahmen, die auf ihre Eindämmung abzielen. Weit gefasste Definitionen von Wohnungslosigkeit weisen beispielsweise stärker auf strukturelle Ursachen von Wohnungslosigkeit hin, wie Armut, während eng gefasste Definitionen eher die Funktionsstörungen des Einzelnen hervorheben, die oft mit einem hohen und komplexen Behandlungs- und Unterstützungsbedarf verbunden sind (Pleace and Hermans 2020).

Wir werden in dieser Publikation die Begriffe "obdachlos" und "wohnungslos" synonym verwenden. In Übereinstimmung mit den von der Europäischen Union (ETHOS Typologie) im Jahr 2007 veröffentlichten Definitionen von „*Homelessness*“ umfassen diese Begriffe Menschen, die 1) in öffentlichen/externen Räumen, 2) in Übernachtungsheimen, 3) in Obdachlosenheimen, 4) in temporären Unterkünften, 5) in unterstützten Übergangsunterkünften, 6) in Einrichtungen des Gesundheitswesens, 7) in Strafvollzugsanstalten, 8) in nicht-konventionellen Gebäuden und 9) in temporären Strukturen leben (FEANTSA 2022).

Neben dem Zeitrahmen der Untersuchung und der verwendeten Definition von Wohnungslosigkeit ist auch der Ort der Untersuchung von großer Bedeutung. In großzügigen und umfassenden Wohlfahrtssystemen ist die Zahl der von Wohnungslosigkeit betroffenen Personen gering, die Mehrheit hat jedoch komplexe Bedarfe, während in Systemen mit weniger umfangreichen Wohlfahrtssystemen und höherem Armutsniveau die Zahl der von Wohnungslosigkeit betroffenen Personen hoch ist, aber nur eine Minderheit einen komplexen Versorgungsbedarf hat (Benjaminsen and Andrade 2015). In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu erwähnen, dass Deutschland eines der am weitesten entwickelten/strukturierten sozialen Unterstützungssysteme sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene hat. Daher ist denkbar, dass die in Deutschland beobachtete Wohnungslosigkeit zusätzliche andere Ursachen hat und der Vergleich mit Ländern anderer sozialer Sicherungssysteme könnte nicht ohne weiteres erlaubt sein. Wir verwenden das im

Folgendes vorgestellte sozioökologische Modell (Abb. 1), um Ähnlichkeiten und Unterschiede der Wohnungslosigkeit in Deutschland beschreiben und erklären zu können. Dieses Modell berücksichtigt multiple Ebenen, die die Lebensrealität wohnungsloser Menschen beeinflussen – von individuellen und interpersonellen Faktoren bis hin zu organisationalen und gesellschaftlichen Strukturen, auf die im Weiteren eingegangen wird.

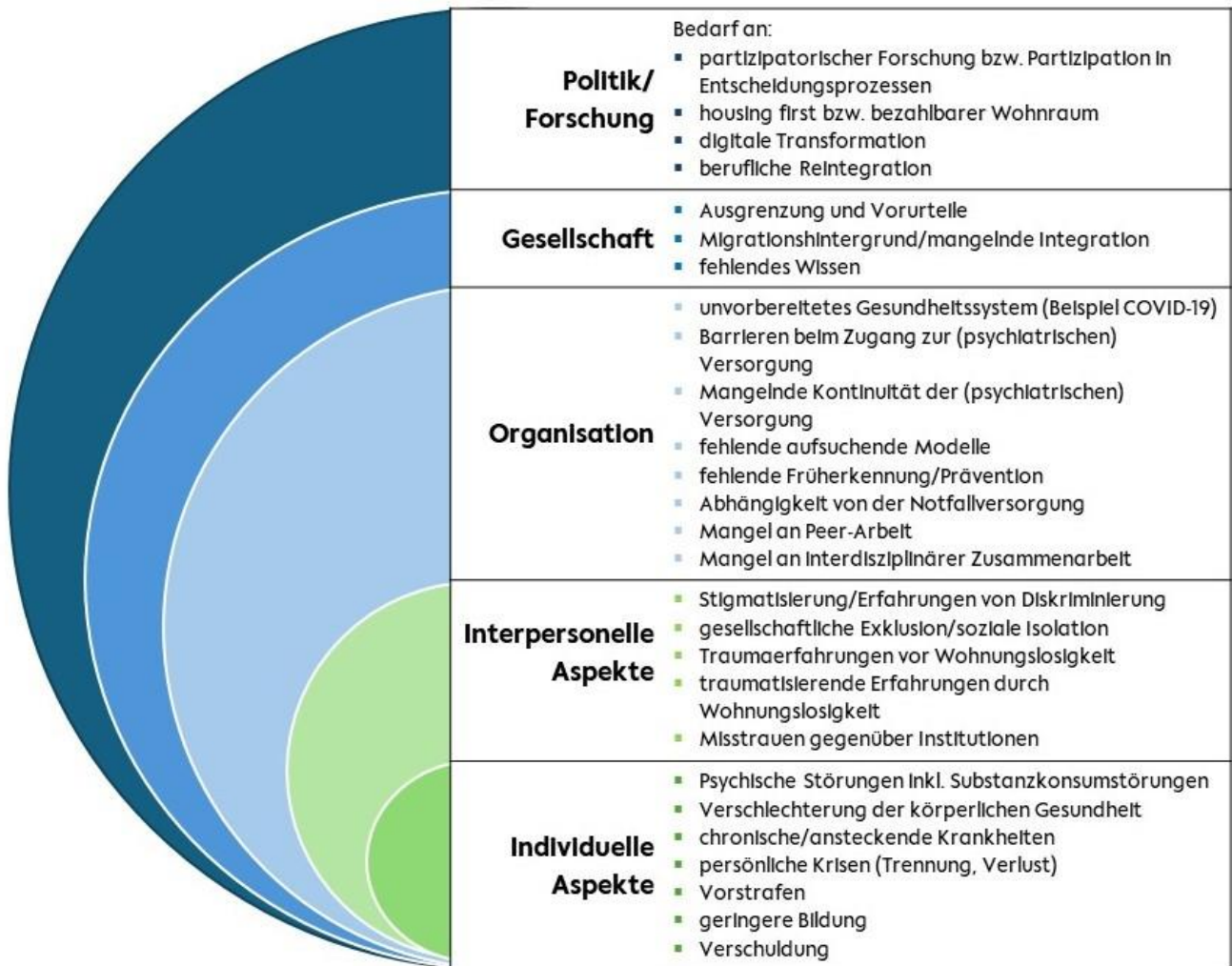


Abb. 1: Sozioökonomisches Modell zur Darstellung der Lebensrealität wohnungsloser Menschen. (Modifiziert nach Erickson und Koautoren, School of Public Health, UMN (Erickson, Cermak et al. 2024))

## 2.3 Sozioökologisches Modell - Individuelle Ebene

### Psychische Störungen und Wohnungslosigkeit

Angaben zur Prävalenz von psychischen Störungen bei wohnungslosen Menschen stammen v.a. aus Forschungsprojekten im angloamerikanischen Bereich, aber zunehmend auch aus europäischen Projekten und variieren stark. Die Prävalenz psychischer Störungen bei wohnungslosen Menschen in Ländern hohen Einkommens liegt bei 76,2% für mindestens eine aktuelle psychische Störung, wobei die häufigsten psychischen Störungen Alkoholgebrauchsstörungen (36,7 %), Drogengebrauchsstörungen (21,7 %) und Schizophrenie-Spektrum-Störungen (12,4 %) waren (Gutwinski, Schreiter et al. 2021). Dies übersteigt die Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung in nennenswertem Ausmaß (Schreiter, Heidrich et al. 2020). Für Deutschland wurden vergleichbare Häufigkeiten festgestellt (gepoolte Prävalenz von Achse-1-Störungen 77,4 %), wobei die Belastung durch Substanzgebrauchsstörungen, insbesondere Alkoholabhängigkeit, in Deutschland höher ist (Schreiter, Heidrich et al. 2019).

