

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

DISSERTATION

**Psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit - eine  
explorative Sekundärdatenanalyse im Berliner  
Gesundheitszentrum für Obdachlose**

-

**Mental health and homelessness - an exploratory secondary  
data analysis conducted in a Berlin health center for the  
homeless**

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Uwe Knörle

aus Ravensburg

Datum der Promotion: 25.11.2022

## **Vorwort**

Teile der hier vorliegenden Monografie wurden vor Abschluss des Promotionsverfahrens in folgender Originalarbeit publiziert:

Knörle U, Gutwinski S, Willich SN, Berghöfer A. Zusammenhänge psychischer Erkrankungen und Wohnungslosigkeit: Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse in einem Berliner Gesundheitszentrum für Obdachlose. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2022, 65(6):677–687

## Inhaltsangabe

<b>Vorwort</b> .....	<b>2</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>4</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>9</b>
1.1 Definitionen.....	9
1.2 Wohnungslosigkeit als Problem der Gesellschaft und Politik.....	10
1.3 Wohnungslosigkeit als Problem der Versorgung.....	11
1.4 Wohnungslosigkeit als Problem der Psyche .....	13
1.5 Wohnungslosigkeit als Problem der Forschung .....	16
1.6 Zielsetzungen .....	18
<b>2 Methodik</b> .....	<b>19</b>
2.1 Studiendesign.....	19
2.2 Datenquelle .....	19
2.3 Rechtsgrundlage .....	22
2.4 Datenschutz.....	23
2.5 Datenfluss.....	23
2.6 Auswahlkriterien und Analyseeinheit.....	25
2.7 Variablen .....	25
2.8 Studiengröße .....	28
2.9 Statistische Methoden .....	29
<b>3 Ergebnisse</b> .....	<b>31</b>
3.1 Selektion der Studienpopulation.....	31
3.2 Deskriptive Ergebnisse.....	31
3.3 Hauptergebnisse .....	37
<b>4 Diskussion</b> .....	<b>44</b>
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	44
4.2 Repräsentativität der Studienpopulation.....	44
4.3 Zeitlicher Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit..	53
4.4 Einflussfaktoren für einen frühen Beginn der Wohnungslosigkeit .....	58
4.5 Einflussfaktoren für einen langen Verlauf der Wohnungslosigkeit .....	63
4.6 Limitationen .....	68
4.7 Ableitungen und Ausblick .....	71
<b>5 Literaturverzeichnis</b> .....	<b>76</b>
<b>6 Eidesstattliche Versicherung</b> .....	<b>83</b>
<b>7 Lebenslauf</b> .....	<b>84</b>
<b>8 Danksagung</b> .....	<b>85</b>

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Zeitliches Schema der Primärdatenquellen .....	22
<b>Abbildung 2:</b> Altersverteilung der Studienpopulation bei Erstvorstellung.....	32
<b>Abbildung 3:</b> Betreuungsdauer der Studienpopulation .....	35
<b>Abbildung 4:</b> Veränderung der Anzahl der psychischen Erkrankungen vor und nach Beginn der Wohnungslosigkeit.....	38
<b>Abbildung 5:</b> Vergleich der Mittelwerte des Lebensalters bei Beginn der Wohnungslosigkeit zwischen den verschiedenen Schulabschluss-Gruppen.....	41
<b>Abbildung 6:</b> Streudiagramm Anzahl der Rückfälle in die Obdachlosigkeit und Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit.....	43

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Erhobene Variablen und ihre jeweiligen Primärdatenquellen .....	26
<b>Tabelle 2:</b> Wesentliche Baseline-Charakteristika der Studienpopulation .....	31
<b>Tabelle 3:</b> Alter der Studienpopulation bei Beginn der Wohnungslosigkeit.....	33
<b>Tabelle 4:</b> Belastende Lebensereignisse in der Kindheit und Adoleszenz.....	34
<b>Tabelle 5:</b> Somatische Vorerkrankungen der Studienpopulation .....	34
<b>Tabelle 6:</b> Gründe für die Erstvorstellung im Gesundheitszentrum .....	35
<b>Tabelle 7:</b> Gründe für Rückfälle in die Obdachlosigkeit .....	36
<b>Tabelle 8:</b> Prävalenzen der psychischen Erkrankungen der Gruppe A.....	37
<b>Tabelle 9:</b> Kumulative Inzidenzen der psychischen Erkrankungen in der Periode der Wohnungslosigkeit in der Gruppe B .....	38
<b>Tabelle 10:</b> Sicherheit der Diagnosen aller dokumentierten psychischen Erkrankungen .....	39
<b>Tabelle 11:</b> Einflüsse versch. Faktoren auf das Alter bei Beginn der Wohnungslosigkeit.....	40
<b>Tabelle 12:</b> Einflüsse verschiedener Faktoren auf die Mittelwerte der Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit .....	42
<b>Tabelle 13:</b> Einkommenssituation der Studienpopulation .....	49

## Abstract

### Deutsche Version

Einleitung: Wohnungslosigkeit in Deutschland ist Ausdruck und Folge einer komplexen Problemlage, die die medizinischen und sozialen Versorgungssysteme vor große Herausforderungen stellt. Nach aktuellen Studien leiden etwa drei Viertel der wohnungslosen Menschen an psychischen Erkrankungen. Ziel dieser Studie ist es, Assoziationen zwischen psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit retrospektiv zu untersuchen.

Methodik: Hierfür wurde eine explorative Sekundärdatenanalyse auf Basis von Patient\*innenakten des Gesundheitszentrums für Obdachlose in Berlin durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle wohnungslosen Patienten, die dort 2006 bis 2020 psychologisch betreut wurden. Die Auswertung erfolgte mittels t-Tests, Varianzanalysen, einfacher linearer Regression.

Ergebnisse: Die 112 Patient\*innen umfassende Studienpopulation ist charakterisiert durch: mittleres Erwachsenenalter ( $M=43,1$  Jahre), Geschlechterverhältnis 4:1 zugunsten der Männer (78,6%:21,4%), deutsche Staatsangehörigkeit (95,5%), Langzeitwohnungslosigkeit ( $Mdn = 2,0$  Jahre) mit einer hohen Rate an Obdachlosigkeit (75,9%). Bei 84,9% (95%-CI[77,4;91,5]) der Patient\*innen gingen psychische Erkrankungen dem Beginn der Wohnungslosigkeit voraus. In der vor Beginn der Wohnungslosigkeit gesunden Gruppe (15,1%, 95%-CI[8,5;22,6]) entwickelten sich während der Wohnungslosigkeit insbesondere die ICD-Diagnosegruppen affektive Störungen ( $F30.X-F39.X$ ; kumulative Inzidenz 50%), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol ( $F10.X$ ; 31,3%), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ( $F60.X-F69.X$ ; 31,3%) sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen ( $F40.X-F48.X$ ; 18,8%). Mit einem früheren Beginn der Wohnungslosigkeit waren die Faktoren Schulbildung ( $M_{Diff}=-13,2$  Jahre,  $p=0,013$ ,  $d=1,42$  zwischen fehlendem Schulabschluss und Abitur;  $M_{Diff}=-9,9$  Jahre,  $p=0,028$ ,  $d=0,93$  zwischen Hauptschulabschluss und Abitur) sowie die ICD-Diagnosegruppe psychische und Verhaltensstörung durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol ( $F11.X-F19.X$ ;  $M_{Diff}=-6,7$  Jahre,  $p=0,004$ ,  $d=0,56$ ) assoziiert. Eine lange Dauer der Wohnungslosigkeit wurde mit der Diagnosegruppe psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol ( $F10.X$ ;

$M_{Diff}=3,04$  Jahre,  $p=0,001$ ,  $d=0,65$ ) und dem Faktor Haftaufenthalte in der Vergangenheit ( $M_{Diff}=2,32$  Jahre,  $p=0,041$ ,  $d=0,49$ ) assoziiert. Jede erneute Episode der Obdachlosigkeit war mit einer durchschnittlichen Verlängerung der Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit um 7,9 Monate ( $p<0,001$ ,  $f=0,54$ ) assoziiert.

Schlussfolgerung: Die Studie zeigt, dass die aktuelle Versorgungssituation von psychisch erkrankten wohnungslosen Personen in Deutschland unzureichend ist. Da psychische Erkrankungen wichtige Einflussfaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Wohnungslosigkeit sind, müssen präventive Strategien zur Verhinderung dieser sowie spezialisierte Angebote für psychisch erkrankten wohnungslose Personen verbessert werden. Der Zusammenhang zwischen Inhaftierungen und Wohnungslosigkeit muss weitergehend erforscht werden.

### **Englische Version**

Introduction: Homelessness is expression and consequence of a complex problematic situation that poses a big challenge to medical and social services in Germany. According to recent prevalence studies, about three out of four homeless people suffer from mental illness. The goal of this study is to examine relationships between mental illness and homelessness in a retrospective way.

Methods: For this purpose, an exploratory secondary data analysis was carried out using medical records from the health centre for the homeless (*Gesundheitszentrum für Obdachlose*) in Berlin, Germany. Included into the study were all homeless patients that were provided with psychological care from 2006 to 2020. Student's t-test, ANOVA and simple linear regression were used for the analysis of the research questions.

Results: The study population included 112 patients, it can be described with the following characteristics: middle-aged ( $M=43.1$  years), men-to-women ratio of 4:1 (78.6%:21.4%), German nationality (95.5%), long-term homelessness ( $Mdn=2.0$  years) with a high rate of rooflessness (75.9%). 84.9% of the patients (95%-CI [77.4,91.5]) suffered from one or several mental disorders before the onset of homelessness. The group of patients who were previously healthy (15.1%, 95%-CI [8.5,22.6]) developed the following disorders

during the time of being homeless: mood disorders (*F30.X–F39.X*; cumulative incidence 50%), mental and behavioral disorders due to use of alcohol (*F10.X*; 31.3%), disorders of adult personality and behavior (*F60.X–F69.X*; 31.3%) and neurotic, stress-related and somatoform disorders (*F40.X–F48.X*; 18.8%). Associated with an earlier onset of homelessness were the following factors: (low) school education ( $M_{Diff}=-13.2$  years,  $p=0.013$ ,  $d=1.42$  between without school-leaving qualification and high school diploma;  $M_{Diff}=-9.9$  years,  $p=0.028$ ,  $d=0.93$  between lower secondary education and high school diploma) and the ICD diagnosis group mental and behavioral disorders due to use of other psychoactive substances than alcohol (*F11.X–F19.X*) ( $M_{Diff}=-6.7$  years,  $p=0.004$ ,  $d=0,56$ ). A long duration of homelessness was associated with the ICD diagnosis group *mental and behavioral disorders due to use of alcohol (F10.X)* ( $M_{Diff}=3.04$  years,  $p=0.001$ ,  $d=0,65$ ) and *past imprisonment* ( $M_{Diff}=2.32$  years,  $p=0.041$ ,  $d=0,49$ ). Every recurrent episode of rooflessness prolonged the duration of homelessness on average by 7.9 months ( $p<.001$ ,  $f=0,54$ ).

Conclusion: This study illustrates the current inadequate medical and social situation of the vulnerable group of mentally ill homeless people in Germany. Since mental disorders have shown to be strong impact factors for the development and maintenance of homelessness, strategies for the prevention of homelessness as well as specialized services for mentally ill homeless people need to be improved. The relationship between past imprisonments and homelessness needs to be further researched.



# 1 Einleitung

Wohnungslosigkeit ist eine sozialmedizinisch komplexe und weiterhin ungelöste Problemlage in Deutschland. Trotz andauernder Bemühungen der Wohnungslosenhilfe und der Wissenschaft steigt die Anzahl betroffener wohnungsloser Menschen nach Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. derzeit weiter an (Neupert und Lotties 2018), circa 41.000 Personen sollen dabei ohne jegliche Unterkunft in Obdachlosigkeit leben. Einer aktuellen deutschen Metaanalyse zu folge leidet ein Großteil der wohnungslosen Frauen und Männer neben der prekären Wohnsituation an psychischen Erkrankungen, die Rate zeigte sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erkrankungsübergreifend um das 3,8-fache erhöht (Schreiter et al. 2017). Diese gefährdete Gruppe der psychisch erkrankten wohnungslosen Menschen stellt so eine enorme Herausforderung für die bestehenden Versorgungssysteme dar.

Bevor tiefer in die verschiedenen Facetten dieser Problematik eingeführt wird, sollen zur besseren Verständlichkeit die Begriffe der *Wohnungslosigkeit* und der *Obdachlosigkeit* genauer definiert werden, da diese im allgemeinen Sprachgebrauch oftmals synonym verwendet werden und gesetzlich nicht genau festgelegt sind (Holtmannspötter 2002).

## 1.1 Definitionen

Die vorliegende Arbeit folgt der 2005 veröffentlichten ETHOS-Typologie der European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA). Diese Kategorisierung wurde zur besseren Vergleichbarkeit zwischen internationaler Studien entwickelt, da in diesen der Begriff der Wohnungslosigkeit häufig nicht genau oder je nach Land unterschiedlich definiert ist (Fazel 2005). Die ETHOS-Typologie schließt alle Personen ohne festes Wohnverhältnis ein und unterteilt den Sammelbegriff der Wohnungslosigkeit in vier Unterkategorien:

- *Obdachlose* Menschen sind demnach diejenigen, die „im öffentlichen Raum, (...) sowie in Notschlafstellen“ übernachten, in denen normalerweise kein fester Platz garantiert ist und in denen die Plätze zeitlich begrenzt sind.
- *Wohnungslos* sind hingegen alle Personen, die keinen durch einen Mietvertrag abgesicherten Wohnraum besitzen und etwa in Einrichtungen der

Wohnungslosenhilfe oder in staatlichen Institutionen wie Gefängnissen untergebracht sind.

- *Ungesichert* wohnen Menschen, die zeitweise bei Freund\*innen oder Verwandten untergebracht sind;
- *ungenügend* wohnen schließlich diejenigen, die in Wohnprovisorien wie etwa Wohnwägen übernachten.

## 1.2 Wohnungslosigkeit als Problem der Gesellschaft und Politik

Obwohl die zunehmende Wohnungslosigkeit als „gravierendste Auswirkung der Armut“ (Leitlinien der Wohnungslosenhilfe und Wohnungslosenpolitik 2019) den Einzelnen und die Gesellschaft oft zu überfordern scheint, zeigt sich zeitgleich ein steigendes Problembewusstsein in der Politik für das Thema der Wohnungslosigkeit und eine gewachsene Solidarität in der Bevölkerung (Breitenbach und Fischer 2021). Da sich die tatsächliche Anzahl wohnungsloser Menschen aus den bisherigen Daten nicht ableiten lässt (Leitlinien der Wohnungslosenhilfe und Wohnungslosenpolitik 2019), wurden in einem Pilotprojekt des Berliner Senats zur Verbesserung der wissenschaftlichen Datenbasis im Januar 2020 erstmals obdachlose Menschen auf den Berliner Straßen gezählt. Die Bereitschaft der Berliner\*innen, sich in dieser sogenannten Nacht der Solidarität zu engagieren, übertraf laut einer Pressemitteilung des Berliner Senats alle Erwartungen (Senatsverwaltung für Integration, Bildung und Soziales 2020). Dass die Zählung von der Selbstvertretung der wohnungslosen Menschen e.V. aufgrund einer möglichen Stigmatisierung abgelehnt und in einer Kundgebung dieses Vereins im Januar 2020 „Wohnungen statt Zählungen“ gefordert wurde, zeigt aber auch, welch ein großes Spannungsfeld sich zwischen der Politik und den Betroffenen selbst befindet.

Wohnungslosigkeit zieht sich in Deutschland durch alle gesellschaftlichen Schichten. Es handelt sich bei wohnungslosen Menschen um eine „heterogene Gruppe, die hinsichtlich ihrer Lebensentwürfe, Lebensverläufe und Lebenseinstellung in weitere Subkategorien unterteilt werden muss“ (Van den Brink 2004). In den letzten Jahren nahm besonders die Zahl der wohnungslosen Familien und EU-Bürger stark zu (Neupert und Lotties 2018; vom Brocke, in Begutachtung), der Anteil nicht-deutscher wohnungsloser Personen stieg im Zeitraum 2010–2018 um 16,5% an. All dies zeigt, in welchen gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang das soziale Phänomen der Wohnungslosigkeit gestellt werden muss und welchen Einfluss die Politik auf die

Entwicklung der Wohnungslosigkeit hat. Betrachtet man die vielfältigen Ursachen der Wohnungslosigkeit, werden wohnungslose Menschen derzeit vom Sozialgesetzbuch (§67 Absatz 1 Satz 1 SGB XII) „als Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind“, anerkannt. Explizitere Gründe für Wohnungslosigkeit nennt die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe Österreich (2011):

1. Persönliche Faktoren: Zusammenbruch der Beziehung, Tod des\*der Partners\*in, Verlust des Arbeitsplatzes, Drogenmissbrauch, Delogierung.
2. Institutionelle Ursachen: Mangel an angemessener Unterstützung durch Ämter, Haftentlassung, usw.
3. Strukturelle Faktoren: Mangel an angemessenem und bezahlbarem Wohnraum, Delogierung, Arbeitslosigkeit, häusliche Gewalt.

Zweifelsohne stehen zu Beginn jeder Wohnungslosigkeit oft mehrere dieser ursächlichen psychosozialen und sozioökonomischen Faktoren. Dass psychische Erkrankungen Interdependenzen hierzu ausbilden können ist offensichtlich, dies wird durch die eingangs erwähnten hohen Prävalenzen von psychischen Erkrankungen unter Wohnungslosen bestätigt. Ein Blick auf die Assoziationen psychischer Erkrankungen und Wohnungslosigkeit erscheint lohnenswert.

### **1.3 Wohnungslosigkeit als Problem der Versorgung**

Langfristiges Ziel der bereits erwähnten Nacht der Solidarität ist die Verbesserung der Hilfsangebote für wohnungslose Menschen. Obwohl diese stetig weiterentwickelt werden und die Kosten hierfür Jahr für Jahr steigen (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2020), kann das vorhandene Hilfesystem nicht alle Betroffenen erreichen. Verschiedene deutsche Studien (Kunstmann et al. 1996; Lange 2015; Trabert 1995) belegen dies bezüglich der Inanspruchnahme der medizinischen Regelversorgung. Kurzfristige Folgen sehen wir beispielsweise in der häufigeren Nutzung der Notaufnahmen durch wohnungslose Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung (Hwang et al. 2013; O'Carrol und Wainwright 2019), da sie dort rechtlich nicht abgewiesen werden dürfen. Langfristig haben wohnungslose Menschen einen vergleichsweise schlechten somatischen wie psychischen Gesundheitszustand

(Kaduszkiewicz et al. 2017), 80%–90% müssten eine „dringende medizinische Behandlung erhalten“ (Trabert 2016).

Insbesondere psychisch erkrankte wohnungslose Menschen scheitern dabei öfter an internen und externen Barrieren, die sich in der Gesamtheit zu einem exkludierenden Versorgungssystem manifestieren. Als interne, das heißt emotionale und lebenslagenbedingte Faktoren sind durch Wohnungslosigkeit sowie psychische Erkrankung bedingte Stigmatisierungsaspekte und Ausgrenzungsprozesse bekannt, die zu einer „sozialen Erschöpfung“ (Lutz 2017), Scham (Campbell et al. 2015) oder Angst vor Abweisung (Kim et al. 2007; Lange et al. 2015) führen und sich zu subjektiv wahrgenommener Chancen- und Perspektivlosigkeit chronifizieren können. Zeitgleich ist eine fehlende Compliance oft Teil der psychiatrischen Krankheitsbilder und eine ausgeprägte Symptomtoleranz häufig unter wohnungslosen Patienten anzutreffen (Trabert 1995).

An externen strukturellen Faktoren ist ein Krankenversicherungssystem zu nennen, das in Deutschland von mindestens 143.000 Menschen im Jahr 2019 nicht in Anspruch genommen werden konnte (Statistisches Bundesamt 2020). Dementsprechend wurde in einer Studie aus Hamburg bei 40,1% der befragten wohnungslosen Personen die fehlende Krankenversicherung als Hauptgrund der Nichtinanspruchnahme des medizinischen Regelversorgungssystems identifiziert (Lange et al. 2015). Die generelle Hochschwelligkeit dieses Systems mit Wartelisten und Terminvergaben kann zudem für psychisch erkrankte wohnungslose Menschen problematisch sein (Schreiter et al. 2019). Weitere Faktoren wie etwa die zunehmende Profitorientierung der Krankenhäuser mit verkürzten Liegezeiten bei wohnungslosen Patienten (Schreiter et al. 2019) oder Schnittstellenproblematiken zwischen den Haftanstalten und den Sozialämtern (Busch-Geertsema 2019) können zu wiederholten Entlassungen in die Wohnungslosigkeit führen. Straffälligkeit wird in der Literatur generell häufig mit Wohnungslosigkeit assoziiert, in Großbritannien haben ehemalige Gefängnisinsass\*innen etwa eine 13-fach höhere Wahrscheinlichkeit, obdachlos zu werden (Couloute 2018). Zunehmende Kritik wird auch bezüglich des Stufensystems der Reintegration geäußert, in dem sich Wohnungslose durch „Mitwirkung“ und auch Abstinenz höhere Sonderwohnformen mit weniger Betreuung verdienen, in der Realität aber oft in einem „zweiten Wohnungsmarkt“ mit wenig Wohnsicherheit ausgegrenzt werden. In Folge wird mitunter nie eine mietvertraglich abgesicherte Wohnung erreicht und damit der Zustand der Wohnungslosigkeit nicht beendet (Busch-Geertsema 2011).

Betrachtet man vor diesem Hintergrund und dem Credo „kein therapeutischer Fortschritt ohne Dach über dem Kopf“ (Krausz et al. 2016) die Versorgungsrealität psychisch erkrankter wohnungsloser Menschen, verwundert es nicht, dass nur Wenigen ein Ausweg aus dieser Notsituation gelingt. Vielmehr können die beschriebenen Barrieren zu einer zunehmenden Verelendung der Betroffenen und Kreislaufbewegungen im System führen. Dieses Phänomen wird in der englischsprachigen Literatur als *episodic homelessness* bezeichnet (Roca 2019). In der deutschsprachigen Forschung findet sich dafür keine Entsprechung, was auf ein Defizit in der Erforschung dieser Form der Wohnungslosigkeit in Deutschland schließen lässt.

#### **1.4 Wohnungslosigkeit als Problem der Psyche**

Inwiefern sich psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit gegenseitig beeinflussen, ist weiterhin Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion. Unstrittig ist, dass unter wohnungslosen Menschen erhöhte Prävalenzen psychischer Erkrankungen vorliegen, zahlreiche nationale wie internationale Prävalenzstudien zur psychischen Gesundheit dieser Gruppe liegen vor. So zeigte die Arbeitsgruppe um Fazel in einer Metanalyse, in der 29 Studien aus sieben Ländern eingeschlossen wurden, dass es sich insbesondere um substanzbezogene Störungen (gepoolte Prävalenzen von Alkoholabhängigkeit 37,9% und Drogenabhängigkeit 24,4%), Persönlichkeitsstörungen (23,1%), psychotische Erkrankungen (12,7%) und Depressionen (11,4%) handelt (Fazel et al. 2008). In Deutschland wurden in einer Metanalyse, in die insgesamt elf Studien von 1995 bis 2003 eingeschlossen wurden, diese hohen Raten bestätigt. Die gepoolte Prävalenz der psychischen Erkrankungen betrug hier 77,5%, 3,8-fach höher als in der Normalbevölkerung (Schreiter et al. 2017). Substanzbezogene Störungen machten dabei mit 60,9% die häufigsten Erkrankungen aus, am zweithäufigsten wurden Angststörungen mit 17,6% festgesellt, gefolgt von affektiven Störungen mit 15,2% und psychotischen Erkrankungen mit 8,3%.

Über die Entwicklung dieser psychischen Erkrankungen ist weniger bekannt, obwohl Informationen darüber hilfreich für die Anpassung präventiver Hilfsangebote wären. Die Wissenschaft geht davon aus, dass der Erkrankungsbeginn psychischer Erkrankungen tendenziell vor dem Beginn der Wohnungslosigkeit liegt, sodass ein kausaler Zusammenhang nicht auszuschließen ist. Für diese Vorstellung, dass psychische Erkrankungen auf Dauer zu Wohnungslosigkeit führen können, wurde in der

Forschung der Begriff der *Social-drift-Hypothese* geprägt (Perry 1996). Bereits Ende der achtziger Jahre konnte in einer Studie in den USA für alle untersuchten psychischen Erkrankungen ein in Relation zum Beginn der Wohnungslosigkeit früherer Erkrankungsbeginn festgestellt werden (North et al. 1988). Dies ging einher mit Untersuchungen der Arbeitsgruppe um Koegel und Burnam ebendort, die den Erkrankungsbeginn der Mehrheit der diagnostizierten Alkoholabhängigkeiten sowie affektiven Störungen vor dem Beginn der Wohnungslosigkeit sahen (Koegel und Burnam 1987). Weitere Indizien für diese These finden sich in einem aktuellen systematischen Review, das Risikofaktoren für Wohnungslosigkeit unter US-Veteran\*innen untersuchte. Hier konnten substanzbezogene Störungen und andere psychische Erkrankungen als stärkster und beständigster Faktor identifiziert werden (Tsai und Rosenheck 2015). In Deutschland sind diese Beziehungen bisher nur in Ansätzen analysiert worden. Die Seewolf-Studie (Bäumel et al. 2017) registrierte unter den wohnungslosen Untersuchten bei 78,8% eine psychiatrische Behandlung vor oder während des Beginns der Wohnungslosigkeit, wobei jedoch nicht zwischen den einzelnen psychischen Erkrankungen unterschieden wurde. In der WOHIN-Studie wurde gezeigt, dass wohnungslose Patient\*innen eines Berliner Krankenhauses im Schnitt 6,7 Jahre früher in psychiatrischer Behandlung waren als Patient\*innen mit eigener Wohnung (Schreiter et al. 2019). Unter Personen, die unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht sind, fand Salize eine Prävalenz von 79,3% an behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen (Salize 2006). Zusammengefasst können psychische Erkrankungen somit bedeutende Risikofaktoren oder mit ursächlich für einen möglichen Verlust der Wohnung sein (Lange et al. 2015, Trabert 2016).

In gegensätzlicher Richtung sieht die aktuelle Forschung die mit Wohnungslosigkeit verbundenen Lebensbedingungen mit mitunter mangelnder Hygiene, Gewalterfahrungen oder finanzieller Not als Stressoren an, die das Auftreten einer psychischen Erkrankung beschleunigen oder einen ungünstigen Verlauf bewirken können (Castellow et al. 2015). Zusätzlich mangelt es häufig an einem sozialen Netz oder anderen stabilisierenden Faktoren, die den negativen Auswirkungen der Wohnungslosigkeit auf die Psyche entgegenwirken könnten (Brugha 2004). Insbesondere substanzbezogene Störungen als Coping-Mechanismus oder Selbstmedikation bei bereits vorhandenen psychischen Erkrankungen scheinen sich in der Wohnungslosigkeit zu verschlimmern (Castellow et al. 2015; Stöver 2016), Depressionen und damit einhergehende Suizidalität (Nielsen et al. 2011) sowie

Angsterkrankungen zu entstehen (Krausz et al. 2016). Dieser Zusammenhang wird in der Forschung als *Social-causation-Hypothese* bezeichnet (Perry 1996). Die Bestätigung dieser Hypothese ist wissenschaftlich kompliziert und Verlaufsstudien selten, insbesondere in der deutschsprachigen Forschung. Durch zahlreiche mögliche Konfundierungseffekte, etwa die Veränderung der Wohnsituation, ist zudem der natürliche Verlauf psychischer Erkrankungen in der Wohnungslosigkeit nur schwer aufzudecken, sodass theoretische Überlegungen zu dieser Hypothese vermehrt anzutreffen sind.

