
Die SEEWOLF-Studie

Ergebnisse und mögliche Konsequenzen

Kongress Armut und Gesundheit Berlin

Dr. Gerd Reifferscheid

Wissenschaftliche
Erkenntnisse im Vorfeld der
aktuellen Studie zur
seelischen Situation von
wohnungslosen Menschen

Wege zur SEEWOLF-Studie

Erkenntnisse vor der SEEWOLF-Studie „Münchner Studien“

Fichter et al. 1997/ 1999/ 2000

Studien zu psychisch erkrankten Menschen in
München (Prävalenzzahlen)

Romaus/Gaupp 2002

Psychisch Kranke in der Wohnungslosenhilfe
(Kooperationen mit der Psychiatrie,
Personalausstattung)

Romaus 2007

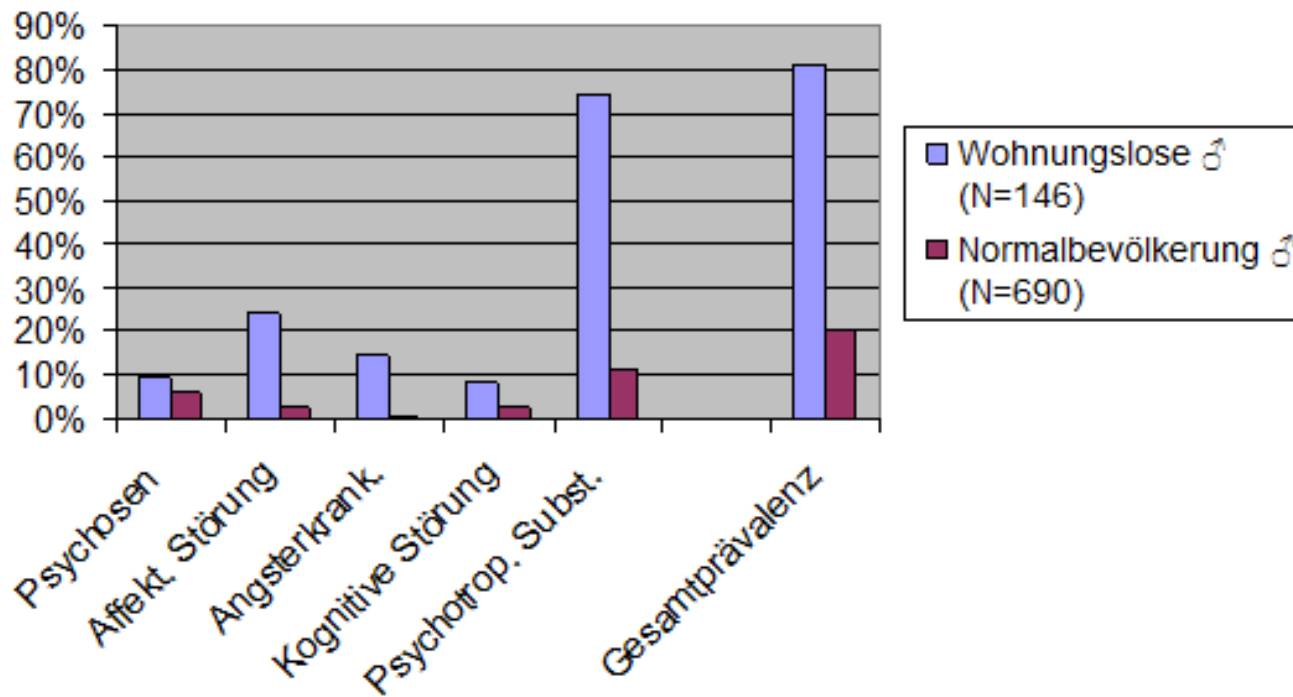
Obdachlose auf der Straße
(Anzahl der wohnungslosen Menschen auf der
Straße)

Weitere Studien

- ▶ **Eikermann et al. 1992:** Psychische Störungen bei nichtsesshaften Männern
- ▶ **Rössler et al. 1994:** Psychisch kranke Wohnsitzlose – Die vergessenen Minderheit
- ▶ **Nouvertné 1996:** Auf die Straße entlassen – obdachlos und psychisch krank
- ▶ **Kellinghaus et al. 1998:** Wohnungslose Männer in stationärer psychiatrischer Behandlung
- ▶ **Kunstmann 2000:** Psychische Erkrankungen wohnungslose Männer und Frauen
- ▶ **Salize et al. 2003:** Alkoholabhängigkeit und somatische Komorbidität bei alleinstehend Wohnungslosen
- ▶ **Freudenberg 2009:** Mit Behaarlichkeit und Sensibilität – Psychiatrische Straßenvsiten für Obdachlose in der Hamburger Innenstadt

Ergebnisse der Fichterstudie (1999)

6-Monatsprävalenz bei wohnungslosen Männern im Vergleich zur Normalbevölkerung



Entwicklungen und Verbesserungen nach den ersten Studien

- ▶ Mindeststandards im Bereich der Wohnungslosenhilfe (Ein- und Zweibettzimmer; spezifische neue Arbeitsfelder)
- ▶ Ausdifferenzierung der qualifizierten Hilfe (Sozialpädagogen, Arbeitsanleiter, Nachtdienst, Pflegepersonal, Betreuungsassistenten, Kunst- und Ergotherapeuten)
- ▶ Umbau und Neuerrichtung von Einrichtungen

**Ergebnissen
und
mögliche Konsequenzen
aus der
„SEEWOLF“-Studie**

SEEWOLF-Studie

- ▶ **SEEWOLF-Studie**
Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der
Wohnungslosenhilfe im Großraum München
Erhebungszeitraum Mai 2010 bis Juli 2012
- ▶ **Wissenschaftliche Leitung:**
Prof. Dr. J. Bäuml,
Prof. Dr. T. Jahn
PD Dr. G. Pitschel-Walz,
Dr. Monika Bröner
Dr. Barbara Baur
(Klinikum rechts der Isar TUM)
- ▶ **Förderung**
Arbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe München und
Oberbayern;
Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales,
Familie, Frauen und Integration;
Bezirk Oberbayern;
Landeshauptstadt München;
Katholischen Männerfürsorgeverein München e.V;
Technischen Universität München.