In der stationären psychiatrischen Versorgung zeigt sich jedoch ein weit dramatischeres Bild. Eine noch vor der COVID-19-Pandemie durchgeführte Erhebung in einem Berliner Innenstadtbezirk zeigte, dass von 540 teilnehmenden stationären Patient:innen nur 327 (68,7 %) derzeit eine eigene Wohnung mieteten oder besaßen; 62 (13,0 %) gaben an, wohnungslos zu sein (auf der Straße oder in Wohnungslosen- oder Flüchtlingsunterkünften zu leben), und 87 (18,3 %) waren in soziotherapeutischen Wohneinrichtungen untergebracht. Teilnehmende ohne eigene Wohnung waren häufiger männlich, jünger und hatten einen niedrigeren Bildungsstand. Bei den wohnungslosen Teilnehmenden wurde signifikant häufiger eine Substanzgebrauchsstörung diagnostiziert (74,2 %). Psychotische Störungen waren bei den wohnungslosen Teilnehmenden am häufigsten (29,0 %).

Wohnungslose Teilnehmende, die in sozialtherapeutischen Einrichtungen lebten, wiesen mehr psychische und physische Belastungen auf, die auf ihre Wohnsituation zurückzuführen waren, als Teilnehmende, die zu Hause wohnten oder in einer Wohngemeinschaft lebten (Schreiter, Heidrich et al. 2019, Schreiter, Fritz et al. 2020, Gutwinski, Schreiter et al. 2021).

In einem Begleitprojekt zur "Nacht der Solidarität" des Landes Berlin (erste deutsche Wohnungslosenzählung, 2020) konnte bestätigt werden, dass Wohnungslosigkeit bei Patient:innen in psychiatrischen Kliniken ein relevantes Problem ist. In der Nacht dieser Querschnittserhebung waren in allen 2.248 akutstationären psychiatrischen Betten, die in Berlin zur Verfügung standen, 311 wohnungslose Menschen stationär versorgt (13,8 %, 0 bis 29,5 %) (Charité - Universitätsmedizin Berlin 2020). Die Analyse von elektronischen Gesundheitsakten von psychiatrischen Patient:innen der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus zwischen den Jahren 2008 und 2021 zeigte einen signifikanten Anstieg der Anzahl psychiatrischer stationärer Patient:innen in Wohnungslosigkeit im Zeitverlauf um 15,1 % (2008: 5,2 %, 2021: 19,8 %).



Die Frage, in welchem zeitlichen Zusammenhang psychische Störungen und Wohnungslosigkeit stehen, ist bislang nicht klar zu beantworten, solide Evidenz wäre aber von erheblicher Relevanz für zu entwickelnde Interventionsmaßnahmen. Eine Sekundärdatenanalyse von Dokumentationen aus einem Berliner ambulanten medizinischen Versorgungszentrum zeigte, dass bei 84,9 % der Patient:innen bereits vor Eintritt der Wohnungslosigkeit eine psychische Erkrankung vorlag. Zu den Faktoren, die mit einem frühen Beginn der Wohnungslosigkeit in Verbindung gebracht wurden, gehörten eine niedrige Schulbildung und Drogenmissbrauch. Eine lange Dauer der Wohnungslosigkeit war in diesen Daten mit Alkoholmissbrauch und Gefängnisaufenthalten assoziiert (Knörle, Gutwinski et al. 2022). Auch Zahlen aus den USA zeigen in einer Querschnittserhebung an über 900 wohnungslosen Personen, dass in den überwiegenden Fällen die psychische Störung dem Beginn der Wohnungslosigkeit vorausging (North, Pollio et al. 1998). Trotz aller methodischer Limitationen, die die wissenschaftliche Auswertung in diesem Versorgungsbereich hat, legen die Hinweise doch nahe, dass auch Lücken in der psychiatrischen Regelversorgung für das Entstehen von Wohnungslosigkeit verantwortlich sind. Der Zusammenhang zwischen Inhaftierungen und Wohnungslosigkeit legt zudem nahe, dass eine intensivere Unterstützung durch psychosoziale Maßnahmen für die Wiedereingliederung nach der Entlassung aus dem Gefängnis erforderlich ist (Knörle, Gutwinski et al. 2022).

### Körperliche Gesundheit und Wohnungslosigkeit

Die verschiedenen Facetten körperlicher Gesundheit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wohnungsloser Menschen sind vereinzelt untersucht (Kaduskiewicz, Bochon et al. 2017, Schindel, Kleyer et al. 2020, Bertram, Hajek et al. 2022). In Deutschland existieren in den Ballungszentren punktuell karitative Versorgungseinrichtungen für diesen Personenkreis, viele Betroffene werden jedoch hierdurch nicht erreicht, oder es kann keine kontinuierliche Bindung aufgebaut werden, was letztlich zu einer Häufung der Inanspruchnahme von Notaufnahmen führt (Vohra, Paudyal et al. 2022, Ruegenberg, Schmiedhofer et al. 2024). Ein aktuelles Forschungsprojekt untersucht die gesundheitliche Situation wohnungsloser Menschen mittels retrospektiver Datenanalyse von Gesundheitsakten von n=3.338 Patient:innen aus den Jahren 2006 bis 2020 eines niedrighwelligen, spendenfinanzierten Gesundheitszentrums in Berlin-Mitte (Lech, Schenk et al. 2021). Ergänzt werden die Daten um Informationen aus weiteren ca. eintausend Patient:innendokumentationen aus einem niedrighwelligen Gesundheitszentrum in Berlin Lichtenberg. Häufigste Behandlungsanlässe waren Erkrankungen der Haut, infizierte Wunden sowie infektiöse und parasitäre Erkrankungen (Schindel, Karpenko et al. 2024). In einer Metaanalyse zeigt sich eine deutlich erhöhte Sterblichkeit von vulnerablen Gruppen wie wohnungslosen Menschen (und anderen Risikogruppen wie Sex Worker, Menschen mit Drogengebrauch) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung: bei Männern um das 7,9-fache erhöht, bei Frauen um das 11,9-fache erhöht (Aldridge, Story et al. 2018).

