

Inhalt

Geleitwort zum Erscheinen der Ergebnisse der SEEWOLF-Studie.....	9
SEEWOLF, warum?	11
Wichtige Vorbemerkung.....	12
Vorwort	13
Teil I Zur Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen	18
1 Internationaler Forschungsstand.....	19
1.1 Begriffsdefinitionen im Wandel der Zeit.....	20
1.2 Erste Untersuchungen zur Gesundheit wohnungsloser Menschen	23
1.3 Befunde zur körperlichen Gesundheit	24
1.4 Befunde zur psychischen Gesundheit	29
1.5 Befunde zur kognitiven Leistungsfähigkeit	33
2 Die Fichter-Studien der 1990er Jahre und ihre Folgen.....	39
TEIL II Die SEEWOLF-Studie – Fragestellungen und Methoden	48
3 Fragestellungen.....	49
4 Methoden.....	50
4.1 Stichprobe	50
4.2 Studiendesign	52
4.3 Untersuchungsinstrumente.....	54
4.3.1 Biografische und psychiatrische Anamnese	54
4.3.2 Psychiatrische Diagnostik mittels SKID-I und SKID-II	56
4.3.3 Körperliche Untersuchung	59
4.3.4 Neuropsychologische Testdiagnostik.....	60
4.3.5 Ergänzende Fragebögen und Ratingskalen.....	65
4.4 Rekrutierungszeitraum und Erhebungsablauf.....	72
4.5 Statistische Datenanalyse.....	73
4.5.1 Datenaufbereitung, Dateneingabe und Datenprüfung.....	73
4.5.2 Datenvollständigkeit und Umgang mit fehlenden Werten	74
4.5.3 Inferenzstatistische Datenanalysen.....	77
TEIL III Die SEEWOLF-Studie – Ergebnisse mit Diskussion	80
5 Soziodemografische Stichprobenmerkmale.....	81
5.1 Altersstruktur, Geschlecht und Familienstand	81
5.2 Elternhaus, Kindheit und Jugend, Broken-Home.....	85
5.3 Schulische und berufliche Bildung	88
5.4 Arbeits- und Beschäftigungssituation.....	91
5.5 Migrationshintergrund und Muttersprachlichkeit	96
5.6 Konfession.....	100
5.7 Delinquenz.....	101

6	Wohnkarriere und Wohnsituation	104
6.1	Wohnsituation vor Eintritt der Wohnungslosigkeit	104
6.2	Eintritt, Ursache, Verlauf und Dauer der Wohnungslosigkeit	107
6.3	Aktuelle Wohnsituation und Zufriedenheit	113
7	Krankheitsvorgeschichte	119
7.1	Familienanamnese	119
7.2	Krankheitsbeginn	120
7.3	Behandlungsmaßnahmen in der Vorgeschichte.....	121
7.4	Suchtanamnese.....	124
7.5	Suizidale Handlungen und Selbstverletzungen	124
7.6	Fremdgefährdungen, Unterbringungen, Zwangsmaßnahmen, Betreuungen	126
8	Psychopathologische Befunde und Diagnosen.....	127
8.1	Zur Orientierung: Die wichtigsten Ergebnisse vorweg.....	127
8.2	Lebenszeit-Prävalenzen symptomatischer Erkrankungen	131
8.2.1	Alle Diagnosen, aufgeschlüsselt nach Diagnosekategorien	131
8.2.2	Nur Hauptdiagnosen ohne komorbide Störungen.....	134
8.2.3	Abhängigkeitserkrankungen	136
8.2.4	Schizophrener Formenkreis	138
8.2.5	Affektive Erkrankungen.....	140
8.2.6	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.....	141
8.3	1-Monats-Prävalenzen symptomatischer Erkrankungen	143
8.3.1	Haupt- und Nebendiagnosen, aufgeschlüsselt nach Diagnosekategorien	143
8.3.2	Nur Hauptdiagnosen ohne Nebendiagnosen.....	145
8.3.3	Abhängigkeitserkrankungen	146
8.3.4	Schizophrener Formenkreis	148
8.3.5	Affektive Erkrankungen.....	150
8.3.6	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.....	151
8.4	Vergleich Lebenszeit-Prävalenzen mit Ein-Monats-Prävalenzen	154
8.5	Persönlichkeitsstörungen	158
8.6	Psychopathologischer Befund nach AMDP-System.....	165
8.7	Krankheitseinsicht und Compliance.....	167
9	Ergänzende Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen	170
9.1	Depressivität (BDI)	170
9.2	Alkoholismus (MALT)	172
9.3	Subjektiv erlebte Allgemeinbeschwerden (B-L)	173
9.4	Subjektiv bewerteter Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit (SF-36)	175
9.5	Klinischer Gesamteindruck der Krankheitsschwere (CGI).....	176
9.6	Aktivitätsniveau und Partizipationsverhalten (Mini-ICF-APP)	178
9.6.1	Fremdbeurteilte Aktivität	178
9.6.2	Fremdbeurteilte Partizipation	180
10	Aktuelle Betreuungs- und Behandlungssituation	185
10.1	Somatische Medikation	185
10.2	Psychopharmakotherapie.....	185
10.3	Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung	186
10.4	Psychosoziale Maßnahmen	187
10.5	Ergotherapeutische Maßnahmen	187
10.6	Kontakt zu Angehörigen.....	188

