

Wohnungslosigkeit betrifft häufig Menschen mit seelischen Erkrankungen

Mentally Ill more Affected by Homelessness



Stefan Gutwinski



Stefanie Schreiter

Autoren

Stefan Gutwinski^{1,2}, Stefanie Schreiter¹

Institute

- 1 Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Berlin
- 2 Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1125-7793>

Psychiat Prax 2020; 47: 115–117

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Dr. med. Stefan Gutwinski, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Müllerstraße 56–58, 13349 Berlin
stefan.gutwinski@charite.de

Der Anfang der Berliner WOHIN-Studie (Wohnungsnot bei Menschen mit seelischen Erkrankungen) [1] war eine abendliche S-Bahn-Fahrt durch Berlin, bei der uns zwischen Charlottenburg und Ostbahnhof drei Patienten begegneten, die uns aus unserer psychiatrischen Klinik bekannt waren. Alle drei bettelten nach Geld oder verkauften Obdachlosen-Zeitungen. Alle drei waren von einer Suchterkrankung betroffen.

Wie kann es sein, dass in einem modernen Sozialstaat psychiatrisch erkrankte Menschen auf der Straße leben? Oder ist dies Zufall bzw. eine Berliner Besonderheit – Großstadt eben? Doch Wohnungslosigkeit ist ein komplexes soziales Phänomen, das Schlagwörter unserer heutigen modernen Welt wie ‚Solidarität‘, ‚gesellschaftlicher Zusammenhalt‘ oder ‚soziale Kohäsion‘ auf den Prüfstand stellt. Die Zahlen wohnungsloser Menschen in Deutschland steigen seit Jahren und inzwischen unter stärker werdender Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit an [2]. Gleichzeitig regt sich in Zeiten der Einführung des Bundesteilhabegesetzes und steigender Zahlen von Heimunterbringungen erneut eine rege Debatte um die Qualität der psychiatrischen Versorgungsinstitutionen. Wie viele der wohnungslosen Menschen leiden an einer seelischen Erkrankung?

Ein Blick in die Literatur dazu ist eindeutig: Der Oxforder Wissenschaftler Fazel beschreibt in seiner Metaanalyse, dass in

westlichen Ländern wohnungslose Menschen hohe 1-Monats-Prävalenzen seelischer Erkrankungen aufweisen: Dies sind in erster Linie Suchterkrankungen (gepoolte Prävalenz der Alkoholabhängigkeit 37,9%, gepoolte Prävalenz anderer Substanzabhängigkeiten 24,4%), gefolgt von Persönlichkeitsstörungen (23,1%), Psychosen (12,7%) und Depressionen (11,4%) [3]. Wir führten 2017 eine Metaanalyse nur für deutsche Studien durch: Hierbei fanden wir, bis auf wenige Abweichungen, sehr ähnliche Befunde. Allerdings ergab sich eine deutsche Besonderheit: Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit war mit 55,4% deutlich höher, damit 22-mal höher als die geschätzte Prävalenz in der deutschen Bevölkerung [4].

Der enge Zusammenhang von Wohnungslosigkeit und Substanzmittelkonsum ist bekannt und wird durch Faktoren wie der Verfügbarkeit der Substanzen als auch durch den Einsatz als Copingstrategie in prekären Lebenslagen beeinflusst. Hierbei legen Studien nahe, dass die psychiatrischen Erkrankungen bis auf die Alkoholabhängigkeit in erster Linie vor dem Beginn der Wohnungslosigkeit auftreten [5]. Das deutsche Suchthilfesystem ist traditionell abstinentorientiert, was für einen Teil vor allem der schwer betroffenen Patienten eine ernst zu nehmende Hürde darstellt. Alle drei ehemaligen Patienten, die uns auf unserer S-Bahn-Fahrt begegneten, waren Menschen für die ak-

tuell eine dauerhafte Abstinenz keine Perspektive darstellt, zum Teil weil es nicht ihren Wünschen entspricht oder weil der Konsum für sie ein „zuverlässiger Hafen“ als Bewältigungsstrategie bleibt. Abstinenzorientierte Einrichtungen, sogenannte „trockene“ Einrichtungen machen den Großteil der Versorgungsstrukturen für Menschen mit seelischen Erkrankungen aus. Dies geht an der Versorgungsrealität vorbei und zeigt, dass Suchterkrankungen weiterhin als psychiatrische Störungen zweiter Klasse gelten.