Überdies gibt es Faktoren, die sowohl mit der Entstehung von Wohnungslosigkeit als auch mit psychischen Erkrankungen assoziiert sind. Belastende Lebensereignisse in der Kindheit und Jugend werden in der aktuellen Forschung zunehmend als Risikofaktor evaluiert. Eine Studie, die an einer Population 500 wohnungsloser Teilnehmer\*innen in Kanada durchgeführt wurde, zeigte eine Prävalenz von 87,7% an erlebten Kindesmisshandlungen (Song et al. 2018). Interviews, die den Übergang in die Wohnungslosigkeit von 50 wohnungslosen Jugendlichen in den USA untersuchten, konnten körperliche Misshandlungen und Familienkonflikte als dominanteste subjektive Faktoren in der Entstehung von Wohnungslosigkeit ermitteln (Hyde 2015). In einer weiteren kanadischen Studie wurde die Unterbringung in einer Pflegefamilie mit einer längeren Dauer der Wohnungslosigkeit sowie einem früheren Beginn einer Suchtproblematik assoziiert (Patterson et al 2015). Literatur aus Deutschland zu diesem Thema liegt nicht vor (Sundin und Baguley 2015), Studien darüber erscheinen ob der immer deutlicher werdenden Relevanz bei der Entstehung von Wohnungslosigkeit lohnend.

Zusammenfassend können psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit wohl am ehesten als „Elemente eines *circulus vitiosus* angesehen werden, die sich gegenseitig zum Nachteil der Betroffenen in Zusammenhang mit einem unzureichenden Hilfesystem (...) auswirken“ (Ratzka 2012). Es lässt sich insbesondere in der deutschen Forschung ein Mangel an Studien beobachten, die über einen Querschnitt hinausgehen und die Entstehung psychischer Erkrankungen im Laufe der Wohnungslosigkeit untersuchen. Verlaufsstudien könnten wichtige Hinweise zum Verstehen der dargestellten komplexen Wechselwirkungen von psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit und den damit oft verbundenen Kreislaufbewegungen der Betroffenen im Versorgungssystem liefern, sind jedoch aus verschiedenen methodischen Gründen nur schwer durchzuführen.

## 1.5 Wohnungslosigkeit als Problem der Forschung

Die Forschungsmethode der Nacht der Solidarität blieb nicht ohne Kritik. In der anschließenden wissenschaftlichen und politischen Diskussion wurden Fragen nach der Repräsentativität und Vollständigkeit der Ergebnisse aufgeworfen oder über ethische Aspekte wie der etwaigen Verletzung der Privatsphäre diskutiert (Selbstvertretung der wohnungslosen Menschen e.V. 2020); dies verdeutlicht, wie problembehaftet die Forschung zu diesem Thema ist. Bereits Ende der neunziger Jahre wurde auf methodische Probleme hingewiesen, die teils bis heute bestehen (Kunstmann und Becker 1998). So ist eine einheitliche Definition der Begriffe Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit zwingend notwendig, um den untersuchten Personenkreis vergleichen zu können. Dass soziale Phänomene wie Wohnungslosigkeit eng mit den jeweiligen Sozialsystemen der unterschiedlichen Länder verknüpft sind und internationale Studien deshalb nur vorsichtig miteinander zu vergleichen sind, ist unvermeidbar, jedoch zeigen selbst die veröffentlichten Studien aus Deutschland bezüglich der Definitionen eine große Heterogenität (Schindel et al. 2020). Weiterhin ist eine repräsentative Stichprobe aufgrund der sehr heterogenen Gruppe der wohnungslosen Menschen schwierig zu ziehen, eine Totalerhebung logistisch und finanziell kaum realisierbar. Über den jeweiligen Ort der Rekrutierung der Stichprobe kommt es unvermeidlich zu Selektionseffekten, durch die eine Vergleichbarkeit eingeschränkt ist. So unterscheiden sich auf der Straße lebende obdachlose Personen nicht nur in demographischer Hinsicht von wohnungslosen, aber langfristig untergebrachten Personen, sie sind auch deutlich schwieriger für Studien zu rekrutieren. Als Folge sind etwa wohnungslose Frauen, wohnungslose Jugendliche oder wohnungslose Menschen mit Migrationshintergrund in nationalen wie internationalen Studien unterrepräsentiert, urbane wohnungslose Personen hingegen überrepräsentiert (Schindel et al. 2020). Auch die Art der Rekrutierung spielt eine Rolle. Bei generell niedrigen Teilnahmeraten, etwa 56,2% in der Seewolf-Studie (Bäumel et al. 2017), kommt es zu einer zunehmenden Incentivierung, zum Beispiel mittels eines Geldbetrags, die ethisch aufgrund einer gewissen Zwangskomponente zumindest zu diskutieren ist (Ensign 2003).

Als problematisch muss auch die Sensitivität der Diagnosestellung psychischer Erkrankungen erachtet werden. Psychiatrische Untersuchungsinstrumente wie standardisierte Fragebögen, die oft aus dem US-amerikanischen Raum stammen, müssen auf die deutschen gesellschaftlichen Verhältnisse überprüft werden.



Sprachbarrieren müssen in der Anamnese überbrückt werden. Es stellt sich zudem die Frage, inwiefern sich mit für Personen mit festem Wohnsitz in klinisch-stationärem Setting entwickelte Fragebögen valide Informationen für wohnungslose psychisch Erkrankte erheben lassen. Kunstmann konstatiert, dass „die in der Forschung verfügbaren diagnostischen Verfahren (...) mitunter nur schwer zwischen psychischen Auffälligkeiten und Adaptionssymptomen an die wohnungslose Umwelt unterscheiden“ (Kunstmann und Becker 1998) und zu einer Symptomüberinterpretation und folgenden Überschätzung der realen Prävalenzen führen können.

Bezüglich der verschiedenen Studienarten muss die Forschung mehrere Limitationen akzeptieren. So gestalten sich prospektive Studien über einen langen Zeitraum aufgrund der oftmals niedrigen Teilnahmeraten und der meist hohen Mobilität der wohnungslosen Probanden schwierig (Fichter und Quadflieg 2005), ethische Aspekte erschweren Fall-Kontroll-Studien. Als Lösung wurden häufig retrospektive Befragungen im Quasi-Längsschnitt gewählt, diese sind insbesondere bei suchterkrankten und kognitiv eingeschränkten Personen, die durch ihr Antwortverhalten einer Stigmatisierung entgehen wollen oder sich vielleicht schlicht nicht gut genug erinnern können, nicht nur ein Problem der Erforschung von Wohnungslosigkeit. Sekundärstudien auf Aktenbasis werden dadurch erschwert, dass die in der Wohnungslosenhilfe häufig anzutreffenden niedrigschwelligen medizinischen Versorgungsangebote meistens von wechselnden, ehrenamtlich arbeitenden Ärzt\*innen gestellt werden und eine fortlaufende Betreuung durch denselben\*dieselbe Ärzt\*in oft nicht möglich ist. Kombiniert mit häufig fehlenden weiterführenden diagnostischen Möglichkeiten wie eine radiologische Bildgebung oder Labordiagnostik beruhen die somatischen Befunde deshalb mitunter auf im Nachhinein unbestätigten Verdachtsdiagnosen, die deshalb nur mit Vorsicht auszuwerten sind.

Die Arbeitsgruppe um Rössler beschrieb Mitte der neunziger Jahre in einer Übersichtsarbeit unter anderem die Defizite der deutschen Wohnungslosenforschung, die im Vergleich zu den USA oder Großbritannien keinen großen Stellenwert genieße. So seien damals beispielsweise „systematisch erhobene Daten zur Gesamtzahl (...) Wohnungsloser in Deutschland nicht verfügbar“ (Rössler et al. 1994). Projekte wie die Nacht der Solidarität zeigen, dass sich bis heute, beinahe 30 Jahre später, an der Situation nur wenig geändert hat.

## 1.6 Zielsetzungen

Vor diesem dargestellten Hintergrund ist es Ziel dieser Arbeit, Assoziationen zwischen psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit explorativ zu untersuchen. Die Hauptmotivation für die Durchführung der Studie war dabei, über eine Prävalenzstudie hinauszugehen und die Hauptfragestellungen im Längsschnitt zu analysieren. Um dies zu erreichen, wurde eine Sekundärdatenanalyse auf Basis von Patient\*innenakten des Gesundheitszentrums für Obdachlose in Berlin durchgeführt und mittels multivariater Datenanalyse ausgewertet. Auf Basis der Ergebnisse werden aktuelle Defizite in der Versorgung aufgezeigt und Entwicklungspotentiale benannt, die langfristig einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen leisten sollen.

Folgende Hauptfragestellungen liegen der Arbeit zugrunde:

1. Welcher zeitliche Zusammenhang besteht zwischen den psychischen Erkrankungen und dem Beginn der Wohnungslosigkeit? Wie verändern sich die psychischen Erkrankungen im Laufe der Wohnungslosigkeit?
2. Lassen sich Faktoren identifizieren, die mit einem frühen Beginn der Wohnungslosigkeit assoziiert sind?
3. Lassen sich Faktoren identifizieren, die mit einem langen Verlauf der Wohnungslosigkeit assoziiert sind? Welche Gründe gibt es für wiederholte Episoden von Obdachlosigkeit?

## **2 Methodik**

### **2.1 Studiendesign**

Es handelt sich bei der vorliegenden Studie um eine retrospektive Kohortenstudie mittels deskriptiver und explorativer Sekundärdatenanalyse auf Basis von Patient\*innenakten einer vorselektierten Population psychisch erkrankter wohnungsloser Personen, die im Gesundheitszentrum für Obdachlose der Jenny De la Torre-Stiftung in Berlin in den Jahren 2006 bis 2020 betreut wurden. Die Studie wurde im Rahmen einer Kooperation des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité-Universitätsmedizin Berlin und der Jenny De la Torre-Stiftung im Jahr 2020 durchgeführt. Zur Durchführung der Studie war der Promovend als Studienarzt von Januar bis Dezember 2020 in der Jenny De la Torre-Stiftung angestellt, finanziell gefördert wurde die Studie durch ein zweijähriges Promotionsstipendium der Sonnenfeld-Stiftung. Die Ausarbeitung dieser Dissertation beruht auf der 2. Version der standardisierten Berichtsroutine für Sekundärdatenanalysen (STROSA, Swart 2016).

### **2.2 Datenquelle**

#### **2.2.1 Studienort**

Das Gesundheitszentrum für Obdachlose in Berlin wurde im September 2006 von der privaten Jenny De la Torre-Stiftung eröffnet. Die Jenny De la Torre-Stiftung konzentriert sich mit dem ganzheitlichen Konzept ihres Gesundheitszentrums nicht nur auf das Ziel der körperlichen Genesung der betreuten Patient\*innen, sondern auch auf die soziale Rehabilitation in die Gesellschaft und Sozialsysteme. An jedem Wochentag können Patient\*innen neben der allgemein-, fach- und zahnärztlichen Behandlung auch warme Mahlzeiten einnehmen, saubere Kleidung aus der Kleiderkammer erhalten oder im Garten zur Ruhe kommen. Psychologische, rechtliche und sozialpädagogische Beratungen finden ebenso statt. Das Angebot ist dabei niedrighschwellig gestaltet: so wird beispielsweise keine Kostenübernahme durch eine Krankenkasse für die medizinische Versorgung benötigt und auch Patient\*innen mit Ausgrenzungserfahrungen bezüglich des Regelversorgungssystems erhalten Hilfe.

#### **2.2.2 Identifikation der Primärdatenquellen**

Als Vorbereitung für die Erhebung der Sekundärdaten wurden zufällig ausgewählte Patient\*innenakten des Gesundheitszentrums durchgesehen und die enthaltenen

Informationen gegliedert. Als Ergebnis konnten insgesamt fünf verschiedene Primärdatenquellen identifiziert werden, in denen jegliche im Gesundheitszentrum dokumentierten Informationen zu den einzelnen Patienten enthalten sind:

Primärdatenquelle A: Der medizinische Anamnesebogen (Doppelseitig vorgedrucktes Blatt Papier im Format DIN-A4), der eigens für das Gesundheitszentrum entworfen und mehrmals weiterentwickelt wurde, ist das Kernstück der Patient\*innenakten und beinhaltet stichpunktartig die allgemeinen demographischen Angaben des\*der jeweiligen Patient\*in, die aktuelle soziale Situation, versorgungsrelevante Aspekte sowie verschiedene Informationen zu den somatischen und psychiatrischen Vorerkrankungen. Der Bogen wird für gewöhnlich bei Erstkontakt mit dem\*der Patient\*in auf Basis eines circa 15-minütigen Anamnesegesprächs vom medizinischen Fachpersonal handschriftlich ausgefüllt und gibt somit Auskunft über die aktuelle Situation des\*der Patient\*in bei Beginn der Betreuung im Gesundheitszentrum. Über die Frage nach dem Beginn der Suchterkrankungen sind auch retrospektive Informationen über die Dauer der Suchterkrankungen beschrieben. Der Anamnesebogen ist nicht in allen Patient\*innenakten zu finden und ist, wenn vorhanden, aus verschiedenen Gründen nicht immer komplett ausgefüllt (siehe Kapitel 4.6). Selten lassen sich zwei Anamnesebögen finden, die zu verschiedenen Zeitpunkten ausgefüllt wurden.

Primärdatenquelle B: In der medizinischen Verlaufsakte werden fortlaufend die jeweiligen aktuellen medizinischen Beratungsanlässe, die diagnostischen Maßnahmen, die Diagnosen beziehungsweise Verdachtsdiagnosen sowie die durchgeführten Therapien der behandelnden Ärzt\*innen in freier Form ohne Kodierung handschriftlich dokumentiert. Des Weiteren werden Änderungen der aktuellen Wohnsituation sowie weitere für versorgungsrelevant erachtete Informationen erfasst. Die Verlaufsakte gibt somit einen Überblick über den Verlauf der Betreuung der Patient\*innen im Gesundheitszentrum. Sie ist in Form einer DIN-A5-Klappkarte; in ihr befinden sich gefaltet die Primärdatenquellen A–D.

Primärdatenquelle C: In dieser Datenquelle werden alle medizinischen Dokumente gesammelt, die nicht im Gesundheitszentrum entstanden sind. Es handelt sich hierbei beispielsweise um Arztbriefe oder Laborbefunde, die dem Gesundheitszentrum von anderen medizinischen Einrichtungen zugeschickt werden, und von Patient\*innen mitgebrachte Rezepte, Überweisungsscheine oder Krankschreibungen.

Primärdatenquelle D: Im Computer niedergeschriebene und auf DIN-A4 ausgedruckte Anamnesegespräche in Fließtextform, geführt von der Psychologin des

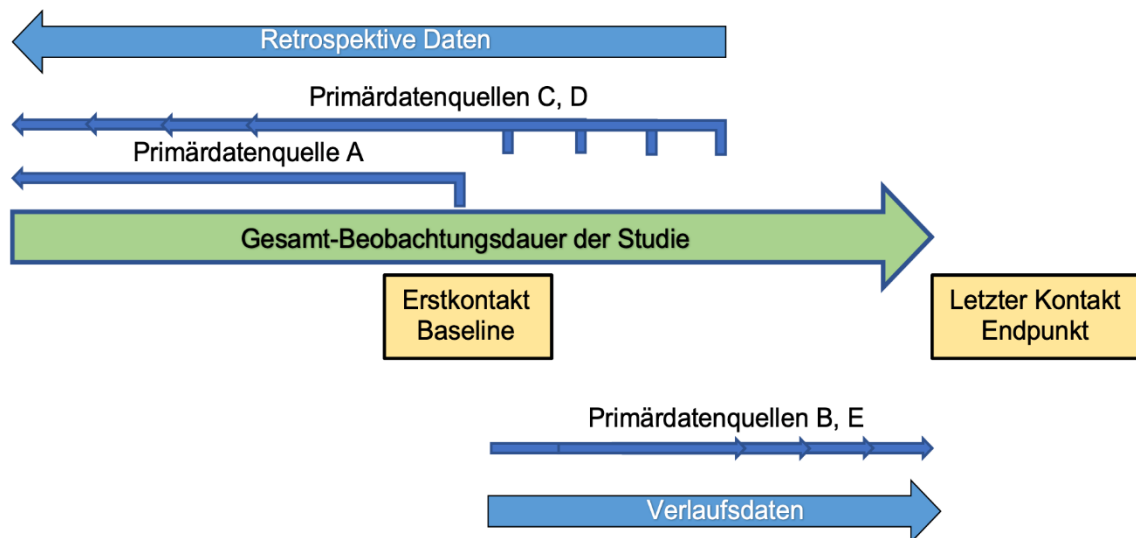
Gesundheitszentrums. Hier finden sich meist eine ausführliche biographische Anamnese, die Beschreibung der aktuellen psychologischen Situation der Patient\*innen sowie anhand der Anamnese gestellte Verdachtsdiagnosen und Diagnosen. Diese sind in freier Form ohne Kodierung dokumentiert (Beispiel: „Diagnose: Depression, Alkoholabhängigkeit“). Die Anamnesegespräche dauern in der Regel 30–60 Minuten, sie entstehen meist auf eigenen Wunsch der Patient\*innen zur psychischen Entlastung und Orientierung. Möglich ist auch, dass Patient\*innen aufgrund einer sogenannten Einzelzimmerbefürwortung für ein Wohnheim dieses oder andere psychologische Gutachten benötigen und deshalb das Gespräch nicht auf eigenen Wunsch ersuchen. Die diplomierte Psychologin ist approbierte psychologische Psychotherapeutin und verfügt über eine umfangreiche Erfahrung in der Beurteilung psychisch Erkrankter, erworben unter anderem im sozialpsychiatrischen Dienst, im Krisendienst, in verschiedenen Beratungsstellen für suchtmittelabhängige Menschen sowie als Gutachterin im Gesundheitsamt. Sie arbeitet seit 2008 durchgehend im Gesundheitszentrum, sodass diese Datenquelle ausschließlich von ihr stammt.

Primärdatenquelle E: Die Dokumente der Sozialberatung, in der sich sowohl handschriftliche als auch im Computer verfasste Notizen (dann ausgedruckt) auf DIN-A4-Blättern über die aktuellen sozialen Beratungsanlässe sowie eine fortlaufende Dokumentation der sozialen Beratung befinden. Zusätzlich dazu zugesendete Dokumente von anderen Einrichtungen und staatlichen Institutionen (unter anderem etwa Gerichtsbeschlüsse, Schreiben der Jobcenter, Kostenübernahmen für Wohnheimplätze), die für die Arbeit der Sozialarbeiter\*innen relevant sind. Nicht alle Patient\*innen werden von den Sozialarbeiter\*innen betreut, die Betreuung findet auf eigenen Wunsch der Patient\*innen statt. Die Dokumente der Sozialberatung befinden sich separat von den anderen Primärdatenquellen in Aktenordnern.

### **2.2.3 Zeitliches Schema der Primärdatenquellen**

Der Zeitpunkt des Erstkontaktes der Patient\*innen mit dem Gesundheitszentrum, an dem normalerweise der medizinische Anamnesebogen (Primärdatenquelle A) erhoben wird, entspricht der Baseline der Studie. Der Tag des letzten Kontaktes der Patient\*innen mit dem Gesundheitszentrum entspricht dem Endpunkt der Studie. Aufgrund des unterschiedlichen Charakters der Primärdatenquellen, die in die Studie einfließen, konnten in Bezug auf die Baseline sowohl retrospektive Daten als auch Verlaufsdaten erhoben werden, womit sich eine gesamte Beobachtungsdauer der Studie erreichen ließ,

die über die eigentliche Betreuungsdauer der Patient\*innen hinausgeht (siehe Abbildung 1).



**Abbildung 1.** Zeitliches Schema der Primärdatenquellen mit Einbeziehung der Referenzpunkte

### 2.3 Rechtsgrundlage

Da die Studie ausschließlich auf der Analyse von pseudonymisierten retrospektiven Sekundärdaten auf Basis der Routedokumentation der Mitarbeiter\*innen des Gesundheitszentrums basiert, war die Konsultation einer Ethikkommission nicht erforderlich (Swart E., Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten und Epidemiologische Methoden). Aufgrund der anonymisierten Form der veröffentlichten Studienergebnisse wird nicht gegen §15 der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä 1997) verstoßen. Eine explizite Patient\*inneninformation und Einwilligungserklärung konnte entfallen, da der Studienarzt als Mitarbeiter und behandelnder Arzt des Gesundheitszentrums während der gesamten Dauer der Studie der gesetzlichen Schweigepflicht unterlag (§9 Berufsordnung Ärztekammer Berlin; §203 StGB). Er war zudem rechtlich nach EU-Datenschutzgrundverordnung Artikel 9 Absatz 2j dazu befähigt, die Patient\*innenakten einzusehen und für sekundäre Fragestellungen wissenschaftlich auszuwerten. Die vertraglichen Rahmenbedingungen hierfür wurden mittels einer Kooperationsvereinbarung vom 29.07.2020 zwischen dem Studienarzt und der Jenny De la Torre-Stiftung geschaffen.

## **2.4 Datenschutz**

Aus dem Bestand an Routinedokumentationen (personenbezogene Primärdaten in Form von Patient\*innenakten) wurden sukzessive alle Patient\*innenakten, die die Einschlusskriterien erfüllten, ausgewählt, relevante Informationen extrahiert und pseudonymisiert in Dokumentationsbögen handschriftlich niedergeschrieben. Die Pseudonymisierung gemäß §3 Absatz 6a des Bundesdatenschutzgesetzes erfolgte mittels einer Pseudonymisierungsliste, die die ausgewählten Pseudonyme (Zahlen 1–112) sowie jeweiligen Identitätsdaten (Name und Geburtsdatum) enthielt. Die Dokumentationsbögen wurden in einem Ordner in der Praxis des Gesundheitszentrums verschlossen aufbewahrt, die Pseudonymisierungsliste wurde getrennt von den Dokumentationsbögen in den Räumlichkeiten der Verwaltung der Jenny De la Torre-Stiftung sicher hinterlegt. Die Primärdaten sind Eigentum der Jenny De la Torre-Stiftung (Dateneigner) und verließen dieses zu keiner Zeit. Die vom Dateneigner zur Verfügung gestellten Primärdaten waren in unveränderter Form über den gesamten Zeitraum der Sekundärdatenanalyse verfügbar. Der Schutz der Primärdaten vor Unbefugten unterlag der Jenny De la Torre-Stiftung und war von der Studienleitung nicht zu beeinflussen, es bestand aber eine hohe Zugriffskontrolle mittels gesicherter Schließanlage. Es fand keine Speicherung oder Übermittlung von personenbezogenen Daten per E-Mail, Fax, Cloud oder auf externen Datenträgern statt. Die Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgte in Form einer Monographie in anonymisierter, aggregierter Form.

## **2.5 Datenfluss**

### **2.5.1 Entstehung der Primärdaten**

Die der Studie zugrunde liegenden Primärdaten wurden von der Gründung des Gesundheitszentrums im September 2006 bis zu Beginn der Datenerhebung im Mai 2020 in circa 3500 personenbezogenen Patient\*innenakten in Papierform dokumentiert. Diese Routinedokumentation erfolgte vom medizinischen Fachpersonal sowie den Sozialarbeiter\*innen des Gesundheitszentrums, bei extern zugesandten Dokumenten vom Fachpersonal anderer Institutionen und Einrichtungen.

### **2.5.2 Festlegung der Erhebungsform**

Im Vorfeld der Erhebung der Sekundärdaten wurde nach Festlegung der Forschungsfragen und Screening der Patient\*innenakten ein Dokumentationsbogen mit

den vordefinierten zu erhebenden Variablen mit dem Programm Microsoft Word (Version Mac, 16.47) erstellt. Anschließend wurde ein Pretest mit sechs zufällig aus der Studienpopulation ausgewählten Patient\*innenakten durchgeführt (entspricht 5,4% der Studienpopulation), in dem die grundsätzliche inhaltliche und technische Durchführbarkeit der Datenerhebung auf Basis der Primärdatenquellen festgestellt wurde. In Nachbetrachtung des Pretests wurden weitere Variablen dem Dokumentationsbogen hinzugefügt (Raucherstatus bei Erstkontakt, Datum erstes psychologisches Gespräch, Anzahl psychologischer Gespräche, Risikofaktoren für psychische Erkrankungen, Sicherheit der psychiatrischen Diagnosen).

### **2.5.3 Ablauf der Datenerhebung, Dateneingabe und Datenbereinigung**

Die Datenerhebung erfolgte vom Studienarzt nach den im Studienprotokoll vom 15.05.2020 festgelegten Abläufen in den Räumen des Gesundheitszentrums. Für hier nicht dargestellte Schritte wurden gesonderte Standard operating procedures (SOPs) aufgestellt. Die extrahierten und mittels Codebuch codierten Sekundärdaten wurden vom Studienarzt in eine neue .sav-Datenbank des Programms IBM SPSS (Version 26) manuell übertragen und auf einem zugangsgesicherten Notebook gespeichert.

Aufgrund der Art und Qualität der Primärdaten kam es bei der Erhebung zu Datenlücken, diese fehlenden Angaben wurden als fehlende Werte codiert und in die Datenbank aufgenommen. In den Berechnungen wurden stets nur die auswertbaren Angaben verwendet, diese sind in den Ergebnissen gekennzeichnet. Nicht leserliche Angaben wurden als fehlende Werte aufgenommen. Bei metrischen Werten mit Rundungsangabe wurde diese entfernt und der direkte Wert verwendet. Weiterhin kam es hin und wieder zu sich widersprechenden Informationen. Hier wurde jeweils die Information ausgewählt, die vom Studienleiter in Zusammenschau der gesamten Patient\*innenakte sowie mit Blick auf den Ursprung der Information für korrekt gehalten wurde. Als Richtlinie wurde bei medizinischen Informationen den medizinischen Primärdatenquellen A–C, bei psychologischen Informationen der psychologischen Primärdatenquelle D sowie bei sozialarbeiterischen Informationen der Primärdatenquelle E hinsichtlich ihrer Validität mehr vertraut.

### **2.5.4 Qualitätssicherung**

Die interne Qualitätssicherung der Datenerhebung erfolgte durch die Doppelerhebung einer zufälligen Stichprobe von 11 Patient\*innenakten aus der Studienpopulation



(entspricht 9,8%). Es konnten zwischen Erst- und Zweiterhebung keine signifikanten inhaltlichen Abweichungen identifiziert werden, von 286 Variablen konnten 266 Variablen (93%) wiederholt übereinstimmend erhoben werden.

## **2.6 Auswahlkriterien und Analyseeinheit**

Eingeschlossen in die Studie wurden alle Patient\*innenakten, die folgende Merkmale erfüllten:

1. Patient\*in zum Zeitpunkt des Erstkontakts obdachlos, wohnungslos, ungesichert oder ungenügend wohnend, festgestellt anhand der ETHOS-Kriterien,
2. Patient\*in beim Erstkontakt volljährig,
3. Patient\*in an mindestens zwei Zeitpunkten dokumentiert,
4. ein möglichst vollständig ausgefüllter medizinischer Anamnesebogen (Primärdatenquelle A) sowie
5. mindestens ein dokumentiertes psychologisches Anamnesegespräch (Primärdatenquelle D).