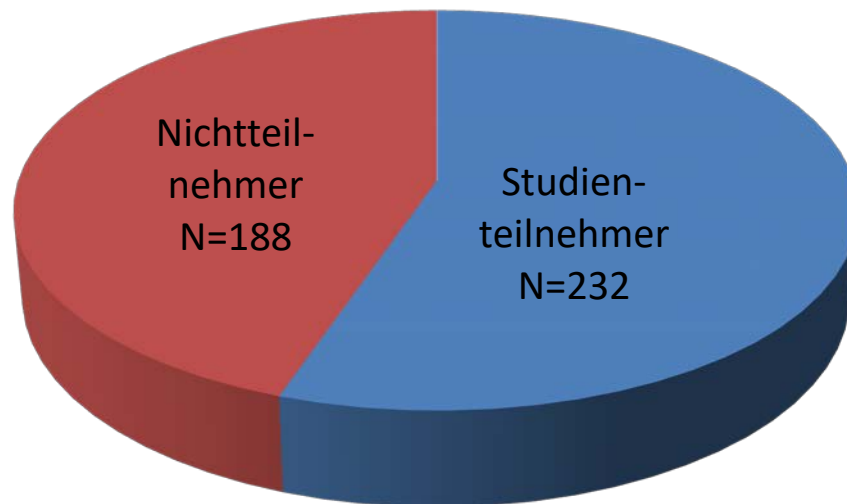
Grundfragen der SEEWOLF-Studie

- ▶ Die Prävalenzraten seelischer Erkrankungen
- ▶ Die kognitive Leistungsfähigkeit
- ▶ Die körperliche Gesundheit
- ▶ Biographische Merkmale
- ▶ Lebensgeschichtliche Umstände
- ▶ Inanspruchnahme psychiatrischer/medizinischer Hilfe
- ▶ Zufriedenheit der Bewohner in Hinblick auf die Lebens- und Wohnsituation
(vgl. Bäuml et al., 2017:49)

Stichprobe

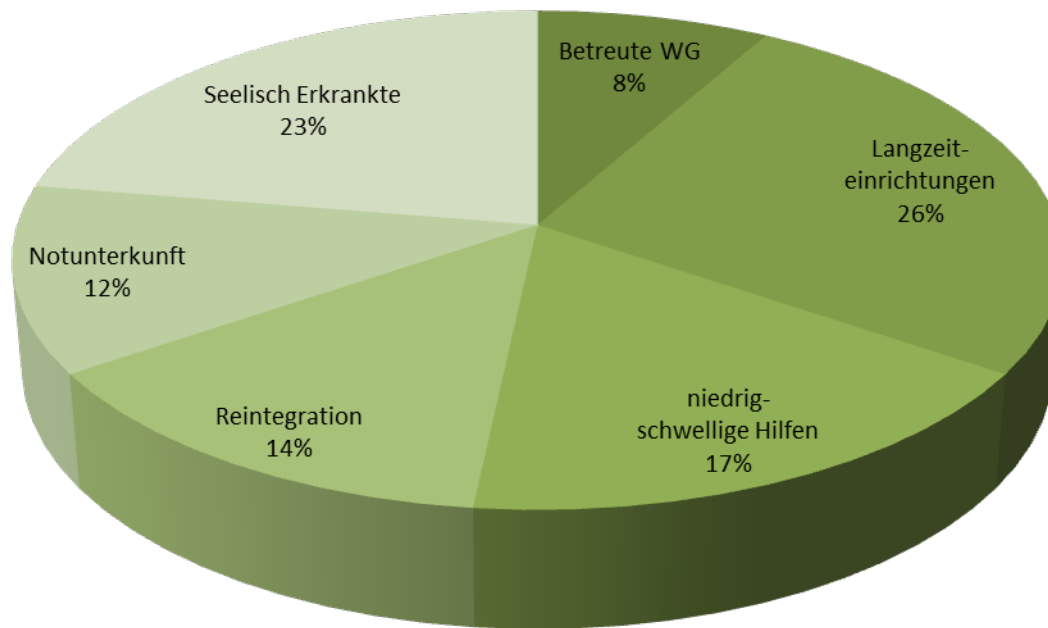
Auswahl: 420 Personen

Teilnahmerate: 55%



davon ca. 20% Frauen

Verteilung nach Einrichtungstypen



Sozialdemographische Daten (I)

- ▶ Alter 48,1 Jahre (19 – 78 Jahre)
- ▶ 14,1% im Ausland geboren
- ▶ 25,8% Scheidungskinder
- ▶ 17,7% vor dem 18. Lebensjahr im Heim gelebt
- ▶ 66,8% Konflikt mit dem Gesetz, davon
 - ▶ 26,1% Körperverletzung
 - ▶ 25,4% Diebstahl oder Betrug
 - ▶ 12,3% Schwarzfahren

Sozialdemographische Daten (II)

Ausbildung

	Wohnungslose	Allgemeinbevölkerung*
Kein Abschluss	11%	4%
Hauptschulabschluss	55%	38%
Mittlere Reife	20%	30%
(Fach-) Abitur	14%	28%

* Statistische Jahrbuch 2012

Was war zuerst?

- ▶ 66,1 % wiesen bereits vor der Wohnungslosigkeit psychische Störungen auf. Die Störungen begannen durchschnittlich ca. 6,5 Jahren vor Verlust der Wohnung.
- ▶ 21,2% nach Beginn der Wohnungslosigkeit.
- ▶ 12,7% fielen Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung zusammen.

- ▶ WIE SOLL PRÄVENTION AUSSEHEN?

Was ist bei beginnender psychischer Erkrankung zu tun?

- ▶ Meldung von drohender Wohnungsverlust
- ▶ Meldung bei sozialen Konflikten
- ▶ Meldung bei Mietschulden
- ▶ Meldung aufgrund von psychischen Problemen, die in Wohnungsverlust enden können

CAVE!