## Verschuldung

Außerdem wiesen 55,1 % der Teilnehmenden ausstehende Schulden, Kredite oder unbezahlte Rechnungen auf (Schreiter, Speerforck et al. 2021). Von den Teilnehmenden, die bereit waren, Angaben zur Höhe der Schulden zu machen, hatte die Mehrheit (47,0 %) Schulden zwischen 1.000 € und 9.999 € und 36,3 % zwischen 10.000 € und 99.999 €. Jüngerer Alter und Substanzgebrauchsstörungen waren Faktoren, die signifikant mit Schulden verbunden waren. Von den Teilnehmenden hatten 22,3 % Schulden über 10.000 € und waren von der Sozialhilfe abhängig, so dass eine Überschuldung angenommen werden konnte. In der gleichen Studienstichprobe hatten 10,1 % kein Bankkonto (Schreiter, Heidrich et al. 2020).

## 2.4 Sozioökologisches Modell - Zwischenmenschliche Ebene

### Stigmatisierung

Menschen, die in Wohnungslosigkeit leben, erfahren verschiedene Formen der Stigmatisierung/Diskriminierung und eine soziale Ausgrenzung zumeist aus mehreren teilhaberelevanten Lebensbereichen wie Wohnen, Arbeit, soziale Unterstützung und Gesundheit. Dies geht häufig einher mit fehlenden Versicherungen, keinem (geregelten) Einkommen und keinem oder einem stark eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem (Schreiter, Gutwinski et al. 2020, Schreiter, Speerforck et al. 2021, Marbin, Gutwinski et al. 2022). Dabei berichten wohnungslose Personen von Diskriminierungserfahrungen auch im Kontext medizinischer Versorgungseinrichtungen, was zu einer zusätzlichen Barriere wird bei in Folge erwarteter erneuter Diskriminierung (O'Carroll and Wainwright 2019). Stigmatisierung wird von uns als Prozess verstanden, in dem Menschen erstens durch eine Etikettierung einer Außengruppe zugeordnet werden (*Labeling*), zweitens Stereotypen und Vorurteilen ausgesetzt sind (z.B. verantwortlich zu sein für die eigene Lage, gefährlich zu sein) und drittens auf der Verhaltensebene schließlich eine Diskriminierung und soziale Distanzierung des Gegenübers erfahren (Kilian, Manthey et al. 2021). Dabei sind wohnungslose Personen mit psychischen Störungen häufig Formen der Mehrfach-Stigmatisierung ausgesetzt wie dem Faktor Wohnungslosigkeit selbst, Armut, Migration und dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung. Da Störungen in Zusammenhang mit Substanzkonsum in dieser Gruppe am häufigsten sind, liegt auch hier ein erheblicher Faktor für Stigmatisierung, denn aktuelle Studien zusammengefasst in einem aktuellen Review zeigen, dass Suchterkrankungen wie die Alkoholabhängigkeit deutlicher stärker stigmatisierenden Einstellungen ausgesetzt sind im Vergleich zu anderen psychischen Störungen wie der Depression (Kilian, Manthey et al. 2021).

### Traumaerfahrungen und Gewalt

Unter wohnungslosen Menschen bestehen hohe Raten an frühkindlicher Traumatisierung. Basierend auf einer Metaanalyse zu Risikofaktoren für die

Entstehung von Wohnungslosigkeit wurden 116 unabhängige Studien in die Analysen einbezogen (Nilsson, Nordentoft et al. 2019). Dabei waren ungünstige Lebensereignisse (adverse life events) wie körperlicher Missbrauch mit einem 2,9-fachen Risiko für Wohnungslosigkeit assoziiert. Andere Hauptrisikofaktoren waren: das Aufwachsen in Fürsorgeeinrichtungen, Inhaftierung, ein Suizidversuch, und psychiatrische Probleme, insbesondere Probleme mit Drogengebrauch. Gleichzeitig sind Menschen in Wohnungslosigkeit einem erhöhten Risiko erneuter Gewalt- und Traumaerfahrungen ausgesetzt (Edalati, Krausz et al. 2016).

## 2.5 Sozioökologisches Modell - Organisatorische Ebene

### Integration in die Regelversorgung

Die bestehenden psychiatrischen Versorgungskonzepte beinhalten Barrieren und Versorgungsabbrüche, die das Entstehen von Wohnungslosigkeit begünstigen. Die aktuelle Realität der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Menschen in Wohnungslosigkeit umfasst die Versorgung in niederschweligen, in der Regel von gemeinnützigen Trägern mit hohem ehrenamtlichen Personalaufwand betriebenen Versorgungszentren, die sich im städtischen Raum unregelmäßig verteilen, in vielen Regionen jedoch keine Angebote machen können. Diese ambulanten Versorgungseinrichtungen sind nicht mit dem Regelversorgungssystem verknüpft. Das Nebeneinander dieser Versorgungswelten führt zur Chronifizierung von Erkrankungen und zu einer Fraktionierung von Versorgung. In der Versorgungslandschaft finden sich immer häufiger Konzepte und Projekte zu Lotsen, Navigatoren, Casemanagern oder Koordinatoren, die Patient:innen und Angehörigen Orientierung bei der Organisation ihrer Behandlung geben sollen (Ponka, Agbata et al. 2020, Carmichael, Smith et al. 2023). Dies verdeutlicht den aus der Spezialisierung der beteiligten Akteure (Ärzt:innen, Sozialdienst, Psycholog:innen, Selbsthilfe, etc.) entstandenen neuen und sektorenübergreifenden Versorgungsbedarf. Die bisher zur Verfügung stehenden Sozialdienste im stationären Sektor können den insgesamt wachsenden Bedarf an Steuerung und Begleitung aufgrund unzureichender Ressourcen und unklarer Kostenträgerschaft nicht gewährleisten. Grundsätzlich erscheinen an das medizinische Regelsystem z.B. die Notaufnahmen angegliederte Versorgungskonzepte jedoch vielversprechend für die Initiierung wirksamer Interventionen (Formosa, Kishimoto et al. 2021). Auch Überlegungen zu „medical respite programs“ (MRP) (Daaleman, Johnson et al. 2024) oder „critical time interventions“ (CTI) (NC Department of Health and Human Services 2024) verdeutlichen den Bedarf sektorenübergreifender Ansätze, die nicht an der Schwelle der Klinik enden. Diese Angebote stehen bislang aber nur im Rahmen der zeitlich und räumlich begrenzten Erprobung von Innovationen oder im Rahmen von Forschungsprojekten zur Verfügung. Eine entschlossene Skalierung dieser Angebote insbesondere auch für wohnungslose Menschen mit ihrem hochkomplexen Versorgungsbedarf ist erforderlich. Aufgabe sollte es sein, das Regelversorgungssystem so umzugestalten, dass drohende Wohnungslosigkeit frühzeitig erkannt und mit allen Mitteln vermieden