11	Neuropsychologische Befunde	191
11.1	Mini-Mental-Status-Test	191
11.2	Intelligenzdiagnostik: Gesamt-IQ und kognitives Fähigkeitsprofil	193
11.3	Häufigkeit von Intelligenzminderungen	195
11.4	Varianzklärende Korrelate des Gesamt-IQ	196
11.5	Zusammenhang zwischen Intelligenz und Wohnungslosigkeit	198
11.6	Intelligenz und Aktivitäts- bzw. Partizipationsverhalten	198
11.7	Hinweise auf Intelligenzabbau	201
11.8	Neuropsychologische Befunde: Zusammenfassung und Diskussion	202
12	Somatische Befunde	204
12.1	Körperlicher Allgemeinzustand	204
12.2	Internistische Befunde	205
12.2.1	Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Ereignisse	205
12.2.2	Lebererkrankungen	205
12.2.3	Lungenerkrankungen	206
12.2.4	Gastrointestinale Erkrankungen	206
12.2.5	Infektionskrankheiten	207
12.3	Neurologische Befunde	207
12.4	Schädel-Hirn-Traumata, Amputationen und Frakturen	207
12.5	Zahnstatus	208
12.6	Somatische Befunde bei Alkoholkrankheit	208
12.7	Somatische Befunde bei schwerer psychischer Erkrankung	209
12.8	Somatische Befunde: Zusammenfassung und Diskussion	210
13	Fallbeispiele	215
13.1	Herr A. „Vom vorsichtigen Besucher zum regelmäßigen Kunden“	215
13.2	Herr B. „Von Hessen über Bayern nach Mecklenburg-Vorpommern“	217
13.3	Herr C. „Durch viele Drehtüren ins eigene Zuhause“	218
13.4	Frau M. „Sturzgeburt im Transitmodus ...“	219
TEIL IV	Die SEEWOLF-Studie – Schlussfolgerungen	222
14	Zusammenfassende Diskussion der Studienergebnisse	223
14.1	Hauptergebnisse und Beantwortung der Fragestellungen	223
14.2	Zusammenfassung und Ausblick	233
14.2.1	Die Situation von wohnungslosen Menschen im internationalen Kontext	233
14.2.2	Von der Fichter- zur SEEWOLF-Studie	234
14.2.3	Die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe: Von der „Nothelfer“-Funktion zum therapeutischen „time-out“ mit Sabbatphase bis hin zur fachgerechten Therapie	236
14.3	Die Kernbotschaft der SEEWOLF-Studie	238
15	Versorgungspolitische Bewertung und Konsequenzen der SEEWOLF-Studie	240
15.1	Vorbemerkung	240
15.2	Von der Fichter-Studie zur SEEWOLF-Studie	241
15.2.1	Die Entwicklung von Versorgungsstrukturen in München	241
15.2.2	Strukturelle Verbesserungen der medizinischen Versorgung in München	241
15.2.3	Die Institutsambulanz	242

15.2.4	Kooperationsvereinbarung der Wohnungslosenhilfe mit dem Isar-Amper-Klinikum	242
15.2.5	Strukturelle Verbesserungen in der Unterbringung	243
15.3	Neue Instrumente und Methoden in der Arbeit mit wohnungslosen Menschen...	244
15.3.1	Programme der zieloffenen Suchtarbeit	244
15.3.2	Anti-Gewalt-Training	246
15.3.3	Beschäftigung	246
15.4	Weitere Studien und sozialpolitisch wirksame Tagungen und Entscheidungen ...	248
15.5	Erste Auswirkungen der SEEWOLF-Studie	249
15.6	Das Münchner Modell	250
15.7	Besonderheiten der Hilfestellung im Großraum München	251
15.8	Bewertung der Ergebnisse und Diskussion der Auswirkungen der SEEWOLF-Studie auf die praktische Arbeit aus Sicht der Wohnungslosenhilfe.....	253
15.8.1	Körperliche Erkrankungen	253
15.8.2	Psychische Erkrankungen	253
15.8.3	Suchterkrankung und Veränderungsmotivation.....	253
15.8.4	Kognition	255
15.9	Forderungen und Konsequenzen	255
15.9.1	Schaffung von angemessenem Wohnraum.....	255
15.9.2	Verbesserung der Betreuungsstruktur	256
15.9.3	Implementierung neuer Beratungsinstrumente.....	256
15.9.4	Stärkung von Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen	256
15.9.5	Neue Methoden einsetzen	256
15.9.6	Grenzen der Machbarkeit	256
	Anhänge.....	258
	Anhang A: Adressenverzeichnis der Sponsoren	259
	Anhang B: Verzeichnis der Tabellen.....	260
	Anhang C: Verzeichnis der Abbildungen	264
	Anhang D: Dokumentationsbogen Biografie und Psychopathologie	268
	Anhang E: Dokumentationsbogen ergänzende Aktenrecherche.....	292
	Anhang F: Dokumentationsbogen körperliche Untersuchung.....	297
	Literatur	311
	Die Autoren.....	324