Diesen Punkt lohnt es sich genauer anzuschauen, denn internationale Studien zeigen, dass es auch anders geht. Insbesondere in Kanada gab es in den letzten 15 Jahren eine Vielzahl von Projekten, welche verschiedene niedrigschwellige Hilfemodelle untersucht haben [6]. Ein etabliertes Modell ist das sogenannte *Housing First*, welches dem Namen entsprechend, erst Wohnraum anbietet und begleitend sowie flexibel verschiedene Formen der Unterstützung zur Seite stellt. Der Ansatz verknüpft das Wohnen mit getrennt angebotenen zusätzlichen Leistungen (wie *Assertive Community Treatment ACT* oder kooperative Hilfsangebote, Beratungsprogramme etc.), wobei die Kontrolle über die Wohnsituation und die Teilnahme an den ambulanten Behandlungen beim Nutzer liegen. Die Unterstützung wird unbefristet und flexibel angeboten. Ziel ist die Reintegration in das Gemeindeleben, jedoch ohne die mitunter entstehende Inflexibilität anderer Wohnangebote. Die Ergebnisse sind in Bezug auf die Wohnstabilität und die Integration in die Gemeinde in longitudinalen Studien überzeugend. Auch wenn die Ergebnisse zur Reduktion der psychischen Beschwerden uneinheitlich sind, zeigt sich doch eine deutliche Reduktion der Notfallaufnahmen, der Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten und der Kontaktzahl mit Einrichtungen des Justizsystems [7, 8].

In neueren Studien wurde *Housing First* häufig mit verschiedenen Formen von ambulanten aufsuchenden Behandlungen verbunden, die meist 12 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche verfügbar sind. Dadurch konnten die positiven Effekte von *Housing First* auf Krankheitssymptome und Lebensqualität noch einmal verbessert werden [9]. Allerdings zeigten viele Studien bezogen auf Suchterkrankungen widersprüchliche Effekte: So konnten zwar Menschen mit Suchterkrankungen erfolgreich in das Konzept integriert und eine deutlich verbesserte Wohnstabilität erreicht werden, allerdings zeigte sich im Verlauf, dass der Konsum sich nicht weiter reduzierte als in herkömmlichen Hilfsstrukturen [10, 11]. Dies kann unterschiedlich interpretiert werden: Zum einen weist es auf die Notwendigkeit der Entwicklung spezifischer Therapien auch für schwer erkrankte Menschen mit eventuell vorliegenden Komorbiditäten hin, zum anderen macht es deutlich, dass zumindest für eine gewisse Subgruppe Abstinenz-Orientierung kein adäquates Behandlungsziel darstellt. Und trotzdem: es ist gelungen durch *Housing First* in Kombination mit aufsuchender und flexibler Hilfe bei schwer erkrankten Menschen eine Lebensqualitätsverbesserung, Abnahme psychischer Symptome und Verbesserung der Therapieadhärenz zu erreichen [7, 8].

Eines der innovativsten aufsuchenden Behandlungsformen bei Menschen mit schweren Formen der Alkoholabhängigkeit ist in Deutschland entwickelt worden, das sogenannte OLITA-

Projekt (*Outpatient Long-term Intensive Therapy for Alcoholics*) aus Göttingen [12]. Hierbei wurden ähnlich wie bei der Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit tägliche Kontakte mit den Betroffenen vereinbart. Allerdings wurde kein Agonist ausgehändigt, sondern Disulfiram, welches bei Konsum von geringen Mengen Alkohol zu unangenehmen Nebenwirkungen führt. Bei Nichterscheinen wurden die Personen zu Hause aufgesucht, was in der über 9 Jahre laufenden Studie zu einer rückfallfreien Rate von 50% bei schwer erkrankten Menschen mit Alkoholabhängigkeit führte, bei denen sonst Abstinenzraten von 5–20% als realistisch gelten [12]. Nicht durchgesetzt hat sich das Projekt unter anderem aufgrund hoher Kosten. Ein Punkt, der sicherlich infrage zu stellen ist, wenn man die Vielzahl von mittel- und langfristigen Folgekosten bedenkt, wie sie durch körperliche und seelische Erkrankungen, aber auch transgenerational wirksam werdende Prozesse entstehen. Insbesondere für schwer betroffene Menschen gilt: Projekte und Ansätze müssen langfristig ausgerichtet und evaluiert werden – nur so sind nachhaltige Veränderungen umsetzbar.

Doch nicht nur unsere Untersuchungen, sondern auch beispielsweise Ergebnisse der Seewolf-Studie [13] aus München zeigen, dass sich andere Einflussfaktoren auf die Entstehung von Wohnungslosigkeit möglicherweise bereits in Prozessen früher fehlender sozialer Inklusion oder unzureichender Förderung widerspiegeln zum Beispiel in Form erhöhter Raten von Bildungsabbrüchen und niedrigeren Bildungsabschlüssen [1, 13]. Eine Rolle der Psychiatrie könnte hier in der Frage der frühen Identifizierung und dem Erreichen von jungen Menschen mit psychischen Problemen bestehen.