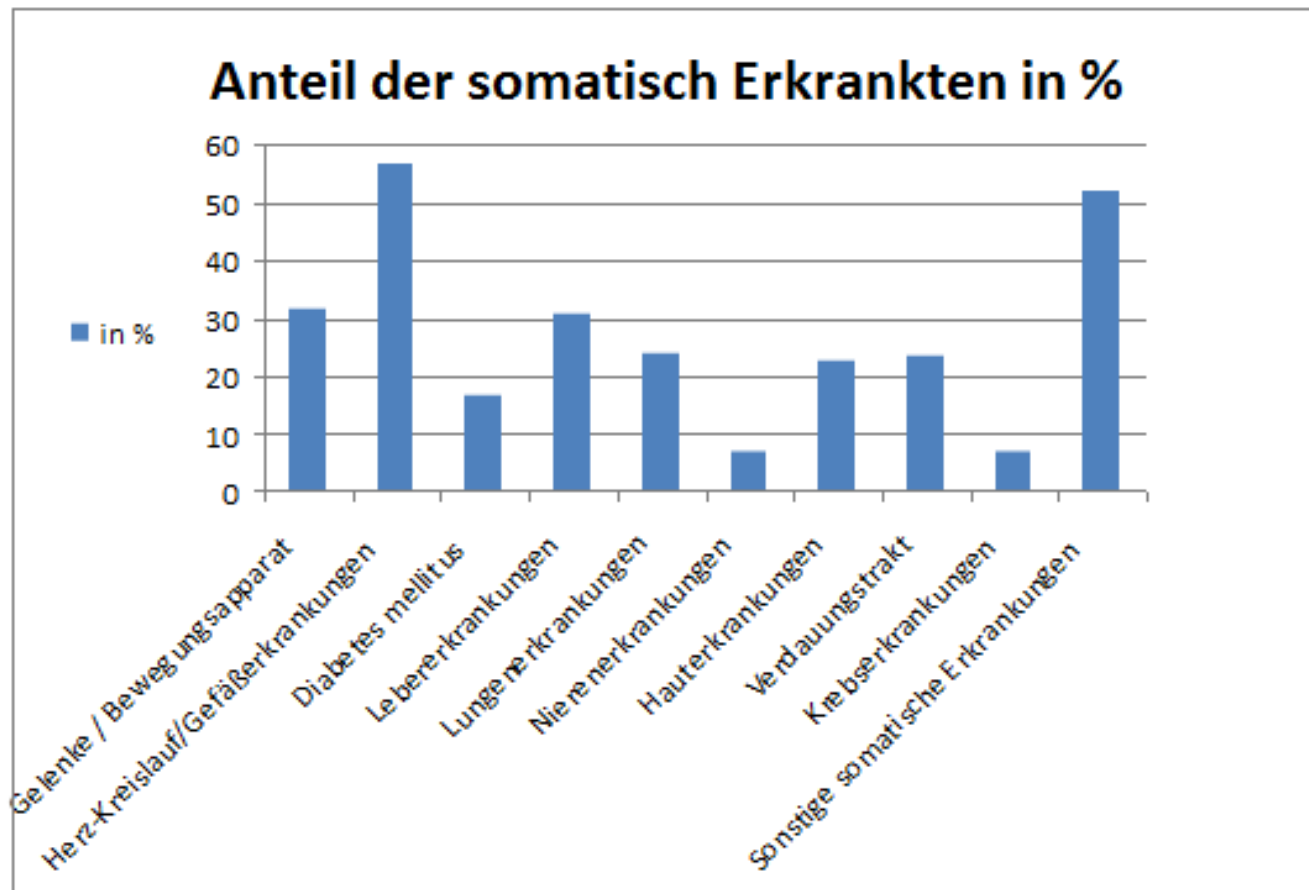
- ▶ Datenschutz
- ▶ Ärztliche Schweigepflicht

- ▶ Prüfen von Modellprojekten

Körperliche Gesundheit

- ▶ 64,7% der untersuchten Population geben in der SEEWOLF-Studie mindestens eine gesundheitliche Beeinträchtigung an.
- ▶ Bei 25,3% der Befragten zeigen sich Symptome des Bewegungsapparates
- ▶ und bei 40,6% ein somatischer Behandlungsbedarf.

Profil von Erkrankungen in den Langzeiteinrichtungen des KMFV (Stand 2014)