wird. Dies erfordert den Abbau bestehender Barrieren, die durch Systemfragmentierung sowie die Starrheit der ambulanten und stationären Sektoren entstehen. Zudem müssen Hürden wie Sprachbarrieren und fehlender Versicherungsschutz überwunden werden, um eine gleichberechtigte und zugängliche psychiatrische Versorgung zu gewährleisten. Basierend auf einem Review von Studien mit qualitativer Forschungsmethodik (Magwood, Leki et al. 2019) wurden elf Schlüsselfaktoren identifiziert, die bei der Entwicklung von Interventionen im Bereich der Gesundheitsversorgung und bei der Entwicklung von gesetzgeberischen, aufklärenden und Umfeld verändernden Strategien für wohnungslose Menschen Berücksichtigung finden sollten. Dabei sollten auf der Verhaltensebene Selbstbestimmung, Autonomie und Würde Kernhaltungen sein; auf struktureller Ebene sollte ein Fokus auf persönliche Sicherheit, Wahlmöglichkeiten zwischen Wohnoptionen, Vertrauen, Empowerment, Behandlungskontinuität, Peer Support, Gender-Konstrukte und psychische Gesundheit verfolgt werden. Weiterhin werden auf Grund der oben beschriebenen Barrieren im Zugang zum regulären Gesundheitssystem vermehrt Notfallversorgungsstrukturen in Anspruch genommen, welche die kontinuierliche Versorgung der häufig chronisch vorliegenden Erkrankungen nicht sicherstellen können. Daher ist die Anpassung des Gesundheitssystems an die Bedürfnisse von Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, von großer Bedeutung, um eine Kontinuität der Versorgung zu schaffen. Die Verhinderung und Beendigung von Wohnungslosigkeit ist nach wie vor dringend erforderlich und wird aktuell auch politisch auf Bundesebene adressiert (BMWSB 2024).

Die COVID-19-Pandemie stellte das medizinische Versorgungssystem für wohnungslose Menschen vor besondere Herausforderungen. Die Quarantäne- und Isolierstationen der Berliner Stadtmission ermöglichte wohnungslosen Menschen eine hohe Compliance mit Maßnahmen zur Infektionsprävention. Eine Analyse der Daten aus der Isolierstation zeigte, dass medizinische Versorgung, Substitution von Opioiden und Alkohol, psychologische Betreuung, Sprachmittlung und soziale Unterstützung wesentliche Komponenten waren, um den spezifischen Bedürfnissen von wohnungslosen Menschen gerecht zu werden (Hörig, Klaes et al. 2023).

### Aufsuchende Behandlung

Wohnungslose Menschen mit komplexen Hilfebedarfen benötigen aufsuchende, mobile Therapieangebote, die die Betroffenen dort versuchen zu erreichen, wo sie sich aufhalten (Lo, Lifland et al. 2021). Diese niederschweligen Angebote sind essentiell, um Zugangshürden zu überwinden und eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Die Effektivität solcher Modelle, wie das Assertive Community Treatment (ACT), ist international durch zahlreiche Studien belegt. Sie zeigen, dass eine multiprofessionelle, teambasierte Herangehensweise bei der Behandlung von komplexen psychischen Erkrankungen besonders wirkungsvoll ist, indem sie eine umfassende und koordinierte Versorgung bietet, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnitten ist. Dabei sind für die Wirksamkeit ein hoher

Personalschlüssel, Behandlungskontinuität und ein Gemeinde-basiertes Setting entscheidende Faktoren (Ponka, Agbata et al. 2020).

### Peer Work

Peer-Beratende, die selbst Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit haben, können Vertrauen bilden und wichtige Brücken bauen (Guise, Burrows et al. 2022). Diese Unterstützungsform ist in Deutschland in der Wohnungslosenhilfe bislang praktisch nicht vorhanden. Peer-Beratende stärken das Vertrauen in das Hilfesystem und fördern Autonomie durch ihre authentische und empathische Unterstützung und werden in der psychiatrischen Versorgung in Form von Genesungsbegleiter:innen erfolgreich eingesetzt (Mahlke, Krämer et al. 2015, Utschakowski 2015). Von den psychosozialen Interventionen für wohnungslose Menschen zeigten sich vor allem solche Interventionen als effektiv, die eine Peer-Support Komponente enthielten (Miler, Carver et al. 2020). Genesungsbegleitende könnten eine Unterstützung für die Sozialdienste in der Klinik sein, indem sie zwischen professionellen Sozialdiensten im Krankenhaus und wohnungslosen Patient:innen vermitteln. In Wien wurde ein eigener Ausbildungsgang für Erfahrungsexpert:innen in der Wohnungslosenhilfe erfolgreich etabliert ([www.neunerhaus.at](http://www.neunerhaus.at)).

## 2.6 Sozioökologisches Modell - Gesellschaftliche Ebene

### Sensibilisierung der Gesellschaft

Eine zentrale Säule zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung wohnungsloser Menschen ist die Schaffung einer traumasensiblen und stigmapbewussten Versorgung. Der gesellschaftliche Umgang mit wohnungslosen Menschen muss dringend auf diesen Aspekt ausgerichtet werden, denn Stigmatisierung verstärkt die soziale Ausgrenzung und erschwert den Zugang zu Hilfsangeboten. Stigmatisierung ist insbesondere bei wohnungslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen weit verbreitet (Mejia-Lancheros, Lachaud et al. 2020). Daher müssen Sensibilisierungsmaßnahmen sowohl auf die allgemeine Gesellschaft als auch auf spezifische Gruppen, wie Behandelnde im Gesundheitswesen, ausgerichtet sein. Ein Ansatz wäre, Stigma und Trauma als feste Bestandteile in Ausbildungscurricula von Gesundheits- und Sozialberufen, z. B. Medizinstudium und Pflegeausbildung, zu verankern. Diese Maßnahmen könnten helfen, Vorurteile abzubauen und eine empathischere, auf die individuellen Bedürfnisse wohnungsloser Menschen abgestimmte Versorgung zu fördern. Zusätzlich könnte die Implementierung öffentlichkeitswirksamer Kampagnen dazu beitragen, das Verständnis in der breiten Bevölkerung zu fördern und die negativen Stereotype, die mit Wohnungslosigkeit verbunden sind, zu reduzieren. Nur durch eine gesellschaftliche Veränderung im Umgang mit betroffenen Menschen kann langfristig auch der Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung verbessert und soziale Exklusion überwunden werden.

In einem breiteren Kontext sollten politische Maßnahmen mit einem ganzheitlichen Ansatz die strukturellen Ursachen von Wohnungslosigkeit, wie Armut und fehlenden Zugang zu bezahlbarem Wohnraum, Integrationen von Menschen mit Fluchterfahrungen ansprechen. Dabei sollten auch langfristige Programme zur sozialen Integration und Stabilisierung gefördert werden, um die gesellschaftliche Marginalisierung und das Gefühl der Zugehörigkeit nachhaltig zu verändern. Auch der nationale Aktionsplan gegen Wohnungslosigkeit des BMWWSB hat sich als Leitlinie gesetzt „mithilfe von zielgruppenorientierter Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit die Gesellschaft in Deutschland für die Herausforderungen von Menschen im Wohnungsnotfall“ zu sensibilisieren (BMWWSB 2024).

## 2.7 Sozioökologisches Modell - Politik/Forschung

### Wohnraumkonzepte - Housing First

Die führenden Ansätze zur Beendigung der Wohnungslosigkeit sind die international verbreiteten Housing First-Initiativen. Der Grundgedanke dieses Ansatzes besteht darin, einer wohnungslosen Person zunächst eine stabile Unterkunft zu bieten und im nächsten Schritt psychosoziale Probleme zu bearbeiten.