Ausgeschlossen wurden Patient\*innenakten, die oben genannte Kriterien nicht erfüllten. Es gab keine anderen Ausschlusskriterien. Die Einschlusskriterien (1) und (2) wurden aufgrund der erwünschten Studienpopulation definiert: Ziel war die Untersuchung von volljährigen, wohnungslosen Patient\*innen. Das Einschlusskriterium (3) war notwendig, um die Baseline und einen Endpunkt zu erhalten. Auf Einschlusskriterium (4) beruht ein Hauptteil der erhobenen Variablen, sodass nur Patient\*innen ausgewählt wurden, deren Anamnesebogen in Bezug auf die wichtigsten Variablen möglichst vollständig war. Für das Einschlusskriterium (5) wurde aus Gründen der Datenqualität entschieden, da ein großer Teil der zur Beantwortung der Hauptforschungsfragen notwendigen Informationen nur aus den Anamnesegesprächen der Psychologin erhoben werden konnten. Analyseeinheit der Studie sind die einzelnen Patient\*innen, die im Gesundheitszentrum betreut wurden, in ihrer jeweils eigenen Patient\*innenakte dokumentiert wurden und die oben genannten Auswahlkriterien erfüllten.

## **2.7 Variablen**

### **2.7.1 Herkunft der Variablen**

Die Herkunft der erhobenen Variablen wird in Tabelle 1 dargestellt. Die allgemeinen demographischen Angaben sowie die Variablen, die sich auf den Zeitpunkt des

Erstkontakts des\*der Patient\*innen mit dem Gesundheitszentrum beziehen, wurden direkt aus dem medizinischen Anamnesebogen (Primärdatenquelle A) übernommen. Da sich ein thematisch wichtiger Teil dieser Studie auf den Zeitpunkt des Beginns der Wohnungslosigkeit bezieht (indirekt dargestellt in Variable 5), wurden zur Definition dieses Zeitpunktes nicht nur die Eigenangaben des\*der Patient\*innen im Anamnesebogen analysiert, sondern alle in Betracht kommenden Primärdatenquellen A bis E. Ähnliches gilt für die Variablen 6, 20, 21 und 22. Variable 7 wurde, wenn nicht im Anamnesebogen notiert, aus dem medizinischen Verlauf (Primärdatenquelle B) abgeleitet. Die Variablen 18 und 19 ließen sich direkt aus den einzelnen datierten Anamnesegesprächen der Psychologin (Primärdatenquelle D) erheben. Variable 23 wird im medizinischen Anamnesebogen nicht abgefragt, konnte jedoch aus den retrospektiven Informationen der Primärdatenquellen C, D und E erhoben werden. Die Informationen der Variablen 24 bis 27 stammen aus den Primärdatenquellen B und E, die den medizinischen und sozialen Verlauf des Patienten im Gesundheitszentrum darstellen.

**Tabelle 1.** Erhobene Variablen und ihre jeweiligen Primärdatenquellen.  
Anmerkung: WL=Wohnungslosigkeit.

<b>Variable</b>	<b>Primärdatenquelle</b>
(1) Datum bei Erstkontakt	A
(2) Geburtsdatum	A
(3) Geschlecht	A
(4) Nationalität	A
(5) Dauer der Wohnungslosigkeit	A, B, C, D, E
(6) Gründe der Wohnungslosigkeit	A, B, C, D, E
(7) Vorstellungsgründe bei Erstkontakt	A, B
(8) Wohnsituation bei Erstkontakt	A
(9) Krankenversicherung bei Erstkontakt	A
(10) Haftaufenthalte bei Erstkontakt	A
(11) Einkommensquellen bei Erstkontakt	A
(12) Schulabschluss	A
(13) Arbeitsverhältnis bei Erstkontakt	A
(14) Kinder bei Erstkontakt	A
(15) Partnerschaft bei Erstkontakt	A
(16) Somatische Vorerkrankungen bei Erstkontakt	A
(17) Raucherstatus bei Erstkontakt	A
(18) Datum erstes psychologisches Gespräch	D
(19) Anzahl psychologischer Gespräche	D

(20) Psychische Erkrankungen vor Beginn der WL	A, B, C, D, E
(21) Psychische Erkrankungen nach Beginn der WL	A, B, C, D, E
(22) Sicherheit der psychiatrischen Diagnosen	A, B, C, D, E
(23) Risikofaktoren für psychische Erkrankungen	C, D, E
(24) Datum des letzten Betreuungstages	B, E
(25) Letzte Wohnsituation	B, E
(26) Anzahl der Episoden der Obdachlosigkeit	B, E
(27) Gründe der wiederholten Obdachlosigkeit	B, E

### 2.7.2 Operationalisierung der Variablen

In einem Codebuch wurden die Ausprägungen der einzelnen kategorialen Variablen operationalisiert. Die Ausprägungen der Mehrzahl der Variablen beruhen auf den häufigsten Ausprägungen, die in den Primärdatenquellen gefunden wurden, wobei die Erfahrungen des Screenings der Patient\*innenakten sowie des Pretests miteinflussen. Sehr ähnliche Ausprägungen wurden in der Art zusammengefasst, dass es der Anschaulichkeit diene und daraus inhaltlich keine Defizite resultierten. Variablen, deren Ausprägungen mit einer anderen Methode operationalisiert wurden, sind im Folgenden beschrieben:

Variable 5 wurde in der Zeiteinheit Monate operationalisiert, wobei die Zeitangaben in den Primärdatenquellen unterschiedlich in Tagen, Monaten oder Jahren angegeben sind und für die Berechnungen umgerechnet wurden. Die Ausprägungen der Variablen 8 sowie 25 wurden anhand der in den ETHOS-Kriterien beschriebenen Gruppen eingeteilt, wobei die Ausprägungen in den Primärdatenquellen als Freitext niedergeschrieben sind. Variable 11, die direkt dem medizinischen Anamnesebogen entnommen wurde, behielt die dort definierten Ausprägungen, die bereits vorgedruckt sind. Bei Variable 12 wurden ausländische Schulabschlüsse und die Schulabschlüsse der deutschen demokratischen Republik in die jetzigen äquivalenten Abschlüsse der Bundesrepublik Deutschland anhand der CASMIN-Klassifikation (König und Lüttinger 1988) übertragen, auf eine weitere Unterteilung bezüglich der beruflichen Ausbildungen wurde aufgrund der diesbezüglich häufig fehlenden Angaben in den Primärdatenquellen verzichtet. Die Ausprägungen der Variablen 16, 20 und 21 wurden an die Kapitel des Klassifikationssystem des ICD-10 (International Classification of Diseases) angelehnt, die Einteilungen des Kapitels V bilden hier die Grundlage der Diagnosegruppen der psychischen Erkrankungen. Eine Ausnahme bilden die Diagnosegruppen Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol (*F11.X-*

*F19.X*) sowie Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (*F10.X*), die im Katalog des ICD-10 als Gruppe Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (*F10.X–F19.X*) zusammengefasst sind, aus inhaltlichen Gründen hier jedoch getrennt behandelt wurden. Für die Variable 22, die sich auf die Sicherheit der psychiatrischen Diagnosen bezieht, wurden die ordinalen Ausprägungen sicher, bedingt sicher und unsicher aufgrund der unterschiedlichen Quellen und dementsprechend unterschiedlicher Niveaus der Diagnosestellung (siehe Kapitel 4.6) wie folgt definiert:

- Sicher (Diagnose aus einem Arztbrief oder einem anderen medizinischen Dokument)
- Bedingt sicher (Diagnose aus Eigenangabe der Patient\*innen mit Angabe einer genauen Medikation oder genauen Angabe einer ambulanten oder stationären Therapie; Verdachtsdiagnose der Psychologin des Gesundheitszentrums)
- Unsicher (Verdachtsdiagnosen des medizinischen Personals des Gesundheitszentrums, Eigenangaben der Patient\*innen ohne Angabe einer genauen Medikation oder genauen Angabe einer ambulanten oder stationären Therapie)

Für Variable 25 wurde die letzte dokumentierte Wohnsituation während der Betreuung erhoben. Für Variable 27 wurden die in den Primärdatenquellen genannten Gründe für wiederholte Episoden der Obdachlosigkeit (Näheres dazu siehe Kapitel 4.5) während der Betreuung im Gesundheitszentrum erhoben und thematisch gegliedert. Eine wiederholte Episode der Obdachlosigkeit wurde angenommen, wenn Patient\*innen aus einer als wohnungslos beziehungsweise ungesichertes oder ungenügendes Wohnen beschriebenen Wohnform wieder obdachlos wurden. Für Variable 26 wurde die Anzahl dieser Episoden gezählt. Mehrfachantworten waren bei Variable 6, 7, 11, 20, 21, 23 und 27 möglich.

## **2.8 Studiengröße**

Die Studiengröße orientierte sich an der Qualität der Primärdaten sowie der zeitlichen Konzeption der Studie. Schätzungsweise betrug die Gesamtanzahl der Patient\*innenakten im Januar 2020, als die Fallzahlplanung durchgeführt wurde, circa 3500 (Auswahlpopulation). Da die Datenqualität dieser Patient\*innenakten naturgemäß stark schwankt (siehe Kapitel 4.6) und eine Vollerhebung aller Patient\*innenakten aus zeitökonomischen Gründen nicht durchführbar war, wurden Auswahlkriterien definiert,

um eine größtmögliche finale Studienpopulation zu gewinnen, deren Qualität der Primärdaten eine adäquate Bearbeitung der Fragestellungen bei ausreichender statistischer Power gewährleistete.

## **2.9 Statistische Methoden**

Die vorliegenden statistischen Berechnungen erfolgten mit der Statistiksoftware IBM SPSS (Version 26). Zur Qualitätssicherung wurden die einzelnen Berechnungsschritte in einer Syntax-Datei dokumentiert.

### **2.9.1 Neu generierte Variablen**

Es folgt eine Auflistung der generierten Variablen und aus welchen erhobenen Variablen diese berechnet wurden:

Alter bei Erstkontakt (Differenz aus dem Geburtsdatum und des Datums des Erstkontakts; Wert gerundet auf Jahre); Dauer bis zum ersten psychologischen Gespräch (Dauer vom Datum des Erstkontakts bis zum Datum des ersten psychologischen Gesprächs; Wert gerundet auf Wochen); Alter bei Beginn der Wohnungslosigkeit (Differenz aus dem Alter bei Erstkontakt und der Dauer der Wohnungslosigkeit; Wert gerundet auf Jahre); Anzahl der psychiatrischen Diagnosen vor Beginn der Wohnungslosigkeit (Addition der einzelnen psychiatrischen Diagnosen vor Beginn der Wohnungslosigkeit); Anzahl der psychiatrischen Diagnosen nach Beginn der Wohnungslosigkeit (Addition der einzelnen psychiatrischen Diagnosen nach Beginn der Wohnungslosigkeit); Dauer der Betreuung (Dauer vom Datum des Erstkontakts bis zum Datum des letzten Kontakts; Wert gerundet auf Jahre); Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit (Addition der Dauer der Wohnungslosigkeit mit der Dauer der Betreuung; Wert gerundet auf Monate).

### **2.9.2 Statistische Berechnungen**

Die Auswertung der Daten erfolgte zunächst mittels rein deskriptiver Statistik zur soziodemografischen und medizinischen Beschreibung der Studienpopulation bei Baseline sowie im Verlauf der Betreuung im Gesundheitszentrum mittels absoluter und relativer Häufigkeiten sowie Mittelwert und Median. Als Streuungsmaße wurden die Standardabweichungen und Streubreiten angegeben. Gültige Angaben  $n$  sowie mögliche Mehrfachantworten sind vermerkt, auf die Imputation fehlender Werte wurde verzichtet. Aufgrund des explorativen Designs wurde auf eine Alphafehler-Kumulierung verzichtet.

Das Signifikanzniveau wurde auf einen Wert von 0,05 festgelegt. Effektstärken  $d$  (Cohen 1988) wurden anhand der Internetseite <http://www.psychometrica.de> (Lenhard und Lenhard 2016) berechnet.

Zur Beantwortung der Zusammenhänge zwischen den psychischen Erkrankungen und der Wohnungslosigkeit (Fragestellung 1) wurden zwei Gruppen A und B gebildet (Gruppe A: psychisch krank vor der Wohnungslosigkeit, Gruppe B: psychisch gesund vor der Wohnungslosigkeit). Folgend wurden für jede Gruppe die einzelnen Prävalenzen für jede psychische Erkrankung analysiert und die kumulativen Inzidenzen in der Periode der Wohnungslosigkeit ( $KI_{WL}$ ) berechnet mit der Formel: neu erkrankte Patient\*innen während der Wohnungslosigkeit geteilt durch alle gesunden Patient\*innen „at risk“, sprich vor der Wohnungslosigkeit. Die angegebenen Konfidenzintervalle beruhen auf Bootstrap-Ergebnissen (1000 Bootstrap-Stichproben).

Anschließend wurde mittels zweiseitiger und ungerichteter t-Tests und einfaktorieller ANOVA (post-Hoc Test: Games-Howell) untersucht, wie sich bestimmte Einflussfaktoren auf die Mittelwerte des Lebensalters bei Beginn der Wohnungslosigkeit auswirken (Fragestellung 2). Psychische Erkrankungen mit einer Fallzahl  $<10$  wurden nicht berücksichtigt. Es wurden nur die psychischen Erkrankungen vor Beginn der Wohnungslosigkeit in die Berechnung integriert. Zur Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Mittelwerte der beobachteten Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit (Fragestellung 3) wurde die Variable Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit (Addition der Dauer der Wohnungslosigkeit mit der Dauer der Betreuung; Wert gerundet auf Monate) erstellt. Mittels zweiseitiger und ungerichteter t-Tests und einfaktorieller ANOVA (post-Hoc Test: Games-Howell) wurden zunächst mehrere Einflussfaktoren untersucht, wobei psychische Erkrankungen mit einer Fallzahl  $<10$  nicht berücksichtigt wurden. Als Grundlage der Berechnungen der übrigen psychischen Erkrankungen wurde die Gesamtprävalenz verwendet, sprich die psychischen Erkrankungen vor und nach Beginn der Wohnungslosigkeit. Somatische Vorerkrankung und Haftaufenthalte in der Vergangenheit beziehen sich auf die Werte bei Baseline. Mittels linearer Regression wurde der Zusammenhang der unabhängigen Variablen wiederholte Episoden der Obdachlosigkeit und der abhängigen Variablen Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit (Addition der Dauer der Wohnungslosigkeit mit der Dauer der Betreuung; Wert gerundet auf Monate) untersucht, es wurden keine Kovariate miteinbezogen. Das Modell wurde abschließend nach Cohen (Cohen 1988) bewertet.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Selektion der Studienpopulation

Die Ursprungspopulation der dokumentierten Patient\*innen im Gesundheitszentrum betrug zum Zeitpunkt der Datenerhebung schätzungsweise  $n=3500$ . In einem ersten Schritt wurden alle psychologisch betreuten Patient\*innen anhand einer Patient\*innenliste, die die Psychologin zur Dokumentation führt, selektiert ( $n=212$ ). Von diesen Patient\*innen waren alle mehrmals im Gesundheitszentrum vorstellig, sodass dieses Einschlusskriterium automatisch erfüllt wurde. Anschließend wurden anhand der weiteren Einschlusskriterien zehn Patient\*innen ausgeschlossen, da sie zu Beginn der Betreuung nicht wohnungslos waren, sowie ein nicht-volljähriger Patient. Von den verbliebenen 201 Patient\*innen wurden insgesamt 89 ausgeschlossen, da sich in ihren Patient\*innenakten kein ( $n=67$ ) oder ein nur unvollständiger ( $n=22$ ) medizinischer Anamnesebogen befand. Letztendlich wurden 112 Patient\*innen in die Studie eingeschlossen.

#### 3.2 Deskriptive Ergebnisse

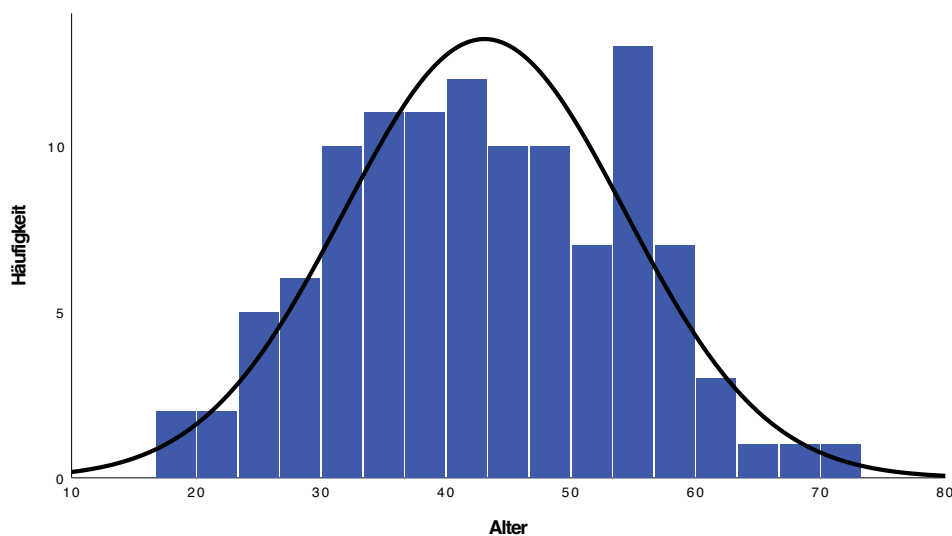
Zunächst werden alle deskriptiven Ergebnisse bei Baseline, das heißt bei Erstkontakt im Gesundheitszentrum, in univariater Betrachtung thematisch geordnet vorgestellt. Ein Überblick der wichtigsten Ergebnisse findet sich in Tabelle 2.

**Tabelle 2.** Wesentliche Baseline-Charakteristika der Studienpopulation ( $n=112$ ).  
Anmerkung: Die Prozentwerte beziehen sich auf die gültigen Fälle (bei jeder Variablen angegeben).  $M$ =Mittelwert,  $Mdn$ =Median,  $SD$ =Standardabweichung,  $IQR$ =Interquartilsabstand,  $WL$ =Wohnungslosigkeit.

<b>Alter,</b> <b><math>M (\pm SD), n=112</math></b>	43,1 (11,3)	<b>Alter bei Beginn der WL,</b> <b><math>M (\pm SD), n=105</math></b>	39,7 (11,9)
<b>Dauer der Betreuung in Jahre,</b> <b><math>Mdn (IQR), n=112</math></b>	2,04 (4,01)	<b>Dauer der WL in Jahre,</b> <b><math>Mdn (IQR), n=105</math></b>	2,0 (3,6)
<b>Geschlecht <math>n (%)</math>, <math>n=112</math></b>		<b>Nationalität <math>n (%)</math>, <math>n=112</math></b>	
männlich	88 (78,6)	Deutsch	107 (95,5)
weiblich	24 (21,4)	Andere	5 (4,5)
<b>Wohnsituation <math>n (%)</math>, <math>n=112</math></b>		<b>Krankenversicherung <math>n (%)</math>, <math>n=108</math></b>	60 (55,6)
obdachlos	85 (75,9)	<b>Einkommenssituation <math>n (%)</math>, <math>n=109</math></b>	
wohnungslos	11 (9,8)	reguläres Einkommen	2 (1,8)
ungesichert wohnhaft	13 (11,6)	Sozialleistungsbezug	55 (50,4)
ungenügend wohnhaft	3 (2,7)	Andere	57 (52,3)

### 3.2.1 Demographische Angaben

Der Altersdurchschnitt der Studienpopulation lag bei 43,1 Jahren ( $SD=11,3$  Jahre, Spannweite 20–68; siehe Abbildung 2). In die Studie eingeschlossen wurden 88 männliche Patienten (78,6%) und 24 weibliche Patienten (21,4%), alle Patient\*innen ordneten sich dem binären Geschlechtssystem zu. 107 Patient\*innen besaßen die deutsche Staatsbürgerschaft (95,5% der Studienpopulation), 5 waren Bürger\*innen eines anderen Landes (4,5%; jeweils ein\*e Patient\*in aus Großbritannien, Kamerun, Kosovo, Lettland und USA).



**Abbildung 2.** Altersverteilung der Studienpopulation bei Erstvorstellung im Gesundheitszentrum ( $n=112$ ).

Der Familienstand konnte bei 98 Patient\*innen erhoben werden: 65 (66,3%) waren ledig, 28 (28,6%) geschieden oder getrennt vom\*von der Ehepartner\*in lebend, 3 (3,1%) verwitwet, und 2 (2,0%) verheiratet. 47 (48,5%) der Patient\*innen hatten eigene Kinder. 100 Patient\*innen (89,3% der Studienpopulation) gaben ihre vorhandene Schulbildung an: jeweils 15 blieben ohne Schulabschluss (15,0%) oder hatten Abitur, 34 (34,0%) erreichten einen Hauptschul-, 36 (36,0%) einen Realschulabschluss.

### 3.2.2 Entwicklung der Wohnungslosigkeit

Bei 105 Patient\*innen (93,8% der Studienpopulation) konnte das Alter bei Beginn der Wohnungslosigkeit bestimmt werden (siehe Tabelle 3). Es zeigte sich ein Durchschnittsalter von 39,7 Jahren ( $SD=11,9$ , Spannweite 14–64). Die Dauer von Beginn der Wohnungslosigkeit bis zur Erstvorstellung im Gesundheitszentrum betrug im Median



2,0 Jahre ( $IQR=3,6$ , Spannweite 2 Tage–16 Jahre). 45 Patient\*innen waren kürzer als ein Jahr wohnungslos (42,8%), 60 bereits länger als ein Jahr (57,2%).

**Tabelle 3.** Alter der Studienpopulation bei Beginn der Wohnungslosigkeit ( $n=105$ ).

Alter	Anzahl	Prozent
Bis 24 Jahre	8	8,6
25 - 29 Jahre	12	11,4
30 - 39 Jahre	30	28,6
40 - 49 Jahre	29	27,6
50 - 59 Jahre	20	19,0
Über 60 Jahre	5	4,8

Die Gründe der Wohnungslosigkeit, die bei 89 Patient\*innen (79,5% der Studienpopulation; Mehrfachantworten möglich) erhoben werden konnte, ließen sich in vier größere Themenkomplexe gliedern. Als häufigste Ursache der Wohnungslosigkeit wurde von 32 Patient\*innen (36,0%) die psychische Erkrankung genannt, gefolgt von 31 Angaben von Beziehungsabbrüchen (34,8%), worunter sowohl die Trennung von als auch Tod eines Mitwohnenden (Lebenspartner\*in oder Eltern) zusammengefasst wurden. Bei 22 Patient\*innen (24,7%) waren materielle Gründe Ursache der Wohnungslosigkeit. Hierunter fielen sowohl Mietschulden als auch Wohnungsverlust in Folge eines Arbeitsplatzverlustes. 13-mal (14,6%) wurde ein Haftantritt als Ursache der Wohnungslosigkeit angegeben. Drei der Patient\*innen (3,4%) gaben andere als oben genannte Gründe an.

### 3.2.3 Versorgungssituation, Inhaftierung, Risikofaktoren für psychische Erkrankungen

Die Wohnsituation konnte bei allen 112 Patient\*innen erhoben werden. 85 der Patient\*innen (75,9%) waren zum Zeitpunkt der Erstvorstellung obdachlos, wobei 40 Patient\*innen (35,7%) in einer Notunterkunft übernachteten und 45 Patient\*innen (40,2%) auf der Straße lebten. Von den 27 restlichen Patient\*innen (24,1%) lebten 11 Patient\*innen in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe (9,8%) und waren somit nach der ETHOS-Typologie wohnungslos; 13 Patient\*innen lebten bei Freunden, Bekannten oder Verwandten (11,6%) und damit in einer ungesicherten Wohnform. Drei Patient\*innen (2,7%) lebten in einer ungenügenden Wohnform. Bei 109 der 112 Patient\*innen konnten die verschiedenen Einkommensquellen eruiert werden (Mehrfachantworten möglich). Nur zwei Patient\*innen (1,8%) hatten eine reguläre

sozialversicherungspflichtige Arbeit. 19 Patient\*innen waren komplett ohne jegliches Einkommen (17,4%). 44 Patient\*innen (40,4%) gaben an, sozialversicherungsfreien Beschäftigungen wie Zeitungsverkauf, Betteln oder Flaschen sammeln nachzugehen. Ein Sozialleistungsbezug bestand bei 55 Patient\*innen (50,4%), dieser lässt sich gliedern in Arbeitslosengeld I ( $n=2$ , 1,8%), Arbeitslosengeld II ( $n=37$ , 33,9%), Erwerbsunfähigkeitsrente ( $n=12$ , 11,0%) und reguläre Rente ( $n=4$ , 3,7%). 108 Patient\*innen gaben ihren Krankenversicherungsstatus an: 60 (55,6%) besaßen eine gültige Krankenversicherung. 79 Patient\*innen machten Angaben über Haftaufenthalte in der Vergangenheit: 51 (64,6%) gaben an, bereits mindestens einmal im Gefängnis gewesen zu sein. 65 Patient\*innen (58,0% der Studienpopulation) machten Angaben über ihre Kindheit und Jugend, bei 42 (64,6%) konnten Risikofaktoren für psychische Erkrankungen identifiziert werden (siehe Tabelle 4).

**Tabelle 4.** Belastende Lebensereignisse in der Kindheit und Adoleszenz ( $n=42$ ).  
Anmerkung: Mehrfachantworten waren möglich, Prozentwerte beziehen sich auf die gültigen Fälle.

Risikofaktoren	Anzahl	Prozent
Heimerziehung / früher Auszug aus dem Elternhaus	15	23,1
Psychische Erkrankung der Eltern / eines Elternteils	14	21,5
Sexueller Missbrauch	10	15,4
Gewalt in der Familie	8	12,3
Tod eines Elternteils / Trennung der Eltern	7	10,1
Flucht / Migration	1	1,5

Von den 91 Patient\*innen, die eine Angabe über ihre somatischen Vorerkrankungen machten (81,3% der Studienpopulation), waren 61 somatisch vorerkrankt (67,0%; siehe Tabelle 5). Im Durchschnitt wurden dabei 1,61 somatische Vorerkrankungen angegeben ( $SD=0,82$ , Spannweite 1–5). Der Raucherstatus konnte bei 83,0% der Studienpopulation eruiert werden, 67 dieser Patient\*innen gaben einen Nikotinabusus an (72,0%).

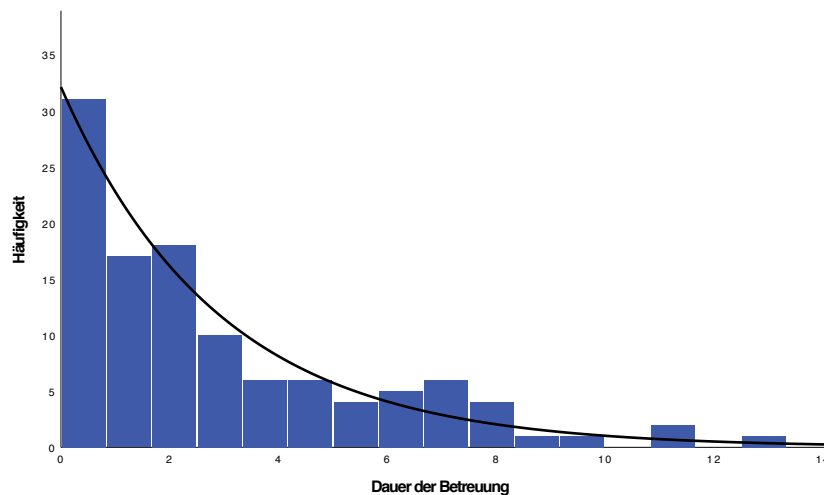
**Tabelle 5.** Somatische Vorerkrankungen der Studienpopulation ( $n=91$ ).  
Anmerkung: Mehrfachantworten waren möglich, Prozentwerte beziehen sich auf die gültigen Fälle.