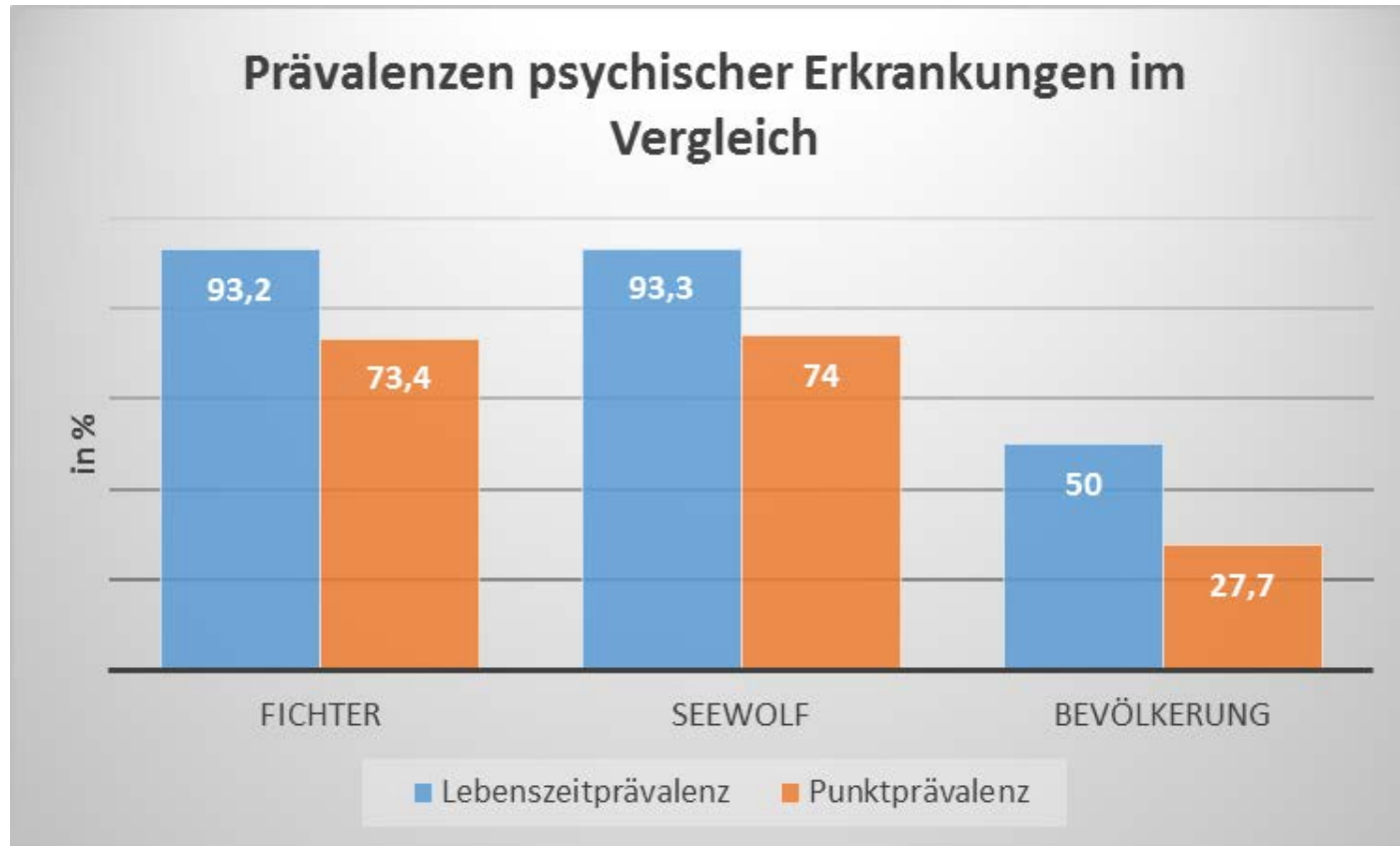
Versorgung bei somatischen Erkrankungen

- ▶ Die Einbindung der Klienten in die allgemeinmedizinische Versorgung wird an Bedeutung gewinnen.
- ▶ Kooperationen mit Hospizen, Pflegeheimen und Krankenhäusern müssen intensiviert werden.
- ▶ Die Langzeiteinrichtungen müssen sich darauf vorbereiten, dass zukünftig mehr Hochbetagte und somatische mehrfach erkrankte Menschen versorgt werden müssen.

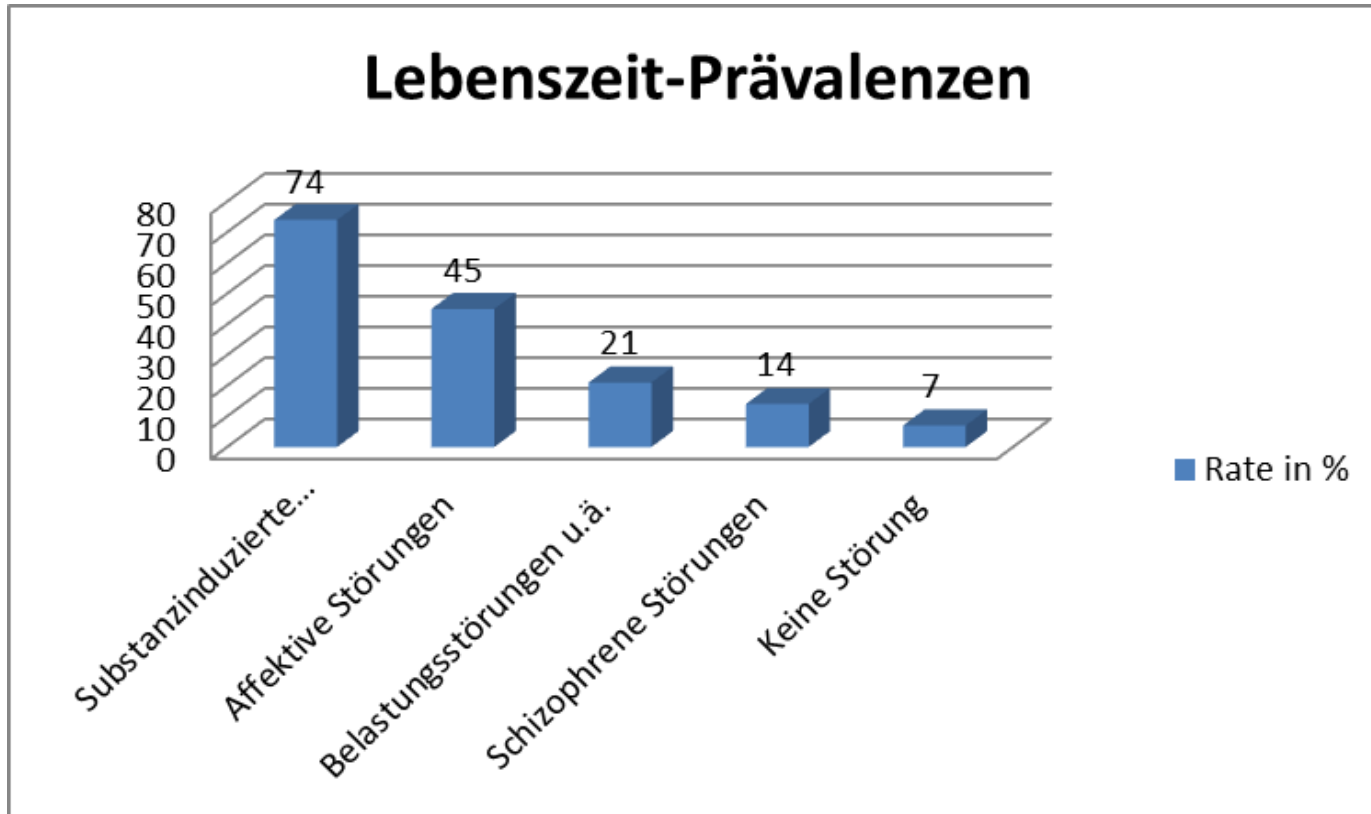
Die Alternative? Das Alten- und Pflegeheim?