Ein ebenfalls diskutierter Risikofaktor, stellen die in vielen Studien zu wohnungslosen Menschen berichteten hohen Prävalenzen von frühkindlichen Traumatisierungserfahrungen dar [14]. Hierbei berichteten in unserer Studie wohnungslose Teilnehmer durchweg über höhere Raten frühkindlicher Traumatisierung auf allen Domänen des *Childhood Trauma Questionnaire* als Teilnehmer in eigener Wohnung bzw. in der Normalbevölkerung. Auch internationale Studien insbesondere aus Nordamerika belegen deutlich höhere Zahlen von bis zu 94% Betroffener, die von mindestens einer Form von frühkindlicher Traumatisierung berichteten [15]. Dass diese Betroffenen unbehindert auf der Straße leben und zum Teil durch ein erhebliches Misstrauen jegliche Art von Institutionen meiden, liegt in vermutlich vielen Fällen an den Folgen dieser Traumata, die zum Teil nicht nur im Elternhaus, sondern auch in institutionellen Einrichtungen wie Heimen und Pflegefamilien erlebt wurden.

Trotz Deutschlands hoher Dichte an Hilfsangeboten, welche meist angepasst an die Probleme in bestimmten Regionen entstanden sind, scheinen diese hinsichtlich der Bedürfnisse schwer betroffener Menschen teilweise nicht auszureichen. Insofern scheinen Überlegungen angemessen, inwiefern Erfahrungswerte anderer Bereiche hierbei sinnvoll einfließen können. Gerade in Hinblick auf Barrieren der Akzeptanz möglicher Hilfeangebote können Modelle der Peer-Arbeit mögliche Ansätze darstellen. Ähnliche Modelle haben sich in Bereichen der psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen z.B. bei IPSO (International Psychosocial Organisation) [16] oder im psychiatrischen Akutversorgungssetting als wirksam erwiesen.

Gleichzeitig müssen wir uns auf veränderte Kommunikationsmuster und -wege einstellen. Wie können beispielsweise Schnittstellenprobleme durch digitale Lösungen verbessert werden oder Beratungsangebote auch online zur Verfügung gestellt werden? Dies soll nicht bedeuten, dass neue Institutionen geschaffen werden müssen, sondern gängige Modelle und Einrichtungen zum Beispiel hinsichtlich der Schwelle im Umgang mit Substanzkonsum und ihrer flexiblen Zurverfügungstellung von Hilfsangeboten zu hinterfragen sind.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Schreiter S, Heidrich S, Zulauf J et al. Housing situation and health care for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany – A cross-sectional patient survey. *BMJ Open* 2019; 9: e032576
- [2] Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. Pressemitteilung: BAG Wohnungslosenhilfe: 650.000 Menschen in 2017 ohne Wohnung. 2019; Im Internet: http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html
- [3] Fazel S, Khosla V, Doll H et al. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 2008; 5: 1670–1681
- [4] Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M et al. The prevalence of mental illness in homeless people in Germany – a systematic review and meta-analysis. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 665–672
- [5] North CS, Pollio DE, Smith EM et al. Correlates of Early Onset and Chronicity of Homelessness in a Large Urban Homeless Population. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 393–400
- [6] Patterson M, Moniruzzaman A, Palepu A et al. Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48: 1245–1259
- [7] Ly A, Latimer E. Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature. *Can J Psychiatry* 2015; 60: 475–487
- [8] Basu A, Kee R, Buchanan D et al. Comparative cost analysis of housing and case management program for chronically ill homeless adults compared to usual care. *Health Serv Res* 2012; 47: 523–543
- [9] Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet* 2014; 384: 1541–1547
- [10] O’Campo P, Stergiopoulos V, Nir P et al. How did a Housing First intervention improve health and social outcomes among homeless adults with mental illness in Toronto? Two-year outcomes from a randomised trial. *BMJ Open* 2016; 6: e010581
- [11] Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV et al. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health* 2019; 73: 379–387
- [12] Krampe H, Stawicki S, Wagner T et al. Follow-up of 180 alcoholic patients for up to 7 years after outpatient treatment: impact of alcohol deterrents on outcome. *Alcohol Clin Exp Res* 2006; 30: 86–95
- [13] Bäuml J, Brönnner M, Baur B, Pitschel-Walz G, Jahn T. Die SEEWOLF-Studie Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag; 2017
- [14] Sundin EC, Baguley T. Prevalence of childhood abuse among people who are homeless in Western countries: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50: 183–194
- [15] Edalati H, Krausz M, Schütz CG. Childhood Maltreatment and Revictimization in a Homeless Population. *J Interpers Violence* 2016; 31: 2492–2512
- [16] IPSO International Psychosocial Organisation. Im Internet: <https://ipsocontext.org/de/>