Somatische Vorerkrankung (ICD-10)	Anzahl	Prozent
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	30	33,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	16	17,6
Krankheiten des Atmungssystems	13	14,2
Krankheiten des Verdauungssystems	11	12,1
Krankheiten des Nervensystems	7	7,7

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	6	6,6
Krankheiten der Haut und Unterhaut	6	6,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	5	5,5
Verletzungen und andere Folgen äußerer Ursachen	1	1,1
Sonstiges	3	3,3

### 3.2.4 Verlauf der Betreuung und der Wohnungslosigkeit

Insgesamt dauerte die Betreuung der Patient\*innen im Median 2,04 Jahre ( $IQR=4,01$ ), die Spannweite reichte von zwei Tagen bis 12,7 Jahren (siehe Abbildung 3). 68,7% der Patient\*innen war länger als ein Jahr in Betreuung, 21,4% länger als fünf Jahre. Die verschiedenen Gründe der Erstvorstellung sind in Tabelle 6 dargestellt.



**Abbildung 3.** Betreuungsdauer der Studienpopulation im Gesundheitszentrum ( $n=112$ ).

**Tabelle 6.** Gründe für die Erstvorstellung im Gesundheitszentrum ( $n=112$ ).  
Anmerkung: Mehrfachantworten waren möglich, Prozentwerte beziehen sich auf die gültigen Fälle.

Vorstellungsgründe	Anzahl	Prozent
medizinische Beratung	58	51,2
soziale Beratung	29	25,9
psychologische Beratung	10	8,9
rechtliche Beratung	1	0,9
Hygiene	15	13,4
Suppenküche	11	9,8

Während der Betreuung nahmen die Patient\*innen durchschnittlich 1,88 Gespräche mit der Psychologin in Anspruch ( $SD=2,1$ , Spannweite 1–12), wobei bei 72,3% der

Studienpopulation nur ein Gespräch stattgefunden hat. Von der Erstvorstellung im Gesundheitszentrum bis zum Gespräch mit der Psychologin vergingen im Schnitt 60 Wochen ( $SD=94,1$ , Spannweite 0 Tage–9,4 Jahre). 43 der Patient\*innen (38,4%) hatten das erste Gespräch innerhalb der ersten Woche, 22 am selben Tag. 97 der Patient\*innen (86,6%) erhielten neben der psychologischen und medizinischen Betreuung eine Betreuung durch die Sozialarbeiter\*innen. Bezüglich der Wohnsituation zum Ende der Betreuung zeigte sich, dass 106 Patient\*innen (94,6%) weiter wohnungslos waren. Sechs Patient\*innen (5,4%) wohnten in einem mietvertraglich abgesicherten Wohnraum und konnten somit die Wohnungslosigkeit beenden.

Es wurde des Weiteren analysiert, wie oft die Patient\*innen im Verlauf der Betreuung von einer besseren Wohnsituation ausgehend wieder obdachlos wurden und welche Gründe hierfür genannt wurden (siehe Tabelle 7). Insgesamt wurde bei 102 Patient\*innen (91,1%) mindestens eine wiederholte Episode der Obdachlosigkeit dokumentiert, der Mittelwert dieser Rückfälle betrug 2,73, der Median 1 ( $SD=3,5$ ,  $IQR=2$ , Spannweite 1–28). Bei einer mittleren Betreuungsdauer von 34,9 Monaten bedeutet dies, dass im Schnitt circa alle 13 Monate eine wiederholte Episode der Obdachlosigkeit beobachtet werden konnte. Gründe hierfür wurden bei 51 der Patient\*innen (45,5%) genannt, es konnten insgesamt 162 Gründe ausgewertet werden.

**Tabelle 7.** Gründe für wiederholte Episoden der Obdachlosigkeit ( $n=51$ ).  
Anmerkung: Mehrfachantworten waren möglich; Prozentwerte beziehen sich auf die gültigen Antworten.

Gründe	Anzahl	Prozent
Verstoß gegen die Hausordnung der Einrichtung der Wohnungslosenhilfe (Kündigung)	42	25,9
Unzufriedenheit mit Einrichtung der Wohnungslosenhilfe (freiwilliger Auszug)	22	13,6
Ordentliche Entlassung aus somatischer Klinik	27	16,7
Entlassung gegen ärztlichen Rat aus somatischer Klinik	21	13,0
Ordentliche Entlassung aus psychiatrischer Klinik	6	3,7
Entlassung gegen ärztlichen Rat aus psychiatrischer Klinik	4	2,5
Unzufriedenheit mit Suchtrehabilitation (freiwilliger Abbruch)	6	3,7
Nach Haftentlassung	21	13,0
Beziehungsabbruch (Auszug aus gemeinsamer Wohnung)	5	3,1
Sonstige Gründe	8	5,0

### 3.3 Hauptergebnisse

Die Hauptergebnisse sind in die drei Hauptfragestellungen (siehe Kapitel 1.6) gegliedert.

#### 3.3.1 Zeitlicher Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit

Bei 106 Patient\*innen (94,6% der Studienpopulation) konnte bestimmt werden, ob eine psychische Erkrankung oder die Wohnungslosigkeit zuerst auftraten. Es zeigte sich, dass bei 90 Patient\*innen (84,9%, 95%-CI [77,4; 91,5]) eine oder mehrere psychische Erkrankungen dem Beginn der Wohnungslosigkeit vorausgingen (Gruppe A). Die Prävalenzen der einzelnen psychischen Erkrankungen dieser Gruppe sind in Tabelle 8 dargestellt. 16 Patient\*innen (15,1%, 95%-CI [8,5; 22,6]) waren zuerst wohnungslos, dann psychisch krank (Gruppe B).

**Tabelle 8.** Prävalenzen der psychischen Erkrankungen der Gruppe A zum Zeitpunkt des letzten Kontaktes im Gesundheitszentrums ( $n=90$ ).  
Anmerkung: WL=Wohnungslosigkeit.

Psychische Erkrankungen (ICD-10)	Anzahl	Prävalenz
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1	1,1%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	48	53,3%
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol	42	46,7%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	14	14,6%
Affektive Störungen	20	22,2%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	14	15,6%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	18	20,0%
Intelligenzminderung	2	2,2%
Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	6	6,7%

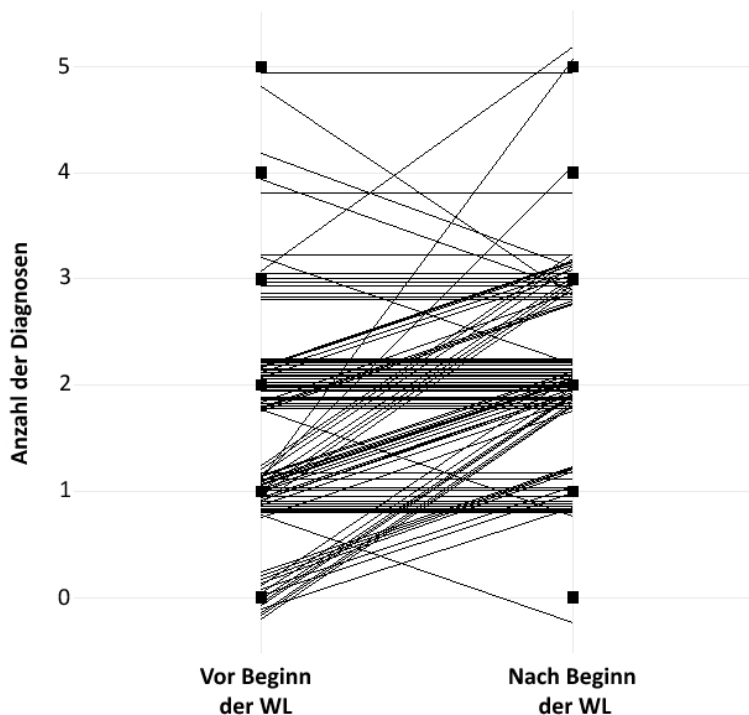
Um die Entstehung psychischer Erkrankungen im Laufe der Wohnungslosigkeit zu veranschaulichen, wurden die kumulativen Inzidenzen in der Periode der Wohnungslosigkeit für Gruppe B berechnet (siehe Tabelle 9). Sieben Patient\*innen dieser Gruppe entwickelten eine und acht Patient\*innen zwei psychische Erkrankungen. Insgesamt konnten 24 neu aufgetretene psychische Erkrankungen beobachtet werden. Die höchste kumulative Inzidenz wurde für die Diagnosegruppen der affektiven Störungen ( $F30.X-F39.X$ ) mit 50% festgestellt, gefolgt von den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ( $F60.X-F69.X$ ) mit 31,3% sowie den psychischen und

Verhaltensstörungen durch Alkohol (*F10.X*) mit ebenfalls 31,3%. Neuerkrankungen in den Diagnosegruppen Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (*F90.X–F98.X*), Intelligenzminderung (*F70.X–F79.X*) sowie organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (*F00.X–F09.X*) wurden nicht beobachtet.

**Tabelle 9.** Kumulative Inzidenzen der psychischen Erkrankungen in der Periode der Wohnungslosigkeit in der Gruppe B ( $n=16$ ).  
Anmerkung: *KI* = kumulative Inzidenz; *WL*=Wohnungslosigkeit.

Psychische Erkrankungen (ICD-10)	Anzahl	KI <sub>WL</sub>
Affektive Störungen	8	50,0%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5	31,3%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	5	31,3%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	3	18,8%
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol	2	12,5%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1	6,3%

Die Anzahl psychischer Erkrankungen für die gesamte Studienpopulation stieg im Laufe der Wohnungslosigkeit von durchschnittlich 1,58 psychischen Erkrankungen (95%-CI [1,38; 1,78] vor Beginn der Wohnungslosigkeit um 25,5% auf 2,12 (95%-CI [1,95; 2,28] an (siehe Abbildung 4).



**Abbildung 4.** Veränderung der Anzahl der psychischen Erkrankungen vor und nach Beginn der Wohnungslosigkeit ( $n=106$ ) in Gruppe A und B.  
Anmerkung: *WL* = Wohnungslosigkeit.

Zur Beurteilung der diagnostischen Sicherheit der einzelnen psychischen Diagnosen wurden diese je nach Quelle der Diagnosen in drei Stufen eingeteilt: Sicher, bedingt sicher und unsicher (siehe Tabelle 10). Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (*F60.X–F69.X*) mit 51,4% sowie affektive Störungen (*F30.X–F39.X*) mit 42,2% waren die Diagnosegruppen mit dem größten Anteil an unsicheren Diagnosen. Die sicherste Diagnosestellung war bei den Diagnosegruppen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (*F10.X*) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol (*F11.X–F19.X*) möglich (jeweils 8,9% und 1,7% unsichere Diagnosen). Alle psychischen Erkrankungen zusammen betrachtet konnten 16,2% der Diagnosen als sicher eingeteilt werden, 58,6% als bedingt sicher und 25,2% als unsicher.

**Tabelle 10.** Sicherheit der Diagnosen aller dokumentierten psychischen Erkrankungen ( $n=234$ ).  
Anmerkung: Prozentwerte beziehen sich auf gültige Fälle der einzelnen Erkrankungen; geordnet wurde nach dem Anteil der unsicheren Diagnosen.

<b>Psychische Erkrankungen (ICD-10)</b>	<b>Sicher <i>n</i> (%)</b>	<b>Bedingt sicher <i>n</i> (%)</b>	<b>Unsicher <i>n</i> (%)</b>
Gesamt	38 (16,2)	137 (58,6)	59 (25,2)
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4 (10,8)	14 (37,8)	19 (51,4)
Affektive Störungen	4 (8,9)	22 (48,9)	19 (42,2)
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	5 (25,0)	8 (40,0)	7 (35,0)
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	0 (0)	13 (65,0)	7 (35,0)
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1 (14,3)	4 (57,1)	2 (28,6)
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol	8 (17,8)	33 (73,3)	4 (8,9)
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	16 (26,7)	43 (71,7)	1 (1,7)

### 3.3.2 Einflussfaktoren für einen frühen Beginn der Wohnungslosigkeit

Zur Bestimmung von Einflussfaktoren für einen frühen Beginn der Wohnungslosigkeit wurden mittels t-Tests und einfaktorieller ANOVA explorativ die Einflüsse verschiedener Variablen auf die Mittelwerte des Lebensalters bei Beginn der Wohnungslosigkeit ( $M=39,7$  Jahre,  $SD=11,9$ ) verglichen (siehe Tabelle 11).

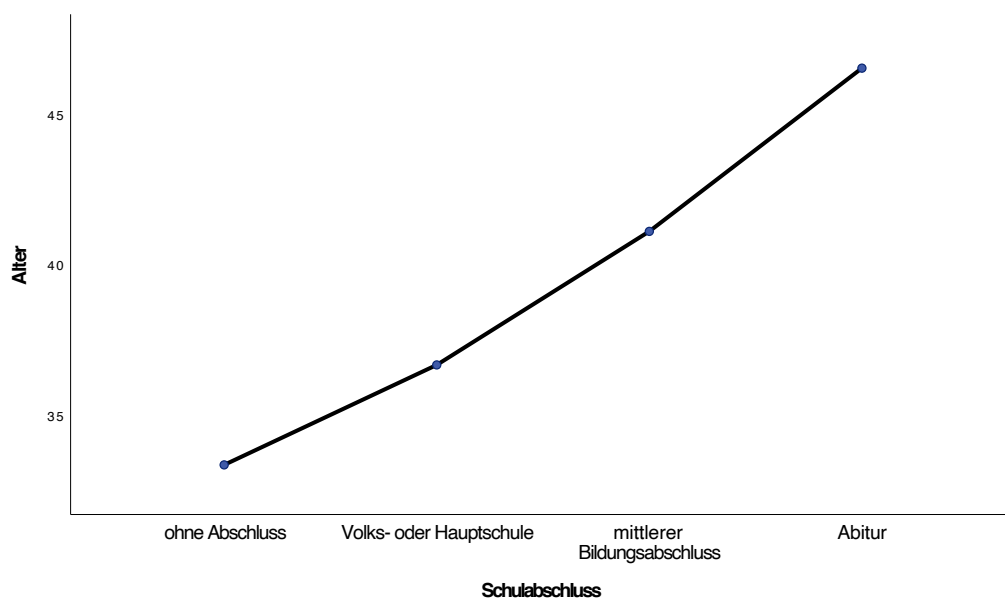
**Tabelle 11.** Einflüsse verschiedener Faktoren auf das Alter bei Beginn der Wohnungslosigkeit ( $n=105$ ). Anmerkung:  $M$ =Mittelwert;  $SD$ =Standardabweichung;  $WL$ =Wohnungslosigkeit. Signifikante Ergebnisse sind fett markiert.

Variable	$n$ (%)	$M$ ( $\pm SD$ )	$p$ -Wert	$d_{Cohen}$
<b>Geschlecht</b>				
männlich	84 (80,0)	39,1 (12,0)	0,311	0,23
weiblich	21 (20,0)	42,1 (11,5)		
<b>Risikofaktoren für psychische Erkrankungen</b>				
ja	40 (64,5)	37,9 (10,8)	0,191	0,35
nein	22 (35,5)	42,0 (13,0)		
<b>Schulabschluss</b>				
ohne Abschluss	13 (13,3)	33,3 (9,82)	<b>0,007</b>	<b>0,74</b>
Hauptschulabschluss	34 (34,7)	36,7 (11,4)		
Realschulabschluss	36 (36,7)	41,1 (12,3)		
Abitur	15 (15,3)	46,6 (8,86)		
<b>Haftaufenthalte in der Vergangenheit</b>				
ja	49 (63,6)	36,5 (11,3)	0,056	0,46
nein	28 (36,4)	41,9 (13,0)		
<b>Psychische Erkrankung vor Beginn der WL</b>				
Ja	85 (84,2)	39,8 (11,4)	0,664	0,12
Nein	16 (15,8)	38,4 (14,3)		
<b>Psychische und Verhaltensstörungen durch AIK.</b>				
ja	46 (42,9)	38,7 (10,2)	0,424	0,15
nein	59 (56,2)	40,5 (13,1)		
<b>Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol</b>				
ja	40 (38,1)	35,5 (11,5)	<b>0,004</b>	<b>0,56</b>
nein	65 (61,9)	42,3 (11,3)		
<b>Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen</b>				
ja	13 (12,4)	39,4 (10,2)	0,930	0,02
Nein	92 (87,6)	39,7 (12,2)		
<b>Affektive Störungen</b>				
ja	19 (18,1)	43,1 (12,0)	0,169	0,35
nein	86 (82,9)	38,9 (11,8)		
<b>Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>				
ja	13 (12,4)	43,2 (11,9)	0,262	0,33
nein	92 (87,6)	39,2 (11,9)		
<b>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</b>				
ja	16 (15,2)	40,3 (12,3)	0,839	0,21
nein	89 (84,8)	39,6 (11,9)		

Die Variablen Schulabschluss sowie psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol ( $F11.X$ – $F19.X$ ) zeigten sich signifikant assoziiert mit einem frühen Beginn der Wohnungslosigkeit. Bezüglich der verschiedenen



Schulabschlüsse zeigten sich die Unterschiede für die Patientengruppen ohne Schulabschluss und Abitur signifikant ( $M_{Diff}=-13,2$  Jahre, 95%-CI [-23,3; -3,4],  $p=0,005$ , Cohen's  $d=1,42$ ) sowie für die Patientengruppen Hauptschulabschluss und Abitur ( $M_{Diff}=-9,8$  Jahre, 95%-CI [-18,0; -1,8],  $p=0,012$ , Cohen's  $d=0,93$ ). In Abbildung 5 werden die Mittelwerte des Lebensalters bei Beginn der Wohnungslosigkeit in Bezug auf die einzelnen Schulabschlussgruppen dargestellt. Je höher der Schulabschluss, desto später zeigt sich der durchschnittliche Eintritt in die Wohnungslosigkeit (siehe auch Tabelle 11).



**Abbildung 5.** Vergleich der Mittelwerte des Lebensalters bei Beginn der Wohnungslosigkeit zwischen den verschiedenen Schulabschluss-Gruppen.

Patient\*innen mit der Diagnosegruppe psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol ( $F11.X-F19.X$ ) vor der Wohnungslosigkeit zeigten im Vergleich zu den Patient\*innen mit den anderen Diagnosegruppen einen signifikanten Unterschied mit durchschnittlich  $M_{Diff}=6,7$  Jahren früheren Beginn der Wohnungslosigkeit (95%-CI [-11,3; -2,1],  $p=0,004$ , Cohen's  $d=0,56$ ).

### 3.3.3. Einflussfaktoren für einen langen Verlauf der Wohnungslosigkeit

Zur Bestimmung von Einflussfaktoren für einen langen Verlauf der Wohnungslosigkeit wurden explorativ die Einflüsse verschiedener Variablen auf die Mittelwerte der Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit verglichen und in Tabelle 12 dargestellt ( $n=105$ ,  $M=71,6$  Monate,  $SD=58,9$ , Spannweite 2 Wochen–255,9 Monate).

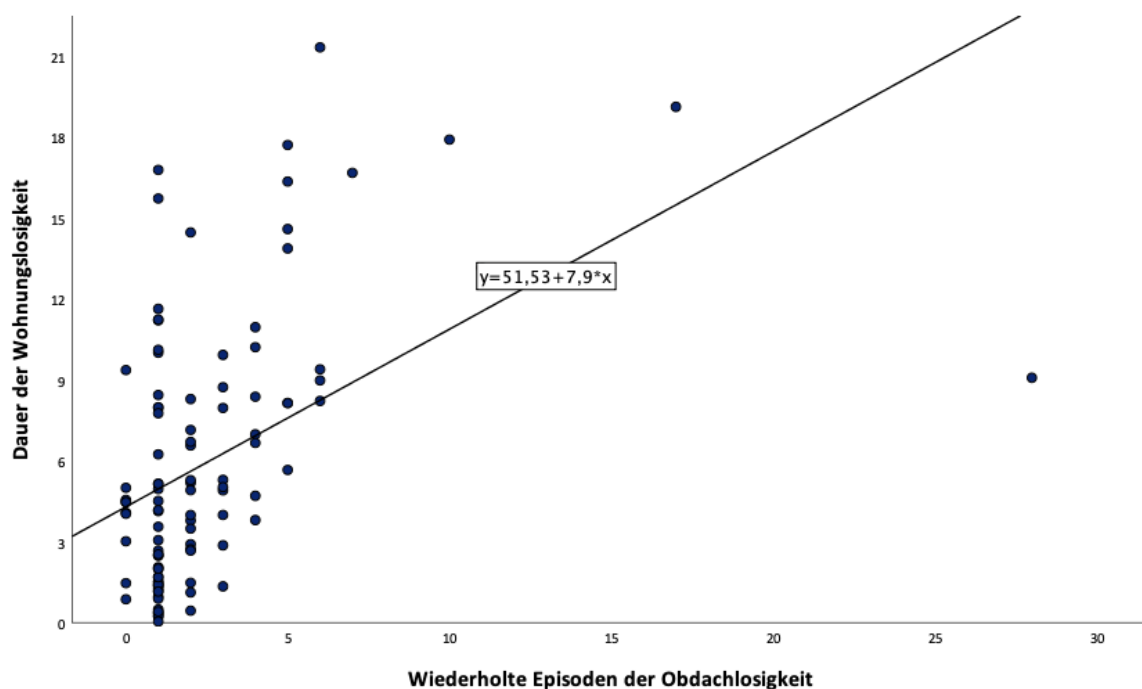
**Tabelle 12.** Einflüsse verschiedener Faktoren auf die Mittelwerte der Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit ( $n=105$ ).  
Anmerkung:  $M$ =Mittelwert,  $SD$ =Standardabweichung,  $WL$ =Wohnungslosigkeit. Signifikante Ergebnisse sind fett markiert.

Variable	$n$ (%)	$M$ ( $\pm SD$ )	$p$ -Wert	$d_{\text{Cohen}}$
<b>Geschlecht</b>				
männlich	84 (80,0)	76,5 (59,3)	0,088	0,42
weiblich	21 (20,0)	52,0 (54,2)		
<b>Haftaufenthalte in der Vergangenheit</b>				
ja	49 (63,6)	76,8 (62,6)	<b>0,041</b>	<b>0,49</b>
nein	28 (36,4)	49,1 (42,9)		
<b>Schulabschluss</b>				
ohne Abschluss	13 (13,3)	67,0 (39,3)	0,208	0,44
Hauptschulabschluss	34 (34,7)	82,4 (66,9)		
Realschulabschluss	36 (36,7)	70,7 (55,9)		
Abitur	15 (15,3)	44,6 (45,6)		
<b>Psychische Erkrankung vor Beginn der WL</b>				
ja	85 (84,2)	69,6 (58,4)	0,323	0,27
nein	16 (15,8)	85,8 (66,7)		
<b>Anzahl der psychischen Erkrankungen nach Beginn der WL</b>				
eine	25 (23,8)	64,1 (61,6)	0,451	0,18
mehr als eine	80 (76,2)	74,5 (58,3)		
<b>Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol</b>				
ja	57 (54,3)	88,3 (64,5)	<b>0,001</b>	<b>0,65</b>
nein	48 (45,7)	51,8 (44,4)		
<b>Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol</b>				
ja	50 (47,6)	62,8 (52,1)	0,142	0,26
nein	55 (52,4)	79,7 (63,8)		
<b>Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen</b>				
ja	17 (16,2)	60,7 (43,4)	0,406	0,22
nein	88 (83,49)	73,7 (61,4)		
<b>Affektive Störungen</b>				
ja	42 (0,40)	73,6 (56,6)	0,778	0,06
nein	63 (0,60)	70,3 (60,8)		
<b>Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>				
ja	19 (18,1)	66,4 (60,2)	0,685	0,10
Nein	86 (81,9)	72,7 (58,9)		
<b>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</b>				
ja	31 (29,5)	64,3 (58,8)	0,411	0,18
nein	74 (70,5)	74,7 (59,0)		

Es zeigten sich die Variablen Haftaufenthalte in der Vergangenheit und psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol ( $F_{10,X}$ ) signifikant assoziiert mit einer längeren

Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit. Patient\*innen, die vor Erstkontakt im Gesundheitszentrum einen oder mehrere Haftaufenthalte verbrachten, waren durchschnittlich  $M_{Diff}=27,8$  Monate (circa 2,3 Jahre) länger wohnungslos als Patient\*innen ohne Haft Erfahrung (95%-CI [1,22; 54,3],  $p=0,041$ , Cohen's  $d=0,49$ ). Die durchschnittliche Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit von Patient\*innen mit der Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10.X) vor oder während der Wohnungslosigkeit zeigten im Vergleich zu den anderen Patient\*innen einen signifikanten Unterschied mit durchschnittlich 36,5 Monaten länger andauernder Wohnungslosigkeit ( $M_{Diff}=3,04$  Jahre; 95%-CI [14,7; 58,4],  $p=0,001$ , Cohen's  $d=0,65$ ).

Abschließend wurde mittels linearer Regressionen der Zusammenhang zwischen der Variable Anzahl der wiederholten Episoden der Obdachlosigkeit mit der Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit untersucht (siehe Abbildung 6). Die Anzahl der einzelnen Episoden zeigte einen Zusammenhang mit der Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit: Durchschnittlich verlängerte sich die Gesamtdauer pro Episode um 7,9 Monate, 22,6% der Varianz der Gesamtdauer ließ sich durch dieses Modell erklären. Der positive lineare Zusammenhang ist statistisch signifikant ( $F(1, 103)=29,7$ ,  $p<0,001$ ), das Modell hat mit einem  $R^2=0,224$  und einer Effektstärke  $f=0,54$  eine hohe Anpassungsgüte (Cohen 1988).



**Abbildung 6.** Streudiagramm mit Aufzeichnung der Anzahl der wiederholten Episoden der Obdachlosigkeit und der Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit

## **4 Diskussion**

### **4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Ziel der Studie war es, an einer Population psychisch erkrankter wohnungsloser Patient\*innen des Gesundheitszentrums für Obdachlose in Berlin Assoziationen zwischen psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit anhand verschiedener Fragestellungen retrospektiv zu untersuchen. Hierfür wurde eine explorative Sekundärdatenanalyse der Routinedokumentation von Patient\*innenakten durchgeführt. Insgesamt wurden 112 psychisch erkrankte Patient\*innen in die Studie eingeschlossen, die Studienpopulation zeigte sich dabei weitestgehend generalisierbar für deutsche Wohnungslose. Bezüglich des zeitlichen Zusammenhangs psychischer Erkrankungen und Wohnungslosigkeit konnte gezeigt werden, dass bei der großen Mehrheit der Patient\*innen eine oder mehrere psychische Erkrankungen dem Beginn der Wohnungslosigkeit vorausgingen. In der vor Beginn der Wohnungslosigkeit psychisch gesunden Patient\*innengruppe entwickelten sich während der Wohnungslosigkeit insbesondere die Diagnosegruppen affektive Störungen, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Die Anzahl psychischer Erkrankungen stieg dabei im Verlauf der Wohnungslosigkeit an. Mit einem früheren Beginn der Wohnungslosigkeit konnten die Faktoren (niedrige) Schulbildung sowie die Diagnosegruppe psychische und Verhaltensstörung durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol assoziiert werden. Eine längere Dauer der Wohnungslosigkeit wurde mit der Diagnosegruppe psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol und dem Faktor Haftaufenthalte in der Vergangenheit assoziiert. Pro im Betreuungszeitraum dokumentierten Rückfall in die Obdachlosigkeit verlängerte sich die Dauer der Wohnungslosigkeit um durchschnittlich circa acht Monate.