- ▶ Die klassische Unterbringung im Alten- oder Pflegeheim ist nicht immer die Alternative
 - ▶ Pflegegradeinstufung
 - ▶ Alter
 - ▶ Alkoholkonsum
 - ▶ Soziale Schwierigkeiten
 - ▶ Seelische Probleme

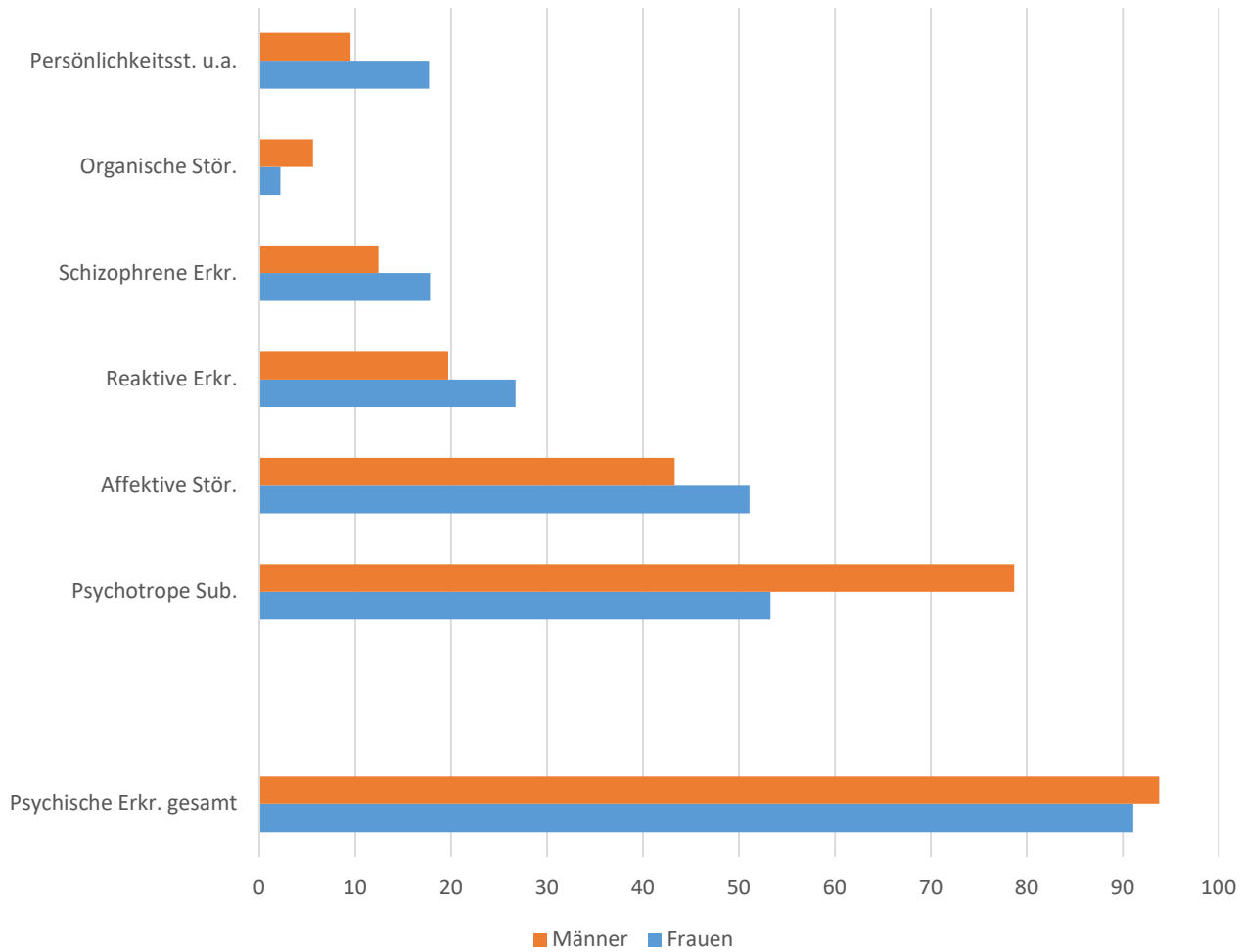
Vergleich der Studien



Psychische Erkrankungen in % - Konsensusdiagnosen (N=223) im Rahmen der SEEWOLF-Studie



Vergleich Lebenszeitprävalenzen Frauen und Männer



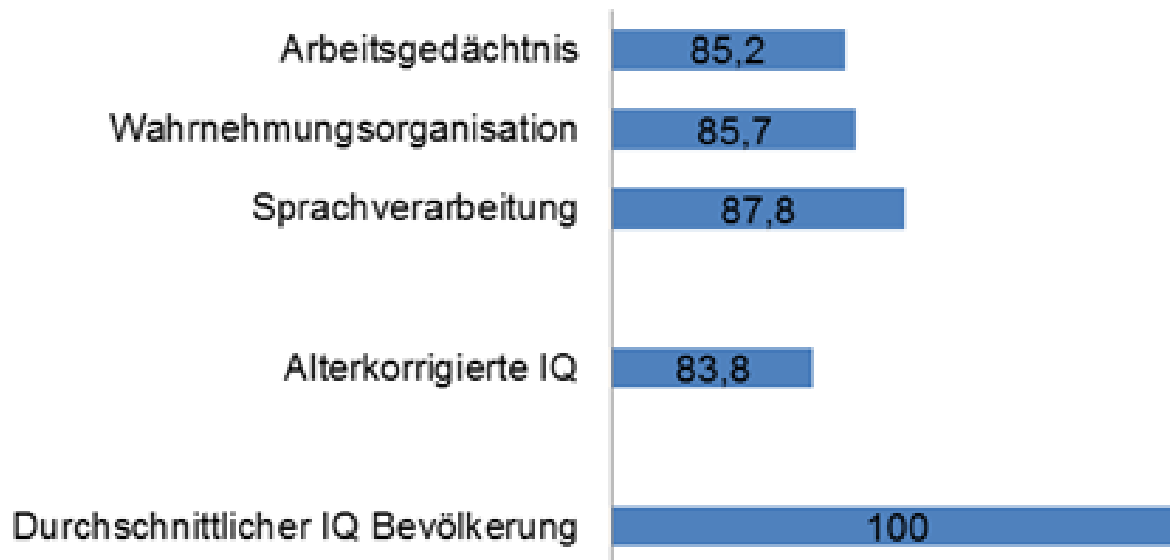
Persönlichkeitsstörungen

- **Antisoziale Persönlichkeitsstörung (18,8 %)**
 - Mangel an Empathie
 - Neigung zu antisozialem Verhalten mit Verantwortungslosigkeit, Missachtung sozialer Regeln
 - Herabgesetztes Schuldbewußtsein riskantes Verhalten
- **Schizoide Persönlichkeitsstörung (17,9 %)**
 - Unvermögen, Freude zu empfinden Kälte und Distanz Misstrauen (schizoid bedeutet hier keine Nähe zur Schizophrenie)
- **Borderline-Störung (14,4 %)**
 - Instabilität ist das Stabilste in allen Lebensbereichen
 - Impulsivität, suizidale Handlungen Stimmungsschwankungen, unangemessene Wut, in Einzelfällen psychotische Symptome