International erprobte Konzepte wie Housing First und andere Modelle des betreuten Wohnens in Kombination mit Formen des Fallmanagements bis hin zu aufsuchender Behandlung zeigen positive Auswirkungen auf die Wohnstabilität oder die Verringerung der Inanspruchnahme von medizinischer Notfallversorgung. Diese Ansätze verbessern aber oft nicht andere gesundheitliche Ergebnisse, das Niveau der sozialen Integration oder die Lebensqualität (Baxter, Tweed et al. 2019, Marshall, Boland et al. 2020). Eine systematische Übersichtsarbeit mit Metaanalyse kam trotz der geringen Qualität der Daten zu dem Schluss, dass der Ansatz Housing First eine erfolgreiche Strategie sein kann, die zu einer stabilen Wohnsituation führt und einige Gesundheitsaspekte verbessern kann (Baxter, Tweed et al. 2019).

Erfahrungen aus Frankreich zeigen ebenfalls positive Effekte von HF-Interventionen, darunter eine verbesserte Wohnstabilität und eine geringere Inanspruchnahme von Krankenhausdiensten trotz anhaltender Probleme mit Alkoholgebrauchs im Vergleich zu einer Gruppe, die keine Wohnhilfe erhielt (Loubière, Lemoine et al. 2022). Im Gegensatz dazu ergab eine in Toronto durchgeführte Studie zu Housing First keine positiven Effekte (Whisler, Dosani et al. 2021).

Es ist jedoch zu beachten, dass sich die Definitionen von "Wohnungslosigkeit" in all diesen Studien ebenso unterscheiden wie der Umfang der im Rahmen von Housing First-Interventionen erbrachten Leistungen (oft wird Housing First in Kombination mit Modellen von Intensive Case Management oder Assertive Community Treatment untersucht). Es ist von großer Bedeutung, dass Menschen, die aufgrund sozioökonomischer Umstände kurzfristig eine instabile Wohnsituation erleben, oft weitaus weniger Unterstützung und Interventionen benötigen als Personen, die langfristig wohnungslos sind oder psychisch erkrankt und/oder Drogen konsumieren. Daher sollten die Erstmaßnahmen im Bereich Wohnen spezifisch an die individuelle Situation der Menschen angepasst werden.

In einer europaweiten Studie des HOME-EU Consortiums wurden zentrale Merkmale von Housing First-Projekten identifiziert (Greenwood, Manning et al. 2020). Auf individueller Ebene ist die Erlangung und Aufrechterhaltung einer unabhängigen Wohnung ein zentraler Indikator für die Genesung nach längerer Wohnungslosigkeit, jedoch fehlen hierzu noch weitgehend wissenschaftliche Belege. Verbesserte psychische Gesundheit ist ein weiterer wichtiger Indikator, doch die Ergebnisse hierzu sind bislang uneinheitlich. Da Wohnungslosigkeit häufig mit Stigmatisierung einhergeht, ist die Integration in die Gemeinschaft eine entscheidende Maßnahme von Housing First. Diese Programme müssen partizipativ gestaltet werden, wobei der Respekt vor individuellen Entscheidungen ein zentraler Faktor für ihre Wirksamkeit ist.

Stabiler Wohnraum ist nicht nur ein Grundrecht, sondern auch eine zentrale Säule in der Prävention von psychischen Krisen. Entsprechend Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention (Degener 2010) sollten *„Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sein, in besonderen Wohnformen zu leben“*. D.h. Menschen mit psychischen Erkrankungen, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind oder wohnungslos sind, ist schnellstmöglich und unkompliziert bezahlbarer und sicherer Wohnraum unabhängig von der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten zur Verfügung zu stellen. Daher ist es ein Anliegen, auf gesellschaftspolitischer Ebene dafür zu sorgen, dass Menschen in psychischen Krisen besser vor dem Verlust ihres Wohnraums geschützt sind. Spezialisierte therapeutische Wohnangebote sollten auch in urbanen Zentren auf dem angespannten Mietmarkt bestehen können. Konzepte wie Housing First müssen niedrigschwellig und für jeden zugänglich sein, da Menschen mit psychischen Erkrankungen eher selbstbestimmt wohnen wollen mit einem geringen Grad an Institutionalisierung (DGPPN 2019).

### Bedürfnisorientierte Wohnmodelle

Housing First allein erbringt jedoch keine signifikante Verbesserung von z.B. gesundheitsbezogenen Parametern wie psychische Gesundheit und Lebensqualität, auch wenn es die Raten an Hospitalisierungen reduziert (Baxter et al., 2019). Die im zweiten Schritt notwendigen psychosozialen Versorgungsmaßnahmen müssen ebenso fest implementiert sein. Daher sollten international etablierte Best Practice Modelle in Deutschland implementiert, adaptiert und beforscht werden. Beispiele für derartige Modelle sind Intensive Case Management, Assertive Community Treatment oder Critical Time Intervention (Ponka, Agbata et al. 2020, Schreiter, Speerforck et al. 2021).

Das Spektrum verschiedener Wohnmodelle sollte ausgeschöpft und getestet werden, da die Bedürfnisse an das Wohnen individuell unterschiedlich und abhängig von vorangegangenen Wohnbiographien, und möglichen Erkrankungen sind. Soziale Träger bieten daher bereits verschiedene Angebote – von betreutem Einzel- oder Gemeinschaftswohnen über Wohnungen mit geringer, ambulanter Minimalbetreuung bis hin zu seit wenigen Jahren auch Housing First Optionen an.

Diese Angebote richten sich jedoch meist an die Zielgruppe der jeweiligen Träger und sind demnach nicht immer niederschwellig. Wichtig ist dagegen, das Ziel sozialer Träger neben der psychosozialen Versorgung auch die Integration der Betroffenen in die Gesellschaft zu fördern. Projekte wie VinziRast (Wien) oder ein Wohnprojekt des Trägers „ZIK- Zuhause im Kiez“, Berlin bieten bspw. durch gemeinschaftliches Wohnen mit Studierenden (Wien) und der Arbeit in einer gemeinschaftlich organisierten Gastronomie (Wien & Berlin) Möglichkeiten mit der Nachbarschaft in Austausch zu treten. Dieser ganzheitliche Ansatz, der Arbeit und Gemeinschaft als Elemente der Versorgung und Genesung mit einbezieht und diese lokal in Nachbarschaften verankert, muss weiter ausgebaut werden und gleichzeitig durch langfristige Mietoptionen Stabilität und Sicherheit bieten. Wichtig ist mögliche Standorte für solche Wohn- und Arbeitsangebote gewissenhaft auszuwählen, d.h. abhängig von den städtischen oder kommunalen Bedarfen, aber auch hinsichtlich der Potentiale zur Integration und dem Zugang zu Infrastruktur (öffentliche Verkehrsmittel, Ärzte, Schulen etc.). Denn nur durch eine gute Anbindung des Wohnraums kann auch die Versorgung und Integration funktionieren.