### **4.2 Repräsentativität der Studienpopulation**

Aufgrund der sehr heterogenen Zusammensetzung der wohnungslosen Personen ist eine Repräsentativität der Studienpopulation nur schwer zu erreichen (Kunstmann und Becker 1998). Rekrutierungsbedingungen sowie Studienmethodik führen stets zu Selektionseffekten und einer damit zusammenhängenden Beeinflussung der Repräsentativität, die große Auswirkungen auf die externe Validität der

Studienergebnisse hat. Diese Studie unterscheidet sich diesbezüglich aufgrund der zahlreichen Limitationen (siehe Kapitel 4.6) nicht. Dennoch soll im Folgenden diskutiert werden, inwiefern die in dieser Arbeit ausgewählte Studienpopulation zumindest vergleichbar für wohnungslose Menschen in Deutschland ist, um damit die Studienergebnisse sinnvoll generalisieren zu können.

Da aufgrund verschiedener sozialer Systeme und verschiedener zugrunde liegender Definitionen die Vergleichbarkeit der Wohnungslosenpopulationen zwischen den einzelnen Ländern stark erschwert ist, stützt sich diese Diskussion auf ausgewählte deutsche Publikationen. In Deutschland zeigt sich für deskriptiv-epidemiologische Querschnittsmerkmale von wohnungslosen Studienpopulationen insgesamt eine gute Studienlage. Im Anschluss folgt die Diskussion der Ergebnisse der Hauptfragestellungen, in die auch einzelne thematisch passende Unterpunkte der deskriptiven Ergebnisse bei Baseline miteinbezogen wurden. Für die Diskussion der Hauptergebnisse wurden aufgrund der hierfür teils defizitären deutschsprachigen Literatur auch internationale Studien herangezogen.

#### **4.2.1 Sozialstruktur**

Der Altersdurchschnitt der Studienpopulation bei Erstvorstellung im Gesundheitszentrum betrug 43,1 Jahre und unterschied sich kaum vom Durchschnitt der Berliner Bevölkerung (42,6 Jahre) im Jahr 2019 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2019). 58,1% der Patient\*innen waren zwischen 30 und 49 Jahre alt, jüngere Wohnungslose (18–27 Jahre) machten 7,1% der Studienpopulation aus. Dies deckt sich beinahe exakt mit den Zahlen der Straßenzählung in der Nacht der Solidarität, in der 58,6% der 282 Befragten zwischen 30 und 49 Jahre alt und 9,4% unter 27 Jahren waren (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2020). Unter 840 Patient\*innen der Hamburger Schwerpunktpraxen für Wohnungslose wurde ein Altersdurchschnitt von 43,5 Jahren berichtet (Lange et al. 2015), in der 1220 Patient\*innen umfassenden Metaanalyse der Arbeitsgruppe um Schreiter lag dieser bei 41,1 Jahren (Schreiter et al. 2017). Im Jahresbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., in dem Daten von über 20.000 Wohnungslosen (damit circa 23% der Grundgesamtheit) eingegangen sind, war die Altersgruppe der 30–49-jährigen mit 44,1% repräsentiert, womit diese Altersgruppe hier weniger vertreten war als in der vorliegenden Studienpopulation (Neupert und Lotties 2018). Insgesamt sehen wir in der Population dieses repräsentativen Jahresberichts eine etwas jüngere Altersstruktur, es wird dementsprechend auch über eine zunehmende

Verjüngung der wohnungslosen Personen in den letzten Jahren berichtet. Dem einhergehend stehen die Ergebnisse des TAWO-Forschungsprojekts: hier waren die 220 Klient\*innen der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Rheinland-Pfalz im Schnitt 36,9 Jahre alt, somit ebenso bedeutend jünger als in der vorliegenden Studienpopulation (Frietsch und Holbach 2014). Insgesamt lässt sich beobachten, dass der Altersdurchschnitt in den medizinischen Studien höher liegt als in den Statistiken der Wohnungslosenhilfe, was auch mit den unterschiedlichen Rekrutierungsstellen zusammenhängen könnte. So findet man in den unterschiedlichen Sektoren der Wohnungslosenhilfe (Übernachtungsstellen, Essensausgabestellen, Tagestreffpunkte oder ambulante medizinische Versorgungsstellen) unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen und folglich auch eine Selektion unterschiedlicher wohnungsloser Gruppen, die sich in der Sozialstruktur stark unterscheiden können. Die wohnungslosen Patient\*innen einer medizinischen Ambulanz wie dem Gesundheitszentrum für Obdachlose sind vermutlich kränker und älter als die Besucher\*innen einer Suppenküche. Insgesamt zeigt sich, dass das Durchschnittsalter der vorliegenden Studienpopulation vergleichbar ist mit den Populationen anderer medizinischer Studien und der Alterskonstellation der obdachlosen Befragten in der Nacht der Solidarität in Berlin stark ähnelt.

Betrachtet man die Verteilung der Geschlechter der Studienpopulation, wurde mit einem Männeranteil von 78,6% und einem Frauenanteil von 21,4% eine Angleichung an das in der Literatur bekannte Geschlechterverhältnis von 4:1 gesehen. So finden wir im bereits erwähnten Statistikbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. unter den akut Wohnungslosen 23% Frauen und 77% Männer, wobei der Anteil der Frauen in den letzten Jahren leicht zugenommen hat (Neupert und Lotties 2018). Eine Studie, die ebenso im Gesundheitszentrum für Obdachlose durchgeführt wurde (Bauer 2012) und 440 Patient\*innen einschloss, kam zu einem ähnlichen Geschlechterverhältnis (80,7% zu 19,3%). Im Vergleich zu anderen vergleichbaren medizinischen Studien ist dies ein hoher Anteil von Frauen, die sonst häufig unterrepräsentiert sind (Schindel et al. 2020; vom Brocke, in Begutachtung). Die Autorin erklärte dies unter anderem mit der weiblichen Hauptverantwortlichen des Gesundheitszentrums, Dr. Jenny De la Torre, als behandelnde Ärztin und auch Vertrauensperson der weiblichen Patientinnen.

Die Studienpopulation war zu 100% deutschsprachig, 95,5% besaßen dabei die deutsche Staatsbürgerschaft. Das ist eindeutig nicht repräsentativ für die Wohnungslosen in Deutschland. Zum Vergleich: Die Nacht der Solidarität zählte nur 39%

deutsche obdachlose Personen, fast die Hälfte (49,3%) der Befragten kamen aus der restlichen EU (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2020). Eine Untersuchung in niedrighschwelligen medizinischen Einrichtungen in Hamburg kam ebenso auf einen Anteil von 39% deutscher Patient\*innen (Lange et al. 2015); die 4978 Patient\*innen im Gesundheitsbericht der medizinischen Versorgungsstellen des Runden Tisches in Berlin waren zu 27,5% deutsch, 46,1% kamen aus den restlichen EU-Ländern (Runder Tisch 2016). Der Jahresbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. berichtete hingegen über 71,5% deutsche Staatsbürger\*innen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, wobei auch dieser Anteil in den letzten Jahren zunehmend sank (Neupert und Lotties 2018). Bei einer Mannheimer Stichprobe betrug der Anteil an deutschen Staatsbürger\*innen 84,2% (Salize et al. 2003), 85,9% der Teilnehmer\*innen der Seewolf-Studie (Bäumli et al. 2017) waren in Deutschland geboren. Diese hohe Diskrepanz lässt sich am Ehesten dadurch erklären, dass ausländische Wohnungslose häufiger aufgrund sozialrechtlicher Hürden erschwerten Zugang zu Sozialleistungen haben, vermehrt außerhalb des Systems in der Obdachlosigkeit leben und so oft nicht in die Statistiken der Wohnungslosenhilfe eingehen (Riedner und Haj Ahmad 2020). Demgemäß sehen wir besonders in Studien, die in höherschwelligeren Einrichtungen durchgeführt wurden oder in denen als Vorbedingung eine ausreichende Sprachfertigkeit von den Teilnehmer\*innen verlangt wurde, eine deutliche Überrepräsentation deutscher Patient\*innen. In der vorliegenden Studie hat die Begrenzung auf deutschsprachige Wohnungslose eine methodische Ursache und ist eine der bedeutendsten Limitationen dieser Arbeit (siehe Kapitel 4.6).

Bezüglich des Familienstandes war die Studienpopulation beinahe ausschließlich alleinstehend (98%), ein extremer Wert im Vergleich zur Wohnbevölkerung, der aber dennoch vergleichbar ist mit der Literatur. 83,8% der akut wohnungslosen Personen wurden im Jahresbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. als alleinstehend beschrieben, was durch die teilweise fehlenden Hilfen für Familien erklärt wird - traditionell seien „Einzelpersonen die größte Gruppe im Hilfesystem“ (Neupert und Lotties 2018). 90,2% Alleinstehende berichtet ein Gesundheitsbericht aus Berlin (Runder Tisch 2016), 93,8% eine Untersuchung an wohnungslosen Menschen in Nordrhein-Westfalen (Kunstmann 2009). Etwas weniger als die Hälfte (48,5%) der Studienpopulation gab an, eigene Kinder zu haben, ein ebenso vergleichbarer Wert zur Literatur: In der Seewolf-Studie (Bäumli et al. 2017) waren es 38,9% der Teilnehmer, 45,4% in einer Studie in München (Fichter und Quadflieg 1999). Über möglichen Kontakt

der Studienpopulation zu den Kindern kann aufgrund der fehlenden Datenlage nur spekuliert werden. Bekannt ist, dass ein defizitäres soziales Netz die Entstehung und einen chronischen Verlauf der Wohnungslosigkeit, insbesondere auch für psychisch erkrankte Menschen, begünstigen kann. Die hohe Rate an Alleinstehenden in der Studienpopulation liefert Hinweise darauf.

#### **4.2.2 Versorgungslage**

Wie schon im Namen ersichtlich fühlt sich das Gesundheitszentrum für Obdachlose der Jenny De la Torre-Stiftung vorrangig für obdachlose Menschen verantwortlich. Die niedrigschwellige Einrichtung wird daher vermehrt von Personen aufgesucht, die nicht in die Sozialsysteme integriert sind. Wurde die Reintegration in die sozialen Systeme durch die Arbeit der Stiftung erreicht, etwa mittels wiedererlangter Krankenversicherung und Sozialleistungsbezug, sind planmäßig andere Einrichtungen für die weitere Versorgung primär zuständig. Dieser Selektionseffekt erklärt die im Vergleich zu anderen untersuchten Wohnungslosenpopulationen eher schlechte Versorgungslage der Studienpopulation. Zusätzlich sind sicher auch Effekte des psychischen Gesundheitszustandes auf die Versorgungslage zu erwarten, diese werden in der Diskussion der Hauptergebnisse weiter erläutert und diskutiert.

Aktuelle Statistiken zur Wohnsituation wohnungsloser Patient\*innen in Berlin liegen im Gesundheitsbericht zur medizinischen Versorgung Obdachloser vor, hier war die Mehrheit der Patient\*innen (71,6%) obdachlos (Runder Tisch 2016), ein ähnlicher Wert zur vorliegenden Studienpopulation, in der 75,9% obdachlos waren (40,2% davon auf der Straße). Nur 9,8% wurden in Dauereinrichtungen der Wohnungslosenhilfe untergebracht, die Übrigen wohnten ungesichert bei Freund\*innen beziehungsweise Bekannten (11,6%) oder wohnten ungenügend (2,7%). Ein Vergleich mit anderen Studien gestaltet sich schwierig, da der Rekrutierungsort eine große Rolle bezüglich der Wohnsituation der Patient\*innen spielt. So sind die wohnungslosen Patient\*innen in einer Studie aus Hamburg zu einem Drittel in einer der drei Einrichtungen wohnhaft, in denen die Befragung auch durchgeführt wurde (Lange et al. 2015); in der Seewolf-Studie (Bäumel et al. 2017), die größtenteils in stationären Einrichtungen der Münchner Wohnungslosenhilfe erhoben wurde, sind obdachlose Teilnehmer dementsprechend massiv unterrepräsentiert (insgesamt 12,1% in Notunterkünften). Unterschiedliche Definitionen des Begriffs der Obdachlosigkeit führen in den Studien zu einer weiter verminderten Vergleichbarkeit. Repräsentative Zahlen für die Grundgesamtheit der



Wohnungslosen liefert der Jahresbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. Hier waren 33,7% der Klient\*innen in der Nacht vor Hilfebeginn der Wohnungsnotfallhilfe obdachlos (Neupert und Lotties 2018). Zusammenfassend kann man die vorliegende Studienpopulation als mehrheitlich obdachlos und nicht-institutionell untergebracht bezeichnen.

Die Dauer der vorangegangenen Wohnungslosigkeit zum Zeitpunkt der Erstvorstellung im Gesundheitszentrum betrug durchschnittlich 2,97 Jahre (im Median 2,0 Jahre) mit einer großen Spannweite von 2 Tagen bis 16 Jahren. Grob lässt sich eine Zweiteilung der Studienpopulation beobachten: eine Hälfte der Patient\*innen war kürzer als ein Jahr, die andere Hälfte länger als ein Jahr und damit langzeitwohnungslos. Im Vergleich zur Literatur liegt dieser Wert sogar noch im unteren Bereich, so kam eine fast 3000 Proband\*innen und 24 internationale Studien umfassende systematische Übersichtsarbeit auf eine durchschnittliche Dauer der Wohnungslosigkeit von 4,7 Jahren (Depp et al. 2015). Ähnliche Werte finden sich generell in Untersuchungen niedrigschwelliger Einrichtungen (Bauer 2012; Lange et al. 2015; Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2020), da Wohnungslose diese Hilfsangebote vermutlich tendenziell relativ früh nach Beginn der Wohnungslosigkeit in Anspruch nehmen.

Die Einkommenssituation der Studienpopulation (siehe Tabelle 13) kann als prekär beschrieben werden: Nur zwei Patient\*innen (1,8%) besaßen ein sozialversicherungspflichtiges Einkommen. Die restlichen Patient\*innen lassen sich auch hier grob in zwei Hälften teilen: Eine Hälfte der Patient\*innen bezieht Sozialleistungen (39,4%), die andere Hälfte lebt ohne Einkommen beziehungsweise nur mit unregelmäßigen sozialversicherungsfreien Beschäftigungen wie Flaschen sammeln oder Betteln (58,8%).

**Tabelle 13.** Einkommenssituation der Studienpopulation von Wohnungslosen des Gesundheitszentrums für Obdachlose im Vergleich mit den im Rahmen des „Runden Tisches“ (2016) erhobenen Daten aus drei Berliner Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.

Anmerkung: Die in der Studie beschriebenen sozialversicherungsfreien Beschäftigungen wurden in der Studie des „Runden Tisches“ nicht erhoben und wurden hier zur besseren Vergleichbarkeit als „ohne (sozialversicherungspflichtiges) Einkommen“ gewertet.

	<b>Studienpopulation n=109</b>	<b>„Runder Tisch“ n=1607</b>
<b>Ohne Einkommen</b>	58,8%	68,3%
<b>ALG I</b>	1,8%	0,2%
<b>ALG II</b>	33,9%	19,9%
<b>Reguläres Einkommen</b>	1,8%	0,4%
<b>Rente</b>	3,7%	4,7%

Diese Einkommensstruktur ist in den Verhältnissen gut vergleichbar mit anderen Erhebungen niedrigschwelliger medizinischer Einrichtungen in Berlin (Runder Tisch 2016), wobei hier ein etwas höherer Prozentsatz an Patient\*innen ohne Einkommen sowie ein niedriger Anteil an Patient\*innen mit Arbeitslosengeld registriert wurde. Dies ist wohl darin begründet, dass die vorliegende Studienpopulation im Vergleich zu anderen Untersuchungen fast ausschließlich die deutsche Staatsbürgerschaft besitzt und damit einen potenziell besseren Zugang zum Sozialsystem hat. Vergleicht man diese Ergebnisse mit Studien, die Populationen untersuchen, die eher in höherschwelligeren Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe rekrutiert wurden (Bäumel et al. 2017; Neupert und Lotties 2018; Salize et al. 2003), fallen dort durchgehend höhere Raten an erwerbstätigen Wohnungslosen und niedrigere Raten an Wohnungslosen ohne Einkommen auf. Dennoch sind alle untersuchten Wohnungslosenpopulationen im Vergleich zur Normalbevölkerung stark vom Arbeitsmarkt ausgegrenzt, Armutsverhältnisse können damit als essenziell mit Wohnungslosigkeit verknüpft angesehen werden. Die Population dieser Studie kann dabei sicherlich einem noch bedürftigeren Teil dieser Wohnungslosenpopulationen zugeordnet werden.

Eine Zweiteilung findet sich neben der Dauer der Wohnungslosigkeit und der Einkommensstruktur auch beim Krankenversicherungsstatus, der ebenso ein Indikator für die Einbindung der Studienpopulation in das regelhafte Sozial- und Versorgungssystem ist: Etwas mehr als die Hälfte der Patient\*innen (55,6%) gab an, krankenversichert zu sein. Dies verwundert nicht, da Sozialleistungsbezug und Krankenversicherungsschutz sozialrechtlich zusammenhängen: Bekommt ein\*e Patient\*in Sozialleistungen, wird normalerweise auch die Krankenversicherung vom Amt bezahlt. Erstaunlich ist eher die hohe Rate an Patient\*innen mit vorhandener Krankenversicherung im Gesundheitszentrum, da man eine Selektion der Patient\*innen im Sinne eines fehlenden Krankenversicherungsschutzes erwarten würde: Diese dürften schließlich auch in normalen Praxen behandelt werden. Begründet liegt dies vermutlich an der in der Einleitung beschriebenen Tatsache, dass wohnungslose Patient\*innen aufgrund verschiedener Barrieren aus dem Regelversorgungssystem exkludiert werden. Untermuert wird diese These durch die Erhebung in den niedrigschwelligen Hamburger Schwerpunktpraxen, hier waren im ersten Erhebungsjahr ebenso mehr als die Hälfte der Patient\*innen (54%) krankenversichert, im zweiten Erhebungsjahr immerhin noch 27% (Lange et al. 2015). In einer zwei Jahre umfassenden Vollerhebung im Gesundheitszentrum für Obdachlose, demselben Rekrutierungsort der vorliegenden

Studie, wurde über eine Rate von 36,4% krankenversicherter Patient\*innen berichtet (Bauer 2012), in medizinischen Projekten in Nordrhein-Westfalen 76,9% (Kunstmann 2009). Die Rate an krankenversicherten Wohnungslosen schwankt somit je nach Ort und Zeitpunkt der Erhebung stark, die Studienpopulation befindet sich im Mittelfeld der berichteten Ergebnisse. Ein Vergleich der Ergebnisse der circa 10 Jahre alten oben genannten Vollerhebung mit den vorliegenden Ergebnissen könnte jedoch auch darauf hinweisen, dass eine zunehmende Integrierung der Wohnungslosen in die Sozialversicherungssysteme im Laufe der letzten Jahre, zum Beispiel durch Clearingstellen, stattgefunden haben könnte.

Trotz eventueller Erfolge im Bereich der Wiedereingliederung wohnungsloser Menschen ist eine unzureichende medizinische Versorgung weiterhin manifest: Eine erhöhte Multimorbidität im Vergleich zur Referenzbevölkerung wird in der Literatur beschrieben (Schindel et al. 2020) und findet sich auch in der vorliegenden Arbeit. 67% der Studienpopulation gaben mindestens eine chronische somatische Vorerkrankung an, vergleichbar mit den Raten anderer Studien (Bäumel et al. 2017; Salize et al. 2003). Die durchschnittliche Anzahl an chronischen somatischen Vorerkrankungen (1,6) findet sich bei einer rund 4000 Patient\*innen umfassenden Untersuchung in Nordrhein-Westfalen präzise wieder, sie betrug dort ebenfalls 1,6 (Kunstmann 2009). Ebenso fügen sich die einzelnen Prävalenzraten dieser Vorerkrankungen in vorhandene wissenschaftliche Untersuchungen ein: Eine fünf Studien umfassende Übersichtsarbeit gibt Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Prävalenzen von 7–20%), Infektionen und parasitäre Erkrankungen (10–16%) sowie Erkrankungen der Atmungsorgane (6–14%) als vorrangige somatische Erkrankungen von Wohnungslosen an (Kaduszkiewicz et al. 2015). Die in dieser Arbeit vergleichsweise hohe Prävalenz an Infektionen und parasitären Erkrankungen (33%) könnte mit der Auswahl der Studienpopulation erklärt werden, die wie bereits beschrieben durch eine hohe Anzahl an in Obdachlosigkeit lebender Patient\*innen gekennzeichnet ist, diese Population mutmaßlich über eine noch unzureichendere Körperhygiene und Lebensumstände verfügt, die parasitäre Erkrankungen begünstigen können. Eine überdurchschnittliche Anzahl an Infektionserkrankungen ist aufgrund der hier ausgewählten Population an ausschließlich psychisch erkrankten und somit auch vermehrt drogenabhängigen Patient\*innen ebenso denkbar. Knapp drei Viertel (72%) der Studienpopulation gaben an, regelmäßig Zigaretten zu rauchen; auch dieser Wert findet sich in vergleichbarer Höhe in der Literatur wieder (90% bei Frietsch und Holbach 2014; 78,7% bei Bäumel et al. 2017). Einschränkend muss erwähnt werden, dass eine

Vergleichbarkeit dieser Studien aufgrund methodischer Unterschiede bei der Erhebung der Krankheitsdaten nur mit Vorsicht möglich ist. Dennoch scheinen die vorliegenden Ergebnisse mit der Literatur vergleichbar zu sein und können damit als generalisierbar betrachtet werden.

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass durch den Rekrutierungsort der Studie im Gesundheitszentrum für Obdachlose eine große Stichprobenreichweite mit einer vielfältigen Wohnungslosenpopulation erreicht werden konnte. Der Namen, der eine medizinische Einrichtung impliziert, darf nicht täuschen: Nur die Hälfte der Studienpopulation (51,2%) stellte sich dort aus medizinischen Gründen erstmalig vor. Das Gesundheitszentrum kann als ein Hybrid aus medizinischer Praxis, Sozialberatung, Suppenküche, Kleiderkammer und Tagestreffpunkt beschrieben werden und vereint damit bis auf den Übernachtungssektor alle klassischen Rekrutierungsorte der Wohnungslosenforschung. Dadurch konnten verschiedene wohnungslose Subgruppen erreicht und schlussendlich in die Studie eingeschlossen werden. Durch Vergleiche mit der bestehenden Literatur wurde aufgezeigt, dass die so rekrutierte Studienpopulation dabei in Bezug auf Sozialstruktur und Gesundheitsstatus generalisierbar für die Grundgesamtheit der deutschen Wohnungslosen gelten kann. Hinsichtlich der Versorgungslage wurde herausgearbeitet, dass die vorliegende Studienpopulation eher vergleichbar ist mit den Wohnungslosenpopulationen anderer Studien, die in niedrighwelligen Einrichtungen rekrutiert wurden. Die vorliegende Studienpopulation ist durch vergleichsweise hohe Raten von Obdachlosigkeit, Langzeitwohnungslosigkeit, fehlenden Krankenversicherungsschutz und Einkommenslosigkeit gekennzeichnet. Bei durchgehend hohen Prävalenzraten psychischer Erkrankungen unter Wohnungslosen in den vorhandenen Studien (Schreiter et al. 2017) wird angenommen, dass der Einschluss von ausschließlich psychisch erkrankten Wohnungslosen in die Studie dabei eher kleinere, nicht deutlich hervorstechende Effekte auf die Sozialstruktur und Versorgungslage der Studienpopulation hatte. Limitationen in Bezug auf die Repräsentativität bestehen insbesondere durch methodische Begrenzung auf deutschsprachige Wohnungslose und die verhältnismäßig kleine Stichprobe, diese werden in Kapitel 4.6 weiter konkretisiert.

### **4.3 Zeitlicher Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit**

Wie in der Einleitung bereits einführend dargestellt, wurden in der Wissenschaft bereits zahlreiche Wechselwirkungen zwischen psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit beschrieben. Die Frage nach einer eindeutigen Kausalität zwischen diesen beiden Faktoren ist dabei schwierig zu beantworten, da zu viele Faktoren direkt und indirekt beteiligt sind. Selbst von einer signifikanten statistischen Assoziation kann man nicht auf eine zugrundeliegende Kausalbeziehung schließen. Da die zeitliche Beziehung zueinander jedoch bei der Interpretation der Kausalität zwischen psychischer Erkrankung und Wohnungslosigkeit helfen kann, wurde dieser Zusammenhang in der ersten Hauptfragestellung untersucht.

Die Studie zeigte, dass bei 84,5% der Patient\*innen eine oder mehrere psychische Erkrankungen bereits vor Eintreten der Wohnungslosigkeit vorlagen. Dieses Ergebnis war in seiner Eindeutigkeit aufgrund der diesbezüglich relativ einfachen Methodik der Studie (siehe Kapitel 4.6) überraschend, gemäß der vorhandenen Literatur in der Tendenz jedoch zu erwarten. Vorherige retrospektive Untersuchungen, die diese zeitliche Beziehung untersuchten, gehen einheitlich erkrankungsübergreifend in dieselbe Richtung: Die Seewolf-Studie berichtete über eine psychiatrische Therapie vor oder während des Eintretens der Wohnungslosigkeit bei 78,8% der Studienpopulation, die zeitliche Latenz zwischen Therapie und Wohnungslosigkeit betrug dabei im Schnitt 6,5 Jahre (Bäumel et al. 2017). In den USA wurde gezeigt, dass 77,1% der Studienteilnehmer\*innen vor Beginn der Wohnungslosigkeit psychisch erkrankt waren (North et al. 1998), vergleichbare Anteile wurden an Studienpopulationen in Los Angeles und Madrid (Vazquez und Munoz 1998) sowie in London (Craig und Hodson 1998) berichtet. Dennoch sollten diese Ergebnisse nicht dazu verleiten, eine eindeutige Kausalität zu postulieren. So wurde an einer Stichprobe psychiatrisch stationär behandelte Patient\*innen in Berlin zwar gezeigt, dass bei Wohnungslosen die erste psychiatrische Behandlung sehr früh im Alter von 25,4 Jahren begonnen wurde (Schreiter et al. 2019). Zum Vergleich: In der vorliegenden Studienpopulation war das Durchschnittsalter bei Beginn der Wohnungslosigkeit annähernd 40 Jahre. Könnte die zeitliche Reihenfolge „psychische Erkrankung, dann Wohnungslosigkeit“ also hauptsächlich in dem Durchschnittsalter des jeweiligen Auftretens begründet sein, ganz ohne Kausalität? Die bereits erwähnte Studie der Arbeitsgruppe um North argumentierte für diesen möglichen Zusammenhang: Hier wurden die Erkrankungszeitpunkte der

Studienpopulation mit einer nicht-wohnungslosen Kontrollgruppe aus einem epidemiologischen Register verglichen, und tatsächlich war der Alkoholmissbrauch die einzige psychische Erkrankung, die signifikant früher eintrat und damit statistisch überhaupt zur Ursache der Wohnungslosigkeit hätte beitragen können (North et al. 1998). Alle anderen psychischen Erkrankungen zeigten in beiden Gruppen einen vergleichbaren Erkrankungsbeginn und könnten damit nicht ursächlich für die Entstehung der Wohnungslosigkeit in Verbindung gebracht werden, so die Autoren. Andere Publikationen und auch die vorliegenden Ergebnisse geben dennoch Hinweise darauf, dass psychische Erkrankungen einen großen Anteil an der Entstehung von Wohnungslosigkeit haben können, die *Social-drift-Hypothese* somit unterstützen. So gaben 36% der vorliegenden Studienpopulation explizit an, dass die psychische Erkrankung unmittelbarer Grund der Wohnungslosigkeit war. In einer aktuellen retrospektiven Untersuchung in den USA berichteten 24,4% der befragten Wohnungslosen von psychischen Erkrankungen als Auslöser der aktuellen Episode der Wohnungslosigkeit (Iwundu et al. 2020). In einer älteren deutschen Studie aus München gaben 37% der wohnungslosen Untersuchten Alkoholprobleme und 17,1% psychische Probleme als Ursache der Wohnungslosigkeit an (Fichter et al. 1996); 27% einer Kohorte wohnungsloser Studienteilnehmer\*innen in Spanien erachtete Suchterkrankungen und 9% psychologische Probleme als Ursache (Salavera et al. 2013). Und auch die eingangs erwähnte Studie psychiatrisch stationär behandelte Patient\*innen in Berlin zeigt, dass der psychiatrische Behandlungsbeginn der wohnungslosen Gruppe mit 6,7 Jahren statistisch signifikant früher lag als in der nicht-wohnungslosen Vergleichsgruppe (Schreiter et al. 2019).