Vgl. Trost/Schwarzer 2013

Kognition

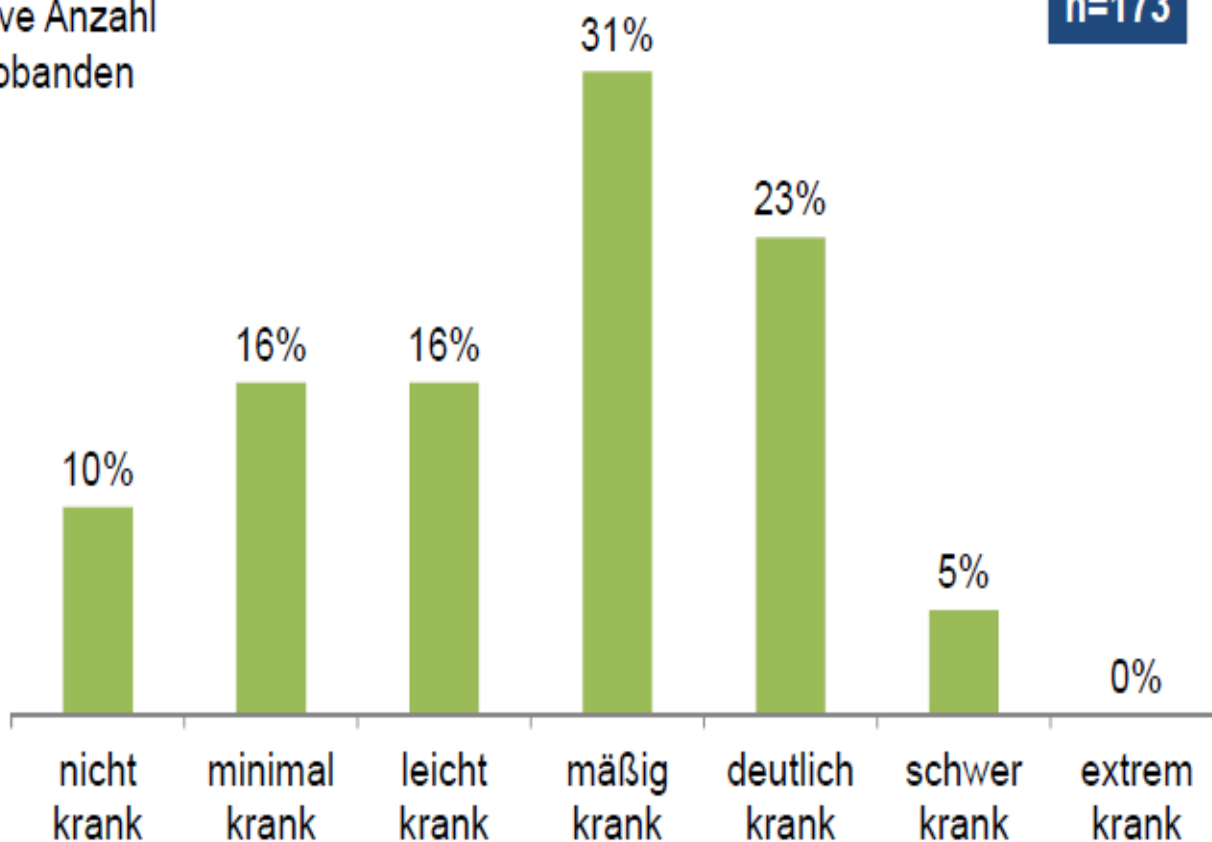
Kognitiver Status Intelligenzquotient



Schweregrad der psychischen Erkrankung (CGI)

Relative Anzahl
an Probanden

n=173



Allgemeine Konsequenzen aus der SEEWOLF-Studie

Konsequenzen

- ▶ Erscheinungsbilder psychisch erkrankter Bewohner in Abhängigkeit von der Grunderkrankung sehr vielfältig sind.
- ▶ Viele Bewohner ziehen sich zurück, verweigerten oft den Kontakt zum Personal, neigen zur Verwahrlosung und Vermüllung der Zimmer und müssen zur Körperhygiene aufgefordert werden.
- ▶ Die Kompetenzen an einem geregelten Alltag teilzunehmen sind in vielen Fällen kaum entwickelt, führten jedoch oft zur Wohnungslosigkeit.
- ▶ Auch der Gegenpol zum Rückzug ist zu beobachten: Distanzlosigkeit und Belästigung gegenüber Mitbewohnern und Personal. Aggressivität, die durch eine geringe Frustrtoleranz und gleichzeitigen Substanzmissbrauch (insbesondere Alkohol) gekennzeichnet ist, kann sich zeigen.

Konsequenzen

- ▶ Intensive pädagogische Hilfestellung ist notwendig.
- ▶ Lebenspraktische Fähigkeiten müssen unterstützt werden
- ▶ Tagesstrukturierende Maßnahmen sind notwendig.
- ▶ Behördengänge benötigen pädagogische Begleitung.
- ▶ Beschreibung der pflegerischen Hilfe.

Konsequenzen

Folgen für das Personal

- ▶ Überforderung des Personals vermeiden
- ▶ Schulungen anbieten
- ▶ Qualifikationen vermitteln

- ▶ Kritische Situation in der Einrichtung und im Dienst meistern können
- ▶ Adäquate Handlungsmuster entwickeln
- ▶ Therapeutische Grenzen erkennen lernen
- ▶ Für Klienten mit Persönlichkeitsstörungen gilt:
Keine Heilung möglich, sondern längerfristige und möglichst tragfähige Kompensation
(Vgl. Möller et. al. 2009)

Konsequenzen

Folgen für Klienten

Durchführung von Anti-Gewalt-Training

(Haus an der Chiemgaustraße)