### Partizipation

Partizipation ist ein zentraler Ansatz in der Gesundheits- und Sozialforschung, insbesondere bei der Arbeit mit vulnerablen und schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen. Partizipative Ansätze ermöglichen es, die Perspektiven und Bedürfnisse der Betroffenen direkt in die Gestaltung von Forschungsprojekten und Interventionen einfließen zu lassen. Dies stärkt nicht nur die Relevanz und Wirksamkeit der Maßnahmen, sondern fördert auch das Vertrauen und die Akzeptanz bei den beteiligten Personengruppen. Jedoch ist die Zusammenarbeit durch hohe Fluktuationsraten, Sicherheitsbedenken des Personals und Besonderheiten des informed consent in Forschungsprojekten erschwert, und ein besonderes Verständnis des Lebensumfelds, des kulturellen und gesellschaftlichen Kontextes sind erforderlich, um diese Bevölkerungsgruppe zu erreichen (Lashley 2024).

Als best-practice-Beispiele können die zwei folgenden transdisziplinären Projekte angesehen werden: In Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut wurde inklusives COVID-19-Informationsmaterial zur Stärkung der Infektionsprävention und -kontrolle bei wohnungslosen Menschen entwickelt. In einem partizipativen Prozess wurden wohnungslose Menschen in die Planung, Produktion und Evaluation von Plakat- und Video-Informationsmaterial zu COVID-19 einbezogen (Specht, Sarma et al. 2022). Auch die POINT-Studie des Robert Koch-Instituts wurde partizipativ entwickelt und erhob erstmalig strukturiert und adressat:innengerecht Daten zum Infektionsstatus sexuell und durch Blut übertragbarer Infektionen, Tuberkulose und SARS-CoV-2 bei wohnungslosen Menschen sowie zu Risiko- und Schutzfaktoren (Steffen, Weber et al. 2022). Partizipative Ansätze in der Entwicklung von Erhebungsdesigns und Interventionen erwiesen sich als wertvoll und effektiv in der



Forschung mit so genannten schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen (Specht, Sarma et al. 2022).

### Technologiegerechtigkeit im Kontext der digitalen Transformation

In einer Gesellschaft, die sich mitten in einem Prozess der digitalen Transformation befindet, auch durch den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI), bietet sich erhebliches Potenzial für die gesundheitliche Versorgung. Diese Entwicklung bietet eine Chance, besonders marginalisierte Gruppen wie Menschen in Wohnungslosigkeit besser zu erreichen und diskriminierungsfrei zu unterstützen (Habicht, Viswanathan et al. 2024). Gleichzeitig besteht das Risiko, dass durch digitale Angebote, wenn sie nicht inklusiv gestaltet sind, genau diese Gruppen weiterhin ausgeschlossen werden könnten. Auch besteht die Gefahr, dass bereits bestehende stigmatisierende Annahmen mittels KI reproduziert und verfestigt werden. Dabei profitieren gerade Menschen ohne festen Bezugspunkt beispielsweise von einem Smartphone, um Informationen zur Versorgung zu erhalten oder in Kontakt mit Bezugspersonen zu bleiben. Studien zeigen, dass wohnungslose Menschen durchaus offen sind, auch digitale Technologien zu nutzen (Asgary, Sckell et al. 2015). Dafür müssen jedoch Endgeräte, öffentliche Ladestationen und W-Lan-Netze oder öffentlich nutzbare PCs zur Verfügung gestellt werden. Digitale Lösungen sollten partizipativ entwickelt werden, um nicht zur Vertiefung bestehender sozialer Ungleichheiten beizutragen.

### Forschung

Die wissenschaftliche Untersuchung von Wohnungslosigkeit im Kontext medizinischer Versorgung erfordert heute mehr denn je einen interdisziplinären Ansatz, der Expertise aus den Bereichen Medizin, Sozialwissenschaften, Versorgungsforschung und Informatik zusammenführt. Dank der verbesserten Datenlage und der Nutzung moderner Technologien wie Big Data und Machine Learning ergeben sich völlig neue Möglichkeiten, komplexe Zusammenhänge zu erfassen. Besonders die Analyse von sozioökologischen Faktoren im Zusammenspiel mit individuellen, strukturellen und systemischen Aspekten der Wohnungslosigkeit ermöglicht tiefere Einblicke in die Dynamiken von sozialer Ausgrenzung und Gesundheit. Heute stehen Daten aus unterschiedlichen Datenquellen, sowohl aus dem unmittelbaren Versorgungskontext (klinisch/ambulant), als auch aus aggregierten, interdisziplinären (Forschungs-) Datenquellen zur Verfügung, um Ursachen, medizinische und psychosoziale Aspekte der Wohnungslosigkeit zu erfassen, zu analysieren und zu bewerten. In der Informatik steht hierzu ein Methodenspektrum zur Verfügung, welches von BigData-Analytics, über Machine Learning Konzepten bis hin zur Anwendung von Large-Language Models aufgespannt werden kann. Voraussetzung für einen Erkenntnisgewinn aus diesen Datenquellen ist die Zusammenarbeit der diversen Stakeholder aus Erfahrungsexpert:innen, ambulantem und stationärem Bereich, psychosozialer Träger und anderer Versorger, sowie der öffentlichen Hand, und die Konsentierung

einer Interoperabilität der vorhandenen Daten. Umso wichtiger die partizipative Gestaltung auch von Forschungsvorhaben und die Einbeziehung ethischer Überlegungen durch interdisziplinäre Forschung wie in diesem Einstein Zirkel. Gleichzeitig sollten eingeführte Interventionen wissenschaftlich evaluiert werden, um sicherzustellen, dass die Anpassungen tatsächlich im Sinne der Betroffenen erfolgen. Im Nationalen Aktionsplan zur Überwindung der Wohnungslosigkeit hat der Bund zugesagt, in den kommenden Jahren eine umfassende Berichterstattung zur Wohnungslosigkeit sicherzustellen und in diesem Bereich verstärkt Ressortforschung zu betreiben (BMWSB 2024). Dazu gehört auch die Schaffung eines speziellen Ressortforschungsprogramms, das sich gezielt mit Wohnungslosigkeit befasst. Diese Maßnahmen sind von entscheidender Bedeutung, da ein evidenzbasiertes Vorgehen der Akteure nur möglich ist, wenn verlässliche und aktuelle Daten zur Wohnungslosigkeit zur Verfügung stehen. Auf dieser Basis können gezielte Strategien und Maßnahmen entwickelt werden, um Wohnungslosigkeit effektiv und nachhaltig zu bekämpfen und die soziale Integration Betroffener zu fördern.

### 3. Call to action

Um die psychosoziale Versorgung wohnungsloser Menschen mit psychischen Störungen nachhaltig zu verbessern, bedarf es entschlossener und koordinierter Maßnahmen auf allen Ebenen – von der Politik über die Forschung bis hin zur praktischen Umsetzung. Es ist unerlässlich, Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung abzubauen, traumasensible und stigmabewusste Versorgungsstrukturen zu etablieren und betroffene Menschen aktiv in die Entwicklung von Hilfsangeboten einzubinden. Insbesondere müssen Wohnen und Versorgungsmodelle Hand in Hand gehen und weiter untersucht und implementiert werden. International etablierte Konzepte und Forschungsergebnisse können hierfür eine wichtige Grundlage bilden und durch eine interdisziplinäre Forschung begleitet werden, um die Bedürfnisse der Betroffenen präzise zu erfassen und innovative Lösungsansätze zu entwickeln. Dieses Positionspapier des Einstein-Zirkels stellt einen Aufruf dar, Forschung und Praxis stärker zu vernetzen, um eine integrative und menschenwürdige Versorgung für wohnungslose Menschen zu gewährleisten.