Betrachtet man Populationen, die von Wohnungslosigkeit bedroht und von denen man gute Hinweise auf den Ist-Zustand der bereits wohnungslosen Personen vor Eintritt der Wohnungslosigkeit ableiten kann, zeigen sich ebenso vergleichbare Ergebnisse: In Mannheim wurde bei 79,3% dieser zunehmend beforschten Gruppe eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung nach ICD-10 festgestellt (Salize et al. 2006). In Australien verglich eine Studie eine wohnungslose Population mit einer von Wohnungslosigkeit bedrohten Population bezüglich der depressiven Symptomatik, es ergaben sich vergleichbare Werte (Bearsley-Smith et al. 2008). Neben diesen quantitativen Studien zeigten auch qualitative Arbeiten (Mabhala et al. 2017; Piat et al. 2015), dass individuelle Faktoren wie Suchterkrankungen und psychische Probleme signifikant zur Entstehung der Wohnungslosigkeit beitragen können.

Sicher ist, dass Phänomene wie Wohnungslosigkeit als multikausal betrachtet werden müssen und „eine Interdependenz zwischen Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, psychischen Belastungen und erhöhten Erkrankungsrisiken“ (Trabert 2016) in der Wissenschaft angenommen wird. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen diese Erkenntnis, indem gezeigt wurde, dass die große Mehrheit der untersuchten Wohnungslosen bereits vor Eintritt der Wohnungslosigkeit psychisch erkrankt war und bei mindestens einem Drittel (36%) der Studienpopulation eine zugrundeliegende Kausalität angenommen werden kann.

Doch wie verhält es sich mit der Gruppe an Wohnungslosen, die erst in der Wohnungslosigkeit psychisch erkrankten und damit die *Social-causation-Hypothese* erfüllen? Wie sich einzelne psychische Erkrankungen im Laufe der Wohnungslosigkeit verändern beziehungsweise welche gänzlich neu entstehen, ist in retrospektiven Querschnittsstudien nur im Ansatz zu klären. Der Mangel an längsschnittlichen Analysen, insbesondere aus Deutschland, limitiert zudem einen tieferen Einblick in diese Thematik. In der vorliegenden Studie wurde versucht, durch retrospektive Verlaufsbeobachtungen diese Fragestellung näher zu beleuchten. Es wurde gezeigt, dass im Laufe der beobachteten Wohnungslosigkeit von durchschnittlich sechs Jahren in der 16 Patient\*innen umfassenden Gruppe der Wohnungslosen, die vor Eintritt der Wohnungslosigkeit noch psychisch gesund waren, insbesondere die ICD-Diagnosegruppen affektive Störungen, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (in absteigender Inzidenz) entstanden sind. Bei diesen Erkrankungen scheint somit die *Social-causation-Hypothese* bedeutender zu sein als bei den anderen psychischen Erkrankungen. Die Diagnosegruppe Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen wies etwa nur eine Inzidenz von 6,3% auf, psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol relativ überraschend nur 12,5%. Auch wenn diese Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe und der teils großen Unsicherheiten in der Diagnosestellung (siehe Kapitel 4.6) nur vorsichtig interpretierbare Beobachtungen sind, wird hier grundsätzlich die *Social-causation-Hypothese* unterstützt: Die Lebensumstände und traumatischen Ereignisse in der Wohnungslosigkeit können zur Entstehung von psychischen Erkrankungen beitragen oder über Coping-Mechanismen zu einem vermehrten Substanzmittelmissbrauch führen, jedoch mit Einschränkung auf die oben genannten psychischen Erkrankungen. Insbesondere affektive Störungen und psychische und

Verhaltensstörungen scheinen dabei am bedeutendsten zu sein, Alkoholabhängigkeiten entstehen tendenziell häufiger als Drogenabhängigkeiten. Dennoch sollte weiterhin beachtet werden, dass die Mehrheit aller untersuchten psychischen Erkrankungen bereits vor der Wohnungslosigkeit eintrat.

Diese Erkenntnisse werden von der wissenschaftlichen Literatur tendenziell weitgehend unterstützt. Eine ältere Studie aus den USA zeigte, dass eine längere Dauer der Wohnungslosigkeit mit einer erhöhten Entstehungsrate von Schizophrenie assoziiert ist (Koegel et al. 1988). Ebendort wurde in einer anderen Studie bei 25% der untersuchten wohnungslosen Männer eine Entstehung der Schizophrenie nach Eintritt der Wohnungslosigkeit berichtet, ein Drogenmissbrauch konnte bei 21,7% der männlichen Studienteilnehmer erst nach Eintritt der Wohnungslosigkeit beobachtet werden (North et al. 1998). Eine Verdopplung der Prävalenz von *binge drinkers* nach sechs Monaten zeigten Autor\*innen in den USA in der untersuchten wohnungslosen Population (Sosin et al. 1990), eine weitere Studie berichtete über ein erhöhtes Risiko wohnungsloser Personen, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken (Steward et al. 2004). Es finden sich aber auch Studien, deren Ergebnisse eher in die gegensätzliche Richtung argumentieren: So wurde an einer wohnungslosen Kohorte in München zwar ein leichter Anstieg der Prävalenz psychotischer Erkrankungen nach drei Jahren Beobachtungszeit gesehen, die Prävalenz aller anderen untersuchten Achse-I-Störungen verringerte sich jedoch signifikant (Fichter und Quadflieg 2005). Man muss akzeptieren, dass aufgrund methodischer Unterschiede hinsichtlich Selektivität und Repräsentativität der Studienpopulationen die Ergebnisse längsschnittlicher Analysen untereinander leider nur mit großen Einschränkungen zu vergleichen sind, diese wurden aufgrund des hohen Aufwands zudem nur selten durchgeführt (Hodgson et al. 2013). Zusätzlich ist das gehäufte Auftreten von Konfundierungseffekten in Längsschnittstudien anzunehmen, Fichter und Quadflieg erklärten die Verringerung der psychischen Erkrankungsraten in ihrer oben erwähnten Studie etwa durch eine verbesserte Wohnsituation im Laufe der untersuchten drei Jahre, selbst ohne durchgeführte Intervention. Weiterführende qualitative Studien, insbesondere an Subgruppen der sehr heterogenen Wohnungslosenpopulation, könnten aufgrund der dargestellten Schwierigkeiten in der quantitativen Forschung sicherlich zu einem Erkenntnisgewinn in dieser Thematik beitragen. Betrachtet man die vorliegenden Ergebnisse dieser Teilfragestellung, muss jedoch festgestellt werden, dass aufgrund der sehr kleinen Stichprobe und tendenziell fehlerbehafteten Diagnosestellung die vorliegende Analyse



der Veränderungen der Prävalenzen der einzelnen psychischen Erkrankungen während der Wohnungslosigkeit keine hohe externe Validität besitzt. In Kapitel 4.6 wird diese Problematik der Studie weiter ausgeführt.

Richtet man den Blick von den Veränderungen der einzelnen psychischen Erkrankungen auf die Veränderung des allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes in der Wohnungslosigkeit, kommt die vorliegende Studie zu dem Ergebnis, dass im Laufe der Beobachtungszeit sich die Anzahl der psychischen Erkrankungen um 25,5% erhöhte und sich der allgemeine psychische Gesundheitszustand folglich verschlechterte. In Anbetracht der Methodik der Studie können auch diese Ergebnisse nur in der Tendenz interpretiert werden, da der psychische Zustand der Studienteilnehmer\*innen nicht regelmäßig kontrolliert wurde und damit potentielle Verbesserungen vielleicht überhaupt nicht in die Patient\*innenakten eingegangen sind. Die vorliegende durchschnittliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes, der hier mittels der Anzahl der psychischen Erkrankungen gemessen wurde, ist jedoch plausibel: Die vorliegende Studienpopulation ist, wie bereits dargestellt, medizinisch schlecht versorgt, am Ende der Beobachtungszeit scheinen 65,1% noch obdachlos und mitnichten im Regelversorgungssystem angekommen zu sein. Stationäre psychiatrische Therapien wurden in dieser Zeit oft abgebrochen (siehe Hauptfragestellung 3), drei Viertel der Patient\*innen nahmen nur ein Gespräch mit der Psychologin des Gesundheitszentrums in Anspruch: Eine durchgehende ambulante psychologische Betreuung war somit nicht annähernd gegeben.

Die Literatur bestätigt diese zunehmende psychische Verschlechterung in der Wohnungslosigkeit. Dies überrascht nicht, ist doch der negative Einfluss deprivierter Wohnumgebungen auf psychiatrische Erkrankungsraten wissenschaftlich gut belegt (Latkin und Curry 2003). Qualitative Interviews mit jüngeren wohnungslosen Personen in Australien zeigten, dass sich die Anzahl der psychiatrischen Diagnosen im Laufe der Wohnungslosigkeit für den Großteil der Stichprobe erhöhte (Martijn und Sharpe 2006). Eine prospektive Verlaufsstudie über 2 Jahre in den USA konnte einen signifikant niedrigeren MCS-Score (Mental Component Summary) von suchtabhängigen wohnungslosen Proband\*innen im Vergleich zur nicht-wohnungslosen Kontrollgruppe messen (Kertesz et al. 2015). In ihrer einjährigen Verlaufsstudie in London assoziierten die Autoren die Persistenz der psychiatrischen Symptomatik mit der durchgehenden Wohnungslosigkeit (Craig und Hodson 2000). Zu teilweise widersprüchlichen Ergebnissen kam eine prospektive Interventionsstudie in München: Hier konnte die

isolierte Zuweisung von Wohnraum an Wohnungslose nach drei Jahren keine Verbesserung des psychischen Zustandes bringen, aber auch keine eindeutige Verschlechterung (Fichter und Quadflieg 2006). Dass eine intensive psychiatrische Betreuung mittels stationärer Therapie jedoch den psychischen Zustand von Wohnungslosen verbessern kann, wurde bereits früh gezeigt (Lowens et al. 2000), die Arbeitsgruppe in München fand an einer Population, dass eine psychiatrische Behandlung das Risiko, wohnungslos zu bleiben, auf ein Drittel reduziert (Fichter und Quadflieg 2005). Die aktuelle Versorgungsrealität ist jedoch weiterhin von verkürzten stationären Liegezeiten und häufigen Wiederaufnahmen geprägt, so eine Auswertung der wohnungslosen Patient\*innen einer psychiatrischen Klinik in Berlin (Schreiter et al. 2019).

Zusammengefasst wurde anhand eines zeitlichen Verlaufs und Vergleiche mit der Literatur gezeigt, dass psychische Erkrankungen mehrheitlich vor Beginn der Wohnungslosigkeit entstehen und ein wichtiger Einflussfaktor für die Entstehung von Wohnungslosigkeit sind (*Social-drift-Hypothese*). Dies hat Konsequenzen für präventive Strategien zur Verhinderung von Wohnungslosigkeit. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen auch, dass Wohnungslosigkeit wechselseitig zu einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes führt (*Social-causation-Hypothese*). Bei der Betrachtung der genauen Veränderung der einzelnen psychischen Erkrankungen im Verlauf der Wohnungslosigkeit ergibt sich ein Bild, das noch weiterer Forschung bedarf. Sicher kann eine aktuell unzufriedenstellende psychiatrische Versorgung dieser vulnerablen Gruppe konzediert werden, medizinische Versorgungsangebote sollten deshalb dringend überdacht werden.

#### **4.4 Einflussfaktoren für einen frühen Beginn der Wohnungslosigkeit**

Im vorangegangenen Teil der Arbeit wurde der Einfluss psychischer Erkrankungen auf das Entstehen von Wohnungslosigkeit diskutiert. Je nach Altersgruppe und Lebenssituation können sich jedoch Einflussfaktoren für das Entstehen von Wohnungslosigkeit unterscheiden. Die Studienpopulation war mit durchschnittlich 39,7 Jahren erstmalig wohnungslos. Die Streubreite von 14–64 Jahren bei Beginn der Wohnungslosigkeit zeigt jedoch, dass ein Wohnungsverlust in nahezu jeder Altersgruppe möglich ist, was die bereits erörterte Multikausalität von Wohnungslosigkeit nochmals unterstreicht. In der zweiten Hauptfragestellung wurde die Assoziation bestimmter

thematisch gewählter Faktoren auf das Alter bei Beginn der Wohnungslosigkeit untersucht, um dadurch Einflussfaktoren für einen frühen Beginn der Wohnungslosigkeit zu explorieren.

Als erster Einflussfaktor für einen frühen Beginn der Wohnungslosigkeit konnte eine niedrige Schulbildung identifiziert werden. In Bezug auf den Bildungshintergrund ergibt sich ein klares Bild, das in der Wissenschaft schon lange bekannt ist und sich durch alle relevanten Studien zieht: Wohnungslose Menschen ist im Vergleich zur Normalbevölkerung durch eine überwiegend niedrige Bildungsqualifikation charakterisiert (Neupert und Lotties 2018). In einer Studie in Rheinland-Pfalz wurde gezeigt, dass dabei vor allem in der Gruppe der jungen wohnungslosen Personen (hier definiert als unter 25 Jahre) eine erhöhte Quote an Schulabbrechern ohne Schulabschluss besteht (Frietsch und Holbach 2014). In der Forschung wird deshalb die niedrige Schulbildung als wichtiger Prädiktor und struktureller Faktor für Wohnungslosigkeit betrachtet (Parks et al. 2007; Shelton et al. 2009), die vorliegende psychisch erkrankte Studienpopulation stellt hier keine Ausnahme dar. Wie bereits festgestellt treten psychische Erkrankungen meist schon lange vor Beginn der Wohnungslosigkeit auf, diese können die soziale Entwicklung inklusive geregelter Schulbildung beeinflussen. In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass Wohnungslose ohne Abschluss (-13,2 Jahre) oder mit Hauptschulabschluss (-9,9 Jahre) signifikant früher in die Wohnungslosigkeit eingetreten sind als diejenigen mit Abitur. Diese Ergebnisse bestätigen Untersuchungen in den USA, in denen eine niedrige Schulbildung mit einem früheren Beginn der Wohnungslosigkeit (Iwundu et al. 2020) beziehungsweise mit dem Auftreten von Wohnungslosigkeit an sich (Shelton et al. 2009) assoziiert wurde. Diese vorliegende Analyse zeigt zusätzlich, welchen enormen zeitlichen Einfluss die Schulbildung auf den Beginn der Wohnungslosigkeit hat. Die präventive Rolle der Schulbildung in der Verhinderung von Wohnungslosigkeit wird durch diese Ergebnisse verdeutlicht.

Als weiterer Einflussfaktor für einen frühen Beginn der Wohnungslosigkeit konnte die Diagnosegruppe psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol identifiziert werden, im Folgenden vereinfacht Drogenabhängigkeit genannt. In der Patient\*innengruppe mit Drogenabhängigkeit konnte ein signifikanter, um 6,8 Jahre früherer Beginn der Wohnungslosigkeit gemessen werden. Die Abhängigkeit von Drogen wurde in der hiesigen Wohnungslosenforschung bisher wenig beachtet, da Drogenabhängigkeit unter deutschen Wohnungslosen im

internationalen Vergleich eher unterrepräsentiert zu sein schien. In einer deutschen Metaanalyse wurde etwa von einer circa vierfach erniedrigten Punktprävalenz der Drogenabhängigkeit (13,9%) im Vergleich zur Alkoholabhängigkeit (55,4%) berichtet (Schreiter et al. 2017). Hier flossen jedoch hauptsächlich ältere Studien aus den Neunzigerjahren ein. Aktuellere Untersuchungen, die vorliegende Studie eingeschlossen, konnten sich zunehmend angleichende Prävalenzraten beider Abhängigkeitserkrankungen zeigen, sodass die Drogenabhängigkeit eine steigende Relevanz unter Wohnungslosen in Deutschland zu haben scheint. Der Evaluationsbericht der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen etwa konnte an einer Stichprobe von über 23.000 Wohnungslosen eine Prävalenz von alkoholbedingten Störungen von 7,5%, Opiatgebrauch bedingte Störungen von 4,1% sowie multiple Substanzgebrauch bedingte Störungen von 5,1% feststellen (Kunstmann 2009). Im TAWO-Forschungsprojekt zur Wohnungslosigkeit in Rheinland-Pfalz (Frietsch und Holbach 2014) wurde eine Lifetimeprävalenz von Drogenabhängigkeit von 62% gezeigt. In einer Evaluation der Drogenkonsumräume Berlins (Stöver et al. 2015) stieg die Anzahl und Nutzungsintensität der Klient\*innen, von denen 61% keine eigene Wohnung hatten, im Beobachtungszeitraum von 2012–2014 stark an. Aktuelle Zahlen liegen nicht vor, könnten diesen Trend aber bestätigen. Kombiniert man diese Erkenntnisse mit dem zunehmend sinkenden Durchschnittsalter der Wohnungslosen und der steigenden Anzahl junger Wohnungslosen, die die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. in den letzten Jahren feststellte, kann eine zunehmende Rolle der Drogenabhängigkeit unter jungen Wohnungslosen vermutet werden (Neupert und Lotties 2018). Der hier festgestellte statistisch signifikant frühere Beginn der Wohnungslosigkeit unter Drogenabhängigen, besonders im Vergleich zu den anderen untersuchten psychischen Erkrankungsgruppen, bestätigt diese Verknüpfung und legt nahe, dass die Drogenabhängigkeit großen Einfluss auf die Entstehung von Wohnungslosigkeit in jungen Altersgruppen haben könnte und damit in größeren Einklang mit der eingangs erwähnten *Social-drift-Hypothese* steht als andere psychische Erkrankungen. Gestärkt wird diese These durch die gemessene Häufigkeit in der vorliegenden Studie, die darlegt, dass bei 95,5% der drogenabhängigen Studienpopulation bereits vor Beginn der Wohnungslosigkeit eine Drogenabhängigkeit festgestellt werden konnte, jedoch nur zwei Patient\*innen im Laufe der Wohnungslosigkeit eine Drogenabhängigkeit entwickelten.

Drogenabhängigkeit als Einflussfaktor für die Entstehung von Wohnungslosigkeit ist in der englischsprachigen Literatur bereits an mehreren Studien gut belegt. Schon in den neunziger Jahren wurde im US-amerikanischen Raum die Drogenabhängigkeit mit der ersten Episode der Wohnungslosigkeit der Studienteilnehmer\*innen assoziiert (Johnson et al. 1997). In einer aktuellen, 134 Studien umfassenden Metaanalyse wurde die Drogenabhängigkeit mit einer Odds Ratio von 2,9 mit der Entstehung von Wohnungslosigkeit assoziiert, stärker noch als die anderen untersuchten psychischen Erkrankungen. Die Hälfte der eingeschlossenen Studien wurde dabei in den letzten zehn Jahren publiziert, nur eine der Studien stammt aus Deutschland (Nilsson et al. 2019). Aufgrund des traditionellen Fokus auf Alkoholabhängigkeit in der deutschen Forschungslandschaft finden sich hier nur vereinzelt empirischen Untersuchungen zur Thematik der Drogenabhängigkeit unter Wohnungslosen, insbesondere im Bereich der Sozialarbeitsforschung. Ein Erweitern des wissenschaftlichen Blickpunktes der Wohnungslosenforschung auf die Rolle der Drogenabhängigkeit, insbesondere unter jungen Wohnungslosen, scheint aufgrund vorliegender Ergebnisse, dem Mangel an aktueller Forschung sowie der dargestellten zunehmenden Relevanz notwendig, um auch hier eine bessere Grundlage zur Verbesserung der Hilfsangebote zu bieten.

Ein weiterer Aspekt der Erklärungsansätze zur Entstehung von Wohnungslosigkeit, der in der deutschen Forschung bislang wenig Berücksichtigung fand, ist der Zusammenhang mit unbewältigten, belastenden Lebensereignissen in der Kindheit und Jugend. In der vorliegenden Studie wurde versucht, in den Biographien der Patient\*innen entsprechende Lebensereignisse, die anhand der vorhandenen Literatur definiert wurden, zu explorieren. Circa 65% der Studienpopulation erwähnten ein oder mehrere entsprechende belastende Lebensereignisse, darunter eine Erziehung im Heim (23,1%), psychische Erkrankung der Eltern (21,5%) oder sexuellen Missbrauch (15,4%). In den Primärdatenquellen wurden diese belastende Lebensereignisse, die auch klassische Risikofaktoren für spätere psychische Erkrankungen sind und so auch einen zusätzlichen Einfluss auf die Entstehung von Wohnungslosigkeit haben können, nicht explizit abgefragt. Deshalb wird davon ausgegangen, dass sie bei den Patient\*innen in der Realität noch häufiger vorgekommen sein könnten, als in der Studie berichtet. Die bestehende Literatur zeigt generell noch höhere Raten an belastenden Lebensereignissen und zählen diese zu den beständigsten Prädiktoren für Wohnungslosigkeit (Hyde 2015; Patterson et al. 2015; Song et al. 2018). In Bezug auf die Fragestellung zeigte sich, dass vorhandene belastende Lebensereignisse statistisch

nicht signifikant mit einem früheren Beginn der Wohnungslosigkeit assoziiert sind, jedoch ein Unterschied zugunsten einem früheren Beginn der Wohnungslosigkeit besteht, der stärker ist als der Effekt des Geschlechts oder psychischer Erkrankungen mit Ausnahme der Drogenabhängigkeit. Das könnte darauf hinweisen, dass diese Ereignisse als alleiniger Faktor nicht für einen früheren Beginn der Wohnungslosigkeit ursächlich sind, aber in Kombination mit anderen Faktoren wie psychischen Erkrankungen relevant für die Entstehung von Wohnungslosigkeit sein können. Außerdem scheinen sich belastende Lebensereignisse eher über die gesamte Studienpopulation zu verteilen und nicht nur diejenigen betreffen, die vergleichsweise früh im Leben wohnungslos wurden. Aufgrund der hier sehr groben Analyse wird auf eine weitergehende Diskussion der einzelnen Lebensereignisse im Vergleich zur Literatur verzichtet. Genauere Analysen belastender Lebensereignisse unter Wohnungslosen, auch qualitativer Art, könnten aber auch in Deutschland sicherlich von großem Nutzen für ein besseres Verständnis der in dieser Studie nur angedeuteten Zusammenhänge sein.

Ausgangspunkt der zweiten Fragestellung war der Versuch, verschiedene thematisch gewählte Einflussfaktoren auf das Alter der Patient\*innen bei Beginn der Wohnungslosigkeit explorativ zu analysieren. Es konnten so mehrere Einflussfaktoren identifiziert werden, die eine Subgruppe in der Studienpopulation charakterisieren, die vergleichsweise jung wohnungslos wurden und damit inhaltlich den *youth homeless* in der englischsprachigen Wissenschaft entsprechen, für die es in der deutschen Forschungslandschaft nur uneinheitliche Definitionen gibt. Statistisch signifikant zeigten sich dabei die Faktoren (niedrige) Schulbildung sowie Drogenabhängigkeit. Der Faktor Haftaufenthalte in der Vergangenheit verfehlte nur knapp das Signifikanzniveau, in Anbetracht der vergleichsweise kleinen Stichprobe der Studie ist der Altersunterschied bei Beginn der Wohnungslosigkeit von -5,4 Jahren dennoch bedeutend. Ein Einfluss dieses Faktors auf einen frühen Beginn der Wohnungslosigkeit kann anhand dieses Ergebnisses und auch der Literatur angenommen werden, die Thematik der Inhaftierungen unter Wohnungslosen wird in der nächsten Fragestellung ausführlicher diskutiert. Überträgt man diese Ergebnisse auf die Situation der Wohnungslosen in Deutschland, scheint es auch hier eine Subgruppe wohnungsloser junger Menschen zu geben, für die insbesondere ein früher Ausstieg aus der Schulbildung, Drogenabhängigkeit und eine kriminelle Aktivität ineinandergreifende Schlüsselfaktoren in der Entstehung von Wohnungslosigkeit sind. In der englischsprachigen Literatur wurden derartige Wege in die Wohnungslosigkeit verschiedener Subgruppen bereits

intensiv beforscht (Martin und Sharpe 2006; Piat et al 2015, Shelton et al. 2012), um damit von Wohnungslosigkeit bedrohte Gruppen identifizieren und Hilfsangebote verbessern zu können. In Deutschland liegen vergleichbare Studien nicht vor, derartige Subgruppenanalysen sind in Anbetracht der zunehmenden Diversität und Komplexität der Wohnungslosengruppen jedoch sicher wertvoll.

#### **4.5 Einflussfaktoren für einen langen Verlauf der Wohnungslosigkeit**

Um Strategien zur Verhinderung von Wohnungslosigkeit entwickeln zu können, kann neben der Identifizierung verschiedener Wege in die Wohnungslosigkeit die wissenschaftliche Analyse der Langzeitwohnungslosigkeit ein vielversprechender Ansatz sein. Zur Ergründung der Ursachen dieses Phänomens wurden in dieser Fragestellung verschiedene Faktoren untersucht, die mit einer langen Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit assoziiert sind. Die Gesamtdauer wurde hierbei definiert als die Zeit von Beginn der Wohnungslosigkeit bis zum Ende der Betreuung im Gesundheitszentrum.