Positive Effekte bezüglich

- ▶ Aggressivität
- ▶ Ärgererleben
- ▶ Ärgerausdruck

Konsequenzen Suchterkrankungen

Lebenszeitprävalenz lt. SEEWOLF-Studie

73,5% der untersuchten Menschen

leiden unter

substanzinduzierten Störungen

Drogenabhängigkeit im Vergleich

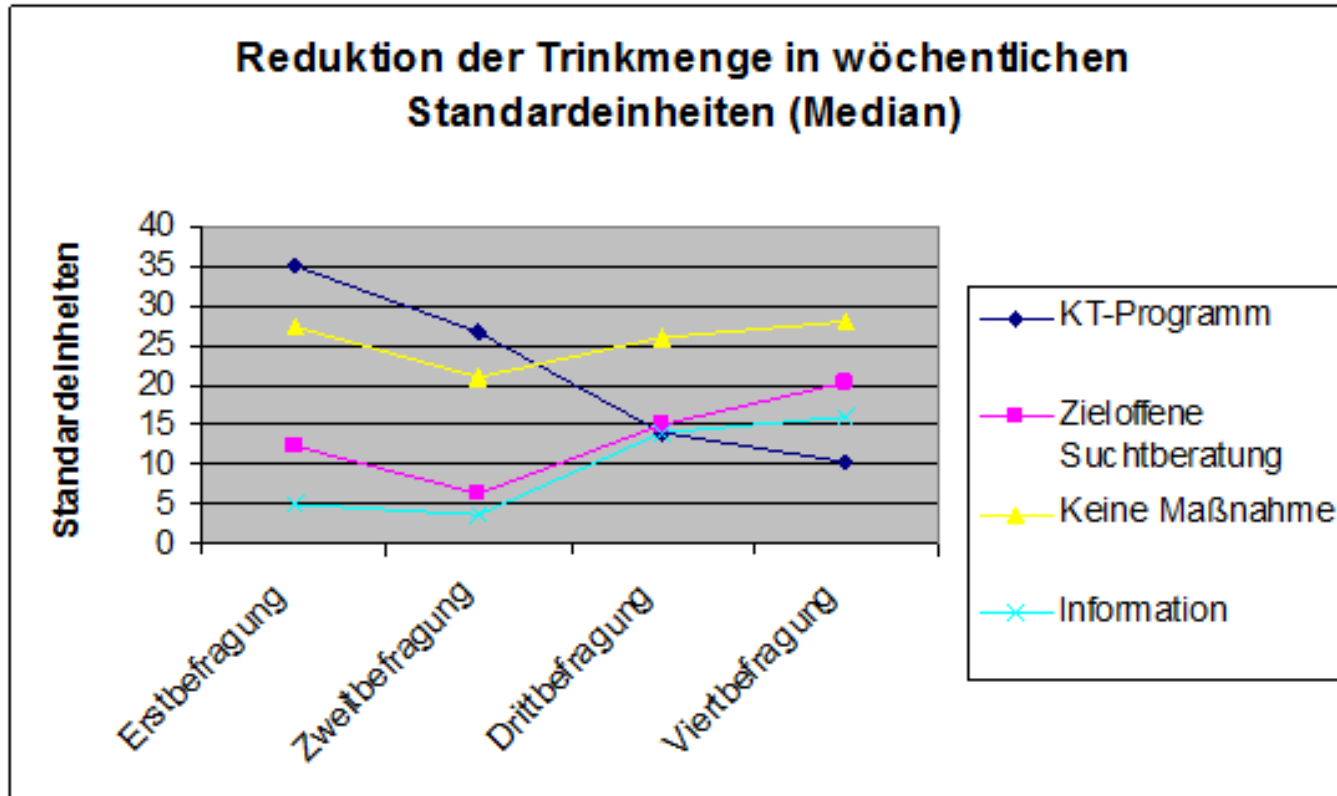
- ▶ **SEEWOLF-Studie**
38,6 % Alkoholabhängigkeit
15,7 % Cannabiskonsum
unter 1% andere Drogen
- ▶ **Hösl (2013)**
15,4 % Cannabiskonsum
1,5% andere Drogen

Kontrolliertes Trinken (Zieloffene Suchtarbeit)

Kontrolliertes Trinken liegt vor, wenn eine Person ihr Trinkverhalten an einem **zuvor** festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet.

10 Schritte Programm zum kontrollierten Trinken

Zieloffene Suchtarbeit



Bewertung der Ergebnisse zur kognitiven Leistungsfähigkeit

- ▶ Die Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten sind individuell zu betrachten.
- ▶ Prüfen, welche Maßnahmen der Förderung der Klienten dienen und ob sie die Menschen erreichen.

Bewertung der Ergebnisse

- ▶ Immer wieder wird berichtet, dass gerade die Integration von wohnungslosen Menschen auf den ersten Arbeitsmarkt nicht gelingt bzw. der Verbleib nur kurzfristig gesichert ist.
- ▶ Beschäftigung in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe gewinnt an Bedeutung auch im Sinne tagesstrukturierender Maßnahmen.

Bedeutung der Arbeit und Beschäftigung

- ▶ Adäquate individuelle Beschäftigung
- ▶ Tagesstruktur
- ▶ Begleitung/Betreuung
- ▶ Existenzsicherung

- ▶ Stabilisierung arbeitsmarktferner Menschen
- ▶ Niedrigschwellige Hilfeangebote

Kritik an der Studie

- ▶ Die SEEWOLF-Studie psychiatrisiert die wohnungslosen Menschen.
- ▶ Die in München ermittelten Prävalenzraten sind überhöht
- ▶ Die Studie ist nicht repräsentativ für die Bundesrepublik Deutschland
- ▶ Das Problem des Drogenkosums wird unterschätzt

Untersuchungen zur psychischen Gesundheit im Vergleich

- ▶ 1992
Reker und Eickelmann
64,0% Alkoholabhängigkeit
10,0% schizophrene Psychosen
76,9% psychiatrische Erkrankungen
- ▶ 1998
Kunstmann et al.
95,1% Lebenszeitprävalenz psychische
Erkrankungen
87,8% aktuelle psychische Erkrankungen
- ▶ 1999
Kellinghaus
58,0% Alkoholabhängigkeit
14,0% schizophrene Psychosen

Untersuchungen zur psychischen Gesundheit im Vergleich

- ▶ 2001
Salize et al.
82,9 % Langzeitprävalenz Männer
78,5 % Langzeitprävalenz Frauen
70,5 % Punktprävalenz Männer
57,1 % Punktprävalenz Frauen
- ▶ 2005
Längle, Egerter et al.
74,0% Alkoholabhängigkeit
72,5% psychiatrische Erkrankungen