## 4. Literatur

- Aldridge, R. W., A. Story, S. W. Hwang, M. Nordentoft, S. A. Luchenski, G. Hartwell, E. J. Tweed, D. Lewer, S. Vittal Katikireddi and A. C. Hayward (2018). Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 391(10117): 241-250.
- Asgary, R., B. Sckell, A. Alcabas, R. Naderi, P. Adongo and G. Ogedegbe (2015). Perceptions, Attitudes, and Experience Regarding mHealth Among Homeless Persons in New York City Shelters. *J Health Commun* 20(12): 1473-1480.
- Baxter, A. J., E. J. Tweed, S. V. Katikireddi and H. Thomson (2019). Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health* 73(5): 379-387.
- Benjaminsen, L. and S. Andrade (2015). Testing a Typology of Homelessness Across Welfare Regimes: Shelter Use in Denmark and the USA. *Housing Studies* 30.
- Bertram, F., A. Hajek, K. Dost, W. Graf, A. Brennecke, V. Kowalski, V. V. Ruth, H. H. König, B. Wulff, B. Ondruschka, K. Puschel and F. Heinrich (2022). The Mental and Physical Health of the Homeless. *Dtsch Arztebl Int* 119(50): 861-868.
- BMWSB (2022). Wohnungslosenbericht 2022, Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen.
- BMWSB (2024). Gemeinsam für ein Zuhause. Nationaler Aktionsplan gegen Wohnungslosigkeit. Berlin, Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen,.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (2019). Wohnungslosigkeit: Kein Ende in Sicht. Berlin, Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (2023). Mindestens 607.000 Menschen in Deutschland wohnungslos: BAG Wohnungslosenhilfe stellt aktuelle Hochrechnungsergebnisse vor. Berlin, Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.
- Carmichael, C., L. Smith, E. Aldasoro, A. Gil Salmerón, T. Alhambra-Borrás, A. Doñate-Martínez, R. Seiler-Ramadas and I. Grabovac (2023). Exploring the application of the navigation model with people experiencing homelessness: a scoping review. *Journal of Social Distress and Homelessness* 32(2): 352-366.
- Charité - Universitätsmedizin Berlin (2020). Nacht der Solidarität. Ergänzende Zählung in Berliner Psychiatrien. Berlin, Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- Daaleman, T. P., J. Johnson, L. Gelberg, R. Agans and D. J. Biederman (2024). Protocol of a mixed method research design to study medical respite programs for persons experiencing homelessness. *PLoS One* 19(1): e0295543.
- Degener, T. (2010). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Grundlage für eine neue inklusive Menschenrechtstheorie. *Vereinte Nationen*(2): 57-63.
- DGPPN (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg, Springer Verlag.
- Edalati, H., M. Krausz and C. G. Schütz (2016). Childhood Maltreatment and Revictimization in a Homeless Population. *J Interpers Violence* 31(14): 2492-2512.
- Erickson, P. J., A. Cermak, S. Benning, C. Michaels and A. Lynn (2024). Societal-level Determinants of Mental Health & Well-being. A Socio-Ecological Model and Report. Minneapolis, MN, School of Public Health UMN.
- FEANTSA (2022). ETHOS – Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung. Brüssel, European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL (FEANTSA).
- Formosa, E. A., V. Kishimoto, A. Orchanian-Cheff and K. Hayman (2021). Emergency department interventions for homelessness: a systematic review. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 23(1): 111-122.
- Greenwood, R. M., R. M. Manning, B. R. O'Shaughnessy, M. J. Vargas-Moniz, S. Loubière, F. Spinnewijn, M. Lenzi, J. R. Wolf, A. Bokszczanin, R. Bernad, H. Kállmén, J. Ornelas and the HOME-EU Consortium Study Group (2020). Homeless Adults' Recovery Experiences in Housing First and Traditional Services Programs in Seven European Countries. *American Journal of Community Psychology* 65(3-4): 353-368.
- Guise, A., M. Burrows and A. Marshall (2022). A participatory evaluation of legal support in the context of health-focused peer advocacy with people who are homeless in London, UK. *Health & Social Care in the Community* 30(6): e6622-e6630.

- Gutwinski, S., S. Schreiter, K. Deutscher and S. Fazel (2021). The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 18(8): e1003750.
- Habicht, J., S. Viswanathan, B. Carrington, T. U. Hauser, R. Harper and M. Rollwage (2024). Closing the accessibility gap to mental health treatment with a personalized self-referral chatbot. *Nature Medicine* 30(2): 595-602.
- Herring, C. (2023). *Housing Deprivation: Homelessness and the Reproduction of Poverty. The Sociology of Housing: How Homes Shape our Lives*. B. J. McCabe and E. Rosen. Chicago, University of Chicago Press: 163-175.
- Hörig, M., S. M. Klaes, S. Krasovski-Nikiforovs, W. van Loon, L. Murajda, R. C. O. Rodriguez, C. Schade, A. Specht, G. Equihua Martinez, R. Zimmermann, F. P. Mockenhaupt, J. Seybold, A. K. Lindner and N. Sarma (2023). A COVID-19 isolation facility for people experiencing homelessness in Berlin, Germany: a retrospective patient record study. *Front Public Health* 11: 1147558.
- Kaduskiewicz, H., B. Bochon, H. van den Bussche, J. Hansmann-Wiest and C. van der Leeden (2017). The Medical Treatment of Homeless People. *Dtsch Arztebl Int* 114(40): 673-679.
- Kilian, C., J. Manthey, S. Carr, F. Hanschmidt, J. Rehm, S. Speerforck and G. Schomerus (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcohol Clin Exp Res* 45(5): 899-911.
- Knörle, U., S. Gutwinski, S. N. Willich and A. Berghöfer (2022). [Associations of mental illness and homelessness: results of a secondary data analysis at a Berlin health center for the homeless]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 65(6): 677-687.
- Lashley, M. (2024). *Engaging Populations Experiencing Homelessness in Nursing Research: Barriers and Best Practices*. *J Radiol Nurs* 43: 15-20.
- Lech, S., L. Schenk, J. De la Torre Castro and D. Schindel (2021). A retrospective analysis of the health and social situation of homeless people in Berlin: study protocol. *Arch Public Health* 79(1): 28.
- Lo, E., B. Lifland, E. C. Buel, L. Balasuriya and J. L. Steiner (2021). Implementing the Street Psychiatry Model in New Haven, CT: Community-Based Care for People Experiencing Unsheltered Homelessness. *Community Ment Health J* 57(8): 1427-1434.
- Loubière, S., C. Lemoine, M. Boucekine, L. Boyer, V. Girard, A. Tinland and P. Auquier (2022). Housing First for homeless people with severe mental illness: extended 4-year follow-up and analysis of recovery and housing stability from the randomized Un Chez Soi d'Abord trial. *Epidemiol Psychiatr Sci* 31: e14.
- Magwood, O., V. Y. Leki, V. Kpade, A. Saad, Q. Alkhateeb, A. Gebremeskel, A. Rehman, T. Hannigan, N. Pinto, A. H. Sun, C. Kendall, N. Kozloff, E. J. Tweed, D. Ponka and K. Pottie (2019). Common trust and personal safety issues: A systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. *PLoS One* 14(12): e0226306.
- Mahlke, C., U. Krämer, R. Kilian and T. Becker (2015). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. *Übersicht des internationalen Forschungsstandes* 34(04): 235-239.
- Marbin, D., S. Gutwinski, S. Schreiter and A. Heinz (2022). Perspectives in poverty and mental health. *Front Public Health* 10: 975482.
- Marshall, C. A., L. Boland, L. A. Westover, B. Marcellus, S. Weil and S. Wickett (2020). Effectiveness of interventions targeting community integration among individuals with lived experiences of homelessness: A systematic review. *Health Soc Care Community* 28(6): 1843-1862.
- Mejia-Lancheros, C., J. Lachaud, P. O'Campo, K. Wiens, R. Nisenbaum, R. Wang, S. W. Hwang and V. Stergiopoulos (2020). Trajectories and mental health-related predictors of perceived discrimination and stigma among homeless adults with mental illness. *PLoS One* 15(2): e0229385.
- Miler, J. A., H. Carver, R. Foster and T. Parkes (2020). Provision of peer support at the intersection of homelessness and problem substance use services: a systematic 'state of the art' review. *BMC Public Health* 20(1): 641.
- NC Department of Health and Human Services. (2024). "Critical Time Intervention." Retrieved Nov 1, 2024 from <https://www.ncdhhs.gov/divisions/mental-health-developmental-disabilities-and-substance-use-services/mental-health-services/critical-time-intervention>.
- Nilsson, S. F., M. Nordentoft and C. Hjorthøj (2019). Individual-Level Predictors for Becoming Homeless and Exiting Homelessness: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Urban Health* 96(5): 741-750.
- North, C. S., D. E. Pollio, E. M. Smith and E. L. Spitznagel (1998). Correlates of early onset and chronicity of homelessness in a large urban homeless population. *J Nerv Ment Dis* 186(7): 393-400.
- O'Carroll, A. and D. Wainwright (2019). Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. *International Journal for Equity in Health* 18(1): 113.
- OECD (2024). Indicator HM1.1. Housing stock and construction.