Als erster Einflussfaktor konnte der Faktor der Haftaufenthalte identifiziert werden, der anhand der vorhandenen Haftaufenthalte in der Vergangenheit, das heißt vor Erstkontakt der Patient\*innen im Gesundheitszentrum, gemessen wurde. Im englischsprachigen Raum ist dieser Faktor bereits gut dokumentiert. So scheinen wohnungslose und psychisch erkrankte, insbesondere suchterkrankte Personen ein höheres Risiko besitzen, inhaftiert zu werden (Fichter und Quadflieg 1999; Greenberg und Rosenheck 2008) und auch länger inhaftiert zu sein als vergleichbare wohnhafte Insass\*innen (Caton et al. 2005; McNiel et al. 2005). In der bereits erwähnten Metaanalyse war die Inhaftierung mit einer Odds Ratio von 3,6 sogar der am stärksten assoziierte Prädiktor für Wohnungslosigkeit (Nilsson et al. 2019). Im Gegenzug ist weitgehend anerkannt, dass entlassene Häftlinge stark gefährdet sind, wohnungslos zu werden (Couloute 2018), zudem kann die Nichtbeschaffung von adäquatem Wohnraum nach Entlassung zu Wiederaufnahmen ins Gefängnis führen (MacKie 2008). Straffälligkeit und Wohnungslosigkeit können damit in einer komplizierten wechselseitigen Beziehung dargestellt werden, die Forschung in Deutschland konzentrierte sich bislang jedoch meist entweder auf univariate Analysen der Delikte und Strafen (Bäumel et al. 2017; Fichter et al. 1996), der Wohnsituation unter Inhaftierten (Roggenthin und Kerwin 2015) oder der Ursachen von Wohnungslosigkeit durch Gefängnisaufenthalte: Ein nicht zu vernachlässigender Teil der Wohnungslosigkeit wird

durch Haftaufenthalte ausgelöst, immerhin 6,6% im Statistikbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (Neupert und Lotties 2018). 14,6% der Patient\*innen gaben in der vorliegenden Studie den Haftantritt als Ursache der Wohnungslosigkeit an, dies könnte auf eine größere Bedeutung dieser Ursache bei psychisch kranken Wohnungslosen hindeuten. Untermauert wird diese Vermutung in einem Bericht der Drogennutzräume in Berlin, hier waren sogar 16% der wohnungslosen Klient\*innen zuvor inhaftiert (Stöver et al. 2015). Eine weitere Studie untersuchte Einflussfaktoren für einen erfolgreichen Abschluss ambulanter Betreuungen in der Wohnungslosenhilfe in Berlin. Inhaftierungen führten hier zu einer Verringerung der Erfolgsquote um das 2,5-fache, nur 24,5% der Haftentlassenen konnten am Ende der Betreuung in einen abgesicherten Wohnraum vermittelt werden (Dornbach 2016). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie gehen inhaltlich in dieselbe Richtung, im Schnitt waren Patient\*innen mit Haftenerfahrung in der Studienpopulation 2,3 Jahre länger wohnungslos als Patient\*innen, die vor Erstkontakt nicht in Haft waren. Gründe für diese eindrücklichen Ergebnisse liegen vermutlich in der zunehmenden, durch die Lebensumstände der Wohnungslosigkeit bedingten Kriminalisierung, die zu „vorübergehenden Inhaftierungen (z.B. durch Untersuchungshaft oder aufgrund von Ersatzfreiheitsstrafen für unbezahlte Geldstrafen)“ führen (Busch-Geertsema et al. 2019). Nach Entlassung scheint es häufig an der Schnittstelle zwischen den Sozialdiensten der Haftanstalten und den Sozialämtern zu scheitern (Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V. 2015), die im Extremfall zu ungesicherten Entlassungen auf die Straße führen können und den Kreislauf von vorne beginnen lassen. Wie anhand der vorliegenden Studie zu vermuten ist, können diese Kreisläufe sogar zu einer signifikanten Verlängerung der Wohnungslosigkeit führen. Eine intensivere Auseinandersetzung der hiesigen Wohnungslosenforschung mit dieser Problematik scheint dringend angebracht, um Impulse für eine Spezialisierung der Angebote für diese Zielgruppe zu erreichen und den dargestellten Kreislauf zu durchbrechen.

Als zweiter Einflussfaktor für einen langen Verlauf der Wohnungslosigkeit wurde der Faktor psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol identifiziert. Alkoholabhängige Patient\*innen der Studienpopulation waren mit 7,4 Jahren durchschnittlich circa drei Jahre länger wohnungslos als die Vergleichsgruppe. Dieses Ergebnis bestätigt eine Untersuchung aus München, in der alkoholabhängige Wohnungslose mit einer signifikant längeren Dauer der Wohnungslosigkeit assoziiert waren (Fichter und Quadflieg 1999). Die Auswirkung davon wurde in einer longitudinalen



Folgestudie untersucht, die Proband\*innen zeigten nach drei Jahren Beobachtungszeit einen höheren Alkoholkonsum, eine schlechtere Einkommenssituation und eine insgesamt weiter niedrige Rate an absolvierten psychiatrischen Therapien (Fichter und Quadflieg 2003). Ein Wiedererlangen von abgesichertem Wohnraum wird durch diese Faktoren erschwert, metaanalytisch konnte die Alkoholabhängigkeit als Faktor identifiziert werden, der das Verbleiben in der Wohnungslosigkeit mit einer Odds Ratio von 0,8 begünstigte (Nilsson et al. 2019). Bestätigt wird dieser Fakt auch durch die bekannt erhöhten Prävalenzraten der Alkoholabhängigkeit unter wohnungslosen Menschen, die die höchsten aller psychischen Erkrankungen sind (Schreiter et al. 2017). Alkoholabhängige (ehemals) wohnungslose Personen neigen sogar dazu, abgesicherten Wohnraum zu verlieren, wie eine prospektive Interventionsstudie zeigte (Fichter und Quadflieg 2006). Die hier vorliegende signifikante Verlängerung der Wohnungslosigkeit der alkoholabhängigen Patient\*innen ist interessant, da alle anderen psychischen Erkrankungen, einschließlich der Drogenabhängigkeit, keinen signifikanten Einfluss auf die Dauer der Wohnungslosigkeit hatten, diese im Durchschnitt sogar eher verringerten. Dies könnte Hinweise darauf hindeuten, dass alkoholranke Wohnungslose in eine Nische fallen, für die es tendenziell weniger spezialisierte Einrichtungen gibt als für die anderen psychischen Erkrankungen. Die Arbeitsgruppe in München beschrieb die Notwendigkeit solcher spezialisierter Rehabilitationseinrichtungen bereits Ende der neunziger Jahre (Fichter und Quadflieg 1999), die vorliegenden Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass sich diesbezüglich bis heute nicht viel verändert hat. Vielleicht wäre es an der Zeit, vorhandene Dogmen im Bereich der Suchtmedizin und auch Wohnungslosenhilfe zu hinterfragen, die zu oft an einer kompletten Abstinenz von Alkohol orientiert sind, die nicht zeitgemäß und vor allem nicht hilfreich zu sein scheinen.

Als Erweiterung dieser statistischen Analyse der Einflussfaktoren auf einen langen Verlauf der Wohnungslosigkeit wurden in einem zweiten Schritt die Verläufe der Wohn- und Betreuungsbiographien der Patient\*innen, die in den Patient\*innenakten fortlaufend dokumentiert wurden, deskriptiv analysiert. Die Analyse der Verläufe konzentrierte sich dabei auf Gründe der wiederholten Episoden der Obdachlosigkeit, beispielsweise durch eine Entlassung aus einer Klinik zurück auf die Straße. Die Versorgung von Wohnraum für wohnungslose Personen beruht in Deutschland auf einem abgestuften System von Hilfen, die Schritt für Schritt durchlaufen werden müssen, bevor eine finale Wohnung bezogen werden darf (Busch-Geertsema 2011). Abstürze aus diesem Hilfesystem können durch Drehtüreffekte zu einer langfristigen Verstetigung der Wohnungslosigkeit

führen, die als „Folge der Auseinandersetzung Wohnungsloser mit dem Hilfeangebot und seiner Mangelhaftigkeit“ (Ruhstrat 1991) zusammengefasst wurde. Im Gegensatz zum englischsprachigen Raum, in dem die Langzeitwohnungslosigkeit in Form der *chronic* und *episodic homelessness* wissenschaftlich klar definiert ist und beforscht wird, gibt es hierzu in Deutschland aktuell nur vereinzelt empirische Untersuchungen.

In der vorliegenden Studie wurde bei fast allen Patient\*innen (91,1%) im Laufe der Betreuung im Gesundheitszentrum mindestens eine wiederholte Episode der Obdachlosigkeit dokumentiert, die durchschnittliche Anzahl betrug im Schnitt annähernd drei Episoden pro Patient\*in. Durch Anwenden eines linearen Regressionsmodells konnte berechnet werden, dass jede erneute Episode mit einer Verlängerung der Gesamtwohnungslosigkeit um 7,9 Monate assoziiert war. 22,6% der Varianz der Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit ließ sich durch dieses Modell erklären. Diese Daten zeigen eindrücklich, welche zeitlichen Auswirkungen diese wiederholten Episoden in die Obdachlosigkeit auf die Dauer der Wohnungslosigkeit haben und welches Potential ein Verhindern dieser Episoden in der Verhinderung von Langzeitwohnungslosigkeit birgt. Bei der Analyse der Gründe für diese Episoden überraschte, wie einheitlich die genannten Gründe waren. Persönliche Gründe scheinen dabei eine untergeordnete Rolle zu spielen: Nur 3,1% der erhobenen Gründe waren Beziehungsabbrüche. Zum Vergleich: 34,8% der Studienpopulation gaben Beziehungsabbrüche als unmittelbare Ursache der Wohnungslosigkeit an. Der Großteil der weiteren Gründe war hingegen struktureller und institutioneller Natur, was auf Defizite des bestehenden Hilfesystems hindeutet, die abseits individueller Faktoren verantwortlich für wiederholte Episoden der Obdachlosigkeit gemacht werden können. Grob konnten die Gründe dieser Episoden in drei Kategorien eingeteilt werden, die im Folgenden kurz erörtert werden.

Mit 39,5% lagen die Auszüge aus Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (insbesondere Wohnheime oder betreute Wohnformen) an erster Stelle. Dies verdeutlicht, dass die derzeitige Situation in den Wohnungsloseinrichtungen für psychisch kranke Wohnungslose ein Problem darstellt und es an spezialisierten, bedarfsgerechten und qualitativ ausreichenden Wohnformen mangelt. Betrachtet man die Gründe der Auszüge aus den Einrichtungen, konnte unterschieden werden zwischen dem unfreiwilligen Auszug aufgrund von Verstößen gegen die Hausordnung (25,9%) und dem freiwilligen Auszug aufgrund von Unzufriedenheit mit der Einrichtung (13,9%). Bei genauerer Analyse zeigten sich hintergründig besonders zwei Problematiken. Zum einen die generelle Abstinenzorientierung des Hilfesystems, die für suchtkranke Wohnungslose

problematisch zu sein scheint, da diese die Abstinenz oft nicht einhalten können, folglich konsumieren und durch diesen Verstoß gegen die Hausordnung wieder gekündigt werden. Zum anderen können die häufig anzutreffenden Mehrbettzimmer aufgrund fehlender Rückzugsmöglichkeiten zu Auseinandersetzungen zwischen den Bewohnern führen, was über Gewalthandlungen ebenso zu Verstößen gegen die Hausordnung führen kann. In Anbetracht der bereits beschriebenen Subgruppenanalyse könnte es sich hier vor allem um die alkoholkranken Wohnungslosen zu handeln, die derart wieder in die Obdachlosigkeit abstürzen. Die Ergebnisse einer Studie aus München untermauern diese Theorie: Alkoholabhängige Wohnungslose neigten hier signifikant öfter zu wiederholten Episoden der Obdachlosigkeit als die nicht-alkoholabhängige Vergleichsgruppe (Fichter und Quadflieg 1999). An zweiter Stelle der Gründe für wiederholte Episoden der Obdachlosigkeit (35,9%) stand die ungesicherte Entlassung zurück auf die Straße aus einer stationären Therapie in den Kliniken (82,3% aus somatischen Kliniken und 17,7% aus psychiatrischen Kliniken). Die häufigen Entlassungen gegen ärztlichen Rat sind dabei aus Sicht der Krankenhäuser sicherlich oft unvermeidbar, verdeutlichen jedoch die nicht-bedarfsgerechte medizinische Versorgungssituation wohnungsloser psychisch erkrankter Patient\*innen im stationären Alltag. Der hohe Anteil an geplanten Entlassungen in die Obdachlosigkeit, vor allem aus somatischen Kliniken, könnte ein Hinweis darauf sein, dass besonders hier Schnittstellenproblematiken zwischen den Sozialarbeiter\*innen der Kliniken und der Wohnungslosenhilfe bestehen. Aber auch in psychiatrischen Kliniken, in denen wohnungslose Patient\*innen zum Alltag gehören (Schreiter et al. 2017), konnten solche ungesicherten Entlassungen beobachtet werden. Ein Abbau der Schnittstellenproblematiken mittels Verbesserung der administrativen Abläufe könnte aufgrund der hier eindeutig dargestellten Bedeutung ein Baustein in der Verhinderung von Langzeitwohnungslosigkeit sein. An dritter und letzter Stelle standen Haftentlassungen mit 13%, was nochmals die Bedeutung der Problematik der Inhaftierungen im Aufrechterhalten der Langzeitwohnungslosigkeit unterstreicht, die bereits ausreichend diskutiert wurde.

Sicherlich sind diese dargestellten Gründe für wiederholte Episoden der Obdachlosigkeit und ihre quantitativen Verhältnisse aufgrund der methodischen Limitationen nur mit Vorsicht zu interpretieren und gehen bezüglich des Evidenzniveaus nicht über Fallstudien hinaus. Dennoch konnten damit einige Hauptprobleme in der Wiedereingliederung psychisch erkrankter wohnungsloser Menschen aufgezeigt werden,

die allesamt von institutioneller Ausgrenzung geprägt sind und deren Lösungen besondere Herausforderungen an das Hilfesystem stellen. Dass die aktuelle Versorgungssituation dieser vulnerablen Gruppe unzureichend ist, zeigt in der vorliegenden Studie auch die Tatsache, dass nach durchschnittlich fast drei Jahren psychosozialer Betreuung im Gesundheitszentrum nur sechs der 112 untersuchten Patient\*innen den Zustand der Wohnungslosigkeit vorerst mittels unterschriebenen Mietvertrags beenden konnten. Die vorliegenden Ergebnisse geben dabei hilfreiche Hinweise darauf, dass insbesondere alkoholranke und delinquente Wohnungslose Schwierigkeiten haben, einen Ausweg aus der Wohnungslosigkeit zu finden. Die dargestellten Gründe für wiederholte Episoden der Obdachlosigkeit, insbesondere die qualitativ unzureichende Wohneinrichtungen mit kritikwürdigen Verhaltensregeln sowie Übergangsprobleme in gesicherten Wohnraum nach Aufenthalt in institutionellen Einrichtungen wie Krankenhäuser und Haftanstalten, scheinen von großer Bedeutung für ein Chronifizieren von Wohnungslosigkeit zu sein.

## **4.6 Limitationen**

Die Ergebnisse dieser Studie müssen vor dem Hintergrund zahlreicher Limitationen bewertet werden.

### **4.6.1 Studienpopulation**

Neben der allgemeineren Anmerkung, dass die vorliegende Studienpopulation in Berlin lebender wohnungsloser Menschen nur eingeschränkt mit großstädtischen Wohnungslosenpopulationen anderer Länder oder von ländlicheren Gebieten Deutschlands verglichen werden kann, gibt es bezüglich der Studienpopulation noch weitere, spezifischere Limitationen. Aufgrund der fehlenden Dolmetscher im Gesundheitszentrum für Obdachlose konnten nur Daten von Patient\*innen in die Auswertung eingeschlossen werden, die über ausreichende Deutschkenntnisse für die ausführlichen Anamnese- und Beratungsgespräche verfügten, so dass eine entsprechende Dokumentation entstehen konnte. Dies führte zu einer Verringerung der Repräsentativität der Studienpopulation bezüglich der Nationalitäten beziehungsweise der kulturellen Hintergründe. Die Studienpopulation ist bei einer Rate von 95,5% an deutschen Staatsbürger\*innen deshalb nur für deutsche Wohnungslose repräsentativ, Aussagen über nicht-deutsche Wohnungslose können somit nur mit großer Vorsicht getroffen werden. Trotz steigender Anzahl wohnungsloser Ausländer (Neupert und

Lotties 2018), allen voran EU-Bürger\*innen und geflüchteten Menschen, bleibt diese Subgruppe damit wenig beforscht.

Angesichts der relativen kleinen Stichprobe ist eine weitere Unterteilung der Studienpopulation ebenso nicht sinnvoll, diese Studie kann deshalb über in der deutschen Forschung bislang unterrepräsentierte Gruppen wie wohnungslosen Frauen keine validen Aussagen treffen. Mit obiger Einschränkung kann die Studienpopulation aufgrund des Rekrutierungsorts dennoch als sehr vielfältig beschrieben werden (siehe Kapitel 4.2), jedoch sind weiterhin gewisse Selektionsbias denkbar. So wurden nur Patient\*innen eingeschlossen, die psychisch stabil genug waren, um mindestens ein Anamnesegespräch bei Aufnahme sowie ein Anamnesegespräch mit der Psychologin durchstehen zu können. Akut psychotische Patient\*innen könnten deshalb in der Studie unterrepräsentiert sein, gut führbare Patient\*innen hingegen überrepräsentiert. In ähnlicher Hinsicht könnte die Studienpopulation eine Selektion der wohnungslosen Patient\*innen sein, die grundsätzlich motiviert für Veränderung ihrer Situation waren und deshalb ein Gespräch mit der Psychologin suchten; die Daten von zurückgezogenen und distanzierten psychisch Erkrankten konnten selbst in diesem Studiendesign, das nicht auf einer aktiven Mitarbeit beruht, nicht eingeschlossen werden.

#### **4.6.2 Studiendesign**

Die Entscheidung für eine Sekundärdatenanalyse der Patient\*innenakten brachte mehrere Limitationen mit sich. So erlaubte dieses Studiendesign keine nicht-wohnungslose Kontrollgruppe, die durchgeführten Analysen mussten so auf einem explorativen Niveau bleiben, Kausalitäten konnten nicht bewiesen werden. Innerhalb dieser explorativen Analyse war es nicht möglich, Einfluss auf die Art und Qualität der Daten zu nehmen. So konnte beispielsweise die Analyse der belastenden Lebensereignisse in Kindheit und Jugend der Patient\*innen (siehe Kapitel 4.4) nur ansatzweise durchgeführt werden, da diese nicht standardisiert in den Anamnesegesprächen abgefragt worden waren. Aus denselben Gründen konnten psychologische Effekte wie Antworttendenzen nicht genauer untersucht und interpretiert werden. Trotz gleicher Einschlusskriterien unterschied sich der Umfang der Patient\*innenakten teils enorm, was zu großen Streubreiten der einzelnen Variablen und einer Verwässerung der Mittelwerte führte. Auch innerhalb der einzelnen Patient\*innenakten, insbesondere in den Verläufen der Wohn- und Betreuungssituation und von der Psychologin durchgeführten biographischen Anamnesen, kam es oft zu

Zensuren: Nicht alle Veränderungen, die tatsächlich stattgefunden haben, konnten auch abgebildet werden. Insbesondere die Analyse dieser Verläufe blieb deshalb auf einem schwachen Evidenzniveau. Die Rechtszensierung des Studiendesigns führte in der Gesamtschau zu einer Unterschätzung der Betreuungsdauer und somit der Gesamtdauer der Wohnungslosigkeit, was die Validität der Ergebnisse der dritten Fragestellung verringerte.

#### **4.6.3 Interne Datenvalidität**

Sowohl die Daten, die auf Aussagen der Patient\*innen beruhen, als auch die Daten, die vom Personal des Gesundheitszentrums erhoben wurden, sind problembehaftet. Die interne Validität der Informationen der psychisch erkrankten Patient\*innen, die bei der Anamnese etwa akut psychotisch oder akut intoxikiert sein konnten, müssen kritisch betrachtet werden. Divergente Angaben der Patient\*innen in den verschiedenen Primärdatenquellen, etwa zu biographischen Ereignissen, führten zudem mitunter ebenso zu internen Validitätsproblemen. Diesbezüglich konnte mittels erstellter SOP nur versucht werden, der Wahrheit so nahe wie möglich zu kommen. Die interne Validität der Daten, die von den Mitarbeiter\*innen des Gesundheitszentrums erhoben wurden, wurde ebenso durch verschiedene Faktoren geschmälert. So erfolgte die Dokumentation der medizinischen Primärdatenquellen von verschieden ausgebildetem Personal in unterschiedlicher Qualität, etwa Medizinstudent\*innen, Pflegekräften, Fachärzt\*innen oder Sozialarbeiter\*innen. Deren angewendete Definitionen der einzelnen Variablen, beispielsweise des diffizilen Begriffs der Wohnungslosigkeit (siehe Kapitel 1.1), konnten sich je nach Kenntnisstand unterscheiden.

Insbesondere die Art der Diagnosestellung der psychischen Erkrankungen ist essenziell für die Interpretation der wichtigsten Ergebnisse dieser Studie, diese war jedoch aufgrund des Studiendesigns nicht standardisiert möglich. Je nach Untersucher\*in unterschied sich deshalb die Diagnosestellung in ihrer Sensitivität: In die Studie eingeflossen sind etwa Diagnosen im klinisch-stationären Setting, Verdachtsdiagnosen der Diplom-Psychologin mit langjähriger Erfahrung nach ausführlichem Anamnesegespräch sowie Verdachtsdiagnosen von nicht psychiatrisch-geschulten medizinischen Personal. Zur Einschätzung der Sensitivität wurde deshalb die Variable der Sicherheit der Diagnosen eingeführt (siehe Kapitel 2.7.2). Es zeigte sich hier insbesondere für Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und affektive Störungen eine hohe Rate an unsicheren Diagnosen, vermutlich weil diese Erkrankungsgruppen gerade

in Bezug auf die Lebenssituation der Wohnungslosigkeit nur erschwert sicher zu erheben sind, verstärkt noch durch das ambulante Setting des Gesundheitszentrums, welches immer nur punktuelle Begegnungen ermöglicht. Aus gleichem Grund konnten die Diagnosen der Suchterkrankungen in dieser Studie wohl als sicherer eingeordnet werden, die Diagnosefindung ist hier leichter. Diese Aspekte spielen eine nicht zu unterschätzende Rolle bezüglich der Validität der Ergebnisse; insbesondere in den Ergebnissen der ersten Fragestellung. Aufgrund der oft unsicheren Diagnosen wurde konsequenterweise nur eine grobe Einteilung der psychiatrischen Erkrankungen in ICD-10-Gruppen durchgeführt; eine kleinteiligere Unterscheidung, zum Beispiel zwischen den einzelnen affektiven Störungen oder zwischen den einzelnen Drogenabhängigkeitserkrankungen, war aufgrund der dargelegten Limitation nicht sinnvoll. Die Studie muss daher auch diesbezüglich in ihren Aussagen auf einer explorativen Ebene bleiben, die in weiteren Studien nachgeprüft werden müssten.

#### **4.7 Ableitungen und Ausblick**

Abschließend kann festgehalten werden, dass trotz dieser aufgeführten Limitationen das grundsätzliche, vorformulierte Ziel der vorliegenden Studie erreicht wurde. Durch die Methodik der Sekundärdatenanalyse konnten belastbare Ergebnisse an einer generalisierbaren Gruppe wohnungsloser Patient\*innen auf eine kosteneffiziente Art und Weise erzielt werden. Durch die Unabhängigkeit von der Patient\*innenmitarbeit konnte eine verhältnismäßig lange longitudinale Beobachtungsdauer erreicht werden, die durch eine retrospektive Befragung in vergleichbarem Detail nicht realistisch gewesen wäre. Die durchgeführten multivariaten Analysen gehen dabei über einen rein querschnittlichen Ansatz hinaus. Die Durchführung einer prospektiven Studie wurde in der Planungsphase der Studie verworfen, da die Rekrutierung und Nachverfolgung insbesondere psychisch erkrankter wohnungsloser Personen sehr komplex ist (Strehlau et al. 2017) und die zeitlichen, personellen und finanziellen Möglichkeiten dieser Arbeit überschritten hätten. Als Resultat der Studie konnten wichtige versorgungsrelevante Aspekte psychisch erkrankter wohnungsloser Menschen herausgearbeitet werden. Dabei wurden aus der englischsprachigen Forschung bereits bekannte Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit für Deutschland bestätigt, anschließend mit den Funktionsdefiziten des Hilfesystems in Zusammenhang gebracht. Insbesondere die durchgeführte Verlaufsbeobachtung der medizinischen und sozialen

Versorgung über mehrere Jahre konnte wertvolle Hinweise auf die hiesige Versorgungsrealität der letzten Jahre geben. Es zeigte sich, dass diesbezüglich eines der übergeordneten Leitsätze der Berliner Wohnungslosenpolitik, nämlich bei eingetretener Wohnungslosigkeit diese so kurz wie möglich zu halten, nicht annähernd umgesetzt werden konnte. Die aktuellen Leitlinien der Wohnungsnotfallhilfe und Wohnungslosenpolitik des Berliner Senats, in denen diese „Leitsätze des staatlichen Handelns“ (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2019) erörtert werden, stellt ein Maßnahmenkatalog dar, in dem viele Strategien zur zukünftigen Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter wohnungsloser Menschen bereits genauer integriert sind. Im Folgenden sollen vor dem Hintergrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie diese Lösungsstrategien kurz angerissen und konkretisierende Erweiterungsvorschläge aufgezeigt werden.

Die Verhinderung von Wohnraumverlust wird in den Leitlinien als zentraler Aspekt bezeichnet. Durch ein Präventionssystem soll mittels vermehrter aufsuchender Arbeit und Kontaktaufnahme von Wohnungslosigkeit bedrohter Gruppen sowie einer verbesserten Vernetzung der verschiedenen Akteure Wohnungslosigkeit bereits vor Beginn verhindert werden. Die Erkenntnis, dass ein Großteil der psychischen Erkrankungen wohnungsloser Personen bereits vor Eintreten der Wohnungslosigkeit beginnt, spricht hier besonders für die Notwendigkeit einer verbesserten Kooperation zwischen den sozialpsychiatrischen Diensten und der Wohnungsnotfallhilfe. Die Etablierung weiterer, niedrighschwelliger und professioneller Hilfsangebote für junge Menschen in psychischen Krisen könnte zur Verhinderung von Wohnraumverlust zusätzlich hilfreich sein. Die Studie zeigt, dass vor allem Drogenabhängigkeit und belastende Lebensereignisse in der Kindheit wichtige Faktoren in der Entstehung von Wohnungslosigkeit unter jungen Menschen sind, die Drogenabhängigkeit dabei zunehmend relevant ist und deshalb eine besondere Berücksichtigung bei diesen Hilfsangeboten finden muss. Des Weiteren könnte der Einsatz eines bereichsübergreifenden Fallmanagements für psychisch erkrankte und von Wohnungslosigkeit bedrohte Gruppen, deren Situation oftmals von einer Vielzahl komplexer sozialer, medizinischer und auch struktureller Prozesse geprägt ist, ein vielversprechender Ansatz sein (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2018).

Auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung bereits wohnungsloser Personen soll laut Leitlinien eine Entwicklung niedrighschwelliger und aufsuchender Hilfen



angestrebt werden, diese bleiben jedoch in den Ausführungen des Senats relativ vage. Aufgrund der in der Einleitung beschriebenen vielfältigen Zugangsbarrieren zum Hilfesystem, die psychiatrisch erkrankte Wohnungslose erleben, könnten umfassende psychiatrische Angebote sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Wohnungslosenhilfe hilfreich sein, um die mit der Studie festgestellte zunehmende psychische Verschlechterung entgegenzuwirken. Aufgrund der weiterhin hohen Bedeutung der Substanzmittelabhängigkeiten unter Wohnungslosen sollte die Suchtversorgung und Suchtprävention unter diesen Angeboten einen hohen Stellenwert haben. Da die vorliegende Studie nachweisen konnte, dass besonders alkoholabhängige Wohnungslose zur Langzeitwohnungslosigkeit neigen, könnten hierauf zugeschnittene Hilfsangebote eine Verbesserung in der Versorgung dieser Gruppe bringen. Die Einbeziehung von zieloffener Suchtarbeit beispielsweise, die in anderen deutschen Städten im Bereich der Wohnungslosenhilfe bereits etabliert ist (Schuchmann 2012), könnte auch in Berlin wertvoll sein. Eine Diskussion um die Notwendigkeit einer Abstinenz von Alkohol und Drogen im Bereich der Unterbringungen der Wohnungslosenhilfe könnte zudem für Verbesserungen der Wohnsituation sorgen, ein wichtiger Grund für Rückfälle in die Obdachlosigkeit scheinen den Ergebnissen der Studie zufolge Hausverbote aufgrund von Verstößen gegen die Abstinenz zu sein. Eine weiterführende Integration des suchtmittelakzeptierenden *Housing first*-Konzepts, wie in den Leitlinien dargestellt, ist sicherlich nicht nur in dieser Hinsicht aussichtsvoll.