Metaanalyse „Prävalenzraten psychischer Erkrankungen wohnungsloser Menschen in Deutschland“

▶ Achse I Störungen	78%	Gesamt
	74%	München 2010/2012
	90%	Berlin 1993/1994
	73%	Tübingen 2002/2003
	77%	Münster 1990
	73%	München 1994/1996
	65%	München 1994/1996 longitudinal

vgl. Schreiter, BERPohl, Krausz et al.: Prävalenzraten psychischer Erkrankungen wohnungsloser Menschen in Deutschland; Deutsches Ärzteblatt; Oktober 2017

Bewertung

- ▶ Bäuml et al. (T. Jahn) weisen auf folgende Tatsache hin:

Eine Häufung kognitiver Beeinträchtigungen bei wohnungslosen Menschen gegenüber der Allgemeinbevölkerung wurde auch in einer niederländischen Studie an 387 wohnungslosen Menschen in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam und Utrecht festgestellt.

29,5% der Untersuchten zeigten Hinweise auf eine Intelligenzminderung

vgl. Van Straaten et al. 2014
in Bäuml et al. 2017, S. 37

Bewertung

Heterogenität der Studien

Interventionsprogramme und Interventionsstudien
wünschenswert

Trotzdem gilt:

Wohnungslose Menschen von psychischen
Belastungen häufiger betroffen als
Allgemeinbevölkerung.

Substanzbezogenen Störungen sind am häufigsten
vertreten.

Überleitung zum
Themenbereich
Versorgung
„wohnungsloser
Menschen“.

Lebenswelt der Hilfe suchenden Menschen

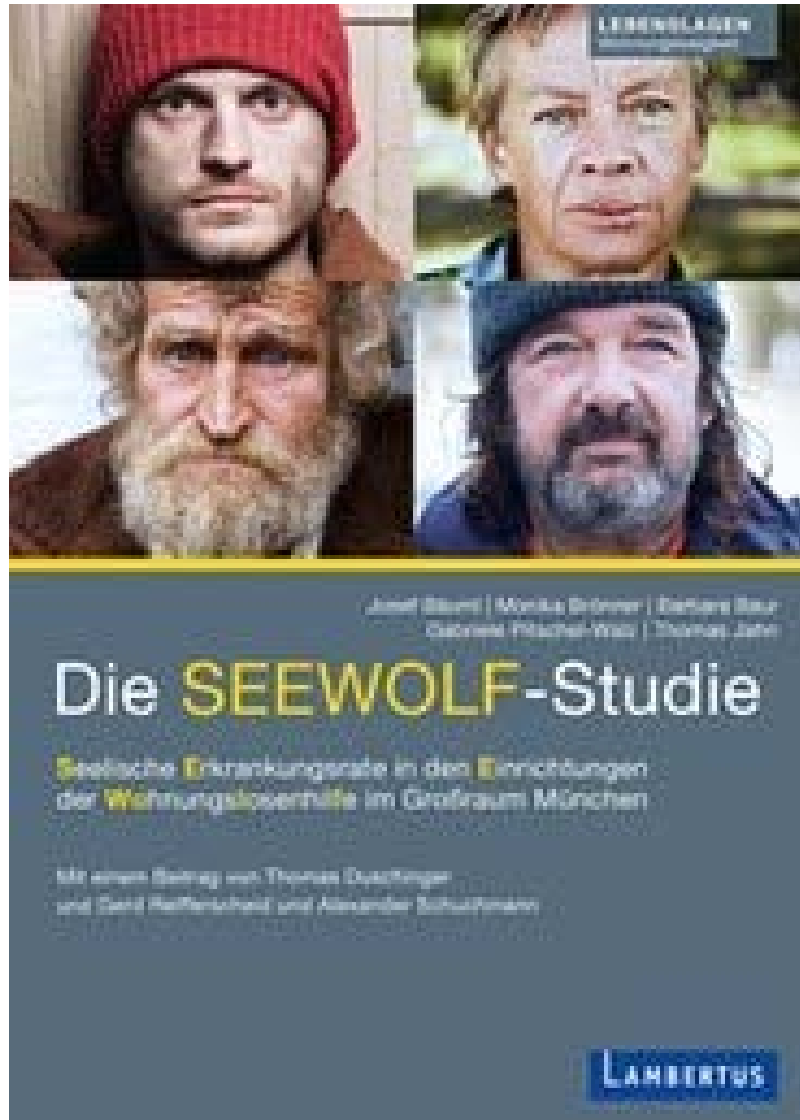
Wie ist die Lebenswelt im Sinne des tatsächlichen Erfahrungshorizonts geprägt?

- ▶ Wohnungslosigkeit
- ▶ Soziale Schwierigkeiten
- ▶ Materielle Armut
- ▶ Substanzabhängigkeit
- ▶ Scheitern in Teilen der Lebensgestaltung
- ▶ Kommunikationsverhalten
- ▶ Psychiatrieerfahrung

Wie erleben Wohnungslose die stationäre Hilfe

- ▶ Ein eigenes Zimmer haben
- ▶ Zur Ruhe kommen
- ▶ Gehört werden
- ▶ Akzeptiert werden
- ▶ Gestalten
- ▶ Kein Therapiedruck mehr
- ▶ Neuanfang

-
- ▶ Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung (vgl. Brem 2010)
Straße: 45 bis 50 Jahre
Einrichtungen: 63 bis 65 Jahre
 - ▶ Ambulante Versorgungsangebote werden oft nicht in Anspruch genommen
administrative Barrieren
Fehleinschätzung der eigenen Gesundheit
 - ▶ Sozialpädagogische Begleitung
(Rechtsansprüche)
 - ▶ Pflegerische Betreuung
Anleitung zur Körperpflege
gesundheitsbezogenen Pflegetätigkeiten
(Wundversorgung, Medikamentengabe)



Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!

Korrespondenzadresse:

Dr. Gerd Reifferscheid

Katholischer Männerfürsorgeverein München e.V.

Zentralverwaltung

Kapuzinerstraße 9 D

80337 München

Telefon: (0049)89-51418-60

E-Mail: gerd.reifferscheid@kmfv.de