- Pleace, N. and K. Hermans (2020). Counting All Homelessness in Europe: The Case for Ending Separate Enumeration of 'Hidden Homelessness'. *Eur J Homelessness* 14(3): 35-62.
- Ponka, D., E. Agbata, C. Kendall, V. Stergiopoulos, O. Mendonca, O. Magwood, A. Saad, B. Larson, A. H. Sun, N. Arya, T. Hannigan, K. Thavorn, A. Andermann, P. Tugwell and K. Pottie (2020). The effectiveness of case management interventions for the homeless, vulnerably housed and persons with lived experience: A systematic review. *PLoS One* 15(4): e0230896.
- Ruegenberg, A., M. Schmiedhofer, A. Kreutzberg, C. Henschke, M. Möckel and A. Slagman (2024). [Black box: Attenders with psychosocial needs in the emergency department]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 119(1): 10-17.
- Schindel, D., R. Karpenko, S. Lech, E. Matheis, C. Kleyer and L. Schenk (2024). Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Menschen in Wohnungslosigkeit in Berlin-Mitte Ergebnisse einer retrospektiven Sekundärdatenanalyse der Jahre 2006 bis 2020. Studienbericht Teil 1. Berlin, Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- Schindel, D., C. Kleyer and L. Schenk (2020). [Somatic diseases of homeless people in Germany. A narrative literature review for the years 2009-2019]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*.
- Schreiter, S., F. D. Fritz, W. Rössler, T. Majić, M. Schouler-Ocak, M. R. Krausz, F. Bermpohl and S. Gutwinski (2020). Wohnsituation von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen im akuten psychiatrischen Behandlungssetting in Berlin – eine querschnittliche Patientenbefragung. *Psychiatr Prax* 48(03): 156-160.
- Schreiter, S., S. Gutwinski and W. Rössler (2020). [Homelessness and mental illnesses]. *Nervenarzt* 91(11): 1025-1031.
- Schreiter, S., S. Heidrich, A. Heinz, W. Rössler, R. M. Krausz, M. Schouler-Ocak, F. Bermpohl and S. Gutwinski (2020). [Debts, loans and unpaid bills among day patients and inpatients in psychiatric care in Berlin, Germany]. *Nervenarzt*.
- Schreiter, S., S. Heidrich, J. Zulauf, U. Saathoff, A. Bruckner, T. Majic, W. Rössler, M. Schouler-Ocak, M. R. Krausz, F. Bermpohl, J. Bauml and S. 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.
- Schreiter, S., S. Speerforck, G. Schomerus and S. Gutwinski (2021). Homelessness: care for the most vulnerable - a narrative review of risk factors, health needs, stigma, and intervention strategies. *Curr Opin Psychiatry* 34(4): 400-404.
- Specht, A., N. Sarma, T. Linzbach, T. Hellmund, M. Horig, M. Wintel, G. Equihua Martinez, J. Seybold and A. K. Lindner (2022). Participatory development and implementation of inclusive digital health communication on COVID-19 with homeless people. *Front Public Health* 10: 1042677.
- Steffen, G., C. Weber, C. Cawley, N. Sarma, K. Jansen, A. Leicht, R. Zimmermann, S. Kröger, K. Kajikhina, C. Hövener and V. Bremer (2022). Prävalenz von sexuell und durch Blut übertragenen Infektionen und Tuberkulose bei Menschen in Wohnungslosigkeit in Berlin – Erste Ergebnisse der Pilotstudie POINT. *Epidemiologisches Bulletin*(13): 25--32.
- Utschakowski, J. (2015). Mit Peers arbeiten: Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung. , Psychiatrie Verlag.
- Vohra, N., V. Paudyal and M. J. Price (2022). Homelessness and the use of Emergency Department as a source of healthcare: a systematic review. *Int J Emerg Med* 15(1): 32.
- Whisler, A., N. Dosani, M. J. To, K. O'Brien, S. Young and S. W. Hwang (2021). The effect of a Housing First intervention on primary care retention among homeless individuals with mental illness. *PLoS One* 16(2): e0246859.

## Impressum

### Herausgeber

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Charitéplatz 1 | 10117 Berlin

Einstein-Zirkel „Improving (Mental) Health Care in Homelessness“

Diese Publikation ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0](#)

[International Lizenz](#) und darf unter Angabe der Urheber, vorgenommener Änderungen und der Lizenz frei vervielfältigt, verändert und verbreitet werden. Von der Lizenzierung ausgenommen ist das Foto der Titelseite. Die urheberrechtlichen Angaben dazu finden sich im Bildnachweis.

DOI: <https://doi.org/10.17169/refubium-45695>

### Redaktion

Die Autoren. Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. Stefanie Schreiter, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, CCM, Charité - Universitätsmedizin Berlin. Email: [stefanie.schreiter@charite.de](mailto:stefanie.schreiter@charite.de)

### Bildnachweis

Foto Titelseite: Wiebke Peitz, Charité – Universitätsmedizin Berlin

### Layout

Charité - Universitätsmedizin Berlin

### Stand

Januar 2025