Das Thema Inhaftierungen unter Wohnungslosen wird in den Leitlinien nur angeschnitten: Von einer geplanten Verzahnung der Straffälligenhilfe mit der Wohnungslosenhilfe wird berichtet, junge Haftentlassene werden als besonders von Wohnungslosigkeit bedrohte Gruppe akzeptiert. Dass sich die Politik jedoch noch intensiver mit dieser Problematik auseinandersetzen sollte, zeigen die vorliegenden Ergebnisse eindrücklich, in denen die Inhaftierung als konstanter Faktor in den untersuchten Fragestellungen aufgedeckt wurde. Die Wohnungslosienpolitik muss sich deshalb einerseits bemühen, Wohnungslosigkeit unter Straffälligen zu verhindern. Dies könnte durch ein verbessertes Entlassmanagement erreicht werden; Entlassungen in die Wohnungslosigkeit, sowohl aus der Haft als auch aus den Kliniken, scheinen ein gewöhnlicher Vorgang zu sein, der langfristig jedoch Wohnungslosigkeit chronifizieren kann, wie die Studie demonstriert. Zum anderen wäre es höchst wirksam für das Verhindern dieser dauerhaften Wohnungslosigkeit, kriminelle Aktivitäten unter wohnungslosen Menschen so gut wie möglich zu verringern. Eine Abschaffung der sozial

fragwürdigen Ersatzfreiheitsstrafen (§43 StGB) für diese Gruppe, zumindest wegen Nichtigkeiten wie das Fahren im öffentlichen Personennahverkehr ohne Fahrschein, wäre für diese Entkriminalisierung beispielsweise ein probates und politisch einfach umzusetzendes Mittel, wie die kurzfristige Abschaffung im Zuge der COVID-19-Pandemie bereits gezeigt hat (Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung 2021).

Jegliche Umsetzungen dieser geplanten und vorgeschlagenen Lösungsstrategien sollten dabei sicherlich auf aktuellen Forschungsergebnissen im Bereich der Medizin und Sozialwissenschaften basieren und anschließend wissenschaftlich begleitet werden. Zur Deckung dieses hohen Forschungsbedarfs sind jedoch innovative Forschungsansätze notwendig, die die zahlreichen Limitationen in der Wohnungslosenforschung überwinden können und die in Deutschland bisher unverhältnismäßig selten sind. Es fehlt etwa weiterhin an tiefergehenden Subgruppenanalysen innerhalb der vielfältigen Wohnungslosenpopulation, die die jeweiligen Zugänge in die Wohnungslosigkeit sowie unterschiedlichen Nutzungsverhalten und -barrieren im Hilffsystem untersuchen. Prospektive Studien oder retrospektive Erhebungen an größeren Wohnungslosenpopulationen könnten hierfür nützlich sein. Weitergehende Verlaufsbeobachtungen im Bereich der Schnittstellen verschiedener Institutionen und Hilffsysteme wären zudem wertvoll, um diese problematischen Übergangsphasen genauer zu analysieren, um damit die Notwendigkeit struktureller Veränderungen aufzeigen zu können. Weiterhin mangelt es in Deutschland an Studien, die sich auf Faktoren für das erfolgreiche Beenden der Wohnungslosigkeit auf individueller Ebene konzentrieren, diese könnten anschließend Grundlage für weitere, interventionsbasierte Studien sein.

Zusammengefasst stellt die weiterhin ungelöste Problemlage der psychisch erkrankten wohnungslosen Menschen eine komplexe Herausforderung für Betroffene, im Hilffsystem tätige Personen, Politik und Wissenschaft dar. Die gegenwärtigen Antworten auf die Unterversorgung dieser vulnerablen Gruppe, die in dieser Studie aufgezeigt werden konnte, reichen dabei weder qualitativ noch quantitativ aus. Es wird sich zeigen, ob die kommenden Konkretisierungen der aktuellen Leitlinien der Wohnungsnotfallhilfe und Wohnungslosenpolitik des Berliner Senats, auf deren Grundlage Senatorin Breitenbach bereits einen „Masterplan“ zur Beendigung der Obdachlosigkeit in Berlin bis zum Jahr 2030 aufgerufen hat (Breitenbach und Fischer 2021), zu einer Verbesserung

führen werden. Gewiss scheint, dass dieses ehrgeizige Ziel nur durch enge Zusammenarbeit aller Akteure bewältigt werden kann.

## 5 Literaturverzeichnis

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2019) Jahrbuch. Berliner Wissenschafts-Verlag GmbH, Berlin.
- Bäuml, J., Brönner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G. und Jahn, T. (2017) Die SEEWOLF-Studie. Lambertus-Verlag, Berlin.
- Bauer, T. (2012) Medizinische und soziodemographische Charakteristika der Patienten des Berliner Gesundheitszentrums für Obdachlose. Dissertation, Charité – Universitätsmedizin, Berlin.
- Breitenbach, E. und Fischer, A. (2021) So könnte Berlin Obdachlosigkeit bis 2030 beenden. Der Tagesspiegel, Berlin, 9. Januar 2021.
- Brugha, T. S. (1995) Social support and psychiatric disorder: Overview of evidence. In: Brugha T. S., ed. Social support and psychiatric disorder: Research findings and guidelines for clinical practice. University Press, Cambridge, 1–40.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V. (2015) Informationsdienst Straffälligenhilfe. Schwerpunktthema Wohnungslosigkeit & Straffälligenhilfe, 23. Jahrgang, Heft 1, Bonn.
- Busch-Geertsema, V. (2011) "Housing First", ein vielversprechender Ansatz zur Überwindung von Wohnungslosigkeit. In: Widersprüche: Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, 31(121), 39–54.
- Busch-Geertsema, V., Henke, J. und Steffen A. (2019) Entstehung, Verlauf und Struktur von Wohnungslosigkeit und Strategien zu ihrer Vermeidung und Behebung. Ergebnisbericht. Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e. V., Bremen.
- Campbell, D. J., O'Neill, B. G., Gibson, K. and Thurston, W. E. (2015) Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. BMC Fam Pract, 16, 139.
- Castellow, J., Kloos, B. and Townley, G. (2015) Previous Homelessness as a Risk Factor for Recovery from Serious Mental Illnesses. Community Ment Health J, 51, 674–684.
- Caton C. L., Dominguez B., Schanzer B., Hasin D.S., Shrout P.E., Felix A., McQuiston H., Opler L.A., Hsu, E. (2005) Risk factors for long-term homelessness: findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. Am J Public Health, 95(10), 1753–1759.
- Cohen, J. (1988) Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Routledge Academic, New York.
- Couloute, L. (2018) Nowhere to go: Homelessness among formerly incarcerated people. Prison Policy Initiative, Northampton.
- Craig, T. K. J. and Hodson, S. (1998) Homeless youth in London: I. Childhood antecedents and psychiatric disorder. Psychol Med, 28(6), 1379–1388.
- Craig, T. K. J. and Hodson, S. (2000) Homeless youth in London: II. Accommodation, employment and health outcomes at 1 year. Psychol Med, 30(1), 187–194.

- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2018) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Aufl., AWMF online, Berlin.
- Dornbach, S. (2016) Erfolgsfaktoren in der Betreuung von Wohnungslosen: zum Input-Einfluss auf den Abschluss von ambulanten Betreuungen. *Wohnungslos: Aktuelles aus Theorie und Praxis zur Armut und Wohnungslosigkeit*, 4, 1–13.
- Ensign, J. (2003) Ethical issues in qualitative health research with homeless youths. *Adv Nurse*, 43, 43–50.
- Europäisches Parlament (2020) EU soll Obdachlosigkeit bis 2030 beseitigen. Pressemitteilung, Generaldirektion Kommunikation Europäisches Parlament, Brüssel, 24. November 2020.
- European Federation Of National Associations Working With The Homeless (2005) ETHOS – Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung. Brüssel.
- Fazel, S., Geddes, J. R. and Kushel, M. (2014) The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, 384(9953), 1529–1540.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., Geddes, J. (2008) The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*, 5(12), e225.
- Fichter, M. M., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Koegel, P., Quadflieg N., Wittchen H. U., Wölz, J. (1996) Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 246(4), 185–196.
- Fichter, M. M. and Quadflieg, N. (1999) Alcoholism in homeless men in the mid-nineties: results from the Bavarian Public Health Study on homelessness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249, 34–44.
- Fichter, M. M. and Quadflieg, N. (2003) Course of alcoholism in homeless men in Munich, Germany: results from a prospective longitudinal study based on a representative sample. *Subst Use Misuse*, 38(3-6), 395-427.
- Fichter, M. M. and Quadflieg, N. (2005) Three year course and outcome of mental illness in homeless men. A prospective longitudinal study based on a representative sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255, 111–120.
- Fichter, M. M. and Quadflieg, N. (2006) Intervention effects of supplying homeless individuals with permanent housing: a 3-year prospective study. *Acta Psychiatr Scand*, 113, 36–40.
- Frietsch, R. und Holbach, D. (2014) TAWO – Forschungsprojekt zur psychosozialen und gesundheitlichen Situation von Wohnungslosen in Rheinland-Pfalz. Datenauszug, Präsentation im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz, 3. Juni 2014.
- Greenberg, G. A. and Rosenheck, R. A. (2008) Jail incarceration, homelessness, and mental health: a national study. *Psychiatr Serv*, 59(2), 170-177.

- Hodgson, K. J., Shelton, K. H., van den Bree, M. B. and Los, F. J. (2013) Psychopathology in young people experiencing homelessness: a systematic review. *American journal of public health*, 103(6), e24–e37.
- Holtmannspötter, H. (2002) Von „Obdachlosen“, „Wohnungslosen“ und „Nichtsesshaften“. In: Nouvertné, K., Wessel, T., und Zechert, C. (Hrsg.): *Obdachlos und psychisch krank*, S. 17–27. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Hwang, S. W., Chambers, C., Chiu, S., Katic, M., Kiss, A., Redelmeier, D. A. and Levinson, W. (2013) A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *Am J Public Health*, 103, 294–301.
- Hyde, J. (2005) From home to street: understanding young people's transitions into homelessness. *J Adolesc*, 28(2), 171-183.
- Iwundu, C. N., Chen, T. A., Edereka-Great, K., Businelle, M.S., Kendzor, D.E. and Reitzel, L.R. (2020) Mental Illness and Youth-Onset Homelessness: A Retrospective Study among Adults Experiencing Homelessness. *Int J Environ Res Public Health*, 10, 17(22), 8295.
- Johnson, T. P., Freels, S. A., Parsons, J. A. and Vangeest, J. B. (1997) Substance abuse and homelessness: social selection or social adaptation? *Addiction*, 92(4), 437–445.
- Kaduskiewicz, H., Bochon, B., van den Bussche, H., Hansmann-Wiest, J. and van der Leeden C. (2017) The medical treatment of homeless people. *Dtsch Arztebl Int*, 114, 673–679.
- Kertesz, S. G., Larson, M. J., Horton, N. J., Winter, M., Saitz, R. and Samet, J. H. (2005) Homeless Chronicity and Health-Related Quality of Life Trajectories Among Adults With Addictions. *Medical Care*, Volume 43, Issue 6, 574–585.
- Kim, M. M., Swinson, W., Schwartz, M., Bradford, D., Mustillo, S. and Elbogen, E. (2007) Healthcare Barriers among Severely Mentally Ill Homeless Adults: Evidence from the Five-site Health and Risk Study. *Administration and policy in mental health*, 4 (34), 364–375.
- Koegel, P. and Burnam, M. A. (1987) The epidemiology of alcohol abuse and dependence among homeless individuals: Findings from the inner city of Los Angeles. University of California, Los Angeles.
- Koegel, P., Burnam M. A. and Farr, R. K. (1988) The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry*, 45(12), 1085–1092.
- König, W. und Lüttinger, P. (1988) Die Entwicklung einer international vergleichbaren Klassifikation für Bildungssysteme. *ZUMA Nachrichten*, 12(22), 1–14.
- Krausz, R.M., Strehlau, V. und Schuetz, C. (2016) Obdachlos, mittellos, hoffnungslos – Substanzkonsum, psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit: ein Forschungsbericht aus den USA und Kanada. *Suchttherapie*, 17(03), 131–136.
- Kunstmann, W. (2009) Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen. Evaluation des Umsetzungskonzeptes. Abschlussbericht, Münster.
- Kunstmann, W. und Becker, H. (1998) Methodische Probleme der Erhebung psychiatrischer Krankheitsprävalenzen unter Wohnungslosen. *Wohnungslos*, 3, 106–111.

- Kunstmann, W., Gerling, S. und Becker, H. (1996): Medizinische Versorgungsprojekte für Wohnungslose - Ursachen und Konzepte. *Wohnungslos*, 38, S. 103–112.
- Längle, G., Egerter, B., Albrecht, F., Petrasch, M. and Buchkremer, G. (2005) Prevalence of mental illness among homeless men in the community: approach to a full census in a southern German university town. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 382–390.
- Lange, C., Boczor, S., Rakebrandt, A., Posselt, T., Scherer, M und Kaduszkiewicz, H. (2015) Evaluation der Schwerpunktpraxen für Wohnungslose in Hamburg. Abschlussbericht, Hamburg.
- Latkin, C. A. and Curry, A. D. (2003) Stressful neighborhoods and depression: a prospective study of the impact of neighborhood disorder. *J Health Soc Behav*, 44(1), 34–44.
- Lenhard, W. und Lenhard, A. (2016) Berechnung von Effektstärken. <http://www.psychometrica.de/effektstaerke.html> Accessed June 7<sup>th</sup>, 2021
- Lowens, S., Kellinghaus, C., Eikemann, B. und Reker, T. (2000) Wohnungslose Männer in stationär psychiatrischer Behandlung - Eine kontrollierte Studie. Teil 2: Behandlungseffekte. *Psychiatr Prax*, 27(1), 24–27.
- Lutz, R. (2017) Wohnungslosigkeit als extreme Form sozialer Erschöpfung. *Soziale Psychiatrie*, Heft 1, 8–11, Köln.
- Mabhala, M. A., Yohannes, A. and Griffith, M. (2017) Social conditions of becoming homelessness: qualitative analysis of life stories of homeless peoples. *Int J Equity Health* 22, 16(1), 150.
- Martijn, C. and Sharpe, L. (2006) Pathways to youth homelessness. *Soc Sci Med*, 62(1), 1-12.
- McNiel, D. E., Binder, R. L. and Robinson, J. C. (2005) Incarceration associated with homelessness, mental disorder, and co-occurring substance abuse. *Psychiatr Serv*, 56(7), 840–846.
- Mackie, P. K. (2008) This time round: exploring the effectiveness of current interventions in the housing of homeless prisoners released to Wales. Project Report. Shelter Cymru, Swansea.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Koegel, P., Sanz J. and Burnam M. A. (1998) Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (USA). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33, 514–520.
- Neupert, P. und Lotties, S. (2018) Statistikbericht für das Jahr 2018. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., Berlin.
- Nilsson, S. F., Hjorthøj C. R., Erlangsen, A. and Nordentoft, M. (2011) Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet*, 25, 377(9784), 2205–2214.
- Nilsson, S. F., Nordentoft, M. and Hjorthøj, C. (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., Pollio, D. E., Smith, E. M. and Spitznagel, E. L. (1998) Correlates of early onset and chronicity of homelessness in a large urban homeless population. *J Nerv Ment Dis*, 186, 393–400
- O'Carroll, A. and Wainwright, D. (2019) Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. *Int J Equity Health*, 18, 113.
- Patterson, M. L., Moniruzzaman, A., and Somers, J. M. (2015) History of foster care among homeless adults with mental illness in Vancouver, British Columbia: a precursor to trajectories of risk. *BMC psychiatry*, 15, 32.
- Perry, M. J. (1996) The relationship between social class and mental disorder. *J Primary Prevent*, 17, 17–30.
- Piat, M., Polvere, L., Kirst, M., Voronka, J., Zabkiewicz, D., Plante, M.-C., Isaak, C., Nolin, D., Nelson, G. and Goering, K. (2015) Pathways into homelessness: Understanding how both individual and structural factors contribute to and sustain homelessness in Canada. *Urban Studies*, 52(13), 2366–2382.
- Ratzka, M. (2012) Wohnungslosigkeit. In: Albrecht/Grönemeyer (Hrsg.) *Handbuch soziale Probleme*, Wiesbaden.
- Riedner, L. und Haj-Ahmad, M.-T. (2020) Bedarfsanalyse wohnungsloser EU-Bürger\_innen – unter Berücksichtigung der besonderen Situation von Rom\_nja in Frankfurt am Main. Amt für multikulturelle Angelegenheiten (Hrsg.), Frankfurt am Main.
- Roca, P., Panadero, S., Rodríguez-Moreno, S., Martín, R. M. and Vázquez, J. J. (2019). The revolving door to homelessness. The influence of health, alcohol consumption and stressful life events on the number of episodes of homelessness. *Anales de Psicología*, 35(2), 175–180.
- Rössler, W., Salize, H. J. und Biechele, U. (1994) Psychisch kranke Wohnsitzlose - die vergessene Minderheit. *Psychiatr Prax*, 21, 173–178.
- Roggenthin, K. und Kerwien, E.-V. (2014) Projektbericht Lebens- und Problemlagen straffällig gewordener Menschen und ihrer Angehöriger. In: BAG-S Informationsdienst Straffälligenhilfe, 22. Jg., Heft 2, 11–15.
- Ruhstrat, E.-U., Burwitz H., Derivaux J.-C. und Oldigs, B. (1991) Ohne Arbeit keine Wohnung, ohne Wohnung keine Arbeit! Entstehung und Verlauf von Wohnungslosigkeit. Evangelischer Fachverband Wohnung und Existenzsicherung, Bielefeld.
- Runder Tisch (2016) Medizinische und zahnärztliche Versorgung in Berlin. Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V (Hrsg.), Berlin.
- Salavera, C., Tricas, J. M. and Lucha, O. (2013) Personality disorders and treatment drop out in the homeless. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 379–387.
- Salize, H. J., Dillmann-Lange C. und Kentner-Figura B. (2003) Alkoholabhängigkeit und somatische Komorbidität bei alleinstehenden Wohnungslosen. *Sucht Aktuell*, 10, 52–57.
- Salize, H.J., Dillmann-Lange, C., Kentner-Figura, B. und Reinhard, I. (2006) Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung. *Nervenarzt*, 77, 1345–1354.



- Schindel, D., Kleyer, C. und Schenk, L. (2020) Somatische Erkrankungen Wohnungsloser in Deutschland. Ein narratives Literaturreview der Jahre 2009–2019. Bundesgesundheitsbl, 63, 1189–1202.
- Schreiter, S., Bempohl, F., Krausz, M., Leucht, S., Rössler, W., Schouler-Ocak, M. and Gutwinski, S. (2017) The prevalence of mental illness in homeless people in Germany—a systematic review and meta-analysis. Dtsch Arztebl Int, 114, 665–672.
- Schreiter, S., Heidrich, S., Zulauf, J., Saathoff, U., Brückner, A., Majic, T., Rössler, W., Schouler-Ocak, M., Krausz, M. R., Bempohl, F., Bäuml, J. and Gutwinski, S. (2019) Housing situation and healthcare for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany: a cross-sectional patient survey. BMJ Open, 9, e032576.
- Schuchmann, A. (2012) Umgang mit Alkohol im stationären Setting. In: T. Sprech (Hrsg.): Armut, Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit in Deutschland. Materialien zur Wohnungslosenhilfe, Heft 62, 349–362). BAGW-Verlag, Bielefeld.
- Selbstvertretung wohnungsloser Menschen (2020) Aufruf zur Kundgebung. <http://www.wohnungslosentreffen.de/blog/208-2020-02-29-aufruf-zur-kundgebung-in-berlin.html> Accessed January 18<sup>th</sup>, 2021.
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (2019) Leitlinien der Wohnungsnotfallhilfe und Wohnungslosenpolitik. 3. September 2019, Berlin.
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (2020) Die „Nacht der Solidarität“: Erste Ergebnisse. Pressekonferenz, 7. Februar 2020, Berlin.
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (2020) Internetauftritt „Nacht der Solidarität“. <https://www.berlin.de/nacht-der-solidaritaet/mitmachen/> Accessed January 18<sup>th</sup>, 2021.
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (2020) Im „Integrierten Sozialprogramm (ISP)“ verankerte Maßnahmen im Bereich der Wohnungslosen- und Obdachlosenhilfe. 51. Sitzung des Abgeordnetenhauses, Drucksache Nr. 18/2400 (B.77), 12. Dezember 2019, Berlin.
- Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung (2021) Informationen zu Corona, Stand: 5. März 2021. <https://www.berlin.de/sen/justva/presse/informationen-zu-corona/> Accessed March 6<sup>th</sup>, 2021.
- Shelton, K. H., Mackie, P., van den Bree, M., Taylor, P. J., and Evans, S. (2012) Opening doors for all American youth? Evidence for federal homelessness policy. Housing Policy Debate, 22, 483–504.
- Shelton, K. H., Taylor, P. J., Bonner, A. and van den Bree, M. (2009) Risk factors for homelessness: evidence from a population-based study. Psychiatr Serv, 60(4), 465–472.
- Song, M. J., Nikoo, M., Choi F., Schütz, C., Jang, K. and Krausz, R. M. (2018) Childhood trauma and lifetime traumatic brain injury among individuals who are homeless. J Head Trauma Rehabil, 33, 185–190.
- Sosin, M., Piliavin, I. and Westerfelt, H. (1990) Toward a longitudinal analysis of homelessness. J Soc Issues, 46, 157–174.

- Sundin, E. C. and Baguley, T. (2015) Prevalence of childhood abuse among people who are homeless in Western countries: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 50(2), 183–94.
- Statistisches Bundesamt (2020) Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus). Fachserie 13, Reihe 1.1. - 2019, Wiesbaden.
- Stewart, A. J., Steiman, M., Cauce, A. M., Cochran, B. N., Whitbeck, L.B. and Hoyt, D.R. (2004) Victimization and posttraumatic stress disorder among homeless adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(3), 325–331.
- Strehlau, V., Torchalla, I., Patterson, M., Moniruzzaman, A., Laing, A., Addorisio, S., Frankish, J., Krausz, M. and Somers, J. (2017) Recruitment and retention of homeless individuals with mental illness in a housing first intervention study. *Contemp Clin Trials Commun*, 5, 7, 48–56.
- Stöver, H. (2016) Drogenprohibition, soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Kriminalisierung. *Suchttherapie*, 17, 124–130.
- Stöver, H., Förster, S., Hornig, L. und Theisen, M. (2015) Evaluation der Nutzungsprofile der Drogenkonsumraumnutzer und –Nutzerinnen im Land Berlin. Institut für Suchtforschung, Frankfurt am Main.
- Swart, E. Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten und Epidemiologische Methoden (2008) GPS – Gute Praxis Sekundärdatenanalyse: Revision nach grundlegender Überarbeitung. *Das Gesundheitswesen*, 70, 54–60
- Swart, E., Bitzer, E. M., Gothe, H., Harling, M., Hoffmann, F., Horenkamp-Sontag, D., Maier, B., March, S., Petzold, T., Röhrig, R., Rommel, A., Schink, T., Wagner, C., Wobbe, S. und Schmitt, J. (2016) STandardisierte BerichtsROutine für Sekundärdaten Analysen (STROSA) – ein konsentierter Berichtsstandard für Deutschland, Version 2. *Gesundheitswesen*, 78, 1.
- Trabert, G. (1995) Soziales Umfeld beeinflusst Gesundheitszustand. *Dt Ärztebl*, 92, 748–751.
- Trabert, G. (2016) Medizinische Versorgung für wohnungslose Menschen – individuelles Recht und soziale Pflicht statt Exklusion. *Gesundheitswesen*, 78(02), 107–112.
- Tsai, J. and Rosenheck, R. A. (2015) Risk factors for homelessness among US veterans. *Epidemiol Rev*, 37, 177–195.
- Van den Brink, H. (2004) Wohnungslosigkeit. Ein verdrängtes Phänomen am Rand der Gesellschaft. *Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung*, Nr. 7/2004, Universität Duisburg-Essen.
- Vom Brocke, A. Gesundheit wohnungsloser Frauen in Berlin – eine Analyse von Patientendaten des Gesundheitszentrums der Jenny De la Torre-Stiftung. Dissertation. Charité – Universitätsmedizin Berlin. In Begutachtung.
- Vázquez, C. and Muñoz, M. (2001) Homelessness, Mental Health, and Stressful Life Events: The Madrid Experience. *International Journal of Mental Health*, 30, 3, 6–25.
- Wolf-Wicha, B. (2011) Initiativen gegen Armut und Obdachlosigkeit. Auf dem Weg zu einem europäischen Konsens und einer gemeinsamen Strategie für Europa 2020. Vortrag. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe Österreich, Innsbruck.

## 6 Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Uwe Knörle, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit - eine explorative Sekundärdatenanalyse im Berliner Gesundheitszentrum für Obdachlose / Mental health and homelessness - an exploratory secondary data analysis conducted in a Berlin health center for the homeless“ 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](http://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

## **7 Lebenslauf**

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

## 8 Danksagung

Bei folgenden Personen, die zur Entstehung dieser Dissertation maßgeblich beigetragen haben, möchte ich mich an dieser Stelle bedanken:

Zuallererst meiner Erstbetreuerin **Frau Dr. Anne Berghöfer**: Liebe Anne, ich hätte mir keine bessere und herzlichere Betreuung vorstellen können!

Meinem Zweitbetreuer **Herrn Dr. Stefan Gutwinski** für den frischen Blick auf die Dissertation und die dabei entstandenen zahlreichen hilfreichen Anmerkungen.

**Frau Dr. Jenny De la Torre und dem gesamten Team** des Gesundheitszentrums für Obdachlose: Vielen lieben Dank, dass ihr mich so nett empfangen und ins Team integriert habt! Ich habe über die Dissertation und das Medizinische hinaus viel bei euch fürs Leben gelernt.

Der **Sonnenfeld-Stiftung**, insbesondere **Herrn Dr. Christian Freiherr von Villiez**, für die finanzielle Förderung, ohne die diese Dissertation nicht möglich gewesen wäre. Schön, dass solche sozialmedizinischen Themen in der Promotionsförderung der Stiftung nun auch einen Platz finden können!

**Frau Dr. Stefanie Roll** sowie **Herrn Dipl.-Soz. Ralph Schilling** für die umfangreiche statistische Beratung, **Herrn Dr. Harald Schnur** für seinen exzellenten Schreibkurs an der Humboldt-Universität.

Ein besonderer Dank gilt meiner Freundin **Irene** für ihre Unterstützung und Verständnis in allen Lebenslagen und in unserer gemeinsamen Lebensplanung.

Zu guter Letzt bedanke ich mich noch bei meinem Freund **Peter** für die anregenden Gespräche an stets ungewöhnlichen Orten in Berlin und um Berlin herum.

Dankeschön!